



**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«Η ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ Η ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΝΤΑΟΥΤΗ

ΤΙΤΛΟΣ

ΣΤΑΘΜΙΣΗ MATERNITY BLUES

ΑΘΗΝΑ 2017

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των σπουδών για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στην

«ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ ΚΑΙ Η ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»

που απονέμει η Ιατρική Σχολή του Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Εγκρίθηκε την22/05/2017..... από την τριμελή εξεταστική επιτροπή:

ΓΟΝΙΔΑΚΗΣ ΦΡΑΓΚΙΣΚΟΣ (Επιβλέπων) ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΧΡΟΥΣΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΣΙΑΧΑΝΙΔΟΥ ΣΟΥΛΤΑΝΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	04
Abstract	05
Εισαγωγή	06
Μελαγχολία της λοχείας	06
Επιδημιολογικά στοιχεία	06
Παθοφυσιολογικό υπόβαθρο	07
Ψυχοκοινωνικές παράμετροι	07
Σκοπός της μελέτης	08
Μέθοδος	08
Σχεδιασμός μελέτης	08
Διαδικασία και συμμετέχουσες	09
Μετρήσεις	09
Στατιστική επεξεργασία	11
Αποτελέσματα	11
Ποσοστό ανταπόκρισης και χαρακτηριστικά του δείγματος	11
Κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές	14
Ιατρικές μεταβλητές	15
Αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας	18
Συσταδοποίηση	18
Συζήτηση	20
Συμπεράσματα	20
Αδυναμίες – Περιορισμοί	23
Μελλοντικοί ερευνητικοί στόχοι	24
Βιβλιογραφικές Αναφορές	25

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ - ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Πίνακας 1: Λεχωίδες με κατάθλιψη και λεχωίδες χωρίς κατάθλιψη	12
Πίνακας 2: Κοινωνικοδημογραφικά και ιατρικά στοιχεία αφορώντα την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία	12
Πίνακας 3: Λεχωίδες με MB και λεχωίδες χωρίς MB	14
Πίνακας 4: Scale variables: MB group vs NMB group	14
Πίνακας 5: Logistic Regression	15
Πίνακας 6: Categorical variables: MB group vs NMB group	15
Πίνακας 7: Hierarchical clustering using Ward's Distance	19
Διάγραμμα 1: Μελαγχολία λοχείας και αριθμός προηγούμενων τοκετών	17
Διάγραμμα 2: Cluster Dendrogram	19

Περίληψη

Σκοπός: Η μελαγχολία της λοχείας αποτελεί την ηπιότερη και συνηθέστερη ψυχοπαθολογική εκδήλωση μετά τον τοκετό. Έχει μελετηθεί σε διάφορες χώρες και πολιτισμικές ομάδες, χωρίς παρ' όλα αυτά να έχουν γίνει πλήρως κατανοητοί οι παράγοντες επηρεασμού της εμφάνισης της προαναφερθείσας. Ο σκοπός της μελέτης αυτής ήταν διττός: επιδιώχθηκε αφενός μεν η συλλογή περισσότερης γνώσης και ερμηνείας του φαινομένου της μελαγχολίας της λοχείας στην Ελλάδα, αφετέρου δε ο έλεγχος αξιοπιστίας του ερευνητικού εργαλείου Blues Questionnaire των Kennerley και Gath.

Μέθοδος: 116 λεχώιδες που πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής, συμπλήρωσαν το Blues Questionnaire και την Edinburgh Postnatal Depression Scale την τρίτη ημέρα της λοχείας τους. Κοινωνικοδημογραφικά και κλινικά στοιχεία συνελλέχθησαν μέσω ερωτηματολογίου.

Αποτελέσματα: Πενήντα (43.10%) γυναίκες παρουσίασαν σοβαρή μελαγχολία της λοχείας την τρίτη ημέρα μετά τον τοκετό. Οι παράγοντες εκείνοι οι οποίοι φαίνεται να επηρεάζουν την πιθανότητα εμφάνισης της προαναφερόμενης κλινικής οντότητας είναι τα έτη γάμου ($p=0.013$), ο αριθμός προηγούμενων τοκετών ($p=0.006$) και το επάγγελμα του συζύγου/συντρόφου ($p=0.04175$). Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (δείκτης Cronbach's α) για το σύνολο των φράσεων του Blues Questionnaire βρέθηκε να είναι 0.85.

Συμπεράσματα: Τα έτη γάμου, ο αριθμός προηγούμενων τοκετών και η οικονομική ανασφάλεια φαίνεται να επηρεάζουν την πιθανότητα εμφάνισης μελαγχολίας της λοχείας. Το εν λόγω φαινόμενο θα μπορούσε να ερμηνευθεί καλύτερα μέσω της Θεωρίας της Προσκόλλησης και της Κοινωνικής Βασικής Θεωρίας, καθώς στη μελέτη αυτή εντοπίστηκαν τέσσερις συστάδες από το Blues Questionnaire, συμπτώματα των οποίων παρουσιάζουν ομοιότητες με τους τέσσερις τύπους δεσμού/προσκόλλησης των Bartholomew και Horowitz. Λόγω των ανωτέρω, συνιστάται σε ιατρούς και ερευνητές η χρήση του Blues Questionnaire σε συνδυασμό με σταθμισμένα ερευνητικά εργαλεία για την αξιολόγηση των σχέσεων των λεχωίδων με τους γονείς τους από την παιδική τους ηλικία έως και την εφηβεία (γονεϊκός δεσμός), όπως και για τη συναισθηματική τους αντίδραση προς το βρέφος τους (μεταγεννητικός μητρικός δεσμός).

Abstract

Background: Maternity blues is the mildest and most common psychopathological manifestation that occurs shortly after delivery. Although well studied in a variety of countries and cultural groups, the factors that influence the occurrence of the above mentioned phenomenon are still not fully understood. The purpose of this study was twofold: a) to gather knowledge and to interpret maternity blues in Greece; and b) to conduct reliability test of the Greek version of Kennerley and Gath's Blues Questionnaire.

Method: 116 postpartum women, who met the inclusion criteria, completed the Blues Questionnaire and the Edinburgh Postnatal Depression Scale on the third day after delivery. Sociodemographic and clinical data were collected through questionnaire.

Results: Fifty (43.10%) women experienced severe maternity blues on the third day postpartum. The factors that appear to affect the incidence of the above mentioned clinical entity are the years of marriage ($p=0.013$), the number of previous births ($p=0.006$) and the husband's occupation ($p=0.04175$). Cronbach's α for the total 28-item scale was 0.85.

Conclusion: The years of marriage, the number of previous births and the economic insecurity seems to have strong impact on the occurrence of maternity blues. The above mentioned phenomenon could be better understood through the Attachment Theory and the Social Baseline Theory (SBT), as in this study emerged four clusters of the Blues Questionnaire, whose symptoms are similar to Bartholomew and Horowitz's four-category model of attachment styles. Given the above, it is recommended to clinicians and researchers to use the Blues Questionnaire combined with reliable and valid research tools to assess women's parenting experiences from childhood to adolescence (parental bonding), as well as their emotional response towards their newborn infant (mother-to-infant bonding).

Εισαγωγή

Η μελαγχολία της λοχείας (Maternity Blues, MB) αποτελεί την ηπιότερη και συνηθέστερη ψυχοπαθολογική εκδήλωση μετά τον τοκετό, γνωστή ήδη από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα.¹ Στις αρχές του 1950 περιγράφηκε από τον Moloney ένα είδος ήπιας καταθλιπτικής αντίδρασης μετά τη γέννα, το οποίο χαρακτηριζόταν από ξεσπάσματα δακρύων, κόπωση και δυσκολία στη σκέψη, στο οποίο απέδωσε τον όρο: «Κατάθλιψη της τρίτης ημέρας», ενώ οι Yalom και συνεργάτες χρησιμοποίησαν τον όρο: «Σύνδρομο μελαγχολίας της λοχείας» για να περιγράψουν ένα σύνολο παρόμοιων συμπτωμάτων.¹ Ο όρος: «Μελαγχολία της λοχείας» εισήχθη όμως από τον Pitt.¹ Κοινώς αποδεκτός ορισμός της μελαγχολίας της λοχείας δεν υπάρχει, παρά το γεγονός ότι η προαναφερθείσα μελετήθηκε επαρκώς κατά τη διάρκεια των τελευταίων 60 ετών.¹⁻⁵

Το φαινόμενο της μελαγχολίας της λοχείας έχει μελετηθεί σε διάφορες χώρες και πολιτισμικές ομάδες συμπεριλαμβανομένων των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, της Αγγλίας, της Ολλανδίας, της Γαλλίας, της Γερμανίας, της Πολωνίας, της Ελλάδας, της Κίνας, της Ιαπωνίας, της Τζαμάικα, της Νιγηρίας, και της Αυστραλίας.¹⁻¹¹

Τα ποσοστά επιπολασμού της προαναφερόμενης κλινικής οντότητας βάσει βιβλιογραφίας κυμαίνονται από 15% έως 85%.^{2,5,7,12} Οι περισσότερες μελέτες αναφέρουν ένα ποσοστό της τάξεως του 40% με 60%.^{1,4,5,13,14} Έλλειψη διαγνωστικών κριτηρίων και διαφορές στη μεθοδολογία έρευνας αποτελούν τις κυριότερες αιτίες για το μεγάλο εύρος ποσοστών επιπολασμού που έχει αναφερθεί σε διάφορες μελέτες.^{1,4,5} Στην Ελλάδα, σε έρευνα των Γονιδάκη και συνεργατών, η οποία έλαβε χώρα σε πανεπιστημιακό τμήμα μαιευτικής στην Αθήνα και πήραν μέρος 402 λεχνοίτες, το ποσοστό σοβαρής μελαγχολίας της λοχείας ήταν 44.5%, κατά τη διάρκεια των πρώτων 3 ημερών μετά τον τοκετό.¹ Πολιτισμικές διαφορές στα ποσοστά επιπολασμού της προαναφερόμενης ψυχοπαθολογικής εκδήλωσης έχουν επίσης αναφερθεί, κυρίως λόγω κάποιων ερευνών από την Ιαπωνία, οι οποίες αναφέρουν χαμηλά ποσοστά μελαγχολίας της λοχείας,^{15,16} με το χαμηλότερο ποσοστό (8.18%) να αναφέρεται σε μελέτη των Tsukasaki και συνεργατών.¹⁷

