



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ  
ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ  
ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

**ΟΜΑΔΑ ΦΟΙΤΗΤΩΝ:**

**Αυγέρη-Φαρσαράκη Σοφία (Α.Μ. 9841)**

**Τζαβάρας Περικλής (Α.Μ. 10066)**

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:**

**Στεφανόπουλος Νικόλαος**

**ΠΑΤΡΑ, 2021**

## Πρόλογος

Η εγκυμοσύνη αποτελεί ένα σημείο-σταθμό στη ζωή πολλών γυναικών. Πρόκειται για τη δημιουργία μιας ανθρώπινης ζωής. Το πέρας της σηματοδοτείται από τον τοκετό· το νέο μέλος καλωσορίζεται στη ζωή, το ζευγάρι εξελίσσεται πλέον σε μία κανονική οικογένεια. Εντός των πρώτων σαράντα ημερών της λοχείας, η νέα μητέρα δένεται συναισθηματικά με το νεογνό, αναγνωρίζει τον καινούριο της ρόλο ως γονέας, κατακλύζεται από όμορφα συναισθήματα. Έχει φέρει στον κόσμο μία ζωή. Σε αυτήν την ίδια περίοδο, η μητέρα επανεντάσσεται στην κανονικότητα και προσαρμόζεται στις αλλαγές που υπέστησαν το σώμα και το πνεύμα της, έχοντας αποδεχτεί πλέον τη νέα της ιδιότητα και τα καθήκοντά της απέναντι στο βρέφος.

Ωστόσο, παρά την ομορφιά της, δεν παύει να είναι μία κρίσιμη φάση, τόσο για την υγεία της μητέρας όσο και για τη σύνθεση της οικογένειας. Οι περίοδοι της κύησης και της λοχείας χαρακτηρίζονται από έντονες αλλαγές σε σωματικό, ορμονικό και ψυχολογικό επίπεδο - κάποιες εκ των οποίων δύνανται να έχουν σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή της γυναίκας, ίσως και να αποβούν μοιραίες. Ιδιαίτερα οι αλλαγές στην ψυχολογία και τη συμπεριφορά της εγκύου, συχνά υποτιμώνται από το οικείο περιβάλλον της. Άλλωστε, εν μέρει θεωρείται φυσιολογικός κάποιος βαθμός ανησυχίας για την υγεία του μωρού, ή και το άγχος της προσαρμογής στα νέα δεδομένα που φέρει η περίοδος μετά τον τοκετό. Όμως, ακόμα και στα πιο απλά περιστατικά τέτοιας μορφής συνδράμουν οι σωματικές και οι ορμονικές αλλαγές - υποκρύπτοντας σοβαρότερες ψυχικές διαταραχές, οι οποίες σχετίζονται άμεσα με την κύηση ή τη λοχεία.

Τέτοια περιστατικά ψυχικών διαταραχών συνήθως αντιμετωπίζονται ενδονοσοκομειακά, ιδίως οι μορφές αυτών που θέτουν σε άμεσο κίνδυνο τη ζωή της μητέρας ή/και του νεογνού. Πέραν της νοσηλείας των σοβαρότερων εκδηλώσεων, η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και η εντατική ψυχοθεραπεία αποτελούν τις προσεγγίσεις εκλογής. Όμως, μπορούν να αντιμετωπιστούν τέτοιες περιπτώσεις στο ίδιο το περιβάλλον της κυοφορούσας ή της λεχώνας; Είναι δυνατόν να διαχειριστούν η ίδια και οι οικείοι της την ψυχολογική αστάθεια την οποία υπομένει, χωρίς να κριθεί απαραίτητη η νοσηλεία της γυναίκας σε κάποια δομή; Ή, ακόμα καλύτερα, μπορούν τέτοιες καταστάσεις να προληφθούν μέσα στην κοινότητα, με το δυναμικό και τους πόρους της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας;

Στα εξής ερωτήματα αναλαμβάνει να δώσει απαντήσεις η παρούσα εργασία, παραθέτοντας νέα δεδομένα από τους τομείς της Κοινωνικής Νοσηλευτικής, της Μαιευτικής Νοσηλευτικής και της Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας και εξερευνώντας νέες προσεγγίσεις στην

αλληλεπίδραση μεταξύ του κοινοτικού νοσηλευτή και των ψυχικά ευάλωτων ομάδων των εγκύων, των λεχόνων και του άμεσου οικογενειακού κύκλου αυτών.

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η παρούσα πτυχιακή εργασία αναλαμβάνει να εξερευνήσει τις ψυχικές παθογένειες των εγκύων και λεχωίδων γυναικών, ένα φαινόμενο που συχνά περνά απαρατήρητο από το περιβάλλον τους. Αρχικά, παρουσιάζονται οι φυσιολογικές σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές που λαμβάνουν χώρα εντός της προγεννητικής περιόδου και της λοχείας, διαχωρισμένες σε διακριτά κεφάλαια. Στη συνέχεια, αναλύονται οι συχνότερα εμφανιζόμενες ψυχικές διαταραχές για την κάθε περίοδο ως προς τη συμπτωματολογία, τα διαγνωστικά κριτήρια και τις θεραπευτικές στρατηγικές τους. Τέλος, προτείνονται τρόποι με τους οποίους η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μπορεί να συνδράμει στην αντιμετώπιση τέτοιας φύσης ψυχικών διαταραχών σε αυτό τον συναισθηματικά ευάλωτο πληθυσμό, με παράλληλη ανάδειξη των καθηκόντων του κοινοτικού νοσηλευτή μέσω της νοσηλευτικής διεργασίας.

**Σκοπός:** Πρωτεύοντα σκοπό της εργασίας αποτελεί ο εμπλουτισμός των γνώσεων των επαγγελματιών υγείας στις προγεννητικές και επιλόχειες ψυχικές διαταραχές. Επιπλέον, η εργασία αποσκοπεί στην ανάδειξη πιθανών στρατηγικών εντοπισμού και διαχείρισης των διαταραχών αυτών εντός της κοινότητας, με παράλληλη παρουσίαση των καθηκόντων του κοινοτικού νοσηλευτή κατά τη θεραπευτική διαδικασία.

**Μεθοδολογία:** Πραγματοποιήθηκε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση της διαθέσιμης βιβλιογραφίας μεταξύ των ετών 2012 και 2021. Αξιοποιήθηκαν ελληνικά και αγγλικά συγγράμματα, ηλεκτρονικά άρθρα από περιοδικά καθώς επίσης και επίσημοι ιστότοποι σχετιζόμενων οργανισμών, και ιστοσελίδες εκπαιδευτικού χαρακτήρα για επαγγελματίες υγείας. Οι ηλεκτρονικές πηγές ανευρέθησαν μέσω των βάσεων δεδομένων *NCBI*, *PubMed*, *ResearchGate* και *ScienceDirect*.

**Συμπεράσματα:** Οι περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές αποτελούν έναν σχετικά νέο τομέα ενδιαφέροντος στον τομέα της ψυχικής υγείας. Εκτός από τις καταθλιπτικές και τις αγχώδεις διαταραχές, δύνανται να ανακύψουν και άλλες ψυχικές παθογένειες με δυσμενείς συνέπειες, τόσο στην προγεννητική περίοδο όσο και στη λοχεία, με νέα δεδομένα για αυτές να προκύπτουν συνεχώς. Ωστόσο, με τη συμβολή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας καθίσταται δυνατή η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών, εντός του οικείου στην πάσχουσα περιβάλλοντος αντί του νοσοκομειακού χώρου.

## Abstract

**Introduction:** This undergraduate thesis aims to examine the emergence and impact of mental disorders in women who are pregnant or have recently given birth, a phenomenon which often gets ignored by their environment. Initially, the anticipated physical and psychological changes that take place during the antepartum and postpartum periods are presented, divided in distinct chapters. An analysis of the most commonly encountered mental disorders for each period follows, including their signs and symptoms, diagnostic criteria and therapeutic strategies followed. Finally, ways in which Primary Health Care can contribute to the management of such mental ailments in this particularly emotionally vulnerable part of the population are suggested, while simultaneously presenting a community nurse's duties through the implementation of the nursing process.

**Purpose:** This dissertation's primary goal is to enrich the knowledge of healthcare professionals on antepartum and postpartum mental disorders. In addition, this assignment aims to indicate potential detection and management strategies of such disorders within the community setting, while also presenting community nurses' interventions throughout the therapeutic procedure.

**Methodology:** A systematic review of literature published between the years 2012 and 2021 was conducted. Greek and English textbooks, digital journal articles, as well as official sites of relevant organizations and educational websites aimed towards healthcare professionals were utilized. All digital sources were found through the *NCBI*, *PubMed*, *ResearchGate* and *ScienceDirect* databases.

**Conclusions:** Peripartum mental disorders constitute a relatively new sector of interest in the field of mental health. Apart from depressive and anxiety disorders, other mental ailments may emerge with dire consequences, during pregnancy and the postpartum period alike, with new data on them emerging constantly. However, with the contribution of Primary Health Care, the timely detection and treatment of peripartum mental disorders are rendered possible, in the comfort of the patient's home environment in lieu of the hospital setting.

# Πίνακας Περιεχομένων

<b>Πρόλογος</b>	<b>1</b>
<b>Περίληψη</b>	<b>3</b>
<b>Abstract</b>	<b>4</b>
<b>Πίνακας Περιεχομένων</b>	<b>5</b>
<b>Εισαγωγή</b>	<b>7</b>
<b>Μεθοδολογία</b>	<b>10</b>
Λέξεις-κλειδιά	10
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο:</b>	
<b>Η περίοδος της εγκυμοσύνης</b>	<b>11</b>
1.1 Φυσιολογία της εγκυμοσύνης	11
1.2 Ορμονικές μεταβολές	16
1.3 Ψυχολογικές μεταβολές	20
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο:</b>	
<b>Ψυχικές διαταραχές κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης</b>	<b>23</b>
2.1 Συναισθηματικές διαταραχές	24
2.1.1 Μείζονα καταθλιπτική διαταραχή	24
2.1.2 Διπολική διαταραχή	28
2.2 Αγχώδεις διαταραχές	31
2.2.1 Ψυχαναγκαστική διαταραχή	32
2.2.2 Διαταραχή πανικού	33
2.3 Λοιπές διαταραχές	34
2.3.1 Σχιζοφρένεια	34
2.3.2 Διατροφικές διαταραχές	36
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο:</b>	
<b>Η περίοδος της λοχείας</b>	<b>41</b>
3.1 Σωματικές μεταβολές	41
3.2 Γαλουχία	47
3.3 Ψυχολογικές μεταβολές	51
3.3.1 Επιλόχειος μελαγχολία ή baby blues	51
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο:</b>	
<b>Ψυχικές διαταραχές κατά την περίοδο της λοχείας</b>	<b>54</b>
4.1 Συναισθηματικές διαταραχές	54

4.1.1 Επιλόχειος κατάθλιψη	55
4.1.2 Επιλόχειος διπολική διαταραχή	58
4.1.3 Επιλόχειος ψύχωση	60
4.2 Αγχώδεις διαταραχές	64
4.2.1 Επιλόχειος γενικευμένη αγχώδης διαταραχή	64
4.2.2 Επιλόχειος ψυχαναγκαστική διαταραχή	66
4.2.3 Τοκοφοβία	69
4.2.4 Επιλόχειο σύνδρομο μετατραυματικού στρες	71
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο:</b>	
<b>Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή</b>	<b>75</b>
5.1 Κοινωνική νοσηλευτική σε θέματα ψυχικής υγείας	75
5.1.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Κοινωνική Νοσηλευτική	75
5.1.2: Κοινωνική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας	77
5.2 Επίπεδα πρόληψης ψυχικής υγείας	79
5.3 Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή σε εγκύους με ψυχικές διαταραχές	80
5.3.1 Προγεννητική κατάθλιψη	80
5.3.2 Διπολική διαταραχή	80
5.3.3 Αγχώδεις διαταραχές	80
5.3.4 Λοιπές διαταραχές	80
5.4 Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή σε λεχώνες με ψυχικές διαταραχές	81
5.4.1 Επιλόχειος κατάθλιψη	81
5.4.2 Επιλόχειος διπολική διαταραχή	81
5.4.3 Επιλόχειες αγχώδεις, φοβικές και τραυματικές διαταραχές	81
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο:</b>	
<b>Περιστατικά ασθενών - Νοσηλευτική διεργασία</b>	<b>82</b>
6.1 Περιστατικό Α'	82
6.2 Περιστατικό Β'	82
<b>Συμπεράσματα - Επίλογος</b>	<b>83</b>
<b>Πηγές Αναφοράς &amp; Βιβλιογραφία</b>	<b>84</b>

## Εισαγωγή

Από την πρώτη εμφάνιση των έμβιων οργανισμών, η αναπαραγωγή των ειδών υμνείται ως πιθανόν η σημαντικότερη πτυχή της ζωής. Ιδίως για τον άνθρωπο, με την πάροδο των χρόνων και τη σταδιακή εξέλιξή του, η δυνατότητα δημιουργίας απογόνων τιμάται πλέον περισσότερο για τα κοινωνικά και συναισθηματικά προτερήματά της, παρά για τη βιολογική διάσταση της διαίωσής του είδους.

Από οργανικής άποψης, η ανθρώπινη εγκυμοσύνη εκκινείται με τη σύλληψη και τη δημιουργία του ζυγωτού. Εντός των περίπου 40 εβδομάδων της διάρκειάς της, το ζυγωτό σταδιακά αναπτύσσεται σε έμβρυο μέσα στη μήτρα της μητέρας του. Μετά το πέρας της, η κύηση καταλήγει στον τοκετό, κατά τον οποίο το πλέον ανεπτυγμένο έμβρυο αποδεσμεύεται από το προστατευμένο ενδομήτριο περιβάλλον και εισέρχεται στον εξωμήτριο κόσμο. Πρόκειται για μία σημαντική μετάβαση, καθώς οι βιολογικοί μηχανισμοί του νεογνού καλούνται ξαφνικά να ενεργοποιηθούν· όμως, μετά την επιτυχή ολοκλήρωσή της, ο νέος αυτός οργανισμός μπορεί να ανταπεξέλθει στο νέο του περιβάλλον. Τον τοκετό διαδέχεται η περίοδος της λοχείας, η διάρκεια της οποίας ορίζεται κατά προσέγγιση στις 6 εβδομάδες. Από οργανικής άποψης, χαρακτηρίζεται από τη σταδιακή επαναφορά του γυναικείου σώματος σε κατάσταση όσο το δυνατόν πλησιέστερη σε αυτήν προ της κύησης. Ωστόσο, η σημαντικότερη πτυχή της εντοπίζεται στις ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις της γυναίκας. Καθώς η νέα μητέρα ανακάμπτει από έναν συχνά κουραστικό τοκετό, τόσο αυτή όσο και ο στενός οικογενειακός κύκλος της καλούνται να αναλάβουν νέους ρόλους και συνοδές ευθύνες. Παράλληλα, και το ίδιο το νέο μέλος επηρεάζεται από τις υπάρχουσες ενδοοικογενειακές συνθήκες· συνεπώς, η ανάπτυξη συναισθηματικών δεσμών μεταξύ βρέφους και γονέων κατέχουν ύψιστη σημασία.

Ωστόσο, λόγω της μεταβατικής φύσης τους και των έντονων αλλαγών που περιλαμβάνουν, τόσο η κύηση όσο και η λοχεία καθιστούν τις γυναίκες ιδιαίτερα ευάλωτες σε σωρεία διαταραχών, τόσο σωματικών όσο και ψυχικών. Και οι δύο κατηγορίες αυτών, εάν δεν αντιμετωπιστούν εγκαίρως, δύνανται να έχουν δυσμενέστερες συνέπειες στην κατάσταση τόσο της μητέρας, όσο και του παιδιού της.<sup>1,2,3</sup> Σε μικρότερο βαθμό, ο αντίκτυπός τους μεταδίδεται ακόμα και στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.<sup>2</sup> Ιδίως οι ψυχικές διαταραχές που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη, συχνά περνούν απαρατήρητες ή αποδίδονται εσφαλμένα στη γενικότερη κατάσταση της κυοφορούσας γυναίκας, κυρίως λόγω των έντονων ορμονικών μεταβολών που αυτή βιώνει. Παρομοίως, και η περίοδος της λοχείας μπορεί να πληγεί από τέτοιου είδους



παθογένειες, διαταράσσοντας την προσαρμογή της μητέρας στην νέα πραγματικότητα της και τις σχέσεις της με το παιδί και την οικογένειά της.<sup>3</sup>

Στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας από το 2015 δείχνουν πως περίπου 10% των εγκύων και 13% των λεχωίδων εμφανίζουν κάποιας μορφής ψυχική διαταραχή, που σχετίζεται άμεσα με την κατάστασή τους.<sup>4</sup> Σε υποανάπτυκτες χώρες, στοιχεία αποδεικνύουν πως η επίπτωση των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών είναι αυξημένη σε σχέση με τον ανεπτυγμένο κόσμο.<sup>1,4</sup> Δυστυχώς, οι συνέπειες των υποθαλπόμενων ψυχικών διαταραχών, είτε αυτές εντοπίζονται προγεννητικά είτε επιλογείως, ποικίλλουν δραματικά. Τα ηπιότερα περιστατικά υποχωρούν με την πάροδο του χρόνου, χωρίς σημαντικές ψυχολογικές ή κοινωνικές συνέπειες· εν αντιθέσει, οι σοβαρότερες περιπτώσεις μπορούν να καταλήξουν σε μακροπρόθεσμες ψυχοκοινωνικές συνέπειες για την οικογένεια, μεταγενέστερες αναπτυξιακές διαταραχές στο παιδί, σωματικές βλάβες στο παιδί ή αυτοτραυματισμούς της μητέρας, ή ακόμα και στο θάνατο του ενός (ή και των δύο).<sup>2</sup>

Ακριβώς λόγω των δυσμενών συνεπειών της πλήρους εκδήλωσης οποιασδήποτε περιγεννητικής ψυχικής διαταραχής και της μεταβατικής φύσης της κύησης και της λοχείας, ο έγκαιρος προσδιορισμός και η κατάλληλη αντιμετώπιση των διαταραχών αυτών κατέχουν πλέον ρόλο υψίστης σημασίας, παρά την αυξημένη δυσκολία τους. Είναι γνωστό πως μέχρι στιγμής, η αντιμετώπιση τέτοιων καταστάσεων υπάγεται επί το πλείστον στους τομείς της Μαιευτικής και της Ψυχικής Υγείας. Υπό ιδανικές συνθήκες, η συντριπτική πλειοψηφία των περιστατικών υποστηρίζεται με ψυχοθεραπεία, με τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής ή τη νοσηλεία σε δομές φροντίδας υγείας στα βαρύτερα εξ' αυτών.<sup>2,3,5</sup> Με τη συνεχή εξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ωστόσο, εκδηλώνεται ολοένα και εντονότερο ενδιαφέρον για τη συνεισφορά της στις ψυχικά πάσχουσες εγκύους και λεχωίδες.<sup>6,7</sup> Αν και η ολοκληρωτική πρόληψη της εκδήλωσης σχετιζόμενων με την εγκυμοσύνη ψυχικών διαταραχών (σποραδικά αναφερόμενες με τη συντομογραφία Σ.Μ.Ε.Ψ.Δ.) στο επίπεδο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ακούγεται εξαιρετικά δύσκολη, οι εκτεταμένες δυνατότητες και η ευελιξία της κοινοτικής νοσηλευτικής μπορούν να ελαφρύνουν σημαντικά το φορτίο των Τριτοβάθμιων Δομών Υγείας.<sup>6</sup>

Η τρέχουσα εργασία πραγματοποιείται, με σκοπό να συγκεντρωθούν τα πιο πρόσφατα δεδομένα σχετικά με το ρόλο της Κοινοτικής Νοσηλευτικής στην πρόληψη και διαχείριση των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών σε εγκύους και λεχωίδες εντός της κοινότητας. Πρόκειται για ένα θέμα, για το οποίο προκύπτουν συνεχώς νέα δεδομένα και το οποίο κατέχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς οι ψυχικές διαταραχές που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη εμφανίζονται ολοένα και συχνότερα. Η παράθεση των πιο πρόσφατων δεδομένων και η ανάδειξη νέων προσεγγίσεων στο επίπεδο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μέσω αυτής της εργασίας, μπορούν να οδηγήσουν σε καινοτόμες εφαρμογές στην Κοινοτική Νοσηλευτική, αποσυμπιέζοντας έτσι τις ανώτερες βαθμίδες του Συστήματος Υγείας που αναλαμβάνουν κατά κόρον την παρακολούθηση και αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών.

Η δομή της εργασίας διαρθρώνεται ως εξής:

- Το πρώτο κεφάλαιο ασχολείται με την φάση της εγκυμοσύνης, συνοψίζοντας τις σωματικές, ορμονικές και ψυχολογικές αλλαγές που αυτή προκαλεί στη γυναίκα και στο άμεσο περιβάλλον της.
- Το δεύτερο κεφάλαιο επικεντρώνεται στις ψυχικές διαταραχές που δύνανται να παρουσιαστούν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, εξετάζοντας τις κυριότερες εκ αυτών.
- Το τρίτο κεφάλαιο, ακολουθώντας παρόμοια δομή με αυτήν του πρώτου κεφαλαίου, αναφέρεται στη φάση της λοχείας και συμπυκνώνει τις οργανικές, ψυχολογικές και κοινωνικές αλλαγές που αυτή συνεπάγεται για μία νέα μητέρα.
- Το τέταρτο κεφάλαιο, αντίστοιχα, εμβαθύνει στις επιλόχειες ψυχικές διαταραχές και τους παράγοντες που ενδεχομένως ευθύνονται για αυτές. Μεταξύ αυτών, αποσαφηνίζεται η διαφορά μεταξύ της επιλόχειου μελαγχολίας (κοινώς γνωστή ως *baby blues*) και της σοβαρότερης επιλόχειου κατάθλιψης, και εξετάζονται άλλες διαταραχές που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της λοχείας.
- Το πέμπτο και τελευταίο κεφάλαιο του γενικού μέρους εστιάζει στο δεύτερο μέρος του θέματος της εργασίας: τον ρόλο του κοινοτικού νοσηλευτή στη διαχείριση και πρόληψη των Σχετιζόμενων με την Εγκυμοσύνη Ψυχικών Διαταραχών (ΣΜΕΨΔ). Θα εξερευνηθούν πολλαπλές πτυχές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην περίθαλψη των εγκύων και των λεχωίδων, από τις

προγεννητικές εκτιμήσεις έως και την κατ' οίκον φροντίδα, με παράλληλη κατηγοριοποίηση των ευρημάτων στα πλαίσια της Νοσηλευτικής Διεργασίας.

- Τέλος, στο έκτο κεφάλαιο θα αναλυθούν δύο ξεχωριστά περιστατικά ασθενών στα πλαίσια του θέματος, στα οποία θα εφαρμοστεί η Νοσηλευτική Διεργασία (βάσει και των νέων δεδομένων του 5ου κεφαλαίου).

## **Μεθοδολογία**

Για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας, πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της πιο πρόσφατης διεθνούς βιβλιογραφίας, εκδοθείσας εντός της δεκαετίας 2012-2021. Αξιοποιήθηκαν τόσο συγγράμματα στην ελληνική και την αγγλική γλώσσα, όσο και ηλεκτρονικά άρθρα στις επιστημονικές βάσεις δεδομένων *ScienceDirect*, *PubMed*, *NCBI* και *ResearchGate*. Επίσης αξιοποιήθηκαν ιστότοποι εκπαιδευτικού περιεχομένου για νοσηλευτές και φοιτητές νοσηλευτικής. Τα επιδημιολογικά και στατιστικά δεδομένα αντλήθηκαν από τους ιστοτόπους επίσημων οργανισμών, όπως οι *World Health Organization* και *Postpartum Support International*, από επικυρωμένες κυβερνητικές ιστοσελίδες και από επιστημονικές μελέτες που δημοσιεύτηκαν μεταξύ των ετών 2012 και 2021. Όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν παρατίθενται στο τέλος της εργασίας με σειρά εμφάνισης, κατά το σύστημα βιβλιογραφίας Vancouver.

## **Λέξεις-κλειδιά**

Pregnancy, antenatal, postpartum, maternal mental disorders, pregnancy mental disorders, antenatal mental disorders, postpartum mental disorders, maternal mental health, nursing care, community nursing, public health nursing, nursing care.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>:

### *Η περίοδος της εγκυμοσύνης*

#### *Εισαγωγή*

Με τον όρο κύηση ή εγκυμοσύνη εννοούμε τις, κατά μέσο όρο, 40 εβδομάδες της γυναίκας από την στιγμή που θα γίνει η σύζευξη του σπερματοζωαρίου με το ωάριο. Αυτή γίνεται μέσω της σεξουαλικής επαφής, όπου ο άνδρας απελευθερώνει εκατομμύρια σπερματοζωάρια μέσα στον κόλπο της γυναίκας με σκοπό να φτάσουν στις σάλπιγγες όπου είναι το ωάριο. Από τα εκατομμύρια αυτά σπερματοζωάρια, ένα αρκεί να καταφέρει να συνδεθεί με το ωάριο για να δημιουργηθεί το γονιμοποιημένο ωάριο. Μόλις γίνει αυτό, το γονιμοποιημένο αυτό ωάριο, αρχίζει να διαιρείται σε 2,4,6 και ούτω καθεξής κύτταρα, καθώς οδηγείται από τις σάλπιγγες προς την μήτρα όπου θα γίνει και η ανάπτυξη του εμβρύου. Κατά την διάρκεια αυτών των 9 μηνών, η γυναίκα βιώνει πολλές αλλαγές τόσο στο σώμα της τόσο και στην ψυχολογία της.

#### *1.1 Φυσιολογία της εγκυμοσύνης*

Καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης, το σώμα μιας γυναίκας υφίσταται σημαντικές αλλαγές στις φυσιολογικές λειτουργίες του. Κάθε οργανικό σύστημα επηρεάζεται με ένα πλήθος μεταβολών, λόγω της παρουσίας ενός ολοένα και περισσότερο αναπτυσσόμενου εμβρύου - το οποίο έχει τις δικές του ξεχωριστές ανάγκες σε θρεπτικά συστατικά και οξυγόνο, που πρέπει να καλυφθούν επαρκώς προκειμένου να συνεχιστεί η φυσιολογική ανάπτυξή του.

Επιγραμματικά, οι κυριότερες σωματικές αλλαγές που παρατηρούνται κατά την πορεία της κύησης είναι οι ακόλουθες:

- **Μήτρα.** Το μέγεθος, το βάρος και η μέση χωρητικότητα της μήτρας εμφανίζουν δραματική αύξηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, λόγω σημαντικής υπερτροφίας των λείων μυϊκών ινών από τις οποίες αποτελείται. Ταυτόχρονα, αυξάνεται και η αιματική ροή προς τη μήτρα όσο αναπτύσσεται το έμβρυο σε αυτήν.<sup>8,9</sup> Ο ισθμός της μήτρας επιμηκύνεται στο τριπλάσιο του φυσιολογικού μήκους του και λειτουργεί ως σφικτήρας τους πρώτους μήνες της κύησης. Ο τράχηλος της μήτρας διογκώνεται, παρατηρείται συσσώρευση υγρών μεταξύ των μυϊκών ινών του και συνεπώς μαλακώνει

(σημείο Goodell), ενώ εκκρίνεται από αυτόν λευκόχρους βλέννα που τον “σφραγίζει” και προστατεύει την ενδομητρική κοιλότητα από παθογόνα.<sup>8,10</sup>

- **Γεννητικά όργανα.** Τα γεννητικά όργανα μιας γυναίκας η οποία μένει έγκυος αλλάζουν ανατομικά. Αυτό συμβαίνει, για να μπορέσει το σώμα της γυναίκας να προσαρμοστεί στις απαιτήσεις ενός εμβρύου που ολοένα και αναπτύσσεται.
  - *Αιδοίο.* Παρατηρούνται υπερτροφία και αύξηση της αγγείωσης του αιδοίου, ενώ τα μικρά χείλη του υιοθετούν πιο σκούρα χρώση.
  - *Κόλπος.* Τα τοιχώματα του κόλπου γίνονται οιδηματώδη, υπερτροφικά και αυξάνεται η αγγείωσή τους. Λόγω της αύξησης του μεγέθους του κόλπου, αυξάνεται και η παροχή αίματος στο πλέγμα που περιβάλλει τα τοιχώματα, το οποίο αποτελείται από φλέβες, προσδίδοντας έτσι κυανή απόχρωση στο βλεννογόνο. Επιπλέον, το μήκος του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος αυξάνεται. Οι φυσιολογικές κοιλιακές εκκρίσεις κατά τη διάρκεια της κύησης είναι λευκές ή υπόλευκες, με μεταβαλλόμενη σύσταση και όξινο pH, το οποίο συμβάλλει στην προστασία των έσω γεννητικών οργάνων από ξένα στην κοιλιακή κοιλότητα παθογόνα.<sup>8,10</sup>
- **Μαστοί.** Οι αλλαγές των μαστών αρχίζουν από το πρώτο τρίμηνο της κύησης. Συγκεκριμένα από την 12η εβδομάδα οι μαστοί αρχίζουν να αυξάνονται σε μέγεθος και μέχρι την 18η εβδομάδα έχουν αναπτυχθεί σε τέτοιο βαθμό που είναι έτοιμοι να παράγουν το μητρικό γάλα. Κατά την διάρκεια αυτών των εβδομάδων έχουν παρατηρηθεί αλλαγές, όπως διόγκωση των φυματίων Montgomery, τα οποία είναι σηματογόνοι αδένες μικρού μεγέθους στην θηλαία άλω των μαστών. Επίσης παρατηρείται στην περιοχή των θηλών εντονότερο και βαθύτερο χρώμα και πιθανόν να εκκριθεί υγρό από αυτές. Από το δεύτερο τρίμηνο της κύησης και μετά, διεγείρεται η έκκριση του πύατος από μια ορμόνη που ονομάζεται πλακουντιακή γαλακτογόνος ορμόνη. Το πύαρ εμφανίζεται τους τελευταίους μήνες της κύησης και διαφέρει από το ώριμο μητρικό γάλα τόσο σε χρώμα, διότι είναι πιο κίτρινο, αλλά και σε χημικές ουσίες, επειδή περιέχει περισσότερες πρωτεΐνες και ηλεκτρολύτες και λιγότερα λιπίδια και σάκχαρα.<sup>2,8</sup>
- **Σωματικό βάρος.** Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, το σωματικό βάρος της γυναίκας αυξάνεται ανάλογα με τις εκάστοτε ανάγκες. Ιδανικά όμως, για να αποφευχθεί πιθανόν

επιπλοκές , κάθε εγκυμονούσα θα πρέπει να προσλαμβάνει ένα συγκεκριμένο αριθμό κιλών με βάση τον, προ κύησης, Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), επειδή το βάρος της συνδέεται άμεσα με το βάρος του εμβρύου. Οι γυναίκες με φυσιολογικό ΔΜΣ, δηλαδή 20-26, ιδανικά πρέπει να αυξήσουν το βάρος τους 11-16 κιλά. Οι γυναίκες οι οποίες ήταν παχύσαρκες, δηλαδή είχαν  $\Delta\text{ΜΣ}>30$  δεν θα πρέπει να προσλάβουν παραπάνω από 7 κιλά. Αντίθετα μια λιποβαρή γυναίκα με  $\Delta\text{ΜΣ}<19$  μπορεί να αυξήσει το βάρος της μέχρι και 18 κιλά. Πέρα από την αύξηση του σωματικού βάρους, παρατηρείται και κατακράτηση νερού η οποία φτάνει τα 6,5 λίτρα, καθ' όλη την διάρκεια της κύησης.<sup>8</sup>

- **Αιματολογία.** Ο συνολικός όγκος του πλάσματος και ο αριθμός των ερυθρών αιμοσφαιρίων (RBC) αυξάνονται, αλλά ο μέσος όγκος ερυθρών (MCV) και η μέση συγκέντρωση αιμοσφαιρίνης (MCHC) παραμένουν σταθερά.<sup>8,11</sup> Συνεπώς, οι τιμές του αιματοκρίτη και της αιμοσφαιρίνης ελαττώνονται.<sup>11</sup> Σε συνδυασμό με τις δραστικά αυξημένες ανάγκες σε σίδηρο προκύπτει μία γενικότερη σιδηροπενία, η οποία συχνά εκδηλώνεται και ως σιδηροπενική αναιμία.<sup>9,11</sup>

Οι τιμές των αιμοπεταλίων επίσης ελαττώνονται, αλλά χωρίς να επηρεάζεται η λειτουργικότητά τους.<sup>11</sup> Ταυτόχρονα, αυξάνεται η παραγωγή των παραγόντων πήξης και του ινωδογόνου, ενώ η ινωδολυτική δραστηριότητα αναστέλλεται μέχρι το πέρας του τοκετού.<sup>8,11</sup> Χάρη στις αλλαγές αυτές δημιουργείται μία “προπηκτική κατάσταση”, η οποία προστατεύει την έγκυο από την αιμορραγία κατά τη διάρκεια του τοκετού - ωστόσο, χρήζει παρακολούθησης σε περίπτωση θρομβώσεων.<sup>11</sup>

- **Καρδιαγγειακό σύστημα.** Ως αποτέλεσμα της προαναφερθείσας αύξησης του όγκου του κυκλοφορούντος αίματος και των εντεινόμενων αναγκών σε οξυγόνο, η καρδιακή παροχή και η καρδιακή συχνότητα επίσης αυξάνονται.<sup>8,9</sup> Η αρτηριακή πίεση συνήθως παραμένει σταθερή ή μειώνεται ελαφρώς, καθώς οι αγγειακές αντιστάσεις τόσο στη συστηματική όσο και στην πνευμονική κυκλοφορία ελαττώνονται.<sup>8</sup> Κατά το τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης αυξάνεται η φλεβική πίεση στα κάτω άκρα λόγω της άσκησης πίεσης από τη μήτρα στις λαγόνιες φλέβες, προκαλώντας έτσι οιδήματα, παραμορφώνοντας τις φλέβες των κάτω άκρων (δημιουργία κιρσών) ή και αυξάνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης θρομβώσεων.<sup>8,11</sup>
- **Αναπνευστικό σύστημα.** Από ανατομικής άποψης, η συνεχόμενη διάταση της μήτρας στο δεύτερο μισό της κύησης μετατοπίζει το διάφραγμα προς τα πάνω, βραχύνοντας με

αυτόν τον τρόπο το θωρακικό κλωβό και μειώνοντας τον όγκο εκπνευστικών αποθεμάτων και τη λειτουργική υπολειπόμενη χωρητικότητα των πνευμόνων. Ωστόσο, κατά το 3ο τρίμηνο, αυξάνονται η εγκάρσια θωρακική διάμετρος και η κάτω θωρακική περίμετρος ως αποτέλεσμα συλλογής υγρών και λίπους. Συνεπώς, η συνολική πνευμονική χωρητικότητα διατηρείται σχετικά σταθερή.<sup>13</sup>

Παρά τις αυξημένες ανάγκες της σε οξυγόνο, η αναπνευστική συχνότητα μιας εγκύου δε διαφοροποιείται ιδιαίτερα σε σύγκριση με τις κοινώς γνωστές φυσιολογικές τιμές.<sup>8,9,13</sup> Ως αποτέλεσμα αυτού και σε συνδυασμό με άλλους μεταβολικούς και χημικούς παράγοντες, η δύσπνοια αποτελεί συχνό φαινόμενο, ακόμα και στην αρχή της κύησης.<sup>8,13</sup>

- **Δέρμα.** Αλλαγές μπορεί να παρατηρηθούν επίσης και σε διάφορα σημεία του δέρματος της εγκυμονούσας.

- *Πρόσωπο.* Μια μορφή χρωματικής αλλαγής, διάχυτη ή ανομοιογενής, εμφανίζεται γύρω από το μέτωπο, τα μάγουλα και τα μάτια η οποία εξαφανίζεται άμεσα μετά τον τοκετό.

- *Κοιλιά.* Μπορεί να εμφανιστεί μια καφέ ή μαύρη γραμμή που εκτείνεται από την ξιφοειδή απόφυση μέχρι την ηβική σύμφυση και ονομάζεται linea negra. Αυτή οφείλεται συνήθως από μία ορμόνη που ονομάζεται μελανοκυτταροδιεγερτική.

Άλλα σημάδια, που μοιάζουν με ραγάδες και είναι ουλές στους ιστούς, μπορεί να εμφανιστούν στους μηρούς, στο στήθος και κάτω από τον ομφαλό. Αυτά τα σημάδια κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ροζ αλλά μετά την γέννηση του εμβρύου, οι ουλές αυτές συστέλλονται και σε συνδυασμό με την εξάλειψη των τριχοειδών της περιοχής, γίνονται λευκές.<sup>2,8</sup>

- **Μυοσκελετικό σύστημα.** Οι μεταβολές του μυοσκελετικού συστήματος εντοπίζονται κυρίως στον κορμό της εγκύου. Ξεκινώντας από το δεύτερο τρίμηνο, το κέντρο βάρους μετατοπίζεται προοδευτικά προς τα εμπρός καθώς το έμβρυο αναπτύσσεται, με αποτέλεσμα η σπονδυλική στήλη της εγκύου να μεταπίπτει σε λόρδωση τόσο στη στάση όσο και στη βάδιση.<sup>8,14</sup> Λόγω της στάσης αυτής και της καταπόνησης των μυών της οσφυϊκής μοίρας, συχνά αναφέρονται οσφυαλγίες.<sup>8</sup>

Παράλληλα, μέσω ορμονικών επιδράσεων (βλ. *Ορμονικές μεταβολές*), οι αρθρώσεις χαλαρώνουν, κυρίως στην πυελική χώρα.<sup>8,13</sup> Ιδίως η χάλαση της ιερολαγόνιας

άρθρωσης και της ηβικής σύμφυσης, παρέχει στην φυσιολογικά άκαμπτη πύελο κάποιο βαθμό ευελιξίας, ώστε τα οστά της να μετατοπίζονται αποτελεσματικά και να διευκολύνουν τον τοκετό.<sup>13</sup>

- **Μεταβολικές αλλαγές.** Σε γενικές γραμμές, ο μεταβολισμός αυξάνεται προκειμένου να παρασχεθούν σε επαρκείς ποσότητες τα θρεπτικά συστατικά στο έμβρυο, ώστε αυτό να αναπτυχθεί ομαλά.<sup>8</sup> Αντί να διασπαστούν σε ουρία, τα αμινοξέα μεταφέρονται στον πλακούντα προς κάλυψη των εμβρυϊκών αναγκών. Προκειμένου να επιτευχθεί συνεχής παροχή γλυκόζης προς το έμβρυο, η έκκριση ινσουλίνης αυξάνεται, ενώ ταυτόχρονα αναπτύσσεται αντίσταση των ιστών στη δράση της. Λόγω της αυξημένης ινσουλινικής δραστηριότητας, διευκολύνεται η αποθήκευση λίπους.<sup>9</sup> Ταυτόχρονα, παρατηρείται υπερλιπιδαιμία, η οποία όμως δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη αθηρωμάτων (λόγω της αυξημένης συγκέντρωσης λιποπρωτεΐνης υψηλής πυκνότητας (HDL) αντί της λιποπρωτεΐνης χαμηλής πυκνότητας (LDL), η οποία είναι κατά κόρον υπεύθυνη για τον σχηματισμό αθηρωματικών πλακών).<sup>8</sup>

Από το δεύτερο τρίμηνο της κύησης και μετά, εντείνονται οι ανάγκες της εγκύου σε σίδηρο, και συχνά κρίνεται απαραίτητη η λήψη συμπληρωμάτων ώστε αυτές να καλυφθούν. Ταυτόχρονα, αυξάνονται και οι απαιτήσεις σε ασβέστιο, ιδίως κατά το τελευταίο τρίμηνο. Ωστόσο, καλύπτονται εν μέρει μέσω της απομετάλλωσης των οστών της μητέρας.<sup>8,9</sup>

- **Αλλαγές σε άλλα συστήματα.**

*Ουροποιητικό.* Παράλληλα με τη συνολική αύξηση σωματικών υγρών (τόσο κυκλοφορούντων όσο και μη), οι νεφροί διογκώνονται ελαφρώς, και η δραστηριότητά τους (υποδεικνυόμενη από το δείκτη πειραματικής διήθησης-GFR) αυξάνεται κατά το ήμισυ της φυσιολογικής.<sup>8,9</sup> Εξαιτίας της επίδρασης της προγεστερόνης (βλ. 1.2-Ορμονικές μεταβολές), οι ουρητήρες ατονούν, ενώ υφίστανται ήπια διάταση και επιμήκυνση μέχρι και την 6η εβδομάδα της λοχείας. Προς το τέλος της εγκυμοσύνης, η ουροδόχος κύστη συχνά συμπιέζεται από την κυοφορούσα μήτρα, με αποτέλεσμα να παρατηρείται συχνουρία.<sup>8</sup>

*Γαστρεντερικό.* Η γενικότερη κινητικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα ελαττώνεται εξαιτίας της επίδρασης της προγεστερόνης, διευκολύνοντας την απορρόφηση θρεπτικών συστατικών λόγω της μεγαλύτερης παραμονής τους στο



στόμαχο και το λεπτό έντερο.<sup>8</sup> Ωστόσο, για τον ίδιο λόγο, οι έγκυες καθίστανται ιδιαίτερα επιρρεπείς στη δυσκοιλιότητα.<sup>9</sup> Ταυτόχρονα, η άσκηση πίεσης στον στόμαχο και η χάλαση του οισοφαγικού σφιγκτήρα αυξάνουν τις πιθανότητες παλινδρόμησης γαστρικού περιεχομένου προς τον οισοφάγο. Όμως, η γενικευμένη επιβράδυνση των γαστρεντερικών λειτουργιών δρα προστατευτικά ενάντια στην ανάπτυξη ελκών.<sup>8</sup>

Ενώ οι ηπατικές λειτουργίες επίσης επιβραδύνονται, είναι χαρακτηριστική η σύνθεση πρωτεϊνών του πλάσματος ανάλογα με την αύξηση όγκου του αίματος.<sup>9</sup> Παρά τα συγκριτικά υψηλότερα επίπεδα αλκαλικής φωσφατάσης σε σχέση με αυτά μιας μη-εγκύου, οι υπόλοιποι ηπατικοί δείκτες δεν εμφανίζουν κάποια μεταβολή.<sup>8</sup> Οι χοληφόρες οδοί, από την άλλη πλευρά, επηρεάζονται διπλά: ενώ η λειτουργικότητά τους ελαττώνεται λόγω της προγεστερόνης, οι ταυτόχρονες επιδράσεις των οιστρογόνων ενθαρρύνουν την ανάπτυξη στάσης των χοληφόρων και του σχηματισμού χολόλιθων.<sup>8,9,15</sup>

## ***1.2 Ορμονικές μεταβολές***

Όλες οι σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές που παρατηρούνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, από την αρχή της μέχρι και το πέρας της λοχείας, κινητοποιούνται από τη δράση εκκρινόμενων ορμονών. Στην παρούσα υποενότητα θα συνοψισθούν οι κυριότερες μορφές ορμονικής δραστηριότητας, θα αναφερθούν τα 'κέντρα' αυτής και θα παρουσιαστούν οι πρωταρχικής σημασίας ορμόνες, καθώς επίσης και οι αλλαγές που σημειώνονται στους άλλους ενδοκρινείς αδένες του οργανισμού λόγω της εγκυμοσύνης.

*Ωχρο σωμάτιο και προγεστερόνη.* Μετά την ωρίμανση ενός ωαρίου και την απελευθέρωσή του στις σάλπιγγες, τα κατάλοιπα του ραγέντος ωοθυλακίου μετατρέπονται σε μία δομή που είναι γνωστή ως ωχρο σωμάτιο (corpus luteum). Κατά τις πρώτες 6 με 8 εβδομάδες μετά τη σύλληψη, το ωχρο σωμάτιο εκκρίνει το μεγαλύτερο ποσοστό της προγεστερόνης, μιας εκ των κύριων ορμονών της εγκυμοσύνης, αποτρέποντας έτσι την πιθανή αποβολή του.<sup>16</sup> Στη συνέχεια, μετά την επιτυχή εμφύτευση του ζυγωτού στο ενδομήτριο, η

ορμονική δραστηριότητα του ωχρού σωματίου μεταβιβάζεται στον πλακούντα (luteal-placental shift).<sup>8</sup>

*Ορμονική δραστηριότητα του πλακούντα.* Από τη μεταβίβαση της ορμονικής δραστηριότητας μέχρι και τον τοκετό, ο πλακούντας αναλαμβάνει τον τεράστιο ενδοκρινικό φόρτο τον οποίο συνεπάγεται η κύηση.<sup>16,17</sup> Μέσω της παραγωγής πολλαπλών σημαντικών ορμονών, το όργανο αυτό ρυθμίζει και εξασφαλίζει τις κατάλληλες συνθήκες τόσο για την φυσιολογική εμβρυϊκή ανάπτυξη, όσο και για το σχηματισμό απαραίτητων για την κύηση ιστών στο σώμα της μητέρας.<sup>17</sup>

Το φάσμα των παραγόμενων πλακουντιακών ορμονών είναι εξαιρετικά ευρύ. Αξίζει να σημειωθεί πως ενώ αρκετές από αυτές είναι παρόμοιες με τις ορμόνες που εκκρίνονται από την υπόφυση, οι επιδράσεις τους είναι κυρίως επικεντρωμένες στην ανάπτυξη του εμβρύου.

