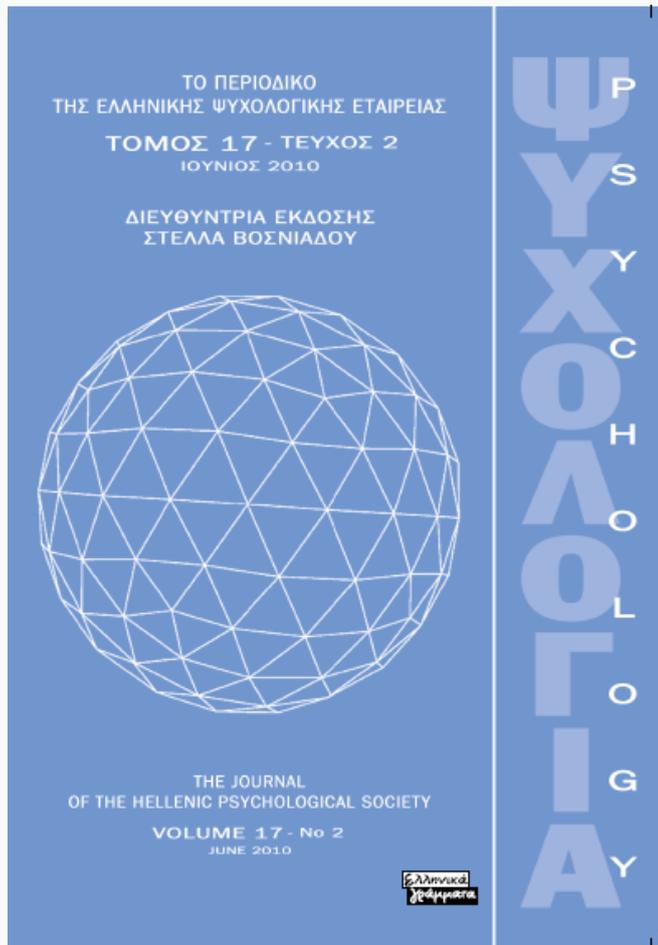


## Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society

Vol 17, No 2 (2010)



### Postnatal depression in Greek mothers: The impact of stressful life events, social support and marital relationship

*Ευτυχία Σταματίου, Ζαΐρα Παπαληγούρα*

doi: [10.12681/psy\\_hps.23763](https://doi.org/10.12681/psy_hps.23763)

Copyright © 2020, Ευτυχία Σταματίου, Ζαΐρα Παπαληγούρα



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

#### To cite this article:

Σταματίου Ε., & Παπαληγούρα Ζ. (2020). Postnatal depression in Greek mothers: The impact of stressful life events, social support and marital relationship. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 17(2), 215–229. [https://doi.org/10.12681/psy\\_hps.23763](https://doi.org/10.12681/psy_hps.23763)

## Επιλόχεια κατάθλιψη σε Ελληνίδες μητέρες: Επιδράσεις των στρεσογόνων γεγονότων ζωής, της κοινωνικής στήριξης και της συζυγικής σχέσης

ΕΥΤΥΧΙΑ ΣΤΑΜΑΤΙΟΥ<sup>1</sup>

ΖΑΪΡΑ ΠΑΠΑΛΗΓΟΥΡΑ<sup>2</sup>

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η μητρική επιλόχεια κατάθλιψη αποτελεί το αντικείμενο πολλών ερευνών διεθνώς. Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί ο κίνδυνος εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης σε ένα ελληνικό δείγμα, εξετάζοντας μια σειρά παραγόντων που καταγράφονται τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό και που στη βιβλιογραφία αναφέρονται ως προβλεπτικοί της επιλόχειας κατάθλιψης.

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 98 μητέρες ηλικίας 17-43 ετών ( $M=29,5$ ,  $SD=5,42$ ). Τα εργαλεία που χορηγήθηκαν την πρώτη εβδομάδα επιλόχεια ήταν η Κλίμακα Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS), η Κλίμακα Διαδικής Προσαρμογής (Dyadic Adjustment Scale, DAS) καθώς και δύο τμήματα της Αναθεωρημένης Έκδοσης του Ερωτηματολογίου Προβλεπτικών Παραγόντων της Επιλόχειας Κατάθλιψης (Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised, PDPI-R) για θέματα κοινωνικής στήριξης και πρόσφατων στρεσογόνων γεγονότων ζωής. Στους τέσσερις μήνες επιλόχεια πραγματοποιήθηκε τηλεφωνική συμπλήρωση της EPDS από 79 μητέρες.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το 44,9% των γυναικών εμφάνιζαν αυξημένα καταθλιπτικά συμπτώματα τις πρώτες ημέρες επιλόχεια. Διαπιστώθηκε πως τα οικονομικά προβλήματα, η κατάθλιψη στο παρελθόν, η έλλειψη στήριξης από οικογένεια και φίλους και η μη ικανοποίηση από τη συζυγική σχέση σχετίζονταν με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Επίσης, διαπιστώθηκε πως το επίπεδο καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των πρώτων ημερών και η ικανοποίηση από τη συζυγική σχέση αποτελούσαν προβλεπτικούς παράγοντες του κινδύνου εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης στους τέσσερις μήνες επιλόχεια.

Λέξεις-κλειδιά: Επιλόχεια κατάθλιψη, Συζυγική σχέση, Κοινωνική στήριξη, Στρεσογόνα γεγονότα ζωής.

1. Διεύθυνση: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Νέο Ρύσιο Θέρμης, Τ.Θ. 484, 57001 Θεσσαλονίκη, Τηλ.: 6946-882745, 23920-71762, e-mail: estamati@psy.auth.gr

2. Διεύθυνση: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Τμήμα Ψυχολογίας, 4ος όροφος Νέου Κτιρίου Φιλοσοφικής Σχολής, 54124 Θεσσαλονίκη. Τηλ.: 6946-882745, 2310-997269, e-mail: zapa@psy.auth.gr

## 1. Εισαγωγή

Με την είσοδο στη γονεϊκότητα αλλά και την απόκτηση ενός επιπλέον παιδιού (Hanley & Long, 2006) οι γονείς έρχονται αντιμέτωποι με μια σειρά προκλήσεων σχετικά με τη φροντίδα του βρέφους, με αλλαγές στις οικογενειακές και συζυγικές σχέσεις και με επιδράσεις στην εργασία και τις κοινωνικές δραστηριότητες, που μπορούν να δημιουργήσουν σημαντική πίεση (Feeney, Hohaus et al., 2001). Οι κοινωνικές προσδοκίες ορίζουν ότι οι γυναίκες πρέπει και θέλουν να έχουν παιδιά και ότι η μητρότητα είναι μια ευχάριστη εμπειρία. Εάν μια γυναίκα διακόψει αυτή την αλληλουχία και αισθάνεται δυστυχής μετά την απόκτηση του παιδιού, έρχεται αντιμέτωπη με αυτή τη θεμελιώδη κοινωνική κατασκευή της μητρότητας. Αυτή η κρίσιμη και στρεσογόνα στιγμή στη ζωή του ατόμου (Buultjens & Liamputtong, 2006. Wisner, Parry, & Piontek, 2002) αποτελεί πρόσφορο έδαφος για την εμφάνιση των λεγόμενων επιλόχειων καταθλιπτικών διαταραχών, της επιλόχειας ψύχωσης, της επιλόχειας θλίψης και της μη ψυχωτικής επιλόχειας κατάθλιψης.

Η επιλόχεια θλίψη (postpartum blues ή maternity blues) αφορά μια μεταβατική-παροδική διαταραχή της διάθεσης. Τα συμπτώματα συνήθως εμφανίζονται για μια σύντομη περίοδο ολίγων ωρών έως και 3-9 ημερών μετά τον τοκετό και υποχωρούν τη δέκατη μέρα περίπου (Edhborg et al., 2005). Η επιλόχεια κατάθλιψη, από την άλλη, αναφέρεται στη μη ψυχωτική καταθλιπτική διαταραχή μέτριας σοβαρότητας, με συμπτώματα που δεν διαφέρουν από την κατάθλιψη σε άλλες περιόδους της ζωής, αλλά με τριπλάσιο κίνδυνο για εμφάνιση στους τρεις πρώτους μήνες μετά τον τοκετό (Edhborg et al., 2005. Seyfried & Marcus, 2003).

