



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ**
UNIVERSITY OF PATRAS

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΛΟΧΕΙΑ ΚΑΙ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»**

ΜΟΥΣΤΑΚΑ ΜΑΡΙΑ

ΛΙΑΝΟΥ ΠΟΛΥΞΕΝΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΑΛΜΠΙΑΝΗ ΕΛΕΝΗ

Πάτρα, 2020

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την εποπτεύουσα καθηγήτρια μας κυρία Ελένη Αλμπάνη για την πολύτιμη καθοδήγηση και βοήθεια της σε όλη την προσπάθεια εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο τοκετός είναι μια δύσκολη και εξαντλητική διαδικασία. Μια γυναίκα περνάει πολλές ορμονικές, σωματικές, συναισθηματικές και ψυχολογικές αλλαγές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι τεράστιες αλλαγές συμβαίνουν στον οικογενειακό και διαπροσωπικό κόσμο της μητέρας. Μετά τον τοκετό, μια μητέρα μπορεί να βιώσει ποικίλα συναισθήματα που κυμαίνονται από τη χαρά και την ευχαρίστηση μέχρι τη θλίψη και το κλάμα.

Σκοπός : Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η μελέτη των ψυχολογικών διαταραχών κατά τη διάρκεια της κύηση και της λοχείας καθώς και ο προσδιορισμός του ρόλου του νοσηλευτή στη διαχείριση της εγκύου και της λεχώνας.

Μεθοδολογία: Για την υλοποίηση της μελέτης χρησιμοποιήθηκε σύγχρονη βιβλιογραφία και αρθρογραφία που αντλήθηκε από έγκυρες βάσεις δεδομένων όπως το Pubmed και το Mendeley.

Συμπεράσματα: Η ψυχική υγεία της μητέρας είναι σημαντική όχι μόνον για την ίδια αλλά και για το έμβρυο. Οι μητέρες με ψυχική νόσο απαντούν ακατάλληλα στο παιδί τους και μπορεί να είναι επιθετικές ή αποσυρμένες και αυτό επηρεάζει δυσμενέστατα την ψυχική υγεία και φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού. Επίσης επηρεάζεται αρνητικά και ο δεσμός μητέρας-βρέφους. Έίναι κρίσιμο εδώ να τονιστεί ότι ο τρόπος που το παιδί θα συνδεθεί στην μετάπειτα ζωή του με τους άλλους εξαρτάται από αυτή την σχέση. Λόγω της υψηλής νοσηρότητας της κατάθλιψης πριν μετά τον τοκετό, η σημερινή εστίαση είναι τώρα στην πρόληψη.

Λέξεις κλειδιά: έγκυος, λεχώνα, ψυχική υγεία, κύηση, λοχεία

ABSTRACT

Introduction: Childbirth is a difficult and exhausting process. A woman goes through many hormonal, physical, emotional and psychological changes during pregnancy. Huge changes are taking place in the family and interpersonal world of the mother. After childbirth, a mother can experience a variety of emotions ranging from joy and pleasure to sadness and crying.

Purpose: The purpose of this review is to study psychological disorders during pregnancy and childbirth and to determine the role of the nurse in the management of pregnancy and delivery.

Methodology: Contemporary bibliography and article writing from valid databases such as Pubmed and Mendeley were used to conduct the study.

Conclusions: The mother's mental health is important not only for herself but also for the fetus. Mothers with mental illness respond inappropriately to their child and may be aggressive or withdrawn, which adversely affects the child's mental health and normal development. Mother-infant bonding is also adversely affected. It is crucial here to emphasize that the way a child interacts with others in his later life depends on this relationship. Due to the high morbidity of postpartum depression, today's focus is now on prevention.

Keywords: Pregnant, Pregnancy, Mental Health, Pregnancy

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
ABSTRACT	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	8
ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΛΟΧΕΙΑ	8
1.1 Ορισμός κύησης	8
1.2 Η φυσιολογία της εγκυμοσύνης	8
1.3 Φυσιολογικές αλλαγές στο σώμα της εγκύου	9
1.4 Ενδοκρινολογία της εγκυμοσύνης (ορμονικές μεταβολές).....	10
1.5 Ψυχολογικές μεταβολές κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.....	11
1.6 Ορισμός λοχείας	12
1.7 Βασικές σωματικές και ορμονικές αλλαγές στην λοχεία.....	13
1.8 Ψυχολογικές αλλαγές στην λοχεία.....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	16
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ.....	16
2.1 Ποσοστά επικράτησης ψυχολογικών επιπτώσεων	16
2.2 Αίτια ψυχολογικών διαταραχών της κύησης.....	16
2.3 Η ανασφάλεια.....	18
2.4 Επίδραση κατάθλιψης στην κύηση	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	21
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ	21
3.1 Παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τη ψυχολογία της λεχόνας.....	21
3.2 Διαταραχή μετατραυματικού stress.....	21
3.3 Κατάθλιψη της λοχείας	22
3.4 Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή	32
3.5 Μανία	33
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	34
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	34

4.1 Νοσηλευτική ψυχικής υγείας	34
4.2 Κοινωνική νοσηλευτική και ψυχική υγεία.....	35
4.3 Νοσηλευτής ψυχικής υγείας.....	35
4.4 Στόχοι νοσηλευτικού προσωπικού	36
4.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχολογικές διαταραχές στην κύηση και τη λοχεία .	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	44
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	44
5.1 Νοσηλευτική διεργασία-κλινικό περιστατικό 1	44
5.2 Νοσηλευτική διεργασία -κλινικό περιστατικό 2	49
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	53
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	54

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εμφάνιση καταθλιπτικών επεισοδίων μετά τον τοκετό, είναι η συνηθέστερη μεταγεννητική νευροψυχιατρική επιπλοκή. Επηρεάζει το 10-20% των γυναικών μετά τον τοκετό, ανεξαρτήτως ηλικίας, φυλής, κοινωνικοοικονομικής κατάστασης ή επιπέδου εκπαίδευσης. Μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη λειτουργία της μητέρας και της ανάπτυξης παιδιού. Ωστόσο, λιγότερες από τις μισές περιπτώσεις διαγιγνώσκονται στην κλινική πρακτική, ωθώντας έτσι τις προσπάθειές τους στη βελτίωση της διάγνωσης και την εφαρμογή της θεραπείας βάσει αποδεικτικών στοιχείων (Buttner et al., 2013).

Η εγκυμοσύνη αποτελεί μία περίοδο συνεχών αλλαγών στη διάθεση της εγκύου, όπου οι μεταπτώσεις της κυμαίνονται από συναισθήματα ενθουσιασμού μέχρι έντονο άγχος, ακόμα και κατάθλιψη. Αυτό δε σημαίνει ότι όλες οι έγκυες γυναίκες θα παρουσιάσουν τις ίδιες μεταστροφές και με την ίδια ποικιλία και εναλλαγή. Δεν υπάρχει λόγος πανικού, αφού όλα αυτά αποτελούν φυσιολογικά στάδια της εγκυμοσύνης και άμεση απόρροια όλων αυτών των σωματικών αλλαγών που συμβαίνουν στο γυναικείο σώμα μέσα στο σύντομο διάστημα των εννέα μηνών.

Μια έγκυος μπορεί να μην είναι σε θέση να δει τις αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου, αλλά αυτές είναι σημαντικές. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, κάποιες νέες μητέρες μπορεί να έχουν αισθήματα ανησυχίας για την απώλεια του μωρού τους. Αυτοί οι φόβοι, αν και αβάσιμοι, είναι απόλυτα φυσιολογικοί. Τα συνηθισμένα συναισθηματικά αμφιθυμίας μεγεθύνονται αυτή την περίοδο και ιδιαίτερα αν είναι η πρώτη εγκυμοσύνη της γυναίκας. Καταστάσεις που κανονικά δεν θα ενοχλούσαν μπορεί να σας προκαλέσουν δάκρυα ή να δημιουργήσουν συναισθήματα κατάθλιψης ή θυμού με τον εαυτό της ή με τους κοντινούς της ανθρώπους. Αυτές οι ξαφνικές συναισθηματικές διακυμάνσεις είναι πιο έντονες σε ορισμένες γυναίκες από ό, τι σε άλλες. Αυτό εξαρτάται από την προσωπικότητά τους, το είδος του στρες που βιώνουν, τη συναισθηματική υποστήριξη που λαμβάνουν, καθώς και τις ορμονικές αλλαγές στο σώμα τους.

Κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό υπάρχουν ορμόνες όπου εκκρίνονται για να ρυθμίσουν πολλές αλλαγές στο σώμα αλλά ταυτόχρονα επηρεάζουν και τα συναισθήματα της εγκύου. Βέβαια όμως και κατά τον τοκετό βοηθούν το έμβρυο να γεννηθεί με ασφάλεια. Μερικές από τις πιο σημαντικές ορμόνες είναι : τα

οιστρογόνα, η προγεστερόνη, η ωκυτοκίνη, η ρελαξίνη, οι ενδορφίνες και τέλος η προλακτίνη. Μόλις το στρες και το άγχος του πρώτου τριμήνου περάσει, αρχίζουν οι συναισθηματικές μεταβολές του δεύτερου τριμήνου. Αν και τα συναισθήματα κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου είναι συνήθως λιγότερο έντονα, μπορεί να είναι εξίσου ανησυχητικά. Πολλές μητέρες αρχίζουν να ανησυχούν για την εξωτερική τους εμφάνιση και να αισθάνονται αμήχανα για το βάρος τους και αυτά τα συναισθήματα μπορεί να οδηγήσουν σε χαμηλή αυτοεκτίμηση. Ψυχολογικά, οι μέλλουσες μητέρες μπορεί να αισθάνονται αυξημένη εξάρτηση από το σύντροφό τους. Έχουν περισσότερες ανάγκες απ' ό,τι συνήθως και μπορεί να ανησυχούν για το αν ο σύντροφός τους θα είναι διαθέσιμος, και σε θέση να τις υποστηρίξει κατά τη διάρκεια των αλλαγών αυτής της περιόδου. Κατά τη διάρκεια αυτού του τριμήνου (4ος-6ος μήνας), τόσο η κοιλιακή λίπανση όσο και η ροή του αίματος στην πυελική περιοχή αυξάνονται. Αυτές οι αλλαγές, καθώς και η μείωση της ναυτίας και της ευαισθησίας του στήθους του πρώτου τριμήνου, αυξάνουν την επιθυμία για σεξουαλική επαφή. Πολλές γυναίκες ανησυχούν για το αν ο σύντροφος τους εξακολουθεί διατρέχει ακόμη το ίδιο ενδιαφέρον. Η συζήτηση μεταξύ του ζευγαριού εδώ λειτουργεί καταλυτικά για το θέμα αυτό βοηθά στην μείωση των φόβων και των ανησυχιών, έτσι ώστε το ζευγάρι να μπορεί να απολαύσει μια υγιή σεξουαλική ζωή κατά τη διάρκεια του δεύτερου τριμήνου της εγκυμοσύνης.

Κατά της διάρκεια της εγκυμοσύνης, το σώμα δεν είναι το μόνο που υφίσταται αλλαγές. Εξίσου επηρεάζεται και ο ψυχισμός της γυναίκας. Εξάλλου, πριν την εμφάνιση των σωματικών αλλαγών, η μέλλουσα μητέρα έρχεται συχνά αντιμέτωπη με έξαρση συναισθημάτων, ασυνήθιστη εχθρική συμπεριφορά ή αυξημένη ανησυχία.

Η ασθένεια εκδηλώνεται με διαταραχές του ύπνου, μεταβολές της διάθεσης, αλλαγές στην όρεξη, θλίψη και κλάμα, αίσθηση αμφιβολίας, έλλειψη ενδιαφέροντος για καθημερινές δραστηριότητες, σκέψεις για θάνατο και αυτοκτονία. Τα αισθήματα της απελπισίας σε σοβαρές περιπτώσεις μπορούν να απειλήσουν τη ζωή και να οδηγήσουν σε αυτοκτονία όπου είναι ένας παράγοντας που προκαλεί το 20% των μητρικών θανάτων στην πορεία μετά τον τοκετό (Albers, 2007).

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΛΟΧΕΙΑ

1.1 Ορισμός κύησης

Κύηση ορίζεται ως η ανάπτυξη ενός εμβρύου στο σώμα της γυναίκας μετά από επιτυχή σύλληψη. Η μέση διάρκεια της κύησης ανέρχεται περίπου σε 280 μέρες. Ο υπολογισμός της πιθανής ημερομηνίας του τοκετού βασίζεται στην πρώτη μέρα της τελευταίας εμμηνου ρύσης. Επίσης ο υπολογισμός μπορεί να γίνει με βάση την τελευταία ωοθυλακιορρηξία σε κύκλο 28 ημερών (266 ημέρες ή 38 εβδομάδες). Ο ευκολότερος τρόπος προσδιορισμός της πιθανής ημερομηνίας τοκετού είναι με ένα ημερολόγιο κύησης ή έναν υπολογιστή κύησης. Επίσης ο προσδιορισμός μπορεί να γίνει μαθηματικά, χρησιμοποιώντας τον κανόνα του Nägele¹ (Van den Berg BRH, 2012).

1.2 Η φυσιολογία της εγκυμοσύνης

Μία φυσιολογική εγκυμοσύνη διαρκεί περίπου 40 εβδομάδες από τον τελευταίο γυναικείο κύκλο (ή 38 εβδομάδες μετά τη γονιμοποίηση του ωαρίου). Το πρώτο τρίμηνο εγκυμονεί για τη μέλλουσα μητέρα και τους μεγαλύτερους κινδύνους για μία ενδεχόμενη αποβολή – ονομάζεται έτσι ο θάνατος από φυσιολογική αιτία ενός εμβρύου. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε προβλήματα υγείας του εμβρύου, της μητέρας ή σε κάποια βλάβη που προκλήθηκε μετά τη σύλληψη. Εγκυμοσύνη είναι η

¹ Κανόνας του Nägele: αφαιρούμε 3 μήνες από το μήνα της ΤΕΡ και προσθέτουμε 7 ημέρες στην πρώτη ημέρα της ΤΕΡ. Παράδειγμα: Με Τ.Ε.Ρ. την 14η Αυγούστου, η Π.Η.Τ. είναι 21 Μαΐου. Η επιβεβαίωση γίνεται με υπερηχογραφικές μετρήσεις.

διαδικασία κατά την οποία μία γυναίκα φέρει ένα γονιμοποιημένο ωάριο, το οποίο αναπτύσσεται κι εξελίσσεται μέσα της και διαρκεί μέχρι και τη γέννηση του βρέφους. Ο ιατρικός όρος για την κυοφορούσα γυναίκα είναι “έγκυος” και για το μωρό πριν τη γέννησή του “έμβρυο“ (Van den Berg BRH, 2012).

Το σώμα δεν είναι σε θέση να γνωρίζει την εγκυμοσύνη παρά μόνο όταν το γονιμοποιημένο ωάριο (στο στάδιο της βλαστοκύστης) εμφυτεύεται στα τοιχώματα της μήτρας, περίπου 7 ημέρες μετά τη γονιμοποίηση. Από τη στιγμή εκείνη και μετά το ωάριο στέλνει την εντολή στο σώμα να συνεχίζει να παράγει προγεστερόνη (από το ωχρο σωματίο ή corpus luteum). Τότε αρχίζει να παράγεται και η hCG (Χοριακή γοναδοτροπίνη), δηλαδή η ορμόνη της εγκυμοσύνης. Σε μία φυσιολογική κύηση τα επίπεδα της ορμόνης hCG διπλασιάζονται κάθε δεύτερη ημέρα, μέχρι περίπου την 9η εβδομάδα κύησης (Joyce et al., 2010).