Η μελαγχολία της λοχείας συνήθως εκδηλώνεται μέσα στην πρώτη εβδομάδα με 10 ημέρες μετά τον τοκετό,^{5,6} με κορύφωση μεταξύ της 3^{ης} και 5^{ης} ημέρας,^{1-4,8,18-22} και υποχώρηση μεταξύ 10^{ης} και 12^{ης} ημέρας.^{23,24} Το φαινόμενο αυτό χαρακτηρίζεται από μια σειρά συμπτωμάτων όπως ασταθής διάθεση (η οποία διακρίνεται από εναλλαγή μεταξύ ευφορίας και δυστυχίας), οξυμένη ευαισθησία, αίσθημα μοναξιάς, αρνητική σκέψη, μειωμένη αυτοπεποίθηση, τάση για αυτοκριτική, αποθάρρυνση, φτωχή συγκέντρωση,

σύγχυση, ανησυχία, άγχος, ευερεθιστότητα, καταθλιπτική διάθεση, θλίψη, κλάμα (συχνά χωρίς αυτό να συνδέεται με θλίψη), κόπωση, διαταραχές ύπνου, κεφαλαλγία και πολύ σπάνια αυτοκαταστροφικές σκέψεις.^{2,3,6-9,24-26} Τα προαναφερθέντα συμπτώματα είναι εντονότερα στις πρωτοτόκες, ενώ αν η μελαγχολία της λοχείας παρουσιασθεί και σε επόμενους τοκετούς, τότε τα συμπτώματα είναι συνήθως ηπιότερα.²⁴

Το παθοφυσιολογικό υπόβαθρο παρουσιάζεται περίπλοκο, καθώς λεχαιίδες υψηλού κινδύνου ενδεχομένως να έχουν διαφορετικό βαθμό ευαισθησίας στην αλλαγή των ορμονών αντί για διαφορετικά επίπεδα των ίδιων των ορμονών.⁷ Προσφάτως προτάθηκε ένα νευροβιολογικό μοντέλο μείωσης οιστρογόνων ακολουθούμενη από αυξημένη δέσμευση MAO-A οδηγώντας έτσι στη μελαγχολία της λοχείας.⁷ Άλλο μοντέλο που προτάθηκε για την αιτιολόγηση του εν λόγω φαινομένου είναι αυτό του υπερκορτιζολισμού, ακολουθούμενος από παροδική επινεφριδιακή καταστολή.^{7,27,28} Σύμφωνα με το ανωτέρω μοντέλο, ο άξονας Υποθαλάμου-Υπόφυσης-Επινεφριδίων (HPA axis) της μητέρας υφίσταται σταδιακές αλλαγές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, λόγω αυξανόμενης παραγωγής της πλακουντιακής εκλυτικής ορμόνης κορτικοτροπίνης (CRH).²⁷ Η απότομη διακοπή της προαναφερθείσας πλακουντιακής ορμόνης κατά τον τοκετό, καταλήγει σε μια εκ νέου εξισορρόπηση του HPA άξονα στις ημέρες που ακολουθούν τη γέννα.²⁷ Οι αλλαγές αυτές ενδέχεται να εμπλέκονται στην αιτιολογία της μελαγχολίας της λοχείας, λόγω του κεντρικού ρόλου του HPA άξονα στην αιτιολογία των διαταραχών της διάθεσης γενικά, και στην περιγεννητική κατάθλιψη ειδικότερα.²⁷ Τέλος, κάποιες μελέτες συνδέουν την εμφάνιση της μελαγχολίας της λοχείας με αυξημένη αποσύνθεση της τρυπτοφάνης, φαινόμενο φυσιολογικό τόσο της κύησης όσο και της επιλόχειας περιόδου,⁷ ενώ άλλες τη συνδέουν με την αδρενεργική δραστηριότητα και/ή τη δραστηριότητα της σεροτονίνης.^{6,7}

Ως προς τις ψυχοκοινωνικές παραμέτρους, στις περισσότερες μελέτες δεν αναφέρεται κάποια συσχέτιση μεταξύ μελαγχολίας της λοχείας και κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων όπως η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, το επάγγελμα και η οικογενειακή κατάσταση.^{1,13,29,30} Σε μελέτη των Γονιδάκη και συνεργατών η μόνη σημαντική μεταβλητή ήταν τα έτη γάμου,¹ ενώ σε έρευνα των Hau και Levy ήταν αυτή της ηλικίας, με τις γυναίκες μεταξύ των 35 και 39 ετών να παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης μελαγχολίας της λοχείας.⁴ Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν ενδείξεις κάποιας σχέσης του εν λόγω φαινομένου με την οικονομική ανασφάλεια, την ποιότητα των συζυγικών σχέσεων και τη διαθεσιμότητα κοινωνικής υποστήριξης.³¹⁻³³ Παράγοντες όπως αυτοί της ανεπιθύμητης κύησης, του τρόπου τοκετού, του αριθμού των γεννηθέντων τέκνων, των επιπλοκών που σχετίζονται με το βρέφος (π.χ. χαμηλό βάρος γέννησης), του θηλασμού και της υποστήριξης από την

οικογένεια έχουν επίσης ελεγχθεί, αλλά με αντιφατικά αποτελέσματα.^{22,34,35} Στην ανωτέρω μελέτη των Γονιδάκη και συνεργατών, αναφέρεται ότι η καισαρική τομή ήταν συχνότερη στις πάσχουσες από μελαγχολία της λοχείας εν συγκρίσει με τις μη πάσχουσες.¹ Στην ίδια μελέτη, γυναίκες πάσχουσες από την εν λόγω ψυχοπαθολογική εκδήλωση ανέφεραν πολύ πιο συχνά από τις μη πάσχουσες ότι δεν είχαν πρόθεση να θηλάσουν, καθώς και ότι μία εβδομάδα μετά τον τοκετό δεν θηλάζαν.¹ Σε άλλη μελέτη των Reck και συνεργατών, μεταβλητές όπως ο αριθμός των γεννηθέντων τέκνων, η προγραμματισμένη επιστροφή στην εργασία και η εκδήλωση φάσης καταθλιπτικής διάθεσης σε προηγούμενες εγκυμοσύνες, σχετίζονται σημαντικά με την εμφάνιση μελαγχολίας της λοχείας.⁵ Επίσης, αρνητικά συναισθήματα όπως άγχος, φόβος για τον τοκετό, κατάθλιψη, καθώς και στρεσογόνα γεγονότα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, συνδέονται με τη μελαγχολία της λοχείας.^{6,12,29,31-33} Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όπως ο νευρωτισμός, αλλά και οι υποκλίμακες της υποχονδρίασης, της κατάθλιψης και παράνοιας της δοκιμασίας: Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), έχουν συσχετιστεί με το ανωτέρω φαινόμενο.¹ Τέλος, η προαναφερόμενη κλινική οντότητα έχει επίσης συνδεθεί με ανεπαρκή μητρική φροντίδα κατά την παιδική ηλικία των λεχωίδων.^{5,24,31}

Στην Ελλάδα λίγες είναι οι έρευνες οι οποίες έχουν ως αντικείμενο μελέτης το φαινόμενο της μελαγχολίας της λοχείας.^{1,36-38} Επιπροσθέτως, σε καμία από αυτές που χρησιμοποιήθηκε το Blues Questionnaire των Kennerley και Gath,² δεν επιχειρήθηκε έλεγχος αξιοπιστίας του προαναφερθέντος ερευνητικού εργαλείου. Συνεπώς, με την παρούσα μελέτη επιδιώκεται, αφενός μεν η συλλογή περισσότερης γνώσης για το ανωτέρω φαινόμενο στην Ελλάδα, μέσω του εντοπισμού συσχετίσεων μεταξύ μελαγχολίας της λοχείας και ορισμένων κλινικών και κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων, αφετέρου δε ο έλεγχος αξιοπιστίας του προαναφερμένου ερευνητικού εργαλείου.

Μέθοδος

Σχεδιασμός μελέτης

Η μελέτη ήταν αναδρομική, μη πειραματικό προκαθορισμένο σχέδιο σχέσεων σε συνδυασμό με αυτοσυμπληρούμενη δειγματοληπτική έρευνα. Διεξήχθη στην Ελλάδα, σε πανεπιστημιακή μαιευτική και γυναικολογική κλινική της Αθήνας, ύστερα από άδεια της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας του εν λόγω πανεπιστημιακού νοσοκομείου (B-178/31-05-2016), από τον Ιούνιο έως και τον Αύγουστο του 2016.

Διαδικασία και συμμετέχουσες

Λεχωίδες, τόσο πρωτοτόκες όσο και πολύτοκες, καθώς και εκείνες που είχαν συλλάβει μετά από θεραπεία γονιμότητας, κλήθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη. 123 δέχτηκαν να συμμετάσχουν, καμία εκ των οποίων δεν είχε τοκετό διδύμων, τριδύμων κ.λπ. 116 λεχωίδες πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής τα οποία και αναφέρονται κατωτέρω. Στις συμμετέχουσες δεν παρεσχέθη κανένα κίνητρο για τη συμμετοχή τους στην έρευνα, και έδωσαν γραπτή συγκατάθεση αφού ενημερώθηκαν ξεχωριστά και πλήρως για τους σκοπούς και τις διαδικασίες της μελέτης. Επίσης, διαβεβαιώθηκαν σχετικά με θέματα εχεμύθειας, υπεύθυνης χρήσης των πληροφοριών που θα συλλέγονται, όπως και του δικαιώματός τους να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου οποιαδήποτε στιγμή χωρίς να αναφέρουν τους λόγους. Κάθε λεχωίδα ενημερώθηκε ακόμη για την παροχή βοήθειας από ειδικό ψυχικής υγείας και συνερευνητή (Γ.Φ.), στην περίπτωση που ετίθετο η διάγνωση της μελαγχολίας της λοχείας.

