



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΑΙ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Τίτλος εργασίας:

**«Διερεύνηση της σχέσης του νεογνικού – βρεφικού ύπνου και
σίτισης με την εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης
στη μητέρα»**

Συγγραφέας:

Σταυρούλα Γκρίτζιου

ΑΜ:

18005

Επιβλέπουσα καθηγήτρια:

Μαρία Δάγλα

Αθήνα, Μάρτιος 2022



**UNIVERSITY OF WEST ATTICA
SCHOOL OF HEALTH & CARE
SCIENCES
DEPARTMENT OF MIDWIFERY
MSc in ADVANCED &
EVIDENCED BASED
MIDWIFERY CARE**

Diploma Thesis

Title:

**«Investigation of the relationship between neonatal – infant sleep
and feeding with the appearance of anxiety and depression in the
mother»**

Studentname and surname:

Gkritziou Stavroula

Registration Number:

18005

Supervisorname and surname:

Dagla Maria

Athens, March 2022



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΑΙ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

**«Διερεύνηση της σχέσης του νεογνικού – βρεφικού ύπνου και
σίτισης με την εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης
στη μητέρα»**

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπήςσυμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

A/α	ΟΝΟΜΑΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΑΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	ΔΑΓΛΑ ΜΑΡΙΑ (ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ)	ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	
2	ΗΛΙΑΔΟΥ ΜΑΡΙΑ	ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	
3	ΣΑΡΑΝΤΑΚΗ ΑΝΤΙΓΟΝΗ	ΕΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Γκρίτζιου Σταυρούλα του Ευάγγελου, με αριθμό μητρώου 18005 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Προηγμένη και Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα» του Τμήματος Μαιευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα

Γκρίτζιου Σταυρούλα



Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της διπλωματικής εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους ανθρώπους που συνέλαβαν στη διεκπεραίωσή της. Επιβλέπουσα καθηγήτρια στην εκπόνηση της εργασίας ήταν η κ. Δάγλα Μαρία. Οφείλω να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες για τις πολύτιμες γνώσεις, την υποστήριξη και την επιστημονική καθοδήγηση της καθ' όλη τη διάρκεια της εργασίας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να απευθύνω στα υπόλοιπα μέλη της εξεταστικής επιτροπής, την Καθηγήτρια και Πρόεδρο του Τμήματος Μαιευτικής,κ. Λυκερίδου Αικατερίνη, και την Επίκουρη Καθηγήτρια κ. Σαραντάκη Αντιγόνη, για την αποτελεσματική συμβολή τους.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την ηθική συμπαράσταση και την κατανόησή τους όλο αυτό το διάστημα.

Περίληψη Διπλωματικής Εργασίας

Γενικά: Η περίοδος της εγκυμοσύνης και η περίοδος μετά τον τοκετό, αναγνωρίζονται σαν περίοδοι ευπάθειας των γυναικών όσον αφορά τις διαταραχές διάθεσης, όπως η κατάθλιψη και το άγχος. Πρόσφατα, οι γνώσεις που έχουν συγκεντρωθεί σχετικά με τη φυσιολογία του ύπνου καθώς και με τις διαταραχές ύπνου της μητέρας και των νεογνών, έχουν ανακαλύψει σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στις μεταβλητές διαταραχές ύπνου νεογνού, διαταραχές ύπνου μητέρας και διαταραχές διάθεσης (άγχος, κατάθλιψη).

Σκοπός: Στην παρούσα διπλωματική εργασία ο σκοπός είναι η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την διερεύνηση της σχέσης του νεογνικού-βρεφικού ύπνου και της σίτισης με την εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης στη μητέρα.

Μεθοδολογία: Για τη διερεύνηση άρθρων σχετικά με το συγκεκριμένο θέμα, έγιναν αναζητήσεις στις διαδικτυακές βάσεις δεδομένων PUBMED, EMBASE και CINAHL χρησιμοποιώντας συνδυασμούς των όρων “sleep”, “pregnancy”, “affect”, “mood”, “depression”, “psychoticdisorders”. Ύστερα από την εφαρμογή των κριτηρίων ένταξης, προέκυψαν 30 μελέτες οι οποίες συμπεριλήφθηκαν στην εν λόγω συστηματική ανασκόπηση.

Αποτελέσματα: Μελέτες οι οποίες μετρούν τόσο τον ύπνο όσο και τη διάθεση των γυναικών κατά την περίοδο πριν και μετά τον τοκετό χρησιμοποιώντας αντικειμενικές μεθόδους μέτρησης (π.χ. πολυϋπνογραφία) μπορούν να παρέχουν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τις νεογνικές διαταραχές ύπνου και την εμφάνιση κλινικών συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους. Η μείωση των μητρικών διαταραχών ύπνου συσχετίζεται με την μείωση των διαταραχών ύπνου του νεογνού, γεγονός που συμβάλλει στην αναγνώριση των αιτιών και την αντιμετώπιση των διαταραχών ύπνου του νεογνού και της μητέρας που συσχετίζονται με την μητρική διάθεση.

Συμπεράσματα: Τα συμπεράσματα δείχνουν ότι οι αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στη σίτιση του νεογνού, το νεογνικό ύπνο και τα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους της μητέρας είναι υπαρκτές και σημαντικές, ωστόσο οι επιστημονικές αποδείξεις στο συγκεκριμένο πεδίο είναι περιορισμένες.

Λέξεις κλειδιά: εγκυμοσύνη, ύπνος, σίτιση, άγχος, κατάθλιψη, ψυχωτικές διαταραχές.

Abstract

Background: Postpartum and pregnancy periods are acknowledged as periods during which women are susceptible to mood disorders such as anxiety and depression. Recent knowledge in the scientific field of sleep physiology as well as sleep disorders in mothers and newborns have discovered significant correlations between the variables newborn sleep disorders, mother sleep disorders and mother mood disorders (anxiety, depression).

Aim: In the current thesis our goal is to systematically review recent literature to find the above correlations.

Methods: A literature search was conducted in electronic literature databases PUBMED, EMBASE and CINAHL, using a combination of the keywords: “sleep”, “pregnancy”, “affect”, “mood”, “depression”, “psychotic disorders”. Following the integration criteria, 30 studies were included in this systematic review.

Results: Studies that measure sleep as well as mood parameters during perinatal period, especially those that involve polysomnography can provide insight regarding the neonatal sleep disorders and their correlation to maternal mood disorders such as depression and anxiety. The reduction of maternal sleep disorders is associated with the reduction of neonatal sleep disorders, which contributes to the recognition of the causes and the treatment of sleep disorders of the newborn and the mother associated with the maternal mood.

Conclusion: The results showed a significant and correlation between depression, neonate sleep and the appearance of maternal depression and stress, however the research reports that are based on evidence is limited.

Key words: pregnancy, sleep, feeding, stress, depression, psychotic disorders.

Περιεχόμενα

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	10
1. Εισαγωγή.....	10
2. Νεογνικός και μητρικός ύπνος: συσχετίσεις με επιλόχεια κατάθλιψη και σχέσεις μητέρας – παιδιού.....	12
3. Νεογνικός ύπνος	15
3.1 Στάδια ύπνου	15
3.2 Εμβρυϊκός ύπνος.....	16
3.3Νεογνικός ύπνος	17
4.Διαταραχές ύπνου στα νεογνά	19
4.1Αίτια διαταραχών του νεογνικού ύπνου	20
4.2Παράγοντες που σχετίζονται με τον νεογνικό ύπνο	21
4.3 Κατευθυντήριες οδηγίες – συστάσεις για τον ύπνο του βρέφους.....	22
5.Σίτιση βρέφους	24
5.1Κατευθυντήριες οδηγίες για τη σίτιση του βρέφους	29
6. Ψυχολογία της μητέρας	34
6.2 Επιλόχειος Κατάθλιψη	40
7. Έρευνες σχετικές με τον ύπνο του βρέφους και τη σίτιση του	48
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	55
1. Συστηματική Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.....	55
2. Σκοπός.....	55
3. Μεθοδολογία	57
3.1 Κριτήρια για την συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας	57
4. Αποτελέσματα συστηματικής ανασκόπησης	63
4.1 Διαταραχές ύπνου που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη	63
4.2Αλλαγές στη φυσιολογία του ύπνου που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη	65
4.3 Ύπνος και επιλόχειος κατάθλιψη	67
4.4 Μελέτες πολυϋπνογραφίας και EEG.....	70
4.5 Διαταραχές νεογνικού ύπνου και συμπτώματα άγχους	71
4.6 Παρεμβάσεις που αναφέρονται στις μελέτες της συστηματικής ανασκόπησης	72
5. Περιορισμοί συστηματικής ανασκόπησης.....	74
6. Συμπεράσματα συστηματικής ανασκόπησης.....	75
Βιβλιογραφία.....	76

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Εισαγωγή

Περίπου το 13% των γυναικών αναπτύσσουν κάποιο σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο μέχρι και 12 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Αν και η αιτιολογία της επιλόχειας κατάθλιψης δεν είναι ακόμη ξεκάθαρη, έχει προταθεί ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο το οποίο συμπεριλαμβάνει τόσο βιολογικούς όσο και ψυχολογικούς παράγοντες. Ένας πιθανός παράγοντας πρόβλεψης της κατάθλιψης ο οποίος δεν έχει λάβει τη δέουσα προσοχή από την επιστημονική κοινότητα τα τελευταία χρόνια είναι η έλλειψη ύπνου, γεγονός που αποτελεί σημαντική παράβλεψη. Οι μητέρες βιώνουν σημαντικές αλλαγές στο μοτίβο του ύπνου τους, καθώς και στην ποιότητα και την ποσότητα του ύπνου ενώ οι παράγοντες αυτοί συσχετίζονται άμεσα με τον ύπνο του βρέφους. Οι διαταραχές αυτές του ύπνου ξεκινούν από τα τελευταία στάδια της εγκυμοσύνης και συνεχίζουν κατά την επιλόχεια περίοδο. Είναι επίσης γνωστό το γεγονός ότι οι διαταραχές ύπνου και η αϋπνία είναι παράγοντες επικινδυνότητας στο γενικό πληθυσμό για τους άντρες και τις γυναίκες εξίσου (Ross et al., 2004, Manber et al., 1999, Ford et al., 2001).

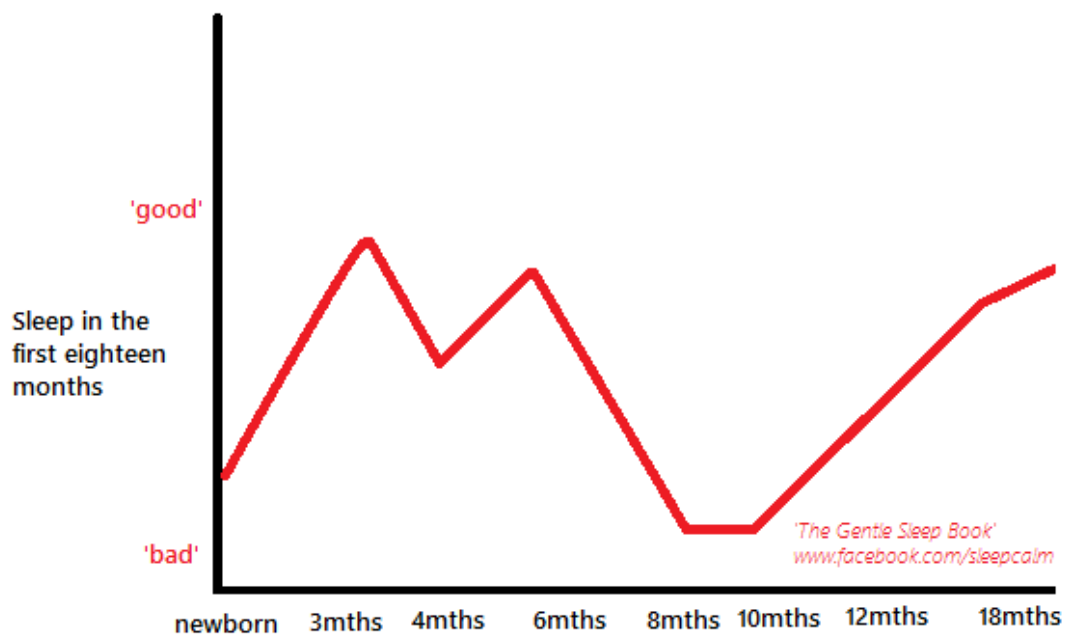
Θα πρέπει επίσης να αναφέρουμε ότι είναι δύσκολη η επιλογή των εργαλείων έρευνας για μια τέτοια μελέτη. Για παράδειγμα, η πολυϋπνογραφία είναι μια αρκετά επεμβατική τεχνική για τις γυναίκες, ειδικά στην επιλόχεια περίοδο, στην οποία πολλές από τις μητέρες θηλάζουν τα νεογνά. Σαν αποτέλεσμα, λίγες είναι οι μελέτες οι οποίες χρησιμοποίησαν το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα για να μετρήσουν τα μοτίβα ύπνου των γυναικών, τουλάχιστον στην επιλόχεια περίοδο μετά την εγκυμοσύνη. Αν βασιστούμε σε αυτά τα περιορισμένα δεδομένα, υπάρχουν κάποιες σταθερές διαφορές ανάμεσα στην ηλεκτροεγκεφαλογραφική απεικόνιση του εγκεφάλου στις μητέρες οι οποίες έχουν μεγάλο ρίσκο ή αναφέρουν καταθλιπτική διάθεση τους πρώτους μήνες μετά τη γέννηση του παιδιού τους. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται μειωμένη «γρήγορη οφθαλμική κίνηση» (rapideyemovement) και αυξημένος συνολικός χρόνος ύπνου κατά την επιλόχεια περίοδο (Coble et al., 1994, Lee et al., 2000).

Μελέτες οι οποίες χρησιμοποίησαν κάποιου είδους μέτρα αυτό-αξιολόγησης της ποιότητας του ύπνου έχουν αποδώσει επίσης κάποια προκαταρκτικά αποτελέσματα. Για παράδειγμα, μια μελέτη προοπτικής συνέκρινε τα μοτίβα ύπνου, τη διάθεση και τη γνωστική λειτουργία ανάμεσα σε 30 νέες μητέρες κατά τις 3 πρώτες εβδομάδες μετά τη γέννηση σε σχέση με μια ομάδα ελέγχου 28 μητέρων που δεν ήταν στην επιλόχεια περίοδο. Οι μητέρες ολοκλήρωσαν την καθημερινή εκτίμηση της διάθεσης και του ύπνου και κατέγραψαν πολλαπλές διαστάσεις του ύπνου οι οποίες συμπεριλάμβαναν τον χρόνο αφύπνισης, το αν υπήρχαν διακοπές και πόση διάρκεια είχαν αυτές καθώς επίσης την ώρα που ξυπνούσαν το πρωί και την πρωινή επαγρύπνηση. Οι νέες μητέρες βίωναν δυσφορία σε μεγαλύτερο ποσοστό κατά την πρώτη εβδομάδα μετά τη γέννηση του βρέφους σε σχέση με τις παλαιότερες μητέρες. Ωστόσο, αν κατάφεραν να ελέγξουν την ώρα αφύπνισης κατά τις νυχτερινές ώρες, το γεγονός αυτό εξάλειψε την πιθανότητα για διάθεση με δυσφορία (Swain et al., 1997).

Επιπλέον, αποδείξεις σχετικά με μια σχέση ανάμεσα στην διακοπή του ύπνου και την επιλόχεια κατάθλιψη εστίασε στις μεταβολές στη διάθεση των μητέρων με βρέφη που είχαν προβλήματα ύπνου. Για παράδειγμα, έχει βρεθεί μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην κατάθλιψη των νεαρών μητέρων και των παιδιών που έχουν προβλήματα με τον ύπνο. Επίσης, οι βελτιώσεις στον ύπνο των παιδιών έχουν επιφέρει μειωμένα ποσοστά στην επιλόχεια κατάθλιψη των μητέρων. Ωστόσο, πρέπει να αναφέρουμε ότι δεν έχει διευκρινιστεί αν τα παιδιά των γυναικών με κατάθλιψη είναι περισσότερο επιρρεπή στα προβλήματα ύπνου, πιθανόν σαν απόκριση στην απώλεια συναισθηματικής σύνδεσης από την μητέρα προς το παιδί ή της ανικανότητας της μητέρας να διαχειριστεί το παιδί κατά τις νυχτερινές του αφυπνίσεις (Stoleru et al., 1997).

2. Νεογνικός και μητρικός ύπνος: συσχετίσεις με επιλόχεια κατάθλιψη και σχέσεις μητέρας – παιδιού

Η πιθανότατα σημαντική επιρροή της διακοπής του μητρικού ύπνου στην δημιουργία καταθλιπτικών συμπεριφορών στη μητέρα αποτελεί ένα πρόσφατο πεδίο έρευνας. Για πολλές μητέρες η διακοπή του ύπνου είναι ένα συχνό φαινόμενο κατά την εγκυμοσύνη και την επιλόχεια περίοδο. Στην Εικόνα 1 φαίνονται οι διακυμάνσεις του εμβρύου όσον αφορά τον ύπνο κατά τους πρώτους μήνες της ζωής του.



Εικόνα 1. Μεταβολές ύπνου του εμβρύου κατά τους πρώτους μήνες της ζωής του (Lee et al., 2000).

Οι υποκειμενικοί δείκτες της μελέτης του ύπνου δείχνουν μειώσεις στον βαθύ ύπνο και την απόδοση του ύπνου κατά την εγκυμοσύνη ενώ οι μητέρες συνεχίζουν να βιώνουν κατώτερης ποιότητας ύπνο αλλά και μικρότερη συνολικά ποσότητα ύπνου κατά τις πρώτες εβδομάδες μετά την γέννηση (Lee et al., 2000). Σε όσον αφορά τους δείκτες αυτό - αξιολόγησης, οι γυναίκες αναφέρουν ότι βιώνουν νυχτερινές αφυπνίσεις, ανήσυχο ύπνο και κόπωση κατά τη διάρκεια της ημέρας κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και ακολούθως οι μητέρες περιγράφουν περισσότερη κόπωση και διαταραχές ύπνου κατά την επιλόχεια περίοδο σε σχέση με την εγκυμοσύνη. Αν και οι συγκεκριμένες διαταραχές ύπνου συμβαίνουν για πολλές γυναίκες, η μειωμένη ποιότητα του μητρικού ύπνου, η κόπωση και οι δυσκολίες στον ύπνο των νεογνών (δηλαδή οι νυχτερινές αφυπνίσεις, ο μεγάλος χρόνος στον οποίο μένει ξύπνιο το βρέφος και οι μητρικές αντιλήψεις σχετικά με τον κακό νεογνικό ύπνο), όπως αυτές μετρούνται τόσο με υποκειμενικά εργαλεία μέτρησης (ημερολόγιο ύπνου) όσο και με μελέτη κύκλου ύπνου/αφύπνισης, συσχετίζονται με στατιστική σημαντικότητα με την επιλόχεια κατάθλιψη (Dennis et al., 2005, Goyal et al., 2009, Karraker et al., 2007).

Αντίστοιχα, έχει βρεθεί ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα στις μητέρες μπορούν να προβλέψουν τα προβλήματα ύπνου σε νεογέννητα και βρέφη. Είναι αρκετά δύσκολο για την έρευνα να ανακαλύψει συσχετίσεις στην κατεύθυνση του φαινομένου (δηλαδή, εάν η κακή ποιότητα ύπνου αυξάνει την κατάθλιψη ή εάν η κατάθλιψη προκαλεί προβλήματα στην ποιότητα του ύπνου). Το γεγονός αυτό συμβαίνει γιατί ο ύπνος κατά την επιλόχεια περίοδο είναι μια πολύπλοκη και τραυματική εμπειρία, όπου τα προβλήματα ύπνου επηρεάζουν αλλά και επηρεάζονται από την γενικότερη ευημερία της μητέρας (Sadeh et al., 2010).

Στους περισσότερους πολιτισμούς και οικογένειες, ο ύπνος κατά την παιδική και βρεφική ηλικία απαιτεί μια σχέση αλληλεπίδρασης αλλά και αποχωρισμού μεταξύ του γονέα και του παιδιού, επομένως ο ύπνος και η συναισθηματική προσκόλληση στη μητέρα είναι διαδικασίες αλληλένδετες. Ωστόσο, υπάρχουν ελάχιστες εμπειρικές αποδείξεις που υποστηρίζουν τη συγκεκριμένη συσχέτιση. Κάποιες έρευνες έχουν αναγνωρίσει συνδέσεις μεταξύ των διαταραχών ύπνου των βρεφών που αναφέρονται από τις μητέρες και την ασφάλεια που νοιώθουν τα βρέφη. Οι έρευνες αυτές όμως δεν μετρούν τον ύπνο των βρεφών με αντικειμενικούς δείκτες, προκαλώντας ερωτήματα σχετικά με το

πώς συνδέονται ο ύπνος και η συναισθηματική προσκόλληση του βρέφους στη μητέρα. Αντίθετα, οι σχέσεις μεταξύ της μητρικής κατάθλιψης και της συναισθηματικής προσκόλλησης ανάμεσα στη μητέρα και το βρέφος είναι πιο δυναμικές (Martins et al., 2000). Μπορούμε, επομένως να διατυπώσουμε την υπόθεση ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα τα οποία εμφανίζουν οι νέες μητέρες μπορεί να αποτελέσουν τη γέφυρα η οποία εξηγεί πως τα προβλήματα ύπνου στα βρέφη επηρεάζουν τη διάθεση της νέας μητέρας. Τα προβλήματα ύπνου μπορεί να αυξήσουν ή να διατηρήσουν την κατάθλιψη της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και κατά την επιλόχεια περίοδο, γεγονός που εμποδίζει την ικανότητα της σύναψης ενός ισχυρού συναισθηματικού δεσμού ανάμεσα στη μητέρα και το νεογνό (Beijers et al., 2011, Simard et al., 2013).

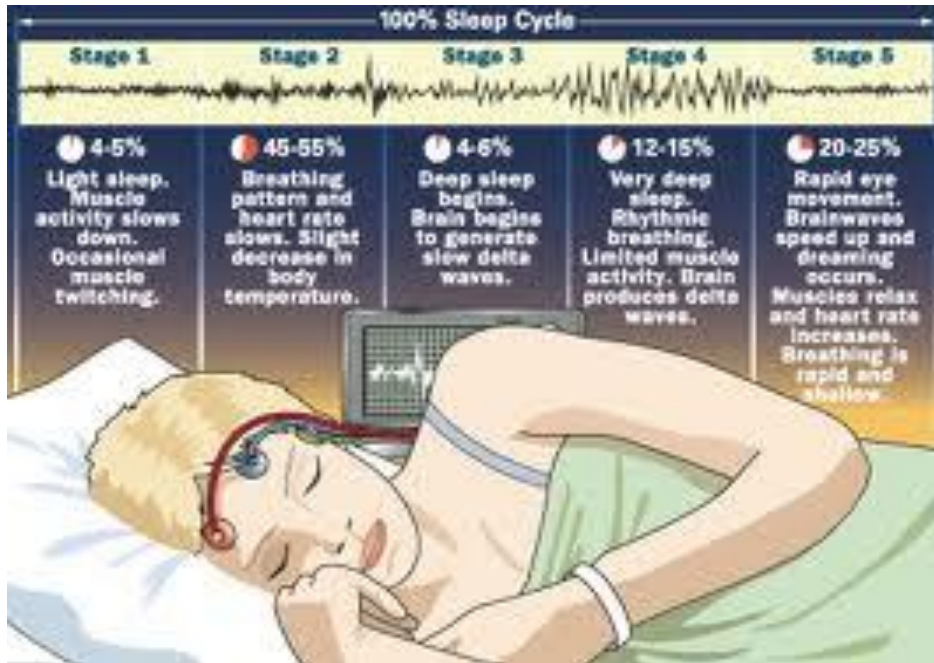
3. Νεογνικός ύπνος

Ο ύπνος είναι μια απαραίτητη λειτουργία της ζωής. Υπάρχουν μελέτες οι οποίες αποδεικνύουν τη σημασία του ύπνου στην γνωστική λειτουργία και την ανάπτυξη της μνήμης. Η σημαντικότερη λειτουργία του ύπνου είναι ότι εδραιώνει τις καινούριες πληροφορίες. Στους ενήλικες, η έλλειψη ύπνου οδηγεί σε αναποτελεσματική προσοχή, μάθηση, συναισθηματική ρύθμιση και λήψη αποφάσεων. Τα νεογνά και τα παιδιά έχουν παρόμοιες αποκρίσεις στην έλλειψη ύπνου. Ο ελλιπής ύπνος στα παιδιά έχει συσχετιστεί με αυξημένα ποσοστά παχυσαρκίας, κακή συναισθηματική ρύθμιση, κακή γενικότερη ευημερία και κακές ακαδημαϊκές επιδόσεις. Επειδή τα έμβρυα και τα νεογνά περνούν το μεγαλύτερο μέρος της ζωής τους σε κατάσταση ύπνου, ο ύπνος είναι ακόμη πιο σημαντικός για αυτά (VanHoogen et al., 2017).

3.1 Στάδια ύπνου

Ο ύπνος αποτελείται από διάφορα στάδια ή κατηγορίες (Εικόνα 2). Το πρώτο στάδιο ονομάζεται ήσυχος ύπνος και χαρακτηρίζεται από κλειστά μάτια, μειωμένες σωματικές κινήσεις, καθόλου κίνηση στα μάτια, μειωμένα κύματα στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και κανονική αναπνοή. Το δεύτερο στάδιο είναι ο ενεργός ύπνος, ο οποίος συμπεριλαμβάνει γρήγορη οφθαλμική κίνηση (rapideyemovement - REM). Ένα νεογνό στον τυπικό ύπνο έχει κλειστά μάτια, έχει οφθαλμικές κινήσεις, κινήσεις των άκρων και του σώματος, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα χαμηλής τάσης και ακανόνιστη αναπνοή. Είναι πιθανή μια κατάσταση ενεργού ύπνου χωρίς REM. Πρέπει να αναφέρουμε, ότι σε ζωικά μοντέλα, η έλλειψη ύπνου REM οδηγεί σε συμπεριφορικά προβλήματα, προβλήματα ύπνου και μικρότερο εγκεφαλικό μέγεθος, όταν αναπτυχθεί πλήρως. Η τρίτη κατηγορία είναι ο ενδιάμεσος ή μεταβατικός ύπνος, ο οποίος δείχνει στοιχεία τόσο ήσυχου, όσο και ενεργού ύπνου. Τέλος, η αφύπνιση χαρακτηρίζεται από το άνοιγμα των ματιών, ακανόνιστες και ενεργές αναπνοές καθώς και κινήσεις του σώματος και των ματιών. Η πρόοδος αυτών των κύκλων αλλάζει κατά την μετά-νεογνική ηλικία. Για παράδειγμα, καθώς το έμβρυο

αναπτύσσεται, η διάρκεια των φάσεων αυτών κατά τη διάρκεια της ημέρας μειώνεται (Bach et al., 2017).



