



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Επιλόχεια κατάθλιψη και
κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες
(Μελέτη ΡΕΑ μητέρας-παιδιού)**

**Μελάκη Βασιλική
Επισκέπτρια Υγείας**

Επιβλέπων: Ε. Κογεβινας, Καθηγητής, Τομέα
Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν.
Κρήτης

Ηράκλειο, Ιούνιος 2009

© 2009
ΜΕΛΑΚΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ
ALL RIGHTS RESERVED

Ευχαριστίες

Καταρχήν θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντά μου, καθηγητή κ. Μανόλη Κογεβίνα, ο οποίος μου παρείχε πολύτιμες συμβουλές και υποδείξεις για την εκπόνηση της πτυχιακής μου εργασίας. Υπήρξε αδιάκοπο στήριγμα όλο αυτό το χρονικό διάστημα, επιδεικνύοντας αξιομνημόνευτη υπομονή με όλες μου τις απορίες.

Θα ήθελα, επίσης, να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στη στατιστικό της μελέτης, Ρουμελιωτάκη Θεανώ, της οποίας οι πολύτιμες συμβουλές διευκόλυναν τη στατιστική μου ανάλυση. Υπήρξε σημαντικός αρωγός σε όλη αυτή τη διαδικασία, παρέχοντας μου λύσεις σε όλες τις δυσκολίες που αντιμετώπισα.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω και σε όλους τους συνεργάτες μου στη Μελέτη ΡΕΑ για το ευχάριστο κλίμα εργασίας που μου παρείχαν, αποτελώντας, παράλληλα, ένα μεγάλο σχολείο για την κατάρτισή μου στο αντικείμενο της έρευνας.

Περιεχόμενα	Σελ.
1. Εισαγωγή	5
1.1 Επιπολασμός επιλόχειας κατάθλιψης	6
1.2 Συμπτωματολογία της νόσου	7
1.3 Αιτιολογία επιλόχειας κατάθλιψης	8
1.4 Βιβλιογραφική ανασκόπηση	9
2. Υποθέσεις και Στόχοι της μελέτης	17
3. Μεθοδολογία	17
4. Στατιστική ανάλυση	20
5. Αποτελέσματα	23
5.1 Περιγραφική ανάλυση	23
5.1.1 Περιγραφικά στοιχεία των μητέρων της μελέτης	23
5.1.2 Τρόπος ζωής των μητέρων της μελέτης	25
5.1.3 Περιγραφή ασθενειών των μητέρων	26
5.1.4 Περιγραφικά στοιχεία του ερωτηματολογίου EPDS	26
5.2 Συσχετίσεις του επιπολασμού επιλόχειας κατάθλιψης με διαφορετικούς παράγοντες	27
5.3 Πολυπαραγοντική ανάλυση	32
6. Συζήτηση	35
7. Βιβλιογραφία	39
Παράρτημα	43
Μεταβλητές ερωτηματολογίων	
✓ Ερωτηματολόγιο 12 ^{ης} εβδομάδας κύησης	44
✓ Ερωτηματολόγιο 30 ^{ης} εβδομάδας κύησης	47
✓ Ερωτηματολόγιο τοκετού	49
✓ Ερωτηματολόγιο EPDS	50
✓ Ερωτηματολόγιο παιδιού 6 ^{ου} μήνα	52

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος εργασίας: Επιλόχεια κατάθλιψη και κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες (Μελέτη PEA μητέρας-παιδιού)

Της: Μελάκη Βασιλικής

Υπό την επίβλεψη του: Κογεβίνα Εμμανουήλ

Ημερομηνία: 12 Ιουνίου 2009

Εισαγωγή: Η επιλόχεια κατάθλιψη εμφανίζεται περίπου στο 10-15% του γυναικείου πληθυσμού σύμφωνα με διεθνείς μελέτες, ωστόσο η ακριβής αιτιολογία της παραμένει ακόμα ασαφής. Στην ελληνική επικράτεια οι μελέτες για την επιλόχεια κατάθλιψη είναι περιορισμένες.

Σκοπός μελέτης: Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή του επιπολασμού της νόσου σε γυναίκες του νομού Ηρακλείου, αλλά και των ιδιαίτερων κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων που την επηρεάζουν.

Μέθοδοι: Η έρευνα αποτελεί τμήμα της Μελέτης PEA. Συμμετείχαν 1078 γυναίκες οι οποίες απάντησαν στο ερωτηματολόγιο EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) με τηλεφωνική συνέντευξη περίπου οκτώ εβδομάδες μετά τον τοκετό. Χρησιμοποιήθηκε σαν όριο αρνητικό για επιλόχεια κατάθλιψη το σκορ ≤ 12 και κατά τη στατιστική ανάλυση έγινε έλεγχος των συγχυτικών παραγόντων (ηλικία μητέρας, οικογενειακή κατάσταση, καταγωγή μητέρας και αριθμός των παιδιών που κυοφορούσε).

Αποτελέσματα: Το δείγμα αποτελείται κυρίως από Ελληνίδες (91,5%) ηλικίας 26-35 ετών (64,9%), μέτριου μορφωτικού επιπέδου (48,1%). Το 14% των γυναικών εμφάνισε κάποια ψυχική νόσο κατά το παρελθόν. Ο επιπολασμός της επιλόχειας κατάθλιψης ανήλθε στο 13,6% και είναι υψηλότερος σε κατοίκους αγροτικών περιοχών (37%). Το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας έχει προστατευτική επίδραση ενάντια στη νόσο, κυρίως όταν είναι υψηλό (Σχετικός κίνδυνος (ΣΚ) = 0,58). Το ιστορικό ψυχολογικού προβλήματος σχετιζόταν με αύξηση του κινδύνου κατά 86% (ΣΚ=1.86, 95%CI 1,16-2,98). Τέλος, η ύπαρξη θορύβου βρέθηκε ότι συσχετίζεται με 73% μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου, ενώ η εργασία κατά την κύηση συσχετιζόταν με μείωση του κινδύνου κατά 42%.

Συμπεράσματα: Ο επιπολασμός της επιλόχειας κατάθλιψης στις μητέρες στην Κρήτη είναι υψηλός και είναι αντίστοιχος άλλων Ευρωπαϊκών χωρών. Η επιλόχεια κατάθλιψη σχετίζεται με πολλαπλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικο-οικονομικών, των περιβαλλοντικών, του τρόπου ζωής και των προβλημάτων υγείας. Περαιτέρω έρευνα είναι απαραίτητη προκειμένου να επιβεβαιωθούν τα αποτελέσματα και να διευκρινιστούν

περισσότεροι παράγοντες κινδύνου, ώστε να ληφθούν αποτελεσματικά μέτρα πρόληψης και αντιμετώπισης.

Λέξεις κλειδιά: επιλόχεια κατάθλιψη, EPDS, κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες, Μελέτη PEA, μελέτη μητέρας-παιδιού

Abstract

Title: Postnatal depression and sociodemographic factors (mother-child birth cohort)

By: Melaki Vasiliki

Supervisor: Kogevinas M.

Date: 12 June 2009

Background: Postnatal depression is reported at about 10-15% of the female population, according to international surveys, thus the specific causation remains yet unclear. Limited studies about postnatal depression have been conducted in Greece.

Objectives: The objectives of the study is to record the prevalence of the disease in women of Heraklion and also the specific sociodemographic factors that affect it.

Methods: This study is part of the mother-child birth cohort in Crete. The sample included 1078 women that completed the EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) through telephone interviews at about eight weeks after delivery. The cutoff point of the EPDS score was set to 12 and the analysis was controlled for confounders.

Results: The sample consists mainly of Greek women (91,5%) aged 26-35 years old (64,9%), with medium educational status (48,1%). 14% of the women have developed a psychiatric disease at the past. The prevalence of postnatal depression came up to 13,6%, and was reported higher in women living in rural areas. When maternal educational status is high it has a protective effect against the disease (Relative Risk: RR=0,58). Women with psychological illness history had 84% higher risk to develop postnatal depression (RR=1.86, 95%CI 1,16-2,98). Finally, the presence of noise was found to be related to 73% higher risk, while employment during pregnancy was related to 42% lower risk.

Conclusions: The prevalence of postpartum depression at women in Crete is high, but relevant to other countries. Postpartum depression was found to be related to multiple factors, such as socioeconomic, environmental, life style and health related factors. Further research is needed to confirm the results, examine more risk factors and take effective precaution measures.

Key words: postnatal/postpartum depression, sociodemographic factors, EPDS, mother-child birth cohort

1. Εισαγωγή

Οι βιολογικές και ψυχολογικές διαφορές των δύο φύλων γίνονται περισσότερο έκδηλες κατά την εφηβεία και, στη συνέχεια, όταν το άτομο περνά στη φάση της ενηλικίωσης. Στη ζωή μίας γυναίκας παρατηρούνται συχνά αλλαγές στη διάθεσή της όταν διανύει διάφορες περιόδους, όπως είναι η εφηβεία, η εγκυμοσύνη και η κλιμακτήριος, κατά τις οποίες δεν είναι σπάνια η εμφάνιση ψυχικών διαταραχών. Παρόλο που κατά την κύηση υπάρχει μία «έκρηξη» έκκρισης ορμονών στο γυναικείο οργανισμό, ωστόσο η πλειοψηφία των ψυχικών προβλημάτων παρουσιάζεται με την παρέλευσή της, κατά τη διάρκεια, δηλαδή, της λοχείας, όταν ο οργανισμός προσπαθεί να επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα των ορμονών αυτών.

Ο τοκετός αποτελεί μία φυσιολογική διαδικασία για τον ανθρώπινο οργανισμό, την οποία, όμως, η κάθε γυναίκα βιώνει διαφορετικά. Από πολλές γυναίκες εκλαμβάνεται ως μία από τις καλύτερες στιγμές της ζωής τους και το πρώτο βήμα για την καινούρια ζωή με το παιδί τους, ενώ για άλλες αποτελεί αφετηρία ποικίλων προβλημάτων. Αυτό συμβαίνει, κυρίως, όταν η κύηση, η γέννα και η λοχεία δεν ακολουθούν τη φυσιολογική τους πορεία ή όταν η ίδια η μητέρα δεν τις θεωρήσει φυσιολογικές, λόγω προβλημάτων που πιθανά αντιμετωπίζει σε όλο αυτό το χρονικό διάστημα.

Φαίνεται ότι οι περίοδοι στη ζωή μίας γυναίκας κατά τις οποίες εκκρίνεται προγεστερόνη, όπως είναι η κύηση και ο θηλασμός, δραστηριοποιούν διάφορες μεταβολικές διαδικασίες. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να εμφανίζονται διαταραχές στη διάθεσή της μετά τον τοκετό, μία κατάσταση η οποία είναι συνηθισμένη και γενικά θεωρείται φυσιολογική. Τότε είναι δυνατό να παρατηρηθούν αντιδραστικές ψυχικές καταστάσεις, οι οποίες δημιουργούνται για αντιμετώπιση διαφόρων συναισθηματικών εμπειριών. Μία τέτοια αντίδραση προκαλείται τόσο από εξωτερικά ερεθίσματα, όσο και από εσωτερικές διαταραχές/διαμάχες. Η πλειοψηφία των γυναικών αναφέρει ήπια συμπτώματα, όπως κλάμα, αϋπνία, μειωμένη όρεξη και γενικά αλλαγές στη διάθεση λίγες ημέρες μετά τον τοκετό. Οι καταστάσεις αυτές κατηγοριοποιούνται ως εξής: δυσφορία, νευρωτικές εκδηλώσεις και αντιδραστική καταθλιπτική διάθεση, και, συνήθως, αναφέρονται στην ανησυχία της γυναίκας για το μέλλον της ίδιας και της οικογένειάς της, με αποτέλεσμα να αισθάνεται άγχος. (Hammen C., 1997; Anthony E.J. & Benedek T., 1975)

Από την άλλη πάλι, υπάρχουν μερικές μητέρες για τις οποίες ο τοκετός αποτελεί μία τραυματική εμπειρία. Οι ορμονικές αλλαγές που επιτείνουν τις ωδίνες και την

ένταση του τοκετού, προκαλούν κάποιου είδους διατάραξη της πορείας της κύησης μέχρι εκείνη τη στιγμή. Μετά τον τοκετό, όταν το σώμα προετοιμάζεται για το θηλασμό, στις μητέρες, ιδιαίτερα σε όσες αποκτούν το πρώτο τους παιδί, μπορεί να παρατηρηθεί συναισθηματική καθυστέρηση. Σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης προετοιμάζονταν να αγαπήσουν το παιδί τους και, όταν αυτό γεννιέται, συχνά εκπλήσσονται από την έλλειψη συναισθήματος που βιώνουν. Το αίσθημα αγάπης για το παιδί είναι ικανό να επιβεβαιώσει τη γυναίκα για τη μητρότητά της και μπορεί να την κάνει να χαλαρώσει και να περιμένει το στάδιο του θηλασμού. Σε αντίθετη περίπτωση, η ίδια αντιμετωπίζει το μωρό σαν αντικείμενο ή σαν να πρόκειται για κάποιον ξένο. Πολλές γυναίκες κλαίνε, όταν βρίσκονται στην κατάσταση αυτή, και φοβούνται ότι δε θα αποκτήσουν ποτέ αισθήματα αγάπης για το παιδί τους. Σε πολλές περιπτώσεις, όμως, λαμβάνοντας στοργικότητα από τους συζύγους και τα υπόλοιπα προσφιλή τους πρόσωπα, παράλληλα με την έναρξη του θηλασμού, αρχίζει να υποχωρεί και η συμπτωματολογία της νόσου. (Hammen C., 1997; Anthony E.J. & Benedek T., 1975)

Με το θηλασμό, ολοκληρώνεται η διαδικασία αυτής της τεκνοποίησης. Ακόμη και αν το μωρό τρέφεται από το μπουκάλι, εντούτοις, η διαδικασία αυτή βοηθά στη δημιουργία μίας στενής επαφής ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί, γεγονός το οποίο ενισχύει μία αλληλεπίδραση συναισθημάτων μεταξύ των δύο και την κάνει να αισθάνεται ενωμένη με το μωρό της. (Hammen C., 1997; Anthony E.J. & Benedek T., 1975)

1.1 Επιπολασμός επιλόχειας κατάθλιψης

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μία από τις αντιδραστικές ψυχικές καταστάσεις και αποτελεί ένα σοβαρό ζήτημα υγείας που αφορά ένα σημαντικό τμήμα του γυναικείου πληθυσμού. Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες, εμφανίζεται περίπου στο 10-15% των γυναικών, από δύο εβδομάδες έως ένα περίπου έτος μετά τη γέννα. Δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας καταγράφουν την επίπτωση κατάθλιψης και άγχους να είναι περίπου στο 8-10% κατά την εγκυμοσύνη και 13% μετά τον τοκετό, ενώ η αυτοκτονία είναι μία από τις κυρίαρχες αιτίες θανάτου των μητέρων το χρονικό διάστημα μετά τη γέννα. Διακρίνεται στη μη ψυχωτική καταθλιπτική διάθεση αμέσως μετά τον τοκετό και την καταθλιπτική νευρωτική αντίδραση, με αισθήματα αδυναμίας, υπερκόπωσης, άγχους και αβεβαιότητας για το μέλλον. Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δίνεται στην ανίχνευση της επιλόχειας κατάθλιψης, καθώς στην πλειοψηφία των περιπτώσεων (ειδικά στη χώρα μας) παραμένει αδιάγνωστη,

οδηγώντας σε περαιτέρω μελλοντικά προβλήματα υγείας τόσο της ίδιας της γυναίκας, όσο και της οικογένειάς της. (Hammen C., 1997; Anthony E.J. & Benedek T., 1975; WHO, 2008a)

1.2 Συμπτωματολογία της νόσου

Τα συμπτώματα της νόσου δε διαφέρουν σημαντικά από τα συμπτώματα της απλής κατάθλιψης που μπορεί να παρουσιαστεί ανεξάρτητα από την ύπαρξη κήσης. Συγκεκριμένα, η γυναίκα εμφανίζει αισθήματα απογοήτευσης και επιθετικότητας τόσο προς το σύζυγο ή το παιδί της, όσο και στο περιβάλλον της γενικά. Αναφέρεται ότι η εχθρότητα ενάντια στο παιδί υποδηλώνει εχθρότητα ενάντια στον ίδιο της τον εαυτό, με αποτέλεσμα να τον απορρίπτει. Σε αρκετές περιπτώσεις παρατηρείται ανορεξία και εμετός, με αποτέλεσμα την πρόκληση μεταβολικών διαταραχών, όπως η εκλαμψία, συμπτώματα τα οποία είναι δηλωτικά αυτοκαταστροφικότητας. Οι εκρήξεις θυμού, οι κραυγές, οι συγχυτικές καταστάσεις, η θόλωση της συνείδησης, η ψυχοκινητική απάθεια, η έλλειψη οποιουδήποτε ενδιαφέροντος, η καταθλιπτική διάθεση και, παράλληλα, η υπερκινητικότητα, οι διαταραχές του ύπνου και οι έντονες ιδέες ενοχών και τύψεων μέχρι το σημείο παραληρήματος ολοκληρώνουν την εκδήλωση της νόσου. Όταν η γυναίκα αντιληφθεί τα επιθετικά της συναισθήματα, νιώθει ενοχές, με αποτέλεσμα να βρίσκεται σε μία κατάσταση άγχους και να φροντίζει υπερβολικά το παιδί της («κατ' αντίδραση συμπεριφορά»). Οι ψυχωτικές καταθλίψεις της λοχειάς εμπεριέχουν μεγάλο κίνδυνο αυτοκτονίας. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στην ανίχνευση των πρώιμων συμπτωμάτων, προκειμένου να γίνει έγκαιρη διάγνωση της διαταραχής, καθώς ενέχεται μεγάλος κίνδυνος επανεμφάνισής της σε επόμενους τοκετούς. (Hammen C., 1997; Anthony E.J. & Benedek T., 1975; WHO, 2008a)