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει πως η επιλόχεια κατάθλιψη αποτελεί ένα θέμα υγείας μείζονος σημασίας για μεγάλο αριθμό γυναικών σε διαφορετικούς πολιτισμούς. Ο επιπολασμός της διαταραχής υπολογίζεται μεταξύ 5% και 25% (Affonso et al., 2000. Leung, Martinson & Arthur, 2005. Leahy-Warren & McCarthy, 2007). Οι περισσότερες γυναίκες βιώνουν καταθλιπτικά συμπτώματα ήδη κατά τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό. Ωστόσο, συχνά τα

συμπτώματα εμφανίζονται 4-30 εβδομάδες μετά τον τοκετό (O'Hara & Swain, 1996. Wood et al., 1997).

Για την Ελλάδα τα στοιχεία είναι περιορισμένα. Η Leonardou και οι συνεργάτες της (2009) αναφέρουν πως στους 2 μήνες επιλόχεια το 12,4% των γυναικών του δείγματός τους υπέφερε από μείζονα και ήπια κατάθλιψη. Ο Gonidakis, και οι συνεργάτες του αναφέρουν πως το 44,5% των γυναικών βίωσαν σοβαρή επιλόχεια θλίψη 3 ημέρες μετά τον τοκετό (Gonidakis et al., 2007), ενώ το 19,8% βίωσε επιλόχεια κατάθλιψη στη διάρκεια των πρώτων 6 μηνών μετά τον τοκετό (Gonidakis et al., 2008). Σε μια άλλη έρευνα (Ράμμου & Παπαληγούρα, 2006) τα αποτελέσματα τη δεύτερη με τρίτη ημέρα έδειξαν πως το 32,4% των γυναικών διέτρεχε υψηλό κίνδυνο να παρουσιάσει επιλόχεια κατάθλιψη.

### Επιπτώσεις της Επιλόχειας Κατάθλιψης στο βρέφος και στην οικογένεια

Η επιλόχεια κατάθλιψη συνιστά μια σοβαρή διαταραχή η οποία επηρεάζει τη μητέρα, το βρέφος αλλά και τη σχέση μητέρας-βρέφους. Χαρακτηριστικά έχει αναφερθεί ότι η επιλόχεια κατάθλιψη είναι ένας κλέφτης που κλέβει τη μητρότητα (Beck, 1993). Τα παιδιά των οποίων οι μητέρες είναι καταθλιπτικές έχουν σοβαρά προβλήματα στη συναισθηματική, την κοινωνική και τη γνωστική τους ανάπτυξη, ενώ έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν αργότερα στη ζωή τους ψυχοπαθολογία (Beck, 1998. Goodman & Gotlib, 2002. Milgrom, Westley, & Gemmill, 2004. Radke-Yarrow & Klimes-Dougan, 2002).

Έχει ακόμα παρατηρηθεί ότι η κατάθλιψη κατά τη λοχεία επιβαρύνει όλα τα μέλη της οικογένειας και παράλληλα δημιουργεί οικονομικά προβλήματα. Επίσης, επιδεινώνει τις συζυγικές σχέσεις, ενώ και οι σύζυγοι συχνά εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία (Hanley & Long, 2006). Τα τελευταία χρόνια οι ειδικοί ψυχικής υγείας παρεμβαίνουν όχι μόνο προκειμένου να ανακουφίσουν τις νεαρές μητέρες από τα συμπτώματα της κατάθλιψης αλλά και για να ενισχύσουν τη σχέση μητέρας-βρέφους και να αποτρέψουν τις αρνητικές συνέπειες στο βρέφος (Cicchetti, Rogosch, & Toth, 2000).

### Παράγοντες κινδύνου

Πληθώρα ερευνών δείχνουν ότι η ύπαρξη ενός ατομικού ή οικογενειακού ιστορικού διαταραχών διάθεσης (Church, Brechman-Toussaint, & Hine, 2005), η παρουσία αρνητικών-αγχογόνων γεγονότων ζωής (Johnstone et al., 2001), η δυσσάρεσκεια από τη συζυγική σχέση και η απουσία κοινωνικής στήριξης επηρεάζουν την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Επίσης, πρόσφατες έρευνες καταδεικνύουν ότι: (α) οι κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες (Buultjens & Liamputtong, 2006. Jadresic, Nguyen, & Halbreich, 2007) και (β) οι παράγοντες που σχετίζονται με τη συγκεκριμένη κατάσταση, όπως το αν η εγκυμοσύνη ήταν προγραμματισμένη και επιθυμητή (Brockington, 2004. Buultjens & Liamputtong, 2006. Lau & Keung, 2007), οι επιπλοκές στον τοκετό, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του βρέφους (Murray et al., 1996), είναι σημαντικοί συντελεστικοί παράγοντες για την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στις μητέρες τόσο τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό όσο και αρκετούς μήνες μετά.

Η επίδραση αυτών των μεταβλητών φαίνεται να διαφοροποιείται ανάλογα με το πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο πραγματοποιείται κάθε φορά η έρευνα. Η ελληνική κοινωνία ως δομή είναι κυρίως δυτικοευρωπαϊκή και διατηρεί ισχυρούς οικογενειακούς δεσμούς (Gonidakis et al., 2008). Λαμβάνοντας υπόψη τα υψηλά ποσοστά επιπολασμού της διαταραχής, που αναφέρονται διεθνώς, καθώς και τις σημαντικές και διαρκείς επιδράσεις της στην ανάπτυξη των παιδιών και την ευημερία ολόκληρης της οικογένειας, κρίνεται σκόπιμο να εξεταστεί ο επιπολασμός και οι συσχετίσεις της διαταραχής σε ένα ελληνικό δείγμα κατά την περίοδο μετά τον τοκετό, με απώτερο στόχο τη διερεύνηση της δυνατότητας έγκαιρης ανίχνευσης της επιλόχειας κατάθλιψης.

### Στόχοι της έρευνας

Με βάση, λοιπόν, όσα προαναφέρθηκαν οδηγήθηκαμε στη διατύπωση δύο κύριων ερευνητικών στόχων που αφορούν:

1. Κατ' αρχάς τη μελέτη του επιπέδου της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε Ελληνίδες μητέρες τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό και στους 4 μήνες επιλόχεια:

2. και στη συνέχεια τη διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης. Θεωρήθηκε σκόπιμο να μελετηθεί η ποιότητα της συζυγικής σχέσης, η κοινωνική στήριξη που έχουν οι γυναίκες την κρίσιμη αυτή περίοδο, καθώς και η παρουσία στρεσογόνων γεγονότων ζωής κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης.

## 2. Μέθοδος

### Δείγμα

Το αρχικό δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 103 Ελληνίδες μητέρες, οι οποίες γέννησαν στο διάστημα Μαΐου-Ιουνίου 2007 στις κλινικές Β', Γ' και Δ' του Ιπποκράτειου Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

Από τις μητέρες αυτές 5 αρνήθηκαν να συμμετάσχουν λόγω έλλειψης ενδιαφέροντος για την έρευνα. Συνεπώς, το τελικό δείγμα αποτέλεσαν 98 μητέρες.

### Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Αρχικά ενημερώθηκαν οι διευθυντές των μαιευτικών κλινικών Β', Γ', Δ' του Ιπποκράτειου Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης για τους στόχους της έρευνας, προκειμένου να δώσουν τη συναίνεσή τους για τη συλλογή του υλικού. Η έρευνα χωρίστηκε σε δύο φάσεις. Η πρώτη άρχισε το Μάιο και ολοκληρώθηκε στις αρχές Ιουλίου 2007, ενώ η δεύτερη περιλάμβανε τηλεφωνική επικοινωνία με τις συμμετέχουσες στην έρευνα, η οποία άρχισε το Σεπτέμβριο και ολοκληρώθηκε τον Οκτώβριο της ίδια χρονιάς.

Στη συνέχεια, ζητήθηκε από τις μητέρες η γραπτή συγκατάθεσή τους για συμμετοχή στην έρευνα, αφού πρώτα ενημερώθηκαν για τη διασφάλιση του απορρήτου των στοιχείων τους και ότι για το στόχο της έρευνας που ήταν «η διερεύνηση της εμπειρίας των μητέρων που μόλις απέκτησαν νέο μέλος στην οικογένειά τους».