Οι λεχωίδες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο της μελέτης, το οποίο αποτελούταν από φόρμα πληροφορημένης συγκατάθεσης, από ερωτήματα σχετικά με κοινωνικοδημογραφικά και ιατρικά στοιχεία αφορώντα την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία, από το Blues Questionnaire των Kennerley και Gath, και από την Κλίμακα Λοχειακής Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) (βλ. Παράρτημα). Η συμπλήρωση του εν λόγω ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 15 λεπτά. Με την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, οι λεχωίδες είχαν τη δυνατότητα να εκφράσουν τυχόν ερωτήματα σχετικά με τα ερευνητικά εργαλεία του ερωτηματολογίου ή/και τη μελέτη, και σε όσες είχαν δηλώσει στοιχεία επικοινωνίας (διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου) στη φόρμα πληροφορημένης συγκατάθεσης, δόθηκε η διαβεβαίωση αποστολής έκθεσης των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Τα κριτήρια εισαγωγής των συμμετεχουσών ήταν: Επάρκεια γνώσης της ελληνικής γλώσσας (άνετη χρήση προφορικού λόγου), γέννηση υγιούς παιδιού (Apgar score 9-10), απουσία ιστορικού ψυχωτικής διαταραχής, απουσία χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών, απουσία χρόνιας σωματικής νόσου.¹ Κριτήριο αποκλεισμού από τη μελέτη αποτελούσε η ύπαρξη καταθλίψεως (EPDS cut-off ≥ 13) ώστε να αποφευχθεί λανθασμένη διάγνωση κατάθλιψης ως μελαγχολία της λοχείας, μιας και κάποια από τα συμπτώματα της μελαγχολίας της λοχείας ομοιάζουν με αυτά της κατάθλιψης.¹

Μετρήσεις

α) Blues Questionnaire (BQ): Το ερευνητικό αυτό εργαλείο δημιουργήθηκε από τους Kennerley και Gath για την ανίχνευση και μέτρηση της μελαγχολίας της λοχείας.² Το

προαναφερθέν εργαλείο αποτελεί έγκυρη κλίμακα αυτοαξιολόγησης, αποτελούμενη από 28 ερωτήσεις σχετικά με τη συναισθηματική κατάσταση της λεχωίδας.^{1,2,8,35} Οι διαθέσιμες απαντήσεις είναι «ναι» ή «όχι», κατ' επέκταση η μέγιστη βαθμολογία είναι 28 και η ελάχιστη 0.^{1,2} Ο υπολογισμός του διαχωριστικού ορίου για τον εντοπισμό σοβαρής μελαγχολίας της λοχείας προκύπτει από τη μέση μέγιστη βαθμολογία όλων των λεχωίδων της εκάστοτε μελέτης.^{1,2} Στη μελέτη αυτή, ο μέσος όρος της μέγιστης βαθμολογίας όλων των λεχωίδων ήταν 7.02, κατά συνέπεια, το διαχωριστικό όριο για τη διάγνωση της σοβαρής μελαγχολίας της λοχείας ήταν η βαθμολογία του 7.

Σύμφωνα με τους Kennerley και Gath, οι 28 ερωτήσεις του BQ μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε 7 ομάδες συμπτωμάτων: πρωτοπαθής μελαγχολία, επιφύλαξη, υπερευαισθησία, κατάθλιψη, αποθάρρυνση, επιβράδυνση, και μειωμένη αυτοπεποίθηση.^{1,2} Αν η λεχωίδα απαντήσει θετικά σε περισσότερα από τα μισά συστατικά στοιχεία μιας εκ των 7 προαναφερθέντων ομάδων συμπτωμάτων, τότε θεωρείται θετική για την ομάδα αυτή.^{1,2} Οι συγγραφείς στο σχετικό άρθρο τους αναφέρουν επίσης ότι η ομάδα της πρωτοπαθούς μελαγχολίας περιλαμβάνει 7 συμπτώματα, τα οποία και αποτελούν τα συνηθέστερα και χαρακτηριστικότερα της μελαγχολίας της λοχείας.² Τα συμπτώματα αυτά είναι τα ακόλουθα: «Δακρύζω εύκολα», «Νιώθω κουρασμένη», «Είμαι αγχωμένη», «Είμαι πάρα πολύ συναισθηματική», «Η διάθεσή μου είναι ευμετάβλητη», «Το κέφι μου είναι πεσμένο», «Ξεχνάω, είμαι σε σύγχυση».²

β) Κλίμακα Λοχειακής Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS): Πρόκειται για σύντομη αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα, η οποία αποτελείται από 10 λήμματα.^{39,40} Η συμπλήρωση της EPDS δεν διαρκεί περισσότερο από πέντε λεπτά.⁴⁰ Η προσαρμογή της προαναφερθείσας όπως και ο έλεγχος εγκυρότητας και αξιοπιστίας της έγινε από τους: Λεονάρδου, Ζέρβα και Δραγώνα.⁴¹ Έχει χορηγηθεί, τόσο για ερευνητικούς όσο και για κλινικούς σκοπούς, στη διάρκεια της κύησης, μεταγενέστερα στη λοχεία, σε άλλες περιόδους της ζωής των γυναικών σχετιζόμενες με τον αναπαραγωγικό κύκλο κ.ά.⁴⁰

Η βαθμολόγηση κάθε λήμματος κυμαίνεται από το 0 έως το 3, με το 3 να δηλώνει το πιο σοβαρό σύμπτωμα.⁴⁰ Στα λήμματα με αστερίσκο (*), δηλαδή στις δηλώσεις 3 και 5-10, η βαθμολόγηση είναι αντίστροφη (3-2-1-0).⁴⁰ Η τελική βαθμολογία προκύπτει μέσω της άθροισης των επιμέρους βαθμολογιών των 10 λημμάτων.⁴⁰ Στην παρούσα μελέτη, το διαχωριστικό όριο των 13 βαθμών δήλωνε ενδεχόμενο ύπαρξης λοχειακής κατάθλιψης.

Η συλλογή των στοιχείων έγινε από 116 λεχωίδες, οι οποίες συμπλήρωσαν το προαναφερθέν ερωτηματολόγιο της μελέτης το μεσημέρι της 3^{ης} ημέρας της λοχείας τους. Η επιλογή της 3^{ης} ημέρας της λοχείας έγινε αφενός λόγω των στοιχείων που συνελλέχθησαν

από έρευνες σχετικές και με την κορύφωση του φαινομένου,^{1,7,18-21} αφετέρου διότι η πλειοψηφία των λεχωίδων έπαιρνε εξιτήριο την 3^η ημέρα μετά τον τοκετό, με αποτέλεσμα να καθίσταται δυσχερής η παρακολούθησή τους.

Στατιστική επεξεργασία

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με τη χρήση του λογισμικού πακέτου SPSS (version 22.0, IBM, Armonk, New York, USA). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας που επιλέχθηκε ήταν αυτό του 5% ($\alpha = 0.05$). Χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική για τη συνόψιση των κλινικών και κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων. Εν συνεχεία χρησιμοποιήθηκαν τόσο παραμετρικοί έλεγχοι υπόθεσης όσο και μη παραμετρικοί. Στις συνεχείς μεταβλητές εφαρμόστηκε το t-test ως παραμετρικό κριτήριο και το Mann-Whitney (U) ως μη παραμετρικό. Πριν εφαρμοστεί το παραμετρικό κριτήριο t-test, ελέγχθηκαν οι προϋποθέσεις εφαρμογής αυτού χρησιμοποιώντας τους ελέγχους Levene για την ομοσκεδαστικότητα των πληθυσμών και Shapiro-Wilk για την κανονικότητα. Στις κατηγορικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό στατιστικό κριτήριο χ^2 και δύο παραλλαγές του, δηλαδή ο ακριβής έλεγχος του Fisher, όπως και αυτός των Mantel-Haenszel (Linear-by-linear association). Εφαρμόστηκε επίσης λογιστική παλινδρόμηση (Logistic Regression) για περαιτέρω διερεύνηση παραγόντων σχετιζόμενων με την εμφάνιση της μελαγχολίας της λοχείας. Η επιλογή των μεταβλητών του γραμμικού μοντέλου έγινε χρησιμοποιώντας τη μέθοδο Stepwise, και για τον έλεγχο της ολικής επάρκειας του μοντέλου εφαρμόστηκε ο έλεγχος λόγου πιθανοφανειών (Likelihood ratio test).

Τέλος, για τη στατιστική τεχνική της συσταδοποίησης (Cluster analysis or clustering) χρησιμοποιήθηκε τόσο το λογισμικό πακέτο SPSS (version 22.0, IBM, Armonk, New York, USA) όσο και αυτό της R (version 3.3.1). Μέσω της ανωτέρω τεχνικής επιδιώχθηκε να βρεθούν κοινές ομάδες μεταξύ των 28 μεταβλητών του Blues Questionnaire · εφαρμόστηκε κατ' επέκταση συσσωρευτική μέθοδος (agglomerative) ανάλυσης κατά συστάδες, και ως μέτρο απόστασης χρησιμοποιήθηκε αυτό του Ward.

