

ΑΝΑΣΚΟΠΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣΣταματίνα Δούκη,¹ Ιωάννης Κουτελέκος²

1. Νοσηλεύτρια Ψυχικής Υγείας, PHD(c)-Ιατρική Σχολή Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, MSc, MHASc, Ακαδημαϊκή υπότροφος Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

2. Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

DOI: 10.5281/zenodo.21325153

Cite as: DOUKI, S.& KOUTELEKOS, I. (2025). PREDICTIVE FACTORS OF POSTPARTUM DEPRESSION. PREDICTIVE FACTORS OF POSTPARTUM DEPRESSION, 13(4), 132–139. <https://doi.org/10.5281/zenodo.21325153>

Περίληψη

Εισαγωγή: Η επιλόχεια κατάθλιψη (ΕΚ) είναι ένα μείζον πρόβλημα ψυχικής υγείας, ευρέως διαδεδομένο, που επιδρά δυσμενώς τόσο στην υγεία της μητέρας όσο και στην φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση των παραγόντων πρόβλεψης της ΕΚ.

Μεθοδολογία: Διεεργήθηκε αναζήτηση και ανασκόπηση της σύγχρονης διεθνούς βιβλιογραφίας μέσω επιστημονικών άρθρων και ερευνητικών μελετών, σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης ΕΚ. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω των ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων PubMed, Google Scholar, MEDLINE και ResearchGate.

Αποτελέσματα: Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαφάνηκε ότι οι παράγοντες κινδύνου που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης ΕΚ συσχετίζονται σημαντικά με κοινωνικοδημογραφικούς, βιολογικούς, ψυχολογικούς, πολιτισμικούς και επιγενετικούς δείκτες, όπως: την ηλικία της μητέρας (<25 ετών), την χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, τη συζυγική σχέση, το ιστορικό καταθλιπτικής ή άλλης συναισθηματικής διαταραχής, τον διαβήτη κύησης, την ανεπάρκεια βιταμίνης D, την έλλειψη κοινωνικής στήριξης, το μεταναστευτικό καθεστώς, την μέθοδο τοκετού (καισαρική τομή), τις πολλαπλές γεννήσεις, το ιστορικό βίας και κακοποίησης, το φύλο (θηλυκό) και το βάρος (πρώωρο και λιποβαρές) του βρέφους.

Συμπεράσματα: Αυτή η ανασκόπηση συνέβαλλε σημαντικά στην εκτενή γνώση των παραγόντων πρόβλεψης της ΕΚ, παρέχοντας αξιόπιστες τεκμηριωμένες πληροφορίες από προηγούμενες μελέτες. Ωστόσο, αναδείχθηκε η ανάγκη διεξαγωγής περισσότερων μελετών σε διαφορετικές χώρες, ώστε τα νέα δεδομένα να είναι εφαρμόσιμα διαπολιτισμικά. Επιπροσθέτως, η επιστημονική γνώση που παράχθηκε θα μπορούσε να αξιοποιηθεί ώστε να σχεδιαστούν πολιτικές ψυχικής υγείας για την εφαρμογή κατάλληλων προληπτικών μέτρων στην κοινότητα και την παροχή ενδεδειγμένης θεραπείας στις μητέρες.

Λέξεις κλειδιά: Επιλόχεια κατάθλιψη, παράγοντες κινδύνου, μητέρες μετά τον τοκετό, ψυχική υγεία.

Υπεύθυνος Αλληλογραφίας: Δούκη Σταματίνα, Τσαούση 32 Άνω Ηλιούπολη-Αθήνα, κιν. τηλ: 6932743834, e-mail: tan.douki@gmail.com

REVIEW ARTICLE

PREDICTIVE FACTORS OF POSTPARTUM DEPRESSION

Stamatina Douki,¹ Ioannis Koutelekos²

1. Registered Nurse of Mental Health, Phd(c) of Medicine Department in University of National and Kapodistrian of Athens, MSc, MHASc, Academic Fellow of Nursing Department in University of West Attica, Greece

2. Associate Professor of Nursing Department in University of West Attica Athens, Greece

Abstract

Introduction: Postpartum depression (PPD) is a major mental health problem that is widespread and adversely affects both the health of the mother and the normal development of the child. The purpose of this review was to investigate the predictors of PPD.

Methodology: A search and review of the contemporary international literature was conducted through scientific articles and research studies concerning the risk factors associated with an increased likelihood of developing EC. Data collection was carried out using the electronic databases PubMed, Google Scholar, MEDLINE, and ResearchGate.

Results: From a thorough review of contemporary international literature, it became clear that the risk factors increasing the likelihood of PPD are significantly associated with sociodemographic, biological, psychological, cultural, and epigenetic indicators, such as the mother's age (<25 years), low socio-economic status, marital relationship, history of depressive or other emotional disorder, gestational diabetes, deficiency of vitamin D, lack of social support, immigration status, method of delivery (such as caesarean section), multiple births, a history of violence and abuse, the gender of the infant (female), and the infant's weight (premature and underweight).

