

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ:
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ.



ΣΤΕΦΗ ΕΥΘΥΜΙΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:
ΝΙΚΟΣ ΜΠΑΚΑΛΗΣ

ΠΑΤΡΑ, 2021

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ τους γονείς μου για την αγάπη, την υπομονή, την ψυχική και οικονομική τους στήριξη. Τις αδερφές μου που με βοήθησαν πολύ, τον καθηγητή μου για τον σεβασμό, την υπομονή, την ψυχολογική του στήριξη, τη βοήθεια. Επίσης είμαι ευγνώμων στους θείους μου στην Πάτρα για την έμπρακτη βοήθεια που μου προσέφεραν όσα χρόνια χρειάστηκε να φοιτήσω φιλοξενώντας με στο σπίτι τους. Τέλος την κα Α.Νικολοπούλου που μου δώρισε το τάμπλετ στο οποίο δούλεψα όλη την εργασία...

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
Abstract.....	7
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	9
1.1.Ορισμός.....	9
Συμπτώματα κατάθλιψης.....	9
Καταθλιπτικές διαταραχές και τύποι κατάθλιψης.....	12
Κατάθλιψη και Επιδημιολογία.....	13
Επιλόχειος κατάθλιψη και επιδημιολογία.....	15
Αιτιολογικοί και εκλυτικοί παράγοντες επιλόχειας κατάθλιψης.....	15
Άλλα αίτια.....	18
Συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης.....	21
Επιπτώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης.....	23
Διάγνωση.....	25
Θεραπεία.....	26
Ηλεκτροσπαμοθεραπεία.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΧΕΙΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	30
2.1 Τα προσόντα του νοσηλευτή.....	30
Ο ρόλος του νοσηλευτή στην κατάθλιψη και επιλόχειο κατάθλιψη.....	30
Νοσηλευτική παρέμβαση σε καταθλιπτικό ασθενή.....	33
Εφαρμογή νοσηλευτικού πλάνου.....	33
Νοσηλευτική παρέμβαση σε λεχωίδες με επιλόχειο κατάθλιψη.....	34
2.4.1 Σκοποί και αρχές νοσηλευτή.....	37
2.5 Σχέση Νοσηλευτή-Ασθενούς.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΠΙΛΟΧΕΙΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	42
Προβλήματα σχετικά με τη νοσηλεία.....	42
Προβλήματα σχετικά με τις θεραπείες.....	45
Προβλήματα στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα.....	45
Προβλήματα στο θηλασμό.....	45
Προβλήματα στη φαρμακευτική αγωγή.....	46
Προβλήματα στη σεξουαλική ζωή.....	46
Προβλήματα στη μητέρα.....	46
Προβλήματα στο βρέφος, στην επικοινωνία και στη σχέση μητέρας με το βρέφος.....	47
Προβλήματα στον πατέρα.....	47
Στίγμα.....	47
Αρνητικές επιπτώσεις στην οικογένεια.....	48
Προοπτικές.....	48
3.13. Πρόληψη-προοπτικές.....	49

Νέα θεραπεία για την επιλόχειο κατάθλιψη.....	53
Ποιές κινδυνεύουν από επιλόχειο κατάθλιψη.....	53
Η επιλόχεια κατάθλιψη προλαμβάνεται.....	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ο ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: ΡΟΛΟΣ, ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ.....	55
Η πρόληψη στην κοινότητα και η πρόληψη της επιλόχειου κατάθλιψης.....	56
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	56
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	58
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ.....	60
ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΥ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	62
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	65
ΤΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ.....	65
Η ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	66
ΚΑΤ ΟΙΚΟΝ ΛΟΧΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	68
ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	68
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΠΙΛΟΧΕΙΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	69
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΑ ΚΑΠΗ.....	70
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ.....	70
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ.....	70
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	71
ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ.....	71
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	71
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	72

Περίληψη

Εισαγωγή: Στις μέρες μας αυξάνεται ο πληθυσμός των γυναικών που βιώνουν κατάθλιψη κυρίως μετά τον ερχομό του παιδιού τους. Πρόκειται για την επιλόχειο κατάθλιψη η οποία απασχολεί περίπου το 15% των νέων μητέρων. Τα κυριότερα συμπτώματα είναι οι διαταραχές ύπνου, τα συχνά κλάματα, οι ενοχές, το άγχος και η έντονη ανησυχία για το βρέφος.

Σκοπός: Μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης να διερευνηθούν οι αιτιολογικοί παράγοντες και οι τρόποι θεραπείας της επιλόχειας κατάθλιψης, καθώς και η διερεύνηση του ρόλου του νοσηλευτή στην διαχείριση και αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης, διαπιστώνοντας προβλήματα και προτείνονται εναλλακτικές λύσεις και προοπτικές.

Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας: διεξήχθη βιβλιογραφική ανασκόπηση δημοσιευμένων άρθρων από τις βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων Medline, Pub Med, Scholar google, χρησιμοποιώντας λέξεις-κλειδιά και συνδυασμό αυτών: “ postpartum depression”, “nurse”, “prevention”, “treatment”, “causes”, “prospects”, “physical effects”, “psychological effects”, “health professionals”.

Συμπεράσματα: Είναι αλήθεια ότι η επιλόχειος κατάθλιψη είναι μια σοβαρή ψυχική ασθένεια που δυσκολεύει πολλές μητέρες, και ως εκ τούτου χρήζει ψυχιατρικής και ψυχολογικής βοήθειας και παρακολούθησης. Επίσης, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι εξίσου σημαντικός τόσο στην πρόληψη όσο και στην θεραπευτική αντιμετώπιση της ψυχικής αυτής διαταραχής. Τα προβλήματα είναι πολλαπλά τα οποία δυσχεραίνουν το έργο του νοσηλευτή ενώ οι προοπτικές ποικίλουν.

Λέξεις κλειδιά: επιλόχειος κατάθλιψη, νοσηλευτής, πρόληψη, θεραπεία, προβλήματα, προοπτικές.

Abstract

Introduction: Nowadays the number of women who suffer from depression mainly after the birth of their child is being increased. It is postpartum depression from which 15% of new mothers suffer. The main symptoms are sleep disorders, frequent crying, guilts, stress and intense concern about the infant.

Purpose: Through the literature review, causal factors and ways of therapy to be investigated, as well as investigation of the role of nurse in handling and treatment of postpartum depression and finally determination of problems and suggestions about alternative solutions and prospects.

Methodology-material: Literature review of published articles from bibliographical Medline, Pub Med and Scholar google database has been conducted, using key-words and combinations of them such as: "postpartum depression", "nurse", "prevention", "treatment", "causes", "prospects", "physical effects", "psychological effects", "health professionals"

Conclusions: It is true that postpartum depression is a serious and difficult psychological disease for many mothers and that is why it needs psychiatric and psychological help and observation. In addition, nurse's role is equally important in both prevention and treatment of this psychological disorder. The problems are multiple and make nurse's work demanding whereas the prospects vary.

Keywords: post partum depression, nurse, prevention, therapy, problems, prospects

Πρόλογος

Στην σημερινή κοινωνία η οποία βάλλεται από ολοένα και περισσότερους στρεσογόνους παράγοντες, όπως η κοινωνική και οικονομική κρίση, υπάρχουν άτομα που πιέζονται συστηματικά και έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με την κατάθλιψη. Συγκεκριμένα παράγοντες κοινωνικοί, οικονομικοί, οικογενειακοί, γενετικοί, το άγχος, η πίεση, η ανεργία, η ψυχολογική καταπίεση συντελούν σε μια αύξηση της κατάθλιψης παγκοσμίως καθώς και της επιλόχειας κατάθλιψης στις νέες γυναίκες που λόγω της ασθένειας αδυνατούν να χαρούν τον ερχομό του νεογέννητου παιδιού τους. Στην παρούσα εργασία σκοπός ήταν να καταδειχθούν οι αιτίες της επιλόχειας κατάθλιψης, τα συμπτώματα, η πρόληψη και η θεραπεία της. Επίσης, να διαπιστωθεί ο σημαντικός ρόλος του νοσηλευτή, τα προβλήματα που αντιμετωπίζει καθώς και οι εναλλακτικές λύσεις -προοπτικές πάνω στο θέμα.

Ο τρόπος της συλλογής των πληροφοριών έγινε μέσα από αξιοποίηση πηγών από σχετική και σύγχρονη βιβλιογραφία και από διαδικτυακές πηγές μέσα από τη μέθοδο της καταγραφής, συλλογής, μελέτης και σύγκρισης πληροφοριών. Στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στα συμπτώματα της κατάθλιψης και επιλόχειας κατάθλιψης. Ακόμα, προσδιορίζονται οι τύποι της κατάθλιψης, επιδημιολογικά στοιχεία, αιτίες, επιπτώσεις και θεραπεία της εν λόγω ασθένειας. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στα προσόντα του νοσηλευτή ενώ καταδεικνύεται η νοσηλευτική παρέμβαση σε καταθλιπτικούς ασθενείς και ασθενείς με επιλόχειο κατάθλιψη. Επίσης περιγράφονται οι σκοποί των νοσηλευτών, καθώς και η σχέση τους με τους ασθενείς. Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύονται τα προβλήματα και οι προοπτικές σε ασθενείς με επιλόχειο κατάθλιψη. Προβλήματα στη νοσηλεία, στις θεραπείες, τη φαρμακευτική αγωγή, στο θηλασμό, στη σεξουαλική ζωή, στη μητέρα και τη σχέση της με το βρέφος. Επιπροσθέτως, θέματα όπως το κοινωνικό στίγμα καθώς και οι αρνητικές επιπτώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης στην οικογένεια επίσης αναλύονται. Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή στην επιλόχεια κατάθλιψη καθώς και τα προβλήματα της κοινοτικής νοσηλείας. Κλείνοντας, έγινε προσπάθεια η παρούσα εργασία να συμβάλει στην έρευνα για το θέμα και κυρίως να προλάβει την περαιτέρω έξαρση του φαινομένου. Μέσα από τα συμπεράσματα στόχος ήταν να καλυφθεί επαρκώς το θέμα και να φωτιστούν πτυχές που δεν έχουν ερευνηθεί και περιγράφει πλήρως.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

1.1.Ορισμός

Η κατάθλιψη ορίζεται ως η πρωτοπαθής διαταραχή του συναισθήματος με βασικά χαρακτηριστικά τη συνεχή επιδείνωση της διάθεσης, τη μείωση του συναισθήματος της ευχαρίστησης, και τις αρνητικές σκέψεις. Πρώτη φορά αναγνωρίστηκε ως διαταραχή πριν από 2.400 χρόνια από τον Ιπποκράτη με τον όρο «Μελαγχολία» (Χριστοδούλου, 2005).

Η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από μια άτονη και χωρίς χρώμα διάθεση που έχει περιγραφεί ως επώδυνη αναισθησία, επώδυνη γιατί το άτομο έχει συνείδηση του ότι η ζωή ήταν κάποτε ευχάριστη, και αναισθησία λόγω του γενικού μούδιασματος και της καθήλωσης που νιώθει (Κλεφταράς, 1998). Στην καθημερινή ζωή με τον όρο κατάθλιψη εννοούμε μια κατάσταση θλίψης και μελαγχολίας, αυτό συνήθως είναι παροδικό και μάλλον οφείλεται σε κάτι σχετικά ασήμαντο και επουσιώδες. Η κατάθλιψη διαφέρει από την κλινική κατάθλιψη η οποία χαρακτηρίζεται από συμπτώματα που διαρκούν πάνω από δύο βδομάδες και είναι τόσο σοβαρά ώστε να επεμβαίνουν στην καθημερινότητα του ατόμου. Στην ψυχιατρική ο όρος κατάθλιψη αναφέρεται σε μια ψυχική ασθένεια. Η κατάθλιψη δεν βιώνεται με τον ίδιο τρόπο από όλους. Συνήθως όταν κάποιος έχει κατάθλιψη δηλώνει λυπημένος, απεγνωσμένος, αποθαρρημένος και απογοητευμένος. (Becker, Weinberger, 2016). Η κατάθλιψη είναι μια ψυχική διαταραχή που επηρεάζει κάθε πλευρά των συναισθημάτων και της αντίληψης ενός ανθρώπου. Επηρεάζει τις συμπεριφορές και τις στάσεις και μπορεί να επηρεάσει άτομα κάθε φύλου και ηλικίας (Καλοδίκη, 2015).

Συμπτώματα κατάθλιψης

Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της κατάθλιψης είναι η πολυμορφία. Έχει δηλαδή την ιδιότητα να εκφράζεται με ποικίλους τρόπους και να έχει πολλές μορφές. Έτσι η κλινική εικόνα δεν είναι ίδια σε όλους τους ασθενείς (Καλοδίκη, 2015).

Τα πιο συχνά συμπτώματα της κατάθλιψης είναι η αυξανόμενη και παρατεταμένη κακή διάθεση, καθώς και η απώλεια ενδιαφερόντων. Συχνά, το άτομο αισθάνεται αβοήθητο και άχρηστο, ενώ παράλληλα δεν μπορεί να ευχαριστηθεί πράγματα και γεγονότα που το ευχαριστούσαν παλαιότερα. Μπορεί επίσης να νιώθει ενοχές με το παραμικρό, να κατηγορεί τον εαυτό του και να παρουσιάζει αρνητική στάση τόσο για εκείνον όσο και για τους άλλους. Από τα πιο σημαντικά συμπτώματα επίσης είναι η μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης και η κακή μνήμη, στοιχεία που δυσκολεύουν την καθημερινότητα του ατόμου, συμβάλλοντας

ταυτόχρονα στη μείωση της αυτοπεποίθησής του και της αυτοεκτίμησής του (Βλάσση,2018). Αυτά κατά συνέπεια, έχουν αρνητικό αντίκτυπο και στις διαπροσωπικές, κοινωνικές και ιδιαίτερες στις επαγγελματικές του σχέσεις.

Άλλα σημεία που δηλώνουν την εμφάνιση κατάθλιψης είναι τα προβλήματα ύπνου, η διαταραγμένη όρεξη αλλά και το αυξημένο άγχος. Αρχικά ο ύπνος μπορεί να είναι ελλιπής, ελάχιστες ώρες ημερησίως ή αντίθετα να είναι υπεραρκετός. Τόσο στη μία όσο και στην άλλη περίπτωση πρόκειται ωστόσο για διαταραχή του ύπνου, που διαταράσσει με τη σειρά της και την καθημερινότητα και τις συνήθειες του ατόμου, καθώς στη μεν πρώτη περίπτωση, ο ελλιπής ύπνος μπορεί να προκαλέσει υπερένταση, ευερεθιστότητα, νευρικότητα και αποδιοργάνωση, ενώ στην περίπτωση που το άτομο κοιμάται πάρα πολλές ώρες την ημέρα, χάνει σημαντικές στιγμές της ζωής του, νιώθοντας μια διαρκή κόπωση και έλλειψη ενεργητικότητας (Βλάση, 2017).

Παράλληλα με τα παραπάνω, έρχονται να προστεθούν στοιχεία, όπως προκύπτουν από τη βιβλιογραφία, μιας γενικότερης επιβράδυνσης, τόσο στη σκέψη όσο και στις συνήθειες δραστηριότητες, που συνοδεύονται από έντονη έλλειψη ενέργειας. Τα άτομα που βιώνουν τέτοιες καταστάσεις, αναφέρουν συχνά πως δεν έχουν κουράγιο για τίποτα, πως όλα τους κουράζουν και πως χάνουν το ενδιαφέρον τους, όχι μόνο για εργασία αλλά και για χόμπι που προηγουμένως απολάμβαναν, δραστηριότητες κοινωνικής συναναστροφής με τους γύρω.

Επιπλέον, πολλοί ασθενείς παραπονιούνται για συναισθηματικό μούδιασμα, χάνουν δηλαδή την ικανότητα της ενσυναίσθησης για τους άλλους, την ικανότητα προσέγγισης του δικού του συναισθηματικού κόσμου, καθώς επίσης και τη δυνατότητα να αναγνωρίζουν και να εκφράζουν συνειδητά τα όσα νιώθουν. Αισθάνονται να έχουν χάσει τα συναισθήματά τους, δεν καταφέρνουν να κλάψουν και νιώθουν σα να μην τους έχουν απομείνει δάκρυα. Επιπλέον αισθάνονται σαν να μην είναι μέρος του κόσμου, καθώς πιστεύουν ότι δεν έχουν αισθήματα.

Τα παραπάνω μπορεί να συνοδεύονται και από συχνούς πονοκεφάλους, ένδειξη άγχους, πίεσης και έντονου στρες, ή ακόμα και από παραισθήσεις ή και ψευδαισθήσεις (Οικονομάκου,2018). Επιπρόσθετα πολλά από τα παραπάνω, είναι συχνό φαινόμενο να σωματικοποιούνται. Πόνοι στην καρδιά, δυσφορία, διαταραχές περιόδου αλλά και η μειωμένη λίμπιντο, είναι διαταραχές που προκαλούνται από την κατάθλιψη και αναδεικνύονται ακόμα και με στυτικά προβλήματα στους άνδρες, ή ξηρότητα του κόλπου στις γυναίκες, συνοδευόμενη από οξύ πόνο κατά τη διάρκεια της ερωτικής πράξης ή απλώς

από ανηδονία, που με τη σειρά της επιφέρει αρνητικά συναισθήματα στους ανθρώπους αυτούς, στερώντας τους συναισθήματα χαράς και ευχαρίστησης.

Τέλος, στοιχεία που δυσχεραίνουν ακόμα περισσότερο το άτομο που βιώνει καταθλιπτικά επεισόδια, είναι οι αρνητικές σκέψεις, οι αυτοκαταστροφικές τάσεις, ή ακόμα και οι σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας. Τα παραπάνω είναι και ζητήματα που πρέπει να προσεχθούν από το οικείο περιβάλλον του ασθενούς έγκαιρα και να βοηθήσουν κατάλληλα, προσφέροντας συναισθηματική βοήθεια και στήριξη στο άτομο που νοσεί έτσι ώστε να μην νιώθει μόνο του ή ότι περνάει όλες αυτές τις επίπονες διαδικασίες χωρίς κανέναν δίπλα του. Η στήριξη βεβαίως αποδεικνύεται ιδιαίτερος χρήσιμη αν γίνει έμπρακτα, παραπέμποντας το καταθλιπτικό άτομο σε υποστηρικτική ψυχολογική και ιατρική βοήθεια από ειδικό.

Συνοψίζοντας αναφέρονται τα συμπτώματα της κατάθλιψης κατά την οποία ο ασθενής πρέπει να εμφανίζει πέντε από αυτά, τουλάχιστον με διάρκεια 2 εβδομάδων έως 6 μηνών. Αρχικά πρέπει να έχει μια γενικότερη καταθλιπτική διάθεση. Παράλληλα να νιώθει ανηδονία, δηλαδή να μην μπορεί να απολαύσει και να ευχαριστηθεί τίποτα. Έπειτα πολύ συχνές στους καταθλιπτικούς ανθρώπους είναι οι διαταραχές όρεξης. Το άτομο είτε τρώει πολύ παραπάνω είτε τρώει πολύ λιγότερο. Επιπλέον ένα από τα πιο σημαντικά συμπτώματα είναι οι διαταραχές του ύπνου. Το καταθλιπτικό άτομο αλλάζει τις συνήθειες του και είτε κοιμάται πολύ λιγότερο, είτε πολύ περισσότερο. Και οι δύο καταστάσεις είναι ακραίες και δεν βοηθούν την καθημερινότητα του ατόμου.

Ακόμα, μέσα σε όλα αυτά πολλά άτομα βιώνουν μια ψυχοκινητική διαταραχή. Είτε επιβράδυνση, είτε διέγερση η οποία δυσκολεύει κατά πολύ την καθημερινή ζωή του ατόμου. Συνήθως παράλληλα με την επιβράδυνση πολύ συχνά εμφανίζεται έντονη μείωση ή απώλεια ενέργειας, ατονία, αδυναμία. Το άτομο παραπονιέται για βαριά άκρα, αδυναμία να κάνει ως και τις πιο απλές δραστηριότητες που πριν έκανε, να φροντίσει και να περιποιηθεί τον εαυτό του. Δεν μπορεί να περπατήσει όπως πριν και συνεχώς νιώθει αδύναμο και κουρασμένο.

Επιπρόσθετα, έχει συχνά αισθήματα και σκέψεις αναξιότητας και ενοχής. Νιώθει τον εαυτό του μη ικανό να ανταπεξέλθει στη ζωή, και ένοχο για πολλά πράγματα που έχουν συμβεί ακόμα και για την καταθλιπτική κατάσταση στην οποία βρίσκεται. Επίσης ένα άλλο σύμπτωμα κατάθλιψης είναι οι δυσκολίες στη σκέψη. Είτε πολλές σκέψεις που τρέχουν και δεν σταματούν εύκολα, είτε «μαύρες» σκέψεις που χαλάνε ακόμα περισσότερο την ημέρα ή τη νύχτα του ανθρώπου με κατάθλιψη. Τέλος, οι μαύρες αυτές σκέψεις μπορούν να γίνουν σκέψεις θανάτου είτε για το ίδιο το άτομο είτε για ανθρώπους από το κοντινό περιβάλλον. Οι

σκέψεις αυτές συνοδεύονται συχνά με εικονοποίηση της σκευής κάνοντάς την ακόμα πιο δυσάρεστη έως και τρομαχτική για το άτομο (Anderson & Cacola,2017).

Καταθλιπτικές διαταραχές και τύποι κατάθλιψης

-**Ήπια κατάθλιψη:** Στην ήπια κατάθλιψη η κακή ψυχική διάθεση μπορεί να έρχεται και να φεύγει και η ασθένεια ξεκινά συνήθως ύστερα από ένα συγκεκριμένο στρεσογόνο γεγονός. Συχνά το μόνο που χρειάζεται αυτός ο τύπος κατάθλιψης είναι κάποιες αλλαγές στον τρόπο ζωής του ατόμου.

- **Μέτρια κατάθλιψη:** Στην μέτρια κατάθλιψη η κακή ψυχική διάθεση είναι μόνιμη και το άτομο εκδηλώνει και σωματικά συμπτώματα. Συνήθως απαιτείται ιατρική βοήθεια.

- **Σοβαρή κατάθλιψη:** Η σοβαρή κατάθλιψη είναι μια ασθένεια επικίνδυνη για τη ζωή με έντονα συμπτώματα. Το άτομο εκδηλώνει σωματικά συμπτώματα ,παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις και χρήζει ιατρικής βοήθειας το συντομότερο.

- **Αντιδραστική:** Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται από τους γιατρούς με δύο τρόπους. Από τη μια για να περιγράψει την κατάθλιψη που προκαλείται από κάποιο στρεσογόνο γεγονός και δεν διαρκεί πολύ, από την άλλη για να περιγράψει μια κατάθλιψη στην οποία το άτομο μπορεί ακόμα να αντιδρά και να απολαμβάνει τις κοινωνικές συναναστροφές .

- **Ενδογενής:** Η ενδογενής κατάθλιψη εκδηλώνεται χωρίς κανένα λόγο. Συνήθως είναι έντονη και το άτομο έχει και σωματικά συμπτώματα. Αντιμετωπίζεται μόνο με θεραπεία.

- **Νευρωτική:** Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια ήπιας μορφής κατάθλιψη, στην οποία το άτομο έχει καλές και κακές μέρες. Ο ασθενής συνήθως νιώθει χειρότερα το βράδυ.

- **Ψυχωτική:** Η ψυχωτική κατάθλιψη είναι σοβαρή και τα άτομα που υποφέρουν από αυτή μπορεί να χάσουν την επαφή με την πραγματικότητα. Πιθανόν να έχουν παραισθήσεις ή και ψευδαισθήσεις. Οι ασθενείς που πάσχουν από ψυχωτική κατάθλιψη χρειάζονται πάντα ιατρική θεραπεία.

- **Διπολική:** Ο όρος διπολική είναι μια άλλη ονομασία για τη μανιοκαταθλιπτική νόσο. Τα άτομα που πάσχουν από μανιοκατάθλιψη διανύουν μια μεγάλες περιόδους καλής και μεγάλες περιόδους κακής ψυχικής διάθεσης, που μπορεί να κυμαίνεται από ήπια έως σοβαρή

κατάθλιψη. Ο ασθενής, όταν βιώνει την περίοδο καλής ψυχικής κατάθλιψης νιώθει χαρά, ευφορία, ευδαιμονία, ενέργεια. Η κριτική του ικανότητα είναι μειωμένη, οι σκέψεις τρέχουν μέσα στο μυαλό του, κάνει σπατάλες, ενώ ενδέχεται επίσης να έχει παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις.

- Μονοπολική: Ο όρος μονοπολική χρησιμοποιείται για να περιγράψει τον τύπο εκείνο της κατάθλιψης που προσβάλλει την πλειονότητα των ατόμων και συνοδεύεται μόνο από κακή ψυχική διάθεση.

- Διεγερτική: το άτομο είναι αγχώδες, ανήσυχο και ανυπόμονο.

- Βραδυψυχική: Στον τύπο αυτό, η νοητική όσο και η σωματική λειτουργία επιβραδύνονται και το άτομο δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί. Όταν είναι πολύ σοβαρή ορισμένα άτομα αδυνατούν να κινηθούν, να μιλήσουν ή να φάνε και ελλοχεύει ο κίνδυνος λιμοκτονίας.

- Δυσθυμική: είναι μια χρόνια καταθλιπτική διάθεση που το άτομο έχει το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, τις περισσότερες μέρες για τουλάχιστον δύο χρόνια. Δεν καθιστά το άτομο ανίκανο αλλά εξαιτίας της μικροχρόνιας καταθλιπτικής διάθεσης, δεν το αφήνει να αισθανθεί και να λειτουργήσει καλά (Hughes, Austin-Ketchen, Cambell-Heides, 2017).

- Συγκεκριμενοποιημένη ή χαμογελαστή κατάθλιψη: Οι ασθενείς ισχυρίζονται ότι δεν έχουν κατάθλιψη. Ωστόσο, τα σωματικά συμπτώματα όπως ο πόνος στο στήθος, ή τα προβλήματα ύπνου, υποχωρούν μόνο όταν το άτομο υποβληθεί σε θεραπεία με αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

- Οργανική: οφείλεται σε κάποια σωματική ασθένεια ή στη λήψη ενός συγκεκριμένου φαρμάκου.

- Βραχεία υποτροπιάζουσα: είναι μια ασθένεια που αναγνωρίστηκε πρόσφατα και στην οποία η σοβαρή κατάθλιψη εμφανίζεται και διαρκεί μονάχα λίγες μέρες κάθε φορά.

- Εποχική συναισθηματική διαταραχή: Οφείλεται στη σταδιακή μείωση του φωτός της ημέρας καθώς πλησιάζει ο χειμώνας και οι μέρες μικραίνουν (Μακένζι, 2000).

Κατάθλιψη και Επιδημιολογία

Σύμφωνα με τις επιδημιολογικές μελέτες σε διάφορες χώρες, ο επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης για διάρκεια 12μηνών είναι στο 5,2-10,7% ενώ για όλη τη διάρκεια ζωής στο 13,3-17% (Μενεδιάτου, 2010). Ένα στα δέκα άτομα θα νοσήσει από κατάθλιψη κάποια στιγμή στη διάρκεια της ζωής του. Από επιδημιολογικές έρευνες υπολογίζεται ότι το 6% περίπου του γενικού πληθυσμού πάσχει από κλινικά διαπιστωμένη κατάθλιψη, δηλαδή περισσότεροι από 350 εκατομμύρια άνθρωποι σ' όλον τον κόσμο και 550 χιλιάδες στη χώρα μας (Hughes,Austin-Ketchen,Cambell-Heides,2017).

Σύμφωνα με τα στοιχεία που έχει επεξεργαστεί ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε συνεργασία με την Παγκόσμια Τράπεζα του ΟΗΕ, με βάση το δείκτη βαρύτητας που μετρά τη συνολική επιβάρυνση στην προσωπική επαγγελματική & κοινωνική ζωή, πέντε από τις δέκα αρρώστιες με τον υψηλότερο δείκτη είναι ψυχικές. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η κατάθλιψη κατέχει την 4η θέση, παγκοσμίως από πλευράς απώλειας ζωής, αναπηρίας και δυσλειτουργίας.

Οι γυναίκες υποφέρουν από κατάθλιψη, σ' όλες τις χώρες του κόσμου, δύο φορές συχνότερα από τους άνδρες. Ο κίνδυνος εμφάνισης καταθλιπτικής διαταραχής σε όλη την διάρκεια ζωής του ατόμου (επιπολασμός ζωής) είναι 10%-20% για τις γυναίκες και 5% - 12% για τους άντρες (Brown et al, 2018). Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε ηλικία, ωστόσο η μέση ηλικία έναρξης είναι γύρω στα εικοσιπέντε έτη. Ενώ είναι δύο φορές πιο συχνή σε έφηβες και ενήλικες γυναίκες απ' ότι σε έφηβους και ενήλικους άντρες, είναι το ίδιο συχνή σε αγόρια και κορίτσια στην προεφηβική ηλικία. Η υψηλότερη συχνότητα και για άντρες και για γυναίκες είναι μεταξύ εικοσιπέντε και σαράντα τεσσάρων ετών, ενώ ελαττώνεται και για τους δύο μετά τα εξήντα πέντε. Η κατάθλιψη ευθύνεται, περισσότερο από κάθε άλλη νόσο για τις απουσίες από το σχολείο και την εργασία στο ηλικιακό φάσμα των δεκαπέντε με σαράντα πέντε ετών.