Πολλές μελέτες έχουν καταδείξει το γεγονός ότι οι γυναίκες που είναι φορτισμένες συναισθηματικά μετά τον τοκετό είναι πολύ πιθανό να είχαν προγενέστερα συναισθηματικά προβλήματα και να ήταν περισσότερο ευάλωτες, με αποτέλεσμα η κατάθλιψη να έχει προκληθεί λόγω άγχους είτε από τη γέννηση του παιδιού είτε από δυσκολίες που μπορεί να υπάρχουν στη συμβίωση με το σύζυγό τους. Επίσης, οι γυναίκες που παθαίνουν επιλόχεια κατάθλιψη διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν μελλοντικά καταθλιπτικά επεισόδια, όπως φάνηκε και από μία μελέτη των Philipps & O'Hara το 1991. Από διεθνείς έρευνες έχει υπολογιστεί ότι περίπου $1/1000$ γυναίκες εμφανίζει ψυχωτική επιλόχεια κατάθλιψη, ενώ η κακοποίηση, ο αλκοολισμός και οι διατροφικές διαταραχές συχνά αποτελούν συνοδές καταστάσεις

για την εκδήλωση της ασθένειας. (Hammen C., 1997; Anthony E.J. & Benedek T., 1975; WHO, 2008b)

1.3 Αιτιολογία επιλόχειας κατάθλιψης

Ωστόσο, η σαφής αιτιολογία της νόσου δεν έχει ακόμη διευκρινιστεί. Για το λόγο αυτό έχουν πραγματοποιηθεί πολυάριθμες μελέτες προκειμένου να διερευνηθούν τα αίτια που οδηγούν στην εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Διάφοροι παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί για την εμφάνισή της, ανάμεσα στους οποίους συγκαταλέγονται: τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής, οι διαμάχες μεταξύ των συζύγων, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης ή βοήθειας κατά την ανατροφή του παιδιού (ιδιαίτερα όταν πρόκειται για μονογονεϊκή οικογένεια ή ανεπιθύμητη κύηση), κάποια πιθανή προδιάθεση σε συνδυασμό με τις ορμονικές αλλαγές κατά την περίοδο αυτή, η ηλικία, η φυλή, η εθνικότητα, το μορφωτικό επίπεδο και η οικονομική κατάσταση της γυναίκας. Ακόμη, πιθανό παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης της νόσου αποτελεί το χαμηλό βάρος γέννησης του μωρού (<2500 kg), εάν χρειάστηκε να νοσηλευθεί σε μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών, ο αριθμός των προηγούμενων ζωντανών γεννήσεων, το κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη και κυρίως κατά το τελευταίο τρίμηνο αυτής, η επαγγελματική κατάσταση/οικονομική ανεξαρτησία της γυναίκας, εάν είναι μετανάστρια, εάν έχει υποστεί σωματική κακοποίηση πριν ή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (κυρίως από το σύντροφο), όπως, επίσης, και ο θηλασμός. Όλες αυτές οι καταστάσεις δημιουργούν άγχος και ανασφάλεια στη λεχωίδα και αποτελούν πρόσφορο έδαφος για την ανάπτυξη επιλόχειας κατάθλιψης. Τα τελευταία χρόνια έχουν αρχίσει, επίσης, να εξετάζονται και διάφοροι γενετικοί παράγοντες, όπως είναι οι γενετικοί πολυμορφισμοί στο γονίδιο 5-HTT (serotonin transporter gene), για τη σχέση τους με την εκδήλωση της νόσου.

Συγκεκριμένα, η συμπεριφορά της γυναίκας επηρεάζεται από τις πολιτισμικές συνθήκες κάτω από τις οποίες ζει και έχει ανατραφεί. Τα διάφορα στερεότυπα και οι αντιλήψεις που χαρακτηρίζουν τον εκάστοτε πολιτισμό διαμορφώνουν και τις αντιλήψεις σχετικά με την εγκυμοσύνη. Σε κάποιες περιπτώσεις έχει παρατηρηθεί αυξημένος φόβος της γυναίκας γι' αυτή, ενώ σε άλλες θεωρείται ευλογία. Επιπλέον, η προσωπικότητα στο σύνολό της, η επιθυμία της μητέρας να βιώσει σε βάθος τη συγκεκριμένη κύηση, οι ελπίδες και οι φόβοι της τόσο για την ίδια και το μωρό, όσο και για τα αγαπημένα της πρόσωπα, καθώς και οι διαρκώς αυξανόμενες ευθύνες που αναλαμβάνει μέσα από τη διαδικασία αυτή, τείνουν να αυξάνουν το άγχος της. (Hammen C., 1997; Anthony E.J. & Benedek T., 1975; WHO, 2008a)

Οι γυναίκες που βιώνουν καταστάσεις στρες έχει παρατηρηθεί ότι εμφανίζουν συχνότερα κατάθλιψη. Αυτό συμβαίνει διότι από τη μία αναλαμβάνουν πολλές υποχρεώσεις, ενώ από την άλλη σε πολλές περιπτώσεις δεν υπάρχει η δυνατότητα λόγω οικονομικού περιορισμού να εκπληρώσουν τα καθήκοντά τους και να ρυθμίσουν ζητήματα της καθημερινότητάς τους. Ακόμη, όταν μία έφηβη μείνει έγκυος, υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξει τη νόσο, καθώς τα κορίτσια βιώνουν με περισσότερο άγχος τις αλλαγές αυτής της χρονικής περιόδου αναφορικά με το σώμα τους λόγω της εφηβείας από τη μία, αλλά και της εγκυμοσύνης από την άλλη. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να διαμορφώνουν αρνητική εικόνα του εαυτού και της εμφάνισής τους, με συνέπεια να δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος. (Hammen C., 1997; Anthony E.J. & Benedek T., 1975)

Επιπλέον, κάποιες μελέτες εξέτασαν τη διαφορά αστικών και αγροτικών περιοχών ως προς την εμφάνιση της νόσου και παρατηρήθηκε μεγαλύτερη επίπτωσή της στους κατοίκους των πόλεων. Επίσης, ελέγχθηκε το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων και βρέθηκε ότι όσα ανήκαν σε υψηλές βαθμίδες εκπαίδευσης (πανεπιστημιακή) είχαν χαμηλότερα ποσοστά εμφάνισης της νόσου σε σύγκριση με όσα δεν είχαν ολοκληρώσει τη βασική εκπαίδευση (γυμνάσιο). Η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται να έχει κι αυτή εξέχουσα θέση στην εκδήλωση επιλόχειας κατάθλιψης, καθώς οι διαζευγμένοι και όσα άτομα δεν ήταν ευτυχισμένα μέσα στο γάμο τους, είχαν, επίσης, υψηλότερους δείκτες. Τέλος, γενικά έχει παρατηρηθεί ότι η χαμηλή κοινωνική τάξη και το χαμηλό εισόδημα σε συνδυασμό με την ανεργία ενέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης. Αυτό επηρεάζει ειδικά τις έγκυες, καθώς μετά τον τοκετό έχουν αισθήματα ευθύνης και άγχους απέναντι στο μωρό το οποίο γέννησαν και καλούνται να αναθρέψουν κάτω από δυσμενείς συνθήκες. (Hammen C., 1997; Anthony E.J. & Benedek T., 1975; WHO, 2008b)

1.4 Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Όλα τα παραπάνω επιβεβαιώνονται τόσο από την εθνική όσο και από τη διεθνή ερευνητική δραστηριότητα και βιβλιογραφία. Μία μελέτη του προηγούμενου έτους πραγματοποιήθηκε σε 402 γυναίκες σε μαιευτική κλινική της Αθήνας, έχοντας ως αντικείμενο τη διερεύνηση του επιπολασμού της νόσου και την καταγραφή των κλινικών και γενικότερων κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων που την προκαλούν σε αστικό περιβάλλον στην Ελλάδα. Ένα από τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκε ήταν και το Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), το οποίο απαντήθηκε μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων κατά την πρώτη εβδομάδα, τον

πρώτο, τρίτο και έκτο μήνα μετά τον τοκετό. Το σκορ 12 χρησιμοποιήθηκε σαν αρνητικό όριο για επιλόχεια κατάθλιψη, ενώ από το 13 και έπειτα θεωρήθηκε θετικό το αποτέλεσμα. Το 19,8% των συμμετεχουσών διαπιστώθηκε ότι εκδήλωσε τη νόσο μέσα σε έξι μήνες, ενώ η κατάθλιψη βρέθηκε ότι συνδέεται στατιστικά σημαντικά με διάφορα στρεσογόνα γεγονότα κατά την κύηση, τα maternity blues κατά την εβδομάδα μετά τον τοκετό, την υπερβολική ενασχόληση των γυναικών με την καθαριότητα του σπιτιού και την προσωπική τους εκτίμηση ότι το μωρό έκλαιγε περισσότερο από το φυσιολογικό. (Gonidakis et al., 2008)

Σε μία μετα-ανάλυση από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας που περιελάμβανε 59 χώρες της Ν. Αμερικής, της Ευρώπης, της Αυστραλίας, της Ασίας και της Ιαπωνίας με 12810 μητέρες, υπολογίστηκε ότι ο επιπολασμός της επιλόχειας κατάθλιψης ανερχόταν στο 13%, μετρημένος δύο τουλάχιστον εβδομάδες μετά τον τοκετό. Οι κοπέλες ηλικίας 14-18 ετών είχαν περίπου 26% υψηλότερο ποσοστό εμφάνισής της. Από μελέτες του 1989 και του 1992 βρέθηκαν παρόμοιοι δείκτες της νόσου σε σύγκριση μεταξύ γυναικών από την Αυστραλία, την Ιταλία, την Ολλανδία, την Ελλάδα και τη Βρετανία. Οι παράγοντες κινδύνου που μελετήθηκαν περιελάμβαναν τα επίπεδα προγεστερόνης και αναπαραγωγικών ορμονών, τις επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη ή τον τοκετό, όπως, επίσης, και το είδος του, το αν υπήρχε προωρότητα και το αναπαραγωγικό ιστορικό. Μέχρι στιγμής δεν έχει πλήρως διευκρινιστεί εάν υπάρχει σχέση μεταξύ καισαρικής τομής και επιλόχειας κατάθλιψης, καθώς σε κάποιες έρευνες βρέθηκε θετική, ενώ σε άλλες τα αποτελέσματα δεν ήταν στατιστικά σημαντικά. Η ανεπιθύμητη κύηση έχει αναφερθεί κι αυτή σε κάποιες μελέτες σαν πιθανός παράγων κινδύνου. Αναφορικά με το θηλασμό οι απόψεις δίστανται, καθώς τα δεδομένα σε άλλες μελέτες παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικά, ενώ σε άλλες δε διαφαίνεται κάτι τέτοιο. Τέλος, το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό έχει, επίσης, διερευνηθεί για τη σχέση του με την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Οι O'Hara & Swain το 1996 και ο Beck το 2001 σε μετα-αναλύσεις από 14 και 11 μελέτες αντίστοιχα, βρήκαν ότι, όταν υπάρχει θετικό ιστορικό, παρουσιάζεται αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης της νόσου, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί και παράγοντα πρόβλεψης για την εκδήλωση της ασθένειας. (WHO, 2008b)

Η σχέση των στρεσογόνων γεγονότων ζωής και της επιλόχειας κατάθλιψης έχει, επίσης, μελετηθεί αρκετά. Ο θάνατος κάποιου αγαπημένου προσώπου, ο χωρισμός από το σύζυγο, η μετάβαση στην ανεργία ή ακόμη και η μετακόμιση και, γενικότερα, οι σημαντικές αλλαγές στο άμεσο περιβάλλον της μητέρας, διαπιστώθηκε ότι προκαλούν στρες και μπορούν να οδηγήσουν στην εκδήλωση επεισοδίων

κατάθλιψης. Η κύηση και ο τοκετός θεωρούνται και αυτά στρεσογόνα γεγονότα, ενώ η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης, κυρίως από το σύντροφο, μπορεί να ασκήσει θετική επίδραση, αντιμετωπίζοντας μία πιθανή εμφάνιση της νόσου, όπως φαίνεται από μελέτη των Brugha et al. το 1998. Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρήθηκαν και από τους Seguin et al. το 1999, Beck το 1996 και Richman et al. το 1991. Οι έντονες διαμάχες με το σύζυγο κατά την εγκυμοσύνη ενέχουν, επίσης, αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης. Μελέτες όπως αυτές των Braverman & Roux το 1978 και Kumar et al. το 1984 επιβεβαιώνουν αυτά τα δεδομένα. Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση είναι άλλος ένας παράγων που διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση της νόσου. Βιβλιογραφικά προσδιορίζεται από στοιχεία που αφορούν την ανεργία, το χαμηλό εισόδημα και τα χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης και αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση της ασθένειας, πράγμα το οποίο επιβεβαιώνεται από στοιχεία του ΠΟΥ (2001) με έρευνες που έγιναν σε Νότια και Λατινική Αμερική και Ευρώπη, οι οποίες αποκάλυψαν ότι η συχνότητα εμφάνισής της είναι μεγαλύτερη μεταξύ των φτωχότερων χωρών. (WHO, 2008a, 2008b)

Ακόμη, οι διάφοροι παράγοντες που σχετίζονται με το παιδί είναι δυνατό να προκαλέσουν κατάθλιψη. Αυτό ενέχει ταυτόχρονα και ένα βαθμό σφάλματος, καθώς αυτοί οι παράγοντες μπορούν να ληφθούν υπόψη μόνο αφότου γεννηθεί το μωρό, δηλαδή κατά την περίοδο της λοχείας. Ήδη από το 1987 οι Hopkins, Campbell και Marcus ανέφεραν ότι η ανατροφή ενός δύσκολου μωρού ή ενός παιδιού με προβλήματα υγείας λόγω επιπλοκών από τη στιγμή της γέννησής του σχετίζεται θετικά με την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Αντίθετα με όλα τα παραπάνω, η εθνικότητα, η ηλικία της μητέρας και το φύλο του παιδιού, κυρίως όταν ο πληθυσμός υπό μελέτη ανήκει σε δυτικές κοινωνίες, δεν έχει βρεθεί να έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στην ανάπτυξη της νόσου. (WHO, 2008b)

Από τα δεδομένα του Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS) για την περίοδο 2004-2005, τα οποία αναλύθηκαν από το Centre for Disease Control των ΗΠΑ, ο επιπολασμός επιλόχειας κατάθλιψης σε 17 πολιτείες υπολογίστηκε ότι κυμαινόταν από 11,7% έως και 20,4%. Διαπιστώθηκε, επίσης, ότι οι νεότερες γυναίκες, όσες είχαν ολοκληρώσει χαμηλότερες βαθμίδες εκπαίδευσης και όσες χρειαζόταν να παίρνουν κάποιο ειδικό επίδομα για τον τοκετό (βρίσκονταν, δηλαδή, σε χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση) διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου. (CDC, 2008)

Μελέτη του 2008 των Tannous et al. σε 271 γυναίκες που διαμένουν στο Porto Alegre της Βραζιλίας ανέδειξε ότι ο επιπολασμός της επιλόχειας κατάθλιψης ανερχόταν στο 20,7% (χρησιμοποιώντας την κλίμακα του EPDS με όριο το σκορ 12), υψηλότερος, δηλαδή, από τις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες και πλησιέστερος στα ποσοστά που καταγράφονται στις αναπτυσσόμενες χώρες. Οι παράγοντες υπό μελέτη περιελάμβαναν την ηλικία, τη φυλή, το μορφωτικό επίπεδο, το εισόδημα, τη θρησκεία, την επαγγελματική και την οικογενειακή κατάσταση. Τα αποτελέσματα της μελέτης αναφέρουν ότι οι γυναίκες οι οποίες δεν ανήκαν στην καυκάσια φυλή, όσες μεγάλωναν μόνες τα παιδιά τους χωρίς την παρουσία κάποιου συντρόφου, καθώς και το ποσό του εισοδήματός τους, αποτελούσαν δεδομένα στενά συνδεδεμένα με την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Συγκεκριμένα όσες καταγράφηκαν ως ανύπαντρες μητέρες εμφάνισαν διπλάσιο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου, ενώ το κάθε έτος φοίτησης συνεπαγόταν μεγαλύτερη κατά 10% μικρότερο κίνδυνο νόσησης.

