

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ
UNIVERSITY OF PATRAS

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΩΣ ΣΥΓΧΡΟΝΗ
ΝΟΣΟΣ ΠΟΥ ΔΟΚΙΜΑΖΕΙ ΤΟΝ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ
ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΠΑΛΙΟΓΙΑΝΝΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑ-ΦΡΕΙΔΕΡΙΚΗ, ΠΑΝΟΥΤΣΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΤΖΕΝΑΛΗΣ

Πάτρα, 2021

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η επιλόχειος κατάθλιψη αποτελεί μια μορφή κλινικής κατάθλιψης, η οποία εκδηλώνεται μετά την γέννηση ενός παιδιού και μπορεί να επηρεάσει τις γυναίκες και λιγότερο συχνά τους άντρες. Η κακή διάθεση, η έλλειψη ευχαρίστησης και ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που κάποτε προσέφεραν ικανοποίηση και το συχνό κλάμα είναι από τα πιο κοινά και εύκολα αναγνωρίσιμα συμπτώματα.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση της επιλόχειας κατάθλιψης ως μιας σύγχρονης νόσου που δοκιμάζει τον γυναικείο πληθυσμό, αλλά και των νοσηλευτικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπισή της.

Υλικό και μέθοδος: Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την συγγραφή της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση. Η συγγραφή πραγματοποιήθηκε έπειτα από μελέτη βιβλίων, επιστημονικών άρθρων και αναζήτηση στο διαδίκτυο. Διενεργήθηκε αναζήτηση άρθρων σε βάσεις δεδομένων ιατρικής βιβλιογραφίας όπως το Pubmed, το Google scholar και το Science direct.

Αποτελέσματα: Αν και έχουν βελτιωθεί ο τρόπος προσέγγισης της νόσου, η διάγνωση και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις, η επιλόχειος κατάθλιψη εξακολουθεί να αποτελεί μείζον πρόβλημα στη ζωή των μητέρων. Ωστόσο υπάρχει θετική έκβαση στην θεραπεία της, κάτι που οφείλεται και στη συμβολή των νοσηλευτών, οι οποίοι έχουν εκπαιδευτικό-συμβουλευτικό αλλά και θεραπευτικό χαρακτήρα επικοινωνώντας τόσο με τους γιατρούς όσο και με την ασθενή και την οικογένειά της.

Συμπεράσματα: Παρ' ότι η επιλόχειος κατάθλιψη ταλαιπωρεί περίπου το 15% των γυναικών, λίγες από αυτές αναζητούν ιατρική βοήθεια. Σε κάθε περίπτωση βέβαια, η εμπειρία, η διαρκής επιμόρφωση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας και η ευαισθητοποίηση μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στη μείωση της επιβάρυνσης της νόσου.

SUMMARY

Introduction: Postpartum depression is a type of clinical depression which demonstrates after the birth of a child and it might affect more women than men. Bad attitude , less interest and pleasure in doing activities which they used to do and the recent crying are of the most common and identifiable symptoms.

Purpose: The purpose of this assignment is the presentation of postpartum depression like a modern disease which tests female population , but also the medically interventions for treatment.

Material and Method: The method that was used for writing this assignment is the literature review. The writing was based on book study, scientific articles and internet research. Research has been executed with articles based on data from the medical literature like Pubment, Google Scholar and science direct.

Results: Postpartum depression despite the progress of the perception , diagnosis and treatment, still remains a major problem on women's lives. However, the treatment seems to be going well, something that occurs by the contribution of the nursing stuff who have educational – advisory character contacting with the doctors , the patients and their family.

Conclusions: Although postpartum depression torments about 15% of women , some of these are looking for help. However , the experience , the periodic training of the medical and nursing stuff , the development of primary healthcare and the awareness would greatly help to improve the burden of the disease.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
SUMMARY	3
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.	
1.1 Ορισμός	8
1.2 Επιδημιολογικά δεδομένα μείζονος κατάθλιψης	8
1.3 Διαταραχές διάθεσης	9
1.4 Κλινικά συμπτώματα κατάθλιψης	10
1.5 Αιτιολογικοί παράγοντες	11
1.6 Διαγνωστικά κριτήρια DSM-V μείζονος κατάθλιψης	12
1.7 Θεραπεία	13
1.7.1 Φαρμακευτική αντιμετώπιση	14
1.7.2 Ψυχοθεραπεία	16
1.7.3 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία	17
1.7.4 Φωτοθεραπεία	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ.	
2.1 Μεταβολές του σώματος κατά την εγκυμοσύνη	19
2.2 Ενδοκρινολογικές μεταβολές	19
2.3 Μεταβολές στο γαστρεντερικό σύστημα	20
2.4 Μεταβολές στο αναπνευστικό σύστημα	20
2.5 Μεταβολές στο καρδιαγγειακό σύστημα	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ-ΛΟΧΕΙΑ.	
3.1 Ορισμοί εγκυμοσύνης - λοχείας	23
3.2 Συναισθηματικές μεταβολές κατά την εγκυμοσύνη	23
3.3 Συναισθηματικές μεταβολές κατά τη λοχεία	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.	
4.1 Ορισμός	26
4.2 Επιπολασμός και επίπτωση επιλόχειας κατάθλιψης	26
4.3 Κλινικά συμπτώματα	28
4.4 Αιτιολογικοί παράγοντες - παράγοντες κινδύνου	29
4.5 Διάγνωση και διαφοροδιάγνωση	31
4.6 Αρνητικές επιπτώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης	32
4.7 Θεραπεία	32
4.7.1 Φαρμακευτική αντιμετώπιση	33
4.7.2 Ψυχοθεραπεία	35
4.7.3 Άλλες μη φαρμακευτικές θεραπείες	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.	
5.1 Ο ρόλος του νοσηλεύτη	38
5.2 Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με επιλόχεια κατάθλιψη	39
5.3 Νοσηλευτική διεργασία στην επιλόχεια κατάθλιψη	40

5.3.1 Νοσηλευτική εκτίμηση	41
5.3.2 Νοσηλευτική διάγνωση	41
5.3.3 Νοσηλευτική παρέμβαση	42
5.3.4 Εφαρμογή νοσηλευτικού πλάνου	42
5.3.5 Αξιολόγηση αποτελεσμάτων	42
5.4 Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας	42
5.4.1 Ηθικές υποχρεώσεις των νοσηλευτών ψυχικής υγείας	43
5.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή στο τμήμα λεχωίδων	44
5.6 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην περίοδο της λοχείας	44
5.6.1 Κατ' οίκον λοχειακή φροντίδα	45
5.7 Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή στην επιλόχειο κατάθλιψη	46
5.8 Σχέση κοινοτικού νοσηλευτή και ασθενούς	47
5.9 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην προαγωγή της ψυχικής υγείας	48
5.10 Νοσηλευτική και εναλλακτικές μέθοδοι θεραπείας	50
5.11 Τα δικαιώματα του ψυχικά ασθενή	51
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ	
Σενάριο 1	54
Σενάριο 2	64
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	73
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	74

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία παρουσιάζει την επιλόχεια κατάθλιψη ως μια σύγχρονη νόσο που δοκιμάζει τον γυναικείο πληθυσμό, αλλά και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπισή της. Παρά τη σημαντική πρόοδο στην αντίληψη, τη διάγνωση και στις θεραπευτικές προσεγγίσεις η επιλόχειος κατάθλιψη εξακολουθεί να αποτελεί μείζον πρόβλημα στη ζωή των μητέρων. Ο ρόλος των νοσηλευτών είναι υψίστης σημασίας στην έκβαση της νόσου καθώς είναι εκπαιδευτικός, συμβουλευτικός, υποστηρικτικός αλλά και θεραπευτικός.

Η πτυχιακή μας εργασία αποτελείται από το γενικό μέρος, το οποίο δομείται σε πέντε κεφάλαια, και από το ειδικό μέρος, στο οποίο παρουσιάζονται δύο σενάρια ασθενών με επιλόχειο κατάθλιψη και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στη μείζονα κατάθλιψη. Ειδικότερα αναφέρονται τα επιδημιολογικά δεδομένα, τα συμπτώματα, οι παράγοντες κινδύνου, η διάγνωση κατά το DSM-V αλλά και θεραπευτικές μέθοδοι. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται μεταβολές στο γαστρεντερικό, αναπνευστικό και καρδιαγγειακό σύστημα καθώς και ενδοκρινολογικές μεταβολές κατά την εγκυμοσύνη. Στο τρίτο κεφάλαιο αναφέρονται συναισθηματικές μεταβολές των μητέρων κατά την εγκυμοσύνη και τη λοχεία.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται και το κύριο θέμα μας, η επιλόχεια κατάθλιψη. Πιο συγκεκριμένα, τα επιδημιολογικά δεδομένα, τα συμπτώματα, οι ψυχολογικοί, μαιευτικοί κοινωνικοί, βιολογικοί παράγοντες που μπορούν να συμβάλουν στην εμφάνισή της, η διάγνωση και η διαφοροδιάγνωση, οι αρνητικές επιπτώσεις στο βρέφος αλλά και θεραπευτικές μέθοδοι με ψυχοθεραπεία, φαρμακευτική αγωγή και άλλες μη φαρμακευτικές θεραπείες.

Στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στον ρόλο του νοσηλευτή στην επιλόχειο κατάθλιψη. Ειδικότερα, γίνεται λόγος για τον κοινοτικό νοσηλευτή, τον νοσηλευτή ψυχικής υγείας, αλλά και για τον ρόλο τους στο τμήμα λεχωίδων, τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και την προαγωγή ψυχικής υγείας. Ακόμη αναφέρονται η νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με επιλόχεια κατάθλιψη, η νοσηλευτική διεργασία, οι ηθικές υποχρεώσεις των νοσηλευτών, τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών και η σχέση κοινοτικού νοσηλευτή και ασθενούς. Τέλος, στο έκτο και τελευταίο κεφάλαιο της πτυχιακής μας, που αποτελεί το ειδικό μέρος της εργασίας μας, παραθέτουμε δύο περιστατικά ασθενών με επιλόχειο κατάθλιψη και αναφέρονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή (major depressive disorder – MDD) είναι μια εξουθενωτική, συχνή αλλά και δυνητικά θανατηφόρα νόσο. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αποτελεί την πρώτη αιτία αναπηρίας σε όλο τον κόσμο και εμφανίζεται περίπου στο 20% του πληθυσμού. Μεταβάλλει τη διάθεση, τη συμπεριφορά αλλά και τη σωματική υγεία των νοσούντων, με αποτέλεσμα την έκπτωση της λειτουργικότητάς τους και κατά συνέπεια της ποιότητας ζωής τους. Χαρακτηρίζεται ως μια διαταραχή των συναισθημάτων, με κυρίαρχο εκείνο της θλίψης, και εκδηλώνεται στο μεγάλο ποσοστό των ανθρώπων κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Ωστόσο υπάρχουν διάφορα είδη καταθλιπτικών διαταραχών, που ταξινομούνται ανάλογα με τα χαρακτηριστικά και τις συνθήκες εμφάνισής τους (Brummelte and Galea 2016, Pope and Mazmanian 2016, Fekadu et al. 2018).

1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η μείζων κατάθλιψη αποτελεί χρόνιο νόσημα, με υψηλό επιπολασμό. Οι καταθλιπτικές διαταραχές ήταν η δεύτερη κύρια αιτία αύξησης των ετών ζωής που βιώνονται σε κατάσταση αναπηρίας το 2010 στον Καναδά και στις Ηνωμένες Πολιτείες. Προβλέπεται ότι θα είναι η κύρια αιτία επιβάρυνσης της υγείας από έως το 2030, ενώ βρίσκεται ήδη στην πρώτη θέση όσον αφορά τις γυναίκες σε όλο τον κόσμο. Την περίοδο 1990 έως 2010 στον Καναδά, εξαιτίας της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής σημειώθηκε αύξηση κατά 75% των ετών ζωής που βιώνονται σε κατάσταση αναπηρίας, δεύτερη μεγαλύτερη αύξηση του επιπολασμού μετά τη νόσο Alzheimer. Στις Ηνωμένες Πολιτείες το ποσοστό έφτανε στο 43% (WHO 2008, Murray 2013, Whiteford et al. 2013).

Ο παγκόσμιος ετήσιος επιπολασμός του συγκεκριμένου νοσήματος κατά το 2010 ανερχόταν στο 5,5% για τις γυναίκες και στο 3,2% για τους άντρες. Παρόμοια ποσοστά σημειώνονται γενικά στις ανεπτυγμένες χώρες, γεγονός που μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η συχνότερη εμφάνιση του νοσήματος στον γυναικείο πληθυσμό οφείλεται μάλλον στις βιολογικές διαφορές των δύο φύλων και όχι τόσο στην φυλή στην οποία ανήκουν, στις διατροφικές τους συνήθειες ή σε άλλους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Επίσης, δεν είναι σίγουρο ότι η μείζων κατάθλιψη πλήττει περισσότερο όσες γυναίκες ζουν σε χώρες όπου αντιμετωπίζονται ισότιμα με τους άντρες συγκριτικά με εκείνες οι οποίες ζουν σε χώρες όπου

τις θεωρούν κατώτερες από τους άντρες (Pearson et al. 2013, Rai et al. 2013, Baxter et al. 2014).

1.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

Μείζων καταθλιπτική διαταραχή

Σε αυτόν τον τύπο κατάθλιψης τα άτομα παρουσιάζουν συμπεριφορικές, συναισθηματικές αλλά και σωματικές μεταβολές. Πιο συγκεκριμένα, σχεδόν κάθε μέρα διακατέχονται από αίσθημα δυσφορίας, παρουσιάζουν διαταραχές στον ύπνο και στην όρεξη καθώς και έλλειψη συγκέντρωσης. Αυτά έχουν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της επαγγελματικής τους απόδοσης και της κοινωνικής τους ζωής (Fekadu et al. 2018).

Δυσθυμική διαταραχή

Πρόκειται για διαταραχή της διάθεσης με μεγάλη διάρκεια, χαμηλής έντασης συμπτώματα και αρκετές υποτροπές. Για να διαγνωσθεί κάποιος με δυσθυμική διαταραχή ή αλλιώς δυσθυμία, θα πρέπει τα συμπτώματα κατάθλιψης να επιμένουν καθημερινά τις περισσότερες ώρες της ημέρας για τουλάχιστον δύο χρόνια. Δεν επηρεάζει το άτομο σημαντικά στη λειτουργικότητά του αλλά λόγω της μακροχρόνιας αυτής κατάστασης δεν αισθάνεται καλά. Ωστόσο κατά περιόδους εμφανίζει φυσιολογική διάθεση, που όμως δεν παραμένει για πολύ. Στα συμπτώματα ανήκουν η δυσκολία συγκέντρωσης, οι διαταραχές στον ύπνο και στην όρεξη, το αίσθημα κούρασης, η έλλειψη ενέργειας, τα χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης, η αναποφασιστικότητα και το αίσθημα απελπισίας. Θεραπεύεται με φαρμακοθεραπεία και ψυχοθεραπεία, αλλά σύμφωνα με έρευνες η φαρμακοθεραπεία έχει καλύτερα αποτελέσματα. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι δεν μπορεί κάποιος να δει βελτίωση αποκλειστικά με την ψυχοθεραπεία ή με τον συνδυασμό των δύο μεθόδων (Ευθυμίου και συν. 2006, Sansone and Sansone 2009, Luty 2019).

Διπολική διαταραχή

Η διπολική διαταραχή αποτελεί μια χρόνια επαναλαμβανόμενη ψυχική νόσο που χαρακτηρίζεται από αξιοσημείωτες αλλαγές στη διάθεση και την ενέργεια του ατόμου. Καθιστά δύσκολη την ικανότητά του να αντεπεξέλθει στις καθημερινές του δραστηριότητες, μειώνοντας έτσι την ποιότητα ζωής του. Επίσης, ο πάσχων εκδηλώνει επεισόδια μανίας, υπομανίας καθώς και επεισόδια κατάθλιψης (Grande et al. 2016).

Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-V) της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (American Psychological Association – APA) υπάρχουν τέσσερις υποκατηγορίες διπολικής διαταραχής, οι οποίες διαγιγνώσκονται διαφορετικά. Στη Διπολική

διαταραχή τύπου I πρέπει να έχει εκδηλωθεί τουλάχιστον ένα μανιακό επεισόδιο, ενώ στη Διπολική διαταραχή τύπου II πρέπει να έχουν εκδηλωθεί τουλάχιστον ένα υπομανιακό και ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Στην κυκλοθυμική διαταραχή οι ασθενείς έχουν υπομανιακές περιόδους (που δεν πληρούν κριτήρια για μανιακό επεισόδιο) και καταθλιπτικές περιόδους (που δεν πληρούν κριτήρια για μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο) για τουλάχιστον δύο χρόνια. Τέλος στη μη προσδιοριζόμενη αλλιώς διπολική διαταραχή έχουν συμπτώματα διπολικής διαταραχής, άλλα δεν πληρούνται τα κριτήρια των τύπων I,II ούτε της κυκλοθυμίας ώστε να προκύψει διάγνωση (Grande et al. 2016).

Ψυχωτική κατάθλιψη

Σύμφωνα με το DSM-V είναι ένας τύπος μείζονος κατάθλιψης αρκετά σοβαρός, που συνοδεύεται από ψυχωτικά συμπτώματα. Σε αυτά ανήκουν οι ψευδαισθήσεις ή οι αυταπάτες. Ακόμη, σημειώνονται υψηλές πιθανότητες υποτροπής, μακρά πορεία και χαμηλή ανταπόκριση στις διαθέσιμες φαρμακευτικές θεραπείες (Fekadu et al. 2018, Dubovsky et al. 2020).

1.4 ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορούν να υποβαθμίσουν σημαντικά τη ζωή του ατόμου καθώς έχουν αντίκτυπο σε διάφορους τομείς. Η ποικιλία και η ένταση των συμπτωμάτων διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή και αλλάζουν με το πέρασμα του χρόνου (Ευθυμίου και συν. 2006).

A. Συναισθηματικά χαρακτηριστικά

1. Αίσθημα λύπης, το οποίο με την πάροδο του χρόνου γίνεται εντονότερο.
2. Ενοχή η οποία εκδηλώνεται με απροσδιόριστη ανησυχία ή για κάποιο συγκεκριμένο ζήτημα.
3. Έλλειψη συναισθηματικής εγγύτητας η οποία είναι εμφανής από τον τρόπο συμπεριφοράς και έκφρασης.
4. Μείωση ενδιαφέροντος και ικανοποίησης απο ασχολίες που πριν ευχαριστούσαν το άτομο.
5. Αυτοκτονικές τάσεις.
6. Ευερεθιστότητα (Paykel 2008, Hogan 2012).

B. Γνωστικά χαρακτηριστικά

1. Εστίαση του ατόμου στα αρνητικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του.
2. Επικριτική στάση του ατόμου απέναντι στον εαυτό του.
3. Τελειομανία.
4. Αναποφασιστικότητα.

5. Εμφάνιση ψευδαισθήσεων.
6. Ελαττωμένη ταχύτητα και ποσότητα σκέψεων.
7. Αίσθημα έντονου κινδύνου για διάφορα θέματα.
8. Παραληρητικές ιδέες (Hogan 2012).

Γ. Σωματικά χαρακτηριστικά

1. Διαταραχή της όρεξης.
2. Διαταραχή του ύπνου.
3. Δυσκοιλιότητα.
4. Παραμέληση της εξωτερικής εμφάνισης και της προσωπικής υγιεινής.
5. Δυσκολία συγκέντρωσης.
6. Κόπωση
7. Ψυχοκινητική διέγερση ή καθυστέρηση (Paykel 2008, Hogan 2012).

Δ. Κοινωνικοπολιτισμικά χαρακτηριστικά

1. Μειωμένη διάθεση για σεξουαλικές δραστηριότητες (Paykel 2008, Hogan 2012, Tolentino and Schmidt 2018).

1.5 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η αιτιολογία της εμφάνισης της κατάθλιψης θεωρείται πολυπαραγοντική καθώς προκαλείται από ένα σύνολο παραγόντων και όχι από έναν συγκεκριμένο. Γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο είναι δύσκολη η ανάπτυξη νέων φαρμάκων για την αντιμετώπισή της. Ορισμένοι από τους βασικούς παράγοντες στους οποίους οφείλεται η εμφάνιση κατάθλιψης αναφέρονται παρακάτω: (Ευθυμίου και συν. 2006, Fekadu et al. 2018)

Ορμονικές μεταβολές: Οι μεταβολές στις θυρεοειδικές ορμόνες (π.χ. υποθυρεοειδισμός), οι οποίες βοηθούν στην ανάπτυξη και την ωρίμανση του εγκεφάλου, τα χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων στις γυναίκες μετά τη γέννα και ύστερα από την έναρξη της εμμηνόπαυσης αλλά και τα αυξημένα επίπεδα αργινίνης αγγειοπιεσίνης (Arginine vasopressin – AVP) συνδέονται άμεσα με την εκδήλωση ψυχικής διαταραχής (Fekadu et al. 2018).

Μεταβολές του κιρκάδιου ρυθμού: Αλλαγές στους κιρκάδιους ρυθμούς, από τους οποίους εξαρτάται η ορθή λειτουργία του καθημερινού κύκλου ύπνου-αφύπνισης και της έκκρισης ορμονών, μπορεί να οδηγήσουν σε διαταραχές της διάθεσης. Έχει παρατηρηθεί ότι ο ασθενής δεν μπορεί να κοιμηθεί εύκολα και ήρεμα χωρίς να ξυπνήσει, ενώ σηκώνεται αρκετά νωρίς το πρωί (Hogan 2012, Fekadu et al. 2018).

Γενετική προδιάθεση: Μετά από γενετικές μελέτες έχει διαπιστωθεί αυξημένη πιθανότητα κληρονομικότητας της MDD σε συγγενείς πρώτου βαθμού (Ευθυμίου και συν. 2006).

Άγχος: Η αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων ρυθμίζεται από τον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-φλοιού των επινεφριδίων (Hypothalamus-pituitary-adrenal axis – HPA). Η δυσλειτουργία του συστήματος αυτού προκαλεί υπερέκκριση κορτιζόλης και εξαιτίας αυτού επηρεάζονται δομές του εγκεφάλου όπως η αμυγδαλή, μια περιοχή που σχετίζεται με τα συναισθήματα, καθώς και ο ιππόκαμπος, που συνδέεται άμεσα με τον άξονα HPA. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την εκδήλωση διαταραχών διάθεσης (Ευθυμίου και συν. 2006, Hogan 2012, Fekadu et al. 2018).

Άλλοιώσεις στη νευροχημική λειτουργία: Διαταραχές στην ισορροπία τριών βιογενών αμινών του κεντρικού νευρικού συστήματος οι οποίες δρουν στον εγκέφαλο ως νευροδιαβιβαστές, η σεροτονίνη (5-hydroxytryptamine – 5HT), η ντοπαμίνη (Dopamine – DA), νορεπινεφρίνη (Norepinephrine – NE), αλλά και των νευροδιαβιβαστών ακετυλοχολίνη, γαμμα-αμινοβουτυρικό οξύ (Hogan 2012).

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες: Έντονα αρνητικές εμπειρίες που βίωσε ή εξακολουθεί να βιώνει το άτομο και ένιωσε / νιώθει ότι δεν μπορεί να τις αντιμετωπίσει (απώλεια αγαπημένου προσώπου, οικονομικές δυσκολίες, ανεργία, σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, ψυχολογική παραμέληση κ.ά.) (Ευθυμίου και συν. 2006, Otte et al. 2016).

1.6 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ DSM-V ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Το DSM-V αποτελεί την πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας. Για τη διάγνωση της μείζονος κατάθλιψης ο ασθενής θα πρέπει να έχει σε διάρκεια 2 εβδομάδων σχεδόν κάθε μέρα και στο μεγαλύτερο μέρος της πέντε ή περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα, εκ των οποίων το ένα θα είναι οπωσδήποτε η καταθλιπτική διάθεση ή η μείωση ενδιαφέροντος/ευχαρίστησης.

1. Καταθλιπτική διάθεση.
2. Αισθητά μειωμένο ενδιαφέρον για σχεδόν όλες τις δραστηριότητές του ή μείωση της ευχαρίστησης που βρίσκει σε αυτές.
3. Σημαντικές αλλαγές στην όρεξη και στο βάρος. (αύξηση / μείωση)
4. Δυσκολία του ανθρώπου να κοιμηθεί ή να παραμείνει κοιμισμένος τη νύχτα / υπερβολική ημερήσια υπνηλία.
5. Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση.
6. Κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας.
7. Αίσθημα αναξιότητας ή υπερβολικής ενοχής.
8. Μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητα.

9. Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου, αυτοκτονικού ιδεασμού, σχεδιασμός ή απόπειρα αυτοκτονίας.