*Σημαντικότερες ορμόνες της κύησης.* Εκ όλων των παραγόμενων ορμονών, οι πιο χαρακτηριστικές είναι οι ακόλουθες:

1. *Προγεστερόνη.* Πρόκειται για την πρώτη πιο σημαντική στεροειδή ορμόνη, καθώς ευθύνεται για τη διατήρηση του κυήματος από την αρχή κιόλας της κύησης. Στην αρχή εκκρίνεται από το ωχρό σωματίο, αλλά από την 6η με 8η εβδομάδα ξεκινάει η παραγωγή της από τον πλακούντα.<sup>16</sup> Η δράση της ελαττώνει τις συσπάσεις της μήτρας (και των άλλων μυϊκών ιστών του σώματος, ως συνέπεια) και οδηγεί σε αγγειοδιαστολή, ενώ συνεισφέρει και στην ανάπτυξη των μαστικών αδένων.<sup>11,16</sup> Η συγκέντρωση της προγεστερόνης αυξάνεται σταδιακά κατά την πορεία της εγκυμοσύνης μέχρι και τις τελευταίες 4-6 εβδομάδες της, οπότε και ελαττώνεται δραστικά<sup>11</sup>, ώστε να δύνανται να προκληθούν οι απαραίτητες συσπάσεις για τον τοκετό.
2. *Οιστρογόνα.* Είναι μία κατηγορία στεροειδών ορμονών, οι οποίες είναι εξίσου σημαντικές με την προγεστερόνη. Αποτελείται από τέσσερις ορμόνες: την οιστριόλη, την οιστραδιόλη, την οιστρόνη και την οιστετρόλη.<sup>11</sup> Η δράση τους επικεντρώνεται στην πρόκληση υπερπλασίας του μυομητρίου, ώστε αυτό να μπορέσει να υποστηρίξει την ανάπτυξη ενός εμβρύου<sup>11,16,17</sup> (βλ. *Μήτρα* στην υποενότητα 1.1). Παράλληλα, διεγείρουν τη μαστική ανάπτυξη, αυξάνουν την ευαισθησία του μυομητρίου στις ορμόνες ωκυτοκίνη και προσταγλανδίνες, και συμβάλλουν στις αλλαγές του τραχήλου της μήτρας<sup>16,17</sup> (βλ. 1.1, *Μήτρα*). Τα οιστρογόνα είναι ήδη παρόντα και εκτός κύησης, αλλά η

συγκέντρωσή τους αυξάνεται διαρκώς κατά τη διάρκεια αυτής και κορυφώνεται κατά τον τοκετό<sup>11</sup>.

3. *Ωκυτοκίνη*. Ενώ η ωκυτοκίνη παράγεται κυρίως στην υπόφυση, μπορεί να εντοπιστεί και τοπική σύνθεσή της στους πλακουντιακούς ιστούς. Εκτός εγκυμοσύνης, κατέχει πρωταρχικό ρόλο στη σεξουαλική δραστηριότητα και συμπεριφορά.<sup>11,18</sup> Οι επιδράσεις της στην κύηση εντοπίζονται κυρίως στο πέρας της και στην φάση του τοκετού, καθώς προκαλεί συστολή των μυών της μήτρας, ενώ ενδέχεται να χορηγηθεί και σε φαρμακευτική μορφή.<sup>11,17,18</sup> Παράλληλα επηρεάζει την παραγωγή μητρικού γάλακτος και τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ μητέρας και παιδιού.<sup>11</sup>
4. *Ανθρώπινη χοριονική γοναδοτροπίνη (hCG)*. Είναι ορμόνη γλυκοπρωτεϊνικής φύσεως, η σύνθεση της οποίας εκκινείται στους συγκυτιοτροφοβλάστες.<sup>11,16</sup> Αυτοί περιβάλλουν τα βλαστοκύτταρα ενός νέου εμβρύου τις πρώτες ημέρες της κύησης, διεισδύουν στο ενδομήτριο κατά την εμφύτευσή του και ένα μεγάλο ποσοστό τους σταδιακά εξελίσσεται στην μορφή του πλακούντα.<sup>19</sup> Ο πρώτος ρόλος της hCG είναι η διέγερση του ωχρού σωματίου, ώστε αυτό να παράγει συνεχόμενα προγεστερόνη μέχρι ο πλακούντας να είναι σε θέση να αναλάβει τη διεργασία αυτή. Επιπλέον, παρέχει τις 'εντολές' για την έναρξη της αγγειογένεσης και της εμφύτευσης του εμβρύου στο ενδομήτριο, ενώ η ήπια ανοσοκατασταλτική δράση του εξασφαλίζει τη μη απόρριψη του εμβρύου ως ξένο σώμα.<sup>16</sup>

*Επιδράσεις της κύησης στους μητρικούς ενδοκρινείς αδένες*. Χάρη στις γενικευμένες φυσιολογικές και ορμονικές μεταβολές που λαμβάνουν χώρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι ενδοκρινείς αδένες του σώματος της μητέρας επίσης υφίστανται αλλαγές, τόσο μορφολογικές όσο και λειτουργικές.<sup>9,16</sup> Αυτό συμβαίνει, προκειμένου ο μητρικός οργανισμός να ανταπεξέλθει στις έντονες απαιτήσεις που συνεπάγεται η ανάπτυξη ενός εμβρύου, ιδίως επειδή οι εκκρινόμενες από τον πλακούντα ορμόνες αποσκοπούν κυρίως στην κάλυψη των εμβρυϊκών αναγκών και όχι των μητρικών.<sup>16</sup>

- **Υπόφυση**. Ανατομικά, η υπόφυση διπλασιάζεται σε μέγεθος. Σε πρωτότοκες γυναίκες, το βάρος του αδένα αυξάνεται κατά περίπου 30%, ενώ σε πολύτοκες η αύξηση αυτή φτάνει μέχρι και το 50%.<sup>9,16</sup> Λόγω των υψηλών συγκεντρώσεων οιστρογόνων, προγεστερόνης και hCG, η έκκριση των γοναδοτροπινών FSH και

LH αναστέλλεται· αντιθέτως, η παραγωγή της προλακτίνης αυξάνεται κατά τουλάχιστον 10 φορές. Επίσης αυξάνεται η σύνθεση της αδενοκορτικοτρόπου ορμόνης (ACTH) και της κορτικοεκλυτίνης (CRH)<sup>9,16</sup>, οι οποίες σχετίζονται άμεσα με την απόκριση του οργανισμού σε στρεσογόνους παράγοντες.<sup>20</sup> Τα επίπεδα της θυρεοτρόπου ορμόνης (TSH) και της αγγειοτενσίνης δεν επηρεάζονται από τις αλλαγές της υπόφυσης. Οι μορφολογικές και φυσιολογικές μεταβολές της υπόφυσης αναιρούνται εντός μερικών μηνών μετά τον τοκετό.<sup>16</sup>

- **Θυρεοειδής αδέννας.** Εξαιτίας της αυξημένης νεφρικής λειτουργίας (και επακόλουθης απώλειας ιωδίου), της καταστολής της TSH και της διέγερσης από την hCG, ο η δραστηριότητα του μητρικού θυρεοειδούς εντείνεται. Ο ίδιος ο αδέννας διογκώνεται ελαφρά, αντανακλώντας αυτή την αυξημένη λειτουργικότητα.<sup>9,16</sup> Παρ' όλα αυτά, οι περισσότερες υγιείς έγκυες δεν εμφανίζουν προβλήματα υπερθυρεοειδισμού<sup>9</sup>, ενώ στην σπάνια περίπτωση που αυτός παρουσιαστεί, αποτελεί παροδικό φαινόμενο και υποχωρεί με το πέρας της κύησης.<sup>16</sup> Παράλληλα αυξάνεται η έκκριση της καλσιτονίνης μέχρι και το 2ο τρίμηνο της κύησης<sup>9</sup>, η οποία προστατεύει τα οστά της εγκύου από την υπερβολική απομετάλλωση και απομάκρυνση ασβεστίου.<sup>16</sup>

Μέχρι και την 12η εβδομάδα της κύησης, οπότε και ξεκινά να λειτουργεί ο εμβρυϊκός θυρεοειδής αδέννας, το έμβρυο εξαρτάται αποκλειστικά από τις κυκλοφορούντες θυρεοειδικές ορμόνες (T<sub>3</sub> και T<sub>4</sub>) της μητέρας.<sup>16</sup> Αν και τα επίπεδα των T<sub>3</sub> και T<sub>4</sub> αυξάνονται κατά τη διάρκεια της κύησης, η συγκέντρωσή τους στο αίμα παραμένει σταθερή καθώς η αύξηση είναι αναλογική αυτής του όγκου υγρών της εγκύου.<sup>9</sup>

- **Παραθυρεοειδείς αδένες.** Όπως και ο θυρεοειδής, έτσι και οι παραθυρεοειδείς αδένες αυξάνονται σε μέγεθος.<sup>16</sup> Ιόντα ασβεστίου, τόσο από την αιματική κυκλοφορία όσο και απομακρυνόμενα από το μητρικό σκελετό, μεταφέρονται από το σώμα της μητέρας προς το έμβρυο. Συνεπώς, τα ολικά επίπεδα ασβεστίου της εγκύου ελαττώνονται ελαφρά κατά το δεύτερο μισό της κύησης.<sup>9,16</sup>
- **Επινεφρίδια και νεφρικές ορμόνες.** Η εκκριτική δραστηριότητα των φλοιών των επινεφριδίων αυξάνεται δραματικά, με εμφανείς μεταβολές από το τέλος του πρώτου τριμήνου της κύησης.<sup>9</sup> Τα επίπεδα της κορτιζόλης στο μητρικό αίμα

σχεδόν διπλασιάζονται, ενώ μαζί με αυτά αυξάνονται και τα επίπεδα της αλδοστερόνης, της ACTH και άλλων ορμονών.<sup>9,16</sup>

Η ταχέως πυροδοτούμενη αγγειοδιαστολή στο καρδιαγγειακό σύστημα από την αρχή της κύησης (βλ. 1.1) οφείλεται στην άμεση ενεργοποίηση του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης, με παράλληλη απελευθέρωση των αγγειοδιαστολέων προστακυκλίνη και νιτρικό οξύ. Επιπλέον, η hCG διεγείρει την παραγωγή ερυθροποιητίνης από το νεφρικό παρέγχυμα, με αποτέλεσμα την αύξηση των ερυθρών αιμοσφαιρίων στο μητρικό αίμα.<sup>9</sup>

- **Πάγκρεας.** Τα μητρικά β-παγκρεατικά κύτταρα δραστηριοποιούνται πιο έντονα, με επακόλουθη τη διόγκωση των νησιδίων του Langerhans. Με αυτόν τον τρόπο, επιτυγχάνεται η χαρακτηριστική υπερινσουλιναμία της κύησης (βλ. 1.1), η οποία διευκολύνει την συνεχή παροχή γλυκόζης στο αναπτυσσόμενο έμβρυο.<sup>9,16</sup>

### 1.3 Ψυχολογικές μεταβολές

Κατά την διάρκεια της κύησης, η γυναίκα βιώνει σε μεγάλο επίπεδο τόσο συναισθηματικές αλλαγές όσο και αλλαγές στην ψυχολογία της.<sup>21,22</sup> Οι αγχώδεις και συναισθηματικές διαταραχές είναι πολύ συχνές στις εγκύους και υπάρχει τεράστιος κίνδυνος να προκαλέσουν επιπλοκές στην κύηση, σύμφωνα με μια μελέτη που δημοσιεύθηκε το 2017. Με βάση τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης τα επίπεδα του άγχους αυξάνονται σταδιακά εξίσου στις πρωτοτόκες και πολυτόκες γυναίκες.<sup>22</sup> Ιδιαίτερα στην πρώτη περίπτωση, το άγχος συχνά οφείλεται στην ‘πρώτη φορά’ που η γυναίκα μένει έγκυος, και στις επερχόμενες αλλαγές στη ζωή της ως μέλλουσα μητέρα.<sup>21</sup> Ταυτόχρονα, οι αλλαγές στην ψυχολογία μιας εγκύου δέχονται έντονες επιρροές από το οικογενειακό και κοινωνικό της περιβάλλον, το πολιτισμικό υπόβαθρο και προσωπικούς παράγοντες, όπως τραυματικές εμπειρίες ή προσδοκίες που αντιμετωπίζει από τον περίγυρό της.<sup>21</sup>

Στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης υπάρχει ένα ήπιο άγχος το οποίο, συνήθως, οφείλεται στο γεγονός ότι κουράζονται πολύ πιο εύκολα αλλά και στο ότι παρουσιάζονται ξαφνικές αλλαγές στην διάθεσή τους, λόγω ορμονικών μεταβολών.<sup>22,23</sup> Παράλληλα, σε πολλές

περιπτώσεις παρατηρείται φόβος για μία πιθανή αποβολή, ο οποίος κυμαίνεται μεταξύ ήπιας και πολύ έντονης μορφής.<sup>23</sup>

Κατά την διάρκεια του δευτέρου τριμήνου το άγχος φτάνει στα επίπεδα του μετρίου, διότι η εγκυμονούσα, πέρα από το προσωπικό της άγχος το οποίο αρχίζει να συνηθίζει, έχει να αντιμετωπίσει και και άλλες στρεσογόνες καταστάσεις όπως οι πολλαπλές εισαγωγές σε νοσοκομεία και εξεταστικά κέντρα και οι φόβοι που υπάρχουν τόσο για τον τοκετό, όσο και για τη σχέση της με το σύντροφό της και τις ικανότητές της ως μέλλουσα μητέρα.<sup>22,23</sup>

Στο τρίτο τρίμηνο, η γυναίκα βιώνει μια έντονη κατάσταση όπου άγχος και ανησυχία συνυπάρχουν. Οι φόβοι της ότι με την δική της συναισθηματική και ψυχολογική κατάσταση μπορεί να επηρεάσει το έμβρυο και σε συνδυασμό με τις διάφορες ανησυχίες που υπάρχουν για το μέλλον του ίδιου του εμβρύου, ανεβάζουν τα επίπεδα άγχους της μέλλουσας μητέρας δραματικά.<sup>22,23</sup>

Πέρα από τα επίπεδα τους άγχους που έχει μια εγκυμονούσα, τείνουν να εμφανιστούν και αλλαγές στην ψυχολογία της που επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την κατάστασή της. Αυτές ποικίλλουν και εμφανίζονται ανάλογα με το τρίμηνο της κύησης όπου βρίσκεται η κάθε γυναίκα.

Τέτοιες είναι:

- *Συναισθηματική αστάθεια.* Ο λόγος για τον οποίο γίνονται αυτές οι εναλλαγές συναισθημάτων είναι άγνωστος, αν και θεωρείται ότι μια πιθανή αιτία είναι οι αλλαγές στο σώμα και στις ορμόνες της, και η εγκυμονούσα δεν μπορεί, πολλές φορές, να τα ελέγξει. Η διάθεσή της αλλάζει διαρκώς κατά την διάρκεια της ημέρας και αυτό το φαινόμενο παρατηρείται συνήθως κατά το πρώτο και τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.<sup>23</sup>
- *Ευερεθιστότητα*
- *Κατάθλιψη*
- *Ταραχή*
- *Δακρύρροια.* Σε πολλές περιπτώσεις οι γυναίκες τείνουν να κλαίει χωρίς κάποιο λόγο. Αυτό οφείλεται στο ότι δεν γνωρίζουν πως να διαχειριστούν τις αλλαγές, τόσο τις σωματικές αλλά και τις ορμονικές, και ξεσπάνε. Πολλές φορές μπορεί να ξεσπάσουν σε κλάματα, ακόμα και αν ο σύντροφος τους υψώσει λίγο τον τόνο της φωνής του. Δεν είναι γνωστή η αιτία πίσω από αυτό, αλλά εκτιμάται ότι οφείλεται σε ορμονικές μεταβολές.<sup>23</sup>
- *Μειωμένη μνήμη*
- *Διαταραχή στην συγκέντρωση*
- *Κόπωση*
- *Θυμός.* Μία ακόμη συναισθηματική αλλαγή που μπορεί να προκύψει από τις μεταβολές των ορμονών. Πολλές φορές οι γυναίκες, επειδή νιώθουν ενοχλήσεις σχετικά με την εγκυμοσύνη τείνουν να εκφράζουν έντονα τον θυμό τους και τα νεύρα τους σε κοντινούς τους ανθρώπους. Αυτό το αίσθημα θυμού σταματάει μετά τον τοκετό όσο η γυναίκα

καταφέρνει να απασχολεί τον εαυτό της με δραστηριότητες.<sup>22,23</sup>

- *Αδυναμία*
- *Διαταραχή ύπνου*
- *Αίσθημα βαρεμάρας*
- *Διαταραχές στη λίμπιντο*
- *Υπερευαίσθησία σε ήχους και μυρωδιές*
- *Οσφρητικές και ακουστικές ψευδαισθήσεις.*<sup>22,23</sup>

Ωστόσο, παρά τις συναισθηματικές συνέπειες της κύησης, σε καμία περίπτωση δεν αποκλείεται αυτή να αποτελέσει μία θετική φάση στη γυναικεία ζωή. Πολλές γυναίκες, ιδιαίτερα αυτές που διαθέτουν ένα καλό υποστηρικτικό περιβάλλον, μπορούν να ωριμάσουν συναισθηματικά από την εμπειρία της εγκυμοσύνης.<sup>21</sup>

Βέβαια, από την άλλη πλευρά, οι υπερβολικά έντονες αλλαγές στη διάθεση ή και τη συμπεριφορά μιας εγκύου ενδέχεται να υποθάλπουν μία ψυχική διαταραχή, η οποία σχετίζεται άμεσα με τις σωματικές, ορμονικές ή ψυχολογικές μεταβολές της κύησης. Τα χαρακτηριστικά και οι τρόποι εντοπισμού και αντιμετώπισης αυτών θα αναλυθούν στο αμέσως επόμενο κεφάλαιο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>:

### *Ψυχικές διαταραχές κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης*

#### *Εισαγωγή*

Η περίοδος της κύησης αποτελεί μία ευαίσθητη φάση στη ζωή μιας μέλλουσας μητέρας. Όπως αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, εκτός από τις αλλαγές τις οποίες υφίσταται το σώμα μιας εγκύου, επηρεάζεται έντονα και η ψυχοσύνθεσή της. Από τις διακυμάνσεις της διάθεσης μέχρι την έντονη ανησυχία για την πορεία της εγκυμοσύνης και την υγεία του μέλλοντος παιδιού της, μία γυναίκα επιβαρύνεται με σημαντικό συναισθηματικό φορτίο, το οποίο έχει άμεσο αντίκτυπο στη διάθεση και τη συμπεριφορά της.

Μέχρι κάποιο σημείο, τέτοιες ψυχολογικές μεταβολές θεωρούνται φυσιολογικό επακόλουθο των ορμονικών μεταβολών που λαμβάνουν χώρα κατά τη διάρκεια της κύησης. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις είναι πιθανό να ελλοχεύει μία σοβαρότερη διαταραχή πίσω από αυτές, η οποία χρήζει εντοπισμού και ψυχιατρικής αντιμετώπισης. Σύμφωνα με ανασκόπηση μελετών των Jha *et al* του 2018, ένα σημαντικό ποσοστό των εγκύων επιβαρύνεται από κάποια ψυχική διαταραχή της προγεννητικής περιόδου.<sup>24</sup> Συχνότερα απαντώνται αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές της διάθεσης, με κυριότερο εκπρόσωπο την κατάθλιψη.<sup>25</sup> Η παρουσία ιστορικού ψυχικών διαταραχών εκτός της εγκυμοσύνης αυξάνει τις πιθανότητες επανεμφάνισής της και κατά την πορεία μιας κύησης.<sup>26</sup> Όμως, ακόμα και κοινωνικά ή ψυχολογικά ευάλωτα άτομα χωρίς ψυχιατρικό ιστορικό μπορούν να υποφέρουν εξαιτίας της απρόσμενης ανάδυσης κάποιας διαταραχής τέτοιας φύσεως.<sup>27</sup>

Το παρόν κεφάλαιο αναλαμβάνει να καλύψει τις κυριότερες ψυχιατρικές διαταραχές που παρατηρούνται στις εγκύους, καθώς επίσης και να εμβαθύνει στο ρόλο του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση και αποτελεσματική διαχείρισή τους.



## **2.1 Συναισθηματικές διαταραχές**

Για να κατανοηθούν οποιεσδήποτε ψυχικές διαταραχές υπάρχουν, δημιουργήθηκε από τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής ένα εγχειρίδιο, το οποίο αναγράφει όλες αυτές τις διαταραχές. Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών, ή αλλιώς DSM εν συντομία, περιέχει στατιστικά στοιχεία για την ύπαρξη διαφόρων ψυχικών διαταραχών καθώς και συμπτωματολογία και θεραπεία αυτών. Η πιο πρόσφατη έκδοση του DSM είναι η πέμπτη (DSM-V) και δημοσιεύτηκε για πρώτη φορά τον Μάιο του 2013 ενώ η αμέσως προηγούμενη, δηλαδή η DSM-IV, το 1994.<sup>28</sup>

Μεταξύ άλλων κεφαλαίων στο DSM υπάρχει και το κεφάλαιο “Συναισθηματικές Διαταραχές” ή “Διαταραχές της Διάθεσης”. Στο DSM-IV, αυτό το κεφάλαιο, περιείχε εξίσου την καταθλιπτική διαταραχή και διπολική διαταραχή λόγω της κοινής τους συμπτωματολογίας, δηλαδή τις διαταραχές της διάθεσης. Αυτό στο DSM-V άλλαξε και αυτά τα δύο χωρίστηκαν σε δύο ξεχωριστά κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο είναι “Διπολικές και σχετικές διαταραχές” και περιέχει την σχιζοφρένεια όπως και άλλες ψυχωσικές διαταραχές και το δεύτερο είναι “Καταθλιπτικές διαταραχές”.<sup>29</sup>

### **2.1.1 Μείζονα καταθλιπτική διαταραχή**

Η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, κοινώς γνωστή ως κατάθλιψη, αποτελεί τη συχνότερα εμφανιζόμενη ψυχιατρική διαταραχή του συναισθήματος. Βάσει της πέμπτης έκδοσης του Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) χαρακτηρίζεται από την παρατεταμένη (για τουλάχιστον 2 εβδομάδες) έλλειψη διάθεσης για καθημερινές δραστηριότητες και την απώλεια της ευχαρίστησης, συνοδευόμενη από τουλάχιστον πέντε από τα ακόλουθα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά: απώλεια ή αύξηση σωματικού βάρους ή όρεξης, μειωμένη ενέργεια για δραστηριότητες, κινητική επιβράδυνση ή έντονη ανησυχία, αϋπνία ή υπερβολικός ύπνος, δυσκολία στη συγκέντρωση και τη λήψη αποφάσεων, αισθήματα ενοχών, απαξίωσης ή και απελπισίας, και σκέψεις για αυτοκτονία και θάνατο.<sup>30,31,32</sup>

Σε αντίθεση με την επιλόχειο κατάθλιψη, η κατάθλιψη κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης συχνά συμπίπτει με φυσιολογικές αλλαγές στη συμπεριφορά της εγκύου λόγω ορμονικών και ψυχολογικών μεταβολών.<sup>31</sup> Επιπλέον, λόγω επικέντρωσης στη σωματική υγεία αντί για την ψυχική και κοινωνική προκατάληψης πως η εγκυμοσύνη ‘οφείλει να αποτελεί χαρμόσυνο γεγονός’, πολλές μέλλουσες μητέρες τείνουν να αποκρύπτουν τα αρνητικά

συναισθήματα που βιώνουν από τον περίγυρό τους.<sup>32</sup> Συνεπώς, η διάγνωση της προγεννητικής κατάθλιψης τίθεται με αυξημένη δυσκολία. Ωστόσο, αξιοποιούνται τα ίδια διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την επιλόχειο κατάθλιψη: πιο συγκεκριμένα, η Κλίμακα της Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (Edinburgh Postnatal Depression Scale - EPDS) και το ερωτηματολόγιο 9 ερωτήσεων Patient Health Questionnaire (PHQ-9).<sup>31,32</sup>

**Στατιστικά δεδομένα.** Βάσει μιας εκτενούς ανασκόπησης των Dadi *et al*, η οποία δημοσιεύτηκε το 2020, η κατάθλιψη αποτελεί τη συχνότερα εμφανιζόμενη ψυχική διαταραχή κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης παγκοσμίως.<sup>33</sup> Ωστόσο, υπάρχει ασυμφωνία μεταξύ πολλαπλών πηγών σχετικά με τον επιπολασμό της προγεννητικής κατάθλιψης. Οι Dadi *et al* εκτιμούν τα ποσοστά επιπολασμού μεταξύ 15 και 65%, ενώ η ανασκόπηση των Biaggi *et al* του έτους 2016 διαχωρίζει τα ποσοστά ανάλογα με την αναπτυξιακή κατάσταση της κάθε χώρας.<sup>32,33</sup> Πιο συγκεκριμένα, ο επιπολασμός της προγεννητικής κατάθλιψης στις αναπτυγμένες χώρες έχει οριστεί μεταξύ του 7 και του 20%, ενώ στις υποανάπτυκτες χώρες υπολογίζεται πως ξεπερνά το 20%, παρά το γεγονός ότι δεν έχουν μελετηθεί σε βάθος.<sup>32</sup>

**Παράγοντες που συνεισφέρουν στην εμφάνιση προγεννητικής κατάθλιψης.** Ο σημαντικότερος, ίσως, παράγοντας που ευνοεί την εκδήλωση κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της κύησης είναι το ιστορικό εμφάνισης καταθλιπτικής διαταραχής στο παρελθόν της εγκύου. Σε αυξημένο κίνδυνο υποτροπής ή επανεμφάνισης κατάθλιψης βρίσκονται, επίσης, οι γυναίκες που διακόπτουν την φαρμακευτική αντικαταθλιπτική αγωγή στη φάση της εγκυμοσύνης, θεωρώντας πως η συνέχισή της μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την εμβρυϊκή ανάπτυξη.<sup>34</sup>

Παράλληλα, σημαντικό ρόλο για την εκδήλωση και την έκβαση της κατάθλιψης κατέχουν και ατομικοί ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, η κακοποίηση σε νεαρότερη ηλικία, η ενδοοικογενειακή ή συντροφική βία, το ιστορικό κατάχρησης ουσιών ή αυτοτραυματισμού και οι ακατάλληλες για διαβίωση συνθήκες έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχολογική κατάσταση της μητέρας, η οποία ήδη επιβαρύνεται από έντονες συναισθηματικές διακυμάνσεις λόγω της κύησης.<sup>25,31</sup> Συνεπώς, κατά την ψυχιατρική εκτίμηση, θεωρείται κρίσιμης σημασίας ο συνυπολογισμός των παραπάνω παραγόντων, καθώς παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για το περιβάλλον της εγκύου, οι οποίες μπορούν να αναδείξουν τις ανάγκες της και να κατευθύνουν το σχέδιο φροντίδας της.<sup>31</sup>

**Συνέπειες της κατάθλιψης για τη μητέρα και το έμβryo.** Η μη αντιμετώπιση κάποιας καταθλιπτικής διαταραχής, ιδιαίτερα κατά την ευαίσθητη προγεννητική περίοδο, μπορεί να

επιηρεάσει αρνητικά τόσο τη μέλλουσα μητέρα όσο και το έμβρυο. Σε οργανικό επίπεδο, η κατάθλιψη κατά την κύηση έχει συσχετιστεί με την εκδήλωση προεκλαμψίας, υπέρτασης και διαβήτη της κύησης, καθώς επίσης και με ενδεχόμενες επιπλοκές όπως ένας πρόωρος τοκετός, χαμηλό βάρος του νεογνού και χαμηλό σκορ APGAR μετά τη γέννηση.<sup>31,32,33,34</sup> Επιπλέον, η καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να συνεχιστεί και στην περίοδο της λοχείας, παρέχοντας το έδαφος για την παρουσία επιλόχειας κατάθλιψης.

Σε συναισθηματικό και ψυχοκοινωνικό επίπεδο, ο αντίκτυπος της επίμονης καταθλιπτικής διάθεσης παρεμβάλλεται άμεσα στην την καθημερινότητα της εγκύου. Η έλλειψη διάθεσης μπορεί να επεκταθεί και στην προγεννητική φροντίδα, με αποτέλεσμα η γυναίκα να μην απευθύνεται σε υπηρεσίες υγείας, να μη συμμορφώνεται με τις οδηγίες των επαγγελματιών υγείας που την επιβλέπουν, ή ακόμα και να αποφεύγει απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις.<sup>31,32</sup> Ακόμα, έχουν αυξημένες πιθανότητες να στραφούν σε επικίνδυνες συμπεριφορές, όπως η κατάχρηση ουσιών.<sup>32,34</sup>

Όμως, οι συνέπειες της κατάθλιψης δύνανται να επεκταθούν ακόμα και μετά την περίοδο της λοχείας. Οι αρνητικές εμπειρίες της μητέρας κατά την κύηση είναι πολύ πιθανό να παρεμβληθούν στην φροντίδα του νεογνού και να διαταράξουν τη σχέση της με το παιδί της όσο αυτό μεγαλώνει.<sup>31,32</sup> Επιπλέον, η ανάπτυξη του νεογνού τους πρώτους 18 μήνες μπορεί να καθυστερήσει και αυτό εμφανίζεται να αντιδρά σε αγχογόνα ερεθίσματα πιο εύκολα, ενώ ταυτόχρονα αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης διαταραχών προσοχής, συμπεριφοράς, άγχους ή ακόμα και της εκδήλωσης καταθλιπτικής διαταραχής κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου, ακόμα και μετά την ενηλικίωση.<sup>31,32,35</sup>

**Θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης.** Παρομοίως με τα περιστατικά καταθλιπτικής διαταραχής, η θεραπεία της προγεννητικής καταθλιπτικής διαταραχής διακρίνεται σε δύο κατηγορίες, στη φαρμακευτική και τη μη-φαρμακευτική αντιμετώπιση.<sup>31</sup> Ωστόσο, πολλές γυναίκες αναφέρουν ενδοιασμούς σχετικά με τη λήψη αντικαταθλιπτικής αγωγής κατά τη διάρκεια της κύησης, υπό τον φόβο πως τα φάρμακα αυτά θα βλάψουν το έμβρυο. Συνεπώς, η χορήγηση ή μη αντικαταθλιπτικών είναι μία απόφαση που οφείλει να ληφθεί από κοινού μεταξύ θεράποντος ιατρού και ασθενούς, με εκτίμηση τόσο των ανεπιθύμητων ενεργειών της αγωγής όσο και των συνεπειών της κατάθλιψης στη μητέρα και το παιδί.<sup>31,34</sup>

**Φαρμακευτική αγωγή.** Είναι γνωστό μέχρι στιγμής πως τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, ανεξαρτήτως κατηγορίας (επιλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης ή SSRIs,

αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νορεπινεφρίνης ή SNRIs, και τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά ή TCAs), διαπερνούν τον πλακουντιακό φραγμό, με αποτέλεσμα το έμβρυο να εκτίθεται στις επιδράσεις τους.<sup>34</sup> Μέχρι στιγμής έχουν τονιστεί κάποιες επικίνδυνες επιπλοκές της λήψης αντικαταθλιπτικών κατά την κύηση, όπως οι αυξημένες πιθανότητες αποβολής, πρόωρου τοκετού ή διαταραχών στις φυσιολογικές οργανικές λειτουργίες του νεογνού. Ωστόσο, σε αρκετές περιπτώσεις, οι πιθανότητες αυτές θεωρούνται μη σημαντικές σε σχέση με τις συνέπειες της αθεράπευτης κατάθλιψης, ενώ δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς εάν οφείλονται στη δράση της αγωγής ή στην ίδια την κατάθλιψη.<sup>31,36</sup> Όμως, το κάθε περιστατικό προγεννητικής κατάθλιψης πρέπει να εξετάζεται και να αντιμετωπίζεται εξατομικευμένα, και με σεβασμό στην κατάσταση και τις επιθυμίες της εγκύου. Παράλληλα, σε περίπτωση χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής, είναι αναγκαία η χορήγηση της ελάχιστης αποτελεσματικής δόσης, ενώ η εκτίμηση της αναπτυξιακής κατάστασης του εμβρύου πρέπει να διενεργείται τακτικά.<sup>36</sup>

*Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση.* Οι μη-φαρμακευτικές προσεγγίσεις στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης στηρίζονται κατά κόρον στην ψυχοθεραπεία. Συνδυάζονται ιδανικά με την παράλληλη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, αλλά μπορούν να διενεργηθούν και κατά μόνας σε περίπτωση που η έγκυος αρνηθεί να λάβει αντικαταθλιπτικά ή πάσχει από ήπια κατάθλιψη.<sup>31,34,37</sup> Μάλιστα, η εξατομικευμένη ψυχοθεραπεία παρουσιάζει πιο έντονα θετικά αποτελέσματα σε σχέση με την ομαδική ψυχοθεραπεία ή τα προγράμματα εκπαίδευσης γονέων.<sup>34,37</sup> Άλλες προσεγγίσεις περιλαμβάνουν την λήψη διατροφικών συμπληρωμάτων ή εναλλακτικές μεθόδους όπως ο βελονισμός και η γιόγκα, χωρίς ωστόσο να έχει αποδειχθεί επιστημονικά η αποτελεσματικότητά τους.<sup>34</sup>

*Νοσηλευτικός ρόλος στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης.* Το έργο του νοσηλευτή ξεκινά με τη δημιουργία και διατήρηση μιας σταθερής, ενθαρρυντικής και εμπιστευτικής σχέσης με την ασθενή.<sup>38</sup> Η ελεύθερη επικοινωνία, το αισιόδοξο κλίμα και έκφραση συναισθημάτων (θετικών ή αρνητικών) από την ασθενή μπορεί να αποκαλύψει κάποια στοιχεία τα οποία κανονικά θα απέκρυπτε.<sup>38,39,40,41</sup> Ακολουθεί η λήψη ακριβούς ατομικού, ψυχιατρικού και οικογενειακού ιστορικού, καθώς και καταγραφή των τρεχόντων δεδομένων στη ζωή της γυναίκας (όπως η τάση για κατάχρηση ουσιών ή η παρουσία περιστατικών οικογενειακής βίας).<sup>38,42</sup> Σε συνδυασμό με τα συλλεγόμενα στοιχεία από τις συνομιλίες, μπορούν να παρατηρηθούν κάποιοι παράγοντες κινδύνου οι οποίοι δεν θα φαίνονταν αλλιώς. Σε περίπτωση ανακάλυψης αυτών, ο νοσηλευτής οφείλει να διενεργήσει προγνωστικά τεστ όπως το EPDS ή το

PHQ-9,<sup>38,43</sup> να ενημερώσει την ασθενή για τα συμπτώματα της προγεννητικής κατάθλιψης και, σε πρώτη φάση, να της παράσχει στοιχεία επικοινωνίας ή να την παραπέμψει σε κατάλληλους επαγγελματίες υγείας και φορείς σε περίπτωση που η ίδια παρατηρήσει κάποια από τα συμπτώματα αυτά.<sup>38,42</sup> Επίσης, είναι απαραίτητες οι επίκαιρες γνώσεις σε θέματα ψυχικής υγείας και μαιευτικής, όπως οι επιπτώσεις της φαρμακευτικής αγωγής στην κύηση, και η μετάδοση αυτών στην ασθενή μέσω της αποτελεσματικής για το μορφωτικό επίπεδο της επικοινωνίας.<sup>38</sup>

### *2.1.2 Διπολική διαταραχή*

Μετά την μείζονα κατάθλιψη, η δεύτερη πιο σοβαρή ψυχική διαταραχή που ενδέχεται να εμφανιστεί ή να υποτροπιάσει στην περίοδο της εγκυμοσύνης είναι η διπολική διαταραχή. Συνήθως, η διπολική διαταραχή εμφανίζεται μετά την ενηλικίωση, συμπίπτοντας έτσι με την μέση αναπαραγωγική ηλικία των γυναικών (μεταξύ 18 και 30 ετών), ενώ γίνεται λόγος για εφ'όρου ζωής διαχείριση της διαταραχής μετά την εκδήλωσή της.<sup>44,45,46,47</sup> Χαρακτηρίζεται από έντονες διακυμάνσεις της διάθεσης με σχετική περιοδικότητα, ενώ διακρίνεται σε τρεις κύριους τύπους ανάλογα με τα χαρακτηριστικά που εκδηλώνονται. Ωστόσο, κοινό σημείο μεταξύ τους αποτελούν οι εναλλαγές μεταξύ καταθλιπτικής και υπομανικής ή μανικής διάθεσης.

*Διπολική διαταραχή τύπου I.* Χαρακτηριστική για τη διάγνωση του πρώτου τύπου της διπολικής διαταραχής είναι η παρουσία τουλάχιστον ενός επεισοδίου μανίας ως ένας από τους δύο 'πόλους' της διαταραχής. Ως 'μανία' ορίζεται η υπερβολικά ανεβασμένη διάθεση, συχνά σε συνδυασμό με μειωμένες ανάγκες για ύπνο, ευερεθιστότητα, και τάση προς επικίνδυνες δραστηριότητες ή συμπεριφορές. Η ένταση των συναισθημάτων και των τάσεων αυτών είναι τόσο έντονη, που παρεμβάλλεται άμεσα στις καθημερινές δραστηριότητες του πάσχοντος. Ο άλλος 'πόλος' καταλαμβάνεται σχεδόν κατά κόρον από καταθλιπτική διάθεση. Τα μανικά και τα καταθλιπτικά επεισόδια εναλλάσσονται μεταξύ τους και διαρκούν τουλάχιστον μία εβδομάδα έκαστο, αλλά μεταξύ τους μεσολαβούν περίοδοι ουδέτερης διάθεσης ή υπομανίας.<sup>44</sup>

*Διπολική διαταραχή τύπου II.* Στο δεύτερο τύπο της διπολικής διαταραχής απουσιάζουν τα μανικά επεισόδια. Αντιθέτως, η μανία αντικαθίσταται από υπομανία, η οποία χαρακτηρίζεται από ηπιότερες ανόδους της διάθεσης. Αυτές τείνουν περισσότερο προς το φυσιολογικό, αλλά παραμένουν αισθητές σε σχέση με τη διάθεση ενός υγιούς ατόμου - και ο πάσχων συχνά τις αντιλαμβάνεται ως 'παραγωγικές' ή 'ευχάριστες'. Επιπλέον, ένα υπομανικό επεισόδιο διαρκεί λιγότερο σε σχέση με ένα μανικό - κατά μέσο όρο τέσσερις ημέρες.<sup>44</sup>

Λόγω της πλησιότητάς της στη φυσιολογική διάθεση, η υπομανία δεν γίνεται αντιληπτή ως κάτι το ανησυχητικό. Αντιθέτως, η εμφάνιση ενός καταθλιπτικού επεισοδίου πριν ή μετά από την υπομανία συνήθως οδηγεί το άτομο στην αναζήτηση συμβουλευτικής ή ιατρικής βοήθειας.<sup>44</sup>

*Κυκλοθυμική διαταραχή.* Ο όρος “κυκλοθυμική διαταραχή” αναφέρεται σε ηπιότερες μεταβολές της διάθεσης οι οποίες χρήζουν διάγνωσης διαφορετικής από τη διπολική διαταραχή. Το φάσμα της διάθεσης του ασθενούς κυμαίνεται μεταξύ ήπιας κατάθλιψης και υπερθυμίας (ελαφρώς ανεβασμένης διάθεσης σε σχέση με το φυσιολογικό). Όμως, ενώ τα χαρακτηριστικά της κάθε διάθεσης είναι λιγότερο σοβαρά σε σχέση με την διπολική διαταραχή, οι εναλλαγές μεταξύ των δύο πόλων είναι αρκετά έως πολύ συχνές.<sup>44</sup>

Ενώ οι ορμονικές και ψυχολογικές μεταβολές της εγκυμοσύνης ενδέχεται να προσφέρουν το έδαφος για την ανάπτυξη κάποιας μορφής διπολικής διαταραχής, δεν έχει εντοπιστεί κάποια άμεση συσχέτιση μεταξύ τους. Αρκετές μελέτες υποδεικνύουν αυξημένη επίπτωση της διπολικής διαταραχής οποιουδήποτε τύπου στην περίοδο της κύησης, ενώ άλλες υποστηρίζουν πως οι αλλαγές που επιφέρει η κύηση δρουν προστατευτικά ενάντια στη διπολική διαταραχή.<sup>45,49</sup> Όμως, μία γυναίκα μπορεί να πάσχει από διπολική διαταραχή πριν προκύψει κάποια εγκυμοσύνη, προγραμματισμένη ή μη.<sup>46,50</sup> Στην προκειμένη περίπτωση, τίθεται θέμα διαχείρισης της διαταραχής κατά τη διάρκεια της κύησης, όπως θα αναλυθεί στη συνέχεια.