1.3 Φυσιολογικές αλλαγές στο σώμα της εγκύου

Από τις πρώτες ακόμη εβδομάδες της εγκυμοσύνης, το στήθος αποκτά όγκο και πρήζεται. Τα οστά της λεκάνης και οι πλευρές ανοίγουν ελαφρώς σιγά-σιγά καθώς το έμβρυο μεγαλώνει. Η κοιλότητα του θώρακα εκτείνεται λίγο, λόγω της ώθησης της μήτρας προς τα κάτω. Η κοιλιά αρχίζει να φαίνεται από τον 3ο-5ο μήνα, ενώ το αν θα φαίνεται περισσότερο ή λιγότερο εξαρτάται από το σώμα της μητέρας, καθώς και τον αριθμό των εμβρύων που κυοφορεί. Από την στιγμή που μια γυναίκα μείνει έγκυος, στο σώμα της αρχίζουν να γίνονται διάφορες αλλαγές, ώστε αυτό να είναι έτοιμο να αντεπεξέλθει σε αυτό που συντελείται μέσα της. Το σώμα της, πρέπει να προετοιμαστεί να αντέξει με τα οστά και τους μύες το αυξανόμενο βάρος καθώς και να είναι σε θέση να παρέχει στο έμβρυο όλες τις θρεπτικές ουσίες και το οξυγόνο που θα του είναι αναγκαίο για την ανάπτυξή του (Van den Berg BRH, 2012).

Συνήθως, στις μικροκαμωμένες με στενές λαγόνες, φαίνεται περισσότερο. Επίσης, συνήθως, οι πολύ λεπτές κοπέλες παίρνουν περισσότερα κιλά κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους από εκείνες που έχουν φυσιολογικό βάρος. Οι παραπάνω εμφανείς αλλαγές δεν είναι, βέβαια, οι μόνες. Τροποποιούνται και άλλα πράγματα, όπως

η αναπνοή, το κυκλοφορικό, ο μεταβολισμός, η λειτουργία του ήπατος και του εντέρου, η εσωτερική όψη όλων των οργάνων έως και η δομή των οστών (Joyce et al., 2010).

Όλοι οι παράγοντες αυτοί παίζουν σημαντικό ρόλο στην εξωτερική εμφάνιση. Πιο συγκεκριμένα, οι ορμόνες της εγκυμοσύνης, θα αλλάξουν – προς το καλύτερο – το περίγραμμα του προσώπου, τα μάτια, το δέρμα, τα μαλλιά. Το σώμα μαθαίνει να κινείται με νέο τρόπο και η γυναίκα βρίσκει διαφορετικές θέσεις για να εργάζεται, να περπατά, να κοιμάται κτλ. (Joyce et al., 2010).

1.4 Ενδοκρινολογία της εγκυμοσύνης (ορμονικές μεταβολές)

Η ενδοκρινολογία της ανθρώπινης εγκυμοσύνης περιλαμβάνει ενδοκρινικές και μεταβολικές αλλαγές που προκύπτουν από τις φυσιολογικές αλλαγές στην εμβρυοπλακουντιακή μονάδα που συνδέει τη μητέρα με το έμβρυο. Η εμβρυοπλακουντιακή μονάδα αποτελεί τη διασύνδεση μητέρας και εμβρύου και είναι η κύρια πηγή παραγωγής και έκκρισης πρωτεϊνικών και στεροειδών ορμονών. Πολλές από τις ενδοκρινικές και μεταβολικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης οφείλονται άμεσα στις ορμόνες που εκκρίνονται από την εμβρυοπλακουντιακή μονάδα και αλλάζουν τη λειτουργία όλων των άλλων ενδοκρινών αδένων της μητέρας. Η εγκυμοσύνη μπορεί να μιμηθεί κλινικά και εργαστηριακά πολλές ενδοκρινικές διαταραχές όπως υπερθυρεοειδισμό, νόσο του Cushing (υπερλειτουργία των επινεφριδίων), αδένωμα υπόφυσης, σακχαρώδη διαβήτη, σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, και πολλές άλλες χωρίς όμως να υπάρχει πραγματικά παθολογική κατάσταση (Van den Berg BRH, 2012).

Η έναρξη και η συντήρηση της εγκυμοσύνης εξαρτάται κυρίως από τις αλληλεπιδράσεις νευρωνικών και ορμονικών παραγόντων. Ο σωστός συγχρονισμός αυτών των νευρο-ενδοκρινικών σημάτων εντός του πλακούντα και μεταξύ του πλακούντα, του εμβρύου και της μητέρας είναι κρίσιμος στο να κατευθύνει την αύξηση και την ανάπτυξη του εμβρύου μέχρι και το συντονισμό του χρονικής στιγμής του τοκετού. Προσαρμογές της μητέρας σε ορμονικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης επηρεάζουν άμεσα την ανάπτυξη του

εμβρύου και του πλακούντα. Οι προσαρμογές που λαμβάνουν χώρα κατά την εγκυμοσύνη περιλαμβάνουν τη δημιουργία ενός υποδεκτικού ενδομήτριου, την εμφύτευση και τη διατήρηση της πρώιμης εγκυμοσύνης, την τροποποίηση του συστήματος της μητέρας προκειμένου να παράσχει επαρκή θρεπτική υποστήριξη για το αναπτυσσόμενο έμβρυο, και την προετοιμασία για τον τοκετό και τη μετέπειτα γαλουχία (Kost et al., 2018).

Ο συγχρονισμός μεταξύ της ανάπτυξης του πρώιμου εμβρύου και της δημιουργίας ενός υποδεκτικού ενδομήτριου είναι αναγκαία για να επιτραπεί η εμφύτευση και η πρόοδος, στη συνέχεια, της εγκυμοσύνης. Η προγεστερόνη και τα οιστρογόνα έχουν ένα μεγάλο ρόλο, μαζί με άλλες ορμόνες. Η προγεστερόνη έχει αποδειχθεί ότι διεγείρει την έκκριση των κυτοκινών Th2 και μειώνει την έκκριση κυτοκινών Th1 που διατηρεί εγκυμοσύνη. Υποστηρικτική ορμονική θεραπεία στην αρχή της εγκυμοσύνης συνδέεται με μια σημαντική ευεργετική επίδραση στην έκβαση της εγκυμοσύνης. Η οδός χορήγησης παίζει σημαντικό ρόλο στο προφίλ ασφάλειας και αποτελεσματικότητας του φαρμάκου στα διάφορα τρίμηνα της εγκυμοσύνης (Sable et al., 2000).

Διαταραχές του θυρεοειδούς και η εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη πρέπει να παρακολουθούνται και να αντιμετωπίζονται αναλόγως γιατί δεν έχουν μόνο μεγάλη επίδραση στην έκβαση της εγκυμοσύνης, αλλά επηρεάζουν το έμβρυο κατά την εγκυμοσύνη και τη μετέπειτα ζωή του (Kost et al., 2018).

1.5 Ψυχολογικές μεταβολές κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης

Κατά τη δεκαετία ίου '50 εκφράστηκαν οι πρώτες θεωρητικές προσεγγίσεις για τις ψυχολογικές μεταβολές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της μετάβασης στη μητρότητα. Οι πιο συστηματικές όμως ερευνητικές μελέτες για τις μεταβολές αυτές άρχισαν στη δεκαετία του '70 με επίκεντρο την επιλόχεια κατάθλιψη και τα αρνητικά συναισθήματα που συνδέονται με αυτή την περίοδο. Το ενδιαφέρον και η Βιβλιογραφία που αναπτύχθηκε για τα αρνητικά βιώματα της εγκυμοσύνης και της λοχείας δημιούργησαν την αντίδραση ορισμένων μελετητών οι οποίοι προσπάθησαν να προσεγγίσουν ερευνητικά το θετικό βίωμα της μετάβασης στη μητρότητα. Η

έρευνα ωστόσο για το θετικό βίωμα της μητρότητας είναι ακόμη πολύ περιορισμένη. Περισσότερα στοιχεία για το θετικό βίωμα της μητρότητας συναντώνται συνήθως σε μελέτες για την κατάθλιψη και πολύ λιγότερο για το θετικό βίωμα της μητρότητας, κυρίως λόγω του περιορισμένου αριθμού σχετικών μελετών και του πρόσφατου ενδιαφέροντος των μελετητών για τα θετικά συναισθήματα (O' Connor et al., 2012).

Το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα έρευνας για τη θετική εμπειρία της μητρότητας είναι η μελέτη των Green & Kafetsios (1997). Το δείγμα τους αποτελείτο από 1285 γυναίκες, οι οποίες έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό δήλωσαν ότι: απολάμβαναν να φροντίζουν το νεογνό τους σε ποσοστό 66%, ένιωθαν περήφανες που ήταν μητέρες, σε ποσοστό 79%, δεν ένιωθαν καθόλου απογοητευμένες από τη μητρότητα, σε ποσοστό 72%, θήλαζαν ακόμα το νεογνό, σε ποσοστό 48%, δεν είχαν κανένα πρόβλημα υγείας από τότε που γέννησαν, σε ποσοστό 53%, ένιωθαν μέτρια εξάντληση σε ποσοστό 67%, είχαν πολύ ή αρκετή συμπαράσταση από τους συντρόφους τους, σε ποσοστό 61%. Το ίδιο δείγμα γυναικών κατά τη διάρκεια της κύησης, (σε ποσοστό 14%) ανησυχούσε για το αν θα ήταν καλές μητέρες και σε ποσοστό 13% για το αν θα είχαν αρκετό χρόνο για τον εαυτό τους. Δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ αυτών που είχαν προηγούμενο παιδί και αυτών που δεν είχαν. Παραπλήσια μελέτη (Flowles, 1998) σε πρωτοτόκες λεχωίδες, 4 μήνες μετά τον τοκετό έδειξε ότι οι περισσότερες γυναίκες ήταν ευχαριστημένες από το μητρικό τους ρόλο (O' Connor et al., 2012).

1.6 Ορισμός λοχείας

Λοχεία είναι η περίοδος κατά την οποία ο οργανισμός προσπαθεί να επανέλθει προοδευτικά, εντός ενός διαστήματος 40 ημερών, στην κατάσταση που υπήρχε πριν από τον τοκετό. Πρόκειται για μία μεταβατική περίοδο κατά την οποία συντελούνται πολλές αλλαγές τόσο σωματικές όσο ορμονικές και ψυχολογικές (Field et al., 2016).

Η μήτρα παλινδρομεί αμέσως μετά την έξοδο του πλακούντα, καθώς έχει κενωθεί από κάθε στοιχείο της κύησης. Ωστόσο παρά τη σύσπαστή της, κατά το χρόνο

αμέσως μετά τον τοκετό, ο πυθμένας της βρίσκεται στην απόσταση ανάμεσα στον ομφαλό και την ηβική σύμφυση και ψηλαφάται εύκολα κάτω από τα κοιλιακά τοιχώματα. Καθημερινά παρατηρείται κάθοδος του πυθμένα της μήτρας και έτσι μέσα σε δύο εβδομάδες η μήτρα έχει συσπασθεί ικανοποιητικά (O' Connor et al., 2012).

Η παλινδρόμηση της μήτρας συνοδεύεται συνήθως και από ένα κωλικοειδές άλγος στο υπογάστριο, γνωστό ως υστερόπονος, ο οποίος και γίνεται πιο αισθητός κατά το θηλασμό ή μετά τη δράση των μητροσυσταλτικών φαρμάκων. Το περίνεο είναι χαμηλότερο από ότι ήταν πριν τον τοκετό, ενώ οι μύες του παρουσιάζουν χαλάρωση, η οποία όμως βαθμιαία αποκαθίσταται, εκτός εάν έχουν υποστεί σοβαρές κακώσεις.

Τα λόχεια είναι αιματηρά υγρά, που αποβάλλονται από τη μήτρα και προέρχονται από τον τραυματισμό, που προκαλείται από το διαχωρισμό του πλακούντα από το ενδομήτριο. Αποτελούνται από αίμα, υπολείμματα φθαρτού, βλένη και άλλα κύτταρα της μήτρας, επιθήλια του τραχήλου και του κόλπου. Αρχικά είναι αιμορραγικά αλλά στη συνέχεια μετατρέπονται σε ορώδη και βλεννώδη, ώσπου εξαφανίζονται στο τέλος της λοχείας. Ήδη από τη 10η ημέρα και μετά ελαττώνονται σημαντικά (Field et al., 2016).

1.7 Βασικές σωματικές και ορμονικές αλλαγές στην λοχεία

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εμφανίζεται μία υπεραιμία των μαστών και γίνεται η ανάπτυξη του γαλακτοφόρου συστήματος. Η υπεραιμία αυτή διατηρείται από τις ορμόνες του πλακούντα. Από το μέσο της κύησης και εξής αρχίζει να παράγεται το πύαρ ή πρωτόγαλα, του οποίου η έκκριση συνεχίζεται μέχρι και τρεις τέσσερις ημέρες μετά τον τοκετό. Μετά τον τοκετό η έξοδος του πλακούντα έχει ως αποτέλεσμα την κάθετη πτώση των επιπέδων των ορμονών, γεγονός που προκαλεί το αντανακλαστικό για την έκκριση της προλακτίνης. Το αντανακλαστικό αυτό ενεργοποιείται κατά το θηλασμό, με τον ερεθισμό της θηλής. Μέχρι την 3η με 4η ημέρα μετά τον τοκετό εκκρίνεται το πύαρ, το οποίο διαφέρει από το ώριμο γάλα, καθώς είναι πλουσιότερο σε θρεπτικά υλικά, ιχνοστοιχεία, πρωτεΐνες, υδατάνδρακες

και αντισώματα, ενώ είναι φτωχότερο σε σάκχαρο, λίπος και λευκώματα (Tomfohr et al., 2015).

Η διατροφή του εμβρύου με το πύαρ βοηθά κυρίως στον καθαρισμό του γαστρεντερικού σωλήνου του νεογνού και στην αποβολή του μυκωνίου. Η μεγάλη σημασία για τη γυναίκα είναι ότι με το θηλασμό προκαλείται αντανακλαστική μητροσυσταλτική δράση, που βοηθά στην ομαλότερη και συντομότερη παλινδρόμηση της μήτρας. Οι περισσότερες μητέρες χρειάζονται τουλάχιστον 12 μήνες λοχείας για να επανέλθουν, σε σωματικό αλλά και σε συναισθηματικό επίπεδο (Tomfohr et al., 2015).

1.8 Ψυχολογικές αλλαγές στην λοχεία

Κατά τη μετάβαση στη μητρότητα το κοινωνικό περιβάλλον της λεχώνας μπορεί να είναι η αιτία αλλά και η συνέχιση των αρνητικών ή των θετικών συναισθημάτων που βιώνει, με τις ανάλογες βέβαια επιπτώσεις. Η κοινωνική στήριξη μπορεί να μειώσει το βαθμό στον οποίο διάφορες περιστάσεις εκλαμβάνονται ως αγχογόνες ή μπορεί να προάγει το θετικό αποτέλεσμα με το να ενισχύει την αυτοεκτίμηση ή τα συναισθήματα αυτοεπιβεβαίωσης. Αυτά μπορούν με τη σειρά τους να επηρεάζουν την ευπάθεια σε μια νόσο διαμέσου των επιδράσεων που ασκούν στη λειτουργία του νευροενδοκρινικού ή του ανοσιακού συστήματος ή διαμέσου αλλαγών στη συμπεριφορά για τη φροντίδα της υγείας της, όπως μειωμένη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών, βελτίωση στη διαίτα ή στις μορφές άσκησης (Yucel et al., 2012).