Άλλη μελέτη του 2008 από τους Stewart et al. στον Καναδά, θέλοντας να διαπιστώσει κατά πόσο οι γυναίκες που μόλις είχαν μεταναστεύσει στη χώρα διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου, χρησιμοποίησε το EPDS με σκορ μεγαλύτερο ή ίσο του 10 για θετικό ως προς την παρουσία νόσου. Η υπόθεση επιβεβαιώθηκε με τις μετανάστριες, τις αιτούσες άσυλο και τους πρόσφυγες να έχουν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν συμπτώματα της νόσου. Επιπλέον, οι Tiwari et al. ερεύνησαν το ίδιο έτος στο Χονγκ Κονγκ ένα δείγμα 3245 γυναικών, χρησιμοποιώντας για την εκτίμηση της νόσου το ερωτηματολόγιο EPDS. Υπολογίστηκε ότι οι γυναίκες με ψυχολογική κακοποίηση διέτρεχαν υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν επιλόχεια κατάθλιψη σε σύγκριση με τις μη κακοποιημένες, όπως, επίσης, και να σκεφτούν να βλάψουν τον εαυτό τους. Ακόμη, οι Lee et al. το 2007 σε μελέτη που περιελάμβανε 357 έγκυες στο Χονγκ Κονγκ υπολόγισαν ότι η παρουσία άγχους και κατάθλιψης κατά την κύηση αύξανε σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο μία μελέτη του 2007 ανέλυσε τη σχέση μεταξύ ψυχοκοινωνικού κινδύνου και εθνικότητας/φυλής. Η σύγκριση αφορούσε μαύρες και λευκές γυναίκες (από την Καραϊβική και τη Βρετανία αντίστοιχα) και περιελάμβανε 301 άτομα, τα οποία απάντησαν στο EPDS (με όριο το σκορ 12-13) κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης και, στη συνέχεια, 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Διαπιστώθηκε ότι οι μαύρες βρίσκονταν σε σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ψυχοκοινωνικού κινδύνου σε σύγκριση με τις λευκές, καθώς ήταν σε πιο δεινή θέση κοινωνικά και οικονομικά. Επιπλέον, ήταν πιο πιθανό να διαμένουν στις φτωχότερες περιοχές της

πόλης, να λαμβάνουν επιδόματα από τις υπηρεσίες πρόνοιας και να είναι ανύπαντρες μητέρες. Όμως, οι λευκές, παρόλο που είχαν καλύτερες συνθήκες διαβίωσης, ήταν περισσότερο πιθανό να συγκεντρώσουν υψηλότερο σκορ κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. (Edge D., 2007)

Το 2008, ακόμη, οι Tuohy & McVey διερεύνησαν το πώς βιώνουν την εμπειρία της κύησης και του τοκετού 415 μητέρες στη Βρετανία ως προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Οι παράγοντες που μελετήθηκαν περιελάμβαναν δεδομένα όπως τον αριθμό των προηγούμενων κυήσεων και τον αριθμό των παιδιών, ενώ κατέγραψαν και σε μία κλίμακα τον υποκειμενικό βαθμό δυσκολίας αναφορικά με την πορεία της κύησης και του τοκετού. Ο αριθμός των κυήσεων και των παιδιών δε διαπιστώθηκε να επηρεάζει τη βαθμολόγηση των ερωτήσεων. Αντίθετα, οι δυσκολίες που αντιμετώπιζαν στην πορεία της κύησης βρέθηκε ότι αποτελούσαν σημαντικούς παράγοντες πρόβλεψης της μη ειδικής κατάθλιψης, ενώ η δυσκολία κατά τον τοκετό αναφέρθηκε ως σημαντικός παράγον πρόβλεψης του άγχους. Σύμφωνα με τους ερευνητές τα αποτελέσματα αυτά παρέχουν αρκετές αποδείξεις για την ετερογένεια της επιλόχειας κατάθλιψης και συμπεραίνουν ότι οι διάφοροι παράγοντες κινδύνου μπορούν να τροποποιήσουν τη βαθμολόγηση του ερωτηματολογίου.

Στην Αυστραλία οι Milgrom et al., κατά τη χρονική περίοδο 2002-2005, κατέγραψαν μέσω του National Postnatal Depression Program τους παράγοντες κινδύνου που ελλοχεύουν πριν τον τοκετό και ευθύνονται για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Το EPDS χρησιμοποιήθηκε και σ' αυτή την περίπτωση, όπου από τις 12361 γυναίκες που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο μετά τη γέννα, οι 925 είχαν σκορ μεγαλύτερο του 12, ένα ποσοστό που αντιπροσωπεύει το 7,5% του συνόλου των μητέρων. Η παρουσία ατομικού ιστορικού κατάθλιψης ή άγχους και ο μικρός βαθμός υποστήριξης από το σύντροφο βρέθηκε ότι αποτελούν τους βασικότερους προγεννητικούς παράγοντες κινδύνου για επιλόχεια κατάθλιψη.

Οι Davey et al. το 2008 στον Καναδά μελέτησαν τους προγεννητικούς και περιγεννητικούς παράγοντες για να προβλέψουν ποιες γυναίκες διατρέχουν κίνδυνο εκδήλωσης της νόσου. Συμπεριλήφθηκαν 1403 μητέρες οι οποίες συμπλήρωσαν το EPDS οκτώ εβδομάδες μετά τον τοκετό. Λήφθηκαν υπόψη οι δημογραφικοί, μαιευτικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, ο κίνδυνος συμπεριφοράς, η πνευματική υγεία και η ύπαρξη άγχους κατά την κύηση. Ο κίνδυνος εκδήλωσης της νόσου βρέθηκε ότι αυξανόταν από την ύπαρξη ατομικού ιστορικού, το να έχουν γεννηθεί εκτός του Καναδά και τη διακοπή του θηλασμού στις οκτώ εβδομάδες.

Στις ΗΠΑ το 2007 πραγματοποιήθηκε έρευνα για να διαπιστωθεί το κατά πόσο τα θρησκευτικά και πνευματικά χαρακτηριστικά μπορεί να σχετίζονται με τη μειωμένη εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε μητέρες, με τη χρησιμοποίηση του EPDS με βαθμολογικό όριο το 14. Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στην αλληλεπίδραση μεταξύ θρησκευτικότητας/πνευματικότητας, κοινωνικής στήριξης και επιλόχειας κατάθλιψης, καθώς το 8,1% των γυναικών εμφάνισε σκορ υψηλότερο από το καθορισμένο. Γενικά, η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα σχετίζονταν σημαντικά με λιγότερα καταθλιπτικά επεισόδια όταν ελέγχονταν για συγχυτικούς παράγοντες, αλλά υπήρχε σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ τους, τέτοια που η σχέση γινόταν πιο αδύναμη όσο αυξανόταν η κοινωνική υποστήριξη. Άρα η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα μπορούν να παρέχουν προστασία από την εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε περιπτώσεις όπου εκλείπει η κοινωνική στήριξη. (Mann J.R. et al., 2007)

Στη Νιγηρία το 2008 μία μελέτη προσπάθησε να καταγράψει την επίπτωση και τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης. Περιλαμβάνονταν 206 γυναίκες που είχαν γεννήσει έξι εβδομάδες πριν και κλήθηκαν να συμπληρώσουν το EPDS. Η επίπτωση της νόσου ανερχόταν στο 27,2%, ενώ ο πρόωρος τοκετός βρέθηκε ότι αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τη νόσο. (Ebeigbe P.N. & Akhigbe K.O., 2008)

Στην Κωνσταντινούπολη το ίδιο έτος διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ επιλόχειας κατάθλιψης και των τεχνικών τάϊσματος του παιδιού, δηλαδή από μπουκάλι ή μέσω θηλασμού. Έλαβαν μέρος 60 μητέρες με τα νεογνά τους, συμπληρώνοντας και το EPDS, αρχικά, κατά τον πρώτο μήνα και, στη συνέχεια, τον τέταρτο μήνα μετά τον τοκετό. Από τη μελέτη φάνηκε ότι υπάρχει μία θετική συσχέτιση μεταξύ υψηλότερου σκορ του ερωτηματολογίου και θηλασμού μέχρι και τέσσερις μήνες μετά τη γέννα. (Akman I. et al., 2008)

Επιπλέον, εκτός από τις μελέτες που αφορούν την επιλόχεια κατάθλιψη και τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που την επηρεάζουν, υπάρχουν και στοιχεία για τη νόσο σε σχέση με τα επίπεδα θυρεοειδικών ορμονών. Μετά από έρευνα που πραγματοποιήθηκε τέσσερις εβδομάδες μετά τον τοκετό, χρησιμοποιώντας μεταξύ άλλων και το EPDS, διαπιστώθηκε ότι η παρουσία αντισωμάτων κατά τη λοχεία μπορεί να σχετίζεται με την ανάπτυξη της νόσου. (McCoy S.J. et al., 2008)

Ακόμη, στην ημι-αγροτική Τουρκία έγινε απόπειρα εξέτασης της σχέσης μεταξύ επιλόχειας κατάθλιψης και κοινωνικής στήριξης στις νέες μητέρες. Συμπληρώθηκε και το EPDS από 364 άτομα από την έκτη εβδομάδα και έπειτα μετά τον τοκετό και διαπιστώθηκε ότι συνδεόταν αρνητικά με την κοινωνική στήριξη. Ο επιπολασμός

ανερχόταν στο 33,2% και απέδειξε τη συσχέτιση της νόσου με διάφορους παράγοντες όπως είναι η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας, το επάγγελμά της, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένειας, η εκπαίδευση του συζύγου, ο αριθμός των ετών που είναι παντρεμένη, η ισότητα, το αν ήταν προγραμματισμένη ή όχι η εγκυμοσύνη, το είδος του τοκετού, η γνώση για τη φροντίδα του νεογνού, η ύπαρξη κάποιου αγαπημένου προσώπου και η ύπαρξη ψυχιατρικού ιστορικού. (Ege E. et al., 2008)

Μία άλλη μελέτη το 2009 διερεύνησε την εμφάνιση της νόσου σε ημιαστική περιοχή της Ανατολικής Τουρκίας που απαρτίζεται μερικώς από άτομα χαμηλής ή μεσαίας κοινωνικοοικονομικής τάξης. Από τις 258 συμμετέχουσες διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ του σκορ και της ηλικίας της μητέρας, του αριθμού των άλλων παιδιών που μπορεί να έχει και του αν είχε προγραμματίσει την εγκυμοσύνη αυτή ή όχι, ενώ βρέθηκε αρνητική συσχέτιση του σκορ με την κοινωνική στήριξη. (Golbasi Z., Kelleci M., Kisacik G., Cetin A., 2009)

Το 2008, επίσης, διερευνήθηκε και η αιτιολογική σχέση των δημογραφικών και ψυχοκοινωνικών μεταβλητών στον επιπολασμό της επιλόχειας κατάθλιψης σε γυναίκες που κατοικούν σε αστικές και αγροτικές περιοχές. Στην Αυστραλία με τη συμμετοχή 908 γυναικών από αστικό και 1058 από αγροτικό περιβάλλον, διαπιστώθηκε η ύπαρξη αρκετά σημαντικών διαφορών στα δύο περιβάλλοντα ως προς την κοινωνικοοικονομική τάξη, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση και το ατομικό ιστορικό ψυχοπαθολογίας. Η ύπαρξη κατάθλιψης πριν τον τοκετό είχε στατιστικά σημαντική διαφορά, όπου ήταν πιο συχνή στον αστικό πληθυσμό με 8,5% έναντι 3,4% του αγροτικού, ενώ στη χρονική περίοδο μετά τη γέννα δε βρέθηκε να υπάρχει σημαντική διαφορά. (Bilszta J.L., Gu Y.Z., Meyer D., Buist A.E., 2008)

Μία μεγάλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 1997 στην Ελλάδα με 2831 έγγαμες γυναίκες, σωματικά υγιείς κατά την κύηση και με ελληνική εθνικότητα, ανέδειξε ότι η επαγγελματική κατάσταση εξηγεί απλά την κατάθλιψη σε πολύτοκες γυναίκες. Η κοινωνική στήριξη, η εσωτερική αίσθηση του ελέγχου, η μειωμένη επίδραση στην ψυχολογία των στρεσογόνων γεγονότων ζωής και η αυξημένη σωματική δραστηριότητα κατά την εγκυμοσύνη φάνηκε να έχουν ευεργετική επίδραση στην κατάθλιψη. (Dragonas T., Petrogiannis K., Adam H., 1997) Επίσης, το 1992 μία άλλη έρευνα σε Ελλάδα και Βρετανία κατέδειξε ότι οι Ελληνίδες είχαν σημαντικά υψηλότερα σκορ κατάθλιψης και άγχους, ενώ, παράλληλα, βίωναν περισσότερα αγχωτικά γεγονότα, κυρίως για θέματα που αφορούν την οικογένεια, και, ταυτόχρονα, ανέφεραν ότι δέχονταν λιγότερη υποστήριξη σε σχέση με τις

Βρετανίδες. Για τις δεύτερες, ωστόσο, η κοινωνική στήριξη ήταν ο σημαντικότερος προγνωστικός παράγων για τη συναισθηματική ευεξία. (Thorpe J.K., Dragonas T., Golding J., 1992)

Στη χώρα μας σε μία μελέτη του 2009 καταγράφηκε ο επιπολασμός της νόσου στην Αθήνα, σε ένα δείγμα 235 μητέρων από δημόσιο νοσοκομείο. Το EPDS δόθηκε αρχικά τρεις ημέρες μετά τον τοκετό και, ακόλουθα, στον τρίτο μήνα ζωής του παιδιού πραγματοποιήθηκε τηλεφωνική συνέντευξη. Τα δεδομένα από το πρώτο ερωτηματολόγιο εμφάνιζαν τον επιπολασμό στο 14,5%, ενώ στο δεύτερο βρισκόταν στο 4,6%. Διαπιστώθηκε η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής σχέσης της νόσου με το νεαρό της ηλικίας της μητέρας και την αρνητική εμπειρία του τοκετού, σε αντίθεση με το άγχος, το οποίο σχετιζόταν περισσότερο με την οικογενειακή της κατάσταση. (Giakoumaki O. et al., 2009)

Το 2009 σε μία μελέτη στην Ιταλία με 297 συμμετέχουσες υπολογίστηκε ότι ο επιπολασμός καταθλιπτικής συμπτωματολογίας βρισκόταν στο 13%, ενώ το να αισθάνεται άγχος η μητέρα κατά την κύηση αποτέλεσε έναν ισχυρό παράγοντα πρόβλεψης συμπτωμάτων έξι έως οκτώ εβδομάδες μετά τον τοκετό. Σε αντίθεση μ' αυτό, η πανεπιστημιακή εκπαίδευση και η υποστήριξη των προσφιλών προσώπων φαίνεται ότι αποτελεί προστατευτικό παράγοντα ενάντια στη νόσο. (Grussu P. & Quatraro R.M., 2009)

Τέλος, οι πολυμορφισμοί του γονιδίου 5-HTT διερευνήθηκαν προκειμένου να διευκρινιστεί η επίδρασή τους στη διάθεση της γυναίκας μετά τον τοκετό. Στη μελέτη συμμετείχαν 1804 Ισπανίδες που δεν είχαν κατάθλιψη, καταγράφοντας καταθλιπτικά συμπτώματα στις δύο με τρεις ημέρες, οκτώ και τριάντα-δύο εβδομάδες μετά τη γέννα. Κατέληξαν ότι το 12,7% είχε κατάθλιψη στις τριάντα-δύο εβδομάδες και ότι τα συμπτώματα σχετιζόνταν με την υψηλή έκφραση του γονιδίου σε μία σχέση δόσης-απόκρισης στις οκτώ εβδομάδες, αλλά όχι στις τριάντα-δύο, καθιστώντας τις γυναίκες περισσότερο ευάλωτες στην εκδήλωση της νόσου. (Sanjuan J. et al., 2008)

2. Υποθέσεις και Στόχοι της μελέτης

Οι κύριες υποθέσεις της μελέτης είναι ότι η επιλόχεια κατάθλιψη είναι συχνή στις γυναίκες και ότι οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες σχετίζονται με την εμφάνιση της νόσου στο γυναικείο πληθυσμό του νομού Ηρακλείου που συμμετέχουν στη μελέτη μητέρας-παιδιού στην Κρήτη (μελέτη Ρέα).

Πιο συγκεκριμένα, οι στόχοι της μελέτης είναι:

1. Η καταγραφή του επιπολασμού της νόσου στις γυναίκες του νομού Ηρακλείου, καθώς δεν έχουν πραγματοποιηθεί σχετικές μελέτες στο παρελθόν στην Κρήτη, ενώ είναι περιορισμένες σε όλη την ελληνική επικράτεια.
2. Η καταγραφή, περιγραφή και αξιολόγηση των ιδιαίτερων κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση της νόσου στο νομό Ηρακλείου και πιο συγκεκριμένα όσων σχετίζονται με την εργασία, το υποστηρικτικό περιβάλλον της γυναίκας, τη μόρφωσή της και τη γενικότερη υγεία της ίδιας.

Απώτερος σκοπός της μελέτης είναι η πληρέστερη κατανόηση της συχνότητας της επιλόχειας κατάθλιψης και των αιτιών της, ώστε να γίνει δυνατή η πρόληψή της.