*Στατιστικά δεδομένα.* Η επίπτωση της διπολικής διαταραχής, ανεξαρτήτως μορφής, αποκλειστικά στις εγκύους δεν έχει εκτιμηθεί επαρκώς μέχρι στιγμής.<sup>47,48,49,50</sup> Σημαντική είναι η διάκριση μεταξύ των περιστατικών διπολικής διαταραχής που εκδηλώνονται για πρώτη φορά στην κύηση, και των διπολικών επεισοδίων σε γυναίκες που έπασχαν από διπολική διαταραχή πριν μείνουν έγκυες. Επιπλέον, η διπολική διαταραχή τύπου II συναντάται συχνότερα στις εγκύους σε σχέση με τη διπολική διαταραχή τύπου I, σύμφωνα με το DSM-5.<sup>49</sup>

*Συνέπειες για τη μητέρα και το έμβryo.* Οι έγκυες που πάσχουν από διπολική διαταραχή τείνουν να εμφανίζουν περισσότερα επεισόδια μεταβολών της διάθεσης, τόσο κατά τη διάρκεια της κύησης όσο και στην περίοδο της λοχείας.<sup>47</sup> Ιδιαίτερης προσοχής χρήζουν οι ήδη πάσχουσες από διπολική διαταραχή γυναίκες, καθώς η διακοπή ή οι τροποποιήσεις της φαρμακευτικής αγωγής μπορούν να επιφέρουν ανεπιθύμητες συνέπειες και υποτροπές στη διάθεση και τη συμπεριφορά τους.<sup>48,49,50</sup> Επιπλέον, η κλινική διάκριση μεταξύ διπολικής διαταραχής και κατάθλιψης είναι ασαφής, με συχνό αποτέλεσμα τη μη διάγνωση της πρώτης.<sup>47</sup>

Η ανεξέλεγκτη διπολική διαταραχή, ανεξαρτήτως τύπου, συνεπάγεται αυξημένο κίνδυνο για επιπλοκές τόσο στη μητέρα όσο και στο έμβρυο. Στην ίδια την έγκυο, οι έντονες μεταβολές της διάθεσης δύνανται να οδηγήσουν σε επικίνδυνες για την υγεία της συμπεριφορές, όπως και η καταθλιπτική διαταραχή. Όσον αφορά τον τοκετό, αυξάνονται σημαντικά οι πιθανότητες πρόωρης έναρξής του, αποβολής ή επιπλοκών όπως διαταραχές της αρτηριακής πίεσης, μετατόπιση του πλακούντα και ακατάσχετη αιμορραγία.<sup>45,46,47</sup> Παράλληλα, η εμβρυϊκή ανάπτυξη επηρεάζεται αρνητικά, καθώς το βάρος του νεογνού τείνει να είναι χαμηλότερο του φυσιολογικού, ενώ αυξάνονται και οι πιθανότητες εκδήλωσης συγγενών ανωμαλιών.<sup>45,46,49</sup>

**Θεραπευτική αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής.** Σε ασθενείς με προϋπάρχουσα διπολική διαταραχή, συνίσταται ο προγραμματισμός μιας πιθανής κύησης και η σταθεροποίηση της κατάστασης της γυναίκας για τουλάχιστον 6 μήνες πριν τη σύλληψη, εφ'όσον αυτό είναι εφικτό.<sup>50</sup> Η διαχείριση της διπολικής διαταραχής στηρίζεται κυρίως στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, με τις αντιπροσωπευτικές κατηγορίες φαρμάκων να περιλαμβάνουν τα αντιψυχωσικά (όπως η κουετιαπίνη), τα άλατα λιθίου και σε κάποιες περιπτώσεις τα αντιεπιληπτικά (όπως το βαλπροϊκό οξύ, η καρβαμαζεπίνη και η λαμοτριγίνη).<sup>46,48</sup> Ωστόσο, όπως τα περισσότερα ψυχοτρόπα, έτσι και αυτές οι κατηγορίες φαρμάκων περνούν μέσω του πλακούντα στην εμβρυϊκή κυκλοφορία, αυξάνοντας με αυτόν τον τρόπο την πιθανότητα ανάπτυξης ανωμαλιών και εμφάνισης μετέπειτα επιπλοκών καθώς η κύηση οδεύει προς τον τοκετό.<sup>48,49,50</sup> Κάποιες γυναίκες ενδέχεται να επιχειρήσουν τη διακοπή της αγωγής τους ακριβώς για αυτό το λόγο, θέτοντας έτσι τον εαυτό τους σε κίνδυνο υποτροπής της διπολικής διαταραχής κατά τη διάρκεια της κύησης. Ταυτόχρονα, και η ίδια η διπολική διαταραχή μπορεί να επιφέρει τις ίδιες συνέπειες στο έμβρυο χωρίς αντιμετώπιση. Συνεπώς, η εγκυμοσύνη σε έδαφος διπολικής διαταραχής επιφέρει σε κάθε περίπτωση ρίσκα, τα οποία πρέπει να συζητηθούν εκτενώς πριν ληφθεί κάποια απόφαση για τη γραμμή αντιμετώπισης της διαταραχής.<sup>46,50</sup>

**Νοσηλευτικός ρόλος στην αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής.** Για τη φροντίδα εγκύου ασθενούς με διπολική διαταραχή, είναι πρωταρχικής σημασίας η κατάλληλη εκτίμηση της κατάστασης της πάσχουσας, τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχικό επίπεδο.<sup>38,51</sup> Η ορθή λήψη ιστορικού διευκολύνει κατά πολύ τόσο την ιατρική διάγνωση της διαταραχής, όσο και τον προσδιορισμό των νοσηλευτικών αναγκών που προκύπτουν από αυτήν.<sup>51,52</sup> Σε αυτό μπορούν να βοηθήσουν και πολλά υπάρχοντα διαγνωστικά εργαλεία.<sup>52</sup> Λόγω των αρνητικών επιδράσεων των αντιψυχωσικών και αντιεπιληπτικών φαρμάκων στην εμβρυϊκή ανάπτυξη, είναι σημαντική η

ενημέρωση της γυναίκας για αυτές ώστε η απόφασή της για το αν θα συνεχίσει ή αν θα διακόψει την αγωγή να είναι πλήρως πληροφορημένη.<sup>38,51</sup> Σε περίπτωση που επιλέξει να διακόψει ή να μην λάβει φάρμακα, ο νοσηλευτής οφείλει να παρακολουθεί την κατάστασή της τακτικά, τόσο πριν όσο και μετά τον τοκετό, καθώς αυξάνεται ο κίνδυνος μεταβολής της διάθεσης ή επιλοχείου ψύχωσης.<sup>51</sup> Ταυτόχρονα, κάποιες συστάσεις ή παρεμβάσεις σε παραμέτρους της καθημερινής ζωής, όπως ο ύπνος ή η διατροφή, μπορούν να συνεισφέρουν σημαντικά στην πρόληψη κάποιου μανιακού ή καταθλιπτικού επεισοδίου.<sup>52,53</sup> Η διπολική διαταραχή μπορεί να επιμείνει καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής, οπότε γίνεται λόγος για διαχείρισή της και όχι απλά για θεραπεία. Όμως, σε συνδυασμό με κοινοτικούς φορείς, μπορεί να παρασχεθεί ψυχιατρική φροντίδα κατ' οίκον, χωρίς να επιβαρύνονται οι ανώτεροι τομείς φροντίδας υγείας.<sup>53</sup>

## **2.2 Αγχώδεις διαταραχές**

Μία από τις πιο κύριες κατηγορίες διαταραχών, σύμφωνα με το DSM-V, είναι οι διαταραχές του άγχους, οι οποίες είναι και οι πιο συχνές. Το ποσοστό των ενηλίκων που φαίνεται να έχουν επηρεαστεί τουλάχιστον μια φορά στην ζωή τους αγγίζει το 30% . Οι αγχώδεις διαταραχές διαφέρουν από τα φυσιολογικά συναισθήματα νευρικότητας και άγχους διότι ο ασθενής νιώθει αυτά τα συναισθήματα σε υπερβολικό βαθμό. Υπάρχουν διάφοροι τύποι διαταραχών του άγχους όπως ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, διαταραχή πανικού, αγοραφοβία και διάφορες φοβίες, διαταραχή γενικευμένου άγχους. Υπάρχουν δύο είδη θεραπείας για την αντιμετώπιση αυτών ψυχοθεραπεία, ή θεραπεία ομιλίας, και θεραπεία με φαρμακευτική αγωγή, είτε ξεχωριστά είτε σε συνδυασμό. Η πρώτη θεραπεία βασίζεται στο να βοηθήσει το άτομο να διευρύνει τον τρόπο σκέψης και αντίληψής του με σκοπό να αισθανθεί λιγότερη ανησυχία. Η δεύτερη, αν και βασίζεται σε φάρμακα, δεν μπορεί να θεραπεύσει τις διαταραχές του άγχους παρά μόνο να ανακουφίσει τον ασθενή από τα συμπτώματα. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται συχνότερα είναι αντικαταθλιπτικά και αγχολυτικά.<sup>54,55,56</sup>

Οι διαταραχές του άγχους σε γυναίκες οι οποίες κυοφορούν μπορούν να προκαλέσουν σοβαρές και ανεπιθύμητες επιπλοκές στο έμβρυο. Τέτοιες επιπλοκές είναι αναπάντεχη και απότομη αποβολή, πρόωρος τοκετός, χαμηλό βάρος γέννησης και προεκλαμψία. Επιπρόσθετα, τα παιδιά τα οποία έχουν μητέρες που πάσχουν έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ADHD (Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder). Το ADHD είναι η πιο συχνή νευροαναπτυξιακή



διαταραχή της παιδικής ηλικίας και τα άτομα τα οποία πάσχουν χαρακτηρίζονται από απώλεια προσοχής, αδυναμία ελέγχου παρορμητικών συμπεριφορών και υπερβολική ενέργεια. Για την μητέρα, η οποία πάσχει από άγχος κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να πάσχει από κατάθλιψη κατά την περίοδο της λοχείας.<sup>55,57</sup>

### *2.2.1 Ψυχαναγκαστική διαταραχή*

Η ψυχαναγκαστική διαταραχή (obsessive-compulsive disorder), ή αλλιώς OCD εν συντομία, είναι μια διαταραχή κατά την οποία ο ασθενής υποφέρει από διάφορα συμπτώματα όπως άγχος, έντονες σκέψεις στο οτιδήποτε που πράττει, μηρυκασμούς όπου μπορεί να είναι είτε αμφιβολίες, για το αν έπραξε κάτι σωστά ή όχι, είτε ενδοιασμούς. Παρατηρείται σε μεγαλύτερο βαθμό σε γυναίκες παρά σε άντρες, και πιο συγκεκριμένα εμφανίζεται μεταξύ 18-35 ετών δηλαδή στην ηλικιακή ομάδα αναπαραγωγής. Όλα αυτά τα συμπτώματα επηρεάζουν αρνητικά την καθημερινότητα του πάσχοντος, ειδικά αν ο πάσχων είναι έγκυος γυναίκα διότι επηρεάζουν και την υγεία του εμβρύου, τόσο σωματικά όσο και στην μετ'έπειτα σχέση μεταξύ μητέρας και μωρού.<sup>56,58</sup>

Σύμφωνα με μελέτες που δημοσιεύθηκαν το 2017 στο περιοδικό Journal of Pregnancy and Child Health, οι μέλλουσες μητέρες είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν OCD στο δεύτερο ή τρίτο τρίμηνο της κύησης παρά στο πρώτο. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τις ίδιες μελέτες, έγκυες γυναίκες που πάσχουν από OCD και γυναίκες που δεν πάσχουν, φαίνεται να μην έχουν καμία διαφορά μεταξύ τους όσον αφορά τα στοιχεία της κύησης, παραδείγματος χάριν την ηλικία της κύησης ή τις επιπλοκές στον τοκετό.<sup>48</sup>

**Θεραπευτικές προσεγγίσεις.** Για την θεραπεία του OCD χορηγούνται αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Θεραπευτική επιλογή εκλογής αποτελούν οι επιλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) και οι βενζοδιαζεπίνες, με δευτερεύουσες επιλογές τους αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νορεπινεφρίνης (SNRIs) και τα παλιότερα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs). Όπως και στη φαρμακευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης, η αγωγή λαμβάνεται μακροπρόθεσμα και σε καθημερινή βάση, και υπάρχει το ενδεχόμενο να προκληθούν βλάβες στο έμβρυο. Συνεπώς, τίθεται θέμα λήψης αποφάσεων μεταξύ του θεράποντος και της γυναίκας και, εάν είναι θετική στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, ρύθμισης της δοσολογίας της αγωγής ώστε να ασκεί το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα με τις λιγότερες

δυνατές παρενέργειες.<sup>48,57</sup> Ταυτόχρονα, η αγωγή συνδυάζεται με συνεδρίες ψυχοθεραπείας, με τις πιο αποτελεσματικές εξ αυτών να θεωρείται η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία.<sup>48,58</sup>

### 2.2.2 Διαταραχή πανικού

Ως διαταραχή πανικού ορίζονται οι αιφνίδιες κρίσεις άγχους και πανικού κατά τις οποίες ο πάσχων νιώθει ζάλη και τάσεις λιποθυμίας, πόνος στο στήθος, ανεβασμένους και έντονους τους καρδιακούς παλμούς. Επίσης, κατά την εκδήλωση μιας κρίσης πανικού, ο πάσχων βιώνει την επονομαζόμενη “αποπροσωποποίηση”, δηλαδή πως αντιλαμβάνεται το περιβάλλον του εκτός του σώματός του, ενώ αναδύεται και έντονος φόβος θανάτου ή τρέλας κατά την έλευση της κρίσης.<sup>56</sup> Αυτό μπορεί να συμβεί ακόμα και σε εγκυμονούσες γυναίκες και να κρατήσει καθ’όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας. Ο λόγος για τον οποίο συμβαίνει αυτή η συνεχής πορεία της διαταραχής πανικού είναι άγνωστος, αλλά φαίνεται ότι η εγκυμοσύνη, λόγω ορμονικών και ψυχολογικών μεταβολών, προδιαθέτει τη γυναίκα σε αυξημένο άγχος. Ως αποτέλεσμα, επιδεινώνει αυτές τις κρίσεις σε γυναίκες οι οποίες είχαν στο παρελθόν διαταραχές πανικού αλλά σε ηπιότερες μορφές.<sup>48</sup> Σε αντίθεση με άλλες αγχώδεις διαταραχές, οι κρίσεις πανικού εκδηλώνονται και εξελίσσονται ταχύτατα και με σοβαρά σημεία ή συμπτώματα, ενώ ο πάσχων κυριεύεται από φόβο για δυσμενείς εκβάσεις κατά τη διάρκεια μιας κρίσης.<sup>58</sup>

**Διαγνωστικά κριτήρια.** Σε αντίθεση με τις άλλες αγχώδεις διαταραχές, η διαταραχή πανικού χαρακτηρίζεται και διαγιγνώσκεται από την εκδήλωση επανειλημμένων και απροσδόκητων επεισοδίων ή κρίσεων πανικού. Επιπλέον, επίμονος φόβος μετά από μία κρίση για το ενδεχόμενο έξαρσης άλλης κρίσης στο μέλλον ή των επιπτώσεων της στην υγεία, με διάρκεια τουλάχιστον 4 εβδομάδων, πρέπει να έπεται τουλάχιστον μίας προηγούμενης κρίσης ώστε να τεθεί η διάγνωση της διαταραχής πανικού.<sup>56</sup>

**Θεραπευτικές προσεγγίσεις.** Ως θεραπεία για την καταπολέμηση αυτών των κρίσεων πανικού και άγχους χρησιμοποιούνται βενζοδιαζεπίνες, και συγκεκριμένα λοραζεπάμη και κλοναζεπάμη, και αντικαταθλιπτικά (SSRIs, SNRIs ή TCAs).<sup>48</sup> Όπως και σε άλλες αγχώδεις διαταραχές, προτείνεται ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και κάποιας μορφής ψυχοθεραπείας. Συγκεκριμένα στη διαταραχή πανικού, η γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία εφαρμόζεται ευρέως, ως η πιο αποτελεσματική για τη διαταραχή επιλογή ψυχοθεραπείας.<sup>48,58</sup>

*Νοσηλευτικός ρόλος στην αντιμετώπιση των αγχώδων διαταραχών.* Τα αυξημένα επίπεδα άγχους αποτελούν συχνό φαινόμενο σε πολλές κύσεις, και μπορούν να εξελιχθούν σε κάποια αγχώδη διαταραχή οποιασδήποτε κατηγορίας.<sup>60</sup> Συνεπώς, συστήνονται οι πολλαπλές αξιολογήσεις για αγχώδεις διαταραχές καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης, σε κάθε έγκυο.<sup>38</sup> Οι πληροφορίες που συλλέγονται μέσω του ιστορικού και της συνέντευξης μπορούν να βοηθήσουν στην επιλογή των κατάλληλων εργαλείων εκτίμησης,<sup>38,60</sup> ενώ εξίσου πολύτιμος παράγοντας είναι η κλινική εκτίμηση από τον ίδιο το νοσηλευτή.<sup>61</sup> Κρίσιμη σημασία κατέχει η ενθάρρυνση της ελεύθερης έκφρασης των συναισθημάτων της εγκύου, χωρίς επικριτική διάθεση ή αδιαφορία.<sup>38</sup> Επιπροσθέτως, ο νοσηλευτής οφείλει να είναι ανοικτός σε διάλογο και να ενημερώνει την έγκυο για όλες τις πιθανές θεραπευτικές προσεγγίσεις, φαρμακευτικές ή μη.<sup>62</sup>

### **2.3 Λοιπές διαταραχές**

Σε αυτήν την υποενότητα αναφέρονται άλλες κύριες προγεννητικές ψυχικές διαταραχές, οι οποίες δεν υπάγονται ούτε στις συναισθηματικές ούτε στις αγχώδεις διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα, θα καλυφθούν η σχιζοφρένεια και οι διατροφικές διαταραχές κατά την περίοδο της κύησης - σχετικά σπάνιες, αλλά σοβαρές διαταραχές με άμεσες επιπτώσεις στην υγεία τόσο της μητέρας όσο και του εμβρύου.

#### **2.3.1 Σχιζοφρένεια**

Η σχιζοφρένεια αποτελεί ένα από τα μείζονα σύνδρομα της ψυχιατρικής γενικότερα, αλλά και ένα από τα πιο δύσκολα στον προσδιορισμό. Τα συμπτώματά της διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: τα θετικά, όπως οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες, και τα αρνητικά, όπως η απώλεια του αυθόρμητου λόγου, της κινητοποίησης, της ευχαρίστησης και της συναισθηματικής έκφρασης (αλλιώς γνωστά ως τα “τέσσερα α” στην αγγλική βιβλιογραφία: alogia, avolition, anhedonia, affective flattening). Ωστόσο, αυτά συνοδεύονται από σταδιακή αποδιοργάνωση και διαταραχή της συμπεριφοράς και της σκέψης και έκπτωση της μνήμης και άλλων νοητικών λειτουργιών. Συνεπώς, ο πάσχων σταδιακά παύει να είναι λειτουργικός, ενώ ενδέχεται να συνυπάρχουν και καταθλιπτικά συμπτώματα.<sup>63,64</sup>

Ανάλογα με το χρονικό πλαίσιο εκδήλωσης της, η σχιζοφρένεια χωρίζεται σε δύο κύριες κατηγορίες: στην οξεία σχιζοφρένεια, στην οποία κυριαρχούν τα θετικά συμπτώματα και η οποία εγκαθίσταται ταχέως, και στη χρόνια σχιζοφρένεια, η οποία χαρακτηρίζεται από την παρουσία αρνητικών συμπτωμάτων και απαιτεί περισσότερο χρόνο για να εκδηλωθεί. Για να διαγνωστεί κάποιος με σχιζοφρένεια, θα πρέπει για ένα συνεχόμενο χρονικό διάστημα να παρουσιάζει δύο τουλάχιστον από τα παραπάνω συμπτώματα.<sup>63</sup>

Η σχιζοφρένεια αρχίζει να πρωτοεμφανίζεται στις γυναίκες την περίοδο κατά την οποία μπορούν μείνουν έγκυες, δηλαδή κατά την ηλικία 25-35. Σε αυτές τις γυναίκες που πάσχουν, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος μειωμένης γονιμότητας είτε λόγω της ασθένειας καθ'αυτής είτε λόγω της φαρμακευτικής αγωγής, δηλαδή αντιψυχωσικά πρώτης γενιάς, που μπορεί να λαμβάνει μια μέλλουσα μητέρα για να αντιμετωπίσει την σχιζοφρένεια. Παρ'όλα αυτά, με τα σημερινά δεδομένα, το 50% με 60% των σχιζοφρενών γυναικών που λαμβάνουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα και αντιψυχωσικά φάρμακα δεύτερης γενιάς μπορούν να μείνουν έγκυες, όμως οι μισές από αυτές τις περιπτώσεις μπορεί να είναι ανεπιθύμητες.<sup>63,64</sup>

Αυτές οι γυναίκες, στο μεγαλύτερο ποσοστό, είναι άγαμες, μένουν μόνες τους και συχνά είναι στο περιθώριο από την κοινωνία. Για αυτόν τον λόγο, θεωρούνται ανίκανες να αναθρέψουν και να μεγαλώσουν ένα μωρό, με αποτέλεσμα να εγκαταλείπουν τα παιδιά τους. Έτσι, γυναίκες οι οποίες θέλουν να αποφύγουν μια απρόσμενη κήση, είτε για τον λόγο του ότι δεν θέλουν ένα παιδί είτε για τον λόγο ότι είναι μόνες και δεν έχουν υποστήριξη από κανέναν, ουτε ψυχολογική ούτε οικονομική, θα πρέπει να λαμβάνουν όλα τα μέτρα αντισύλληψης. Από την άλλη, γυναίκες οι οποίες μπορούν και θέλουν να γίνουν μητέρες χρειάζεται να λάβουν υποστήριξη και κοινωνικό-οικονομική και φαρμακευτική.<sup>64</sup>

**Επιπτώσεις στη μητέρα και το έμβρυο.** Η σχιζοφρένεια στις έγκυες γυναίκες φαίνεται να έχει σοβαρές επιπτώσεις στο έμβρυο όπως χαμηλή βαθμολογία στην κλίμακα APGAR, πρόωρος τοκετός, χαμηλό βάρος νεογέννητου ή ακόμα και θάνατο του εμβρύου αμέσως μετά την γέννησή του. Παρ'όλα αυτά, δεν είναι ξεκάθαρο ακόμα αν για τις παραπάνω επιπλοκές ευθύνεται στην ίδια την ασθένεια ή σε διάφορα προβλήματα που μπορεί να προκύψουν λόγω αυτής κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Σε κάθε περίπτωση όμως δεν θα πρέπει να διακόπτεται η φαρμακευτική αγωγή σε έγκυες σχιζοφρενείς γυναίκες διότι αυξάνεται ο κίνδυνος επιπλοκών όχι μόνο για το έμβρυο αλλά και για την ίδια την γυναίκα.<sup>64</sup>

**Θεραπευτική αντιμετώπιση.** Για την θεραπεία ασθενών που πάσχουν με σχιζοφρένεια χορηγούνται, με τεράστια προσοχή, αντιψυχωσικά φάρμακα. Τα φάρμακα αυτά ξεκινούν την δράση τους από την στιγμή που θα γίνει η λήψη τους και είναι πιθανόν ανιχνευθεί βελτίωση και καταστολή των συμπτωμάτων εντός του πρώτου 24ώρου από την αρχή της θεραπείας. Επιπρόσθετα, αν τα συμπτώματα δεν βελτιωθούν έστω και στο ελάχιστο εντός δύο εβδομάδων, η πιθανότητα να πετύχει η εκάστοτε θεραπεία μειώνεται σημαντικά.<sup>63,64</sup> Επίσης, σημαντική είναι η συνεισφορά της ψυχοθεραπείας (ατομικής ή οικογενειακής) και των δραστηριοτήτων νοητικής αποκατάστασης, οι οποίες βοηθούν στην επιβράδυνση της νοητικής έκπτωσης και διατηρούν την πάσχουσα σε εγρήγορση. Αξίζει να σημειωθεί πως, ενώ πολλοί ασθενείς ανακάμπτουν από την οξεία μορφή της σχιζοφρένειας, σε αρκετές περιπτώσεις μεταπίπτουν στη χρόνια μορφή της.<sup>63</sup>

**Νοσηλευτικός ρόλος στη διαχείριση της σχιζοφρένειας κατά την κύηση.** Η λήψη σωστού ψυχιατρικού, ατομικού και οικογενειακού ιστορικού, ειδικά σε ήδη πάσχουσες από σχιζοφρένεια ή γυναίκες που έχουν εμφανίσει οξεία σχιζοφρένεια στο παρελθόν, προσφέρει πολύτιμα στοιχεία στην ομάδα προγεννητικής φροντίδας για την εκτίμηση του κινδύνου εκδήλωσης σχιζοφρενικού επεισοδίου.<sup>65</sup> Εάν κριθεί απαραίτητο, ο νοσηλευτής είναι υποχρεωμένος να πληροφορήσει πλήρως και να παραπέμψει μία ασθενή σε πιο εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας.<sup>38</sup> Όμως, πέρα από τη γενικότερη παροχή υποστήριξης στη φροντίδα μίας σχιζοφρενούς εγκύου, ο νοσηλευτής πρέπει να εκτιμήσει και το περιβάλλον στο οποίο εκείνη ζει. Σε αρκετές περιπτώσεις, η γυναίκα δεν διαθέτει τις νοητικές ικανότητες που χρειάζεται για να λάβει αποφάσεις, οπότε είναι σημαντική η εμπιστευτική σχέση και με το άμεσο οικογενειακό της περιβάλλον.<sup>38,66</sup> Ωστόσο, η ασθενής πρέπει σε κάθε περίπτωση να αντιμετωπίζεται σαν άνθρωπος και όχι σαν απλό περιστατικό της νόσου. Συνεπώς, ο σεβασμός στο πρόσωπο και το υπόβαθρό της, η πλήρης πληροφόρηση σχετικά με οποιαδήποτε παρέμβαση και οι προσπάθειες κατανόησης των επιθυμιών της αποτελούν αναγκαία στοιχεία για το σχηματισμό ενός δεσμού εμπιστοσύνης. Εξίσου σημαντική είναι η παροχή κάποιου βαθμού ελευθερίας, προς διασφάλιση της όσο γίνεται βέλτιστης ψυχολογικής κατάστασης της πάσχουσας.<sup>67</sup>

### 2.3.2 Διατροφικές διαταραχές

#### *Νευρογενής ανορεξία*

Τα άτομα που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία χωρίζονται σε δύο κατηγορίες. Στα άτομα περιοριστικού τύπου, όπου δεν δέχονται να καταναλώσουν τροφή ή καταναλώνουν πολύ

μικρή ποσότητα και στα άτομα καθαρτικού τύπου, όπου καταναλώνουν τεράστιες ποσότητες φαγητού και στην συνέχεια προσπαθούν να τα αφαιρέσουν από τον οργανισμό τους με κάθε δυνατό τρόπο, όπως πρόκληση εμέτου αμέσως μετά την λήψη τροφής, παρατεταμένη ασιτία, υπερβολική άσκηση ή ακόμα και λήψη καθαρτικών και διουρητικών. Κοινά χαρακτηριστικά μεταξύ των δύο τύπων νευρογενούς ανορεξίας είναι το πολύ χαμηλό σωματικό βάρος (Δείκτης Μάζας Σώματος μικρότερος από  $17.5 \text{ Kg/m}^2$ ), με παράλληλη μη αναγνώριση της σοβαρότητας του ελλιπούς βάρους. Επίσης, η επιθυμία για λεπτό σώμα καθίσταται πολύ έντονη, σε σημείο όπου συνυπάρχει με τον φόβο πρόσληψης βάρους.<sup>68,69</sup> Οι γυναίκες που πάσχουν από νευρογενή ανορεξία συνήθως βιώνουν και διαταραχές στη λειτουργία του αναπαραγωγικού συστήματος, με συνηθέστερη εκδήλωση την αμηνόρροια. Συνεπώς, η σύλληψη καθίσταται δύσκολη για τις ανορεξικές γυναίκες.<sup>68</sup>

Αν όμως εκδηλωθεί νευρογενής ανορεξία κατά την περίοδο της κύησης, υπάρχει μεγάλος κίνδυνος να εμφανιστούν επιπλοκές όπως ξαφνική αποβολή, πρόωρος τοκετός είτε φυσιολογικά είτε με καισαρική τομή και κατάθλιψη κατά την περίοδο της λοχείας. Οι γυναίκες που πάσχουν από νευρική ανορεξία είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν κατάθλιψη μετά τον τοκετό, σε σχέση με τις γυναίκες οι οποίες δεν πάσχουν από καμία διατροφική διαταραχή. Οι γυναίκες με διαταραχές στην διατροφή τους βαθμολογούνται με ένα σκορ στην κλίμακα EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale).<sup>68</sup>

**Επιπτώσεις στη μητέρα και το έμβryo.** Η κατάσταση μιας γυναίκας που πάσχει από νευρική ανορεξία μπορεί να βελτιωθεί, να παραμείνει στάσιμη ή ακόμα και να επιδεινωθεί, ωστόσο για μερικές γυναίκες η φυσιολογική αύξηση βάρους στην διάρκεια της εγκυμοσύνης προκαλεί έντονο φόβο με αποτέλεσμα να μην λαμβάνουν το κατάλληλο βάρος και να προκαλούν επιπλοκές στα έμβρυα. Τέτοιες επιπλοκές μπορεί να είναι σωματικές, όπως μειωμένη ανάπτυξη του εμβρύου μέσα στην μήτρα, χαμηλό βάρος γέννησης, μικρή περιφέρεια κεφαλής, αλλά και ψυχικές όπως κατάθλιψη, άγχος ή ακόμα και κατάχρηση ουσιών στην πορεία της ζωής τους.<sup>68,69</sup>

**Θεραπευτική αντιμετώπιση.** Πριν την εφαρμογή οποιουδήποτε θεραπευτικού σχήματος, πρέπει να συνεκτιμηθούν πολλοί παράγοντες όπως το ατομικό και ψυχιατρικό ιστορικό της εγκύου, το περιβάλλον της και οι αντιλήψεις της σχετικά με την εικόνα σώματος. Η νευρογενής ανορεξία αποτελεί κατά βάση ψυχική νόσο, αλλά με άμεσο αντίκτυπο στη σωματική κατάσταση της πάσχουσας. Για αυτό το λόγο, και η θεραπευτική προσέγγιση οφείλει να συνδυάζει πολλές διαφορετικές μεθόδους.<sup>68,69</sup>

Πρωταρχικός στόχος της θεραπείας της νευρογενούς ανορεξίας είναι η αλλαγή των διαστρεβλωμένων αντιλήψεων για την εικόνα σώματος, η οποία συνεπάγεται την υιοθέτηση υγιέστερων προτύπων και την επαναφορά του πάσχοντος στη φυσιολογικότητα. Συνεπώς, η ψυχοθεραπεία έχει χαρακτηριστεί ως ‘πυλώνας’ της θεραπευτικής αντιμετώπισης, καθώς αποσκοπεί ακριβώς σε αυτό. Ανάλογα με το παρατηρηθέν ιστορικό, δύνανται να διενεργηθούν είτε ατομικές είτε οικογενειακές συνεδρίες ψυχοθεραπείας.<sup>68</sup> Η φαρμακευτική αγωγή με αντικαταθλιπτικά ή αντιψυχωσικά, αν και εκτιμάται πως μπορεί να βοηθήσει, μέχρι στιγμής δεν έχει βρεθεί ιδιαίτερα επωφελής.<sup>68,69</sup> ενώ στην εγκυμοσύνη συνυπάρχουν κίνδυνοι για το έμβρυο από τη χορήγησή της. Παράλληλα, ο δευτερεύων στόχος της θεραπείας είναι η σταδιακή αύξηση του βάρους σε φυσιολογικά επίπεδα (ώστε ο δείκτης μάζας σώματος να υπερβαίνει τα 18.5 Kg/m<sup>2</sup>), προκειμένου η πάσχουσα να διαφύγει από τον κίνδυνο στην υγεία της.<sup>68</sup>

#### *Νευρική βουλιμία*

Σχεδόν ομοίως με τον καθαρτικό τύπο της νευρογενούς ανορεξίας, η νευρογενής βουλιμία χαρακτηρίζεται από διαταραγμένη εικόνα σώματος, επεισοδιακή απώλεια ελέγχου στην κατανάλωση τροφής, συνεπαγόμενα επεισόδια υπερφαγίας (binge eating) και προσφυγή σε δραστικά μέτρα για τη διατήρηση του σωματικού βάρους, από πρόκληση εμέτου μέχρι και λήψη διουρητικών ή καθαρτικών.<sup>68,69</sup> Σε αντίθεση με τη νευρογενή ανορεξία, όμως, οι πάσχοντες από νευρογενή βουλιμία έχουν φυσιολογικό βάρος σώματος (με Δείκτη Μάζας Σώματος μεταξύ 18.0 και 25 Kg/m<sup>2</sup>).<sup>68</sup>

**Επιπτώσεις στη μητέρα και το έμβρυο.** Η νευρική βουλιμία και η νευρική ανορεξία έχουν κοινές σοβαρές επιπλοκές στην πορεία της κύησης, μεταξύ των οποίων είναι οι ανεπιθύμητες αποβολές, ο πρόωρος τοκετός (είτε φυσιολογικός είτε μέσω καισαρικής τομής), αιμορραγία στον κόλπο και κίνδυνος εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης. Πιθανές επιπτώσεις στο έμβρυο είναι το χαμηλό βάρος γέννησης, χαμηλή βαθμολογία APGAR, υπέρταση ή ακόμα και θάνατος του εμβρύου.<sup>68,69</sup> Επιπλέον, οι επανειλημμένη πρόκληση εμέτου μπορούν να οδηγήσουν σε βλάβες του ανώτερου γαστρεντερικού σωλήνα, όπως η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και η διάβρωση οδόντων.<sup>68</sup>

**Θεραπευτική αντιμετώπιση.** Αν και πιο απλή στην αντιμετώπιση από τη νευρογενή ανορεξία, η νευρογενής βουλιμία χρήζει παρόμοιας προσοχής. Η ψυχοθεραπεία πάλι αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο της θεραπείας, ενώ παρέχεται και υποστήριξη από επαγγελματίες στη

μειωτική και τη διαιτολογία.<sup>69</sup> Σε περιπτώσεις μη αποτελεσματικής ψυχοθεραπείας, ενδέχεται να προταθεί η χορήγηση αντικαταθλιπτικής αγωγής, η οποία πρέπει να συζητηθεί από κοινού λόγω των πιθανών επιπτώσεών της στο έμβρυο.<sup>68</sup>

*Νοσηλευτικός ρόλος στην αντιμετώπιση των διατροφικών διαταραχών.* Οι αλλαγές που υφίσταται το γυναικείο σώμα κατά την κύηση, όπως η εναπόθεση λίπους σε διάφορα μέρη του σώματος και η αύξηση μεγέθους των μαστών, ενδέχεται να δυσαρεστήσουν μερικές γυναίκες σε τέτοιο βαθμό, ώστε να προσφέρουν πρόσφορο έδαφος για την εκδήλωση κάποιας διατροφικής διαταραχής.<sup>70,71</sup> Καθ'όλη τη διάρκεια της κύησης, ο νοσηλευτής οφείλει να εκτιμά τη θρεπτική κατάσταση της εγκύου, τα συναισθήματά της, τη στάση και τη συμπεριφορά της ως προς τις σωματικές μεταβολές που βιώνει, και να παραμείνει σε επιφυλακή σε περίπτωση που υπάρχει ιστορικό διαταραγμένων διατροφικών αντιλήψεων.<sup>72</sup> Σε κάθε περίπτωση, στον έλεγχο για ανησυχητικά σημεία και συμπτώματα που υποθάλπουν κάποια διατροφική διαταραχή μπορούν να βοηθήσουν τα απαραίτητα διαγνωστικά εργαλεία.<sup>38,72</sup> Οι διατροφικές οδηγίες είναι επίσης χρήσιμες σε συνδυασμό με την ενσυναίσθηση και την ενθαρρυντική διάθεση, ενώ ένα κλίμα εμπιστοσύνης βοηθάει την έγκυο να μιλήσει ανοιχτά για θέματα τα οποία θα απέκρυπτε.<sup>71,72</sup>



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>:

### Η περίοδος της λοχείας

#### *Εισαγωγή*

Η λοχεία είναι μια περίοδος, που ξεκινάει με το τέλος του τοκετού και διαρκεί μέχρι και 6 εβδομάδες μετά από αυτόν, κατά την οποία το σώμα της γυναίκας επαναφέρεται στην κατάσταση την οποία βρισκόταν πριν την εγκυμοσύνη. Υπάρχουν 3 διαφορετικές φάσεις λοχείας ανάλογα με την χρονική περίοδο που βρίσκεται. Αυτές είναι: η άμεση λοχεία (πρώτες 24 ώρες μετά τον τοκετό), η πρώιμη λοχεία (πρώτες 7 ημέρες μετά τον τοκετό) και η όψιμη λοχεία (από την 2η εβδομάδα μέχρι και την 6η εβδομάδα).<sup>73,74,75</sup>

Όλα τα συστήματα τα οποία συμμετείχαν στην κύηση και στον τοκετό του εμβρύου επιστρέφουν, κατά την περίοδο της λοχείας, στην προ κύηση κατάσταση, με εξαίρεση τους μαστούς οι οποίοι παραμένουν διογκωμένοι και παράγουν το μητρικό γάλα, το οποίο είναι απαραίτητο για την επαρκή σίτιση του νεογνού. Η παράλληλη με τη λοχεία περίοδος, κατά την οποία το νεογνό θηλάζει, ονομάζεται γαλουχία.<sup>75,76</sup>

Οι πρώτες 6 με 12 ώρες μετά τον τοκετό είναι πολύ κρίσιμες για την ζωή της γυναίκας και για αυτόν τον λόγο η μέλλουσα μητέρα είναι υπό στενή παρακολούθηση με σκοπό να αποφευχθούν τυχόν επιπλοκές όπως αιμορραγία, εκλαμψία, εμβολή αμνιακού υγρού καθώς και επιπλοκές με την αναισθησία.<sup>76,77</sup>

Πέρα από την περίοδο της σωματικής προσαρμογής, υπάρχει και η περίοδος ψυχολογικής προσαρμογής, όπου η γυναίκα καλείται να ενταχθεί στον ρόλο της ως μητέρα και να τον αποδεχθεί. Κατά την διάρκεια αυτή, η λοχεία της μέλλουσα μητέρας μπορεί να συνοδεύεται από ήπιες ή σοβαρές διαταραχές στην ψυχική κατάσταση ή και τη συμπεριφορά της.<sup>73,74,76</sup>

#### **3.1 Σωματικές μεταβολές**

Καθ'όλη την περίοδο της λοχείας, οι αλλαγές που υπέστη το γυναικείο σώμα στη διάρκεια της κύησης αναιρούνται σταδιακά. Αυτό συμβαίνει διότι η δραστηριότητα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, των κύριων ορμονών της εγκυμοσύνης, ανακόπτεται

δραστικά μετά το πέρας του τοκετού. Παράλληλα αναλαμβάνει δράση η ωκυτοκίνη, η οποία συμβάλλει στην έναρξη της γαλουχίας και στην ανάπτυξη δεσμού μεταξύ μητέρας και νεογνού.<sup>11,74,75</sup>

Οι μεταβολές αυτές εκτυλίσσονται ως εξής:

**Μήτρα.** Η μήτρα, που ζυγίζει 1000 γραμμάρια αμέσως μετά τον τοκετό και την αποβολή του πλακούντα και του φθαρτού υμένα, συσπάται συνεχώς ώστε να αποφευχθεί περαιτέρω αιμορραγία.<sup>75,78</sup> Επίσης, το σώμα της μήτρας σταδιακά συρρικνώνεται, με σκοπό να φτάσει στο φυσιολογικό της μέγεθος. Η διαδικασία αυτή ξεκινάει αμέσως μετά τον τοκετό και χρειάζεται περίπου 6 εβδομάδες για να επανέλθει πλήρως στην φυσιολογική της μάζα (50-100 γραμμάρια).<sup>74,75,76</sup> Παράλληλα, τυχόν υπολείμματα του φθαρτού υμένα και εμβρυϊκών ιστών στο ενδομήτριο νεκρώνονται μέχρι και την 7η ημέρα της λοχείας, και σταδιακά αποβάλλονται μαζί με εμβρυϊκούς ιστούς και κύτταρα μέσω υγρής έκκρισης, η οποία ονομάζεται λόγια. Στην αρχή, τα λόγια αναμειγνύονται με αίμα, όμως σταδιακά η σύσταση και η χροιά τους αλλάζουν.<sup>74,75</sup>

Η αναγέννηση του ενδομητρίου ξεκινά μετά από 7 ημέρες, και ολοκληρώνεται μέχρι και την 16η ημέρα της λοχείας. Η διαδικασία της αναγέννησης διευκολύνεται από την υποχώρηση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, η οποία ευνοεί τη δράση των αναγεννητικών ενζύμων μητρική κολλαγενάση και πρωτεολυτικό ένζυμο. Παράλληλα, τα επιπρόσθετα αγγεία του μυομητρίου θρομβώνονται και καταστρέφονται μέσω των συνεχών συστολών της μήτρας, ενώ καινούρια αγγεία αναγεννώνται μέσα από τους θρόμβους.<sup>74,75</sup>

Αντιθέτως, το ενδομήτριο στη θέση όπου υπήρχε ο πλακούντας απαιτεί πολύ περισσότερο χρόνο για να αναγεννηθεί. Το χρονικό πλαίσιο επαναφορά του εξαρτάται άμεσα από την παρουσία ή την απουσία του θηλασμού. Σε μία μη θηλάζουσα μητέρα το διάστημα αυτό κυμαίνεται κατά μέσο όρο στις 6 εβδομάδες,<sup>75,78</sup> ενώ σε μία θηλάζουσα μητέρα ενδέχεται να επεκταθεί σε μερικούς μήνες λόγω της δράσης της προλακτίνης, ορμόνης της γαλουχίας.<sup>74</sup> Επιπλέον, ο ισθμός της μήτρας, η δομή που τη συνδέει με τον τράχηλο, επανέρχεται στο φυσιολογικό μέγεθός του εντός μερικών εβδομάδων.<sup>75</sup>

Μετά τον τοκετό, οι συσπάσεις της μήτρας ενδέχεται να προκαλέσουν πόνο στην κατώτερη κοιλιακή χώρα. Καθώς εγκαθίσταται και η γαλουχία και εν μέρει λόγω της συσπαστικής δράσης της ωκυτοκίνης, μπορεί συνεχίζονται επώδυνες συσπάσεις. Ο πόνος συνήθως είναι ανεκτός και υποχωρεί μετά από περίπου τρεις ημέρες, όμως στην αρχή είναι πιθανόν να χρειαστούν αναλγητικά για τη διαχείρισή του.<sup>75,77</sup>

**Τράχηλος της μήτρας.** Παραμένει μαλακός αμέσως μετά τον τοκετό, αλλά με την πάροδο του χρόνου επανέρχεται σε σχεδόν φυσιολογική κατάσταση και ανακτά τον τόνο του. Το εξωτερικό στόμιο του τραχήλου, ωστόσο, δεν επιστρέφει στην ίδια κατάσταση με αυτήν προ της πρώτης κύησης.<sup>74,75,77</sup>

**Κόλπος.** Μετά τη δραματική διάταση που υφίσταται κατά τον τοκετό, ο κόλπος χάνει ένα μεγάλο ποσοστό του μυϊκού τόνου του, τον οποίο ανακτά εντός 6 με 10 εβδομάδων μετά τον τοκετό. Ωστόσο, η αποκατάσταση αυτή δεν είναι σε καμία περίπτωση πλήρης.<sup>74,78</sup> Ταυτόχρονα, το κολπικό βλεννογόνο καθίσταται ευαίσθητο για το ίδιο χρονικό διάστημα και παρατηρείται φλεβική συμφόρηση, γεγονός που καθιστά απαγορευτικές τις χειρουργικές επεμβάσεις στον κόλπο μέχρι την επαναφορά του σε φυσιολογική κατάσταση.<sup>75,77</sup>

**Λόγια.** Για τις πρώτες 2 εβδομάδες της λοχείας, απελευθερώνονται συνεχώς εκκρίσεις, οι οποίες ονομάζονται λόγια και προέρχονται από τη μήτρα, τον τράχηλο και τον κόλπο.<sup>74,75,76</sup> Σε γενικές γραμμές, απαρτίζονται από κύτταρα του αίματος και υπολείμματα των εμβρυϊκών και ενδομητρικών ιστών (όπως ο φθαρτός υμένας), οι οποίοι σταδιακά νεκρώνονται μετά τον τοκετό. Ενώ η σύστασή τους μεταβάλλεται, η οσμή τους παραμένει σχετικά έντονη σε φυσιολογικές συνθήκες.<sup>74,75,77</sup>

Σημειώνονται τρία είδη λογιών, καθένα εκ των οποίων αποβάλλεται σε διαφορετικές περιόδους εντός των δύο αυτών εβδομάδων.

α) *Ερυθρά λόγια:* Εκκρίνονται ενδεικτικά κατά τις πρώτες τέσσερις ημέρες, μετά το πέρας της μητρικής αιμορραγίας. Αποτελούνται κυρίως από αίμα (το οποίο τους προσδίδει έντονο ερυθρό χρώμα), τμήματα του φθαρτού υμένα και εμβρυϊκών μεμβρανών, και άλλες ουσίες όπως μηκόνιο.<sup>75,77,78</sup>

β) *Ορώδη λόγια:* Αποβάλλονται ενδεικτικά μεταξύ της 5ης και της 9ης ημέρας. Η σύστασή τους περιλαμβάνει περισσότερα λευκοκύτταρα από ό,τι ερυθροκύτταρα, ενώ προσμειγνύονται και υπολείμματα ιστών, βλέννα και βακτήρια (η παρουσία των οποίων δεν είναι παθολογική στην πλειοψηφία των περιπτώσεων). Η απόχρωσή τους ενδέχεται να είναι κιτρινωπή, ροδαλή ή ωχρή καφέ.<sup>75,77,78</sup>

γ) *Λευκά λόγια:* Εκκρίνονται ενδεικτικά από τη 10η μέχρι και την 15η ημέρα της λοχείας, αν και η έκκρισή τους μπορεί να συνεχιστεί μέχρι και την 5η εβδομάδα. Περιέχουν κυρίως επιθηλιακά κύτταρα και βλέννα, σε συνδυασμό με κάποια ποσότητα κολπικών μικροοργανισμών. Όπως υποδεικνύει το όνομά τους, η χροιά τους είναι λευκή.<sup>75,77,78</sup>

Σε πολλές περιπτώσεις, ενδέχεται κάποια μορφή λοχίων να εκκρίνεται για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του ενδεικνυόμενου, ή η συνολική έκκριση των λοχίων να επεκταθεί στις 3 με 6 εβδομάδες. Το φαινόμενο αυτό συνήθως δεν αποτελεί λόγο ανησυχίας, με εξαίρεση κάποιες παθολογικές περιπτώσεις (για παράδειγμα, αν συνυπάρχει σηψαιμία ή η μητρική αιμορραγία καταστεί ακατάσχετη). Βέβαια, κάθε περιστατικό είναι ξεχωριστό και χρήζει ιδιαίτερης εξέτασης.<sup>74,75</sup>

**Ωορρηξία και έμμηνος ρύση.** Σε γενικές γραμμές, η επαναφορά του εμμηνορρυσιακού κύκλου εξαρτάται από την απόφαση της μητέρας να θηλάσει ή όχι.<sup>75,78</sup> Στις θηλάζουσες μητέρες, η εγκαθιστάμενη αμηνόρροια διαρκεί κατά μέσο όρο 6 μήνες, μετά τους οποίους επανέρχεται ο φυσιολογικός εμμηνορρυσιακός κύκλος.<sup>74,75</sup> Ωστόσο, σε περιπτώσεις όπου η μητέρα δεν επιθυμεί ή αδυνατεί να θηλάσει, η πρώτη ωορρηξία μετά την κύηση λαμβάνει χώρα μετά τον δεύτερο επιλόχειο μήνα, ενώ η πρώτη έμμηνος ρύση ακολουθεί στις 12 εβδομάδες.<sup>74,75,78</sup>

**Κοιλιακό τοίχωμα.** Ο μυϊκός τόνος του κοιλιακού τοιχώματος υποχωρεί μετά τον τοκετό, και η μυοχάλαση αυτή επιμένει για αρκετές εβδομάδες.<sup>77</sup> Ως συνέπεια αυτής, ενδέχεται να παρουσιαστούν δυσκολίες στην ούρηση κατά την ίδια χρονική περίοδο.<sup>77</sup> Όμως, η έγκαιρη κινητοποίηση και τακτική εκτέλεση ασκήσεων μπορεί να επαναφέρει τον τόνο των κοιλιακών μυών ταχύτερα.<sup>75,78,79</sup>

#### **Ευρύτερες συστημικές αλλαγές στο υπόλοιπο σώμα.**

**Ουροποιητικό σύστημα.** Ενδέχεται να παρουσιαστεί οίδημα στο βλεννογόνο της ουροδόχου κύστεως, ενώ πιθανοί τραυματισμοί της λόγω του τοκετού μπορεί να οδηγήσουν στην παρουσία αίματος στα ούρα.<sup>74,75</sup> Παράλληλα, η χωρητικότητα της κύστης αυξάνεται δραστικά μέχρι και την τρίτη ημέρα μετά τον τοκετό. Σε συνδυασμό με τη χάλαση των μυών του κοιλιακού τοιχώματος,<sup>77,78</sup> δυσχεραίνεται η κένωση της κύστης και αυξάνεται η πιθανότητα στάσης των ούρων, γεγονός το οποίο αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη λοιμώξεων του ουροποιητικού.<sup>74,78,79</sup> Ωστόσο, μετά την τρίτη επιλόχειο ημέρα αυξάνεται σημαντικά η διούρηση, η οποία μπορεί να φτάσει ακόμα και τα 3000 ml ανά 24ωρο.<sup>74,77</sup> Εντός των επόμενων 8 εβδομάδων, η διόγκωση στο σύνολο του ουροποιητικού συστήματος (ουροδόχος κύστη, ουρητήρες και νεφροί) υποχωρεί, και το σύστημα επιστρέφει στη φυσιολογική λειτουργικότητά του.<sup>74,75,78</sup>

**Πεπτικό σύστημα.** Οι μεγάλες απώλειες υγρών του τοκετού και η αυξημένη διούρηση κατά τις πρώτες ημέρες της λοχείας συνεπάγονται την ένταση του αισθήματος της δίψας.<sup>75</sup>

Συγχρόνως, οι εναπομείνουσες επιδράσεις της προγεστερόνης στην περισταλτικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα και η χάλαση των κοιλιακών μυών μπορούν να οδηγήσουν σε δυσκοιλιότητα, ή ακόμα και σε εντερικό ειλεό.<sup>75,78</sup> Ωστόσο, τα επίπεδα της προγεστερόνης στην κυκλοφορία ελαττώνονται 24 ώρες μετά από τον τοκετό. Μαζί τους υποχωρούν τα σημεία και τα συμπτώματα γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης, τα οποία ήταν παρόντα κατά τη διάρκεια της κύησης.<sup>78</sup>

*Σωματικό βάρος.* Αμέσως μετά τον τοκετό, αποβάλλονται περίπου 6 κιλά σωματικού βάρους, τα οποία αποτελούνται από το κύημα, το αμνιακό υγρό, τον πλακούντα και τις απώλειες σε αίμα.<sup>74,75</sup> Εντός των επόμενων εβδομάδων, συνεχίζεται η απώλεια βάρους μέσω της έντονης διούρησης και της έκκρισης λοχίων, με αποτέλεσμα να απομακρύνεται πλήρως η ποσότητα κατακρατηθέντων υγρών λόγω κύησης.<sup>75,78</sup> Σε συνδυασμό με ισορροπημένη διατροφή και τακτική άσκηση, η μητέρα μπορεί να επιστρέψει στο προ κύησης σωματικό βάρος εντός ολίγων μηνών.<sup>75,78,79</sup>

*Καρδιακές παράμετροι - ζωτικά σημεία.* Η καρδιακή συχνότητα ενδέχεται να παραμείνει υψηλή τις πρώτες ώρες μετά τον τοκετό, λόγω του πόνου και των απωλειών αίματος. Όμως, σε γενικές γραμμές οι τιμές της παραμένουν ελαττωμένες σε σχέση με αυτές της κύησης.<sup>74,77</sup> Αντιθέτως, εξαιτίας της απομάκρυνσης του πλακούντα, της αποσυμφόρησης της κάτω κοίλης φλέβας και της επιστροφής μεγάλης ποσότητας αίματος στη μητρική φλεβική κυκλοφορία, ο όγκος παλμού και η καρδιακή παροχή παραμένουν σε ανεβασμένες τιμές για αρκετές εβδομάδες της επιλόχειας περιόδου.<sup>75,78</sup> Παράλληλα, τόσο η συστολική όσο και η διαστολική αρτηριακή πίεση μεταβάλλονται ανάλογα με παραμέτρους, όπως ο έντονος πόνος και η σημαντική απώλεια αίματος.

