



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΩΝ ΕΓΚΥΩΝ
ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΘΗΚΑΝ ΣΕ
ΜΟΝΑΔΑ ΚΥΗΣΕΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

**ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ
ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΗ ΓΕΩΡΓΙΑ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΓΑΛΑΝΗΣ ΠΕΤΡΟΣ**

ΑΘΗΝΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2018

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών
ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
Μεταπτυχιακή Διατριβή

Επιβάρυνση της Ψυχικής Υγείας των Εγκύων
που Νοσηλεύθηκαν σε Μονάδα Κυήσεων Υψηλού Κινδύνου

Παπακωνσταντή Γεωργία
Όνομα Επώνυμο
Επιβλέπων Καθηγητής
Γαλάνη Πέτρος

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή υποβλήθηκε προς μερική εκπλήρωση των απαιτήσεων για απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών

Στην ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
από τη Σχολή ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.
Ιούνιος 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΕΛΙΔΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1. Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ	4
1.1 Η επίδραση της εγκυμοσύνης στην ψυχολογία της γυναίκας	4
1.2 Διαταραχές της ψυχικής υγείας της γυναίκας στην προγεννητική περίοδο	6
1.3 Παράγοντες κινδύνου που συμβάλουν στην εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών στην περίοδο της εγκυμοσύνης	12
1.4 Ο τρόπος που εκδηλώνονται οι ψυχικές διαταραχές στην προγεννητική περίοδο	15
2. Η ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΚΥΟΦΟΡΟΥΜΕΝΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ	17
2.1 Προγεννητική Ψυχολογία	17
2.2 Η Ανάπτυξη του εμβρύου	20
2.3 Οι επιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών της προγεννητικής περιόδου στον κυοφορούμενο άνθρωπο	24
3. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	26
3.1 Κύηση Υψηλού κινδύνου	26
3.2 Κύηση Υψηλού Κινδύνου που οδηγεί σε νοσηλεία	30
4. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ	33
4.1 Η Πρόληψη	34
4.2 Η Ψυχοθεραπεία	36
4.3 Φαρμακευτική θεραπεία	39
4.4 Η Ηλεκτροσπασμοθεραπεία	43
4.5 Διαφορετικές μορφές παρέμβασης	44
4.5.1 Δίκτυα κοινωνικής στήριξης	44
4.5.2 Στήριξη από το προσωπικό της μονάδας	44

II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	46
2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	49
2.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά	49
2.2 Συνολική βαθμολογία της προγεννητικής κατάθλιψης βάσει την κλίμακα Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	58
2.3 Συσχετίσεις	61
2.4 Η Αντιμετώπιση της προγεννητικής κατάθλιψης	65
3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	66
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	70
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	71
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ I: Ερωτηματολόγιο	80
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	85
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ III: Άδεια από τους συγγραφείς της κλίμακας Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	88
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV: Άδεια από το επιστημονικό συμβούλιο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών	89

Πίνακας 1: Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη	50
Πίνακας 2: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με τη συνολική βαθμολογία προγεννητικής κατάθλιψης βάσει της κλίμακας Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	58
Πίνακας 3: Οι τρεις (3) κατηγορίες-ταξινομήσεις της συνολικής βαθμολογίας προγεννητικής κατάθλιψης βάσει της κλίμακας Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	60
Πίνακας 4: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη συνολική βαθμολογία προγεννητικής κατάθλιψης βάσει της κλίμακας Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	62
Πίνακας 5: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία προγεννητικής κατάθλιψης βάσει της κλίμακας Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	64
Πίνακας 6: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με την αντιμετώπιση της προγεννητικής κατάθλιψης	65

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ	ΣΕΛΙΔΑ
Γράφημα 1: Εθνικότητα	53
Γράφημα 2: Εκπαιδευτικό επίπεδο	54
Γράφημα 3: Οικογενειακή κατάσταση	54
Γράφημα 4: Εργασιακή κατάσταση	55
Γράφημα 5: Μητέρα άλλων παιδιών	55
Γράφημα 6: Εγκυμοσύνη	56
Γράφημα 7: Κάπνισμα	57
Γράφημα 8: Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας προγεννητικής κατάθλιψης βάσει της κλίμακας Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	61