Αυτοί που εμφανίζουν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο και δεν υποβάλλονται σε θεραπεία έχουν πιθανότητα 50% να εμφανίσουν και δεύτερο επεισόδιο μέσα σε πέντε χρόνια. Μετά από τρία καταθλιπτικά επεισόδια το ποσοστό επανεμφάνισης φθάνει το 90%. Η κατάθλιψη θεραπεύεται σε ένα ποσοστό 80-90% μετά από κατάλληλη θεραπεία. Δυστυχώς όμως, μόνο το 1/3 των ανθρώπων που υποφέρουν από κατάθλιψη υποβάλλονται σε θεραπεία. Οι άνθρωποι με σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο έχουν υψηλά ποσοστά αυτοκτονίας έως και 15%. Η κατάθλιψη είναι η νόσος που, συχνότερα από οποιαδήποτε άλλη, μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκτονία. Κάθε 1½ λεπτό της ώρας περίπου ένα άτομο οδηγείται στο θάνατο

αυτοκτονώντας, ενώ οι απόπειρες που δεν καταλήγουν στο θάνατο είναι πολλαπλάσιες (Μενεδιάτου, 2010).

Επιλόχειος κατάθλιψη και επιδημιολογία

Η επιλόχειος κατάθλιψη είναι ένα είδος κλινικής κατάθλιψης η οποία μπορεί να επηρεάσει τις γυναίκες μετά από τη γέννηση ενός παιδιού. Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία επηρεάζει περίπου το 15% των γυναικών, ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό, περίπου μια στις τέσσερις περιπτώσεις, διαγιγνώσκεται και αντιμετωπίζεται εγκαίρως και σωστά (Anderson,2017). Η έναρξη του επεισοδίου θα πρέπει να τοποθετείται μέσα στις τέσσερις βδομάδες από τον τοκετό.

Ο ερχομός ενός παιδιού με τη γέννηση, αποτελεί ένα πολύ χαρμόσυνο γεγονός για όλη την οικογένεια. Υπάρχουν όμως διάφοροι παράγοντες που κάνουν κάποιες φορές τη νέα μητέρα να μην μπορεί να ανταπεξέλθει στη νέα πραγματικότητα, τις νέες συνθήκες ζωής, μετατρέποντας τη ζωή της από χαρούμενη σε στενάχωρη και δύσκολη, γεμάτη ανατροπές. Υπολογίζεται πως περίπου το 13-15% των μητέρων μετά τον τοκετό, βιώνουν ένα νοσηρό αίσθημα ανυπόφορου ψυχικού πόνου, δυσφορία και αδυναμία να γευτούν κάτι ευχάριστο (Hughes,Austin,Ketch,Cambell-Heides,2017). Όταν τα συμπτώματα αυτά διαρκούν πάνω από δύο βδομάδες και κάνουν τη μητέρα να υποφέρει και να δυσλειτουργεί, τότε μάλλον πάσχει από επιλόχειο κατάθλιψη και χρειάζεται βοήθεια από ειδικό.

Η επιλόχειος κατάθλιψη δεν είναι μια απλή ιδιοτροπία της μητέρας, αλλά μια ασθένεια που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής. Οφείλεται στην αλλαγή των ορμονικών επιπέδων, στο στρες και στην αϋπνία. Διαφέρει από τα λεγόμενα «baby blues», τις παροδικές διακυμάνσεις στη διάθεση που εμφανίζονται λίγες μέρες μετά τη γέννα και διαρκούν από μια έως δυο εβδομάδες και μετά υποχωρούν. Οι επιλόχειες ψυχικές διαταραχές χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: την επιλόχειο θλίψη, την επιλόχειο κατάθλιψη και την επιλόχειο ψύχωση (Sipsma, Ruiz, Magriples, Kershaw ,2017). Κάθε νέα μητέρα δε χρειάζεται να είναι τέλεια μητέρα, αλλά μια αρκετά καλή μητέρα, δηλαδή να προσπαθεί να προσαρμοστεί στις ανάγκες του βρέφους της, να το κατανοεί και να του δίνει μια αγκαλιά ασφάλειας και εμπιστοσύνη

Αιτιολογικοί και εκλυτικοί παράγοντες επιλόχειας κατάθλιψης

Οι λόγοι, οι αφορμές, οι αίτιες, με λίγα λόγια οι εκάστοτε παράγοντες σύμφωνα με τους οποίους μια νέα μητέρα παθαίνει επιλόχειο κατάθλιψη ποικίλουν. Μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσει η νέα μητέρα επιλόχειο κατάθλιψη είναι όταν γεννά με καισαρική. Ο κίνδυνος επιλόχειας κατάθλιψης αυξάνεται σημαντικά στις γυναίκες που γεννούν με καισαρική, σύμφωνα με νέα μελέτη. Μάλιστα είναι ακόμη μεγαλύτερος σε όσες υποβάλλονται σε καισαρική από επιλογή και όχι επειδή συντρέχουν ιατρικοί λόγοι. Το καμπανάκι αυτό κρούουν προς τις εγκύους ειδικοί του Εθνικού Πανεπιστημίου Γιανγκ-Μινγκ στην Ταϊβάν οι οποίοι μελέτησαν περισσότερες από 10.000 μητέρες στη χώρα

Σύμφωνα με τα αποτελέσματά τους οι γυναίκες που δεν έφεραν στον κόσμο το παιδί τους με καισαρική είχαν ένα τρίτο λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη. Στην περίπτωση που η καισαρική επιλεγόταν από τη γυναίκα για άλλους «πρακτικούς» και όχι ιατρικούς λόγους, ο κίνδυνος επιλόχειας κατάθλιψης ήταν μεγαλύτερος κατά 48% σε σύγκριση με το εάν η καισαρική διεξαγόταν στο πλαίσιο ιατρικής ανάγκης (Ashford, Ayers, Olander,2017).

Οι ειδικοί εκτιμούν ότι η σύνδεση μεταξύ καισαρικής και επιλόχειας κατάθλιψης οφείλεται στο γεγονός ότι η ανάρρωση από τη διαδικασία της καισαρικής είναι μεγαλύτερη για τη γυναίκα σε σύγκριση με τη διαδικασία του φυσιολογικού τοκετού. Υποθέτουν επίσης ότι μπορεί να έχει συγχρόνως τη «ρίζα» της στο γεγονός ότι η γυναίκα διακατέχεται από ένα αίσθημα αποτυχίας και απώλειας ελέγχου όταν αφήνει τη διαδικασία του τοκετού στα χέρια των χειρουργών (Τσώλη,2011).

Επιπλέον όταν είναι αρκετά μεγάλη σε ηλικία ή όταν είναι αρκετά μικρή, κάτω των δεκαοκτώ ετών. Οι πολύ νεαρές γυναίκες, συγκεκριμένα όσες ανήκουν στον ηλικικό φάσμα μεταξύ δεκαπέντε και δεκαεννιά ετών, είναι πιο ευάλωτες στην επιλόχειο κατάθλιψη, βάσει των ευρημάτων της πρώτης του είδους μελέτης. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε υπό την επίβλεψη του Πανεπιστημίου του Μάντσεστερ, του Εθνικού Ινστιτούτου Ερευνών του υπουργείου Υγείας της Βρετανίας και του Greater Manchester Mental Health NHS Foundation Trust. Πρόκειται για την πρώτη μελέτη που συγκρίνει τα ποσοστά εκδήλωσης ψυχικής νόσου σε γυναίκες διαφορετικών ηλικιών την περίοδο μετά τον τοκετό.

Οι ερευνητές μελέτησαν δεδομένα για συνολικά 2,7 εκατομμύρια γυναίκες στο Ηνωμένο Βασίλειο. Αναλύθηκε η κατάσταση της ψυχικής υγείας τους πριν και μετά τον τοκετό με βάση την ηλικία και στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα αναλογικού κινδύνου του Cox

για τη σύγκριση των ποσοστών εμφάνισης νέας ψυχικής νόσου μεταξύ των περιόδων μετά τον τοκετό και προγενέστερα.

Από τα ευρήματα προέκυψαν ισχυρές ενδείξεις ότι η επίδραση του τοκετού στην ψυχική υγεία σχετίζεται με την ηλικία, με τον κίνδυνο εκδήλωσης κατάθλιψης, αγχώδους διαταραχής και συναισθηματικής ψύχωσης να είναι πολύ μεγαλύτερος στις νεαρές γυναίκες. Συγκεκριμένα, στις ηλικίες δεκαπέντε με δεκαεννιά ετών διαπιστώθηκε ότι ήταν πάνω από επτά φορές πιο πιθανή η εκδήλωση κατάθλιψης την περίοδο μετά τον τοκετό συγκριτικά με το υπόλοιπο διάστημα (Lara-Cinisomo, Mc Kenney, Di Florio & Meltzer-Brody, 2017). Η ίδια ηλικιακή ομάδα είχε επίσης 50% περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσει αγχώδη διαταραχή.

Παρατηρήθηκε ότι ο τοκετός είχε επίσης διπλάσια επίδραση στην εμφάνιση συναισθηματικής ψύχωσης σε γυναίκες ηλικίας δεκαπέντε έως είκοσι τεσσάρων ετών σε σύγκριση με τις γυναίκες συνολικά. Η μελέτη προσθέτει νέα στοιχεία ότι η επίδραση του τοκετού στην ψυχική υγεία εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ηλικία της μητέρας και οι νεαρές γυναίκες επηρεάζονται στο μεγαλύτερο βαθμό όσον αφορά την κατάθλιψη και το άγχος (Thomas & Spieker, 2016).

Όταν η γυναίκα γεννά σε μεγάλη ηλικία αυξάνονται πολύ οι πιθανότητες το μωρό να γεννηθεί με τρισωμία 21 ή αλλιώς με σύνδρομο down. Επίσης η γέννα το πιθανότερο είναι να είναι δύσκολη και με επιπλοκές όπως η προεκλαμψία, θρόμβωση, αιμορραγία που διαρκεί μέρες, πόνο κ.α. Τέλος σε μεγάλη ηλικία αυξάνονται οι πιθανότητες για δίδυμα. Όλα τα παραπάνω δυσκολεύουν τη νέα μητέρα, της προκαλούν άγχος και στεναχώρια, ανησυχία, κούραση. Έτσι υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες να βιώσει επιλόχειο κατάθλιψη (Βλάσση, 2018).

Πολλοί βεβαίως και καθοριστικής σημασίας είναι και οι κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν στη γυναίκα επιλόχειο κατάθλιψη. Αρχικά, γυναίκες άνεργες ή χαμηλού μορφωτικού και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, που βιώνουν το άγχος του βιοπορισμού και της οικονομικής κρίσης στο ευρύτερο κοινωνικό τους περιβάλλον,

έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη. Ακόμα μητέρες ανύπαντρες, ή μία ανεπιθύμητη από το οικογενειακό περιβάλλον εγκυμοσύνη, μια κρυφή κύηση ή μια εγκυμοσύνη από σχέση που δεν ευδοκίμησε και κατέληξε σε χωρισμό, είναι παράγοντες που συντελούν αρνητικά και επιφορτίζουν με ένα πρόσθετο βάρος τη νέα μητέρα, γεμίζοντας την με ανασφάλεια και συναισθηματικό κενό. Όλα αυτά με τη σειρά τους δεν την αφήνουν να απολαύσει και να χαρεί ούτε την εγκυμοσύνη αλλά και ούτε την επερχόμενη νέα ζωή που θα φέρει στον κόσμο.

Σημαντικό ρόλο παίζει επίσης και η σχέση της κοπέλας με τους γονείς της και ιδιαίτερα με τη μητέρα της. Αν για παράδειγμα, υπήρχε μια διαταραγμένη ή δυσλειτουργική οικογένεια, ή απλώς μία μητέρα πολύ ελεγκτική, συγκεντρωτική και αυταρχική, μιμούμενη υποσυνείδητα τα πρότυπα αυτά η κόρη, έχει περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσει επιλόχειο κατάθλιψη. Το ίδιο σημαντική, ίσως και περισσότερο, είναι και η ενδοσυζυγική σχέση και επαφή της μητέρας με το σύζυγο. Η ορθή και υγιής επικοινωνία, η αλληλοκατανόηση και η αληθινή σχέση των δύο συζύγων μπορεί να θωρακίσει και τη σχέση τους με το παιδί όπως και αντίστροφα να τη δυσχεράνει προκαλώντας ποικίλα άγχη και ανασφάλειες στη μητέρα με τον ερχομό του βρέφους.

Επιπρόσθετα όταν το βρέφος παρουσιάζει προβληματική σωματική ή διανοητική κατάσταση, μπορεί και αυτό να προκαλέσει στρες και αγωνία στη μητέρα επιτείνοντας τις ανησυχίες της. Επίσης μία προηγούμενη κακή και δύσκολη εμπειρία τοκετού είναι ικανή να είναι αιτία ή αφορμή για να πυροδοτήσει την επιλόχειο κατάθλιψη. Τέλος, ιστορικό με περιστατικά ψύχωσης που μπορεί να συνοδεύονταν με τη χρήση ψυχοτρόπων ή άλλων φαρμάκων και ουσιών από τη μητέρα, είναι πιθανό να την οδηγήσουν σε κατάθλιψη και κατά την εγκυμοσύνη (Morrell et al, 2016).

Άλλα αίτια

Τα αίτια στο να πάθει κάποια γυναίκα επιλόχειο κατάθλιψη ποικίλουν. Αρχικά οι γενετικοί παράγοντες-κληρονομικότητα παίζουν σπουδαίο ρόλο. Τα γονίδια είναι σημαντικά στην κατάθλιψη, αλλά υπάρχουν πολλά γονίδια που εμπλέκονται και κανείς δε γνωρίζει πώς ακριβώς λειτουργούν. Η κατάθλιψη δεν κληρονομείται άμεσα. Χρειάζεται επίσης ένα είδος στρεσογόνου συμβάντος για να την πυροδοτήσει (Μακένζι, 2000).

Έπειτα, διάφοροι οικογενειακοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν τη νέα μητέρα: ιστορικό κατάθλιψης, μανιοκατάθλιψης ή άλλων ψυχικών διαταραχών στην ίδια οικογένεια,

ορισμένα είδη τραυματικών γεγονότων κατά την παιδική ηλικία του ατόμου, πιστεύεται ότι αυξάνουν τον κίνδυνο κατάθλιψης. Παράλληλα, νευροχημικοί παράγοντες όπως η: σεροτονίνη, νοραδρεναλλίνη, ντοπαμίνη σε χαμηλά επίπεδα στον εγκέφαλο συμβάλλουν σημαντικά στην ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας. Νευροενδοκρινικοί παράγοντες όπως οι διαταραχές του θυρεοειδούς δυσχεραίνουν με τη σειρά τους την ψυχολογία της μητέρας. Η προσωπικότητα του ατόμου ίσως να επηρεάζει, δεν υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος τύπος που να προδιαθέτει το άτομο για κατάθλιψη. Ψυχαναγκαστικοί, δογματικοί, αγχώδεις, αυστηροί, κλειστοί άνθρωποι, αντιμετωπίζουν υψηλότερο κίνδυνο (Μακένζι, 2000).

Επιπρόσθετα, ψυχολογικοί παράγοντες όπως αγχώδεις καταστάσεις που προκαλούν έντονο στρες καθώς και οι έντονες στεναχώριες, συμβάλλουν στο να αποκτήσει η γυναίκα επιλόχειο κατάθλιψη. Αρκετά μπορεί να επηρεάσει και ο αλκοολισμός λόγω της άμεσης επίδρασης του στον εγκέφαλο και των συνεπειών στην υγεία και τις κοινωνικές σχέσεις (Μακένζι, 2000).

Επιπλέον ορμονικοί παράγοντες –αλλαγές στον οργανισμό της μητέρας των: CRH, κορτιζόλη, αλδοστερόνη, ρελαξίνη, ορμόνες υπόφυσης, χορική γοναδοτροπίνη, πλακουντιακό γαλακτογόνο, μπορούν να επιφέρουν σωματικές και ψυχικές αλλαγές στην υγεία της γυναίκας (Lewis,Gjerdingen,Schuver & Marcus,2018).

Ακόμα, ο άστατος και λιγότερος ύπνος λόγω των αναγκών του μωρού καθώς και οι τόσες αλλαγές που την πιέζουν, πιέζουν παράλληλα και την ψυχολογία της. Ένας πρόωρος τοκετός, γεγονός ξαφνικό, απότομο απρόσμενο και επίφοβο, επηρεάζει σημαντικά την ψυχολογία της μητέρας. Άλλες αιτίες που ωθούν την νέα μητέρα στο να βιώσει επιλόχειο κατάθλιψη αποτελεί ένα πιθανό πένθος πριν κατά τη διάρκεια η μετά την εγκυμοσύνη θλίψη η στεναχώρια η ψυχική κούραση, το σοκ, ο φόβος, η λύπη, όλα αυτά επηρεάζουν σημαντικά τη λεχωίδα επιβαρύνοντας την ψυχική της κατάσταση προσθέτοντας τη ψυχολογικό βάρος. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η απώλεια ενός γονιού της μητέρας σε μικρή ηλικία. Υπάρχουν κάποια στοιχεία που δείχνουν ότι οι άνθρωποι που χάνουν τη μητέρα τους σε μικρή ηλικία, έχουν περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν κατάθλιψη. Σημαντικές επίσης είναι και οι ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες της απώλειας.

Τέλος, το συναίσθημα της έντονης κόπωσης μετά από εργώδη φυσιολογικό τοκετό, καθώς και τα συναισθήματα απώλειας του ρόλου, της σιλουέτας και του να είναι ελκυστική, φαίνεται πως απασχολούν και επηρεάζουν αρνητικά την ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας (Τέσσα, 2010).

Έχει βρεθεί ότι μερικές ασθένειες οφείλονται στην εμφάνιση κατάθλιψης. Παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος όπως πάρκισσον, σκλήρυνση κατά πλάκας, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Ακόμα κάποιες ενδοκρινολογικές παθήσεις όπως ο υποθυρεοειδισμός. Επιπλέον το Aids, η λοιμώδης μονοπυρήνωση, μερικές μορφές καρκίνου όπως για παράδειγμα του παγκρέατος και τέλος διάφορα φάρμακα όπως κορτιζόνη καθώς και ουσίες όπως το αλκοόλ και το χασίς προκαλούν κατάθλιψη (Χατζόπουλος,2019).

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα παχύσαρκα άτομα συχνά διακατέχονται από αισθήματα χαμηλής αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνική απομόνωση του, ενώ συχνά παρατηρείται και η εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης (Shi, Ren, Li, Dai, 2018). Έρευνες έχουν δείξει μια πολύπλοκη σχέση μεταξύ κατάθλιψης και σεροτονίνης. Η κατάθλιψη που σχετίζεται με τα γεγονότα της καθημερινότητας, ιδιαίτερα το χρόνιο στρες, μπορεί να μειώσει τα επίπεδα σεροτονίνης. Επομένως η έλλειψη σεροτονίνης μπορεί να είναι η αιτία και το αποτέλεσμα της κατάθλιψης (Maclean, Thompson, 2016).

Υπάρχουν ποικίλοι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί που συμβάλλουν την κατάθλιψη μετά τον τοκετό. Μελετούνται οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη κατάθλιψης μετά τον τοκετό οι οποίοι μπορούν να παρέχουν πληροφορίες για πιθανές νευροβιολογικές βάσεις. Ερευνούνται τα στοιχεία που υποστηρίζουν ένα ρόλο για νευροενδοκρινικές αλλαγές, νευροφλεγμονή, μεταβολές νευροδιαβιβαστών, δυσλειτουργία κυκλώματος και εμπλοκή γενετικής και επιγενετικής στην παθοφυσιολογία της κατάθλιψης μετά τον τοκετό (Duncan et al, 2017).

Οι γυναίκες που γεννάνε στη διάρκεια του χειμώνα ή της άνοιξης έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν στη συνέχεια επιλόχεια κατάθλιψη σε σύγκριση με όσες γεννάνε το φθινόπωρο ή το καλοκαίρι, σύμφωνα με μια νέα αμερικανική επιστημονική μελέτη. Εκτός από την επίδραση της εποχής του τοκετού, διαπιστώθηκε επίσης ότι μειωμένο κίνδυνο κατάθλιψης είχαν όσες γυναίκες είχαν μεγαλύτερης διάρκειας εγκυμοσύνη και ιδίως όσες ήταν μεγαλύτερης ηλικίας, άρα πιο ώριμες. Όταν μια ώριμη γυναίκα γεννά ένα υγιές σωστά ανεπτυγμένο παιδί, σύμφωνα με τους ερευνητές, διατρέχει μικρότερο κίνδυνο κατάθλιψης απ' ό,τι μια νέα γυναίκα που γεννά ένα πρόωρο μωρό (Vignato et al, 2017).

Αυξημένος είναι ο κίνδυνος κατάθλιψης για όσες στη διάρκεια του τοκετού δεν έχουν κάνει αναισθησία, όπως η επισκληρίδιος, με συνέπεια να πονέσουν περισσότερο. Ακόμη, οι υπέρβαρες και παχύσαρκες γυναίκες κινδυνεύουν περισσότερο να εμφανίσουν κατάθλιψη (Mgonja & Schoening, 2017). Ο τρόπος του τοκετού (φυσικός ή με καισαρική) δεν φαίνεται

να παίζει ρόλο. Τουλάχιστον μία γυναίκα στις δέκα (10%) εμφανίζει άγχος ή διαταραχή κατάθλιψης μετά τη γέννα του παιδιού της. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν λύπη, ανησυχία, αναστάτωση, μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης κ.α.

Η επιλόχεια κατάθλιψη οφείλεται σε έναν συνδυασμό ορμονικών αλλαγών στο σώμα της γυναίκας, ψυχολογικών προσαρμογών στον νέο ρόλο της μητέρας και σωματικής κόπωσης. Αν δεν αντιμετωπιστεί κατάλληλα, η ψυχική αυτή κατάσταση μπορεί να οδηγήσει σε ελλειμματική σχέση με το μωρό και σε πρόκληση στρες στην υπόλοιπη οικογένεια (Roomruangwong et al,2017).

Συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης

Τα συμπτώματα που δείχνουν την επιλόχεια κατάθλιψη ποικίλουν και είναι αρκετά ώστε να τα αναγνωρίσει και κάποιος που δεν είναι ειδικός, όπως πρέπει να γίνει σε πρώτη φάση για να μπορέσει ύστερα η μητέρα να ζητήσει βοήθεια και στήριξη από ειδικό. Αρχικά σκέψεις ανεπάρκειας για τον μητρικό ρόλο. Η γυναίκα αισθάνεται ότι όλο αυτό είναι πέρα από τις δυνάμεις της κι ότι αδυνατεί να ανταποκριθεί στη νέα κατάσταση της ζωής της και σ' αυτά που αναμένει το περιβάλλον της από αυτή ως μητέρα. Ύστερα απουσία θετικών συναισθημάτων για το νεογνό. Η γυναίκα αδυνατεί να κάνει δεσμό με το παιδί της κι αυτό είναι το πιο συχνό σύμπτωμα που την οδηγεί στην αναζήτηση βοήθειας.

Ακόμα, υπερβολικό άγχος ή ανησυχία σε σχέση με την υγεία του νεογνού, με κάποια ανωμαλία που μπορεί να έχει κλπ. Αλλά και ιδεοληψίες, δηλαδή επαναλαμβανόμενες σκέψεις ή εικόνες που έχουν μη επιθυμητό χαρακτήρα και παρεισφρύουν στην φυσιολογική πορεία των σκέψεων (Duncan et al,2017).

Στην επιλόχειο κατάθλιψη οι σκέψεις αυτές, έχουν συχνά χαρακτήρα ότι μπορεί να βλάψει το μωρό. Τέλος, σκέψεις αυτοκτονίας, που συχνά μπορεί να περιλαμβάνουν και σκέψεις να κάνει κακό στο βρέφος. Οι σκέψεις αυτές συνήθως είναι μελαγχολικού χαρακτήρα, με την έννοια ότι περιλαμβάνουν πεποιθήσεις για τη ματαιότητα του κόσμου και οι σκέψεις βρεφοκτονίας μπορεί να συνδέονται ακριβώς με την πρόθεση της μητέρας να "σώσει " το βρέφος από τη ματαιότητα του κόσμου, στον οποίον το έφερε. Σκέψεις ανεπάρκειας για τον μητρικό ρόλο. Η γυναίκα αισθάνεται ότι όλο αυτό είναι πέρα από τις δυνάμεις της κι ότι

αδυνατεί να ανταποκριθεί στη νέα κατάσταση της ζωής της και σ' αυτά που αναμένει το περιβάλλον της από αυτή ως μητέρα (Γοργόλη, 2017).

Γενικότερα, οι μητέρες με επιλόχειο κατάθλιψη, νιώθουν μια καταθλιπτική διάθεση, παρατεταμένη στενοχώρια, που συνοδεύεται από αναίτιο και ανεξήγητο κλάμα, είναι στοιχεία που δείχνουν και παρουσιάζουν αλλαγή στη συμπεριφορά της. Προβλήματα ύπνου, κόπωση, αλλά και αλλαγές στην όρεξη, που δεν μπορούν να εξηγηθούν παθολογικά είναι στοιχεία που δείχνουν πως κάτι έχει συμβεί. Επίσης συμπτώματα ατονίας, υπερβολικού άγχους, και αυξημένης νευρικότητας, πρέπει να κρούσουν τον κώδωνα του κινδύνου στο άτομο που τα βιώνει, πόσο μάλλον όταν συνοδεύονται επίσης από αυξημένο φόβο και αγωνία για το παραμικρό, έντονο στρες και συναισθήματα ανικανότητας, ματαίωσης ή απραξίας (Vignato, Georges, Bush & Connelly, 2017).

Σε αρκετά συχνές περιπτώσεις η μητέρα μπορεί να παρουσιάζει επίσης διαρκείς εναλλαγές στη διάθεσή της, οι οποίες να της μειώνουν την ενεργητικότητα, να της δημιουργούν μια ανυπόφορη καθημερινότητα μέσα στην οποία να νιώθει πως τίποτα δεν μπορεί να κάνει ή τίποτα δεν μπορεί να κάνει σωστά. Έτσι οδηγείται στο να μένει αδρανής και παθητική, χωρίς όρεξη για το καθετί. Ταυτόχρονα μπορεί να αδυνατεί να συγκεντρώσει τη σκέψη της, να την οργανώσει και να μην μπορεί να λάβει τις ορθές για την κάθε περίπτωση αποφάσεις. Η αναποφασιστικότητα σε συνδυασμό με τα παραπάνω αλλά και με την απαισιοδοξία, την αίσθηση ανεπάρκειας και αδυναμίας, επιτείνουν την ανησυχία και δημιουργούν τα πρώτα μαύρα σύννεφα πάνω από το μυαλό και τις σκέψεις της, σαν ένα μαύρο πέπλο, που αν δεν διαλυθούν σύντομα και από κατάλληλη βοήθεια, μπορεί να την οδηγήσουν σε βαθύτερες καταστάσεις (Rhobes & Serge, 2013).

Αν λοιπόν η ασυγκινησία, η οξυθυμία και ο αυξημένος εκνευρισμός μαζί με τη συνεχή κούραση και τα συναισθήματα ματαίωσης, συνοδεύονται και από ψευδαισθήσεις ποικίλης μορφής όπως ότι κάτι μπορεί να πάθει το μωρό, κάποια λοίμωξη ή ξαφνικό θάνατο λόγω λανθασμένων χειρισμών της ίδιας, αυξάνουν τη θλίψη και επιδεινώνουν την κατάστασή της. Τέτοιες εμμονές και διαταραγμένες σκέψεις μπορούν να την οδηγήσουν στο να μην θέλει να ασχοληθεί καθόλου με το μωρό της, να μην έχει το κουράγιο ή το ενδιαφέρον να το απασχολήσει με δραστηριότητες και παιχνίδια που σε άλλη περίπτωση θα ήταν η χαρά και η ευχαρίστηση για όλα τα μέλη της οικογένειας. Μάλιστα αν τα συμπτώματα σωματοποιηθούν ποικιλοτρόπως, τότε γίνεται αντιληπτό πως τα πράγματα είναι πια σοβαρά (Ζήκα, 2019).

Συχνοί πονοκέφαλοι, πόνοι στο στήθος, ταχυπαλμία ή μούδιασμα και ζαλάδες είναι συμπτώματα κατάθλιψης που έχουν σωματοποιηθεί και δείχνουν πως το άτομο χρήζει ιατρικής βοήθειας. Μέσα σε αυτά μπορεί να συμπεριληφθεί και η ανηδονία ή η έλλειψη ερωτικού ενδιαφέροντος που με τη σειρά της ενδέχεται να επηρεάσει με αρνητικό τρόπο μια ήδη επιβαρυσμένη κατάσταση.

Δεν είναι σπάνιες και οι περιπτώσεις όπου μητέρες μετά τα συνεχή αισθήματα ενοχής που επιρρίπτουν οι ίδιες στους εαυτούς τους, αισθήματα απόρριψης αλλά και ανεξήγητες ιδεοληψίες για το βρέφος, μπορούν με τη σειρά τους να οδηγήσουν τη μητέρα στο να δημιουργήσει στο μυαλό της άσχημες, σκοτεινές σκέψεις για τον εαυτό της ή ακόμα χειρότερα και για το ίδιο το μωρό της. Σκέψεις για να το βλάψει ή να του προκαλέσει κακό, αυτοκτονικές τάσεις για την ίδια ή για να προκαλέσει και στο βρέφος, είναι από τα πιο σοβαρά συμπτώματα, που πρέπει να ελεγχθούν.

Επιπτώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης

Στη μητέρα

Η επιλόχειος κατάθλιψη επηρεάζει σημαντικά και τη μητέρα και το βρέφος αλλά και τον πατέρα. Στη μητέρα, επηρεάζει τις γονεϊκές δεξιότητες, καθώς διαταράσσεται το δέσιμο με το βρέφος και δεν αναπτύσσεται επαρκώς η επικοινωνία μαζί του. Παράλληλα νιώθει και βιώνει τη μελαγχολία της λοχείας και δεν μπορεί να ανταποκριθεί επαρκώς στην αγκαλιά με το παιδί της. Η κατάθλιψη διαταράσσει πολύ την αντίληψη της μητέρας για το μωρό. Αδυνατεί να καταλάβει γιατί κλαίει το παιδί της με αποτέλεσμα να μην μπορεί να το παρηγορήσει. Αρκετές μητέρες παθαίνουν επιλόχειο ψύχωση. Επιπλέον, η νέα μητέρα δεν μπορεί να ανταποκριθεί πλήρως ούτε στο παιχνίδι με το μωρό της. Γενικότερα νιώθει ευερεθιστότητα, έχει απώλεια όρεξης, νιώθει άγχος και φόβο. Μέσα σε όλα αυτά προστίθεται και η ανησυχία, η κούραση, το βάρος, η μείωση ενεργητικότητας, αλλά και το συνεχόμενο αίσθημα δυσφορίας (Χατζηχρήστου, 2019). Επιπρόσθετα, δυσκολεύεται στη συγκέντρωση και στη λήψη αποφάσεων, ενώ, ανίκανη να φροντίσει το βρέφος της, βιώνει αισθήματα αναξιότητας και ενοχής. Ωστόσο δεν λείπουν και οι σωματικές επιπτώσεις, όπως πονοκέφαλοι, πόνοι στο στήθος, ζάλη, μούδιασμα και άλλα. Τέλος, τα μάτια της δεν μπορούν να κοιτάζουν το βρέφος όπως εκείνο αναζητά. Το βλέμμα των καταθλιπτικών είναι

κενό. Έτσι, δεν μπορεί να του προσφέρει την πολύτιμη αντανάκλαση που εκείνο έχει ανάγκη (Γιαννοπούλου, 2017).

Στο βρέφος

Οι επιπτώσεις της κατάθλιψης της μητέρας, δημιουργούν μόνιμο αντίκτυπο στο χαρακτήρα του βρέφους. Η απόκριση στις ανάγκες του μειώνεται. Έτσι δημιουργείται κίνδυνος για μελλοντικά ψυχολογικά προβλήματα συμπεριφοράς, ανεπαρκή σωματική αύξηση, αμέλεια ή και κακοποίηση. Παράλληλα εάν η μητέρα πίνει φάρμακα που δεν επιτρέπουν τον θηλασμό, ή αν η νέα δεν είναι σε θέση να θηλάσει, το μωρό χάνει μεγάλο κομμάτι από την υγεία του ψυχισμού του. Αξίζει να σημειωθεί, ότι με το θηλασμό παράγεται η ορμόνη ωκυτοκίνη, η λεγόμενη δέρμα με δέρμα ορμόνη ή αλλιώς η ορμόνη της αγάπης, η οποία ηρεμεί τη μητέρα, χαλαρώνει το βρέφος μειώνοντας του τους κολικούς (Λεζγή,2021).

Έτσι το βρέφος στερείται όλα τα παραπάνω. Η κατάθλιψη κάνει τη μητέρα να αδυνατεί να καταλάβει το λόγο που κλαίει το μωρό της. Έτσι δεν μπορεί να το παρηγορήσει. Το αίσθημα του απαρηγόρητου και της απόλυτης αδυναμίας συνοδεύει για πάντα τον αυριανό ενήλικα. Χωρίς να μπορεί να αντιληφθεί τις αιτίες, οδηγείται σε σχέσεις εγκλωβιστικές που ενισχύουν το αίσθημα του ανικανοποίητου. Επιπλέον, το μωρό χάνει το βλέμμα της μάνας του που είναι ο πρώτος του καθρέφτης, έτσι δεν λαμβάνει από εκείνη όσα χρειάζεται, δηλαδή αγάπη, στοργή, χαρά, και επιβράβευση. Ακόμα οι γνωστικές και συναισθηματικές λειτουργίες του παιδιού, δεν βρίσκουν το κατάλληλο έδαφος για να αναπτυχθούν. Παράλληλα το μωρό έχει λιγότερες εκφράσεις ικανοποίησης, καθώς και μεγαλύτερη ευερεθιστότητα (Χατζηχρήστου, 2019).

Άλλες συνέπειες της επιλόχειας κατάθλιψης στα παιδιά είναι ο αυξημένος κίνδυνος ατυχημάτων, πιθανότητες για σύνδρομο αιφνιδίου θανάτου, ακόμα και περισσότερες πιθανότητες να αποκτήσει και αυτό κατάθλιψη. Η κατάθλιψη της μητέρας, αποτελεί παράγοντα κινδύνου για εκδήλωση πρώιμης παιδικής ψύχωσης. Προκαλεί επίσης μεγαλύτερη συχνότητα σε εισαγωγές σε νοσοκομεία, υπνηλία, διαταραχές ύπνου και όρεξης ,απάθεια και συνεχόμενο κλάμα του βρέφους (Γιαννοπούλου, 2017).

Στον πατέρα

Ο ερχομός ενός παιδιού, δημιουργεί άγχος και αγωνία, και στον πατέρα. Το 10% των πατεράδων παθαίνουν κατάθλιψη μετά τον ερχομό του μωρού τους. Η μεγάλη αυτή αλλαγή, ο φόβος για το άγνωστο μέγλωμα ενός μωρού, κάνει τον πατέρα να βρίσκεται αντιμέτωπος με το φόβο του ρόλου του γονέα, και την ανησυχία του για το άγνωστο. Το νέο μέλος της οικογένειας φέρνει ευθύνες στον πατέρα. Η πατρική κατάθλιψη έχει σαφέστατα περισσότερες πιθανότητες εάν και η σύζυγος έχει κατάθλιψη. Ο φόβος για τη μητέρα που νοσεί, το άγχος, η αγωνία και η στεναχώρια του καθώς και οι διπλές ευθύνες του για τη σύζυγο αλλά και για το βρέφος, μπορούν να οδηγήσουν τον πατέρα σε θλίψη, μελαγχολία, ακόμα και κατάθλιψη (Ρήγα, 2018).

Άλλα συμπτώματα που βιώνουν συχνά οι πατεράδες είναι η κοινωνική απόσυρση, η ευερεθιστότητα, το αίσθημα ανεπάρκειας και αυτοκριτικής, οι μειωμένες σεξουαλικές σχέσεις. Επιπλέον μπορεί να έχουν διαταραχές στην όρεξη και στον ύπνο, ξεσπάσματα θυμού ή δείγματα κυνισμού. Παράλληλα, αν μέσα σε αυτά συμπεριληφθούν και οι πιθανές συγκρούσεις με τη σύζυγο, που ενδεχομένως αυξάνονται, πιθανή είναι και η βία αλλά και οι καταχρήσεις (Ρήγα, 2018).

Διάγνωση

Στις ΗΠΑ η ομάδα προληπτικών υπηρεσιών έθεσε σε κάθε νέα μητέρα ένα ερωτηματολόγιο για να συμπληρωθεί, ώστε να γίνεται η διάγνωση νωρίς. Στις γυναίκες βέβαια με προηγούμενο ιστορικό θα παρέχονταν ούτως ή άλλως συμβουλές πρόληψης και αντιμετώπισης (Beck,2002). Αξίζει να αναφερθεί πως υπάρχουν ορισμένες διεθνείς κλίμακες μέτρησης και αξιολόγησης των συμπτωμάτων στη βιβλιογραφία, που είναι αντιπροσωπευτικές και χρησιμοποιούνται τόσο από ψυχολόγους όσο και από ψυχιάτρους, για τη σωστή και έγκυρη πρόληψη και διάγνωση των ψυχικών διαταραχών.

Αρχικά, η κλίμακα Εδιμβούργου, είναι η κλίμακα αυτή που αποτελεί ένα ψυχομετρικό εργαλείο λοχειακής κατάθλιψης. Κατασκευάστηκε από τους Cox, Charman, Murray & Jones το 1996 και έχει σταθμιστεί στο ελληνικό δείγμα από τους Στάλικα, Μωραΐτου και Γαλανάκη. Σκοπός της είναι η μέτρηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε γυναίκειο πληθυσμό μετά τον τοκετό. Αποτελείται από δέκα δηλώσεις, στις οποίες οι λεχωίδες καλούνται να βαθμολογήσουν μια σειρά καταθλιπτικών συμπτωμάτων ως προς τη σοβαρότητα ή τη διάρκεια τους (Beck,2002). Ακόμα, η κλίμακα κατάθλιψης Beck είναι μια σειρά από ερωτήσεις που βοηθά να καταλάβει κανείς αν πάσχει από κατάθλιψη. Δημιουργήθηκε από τον Aron T.Beck. Το τεστ αυτό είναι για χρήση από ασθενείς ως αυτοσυμπληρούμενο. Η κλινική συνεκτίμηση όμως είναι απαραίτητη. Οι ασθενείς απαντούν σε ερωτήσεις για τον εαυτό τους και τη ζωή τους γενικά και στο τέλος βλέπουν ανάλογα με το διαβάθμιση, κατά πόσο είναι ή όχι καταθλιπτικοί (Maduro et al,2020).

Τέλος, η κλίμακα postpartum depression screening scale, είναι μια κλίμακα τύπου Linkert με τριανταπέντε ερωτήσεις που συνυπολογίζουν επτά διαστάσεις της διαταραχής ύπνου και της σίτισης, του άγχους και της ανασφάλειας, της συναισθηματικής αστάθειας, αλλά και της γνωστικής διαταραχής, όπως επίσης και της απώλειας του εαυτού, ενοχές και ενδεχόμενες αυτοκτονικές τάσεις (Maduro et al,2020).

Θεραπεία

Για να υπάρξει μια σωστή και δομημένη θεραπεία πρωταρχικό ρόλο παίζει η αυτοβοήθεια. Σημαντικό είναι να μπορεί κανείς να προετοιμάζει και να οργανώνει από πριν τη ζωή και την καθημερινότητά του. Να είναι σε συνεχή ετοιμότητα και να μην παρεκκλίνει της καθημερινής του ρουτίνας, ώστε να είναι σε θέση έτσι να προετοιμάζεται και για τις όποιες δυσκολίες ή αλλαγές μπορεί να προκύψουν. Επίσης η καθημερινή εργασία είναι σημαντικό να συνοδεύεται από συχνά και σύντομα διαλείμματα, για να αποφεύγεται η κούραση και η καταπόνηση (Μακένζι, 2000).

Η ενασχόληση με χόμπι, δραστηριότητες που χαλαρώνουν το άτομο και το βοηθούν να ξεφύγει από τη καθημερινότητα, βοηθούν ακόμα και στον περιορισμό του στρες, καθώς όπως συμβαίνει με την άσκηση, παράγονται ενδορφίνες, ουσίες που λειτουργούν ως αντικαταθλιπτικά για τον οργανισμό. Εναλλακτικές θεραπείες όπως βελονισμός, ύπνωση, ρεφλεξολογία, μασάζ ή τεχνικές ελέγχου της αναπνοής έχουν αποδειχθεί ιδιαίτερα

χαλαρωτικές και βοηθητικές. Με τη σειρά τους αυτές είναι ενέργειες απλές που διευκολύνουν και στον ύπνο, καθώς είναι απαραίτητος ο καλός και ποιοτικός ύπνος. Με λίγα λόγια όλα τα παραπάνω σχετίζονται με την αυτονόητη, όπως τουλάχιστον θα έπρεπε να είναι, η φροντίδα του εαυτού. Σε κάθε περίπτωση, οτιδήποτε μπορεί να πιέζει, να δημιουργεί άγχος, θα πρέπει να αλλάζει αλλάζοντας μαζί και τον τρόπο ζωής του ατόμου, αν αυτό είναι προς το καλύτερο.

Επιπλέον, η βοτανοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει στην κατάθλιψη. Η λεβάντα για παράδειγμα έχει ηρεμιστικές ιδιότητες, μειώνει το άγχος, καταστέλλει τη μελαγχολία και ελαττώνει την αϋπνία. Μια μικρή ενστάλαξη από το αιθέριο έλαιο πάνω στο μαξιλάρι, χαρίζει έναν βαθύ και απολαυστικό ύπνο αναζωογονώντας το πνεύμα (Βαλομάνδρα, 2020)

Επίσης, το μελισσόχορτο έχει ηρεμιστικές ιδιότητες, είναι αντικαταθλιπτικό και χαλαρωτικό (Βαλομάνδρα, 2021). Τέλος, η επαφή με κόσμο, οι κοινωνικές συναναστροφές, η παρέα με αληθινούς φίλους ή ακόμα και η ένταξη σε μια ομάδα με άτομα που μοιράζονται τα ίδια προβλήματα και ανησυχίες, μπορεί να λειτουργήσει θεραπευτικά. Το πιο σημαντικό είναι φυσικά το άτομο να είναι σε θέση να ανοίγεται, να επικοινωνεί με το συναίσθημά του και να μπορεί να το μοιράζεται, μιλώντας ανοικτά για αυτό και τα όσα βιώνει, ανεξάρτητα από το αν είναι θετικά ή αρνητικά. Μόνο έτσι, σε πρωταρχικό στάδιο, θα μπορέσει να αναγνωρίσει την ψυχική του κατάσταση και να βρει λύσεις στα θέματά του.

Πέρα από τα παραπάνω που σε γενικές γραμμές αποτελούν στοιχεία της αυτοθεραπείας, αν κριθεί αναγκαίο, το άτομο θα πρέπει να αναζητήσει περαιτέρω βοήθεια σε ειδικό. Εδώ έρχονται να προστεθούν οι ψυχολογικές θεραπείες, που η καθεμία, ανάλογα με τη σχολή που εκπροσωπεί, συμπεριφοριστική, γνωστική, κοινωνική, μπορεί με τον τρόπο της να βοηθήσει. Η συμβολή του ψυχολόγου ή του ψυχιάτρου σε αυτή τη φάση είναι καθοριστική μιας που η ψυχανάλυση και η συστηματική ψυχοθεραπεία με ή χωρίς πρόσθετη φαρμακευτική χορήγηση, έχει πολλά να προσφέρει.

Ειδικότερα λοιπόν στις νέες μητέρες που έχει διαγνωστεί πως πάσχουν από επιλόχειο κατάθλιψη, πρέπει για τη θεραπεία τους να επισκέπτονται ψυχίατρο ή ψυχοθεραπευτή. Ο γιατρός είναι επομένως εκείνος που θα κρίνει ανάλογα με την κατάσταση, αν θα πρέπει να χορηγήσει φάρμακα καθώς και ποια θα είναι αυτά. Ορισμένες γυναίκες μπορούν να θεραπευτούν και μόνο με την ψυχοθεραπεία. Εδώ όμως ελλοχεύει ο κίνδυνος να χειροτερέψει η κατάθλιψή τους.

Η ψυχοθεραπεία είναι μια διαδικασία που μπορεί να βοηθήσει να αποκαλυφθούν οι αιτίες που υποβόσκουν της κατάστασης. Ο θεραπευτής εντοπίζει τις προβληματικές περιοχές, να διδάξει μηχανισμούς αντιμετώπισης και να ενημερώσει τον ασθενή για την κατάστασή του. Κάποιες φορές ο ασθενής πρέπει να οδηγηθεί στο νοσοκομείο για την καλύτερη φροντίδα της ψυχικής του υγείας (Scalea & Wisner,2009).

Φάρμακα που βοηθούν στην επιλόχειο κατάθλιψη είναι μια σειρά από αντικαταθλιπτικά που δεν εμποδίζουν το θηλασμό, όπως η σερταλίνη sertaline και η παροξετίνη paroxetine. Άλλα φάρμακα για την κατάθλιψη μετά τον τοκετό είναι η φλουοξετίνη fluoxetine, η σιταλοπράμη citalopram, η μιρταζαπίνη remeron, η βενλαφαξίνη effexor XR, η ντουλοξετίνη xeristar, η cymbalta, η σερταλίνη Zoloft, η σιταλοπράμη seropram , και η φλοοξετίνη ladose, αντικαταθλιπτικά φάρμακα, λίθιο, ηλεκτροσπασμ θεραπεία (Ντρίγου, 2018).

Πιο αναλυτικά, μελέτες έχουν δείξει ότι κάποιοι σημαντικοί νευροδιαβιβαστές (σεροτονίνη, ντοπαμίνη, νοραδρεναλίνη) υπολείπονται στην κατάθλιψη: τα επίπεδα τους είναι χαμηλά στις συνάψεις και αυτό οδηγεί σε λανθασμένη εγκεφαλική επικοινωνία και μεταφορά μηνυμάτων. Τα αντικαταθλιπτικά δρουν αυξάνοντας την ποσότητα των νευροδιαβιβαστών στο χώρο ανάμεσα στα κύτταρα. Η αύξηση του νευροδιαβιβαστή στην σύναψη μπορεί να επιτευχθεί με διάφορα είδη αντικαταθλιπτικών που δρουν με διαφορετικό τρόπο, όπως να αυξήσουν την ποσότητα του νευροδιαβιβαστή που παράγεται, να εμποδίσουν την διάσπαση των νευροδιαβιβαστών ή ακόμα να αναστείλουν την επαναρρόφηση (ή επαναπρόσληψη) των νευροδιαβιβαστών της σύναψης από τα νευρικά κύτταρα (Sharma & Sharma ,2012).

Έτσι, επαναφέρουν την ισορροπία των νευροδιαβιβαστών στις εγκεφαλικές νευρικές συνάψεις. Με την πάροδο του χρόνου, ο οργανισμός διορθώνει τα ελλείμματα του και τα αντικαταθλιπτικά δεν χρειάζονται πλέον (στις περισσότερες περιπτώσεις) (Baker et al,2016). Η λήψη φαρμάκων για την κατάθλιψη, όταν χρειάζεται, δε θα πρέπει να θεωρείται ως αποτυχία. Ωστόσο, είναι σημαντικό να αναγνωρίζουμε ότι η κατάθλιψη είναι ένα πρόβλημα τόσο σοβαρό όσο ο διαβήτης, η επιληψία, ή ακόμα κι ο καρκίνος. Επειδή εμπλέκει τη διάθεση, τις σκέψεις, και τη συμπεριφορά, μπορεί συχνά να αντιμετωπιστεί μέσω αυτών των καναλιών. Αλλά υπάρχουν επίσης γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες που κάνουν κάποιους ανθρώπους ευάλωτους στην κατάθλιψη, και μπορεί να οδηγήσουν σε μια πιο επίμονη κατάσταση και πιο δύσκολη στην αντιμετώπιση (Baker et al,2016).

Ακριβώς όπως και με άλλες διαταραχές όπου κάποιες φορές η φαρμακευτική αγωγή είναι απαραίτητη για την αντιμετώπισή τους, έτσι και η κατάθλιψη μπορεί επίσης να απαιτεί

φάρμακα για την αποθεραπεία της. Είναι σημαντικό να αναρρώσει κανείς πλήρως παρά να συμβιβαστεί με μια επίμονη ήπια κατάθλιψη. Η επίμονη κατάθλιψη μπορεί να γίνει χρόνια και πιο σοβαρή με την πάροδο του χρόνου, καθώς ο εγκέφαλος προσαρμόζεται στην καταθλιπτική κατάσταση. Ο συνδυασμός της ψυχοθεραπείας και της φαρμακοθεραπείας έχει το πιο υψηλό ποσοστό επιτυχίας όσον αφορά την αποθεραπεία της κατάθλιψης, ενώ όταν η ψυχοθεραπεία από μόνη της δεν είναι αρκετή, μπορεί να βοηθήσει η συμβουλευτική από ένα γιατρό ή έναν ψυχίατρο σχετικά με τις φαρμακευτικές επιλογές (Βάθης,2017).

Είναι σημαντικό να τονιστεί, ότι όταν συζητιέται η θεραπεία κατάθλιψης, δεν βραβεύεται αυτός που αναρρώνει «καλύτερα» από κάποιον άλλον. Η ανάρρωση χωρίς ψυχοθεραπεία, χωρίς φάρμακα –κυριολεκτικά «από μόνος του» κανείς- δεν συνιστά επιτυχία. Η επιβράβευση είναι η συναισθηματική υγεία του καθενός. Είναι σημαντικό να αναγνωριστεί ο αντίκτυπος που μπορεί να έχει στη λήψη απόφασης, η στάση της κοινωνίας μας απέναντι στις ψυχικές διαταραχές, την ψυχοθεραπεία και τα ψυχοτρόπα φάρμακα. Ο τρόπος ανάρρωσης αποτελεί προσωπική επιλογή, βασισμένη στις προσωπικές ανάγκες με την καθοδήγηση έμπιστων επαγγελματιών. Η επιλογή λοιπόν θα πρέπει να γίνεται σε ένα πλαίσιο συμπόνιας και αγάπης προς τον εαυτό (Βάθης, 2017).

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία είναι μία από τις πλέον αμφιλεγόμενες ψυχιατρικές θεραπείες. Είναι ωστόσο μια από τις πιο αποτελεσματικές θεραπείες. Έχει αποτέλεσμα, και μάλιστα γρήγορο, στη μεγάλη πλειονότητα των ατόμων, εφόσον γίνεται σωστά. Πραγματοποιείται συνήθως σε άτομα η κατάθλιψη των οποίων δεν έχει ανταποκριθεί στα αντικαταθλιπτικά, σε άτομα με ιατρικές παθήσεις που δεν επιτρέπεται η λήψη αντικαταθλιπτικών ή σε άτομα που πάσχουν από τόσο σοβαρή κατάθλιψη ώστε να βάζουν τη ζωή τους σε κίνδυνο. Ορισμένοι γιατροί τη συνιστούν σε γυναίκες που υποφέρουν από ιδιαίτερα σοβαρή επιλόχειο κατάθλιψη, διότι τα αποτελέσματα γίνονται ορατά αμέσως και αυτό σημαίνει ότι μπορούν να ασχοληθούν εκ νέου με τη φροντίδα του μωρού τους (Μακένζι, 2000).

Η θεραπεία αυτή αμφισβητείται ωστόσο και κρίνεται από πολλούς. Όπως συμβαίνει και με τα αντικαταθλιπτικά, δεν εγγυάται ότι ο ασθενής θα παραμείνει καλά. Ασθενείς που πάσχουν από σοβαρή κατάθλιψη, κινδυνεύουν από υποτροπή. Αρχικά χορηγείται αναισθητικό και μυοχαλαρωτικό. Έπειτα μια μικρή ποσότητα ηλεκτρικού ρεύματος

διοχετεύεται μέσα στον εγκέφαλο με τη χρησιμοποίηση ηλεκτροδίων που τοποθετούνται στο τριγωνό της κεφαλής. Ο ασθενής ξυπνά μετά από δέκα δεκαπέντε λεπτά. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία απαιτεί τη γραπτή συναίνεση του ασθενούς. Μπορεί να γίνει παρά τη θέληση του ασθενούς μόνο όταν απειλείται η ζωή του, και με τη συγκατάθεση και καθοδήγηση ψυχιάτρου (Μακένζι, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΧΕΙΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

2.1 Τα προσόντα του νοσηλευτή

Οι νοσηλευτές για να μπορούν να διεκπεραιώσουν το έργο τους, να τελέσουν τις διεργασίες τους, να εκπληρώσουν σωστά το ρόλο τους, αλλά και για να φροντίζουν τους ασθενείς τους, έχοντας μια καλή και θεραπευτική σχέση μαζί τους, καλούνται να έχουν τα ακόλουθα προσόντα: αρχικά, πρέπει να έχουν αυτογνωσία, σεβασμό στον ασθενή, μαζί με αποδοχή και κατανόηση. Επιπλέον πρέπει να ελπίζουν σε αυτόν και συνεχώς να τους εμπυχώνουν. Παράλληλα να διαθέτουν όραμα, επαγγελματική ευθύνη αλλά και κριτική σκέψη. Επίσης, πολύ σημαντικό είναι ο νοσηλευτής να χαρακτηρίζεται από ευαισθησία και ενσυναίσθηση, την ικανότητα δηλαδή να μπαίνεις στη θέση του άλλου και να μπορείς να τον καταλαβαίνεις, να τον συμπονάς, να συμπάσχεις μαζί του και παράλληλα να τον βοηθάς(Toohey, 2012). Ακόμα πρέπει να είναι διακριτικός αλλά όχι διαχυτικός. Τέλος ο νοσηλευτής πρέπει να έχει πίστη, αξιοπιστία, αφοσίωση και αγάπη στο επάγγελμά του και γενικά στον άνθρωπο που υποφέρει (Toohey, 2012).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην κατάθλιψη και επιλόχειο κατάθλιψη

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην επιλόχειο αλλά και στην απλή κατάθλιψη είναι κρίσιμος και άκρως σημαντικός. Αρχικά, ο νοσηλευτής πρέπει να προστατεύει την αξιοπρέπειά του αρρώστου. Επιπλέον καλείται να έχει τη διάθεση να βοηθήσει δημιουργώντας κατάλληλες

συνθήκες θεραπευτικού περιβάλλοντος. Ακόμα πρέπει να παραχωρεί χρόνο στον ασθενή για να μπορεί να τον ακούει προσεχτικά. Μάλιστα θα πρέπει να τον αποδέχεται και να μην διατηρεί κριτική στάση απέναντί του. Να τον διακατέχει το ενδιαφέρον, η ευγένεια και η εχεμύθεια. Τέλος να έχει αίσθημα υπευθυνότητας και ψυχική υγεία (Prado & Mendes,2018).

Καθώς ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην κατάθλιψη και επιλόχειο κατάθλιψη, είναι ιδιαίτερος σημαντικός, δεν είναι τυχαίο το ότι το επάγγελμα αυτό θεωρείται λειτούργημα. Οι νοσηλευτές λοιπόν, πρέπει να διαθέτουν εσωτερική εμπειρία, συναισθηματική αναγνώριση δηλαδή της κατάστασης του αρρώστου, ώστε να αντιλαμβάνονται την ψυχολογική κατάσταση του και ο θεραπευτής ως εκ των προτερων-αναποδεικτα διαθέσιμος «προσφέρεται» στον καταθλιπτικό και στο μέτρο του δυνατού τον θεραπεύει. Πλοηγός του είναι ή εμπραθητική στάση, η οποία δεν αναιρεί αλλά εναρμονίζεται με την αρχή της «θεραπευτικής ουδετερότητας» (Ραγκος,2016).

Οι νοσηλευτές οφείλουν αρχικά να είναι ενημερωμένοι και εξοικειωμένοι σχετικά με τις διαταραχές της κύησης και της λοχείας. Απαραίτητη επίσης είναι η γνώση των παραγόντων κινδύνου, δηλαδή το άγχος της φροντίδας ενός παιδιού, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, το άγχος της μητέρας πριν τον τοκετό, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, πρόωρος τοκετός και πολυτοκία (Oyetunji & Chandra,2020). Επίσης οι νοσηλευτές πρέπει να γνωρίζουν τα συμπτώματα των διαταραχών διάθεσης που σχετίζονται με τη λοχεία.

Ο νοσηλευτής είναι εκείνος που πρέπει να διδάξει τη γυναίκα να φροντίζει τον εαυτόν της. Να είναι κοντά στην ασθενή, να αναπτύσσεται μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή μια στενή σχέση, σχέση εμπιστοσύνης, βοήθειας αλλά και συμπαράστασης (Harla,2006). Επίσης παρέχει στη λεχωίδα σημαντικές πληροφορίες και έγκυρες πηγές ενημέρωσης. Παράλληλα, ενθαρρύνει την ασθενή να εκφράσει τα αρνητικά συναισθήματα που βιώνει.

Βασική προϋπόθεση είναι η νοσηλευτική εκτίμηση βάση πλήρους νοσηλευτικού ιστορικού. Κατά τη διάρκεια λήψης του ιστορικού, ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει υπόψη του το οικογενειακό ιστορικό.. Επίσης να συνεξετάζει τα στρεσογόνα γεγονότα που της προκαλούν την αγχώδη κατάσταση, να συλλέγει πληροφορίες σχετικά με προηγούμενη καταθλιπτική

συμπεριφορά ή καταθλιπτικό επεισόδιο σε τυχόν προηγούμενη γέννα, να εκτιμά με λίγα λόγια την κατάθλιψη με ειδικά εργαλεία π.χ τη Λοχεία Εδιμβούργου (Hendrick et al, 2001).

Στη συνέχεια ο νοσηλευτής πρέπει να δείξει ενδιαφέρον προς τη λεχωίδα και να την ακούσει προσεχτικά και να την βοηθήσει παροτρύνοντάς την να του ανοιχτεί, γιατί μπορεί από μόνη της να μην αναφέρει καν για την κατάθλιψή της, είτε από φόβο είτε από άγνοια. Επιπλέον, πρέπει να παρατηρήσει για τυχόν σημεία κατάθλιψης. Να παρατηρεί αν η ασθενής έχει απαισιόδοξα σχέδια για το μέλλον και να προσπαθεί να τα αποτρέψει. Ταυτόχρονα είναι μεγίστης σημασίας, οι νοσηλευτές, να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα όλου του εύρους των διαταραχών διάθεσης που εμφανίζονται στη λοχεία, από την επιλόχεια μελαγχολία έως την επικίνδυνη επιλόχεια ψύχωση (Beck&Records, 2006).

Πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με τις μεθόδους διαλογής και εξέτασης για τον εντοπισμό των γυναικών που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης επιλόχειας κατάθλιψης αλλά και με τις θεραπευτικές επιλογές που υπάρχουν. Οι νέες μητέρες, πρέπει να ενθαρρύνονται να εκφράζουν τυχόν αρνητικά συναισθήματα που βιώνουν στη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή μετά τη γέννηση ενός παιδιού. Οι νοσηλευτές να είναι εξοικειωμένοι με τις μεθόδους διαλογής και εξέτασης για τον εντοπισμό των γυναικών που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης επιλόχειας κατάθλιψης αλλά και με τις θεραπευτικές επιλογές που υπάρχουν (Hellgren et al,2012).

Επίσης ο νοσηλευτής πρέπει να συνομιλήσει με τον ασθενή και να καταγράψει τα επίπεδα διάθεσης, της όρεξης, του ύπνου, της ενέργειας και κόπωσης και την ικανότητα συγκέντρωσης. Επιπλέον πρέπει να ρωτήσει την ασθενή αν έχει προσπαθήσει ποτέ να κάνει κακό στον εαυτό της, ή στο μωρό της. Παράλληλα πρέπει να εκτιμήσει το οικογενειακό υπόβαθρο της μητέρας. Να εκτιμήσει τις γνώσεις της οικογένειας καθώς και το πώς αντιμετωπίζουν τη νέα μητέρα, τις γνώσεις σχετικά με την αυτοφροντίδα της λεχωίδας, καθώς και τα σημάδια υποτροπής της νόσου (Jones & Venue,2001).

Έπειτα, καλείται να καταγράψει όλα τα συναισθήματά της κατά τη διάρκεια της ημέρας. Με αυτή τη διαδικασία ο νοσηλευτής κατανοεί καλύτερα το επίπεδο κινδύνου της κατάθλιψης και την επικινδυνότητα αυτοκτονίας της ασθενούς. Αντιμετωπίζει τη λανθασμένη αν υπάρχει ανταπόκριση της οικογένειας στο πρόβλημα της επιλόχειας κατάστασης της νέας μητέρας. Αξιολογεί την καταβολή δυνάμεων της ασθενούς, και αν

υφίσταται, την έλλειψη ελπίδας για καθημερινά πράγματα. Τέλος, συνεκτιμά την ελλειμματική γνώση, την έλλειψη αυτοεκτίμησης, τη διαταραχή ύπνου, την κοινωνική απομόνωση του ατόμου, τις πνευματικές ανησυχίες (Jones & Venue,2001).

Νοσηλευτική παρέμβαση σε καταθλιπτικό ασθενή

Η νοσηλευτική φροντίδα του καταθλιπτικού αρρώστου, έχει ως στόχο να βοηθήσει τον ασθενή να βρει τη ζωντάνια, την ενέργεια, την όρεξη και την αγάπη του για την ζωή. Να τον βοηθήσει να νιώσει ότι αξίζει και μπορεί να τα καταφέρει. Επιπλέον, χορηγούν στον ασθενή αντικαταθλιπτική αγωγή με υπευθυνότητα, συνέπεια και πολλή προσοχή, εξασφαλίζοντας παράλληλα τη συμμόρφωση του ασθενή για τη λήψη των φαρμάκων αυτών (Baker et al,2016). Ακόμα, εξηγούν στον άρρωστο πως η θεραπεία αυτή με τα φάρμακα στοχεύει στην καλύτερευση της ψυχικής τους υγείας, γεμίζοντάς τον ελπίδα για το μέλλον. Επίσης, παροτρύνουν τον καταθλιπτικό ασθενή, να φροντίζει τη διατροφή του κατάλληλα, να προσέχει την προσωπική του υγιεινή αλλά και να επιδιώκει μια προσεγμένη εμφάνιση (Alhusen & Alvarez,2016).

Παράλληλα οι νοσηλευτές στηρίζουν τον ασθενή ώστε να πραγματοποιηθούν οι στόχοι που έχουν θέσει. Οι συναντήσεις με τον ασθενή είναι συχνές και σύντομες, διαθέτοντας το χώρο και το χρόνο για ανάλυση και συζήτηση των συναισθημάτων των ασθενών. Επιπρόσθετα, ο νοσηλευτής καλείται να αποδέχεται τις τυχόν εκδηλώσεις θυμού του ασθενούς, καθώς αυτές είναι απολύτως σεβαστές και κατανοητές. Σταδιακά ο άρρωστος πρέπει να εντάσσεται σε συζητήσεις με άλλους ασθενείς και σε ομαδικές δραστηριότητες, με σκοπό να μοιράζεται τις σκέψεις αλλά και τα βιώματά του. Το καταθλιπτικό άτομο διδάσκεται από τον νοσηλευτή, πώς να διαχειρίζεται και να αμφισβητεί τις άσχημες σκέψεις του, είτε αυτές είναι γενικού περιεχομένου, είτε πρόκειται περί παράλογων αρνητικών εκτιμήσεων για τον ίδιο του τον εαυτό (Ahmed et al,2012).

Εφαρμογή νοσηλευτικού πλάνου

Κατά την εφαρμογή του νοσηλευτικού πλάνου, ο ασθενής θα πρέπει να γίνει αποδεκτός ως ολότητα, αποφεύγοντας οποιαδήποτε πράξη που μπορεί να τον φέρει σε δύσκολη θέση. Η σωστή και αυστηρή τήρηση του διατροφικού καθημερινού πλάνου, αλλά και της ποιότητας

και της ποσότητας του ύπνου, είναι στοιχεία που θα πρέπει να ελέγχονται, καθώς συμβάλλουν από κοινού στην υγιή εικόνα της μητέρας και του βρέφους, δημιουργώντας τις κατάλληλες συνθήκες ευεξίας και χαλάρωσης, βοηθώντας παράλληλα στην αποφυγή αρνητικών σκέψεων (Μπακή, 2016).

Οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τα παρακάτω κριτήρια για να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα πάνω στη νοσηλευτική διεργασία. Ο νοσηλευτής ενημερώνεται συνέχεια από την ασθενή και την οικογένειά της για την πρόοδο της ψυχικής υγείας. Η ασθενής πρέπει πλέον να νιώθει ενέργεια κατά τη διάρκεια της ημέρας, ενώ τη νύχτα να παρουσιάζει ικανοποιητικά επίπεδα ύπνου. Ακόμα, θα πρέπει να χαίρεται κάθε στιγμή της ημέρας που περνά με το μωρό της και τους δικούς της ανθρώπους. Επίσης η νέα μητέρα θα πρέπει να είναι σε θέση να εκφράζει ότι έχει μειωμένο άγχος και παράλληλα να εμφανίζει καλή ψυχολογική διάθεση, να φροντίζει το μωρό της, να ασχολείται μαζί του και ταυτόχρονα να αφιερώνει χρόνο στον εαυτό της και στο σύζυγό της.

Από την άλλη, ο νοσηλευτής πρέπει να εκτιμά τη βελτίωση της διάθεσης της ασθενούς σύμφωνα με όλα τα παραπάνω που αναφέρθηκαν. Η ασθενής, ο σύζυγός της καθώς και η οικογένειά της, τέλος θα πρέπει να έχουν αποκτήσει τις απαραίτητες εκείνες γνώσεις σχετικά με την επιλογή κατάθλιψη, τη θεραπεία της, τη φαρμακευτική αγωγή και τα συμπτώματα που μπορούν να εμφανιστούν σε μια επερχόμενη ψυχολογική κρίση (Wua et al,2020).

Νοσηλευτική παρέμβαση σε λεχωίδες με επιλόχειο κατάθλιψη

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι σε θέση να καταλάβει την ψυχολογική κατάσταση της μητέρας. Πρώτα από όλα, θα πρέπει να εκπαιδεύσει τις γυναίκες και να τους διδάξει, πως η μητρότητα είναι μια συνολική ευτυχία και οικογενειακή ολοκλήρωση. Στη συνέχεια, να τις ενθαρρύνει να αναπτύξουν τον διάλογο και να μοιραστούν τις ανησυχίες τους με τους νοσηλευτές. Να ενημερώσει τη θηλάζουσα μητέρα σχετικά με τα οφέλη του θηλασμού, αλλά ταυτόχρονα να την παραπέμψει σε σύμβουλο θηλασμού για να ενημερωθεί για τη δράση των αντικαταθλιπτικών και αντιψυχωτικών φαρμάκων (Μπακή, 2016). Ακόμα, να την παροτρύνει ώστε να ασκείται καθημερινά προκειμένου να τονωθούν οι χαλαρωμένοι από την εγκυμοσύνη και τον τοκετό μύες του περινέου. Να ενθαρρύνει την οικογένεια να απευθυνθεί στις υποστηρικτικές δομές της κοινότητας για την παροχή περισσότερων γνώσεων και υπηρεσιών.

Επιπρόσθετα, να παραπέμπει την οικογένεια σε έναν σύμβουλο ψυχικής υγείας, ώστε να τους παραχθούν εξειδικευμένες πληροφορίες από κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας. Τέλος, να ενημερώσει την οικογένεια της λεχωΐδας σχετικά με την κατάθλιψη της λοχείας και να αποκλείσει τυχόν λανθασμένες πληροφορίες (Μπακή, 2016).

Η νοσηλευτική φροντίδα του καταθλιπτικού αρρώστου, έχει ως στόχο να βοηθήσει τον ασθενή να βρει ξανά την αισιοδοξία και τη θετική του στάση, πιστεύοντας στον εαυτό του και στο ότι σταδιακά θα καταφέρει να πετύχει στη ζωή του και να ξανακερδίσει. Η λεχωΐδα καλό θα είναι να τοποθετείται σε δωμάτιο δίπλα στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο και να της παρέχεται συνοδεία σε όλες τις μετακινήσεις της, αν και εφόσον κρίνεται απαραίτητο κάτι τέτοιο. Σε αυτό το σημείο, θα πρέπει να ληφθεί ωστόσο, ιδιαίτερη μέριμνα ώστε να μην χρησιμοποιούνται επικίνδυνα είδη σε καμία περίπτωση. Στα εν λόγω πλαίσια ασφάλειας περιβάλλοντος, περιλαμβάνεται και η αφαίρεση αντικειμένων, που μπορεί να παρακινήσουν σε σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας. Είναι επίσης σκόπιμο να γίνεται ενδελεχής έλεγχος όλων των ατομικών ειδών που έφερε η άρρωστη στο νοσοκομείο και ενημέρωση της οικογένειάς της επ' αυτού.

Σε κάθε περίπτωση, η άρρωστη θα πρέπει να διαβεβαιώνεται πως υπάρχει ελπίδα να αναρρώσει από την κατάθλιψη. Αυτό θα επιτευχθεί φυσικά μέσα από τη διάθεση χρόνου για ακρόαση και συζήτηση συναισθημάτων. Εδώ ενδείκνυται και η υιοθέτηση θερμής καταδεκτικής προσέγγισης για τις ασθενείς με κατάθλιψη, παρά την πιθανότητα που υπάρχει να αντισταθούν στις προσπάθειες να δημιουργηθεί μια θεραπευτική σχέση (Boveski et al, 2015).

Σε κάθε περίπτωση οφείλεται να αποφεύγεται η οποιαδήποτε προσπάθεια από το μέρος του νοσηλευτή με σκοπό να πείσει την ασθενή να χαρεί ή να γελάσει. Αντιθέτως τα συναισθήματα θα πρέπει να αναγνωρίζονται και να γίνονται αποδεκτά, χωρίς όμως να δείχνει ο νοσηλευτής φιλευσπλαχνία και χωρίς να ταυτίζεται με αυτά. Αυτό που πρέπει να προωθείται είναι ένας ουσιώδης και ειλικρινής σχεδιασμός μηχανισμού αντιμετώπισης, που θα χαρακτηρίζεται από ηρεμία, εμπιστοσύνη και αντικειμενικότητα (Μουστάκα & Λιανού, 2020). Αυτός, θα φέρει με τη σειρά του την επιθυμητή σταθερότητα και αξιοπιστία που θεμελιώνουν την εμπιστοσύνη. Η άρρωστη κι εκείνη θα είναι σε θέση να αισθάνεται την νοσηλευτική προσοχή, χωρίς να προσπαθεί να την κερδίσει.

Βασική είναι και η προσφορά γνωστικών παρεμβάσεων. Για παράδειγμα, βοήθεια της ασθενούς να αναπτύξει την αίσθηση του ελέγχου των στόχων και της συμπεριφοράς της, της

αυτοεκτίμησή της, μεταβάλλοντας τις αρνητικές της αντιλήψεις σε θετικές. 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.

Η προσφορά των παρεμβάσεων στη συμπεριφορά αλλά και η ολοκλήρωσή τους πρέπει να γίνεται σταδιακά, με προώθηση της επιτυχούς συμπεριφοράς κατευθύνοντάς την σε συγκεκριμένους στόχους. Προσφορά συγκροτημένων δραστηριοτήτων, ξεκινώντας από αυτές με μικρή διάρκεια και με μεγαλύτερη πιθανότητα επιτυχούς εκτέλεσης. Προσφορά θετικής ενίσχυσης στην επιθυμητή συμπεριφορά. Χρήση απλών και συγκεκριμένων λέξεων, μιας που η βραδυκίνητη σκέψη και η αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής, δυσκολεύουν την κατανόηση (Boveski et al,2015). Απαραίτητη κρίνεται επίσης, η διάθεση αρκετού χρόνου στην άρρωστη για να απαντήσει. Η βραδεία σκέψη χρειάζεται χρόνο να διατυπώσει κάποια απάντηση.

Παράλληλα με τα παραπάνω, ακολουθεί και η προώθηση κοινωνικών παρεμβάσεων, η διδασκαλία και η επίδειξη δηλαδή στην ασθενή, αποτελεσματικώς κοινωνικών δραστηριοτήτων (Μουστάκα & Λιανού, 2020). Επιπλέον κρίνεται αναγκαίο να δίνεται προσφορά ευκαιρίας στην ασθενή, να ασκήσει και να διευρύνει τις ικανότητές της, μέσα από κοινωνικές ομάδες ή οργανώσεις μέσω των οποίων θα μπορέσει να επεκτείνει τον κοινωνικό της περίγυρο.

Τα ξεσπάσματα, οι εκδηλώσεις θυμού, θα πρέπει να γίνονται επίσης αποδεκτά, χωρίς αμυντική αντιπαράθεση, καθώς ο θυμός της αρρώστου δεν θα πρέπει να θεωρείται ως προσωπική επίθεση κατά του νοσηλευτή. Η ασθενής καλό είναι να ενθαρρύνεται στο να εξωτερικεύει λεκτικά το θυμό της, καθώς ίσως με αυτόν τον τρόπο να ελαττώσει την ανάγκη εκδήλωσής του με ανεύθυνες πράξεις και ακατάλληλους τρόπους (Boveski et al,2015). Παράλληλη και εξίσου σημαντική είναι και η συμμετοχή και της οικογένειας της ασθενούς στην θεραπεία και στο επιτυχές πρόγραμμα εξόδου της από το νοσοκομείο.

Αξίζει να επισημανθεί ότι εκφράσεις αξιολογικής κριτικής, θα πρέπει να αποφεύγονται, διότι το καταθλιπτικό άτομο είναι γνωστό ότι βλέπει κυρίως την αρνητική πλευρά του κάθε πράγματος (Μάλη & Κοτσότα, 2015). Έτσι, μπορεί να ερμηνεύσει τα σχόλια αρνητικά με σκέψεις. Είναι προτιμότερα τα ουδέτερα και καλοπροαίρετα πάντα σχόλια που προλαμβάνουν τις αρνητικές ερμηνείες.

Ο προσεγμένος λόγος απαιτεί την αποφυγή εκφράσεων όπως «τα πράγματα θα διορθωθούν», που τείνει να ελαχιστοποιεί την σοβαρότητα του καταθλιπτικού συναισθήματος της αρρώστου και μπορεί να αυξήσει μέσα της την ενοχή και αναξιότητα, αφού δεν είναι σε θέση η ίδια να βγει από την κατάσταση στην οποία βρίσκεται (Μουστάκα & Λιανού, 2020). Αντιθέτως, θα βοηθούσε μια βαθμιαία ενσωμάτωση της αρρώστου σε συζητήσεις με άλλους αρρώστους και σε ομαδικές δραστηριότητες ανάλογα με το επίπεδο ανοχής της.

Εδώ μπορεί να συμπεριληφθεί και η διδασκαλία της αρρώστου στο πώς να εξετάζει και να αμφισβητεί παράλογες και αστήρικτες αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό της και τις ικανότητές της. Να είναι σε θέση να μετακινηθεί από αρνητικό, λανθασμένο και εξωπραγματικό σε ρεαλιστικό, θετικό σύστημα θεώρησης του εαυτού της ζωής της και του κόσμου (Boveski et al 2015). Έτσι θα μειωθούν τα αισθήματα αναξιότητας και αδυναμίας και θα αυξηθούν ο αυτοέλεγχος και η αυτοεκτίμησή της.

Καλό θα είναι ακόμα να παροτρύνεται η άρρωστος 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. Επίσης, δεν θα πρέπει να λησμονείται η συνεργασία της ασθενούς με την οικογένειά της, πριν την έξοδο από το νοσοκομείο, με σκοπό να κατανοήσουν από κοινού, τις διαπροσωπικές εντάσεις και πώς να τις αντιμετωπίσουν (Μουστάκα & Λιανού, 2020). Επιπλέον, ο νοσηλευτής πρέπει να εξηγεί στην άρρωστη ότι ενδιαφέρεται για την ασφάλειά της και πως θα τη βοηθήσει να διατηρηθεί ασφαλής. Έτσι διαβιβάζει τη νοσηλευτική μέριμνα και της παρέχει αίσθημα προστασίας.

2.4.1 Σκοποί και αρχές νοσηλευτή

Στους γενικούς στόχους του νοσηλευτή για την αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης περιλαμβάνονται τα ακόλουθα. Πρώτα πρώτα, ο νοσηλευτής βοηθάει τη λεχωίδα να αναπτύξει μηχανισμούς άμυνας. Σε φυσιολογικές αντιδράσεις λύπης, τη διαβεβαιώνει της ότι τα συναισθήματά της είναι φυσιολογικά, βοηθώντας τη παράλληλα ώστε να ολοκληρωθούν όλα τα στάδια της λύπης. Επιπλέον προωθεί και αναγνωρίζει όλα τα συναισθήματά της, βοηθώντας τη να εντοπίζει τους παράγοντες που της προκαλούν ένταση. Επίσης, σκοπός της νοσηλευτικής παρέμβασης είναι να φθάσει η άρρωστη στο σημείο να εκδηλώνεται να

συνάπτει θεραπευτική συμμαχία με το προσωπικό, να επιτύχει να παίρνει τα φάρμακά της χωρίς αντίρρηση, να αρχίζει να επικοινωνεί με συνασθενείς και προσωπικό και να συμμετέχει ενεργά σε ομαδικές δραστηριότητες (Μάλη & Κοτσότα, 2015). Ακόμη, να δείχνει άνεση, ικανοποίηση και ευχαρίστηση όταν επικοινωνεί με άλλους. Να είναι σε θέση να εκδηλώνει τα ατομικά προβλήματα που δυσκολεύουν την επικοινωνία της με άλλους.

Χρειάζεται λοιπόν νοσηλευτική εκτίμηση των θετικών χαρακτηριστικών του αρρώστου, παρότρυνση να συμμετέχει σε δραστηριότητες που προτιμά. Επίσης, ο νοσηλευτής βρίσκεται κοντά της για να τη βοηθήσει να ενισχύσει τους προσαρμοστικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης προβλημάτων. Οι δυσπροσαρμοστικοί μηχανισμοί πρέπει να αντικατασταθούν με θετικούς και αποτελεσματικούς στο χειρισμό του στρες και του άγχους (Boveski et al,2015). Ο νοσηλευτής οφείλει να βοηθά τον άρρωστο να αναγνωρίζει τους νοσηρούς μηχανισμούς και να βρίσκει εναλλακτικούς τρόπους λύσης των προβλημάτων του.

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 πώς 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 (Μάλη & Κοτσότα, 2015).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην επιλόχειο κατάθλιψη είναι πολλαπλός. Αρχικά φροντίζει να παρέχει στην ασθενή το νοσηλευτικό κ ιατρικό απόρρητο. Επιπλέον, παρέχει φροντίδα στη λεχωίδα, δίνοντάς της τα φάρμακά της. Παράλληλα ο νοσηλευτής είναι εκπαιδευτικός. Της μαθαίνει ασκήσεις για τους μύες της εγκυμοσύνης, της μαθαίνει χαλαρωτικές μεθόδους για καλύτερο ύπνο και αποβολή των αρνητικών σκέψεων.

Συνεχίζοντας, ο νοσηλευτής έχει και ερευνητικό ρόλο. Ερευνά την κατάσταση της ασθενούς, την πορεία της νόσου της, καταγράφει τα συναισθήματα της λεχωίδας, το κατά πόσο τα συγγενή πρόσωπα της νέας μητέρας γνωρίζουν για την επιλόχειο κατάθλιψη, τα συμπτώματα, την φαρμακευτική αγωγή, τις αιτίες, το κατά πόσο γνωρίζουν το πού μπορούν να πάρουν τις σωστές πληροφορίες αλλά και ψυχική στήριξη, τόσο για τη νέα μητέρα όσο και για όλο το κλειστό συγγενικό περιβάλλον (Παπακωνσταντίνου & Φασόη, 2019).

2.5 Σχέση Νοσηλευτή-Ασθενούς

Η σχέση νοσηλευτή-ασθενούς είναι αρχικά σχέση θεραπευτική. Αποτελεί το ισχυρότερο εργαλείο θεραπείας. Είναι σχέση που πρέπει να βασίζεται στη γνησιότητα. Γνησιότητα είναι η τιμιότητα, η ειλικρίνεια, η ευθύτητα, και η συμφωνία των λεκτικών και μη λεκτικών μηνυμάτων. Επίσης βασίζεται στην αξιοπιστία, την εμπιστοσύνη και την εχεμύθεια. Είναι σχέση ανθρώπινη και επικοινωνιακή.

Η επικοινωνιακή σχέση δεν επιτυγχάνεται μόνο μέσω της λεκτικής επικοινωνίας. Επιτυγχάνεται και μέσω του αγγίγματος, της οπτικής επαφής, των εκφράσεων του προσώπου, της στάσης του σώματος, τον τρόπο του βαδίσματος, των χειρονομιών και της σιωπής. Μέσω του αγγίγματος θεωρείται ένας από τους πιο αποτελεσματικούς μη λεκτικούς τρόπους έκφρασης συναισθημάτων, όπως η άνεση, η αγάπη, η αφοσίωση, η ασφάλεια, ο θυμός, η απογοήτευση, η επιθετικότητα, ο ενθουσιασμός και πολλά άλλα (Wua et al,2020). Μέσω της κίνησης του σώματος, κάνοντας νεύμα ή κουνώντας το κεφάλι, δίνοντας έμφαση σε ό,τι λέγεται, χρησιμοποιώντας χειρονομίες.

Ακόμα, από τη στάση του σώματος. Αν σταυρώσει ο νοσηλευτής τα χέρια, μπορεί οι ασθενείς να δείξουν απροθυμία να ρωτήσουν ή να απαντήσουν σε ερωτήσεις. Αν στέκεται πάνω από τον ασθενή μπορεί να θεωρηθεί αυταρχική στάση. Καθισμένος στο ίδιο επίπεδο, επιτρέπει περισσότερο «ισότιμη συζήτηση», δηλώνει ότι έχει χρόνο να μιλήσει και θα μπορούσε ακόμη να φαίνεται πιο χαλαρός και σίγουρος (Wua et al,2020).

Επίσης, μέσω της βλεμματικής επαφής, μεταδίδεται εμπιστοσύνη. Χρησιμοποιώντας τη γλώσσα, όχι μόνο αυτό που λέγεται αλλά επίσης ο τόνος και η ένταση της φωνής, ακόμη και η ταχύτητα με την οποία γίνεται η ομιλία, έχουν σημασία. Με εγγύτητα, είναι σημαντικό να σέβεται τον προσωπικό χώρο του ασθενή και πόσο κοντά κάθεται στον ασθενή, καθώς αυτό μπορεί να επηρεάσει το περιεχόμενο της επικοινωνίας (Wua et al,2020). Η αφή μπορεί να είναι χρήσιμη και καθησυχαστική ή μπορεί να είναι ταμπού, οπότε ο νοσηλευτής πρέπει να εξετάσει προσεκτικά την αξία της επαφής με τον ασθενή κατά την επικοινωνία μαζί του.

Μέσω εκφράσεων του προσώπου η συνειδητοποίηση της έκφρασης προσώπου είναι πολύ σημαντική, όταν γίνεται διάλογος με έναν ασθενή. Με αντανάκλαστική θέση, δύο άτομα που συντονίζονται μεταξύ τους συχνά αντικατοπτρίζουν τις θέσεις του σώματος του άλλου, γυρίζουν ο ένας προς το μέρος του άλλου, μιμούνται τις θέσεις των χεριών (Ελευθερούδη & Λιοσάτου, 2017).

Η σχέση νοσηλευτή-ασθενούς επιτυγχάνεται και μέσω της διαπροσωπικής επικοινωνίας, δηλαδή τη διαδικασία δημιουργίας και διαπραγμάτευσης σχέσεων. Η διαπροσωπική επικοινωνία είναι σκόπιμη. Κάθε μορφή της κατευθύνεται προς την επίτευξη ενός στόχου ανεξάρτητα αν αυτό γίνεται συνειδητά ή όχι. Ένα σημαντικό κομμάτι της σχέσης νοσηλευτή-ασθενούς αποτελεί το αν και κατά πόσο ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει για την ασθένειά του. Οι ερωτήσεις του ασθενή είναι πολύ συχνές σε όλες τις κλινικές και τα νοσοκομεία. Τότε ο ασθενής περιμένει από τον νοσηλευτή μια ειλικρινή και αληθινή απάντηση σχετικά με την κατάσταση και την πορεία της νόσου του.

Κάθε ασθένεια έχει τα δικά της στάδια και ο ασθενής οφείλει να γνωρίζει τι θα επακολουθήσει ώστε να μπορεί να προετοιμαστεί ψυχικά. Θα πρέπει να γνωρίζει το διάστημα που θα πρέπει να παραμείνει στο νοσοκομείο. Κατά πόσον θα μπορεί να εργάζεται ή θα αλλάξει τελείως η καθημερινότητα του. Αν θα παίρνει αγωγή, θα πρέπει να γνωρίζει και τι παρενέργειες θα έχει αυτή στην σωματική και ψυχική του υγεία. Μία ασθένεια είναι μια μετάβαση, μια μεγάλη αλλαγή. Η αλλαγή μας πηγαίνει σε μία νέα κατάσταση. Σε μία κατάσταση όπου υπάρχει το νέο άρα και το άγνωστο και αυτός είναι ο μεγαλύτερος φόβος του ανθρώπου, το να μην γνωρίζει τι θα συμβεί και τι θα αντιμετωπίσει (Wua et al,2020). Είναι λοιπόν πολύ σημαντικό να γνωρίζει ο ασθενής τι του συμβαίνει και με τι έχει να αναμετρηθεί ώστε να προετοιμαστεί στο μέγιστο δυνατό. Αν δεν γνωρίζει, θα είναι ακόμα πιο δύσκολα.

Στα παιδιά τα πράγματα αλλάζουν αναλόγως την ηλικία. Δεν χωρούν ψέματα ποτέ, αλλά όλα εξηγούνται με απλά κατανοητά λόγια. Εδώ παίζει σημαντικό ρόλο η διαχείριση και αντιμετώπιση των γονέων και των λοιπών συγγενών. Δε πρέπει οι γονείς να πανικοβάλλουν το παιδί και πρέπει να υποστηριχθούν οπωσδήποτε ψυχικά ώστε να παραμένουν όσο περισσότερο ψύχραιμοι και ήρεμοι δίπλα στο παιδί (Κρέμερ, 2019).

Στη σχέση νοσηλευτή-ασθενούς πολύ σημαντική είναι η στάση του νοσηλευτή με τον εαυτό του. Πρέπει συνεχώς να μην επηρεάζεται από τις δύσκολες καταστάσεις που βιώνει και να μην ταυτίζεται ώστε να μπορεί να παραμένει δυνατός και υγιής για να μπορεί να αποδώσει στις σκληρές απαιτήσεις της δουλειάς του (Harla,2006). Οι νοσηλευτές οφείλει να είναι ορθολογιστής και παράλληλα να έχει φιλική στάση απέναντι στον ασθενή. Πρέπει

παράλληλα να διασαφηνίζουν τους ρόλους ώστε ο ασθενής να έχει ξεκάθαρα στο μυαλό του το ρόλο του αλλά και το ρόλο του νοσηλευτή, ώστε να μην παρεμβαίνει σε πράξεις και λόγια που δεν είναι στις δικιές του αρμοδιότητες (Harla,2006). Οι νοσηλευτές πρέπει να προσέχουν πολύ σε αυτά που λένε στον άρρωστο. Να αποφεύγουν τις ενοχλητικές φράσεις και ποτέ να μην θίγουν τον άρρωστο. Να μην τον φέρνουν σε δύσκολη θέση.