Οι περισσότερες καρδιακές παράμετροι επιστρέφουν στις φυσιολογικές, προ κύησης τιμές εντός 2-6 εβδομάδων μετά τον τοκετό, με δύο εξαιρέσεις: την αρτηριακή πίεση, η οποία χρειάζεται έως και 6-16 εβδομάδες για την αποκατάστασή της, και την καρδιακή παροχή, η αύξηση της οποίας μπορεί να επιμείνει μέχρι και για 24 εβδομάδες.<sup>74,77,78</sup>

*Αιμοδυναμικά στοιχεία.* Παρατηρείται ελαφρά μείωση του όγκου πλάσματος αμέσως μετά τον τοκετό, λόγω απωλειών αίματος. Η μείωση αυτή εντείνεται εντός των επόμενων ημερών, λόγω διούρησης και επιπρόσθετων απωλειών όπως η έκκριση λοχίων. Η σταδιακή ελάττωση του όγκου πλάσματος διαρκεί 2 εβδομάδες, οπότε και επανέρχεται στα προ κύησης επίπεδα, ουσιαστικά αναιρώντας την αιμοδιάλυση που παρατηρείτο κατά την κύηση.<sup>74,75,77</sup>

Μέσω της ως άνωθεν ‘αιμοσυμπύκνωσης’, αυξάνονται τα επίπεδα του αιματοκρίτη και της συγκέντρωσης της αιμοσφαιρίνης στο αίμα. Ωστόσο, απαιτείται παραπάνω χρόνος ώστε αυτά να επανέλθουν οριστικά, με το χρονικό πλαίσιο να επεκτείνεται στις 8 εβδομάδες περίπου,<sup>75</sup> με άλλες πηγές να αναφέρουν ως ανώτατη διάρκεια τους 6 μήνες.<sup>77</sup>

Η καταπόνηση που συνεπάγεται ο τοκετός συχνά οδηγεί σε ήπια φλεγμονή, με αποτέλεσμα την αύξηση της ποσότητας και δραστηριότητας των λευκών αιμοσφαιρίων.<sup>74,77</sup> Η λευκοκυττάρωση αυτή συνήθως υποχωρεί εντός των πρώτων 4 εβδομάδων μετά τον τοκετό.<sup>75,78</sup>

Τα επίπεδα των αιμοπεταλίων παρουσιάζουν διακυμάνσεις. Κατά τη διάρκεια του τοκετού παρατηρείται μεγάλη κατανάλωσή τους για την επίτευξη αιμόστασης και την πρόληψη σημαντικής αιμορραγίας, μαζί με παράλληλη αύξηση προσκόλλησής τους.<sup>74,76</sup> Όμως, αναπληρώνονται εντός των πρώτων 10 ημερών της λοχείας, και οι τιμές τους σταθεροποιούνται μετά από 6 εβδομάδες.<sup>74,78</sup>

Τόσο οι παράγοντες πήξης όσο και το ινωδογόνο, όλα εκ των οποίων σημειώνουν αύξηση προς το τέλος της κύησης, παραμένουν σε υψηλά επίπεδα μετά τον τοκετό.<sup>74,75</sup> Αυτό το γεγονός, σε συνδυασμό με τις μεταβολές στα αιμοπετάλια, συνεπάγεται αυξημένο κίνδυνο θρομβώσεων στις λεχώνες, οι οποίες χρήζουν παρακολούθησης κατά την πρώιμη περίοδο της λοχείας.<sup>75,78</sup> Τα επίπεδα ινωδογόνου επιστρέφουν σε φυσιολογικές τιμές εντός 6 εβδομάδων μετά τον τοκετό,<sup>74</sup> ενώ άλλοι παράγοντες πήξης απαιτούν έως και 12 εβδομάδες για την επαναφορά τους σε προ κύσεως επίπεδα.<sup>78</sup>

*Θυρεοειδής αδένας.* Ο ελαφρώς διογκωμένος λόγω κύησης θυρεοειδής αδένας σταδιακά συρρικνώνεται, επιστρέφοντας στο φυσιολογικό μέγεθός του εντός 12 εβδομάδων μετά τον τοκετό. Παράλληλα, εντός 4 εβδομάδων επανέρχονται στα προ κύσεως επίπεδά τους οι τιμές των θυρεοειδικών ορμονών.<sup>74,75</sup> Σε γυναίκες με θυρεοειδικές διαταραχές, αυτό συνεπάγεται ανάγκη επαναρύθμισης της φαρμακευτικής αγωγής τους όσο οι αλλαγές αυτές λαμβάνουν χώρα,<sup>75</sup> ενώ σε κάποιες άλλες ενδέχεται να εκδηλωθεί υποθυρεοειδισμός εξαιτίας αυτών των μεταβολών.<sup>77</sup>

*Αλλαγές δέρματος.* Η τοπική υπέρχρωση του δέρματος, η οποία παρατηρείται κατά τη διάρκεια της κύησης λόγω της επίδρασης των οιστρογόνων, υποχωρεί σταδιακά μετά τον τοκετό και εξαφανίζεται μεταξύ της 6ης και της 8ης εβδομάδας της λοχείας. Ωστόσο, τυχόν εμφανιζόμενες ραγάδες κατά την εγκυμοσύνη δεν απαλούνται ούτε υποχωρούν.<sup>78</sup>

### 3.2 Γαλουχία

Γαλουχία ονομάζεται η παράλληλη με τη λοχεία φάση, κατά την οποία οι μαστοί παράγουν μητρικό γάλα, με σκοπό να τραφεί το βρέφος με τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά για να επιβιώσει και να αναπτυχθεί φυσιολογικά. Πρόκειται για τον πιο άμεσο, εύκολο και αποτελεσματικό τρόπο σίτισης ενός νεογνού, με ευεργετικές επιδράσεις και για τη μητέρα, εφόσον και η ίδια επιθυμεί ή είναι σε θέση να θηλάσει.

Χρονικά, η διάρκεια της γαλουχίας ορίζεται στους πρώτους 6 μήνες αμέσως μετά τον τοκετό. Ωστόσο, ενδέχεται είτε να διακοπεί πριν την έλευση των 6 μηνών, είτε να επεκταθεί στα 2 έτη.<sup>80</sup> Η περίοδος της γαλουχίας χωρίζεται σε τέσσερις επιμέρους φάσεις:

**Πρώτη φάση - μαστογένεση.** Η προετοιμασία των μαστών για τη γαλουχία ξεκινά πολύ πιο πριν από τη λοχεία, από τη 12η εβδομάδα της κύησης. Μέσω των επιδράσεων των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, οι μαστοί σταδιακά διογκώνονται και αναπτύσσονται περαιτέρω οι γαλακτοφόροι αδένες.<sup>2,8</sup> Εντός του τελευταίου τριμήνου, αρχίζει να παράγεται το πύαρ, διαφορετικό σε σύσταση από το 'ώριμο' μητρικό γάλα, το οποίο συνεχίζει να εκκρίνεται έως και τη 2η ημέρα της λοχείας.<sup>2,8,74,75</sup>

**Δεύτερη φάση - γαλακτογένεση.** Μέχρι την 3η με 4η ημέρα της λοχείας, τα προηγουμένως υψηλά επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, των κύριων μητρικών ορμονών της κύησης, έχουν ελαττωθεί σχεδόν κατακόρυφα. Η πτώση αυτή επιτρέπει σε μια άλλη ορμόνη, την προλακτίνη, να εκκριθεί από την υπόφυση σε σχετικά μεγάλες ποσότητες.<sup>74,77</sup> Επειδή η παραγωγή της προλακτίνης δεν καταστέλλονται πλέον από τις ορμόνες της κύησης, αυτή είναι ελεύθερη να δώσει το έναυσμα στους μαστούς για την παραγωγή του μητρικού γάλακτος αντί του πύατος.<sup>75</sup> Παράλληλα, οι μαστοί διογκώνονται περαιτέρω, ενώ ενδέχεται να παρουσιαστούν αισθήματα ευαισθησίας και θερμότητας.<sup>75,79</sup>

**Τρίτη φάση - γαλακτοκίνηση.** Η δεύτερη πιο σημαντική ορμόνη της γαλουχίας είναι η ωκυτοκίνη. Μέσω της δράσης της προκαλούνται συσπάσεις των γαλακτοφόρων αδένων, με άμεσο αποτέλεσμα την απελευθέρωση του γάλακτος στους γαλακτοφόρους πόρους. Μέσω του θηλασμού διεγείρεται μηχανικά η θηλή, και ο ερεθισμός αυτός προκαλεί την περαιτέρω έκκριση της ωκυτοκίνης μαζί με προλακτίνη, ώστε να συνεχιστούν η ροή του γάλακτος προς τη θηλή και η παραγωγή του.<sup>75,78</sup> Επίσης, η ωκυτοκίνη ενδέχεται να δραστηριοποιηθεί και από άλλα γεγονότα, παραδείγματος χάριν όταν η μητέρα ακούσει το κλάμα του βρέφους.<sup>74</sup> Συνοπτικά, η

παραπάνω διεργασία κατά την οποία εκκρίνεται το μητρικό γάλα στη θηλή ονομάζεται αντανακλαστικό της εκροής γάλακτος (milk letdown reflex).<sup>74,80</sup>

**Τέταρτη φάση - γαλακτοποίηση.** Ακόμα και όταν δε λαμβάνει χώρα ο θηλασμός, η προλακτίνη συνεχίζει να δραστηριοποιείται, με αποτέλεσμα να αναπληρώνεται συνεχώς η απωλεσθείσα ποσότητα μητρικού γάλακτος.<sup>80</sup> Ωστόσο, προκειμένου να συνεχιστεί η γαλουχία χωρίς προβλήματα, εκτός από την επάρκεια της προλακτίνης απαιτείται και η τακτική κένωση των γαλακτοφόρων αδένων. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω του συχνού θηλασμού και της επανάληψης του αντανακλαστικού της εκροής γάλακτος.<sup>75,80</sup>

### ***Ορμονική δραστηριότητα κατά τη γαλουχία.***

**Προλακτίνη.** Η προλακτίνη παράγεται από την υπόφυση, με την έκκρισή της να αυξάνεται δραματικά μετά τον τοκετό.<sup>74,77</sup> Από την τρίτη ημέρα της λοχείας και μετά, η δράση της οδηγεί στην ωρίμανση των μητρικών μαστών και την αντικατάσταση του εκκρινόμενου πύατος από το μητρικό γάλα.<sup>80</sup> Παράλληλα, καθ' όλη τη διάρκεια της γαλουχίας, η κυκλοφορία της προλακτίνης αναστέλλει την επανέκκριση των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, με αποτέλεσμα την καταστολή της ωορρηξίας, την επίτευξη προσωρινής αμηνόρροιας και αντισυλληπτική προστασία της μητέρας για τουλάχιστον τους πρώτους τρεις μήνες του θηλασμού.<sup>75,80</sup>

**Ωκυτοκίνη.** Είναι υπεύθυνη για την εξώθηση του γάλακτος στη θηλή, μέσω της πρόκλησης συσπάσεων στους γαλακτοφόρους αδένες.<sup>74,79</sup> Εκκρίνεται από την υπόφυση, και διεγείρεται περαιτέρω από το θηλασμό του βρέφους μέσω του ερεθισμού της θηλής.<sup>73</sup> Παράλληλα με τη σύσπαση των μαστικών αδένων, προκαλεί και συσπάσεις στη μήτρα, οι οποίες συνεισφέρουν στην αναγέννηση του ενδομητρίου. Ωστόσο, αυτές μπορεί να είναι επώδυνες τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό.<sup>74,75,77</sup>

### ***Παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την γαλουχία.***

Η αποδοτικότητα της παραγωγής γάλακτος και του θηλασμού είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την κατάσταση της μητέρας, τόσο σωματική όσο και ψυχική. Επιβαρυντικοί για τη μητέρα παράγοντες όπως το άγχος, η κόπωση και η γενικότερα αρνητική ψυχολογική κατάσταση ενδέχεται να προκαλέσουν την απελευθέρωση ντοπαμίνης και νορεπινεφρίνης στην



κυκλοφορία, ορμόνες οι οποίες καταστέλλουν την παραγωγή της προλακτίνης. Με αυτόν τον τρόπο, παρεμβαίνουν άμεσα στην σύνθεση του μητρικού γάλακτος στους μαστούς.<sup>74,75,81</sup>

Άλλος σημαντικός παράγοντας που παρεμποδίζει το θηλασμό είναι η ελαττωμένη συχνότητά του. Η συσσώρευση μητρικού γάλακτος στους γαλακτοφόρους αδένες και η μη τακτική κένωσή τους οδηγούν στη διάταση των αδένων, το επιθήλιο των οποίων ατροφεί και αδυνατεί να συσπαστεί αποτελεσματικά. Η διάταση αυτή προλαμβάνεται είτε με τον τακτικό θηλασμό ή με τη συχνή άντληση του γάλακτος από τους μαστούς.<sup>74,75,81</sup>

Σε άλλες περιπτώσεις, η προλακτίνη καταστέλλεται ενδογενώς από διάφορους παράγοντες. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται η λήψη διουρητικών, τα οποία απομακρύνουν μεγάλες ποσότητες προλακτίνης από την κυκλοφορία, και η παραμονή υπολειμματικών πλακουντιακών ιστών στη μήτρα, οι εκκρινόμενες ορμόνες των οποίων αναστέλλουν την απελευθέρωση της προλακτίνης. Ανεξαρτήτως αιτίας καταστολής, η έκκριση προλακτίνης μπορεί να ενισχυθεί με τη χορήγηση γαλακταγωγών, φαρμακευτικών ουσιών οι οποίες διεγείρουν την παραγωγή της. Το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο γαλακταγωγό είναι η μετοκλοπραμίδη, ενώ παρόμοια δράση έχουν η δομπεριδόνη και η σουλπιρίδη.<sup>75,81</sup> Αρκετά βότανα έχουν προταθεί για τη γαλακταγωγό δράση τους, όμως μέχρι στιγμής δεν έχουν διενεργηθεί επιστημονικές μελέτες που να τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητά τους.<sup>81</sup>

**Καταστολή γαλουχίας.** Η γαλουχία μπορεί με διάφορα μέσα να κατασταλεί για διάφορους λόγους, όπως η αδυναμία θηλασμού για προσωπικούς ή ιατρικούς λόγους, συνειδητή απόφαση της μητέρας να μη θηλάσει, η αποβολή του κυήματος ή ο θάνατος του νεογνού μετά τον τοκετό.<sup>74</sup> Συνήθως επιτυγχάνεται με την εφαρμογή φυσικών μέσων, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται η παύση ή αποφυγή άντλησης γάλακτος, η χρήση ειδικών στηθοδέσμων και συμπιεστικής περιίδεσης και η εφαρμογή κρύων επιθεμάτων προς αναστολή της μαστικής διόγκωσης που προκαλείται από τη δράση της προλακτίνης.<sup>74,78</sup>

Αξίζει να σημειωθεί πως, με την καταστολή της γαλουχίας ή το μη θηλασμό, χάνεται και η αντισυλληπτική δράση της προλακτίνης. Όπως προαναφέρθηκε στην υποενότητα 3.1, σε περίπτωση που η μητέρα δεν θηλάσει, η ωορρηξία και ο εμμηνορρυσιακός κύκλος επιστρέφουν πολύ νωρίτερα.<sup>74,75,78,80</sup>

**Προτερήματα μητρικού θηλασμού.** Με το πέρας του τοκετού, για να μεγαλώσει σωστά το νεογνό, χρειάζεται κάποια θρεπτικά συστατικά τα οποία είναι απαραίτητα για την ανάπτυξη του. Αυτά τα συστατικά τα λαμβάνει με τον θηλασμό, κατά την φάση της γαλουχίας, τα οποία περιέχονται στο μητρικό γάλα που παράγεται στους μαστούς της γυναίκας. Το μητρικό γάλα περιέχει λακτόζη, πρωτεΐνη, λιπαρά και νερό και διαφέρει από περίοδο σε περίοδο, από της αρχή της γαλουχίας μέχρι το τέλος της. Οι κύριες πρωτεΐνες που περιέχονται στο μητρικό γάλα είναι το καζεϊνογόνο, μια πρόδρομη μορφή της καζεΐνης, η λακτοσφαιρίνη και η λακταλβουμίνη. Το νεογνό χρειάζεται να τρέφεται με μητρικό γάλα για τουλάχιστον 6 μήνες, με πολλά βρέφη να φτάνουν μέχρι και τους 12 μήνες θηλασμού. Ο θηλασμός, και συνεπώς και το μητρικό γάλα, έχει αρκετά θετικά τόσο για το νεογνό όσο και για την μητέρα. Τέτοια είναι:

- Είναι πάντα στην κατάλληλη θερμοκρασία.
- Περιέχει όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται ένα νεογνό.
- Είναι πολύ πιο φθινό, σε σύγκριση με τα σκευάσματα γάλακτος του εμπορίου.
- Μακροπρόθεσμα, προσφέρει σημαντικά οφέλη στο παιδί, όπως:
  - Μειωμένη νεκρωτική εντεροκολίτιδα στα πρόωρα βρέφη.
  - Μειωμένος κίνδυνος εμφάνισης λοιμωδών παιδικών ασθενειών, ειδικά της γαστρεντερίτιδας.
  - Μειωμένος κίνδυνος εμφάνισης ατοπικών ασθενειών, παραδείγματος χάριν εκζέματος και άσθματος.
  - Μειωμένες πιθανότητες εμφάνισης παιδικού διαβήτη και παιδικών καρκίνων, ιδιαίτερα του λεμφώματος.
  - Μειωμένη πιθανότητα εκδήλωσης παιδικής παχυσαρκίας.<sup>74,77,79,82</sup>
- Στη θηλάζουσα μητέρα, ο θηλασμός παρέχει αντισυλληπτική προστασία για τουλάχιστον 3 μήνες, λόγω της πρόκλησης αμηνόρροιας.<sup>74</sup>
- Επιπλέον, η μητέρα που θηλάζει προστατεύεται σημαντικά από τον καρκίνο του μαστού πριν την εμμηνόπαυση.<sup>74,77,82</sup>

### 3.3 Ψυχολογικές μεταβολές

Όπως το σώμα της λεχιάδας, έτσι και η ψυχολογία της μετά τον τοκετό υπόκειται σε σημαντικές μεταβολές, στις οποίες πρέπει να προσαρμοστεί. Σε κοινωνικά πλαίσια, η μητρότητα γίνεται αντιληπτή ως μια “περίοδος ευτυχίας” για οποιοδήποτε ζευγάρι. Όμως, συχνά το κοινωνικό περιβάλλον παραβλέπει τις δυσκολίες που ενδέχεται να αντιμετωπίζει μία μητέρα. Είτε πρόκειται για την πρώτη της γέννα είτε για το καλωσόρισμα ενός ακόμα παιδιού, καλείται να ανταπεξέλθει σε σωρεία υποχρεώσεων και νέων προκλήσεων εντός ολίγων ημερών από τον τοκετό, ενώ το σώμα της ακόμα αναρρώνει. Συχνά, αναγκάζεται να φέρει εις πέρας τα μητρικά της καθήκοντα χωρίς την απαραίτητη υποστήριξη από τον περίγυρό της, γεγονός το οποίο επηρεάζει την ήδη ευάλωτη διάθεσή της αρνητικά και μπορεί να παρεμβληθεί στις δραστηριότητές της.<sup>77</sup>

Άλλος σημαντικός παράγοντας που συμβάλλουν στις αλλαγές της διάθεσης των μητέρων είναι οι σχέσεις με το οικογενειακό τους περιβάλλον. Σύμφωνα με μια έρευνα που δημοσιεύθηκε το 2019, οι σχέσεις με τους συζύγους και των μητέρων των λεχώνων, μπορούν να επηρεάσουν εξίσου αρνητικά και θετικά την διάθεση των γυναικών.<sup>83</sup> Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών βοήθησαν στην ανάκαμψη της υγείας των γυναικών τους είτε με ψυχολογική υποστήριξη είτε με σωματική βοήθεια, όπως το να κάνει μασάζ στους μαστούς για να παράγει το μητρικό γάλα. Αυτό τους έφερε πιο κοντά και ανέβασε το ηθικό των γυναικών γιατί όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν “όλο αυτό τους έδεσε σαν οικογένεια”. Αντίθετα, υπάρχουν και σύζυγοι οι οποίοι δεν υποστήριζαν αρκετά την μητέρα του παιδιού τους με αποτέλεσμα να δυσκολέψει την ψυχική κατάσταση της λεχιάδας. Από την άλλη πλευρά και οι μητέρες των λεχώνων έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στην αποκατάσταση και στην ψυχική υποστήριξη των γυναικών, διότι σύμφωνα με τις ίδιες είναι οι μόνες που μπορούν να καταλάβουν ακριβώς τις δυσκολίες που περνάνε και κάποιες από αυτές θέλουν να βρίσκονται μόνο με την μητέρα τους γιατί νιώθουν μεγαλύτερη ασφάλεια.<sup>83</sup>

#### 3.3.1 Επιλόχειος μελαγχολία ή baby blues

Η μελαγχολία κατά τη διάρκεια της λοχείας, αλλιώς γνωστή ως baby blues, αποτελεί ένα αρκετά συχνό φαινόμενο κατά το οποίο οι γυναίκες παρουσιάζουν αίσθημα κατάθλιψης και άγχους, εναλλαγές μεταξύ των συναισθημάτων τους, και κυρίως συχνά επεισόδια κλάματος, ευερεθιστότητα και δυσκολία στον ύπνο, εξάντληση και ανησυχία.<sup>79,84</sup> Αυτά τα συμπτώματα

εμφανίζονται τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό, συνήθως μία εβδομάδα μετά, και έχουν διάρκεια κατά μέσο όρο δύο εβδομάδες. Αν μετά το πέρας των δύο εβδομάδων η λυπηρή διάθεση συνεχιστεί ή ενταθούν τα χαρακτηριστικά της, και οι λεχώνες δυσκολεύονται να φροντίσουν τον εαυτό τους και το νεογνό ή σκέφτονται να κάνουν κακό είτε στον εαυτό τους είτε στο βρέφος, τότε είναι απαραίτητη η ψυχιατρική εκτίμηση, καθώς ενδέχεται να ελλοχεύουν κάποια σοβαρότερη καταθλιπτική διαταραχή. Υπάρχει μεγάλη πιθανότητα το σύνδρομο baby blues να εμφανιστεί και σε γυναίκες οι οποίες έχουν ιστορικό ψυχολογικών διαταραχών χωρίς, ωστόσο, να υποτροπιάσουν με το τέλος του τοκετού.<sup>85</sup>

Υπάρχουν αρκετοί παράγοντες που φαίνεται να σχετίζονται με την επιλόχειο μελαγχολία και να την προκαλούν. Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης λαμβάνουν χώρα πολλές αλλαγές στον οργανισμό της γυναίκας, οι οποίες είναι κυρίως ορμονικές. Μετά τον τοκετό, η λεχώνα προσπαθεί να προσαρμοστεί σε μια νέα ζωή, στην οποία υπάρχουν περισσότερες απαιτήσεις και ευθύνες λόγω του νεογνού και, σε συνδυασμό με τις ορμονικές αλλαγές, φτάνει στο σημείο να πέφτει ψυχολογικά.<sup>84,85</sup>

Λόγω του ότι τα επεισόδια αυτής της μελαγχολίας είναι μικρής χρονικής διάρκειας και υποχωρούν μόνα τους, συχνά δεν χρειάζεται να ληφθεί κάποια αγωγή.<sup>78,83,84</sup> Ωστόσο, επειδή το φαινόμενο baby blues συχνά υποθάλπει καταθλιπτικές διαταραχές μετά τον τοκετό, πρέπει να ληφθούν κάποια μέτρα πρόληψης. Αρχικά, οι λεχώνες θα πρέπει να ενημερώνονται και να εκπαιδεύονται με τέτοιο τρόπο, έτσι ώστε να μπορούν να αντιμετωπίσουν τις εναλλαγές στα συναισθήματά τους. Στην συνέχεια, σε συνδυασμό με ιατρικό, μαιευτικό και νοσηλευτικό προσωπικό, θα πρέπει να ενημερώνονται επαρκώς για την πορεία αυτού του συνδρόμου ειδικά αν έχει περάσει τις δύο εβδομάδες, χρονικό περιθώριο που θεωρείται φυσιολογικό. Τέλος, ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί σε γυναίκες με baby blues τις πρώτες μέρες ανάρρωσης μετά τον τοκετό, με σκοπό να εντοπιστούν οι γυναίκες οι οποίες διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο να εμφανίσουν επεισόδια κατάθλιψης και να λάβουν μια θεραπεία πριν ξεκινήσουν τα συμπτώματα αυτής της διαταραχής.<sup>79,82,84,85</sup>

Λόγω των νέων δεδομένων που καλείται να αντιμετωπίσει μία μητέρα, η λοχεία χαρακτηρίζεται ως μία απαιτητική φάση προσαρμογής. Συνεπώς, ένας βαθμός άγχους λόγω των συνθηκών ή μελαγχολίας, ιδίως λόγω ορμονικών μεταπτώσεων, θεωρείται φυσιολογικός. Ωστόσο, σε αρκετές περιπτώσεις ενδέχεται το άγχος να υπερβαίνει τα προσδοκώμενα επίπεδα, η ήπια μελαγχολία της λοχείας να υποθάλπει κατάθλιψη, ή ακόμα και να εκδηλωθεί κάποια άλλη,

αφύσικη συμπεριφορά στα πλαίσια της ψύχωσης. Σε τέτοιες περιπτώσεις, πλέον γίνεται λόγος για πιθανές ψυχικές διαταραχές στο έδαφος της λοχείας, αλλιώς γνωστές ως επιλόχειες ψυχικές διαταραχές. Αυτές θα συζητηθούν στο επόμενο κεφάλαιο της εργασίας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>:**

### ***Ψυχικές διαταραχές κατά την περίοδο της λοχείας***

#### ***Εισαγωγή***

Η γυναίκα, μετά από 9 μήνες εγκυμοσύνης, φτάνει στην διαδικασία του τοκετού όπου πρόκειται να φέρει το βρέφος στην ζωή. Η διαδικασία του τοκετού είναι μια αρκετά δύσκολη και εξαντλητική διαδικασία. Οι αλλαγές που υφίσταται η γυναίκα είναι πολλές και είναι σωματικές, ορμονικές, ψυχολογικές και συναισθηματικές. Τα συναισθήματα της συνεχώς αλλάζουν και κυμαίνονται από χαρά και ευχαρίστηση μέχρι θλίψη-κατάθλιψη και κλάματα.<sup>88,89</sup>

Οι εναλλαγές αυτές στην διάθεση και στα συναισθήματα καθώς και οι περιόδοι άγχους που διακατέχουν την μητέρα, τα οποία σχετίζονται με τον ερχομό του εμβρύου και την οικογενειακή κατάσταση η οποία αλλάζει λόγω του νέου μέλους της οικογένειας, χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης διότι η περίοδος της λοχείας είναι κρίσιμης σημασίας όσον αφορά τα ψυχιατρικά προβλήματα. Οι ψυχιατρικές διαταραχές μετά τον τοκετό είναι ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα δημόσιας υγείας το οποίο, ακόμα, δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί με ευκολία, ιδίως στον τομέα της πρωτοβάθμιας υγείας.<sup>90</sup>

#### ***4.1 Συναισθηματικές διαταραχές***

Κατά την διάρκεια της λοχείας, στην προσπάθεια της μητέρας να ανακάμψει ψυχολογικά μετά τον τοκετό, υφίσταται διάφορες αλλαγές στην διάθεση και τα συναισθήματά της. Οι Επιλόχειες Διαταραχές της Διάθεσης (PPMD) είναι πιο σπάνιες από τις απλές διαταραχές διάθεσης και συνήθως πάσχει το 20-40% των γυναικών. Οι PPMD μπορούν να εμφανιστούν ακόμα και έναν χρόνο μετά τον τοκετό με τα συμπτώματα να είναι πολύ έντονα και μεγάλης διάρκειας και να διαγνωστεί μια μητέρα με PPMD θα πρέπει τα συμπτώματα να διαρκούν παραπάνω από μία εβδομάδα.<sup>90,91</sup>

Η λεχώνα βιώνει αισθήματα ανεπάρκειας και απογοήτευσης καθώς επίσης και ανικανότητα να αντιμετωπίσει οτιδήποτε μπορεί να συμβεί στην καθημερινότητά της. Επιπρόσθετα, μπορεί να νιώθει ανησυχία και φόβο για τον εαυτό της και το έμβρυο με αποτέλεσμα να φτάνει σε σημεία κρίσης πανικού. Πέρα, όμως, από το ψυχολογικό κομμάτι υπάρχουν και σωματικές αλλαγές που δυσκολεύουν την ζωή της γυναίκας. Πονοκέφαλοι, πόνοι

στο στήθος, αϋπνίες, αυξημένοι παλμοί καθώς και απώλεια όρεξης είναι μερικά από τα συμπτώματα που βιώνει.<sup>91</sup>

#### *4.1.1 Επιλόχειος κατάθλιψη*

Η συχνότερα εμφανιζόμενη ψυχική διαταραχή στη φάση της λοχείας είναι η επιλόχειος καταθλιπτική διαταραχή, ή αλλιώς επιλόχειος κατάθλιψη. Αυτή επηρεάζει το 10-15% των λεχώνων, εμφανίζεται οποτεδήποτε εντός των 6 εβδομάδων της λοχείας και διαρκεί έως και μερικούς μήνες.<sup>86,87</sup> Η διάκριση μεταξύ επιλόχειας κατάθλιψης και επιλόχειας μελαγχολίας είναι δύσκολη λόγω κοινής συμπτωματολογίας, αλλά κρίσιμης σημασίας για την έγκαιρη αναγνώριση της διαταραχής και τη βέλτιστη δυνατή έκβαση της μητέρας.

Για να τεθεί η διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης, η λεχώνα θα πρέπει να εμφανίζει πέντε τουλάχιστον από τα ακόλουθα συμπτώματα για τουλάχιστον δύο εβδομάδες:

- Καταθλιπτική διάθεση, μαζί με συχνά επεισόδια κλάματος
- Άγχος
- Έλλειψη ενέργειας, κόπωση
- Προβλήματα ύπνου (αϋπνία ή υπερυπνία)
- Μειωμένη αυτοεκτίμηση
- Ευερεθιστότητα ή/και εκρήξεις θυμού
- Ξαφνική απώλεια ή αύξηση της όρεξης, συχνά συνοδευόμενα από αλλαγές στο σωματικό βάρος (συνήθως 5% σε διάστημα ενός μήνα)
- Απώλεια ενδιαφέροντος για τις καθημερινές δραστηριότητες και ευχαρίστησης
- Αναποφασιστικότητα
- Αισθήματα απελπισίας, ενοχής και αναξιότητας
- Επαναλαμβανόμενες σκέψεις για αυτοκτονία.<sup>88,89,90</sup>

Παράλληλα, παρομοίως με άλλες καταθλιπτικές διαταραχές, η διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης διευκολύνεται με τη χρήση ειδικών διαγνωστικών εργαλείων, όπως το PHQ-9 και το EPDS, προαναφερθέντα στην υποενότητα 2.1.1.<sup>31,32</sup>

**Συνέπειες για τη μητέρα.** Γενικότερα, η επιλόχειος κατάθλιψη ενδέχεται να έχει σοβαρές επιπτώσεις τόσο στην ψυχική όσο και στη σωματική υγεία της μητέρας. Μία λεχώνα με κατάθλιψη συχνά αδυνατεί να φροντίσει τον εαυτό της και το παιδί της, ενώ η διαταραγμένη διάθεση και η αρνητική αυτοεκτίμηση μπορούν να την οδηγήσουν σε αυτοτραυματισμό ή

αυτοκτονική συμπεριφορά. Ταυτόχρονα, η καταθλιπτική κατάστασή της έχει άμεσο αντίκτυπο και στις σχέσεις της μητέρας με τον στενό οικογενειακό κύκλο της, ιδίως με το νεογνό.<sup>88,90</sup>

### ***Προδιαθεσικοί παράγοντες.***

*Ψυχολογικοί παράγοντες.* Το ιστορικό κατάθλιψης, αγχωδών διαταραχών ή άλλων ψυχικών διαταραχών, ακόμα και πριν από την κύηση, προδιαθέτει μια μέλλουσα μητέρα στην εκδήλωση επιλόχειας κατάθλιψης. Επίσης, γυναίκες οι οποίες βιώνουν έντονες αλλαγές στη διάθεσή τους λόγω προεμμηνορυσιακού συνδρόμου βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης της διαταραχής. Μία ανεπιθύμητη κύηση ή ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης συνδράμουν περαιτέρω στην εμφάνιση καταθλιπτικής συμπεριφοράς.<sup>88,89</sup>

*Σωματικοί παράγοντες.* Έχει βρεθεί συσχέτιση μεταξύ της εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης και συμβάντων όπως ο πρόωρος τοκετός, ο τοκετός μέσω καισαρικής τομής, παθολογικά σημεία και συμπτώματα κατά τη διάρκεια της κύησης όπως η εκλαμψία, ή η νοσηλεία της λεχώνας αμέσως μετά τον τοκετό. Επιπλέον, η εύρεση παθολογικών σημείων στο νεογνό και η παρατεταμένη νοσηλεία του μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά μια ήδη ψυχολογικά ευάλωτη μητέρα.<sup>88,89,90</sup>

*Κοινωνικοί παράγοντες:* Η σχέση της λεχώνας με τον οικογενειακό της κύκλο παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση κατάθλιψης. Η παρουσία ενδοοικογενειακής βίας ανεξαρτήτως μορφής, αποτελεί κρίσιμο παράγοντα εμφάνισης καταθλιπτικών επεισοδίων, καθώς επίσης και η έλλειψη υποστήριξης και κατανόησης από το οικείο περιβάλλον της μητέρας. Παράλληλα, το χαμηλό οικονομικό επίπεδο στερεί αναγκαίους πόρους από την οικογένεια, γεγονός το οποίο μπορεί να οδηγήσει οποιονδήποτε γονέα σε κατάθλιψη.<sup>89,90</sup>

*Παράγοντες από τον τρόπο ζωής:* Ο τρόπος ζωής που είχε υιοθετήσει η γυναίκα πριν από την εγκυμοσύνη και από τον τοκετό, παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση ή όχι της επιλόχειας κατάθλιψης. Οι διατροφικές συνήθειες, η κατάσταση και ο κύκλος του ύπνου, οι σωματικές δραστηριότητες και η άσκηση επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την εμφάνιση ή μη της κατάθλιψης. Η κακή διατροφή, ο ελλιπής ύπνος, ανθυγιεινές συνήθειες όπως το κάπνισμα και η καθιστική ζωή συνδράμουν αρνητικά στην εμφάνιση κατάθλιψης στη λοχεία. Αντιθέτως, η ισορροπημένη διατροφή, ο καλός ύπνος και η σωματική άσκηση ενισχύουν την αυτοεκτίμηση μιας γυναίκας, ενώ ταυτόχρονα αυξάνει τις ενδογενείς ενδορφίνες και τα επίπεδα σεροτονίνης, τα οποία συνεισφέρουν θετικά στην ψυχική υγεία της μητέρας.<sup>89</sup>



**Θεραπεία.** Όπως και στις κλασικές περιπτώσεις κατάθλιψης, η θεραπευτική προσέγγιση για την επιλόχειο κατάθλιψη εξαρτάται από τη βαρύτητα της διαταραχής. Για τα ήπια έως μέτρια περιστατικά εφαρμόζονται οι συνεδρίες ψυχοθεραπείας, με μεγάλο βαθμό αποτελεσματικότητας. Ωστόσο, επί σοβαρής καταθλιπτικής διαταραχής, η ψυχοθεραπεία συνοδεύεται από κάποιο φαρμακευτικό σχήμα με αντικαταθλιπτικά. Από αυτά, οι εκλεκτικοί αναστολείς της σεροτονίνης (SSRIs) αποτελούν την κατηγορία εκλογής λόγω των μειωμένων παρενεργειών σε σχέση με παλαιότερα αντικαταθλιπτικά. Όμως, τα φάρμακα αυτά εισέρχονται στο μητρικό γάλα, με αποτέλεσμα την εμφάνιση παρενεργειών και στο θηλάζον βρέφος. Συνεπώς, εάν η μητέρα επιθυμεί να θηλάσει, οφείλει να συζητήσει με το θεράποντά της ώστε να της χορηγηθεί η ελάχιστη αποτελεσματική δόση με τις λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Επιπλέον, η αγωγή συχνά συνεχίζεται και μετά το πέρας της λοχείας, με ελάχιστη διάρκεια τους 6 μήνες μετά τη διάγνωση.<sup>89</sup>

**Νοσηλευτικός ρόλος.** Η επιλόχειο κατάθλιψη είναι μία από τις πιο συχνές διαταραχές της λοχείας και για αυτόν τον λόγο χρειάζεται σωστή θεραπεία.<sup>88,90</sup> Ο ρόλος των νοσηλευτών, σε συνδυασμό με αυτόν των γιατρών, είναι κάνουν το καλύτερο δυνατό για την σωστή αποκατάσταση της μητέρας. Οι νοσηλευτές έρχονται σε επικοινωνία με την λεχώνα και, μέσω της καταγραφής ατομικού και οικογενειακού ιστορικού και της εφαρμογής διαγνωστικών εργαλείων όπως το EPDS, είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τυχόν παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης.<sup>88,91</sup> Επιπρόσθετα, ενημερώνουν και διδάσκουν τις μητέρες για τα καταθλιπτικά συμπτώματα που μπορεί να εμφανιστούν στην λοχεία, καθώς επίσης και για τους τρόπους διαχείρισης ή αντιμετώπισής τους.<sup>93,94</sup>

Η διατήρηση υγιεινών συνηθειών στο μέγιστο δυνατό βαθμό βελτιώνει σημαντικά την ψυχική κατάσταση μιας μητέρας με κατάθλιψη.<sup>93</sup> Συνεπώς, ο νοσηλευτής δύναται να προτείνει παρεμβάσεις όπως η ισορροπημένη διατροφή, ο επαρκής ύπνος, η άσκηση και η εξασφάλιση χρόνου για χαλάρωση για τη μητέρα. Η υπόλοιπη οικογένεια μπορεί να εκπαιδευτεί, ώστε να συνδράμει στη φροντίδα του νεογνού και της μητέρας.<sup>92,93</sup> Εξίσου βοηθητική είναι η μέγιστη δυνατή δερματική επαφή της λεχώνας με το παιδί της, η οποία εξασφαλίζεται μέσω της φροντίδας του νεογνού, των αγκαλιών και άλλων άμεσων τρόπων επαφής.<sup>94</sup>

#### 4.1.2 Επιλόχειος διπολική διαταραχή

Η δεύτερη χαρακτηριστική διαταραχή της διάθεσης στην περίοδο της λοχείας είναι η διπολική διαταραχή. Ενώ αποτελεί πιο σπάνιο φαινόμενο σε σχέση με την επιλόχειο κατάθλιψη, εκτιμάται πως υποδιαγιγνώσκεται λόγω των κοινών συμπτωμάτων μεταξύ των δύο αυτών διαταραχών. Ιδιαίτερα σε περίπτωση που μια μητέρα πάσχει από διπολική διαταραχή πριν από την κύηση και τον τοκετό, οι αιφνίδιες αλλαγές που επέρχονται στη ζωή της λόγω της μητρότητας μπορούν να πυροδοτήσουν ένα διπολικό επεισόδιο.<sup>45,86,87</sup>

Όπως και στην κλασική διπολική διαταραχή, η επιλόχειος διπολική διαταραχή χαρακτηρίζεται από περιοδικές μεταβολές της διάθεσης, η οποία κυμαίνεται μεταξύ κατάθλιψης και μανίας (στη διπολική διαταραχή τύπου I) ή υπομανίας (στη διπολική διαταραχή τύπου II).<sup>44,45</sup> Δεδομένης της γενικότερα ασταθούς διάθεσης που χαρακτηρίζει τη λοχεία, ωστόσο, οι μεταβολές αυτές διακρίνονται πιο δύσκολα, ενώ ενδέχεται να περάσουν απαρατήρητες σε μία μητέρα που δεν έχει διαγνωστεί με διπολική διαταραχή. Επιπλέον, οι γυναίκες οι οποίες ήδη έχουν διαγνωστεί παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες να βιώσουν είτε ένα καταθλιπτικό είτε ένα μανιακό επεισόδιο κατά την επιλόχεια περίοδο.<sup>86,95,96</sup>

Και οι δύο τύποι επεισοδίων ελλοχεύουν κινδύνους, τόσο για τη μητέρα όσο και για το νεογνό. Τα καταθλιπτικά επεισόδια συνήθως μιμούνται την εικόνα και τα χαρακτηριστικά της επιλόχειου καταθλιπτικής διαταραχής, με την οποία συγγέεται η διπολική διαταραχή. Αντιθέτως, τα επεισόδια μανίας χαρακτηρίζονται από έντονες τάσεις συχνά ασυνήθιστης και ριψοκίνδυνης δραστηριότητας, μειωμένη ανάγκη για ύπνο και ευερεθιστότητα. Πέρα από την ήδη επικίνδυνη συμπεριφορά της μανίας, όμως, η πάσχουσα τίθεται σε κίνδυνο να μεταπέσει σε επιλόχειο ψύχωση, η οποία μπορεί να αποβεί μοιραία για την ίδια ή για το βρέφος, όπως θα αναλυθεί και στην επόμενη υποενότητα (4.1.3, *Επιλόχειος ψύχωση*).<sup>95,97</sup>

**Επιδημιολογικά δεδομένα.** Μια ανασκόπηση μελετών από τους Wesseloo *et al*, δημοσιευθείσα το 2016, έδειξε πως έως και 20% των γυναικών, οι οποίες ήδη έπασχαν από διπολική διαταραχή πριν από την εγκυμοσύνη, τίθενται σε κίνδυνο εκδήλωσης διπολικότητας ή ψύχωσης κατά τη διάρκεια της λοχείας, σε μορφές αρκετά σοβαρές που να χρήζουν νοσηλείας.<sup>95,98</sup> Οι πιθανότητες αυξάνονται σε περίπτωση που η πάσχουσα έχει διακόψει την αγωγή της λόγω κύησης, με τα ποσοστά υποτροπής να πλησιάζουν στο 70%.<sup>95</sup>

**Συνέπειες για τη μητέρα και το νεογνό.** Η παρουσία της διπολικής διαταραχής, είτε πρόκειται για την πρώτη εκδήλωση της διαταραχής είτε προϋπάρχει η διάγνωσή της, προδιαθέτει μια λεχώνα στην εκδήλωση επιλόχειας ψύχωσης εντός των πρώτων ημερών μετά τον τοκετό.<sup>94</sup> Παράλληλα, οι ανεξέλεγκτες εναλλαγές της διάθεσης αποτρέπουν τη μητέρα από το να φροντίζει τον εαυτό της ή το βρέφος επαρκώς, με πιθανή μακροπρόθεσμη συνέπεια τη διαταραχή του δεσμού μεταξύ μητέρας και παιδιού. Επίσης, σε έδαφος διπολικής διαταραχής αυξάνεται σημαντικά ο κίνδυνος αυτοτραυματισμού της μητέρας ή εγκατάστασης αυτοκτονικής συμπεριφοράς.<sup>93,97</sup>

**Διάγνωση επιλόχειας διπολικής διαταραχής.** Για την ακριβέστερη δυνατή διάγνωση της επιλόχειας διπολικής διαταραχής, έχει προταθεί ο συνδυασμός διαγνωστικών εργαλείων για διαφορετικές διαταραχές. Συγκεκριμένα, συνίσταται η ταυτόχρονη χρήση ενός εργαλείου για τη διάγνωση της καταθλιπτικής διαταραχής, όπως το EPDS, και ενός για τη διάγνωση ψυχωσικών ή διπολικών διαταραχών, όπως το Altman Self-Mania Scale (AS-MS) ή το Mood Disorder Questionnaire (MDQ).<sup>86,92</sup> Ιδιαίτερα εάν εντοπιστούν σημεία κατάθλιψης, η περαιτέρω διερεύνηση μέσω συμπληρωματικών διαγνωστικών εργαλείων συνεισφέρει στην έγκαιρη ανίχνευση της επιλόχειας διπολικής διαταραχής. Επειδή η διπολική διαταραχή συχνά εκδηλώνεται για πρώτη φορά μέσω καταθλιπτικών επεισοδίων στις λεχώνες, συχνά διαγιγνώσκεται λανθασμένα ως επιλόχειος κατάθλιψη, με αποτέλεσμα να μην αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά.<sup>95,96,98</sup>

**Θεραπευτική αντιμετώπιση.** Ανεξαρτήτως των τύπων τους, τόσο η κλασική όσο και η επιλόχειος διπολική διαταραχή αντιμετωπίζονται κυρίως με φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Και στις δύο περιπτώσεις, η αγωγή ενδέχεται να περιλαμβάνει άλατα λιθίου, αντιψυχωσικά ή αντισπασμωδικά φάρμακα. Ωστόσο, ο καθορισμός του φαρμακευτικού σχήματος προϋποθέτει διάλογο μεταξύ της μητέρας και του θεράποντός της. Κάποια από αυτά τα φάρμακα περνούν στο μητρικό γάλα και απορροφώνται από τον οργανισμό του νεογνού, με αρνητικές συνέπειες στην ανάπτυξη και τη συμπεριφορά του. Για αυτό το λόγο, είναι απαραίτητη η παρακολούθηση της κατάστασης του θηλάζοντος βρέφους και η έγκαιρη παρέμβαση σε πιθανή εκδήλωση σημείων τοξικότητας, όπως η μη πρόσληψη βάρους, η ληθαργικότητα και οι δυσκολίες στη σίτιση.<sup>86</sup> Περαιτέρω βοηθητικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν την επιλογή ενός μόνο αποτελεσματικού φαρμάκου, τη χορήγηση της ελάχιστης αποτελεσματικής δόσης και τον διαμοιρασμό της δόσης ώστε να αποφευχθεί το ενδεχόμενο τοξικής συγκέντρωσης του σκευάσματος στο μητρικό γάλα.