Ωστόσο, για να είναι έγκυρη η διάγνωση, θα πρέπει τα παραπάνω συμπτώματα να προκαλούν σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητα του ασθενή (πρακτικές δυσκολίες στην επαγγελματική, κοινωνική ζωή), να μην έχει εκδηλωθεί μανιακό ή υπομανιακό επεισόδιο ή, αν έχει προκύψει κάποιο επεισόδιο, να μην οφείλεται στη δράση κάποιας ουσίας (φάρμακα) ή σε άλλη σωματική αρρώστια (Rakofsky, and Raparort 2018, McIntosh 2019).

Μετά τη διάγνωση η μείζων κατάθλιψη μπορεί να χαρακτηριστεί πιο συγκεκριμένα χρησιμοποιώντας ορισμένους προσδιοριστές, οι οποίοι είναι: (Otte et al. 2016)

1. **Σοβαρότητα:** Με αυτόν τον προσδιοριστή το επεισόδιο διακρίνεται από ήπιο έως βαρύ.
2. **Ψυχωτικά στοιχεία:** Εξαρτώνται από τη διάθεση του ατόμου (αυταπάτες, παραισθήσεις).
3. **Με μικτά στοιχεία:** Οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα και άλλης διαταραχής (διπολικής διαταραχής).
4. **Με μελαγχολικά στοιχεία:** Μελαγχολικά στοιχεία αποτελούν η ανηδονία, η απελπισία, η απώλεια βάρους, η έντονη καταθλιπτική διάθεση τις πρωινές ώρες, οι ενοχές, η πρόιμη πρωινή αφύπνιση και οι ψυχοκινητικές διαταραχές.
5. **Με κατατονικά στοιχεία:** Σε αυτά περιλαμβάνονται η μειωμένη κινητικότητα ή η υπερκινητικότητα.
6. **Με αγχώδη δυσφορία:** Ο ασθενής έχει έντονο άγχος. Ανησυχεί ότι θα χάσει τον αυτοέλεγχό του, ότι θα συμβεί κάτι πολύ άσχημο, και έχει έντονες αυτοκτονικές σκέψεις.
7. **Με άτυπα στοιχεία:** Ο ασθενής εκδηλώνει συναισθηματική ανταπόκριση σε θετικά γεγονότα (βελτίωση διάθεσης).

1.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία της κατάθλιψης μπορεί να γίνει μόνο με έναν τρόπο ή σε συνδυασμό με άλλους. Οι κυριότερες μέθοδοι είναι η φαρμακοθεραπεία, η ψυχοθεραπεία η ηλεκτροσπασμοθεραπεία και η φωτοθεραπεία, οι οποίες έχουν αποδειχθεί αρκετά αποτελεσματικές και γι' αυτό τον λόγο είναι ευρέως γνωστές (Schulz and Arora, 2015).

1.7.1 Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων έχει συμβάλει αρκετά στη θεραπεία της κατάθλιψης διότι Τα περισσότερα δρουν ως αγωνιστές ή ως ανταγωνιστές στους υποδοχείς μονοαμίνης. Υπάρχουν διάφορες κατηγορίες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων οι οποίες είναι:

Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (Selective serotonin reuptake inhibitors – SSRIs).

Η συγκεκριμένη κατηγορία έχει αποτελεσματικότερη δράση καθώς τα συμπτώματα υποχωρούν ταχύτερα συγκριτικά με τις υπόλοιπες κατηγορίες φαρμάκων. Ο μηχανισμός δράσης των φαρμάκων αυτών είναι να εμποδίζουν την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης στους νευρώνες του εγκεφάλου και η αποτελεσματικότητά τους είναι ορατή μετά από 1-3 εβδομάδες. Τα φάρμακα αυτά είναι η φλουοξετίνη, παροξετίνη, σετραλίνη, σιταλοπράμη, εσκιταλοπράμη, φλουβοξαμίνη, βορτιοξετίνη και η βιλαζοδόνη (Hogan 2012, Rakofsky and Rapaport 2018).

Ορισμένες από τις ανεπιθύμητες ενέργειές τους είναι: (Hogan 2012, Rakofsky and Rapaport 2018)

- Κεφαλαλγία
- Ναυτία
- Κόπωση
- Αϋπνία
- Άγχος
- Σεξουαλική δυσλειτουργία

Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης (Serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors – SNRIs)

Ο μηχανισμός δράσης των φαρμάκων αυτών είναι να εμποδίζουν την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης. Πρόκειται για τη βενλαφαξίνη, την ντουλοξετίνη, τη δεσβενλαφαξίνη και τη λεβομιλνασιπράνη.

Ορισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι: (Rakofsky and Rapaport 2018)

- Κεφαλαλγία
- Κόπωση
- Αϋπνία
- Υπέρταση
- Ναυτία

- Διάρροια
- Εφίδρωση
- Σεξουαλική δυσλειτουργία

Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά

Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιήθηκαν για πρώτη φορά το 1950 και συνεχίζουν να χορηγούνται μέχρι και σήμερα για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Ο μηχανισμός δράσης τους είναι να εμποδίζουν την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης. Επίσης συμβάλλουν σημαντικά στη βελτίωση της διάθεσης και στη μείωση των καταθλιπτικών σκέψεων. Η αποτελεσματικότητά τους γίνεται εμφανής μετά από 1-3 εβδομάδες. Τα φάρμακα αυτά είναι η αμιτριπτυλίνη, η χλωριμιπραμίνη η δεσιπραμίνη, η δοξεπίνη, η ιμιπραμίνη, η μαπροτιλίνη, η νορτριπτυλίνη, η προτριπτυλίνη, η τριμιπραμίνη και η κλομιπραμίνη.

Κάποιες ανεπιθύμητες ενέργειές τους είναι: (Hogan 2012, Rakofsky and Rapaport 2018)

- Κεφαλαλγία
- Κόπωση
- Καταστολή
- Αϋπνία
- Επιληπτικές κρίσεις
- Σεξουαλική δυσλειτουργία
- Αρρυθμίες

Άτυπα αντικαταθλιπτικά

Ο μηχανισμός δράσης των φαρμάκων αυτών είναι να εμποδίζουν την επαναπρόσληψη της ντοπαμίνης. Πρόκειται για τη βουπροπιόνη, τη μιρταζαπίνη, την τραζοδόνη και τη νεφαζοδόνη.

Οι συνηθέστερες ανεπιθύμητες ενέργειες των παραπάνω αντικαταθλιπτικών είναι οι εξής: (Hogan 2012, Rakofsky and Rapaport 2018)

A. Της βουπροπιόνης:

- Κεφαλαλγία
- Επιληπτικές κρίσεις
- Ξηροστομία
- Αϋπνία
- Μειωμένη όρεξη

B. Της μιρταζαπίνης:

- Καταστολή
- Αύξηση βάρους

Γ. Της τραζοδόνης:

- Ορθοστατική υπόταση
- Καταστολή
- Πριαπισμός

Δ. Της νεφαζοδόνης:

- Επαναλαμβανόμενη καταστολή

Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (Monoamine oxidase inhibitors – MAOIs)

Στα φάρμακα αυτά ανήκουν η τρανυλκυπρομίνη, η φενελζίνη και η σελεγιλίνη. Ο μηχανισμός δράσης των δύο πρώτων είναι να εμποδίζουν την παραγωγή μονοαμινοξειδάσης Α και Β, ενώ της σελεγιλίνης να εμποδίζει μόνο την παραγωγή μονοαμινοξειδάσης Β. Οι αναστολείς αυτοί χορηγούνται μόνο σε άτομα που δεν έχουν ανταποκριθεί στα υπόλοιπα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, καθώς μπορούν να προκαλέσουν πολύ σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες όπως μανία, σεξουαλική δυσλειτουργία, υπερτασική κρίση κ.ά. (Hogan 2012, Rakofsky and Rapaport 2018)

Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, τα άτυπα αντικαταθλιπτικά και οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης είναι φάρμακα που χρησιμοποιούνται περισσότερο για τη θεραπεία της κατάθλιψης, καθώς τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης εμφανίζουν πολλές ανεπιθύμητες ενέργειες και γι' αυτό χορηγούνται σε ασθενείς ανθεκτικούς στη θεραπεία (Hogan 2012, Rakofsky and Rapaport 2018).

1.7.2 Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία είναι μια παρέμβαση που βασίζεται στην ομιλία και πραγματοποιείται από έναν κοινωνικό λειτουργό, έναν ψυχολόγο ή έναν ψυχίατρο. Χρησιμοποιείται συνδυαστικά με τη φαρμακευτική αγωγή ώστε να έχει θετικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της μείζονος κατάθλιψης. Σκοπός της είναι η συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία, δηλαδή η εκπαίδευσή τους στο να διαχειρίζονται τις αρνητικές σκέψεις, τα συμπτώματα της κατάθλιψης και την αναμενόμενη έκβασή της. Οι κυριότερες μορφές ψυχοθεραπείας που χρησιμοποιούνται είναι οι παρακάτω: (Carter 2008, Rakofsky and Rapaport 2018)

Συμπεριφορική θεραπεία

Ο θεραπευτής και ο ασθενής μέσω της θεωρίας της μάθησης επισημαίνουν τις αρνητικές συμπεριφορές και προσεγγίζουν τους παράγοντες στους οποίους οφείλονται αυτές έτσι ώστε να τροποποιηθούν. Χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με τη γνωστική θεραπεία, καθώς οι σκέψεις και τα συναισθήματα του ασθενή διαμορφώνουν τη συμπεριφορά του (Hogan 2012).

Γνωστική θεραπεία

Η γνωστική θεραπεία βοηθά τους καταθλιπτικούς ασθενείς να περιορίζουν τις αρνητικές σκέψεις τους και να επικεντρώνονται σε ευχάριστα γεγονότα της καθημερινότητάς τους, αναπτύσσοντας έναν διαφορετικό τρόπο σκέψης. Αυτή η μέθοδος είναι αποτελεσματική σε άτομα που πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη ήπιας ή μέτριας έντασης (Hogan 2012, Black and Andreasen 2015).

Διαπροσωπική θεραπεία

Η συγκεκριμένη θεραπεία επιδιώκει την αντιμετώπιση των δυσλειτουργιών του ασθενούς σε επίπεδο διαπροσωπικών σχέσεων (π.χ. απώλεια και πένθος, κοινωνική απομόνωση και προβληματική κοινωνική συμπεριφορά), οι οποίες δυσχεραίνουν την κατάθλιψη. Η θεραπεία αυτή απαιτεί τόσο από τον θεραπευτή όσο και από τον ασθενή τη συστηματική εργασία τους με σκοπό την απόκτηση νέων τρόπων επικοινωνίας και προσαρμοστικών συμπεριφορών (Carter 2008, Hogan 2012, Black and Andreasen 2015, Rakofsky and Rapaport 2018).

1.7.3 Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (Electroconvulsive therapy – ECT) αποτελεί έναν από τους παλαιότερους τρόπους αντιμετώπισης της μείζονος κατάθλιψης, καθώς έχει μεγαλύτερα ποσοστά ανταπόκρισης από ό,τι οι αντικαταθλιπτικές θεραπείες. Δρα ταχύτερα σε σχέση με τα περισσότερα φάρμακα, με αποτέλεσμα να προκαλεί ύφεση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Γι' αυτόν τον λόγο χρησιμοποιείται μέχρι και σήμερα κυρίως σε περιπτώσεις που χρήζουν άμεσης παρέμβασης, όπως σε ασθενείς με πολύ σοβαρή κατάθλιψη και σε άτομα με αυτοκτονικές τάσεις (Tokutsu et al. 2013, Otte et al. 2016).

Επίσης, όταν χρησιμοποιείται ως πρώτη γραμμής θεραπεία, έχει ποσοστό επιτυχίας 80-90%, ενώ σε περιπτώσεις που χρησιμοποιείται ως δεύτερης γραμμής θεραπεία, μετά τη φαρμακοθεραπεία η αποτελεσματικότητά της μειώνεται στο 50-60%. Είναι γνωστό πως αυτή η μέθοδος ασκεί πολλές επιδράσεις στο κεντρικό νευρικό σύστημα, όπως μεταβολές στους νευροδιαβιβαστές, στις οδούς ενδοκυττάρων αγγελιαφόρων αλλά και ενδοκρινικές μεταβολές (Black and Andreasen 2015).

Κατά τη διαδικασία της ηλεκτροσπασμοθεραπείας εφαρμόζονται ηλεκτρόδια στο τριχωτό της κεφαλής σε δύο διαφορετικές θέσεις. Στην αμφοτερόπλευρη τοποθέτηση τα δύο ηλεκτρόδια τοποθετούνται αμφιβρεγματικά, ενώ στην ετερόπλευρη το ένα ηλεκτρόδιο εφαρμόζεται στη δεξιά κροταφική και το άλλο στην ινιακή χώρα. Στη συνέχεια χορηγείται ένας ηλεκτρικός ερεθισμός σύντομης διάρκειας, ενώ ο ασθενής είναι αναισθητοποιημένος, με σκοπό να προκληθεί μια επιληπτική κρίση. Οι ασθενείς λαμβάνουν αρχικά έναν κύκλο 6-12

συνεδριών με ρυθμό δύο ή τριών την εβδομάδα, αν και ο αριθμός αυτός μπορεί να τροποποιηθεί ανάλογα με την ανταπόκριση του ασθενή. Βέβαια, μετά την ολοκλήρωση των συνεδριών ακολουθεί θεραπεία συντήρησης με αντικαταθλιπτικά φάρμακα (Black and Andreasen 2015).

Οι ανεπιθύμητες ενέργειές της περιλαμβάνουν: βραχεία επεισόδια αρτηριακής υπότασης ή υπέρτασης, βραδυαρρυθμίες, ταχυαρρυθμίες, χρονική παράταση των επιληπτικών κρίσεων, λαρυγγόσπασμος, παρατεταμένη άπνοια σε περιπτώσεις συγγενούς ανεπάρκειας της χολινεστεράσης, μετακριτική σύγχυση, κεφαλαλγία, ναυτία, μυαλγία (Black and Andreasen 2015).

1.7.4 Φωτοθεραπεία

Η θεραπεία αυτή βοηθά σημαντικά σε περιπτώσεις της εποχικής κατάθλιψης αλλά και σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες για την αντιμετώπιση άλλων τύπων κατάθλιψης. Η χρήση της είναι αποτελεσματική καθώς συμβάλλει στη μείωση της έντασης των συμπτωμάτων. Ο μηχανισμός δράσης της οφείλεται στη σταθεροποίηση του κερκάδιου ρυθμού, που συμβαίνει κατά την έκθεση του ατόμου στο φως. Ο ασθενής εκτίθεται σε έντονο τεχνητό φως ευρέος φάσματος για 30 λεπτά έως μερικές ώρες. Οι συνεδρίες πραγματοποιούνται κυρίως τις πρωινές ώρες για διάστημα 4-6 εβδομάδων. Δεν ενδείκνυται για ασθενείς με οφθαλμολογικές παθήσεις ή με διπολική διαταραχή που έχουν ιστορικό πολλαπλών επεισοδίων μανίας. Οι παρενέργειες της φωτοθεραπείας περιλαμβάνουν κεφαλαλγία, νευρικότητα και ναυτία (Hogan 2012, Clark and Wisner 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

2.1 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Κατά τη διάρκεια της κύησης, η εγκυμονούσα υποβάλλεται σε βιοχημικές, φυσιολογικές και ανατομικές αλλαγές και στα τρία τρίμηνα. Αυτό είναι απαραίτητο για τη σωστή ανάπτυξη του εμβρύου, την κάλυψη των αυξημένων ενδοκρινολογικών μεταβολών και για την προετοιμασία της μητέρας για τον τοκετό. Οι μεταβολές αυτές ξεκινάνε τους πρώτους τρεις μήνες της εγκυμοσύνης και επανέρχονται σε φυσιολογικά επίπεδα (όπως πριν από την εγκυμοσύνη) μερικές εβδομάδες μετά τον τοκετό. Ωστόσο, επειδή πολλές μεταβολές μπορεί να έχουν παρόμοια συμπτώματα με κάποια ιατρική πάθηση, θα πρέπει να δίνεται η απαραίτητη προσοχή ώστε να διαπιστώνεται αν οφείλονται σε φυσιολογική αλλαγή ή σε κάποια νόσο (Soma-Pillay et al. 2016, Bhatia and Chhabra 2018, Sharma et al. 2018).

2.2 ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ

Κατά τη διέγερση του θυρεοειδή αδένου μέσω της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης (thyroid stimulating hormone – TSH) παράγονται δύο θυρεοειδικές ορμόνες, η τρι-ιωδοθυρονίνη (triiodothyronine – T3) και η θυροξίνη (thyroxine – T4) μέσω των οποίων καλύπτονται οι ανάγκες των περιφερικών ιστών με την κυκλοφορία του αίματος. Το ιώδιο είναι απαραίτητο για τη σύνθεση αυτών των ορμονών και κατά συνέπεια για την ανάπτυξη αλλά και για τη διαμόρφωση του κεντρικού νευρικού συστήματος του εμβρύου. Ωστόσο, στη διάρκεια της εγκυμοσύνης εμφανίζονται σχετικά μειωμένα επίπεδα ιωδίου εξαιτίας της απέκκρισής του στα ούρα και γι' αυτό, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, θα πρέπει να αυξηθεί η ημερήσια πρόσληψή του από 100 σε 150-200 mg ώστε το μέγεθος του θυρεοειδούς αδένου να διατηρηθεί στα φυσιολογικά επίπεδα (Feldt -Rasmussen and Mathiesen 2011, Soma-Pillay et al. 2016, Sharma et al. 2018).

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης οι θυρεοειδικές ορμόνες και η συγκέντρωση της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης παρουσιάζουν αυξομειώσεις (πίνακας 1). Πιο συγκεκριμένα, στο πρώτο τρίμηνο της κύησης τα επίπεδα των ορμονών T3 και T4 είναι αυξημένα λόγω της μεγάλης παραγωγή της σφαιρίνης που δεσμεύει τη θυροξίνη (thyroxine-binding globulin – TBG) στο ήπαρ. Στο δεύτερο και τρίτο τρίμηνο τα επίπεδα T3 και T4 μειώνονται. Επίσης η συγκέντρωση της TSH κατά το πρώτο τρίμηνο είναι ελαφρώς μειωμένη λόγω της αυξημένης χοριονικής γοναδοτροπίνης και κατά το δεύτερο και τρίτο τρίμηνο αυξάνεται. Αυξημένη τιμή

της TSH είναι πιθανό να οφείλεται σε ανεπάρκεια ιωδίου ή σε υποκλινικό υποθυρεοειδισμό (Soma-Pillay et al. 2016, Sharma et al. 2018).

Πίνακας 1: Λειτουργία του θυρεοειδούς κατά την εγκυμοσύνη

Λειτουργία του θυρεοειδούς	Φυσιολογικές τιμές πριν την εγκυμοσύνη	1 ^ο τρίμηνο εγκυμοσύνης	2 ^ο τρίμηνο εγκυμοσύνης	3 ^ο τρίμηνο εγκυμοσύνης
fT4 (pmol/l)	9-26	10-16	9-15.5	8-14.5
fT3 (pmol/l)	2.6-5.7	3-7	3-5.5	2.5-5.5
TSH (mU/l)	0.3-4.2	0-5.5	0.5-3.5	0.5-4

(Soma-Pillay et al. 2016)

2.3 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η εγκυμοσύνη συχνά επηρεάζει κάποιες τιμές που αφορούν το γαστρεντερικό σύστημα. Παρατηρούνται ελαφρώς μειωμένες τιμές στα επίπεδα τρανσαμινάσης και χολερυθρίνης και αυξημένες κατά δύο με τέσσερις φορές στα επίπεδα της αλκαλικής φωσφατάσης. Επίσης, σημειώνεται αύξηση της χοληστερόλης, της σφαιρίνης δέσμησης του θυρεοειδούς και της κορτιζόλης, του ινωδογόνου και άλλων παραγόντων πήξης λόγω της αύξησης των οιστρογόνων (Hill and Pickinpaugh 2008, Costantine 2014).

Κυρίως στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης το 50% των γυναικών ταλαιπωρείται από ναυτίες και εμετούς. Αυτό οφείλεται στη μετατόπιση του στομάχου προς τα πάνω λόγω της ανάπτυξης της μήτρας, με αποτέλεσμα να υπάρχει ελάττωση του τόνου του οισοφαγικού σφιγκτήρα και αυξημένη ενδογαστρική πίεση. Μία ακόμη αιτία των συμπτωμάτων αυτών είναι και η καθυστερημένη γαστρική εκκένωση που προκαλείται από τα αυξημένα επίπεδα προγεστερόνης. Αυτά τα δύο συμπτώματα και η αύξηση του γαστρικού pH ελαττώνουν την απορρόφηση των φαρμάκων (π.χ. σιδήρου), γι' αυτό προτιμάται να λαμβάνονται όταν τα συμπτώματα είναι ήπια. Ακόμη, συχνά παρατηρείται μειωμένη γαστρική κινητικότητα, με αποτέλεσμα την εκδήλωση δυσκοιλιότητας (Hill and Pickinpaugh 2008, Costantine 2014, Sharma et al. 2018).

2.4 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Κατά την εγκυμοσύνη παρατηρείται οίδημα του άνω αναπνευστικού βλεννογόνου (ρινίτιδα) και αυξημένη αιμάτωση λόγω των ανατομικών αλλαγών που προκαλούνται από την αυξημένη συγκέντρωση οιστρογόνων και από τον ανεβασμένο όγκο αίματος. Ακόμη, εξαιτίας των

υψηλών επιπέδων προγεστερόνης παρουσιάζεται μεταβολή του παλιρροϊκού όγκου και κατά συνέπεια και του λεπτού αερισμού, αφού αυξάνονται κατά 30-50% στο πρώτο τρίμηνο. Επιπρόσθετα, παρατηρούνται αύξηση του κυψελιδικού αερισμού κατά 50-70% εξαιτίας των αυξημένων επιπέδων προγεστερόνης αλλά και μεταβολές των αερίων του αρτηριακού αίματος, που οφείλονται στην αύξηση του λεπτού αερισμού. Επίσης, από την αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση, που προκαλείται από τη μεγέθυνση της μήτρας, το διάφραγμα μετατοπίζεται προς τα πάνω κατά 4-5 cm. Η ανύψωση αυτή σε συνδυασμό με τη διαφορετική διαμόρφωση του θωρακικού τοιχώματος προκαλούν μείωση του όγκου των πνευμόνων σε περίοδο ηρεμίας. Πιο συγκεκριμένα, η ολική χωρητικότητα των πνευμόνων μειώνεται κατά 5% και η λειτουργική υπολειπόμενη χωρητικότητα κατά 10-25%. Η μερική αρτηριακή πίεση του οξυγόνου (PaO₂) αυξάνεται και η τιμή διαμορφώνεται σε 101-105 mmHg, η μερική πίεση του διοξειδίου του άνθρακα (PaCO₂) μειώνεται και η τιμή κυμαίνεται από 28-32 mmHg και η συγκέντρωση των διττανθρακικών επίσης μειώνεται σε 18-21 mmol/L. Ωστόσο, λόγω της μείωσης των διττανθρακικών το αρτηριακό pH διατηρείται σε 7,4-7,47. Τέλος, λόγω των σημαντικών μεταβολικών απαιτήσεων για την ανάπτυξη του εμβρύου αυξάνεται η κατανάλωση οξυγόνου της εγκύου κατά 30-60% (Hill and Pickinprough 2008, Costantine 2014, Lee et al. 2017).