Εικόνα 2. Τα στάδια του ύπνου

Οι έρευνες δείχνουν ότι ο ύπνος αλλάζει κατά την ανάπτυξη. Αυτές οι αλλαγές συμπεριλαμβάνουν την επιμήκυνση των ενδιάμεσων φάσεων, την αύξηση της διάρκειας του ήσυχου ύπνου και τη μείωση του ενεργού ή REM ύπνου. Επιπλέον, ο χρόνος ο οποίος δαπανάται στην κατάσταση μεταβατικού ύπνου μειώνεται με την ηλικία. Οι ακόλουθες παράγραφοι θα εξετάσουν την ανάπτυξη του ύπνου του νεογνού.

3.2 Εμβρυϊκός ύπνος

Τα περισσότερα δεδομένα για το νεογνικό ύπνο έχουν συλλεχθεί από μοντέλα ζώων όπως τα πρόβατα και τα πρωτεύοντα θηλαστικά, συχνά μπαμπούνους. Τα στάδια του νεογνικού ύπνου δεν παρουσιάζονται στα έμβρυα παρά μόνο όταν φτάνουν στο δεύτερο μισό της κύησης. Οι κινήσεις του μωρού ξεκινούν νωρίς από την 7^η - 8^η εβδομάδα μετά τη σύλληψη και δημιουργούνται χαρακτηριστικά μοτίβα κινήσεων περίπου στην ηλικία των 15 εβδομάδων. Οι

σωματικές κινήσεις αλλά και οι κινήσεις της αναπνοής δεν συμβαίνουν ούτε στην ήσυχη ούτε στην ενεργή φάση του ύπνου. Αυτές οι κινήσεις είναι σημαντικές για την ενδυνάμωση των μυών του εμβρύου και για την προετοιμασία της νεογνικής αναπνοής, αφού οι πνεύμονες δε χρησιμοποιούνται ενώ το έμβρυο βρίσκεται στη μήτρα. Οι ερευνητές δεν πιστεύουν ότι το έμβρυο βρίσκεται για πολλές ώρες σε ξύπνια κατάσταση μέσα στη μήτρα επειδή το περιβάλλον του περιορίζει τις κινήσεις του. Τα στοιχεία του περιβάλλοντος που περιορίζουν τις κινήσεις του εμβρύου συμπεριλαμβάνουν τη ζεστή θερμοκρασία του περιβάλλοντος, την έκκριση διαφόρων χημικών ουσιών από τον πλακούντα, οι οποίες κυκλοφορούν τόσο στο αίμα όσο και στον εγκέφαλο του εμβρύου (προσταγλαδίνες, αδενosίνη, πρεγνανολόνη και αλλο - πρεγνανολόνη). Ωστόσο, τα έμβρυα φαίνεται ότι περνούν περιόδους έντονης σωματικής δραστηριότητας. Στις περιόδους αυτές παρατηρείται αυξημένος καρδιακός παλμός και κατάποση, σε έμβρυα που βρίσκονται ακόμη στην ηλικία των 20-28 εβδομάδων. Ο κυκλικός ρυθμός αυτής της δραστηριότητας κατευθύνεται πιθανότατα από την μητρική μελατονίνη (Anders et al., 1985).

3.3 Νεογνικός ύπνος

Τα νεογνά που δεν είναι πρόωρα ξοδεύουν περίπου το μισό από το χρόνο τους στις δύο παρακάτω καταστάσεις ύπνου: τον ήσυχο ύπνο και τον ενεργό ύπνο. Οι κύκλοι ύπνου – αφύπνισης προοδεύουν σαν λειτουργία κατά την μετά-εμβρυική ηλικία. Καθώς τα νεογνά αναπτύσσονται, οι κύκλοι ύπνου – αφύπνισης μικραίνουν και μάλιστα οι κύκλοι αυτοί κατά τη διάρκεια της ημέρας γίνονται μικρότεροι σε σχέση με τους κύκλους κατά τη διάρκεια της νύχτας. Κατά το πρώτο χρόνο της ζωής του νεογνού ο χρόνος του ενεργού ύπνου μειώνεται και αυξάνεται ο σιωπηλός ύπνος. Παρομοίως, ο ήσυχος ύπνος αυξάνεται και κυριαρχεί κατά την έναρξη της νύχτας ενώ ο πιο ενεργός ύπνος κυριαρχεί αργότερα κατά τη νύχτα κατά την μακρύτερη περίοδο ύπνου (Mirmiran et al., 2003).

Σε αντίθεση με τα πρόωρα νεογνά, τα οποία έχουν μια αργή μείωση του ενεργού ύπνου κατά τον πρώτο χρόνο ζωής τους, τα υπόλοιπα νεογνά έχουν

ενεργό ύπνο σταθερής διάρκειας περίπου το 50% στους πρώτους 9 μήνες της ζωής τους μετά από τους οποίους επέρχεται μια ραγδαία μείωση της τάξεως του 40%. Στον πρώτο χρόνο της ζωής τους τα νεογνά περνούν περίπου το 40% του συνολικού χρόνου ύπνου σε κατάσταση ενεργού ύπνου και το 45% σε κατάσταση ήσυχου ύπνου. Επίσης, τον πρώτο χρόνο ζωής του νεογνού αυξάνεται και το χρονικό διάστημα στο οποίο μένει ξύπνιο το βρέφος (Mirmiran et al., 2003).

4. Διαταραχές ύπνου στα νεογνά

Οι διαταραχές ύπνου στα νεογνά είναι ένα συχνό φαινόμενο το οποίο συμβαίνει περίπου στο 46% των οικογενειών παγκοσμίως. Τα προβλήματα αυτά μπορεί να έχουν μεγάλη διάρκεια και πιο συγκεκριμένα, όπως περιγράφονται από τους γονείς, ένα νεογνό 5 μηνών έχει περίπου διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσει διαταραχές στον ύπνο του σε σχέση με ένα βρέφος 20 μηνών. Σε μια πρόσφατη έρευνα, σε γονείς που είχαν βρέφη ηλικίας 6 έως 12 μηνών, βρέθηκε ότι περίπου 1 στις 4 οικογένειες είχε νεογνά που παρουσίαζαν διαταραχές ύπνου (Field et al., 2017, Schmid et al., 2010).

Υπάρχει μια αρκετά μεγάλη διακύμανση στο μοτίβο του νεογνικού ύπνου κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου της ζωής του. Τυπικά, υπάρχει μια αύξηση στην προτίμηση του ύπνου κατά τις βραδινές ώρες στο χρονικό διάστημα μεταξύ της γέννησης και των πρώτων 6 μηνών ζωής, ενώ στη συνέχεια διαμορφώνεται ένα πλατό. Υπάρχουν διάφοροι ορισμοί σχετικά με το ποιες καταστάσεις ορίζονται σαν νεογνικές διαταραχές ύπνου και μάλιστα ένα ιδανικό χρονικό όριο το οποίο θεωρείται επαρκές για τον ύπνο των νεογνών κυμαίνεται από 4 μέχρι και 13 ώρες στις ηλικίες 0-11 μηνών (Εικόνα 3) (Henderson et al., 2013). Επίσης, δεν υπάρχει ακόμη τυποποιημένος ορισμός για το τι καθιστά διαταραχή ύπνου. Ένας πρώιμος ορισμός, ο οποίος όμως χαίρει γενικής αποδοχής στην επιστημονική κοινότητα, αναφέρει ότι οι σοβαρές διαταραχές των νεογνών ηλικίας 0-2 ετών συμπεριλαμβάνουν γονικές αναφορές για:

- περισσότερες από 3 αφυπνίσεις κατά τη διάρκεια της νύχτας
- διάρκεια αφύπνισης μεγαλύτερη των 20 λεπτών
- μεταφορά του νεογνού στο γονικό κρεβάτι

National sleep foundation (US)		AASM/SRS (US)		24-hour movement guidelines (Canada)	
Age group	Recommendation	Age group	Recommendation	Age group	Recommendation
Newborns (0–3 months)	14–17 hours	Newborns (0–3 months)	Not included	Newborns (0–3 months)	14–17 hours
Infants (4–11 months)	12–15 hours	Infants (4–11 months)	12–16 hours	Infants (4–11 months)	12–16 hours
Toddlers (1–2 years)	11–14 hours	Toddlers (1–2 years)	11–14 hours	Toddlers (1–2 years)	11–14 hours
Preschoolers (3–5 years)	10–13 hour	Preschoolers (3–5 years)	10–13 hours	Preschoolers (3–4 years)	10–13 hours
Children (6–13 years)	9–11 hours	Children (6–12 years)	9–12 hours	Children (5–13 years)	9–11 hours
Teenagers (14–17 years)	8–10 hours	Teenagers (13–17 years)	8–10 hours	Teenagers (14–17 years)	8–10 hours
Young adults (18–25 years)	7–9 hours	Adults (18–60 years)	≥7 hours	Adults (18–64 years)	In development
Adults (26–64 years)	7–9 hours			Older adults (≥65 years)	In development
Older adults (≥65 years)	7–8 hours				

Εικόνα 3. Συνιστώμενη διάρκεια ύπνου των νεογνών (Henderson et al., 2013)

Οι πιο πρόσφατοι ορισμοί λαμβάνουν υπόψη πιο ευρείς όρους με βάση τους οποίους οι γονείς αντιλαμβάνονται υποκειμενικά συμπεριφορές που παραπέμπουν σε διαταραχές ύπνου. Στις έρευνες αυτές, ο ορισμός των διαταραχών ύπνου των νεογνών βασίζεται σε μια προσέγγιση πιο επικεντρωμένη στην οικογένεια. Η αντίληψη της οικογένειας είναι σημαντική για να συμπεράνει ο ερευνητής αν οι διαταραχές ύπνου του βρέφους αποτελούν ή όχι πρόβλημα για την οικογένεια. Οι γονείς συχνά αντιλαμβάνονται σαν προβληματική την κατάσταση σύμφωνα με την οποία το νεογνό δεν μπορεί να ηρεμήσει τον εαυτό του μέχρι να κοιμηθεί, κάνοντας έτσι απαραίτητη την εμπλοκή ενός γονέα ώστε να βοηθηθεί το νεογνό να κοιμηθεί ή να επιστρέψει στην κατάσταση του ύπνου μετά από αλλεπάλληλες αφυπνίσεις. Σε σχέση με το μοτίβο του βρεφικού ύπνου, οι γονικές αντιλήψεις ενός προβληματικού ύπνου συνδέονται με συχνές νυχτερινές αφυπνίσεις, νυχτερινή αγρυπνία και δυσκολίες στο να φτάσει το νεογνό στην κατάσταση του ύπνου (Sadeh et al., 2009, Sadeh et al., 2011, Coyne et al., 2018).

4.1 Αίτια διαταραχών του νεογνικού ύπνου

Δεν υπάρχει μία επικρατέστερη αιτία για τις διαταραχές ύπνου στα νεογνά, αντίθετα μπορούν να δημιουργηθούν μέσω ενός πολύπλοκου

συναλλακτικού συστήματος. Επιπλέον, οι διαταραχές του νεογνικού ύπνου συχνά σχετίζονται με το τάισμα, το κλάμα και άλλες συνηθισμένες δυσκολίες, ειδικά στους 6 πρώτες μήνες της ζωής. Υπάρχει συνήθως μια μεγάλη γκάμα από παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία των διαταραχών αυτών, ωστόσο οι πιο συχνοί από αυτούς τους παράγοντες είναι οι πρακτικές των γονέων οι οποίες συμπεριλαμβάνουν κάποιου είδους βοήθεια για να αποκοιμηθεί το νεογνό (τάισμα, κούνημα, ελαφρά χτυπήματα στην πλάτη κλπ). Αυτές οι πρακτικές μπορεί να αναπτύξουν συνήθειες στα νεογνά σύμφωνα με τις οποίες ο ύπνος επιτελείται μέσα από τη γονική βοήθεια και επομένως το νεογνό εξαρτάται από το γονέα για να κοιμηθεί (Morrel et al., 2003).

Άλλοι παράγοντες οι οποίοι μπορούν να συνεισφέρουν τόσο απ' ευθείας όσο και έμμεσα στην ανάπτυξη, τη σοβαρότητα και την παράταση των διαταραχών του νεογνικού ύπνου συμπεριλαμβάνουν εγγενή χαρακτηριστικά του νεογνού (π.χ. προωρότητα, ιδιοσυγκρασία), το είδος και τα χαρακτηριστικά των γονικών πρακτικών (διαταραχές διάθεσης, πεποιθήσεις και γνώσεις, άγχος αποχωρισμού) και τις συμπεριφορές φροντίδας, όπως τις αλληλεπιδράσεις νεογνού και γονέων κατά την ώρα για ύπνο και τις σχέσεις προσάρτησης. Υπάρχει, επίσης, μια σειρά από πολιτισμικούς, περιβαλλοντικούς και οικογενειακούς παράγοντες οι οποίοι αλληλεπιδρούν με τα παραπάνω στοιχεία και οδηγούν τελικά στην ανάταξη βρεφικών διαταραχών ύπνου. Η συναλλακτική φύση του νεογνικού ύπνου (και των διαταραχών αυτού) προδιαθέτουν την ύπαρξη μιας αμφίδρομης επιρροής, με τις διαταραχές ύπνου να είναι αποτέλεσμα αλλά και να συνεισφέρουν στον μεγάλο αριθμό των παραγόντων αυτών (Sadeh et al., 2010).

4.2 Παράγοντες που σχετίζονται με τον νεογνικό ύπνο

Η κακή ποιότητα του νεογνικού ύπνου δρα σαν παράγοντας πρόβλεψης για μαθησιακές δυσκολίες και προβλήματα του παιδιού με τη συγκέντρωση κατά τα σχολικά και προσχολικά του χρόνια, ενώ η αυξημένη κατακερμάτιση του ύπνου συνδέεται με μειωμένη κοινωνική ικανότητα. Σε σχέση με τη διάρκεια, η μικρότερη διάρκεια του νεογνικού ύπνου συνδέεται με κοινωνικές και

συναισθηματικές δυσκολίες, οι οποίες εκδηλώνονται όταν το παιδί φτάσει στη νηπιακή ηλικία, καθώς επίσης και με πιο κακή γνωστική ανάπτυξη στην ηλικία των 2 ετών. Αντίθετα, η πιο μεγάλη διάρκεια νεογνικού ύπνου συνδέεται με πιο θετική παιδική, συναισθηματική και σωματική υγεία μέχρι την ηλικία των 4 ετών. Τα παιδιά που έχουν κλιμακωτά προβλήματα ύπνου από τη γέννηση μέχρι τα 5 έτη είναι περισσότερο πιθανόν να έχουν προβλήματα στο σχολείο μέχρι την ηλικία των 6 ή 7 ετών. Παρομοίως, τα παιδιά τα οποία έχουν πρόβλημα στον ύπνο τους από τις ηλικίες 1-6 χρόνια έχουν χαμηλότερες βαθμολογίες σε σωματικούς, συναισθηματικούς και κοινωνικούς δείκτες (Magee et al., 2014).

Όταν οι διαταραχές ύπνου συμβαίνουν σε συνδυασμό με άλλες ρυθμιστικές δυσκολίες, υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα για αρνητικά αποτελέσματα. Για παράδειγμα, τα νεογνά τα οποία έχουν ηλικία από 15 μέχρι 18 μήνες και έχουν περισσότερες δυσκολίες στον ύπνο σε συνδυασμό με άλλες ρυθμιστικές δυσκολίες (όπως το κλάμα και το τάισμα) έχουν 12 φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν συμπεριφορικές διαταραχές στις ηλικίες ανάμεσα στα 4-9.5 έτη σε σχέση με τα παιδιά που δεν έχουν ρυθμιστικές διαταραχές. Επιπλέον, τα νεογνά που έχουν ηλικία 12 μηνών και έχουν χαρακτηριστεί ότι έχουν μεγάλη δυσκολία στον ύπνο, στο τάισμα, στο κλάμα, νευρικά ξεσπάσματα, αλλαγές διάθεσης και συνολικά δύσκολη ιδιοσυγκρασία είχαν 10 φορές περισσότερες πιθανότητες να σκοράρουν πάνω από τη βαθμολογία κλινικής σημασίας στις ηλικίες 5-11 έτη σε σχέση με τα νεογνά που δεν έχουν αυτές τις διαταραχές (Cook et al., 2019).

4.3 Κατευθυντήριες οδηγίες – συστάσεις για τον ύπνο του βρέφους

Οι στρατηγικές απαλοιφής οι οποίες έχουν σχέση με την συμπεριφορά (είναι κοινώς γνωστές σαν μέθοδος Ferber ή κατασκήνωση ή εγκατάλειψη του βρέφους μέχρι να σταματήσει το κλάμα) έχουν δείξει ότι είναι αποτελεσματικές στα βρέφη κάτω από 5 ετών. Σε μια πρόσφατη έρευνα Αμερικανών γονέων που ήταν μέλη μιας διαδικτυακής ομάδας που χρησιμοποιούσαν συμπεριφορικές

παρεμβάσεις για τον ύπνο των παιδιών, περισσότερο από το 80% των γονέων ανέφερε επιτυχία από τη χρήση συμπεριφορικών παρεμβάσεων για τον ύπνο σε ηλικίες 1-66 μήνες. Ωστόσο, οι γονείς αναφέρουν την επιφυλακτικότητα και απροθυμία να χρησιμοποιήσουν συμπεριφορικές παρεμβάσεις λόγω:

- της ανησυχίας για το διαρκές κλάμα του νεογνού
- της ανησυχίας ότι το διαρκές κλάμα του νεογνού θα επηρεάσει αρνητικά την ανάπτυξή του
- ότι η όλη διαδικασία είναι στρεσογόνο τόσο για το νεογνό όσο και για το γονέα (Loutzenhiser et al., 2014).

Επιπλέον, η χρήση των στρατηγικών αυτών σε νεογνά κάτω των 6 μηνών είναι υπό αμφισβήτηση λόγω ανησυχιών ότι μπορεί να έχουν κακό αντίκτυπο στη σχέση μητέρας-παιδιού. Τόσο οι Καναδοί όσο και οι Αμερικάνοι γονείς, ακόμη και σήμερα, συνεχίζουν να χρησιμοποιούν συμπεριφορικές παρεμβάσεις για να βελτιώσουν τον ύπνο των νεογνών ηλικίας κατώτερης από τους 6 μήνες (Whittingham et al., 2014).

Εναλλακτικές λύσεις στις παραπάνω στρατηγικές αποτελούν οι στρατηγικές πρόληψης και προαγωγής της φροντίδας υποκινούμενης από τις ανάγκες του βρέφους. Ωστόσο, οι στρατηγικές που στοχεύουν στην επιμόρφωση των γονέων προκειμένου να εξαλείψουν τις διαταραχές ύπνου του βρέφους έχουν μεικτά αποτελέσματα. Οι γονείς νεογνών με διαταραχές ύπνου έχουν μεγάλες πιθανότητες να εμφανίσουν υψηλά επίπεδα στρες, στο οποίο συμβάλει και η πρόσθετη ένταση από την έλλειψη ύπνου. Το στρες μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα που μειώνει την γονική ικανότητα για ανάπτυξη και διατήρηση μιας υγιούς σχέσης γονέα – παιδιού που μεγιστοποιεί την ανάπτυξη του παιδιού μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα. Ωστόσο, τα προγράμματα που χρησιμοποιούν αυτήν την προσέγγιση δεν έχουν εξεταστεί μέχρι τώρα σε επιστημονική βάση (Ball et al., 2018, Treyvaud et al., 2009).

5. Σίτιση βρέφους

Η καλύτερη πηγή βρεφικής διατροφής θεωρείται το μητρικό γάλα. Υπάρχουν εκτεταμένες βιβλιογραφικές αναφορές οι οποίες δείχνουν ότι το μητρικό γάλα περιέχει ένα εύρος βιοδραστικών παραγόντων οι οποίοι επηρεάζουν θετικά τη λειτουργία της γαστροοισοφαγικής οδού και του ανοσοποιητικού συστήματος καθώς και την ανάπτυξη του εγκεφάλου. Επομένως, για τους λόγους αυτούς, το μητρικό γάλα θεωρείται σαν ένα βιολογικό υγρό το οποίο απαιτείται για τη φυσιολογική ανάπτυξη του βρέφους. Επιπλέον, πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι το μητρικό γάλα μειώνει τις πιθανότητες ανάπτυξης μεταβολικών ασθενειών, όπως είναι η παχυσαρκία και ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2. Ωστόσο, ο μητρικός θηλασμός είναι ένα πολύ προσωπικό γεγονός το οποίο επηρεάζεται από μια σειρά παραγόντων. Κάτω από ειδικές συνθήκες ο θηλασμός μπορεί να μην είναι εφικτός, να μην είναι κατάλληλος ή να μην είναι επαρκής, και μπορεί να επέλθει διακοπή του. Παγκοσμίως, μόνο το 38% των νεογνών θηλάζουν αποκλειστικά αλλά στις ΗΠΑ μόνο το 75% των νεογνών ξεκινούν το θηλασμό από την γέννηση. Επιπλέον, μέχρι την ηλικία των 3 μηνών το 67% πιθανότατα βασίζονται σε φαρμακευτικές παιδικές τροφές οι οποίες καλύπτουν κάποιο ποσοστό της διατροφής του νεογνού (Lessen et al., 2015, Savino et al., 2013).

Σήμερα, είναι διαθέσιμες μια ποικιλία από φαρμακευτικές παιδικές τροφές, οι οποίες απευθύνονται σε πρόωρα νεογνά, πλήρως ανεπτυγμένα νεογνά και νήπια καθώς και εξειδικευμένα διατροφικά σκευάσματα για τα παιδιά με εγγενή σφάλματα στο μεταβολισμό τους. Η σύσταση αυτών των σκευασμάτων ποικίλει ανάλογα με τις διατροφικές ανάγκες του πληθυσμού – στόχου. Η ανάπτυξη συγκεκριμένων αναλυτικών τεχνικών παρέχει τις δυνατότητες να ανιχνευθούν και να μελετηθούν σε βάθος μια σειρά θρεπτικών συστατικών σε κυτταρικό επίπεδο, τα οποία βοηθούν στη βρεφική ανάπτυξη. Τα συστατικά αυτά συμπεριλαμβάνουν ζώντα κύτταρα, ορμόνες, ενεργά ένζυμα, ανοσοσφαιρίνες και μια ποικιλία θρεπτικών συστατικών τα οποία έχουν μοναδικές μοριακές δομές. Με αυτή τη γνώση, έχει γίνει εμφανές ότι τα θρεπτικά συστατικά των φαρμακευτικών σκευασμάτων δεν υποκαθιστούν πάντα αυτά του ανθρώπινου γάλατος (Ryan et al., 2000).

Πρόσφατες έρευνες έχουν αποδείξει ότι η βρεφική σίτιση κατά τη διάρκεια σημαντικών χρονικών περιόδων, τόσο στην προγεννητική όσο και στη μεταγεννητική περίοδο, είναι παράγοντας που επηρεάζει την εμφάνιση ασθενειών στην μετέπειτα ζωή του παιδιού. Το γεγονός ότι ο βρεφικός υποσιτισμός επηρεάζει αρνητικά την υγεία του παιδιού έχει σημαντικές επιπτώσεις τόσο για τα άτομα όσο και για τη δημόσια υγεία (Lucas et al., 1992).

Τα τελευταία χρόνια δίνεται μεγάλη σημασία από τα μέσα ενημέρωσης στην έρευνα σχετικά με την βρεφική σίτιση. Αν και η εκλαΐκευση των ερευνών μέσω των μέσων ενημέρωσης είναι γεγονός, δεν είναι πάντα εύκολη η κατανόηση των αποτελεσμάτων των ερευνών αυτών. Σε πολλές περιπτώσεις μάλιστα, υπάρχουν ελλιπή επιστημονικά δεδομένα (όπως αποτελέσματα τα οποία δε βασίζονται σε κλινικές δοκιμές) και αυτό οδηγεί σε αποτυχία στην κατανόηση από το ευρύ κοινό των νέων δεδομένων στη βρεφική σίτιση. Επομένως, οι συστάσεις είναι πολλές φορές ασυνεπείς και ανεπαρκώς επιστημονικά στηριγμένες και σε πολλές περιπτώσεις παρεξηγούνται από τους νέους γονείς. Εξίσου σημαντικό είναι, επίσης, ότι οι γονείς δυσκολεύονται να καταλάβουν πως η σύγχρονη έρευνα πάνω στη βρεφική σίτιση μπορεί να εφαρμοστεί στην πράξη και στις καθημερινές απαιτήσεις ενός αναπτυσσόμενου βρέφους. Αντίστοιχη σύγχυση παρατηρείται και ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας (Wolf et al., 2007).

Τα βρέφη λόγω της βιολογικής τους ανωριμότητας εξαρτώνται απολύτως από την βοήθεια άλλων ατόμων προκειμένου να τραφούν. Αυτά τα άτομα, και κυρίως οι μητέρες επειδή είναι οι κύριοι φροντιστές των βρεφών, παίζουν σημαντικό ρόλο στη δημιουργία των διατροφικών συνηθειών του παιδιού. Εκτός από το ότι ουσιαστικά αποφασίζουν τι θα φάει το παιδί, καθορίζουν και τον τρόπο σίτισης. Η αλληλεπίδραση μεταξύ παιδιού και μητέρας κατά την διαδικασία της σίτισης είναι στο επίκεντρο της έρευνας τα τελευταία χρόνια, και μάλιστα υπάρχει περισσότερη έμφαση στα χαρακτηριστικά της μητέρας και πως αυτά σχετίζονται με τον τρόπο που προσεγγίζει το παιδί το φαγητό σε μεταγενέστερες φάσεις της ζωής του. Από αυτή την οπτική γωνία, οι καθημερινές συνήθειες των γονέων, καθώς και το πώς αυτοί αλληλεπιδρούν με τα παιδιά τους, είναι σημαντικό για τη δημιουργία των διατροφικών συνηθειών των παιδιών τους (Hurley et al., 2011, Bentley et al., 2011).