Εάν οι παρεμβάσεις αυτές αποτύχουν, μπορεί να προταθεί ακόμα και η μη-έναρξη ή διακοπή του θηλασμού.<sup>86,95</sup>

### ***Νοσηλευτικός ρόλος.***

Σε γενικές γραμμές, ο ρόλος του νοσηλευτή στην επιλόχειο διπολική διαταραχή είναι κοινός με αυτόν για την επιλόχεια κατάθλιψη.<sup>88,90,92</sup> Αυτό το γεγονός οφείλεται στο ότι τα περισσότερα διπολικά επεισόδια της λοχείας είναι καταθλιπτικής φύσεως.<sup>88,99</sup>

Στις λεχώνες που εμφανίζουν καταθλιπτικά χαρακτηριστικά, ο νοσηλευτής οφείλει να διενεργεί και επιπρόσθετο έλεγχο για χαρακτηριστικά διπολικής διαταραχής, μέσω ειδικών διαγνωστικών εργαλείων όπως το AS-MS.<sup>86,92</sup> Είτε η διπολική διαταραχή εμφανίζεται για πρώτη φορά είτε προϋπήρχε, η μητέρα οφείλει να ενημερωθεί από το

νοσηλευτή σχετικά με τη διαταραχή. Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στην πληροφόρηση για την επιλόχειο ψύχωση, μία επείγουσα ψυχιατρική κατάσταση η οποία συχνά απορρέει από τη διπολική διαταραχή. Με γνώσεις πάνω στα χαρακτηριστικά των ψυχωσικών επεισοδίων, μια λεχώνα και η οικογένειά της θα είναι σε θέση να αναζητήσουν έγκαιρα βοήθεια.<sup>99</sup>

Η καθημερινότητα μιας λεχώνας με διπολική διαταραχή διευκολύνεται περαιτέρω με την υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η ξεκούραση, καθώς η έλλειψη ύπνου και η κακή ποιότητά του επιβαρύνουν τη μητέρα ψυχολογικά και δύνανται να προκαλέσουν κάποιο διπολικό επεισόδιο.<sup>100</sup> Συνεπώς, παρεμβάσεις όπως η εμπλοκή της οικογένειας στη φροντίδα του νεογνού, η κατάλληλη διατροφή, ο επαρκής ύπνος και ο προγραμματισμός του θηλασμού συνεισφέρουν στη σταθερότητα της κατάστασης της λεχώνας.<sup>99,100</sup>

### ***4.1.3 Επιλόχειος ψύχωση***

Η επιλόχειος ψύχωση είναι μία πιο σπάνια εμφανιζόμενη διαταραχή, σε σχέση με την επιλόχειο κατάθλιψη. Το ποσοστό εμφάνισής της είναι μόλις 0.1-0.2%,<sup>96,101</sup> με την περίοδο έναρξής της να προσεγγίζει τις 2 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Σε άλλες περιπτώσεις, όμως, εκδηλώνεται και εξελίσσεται ταχύτατα εντός μερικών ημερών, ή ακόμα και ωρών.<sup>86,97</sup> Ωστόσο, τα ψυχωτικά επεισόδια που απορρέουν από αυτήν χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης, τόσο οργανικής όσο και ψυχολογικής, με αποτέλεσμα η επιλόχειος ψύχωση να χαρακτηρίζεται ως επείγουσα κατάσταση.<sup>101,102,103</sup>

Σε σχέση με τις κλασικές ψυχώσεις, η επιλόχειος ψύχωση εκδηλώνεται διαφορετικά. Οι μεταβολές της διάθεσης και συμπεριφοράς που αναφέρονται στην επιλόχειο ψύχωση μπορεί να είναι παρόμοιες με αυτές της επιλόχειας κατάθλιψης, να είναι ενδεικτικές μίας μανιώδους κατάστασης, ή ενδιάμεσες μεταξύ των δύο άκρων (της κατάθλιψης και της μανίας).<sup>99,101</sup> Μάλιστα, σε πολλές περιπτώσεις, οι εναλλαγές αυτές λαμβάνουν χώρα ταχύτατα. Ωστόσο, συνήθως συνοδεύονται από άλλα συμπτώματα όπως η σύγχυση, η έκπτωση των γνωστικών ικανοτήτων (όπως και στο παραλήρημα), η ανησυχητική έλλειψη ανάγκης για ύπνο, η ευερεθιστότητα, η έντονη αποδιοργάνωση της συμπεριφοράς και οι εμμονικές σκέψεις, οι οποίες συχνά σχετίζονται με το νεογνό.<sup>86,105</sup> Σε πιο σοβαρά περιστατικά κάνουν την εμφάνισή τους παραισθήσεις ή ψευδαισθήσεις, παρανοϊκή συμπεριφορά, ή ακόμα και βίαιες συμπεριφορές, με είτε παιδοκτονικές είτε αυτοκτονικές τάσεις.<sup>103,104</sup>

Ψυχωτικά επεισόδια ενδέχεται να προκαλούνται και από σωματικές παθήσεις, με χαρακτηριστικά παραδείγματα αυτά της εκλαμψίας, της επιλόχειας θυρεοειδίτιδας και αυτοάνοσης εγκεφαλίτιδας, χωρίς όμως να είναι καλά κατανοητή η αιτιολογία των επεισοδίων απουσία κάποιας οργανικής διαταραχής.<sup>104</sup> Η διάγνωση της ψύχωσης στηρίζεται στο ιατρικό και ψυχιατρικό ιστορικό της ασθενούς, στα κλινικά ευρήματα που προκύπτουν από τον έλεγχο για υποκείμενες παθήσεις, καθώς και στην άμεση εκτίμηση της σωματικής και ψυχικής κατάστασής της.<sup>102,103</sup>

**Επιδημιολογικά στατιστικά.** Κατά προσέγγιση, 1 με 2 λεχώνες ανά 1000 γέννες εκδηλώνουν ψυχωσική διαταραχή κατά την περίοδο της λοχείας.<sup>101,103</sup> Ωστόσο, η ακρίβεια αυτού του ποσοστού έχει αμφισβητηθεί, λόγω του πολύπλοκου προσδιορισμού των αιτιολογικών παραγόντων που οδηγούν στην επιλόχειο ψύχωση.<sup>105</sup>

**Προδιαθεσικοί παράγοντες.** Πρωταρχικό παράγοντα που σχετίζεται άμεσα με την εκδήλωση της επιλόχειας ψύχωσης, αποτελεί το ιστορικό διπολικής διαταραχής, είτε αυτό είναι ατομικό είτε οικογενειακό. Ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου η γυναίκα έχει σταματήσει να λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή για το νόσημά της, κυρίως λόγω φόβου πρόκλησης βλάβης στο νεογνό κατά τη διάρκεια της κύησης, οι πιθανότητες ανάπτυξης ψυχωσικού επεισοδίου μετά τον τοκετό αυξάνονται σημαντικά.<sup>100,105</sup> Επίσης, στην εκδήλωση της ψύχωσης συνυπολογίζονται παράγοντες όπως η χρήση ουσιών ή το ιστορικό κακοποίησης.<sup>87,105</sup> Άλλος σημαντικός παράγοντας είναι η γενικότερη ευαισθησία της λεχόνας στο άγχος και τις αντίξοες συνθήκες. Η φροντίδα ενός νεογνού από μόνη της αποτελεί μία σημαντική πηγή άγχους και, σε συνδυασμό με

τις γενικότερες διαταραχές του ύπνου και του κικκάδιου ρυθμού που σημειώνονται τους πρώτους μήνες της ύπαρξης του νέου μέλους, μπορεί να διαταράξει σημαντικά τη συμπεριφορά μιας γυναίκας.<sup>102,103</sup> Επιπλέον, αν και αναμενόμενες, οι δραστικές ορμονικές μεταβολές που λαμβάνουν χώρα στη λοχεία προσφέρουν γόνιμο έδαφος για την εκδήλωση ενός απροσδόκητου ψυχωσικού επεισοδίου.<sup>102</sup>

Σε αρκετές γυναίκες, η επιλόχειος ψύχωση τείνει να εμφανίζεται μετά τον πρώτο τοκετό. Ωστόσο, εάν η μητέρα επιλέξει να φέρει και άλλα παιδιά στον κόσμο, ο κίνδυνος εκδήλωσης άλλου ψυχωσικού επεισοδίου ελαττώνεται με κάθε γέννα.<sup>102,105</sup>

Άλλα περιστατικά ψυχωσικών επεισοδίων οφείλονται σε οργανικά ανοσολογικά αίτια. Μεταξύ αυτών συγκαταλέγονται η επιλόχειος θυρεοειδίτιδα, η εκλαμψία και η αυτοάνοση εγκεφαλίτιδα. Εάν διαπιστωθεί η ύπαρξη κάποιας από αυτές τις παθήσεις, μετά την αντιμετώπισή της συχνά υποχωρούν τα ψυχωσικά συμπτώματα.<sup>102,104</sup>

**Συνέπειες για τη μητέρα και το νεογνό.** Η έντονη δυσφορία και διαταραγμένη αντίληψη που βιώνει μία μητέρα εν μέσω ενός επεισοδίου επιλόχειας ψύχωσης δυσχεραίνουν έντονα την επικοινωνία της με άλλα άτομα και ενδέχεται να οδηγήσουν ακόμα και σε βίαια ξεσπάσματα.<sup>104</sup> Λόγω της απρόβλεπτης συμπεριφοράς της μητέρας κατά την διάρκεια μίας ψυχωτικής εκδήλωσης, η έγκαιρη αναγνώριση και ιατρική παρέμβαση είναι κρίσιμης σημασίας. Εάν αυτές δεν υπάρξουν, οι συνέπειες μπορούν να αποβούν μοιραίες, καθώς ο κίνδυνος τραυματισμού ή θανάτου του νεογνού ή της μητέρας είναι υψηλός.<sup>103</sup> Βάσει δεδομένων του Postpartum Support International, τα ποσοστά παιδοκτονίας λόγω επιλόχειας ψύχωσης ανέρχονται στο 4% των επεισοδίων της, ενώ αυτά της αυτοκτονίας της μητέρας είναι ελαφρώς υψηλότερα, στο 5%.<sup>86,100</sup> Δεν έχουν οριστεί ποσοστά αυτοτραυματισμού της λεχώνας ή πρόκλησης τραυματισμού στο παιδί, ωστόσο εκτιμάται πως είναι πολύ υψηλότερα.<sup>86</sup>

**Θεραπευτική αντιμετώπιση.** Η αντιμετώπιση της επιλόχειας ψύχωσης, δεδομένης της επείγουσας φύσης της διαταραχής, συχνά στηρίζεται στην εισαγωγή της πάσχουσας λεχώνας σε υγειονομική δομή.<sup>86,90,105</sup> Σε πρώτη φάση, εκτός από τη διερεύνηση πιθανών οργανικών παθήσεων που συνέδραμαν στην εκδήλωση του ψυχωσικού επεισοδίου, περιλαμβάνει την άμεση έναρξη φαρμακευτικής αγωγής και, αρκετά συχνά, τη νοσηλεία της ασθενούς σε ασφαλές περιβάλλον.<sup>101,102</sup> Όπως και στη διπολική διαταραχή, οι κατηγορίες φαρμάκων που χορηγούνται για κάποιο επεισόδιο επιλόχειας ψύχωσης περιλαμβάνουν τα άλατα λιθίου, τα αντιψυχωσικά και

τα αντισπασμωδικά, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις βοηθά και η βραχυπρόθεσμη χορήγηση κάποιας βενζοδιαζεπίνης.<sup>100,103,105</sup>

Η εκδήλωση ψυχωσικής διαταραχής δε συνεπάγεται αυτόματα την εφ'όρου ζωής λήψη φαρμακευτικής αγωγής· στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, η διαταραχή υποχωρεί ταχέως μετά τη χορήγηση φαρμάκων.<sup>90,102</sup> Όμως, κατά την έλευση του ψυχωσικού επεισοδίου, μία νοσηλεύσιμη μητέρα συνίσταται να μην μείνει σε καμία περίπτωση μόνη της με το παιδί της μέχρι να επανέλθει στη φυσιολογική της ψυχική κατάσταση.<sup>90,105</sup>

**Νοσηλευτικός ρόλος.** Λόγω των δραστικών αλλαγών στη συμπεριφορά και τις γνωστικές ικανότητες της μητέρας και του άμεσου κινδύνου για τη ζωή της ίδιας και του νεογνού, οποιοδήποτε περιστατικό επιλόχειας ψύχωσης χρήζει επείγουσας αντιμετώπισης και, σε πολλές περιπτώσεις, νοσηλείας μέχρι να σταθεροποιηθεί η κατάσταση της ασθενούς.<sup>106,107</sup> Εκτός από τη συνεχή εκτίμηση της νοσηλεύσιμης μητέρας και τη μέριμνα για τις επιμέρους νοσηλευτικές παρεμβάσεις (όπως η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής ή η λήψη ζωτικών σημείων), ο νοσηλευτής οφείλει να εξασφαλίσει την ασφάλεια του περιβάλλοντος νοσηλείας και να λάβει προληπτικά μέτρα για τυχόν επικίνδυνες συμπεριφορές της μητέρας, εξάντλησή της ή απόπειρες πρόκλησης βλάβης.<sup>106</sup> Επίσης, ο νοσηλευτής μπορεί να ενθαρρύνει τη λεχώνα να ξεκουραστεί όσο περισσότερο γίνεται και, μέσω της επικοινωνίας με αυτήν, να την επαναφέρει στα δεδομένα της πραγματικότητας.<sup>106</sup>

Για τη νοσηλεία ψυχωσικής ασθενούς, η οικοδόμηση ενός δεσμού εμπιστοσύνης κατέχει κρίσιμη σημασία για τη συμμόρφωση αυτής με το πλάνο φροντίδας.<sup>107</sup> Παρέχοντας στην ασθενή την ελευθερία να εκφράσει τους φόβους και τα συναισθήματά της και εξηγώντας τη φύση της διαταραχής σε αυτήν, ο νοσηλευτής συνδράμει δραστικά στην ανάπτυξη εμπιστοσύνης.<sup>106</sup>

Ο βαθμός επαφής της μητέρας με το νεογνό κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της εξαρτάται άμεσα από τη διανοητική κατάστασή της. Ωστόσο, επειδή πάντα ελλοχεύει ο κίνδυνος τραυματισμού του νεογνού, οποιαδήποτε επαφή πρέπει να πραγματοποιείται υπό την επίβλεψη του νοσηλευτικού προσωπικού.<sup>106</sup> Επιπλέον, στις περισσότερες περιπτώσεις συστήνεται η διακοπή του θηλασμού, αφ'ενός λόγω της κούρασης και του άγχους με τα οποία επιβαρύνει τη μητέρα, και αφ'ετέρου λόγω των πιθανών παρενεργειών της αγωγής στο νεογνό, καθώς τα χορηγούμενα ψυχιατρικά φάρμακα διεισδύουν στο μητρικό γάλα.<sup>106,107</sup>

## **4.2 Αγχώδεις διαταραχές**

Πέρα από τις συναισθηματικές διαταραχές που προκύπτουν κατά την περίοδο της λοχείας, υπάρχουν και διαταραχές του άγχους που επηρεάζουν την καθημερινότητα μια λεχώνας καθώς και αυτές φαίνεται να είναι πολύ συχνές στην περίοδο μετά τον τοκετό. Το άγχος, για να θεωρηθεί ότι είναι διαταραχή, θα πρέπει να πληροί διαγνωστικά κριτήρια, δηλαδή τα συμπτώματα του να είναι σε μεγάλο βαθμό σοβαρά, ενοχλητικά και επίμονα και για αυτό θα πρέπει να τους δοθεί ιδιαίτερη έμφαση. Για να αντιμετωπιστούν οι διαταραχές αυτές, θα πρέπει να διαγνωστούν έγκαιρα, καθώς και να βρεθούν οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν στην ανάπτυξη μιας τέτοιας διαταραχής. Η αντιμετώπισή τους γίνεται είτε με θεραπεία είτε με φαρμακευτική αγωγή, ανάλογα με την εκάστοτε περίπτωση, και έχει ως σκοπό να ανακουφίσει την μητέρα από την ταλαιπωρία του τοκετού και τη δυσφορία του άγχους της, να βελτιώσει την κατάστασή της ώστε εκείνη να ανταπεξέλθει στις νέες προσδοκίες σε μια τόσο κρίσιμη στιγμή της ζωής της καθώς και να ελαχιστοποιήσει την πιθανότητα να εμφανιστούν περαιτέρω επιπλοκές, σωματικές και ψυχολογικές, τόσο για εκείνη όσο και για το νεογνό.<sup>108,109,110,111</sup>

### **4.2.1 Επιλόχειος γενικευμένη αγχώδης διαταραχή**

Ελαφρώς συχνότερα από την επιλόχειο κατάθλιψη, παρατηρείται το άγχος μεταξύ των νέων μητέρων, με την επίπτωση του να εκτιμάται σχεδόν στο 30%. Είναι πιθανόν οι δύο αυτές καταστάσεις να συνυπάρχουν στο ίδιο άτομο, ταυτόχρονα. Όμως, η φυσιολογική και αναμενόμενη παρουσία του άγχους κατά τη διάρκεια της λοχείας και η μεγαλύτερη έμφαση που δίνεται στην κατάθλιψη συχνά παραμερίζουν την ενδελεχή εκτίμηση των επιπέδων άγχους σε μία γυναίκα, με αποτέλεσμα να υποκρύπτεται η παρουσία κάποιας αγχώδους διαταραχής, ή η συμπτωματολογία της να παρερμηνεύεται ως καταθλιπτική. Παρ'όλα αυτά, το ανεξέλεγκτο άγχος στη ζωή της πάσχουσας δεν παύει να επηρεάζει αρνητικά τόσο την καθημερινότητα της ίδιας και της οικογένειάς της, όσο και τη μεταγενέστερη ανάπτυξη του νεογνού λόγω διαταραγμένου δεσμού μεταξύ αυτού και της μητέρας του.<sup>109,110,111</sup>

Μία νέα μητέρα με επιλόχειο άγχος νιώθει σε μεγάλο βαθμό ανησυχία, φόβο και ένταση γύρω από τις καθημερινές δραστηριότητές της, καθώς επίσης και επίμονες σκέψεις, οι οποίες συχνά αφορούν το παιδί και το ενδεχόμενο να πάθει κακό. Τα συναισθήματα αυτά καταλαμβάνουν έναν σημαντικό ρόλο στην καθημερινότητά της, διαταράσσοντας τις ικανότητες λήψης



αποφάσεων και συγκέντρωσής της, τις διατροφικές συνήθειες, τον ύπνο και τη διάθεσή της. Ταυτόχρονα, παρουσιάζει γενικά συμπτώματα άγχους όπως η ταχυκαρδία, η αυξημένη αρτηριακή πίεση. Εάν αφεθούν ανεξέλεγκτα, μπορούν να εκδηλωθούν ως κρίσεις άγχους, με ή χωρίς αφορμή, ή να την ωθήσουν στη λήψη ακατάλληλων ουσιών όπως το αλκοόλ ή φάρμακα με σκοπό την εσφαλμένη αυτοδιαχείριση της κατάστασής της.<sup>113</sup> Σε άλλες περιπτώσεις αναφέρονται ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές, οι οποίες αποτελούν μέθοδο απάλυνσης του έντονου άγχους. Σε αυτήν την περίπτωση πλέον συζητείται η ύπαρξη κάποιας ψυχαναγκαστικής διαταραχής, εκδηλούμενης παράλληλα με το άγχος.<sup>109,111</sup>

**Συνέπειες για τη μητέρα.** Όπως προαναφέρθηκε, ένας φυσιολογικός βαθμός άγχους αναμένεται κατά την προσαρμογή της μητέρας στη νέα της ζωή. Είναι δυνατόν, όμως, να εξελιχθεί σε γενικευμένη αγχώδη διαταραχή με τη συνύπαρξη κάποιων ψυχολογικών παραγόντων. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση της μητέρας, η μη προετοιμασία της για τη μητρότητα, το ιστορικό ύπαρξης άγχους ή κατάθλιψης και η υπερεκτίμηση του επίπεδου δυσκολίας της φροντίδας ενός μωρού μπορούν να την προϋδεάσουν αρνητικά για τα καθήκοντά της. Παράλληλα, εάν η υποστήριξη που λαμβάνει από τον σύντροφο ή τον κοινωνικό περίγυρό της είναι ελλιπής ή ανύπαρκτη, καλείται να αναλάβει μόνη της την ευθύνη της φροντίδας του παιδιού της, εντείνοντας με αυτόν τον τρόπο την ανησυχία της.<sup>109</sup>

**Διάγνωση της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής.** Προς το παρόν, δεν υπάρχει ειδική αναφορά για το επιλόχειο άγχος στο *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, συνεπώς η αξιολόγηση και αντιμετώπισή του γίνεται βάσει των οδηγιών για τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή. Ωστόσο, κρίνεται εξίσου απαραίτητη η συμβολή του νοσηλευτικού και κυρίως του μαιευτικού προσωπικού για τον έγκαιρο εντοπισμό ενδείξεων του άγχους, για την παροχή βοήθειας στη μητέρα, ή για την παραπομπή σε συμβουλευτικές υπηρεσίες.<sup>108,109</sup> Ταυτόχρονα, είναι σημαντικός ο αποκλεισμός οργανικών παθήσεων που ενδέχεται να προκαλούν συμπτώματα αγχώδους διαταραχής, όπως οι διαταραχές των θυρεοειδικών ορμονών ή της γλυκόζης αίματος.<sup>112</sup>

**Θεραπευτική αντιμετώπιση.** Παρομοίως με την κλασική γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, η θεραπευτική προσέγγιση για την επιλόχειο μορφή της στηρίζεται στους δύο πυλώνες της ψυχοθεραπείας και της φαρμακοθεραπείας.<sup>110</sup> Συνήθως, στα ήπια έως μέτρια περιστατικά γενικευμένου άγχους επαρκεί η εφαρμογή συνεδριών ψυχοθεραπείας, ενώ στα σοβαρά οι συνεδρίες συνδυάζονται με αντικαταθλιπτικά ή αγχολυτικά φάρμακα.<sup>109,111</sup> Ωστόσο,

εάν είναι απαραίτητη η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, συνίσταται ιδιαίτερη προσοχή στη ρύθμιση των δόσεων της, ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι πιθανές παρενέργειες στο νεογνό σε περίπτωση που θηλάζει.<sup>106</sup>

**Νοσηλευτικός ρόλος.** Σε γενικές γραμμές, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την επιλόχεια γενικευμένη αγχώδη διαταραχή δεν διαφέρουν πολύ από αυτές για την γενικευμένη αγχώδη διαταραχή σε ενήλικους.<sup>110,113</sup> Αρχικά, ο νοσηλευτής εκτιμά το βαθμό του άγχους, τον τρόπο ζωής της λεχώιδας και τα επιμέρους χαρακτηριστικά σημεία ή συμπτώματα που αυτή αναφέρει. Η πρώτη εκτίμηση στηρίζεται στη συνέντευξη, αλλά σε αυτή συνεισφέρουν η κλινική εξέταση για σημεία άγχους και η χρήση διαγνωστικών εργαλείων.<sup>113</sup>

Οι καλές επικοινωνιακές δεξιότητες είναι υψίστης σημασίας, καθώς οι μητέρες συχνά υποκρύπτουν το άγχος που βιώνουν λόγω ενοχών.<sup>109</sup> Η ψυχραιμία, η χρήση κατάλληλου λεξιλογίου, η παροχή ενός ήρεμου περιβάλλοντος και η υποστηρικτική στάση, ωστόσο, μπορούν να βοηθήσουν μια πάσχουσα να εμπιστευτεί στο νοσηλευτή τα δύσκολα βιώματά της.<sup>112,113</sup>

Επιπλέον, με απλές συστάσεις για αλλαγή συνηθειών και εκπαίδευση, ο νοσηλευτής δύναται να βοηθήσει μια πάσχουσα σημαντικά στον έλεγχο του άγχους της.<sup>112,113</sup> Οι παρεμβάσεις περιλαμβάνουν προτάσεις για υιοθέτηση και διατήρηση φυσιολογικού ύπνου και ισορροπημένης διατροφής, η έναρξη σωματικής άσκησης έστω και σε ήπια μορφή, οι ασκήσεις αναπνοής, καθώς επίσης και η αποφυγή αγχογόνων παραγόντων όπου είναι εφικτό, όπως η κατανάλωση καφεΐνης.<sup>112</sup> Ταυτόχρονα, η ενημέρωση για την ύπαρξη του άγχους και η εκπαίδευση για τις εξειδικευμένες στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως η ψυχοθεραπεία και η φαρμακευτική αγωγή, ενδέχεται να απαλύνουν τυχόν προκαταλήψεις της πάσχουσας μητέρας και να την ενθαρρύνουν να βοηθήσει τον εαυτό της μέσω αυτών.<sup>112,113</sup>

#### 4.2.2 Επιλόχειος ψυχαναγκαστική διαταραχή

(Μία από τις πιο σπάνιες διαταραχές άγχους κατά την διάρκεια της λοχείας, με επίπτωση 3-5%, είναι η επιλόχειος ψυχαναγκαστική διαταραχή (*Postpartum obsessive-compulsive disorder*, συντ. *POCD*) η οποία διαφέρει από την κανονική ψυχαναγκαστική διαταραχή. Χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες σκέψεις οι οποίες αφορούν το νεογνό και τον κίνδυνο που μπορεί να διατρέχει. Αυτές οι σκέψεις είναι σταθερές και με διάρκεια και επηρεάζουν σε

μεγάλο βαθμό την καθημερινότητα της μητέρας, η οποία αν και γνωρίζει ότι κάνει αυτές τις σκέψεις δεν μπορεί να τις ελέγξει.<sup>111</sup>

Η ανεξέλεγκτη POCD έχει άμεσες αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής της λεχώνας και στην ικανότητα φροντίδας του παιδιού της. Λόγω του χρόνου που αφιερώνει στην ανακούφιση των εμμονικών σκέψεων και τάσεων, μια μητέρα ενδέχεται να αισθανθεί τύψεις ή έντονο άγχος, ενώ η κατάστασή της μπορεί να την απομακρύνει συναισθηματικά από την οικογένειά της.<sup>114</sup>

**Επιδημιολογικά δεδομένα.** Η επίπτωση της ψυχαναγκαστικής διαταραχής στις λεχώνες εκτιμάται πως κυμαίνεται κοντά στο 2.5%, και η εμφάνισή της μπορεί να λάβει χώρα έως και 12 μήνες μετά τον τοκετό.<sup>110</sup> Σημαντικούς προδιαθεσικούς παράγοντες αποτελούν το ιστορικό ψυχαναγκαστικής διαταραχής ή άλλων αγχωδών διαταραχών, η πρώτη γέννα, και η ύπαρξη επιπλοκών κατά την κύηση ή τον τοκετό.<sup>114</sup>

**Διαγνωστικά κριτήρια.** Η διάγνωση της POCD στηρίζεται κυρίως στην αξιολόγηση των συμπτωμάτων στη συμπεριφορά και την ψυχική κατάσταση της μητέρας, συχνά βάσει του DSM-V.<sup>114,115</sup> Συμπληρωματικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν διαγνωστικά εργαλεία, όπως η κλίμακα ψυχαναγκασμών των Yale-Brown (*Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*, συντ. Y-BOCS).<sup>114</sup> Τα συμπτώματα συνήθως εμφανίζονται τις πρώτες 2-3 εβδομάδες μετά τον τοκετό, όμως μπορεί να επιμείνουν για μήνες χωρίς να γίνουν αντιληπτά από την μητέρα ή τον στενό οικογενειακό της κύκλο. Στα πιθανά συμπτώματα εντάσσονται:

- Σκέψεις και ανησυχίες ότι πληγώνει το παιδί άθελα της, παραδείγματος χάριν ότι της πέφτει,
- Ανεπιθύμητες σκέψεις ότι προκαλεί ασφυξία στο μωρό ή ότι το μαχαιρώνει,
- Ενοχλητικές σκέψεις ότι κακοποιεί το νεογνό σεξουαλικά,
- Φόβος για λανθασμένη λήψη αποφάσεων, οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν τραύμα ή θάνατο στο παιδί,
- Φόβος ότι το μωρό θα αποκτήσει μια σοβαρή ασθένεια ή θα τραυματιστεί,
- Φόβος ότι το νεογνό θα εκτεθεί σε χημικές τοξίνες,
- Μη ρεαλιστικές ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές, οι οποίες εκτελούνται με σκοπό την ανακούφιση του άγχους και της δυσφορίας.<sup>110,114</sup>

Κύριο χαρακτηριστικό των εμμονών αυτών είναι τα δυσάρεστα συναισθήματα που προκαλούν στη μητέρα, η οποία νιώθει πως τέτοιας φύσεως σκέψεις είναι υπερβολικά

διδυμικές και της προκαλούν δυσφορία. Παράλληλα, η διάρκειά τους καταλαμβάνει πολύ χρόνο στη διάρκεια της ημέρας και παρεμποδίζει σε μεγάλο βαθμό τις φυσιολογικές καθημερινές δραστηριότητες της πάσχουσας.<sup>87,111,114</sup>

Η επιλόχειος ψυχαναγκαστική διαταραχή συχνά συγχέεται με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και η επιλόχειος ψύχωση. Ωστόσο, υπάρχουν κάποια σημαντικά χαρακτηριστικά, τα οποία τη διακρίνουν από άλλες διαταραχές.<sup>87,110,111</sup> Σε αντίθεση με την γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, το άγχος που οφείλεται στην ψυχαναγκαστική διαταραχή δεν προέρχεται από ανησυχία περί καθημερινών δραστηριοτήτων, αλλά πηγάζει από τις εμμονικές σκέψεις και τους ψυχαναγκασμούς της POCD.<sup>114</sup> Επιπλέον, οι εμμονές σε έδαφος της POCD διαφέρουν σε σχέση με αυτές της επιλόχειας ψύχωσης. Ενώ στην πρώτη περίπτωση οι ανεπιθύμητες σκέψεις θεωρούνται ενοχλητικές, αναγνωρίζεται η παράλογη φύση τους και σε πολλές περιπτώσεις λαμβάνονται προληπτικά μέτρα για την αποφυγή δυσάρεστων συμβάντων, δεν ισχύει το ίδιο για τη δεύτερη περίπτωση, η οποία εμπίπτει πιο κοντά σε παράλογες σκέψεις λόγω παραληρητικών ιδεών.<sup>87,115</sup>

**Θεραπευτική αντιμετώπιση.** Η θεραπεία της επιλόχειας ψυχαναγκαστικής διαταραχής αποτελείται από ένα συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής και θεραπείας με σκοπό να μπορέσει η μητέρα να διαχειριστεί τα συμπτώματα. Στα ηπιότερα περιστατικά προτείνεται η ψυχοθεραπεία, ενώ στα πιο σοβαρά μπορεί να χορηγηθεί συμπληρωματικά φαρμακευτική αγωγή. Ψυχολόγοι, ψυχίατροι και επαγγελματίες ψυχικής υγείας συνεργάζονται με σκοπό να βοηθήσουν την μητέρα, μέσω της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας (*Cognitive-behavioral therapy*, συντ. CBT) καθώς και άλλες μορφές ψυχοθεραπείας.<sup>114,115</sup> Η φαρμακευτική αγωγή που συνίσταται για άτομα που πάσχουν από POCD είναι αντικαταθλιπτικά, και ειδικά τα SSRIs, αν και σε σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να συνδυαστούν με κάποιο αντιψυχωσικό.<sup>109,116</sup> Επιπρόσθετα οι βενζοδιαζεπίνες, που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του άγχους, μπορούν να χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικά για τους φόβους και την νευρικότητα των ατόμων που πάσχουν από POCD.<sup>111</sup>

**Νοσηλευτικός ρόλος.** Παρομοίως με τις υπόλοιπες αγχώδεις διαταραχές, οι νοσηλευτικές συμβουλές και παρεμβάσεις για την επιλόχειο μορφή της ψυχαναγκαστικής διαταραχής είναι ίδια με την κλασική μορφή της διαταραχής.<sup>111</sup> Η αρχική εκτίμηση των επιπέδων άγχους και αντιμετώπιση των ενδεικτικών σημείων ή συμπτωμάτων του, λεκτικών ή μη, βοηθά σημαντικά στη συμμόρφωση των πασχουσών στο θεραπευτικό σχήμα και στις νοσηλευτικές προτάσεις για

βελτίωση του τρόπου ζωής.<sup>118,119</sup> Συχνά, η καθημερινότητα μιας λεχώνας με ψυχαναγκαστική διαταραχή διαταράσσεται σε σημαντικό βαθμό, ιδιαίτερα εάν εμφανίζει ψυχαναγκασμούς. Ο νοσηλευτής μπορεί, σε τέτοιες περιπτώσεις, να προσφέρει πολύτιμες συμβουλές και βοήθεια στο συντονισμό των καθημερινών και εβδομαδιαίων δραστηριοτήτων, συμπεριλαμβανομένων του ποιοτικού ύπνου και της ισορροπημένης διατροφής. Όλες αυτές οι παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής της μητέρας συνδράμουν στην απάλυνση του έντονου άγχους.<sup>119</sup>

Ο νοσηλευτής οφείλει επίσης να ενημερώνει τόσο την πάσχουσα μητέρα όσο και το στενό οικογενειακό περιβάλλον της σχετικά με την επιλόχειο ψυχαναγκαστική διαταραχή και τις εκδηλώσεις της, καθώς επίσης και να λύνει τις απορίες τους.<sup>118</sup> Γενικότερα, η επίτευξη ενός εμπιστευτικού, μη επικριτικού κλίματος συζήτησης και η παροχή άπλετου χρόνου για διάλογο δε βοηθούν μόνο στην ελάττωση του στίγματος και των προκαταλήψεων γύρω από την ψυχική διαταραχή, αλλά ενθαρρύνουν και τη συμμόρφωση της πάσχουσας στο θεραπευτικό σχήμα, φαρμακευτικό ή μη.<sup>118,119</sup>

Στη διαχείριση της ψυχαναγκαστικής διαταραχής, η εκπαίδευση της ασθενούς παίζει έναν εξαιρετικά σημαντικό ρόλο. Μέσω του νοσηλευτή, η πάσχουσα μαθαίνει να προσδιορίζει ποια στοιχεία της καθημερινότητάς της μπορεί να ελέγξει και ποια όχι και, στη συνέχεια, να ελέγξει το άγχος της βάσει αυτών των δεδομένων.<sup>119</sup> Επίσης, ο νοσηλευτής της διδάσκει να διακρίνει τις υγιεινές συμπεριφορές από τις ανθυγιεινές, ιδίως όταν αυτές υπάγονται στους ψυχαναγκασμούς της. Μετά την αναγνώρισή τους, πρέπει να την ενθαρρύνει συνεχώς να στρέφεται σε υγιεινές συνήθειες, χωρίς ωστόσο να την κατακρίνει αν μεταπέσει σε κάποια από τις παλιές ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές της.<sup>118,119</sup> Η στροφή αυτή διευκολύνεται περαιτέρω, όταν η μητέρα ενθαρρύνεται να αναλάβει την ευθύνη για την αυτοφροντίδα και την υγεία της, γεγονός το οποίο σταδιακά την οδηγεί σε πιο προσεκτικές αποφάσεις.<sup>119</sup>

#### *4.2.3 Τοκοφοβία*

Ως τοκοφοβία ορίζεται ο παράλογος φόβος απέναντι στον τοκετό. Για ποικίλους λόγους, μία γυναίκα μπορεί να βιώσει φόβο στη σκέψη μιας γέννας, μερικές σε αρκετά έντονη μορφή ώστε να την αποτρέψει από την τεκνοποίηση.<sup>120</sup> Εκτιμάται πως περίπου το 7.5% των γυναικών βιώνουν σοβαρό φόβο, ο οποίος είναι ικανός να τις αποτρέψει πλήρως από την τεκνοποίηση ή από έναν φυσιολογικό τοκετό.<sup>121,122</sup>

Διακρίνονται δύο μορφές τοκοφοβίας: η πρωτεύουσα (primary tocophobia) και η δευτερεύουσα τοκοφοβία (secondary tocophobia). Στην *πρωτεύουσα* μορφή τοκοφοβίας, η γυναίκα δεν έχει τεκνοποιήσει ποτέ στη ζωή της, αλλά καθίσταται αρνητικά προκατειλημμένη απέναντι στον τοκετό. Αυτό οφείλεται συνήθως στην έκθεση σε δυσάρεστες σχετικές εμπειρίες κατά τη διάρκεια της ζωής της, όπως συζητήσεις περί δύσκολων τοκετών από άλλες γυναίκες στον περίγυρό της, γραφικό περιεχόμενο ή σεξουαλική κακοποίηση. Η φοβία των εν λόγω γυναικών δεν εξαρτάται από τη θέλησή τους να γίνουν μητέρες ή όχι.<sup>120,121</sup>

Σε αντίθεση με την πρωτεύουσα τοκοφοβία, η *δευτερεύουσα* μορφή της προϋποθέτει την ύπαρξη τουλάχιστον μιας κύησης (ολοκληρωμένης ή μη), και προκύπτει μετά από τραυματικές εμπειρίες κατά τη διάρκειά της όπως η αποβολή, ή η γέννηση παιδιού με συγγενείς ανωμαλίες.<sup>117</sup> Επίσης, σημαντικό ρόλο παίζουν η προσωπικότητα και το κοινωνικό περιβάλλον της γυναίκας, καθώς η χαμηλή αυτοεκτίμηση, ο φόβος για το θάνατο του παιδιού ή τη ίδιας και η έλλειψη συναισθηματικής υποστήριξης προς αυτήν μπορούν να εντείνουν τη φοβία της.<sup>121,122</sup>

Και στις δύο μορφές τοκοφοβίας, η έλλειψη υποστήριξης από το κοινωνικό περιβάλλον και οι δύσκολες συνθήκες διαβίωσης τροφοδοτούν τα αισθήματα φόβου στις πάσχουσες γυναίκες.<sup>123</sup>

**Διάγνωση της τοκοφοβίας.** Πλέον, ως αναγνωρισμένη μορφή φοβίας, η τοκοφοβία διαγιγνώσκεται όπως οι περισσότερες φοβίες.<sup>122,123</sup> Ενώ υπάρχει ποικιλία διαγνωστικών εργαλείων για τον εντοπισμό φοβιών, έχει κατασκευαστεί συγκεκριμένο εργαλείο για την εκτίμηση του φόβου για τον τοκετό από τον Σουηδό Klaas Wijma το 1998. Το ονομαζόμενο *Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire* (συντ. WEDQ) θεωρείται πλέον ένα από τα πιο έγκυρα εργαλεία για τη διάγνωση και την εκτίμηση της τοκοφοβίας.<sup>123</sup> Μάλιστα, διακρίνεται σε δύο μορφές. Το WEDQ-A επικεντρώνεται στον εντοπισμό της τοκοφοβίας εκτός της λοχείας, δηλαδή της πρωτεύουσας, ενώ το WEDQ-B απευθύνεται κυρίως σε μητέρες, εκτιμώντας έτσι την ύπαρξη δευτερεύουσας τοκοφοβίας.<sup>123</sup>

Εξίσου σημαντικός είναι ο διάλογος μεταξύ του επαγγελματία υγείας και της πάσχουσας γυναίκας. Μέσω της συνέντευξης και της λήψης ιστορικού, μπορούν να εντοπιστούν παράγοντες όπως τα αισθήματα μιας φοβικής μητέρας για το παιδί της, ή αγχογόνες εμπειρίες του παρελθόντος που σχετίζονται άμεσα με τον τοκετό, όπως το ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης ή δυσκολιών κατά την κύηση.<sup>124</sup>

**Θεραπευτική αντιμετώπιση.** Σήμερα, η τοκοφοβία υπάγεται στις φοβικές αγχώδεις διαταραχές, με ανάλογη ψυχολογική και ψυχιατρική αντιμετώπιση.<sup>90,122</sup>

Αξιοσημείωτη είναι, επίσης, η τάση των τοκοφοβικών μητέρων να αιτούνται την υποβολή τους σε τοκετό με καισαρική τομή, χωρίς να υπάρχουν άλλες ενδείξεις για τη διενέργεια της επέμβασης αυτής. Σε επίπεδο πρόληψης εμφάνισης της τοκοφοβίας, υπάρχουν ενδείξεις πως η κατάλληλη ενημέρωση, συμβουλευτική και προετοιμασία για τον τοκετό και την είσοδο ενός μωρού στην οικογένεια είναι υψίστης σημασίας για την ελαχιστοποίηση του φαινομένου.<sup>121,122</sup>

**Νοσηλευτικός ρόλος.** Η εκτίμηση της τοκοφοβίας μπορεί να πραγματοποιηθεί από οποιονδήποτε επαγγελματία υγείας που υπάγεται στους τομείς της ψυχικής υγείας ή της μητρότητας. Σε αυτούς συμπεριλαμβάνονται οι νοσηλευτές που ανήκουν σε κάποιον τομέα από τους παραπάνω.<sup>123</sup> Συνεπώς, ο κατάλληλα καταρτισμένος νοσηλευτής μπορεί να διενεργήσει εκτίμηση της φοβίας για τον τοκετό μέσω της συνέντευξης, της λήψης ιστορικού και της χρήσης διαγνωστικών εργαλείων. Ταυτόχρονα, είναι σε θέση να ενημερώσει τη γυναίκα σχετικά με τη φύση της φοβίας, τα προτερήματα και μειονεκτήματα παρεμβάσεων όπως η καισαρική τομή, και την ποικιλία τεχνικών αντιμετώπισης της φοβίας.<sup>124</sup> Εάν εντοπιστούν έντονα σημεία και συμπτώματα φοβίας, ο νοσηλευτής οφείλει να παραπέμψει την πάσχουσα σε άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας για την έγκαιρη έναρξη ψυχοθεραπείας.<sup>123,124</sup>