2.5 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης παρατηρούνται αλλαγές τόσο στην καρδιακή όσο και στην αγγειακή λειτουργία. Τα συνηθέστερα ευρήματα καρδιαγγειακών αλλαγών που οφείλονται στην εγκυμοσύνη είναι το πνευμονικό οίδημα, η πλευρική μετακίνηση της αριστερής κοιλίας, η ταχυκαρδία και η διάταση της σφαγίτιδας φλέβας. Εξαιτίας της περιφερειακής αγγειοδιαστολής προκαλείται μείωση της συστηματικής αγγειακής αντίστασης (systemic vascular resistance – SVR) κατά 25-30% και έτσι αυξάνεται η καρδιακή απόδοση για να καλυφθούν οι απαιτούμενες ανάγκες οξυγόνου και θρεπτικών συστατικών του πλακούντα. Αναλυτικά, μετά τις 8 εβδομάδες υπάρχει αύξηση της τάξεως του 20% και μέχρι και την 24^η εβδομάδα κύησης αύξηση κατά περίπου 45%, ποσοστό που παραμένει σταθερό μέχρι τον τοκετό. Επιπλέον, σημειώνεται αύξηση του καρδιακού ρυθμού της εγκυμονούσας κατά 10-12 παλμούς / λεπτό. Η αρτηριακή πίεση επίσης παρουσιάζει μείωση κατά περίπου 10% στο πρώτο τρίμηνο, στο δεύτερο μειώνεται περισσότερο και στο τρίτο τρίμηνο επανέρχεται σε φυσιολογικά επίπεδα. Η μητρική θέση της εγκυμονούσας επηρεάζει την αιμοδυναμική κατάσταση της ίδιας και του εμβρύου. Όταν βρίσκεται σε ύπτια θέση μειώνεται η φλεβική επιστροφή άρα και ο όγκος και η καρδιακή παροχή, κάτι το οποίο συμβαίνει από την πίεση της μήτρας στην κάτω κοίλη φλέβα (inferior vena cava – IVC). Η μειωμένη καρδιακή παροχή

προκαλεί μείωση της αιματικής ροής της μήτρας και επακολούθως του πλακούντα αποτελώντας κίνδυνο για ανεπαρκή εφοδιασμό του εμβρύου. Μπορεί να παρατηρηθεί μείωση της καρδιακής παροχής κατά 25% κατά την αλλαγή από πλάγια σε ύπτια θέση, γι' αυτό οι έγκυες θα πρέπει, όποτε είναι εφικτό, να βρίσκονται σε δεξιά ή αριστερή πλευρική θέση (Bhatia and Chhabra 2018, Kohlhepp et al. 2018, Carlin and Alfirevic 2008, Hill and Pickinpaugh 2008)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ-ΛΟΧΕΙΑ

3.1 ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ-ΛΟΧΕΙΑΣ

Μια γυναίκα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης βιώνει ψυχολογικές και βιολογικές αλλαγές. Μια φυσιολογική εγκυμοσύνη ξεκινά από τη μέρα που έγινε η σύλληψη και φτάνει μέχρι τον τοκετό. Κατά το χρονικό διάστημα αυτό, το οποίο ορίζεται περίπου στις 273 ημέρες, το γονιμοποιημένο ωάριο αναπτύσσεται ως ότου γίνει ένα ώριμο, με αποτέλεσμα τη γέννηση του νεογνού (Μωραΐτου 2004).

Την περίοδο αμέσως μετά τον τοκετό, η οποία ονομάζεται λοχεία, οι περισσότερες γυναίκες αισθάνονται ευτυχία και ικανοποίηση. Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν περιπτώσεις όπου ένα μέρος των γυναικών μπορεί να βιώσει έντονη καταθλιπτική διάθεση και αμφιβολία για διάφορα θέματα, όπως για τις ικανότητες τόσο τις δικές τους όσο και των συζύγων τους για το αν θα μπορέσουν να ανταποκριθούν στις ανάγκες του παιδιού τους. Ωστόσο, ενδέχεται να υπάρξει και εναλλαγή στα συναισθήματά τους (από αγάπη μέχρι φόβο), κάτι το οποίο δεν μπορούν να εξηγήσουν ούτε οι ίδιες (Μωραΐτου 2004).

3.2 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η εγκυμοσύνη είναι μια περίπλοκη περίοδος στη ζωή μιας γυναίκας. Πέρα από τις φυσιολογικές σωματικές αλλαγές, εμφανίζονται μεταβολές και στην ψυχολογική κατάσταση της. Πολλοί εξωγενείς παράγοντες, όπως η σχέση με το οικογενειακό περιβάλλον, τη βοηθούν ψυχολογικά να προετοιμαστεί για τον ρόλο της μητέρας. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης η θέση και ο ρόλος της στην οικογένεια αναπροσαρμόζονται, καθώς αποκτά νέες ιδιότητες. Βέβαια, οι ευθύνες που αναλαμβάνει της προκαλούν άγχος, ιδιαίτερα αν γίνεται για πρώτη φορά μητέρα (Bjelica et al. 2018).

Πολλές γυναίκες βιώνουν συναισθηματικές διαταραχές, όπως σε επίπεδο προσαρμογής. Οι διαταραχές προσαρμογής είναι καταστάσεις που επηρεάζουν την κοινωνική λειτουργία και προκύπτουν όταν συμβαίνουν σημαντικές αλλαγές στη ζωή. Μπορεί να έχουν σχέση με ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, με απώλεια εγκυμοσύνης ή με άλλα σημαντικά γεγονότα που εκδηλώνονται κατά τη διάρκεια της κύησης. Εμφανίζονται με καταθλιπτική διάθεση, άγχος και απογοήτευση, ενώ μπορούν να αντιμετωπισθούν με ψυχοθεραπεία, που συχνά είναι αποτελεσματική (Cantwell and Cox 2006).

Ένα από τα πιο έντονα συναισθήματα που νιώθουν οι γυναίκες κατά την εγκυμοσύνη είναι ο φόβος. Ο φόβος για το άγνωστο ή για μια συγκεκριμένη κατάσταση, όπως τα

προβλήματα υγείας του εμβρύου ή του τοκετού αλλά και η έντονη ανησυχία για την πορεία και την κατάληξή του. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η γυναίκα να αισθάνεται ευάλωτη. Επίσης, η αμφιθυμία για την εγκυμοσύνη, οι μεταβολές της διάθεσης, το άγχος για την υγεία και την ανάπτυξη του εμβρύου, η αϋπνία και η νευρικότητα είναι χαρακτηριστικά συμπτώματα της ψυχολογικής κατάστασης της εγκύου (Cantwell and Cox 2006, Bayrampour et al. 2016).

Σε αρκετές περιπτώσεις η εικόνα του σώματος της εγκύου, τα οικονομικά θέματα και η οικογενειακή και κοινωνική υποστήριξη δημιουργούν στις μέλλουσες μητέρες ακόμη πιο έντονο άγχος. Το περιγεννητικό μητρικό άγχος μπορεί να προκαλέσει διάφορες επιπλοκές που μπορούν να έχουν εκτεταμένες συνέπειες τόσο στη σωματική όσο και στη ψυχική λειτουργία του νεογέννητου. Τέλος, από ψυχοκοινωνική άποψη η εγκυμοσύνη θα μπορούσε να ερμηνευτεί ως μια έντονα συναισθηματικά φορτισμένη περίοδος καθώς είναι στρεσογόνος παράγοντας (Cantwell and Cox 2006, Bayrampour et al. 2016, Bjelica et al. 2018).

3.3 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΛΟΧΕΙΑ

Η μετάβαση προς τη μητρότητα και η ίδια η μητρότητα θεωρούνται κρίσιμες και αγχωτικές καταστάσεις στη ζωή των γυναικών. Παρόλο που η γέννηση ενός μωρού οδηγεί συνήθως σε συναισθηματική ολοκλήρωση και δημιουργεί ενθουσιασμό, για αρκετές γυναίκες μπορεί να αποτελεί αιτία αυξημένου άγχους. Το γονικό άγχος είναι μία ψυχολογική αγωνία που προκαλείται από τις απαιτήσεις της ανατροφής των παιδιών και επηρεάζει και τους δύο γονείς. Σε ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών η προσαρμογή στη μητρότητα τους προκαλεί αναστάτωση, καθώς αισθάνονται απροετοίμαστες να αντιμετωπίσουν τις αλλαγές που συμβαίνουν από αυτή τη μετάβαση (Buultjens and Liamputtong 2007, Barnes 2019, Johansson et al. 2020).

Οι ψυχολογικές διαταραχές που βιώνει μια γυναίκα κατά την προσαρμογή της στη μητρότητα περιλαμβάνουν τον πανικό, το άγχος, το αίσθημα της έλλειψης προετοιμασίας, γνώσεων και ελέγχου. Η ψυχολογική πίεση που της προκαλεί η γέννηση ενός μωρού συχνά την ωθεί σε μία νοσταλγία για τη ζωή που είχε πριν την εγκυμοσύνη και τον ερχομό του μωρού (Barnes 2019).

Στην αρχή, η συνεχής ενασχόληση της μητέρας με το νεογνό αποτελεί για την ίδια μια στρεσογόνο κατάσταση επειδή δεν έχει επανέλθει ακόμη σωματικά και πρέπει να εκπληρώσει όλες τις ανάγκες του νεογνού. Ο θηλασμός, η καθαριότητα και η φροντίδα του νεογνού προκαλούν έντονο άγχος στις νέες μητέρες, καθώς δεν είναι σε θέση να γνωρίζουν αν μπορούν να ανταποκριθούν στον νέο τους ρόλο. Συχνά έχοντας ως σκοπό να αντεπεξέλθουν στον ρόλο αυτό, παραμελούν τον εαυτό τους και κατά συνέπεια και τον σύντροφό τους. Τέλος, ένας

ακόμη λόγος άγχους είναι η προσωπική εικόνα τους, όπως είναι τα κιλά της εγκυμοσύνης και οι επιπτώσεις του θηλασμού στο στήθος τους (Μωραΐτου 2007).

Όλοι οι παραπάνω στρεσογόνοι παράγοντες είναι δυνατόν να επηρεάσουν ψυχολογικά τις μητέρες, με αποτέλεσμα την εμφάνιση π.χ. της επιλόχειας κατάθλιψης. Πρόκειται για μια παθολογική θλίψη, η οποία είναι μια από τις συχνότερες επιπλοκές του τοκετού (Barnes 2019).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η επιλόχεια κατάθλιψη σύμφωνα με το DSM-V ορίζεται ως ένα επεισόδιο μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής το οποίο εκδηλώνεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή και μέχρι 6 μήνες μετά τον τοκετό. Εμφανίζεται στο 10-15% των γυναικών αλλά, ανάλογα με τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για να γίνει η διάγνωση, το ποσοστό μπορεί να φτάσει και το 30%. Αποτελεί μια συχνή και επικίνδυνη ψυχική κατάσταση και μπορεί να επιμένει για αρκετό καιρό. Η κατάθλιψη που εκδηλώνεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εμφανίζεται περίπου στο 12% του γυναικείου πληθυσμού, όμως κατά τα δύο τελευταία τρίμηνα της εγκυμοσύνης το ποσοστό αυτό αυξάνεται (O'Hara and McCabe 2013, Brummelte and Galea 2016, Frieder et al. 2019).

Στις κυριότερες αιτίες της επιλόχειας κατάθλιψης ανήκουν τα οικογενειακά προβλήματα, οι αγχωτικές καταστάσεις και το ιστορικό κατάθλιψης, αλλά δεν είναι απαραίτητο να υπάρχει κάποια αιτία για την εμφάνισή της. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν διεξαχθεί η μεταγεννητική κατάθλιψη είναι συχνότερη και σοβαρότερη σε χώρες με χαμηλό εισόδημα (Leight et al. 2010, O'Hara and McCabe 2013).

Η μητρική κατάθλιψη έχει αντίκτυπο στη γνωστική, συναισθηματική αλλά και κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού, στην οικογένεια αλλά και στην κοινωνία γενικότερα. Παρατηρείται ότι οι καταθλιπτικές μητέρες κατακλύζονται από δυσάρεστα συναισθήματα, ενώ το ότι δεν αντιδρούν στις εκφράσεις του βρέφους, είτε είναι θετικές είτε αρνητικές, έχει άσχημη επίδραση σε αυτό. Συμπερασματικά, είναι σημαντικό να διαγνωστεί το νόσημα και να αντιμετωπιστεί σωστά και έγκαιρα με την κατάλληλη θεραπεία για την αποφυγή αυτών των δυσμενών επιπτώσεων. Η θεραπεία μπορεί να γίνει είτε με φαρμακευτική αγωγή είτε με άλλες μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις εφόσον ληφθούν υπόψιν οι επιδράσεις που ίσως έχει αυτή στον θηλασμό (O'Hara 2009, Leight et al. 2010, Frieder et al. 2019).

4.2 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Μελέτη των Gavin et al. δεν βρήκε διαφορές μεταξύ των ανεπτυγμένων χωρών αναφορικά με τον επιπολασμό της επιλόχειας κατάθλιψης, αλλά έδειξε ότι ο επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης είναι παρόμοιος μεταξύ των γυναικών με διαφορετική κοινωνικοοικονομική κατάσταση, ενώ η ήπιου βαθμού κατάθλιψη είναι πιο διαδεδομένη στις μητέρες με χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Σύμφωνα με τους Halbreich και Karkun, τα συμπτώματα της

κατάθλιψη ήταν πολύ διαδεδομένα τόσο σε ορισμένες ανεπτυγμένες όσο και σε αναπτυσσόμενες χώρες (Βραζιλία, Γουιάνα, Κόστα Ρίκα, Ιταλία, Χιλή, Νότια Αφρική, Ταϊβάν και Κορέα). Οι Norhayati et al. διαπίστωσαν ότι οι υποομάδες που είναι γνωστό ότι βιώνουν επιλόχεια κατάθλιψη είναι οι μετανάστριες σε δυτικές και μη δυτικές χώρες και οι γυναίκες με χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Μελέτη των Shorey et al. σε μητέρες χωρίς προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης κατέγραψε τον υψηλότερο επιπολασμό, 26%, στη Μέση Ανατολή και τον χαμηλότερο, 8%, στην Ευρώπη. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι διαφορές στις πολιτιστικές πρακτικές μπορούν να συμβάλουν σε αυτή τη απόκλιση (Gavin et al. 2005, Halbreich and Karkun 2006, Norhayati et al. 2015, Shorey et al. 2018).

Σύμφωνα με τους Halbreich & Karkun, ο παγκόσμιος επιπολασμός είναι δύσκολο να εξακριβωθεί λόγω της διαπολιτισμικής και κοινωνικής ποικιλομορφίας, της μεταβλητότητας των υποκείμενων διαδικασιών και της εκδήλωσης των συμπτωμάτων. Οι Norhayati et al. σε περιεκτική εξέταση μελετών, ανεξάρτητα από τη μεθοδολογική ποιότητα, βρήκαν ότι οι εκτιμήσεις επικράτησης βρέθηκαν να είναι μεγαλύτερες σε μελέτες που χρησιμοποιούν αυτοαναφορές παρά σε μελέτες που βασίζονται σε δομημένες συνεντεύξεις (Halbreich and Karkun 2006, Norhayati et al. 2015).

Ο επιπολασμός και η επίπτωση ποικίλλουν ανάλογα με τον χρόνο ή την περίοδο υπό αξιολόγηση. Σύμφωνα με τη μελέτη των Gavin et al. ο επιπολασμός της μείζονος και ήπιου βαθμού κατάθλιψης κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης είναι 11% αλλά μειώνεται στο 8,5% στο δεύτερο και τρίτο τρίμηνο, ενώ μετά τον τοκετό παρουσιάζει αυξητικές τάσεις, με κορύφωση (12,9%) τον τρίτο μήνα, και μετά παρατηρείται μικρού βαθμού μείωση, στο 6,5%, στο τέλος του πρώτου έτους. Επιπλέον, οι Norhayati et al. διαπίστωσαν ότι ο επιπολασμός της επιλόχειας κατάθλιψης κινούταν σε πολύ υψηλά επίπεδα οκτώ εβδομάδες μετά την κύηση, ενώ στην συνέχεια σημειώθηκαν πτωτικές τάσεις. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν είναι κοινά αμέσως μετά τον τοκετό, πιθανώς επειδή δεν έχουν ακόμη επέλθει όλες οι φυσιολογικές μεταβολές ή επειδή το άγχος της παιδικής μέριμνας δεν έχει ακόμη εμφανιστεί (Gavin et al. 2005, Norhayati et al. 2015).

Σύμφωνα με μελέτη των Pawar et al. μόνο το 2,5% των γυναικών παρουσίασε συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης μέσα στις δύο πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό. Η ανασκόπηση μελετών για την επίπτωση της επιλόχειας κατάθλιψης από τους Gavin et al. έδειξε ότι το 14,5% των εγκύων παρουσιάζουν ένα νέο επεισόδιο μείζονος ή ήπιου βαθμού κατάθλιψης και το 14,5% παρουσιάζει ένα νέο επεισόδιο κατά τους πρώτους τρεις μήνες μετά τον τοκετό (Gavin et al. 2005, Pawar et al. 2011).

Πολλές μελέτες δείχνουν ότι ο κίνδυνος εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης είναι υψηλός εάν η μητέρα είχε προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης κατά τη διάρκεια του τοκετού ή ακόμη και σε άλλες περιόδους. Οι Viguera et al. διαπίστωσαν ότι μεταξύ των γυναικών με μονοπολική κατάθλιψη το 4,6% παρουσίασε επεισόδια κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενώ το 30% μετά τον τοκετό. Ένα ιστορικό κατάθλιψης σχετίζεται πιθανώς με τη μεγαλύτερη επιμονή των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Ο χρόνος έναρξης της κατάθλιψης ποικίλλει σύμφωνα με τις μελέτες. Έρευνα που διεξήχθη στις Η.Π.Α. σε μητέρες με καταθλιπτικά συμπτώματα μετά τον τοκετό σημειώνει ότι το 40% ανέφερε εμφάνιση επεισοδίου μετά τον τοκετό, το 33,4% κατά την προγεννητική περίοδο και το 26,5% πριν από την εγκυμοσύνη. Οι Yonkers et al. επίσης διαπίστωσαν ότι το 50% των μητέρων που είχαν κατάθλιψη μετά τον τοκετό ανέφεραν πως η κατάθλιψη εμφανίστηκε ύστερα από την κύηση, το 25% κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και το 25% πριν από την εγκυμοσύνη. Η μελέτη των Stowe et al. έδειξε ότι το 88,5% των μητέρων παρουσίασε κατάθλιψη μετά τον τοκετό και το 11,5% κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Beck 2001, Yonkers et al. 2001, Robertson et al. 2004, Stowe et al. 2005, Howell et al. 2009, Viguera et al. 2011, Wisner et al. 2013, Norhayati et al. 2015).

Μελέτη των Putnam et al. έδειξε ότι οι γυναίκες που παρουσίασαν μέτρια έως σοβαρά συμπτώματα κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης τους παρέμειναν ιδιαίτερα συμπτωματικές κατά την περίοδο μετά τον τοκετό. Επίσης, η εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης ειδικά στο διάστημα των οκτώ εβδομάδων μετά από τον τοκετό, συσχετίστηκε με σοβαρή κατάθλιψη. Ισχυρίζονται ότι αυτό συμβαδίζει με το γεγονός ότι εμφανίζονται τεράστιες ορμονικές διακυμάνσεις κατά τη μετάβαση από την εγκυμοσύνη στην περίοδο μετά τον τοκετό (Putnam et al. 2017).

4.3 ΚΛΙΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Ο προσδιορισμός της επιλόχειας κατάθλιψης γίνεται σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-V, καθώς τα συμπτώματά της είναι παρόμοια με αυτά της μείζονος κατάθλιψης, με μοναδική διαφορά ότι τα πρώτα ξεκινούν κατά την περίοδο της κύησης ή μέχρι και 4 εβδομάδες μετά τον τοκετό, ενώ τα δεύτερα μπορούν να εμφανισθούν οποιαδήποτε άλλη στιγμή της ζωής. Τα παρακάτω συμπτώματα παρουσιάζονται σχεδόν κάθε μέρα για τουλάχιστον 2 εβδομάδες στις γυναίκες μετά τον τοκετό (Thurgood et al. 2009, Suhana et al. 2020).

1. Καταθλιπτική διάθεση.
2. Διαταραχή της όρεξης.
3. Διαταραχή του ύπνου.

4. Απώλεια ενεργητικότητας.
5. Ψυχοκινητική διέγερση ή καθυστέρηση.
6. Αίσθημα ενοχής και ανικανότητας.
7. Δυσκολία συγκέντρωσης.
8. Μείωση ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που πριν ευχαριστούσαν το άτομο.
9. Αυτοκτονικές τάσεις (Thurgood et al. 2009, Norhayati et al. 2015, Βιβιλάκη 2016, Suhana et al. 2020).

4.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ- ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η επιλόχεια κατάθλιψη θεωρείται πολυπαραγοντική, καθώς στην εμφάνισή της εμπλέκονται οι παρακάτω παράγοντες :

Ψυχολογικοί παράγοντες

Πολλοί είναι οι ψυχολογικοί παράγοντες στους οποίους οφείλεται η εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης αλλά και μετά τη γέννηση του νεογνού. Οι γυναίκες οι οποίες έχουν προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης του νοσήματος συγκριτικά με τις υπόλοιπες γυναίκες. Πέρα από το ιστορικό κατάθλιψης, το προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο, τα αρνητικά συναισθήματα απέναντι στην εγκυμοσύνη, το ενδεχόμενο σεξουαλικής κακοποίησης στο παρελθόν, οι αγχωτικές καταστάσεις όπως ο θάνατος συγγενικού προσώπου και η μειωμένη αυτοεκτίμηση παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνισή της (Ghaedrahmati et al. 2017).

Μαιευτικοί παράγοντες

Σύμφωνα με μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τη Matsin το 2013, οι γυναίκες που έχουν ήδη παιδιά είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη διότι νιώθουν μεγαλύτερη ψυχολογική πίεση σε σχέση με τις γυναίκες που γίνονται για πρώτη φορά μητέρες. Καταστάσεις οι οποίες μπορούν να θεωρηθούν επικίνδυνες και να προκαλέσουν την επιλόχεια κατάθλιψη είναι η νοσηλεία κατά τη περίοδο της κύησης, το ιστορικό αποβολής στο παρελθόν και η επείγουσα καισαρική τομή. Επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν κατά την διάρκεια του τοκετού όπως η πρόπτωση του ομφάλιου λώρου, οι αιμορραγίες, το χαμηλό βάρος του νεογνού, η γέννηση του πρόωρα ακόμα και η διάγνωσή του με κάποια ασθένεια, επηρεάζουν αρνητικά την ψυχολογία της μητέρας. Τέλος, εξίσου αρνητική επίδραση ενδέχεται να έχει η απόφαση για καισαρική τομή εφόσον ο φυσιολογικός τοκετός, τον οποίο επιθυμεί να έχει η πλειοψηφία των γυναικών, δεν μπορεί να γίνει εξαιτίας επιπλοκών κατά τον τοκετό ή την κύηση ή άλλων ιατρικών λόγων (Μωραΐτου 2004, Norhayati et al. 2015, Ghaedrahmati et al. 2017).

Κοινωνικοί παράγοντες

Πολλοί είναι οι κοινωνικοί παράγοντες πρόκλησης της επιλόχειας κατάθλιψης, όπως στην περίπτωση που οι ανύπαντρες μητέρες δεν έχουν τη στήριξη του πατέρα του παιδιού τους αλλά ούτε της οικογένειάς τους λόγω μη αποδοχής της εγκυμοσύνης τους. Επίσης, η κακοποιητική συμπεριφορά του συζύγου, η έλλειψη κοινωνικής, οικονομικής και συναισθηματικής υποστήριξης από τον σύζυγο ή τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας όπως οι γονείς αλλά και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο επηρεάζουν αρνητικά την ψυχολογική της κατάσταση της γυναίκας. Τέλος, η επαγγελματική απασχόληση και το ανεπαρκές σχετίζονται με την αυξημένη συχνότητα εμφάνισης της επιλόχειας κατάθλιψης (Μωραΐτου 2004, Norhayati et al. 2015, Ghaedrahmati, et al. 2017).

Βιολογικοί παράγοντες

Η μονοαμινοξειδάση Α ενισχύει την ενζυμική αποδόμηση των νευροδιαβιβαστών όπως της ντοπαμίνης, της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης, οι οποίες είναι υπεύθυνες για τη ρύθμιση της διάθεσης και των συναισθημάτων. Σε μια μελέτη που διεξήχθη από τους Sacher et al. σε γυναίκες μετά τον τοκετό με σκοπό να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ των αλλαγών στα επίπεδα οιστραδιόλης και του ενζύμου μονοαμινοξειδάσης στον εγκέφαλο, αποδείχθηκε ότι τα επίπεδα μονοαμινοξειδάσης Α ήταν κατά 43% αυξημένα τις πρώτες 4-6 μέρες μετά τον τοκετό. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι νευροδιαβιβαστές να εξαντλούνται γρηγορότερα και έτσι ευνοείται η εμφάνιση της μελαγχολίας της λοχείας και της επιλόχειας κατάθλιψης (O'Hara and Wisner 2013).

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, στον γυναικείο οργανισμό τόσο τα οιστρογόνα όσο και η προγεστερόνη αυξάνονται, ενώ μετά τον τοκετό επανέρχονται στις φυσιολογικές τους τιμές. Αυτή η απότομη αλλαγή των ορμονών επηρεάζει τη συναισθηματική κατάσταση των γυναικών και ευνοεί την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης. Επίσης, αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης παρουσιάζουν οι γυναίκες που τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα τους είναι υψηλά σε σύγκριση με τις υπόλοιπες γυναίκες. Σε ορισμένες γυναίκες, οι θυρεοειδικές δυσλειτουργίες όπως της θυρεοειδίτιδας σχετίζονται με την επιλόχεια κατάθλιψη καθώς επηρεάζουν τα επίπεδα της σεροτονίνης. Τέλος, οι έφηβες μητέρες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη σε σχέση με τις ενήλικες μητέρες. Αυτό συμβαίνει διότι η εγκυμοσύνη συχνά οδηγεί στη διακοπή της εκπαίδευσης, με μακροπρόθεσμες επιπτώσεις την έλλειψη οικονομικής ανεξαρτησίας και τις περιορισμένες ευκαιρίες για εργασία (Μωραΐτου 2004, Yim et al. 2015, Ghaedrahmati et al. 2017).