Σε σχέση με τη βρεφική διατροφή, η αλληλεπίδραση μεταξύ γονέος και παιδιού κατά τη διαδικασία της σίτισης έχει δύο διαστάσεις: αρνητική και θετική. Η θετική διάσταση αντιστοιχεί στην δεκτική σίτιση στην οποία πρέπει να υπάρχει ενδιαφέρον από τον γονέα σχετικά με τη σίτιση του παιδιού, να δίνεται προσοχή στα σημάδια της πείνας και του κορεσμού, να αναπτύσσεται ικανότητα στο να επικοινωνεί το παιδί τις ανάγκες του μέσω συγκεκριμένων και διακριτών σημάτων και τελικά το παιδί να αναπτύσσει μια επιτυχημένη εξέλιξη στην σίτιση. Η αρνητική διάσταση, από την άλλη πλευρά, αντιστοιχεί στη λεγόμενη μη δεκτική σίτιση, η οποία χαρακτηρίζεται από έλλειψη αμοιβαιότητας ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί επειδή ένας από τους δύο γίνεται κυρίαρχος κατά την διαδικασία της σίτισης (π.χ. ο γονέας δίνει εντολές ή το παιδί γίνεται κυρίαρχο της διαδικασίας ή ο γονέας αγνοεί το παιδί) (Black et al., 2011).

Η συμπεριφορά και η αλληλεπίδραση που συμβαίνει κατά τη διάρκεια της σίτισης μεταξύ του παιδιού και του φροντιστή/μητέρας μπορεί να χαρακτηριστεί σαν δεκτική, αυταρχική ή παθητική. Οι δύο τελευταίοι χαρακτηρισμοί αποτελούν μη δεκτικούς τρόπους σίτισης. Ο δεκτικός τρόπος σίτισης συχνά συσχετίζεται με την ανάπτυξη επαρκών συνηθειών σίτισης καθώς και την ανάπτυξη της αυτορρύθμισης της όρεξης από το παιδί. Η σύγχρονη βιβλιογραφία σχετικά με την ευαίσθητη και την δεκτική σίτιση διαχωρίζει τη δεκτικότητα σύμφωνα με την οποία η μητέρα ερμηνεύει και ανταποκρίνεται στα σημάδια του παιδιού και στην ενεργητική συμπεριφορά στην οποία η μητέρα επικεντρώνεται, παραινεί και ενθαρρύνει το παιδί να δράσει. Στην περίπτωση της σίτισης, όταν η μητέρα έχει την ικανότητα για ανταπόκριση και ενεργητική συμπεριφορά τότε αναφέρεται ότι η σίτιση αποτελεί μια πράξη αμοιβαιότητας ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί. Σε αυτόν τον τύπο σίτισης, το παιδί στέλνει μηνύματα μέσω κινήσεων, εκφράσεων του προσώπου και ήχους και με τη σειρά της η μητέρα αναγνωρίζει τα σημάδια αυτά και ανταποκρίνεται γρήγορα στην υποστήριξη. Το παιδί αντιλαμβάνεται ότι η πράξη της μητέρας είναι μια ανταπόκριση στα σημάδια του και με τον τρόπο αυτό καθιερώνεται μια επικοινωνία μέσω προφορικής και μη προφορικής γλώσσας (Brown et al., 2011, Hodges et al., 2008).

Κάποια από τα συστατικά της δεκτικής σίτισης τα οποία είναι αποτελεσματικά και αυξάνουν την πρόσληψη τροφής συμπεριλαμβάνουν: την θετική ανταπόκριση στις ανάγκες του παιδιού με χαμόγελο, την οπτική επαφή και

τη χρήση λέξεων για ενθάρρυνση, τη σίτιση του παιδιού αργά και υπομονετικά, την αναμονή ώστε το παιδί να σταματήσει να τρώει και την προσοχή για σημάδια κορεσμού καθώς και την παροχή τροφής για να φάει μόνο του. Είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε το πλαίσιο στο οποίο γίνεται η σίτιση του παιδιού ώστε να παρέχουμε ένα ευχάριστο περιβάλλον. Επομένως, είναι απαραίτητο να πραγματοποιήσουμε καταστάσεις για τα παιδιά ώστε να μπορέσουν να τους δημιουργήσουμε ενδιαφέρον για το φαγητό όπως: το παιδί κατά τη σίτιση πρέπει να νοιώθει άνετα, να μην αποσπάται η προσοχή του από κάτι άλλο, να προσφέρεται το γεύμα στο κατάλληλο σκεύος, η μητέρα να εμπλέκεται ενεργά στη διαδικασία κατά προτίμηση πρόσωπο με πρόσωπο με το παιδί, την παροχή υγιεινού φαγητού με καλή παρουσίαση ώστε το παιδί να μπορεί να ξεχωρίσει ανάμεσα σε διαφορετικές γεύσεις και διαφορετικές υφές (Aboud et al., 2008, Engle et al., 2000).

Επομένως, η αλληλεπίδραση της σίτισης είναι ολοκληρωμένη όταν τα άτομα που εμπλέκονται σε αυτή μπορούν να εκφραστούν με σημάδια και το δεύτερο άτομο να αναγνωρίσει τα σημάδια αυτά. Για τους φροντιστές αυτό συμβαίνει όταν ολοκληρώνουν με επιτυχία τη σίτιση του παιδιού, ενώ για το παιδί όταν μπορεί να επιδείξει την ανεξαρτησία του μέσα από την παραγωγή σημάτων που αντανακλούν τις επιθυμίες του ξεκάθαρα, επιτρέποντάς του να ρυθμίζει τη φροντίδα που του παρέχεται και να δημιουργήσει μια σχέση με υψηλό επίπεδο αλληλεπίδρασης. Έχουν περιγραφεί και τα απαραίτητα χαρακτηριστικά μιας βέλτιστης σίτισης ενός παιδιού και αυτά είναι τα εξής:

- οπτική επαφή με τη μητέρα, η οποία φαίνεται από άνοιγμα των ματιών και την παρακολούθηση της μητέρας
- ευχάριστες εκφράσεις στοργής προς τη μητέρα, οι οποίες εκφράζονται και με χαμόγελα
- έκφραση ευχάριστων φωνημάτων με την απουσία κλάματος ή ενόχλησης.
- κινητική απόκριση κατά τη σίτιση, η οποία συμπεριλαμβάνει χαλαρή θέση του σώματος, ήρεμες κινήσεις και προσαρμογή στη στάση του σώματος της μητέρας.

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά συμβάλλουν στη διαμόρφωση μιας θετικής αλληλεπίδρασης ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί κατά τη διάρκεια της σίτισης (Rhee et al., 2006).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) παρέχει 4 βασικά χαρακτηριστικά τα οποία είναι εμφανή και χαρακτηρίζουν τη δεκτική σίτιση, τα οποία είναι:

1. την απ' ευθείας σίτιση των βρεφών από την μητέρα ή το φροντιστή, η σίτιση να γίνεται αργά και να μην εξαναγκάζεται το παιδί να τρώει
2. αν το παιδί αρνείται τη σίτιση να δοκιμάζονται άλλες μέθοδοι ενθάρρυνσης
3. ελαχιστοποίηση των περισπασμών κατά τη διάρκεια της σίτισης, αν η μητέρα παρατηρεί ότι το παιδί χάνει το ενδιαφέρον
4. να θυμάται η μητέρα ότι η ώρα της σίτισης θα πρέπει να είναι μια ευκαιρία για εκμάθηση και αγάπη, γεγονός που μπορεί να γίνει με την ομιλία προς το παιδί κατά τη διάρκεια της σίτισης και με τη δημιουργία οπτικής επαφής (WHO, 2003).

Κάποιες μελέτες έχουν επίσης εξετάσει το γεγονός σχετικά με την σίτιση μη – απόκρισης, κατά την οποία οι φροντιστές είναι λιγότερο ευαίσθητοι και δεκτικοί ως προς τα σημάδια που λαμβάνουν από το παιδί, δημιουργώντας με τον τρόπο αυτό μια έλλειψη ερεθίσματος για σίτιση. Αυτό γίνεται όταν η μητέρα αναλαμβάνει τη σίτιση χωρίς να αναγνωρίζει ή να εκτιμά τα σημάδια τα οποία εκπέμπει το παιδί σε σχέση με την πείνα και τον κορεσμό. Συνεπώς, η μητέρα μπορεί να γίνει απρόσεκτη ή να επιτρέψει στο παιδί να ελέγχει την κατάσταση λόγω της μη κατανόησης ή της μη εκτίμησης των προσδοκιών του παιδιού (Gross et al., 2010).

Κατά την περίπτωση της άρνησης σίτισης από τη μεριά του παιδιού, ορισμένες φορές η μητέρα το πιέζει με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν συναισθήματα έντασης ή απογοήτευσης τόσο στο παιδί όσο και στην μητέρα. Σε αυτήν την κατάσταση, το κάθε άτομο εκφράζει μια επιθυμία που δεν γίνεται κατανοητή από το άλλο άτομο, το παιδί χάνει την αυτονομία του και η μητέρα εκνευρίζεται γιατί δεν ολοκληρώνει τη σίτιση του παιδιού. Σαν αποτέλεσμα, το

παιδί μπορεί να αποτυγχάνει να εκτιμήσει τα σημάδια εσωτερικού κορεσμού και να χάσει το ενδιαφέρον στην επικοινωνία με τους γονείς του. Ένα άλλο γεγονός που αξίζει να αναφερθεί είναι ότι κατά την μη δεκτική σίτιση το παιδί μπορεί να αυξήσει ή να μειώσει το βάρος του, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται περιπτώσεις υπέρβαρων παιδιών, καθώς και περιπτώσεις διατροφικών ελλείψεων, ειδικά αν η μητέρα δεν προσέχει τα σημάδια της πείνας και του κορεσμού που προέρχονται από το παιδί. Έχει επίσης αναφερθεί ότι το σημαντικότερο στάδιο της σίτισης για ένα παιδί είναι ο πρώτος χρόνος της ζωής του, στον οποίο γίνεται η εισαγωγή του στο φαγητό (Peters et al., 2013, Gross et al., 2010).

Η ανατροφή αναφέρεται σε μια σειρά από συμπεριφορές οι οποίες έχουν σαν στόχο την διασφάλιση της επιβίωσης του παιδιού αλλά και της πλήρους ανάπτυξής του, παρέχοντάς του μεγαλύτερη ασφάλεια και αυτονομία. Δεν εξαρτάται μόνο από ατομικούς και μεμονωμένους παράγοντες αλλά επηρεάζεται άμεσα και από το κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον. Το να γίνει κάποιος γονιός μπορεί να είναι ένας από τους πιο απαιτητικούς και δύσκολους ρόλους που αντιμετωπίζει κάποιος στη διάρκεια της ζωής του. Μάλιστα οδηγεί στην διαμόρφωση ενός συνόλου συμπεριφορικών, γνωστικών και συναισθηματικών αποκρίσεων οι οποίες απαιτούν προσαρμογή σε νέες συνθήκες ζωής (Hubbs et al., 2008).

5.1 Κατευθυντήριες οδηγίες για τη σίτιση του βρέφους

Ο ΠΟΥ επιστά την προσοχή στο γεγονός ότι η κακή σίτιση των βρεφών μπορεί να οδηγήσει ακόμη και στο θάνατο του νεογνού. Επίσης, τονίζεται ότι η σίτιση των νεογνών είναι σημείο κλειδί όσον αφορά τη βελτίωση της επιβιώσής του και τη σωστή ανάπτυξη του παιδιού. Τα πρώτα 2 χρόνια της ζωής του παιδιού είναι ιδιαίτερα σημαντικά καθώς η βέλτιστη διατροφή κατά την περίοδο αυτή μειώνει τη θνησιμότητα και τις πιθανότητες για χρόνιες ασθένειες ενώ διευκολύνει την καλύτερη ανάπτυξη συνολικά. Σύμφωνα με τις παραπάνω παραδοχές, ο ΠΟΥ συστήνει:

- πρώιμη έναρξη θηλασμού, ακόμη και 1 ώρα μετά τη γέννηση

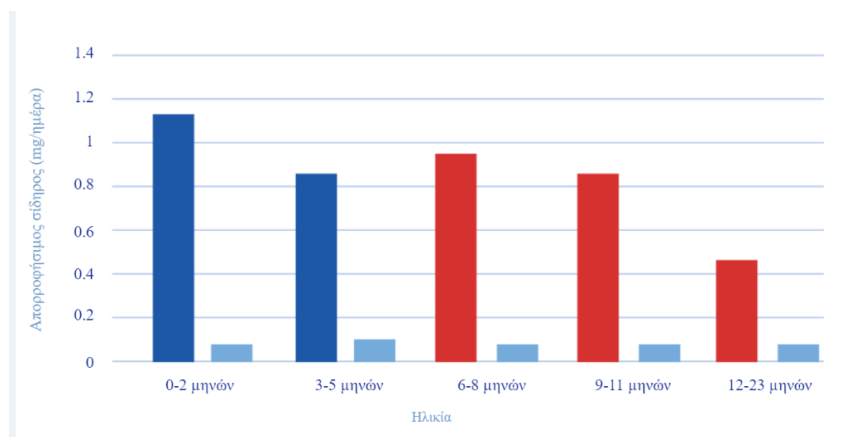
- αποκλειστικό θηλασμό για τους πρώτους 6 μήνες της ζωής του βρέφους και
- εισαγωγή ασφαλών και με επαρκή θρεπτικά συστατικά στερεών τροφών μετά τους 6 μήνες μαζί με τη συνέχιση του θηλασμού μέχρι τα 2 χρόνια ή και αργότερα.

Υπάρχουν και συστάσεις οι οποίες αναφέρονται σε εξαιρετικές περιπτώσεις, όπως για παράδειγμα σε περιπτώσεις HIV, η ανάλυση τους όμως δεν είναι στα πλαίσια της συγκεκριμένης διπλωματικής εργασίας.

Το βασικό στοιχείο για την επιτυχία του μητρικού θηλασμού είναι η εξασφάλιση επαρκούς παροχής μητρικού γάλατος. Αναλυτικότερα, η μητέρα του νεογνού πρέπει να αντλεί γάλα όσο το δυνατόν νωρίτερα μετά τον τοκετό. Έχει αποδειχτεί ότι ακόμη και το πρωτόγαλα το οποίο παράγεται από η μητέρα στις πρώτες ώρες μετά από τη γέννηση του νεογνού, περιέχει ανοσολογικούς παράγοντες και μπορεί να δράσει ακόμη και σαν μια μορφή ανοσολογικής θεραπείας. Η πιθανότητα διαρκούς παραγωγής γάλακτος από τις νέες μητέρες, αυξάνεται, ειδικά αν η μητέρα εκπαιδευτεί ώστε να αντλήσει μητρικό γάλα τις πρώτες έξι ώρες μετά από τον τοκετό, ενώ η άντληση αυτή πρέπει να επαναλαμβάνεται τουλάχιστον 7 φορές την ημέρα. Στη εκπαίδευση της μητέρας σχετικά με το θηλασμό, σημαντικό ρόλο παίζουν και οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην μονάδα υγείας που λαμβάνει χώρα ο τοκετός (Binns et al., 2016).

Από το σύνολο της βιβλιογραφίας συνίσταται αποκλειστικός μητρικός θηλασμός (exclusivebreastfeeding), όπου το βρέφος λαμβάνει κατά αποκλειστικότητα μητρικό γάλα, χωρίς να λαμβάνει κάποια άλλη τροφή, με εξαίρεση τυχόν συμπληρώματα όπως είναι τα μέταλλα, οι βιταμίνες ή φάρμακα. Οι συστάσεις αυτές βασίζονται στις συστηματικές ανασκοπήσεις των πλεονεκτημάτων της εισαγωγής στερεάς τροφής στη σίτιση του βρέφους μετά τους 4 μήνες. Η χορήγηση στερεών τροφών σε διάστημα πιο πρώιμο από τους 6 μήνες, δεν αποφέρει κάποια πλεονεκτήματα στην ανάπτυξη του βρέφους. Από την άλλη πλευρά, η συμπληρωματική χορήγηση σιδήρου, θεωρείται ότι είναι πλεονεκτικότερη.

Σύμφωνα με την Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρεία, τα νεογνά που θηλάζουν αποκλειστικά, πρέπει να λαμβάνουν σαν συμπλήρωμα 400 IU βιταμίνης D, από τη στιγμή που γίνεται η έναρξη λήψης στερεών τροφών, σαν μέσο πρόληψης της ραχίτιδας. Μάλιστα, στην ίδια μελέτη τονίζεται ότι η λήψη συμπληρώματος βιταμίνης D είναι απαραίτητη ακόμη και σε χώρες της Μεσογείου, όπου η έκθεση στον ήλιο είναι αρκετά πιο αυξημένη σε σχέση με τις βόρειες χώρες της Ευρώπης και της Αμερικής. Ανεξάρτητα από τον τρόπο σίτισής τους, τα βρέφη συνίσταται να λαμβάνουν συμπλήρωμα διατροφής σιδήρου, τους πρώτους 4-6 μήνες της ζωής τους. Η σύσταση αυτή βασίζεται στο γεγονός ότι οι ανάγκες σιδήρου είναι αυξημένες σε ένα νεογνό, σε τέτοιο βαθμό μάλιστα που δεν καλύπτονται επαρκώς από το θηλασμό, ακόμη και όταν λαμβάνει η μητέρα συμπλήρωμα σιδήρου. Στο Σχήμα 1, απεικονίζονται οι ανάγκες για σίδηρο στο νεογνό, ανάλογα με την ηλικία του (Khalessi et al., 2013).



Σχήμα 1. Ανάγκες του νεογνού σε σίδηρο ανάλογα με την ηλικία.

Ο αποκλειστικός θηλασμός για 6 μήνες έχει πολλά πλεονεκτήματα τόσο για το νεογνό όσο και για τη μητέρα. Το πιο σημαντικό πλεονέκτημα είναι η προστασία απέναντι σε γαστρεντερικές μολύνσεις η οποία μπορεί να παρατηρηθεί όχι μόνο σε αναπτυσσόμενες αλλά και σε αναπτυγμένες χώρες. Η πρόωμη έναρξη του θηλασμού, μέσα σε 1 ώρα από τη γέννηση, προστατεύει το βρέφος από τις λοιμώξεις και μειώνει τη θνησιμότητα των νεογνών. Η πιθανότητα θνησιμότητας των βρεφών από διάρροιες και άλλες μολύνσεις μπορεί να αυξηθεί σε περίπτωση

που τα βρέφη θηλάζουν εν μέρει ή καθόλου. Το μητρικό γάλα είναι σημαντική πηγή ενέργειας και θρεπτικών συστατικών σε παιδιά ηλικίας 6-23 μηνών. Μπορεί να καλύψει κατά το ήμισυ ή και περισσότερο τις ενεργειακές ανάγκες του παιδιού 6-23 μηνών και το ένα τρίτο των ενεργειακών αναγκών των παιδιών ηλικίας 12-24 μηνών. Το μητρικό γάλα είναι, επίσης, σημαντική πηγή θρεπτικών συστατικών και ενέργειας κατά τη διάρκεια ασθένειας και μειώνει τη θνησιμότητα στα παιδιά που υποσιτίζονται (Fewtrell et al., 2007).

Τα παιδιά και οι έφηβοι οι οποίοι θήλασαν σαν παιδιά είναι λιγότερο πιθανόν να είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα. Επιπλέον, αυτή η κατηγορία είχε καλύτερες επιδόσεις στα τεστ νοημοσύνης αλλά και στις ακαδημαϊκές επιδόσεις. Η βελτίωση στην ανάπτυξη του παιδιού και η μείωση του κόστους της υγείας έχει οικονομικά οφέλη για τις οικογένειες αλλά και για τα εθνικά συστήματα υγείας. Η μεγαλύτερη διάρκεια του θηλασμού μπορεί, επίσης, να προάγει την υγεία και ευημερία της μητέρας και πιο συγκεκριμένα μειώνει το ρίσκο για ανάπτυξη καρκίνου των ωοθηκών και του μαστού και βοηθάει στην ανάκτηση της ορμονικής τους ισορροπίας μετά την εγκυμοσύνη (Schanler et al., 2007).

Από τις αρχές της δεκαετίας του 90 και μετά ήταν εμφανής η διαφορά ανάμεσα στη σωματική ανάπτυξη των βρεφών που θηλάζαν αποκλειστικά, σε σχέση με την ανάπτυξη των βρεφών που τρέφονταν σε μεγαλύτερο ποσοστό με τεχνητό γάλα. Η υιοθέτηση των καμπύλων ανάπτυξης βρεφών ανάλογα με τον τρόπο σίτισής τους, είναι ένας τρόπος που μπορεί να επιτρέψει την παρακολούθηση των σωματομετρικών μεγεθών τους και πιο συγκεκριμένα του βάρους τους (Schanler et al., 2007). Η εξέλιξη της στοματοφαρυγγικής κοιλότητας σε νευροαναπτυξιακό επίπεδο, οδηγεί το πέρασμα από τις κινήσεις θηλασμού σε κινήσεις απομύζησης. Κατά την πραγματοποίηση των κινήσεων αυτών, η γλώσσα παύει να κάνει περισταλτικές κινήσεις, αντίθετα οι κινήσεις της είναι στον κάθετο και οριζόντιο άξονα. Παράλληλα, αλλάζουν και οι ανατομικές δομές του στόματος, γεγονός που οδηγεί σε αύξηση της χωρητικότητάς του. Επιπλέον, η εξέλιξη της αδρής κινητικότητας του νεογνού, το κάνουν να είναι κινητικά πιο έτοιμο προκειμένου να μπορεί να εισάγει στη διατροφή του στερεές τροφές (Tess et al., 1998).

Πράξεις οι οποίες μπορούν να προάγουν και να υποστηρίξουν τον θηλασμό συμπεριλαμβάνουν:

- δερματική επαφή της μητέρας με το νεογνό αμέσως μετά τον τοκετό και έναρξη θηλασμού μέσα στην πρώτη ώρα
- θηλασμός κατ' αίτηση (όσο συχνά θέλει το νεογνό είτε κατά τη διάρκεια της ημέρας είτε κατά τη νύχτα)
- να επιτρέπουν στη μητέρα και το νεογνό να μένουν στο ίδιο δωμάτιο για όλο το 24ωρο
- παροχή υποστηρικτικών υπηρεσιών υγείας με συμβουλευτική σχετικά με το θηλασμό
- υποστήριξη στα πλαίσια της κοινότητας συμπεριλαμβανομένων ομάδων υποστήριξης μητέρας και προαγωγής δημόσιας υγείας (Hoyt et al., 2015).

6. Ψυχολογία της μητέρας

Η ενασχόληση της μητέρας με την σίτιση του βρέφους ή σε μεγαλύτερο βαθμό με το θηλασμό του, έχει αναφερθεί ότι επηρεάζει την διάθεσή της, καθώς επίσης και την απόκριση της στο στρες που δημιουργείται κατά την επιλοχία περίοδο. Πιο συγκεκριμένα, οι μητέρες που θηλάζουν έχουν μείωση στο άγχος, στην αρνητική διάθεση αλλά και στο στρες σε σχέση με τις μητέρες που χρησιμοποιούν φαρμακευτικό συμπλήρωμα για τη διατροφή του νεογνού. Τα ευρήματα αυτά βασίζονται σε υποκειμενικά μέτρα αυτό - αξιολόγησης (κυρίως ερωτηματολόγια και συνεντεύξεις). Επιπλέον, φαίνεται ότι οι μητέρες που θηλάζουν έχουν μειωμένα επίπεδα κορτιζόλης όταν έρχονται αντιμέτωπες με κοινωνικό στρες. Οι μητέρες που θηλάζουν αναφέρουν επίσης παρατεταμένες περιόδους ύπνου και μοτίβα ύπνου που υποδηλώνουν καλύτερη ποιότητα. Ο θηλασμός μπορεί επίσης να έχει επιπτώσεις στις αποκρίσεις της μητέρας στα συναισθήματα του άλλου και μπορεί να βελτιώσουν τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και τις σχέσεις (Krol et al., 2014, Groer et al., 2005).

Ο θηλασμός έχει, επίσης, θετικά αποτελέσματα στην μητρική ευαισθησία και διασφαλίζει την αφοσίωση ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί. Υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν ότι οι μητέρες που θηλάζουν αγγίζουν περισσότερο τα παιδιά τους και είναι περισσότερο δεκτικές στα νεογνά, ενώ περνούν περισσότερο χρόνο κατά τη διάρκεια της σίτισης σε σχέση με τις μητέρες που χρησιμοποιούν μπουκάλι για τη σίτιση των νεογνών. Αυτό αποδεικνύεται, επίσης, και από μελέτες που χρησιμοποιούν MRI για να απεικονίσουν τον εγκέφαλο της μητέρας κατά τη διάρκεια του θηλασμού (Kim et al., 2011).

Υπάρχουν, επίσης, επιστημονικές αποδείξεις σχετικά με την αμφίδρομη σύνδεση μεταξύ του στρες της μητέρας και της έλλειψης ύπνου. Η έλλειψη ύπνου με τη σειρά της αυξάνει τα επίπεδα της κορτιζόλης και της χοληστερόλης το επόμενο πρωί και το γεγονός αυτό αντανakλά την φυσιολογική αντίδραση του νευρικού συστήματος στο στρες, η οποία συμπεριλαμβάνει την υπερδιέγερση των αυτόνομων νευροενδοκρινικών συστημάτων, του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης. Η απώλεια ύπνου μπορεί, επίσης, να μειώσει το ρυθμό με τον οποίο μειώνονται οι συγκεντρώσεις

της κορτιζόλης κατά τη διάρκεια της ημέρας με αποτέλεσμα αυξανόμενα επίπεδα κορτιζόλης κατά τις βραδινές ώρες. Όταν η μητέρα πρέπει να αντιμετωπίσει δύσκολες καταστάσεις και δεν μπορεί να ξεκουραστεί αποτελεσματικά τότε η δραστηριότητα του νευροενδοκρινικού συστήματος δεν επιστρέφει στο φυσιολογικό κατά τη διάρκεια της ημέρας (Meerlo et al., 2008).