3. Μεθοδολογία

Η παρούσα εργασία αποτελεί τμήμα μίας μεγαλύτερης έρευνας, της μελέτης ΡΕΑ, η οποία είναι μία προοπτική μελέτη μητέρας-παιδιού. Στόχος της είναι η παρακολούθηση των εγκύων του νομού Ηρακλείου και των παιδιών τους από την περίοδο της κύησης μέχρι και την ηλικία των 4 ετών (και αργότερα εάν είναι δυνατόν), καθώς ποικίλες μελέτες καταδεικνύουν το γεγονός ότι πολλές από τις ασθένειες της ενήλικης ζωής έχουν την έναρξή τους ήδη από την προγεννητική περίοδο ή την πρώιμη παιδική ηλικία. Η επιλογή του δείγματος έγινε από τα τέσσερα μαιευτήρια του νομού Ηρακλείου (δύο ιδιωτικά και δύο που εδρεύουν σε δημόσια νοσοκομεία), καταγράφοντας όλες τις γυναίκες που έμειναν έγκυες και προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων για εξέταση, καθώς και στα εργαστήρια υπερηχοτομογραφίας σε χρονικό διάστημα ενός έτους (2007-2008). Περιλαμβάνονται περίπου 1500 γυναίκες, οι οποίες δέχτηκαν να συμμετέχουν, από τις 2200 με τις οποίες έγινε αρχικά επαφή. Η συμμετοχή τους είναι εθελοντική, ενώ κριτήριο εισαγωγής στη μελέτη αποτέλεσε ο τόπος διαμονής να είναι ο νομός Ηρακλείου, η

ηλικία να είναι μεγαλύτερη των 16 ετών και να έχουν καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας, ώστε να είναι σε θέση να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια. Προκειμένου να ενταχθούν στο δείγμα ενημερώθηκαν προφορικά για το αντικείμενο της μελέτης και υπέγραψαν το σχετικό έντυπο συγκατάθεσης. Σε όλες τις γυναίκες δόθηκε μοναδικός αύξων κωδικός αριθμός και όλα τα στοιχεία τους συνοδεύονταν από αυτόν, ενώ τηρήθηκε και το απόρρητο των προσωπικών τους δεδομένων.

Οι μητέρες κατά τη συμμετοχή τους συμπλήρωσαν ένα γενικό ερωτηματολόγιο με προσωπική συνέντευξη στην πρώτη επαφή (κατά τη 12^η εβδομάδα εγκυμοσύνης) και, ακολούθως, στην 30^η εβδομάδα, το οποίο συνοδευόταν από ένα ερωτηματολόγιο διατροφής. Στα δεδομένα τα οποία συλλέγονταν υπήρχαν πληροφορίες σχετικές με περιβαλλοντικές εκθέσεις (κάπνισμα, περιβαλλοντικοί ρύποι κ.τ.λ.), τρόπο ζωής, αναπαραγωγικά προβλήματα, ασθένειες της μητέρας κατά την κύηση και του παιδιού αφότου γεννηθεί, διατροφή της μητέρας και του παιδιού, κοινωνικοοικονομικές επιδράσεις, νευροανάπτυξη και συμπεριφορά του παιδιού. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με συμπλήρωση ερωτηματολογίων, καταγραφή μετρήσεων από τα υπερηχογραφήματα κύησης, συλλογή βιολογικών δειγμάτων και συγκεκριμένα αίματος (από τους γονείς), σπέρματος (από τον πατέρα), ομφάλιου λώρου και ούρων (από τη μητέρα και το μωρό), καθώς και με φυσική εξέταση του παιδιού.

Για την ανίχνευση της επιλόχειας κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale). Το χρονικό διάστημα κατά το οποίο έγινε η έναρξη της μελέτης, στην Ελλάδα είχαν πραγματοποιηθεί μόνο κάποιες αναλύσεις στάθμισης του ερωτηματολογίου, αλλά καμία δεν αποτελούσε πλήρη στάθμιση με επιβεβαίωση της διάγνωσης μέσω ψυχιατρικής εξέτασης. Η προσέγγιση που ακολουθήθηκε στην παρούσα εργασία ήταν της μετάφρασης και της παλίνδρομου μετάφρασης από μία επιτροπή μεταφραστών, και, στη συνέχεια, η πιλοτική εφαρμογή του ερωτηματολογίου σε δείγμα πληθυσμού. Όπως σε όλα τα ανάλογα ερωτηματολόγια, προτιμήθηκε μία επί της ουσίας μετάφραση για να αποδοθεί καλύτερα το νόημα του ερωτηματολογίου. Ωστόσο, η πλήρης στάθμιση του ερωτηματολογίου δεν αποτελεί αντικείμενο της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

Για τα ελληνικά δεδομένα το ερωτηματολόγιο, ενώ χρησιμοποιείται ήδη από το 1989 σαν διαγνωστικό εργαλείο για την ανίχνευση της νόσου, σταθμίστηκε μόλις το 2009 από τη Λεονάρδου και τους συνεργάτες της. Για τη στάθμισή του χρησιμοποιήθηκε ένα δείγμα 95 γυναικών από δύο μεγάλα μαιευτήρια της Αθήνας, όπου απαντήθηκε το ερωτηματολόγιο κατά τη δεύτερη ημέρα μετά τον τοκετό. Οι 81 από αυτές επανέλαβαν τη διαδικασία 2 μήνες μετά, παράλληλα με την ταξινόμησή

τους σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-III-R για να διακριθεί το είδος της κατάθλιψης. Η εγκυρότητα του EPDS ελέγχθηκε με κλινική διάγνωση και με τη χρήση άλλων ερωτηματολογίων. Σαν όριο χρησιμοποιήθηκε το σκορ 11/12 και υπολογίστηκε ότι το 12,4% είχε κατάθλιψη στους δύο μήνες μετά τον τοκετό. (Leonardou A.A. et al., 2009)

Η κλίμακα του EPDS αποτελείται από δέκα ερωτήσεις στις οποίες υπάρχει η δυνατότητα επιλογής ανάμεσα σε τέσσερις διαβαθμισμένες απαντήσεις. Οι απαντήσεις βαθμολογούνται από 0-3 με το 0 να αποτελεί τη χαμηλότερη και άρα την αρνητική, από πλευράς επιλόχειας κατάθλιψης, απάντηση. Η χαμηλότερη συνολική βαθμολόγηση των απαντήσεων είναι το 0 και η υψηλότερη το 30. Όλες οι ερωτήσεις αναφέρονται στα συναισθήματα και, γενικότερα, στη διάθεση της γυναίκας κατά την τελευταία εβδομάδα αμέσως πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, ενώ η διαβάθμιση των απαντήσεων είναι είτε με αύξουσα είτε με φθίνουσα σειρά.

Το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε δύο χρονικές περιόδους στις γυναίκες. Στον τρίτο μήνα της κύησης ήταν αυτοσυμπληρούμενο, ενώ περίπου οκτώ βδομάδες μετά τον τοκετό η συμπλήρωσή του πραγματοποιήθηκε εκ νέου με τηλεφωνική συνέντευξη. Στη συγκεκριμένη ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν τα δεδομένα από το δεύτερο ερωτηματολόγιο. Αρχικά οι συμμετέχουσες παραλάμβαναν το έντυπο του ερωτηματολογίου όσο βρίσκονταν στο νοσοκομείο κατά τον τοκετό, προκειμένου να το απαντήσουν στον καθορισμένο χρόνο για την πραγματοποίηση της τηλεφωνικής συνέντευξης. Με την πάροδο του χρόνου, όμως, κατά τη διενέργεια των συνεντεύξεων, επειδή διαπιστώθηκε ότι υπήρχε ένας σημαντικός βαθμός απώλειας του ερωτηματολογίου, αποφασίστηκε να τους αποστέλλεται και με ταχυδρομική επιστολή μαζί με ένα συνοδευτικό ενημερωτικό έντυπο, προκειμένου να εξασφαλιστεί μεγαλύτερο ποσοστό συμπλήρωσής του. Όλες οι γυναίκες που βρέθηκε να έχουν σκορ μεγαλύτερο ή ίσο του 10 παραπέμφθηκαν σε ψυχίατρο, προκειμένου να υπάρξει και ψυχιατρική εκτίμηση για την επιβεβαίωση της νόσου και να δοθεί η κατάλληλη θεραπευτική αγωγή. Αυτή η αξιολόγηση από τον ψυχίατρο δεν αποτελεί τμήμα της πτυχιακής εργασίας.

Το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε από 1078 γυναίκες. Με 179 άτομα δεν ήταν δυνατή η επικοινωνία, είτε λόγω λάθους ή ανύπαρκτου τηλεφωνικού αριθμού είτε διότι, αν και είχαν προηγηθεί επανειλημμένες απόπειρες επικοινωνίας, δε διέθεσαν τον απαιτούμενο χρόνο για τη συνέντευξη, ενώ 31 γυναίκες δήλωσαν ότι δεν επιθυμούν να συμμετέχουν από εκείνο το σημείο και έπειτα στη μελέτη.

4. Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε περιλαμβάνει έλεγχο των παραγόντων κινδύνου ως προς την εμφάνιση της νόσου. Σ' αυτούς περιλαμβάνονται: η ηλικία, η εθνικότητα, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση της γυναίκας, εάν υπάρχει κοινωνική στήριξη στην ίδια και την οικογένειά της, η επαγγελματική και οικογενειακή της κατάσταση, το μορφωτικό της επίπεδο, διάφορες συνήθειες όπως είναι το κάπνισμα και η γυμναστική, καταστάσεις που συνδέονται με γεγονότα που αφορούν τον τοκετό και την περιγεννητική περίοδο, όπως επιπλοκές κατά τον τοκετό, το βάρος του μωρού κτλ, το είδος της κατοικίας, καθώς και πιθανό υπάρχον ιστορικό ψυχικής νόσου. Το δείγμα χωρίστηκε σε δύο στρώματα ανάλογα με την εθνικότητα (Ελληνίδες ή αλλοδαπές), και ελέγχθηκε, προκειμένου να μην υπάρχει ο συγχυτικός παράγοντας της μετανάστευσης. Επιπλέον, στρωματοποιήθηκε ανάλογα με τα έτη σπουδών, ώστε να ληφθεί υπόψη το μορφωτικό επίπεδο της κάθε γυναίκας, τον τόπο διαμονής του (αστική ή αγροτική περιοχή), αλλά και ηλικιακές ομάδες και συγκρίθηκε το κάθε στρώμα με βάση το σκορ που είχε κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Ακόμη, έγινε έλεγχος των συγχυτικών παραγόντων στους οποίους περιλαμβάνονται η ηλικία της γυναίκας, η εθνικότητά της, η οικογενειακή της κατάσταση και ο αριθμός των παιδιών που γέννησε και με τα οποία συμμετέχει στη μελέτη.

Με την περιγραφική ανάλυση καταγράφηκαν τα βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος, ενώ έγιναν συσχετίσεις υπολογίζοντας το χ^2 και λογιστική παλινδρόμηση λαμβάνοντας υπόψη τους συγχυτικούς παράγοντες και τους παράγοντες κινδύνου συγκρινόμενους με το σκορ από το ερωτηματολόγιο. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 17.0 στο σύνολο των ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν. Υπολογίστηκε το 95% διάστημα εμπιστοσύνης και ο σχετικός κίνδυνος μεταξύ των ομάδων του δείγματος. Η μεταβλητή για το σκορ έγινε κατηγορική, όπου μικρότερο ή ίσο του 12 θεωρήθηκε ότι ήταν αρνητικό ως προς την ύπαρξη επιλόχειας κατάθλιψης, ενώ από το 13 και υψηλότερα ήταν θετικό.

Επιπλέον, το σκορ από το ερωτηματολόγιο κατηγοριοποιήθηκε με άλλους δύο τρόπους, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, προκειμένου να γίνει σύγκριση των τριών κατηγοριοποιήσεων και να διαπιστωθεί κατά πόσο επηρεάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης. Έτσι, στη μία περίπτωση χρησιμοποιήθηκε το 9 σαν όριο αρνητικό για την επιλόχεια κατάθλιψη με τη βαθμολόγηση από το 10 και πάνω να θεωρείται

θετική, ενώ στη δεύτερη δημιουργήθηκαν τρεις κατηγορίες, όπου πάλι το 9 ήταν το αρνητικό όριο, αλλά, σ' αυτή την περίπτωση, από το 10 μέχρι το 12 υπήρχε μία ενδιάμεση ουδέτερη κατηγορία και από το 13 και πάνω θεωρήθηκε θετικό για την εμφάνιση της νόσου.

Για την ανάλυση των δεδομένων χρειάστηκε να κατηγοριοποιηθούν ορισμένες μεταβλητές οι οποίες είχαν πολλές δυνατές επιλογές μεταξύ των απαντήσεων. Στις αναλύσεις η μεταβλητή της ηλικίας κατά τον τοκετό χρησιμοποιήθηκε τόσο ως συνεχής όσο και σαν κατηγορική μεταβλητή, με τις κατηγορίες ≤ 25 ετών, 26-35 και ≥ 36 ετών. Επιπλέον, οι γυναίκες που γεννήθηκαν από το Μάρτιο μέχρι και τον Οκτώβριο ταξινομήθηκαν στην κατηγορία όσων γεννήθηκαν τους μήνες που υπάρχει ηλιοφάνεια και οι υπόλοιπες στους μήνες χωρίς ηλιοφάνεια. Η μεταβλητή της καταγωγής χωρίστηκε σε Έλληνες και αλλοδαπούς, ανεξάρτητα από τις ιδιαίτερες εθνικότητές τους. Επίσης, η οικογενειακή κατάσταση της γυναίκας (από το ερωτηματολόγιο 12^{ης}) και η μεταβλητή που διευκρίνιζε εάν υπήρξε μεταβολή (από το ερωτηματολόγιο 30^{ης}) συνδυάστηκαν, ώστε να δημιουργηθεί μία συγκεντρωτική μεταβλητή, η οποία να αναφέρει τα νεότερα δεδομένα, καθώς πολλές γυναίκες δήλωσαν ότι παντρεύτηκαν κατά τη διάρκεια της κύησης. Επιπλέον, επειδή η μεταβλητή αυτή είχε πολλές κατηγορίες, αποφασίστηκε να συγχωνευθεί. Έτσι, ενώ αρχικά υπήρχαν οι επιλογές: έγγαμη, αρραβωνιασμένη, άγαμη, διαζευγμένη, χήρα και άλλο, οι δύο πρώτες μετατράπηκαν σε «Με διαπροσωπική σχέση» και οι επόμενες σε «Χωρίς διαπροσωπική σχέση», ενώ η επιλογή «Άλλο» παρέμεινε ως είχε.

Η μεταβλητή της εκπαίδευσης κατηγοριοποιήθηκε σαν χαμηλή, μέτρια και υψηλή, όπου στην πρώτη υπάρχουν τα άτομα που έχουν πάρει απολυτήριο γυμνασίου, στη δεύτερη τα άτομα που ολοκλήρωσαν λύκειο ή ανώτερη σχολή και στην τρίτη όσοι φοίτησαν ή αποφοίτησαν από πανεπιστήμια και τεχνολογικά ιδρύματα. Η μεταβλητή του επαγγέλματος πριν την κύηση έγινε, επίσης, δυαδική, περιλαμβάνοντας όσες γυναίκες δεν εργάζονταν, όσες ήταν άνεργες, φοιτήτριες ή είχαν συνταξιοδοτηθεί στην κατηγορία όσων δεν εργάζονταν, ενώ οι μισθωτές, οι ελεύθερες επαγγελματίες και οι αγρότισσες θεωρήθηκε ότι εργάζονταν.

Η μεταβλητή για την προσωπική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας, ενώ αρχικά είχε τις επιλογές: πολύ καλό, καλό, μέτριο, κακό και πολύ κακό, στη συνέχεια τα δύο πρώτα μετατράπηκαν σε «Καλή», τα δύο τελευταία σε «Κακή», ενώ το «Μέτριο» παρέμεινε. Επιπρόσθετα, τα δεδομένα για τη φροντίδα του σπιτιού κατηγοριοποιήθηκαν σε «Μόνη», «Με βοήθεια», «Κάποιος άλλος το έκανε», διατηρώντας και πάλι το «Άλλο», όπου το πρώτο περιλαμβάνει την απάντηση «τις

έκανα μόνη μου», στο δεύτερο δηλώνει ότι είχε τη βοήθεια του συζύγου, άλλου συγγενικού προσώπου ή οικιακής βοηθού, ενώ στο τρίτο ότι ανέλαβε τη φροντίδα ο σύζυγος, κάποιο άλλο συγγενικό πρόσωπο ή η οικιακή βοηθός. Ο θόρυβος από πολύ, αρκετό, λίγο, καθόλου μετατράπηκε σε «ναι» για τις δύο πρώτες κατηγορίες και «όχι» για τις άλλες δύο. Επιπλέον, δημιουργήθηκε μία καινούρια μεταβλητή για τον αριθμό των παιδιών που κυοφορούσαν με βάση τα δεδομένα για το φύλο τους. Τέλος, δημιουργήθηκε μία καινούρια μεταβλητή για τις ψυχικές νόσους, όπου αν είχε απαντήσει θετικά η γυναίκα σε κάποιο από τα ερωτηματολόγια 12^{ης} ή 30^{ης} εβδομάδας θεωρήθηκε ότι υπήρχε ιστορικό ψυχολογικών προβλημάτων.