Κάθε μητέρα συμπλήρωσε ατομικά ένα ερωτηματολόγιο κατά την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό. Η διάρκεια χορήγησης ήταν περίπου 20-25 λεπτά. Οι μητέρες συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο κατά τις πρωινές ώρες στο κρεβάτι

τους, απουσία των συγγενών και του νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ το βρέφος βρισκόταν στην αίθουσα νεογνών. Σε 27 περιπτώσεις, στις οποίες υπήρχε δυσκολία στη γραπτή συμπλήρωση του ερωτηματολογίου λόγω πόνων, ορού στο χέρι και σωματικής κόπωσης, η συμπλήρωση των ερωτήσεων έγινε προφορικά.

Στη διάρκεια της δεύτερης φάσης, η οποία περιλάμβανε την τηλεφωνική συμπλήρωση της Κλίμακας Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) και είχε διάρκεια 7-10 λεπτά, η ερευνήτρια επικοινωνήσε τηλεφωνικά με τις 79 από τις 98 μητέρες, οι οποίες εμπιστεύτηκαν τον τηλεφωνικό τους αριθμό (κινητό ή σταθερό), και μόνο μία γυναίκα αρνήθηκε να συμμετάσχει στη δεύτερη φάση. Μεταξύ των γυναικών που συμμετείχαν στη δεύτερη φάση της έρευνας και εκείνων που απείχαν δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς τα δημογραφικά στοιχεία.

### **Εργαλεία**

*Δημογραφικά στοιχεία.* Οι συμμετέχουσες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις που αφορούσαν δημογραφικούς παράγοντες, όπως η ηλικία, το μορφωτικό τους επίπεδο, η επαγγελματική τους απασχόληση, καθώς και αναφορικά με προηγούμενες εμπειρίες εγκυμοσύνης, την παρούσα εγκυμοσύνη, στοιχεία σχετικά με τον τοκετό, αλλά και ερωτήσεις αναφορικά με το αν είχαν κατάθλιψη πριν ή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους και αν υπάρχει ιστορικό ψυχικής διαταραχής στο ατομικό και στο οικογενειακό τους ιστορικό.

*Κλίμακα Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS).* Για την αξιολόγηση του κινδύνου επιλόχειας κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε η *Κλίμακα Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου* μεταφρασμένη και σταθμισμένη στην ελληνική γλώσσα (Leonardou et al., 2009). Δεν πρόκειται για ένα εργαλείο διάγνωσης, αλλά για μια μέθοδο διερεύνησης και πρόγνωσης, ιδιαίτερα ευαίσθητη στην ανίχνευση του κινδύνου που έχει μια μητέρα να εμφανίσει επιλόχεια κατάθλιψη στο μέλλον (Ράμμου & Παπαληγούρα, 2006). Το EPDS αναπτύχθηκε και σταθμίστηκε με έρευνες σε λε-

χώνες στη Μεγάλη Βρετανία και αποτελεί πλέον το εργαλείο που προτιμάται πιο συχνά για την ανίχνευση επιλόχειων καταθλιπτικών διαταραχών στην πλειονότητα των ερευνών (Affonso, Horowitz & Mayberry, 2000. Dennis, 2004).

Περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις, οι οποίες βαθμολογούνται σε τετραβάθμια κλίμακα από 0 (που δηλώνει απουσία συμπτώματος) έως 3 (που δηλώνει την παρουσία σοβαρού καταθλιπτικού μη σωματικού συμπτώματος). Συνεπώς, η τελική βαθμολογία που μπορεί να έχει ένα άτομο κυμαίνεται από 0 η ελάχιστη έως 30 η μέγιστη. Οι ερωτήσεις αφορούν συναισθήματα, όπως ανηδονία, ενοχές, άγχος ή πίεση, φόβο ή πανικό, ανικανότητα ελέγχου των καταστάσεων, δυσκολίες στον ύπνο – οι οποίες οφείλονται σε δυστυχία, λύπη, τάση για κλάμα – και, τέλος, αυτοκτονικό ιδεασμό (π.χ. «Μου πέρασε η σκέψη να κάνω κακό στον εαυτό μου»). Στον ελληνικό πληθυσμό φάνηκε πως μια βαθμολογία ίση ή μεγαλύτερη του 11 ή 12 (11/12) ανιχνεύει καλύτερα τον κίνδυνο εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης στις γυναίκες (Leonardou et al., 2009). Από τα ερευνητικά δεδομένα της παρούσας έρευνας προέκυψε ότι ο δείκτης αξιοπιστίας α του Cronbach για τις μητέρες ήταν 0,711.

*Κλίμακα Διαδικής Προσαρμογής (Dyadic Adjustment Scale, DAS).* Για την αξιολόγηση της συζυγικής-συντροφικής σχέσης χρησιμοποιήθηκε η *Κλίμακα Διαδικής Προσαρμογής* (Spanier, 1976). Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που περιλαμβάνει 32 ερωτήσεις (π.χ. «Υποδείξετε το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με το σύζυγό/σύντροφό σας σε θέματα όπως διασκέδαση, θρησκεία και τον τρόπο εκδήλωσης της στοργής»), το οποίο σχεδιάστηκε με σκοπό την αξιολόγηση της διαδικασίας της συζυγικής προσαρμογής τόσο σε ζευγάρια που είναι παντρεμένα όσο και σε αυτά που συζούν (Spanier, 1976).

Η βαθμολόγηση των 27 ερωτήσεων κυμαίνεται από το 0 (ποτέ-αρνητικό) έως το 5 (πάντα-θετικό). Οι ερωτήσεις 23 και 24 μπορούν να βαθμολογηθούν με 0 έως 4, η 29 και η 30 με 0 ή 1 και στην ερώτηση 31 οι γονείς καλούνται να επιλέξουν μεταξύ 7 δηλώσεων που βαθμολογούνται από 0 έως 6. Συνεπώς, η συνολική βαθμολογία που μπορεί να έχει ένα άτομο κυμαίνεται θεω-

ρητικά από το 0 έως το 151. Μια υψηλή βαθμολογία σημαίνει θετικές εκτιμήσεις του γάμου ή της δυαδικής σχέσης.

Η κλίμακα έχει μεταφραστεί στα ελληνικά (Petrogiannis, 1995), αλλά δεν έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό. Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε μόνο η συνολική βαθμολογία της κλίμακας, η οποία παρουσίασε αξιοπιστία  $\alpha=0,72$ .

*Αναθεωρημένη έκδοση του Ερωτηματολογίου Προβλεπτικών Παραγόντων της Επιλόχειας Κατάθλιψης (Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised, PDPI-R).* Το PDPI-R αποτελεί ένα εργαλείο για την προβλεπτική ανίχνευση περιπτώσεων γυναικών που βρίσκονται σε κίνδυνο είτε προγεννητικά είτε στην πρώιμη επιλόχεια περίοδο να παρουσιάσουν κατάθλιψη (Beck, 2002). Περιλαμβάνει 13 υποκλίμακες που μελετούν παράγοντες που θεωρείται ότι σχετίζονται σημαντικά με την ανάπτυξη της επιλόχειας κατάθλιψης (Beck, 2001). Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιούνται 2 υποκλίμακες της εν λόγω κλίμακας. Η πρώτη αφορά την κοινωνική στήριξη και η δεύτερη αφορά πρόσφατα στρεσογόνα γεγονότα ζωής. Οι ερωτήσεις μεταφράστηκαν στα ελληνικά από τις ερευνήτριες με τη μέθοδο της διπλής μετάφρασης.

*Κοινωνική στήριξη.* Η υποκλίμακα αυτή αποτελείται από 12 ερωτήσεις. Συγκεκριμένα από τις μητέρες ζητείται να απαντήσουν (α) εάν δέχονται συναισθηματική στήριξη, (β) εάν δέχονται πρακτική στήριξη, (γ) αν μπορούν να εμπιστευτούν και (δ) αν μπορούν να βασιστούν σε 3 ομάδες ατόμων (το σύντροφό τους, την οικογένεια και τους φίλους τους). Από τα ερευνητικά δεδομένα της παρούσας έρευνας προέκυψε ότι αναφορικά με την υποκλίμακα της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής στήριξης για το δείγμα μας ο δείκτης αξιοπιστίας ήταν  $\alpha=0,84$ .