Conclusions: This review contributed significantly to the extensive knowledge of predictors of PPD by providing reliable evidence from previous studies. However, the need for more studies in different countries was highlighted to ensure that the new data are applicable cross-culturally. Additionally, the scientific knowledge generated could be used to design mental health policies, implement appropriate preventive measures in the community, and provide appropriate treatment to mothers.

Keywords: Postpartum depression, risk factors, postpartum mothers, mental health.

Corresponding author: Douki Stamatina, Tsousi 32 Ano Ilioupoli-Athens, mobile phone: 6932743834, e-mail: tan.douki@gmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σημαντικές περίοδοι στη ζωή των γυναικών είναι η εγκυμοσύνη και η μητρότητα, καθώς σηματοδοτούν καθοριστικές αλλαγές (ψυχολογικές, σωματικές και κοινωνικές), όπως: η ανάπτυξη νέας οικογενειακής δυναμικής και η εκμάθηση των ενδεδειγμένων τεχνικών ανατροφής, στις οποίες καλούνται να προσαρμοστούν.^{1,2}

Οι γυναίκες κατά τη διάρκεια του τοκετού είναι ψυχικά ευάλωτες, με ευμετάβλητη διάθεση³, και περίπου το 85% εξ' αυτών εκδηλώνουν συναισθηματικές διαταραχές.⁴ Αρκετές φορές βιώνουν συναισθήματα εχθρότητας έναντι του εμβρύου, τα οποία συχνά ξεχνιούνται όταν το παιδί είναι υγιές και επιτείνονται όταν το παιδί γεννηθεί με προβλήματα υγείας.⁵

Επίσης, κατά τη διάρκεια της λοχείας, οι μητέρες έχουν αυξημένη πιθανότητα εκδήλωσης κατάθλιψης, καθώς καλούνται να αποδεχτούν το νέο κοινωνικό τους ρόλο (τη μητρότητα), να αποδεχτούν το παιδί τους και να μην αισθάνονται απειλή από την παρουσία του. Πιο ειδικά, εμφανίζουν εναλλαγές διάθεσης και συναισθηματική αστάθεια (εκρήξεις θυμού, ευσυγκινησία, θλίψη, ευερεθιστότητα ή μεγάλου βαθμού ευτυχία) που συνήθως πυροδοτούνται από ασημαντα ή ανύπαρκτα γεγονότα και αδυνατούν να φροντίσουν το παιδί τους.⁵

Η επιλόχεια κατάθλιψη (ΕΚ) είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες, κατά τη διάρκεια του τοκετού. Ένας μεγάλος αριθμός περιπτώσεων παραμένει αδιάγνωστος και δεν αντιμετωπίζεται έγκαιρα λόγω έλλειψης γνώσης, ευαισθητοποίησης και πιθανού κοινωνικού στιγματισμού. Οι παράγοντες πρόβλεψης που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης ΕΚ στις μητέρες είναι αρκετοί και μπορεί να έχουν ισχυρές έως και αδύναμες συσχετίσεις με την ανάπτυξή της.¹⁻⁵

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση και η παρουσίαση της επιλόχειας κατάθλιψης (ΕΚ) και των πιθανών προβλεπτικών παραγόντων αυτής.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Πρόκειται για περιγραφική ανασκόπηση της δημοσιευμένης βιβλιογραφίας. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, περιλάμβανε την αναζήτηση σύγχρονης διεθνούς βιβλιογραφίας, μέσα από άρθρα και ερευνητικές εργασίες σχετικά με την ΕΚ των μητέρων και τους παράγοντες κινδύνου που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισής της. Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τις ηλεκτρονικές βάσεις

PubMed, Google Scholar, Medline, ResearchGate. Συμπεριλήφθηκαν 16 άρθρα. Κριτήριο αποκλεισμού αποτέλεσαν οι εργασίες εκτός αγγλικής και ελληνικής γλώσσας. Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν «postpartum depression», «risk factors», «postpartum mothers», «mental health».

Επιλόχεια Κατάθλιψη

Σύμφωνα με το DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition) η ΕΚ είναι ένα μέτριο έως σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο που ξεκινάει τέσσερις έως οκτώ εβδομάδες μετά τον τοκετό,¹ μειώνει σημαντικά τη λειτουργικότητα των μητέρων και συχνά χρήζει θεραπείας.^{6,7,8}

Η ΕΚ είναι ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο που χαρακτηρίζεται από διαταραχές ύπνου, απώλεια όρεξης, έλλειψη ενδιαφέροντος για το βρέφος,⁹ παράλογες ανησυχίες για την υγεία του παιδιού, αυτοκτονικό ιδεασμό και περιστασιακά ιδέες βρεφοκτονίας.¹⁰ Τα καταθλιπτικά συμπτώματα στην ΕΚ μπορεί να εμφανιστούν σε οποιοδήποτε χρονική στιγμή κατά τη διάρκεια του πρώτου έως του δωδέκατου μήνα μετά τον τοκετό και η σοβαρότητα αυτών συσχετίζεται ισχυρά με το χρόνο διάγνωσης και θεραπείας.¹⁰