Η αναγγελία μιας κύησης παραδοσιακά θεωρείται ένα ιδιαίτερα ευχάριστο γεγονός. Ωστόσο διάφορα προσωπικά βιώματα ή κοινωνικές πιέσεις μπορεί να μειώσουν τα θετικά συναισθήματα της γυναίκας απέναντι σ' αυτό. Τότε το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο συμβαίνουν τα γεγονότα της ζωής του ζευγαριού μπορεί από μόνο του να αποτελέσει μια πλευρά κοινωνικής στήριξης. Για παράδειγμα μια εγκυμοσύνη μπορεί να αξιολογηθεί ως ένα ιδιαίτερα απειλητικό γεγονός αν η κύηση δεν είναι προγραμματισμένη και δεν υπάρχει σταθερή σχέση με τον πατέρα του κυήματος. Το μέγεθος του προβλήματος αυξάνεται αν ο πατέρας του νεογνού δεν συμμετέχει καθόλου στη ζωή της λεχώνας, η οποία ζει τελικά μόνη της. Οι Georgiopoulos et al

(1999) βρήκαν ότι πάνω από τις μισές λεχώνες (54,6%) που ήταν χωρισμένες ή σε διάσταση με το σύντροφό τους είχαν σημαντικά υψηλά ποσοστά επιλόχειας κατάθλιψης (Bat-Pitault et al., 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

2.1 Ποσοστά επικράτησης ψυχολογικών επιπτώσεων

Τα ποσοστά επικράτησης των προγεννητικών ψυχολογικών προβλημάτων εκτιμάται ότι είναι υψηλά στον κόσμο. Μελέτες έχουν δείξει ότι ο επιπολασμός της προγεννητικής κατάθλιψης (AD) και / ή του άγχους κυμαίνεται από 8% έως 30%. Τα ποσοστά επικράτησης είναι πιθανό να ποικίλουν σε μελέτες και πολιτισμούς λόγω επιλογής μέτρων και κοινωνικοπολιτιστικών καθοριστικών παραγόντων. Μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει είτε μέτρα ελέγχου όπως η Κλίμακα κατάθλιψης του Εδιμβούργου (EPDS) ή δομημένα προγράμματα συνεντεύξεων που παρέχουν κλινική διάγνωση. Μια συστηματική ανασκόπηση έδειξε ότι από το 18% των γυναικών που ανέφεραν καταθλιπτική διάθεση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το 13% πληρούσε τα διαγνωστικά κριτήρια για ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. (Chandra, 2009, Woods et al., 2010).

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας κατά την προγενέστερη περίοδο είναι επίσης γνωστό ότι ποικίλλουν κατά τη διάρκεια των τριμήνων. Ενώ μία μελέτη διαπίστωσε ότι ο επιπολασμός του προγεννητικού άγχους όπως εκτιμήθηκε στην Κλίμακα κατάθλιψης του νοσοκομείου και του άγχους (HADS) είναι παρόμοια κατά τη διάρκεια των τριών τριμήνων, άλλοι έχουν παρατηρήσει μια πολύ υψηλότερη επικράτηση της προγεννητικής καταθλιπτικής διαταραχής στις 12-16 εβδομάδες (6,1%) σε αντίθεση με το τρίτο τρίμηνο (4,4%) της εγκυμοσύνης. (Woods et al., 2010, Sawyer et al., 2010).

2.2 Αίτια ψυχολογικών διαταραχών της κύησης

Τα συναισθήματα και οι ψυχολογικές μεταπτώσεις μιας μέλλουσας μαμάς σχετίζονται και με παράγοντες όπως η ηλικία της (όσο πιο νέα ή όσο πιο μεγάλη είναι η γυναίκα, τόσο περισσότερες δυσκολίες παρουσιάζονται), οι προηγούμενες

εμπειρίες της (για παράδειγμα μια γυναίκα που δυσκολεύτηκε να μείνει έγκυος ή που έχει ιστορικό αποβολών είναι σίγουρα επιβαρυνμένη ψυχολογικά), η υγεία της και η υγεία του εμβρύου, η στήριξη που έχει (ή δεν έχει) από τον σύντροφο και την υπόλοιπη οικογένειά της, το εργασιακό περιβάλλον της και το πώς αντιμετωπίζεται εκεί και φυσικά η οικονομική της κατάσταση (έρευνες καταδεικνύουν ότι όσο φτωχότερη είναι μια γυναίκα τόσο μεγαλύτερες πιθανότητες έχει να αναπτύξει κατάθλιψη κατά την εγκυμοσύνη και μετά τον τοκετό). Η ικανοποίηση από τη σχέση με το σύντροφο και η στήριξη που αυτός παρέχει λειτουργούν ως άμυνες κατά της ανησυχίας και του άγχους. Το ποσοστό της προγεννητικής κατάθλιψης φτάνει το 60% όταν ο σύντροφος έχει αρνητική αντίδραση στην αναγγελία της κύησης, ενώ είναι λιγότερο από 20% όταν ο σύντροφος έχει θετική αντίδραση σ' αυτή. Οι έγκυες με καταθλιπτική συμπτωματολογία, σε σύγκριση με τις έγκυες χωρίς καταθλιπτική συμπτωματολογία, αναφέρουν ότι οι σύντροφοί τους ήταν λιγότερο διαθέσιμοι, παρείχαν λίγη βοήθεια στις απαιτήσεις του νοικοκυριού και τους «έκαναν τη ζωή δύσκολη». Οι έγκυες χρειάζονται περισσότερο συναισθηματική, παρά πρακτική στήριξη κατά την κύηση, ιδιαίτερα κατά το πρώτο τρίμηνο. Η έλλειψη οικειότητας (η ιδιαίτερη, δηλαδή, σχέση που υπάρχει μεταξύ των δύο συντρόφων και η οποία εκδηλώνεται με τη μορφή της στήριξης- συμπαράστασης από το μέλλοντα πατέρα προς τη μέλλουσα μητέρα) μεταξύ των συντρόφων όταν οφείλεται σε δυσκολίες στη σχέση τους εξαιτίας κάποιου σοβαρού -για την έγκυο- γεγονότος ζωής, προκαλεί σημαντική επιβάρυνση στην έγκυο και το ποσοστό της προγεννητικής κατάθλιψης αυξάνεται τότε δραματικά. Οι έγκυες που αντιμετωπίζουν σοβαρά γεγονότα ζωής (π.χ. ασθένεια ή θάνατος γονιού, οικονομικά προβλήματα κ.λπ.) και δεν έχουν οικειότητα με το σύντροφό τους παρουσιάζουν προγεννητική κατάθλιψη σε ποσοστό 76% (O'Hara, McCabe, 2013).

Στήριξη μπορεί να παρέχουν στην έγκυο και άλλες πηγές, όμως η στήριξη του συντρόφου είναι ιδιαίτερα κρίσιμη κατά τη διάρκεια της κύησης. Οι ανύπαντρες έγκυες που δεν έχουν τη συμπαράσταση του συντρόφου τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ούτε της πατρικής τους οικογένειας λόγω μη αποδοχής της εγκυμοσύνης τους από αυτήν, είναι πολύ πιο επιρρεπείς στην κατάθλιψη από άλλες έγκυες που έχουν κοντά τους ένα σύντροφο. Αν τελικά η οικογένειά της αποδεχθεί την ανύπαντρη μητέρα, τότε η κατάθλιψη μπορεί να υποχωρήσει.

Ανάγκη για κοινωνική στήριξη δεν έχουν μόνον οι ανύπαντρες μητέρες αλλά όλες οι γυναίκες που κυοφορούν, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση και τη φυλή στην οποία ανήκουν.

Ο τοκετός είναι το κορυφαίο γεγονός της μετάβασης στη μητρότητα. Η έρευνα έδειξε ότι οι γυναίκες που εκδήλωναν υψηλά επίπεδα φόβου χαρακτηρίζονταν από χαμηλή αυτοεκτίμηση. Οι γυναίκες που είχαν φυσικό κολπικό τοκετό ήταν περισσότερο πιθανό να βιώσουν μια αξιοσημείωτη βελτίωση στη διάθεσή τους και μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση. Αντίθετα, οι γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή ήταν πιο πιθανόν να βιώσουν μια πτώση της διάθεσης και της αυτοεκτίμησής τους. Οι γυναίκες που είχαν κολπικό τοκετό με επεμβάσεις ήταν ενδιάμεσα στις άλλες δύο ομάδες.

2.3 Η ανασφάλεια

Συχνά η εγκυμοσύνη συνοδεύεται με ανάμικτα συναισθήματα. Η χαρά εναλλάσσεται με το φόβο, και η αναμονή με την ανασφάλεια και την ανασφάλεια. Η εγκυμοσύνη μπορεί μεν να είναι μια ξεχωριστή περίοδος, έχει, όμως, πολλές ιδιαιτερότητες που δυσκολεύουν τη μέλλουσα μητέρα και δυσχεραίνουν την καθημερινότητά δημιουργώντας ανασφάλεια. Μια από αυτές τις ιδιαιτερότητες είναι η διαρκής αλλαγή της διάθεσης της εγκύου, οι συναισθηματικές, δηλαδή, διακυμάνσεις που ξεκινούν από τον υπέρμετρο ενθουσιασμό και μπορούν να φτάσουν μέχρι την απελπισία, τον πανικό, ακόμα και την έντονη κατάθλιψη. Τα δε στερεότυπα αναφορικά με το πώς πρέπει να συμπεριφέρονται οι εγκυμονούσες, τι πρέπει να κάνουν ή πώς πρέπει να νιώθουν όχι μόνο δεν τις βοηθούν, αλλά αντιθέτως τις επιβαρύνουν, αφού δημιουργούν απαιτήσεις, και τις οδηγούν στην αυτοκριτική και στις ενοχές. Ταλανίζεται από **ανασφάλειας** σχετικές με το κατά πόσον ήθελε πραγματικά ένα παιδί, αλλά και με το κατά πόσον είναι ικανή να **αντεπεξέλθει** στις προκλήσεις της μητρότητας. Την απασχολούν ερωτήματα σαν τα παρακάτω:

- Είμαι κατάλληλη για μητέρα;
- Μπορώ να ανταποκριθώ σε αυτό;
- Είναι το ίδιο επιθυμητή η εγκυμοσύνη και από τους δύο γονείς;
- Θα με στηρίξει ο σύντροφός μου;
- Τι θα κάνω με τους άλλους τομείς στη ζωή μου;
- Στη δουλειά μου θα μπορέσω να ανταποκριθώ πλήρως;

- Θα είμαι το ίδιο αποδοτική;
- Μήπως κινδυνεύσει η επαγγελματική μου εξέλιξη; (Kinsio et al., 2015).

2.4 Επίδραση κατάθλιψης στην κύηση

Οι εμπειρικές τεκμηριωμένες ενδείξεις δείχνουν ότι η συναισθηματική δυσφορία της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, συμπεριλαμβανομένων των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και της κατάστασης, του χαρακτηριστικού και του άγχους που σχετίζεται με την εγκυμοσύνη, μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης δυσμενών γεννητικών αποτελεσμάτων, όπως πρόωρο τοκετό (<37 0/7 εβδομάδες κύησης) της εγκυμοσύνης, ενδομήτριο περιορισμό ανάπτυξης (IUGR) και χαμηλό (<2,5 kg) ή χαμηλότερο βάρος γέννησης κατά την παράδοση (Ding et al., 2014).

Ωστόσο, η βιβλιογραφία είναι σχετικά ασυνεπής και περιλαμβάνει και μηδενικές ενώσεις. Οι ενώσεις μπορούν επίσης να ποικίλλουν ανάλογα με τη συνεχή ή κατηγορηματική αντιμετώπιση των μεταβλητών έκθεσης ή / και έκβασης και το επίπεδο εισοδήματος στη χώρα στην οποία προέρχεται το δείγμα (Grote et al., 2010).

Ένα μέρος της λογοτεχνίας υποδηλώνει ότι η θετική προδιάθεση της μητέρας ή η θετική στάση απέναντι στην εγκυμοσύνη μπορεί, ανεξάρτητα από τη συναισθηματική δυσφορία, να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης δυσμενών γεννητικών αποτελεσμάτων.

Μια γυναίκα είναι επίσης πιθανό να εκδηλώσει συμπτώματα κατάθλιψης εάν στο παρελθόν έχει αντιμετωπίσει επιπλοκές σε κάποια εγκυμοσύνη (π.χ. αποβολή,) (Raisanen et al., 2014).

Η απομόνωση των μελών της οικογένειας σήμερα συχνά συνεπάγεται ότι η έγκυος δεν έχει την υποστήριξη που θα ήθελε. Επίσης, οι γυναίκες σήμερα πιέζονται πολύ περισσότερο απ' ό,τι παλαιότερα να κάνουν πολλά πράγματα ταυτόχρονα –και κυρίως σπουδές και επαγγελματική καριέρα– κι έτσι δυσκολεύονται περισσότερο να διαχειριστούν τους πολλαπλούς ρόλους της. Ακόμη και τα έξοδα που συνεπάγεται ο τοκετός και η προετοιμασία του παιδικού δωματίου αποτελούν για αρκετές γυναίκες σημαντική πηγή άγχους (O'Hara, McCabe, 2013).

Η κύηση θεωρείται ευτυχισμένη περίοδος για τη γυναίκα, ωστόσο επιδημιολογικά η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης στις εγκύους δεν είναι μικρότερη. Οι κύριοι παράγοντες κινδύνου είναι το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, η συζυγική δυσαρμονία, τα ψυχοπαιστικά γεγονότα της ζωής και η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη (Tomfohr et al., 2015).

Η συνήθης κλινική εικόνα της κατάθλιψης κατά την κύηση περιλαμβάνει άγχος, ευερεθιστότητα, αϋπνία, ανορεξία, καταθλιπτική διάθεση, αδυναμία ανταπόκρισης σε καθήκοντα και υποχρεώσεις, αισθήματα ενοχής και αναξιότητας και αυτοκτονικές σκέψεις και συμπεριφορές. Η κατάθλιψη στη διάρκεια της κύησης συνεπάγεται αυξημένο κίνδυνο αυτόματης αποβολής, αιμορραγίας, καθυστέρησης ανάπτυξης του εμβρύου, προεκλαμψίας και πρόωρου τοκετού. Οι έγκυοι που υποφέρουν από κατάθλιψη είναι πιθανότερο να έχουν ανεπαρκή φροντίδα κατά την εγκυμοσύνη, να πίνουν αλκοόλ και να καπνίζουν. Επίσης, οι καταθλιπτικές έγκυοι έχουν λιγότερες πιθανότητες για ανάπτυξη ισχυρού δεσμού με το νεογνό (Tomfohr et al., 2015).

Η μη θεραπευόμενη κατάθλιψη κατά την κύηση είναι ο σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας για την εμφάνισή της και σε περίοδο λοχείας. Θεραπευτικά χρησιμοποιούνται η φαρμακευτική αγωγή, η ψυχοθεραπεία (γνωσιακή – συμπεριφορική, διαπροσωπική) και, σε ειδικές περιπτώσεις, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Όσον αφορά στις πιθανές αρνητικές επιδράσεις στην οργανογένεση από την έκθεση του εμβρύου κατά το α' τρίμηνο στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, είναι αξιοσημείωτη μια μεγάλη μελέτη σε 3.000 έμβρυα, κατά την οποία δεν διαπιστώθηκε αυξημένος κίνδυνος μείζονων δυσπλασιών (Yucel et al., 2012).

Το σύνδρομο νεογνικής προσαρμογής (από έκθεση του εμβρύου σε αντικαταθλιπτικά κατά το γ' τρίμηνο) εμφανίζεται στο 30% των νεογνών και στη σοβαρή μορφή του (50% των περιπτώσεων) εκδηλώνεται με τρόμο, υψίσυχο κλάμα, υπέρταση, γαστρεντερικά συμπτώματα, αναπνευστική δυσκολία και επιληπτικές κρίσεις. Όσον αφορά στη μακροπρόθεσμη επίδραση στη συμπεριφορά του νεογνού (behavioural teratogenicity) ως συνέπεια της λήψης αντικαταθλιπτικών κατά την κύηση, δεν διαπιστώθηκε αξία λόγου επίδραση, σε μελέτες ενδομήτριας έκθεσης σε φλουοξετίνη ή σε τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (Yucel et al., 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

3.1 Παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τη ψυχολογία της λεχώνας

Οι έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η στήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον και κυρίως από το σύντροφο είναι καταλυτικός παράγοντας για τη θετική εμπειρία της λοχείας. Οι έγκυες που απολαμβάνουν την κοινωνική στήριξη έχουν καλύτερη ψυχική και σωματική υγεία και πριν και μετά τον τοκετό. Η στήριξη από το σύντροφο φαίνεται να έχει μεγαλύτερη επίδραση όχι μόνο στην υγεία της μητέρας αλλά και στην προσαρμογή της στη μητρότητα. Η στήριξη από το σύντροφο κατά την κύηση συνδέεται θετικά με την καλή διάθεση της λεχωίδας και τη σταδιακή προσαρμογή της στη μητρότητα, με μητρική συμπεριφορά ευαισθησίας και εκφραστικότητας στα νεογνά τους (Joyce et al., 2010).