Αποτελέσματα

Ποσοστό ανταπόκρισης και χαρακτηριστικά του δείγματος

123 λεχωίδες ηλικίας 20-44 ετών συμμετείχαν στη μελέτη, εκ των οποίων 116 πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής. 7 λεχωίδες (5.70%) αποκλείστηκαν από την έρευνα λόγω ύπαρξης κατάθλιψης (Πίνακας 1). Το δείγμα αποτελούταν από Ελληνίδες (n=79, 68.10%), Αλβανίδες (n=19, 16.40%) και λεχωίδες διαφόρων άλλων ιθαγενειών (Αιγύπτιας, Βουλγάρες, Γεωργιανές, Ινδές, Λιθουανές, Μολδαβές, Ουκρανές, Ρουμάνες, Φιλιππινέζες) (n=18,

15.50%). Ο μέσος όρος της ηλικίας των συμμετεχουσών ήταν τα 31.89 έτη (SD = 5.08). Οι περισσότερες ήταν εργαζόμενες (n=66, 56.80%), 29 συμμετέχουσες (25%) δήλωσαν ως επάγγελμα την οικιακή εργασία και 21 δήλωσαν άνεργες (18.10%). Η πλειοψηφία των λεχωίδων ήταν έγγαμες (n=108, 93.10%), από ένα μέχρι πέντε έτη γάμου (n=85, 73.30%), και απόφοιτες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (n=78, 67.20%). 66 συμμετέχουσες (56.90%) ήταν πρωτοτόκες, 37 λεχωίδες (31.90%) είχαν γεννήσει μία φορά στο παρελθόν και 13 ήταν πολύτοκες (11.20%). 51 γυναίκες γέννησαν φυσιολογικά (44%) και 65 με καισαρική τομή (56%). Η πλειοψηφία των συμμετεχουσών είχε πρόθεση να θηλάσει το νεογνό (n=113, 97.40%), είχε υποστήριξη και συμβουλές από την οικογένεια (n=109, 94.00%) όπως και από το σύζυγο (n=116, 100.00%).

Ο Πίνακας 2 που ακολουθεί συνοψίζει τα χαρακτηριστικά του δείγματος.

Πίνακας 1

	Αριθμός	Ποσοστό
Λεχωίδες με κατάθλιψη*	7	5.70%
Λεχωίδες χωρίς κατάθλιψη	116	94.30%
Σύνολο	123	100%

*EPDS cutoff 13

Πίνακας 2

Κοινωνικοδημογραφικά και ιατρικά στοιχεία αφορώντα την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία

Περιγραφική Στατιστική			
	Κατηγορία	Συχνότητα	Ποσοστό
Δημογραφικές και κοινωνικές μεταβλητές			
Ηλικία	20-29	35	30.20%
	30-39	76	65.50%
	>40	5	4.30%
Επίπεδο εκπαίδευσης	Πρωτοβάθμια (0-6 έτη)	2	1.70%
	Δευτεροβάθμια (7-12 έτη)	36	31.00%
	Τριτοβάθμια (>13 έτη)	78	67.20%
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμη	108	93.10%
	Άλλο	8	6.90%
Έτη γάμου	(1-5)	85	73.30%
	(6-10)	23	19.80%
	>10	8	6.90%

Αξιολόγηση	Πολύ καλός/ή	103	88.80%
γάμου/σχέσης	Καλός/ή	13	11.20%
Ηλικία συζύγου/συντρόφου	20-29	15	12.90%
	30-39	76	65.50%
	>40	25	21.60%
Επάγγελμα	Οικιακά	29	25.00%
	Δημόσιος υπάλληλος	7	6.00%
	Ιδιωτική υπάλληλος	39	33.60%
	Ελεύθερη επαγγελματίας	20	17.20%
	Άνεργη	21	18.10%
Ιθαγένεια	Ελληνική	79	68.10%
	Αλβανική	19	16.40%
	Άλλη	18	15.50%
Ιατρικά στοιχεία			
Εμπειρία θνησιγένειας	Ναι	2	1.70%
	Όχι	114	98.30%
Προγενέστεροι τοκετοί	0	66	56.90%
	1	37	31.90%
	>2	13	11.20%
Άμβλωση ή Αποβολή	0	78	67.20%
	1	23	19.80%
	>2	15	12.90%
Λήψη θεραπείας λόγω	Ναι	8	6.90%
δυσκολιών σύλληψης	Όχι	108	93.10%
Κάπνισμα κατά τη διάρκεια της	0	103	88.80%
εγκυμοσύνης (τσιγάρα/ημέρα)	(1-10)	10	8.60%
	(11-20)	3	2.60%
Εγκυμοσύνη και Τοκετός			
Ανεπιθύμητη κύηση	Ναι	0	0.00%
	Όχι	116	100.00%
Αντίδραση της μητέρας κατά την ανακοίνωση της εγκυμοσύνης	Θετική	110	94.80%
	Ουδέτερη	5	4.30%
	Αρνητική	1	0.90%
Ικανοποίηση της μητέρας με το φύλο του νεογνού	Ναι	115	99.10%
	Όχι	1	0.90%

Τρόπος Τοκετού	Φυσιολογικός	51	44.00%
	Καισαρική τομή	65	56.00%
Λοχεία			
Πρόθεση να θηλάσει η μητέρα το νεογνό της	Ναι	113	97.40%
	Όχι	3	2.60%
Υποστήριξη και συμβουλές από την οικογένεια	Ναι	109	94.00%
	Όχι	7	6.00%
Υποστήριξη από το σύζυγο/ σύντροφο	Ναι	116	100.00%
	Όχι	0	0.00%
Ημέρα λοχείας	3	116	100.00%
	Διαφορετική της 3	0	0.00%

Ο Πίνακας 3 παρουσιάζει τον ακριβή αριθμό των λεχωίδων με σοβαρή μελαγχολία της λοχείας όταν εφαρμόστηκε το διαχωριστικό όριο της βαθμολογίας του 7 στο Blues Questionnaire, και εκείνων χωρίς μελαγχολία της λοχείας.

Πίνακας 3

	Αριθμός	Ποσοστό
Λεχωίδες με MB*	50	43.10%
Λεχωίδες χωρίς MB	66	56.90%
Σύνολο	116	100%
*BQ cutoff 7		

Κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές

Η μεταβλητή των ετών γάμου φαίνεται να επηρεάζει την πιθανότητα εμφάνισης μελαγχολίας της λοχείας ($p=0.013$) (MB=2.82, NMB=4.788) (Πίνακας 4).

Πίνακας 4

Scale variables							
	MB group (mean score)	NMB group (mean score)	t-test			Mann-Whitney	
Κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές			t	df	p-value	U	p-value
Ηλικία	31.96	32.06	-0.101	116	0.917		
Έτη εκπαίδευσης	14.52	13.97				1553	0.581
Έτη γάμου	2.82	4.788				1217.5	0.013
Ηλικία συζύγου/συντρόφου	35.18	36.15				1548	569
Έτη εκπαίδευσης του συζύγου/συντρόφου	14.06	13.67				1528	0.486
Ιατρικές μεταβλητές							
Κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (τσιγάρα/ημέρα)	0.68	0.79				1634	0.871

Επίσης, μέσω της εφαρμογής λογιστικής παλινδρόμησης (Logistic Regression) φαίνεται ότι τα έτη γάμου και το επάγγελμα του συζύγου/συντρόφου επηρεάζουν σημαντικά την πιθανότητα εμφάνισης μελαγχολίας της λοχείας. Τα αποτελέσματα του ελέγχου της στατιστικής σημαντικότητας των συντελεστών του εν λόγω μοντέλου παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.

Πίνακας 5

Logistic Regression					
Coefficients		Estimate	S.E.	df	p-value
Intercept		-2.5986	1.6099	1	0.1065
Ηλικία		0.0724	0.04569	1	0.11305
Έτη γάμου		0.21221	0.06816	1	0.00186
Επάγγελμα του συζύγου/συντρόφου					
<i>Levels</i>	<i>ιδιωτικός υπάλληλος</i>	1.21471	0.59662	1	0.04175
	<i>Ελεύθερος επαγγελματίας</i>	0.04255	0.67809	1	0.94996
	<i>Ανεργος</i>	2.00422	1.26672	1	0.1136

Ιατρικές μεταβλητές

Εξετάστηκε η πιθανότητα ύπαρξης στατιστικά σημαντικής συσχέτισης μεταξύ της πιθανής ύπαρξης μελαγχολίας της λοχείας και της εμπειρίας θνησιγένειας μέσω του ακριβούς ελέγχου του Fisher (Fisher Exact), αλλά φαίνεται να μην υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των προαναφερθέντων μεταβλητών ($p=0.843$) (Πίνακας 6).

Πίνακας 6

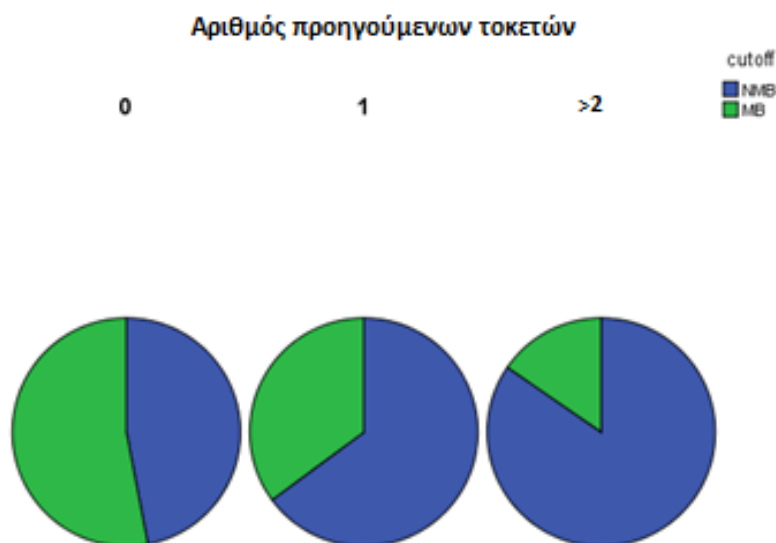
Categorical variables					
	MB group (mean score)	NMB group (mean score)	Chi-square test		
			χ^2	df	p-value
Κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές					
Οικογενειακή κατάσταση			0.578	1	0.447
Έγγαμη	94.00%	92.40%			
Άλλο	6.00%	7.60%			
Αξιολόγηση γάμου/σχέσης			0.11	1	0.74
Πολύ καλός/ή	88.00%	89.40%			
Καλός/ή	12.00%	10.60%			