Σε πρόσφατη μελέτη αναδείχτηκε ότι, ποσοστό 24% των υγιών γυναικών θα εκδηλώσει ΕΚ, μία συναισθηματική διαταραχή με υψηλή συχνότητα εμφάνισης, την περίοδο μετά τον τοκετό.³ Ο επιπολασμός της ΕΚ, έχει παγκόσμιες διακυμάνσεις. Συγκεκριμένα, σε χώρες υψηλού εισοδήματος κυμαίνεται περίπου στο 9.5%, σε χώρες μεσαίου εισοδήματος έως 20.8% και σε χώρες χαμηλού εισοδήματος έως 25.8%.⁷ Η πλειοψηφία των πασχόντων μητέρων με ΕΚ μπορεί να ανακάμψει σε λίγους μήνες, αλλά περίπου 30% εξ' αυτών μπορεί να συνεχίσει να νοσεί από κατάθλιψη ακόμη και ένα χρόνο μετά τη γέννηση του παιδιού. Επιπροσθέτως, η πιθανότητα υποτροπής μεταξύ των γυναικών που εκδήλωσαν επιλόχεια κατάθλιψη ή μη παραμένει ίδια σε ποσοστό περίπου 40%.¹¹

Ωστόσο, καθώς η πλειοψηφία των γυναικών χαρακτηρίζεται από ήπια διαταραχή της διάθεσης στο 1ο δεκαήμερο μετά τον τοκετό, τα συμπτώματα συχνά υποεκτιμούνται θεωρώντας ότι είναι παροδικά και δεν απαιτούν ιατρική παρέμβαση.¹² Σύμφωνα με τα ευρήματα μελετών, περίπου το 80% των περιπτώσεων δεν διαγιγνώσκονται και δεν αντιμετωπίζονται, με καταστροφικές μακροπρόθεσμες συνέπειες για ολόκληρη την οικογένεια και ιδιαίτερα τη μητέρα και το παιδί.¹⁰ Η ΕΚ έχει βρεθεί ότι

επιρεάζει αρνητικά τη σχέση μητέρας-παιδιού και έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην ανάπτυξη του.⁹ Πιο ειδικά, τα παιδιά είναι συνήθως λιποβαρή, καχεκτικά και εμφανίζουν σε υψηλότερη συχνότητα σωματικά προβλήματα, καθώς οι μητέρες τους ακολουθούν συχνά κακές πρακτικές βρεφικής σίτισης.¹³ Τέλος, τα παιδιά στερούνται ψυχικής ευεξίας που επιρεάζει μακροπρόθεσμα τη γνωστική, συναισθηματική, διανοητική και κοινωνική τους ανάπτυξη.¹⁴

Παράγοντες πρόβλεψης Επιλόχειας Κατάθλιψης

Η εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης ΕΚ στις μητέρες έχει αποτελέσει πεδίο εκτεταμένων ερευνών. Σε μία ερευνητική μελέτη ευρείας κλίμακας εντοπίστηκαν 48 άρθρα που αναφέρονταν στους παράγοντες που συσχετιζόνταν θετικά με την ανάπτυξη ΕΚ, όπως: διαβήτης κύησης, καισαρική τομή, βία και κακοποίηση, παχυσαρκία της μητέρας, ανεπάρκεια βιταμίνης D, έλλειψη συζυγικής και κοινωνικής στήριξης, κοινωνικοοικονομική κατάσταση, μετανάστευση, ιστορικό κατάθλιψης, ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, δίαιτα, δυσκολία στον ύπνο την περίοδο μετά τον τοκετό, επιλόχεια αναιμία και παράγοντες που σχετίζονται με το βρέφος.¹³ Άλλες ερευνητικές μελέτες πρόσθεσαν την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση και την υγεία της μητέρας πριν από την εγκυμοσύνη, τις προηγούμενες αμβλώσεις, τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής, το άγχος φροντίδας των παιδιών, την έλλειψη θηλασμού, το κάπνισμα, την κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών και το φύλο του μωρού.^{15,16}

Ωστόσο, στα ευρήματα αρκετών μελετών οι παράγοντες που προβλέπουν την ΕΚ ταξινομούνται σε α) κοινωνικοδημογραφικούς β) βιολογικούς γ) ψυχολογικούς δ) πολιτισμικούς και ε) επιγενετικούς, όπως περιγράφονται αναλυτικά παρακάτω:

Κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες: Ορισμένες μελέτες ανέδειξαν τη θετική συσχέτιση της νεαρής ηλικίας της μητέρας (<25 ετών) κατά τον τοκετό με την πιθανότητα εμφάνισης ΕΚ.^{17,18} Πιο ειδικά, σε μία μελέτη υποστηρίχθηκε ότι οι μητέρες ηλικίας <25 ετών έχουν τριπλάσιο κίνδυνο εκδήλωσης ΕΚ, σε σχέση με τις μεγαλύτερες μητέρες.¹⁹ Ωστόσο, αυτή η σχέση δεν επιβεβαιώθηκε από άλλους ερευνητές, οι οποίοι δεν διαπίστωσαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση.^{20,21}