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα Διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ της σχολής ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου. Η Διπλωματική Εργασία έχει τίτλο: «Επιβάρυνση της Ψυχικής Υγείας των Εγκύων που Νοσηλεύθηκαν σε Μονάδα Κυήσεων Υψηλού Κινδύνου» και διεκπεραιώθηκε υπό την επίβλεψη του καθηγητή κ. Πέτρου Γαλάνη. Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον κ. Γαλάνη Πέτρο, για την ευκαιρία που μου έδωσε να ασχοληθώ με ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον θέμα, το οποίο συνάδει απόλυτα με τα επιστημονική μου κατάρτιση, καθώς και για την αμέριστη συμπαράστασή του καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης.

Επίσης θα θελα να ευχαριστήσω θερμά την οικογένειά μου και τους φίλους μου που με ενθάρρυναν σε κάθε στάδιο των σπουδών μου.

Η εγκυμοσύνη και η μετάβαση στη γονιμότητα ακολουθείται από σημαντικές βιολογικές και ψυχοκοινωνικές αλλαγές που συνδέονται με αύξηση των συμπτωμάτων άγχους, με κατάθλιψη και δυστυχία. Το έμβryo βυθισμένο στο αμνιακό υγρό γίνεται κοινωνός όλων των καταστάσεων που βιώνει η μητέρα του. Για τη διαφύλαξη της υγείας της εγκύου και του εμβρύου, είναι σημαντική η διάκριση των φυσιολογικών και παθολογικών αλλαγών της ψυχολογίας της εγκύου, αλλά και η διάκριση των προγεννητικών ψυχικών διαταραχών μεταξύ τους. Η ψυχολογία που αναπτύσσει η γυναίκα όταν έρχεται αντιμέτωπη με τον κίνδυνο για την ομαλή έκβαση της εγκυμοσύνης της και την υγεία του εμβρύου, ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζει τις διαταραχές της ψυχολογίας της, καθώς και οι επιπτώσεις των προγεννητικών ψυχικών διαταραχών στη σωματική και πνευματική υγεία του ανθρώπου που αναπτύσσεται, απασχόλησαν την παρούσα μελέτη. Για να προσεγγιστούν οι προγεννητικές ψυχικές διαταραχές, μελετήθηκε η ψυχολογία των γυναικών που βίωναν μια παθολογική εγκυμοσύνη στη μονάδα κήσεων υψηλού κινδύνου του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών. Σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας ήταν να εντοπίσει τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης που βίωσαν οι έγκυες που νοσηλεύονταν, να διευκρινιστούν ποιοι είναι οι παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση των ψυχικών τους διαταραχών και με ποιους τρόπους αντιμετώπιζαν την αρνητική τους ψυχολογία. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι έγκυες που νοσηλεύονταν στη μονάδα κήσεων υψηλού κινδύνου του Π.Γ.Ν.Π. έφεραν συμπτώματα άγχους και ήπιας ως μέτριας κατάθλιψης, ενώ στην προσπάθεια αντιμετώπισης των παθολογικών συμπτωμάτων, εντυπωσιάζει ο ρόλος της οικογένειας, αλλά και η απουσία των επαγγελματιών.

SUMMARY

Pregnancy and the transition to fertility are followed by significant biological and psychosocial changes that are associated with an increase in anxiety symptoms, with depression and misery. The embryo immersed in amniotic fluid becomes a companion to all the situations that her mother experiences. In order to preserve the health of the pregnant woman and the fetus, it is important to distinguish the physiological and pathological changes of pregnancy psychology, as well as the distinction of prenatal mental disorders between them. The psychology developed by the woman when confronted with the risk of the smooth outcome of her pregnancy and the health of the fetus, the way she treats her psychological disorders, and the impact of prenatal mental disorders on physical and mental health of the man who is developing, were concerned with the present study. In order to approach prenatal mental disorders, the psychology of women who experienced a pathological pregnancy at the high risk pregnancy unit of the University General Hospital of Patras was studied. The purpose of this research was to identify the levels of anxiety and depression experienced by pregnant women who were hospitalized, to clarify which factors contributed to the appearance of their mental disorders and how these women were facing their negative psychology. The results of the study showed that pregnant women hospitalized at the high risk pregnancy unit of P.G.N.P. have had symptoms of anxiety and mild to moderate depression, while the role of the family, as well as the lack of professionals, is impressive in addressing the pathological symptoms.