Ακόμα, πρέπει να πληροφορούνται συνεχώς για τα διαγνωστικά και θεραπευτικά βήματα. Να ενημερώνονται για τις εξελίξεις της επιστήμης τους. Επιπρόσθετα, πρέπει να αποφεύγουν τις προβλέψεις σχετικά με την πορεία της νόσου του ασθενούς, καθώς και τις υποσχέσεις. Δεν μπορεί να δίνουν ελπίδες για βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς αλλά ούτε και να δίνουν δυσοίωνες προβλέψεις για επιδείνωση της πορείας του αρρώστου. Καλό θα ήταν, να αποφεύγουν την υπερβολική φροντίδα του αρρώστου ώστε να μην δένεται ο ασθενής μαζί του και να μην νιώθει πλήρη εξάρτηση από τον νοσηλευτή (Becker & Weinberger,2016).

Ακόμα, να μην επανέρχονται συνέχεια ούτε στα ίδια θέματα αλλά ούτε και στον ίδιο ασθενή. Επιπλέον, καλούνται να δημιουργούν δυνατότητα για αποφάσεις του ίδιου του ασθενούς. Επίσης, πολύ σοβαρό είναι, να αποφεύγουν τα ερωτικά υπονοούμενα στους ασθενείς. Κομπλιμέντα σεξιστικά, επαναλαμβανόμενα, αστεία και τα λοιπά γενικώς απαγορεύονται. Πρέπει λοιπόν να χειρίζονται λεπτά τα οικογενειακά και προσωπικά προβλήματα που αφορούν την πάθηση του ασθενούς. Τέλος, δεν πρέπει να εκμεταλλεύονται το επάγγελμά τους για να λύνουν τις δικιές τους απορίες (Παπαδόπουλος, 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΠΙΛΟΧΕΙΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Προβλήματα σχετικά με τη νοσηλεία

Τα προβλήματα των ασθενών με επιλόχειο κατάθλιψη είναι πολλά και ποικίλα. Προβλήματα που σχετίζονται με τη νοσηλευτική φροντίδα, αλλά και πολλά ακόμα που έχουν να κάνουν με γενικά προβλήματα των ασθενών. Αρχικά θα γίνει αναφορά στα προβλήματα σχετικά με τη νοσηλεία.

Πρώτα πρώτα, οι μεγάλες ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, έχουν ως συνέπεια μεταξύ άλλων και την ανάληψη περισσότερων και μεγαλύτερων ευθυνών για τους νοσηλευτές. Ο φόρτος εργασίας, ο αριθμός των νοσηλευομένων αλλά και η αυξανόμενη πίεση δυσκολεύουν τον νοσηλευτή να αφοσιωθεί πλήρως σε κάθε ασθενή. Μαζί με τα παραπάνω, αν συνυπολογιστεί και το πόσο δύσκολη και επώδυνη είναι σε κάθε περίπτωση η ψυχολογική υποστήριξη και η ενθάρρυνση των ασθενών, αντιλαμβάνεται κανείς το μέγεθος αλλά και τις απαιτήσεις του νοσηλευτή στο καθημερινό του έργο.

Ένα όμως από τα μεγαλύτερα προβλήματα, αποτελεί το ότι ο νοσηλευτής πρέπει να διατηρεί την ψυχική του υγεία, να μην επηρεάζεται και να μην επιβαρύνεται από όσα βιώνει στο νοσοκομείο και για τη δική του ψυχολογική υγεία στην ιδιωτική του ζωή του, εκτός δουλειάς, αλλά και για να μπορεί να αποδίδει τα μέγιστα στο νοσοκομείο, αποφεύγοντας τα

λάθη και τις παραλείψεις. Ακόμα, τα νοσοκομεία διαθέτουν στις περισσότερες των περιπτώσεων, πολύ μικρούς και περιορισμένους χώρους συνάντησης, που συχνά δεν διασφαλίζουν την ιδιωτικότητα των ασθενών. Παράλληλα είναι πολλοί οι ασθενείς που αναλογούν σε κάθε νοσηλευτή, καθώς όπως προαναφέρθηκε, παρατηρείται έντονη υποστελέχωση των νοσοκομειακών μονάδων, μιας που κρίνεται απαραίτητο να προσληφθεί προσωπικό (Κεχαγιά, 2021).

Ακόμη, προβλήματα υπάρχουν και στη λήψη φαρμάκων, να δίνονται δηλαδή τα σωστά φάρμακα στο σωστό ασθενή. Κυρίως το πρόβλημα εντοπίζεται στο να διασφαλίζεται κάθε φορά αν ο ασθενής πήρε όντως τα φάρμακά του ή όχι. Οι νοσηλευτές πρέπει να επιτηρούν και να παρατηρούν εάν και εφόσον ο κάθε ασθενής έλαβε τη φαρμακευτική του αγωγή πλήρως. Για αυτό γίνεται λόγος, καθώς είναι αρκετές οι φορές που οι ψυχικά ασθενείς, συχνά δε θέλουν να πιούν τα χάπια τους, αρνούνται να συνεργαστούν, με αποτέλεσμα να τα κρύβουν, τα φτύνουν. Ως εκ τούτου, απαιτείται μεγάλη προσοχή, γύρω από αυτό το ζήτημα από το μέρος του νοσηλευτή.

Όταν μάλιστα οι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν και αυτοκτονικές τάσεις, τότε ο νοσηλευτής αντιμετωπίζει μεγαλύτερο πρόβλημα και πρέπει να δείχνει ιδιαίτερη προσοχή και αίσθημα ευθύνης. Κύριος σκοπός αντιμετώπισης του αυτοκτονικού ασθενούς στο νοσηλευτικό τμήμα, είναι η διάσωση της ζωής του πρώτου. Ο άρρωστος χρειάζεται μη τιμωρητική προσέγγιση και ομαλή συμπεριφορά σε άλλες υπηρεσίες. Το να τον αφήσει κανείς μόνον ή κοντά σε επιβλαβή ή εν δυνάμει επικίνδυνα αντικείμενα, είναι παράπτωμα που θα πρέπει να αποφεύγεται.

Η νοσηλευτική δεν πρέπει να ενδιαφέρεται μόνο για την παρεμπόδιση της πράξης της αυτοκτονίας, ώστε να παραταθεί η ζωή του αρρώστου, αλλά αποβλέπει στη διερεύνηση όσο είναι δυνατό του ορίζοντα της ζωής και στη βελτίωση της ποιότητας αυτής. Επιδιώκει τη βοήθεια του ατόμου να ευρύνει τον τρόπο θεώρησης των προβλημάτων του και να αντιληφθεί ότι υπάρχουν και εναλλακτικές λύσεις. Τον ενισχύει ηθικά να ξαναβρεί την ελπίδα, να ανανεώσει τις αξίες και τους σκοπούς της ζωής του, να αναγεννηθεί και να εμπνευσθεί υπό νέο πρίσμα. Συνεπώς είναι λογικό να αντιμετωπίζει διάφορα διλήμματα και πολλές δυσκολίες.

Ο νοσηλευτής κατά την εκτίμησή του θα πρέπει να εξετάζει μεταξύ άλλων και τους παρακάτω παράγοντες. Αρχικά, την παρουσία σημείων που υποδηλώνουν τάση αυτοκτονίας, τα μέσα με τα οποία το άτομο ζήτησε βοήθεια, προκειμένου να αποκαλυφθεί εγκαίρως το

αυτοκτονικό σχέδιο (Meadows-Oliver,2012). Μεγάλη σημασία πρέπει να δίνει ο ασθενής στην ψυχική κατάσταση του ασθενούς. Στις μεταβολές που τυχόν έχει η ψυχολογία του, ή στις συναισθηματικές μεταπτώσεις του. Καλείται τέλος να γνωρίζει τα υποστηρικτικά πρόσωπα του ασθενούς, καθώς και τον τρόπο ζωής του.

Στον προγραμματισμό της φροντίδας συμμετέχουν ο ίδιος ο άρρωστος, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αλλά και τα σημαντικά πρόσωπα που επιδρούν στην ζωή του αποπειραθέντα. Η φροντίδα επομένως, θα πρέπει να επικεντρώνεται στην προστασία του αρρώστου, στην αύξηση της αυτοεκτίμησής του, στην ενίσχυση των προσαρμοστικών του μηχανισμών. Ο νοσηλευτής καλείται να αναγνωρίσει το υποκείμενο πρόβλημα και να ενεργοποιήσει το περιβάλλον του αρρώστου (Meadows-Oliver,2012). Τέλος, πρέπει να φροντίζει για την εκπαίδευση του ασθενούς. Όλα τα παραπάνω δημιουργούν πολλαπλά προβλήματα κατά την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας και επιφορτίζουν το νοσηλευτικό έργο περεταίρω.

Ας μην λησμονείται, όπως έχει παρατηρηθεί σε πολλές περιπτώσεις, πως οι άνθρωποι μπορούν να αυτοκτονήσουν χρησιμοποιώντας οτιδήποτε μπορεί να λειτουργήσει για κείνους στη δεδομένη στιγμή, από τα πιο προφανή εργαλεία, έως τα πιο ιδιότυπα, από κορδόνια παπουτσιών, ζώνες, επιδέσμους, καλώδια, ποικίλα εργαλεία, κρυμμένα στα πιο ασυνήθιστα μέρη. Έχουν βρεθεί ξυραφάκια μέσα σε βιβλία. Τα σπέρτα κρύβονται εύκολα και οπουδήποτε, θέτοντας σε άμεσο κίνδυνο να βάλει κάποιος φωτιά στον ίδιο του τον εαυτό. Τα χάπια κρύβονται με πλαστικό περιτύλιγμα μέσα σε ένα κομμάτι κέικ. Λάμπες φωτισμού μπορεί να σπαστούν και να χρησιμοποιηθούν για αυτοτραυματισμό, όπως και το σπирάλ του μπλοκ των σημειώσεων, ή το ίδιο το στυλό να αποτελέσει αντικείμενο αυτοτραυματισμού.

Ο πνιγμός στην μανιέρα ή ακόμα και η κατάποση χλωρίνης, που έχει παρθεί από το τροχοφόρο του προσωπικού καθαριότητας, είναι πιθανά σενάρια, που δυστυχώς έχουν παρατηρηθεί. Τα ευρήματα μπορεί να είναι πολλά όσο μεγάλη μπορεί να είναι και η φαντασία του ανθρώπου που υποφέρει και θέλει να βλάψει τον εαυτό του. Για όλους αυτούς τους λόγους λοιπόν, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, θεωρείται πως αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα και πρέπει να είναι όχι μόνο πολύ προσεκτικό αλλά και σε διαρκή επαγρύπνηση (Meadows-Oliver,2012).

Όλα τα παραπάνω, οι τόσες ευθύνες του νοσηλευτή, είναι λογικό να δημιουργούν προβλήματα κατά την νοσηλευτική φροντίδα του ασθενούς με κατάθλιψη. Ο ρόλος του είναι δύσκολος και τα εμπόδια πολλά. Προβλήματα υπάρχουν ωστόσο και στην επικοινωνία με

έναν καταθλιπτικό ασθενή. Μπορεί να μην υπάρχει θέληση από τον ασθενή, ή απλά η ψυχολογική του κατάσταση να είναι τόσο άσχημη που να δυσχεραίνει πολύ την επικοινωνία.

Ο ασθενής με κατάθλιψη έχει μειωμένη ανταπόκριση στην επικοινωνία και τη θεραπεία καθώς οι σκέψεις του κινούνται με μια βραδύτητα, ενώ παράλληλα μπορεί να έχει και προβλήματα στη μνήμη εξαιτίας της ασθένειάς του. Έτσι ο νοσηλευτής καλείται να κάνει περισσότερο κόπο κατά την παροχή της νοσηλευτικής του φροντίδας και επικοινωνίας.

Προβλήματα σχετικά με τις θεραπείες

Οι θεραπείες αυτές είναι συνήθως πολύ ασφαλείς, αλλά μπορεί να έχουν και ανεπιθύμητες επιπτώσεις. Το να μιλάει κανείς για αυτά που του συμβαίνουν μπορεί να φέρει στην επιφάνεια δυσάρεστες αναμνήσεις από το παρελθόν και αυτό μπορεί να είναι οδυνηρό. Κάποιοι άνθρωποι παρατηρούν ότι η θεραπεία αυτού του είδους καταπονεί τη σχέση με το σύντροφό τους. Οι ασθενείς πρέπει να είναι σίγουροι ότι εμπιστεύονται τον ψυχολόγο τους και ότι εκείνος έχει την κατάλληλη εκπαίδευση και εμπειρία ώστε να τους παρέχει ασφάλεια. Ένα άλλο ζήτημα με την ψυχοθεραπεία είναι ότι σε μερικές χώρες είναι ακόμα δύσκολο να λάβει κάποιος τέτοιου είδους θεραπεία, μιας που υπάρχουν τόσο μεγάλες λίστες αναμονής, οπότε μπορεί να μην ληφθεί θεραπεία για αρκετό καιρό (Αρναούτογλου, 2021).

Προβλήματα στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα

Προβλήματα υπάρχουν και στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα που λαμβάνουν οι ασθενείς, καθώς τα φάρμακα αυτά δημιουργούν πολλές παρενέργειες. Κάποιες από τις ανεπιθύμητες αυτές αντενδείξεις είναι η ναυτία, το αυξημένο άγχος, η υπνηλία, η ξηροστομία ακόμα και στερητικά σύνδρομα μπορεί να παρουσιάσουν οι ασθενείς όταν σταματήσουν απότομα κάποιο φάρμακο (Αρναούτογλου, 2021).

Προβλήματα στο θηλασμό

Στις έξι εβδομάδες της ζωής του βρέφους, μητέρες που δίνουν ξένο γάλα «φόρμουλα» έχουν διπλάσια πιθανότητα να παρουσιάσουν συμπτώματα κατάθλιψης, σε σχέση με γυναίκες που θηλάζουν με μητρικό γάλα το μωρό τους. Μητέρες με συμπτώματα κατάθλιψης αμέσως μετά από τη γέννηση του μωρού έχουν αυξημένο κίνδυνο να μην ξεκινήσουν το θηλασμό ή να μη θηλάσουν αποκλειστικά (Beck et al,2006). Καταθλιπτικές μητέρες τείνουν

να θηλάζουν το μωρό τους για μικρότερο χρονικό διάστημα και να βιώνουν μεγαλύτερα προβλήματα στο θηλασμό (Παπαβέντσης, 2010).

Προβλήματα στη φαρμακευτική αγωγή

Όσον αφορά στη φαρμακευτική αγωγή κατά τον θηλασμό, αξίζει να αναφερθεί πως υπάρχουν αντικαταθλιπτικά που δεν βλάπτουν τον θηλασμό και δεν δημιουργούν προβλήματα στο βρέφος, όπως επίσης υπάρχουν και άλλα που δεν συνιστανται ή που ακόμα απαγορεύονται (Ντρίγου, 2018). Φάρμακα για την κατάθλιψη συμβατά με το θηλασμό είναι η ολανζαπίνη (zyprexa), η σιταλοπράμη (seropram), η εσιταλοπράμη (erixat, cipralex), ενώ μη συμβατά αντικαταθλιπτικά, που απαγορεύονται είναι το ladose, φλουοξετίνη και το λίθιο (Ντρίγου, 2018).

Προβλήματα στη σεξουαλική ζωή

Η νέα μητέρα, που έχει διαγνωστεί με επιλόχειο κατάθλιψη, δε νιώθει ευχαρίστηση ούτε ενδιαφέρον για τίποτε. Αυτό μπορεί να ισχύει ιδιαίτερα κατά τη σεξουαλική επαφή. Μερικές γυναίκες δείχνουν ξανά ενδιαφέρον για τη σεξουαλική επαφή πριν από τις 6 εβδομάδες μετά τη γέννα, που γίνεται η πρώτη εξέταση, αλλά συνήθως τα άτομα με επιλόχεια κατάθλιψη δεν έχουν επιθυμία ή ενθουσιασμό. Ο σύντροφος μπορεί να αποζητά την ευχαρίστηση και τη διέγερση της σεξουαλικής επαφής, αλλά εκείνη όχι. Αυτό μπορεί να δημιουργήσει περαιτέρω πρόβλημα στη σχέση, ή να επιτείνει το άγχος της. Υπάρχουν φυσικά πολλοί άλλοι λόγοι για να χάσει η λεχωίδα το ενδιαφέρον της για σεξ μετά τη γέννα. Μπορεί να νιώθει πόνο κατά τη σεξουαλική επαφή, να είναι πολύ κουρασμένη, ή απλώς να προσπαθεί να προσαρμοστεί στον νέο ρόλο της ως γονιός (Παπαχατζόπουλος, 2021).

Προβλήματα στη μητέρα

Όλα τα παραπάνω συμπτώματα της λεχωίδας με επιλόχειο κατάθλιψη, όπως αναφέρθηκαν και προηγουμένως, αποτελούν προβλήματα με τα οποία έρχεται αντιμέτωπη η νέα μητέρα. Η ευθύνη, το άγχος της φροντίδας ενός μωρού, η ευερεθιστότητα, το κλάμα, αίσθημα αναξιότητας, ευαισθησία, ενοχές, φοβίες, δυσκολία στη φροντίδα του βρέφους, διαταραχές όρεξης και ύπνου, ανηδονία.

Προβλήματα στο βρέφος, στην επικοινωνία και στη σχέση μητέρας με το βρέφος

Η κατάθλιψη της μητέρας επηρεάζει τις ικανότητες του γονιού.. Η λεχwoίδα δεν μπορεί να καταλάβει γιατί κλαίει το μωρό της και έτσι δεν μπορεί να το ησυχάσει κι να το παρηγορήσει. Ως αποτέλεσμα, στο μωρό μένει το αίσθημα του ανικανοποίητου. Επιπλέον, στο βρέφος σημειώνονται τα εξής συμπτώματα: απάθεια, κλάμα, μειωμένη εγρήγορση, υπνηλία καθώς και λιγότερες εκφράσεις ικανοποίησης και χαράς. Επίσης μπορεί να παρατηρηθεί μεγάλη ευερεθιστότητα, διαταραχές ύπνου ή ακόμα και ανορεξία. Μεγαλώνοντας λοιπόν είναι ιδιαίτερα πιθανό να αντιμετωπίσει γνωστικά, συμπεριφορικά ή και διαπροσωπικά προβλήματα. Η κατάθλιψη φέρει επιπτώσεις στη σχέση και το δέσιμο μητέρας-βρέφους λόγω της μειωμένης επικοινωνίας. Τέλος το παιδί έχει αυξημένο κίνδυνο σε ατυχήματα, περισσότερες πιθανότητες για σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου ακόμα και κατάθλιψης ενώ παράλληλα εκτίθεται σε σχέσεις ανικανοποίητες με μειωμένο το αίσθημα της αγάπης (Γιαννοπούλου, 2017).

Προβλήματα στον πατέρα

Ακόμα και ο πατέρας όμως έρχεται αντιμέτωπος με τα προβλήματα. Αρχικά το άγχος και ο φόβος για το παιδί αλλά και για την καταθλιπτική μητέρα, έπειτα η ανασφάλεια, οι ευθύνες, ο καινούργιος ρόλος, αυτός του γονέα, είναι μερικές από τις νέες παραμέτρους που έχουν μπει στη ζωή του και καλείται να τις διαχειριστεί. Οι άνδρες, και κυρίως οι νεότεροι, είναι επιρρεπείς στην πατρική επιλόχεια κατάθλιψη. Μελαγχολία, στεναχώρια ή και απελπισία, επιθετικότητα, εκρήξεις θυμού, τσακωμοί με τη σύντροφο είναι λίγα από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν και οι πατεράδες σε αυτή τη φάση της ζωής τους. Επιπλέον, διαταραχές ύπνου και όρεξης καθώς και μειωμένη όρεξη για σεξουαλικές επαφές, είναι σημάδια που έχουν παρατηρηθεί σε αρκετές περιπτώσεις. Όπως είναι όμως φυσικό, περισσότερη πιθανότητα επιλόχειας κατάθλιψης τείνουν να σημειώνουν όσοι έχουν σύζυγο με κατάθλιψη της λοχείας (Oyeturi & Chandra, 2020).

Στίγμα

Οι ψυχικές ασθένειες ακόμα και στον 21^ο αιώνα στιγματίζονται από την κοινωνία και αποτελούν ταμπού. Οι άνθρωποι έχουν στερεότυπα και προκαταλήψεις εις βάρος των ψυχικά ασθενών πράγμα που επηρεάζει δραματικά την αυτοεκτίμηση των ψυχικά νοσούντων που

εμφανίζουν τελικά συναισθήματα ντροπής, απόσυρσης, αυτουποτίμησης και δυσφορίας καθώς και συμπεριφορές εσωστρέφειας και απόκρυψης.

Υποστηρίζεται ότι ο φόβος της ψυχικής διαταραχής δημιουργεί πολύ περισσότερα προβλήματα από την ίδια τη διαταραχή (Καραστέργιου, 2008). Τα άτομα με ψυχικές παθήσεις και διαταραχές νιώθουν μη αποδεχτά από την κοινωνία, αφού δυστυχώς ακόμα και οι επαγγελματίες υγείας διατηρούν μια στερεότυπη εικόνα για όσους πάσχουν από ψυχικές ασθένειες, εδραιωμένη σε ισχυρές προκαταλήψεις και μύθους (Καραστέργιου, 2008).

Τέλος οι διακρίσεις εις βάρος τους που προέρχονται από αυθαίρετες εκτιμήσεις, γενικεύσεις και επικύνδυνες απλουστεύσεις έχουν αρνητικές συνέπειες στην πορεία της ψυχικής νόσου και μεγαλώνουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα αυτά στην προσπάθειά τους να επανενταχθούν στην κοινωνία. Το στίγμα λειτουργεί σαν ανεξίτηλη κληίδα από την οποία το άτομο είναι δύσκολο να αποαλλαχθεί (Καραστέργιου, 2008).

Αρνητικές επιπτώσεις στην οικογένεια

Τα μέλη της οικογένειας είναι αυτά που σηκώνουν το τεράστιο συναισθηματικό βάρος από τη νόσο του συγγενή τους αλλά και το βάρος της φροντίδας και της υποστήριξης του. Η οικογένεια βιώνει συνολικά τις συνέπειες των προκαταλήψεων, του στιγματισμού και των κοινωνικών διακρίσεων. Έτσι και αυτή, θα πρέπει να αναζητήσει βοήθεια (Καραστεργίου, 2008).

Προοπτικές

Υπάρχουν ωστόσο και αρκετά πράγματα που μπορούν όχι μόνο να βοηθήσουν αλλά και να δώσουν μια νέα πιο αισιόδοξη προοπτική στην ασθένεια της κατάθλιψης. Θα ήταν σημαντικό η γυναίκα που αντιμετωπίζει τέτοια θέματα, να είναι σε θέση να εστιάζει όχι μόνο σε όσα τη θλίβουν και ενδεχομένως την πιέζουν αλλά περισσότερο σε αυτά που την ενθαρρύνουν να σκεφτεί με έναν πιο θετικό τρόπο. Για παράδειγμα, όταν είναι κακόκεφες δεν χρειάζεται να εστιάζουν μόνο στα αρνητικά, ώστε να επιδεινώνεται η διάθεσή τους. Σαν αντίδοτο σε αυτή την κατάσταση, θα ήταν καλό να καταγράψουν καταγράψουν δέκα πράγματα για τα οποία είναι πραγματικά ευγνώμονες (Brown et al, 2018). Μπορεί να είναι

οτιδήποτε, από τις σχέσεις με τα αγαπημένα τους πρόσωπα μέχρι μια παράσταση που είδαν πρόσφατα.

Ακόμα, το ξενύχτι μπροστά από την τηλεόραση ή την οθόνη του τάμπλετ μπορεί να αναστατώσει τον ύπνο τους. Σύμφωνα με μελέτη του Πανεπιστημίου Johns Hopkins, η έκθεση στο έντονο φως της τηλεόρασης, του υπολογιστή, του τάμπλετ, ακόμη και των λαμπτήρων, αυξάνει τον κίνδυνο κατάθλιψης. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι η χρόνια έκθεση στο νυχτερινό φως ενεργοποιεί στον οργανισμό τις ορμόνες του στρες που μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη (Brown et al,2018).

Επιπρόσθετα, μια κακή και επιβλαβής συνήθεια, όπως είναι τα κάπνισμα, είναι για πολλούς λόγους σημαντικό να διακοπεί. Ακόμα και στην κατάθλιψη, μελέτη διαπίστωσε ότι οι καπνιστές που έκοψαν το τσιγάρο ένιωθαν λιγότερο καταθλιπτικοί και είχαν πιο θετική προοπτική για τη ζωή σε σχέση με εκείνους που συνέχισαν να καπνίζουν (Borra et al,2015). Ακόμα, θετική μπορεί να προβεί και η επίδραση της θρησκείας και της θρησκευτικότητας στην κλινική πορεία της κατάθλιψης, όπως έχει καταγραφεί από σχετικές μελέτες και έρευνες (Borra et al,2015).

3.13.Πρόληψη-προοπτικές

Όσον αφορά στην πρόληψη, σημαντικό είναι οι μητέρες, να συνδέονται με το μωρό τους. Όσο πιο κοντά του είναι, τόσο πιο ευτυχισμένες θα νιώθουν και θα αντλούν δύναμη από το βλέμμα του και το χαμόγελό του. Πολύ σημαντικός σε αυτό το σημείο, όπως έχει αναφερθεί, είναι και ο θηλασμός, ο οποίος βοηθάει τόσο με τις ορμόνες που εκκρίνονται, όσο και με το δεσμό μητέρας και μωρού, τον οποίο προάγει κι ενισχύει.

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι να φροντίζουν την εμφάνισή τους, την άσκηση και, τη διατροφή τους, γενικά τον εαυτό τους. Να ξεκουράζονται και να χαλαρώνουν, όταν το μωρό κοιμάται. Επιπλέον, θα πρέπει να είναι επιεικείς με τον εαυτό τους. Αρνητικά και αμφιθυμικά συναισθήματα είναι λογικό να βιώνονται τον πρώτο καιρό. Επίσης, να μην περιμένουν ότι από την πρώτη στιγμή θα είναι γίνουν οι «τέλεια μητέρα», μιας που το τέλειο δεν υπάρχει σε καμία έκφανση της ζωής. Σημαντικό είναι να προσπαθεί κανείς πάντα για το καλύτερο, έχοντας υπόψη ότι ο ρόλος της μητρότητας, όπως και το καθετί, μαθαίνεται σιγά σιγά.

Μέσα στην ημέρα, είναι ωφέλιμο, να βρίσκουν λίγη ώρα για να ασχοληθούν με πράγματα που τους προκαλούν ευχαρίστηση. Να βγαίνουν βόλτες μαζί με το μωρό τους. Πρόσωπα με

τα οποία υπάρχουν εσωτερικές ή εξωτερικές συγκρούσεις καλό είναι με σωστό και όμορφο τρόπο να κρατηθούν σε απόσταση. Ακόμα πρέπει να προσπαθούν να βρίσκουν τρόπους να εκφράζουν την οικειότητά τους με το σύντροφό τους. Επίσης, να μοιράζονται τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους με όποιον βρίσκεται συναισθηματικά κοντά τους και μπορεί να τους νιώσει. Αν στο παρελθόν είχαν επιλόχεια κατάθλιψη ή άλλο ιστορικό κατάθλιψης, να ενημερώσουν το γυναικολόγο τους για να τις παραπέμψει σε κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας.

Η επιλόχειος κατάθλιψη είναι μια ψυχική νόσος που μπορεί και πρέπει να θεραπευθεί, αλλιώς γίνεται μόνιμη κατάσταση. Δεν αφορά μόνο τη μητέρα, αλλά και το μωρό, αφού αυτό είναι δέκτης της συναισθηματικής κατάστασης της μητέρας του. Αν νιώσουν ότι δεν είναι ο εαυτός τους, να αναζητήσουν βοήθεια από κάποιον ειδικό. Η μητρότητα είναι μια συγκλονιστική εμπειρία. (Κλειδή, 2012).

Η πρόοδος των νευροεπιστημών και η διαρκώς αυξανόμενη κατανόηση των μοριακών και κυτταρικών μηχανισμών λειτουργίας του εγκεφάλου, είναι η αλματώδης εξέλιξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας οδήγησαν τις τελευταίες δεκαετίες στην ανάπτυξη βιολογικών θεραπειών για την κατάθλιψη, που σε συνδυασμό με τις διάφορες ψυχοθεραπευτικές-υποστηρικτικές μεθόδους, οδηγούν πλέον σε σημαντικά υψηλά ποσοστά επιτυχούς αντιμετώπισης της κατάθλιψης.

Οι βιολογικές αυτές θεραπείες δεν περιορίζονται μόνο στην ανάπτυξη ειδικά στοχευόντων φαρμάκων με υψηλή αποτελεσματικότητα και χαμηλό κίνδυνο παρενεργειών, αλλά ήδη επεκτείνονται και στην επινόηση και εφαρμογή μεθόδων εκλεκτικής ηλεκτρικής διέγερσης εγκεφαλικών δομών και κυκλωμάτων (DBS, rTMS), ενώ στο κοντινό μέλλον διαγράφεται η προοπτική εφαρμογής μοριακά προσαρμοσμένης βιολογικής θεραπείας και θεραπειών αναγέννησης (Limardi,2019). Έχει φανεί ότι τα φλαβονοειδή ασκούν αντινευροφλεγμονώδεις ιδιότητες, καταστέλλοντας τη νευρωνική απόπτωση και διαδραματίζοντας πιθανώς σημαντικό ρόλο σε μηχανισμούς που εμπλέκονται στην παθοφυσιολογία της κατάθλιψης (Beck,2006).