Η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση που περιλαμβάνει παράγοντες όπως: χαμηλό οικονομικό εισόδημα, χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και ανεργία φάνηκε να προβλέπουν τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΕΚ,

ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες.¹⁴ Οι ερευνητές υποστήριξαν ότι το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης πιθανόν συνδέεται με ανεπαρκή πληροφόρηση και κατανόηση των ενδεδειγμένων μεθόδων αναφορικά με τη φροντίδα και την ανατροφή των παιδιών. Ταυτόχρονα, το χαμηλό οικονομικό εισόδημα συνεπάγεται μείωση των δαπανών της οικογένειας για την υγεία και την ευημερία της μητέρας.^{21,22}

Αναφορικά με την σχέση της μητέρας με τον βιολογικό πατέρα του μωρού δηλ. εάν είναι παντρεμένοι ή έχουν οποιαδήποτε άλλη σχέση, διαπιστώθηκε ότι δεν αποτελεί ισχυρό παράγοντα πρόβλεψης ΕΚ.²³ Η μεταναστευτική διαδικασία δεν προέβλεπε αυτόνομα την πιθανότητα εκδήλωσης ΕΚ, αλλά σε συνδυασμό με συνυπάρχοντες παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων του διαφορετικού πολιτισμού, της χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και της έλλειψης κοινωνικών δικτύων στήριξης.¹³

Βιολογικοί παράγοντες: Η παχυσαρκία της μητέρας συσχετίστηκε θετικά με την πιθανότητα εμφάνισης ΕΚ. Επίσης, άλλοι παράγοντες που συνδέονται στενά με την παχυσαρκία, όπως: η κακή εικόνα του σώματος που συνυπάρχει με το αίσθημα της δυσαρέσκειας συνεπάγονται τον αυξημένο κίνδυνο ΕΚ.^{13,24} Άλλη ερευνητική μελέτη υποστήριξε ότι η παχυσαρκία συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με υψηλότερα επίπεδα stress και φλεγμονής, δύο παράγοντες που εμπλέκονται στην κατάθλιψη.²⁵ Ο κίνδυνος εκδήλωσης ΕΚ αυξάνεται σε μητέρες με κακή σωματική υγεία και ιστορικό σοβαρής οργανικής διαταραχής.^{26,27} Ωστόσο, οι ερευνητικές μελέτες που διερεύνησαν την πιθανή μεταξύ τους σχέση παραμένουν περιορισμένες.²⁸

Επιπροσθέτως, πολυμορφισμοί γονιδίων και κυρίως στο γονίδιο του νευροτροφικού παράγοντα του εγκεφάλου (BDNF) υπό την επήρεια στεσογόνων γεγονότων ζωής και η περίοδος λοχείας που συμπίπτει με την εποχή του φθινοπώρου και του χειμώνα, συσχετίστηκαν σημαντικά με τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΕΚ.²⁹

Ψυχολογικοί παράγοντες: Η κατάθλιψη και τα υψηλά επίπεδα άγχους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή το ιστορικό καταθλιπτικής διαταραχής αναδείχτηκαν ισχυροί προβλεπτικοί παράγοντες της ΕΚ. Επίσης, το ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής στην οικογένεια συσχετίστηκε στατιστικώς σημαντικά με την ΕΚ.²⁹ Εξάλλου, οι γυναίκες με ιστορικό κατάθλιψης ή άλλης συναισθηματικής διαταραχής στο παρελθόν, εμφανίζουν 30% υψηλότερο κίνδυνο ΕΚ, σε σχέση με τις γυναίκες χωρίς ιστορικό ψυχιατρικής νόσου.³⁰

Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι η κατάθλιψη εντοπίζεται κυρίως σε άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση και δυσκολία αντιμετώπισης των αγχογόνων παραγόντων,¹⁹ ο Sichel και συν.,³¹ επεσήμαναν ότι η περίοδος του τοκετού είναι μία εξαιρετικά στρεσογόνα φάση που μπορεί να πυροδοτήσει ΕΚ ακόμη και σε γυναίκες με υψηλή αυτοεκτίμηση. Παρόμοια, στη μελέτη του Boyce και συν.,³² έδειξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του κινδύνου εμφάνισης ΕΚ και των αγχογόνων γεγονότων ζωής στο παρελθόν, με αναλογία πιθανοτήτων 3.14. Το ίδιο έτος, άλλος ερευνητής ανέδειξε μία μέτρια σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών.¹²

Άλλες μελέτες ανέδειξαν ότι οι γυναίκες που είχαν συζυγικά προβλήματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, έλλειψη υποστήριξης και βίωναν έντονη μοναξιά είχαν υψηλότερες πιθανότητες εκδήλωσης ΕΚ.³³ Παρόμοια ευρήματα καταγράφηκαν σε μελέτη που διεξάχθηκε στην Ινδία, όπου διαπιστώθηκε ότι η συχνότητα εμφάνισης ΕΚ ήταν χαμηλότερη σε μητέρες με μεγαλύτερη υποστήριξη από τους συζύγους, σε σχέση με εκείνες που δεν είχαν συζυγική υποστήριξη.⁹ Άλλοι ερευνητές πρόσθεσαν ότι η στήριξη του συζύγου καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης λειτουργούσε προστατευτικά έναντι της κλιμάκωσης των συμπτωμάτων της ΕΚ.^{34,35}