*Στρεσογόνα γεγονότα ζωής.* Οι μητέρες καλούνται να απαντήσουν εάν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης βίωσαν ή όχι κάποιο από τα ακόλουθα 6 στρεσογόνα γεγονότα ζωής: (α) οικονομικά προβλήματα, (β) μετακόμιση, (γ) συζυγικά-συντροφικά προβλήματα, (δ) σοβαρή ασθένεια στην οικογένεια, (ε) θάνατο στην οικογένεια και (στ) αλλαγή εργασίας. Τα γεγονότα αυτά σύμφωνα με την πρόσφατη βιβλιογραφία σχετίζονται

με τη συναισθηματική κατάσταση των ατόμων γενικά και την εμφάνιση επιλόχειων καταθλιπτικών συμπτωμάτων ειδικά (Beck, 2001).

### 3. Αποτελέσματα

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα Στατιστικό Πακέτο για τις Κοινωνικές Επιστήμες – 13η έκδοση (Statistical Package for the Social Sciences, SPSS-13).

*Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.* Η ηλικία των μητέρων κυμαινόταν από 17 μέχρι 43 ετών (Μ.Ο.=29,5 έτη, Τ.Α.=5,42 έτη). Τα χαρακτηριστικά των μητέρων του δείγματος (N=98) παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 1.

Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των μητέρων υπολογίστηκε με βάση την επαγγελματική απασχόληση και το μορφωτικό επίπεδό τους. Το δείγμα κατατάχθηκε σε τέσσερα κοινωνικοοικονομικά επίπεδα (χαμηλό, χαμηλό μέσο, μέσο υψηλό και υψηλό) ανάλογα με την τιμή του δείκτη κοινωνικοοικονομικού επιπέδου (Ē ή δείκτης ΚΟΕ) (Στογιαννίδου, Φαρμάκης & Καζή, 1999). Η μέση τιμή του δείκτη ΚΟΕ βασίστηκε στα ποσοστά συμμετοχής  $w_i$  των ατόμων στα τέσσερα κοινωνικοοικονομικά επίπεδα με βάση τον παρακάτω τύπο:

$$\bar{E} = w_1 \cdot 1 + w_2 \cdot 2 + w_3 \cdot 3 + w_4 \cdot 4, w_i \in [0,1], i=1, 2, 3, 4$$

*Επίπεδο Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας.* Για την εκτίμηση του επιπέδου της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό υπολογίστηκαν τα περιγραφικά στοιχεία της κλίμακας EPDS. Οι βαθμολογίες κυμαίνονται από 0 έως 23 με μέσο όρο βαθμολογίας το 10 (Μ.Ο.=10,02, Τ.Α.=4,886). Διαπιστώθηκε πως ένας σημαντικός αριθμός μητέρων (N=44, 44,9%) είχαν βαθμολογία EPDS μεγαλύτερη από το 11 (διαχωριστικό όριο) και συνεπώς εμφάνιζαν ανησυχητικά υψηλά ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων στη διάρκεια των πρώτων ημερών.

Για τον έλεγχο της σύνδεσης των δημογραφικών μεταβλητών, των προηγούμενων εμπειριών εγκυμοσύνης, των χαρακτηριστικών της τελευταίας εγκυμοσύνης και του τοκετού με το επίπεδο

**Πίνακας 1**  
**Χαρακτηριστικά του δείγματος**

		<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>	Δημοτικό	6	6,1
	Γυμνάσιο	26	26,5
	Λύκειο	48	49
	T.E.I.	9	9,2
	A.E.I.	9	9,2
<b>Επάγγελμα</b>	Οικιακά	45	45,9
	Άνεργη	3	3,1
	Ιδιωτική υπάλληλος	32	32,7
	Δημόσιος υπάλληλος	6	6,1
	Φοιτήτρια	4	4,1
	Αγρότισσα	1	1
	Ελεύθερη επαγγελματίας	6	6,1
Άλλο	1	1	
<b>Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο</b>	Χαμηλό	52	53,1
	Χαμηλό μέσο	3	3,1
	Μέσο υψηλό	31	31,6
	Υψηλό	12	12,2
<b>Φύλο βρέφους</b>	Αγόρι	47	45,63
	Κορίτσι	56	54,37
<b>Σειρά γέννησης βρέφους</b>	1	39	37,86
	2	43	41,85
	3	18	17,47
	4	3	2,91
<b>Σειρά εγκυμοσύνης</b>	Πρώτη	33	33,7
	Δεύτερη	32	32,7
	Τρίτη	21	21,4
	Τέταρτη	9	9,2
	Πέμπτη	3	3,1
<b>Προβλήματα σε προηγούμενες εγκυμοσύνες</b>	Αποβολή	20	20,4
	Έκτρωση	9	9,2
	Υπογονιμότητα	2	2,0
<b>Παρούσα εγκυμοσύνη</b>	Προγραμματισμένη	53	54,1
	Επιθυμητή	92	93,9
	Προβλήματα κύησης	17	17,3
<b>Στοιχεία τοκετού</b>	Φυσιολογικός	48	49,0
	Καισαρική τομή	50	51,0
	Προκλητός	6	6,1
	Πρόωρος	17	17,3
	Δίδυμος	5	5,1
	Φάρμακα κατά τον τοκετό	45	45,9
	Προβλήματα υγείας παιδιού	7	7,1

καταθλιπτικών συμπτωμάτων των μητέρων χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t-test για τη σύγκριση δύο μέσων όρων σε ανεξάρτητα δείγματα και ο έλεγχος ανεξαρτησίας  $\chi^2$ , χωρίς ωστόσο να εντοπίζονται καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

*Ιστορικό κατάθλιψης.* Με τον έλεγχο  $\chi^2$  με χρήση των τιμών των προσαρμοσμένων τυποποιημένων υπολοίπων βρέθηκε ότι στατιστικά σημαντική σύνδεση με την παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων εμφανίζεται όταν οι γυναίκες αναφέρουν ύπαρξη κατάθλιψης πριν την εγκυμοσύνη ( $\chi^2=10,214$ ,  $df=1$ ,  $p<0,01$ ), καθώς και όταν υπάρχει κατάθλιψη στη διάρκεια της κύησης ( $\chi^2=7,054$ ,  $df=1$ ,  $p<0,01$ ).

*Πρόσφατα στρεσογόνα γεγονότα.* Σχετικά με την ύπαρξη πρόσφατων στρεσογόνων γεγονότων ζωής βρέθηκε πως μόνο η ύπαρξη οικονομικών προβλημάτων συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με αυξημένα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων ( $\chi^2=7,054$ ,  $df=1$ ,  $p<0,01$ ).

*Κοινωνική στήριξη.* Για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της πηγής και της ποιότητας της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής στήριξης με τα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων των μητέρων χρησιμοποιήθηκαν μια σειρά από αναλύσεις  $\chi^2$ , οι οποίες χωρίζονται στις εξής τέσσερις κατηγορίες: (1) συναισθηματική στήριξη, (2) εμπιστοσύνη, (3) αντίληψη ότι μπορεί να βασίζεται σε άλλα πρόσωπα και (4) πρακτική στήριξη. Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται οι συχνότητες και τα ποσοστά στις τέσσερις κατηγορίες στήριξης για τις μητέρες.

Αναφορικά με την αντιλαμβανόμενη συναισθηματική στήριξη, τα αποτελέσματα των αναλύσεων κατέδειξαν την ύπαρξη στατιστικά σημαντικής σχέσης μεταξύ των επιπέδων των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και της αντιλαμβανόμενης συναισθηματικής στήριξης που λαμβάνει η γυναίκα από τους φίλους της ( $\chi^2=12,660$ ,  $df=1$ ,  $p<0,001$ ). Δεν παρατηρήθηκε παρόμοια σχέση στην περίπτωση της συναισθηματικής στήριξης από το σύντροφο ή την οικογένειά της.

Ως προς την εμπιστοσύνη βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση όταν η γυναίκα θεωρεί πως μπορεί να εμπιστευτεί την οικογένεια ( $\chi^2=17,248$ ,  $df=1$ ,  $p<0,001$ ) και τους φίλους της ( $\chi^2=11,179$ ,  $df=1$ ,  $p<0,01$ ).

Επιπλέον, βρέθηκε πως υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ της εμφάνισης ή όχι αυξημένης

καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της αντίληψης της γυναίκας ότι μπορεί να βασίζεται στην οικογένειά της ( $\chi^2=5,016$ ,  $df=1$ ,  $p<0,05$ ) καθώς και σε φίλικά της πρόσωπα ( $\chi^2=18,332$ ,  $df=1$ ,  $p<0,001$ ) (Πίνακας 3).