Υπάρχουν, επίσης, έρευνες οι οποίες επικεντρώνονται στην έλλειψη μητέρων με νεογέννητα παιδιά. Οι έρευνες αυτές γνωστοποιούν το γεγονός ότι οι νυχτερινές αφυπνίσεις του παιδιού σχετίζονται με τις νυχτερινές αφυπνίσεις της μητέρας και προβλέπουν τις αρνητικές συνέπειες στο ρόλο των γονέων λόγω της φροντίδας του παιδιού. Η έλλειψη του μητρικού ύπνου συσχετίζεται θετικά με την εμφάνιση στρες στη μητέρα και έχειδειχτεί ότι επηρεάζει και τη γνωστική και συναισθηματική της λειτουργία. Επιπλέον, όταν η μητέρα δεν ξεκουράζεται σε ικανοποιητικό βαθμό λόγω των νυχτερινών αφυπνίσεων του παιδιού, υπάρχει λιγότερο αποτελεσματική ανατροφή του παιδιού και περισσότερη δυσλειτουργία στη σχέση αλληλεπίδρασης (Teti et al., 2010).

6.1 Μορφές σχέσεων μητέρας – βρέφους

Το νεογνό ξεκινά την αλληλεπίδραση με τη μητέρα αμέσως μετά τη γέννησή του και παρέχει στην μητέρα πληροφορίες με τη μορφή μηνυμάτων που δείχνουν τη διάθεσή του, όπως για παράδειγμα φόβο, χαρά, πείνα, κρύο κλπ. Η ορολογία «προσκόλληση» αναπτύχθηκε για πρώτη φορά από τον Bowlby και ορίστηκε ως η ανάγκη του βρέφους να αναπτύξει έναν συναισθηματικό δεσμό με ένα ή δύο σημαντικά άτομα που μπορούν και του παρέχουν ασφάλεια. Αργότερα, εισήχθη και ο όρος ασφαλής βάση από την Ainsworth, σύμφωνα με τον οποίο το βρέφος χρησιμοποιεί την μητέρα του όταν αυτή είναι διαθέσιμη προκειμένου να μάθει και να δοκιμάσει δεξιότητες ή να εξερευνήσει το περιβάλλον (Belsky et al., 1999).

Αναλυτικότερα, η θεωρία της προσκόλλησης κατά τον Bowlby είναι ουσιαστικά η πρώτη διαπροσωπική σχέση η οποία αναπτύσσεται ανάμεσα στο παιδί και τη μητέρα, ωστόσο η σχέση αυτή διαμορφώνει κατά σημαντικό βαθμό

την κοινωνική και συναισθηματική του ανάπτυξη. Αρκετοί επιστήμονες του κλάδου της ψυχολογίας υποστηρίζουν ότι η προσκόλληση είναι μια σχέση πρότυπο σύμφωνα με την οποία διαμορφώνονται οι διαπροσωπικές σχέσεις του παιδιού στα μεταγενέστερα στάδια ανάπτυξης (Mesman et al., 2016).

Η προσκόλληση έχει τρία κύρια στάδια, όπως έχουν διατυπωθεί από τον ίδιο συγγραφέα. Αρχικά, το πρώτο στάδιο ορίζεται σαν στάδιο της αδιαφοροποίητης προσκόλλησης και χαρακτηρίζεται από την προσκόλληση χωρίς να υπάρχει ορισμένο άτομο αναφοράς. Το στάδιο αυτό έχει έναρξη την 8^η εβδομάδα και διάρκεια που μπορεί να φτάσει τον 5^ο – 6^ο μήνα. Επιπλέον, το νεογνό, κατά την πρώτη φάση, μπορεί να νιώθει δυσφορία ή να κλαίει αν κάποιος ενώ το κρατάει αγκαλιά το αφήσει στην κούνια, ανεξάρτητα αν το πρόσωπο αυτό είναι η μητέρα. Ένα ακόμη βασικό χαρακτηριστικό είναι το αδιάκριτο γέλιο και η προσήλωση σε οποιοδήποτε ανθρώπινο πρόσωπο (Mesman et al., 2016).

Κατά τη δεύτερη φάση προσκόλλησης, η οποία ονομάζεται μονοπροσωπική προσκόλληση, το νεογνό δείχνει έντονη και σαφή διαφορική προσκόλληση ως προς ένα συγκεκριμένο πρόσωπο, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων στη μητέρα. Κατά τη συγκεκριμένη φάση, οι αντιδράσεις του νεογνού είναι έντονες και διακριτές και εκδηλώνονται περίπου κατά τον 5^ο και 7^ο μήνα της ζωής του. Οι αντιδράσεις αυτές γίνονται περισσότερο έντονες κατά τους 3-4 επόμενους μήνες και επιπρόσθετα εμφανίζεται το στρες απέναντι στα ξένα πρόσωπα (Brumariu et al., 2015).

Η τρίτη φάση της προσκόλλησης ονομάζεται πολυπροσωπική προσκόλληση και εμφανίζεται μετά τους πρώτες μήνες της ζωής του. Κατά τη διάρκεια της τρίτης φάσης, το βρέφος προσκολλάται σε ένα ακόμη πρόσωπο και αργότερα σε περισσότερα. Κατά τον 18^ο μήνα της ζωής τους τα περισσότερα νεογνά έχουν αναπτύξει έναν πολλαπλό αριθμό προσώπων στα οποία είναι προσκολλημένα, όπως για παράδειγμα αδέρφια, πατέρα, μητέρα ή συγγενικά πρόσωπα της τρίτης ηλικίας. Το νεογνό σε αυτό το χρονικό σημείο της ζωής του αναπτύσσει προσκόλληση με οποιοδήποτε πρόσωπο αλληλεπιδρά σε σταθερή και στενή βάση (Brumariu et al., 2015, Kerns et al., 2014).

Αξίζει να σημειωθεί, ότι σύμφωνα με την διατυπωθείσα θεωρία, το βρέφος δεν αναπτύσσει προσκόλληση με το άτομο το οποίο περνάει τον

περισσότερο χρόνο μαζί του αλλά αντίθετα με το άτομο που του προσφέρει διαπροσωπικές εμπειρίες και κοινωνικά ερεθίσματα. Σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της προσκόλλησης παίζει, επίσης, η ετοιμότητα και η προθυμία της μητέρας να ανταποκριθεί άμεσα στις ανάγκες του παιδιού, ωστόσο σημαντικό ρόλο παίζει και η ιδιαίτερη ιδιοσυγκρασία του κάθε παιδιού. Η προσκόλληση εκφράζεται μέσα από συγκεκριμένες αντιδράσεις, όπως είναι η προσήλωση του βλέμματος, το βάβισμα, το κλάμα και το χαμόγελο. Με τις αντιδράσεις αυτές το νεογνό προσπαθεί να στρέψει την προσοχή των άλλων ως προς αυτό. Με την περαιτέρω ανάπτυξη του βρέφους οι αντιδράσεις αυτές εκδηλώνονται πιο επιλεκτικά σε συγκεκριμένα πρόσωπα και γίνεται έκδηλη μια διαπροσωπική και επικοινωνιακή χροιά (Bowlby et al., 2013).

Ο Bowlby αναφέρει, επιπλέον, ότι ο δεσμός της προσκόλλησης δημιουργείται και αναπτύσσεται κατά τα 2 πρώτα χρόνια της ζωής του νεογνού μέσα από τέσσερις συνολικά φάσεις. Η πρώτη από αυτές ονομάζεται «φάση προ δεσμού» και έχει έναρξη την γέννηση του νεογνού και διαρκεί μέχρι την ηλικία των 6 εβδομάδων. Κατά τη διάρκεια της συγκεκριμένης φάσης το νεογνό έρχεται καθημερινά σε στενή επαφή με το πρόσωπο ή τα πρόσωπα που το φροντίζουν. Στην ηλικία αυτή, τα νεογνά δεν αναστατώνονται όταν βρίσκονται μόνα τους και δεν φαίνεται να αντιλαμβάνονται το γεγονός ότι πιθανόν να τα φροντίζει κάποιος άγνωστος. Η δεύτερη φάση είναι η φάση «υπό διαμόρφωσης δεσμού» και εμφανίζεται κατά το χρονικό διάστημα από 6 εβδομάδες μέχρι 6-8 μήνες. Η ανταπόκριση του νεογνού είναι διαφορετική σε άγνωστα άτομα ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις υπάρχει και επιφυλακτικότητα. Κατά την τρίτη φάση ή φάση του «σαφούς δεσμού», η οποία εμφανίζεται κατά το χρονικό διάστημα 6-8 μηνών μέχρι και 18-24 μηνών, γίνεται έκδηλο το άγχος του αποχωρισμού (Marone et al., 2014). Υπάρχει έκδηλη αναστάτωση όταν το πρόσωπο που φροντίζει το βρέφος φεύγει από το δωμάτιο ενώ ο δεσμός που αναπτύσσεται μεταξύ τους δημιουργεί ένα αίσθημα ασφάλειας. Η βάση ασφάλειας είναι συνήθως η μητέρα από την οποία το παιδί αποκολλείται προκειμένου να εξερευνήσει το περιβάλλον, ωστόσο επιστρέφει στη βάση του για να ανανεώσει την επαφή με το οικείο πρόσωπο. Η τέταρτη και τελευταία φάση ονομάζεται «φάση αμοιβαίων σχέσεων» και κατά τη διάρκεια αυτής το παιδί μπορεί πλέον να περάσει αρκετό χρόνο μακριά από τη βάση του και έχει αναπτύξει μια αμοιβαία σχέση αφού πέρα από τη μητέρα, και

το ίδιο έχει την ευθύνη για την διατήρηση της σχέσεως. Η τελευταία αυτή φάση εμφανίζεται μετά από τους 24 μήνες (Duhn et al., 2010).

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι η έννοια της προσκόλλησης έχει δύο σημαντικές βάσεις, οι οποίες είναι ανταγωνιστικές: την αναζήτηση της εγγύτητας και της προστασίας από τη μητέρα και την επιθυμία της ανακάλυψης και της εξερεύνησης του κόσμου. Η θεωρία του Bowlby εξελίχθηκε περαιτέρω από την Ainsworth, κατά τη δεκαετία του 1970, και σύμφωνα με την προσέγγισή της η προσκόλληση έχει τρεις μορφές: ασφαλής, ανασφαλής και αδιαφοροποίητη ή αποδιοργανωμένη. Το ποια από τα τρία είδη προσκόλλησης αναπτύσσεται εξαρτάται κατά κύριο λόγο από την ανταπόκριση που δείχνει η μητέρα στο παιδί και τις ανάγκες του. Ο ασφαλής δεσμός αναπτύσσεται στις περισσότερες περιπτώσεις στις οποίες η μητέρα είναι δεκτική και ευαίσθητη απέναντι σε μηνύματα δυσφορίας ή στις απαιτήσεις του νεογνού για ασφάλεια. Από την άλλη πλευρά, στις περιπτώσεις στις οποίες η μητέρα δεν είναι διαθέσιμη σε σταθερή βάση ή είναι λιγότερο ευαίσθητη και δεκτική στις απαιτήσεις του νεογνού, ο δεσμός που αναπτύσσεται είναι συνήθως ανασφαλής. Η αποδιοργανωμένη μορφή προσκόλλησης αναπτύσσεται σε περιπτώσεις στις οποίες δημιουργείται ανασφαλής δεσμός λόγω φροντίδας κακής ποιότητας, όπως για παράδειγμα σε περιπτώσεις κακοποίησης (Bowlby et al., 2013, Scharfe et al., 2011).

Σημαντικό είναι, επίσης, και το γεγονός ότι η πρώτη σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στο νεογνό και τη μητέρα αποτελεί τη βάση και λειτουργεί σαν μοντέλο για τις μετέπειτα σχέσεις τους. Η ανασφαλής ή ασφαλής προσκόλληση είναι ικανή να δημιουργήσει μοντέλα σύμφωνα με τα οποία επηρεάζεται η μετέπειτα συμπεριφορά του ατόμου. Τα νεογνά που βιώνουν ασφαλή προσκόλληση αναπτύσσουν έναν συναισθηματικά ισχυρό και σημαντικό δεσμό με το άτομο που τα φροντίζει και νοιώθουν συναισθήματα, όπως ικανοποίηση και χαρά. Τα συναισθήματα αυτά δεν αναπτύσσονται μόνο στο βρέφος αλλά και στη μητέρα. Με έναυσμα την σταθερή βάση της μητέρας μέσω της υποστήριξης και της ασφάλειας που παρέχει, το νεογνό ξεκινά να εξερευνεί το περιβάλλον του. Όταν μάλιστα ένα νεογνό γίνεται αντιληπτό σαν άξιο υποστήριξης και αγάπης αναπτύσσει εμπιστοσύνη στον εαυτό του και τις ικανότητές του. Στην περίπτωση μιας ασφαλούς προσκόλλησης το παιδί

αναπτύσσει ευκολότερα ανεξαρτησία, ανθεκτικότητα και ενσυναίσθηση καθώς και θετική αυτοεκτίμηση (Stern et al., 2015, McDonald et al., 2011).

Αντίθετα, στην περίπτωση που ένα νεογνό βιώνει απόρριψη από μικρή ηλικία, αναπτύσσει ανασφαλή δεσμό προσκόλλησης, ο οποίος διακρίνεται σε δύο επιμέρους κατηγορίες τον αγχώδη ή αμφιθυμικό δεσμό και τον απορριπτικό ή αποφευκτικό δεσμό. Στον αποφευκτικό ή απορριπτικό δεσμό, το παιδί δέχεται συχνά απόρριψη από τη μητέρα η οποία είτε δεν ανταποκρίνεται άμεσα είτε αντιδρά με τιμωρία ή θυμό, ιδιαίτερα όταν τα συναισθήματα το παιδιού εκφράζονται έντονα. Ένα νεογνό που βιώνει την απόρριψη, αναπτύσσει φόβο και άγχος και τυχόν μελλοντική απόρριψη και τροποποιεί τη συμπεριφορά του με σκοπό να είναι αποδεκτό χωρίς να δείχνει αρνητικά συναισθήματα. Επιπλέον, αργότερα ως παιδί προσπαθεί να γίνει ανεξάρτητο και αποφεύγει τη δημιουργία στενών επαφών (McDonald et al., 2011).

Στην περίπτωση των παιδιών που βιώνουν αμφιθυμική/αγχώδη προσκόλληση, η μητέρα δεν είναι σταθερά διαθέσιμη απέναντι στις ανάγκες τους και τείνει να αγνοεί την έκφραση συναισθημάτων του που απαιτούν την προσοχή της. Γενικότερα, η συμπεριφορά της μητέρας σε αυτή την κατηγορία της προσκόλλησης είναι απρόβλεπτη ή σε περισσότερο ακραίες περιπτώσεις η μητέρα αδιαφορεί πλήρως για της ανάγκες του παιδιού και αυτό βιώνει συναισθηματική εγκατάλειψη.

Τέλος, τα βρέφη τα οποία βιώνουν τον αποδιοργανωμένο τύπο προσκόλλησης είναι αυτά τα οποία δέχονται απρόβλεπτη συμπεριφορά από τους φροντιστές τους ή τους παρέχεται χαμηλής ποιότητας φροντίδα. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι γονείς τους είναι χρήστες ουσιών είτε έχουν κάποια μορφή ψυχικής διαταραχής και γίνονται κακοποιητικοί ή βίαιοι. Οι φροντιστές στη συγκεκριμένη περίπτωση γίνονται ταυτόχρονα πηγή αγάπης αλλά και φόβου, ωστόσο το παιδί δεν μπορεί να προβλέψει τη συμπεριφορά τους και βρίσκεται σε κατάσταση διαρκούς άγχους. Συχνά, τα παιδιά αυτά αναζητούν ασφάλεια και θετικά συναισθήματα σε αγνώστους ενώ δεν εκδηλώνουν την έμφυτη ανάγκη για την εξερεύνηση του περιβάλλοντός τους (Carlo et al., 2012).

Αρκετές μελέτες έχουν αποδείξει ότι τα παιδιά που αναπτύσσουν μια θετική προσκόλληση με τους φροντιστές τους εμφανίζουν στη μετέπειτα

ανάπτυξή τους επιτυχίες, ευκολότερη κοινωνική, συναισθηματική και συμπεριφορική προσαρμογή σε σύγκριση με τα παιδιά που αναπτύσσουν κάποια από τις άλλες δύο μορφές προσκόλλησης.

6.2 Επιλόχειος Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη η οποία εμφανίζεται κατά την περίοδο της λοχείας ονομάζεται στη βιβλιογραφία με τον όρο «επιλόχειος κατάθλιψη». Με τον όρο αυτό ονομάζεται μια ψυχική διαταραχή που μπορεί να εκδηλώσουν οι γυναίκες μετά την εγκυμοσύνη και τη γέννηση του παιδιού τους. Όσον αφορά την περίοδο εμφάνισης της πάθησης, εμφανίζεται κατά τις πρώτες έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό, ενώ ο επιπολασμός της νόσου είναι περίπου 10-15% στη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα (γυναίκες στη περίοδο της λοχείας). Στην ταξινόμηση του World Health Organization (WHO) ICD-10, η επιλόχειος κατάθλιψη ταξινομείται στην κατηγορία των «ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς που συνδέονται με τη λοχεία και δεν ταξινομούνται αλλού». Ακόμη και σήμερα, αρκετές δεκαετίες μετά την εμφάνιση και αναγνώριση της νόσου, δεν είναι πλήρως αποσαφινισμένο αν η επιλόχειος κατάθλιψη είναι μια ξεχωριστή κλινική οντότητα ή είναι μια μορφή μείζονος κατάθλιψης με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, λόγω των ιδιομορφιών της γυναίκας κατά τη συγκεκριμένη περίοδο. Ωστόσο, το σύνολο των ερευνών, καταλήγει στο γεγονός ότι αν η επιλόχειος κατάθλιψη δεν διαγνωστεί και δεν αντιμετωπιστεί εγκαίρως μπορεί έχει διάρκεια μέχρι και 2 έτη (Miller et al., 2002, Pearlstein et al., 2004).

Μέχρι τώρα δεν έχει δοθεί κάποια κοινά αποδεκτή εξήγηση σχετικά με τους λόγους για τους οποίους εμφανίζεται μια σοβαρή ψυχολογική διαταραχή μετά από ένα τόσο χαρούμενο γεγονός στην ζωή μιας νέας μητέρας (Miler et al., 2002). Ωστόσο, έχουν διατυπωθεί αρκετές θεωρίες, μερικές εκ των οποίων παρατίθενται στις παρακάτω παραγράφους:

Από τις σημαντικότερες αιτίες της επιλόχειας κατάθλιψης (EK), είναι οι ορμονικές μεταβολές, οι οποίες μπορούν να πυροδοτήσουν αλλαγές στο σώμα μιας γυναίκας και επακόλουθα συμπτώματα κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα, κατά

τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνεται η συγκέντρωση δύο ορμονών, της προγεστερόνης και των οιστρογόνων. Ωστόσο, κατά τα πρώτα 24ωρα μετά την γέννηση, η συγκέντρωση των συγκεκριμένων ορμονών μειώνεται σε αρκετά μεγάλο ποσοστό και φτάνει στα επίπεδα προ-εγκυμοσύνης. Σε ορισμένες μελέτες εκφέρεται η άποψη ότι οι ταχείες διακυμάνσεις στα επίπεδα αυτά των ορμονών μπορεί να οδηγήσουν στην επιλόχειο κατάθλιψη, με τον ίδιο τρόπο όπως οι διακυμάνσεις στα επίπεδα των ορμονών μπορεί να προκαλέσουν αλλαγές στη διάθεση μιας γυναίκας κατά την έμμηνο ρήση (προεμμηνορυσιακό σύνδρομο) (Hendrick et al., 1998).

Αντίστοιχα, σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων μετά τον τοκετό μπορεί να παίζει και ο θυρεοειδής αδένας. Κατά περιόδους, τα επίπεδα ορμονών του θυρεοειδή αδένα μπορούν να μειωθούν μετά τη γέννηση του παιδιού. Ο θυρεοειδής είναι ένας αδένας, με κύριο λόγο τη ρύθμιση του μεταβολισμού, του τρόπου δηλαδή με τον οποίο ο οργανισμός μπορεί να εκμεταλλεύεται ή να αποθηκεύει την ενέργεια που παράγεται από την πέψη των τροφών. Η χαμηλή συγκέντρωση στις ορμόνες του θυρεοειδή, μπορεί να αποτελέσει σημαντική αιτία για την εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων και πιο συγκεκριμένα συμπτώματα όπως η καταθλιπτική διάθεση, το μειωμένο ενδιαφέρον για εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων, η κούραση, η οξυθυμία, η αύξηση βάρους και τα προβλήματα ύπνου. Εξαιρετικά θετικό είναι το γεγονός ότι με μια απλή εξέταση αίματος, στην οποία ανιχνεύονται με ακρίβεια οι ορμόνες του αδένα αυτού, είναι δυνατόν να αποδειχτεί αν ο αδένας συμβάλλει στην εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης στη μητέρα (Pedersen et al., 2007).

Η έντονη κόπωση μετά από έναν εξαιρετικά κοπιώδη τοκετό με φυσιολογικό τρόπο, μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση συμπτωμάτων καταθλιπτικής διαταραχής. Επιπλέον, η κακή ποιότητα ύπνου της εγκύου, λόγω των συχνών αφυπνίσεων, ειδικά τις πρώτες ημέρες μετά την γέννηση του νεογνού, μπορεί να δυσκολέψει την ανάκτηση δυνάμεων από τη μητέρα, για αρκετές εβδομάδες μετά από τον τοκετό (Pedersen et al., 2007).

Αντίστοιχα, το αίσθημα της πίεσης που νοιώθουν αρκετές μητέρες μετά από την ευθύνη για τη φροντίδα ενός παιδιού, καθώς και οι αμφιβολίες για το αν μπορούν να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις ενός νέου ρόλου, μπορεί δράσουν

σαν παράγοντες εκδήλωσης κατάθλιψης. Επιπρόσθετα, το στρες που μπορεί να δημιουργηθεί σχετικά με τις υποχρεώσεις της ανατροφής του βρέφους και το συνδυασμό τους με τις επαγγελματικές υποχρεώσεις, δημιουργούν μια κατάσταση επιβαρυντική για την ψυχολογία της νέας μητέρας (Habel et al., 2015).

Εξίσου σημαντικό ρόλο παίζουν στην εμφάνιση κατάθλιψης και τα φοβικά συναισθήματα της απώλειας που είναι πιθανόν να εκδηλωθούν στη μητέρα κατά το συγκεκριμένο διάστημα. Ο φόβος της απώλειας ταυτότητας, ο φόβος για την απώλεια ελέγχου του ρόλου της μητέρας, η αμφιβολία και η ανασφάλεια, καθώς επίσης και η αμφιβολία για το αν το σώμα μπορεί να επανέλθει σε προ εγκυμοσύνης επίπεδα ή ο φόβος για το αν παραμένει ελκυστική, είναι παράγοντες εμφάνισης κατάθλιψης στις νέες μητέρες (Habel et al., 2015).

Η σημαντική μείωση του ελεύθερου χρόνου, καθώς επίσης και η αδυναμία ελέγχου του διαθέσιμου χρόνου στο σπίτι, η αναγκαία παραμονή μέσα στο σπίτι για περισσότερες ώρες αλλά και η μείωση του χρόνου που είναι διαθέσιμος για εργασία και διασκέδαση, ενδέχεται να αποτελέσουν παράγοντες εμφάνισης κατάθλιψης στις γυναίκες. Τέλος, προβλήματα που μπορεί να προκύψουν σχετικά με τη σεξουαλική επαφή, αν τοκετός είναι φυσιολογικός, και δημιουργηθεί πόνος και ευαισθησία στο περίνεο. Επιπλέον, αν ο τοκετός δεν είναι φυσιολογικός αλλά προέλθει μέσω καισαρικής τομής, το διάστημα που μπορεί να περάσει η νέα μητέρα χωρίς σεξουαλική επαφή είναι μεγαλύτερο και μπορεί να προκαλέσει επιλόχειο κατάθλιψη (Leeman et al., 2012).

Τα συμπτώματα του ασθενή με επιλόχειο κατάθλιψη είναι παρόμοια με εκείνα που εμφανίζει ένας ασθενής που έχει διαγνωστεί με μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο. Αρκετά συχνά, πριν από την εμφάνιση καταθλιπτικής διαταραχής προηγούνται επεισόδια μιας κατάστασης που αναφέρεται στη βιβλιογραφία σαν «μητρική ακεφιά» (post-partum blues). Η συμπτωματολογία έχει αρκετά μεγάλη έκταση και μπορεί να διαρκέσει από 2 έως 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό (Leeman et al., 2012).

Από τα σημαντικότερα συμπτώματα που εκδηλώνονται στις λεχωίδες είναι η κακή διάθεση και οι συναισθηματικές μεταπτώσεις, η ανηδονία, η έλλειψη δηλαδή ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που πρόσφεραν κάποτε ευχαρίστηση, η κακή ποιότητα του ύπνου και η μείωση όρεξης ταυτοχρόνως με απώλεια

σωματικού βάρους. Επιπλέον, σε αρκετές περιπτώσεις επιλόχειας κατάθλιψης, εμφανίζονται συμπεριφορές ατονίας, μειωμένης ενεργητικότητας και παντελούς έλλειψης ενδιαφέροντος είτε για καθημερινές δραστηριότητες είτε για τη φροντίδα του νεογνού. Στη νέα μητέρα μπορεί να παρουσιαστεί μειωμένη αυτοπεποίθηση ή αδυναμία να ανταπεξέλθει σε καθημερινές υποχρεώσεις ή απαιτήσεις απέναντι στο νεογνό ή απέναντι στα υπόλοιπα παιδιά της. Στα ψυχολογικά συμπτώματα συμπεριλαμβάνονται επίσης το αίσθημα ενοχής, το αίσθημα απόρριψης, το αίσθημα άγους και σε πιο σοβαρές περιπτώσεις ο αυτοκτονικός ή αυτοκαταστροφικός ιδεασμός (Leeman et al., 2012, Noble et al., 2005).