3.2. Διαταραχή μετατραυματικού stress

Μια χειρουργική επέμβαση στον πρώτο τοκετό αφήνει τη λεχώνα ευαίσθητη στη θλίψη και στο μετατραυματικό stress. Οι μητέρες που γέννησαν με καισαρική τομή παρόλο που τα παιδιά τους ήταν υγιή ήταν πιο δυσαρεστημένες από την όλη εμπειρία του τοκετού και της νοσοκομειακής/μαιευτικής φροντίδας που έτυχαν. Επιπλέον, οι μητέρες αυτές ανέφεραν περισσότερες αμφιβολίες και είχαν λιγότερη πίστη στην ικανότητά τους να φροντίσουν το Βρέφος. Η κατάσταση αυτή συνετέλεσε στο να αντιμετωπιστούν δυσκολίες προσαρμογής για τρεις εβδομάδες έως έξι μήνες μετά τον τοκετό, συνοδευόμενες από έντονη κούραση (Joyce et al., 2010).

Παράλληλα διαπιστώθηκε, πως οι γυναίκες, που δεν είχαν επαρκή κοινωνική στήριξη κατά τη διάρκεια της κύησης, είχαν τρεις φορές περισσότερες μαιευτικές επιπλοκές από τις γυναίκες που έζησαν την κύησή τους σε ευνοϊκές ψυχοκοινωνικές συνθήκες. Όταν ο σύντροφος ήταν παρών στον τοκετό, αφενός οι γυναίκες ανέφεραν μειωμένο

πόνο και έκαναν χρήση λιγότερων αναλγητικών, αφετέρου οι άνδρες κρατούσαν θετικότερη στάση προς το νεογνό. Κάποιοι σύντροφοι αποφεύγουν ενεργά οποιαδήποτε σχέση με τον τοκετό ενώ άλλοι παραμένουν απόμακροι, χωρίς να προσφέρουν ούτε πρακτική ούτε συναισθηματική στήριξη γεγονός που αυξάνει το μετατραυματικό stress (Van den Berg, 2012).

3.3 Κατάθλιψη της λοχείας

Η επιλόχειος κατάθλιψη που ονομάζεται επίσης **κατάθλιψη μετά τον τοκετό**, ορίζεται με τη χρήση τυποποιημένων διαγνωστικών κριτηρίων ως μείζων καταθλιπτική διαταραχή κατά το έτος μετά τον τοκετό. Η επιλόχειος κατάθλιψη έχει ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων που μετρώνται στην κλινική πρακτική και στην έρευνα χρησιμοποιώντας αυτο-αναφορές συμπτωμάτων ως υποκατάστατο για κλινική αξιολόγηση. Η σοβαρή επιλόχειος κατάθλιψη σχετίζεται με αυτοκτονία και παιδοκτονία, ειδικά όταν η γυναίκα έχει ψυχωτικά συμπτώματα. (Archie, Biswas, 2003).

Το *Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών - Πέμπτη Έκδοση (DSM-V)* δεν αναγνωρίζει την επιλόχειο κατάθλιψη ως ξεχωριστή διάγνωση, έτσι ώστε να διαγνωστεί ότι οι γυναίκες πρέπει να πληρούν τα κριτήρια για **κατάθλιψη**. Τα παρακάτω συμπτώματα πρέπει να είναι παρόντα για τουλάχιστον 2 εβδομάδες για να πληρούνται τα κριτήρια για μείζονα **κατάθλιψη**: καταθλιπτική διάθεση ή απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης στις καθημερινές δραστηριότητες που αντιπροσωπεύει αλλαγή από τη φυσιολογική διάθεση και κλινικά σημαντική αγωνία ή βλάβη σε κοινωνικούς, επαγγελματικούς, εκπαιδευτικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς λειτουργίας (American Psychiatric Association, 2013).

Η μεταγεννητική κατάθλιψη είναι ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας. Ο επιπολασμός της μείζονος ή μικρής κατάθλιψης κατά τη διάρκεια του πρώτου μεταγεννητικού έτους είναι στο 7-13%.

Ορισμένες γυναίκες αναρρώνουν από τη στιγμή που το βρέφος τους είναι 6 μηνών, αλλά στο 50% των γυναικών η κατάθλιψη μπορεί να διαρκέσει περισσότερο από 6

μήνες. Αν και η επιλόχειος κατάθλιψη ορίζεται ως η κατάθλιψη μέσα σε 12 μήνες μετά τη γέννηση ενός βρέφους, ένας σημαντικός αριθμός γυναικών παραμένει με επιλόχειο κατάθλιψη για πάνω από 1 χρόνο και μερικές γυναίκες παραμένουν σε ύφεση για 4 χρόνια. Παρόλο που η κατάθλιψη μετά τη γέννηση μπορεί να μην είναι διαφορετική από την γενική κατάθλιψη που παρατηρείται σε μη έγκυες γυναίκες, ορισμένες γυναίκες παρουσιάζουν συμπτώματα για πρώτη φορά μετά τον τοκετό (American Psychiatric Association, 2013).

Πρόσθετοι παράγοντες συσχετίστηκαν σταθερά με την επιλόχειο κατάθλιψη. Κάποια μπορεί να μεσολαβούν βιολογικά και να συνδέονται ειδικά με τον τοκετό. Ορισμένες γυναίκες με επιλόχειο κατάθλιψη μπορεί να είναι γενετικά πιο αντιδραστικές στην περιβαλλοντική ενεργοποίηση της κατάθλιψης. Σε άλλες γυναίκες, που έχουν μια γενική ευπάθεια στην κατάθλιψη, η επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί να συμβεί γιατί ο τοκετός είναι μια στρεσογόνα διαδικασία. Οι ισχυρότεροι προγνωστικοί παράγοντες της επιλόχειου κατάθλιψης είναι προγεννητικό άγχος και προγεννητική κατάθλιψη, η έλλειψη κοινωνικής στήριξης, μια νεύρωση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, στρεσογόνα γεγονότα της ζωής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η κακή συζυγική σχέση και η ενδοοικογενειακή βία. Οι γυναίκες έχουν αναφέρει ότι οι αιτίες της επιλόχειου κατάθλιψης ήταν η έλλειψη υποστήριξης, η πίεση για να κάνουν τα πράγματα σωστά, η προσωπικότητά τους (επιρρεπή σε προβλήματα ψυχικής υγείας), η πίεση (εργασία ή χρήμα) και οι ορμονικές αλλαγές. Δεδομένου ότι η αιτιολογία είναι διαφορετική, είναι δύσκολο να προβλεφθεί με ακρίβεια ποια γυναίκα θα αναπτύξει επιλόχεια κατάθλιψη (O'Hara, McCabe, 2013).

Στα αίτια και τους παράγοντες κινδύνου της συγκεκριμένης ψυχικής νόσου συγκαταλέγονται τα εξής:

Βιολογικοί παράγοντες: Η νεαρή ηλικία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνει τον κίνδυνο κατάθλιψης. Το υψηλότερο επίπεδο κατάθλιψης έχει αναφερθεί στις μητέρες ηλικίας 13-19 ετών, ενώ ο χαμηλότερος ρυθμός παρατηρήθηκε σε γυναίκες ηλικίας 31-35 ετών (Silva et al., 2012). Σε μια μελέτη που διενεργήθηκε από τους Abdollahi *et al.* (2014) σε 1950 γυναίκες σε 2-12 εβδομάδες μετά τον τοκετό, διαπιστώθηκε ότι η αυξανόμενη ηλικία της μητέρας και η μητρική αποτελεσματικότητα σχετίζονται με μειωμένο κίνδυνο κατάθλιψης μετά τον τοκετό.

Μελέτες δείχνουν ότι οι διαταραχές του μεταβολισμού της γλυκόζης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι επίσης παράγοντες προδιαθεσικής για την κατάθλιψη μετά τον τοκετό, έτσι ώστε να παρατηρείται ότι γυναίκες με υψηλότερα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα (μέσος όρος 120 έναντι 114 mg / dl) μετά από μία ώρα μετά την εκτέλεση της δοκιμής πρόκλησης γλυκόζης με 50 γραμμάρια γλυκόζης κινδυνεύουν περισσότερο από την κατάθλιψη μετά τον τοκετό από ό, τι άλλα (Huang et al., 2015, Aishwarya et al., 2013).

Τα επίπεδα σεροτονίνης και τρυπτοφάνης στο αίμα είναι επίσης γνωστοί παράγοντες αποτελεσματικοί στην κατάθλιψη. Μια μελέτη έδειξε μια σχέση μεταξύ διαφορετικών αλληλόμορφων γονιδίων μεταφορέα σεροτονίνης και υποδοχέων σεροτονίνης με διαταραχές της διάθεσης και κατάθλιψη. Η σεροτονίνη είναι ένας νευροδιαβιβαστής μονοαμίνης που συντίθεται κατά τη διάρκεια μιας ενζυματικής οδού από το τρυπτοφάνη αμινοξέος. Η ποσότητα της σεροτονίνης εξαρτάται άμεσα στην ατομική διατροφή. Η κατανάλωση τροφών πλούσιων σε πρωτεΐνες μειώνει τις ποσότητες τρυπτοφάνης και σεροτονίνης στον εγκέφαλο, ενώ ένα σνακ υδατανθράκων έχει αντίστροφη δράση (Neumann, Landgraf, 2012).

Στις διατροφικές ανεπάρκειες, η μειωμένη εγκεφαλική τρυπτοφάνη (πρόδρομος σεροτονίνης) έως 15% οδηγεί σε αυξημένη κλίμακα κατάθλιψης ποσοστό της κατάθλιψης μετά τον τοκετό. Η οξυτοκίνη διαδραματίζει επίσης βασικό ρόλο στη ρύθμιση των συναισθημάτων, των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και των συναισθηματικών απαντήσεων (Sholehvar et al., 2013).

Τα υψηλότερα επίπεδα οξυτοκίνης στην μέση κύηση έχουν προγνωστικούς παράγοντες για την κατάθλιψη μετά τον τοκετό μέσα σε λιγότερο από τις πρώτες 2 εβδομάδες μετά την παράδοση. Πρόσφατα στοιχεία υποδεικνύουν ότι η οξυτοκίνη προκαλεί τη δραστηριότητα των υποδοχέων σεροτονίνης και μειώνει την ανταπόκριση στο στρες. Ο ενδορρινικός ψεκασμός οξυτοκίνης έχει αυξήσει τη διάρκεια των θετικών συμπεριφορών όπως η επαφή με τα μάτια και η πιθανότητα συναισθημάτων και συναισθημάτων τόσο στις γυναίκες όσο και στους άνδρες (Neumann, Landgraf, 2012).

Ψυχολογικοί παράγοντες: το ιστορικό κατάθλιψης και άγχους, το προεμμηνορροϊκό σύνδρομο, η αρνητική στάση απέναντι στο μωρό, η απροθυμία του φύλου του μωρού, το ιστορικό της σεξουαλικής κακοποίησης αποτελούν σημαντικές παραμέτρους που δύναται να οδηγήσουν στην ανάπτυξη της κατάθλιψης μετά τον τοκετό (Archie, Biswas, 2003).

Μαιευτικοί παράγοντες κινδύνου: επικίνδυνη κύηση που περιλαμβάνει έκτακτη καισαρική τομή και νοσηλείες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να οδηγήσουν μετέπειτα στην επιλόχειο κατάθλιψη (American Psychiatric Association, 2013).

Κοινωνικοί παράγοντες : Η έλλειψη κοινωνικής στήριξης μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη μετά τον τοκετό. Η ενδοοικογενειακή βία με τη μορφή της σεξουαλικής και σωματικής και λεκτικής κατάχρησης του συζύγου μπορεί επίσης να αποτελέσει παράγοντα για την ανάπτυξη της νόσου (O'Hara, McCabe, 2013).

Η κοινωνική υποστήριξη αναφέρεται στη συναισθηματική υποστήριξη, την οικονομική στήριξη, την υποστήριξη των πληροφοριών και τις σχέσεις εμπάθειας. Ο ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης στη μείωση της κατάθλιψης μετά τον τοκετό έχει αποδειχθεί. Η μείωση της κοινωνικής στήριξης είναι ο σημαντικότερος περιβαλλοντικός παράγοντας στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Ο σύζυγος σεξουαλική βία και άλλες μορφές ενδοοικογενειακής βίας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης θεωρούνται ως παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης μετά τον τοκετό (Ludermir et al., 2010).

Εκτός από τη σχέση των γυναικών με τα μέλη της οικογένειας και την κοινότητα, οι συμπεριφορές όπως το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της προγεννητικής περιόδου είναι κοινωνικοί παράγοντες που συνδέονται με την αυξημένη συχνότητα της κατάθλιψης μετά τον τοκετό ως 1,7 φορές (Gurber et al., 2017).

Η ταυτόχρονη σχέση μεταξύ του καπνίσματος και του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και η σχέση μεταξύ κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και κατάθλιψης περιπλέκουν τη συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και της κατάθλιψης μετά τον τοκετό. Ωστόσο, οι φυσιολογικές αλλαγές της εγκυμοσύνης μπορεί να φαίνονται σαν

ένα αγχωτικό συμβάν για ορισμένες μητέρες και να οδηγήσουν στην εμφάνιση των συμπτωμάτων κατάθλιψης και στην έναρξη του καπνίσματος (Jansen et al., 2010).

Ένας άλλος κοινωνικός παράγοντας είναι το καθεστώς απασχόλησης, ιδιαίτερα η επαγγελματική σταδιοδρομία, που συνδέεται με μειωμένο κίνδυνο κατάθλιψης μετά τον τοκετό. Ωστόσο, η εκπαίδευση και τα χαμηλά εισοδήματα συνδέονται με τον κίνδυνο της κατάθλιψης μετά τον τοκετό (Miyake et al., 2011).

Τρόπος ζωής: Οι συνήθειες φαγητού, ο κύκλος ύπνου, οι σωματικές δραστηριότητες και η άσκηση μπορεί να επηρεάσουν την κατάθλιψη μετά τον τοκετό. Εκτός από τη διατροφική κατάσταση, η κατάσταση του ύπνου είναι ένας από τους παράγοντες που επηρεάζουν τον κίνδυνο κατάθλιψης (Ross et al., 2005).

Τα στοιχεία δείχνουν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ του λιγότερου ύπνου και της κατάθλιψης μετά τον τοκετό. Επιπλέον, παρατηρήθηκε μια αποτελεσματική σχέση μεταξύ του ποσοστού των επιπέδων κόπωσης και κατάθλιψης τις ημέρες μετά την παράδοση. Οι περίοδοι σοβαρής στέρησης ύπνου έχουν αναφερθεί σε γυναίκες με κατάθλιψη μετά τον τοκετό (Ross et al., 2005).