Η στάση του νοσηλευτή οφείλει να είναι ενθαρρυντική, ανεξάρτητα από τη φάση της εκτίμησης της τοκοφοβίας. Ο ανοιχτός διάλογος επιτρέπει στην πάσχουσα να συζητήσει εκτενώς τους φόβους και τα συναισθήματά της, γεγονός το οποίο βοηθά το νοσηλευτή να προβεί σε πιο εξατομικευμένες παρεμβάσεις.<sup>124</sup> Κατά την κατασκευή ενός πλάνου περιγεννητικής φροντίδας, στην οποία συμμετέχει και ο νοσηλευτής, πρέπει να ληφθούν υπόψη και οι επιθυμίες της φοβικής γυναίκας, ενώ η συμμετοχή της ίδιας στον προγραμματισμό θεωρείται ιδανική.<sup>124</sup> Παράλληλα, ο νοσηλευτής μπορεί να ενθαρρύνει και να εκπαιδεύσει κατάλληλα και το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον της πάσχουσας, ώστε να συμμετάσχει και αυτό στη φροντίδα της.<sup>123,124</sup>

#### *4.2.4 Επιλόχειο σύνδρομο μετατραυματικού στρες*

Για μερικές γυναίκες, ο τοκετός αποτελεί τραυματική εμπειρία, ικανή να προκαλέσει ψυχολογικό τραύμα και, ως επακόλουθο, μία μορφή συνδρόμου μετατραυματικού στρες

(Post-traumatic stress disorder/PTSD).<sup>87,125</sup> Η επίπτωση του μετατραυματικού στρες μετά τον τοκετό είναι σχετικά χαμηλή, εκτιμώμενη γύρω στο 1 με 3% των λεχώνων στην κοινότητα, ωστόσο οι επιπτώσεις του ενδέχεται να είναι σοβαρές, όπως θα αναλυθεί στη συνέχεια.<sup>122,125</sup>

Συνήθως, οι λεχώνες οδηγούνται σε αυτή τη διαταραχή λόγω κάποιου δυσάρεστου γεγονότος πριν (όπως οι δυσκολίες κατά την κύηση ή οι επείγουσες ιατρικές καταστάσεις), κατά τη διάρκεια (όπως ο έντονος πόνος, ο φόβος, οι επιπλοκές του τοκετού, ή άλλα αρνητικά συναισθήματα που μπορεί να εμφανιστούν) ή ακόμα και μετά τον τοκετό (όπως η επιλόχειος κατάθλιψη, το επιλόχειο άγχος, άλλες επιλόχειες ψυχικές διαταραχές ή η έλλειψη υποστηρικτικού κοινωνικού περιβάλλοντος).<sup>122,126</sup> Τέτοιες εμπειρίες εξελίσσονται σε αίτια άγχους στη μητέρα μακροπρόθεσμα, ακόμα και εφ'όρου ζωής εάν δεν υπάρξει αντιμετώπιση, ενώ πίσω από αυτές είναι πιθανόν να ελλοχεύουν άλλες ψυχικές παθήσεις. Πολλαπλές πτυχές της ζωής και της καθημερινότητάς της μητέρας επηρεάζονται δυσμενώς (ανάμεσά τους και οι σχέσεις της με το σύντροφο και την οικογένειά της, ο δεσμός της με το παιδί της, και η μεταγενέστερη ανάπτυξη του παιδιού). Γεγονότα που της υπενθυμίζουν τις δικές της εμπειρίες, από μία δεύτερη κύηση μέχρι και μία απλή γυναικολογική εξέταση, πυροδοτούν έντονες συναισθηματικές κρίσεις, την αναβίωση των τραυματικών εμπειριών, συναισθηματική και κοινωνική απομάκρυνση, αισθήματα απελπισίας, διαταραχές του ύπνου και της συγκέντρωσης και προβλήματα στις οικογενειακές σχέσεις.<sup>125,126,127</sup>

**Διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση.** Το PTSD είναι μία κατάσταση, η διαχείριση της οποίας είναι απαιτητική και μακροπρόθεσμη. Η διάγνωσή του είναι δύσκολη, καθώς η συμπτωματολογία του συμπίπτει τόσο με αυτές άλλων ψυχικών διαταραχών (κυρίως αγχωδών), όσο και με φυσιολογικά συναισθήματα που ενδέχεται να βιώσει μία μητέρα.<sup>125,126</sup> Επίσης, τις περισσότερες φορές οι εκδηλώσεις του γίνονται ορατές μετά από τουλάχιστον ένα μήνα από τον τοκετό, σε φάση στην οποία η λεχώνα δεν υπόκειται σε ιατρική παρακολούθηση. Μετά την ανίχνευσή του, αντιμετωπίζεται όπως και το PTSD που οφείλεται σε άλλους παράγοντες, καθώς αποτελεί ιδιόζουσα περίπτωση χωρίς ειδική αναφορά σε αυτήν στο DSM-V.<sup>125</sup>

Κατά κόρον, η αντιμετώπιση του συνδρόμου μετατραυματικού στρες στηρίζεται στην ψυχοθεραπεία, μέσω της οποίας εξερευνώνται τα τραυματικά βιώματα.<sup>125,126</sup> Μέσω της κατανόησης αυτών, η πάσχουσα κατανοεί καλύτερα την προέλευσή τους, ενώ ταυτόχρονα υποβοηθάται η προσαρμογή της στο γονεϊκό ρόλο.<sup>90</sup>



**Νοσηλευτικός ρόλος.** Το επιλόγειο μετατραυματικό στρες δεν είναι παρά μια μορφή συνδρόμου μετατραυματικού στρες, με πιθανούς τραυματικούς παράγοντες την κύηση, τον τοκετό και δυσάρεστα συμβάντα γύρω από αυτά. Συνεπώς, οι αρχές παρέμβασης και διαχείρισης δεν διαφέρουν σημαντικά από το μετατραυματικό στρες οποιασδήποτε άλλης αιτιολογίας.<sup>125,126</sup>

Σε κάθε πρώτη επικοινωνία με μια πάσχουσα λεχώνα, ο νοσηλευτής οφείλει να διενεργήσει αρχικές εκτιμήσεις των επιπέδων άγχους της και των παραγόντων που πυροδοτούν κρίσεις και επεισόδια αναβίωσης δυσάρεστων εμπειριών. Για αυτό το σκοπό καλείται να καταγράψει ιστορικό και τα τρέχοντα δεδομένα στη ζωή της ασθενούς, καθώς επίσης και να αξιοποιήσει τα κατάλληλα διαγνωστικά εργαλεία.<sup>127</sup> Επιπλέον, είναι σημαντική η εκτίμηση της ετοιμότητας της ίδιας της γυναίκας να αναζητήσει περαιτέρω βοήθεια, καθώς η κατάστασή της συχνά προκαλεί αισθήματα τύψεων σε μία κατά τ'άλλα 'χαρούμενη' περίοδο της ζωής της.<sup>90,128</sup>

Για τη μείωση του στιγματος γύρω από το μετατραυματικό στρες και την ενθάρρυνση της ασθενούς να βοηθήσει τον εαυτό της, η ορθή πληροφόρηση γύρω από το μετατραυματικό στρες είναι κρίσιμης σημασίας.<sup>127</sup> Αυτή πρέπει να καλύπτει τόσο τη φύση της διαταραχής και τον αντίκτυπό της στην καθημερινότητα της πάσχουσας, όσο και τις διαθέσιμες στρατηγικές αντιμετώπισης.<sup>128</sup> Σε συνδυασμό με μία σταθερή σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ γυναίκας και νοσηλεύτη και με την ελευθερία έκφρασης συναισθημάτων, η πλήρης ενημέρωση μπορεί να ενθαρρύνει περαιτέρω μια λεχώνα να αναζητήσει τη βοήθεια που χρειάζεται.<sup>127,128</sup> Επιπλέον, ο νοσηλευτής αναλαμβάνει την παραπομπή της σε άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, σε περίπτωση που κριθεί απαραίτητη η έναρξη συνεδριών ψυχοθεραπείας.<sup>128</sup>

Ακόμα και μετά την παραπομπή σε άλλους επαγγελματίες, ο νοσηλευτής μπορεί να διατηρήσει επαφή με την ασθενή ώστε να εκτιμά περιοδικά την κατάσταση και την πορεία της.<sup>128</sup> Σε κάθε επικοινωνία, οφείλει να διατηρεί μια ήρεμη, μη επικριτική διάθεση και να παρέχει σημαντική ελευθερία έκφρασης.<sup>127</sup> Παράλληλα, μπορεί να προσφέρει σημαντικές συμβουλές για την καθημερινή ζωή της λεχώνας, καθώς επίσης και να τη βοηθάει να αναγνωρίζει και να διαχειρίζεται αγχογόνα περιστατικά.<sup>128</sup> Επιπροσθέτως, καλό είναι να παροτρύνει την πάσχουσα να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες, όποτε αυτό είναι εφικτό, ώστε να προλάβει την απομόνωση της πάσχουσας από τον κοινωνικό της περίγυρο.<sup>124,127,128</sup>

Έως ώρας, η εργασία αυτή έχει περιγράψει τις περιόδους της κύησης και της λοχείας και τις σωματικές και ψυχικές αλλαγές που διαδραματίζονται σε κάθε μία από αυτές τις περιόδους, ενώ έχει καλύψει και τις σημαντικότερες ψυχικές διαταραχές που μπορούν να εμφανιστούν στις δύσκολες και μεταβατικές αυτές φάσεις της ζωής μιας γυναίκας. Επιπλέον, έχουν αναφερθεί κάποιοι τρόποι αντιμετώπισης αυτών των διαταραχών, από την πρωτογενή εκτίμηση μέχρι και τη φαρμακοθεραπεία.

Πώς, όμως, δύναται να βοηθήσει η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στη διαχείριση και θεραπεία τέτοιας μορφής διαταραχών; Η φροντίδα μιας ψυχικώς πάσχουσας εγκύου ή λεχώνας έχει θέση στην σφαίρα επιρροής της Κοινωνικής Νοσηλευτικής, ή αποτελεί αποκλειστικά κομμάτι των ανώτερων βαθμίδων περίθαλψης; Τα ερωτήματα αυτά επιχειρούμε να απαντήσουμε στο αμέσως επόμενο κεφάλαιο, με οδηγό την πιο πρόσφατη έρευνα στους τομείς της Κοινωνικής Νοσηλευτικής, και εν μέρει της Νοσηλευτικής Μητρότητας και της Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°:**

### ***Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή***

#### ***Εισαγωγή***

Η ψυχική υγεία αποτελεί ένα από τα πιο περίπλοκα θέματα δημόσιας υγείας καθώς η τάση εμφάνισης κάποιας ψυχικής διαταραχής ολοένα και αυξάνεται με αποτέλεσμα να δημιουργείται συμφόρηση στο σύστημα υγείας. Για να θεωρηθεί ένας άνθρωπος ότι είναι ψυχικά υγιής θα πρέπει, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, να είναι σε κατάσταση ισορροπίας όπου θα μπορεί να λειτουργεί παραγωγικά, να ανταπεξέλθει στο καθημερινό άγχος και τις δυσκολίες της ζωής, να αναγνωρίζει τις ικανότητές του και να προσφέρει έργο στην κοινωνία όπου ανήκει.<sup>129,131</sup> Όμως τα ποσοστά ψυχικής ασθένειας ολοένα και αυξάνονται, με έναν στους δύο να βιώνει τουλάχιστον μια φορά σε ολόκληρη την ζωή του συμπτώματα ψυχικής ασθένειας και με έναν στους πέντε να αντιμετωπίζει μια τέτοια πάθηση. Οι ψυχικές ασθένειες είναι πολύ σοβαρές με την κατάθλιψη να είναι η μεγαλύτερη ψυχική διαταραχή ενώ εξίσου μεγάλης σημασίας και προσοχής είναι οι διαταραχές άγχους, η σχιζοφρένεια, η δυσθυμία και η διπολική διαταραχή καθώς βρίσκονται στις 20 κορυφαίες πιο σοβαρές παθήσεις ψυχικής υγείας.<sup>129,130</sup>

#### ***5.1 Κοινοτική νοσηλευτική σε θέματα ψυχικής υγείας***

##### ***5.1.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Κοινοτική Νοσηλευτική***

Από τη διακήρυξη της Alma-Ata του έτους 1978, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως “την βασική φροντίδα υγείας που στηρίζεται σε πρακτικές, επιστημονικά ορθές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία και η οποία παρέχει καθολική πρόσβαση σε άτομα και στις οικογένειες τους με κόστος το οποίο τόσο η κοινότητα όσο και η κάθε χώρα μπορεί να διαθέσει. Αποτελεί δε το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας και μαζί με το εθνικό σύστημα υγείας του οποίου αποτελεί τον κεντρικό άξονα, μεταφέρουν τη φροντίδα υγείας κοντά στο χώρο όπου τα άτομα ζουν και εργάζονται, αποτελώντας το πρώτο στοιχείο στη διαδικασία παροχής συνεχούς φροντίδας

υγείας”.<sup>133</sup> Ωστόσο, σε συνεργασία με τη UNICEF, το 2018 επαναπροσδιόρισε την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως εξής:

*“Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι η προσέγγιση του συνόλου της κοινωνίας προς την υγεία, η οποία στοχεύει να εξασφαλίσει το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας και ευεξίας και την ίση κατανομή αυτών, μέσω της επικέντρωσης στις ανθρώπινες ανάγκες το συντομότερο δυνατόν και όσο πιο κοντά γίνεται στο καθημερινό περιβάλλον των ανθρώπων, κινούμενη από την προαγωγή υγείας και την πρόληψη ασθενειών, μέχρι τη θεραπεία, την αποκατάσταση και την ανακουφιστική φροντίδα.”<sup>134</sup>*

Εν ολίγοις, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποσκοπεί στη διασφάλιση, προώθηση και προαγωγή της υγείας στο σύνολο της κοινότητας, δηλαδή στο σύνολο του πληθυσμού μιας κοινωνίας. Είτε πρόκειται για τη σωματική, την ψυχική ή την κοινωνική υγεία, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας προσπαθεί με στοχευμένες παρεμβάσεις να επιτύχει την πρόληψη οποιασδήποτε παθογένειας σε όλες τις ομάδες του πληθυσμού, εξασφαλίζοντας παράλληλα την πρόσβαση του συνόλου της κοινότητας στις υπηρεσίες υγείας που παρέχει και εξαλείφοντας ανισότητες μεταξύ των επιμέρους ομάδων του πληθυσμού της.<sup>132,135,136</sup> Με αυτόν τον τρόπο, προλαμβάνοντας δηλαδή τη νόσο, αποσυμφορεί τη Δευτεροβάθμια και την Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, οι οποίες ασχολούνται με τον έγκαιρο εντοπισμό της νόσου και την αποκατάσταση της λειτουργικότητας από αυτήν αντίστοιχα, ενώ ταυτόχρονα εξισώνει όλες τις κοινωνικές ομάδες στο μέγιστο δυνατό βαθμό σε επίπεδο υγείας και διαβίωσης.<sup>135</sup>

Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας εμπίπτει και η Κοινοτική Νοσηλευτική. Πρόκειται για τον κλάδο της νοσηλευτικής επιστήμης, ο οποίος αναλαμβάνει να εφαρμόσει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και να εκτελέσει τις δραστηριότητες και παρεμβάσεις αυτής στην κοινότητα. Απαρτίζεται από κατάλληλα εκπαιδευμένο και καταρτισμένο προσωπικό, το οποίο συχνά διατηρεί επαφή με άλλους επαγγελματίες υγείας και φορείς που μπορούν να παρέμβουν τόσο σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού, όσο και στην ευρύτερη κοινότητα.<sup>132</sup>

Η Κοινοτική Νοσηλευτική διακρίνεται σε δύο υποκλάδους: τη Νοσηλευτική με Προσανατολισμό στην Κοινότητα (συντ. Ν.Π.Κ) και τη Νοσηλευτική Βασισμένη στην Κοινότητα (συντ. Ν.Β.Κ.).<sup>132</sup> Ο κάθε ένας από αυτούς τους κλάδους δραστηριοποιείται επιγραμματικά ως εξής:

- Η Ν.Π.Κ. επιχειρεί να προάγει και να θωρακίσει την υγεία της κοινότητας γενικότερα. Συνεπώς, εστιάζει περισσότερο στην πρόληψη μέσω του εντοπισμού περιστατικών, την ενημέρωση του συνόλου του πληθυσμού και την εφαρμογή προγραμμάτων σε κοινοτικό επίπεδο, ώστε να προληφθούν παθογένειες σε ολόκληρη την κοινότητα.<sup>132</sup>
- Η Ν.Β.Κ. εστιάζει στη διαχείριση περιστατικών και άμεση φροντίδα, την εκπαίδευση και ενημέρωση ενός πάσχοντος ατόμου και του οικογενειακού περιβάλλοντός του για θέματα υγείας, τη συμβουλευτική σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο, την παροχή συνεχιζόμενης φροντίδας και τη συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας. Επίσης, διαχωρίζεται σε επιμέρους ειδικότητες ανάλογα με τα τμήματα του πληθυσμού που αναλαμβάνει, όπως η Κοινοτική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας ή η Κοινοτική Νοσηλευτική για τους ψυχικά πάσχοντες, ή η Κοινοτική Νοσηλευτική Μητέρας και Παιδιού η οποία αναλαμβάνει να φροντίσει τις ευάλωτες μητέρες και τα παιδιά τους εντός του πλαισίου της κοινότητας.<sup>132</sup>

### *5.1.2: Κοινοτική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*

Με την πλέον εκτεταμένη αναγνώριση της ψυχικής νόσου και της αντιμετώπισής της με διάφορους τρόπους, ήταν αναγκαία και η εξέλιξη της Δημόσιας Υγείας και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ώστε να μπορούν να αναλάβουν τη διαχείριση τέτοιου είδους νόσων στην κοινότητα.<sup>135,136</sup> Συνεπώς, το 2013 έγινε για πρώτη φορά λόγος για την Δημόσια Ψυχική Υγεία στη Μεγάλη Βρετανία, στο Chief Medical Officer's Report.<sup>135</sup> Σταδιακά, ανακαλύφθηκαν και νέες προσεγγίσεις της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε θέματα ψυχικής υγείας, ενώ παράλληλα αναγνωρίζονταν όλο και περισσότεροι ατομικοί, οικογενειακοί και κοινωνικοί παράγοντες οι οποίοι έχουν άμεσο αντίκτυπο στην ψυχική υγεία, και μάλιστα από την αρχή της ζωής του ατόμου.<sup>136</sup>

Πλέον, η ψυχική υγεία αναγνωρίζεται ως εξίσου σημαντική με τη σωματική υγεία, ενώ στα πλαίσια της Κοινοτικής Νοσηλευτικής αναγνωρίζεται και η εξειδίκευση του Κοινοτικού Νοσηλευτή Ψυχικής Υγείας. Η ειδικότητα αυτή αναλαμβάνει να εφαρμόσει τις αρχές της Δημόσιας και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στον τομέα της ψυχικής υγείας, τόσο στη

φροντίδα και διαχείριση μιας ψυχικής νόσου όσο και στην πρόληψή της.<sup>132,136,137</sup> Η ύπαρξη αυτού του κλάδου καθίσταται εφικτή χάρη σε μια έντονη τάση αποϊδρυματοποίησης των μη οξέως ψυχικά νοσούντων, με επακόλουθη μετακύλιση της φροντίδας τους από το νοσοκομείο και τις ψυχιατρικές δομές στην οικία τους και τις κοινοτικές δομές φροντίδας υγείας. Με αυτόν τον τρόπο αποδυναμώνεται το κοινωνικό στίγμα ενάντια στην ψυχική ασθένεια, οι πάσχοντες λαμβάνουν την βέλτιστη δυνατή φροντίδα σε άνετα για αυτούς περιβάλλοντα με σεβασμό στην οντότητά τους, και παρέχονται ευκαιρίες ακόμα και για την πρόληψη κάποιας ψυχικής νόσου σε ευάλωτες κοινωνικές εβδομάδες μέσω απλών παρεμβάσεων, όπως η παροχή συμβουλευτικής σε ευάλωτα για καταθλιπτικές διαταραχές άτομα.<sup>132,136,138</sup>

Εκτός από αποτελεσματικές για το άτομο και την ευρύτερη κοινωνία, οι παρεμβάσεις της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Ψυχικής Υγείας έχουν αποδειχθεί ωφέλιμες και για το Σύστημα Υγείας. Η ψυχική νόσος επιβαρύνει σημαντικά τόσο το ανθρώπινο δυναμικό όσο και τους οικονομικούς πόρους ενός Συστήματος Υγείας. Συνεπώς, με την εφαρμογή απλών και αποδοτικών τακτικών όπως η ένταξη της φροντίδας ψυχικής υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, αποσυμφορούνται οι ανώτερες δομές φροντίδας υγείας και εξοικονομούνται πολύτιμοι για την υγεία πόροι.<sup>137,138</sup>

Παρόμοια με το γενικό πληθυσμό, η Κοινωνική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας μπορεί να μεριμνήσει και για την ψυχική υγεία επιμέρους ευάλωτων ομάδων, όπως οι έγκυες, οι λεχώνες και γενικότερα οι μητέρες εντός της κοινότητας που παρουσιάζουν πιθανά σημεία και συμπτώματα ψυχικής νόσου.<sup>139,140</sup> Ειδικά σε χώρες όπου κυριαρχεί η φτώχεια, η μητρική κατάθλιψη και άλλες σχετιζόμενες με τη μητρότητα ψυχικές διαταραχές αποτελούν μάλιστα, και συχνά συνοδεύονται από ανθυγιεινές και επικίνδυνες συνήθειες όπως η κακή διατροφή, ο αυτοτραυματισμός και η κατάχρηση ουσιών, λόγω της ανεπαρκούς έως ανύπαρκτης πρόσβασης των πασχουσών σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Όμως, ο αντίκτυπός τους δεν παρατηρείται μόνο στις ίδιες, αλλά και στα ίδια τους τα παιδιά, καθώς επηρεάζουν άμεσα την σωματική, ψυχική, νοητική, κοινωνική και πνευματική ανάπτυξη των τελευταίων.<sup>140</sup> Όμως, η σημασία της ψυχικής υγείας για τη μητρότητα αναγνωρίζεται ευρέως στα σημερινά δεδομένα, και η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Ψυχικής Υγείας έχει τις δυνατότητες να την προάγει και να την εξασφαλίσει στο σύνολο των εγκύων και μητέρων με τις κατάλληλες στρατηγικές.<sup>136,139</sup>

## 5.2 Επίπεδα πρόληψης ψυχικής υγείας

Στόχος της πρόληψης της ψυχικής υγείας είναι η μείωση της επίπτωσης και του επιπολασμού των ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα, καθώς επίσης και της επανεμφάνισής τους στα ήδη πάσχοντα άτομα. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω προληπτικών παρεμβάσεων, οι οποίες στοχεύουν στην ταυτοποίηση των αιτιολογικών παραγόντων κινδύνου, είτε αυτοί είναι γενικοί και κοινοί μεταξύ διαφορετικών διαταραχών, είτε είναι ειδικοί για μια συγκεκριμένη διαταραχή. Τα προγράμματα τα οποία έχουν ως στόχο την πρόληψη της ψυχικής υγείας, περιλαμβάνουν έναν συνδυασμό από μηχανισμούς όπως είναι η μείωση έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου, η ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων και η στόχευση μεσολαβητικών αιτιωδών μηχανισμών.<sup>141,142</sup> Υπάρχουν 3 επίπεδα πρόληψης τα οποία είναι:

- *Πρωτοβάθμια πρόληψη.* Το πρώτο επίπεδο πρόληψης της ψυχικής υγείας στοχεύει στην πρόληψη της εμφάνισης μιας νόσου, δηλαδή στην μείωση ή εξάλειψη των παραγόντων κινδύνου άρα στην μείωση της επίπτωσης της νόσου. Οι στρατηγικές καθολικής πρόληψης αφορούν ολόκληρες ομάδες πληθυσμού όπου δεν διατρέχουν κάποιο κίνδυνο, ενώ οι στρατηγικές επιλεκτικής πρόληψης σε άτομα τα οποία κινδυνεύουν.<sup>143,144,145</sup>
- *Δευτεροβάθμια πρόληψη.* Η δευτεροβάθμια πρόληψη είναι η πρόληψη που γίνεται αφότου ένας ασθενής έχει διαγνωστεί με μία ασθένεια αλλά δεν έχει εμφανίσει ακόμα τα συμπτώματα αυτής, με σκοπό να μειωθεί η εξέλιξή της. Σε παθήσεις της ψυχικής υγείας αυτό συμβαίνει μέσω διαλογής, έγκαιρης αναγνώρισης της συγκεκριμένης διαταραχής και θεραπείας.<sup>143,144,145</sup>
- *Τριτοβάθμια πρόληψη.* Το τελευταίο στάδιο πρόληψης, η τριτοβάθμια πρόληψη, είναι οι παρεμβάσεις οι οποίες στοχεύουν στην πρόληψη αναπηρίας, νοσηρότητας ή/και θνησιμότητας μετά από την νόσηση. Συγκεκριμένα, στον τομέα της ψυχικής υγείας, η τριτοβάθμια πρόληψη έχει ως σκοπό την μείωση της επιδείνωσης περαιτέρω επιπλοκών για τα άτομα τα οποία πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή, έτσι ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους. Θεωρείται ξεχωριστή πρόληψη, χρησιμοποιείται κυρίως σε κοινότητες και όχι σε κλινικές και η επίτευξη γίνεται σε συνδυασμό με θεραπευτική αγωγή.<sup>143,144,145</sup>

### 5.3 Νοσηλευτική εκτίμηση και αξιολόγηση

Πρωταρχικό μέλημα του κοινοτικού νοσηλευτή στην πρόληψη και αντιμετώπιση οποιασδήποτε ψυχικής διαταραχής είναι η εκτίμηση της κατάστασης, η αξιολόγηση των χαρακτηριστικών της ασθενούς και η έγκαιρη αναγνώριση των νοσηλευτικών αναγκών και προβλημάτων της.<sup>146</sup> Για αυτό τον σκοπό, είναι απαραίτητη η συλλογή επαρκών δεδομένων για την κάθε πάσχουσα. Η διεργασία αυτή μπορεί να λάβει χώρα σε πολλαπλά περιβάλλοντα, όπως κάποια κοινοτική δομή όπου ο νοσηλευτής παρίσταται, ένα κέντρο προγεννητικής φροντίδας, ή ακόμα και κατά τη διάρκεια επίσκεψης στην οικία της ασθενούς.<sup>6,141</sup>

Οι αναγκαίες πληροφορίες για την ασθενή συλλέγονται με διάφορες μεθόδους, όπως:

- Το παρουσιαστικό της ίδιας, η εμφάνισή της, η στάση του σώματος και οι εκφράσεις του προσώπου της,<sup>146,147</sup>
- Η λήψη ενδεδειγμένου ατομικού και οικογενειακού ιστορικού, ιδιαίτερα για την παρελθοντική εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, τη λήψη φαρμάκων ή την κατάχρηση ουσιών,<sup>146,</sup>
- Η διερεύνηση αγχογόνων παραγόντων, η οποία μπορεί να επιτευχθεί μέσω της συνέντευξης,<sup>146,147</sup>
- Η διακριτική ερώτηση για σκέψεις αυτοτραυματισμού ή αυτοκτονίας, τι τις τροφοδότησε και εάν η πάσχουσα έχει προβεί σε απόπειρες αυτών στο παρελθόν,<sup>146,147</sup>
- Η ερώτηση για προηγούμενους τοκετούς (εάν υπήρξαν) και η εκτίμηση της στάσης και ψυχικής ετοιμότητας της εγκύου για τη γέννηση και ανατροφή ενός παιδιού,<sup>146,147</sup>
- Η εκτίμηση των σχέσεων της εγκύου με το οικογενειακό περιβάλλον της, όπως οι γονείς ή ο σύντροφός της,<sup>146,147</sup>
- Η διερεύνηση παρουσίας περιστατικών συντροφικής, ενδοοικογενειακής ή ευρύτερης σεξουαλικής κακοποίησης στο παρελθόν της ασθενούς,<sup>146,147</sup>
- Η εξέταση άλλων κοινωνικοοικονομικών παραγόντων όπως η εργασία της ασθενούς, το εισόδημά της, οι συνθήκες διαβίωσής της και οι κοινωνικό και πολιτισμικό υπόβαθρό της.<sup>146,147</sup>

Εξαιρετικά σημαντική για την μέγιστη δυνατή συλλογή πληροφοριών είναι η παροχή ενός ασφαλούς, άνετου και ιδιωτικού χώρου, με τη διάθεση άπλετου χρόνου για συζήτηση, ειδικά στην πρώτη επαφή του νοσηλευτή με την ασθενή. Οι επικοινωνιακές δεξιότητες του



επαγγελματία υγείας παίζουν εξίσου μεγάλο ρόλο. Μεταξύ άλλων, η μη επικριτική διάθεση, η όσο το δυνατόν λεπτομερέστερη ενημέρωση για διάφορα ζητήματα, η τήρηση της εμπιστευτικότητας και η ευαισθησία σε μη λεκτικά γνωρίσματα αποτελούν χρήσιμα εργαλεία για τον νοσηλευτή που συλλέγει δεδομένα.<sup>146,147</sup>

Επιπλέον πληροφορίες μπορούν να παρασχεθούν, μέσω της αξιοποίησης διαγνωστικών εργαλείων για ψυχικές διαταραχές, με την επιλογή τους να εξαρτάται από τα δεδομένα που έχουν συλλεχθεί μέχρι στιγμής για την τρέχουσα κατάσταση. Αυτά είναι συνήθως σε μορφή ερωτηματολογίου, το οποίο μπορεί εύκολα να συμπληρώσει η ασθενής. Πολλές φορές ενδέχεται να κριθεί απαραίτητος ο συνδυασμός πολλαπλών διαγνωστικών εργαλείων, όπως στην περίπτωση της υποψίας διπολικής διαταραχής, όπου ένα εργαλείο εκτίμησης της κατάθλιψης αξιοποιείται ταυτόχρονα με ένα εργαλείο αξιολόγησης συμπτωμάτων μανίας.<sup>146,147</sup>

Μετά τη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων, ο νοσηλευτής δύναται πλέον να αναγνωρίσει τις νοσηλευτικές διαγνώσεις για την ασθενή, δηλαδή τις ατομικές ανάγκες και τα προβλήματα που απορρέουν από τη διαταραχή που βιώνει. Για σχεδόν κάθε διαταραχή που έχει αναλυθεί στην παρούσα εργασία (με μοναδική εξαίρεση την επιλόχειο ψύχωση, η οποία αποτελεί επείγουσα ψυχιατρική κατάσταση), θα διακριθούν ξεχωριστές νοσηλευτικές διαγνώσεις και παρεμβάσεις σε αυτές, οι οποίες δύνανται να εφαρμοστούν από έναν νοσηλευτή στην κοινότητα.<sup>146,147</sup>

## **5.4 Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή σε εγκύους με ψυχικές διαταραχές**

### **5.4.1 Προγεννητική κατάθλιψη**

Η εκτίμηση για την καταθλιπτική διαταραχή κατά τη διάρκεια της κύησης μπορεί να αναδείξει οποιοσδήποτε από τις ακόλουθες νοσηλευτικές διαγνώσεις:

1. **Κίνδυνος εκδήλωσης βίας προς τον εαυτό**, σχετιζόμενος με την καταθλιπτική διάθεση, την μειωμένη αυτοεκτίμηση, τα αισθήματα απελπισίας και αναξιοτιμίας, ή την αυτοκτονική συμπεριφορά.<sup>148,149</sup>
  - a. Κρίσιμης σημασίας διεργασία για το νοσηλευτή είναι η εξασφάλιση ασφαλούς περιβάλλοντος για την πάσχουσα έγκυο, ώστε αυτή να μην φτάσει σε σημείο να προκαλέσει βλάβη στον εαυτό της. Στα πλαίσια της κατ'οίκον φροντίδας, ο

νοσηλευτής θα πρέπει να συνεργαστεί με την οικογένεια, να δώσει συμβουλές και να προτείνει παρεμβάσεις στην οικία, ώστε αυτή να καταστεί ασφαλής χωρίς η πάσχουσα να ασφυκτιά σε αυτήν.<sup>148,149</sup>

- b. Ιδιαίτερα καθώς η διάθεση της εγκύου βελτιώνεται μέσω της θεραπείας και αυτή ανακτά σταδιακά τις δυνάμεις της, πρέπει να συνεχίζεται η αξιολόγηση της αυτοεκτίμησης και του βαθμού απελπισίας που αυτή βιώνει. Η ανάκτηση δυνάμεων μπορεί να ενθαρρύνει κάποιον καταθλιπτικό ασθενή να προκαλέσει βλάβη στον εαυτό του, οπότε ο νοσηλευτής οφείλει να παραμείνει σε επιφυλακή ακόμα και όταν βελτιώνεται ορατά η ψυχονοητική κατάσταση της εγκύου.<sup>148,149</sup>
  - c. Οι συμπεριφορές απελπισίας, όπως το μοίρασμα των προσωπικών αντικειμένων, η άρνηση τροφής ή φαρμακευτικής αγωγής και η απομόνωση του ατόμου από το περιβάλλον του), αποτελούν επίσης σημεία πως η πάσχουσα πιθανόν να προχωρήσει σε αυτοπρόκληση βίας ή απόπειρα αυτοκτονίας.<sup>148</sup>
2. **Αναποτελεσματική αντιμετώπιση**, σχετιζόμενη με αδυναμία συγκέντρωσης ή λήψης αποφάσεων, έλλειψη ενεργητικότητας και ενδιαφέροντος, μειωμένη διάθεση, μειωμένη αυτοεκτίμηση, ή κατακλυσμό από αρνητικά συναισθήματα.<sup>148,149</sup>
- a. Η διατήρηση ενός ασφαλούς και άνετου περιβάλλοντος είναι εξίσου σημαντική σε αυτήν την περίπτωση. Για αυτό το σκοπό, είναι απαραίτητη η συνεργασία με την οικογένεια της ασθενούς.<sup>148,149</sup>
  - b. Ο νοσηλευτής οφείλει να ενθαρρύνει τακτικά την έγκυο να εστιάζει στα δυνατά της σημεία και όχι στις αδυναμίες της, και να συναναστρέφεται με άτομα που την υποστηρίζουν.<sup>148</sup>
  - c. Η συνεργασία με έναν ψυχοθεραπευτή και εφαρμογή στρατηγικών που χρησιμοποιούνται στην ψυχοθεραπεία, μπορούν να βελτιώσουν αισθητά τον τρόπο σκέψης της πάσχουσας.<sup>148</sup>
  - d. Ακρογωνιαίο λίθο για την αναγνώριση και επίλυση των έντονων συναισθημάτων αποτελεί η έκφρασή τους. Μέσω της ανάπτυξης μιας σχέσης εμπιστοσύνης και της ανοιχτής επικοινωνίας, ο νοσηλευτής μπορεί να επιτρέψει στην έγκυο να του εκμυστηρευτεί σκέψεις και συναισθήματα, τα οποία φυσιολογικά δε θα αποκάλυπτε στο οικογενειακό περιβάλλον της.<sup>148,149</sup>

- e. Η οικογένεια δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να αποκλείεται από την κατάσταση της ασθενούς. Αντιθέτως, οφείλει να είναι ενήμερη, ειδικά όταν εμφανίζονται συναισθηματικά ξεσπάσματα. Ο νοσηλευτής είναι σε θέση να εξηγήσει την κατάσταση και να ξεκαθαρίσει πως, ενώ η γυναίκα μπορεί να αντιδρά με απροσδόκητους τρόπους ή να ξεσπά στους οικείους της, βρίσκεται ταυτόχρονα σε φάση όπου μαθαίνει να διαχειρίζεται πιο αποτελεσματικά τα συναισθήματά της.<sup>148,149</sup>
  - f. Όσο είναι εφικτό για την πάσχουσα, τόσο η συμμετοχή της σε κοινωνικές δραστηριότητες όσο και η συναναστροφή της με άτομα εκτός του οικογενειακού κύκλου της, όπως η ένταξή της σε μία ομάδα εγκύων, μπορούν να τονώσουν την αυτοεκτίμησή της και να αποβούν θεραπευτικές για την ψυχολογία της.<sup>148,149</sup>
3. **Έλλειμμα αυτοφροντίδας**, λόγω της μειωμένης ενεργητικότητας και της διαταραγμένης διάθεσης.<sup>148,149</sup>
- a. Η καταθλιπτική διαταραχή στερεί από τους πάσχοντες σημαντικό ποσοστό της ενέργειάς τους για πολλαπλές καθημερινές δραστηριότητες. Αυτό συνεπάγεται δυσκολίες σε διάφορους τομείς της αυτοφροντίδας, όπως η περιποίηση του εαυτού, η υγιεινή, ακόμα και η διατροφή.<sup>148,149</sup>
  - b. Η συνεχής ενθάρρυνση της ασθενούς να φροντίσει τον εαυτό της από άλλο άτομο βοηθά σημαντικά στη βελτίωση των ικανοτήτων αυτοφροντίδας της. Σε βαριές περιπτώσεις, ενδέχεται ακόμα και να χρειαστεί να απλουστευτούν οι διεργασίες αυτές, όπως ο διαχωρισμός της ένδυσης σε επιμέρους φάσεις.<sup>148,149</sup>
  - c. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει ο φροντιστής να αντιδράσει επικριτικά σε περίπτωση άρνησης της πάσχουσας να προβεί σε αυτοφροντίδα.<sup>148,149</sup>
4. **Ανησυχία, άγχος, έντονα συναισθηματικά ξεσπάσματα ή ανηδονία**, σχετιζόμενα με μειωμένη αυτοεκτίμηση και διαταραγμένη διάθεση.<sup>148,149</sup>
5. **Μειωμένη κοινωνική αλληλεπίδραση**, λόγω της μειωμένης αυτοεκτίμησης και ενεργητικότητας, ή της αρνητικής διάθεσης.<sup>148,149</sup>
6. **Διαταραχές γνωστικών δεξιοτήτων**, σχετιζόμενες με διαταραγμένη διάθεση, δραστικές αλλαγές στη ζωή της εγκύου και έντονα αισθήματα άγχους, απαξίωσης και ενοχών.<sup>148,149</sup>

Οι επιθυμητοί στόχοι των νοσηλευτικών παρεμβάσεων για μία έγκυο με κατάθλιψη είναι:

- Η έγκυος να αποφύγει να προκαλέσει βλάβη στον εαυτό της.<sup>148,149</sup>
- Η έγκυος να αντιλαμβάνεται τη ζωή της πιο θετικά, να είναι σε θέση να κάνει σχέδια για το μέλλον της και για τον ερχομό του παιδιού της και να ανακτήσει τις ελπίδες της να ζήσει.<sup>148,149</sup>
- Η έγκυος να είναι σε θέση να αναζητήσει βοήθεια από οικεία της πρόσωπα, αν κατακλυστεί από αρνητικά συναισθήματα ή αυτοκαταστροφικές τάσεις, και να μπορεί να διαχειριστεί τα συναισθήματά της με εναλλακτικούς, πιο αποδοτικούς τρόπους.<sup>148,149</sup>
- Η έγκυος να νιώθει ικανοποίηση με το κοινωνικό της περιβάλλον, να αλληλεπιδρά με αυτό τακτικά και να μην απομονωθεί από αυτό.<sup>148,149</sup>
- Η έγκυος να είναι σε θέση να φροντίσει τον εαυτό της, ή να ζητήσει βοήθεια με δραστηριότητες που τη δυσκολεύουν.<sup>148,149</sup>
- Η έγκυος να ανακτήσει τις γνωστικές δεξιότητές της, να είναι σε θέση να σκεφτεί οργανωμένα και να λαμβάνει αποφάσεις, να αναγνωρίζει και να επαναπροσδιορίζει παράλογες σκέψεις, να θυμάται να φροντίζει τον εαυτό της και να τηρεί διάφορες υποχρεώσεις όπως οι επισκέψεις σε επαγγελματίες υγείας.<sup>148,149</sup>
- Η έγκυος να αναγνωρίζει ορισμένους επαγγελματίες υγείας και φορείς ψυχολογικής υποστήριξης, στους οποίους να μπορεί να απευθυνθεί αν νιώσει πως η κατάστασή της επιδεινώνεται κατά την πορεία της κύησης.<sup>148,149</sup>
- Σε περίπτωση που δοθεί φαρμακευτική αγωγή, η έγκυος να δύναται να συμμορφωθεί με το θεραπευτικό σχήμα εντός της οικίας της.<sup>148,149</sup>

#### 5.4.2 Διπολική διαταραχή

Η διπολική διαταραχή χαρακτηρίζεται από δύο φάσεις: τις φάσεις καταθλιπτικής διάθεσης, και τις φάσεις μανίας, δηλαδή τις φάσεις παθολογικά ανεβασμένης διάθεσης.<sup>148,149,150</sup>

Για τις καταθλιπτικές φάσεις ισχύουν οι ίδιες νοσηλευτικές διαγνώσεις, τα ίδια επιθυμητά αποτελέσματα και οι ίδιες παρεμβάσεις με την περιγεννητική κατάθλιψη.<sup>148,149,150</sup>

Για τις μανικές φάσεις της διπολικής διαταραχής, διακρίνονται οι ακόλουθες νοσηλευτικές διαγνώσεις:

1. *Κίνδυνος άσκησης βίας στον εαυτό ή σε άλλους*, σχετιζόμενος με την ανεξέλεγκτη συμπεριφορά, τις έντονες παρορμήσεις, ή την υπερδραστηριότητα λόγω μανίας.<sup>150,151</sup>
2. *Διαταραγμένη κοινωνική αλληλεπίδραση*, σχετιζόμενη με την ανεξέλεγκτη συμπεριφορά, την υπερδραστηριότητα λόγω μανίας ή τις διαταραγμένες επικοινωνιακές δεξιότητες.<sup>150,151</sup>
3. *Αναποτελεσματική αντιμετώπιση*, σχετιζόμενη με την ανεξέλεγκτη συμπεριφορά, την υπερδραστηριότητα λόγω μανίας, τις έντονες παρορμήσεις και συναισθήματα.<sup>149,150</sup>
4. *Έλλειμμα αυτοφροντίδας*, σχετιζόμενο με την αδυναμία συγκέντρωσης, τις διαταραχές προσοχής, άγχος, ή την υπερδραστηριότητα λόγω μανίας.<sup>150,151</sup>
5. *Διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις*, σχετιζόμενες με την ανεξέλεγκτη συμπεριφορά της πάσχουσας, τις αλλαγές στους οικογενειακούς ρόλους, την ύπαρξη κρίσης ή μεταβατικής φάσης, ή τη μη συμμόρφωση στο θεραπευτικό σχήμα.<sup>150,151</sup>

Οι επιθυμητοί στόχοι των νοσηλευτικών παρεμβάσεων για μία έγκυο με διπολική διαταραχή είναι οι ακόλουθοι:

- Η έγκυος να μην κινδυνεύει να βλάψει τον εαυτό της ή άλλα άτομα, και να μην θέσει σε κίνδυνο το αναπτυσσόμενο έμβρυο.<sup>148,150</sup>
- Η έγκυος να δύναται να ελέγξει τα συναισθήματα και την συμπεριφορά της, και να αναζητά βοήθεια σε περίπτωση που αντιληφθεί πως βγαίνει εκτός ελέγχου.<sup>148,150</sup>
- Η έγκυος να βρίσκεται σε θέση να συναναστραφεί με το περιβάλλον της χωρίς να προκληθούν εντάσεις, και να βρίσκει τρόπους να ‘απομακρύνεται’ από τυχόν έντονες καταστάσεις.<sup>148,150</sup>
- Η έγκυος να ασχολείται τακτικά με ορισμένες δραστηριότητες που τη βοηθούν να εκτονώνει το άγχος της, με τη συνδρομή του νοσηλευτή.<sup>148,150</sup>
- Η έγκυος να αναφέρει την απουσία παραληρημάτων και έλλειψης ελέγχου, και να μην στρέφεται σε χειριστικά ή αυτοκαταστροφικά παραδείγματα συμπεριφορών.<sup>148,150</sup>
- Η έγκυος να αναγνωρίζει την επίδραση της αγωγής της (εάν λαμβάνεται), και να την αξιολογεί όταν νιώθει πως χάνει τον έλεγχο.<sup>148,150</sup>

- Η έγκυος να τρέφεται επαρκώς κατά τη διάρκεια της ημέρας, να κοιμάται περίπου 6 ώρες την ημέρα, να ντύνεται κατάλληλα για την καθημερινότητά της και να δύναται να φροντίσει την προσωπική της υγιεινή.<sup>148,150</sup>
- Το οικογενειακό περιβάλλον της εγκύου να αναγνωρίζει την έννοια της διπολικής διαταραχής και τα σημεία απώλειας ελέγχου, τη σημασία της φαρμακευτικής αγωγής (εάν λαμβάνεται) και να γνωρίζουν τι να κάνουν ή με ποιον να επικοινωνήσουν όταν η διάθεση της εγκύου μεταβάλλεται δραστικά.<sup>148,150</sup>
- Τόσο η έγκυος όσο και το οικογενειακό της περιβάλλον, να διατηρήσουν επικοινωνία με τον νοσηλευτή, να ενταχθούν σε ομάδες υποστήριξης με την καθοδήγησή του, να συζητούν μαζί του για τυχόν προβληματικές καταστάσεις εντός της οικογένειας και να αναζητούν λύσεις με τη συνδρομή του.<sup>148,150</sup>