5. Αποτελέσματα

5.1 Περιγραφική ανάλυση

5.1.1 Περιγραφικά στοιχεία των μητέρων της μελέτης

Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε για τη μελέτη αποτελείται από Ελληνίδες, κυρίως, σε ποσοστό 91,5%, ενώ το 7% είναι διαφορετικής εθνικότητας (Πίνακας 5.1.1). Η ηλικία των γυναικών κατά 19,9% είναι μέχρι 25 ετών, κατά 64,9% είναι 26-35 ετών και κατά 12,8% είναι μεγαλύτερη των 36 ετών, με το μέσο όρο ηλικίας να είναι τα 30 έτη και το 65,3% του συνόλου των γυναικών να έχει γεννηθεί σε μήνες όπου υπάρχει ηλιοφάνεια. Το 72,5% κατοικεί σε αστική περιοχή και το 22,4% σε αγροτική, με το 76,9% των κατοικιών να είναι πεδινό, το 12,5% ημιορεινό και το 5,6% ορεινό. Ο θόρυβος σε ποσοστό 67% αναφέρεται ότι εκλείπει από τον τόπο διαμονής τους, ενώ το 22,9% τον παρατηρεί σε σημαντικό βαθμό.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των μητέρων έχει κάποια διαπροσωπική σχέση, είτε με τη μορφή γάμου ή αρραβώνα είτε απλά με τη συμβίωση με τον πατέρα του παιδιού, ενώ το 0,9% δηλώνει ότι είναι άγαμο. Το μορφωτικό τους επίπεδο χαρακτηρίζεται κατά 17,2% χαμηλό, κατά 48,1% μέτριο και κατά 27,2% υψηλό. Σε ό,τι αφορά την επαγγελματική απασχόληση πριν την κύηση, το 65,3% εργαζόταν, σε αντίθεση με το 25,1% που δεν ασχολιόταν με κάποιο επάγγελμα. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ωστόσο, τα ποσοστά αυτά διαφοροποιούνται σημαντικά, καθώς το 46,7% είχε κάποια εργασιακή σχέση, ενώ το 45,6% δεν εργαζόταν. Τέλος, για το 12,9% το παιδί που μόλις γεννήθηκε είναι το πρώτο, για το 32,9% το δεύτερο, για το 13,7% το τρίτο, για το 3,4% το τέταρτο, ενώ για το 0,6% είναι το πέμπτο.

Σε ό,τι αφορά τους συντρόφους τους, διαπιστώθηκε ότι το 92,5% (N 997) είναι Έλληνες και το 5,2% (N 56) αλλοδαποί. Η εκπαίδευσή τους κατά 32,7% (N 353) χαρακτηρίζεται χαμηλή, κατά 39,9% (N 430) μέτρια και κατά 19,1% υψηλή.

Πίνακας 5.1.1: Περιγραφικά στοιχεία των μητέρων της μελέτης *

Μεταβλητή	N (%)
Εθνικότητα	
Ελληνίδες	986 (91,5)
Αλλοδαπές	75 (7)
Ηλικία	
≤ 25 ετών	214 (19,9)
26-35 ετών	700 (64,9)
≥ 36 ετών	138 (12,8)
Εποχικότητα γέννησης μητέρας	
Με ηλιοφάνεια	704 (65,3)
Χωρίς ηλιοφάνεια	348 (32,3)
Κατοικία	
Αστική	782 (72,5)
Αγροτική	242 (22,4)
Υψόμετρο κατοικίας	
Πεδινή	829 (76,9)
Ημιορεινή	135 (12,5)
Ορεινή	60 (5,6)
Θόρυβος στο σπίτι	
Ναι	247 (22,9)
Όχι	722 (67)
Οικογενειακή κατάσταση	
Με διαπροσωπική σχέση	982 (91,1)
Χωρίς διαπροσωπική σχέση	10 (0,9)
Άλλο	3 (0,3)
Μόρφωση	
Χαμηλή	185 (17,2)
Μέτρια	519 (48,1)
Υψηλή	293 (27,2)
Εργασία πριν την κύηση	
Ναι	704 (65,3)
Όχι	271 (25,1)
Εργασία κατά την κύηση	
Ναι	503 (46,7)
Όχι	492 (45,6)
Αριθμός άλλων ζωντανών παιδιών	
0	139 (12,9)
1	355 (32,9)
2	148 (13,7)
3	37 (3,4)
4	7 (0,6)

* Ο αριθμός των μητέρων δεν είναι ο ίδιος στις διαφορετικές μεταβλητές λόγω ελλείπων στοιχείων.

5.1.2 Τρόπος ζωής των μητέρων της μελέτης

Πριν την εγκυμοσύνη το 66,9% δεν έκανε γυμναστική, σε αντίθεση με το 19,3%, ενώ κατά τη διάρκειά της το ποσοστό διαφοροποιήθηκε σημαντικά φτάνοντας στο 80,9% για όσες δε γυμνάζονταν σε σύγκριση με αυτές που έκαναν κάποια μορφή άσκησης (Πίνακας 5.1.2). Κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη αναφέρει το 31,3%, έναντι του 59,7% που δήλωσε ότι δεν κάπνιζε. Συγκεκριμένα, στη 12^η εβδομάδα κύησης το 15,2% των γυναικών κάπνιζε, το 16% είχε διακόψει το κάπνισμα λόγω εγκυμοσύνης, ενώ το 59,6% ανήκε στις μη καπνίστριες. Οι γυναίκες στο σπίτι δε χρειάζεται να φροντίζουν ηλικιωμένους ή άτομα με αναπηρία. Ακόμη, το 75,4% των μητέρων δεν είχε βοήθεια για τη φροντίδα του σπιτιού πριν την εγκυμοσύνη, ενώ μόνο το 9,4% είχε βοήθεια και το 1,5% είχε αναθέσει αυτές τις δουλειές σε κάποιο άλλο πρόσωπο. Αντίθετα, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τα ποσοστά αυτά διαφοροποιούνται σημαντικά, καθώς το 46,8% έκανε μόνο του τις δουλειές του σπιτιού, το 34,9% είχε βοήθεια και το 4,5% τις είχε αναθέσει σε κάποιον άλλο.

Πίνακας 5.1.2: Τρόπος ζωής των μητέρων της μελέτης *

Μεταβλητή	N (%)
Γυμναστική πριν την κύηση	
Ναι	208 (19,3)
Όχι	721 (66,9)
Γυμναστική κατά την κύηση	
Ναι	62 (5,8)
Όχι	872 (80,9)
Κάπνισμα κατά την κύηση	
Καπνίστρια	337 (31,3)
Μη καπνίστρια	644 (59,7)
Κάπνισμα κατά τη 12 ^η εβδομάδα κύησης	
Καπνίστρια	164 (15,2)
Πρώην καπνίστρια	172 (16)
Μη καπνίστρια	643 (59,6)
Φροντίδα ηλικιωμένων στο σπίτι	
Ναι	14 (1,3)
Όχι	915 (84,9)
Φροντίδα ατόμων με αναπηρία στο σπίτι	
Ναι	9 (0,8)
Όχι	915 (84,9)
Φροντίδα του σπιτιού πριν την κύηση	
Μόνη	813 (75,4)
Με βοήθεια	101 (9,4)
Κάποιος άλλος το έκανε	16 (1,5)
Φροντίδα του σπιτιού κατά την κύηση	
Μόνη	505 (46,8)
Με βοήθεια	376 (34,9)
Κάποιος άλλος το έκανε	49 (4,5)
Άλλο	1 (0,1)

* Ο αριθμός των μητέρων δεν είναι ο ίδιος στις διαφορετικές μεταβλητές λόγω ελλিপών στοιχείων.

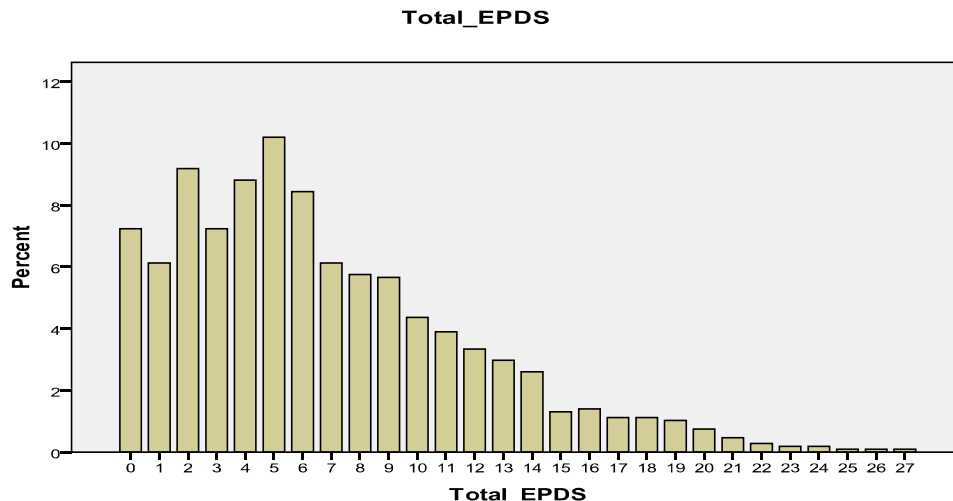
Ο τύπος τοκετού που επέλεξε η πλειοψηφία των γυναικών (51,3%, N 553) ήταν η καισαρική και ακολούθως (48,5%, N 523) ο φυσιολογικός. Στο 3,7% (N 40) υπήρξαν επιπλοκές κατά τη γέννα, σε αντίθεση με το 84% (N 906) όπου όλα κύλησαν φυσιολογικά. Από τα νεογνά το 48,6% (N 538) ήταν κορίτσια και το 51,4% (N 570) αγόρια, ενώ πρόωρα γεννήθηκε το 10,9% (N 117) του συνόλου των παιδιών και το 6,7% (N 72) με χαμηλό βάρος.

5.1.3 Περιγραφή ασθενειών των μητέρων

Το 85,9% (N 802) εκτιμά την υγεία του ως πολύ καλή ή καλή, το 12,7% (N 119) σαν ενδιάμεση και το 1,4% (N 13) σαν πολύ κακή ή κακή. Παθήσεις του θυρεοειδή δηλώνει ότι εμφάνισε κάποια στιγμή το 17,7% (N 191), σε αντίθεση με το 71,8% (N 774), ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό της τάξης του 0,9% (N 10) αναφέρει ότι οι παθήσεις αυτές εκδηλώθηκαν λόγω διαταραχής των ορμονών από την εγκυμοσύνη. Η επιλόχεια κατάθλιψη ήταν παρούσα στο 13,9% (N 81) όσων είχαν γεννήσει ξανά στο παρελθόν, σε αντίθεση με το 83,5% (N 486). Ψυχιατρικές νόσους εκδήλωσε κάποια στιγμή στο παρελθόν το 13,3% (N 143, συμπεριλαμβανομένης και της επιλόχειας κατάθλιψης), ενώ το 77,2% (N 832) δεν ανέφερε κάποιο τέτοιο νόσημα. Γενικά, μέχρι τον τοκετό το 14% (N 151) εκδήλωσε κάποια στιγμή κατά το παρελθόν κάποια ψυχική νόσο, ενώ το 69% (N 744) δεν παρουσίασε παρόμοια νόσο.

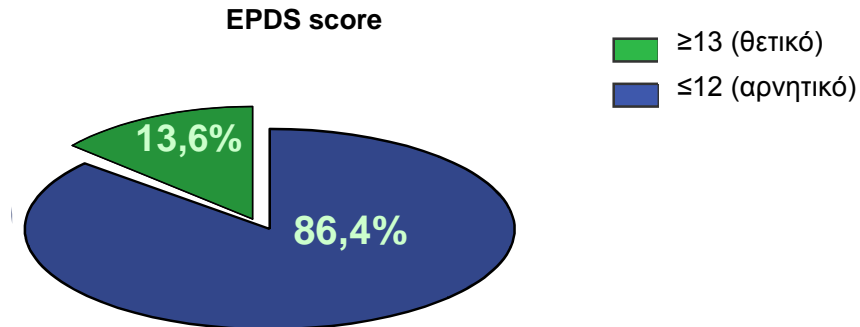
5.1.4 Περιγραφικά στοιχεία του ερωτηματολογίου EPDS

Το σκορ του ερωτηματολογίου που απαντήθηκε από τις συμμετέχουσες είχε ελάχιστη τιμή το 0, μέγιστη το 27 και διάμεσο το 6 (Γράφημα 5.1.4.1).



Γράφημα 5.1.4.1: Αναλυτικά ποσοστά βαθμολόγησης ερωτηματολογίου

Από την κατηγοριοποίηση των απαντήσεων του ερωτηματολογίου διαπιστώθηκε ότι το 86,4% (N 931) των γυναικών είχε αρνητικό σκορ, δηλαδή σκορ μικρότερο ή ίσο του 12, ενώ το 13,6% (N 147) θετικό (Γράφημα 5.1.4.2).



Γράφημα 5.1.4.2: Κατηγοριοποίηση σκορ ερωτηματολογίου: θετικό/αρνητικό για επιλόχεια κατάθλιψη

5.2 Συσχετίσεις του επιπολασμού επιλόχειας κατάθλιψης με διαφορετικούς παράγοντες

Από απλές συσχετίσεις βρέθηκε ότι η επιλόχεια κατάθλιψη που εμφανίζουν οι μητέρες του δείγματος σχετίζεται στατιστικά σημαντικά σε επίπεδο μικρότερο του 0,01 με την οικογενειακή και επαγγελματική τους κατάσταση κατά τη διάρκεια της κύησης (Πίνακας 5.2.1). Αντίθετα, η κατηγοριοποίηση της ηλικίας, η εποχή κατά την οποία γεννήθηκε η μητέρα, η καταγωγή της ίδιας ή του συζύγου, το επίπεδο της μόρφωσης που έλαβε, το είδος της κατοικίας (πεδινή, ημιορεινή ή ορεινή), όπως, επίσης, και η εργασία πριν την κύηση δε φάνηκε να έχουν σχέση με την εμφάνιση της νόσου. Ακόμη, παρατηρούμε ότι στη σχέση μεταξύ του σκορ και των κατηγοριών των κατοίκων αστικών και αγροτικών περιοχών υπάρχει μία τάση για στατιστική σημαντικότητα.

Πίνακας 5.2.1: Κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες και επιλόχεια κατάθλιψη

Μεταβλητή	Σύνολο N (%)	Χωρίς επιλόχεια κατάθλιψη (EPDS ≤ 12) N (%)	Με επιλόχεια κατάθλιψη (EPDS ≥ 13) N (%)	p-value
Ηλικία μητέρας				0,68
≤ 25 ετών	214 (20,3)	181 (19,9)	33 (23,1)	
26-35 ετών	700 (66,5)	608 (66,9)	92 (64,3)	
≥ 36 ετών	138 (13,1)	120 (13,2)	18 (12,6)	
Εποχικότητα γέννησης μητέρας				0,12
Με ηλιοφάνεια	704 (66,9)	615 (67,7)	89 (62,2)	
Χωρίς ηλιοφάνεια	348 (33,1)	294 (32,3)	54 (37,8)	
Καταγωγή μητέρας				0,60
Ελληνίδα	986 (92,9)	852 (93,1)	134 (91,8)	
Αλλοδαπή	75 (7,1)	63 (6,9)	12 (8,2)	
Καταγωγή πατέρα				0,17
Έλληνας	997 (94,7)	865 (95,1)	132 (92,3)	
Αλλοδαπός	56 (5,3)	45 (4,9)	11 (7,7)	
Οικογενειακή κατάσταση				0,001
Με διαπροσωπική σχέση	982 (98,7)	857 (99,2)	125 (95,4)	
Χωρίς διαπροσωπική σχέση	10 (1)	6 (0,7)	4 (3,1)	
Άλλο	3 (0,3)	1 (0,1)	2 (1,5)	
Μόρφωση μητέρας				0,15
Χαμηλή	185 (18,6)	154 (17,8)	31 (23,5)	
Μέτρια	519 (52,1)	449 (51,9)	70 (53)	
Υψηλή	293 (29,4)	262 (30,3)	31 (23,5)	
Μόρφωση πατέρα				0,92
Χαμηλή	353 (35,7)	308 (35,9)	45 (34,4)	
Μέτρια	430 (43,5)	371 (43,2)	59 (45)	
Υψηλή	206 (20,8)	179 (20,9)	27 (20,6)	
Κατοικία				0,07
Αστική	782 (76,4)	684 (77,4)	98 (70)	
Αγροτική	242 (23,6)	200 (22,6)	42 (30)	
Υψόμετρο κατοικίας				0,47
Πεδινή	829 (81)	720 (81,4)	109 (77,9)	
Ημιορεινή	135 (13,2)	112 (12,7)	23 (16,4)	
Ορεινή	60 (5,9)	52 (5,9)	8 (5,7)	
Εργασία πριν την κύηση				0,21
Ναι	704 (72,2)	615 (73)	89 (67,4)	
Όχι	271 (27,8)	228 (27)	43 (32,6)	
Εργασία κατά την κύηση				0,01
Ναι	503 (50,6)	450 (52,1)	53 (40,2)	
Όχι	492 (49,4)	413 (47,9)	79 (59,8)	

Η ύπαρξη ιστορικού ψυχικής νόσου, οι καπνιστικές συνήθειες και η παρουσία θορύβου στις κατοικίες των γυναικών είναι οι παράγοντες εκείνοι που έχουν στατιστικά σημαντική σχέση με την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης στο δείγμα μας σε επίπεδο μικρότερο του 0,05 (Πίνακας 5.2.2). Δε βρέθηκε σχέση μεταξύ της

προσωπικής εκτίμησης της κατάστασης της υγείας των γυναικών, της φυσικής άσκησης πριν και κατά τη διάρκεια της κύησης και του αν δέχονταν βοήθεια για τη φροντίδα του σπιτιού συσχετιζόμενα με την εκδήλωση της νόσου.