Η χρόνια έλλειψη ύπνου επηρεάζει το μεταβολισμό της γλυκόζης, φλεγμονώδεις διεργασίες, την κοινωνική επικοινωνία, την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής. Επιπλέον, τα οξεία επεισόδια στέρησης του ύπνου επηρεάζουν το ανοσοποιητικό σύστημα και αυξάνουν τους φλεγμονώδεις δείκτες όπως ο παράγοντας interleukin-6 και ο παράγοντας νέκρωσης όγκου, ενώ αυτοί οι φλεγμονώδεις παράγοντες έχουν παρατηρηθεί περισσότερο στις γυναίκες με κατάθλιψη μετά τον τοκετό. Ο κύκλος του ύπνου είναι ένας από τους παράγοντες που επηρεάζουν τον κίνδυνο κατάθλιψης. Είναι προφανές ότι ο μειωμένος ύπνος συνδέεται με την κατάθλιψη μετά τον τοκετό (Chang et al., 2010).

Ένας πιθανός μηχανισμός επίσης είναι η επίδραση της άσκησης στις πνευματικές συνθήκες των γυναικών με την αύξηση των ενδογενών οπιοειδών και ενδορφινών, που βελτιώνουν την ψυχική υγεία. Υπάρχουν επίσης κάποιες ενδείξεις που δείχνουν ότι η άσκηση και η σωματική άσκηση έχουν σημαντικά οφέλη στη μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης, τα οποία είναι συγκρίσιμα με τα φαρμακευτικά οφέλη. Η μέτρια σωματική δραστηριότητα κατά το τρίτο τρίμηνο της

εγκυμοσύνης μείωσε την κλίμακα κατάθλιψης μετά τον τοκετό στις 6 εβδομάδες μετά την παράδοση (Dinas et al., 2011).

Η άσκηση αυξάνει επίσης την αυτοπεποίθηση και θα εξαλείψει τις αρνητικές αυτο-εκτιμήσεις που προκαλούνται από την κατάθλιψη. Επιπλέον, η άσκηση θα βοηθήσει τις γυναίκες να επικεντρωθούν στο περιβάλλον και να λύσουν τα προβλήματά τους (Dinas et al., 2011).

Η φυσική δραστηριότητα και η άσκηση μειώνουν τα συμπτώματα κατάθλιψης. Η άσκηση μειώνει τη χαμηλή αυτοεκτίμηση που προκαλείται από την κατάθλιψη. Αυξάνει τις ενδογενείς ενδορφίνες, γεγονός που έχει θετικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία. Αυτό βελτιώνει επίσης την αυτοπεποίθηση και αυξάνει την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων (Archie, Biswas, 2003).

Ο ρόλος των αναπαραγωγικών ορμονών στην καταθλιπτική συμπεριφορά υποδεικνύει τη νευροενδοκρινική παθοφυσιολογία για την επιλόχεια κατάθλιψη. Υπάρχουν άφθονα δεδομένα για να υποστηρίξουμε ότι οι αλλαγές στις αναπαραγωγικές ορμόνες διεγείρουν τη δυσλειτουργία αυτών των ορμονών σε ευαίσθητες γυναίκες. Η παθοφυσιολογία της μπορεί να προκληθεί από μεταβολές πολλαπλών βιολογικών και ενδοκρινικών συστημάτων, για παράδειγμα, το ανοσολογικό σύστημα, τον άξονα υποθάλαμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA) και τις λακτονικές ορμόνες. Ο υποθάλαμος-υποφυσιακός-επινεφριδικός άξονας (HPA) είναι γνωστό ότι εμπλέκεται στη διαδικασία της νόσου της κατάθλιψης μετά τον τοκετό. Ο άξονας HPA προκαλεί απελευθέρωση κορτιζόλης σε τραύμα και στρες και εάν η λειτουργία του άξονα HPA δεν είναι φυσιολογική τότε η απόκριση μειώνει την απελευθέρωση των κατεχολαμινών που οδηγεί στην κακή απόκριση στρες (Cardaillac et al., 2016).

Οι ταχείες μεταβολές στις ορμόνες αναπαραγωγής, όπως η οιστραδιόλη και η προγεστερόνη μετά την παράδοση, μπορεί να είναι ο πιθανός παράγοντας άγχους σε ευαίσθητες γυναίκες και αυτές οι αλλαγές μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η οξυτοκίνη και η προλακτίνη παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο στην παθογένεση της επιλόχειας κατάθλιψης. Αυτές οι ορμόνες ρυθμίζουν το αντανεκλαστικό γάλακτος, καθώς και τη σύνθεση του μητρικού γάλακτος. Συχνά παρατηρείται ότι η αποτυχία να γαλακτικό και η εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης συμβαίνουν ταυτόχρονα. Χαμηλά επίπεδα οξυτοκίνης

παρατηρούνται ιδιαίτερα στην επιλόχεια κατάθλιψη καθώς επίσης και ανεπιθύμητος πρώιμος απογαλακτισμός. Κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου, τα χαμηλότερα επίπεδα οξυτοκίνης σχετίζονται με αυξημένα συμπτώματα κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά (Cardaillac et al., 2016)

Κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης, είναι σημαντικό να συμπεριληφθεί ιστορικό χρήσης ναρκωτικών και αλκοόλ, το κάπνισμα και όλα τα συνταγογραφούμενα φάρμακα και τα φάρμακα χωρίς ιατρική συνταγή. Η εξέταση μπορεί να γίνει 2 έως 6 μήνες μετά τον τοκετό. Υπάρχουν διαθέσιμα διάφορα εργαλεία προβολής και μία από τις πιο συχνά χρησιμοποιούμενες είναι η Κλίμακα Κατάθλιψης Του Εδιμβούργου (EPDS). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο 10 θέσεων που συμπληρώνεται από τους ασθενείς και διαρκεί λίγα λεπτά για να ολοκληρωθεί. Ένας βαθμός απόληξης EPDS ίσος ή μεγαλύτερος από 13 είναι απαραίτητος για να προσδιοριστεί εάν οι ασθενείς διατρέχουν τον κίνδυνο να αναπτύξουν επιλόχεια κατάθλιψη (Lakkis, Mahmassani, 2015).

Αυτή η δοκιμή προσυμπτωματικού ελέγχου παρέχει τη βάση για πρόσθετες κλινικές δοκιμές. Οι στόχοι της κλινικής αξιολόγησης είναι να συνιστούν τη διάγνωση, να εκτιμούν τους κινδύνους αυτοκτονίας και ανθρωποκτονίας, στην προκειμένη περίπτωση συνήθως παιδοκτονία, και να αποκλείουν άλλες ψυχιατρικές ασθένειες (Lakkis, Mahmassani, 2015).

Η κατάθλιψη μετά τον τοκετό διαγιγνώσκεται όταν υπάρχουν τουλάχιστον πέντε καταθλιπτικά συμπτώματα για τουλάχιστον 2 εβδομάδες. Στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5) , η κατάθλιψη μετά τον τοκετό λαμβάνεται υπόψη όταν ένας ασθενής έχει μείζονα καταθλιπτικό επεισόδιο μαζί με την έναρξη του *peripartum* και δεν αναφέρεται ως ξεχωριστή ασθένεια. Εξ ορισμού, ορίζεται ως ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο με την έναρξη της εγκυμοσύνης ή εντός 4 εβδομάδων από τον τοκετό.

Τα εννέα συμπτώματα είναι σχεδόν καθημερινά και αντιπροσωπεύουν μια αλλαγή από την προηγούμενη ρουτίνα. Η διάγνωση πρέπει να περιλαμβάνει είτε κατάθλιψη είτε απώλεια ενδιαφέροντος (American Psychiatric Association, 2013).

Η κατάθλιψη (υποκειμενική ή παρατηρούμενη) παρουσιάζεται κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας με:

- Απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης, το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας
- Αϋπνία ή υπερυπνία
- Ψυχοκινητική καθυστέρηση ή διέγερση
- Ανησυχία ή ενοχή
- Απώλεια ενέργειας ή κόπωση
- Αυτοκτονικός ιδεασμός ή απόπειρα και επαναλαμβανόμενες σκέψεις για το θάνατο
- Βλάβη συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητα
- Μεταβολή βάρους ή όρεξης (αλλαγή βάρους 5% σε διάστημα ενός μηνός)

Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να οδηγήσουν σε άγχος και εξάντληση. Επιπλέον, αυτά τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε ουσία ή ιατρική κατάσταση. Μια ψυχωτική διαταραχή δεν προκαλεί το επεισόδιο, ούτε υπήρξε προηγούμενο μανιακό ή υπομανιακό επεισόδιο (American Psychiatric Association, 2013).

Στη 10η αναθεώρηση της διεθνούς στατιστικής ταξινόμησης των ασθενειών και των συναφών προβλημάτων υγείας (ICD-10), η έναρξη κατάθλιψης μετά τον τοκετό ορίζεται εντός 6 εβδομάδων. Το ICD-10 περιγράφει ένα καταθλιπτικό επεισόδιο ως εξής: (American Psychiatric Association, 2013)

Σε τυπικά ήπια, μέτρια ή σοβαρά καταθλιπτικά επεισόδια, ο ασθενής έχει καταθλιπτική διάθεση με μείωση της δραστηριότητας και της ενέργειας. Η ικανότητα απόλαυσης, ενδιαφέροντος και συγκέντρωσης μειώνεται. Ο ασθενής αισθάνεται πολύ κουρασμένος μετά από την ελάχιστη προσπάθεια μαζί με διαταραχή του ύπνου και μειωμένη όρεξη. Η ενοχή ή η άνευ αξίας είναι συνήθως παρούσες, μαζί με μειωμένη αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση (O'Hara, McCabe, 2013).

Σωματικά συμπτώματα, όπως ανηδονία, ασυνήθιστο περπάτημα πολύ νωρίς το πρωί, μαζί με ανησυχία, απώλεια βάρους, απώλεια λίμπιντο, μειωμένη όρεξη και έντονη ψυχοκινητική καθυστέρηση. Αυτά τα συμπτώματα ποικίλλουν ελάχιστα από την ημέρα σε ημέρα και δεν ανταποκρίνονται στις περιστάσεις. Ένα καταθλιπτικό επεισόδιο μπορεί να χαρακτηριστεί ως ήπιο, μέτριο ή σοβαρό και εξαρτάται από τη σοβαρότητα και τον αριθμό των συμπτωμάτων (American Psychiatric Association, 2013).

Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν καταθλιπτική διάθεση, απώλεια ενδιαφέροντος, αλλαγές στις μορφές ύπνου, αλλαγή στην όρεξη, αδυναμία συγκέντρωσης και αυτοκτονικό ιδεασμό. Οι γυναίκες μπορεί επίσης να αισθανθούν άγχος. Οι ασθενείς που έχουν επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί επίσης να έχουν ψυχωτικά συμπτώματα που περιλαμβάνουν αυταπάτες και ψευδαισθήσεις (φωνές που λένε ότι βλάπτουν το βρέφος) (American Psychiatric Association, 2013).

Επίσης, μπορεί να οδηγήσει σε κακή σχέση μητέρας-βρέφους, αποτυχία του θηλασμού, αρνητικές πρακτικές γονικής μέριμνας, συζυγική ρήξη, καθώς και χειρότερα αποτελέσματα σχετικά με τη σωματική και ψυχολογική ανάπτυξη του παιδιού (O'Hara, McCabe, 2013).

Η θεραπεία για την επιλόχεια κατάθλιψη είναι η ψυχοθεραπεία και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Η ψυχοθεραπεία είναι η πρώτη επιλογή θεραπείας για γυναίκες με ήπια έως μέτρια κατάθλιψη κατά του περιφερικού, ειδικά εάν οι μητέρες διστάζουν να ξεκινήσουν με φάρμακα και πρόκειται να νοσηλευτούν το νεογέννητο. Ένας συνδυασμός θεραπείας και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων συνιστάται για γυναίκες με μέτρια έως σοβαρή κατάθλιψη. Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI) είναι η πρώτη επιλογή. Εξετάστε τη μετάβαση σε αναστολείς επαναπρόσληψης νοροθεραπείας σεροτονίνης-νορεπινεφρίνης (SNRIs) ή μιρταζαπίνη αν το SSRI είναι αναποτελεσματικό. Μόλις επιτευχθεί μια αποτελεσματική δόση, συνεχίστε τη θεραπεία για 6 έως 12 μήνες για να αποφύγετε την υποτροπή των συμπτωμάτων (Milgrom et al., 2015).

Οι φαρμακολογικές συστάσεις για θηλάζουσες γυναίκες θα πρέπει να περιλαμβάνουν τη συζήτηση σχετικά με τα οφέλη του θηλασμού, τους κινδύνους της χρήσης αντικαταθλιπτικών κατά τη διάρκεια της γαλουχίας και τους κινδύνους μη θεραπευόμενης ασθένειας. Επαναληπτική διακρατική μαγνητική διέγερση (TMS) είναι μια θεραπεία που μπορεί να προσφέρει εναλλακτική επιλογή για τις γυναίκες που θηλάζουν και ανησυχούν για το γεγονός ότι τα μωρά τους είναι εκτεθειμένα σε φάρμακα. Υπάρχουν τα περισσότερα δεδομένα για τη χρήση σερτραλίνης για την πρόληψη και τη θεραπεία της κατάθλιψης μετά τον τοκετό. Ο κίνδυνος θηλασμού κατά τη λήψη αναστολέα επαναπρόσληψης σεροτονίνης είναι σχετικά χαμηλός και οι γυναίκες μπορούν να ενθαρρυνθούν να θηλάσουν ενώ βρίσκονται σε αντικαταθλιπτικά. Μετά από 12 εβδομάδες, η μονοθεραπεία CBT βρέθηκε να είναι

αξιοσημείωτη τόσο στη μονοθεραπεία σερτραλίνης όσο και στη θεραπεία συνδυασμού. Η ομάδα μονοθεραπείας CBT βρήκε τα πιο επιταχυνόμενα αρχικά οφέλη μετά την έναρξη της θεραπείας. Ένας σημαντικός παράγοντας στη διάρκεια της κατάθλιψης μετά τον τοκετό είναι καθυστερημένη θεραπεία (Milgrom et al., 2015).

Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις όπως ομάδες υποστήριξης έχουν αναφερθεί ως αποτελεσματικές. Οι Beck et al. (2006) δηλώνουν ότι η παρουσία της ομάδας υποστήριξης μπορεί να δώσει στις μητέρες μια αίσθηση ελπίδας μέσω της συνειδητοποίησης ότι δεν είναι μόνοι. Οι ομάδες υποστήριξης για τα ζευγάρια μπορούν να διδάξουν στρατηγικές αντιμετώπισης και να ενθαρρύνουν.

Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (IPT), μια βραχυπρόθεσμη αποτελεσματική θεραπεία για την MDD που ασχολείται με διαπροσωπικά θέματα (όπως η αλλαγή ρόλου, η σχέση γάμου, η κοινωνική υποστήριξη και οι παράγοντες πίεσης της ζωής), είναι ιδιαίτερα συναφής με τις ανάγκες των γυναικών κατά τη διάρκεια της μετά τον τοκετό περιόδου. Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία δίνει έμφαση στις διαπροσωπικές σχέσεις που σχετίζονται με τις αλλαγές των ρόλων που συνοδεύουν την πατρότητα και όχι την ίδια την κατάθλιψη. Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία μπορεί επίσης να ξεκινήσει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για γυναίκες που θεωρούνται υψηλού κινδύνου. Έρευνες έχουν διαπιστώσει ότι οι γυναίκες που έλαβαν τη θεραπεία είχαν σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα να μειώσουν τα συμπτώματα και να ανακάμψουν από την επιλογή κατάθλιψη σε σχέση με τις γυναίκες που δεν έλαβαν θεραπεία IPT (Fishel, 2004, O'Hara et al., 2000).