### 5.4.3 Αγχώδεις διαταραχές

#### Νοσηλευτικές διαγνώσεις

1. **Άγχος** το οποίο σχετίζεται με:
  - κρίση η οποία είναι περιστασιακή ή εξελισσόμενη.<sup>151,152</sup>
  - με αυτο-τραυματισμού ή θανάτου.<sup>151,152</sup>
  - με ανάγκες οι οποίες δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν.<sup>151,152</sup>
  - Αναποτελεσματική αντιμετώπιση των οικογενειακών ζητημάτων.<sup>151,152</sup>
2. **Φόβος** που σχετίζεται με την αντίληψη της μητέρας ότι δεν θα μπορεί να εκπληρώσει σωστά τον ρόλο της.<sup>151,152</sup>
3. **Αντίληψη απουσίας ελέγχου** η οποία σχετίζεται με την πεποίθηση ότι η μητέρα είναι αβοήθητη ή ότι θα δεχτεί απόρριψη από τους άλλους και ότι δεν θα καταφέρει να ανεξαρτητοποιηθεί.<sup>151,152</sup>
4. **Αναποτελεσματική αντιμετώπιση** η οποία μπορεί να σχετίζεται με:
  - Περιστασιακές κρίσεις.<sup>151,152</sup>
  - Φόβο ότι δεν θα καταφέρει να ανταπεξέλθει στον ρόλο της και να επιλύσει τυχόν προβλήματα που μπορεί να εμφανιστούν.<sup>151,152</sup>
  - Αδυναμία να καλύψει τις βασικές ανάγκες για την ίδια και το μωρό της.<sup>151,152</sup>
5. **Κοινωνική απομόνωση** σχετιζόμενη με:

- Κρίσεις πανικού.<sup>151,152</sup>
- Δυσκολία να αλληλεπιδράσει με άλλα άτομα στο παρελθόν.<sup>151,152</sup>
- Καταπίεση.<sup>151,152</sup>
- Ανασφάλεια.<sup>151,152</sup>
- Επαναλαμβανόμενες ενέργειες χωρίς κάποιο σκοπό.<sup>151,152</sup>

Στόχος του νοσηλευτή σε μια γυναίκα που πάσχει από διαταραχές άγχους είναι:

- Να κάνει την έγκυο να αισθανθεί ασφαλής.<sup>151,152</sup>
- Να συζητήσει με την έγκυο και να αλλάξει τις αρνητικές με θετικές σκέψεις.<sup>151,152</sup>
- Να λαμβάνει από κοινού με την έγκυο αποφάσεις που αφορούν την αντιμετώπιση της θεραπείας του.<sup>151,152</sup>
- Να αποφύγει να πιέζει την έγκυο να λαμβάνει αποφάσεις.<sup>151,152</sup>
- Να διατηρεί τα συναισθήματα του και να μην επηρεάζεται από αυτά της εγκύου.<sup>151,152</sup>
- Να ενθαρρύνει την έγκυο να λαμβάνει μέρος σε προγράμματα χαλάρωσης και επικοινωνίας.<sup>151,152</sup>
- Να ενθαρρύνει την έγκυο να είναι ανεξάρτητη.<sup>151,152</sup>

#### 5.4.4 Λοιπές διαταραχές

##### *Σχιζοφρένεια*

Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις για την σχιζοφρένεια είναι οι ακόλουθες:

1. **Αυξημένος κίνδυνος άσκησης βίαιης συμπεριφοράς από την έγκυο στον εαυτό της ή σε τρίτους**, ο οποίος σχετίζεται με:
  - Άγχος το οποίο φτάνει τα επίπεδα του πανικού.<sup>153</sup>
  - Έλλειψη εμπιστοσύνης της εγκύου προς τον εαυτό της είτε προς τους άλλους.<sup>153</sup>
  - Παραληρητικές ιδέες οι οποίες διαταράσσουν την σκέψη.<sup>153</sup>
  - Την ιδέα της ίδιας ότι το περιβάλλον θεωρείται απειλητικό για εκείνη.<sup>153</sup>
2. **Αναποτελεσματική αντιμετώπιση**, η οποία σχετίζεται με την ίδια να μην μπορεί να εμπιστευτεί εύκολα τους κοντινούς της ανθρώπους και σε συνδυασμό και με την χαμηλή

αυτοεκτίμηση καθιστά πιο δύσκολη την αντιμετώπιση της καθώς οδηγεί την ίδια σε κοινωνική απομόνωση.<sup>153</sup>

3. **Μειωμένη επικοινωνία της εγκύου με άλλους**, λόγω αδυναμίας εμπιστοσύνης καθώς επίσης και σε διαταραγμένες διεργασίες σκέψης.<sup>153</sup>
4. **Έλλειμμα αυτοφροντίδας**, το οποίο σχετίζεται με ‘‘παραίτηση’’ της ίδιας και με μειωμένη αντίληψη και γνωστική λειτουργία.<sup>153</sup>
5. **Διαταραχές ύπνου**, λόγω φόβων και ψευδαισθήσεων.<sup>153</sup>

Στόχος του νοσηλευτή σε μια γυναίκα έγκυο η οποία πάσχει από σχιζοφρένεια είναι:

- Αρχικά να δημιουργήσει μια σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ αυτού και της εγκύου. Αυτό συμβαίνει με το να υπάρχει μια διαρκής επικοινωνία με τον νοσηλευτή να είναι υποστηρικτικό, ειλικρινές και συνεπές.<sup>153</sup>
- Να ενθαρρύνει την έγκυο να εκφράζει συνεχώς τα συναισθήματα και τις σκέψεις του και να την αξιολογεί για τυχόν σημεία ψευδαισθήσεων και παραληρισμού.<sup>153</sup>
- Σε περίπτωση που η έγκυος πάσχει από παραληρητικές ιδέες, ο νοσηλευτής θα πρέπει να συμφωνεί μαζί της μόνο στα σημεία τα οποία γίνονται όντως στην πραγματικότητα και να εστιάζει σε αυτά χωρίς όμως να έρχεται σε άμεση αντιπαράθεση με αυτήν.<sup>153</sup>
- Αν η έγκυος πάσχει από οπτικές ψευδαισθήσεις, θα πρέπει να νοσηλευτής να δημιουργήσει έναν κατάλληλα διαμορφωμένο χώρο ο οποίος θα φωτίζεται επαρκώς.<sup>153</sup>
- Να διατηρεί ένα ασφαλές και ζεστό περιβάλλον για την έγκυο, ώστε αυτή να νιώθει οικεία.<sup>153</sup>
- Να αξιολογήσει αν υπάρχουν τυχόν σημεία κινδύνου τραυματισμού, και να τα αποτρέψει με τα κατάλληλα μέτρα πρόληψης.<sup>153</sup>
- Να παρέχει στην έγκυο ευκαιρίες να επανενταχθεί στην κοινωνία και να σταματήσει να ζει στην απομόνωση.<sup>153</sup>



### *Διατροφικές Διαταραχές*

Τόσο για την νευρογενή ανορεξία όσο και για τη νευρογενή βουλιμία, διακρίνονται οι ακόλουθες νοσηλευτικές διαγνώσεις:<sup>154</sup>

1. **Διαταραγμένη θρέψη**, σχετιζόμενη με την ανεπαρκή λήψη τροφής ή την αυτοπρόκλητη αποβολή της τροφής (μέσω της πρόκλησης εμέτου ή της αλόγιστης χρήσης καθαρτικών).<sup>68,154</sup>
2. **Διαταραγμένες διεργασίες σκέψης**, σχετιζόμενες με την διαταραγμένη εικόνα σώματος και την αρνητική εικόνα εαυτού.<sup>154</sup>
3. **Κίνδυνος διαταραχής ισοζυγίου υγρών**, σχετιζόμενος με την ανεπαρκή πρόσληψη υγρών και τροφής, την υπερβολική χρήση διουρητικών ή καθαρτικών, ή την υπερβολική πρόκληση εμέτων.<sup>154</sup>
4. **Διαταραγμένη εικόνα εαυτού**, σχετιζόμενη με την αρνητική αυτοεκτίμηση, τον φόβο της παχυσαρκίας ή τα αισθήματα ευαλωτότητας.<sup>154</sup>
5. **Έλλειμμα γνώσεων**, σχετιζόμενο με την έλλειψη επίγνωσης για την διατροφική διαταραχή ή με την υιοθέτηση λανθασμένων τρόπων αντιμετώπισης της κατάστασης.<sup>154</sup>

Οι νοσηλευτικοί στόχοι για τη φροντίδα μιας εγκύου με διατροφική διαταραχή συνοψίζονται ως εξής:

- Η έγκυος να αναγνωρίζει τις διατροφικές ανάγκες της, να υιοθετήσει με τη βοήθεια του νοσηλευτή και άλλων επαγγελματιών υγείας ένα πλάνο διατροφής το οποίο θα παρέχει θρεπτικά συστατικά, υγρά και ηλεκτρολύτες σε επαρκείς για την ίδια ποσότητες, και να συμμορφωθεί σε αυτό.<sup>154</sup>
- Η έγκυος να αποκτήσει ή να διατηρήσει ένα φυσιολογικό για το σωματότυπο και τη φάση της κύησης της σωματικό βάρος.<sup>154</sup>
- Η έγκυος να μην βρεθεί σε θέση να κάνει κακό στον εαυτό της.<sup>154</sup>
- Η έγκυος να αναγνωρίσει υγιέστερα και πιο ρεαλιστικά πρότυπα εικόνας σώματος και να επιχειρήσει να τα εφαρμόσει για τον εαυτό της.<sup>154</sup>
- Η έγκυος να εκφράζει τις σκέψεις και τα συναισθήματά της ελεύθερα, να αναζητά λύσεις για τα προβλήματά της από κοινού με την οικογένειά της και το

νοσηλευτή, και να αναγνωρίζει επαγγελματίες υγείας ή/και φορείς, με τους οποίους θα δύναται να επικοινωνήσει σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης.<sup>154</sup>

- Η έγκυος να δείξει προθυμία να ενημερωθεί για τη φύση της διατροφικής διαταραχής της και τις συνέπειές τους για την ίδια και το έμβρυο, και να αναλάβει την πρωτοβουλία να βελτιώσει τον τρόπο ζωής της, με τη βοήθεια του νοσηλευτή ή και άλλων επαγγελματιών υγείας.<sup>154</sup>

## 5.5 Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή σε λεχώνες με ψυχικές διαταραχές

### 5.5.1 Επιλόχειος κατάθλιψη

Νοσηλευτικές διαγνώσεις

- *Αποβολές προηγούμενων εγκυμοσυνών.*<sup>89,155,156</sup>
- *Άγχος για τα οικονομικά ζητήματα.*<sup>89,155,156</sup>
- *Κακός και ελλιπής ύπνος και μειωμένη όρεξη.* Ο σωστός και υγιής τρόπος ζωής μπορεί να επηρεάσει τους παράγοντες εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης. Η βιταμίνη Β6, με την μετατροπή της σε τρυπτοφάνη και στην συνέχεια σε σεροτονίνη, επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την διάθεση, που με την σειρά της επηρεάζει την εμφάνιση καταθλιπτικής διαταραχής.<sup>89,155,156</sup>
- *Αυτοκτονική συμπεριφορά και κίνδυνος τραυματισμού ή θανάτωσης του νεογνού.* Λόγω της καταθλιπτικής διάθεσης είναι πολύ πιθανό να αρχίσει να εμφανίζει επιθετική συμπεριφορά με κίνδυνο τραυματισμού της ίδια και του νεογνού.<sup>89,155,156</sup>
- *Αναποτελεσματική εκπλήρωση μητρικού ρόλου,* σχετιζόμενη με την αρνητική εικόνα εαυτού, την διαταραγμένη διάθεση, τη μειωμένη ενεργητικότητα, ή τα αρνητικά συναισθήματα της μητέρας προς την ίδια ή προς το νεογνό.<sup>89,155,156</sup>

Μέσω της καλής επικοινωνίας, ο νοσηλευτής είναι σε θέση να αξιολογήσει την ψυχική κατάσταση, διάθεση και συμπεριφορά της λεχώνας. Επιπρόσθετα, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος να παρέχει υποστήριξη και να ενθαρρύνει την ασθενή για αυτοφροντίδα. Πρέπει να της δώσει κουράγιο, τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά, να προσέχει τον εαυτό της. Αυτό γίνεται με το να προσέχει η ίδια την διατροφή για να έχει μια πιο υγιεινή ζωή και έτσι να διδάξει και το παιδί να τρέφεται σωστά. Επίσης, η ενθάρρυνση του νοσηλευτή για την συμμετοχή της λεχώνας σε συνεδρίες με ομάδες υποστήριξης όπου διοργανώνονται από κοινωνικό λειτουργό είναι βοηθητική διότι προτρέπει την μητέρα να μιλήσει ανοιχτά και να συζητήσει για θέματα που την αφορούν με άλλες μητέρες που έχουν βιώσει, ή βιώνουν, παρόμοιο περιστατικό. Τέλος, ο νοσηλευτής πρέπει να προτρέπει και να ενθαρρύνει την μητέρα να κάνει διαλλείματα από την φροντίδα του μωρού και να μην είναι συνεχώς προσκολλημένη επάνω του. Με αυτόν τον τρόπο η μητέρα θα προσέξει λίγο τον εαυτό της και έτσι θα ανεβεί η ψυχολογική της διάθεση.<sup>89,155,156</sup>

### 5.5.2 Επιλόχειος διπολική διαταραχή

Για την επιλόχειο διπολική διαταραχή εντοπίζονται οι ακόλουθες νοσηλευτικές διαγνώσεις:

1. **Κίνδυνος άσκησης βίας στον εαυτό, στο νεογνό ή σε άλλους**, σχετιζόμενος με τις εναλλαγές της διάθεσης, την καταθλιπτική διάθεση, ή την μετάπτωση σε επιλόχειο ψύχωση.<sup>148,150</sup>
2. **Διαταραχές ύπνου**, σχετιζόμενες με τις απαιτήσεις της φροντίδας ενός νεογνού, την καταθλιπτική διάθεση ή την μανιακή διέγερση.<sup>148,150</sup>
3. **Αναποτελεσματική αντιμετώπιση**, σχετιζόμενη με τη διαταραγμένη διάθεση, τη μειωμένη αυτοεκτίμηση, τα έντονα συναισθήματα ή την ανηδονία, την υπερδραστηριότητα ή έλλειψη ενεργητικότητας, ή την ευέξαπτη κατάσταση της πάσχουσας.<sup>148,150</sup>
4. **Έλλειμμα αυτοφροντίδας**, σχετιζόμενο με τη διαταραγμένη διάθεση, την έλλειψη ενεργητικότητας, την υπερδραστηριότητα λόγω μανίας ή τις διαταραχές των γνωστικών δεξιοτήτων.<sup>100,148,150</sup>
5. **Διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις**, σχετιζόμενες με την ανεξέλεγκτη συμπεριφορά της πάσχουσας, ή τις αλλαγές στους οικογενειακούς ρόλους.<sup>148,150</sup>
6. **Διαταραγμένη κοινωνική αλληλεπίδραση**, σχετιζόμενη με την ανεξέλεγκτη συμπεριφορά, την έλλειψη διάθεσης για συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες ή τις διαταραγμένες επικοινωνιακές δεξιότητες.<sup>148,150</sup>

Οι στόχοι φροντίδας για μια λεχώνα με επιλόχειο διπολική διαταραχή είναι οι ακόλουθοι:

- Η πάσχουσα να μην βλάψει τον εαυτό της, το νεογνό ή κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας.<sup>148,150,157</sup>
- Η πάσχουσα και η οικογένειά της να αναγνωρίζουν τα σημεία και συμπτώματα τόσο της κατάθλιψης όσο και της ψύχωσης, ώστε να είναι σε θέση να ζητήσουν βοήθεια εάν η μητέρα βγει εκτός ελέγχου.<sup>148,150,157</sup>

- Η οικογένεια να συμμετέχει στη φροντίδα του νεογνού, ώστε η μητέρα να έχει χρόνο να φροντίσει τον εαυτό της και να μην διαταράσσεται ο νυχτερινός ύπνος της.<sup>100,148,150,157</sup>
- Η λεχώνια να κοιμάται επαρκώς, να τρέφεται σωστά, να ντύνεται ανάλογα με τις καθημερινές δραστηριότητές της και να φροντίζει η ίδια την υγιεινή της.<sup>148,150,157</sup>
- Η πάσχουσα και η οικογένειά της να μπορούν να κατονομάσουν φορείς και επαγγελματίες υγείας, από τους οποίους θα δύνανται να αναζητήσουν περαιτέρω βοήθεια εάν κριθεί απαραίτητο.<sup>148,150,157</sup>
- Εάν έχει κριθεί απαραίτητη η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής από ψυχίατρο, η πάσχουσα να αναγνωρίζει τις επιδράσεις αυτής και να συμμορφώνεται στο θεραπευτικό σχήμα.<sup>148,150,157</sup>
- Η πάσχουσα να ασχολείται με δραστηριότητες που βελτιώνουν τη διάθεσή της και εκτονώνουν την ένταση που μπορεί να νιώθει, με τη συνδρομή του νοσηλευτή.<sup>148,150,157</sup>

### 5.5.3 Επιλόχειες αγχώδεις, φοβικές και τραυματικές διαταραχές

Οι κύριες νοσηλευτικές διαγνώσεις που εντοπίζονται γενικότερα στις επιλόχειες αγχώδεις διαταραχές συνοψίζονται ως εξής:

1. **Άγχος και φόβος**, σχετιζόμενα με την ανησυχία της λεχώνιας για την φροντίδα του νεογνού, την αντιλαμβανόμενη απειλή του θανάτου, της ασθένειας ή της εικόνας εαυτού, ή την έκθεση σε φοβογόνα ερεθίσματα (όπως οι απειλητικές για την υγεία καταστάσεις).<sup>151,152</sup>
2. **Διαταραγμένη αυτοεκτίμηση**, σχετιζόμενη με το έντονο άγχος, την ανησυχία της λεχώνιας για την επίδοσή της ως μητέρα, την πραγματική ή αντιλαμβανόμενη απειλή ασθένειας, τραυματισμού ή εικόνας εαυτού, ή την αδυναμία διαχείρισης των νέων δεδομένων στη ζωή της.<sup>151,152</sup>
3. **Αναποτελεσματική αντιμετώπιση**, σχετιζόμενη με την αδυναμία της μητέρας να ανταποκριθεί στις προσδοκίες του ρόλου της, να επιλύσει τα προβλήματά της ή να ικανοποιήσει τις ανάγκες της ίδιας και της οικογένειάς της.<sup>151,152</sup>

4. *Διαταραχή ικανότητας προσαρμογής*, σχετιζόμενη με τη μετάβαση της λεχώνας στο μητρικό ρόλο, την ανάληψη νέων καθηκόντων στη ζωή της, την ανησυχία της για την εκτέλεση του ρόλου της ή το φόβο εμφάνισης δυσάρεστων καταστάσεων.<sup>151,152</sup>
5. *Αντίληψη απουσίας ελέγχου*, σχετιζόμενη με το φόβο απόρριψης της λεχώνας από το κοινωνικό περιβάλλον της, την αδυναμία ικανοποίησης των αναγκών της ίδιας, του νεογνού ή της οικογένειας, ή την πεποίθησή της πως είναι αβοήθητη.<sup>151,152</sup>
6. *Κίνδυνος κοινωνικής απομόνωσης*, σχετιζόμενος με την αντιλαμβανόμενη απειλή της εικόνας εαυτού, τον φόβο απόρριψης από το κοινωνικό περιβάλλον, ή με άλλους καταπιεσμένους φόβους της μητέρας για τη θέση της στην κοινωνία.<sup>151,152</sup>
7. *Αναποτελεσματική εκπλήρωση μητρικού ρόλου*, σχετιζόμενη με τη δυσκολία προσαρμογής της λεχώνας στο μητρικό ρόλο, την έντονη ανησυχία για την επίδοσή της, ή την αντιλαμβανόμενη απειλή ασθενείας ή θανάτου.<sup>151,152</sup>

Οι νοσηλευτικοί στόχοι και τα κύρια αναμενόμενα αποτελέσματα στις παρεμβάσεις του νοσηλευτή είναι τα ακόλουθα:

- Η λεχώνα να ελαχιστοποιήσει το άγχος της όσο γίνεται περισσότερο, να βρει αποδοτικούς τρόπους διαχείρισης του άγχους και χαλάρωσης και να τους εφαρμόζει αποτελεσματικά.<sup>151,152</sup>
- Σε περίπτωση φοβίας ή συνδρόμου μετατραυματικού στρες, η λεχώνα να μπορεί να ανταπεξέλθει στην καθημερινότητά της, ακόμα και παρουσία κάποιου φοβογόνου παράγοντα.<sup>151,152</sup>
- Η λεχώνα να εκφράζει ανοιχτά και να συζητά για το άγχος και το φόβο που βιώνει, τόσο με το νοσηλευτή όσο και με το οικογενειακό περιβάλλον της.<sup>151,152</sup>
- Η λεχώνα να φροντίζει τον εαυτό της επαρκώς, και να έχει στη διάθεση της τον απαραίτητο χρόνο και τα μέσα για να καλύπτει τις ανάγκες της.<sup>151,152</sup>
- Η αυτοεκτίμηση της λεχώνας να βελτιωθεί σημαντικά, να ενισχυθούν οι δεξιότητές της και η αντίληψή της για αυτές, και αυτή να μπορεί να συμμετάσχει σε κοινωνικές δραστηριότητες χωρίς να κυριεύεται από το άγχος που βιώνει.<sup>151,152</sup>
- Η λεχώνα να αναγνωρίζει τη σημασία του άγχους της, τις τεχνικές διαχείρισής του, τις επιδράσεις της φαρμακευτικής αγωγής (εάν αυτή χορηγείται) και να συμμορφώνεται με το σχήμα αντιμετώπισης του άγχους.<sup>151,152</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°:**

### ***Περιστατικά ασθενών - Νοσηλευτική διεργασία***

#### ***6.1 Περιστατικό Α'***

Η δεσποινίς Π.Τ., ετών 29, προσήλθε στο Κέντρο Υγείας Τριών Ναυάρχων για έναν τυπικό προγεννητικό έλεγχο. Η δεσποινίς Π. είναι έγκυος 4 μηνών σε ένα αγοράκι. Όμως εκεί στο Κέντρο Υγείας, εκμυστηρεύεται σε έναν νοσηλευτή ότι έχει δεύτερες σκέψεις σχετικά με την μητρότητα και την εγκυμοσύνη της. Όπως η ίδια αναφέρει, νιώθει ότι δεν είναι έτοιμη να γίνει μητέρα και ότι δεν θα καταφέρει να εκπληρώσει πλήρως τον ρόλο της. Αυτό της έχει γίνει έμμονη ιδέα, με αποτέλεσμα αυτή να “πείσει” τον εαυτό της ότι δεν θα είναι σωστή γονέας και με αυτό τον τρόπο πέφτει συνεχώς η διάθεσή της και μειώνεται η ενεργητικότητά της, ενώ αποκαλύπτει πως έχει σκεφτεί ακόμα και να κάνει κακό στον εαυτό της εν μέσω ενός εξ πολλών συναισθηματικών ξεσπασμάτων. Συνεχίζει πως η κατάστασή αυτή την αποτρέπει από το να έρχεται σε επαφή με φιλικά και συγγενικά πρόσωπα, ενώ ακόμα και η εμφάνισή της είναι εμφανώς παραμελημένη. Νιώθει ότι δεν μπορεί να βρει στήριγμα από πουθενά και ότι είναι μόνη της σε όλη αυτήν την διαδρομή, ενώ ο σύζυγός της είναι μαζί της στην τρέχουσα επίσκεψη, όπως και σε κάθε έλεγχο που κάνει η δεσποινίς Π..

Αξιολόγηση	Διάγνωση	Επιθ. Αποτέλεσμα	Παρέμβαση	Εφαρμογή	Επανεκτίμηση
Σκέψεις αυτοτραυματισμού	Κίνδυνος εκδήλωσης βίας προς τον εαυτό, σχετιζόμενος με την αρνητική εικόνα εαυτού και τα αρνητικά συναισθήματα.	Η έγκυος να αποφύγει να προκαλέσει βλάβη στον εαυτό της.	Συζήτηση με την έγκυο, έκφραση συναισθημάτων της σε εμπιστευτικό κλίμα.	Ο νοσηλευτής συζήτησε με την έγκυο, και διατήρησε τηλεφωνική επικοινωνία μαζί της μεταξύ προγεννητικών ελέγχων.	Τρέχουσα επίσκεψη: Η έγκυος εξέφρασε τις σκέψεις και τα συναισθήματά της περί αυτοτραυματισμού. Με την έγκρισή της, μετείχε και ο σύζυγός της στη συζήτηση αυτή, με αποτέλεσμα να ενημερωθεί για τις σκέψεις αυτές.
		Να εξασφαλιστεί ένας ασφαλής και άνετος χώρος για την έγκυο, όπου αυτή θα μπορεί να ηρεμεί.	Πρόταση για παρεμβάσεις στους χώρους της οικίας, σε συνεργασία με την έγκυο και το σύζυγό της.	Ο νοσηλευτής συζήτησε με το ζευγάρι, επισκέφθηκε το χώρο και πρότεινε παρεμβάσεις που κατέστησαν τους χώρους της οικίας της ασφαλείς.  Τα αιχμηρά αντικείμενα και τα περισσότερα φάρμακα απομακρύνθηκαν σε ασφαλείς χώρους, ενώ το υπνοδωμάτιο του ζευγαριού διακοσμήθηκε σύμφωνα με τις προτιμήσεις της εγκύου.	Η έγκυος συμφώνησε στις αλλαγές αυτές, ενώ άρχισε να αναγνωρίζει το υπνοδωμάτιο ως ασφαλή χώρο χαλάρωσης για την ίδια.  Σε μελλοντική επικοινωνία, η έγκυος ανέφερε πως μετάνιωσε για τις σκέψεις να προκαλέσει βλάβη στον εαυτό της, ενώ δήλωσε αποφασισμένη να μην προβεί σε τέτοια ενέργεια.
		Η έγκυος και ο σύζυγός της να γνωρίζουν φορείς και επαγγελματίες υγείας, με τους οποίους θα μπορούν να επικοινωνήσουν αν η κατάστασή της	Παραπομπή σε συνεργαζόμενο ειδικό, π.χ. Ψυχολόγο, για εκτενέστερη υποστήριξη της εγκύου. Παροχή στοιχείων επικοινωνίας του νοσηλευτή, του	Ο νοσηλευτής συζήτησε με την έγκυο και το σύζυγό της, τους σύστησε συνεργαζόμενους φορείς και επαγγελματίες ψυχικής υγείας που θα μπορούσαν να δράσουν	Το ζευγάρι απευθύνθηκε σε ψυχολόγο, και δεσμεύτηκε να επικοινωνήσει με ειδικούς υγείας σε περίπτωση που η κατάσταση της εγκύου



		επιδεινωθεί.	ψυχολόγου, και φορέων υποστήριξης ψυχικής υγείας.	εξειδικευμένα εάν κριθεί απαραίτητο, και πρότεινε στην έγκυο να μιλήσει σε συνεργαζόμενο ψυχολόγο.	επιδεινωθεί.
Συναισθηματικά ξεσπάσματα, πεσμένη διάθεση	Αναποτελεσματική αντιμετώπιση, σχετιζόμενη με τη διαταραγμένη διάθεση.	Η διάθεση της εγκύου να βελτιωθεί αισθητά.	Παραπομπή σε συνεργαζόμενο ειδικό, π.χ. Ψυχολόγο, για εκτενέστερη υποστήριξη της εγκύου.	Ο νοσηλευτής πρότεινε στην έγκυο να μιλήσει σε ψυχολόγο που συνεργάζονται με το κέντρο υγείας, και με την έγκρισή της την παρέπεμψε.	Στην επόμενη επικοινωνία μεταξύ εγκύου και νοσηλεύτη, η έγκυος ανέφερε πως η διάθεσή της είχε βελτιωθεί αισθητά.
Αρνητική αυτοεκτίμηση, αρνητική εικόνα εαυτού	Αναποτελεσματική αντιμετώπιση, σχετιζόμενη με την αρνητική εικόνα εαυτού.	Η αυτοεκτίμηση της εγκύου να τονωθεί, και η ίδια να αρχίσει να αντιλαμβάνεται τον εαυτό της πιο θετικά.	Συζήτηση με την έγκυο, έκφραση συναισθημάτων της σε εμπιστευτικό κλίμα, εστίαση στα θετικά σημεία της εγκύου.	Ο νοσηλευτής συζήτησε εκτενώς με την έγκυο για τα συναισθήματά της, ενθαρρύνοντάς την να τα εκφράσει. Επίσης, της υπενθύμισε τα δυνατά σημεία της σε κάθε επικοινωνία, και της δίδαξε κάποιες στρατηγικές αντιρρόπησης των αρνητικών σκέψεων και συναισθημάτων σε συνεργασία με ψυχολόγο.	Στην επόμενη επικοινωνία μεταξύ εγκύου και νοσηλεύτη, η έγκυος ανέφερε πως βελτιώθηκε σημαντικά η αυτοεκτίμησή της.
Ατημέλητη εμφάνιση, μειωμένη ενεργητικότητα	Έλλειμμα αυτοφροντίδας λόγω μειωμένης ενεργητικότητας.	Η έγκυος να βρίσκεται σε θέση να φροντίζει τον εαυτό της.	Συνεχής ενθάρρυνση της εγκύου να περιποιηθεί τον εαυτό της, με τη συμμετοχή άλλων οικογενειακών μελών ή την απλοποίηση κάποιων διαδικασιών αυτοφροντίδας εάν κριθεί απαραίτητο.	Ο νοσηλευτής ενθάρρυνε την έγκυο να περιποιηθεί τον εαυτό της, και πρότεινε στο σύζυγό της να κάνει το ίδιο. Επίσης, έδωσε στο σύζυγο συστάσεις ώστε να τη βοηθάει στην φροντίδα της.	Στην επόμενη επικοινωνία μεταξύ εγκύου και νοσηλεύτη, η έγκυος ανέφερε πως μπορεί πλέον να φροντίσει τον εαυτό της. Περιστασιακά δυσκολεύεται στην ένδυση και στο χτένισμα των μαλλιών της, αλλά τη βοηθάει ο σύζυγός της όποτε προκύπτει ανάγκη.
	Αναποτελεσματική	Η έγκυος να ανακτήσει	Συνεχής ενθάρρυνση της	Ο νοσηλευτής ενθάρρυνε	Στην επόμενη

	αντιμετώπιση λόγω μειωμένης ενεργητικότητας.	την ενέργειά της και να συμμετάσχει σε καθημερινές δραστηριότητες όπως παλιότερα.	εγκύου να συμμετέχει σε καθημερινές δραστηριότητες ανάλογα με την ενεργητικότητα και τη διάθεσή της. Θέσπιση ενδεικτικού πλάνου δραστηριοτήτων, με επαρκή χρόνο για χαλάρωση.	την έγκυο να μην πέσει σε αδράνεια όσο είναι εφικτό και πρότεινε στο σύζυγό της να κάνει το ίδιο. Επίσης, σε συνεργασία με το ζευγάρι, πρότεινε ένα πλάνο δραστηριοτήτων, το οποίο περιελάμβανε άπλετο χρόνο για χαλάρωση μεταξύ δραστηριοτήτων.	επικοινωνία μεταξύ 4εγκύου και νοσηλεύτη, η έγκυος ανέφερε πως η ενεργητικότητά της είχε επανέλθει σχεδόν πλήρως χάρη στην πρόταση του πλάνου και στην στήριξη του συζύγου της.
Περιορισμένες κοινωνικές επαφές, αίσθημα της εγκύου πως είναι αβοήθητη παρά την συμπαράσταση του συζύγου της.	Αναποτελεσματική αντιμετώπιση, σχετιζόμενη με την άρνηση της εγκύου να στηριχθεί σε άλλους.	Η έγκυος να βρει στηρίγματα στους οικείους της, πρωτίτως με τον σύζυγό της.	Από κοινού συζήτηση με την έγκυο και το σύζυγό της, σχετικά με την κατάσταση της γυναίκας και την προθυμία του συζύγου να την βοηθήσει.	Ο νοσηλευτής συζήτησε με την έγκυο και με το σύζυγό της, σε ήσυχο περιβάλλον και με τη συγκατάθεση της εγκύου, σχετικά με τη συναισθηματική της κατάσταση.	Σε από κοινού συζήτηση μεταξύ εγκύου, συζύγου και νοσηλεύτη, η έγκυος αναγνώρισε τον σύζυγό της ως πρωταρχικό έρεισμά της.
	Έλλειμμα επικοινωνίας μεταξύ εγκύου και συζύγου, σχετιζόμενο με την διαταραγμένη συναισθηματική κατάσταση της εγκύου.				
	Κίνδυνος κοινωνικής απομόνωσης, σχετιζόμενος με την πεσμένη διάθεση.	Η έγκυος να αλληλεπιδρά με τους φίλους και τους συγγενείς της όποτε νιώθει άνετα.	Έντονη και επανειλημμένη ενθάρρυνση του νοσηλεύτη, τόσο στην τρέχουσα επίσκεψη όσο και τηλεφωνικά, στην έγκυο, ώστε αυτή να μην εγκαταλείψει την επικοινωνία με την οικογένεια και τους φίλους της.	Ο νοσηλευτής τόνισε στην έγκυο τη σημασία του κοινωνικού περιβάλλοντός της, και την ενθάρρυνε να συνεχίσει να διατηρήσει επαφές με αυτό όσο νιώθει η ίδια άνετα.	Στην επόμενη επικοινωνία μεταξύ εγκύου και νοσηλεύτη, η έγκυος ανέφερε πως σταδιακά επικοινωνούσε ανοικτά με όλο και περισσότερα πρόσωπα του κύκλου της.

## **6.2 Περιστατικό Β΄**

Η κυρία Σ.Φ., ετών 31, αιτήθηκε την επίσκεψη ενός κοινοτικού νοσηλευτή στην οικία της. Προσφάτως, πριν από 4 εβδομάδες, είχε γεννήσει ένα υγιέστατο κοριτσάκι στο Γενικό Νοσοκομείο Πατρών “Ο Άγιος Ανδρέας”, αλλά η ίδια εκδήλωσε εκλαμψία και χρειάστηκε να εισαχθεί στο χειρουργείο για επείγουσα καισαρική τομή.

Κατά την πρώτη επίσκεψη, ανέφερε πως η υγεία της ήταν σχετικά καλή, ενώ η μετεγχειρητική πορεία της ήταν ομαλέστατη. Εκμυστηρεύτηκε, όμως, στον νοσηλευτή που την επισκέφθηκε πως ‘κάτι δεν πήγαινε καλά με τις σκέψεις της’. Ενώ η ίδια και ο σύζυγός της ήταν ενθουσιασμένοι για τον ερχομό της κορούλας τους στον κόσμο, μετά την περιπέτεια με την υγεία της κατά τον τοκετό, η ίδια πλέον τρομάζει στην σκέψη να κάνει άλλο παιδί φοβούμενη πως θα πεθάνει, σε σημείο που να ανεβάζει σφυγμούς και να νιώθει δυσφορία. Αναγνωρίζει πως ο φόβος της είναι παράλογος και αφύσικος, αλλά κάθε σκέψη για αυτόν την καθλώνει ψυχολογικά. Έχει αποπειραθεί να μιλήσει στην οικογένειά της, αλλά οι γονείς της δεν καταλαβαίνουν γιατί φοβάται. Ο σύζυγός της, ενώ αντιλαμβάνεται ότι οι επιπλοκές της υγείας της δικαίως την τρόμαξαν, της υπενθυμίζει περιστασιακά πως πρέπει κάποια στιγμή να σταματήσει να φοβάται. Και οι δύο θα ήθελαν η κόρη τους να αποκτήσει ένα αδελφάκι στο μέλλον, αλλά ο φόβος της κυρίας Σ. παρεμβάλλεται στα σχέδιά τους.

Η κυρία Σ. νιώθει πως το περιβάλλον της δεν μπορεί να την καταλάβει, και δεν έχει καλύτερο τρόπο να εξηγήσει τον εντονότατο φόβο που βιώνει. Συνεπώς, η μόνη διέξοδός της είναι πλέον η βοήθεια ενός επαγγελματία υγείας.

Αξιολόγηση	Διάγνωση	Επιθ. Αποτέλεσμα	Παρέμβαση	Εφαρμογή	Επανεκτίμηση
Έντονο άγχος και φόβος της λεχώνας για πιθανά δυσάρεστα συμβάντα.	Άγχος και φόβος, σχετιζόμενα με την αντιλαμβανόμενη απειλή ασθενείας.	Η λεχώνα να βιώνει λιγότερο άγχος και φόβο.	Ενδεδειγμένη συζήτηση με τη λεχώνα για την κατάστασή της, ένδειξη κατανόησης από το νοσηλευτή.	Ο νοσηλευτής κάλεσε τη λεχώνα σε συζήτηση, στην οποία η ίδια τελικά εξέφρασε τις σκέψεις και τα συναισθήματά της. Αυτός έδειξε απόλυτη κατανόηση σε αυτά, και προσφέρθηκε να επικοινωνεί μαζί της τακτικά εάν η ίδια δεν μπορεί να μιλήσει σε άλλο πρόσωπο.	Με την τακτική επικοινωνία με το νοσηλευτή, η λεχώνα ανέφερε μετά από κάποιες επισκέψεις πως νιώθει αισθητά λιγότερο άγχος.
		Η λεχώνα να ξεπεράσει την έντονη φοβία της, έστω και εν μέρει.	Παραπομπή σε ειδικό ψυχικής υγείας, π.χ. Ψυχολόγο, με τη συγκατάθεση της λεχώνας.	Ο νοσηλευτής πρότεινε στη λεχώνα να απευθυνθεί σε συνεργαζόμενο με το δομή κοινοτικής υγείας ψυχολόγο.	Η λεχώνα δέχτηκε να ενταχθεί σε πρόγραμμα ψυχοθεραπειών, οι οποίες τη βοήθησαν σταδιακά να ελαττώσει το φόβο της.
	Διαταραχή ικανότητας προσαρμογής της λεχώνας στο μητρικό ρόλο, σχετιζόμενη με την δυσάρεστη εμπειρία υγείας της και το άγχος της.	Η λεχώνα να βρεθεί σε θέση όπου θα μπορεί πλέον να διατηρεί την ηρεμία της και να ανταπεξέλθει στην καθημερινότητά της, ακόμα και σε περίπτωση που συμβεί κάτι δυσάρεστο.	Εκπαίδευση της λεχώνας σε τεχνικές ελαχιστοποίησης του φόβου και επαναφοράς στην πραγματικότητα, σε συνεργασία με ψυχολόγο.	Ο νοσηλευτής συζήτησε με τη λεχώνα, ενημερώθηκε σχετικά με τον τρόπο ζωής της και, σε συνεργασία με ψυχολόγο, προσπάθησε να την εκπαιδεύσει σε τεχνικές ελαχιστοποίησης του φόβου και επιστροφής στην πραγματικότητα.	Η λεχώνα ανέφερε σε μετέπειτα επίσκεψη πως οι τεχνικές στις οποίες εκπαιδεύτηκε απέδωσαν και τη βοήθησαν να διατηρήσει την ψυχραιμία της, ακόμα και όταν η κόρη της αρρώστησε.
	Ταχυκαρδία και σωματική δυσφορία, σχετιζόμενη με το άγχος.	Η λεχώνα να σταματήσει να νιώθει δυσφορία και να ανεβάζει σφυγμούς.	Εκπαίδευση της λεχώνας σε τεχνικές χαλάρωσης, ανεύρεση τρόπων ελαχιστοποίησης ή	Ο νοσηλευτής πρότεινε στη λεχώνα τεχνικές χαλάρωσης, από τις οποίες την κάλεσε να	Η λεχώνα εξέφρασε ενδιαφέρον για τη γιόγκα και ξεκίνησε μαθήματα, τα οποία τη βοήθησαν να

			εκτόνωσης του άγχους όπως συγκεκριμένες υγιείς δραστηριότητες.	διαλέξει ορισμένες και την παρέπεμψε σε ειδικούς που ασχολούνται με αυτές.	χαλαρώσει σημαντικά.
Αρνητικώς επηρεασμένη διάθεση, λόγω του φόβου και του άγχους.	Αναποτελεσματική αντιμετώπιση, σχετιζόμενη με τα αισθήματα άγχους και φόβου και την αντιλαμβανόμενη απειλή ασθένειας.	Η διάθεση της λεχώνας να βελτιωθεί αισθητά και να παρουσιάζει λιγότερες διακυμάνσεις.	Ενδελεχής συζήτηση με τη λεχώνα για την κατάστασή της, ένδειξη κατανόησης από το νοσηλευτή. Έμφαση στα δυνατά σημεία της λεχώνας, πρόταση για συμμετοχή σε δραστηριότητες που η ίδια απολαμβάνει.	Ο νοσηλευτής κάλεσε τη λεχώνα σε συζήτηση, στην οποία η ίδια τελικά εξέφρασε τις σκέψεις και τα συναισθήματά της. Αυτός έδειξε απόλυτη κατανόηση σε αυτά, και της θύμισε τα δυνατά σημεία του χαρακτήρα της, ενώ προσφέρθηκε να επικοινωνεί μαζί της τακτικά.	Με την τακτική επικοινωνία με το νοσηλευτή, η λεχώνα ανέφερε πως η διάθεσή της βελτιώθηκε σημαντικά και σταθεροποιήθηκε.
Αδυναμία κατανόησης της κατάστασης από το οικογενειακό περιβάλλον.	Έλλειμμα γνώσης του συζύγου για την συναισθηματική κατάσταση της λεχώνας.	Ο σύζυγος να ενημερωθεί επαρκώς για την φοβία της λεχώνας και τη σημασία της, και να μάθει να υποστηρίζει την σύζυγό του παρά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει.	Συζήτηση μεταξύ νοσηλευτή και συζύγου, ενημέρωση και εκπαίδευση του συζύγου στα δεδομένα της κατάστασης και τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να συνδράμει στη βελτίωση της ψυχικής κατάστασης της συζύγου του.	Ο νοσηλευτής συζήτησε με το σύζυγο, τον ενημέρωσε για την κατάσταση της λεχώνας και για τις φοβικές αγχώδεις διαταραχές, και του πρότεινε τρόπους για να τη βοηθά στις καθημερινές δραστηριότητες και στη φροντίδα της κόρης τους.	Ο σύζυγος κατάλαβε πως η λεχώνα βιώνει φοβική διαταραχή, δήλωσε έτοιμος να την υποστηρίξει και έδειξε προθυμία να τη βοηθήσει στην καθημερινότητά της. Έκτοτε μοιράζονται τις δουλειές του σπιτιού, και ο ίδιος αναλαμβάνει πλέον να προσέχει τη μικρή για να έχει η σύζυγός του περισσότερο χρόνο για να χαλαρώσει.
	Έλλειμμα γνώσης των γονέων για την συναισθηματική κατάσταση της λεχώνας.	Οι γονείς της λεχώνας να ενημερωθούν επαρκώς για την φοβία της λεχώνας και τη σημασία της, και να μάθουν να υποστηρίζουν την κόρη τους παρά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει.	Συζήτηση μεταξύ νοσηλευτή και γονέων, ενημέρωση και εκπαίδευση των γονέων στα δεδομένα της κατάστασης και τους τρόπους με τους οποίους μπορούν να συνδράμουν στη βελτίωση της	Ο νοσηλευτής συζήτησε με τους γονείς της λεχώνας, τους ενημέρωσε για την κατάσταση της κόρης τους και για τις φοβικές αγχώδεις διαταραχές, και τους πρότεινε τρόπους για να τη βοηθούν στις	Οι γονείς κατάλαβαν πως η λεχώνα βιώνει φοβική διαταραχή, δήλωσαν έτοιμοι να την υποστηρίξουν και έδειξαν προθυμία να τη βοηθήσουν στην καθημερινότητά της. Έκτοτε επισκέπτονται το

			ψυχικής κατάστασης της κόρης τους.	καθημερινές δραστηριότητες και στη φροντίδα της εγγονής τους.	ζευγάρι δύο φορές την εβδομάδα και αναλαμβάνουν κάποιες δουλειές του σπιτιού, ενώ τα σαββατοκύριακα προσέχουν οι ίδιοι την εγγονή τους.
Επικοινωνιακό έλλειμμα μεταξύ λεχώνας και οικείων, σχετιζόμενο με τις ελλιπείς γνώσεις τους για την φοβική διαταραχή.	Η λεχώνα να επικοινωνεί ελεύθερα με το σύζυγο και τους γονείς της, μετά την επαρκή ενημέρωσή τους για τις φοβικές διαταραχές και τη διαχείρισή τους.	Από κοινού συζήτηση μεταξύ της λεχώνας, του συζύγου και των γονέων της. Επεξήγηση της κατάστασής της και ενημέρωση για αυτήν σε ήρεμο περιβάλλον, χωρίς εντάσεις. Σύσταση για ανοικτή επικοινωνία μεταξύ τους, μετά την εκπαίδευση των οικείων σε τρόπους παροχής βοήθειας.	Ο νοσηλευτής κανόνισε μία κατ'οίκον επίσκεψη, στην οποία συζήτησε με το ζευγάρι και τους γονείς της λεχώνας. Τους ενημέρωσε ενδελεχώς για τις φοβικές αγχώδεις διαταραχές και το ενδεχόμενο η λεχώνα να βιώνει μία, τους εκπαίδευσε σε τρόπους διαχείρισης της διαταραχής και τους ενθάρρυνε να επικοινωνούν ανοιχτά, ενώ τους ενημέρωσε για άλλες προσεγγίσεις στη θεραπεία της (όπως η φαρμακευτική αντιμετώπιση και οι συνεδρίες ψυχοθεραπείας).	Τόσο το ζευγάρι όσο και οι γονείς της λεχώνας κατανόησαν τη σημασία και την εκδήλωση των αγχωδών διαταραχών, και δήλωσαν πρόθυμοι και έτοιμοι να ακούσουν και να υποστηρίξουν τη λεχώνα. Ενώ αναγνώρισαν τις θεραπευτικές προσεγγίσεις ως θεμιτές, αρνήθηκαν την παραπομπή σε ψυχίατρο για φαρμακευτική αγωγή, αλλά η λεχώνα συμφώνησε να συμμετάσχει σε συνεδρίες με συνεργαζόμενο ψυχολόγο της κοινοτικής δομής.	