Επάγγελμα			4.601	4	0.331
Οικιακά	22.00%	27.30%			
Δημόσιος υπάλληλος	2.00%	9%			
Ιδιωτική υπάλληλος	36.00%	31.80%			
Ελεύθερη επαγγελματίας	16.00%	18.20%			
Άνεργη	24%	13.60%			
Ιθαγένεια			1.608	2	0.448
Ελληνική	74.00%	63.60%			
Αλβανική	12.00%	19.70%			
Άλλη	14.00%	16.70%			
Ιατρικές μεταβλητές					
Εμπειρία θνησιγένειας			0.039	1	0.843
Ναι	2.00%	1.50%			
Όχι	98.00%	98.50%			
Αριθμός προηγούμενων τοκετών			7.61	1	0.006
0	70%	47.00%			
1	26%	36.40%			
>2	4%	16.70%			
Αριθμός αμβλώσεων ή αποβολών			0.288	2	0.866
0	66%	68.20%			
1	22%	18.20%			
>2	12%	13.60%			
Λήψη θεραπείας λόγω δυσκολιών σύλληψης			0.167	1	0.683
Ναι	8.00%	6.10%			
Όχι	92.00%	93.90%			
Εγκυμοσύνη και Τοκετός					
Ανεπιθύμητη κύηση			-		
Ναι	0%	0%			
Όχι	100%	100%			
Αντίδραση της μητέρας κατά την ανακοίνωση της εγκυμοσύνης			1.976	2	0.372
Θετική	92.00%	97.00%			
Ουδέτερη	6.00%	3.00%			
Αρνητική	2.00%	0.00%			
Ικανοποίηση της μητέρας με το φύλο του νεογνού			0.764	1	0.382
Ναι	100%	98.50%			
Όχι	0%	1.50%			
Τρόπος Τοκετού			0	1	0.995
Φυσιολογικός	44.00%	43.90%			
Καισαρική τομή	56.00%	56.10%			

Λοχεία					
Πρόθεση να θηλάσει η μητέρα το νεογνό της			0.697	1	0.404
Ναι	96.00%	98.50%			
Όχι	4.00%	1.50%			
Υποστήριξη και συμβουλές από την οικογένεια			0	1	0.989
Ναι	94.00%	93.90%			
Όχι	6.00%	6.10%			
Υποστήριξη από το σύζυγο/σύντροφο			-		
Ναι	100%	100%			
Όχι	0%	0%			

Εν συνεχεία, εφαρμόστηκε ο έλεγχος των Mantel-Haenszel (Linear-by-linear association), λόγω ύπαρξης διατάξιμης μεταβλητής, και βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της πιθανής ύπαρξης μελαγχολίας της λοχείας και του αριθμού των προηγούμενων τοκετών ($p=0.006$) (Πίνακας 6, Διάγραμμα 1).

Διάγραμμα 1



Εγκυμοσύνη και τοκετός

Η ομάδα των γυναικών με σοβαρή μελαγχολία της λοχείας φαίνεται πως δεν διαφέρει στατιστικά σημαντικά από εκείνη χωρίς μελαγχολία της λοχείας (Πίνακας 6).

Λοχεία

Φαίνεται πως δεν υπάρχουν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των λεχωίδων με μελαγχολία της λοχείας και εκείνων χωρίς (Πίνακας 6).

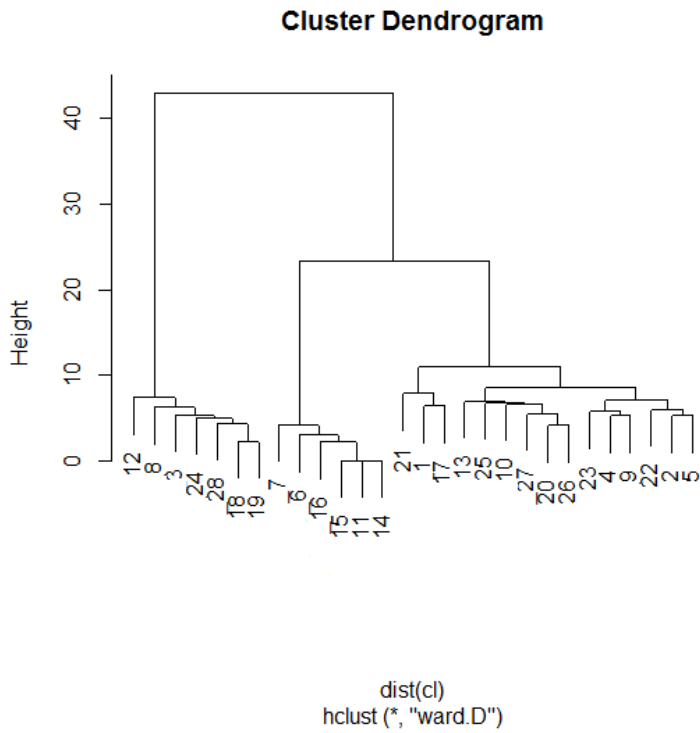
Αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας

Το Blues Questionnaire μεταφράστηκε στα ελληνικά από συνερρευνητή (Γ.Φ.), αφού ενημερώθηκε ένας εκ των συγγραφέων (Kennerley Helen), και έπειτα μεταφράστηκε αντίστροφα στα αγγλικά από δίγλωσση ψυχολόγο. Μία ομάδα εμπειρογνομόνων αποτελούμενη από δύο ψυχιάτρους, μία ψυχολόγο και έναν μαιευτήρα, επιβεβαίωσε τη φαινομενική εγκυρότητά του. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (δείκτης Cronbach's α) για το σύνολο των φράσεων του εν λόγω ερωτηματολογίου βρέθηκε να είναι 0.85.

Συσταδοποίηση

Ο εντοπισμός των ακόλουθων συστάδων της παρούσας μελέτης έγινε μέσω της χρήσης της ίδιας μεθοδολογίας με αυτή των Kennerley και Gath (Hierarchical clustering using Ward's Distance).² Σύμφωνα με το Δενδρόγραμμα Συστάδων που ακολουθεί (Διάγραμμα 2), ο βέλτιστος αριθμός είναι 4 συστάδες. Η 1^η συστάδα αποτελείται από τις ακόλουθες φράσεις - μεταβλητές του Blues Questionnaire: 1. «Δακρύζω εύκολα», 17. «Είμαι πάρα πολύ συναισθηματική», 21. «Νιώθω κουρασμένη». Η 2^η συστάδα αποτελείται από: 2. «Το μυαλό μου βρίσκεται σε ένταση», 4. «Το κέφι μου είναι πεσμένο», 5. «Είμαι συναισθηματικά σε έξαρση», 9. «Ξεχνάω, είμαι σε σύγχυση», 10. «Είμαι αγχωμένη», 13. «Σκέφτομαι ξανά και ξανά για διάφορα πράγματα», 20. «Η διάθεσή μου είναι ευμετάβλητη», 22. «Εκνευρίζομαι εύκολα», 23. «Κλαίω χωρίς να μπορώ να το σταματήσω», 25. «Είμαι υπερευαίσθητη», 26. «Έχω σκαμπανεβάσματα στη διάθεσή μου», 27. «Είμαι ανήσυχη». Η 3^η συστάδα απαρτίζεται από τις ακόλουθες φράσεις: 8. «Είμαι σε εγρήγορση», 12. «Το μυαλό μου είναι χαλαρωμένο», 18. «Είμαι χαρούμενη», 19. «Έχω αυτοπεποίθηση», 24. «Νιώθω πολύ ζωντανή», 28. «Είμαι ήρεμη, νιώθω γαλήνη». Η 4^η και τελευταία συστάδα αποτελείται από: 6. «Νιώθω αβοήθητη», 7. «Είναι δύσκολο να δείξω τα συναισθήματά μου», 11. «Εύχομαι να ήμουν μόνη μου», 14. «Λυπάμαι τον εαυτό μου», 15. «Είμαι "μουδιασμένη", χωρίς συναισθήματα», 16. «Νιώθω κατάθλιψη». Τα ανωτέρω παρουσιάζονται και στον Πίνακα 7 που ακολουθεί.

Διάγραμμα 2



Πίνακας 7

Hierarchical clustering using Ward's Distance		
	Επτά Συστάδες	Τέσσερις Συστάδες
Συστάδα 1	1, 17	1, 17, 21
Συστάδα 2	2, 4, 5, 9, 22, 23	2, 4, 5 9, 10, 13, 20, 22, 23 25, 26, 27
Συστάδα 3	3, 8, 18 19, 24, 28	8, 12, 18 19, 24, 28
Συστάδα 4	6, 7, 11 14, 15, 16	6, 7, 11 14, 15, 16
Συστάδα 5	10, 13, 20 25, 26, 27	-
Συστάδα 6	12	-
Συστάδα 7	21	-

Συζήτηση

Η μελαγχολία της λοχείας έχει μελετηθεί σε διάφορες χώρες και πολιτισμικές ομάδες, με το ποσοστό επιπολασμού του εν λόγω φαινομένου να παρουσιάζει μεγάλο εύρος. Στη μελέτη αυτή, το ποσοστό επιπολασμού της μελαγχολίας της λοχείας ήταν 43.10%, το οποίο και εμπίπτει στο εύρος των ποσοστών που αναφέρονται στις περισσότερες μελέτες.^{4,8,35,42,43}

Τα αποτελέσματα, τα οποία προέκυψαν από την έρευνα αυτή είναι τα ακόλουθα:

α). Όσο αυξάνονται τα έτη γάμου, τόσο αναμένεται να μειωθεί η σχετική πιθανότητα εμφάνισης της μελαγχολίας της λοχείας. Το εύρημα αυτό απαντάται και σε μελέτη των Γονιδάκη και συνεργατών.¹