Το βάρος της επιλόχειου κατάθλιψης μπορεί να επεκταθεί, στην πιο σοβαρή του μορφή, στην αυτοκτονία και, λιγότερο συχνά, στην παιδοκτονία. Η επίδραση της επιλόχειου κατάθλιψης στις μητέρες επιδεινώνεται από προβλήματα στην αλληλεπίδραση μητέρας-βρέφους και προβλήματα με το βρέφος όπως μακροπρόθεσμη συναισθηματική και γνωστική συμπεριφορά και την κοινωνική ανάπτυξη. Η επιρροή της απόσυρσης της συμπεριφοράς και η θλίψη φαίνεται να επιδεινώνεται όταν οι γυναίκες ζουν σε φτωχότερες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και γίνεται χειρότερη αν το βρέφος είναι αγόρι ή αν η κατάθλιψη γίνεται χρόνιο πρόβλημα. Πρόσθετοι κίνδυνοι για τα βρέφη μεταφέρονται μέσω της επίδρασης της χρόνιας κατάθλιψης στον άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων που λειτουργεί

στους απογόνους, στην εφηβεία. Οι κατάθλιψη εγκύων γυναικών έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να γεννήσουν βρέφος χαμηλού βάρους. Η προγεννητική κατάθλιψη είναι ένας παράγοντας κινδύνου για τη διάθεση των βρεφών και για την κατάθλιψη σε απογόνους ηλικίας 18 ετών, με υψηλότερο κίνδυνο στους απογόνους των οποίων οι μητέρες είναι λιγότερο μορφωμένες (O'Hara, McCabe, 2013).

Υπάρχει δυνητικός αντίκτυπος στους πατέρες, περίπου το 10% των οποίων κινδυνεύουν από κατάθλιψη, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια των 3-6 μηνών από τη γέννηση του βρέφους. Αυτή η κατάθλιψη μετρίως συσχετίζεται θετικά με τη μητρική κατάθλιψη, αλλά δεν είναι σαφές εάν υπάρχει συσχέτιση ή αιτιακή επίδραση. Επιπλέον η μεταγεννητική πατρική κατάθλιψη συνδέεται με την κατάθλιψη στους απογόνους (AGOG, 2007).

3.4 Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή

Μετά τον τοκετό, σε κάποια ζευγάρια, το νεογέννητο δυναμώνει τη σχέση τους και δημιουργείται ένα υποστηρικτικό περιβάλλον για την ανάπτυξή του. Μια σταθερή συζυγική σχέση, βοηθά τους νέους γονείς να αποδεχθούν τις υψηλές απαιτήσεις του γάμου, του παιδιού και της οικογένειας. Αντίθετα μια φτωχή συζυγική σχέση είναι προγνωστικό για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Πολλές γυναίκες βιώνουν πολύ άγχος στην προσπάθειά τους να χειριστούν τους μητρικούς και συζυγικούς ρόλους. Μέγιστα ψυχοκοινωνικά άγχη παρατηρούνται στη συζυγική προσαρμογή μετά τον τοκετό, όταν οι σύντροφοι δεν είναι υποστηρικτικοί και δεν αναμειγνύονται στην ανατροφή των παιδιών. Κατά τη διάρκεια της λοχείας η στήριξη που δέχεται η λεχώνα λειτουργεί προστατευτικά. Έτσι μια ευάλωτη ψυχολογικά γυναίκα, που όμως εκτιμά τη σχέση με το σύντρόφό της, μπορεί να προστατευτεί από την αγχώδη διαταραχή (Kost et al., 2018).

3.5 Μανία

Η μανία αποτελεί ένα μια πολύ σοβαρή διαταραχή διάθεσης η οποία συνδέεται με τη διπολική διαταραχή και την κλινική κατάθλιψη. Συγκεκριμένα η μανία είναι η μια φάση της διπολικής διαταραχής (μανιοκατάθλιψη). Η λεχώνα είναι υπερενεργητική, υπεραισιόδοξη, λογορροϊκή, κοιμάται ελάχιστα ή και καθόλου, υπερβολικά ευδιάθετη αλλά και ευερέθιστη, ασχολείται με πολλά πράγματα (ψώνια, διακόσμηση). Υπάρχει σαφής κίνδυνος παραμέλησης του νεογνού ή του εαυτού της. Είναι σημαντικό η μανία να διαγνωστεί έγκαιρα, ώστε να μπορέσει να αντιμετωπιστεί και το άτομο να μπορέσει να ζήσει μια φυσιολογική ζωή. Η διάγνωση γίνεται με βάση τις εναλλαγές διάθεσης του ατόμου καθώς και το ατομικό και οικογενειακό του ιστορικό.

Η μανία αντιμετωπίζεται δια βίου και η θεραπεία της συνίσταται στην σταθεροποίηση του ατόμου και αποφυγή εξάρσεων και επεισοδίων μανίας. Ανάλογα με τον ασθενή αντιμετωπίζεται με αντιψυχωσικά φάρμακα, με λίθιο, αντικαταθλιπτικά και αντιεπιληπτικά φάρμακα (Kost et al., 2018).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

4.1 Νοσηλευτική ψυχικής υγείας

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας, γνωστή και ως νοσηλευτική ψυχιατρική, είναι ένας εξειδικευμένος τομέας νοσηλευτικής πρακτικής που περιλαμβάνει τη φροντίδα ατόμων με διαταραχή ψυχικής υγείας για να τους βοηθήσει να ανακάμψουν και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους (Burns & Grove, 2005).

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας έχουν προηγμένες γνώσεις σχετικά με την αξιολόγηση, τη διάγνωση και τη θεραπεία ψυχιατρικών διαταραχών που τους βοηθούν να παρέχουν εξειδικευμένη φροντίδα. Συνήθως συνεργάζονται μαζί με άλλους επαγγελματίες υγείας σε μια ιατρική ομάδα με στόχο την παροχή των βέλτιστων κλινικών αποτελεσμάτων για τον ασθενή.

Οι ψυχικές ασθένειες μπορούν να επηρεάσουν άτομα κάθε ηλικίας, εθνοτικής καταγωγής ή κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Για το λόγο αυτό, μια νοσοκόμα ψυχικής υγείας μπορεί να χρειαστεί να συνεργαστεί με πολλά διαφορετικά άτομα από διάφορα περιβάλλοντα.

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας είναι ο τομέας της νοσηλείας που ασχολείται με τα άτομα με ψυχικές ασθένειες ή διαταραχές όπως κατάθλιψη, άνοια, διπολική διαταραχή και πολλά άλλα. Όλοι οι ασθενείς με ψυχική υγεία δεν είναι διανοητικά άρρωστοι μάλλον μπορεί να υποφέρουν από άγχος ή ψυχικό τραύμα στη ζωή τους. Ο κύριος στόχος της θεραπείας είναι να παρέχει υποστήριξη στους ασθενείς που πάσχουν από διάφορες διανοητικές διαταραχές για να ζήσουν μια θετική ζωή (Cleary et al., 2011).

4.2 Κοινωνική νοσηλευτική και ψυχική υγεία

Οι περισσότεροι άνθρωποι με ψυχικές ασθένειες αντιμετωπίζονται στην κοινότητα παρά στα νοσοκομεία, αλλά χρειάζονται νοσοκόμες και στις δύο περιπτώσεις. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας είναι συνήθως μέρος μιας ομάδας υγειονομικής περίθαλψης που περιλαμβάνει ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχιάτρους, επαγγελματίες θεραπευτές και άλλους βοηθούς υγειονομικής περίθαλψης. Η ζήτηση για υπηρεσίες ψυχικής υγείας έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Σημαντικό ποσοστό της φροντίδας ψυχικής υγείας παρέχεται σε κοινοτικό περιβάλλον, όπου οι ασθενείς ζουν στο σπίτι τους και λαμβάνουν φροντίδα ψυχικής υγείας σε τοπικές κλινικές, πρακτικές και εγκαταστάσεις ψυχικής υγείας. (Cleary et al., 2011).

4.3 Νοσηλευτής ψυχικής υγείας

Οι άνθρωποι που χρειάζονται φροντίδα για θέματα ψυχικής υγείας μπορεί να υποφέρουν από μια σειρά ψυχιατρικών καταστάσεων, όπως η κατάθλιψη, η οξεία θλίψη, ο εθισμός στα ναρκωτικά ή το αλκοόλ, οι διαταραχές της προσωπικότητας και οι ψυχώσεις. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας αντιμετωπίζουν την πρόκληση να σχηματίσουν ισχυρές θεραπευτικές σχέσεις με ανθρώπους που έχουν ψυχικές ασθένειες και συχνά με τις οικογένειές τους (Cleary et al., 2011).

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας εργάζονται σε έναν ιδιαίτερα εξειδικευμένο τομέα, φροντίζοντας ανθρώπους με πολλά διαφορετικά είδη ψυχικών ασθενειών ή διαταραχών. Η κύρια εστίαση του νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι να εργάζεται μαζί με τους ανθρώπους και τους φροντιστές τους για να ξεπεράσουν τα συμπτώματα της ασθένειάς τους και να αρχίσουν και να συνεχίσουν την προσωπική τους αποκατάσταση. Οι ευθύνες περιλαμβάνουν την προστασία των δικαιωμάτων των καταναλωτών και την υποστήριξη των οικογενειών και των φροντιστών του καταναλωτή. Το έργο του δεν περιορίζεται σε νοσοκομειακό περιβάλλον και συχνά επεκτείνεται στα τοπικά κέντρα υγείας, στις μικρές οικιστικές μονάδες, στα σπίτια των ανθρώπων και στην κοινότητα (Cleary et al., 2011).

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας είναι υπεύθυνοι για:

- Αξιολόγηση και αξιολόγηση της ψυχικής υγείας του ασθενούς
- Ανάπτυξη σχεδίου φροντίδας για τη θεραπεία
- Διαβούλευση με άλλους επαγγελματίες υγείας σχετικά με το σχέδιο θεραπείας
- Παροχή φροντίδας και ψυχοθεραπείας
- Διατήρηση ιατρικών αρχείων
- Υποστήριξη και εκπαίδευση των ασθενών και της οικογένειάς τους

Αυτός ο πρωταρχικός ρόλος των νοσηλευτών ψυχικής υγείας είναι να παρέχει φροντίδα σε ασθενείς με ψυχιατρική διαταραχή, πρόβλημα ψυχικής υγείας ή προβλήματα συμπεριφοράς. Πολλά από τα καθήκοντα που εκτελεί ένας νοσηλευτής ψυχικής υγείας είναι παρόμοια με εκείνη ενός ψυχιάτρου και περιλαμβάνουν διάγνωση, ψυχοθεραπεία και συνταγογράφηση φαρμάκων (Burns & Grove, 2005).

4.4 Στόχοι νοσηλευτικού προσωπικού

Στους γενικούς στόχους του νοσηλευτή για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών επιπτώσεων στην λοχεία και την κύηση περιλαμβάνονται:

- Βοήθεια της ασθενούς να αναπτύξει μηχανισμούς άμυνας.
- Σε φυσιολογικές αντιδράσεις λύπης, διαβεβαίωση της ασθενούς ότι τα συναισθήματά της είναι φυσιολογικά και συμβολή του νοσηλευτή ώστε να ολοκληρωθούν όλα τα στάδια της λύπης.
- Προώθηση και υποστήριξη της αναγνώρισης και της έκφρασης των συναισθημάτων της ασθενούς.
- Προώθηση της αυτοεκτίμησης της ασθενούς.
- Προώθηση της έκφρασης και της ικανότητας της ασθενούς να εντοπίζει τους παράγοντες που της προκαλούν ένταση (Grant Christine, 2001).

Επιπλέον, σκοπός της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι να φθάσει η άρρωστη στο σημείο να εκδηλώνεται ως εξής:

- Συνάπτει θεραπευτική συμμαχία με το προσωπικό.
- Αρχίζει να επικοινωνεί με συνασθενείς και το προσωπικό.
- Συμμετέχει ενεργητικά σε ομαδικές δραστηριότητες
- Δείχνει άνεση, ικανοποίηση και ευχαρίστηση όταν επικοινωνεί με άλλους (επαφή με το βλέμμα, βελτιωμένο συναίσθημα, νηφάλιες απαντήσεις).
- Εκδηλώνει συνειδητοποίηση ατομικών προβλημάτων που δυσκολεύουν την επικοινωνία της με άλλους.

Ταυτόχρονα ο νοσηλευτής προκειμένου να συμβάλλει στην αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης θα πρέπει:

- Να προστατέψει την ασθενή ώστε να μην βλάψει τον εαυτό της. Αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να υπάρχει στενή παρακολούθηση, απομάκρυνση επικινδύνων αντικειμένων, δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος και εκπλήρωση των βασικών του αναγκών (Matthey, Ross-Hamid, 2011).
- Να ενισχύσει την αυτοεκτίμηση της ασθενούς. Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά αντανακλά υποκείμενη κατάθλιψη σχετιζόμενη με χαμηλή αυτοεκτίμηση και θυμό που στρέφεται προς το ίδιο το πρόσωπο. Χρειάζεται νοσηλευτική εκτίμηση των θετικών χαρακτηριστικών του αρρώστου, παρότρυνση να συμμετέχει σε δραστηριότητες που προτιμά και τις εκπληρώνει πολύ καλά, ενθάρρυνση της ατομικής του υγιεινής και αυτοφροντίδας.
- Να ενισχύσει τους προσαρμοστικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης προβλημάτων. Οι δυσπροσαρμοστικοί μηχανισμοί πρέπει να αντικατασταθούν με θετικούς και αποτελεσματικούς στο χειρισμό του στρες και του άγχους. Ο νοσηλευτής βοηθά τον άρρωστο να αναγνωρίζει τους νοσηρούς μηχανισμούς και να βρίσκει εναλλακτικούς τρόπους λύσης των προβλημάτων του. Αμείβει με επιδοκιμασία τις θετικές προσπάθειες (Grant Christine, 2001).
- Να προωθήσει την κοινωνική υποστήριξη. Η κοινωνική απομόνωση οδηγεί σε χαμηλή αυτοεκτίμηση και κατάθλιψη που διατηρούν την αυτοκαταστροφική

συμπεριφορά. Γι' αυτό παροτρύνονται τα σημαντικά πρόσωπα για τον άρρωστο να επικοινωνούν μαζί του. Ενισχύονται οι θερμές και στενές οικογενειακές σχέσεις. Εντοπίζονται σχετικές βοηθητικές κοινωνικές υπηρεσίες και παραπέμπεται σε αυτές ο άρρωστος.60

- Να συμβάλλει στην εκπαίδευση της ασθενούς και των οικείων προσώπων της ώστε να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες υγείας που έχουν παρουσιαστεί. Η κατανόηση του προγράμματος φροντίδας υγείας και η συμμετοχή σε αυτό προάγει τη συμμόρφωση. Ο νοσηλευτής σχεδιάζει τη φροντίδα του αρρώστου με τον ίδιο και τα σημαντικά του πρόσωπα. Εξηγεί τα φάρμακα που παραγγέλθηκαν και πως πρέπει να αντιμετωπίζονται οι ανάγκες του που του επισημάνθηκαν. Απαντά σε απορίες τους και τροποποιεί το σχέδιο φροντίδας, ανάλογα με τις μεταβολές στην κατάσταση του αρρώστου (Fisher et al., 2009).

4.5 Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχολογικές διαταραχές στην κύηση και τη λοχεία

Μια γυναίκα πρέπει να προσαρμοστεί σε μια δραματική μετατόπιση του τρόπου ζωής της, καθώς αλλάζει από ένα άτομο υπεύθυνο κυρίως για τον εαυτό της σε έναν γονέα υπεύθυνο για τη ζωή και την ευημερία ενός παιδιού. Η αποδοχή της εγκυμοσύνης επηρεάζει διάφορες πτυχές της μητρικής ζωής, όπως το κίνητρο στην προσαρμογή στο ρόλο της μητέρας, ένα θετικό συναίσθημα προς το έμβρυο, το εσωτερικό κίνητρο για συμπεριφορά αυτοεξυπηρέτησης και προσαρμογή μετά τον τοκετό (Fisher et al., 2009).

Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να δοθεί υποστήριξη για την ενίσχυση της αποδοχής της εγκυμοσύνης στην προγεννητική νοσηλευτική φροντίδα. Μέχρι στιγμής, η νοσηλευτική φροντίδα κατά την προγενέστερη περίοδο εστιάστηκε στη μείωση των αρνητικών πτυχών της εγκυμοσύνης, όπως το άγχος και τα δυσάρεστα συμπτώματα που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη. Αν και η νοσηλευτική φροντίδα που επικεντρώνεται στη θετική πλευρά της εγκυμοσύνης τείνει να συμπεριληφθεί στην προγεννητική νοσηλευτική φροντίδα η έρευνα έχει βρει στοιχεία για την απουσία λεπτομερούς νοσηλευτικής φροντίδας (Fisher et al., 2009).

Η νοσηλευτική φροντίδα που προάγει μια άνετη εμπειρία για έγκυες γυναίκες είναι ένας θετικός τρόπος για να υποστηρίξει τις γυναίκες και να ενισχύσει την αποδοχή της εγκυμοσύνης. Μπορεί επίσης να βοηθήσει στη διαδικασία να γίνει μητέρα και να επηρεάσει μια πιο άνετη εμπειρία παράδοσης και καλύτερη παιδική ανατροφή (Nakamura, 2009).

Η ψυχολογική ευημερία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι πολύ σημαντική για τη μητέρα καθώς και για το παιδί της. Ο αντίκτυπος της ψυχολογίας της μητέρας στο έμβρυο αρχίζει ακριβώς από τη σύλληψη. Πολλές έρευνες αφορούσαν τη μεταγεννητική όψη και όχι την προγεννητική. Περίπου το 10% των εγκύων γυναικών και το 13% της μεταγεννητικής μητέρας εμφανίζουν κάποιο είδος ψυχικής διαταραχής, συνηθέστερα κατάθλιψη ή άγχος (έκθεση της ΠΟΥ). Υπάρχουν πολλές διαταραχές που δεν έχουν καμία παθολογική αιτία αλλά σχετίζονται με τη συναισθηματική αστάθεια (Matthey, Ross-Hamid, 2011).

Οι ασθενείς ενθαρρύνονται να διενεργούν διάφορες έρευνες οι οποίες όχι μόνο επιβαρύνουν τους ασθενείς οικονομικά αλλά και επιδρούν αρνητικά στην υγεία τους. Από την εγγραφή της εγκυμοσύνης στο κέντρο υγείας πρέπει να ξεκινήσει η αξιολόγηση της ψυχολογικής κατάστασης μαζί με τη σωματική και φυσιολογική αξιολόγηση. Η ψυχοκοινωνική αξιολόγηση όλων των εγκύων γυναικών αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της καλής προγεννητικής φροντίδας (Nakamura, 2009).

Οι επαγγελματίες υγείας θα «συνοδεύουν» τη μητέρα σε όλα τα στάδια της διαδικασίας θεραπείας, από τη διάγνωση μέχρι την παράδοση. Όχι μόνο στο αρχικό στάδιο αλλά και μετά την παράδοση, οι νοσηλευτές θα πρέπει να παρακολουθούν τις συναισθηματικές αλλαγές του ασθενούς. Ο επαγγελματίας στον τομέα της υγείας πρέπει να επηρεάσει την οικογένεια για την αποτελεσματική εκπαίδευση στην υγεία, που είναι ένα πρώτο βασικό βήμα για την προώθηση της θετικής στάσης απέναντι στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Matthey, Ross-Hamid, 2011).

Το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να συμβουλευθεί σε πολλά βήματα που απαιτούνται από τους γονείς για την προώθηση της ευημερίας κατά την προγενέστερη περίοδο. Η σχέση των γονέων με το νοσηλευτικό προσωπικό, είναι σημαντική για την ανάπτυξη εμπιστοσύνης και την ανοιχτή κατανομή των συναισθημάτων. Πολλές φορές το ιστορικό της προηγούμενης περιγεννητικής απώλειας μπορεί επίσης να επηρεάσει την παρούσα εγκυμοσύνη (Fisher et al., 2009).

Η νοσηλευτική φροντίδα της ασθενούς με ψυχολογική επίπτωση στη λοχεία και την κύηση περιλαμβάνει:

- Ολοκλήρωση της εφαρμογής των μέτρων πρόληψης της αυτοκτονίας, όταν η ασθενής διατρέχει μεγάλο κίνδυνο. Προσεκτική ακρόαση υπονοούμενων μηνυμάτων και απευθείας ερώτηση για τυχόν σχέδιο αυτοκτονίας. Οι άνθρωποι συχνά αισθάνονται ανακούφιση και ελάττωση των αισθημάτων μοναξιάς όταν εξωτερικεύουν τις σκέψεις αυτοκτονίας. Ενημέρωση του γιατρού για τους παράγοντες κινδύνου (Grant Christine, 2001).
- Άσκηση συνεχούς ελέγχου και προσπάθεια να πεισθεί ο ασθενής ότι δεν επιτρέπεται να βλάψει τον εαυτό της.
- Συνεχής εκτίμηση της αυτοκτονικής διάθεσης του αρρώστου για πρόληψη βλάβης ή θανάτου.
- Εξήγηση στην άρρωστη από τον νοσηλευτή ότι ενδιαφέρεται για την ασφάλειά της και θα την βοηθήσει να διατηρηθεί ασφαλής. Αυτό διαβιβάζει την νοσηλευτική μέριμνα και παρέχει αίσθημα προστασίας.
- Στενή παρακολούθηση. Τοποθέτηση της αρρώστου σε δωμάτιο δίπλα στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο και συνοδεία σε όλες τις μετακινήσεις της, αν ενδείκνυται.
- Προσοχή να μην χρησιμοποιούνται επικίνδυνα είδη. Στα πλαίσια ασφάλειας περιβάλλοντος περιλαμβάνεται και η αφαίρεση αντικειμένων που μπορεί να παρακινήσουν σε σκέψεις και απόπειρες αυτοκτονίας.
- Έλεγχος όλων των ατομικών ειδών που έφερε η άρρωστη στο νοσοκομείο και ενημέρωση της οικογένειας να μην της φέρνει επικίνδυνα είδη.
- Ιδιαίτερη φροντίδα και προσωπική παρατήρηση κατά την χορήγηση των φαρμάκων, ώστε να τα παίρνει η άρρωστη και να μην τα κρύβει για πιθανή απόπειρα αυτοκτονίας (Grant Christine, 2001).
- Παρακολούθηση της αρρώστου ακόμα και όταν χρησιμοποιεί τους βοηθητικούς χώρους, με προηγούμενη ενημέρωσή του.
- Νοσηλευτικοί γύροι στους θαλάμους, σε συχνά αλλά όχι τακτά διαστήματα. Το σύστημα αυτό παρεμποδίζει την πρόβλεψη του πότε θα περάσει ο νοσηλευτής από το δωμάτιο της αρρώστου.
- Βεβαίωση της αρρώστου ότι υπάρχει ελπίδα να αναρρώσει από την κατάθλιψη και τον αυτοκτονικό ιδεασμό.

- Διάθεση χρόνου για ακρόαση και συζήτηση συναισθημάτων. Τα συναισθήματα που συναντούν κατανόηση, μπορούν να βοηθήσουν στην ελάττωση της μοναξιάς και απομόνωσης και διευκόλυναν την παραπέρα θεραπεία (Grant Christine, 2001).
- Υιοθέτηση θερμής καταδεκτικής προσέγγισης για τις ασθενείς με κατάθλιψη, παρά την πιθανότητα να αντισταθούν στις προσπάθειες να δημιουργηθεί μια θεραπευτική σχέση.
- Συχνές και σύντομες συναντήσεις (5'-10') με την άρρωστο στο διάστημα της ημέρας για επικοινωνία. Οι συχνές και σύντομες επαφές ελαχιστοποιούν το άγχος και για την άρρωστη και για τον νοσηλευτή.
- Προειδοποίηση της άρρωστου πότε και για πόση ώρα θα γίνουν οι νοσηλευτικές επισκέψεις. Οι συγκεκριμένες προσδοκίες ελαττώνουν το άγχος.
- Αποφυγή κάθε προσπάθειας από το νοσηλευτή να πείσει την ασθενή να χαρεί ή να γελάσει.
- Αναγνώριση και αποδοχή των συναισθημάτων της ασθενούς αλλά χωρίς να δείχνει ο νοσηλευτής φιλευσπλαχνία και χωρίς να ταυτίζεται με αυτά.
- Δημιουργία μηχανισμού αντιμετώπισης που θα χαρακτηρίζεται από ηρεμία, εμπιστοσύνη και αντικειμενικότητα (Ραγιά , 2009).
- Συνέπεια του νοσηλευτή στον χρόνο της συνάντησης και παραμονή κοντά στην άρρωστη όλη την ώρα της υπόσχεσης, ακόμα και όταν αυτή δεν μιλά και δεν ανταποκρίνεται στην παρουσία του νοσηλευτή. Η σταθερότητα και η αξιοπιστία θεμελιώνει την εμπιστοσύνη. Η άρρωστη αισθάνεται την νοσηλευτική προσοχή χωρίς να προσπαθεί να την κερδίσει. Όταν ο νοσηλευτής δεν έρχεται στην ώρα του ή δεν παραμένει όση ώρα είχε υποσχεθεί, η καταθλιπτική μητέρα μπορεί να πάρει το ζήτημα προσωπικά και να σκεφθεί ότι δεν είναι άξια προσοχής.
- Προσφορά γνωστικών παρεμβάσεων: Βοήθεια της ασθενούς να αναπτύξει την αίσθηση του ελέγχου των στόχων και της συμπεριφοράς της. Βοήθεια της ασθενούς να αναπτύξει την αυτοεκτίμησή της, βοηθώντας την να μεταβάλει τις αρνητικές της αντιλήψεις (Ραγιά , 2009).
- Παραμονή δίπλα στην άρρωστη και όταν δεν μιλά, με σιωπή για μικρά χρονικά διαστήματα. Η παρουσία και το ενδιαφέρον του νοσηλευτή την βεβαιώνει ότι την θεωρεί πρόσωπο με αξία. Όταν η άρρωστη παρουσιάσει

αλαλία (σιωπηλότητα, βουβότητα), ο νοσηλευτής μπορεί να σχολιάσει κάτι που βλέπει. Όταν η άρρωστη δεν είναι ακόμη έτοιμη για να μιλήσει οι απευθείας ερωτήσεις ενδέχεται να αυξήσουν το άγχος της ενώ π.χ. σχόλια για αντικείμενα του περιβάλλοντος την επαναφέρουν στην πραγματικότητα.

- Χρήση απλών, συγκεκριμένων λέξεων. Η βραδυκίνητη σκέψη και η αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής δυσκολεύουν την κατανόηση.
- Διάθεση αρκετού χρόνου στην άρρωστη για να απαντήσει. Η βραδεία σκέψη χρειάζεται χρόνο να διατυπώσει κάποια απάντηση (Ραγιά , 2009).
- Προώθηση κοινωνικών παρεμβάσεων. Διδασκαλία και επίδειξη στην ασθενή αποτελεσματικών κοινωνικών δραστηριοτήτων.
- Χρησιμοποίηση τεχνικών ανάληψης ρόλου, πρόβας, αντίδρασης και θετικής ενίσχυσης για τις επιθυμητές κοινωνικές δραστηριότητες.
- Αποφυγή εκδηλώσεων όπως είναι τα γέλια, τα αστεία και η υπερβολική ευθυμία. Η εύθυμη στάση του νοσηλευτή αυξάνει τα αισθήματα αποξένωσης και απομόνωσης της αρρώστου με τη σύγκριση αντιθέσεων, πόσο χαρούμενος είναι ο νοσηλευτής και πόσο λυπημένη η ίδια.
- Προσφορά ευκαιρίας στην ασθενή να ασκήσει και να διευρύνει τις ικανότητές της.
- Βοήθεια της ασθενούς να βρει κοινωνικές ομάδες και οργανώσεις μέσω των οποίων θα μπορέσει να επεκτείνει το κοινωνικό δίκτυο.
- Αποδοχή εκδηλώσεων θυμού χωρίς αμυντική αντιπαράθεση. Ο θυμός της αρρώστου να μην θεωρείται προσωπική επίθεση κατά του νοσηλευτή. Η λογομαχία ή η αυτό-υπεράσπιση συντελούν μόνο στην ελάττωση της αυτοεκτίμησης και της αρρώστου και του νοσηλευτή. Ενθάρρυνση της αρρώστου να εξωτερικεύει λεκτικά το θυμό της. Η λεκτική έκφραση δύσκολων συναισθημάτων ίσως ελαττώσει την ανάγκη εκδήλωσής τους με ανεύθυνες πράξεις και ακατάλληλους τρόπους (Coler et al., 2001).
- Συμμετοχή και της οικογένειας της ασθενούς στην θεραπεία και στο πρόγραμμα εξόδου της από το νοσοκομείο. Διδασκαλία της οικογένειας της αρρώστου για την αντιμετώπισή της και παροχή συμβουλών.
- Αποφυγή χρησιμοποίησης εκφράσεων αξιολογικής κριτικής, π.χ. δείχνετε πιο καλή σήμερα ή μ' αρέσει το σημερινό σας χτένισμα, διότι το καταθλιπτικό άτομο βλέπει την αρνητική πλευρά του κάθε πράγματος. Π.χ., μπορεί να ερμηνεύσει τα σχόλια ως εξής: Δεν ήμουν καλή χθες. Αν χτενιστώ αλλιώς,

μπορεί να μην αρέσει στον νοσηλευτή. Είναι καλύτερο να πει ο νοσηλευτής: φοράτε ένα καινούργιο πουκάμισο σήμερα ή αλλάξατε το χτένισμά σας. Τα ουδέτερα προλαμβάνουν τις αρνητικές ερμηνείες (Coler et al., 2001).

- Αποφυγή εκφράσεων όπως «τα πράγματα θα διορθωθούν». Αυτά τείνουν να ελαχιστοποιούν την σοβαρότητα του καταθλιπτικού συναισθήματος της αρρώστου και μπορούν να αυξήσουν μέσα της την ενοχή και αναξιότητα αφού δεν είναι σε θέση η ίδια να βγει από την κατάσταση όπου βρίσκεται.
- Βαθμιαία ενσωμάτωση της αρρώστου σε συζητήσεις με άλλους αρρώστους και σε ομαδικές δραστηριότητες ανάλογα με το επίπεδο ανοχής της.
- Διδασκαλία της αρρώστου πώς να εξετάζει και να αμφισβητεί παράλογες και αστήρικτες αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό της και τις ικανότητές της.
- Βοήθεια της αρρώστου να μετακινηθεί από αρνητικό, λανθασμένο και εξωπραγματικό σε ρεαλιστικό, θετικό σύστημα θεώρησης του εαυτού της, της ζωής της και του κόσμου. Έτσι θα μειωθούν τα αισθήματα αναξιότητας και αδυναμίας και θα αυξηθούν ο αυτοέλεγχος και η αυτοεκτίμησή της (Coler et al., 2001).
- Παρότρυνση της αρρώστου να φροντίζει την επαρκή διατροφή, την ατομική υγιεινή και την καλή της εμφάνιση, με σκοπό, την διατήρηση της υγείας, την πρόληψη νόσησης και την ανύψωση του αισθήματος της αξιοπρέπειας και της αυτοεκτίμησης.

Συνεργασία με την άρρωστη και την οικογένειά της πριν την έξοδο από το νοσοκομείο, με σκοπό να κατανοήσουν τις διαπροσωπικές εντάσεις και πώς να τις αντιμετωπίσουν (Ραγιά , 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

5.1 Νοσηλευτική διεργασία-κλινικό περιστατικό 1

Η ασθενής Π.Α. 30 ετών εισήρθε στο ψυχιατρικό τμήμα του νοσοκομείου Πατρών. Οι γιατροί έλαβαν γνώση του ιστορικού της. Το περιβάλλον της ήταν ιδιαίτερα αγχωτικό. Οι 9 μήνες τη εγκυμοσύνης πέρασαν με την ασθενή να βρίσκεται σε διαρκεί πανικό.