«Μια έγκυος μοιάζει μ' έναν καλλιτέχνη
που ζει μαζί με το έργο του μέρα και νύχτα.
Σ' αυτήν την ιδιαίτερη κατάσταση της συνείδησης,
μπορεί να κινήσει τις υποσυνείδητες δυνάμεις της ζωής»

ΔΡ. MOISAN YVES

Οποιαδήποτε αναφορά στην εγκυμοσύνη παραπέμπει σε μια τετριμμένη εικόνα. Μια εικόνα κατά την οποία, η κυοφορία είναι η πιο ευτυχισμένη περίοδο στη ζωή μιας γυναίκας καθώς εκείνη και ο σύντροφός της περιμένουν με στοργικότητα και αγάπη το παιδί που σχεδίαζαν να αποκτήσουν. Η πραγματικότητα ωστόσο είναι διαφορετική. Η εγκυμοσύνη συμβαδίζει με τις ζωές των ανθρώπων και οι ζωές των ανθρώπων είναι περίπλοκες και με πολλές εκφάνσεις. Για την πλειοψηφία των γυναικών, η εγκυμοσύνη είναι μια εμπειρία που συνοδεύεται από έλλειψη οικονομικών πόρων, κοινωνικές δυσκολίες, αυξημένες οικογενειακές ευθύνες και από πολλές στρεσογόνες καταστάσεις που δυσκολεύουν την καθημερινότητά τους. Όλοι αυτοί οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες σε συνδυασμό με την υγεία της εγκύου, τη φυσική της κατάσταση και την αναμενόμενη αλλαγή στα συναισθήματά της, καθιστούν την κύηση μια μακρινή αντανάκλαση του ιδανικού προτύπου.^[1]

Η εγκυμοσύνη είναι αναμφίβολα μια πολύ σημαντική περίοδος στη ζωή κάθε γυναίκας. Οι επιστήμονες τη χαρακτηρίζουν ως κρίσιμη φάση ή αναπτυξιακή κρίση, κατά τη διάρκεια της οποίας διαταράσσεται η βιοψυχοκοινωνική της ισορροπία και δημιουργείται μια μόνιμη ψυχολογική μετατόπιση.^[2] Η έγκυος καλείται πλέον να αναθεωρήσει τις αξίες της ζωής της, τους ρόλους, τις προσδοκίες που έχει η ίδια από τον εαυτό της και το περιβάλλον της από εκείνη, ενώ ταυτόχρονα προετοιμάζεται ψυχολογικά, ώστε να αντιμετωπίσει όλες τις επερχόμενες αλλαγές. Παράλληλα με τη γυναίκα, η μετάβαση στην πατρότητα είναι μια κρίσιμη περίοδος και για τον σύντροφό της. Την περίοδο της εγκυμοσύνης ο άνδρας είτε συνειδητά, είτε ασυνείδητα γίνεται δέκτης των ψυχολογικών αντιδράσεων της εγκύου, ενώ

ταυτόχρονα διαχειρίζεται τις προσωπικές γνωστικές και ψυχοκοινωνικές του διεργασίες σε μια προσπάθεια προσαρμογής στο νέο του ρόλο. Η εγκυμοσύνη μπορεί να αποτελέσει μια ευκαιρία για προσωπική ανάπτυξη και των δυο συντρόφων, εάν αντιμετωπιστεί θετικά. Αν ωστόσο οι μέλλοντες γονείς δεν κατορθώσουν να ξεπεράσουν τα προσωπικά τους ψυχολογικά προβλήματα, τότε η εγκυμοσύνη μετατρέπεται σε μια τραυματική εμπειρία.^[3]

Η παρούσα μελέτη αφορά τη μετατόπιση της γυναικείας ψυχολογίας κατά την περίοδο της κύησης και διακρίνεται σε δυο μέρη:

Στο γενικό μέρος της μελέτης, βασικός σκοπός, είναι να διευκρινιστεί ποιές είναι οι αλλαγές στην ψυχολογία της εγκύου που θεωρούνται υγιής και φυσικό επακόλουθο της εγκυμοσύνης, και ποιές είναι οι αλλαγές που χαρακτηρίζονται ως ψυχικές διαταραχές. Επιπλέον είναι σκόπιμο να διακριθούν τα συμπτώματα με τα οποία εκδηλώνονται οι ψυχικές διαταραχές της προγεννητικής περιόδου και ποιοι είναι οι παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνισή τους. Ωστόσο η έγκυος δεν είναι μόνη της. Μέσα στο σώμα της αναπτύσσεται ένας νέος οργανισμός. Η παρούσα μελέτη καλείται να προσδιορίσει, εάν οι ψυχικές διαταραχές της εγκύου επηρεάζουν τον άνθρωπο που κυοφορείται, τόσο στο ενδομήτριο περιβάλλον, όσο και στη μετέπειτα εξέλιξή του. Σε μια προσπάθεια να προσεγγιστούν οι ψυχικές διαταραχές, η μελέτη επικεντρώνεται στις κυήσεις υψηλού κινδύνου. Εξετάζεται η ψυχολογία που αναπτύσσει η γυναίκα όταν έρχεται αντιμέτωπη με τον κίνδυνο ατελής έκβασης της εγκυμοσύνης και την εμφάνιση προβλημάτων στην υγεία του εμβρύου. Επιπλέον καθορίζεται ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζονται οι ψυχικές διαταραχές της προγεννητικής περιόδου, καθώς και η συμβολή του μαιευτικού προσωπικού στη διατήρηση της ψυχικής υγείας της εγκύου που νοσηλεύεται.

Στο ειδικό μέρος της μελέτης, αναλύεται η έρευνα που διεξήχθη στη μονάδα κυήσεων υψηλού κινδύνου, του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών και αφορά την κατάσταση της ψυχικής υγείας των εγκύων που νοσηλεύονταν. Η συγκεκριμένη έρευνα στηρίχθηκε σε ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, στο οποίο έγινε χρήση της κλινικής κλίμακας της προγεννητικής κατάθλιψης Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Τα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης των νοσηλευομένων εγκύων, συγκρίθηκαν με τα ευρήματα αντιστοιχών ερευνών, προκειμένου να εντοπιστούν οι ομοιότητες και οι διαφορές στην ψυχική υγεία των γυναικών που βιώνουν την εμπειρία μιας παθολογικής εγκυμοσύνης.

Για τη συγγραφή της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν βιβλιογραφικές πηγές: MEDLINE, PsycINFO, SocINDEX του EBSCO, SCOPUS και EMBASE. Για την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).
Λέξεις κλειδιά: Έγκυος, Προγεννητικές ψυχικές διαταραχές, Έμβρυο, Κύηση υψηλού κινδύνου, Φαρμακευτική αγωγή

1.1 Η επίδραση της εγκυμοσύνης στην ψυχολογία της γυναίκας

Οι φυσιολογικές και ψυχολογικές αλλαγές που συντελούνται, είναι διαφορετικές, ανάλογα με τα στάδια της κύησης. Στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, η γυναίκα έχει ως επίκεντρο τον εαυτό της.^[3] Οι σωματικές αλλαγές είναι έντονες, καθώς μεταβάλλεται η ομοιόσταση του γυναικείου οργανισμού και επηρεάζεται η λειτουργικότητα των οργάνων της. Η πρωινή αδιαθεσία, οι αλλαγές στη διατροφή της, η ναυτία, οι εμετοί, η ευαισθησία μαστού, η μείωση της άσκησης και της σεξουαλικότητάς της, είναι χαρακτηριστικά συμπτώματα της αρχόμενης κύησης.^[4] Η πρόθεση εγκυμοσύνης, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο σημείο αυτό. Η γυναίκα αντιδρά θετικά στις αλλαγές του σώματός της και διακατέχεται από αισθήματα ευτυχίας και ικανοποίησης, όταν η εγκυμοσύνη είναι επιθυμητή.^[5] Επιπλέον η ψυχολογία της εγκύου βάλλεται από τις αλλαγές στην επαγγελματική και την κοινωνική της ζωή, αλλά και τις αλλαγές στο οικογενειακό της περιβάλλον. Υπό το βάρος των ευθυνών που ακολουθούν, το άγχος, ο φόβος, ο θυμός, αλλά και η ευτυχία εναλλάσσονται μεταξύ τους. Είναι ένας "χορός" συναισθημάτων, ο οποίος καθορίζει την καθημερινότητα της γυναίκας και την σχέση της με το οικογενειακό και το κοινωνικό της περιβάλλον.^[4]