Πίνακας 5.2.2: Προσωπικοί παράγοντες/τρόπος ζωής και επιλόχεια κατάθλιψη

Μεταβλητές	Σύνολο N (%)	Χωρίς επιλόχεια κατάθλιψη (EPDS ≤ 12) N (%)	Με επιλόχεια κατάθλιψη (EPDS ≥ 13) N (%)	p-value
Φροντίδα του σπιτιού πριν την κύηση				0,28
Μόνη	813 (87,4)	701 (87,2)	112 (88,9)	
Με βοήθεια	101 (10,9)	87 (10,8)	14 (11,1)	
Κάποιος άλλος το έκανε	16 (1,7)	16 (2)	0 (0)	
Φροντίδα του σπιτιού κατά την κύηση				0,90
Μόνη	505 (54,2)	436 (54,2)	69 (54,8)	
Με βοήθεια	376 (40,4)	327 (40,6)	49 (38,9)	
Κάποιος άλλος το έκανε	49 (5,3)	41 (5,1)	8 (6,3)	
Άλλο	1 (0,1)	0 (0)	1 (0,1)	
Προσωπική εκτίμηση κατάστασης υγείας				0,08
Καλή	802 (85,9)	701 (86,9)	101 (79,5)	
Μέτρια	119 (12,7)	96 (11,9)	23 (18,1)	
Κακή	13 (1,4)	10 (1,2)	3 (2,4)	
Ψυχολογικό πρόβλημα κάποια στιγμή (ερ. 12 ^{ns})				0,02
Ναι	143 (14,7)	115 (13,6)	28 (21,5)	
Όχι	832 (85,3)	730 (86,4)	102 (78,5)	
Ψυχολογικό πρόβλημα από 12 ⁿ -30 ⁿ εβδομάδα κύησης				0,40
Ναι	13 (1,4)	10 (1,2)	3 (2,4)	
Όχι	917 (98,6)	794 (98,8)	123 (97,6)	
Ψυχ. πρόβλημα γενικά				0,02
Ναι	151 (16,9)	121 (15,6)	30 (25)	
Όχι	744 (83,1)	654 (84,4)	90 (75)	
Κάπνισμα κατά την κύηση				0,05
Καπνίστρια	337 (34,4)	284 (33,3)	53 (41,1)	
Μη καπνίστρια	644 (65,6)	568 (66,7)	76 (58,9)	
Κάπνισμα (12 ⁿ εβδ. κύησης)				0,04
Καπνίστρια	164 (16,8)	144 (16,9)	20 (15,5)	
Πρώην καπνίστρια	173 (17,6)	139 (16,4)	33 (25,6)	
Μη καπνίστρια	643 (65,7)	567 (66,7)	76 (58,9)	
Γυμναστική πριν την κύηση				0,65
Ναι	208 (22,4)	182 (22,7)	26 (20,6)	
Όχι	721 (77,6)	621 (77,3)	100 (79,4)	
Γυμναστική κατά την κύηση				0,56
Ναι	62 (6,6)	52 (6,4)	10 (7,9)	
Όχι	872 (93,4)	756 (93,6)	116 (92,1)	
Θόρυβος στο σπίτι				0,02
Ναι	247 (25,5)	203 (24,2)	44 (34,1)	
Όχι	722 (74,5)	637 (75,8)	85 (65,9)	

Αναφορικά με την επίδραση των παραγόντων που δρουν κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού και σχετίζονται με την πορεία της εγκυμοσύνης και τη γέννηση του παιδιού, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση σε καμία από τις μεταβλητές. Έτσι, διαπιστώνεται ότι δεν επηρεάζεται η εκδήλωση συμπτωμάτων επιλόχειας κατάθλιψης ούτε από το χρονικό διάστημα που προσπαθούσε να μείνει έγκυος η γυναίκα ούτε από τον αριθμό άλλων παιδιών που μπορεί να έχει. Επίσης, ο τύπος του τοκετού, το φύλο του μωρού, η εισαγωγή του σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών και το χαμηλό βάρος γέννησής του δε φαίνεται να συσχετίζονται με την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης.

Πίνακας 5.2.3: Παράγοντες αναφορικά με την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και το παιδί και η συσχέτισή τους με την επιλόχεια κατάθλιψη

Μεταβλητές	Σύνολο N (%)	Χωρίς επιλόχεια κατάθλιψη (EPDS ≤ 12) N (%)	Με επιλόχεια κατάθλιψη (EPDS ≥ 13) N (%)	p-value
Πόσο καιρό προσπαθούσε να μείνει έγκυος				0,91
Τυχαία	634 (63,5)	549 (63,3)	85 (64,9)	
Αμέσως	99 (9,9)	85 (9,8)	14 (10,7)	
1-2 μήνες	94 (9,4)	84 (9,7)	10 (7,6)	
3-5 μήνες	80 (8)	71 (8,2)	9 (6,9)	
6-12 μήνες	91 (9,1)	78 (9)	13 (9,9)	
Αριθμός άλλων ζωντανών παιδιών				0,57
0	139 (20,3)	118 (19,9)	21 (22,6)	
1	355 (51,7)	311 (52,4)	44 (47,3)	
2	148 (21,6)	124 (20,9)	24 (25,8)	
3	37 (5,4)	33 (5,6)	4 (4,3)	
4	7 (1)	7 (1,2)	0 (0)	
Τύπος τοκετού				0,59
Φυσιολογικός	523 (48,6)	455 (49)	68 (46,3)	
Καισαρική	553 (51,4)	474 (51)	79 (53,7)	
Επιπλοκές κατά τον τοκετό				0,23
Ναι	40 (4,2)	32 (3,9)	8 (6,3)	
Όχι	906 (95,8)	788 (96,1)	118 (93,7)	
Εισαγωγή σε ΜΕΝΝ				0,43
Ναι	157 (16,1)	134 (15,7)	23 (18,9)	
Όχι	816 (83,9)	717 (84,3)	99 (81,1)	
Φύλο παιδιού				0,48
Αγόρι	550 (51)	479 (51,5)	71 (48,3)	
Κορίτσι	528 (49)	452 (48,5)	76 (51,7)	
Χαμηλό βάρος γέννησης μωρού				1,00
Ναι	72 (6,7)	62 (6,7)	10 (6,8)	
Όχι	1005 (93,3)	868 (93,3)	137 (93,2)	

Επιπλέον, η στατιστική σημαντικότητα των δεδομένων με το όριο στο 12 συγκρίθηκε με τις άλλες δύο εναλλακτικές κατηγοριοποιήσεις, αυτή του ορίου στο 9 και της δεύτερης με τις τρεις κατηγορίες για το σκορ (Πίνακας 5.2.4). Από τη σύγκριση αυτή παρατηρείται ότι η οικογενειακή κατάσταση, η εργασία κατά την κύηση και η ύπαρξη ψυχολογικού προβλήματος κάποια στιγμή στη ζωή της μητέρας παραμένουν στατιστικά σημαντικές, ανεξάρτητα από το αν θα εφαρμοστεί πιο αυστηρή κατηγοριοποίηση (με όριο το 9) ή όχι (με όριο το 12). Αντίθετα, στη μόρφωση της μητέρας, το θόρυβο στο σπίτι και το κάπνισμα, στατιστικά σημαντικά βγαίνουν τα αποτελέσματα των δύο από τις τρεις κατηγοριοποιήσεις, γεγονός το οποίο υποδεικνύει ότι η διαφορά δεν έγκειται μεταξύ των τριών κατηγοριοποιήσεων, αλλά μεταξύ του ορίου στο 9 και το 12.

Πίνακας 5.2.4: Σύγκριση στατιστικής σημαντικότητας των κατηγοριοποιήσεων του σκορ του ερωτηματολογίου

Μεταβλητή	Κατηγοριοποίηση EPDS		
	EPDS 9	EPDS 12	EPDS 3 κατ.
Κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες			
Ηλικία μητέρας	0,14	0,68	0,32
Εποχικότητα γέννησης μητέρας	0,35	0,12	0,37
Καταγωγή μητέρας	0,58	0,60	0,83
Καταγωγή πατέρα	0,39	0,17	0,40
Οικογενειακή κατάσταση	0,05	0,001	0,01
Μόρφωση μητέρας	0,01	0,15	0,03
Μόρφωση πατέρα	0,41	0,92	0,32
Αγροτική-Αστική κατοικία	0,50	0,07	0,11
Πεδινή-Ημιορεινή-Ορεινή κατοικία	0,91	0,47	0,42
Εργασία πριν την κύηση	0,03	0,21	0,07
Εργασία κατά την κύηση	0,004	0,01	0,01
Προσωπικοί παράγοντες/τρόπος ζωής			
Φροντίδα του σπιτιού πριν την κύηση	0,49	0,28	0,63
Φροντίδα του σπιτιού κατά την κύηση	0,60	0,90	0,61
Προσωπική εκτίμηση κατάστασης υγείας	0,51	0,08	0,26
Ψυχολογικό πρόβλημα κάποια στιγμή (ερ. 12 ^{ης})	0,001	0,02	0,003
Ψυχολογικό πρόβλημα από 12 ^η -30 ^η εβδ. κύησης	0,10	0,40	0,21
Ψυχολογικό πρόβλημα γενικά	< 0,001	0,02	< 0,001
Κάπνισμα κατά την κύηση (ερ. 12 ^{ης})	0,07	0,05	0,19
Κάπνισμα κατά τη 12 ^η εβδομάδα κύησης	0,08	0,04	0,13
Γυμναστική πριν την κύηση	0,09	0,65	0,14
Γυμναστική κατά την κύηση	0,65	0,56	0,82
Θόρυβος στο σπίτι	0,20	0,02	0,05
Παράγοντες σχετιζόμενοι με εγκυμοσύνη, τοκετό και παιδί			
Πόσο καιρό προσπαθούσε να μείνει έγκυος	0,88	0,91	0,95
Αριθμός άλλων ζωντανών παιδιών	0,90	0,57	0,86
Τύπος τοκετού	0,78	0,59	0,82
Επιπλοκές κατά τον τοκετό	0,46	0,23	0,44
Εισαγωγή σε MENN	0,22	0,43	0,43
Φύλο παιδιού	0,83	0,48	0,74
Χαμηλό βάρος γέννησης μωρού	0,58	1,00	0,81

5.3 Πολυπαραγοντική ανάλυση

Από την πολυπαραγοντική ανάλυση που ακολούθησε (Πίνακας 5.3) προέκυψε ότι το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας φαίνεται να έχει προστατευτική επίδραση ενάντια στην επιλόχεια κατάθλιψη, χωρίς, όμως, να είναι στατιστικά σημαντικά τα αποτελέσματα. Ωστόσο, υπάρχει η τάση για στατιστική σημαντικότητα, δηλώνοντας, παράλληλα, μία σχέση δόσης-απόκρισης. Συγκεκριμένα, οι μητέρες με μέτρια εκπαίδευση έχουν 23% λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν τη νόσο, ενώ το ποσοστό αυτό σχεδόν διπλασιάζεται για όσες έχουν υψηλό επίπεδο μόρφωσης. Σε ό,τι αφορά την εργασία πριν την κύηση, παρόλο που τα αποτελέσματα δεν είναι στατιστικά σημαντικά, ωστόσο παρατηρείται ότι οι γυναίκες που εργάζονταν είχαν κατά 27% μικρότερο κίνδυνο. Το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 42% για το χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια της κύησης, όπου, όμως, τα αποτελέσματα είναι στατιστικά σημαντικά σε επίπεδο 0,01.

Επιπλέον, οι γυναίκες οι οποίες διαμένουν σε αγροτικές περιοχές έχουν 37% μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν επιλόχεια κατάθλιψη, χωρίς, όμως, πάλι να είναι στατιστικά σημαντικά τα δεδομένα. Το επίπεδο θορύβου που υπάρχει στις κατοικίες τους επιδρά κατά 73% στην εμφάνιση της νόσου και είναι στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο μικρότερο του 0,01. Το αν δέχονταν βοήθεια για τη φροντίδα του σπιτιού κατά τη διάρκεια της κύησης δεν έχει δώσει ξεκάθαρα και στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα, ωστόσο όταν οι μητέρες ανέθεταν τις δουλειές του σπιτιού σε κάποιο άλλο άτομο φαίνεται να είχαν 31% αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη.

Μία τάση για στατιστική σημαντικότητα διαφαίνεται στην αντίληψη που έχουν για το επίπεδο της υγείας τους όταν είναι μέτριο, όπου υπάρχει 66% μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης της νόσου, μία πιθανότητα η οποία είναι μεγαλύτερη από διπλάσια όταν θεωρούν κακή την υγεία τους (δεν υπάρχει τάση για σημαντικότητα εδώ). Ωστόσο, όταν υπολογίζεται η τάση για τη σχέση δόσης-απόκρισης, είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο $< 5\%$. Η εμφάνιση ψυχολογικού προβλήματος ή νόσου κάποια στιγμή πριν τον τοκετό, είτε πρόκειται για τη διάρκεια της κύησης είτε για προγενέστερο αυτής χρονικό διάστημα, ενέχει 82-86% υψηλότερο κίνδυνο εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης και είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο μικρότερο του 0,05.

Ο τρόπος ζωής της εγκύου φαίνεται, επίσης, ότι επηρεάζει τη δημιουργία της νόσου, καθώς μία τάση για στατιστική σημαντικότητα δείχνει ότι το 41% όσων καπνίζουν διατρέχουν κίνδυνο. Από την άλλη, το 84% όσων διέκοψαν το κάπνισμα λόγω της κύησης, έχει στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξει

επιλόχεια κατάθλιψη. Ακόμη, οι γυναίκες που γυμνάζονταν πριν την κύηση έχουν 11% μικρότερο κίνδυνο να νοσήσουν, αν και τα αποτελέσματα δεν είναι στατιστικά σημαντικά.

Τέλος, οι καταστάσεις που δημιουργούνται στον τοκετό, αλλά και κατά την περιγεννητική περίοδο φαίνεται να επιδρούν δυσμενώς στην ψυχολογία της γυναίκας, χωρίς, ωστόσο, να είναι στατιστικά σημαντικές. Έτσι, παρατηρείται ότι οι επιπλοκές κατά τον τοκετό ενέχουν 84% μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου, η εισαγωγή του παιδιού σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας 44% αυξημένο κίνδυνο και το χαμηλό βάρος γέννησης του μωρού 16%.

Πίνακας 5.3: Πολυπαραγοντική ανάλυση επιλόχειας κατάθλιψης

Μεταβλητή	N (%)	RR	95% CI	p-value
Μορφωτικό επίπεδο μητέρας	986 (91,5)			
Χαμηλό		1,00		
Μέτριο		0,77	0,48-1,24	0,28
Υψηλό		0,58	0,33-1,02	0,06
<i>p-value for trend</i>				<i>0,06</i>
Κατοικία	950 (88,1)			
Αστική		1,00		
Αγροτική		1,37	0,88-2,11	0,16
Θόρυβος στο σπίτι	957 (88,8)			
Όχι		1,00		
Ναι		1,73	1,15-2,58	0,01
Εργασία πριν την κύηση	963 (89,3)			
Όχι		1,00		
Ναι		0,73	0,48-1,10	0,13
Εργασία κατά την κύηση	983 (91,2)			
Όχι		1,00		
Ναι		0,58	0,39-0,85	0,01
Φροντίδα σπιτιού κατά την κύηση	891 (82,7)			
Μόνη		1,00		
Με βοήθεια		0,97	0,64-1,46	0,88
Κάποιος άλλος το έκανε		1,31	0,58-2,97	0,52
Άλλο		0,00	0,00	1,00
<i>p-value for trend</i>				<i>0,88</i>
Προσωπική εκτίμηση κατάστασης υγείας	894 (82,9)			
Καλή		1,00		
Μέτρια		1,66	0,98-2,80	0,06
Κακή		2,25	0,61-8,35	2,23
<i>p-value for trend</i>				<i>0,03</i>
Ψυχ. πρόβλημα κάποια στιγμή (ερ. 12 ^{ης})	964 (89,4)			
Όχι		1,00		
Ναι		1,82	1,13-2,91	0,01
Ψυχολογικό πρόβλημα γενικά	884 (82)			
Όχι		1,00		
Ναι		1,86	1,16-2,98	0,01
Κάπνισμα κατά την κύηση (ερ. 12 ^{ης})	968 (89,8)			
Μη καπνίστρια		1,00		
Καπνίστρια		1,41	0,96-2,07	0,08

(συνέχεια)

Μεταβλητή	N (%)	RR	95% CI	p-value
Κάπνισμα κατά τη 12 ^η εβδ. κύηση	966 (89,6)			
Μη καπνίστρια		1,00		
Πρώην καπνίστρια		1,84	1,17-2,90	0,01
Καπνίστρια		1,00	0,58-1,72	1,00
<i>p-value for trend</i>				<i>0,43</i>
Γυμναστική πριν την κύηση	889 (82,5)			
Όχι		1,00		
Ναι		0,89	0,55-1,43	0,63
Επιπλοκές κατά τον τοκετό	875 (81,2)			
Όχι		1,00		
Ναι		1,84	0,82-4,13	0,14
Εισαγωγή σε MENN	903 (83,8)			
Όχι		1,00		
Ναι		1,44	0,86-2,40	0,17
Χαμηλό βάρος γέννησης μωρού	987 (91,6)			
Όχι		1,00		
Ναι		1,16	0,51-2,61	0,73

Όλες οι μεταβλητές έχουν ελεγχθεί με βάση τους συγχυτικούς παράγοντες που είναι η ηλικία της μητέρας, η καταγωγή της, η οικογενειακή κατάσταση και ο αριθμός των παιδιών που γέννησε με τα οποία συμμετέχει στη μελέτη.