Εκτός από τα ψυχολογικά αισθήματα, σε ορισμένες περιπτώσεις επιλόχειας κατάθλιψης μπορεί να εμφανιστούν ψυχοσωματικά συμπτώματα όπως είναι οι συχνοί πονοκέφαλοι, οι ταχυπαλμίες και οι πόνοι στο στήθος, το μούδιασμα ή η ζαλάδα. Σε σοβαρές περιπτώσεις της πάθησης, οι νέες μητέρες μπορεί να έχουν σκέψεις για πρόκληση βλάβης στο νεογνό ή στα άλλα παιδιά τους ή να έχουν αρνητικές σκέψεις σχετικά με την μελλοντική ανάπτυξη και υγεία του μωρού. Τέλος, σύμπτωμα της πάθησης αποτελούν και οι ψευδαισθήσεις (Noble et al., 2012).

Οι επιπτώσεις της κατάθλιψης της λοχείας στις νέες μητέρες είναι πολλαπλές, ειδικά αν η πάθηση δεν διαγνωστεί και δεν αντιμετωπιστεί εγκαίρως. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων τα συμπτώματα υποχωρούν και η νόσος εξαφανίζεται μετά από χρονικό διάστημα από δύο μήνες μέχρι και 2 χρόνια. Ωστόσο, υπάρχουν και περιπτώσεις, που εμφανίζονται με μικρότερη συχνότητα στο γενικό πληθυσμό, στις οποίες η επιλόχειος κατάθλιψη μπορεί να αποκτήσει τη μορφή χρόνιας νόσου. Οι νέες μητέρες που εμφανίζουν επιλόχειο κατάθλιψη, έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν παρόμοια επεισόδια κατάθλιψης σε μεταγενέστερη εγκυμοσύνη. Οι συνέπειες της παθολογίας ποικίλουν σε ένταση και αριθμό, ωστόσο είναι σοβαρές και μπορεί να επιβαρύνουν την ίδια τη μητέρα αλλά και το παιδί και τη μεταξύ τους σχέση, καθώς και την σχέση της μητέρας με το σύντροφό της (Murray et al., 1997).

Οι μητέρες με επιλόχειο κατάθλιψη δυσκολεύονται ή πολλές φορές αδυνατούν να οικοδομήσουν μια ικανοποιητική σχέση ανάμεσα σε αυτές και το

νεογνό. Είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο ότι η επιβαρυνόμενη διάθεση της μητέρας μπορεί να έχει μακροπρόθεσμα δυσμενείς συνέπειες για το νεογνό. Οι συμπεριφορές που σχετίζονται με τη φροντίδα του μωρού συμπεριλαμβάνουν την απόσυρση της μητέρας ή την απάθεια κατά το κλάμα του μωρού. Οι συμπεριφορές αυτές και η μη ανάπτυξη ενός μη φυσιολογικού δεσμού ανάμεσα στη μητέρα και το βρέφος, μπορεί να δημιουργήσει και μακροχρόνιες επιπτώσεις όπως είναι η επιβράδυνση της γνωσιακής και κινητικής ανάπτυξης αλλά και προβλήματα στη δημιουργία σταθερών και ποιοτικών δεσμών κατά την ενήλικη ζωή του παιδιού. Αντίστοιχα, αυξάνεται και η πιθανότητα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών στα παιδιά των οποίων οι μητέρες εμφανίζουν παραβατικές συμπεριφορές λόγω της επιλόχειας κατάθλιψης (Murray et al., 1997).

Σε άλλες έρευνες, εξετάστηκε η επίδραση της αντιμετώπισης από τις μητέρες τους, σε μητέρες που έχουν εκδηλώσει επιλόχειο κατάθλιψη. Στις μελέτες αυτές, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει συσχέτιση στις δύο παραμέτρους, ειδικά αν υπάρχουν σχέσεις επιβολής ή απόρριψης, οι οποίες έχουν την τάση να επαναλαμβάνονται. Μια διαφορετική συσχέτιση αφορά την υποστήριξη της νέας μητέρας από το σύντροφό της. Ωστόσο, όπως συμβαίνει και με τις περισσότερες ασθένειες, η καλύτερη μέθοδος αντιμετώπισης της επιλόχειας κατάθλιψης είναι η πρόληψη (Xie et al., 2010).

6.3 Εμφάνιση άγχους στη μητέρα

Τα αισθήματα του άγχους εμφανίζονται σαν αντίδραση του οργανισμού σε κάποιο ερέθισμα που αντιμετωπίζεται σαν απειλή. Από την άλλη πλευρά υπάρχει διαχωρισμός ανάμεσα στο φυσιολογικό άγχος και σε μια αγχώδη διαταραχή, κυρίως ως προς την αναγνώριση συγκεκριμένων συμπτωμάτων και την διάρκεια των συμπτωμάτων αυτών (Ventureya et al., 2002). Στις λεχωίδες, οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν σύμπτωμα αναπόφευκτο και αναγκαίο, τουλάχιστον μέχρι ένα σημείο. Η περίοδος της εγκυμοσύνης και η περίοδος μετά τον τοκετό είναι μια περίοδος μεταβατική για τις γυναίκες, γεγονός που δημιουργεί και μια αντίστοιχη συναισθηματική αστάθεια. Τα συμπτώματα του περιγεννητικού

άγχους έχουν αρκετά κοινά στοιχεία με τα συμπτώματα που εμφανίζονται μετά από αγχώδεις διαταραχές στο γενικό πληθυσμό. Η σημαντικότερη διαφορά είναι η αιτιολογία εμφάνισης των διαταραχών, η οποία συνδέεται με την υγεία του νεογνού (Ross et al., 2006).

Παρά την σχετικά υψηλή συχνότητα εμφάνισής τους, οι αγχώδεις διαταραχές δεν έχουν διερευνηθεί επαρκώς. Αξίζει να σημειωθεί ότι επιδημιολογικές μελέτες αναφέρουν ότι η συχνότητα εμφάνισης διαταραχών αυτού του είδους σε λεχwoίδες υπολογίζεται περίπου στο 10%. Το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο από το ποσοστό που εμφανίζει επιλόχειο κατάθλιψη. Ωστόσο οι αγχώδεις διαταραχές και η επιλόχειος κατάθλιψη παρουσιάζουν παρόμοια συμπτώματα και πιο συγκεκριμένα αυτά είναι οι διαταραχές ύπνου, η υπερένταση, η έντονη ανησυχία, η απώλεια συγκέντρωσης, η ανησυχία και ο φόβος. Στη βιβλιογραφία τονίζεται ότι κατά την περιγεννητική περίοδο, οι νέες μητέρες εμφανίζουν συνδυασμό των δύο παθήσεων και για το λόγο αυτό συστήνεται η αντιμετώπισή τους σαν δύο ξεχωριστές κλινικές οντότητες (Grigoriadis et al., 2019).

Σε πολλές περιπτώσεις, δεν γίνεται έγκαιρη διάγνωση της περιγεννητικής αγχώδους διαταραχής στις λεχwoίδες, κυρίως λόγω της αντίληψης σχετικά με τη φυσιολογικότητα των συμπτωμάτων ανησυχίας και προβληματισμού στις έγκυες γυναίκες και στις νέες μητέρες. Από την άλλη πλευρά, τα συμπτώματα που συνοδεύουν τις αγχώδεις διαταραχές προκαλούν έντονη δυσλειτουργικότητα και έντονη δυσφορία στις γυναίκες, με αποτέλεσμα να τους στερούν την δυνατότητα μιας θετικής βίωσης της εμπειρίας της εγκυμοσύνης. Για το λόγο αυτό, τις προηγούμενες δεκαετίες έχει γίνει μια προσπάθεια, η οποία συνεχίζεται και σήμερα, προκειμένου να μελετηθούν σε περισσότερο βάθος οι αγχώδεις διαταραχές που εκδηλώνονται στις νέες μητέρες (Grigoriadis et al., 2019).

Σε σχέση με τις αγχώδεις διαταραχές οι οποίες παρουσιάζονται στις λεχwoίδες, αυτές οι οποίες εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα είναι οι εξής:

- η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, η οποία συνήθως προϋπάρχει της κύησης και αυξάνεται σε ένταση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό. Αφορά την εκδήλωση

δυσλειτουργικού άγχους που κλιμακώνεται σταδιακά μέχρι να είναι δύσκολα διαχειρίσιμο από τη νέα μητέρα.

- ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, η οποία εμφανίζεται σε ένα ποσοστό 2-4% στις νέες μητέρες και οφείλεται πιθανότατα στο υπερβολικό αίσθημα υπευθυνότητας που αναπτύσσουν οι γυναίκες σε σχέση με την ανάπτυξη του βρέφους. Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή συνδέεται με την υπερβολική ανησυχία που πιθανώς να αναπτύξει η μητέρα για την πιθανότητα ανάπτυξης προβλημάτων στο βρέφος από συμπεριφορές της μητέρας. Οι ανησυχίες αυτές μπορεί να αποκτήσουν ανεξέλεγκτες διαστάσεις και να έχουν αρνητικές συνέπειες στην ψυχική ή και στη σωματική υγεία της νέας μητέρας (Forray et al., 2010).
- Διαταραχή μετατραυματικού άγχους μετά τον τοκετό, η οποία εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στις νέες μητέρες που κατά τη διάρκεια της κύησης έχουν αντιμετωπίσει άγχος και συναισθηματική αστάθεια, γεγονός που τις καθιστά πιο ευάλωτες στην εκδήλωση της συγκεκριμένης διαταραχής. Οι νέες αυτές μητέρες, βιώνουν την εμπειρία του τοκετού με έντονη δυσφορία και αντίστοιχα δημιουργούνται αρνητικές εκτιμήσεις και εντυπώσεις για την περίοδο μετά την εγκυμοσύνη (Forray et al., 2010). Με την εμφάνιση μετατραυματικού στρες συνδέεται επίσης και η εγκυμοσύνη υψηλού κινδύνου, η οποία δημιουργεί φοβίες στη μητέρα και επηρεάζει την μετέπειτα ψυχοσύνθεσή της (Modarres et al., 2012).
- Η τοκοφοβία, αναφέρεται για να περιγράψει παθολογικό φόβο των γυναικών απέναντι στην εμπειρία του τοκετού και συνήθως αφορά τις γυναίκες εκείνες που έχουν βιώσει αρνητικές εμπειρίες σε προηγούμενο τοκετό. Το ποσοστό των γυναικών που δεν αποφασίζουν να τεκνοποιήσουν λόγω τοκοφοβίας υπολογίζεται σε 13% (O'Connell et al., 2017). Επιπλέον, σε αρκετές περιπτώσεις, η τοκοφοβία εκδηλώνεται σε συνδυασμό με άλλες

αγχώδεις διαταραχές και μοιάζει περισσότερο με σύμπτωμα και όχι σαν ξεχωριστή πάθηση (Winteretal., 2018).

7. Έρευνες σχετικές με τον ύπνο του βρέφους και τη σίτιση του

Ο νεογνικός ύπνος δεν είναι ένα φαινόμενο απομονωμένο, ενώ γίνεται καλύτερα κατανοητό υπό το πρίσμα των καταστάσεων ύπνου και αφύπνισης. Η παρατήρηση του ύπνου ενός νεογνού κάθε 10 δευτερόλεπτα έγινε για πρώτη φορά από τους Thoman et al., το 1990 οι οποίοι κατηγοριοποίησαν 10 καταστάσεις ύπνου αφύπνισης μέσω της συμπεριφορικής παρατήρησης σε νεογνά 1 έτους. Οι Thoman et al., περιέγραψαν 4 καταστάσεις αφύπνισης, 3 μεταβατικές καταστάσεις, 2 καταστάσεις ύπνου και 1 μεταβατική κατάσταση κατά τη διάρκεια του ύπνου η οποία ονομάζεται ενεργός μεταβατικός ύπνος (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Καταστάσεις ύπνου αφύπνισης του νεογνού (Thoman et al., 1990)

Καταστάσεις αφύπνισης	
Άγρυπνη	Ανοικτά μάτια, προσηλωμένα και διερευνητικά. Χαμηλή κινητικότητα τις πρώτες 2 εβδομάδες της ζωής του νεογνού.
Αφύπνιση χωρίς εγρήγορση	Ανοικτά συνήθως μάτια αλλά οκνηρά και χωρίς να επικεντρώνονται. Κλειστά μάτια σε περιπτώσεις που υπάρχει έντονη δραστηριότητα στο περιβάλλον.
Ανησυχία	Ανήσυχτοι ήχοι, συνεχόμενοι ή διακεκομμένοι με χαμηλή ένταση.
Κλάμα	Έντονη μοναδική έκφραση ή διαδοχικές έντονες διαμαρτυρίες.
Μετάβαση από την κατάσταση αφύπνισης στην κατάσταση ύπνου	
Νυσταγμένη	Ανοικτά μάτια τα οποία κλείνουν σταδιακά, βαριά βλέφαρα. Χαμηλή κινητική δραστηριότητα.
Ζαλισμένη	Ανοικτά μάτια, φαίνονται ακίνητα και

	δακρυσμένα, χαμηλή κινητική δραστηριότητα.
Καταστάσεις ύπνου	
Ενεργός ύπνος	Κλειστά μάτια, ακανόνιστες αναπνοές. Χαμηλός μυϊκός τόνος ανάμεσα που αντικατοπτρίζεται σε αργές και σποραδικές κινήσεις. Ενδιάμεσες γρήγορες οφθαλμικές κινήσεις (Rapid Eye Movements – REMS).
Ήσυχος ύπνος	Τα μάτια κλείνουν σχετικά αργά, οι αναπνοές είναι κανονικές και κοιλιακές. Η κινητικότητα βρίσκεται σε τονικό επίπεδο και μπορεί να εμφανιστούν μικρές περιόδους με κινήσεις των άκρων και του σώματος.
Μεταβατική κατάσταση μέσα στον ύπνο	Συμβαίνει ανάμεσα στις καταστάσεις ήρεμου και ήσυχου ύπνου και παρατηρείται μικρή κινητική δραστηριότητα. Η αναπνοή είναι λιγότερο κανονική σε σχέση με τον ήσυχο ύπνο αλλά περισσότερο κανονική από τον ενεργό ύπνο.

Αρκετές μελέτες απέδειξαν ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στη μέθοδο σίτισης και στον ύπνο, η οποία μάλιστα διαφοροποιείται κατά την ωρίμανση του βρέφους. Οι Ball et al., μελέτησαν ένα δείγμα από βρέφη ενός έτους (n=253) και 3 μηνών (n=248) και βρέθηκε ότι η συχνότητα αφύπνισης ήταν σημαντικά διαφορετική ανάλογα με τη μέθοδο σίτισης, με τα νεογνά τα οποία σιτίζονται αποκλειστικά με θηλασμό να έχουν συχνότερες αφυπνίσεις σε σχέση με τη δεύτερη κατηγορία που τρέφονταν με συμπλήρωμα. Οι αφυπνίσεις των νεογνών που θηλάζαν ήταν συνεπείς ανάμεσα στους 1-3 μήνες ενώ η δεύτερη κατηγορία νεογνών είχε λιγότερες αφυπνίσεις στους 3 μήνες. Οι συνεντεύξεις με τις μητέρες οι οποίες σταμάτησαν να θηλάζουν τους πρώτους 1-3 μήνες, περιέγραψαν την

νυχτερινή αφύπνιση του βρέφους σαν τον πιο σημαντικό παράγοντα για αυτή την απόφαση (Ball et al., 2002).

Ωστόσο, έχουν αναφερθεί και διαφορές ανάμεσα στα μοτίβα ύπνου των γυναικών και τον τρόπο σίτισης των νεογνών. Οι Quillin et al., δεν βρήκαν στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο 24ωρο μοτίβο ύπνου της μητέρας, ωστόσο οι μητέρες ανέφεραν μια σημαντική διαφορά 48 λεπτών λιγότερου ύπνου στις περιπτώσεις που θηλάζαν αποκλειστικά τα νεογνά τους. Μία ακόμη μελέτη από τους Doan et al., έδειξε ότι οι γονείς από 133 νεογνά τα οποία θηλάζαν αποκλειστικά, είχαν συνολικά περισσότερο ύπνο θηλάζοντας αποκλειστικά τα νεογνά τους κατά μέσο όρο 45 λεπτά σε σχέση με τους γονείς που παρείχαν στα νεογνά τους συμπλήρωμα διατροφής τη νύχτα, πριν κοιμηθούν (6μ.μ. μέχρι και τα μεσάνυχτα). Στην ίδια έρευνα αναφέρεται ότι τα παιδιά τα οποία σιτίζονται με μπιμπερό ταΐζονται συνολικά λιγότερες φορές σε σχέση με τα παιδιά που θηλάζουν αποκλειστικά, περίπου 6-8 φορές η πρώτη κατηγορία και 14 φορές η δεύτερη κατηγορία σε σύνολο 24 ωρών. Αυτό αποδίδεται στη σύσταση του ανθρώπινου γάλακτος, η οποία είναι υπεύθυνη για το συχνότερο τάισμα των νεογνών (Doan et al., 2007, Quillin et al., 2004).

Η σύσταση του ανθρώπινου γάλακτος, των συμπληρωμάτων διατροφής ή των προσθετικών στο γάλα έχει επίσης αναλυθεί σε σχέση με την ικανότητά τους να βελτιώνουν τον ύπνο. Οι Cubero et al., μελέτησαν ένα νεογνικό συμπλήρωμα διατροφής με διαφορετικά συστατικά για την ημέρα και τη νύχτα, το οποίο είχε υψηλή περιεκτικότητα σε τριτοφάνη, υδατάνθρακες, χαμηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνη και δύο νουκλεοτίδια. Τα νεογνά τα οποία τρέφονταν με το συγκεκριμένο συμπλήρωμα διατροφής είχαν συνολικά περισσότερες ώρες ύπνου, καλύτερη απόδοση στον ύπνο, λιγότερες νυχτερινές αφυπνίσεις και η διαδικασία ύπνου έπαιρνε λιγότερη ώρα. Τα δημητριακά τα οποία προστίθενται σε μπουκάλια με ανθρώπινο γάλα ή σε νεογνικά συμπληρώματα διατροφής μελετήθηκαν σε μια πειραματική μακροχρόνια μελέτη, με δείγμα 106 νεογνών με ηλικίες 5 εβδομάδων έως και 4 μηνών. Η μελέτη δεν βρήκε στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με την προσθήκη δημητριακών, τον θηλασμό ή την μέθοδο σίτισης και τον ύπνο. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια των 7 εβδομάδων κατά τις οποίες συλλέχθηκαν τα δεδομένα, στα νεογνά στα οποία δεν δόθηκαν δημητριακά, ανεξάρτητα από τη μέθοδο σίτισης, βρέθηκαν 3 φορές περισσότερες

πιθανότητες να κοιμηθούν 8 συνολικά ώρες κατά τη διάρκεια της νύχτας. Οι Doan et al., αναφέρουν μια στατιστικά σημαντική αύξηση της διάρκειας του ύπνου από 45-47 λεπτά σε ένα σύνολο από 133 μητέρες οι οποίες θηλάζαν αποκλειστικά σε σχέση με τους γονείς οι οποίοι έτρεφαν τα νεογνά τους αποκλειστικά με νεογνικό συμπλήρωμα διατροφής το απόγευμα ή τη νύχτα (Cubero et al., 2006, Doan et al., 2007).

Η κοινή χρήση του κρεβατιού, η επαφή μεταξύ μητέρας και νεογνού και η προσήλωση στην ανατροφή του παιδιού είναι ορολογίες οι οποίες χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν τις καταστάσεις στις οποίες η μητέρα και το νεογνό κοιμούνται μαζί. Οι Ball et al., βρήκαν ότι ο θηλασμός είναι από τους σημαντικότερους λόγους βάση του οποίου οι μητέρες κοιμούνται μαζί με τα νεογνά. Η μελέτη περιλάμβανε ένα δείγμα από 254 μητέρες από το Ηνωμένο Βασίλειο. Άλλοι λόγοι οι οποίοι αναφέρονται στην έρευνα είναι οι πολιτισμικές αντιλήψεις, η πρακτικότητα και η ευκολία της φροντίδας του νεογνού όταν οι μητέρες είναι σε κοντινή απόσταση. Περίπου το 50% των γονέων έχει αποδειχτεί ότι κοιμούνται σε κάποια φάση μαζί με το νεογνό τους (Ball et al., 2007, Willinger et al., 2003). Οι Willinger et al., χρησιμοποιώντας συνολικά 8453 τηλεφωνικές συνεντεύξεις αναφέρουν ότι ο ύπνος μαζί με το νεογνό σε συστηματική βάση διπλασιάστηκε από 5,5% το 1993-1994 σε 12,8% από το 1999-2000. Τα δημογραφικά στοιχεία των γονιών, οι οποίοι κοιμόντουσαν μαζί με το νεογνό, έδειξαν ότι το γεγονός αυτό συνέβαινε με μεγαλύτερη συχνότητα σε Αφροαμερικάνους, Ασιάτες ή Ισπανούς, στις νεότερες μητέρες και σε οικογένειες με χαμηλό εισόδημα. Οι Willinger et al., δεν αναφέρουν στοιχεία σχετικά με τη μέθοδο σίτισης στη συγκεκριμένη έρευνα (Willinger et al., 2003).

Στην έρευνα των Ball et al., αναγνωρίζεται επίσης το γεγονός ότι οι μητέρες οι οποίες επιμένουν στο θηλασμό προτιμούν να κοιμούνται μαζί με τα νεογνά τους ανεξάρτητα από την ώρα του ύπνου ή αν υπήρχαν προβλήματα ύπνου. Οι Ball et al., αναφέρουν ότι οι γονείς που θηλάζουν αποκλειστικά τα νεογνά τους κοιμούνται μαζί με τα νεογνά τους με μεγαλύτερη συχνότητα. Αυτό έρχεται σε συμφωνία και με την έρευνα των Colson et al., οι οποίοι μελετούν τα μοτίβα ύπνου και τον τόπο ύπνου συγκρίνοντας μια ομάδα 16 «τυπικών» γονέων με μια ομάδα 26 LaLecheLeague γονέων. Βρέθηκε ότι τα νεογνά τα οποία θηλάζαν και κοιμόντουσαν μαζί με τους γονείς τους ήταν περισσότερο πιθανόν να

έχουν λιγότερες συνολικά ώρες ύπνου και μεγαλύτερη συχνότητα στη σίτιση. Ωστόσο, στην έρευνα υπάρχει η παραδοχή ότι τα μέλη της ομάδας LaLecheLeague είχαν περισσότερη πιθανότητα να είναι εξοικειωμένοι με τη συχνότερη φροντίδα του νεογνού και τον ύπνο μαζί με το νεογνό λόγω της στήριξης των πρακτικών αυτών από τον οργανισμό του οποίου ήταν μέλη (Ball et al., 2003).

Οι Smith et al., μελέτησαν 35 υποκείμενα χρησιμοποιώντας πολυϋπνογραφία και δεν βρήκαν διαφορές ανάμεσα στο συνολικό χρόνο ύπνου κατά τη διάρκεια του ύπνου μαζί με το νεογνό. Στις περιπτώσεις αυτές, οι μητέρες οι οποίες δεν κοιμόταν συνήθως μαζί με το νεογνό, βαθμολογούσαν την ποιότητα του ύπνου τους σαν χειρότερη σε σχέση με την ποιότητα του ύπνου όταν κοιμόνταν μόνες τους. Στην ίδια έρευνα αναφέρεται, επίσης, ότι στο 79% των πολιτισμών οι γονείς μοιράζονται το ίδιο δωμάτιο με το νεογνό, ενώ το 44% των περιπτώσεων που μελέτησε μοιράζονται την ίδια επιφάνεια. Αυτό έρχεται σε συμφωνία και με άλλες μελέτες στις οποίες αναφέρεται ότι αν και οι επαγγελματίες υγείας δεν συνιστούν οι μητέρες να κοιμούνται μαζί με το νεογνό, αυτό συμβαίνει σε υψηλό ποσοστό το οποίο τις περισσότερες περιπτώσεις δεν καταγράφεται. Η έρευνα καταλήγει, επίσης, με την παραδοχή ότι όταν μελετάται ο ύπνος των νεογνών και των μητέρων θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν και η πολιτιστική πτυχή (Smith et al., 2016, Buswell et al., 2007, Goldberg et al., 2007).

Οι Straw et al., αναφέρουν μια αλλαγή στον ηλεκτροεγκεφαλογράφημα των νεογνών τα οποία εκτίθενται στην ανάγνωση ενός βιβλίου ή ενός ποιήματος κατά τη διάρκεια της κύησης τις νυχτερινές ώρες, και τους διαβάζεται το ίδιο κείμενο και μετά τη γέννηση. Η έρευνα συστήνει την πρακτική αυτή σαν έναν τρόπο για θετική αντίδραση του βρέφους κατά την εγκυμοσύνη η οποία συνεχίζεται και κατά τη διάρκεια του νεογνικού ύπνου. Άλλη μια μελέτη, περιγράφει τη αλληλεξάρτηση ανάμεσα στον φροντιστή και στο περιβάλλον, το οποίο επηρεάζει την ικανότητα του νεογνού να οργανώνει καταστάσεις, όπως ο ύπνος. Σε αυτή την τυχαίοποιημένη δοκιμή, το 100% του δείγματος κοιμήθηκε για 5 ώρες την νύχτα, σε αντίθεση με το 23% του δείγματος ελέγχου. Τα νεογνά και των δύο ομάδων ήταν ηλικίας 8 εβδομάδων, θήλαζαν αποκλειστικά και κατανάλωναν την ίδια ποσότητα γάλατος σε 24 ώρες (όπως αυτή μετρήθηκε από το ζύγισμα της τροφής πριν και μετά τη σίτιση). Η πειραματική ομάδα

ακολούθησε πρακτικές όπως το βάδισμα μαζί με το νεογνό σε περίπτωση αφύπνισης, τους χτύπους στην πλάτη και το άλλαγμα της πάνας ακόμη και αν δεν ήταν απαραίτητο. Το τάισμα προσφέρονταν σαν τελευταία στρατηγική και μόνο αφού το βρέφος ξυπνούσε το βράδυ. Αν και αυτή ήταν μια μελέτη με μικρό δείγμα (μόλις 26 νεογνά), ενίσχυσε την παραδοχή ότι το περιβάλλον μπορεί να επηρεάσει το μοτίβο ύπνου του νεογνού (Straw et al., 2017, McKeena et al., 2005).