Επιπλέον, ορισμένα φλαβονοειδή φαίνεται ότι βελτιώνουν την υγεία των αγγείων, κυρίως μέσω ενισχυμένης ροής του αίματος, κάτι που ενδέχεται να σχετίζεται με την κατάθλιψη στη τρίτη ηλικία, στην οποία η αγγειακή νόσος έχει ενοχοποιηθεί ως σημαντικός παράγοντας. Η συστηματική υψηλή πρόσληψη τροφίμων πλούσιων σε φλαβονοειδή έχει συσχετιστεί ισχυρά με χαμηλότερο κίνδυνο πολλών εκβάσεων για την υγεία του ατόμου (Beck,2006). Ωστόσο,

παραμένει άγνωστο εάν η παρουσία φλαβονοειδών στη συνήθη διατροφή συνδέεται με την κατάθλιψη.

Ερευνητές του Harvard Medical School της Βοστώνης και επιστήμονες του University of East Anglia του Ηνωμένου Βασιλείου, εξέτασαν τη σχέση της πρόσληψης φλαβονοειδών και συγκεκριμένων τροφίμων πλούσιων σε αυτά, με την εμφάνιση κατάθλιψης μέσα από 2 προοπτικές μελέτες κοορτής σε γυναικείο πληθυσμό, την Nurses' Health Study (NHS) και την Nurses' Health Study II (NHSII). Παράλληλα, ερεύνησαν την παρουσία και το βαθμό συσχέτισης των φλαβονοειδών με την κατάθλιψη της τρίτης ηλικίας (άτομα >65ετών). Η συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης διαπιστώθηκε από την κλινική της διάγνωση ή τη χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

Η αξιολόγηση της πρόσληψης φλαβονοειδών έγινε μέσω ερωτηματολογίων συχνότητας κατανάλωσης 130 τροφίμων, τα οποία συμπλήρωναν οι συμμετέχοντες ανά τέσσερα έτη. Καθώς οι υποκατηγορίες των φλαβονοειδών παρουσιάζουν δομικές διαφοροποιήσεις και διαφορετική βιοδιαθεσιμότητα και βιοδραστικότητα, οι ερευνητές εστίασαν στα είδη που ανευρίσκονται συχνότερα στη συνηθισμένη διατροφή, και συγκεκριμένα στις φλαβονόλες, φλαβόνες, φλαβανόνες, μονομερείς φλαβαν-3-όλες, ανθοκυανίνες και πολυμερή. Στην ανάλυση συμπεριλήφθησαν 45.985 γυναίκες της NHS και 36.658 γυναίκες της NHSII, και κατά τη διάρκεια των 10 ετών παρακολούθησης σημειώθηκαν 10.752 περιπτώσεις κατάθλιψης.

Αρχικά, παρατηρήθηκε αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην πρόσληψη φλαβονολών, φλαβονών, φλαβανονών και τον κίνδυνο εκδήλωσης κατάθλιψης, με ενδείξεις αρνητικής γραμμικής συσχέτισης. Η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι οι γυναίκες με πρόσληψη των παραπάνω φλαβονοειδών στο ανώτερο πεμπτημόριο είχαν 7-10% χαμηλότερο κίνδυνο κατάθλιψης, συγκριτικά με εκείνες του χαμηλότερου πεμπτημορίου.

Επιπλέον, οι κύριες πηγές φλαβονών και φλαβανονών (εσπεριδοειδή και οι χυμοί τους) συσχετίστηκαν σημαντικά και αρνητικά με τον κίνδυνο κατάθλιψης, με δοσο-εξαρτώμενο τρόπο. Πρόσληψη ≥ 2 μερίδων/ημέρα συσχετίστηκε με 18% μείωση του κινδύνου κατάθλιψης, συγκριτικά με πρόσληψη <1 μερίδας/ημέρα. Ακόμα, τα αποτελέσματα έδειξαν μόνο στις συμμετέχοντες της NHS, η υψηλότερη πρόσληψη συνολικών φλαβονοειδών, πολυμερών και προανθοκυανιδινών συσχετίστηκε σημαντικά με 9-12% χαμηλότερο κίνδυνο κατάθλιψης.

Επίσης, η ανάλυση των φλαβονοειδών στην 3η ηλικία, έδειξε ότι σχεδόν όλες οι υποκατηγορίες φλαβονοειδών σχετίζονται με σημαντικά χαμηλότερο κίνδυνο κατάθλιψης. Τέλος, οι ισχυρότερες συσχετίσεις εντοπίστηκαν για τις φλαβόνες και τις προανθοκυανιδίνες, και η συμπληρωματική ανάλυση βάση τροφίμων έδειξε ότι η υψηλότερη πρόσληψη μήλων, αχλαδιών και εσπεριδοειδών συσχετίστηκε με χαμηλότερο κίνδυνο κατάθλιψης.

Η παραπάνω μελέτη εξέτασε για πρώτη φορά, με προοπτικό σχεδιασμό και σε μεγάλη κλίμακα, τη σχέση ανάμεσα στην πρόσληψη φλαβονοειδών και τον κίνδυνο κατάθλιψης. Τα συνδυασμένα αποτελέσματα της NHS και NHSII, στις οποίες συμμετείχαν γυναίκες μέσης και τρίτης ηλικίας, έδειξαν ότι οι υψηλότερες προσλήψεις φλαβονολών, φλαβονών και φλαβανονών σχετίζονται σημαντικά με 7-10% χαμηλότερο κίνδυνο κατάθλιψης.

Επίσης, τα συνολικά φλαβονοειδή, πολυμερή φλαβονοειδή και οι προανθοκυανιδίνες συσχετίστηκαν με σημαντικά μειωμένο κίνδυνο κατάθλιψης στις ηλικιωμένες γυναίκες. Απαιτούνται επιπρόσθετες προοπτικές έρευνες και παρεμβατικές δοκιμές για την επιβεβαίωση των συσχετίσεων, καθώς και μελέτες που θα διευκρινίσουν τους βιολογικούς μηχανισμούς, μέσω των οποίων οι διάφορες υποκατηγορίες φλαβονοειδών συμβάλουν στην πρόληψη της κατάθλιψης (Ρουσινού, 2016).

Μια από τις καλύτερες θεραπείες για το άγχος και την κατάθλιψη είναι η σωματική άσκηση καθώς μπορεί να συμβάλλει στην καταπολέμηση των ορμονών που πλήττουν την ψυχολογία. Μέσω της άσκησης παράγονται ενδορφίνες, οι οποίες αλληλεπιδρούν με τους υποδοχείς στον εγκέφαλο που μειώνουν την αίσθηση του πόνου. Αυτές οι ουσίες είναι υπεύθυνες για το συναίσθημα που ακολουθεί μετά το τρέξιμο ή την προπόνηση που συχνά περιγράφεται ως «ευφορία» και πολύ συχνά συνοδεύεται από μία θετική προοπτική για τη ζωή. Μάλιστα είναι ιδιαίτερα σημαντικό το ότι μέσω της άσκησης το σώμα μετά από μια εγκυμοσύνη μπορεί να επανέλθει πολύ πιο γρήγορα στην αρχική του κατάσταση.

Η τακτική άσκηση έχει επιβεβαιωθεί ότι μειώνει το στρες αποκρούει την κατάθλιψη, τονώνει την αυτοπεποίθηση και βελτιώνει τον ύπνο. Παράλληλα έχει οφέλη για την υγεία καθώς ενδυναμώνει την καρδιά, αυξάνει τα επίπεδα ενέργειας, μειώνει την αρτηριακή πίεση, βελτιώνει τον μυϊκό τόνο, ενισχύει τα κόκαλα. Η έρευνα ωστόσο έχει αποδείξει ότι η άσκηση είναι ένα αποτελεσματικό αλλά συχνά παραγνωρισμένο όπλο στη θεραπεία της ήπιας ως μέτριας κατάθλιψης (Σπανού K,2018).

Νέα θεραπεία για την επιλόχειο κατάθλιψη

Καθώς ολοένα και περισσότερες γυναίκες νοσούν με επιλόχειο κατάθλιψη, οι έρευνες είναι συνεχείς και εκτεταμένες. Μία στις πέντε γυναίκες παθαίνουν επιλόχειο κατάθλιψη στην Νέα Υόρκη. Η New Family Home Visits, ανέλαβε να ξεκινήσει μια δαπανηρή αλλά άκρως αισιόδοξη προσπάθεια να προσφέρει εκτεταμένη πρόσβαση σε προβολές στο σπίτι για το άγχος και την κατάθλιψη μετά τον τοκετό. Οι επισκέψεις κατ' οίκον από ειδικευμένους επαγγελματίες υγείας, είναι ένα ενθαρρυντικό νέο βήμα που θα ενημερώσει, θα προλάβει αλλά και θα συμβάλλει στη μείωση της προκατάληψης ατόμων με ψυχική νόσο. Πρόκειται λοιπόν για μια καινοτόμο προσπάθεια που καλείται να αντιμετωπίσει την ανάγκη για μετεγεννητική φροντίδα ψυχικής υγείας (DelRosario et al,2013).

Κάτι ακόμα πιο ενθαρρυντικό φαίνεται να είναι ένα νέο φάρμακο από τον αμερικανικό οργανισμό τροφίμων, το οποίο δρα μάλιστα με μεγάλη ταχύτητα και δύναται να αποτελέσει σημαντική βοήθεια στην επιλόχειο κατάθλιψη. Πρόκειται για μια σημαντική θεραπευτική επιλογή,σκεύασμα που λαμβάνει άδεια κυκλοφορίας, με την ετικέτα Zulresso. Χορηγείται ενδοφλεβίως κατά τη διάρκεια 60 ωρών και η μητέρα πρέπει να μείνει σε νοσηλεία γιατί το φάρμακο μπορεί να φέρει ζάλη και λιποθυμία (Belluck, 2019).

Ποιές κινδυνεύουν από επιλόχειο κατάθλιψη

Ερευνητές από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου του Γουόρικ με επικεφαλής τον έλληνα καθηγητή Δημήτρη Γραμματόπουλο, αναφέρουν πως ένα απλό τεστ αίματος μπορεί να δείξει ποιες γυναίκες αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο για επιλόχεια κατάθλιψη. Σύμφωνα με την εν λόγω έρευνα, γυναίκες που παρουσιάζουν κατάθλιψη μετά τη γέννα έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίζουν γενετικές παραλλαγές σε δύο υποδοχείς που εμπλέκονται στην απόκριση του οργανισμού στο στρες.

Με δεδομένο μάλιστα ότι μια στις επτά γυναίκες παρουσιάζει επιλόχεια κατάθλιψη, οι ειδικοί πιστεύουν ότι η νέα εξέλιξη θα μπορεί να οδηγήσει σε εντοπισμό και σε έγκαιρη αντιμετώπιση της κατάστασης, και κατά συνέπεια θα μπορούν να βελτιώσουν τόσο τη δική τους ζωή όσο και του παιδιού τους. Σήμερα οι γυναίκες που πάσχουν από επιλόχεια κατάθλιψη, η οποία συνήθως εμφανίζεται δύο εβδομάδες μετά τη γέννα, διαγιγνώσκονται κατά τύχη, σε περίπτωση δηλαδή που κάποιος συγγενής τους ή άλλο κοντινό τους πρόσωπο

παρατηρήσει τα συμπτώματα. Ωστόσο πολλές νέες μητέρες δεν παραδέχονται ότι αντιμετωπίζουν πρόβλημα καθώς πιστεύουν λανθασμένα ότι θα χαρακτηριστούν ως κακές μητέρες.

Παρουσιάζοντας τα νέα αποτελέσματα κατά τη διάρκεια του Διεθνούς Συνεδρίου Ενδοκρινολογίας στη Φλωρεντία ο κ. Γραμματόπουλος ανέφερε ότι «οι σύγχρονες πρακτικές ελέγχου βασίζονται στην τυχαία διάγνωση των περιπτώσεων επιλόχειας κατάθλιψης με χρήση ‘εργαλείων’ όπως η Κλίμακα Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (EPDS). Ωστόσο αυτού του είδους τα τεστ δεν εντοπίζουν τις γυναίκες που αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο για κατάθλιψη μετά τη γέννα» (Goodman, 2013).

Η επιλόχεια κατάθλιψη προλαμβάνεται

Στα ίδια πλαίσια κινείται και ένα νέο τεστ χαμηλού κόστους που δύναται να προσφέρει τη δυνατότητα έγκαιρης πρόβλεψης της επιλόχειου κατάθλιψης, σύμφωνα με βρετανούς ερευνητές του Πανεπιστημίου Warwick. Το εν λόγω σκεύασμα βασίζεται στην εξέταση λίγων σταγόνων αίματος και αναλύει κατά πόσο υπάρχουν μεταλλάξεις σε δύο γονίδια που σχετίζονται με την απόκριση του οργανισμού στο στρες (Goodman, 2004).

Όπως χαρακτηριστικά δηλώνουν οι ερευνητές του Πανεπιστημίου Warwick «αν αναγνωρίσουμε τις γυναίκες υψηλού κινδύνου νωρίς, μπορούμε να τους χορηγήσουμε θεραπεία ή να εισαγάγουμε προληπτικά μέτρα εγκαίρως ούτως ώστε να ανακόψουμε την πορεία της νόσου». Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι πρόσφατα ανακοινώθηκε επίσης ότι και οι επιστήμονες από το Πανεπιστήμιο Johns Hopkins της Βαλτιμόρης, εξετάζουν σε επίπεδο κλινικών δοκιμών μια εξέταση αίματος για τη διάγνωση της επιλόχειου κατάθλιψης. Έτσι, οι γυναίκες που θα διαγνωστούν με αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν επιλόχειο κατάθλιψη θα μπορούν να ακολουθήσουν την κατάλληλη θεραπεία, προκειμένου να μειωθεί η σοβαρότητα της κατάστασης ή ακόμα και να προληφθεί η εμφάνισή της, υποστηρίζουν οι επιστήμονες (Μάλλιου-Κριαρά, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ο ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ: ΡΟΛΟΣ, ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Κοινοτική νοσηλευτική είναι ο κλάδος της νοσηλευτικής επιστήμης ο οποίος συνδυάζει επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες τις οποίες χρησιμοποιεί στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των ατόμων, των οικογενειακών ομάδων, των κοινοτήτων που βρίσκονται στο σπίτι, στο σχολείο, στο χώρο της εργασίας, στην οικογένεια, στα ΚΑΠΗ ή στα γηροκομεία (Κυπαρίσση, Μαυρουδή & Μπακρατσά, 2014). Γενικότερα είναι η νοσηλευτική εργασία που λαμβάνει χώρο έξω από το θεραπευτικό περιβάλλον του νοσοκομείου.

Οι σκοποί αυτού του κλάδου της νοσηλευτικής είναι αρχικά η πρόληψη και ο περιορισμός της εξέλιξης της αρρώστιας. Έπειτα ο περιορισμός των επιπτώσεων μιας αναπόφευκτης αρρώστιας. Ακόμη, η εξασφάλιση επιδέξιας επιστημονικής φροντίδας στο άρρωστο ή ανάπηρο άτομο. Τέλος, η ενημέρωση και η συμβουλευτική των οικογενειών ή ομάδων στην απόκτηση υγιεινού τρόπου ζωής για την προαγωγή της κοινοτικής υγείας (Κυπαρίσση, Μαυρουδή & Μπακρατσά, 2014).

Τα βασικά χαρακτηριστικά που θα πρέπει να διέπουν τον κοινοτικό νοσηλευτή είναι μεταξύ άλλων οι νοσηλευτικές γνώσεις, η ξεκάθαρη αντίληψη και η ικανότητα να προλαμβάνει αλλά και να αντιμετωπίζει έγκαιρα τυχόν προβλήματα. Ακόμα η ικανότητα επικοινωνίας με τους άλλους αλλά και η ικανότητα διδασκαλίας και καθοδήγησης των άμεσα εμπλεκόμενων, όπως και η γνώση όλων των μέσων και των πηγών που υπάρχουν στην κοινότητα (Κυπαρίσση, Μαυρουδή & Μπακρατσά, 2014).

Η πρόληψη στην κοινότητα και η πρόληψη της επιλόχειου κατάθλιψης

Με τον όρο πρόληψη εννοούμε το σύνολο των μέτρων που πρέπει να πάρει μια κοινωνία για να αποφύγει ενέργειες και καταστάσεις που θα μπορούσαν να αποδιοργανώσουν ή έστω να επηρεάσουν αρνητικά ένα άτομο ή το σύνολο της κοινωνίας γενικά, ανατρέποντας την φυσιολογική λειτουργία της κοινωνίας αυτής (Borrac et al,2015).

Η πρόληψη είναι πολυσύνθετη σε πολλά επίπεδα και με πολλές διαστάσεις, γιατί εκτός από ιατρικές και επιστημονικές διαστάσεις έχει επίσης και κοινωνικές και φιλοσοφικές και ακολουθεί μια συνολική στρατηγική, δίνοντας βέβαια σημασία στην επιστήμη ως επί το πλείστον και στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων από την έρευνα.

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ

Πρωτοβάθμια ονομάζουμε την πρόληψη που έχει σκοπό να προλάβει την εμφάνιση μιας ασθένειας ,να χτυπήσει δηλαδή τους παράγοντες που την προκαλούν. Εκτός από τις απορίες που δημιουργούνται για την πρωτοβάθμια πρόληψη για ορισμένες ψυχιατρικές ασθένειες, των οποίων δεν ξέρουμε ακόμα τα αίτιά τους όπως για παράδειγμα του αυτισμού, οι περισσότερες απόψεις συμφωνούν στο συμπέρασμα ότι η πρόληψη στοχεύει να ευαισθητοποιήσει ολόκληρο τον πληθυσμό της κοινωνίας σε θέματα που αφορούν την υγεία και κυρίως την ψυχική υγεία (Κουζιώκα, 2016).

Ειδικά στην εφαρμογή της πρωτοβάθμιας πρόληψης , ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας, εργαζόμενος ατομικά ή καλύτερα ως μέλος μιας ομάδας επαγγελματιών, μπορεί να διαδραματίσει έναν σπουδαίο ρόλο στην κοινότητα προσέχοντας και δίνοντας σημασία σε πολύ σημαντικά σημεία, όπως αναφέρονται παρακάτω. Αρχικά να μελετήσει τους παράγοντες και τις συνθήκες που βοηθούν στη διατάραξη της ψυχικής ισορροπίας όπως συνθήκες διαβίωσης, προβλήματα στις διαπροσωπικές και οικογενειακές σχέσεις , αλλά και

επιπρόσθετους άλλους παράγοντες που οδηγούν στην ψυχική νόσηση. Κατόπιν να προλάβει καταστάσεις και κοινωνικά φαινόμενα που μπορεί να οδηγήσουν το άτομο στην εκδήλωση κάποιας ψυχικής νόσου όπως η σωματική βία ή κάποιου είδους ψυχολογικής ή λεκτικής βίας (Borrac et al,2015).

Ακόμα, η απόρριψη, η περιφρόνηση, η αποδοκιμασία από μέλη της οικογένειας ή από το στενό περιβάλλον , όπως για παράδειγμα οι φίλοι, οι παρέες που μπορεί να οδηγήσουν σε επιβλαβείς συνήθειες όπως η χρήση τοξικών ουσιών, ή η υπερβολική κατανάλωση οινόπνευματος και άλλα. Στη συνέχεια ο κοινοτικός νοσηλευτής μπορεί να ενημερώσει,να διδάξει τον πληθυσμό της κοινότητας με πρακτικές οδηγίες για την καθημερινότητά τους. Επίσης να συμβουλεύσει και να διδάξει τρόπους και πρακτικές αντιμετώπισης των προβλημάτων της ζωής, προλαμβάνοντας με αυτόν τον τρόπο προβλήματα που μπορούν να οδηγήσουν σε ψυχική νόσο (Meadows & Oliver,2012).

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι οι πιο αποτελεσματικοί δίνοντας σημασία στην ψυχική νόσο παρά στην ψυχική υγεία. Σημαντικό και πρωταρχικό ρόλο για την πρόληψη στην ψυχιατρική, διαδραματίζει η ενημέρωση από άτομα υπεύθυνα και εκπαιδευμένα, απόλυτα ενημερωμένα με εξειδίκευση , που θα ιεραρχήσουν διάφορες προτεραιότητες . Αυτά τα άτομα θα είναι σε θέση να ενημερώνουν το κοινό με πλήρως οργανωμένο πρόγραμμα που από τη μία θα εκθέτει όλες τις πτυχές της υγείας και από την άλλη τους κινδύνους που θα απορρέουν , αν δεν λαμβάνουν πρόληψη. Μάλιστα με αυτόν τον τρόπο θα αποφεύγονται καταστάσεις που θα μπορούν να οδηγήσουν σε ψυχικές διαταραχές.

Στην πρωτοβάθμια προληπτική ψυχιατρική , δεν παρέχεται φροντίδα μόνο για την πρόληψη της νόσου, αλλά και για την ποιότητα της ζωής των ανθρώπων. Εξάλλου υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Επειδή όμως η πρόληψη απαιτεί γνώσεις ζωτικής σημασίας και η διάδοση τέτοιων γνώσεων βοηθά στη λύση πολλαπλών προβλημάτων, τόσο κοινωνικοοικονομικών όσο και οικογενειακών, για αυτό είναι ανάγκη να υπάρχει ενεργητική συμμετοχή και δραστηριοποίηση όλης της κοινότητας και κατάλληλη εκπαίδευσή της στον τομέα αυτό (Κουρμπέλης, 2018).

Η πρωτοβάθμια πρόληψη επιτυγχάνει τους στόχους της, όταν όλο και λιγότερα άτομα αναγκάζονται να ζητήσουν εξειδικευμένη ψυχιατρική βοήθεια. Τότε πραγματικά η πρωτοβάθμια πρόληψη έχει εκπληρώσει τον σκοπό της. Ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια πρόληψη πρέπει να θέσει τους εξής στόχους. Πρώτα-πρώτα θα

πρέπει να φροντίσει ώστε να υπάρξει και να εδραιωθεί καλά μια αμφίδρομη σχέση ανάμεσα στην μονάδα ψυχικής υγείας και στην κοινότητα. Μόνο έτσι θα μπορέσει να προωθήσει τα προληπτικά προγράμματα που έχουν ετοιμαστεί για την ψυχική υγεία όλης της κοινότητας.

Για να επιτύχει μάλιστα αυτή τη σχέση πρέπει να είναι ενημερωμένος για την ιδιομορφία και ιδιοσυγκρασία των κατοίκων του τόπου του, για τη σύνθεση του πληθυσμού της, το μορφωτικό τους επίπεδο, την κοινωνική τους δράση αλλά και για όσα πιο πολλά στοιχεία την αφορούν, ώστε να γνωρίζουν σε μεγάλο βαθμό με τι έχουν να κάνουν. Ακόμα, θα πρέπει να ευαισθητοποιήσει τους παράγοντες του τόπου, κοινοτικούς άρχοντες και σημαίνοντα πρόσωπα και από αυτούς όλους τους κατοίκους της περιοχής για θέματα πρόληψης, την έγκαιρη αντιμετώπιση κάποιας ψυχικής αρρώστιας ώστε να αποταθούν και να παραπέμψουν άμεσα το άτομο ή τα άτομα που θα χρειαστεί σε ψυχιατρικές υπηρεσίες (Meadows & Oliver, 2012). Τέλος, για να μπορέσουν να λειτουργήσουν όλα τα παραπάνω, συμπεριλαμβανομένων και όλων των δυσκολιών τους, προκειμένου να βελτιώνεται και να διατηρείται η υγεία των κατοίκων, σημαντικό θα είναι να εφαρμόζεται πρωτοβάθμια πρόληψη με τη βοήθεια και τη συνεργασία όλων των μη ψυχικά ασθενών ατόμων της κοινότητας.

ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η Δευτεροβάθμια πρόληψη στοχεύει σε άτομα με έντονα ερχόμενη ψυχική νόσο ή ακόμα σε άτομα που νοσηλεύονται από άλλη σωματική πάθηση, αλλά παρουσιάζουν ταυτόχρονα και συμπτώματα ψυχικής νόσου, έτσι ώστε να βοηθηθούν επί τη ευκαιρία εγκαίρως. Η πρόληψη σε αυτό το επίπεδο αποβλέπει ως επί το πλείστον στο να μεταφερθεί ο πυρήνας παροχής βοήθειας από κάποιο άσυλο στην κοινότητα. Ειδικότερα στο να ανιχνευθούν ψυχικά ασθενείς δίνοντάς τους έγκαιρη αποτελεσματική θεραπεία, σε όσο το δυνατόν μικρότερο σε διάστημα χρόνο νοσηλείας, με σκοπό να αποφεύγονται και περαιτέρω παθολογικές επιπτώσεις (Hung, 2004).

Ο βασικός στόχος της δευτεροβάθμιας πρόληψης έγκειται δηλαδή στη μεταφορά της φροντίδας από το άσυλο στην κοινότητα, κάτι το οποίο έχει επιτευχθεί σε πολλές ευρωπαϊκές και άλλες χώρες χάρη στη μεγάλη συνδρομή των κατοίκων της κοινότητας. Πρόκειται για ένα νέο πνεύμα, μια νέα φιλοσοφία που έχει σκοπό την συνύπαρξη και τη συγκοινωνία ατόμων με ψυχικές νόσους με άτομα υγιή που ζουν και δρουν στην ίδια κοινωνία, έχουν τις ίδιες δραστηριότητες και διεκδικούν τις ίδιες ευκαιρίες. Η δημιουργία και λειτουργία

διαφόρων μονάδων πρωτοβάθμιας πρόληψης και περίθαλψης και διαφόρων ομάδων αποκατάστασης μέσα στη ίδια κοινότητα στοχεύει πρωτίστως στη βελτίωση των συνθηκών ζωής μέσα στα ψυχιατρεία υιοθετώντας νέες θεραπευτικές μεθόδους (Hung,2004). Περιλαμβάνει καθημερινές δραστηριότητες μέσα στο ίδρυμα και αν είναι δυνατόν εργασιακή απασχόληση των ασθενών σε περιβάλλον υγιών ανθρώπων μέσα στην κοινότητα.

Όλα αυτά είχαν ως αποτέλεσμα να μειωθεί ο αριθμός των ψυχιατρείων αλλά και ο αριθμός των κατελιμμένων κρεβατιών μέσα στα ήδη υπάρχοντα. Παρατηρήθηκε ακόμα, σημαντική διαφορά όσον αναφορά στο επίπεδο νοσηλείας μέσα στις κλινικές, αλλά και ουσιαστική διαφορά στη μετέπειτα επανένταξή τους στην κοινωνία μετά την αποθεραπεία τους (Κουζιώκα, 2016).

Οι νέες θεωρίες στόχευαν στο να παραμείνει σε καλό επίπεδο το αποτέλεσμα της θεραπείας του ασθενούς και εξασφαλίζοντας για την μετέπειτα ζωή του μια ειλικρινή και ουσιαστική διαπροσωπική σχέση μεταξύ αυτού και του νοσηλευτή του. Υπό αυτό το πρίσμα, ο ασθενής ενθαρρύνεται ώστε να μπορεί εύκολα να εκφράζει ανά πάσα στιγμή κάθε πρόβλημά του, κάθε δυσκολία του έχοντας εμπιστοσύνη στον νοσηλευτή (Hung,2004). Μέσα από μια τέτοια σχέση, ο νοσηλευτής θα είναι σε θέση να αξιολογεί τις σημαντικές ψυχικές ανάγκες αλλά και τις δυσκολίες του ασθενούς και να δίνει τις κατάλληλες λύσεις, καθορίζοντας παράλληλα εφικτούς και ρεαλιστικούς τρόπους αντιμετώπισης των δυσκολιών του. Μαζί και οι δυο σε συνεργασία, θα μπορούν στη συνέχεια, να καταστρώνουν κατάλληλο πρόγραμμα προσαρμογής του ασθενούς στο κοινωνικό σύνολο αμβλύνοντας πιθανά αρνητικά συναισθήματα και άσχημες καταστάσεις όπως επιθετικότητα, λύπη, αρνητισμός, ψευδαισθήσεις, τάσεις αυτοκαταστροφής και γενικότερα παραίτηση από την ίδια τη ζωή (Borra et al,2015). Παράλληλα με τα παραπάνω υπάρχει και ένας ακόμα ρόλος, αυτός του να οικοδομηθεί μία σωστή σχέση με το κοινωνικό σύνολο σε γερές βάσεις. Εδώ μπορούν να συμπεριληφθούν και οι ποιοτικότεροι οικογενειακοί και κοινωνικοί δεσμοί μέσα από συνεχή προσπάθεια ώστε να συσφιχθούν περισσότερο.

Πάνω από όλα είναι απαραίτητη μια σφαιρική αντιμετώπιση του ασθενούς, η οποία εκτός από τη λύση προβλημάτων και εκτός από την παροχή ενός τυπικού προγράμματος, απαιτείται πρωτίστως η ανθρώπινη συμπεριφορά που θα διαπνέεται από διάθεση για συνεργασία και θέληση για ουσιαστική βοήθεια, με κύρια χαρακτηριστικά τη διακριτικότητα, την ευγένεια και την εχεμύθεια (Borra et al,2015). Όλα αυτά τα στοιχεία φυσικά, γίνονται αμέσως αντιληπτά από τον ασθενή, οποίος με τη σειρά του τα δέχεται

θετικά και ευεργετικά για την ψυχολογία του. Έτσι λοιπόν μαζί με όλα τα προγράμματα και τις αγωγές, είναι εξίσου απαραίτητη και η ενσυναίσθηση, η συμπαράσταση του νοσηλευτή, η κατανόηση των δυσκολιών και των προβλημάτων του (Borra et al,2015). Όλα αυτά με τη σειρά τους μπορούν να έχουν και πολύ θεαματικά αποτελέσματα στη βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς.