Επιπροσθέτως, το ευρύτερο δίκτυο κοινωνικής στήριξης, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, που περιλαμβάνει υγιείς, υποστηρικτικές σχέσεις (μέλη της οικογένειας, συναδέλφους, φίλους) μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά έναντι της ΕΚ. Η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης είναι ένας από τους πιο ισχυρούς παράγοντες επίδρασης στην ΕΚ.³⁶ Παρόμοια, η βία, η κακοποίηση και οι συγκρούσεις στις σχέσεις, αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης ΕΚ.³⁵

Η βία και η κακοποίηση καθιστά τις έγκυες γυναίκες ψυχολογικά ευάλωτες και επιρρεπείς στην ανάπτυξη ΕΚ, καθώς βιώνουν αισθήματα ντροπής και επηρεάζονται από τους εκάστοτε πολιτισμικούς παράγοντες, με συνέπεια να μην αναζητούν έγκαιρα βοήθεια.¹³

Πολιτισμικοί παράγοντες: Στις ασιατικές χώρες, όπως η Ινδία, το Βιετνάμ και η Κίνα, και στην Αίγυπτο, η γέννηση ενός θηλυκού παιδιού αποτελεί ισχυρό παράγοντα κινδύνου για την πιθανή εκδήλωση ΕΚ, καθώς παραδοσιακά σε αυτές τις χώρες υπάρχει προτίμηση στα αρσενικά παιδιά, τα οποία θεωρούνται τροφodότες της οικογένειας μελλοντικά (στηρίζουν οικονομικά την οικογένεια και φροντίζουν τους γονείς σε μεγάλη ηλικία).^{10,37}

Επιγενετικοί παράγοντες (μαιευτικοί και παιδιατρικοί): Στα ευρήματα ερευνητικών μελετών καταγράφεται ο διαβήτης κύησης ως σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης της ΕΚ, αν και η επίπτωσή του είναι μικρή και ο ακριβής μηχανισμός που τον συνδέει με την ΕΚ δεν είναι ακόμη πλήρως κατανοητός. Πιθανολογούνται ως πιθανοί μηχανισμοί πυροδότησης της ΕΚ, η αντίσταση στην ινσουλίνη και οι φλεγμονώδεις αποκρίσεις. Ωστόσο, ο διαβήτης κύησης είναι μία αγχογόνος εμπειρία που μπορεί από μόνη της να αυξήσει τη συχνότητα εμφάνισης της επιλόχειας κατάθλιψης.^{13,38}

Επιπλέον, άλλη μελέτη υπέδειξε τη σημαντική σχέση μεταξύ καισαρικής τομής και επιλόχειας κατάθλιψης,³³ καθώς μπορεί η καισαρική τομή να αυξήσει τα επίπεδα της ιντερλευκίνης 6 (βασική μεταβολή της κυτοκίνης) της μητέρας και να μεσολαβήσει ανάμεσα στους δύο αυτούς παράγοντες.¹³ Στην ίδια μελέτη αναφέρθηκε ότι, η καισαρική τομή, είτε πρόκειται για επείγουσα είτε για επιλεκτική επέμβαση, αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης καθώς αυξάνει τα επίπεδα άγχους της μητέρας.³³ Οι επιπτώσεις της ανεπάρκειας σε βιταμίνη D στην εγκυμοσύνη και ο ρόλος της στην εμφάνιση κατάθλιψης, που σχετίζεται με την εγκυμοσύνη, και σε άλλες αρνητικές περιγεννητικές επιδράσεις έχουν πρόσφατα μελετηθεί. Πιο ειδικά, στη μελέτη του Accortt και συν.,³⁹ διαπιστώθηκε ότι η ανεπάρκεια βιταμίνης D είναι ισχυρός προβλεπτικός παράγοντας για ΕΚ.

Οι πολλαπλές γεννήσεις και οι αρνητικές εμπειρίες αυτών, επίσης, συσχετίστηκαν με υψηλότερο κίνδυνο ΕΚ.¹³ Τέλος, αναδείχτηκε αυξημένος κίνδυνος ΕΚ σε μητέρες με πρόωρα και χαμηλού βάρους νεογνά, ειδικά κατά τον πρώτο χρόνο μετά τον τοκετό. Οι ερευνητές το απέδωσαν στα αυξημένα επίπεδα άγχους των μητέρων, σχετικά με την υγεία του βρέφους και τον πιθανό κίνδυνο ασθενειών ή επιπλοκών.⁴⁰