4.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σύμφωνα με το DSM-V, η συμπτωματολογία της επιλόχειας κατάθλιψης είναι όμοια με αυτή της κατάθλιψης, η οποία εκδηλώνεται οποιαδήποτε άλλη χρονική περίοδο της ζωής. Ένα μείζον επιλόχειο καταθλιπτικό επεισόδιο μπορεί να ξεκινήσει τις πρώτες 4 εβδομάδες μετά τον τοκετό και να διαρκέσει 2 ή περισσότερες εβδομάδες, με συμπτώματα όπως η καταθλιπτική διάθεση. Η διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης είναι μεταξύ των 4 πρώτων εβδομάδων έως και 6 μηνών μετά τη γέννηση του νεογνού, αλλά θεωρείται περίπλοκη, καθώς οι μεταβολές που βιώνουν οι γυναίκες στον ύπνο και την όρεξη αποτελούν έτσι κι αλλιώς ένα σύνηθες φαινόμενο ειδικά τις πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό (Friedman and Resnick 2009, Pearlstein et al. 2009, Sit and Wisner 2009).

Η κλίμακα επιλόχειας κατάθλιψης του Εδιμβούργου (Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS) θεωρείται μια από τις πιο διαδεδομένες και αποτελεσματικές κλίμακες διάγνωσης της νόσου καθώς βοηθά στην εκτίμηση της έντασης των συναισθημάτων της. Δημιουργήθηκε το 1987 από τους Cox, Holden και Sagovsky με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης ενώ στη συνέχεια άρχισε να χρησιμοποιείται σε γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, σε περιεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, σε όσες δεν ήταν έγκυες ή είχαν κάποια αποβολή στο παρελθόν σε όσες δεν μπορούσαν να κάνουν παιδιά. Η κλίμακα αυτή περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις οι οποίες είναι εύκολες ως προς τις απαντήσεις τους. Η βαθμολογία της κάθε ερώτησης προκύπτει από μια διαβαθμισμένη κλίμακα από 0-3 και εξαρτάται από την ένταση ή τη διάρκεια του κάθε συμπτώματος τις 7 τελευταίες ημέρες. Η βαθμολογία που μπορεί να συγκεντρώσει μια γυναίκα είναι από 0 (χωρίς συμπτώματα) έως 30 (σοβαρή επιλόχεια κατάθλιψη), ενώ αν ξεπεράσει τη βαθμολογία 10 έως 13 απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση και στην συνέχεια θεραπευτική αντιμετώπιση (Friedman and Resnick 2009, O'Hara and Wisner 2013, Kozinszky and Dudas 2015, Shrestha et al. 2016, Βιβιλάκη 2016, Barnes 2019).

Για τη διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης παίζει σημαντικό ρόλο και ο προληπτικός έλεγχος. Ένα από τα πιο διαδεδομένα εργαλεία προσυμπτωματικού ελέγχου είναι το ερωτηματολόγιο υγείας ασθενούς (Patient Health Questionnaire-9 – PHQ-9), το οποίο χρησιμοποιείται και κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης. Παρόμοια εργαλεία είναι το ερωτηματολόγιο του Beck (Beck depression inventory – BDI), η νοσοκομειακή κλίμακα άγχους και κατάθλιψης (Hospital anxiety and depression scale - HAD), η κλίμακα κατάθλιψης Zung (Zung depression scale – ZDS) και η κλίμακα κατάθλιψης του Κέντρου Επιδημιολογικών Μελετών (Centre for Epidemiologic studies depression scale – CES-D) (Barnes 2019).

4.6 ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Οι πρώτοι 12 μήνες μετά τον τοκετό θεωρούνται υψίστης σημασίας για την ευεξία της μητέρας αλλά και για την ομαλή ανάπτυξη (συναισθηματική, γνωστική, κοινωνική) του μωρού σε όλα τα επίπεδα. Γι' αυτό, είναι αναγκαία η θεραπεία ώστε πέρα από την καλύτερη ανάπτυξη του βρέφους να διασφαλιστεί και η μελλοντική του ψυχική υγεία. Η ποιότητα φροντίδας που του παρέχει η μητέρα, η οποία έχει θεμελιώδη ρόλο, αποτελεί βασικό παράγοντα για την επίτευξη της βέλτιστης σχέσης μεταξύ τους εφόσον η μητέρα καταλαβαίνει τα νοήματα επικοινωνίας και ανταποκρίνεται στις ανάγκες του βρέφους (Goodman 2019).

Εντούτοις, όταν η μητέρα πάσχει από κατάθλιψη, καθίσταται δύσκολη η ανάπτυξη θετικής σχέσης με το μωρό της, καθώς η ίδια νιώθει συναισθηματική εξάντληση και υπάρχει έλλειψη κινήτρων. Πολλές φορές ερμηνεύει λανθασμένα τη συμπεριφορά του, όπως δηλαδή να θεωρήσει το κλάμα ως απόδειξη ότι είναι κακή μητέρα ή ότι το μωρό δεν τη θέλει. Ύστερα από αναλύσεις διάφορων μελετών επί του θέματος διαπιστώθηκε ότι οι μητέρες είναι ευέξαπτες, εχθρικές, αποστασιοποιημένες και έχουν χαμηλές αλληλεπιδράσεις. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι αποφεύγουν την επαφή με το βρέφος, δεν δείχνουν θετικά συναισθήματα με τις εκφράσεις του προσώπου τους και δεν εκδηλώνουν την απαιτούμενη ευαισθησία προς αυτό. Όλα τα παραπάνω συχνά οδηγούν στην αλλαγή συμπεριφοράς του βρέφους, όπως για παράδειγμα γίνεται ανήσυχο, εκδηλώνει λιγότερες εκφράσεις ικανοποίησης, με αποτέλεσμα να εντείνεται το πρόβλημα της μητέρας. Ακόμη, τα αρσενικά βρέφη είναι πιο επιρρεπή στις επιβλαβείς επιπτώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης απ' ό,τι τα θηλυκά, καθώς εμφανίζουν πιο βίαιη συμπεριφορά, μεγαλύτερη γνωστική έκπτωση, υπερκινητικότητα και αντικοινωνικότητα (Avery et al. 2009, Goodman 2019).

Παρ' όλα αυτά, το κενό της μητέρας μπορεί να αναπληρωθεί με τη φροντίδα που μπορεί να προσφέρει ο πατέρας, μειώνοντας έτσι περισσότερο τον κίνδυνο των επιπτώσεων στο μωρό. Επιπλέον, παρότι η θεραπεία μπορεί να ελαττώσει τα συμπτώματα της κατάθλιψης, η σχέση μεταξύ μητέρας και βρέφους ενδέχεται να μην καλυτερεύσει. Ωστόσο, δεν είναι απαραίτητο ότι επηρεάζονται όλα τα μωρά, καθώς τα καταθλιπτικά συμπτώματα της μητέρας μπορεί να είναι ήπια (Avery et al. 2009, Goodman 2019).

4.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης μετά τον τοκετό είναι απαραίτητη η θεραπεία είτε με φαρμακευτική αγωγή είτε με άλλες μη φαρμακευτικές μεθόδους. οι ασθενείς και ο φροντιστής αποφασίζουν από κοινού τη μέθοδο λαμβάνοντας υπόψιν παραμέτρους όπως το επίπεδο

δυσφορίας, την ανταπόκριση σε τυχόν προηγούμενη θεραπεία και την πρόσβαση στις βαθμίδες υγείας (Leight et al. 2010).

4.7.1 Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Αντικαταθλιπτικά φάρμακα

Σύμφωνα με έρευνες τα αντικαταθλιπτικά που δίνονται για τη θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης είναι το ίδιο αποδοτικά και για την θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης. Γι' αυτόν τον λόγο, οι ειδικοί προτείνουν, σε περίπτωση που η μητέρα έπασχε στο παρελθόν από κατάθλιψη και ανταποκρίθηκε σε κάποιο αντικαταθλιπτικό φάρμακο, να χορηγείται πρώτα, εφόσον είναι δυνατόν. Παρόλο που μπορούν να προταθούν και άλλες μη φαρμακολογικές θεραπείες σε περίπτωση ήπιας ή μέτριας κατάθλιψης, για κάποιες γυναίκες δεν είναι αποτελεσματικές (Leight et al. 2010).

Τα αντικαταθλιπτικά αποτελούν την πιο κοινή θεραπεία για την αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης, καθώς έχουν αρκετά πλεονεκτήματα, όπως το ότι αποτελούν μια πιο οικονομική επιλογή συγκριτικά με άλλες μη φαρμακευτικές μεθόδους, και δεν χρειάζονται τόσες συνεδρίες. Όμως, έχουν και αρκετά μειονεκτήματα. Ειδικότερα, οι παρενέργειες που εμφανίζονται μπορεί να διαφέρουν από γυναίκα σε γυναίκα όσον αφορά την έντασή τους. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υποστηρίζει ότι τα οφέλη του μητρικού θηλασμού είναι πολλαπλά και γι' αυτό τον συνιστά, τουλάχιστον μέχρι τον 6^ο μήνα, αλλά η χρήση αντικαταθλιπτικών κατά τον θηλασμό, ενώ μπορεί να είναι αρκετά βοηθητική ως θεραπεία για τη μητέρα, είναι πιθανό να έχει βλαβερές επιπτώσεις στην ανάπτυξη του βρέφους, καθώς οι ουσίες των φαρμάκων μεταφέρονται στο μητρικό γάλα. Αυτό όμως εξαρτάται από ορισμένους παράγοντες όπως η ηλικία του βρέφους, ο χρόνος ημίσειας ζωής του φαρμάκου, η ανώριμη νεφρική λειτουργία κ.ά. Για τον λόγο αυτό ο γιατρός θα επιτρέψει ή θα απαγορεύσει τον θηλασμό ανάλογα με τη δόση και τον τύπο του φαρμάκου. Ωστόσο, σε περίπτωση που η μητέρα θέλει να θηλάσει, θα πρέπει να βρεθεί εναλλακτική θεραπεία (Leight et al. 2010, Brummelte and Galea 2016, O'Hara and Engeldinger 2018).

Σύμφωνα με τα υπάρχοντα δεδομένα η θεραπεία με SSRIs θεωρείται ασφαλής, καθώς δεν υπάρχουν πολλές αναφορές που να επιβεβαιώνουν παρενέργειες στα βρέφη. Τα περισσότερα φάρμακα αυτής της κατηγορίας απεκκρίνονται στο μητρικό γάλα σε ελάχιστη ποσότητα ή καθόλου. Δύο τύποι φαρμάκων των SSRIs όμως, η σιταλοπράμη και η φλουοξετίνη, φαίνεται ότι ανιχνεύονται στο γάλα σε μεγαλύτερη συγκέντρωση σε σύγκριση με τα υπόλοιπα φάρμακα της ίδιας κατηγορίας. Επιπροσθέτως, υπάρχουν μεμονωμένες περιπτώσεις όπου η έκθεση των βρεφών σε εσκιταλοπράμη και παροξετίνη δημιούργησε

ανεπιθύμητες ενέργειες. Ωστόσο, είναι ήπιες και οι πιο συχνές περιλαμβάνουν αλλαγές στον ύπνο, μειωμένη σίτιση και ευερεθιστότητα αλλά με τη διακοπή του θηλασμού ή του αντικαταθλιπτικού υποχωρούν. Επιπλέον, από τους γιατρούς θεωρείται θεραπεία πρώτης γραμμής η σερτραλίνη και η παροξετίνη για μια ασθενή που δεν έχει λάβει στο παρελθόν αντικαταθλιπτικά (Leight et al. 2010, Becker et al. 2016).

Από τους SNRIs τρία φάρμακα έχουν ανιχνευθεί στο μητρικό γάλα και κατά συνέπεια στο βρέφος. Αυτά είναι η βενλαφαξίνη, η ντουλοξετίνη και η δεσβενλαφαξίνη. Κατά τη θεραπεία με βενλαφαξίνη δεν αναφέρθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες στο βρέφος, παρομοίως και με τα άλλα δύο φάρμακα, καθώς η δόση που ανιχνεύθηκε ήταν πολύ χαμηλή (Becker et al. 2016).

Άλλα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, όπως η βουπροπιόνη, η μιρταζαπίνη και η τραζοδόνη, δεν προκαλούν παρενέργειες στα βρέφη παρά μόνο σε μεμονωμένες περιπτώσεις. Η βουπροπιόνη είναι μη ανιχνεύσιμη, ωστόσο σε μία περίπτωση παρατηρήθηκε κρίση σε βρέφος ηλικίας 6 μηνών. Επίσης, η μιρταζαπίνη ανιχνεύεται σε ελάχιστες ποσότητες ή και καθόλου, ενώ η τραζοδόνη βρίσκεται σε αρκετά μικρές ποσότητες (Becker et al. 2016).

Στις περισσότερες περιπτώσεις θεραπείας με τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά δεν έχουν ανιχνευθεί παρενέργειες καθώς και δόση του φαρμάκου στο βρέφος. Ωστόσο, η δοξεπίνη που ανήκει σε αυτή την κατηγορία, αποφεύγεται κατά τον θηλασμό διότι υπάρχουν περιπτώσεις που προκλήθηκε καταστολή (Becker et al. 2016).

Ορμονική θεραπεία

Μετά τη γέννα η μητέρα υφίσταται απότομη πτώση στα επίπεδα προγεστερόνης και οιστρογόνων, η οποία ενδέχεται να αποτελέσει αιτία εμφάνισης της επιλόχειας κατάθλιψης. Τα οιστρογόνα έχουν άμεση σχέση με την εγκεφαλική λειτουργία, καθώς μέσω αυτών ενισχύεται η δράση των νευροδιαβιβαστών, πραγματοποιείται η προώθηση της νευρωνικής ανάπτυξης, μετριάζεται το οξειδωτικό στρες και διαμορφώνεται ο άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης. Σύμφωνα με μια μελέτη που αναφέρουν οι Leight et al. σχετικά με τις επιδράσεις των ορμονικών μεταβολών μετά τη γέννα, οι γυναίκες με ιστορικό PPD (Postpartum Depression) παρουσίασαν συμπτώματα εξαιτίας των μειωμένων επιπέδων οιστραδιόλης και προγεστερόνης, ενώ οι γυναίκες που δεν είχαν ιστορικό δεν εκδήλωσαν συμπτώματα. Επιπλέον, διαπιστώνεται ότι η συμβολή της ορμονικής παρέμβασης είτε ως θεραπείας είτε προληπτικά είναι σημαντική (Leight et al. 2010).

Σύμφωνα με μια ακόμη μελέτη που παρουσιάζουν οι Leight et al. κάποιες γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη που δεν θήλαζαν έλαβαν έμπλαστρα οιστρογόνου και άλλες εικονικό φάρμακο. Στην πρώτη περίπτωση, παρατηρήθηκε ταχύτερη αλλά μερική ύφεση των

συμπτωμάτων τον πρώτο μήνα της θεραπείας, όπως προέκυψε από κλινικές συνεντεύξεις και από τη μέτρηση μέσω της κλίμακας EPD. Στη δεύτερη περίπτωση, ομοίως τα συμπτώματα ήταν ηπιότερα και δεν υποχώρησαν, αλλά η βαθμολογία παρέμεινε ίδια (Leight et al. 2010).

Τα αποτελέσματα δύο ακόμη μελετών που αναφέρουν οι Leight et al. έρχονται σε αντίθεση μεταξύ τους. Η μια μελέτη πρότεινε την προγεστερόνη ως μια ασφαλή και υποσχόμενη θεραπεία για την αντιμετώπιση της PPD, ενώ η δεύτερη υποστήριζε ότι η χορήγηση συνθετικού προγεσταγόνου επιδεινώνει τα συμπτώματα και θα μπορούσε να προκαλέσει αιμορραγία και εξάντληση (Leight et al. 2010).

Λαμβάνοντας υπόψιν τις παραπάνω μελέτες διαπιστώνεται ότι παρά τα θετικά αποτελέσματα της θεραπείας με οιστρογόνα θα πρέπει να γίνουν περαιτέρω μελέτες. Ακόμη, σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι γυναίκες με αυξημένες πιθανότητες εκδήλωσης θρομβοεμβολής απαγορεύεται να λαμβάνουν θεραπεία με οιστρογόνα και ότι πρέπει να αποφεύγεται η μακροχρόνια χρήση τους διότι υπάρχει μεγάλος κίνδυνος για καρκίνο και υπερπλασία του ενδομητρίου. Τέλος, θα μπορούσε η ταυτόχρονη χορήγηση οιστρογόνων και προγεστερόνης να μειώσει τον κίνδυνο, όμως η επιδείνωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που προκαλείται καθιστά περίπλοκη την εφαρμογή της μεθόδου αυτής (Leight et al. 2010).

4.7.2 Ψυχοθεραπεία

Οι μητέρες προτιμούν συνήθως τις ψυχολογικές θεραπείες, καθώς δεν έχουν επιπτώσεις στο βρέφος όπως τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Το ίδιο ισχύει και για τους ειδικούς, οι οποίοι τις προτείνουν σε περιπτώσεις ήπιας έως μέτριας μορφής κατάθλιψης, όμως σε πιο σοβαρές μορφές ενδείκνυται ο συνδυασμός τους με αντικαταθλιπτικό. Όλες οι ψυχολογικές θεραπείες είναι αποτελεσματικές στην αντιμετώπιση της PPD και μπορούν να γίνουν είτε ατομικά είτε ομαδικά. Ωστόσο, οι πιο κοινές λόγω της αποτελεσματικότητάς τους είναι η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία και η γνωστική συμπεριφορική ψυχοθεραπεία (Κώτση 2009, Leight et al. 2010).

Η διαπροσωπική θεραπεία (Interpersonal Psychotherapy – IPT) είναι μικρής χρονικής διάρκειας συνήθως 12-20 συνεδριών, και εστιάζει στην αντιμετώπιση διαπροσωπικών θεμάτων. Η βασική αρχή της IPT είναι ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς αντιμετωπίζουν κοινωνικά προβλήματα, τα οποία ορίζονται ως προβληματικές περιοχές. Στην περίπτωση της επιλόχειας κατάθλιψης, μπορεί να είναι η μετάβαση στον ρόλο της μητρότητας, η εγκατάλειψη της εργασίας, οι διαπροσωπικές συγκρούσεις, ενώ κάποιο από αυτά τα προβλήματα θα αποτελέσει το αρχικό επίκεντρο της θεραπείας. Κατά τη διάρκειά της, ο ειδικός θα επιδιώξει να βελτιώσει τη σχέση της μητέρας με τον σύζυγό της εντοπίζοντας αρχικά τους λόγους της διαταραχής της σχέσης τους, αλλά και θα διερευνήσει τρόπους για την ενίσχυση της κοινωνικής

υποστήριξης της μητέρας. Ακόμη η IPT χρησιμοποιείται, πέρα από περιπτώσεις οξείας και επιλόχειας κατάθλιψης, για τη διατήρηση της ευεξίας, την αποφυγή υποτροπής μετά την κατάθλιψη αλλά και προληπτικά κατά την εγκυμοσύνη σε μητέρες που υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να εμφανίσουν την νόσο. Έπειτα από δοκιμές που πραγματοποιήθηκαν για την αποτελεσματικότητα της διαπροσωπικής θεραπείας, προέκυψε το συμπέρασμα ότι κατά το τέλος της είχαν ελαχιστοποιηθεί σημαντικά και τα καταθλιπτικά συμπτώματα και οι πιθανότητες να πληρούνται τα κριτήρια για επιλόχεια κατάθλιψη, ενώ σημειώθηκε μεγάλη βελτίωση της κοινωνικής προσαρμογής (Beck 2006, O'Hara 2009, Pearlstein et al. 2009, Leight et al. 2010, Anokye et al. 2018, O'Hara and Engeldinger 2018).

Η γνωστική συμπεριφορική ψυχοθεραπεία (Cognitive behavioral therapy – CBT) είναι και αυτή μια αποτελεσματική θεραπεία η οποία στηρίζεται στη θεωρία ότι η διάθεση έχει άμεση σχέση με τις αντιλήψεις και τις συμπεριφορές του ατόμου. Σύμφωνα με τον Aaron Beck, «η CBT στηρίζεται σε τρεις βασικές αρχές. Η πρώτη είναι ότι η γνωσιακή λειτουργία επηρεάζει τη συμπεριφορά. Η δεύτερη είναι ότι η γνωσιακή λειτουργία μπορεί να ελεγχθεί αλλά και να μεταβληθεί και η τρίτη είναι ότι οι επιθυμητές αλλαγές στη συμπεριφορά μπορούν να επηρεαστούν από γνωσιακές αλλαγές». Η CBT περιλαμβάνει συνήθως 10-20 συνεδρίες για 12-16 εβδομάδες και ο στόχος της είναι να βοηθήσει τη μητέρα να αντικαταστήσει τις αρνητικές σκέψεις με θετικές και να αλλάξει συμπεριφορές που επιδεινώνουν την κατάθλιψη (Leight et al. 2010, O'Hara and Engeldinger 2018).

Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων που χρησιμοποιείται η CBT ως θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης δίνεται σημαντικό βάρος στη σχέση μητέρας - βρέφους. Ο θεραπευτής συμβάλλει στην κατανόηση και στην ανάπτυξη του ρόλου και των δεξιοτήτων της μητρότητας. Συχνά η μέθοδος αυτή πραγματοποιείται σε ομαδικό επίπεδο για διάστημα μεγαλύτερο των 12 εβδομάδων. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας, η μητέρα θα πρέπει να κατανοήσει ότι οι ευχάριστες δραστηριότητες θα βελτιώσουν τη διάθεσή της αλλά και να βρει δραστηριότητες που θα βοηθήσουν τη σχέση της με το βρέφος. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να αναγνωρίσει ποιες είναι οι υγιείς και οι τοξικές σκέψεις, να μάθει πώς να απευθυνθεί στην κοινωνία για να βοηθηθεί ώστε να αναπτύξει μια ευνοϊκή ζωή για την ίδια και το μωρό (O'Hara and Engeldinger 2018).

4.7.3 Άλλες μη φαρμακευτικές θεραπείες

Εκτός από τις φαρμακευτικές θεραπείες και τις ψυχοθεραπείες, υπάρχουν και άλλες οι οποίες θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν συμπληρωματικά. Αν και διαθέτουμε ενδείξεις για την αποτελεσματικότητά τους και για τη θετική τους ανταπόκριση στην επιλόχεια κατάθλιψη,

χρειάζονται περαιτέρω έρευνες για να προταθούν από τους επαγγελματίες υγείας. Σύμφωνα με κλινικές δοκιμές που έχουν πραγματοποιήσει οι Zauderer και Davis, οι οποίοι ειδικεύονται στη θεραπεία των περιγεννητικών διαταραχών διάθεσης, απέδειξαν την αποτελεσματικότητα των ω-3 λιπαρών οξέων, των συμπληρωμάτων βιταμινών και μετάλλων, του βελονισμού και της άσκησης ως φυσικών αντικαταθλιπτικών μεθόδων (Zauderer and Davis 2012).

Τα ω-3 λιπαρά οξέα που περιλαμβάνουν τα ιχθυέλαια είναι το εικοσαπενταενικό οξύ (Eicosapentaenoic acid – EPA) και το δοκοσαξεξανοϊκό οξύ (Docosahexaenoic acid – DHA). Έχουν πολλαπλά οφέλη για τη μητέρα και το θηλάζον βρέφος, καθώς συμβάλλουν στην ανάπτυξη του κεντρικού νευρικού συστήματος του βρέφους και μπορούν να βελτιώσουν τη διάθεση της μητέρας. Σύμφωνα με μελέτες έχει διαπιστωθεί ότι οι γυναίκες που εκδήλωσαν κατάθλιψη μετά τον τοκετό είχαν χαμηλές συγκεντρώσεις ω-3 λιπαρών οξέων σε σχέση με εκείνες που δεν εκδήλωσαν. Ακόμη, αναφέρεται ότι γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη που έλαβαν ω-3 λιπαρά οξέα είχαν σημαντική βελτίωση στη διάθεσή τους, και έτσι θεωρούνται ασφαλή είτε ως θεραπεία είτε συμπληρωματικά. Επιπλέον, βρέθηκε ότι μητέρες με περισσότερες από μια εγκυμοσύνες σε χρονικό διάστημα μικρότερο των 2 ετών είχαν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη ενδεχομένως επειδή δεν ήταν επαρκής ο χρόνος για την αναπλήρωση ω-3 λιπαρών οξέων (Leight et al. 2010, Levant 2011, Zauderer and Davis 2012).