Παρατηρήθηκε σημαντική σχέση με την αντιλαμβανόμενη πρακτική στήριξη που δέχεται η γυναίκα από την οικογένειά της ( $\chi^2=9,964$ ,  $df=1$ ,  $p<0,01$ ) καθώς και από τα φίλικά της πρόσωπα ( $\chi^2=11,283$ ,  $df=1$ ,  $p<0,01$ ).

Σε καμία από τις παραπάνω αναλύσεις δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική σύνδεση μεταξύ της εμφάνισης ή όχι αυξημένων καταθλιπτικών συμπτωμάτων και των διαστάσεων στήριξης (συναισθηματικής και πρακτικής στήριξης, εμπιστοσύνης και της αίσθησης ότι μπορούν να βασίζονται σε αυτούς) που θεωρούν οι γυναίκες ότι δέχονται από τους συντρόφους τους.

*Προσαρμογή στη συντροφική σχέση.* Σχετικά με τα επίπεδα προσαρμογής των μητέρων στη συντροφική σχέση, υπολογίστηκαν τα περιγραφικά στοιχεία της κλίμακας δυαδικής προσαρμογής (βλ. Πίνακα 2), τα οποία καταδεικνύουν ότι η πλειονότητα των μητέρων τείνουν να εμφανίζουν υψηλά επίπεδα προσαρμογής στη σχέση τους. Ο μέσος όρος βαθμολογίας ήταν 119,70 (M.O.=119,70, T.A.=16,740).

Προκειμένου να ελεγχθεί η υπόθεση ότι το επίπεδο προσαρμογής στη δυαδική σχέση θα συνδέεται με το επίπεδο καταθλιπτικών συμπτωμάτων τους εφαρμόστηκε ο έλεγχος t-test για σύγκριση δύο μέσων όρων σε ανεξάρτητα δείγματα. Από τις αναλύσεις προέκυψε ότι οι μέσοι όροι της συνολικής δυαδικής προσαρμογής των γυναικών που παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (M.O.=114,37, T.A.=15,961) και εκείνων που δεν παρουσιάζουν (M.O.=123,94, T.A.=16,257) διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους ( $t=2,327$ ,  $df=96$ , 2-tailed  $p<0,05$ ). Σύμφωνα με αυτό το εύρημα, οι γυναίκες με αυξημένα ποσοστά καταθλιπτικής συμπτωματολογίας παρουσιάζουν χαμηλότερη προσαρμογή στα πλαίσια της δυαδικής τους σχέσης.

*Επίπεδο Καταθλιπτικής Συμπτωματολογίας 2ης φάσης.* Η δεύτερη φάση της έρευνας πραγματοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί η ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κατά τους 4 μήνες μετά τον τοκετό, καθώς και το εάν

**Πίνακας 2**  
**Κοινωνική στήριξη και επίπεδο προσαρμογής στη συντροφική σχέση**

	f	%
<b>Συναισθηματική στήριξη από</b>		
σύντροφο	88	89,8
οικογένεια	72	73,5
φίλους	55	56,1
<b>Εμπιστοσύνη σε</b>		
σύντροφο	90	91,8
οικογένεια	80	81,6
φίλους	45	45,9
<b>Βασίζεται σε</b>		
σύντροφο	92	93,9
οικογένεια	75	76,5
φίλους	36	36,7
<b>Πρακτική βοήθεια από</b>		
σύντροφο	90	91,8
οικογένεια	73	74,5
φίλους	33	33,7
<b>Επίπεδο προσαρμογής στη συντροφική σχέση DAS</b>		
Χαμηλό	14	14,29
Μέτριο	12	12,25
Υψηλό	72	73,46

**Πίνακας 3**  
**Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις του κινδύνου επιλόχειας κατάθλιψης και των μεταβλητών στήριξης στις μητέρες**

Μεταβλητές στήριξης	$\chi^2$	df	p
Συναισθηματική στήριξη από τους φίλους	12,660	1	0,000***
Εμπιστοσύνη στην οικογένεια	17,248	1	0,000***
Εμπιστοσύνη στους φίλους	11,179	1	0,001**
Βασίζεται στην οικογένεια	5,016	1	0,032*
Βασίζεται σε φίλους	18,332	1	0,000***
Πρακτική στήριξη από την οικογένεια	9,964	1	0,002**
Πρακτική στήριξη από φίλους	11,283	1	0,001**

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$

**Πίνακας 4**  
**Βηματική λογιστική παλινδρόμηση μεταβλητών πρόβλεψης κινδύνου**  
**επιλόχειας κατάθλιψης στους 4 μήνες επιλόχεια**  
 (περιλαμβάνονται μόνο οι σημαντικές μεταβλητές πρόβλεψης)

Προβλεπτικοί παράγοντες	95% C.I. για EXP(B)			
	B(S.E.)	Lower	exp b	Upper
1. Καταθλιπτικά συμπτώματα – πρώτες ημέρες	0,53** (0,136)	1,31	1,71	2,23
2. Προσαρμογή στη δυαδική σχέση – πρώτες ημέρες	-0,05* (0,025)	0,90	0,95	0,99
Nagelkerke	Πρώτο βήμα	Δεύτερο βήμα		
	0,570	0,620		

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$

και σε ποιο βαθμό κάποιες από τις μεταβλητές που μελετήθηκαν κατά την πρώτη φάση συνδέονται με την εμφάνιση αυξημένης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στους 4 μήνες επιλόχεια.

Οι βαθμολογίες στην EPDS της 2ης φάσης κυμαίνονταν από 0 έως 19 με μέσο όρο 7 (Μ.Ο.=7,14, Τ.Α.=4,379) και παρατηρείται πως ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών (25,3%) παρουσίαζαν ανησυχητικά επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους 4 μήνες επιλόχεια χρησιμοποιώντας ως διαχωριστικό όριο το 11 στην κλίμακα EPDS.

Επιπρόσθετα, αναμενόταν ότι οι παράγοντες που εξετάστηκαν τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό θα αποτελούσαν σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες του επιπέδου καταθλιπτικών συμπτωμάτων (και συνεπώς του κινδύνου επιλόχειας κατάθλιψης) στους τέσσερις μήνες επιλόχεια.

Η βηματική λογιστική παλινδρόμηση εφαρμόστηκε με σκοπό τον εντοπισμό εκείνων των ανεξάρτητων μεταβλητών που παίζουν στατιστικά σημαντικό ρόλο στην πρόβλεψη της παρουσίας (δηλαδή της εμφάνισης) υψηλών καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους 4 μήνες επιλόχεια. Η σειρά εισαγωγής των μεταβλητών στο τελικό μοντέλο έγινε χρησιμοποιώντας τη μέθοδο Forward

LR, η οποία είναι η πλέον συνήθης τεχνική αυτόματης επιλογής του «καλύτερου» υποσυνόλου από το αρχικό σύνολο των ανεξάρτητων μεταβλητών, δηλαδή εκείνων των μεταβλητών με τη μεγαλύτερη προβλεπτική αξία. Στην έρευνά μας το αρχικό σύνολο των ανεξάρτητων μεταβλητών περιλάμβανε το επίπεδο καταθλιπτικών συμπτωμάτων τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό, το βαθμό προσαρμογής στη δυαδική σχέση και την αντιλαμβανόμενη κοινωνική στήριξη που ανέφεραν οι μητέρες επίσης τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό. Από τις μεταβλητές αυτές επιλέχθηκαν με την παραπάνω διαδικασία δύο μεταβλητές ως οι καλύτεροι προβλεπτικοί παράγοντες και που ήταν κατά σειρά σημαντικότητας το επίπεδο καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και ακολούθως η προσαρμογή στη δυαδική σχέση.

Αρχικά προστέθηκε το επίπεδο καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, το οποίο είναι υπεύθυνο για το 57% της διακύμανσης του κινδύνου ύπαρξης επιλόχειας κατάθλιψης (δείκτης Nagelkerke=0,570). Η προσαρμογή στη δυαδική σχέση προστέθηκε στη συνέχεια και είναι υπεύθυνη για επιπλέον 5% της διακύμανσης (δείκτης Nagelkerke για το σύνολο των 2 προβλεπτικών παραγόντων=0,620) (βλ. Πίνακα 4).