Έχουν αναγνωριστεί, επίσης, μια σειρά από τεχνικές οι οποίες επιμηκύνουν τον ύπνο του νεογνού. Αναλυτικότερα, αυτές είναι:

- εξαφάνιση, η οποία ενθαρρύνει τους γονείς να αγνοήσουν το κλάμα του νεογνού είτε τελείως είτε σταδιακά
- η καθιέρωση καλύτερων συνηθειών ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας, με σκοπό τη βελτίωση των συνθηκών ύπνου κατά τη διάρκεια της νύχτας και ανάπτυξη συνηθειών για την ώρα του ύπνου, το τάισμα και το μπάνιο
- ανάπτυξη του αισθήματος μονιμότητας σχετικά με τον τόπο ύπνου, ταΐσματος και μπάνιου
- Φάσκιωμα (Gerrard et al., 2002).

Βρέθηκε, επίσης, μια αύξηση στη συνολική ποσότητα ύπνου, λιγότερες διακοπές κατά τη διάρκεια του ύπνου και λιγότερες περιπτώσεις νυχτερινής αφύπνισης σε μια μελέτη ενός δείγματος νεογνών στα οποία υιοθετήθηκε φάσκιωμα. Ωστόσο, η συγκεκριμένη έρευνα δεν είχε ομάδα ελέγχου και επομένως δεν είναι σαφές αν τα αποτελέσματα προέκυψαν από την παρέμβαση ή από τις αναπτυξιακές αλλαγές που αναμένονται σε βρέφη ηλικίας 4 μηνών. Υπάρχει, επομένως, στη βιβλιογραφία μια αμφισβήτηση σχετικά με το φάσκιωμα. Οι επιστήμονες που αντιτίθενται στην τεχνική αυτή προβάλλουν ως επιχειρήματα την δυσπλασία του ισχίου, τις αναπνευστικές λοιμώξεις και την πρηνή θέση ύπνου σαν παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση συνδρόμου αιφνιδίου θανάτου του νεογνού (Vansleuten et al., 2007).

Αν και ήταν μια μελέτη με περιορισμένο σε μέγεθος δείγμα, οι Stremler et al., ήταν οι πρώτοι οι οποίοι σχεδίασαν την πρώτη τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη

δοκιμή για να μελετήσουν τις στρατηγικές που μπορούν να βελτιώσουν το μητρικό και νεογνικό ύπνο μέσω εκπαίδευσης των γονέων σχετικά με τα φυσιολογικά μοτίβα ύπνου και τις υγιεινές συνήθειες ύπνου. Μελετώντας τους κύκλους ύπνου/αφύπνισης, οι παρεμβάσεις σε 15 νεογνά είχαν σαν αποτέλεσμα 46 λεπτά περισσότερου ύπνου στα νεογνά της ομάδας παρέμβασης σε σχέση με τα νεογνά της ομάδας ελέγχου. Αντίστοιχα, οι γονείς των νεογνών της ομάδας ελέγχου ήταν λιγότερο πιθανόν να αναφέρουν τον ύπνο σαν πρόβλημα. Αυτή η παρέμβαση έχει μικρές τεχνολογικές απαιτήσεις ενώ είναι επίσης χαμηλού κόστους και χρειάζεται να αναπαραχθεί σε μεγαλύτερο δείγμα ώστε να βελτιώσει τα μοτίβα ύπνου των οικογενειών (Stremmler et al., 2007).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Συστηματική Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Η περίοδος της εγκυμοσύνης καθώς και η περίοδος που ακολουθεί μετά τον τοκετό αναγνωρίζονται σαν περίοδοι στις οποίες οι μητέρες είναι ευάλωτες σε ψυχιατρικές διαταραχές, όπως είναι οι διαταραχές διάθεσης, το άγχος και οι ψυχωτικές διαταραχές. Οι λόγοι για τις συγκεκριμένες διαταραχές δεν είναι πλήρως αποσαφηνισμένοι, αν και στη βιβλιογραφία έχουν διατυπωθεί αρκετές υποθέσεις, κυρίως για τη σχέση του νεογνικού ύπνου με την εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης. Οι περισσότερες θεωρίες αποδίδουν τις παθολογικές αυτές αιτίες στις περιφερειακές συγκεντρώσεις των στεροειδών ορμονών του φύλλου, οι οποίες συμβαίνουν στη γυναίκα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και στην περίοδο αμέσως μετά τον τοκετό. Μερικές, επίσης, θεωρίες αποδίδουν την αύξηση των ψυχιατρικών διαταραχών σε μη βιολογικές παραμέτρους, όπως είναι η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, οι συγκρούσεις μέσα στο γάμο ή στις σχέσεις και το στρες το οποίο έχει η μητέρα για τη φροντίδα του παιδιού (Robertson et al., 2004).

2. Σκοπός

Πιο πρόσφατα, έχει προταθεί το γεγονός ότι οι αλλαγές στη φυσιολογία του ύπνου και η επακόλουθη έλλειψη ύπνου παίζουν σημαντικό ρόλο στις ψυχιατρικές διαταραχές. Ο σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης είναι, αρχικά, η διερεύνηση των αλλαγών στη φυσιολογία του ύπνου και οι αλλαγές στη συμπεριφορά κατά τις πρώτες εβδομάδες και μήνες μετά την γέννηση. Μετά την ανασκόπηση των μελετών που προκύπτουν από την αναζήτηση των βιβλιογραφικών βάσεων δεδομένων, γίνεται διερεύνηση της συσχέτισης του νεογνικού ύπνου με την κατάθλιψη και άλλες ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται στις μητέρες. Τέλος, γίνεται μια συζήτηση για τις πιθανές εφαρμογές που μπορεί να έχουν οι συγκεκριμένες πληροφορίες σχετικά με την

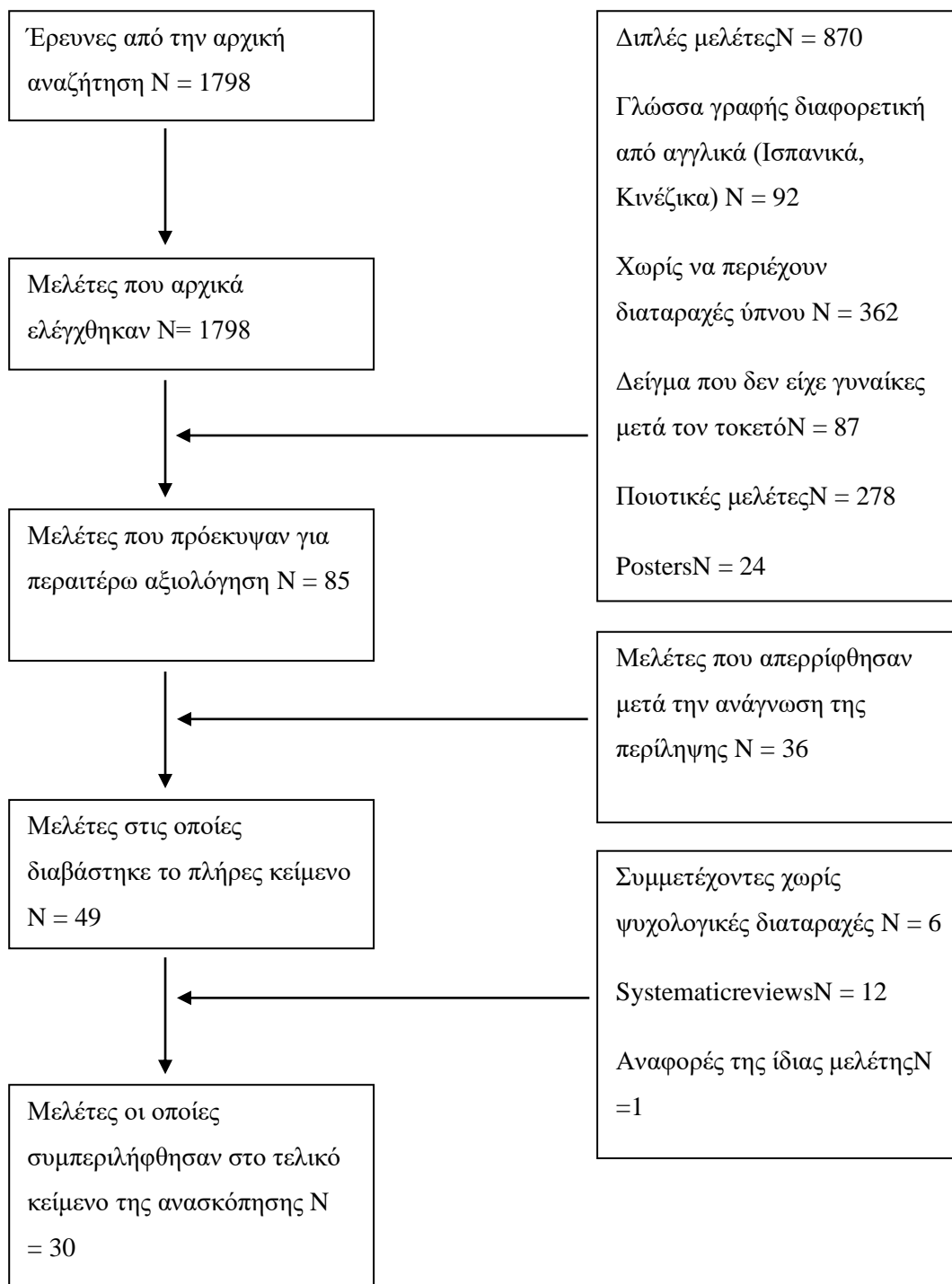
πρόληψη και τη θεραπεία των διαταραχών διάθεσης που εμφανίζονται στη μητέρα κατά την περίοδο μετά την γέννηση του νεογνού.

3. Μεθοδολογία

Για τη διερεύνηση άρθρων σχετικά με το συγκεκριμένο θέμα, έγιναν αναζητήσεις στις διαδικτυακές βάσεις δεδομένων PUBMED, EMBASE και CINAHL χρησιμοποιώντας συνδυασμούς των όρων “sleep”, “pregnancy”, “affect”, “mood”, “depression”, “psychoticdisorders” (AND, OR ,NO). Από την αρχική αναζήτηση προέκυψαν 1798 άρθρα. Στη συνέχεια, 85 άρθρα κρίθηκαν ως επιλέξιμες πηγές για περαιτέρω αξιολόγηση, από τα οποία 36 απορρίφθηκαν κατόπιν ανάγνωσης των περιλήψεών τους. Ύστερα από την εφαρμογή των κριτηρίων ένταξης, προέκυψαν 30 μελέτες οι οποίες συμπεριλήφθηκαν στην εν λόγω συστηματική ανασκόπηση. Η στρατηγική αναζήτησης φαίνεται στο διάγραμμα PRISMA, το οποίο απεικονίζεται στο Διάγραμμα 1. Στον Διάγραμμα 2 παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά των μελετών που συμπεριλήφθηκαν στο τελικό κείμενο της συστηματικής ανασκόπησης.

3.1 Κριτήρια για την συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Στην τελική σύνθεση των άρθρων συμπεριλήφθηκαν όλες οι μελέτες οι οποίες είχαν πρωτότυπα δεδομένα που σχετίζονταν με το βρεφικό και το μητρικό ύπνο, την κατάθλιψη και το άγχος, καθώς επίσης και μελέτες οι οποίες περιέγραφαν αποτελέσματα θεραπευτικών προσεγγίσεων με βάση τον ύπνο με στόχο τις δυο αυτές παθολογικές καταστάσεις.



Διάγραμμα 1. Διάγραμμα ροής της συστηματικής ανασκόπησης τύπου PRISMA

Διάγραμμα 2. Παρουσίαση των επιλεγμένων ερευνών

Συγγραφείς	Ημερομηνία	Τύπος Μελέτης	Πληθυσμός	Εργαλεία μέτρησης	Αποτελέσματα
Buysse et al.,	2000	Review and meta-analysis	60 άρθρα	Ως επί το πλείστο ερωτηματολόγια αυτό – αναφοράς	Η αλληλεπίδραση μεταξύ ύπνου και βρεφικών διαταραχών ύπνου είναι σημαντική.
Rieman et al.,	2000	Review and meta-analysis	56 άρθρα	Ερωτηματολόγια αναφοράς	Ισχυρή αμφίδρομη συσχέτιση ανάμεσα στον ύπνο, τις διαταραχές ύπνου και την κατάθλιψη.
Manber et al.,	2001	RTC	30 ασθενείς	Ερωτηματολόγια αναφοράς	Συσχέτιση ανάμεσα στις στεροειδείς ορμόνες και τον ύπνο που χρειάζεται επιπλέον μελέτη.
Steiger et al.,	2013	Μελέτη παρατήρησης	120 ασθενείς	Επίπεδα ορμονών, ερωτηματολόγιο	Οι ορμόνες του φύλλου συμμετέχουν στην ρύθμιση του ύπνου.
Lancel et al.,	2003	RTC	36 ασθενείς	Επίπεδα ορμονών, ερωτηματολόγιο	Αυξημένα επίπεδα οξυτοκίνης συνδέονται με αυξημένη εγκεφαλική δραστηριότητα και κακή ποιότητα ύπνου.
Baker et al.,	2001	Μελέτη παρατήρησης	9 άντρες και 8 γυναίκες	General Health Questionnaire	Το φύλο, η λήψη ορμονών και ο έμμηνος κύκλος επηρεάζουν τη θερμοκρασία του σώματος.
Santiago et al.,	2001	Review	65 μελέτες	Ερωτηματολόγια	Οι αλλαγές στη φυσιολογία του αναπνευστικού της γυναίκας κατά την εγκυμοσύνη προδιαθέτουν για διαταραχές ύπνου.
Kang et al.,	2002	Cross-sectional	4.191 έγκυες γυναίκες	PSQI, EPDS	Η κακή ποιότητα ύπνου συσχετίζεται με κατάθλιψη.
Gay et al.,	2004	Μελέτη περίπτωσης	4 ζευγάρια με νεογέννητο	Ερωτηματολόγια για εκτίμηση ύπνου	Οι μητέρες ανέφεραν περισσότερα περιστατικά αφύπνισης σε

					σχέση με τους άντρες.
Franklin et al.,	2000	Retrospective, cross-sectional, consecutive case series.	502 γυναίκες που κυοφορούσαν (όχι δίδυμα)	Apgar score, ροχαλιτό	Το ροχαλιτό εμφανίζεται συχνά στις γυναίκες και αποτελεί σημάδι υπέρτασης της εγκυμοσύνης.
Lee et al.,	2000	Μελέτη παρατήρησης	45 γυναίκες κατά το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και 6 μήνες μετά τη γέννηση	PSG	Οι διαταραχές ύπνου είναι περισσότερες τον πρώτο μήνα μετά τη γέννηση του παιδιού .
Hunter et al	2002	Προοπτικής, διαμήκης	109 γυναίκες μετά τη γέννηση του παιδιού τους	Ερωτηματολόγιο με 46 ερωτήσεις, 15 για την ποιότητα του ύπνου και 30 για την κούραση	Η κούραση συσχετίστηκε με την ποιότητα του ύπνου, η ποιότητα του ύπνου συσχετίστηκε με τις νυχτερινές αφυπνίσεις λόγω του νεογνού.
Johnson et al.,	2011	Μελέτη παρατήρησης	98 γυναίκες μετά τη γέννηση του παιδιού	ChildBehaviorChecklist, Ερωτηματολόγιο αυτό-αναφορά για τις μητέρες	Η συχνότητα των συμπτωμάτων δείχνει ότι ο ψυχιατρικός έλεγχος θα ήταν χρήσιμος στη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα .
Swain et al.,	2002	Prospective study	30 πρωτόγεννες μητέρες και 28 μητέρες που δεν είχαν γεννήσει ακόμα	Υποκειμενικά: χρόνος ξεκούρασης, διάρκεια και φορές αφύπνισης, χρόνος αφύπνισης, ενέργεια κατά τη εγρήγορση. Αντικειμενικά: μνήμη, προσοχή, εγρήγορση, ψυχοκινητικές επιδόσεις.	Οι γυναίκες πρέπει να κάνουν αλλαγές στο μοτίβο ύπνου τον πρώτο καιρό μετά τη γέννηση του νεογνού. Σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στους δείκτες ύπνου και στη γνωστική λειτουργία δείχνουν ότι πρέπει να έχουν αρκετό χρόνο ύπνου.
Kang et al.,	2002	Prospective study	10 γυναίκες την περίοδο μετά τον τοκετό	Ημερολόγιο ύπνο, μελέτη κύκλου ύπνου/αφύπνισης	Μικρότερη συνολική διάρκεια ύπνου, λιγότερο αποδοτικός ύπνος, περισσότερος χρόνος για εγρήγορση μετά το

					ξύπνημα.
Swain et al.,	2002	Διαμήκης μελέτη	40 γυναίκες μετά τον τοκετό	Μνήμη, συγκέντρωση, ποιότητα ύπνου	Η μνήμη και η συγκέντρωση επηρεάζεται από την ποιότητα του ύπνου στις νέες μητέρες.
Barter et al.,	2011	Ποιοτική	20 γυναίκες μετά τη γέννηση των πρώτων παιδιών τους	Θεματικές συνεντεύξεις	Οι διαταραχές ύπνου ήταν κοινές για όλες τις μητέρες του δείγματος.
Hiscock et al.,	2001	Cross-sectional community survey	738 μητέρες που είχαν νεογνά μικρότερα των 6 μηνών	Ερωτηματολόγιο	Ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στις διαταραχές του ύπνου και στην κατάθλιψη.
Ficher et al.,	2002	Cross-sectional, self-report survey	109 μητέρες που γέννησαν σε μια συγκεκριμένη ιδιωτική κλινική	Ερωτηματολόγιο	Το ψυχολογικό στρες των νέων μητέρων μπορεί να προέρχεται από την έλλειψη/διαταραχές ύπνου.
Morel et al.,	2003	Διαμήκης μελέτη	38 μητέρες στους πρώτους 6 μήνες μετά τη γέννηση με επακόλουθη μελέτη στον 1 χρόνο	Ερωτηματολόγιο ποιότητας ύπνου και ψυχικών διαταραχών	Οι μητέρες με νεογνά που είχαν διαταραχές ύπνου είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν ψυχικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη.
Dennis et al.,	2005	Cross-sectional	505 γυναίκες με EPDS score < 13	Ερωτηματολόγιο	Το μοτίβο ύπνου του βρέφους και η κόπωση της μητέρας έχουν ισχυρή συσχέτιση.
Monk et al.,	2000	Ποιοτική	30 γυναίκες	Ημι-δομημένες συνεντεύξεις	Το μοτίβο ύπνου του νεογνού μπορεί να αποτελέσει παράγοντα πρόβλεψης της μητρικής κατάθλιψης.
Field et al.,	2005	Διαμήκης	253 έγκυες κατά το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης	Ερωτηματολόγιο για διαταραχές ύπνου, κατάθλιψη, στρες και θυμό	Τα νεογνά από τις καταθλιπτικές μητέρες είχαν περισσότερες διαταραχές ύπνου.
Park et al.,	2013	Διαμήκης	25 υγιείς μητέρες κατά το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης	Μελέτη κύκλων ύπνου και ερωτηματολόγιο EPDS	Η ποιότητα του ύπνου (απόδοση, αφυπνίσεις) συσχετίστηκαν με τη βαθμολογία του EPDS μετά τη

					γέννηση.
Weinberg et al.,	2005	Μελέτη παρατήρησης	36 έγκυες κατά το τρίτο τρίμηνο, 6 μήνες μετά τη γέννηση	Ερωτηματολόγια για την ποιότητα του ύπνου και την κατάθλιψη	Τα μοτίβα ύπνου του νεογνού σχετίζονται με την ποιότητα ύπνου της μητέρας και τις ψυχικές διαταραχές.
Steier et al.,	2002	Μελέτη παρατήρησης	20 γυναίκες μετά την γέννηση του πρώτου παιδιού τους	PSG, ερωτηματολόγιο κατάθλιψης	Τα νεογνά από τις καταθλιπτικές μητέρες είχαν περισσότερες διαταραχές ύπνου.
Parry et al.,	2000	Prospective study	9 γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη	Ερωτηματολόγια σχετικά με την εγρήγορση μετά την αφύπνιση	Οι μητέρες με επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί να επωφεληθούν από παρεμβάσεις στο μοτίβο ύπνου τους.
Eichhammer et al.,	2002	RTC	12 γυναίκες με επιλόχειο κατάθλιψη	Ερωτηματολόγια για συμπτώματα κατάθλιψης	Η μερική έλλειψη ύπνου έχει άμεσες και σημαντικές συνέπειες στην κατάθλιψη.
Oren et al.,	2002	Μελέτη παρατήρησης	16 έγκυες κατά το 3 τρίμηνο της εγκυμοσύνης	Hamilton Depression Scale, Seasonal Affective Disorders Version	Η θεραπεία με φως της ημέρας έχει αντικαταθλιπτικά αποτελέσματα κατά την εγκυμοσύνη.
Epperson et al.,	2004	RTC	10 γυναίκες κατά το 3 ^ο τρίμηνο της εγκυμοσύνης	Hamilton Depression Scale, Seasonal Affective Disorders Version	Η θεραπεία με φως της ημέρας έχει αντικαταθλιπτικά αποτελέσματα κατά την εγκυμοσύνη.

4. Αποτελέσματα συστηματικής ανασκόπησης

4.1 Διαταραχές ύπνου που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη

Πολλά από τα σημαντικότερα συστήματα νευροδιαβίβασης τα οποία εμπλέκονται στη ρύθμιση του ύπνου είναι υπεύθυνα για πολλαπλές λειτουργίες του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένων λειτουργιών που εμπλέκονται σε ψυχιατρικές διαταραχές. Επομένως, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στον ύπνο και τις ψυχικές διαταραχές. Στην έρευνα των Buysse et al., η παραπάνω διαπίστωση υποστηρίζεται από τα εξής ευρήματα:

- συμπτώματα αϋπνίας τα οποία σχετίζονται με αυξημένο ρίσκο για εμφάνιση κατάθλιψης και άγχους
- οι διαταραχές ύπνου είναι από τις πιο συχνά εμφανιζόμενες ψυχιατρικές διαταραχές
- ο χειρισμός του ύπνου και των κινκάρδιων ρυθμών είναι χρήσιμες θεραπευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση των διαταραχών διάθεσης (Buysse et al., 2000).

Η αντικειμενική εκτίμηση των χαρακτηριστικών του ύπνου σε ασθενείς με κατάθλιψη χρησιμοποιώντας πολυϋπνογραφικές μεθόδους έχει αποκαλύψει συστηματικές διαφορές πειραματικών ομάδων σε σχέση με τις αντίστοιχες ομάδες ελέγχου σε έναν αριθμό μεταβλητών που αφορούν τον ύπνο. Ένα από τα σημαντικότερα ευρήματα είναι το γεγονός ότι η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από χαμηλή καθυστέρηση της κατάστασης REM (ο χρόνος που χρειάζεται για να εισέλθει η μητέρα στην κατάσταση ύπνου REM από την έναρξη του ύπνου) (Rieman et al., 2001). Το σύνολο των αντικαταθλιπτικών θεραπειών, συμπεριλαμβανομένων της ψυχοθεραπείας, φαρμακοθεραπείας και της ηλεκτροσπασμωδικής θεραπείας, έχουν δείξει ότι, η βελτίωση της κλινικής εικόνας των καταθλιπτικών ασθενών σχετίζεται με αύξηση της διάρκειας του ύπνου REM. Άλλα χαρακτηριστικά του ύπνου τα οποία έχουν παρατηρηθεί σε

ασθενείς με κατάθλιψη συμπεριλαμβάνουν δυσκολίες στην έναρξη του ύπνου, μείωση της διάρκειας του συνεχόμενου ύπνου (δηλαδή αυξημένος αριθμός αφυπνίσεων), μειωμένη διάρκεια ύπνου βραδέων κυμάτων (μείωση του ποσοστού ύπνου των σταδίων 3 και 4) και αυξημένο ύπνο REM (Buysse et al., 2000).

Στη φυσιολογία του ύπνου έχουν παρατηρηθεί διαφορές ανάλογα με τα φύλλα, τόσο στους ανθρώπους όσο και σε άλλα είδη. Συγκεκριμένα, στις γυναίκες έχει αναφερθεί υψηλότερο εύρος δραστηριότητας βραχέων κυμάτων και βραδύτερη μείωση της δραστηριότητας βραχέων κυμάτων με το πέρασ της ηλικίας (Manber et al., 2000). Επιπλέον, ο ύπνος σχετίζεται και με ορμονικές αλλαγές. Για παράδειγμα, η ορμόνη η οποία ενεργοποιεί το θυρεοειδή αδένα αναστέλλεται κατά τη διάρκεια του ύπνου, ενώ η αυξητική ορμόνη εκφράζεται κατά τη διάρκεια του ύπνου βραχέων κυμάτων, ενώ η έλλειψη ύπνου έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση στην έκκριση της αυξητικής ορμόνης. Η κορτιζόλη ακολουθεί την πολυπλοκότητα του κιρκάδιου ρυθμού, ενώ παρατηρείται αύξηση της συγκέντρωσης κατά το τέλος της νύχτας. Αντίθετα, η προλακτίνη έχει παρατηρηθεί ότι αυξάνεται κατά τη διάρκεια του ύπνου αλλά μπορεί να μειωθεί σε περιπτώσεις αϋπνίας. Η οξυτοκίνη φαίνεται ότι έχει διπλή λειτουργία κατά τη διάρκεια του ύπνου, τουλάχιστον σε ζωικά μοντέλα. Σε μη στρεσογόνες καταστάσεις η οξυτοκίνη μπορεί να προάγει τον ύπνο, ενώ σε περιπτώσεις στρες η οξυτοκίνη μπορεί να αυξάνει την αγρυπνία (Steiger et al., 2003, Lancel et al., 2003).