Η τακτική σωματική άσκηση συμβάλλει στη σωστή λειτουργία του ανοσοποιητικού και βοηθά στην παραγωγή αντιοξειδωτικών ουσιών. Μπορεί να συνδυαστεί με άλλες θεραπείες για την αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης, καθώς βοηθά τις μητέρες να κοιμούνται καλύτερα και να θέλουν να τρέφονται πιο υγιεινά ώστε να έχουν υψηλά επίπεδα ενέργειας. Παρ' όλα αυτά, πρέπει να περάσει ένα χρονικό διάστημα από τον τοκετό για την έναρξη της άσκησης, αφού πρώτα συμβουλευτούν κάποιον επαγγελματία υγείας για την ένταση και το είδος της άσκησης. Το διάστημα αυτό εξαρτάται από το είδος του τοκετού, αφού για μια μητέρα που γέννησε με καισαρική τομή απαιτείται περισσότερος καιρός ώστε να αναρρώσει. Συνήθως σε ήπια ή μέτρια μορφή επιλόχειας κατάθλιψης συστήνεται η άσκηση να πραγματοποιείται 2 με 3 φορές την εβδομάδα για 20-30 λεπτά (Zauderer and Davis 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

5.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην έγκαιρη αναγνώριση και την άμεση θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης. Η κύρια επαγγελματική ευθύνη του νοσηλευτή είναι να παρέχει ολιστική νοσηλευτική περίθαλψη. Οι νοσηλευτές προωθούν ένα περιβάλλον που τηρούνται τα ανθρώπινα δικαιώματα, οι αξίες, τα έθιμα και οι πνευματικές πεποιθήσεις του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας (Segre et al. 2010).

Μέσω της διαδικασίας της νοσηλευτικής φροντίδας, οι νοσηλευτές πρέπει να διασφαλίσουν ότι η χρήση της τεχνολογίας και των επιστημονικών εξελίξεων είναι συμβατή με την ασφάλεια, την αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα των ανθρώπων. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση, αποτελεί επίσης τον ακρογωνιαίο λίθο στην ανάπτυξη των επαγγελματικών δεξιοτήτων των νοσηλευτών με σκοπό την παροχή αποτελεσματικής και ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να κατέχουν επίσης τις απαραίτητες γνώσεις αλλά και να είναι εξοικειωμένοι με τις συναισθηματικές διαταραχές της κύησης και της λοχείας, με σκοπό την έγκαιρη παρέμβαση αλλά και την πρόληψη (Segre et al. 2010).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην επιλόχεια κατάθλιψη περιλαμβάνει την ενεργό βοήθεια στην ασθενή για την ανάπτυξη μηχανισμών άμυνας, την ενθάρρυνση της ασθενούς να αναγνωρίζει και εκφράζει τα συναισθήματά της, την προώθηση της αυτοεκτίμησης της ασθενούς, την ενθάρρυνση να εκφράζει αλλά και να εντοπίζει τους παράγοντες που προκαλούν ένταση καθώς και να ενθαρρύνει την ασθενή να ολοκληρώνει όλα τα στάδια λύπης σε περίπτωση εμφάνισης φυσιολογικών αντιδράσεων λύπης (Grant 2001, Ventura et al. 2020).

Επιπρόσθετα, σκοπός της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι η επίτευξη πλήρους συνεργασίας της ασθενούς αλλά και ανάπτυξης εμπιστοσύνης με τη διεπιστημονική ομάδα, η ενεργή συμμετοχή της σε ομαδικές δραστηριότητες, η επικοινωνία με άλλους ασθενείς αλλά και με το προσωπικό και η συνειδητοποίηση των προβλημάτων που συνιστούν τροχοπέδη στην επικοινωνία με άλλους. Συνάμα ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης θα πρέπει να είναι προστατευτικός για την αποφυγή πρόκλησης σωματικής βλάβης από τον ίδιο τον ασθενή. Απόρροια τούτου, είναι η στενή παρακολούθηση της ασθενούς, η απομάκρυνση αντικειμένων που θεωρούνται ύποπτα για την πρόκληση σωματικής βλάβης, η

λήψη μέτρων για τη δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος και η εκπλήρωση των βασικών αναγκών (Coler and Vincent 2001).

Ο νοσηλευτής επίσης θα πρέπει να ενισχύει την αυτοεκτίμηση της ασθενούς και μέσω της εκτίμησης των θετικών χαρακτηριστικών της να την παροτρύνει να συμμετέχει ενεργά σε δραστηριότητες και να προάγει την ατομική υγιεινή και αυτοφροντίδα. Επιπρόσθετα, ο νοσηλευτής θα πρέπει να βοηθά την ασθενή στην αναγνώριση των νοσηρών μηχανισμών και να ενισχύει τους προσαρμοστικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης των προβλημάτων μέσω της εξεύρεσης εναλλακτικών τρόπων για την επίλυσή τους και επιβραβεύοντας τις θετικές προσπάθειες (Coler and Vincent 2001).

Η προώθηση της κοινωνικής στήριξης μέσω της ενθάρρυνσης του οικογενειακού περιβάλλοντος να αναπτύσσει διόδους επικοινωνίας, μπορεί να αποτρέψει τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και κατάθλιψη της ασθενούς. Ακόμη, ο εντοπισμός και η παραπομπή σε κοινωνικές υπηρεσίες της ασθενούς μπορεί να συμβάλλουν στην προώθηση της κοινωνικής υποστήριξης (Coler and Vincent 2001, Grant 2001).

Βασικό στοιχείο στην αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης, αποτελεί και η συμβολή του νοσηλευτή στην εκπαίδευση της ασθενούς και του οικογενειακού της περιβάλλοντος. Η κατανόηση του προγράμματος φροντίδας υγείας και η συμμετοχή της ασθενούς σε αυτό προάγει τη συμμόρφωση. Η ασθενής θα πρέπει να συμμετέχει ενεργά στο σχεδιασμό του προγράμματος καθώς και ο στενός οικογενειακός της κύκλος. Επίσης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να επιλύει όλες τις απορίες σχετικά τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και να τροποποιεί το σχέδιο φροντίδας, αναλόγως με τις μεταβολές στην κατάσταση της ασθενούς (Coler and Vincent 2001, Grant 2001).

5.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΕΠΙΛΟΧΕΙΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Στη νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς με επιλόχειο κατάθλιψη περιλαμβάνεται η λήψη μέτρων για την πρόληψη της αυτοκτονίας, σε περίπτωση που η ασθενής διατρέχει μεγάλο κίνδυνο, ενθάρρυνση να εξωτερικεύει τις σκέψεις αυτοκτονίας, προσεκτική ακρόαση και ενημέρωση του ιατρού για τους παράγοντες κινδύνου. Ο νοσηλευτής επίσης θα πρέπει να ασκεί έλεγχο και να προσπαθεί να πείσει την ασθενή ότι δεν επιτρέπεται να βλάψει τον εαυτό της, να εκτιμά διαρκώς την αυτοκτονική διάθεση της ασθενούς, να παρέχει εξηγήσεις και αίσθημα προστασίας, να απομακρύνει αντικείμενα που μπορεί να προκαλέσουν σωματική βλάβη στην ασθενή, να παρατηρεί και παρακολουθεί την ασθενή κατά την λήψη της φαρμακευτικής της αγωγής, να διαθέτει χρόνο για ακρόαση και συζήτηση των συναισθημάτων με σκοπό τη μείωση του αισθήματος μοναξιάς και της απομόνωσης και τη διευκόλυνση της περαιτέρω θεραπείας.

Επιπλέον, ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει συχνές και σύντομες συναντήσεις με την ασθενή με σκοπό την ελαχιστοποίηση του άγχους, να αναγνωρίζει και να αποδέχεται τα συναισθήματα της ασθενούς χωρίς όμως να υπάρχει ταύτιση, να δημιουργεί μηχανισμό αντιμετώπισης, ο οποίος θα χαρακτηρίζεται από ηρεμία, εμπιστοσύνη και αντικειμενικότητα, να τηρεί πιστά τα χρονικά πλαίσια που έχει ορίσει για τις συναντήσεις με σκοπό την ανάπτυξη εμπιστοσύνης, να συμβάλλει στην ανάπτυξη της αίσθησης ελέγχου των στόχων και της συμπεριφοράς, να χρησιμοποιεί απλές και κατανοητές λέξεις και να δίνει το χρονικό περιθώριο στην ασθενή να απαντήσει σε ερωτήσεις που τις έχουν τεθεί και να προωθεί τις κοινωνικές παρεμβάσεις (Coler and Vincent 2001).

Επιπρόσθετα, στη νοσηλευτική φροντίδα θα πρέπει να περιλαμβάνεται η αποδοχή εκδηλώσεων θυμού χωρίς αμυντική αντιπαράθεση, καθώς μια λογομαχία μπορεί να συμβάλλει στην ελάττωση της αυτοεκτίμησης, η συμμετοχή και η διδασκαλία του οικογενειακού περιβάλλοντος στη θεραπεία, η αποφυγή χρησιμοποίησης εκφράσεων αξιολογικής κριτικής καθώς η ασθενής βλέπει την αρνητική πλευρά του κάθε πράγματος, η βαθμιαία ενσωμάτωση της ασθενούς σε συζητήσεις με άλλους ασθενείς και σε ομαδικές δραστηριότητες, η παρότρυνση της ασθενούς να διατηρεί επαρκή επίπεδα θρέψης και να διατηρεί την ατομική της υγιεινή και η ανάπτυξη συνεργασίας μεταξύ ασθενούς-οικογενειακού περιβάλλοντος και νοσηλευτή πριν την έξοδο από το νοσοκομείο με σκοπό την κατανόηση των διαπροσωπικών εντάσεων και την αντιμετώπισή τους (Coler and Vincent 2001).

5.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να διαθέτει τις απαραίτητες γνώσεις αναφορικά με τους κινδύνους που μπορεί να προκαλέσουν οι απότομες αλλαγές διάθεσης κατά τη λοχεία εξαιτίας π.χ. του πρόωρου τοκετού, του άγχους για την σωστή φροντίδα του νεογνού ή λόγω της χαμηλής αυτοεκτίμησης της νέας μητέρας, της πολυτοκίας, της άσχημης οικονομικής κατάστασης κ.τ.λ. (Lowdermilk et al. 2013).

Πολύ σημαντικό παράγοντα αποτελεί το γεγονός ότι οι νοσηλευτές θα πρέπει να αναγνωρίζουν τα σημεία και τα συμπτώματα όλου του εύρους των διαταραχών της διάθεσης που χαρακτηρίζουν την περίοδο της λοχείας. Επιπλέον, μεγάλο ρόλο παίζει η εξοικείωσή τους αφενός με τις μεθόδους διαλογής και εξέτασης προκειμένου να εντοπίζουν όσες γυναίκες είναι πολύ πιθανό να νοσήσουν από επιλόχεια κατάθλιψη και αφετέρου με τις θεραπείες που έχουν στη διάθεσή τους για την αντιμετώπιση του νοσήματος. Επιπρόσθετα, οι νοσηλευτές θα πρέπει να παρέχουν ολοκληρωμένη πληροφόρηση και ενημέρωση στις λεχώνες αλλά και στο οικογενειακό τους περιβάλλον σχετικά με την επιλόχεια κατάθλιψη, ενώ χρειάζεται επίσης να

εμψυχώνουν τις νέες μητέρες έτσι ώστε να εκφράζουν αυτές όσα άσχημα συναισθήματα μπορεί να τις ταλαιπωρούν είτε κατά την εγκυμοσύνη είτε μετά τον τοκετό (Shapiro 2001, Lowdermilk et al. 2013).

5.3.1 Νοσηλευτική εκτίμηση

Η νοσηλευτική εκτίμηση αποτελεί το πρώτο βήμα της νοσηλευτικής διεργασίας. Η λήψη του ιστορικού αποτελεί πολύ σημαντικό παράγοντα στη νοσηλευτική εκτίμηση. Κατά τη διάρκεια λήψης του ιστορικού, ο νοσηλευτής θα πρέπει να λάβει υπόψιν την ύπαρξη ιστορικού επιλόχειας κατάθλιψης στο οικογενειακό περιβάλλον αλλά και ιστορικό σχετιζόμενο με το επίπεδο μόρφωσης και εργασίας, οποιοδήποτε στρεσογόνο γεγονός που προκαλεί μια αγχωτική κατάσταση, την ύπαρξη προηγούμενης καταθλιπτικής συμπεριφοράς ή καταθλιπτικού επεισοδίου σε προηγούμενο τοκετό. Επίσης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να χρησιμοποιεί τα κατάλληλα εργαλεία εκτίμησης της κατάθλιψης, όπως η κλίμακα Κατάθλιψης της Λοχείας του Εδιμβούργου (Ραγιά 2001, Lowdermilk et al. 2013).

Στη συνέντευξη, ο νοσηλευτής θα οφείλει να εφαρμόσει τα εξής: Θα πρέπει να ενδιαφερθεί για τη νέα μητέρα ακούγοντάς τη με προσοχή, να παρατηρεί για σημεία κατάθλιψης και να προσπαθεί να αποτρέψει ιδέες που περιέχουν απαισιόδοξα σχέδια, να συνομιλεί καταγράφοντας ό,τι αφορά την διάθεσή της, την όρεξη ύπνου, τα επίπεδα ενέργειας και να ελέγχει την ικανότητα συγκέντρωσης, να εκτιμά την υποστήριξη που μπορεί να λάβει από το οικογενειακό περιβάλλον, τις γνώσεις τους, τον τρόπο αντιμετώπισης προς τη λεχώνα καθώς και να ρωτά αν τυχόν επιχείρησε να διαπράξει κακό στον εαυτό της ή στο νεογνό (Ραγιά 2001, Lowdermilk et al. 2013).

5.3.2 Νοσηλευτική διάγνωση

Για την καλύτερη κατανόηση του επιπέδου κινδύνου της κατάθλιψης και της επικινδυνότητας αυτοκτονίας της ασθενούς, συστήνεται η καταγραφή των αισθημάτων της μητέρας κατά τη διάρκεια της ημέρας και κατόπιν θα πρέπει ο νοσηλευτής να εστιάσει στις ανησυχίες και συγκεκριμένα στο πόσο άγχος αναφέρει η ασθενής, στην αξιολόγηση της ανταπόκρισης του οικογενειακού περιβάλλοντος, στην καταβολή δυνάμεων, στην έλλειψη ελπίδας, την έλλειψη γνώσης, αυτοεκτίμησης, την κοινωνική απομόνωση, την ύπαρξη διαταραχών του ύπνου καθώς και την πιθανότητα του κινδύνου να διαπράξει κακό στον ίδιο της τον εαυτό αλλά και στο μωρό (Lowdermilk et al. 2013).

5.3.3 Νοσηλευτική παρέμβαση

Ο ρόλος του νοσηλευτή στο στάδιο αυτό είναι σημαντικός καθώς θα πρέπει να αντιληφθεί την ψυχολογική κατάσταση της μητέρας, να εκπαιδεύσει τη μητέρα και να τη διδάξει αναφορικά με τη μητρότητα και τα οφέλη του θηλασμού, να ενθαρρύνει την ανάπτυξη διαλόγου και να προτρέπει στις μητέρες να εκφράζουν την οποιαδήποτε ανησυχία. Επίσης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενθαρρύνει το οικογενειακό περιβάλλον να απευθύνεται σε υποστηρικτές δομές της κοινότητας για τη λήψη πρόσθετων πληροφοριών αλλά και τη χρήση υπηρεσιών, να αναζητά συμβουλές από επαγγελματίες ψυχικής υγείας και να υπάρχει σφαιρική ενημέρωση αναφορικά με την επιλόχειο κατάθλιψη (Καρπάθιος 2001, Lowdermilk et al. 2013).

5.3.4 Εφαρμογή νοσηλευτικού πλάνου

Ο κάθε ασθενής θα πρέπει να γίνεται αποδεκτός ως ολότητα και δεν θα πρέπει να έρχεται σε δύσκολη θέση από οποιαδήποτε πράξη του νοσηλευτή. Θα πρέπει να τηρούνται οι ιατρικές οδηγίες αναφορικά με τη φαρμακευτική αγωγή και να γίνεται συστηματική παρακολούθηση της έκβασης της ασθενούς καθώς και για την εμφάνιση τυχόν επιπλοκών. Σε συνεργασία με τη διαιτολόγο του τμήματος, ο νοσηλευτής προάγει τη σωστή διατροφή, προκειμένου να καλυφθούν όλες οι διατροφικές ανάγκες της μητέρας και να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις του μωρού. Επιπρόσθετα, ο νοσηλευτής συμβάλλει στην αποκατάσταση των διαταραχών του ύπνου, στην εφαρμογή μέτρων πρόληψης για τις αυτοκτονικές τάσεις της ασθενούς, στη διδασκαλία της ασθενούς αναφορικά με τη φαρμακευτική αγωγή και τον αυτοέλεγχο και στην ενθάρρυνση της ασθενούς να θέτει στόχους (Lowdermilk et al. 2013).

5.3.5 Αξιολόγηση αποτελεσμάτων

Η συνεχής ενημέρωση για την πρόοδο της ψυχικής υγείας της ασθενούς, τα ικανοποιητικά επίπεδα ύπνου, η καλή ψυχολογική διάθεση και το μειωμένο άγχος, η απουσία αυτοκτονικών τάσεων, η ενασχόληση της ασθενούς με το μωρό αλλά και οι σχέσεις με το σύζυγο καθώς και οι γνώσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος σχετικά με την επιλόχειο κατάθλιψη και την αναγνώριση των συμπτωμάτων της αποτελούν κριτήρια αξιολόγησης των αποτελεσμάτων στη νοσηλευτική διεργασία (Happell et al. 2008)

5.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο ρόλος του νοσηλευτή που ασχολείται με τους ψυχικά διαταραγμένους ασθενείς είναι εκπαιδευτικός και συμβουλευτικός. Οι ανάγκες στις οποίες εστιάζει η νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες: τις άμεσες ανάγκες, οι οποίες αφορούν

καταστάσεις απειλητικές για της ζωή του ασθενή και την ασφάλεια του, τις βραχυπρόθεσμες ανάγκες, οι οποίες αναφέρονται στην παραμονή της ασθενούς στο νοσοκομείο αλλά και στην προετοιμασία εξόδου και τις μακροπρόθεσμες ανάγκες, οι οποίες αναφέρονται στην εκπαίδευση της ασθενούς και του οικογενειακού της περιβάλλοντος για την πρόληψη της υποτροπής της κατάθλιψης αλλά και την έγκαιρη αναγνώριση των σημείων και συμπτωμάτων της καθώς και στην αποτελεσματική της αντιμετώπιση (Driscoll 2006).

Η ιεράρχηση και κάλυψη των αναγκών που περιγράφηκαν παραπάνω, αποτελούν καθήκον του νοσηλευτή ψυχικής υγείας καθώς και η εκτίμηση της κατάστασης της ασθενούς αλλά και η ανάπτυξη σχεδίου φροντίδας (Driscoll 2006).

5.4.1 Ηθικές υποχρεώσεις των νοσηλευτών ψυχικής υγείας

Τα άτομα με ψυχική ασθένεια είναι μια ευάλωτη ομάδα, που αντιμετωπίζουν εμπόδια στην άσκηση πολιτικών, αστικών και κοινωνικών πνευματικών δικαιωμάτων. Επιπλέον, μπορεί να αντιμετωπίσουν στίγμα και διακρίσεις και είναι πολύ πιο πιθανό να βιώσουν την εμπειρία και να πεθάνουν πρόωρα, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Σε αυτό το πλαίσιο του κοινωνικού αποκλεισμού και της στέρησης, η ψυχική υγεία, η ηθική και τα ανθρώπινα δικαιώματα είναι βασικές προσεγγίσεις για την προώθηση της ευημερίας των ατόμων με ψυχική ασθένεια (Ventura et al. 2020).

Τα κοινωνικά και οικονομικά δικαιώματα, όπως τα δικαιώματα στην υγεία και στην ψυχική υγεία, αξίζουν σεβασμού επειδή αποτελούν θεμελιώδες σύνολο δικαιωμάτων. Η έννοια της ψυχικής υγείας ως ανθρώπινο δικαίωμα και όχι ως ηθική αξίωση, περιλαμβάνει τις υποχρεώσεις των κρατών να σέβονται, να υπερασπίζονται και να προωθούν αυτό το δικαίωμα. Ωστόσο, υπάρχουν συνεχείς πολιτικές αποτυχίες στην παροχή κατάλληλων υπηρεσιών κοινωνικής και υγειονομικής περίθαλψης σε άτομα με ψυχικές ασθένειες, ιδίως όσον αφορά το δικαίωμα αυτοδιάθεσης και τη νομική προστασία από καταναγκαστικές παρεμβάσεις αβέβαιων παροχών (Ventura et al. 2012).

Τα ζητήματα σχετικά με την ψυχική υγειονομική περίθαλψη είναι περίπλοκα. Ως εκ τούτου, απαιτούνται ισχυρές γραμμές επικοινωνίας που σχετίζονται με τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας και τις σχέσεις των ασθενών προκειμένου να κατανοήσουν και οι δύο και να αντιμετωπίσουν επαρκώς αυτά τα διαφορετικά θέματα ψυχικής υγειονομικής περίθαλψης. Δεν σχετίζονται μόνο με την ηθική της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και με την ηθική λήψη αποφάσεων σε καταστάσεις που οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν καθημερινά (Ventura et al. 2020).

5.5 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΛΕΧΩΙΔΩΝ

Η λεχωίδα θα πρέπει να παρακολουθείται για την εμφάνιση επεισοδίων κλάματος και αν κρίνεται απαραίτητο θα πρέπει να διενεργείται περαιτέρω έλεγχος. Η ενημέρωση και η επίλυση αποριών για την επιλόχειο κατάθλιψη τόσο στην ασθενή όσο και στο οικογενειακό περιβάλλον είναι απαραίτητη, προκειμένου η οικογένεια να μπορεί να αναγνωρίσει τα συμπτώματα και τα σημεία της επιλόχειας κατάθλιψης και να αναζητήσουν βοήθεια (Lowdermilk et al. 2013).

Οι νέες μητέρες συνήθως παίρνουν εξιτήριο από το μαιευτήριο πριν την εκδήλωση της επιλόχειας κατάθλιψης. Η αναζήτηση συμβουλών ψυχικής υγείας από τον επαγγελματία υγείας πριν την έξοδο από το μαιευτήριο θα μπορούσε να συμβάλλει σε μια πρώτη ενημέρωση και επίλυση αποριών καθώς και οι οδηγίες ρουτίνας προς το οικογενειακό περιβάλλον (Lowdermilk et al. 2013).

5.6 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Η νέα μητέρα κατά τη διάρκεια της λοχείας μπορεί να εμφανίσει ορισμένες διαταραχές, οι οποίες χρήζουν νοσηλευτικής παρέμβασης. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένος σχετικά με τις ενδείξεις και τα συμπτώματα των διαταραχών αυτών, προκειμένου να μπορέσει να οικοδομήσει μια σχέση εμπιστοσύνης με τη λεχωίδα αλλά και να μπορεί να αξιολογήσει πότε μια συμπεριφορά αποκλίνει του φυσιολογικού. Η σημαντικότητα του ρόλου του νοσηλευτή κατά την περίοδο της λοχείας είναι αξιοσημείωτη και περιλαμβάνει την ενημέρωση των μητέρων για τις αλλαγές που πρόκειται να υποστεί ο οργανισμός τους. Η ολοκληρωμένη ενημέρωση των γυναικών θα συμβάλλει στην μείωση του άγχους, του φόβου και της αγωνίας, παράγοντες οι οποίοι θεωρούνται επακόλουθα της άγνοιας. Η συναισθηματική στήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό προς τη λεχωίδα είναι επίσης σημαντική καθώς η σιγουριά και η ασφάλεια αποτελούν συναισθήματα που πρέπει να διακρίνουν τη λεχώνα και τα συναισθήματα αυτά μπορεί να τα καλλιεργήσει ο νοσηλευτής. Επίσης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώνει τη μητέρα για τον τρόπο περιποίησης του μωρού, να δίνει τις απαραίτητες συμβουλές, να βοηθάει στη διαδικασία του θηλασμού, τονίζοντας τα οφέλη του τόσο για τη μητέρα όσο και για το νεογνό. Η παροχή συμβουλών αλλά και η καθοδήγηση του οικογενειακού περιβάλλοντος, αποτελεί επίσης καθήκον του νοσηλευτή, με σκοπό την ολοκληρωμένη πληροφόρηση αλλά και την παροχή στήριξης, καθησυχασμού και βοήθειας προς τη λεχώνα (Videbeck 2010).