β). Όσο αυξάνεται ο αριθμός των προηγούμενων τοκετών, τόσο μειώνεται και η πιθανότητα εμφάνισης μελαγχολίας της λοχείας. Το εν λόγω εύρημα αναφέρεται επίσης σε αρκετές μελέτες,^{5,44-46} μέσω των οποίων συνάγεται το συμπέρασμα ότι οι πρωτοτόκες ενδέχεται να βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης μελαγχολίας της λοχείας. Αναλυτικότερα, σε μελέτη των Reck και συνεργατών που διεξήχθη στη Γερμανία με δείγμα 853 γυναικών, λεχνοίdes οι οποίες είχαν γεννήσει μόνο ένα παιδί στο παρελθόν εμφάνιζαν συχνότερα μελαγχολία της λοχείας.⁵

γ). Η σχετική πιθανότητα (odds) εμφάνισης μελαγχολίας της λοχείας σε γυναίκες των οποίων οι σύζυγοι/σύντροφοι είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι φαίνεται να είναι μεγαλύτερη από την αντίστοιχη σχετική πιθανότητα των γυναικών οι σύζυγοι/σύντροφοι των οποίων είναι δημόσιοι υπάλληλοι. Το ανωτέρω εύρημα συνδέεται άμεσα με τη συνεχιζόμενη οικονομική κρίση, η οποία και αποτελεί την κυριότερη αιτία στρες στη ζωή των Ελλήνων, καθώς έχει φτωχοποιήσει μεγάλο τμήμα του πληθυσμού. Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), μεγάλος αριθμός εργαζομένων τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα, έχει υποστεί μειώσεις μισθών της τάξεως του 40% - 60% από την έναρξη της οικονομικής κρίσης, με τον ιδιωτικό τομέα όμως να πλήττεται περισσότερο λόγω των επιβαλλόμενων αλλαγών στο καθεστώς των συλλογικών συμβάσεων με την εφαρμογή των μνημονίων. Κατ' επέκταση, η αγοραστική δύναμη των μισθών των ιδιωτικών υπαλλήλων είναι σαφώς μικρότερη εν συγκρίσει με εκείνη των δημοσίων υπαλλήλων, γεγονός το οποίο μοιραία οδηγεί τους πρώτους σε περιορισμένη πρόσβαση σε αγαθά και υπηρεσίες με αποτέλεσμα το βίωμα κοινωνικοοικονομικού στρες που με τη σειρά του συνδέεται με πληθώρα διαταραχών τόσο σωματικών όσο και ψυχικών.^{33,47,48}

δ). Οι μεταβλητές της εμπειρίας θνησιγένειας, του τοκετού με καισαρική τομή όπως και της πρόθεσης να θηλάσουν οι μητέρες τα νεογνά τους, φαίνεται πως δεν διαφέρουν

στατιστικώς σημαντικά μεταξύ της ομάδας των γυναικών με σοβαρή μελαγχολία της λοχειάς και εκείνης χωρίς μελαγχολία της λοχειάς. Τα ευρήματα αυτά είναι σε συμφωνία με προηγούμενες μελέτες.^{4,5,22,35,49}

ε). Στην παρούσα μελέτη, ο αριθμός των συστάδων που εντοπίστηκαν ήταν 4, εύρημα το οποίο και διαφέρει από εκείνο των Kennerley και Gath,² ενώ ο δείκτης Cronbach's α για το σύνολο των φράσεων του Blues Questionnaire βρέθηκε να είναι 0.85 δίνοντας έτσι ικανοποιητικά δείγματα αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας. Τα συμπτώματα της συστάδας της πρωτοπαθούς μελαγχολίας (Primary Blues) κατά Kennerley και Gath, εμφανίζονται στη μελέτη αυτή τόσο στην πρώτη συστάδα (1. «Δακρύζω εύκολα», 17. «Είμαι πάρα πολύ συναισθηματική», 21. «Νιώθω κουρασμένη»), όσο και στη δεύτερη (4. «Το κέφι μου είναι πεσμένο», 9. «Ξεχνάω, είμαι σε σύγχυση», 10. «Είμαι αγχωμένη», 20. «Η διάθεσή μου είναι ευμετάβλητη»). Τα συμπτώματα των τεσσάρων συστάδων της εν λόγω μελέτης παρουσιάζουν ομοιότητες με τους τέσσερις τύπους δεσμού των Bartholomew και Horowitz.^{50,51} Αναλυτικότερα, ορισμένα από τα συστατικά στοιχεία της πρώτης ομάδας συμπτωμάτων (συστάδας) παραπέμπουν στον απορριπτικό τύπο αποφυγής (Avoidant - dismissing),⁵² κάποια από αυτά της δεύτερης στον τύπο εμμονής/αμφιθυμικό (Preoccupied),⁵³ συστατικά στοιχεία της τρίτης ομάδας στον ασφαλή τύπο δεσμού (Secure),⁷ και τέλος, ορισμένα στοιχεία από αυτά της τέταρτης ομάδας στο φοβικό τύπο αποφυγής (Avoidant - fearful).⁵⁴ Βάσει των ανωτέρω προκύπτει ότι η συστάδα της πρωτοπαθούς μελαγχολίας συνδέεται με τύπους ανασφαλούς δεσμού (απορριπτικό τύπο αποφυγής και έμμονο/αμφιθυμικό τύπο). Ο ανασφαλής δεσμός/προσκόλληση (Insecure Attachment) έχει συνδεθεί με την εμφάνιση ασθενειών, τόσο ψυχικών όσο και σωματικών, καθώς ενδέχεται να επηρεάζει τη ρύθμιση του στρες και την ψυχολογική ανθεκτικότητα.⁵⁵⁻⁵⁸ Αναλυτικότερα, σύμφωνα με το μοντέλο των Maunder και Hunter για τον ανασφαλής δεσμό και τη συμβολή του στην εκδήλωση και την πορεία μιας νόσου, ο ανασφαλής δεσμός/προσκόλληση πιθανώς να συσχετίζεται με: 1. Διαταραχές της ρύθμισης του στρες (αύξηση αντιλαμβανόμενου στρες, διαταραγμένη ρύθμιση φυσιολογίας του στρες, μείωση κοινωνικής ρύθμισης του στρες), 2. Αυξημένη χρήση εξωτερικών ρυθμιστών του συναισθήματος (π.χ. χρήση ουσιών, ρισκοκίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά, διατροφικές διαταραχές), και 3. Μη χρήση προστατευτικών συμπεριφορών (π.χ. κοινωνική στήριξη, απόδοση δέουσας προσοχής και αναφορά συμπτωμάτων νόσου, αναζήτηση βοήθειας και χρήση υπηρεσιών υγείας, τήρηση θεραπείας).⁵⁷ Όσον αφορά το συσχετισμό δεσμού/προσκόλλησης και ρύθμισης του στρες, ο δεσμός/προσκόλληση και το στρες συνδέονται εξελικτικά λόγω του ότι η αντίδραση στρες έχει επιλεγεί να ενεργοποιείται όταν παρουσιάζονται περιβαλλοντικές απειλές, ενώ η

λειτουργία του συστήματος δεσμού/προσκόλλησης να είναι η αύξηση της ασφάλειας όταν αυτές κάνουν την εμφάνισή τους.⁵⁷ Έτσι, όταν ο δεσμός/προσκόλληση είναι ασφαλής λειτουργεί και ως μηχανισμός αρνητικής ανατροφοδότησης του στρες με την πάροδο του χρόνου, και με την απαραίτητη προϋπόθεση ότι το πρόσωπο προσκόλλησης είναι αξιόπιστο διαθέσιμο, περιποιητικό και ευαίσθητο, το ασφαλές προσκολλημένο άτομο καθίσταται ικανό στη ρύθμιση της αντίδρασης του στρες του μέσω της επαναφοράς στη μνήμη του εσωτερικευμένων αναπαραστάσεων του/των προσώπου/προσώπων προσκόλλησης – μέσω δηλαδή εσωτερικών λειτουργικών μοντέλων - τα οποία και ασκούν ισχυρές επιδράσεις στην αυτοεκτίμηση, στην αυτοαξία καθώς και στην αναζήτηση υποστήριξης και εγγύτητας.⁵⁵ Αντίθετα, όταν ο δεσμός/προσκόλληση είναι ανασφαλής αποτυγχάνει να επιτελέσει την εξελικτική του λειτουργία με αποτέλεσμα να επιτείνει το στρες,⁵⁹ διαμορφώνοντας είτε έναν υπερδραστήριο άξονα Υποθαλάμου-Υπόφυσης-Επινεφριδίων, είτε έναν υποδραστήριο, δημιουργώντας έτσι τις κατάλληλες συνθήκες για την ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας.^{55,58} Όπως προαναφέρθηκε, τα εσωτερικά λειτουργικά μοντέλα είναι υπεύθυνα για τη διαδικασία αξιολόγησης στρεσογόνων παραγόντων, κατ' επέκταση συνδέονται άμεσα τόσο με την έννοια του αντιλαμβανόμενου στρες (perceived stress), όσο και με την Κοινωνική Βασική Θεωρία (Social Baseline Theory, SBT).^{60,61} Έτσι, το ασφαλές προσκολλημένο άτομο θα εκτιμήσει την ανάκυψη ενός στρεσογόνου γεγονότος ως πρόκληση θα θεωρήσει δηλαδή ότι διαθέτει επαρκείς πόρους για την αντιμετώπιση του στρεσογόνου γεγονότος, ενώ αντίθετα, το ανασφαλές προσκολλημένο άτομο θα αξιολογήσει το στρεσογόνο γεγονός ως απειλή θα θεωρήσει δηλαδή ότι οι πόροι που διαθέτει για την αντιμετώπισή του είναι ανεπαρκείς.⁵⁸ Η προαναφερθείσα αξιολόγηση του ασφαλούς προσκολλημένου ατόμου οφείλεται λοιπόν και στο γεγονός των θετικών κοινωνικών αλληλεπιδράσεων που απέκτησε από το περιβάλλον του στο γεγονός δηλαδή ότι μέσω της υποστηρικτικής συμπεριφοράς των ατόμων που είχαν αναλάβει την ανατροφή του, δημιούργησε εσωτερικά λειτουργικά μοντέλα (ή εσωτερικά μοντέλα εργασίας) τα οποία έχουν ως πυρηνική πεποίθηση ότι το κοινωνικό περιβάλλον θα βοηθήσει το άτομο να επιβιώσει και να εξελιχθεί μέσω της παροχής ασφάλειας, βοήθειας και πρόσβασης σε πόρους ώστε να μειωθούν μεταβολικά δαπανηρές δραστηριότητες της ζωής.⁶⁰⁻
⁶² Η βιολογική αυτή αρχή της οικονομίας ενέργειας αποτελεί και το βασικότερο άξονα της Κοινωνικής Βασικής Θεωρίας, η οποία προτείνει ότι η κύρια οικολογία στην οποία τα ανθρώπινα όντα είναι προσαρμοσμένα, είναι εκείνη στην οποία είναι πλούσια η παρουσία άλλων ανθρώπων, διότι βοηθάει τα άτομα να διατηρήσουν σημαντικούς και συχνά μεταβολικά δαπανηρούς σωματικούς και νευρικούς πόρους μέσω της κοινωνικής ρύθμισης του συναισθήματος.⁶¹ Ευρήματα από μελέτες σχετικές με το άγγιγμα, το δεσμό, την