Συνεπώς, παρατηρώντας το πρόσημο των τιμών των συντελεστών λογιστικής παλινδρόμησης (B) διαπιστώνουμε ότι οι μητέρες που αναφέρουν υψηλότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό έχουν στατιστικώς σημαντικά αυξημένες πιθανότητες να βρίσκονται σε κίνδυνο εμφάνισης αυξημένης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στους 4 μήνες μετά τον τοκετό. Αντιστρόφως, οι γυναίκες που παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα προσαρμογής στη δυαδική τους σχέση είναι λιγότερο πιθανό να ανήκουν στην ομάδα αυξημένης συμπτωματολογίας στους 4 μήνες μετά τον τοκετό.

#### 4. Συζήτηση

Τα αποτελέσματα έδειξαν πως ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματος παρουσίασε υψηλές τιμές καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κατά τη διάρκεια της πρώτης εβδομάδας επιλόχεια. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με έρευνες στο διεθνή χώρο, όπως στις ΗΠΑ (O'Hara et al., 1991) και τη Γαλλία (Sutter et al., 1997), αλλά και με τις έρευνες του Gonidakis και των συνεργατών του (2007, 2008) και των Ράμμου και Παπαληγούρα (2006) που αφορούν ελληνικό δείγμα. Από την άλλη πλευρά, το ελληνικό ποσοστό εμφανίζεται σημαντικά υψηλότερο από το αντίστοιχο σε μελέτες άλλων χωρών, όπως της Σουηδίας (Rubertsson, 2004) και της Κίνας (Lee et al., 2004) στις οποίες κυμαίνεται μεταξύ 10% και 15%.

Η διαφορά αυτή μπορεί να αποδοθεί σε διαφορές στον ορισμό των συμπτωμάτων (Wolf, De Andraca, & Lozoff, 2002), στις μεθοδολογικές διαφορές των ερευνών (Okano et al., 1998) και στα διαφορετικά εργαλεία (EPDS, Cox, Holden, & Sagovsky, 1987. PDSS, Beck, 2002). Ακόμα, η χρονική στιγμή κατά την οποία μελετάται η επιλόχεια καταθλιπτική διαταραχή ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των ερευνών, με ορισμένες από αυτές να εστιάζονται στις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό ενώ άλλες μέχρι και ένα ένα χρόνο μετά (Matthey et al., 2000).

Δεν προέκυψε συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των μητέρων και των μεταβλητών που αφορούσαν τα δη-

μογραφικά τους χαρακτηριστικά. Έρευνες με παρόμοια αποτελέσματα υποστηρίζουν ότι άλλοι παράγοντες είναι πιο καθοριστικοί, όπως οι οικονομικές δυσκολίες και η κοινωνική στήριξη (Chaudron et al., 2001. Seyfried & Marcus, 2003). Στη συνέχεια, δεν παρατηρήθηκαν επιδράσεις του φύλου του παιδιού και της σειράς γέννησής του. Στις δυτικές κοινωνίες η πιθανότητα εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης δεν φαίνεται να σχετίζεται με το φύλο του βρέφους (Wisner, Parry & Piontek, 2002).

Αναφορικά με προηγούμενες εμπειρίες εγκυμοσύνης, τα χαρακτηριστικά της τελευταίας εγκυμοσύνης και του τοκετού δεν φάνηκαν να επηρεάζουν την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης σε αντίθεση με όσα αναφέρονται σε άλλες έρευνες (Martins & Gaffan, 2000). Πιθανότατα το μέγεθος και η σύνθεση του δείγματος να μην επέτρεψαν να διαφανούν τέτοιου είδους διαφορές. Ωστόσο, και στη διεθνή βιβλιογραφία είχε διαπιστωθεί πως η επίδραση των παραγόντων ήταν μεν σημαντική αλλά έπαυε να ισχύει όταν εξετάζονταν άλλοι παράγοντες, όπως η ικανοποίηση από τη συζυγική σχέση (Chaudron et al., 2001. Seyfried & Marcus, 2003).

Οι γυναίκες που δήλωσαν ότι είχαν κατάθλιψη κάποια στιγμή πριν την εγκυμοσύνη τους ή κατά τη διάρκειά της ήταν πιο πιθανό να εμφανίσουν αυξημένα καταθλιπτικά συμπτώματα σε σχέση με όσες δεν εμφάνισαν κατάθλιψη πριν την εγκυμοσύνη. Τα αποτελέσματα συμφωνούν με έρευνες από το διεθνή χώρο που έδειξαν πως η παρουσία κατάθλιψης στο ατομικό ιστορικό της γυναίκας (Buultjens, Liamputtong, 2006. Edhborg et al., 2005. Henshaw, 2003. Robertson et al., 2004) και ιδιαίτερα κατά την εγκυμοσύνη (Robertson et al., 2004) σχετίζεται με καταθλιπτική διαταραχή κατά τη λοχεία.

Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί το πως στην παρούσα έρευνα το ατομικό και το οικογενειακό ιστορικό των μητέρων εξετάζονταν με 3 μόνο ερωτήσεις. Επίσης, δεν δόθηκε καμία διευκρίνιση για τον ορισμό της κατάθλιψης. Οι απαντήσεις, επομένως, μπορεί να αντανakλούν περισσότερο μια υποκειμενική αντίληψη, η οποία να διαφέρει μεταξύ των ατόμων.

Η σημαντική συσχέτιση που βρέθηκε μεταξύ οικονομικών προβλημάτων και επιλόχειας κατά-

θλιψης έχει τονιστεί από μια σειρά ερευνών (Chandran et al., 2002. Lau & Keung, 2007). Ειδικά για την παρούσα έρευνα, το δείγμα αποτελούνταν από γυναίκες που γέννησαν σε δημόσιες κλινικές ίσως όχι από επιλογή αλλά λόγω περιορισμένων οικονομικών δυνατοτήτων. Για τις άλλες μελετούμενες αγχογόνες καταστάσεις δεν διαπιστώθηκε καμία σημαντική συσχέτιση, πιθανώς επειδή και ο αριθμός ατόμων που δήλωσαν ότι βίωσαν πρόσφατα κάποια από αυτές ήταν περιορισμένος.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως η στήριξη που θεωρούσαν οι μητέρες ότι λάμβαναν από τους συντρόφους τους (και για τις 4 διαστάσεις που μελετήθηκαν) δεν σχετιζόταν με την καταθλιπτική τους συμπτωματολογία. Αυτό το αποτέλεσμα είναι αντίθετο με ό,τι αναφέρεται στη βιβλιογραφία (Grube, 2005) και πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι οι περισσότερες μητέρες χαρακτηρίζαν τους συντρόφους τους ως υποστηρικτικούς. Πρόκειται, όμως, για τις πρώτες ημέρες επιλόχεια και δεν γνωρίζουμε εάν αυτή η αντίληψη εξακολούθησε να ισχύει και στη συνέχεια, όταν οι απαιτήσεις της ανατροφής του παιδιού έγιναν πιο έντονες.

Αντίθετα, η στήριξη που θεωρούσαν ότι λάμβαναν από φίλους και μέλη της οικογένειας επηρέαζε το επίπεδο της καταθλιπτικής τους συμπτωματολογίας. Στις περισσότερες έρευνες φάνηκε πως οι καταθλιπτικές μητέρες έχουν χαμηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενης πρακτικής και συναισθηματικής στήριξης, ευρήματα που καταδεικνύουν τη σημασία της κοινωνικής υποστήριξης ως προστατευτικό παράγοντα στην επιλόχεια κατάθλιψη (Honey, Bennett, & Morgan, 2003. Rubertsson, 2004).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πλειονότητα των μητέρων ήταν ικανοποιημένες από τη συζυγική τους σχέση, ενώ οι γυναίκες με αυξημένα ποσοστά καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ήταν λιγότερο ικανοποιημένες από τη σχέση τους, εύρημα που συμφωνεί με εκείνα άλλων μελετών (Belsky & Rovine, 1990. Zerkowitz & Milet, 1996). Έχει υποστηριχτεί πως πιθανότατα καμία άλλη σχέση δεν είναι πιο σημαντική για τη γυναίκα στην επιλόχεια περίοδο από αυτή με το σύντροφό της (Grube, 2005) και μάλιστα η χαμηλή ικανοποίηση από τη συζυγική σχέση φαίνεται να

προηγείται της επιλόχειας κατάθλιψης (Matthey et al., 2000. McMahon et al., 2005).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το 25,3% των γυναικών παρουσίαζαν ανησυχητικά επίπεδα συμπτωμάτων στους 4 μήνες επιλόχεια. Όπως ήδη αναφέρθηκε, τα ποσοστά της επιλόχειας καταθλιπτικής διαταραχής στις μητέρες ποικίλλουν από χώρα σε χώρα (Buultjens & Liamputtong, 2006). Το ποσοστό της παρούσας έρευνας εμφανίζεται αρκετά ενισχυμένο, αν και βρίσκεται στο πλαίσιο που αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία. Και αυτό το αποτέλεσμα υπόκειται στους ίδιους περιορισμούς που αναφέρθηκαν προηγουμένως για τα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κατά την πρώτη εβδομάδα.