6. Συζήτηση

Από τη μελέτη που διενεργήθηκε βρέθηκε ότι το 13,6% των μητέρων είχε αυξημένο σκορ στο ερωτηματολόγιο επιλόχειας κατάθλιψης. Τα ευρήματά μας επιβεβαιώνονται από τη διεθνή ερευνητική δραστηριότητα, όπως φαίνεται σε μία μελέτη των Glavin K., Smith L. & Sorum R. το 2009, όπου υπολογίζοντας τον επιπολασμό σε δύο επαρχίες της Νορβηγίας, με 2227 γυναίκες καταγράφηκε ότι κυμαινόταν από 9-14,4%. Δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας καταγράφουν την επίπτωση κατάθλιψης και άγχους να είναι περίπου στο 8-10% κατά την εγκυμοσύνη και 13% μετά τον τοκετό. (WHO, 2008a)

Διαπιστώθηκε, επίσης, ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ οικογενειακής και επαγγελματικής κατάστασης της μητέρας και της επιλόχειας κατάθλιψης. Το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να έχει προστατευτική επίδραση και όσο περισσότερο αυξάνεται, τόσο μειώνεται η πιθανότητα εκδήλωσης της νόσου. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης είναι υψηλότερος σε κατοίκους αγροτικών περιοχών, ενώ η ισχυρή συσχέτισή της με το θόρυβο που υπάρχει στις κατοικίες τους μπορεί να αποτελεί μία αμφίδρομη σχέση, καθώς είναι πιθανό οι γυναίκες με ψυχολογικά προβλήματα να έχουν αυξημένη ευαισθησία σε συγκεκριμένες καταστάσεις, όπως είναι η ύπαρξη θορύβου. Σημαντική επίδραση στην ψυχολογία της γυναίκας φαίνεται να έχει η αντίληψή της για την κατάσταση της υγείας της, καθώς όταν τη θεωρεί μέτρια υπάρχει 65% αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης της νόσου, ενώ η πιθανότητα αυτή διπλασιάζεται όταν τη θεωρεί κακή. Ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο, επίσης, φαίνεται να διαδραματίζει και το ιστορικό κατάθλιψης το οποίο επιτείνει τον κίνδυνο νόσησης. Η γυμναστική βρέθηκε ότι έχει προστατευτική επίδραση στην ψυχολογία της μητέρας, ενώ καταστάσεις όπως οι επιπλοκές κατά τον τοκετό, η εισαγωγή του μωρού σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας και το χαμηλό βάρος γέννησής του δρουν δυσμενώς στην ψυχική της υγεία. Τέλος, αυξημένος επιπολασμός παρατηρήθηκε σε πρώην καπνίστριες, αλλά και σε γυναίκες που κάπνιζαν κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης τους.

Τα παραπάνω δεδομένα επιβεβαιώνονται και από την υπάρχουσα βιβλιογραφία, καθώς οι γυναίκες που έκαναν μέτρια φυσική δραστηριότητα κατά την κύηση είχαν χαμηλότερα σκορ στο ερωτηματολόγιο κατάθλιψης έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό, όπως φαίνεται από τη μελέτη των Nordhagen I.H. & Sundgot-Borgen J. το 2002 στη Νορβηγία. Επίσης, όταν ένα μωρό γεννηθεί πρόωρα και χρειαστεί να νοσηλευθεί τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό, αυτό έχει αντίκτυπο στην ψυχολογία ολόκληρης της

οικογένειας και κυρίως της μητέρας με αποτέλεσμα να δημιουργείται στρες και να υπάρχει κίνδυνος ανάπτυξης κατάθλιψης σε ποσοστό 40%, ενώ τα υψηλότερα επίπεδα μόρφωσης της μητέρας έχουν μειωμένη πιθανότητα για εμφάνιση συμπτωμάτων της νόσου σύμφωνα με τη μελέτη των Davis L., Edwards H., Mohay H. & Wollin J. το 2003 στην Αυστραλία. Επιπλέον, όπως έχει τεκμηριωθεί, οι γυναίκες που εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης έχουν χαμηλότερο εισόδημα και μόρφωση, προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης και μικρότερη κοινωνική στήριξη σε σύγκριση με όσες δεν εκδηλώνουν συμπτωματολογία (Howell E.A., Mora P., Leventhal H., 2006). Ακόμα, σαν παράγοντες κινδύνου έχουν αναγνωριστεί το νεαρό της ηλικίας της μητέρας, το χαμηλό εισόδημα, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, το να είναι άνεργες για μεγάλο χρονικό διάστημα και το να έχουν προηγηθεί πολλοί τοκετοί. (Mayberry L.J., Horowitz J.A., Declercq E., 2007)

Από την άλλη, σε αντίθεση με τα δεδομένα της μελέτης των Glavin K., Smith L. & Sorum R. (2009) οι οποίοι βρήκαν ότι οι γυναίκες ηλικίας άνω των 36 ετών είχαν μεγαλύτερο επιπολασμό της νόσου, εμείς δε βρήκαμε κάποια συσχέτιση. Επιπλέον, σε μία μελέτη στη Βρετανία σχετικά με το κάπνισμα φάνηκε ότι η διακοπή του έχει σαν αποτέλεσμα μειωμένο σκορ στο ερωτηματολόγιο για τα συμπτώματα της κατάθλιψης, γεγονός το οποίο έρχεται σε αντίθεση με τα δικά μας δεδομένα που βρήκαμε ότι οι πρώην καπνίστριες έχουν υψηλότερο κίνδυνο να εκδηλώσουν τη νόσο. (Munafò M.R., Heron J., Araya R., 2008)

Το αυξημένο σκορ του ερωτηματολογίου είναι ενδεικτικό για την ανάπτυξη επιλόχειας κατάθλιψης, όμως, δεν μπορεί με βεβαιότητα αυτό να καταγραφεί, χωρίς πρώτα να υπάρχει επιβεβαίωση από κλινική εξέταση. Έτσι, η βαθμολόγηση αυτή δεν μπορεί να αποδείξει από μόνη της μία υπάρχουσα αιτιολογική σχέση μεταξύ των παραγόντων κινδύνου και της νόσου, παρά μόνο να παρέχει ενδείξεις για περαιτέρω διερεύνηση. Μία από τις διαφορές της παρούσας μελέτης σε σχέση με τις αντίστοιχες είναι ότι το ερωτηματολόγιο EPDS δεν ήταν αυτοσυμπληρούμενο (στη φάση υπό διερεύνηση), αλλά πραγματοποιήθηκε προσωπική τηλεφωνική συνέντευξη. Αυτή η μέθοδος έχει πλεονεκτήματα, αλλά εμφανίζει και κάποια μειονεκτήματα ιδιαίτερα για τις γυναίκες εκείνες που δεν είχαν το ερωτηματολόγιο μπροστά τους για να κάνουν ανάγνωση των ερωτήσεων. Έτσι, κατά τη διενέργεια των συνεντεύξεων, και όσο προχωρούσαν προς το τέλος των ερωτήσεων, συχνά ξεχνούσαν ότι αναφέρονταν στη διάθεσή τους κατά τις προηγούμενες επτά ημέρες και γι' αυτό το λόγο ήταν απαραίτητο να τους διευκρινίζεται διαρκώς. Επιπλέον, λόγω της φύσης της συνέντευξης, κάποιες φορές η προσοχή της μητέρας αποσπώταν από την παρέμβαση

μικρότερων παιδιών ή άλλων προσώπων που υπήρχαν στο σπίτι, με αποτέλεσμα να μη δίνεται η απαιτούμενη σημασία για την ολοκλήρωση του ερωτηματολογίου. Για να αποφευχθεί αυτό, γινόταν από την αρχή σύσταση στη μητέρα να απομονωθεί, εάν ήταν εφικτό, για το χρονικό διάστημα που απαιτούσε η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ή να δοθούν οι απαντήσεις κάποια άλλη περισσότερο κατάλληλη στιγμή.

Στα θετικά της συγκεκριμένης έρευνας συγκαταλέγεται το γεγονός ότι πρόκειται για μία προοπτική μελέτη. Επιπλέον, επειδή αφορά ένα πολύ ευαίσθητο τμήμα του πληθυσμού, τα παιδιά δηλαδή, για τα οποία η ευθύνη ανατίθεται στους γονείς αφού τα ίδια δεν είναι ικανά να προστατεύσουν τον εαυτό τους, αυτό εγείρει το ενδιαφέρον της πλειοψηφίας. Επίσης, είναι μία μελέτη που δεν έχει προηγηθεί κάποια αντίστοιχη στον τοπικό πληθυσμό, με αποτέλεσμα να τύχει μεγάλου ενδιαφέροντος από την πλευρά των μητέρων. Ένα ακόμη πλεονέκτημα αποτελεί το γεγονός ότι το ερωτηματολόγιο EPDS είναι μικρό σε έκταση με αποτέλεσμα να μην κουράζονται οι γυναίκες και να διαθέτουν τον απαιτούμενο χρόνο για τη συμπλήρωσή του χωρίς να δυσανασχετούν. Τέλος, η αποστολή του ερωτηματολογίου στο χώρο τους είχε σαν συνέπεια να το έχουν ακόμη και όσες το είχαν χάσει και να μειώνεται η πιθανότητα να μην κατανοήσουν κάποια ερώτηση, αφού μπορούσαν να τη διαβάσουν.

Η έγκαιρη ανίχνευση της επιλόχειας κατάθλιψης είναι απαραίτητη για την πρόληψη των επιπλοκών τόσο σε ατομικό, όσο και σε συλλογικό επίπεδο. Με τα δεδομένα από την παρούσα έρευνα θα είναι δυνατή η σύγκριση με αντίστοιχες διεθνείς και εθνικές μελέτες, ώστε να επανακαθοριστούν οι στόχοι που χρειάζεται να επιτευχθούν και οι μέθοδοι που χρειάζεται να εφαρμοστούν για το εθνικό, αλλά και ειδικότερα το τοπικό, σχέδιο δημόσιας υγείας. Από ένα τέτοιο σχέδιο δε θα μπορούσαν να λείπουν οι στόχοι που αναφέρονται στην ψυχική υγεία των γυναικών, καθώς αποτελούν σημαντικό κρίκο στην αλυσίδα προαγωγής της υγείας, αφού έχουν ένα βασικό και καίριο ρόλο, αυτόν της μητέρας. Αυτό συμβαίνει διότι η ψυχολογία της μητέρας επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ψυχική και τη γενικότερη υγεία και ανάπτυξη του παιδιού, η οποία, στη συνέχεια, έχει αντίκτυπο στην ψυχολογία της μητέρας. Τέλος, τα αποτελέσματα της μελέτης θα αποτελέσουν ένα χρήσιμο εργαλείο για όλο τον πληθυσμό προκειμένου να προβεί σε ατομικές ενέργειες πρόληψης των ασθενειών και προαγωγής της υγείας του, σε συνδυασμό, βέβαια, με τις συντονισμένες δράσεις της πολιτείας.

Περαιτέρω έρευνα είναι απαραίτητη προκειμένου να επιβεβαιωθούν ή να διαψευστούν τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης. Επιπλέον, ιδιαίτερο

ενδιαφέρον θα είχε να διερευνηθούν δεδομένα τα οποία να διευκρινίζουν περισσότερους αιτιολογικούς παράγοντες για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης, όπως είναι η σχέση της μητέρας με το σύζυγο πριν και κατά τη διάρκεια της κύησης, εάν υπάρχει ιστορικό κακοποίησής της από το σύζυγο ή από κάποιο άλλο πρόσωπο και, σε περίπτωση που έχει συμβεί κάτι τέτοιο, κατά πόσο υπήρχαν δίκτυα στην τοπική κοινωνία για υποστήριξη ή αν υπήρχε κοινωνική προκατάληψη πάνω στο θέμα κ.τ.λ. Παράλληλα, χρήσιμη θα ήταν η έρευνα σχετικά με την επίδραση περιβαλλοντικών εκθέσεων, όπως είναι τα βαρέα μέταλλα και τα ιχνοστοιχεία τα οποία θα μπορούσαν να επιτείνουν ή να προκαλέσουν την εμφάνιση της νόσου. Επίσης, αναφορικά με το άγχος, το οποίο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη ζωή της καινούριας μητέρας, χρήσιμες θα ήταν πληροφορίες από ερωτήσεις ανοικτού τύπου, όπου θα μπορούσε η γυναίκα να συμπληρώσει τους παράγοντες εκείνους που της προκαλούν άγχος, πριν αλλά και αφότου γεννηθεί το μωρό της, και, κυρίως, εάν αισθάνεται οικονομικά ανεξάρτητη να μεγαλώσει το παιδί της.

Ακόμη, σε περίπτωση που η μητέρα δεν προέρχεται από το μέρος όπου διενεργείται η έρευνα, τα δεδομένα για τον τόπο καταγωγής της, καθώς και οι λόγοι που την οδήγησαν να μεταναστεύσει θα μπορούσαν να αποκαλύψουν σημαντικές πληροφορίες. Επιπρόσθετα, ο βαθμός στον οποίο επιθυμούσε τη συγκεκριμένη εγκυμοσύνη ή το φύλο του παιδιού που περίμενε, αλλά και το κατά πόσο ο πατέρας έχει καλή σχέση με τυχόν υπάρχοντα άλλα μέλη της οικογένειας θα έδιναν τη δυνατότητα στον ερευνητή να εμβαθύνει ακόμη περισσότερο στα αίτια και άρα στη δυνατότητα αντιμετώπισης της νόσου. Τέλος, ιδιαίτερης σημασίας είναι ο καθορισμός του τύπου της προσωπικότητας των γυναικών, προκειμένου να κατηγοριοποιηθούν για να μπορούν να συγκριθούν ανάλογα, καθώς τα άτομα με προσωπικότητα τύπου A έχει βρεθεί ότι έχουν περισσότερο στρες, το οποίο με τη σειρά του επηρεάζει την εκδήλωση επιλόχειας κατάθλιψης.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι η ψυχική υγεία και ειδικά η επιλόχεια κατάθλιψη είναι ένα θέμα το οποίο χρήζει ιδιαίτερης προσοχής για την αποφυγή όλων των δυσμενών επιπτώσεων που συνεπάγονται αυτής. Πρόκειται για ένα πολύπλοκο θέμα, τόσο στην κατανόηση, όσο και στην αντιμετώπιση, και είναι απαραίτητοι προσεκτικοί χειρισμοί για τη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής των γυναικών και του άμεσου περιβάλλοντός τους. Υπάρχει η ελπίδα η έρευνα αυτή να αποτελέσει εναρκτήριο λάκτισμα για περαιτέρω διερεύνηση και εισαγωγή μεθόδων και χειρισμών που σκοπό θα έχουν να δώσουν αποτελεσματικές λύσεις για τη μείωση του επιπολασμού της νόσου, αλλά και της έντασης των συμπτωμάτων της.

Βιβλιογραφία

Akman I et al. 2008, Breastfeeding duration and postpartum psychological adjustment: role of maternal attachment styles. *J Paediatr Child Health*. 44(6):369-73

Anthony EJ, Benedek T. 1975, Depression and human existence, Little, Brown and Company, USA, p. 350-355

Bilszta JL, Gu YZ, Meyer D, Buist AE. 2008, A geographic comparison of the prevalence and risk factors for postnatal depression in an Australian population. *Aust NZ J Public Health*. 32(5):424-30

Castanon SC, Pinto LJ. 2008, Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale to detect postpartum depression. *Rev Med Chil*. 136(7):851-8.

CDC. 2008, Prevalence of Self-Reported Postpartum Depressive Symptoms-17 States, 2004-2005. 57(14):361-366

Davey HL, Tough SC, Adair CE, Benzie KM. 2008, Risk factors for sub-clinical and major postpartum depression among a community cohort of Canadian women, *Matern Child Health J*.