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη αξιολόγησε επιστημονικά άρθρα της σύγχρονης, διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με την ΕΚ και τους πιθανούς προβλεπτικούς παράγοντες κινδύνου σε διάφορες χώρες. Η διαθέσιμη βιβλιογραφία ανέδειξε ότι οι γυναίκες κατά τη διάρκεια του τοκετού εμφανίζουν ψυχολογική ευαλωτότητα και ευμεταβλητότητα στη διάθεση³. Ειδικότερα, περίπου το 85% εξ' αυτών εκδηλώνουν συναισθηματικές διαταραχές,⁴ ενώ 24% των υγιών γυναικών θα εκδηλώσει ΕΚ, μία συναισθηματική διαταραχή με υψηλή συχνότητα εμφάνισης, την περίοδο μετά τον τοκετό.³ Ωστόσο, ο επιπολασμός της ΕΚ, παγκόσμια, παρουσιάζει σημαντικές διακυμάνσεις, με την υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης να καταγράφεται σε χώρες χαμηλού εισοδήματος, σε σχέση με τις χώρες μεσαίου και υψηλού εισοδήματος.⁷ Οι σημαντικές διακυμάνσεις που καταγράφονται στον επιπολασμό της ΕΚ παγκόσμια, πιθανόν αποδίδονται στο γεγονός ότι στις αναπτυσσόμενες χώρες (φτωχές) παρατηρείται περιορισμός δαπανών και έλλειψη χρηματοδότησης σε προγράμματα ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και έγκαιρης ανίχνευσης στην κοινότητα, σε σχέση με τις ανεπτυγμένες χώρες.

Αναφορικά με το φύλο της μητέρας, τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας διαφοροποιούνται, καθώς ορισμένες μελέτες αναδεικνύουν ότι η νεαρή ηλικία (<25 ετών) της μητέρας μπορεί να προβλέψει ισχυρά την πιθανότητα εκδήλωσης ΕΚ,^{17,18,19} ενώ άλλες δεν ανευρίσκουν στατιστικώς σημαντική συσχέτιση.^{20,21} Η διαφοροποίηση των αποτελεσμάτων, σχετικά με την ηλικία, πιθανόν οφείλεται στα διαφορετικά ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν και στις πολιτισμικές διαφορές, καθώς ο κοινωνικός ρόλος των γυναικών και η ηλικία τεκνοποίησης και μητρότητας φαίνεται να παρουσιάζουν σημαντικές αποκλίσεις, μεταξύ των χωρών που διενεργήθηκαν οι ερευνητικές μελέτες. Το χαμηλό οικονομικό εισόδημα, η ανεργία και το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας συσχετίστηκαν στατιστικώς σημαντικά με την ΕΚ,¹⁴ καθώς συνεπάγονται μείωση των δαπανών της οικογένειας για την υγεία και περιορισμό της πρόσβασης στην ενημέρωση και στην πληροφόρηση για τον τοκετό, τη λοχεία και τις μεθόδους φροντίδας/ανατροφής του παιδιού. Οι προαναφερόμενοι δυσμενείς παράγοντες συνήθως συνυπάρχουν και στις πληθυσμιακές ομάδες των

μεταναστών, γεγονός που δικαιολογεί την υψηλότερη ευαλωτότητά τους σε ΕΚ, σε σχέση με τους γηγενείς.¹³

Η παχυσαρκία της μητέρας, η κακή εικόνα σώματος,^{13,24} η κακή σωματική υγεία και η παρουσία σοβαρής οργανικής διαταραχής^{26,27} συμβάλλουν σε υψηλά επίπεδα άγχους, φλεγμονής και καταστολής του ανοσοποιητικού μηχανισμού, με συνέπεια την επιρρέπεια σε ασθένειες, όπως η ΕΚ. Η θετική συσχέτιση της ΕΚ με τις εποχιακές περιόδους (φθινόπωρο/χειμώνα),²⁹ έχει καλά τεκμηριωθεί παλαιότερα. Είναι γνωστό, ότι αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης καταγράφονται σε περιοχές με λιγότερο φως, περισσότερο σκοτάδι και δύσκολες καιρικές συνθήκες. Παρόμοια, έχει καλά τεκμηριωθεί ότι η κατάθλιψη και τα υψηλά επίπεδα άγχους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το ιστορικό καταθλιπτικής ή άλλης συναισθηματικής διαταραχής και το ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής στην οικογένεια, αυξάνουν τη ψυχική ευαλωτότητα των γυναικών, έναντι των αγχογόνων ερεθισμάτων και συνεπάγονται υψηλότερο κίνδυνο εκδήλωσης ΕΚ, σε σχέση με τις γυναίκες χωρίς ιστορικό ψυχιατρικής νόσου.³⁰

Στην παρούσα ανασκόπηση διαφάνηκε, επίσης, ότι η βία και η κακοποίηση στη συζυγική σχέση¹³ και η έλλειψη κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου^{35,36} αποτελούν ισχυρούς παράγοντες πρόβλεψης της πιθανότητας εμφάνισης ΕΚ στις μητέρες. Μία πιθανή ερμηνεία μπορεί να είναι είτε το πολιτισμικό κοινωνικό πλαίσιο που αποδέχεται τις κακοποιητικές συμπεριφορές έναντι των γυναικών είτε η κοινωνική απομόνωση που συνήθως συνυπάρχει με φαινόμενα βίας και κακοποίησης στην οικογένεια. Ως εκ τούτου, οι γυναίκες μένουν μόνες, αβοήθητες και η κατάθλιψη φαίνεται να είναι η μόνη ψυχολογική απάντηση/αντίδραση, κατά την περίοδο της λοχείας. Επιπλέον, κυρίως στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου ο κοινωνικός ρόλος της γυναίκας είναι συχνά υποβαθμισμένος, το φύλο του βρέφους (θηλυκό) συσχετίστηκε στατιστικώς σημαντικά με τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΕΚ της μητέρας.^{10,37}