Σύμφωνα με τα λεγόμενα της πίστευε ότι θα χάσει το παιδί και τη ζωή της. Η ασθενής μετά τη γέννηση του 3 εβδομάδων γιου της κλείστηκε στο δωμάτιο της με τεράστιο αίσθημα φόβου χωρίς να θέλει επαφή με κανέναν και χωρίς να έχει διάθεση να φροντίσει το νεογέννητο. Τα περισσότερα βράδια έμενε μόνη της χωρίς να θέλει να δει το σύζυγο και το παιδί της. Ένωθε απώθηση από όλα ενώ είχε φτάσει σε σημείο να μη φροντίζει τον εαυτό της. Παράλληλα είχε απώλεια όρεξης ενώ την ταλαιπωρούσαν έντονοι πονοκέφαλοι.

Οι γιατροί έκριναν ότι βρίσκεται σε βεβαρημένη ψυχολογική κατάσταση.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Αίσθημα φόβου	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση του φόβου και του άγχους 	<ul style="list-style-type: none"> • Ηθική και ψυχολογική υποστήριξη • Χορήγηση αντακαταθλιπτικών Anafranil 	<ul style="list-style-type: none"> • Φροντίζουμε να μιλήσουμε στην ασθενή για την υποδοχή χορήγησης φαρμάκων • Ενισχύουμε την ψυχολογία της ασθενούς • Χορηγήθηκαν μετά από ιατρική συνταγή Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά Anafranil για ένα μήνα 	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση του φόβου και του άγχους • Αποδοχή του νεογνού και την περιποίηση του

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Αίσθημα απόθησης των δικών της και αϋπνία	<ul style="list-style-type: none"> • Βελτίωση του ύπνου και επαναπροσδιορισμός των σχέσεων με τους οικείους και αποδοχή βρέφους 	<ul style="list-style-type: none"> • Συνεχείς ηθική συμπαράσταση από το νοσηλευτικό προσωπικό και τους δικούς της • Χορήγηση ηρεμιστικών Halcion 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημερώνουμε την ασθενή για την πορεία της ψυχολογικής της κατάστασης και την ενισχύουμε συνεχώς • Χορηγούμε ηρεμιστικά σύμφωνα με την ιατρική εντολή 	<ul style="list-style-type: none"> • Βελτιώθηκε η ψυχολογία και αντιμετωπίζει ικανοποιητικά την αϋπνία της

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Απώλεια όρεξης	<ul style="list-style-type: none"> • Να αποκτήσει η ασθενής την όρεξη της στα πλαίσια μιας ισορροπημένης και σωστής διατροφής 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με την ισορροπημένη διατροφή που πρέπει να έχει ιδιαίτερα αυτή την περίοδο λοχείας που διανύει. • Δημιουργία ενός ατομικού διατροφικού προγράμματος με τη συμβολή διατροφολόγου 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής ενημερώθηκε για την ισορροπημένη διατροφή που πρέπει να έχει. • Δημιουργήθηκε ειδικό πρόγραμμα διατροφής με τη συμβολή διατροφολόγου. 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής μέσω της ενημέρωσης κατανόησε πόσο σημαντική είναι η ισορροπημένη διατροφή αυτή την περίοδο. • Ακολούθησε σωστά το πρόγραμμα διατροφής που της δόθηκε.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες-Προβλήματα-Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Έντονοι πονοκέφαλοι	<ul style="list-style-type: none"> • Διασφάλιση ήρεμου και ζεστού περιβάλλοντος και προσπάθεια να υπάρχουν κάποιες στιγμές μέσα στην ημέρα όπου η ασθενής θα χαλαρώνει. 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων κατόπιν ιατρικής εντολής • Εξασφάλιση ηρεμίας στον προσωπικό της χώρο. 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκε κατόπιν ιατρικής εντολής ½ amp Pethidine 100 mg 1x2 • Εξασφαλίστηκε η ηρεμία στον προσωπικό της χώρο 	<ul style="list-style-type: none"> • Το σύμπτωμα υποχώρησε και ο πόνος εξαλείφθηκε.

5.2 Νοσηλευτική διεργασία -κλινικό περιστατικό 2

Ασθενής Δ.Σ. 35 ετών εισήρθε στη μαιευτική κλινική. Η συγκεκριμένη ασθενής ήταν αλκοολική. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης προσπαθούσε να αποφύγει το αλκοόλ όχι πάντα με θετικά αποτελέσματα.

Μετά τη γέννηση της κόρης, η οποία είναι 4 εβδομάδων παρουσίασε συμπτώματα κατάθλιψης. Η ασθενής ήταν συνεχώς αγχωμένη και φοβισμένη, φοβόταν να κοιμηθεί μόνη της και ήταν επιθετική με το νεογνό της. Παρουσίασε συμπτώματα αδυναμίας, έτρεμε και φώναζε να της δώσουν αλκοόλ. Διατελούσε εν πλήρη συγχύσει σε τέτοιο βαθμό που θα μπορούσε να γίνει επικίνδυνη για τον εαυτό της και για το παιδί της.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Αίσθημα φόβου Αίσθημα Άγχους	<ul style="list-style-type: none"> Μείωση του φόβου και του άγχους 	<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων Anafranil για 20 μέρες μετά από ιατρική εντολή Χορήγηση μυοχαλαρωτικών φαρμάκων μετά από ιατρική εξέταση 	<ul style="list-style-type: none"> Ενισχύθηκε η ψυχολογία της ασθενούς Χορήγηση των φαρμάκων Intelecta για μια εβδομάδα για την μυϊκή χαλάρωση της ασθενούς. 	<ul style="list-style-type: none"> Μείωση του φόβου και του άγχους μετά από συχνή λήψη του φαρμάκου

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες-Προβλήματα-Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Κατάθλιψη Επιθετικότητα	<ul style="list-style-type: none"> Μείωση επιθετικών τάσεων απέναντι στο παιδί 	<ul style="list-style-type: none"> Ψυχολογική υποστήριξη καθόλη τη διάρκεια της νοσηλείας. Επαφή της ασθενούς με κοινωνικό λειτουργό και ψυχολόγο 	<ul style="list-style-type: none"> Επικοινωνία με την ασθενή για Ψυχοθεραπευτική παρέμβαση για την αποδοχή του βρέφους Προγραμματισμός καθημερινής επαφής με τον κοινωνικό λειτουργό και τον ψυχολόγο 	<ul style="list-style-type: none"> Η ασθενής άρχισε να νιώθει καλύτερα με το παιδί της και έχει τη διάθεση να το φροντίσει

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> • Αίσθημα ίλιγγου 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξάλειψη συμπτώματος • Αποφυγή τραυματισμών 	<ul style="list-style-type: none"> • Παραμονή ασθενούς στην κλίνη του • Αποφυγή μετακινήσεων • Έλεγχος ζωτικών σημείων • Ψυχολογική υποστήριξη 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής παρέμεινε στην κλίνη. • Τοποθετήθηκε σε άνετη στάση • Αποφεύχθηκαν οι μετακινήσεις. • Βοήθεια στην ασθενή σε περίπτωση μετακίνησης • Πραγματοποιήθηκε έλεγχος ζωτικών σημείων ανά τρίωρο. • Μέσω του διαλόγου η ασθενής υποστηρίχθηκε ψυχολογικά 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξάλειψη συμπτώματος • Ανακούφιση ασθενούς • Βελτίωση της διάθεσης

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ψυχολογία στη λοχεία και την κύηση επηρεάζει περίπου το 10-15% των ενήλικων μητέρων ετησίως με συμπτώματα κατάθλιψης που διαρκούν περισσότερο από 6 μήνες. Συμβαίνει συχνά μέσα σε λίγους μήνες έως ένα χρόνο μετά τη γέννηση. Ωστόσο, μερικές μελέτες έχουν αναφέρει την εμφάνιση της κατάθλιψης μετά τον τοκετό 4 χρόνια μετά τη γέννηση. Σύμφωνα με τα ευρήματα αυτής της μελέτης, πολλοί βιολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως παράγοντες σχετιζόμενοι με τον τρόπο ζωής, εμπλέκονται στη συχνότητα ή την πρόληψη της κατάθλιψης μετά τον τοκετό, μέσω άμεσων και έμμεσων επιπτώσεων στο επίπεδο της σεροτονίνης στον εγκέφαλο και τη λειτουργία του.

Επιπλέον, πολλοί περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες προκαλούν συνθήκες κρίσης και κατάθλιψη μετά τον τοκετό επηρεάζοντας την ψυχική υγεία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ως εκ τούτου, τα προγράμματα πρόληψης κατάθλιψης μετά τον τοκετό πρέπει να επικεντρωθούν σε διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ ατόμων για τη μείωση της ενδοοικογενειακής βίας και την αύξηση της κοινωνικής προστασίας, και να αυξήσουν την ικανότητά τους να αντιμετωπίσουν τις συνθήκες κρίσης. Οι γυναίκες μετά την κατάθλιψη και οι οποίες έχουν λάβει θεραπεία έχουν πολύ καλύτερη εμπειρία δέσμευσης μητέρας-βρέφους από εκείνες τις γυναίκες που παραιτούνται από τη θεραπεία.

Το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται σε πρωταρχική θέση να προσδιορίσει τις γυναίκες με υψηλό κίνδυνο για διαταραχές διάθεσης μετά τον τοκετό. Οι γυναίκες αυτές χρειάζονται εκπαίδευση και υποστήριξη για διαθέσιμες θεραπείες. Τόσο η φαρμακολογική όσο και η μη φαρμακολογική προφύλαξη έχουν χρησιμοποιηθεί σε τέτοια περιβάλλοντα με μεταβλητή επιτυχία.

. Παρά την επίγνωση της κατάθλιψης μετά τον τοκετό, πολλές γυναίκες παραλείπουν τη θεραπεία επειδή απλώς δεν ακολουθούνται μετά την εγκυμοσύνη. Έτσι, ο ρόλος του νοσηλευτή μετά τον τοκετό είναι κρίσιμος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Van den Berg BRH. (2012). The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior. *Pre- Perinat Psychol J.* 5:119-130.

Joyce T, Kaestner R, Korenman S. (2010) The effect of pregnancy intention on child development. *Demography* 37(1):83- 94.

Kost K, Landry DJ, Darroch JE. (2018) Predicting maternal behaviors during pregnancy: does intention status matter? *Family Planning Perspectives* 30(2):79-88.

Sable MR, Wilkinson DS. (2000) Impact of perceived stress, major life events and pregnancy attitudes on low birth weight. *Family Planning Perspectives*;32 (16):288-294.

O' Connor Tg, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V. (2012) Maternal Antenatal Anxiety and Children's' Behavioral/ Emotional Problems at 4 years. *Bri J Psychiat* 180:502-508.

Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Figueiredo B, Schanberg S, Kuhn C. (2016) Sleep disturbances in depressed pregnant women and their newborns. *Infant Behav Dev* 30(1):127-133.

Tomfohr LM, Buliga E, (2015) Trajectories of sleep quality and associations with mood during the perinatal period. *Sleep* 38(8):1237-1245.

Yucel SC, Yucel U, Gulhan I, Ozeren M. (2012). Sleep quality and related factors in pregnant women. *J Med Sci* 3(7):459-463.

Bat-Pitault F, Deruelle C, Flori S, Porcher-Guinet V. Stagnara C, Guyon A (2015). Sleep pattern during pregnancy and maternal depression: Study of Aube cohort. *J Sleep Disord Manag* 1(5):1-7.

Kinso P, Masho S. (2015)"I just start crying for no reason": the experience of stress and depression in pregnant, urban, African-American adolescents and their perception of yoga as a management strategy. *Womens Health Issues* 25(6):142-148.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2007). Cesarean delivery on maternal request. *ACOG Committee Opinion No. 394.* Washington, DC: ACOG.

O'Hara MW, McCabe JE. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol.* 9:379–407.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. 5th Edition ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. 186–187.

Ludermir AB, Lewis G, Valongueiro SA, de Araújo TV, Araya R. (2010). Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: A prospective cohort study. *Lancet*. 376:903–10.

Gurber S, Baumeler L, Grob A, Surbek D, Stadlmayr W. (2017). Antenatal depressive symptoms and subjective birth experience in association with postpartum depressive symptoms and acute stress reaction in mothers and fathers: A longitudinal path analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 215:68–74.

Fishel AH. (2004). Mental health disorders and substance abuse. *Maternity & women's health care*. 960–82.

O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. (2000). Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry*. 57(11):1039-45.

Beck CT, Records K, Rice M. (2006). Further development of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 35(6):735-45.

Milgrom J, Gemmill AW, Ericksen J, Burrows G, Buist A, Reece J. (2015). Treatment of postnatal depression with cognitive behavioural therapy, sertraline and combination therapy: a randomised controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry*. 49(3):236-45.

Lakkis NA, Mahmassani DM. (2015). Screening instruments for depression in primary care: a concise review for clinicians. *Postgrad Med*. 127(1):99-106.

Cardaillac C, Rua C, Simon EG, El-Hage W. (2016). Oxytocin and postpartum depression. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 45(8):786-795.

Jansen K, Curra AR, Souza LD, Pinheiro RT, Moraes IG, Cunha MS, et al. (2010). Tobacco smoking and depression during pregnancy. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 32:44–7.

Neumann ID, Landgraf R. (2012). Balance of brain oxytocin and vasopressin: Implications for anxiety, depression, and social behaviors. *Trends Neurosci.*;35:649–59.

Burns N. & Grove S. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization*, 5th edn., Elsevier Saunders, St, Louis.

Cleary M., Horsfall J., Mannix J., O'Hara-Aarons M. & Jackson D. (2011). Valuing teamwork: Insights from newly-registered nurses working in specialist mental health settings', *International Journal of Mental Health Nursing* 20(6), 454–459

Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry*. 67: 1012–1024.

Raisanen S, Lehto SM, Nielsen HS, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. (2014). Risk factors for and perinatal outcomes of major depression during pregnancy: a population-based analysis during 2002–2010 in Finland. *BMJ Open*, 4.

Ding XX, Wu YL, Xu SJ, Zhu RP, Jia XM, Zhang SF, et al. (2014). Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *J Affect Disord*. 159: 103–110.

Chandra PS. (2009). The interface between reproductive health and psychiatry. In: Chandra PS, Herman H, Fisher J, Kastrup M, Niaz U, Rondon MB, et al., editors. *Contemporary topics in womens mental health-Global perspectives*. United Kingdom: John Wiley and Sons Ltd. pp. 189–96.

Woods SM, Melville JL, Guo Y, Fan MY, Gavin A. (2010). Psychosocial stress during pregnancy. 2010;202:61. *Am J Obstet Gynecol*. 202(61)

Sawyer A, Ayers S, Smith H. (2010). Pre- and postnatal psychological wellbeing in Africa: A systematic review. *J Affect Disord*. 123:17–29.

Nakamura, Y. (2009). The effects of keeping maternity diary from the beginning to the end of pregnancy. *Japanese Journal of Maternal Health*, 50, 42– 48.

Fisher J, deMello MC, Izutsu T (2009) Mental health aspects of pregnancy, childbirth and the postpartum period. *Contemporary Topics in Women's Mental Health Global Perspectives*. United Kingdom: John Wiley and Sons Ltd. pp. 197-226.

Matthey S, Ross-Hamid C (2011) The validity of DSM symptoms for depression and anxiety disorders during pregnancy. *J Affect Disord* 133:546–552.

Ραγιά , Α. (2009) *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*. 7η Έκδοση Βελτιωμένη. Αθήνα
Coler, M.S., Vincent, K.G. (2001) *Ψυχιατρική Νοσηλευτική Φροντίδα*. Εκδόσεις Έλλην.

Grant Christine A. (2001) *Ψυχιατρική νοσηλευτική*, Αθήνα Έλλην