## Συμπεράσματα

Η ψυχική υγεία μιας γυναίκας που κυοφορεί ή έχει πρόσφατα γεννήσει, αν και εξαιρετικά σημαντική, συχνά περνά απαρατήρητη από την ίδια τη γυναίκα ή από το οικείο της περιβάλλον, για χάρη άλλων πτυχών όπως η σωματική υγεία της ή η κατάσταση του παιδιού της. Ο συνεχόμενος παραγκωνισμός των ανησυχιών και συναισθημάτων μιας εγκύου ή λεχώνας, ειδικά σε συνδυασμό με τις εντονότερες ορμονικές μεταβολές που υφίστανται και με παράγοντες όπως προηγούμενες δυσάρεστες εμπειρίες ή ένα δύσκολο περιβάλλον διαβίωσης, μπορεί να παράσχει γόνιμο έδαφος για την εκδήλωση κάποιας ψυχικής διαταραχής σε αυτή την ήδη ευαίσθητη φάση της ζωής. Οι παθογένειες αυτές συχνά μεταβάλλουν δραματικά την καθημερινότητα μιας γυναίκας και την ικανότητά της να ανταπεξέλθει ακόμα και στις βασικές ανάγκες της και διαταράσσουν την σχέση της με το οικογενειακό και κοινωνικό της περιβάλλον, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις μπορούν ακόμα και να αποβούν μοιραίες για την ίδια ή το παιδί της.

Επιπλέον, η έρευνα για την εκπόνηση της εργασίας αυτής ανέδειξε πόσο καινούριος τομέας είναι η ψυχική υγεία της μητρότητας. Πέραν των καταθλιπτικών και των γενικευμένων αγχωδών διαταραχών, η βιβλιογραφία για διαταραχές όπως η διπολική διαταραχή ήταν σχετικά περιορισμένη. Βέβαια, η παρατήρηση αυτή συνάδει με τη γενικότερη αυξητική τάση εμφάνισης ψυχικών διαταραχών στο γενικό πληθυσμό και την άνοδο της ψυχιατρικής ως ειδικότητα ενδιαφέροντος τις τελευταίες δεκαετίες. Συνεπώς, η καλύτερη μελέτη κατανόηση των ψυχικών διαταραχών στην περιγεννητική περίοδο γενικότερα αποτελεί θέμα χρόνου.

Αν και η αναγνώριση μιας περιγεννητικής ψυχικής διαταραχής φαντάζει κάπως δύσκολη λόγω της ευμετάβλητης ψυχολογικής και συναισθηματικής κατάστασης μιας εγκύου ή λεχώνας, δεν παύει να είναι εφικτή. Η παρουσία των νοσηλευτών στην κοινότητα προσφέρει πολλαπλές δυνατότητες για τον εντοπισμό σημείων ψυχικών διαταραχών, από τη συμμετοχή ενός νοσηλευτή στους προγεννητικούς ελέγχους μέχρι και την πραγματοποίηση επισκέψεων νοσηλευτών στα σπίτια λεχώνων μετά τον τοκετό. Όμως, ενώ υπάρχει το εκπαιδευτικό υπόβαθρο, εκκρεμεί η συμμετοχή των κοινοτικών νοσηλευτών σε θέματα μητρότητας και ψυχικής υγείας, ιδίως στην Ελλάδα - όπου οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν για μια μεγάλη μερίδα του πληθυσμού απαγορευτικό θέμα. Ευτυχώς, όμως, η ύπαρξη των ψυχικών διαταραχών στον πληθυσμό γίνεται ολοένα πιο αποδεκτή, και υπάρχουν ελπίδες για την αποδοχή και των γυναικών οι οποίες βιώνουν δυσκολίες πριν ή μετά τον ερχομό του παιδιού τους στον κόσμο.

## Πηγές Αναφοράς & Βιβλιογραφία

1. Jha S., Salve H.R., Goswami K., *et al.* *Burden of common mental disorders among pregnant women: A systematic review. Asian J Psychiatr.* 2018;36:46-53. Διαθέσιμο στο: doi:10.1016/j.ajp.2018.06.020
2. Ιατράκης Γ.Μ.. *Βιβλίο Μαιευτικής*. Εκδόσεις Desmos, Αθήνα 2018.
3. Brummelte S., Galea L.A.. Postpartum depression: *Etiology, treatment and consequences for maternal care. Horm Behav.* 2016;77:153-166.  
Διαθέσιμο στο doi:10.1016/j.yhbeh.2015.08.008
4. World Health Organization, *Maternal mental health.* 2015.  
[https://www.who.int/mental\\_health/maternal-child/maternal\\_mental\\_health/en/](https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/)  
Τελευταία προσπέλαση 14 Απριλίου 2021.
5. Noorbala A.A., Afzali H.M., Abedinia N. *et al.* *Investigation of the effectiveness of psychiatric interventions on the mental health of pregnant women in Kashan City – Iran: A clinical trial study.* *Asian J Psychiatr.* 2019;46:79-86.  
Διαθέσιμο στο doi:10.1016/j.ajp.2019.09.036
6. Rector C. Υγεία Μητέρας-Παιδιού: Δουλεύοντας με Έμβρυα, Βρέφη, Νήπια και Παιδιά Προσχολικής Ηλικίας. Στο: Rector C., Κλεισιάρης Χ.Φ., Λαχανά Ε.Κ., Μηνασίδου Ε.Α., Στεφανόπουλος Ν.Α., Τζιαφέρη Σ.Γ., Φασόη Γ.Γ. *Κοινωνική Νοσηλευτική: Εισαγωγή στη Φροντίδα Υγείας στην Κοινότητα.* Εκδόσεις Broken Hill, Λευκωσία 2020, 751-797.
7. Cohen C.C., Barnes H., Buerhaus P.I. *et al.* *Top priorities for the next decade of nursing health services research. Nurs Outlook.* 2020 Dec 29:S0029-6554(20)30711-9.  
Διαθέσιμο στο doi:10.1016/j.outlook.2020.12.004
8. Dutta D.C., *Physiological Changes During Pregnancy.* Στο: Dutta D.C., *DC Dutta's Textbook of Obstetrics*, 8th Edition. Επιμέλεια Komar H. Jaypee Brothers Medical Publishers, Νέο Δελχί 2015, σελίδες 52-64.
9. Broughton-Pipkin F., *Maternal Physiology.* Στο: Dewhurst J.S., *Dewhurst's Textbook of Obstetrics and Gynecology*, 8th Edition. Επιμέλεια Edmonds D.K. Wiley-Blackwell Publications, Sussex 2012, σελίδες 5-15.
10. Lacroix G., Gouyer V., Gottrand F., Desseyn J.-L.. *The Cervicovaginal Mucus Barrier. Int J Mol Sci* 2020, 21(21), 8266.



Διαθέσιμο στο doi:10.3390/ijms21218266

11. Kohlhepp, L.M., Hollerich, G., Vo, L. et al. *Physiologische Veränderungen in der Schwangerschaft. Anaesthesist* 2018, 67, 383–396.

Διαθέσιμο στο doi:10.1007/s00101-018-0437-2

12. Soma-Pillay, P., Nelson-Piercy, C., Tolppanen, H., & Mebazaa, A.. *Physiological changes in pregnancy. Cardiovascular journal of Africa* 2016, 27(2), 89–94.

Διαθέσιμο στο doi:10.5830/CVJA-2016-021

13. LoMauro, A., & Aliverti, A.. *Respiratory physiology of pregnancy: Physiology masterclass. Breathe (Sheffield, England)* 2015, 11(4), 297–301.

Διαθέσιμο στο doi:10.1183/20734735.008615

14. El-Gharib M.N., Aglan A.D.. *Changes in Skeletal System during Pregnancy. Interventions in Gynecology and Women's Healthcare* [Internet] 2018, 2(1).

Διαθέσιμο στο doi:10.32474/IGWHC.2018.02.000127

15. Williamson, C. & Geenes, V.. *Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy. Obstetrics & Gynecology* 2014, 124(1), 120–133.

Διαθέσιμο στο doi:10.1097/AOG.0000000000000346

16. Dutta D.C., *Endocrinology in Relation to Reproduction*. Στο: Dutta D.C., *DC Dutta's Textbook of Obstetrics*, 8th Edition. Επιμέλεια Komar H.. Jaypee Brothers Medical Publishers, Νέο Δελχί 2015, σελίδες 65-72.

17. Vannuccini, S., Bocchi, C., Severi, F. M., Challis, J. R., & Petraglia, F.. *Endocrinology of human parturition. Annales d'endocrinologie* 2016, 77(2), 105–113.

Διαθέσιμο στο doi: 10.1016/j.ando.2016.04.025

18. Arrowsmith S., Wray S.. *Oxytocin: Its Mechanism of Action and Receptor Signalling in the Myometrium. Journal of Neuroendocrinology* 2014, 26.

Διαθέσιμο στο doi:10.1111/jne.12154

19. Huppertz B., Kingdom J.C.P.. *The Placenta and Fetal Membranes*. Στο: Dewhurst J.S., *Dewhurst's Textbook of Obstetrics and Gynecology*, 8th Edition. Επιμέλεια Edmonds D.K. Wiley-Blackwell Publications, Sussex 2012, σελίδες 16-25.

20. Nezi M., Mastorakos G., Mouslech Z.. *Corticotropin Releasing Hormone And The Immune/Inflammatory Response*. Στο: Feingold K.R., Anawalt B., Boyce A., et al., eds. *Endotext* [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; Ιούλιος 2015.

Διαθέσιμο στον ιστότοπο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279017/>

Τελευταία προσπέλαση: 25/05/2021.

21. Bjelica, A., Cetkovic, N., Trninic-Pjevic, A., & Mladenovic-Segedi, L.. *The phenomenon of pregnancy - a psychological view. Ginekologia polska* 2018, 89(2), 102–106.

Διαθέσιμο στο doi:10.5603/GP.a2018.0017

22. Abdullaeva V.K.. *Features of Psycho-Emotional Changes in Women during Pregnancy. ISJ Theoretical & Applied Science* 2017, 02 (46), 122-124.

Διαθέσιμο στο doi:10.15863/TAS.2017.02.46.22

23. Kiruthiga V.. *Emotive whims distressing pregnant women. IRJET.* 2017;4(8):2194–6.

Διαθέσιμο στον ιστότοπο:

<https://www.irjet.net/archives/V4/i8/IRJET-V4I8395.pdf>

Τελευταία προσπέλαση 26 Μαΐου 2021.

24. Jha S., Salve H.R., Goswami K *et al. Burden of common mental disorders among pregnant women: A systematic review. Asian Journal of Psychiatry* 2018, 46-53. ISSN 1876-2018.

Διαθέσιμο στο doi:10.1016/j.ajp.2018.06.020

25. MacLeod-Hall C., Molyneaux E., Gordon H., et al. *The association between a history of self-harm and mental disorders in pregnancy. Journal of Affective Disorders* 2019, 258, 159-162. ISSN 0165-0327.

Διαθέσιμο στο doi:10.1016/j.jad.2019.06.062

26. Seth S., Lewis A.J., Galbally M.. *Perinatal maternal depression and cortisol function in pregnancy and the postpartum period: a systematic literature review. BMC Pregnancy Childbirth.* 2016 May 31;16(1):124.

Διαθέσιμο στο doi:10.1186/s12884-016-0915-y

27. Valsamakis G., Chrousos G., Mastorakos G.. *Stress, female reproduction and pregnancy. Psychoneuroendocrinology* 2019, 100, 48-57. ISSN 0306-4530.

Διαθέσιμο στο doi:10.1016/j.psyneuen.2018.09.031

28. Regier D.A., Kuhl E.A., Kupfer D.J.. *The DSM-5: Classification and criteria changes. World Psychiatry.* 2013 Jun;12(2):92-8.

Διαθέσιμο στο doi:10.1002/wps.20050

29. Ogasawara K., Nakamura Y., Kimura H. et al. *Issues on the diagnosis and etiopathogenesis of mood disorders: reconsidering DSM-5. J Neural Transm* 2018, 125, 211–222.  
 Διαθέσιμο στο doi:10.1007/s00702-017-1828-2
30. Harrison P., Cowen P., Burns T., Fazel M.. *Κατάθλιψη*. Στο: Harrison P., Cowen P., Burns T., Fazel M.. *Oxford Ψυχιατρική: Βασικές Αρχές*. Εκδόσεις Broken Hill, Λευκωσία 2020, 235-279.
31. Pearlstein T.. *Depression during Pregnancy. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2015, 29 (5), 754-764. ISSN 1521-6934.  
 Διαθέσιμο στο doi:10.1016/j.bpobgyn.2015.04.004
32. Biaggi A., Conroy S., Pawlby S., Pariante CM.. *Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. J Affect Disord.* 2016 Feb;191:62-77.  
 Διαθέσιμο στο doi:10.1016/j.jad.2015.11.014.
33. Dadi A.F., Miller E.R., Bisetegn T.A., Mwanri L.. *Global burden of antenatal depression and its association with adverse birth outcomes: an umbrella review. BMC Public Health.* 2020 Feb 4;20(1):173.  
 Διαθέσιμο στο doi:10.1186/s12889-020-8293-9.
34. Becker, M., Weinberger, T., Chandy, A. et al. *Depression During Pregnancy and Postpartum. Curr Psychiatry Rep* 2016, 18(32).  
 Διαθέσιμο στο doi:10.1007/s11920-016-0664-7
35. Tuovinen, S., Lahti-Pulkkinen, M., Girchenko, P. et al. *Maternal antenatal stress and mental and behavioral disorders in their children. Journal of Affective Disorders* 2021, 278, 57–65.  
 Διαθέσιμο στο doi:10.1016/j.jad.2020.09.063
36. Deligiannidis K.M., Byatt N., Freeman M.P.. *Pharmacotherapy for mood disorders in pregnancy: a review of pharmacokinetic changes and clinical recommendations for therapeutic drug monitoring. J Clin Psychopharmacol.* 2014;34(2):244-255.  
 Διαθέσιμο στο doi:10.1097/JCP.0000000000000087

37. Stuart S., Koleva H.. *Psychological treatments for perinatal depression. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014, 28, pp. 61-70.  
Διαθέσιμο στο doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.09.004
38. Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses. *Mood and Anxiety Disorders in Pregnant and Postpartum Women. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 2015; 44 (5), 687-689.  
Διαθέσιμο στο doi:10.1111/1552-6909.12734
39. Evans E.C., Bullock L.F.C.. *Optimism and other psychosocial influences on antenatal depression: A systematic review. Nursing & Health Sciences* 2012, 14: 352-361.  
Διαθέσιμο στο doi:10.1111/j.1442-2018.2012.00700.x
40. Chen J., Cross W.M., Plummer V. *et al. The risk factors of antenatal depression: A cross-sectional survey. J Clin Nurs.* 2019; 28: 3599– 3609.  
Διαθέσιμο στο doi:10.1111/jocn.14955
41. Beeber L.S., Meltzer-Brody S., Martinez M., *et al. Recognizing Maternal Depressive Symptoms: An Opportunity to Improve Outcomes in Early Intervention Programs. Matern Child Health J.* 2017 Apr;21(4):883-892.  
Διαθέσιμο στο doi:10.1007/s10995-016-2189-4
42. Shrivastava S.R., Shrivastava P.S., Ramasamy J.. *Antenatal and postnatal depression: A public health perspective. J Neurosci Rural Pract.* 2015 Jan;6(1):116-9.  
Διαθέσιμο στο doi:10.4103/0976-3147.143218
43. Johnson, M., Schmeid, V., Lupton, S.J. *et al. Measuring perinatal mental health risk. Arch Womens Ment Health* 2012, 15, 375–386.  
Διαθέσιμο στο doi:10.1007/s00737-012-0297-8
44. Harrison P., Cowen P., Burns T., Fazel M.. *Διπολική Διαταραχή. Στο: Harrison P., Cowen P., Burns T., Fazel M.. Oxford Ψυχιατρική: Βασικές Αρχές. Εκδόσεις Broken Hill, Λευκωσία* 2020, 281-302.
45. Rusner M., Berg M., Begley C.. *Bipolar disorder in pregnancy and childbirth: a systematic review of outcomes. BMC Pregnancy Childbirth.* 2016;16(1):331. Published 2016 Oct 28.  
Διαθέσιμο στο doi:10.1186/s12884-016-1127-1

46. Orsolini L., De Berardis D., Bellantuono C.. *The 'hidden' and 'forgotten' psychiatry: The Perinatal Psychiatry. Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale delle alienazioni mentali* 2019, 143, 35-58.  
Διαθέσιμο στο doi:10.3280/RSF2019-001003
47. Merrill L., Mittal L., Nicoloso J. *et al. Screening for bipolar disorder during pregnancy. Arch Womens Ment Health.* 2015;18(4):579-583.  
Διαθέσιμο στο doi:10.1007/s00737-015-0527-y
48. Pallavi S., Singh N., Tempe A. *et al. Psychiatric Disorders during Pregnancy and Postpartum. J Preg Child Health* 2017, 4:317.  
Διαθέσιμο στο doi:10.4172/2376-127X.1000317
49. Scrandis D.A.. *Bipolar Disorder in Pregnancy: A Review of Pregnancy Outcomes. J Midwifery Womens Health* 2017;62:673–683.  
Διαθέσιμο στο doi:10.1111/jmwh.12645
50. Thomson M., Sharma V.. *Weighing the Risks: the Management of Bipolar Disorder During Pregnancy. Curr Psychiatry Rep* 2018, 20, 20.  
Διαθέσιμο στο doi:10.1007/s11920-018-0882-2
51. Scrandis, D.A.. *Identification and management of bipolar disorder, The Nurse Practitioner* 2014, 39(10), p 30-37  
Διαθέσιμο στο doi:10.1097/01.NPR.0000453642.51780.97
52. Rolin D., Whelan J., Montano C.B.. *Is it depression or is it bipolar depression?, Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 2020. 32(10), p 703-713  
Διαθέσιμο στο doi:10.1097/JXX.0000000000000499
53. Carson V.B., Yambor S.L.. *Managing Patients with Bipolar Disorder at Home, Home Healthcare Nurse* 2012, 30(5), p 280-291  
Διαθέσιμο στο doi:10.1097/NHH.0b013e318252c52b
54. Muskin P.R. *What Are Anxiety Disorders? American Psychiatric Association.* Ιούνιος 2021. Διαθέσιμο στον ιστότοπο:  
<https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders>  
[s](#)  
Τελευταία πρόσβαση στις 13/06/2021

55. Fairbrother N., Young A.H., Janssen P., *et al.* *Depression and anxiety during perinatal period. BMC Psychiatry* 2015; 15:206  
Διαθέσιμο στο doi: [10.1186/s12888-015-0526-6](https://doi.org/10.1186/s12888-015-0526-6)
56. Harrison P., Cowen P., Burns T., Fazel M.. *Αγχώδεις και ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές*. Στο: Harrison P., Cowen P., Burns T., Fazel M.. *Oxford Ψυχιατρική: Βασικές Αρχές*. Εκδόσεις Broken Hill, Λευκωσία 2020, 197-234.
57. Centers of Disease Control and Prevention. *What is ADHD?* Τελευταία ανασκόπηση: 26/01/2021.  
Διαθέσιμο στον ιστότοπο: <https://www.cdc.gov/ncbddd/adhd/facts.html>  
Τελευταία πρόσβαση στις 13/06/2021.
58. Howard L.M., Molyneaux E., Dennis C.L. *et al.* *Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. The Lancet* 2014;384(9956), 1775-1788.  
Διαθέσιμο στο doi:10.1016/S0140-6736(14)61276-9
59. Namouz-Haddad S., Nulman I.. *Safety of treatment of obsessive compulsive disorder in pregnancy and puerperium. Canadian Family Physician* 2014;60(2), 133-136  
Διαθέσιμο στον ιστότοπο:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3922556/>  
Τελευταία πρόσβαση στις 10/6/2021
60. Bayrampour H., Ali E., McNeil D.A., *et al.* *Pregnancy-related anxiety: A concept analysis, International Journal of Nursing Studies* 2016, 55,115-130, ISSN 0020-7489.  
Διαθέσιμο στο doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.10.023
61. Byrnes L.. *Perinatal Mood and Anxiety Disorders. The Journal for Nurse Practitioners* 2018, 14(7), 507-513, ISSN 1555-4155.  
Διαθέσιμο στο doi:10.1016/j.nurpra.2018.03.010.
62. Brahmbhatt A., Richardson L., Prajapati S.. *Identifying and Managing Anxiety Disorders in Primary Care. The Journal for Nurse Practitioners* 2021, 17(1), 18-25, ISSN 1555-4155.  
Διαθέσιμο στο doi:10.1016/j.nurpra.2020.10.019
63. Harrison P., Cowen P., Burns T., Fazel M.. *Σχιζοφρένεια*. Στο: Harrison P., Cowen P., Burns T., Fazel M.. *Oxford Ψυχιατρική: Βασικές Αρχές*. Εκδόσεις Broken Hill, Λευκωσία 2020, 303-353.

64. Robinson G.E.. *Treatment of schizophrenia in pregnancy and postpartum. J Popul Ther Pharmacol* 2012;19(3), 380-386  
Διαθέσιμο στον ιστότοπο:  
<https://www.jptcp.com/index.php/jptcp/article/view/409/341>  
Τελευταία πρόσβαση στις 10/6/2021.
65. Frayne J., Nguyen T., Allen S., et al. *Obstetric outcomes for women with severe mental illness: 10 years of experience in a tertiary multidisciplinary antenatal clinic. Arch Gynecol Obstet* 2019, 300, 889–896.  
Διαθέσιμο στο doi:10.1007/s00404-019-05258-x
66. Seeman M.V.. *Clinical interventions for women with schizophrenia: pregnancy. Acta Psychiatrica Scandinavica* 2013, 127: 12-22.  
Διαθέσιμο στο doi:10.1111/j.1600-0447.2012.01897.x
67. Fox J.R.. *Best Practice in Maternity and Mental Health Services? A Service User's Perspective, Schizophrenia Bulletin* 2012, 38(4), Pages 651–656.  
Διαθέσιμο στο doi:10.1093/schbul/sbs035
68. Harrison P., Cowen P., Burns T., Fazel M.. *Διαταραχές της πρόσληψης τροφής, του ύπνου και της σεξουαλικής ζωής. Στο: Harrison P., Cowen P., Burns T., Fazel M.. Oxford Ψυχιατρική: Βασικές Αρχές. Εκδόσεις Broken Hill, Λευκωσία 2020, 371-405.*
69. Cardwell M.S.. *Eating Disorders During Pregnancy, Obstet Gynecol Surv.* 2013 Apr;68(4):312-23.  
Διαθέσιμο στο doi:10.1097/OGX.0b013e31828736b9
70. Fogarty S., Elmir R., Hay P., et al. *The experience of women with an eating disorder in the perinatal period: a meta-ethnographic study. BMC Pregnancy Childbirth* 2018;18(1):121.  
Διαθέσιμο στο doi:10.1186/s12884-018-1762-9
71. Kiani-Sheikhabadi M., Beigi M., Mohebbi-Dehnavi Z.. *The relationship between perfectionism and body image with eating disorder in pregnancy. J Educ Health Promot.* 2019;8:242.  
Διαθέσιμο στο doi:10.4103/jehp.jehp\_58\_19
72. Zauderer C.. *Eating Disorders and Pregnancy. MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing.* 2012; 37 (1): 48-55.

Διαθέσιμο στο doi:10.1097/NMC.0b013e3182385224.

73. Zaidi N.. *Past partum period: a neglected area of care. Morecambe Bay Medical Journey.* 2020 172-174.

Διαθέσιμο στον ιστότοπο:

<https://www.mbmj.co.uk/index.php/mbmj/article/view/1245/1219>

Τελευταία πρόσβαση στις 22/06/2021.

74. Edmonds D.K., *Puerperium and Lactation.* Στο: Dewhurst J.S., *Dewhurst's Textbook of Obstetrics and Gynecology, 8th Edition.* Επιμέλεια Edmonds D.K. Wiley-Blackwell Publications, Sussex 2012, σελίδες 365-376.

75. Dutta D.C., *Normal Puerperium.* Στο: Dutta D.C., *DC Dutta's Textbook of Obstetrics, 8th Edition.* Επιμέλεια Komar H.. Jaypee Brothers Medical Publishers, Νέο Δελχί 2015, σελίδες 168-179.

76. Ιατράκης Γ.Μ., *Φυσιολογία της Λοχείας.* Στο: Ιατράκης Γ.Μ., *Βιβλίο Μαιευτικής.* Εκδόσεις Desmos, Αθήνα 2018, σελίδες 965-978.

77. Rani S., Ayyavoo C.. *Normal Puerperium.* Στο: Sharma A., *A Practical Guide to Third Trimester of Pregnancy and Puerperium.* Jaypee Brothers Medical Publishers, Νέο Δελχί 2016, σελίδες 245-249

78. Chauhan G., Tadi P.. *Physiology, Postpartum Changes.* Στο: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; Treasure Island (FL) 2020.

Διαθέσιμο στον ιστότοπο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555904/>

79. Lopez-Gonzalez D.M., Kopparrapu A.K.. *Postpartum Care Of The New Mother.* Στο: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; Treasure Island (FL) 2020.

Διαθέσιμο στον ιστότοπο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565875/>

80. Truchet S., Honvo-Houéto E.. *Physiology of milk secretion. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2017;31(4):367-384.

Διαθέσιμο στο doi:10.1016/j.beem.2017.10.008

81. Kent J.C., Prime D.K., Garbin C.P.. *Principles for maintaining or increasing breast milk production. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2012;41(1):114-121.

Διαθέσιμο στο doi:10.1111/j.1552-6909.2011.01313.x



82. Weeks A.D.. *The Puerperium*. Στο: Kenny L.C., Myers J.E.. *Obstetrics by Ten Teachers, 20th Edition* (E-book). CRC Press (Taylor and Francis Group), Boca Raton (FL) 2017, 543-586.
83. Korukcu O.. *Psycho-adaptive changes and psychological growth after childbirth in primiparous women. Perspectives in Psychiatric Care* 2019;56(1) 213-221  
 Διαθέσιμο στο <https://doi.org/10.1111/ppc.12413>
84. Schipper-Kochems S., Fehm T., Bizjak G., *et al.* *Postpartum Depressive Disorder-Psychosomatic Aspects. Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 2019; 79(4): 375–381.  
 Διαθέσιμο στο doi: 10.1055/a-0759-1981
85. Postpartum Emotional Adjustments (Mass General Brigham, Newton-Wellesley Hospital). Διαθέσιμο στον ιστότοπο:  
<https://www.nwh.org/patient-guides-and-forms/postpartum-guide/postpartum-chapter-2/postpartum-emotional-adjustments>  
 Τελευταία προσπέλαση: 06 Ιουλίου 2021.
86. Quintero J., Fernandez-Rojo S., Chapela E., *et al.* *Postpartum Emotional Psychopathological Outcomes. General Practice* 2014, 2:4  
 Διαθέσιμο στο DOI: 10.4172/2329-9126.1000162
87. Rai S., Pathak A., Sharma I.. *Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. Indian J Psychiatry.* 2015 Jul;57(Suppl 2):S216-21.  
 Διαθέσιμο στο doi: 10.4103/0019-5545.161481
88. O'Hara M.W., Wisner K.L.. *Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014 Jan;28(1):3-12.  
 Διαθέσιμο στο doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002.
89. Mughal S., Azhar Y., Waquar S., *et al.* *Postpartum Depression (nursing), StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing; Treasure Island (FL) 2020. Διαθέσιμο στον ιστότοπο <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568673/>
90. Mughal S., Azhar Y., Waquar S.,. *Postpartum Depression, StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing; Treasure Island (FL) 2020. Διαθέσιμο στον ιστότοπο <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/>

91. Postpartum Emotional Adjustments (Mass General Brigham, Newton-Wellesley Hospital). Διαθέσιμο στον ιστότοπο: <https://www.nwh.org/patient-guides-and-forms/postpartum-guide/postpartum-chapter-2/postpartum-emotional-adjustments>  
Τελευταία προσπέλαση: 06 Ιουλίου 2021.
92. Umylny P., German M., Lantieri A.. *Treating postpartum mood and anxiety disorders in primary care pediatrics. Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care* 2017;47(10) 254-266 Διαθέσιμο στο <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.08.003>
93. Alba B.M.. *CE: Postpartum Depression: A Nurse's Guide. AJN, American Journal of Nursing.* 2021; 121 (7): 32-43.  
Διαθέσιμο στο doi: 10.1097/01.NAJ.0000756516.95992.8e.
94. Lindensmith R.. *Interventions to Improve Maternal-Infant Relationships in Mothers With Postpartum Mood Disorders. MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing.* 2018; 43 (6): 334-340.  
Διαθέσιμο στο doi: 10.1097/NMC.0000000000000471.
95. Khan S.J., Fersh M.E., Ernst C, Klipstein K. et al. *Bipolar Disorder in Pregnancy and Postpartum: Principles of Management. Curr Psychiatry Rep.* 2016 Feb;18(2):13.  
Διαθέσιμο στο doi: 10.1007/s11920-015-0658-x
96. Sharma V., Doobay M., Baczynski C.. *Bipolar postpartum depression: An update and recommendations. Journal of Affective Disorders* 2017, 219, 105-111.  
Διαθέσιμο στο doi: 10.1016/j.jad.2017.05.014
97. Jones I., Chandra P.S., Dazzan P., et al. *Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. The Lancet* 2014, 384 (9956), 1789-1799.  
Διαθέσιμο στο doi: 10.1016/S0140-6736(14)61278-2
98. Howard L.M., Khalifeh H.. *Perinatal mental health: a review of progress and challenges. World Psychiatry.* 2020 Oct;19(3):313-327.  
Διαθέσιμο στο doi: 10.1002/wps.20769

99. Umylny P., German M., Lantiere A.. *Treating postpartum mood and anxiety disorders in primary care pediatrics. Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care* 2017, 47 (10), 254-266.  
doi: 10.1016/j.cppeds.2017.08.003
100. Pope C.J., Sharma V. Mazmanian D.. *Bipolar Disorder in the Postpartum Period: Management Strategies and Future Directions. Women's Health.* 2014:359-371.  
Διαθέσιμο στο doi:10.2217/WHE.14.33
101. Özcan N.K., Boyacıoğlu N.E., Enginkaya S., *et al. Reproductive health in women with serious mental illnesses. J Clin Nurs* 2014, 23: 1283-1291.  
Διαθέσιμο στο doi: 10.1111/jocn.12332
102. Postpartum Support International. *Postpartum Psychosis.* Απρίλιος 2015.  
Διαθέσιμο στον ιστότοπο:  
<https://www.postpartum.net/learn-more/postpartum-psychosis/>  
Τελευταία προσπέλαση: 04 Ιουλίου 2021.
103. Jones I., Chandra P.S., Dazzan P., *et al. Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. The Lancet* 2014, 384 (9956), 1789-1799.  
Διαθέσιμο στο doi: 10.1016/S0140-6736(14)61278-2
104. Bergink V., Burgerhout K.M., Koorengel K.M., *et al. Treatment of Psychosis and Mania in the Postpartum Period. American Journal of Psychiatry* 2015 172:2, 115-123.  
Διαθέσιμο στο doi: 10.1176/appi.ajp.2014.13121652
105. Bergink V., Rasgon N., Wisner K.L.. *Postpartum Psychosis: Madness, Mania, and Melancholia in Motherhood. American Journal of Psychiatry* 2016 173:12, 1179-1188.  
Διαθέσιμο στο doi: 10.1176/appi.ajp.2016.16040454
106. Raza S.K., Raza S.. *Postpartum Psychosis.* Στο: *StatPearls [Internet].* StatPearls Publishing, Treasure Island (FL) 2020.  
Διαθέσιμο στον ιστότοπο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544304/>
107. Korteland T.W., Koorengel K.M., Poslowsky I.E., van Meijel B.. *Nursing interventions for patients with postpartum psychosis hospitalized in a psychiatric mother-baby unit: A qualitative study. J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2019; 26: 254–264.

Διαθέσιμο στο doi: 10.1111/jpm.12542

108. Rosinger E., Kautz D.D.. *Beyond “baby blues” - Recognizing postpartum psychosis. Nursing* 2012, 42 (8). 44-46.

Διαθέσιμο στο doi: 10.1097/01.NURSE.0000415838.59113.6b

109. Toler S., Stapleton S., Kertsburg K., *et al. Screening for postpartum anxiety: A quality improvement project to promote the screening of women suffering in silence. Midwifery* 2018, 62, 161-170.

Διαθέσιμο στο doi: 10.1016/j.midw.2018.03.016

110. Dennis C.L., Brown H.K., Falah-Hassani K., *et al. Identifying women at risk for sustained postpartum anxiety. Journal of Affective Disorders* 2017, 213, 131-137.

Διαθέσιμο στο doi: 10.1016/j.jad.2017.02.013

111. Goodman J.H., Watson G.R., Stubbs B.. *Anxiety disorders in postpartum women: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders* 2016, 203, 292-331.

Διαθέσιμο στο doi: 10.1016/j.jad.2016.05.033

112. Locke A.B., Kirst N., Shultz C.G.. *Diagnosis and Management of Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder in Adults. Am Fam Physician.* 2015 May 1;91(9):617-624.

Διαθέσιμο στον ιστότοπο: <https://www.aafp.org/afp/2015/0501/p617.html>

113. Munir S., Takov V., Coletti V.A.. *Generalized Anxiety Disorder (Nursing)*. Στο: *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL) 2021-.

Διαθέσιμο στον ιστότοπο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568696/>

114. *The Basics of Postpartum Obsessive Compulsive Disorder (OCD)* (Carberg J., Langdon K.) Διαθέσιμο στον ιστότοπο:

<https://www.postpartumdepression.org/postpartum-depression/types/ocd/>

Τελευταία προσπέλαση: 6 Ιουλίου 2021.

115. Sharma V., Sommerdyk C.. *Obsessive–Compulsive Disorder in the Postpartum Period: Diagnosis, Differential Diagnosis and Management. Women’s Health.* July 2015:543-552.

Διαθέσιμο στο doi:10.2217/WHE.15.20

116. Meltzer-Brody S., Howard L.M., Bergink V., *et al. Postpartum psychiatric disorders. Nat Rev Dis Primers.* 2018 Apr 26;4:18022.

Διαθέσιμο στο doi: 10.1038/nrdp.2018.22

117. Brakoulias V., Viswasam K., Dwyer A., et al. *Advances in the pharmacological management of obsessive-compulsive disorder in the postpartum period. Expert Opin Pharmacother.* 2020 Feb;21(2):163-165.  
 Διαθέσιμο στο doi: 10.1080/14656566.2019.1700229.
118. *The Nurse's Role in Treating OCD* (Healthcare Training Resource). Διαθέσιμο στον ιστότοπο:  
[https://www.healthcaretrainingresource.com/articles/view.php?article\\_id=14293](https://www.healthcaretrainingresource.com/articles/view.php?article_id=14293)  
 Τελευταία πρόσβαση: 10/07/2021.
119. Yoshinaga N., Hayashi Y., Yamazaki Y., et al. *Development of Nursing Guidelines for Inpatients with Obsessive-Compulsive Disorder in Line with the Progress of Cognitive Behavioral Therapy: A Practical Report. J Depress Anxiety* 2014, 3: 153.  
 Διαθέσιμο στο doi:10.4172/2167-1044.1000153
120. O'Connell M., Leahy-Warren P., Khashan A.S., Kenny L.C.. *Tocophobia – the new hysteria? Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine* 2015, 25(6), 175-177.  
 Διαθέσιμο στο doi:10.1016/j.ogrm.2015.03.002
121. Sioma-Markowska U., Żur A., Skrzypulec-Plinta V., et al. *Causes and frequency of tocophobia — own experiences. Ginekol Pol* 2017;88(5):239-243.  
 Διαθέσιμο στο doi: 10.5603/GP.a2017.0045.
122. De Vries N.E., Stramrood C.A.I., Sligter L.M., et al. *Midwives' practices and knowledge about fear of childbirth and postpartum posttraumatic stress disorder. Women and Birth* 2020, 33 (1), p e95-e104.  
 Διαθέσιμο στο doi: 10.1016/j.wombi.2018.11.014
123. O'Connell M., O'Neill S., Dempsey E. et al. *Interventions for fear of childbirth (Tocophobia). Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2019.  
 Διαθέσιμο στο doi:10.1002/14651858.cd013321.
124. *Fear of Childbirth (Tokophobia) and Traumatic Experience of Childbirth: Best Practice Toolkit* (Pan-London Perinatal Mental Health Networks - Healthy London Partnership).  
 Διαθέσιμο στον ιστότοπο:  
<https://www.healthylondon.org/resource/tokophobia-best-practice-toolkit/>  
 Τελευταία προσπέλαση: 10/07/2021.

125. Andersen L.B., Melvaer L.B., Videbech P., *et al.* *Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review.* *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2012, 91: 1261-1272.  
 Διαθέσιμο στο doi: 10.1111/j.1600-0412.2012.01476.x
126. Huang D., Dai L., Zeng T., *et al.* *Exploring Contributing Factors to Psychological Traumatic Childbirth from the Perspective of Midwives: A Qualitative Study.* *Asian Nursing Research* 2019, 13(4), 270-276.  
 Διαθέσιμο στο doi: 10.1016/j.anr.2019.10.002
127. Lavin J.. *Surviving posttraumatic stress disorder. Nursing Management (Springhouse)* 2012 - Volume 43 - Issue 5 - p 28-33.  
 Διαθέσιμο στο doi: 10.1097/01.NUMA.0000413640.75644.c1
128. Hanrahan N.P., Judge K., Olamijulo G., *et al.* *The PTSD Toolkit for Nurses: Assessment, intervention, and referral of veterans.* *Nurse Pract.* 2017, 7;42(3):46-55.  
 Διαθέσιμο στο doi: 10.1097/01.NPR.0000488717.90314.62.
129. Henderson G. *Addressing the public's mental health.* *Journal of Public Health* 2015 37;3:370-372  
 Διαθέσιμο στο doi: 10.1093/pubmed/fdv114
130. Halcomb J. E., McInnes S., Patterson C., *et al.* *Nurse-delivered interventions for mental health in primary care: a systematic review of randomized controlled trials.* *Family Practise* 2019 36;1:67-71  
 Διαθέσιμο στο doi.org/10.1093/fampra/cmy101
131. *Mental Health: Strengthening our Response* (World Health Organization). Διαθέσιμο στον ιστότοπο:  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>  
 Τελευταία επίσκεψη: 19/07/2021.
132. Williams C.A., *Νοσηλευτική με Προσανατολισμό στην Κοινότητα και Νοσηλευτική Βασισμένη στην Κοινότητα.* Στο: Stanhope M., Lancaster J., *Κοινωνική Νοσηλευτική, 4η Αγγλική Έκδοση - 2η Ελληνική Έκδοση.* Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2016, σελ. 27-46.
133. *Declaration of Alma-Ata* (World Health Organization). Διαθέσιμο στον ιστότοπο:  
<https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>

Τελευταία επίσκεψη: 19/07/2021.

134. *Primary Health Care* (World Health Organization). Διαθέσιμο στον ιστότοπο: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

Τελευταία επίσκεψη: 19/07/2021.

135. Stewart-Brown SL. *Public mental health: An interdisciplinary subject? British Journal of Psychiatry*. 2015;207(3):192-194.

Διαθέσιμο στο doi:10.1192/bjp.bp.114.157966

136. Wahlbeck K.. *Public mental health: the time is ripe for translation of evidence into practice. World Psychiatry*. 2015;14(1):36-42.

Διαθέσιμο στο doi: 10.1002/wps.20178

137. Champion J.. *Public mental health: key challenges and opportunities. BJPsych Int*. 2018;15(3):51-54.

Διαθέσιμο στο doi: 10.1192/bji.2017.11

138. Levin C., Chisholm D.. *Cost-Effectiveness and Affordability of Interventions, Policies, and Platforms for the Prevention and Treatment of Mental, Neurological, and Substance Use Disorders*. Στο: Patel V., Chisholm D., Dua T., et al., editors. *Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 4)*. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2016 Mar 14. Chapter 12.

Διαθέσιμο στον ιστότοπο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361929/>

Επίσης διαθέσιμο στο doi: 10.1596/978-1-4648-0426-7\_ch12

139. Champion J., Javed A., Vaishnav M., Marmot M.. *Public mental health and associated opportunities. Indian J Psychiatry*. 2020;62(1):3-6.

Διαθέσιμο στο doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\_687\_19

140. Atif N., Lovell K., Rahman A.. *Maternal mental health: The missing “m” in the global maternal and child health agenda. Seminars in Perinatology* 2015, 39(5), 345-352, ISSN 0146-0005.

Διαθέσιμο στο doi: 10.1053/j.semperi.2015.06.007.

141. Aretais D.A., Thompson-Heisterman A., *Έλλειψη Στέγης, Φτώχεια, Ψυχική Ασθένεια και Εφηβική Εγκυμοσύνη*. Στο: Stanhope M., Lancaster J., *Κοινωνική Νοσηλευτική 4η*

- Αγγλική Έκδοση - 2η Ελληνική Έκδοση*. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2016, σελ. 631-667.
142. Arango C., Diaz-Caneja M.C., McGorry D.P., *et al.* *Preventive strategies for mental health, The Lancet Psychiatry* 2018 5;7 591-604.  
Διαθέσιμο στο doi: 10.1016/S2215-0366(18)30057-9
143. Compton M.T., Shim R.S.. *Mental Illness Prevention and Mental Health Promotion: When, Who, and How, Social Determinants of Mental Health* 2020 71;9 981-983  
Διαθέσιμο στο doi: 10.1176/appi.ps.201900374
144. *Mental Illness Prevention* (American Mental Health Counselors Association, White Paper Series 2014).  
Διαθέσιμο στον ιστότοπο:  
<https://www.amhca.org/viewdocument/mental-illness-prevention>  
Τελευταία προσπέλαση: 23/7/2021.
145. *Prevention and mental health* (Mental Health Foundation) 2019.  
Διαθέσιμο στον ιστότοπο:  
<https://www.mentalhealth.org.uk/a-to-z/p/prevention-and-mental-health>  
Τελευταία προσπέλαση: 23/7/2021.
146. Hogan M.A.. *Βασικά Θεωρητικά Σημεία της Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας*. Στο: Hogan M.A., *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας: Ανασκοπήσεις και Αιτιολογήσεις*. Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης: Καρανικόλα Μ.Ν.Κ., Ζιώγου Θ.Ι., Νταφογιάννη Χ.Π.. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2012, σελ. 141-167.
147. Susheelkumar V.R., Santosh S.U., Chetan S.P. *et.al.* *Role of Nurse in Postpartum Psychiatric Disorders. Glob J Oto* 2018; 12(4): 555844.  
Διαθέσιμο στο doi: 10.19080/GJO.2017.12.555844
148. Hogan M.A.. *Διαταραχές Διάθεσης*. Στο: Hogan M.A., *Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας: Ανασκοπήσεις και Αιτιολογήσεις*. Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης: Καρανικόλα Μ.Ν.Κ., Ζιώγου Θ.Ι., Νταφογιάννη Χ.Π.. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2012, σελ. 101-140.
149. *9 Major Depression Nursing Care Plans* (Nurseslabs). Τελευταία αναθεώρηση: 04/11/2019.  
Διαθέσιμο στον ιστότοπο:



- <https://nurseslabs.com/major-depression-nursing-care-plans/>  
Τελευταία προσπέλαση: 27/07/2021.
150. *6 Bipolar Disorder Nursing Care Plans* (Nurseslabs). Τελευταία αναθεώρηση: 12/04/2019.  
Διαθέσιμο στον ιστότοπο:  
<https://nurseslabs.com/bipolar-disorders-nursing-care-plans/>  
Τελευταία προσπέλαση: 27/07/2021.
151. Hogan M.A.. *Αγχώδεις Διαταραχές*. Στο: Hogan M.A., *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας: Ανασκοπήσεις και Αιτιολογήσεις*. Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης: Καρανικόλα Μ.Ν.Κ., Ζιώγου Θ.Ι., Νταφογιάννη Χ.Π.. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2012, σελ. 141-167.
152. *7 Anxiety and Panic Disorders Nursing Care Plans* (Nurseslabs). Τελευταία αναθεώρηση: 12/04/2019.  
Διαθέσιμο στον ιστότοπο:  
<https://nurseslabs.com/anxiety-panic-disorders-nursing-care-plans/>
153. Hogan M. A.. *Σχιζοφρένεια και Άλλες Ψυχωσικές Διαταραχές*. Στο: *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Ανασκοπήσεις και Αιτιολογήσεις*, Εκδόσεις Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ, Αθήνα 2012, 231-251.
154. *7 Eating Disorders: Anorexia & Bulimia Nervosa Nursing Care Plans* (Nurseslabs). Τελευταία αναθεώρηση: 05/05/2019.  
Διαθέσιμο στον ιστότοπο:  
<https://nurseslabs.com/7-eating-disorders-anorexia-bulimia-nervosa-nursing-care-plans/>
155. McKelvey M.M., Espelin J.. *Postpartum depression, Nursing Made Incredibly Easy!* May/June 2018, 16(3), p 28-35.  
Διαθέσιμο στο doi:10.1097/01.NME.0000531872.48283.ab
156. *Postpartum Depression* (Nurseslabs). Τελευταία αναθεώρηση: 19/01/2017.  
Διαθέσιμο στον ιστότοπο: <https://nurseslabs.com/postpartum-depression/>
157. *Bipolar Disorder in the postnatal period* (Centre of Perinatal Excellence).  
Διαθέσιμο στον ιστότοπο:  
<https://www.cope.org.au/new-parents/postnatal-mental-health-conditions/bipolar-disorder/>