Το καθεστώς της σχέσης (αρμονική ή συγκρουσιακή) που διατηρεί η μητέρα με τον πατέρα του παιδιού, καθίσταται σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας της ΕΚ²³ καθώς συνήθως καθορίζει το συναισθηματικό πλαίσιο, που περιλαμβάνει είτε αισθήματα ασφάλειας, στήριξης και εμπιστοσύνης είτε αισθήματα ανασφάλειας και χαμηλής αυτοεκτίμησης.

Τέλος, ο διαβήτης κύησης,^{13,38} η μέθοδος τοκετού (καισαρική),³³ οι πολλαπλές γεννήσεις,¹³ η ανεπάρκεια

βιταμίνης D39 και τα πρόωρα και λιποβαρή νεογνά, 40 αναδείχθηκαν σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες της ΕΚ, καθώς αποτελούν σημαντικούς αγγχογόνους παράγοντες που μειώνουν την ψυχική ανθεκτικότητα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας φάνηκε ότι, οι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης ΕΚ που αφορούν στη μητέρα και το παιδί είναι οι εξής:

Κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες: Νεαρή ηλικία (<25 ετών), χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση και μεταναστευτικό καθεστώς,

Βιολογικοί παράγοντες: Παχυσαρκία, φτωχή εικόνα σώματος, κακή σωματική υγεία, ιστορικό σοβαρής οργανικής διαταραχής,

Ψυχικοί παράγοντες: Κατάθλιψη, υψηλά επίπεδα άγχους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, χαμηλή αυτοεκτίμηση, ιστορικό καταθλιπτικής διαταραχής, αγγχογόνα γεγονότα ζωής, συζυγικά προβλήματα, έλλειψη κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου, βία και κακοποίηση,

Πολιτισμικοί παράγοντες: Φύλο παιδιού (θήλυ),

Επιγενετικοί παράγοντες: Διαβήτης κύησης, ανεπάρκεια βιταμίνης D, πολλαπλές γεννήσεις, καισαρική τομή, πρόωρα και χαμηλού βάρους νεογνά.

Αυτή η ανασκόπηση συνέβαλλε σημαντικά στην γνώση των παραγόντων πρόβλεψης της ΕΚ, παρέχοντας αξιόπιστες τεκμηριωμένες πληροφορίες από προηγούμενες μελέτες. Επιπροσθέτως, αναδείχθηκε η ανάγκη εκπόνησης περισσότερων μελετών σε διαφορετικές χώρες, ώστε τα νέα δεδομένα να είναι εφαρμόσιμα διαπολιτισμικά. Τέλος, η παρούσα επιστημονική γνώση θα μπορούσε να αξιοποιηθεί κατάλληλα ώστε να σχεδιαστούν πολιτικές ψυχικής υγείας για την εφαρμογή προληπτικών μέτρων στην κοινότητα και την παροχή ενδεδειγμένης θεραπείας στις μητέρες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ferrari B, Mesiano L, Benacchio L, Ciulli B, Donolato A, Riolo R. Prevalence and risk factors of postpartum depression and adjustment disorder during puerperium—a retrospective research. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2021;39(5):486-498.
2. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of affective disorders*. 2016;191:62-77.

3. LiuY, Zhang L, Guo N, Jiang H. Postpartum depression and postpartum post-traumatic stress disorder: prevalence and associated factors. *BMC psychiatry*. 2021;21: 1-11.
4. Miller LJ. Postpartum depression. *Jama*. 2002;287(6):762-765.
5. Lowdermilk DI, Perry S. *Maternity Nursing*. Medical Publications Lagos Dimitrios, Athens, 2006. [in Greek]
6. American Psychiatric Association DSMTF, American Psychiatric Association DS. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 2013;5(5).
7. Dadi AF, Miller ER, Mwanri L. Postnatal depression and its association with adverse infant health outcomes in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*. 2020;20:1-15.
8. Kroska EB, Stowe ZN. Postpartum depression: identification and treatment in the clinic setting. *Obstetrics and Gynecology Clinics*. 2020;47(3):409-419.
9. Lanjewar S, Nimkar S, Jungari S. Depressed motherhood: Prevalence and covariates of maternal postpartum depression among urban mothers in India. *Asian journal of psychiatry*. 2021;57:102567.
10. Evagorou O, Arvaniti A, Samakouri M. Cross-cultural approach of postpartum depression: manifestation, practices applied, risk factors and therapeutic interventions. *Psychiatric Quarterly*. 2016;87:129-154.
11. Chen Q, Li W, Xiong J, Zheng X. Prevalence and risk factors associated with postpartum depression during the COVID-19 pandemic: a literature review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*. 2022;19(4): 2219.
12. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(1):3-12.
13. Zhao XH, Zhang ZH. Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian journal of psychiatry*. 2020;53:102353.
14. Norhayati MN, Hazlina NN, Asrenee AR, Emilin WW. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *Journal of affective Disorders*. 2015;175: 34-52.
15. van der Zee-van den Berg AI, Boere-Boonekamp MM, Groothuis-Oudshoorn CG, Reijneveld SA. Postpartum depression and anxiety: a community-based study on risk factors before, during and after pregnancy. *J Affect Disord*. 2021; 286:158-165.
16. Usmani S, Greca E, Javed S, Sharath M, Sarfraz Z, Sarfraz A, et al. Risk factors for postpartum depression during COVID-19 pandemic: a systematic literature review. *J Prim Care Community Health*. 2021; 12:21501327211059348.