προσκόλληση και τις επιδράσεις της ανθρώπινης επαφής στη συναισθηματική και σωματική υγεία του ανθρώπου έδειξαν ότι η κοινωνική εγγύτητα και αλληλεπίδραση μειώνει την καρδιαγγειακή διέγερση, διευκολύνει την ανάπτυξη μη αγχώδους ιδιοσυγκρασίας, αναστέλλει την απελευθέρωση ορμονών του στρες, μειώνει τη σχετιζόμενη με απειλή νευρωνική ενεργοποίηση και γενικά προάγει την υγεία και τη μακροβιότητα.^{60,61,63} Αντίθετα, η κοινωνική υποταγή, η απόρριψη και η απομόνωση αποτελούν ισχυρές πηγές στρες και κινδύνου για την υγεία.^{48,56,61} Τα ανωτέρω στοιχεία συνηγορούν υπέρ ευρημάτων ερευνών, τα οποία υποδεικνύουν τη φτωχή κοινωνική υποστήριξη ως προδιαθεσικό παράγοντα εμφάνισης μελαγχολίας της λοχείας και επιλόχειας κατάθλιψης.^{10,64-66}

Οι περιορισμοί της παρούσας μελέτης είναι οι ακόλουθοι: Το μέγεθος του δείγματος είναι σχετικά μικρό, με αποτέλεσμα η γενίκευση να καθίσταται δυσχερής. Πιθανώς, τακτικότερη και εντονότερη αλληλεπίδραση μεταξύ της ερευνήτριας και του πληθυσμού - στόχου να είχε αυξήσει τη συμμετοχή. Το σύντομο χρονικό διάστημα διεξαγωγής της έρευνας, καθώς και η απουσία παρακολούθησης των λεχωίδων, αποτελούν δύο ακόμη περιορισμούς της εν λόγω μελέτης. Τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, παρ' ότι εξαιρετικά χρήσιμα, παρουσιάζουν την αδυναμία της μεροληψίας, η οποία θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί με τη χρήση βιοδεικτών (π.χ. κορτιζόλη, σεροτονίνη, ωκυτοκίνη κ.ά.). Επίσης, μελέτες αναφέρουν ότι η κορύφωση του φαινομένου της μελαγχολίας της λοχείας λαμβάνει χώρα μεταξύ της 3^{ης} και 5^{ης} ημέρας,^{1,67} με αρκετές από αυτές να παρουσιάζουν δεδομένα κορύφωσης την 5^η ημέρα.^{3,4,46,68} Κατ' επέκταση, η επιλογή της 3^{ης} ημέρας και η μη συλλογή στοιχείων από την 4^η και 5^η ημέρα της λοχείας δεν επιτρέπει τη γενίκευση συμπερασμάτων για το εν λόγω φαινόμενο. Τέλος, δεν χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς σχετικά με το στρες και το δεσμό/προσκόλληση, παρ' όλο που σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που διεξήχθη προέκυψαν ενδείξεις συσχέτισης της μελαγχολίας της λοχείας με το στρες,^{27-29,31-33,69,70} όπως και με ανεπαρκή μητρική φροντίδα κατά την παιδική ηλικία των λεχωίδων.^{5,24,31}

Η μελέτη αυτή υποδεικνύει ότι η μελαγχολία της λοχείας στην Ελλάδα εμφανίζεται με ποσοστά επιπολασμού και συμπτώματα ανάλογα με αυτά άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Ιατροί και ερευνητές θα μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν το Blues Questionnaire σε συνδυασμό με αξιόπιστα και έγκυρα ερευνητικά εργαλεία για να αξιολογήσουν τις εμπειρίες των λεχωίδων από την παιδική έως και την εφηβική τους ηλικία, όπως και τη συναισθηματική ανταπόκρισή τους στο νεογέννητο βρέφος τους, καθώς στην παρούσα μελέτη εντοπίστηκαν τέσσερις συστάδες, συμπτώματα των οποίων παρουσιάζουν ομοιότητες με τους τέσσερις τύπους δεσμού/προσκόλλησης των Bartholomew και Horowitz (απορριπτικό τύπο αποφυγής,

έμμονο/αμφιθυμικό τύπο, ασφαλή τύπο, φοβικό τύπο αποφυγής). Η νέα αυτή προσέγγιση του φαινομένου της μελαγχολίας της λοχείας μέσω της θεωρίας της προσκόλλησης, αποτελεί και τη συμβολή της μελέτης αυτής στην προσπάθεια ερμηνείας του εν λόγω φαινομένου. Μελλοντική έρευνα θα πρέπει να περιλαμβάνει συσχέτιση ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς αφορώντα τόσο τη μελαγχολία της λοχείας, το στρες, το γονεϊκό δεσμό και το μεταγεννητικό μητρικό δεσμό (παρακολούθηση των λεχωίδων), όσο και βιοδείκτες σε συνδυασμό με νευροαπεικονιστικές μεθόδους.^{70,71}

Βιβλιογραφικές Αναφορές

1. Gonidakis F, Rabavilas AD, Varsou E, KREATSAS G, Christodoulou GN. Maternity blues in Athens, Greece: A study during the first 3 days after delivery. *J Affect Disord.* 2007;99(1):107-115.
2. Kennerley H, Gath D. Maternity blues. I. Detection and measurement by questionnaire. *Br J Psychiatry.* 1989;155(3):356-362.
3. Adewuya AO. The maternity blues in Western Nigerian women: prevalence and risk factors. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193(4):1522-1525.
4. Hau FW, Levy VA. The maternity blues and Hong Kong Chinese women: an exploratory study. *J Affect Disord.* 2003;75(2):197-203.
5. Reck C, Stehle E, Reinig K, Mundt C. Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *J Affect Disord.* 2009;113(1):77-87.
6. Doornbos B, Fekkes D, Tanke MAC, de Jonge P, Korf J. Sequential serotonin and noradrenalin associated processes involved in postpartum blues. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2008;32(5):1320-1325.
7. Pop VJ, Truijens SE, Spek V, Wijnen HA, van Son MJ, Bergink V. A new concept of maternity blues: Is there a subgroup of women with rapid cycling mood symptoms? *J Affect Disord.* 2015;177:74-79.
8. Sutter AL, Leroy V, Dally D, Verdoux H, Bourgeois M. Post-partum blues and mild depressive symptomatology at days three and five after delivery: A French cross sectional study. *J Affect Disord.* 1997;44(1):1-4.
9. Sakumoto K, Masamoto H, Kanazawa K. Post-partum maternity 'blues' as a reflection of newborn nursing care in Japan. *Int J Gynaecol Obstet.* 2002;78(1):25-30.

10. Takahashi Y, Tamakoshi K. Factors Associated with Early Postpartum Maternity Blues and Depression Tendency among Japanese Mothers with Full-term Healthy Infants. *Nagoya J Med Sci.* 2014;76(1-2):129-138.
11. Condon JT, Watson TL. The maternity blues: Exploration of a psychological hypothesis. *Acta Psychiatr Scand.* 1987;76(2):164-171.
12. Norhayati MN, Hazlina NN, Asrenee AR, Emilin WW. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *J Affect Disord.* 2015;175:34-52.
13. Nagata M, Nagai S, Sobajima H, Ando T, Nishide Y, Honjo S. Maternity blues and attachment to children in mothers of full-term normal infants. *Acta Psychiatr Scand.* 2000;101(3):209-217.
14. Nappi RE, Petraglia F, Luisi S, Polatti F, Farina C, Genazzani AR. Serum allopregnanolone in women with postpartum "blues". *Obstet Gynecol.* 2001;97(1):77-80.
15. Murata A, Nadaoka T, Morioka Y, Oiji A, Saito H. Prevalence and background factors of maternity blues. *Gynecol Obstet Invest.* 1998;46(2):99-104.
16. Yoshida K, Marks MN, Kibe N, Kumar R, Nakano H, Tashiro N. Postnatal depression in Japanese women who have given birth in England. *J Affect Disord.* 1997;43(1):69-77.
17. Tsukasaki M, Ohta Y, Oishi K, Miyaichi K, Kato N. Types and Characteristics of Short-Term Course of Depression after Delivery: Using Zung's Self-Rating Depression Scale. *Jpn J Psychiatry Neurol.* 1991;45(3):565-576.
18. Edhborg M. Comparisons of different instruments to measure blues and to predict depressive symptoms 2 months postpartum: a study of new mothers and fathers. *Scand J Caring Sci.* 2008;22(2):186-195.