Επίσης από τη μεριά του νοσηλευτή ψυχικής υγείας, αν ο ίδιος νιώθει ότι έχει απέναντί του έναν άνθρωπο και όχι ένα ασθενές πρόσωπο όν, χωρίς αισθήματα και εσωτερικό ψυχικό πλούτο, τότε όντως θα είναι πολύ αποτελεσματικότερος και ουσιώδης στις προσπάθειές του ως επαγγελματίας (Brown et al, 2018). Γιατί κατά αυτόν τον τρόπο θα πρέπει να αποβλέπει ο νοσηλευτής, σε μια σωστή σχέση συνεργασίας, αλληλοκατανόησης, αλληλοεκτίμησης, με απώτερο σκοπό να επιτευχθεί η σωματική και ψυχική λειτουργικότητα του ασθενούς στην οργάνωση της καθημερινότητάς του, όπως και στη σωστή επανένταξή του στη ζωή της κοινότητας. Για αυτό γίνονται προσπάθειες από την κοινοτική νοσηλευτική ψυχικής υγείας να παρέχεται η φροντίδα στον ασθενή από την κοινότητα και όχι από άσυλα και ψυχικά ιδρύματα, όπως αναφέρθηκε παραπάνω.

Πρέπει βέβαια να υπάρχει εκ των προτέρων εμπειριστατωμένη και πλήρης ενημέρωση του πληθυσμού και ευαισθητοποίησης τους για την ψυχική ασθένεια, ώστε όταν παραστεί ανάγκη, να είναι εύκολη η προσφυγή σε κοινοτικές ψυχιατρικές υπηρεσίες. Επίσης είναι λογικό, ότι μόνος του ο νοσηλευτής, με όσες προσπάθειες κι όσες φροντίδες και αν κάνει ο ίδιος, όλα αυτά δεν αρκούν αν δεν βοηθήσει ακολουθώντας με την ανάλογη προσπάθεια και η οικογένεια ,εφόσον υπάρχει ή και το κοινωνικό περιβάλλον (Brown et al,2018). Και οι δύο αυτοί παράγοντες παίζουν ρόλο ζωτικής σημασίας για την ομαλή, ανώδυνη και εύκολη επιστροφή του ασθενούς στην κανονικότητα, σε φυσιολογικούς ρυθμούς ζωής, αφού θα είναι έτοιμοι ανά πάσα στιγμή να του δώσουν χέρι βοήθειας.

ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ

Η τριτοβάθμια πρόληψη στοχεύει στην αποκατάσταση ανάπηρων ανθρώπων που είναι και ψυχικά ασθενείς. Αποβλέπει στην κοινωνική και επαγγελματική τους αποκατάσταση και για την επίτευξη αυτού του στόχου η τριτοβάθμια πρόληψη ασχολείται με την εκπαίδευση του ασθενούς για την οργάνωση του καθημερινού του βίου, αλλά και με τη σωστή εκπαίδευση των φορέων της κοινότητας (Nielson et al,2007). Αυτό είναι και το πρώτο στάδιο αποκατάστασης.

Ο κοινοτικός νοσηλευτής ψυχικής υγείας θα πρέπει να γνωρίζει ότι όσο χρονίζει η ψυχική νόσος και ιδιαίτερα η ψύχωση, τόσο ο ασθενής οδηγείται σε έκπτωση σε όλους τους τομείς ψυχολογικούς, σωματικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς και επαγγελματικούς. Για να επιτευχθεί επομένως η αποκατάσταση και η επανένταξη πρέπει να αντιμετωπισθούν όλοι αυτοί οι τομείς. Θα βοηθούσε πολύ στη βελτίωση της κατάστασης του αρρώστου μια αντικειμενική καταγραφή και ένας σωστός προγραμματισμός των στόχων και των παρεμβάσεων στην κοινωνική και επαγγελματική τους επανένταξη (Kirokawa et al,2019).

Εδώ έγκειται και η χρησιμότητα μιας διεπιστημονικής ομάδας που θα σχεδιάσει και θα υλοποιήσει το πρόγραμμα αποκατάστασης. Αυτή θα μπορεί να εκτιμά πρώτα τη φύση και τη βαρύτητα του προβλήματος και παράλληλα τη δυνατότητα του ασθενούς να το αντιμετωπίσει. Μετά θα είναι σε θέση να προχωρά στην αποκατάσταση έχοντας υπόψη ότι απαραίτητος κρίνεται ο συντονισμός με άλλες υπηρεσίες και η επιδίωξη αμοιβαίας και ισότιμης συνεργασίας με ειδικούς άλλων οργανισμών σχετικών με την ψυχική υγεία (Serge et al,2018). Τέτοιοι οργανισμοί μπορεί να είναι σχολεία, δικαστήρια, οικογενειακοί σύμβουλοι, εργατικές οργανώσεις, εκκλησίες αλλά ίσως και νοσοκομεία.

Έπειτα η αντιμετώπιση του ασθενούς και η προσέγγιση των προβλημάτων του θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη με βάση το ατομικό στοιχείο, αντιμετωπίζοντας τον ασθενή ως ξεχωριστό άτομο, με συγκεκριμένες ανάγκες και ιδιοσυγκρασία που θα κρίνονται μέσα από εξατομικευμένο πρόγραμμα, μόνο για εκείνον (Nielson et all,2007). Σε αυτό το πλαίσιο φυσικά, όπως έχει τονιστεί, η οικογένεια και η κοινότητα θεωρούνται ως άμεσοι υποστηρικτές του έργου τους, μέσα στο οποίο θα πρέπει όλοι να συμβάλλουν και να ενθαρρύνουν την προσπάθεια του ασθενούς. Τέλος, θα είναι σημαντικό να υπάρχουν εναλλακτικές προτάσεις για τη λύση των προβλημάτων και στόχοι ρεαλιστικοί και προγραμματιζόμενοι, μέσα από ευκαιρίες που μπορεί να προσφέρει η ελεύθερη αγορά και αντίστοιχα προγράμματα επαγγελματικής αποκατάστασης (Kirokawa et al,2019).

Άλλοι στόχοι είναι βραχυπρόθεσμοι, άλλοι μεσοπρόθεσμοι και άλλοι μακροπρόθεσμοι. Όλα πρέπει να γίνονται με διορατικότητα και η όλη διαδικασία να ακολουθεί μεταξύ άλλων, τα παρακάτω στάδια. Να εκτιμά τις δεξιότητες του ασθενούς, να σχεδιάζει τους στόχους αλλά και τους τρόπους υλοποίησης αυτών. Να αξιολογεί τα αποτελέσματα και να λαμβάνει σοβαρά υπόψη της τελική εργασιακή αποκατάσταση του ατόμου, μιας και το τελευταίο αναδεικνύεται και το πλέον σημαντικό. Να τονιστεί, πως δεν είναι δυνατό να παραλειφθεί κάποιο στάδιο καθώς το ένα εξαρτάται από τα προηγούμενα και απορρέει από αυτά.

Φυσικά η αποκατάσταση ενός χρόνια ψυχιατρικού ασθενούς δεν είναι απλή υπόθεση. Είναι μια προσπάθεια που χρειάζεται σχεδιασμένες και οργανωμένες υπηρεσίες που να καλύπτουν τις καλύτερες ανάγκες του. Η βιβλιογραφία έχει προσδιορίσει ακριβώς τις βασικές αρχές πάνω στις οποίες στηρίζεται η οργάνωση αυτής της προσπάθειας ως ένα σύνολο από κατάλληλες ενέργειες αλλά και παροχές που χρησιμεύουν τόσο για τη θεραπεία όσο και για την αποκατάσταση των ασθενών με ψύχωση (Kirokawa et al,2019). Αρχικά οι αποτελεσματικές υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής παρακολούθησης και η χορήγηση των κατάλληλων φαρμάκων. Στη συνέχεια η στενή συνεργασία με νοσοκομειακές και κοινοτικές υπηρεσίες, αμέσως όμως μετά τη διάγνωση, καθώς μόνο τότε θα μπορούν να φέρουν αποτέλεσμα. Ακόμα η επικοινωνία με τα υποστηρικτικά συστήματα της κοινότητας θα πρέπει να είναι συνεχής και υπεύθυνη και να προτιμάται η ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, όταν αυτό είναι εφικτό.

Ένα ακόμα ζήτημα που ιδίως στην εποχή μας τόσο σε παγκόσμιο επίπεδο όσο και σε εθνικό, αποτελεί μεγάλο και δυσεπίλυτο πρόβλημα, είναι η ανεργία. Και να φυσικά αυτό απασχολεί και ταλανίζει ένα μεγάλο αριθμό του πληθυσμού, είναι κατανοητό πόσο επηρεάζει άμεσα την άμεσα την ψυχολογία των πασχόντων από ψυχικά νοσήματα. Για αυτό ειδικά το πρόβλημα, έχουν δημιουργηθεί σε προηγμένες χώρες, κοινωνικές επιχειρήσεις συνεταιριστικού χαρακτήρα, η δράση των οποίων θα πρέπει να υιοθετηθεί και από άλλες χώρες όπως η δική μας, καθώς έχουν αποδειχτεί ιδιαίτερα βοηθητικές (Serge et al,2018). Οι επιχειρήσεις αυτές παράγουν έργο μέσα σε πραγματικές συνθήκες εργασίας ,αλλά έχουν ληφθεί υπόψη οι ιδιαίτερες ικανότητες ,δυνατότητες αυτών των ιδιαίτερων ατόμων, με τις ιδιαίτερες ανάγκες τους. Βέβαια η εργασιακή απασχόληση των ψυχικά ασθενών, δεν αποτελεί πανάκεια, λύση για όλα τα προβλήματα, αποτελεί όμως σίγουρα ένα μέρος της αποκατάστασης των ατόμων αυτών, που σε μια κοινωνία που πασχίζει γενικώς, αξίζει να δοθεί και διέξοδος οικονομική για όλους (Nielsen et al,2007).

Στην τριτοβάθμια πρόληψη οι παρεμβάσεις των νοσηλευτών έγκεινται λοιπόν στο να ενθαρρύνουν και να στηρίζουν τον ασθενή για να αποδεχθεί τις παντός είδους δυσκολίες και να καταφέρει να τις αντιμετωπίσει. Αυτό επιτυγχάνεται αναπτύσσοντας και βελτιώνοντας ικανότητες, δεξιότητες, χαρίσματα των ασθενών, ίσως που είχαν και έχουν ξεχάσει, είτε που δεν είχε ποτέ εξασκήσει (Κουζιώκα, 2016).

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΥ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Το ποσοστό αυτό μεγαλώνει πολύ ανάμεσα σε γυναίκες που βρίσκονται σε μειονεκτική θέση από οικονομική και κοινωνική άποψη. Αποτελέσματα έδειξαν ότι αν δεν αντιμετωπισθεί έγκαιρα και σθεναρά η νόσος, μπορεί να ακολουθήσει τη λεχωίδα για αρκετά χρόνια, χωρίς να αποκλείεται να γίνει αιτία και πρόδρομος και για άλλα καταθλιπτικά επεισόδια στο εγγύς ή το απώτερο μέλλον (Serge et al, 2018). Οι έρευνες ίσως δείχνουν ότι τα συμπτώματα και η διάρκεια της λοχειακής κατάθλιψης δεν διαφέρουν εν γένει από τα αντίστοιχα συμπτώματα ή διάρκεια της κατάθλιψης σε άλλα χρονικά διαστήματα της ζωής της γυναίκας. Παρ' όλα αυτά η επιλόχειος κατάθλιψη είναι μοναδική και πρέπει να τυγχάνει ιδιαίτερης φροντίδας και μελέτης, γιατί η γυναίκα βιώνει αυτά τα συμπτώματα σε μια εποχή πολύ δύσκολη, με τον ερχομό του μωρού της στον κόσμο και καλείται να αντιμετωπίσει και να ανταποκριθεί στις βαρύτερες απαιτήσεις του πολύ σημαντικού της ρόλου, αυτού της μητρότητας (Serge et al, 2018).

Η επιλόχειος κατάθλιψη λοιπόν και τα συμπτώματα αυτής, επηρεάζουν πρώτα τη δυνατότητά της να φροντίσει τον εαυτό της, το πιο σπουδαίο όμως είναι ότι επηρεάζει αρνητικά και την ικανότητά της να φροντίσει το βρέφος της. Πολλοί συσχετίζουν τη νόσο με την επιβραδυμένη ή μειωμένη προσκόλληση στο βρέφος, τις ψυχαναγκαστικές σκέψεις να του προκαλέσει βλάβη, την απόρριψή του, ακόμα και μέχρι τη βρεφοκτονία (Κουζιώκα, 2016).

Από την άλλη πλευρά, αυτή των βρεφών, υπάρχουν ενδείξεις ότι τα παιδιά των οποίων οι μητέρες τους είχαν επιλόχειο κατάθλιψη ,έχουν συχνά προβληματική συμπεριφορά, όπως διαταραγμένο ύπνο, δυσκολίες στην πρόσληψη τροφής, εκρήξεις θυμού, νοητική έλλειψη, μειωμένη κοινωνικότητα, ακόμα και ανικανότητα προσοχής ή μέχρι και προδιάθεση για κατάθλιψη. Είναι επομένως βέβαιο το πόσο σημαντικό κρίνεται, η νόσος στη μητέρα να διαγνωστεί εγκαίρως και ορθά (Nielsen et al ,2019).

Επηρεάζει βέβαια η νόσος και τη σχέση του ζευγαριού, όπου συχνά παρατηρείται αυξημένη δυσφορία εκ μέρους του συζύγου, αλλά και αρνητισμός παντός είδους από την πλευρά της γυναίκας, συμβάντα που επηρεάζουν αρνητικά ποικιλοτρόπως.

Όπως φαίνεται λοιπόν, η επιλόχειος κατάθλιψη είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα της δημόσιας υγείας. Ως εκ τούτου πρέπει να αποτελεί βασική προτεραιότητα για την κοινωνία η πρόληψή της όχι μόνο λόγω του υψηλού επιπολασμού αλλά και λόγω των πολύ δυσμενών συνεπειών της. Η ανάπτυξη και η εφαρμογή προληπτικών μέσων σίγουρα θα είναι όχι μόνο αποδοτική ως προς το κόστος θεραπείας αλλά και πολύ χρήσιμη από την

άποψη ανθρωπιάς (Kirokawa et al, 2019). Ο συνετός επίσης τρόπος διάθεσης των οικονομικών πόρων, που τόσο δύσκολα βρίσκονται σήμερα, σε στρατηγικές πρόληψης και όχι για θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου, ολοένα και περισσότερο κερδίζει τόπο.

Δυνατότητα της πρόληψης φαίνεται σε μερικά χαρακτηριστικά της όπως όταν γίνεται γνωστή η έναρξή της αλλά και μια καθορισμένη περίοδος κινδύνου, ενώ τέλος όταν γίνεται κατανοητό εκείνο το ειδικό κομμάτι του γυναικείου πληθυσμού που μπορεί να προσβληθεί. Η πρόληψη όπως αναφέρθηκε, έτσι και στην περίπτωση της επιλόχειας κατάθλιψης διαιρείται σε πρωτογενή δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη.

Η πρωτογενής πρόληψη αποβλέπει στο να μειώσει τον αριθμό των περιπτώσεων που πρόκειται να νοσήσουν, περιπτώσεων που θα παρουσιάσουν μια διαταραχή ή και την ίδια την ασθένεια. Η δευτερογενής πρόληψη έχει σκοπό να μειώσει τον αριθμό των ήδη νοσούντων, αποδεδειγμένων περιπτώσεων με διαταραχή ή την ασθένεια μέσα στον πληθυσμό. Τέλος η τριτογενής πρόληψη στοχεύει στο να μειώσει ποσοτικά τις επιπτώσεις της διαταραχής ή ασθένειας να μειώσει την αναπηρία που προκαλεί στις ήδη πάσχουσες λεχώνες. Σπουδαίο ρόλο διαδραματίζει κυρίως η πρωτογενής πρόληψη, η οποία θα προλάβει το κακό πριν καν δημιουργηθεί, θα το χτυπήσει στη ρίζα του, θα εμποδίσει δηλαδή την ανάπτυξη της επιλόχειας κατάθλιψης.

Η πρωτογενής πρόληψη χωρίζεται σε τρεις επιμέρους κατηγορίες:

Πρώτον, οι καθολικές προληπτικές παρεμβάσεις απευθύνονται σε όλο το κοινωνικό σύνολο. Έτσι χρησιμοποιώντας τα Μ.Μ.Ε., αλλά ιδίως και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης που έχουν μεγάλη χρήση και δημοτικότητα στις μέρες μας, όχι μόνο μπορούν να τονώσουν τις νέες γυναίκες να ενθαρρυνθούν για την απόκτηση τέκνου, αλλά μπορούν να φτιάξουν την ορθή εικόνα της μητέρας, στηρίζοντας γενικά το μεγαλείο της μητρότητας. Δεύτερον, οι εκλεκτικές προληπτικές παρεμβάσεις απευθύνονται σε συγκεκριμένες ομάδες, που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσήσουν από το φυσιολογικό, όπως οι έγκυες γυναίκες που λόγω της εγκυμοσύνης είναι πιο ευάλωτες για να παρουσιάσουν πρόβλημα μετά τον τοκετό. Τρίτον, οι ενδεδειγμένες προληπτικές παρεμβάσεις απευθύνονται σε μικρές ομάδες υψηλού κινδύνου όπως οι έγκυες που είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στο να εμφανίσουν λοχειακή κατάθλιψη, είτε λόγω οικονομικής κατάστασης, είτε λόγω χαμηλής αυτοεκτίμησης και μειωμένης κοινωνικότητας (Κουζιώκα, 2016).

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή στην επιλόχειο κατάθλιψη, επιγραμματικά περιλαμβάνει τακτικές επισκέψεις στο σπίτι και εξίσου τακτική τηλεφωνική επικοινωνία με τον ασθενή. Ακόμα, υπηρεσία προσφοράς φροντίδας παιδιού στην κοινότητα και υπηρεσία κοινωνικής πρόνοιας η οποία δύναται να περιλαμβάνει δωρεάν γεύματα στο σπίτι, κέντρα καθοδήγησης γονέων και προγράμματα ημερήσιας εξόδου της νέας γυναίκας. Ακόμα συνεργασία του νοσηλευτή με την οικογένεια και τους φίλους, αλλά και συζητήσεις με τον σύζυγο-πατέρα, προκειμένου να τεθούν και ερωτήσεις για ενδεχόμενη διάθεση-ροπή προς αυτοκτονία (Ρήγα, 2018).

ΤΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Κατά την περίοδο της λοχείας η νέα μητέρα μπορεί να εμφανίσει διάφορες διαταραχές με αποτέλεσμα να χρειαστεί αρκετές φορές το νοσηλευτικό προσωπικό για βοήθεια. Ο νοσηλευτής έχει σκοπό να χτίσει μια υγιή σχέση εμπιστοσύνης με τη λεχώνα, ως εκ τούτου πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένος για τις ενδείξεις και τα συμπτώματα αυτών των διαταραχών για να μπορεί να ξεχωρίσει σίγουρα το άρρωστο από το φυσιολογικό (Belluk,2019). Στα καθήκοντά του περιλαμβάνονται αρχικά το να ενημερώνει τη μητέρα για τις αλλαγές που γίνονται στο σώμα της κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης-λοχείας. Μια σωστά ενημερωμένη γυναίκα δεν έχει λόγο να φοβάται, να αγχώνεται, να αγωνιά, μιας που αυτά είναι αισθήματα επακόλουθα της άγνοιας (Belluk 2019).

Επιπρόσθετα , το να τη στηρίζει συναισθηματικά. Εκτός από την επιστημονική γνώση που καθυστερεί τη λεχώνα, επιβάλλεται και η συναισθηματική της στήριξη. Η σιγουριά, η ασφάλεια, η εμπιστοσύνη είναι συναισθήματα που πρέπει να διακατέχουν τη λεχώνα και αυτά μόνο ο νοσηλευτής μπορεί να της τα παρέχει και να τη βοηθήσει ώστε να τα αποκτήσει κι εκείνη με την σειρά της (Borra et al,2015).

Ακόμα, κατά τη διάρκεια της λοχείας θα πρέπει να της εξηγεί και να τη βοηθάει στη φροντίδα του μωρού και να εμφυτεύσει μέσα της θαυμασμό, χαρά, περηφάνια για το μυστήριο της μητρότητας της οποίας έγινε κοινωνός. Επίσης να βοηθάει στο θηλασμό με επιμονή και υπομονή. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, να δώσει στη λεχώνα να καταλάβει ότι το δυνατό δέσιμο μητέρας βρέφους που δημιουργείται με αυτή τη διαδικασία , δεν κρατάει όσο

και ο θηλασμός, αλλά και πολλές φορές για ολόκληρη ζωή του βρέφους -μελλοντικού ενήλικου (Beck et al,2006). Έχει δε, πολλά πλεονεκτήματα για τη σωματική όσο και για την ψυχική υγεία τόσο του βρέφους όσο και της ίδιας της μητέρας.

Αξίζει επίσης να τονιστεί η σημασία του συμβουλευτικού και καθοδηγητικού χαρακτήρα του νοσηλευτή και στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, τα οποία με τη σειρά τους, τις ώρες που θα απουσιάζει ο νοσηλευτής, θα δύνανται να συνδράμουν οι ίδιοι με αυτό τον ρόλο του νοσηλευτή, παρέχοντας όπως μπορούν βοήθεια, στήριξη και κατανόηση (Κουζιώκα, 2016). Εδώ εξάλλου έγκειται και η επιτυχία του έργου ενός νοσηλευτή, καθώς αυτός θα πρέπει να διακατέχεται από ευαισθησία, εχεμύθεια, ειλικρίνεια, σοβαρότητα και υπευθυνότητα. Η βάση κάθε ενέργειάς του βρίσκεται και στηρίζεται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη που καλείται ο ίδιος ο νοσηλευτής να οικοδομήσει.

Έτσι με τη βοήθεια αυτής της αμοιβαίας εμπιστοσύνης θα καταφέρει να κάνει σωστή διάγνωση για κάθε θέμα που προκύπτει και να βοηθήσει ουσιαστικά τη νέα μητέρα που πολλές φορές κρέμεται από πάνω του. Θα μπορέσει να επιτύχει επομένως το στόχο του, κατά του πόσο του αναλογεί, στο σοβαρό θέμα της πρόληψης της επιλόχειας κατάθλιψης (Κουζιώκα, 2016).

Η ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Πιστεύεται από πολλούς σε αρκετές χώρες, ότι το έργο αυτό μπορούν να επωμιστούν περισσότεροι από ένας νοσηλευτές ,να παρακολουθούν δηλαδή την ίδια μητέρα περισσότεροι νοσηλευτές από έναν. Τότε όμως ελλοχεύει ο κίνδυνος να μην υπάρχει καμία συνοχή και συνέπεια από επίσκεψη σε επίσκεψη, επομένως καμία συνοχή στην παρεχόμενη βοήθεια, καθώς ο κάθε νοσηλευτής είναι μια διαφορετική προσωπικότητα (Beck et al, 2006). Εξάλλου δεν επιτυγχάνεται εύκολα το ζητούμενο της αμοιβαίας εμπιστοσύνης που είναι μια δυαδική σχέση.

Για τους παραπάνω λόγους και επειδή το περιεχόμενο της κάθε επίσκεψης καθορίζεται περισσότερο από τη λεχώνα και όχι από τον νοσηλευτή, ο οποίος προσπαθεί περισσότερο για την καλή συναισθηματική κατάσταση της μητέρας, για αυτούς τους λόγους γίνεται

προσπάθεια να παρέχεται στη γυναίκα φροντίδα από έναν μόνο νοσηλευτή. Η φροντίδα αυτή είναι δυνατόν να διαρκέσει από 10 έως 28 μέρες.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης, εξετάστηκε ένα νέο πρόγραμμα που επιβάλλει η κάθε γυναίκα να έχει έναν μόνο νοσηλευτή για την παροχή φροντίδας καθ'όλη τη διάρκεια της προγεννητικής περιόδου ,του τοκετού και της περιόδου της λοχείας (Κουζιώκα, 2016). Επιπλέον η φροντίδα που παρέχεται γίνεται πιο εξατομικευμένη, ειδικά δηλαδή προσαρμοσμένη στις ανάγκες της κάθε γυναίκας, αντίθετα με τη συνηθή φροντίδα που παρέχει ο νοσηλευτής, τυποποιημένη, γενικά ίδια για όλες τις γυναίκες.

Το καινούριο πρόγραμμα λοιπόν έδωσε επίσης την ευκαιρία σε γυναίκες που έτυχαν αυτού του είδους της εξατομικευμένης φροντίδας και καθ' όλο το διάστημα της εγκυμοσύνης -λοχείας, να εκφράσουν τις εντυπώσεις τους για την ποιότητα αυτής της φροντίδας (Κουζιώκα, 2016). Η εν λόγω λοιπόν μελέτη έδειξε ότι όσες γυναίκες συμμετείχαν στο πρόγραμμα αυτό, με την αποκλειστική νοσηλεύτρια εμφάνισαν πολύ λιγότερες διαταραχές και σημαντικά μειωμένα συμπτώματα κατάθλιψης της λοχείας, συγκριτικά με όσες έλαβαν φροντίδα με το συνηθισμένο, τυποποιημένο πρόγραμμα.

Επιπλέον ο επιπολασμός της επιλόχειας κατάθλιψης στις γυναίκες που ακολουθούσαν το πρόγραμμα της εξατομικευμένης φροντίδας ήταν πολύ χαμηλότερος ,έναντι με των γυναικών που δέχτηκαν φροντίδα με τους κανόνες της τυποποιημένης πρόληψης (Κουζιώκα, 2016). Με βάση τα ευρήματα αυτά, μπορούμε να ελπίζουμε ότι αν ένα τέτοιο πρόγραμμα συνέχιας της φροντίδας, εξατομίκευσης και συναισθηματικής στήριξης από έναν αποκλειστικό νοσηλευτή-αποκλειστική νοσηλεύτρια για κάθε λεχωίδα, μάλλον θα έχει πολλά οφέλη για την πρόληψη της λοχειακής κατάθλιψης. Είναι μάλιστα πιθανό, ένα τέτοιο είδος προληπτικής παρέμβασης να παρέχεται κάποτε σε όλες τις εγκύους με πολύ καλά αποτελέσματα.

Μια αντίστοιχη έρευνα επιστημόνων εξέτασε αν η επανασχεδιασμένη παρατεταμένη λοχειακή φροντίδα από νοσηλεύτριες θα βελτίωνε ίσως την πρόληψη της λοχειακής κατάθλιψης. Αυτό το πρόγραμμα ανασχεδιασμένο παρέτεινε τη φροντίδα από τις 10-15 στις 28 μέρες ,προσαρμόζοντας παράλληλα τη φροντίδα στις ειδικές ανάγκες κάθε γυναίκας και εστιάζοντας στη συνέχεια της φροντίδας (Κουζιώκα, 2016). Τα αποτελέσματα ήταν αρκετά καλά, οι γυναίκες που δέχτηκαν αυτή την ανασχεδιασμένη φροντίδα είχαν χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης στους 4 πρώτους μήνες, συγκριτικά με αυτές που δέχτηκαν τη συνηθισμένη φροντίδα (Κουζιώκα, 2016).

Εν κατακλείδι, θα μπορούσε να αναδειχτεί, ότι η επίπτωση της λοχειακής κατάθλιψης στους 4 πρώτους μήνες μετά τον τοκετό, είναι μειωμένη, αν παρέχεται η παρατεταμένη φροντίδα από έναν νοσηλευτή-μία νοσηλεύτρια, προσαρμοσμένη στις ανάγκες της κάθε γυναίκας. Βέβαια δεν είναι δυνατό να ελεγχθούν όλες οι περιπτώσεις του δείγματος, ώστε να προκύψουν αξιόπιστα αποτελέσματα για μερικές υποθέσεις ,και για αυτό είναι αδύνατη η εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων από αυτή την μελέτη.

ΚΑΤ ΟΙΚΟΝ ΛΟΧΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Έρευνα μελέτησε τα αποτελέσματα της παράτασης των κατ'οίκον επισκέψεων των νοσηλευτριών σε ευάλωτες οικογένειες. Οι επισκέψεις, μία την εβδομάδα για τις 6 πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό, γίνονται μία στις 15 μέρες για τους τρεις πρώτους μήνες, για να γίνουν τελικά μία το μήνα μέχρι να συμπληρωθούν οι δπρώτοι μήνες. Στις επισκέψεις αυτές ο νοσηλευτής προσπαθεί να δημιουργήσει ένα κλίμα εμπιστοσύνης ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, να ενθαρρύνει τη γυναίκα ότι μπορεί να τα καταφέρει στο ρόλο της μητέρας και τέλος να την καθοδηγήσει και να τη διευκολύνει ώστε να έχει πρόσβαση στις κοινοτικές υπηρεσίες για βοήθεια αν χρειαστεί. Αντίθετα οι γυναίκες της ομάδας ελέγχου δέχτηκαν μόνο μια επίσκεψη από κοινοτική νοσηλεύτρια ,την προβλεπόμενη πρότυπη επίσκεψη (Boveski et al,2015).

ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Μέσα στις τεχνικές του κοινοτικού νοσηλευτή είναι μεταξύ άλλων η εκπαιδευτική – διδακτική συμβουλευτική και οι επισκέψεις στο σπίτι (Κουζιώκα, 2016). Η καλύτερη δυνατή εκπαίδευση απαιτεί τη γνώση των ασθενών ,του περιβάλλοντός τους,καθώς και των εκάστοτε αναγκών και ιδιαιτεροτήτων τους. Βασικές επιδιώξεις του κοινοτικού νοσηλευτή είναι η αυτενέργεια του ασθενούς και ο διάλογος μεταξύ νοσηλευτή και ασθενούς. Όταν υπάρχει μια εποικοδομητική διαλεκτική σχέση ,μεταξύ κοινοτικού νοσηλευτή και ασθενούς, τότε η ίδια εκπαιδευτική διαδικασία γίνεται μέσω επικοινωνίας μεταξύ τους.

Συμβουλευτική είναι η εργασία που λαμβάνει χώρα σε μονάδες Κοινωνικής Ψυχιατρικής από ειδικά εκπαιδευμένους θεραπευτές και στοχεύει στην καθοδήγηση του ασθενούς ,ανάλογα με τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητές του. Η συμβουλευτική τις περισσότερες φορές αποτελεί εκπαίδευση του ατόμου στις κοινωνικές δεξιότητες ,που μπορεί να οριστεί ως το σύνολο εκείνων των μεθόδων που χρησιμοποιούν αρχές θεωρίας της μάθησης, με στόχο την προαγωγή της απόκτησης,της γενίκευσης, και της διατήρησης των αναγκαίων δεξιοτήτων σε διαπροσωπικές καταστάσεις (Κουζιώκα, 2016).

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΠΙΛΟΧΕΙΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Πολλά μπορεί να είναι τα προβλήματα που ίσως προκύψουν σε αυτό το στάδιο όπως προβλήματα στην παροχή ψυχολογικής υποστήριξης και στις διαπροσωπικές σχέσεις, οι οποίες απαιτούν σεβασμό και δέσιμο στις εκατέρωθεν σχέσεις αυτών. Κίνδυνοι ελλοχεύουν και από τις εργασιακές συνθήκες όπως ο φόρτος εργασίας και οι αυξημένες ευθύνες και υπερωρίες αλλά και από τις ολοένα και αυξανόμενες απαιτήσεις που προστάζει η εξέλιξη της τεχνολογίας και η ανάγκη του να συμβαδίσει κανείς με αυτήν (Wua et al,2020).

Συγκεκριμένα, τα προβλήματα που αφορούν γενικότερα όλους τους νοσηλευτές αφορούν κατ'επέκταση και τους κοινοτικούς. Η κατ'οίκον νοσηλεία έχει κι αυτή τα μειονεκτήματά της. Πρώτα από όλα η παρουσία του νοσηλευτή αποτελεί εισβολή στην ιδιωτικότητα της οικογένειας και αυτή η παρουσία από μόνη της μπορεί να προκαλέσει στρες στα μέλη της οικογένειας λόγω των πολλών επισκέψεων των νοσηλευτών (Wua et al,2020).

Επίσης συχνές είναι και οι τυχόν διαφωνίες όταν οι επαγγελματίες υγείας δεν κατανοούν τις επιθυμίες και τα όρια της οικογένειας. Ακόμα σοβαρότερο μπορεί να αποδειχτεί το αν τα έξοδα των ασθενών δεν καλύπτονται από ασφαλιστικά ταμεία, καθώς αυτό επιβαρύνει ποικιλοτρόπως μια ήδη επιβαρυσμένη οικονομικά και κοινωνικά οικογένεια. Τέλος το καθεστώς της υπερβολική γραφειοκρατίας στους νοσηλευτές, οι συχνές μετακινήσεις αυτών για την εργασία τους αλλά και κυρίως η μειωμένη ή και η απουσία ασφάλειας των νοσηλευτών όταν πηγαίνουν σε νοητικά, ψυχικά, ψυχιατρικά περιστατικά, είναι παράγοντες που δυσχεραίνουν έτσι κι αλλιώς μια ήδη απαιτητική δουλειά (Boveski et al,2015).

Για όλους τους λόγους που προαναφέρθηκαν, απαιτείται συνδυασμός διαφόρων επαγγελματιών υγείας. Διάφοροι κλάδοι καλούνται συχνά να συνεργαστούν και να συντονιστούν, κυρίως όταν ο ασθενής έχει περισσότερα από ένα υποκείμενα νοσήματα (Αλούρδας, 2020).

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΑ ΚΑΠΗ

Όσον αφορά στα προβλήματα που μπορεί να προκληθούν στα ΚΑΠΗ, μεγάλο ρόλο διαδραματίζει και η μεγάλη ηλικία των ασθενών αλλά και η συχνή άνοια που δημιουργεί επιπρόσθετα προβλήματα τόσο συνεννόησης και συνεργασίας, όσο και ζητήματα στην εμπιστοσύνη. Το τελευταίο μπορεί να εξηγηθεί καθώς οι ηλικιωμένοι είναι συχνά εγκαταλειμμένοι, χωρίς συγγενείς, έχοντας μόνη παρέα τους νοσηλευτές, ενώ παράλληλα έχουν να αντιμετωπίσουν και την επερχόμενη ιδέα του θανάτου (Jones et al, 2001). Τέλος, η κατάθλιψη της τρίτης ηλικίας αποτελεί συχνό φαινόμενο-πρόβλημα για τους ηλικιωμένους στα καπή.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Πολλά είναι και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν όσοι νοσηλευτές καλούνται να παρέχουν βοήθεια στο σπίτι, καθώς ο χρόνος που αφιερώνουν είναι πολύ περιορισμένος, μιας που πρόκειται για επισκέψεις μια ή δύο φορές την εβδομάδα και για μισή ώρα μόνο. Μέσα σε αυτό πρέπει να συμπεριληφθεί η ελλιπής χρηματοδότηση και η ελλιπής στελέχωση και οργάνωση, καθώς συχνά δεν υπάρχει και ουδεμία συνεργασία με γιατρούς (Jones et al, 2001).

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Παρά το ότι στις μέρες μας γίνεται σταδιακά και ομολογουμένως με αργούς ρυθμούς μια επιμελημένη προσπάθεια να ενταχθούν στο εγγύς μέλλον ολοένα και περισσότεροι σχολικοί νοσηλευτές σε σχολεία γενικής εκπαίδευσης στη χώρα μας, ακόμα κάτι τέτοιο παρουσιάζει ελλείψεις και κενά. Μια πιο συστηματική συνεργασία του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων με το Υπουργείο Υγείας θα ήταν επιβεβλημένη. Καθώς μέχρι στιγμής υπάρχει αντίστοιχη πρόβλεψη για τα ειδικά σχολεία μόνο, είναι αναμφίβολο το πόσο

σημαντικό θα ήταν αυτή η πρωτοβουλία να επεκταθεί και στα γενικά σχολεία, όπου φυσικά υπάρχει ανάγκη.

Επίσης ακόμα και στις ήδη υπάρχουσες δομές, ο ρόλος και οι αρμοδιότητες του νοσηλευτή δεν είναι ξεκάθαρες, ενώ σε πολλά από τα καθήκοντα του νοσηλευτή παραμένουν ανεφάρμοστα (Νασιούδη και Ρούσσα, 2007). Τέλος, δεν υπάρχει ακόμα, ανεξάρτητη διεύθυνση σχολικού νοσηλευτή και εκπόνηση κλάδου, ούτε προβλέπεται συμμετοχή σε διάφορα σχολικά όργανα, ώστε να διεκδικεί τα δικαιώματά του ο σχολικός νοσηλευτής όπως οι υπόλοιποι κλάδοι (Νασιούδη και Ρούσσα, 2007).

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Προβλήματα κοινοτικής νοσηλείας στην επιλόχειο κατάθλιψη μπορεί να συμπεριληφθούν μεταξύ άλλων στην εμφύχωση της λεχωίδας αλλά και στη διαφύλαξη της δικής του ψυχικής υγείας. Ακόμα στα όρια που πρέπει τεθούν, έτσι ώστε να είναι ευδιάκριτο το πότε να επέμβει και να προσφέρει, όπως επίσης και στον τρόπο συμπεριφοράς και στη διακριτικότητα. Τέλος προβλήματα, αν και λιγότερα, μπορεί να υπάρχουν ακόμα και στις εξειδικευμένες γνώσεις για την ασθένεια, στα είδη και στα συμπτώματά της, καθώς και στα φάρμακα, στη δράση τους αλλά και στις παρενέργειές τους (Μάλη και Κοτσότα, 2015).

ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Οι κυριότερες προτάσεις συμπεριλαμβάνουν πιο συχνές επισκεψεις στο σπίτι, καλύτερη γνώση των νοσηλευτών, εξειδίκευση μέσω σεμιναρίων/συνεδριών ενώ συνίσταται η καλύτερη οργάνωση και ο συντονισμός (Μάλη και Κοτσότα, 2015).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στην παρούσα εργασία με θέμα επιλόχειος κατάθλιψη και ο ρόλος του νοσηλευτή. Προβλήματα και προοπτικές, έγινε προσπάθεια να αναδείξουμε τί είναι επιλόχειος κατάθλιψη, καθώς και πόσο σημαντική είναι η ενημέρωση και η πρόληψή της. Μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, που έγινε από σύγχρονα βιβλία αλλά και πρόσφατα ερευνητικά άρθρα έγινε φανερό ότι είναι σημαντικό οι νέες μητέρες με λοχειακή

κατάθλιψη να συμβουλευούνται και να ενημερώνονται σωστά, να πηγαίνουν σε γιατρό και ψυχολόγο λαμβάνοντας τα απαραίτητα που η καθεμία χρειάζεται για να νιώσει καλύτερα, και να μπορέσει να φροντίσει ήρεμη και χαρούμενη το παιδί της.

Συγκεκριμένα από το πρώτο κεφάλαιο έγιναν κατανοητά τα συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης, οι εκλυτικοί και αιτιολογικοί παράγοντες, οι επιπτώσεις στη μητέρα, στο βρέφος, στον πατέρα, στην κοινωνία. Τέλος, η θεραπεία μπορεί να γίνει με διάφορους τρόπους είτε με τη λήψη φαρμάκων είτε χωρίς (σπάνια).

Στο δεύτερο κεφάλαιο κατέστη σαφής ο ρόλος του νοσηλευτή στην επιλόχειο κατάθλιψη, οι σκοποί και οι αρχές του νοσηλευτή καθώς και η σχέση νοσηλευτή-ασθενούς. Από το τρίτο κεφάλαιο συμπεραίνουμε διάφορα προβλήματα σχετικά με τη νοσηλεία, τη θεραπεία, τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, το θηλασμό, τη σεξουαλική ζωή. Επίσης τονίστηκε πως το κοινωνικό στίγμα, οι προκαταλήψεις, και τα στερεότυπα που συνοδεύουν τις ψυχικές διαταραχές δε βοηθούν στην καλύτερη ποιότητα ζωής των ψυχικά νοσούντων ενώ παράλληλα δυσχεραίνουν την κατάστασή τους. Τέλος είναι σημαντικό να υπογραμμιστεί πως υπάρχουν διάφορες προοπτικές γύρω από το θέμα που φωτίζουν τη "γκρίζα" όψη της επιλόχειας κατάθλιψης.

Στο τέταρτο κεφάλαιο φαίνεται ο ορισμός της κοινοτικής νοσηλείας, η πρόληψη στην κοινότητα, ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή, τα προβλήματα στη νοσηλεία. Η παρούσα εργασία είχε στόχο να αναδείξει τη σημαντικότητα της ενημέρωσης και της πρόληψης της επιλόχειας κατάθλιψης, την αναγνώριση των συμπτωμάτων και των αιτιών, τα προβλήματα, το ρόλο του νοσηλευτή και τις προοπτικές. Κατάφερε σε γενικές γραμμές να δείξει πόσο σημαντική είναι η ψυχική υγεία, και πόσο η λοχειακή κατάθλιψη δυσχεραίνει το μητρικό ρόλο αλλά και τη γενικότερη ζωή της νέας μητέρας. Τέλος, έγινε προσπάθεια να αναδειχθεί η σπουδαιότητα της πληροφόρησης αλλά και της πρόληψης της επιλόχειας κατάθλιψης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Χριστοδούλου Γ.Ν,2005,Ταξινόμηση των καταθλιπτικών διαταραχών,Κατάθλιψη,Εκδόσεις Βήτα,Αθήνα,σελ7-11

Κλεφταράς Γ,1998,Διαφοροποίηση μεταξύ θλίψης και κατάθλιψης,Τι είναι η κατάθλιψη,Η κατάθλιψη σήμερα.Περιγραφή ,Διάγνωση,Θεωρίες και ερευνητικά δεδομένα,τόμος 1,εκδόσεις ελληνικά γράμματα

Becker M, Weinberger T, 2016, Depression During Pregnancy and Postpartum, Schmukler S. *Curr Psychiatry Rep.* Mar;18(3):32. doi: 10.1007/s11920-016-0664-7.

Κατάθλιψη,mydoctors.gr/epistimonika-arthra/item/1640-katathlipsi,20-4-2015
I.Βλάσση,2018,κατάθλιψη, doctoranytime.gr/katathlipsi,26-9-2018

Κατάθλιψη μια ύπουλη ασθένεια,psy-oikonomakou.gr-katathlipsi-mia-ypouli-astheneia,12-12-18

Anderson C, Cacola P.,2017,Implications of Preterm Birth for Maternal Mental Health and Infant Development.,*MCN Am J Matern Child Nurs.*,Mar/Apr;42(2):108-114. doi: 10.1097/NMC.0000000000000311

Sperlich M, Seng JS, Li Y, Taylor J, Bradbury-Jones C.,2017,Integrating Trauma-Informed Care Into Maternity Care Practice: Conceptual and Practical Issues. *J Midwifery Womens Health.* ,Nov;62(6):661-672. doi: 10.1111/jmwh.12674. Epub 2017 Nov 28.

Μακένζι Κ,2000,Τύποι κατάθλιψης, Δρ.Τοκ Σμιθ, Βρετανική Ιατρική Εταιρία, Οικογενειακός ιατρός, ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, εκδοσεις ΤΑ ΝΕΑ, σελ 31-36
Στατιστικά στοιχεία, επιδημιολογία της κατάθλιψης,mazi.org.gr/καταθλιψη/στατιστικά-στοιχεία-επιδημιολογία,23/09/2010

Anderson CA.,2017,The trauma of birth. *Health Care Women Int.* , Oct;38(10):999-1010. doi: 10.1080/07399332.2017.1363208

Hughes LP, Austin-Ketch T, Volpe EM, Campbell-Heider N2017 Identification and Treatment of Adolescents With Perinatal Anxiety and Depression., *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.*,Jun 1;55(6):23-29. doi: 10.3928/02793695-20170519-03.

Brown HK, Wanigaratne S, Fung K, Vigod SN, Grigoriadis S, Marini F, Brennenstuhl S., Dennis CL, 2018,Prevalence, Incidence, and Persistence of Postpartum Depression, Anxiety, and Comorbidity among Chinese Immigrant and Nonimmigrant Women: A Longitudinal Cohort Study. *Can J Psychiatry.* Jan;63(1):44-53. doi: 10.1177/0706743717720689. Epub 2017 Jul 27.

Sipsma HL, Ruiz E, Jones K, Magriples U, Kershaw T.,2018,Effect of breastfeeding on postpartum depressive symptoms among adolescent and young adult mothers.

J Matern Fetal Neonatal Med. Jun;31(11):1442-1447. doi: 10.1080/14767058.2017.1319351. Epub 2017 May 5.

Winnicott, W. D. (1971). *Playing and Reality*, Ελλ. Εκδ. Το παιδί, το παιχνίδι και η πραγματικότητα, μετ. (Γ. Κωστόπουλος), Καστανιώτης, Αθήνα 1980.

Ashford MT, Ayers S, Olander EK.,2017, Supporting women with postpartum anxiety: exploring views and experiences of specialist community public health nurses in the UK.

Health Soc Care Community., May;25(3):1257-1264. doi: 10.1111/hsc.12428. Epub 2017 Jan 20η καισαρική προκαλεί επιλόχεια κατάθλιψη, tovima.gr/2011/07/11/sciense/i-kaisariki-prokalei-epiloxeia-katathlipsi/,11-7-2011,2011

Lara-Cinisomo S, McKenney K, Di Florio A, Meltzer-Brody S.,2017, Associations Between Postpartum Depression, Breastfeeding, and Oxytocin Levels in Latina Mothers.

Breastfeed Med. , Sep;12(7):436-442. doi: 10.1089/bfm.2016.0213. Epub 2017

Thomas KA, Spieker S.,2016,Sleep, Depression, and Fatigue in Late Postpartum.

MCN Am J Matern Child Nurs. , Mar-Apr;41(2):104-9. doi: 10.1097/NMC.0000000000000213.

Morrell CJ, Sutcliffe P, Booth A, Stevens J, Scope A, Stevenson M, Harvey R, Bessey A, Cantrell A, Dennis CL, Ren S, Ragonesi M, Barkham M, Churchill D, Henshaw C, Newstead J, Slade P, Spiby H, Stewart-Brown S.,2016. A systematic review, evidence synthesis and meta-analysis of quantitative and qualitative studies evaluating the clinical effectiveness, the cost-effectiveness, safety and acceptability of interventions to prevent postnatal depression. ,Health Technol Assess. May;20(37):1-414. doi: 10.3310/hta20370

Μαμά μετά τα 40, Εγκυμοσύνη, doctoranytime.gr/p/egkymosyni/mama-meta-ta-40, 14-02-2018

Lewis BA, Gjerdingen D, Schuver K, Avery M, Marcus BH, 2018, The effect of sleep pattern changes on postpartum depressive symptoms. BMC Womens Health. , Jan 9;18(1):12. doi: 10.1186/s12905-017-0496-6β iatronet.gr/ygeia/psychiki/ygeia/article/12092/epiloxeia-katathlipsi-aities-kai-sntimetopidi.html,2010

Κατάθλιψη:ποιές ασθένειες αυξάνουν τον κίνδυνο, ygeiamou.gr/blogs/katathlipsi-pies-astheneies-afxanoun-ton-kindino,17/2/2019

Shi P, Ren H, Li H, Dai Q., 2018, Maternal depression and suicide at immediate prenatal and early postpartum periods and psychosocial risk factors.,Psychiatry Res. ,Mar;261:298-306. doi: 10.1016/j.psychres.2017.12.085. Epub 2018 Jan 3.

Maclean CC, Thompson IS.,2016, Postpartum Care and Contraception in Obese Women. ,*Clin Obstet Gynecol.* Mar;59(1):204-15. doi: 10.1097/GRF.0000000000000176

Duncan LG, Cohn MA, Chao MT, Cook JG, Riccobono J, Bardacke N. ,2017, Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison. ,*BMC Pregnancy Childbirth.* May 12;17(1):140. doi: 10.1186/s12884-017-1319-3

Vignato J, Georges JM, Bush RA, Connelly CD.,2017, Post-traumatic stress disorder in the perinatal period: A concept analysis. *J Clin Nurs.* Dec;26(23-24):3859-3868. doi: 10.1111/jocn.13800. Epub 2017 May 23.

Mgonja S, Schoening A.,2017, Postpartum Depression Screening at Well-Child Appointments: A Quality Improvement Project. *J Pediatr Health Care.* 2017 Mar-Apr;31(2):178-183. doi: 10.1016/j.pedhc.2016.07.003. Epub 2016 Sep 7

Roomruangwong C, Barbosa DS, Matsumoto AK, Nogueira AS, Kanchanatawan B, Sirivichayakul S, Carvalho AF, Duleu S, Geffard M, Moreira EG, Maes M., 2017, Activated neuro-oxidative and neuro-nitrosative pathways at the end of term are associated with inflammation and physio-somatic and depression symptoms, while predicting outcome characteristics in mother and baby. ,*J Affect Disord.* 2017 Dec 1;223:49-58. doi: 10.1016/j.jad.2017.07.002. Epub 2017 Jul 6.

Duncan LG, Cohn MA, Chao MT, Cook JG, Riccobono J, Bardacke N.,2017, Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison.

BMC Pregnancy Childbirth. 2017 May 12;17(1):140. doi: 10.1186/s12884-017-1319-3
psychologin.gr/arthrografia/psychopathologia/epiloxeios-katathlipsi.html, 1/7/2017

Vignato J, Georges JM, Bush RA, Connelly CD.,2017, Post-traumatic stress disorder in the perinatal period: A concept analysis.

J Clin Nurs. 2017 Dec;26(23-24):3859-3868. doi: 10.1111/jocn.13800. Epub 2017 May 23.

Rhodes AM, Segre LS.,2013Perinatal depression: a review of US legislation and law.

Arch Womens Ment Health. 2013 Aug;16(4):259-70. doi: 10.1007/s00737-013-0359-6. Epub 2013 Jun 6

Ρήγα Η (2018) Κατάθλιψη μετά τον τοκετό., paidikoxamogelo.gr/index/php/news/simboules-gia-goneis/206-katathlipsi-meta-to-toketo, 7/10/2021 repository.library.teiwest.gr.

Beck CT.,2002,Theoretical perspectives of postpartum depression and their treatment implications.

MCN Am J Matern Child Nurs. 2002 Sep-Oct;27(5):282-7. doi: 10.1097/00005721-200209000-00008.

Maduro A, Elgar F, Demchenko I, Carboni-Jiménez A, Mady N, Tounkara F, Sapkota RP, Brunet A.,2020, Methodological restrictions within a birth cohort study examining maternal mood symptoms and postpartum depression

Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2020 Nov;55(11):1547-1548. doi: 10.1007/s00127-020-01925-6

Βαλομάνδρα, 2020, Τα πολύτιμα αιθέρια έλαια ,οι ευεργετικές ιδιότητες της λεβάντας, ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Βαλομάνδρα, 2021, τα βότανα της μακροζωίας, ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

di Scalea TL, Wisner KL., 2009,Pharmacotherapy of postpartum depression.

Expert Opin Pharmacother. 2009 Nov;10(16):2593-607. doi: 10.1517/14656560903277202.

Sharma V, Sharma P.,2012,Postpartum depression: diagnostic and treatment issues.

J Obstet Gynaecol Can. 2012 May;34(5):436-442. doi: 10.1016/S1701-2163(16)35240-9

Baker JH, Pedersen C, Leserman J, Brownley KA.,2016,Active ghrelin and the postpartum.

Arch Womens Ment Health. 2016 Jun;19(3):515-20. doi: 10.1007/s00737-015-0578-0. Epub 2015 Oct 1.

Πώς μπορείτε να αντιμετωπίσετε την επιλόχειο κατάθλιψη, therapeia.gr/epilocheios-katathlipsi-antimetopisi/,2017

Φάρμακα &θηλασμός, thilazw.gr/2018/07/26/farmaka-kai-thilasmos,2018

Φαρμακευτική αγωγή και ψυχοθεραπεία,therapia.gr/farmaka-kai-psychotherapia,2018

Toohey J.Clin Obstet Gynecol. 2012, Depression during pregnancy and postpartum, Clin Obstet Gynecol, sep 55 (3)788-97

Prado DS, Mendes RB, Gurgel RQ, Barreto IDC, Cipolotti R, Gurgel RQ., 2018, The influence of mode of delivery on neonatal and maternal short and long-term outcomes. Rev Saude Publica. 2018 Nov 29;52:95. doi: 10.11606/S1518-8787.2018052000742

Ενσυναίσθηση, συναισθηματική νοημοσύνη και ο ρόλος της στην νοσηλευτική φροντίδα, slideplayer.gr/slide/11473927,2016

OyetunjiA,Chandra P,2020, postpartum stress and infant outcome:A review of current literature,Psychiatry Res, Feb 284112769 doi 101016/psychres 2020. 112769. Epub 2020 Jan\9

Harla HL,2006,Detection of postpartum depression at well-child usids,. Ky Nurse,2006 Apr-Jun54(2):15

Beck Ct,et all,2006, Further development of the postpartum depression.Predictors Inventory-Revised, J.Object Gynecol neonatal nurs, 2006 nov-dec 35(6):735-45 doi:101111/1552-6909.2006.00094x

Skalkidou A et all,2012, Biological aspects of postpartum depression, Womens Health(Lond), 2012 nov8 (6)659-72 doi 102217/whe 1255

Hendrick et all,2001, Use of sertaline,paroxetine and fluvoxamine by nursing women,Br J Psychiatry 2001 Aug 179:163-6. doi 101192/bjp 1792163

Jones Hw,Venus JA,2001, Identification and classification of postpartum psychiatric disorder, J.psychosa Nurs Ment Health serv. ,2001, Dec 39(12):23-30

Baker et all,2016,Active ghrelin and the postpartum, Arch womens ment health, 2016 Jun19 (3):515-20. doi 101007 500737-0150578-0 epub2015Oct 1

Alhusen JL,Alvarez,2016,perinatal depression a clinical update, Nurse pract,2016 May 19:41 (5) 50-5 . doi 101097/01

Ahmed et al,2012,Screening for postpartum depression using Kurdish version of Edinburgh postnatal, Arch Gynecol Obstet, 2012 may 285(5) 1249-55 doi 101007/5004 040-011-2165-6. epub Dec 8

Wua et al,2020efficacy of five-element music interventions in perinatal mental health and labor pain:a meta-analysis, Complement ther clin pract,aug 40101217 doi101016/jctcp 2020 101217 epub 2020 iul 2

Boveski et al,2015, early postnatal demoralisation women in the community intrasurment prevalence and accociated factor,BMC Pregnancy childbirth,oct. 15:259 doi101186/s 12884-015-0680-3

Meadows-Oliver M,2012.screening for postpartum depression at pediatric visits, J psychosoc Nurs ment health vserv 2012 sept 50(2) 4-5 doi. 103928/02793695-20120807-06

Επιλόχειος κατάθλιψη,psyciatros.gr/διαταραχές-διαθεσης/επιλοχειος-καταθλιψη/,2021

Η επιλόχειος κατάθλιψη επηρεάζει αρνητικά το μητρικό θηλασμό,pediatros-thes.gr/ενδιαφέροντα-νέα/η-επιλόχειος κατάθλιψη-επηρεάζει-αρνητικά/, 2/07/2010

Δείτε τις επιπτώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης στο βρέφος.τρόποι αντιμετώπισης, juniorsclub.gr/deite-tis-epiptoseis-tis-epilochrias-katathlipsis-sto-vrefos-tropoi-antimetopisis/ 10/10/2017

Στίγμα και ψυχική ασθένεια, iatronet.gr/ygeis/psychiki-ygeia/article/5712/stigms-kai-psyxioi-astheneia.html, 19/08/2008

Επιλόχειος κατάθλιψη,Ψυχολογία, hygeia/gr/epiloxeios-katathlipsi-poe-mporoume-na-tin-prolavoyme,12/2012

Είναι σημαντικά τα φλαβονοειδή για την αντιμετώπιση της καταθλιψης,, mednutrition.gr/diaitologos/epaidefsi/epistimonika-nea/14845/ einai-simantika-ta-flavonoeidi-stin-antimetopisi-tis-katathlipsis, 14/12/2016

Τα οφέλη της άσκησης σε ανθρ'ψπους με καταθλιψη., iatronet.gr/askisi/gymnastiki-askisi/article/47347/ta ofeli -tis-askisis=se-anthropoys-me- katathlipsi html,2018

Limardi BJ,2019,postpartum depression:when the trakes apete highest,J psychol Nurs ment health serv,nov 57,(11)9-14 doi 1039281 1027936-95-20191016-03

Beck CT.,2006, Postpartum depression: it isn't just the blues.Am J Nurs. 2006 May;106(5):40-50; quiz 50-1. doi: 10.1097/00000446-200605000-00020.

DelRosario GA, Chang AC, Lee ED,2013,
Postpartum depression: symptoms, diagnosis, and treatment approaches.
JAAPA. 2013 Feb;26(2):50-4. doi: 10.1097/01720610-201302000-00009.

Goodman,2004, Postpartum depression beyond the early postpartum period, J,Obsten Gynecol Neonatal Nurs, Jul-Aug;33(4):410-20. doi: 10.1177/0884217504266915.

Nielsen RE, Stage KB, Christensen PM, Mortensen S, Andersen LL, Damkier P.Ugeskr Laeger. 2007 Apr 16;169(16):1442-4.PMID: 17484841 Review. Danish.
Associations between broader autism phenotype (BAP) and maternal attachment are moderated by maternal postpartum depression when infants are one month old: A prospective study of the Japan environment & children's study.

Hirokawa K, Kimura T, Ikehara S, Honjo K, Sato T, Ueda K, Iso H; Japan Environment & Children's Study Group.J Affect Disord. 2019 Jan 15;243:485-493. doi: 10.1016/j.jad.2018.09.060. Epub 2018 Sep 19.PMID: 30273887

Brokering the Evidence-Practice Gap: A Strategy for Moving Evidence Into Clinical Practice. Segre LS, Trusty S, Gullickson R, Chuffo Davila R, O'Hara MW.Psychiatr Serv. 2018 Aug 1;69(8):852-854. doi: 10.1176/appi.ps.201700416. Epub 2018 May 8.PMID: 29734919.