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να διέπεται από χαρίσματα όπως η εχεμύθεια, η ευαισθησία, η ειλικρίνεια, η σοβαρότητα και η υπευθυνότητα. Η σχέση νοσηλευτή- λεχωίδας θα πρέπει να διέπεται από αμεσότητα και αμοιβαία εμπιστοσύνη. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να λειτουργεί ως

ένας δεύτερος εαυτός της γυναίκας, με σκοπό η γυναίκα να μην αποθαρρύνεται να εκφράσει ότι την απασχολεί, την φοβίζει, της προκαλεί κατάθλιψη ή την ανησυχεί. Απόρροια τούτου, ο νοσηλευτής να οδηγείται σε σωστές διαγνώσεις και να παρέχει ουσιαστική βοήθεια προς τη σωστή κατεύθυνση. Η νοσηλευτική δεν είναι μόνο επιστήμη αλλά και λειτουργήμα και επομένως ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι καταρτισμένος προκειμένου να μπορέσει να γνωρίσει εσωτερικά τον τομέα στον οποίο καλείται να βοηθήσει τη λεχώνα. Η προσέγγιση και ο τρόπος αντιμετώπισης της μητέρας από το νοσηλευτή, ο σεβασμός και η καλλιέργεια κλίματος εμπιστοσύνης και ασφάλειας συμβάλλουν σημαντικά στην αντιμετώπιση όλων των δυσκολιών που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της λοχείας (Videbeck 2010).

5.6.1 Κατ' οίκον λοχειακή φροντίδα

Η πρόωμη λοχειακή περίοδος μπορεί να επιφέρει αρκετές και δύσκολες νέες απαιτήσεις για τις μητέρες, ψυχικά και σωματικά. Υποστηρίζεται ότι η παραδοσιακή λοχειακή φροντίδα μπορεί να μην παρέχει πλήρη ασφάλεια για την αντιμετώπιση των προβλημάτων από τη μεριά των νέων μητέρων. Οι απαιτήσεις συνεχώς αυξάνονται σχετικά με την παροχή πρόσθετης στήριξης στις γυναίκες κατ' οίκον, με σκοπό τη διευκόλυνση της προσαρμογής των νέων μητέρων στο νέο τους ρόλο. Οι Morrell et al., (2009) σε μελέτη τους θέλησαν να αποδείξουν την αποδοτικότητα του κόστους της προσθήκη λοχειακής υποστήριξης κατ' οίκον στη συνήθη παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα. Τα ευρήματα της μελέτης έδειξαν ότι αν και παρατηρήθηκε αξιοσημείωτη διαφορά μεταξύ των βαθμολογιών της κατάθλιψης κατά τις πρώτες έξι εβδομάδες παρόλα αυτά η πρόληψη της λοχειακής κατάθλιψης δεν παρουσίασε σημαντική βελτίωση έξι μήνες μετά τον τοκετό παρά τη προσθήκη επαγγελματία υγείας στη συνήθη αγωγή λοχειακής φροντίδας. Αξιοσημείωτη είναι το γεγονός πως ένα ποσοστό των γυναικών της τάξεως του 12% από την ομάδα παρέμβασης της μελέτης δεν δέχτηκαν τις επισκέψεις από επαγγελματίες υγείας (Morrell et al. 2009).

Ωστόσο, σε αρκετές περιπτώσεις οι κοινωνικο-περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της επιλόχειου κατάθλιψης καθιστώντας τις νέες μητέρες πιο ευάλωτες. Τα ενδοοικογενειακά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες αυτές συνεπάγονται την ανάγκη πρόσθετης φροντίδας. Η πρόσβαση σε διαθέσιμες υπηρεσίες για τον πληθυσμό αυτό των γυναικών είναι αρκετά περιορισμένη και το γεγονός αυτό συμβάλλει στην επιδείνωση της ήδη βεβαρυσμένης κατάστασής τους. Για την επίλυση του προβλήματος αυτού, οι παρεμβάσεις πρόληψης που έχουν στόχο την τροποποίηση ενός δυσπροσαρμοστικού οικιακού περιβάλλοντος παρέχονται στον ευάλωτο γυναικείο πληθυσμό (Morrell et al. 2009).

Η συνεχόμενη παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, σε κάθε περίπτωση, θεωρείται εξαιρετικά σημαντική στη λοχειακή φροντίδα. Μελέτες έδειξαν ότι η παρεχόμενη εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα και συγκεκριμένα από ένα μόνο νοσηλευτή, συνιστά αποτελεσματική παρέμβαση πρόληψης, ιδίως για τις γυναίκες εκείνες που ανήκουν σε ευάλωτες ομάδες εμφάνισης λοχειακής κατάθλιψης. Μελέτη των Marks et al., εξέτασε την αποτελεσματικότητα της συνεχόμενης παροχής νοσηλευτικής φροντίδας σε γυναίκες με ιστορικό κατάθλιψης. Η μελέτη έδειξε ότι δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές αναφορικά με το ποσοστό των καταθλιπτικών περιπτώσεων ή το επίπεδο της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Επιπρόσθετα, δεν βρέθηκε ότι η εξειδικευμένη συνεχής νοσηλευτική φροντίδα μπορεί να μην αποτελεσματική στην πρόληψη της λοχειακής κατάθλιψης (Marks et al. 2007, Edwards et al. 2012, Corrigan et al. 2015).

5.7 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Οι κατ' οίκον επισκέψεις ανήκουν στους τρόπους με τους οποίους επιτυγχάνονται οι υγειονομικοί και νοσηλευτικοί στόχοι της Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας. Μέσω των κατ' οίκον επισκέψεων ο επαγγελματίας υγείας δύναται να επιβεβαιώσει ή να ανατρέψει την ύπαρξη ή όχι της θετικής ατμόσφαιρας που επικρατεί και να ανιχνεύσει τα προβλήματα και τις ανάγκες που αντιμετωπίζει μια οικογένεια ή ένα άτομο (Videbeck 2010, Lowdermilk et al 2013).

Η αναγκαιότητα της επίσκεψης του κοινοτικού νοσηλευτή έγκειται στην αναγνώριση και παραδοχή του προβλήματος καθώς και στην ενημέρωση των λεχωϊδων. Επίσης, η εκπαίδευση κατ' οίκον τόσο της ασθενούς όσο και του οικογενειακού της περιβάλλοντος μπορεί να συμβάλλει σε σημαντικό βαθμό στην αναγνώριση των σημείων και συμπτωμάτων αλλά και της υποτροπής της επιλόχειας κατάθλιψης. Η δημιουργία ενός άνετου περιβάλλοντος, με σκοπό τη διευκόλυνση της ασθενούς να εκφράσει τα συναισθήματά της και τους φόβους της, η εξακρίβωση των συνθηκών διαβίωσης, ο έλεγχος για τη συμμόρφωση και τη σωστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής καθώς και η καταγραφή των ανεπιθύμητων ενεργειών ενισχύουν την αναγκαιότητα της επίσκεψης του κοινοτικού νοσηλευτή (Videbeck 2010, Lowdermilk et al 2013).

Οι επισκέψεις στο σπίτι της λεχώνας μπορεί να συμβάλλουν στη μείωση της επίπτωσης ή των επιπλοκών της επιλόχειας κατάθλιψης. Το οικογενειακό περιβάλλον θα πρέπει να συμμετέχει ενεργά στη φροντίδα του μωρού καθώς υπάρχει η πιθανότητα η μητέρα που πάσχει από επιλόχειο κατάθλιψη να μην μπορεί να ανταπεξέλθει στα καθήκοντά της. Η επίβλεψη αυτή δύναται να σχεδιαστεί με βάση τις συλλογικές προσπάθειες από τον κοινοτικό νοσηλευτή και τα λοιπά μέλη της οικογένειας. Η περίοδος αυτή είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς η οικογένεια

και οι φίλοι θα πρέπει να προσδιορίσουν τον τρόπο με τον οποίο θα συμβάλλουν στην προσπάθεια αυτή και ο κοινοτικός νοσηλευτής να μπορεί να αναπτύξει συνεργασία με σκοπό την εξασφάλιση επαρκούς επίβλεψης και αντίληψης της ψυχικής νόσου (Videbeck 2010, Lowdermilk et al 2013).

Ο κοινοτικός νοσηλευτής θα πρέπει να ενθαρρύνει την έκφραση των συναισθημάτων τόσο της μητέρας όσο και του συντρόφου της. Ο σύντροφος της ασθενούς με επιλόχειο κατάθλιψη βιώνει καταστάσεις έντονου στρες, σύγχυσης, άρνησης, καθώς και αισθήματα απόρριψης και ενοχής. Οι σύντροφοι που βιώνουν έντονη ανησυχία για κάποιο σημαντικό τους άτομο, συχνά οδηγούνται στην απομόνωση ή γίνονται επικριτικοί. Ο κοινοτικός νοσηλευτής θα πρέπει να δίνει την ευκαιρία έκφρασης των συναισθημάτων αλλά και των ανησυχιών, να αναζητά στρατηγικές αντιμετώπισης της κατάστασης και να ενθαρρύνει το σύντροφο με σκοπό την εξασφάλιση της ασφάλειας της συζύγου αλλά και του νεογνού (Videbeck 2010, Lowdermilk et al 2013).

Σε περιπτώσεις σοβαρής κατάθλιψης της μητέρας, η αποφυγή νοσηλείας στο νοσοκομείο συνιστάται αν η κινητοποίηση των υπηρεσιών που διασφαλίζουν την υγεία της μητέρας και του νεογνού είναι δυνατή. Ο κοινοτικός νοσηλευτής θα πρέπει να προγραμματίζει συχνές επισκέψεις και συχνές τηλεφωνικές επικοινωνίες για την εκτίμηση της κατάστασης και συμβουλευτική. Επιπρόσθετα, ο κοινοτικός νοσηλευτής θα πρέπει να συνεργάζεται με την οικογένεια και τους φίλους της ασθενούς στο πλαίσιο της εξασφάλισης επαρκούς επίβλεψης (Videbeck 2010, Lowdermilk et al 2013).

5.8 ΣΧΕΣΗ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η σχέση του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας και του ασθενούς χτίζεται γύρω από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα, με σκοπό την εξέλιξη της σχέσεως αυτής σε σχέση αμοιβαίας εμπιστοσύνης και συνεργασίας. Για την επίτευξη της σχέσεως αυτής, απαιτούνται πολύπλοκες διεργασίες, αρχής γενομένης από τη γνωριμία του νοσηλευτή με τον ασθενή, όπου κατά τη φάση αυτή διενεργείται ανίχνευση των σωματικών, νοητικών και ψυχικών δυνατοτήτων του ασθενούς από το νοσηλευτή. Στη φάση αυτή συμπεριλαμβάνεται και η μελέτη της στάσης του ασθενούς απέναντι στην ασθένεια, στην παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα, στον καθορισμό των σχέσεων με το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον καθώς και στον βαθμό που ο ασθενής είναι πρόθυμος και ικανός να συνεργαστεί. Η διαδικασία αυτή της ανίχνευσης, εξαιτίας της ιδιαιτερότητας της ψυχικής νόσου αλλά και των διακυμάνσεων του ψυχικά ασθενούς, θα πρέπει να υφίσταται σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας. Απόρροια τούτου, είναι η προϋπόθεση ότι ο κοινοτικός νοσηλευτής θα πρέπει να παραμείνει

ενεργός στη σχέση αυτή τόσο ως νοσηλευτής όσο και ως παρατηρητής. Με τον τρόπο αυτό δίνεται η δυνατότητα στο νοσηλευτή να ανακαλύπτει διαρκώς τις μεταβολές που επέρχονται στις ανάγκες του ασθενούς αλλά και να αξιολογεί και να προσαρμόζει τις τεχνικές με τις οποίες θα προσεγγίζει τον ασθενή (Strandas and Bondas 2018).

Η διάρκεια της παραπάνω διαδικασίας, περιλαμβάνει παραμέτρους τις οποίες ο νοσηλευτής θα πρέπει να λαμβάνει σοβαρά υπόψιν και να τις ελέγχει με τρόπο ουσιαστικό. Συγκεκριμένα, ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρακάμψει τη δεδομένη διάθεση του ασθενούς να εξαρτάται από τον ίδιο, να αντιμετωπίσει τη πιθανή αντίσταση του ασθενούς απέναντι του και να τιθασεύσει τη διάθεση να εμπλακεί με τον ασθενή και το πρόβλημά του. Οι νοσηλευτικές αλλά και οι σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές ανάγκες είναι η κατάθεση από τη πλευρά του ασθενούς στο ξεκίνημα της σχέσης με το νοσηλευτή. Από τη δική του πλευρά, ο νοσηλευτής αξιολογεί τις ανάγκες αυτές και παρέχει τη νοσηλευτική του βοήθεια αλλά και αξιοποιεί τις δυνατότητες του ασθενούς με σκοπό την αποδοχή της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας αλλά και τη συνέχιση της συνεργασίας (Strandas and Bondas 2018).

Η στάση του νοσηλευτή απέναντι στις ανάγκες του ασθενούς θα πρέπει να χαρακτηρίζονται από ευελιξία, διαθεσιμότητα, μέτρο και όρια. Συνολικά, τα στοιχεία αυτά που χαρακτηρίζουν τις ανάγκες του ασθενούς προσδίδουν στην παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα τη θεραπευτική της διάσταση και οδηγούν τον ασθενή στην ενεργό συμμετοχή. Ο βαθμός, ο τρόπος και η σταθερότητα της ενεργού συμμετοχής του ασθενούς, παρέχουν στο νοσηλευτή τα κριτήρια για να αξιολογήσει τις σωματικές, νοητικές και ψυχικές δυνατότητες του ασθενούς. Η αξιολόγηση θεωρείται επιτυχής όταν πραγματοποιείται η ανακάλυψη και αναγνώριση των δυνατοτήτων από τον ίδιο τον ασθενή. Η ανακάλυψη και αναγνώριση των δυνατοτήτων συνιστούν το πρώτο βήμα και παραμένουν σε όλη της διάρκεια της σχέσης νοσηλευτή – ασθενούς, ενώ η ενεργοποίηση των δυνατοτήτων αποτελεί το δεύτερο βήμα. Αν και τα δύο αυτά βήματα φαίνονται ανεξάρτητα, εν τούτοις αλληλοσυμπληρώνονται, αλληλοτροφοδοτούνται και αλληλοϋποστηρίζονται και αποτελούν σκοπό της σχέσης νοσηλευτή – ασθενή, ο οποίος συντελείται με τη συνεργασία (Strandas and Bondas 2018).

5.9 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τη σύγχρονη ψυχιατρική νοσηλευτική, ο ασθενής παίζει σημαντικό ρόλο στη θεραπεία του, η οποία ενδέχεται να πραγματοποιηθεί με πιο αργό ρυθμό σε περίπτωση που αυξηθεί ο βαθμός εξάρτησης του ίδιου από τον νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής της ψυχικής υγείας προκειμένου να ανταποκριθεί στις αντιλήψεις της ψυχιατρικής νοσηλευτικής θα πρέπει να διέπεται από χαρακτηριστικά τα οποία στηρίζονται στη θεωρητική γνώση. Οι τομείς στους

οποίους γίνονται εμφανή τα χαρακτηριστικά αυτά είναι η παρατήρηση, ο τρόπος με τον οποίο παρέχεται φροντίδα και προστασία στον ασθενή και η ψυχοθεραπεία (Καραδήμας 2005).

Κατά τη διάρκεια νοσηλείας, ο νοσηλευτής έχει τη δυνατότητα παρατήρησης του ασθενούς καθώς περνάει αρκετό χρόνο μαζί του. Προκειμένου η παρατήρηση να είναι σωστή, ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει και να αναγνωρίζει τι παρατηρεί, καταγράφοντας με ακρίβεια και επιστημονικότητα ό,τι διαπιστώνει (Βεντουράτου 2009).

Η αποτελεσματικότητά του κατά την παρατήρηση συνδέεται με παράγοντες όπως η εκπαίδευση αλλά και η έμφυτη ικανότητά του. Μέσω της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, ο νοσηλευτής έχει τη δυνατότητα να εντοπίζει τις αλλαγές στη συμπεριφορά των ασθενών. Το θεωρητικό υπόβαθρο του νοσηλευτή επιτρέπει να προβαίνει σε πιο ακριβείς και πιο πολύτιμες παρατηρήσεις και να παραμένει όσο το δυνατόν ανεπηρέαστος σχετικά με τον προσδιορισμό της ασθένειας. Ωστόσο, ασυναίσθητα θα προβαίνει στον τονισμό των ενδείξεων που συμφωνούν με τη γνώμη που είχε προσχηματίσει, παραβλέποντας εκείνες που δεν ταιριάζουν (Βεντουράτου 2009).

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει υπόψιν του ότι μια τεχνική, η οποία μπορεί να αποτελεί ρουτίνα για αυτόν, μπορεί να βιώνεται από τον ασθενή ως μια μοναδική και ανησυχητική εμπειρία. Η παροχή ολοκληρωμένης πληροφόρησης του τρόπου και της αναγκαιότητας διενέργειας μιας τεχνικής στον ασθενή αυξάνει τις πιθανότητες συνεργασίας. Επιπρόσθετα, ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι ειλικρινής απέναντι στον ασθενή (Βεντουράτου 2009).

Η ψυχοθεραπεία αποτελεί τομέα στον οποίο ο νοσηλευτής θα πρέπει να επιδεικνύει τις ανάλογες γνώσεις και τα χαρακτηριστικά. Η ανάπτυξη μιας στενής και ικανοποιητικής σχέσης μεταξύ δύο ατόμων αποτελεί μια ανάγκη. Ορισμένα άτομα, αδυνατούν να αναπτύξουν αυτού του είδους σχέσεων εξαιτίας αρνητικών εμπειριών που έχουν βιώσει. Οι σχέσεις όμως αυτές κρίνονται απαραίτητες, καθώς τα άτομα αυτά δεν θα μπορούν να δρουν φυσιολογικά μέσα στην κοινωνία. Απόρροια τούτου, η αδυναμία λειτουργίας στην κοινωνία και η ανάπτυξη μιας σχέσης εξάρτησης με την υγειονομική δομή. Ο ρόλος του νοσηλευτή στις περιπτώσεις αυτές είναι θεραπευτικός (Καραδήμας 2005).

Η ασφάλεια και η φροντίδα των ασθενών, αποτελούν μέλημα του νοσηλευτή ο οποίος θα πρέπει να ενθαρρύνει τον ασθενή να φροντίζει μόνος του τον εαυτό του αλλά και να τον προστατεύει από οποιαδήποτε ενέργεια μπορεί να είναι επιβλαβής (Βεντουράτου 2009).

5.10 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

1. Μη παραδοσιακή ψυχοθεραπεία και υποστήριξη

Δεκατέσσερα άρθρα εξέτασαν μεμονωμένες ψυχολογικές ή συμπεριφορικές εκπαιδευτικές μεθόδους για 2.294 γυναίκες. Η ατομική, η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία ή η διαπροσωπική θεραπεία αποτελούν την τυπική ψυχοθεραπεία. Εναλλακτικοί τρόποι της νοσηλευτικής φροντίδας μπορούν να χρησιμοποιηθούν. Εννέα μελέτες αφορούσαν εναλλακτικές λύσεις που πραγματοποιήθηκαν μέσω επίσκεψης στο σπίτι, μέσω τηλεφώνου, μέσω διαδικτύου ή σε ομάδες. Τρεις από τις εννέα μελέτες βασίστηκαν σε γνωστική συμπεριφορική θεραπεία και αποτελεσματικές επισκέψεις στο σπίτι στις Ηνωμένες Πολιτείες, σε τηλεφωνικές κλήσεις στην Κίνα και στο Διαδίκτυο στον Καναδά. Η ομαδική εκπαίδευση που προάγει την αυτογνωσία και την κοινωνική υποστήριξη βελτίωσε σημαντικά την κατάθλιψη στις γυναίκες του Ιράν. Η απλή τηλεφωνική υποστήριξη, για παράδειγμα, ρωτώντας πώς ήταν μια γυναίκα και το βρέφος της, ήταν επίσης αποτελεσματική για τις γυναίκες στο Ιράν. Τρεις μελέτες που αφορούσαν τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση στο σπίτι από νοσηλευτές σχετικά με τη βελτίωση της αλληλεπίδρασης μητέρων-βρεφών στις Ηνωμένες Πολιτείες και τη Νορβηγία δεν ήταν σημαντικά αποτελεσματικές (Ravn et al. 2012, Ammerman et al. 2013, Horowitz et al. 2013, Rabiei et al. 2014, Goodman et al. 2015, Ngai et al. 2015, Shamshiri et al. 2015, Pugh et al. 2016).

2. Μικτές μέθοδοι θεραπείας επιλόχειου κατάθλιψης

Μελέτη στην Κίνα διαπίστωσε ότι ένας συνδυασμός εκπαιδευτικού υλικού μέσω ταχυδρομείου, τηλεφωνικής συμβουλευτικής και ατομικής συμβουλευτικής ήταν επιτυχής στη θεραπεία της κατάθλιψης. Δύο μελέτες που συνδύαζαν το τηλέφωνο και το Διαδίκτυο με βάση τη συμπεριφορική δράση στο Ηνωμένο Βασίλειο και τη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία στην Αυστραλία ήταν σημαντικά αποτελεσματικές. Επίσης αποτελεσματική ήταν μια παρέμβαση που συνδύαζε κατ'οίκον επισκέψεις με τηλεφωνική θεραπεία στη Σιγκαπούρη (Jiang et al. 2014, O'Mahen et al. 2014, Shorey et al. 2015, Milgrom et al. 2016).

Οι νοσηλευτές έχουν μοναδικούς ρόλους με ευκαιρίες παρέμβασης σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο πρόληψης. Οι νοσηλευτές μπορεί να αντιμετωπίσουν γυναίκες που κινδυνεύουν ή υποφέρουν από κατάθλιψη μετά τον τοκετό σε ποικίλες συνθήκες, είτε κατ'οίκον, είτε στην κοινότητα, είτε στις υγειονομικές δομές. Οι νοσηλευτές, ιδιαίτερα εκείνοι που εργάζονται σε γυναικολογικά – μαιευτικά τμήματα ή σε παιδιατρικά τμήματα, πρέπει να γνωρίζουν τους παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη μετά τον τοκετό και να αντιλαμβάνονται τα συμπτώματα, προκειμένου να είναι σε θέση να ελέγχουν μια γυναίκα ή το βρέφος της (Nguyen 2017).

5.11 ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ

Η ιστορική και τρέχουσα επίπτωση των παραβιάσεων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στη φροντίδα ψυχικής υγείας σε όλα τα έθνη έχει περιγραφεί ως «παγκόσμια έκτακτη ανάγκη» και «ανεπίλυτη παγκόσμια κρίση», που αποδεικνύεται από αναφορές σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης, διακρίσεις και στίγμα, αυθαίρετη κράτηση, αδυναμία πρόσβασης σε υγειονομική περίθαλψη, επαγγελματικούς και οικιακούς πόρους, και άρνηση αυτοδιάθεσης σε οικονομικά και συζυγικά ζητήματα (WHO 2011).

Η σχέση μεταξύ ψυχικής υγείας και ανθρωπίνων δικαιωμάτων έχει τουλάχιστον τρία μέρη. Πρώτον, οι παραβιάσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, όπως τα βασανιστήρια και ο εκτοπισμός, επηρεάζουν αρνητικά την ψυχική υγεία. Δεύτερον, οι πρακτικές ψυχικής υγείας, τα προγράμματα και οι νόμοι, όπως οι πρακτικές καταναγκαστικής θεραπείας, μπορούν να επηρεάσουν τα ανθρώπινα δικαιώματα. Τέλος, η πρόοδος των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ωφελεί τη ψυχική υγεία συνεργιστικά. Αυτά τα οφέλη εκτείνονται πέρα από την ψυχική υγεία έως τη στενή σχέση μεταξύ σωματικής και ψυχικής υγείας. Υπάρχουν, επομένως, κλινικοί και οικονομικοί λόγοι, καθώς και ηθικές και νομικές υποχρεώσεις, για την προώθηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στη φροντίδα ψυχικής υγείας (Steel 2009, Porsdam et al. 2016).

Κάθε ψυχικά ασθενής έχει δικαίωμα στη βοήθεια και τη φροντίδα, οι οποίες θα πρέπει να προσαρμόζονται στην κατάσταση και την ψυχική διαταραχή. Η βοήθεια και η θεραπεία θα πρέπει να είναι νομικά κατοχυρωμένες.

1. Ο ψυχικά ασθενής θα πρέπει να έχει τη μέγιστη προσωπική υπευθυνότητα σε όλες τις πλευρές της ζωής του.
2. Οι ψυχικά ασθενείς θα πρέπει να περιορίζονται σε περιπτώσεις που η κατάστασή τους το επιβάλλει και κρίνεται υποχρεωτική η νοσηλεία τους και είναι απαραίτητες για την ασφάλεια τη δική του αλλά και του οικογενειακού του περιβάλλοντος και τηρούνται όλες οι νόμιμες διαδικασίες.
3. Η νοσηλεία των ψυχικά ασθενών θα πρέπει να λαμβάνει χώρα σε προστατευμένους χώρους στέγασης και αν καθίσταται εφικτό, ο χώρος διαμονής τους να βρίσκεται πλησίον του τόπου καταγωγής τους.
4. Τα νοσήλεια για την παρεχόμενη νοσηλευτική και ιατρική φροντίδα και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά ασθενών θα πρέπει να καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία σύμφωνα με τη νομοθεσία.
5. Ο έλεγχος των περιουσιακών και οικονομικών στοιχείων των ψυχικά ασθενών θα πρέπει να παραμένει υπό τον πλήρη έλεγχό τους και θα μπορεί να αφαιρείται σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία.