Davis L, Edwards H, Mohay H, Wollin J. 2003, The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Hum Dev*. 73(1-2):61-70

Dragonas T, Petrogiannis K, Adam H. 1997, Working women, their emotional well-being and pregnancy in Greece. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 15(3):239 – 256

Ebeigbe PN, Akhigbe KO. 2008, Incidence and associated risk factors of postpartum depression in a tertiary hospital in Nigeria, *Niger Postgrad Med J*. 15(1):15-8

Edge D. 2007, Ethnicity, psychosocial risk, and perinatal depression-a comparative study among inner-city women in the United Kingdom, *J Psychosom Res*. 63(3):291-5

Ege E et al. 2008, Social support and symptoms of postpartum depression among new mothers in Eastern Turkey. *J Obstet Gynaecol Res.* 34(4):585-93

Giakoumaki O et al. 2009, The role of maternal anxiety in the early postpartum period: screening for anxiety and depressive symptomatology in Greece. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 30(1):21-8

Glavin K, Smith L & Sorum R. 2009, Prevalence of postpartum depression in two municipalities in Norway, *Scand J Caring Sci.*

Golbasi Z, Kelleci M, Kisacik G, Cetin A. 2009, Prevalence and correlates of depression in pregnancy among Turkish women. *Matern Child Health J.*

Gonidakis et al. 2008, A 6-month study of postpartum depression and related factors in Athens Greece, *Comprehensive Psychiatry.* 49:275-282

Grussu P, Quatraro RM. 2009, Prevalence and risk factors for a high level of postnatal depression symptomatology in Italian women: A sample drawn from ante-natal classes. *Eur Psychiatry.*

Hammen C. 1997, Depression, Psychology Press, 1997. p:18-19, 50-57, 72-73, 104-105, 112-113

Howell EA, Mora P, Leventhal H. 2006, Correlates of early postpartum depressive symptoms. *Matern Child Health J.* 10(2):149-57

Lee AM et al. 2007, Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression, *Obstet Gynecol.* 110(5):1102-12

Leonardou AA et al, 2009, Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and prevalence of postnatal depression at two months postpartum in a sample of Greek mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology,* 27(1):28-39

Mann JR et al. 2007, Religiosity, spirituality and depressive symptoms in pregnant women, *Int J Psychiatry Med.* 37(3):301-13

Mayberry LJ, Horowitz JA, Declercq E. 2007, Depression symptom prevalence and demographic risk factors among U.S. women during the first 2 years postpartum. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 36(6):542-9

McCoy SJ et al. 2008, Postpartum thyroid measures and depressive symptomatology: a pilot study. *J Am Osteopath Assoc.* 108(9):503-7

Milqrom J et al. 2008, Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study, *J Affect Disord*, 108(1-2):147-57

Munafo MR, Heron J, Araya R. 2008, Smoking patterns during pregnancy and postnatal period and depressive symptoms. *Nicotine Tob Res.* 10(11):1609-20.

Nordhagen IH, Sundgot-Borgen J. 2002, Physical activity among pregnant women in relation to pregnancy-related symptoms of depression. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 122(5):470-4

Phillips J, Charles M, Sharpe L, Matthey S. 2009, Validation of the subscales of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in a sample of women with unsettled infants. *J Affect Disord.*

Sanjuan J et al. 2008, Mood changes after delivery: role of the serotonin transporter gene. *Br J Psychiatry.* 193(5):383-8.

Stewart DE et al. 2008, Postpartum depression symptoms in newcomers, *Can J Psychiatry.* 53(2):121-4

Tannous L, Gigante PL, Fuchs CS, Busnello DAE. 2008, Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants, *BMC Psychiatry.* 8:1

Thorpe JK, Dragonas T, Golding J. 1992, The effects of psychosocial factors on the emotional well-being of women during pregnancy: A cross-cultural study of Britain and Greece. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 10:191-204

Tiwari A et al. 2008, The impact of psychological abuse by an intimate partner on the mental health of pregnant women, *BJOG*. 115(3): 377-84

Tuohy A, McVey C. 2008, Experience of pregnancy and delivery as predictors of postpartum depression, *Psychol Health Med*. 13(1): 43-7

Verdoux H, Sutter AL, Glatigny-Dallay E, Minisini A. 2002, Obstetrical complications and the development of postpartum depressive symptoms: a prospective survey of the MATQUID cohort. *Acta Psychiatr Scand*. 106(3):212-9

Vik K, Aass IM, Willumsen AB, Hafting M. 2009, “It’s about focusing on the mother’s mental health”: Screening for postnatal depression seen from the health visitors’ perspective-a qualitative study. *Scand J Public Health*. 37(3):239-45.

WHO. 2008a, Maternal Mental Health & Child Health and Development. Available at: www.who.int/mental_health/prevention/suicide/MaternalMH/en/

WHO. 2008b, Department of mental health and substance abuse, Maternal mental health & child health and development, Chapter 1: Risk factors for postpartum depression, Robertson E, Celasun N, Stewart ED, 9-70. Available at: www.who.int/mental_health/prevention/suicide/mmh&chd_chapter_1.pdf

Παράρτημα

Μεταβλητές ερωτηματολογίων**✓ Ερωτηματολόγιο 12^{ης} εβδομάδας κύησης**

1.4 Πότε γεννηθήκατε; _____ / _____ / _____

1.5 Πού μένετε;

1.5.1 ΝΟΜΟΣ : 1. Ηράκλειο

2. Άλλο

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.5.2 Διεύθυνση _____

1.5.3 Γειτονιά/Περιοχή/Συνοικία _____

1.5.4 Κοινότητα/Πόλη _____

1.5.5 Επαρχία _____

1.9 Πώς θα περιγράφατε καλύτερα την εθνική σας καταγωγή;

1. Ελληνική

2. Αλβανική

3. Βουλγάρικη

4. Ρουμάνικη

5. Γεωργιανή

6. Ρωσική

7. Άλλο _____

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.22 Είστε:

1. Έγγαμη

2. Αρραβωνιασμένη

3. Άγαμη

4. Διαζευγμένη

5. Χήρα

6. Άλλο

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.26 Ποια είναι η πιο υψηλή βαθμίδα εκπαίδευσης που έχετε συμπληρώσει;

0. Δεν πήγα σχολείο

1. Δημοτικό σχολείο χωρίς να το ολοκληρώσω, αλλά μπορώ να διαβάσω και να γράψω

2. Τελείωσα το δημοτικό σχολείο

3. Ολοκλήρωσα την _____ τάξη του Γυμνασίου

4. Τελείωσα γυμνάσιο

5. Ολοκλήρωσα την _____ τάξη του Λυκείου

6. Τελείωσα λύκειο

7. Φοίτησα _____ χρόνια σε ανώτερη σχολή

8. Τελείωσα Ανωτέρα Σχολή (ΚΑΤΕΕ/ ΣΕΛΕΤΕ)

9. Φοίτησα _____ χρόνια σε πανεπιστημιακή σχολή

10. Τελείωσα πανεπιστήμιο (ΑΕΙ/ ΤΕΙ)

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.27 Εργάζεστε τώρα, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σας;

0. Όχι

1. Ναι

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.28. Τι δουλειά κάνετε/κάνατε πριν την εγκυμοσύνη;

0. Δεν εργαζόμουν

1. Μισθωτή

2. Ελεύθερη επαγγελματίας

3. Αγρότισσα

4. Ήμουν άνεργη, αλλά έψαχνα εργασία

5. Άνεργη λόγω προβλημάτων υγείας

6. Φοιτήτρια

7. Συνταξιούχος

8. Άλλο (διευκρινίστε) _____

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.47 Πώς θα περιγράφατε καλύτερα την εθνική καταγωγή του πατέρα;

1. Ελληνική

2. Αλβανική

3. Βουλγάρικη

4. Ρουμάνικη

5. Γεωργιανή

6. Ρωσική

7. Άλλο _____

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.52 Ποια είναι η πιο υψηλή βαθμίδα εκπαίδευσης που έχει συμπληρώσει;

0. Δεν πήγε σχολείο

1. Δημοτικό σχολείο χωρίς να το ολοκληρώσει, αλλά μπορεί να διαβάσει και να γράψει

2. Τελείωσε δημοτικό σχολείο

3. Ολοκλήρωσε την _____ τάξη του Γυμνασίου

4. Τελείωσε γυμνάσιο

5. Ολοκλήρωσε την _____ τάξη του Λυκείου

6. Τελείωσε λύκειο

7. Φοίτησε _____ χρόνια σε ανώτερη Σχολή

8. Τελείωσε Ανωτέρα Σχολή (ΚΑΤΕΕ/ΣΕΛΕΤΕ)

9. Φοίτησε _____ χρόνια σε πανεπιστημιακή σχολή

10. Τελείωσε πανεπιστήμιο (ΑΕΙ/ ΤΕΙ)

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

2.4 Για πόσο καιρό προσπαθήσατε να μείνετε έγκυος αυτήν τη φορά;

1. Δεν προσπαθήσα να μείνω έγκυος, έμεινα έγκυος τυχαία

2. Δεν προσπάθησα καθόλου, έμεινα έγκυος αμέσως

3. 1-2 μήνες

4. 3-5 μήνες

5. 6-12 μήνες

6. Πάνω από χρόνο

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

3.3 Πόσα παιδιά έχετε;

1.

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

3.27 Είχατε σε προηγούμενο τοκετό επιλόχεια κατάθλιψη;

0. Όχι

1. Ναι

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

4.27 Σας έχει πει ποτέ γιατρός ότι πάσχετε από θυρεοειδοπάθεια;

0. Όχι

1. Ναι

2. Ναι, μόνο σε σχέση με την εγκυμοσύνη

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

4.66 Είχατε υποφέρει ποτέ από κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα ή ψυχιατρική νόσο;

0. Όχι

1. Ναι

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

4.69 Υποφέρετε από αυτό το πρόβλημα/νόσο κατά τη διάρκεια της τωρινής εγκυμοσύνης σας;

0. Όχι

1. Ναι

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

5.18 Πόσο θόρυβο έχει το σπίτι σας;

1. Πολύ

2. Αρκετό

3. Λίγο

4. Καθόλου

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

6.1 Καπνίζατε κατά τη διάρκεια αυτής της εγκυμοσύνης σας; Σας παρακαλώ να σκεφτείτε και για την αρχή-αρχή της εγκυμοσύνης σας.

0. Όχι

1. Ναι

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

6.2 Καπνίζετε τώρα;

0. Όχι

1. Ναι

2. Περιστασιακά: a) αρ. τσιγάρων...../ b) εβδομάδα...../μήνα

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

✓ *Ερωτηματολόγιο 30^{ης} εβδομάδας κύησης*

1.10 Αν ναι, πώς άλλαξε η επαγγελματική σας κατάσταση;

1. Δεν εργάζομαι πλέον
2. Εργάζομαι με μειωμένο ωράριο
3. Ξεκίνησα να εργάζομαι
4. Απασχολούμαι σε άλλη εργασία
5. Άλλο.....
999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.20 Έχει αλλάξει κάτι στην οικογενειακή σας κατάσταση από την τελευταία φορά που μιλήσατε μαζί μας;

0. Όχι
1. Ναι
999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

1.21 Εάν ναι, επιλέξτε, παρακαλώ, την πρόταση που ταιριάζει καλύτερα στην τωρινή σας κατάσταση:

1. Μένετε με τον πατέρα του παιδιού που περιμένετε/σύντροφο σας
2. Μένετε με τους γονείς σας
3. Μένετε μόνη σας
4. Άλλο.....
999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

2.1 Μιλώντας συνολικά, πώς θα αξιολογούσατε το επίπεδο της υγείας σας;

1. Πολύ καλό
2. Καλό
3. Μέτριο
4. Κακό
5. Πολύ κακό

2.50 Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 3 μηνών υποφέρατε από κάποιο ψυχολογικό πρόβλημα/νόσο;

0. Όχι
1. Ναι
999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

3.33 Γυμναζόσασταν πριν μείνετε έγκυος;

0. Όχι
1. Ναι
999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

3.34 Κάνετε κάποιου είδους γυμναστική κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σας (συμπεριλαμβανομένης και της γυμναστικής στο σπίτι);

0. Όχι
1. Ναι
999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

3.39 Απασχολείστε στο σπίτι σας με την φροντίδα παιδιών μικρότερων των 15 ετών;

0. Όχι

1. Ναι

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

3.40 Απασχολείστε στο σπίτι σας με την φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων άνω των 64 ετών;

0. Όχι

1. Ναι

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

3.41 Απασχολείστε στο σπίτι σας με την φροντίδα ατόμων με σωματική αναπηρία ή ψυχική νόσο;

0. Όχι

1. Ναι

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

3.42 Όσον αφορά τις δουλειές του σπιτιού, όπως καθάρισμα, μαγείρεμα, σιδέρωμα κ.τ.λ., πριν μείνετε έγκυος, τις κάνατε μόνη σας ή σας βοηθούσε κάποιος άλλος και ποιος;

1. Τις έκανα μόνη μου

2. Τις έκανα με τη βοήθεια του συζύγου - συντρόφου μου

3. Ο σύντροφος - σύζυγός μου τις έκανε

4. Τις έκανα με τη βοήθεια κάποιου άλλου συγγενικού προσώπου (αδελφή, μητέρα, πεθερά)

5. Τις έκανε κάποιος άλλο συγγενικό πρόσωπο (αδελφή, μητέρα, πεθερά)

6. Τις έκανα με τη βοήθεια κάποιας οικιακής βοηθού

7. Τις έκανε οικιακή βοηθός

8. Άλλο.....

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

3.43 Όσον αφορά τις δουλειές του σπιτιού, όπως καθάρισμα, μαγείρεμα, σιδέρωμα κ.τ.λ., αφού μείνατε έγκυος, τις κάνετε μόνη σας ή σας βοηθάει κάποιος άλλος, και ποιος;

1. Τις κάνω μόνη μου

2. Τις κάνω με τη βοήθεια του συζύγου - συντρόφου μου

3. Ο σύντροφος - σύζυγός μου τις κάνει

4. Τις κάνω με την βοήθεια κάποιου άλλου συγγενικού προσώπου (αδελφή, μητέρα, πεθερά)

5. Τις κάνει κάποιος άλλο συγγενικό πρόσωπο (αδελφή, μητέρα, πεθερά)

6. Τις κάνω με τη βοήθεια κάποιας οικιακής βοηθού

7. Τις κάνει οικιακή βοηθός

8. Άλλο.....

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

✓ *Ερωτηματολόγιο τοκετού*

A1. Παρακαλώ γράψτε την ημερομηνία και την ώρα που έγινε ο τοκετός.

ημέρα μήνας έτος

A5. Ζωντανό νεογνό:

0. Όχι

1. Ναι

A6. Τύπος τοκετού:

1. Φυσιολογικός τοκετός

2. Καισαρική τομή

A9. Φύλο παιδιού:

1. Αγόρι

2. Κορίτσι

3. Ακαθόριστο

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

A14. Επιπλοκές κατά τον τοκετό:

0. Όχι

1. Ναι

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

A32. Ανθρωπομετρικά στοιχεία για το νεογνό:

1. Μήκος _____ εκατοστά

2. Περίμετρος κεφαλής _____ εκατοστά

3. Βάρος _____ γραμμάρια

✓ **Ερωτηματολόγιο EPDS**

Τις τελευταίες 7 ημέρες:

1. Μπορούσα να γελώ και να βλέπω την ευχάριστη πλευρά των πραγμάτων.

- Ναι, όπως πάντα
- Όχι και τόσο πολύ πια
- Σίγουρα λιγότερο απ' ότι παλιά
- Καθόλου

2. Έβλεπα το μέλλον με ευχαρίστηση.

- Ναι, όπως πάντα
- Λιγότερο απ' ότι πριν
- Πολύ λιγότερο απ' ότι πριν
- Καθόλου

3. Κατηγορούσα τον εαυτό μου χωρίς λόγο, όταν τα πράγματα πήγαιναν στραβά.

- Ναι, τις περισσότερες φορές
- Ναι, μερικές φορές
- Όχι πολύ συχνά
- Όχι, ποτέ

4. Ήμουν αγχωμένη ή ανήσυχη χωρίς σοβαρό λόγο.

- Όχι, ποτέ
- Πολύ σπάνια
- Ναι, μερικές φορές
- Ναι, πολύ συχνά

5. Ένιωθα φοβισμένη ή πανικοβλημένη χωρίς ιδιαίτερο λόγο.

- Ναι, αρκετά συχνά
- Ναι, μερικές φορές
- Όχι, σπάνια
- Όχι, ποτέ

6. Τα πράγματα με έπαιρναν από κάτω.

- Ναι, τις περισσότερες φορές δεν μπορούσα να τα βγάλω πέρα καθόλου
- Ναι, μερικές φορές δεν μπορούσα να τα βγάλω πέρα όπως συνήθως
- Όχι, τις περισσότερες φορές τα κατάφερα αρκετά καλά
- Όχι, τα κατάφερα το ίδιο καλά όπως πάντα

7. Ήμουν τόσο στεναχωρημένη, που είχα δυσκολία να κοιμηθώ.

- Ναι, τις περισσότερες φορές
- Ναι, μερικές φορές
- Όχι τόσο συχνά
- Όχι, καθόλου

8. Ένιωθα λυπημένη, χάλια.

- Ναι, τις περισσότερες φορές
- Ναι, αρκετά συχνά
- Όχι τόσο συχνά
- Όχι, καθόλου

9. Ήμουν τόσο στεναχωρημένη που με πίανανε τα κλάματα.

- Ναι, τον περισσότερο καιρό
- Ναι, αρκετά συχνά
- Κάποιες φορές
- Όχι, καθόλου

10. Μου περνούσε από το μυαλό η σκέψη να κάνω κακό στον εαυτό μου.

- Ναι, αρκετά συχνά
- Μερικές φορές
- Σχεδόν ποτέ
- Ποτέ

✓ *Ερωτηματολόγιο παιδιού 6ου μήνα*

3.4. Χρειάστηκε το μωρό σας να μείνει σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών;

0. Όχι

1. Ναι

999. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