Η λογιστική παλινδρόμηση ανέδειξε δύο σημαντικούς παράγοντες της εμφάνισης υψηλών καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Σύμφωνα με αυτούς, οι μητέρες που ανέφεραν υψηλότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό είχαν σημαντικά αυξημένες πιθανότητες να βρίσκονται σε κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης στους 4 μήνες επιλόχεια. Αντιστρόφως, οι γυναίκες που παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα προσαρμογής στη δυαδική τους σχέση ήταν λιγότερο πιθανό να ανήκουν στην ομάδα κινδύνου για επιλόχεια κατάθλιψη στους 4 μήνες.

Τα δεδομένα αυτά είναι σύμφωνα με εκείνα άλλων ερευνών που υποστηρίζουν ότι η εμφάνιση υψηλών επιπέδων καταθλιπτικών συμπτωμάτων και επιλόχειας θλίψης τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό αλλά και η προσαρμογή στη δυαδική σχέση κατά την περιγεννητική περίοδο έχουν ενοχοποιηθεί για την ύπαρξη στη συνέχεια αυξημένου κινδύνου επιλόχειας κατάθλιψης (Seyfried & Marcus, 2003. Yamashita et al., 2000). Συνεπώς, τα πρώιμα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ανίχνευση του κινδύνου επιλόχειας κατάθλιψης (Henshaw, 2003. Stowe & Nemeroff, 1995). Ο Matthey και οι συνεργάτες του (2000) ωστόσο, αναφορικά με τους παράγοντες της συντροφικής σχέσης, υποστηρίζουν ότι επιδρούν στη διάθεση και τη νοσηρότητα του ζευγαριού, αλλά η επίδρασή τους αναμένεται να αυξηθεί στα τέλη του πρώτου χρόνου.

## 5. Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια ερευνητική προσπάθεια που έρχεται να προστεθεί στην περιορισμένη προς το παρόν βιβλιογραφία των επιλόχειων καταθλιπτικών διαταραχών στον ελληνικό χώρο. Παρατηρήθηκε πως οι γυναίκες με υψηλά επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων ήταν πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν πρόσφατα οικονομικά προβλήματα και να θεωρούν πως είχαν κατάθλιψη πριν ή και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους. Ακόμα, η έρευνα έδειξε ότι το επίπεδο των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στις γυναίκες σχετίζεται τόσο με τη στήριξη που θεωρούν ότι λαμβάνουν από τους συγγενείς και τους φίλους τους όσο και με την ποιότητα της συζυγικής-συντροφικής τους σχέσης.

Σχετικά με τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης στις γυναίκες στους 4 μήνες επιλόχεια, παρατηρήθηκε πως τα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό καθώς και η ποιότητα της συντροφικής σχέσης συνδέονταν με τον κίνδυνο για επιλόχεια κατάθλιψη στους 4 μήνες.

Συμπεραίνεται, λοιπόν, πως παράγοντες που μελετώνται τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό συνδέονται σημαντικά με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Με την παρούσα έρευνα αναδεικνύεται η ανάγκη για το σχεδιασμό προγραμμάτων πρόληψης και αντιμετώπισης της επιλόχειας κατάθλιψης, ενώ κρίνεται απαραίτητο η προσπάθεια ανίχνευσης του κινδύνου για επιλόχεια κατάθλιψη να ξεκινά ήδη από τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό. Θεμέλιο λίθο των παραπάνω πρέπει να αποτελέσει η κατάλληλη ενημέρωση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με τη διαταραχή, καθώς και η στενή συνεργασία με τους ειδικούς ψυχικής υγείας. Θα ήταν σημαντικό να επιχειρηθεί η ανίχνευση της επιλόχειας κατάθλιψης από το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό των μαιευτικών κλινικών, ώστε να παραπέμπουν τις μητέρες που πάσχουν σε ειδικούς ψυχικής υγείας, προκειμένου να αποτρέπονται οι σοβαρές επιπτώσεις τόσο στις ίδιες τις μητέρες όσο και στα βρέφη τους.

Από μεθοδολογικής άποψης, η παρούσα έρευνα υπόκειται σε ορισμένους περιορισμούς,

όπως είναι μεταξύ άλλων το μέγεθος και η σύσταση του δείγματος, η χρήση των τηλεφωνικών συνεντεύξεων και η απουσία δομημένων συνεντεύξεων, που δεν επιτρέπουν τη γενίκευση και την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων για το σύνολο των Ελληνίδων μητέρων που διανύουν την επιλόχεια περίοδο.

Σε μελλοντική έρευνα θα μπορούσαν να διενεργηθούν ατομικές συνεντεύξεις, σε μεγαλύτερο δείγμα για μεγαλύτερη αξιοπιστία των μετρήσεων. Επιπλέον, ο διαχρονικός σχεδιασμός που περιλαμβάνει τόσο την περίοδο της εγκυμοσύνης όσο και τα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού θα επιτρέψει την εξέταση των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων της επιλόχειας κατάθλιψης.

## Βιβλιογραφία

- Affonso, D. D., De, A. K., Horowitz, J. A., & Mayberry, L. J. (2000). An international study exploring levels of postpartum depressive symptomatology. *Journal of Psychosomatic Research, 49*, 207-216.
- Beck, C. (2001). Predictors of postpartum depression. *Nursing Research, 50*, 275-285.
- Beck, C. (2002). Postpartum Depression: A Metasynthesis. *Qualitative Health Research, 12*(4), 453-472.
- Beck, C. T. (1998). The effects of postpartum depression on child development: a meta analysis. *Archives of Psychiatric Nursing, 12*, 12-20.
- Beck, C. T. (1993). Teetering on the edge: A substantive theory of postpartum depression. *Nursing Research, 42*, 42-48.
- Belsky, J. & Rovine, M. (1990). Patterns of marital change across the transition to parenthood: Pregnancy to three years postpartum. *Journal of Marriage and the Family, 52*, 5-19.
- Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *Lancet, 363*(24), 303-310.
- Buultjens, M. & Liamputtong, P. (2006). When giving life starts to take the life out of you: women's experiences of depression after childbirth. *Midwifery, 23*(1), 77-91.
- Chaaya, M., Campbell, O. M. R., Kak, F. E., Shaar, D., Harb, H., & Kaddour, A. (2002). Postpartum depression: prevalence and determinants in Lebanon. *Archives of Women's Mental Health, 5*(2), 65-72.
- Chandran, M., Tharyan, P., Muliylil, J., & Abraham, S. (2002). Post-partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India. Incidence and risk factors. *British Journal of Psychiatry, 181*, 499-504.