6. Οι βασικές ανάγκες των ψυχικά ασθενών θα πρέπει να καλύπτονται σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία για όλους τους πολίτες και θα πρέπει να δίδεται εγγύηση της τήρησης του ιατρικού απορρήτου (Κατσανδρή 2020).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ

ΣΕΝΑΡΙΟ 1 Νοσηλευτική διεργασία

Γυναίκα 24 ετών, Μ.Χ, πρωτότοκος, μεταφέρθηκε από την οικογένειά της στο Ψυχιατρικό Τμήμα του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών Ρίου «Παναγία η Βοήθεια» με κατάθλιψη, καταβολή, έλλειψη συγκέντρωσης, μειωμένη αντίληψη και επικοινωνία με άλλα άτομα, απαισιοδοξία, διαταραχές ύπνου και απώλεια όρεξης.

Κατά τη λήψη του ιστορικού αναφέρθηκε από την οικογένειά ότι η ασθενής παρουσίασε κατάθλιψη μετά τον τοκετό, η οποία διαπιστώθηκε από τον γιατρό σε μια πρωτοβάθμια μονάδα υγειονομικής περίθαλψης αμέσως μετά τον τοκετό. Τα συμπτώματα που παρουσίασε η ασθενής ήταν ευερεθιστότητα, ανηδονία, αδιαφορία προς το νεογνό και αίσθημα ενοχής. Η ίδια δεν παρουσίασε αυτοκτονικό ιδεασμό και σκέψεις για να βλάψει το νεογνό και δεν αναφέρει λήψη φαρμακευτικής αγωγής.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

1^η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
<p>Να περιοριστεί η αϋπνία και η ασθενής να έχει επαρκή ύπνο.</p>	<p>Διαταραχές του ύπνου που σχετίζονται με την εμφάνιση της κατάθλιψης.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Αξιολόγηση σημείων διαταραχής του ύπνου. 2. Λήψη μέτρων για την μείωση του άγχους και του φόβου. 3. Ενθάρρυνση συμμετοχής της ασθενούς σε δραστηριότητες που προκαλούν χαλάρωση 4. Διατήρηση ήρεμου περιβάλλοντος. 5. Χορήγηση ηρεμιστικών – αντικαταθλιπτικών κατόπιν ιατρικής οδηγίας. 6. Ενημέρωση ιατρού. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Αξιολογήθηκε η ασθενής για παράπονα δυσχέρειας επέλευσης ύπνου. 2. Διατηρήθηκε ήρεμη συμπεριφορά προς την ασθενή και βοηθήθηκε να εντοπίσει και να αντιμετωπίσει τα αγχογόνα ερεθίσματα. 3. Ενθαρρύνθηκε η ασθενής να συμμετέχει σε δραστηριότητες που προκαλούν χαλάρωση (διάβασμα, ζωγραφική). 4. Διατηρήθηκε ένα ήρεμο περιβάλλον και μειώθηκαν τα ερεθίσματα που διαταράσσουν τον ύπνο. Χρήση ωτοασπίδων. 5. Χορηγήθηκε αντικαταθλιπτική και ηρεμιστική φαρμακευτική αγωγή κατόπιν ιατρικής οδηγίας (Seroxat F.C tab 20mg 1x1 per os και Tavor F.C tab 2,5 mg 1x2 per os). 6. Ενημερώθηκε ο ιατρός επί επιμονής ή επιδεινώσεως των σημείων στέρησης ύπνου για την τροποποίηση της αγωγής. 	<p>Η ασθενής εμφανίζει επαρκή ύπνο καθώς αναφέρει ξεκούραστη και όπως φαίνεται από το επίπεδο συνείδησης και την απουσία τρόμου των άνω άκρων.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
<p>Να βελτιωθεί η ψυχική διάθεση της ασθενούς.</p>	<p>Ανεξέλεγκτο κλάμα που συνοδεύεται από λυγμούς και ελαττωμένη ψυχική διάθεση.</p>	<p>1. Λήψη μέτρων για τη βελτίωση της ψυχικής διάθεσης της ασθενούς.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ενθάρρυνση του οικογενειακού περιβάλλοντος και του συζύγου να συζητούν με την ασθενή και να τη στηρίζουν. 2. Χορηγήθηκε αντικαταθλιπτική αγωγή κατόπιν ιατρικής οδηγίας (Seroxat F.C tab 20mg 1x1 per os). 3. Εκπαίδευση της ασθενούς και της οικογένειας για την πρόληψη υποτροπής της κατάθλιψης ή την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπισή της. 4. Καθησυχάστηκε η ασθενής και ενθαρρύνθηκε ότι αυτό που συμβαίνει είναι μια παροδική ιάσιμη κατάσταση. 5. Δημιουργήθηκε κλίμα ηρεμίας. 6. Παρακολούθηση ασθενούς για τις άμεσες ανάγκες οι οποίες σχετίζονται με απειλή της ζωής και την ασφάλεια της. 7. Παρατήρηση των κινήσεων και των αντιδράσεων της ασθενούς. 8. Η ασθενής εισακούστηκε προσεκτικά και εκτιμήθηκε η κατάστασή της. 	<p>Η ασθενής δεν κλαίει και παρουσιάζει βελτίωση της ψυχικής της διάθεσης. Η οικογένεια της βρίσκεται στο πλευρό της και τη στηρίζει.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
<p>Να εξαλειφθούν τα συμπτώματα που προέρχονται από την αντικαταθλιπτική αγωγή.</p>	<p>Ξηροστομία και θάμβος όρασης που σχετίζονται με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα.</p>	<p>1. Λήψη μέτρων για την εξάλειψη των συμπτωμάτων.</p>	<p>1. Χορηγήθηκαν άγλυκες καραμέλες και παγάκια. Ενθαρρύνθηκε η ασθενής να μασά τσίγλα και να κάνει μικρές λήψεις υγρών και να διατηρεί καλή υγιεινή της στοματικής κοιλότητας.</p> <p>2. Καθησυχάστηκε η ασθενής ότι η θαμβή όραση θα υποχωρήσει σε λίγες εβδομάδες.</p> <p>3. Παροτρύνθηκε η ασθενής να λαμβάνει τροφές με άφθονες ίνες, να αυξήσει τη σωματική άσκηση και να προσλαμβάνει αρκετά υγρά.</p>	<p>Η ασθενής εμφανίζει σταδιακή εξάλειψη των συμπτωμάτων.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
<p>Να διατηρηθεί επαρκής θρέψη και κάλυψη των αναγκών του σώματος.</p>	<p>Διαταραχές της θρέψης – ανεπαρκής κάλυψη των αναγκών του σώματος.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Αξιολόγηση και αναφορά σημείων και συμπτωμάτων κακής θρέψης. 2. Εφαρμογή μέτρων για τη μείωση του άγχους και του φόβου. 3. Εφαρμογή μέτρων για την αύξηση της από του στόματος πρόσληψης τροφής. 	<ol style="list-style-type: none"> 1.α. Αξιολογήθηκε η ασθενής για την παρουσία βάρους κάτω του φυσιολογικού για την ηλικία της, το ύψος και τον της ιδιοσυστατικό της τύπο. 1β. Λήφθηκαν εξετάσεις αίματος για την παρακολούθηση της λευκωματίνης ορού, τον αιματοκρίτη, την αιμοσφαιρίνη, την τρανσφερίνη και τις τιμές λεμφοκυττάρων. 2. Ενθαρρύνθηκε η ασθενής να εκφράζει τα συναισθήματα που τις προκαλούν άγχος και φόβο. Ζητήθηκε συμβουλή από ψυχίατρο. 3. Δόθηκε συμβουλή στην ασθενή να διατηρεί καλή στοματική υγιεινή. Ενθαρρύνθηκαν οι οικείοι της να φέρνουν τροφές που προτιμά η ασθενής και να τις καταναλώνει μαζί τους. Περιορίστηκε η λήψη υγρών κατά τη διάρκεια των γευμάτων. 4. Σε συνεργασία με τη διαιτολόγο εξασφαλίστηκε ότι τα γεύματα είναι καλώς ισορροπημένα και πλούσια σε απαραίτητα συστατικά. 5. Δόθηκε η δυνατότητα στην ασθενή να συμμετέχει στην επιλογή της τροφής. 	<p>Η ασθενής εμφανίζει επαρκή θρέψη και κάλυψη των αναγκών του σώματος.</p>

			<ol style="list-style-type: none">6. Ζυγίστηκε η ασθενής και μετρήθηκαν οι θερμίδες για τη παροχή στοιχείων για τη θερμιδική και θρεπτική αξία των τροφών με σκοπό τον καθορισμό εναλλακτικών μεθόδων θρέψης.7. Αναζητήθηκε ιατρική συμβουλή για την αναζήτηση εναλλακτικών μεθόδων διατροφής σε περίπτωση που η ασθενής δεν λαμβάνει επαρκή τροφή και υγρά.8. Δόθηκε στην ασθενή αρκετός χρόνος για την κατανάλωση των γευμάτων.	
--	--	--	---	--

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
<p>Να εξαλειφθούν τα συμπτώματα που προκαλούνται από το άγχος.</p>	<p>Άγχος που οφείλεται στην περιποίηση και φροντίδα του μωρού.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Εκτίμηση ασθενούς για σημεία και συμπτώματα άγχους. 2. Ενθάρρυνση των αισθημάτων και ανησυχιών. 3. Λήψη μέτρων. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Εκτιμήθηκε η ασθενής για συμπτώματα αϋπνίας, ευερεθιστότητας, εφιδρώσεων, ταχύπνοιας, ταχυκαρδίας, απόσυρσης, ελάττωση εύρους αντίληψης. 2. Ενθαρρύνθηκε η ασθενής να εκφράζει τα αισθήματα και τις ανησυχίες της, με σκοπό να αποσαφηνιστούν και να αξιολογηθούν τα αισθήματα και οι ανησυχίες της και να αναγνωρίσει τεχνικές που μπορούν να ελαττώσουν το άγχος. 3. Διαβεβαιώθηκε η ασθενής πως τα μέλη του προσωπικού βρίσκονται κοντά της. 4. Διατηρήθηκε ήπιος, υποστηρικτικός και εμπιστευτικός τρόπος στις σχέσεις με την ασθενή. 5. Διατηρήθηκε ήρεμο και ήσυχο περιβάλλον για να χαλαρώσει η ασθενής και να προκληθεί αυξανόμενο αίσθημα ασφάλειας. 6. Ενθαρρύνθηκαν οι οικείοι της να κρατήσουν στάση ενδιαφέροντος και φροντίδας χωρίς προφανές άγχος 7. Συμπεριλήφθηκαν οι οικείοι της στις συνεδρίες παροχής συμβουλών και ενθαρρύνθηκαν να υποστηρίζουν συνεχώς την ασθενή. 	<p>Η ασθενής εμφανίζει ελάττωση του άγχους όπως βεβαιώνεται από την προφορική έκφραση ότι αισθάνεται λιγότερο άγχος, τη χαλαρή έκφραση προσώπου και των σωματικών κινήσεων, τη συνήθη ικανότητα αντίληψης και επικοινωνίας με άλλα άτομα.</p>

			8. Δόθηκαν πληροφορίες με βάση τις τρέχουσες ανάγκες της ασθενούς και των οικείων της με όρους που μπορούν να τους κατανοήσουν.	
--	--	--	---	--

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
<p>Να κατανοήσει ότι το νεογνό έχει ανάγκη από τη φροντίδα της και το θηλασμό.</p>	<p>Αδιαφορία προς το νεογνό</p>	<p>1. Ενημέρωση ασθενούς για τη φροντίδα και το θηλασμό.</p>	<p>1. Ενημερώθηκε η μητέρα για τα οφέλη του θηλασμού τόσο για εκείνη όσο και για το μωρό. 2. Δόθηκαν οι κατάλληλες πληροφορίες για τη φροντίδα του μωρού. 3. Ζητήθηκαν συμβουλές από ειδικό για τη στήριξη της ασθενούς. 4. Ενθαρρύνθηκαν οι οικείοι της να συμμετέχουν στη φροντίδα του μωρού και να παρέχουν την οποιαδήποτε βοήθεια.</p>	<p>Η μητέρα κατανοεί τα οφέλη του μητρικού θηλασμού και αισθάνεται ότι μπορεί να το φροντίσει.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Να εξαλειφθεί το αίσθημα του θυμού.	Ευερεθιστότητα που οφείλεται στην επιλόχεια κατάθλιψη.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ενθάρρυνση για συζήτηση και εξωτερίκευση των αισθημάτων. 2. Χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων κατόπιν ιατρικής οδηγίας. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ενθαρρύνθηκε η μητέρα να συζητήσει και να εκφράσει τα συναισθήματα της. 2. Ενθαρρύνθηκε το οικογενειακό της περιβάλλον να στηρίζει την ασθενή και να συζητά μαζί της ότι την απασχολεί. 3. Χορηγήθηκε δεσιπραμίνη tab 1x1 per os, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. 	Η ασθενής δεν αναφέρει αίσθημα έντονου θυμού.

ΣΕΝΑΡΙΟ 2 Νοσηλευτική διεργασία

Γυναίκα 32 ετών, Γ.Μ, δευτερότοκος, προσήλθε στο Ψυχιατρικό τμήμα του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών Ρίου «Παναγία η Βοήθεια» δύο εβδομάδες μετά τον τοκετό. Η συμπτωματολογία της ασθενούς ήταν άγχος, ανηδονία, κόπωση, ανεξέλεγκτο κλάμα, ελαττωμένη ψυχική διάθεση και αδιαφορία προς το νεογνό.

Στο ατομικό της ιστορικό ο σύζυγος αναφέρει προηγηθείσα επιλόχειο κατάθλιψη και τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής από τον οικογενειακό τους γιατρό: Seropram tab 20mg 1x1 και Centrac tab 10 mg 1x1.

Το Seropram περιέχει σιταλοπράμη, ένα δικυκλικό παράγωγο του φθαλενίου με αντικαταθλιπτική δράση. Η σιταλοπράμη είναι εκλεκτικός αναστολέας της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης. Το Seropram αυξάνει το επίπεδο μιας σημαντικής ουσίας (σεροτονίνη) στον εγκέφαλο. Οι περισσότερες καταθλίψεις προκαλούνται από την έλλειψη αυτής της ουσίας.

Η πραζεπάμη (Prazepam) Centrac είναι ένα παράγωγο βενζοδιαζεπίνης κι έχει κατασταλτικές δράσεις στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Οι βενζοδιαζεπίνες ενεργούν στο επίπεδο της μεταχιαμικής περιοχής, της περιοχής του θαλάμου και του υποθαλάμου του ΚΝΣ και μπορούν να προκαλέσουν οποιοδήποτε επίπεδο καταστολής του ΚΝΣ απαιτείται, συμπεριλαμβανομένης της καταστολής, της ύπνωσης, της χαλάρωσης των σκελετικών μυών και της αντιεπιληπτικής δράσης.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

2^η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Να εξαλειφθεί το αίσθημα κόπωσης.	Κόπωση με ανεπαρκή ψυχικά αποθέματα ενέργειας	<ol style="list-style-type: none">1. Εκτίμηση σημείων και συμπτωμάτων της ελαττωμένης φυσικής δραστηριότητας.2. Λήψη μέτρων με σκοπό την ανάπαυση και την εξοικονόμηση δυνάμεων.	<ol style="list-style-type: none">1. Εκτιμήθηκε η ασθενής για παράπονα κόπωσης και αδυναμίας, ζάλη, εφίδρωση και θωρακικό άλγος.2. Τηρήθηκε το συνιστώμενο πρόγραμμα δραστηριοτήτων της ασθενούς, ελαχιστοποιήθηκε ο θόρυβος του περιβάλλοντος και εξασφαλίστηκαν στην ασθενή περίοδοι ανάπαυσης χωρίς διακοπές, περιορίστηκε το επισκεπτήριο.3. Αποθαρρύνθηκε το κάπνισμα και η υπερβολική κατανάλωση ποτών πλούσιων σε καφεΐνη (καφές, τσάι, αναψυκτικά).4. Λήφθηκαν μέτρα διατήρησης ικανοποιητικής κατάστασης θρέψης, χορηγήθηκε δίαιτα πλούσια σε βασικά θρεπτικά συστατικά και πρωτεΐνες.5. Συμβουλευτήκε η ασθενής να αναφέρει κάθε ελάττωση της ικανότητας σωματικής δραστηριότητας.	Η ασθενής επιδεικνύει αυξημένη ικανότητα σωματικής δραστηριότητας.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Ενδυνάμωση της αυτοεκτίμησης της ασθενούς.	Χαμηλή αυτοεκτίμηση που σχετίζεται με παρενέργειες των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και τη κατάθλιψη.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Συζήτηση με την ασθενή. 2. Έλεγχος των παρενεργειών που σχετίζονται με τα τη φαρμακευτική αγωγή. 3. Ενθάρρυνση της ασθενούς να εξωτερικεύει τα συναισθήματά της και να συζητά τις ανησυχίες της. 4. Παροχή συναισθηματικής υποστήριξης. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Έγινε συζήτηση με την ασθενή για τα προβλήματα και τις φοβίες που την απασχολούν. 2. Ελέγχθηκαν οι αναμενόμενες παρενέργειες που σχετίζονται με τη λήψη των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. 3. Ενθαρρύνθηκε η ασθενής να εξωτερικεύσει τα συναισθήματά της και να συζητά τις ανησυχίες της τόσο με τους επαγγελματίες υγείας όσο και με το οικογενειακό της περιβάλλον. 4. Υποστηρίχθηκε συναισθηματικά η ασθενής και αναζητήθηκε βοήθεια από τους ειδικούς. 	Η ασθενής αναφέρει βελτίωση της αυτοεκτίμησης της και αναπτύσσει μηχανισμούς αντιμετώπισης και συμμετέχει ενεργά σε δραστηριότητες.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
<p>Η ασθενής να αισθανθεί ευχαρίστηση από τις δραστηριότητες που είχαν και της έδιναν χαρά και απόλαυση.</p>	<p>Ανηδονία η οποία σχετίζεται με τη μειωμένη έκκριση ορμονών.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Λήψη μέτρων για την εξάλειψη του αισθήματος της ανηδονίας. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ενθάρρυνση της ασθενούς να μοιραστεί αυτά που νιώθει. 2. Ενθάρρυνση της ασθενούς για αυτοπραγμάτωση. 3. Παρότρυνση της ασθενούς να ασχοληθεί ξανά με δραστηριότητες που της πρόσφεραν χαρά και ευχαρίστηση. 4. Ζητήθηκαν συμβουλές από ειδικό ψυχικής υγείας. 5. Ενθαρρύνθηκαν οι οικείοι της να συζητούν μαζί της και να την παροτρύνουν να συμμετέχει σε δραστηριότητες. 6. Ενθαρρύνθηκε η ασθενής να ασκείται. 	<p>Η ασθενής περιγράφει αίσθημα ευτυχίας, υπόσχεται να ξεκινήσει τις αγαπημένες της δραστηριότητες και να ασκείται.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
<p>Να κατανοήσει ότι το νεογνό έχει ανάγκη από τη φροντίδα της και το θηλασμό.</p>	<p>Αδιαφορία προς το νεογνό</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ενημέρωση ασθενούς για τη φροντίδα και το θηλασμό. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ενημερώθηκε η μητέρα για τα οφέλη του θηλασμού τόσο για εκείνη όσο και για το μωρό. 2. Δόθηκαν οι κατάλληλες πληροφορίες για τη φροντίδα του μωρού. 3. Ζητήθηκαν συμβουλές από ειδικό για τη στήριξη της ασθενούς. 4. Ενθαρρύνθηκαν οι οικείοι της να συμμετέχουν στη φροντίδα του μωρού και να παρέχουν την οποιαδήποτε βοήθεια. 	<p>Η μητέρα κατανοεί τα οφέλη του μητρικού θηλασμού και αισθάνεται ότι μπορεί να το φροντίσει.</p>

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Να εξαλειφθεί το αίσθημα ενοχής.	Αίσθημα ενοχής	Λήψη μέτρων.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Συζητήθηκαν οι λόγοι για τους οποίους η ασθενής αισθάνεται ενοχές και ενθαρρύνθηκε πως είναι μια καλή μητέρα. 2. Καθησυχάστηκε η ασθενής αναφορικά με το γεγονός ότι το αίσθημα ενοχής είναι κάτι παροδικό εξαιτίας της κατάστασης που επέρχεται μετά τον τοκετό. 3. Ζητήθηκαν συμβουλές από ψυχοθεραπευτή. 	Η ασθενής δεν αναφέρει αίσθημα ενοχής, ακολουθεί τις συμβουλές του ψυχοθεραπευτή και παρουσιάζει βελτίωση.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
<p>Να εξαλειφθούν τα συμπτώματα που προκαλούνται από το άγχος.</p>	<p>Άγχος που οφείλεται στην περιποίηση και φροντίδα του μωρού.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Εκτίμηση ασθενούς για σημεία και συμπτώματα άγχους. 2. Ενθάρρυνση των αισθημάτων και ανησυχιών. 3. Λήψη μέτρων. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Εκτιμήθηκε η ασθενής για συμπτώματα αϋπνίας, ευερεθιστότητας, εφιδρώσεων, ταχύπνοιας, ταχυκαρδίας, απόσυρσης, ελάττωση εύρους αντίληψης. 2. Ενθαρρύνθηκε η ασθενής να εκφράζει τα αισθήματα και τις ανησυχίες της, με σκοπό να αποσαφηνιστούν και να αξιολογηθούν τα αισθήματα και οι ανησυχίες της και να αναγνωρίσει τεχνικές που μπορούν να ελαττώσουν το άγχος. 3. Διαβεβαιώθηκε η ασθενής πως τα μέλη του προσωπικού βρίσκονται κοντά της. 4. Διατηρήθηκε ήπιος, υποστηρικτικός και εμπιστευτικός τρόπος στις σχέσεις με την ασθενή. 5. Διατηρήθηκε ήρεμο και ήσυχο περιβάλλον για να χαλαρώσει η ασθενής και να προκληθεί αυξανόμενο αίσθημα ασφάλειας. 6. Ενθαρρύνθηκαν οι οικείοι της να κρατήσουν στάση ενδιαφέροντος και φροντίδας χωρίς προφανές άγχος 7. Συμπεριλήφθηκαν οι οικείοι της στις συνεδρίες παροχής συμβουλών και ενθαρρύνθηκαν να υποστηρίξουν συνεχώς την ασθενή. 	<p>Η ασθενής εμφανίζει ελάττωση του άγχους όπως βεβαιώνεται από την προφορική έκφραση ότι αισθάνεται λιγότερο άγχος, τη χαλαρή έκφραση προσώπου και των σωματικών κινήσεων, τη συνήθη ικανότητα αντίληψης και επικοινωνίας με άλλα άτομα.</p>

			8. Δόθηκαν πληροφορίες με βάση τις τρέχουσες ανάγκες της ασθενούς και των οικείων της με όρους που μπορούν να τους κατανοήσουν.	
--	--	--	---	--

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
<p>Να περιοριστεί η αϋπνία και η ασθενής να έχει επαρκή ύπνο.</p>	<p>Διαταραχές του ύπνου που σχετίζονται με την εμφάνιση της κατάθλιψης.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Αξιολόγηση σημείων διαταραχής του ύπνου. 2. Λήψη μέτρων για την μείωση του άγχους και του φόβου. 3. Ενθάρρυνση συμμετοχής της ασθενούς σε δραστηριότητες που προκαλούν χαλάρωση 4. Διατήρηση ήρεμου περιβάλλοντος. 5. Χορήγηση ηρεμιστικών – αντικαταθλιπτικών κατόπιν ιατρικής οδηγίας. 6. Ενημέρωση ιατρού. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Αξιολογήθηκε η ασθενής για παράπονα δυσχέρειας επέλευσης ύπνου. 2. Διατηρήθηκε ήρεμη συμπεριφορά προς την ασθενή και βοηθήθηκε να εντοπίσει και να αντιμετωπίσει τα αγχογόνα ερεθίσματα. 3. Ενθαρρύνθηκε η ασθενής να συμμετέχει σε δραστηριότητες που προκαλούν χαλάρωση (διάβασμα, ζωγραφική). 4. Διατηρήθηκε ένα ήρεμο περιβάλλον και μειώθηκαν τα ερεθίσματα που διαταράσσουν τον ύπνο. Χρήση ωτοασπίδων. 5. Χορηγήθηκε αντικαταθλιπτική και ηρεμιστική φαρμακευτική αγωγή κατόπιν ιατρικής οδηγίας (Seroxat F.C tab 20mg 1x1 per os και Tavor F.C tab 2,5 mg 1x2 per os). 6. Ενημερώθηκε ο ιατρός επί επιμονής ή επιδεινώσεως των σημείων στέρησης ύπνου για την τροποποίηση της αγωγής. 	<p>Η ασθενής εμφανίζει επαρκή ύπνο καθώς αναφέρει ξεκούραστη και όπως φαίνεται από το επίπεδο συνείδησης και την απουσία τρόμου των άνω άκρων.</p>

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η επιλόχειος κατάθλιψη είναι μια συχνή νόσος με πολυπαραγοντικά αίτια που εκδηλώνεται στις μητέρες μετά την γέννηση ενός παιδιού. Ένας από τους βασικούς παράγοντες στους οποίους οφείλεται η εμφάνιση της νόσου αυτής, είναι οι ορμονικές μεταβολές κατά την προγεννητική και μεταγεννητική περίοδο. Ακόμη, το ιστορικό κατάθλιψης ή επιλόχειας κατάθλιψης, τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής όπως η έλλειψη κοινωνικής, οικονομικής και συναισθηματικής υποστήριξης από τον σύζυγο και την οικογένεια και η κακοποιητική συμπεριφορά του συζύγου, μπορούν να συμβάλουν στην εμφάνισή της. Επιπλέον, καταστάσεις οι οποίες μπορούν να θεωρηθούν επικίνδυνες και να προκαλέσουν την επιλόχεια κατάθλιψη είναι η νοσηλεία κατά τη περίοδο της κύησης, το ιστορικό αποβολής στο παρελθόν αλλά και επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν κατά την διάρκεια του τοκετού.

Σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της νόσου αυτής έχουν οι κοινοτικοί νοσηλευτές και οι νοσηλευτές ψυχικές υγείας. Κατά την περίοδο της λοχείας, ο νοσηλευτής αναλαμβάνει την ενημέρωση της μητέρας για τις αλλαγές που πρόκειται να υποστεί ο οργανισμός της κατά την περίοδο αυτή. Η ολοκληρωμένη ενημέρωσή της θα βοηθήσει σημαντικά στην μείωση του άγχους, του φόβου και της αγωνίας, παράγοντες οι οποίοι θεωρούνται επακόλουθα της άγνοιας. Επίσης ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενημερώνει τη μητέρα για τον τρόπο περιποίησης του μωρού, να δίνει τις απαραίτητες συμβουλές, να βοηθάει στη διαδικασία του θηλασμού, τονίζοντας τα οφέλη του τόσο για τη μητέρα όσο και για το νεογνό.

Οι κατ' οίκον επισκέψεις στην λεχώνα μπορεί να συμβάλλουν στη μείωση της επίπτωσης ή των επιπλοκών της επιλόχειας κατάθλιψης. Ο νοσηλευτής θα συμβουλέψει το οικογενειακό περιβάλλον να βοηθάει την μητέρα στην φροντίδα του μωρού και να δείχνει κατανόηση για αυτό που βιώνει. Επιπλέον θα πρέπει να δίνει την ευκαιρία έκφρασης των συναισθημάτων αλλά και των ανησυχιών, να αναζητά στρατηγικές αντιμετώπισης της κατάστασης και να ενθαρρύνει τόσο την ίδια όσο και τον σύντροφό της με σκοπό την εξασφάλιση της ασφάλειας της λεχώνας και του νεογνού. Τέλος, συμπεραίνουμε πόσο σημαντική είναι η συμβολή των νοσηλευτών τόσο στην διάγνωση όσο και στην θεραπεία της νόσου γι' αυτό θεωρείται απαραίτητη η συνεχής εκπαίδευση και επιμόρφωσή τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ammerman, R. T., Putnam, F. W., Altaye, M., Teeters, A. R., Stevens, J., & Van Ginkel, J. B. (2013). Treatment of depressed mothers in home visiting: Impact on psychological distress and social functioning. *Child Abuse & Neglect*, 37(8), 544–554.
2. Andersen, L., Melvaer, L., Videbech, P., Lamont, R. and Joergensen, J., 2012. Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, pp.1261-1272.
3. Anokye, R., Acheampong, E., Budu-Ainooson, A., Obeng, E. I., & Akwasi, A. G. (2018). Prevalence of postpartum depression and interventions utilized for its management. *Annals of General Psychiatry*, 17(1). doi:10.1186/s12991-018-0188-0.
4. Armstrong, K., Edwards, H., (2005). The effectiveness of a pram-walking exercise programme in reducing depressive symptomatology for postnatal women. *Int J Nurs Pract.*;10:177-194.
5. Avery D.,Thurgood S., Williamson L., 2009. Postpartum Depression (PPD). *American Journal of Clinical Medicine®*.
6. Barnes, D., 2019. Η ψυχολογία της Αναπαραγωγικής Περιόδου: Η Ψυχολογική Προσαρμογή στην Μητρότητα. 1η έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Κωνσταντάρας, σελ.112-161.
7. Baxter, A. J., Scott, K. M., Ferrari, A. J., Norman, R. E., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2014). Challenging The Myth of an “EPIDEMIC” of common mental disorders: Trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. *Depression and Anxiety*, 31(6), 506–516.
8. Bayrampour, H., Ali, E., McNeil, D., Benzies, K., MacQueen, G. and Tough, S., 2016. Pregnancy-related anxiety: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 55, pp.115-130.
9. Beck, C. T. (2006). Postpartum Depression. *AJN, American Journal of Nursing*, 106(5), 40–50.
10. Beck, CT., (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res* 50(5):275–85.
11. Becker, M., Weinberger, T., Chandy, A. and Schumkler, S., 2016. Depression During Pregnancy and Postpartum. *Current Psychiatry Reports*, 18(3).

12. Berk, M., Williams, L., Jacka, F., O'Neil, A., Pasco, J., Moylan, S., Allen, N., Stuart, A., Hayley, A., Byrne, M. and Maes, M., 2013. So depression is an inflammatory disease, but where does the inflammation come from?. *BMC Medicine*, 11(1).
13. Bhatia, P. and Chhabra, S., 2018. Physiological and anatomical changes of pregnancy: Implications for anaesthesia. *Indian Journal of Anaesthesia*, 62(9), p.651.
14. Bjelica, A., Cetkovic, N., Trinic-Pjevic, A. and Mladenovic-Segedi, L., 2018. The phenomenon of pregnancy — a psychological view. *Ginekologia Polska*, 89(2), pp.102-106.
15. Black, D. and Andreasen, N., 2015. Εισαγωγή στην ψυχιατρική: Ψυχοθεραπεία και ηλεκτροσπασμοθεραπεία. 5η έκδοση, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, σελ.503-581.
16. Brenda Happell, Leanne Cowin, Cath Roper and Kim Foster Rose McMaster (2008). *Introducing Mental Health Nursing*. Pub Allen & Unwin.
17. Brummelte, S. and Galea, L., 2016. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior*, 77, pp.153-166.
18. Buultjens, M. and Liamputtong, P., 2007. When giving life starts to take the life out of you: women's experiences of depression after childbirth. *Midwifery*, 23(1), pp.77-91.
19. Cantwell, R. and Cox, J., 2006. Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium. *Current Obstetrics & Gynaecology*, 16(1), pp.14-20.
20. Carlin, A. and Alfirevic, Z., 2008. Physiological changes of pregnancy and monitoring. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 22(5), pp.801-823.
21. Carter, T., 2008. Depression Overview, 1(3), pp.44-51.
22. Clark, C. and Wisner, K., 2018. Treatment of Peripartum Bipolar Disorder. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 45(3), pp.403-417.
23. Coler, M.S., Vincent, K.G., (2001) Ψυχιατρική Νοσηλευτική Φροντίδα. Εκδόσεις Έλλην.
24. Costantine, M., 2014. Physiologic and pharmacokinetic changes in pregnancy. *Frontiers in Pharmacology*, 5.
25. Driscoll, W., (2006). How nurses can identify and care for women grappling with this disorder. *AWHONN Lifelines*, 10 (5), 400-409.
26. Dubovsky, S., Ghosh, B., Serotte, J. and Cranwell, V., 2020. Psychotic Depression: Diagnosis, Differential Diagnosis, and Treatment. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 90(3), pp.160-177.
27. Fekadu, N., Shibeshi, W. and Engidawork, E., 2017. Major Depressive Disorder: Pathophysiology and Clinical Management. *Journal of Depression and Anxiety*, 06(01).

28. Feldt–Rasmussen, U. and Mathiesen, E., 2011. Endocrine disorders in pregnancy: Physiological and hormonal aspects of pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 25(6), pp.875-884.
29. Frieder, A., Fersh, M., Hainline, R. and Deligiannidis, K., 2019. Pharmacotherapy of Postpartum Depression: Current Approaches and Novel Drug Development. *CNS Drugs*, 33(3), pp.265-282.
30. Friedman, S. and Resnick, P., 2009. Postpartum Depression: An Update. *Women's Healthy*, 5(3), pp.287-295.
31. Gavin, NI., Gaynes, BN., Lohr, KN., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., Swinson, T., (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol* 106(5Pt1):1071–83.
32. Ghaedrahmati,, M., Kazemi,, A., Kheirabadi,, G., Ebrahimi,, A. and Bahrami, M., 2017. Postpartum depression risk factors: A narrative review. *J Educ Health Promot.*, pp.6: 60.
33. Goodman, J., 2019. Perinatal depression and infant mental health. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(3), pp.217-224.
34. Goodman, J. H., Prager, J., Goldstein, R., & Freeman, M. (2015). Perinatal dyadic psychotherapy for postpartum depression: A randomized controlled pilot trial. *Archives of Women's Mental Health*, 18(3), 493–506.
35. Grande, I., Berk, M., Birmaher, B. and Vieta, E., 2016. Bipolar disorder. *The Lancet*, 387(10027), pp.1561-1572.
36. Grant Christine A. (2001) Ψυχιατρική νοσηλευτική, Εκδόσεις Έλλην, Αθηνά.
37. Halbreich, U., Karkun, S., (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord* 91(2-3):97–111.
38. Halbreih, U., (2005). Postpartum disorders: Multiple interacting underlying mechanism and risk factors. *J Affect Disord* 88(1):1–7.
39. Hill, C. and Pickinpaugh, J., 2008. Physiologic Changes in Pregnancy. *Surgical Clinics of North America*, 88(2), pp.391-401.
40. Hogan M-A., (2012) Νοσηλευτική ψυχικής υγείας: Διαταραχές διάθεσης. Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, 101-140.
41. Horowitz, J. A., Murphy, C. A., Gregory, K., Wojcik, J., Pulcini, J., & Solon, L. (2013). Nurse home visits improve maternal/infant interaction and decrease severity of postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 42(3), 287–300.

42. Howell, EA., Mora, PA., DiBonaventura, MD., Leventhal, H., (2009). Modifiable factors associated with changes in postpartum depressive symptoms. *Arch Womens Ment Health* 12(2):113–20.
43. Jiang, L., Wang, Z. Z., Qiu, L. R., Wan, G. B., Lin, Y., & Wei, Z. (2014). Psychological intervention for postpartum depression. *Journal of Huazhong University of Science Technology*, 34(3), 437–442.
44. Johansson, M., Benderix, Y. and Svensson, I., 2020. Mothers' and fathers' lived experiences of postpartum depression and parental stress after childbirth: a qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 15(1), p.1722564.
45. Kohlhepp, L., Hollerich, G., Vo, L., Hofmann-Kiefer, K., Rehm, M., Louwen, F., Zacharowski, K. and Weber, C., 2018. Physiologische Veränderungen in der Schwangerschaft. *Der Anaesthetist*, 67(5), pp.383-396.
46. Kozinszky, Z. and Dudas, R., 2015. Validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for the antenatal period. *Journal of Affective Disorders*, 176, pp.95-105.
47. Lee, S., Chien, D., Huang, C., Shih, S., Lee, W. and Chang, W., 2017. Dyspnea in pregnancy.
48. Leight, K., Fitelson, E., Kim, S. and Baker, A., 2010. Treatment of post-partum depression: a review of clinical, psychological and pharmacological options. *International Journal of Women's Health*, p.1.
49. Levant, B., 2011. N-3 (Omega-3) Fatty Acids in Postpartum Depression: Implications for Prevention and Treatment. *Depression Research and Treatment*, 2011, pp.1-16.
50. Lowdermilk, D., L., Perry, S., E. & Cashion K. (2013). Νοσηλευτική Μητρότητας. 8 η έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος. 429- 464, 802-828.
51. Luty, J., 2019. Bordering on the bipolar: a review of criteria for ICD-11 and DSM-5 persistent mood disorders. *BJPsych Advances*, 26(1), pp.50-57.
52. Marks, I. M., Cavanagh, K., & Gega, L. (2007). *Maudsley Monographs No. 45. Hands-on help: Computer-aided psychotherapy*. Hove, UK: Psychology Press.
53. McIntosh, A., Sullivan, P. and Lewis, C., 2019. Uncovering the Genetic Architecture of Major Depression. *Neuron*, 102(1), pp.91-103.
54. Milgrom, J., Danaher, B. G., Gemmill, A. W., Holt, C., Holt, C. J., Seeley, J. R., . Ericksen, J. (2016). Internet cognitive behavioral therapy for women with postnatal depression: A randomized controlled trial of MumMoodBooster. *Journal of Medical Internet Research*, 18(3), e54.

55. Morrell, C.J., Warner, R., Slade, P., Dixon, S., Walters, S., Paley, G., Brugha, T., (2009). Psychological interventions for postnatal depression: cluster randomised trial and economic evaluation. The PoNDER trial. *Health Technol Assess.* Jun;13(30):iii-iv, xi-xiii, 1-153.
56. Murray, C. J. L. (2013). The State of US Health, 1990-2010. *JAMA*, 310(6), 591.
57. Ngai, F. W., Wong, P. W., Leung, K. Y., Chau, P. H., & Chung, K. F. (2015). The effect of telephone-based cognitive-behavioral therapy on postnatal depression: A randomized controlled trial. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 84(5), 294–303.
58. Nguyen, J. (2017). A Literature Review of Alternative Therapies for Postpartum Depression. *Nursing for Women's Health*, 21(5), 348–359.
59. Norhayati, M., Nik Hazlina, N., Asrenee, A. and Wan Emilin, W., 2015. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *Journal of Affective Disorders*, 175, pp.34-52.
60. O'Hara, M. and Engeldinger, J., 2018. Treatment of Postpartum Depression: Recommendations for the Clinician. *Clinical Obstetrics & Gynecology*, 61(3), pp.604-614.
61. O'Hara, M. and McCabe, J., 2013. Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), pp.379-407.
62. O'Hara, M. and Wisner, K., 2013. Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.*
63. O'Hara, M., 2009. Postpartum depression: what we know. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), pp.1258-1269.
64. O'Mahen, H. A., Richards, D. A., Woodford, J., Wilkinson, E., McGinley, J., Taylor, R. S., & Warren, F. C. (2014). Netmums: A phase II randomized controlled trial of a guided internet behavioural activation treatment for postpartum depression. *Psychological Medicine*, 44(8), 1675–1689.
65. Otte, C., Gold, S., Penninx, B., Pariante, C., Etkin, A., Fava, M., Mohr, D. and Schatzberg, A., 2016. Major depressive disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 2(1).
66. Pawar, G., Wetzker, C., Gjerdingen, D., (2011). Prevalence of depressive symptoms in the immediate postpartum period. *J Am Board Fam Med* 24(3):258–61.
67. Paykel, E., 2008. Basic concepts of depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10(3), pp.279-289.
68. Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A., & Zlotnick, C. (2009). Postpartum depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 200(4), 357–364.

69. Pearson, C., Janz, T., Ali, J., (2013). Mental and substance use disorders in Canada. *Health at a Glance*.
70. Pope, C. and Mazmanian, D., 2016. Breastfeeding and Postpartum Depression: An Overview and Methodological Recommendations for Future Research. *Depression Research and Treatment*, 2016, pp.1-9.
71. Porsdam-Mann, S., Bradley, V. J., & Sahakian, B. J., (2016). Human Rights-Based Approaches to Mental Health: A Review of Programs. *Health and human rights*, 18(1), 263–276.
72. Pugh, N. E., Hadjistavropoulos, H. D., & Dirkse, D. (2016). A ran-domised controlled trial of therapist-assisted, Internet-delivered cognitive behavior therapy for women with maternal depression. *PLOS ONE*,11(3), e0149186.
73. Putnam, KT., Wilcox, M., Robertson-Blackmore, E., Sharkey, K., Bergink, V., Munk-Olsen, T., et al.,(2017). Clinical phenotypes of perinatal depression and time of symptoms onset: analysis of data from an international consortium. *Lancet Psychiatry* 4(6):477–85.
74. Rabiei, L., Mazaheri, M. A., Masoudi, R., & Hasheminia, S. A. (2014). Fordyce happiness program and postpartum depression. *Journal of Research in Medical Sciences*, 19(3), 251–256.
75. Rai, D., Zitko, P., Jones, K., Lynch, J., & Araya, R. (2013). Country- and individual-level socioeconomic determinants of depression: multilevel cross-national comparison. *British Journal of Psychiatry*, 202(03), 195–203.
76. Raisanen, S., Lehto, SM., Nielsen, HS., Gissler, M., Kramer, MR., Heinonen, S., (2013). Fear of childbirth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland. *BMJ Open* 3(11):e004047.
77. Rakofsky, J. and Rapaport, M., 2018. Mood Disorders. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 24, pp.804-827.
78. Ravn, I. H., Smith, L., Smeby, N. A., Kynoe, N. M., Sandvik, L., Bunch, E. H., & Lindemann, R. (2012). Effects of early mother-infant intervention on outcomes in mothers and moderately and late preterm infants at age 1 year: A randomized controlled trial. *Infant Behavioral Development*, 35(1), 36–47.
79. Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., Stewart, DE., (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry* 26(4):289–95.
80. Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2009). Dysthymic disorder: Forlorn and overlooked? *Psychiatry*, 6(5), 46–50.

81. Saveanu, R. and Nemeroff, C., 2012. Etiology of Depression: Genetic and Environmental Factors. *Psychiatric Clinics of North America*, 35(1), pp.51-71.
82. Schulz, P. and Arora, G., 2015. Depression. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*, 21, pp.756-771.
83. Segre, L. S., O'Hara, M. S., & Beck, C. T. (2010). Nursing care for postpartum depression, part 1: do nurses think they should offer both screening and counseling?. *Matern Children Nursing*, 35(4), 220-225.
84. Shamshiri Milani, H., Azargashb, E., Beyraghi, N., Defaie, S., & Asbaghi, T. (2015). Effect of telephone-based support on post-partum depression: A randomized controlled trial. *International Journal of Fertility & Sterility*, 9(2), 247–253.
85. Shapiro, P., (2001). *Μαιευτική & Γυναικολογική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.
86. Sharma, P., Singh, A., K Mahopatra, T., Kumar, P. and Shrestha, S., 2018. Physical physiological and biochemical changes during pregnancy. *Santosh University Journal of Health Sciences*, 4(2), pp.58-62.
87. Shorey, S., Chee, CYL., Ng, ED., Chan, YH., Tam, WWS., Chong, YS., (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 104:235–48.
88. Shorey, S., Chan, S. W., Chong, Y. S., & He, H. G. (2015). A randomized controlled trial of the effectiveness of a postnatal psychoeducation programme on self-efficacy, social support and postnatal depression among primiparas. *Journal of Advanced Nursing*, 71(6), 1260–1273.
89. Shrestha, S., Pradhan, R., Tran, T., Gualano, R. and Fisher, J., 2016. Reliability and validity of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for detecting perinatal common mental disorders (PCMDs) among women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*, p.72.
90. Sit, D. and Wisner, K., 2009. Identification of Postpartum Depression. *Clinical Obstetrics & Gynecology*, 52(3), pp.456-468.
91. Soma-Pillay, P., Nelson-Piercy, C., Tolppanen, H. and Mebazaa, A., 2016. Physiological changes in pregnancy. *Cardiovascular Journal of Africa*, 27(2), pp.89-94.
92. Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009). Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement. *JAMA*, 302(5), 537.

93. Stowe, ZN., Hostetter, AL., Newport, D., (2005). The onset of postpartum depression: Implications for clinical screening in obstetrical and primary care. *Am J Obstet Gynecol* 192(2):522–6.
94. Strandas, M., & Bondas, T. (2017). The nurse-patient relationship as a story of health enhancement in community care: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 74(1), 11–22.
95. Suhana Yahya, N., Teng, N., Das, S. and Juliana, N., 2020. Postpartum depression among Neonatal Intensive Care Unit mothers and its relation to postpartum dietary intake: A review. *Journal of Neonatal Nursing*.
96. Thurgood, S., M. Avery, D. and Williamson, L., 2009. Postpartum Depression (PPD). *American Journal of clinical Medicine*.
97. Tokutsu, Y., Umene-Nakano, W., Shinkai, T., Yoshimura, R., Okamoto, T., Katsuki, A., Hori, H., Ikenouchi-Sugita, A., Hayashi, K., Atake, K. and Nakamura, J., 2013. Follow-up Study on Electroconvulsive Therapy in Treatment-resistant Depressed Patients after Remission: A Chart Review. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 11(1), pp.34-38.
98. Tolentino, J. and Schmidt, S., 2018. DSM-5 Criteria and Depression Severity: Implications for Clinical Practice. *Frontiers in Psychiatry*, 9.
99. Ventura, C. A. A., Austin, W., Carrara, B. S., & de Brito, E. S. (2020). Nursing care in mental health: Human rights and ethical issues. *Nursing Ethics*
100. Ventura, C.A.A., Mendes, IAC., Trevizan, MA., et al., (2012). Human rights of drug users according to public health professionals in Brazil. *Nurs Ethics*; 20(2): 158–167.
101. Videbeck, S., (2010). *Psychiatric-Mental Health Nursing*, Pub Lippincot.
102. Viguera, AC., Tondo, L., Koukopoulos, AE., Reginaldi, D., Lepri, B., Baldessarini, RJ., (2011). Episodes of mood disorders in 2252 pregnancies and postpartum periods. *Am J Psychiatry* 168(11):1179–85.
103. Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575–1586.
104. WHO, (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, Switzerland: WHO Press.

105. Wisner, KL., Sit, DK., McShea, MC., Rizzo, DM., Zoretich, RA., Hughes, CL., et al. (2013). Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry* 70(5):490–8.
106. World Health Organization, (2011). *Mental Health, Human Rights & Legislation*. Available at http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/en/; N. Drew et al. "Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: An unresolved global crisis." *The Lancet* 378, pp. 1664–1675.
107. Yim, I., Tanner Stapleton, L., Guardino, C., Hahn-Holbrook, J. and Dunkel Schetter, C., 2015. Biological and Psychosocial Predictors of Postpartum Depression: Systematic Review and Call for Integration. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11(1), pp.99-137.
108. Yonkers, KA., Ramin, SM., Rush, AJ., Navarrete, CA., Carmody, T., March, D., et al., (2001). Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *Am J Psychiatry* 158(11):1856–63.
109. Zauderer, C. and Davis, W., 2012. Treating Postpartum Depression and Anxiety Naturally. *Holistic Nursing Practice*, 26(4), pp.203-209.
110. Βεντουράτου, Δ., (2009). Εισαγωγή στην Ψυχοτραυματολογία και στην Τραυματοθεραπεία EMDR, Εκδόσεις: Πεδίο, Αθήνα.
111. Βιβιλάκη, Β., 2016. Πρωτοβάθμια Μαιευτική Φροντίδα: Η μαία στην Π.Φ.Υ. Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, pp.σελ.639-676.
112. Ευθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Αθ., Παυλάτου, Ε. & Καλαντζή -Αζίζι, Α. (2006). *Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπιση τους*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
113. Καραδήμας, Ε.Χ., (2005). *Ψυχολογία της Υγείας: Θεωρία και Κλινική Πράξη*, Εκδόσεις: Τυπωθήτω, Αθήνα.
114. Καρπάθιος, Σ.Ε., 2001. *Βασική Μαιευτική και Περιγεννητική Ιατρική*. 2η Έκδοση. Ιατρικές Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.
115. Κατσανδρή, Κ., (2020). Τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών. <http://www.justina.gr> (Accessed, July 5th, 2021)
116. Κώτση Α., 2009. *Επιδημιολογία της επιλόχειας κατάθλιψης και διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου*. Διδακτορική διατριβή [online]. Ιωάννινα: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Διαθέσιμο στο <http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/> [πρόσβαση στις 15 Μαΐου 2021]

117. Μωραΐτου, Μ., 2007. Ψυχοσωματική Ετοιμασία Για Τη μητρότητα . Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου.
118. Μωραΐτου, Μ., 2004. Το Βίωμα της Μητρότητας: Η Μετάβαση στην Μητρότητα, Επιλόχεια Κατάθλιψη. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, pp. 146-190,288-330.
119. Ραγιά, Α., 2001. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ιδιωτική Έκδοση, Αθήνα.