Τα αντιφατικά δεδομένα σχετικά με το ρόλο που παίζουν οι ορμόνες του φύλλου στον ύπνο, είναι πιθανότατα αποτέλεσμα των μεθοδολογικών διαφορών που παρατηρούνται στις μελέτες. Για παράδειγμα, κάποιες μελέτες έχουν εκτιμήσει τα αποτελέσματα της φαρμακολογικής ορμονικής θεραπείας (π.χ. πρεγνενολόνη) στον ύπνο των ανδρών (Steiger et al., 2001), γεγονός που πιθανότατα προσφέρει διαφορετικά αποτελέσματα από τη μελέτη του ύπνου κατά τη διάρκεια του έμμηνου κύκλου των γυναικών. Παρομοίως, τα αποτελέσματα της εξωγενούς χορήγησης υψηλών δόσεων οιστρογόνων με τη μορφή συνθετικών σκευασμάτων, διαφέρουν εκτεταμένα σε σχέση με τη συγκέντρωση των ουσιών υπό φυσιολογικές συνθήκες στον οργανισμό (Baker et al., 2001).

4.2 Αλλαγές στη φυσιολογία του ύπνου που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη

Η εγκυμοσύνη καθώς και η περίοδος μετά τη γέννηση του παιδιού είναι δυο παράγοντες οι οποίοι καθιστούν την εξίσωση του ύπνου περισσότερο δύσκολη. Αν λάβουμε υπ' όψιν τις υψηλές συγκεντρώσεις της ενδογενούς προγεστερόνης, οι οποίες συμβαίνουν τυπικά κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, εύκολα μπορούμε να αναλογιστούμε ότι η μείωση των συγκεντρώσεών της στη μητέρα μετά τη γέννηση του παιδιού σχετίζεται με την αύξηση της αϋπνίας. Η αύξηση της αϋπνίας σχετίζεται, επίσης, με τις αγχολυτικές ιδιότητες της προγεστερόνης και των μεταβολιτών της (Santiago et al., 2001).

Μια πρόσφατη μελέτη των Kang et al., σε σχέση με τον ύπνο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αναγνώρισε ότι υπάρχουν αρκετά επιστημονικά κενά στην κατανόηση του θέματος. Η πλειοψηφία των δεδομένων τα οποία έχουν συλλεχθεί σχετικά με τον ύπνο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν έχουν αντικειμενικές σωματικές μετρήσεις. Επιπλέον, η παρεξήγηση της κατάστασης του ύπνου είναι κοινό φαινόμενο στους συμμετέχοντες των ερευνών και χρειάζονται περισσότεροι τρόποι αντικειμενικών μετρήσεων προκειμένου να έχουμε ξεκάθαρα δεδομένα. Μια λεπτομερής περιγραφή των διαταραχών ύπνου δεν εμπίπτει στους στόχους της συγκεκριμένης ανασκόπησης, ωστόσο είναι σημαντικό να σημειώσουμε ότι οι διαταραχές ύπνου, όπως οι διαταραχές αναπνοής κατά τον ύπνο και το σύνδρομο ανήσυχων ποδιών, παρατηρούνται με ιδιαίτερα μεγάλη συχνότητα και μπορεί να έχουν δυσμενείς συνέπειες τόσο στην υγεία του νεογνού όσο και στην υγεία της μητέρας (Kang et al., 2002, Franklin et al., 2000, Lee et al., 2000).

Σε μια παλιότερη μελέτη, παρατηρήθηκε ότι οι νυχτερινές αφυπνίσεις αυξάνονταν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, ωστόσο το φαινόμενο δεν επιλύονταν πλήρως μετά τη γέννηση του νεογνού. Το συγκεκριμένο εύρημα δεν πρέπει να προκαλεί έκπληξη αν λάβουμε υπ' όψιν ότι οι διαταραχές ύπνου που προκαλούνται από τα νεογνά (λόγω απαιτήσεων για θηλασμό) είναι αυξημένες στη συγκεκριμένη περίοδο. Ωστόσο, η ίδια μελέτη παρατήρησε ότι οι διαταραχές

ύπνου διατηρούνταν ακόμα και στις περιπτώσεις που οι μητέρες κοιμόταν σε διαφορετικό χώρο σε σχέση με τα νεογνά (Lee et al., 2000).

Σε μια άλλη μελέτη, στην οποία συμμετείχαν 33 έγκυες γυναίκες που υποβλήθηκαν σε πολυύπνογραφία, ο συνολικός χρόνος ύπνου αυξήθηκε σημαντικά το πρώτο τρίμηνο και μειώθηκε σημαντικά κατά το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, όπου και παρατηρήθηκε λιγότερη διάρκεια ύπνου βραδέων κυμάτων και περισσότερες αφυπνίσεις. Συνεπώς, ο ύπνος των γυναικών ήταν λιγότερο αποτελεσματικός. Οι διαταραχές ύπνου ήταν, επίσης, χειρότερες κατά τον πρώτο μήνα μετά τη γέννηση του νεογνού (Hunter et al., 2002). Επιπλέον, η παρακολούθηση του ύπνου των εγκύων γυναικών κατά την 5^η εβδομάδα πριν την κύηση μέχρι και την 15^η εβδομάδα μετά την κύηση έχει δείξει μια μείωση στο συνολικό χρόνο ύπνου, μείωση της αποτελεσματικότητας του ύπνου και αύξηση στο χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μετά τη επανέναρξη του ύπνου (Kang et al., 2002).

Τα αποτελέσματα των ερευνών σχετικά με τις επιπτώσεις της εγκυμοσύνης στον ύπνο REM και στην καθυστέρηση του ύπνου REM, διαφέρουν λόγω των μεθοδολογικών δυσκολιών, συμπεριλαμβανομένης της αδυναμίας καταγραφής της συνολικής διάρκειας του ύπνου και των ύπνων μικρής διάρκειας (naps). Παρά τις κοινές αναφορές, όπως η κόπωση, καμία έρευνα δεν ποσοτικοποιεί τον ύπνο με αντικειμενικές μεθόδους, όπως είναι η δοκιμασία πολλαπλής καθυστέρησης ύπνου και η δοκιμασία διατήρησης εγρήγορσης (Maintenance of Wakefulness Test). Ο προβληματισμός σχετικά με το αν οι σύντομοι ύπνοι κατά τη διάρκεια της ημέρας δρουν αρνητικά στη νυχτερινή αϋπνία δεν αναφέρεται επίσης από καμία μελέτη. Ωστόσο, αν συνδυάσουμε τις αντικειμενικές μελέτες σχετικά με το νυχτερινό ύπνο, αυτές δείχνουν μια προοδευτική επιδείνωση της ποιότητας ύπνου κατά την εγκυμοσύνη, σημαντικά προβλήματα ύπνου μετά τον τοκετό τα οποία μπορεί να διαρκέσουν τουλάχιστον μέχρι και τους πρώτους τρεις μήνες.

4.3 Ύπνος και επιλόχειος κατάθλιψη

Τουλάχιστον ένα ποσοστό 85% γυναικών οι οποίες τεκνοποιούν αναφέρουν ότι νοιώθουν διαταραχές στη διάθεσή τους την πρώτη εβδομάδα μετά τη γέννηση του νεογνού. Αν και οι διαταραχές αυτές έχουν συσχετιστεί στη βιβλιογραφία με τη διάγνωση επιλόχειας κατάθλιψης σε πολλές περιπτώσεις, για τις περισσότερες γυναίκες τα συμπτώματα είναι ήπια και δεν διαταράσσουν την καθημερινή τους λειτουργία ενώ γενικά θεωρούνται σαν μια φυσιολογική συνέπεια των σωματικών και ψυχολογικών δυσκολιών που σχετίζονται με τον τοκετό (Johnson et al., 2011).

Η κόπωση είναι γενικά ένα σύμπτωμα που παρουσιάζει η πλειοψηφία των γυναικών κατά τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό, γεγονός που οδηγεί πολλές έρευνες να τη συσχετίσουν με την κατάθλιψη και τη γενικότερη συναισθηματική αντίδραση των γυναικών σε εκείνη τη χρονική περίοδο. Σε μια μελέτη με δείγμα που αποτελούνταν από 30 γυναίκες στην πρώτη τους εγκυμοσύνη και 28 γυναίκες στη δεύτερη εγκυμοσύνη, αρνητική διάθεση η οποία παρατηρήθηκε στην πρώτη ομάδα δεν παρουσίασε την αντίστοιχη στατιστική σημαντικότητα στη δεύτερη ομάδα. Τα αποτελέσματα της ίδιας έρευνας αναφέρουν, επίσης, ότι ο χρόνος τον οποίο ξοδεύουν οι νέες μητέρες ξύπνιες μπορεί να προσδιορίσει αν νοιώθουν συναισθήματα αρνητικής διάθεσης, τα οποία στις περισσότερες περιπτώσεις κατηγοριοποιούνται σαν κατάθλιψη (Swain et al., 2002).

Σε μια επιπλέον μελέτη στην οποία συμμετείχαν 35 ψυχολογικά υγιείς γυναίκες μετά από κοιλικό τοκετό, αναφέρεται ότι τα σκορ των γυναικών σχετικά με την συναισθηματική κόπωση (σε κλίμακα Likert), συσχετίζονται με στατιστική σημαντικότητα με τα σκορ των γυναικών στην κλίμακα κατάθλιψης του Beck, τόσο 2 ημέρες πριν όσο και 2 ημέρες μετά τον τοκετό. Επιπλέον, δεν υπήρχε κάποια συσχέτιση ανάμεσα στις μεταβλητές αυτές 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό (Kuo et al., 2012).

Σε μια ξεχωριστή έρευνα, η οποία είχε ένα δείγμα από 63 γυναίκες, οι αυτό - αναφερόμενες διαταραχές ύπνου κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου της κύησης συσχετίστηκαν με στατιστική σημαντικότητα με κλίμακες κατάθλιψης, αν

και κατά την παρατήρηση των συγγραφέων, η προγεννητική κατάθλιψη μπορεί να είναι μια μεταβλητή που μπορεί να επηρεάζει τα συγκεκριμένα ευρήματα. Επίσης, δε βρέθηκαν συσχετίσεις ανάμεσα στην διακοπή του ύπνου λόγω νεογνικών διαταραχών και τις κλίμακες διάθεσης τις 9 ημέρες μετά από τον τοκετό. Ωστόσο, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι τα δυσάρεστα αποτελέσματα της έλλειψης ύπνου είναι αθροιστικά και δεν είναι εμφανή μετά από την απώλεια μιας νύχτας ύπνου (Barker et al., 2011).

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι υπάρχουν περιορισμένες αποδείξεις σχετικά με την έλλειψη ύπνου κατά την προχωρημένη εγκυμοσύνη καθώς και την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό οι οποίες συσχετίζονται ωστόσο με την επιλόχειο κατάθλιψη. Φαίνεται ότι στην πλειοψηφία των γυναικών η διάθεση βελτιώνεται με την σταδιακή μείωση των διαταραχών ύπνου κατά τον βραδινό ύπνο. Για τις γυναίκες οι οποίες συνεχίζουν να βιώνουν διαταραχές ύπνου και μετά τον τοκετό, πιθανόν λόγω διαταραχών ύπνου του νεογνού, μπορεί να μην βελτιωθεί η διάθεσή τους και να εξελιχθεί σε κατάθλιψη. Ωστόσο, περαιτέρω έρευνα χρειάζεται για την επιβεβαίωση της παραπάνω υπόθεσης.

Οι έρευνες οι οποίες συσχετίζουν την επιλόχειο κατάθλιψη στις γυναίκες και την έλλειψη ύπνου, επικεντρώνονται κυρίως στις διαταραχές ύπνου των νεογνών, όπως για παράδειγμα οι παρατεταμένες και συχνές αφυπνίσεις του νεογνού και η δυσκολία ηρεμίας του νεογνού τις βραδινές ώρες. Έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην μητρική κατάθλιψη και τις διαταραχές ύπνου του νεογνού, ενώ όταν ο ύπνος του νεογνού βελτιώνεται υπάρχουν αντίστοιχες βελτιώσεις και στον ύπνο της μητέρας. Αν και οι παράμετροι του μητρικού ύπνου σπάνια υπολογίζονται στις συγκεκριμένες μελέτες, έχει διατυπωθεί η υπόθεση ότι οι προβληματικές συμπεριφορές ύπνου των παιδιών μπορεί να έχουν σαν αποτέλεσμα χρόνιες διαταραχές ύπνου στη μητέρα, κάτι που μπορεί τελικά να οδηγήσει σε μητρική κατάθλιψη (Hiscock et al., 2001, Fisher et al., 2002, Morrell et al., 2003).

Σε μια συγχρονική έρευνα, η οποία συνέλεξε δείγμα 109 εισαγωγών στο νοσοκομείο από μητέρες με νεογνά που είχαν προβλήματα στη σίτιση και στον ύπνο των νεογνών, η κλινική κόπωση (όπως αυτή μετρείται από την κλίμακα Profile of Mood States Fatigue), παρατηρήθηκε σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις.

Ωστόσο, η κλινική κόπωση διαχωρίζεται στη μελέτη από την κλινική κατάθλιψη με βάση μια ανάλυση συσταδοποίησης (Fiscer et al., 2002). Μια διαφορετική μελέτη, η οποία συνέλλεξε δεδομένα αυτό-αξιολόγησης σε σχέση με την ποιότητα του μητρικού ύπνου, μια θεραπευτική παρέμβαση η οποία δρούσε με επιτυχία στα προβλήματα των νεογνών, είχε σαν αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας του μητρικού ύπνου (Hiscock et al., 2002). Οι πιθανές σχέσεις ανάμεσα στη μητρική κατάθλιψη και την ποιότητα του ύπνου δεν εξετάστηκαν στη συγκεκριμένη μελέτη. Ωστόσο, σε μια σχετική μελέτη, στην οποία εξετάστηκε μέσω αυτό-αξιολόγησης η ποιότητα του μητρικού ύπνου, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στα συμπτώματα μητρικής κατάθλιψης και τις διαταραχές ύπνου των νεογνών (Hiscock et al., 2001).

Αν και τα παραπάνω δεδομένα δημιουργούν μια τάση συσχέτισης, δεν έχει ξεκαθαριστεί ακόμη ότι υπάρχει σαφής συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών. Πιθανό είναι επίσης το γεγονός, ότι τα παιδιά μητέρων που πάσχουν από κατάθλιψη, είναι περισσότερο επιρρεπή σε προβλήματα ύπνου, πιθανότατα σαν απόκριση στην παρατηρούμενη έλλειψη συναισθηματικής επένδυσης από μέρους της μητέρας ή στις δυσκολίες της μητέρας να διαχειριστεί τις νυχτερινές αφυπνίσεις του νεογνού. Τα παιδιά που γεννιούνται από μητέρες που πάσχουν από κατάθλιψη μπορεί επίσης να παρουσιάζουν πρώιμα συμπτώματα γενετικά μεταδιδόμενων ψυχιατρικών διαταραχών ή διαταραχών ύπνου. Επιπλέον, τα προβλήματα ύπνου των νεογνών μπορεί να διαταράζουν τον κύκλο ύπνου και άλλων μελών της οικογένειας, συμπεριλαμβανομένων του συντρόφου της μητέρας και των μεγαλύτερων σε ηλικία παιδιών, γεγονότα που μπορεί να διαταράξουν περαιτέρω τον ύπνο της μητέρας. Η κατεύθυνση ανάμεσα στις διαταραχές ύπνου των νεογνών και την μητρική κατάθλιψη αναλύονται περαιτέρω στην έρευνα των Dennis et al., οι οποίοι αναφέρουν ότι τα προβλήματα ύπνου των νεογνών συσχετίζονται με τις δυσκολίες ύπνου της μητέρας στο τρίτο τρίμηνο της κύησης (Dennis et al., 2005).

Οι μεθοδολογικές δυσκολίες οι οποίες παρουσιάζονται στις συγκεκριμένες έρευνες κάνουν την ερμηνεία των αποτελεσμάτων δυσκολότερη. Πολλές από τις μελέτες βασίζονται στην αναφορά των μητέρων σχετικά με τις διαταραχές ύπνου των νεογνών, γεγονός που δημιουργεί μια πιθανότητα μεροληψίας. Επίσης, υπάρχει η περίπτωση, όπως παρατηρήθηκε από τους Hiscock et al., οι μητέρες οι

οποίες υποφέρουν από κατάθλιψη να είναι ξύπνιες για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια της νύχτας και να έχουν την ικανότητα να παρατηρούν τις αφυπνίσεις ή άλλα προβλήματα του νεογνού. Περισσότερες έρευνες, συμπεριλαμβανομένων ερευνών που χρησιμοποιούν αντικειμενικά μέσα για τον ύπνο της μητέρας και του νεογνού είναι απαραίτητες για την κατανόηση της συσχέτισης του διαταραχών ύπνου των νεογνών και της μητρικής κατάθλιψης.

4.4 Μελέτες πολυϋπνογραφίας και EEG

Πιο αντικειμενικά δεδομένα για τη διερεύνηση μιας πιθανής συσχέτισης ανάμεσα στις διαταραχές ύπνου και τη μητρική κατάθλιψη μπορούν να προέλθουν από μελέτες που χρησιμοποιούν EEG (ηλεκτροεγκεφαλογράφημα). Σε μια τέτοια μελέτη οι Lee et al., μελέτησαν τον ύπνο της μητέρας κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και 1 μήνα μετά τον τοκετό. Η αυτό-αξιολογούμενη διάθεση της μητέρας ήταν στο κατώτερο όριο 1 μήνα μετά τον τοκετό. Οι συμμετέχοντες κατηγοριοποιήθηκαν σε δύο κύριες ομάδες: τις μητέρες που είχαν θετικές ψυχολογικές συνέπειες μετά τον τοκετό (<30% μεταβολή στην κλίμακα κατάθλιψης σε σχέση με τον πρώτο τρίμηνο της κύησης) και τις μητέρες που είχαν αρνητικές ψυχολογικές συνέπειες (>30% μεταβολή στην κλίμακα κατάθλιψης σε σχέση με το πρώτο τρίμηνο της κύησης). Οι συμμετέχοντες και των δύο ομάδων είχαν λιγότερη καθυστέρηση REM στον ύπνο τους σε σχέση με το τρίτο τρίμηνο της κύησης. Υπήρχαν επίσης διαφορές και στη συνολική διάρκεια του ύπνου και πιο συγκεκριμένα η ομάδα που επηρεάστηκε αρνητικά κοιμόταν κατά μέσο όρο 20 λεπτά περισσότερο σε σχέση με την ομάδα που επηρεάστηκε θετικά η οποία κοιμόταν κατά μέσο όρο 80 λεπτά περισσότερο (Lee et al., 2000).

Μία μόνο μελέτη εξέτασε τον ύπνο σε γυναίκες οι οποίες είχαν διαγνωστεί με επιλόχεια κατάθλιψη. Η μελέτη αυτή συνέκρινε τα δεδομένα από EEG σε γυναίκες που είχαν διαγνωστεί με επιλόχειο κατάθλιψη 4 εβδομάδες μετά τον τοκετό και δεν είχαν προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης. Σαν ομάδα ελέγχου

χρησιμοποιήθηκε ομάδα γυναικών με κατάθλιψη η οποία δεν είχε σχέση με τοκετό. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο ύπνος διαταράσσεται λιγότερο στις γυναίκες με επιλόχειο κατάθλιψη σε σχέση με τις γυναίκες που δεν υποφέρουν από κατάθλιψη που δεν σχετίζεται με τον τοκετό. Ο κυριότερος περιορισμός της συγκεκριμένης έρευνας είναι το γεγονός ότι έγινε σύγκριση ανάμεσα σε δύο κατηγορίες γυναικών που έπασχαν από κατάθλιψη, ωστόσο δεν υπήρχε ομάδα υγιών γυναικών ώστε να συγκριθούν οι μετρήσεις για τον ύπνο. Επίσης, αναφέρεται ότι στο εργαστήριο ύπνου οι γυναίκες κοιμόταν χωρίς την παρουσία νεογνών, γεγονός που προκαλεί αμφιβολίες για το πόσο οι γυναίκες αυτές είχαν τα τυπικά μοτίβα ύπνου (Monk et al., 2000).

Ωστόσο, με βάση τα περιορισμένα αυτά δεδομένα από τις δύο έρευνες, υπάρχουν διαφορές στα δεδομένα του EEG ανάμεσα σε γυναίκες που είτε έχουν επιλόχεια κατάθλιψη είτε είναι μέλος ομάδας υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη επιλόχειας κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα, τα δεδομένα αυτά περιλαμβάνουν αυξημένη καθυστέρηση REM, αυξημένο συνολικό χρόνο ύπνου κατά την εγκυμοσύνη και μειωμένο συνολικό χρόνο ύπνου κατά την περίοδο μετά τον τοκετό.

Αρκετοί είναι οι μηχανισμοί οι οποίοι έχουν προταθεί για να δικαιολογήσουν τη σχέση μεταξύ του ύπνου και των διαταραχών διάθεσης στις μητέρες μετά την κύηση. Ο μηχανισμός ο οποίος είναι αποδεκτός από το μεγαλύτερο μέρος της επιστημονικής κοινότητας είναι η υπόθεση “socialzeitberg”, σύμφωνα με την οποία οι ψυχοκοινωνικές αλλαγές μπορούν να διαφοροποιήσουν τις κοινωνικές ρουτίνες της μητέρας και να οδηγήσουν σε διαταραχή του φυσιολογικού κερκαδικού ρυθμού, καθώς επίσης και τελικά, σε κατάθλιψη (Monk et al., 2000).

4.5 Διαταραχές νεογνικού ύπνου και συμπτώματα άγχους

Οι πιθανές διαταραχές ύπνου στα νεογνά έχουν συσχετιστεί εκτός από καταθλιπτικές διαταραχές και με άγχος, το οποίο τις περισσότερες φορές παρουσιάζεται σαν συνοσηρότητα. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι οι

συμπεριφορές αυτές είναι ανεξάρτητες με την τεκνοποίηση και καμία κοινωνικό-οικονομική παράμετρος δεν έχει συσχετιστεί με στατιστική σημαντικότητα μαζί τους. Επομένως, η μετάβαση από έναν διαταραγμένο ύπνο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης στην περίοδο βρεφικής φροντίδας καθώς, επίσης, και οι γενετικοί παράγοντες που πιθανόν καθορίζουν τον κιρκάδιο ρυθμό του ύπνου του νεογνού, πιθανόν να επηρεάζουν τη συγκεκριμένη συσχέτιση. Επιπλέον, μητέρες με ιστορικό διαγνωσμένου κλινικού άγχους μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευάλωτες στις διαταραχές ύπνου, ενώ χρειάζονται ενίσχυση στη γνώση τους σχετικά με τις συμπεριφορές ύπνου του νεογνού (Field et al., 2005, Park et al., 2013). Μια επιπλέον ερμηνεία μπορεί να είναι ο μικρότερος βαθμός ευαισθησίας τον οποίο επιδεικνύουν οι μητέρες κατά τον ύπνο με τα νεογνά, ειδικά αν έχουν ιστορικό κατάθλιψης ή άγχους (Weinberg et al., 2000).

4.6 Παρεμβάσεις που αναφέρονται στις μελέτες της συστηματικής ανασκόπησης

Ένας αριθμός από παρεμβάσεις έχουν προταθεί για την ελαχιστοποίηση των διαταραχών ύπνου κατά την επιλόχεια περίοδο, τουλάχιστον κατά την παραμονή του βρέφους και της μητέρας στο νοσοκομείο. Οι παρεμβάσεις αυτές συμπεριλαμβάνουν την σίτιση μετά από ζήτηση και όχι τη σίτιση με ρουτίνα, την επιλογή για παραμονή του νεογνού στο ίδιο δωμάτιο με τη μητέρα, την αύξηση του χρονικού διαστήματος νοσηλείας μετά τον τοκετό και τον περιορισμό του επισκεπτηρίου. Η αποτελεσματικότητα των συγκεκριμένων παρεμβάσεων έχει εκτιμηθεί στην μελέτη των Steiner et al., με ένα σύνολο δείγματος 179 γυναικών σε μια περίοδο 5 ετών, όπου γινόταν διερευνητικές ερωτήσεις στους ασθενείς τηλεφωνικά. Τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά, αφού αυτές οι γυναίκες παρουσίασαν βελτίωση στην κλίμακα Edinburgh Postnatal Depression Scale (<11, που θεωρείται το κατώφλι για τη διάγνωση κατάθλιψης). Αν και τα αποτελέσματα δείχνουν την αποτελεσματικότητα των προαναφερθέντων παρεμβάσεων, είναι απαραίτητο να γίνουν περισσότερες μελέτες με μεγαλύτερη έμφαση στην προσήλωση στο πρωτόκολλο, ώστε να γενικευτεί η σύσταση της παρέμβασης (Steiner et al., 2002).

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις οι οποίες έχουν σαν στόχο την βελτίωση της παθολογικής έλλειψης ύπνου βελτιώνουν παροδικά τη διάθεση σε ασθενείς με επιλόχειο κατάθλιψη. Οι παρεμβάσεις αυτές αφορούν τόσο τη βελτίωση του ύπνου στις μητέρες όσο και την αντιμετώπιση των διαταραχών ύπνου των νεογνών (Parry et al., 2000). Ωστόσο, στην ίδια έρευνα αναφέρεται ότι οι συγκεκριμένες θεραπείες δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην κλινική πρακτική λόγω της προσωρινής υποχώρησης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στη συγκεκριμένη κατηγορία ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, μετά το πέρας της θεραπείας, παρατηρήθηκε επανεμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης σε διάστημα 1 εβδομάδας. Επιπλέον, έχει προταθεί διακρανικός μαγνητικός ερεθισμός για την παράταση των συμπτωμάτων της έλλειψης ύπνου, μια μέθοδος η οποία είναι πιθανότατα ασφαλής και στις έγκυες γυναίκες (Eichhammer et al., 2002). Εν τούτοις, απαιτούνται περισσότερες επιστημονικές αποδείξεις για την καθιέρωση της συγκεκριμένης θεραπευτικής μεθόδου.

Το φως, είναι σημαντικό στοιχείο στη ρύθμιση του κιρκάδιου ρυθμού, και έχουν προταθεί θεραπείες με βάση το φως για την γυναίκες στην περίοδο μετά τον τοκετό. Μια σημαντική μελέτη στον τομέα αυτό, συνέλεξε ένα δείγμα 16 γυναικών με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή οι οποίες υποβλήθηκαν σε φωτοθεραπεία για 3-5 εβδομάδες. Τα αποτελέσματα έδειξαν βελτίωση στην κλίμακα *Hamilton Rating Scale for Depression* (Oren et al., 2002). Τα αποτελέσματα αυτά αναπαράχθηκαν και από άλλη μία έρευνα μικρότερης κλίμακας (διπλά τυφλή ελεγχόμενη δοκιμή), σε γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη μετά από 5 εβδομάδες φωτοθεραπείας (Epperson et al., 2004).