17. Bottino MN, Nadanovsky P, Moraes CL, Reichenheim ME, Lobato G. Reappraising the relationship between maternal age and postpartum depression according to the evolutionary theory: empirical evidence from a survey in primary health services. *J Affect Disord.* 2012;142:219–224.
18. Oztora S, Arslan A, Caylan A, Dagdeviren HN. Postpartum depression and affecting factors in primary care. *Niger J Clin Pract.* 2019; 22:85–91.
19. Zaidi F, Nigam A, Anjum R, Agarwalla R. Postpartum depression in women: a risk factor analysis. *J Clin Diagn Res.* 2017; 11:0–6.
20. Ali NS, Ali BS, Azam IS. Post-partum anxiety and depression in peri-urban communities of Karachi, Pakistan: a quasi-experimental study. *BMC Public Health.* 2009;9:384.
21. Dubey A, Chatterjee K, Chauhan VS, Sharma R, Dangi A, Adhvaryu A. Risk factors of postpartum depression. *Ind Psychiatry J.* 2021;30:0–31.
22. Matsumura K, Hamazaki K, Tsuchida A, Kasamatsu H, Inadera H. Education level and risk of postpartum depression: results from the Japan Environment and Children's Study (JECS). *BMC Psychiatry.* 2019;19:419.
23. Akincigil A, Munch S, Niemczyk KC. Predictors of maternal depression in the first year postpartum: marital status and mediating role of relationship quality. *Soc Work Health Care.* 2010;49:227-244.
24. Silveira ML, Ertel KA, Dole N, Chasan-Taber L. The role of body image in prenatal and postpartum depression: a critical review of the literature. *Arch Womens Ment Health.* 2015;18:409-421.
25. Ruyak SL, Lowe NK, Corwin EJ, Neu M, Boursaw B. Prepregnancy obesity and a biobehavioral predictive model for postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing.* 2016;45(3):326-338.
26. Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L, Keïta H, Dubertret C. Predictors of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry research.* 2014;215(2):341-346.
27. Nakku JN, Nakasi G, Mirembe F. Postpartum major depression at six weeks in primary health care: prevalence and associated factors. *African health sciences.* 2006;6(4).
28. Agrawal I, Mehendale AM, Malhotra R. Risk Factors of Postpartum Depression. *Cureus.* 2022;14(10):e30898.
29. Elwood J, Murray E, Bell A, Sinclair M, Kernohan WG, Stockdale J. J. A systematic review investigating if genetic or epigenetic markers are associated with postnatal depression. *Affect Disord.* 2019;253:51-62.
30. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *J Affect Disord.* 2005;88:9-18.
31. Sichel DA, Cohen LS, Robertson LM, Rutenberg A, Rosenbaum JF. Prophylactic estrogen in recurrent postpartum affective disorder. *Biological psychiatry.* 1995;38(12): 814-818.
32. Boyce P, Hickey A. Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005;40:605-612.
33. Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004;26:289-295.
34. Fagan J, Lee YJ. Perceptions and satisfaction with father involvement and adolescent mothers' postpartum depressive symptoms. *Youth Adolesc.* 2010;39:1109-1121.
35. Yim IS, Tanner Stapleton LR, Guardino CM, Hahn-Holbrook J, Dunkel Schetter C. Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: systematic review and call for integration. *Annu Rev Clin Psychol.* 2015;11:99-137.
36. O'hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression-a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry.* 1996;8:37-54.
37. Klainin P, Arthur DG. Postpartum depression in Asian cultures: a literature review. *Int J Nurs Stud.* 2009;46:1355-1373.
38. Robakis TK, Aasly L, Williams KE, Clark C, Rasgon N. Roles of inflammation and depression in the development of gestational diabetes. *Curr Behav Neurosci Rep.* 2017;4:369-383.
39. Accortt EE, Arora C, Mirocha J, Jackman S, Liang R, Karumanchi SA, Berg AH, Hobel CJ. Low prenatal vitamin D metabolite ratio and subsequent postpartum depression risk. *J Womens Health (Larchmt).* 2021;30:113-120.
40. Vigod SN, Villegas L, Dennis CL, Ross LE. Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG.* 2010;117:540-550.