- Chaudron, L. H., Klein, M. H., Remington, P., Palta, M., Allen, C. & Essex, M. J. (2001). Predictors, prodromes and incidence of postpartum depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 22, 103-112.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (2000). The efficacy of toddler-parent psychotherapy for fostering cognitive development in offspring of depressed mothers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 135-148.
- Church, N. F., Brechman-Toussaint, M. L., & Hine, D. W. (2005). Do dysfunctional cognitions mediate the relationship between risk factors and postnatal depression symptomatology? *Journal of Affective Disorders*, 87, 65-72.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Dennis, C. (2004). Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale? *Journal of Affective Disorders*, 78(2), 163-169.
- Edborg, M., Matthiesen, A. S., Lundh, W., & Widström, A. M. (2005). Some early indicators for depressive symptoms and bonding 2 months postpartum – a study of new mothers and fathers. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 221-231.
- Feeney, J. A., Hohaus, L., Noller, P., & Alexander, R. P. (2001). *Becoming parents: Exploring the bonds between mothers, fathers, and their infants*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Gonidakis, F., Rabavilas, A. D., Varsou, E., Kreatsas, G., & Christodoulou, G. N. (2007). Maternity blues in Athens, Greece: A study during the first 3 days after delivery. *Journal of Affective Disorders*, 99, 107-115.
- Gonidakis, F., Rabavilas, A. D., Varsou, E., Kreatsas, G., & Christodoulou, G. N. (2008). A 6-month study of postpartum depression and related factors in Athens Greece. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 275-282.
- Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (2002). *Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Grube, M. (2005). Inpatient treatment of women with postpartum psychiatric disorders – the role of the male partners. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 163-170.
- Hanley, J. & Long, B. (2006). A study of Welsh mothers' experiences of postnatal depression. *Midwifery*, 22, 147-157.
- Henshaw, C. (2003). Mood disturbance in the early puerperium: a review. *Archives of Women's Mental Health*, 2, 33-42.
- Hiltunen, P., Jokelainen, J., Ebeling, H., Szajner, N., & Moilanen, I. (2004). Seasonal variation in postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 78, 111-118.
- Honey, K. L., Bennett, P., & Morgan, M. (2003). Predicting postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 76, 201-210.
- Jadresic, E., Nguyen, D. N., & Halbreich, U. (2007). What does Chilean research tell us about postpartum depression (PPD)? *Journal of Affective Disorders*, in press.
- Johnstone, S. J., Boyce, P. M., Hickey, A. R., Morris-Yatees, A. D., & Harris, M. G. (2001). Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples. *Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 35(1), 69-74.
- Lau, Y. & Keung, D. W. F. (2007). Correlates of depressive symptomatology during the second trimester of pregnancy among Hong Kong Chinese. *Social Science & Medicine*, 64, 1802-1811.
- Leahy-Warren, P. & McCarthy, G. (2007). Postnatal Depression: Prevalence, Mothers' Perspectives, and Treatments. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(2), 91-100.
- Lee, D. T. S., Yip, A. S. K., Tony, Y. S., Leung, T. Y. S., & Chung, T. K. H. (2004). Ethnoepidemiology of postnatal depression – Prospective multivariate study of sociocultural risk factors in a Chinese population in Hong Kong. *British Journal of Psychiatry*, 18(4), 34-40.
- Leonardou, A. A., Zervas, I. M., Papageorgiou, C. C., Marks, M. N., Tsartsara, E., & Antsaklis, A. (2009). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and prevalence of postnatal depression at two months postpartum in a sample of Greek mothers. *Psychoneuroendocrinology*, 27(1), 28-39.
- Leung, S., Martinson I., & Arthur, D. (2005). Postpartum depression and related psychosocial variables in Hong Kong Chinese women: Findings from a prospective study. *Research in Nursing and Health*, 28, 27-38.
- Martins, C. & Gaffan, E. A. (2000). Effects of early maternal depression on pattern of infant-mother attachment: a meta-analytic investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 737-746.
- Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J., & Waters, B. (2000). Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood. *Journal of Affective Disorders*, 60(2), 75-85.
- McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N., & Tennant, C. (2005). Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current

- relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style. *Journal of Affective Disorders*, 84, 15-24.
- Milgrom, J., Westley, D. T., & Gemmill, A. W. (2004). The mediating role of maternal responsiveness in some longer term effects of postnatal depression on infant development. *Infant Behavior & Development*, 27, 443-454.
- Murray, L., Stanley, C., Hooper, R., King, F., & Fiori-Cowley, A. (1996). The role of infant factors in postnatal depression and mother-infant interactions. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38, 109-119.
- O'Hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A., & Varner, M. W. (1991). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental, and hormonal variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 63-73.
- O'Hara, M. W. & Swain, A. M., (1996). Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.
- Okano, T., Nomura, J., Kumar, R., Kaneko, E., Tamaki, R., Hanafusa, I., Hayashi, M., & Matsuyama, A. (1998). An epidemiological and clinical investigation of postpartum psychiatric illness in Japanese mothers. *Journal of Affective Disorders*, 48(2-3), 233-240.
- Petrogiannis, K. G. (1995). *Psychological development at 18 months of age as a function of child care experience in Greece [dissertation]*. Cardiff: University of Wales.
- Radke-Yarrow, M., & Klimes-Dougan, M. (2002). Parental depression and offspring disorders: A developmental perspective. In S.H. Goodman & I.H. Gotlib (Eds), *Children of depressed parents: Mechanisms of risk and implications for treatment* (pp. 155-173). Washington, DC: American Psychological Association.
- Ράμμου, Σ. & Παπαληγούρα, Ζ. (2006). Ο κίνδυνος εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης; Έρευνα σε ελληνικό δείγμα. Επιστημονική Επετηρίδα, Τμήμα Ψυχολογίας.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26(4), 289-95.
- Rubertsson, C. (2004). *Depression and partner violence before and after childbirth*. (Doctoral dissertation). Department of Nursing, Karolinska Institutet, Stockholm.
- Seyfried L. S. & Marcus S. M. (2003). Postpartum mood disorders. *International Review of Psychiatry*, 15, 231-242.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15-28.
- Στογιαννίδου, Α., Φαρμάκης, Ν., & Καζή, Σ. (1999). Η επίδραση του κλάδου σπουδών, ΚΟΕ και φύλου στις απόψεις για την επαγγελματική σταδιοδρομία. Επιστημονική Επετηρίδα, Τμήμα Ψυχολογίας.
- Stowe, Z. N. & Nemeroff, C. H. (1995). Women at risk for postpartum-onset major depression. *American Journal of Obstetric Gynaecology*, 173, 639-45.
- Sutter, A. L., Leroy, V., Dallay, D., Verdoux, H., & Bourgeois, M. (1997). Postpartum blues and mild depressive symptomatology at day's three to five after delivery. *Journal of Affective Disorders*, 44, 1-4.
- Wisner, K.L., Parry, B.L., & Piontek, C.M. (2002). Postpartum depression. *The New England Journal of Medicine*, 347, 194-199.
- Wisner, K. L. & Wheeler, S. B. (1994). Prevention of recurrent postpartum major depression. *Hospital and Community Psychiatry*, 45(12), 1191-1196.
- Wolf, A. W., De Andraca, I., & Lozoff, B. (2002). Maternal depression in three Latin American samples. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(4), 169-176.
- Wood, A. F., Thomas, S. P., Droppleman, P. G., & Meighan, M. (1997). The downward spiral of postpartum depression. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 22, 308-316.
- Yamashita, H., Yoshida, K., Nakano, H., & Tashiro, N. (2000). Postnatal depression in Japanese women Detecting the early onset of postnatal depression by closely monitoring the postpartum mood. *Journal of Affective Disorders*, 58, 145-154.
- Zelkowitz, P. & Milet, T. H. (1996). Postpartum Psychiatric Disorders: Their Relationship to Psychological Adjustment and Marital Satisfaction in the Spouses. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2), 281-285.

## Postnatal depression in Greek mothers: The impact of stressful life events, social support and marital relationship

ΕΦΤΙΗΙΑ ΣΤΑΜΑΤΙΟΥ<sup>1</sup>

ΖΑΙΡΑ ΠΑΠΑΛΙΓΟΥΡΑ<sup>2</sup>

### ABSTRACT

Maternal postnatal depression has been the subject of many research projects. The aim of the present study was to explore the danger of developing postnatal depression in a sample of Greek mothers by examining a series of factors, which are referred as predicting factors of postnatal depression. The research sample consisted of 98 mothers, from 17 to 43 years old ( $M=29.5$ ,  $SD=5.42$ ). During the first week postnatal all mothers completed the following questionnaires: the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), the Dyadic Adjustment Scale (DAS), as well as 2 parts of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised (PDPI-R) for items of social support and recent stressful life events. Four months after delivery, 79 from 98 mothers agreed to complete the EPDS over the phone. The results of the study showed that 44.9% of mothers developed an increase of depressive symptoms during the first days postnatally. Financial problems, previous depression symptomatology, lack of support from family and friends and dissatisfaction with the marital relationship were related to the appearance of depressive symptoms. Moreover, it was confirmed that the level of depression symptomatology of the first days and the level of satisfaction from the relationship constituted predictive factors of the danger to present postnatal depression during the 4 months puerperium.

*Key words:* Postnatal depression, Marital relationship, Social support, Stressful life events.

1. *Address:* Aristotle University of Thessaloniki, New Rysio Thermi, (484) 57001 Thessaloniki, Greece, e-mail: [estamati@psy.auth.gr](mailto:estamati@psy.auth.gr)

2. *Address:* Aristotle University of Thessaloniki, Department of psychology, 4th Floor, New Building of School of Philosophy, 54124 Thessaloniki Greece, e-mail: [zapa@psy.auth.gr](mailto:zapa@psy.auth.gr)