5. Περιορισμοί συστηματικής ανασκόπησης

Οι σημαντικότεροι περιορισμοί της συστηματικής ανασκόπησης ήταν οι μεθοδολογικές αδυναμίες των ερευνών, οι οποίες περιόριζαν την έκταση γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Μια σειρά περιορισμών ήταν η αυτό-αξιολόγηση της ποιότητας και της ποσότητας του ύπνου. Από την άλλη πλευρά, οι μελέτες με πολυϋπνογραφία, δυσκολεύουν σε μεγάλο βαθμό τους συμμετέχοντες, ειδικά τις μητέρες που έχουν να φροντίσουν ένα νεογνό. Επομένως, οι γυναίκες οι οποίες συμφωνούν στη συμμετοχή ερευνών πολυϋπνογραφία αμέσως μετά τον τοκετό, είναι απίθανο να αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα της συγκεκριμένης κατηγορίας γυναικών. Επιπλέον, φαίνεται ότι η σχέση ανάμεσα στον ύπνο της μητέρας, τις διαταραχές ύπνου του νεογνού και των ψυχιατρικών διαταραχών, όπως είναι το άγχος και η κατάθλιψη, χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση.

6. Συμπεράσματα συστηματικής ανασκόπησης

Στην παρούσα διπλωματική έγινε μια προσπάθεια για συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τη συσχέτιση ανάμεσα στις διαταραχές ύπνου/σίτισης των νεογνών και τις διαταραχές διάθεσης της μητέρας. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η σχέση αυτή είναι σημαντική και χρειάζεται περαιτέρω μελέτη. Η μείωση των μητρικών διαταραχών ύπνου συσχετίζεται με την μείωση των διαταραχών ύπνου του νεογνού και αποτελεί μια αποτελεσματική μέθοδος όσον αφορά τη σχέση κόστους/απόδοσης στην αντιμετώπιση των κλινικών συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους. Μελέτες οι οποίες προσφέρουν μετρήσεις σχετικά με τον ύπνο της μητέρας αλλά και τη διάθεση της κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και την άμεση περίοδο μετά τον τοκετό (ειδικά αυτές που χρησιμοποιούν πολυϋπνογραφία ή μελέτη κύκλων ύπνου/αφύπνισης) μπορούν να παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τις αιτίες και την αντιμετώπιση των διαταραχών ύπνου του νεογνού και της μητέρας που συσχετίζονται με την μητρική διάθεση.

Βιβλιογραφία

- Aboud, F. E., Shafique, S., & Akhter, S. (2009). A responsive feeding intervention increases children's self-feeding and maternal responsiveness but not weight gain. *The Journal of nutrition*, 139(9), 1738-1743.
- Anders, T. F., Keener, M. A., & Kraemer, H. (1985). Sleep-wake state organization, neonatal assessment and development in premature infants during the first year of life. II. *Sleep*, 8(3), 193-206.
- Bach, S. (2018). States of consciousness. In *A New Freudian Synthesis* (pp. 51-64). Routledge.
- Baker FC, Waner JI, Vieira EF, Taylor SR, Driver HS, Mitchell D. Sleep and 24 hour body temperatures: a comparison in young men, naturally cycling women and women taking hormonal contraceptives. *J Physiol* 2001;530:565-74.
- Ball, H. L. (2002). Reasons to bed-share: why parents sleep with their infants. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20(4), 207-221.
- Ball, H. L. (2003). Breastfeeding, bed-sharing, and infant sleep. *Birth*, 30(3), 181-188.
- Ball, H. L., Douglas, P. S., Kulasinghe, K., Whittingham, K., & Hill, P. (2018). The Possums Infant Sleep Program: parents' perspectives on a novel parent-infant sleep intervention in Australia. *Sleep health*, 4(6), 519-526.
- Beijers, R., Jansen, J., Riksen-Walraven, M., & de Weerth, C. (2011). Attachment and infant night waking: A longitudinal study from birth through the first year of life. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 32(9), 635-643.
- Barker, E. D., Jaffee, S. R., Uher, R., & Maughan, B. (2011). The contribution of prenatal and postnatal maternal anxiety and depression to child maladjustment. *Depression and anxiety*, 28(8), 696-702.
- Belsky, J. (1999). Modern evolutionary theory and patterns of attachment.

- Bentley, M. E., Wasser, H. M., & Creed-Kanashiro, H. M. (2011). Responsive feeding and child undernutrition in low-and middle-income countries. *The Journal of nutrition, 141*(3), 502-507.
- Binns, C., Lee, M. and Low, W.Y., 2016. The long-term public health benefits of breastfeeding. *Asia Pacific Journal of Public Health, 28*(1), pp.7-14.
- Black, M. M., &Aboud, F. E. (2011). Responsive feeding is embedded in a theoretical framework of responsive parenting. *The Journal of nutrition, 141*(3), 490-494.
- Bowlby, J., & Ainsworth, M. (2013). The origins of attachment theory. *Attachmenttheory: Social, developmental, and clinicalperspectives, 45*, 759-775.
- Brown, A., & Lee, M. (2011). Maternal child-feeding style during the weaning period: association with infant weight and maternal eating style. *Eatingbehaviors, 12*(2), 108-111.
- Brumariu, L. E. (2015). Parent–child attachment and emotion regulation. *Newdirections for child and adolescentdevelopment, 2015*(148), 31-45.
- Buswell, S. D., &Spatz, D. L. (2007). Parent-infant co-sleeping and its relationship to breastfeeding. *Journal of Pediatric Health Care, 21*(1), 22-28.
- Buysse DJ, Nofzinger EA, Keshavan MS, Reynolds CF, Kupfer DJ. Psychiatric disorders associated with disturbed sleep and circadian rhythms. In: Turek FW, Zee PC, editors. *Regulation of sleep and circadian rhythms*. NewYork: MarcelDekker Inc.; 1999. p. 597-641.
- Carlo, G., McGinley, M., Hayes, R. C., & Martinez, M. M. (2012). Empathy as a mediator of the relations between parent and peer attachment and prosocial and physically aggressive behaviors in Mexican American college students. *Journal of Social and PersonalRelationships, 29*(3), 337-357.
- Coble, P. A., Reynolds III, C. F., Kupfer, D. J., Houck, P. R., Day, N. L., & Giles, D. E. (1994). Childbearing in women with and without a history of

affective disorder. II. Electroencephalographic sleep. *Comprehensive psychiatry*, 35(3), 215-224.

Cook, F., Mensah, F., Bayer, J. K., & Hiscock, H. (2019). Prevalence, comorbidity and factors associated with sleeping, crying and feeding problems at 1 month of age: A community-based survey. *Journal of paediatrics and childhealth*, 55(6), 644-651.

Coyne, I., Holmström, I., & Söderbäck, M. (2018). Centeredness in healthcare: a concept synthesis of family-centered care, person-centered care and child-centered care. *Journal of pediatric nursing*, 42, 45-56.

Cubero, J., Narciso, D., Aparicio, S., Garau, C., Valero, V., Rivero, M., ... & Barriga, C. (2006). Improved circadian sleep-wake cycle in infants fed a day/night dissociated formula milk. *Neuroendocrinology Letters*, 27(3), 373-380.

Dennis, C. L., & Ross, L. (2005). Relationships among infant sleep patterns, maternal fatigue, and development of depressive symptomatology. *Birth*, 32(3), 187-193.

Doan, T., Gardiner, A., Gay, C. L., & Lee, K. A. (2007). Breast-feeding increases sleep duration of new parents. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 21(3), 200-206.

Duhn, L. (2010). The importance of touch in the development of attachment. *Advances in Neonatal Care*, 10(6), 294-300.

Eichhammer P, Kharraz A, Wiegand R, Langguth B, Frick U, Aigner JM, et al. Sleep deprivation in depression stabilizing antidepressant effects by repetitive transcranial magnetic stimulation. *Life Sci* 2002;70:1741-9.

Engle, P. L., Bentley, M., & Pelto, G. (2000). The role of care in nutrition programmes: current research and a research agenda. *Proceedings of the Nutrition Society*, 59(1), 25-35.

- Epperson CN, Terman M, Terman JS, Hanusa BH, Oren DA, Peindl KS, et al. Randomized clinical trial of bright light therapy for antepartum depression: preliminary findings. *J Clin Psychiatry* 2004;65:421-5.
- Fewtrell, M. S., Morgan, J. B., Duggan, C., Gunnlaugsson, G., Hibberd, P. L., Lucas, A., & Kleinman, R. E. (2007). Optimal duration of exclusive breastfeeding: what is the evidence to support current recommendations?. *The American journal of clinical nutrition*, 85(2), 635S-638S.
- Field, T. (2017). Infant sleep problems and interventions: a review. *Infant behavior and development*, 47, 40-53.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Schanberg, S., & Kuhn, C. (2007). Sleep disturbances in depressed pregnant women and their newborns. *Infant Behavior and Development*, 30(1), 127-133.
- Fisher JR, Feekery CJ, Rowe-Murray HJ. Nature, severity and correlates of psychological distress in women admitted to a private mother–baby unit. *J Paediatr Child Health* 2002;38:140-5.
- Ford, D. E., & Cooper-Patrick, L. (2001). Sleep disturbances and mood disorders: an epidemiologic perspective. *Depression and anxiety*, 14(1), 3-6.
- Forry, A., Focseneanu, M., Pittman, B., McDougle, C.J. and Epperson, C.N., 2010. Onset and exacerbation of obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period. *The Journal of clinical psychiatry*, 71(8), p.13337.
- Franklin KA, Holmgren PA, Jonsson F, Poromaa N, Stenlund H, Svanborg E. Snoring, pregnancy-induced hypertension, and growth retardation of the fetus. *Chest* 2000;117:137-41.
- Gerard, C. M., Harris, K. A., & Thach, B. T. (2002). Physiologic studies on swaddling: an ancient child care practice, which may promote the supine position for infant sleep. *The Journal of pediatrics*, 141(3), 398-404.

- Goldberg, W. A., & Keller, M. A. (2007). Co-sleeping during infancy and early childhood: Key findings and future directions. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*, 16(4), 457-469.
- Goyal, D., Gay, C., & Lee, K. (2009). Fragmented maternal sleep is more strongly correlated with depressive symptoms than infant temperament at three months postpartum. *Archives of women's mental health*, 12(4), 229.
- Grigoriadis, S., Graves, L., Peer, M., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Vigod, S.N., Dennis, C.L., Steiner, M., Brown, C., Cheung, A. and Dawson, H., 2019. A systematic review and meta-analysis of the effects of antenatal anxiety on postpartum outcomes. *Archives of women's mental health*, 22(5), pp.543-556.
- Groër, M. W. (2005). Differences between exclusive breastfeeders, formula-feeders, and controls: a study of stress, mood, and endocrine variables. *Biological research for nursing*, 7(2), 106-117.
- Gross, R. S., Fierman, A. H., Mendelsohn, A. L., Chiasson, M. A., Rosenberg, T. J., Scheinmann, R., & Messito, M. J. (2010). Maternal perceptions of infant hunger, satiety, and pressuring feeding styles in an urban Latina WIC population. *Academic pediatrics*, 10(1), 29-35.
- Habel, C., Feeley, N., Hayton, B., Bell, L. and Zelkowitz, P., 2015. Causes of women' s postpartum depression symptoms: Men' s and women' s perceptions. *Midwifery*, 31(7), pp.728-734.
- Henderson, J. M. T., Motoi, G., & Blampied, N. M. (2013). Sleeping through the night: A community survey of parents' opinions about and expectations of infant sleep consolidation. *Journal of paediatrics and child health*, 49(7), 535-540.
- Hendrick, V., Altshuler, L.L. and Suri, R., 1998. Hormonal changes in the postpartum and implications for postpartum depression. *Psychosomatics*, 39(2), pp.93-101.

- Hiscock H, Wake M. Infant sleep problems and postnatal depression: a community-based study. *Pediatrics* 2001;107:1317-22.
- Hodges, E. A., Hughes, S. O., Hopkinson, J., & Fisher, J. O. (2008). Maternal decisions about the initiation and termination of infant feeding. *Appetite*, 50(2-3), 333-339.
- Hoyt, A. E., Medico, T., & Commins, S. P. (2015). Breast milk and food allergy: connections and current recommendations. *Pediatric Clinics*, 62(6), 1493-1507.
- Hubbs-Tait, L., Kennedy, T. S., Page, M. C., Topham, G. L., & Harrist, A. W. (2008). Parental feeding practices predict authoritative, authoritarian, and permissive parenting styles. *Journal of the American Dietetic Association*, 108(7), 1154-1161.
- Hurley, K. M., Cross, M. B., & Hughes, S. O. (2011). A systematic review of responsive feeding and child obesity in high-income countries. *The Journal of nutrition*, 141(3), 495-501.
- Johnson, S., & Marlow, N. (2011). Preterm birth and childhood psychiatric disorders. *Pediatric research*, 69(8), 11-18.
- Kang MJ, Matsumoto K, Shinkoda H, Mishima M, Seo YJ. Longitudinal study for sleep-wake behaviours of mothers from pre-partum to post-partum using actigraph and sleep logs. *Psychiatry Clin Neurosci* 2002;56:251-2.
- Karraker, K. H., & Young, M. (2007). Night waking in 6-month-old infants and maternal depressive symptoms. *Journal of applied developmental psychology*, 28(5-6), 493-498.
- Kerns, K. A., & Brumariu, L. E. (2014). Is insecure parent-child attachment a risk factor for the development of anxiety in childhood or adolescence?. *Child development perspectives*, 8(1), 12-17.
- Khalessi, A. and Reich, S.M., 2013. A month of breastfeeding associated with greater adherence to paediatric nutrition guidelines. *Journal of reproductive and infant psychology*, 31(3), pp.299-308.

- Kim, P., Feldman, R., Mayes, L. C., Eicher, V., Thompson, N., Leckman, J. F., & Swain, J. E. (2011). Breastfeeding, brain activation to own infant cry, and maternal sensitivity. *Journal of child psychology and psychiatry*, 52(8), 907-915.
- Krol, K. M., Kamboj, S. K., Curran, H. V., & Grossmann, T. (2014). Breastfeeding experience differentially impacts recognition of happiness and anger in mothers. *Scientific reports*, 4(1), 1-5.
- Kuo, S. Y., Yang, Y. L., Kuo, P. C., Tseng, C. M., & Tzeng, Y. L. (2012). Trajectories of depressive symptoms and fatigue among postpartum women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(2), 216-226.
- Lancel M, Kromer S, Neumann ID. Intracerebral oxytocin modulates sleep–wake behaviour in male rats. *RegulPept* 2003;114:145-52.
- Lee, K. A., Zaffke, M. E., & McEnany, G. (2000). Parity and sleep patterns during and after pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 95(1), 14-18.
- Leeman, L.M. and Rogers, R.G., 2012. Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstetrics & Gynecology*, 119(3), pp.647-655.
- Lessen, R., & Kavanagh, K. (2015). Position of the academy of nutrition and dietetics: promoting and supporting breastfeeding. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 115(3), 444-449.
- Loutzenhiser, L., Hoffman, J., & Beatch, J. (2014). Parental perceptions of the effectiveness of graduated extinction in reducing infant night-wakings. *Journal of reproductive and infant psychology*, 32(3), 282-291.
- Lucas, A., Morley, R., Cole, T. J., Lister, G., & Leeson-Payne, C. (1992). Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *The Lancet*, 339(8788), 261-264.
- Magee, C. A., Gordon, R., & Caputi, P. (2014). Distinct developmental trends in sleep duration during early childhood. *Pediatrics*, 133(6), e1561-e1567.

- Manber, R., & Armitage, R. (2000). Sex, steroids, and sleep: a review. *Sleep*, 22(5), 540-541.
- Marrone, M. (2014). *Attachment and Interaction: From Bowlby to Current Clinical Theory and Practice Second Edition*. JessicaKingsleyPublishers.
- Martins, C., & Gaffan, E. A. (2000). Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: A meta-analytic investigation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(6), 737-746.
- McDonald, N. M., & Messinger, D. S. (2011). The development of empathy: How, when, and why. *Free will, emotions, and moral actions: Philosophy and neuroscience in dialogue*, 23, 333-359.
- McKenna, J. J., & McDade, T. (2005). Why babies should never sleep alone: A review of the co-sleeping controversy in relation to SIDS, bedsharing and breast feeding. *Paediatric respiratory reviews*, 6(2), 134-152.
- Meerlo, P., Sgoifo, A., & Suchecki, D. (2008). Restricted and disrupted sleep: effects on autonomic function, neuroendocrine stress systems and stress responsivity. *Sleep medicine reviews*, 12(3), 197-210.
- Mesman, J., Van Ijzendoorn, M. H., & Sagi-Schwartz, A. (2016). Cross-cultural patterns of attachment. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 852-877.
- Miller, L.J., 2002. Postpartum depression. *Jama*, 287(6), pp.762-765.
- Mirmiran, M., Maas, Y. G., & Ariagno, R. L. (2003). Development of fetal and neonatal sleep and circadian rhythms. *Sleep medicine reviews*, 7(4), 321-334.
- Modarres, M., Afrasiabi, S., Rahnama, P. and Montazeri, A., 2012. Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC pregnancy and childbirth*, 12(1), pp.1-6.
- Morrell, J., & Steele, H. (2003). The role of attachment security, temperament, maternal perception, and care-giving behavior in persistent infant sleeping

problems. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 24(5), 447-468.

Murray, L. and Cooper, P.J., 1997. Postpartum depression and child development. *Psychological medicine*, 27(2), pp.253-260.

Noble, R.E., 2005. Depression in women. *Metabolism*, 54(5), pp.49-52.

O'Connell, M.A., Leahy-Warren, P., Khashan, A.S., Kenny, L.C. and O'Neill, S.M., 2017. Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 96(8), pp.907-920.

Oren DA, Wisner KL, Spinelli M, Epperson CN, Peindl KS, Terman JS, et al. An open trial of morning light therapy for treatment of antepartum depression. *Am J Psychiatry* 2002;159:666-9.

Park, E. M., Meltzer-Brody, S., &Stickgold, R. (2013). Poor sleep maintenance and subjective sleep quality are associated with postpartum maternal depression symptom severity. *Archives of women'smentalhealth*, 16(6), 539-547.

Parry BL, Curran ML, Stuenkel CA, Yokimozo M, Tam L, Powell KA, et al. Can critically timed sleep deprivation be useful in pregnancy and postpartum depressions? *J AffectDisord* 2000;60:201-12.

Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A. and Zlotnick, C., 2009. Postpartum depression. *American journal of obstetrics and gynecology*, 200(4), pp.357-364.

Pedersen, C.A., Johnson, J.L., Silva, S., Bunevicius, R., Meltzer-Brody, S., Hamer, R.M. and Leserman, J., 2007. Antenatal thyroid correlates of postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology*, 32(3), pp.235-245.

Peters, J., Dollman, J., Petkov, J., &Parletta, N. (2013). Associations between parenting styles and nutrition knowledge and 2–5-year-old children's fruit, vegetable and non-core food consumption. *Publichealthnutrition*, 16(11), 1979-1987.

- Quillin, S. I., & Glenn, L. L. (2004). Interaction between feeding method and co-sleeping on maternal-newborn sleep. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 33(5), 580-588.
- Rhee, K. E., Lumeng, J. C., Appugliese, D. P., Kaciroti, N., & Bradley, R. H. (2006). Parenting styles and overweight status in firstgrade. *Pediatrics*, 117(6), 2047-2054.
- Riemann D, Berger M, Voderholzer U. Sleep and depression — results from psychobiological studies: an overview. *Biol Psychol* 2001;57:67-103.
- Ross, L. E., Sellers, E. M., Gilbert Evans, S. E., & Romach, M. K. (2004). Mood changes during pregnancy and the postpartum period: development of a biopsychosocial model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(6), 457-466.
- Ross, L.E., McLean, L.M. and Psych, C., 2006. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. *Depression*, 6(9), pp.1-14.
- Ryan, A. S., Benson, J. D., & Flammang, A. M. (2000). Infant formulas and medical foods. *Essentials of Functional Foods*. Gaithersburg: Aspen Publishers, Inc, 137-63.
- Sadeh, A. V. I., Mindell, J. A., Luedtke, K., & Wiegand, B. (2009). Sleep and sleep ecology in the first 3 years: a web-based study. *Journal of sleep research*, 18(1), 60-73.
- Sadeh, A., Mindell, J., & Rivera, L. (2011). “My child has a sleep problem”: a cross-cultural comparison of parental definitions. *Sleep medicine*, 12(5), 478-482.
- Sadeh, A., Tikotzky, L., & Scher, A. (2010). Parenting and infant sleep. *Sleep medicine reviews*, 14(2), 89-96.
- Santiago JR, Nolledo MS, Kinzler W, Santiago TV. Sleep and sleep disorders in pregnancy. *Ann Intern Med* 2001;134:396-408.

- Savino, F., Benetti, S., Liguori, S. A., Sorrenti, M., & Cordero Di Montezemolo, L. (2013). Advances on human milk hormones and protection against obesity. *Cell Mol Biol*, 59(1), 89-98.
- Schanler, R. J. (2007). Evaluation of the evidence to support current recommendations to meet the needs of premature infants: the role of human milk. *The American journal of clinical nutrition*, 85(2), 625S-628S.
- Scharfe, E. (2011). Benefits of Mother Goose: Influence of a community-based program on parent-child attachment relationships in typical families. *Child Welfare*, 90(5), 9-26.
- Schmid, G., Schreier, A., Meyer, R., & Wolke, D. (2010). A prospective study on the persistence of infant crying, sleeping and feeding problems and preschool behaviour. *Acta Paediatrica*, 99(2), 286-290.
- Simard, V., Bernier, A., Bélanger, M. È., & Carrier, J. (2013). Infant attachment and toddlers' sleep assessed by maternal reports and actigraphy: Different measurement methods yield different relations. *Journal of pediatric psychology*, 38(5), 473-483.
- Smith, L. A., Geller, N. L., Kellams, A. L., Colson, E. R., Rybin, D. V., Heeren, T., & Corwin, M. J. (2016). Infant sleep location and breastfeeding practices in the United States, 2011–2014. *Academic Pediatrics*, 16(6), 540-549.
- Steiger A. Sleep and endocrinology. *J Intern Med* 2003;254:13-22
- Steiner M, Yonkers KA. Evidence-based treatment of mood disorders in women. *MentFitness* 2003;2:34-67.
- Stern, J. A., Borelli, J. L., & Smiley, P. A. (2015). Assessing parental empathy: A role for empathy in child attachment. *Attachment & human development*, 17(1), 1-22.
- Stoléru, S., Nottelmann, E. D., Belmont, B., & Ronsaville, D. (1997). Sleep problems in children of affectively ill mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(7), 831-841.

- Straw, J., & Jones, P. (2017). Parent-infant co-sleeping and the implications for sudden infant death syndrome. *Nursingchildren and youngpeople*, 29(10), 24-29.
- Stremler, R., Hodnett, E., Lee, K., MacMillan, S., Mill, C., Ongcangco, L., & Willan, A. (2006). A behavioral-educational intervention to promote maternal and infant sleep: a pilot randomized, controlled trial. *Sleep*, 29(12), 1609-1615.
- Swain, A. M., O'Hara, M. W., Starr, K. R., & Gorman, L. L. (1997). A prospective study of sleep, mood, and cognitive function in postpartum and nonpostpartum women. *Obstetrics&Gynecology*, 90(3), 381-386.
- Tess, B.H., Rodrigues, L.C., Newell, M.L., Dunn, D.T. and Lago, T.D., 1998. Breastfeeding, genetic, obstetric and other risk factors associated with mother-to-child transmission of HIV-1 in Sao Paulo State, Brazil. *Aids*, 12(5), pp.513-520.
- Teti, D. M., Kim, B. R., Mayer, G., & Counterline, M. (2010). Maternal emotional availability at bedtime predicts infant sleep quality. *Journal of FamilyPsychology*, 24(3), 307.
- Treyvaud, K., Rogers, S., Matthews, J., & Allen, B. (2010). Maternal factors and experiences associated with observed parenting behavior in mothers attending a residential parenting program. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 31(1), 58-70.
- Van den Hoogen, A., Teunis, C. J., Shellhaas, R. A., Pillen, S., Benders, M., &Dudink, J. (2017). How to improve sleep in a neonatal intensive care unit: A systematic review. *Earlyhumandevlopment*, 113, 78-86.
- Van Sleuwen, B. E., Engelberts, A. C., Boere-Boonekamp, M. M., Kuis, W., Schulpen, T. W., &L'Hoir, M. P. (2007). Swaddling: a systematic review. *Pediatrics*, 120(4), e1097-e1106.
- Ventureyra, V.A., Yao, S.N., Cottraux, J., Note, I. and De Mey-Guillard, C., 2002. The validation of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist Scale in

posttraumatic stress disorder and nonclinical subjects. *Psychotherapy and psychosomatics*, 71(1), pp.47-53.

Weinberg, M. K., & Tronick, E. Z. (1998). The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *Journal of clinical psychiatry*, 59(2), 53-61.

Whittingham, K., & Douglas, P. (2014). Optimizing parent–infant sleep from birth to 6 months: A new paradigm. *Infant Mental Health Journal*, 35(6), 614-623.

Willinger, M., Ko, C. W., Hoffman, H. J., Kessler, R. C., & Corwin, M. J. (2003). Trends in infant bed sharing in the United States, 1993-2000: the National Infant Sleep Position study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157(1), 43-49.

Willinger, M., Ko, C. W., Hoffman, H. J., Kessler, R. C., & Corwin, M. J. (2003). Trends in infant bed sharing in the United States, 1993-2000: the National Infant Sleep Position study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157(1), 43-49.

Winter, G.F., 2018. Tocophobia. *British Journal of Midwifery*, 26(2), pp.129-129.

World Health Organization. (2003). Complementary feeding: report of the global consultation, and summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child.

Xie, R.H., Yang, J., Liao, S., Xie, H., Walker, M. and Wen, S.W., 2010. Prenatal family support, postnatal family support and postpartum depression. *Australian and new zealand journal of obstetrics and gynaecology*, 50(4), pp.340-345.