19. Gotlib IH, Mount JH, Cordy NI, Whiffen VE. Depression and perceptions of early parenting: a longitudinal investigation. *Br J Psychiatry*. 1988;152(1):24-27.
20. Pitt B. Maternity blues. *Br J Psychiatry*. 1973;122(569):431-433.
21. Taylor A, Littlewood J, Adams D, Doré C, Glover V. Serum cortisol levels are related to moods of elation and dysphoria in new mothers. *Psychiatry Res*. 1994;54(3):241-247.
22. Buttner MM, Brock RL, O'Hara MW. Patterns of women' s mood after delivery: A growth curve analysis. *J Affect Disord*. 2015;174:201-208.
23. Ferber SG. The nature of touch in mothers experiencing maternity blues: the contribution of parity. *Early Hum Dev*. 2004;79(1):65-75.
24. Μωραΐτου Μ. *Ψυχοσωματική ετοιμασία για τη μητρότητα*. Αθήνα: ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ; 2007.
25. Okano T, Nomura J. Endocrine study of the maternity blues. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 1992;16(6):921-932.
26. Gonidakis F, Leonardou AA. Maternity Blues and Post-partum Depression - Findings from Greece. *European psychiatric review*. 2008;1(2):21-23.
27. O'Keane V, Lightman S, Patrick K, Marsh M, Papadopoulos AS, Pawlby S, Seneviratne G, Taylor A, Moore R. Changes in the maternal hypothalamic-pituitary-adrenal axis during the early puerperium may be related to the postpartum 'blues'. *J Neuroendocrinol*. 2011;23(11):1149-1155.
28. Kalantaridou S, Makrigiannakis A, Zoumakis E, Chrousos GP. Peripheral corticotropin-releasing hormone is produced in the immune and reproductive systems: actions, potential roles and clinical implications. *Front Biosci*. 2006;12:572-580.
29. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Wright EJ. Prospective study of postpartum blues: biologic and psychosocial factors. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(9):801-806.

30. Henshaw C, Foreman D, Cox J. Postnatal blues: a risk factor for postnatal depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2004;25(3-4):267-272.
31. Rondón MB. Maternity blues: cross-cultural variations and emotional changes. *Prim Care Update Ob Gyns.* 2003;10(4):167-171.
32. Glangeaud-Freudenthal NC, Crost M, Kaminski M. Severe post-delivery blues: associated factors. *Arch Womens Ment Health.* 1999;2(1):37-44.
33. Manjunath NG, Giriappa Venkatesh R. Postpartum blue is common in socially and economically insecure mothers. *Indian J Community Med.* 2011;36(3):231-233.
34. Henshaw C. Mood disturbance in the early puerperium: a review. *Arch Womens Ment Health.* 2003;6(2):33-42.
35. Kennerley H, Gath D. Maternity blues. III. Associations with obstetric, psychological, and psychiatric factors. *Br J Psychiatry.* 1989;155(3):367-373.
36. Chatzicharalampous C, Rizos D, Pliatsika P, Leonardou A, Hasiakos D, Zervas I, Alexandrou A, Creatsa M, Konidaris S, Lambrinouadaki I. Reproductive hormones and postpartum mood disturbances in Greek women. *Gynecol Endocrinol.* 2011;27(8):543-550.
37. Lambrinouadaki I, Rizos D, Armeni E, Pliatsika P, Leonardou A, Sygelou A, Argeitis J, Spentzou G, Hasiakos D, Zervas I, Papadias C. Thyroid function and postpartum mood disturbances in Greek women. *J Affect Disord.* 2010;121(3):278-282.
38. Boufidou F, Lambrinouadaki I, Argeitis J, Zervas IM, Pliatsika P, Leonardou AA, Petropoulos G, Hasiakos D, Papadias K, Nikolaou C. CSF and plasma cytokines at delivery and postpartum mood disturbances. *J Affect Disord.* 2009;115(1-2):287-292.
39. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150(6):782-786.

40. Σταλίκας Α, Τριλίβα Σ, Ρούσση Π. *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Πεδίο; 2012.
41. Leonardou AA, Zervas YM, Papageorgiou CC, Marks MN, Tsartsara EC, Antsaklis A, Christodoulou GN, Soldatos, CR. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and prevalence of postnatal depression at two months postpartum in a sample of Greek mothers. *J Reprod Infant Psychol*. 2009;27(1):28-39.
42. Ehlert U, Patalla U, Kirschbaum C, Piedmont E, Hellhammer DH. Postpartum blues: salivary cortisol and psychological factors. *J Psychosom Res*. 1990;34(3):319-325.
43. O'Hara MW, Zekoski EM, Philipps LH, Wright EJ. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Comparison of childbearing and nonchildbearing women. *J Abnorm Psychol*. 1990;99(1):3-15.
44. Yalom ID, Lunde DT, Moos RH, Hamburg DA. Postpartum blues syndrome: A description and related variables. *Arch Gen Psychiatry*. 1968;18(1):16-27.
45. Nott PN, Franklin M, Armitage C, Gelder MG. Hormonal changes and mood in the puerperium. *Br J Psychiatry*. 1976;128(4):379-383.
46. Harris B, Lovett L, Newcombe RG, Read GF, Walker R, Riad-Fahmy D. Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study II. *Br Med J*. 1994;308(6934):949-953.
47. McEwen BS, Gianaros PJ. Central role of the brain in stress and adaptation: links to socioeconomic status, health, and disease. *Ann N Y Acad Sci*. 2010;1186(1):190-222.
48. Sapolsky R. *WHY ZEBRAS DON'T GET ULCERS*. 3rd ed. NEW YORK: ST. MARTIN'S GRIFFIN; 2004.
49. Kendell RE, Mackenzie WE, West C, McGuire RJ, Cox JL. Day-to-day mood changes after childbirth: further data. *Br J Psychiatry*. 1984;145(6):620-625.

50. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol.* 1991;61(2):226-244.
51. Καφέτσιος Κ. *Δεσμός, Συναίσθημα και Διαπροσωπικές Σχέσεις.* Αθήνα: τυπωθήτω – ΓΙΩΡΓΟΣ ΔΑΡΔΑΝΟΣ; 2005.
52. Bifulco A, Figueiredo B, Guedeney N, Gorman LL, Hayes S, Muzik M, Glatigny-Dallay E, Valoriani V, Kammerer MH, Henshaw CA, TCS-PND Group. Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminary results from a European and US cross-cultural study. *Br J Psychiatry.* 2004;184(46):31-37.
53. Shaffer DR. *Εξελικτική Ψυχολογία ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΕΙΑ* [Μ. Αντωνοπούλου, μτφρ]. Αθήνα: ΕΛΛΗΝ; 2004.
54. Monk C, Leight KL, Fang Y. The relationship between women's attachment style and perinatal mood disturbance: implications for screening and treatment. *Arch Womens Ment Health.* 2008;11(2):117-129.
55. Nolte T, Guiney J, Fonagy P, Mayes LC, Luyten P. Interpersonal stress regulation and the development of anxiety disorders: an attachment-based developmental framework. *Front Behav Neurosci.* 2011;5:1-21.
56. Mikulincer M, Shaver PR. An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry.* 2012;11(1):11-15.
57. Maunder RG, Hunter JJ. Attachment and Psychosomatic Medicine: Developmental Contributions to Stress and Disease. *Psychosom Med.* 2001;63(4):556-567.
58. Diamond LM. Stress and Attachment. In: Simpson JA, Rholes WS, editors. *Attachment theory and research: New directions and emerging themes.* New York: The Guilford Press; 2015.

59. Rocchi G, Serio V, Carluccio GM, Marini I, Meuti V, Zaccagni M, Giacchetti N, Aceti F. Early attachment relationships and epigenetic customization. *Riv Psichiatr.* 2015;50(4):155-160.
60. Coan JA, Sbarra DA. Social Baseline Theory: The social regulation of risk and effort. *Curr Opin Psychol.* 2015;1:87-91.
61. Beckes L, Coan JA. Social Baseline Theory: The Role of Social Proximity in Emotion and Economy of Action. *Soc Personal Psychol Compass.* 2011;5(12):976-988.
62. Ein-Dor T, Coan JA, Reizer A, Gross EB, Dahan D, Wegener MA, Carel R, Cloninger CR, Zohar AH. Sugarcoated isolation: evidence that social avoidance is linked to higher basal glucose levels and higher consumption of glucose. *Front Psychol.* 2015;6(492):1-10.
63. Cacioppo JT, Hawkley LC. Social isolation and health, with an emphasis on underlying mechanisms. *Perspect Biol Med.* 2003;46(3):S39-S52.
64. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry.* 1996;8(1):37-54.
65. Beck CT. Predictors of postpartum depression: an update. *Nurs Res.* 2001;50(5):275-285.
66. O'Hara MW. Postpartum depression: what we know. *J Clin Psychol.* 2009;65(12):1258-1269.
67. Rohde LA, Busnello E, Wolf A, Zomer A, Shansis F, Martins S, Tramontina S. Maternity blues in Brazilian women. *Acta Psychiatr Scand.* 1997;95(3):231-235.
68. Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M. Links between early post-partum mood and post-natal depression. *Br J Psychiatry.* 1992;160(6):777-780.
69. Pop VJ, Wjnen HA, Montfort MV, Essed GG, Geus CD, Son MV, Komproe IH. Blues and depression during early puerperium: home versus hospital deliveries. *Br J Obstet Gynaecol.* 1995;102(9):701-706.

70. Chrousos GP, Torpy DJ, Gold PW. Interactions between the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis and the Female Reproductive System: Clinical Implications. *Ann Intern Med.* 1998;129(3):229-240.
71. Gillath O. The Neuroscience of Attachment Using New Methods to Answer Old (and New) Questions. In: Simpson JA, Rholes WS, editors. *Attachment theory and research: New directions and emerging themes.* New York: The Guilford Press; 2015.