Κατά τη διάρκεια του δευτέρου τριμήνου τα σκιρτήματα του εμβρύου οδηγούν στην αποδοχή της εγκυμοσύνης. Οι σωματικές αλλαγές που προκλήθηκαν στο πρώτο τρίμηνο, έχουν πλέον ισορροπηθεί και έχουν ξεπεραστεί οι εμετοί και οι ναυτίες. Την περίοδο αυτή η έγκυος προσπαθεί να ελέγξει τη διατροφή της και το σωματικό της βάρος, ενώ παράλληλα προσπαθεί να αλλάξει και τις βλαβερές συνήθειές της, όπως τη χρήση αλκοόλ και καπνού. Η δεύτερη περίοδος της εγκυμοσύνης είναι εξίσου σημαντική και για τον πατέρα, ο οποίος παρακολουθώντας την εξέλιξη του εμβρύου, συνδέεται στενά μαζί του. Στο δεύτερο τρίμηνο η έγκυος, είτε το ζευγάρι, αποδέχονται ότι οι αλλαγές στη ζωή τους είναι μη αναστρέψιμες και

εστιάζουν την προσοχή τους στο νέο μέλος της οικογένειας και στην υγιή ανάπτυξή του.^{[3][4]}

Στο τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης οι σκέψεις οξύνονται και τα συναισθήματα εναλλάσσονται έντονα. Επίκεντρο στην καθημερινότητα της γυναίκας είναι τόσο ο εαυτός της, όσο και το έμβρυο. Ο φόβος του τοκετού βιώνεται από το σύνολο των γυναικών. Η έγκυος ανησυχεί για το "άγνωστο" και συνάμα τόσο γνωστό και οικείο, από τις γνώσεις που έχει αποκτήσει και τις εμπειρίες που έχει ακούσει, ύψιστο γεγονός του τοκετού. Ο φόβος για τον πόνο που θα βιώσει και η ανησυχία της, αν θα μπορέσει να ανταπεξέλθει στις προσδοκίες της και στις απαιτήσεις αυτού του γεγονότος, είναι ένα από τα θέματα που μονοπωλούν την καθημερινότητά της. Ένα άλλο θέμα που απασχολεί τη γυναίκα και κατ' επέκταση το ζευγάρι είναι η υγεία και αρτιμέλεια του εμβρύου. Το άγχος για να γεννηθεί ένας υγιής άνθρωπος, αλλά και η προοπτική της μητρότητας και της πατρότητας, επιφορτίζουν θετικά είτε αρνητικά τόσο την έγκυο, όσο και το σύντροφό της.^{[3][4]}

Η κύηση προκαλείται και συντηρείται από τις ορμόνες. Ο ορμονοεξαρτώμενος γυναικείος οργανισμός κατακλύζεται από υψηλά επίπεδα στεροειδών, κυρίως οιστρογόνων και προγεστερόνης. Τα επίπεδα των οιστρογόνων πολλαπλασιάζονται κατά εκατό φορές, ενώ η προγεστερόνη αυξάνεται κατά 75 μιλιγκράμ το εικοσιτετράωρο τις πρώτες είκοσι εβδομάδες της εγκυμοσύνης και κορυφώνεται στα 300 μιλιγκράμ την τεσσαρακοστή εβδομάδα. Η προγεστερόνη επηρεάζει την ψυχολογία της εγκύου. Είναι τόσο ισχυρό κατευναστικό, που σε μεγάλες δόσεις μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ως αναισθητικό, ενώ η δράση της στον εγκέφαλο είναι παρόμοια με εκείνη των βαρβιτουρικών. Το γεγονός αυτό, μπορεί να εξηγήσει γιατί η γυναίκα νιώθει αδύναμη ιδιαίτερα στο τελευταίο στάδιο της εγκυμοσύνης που τα ποσά της ορμόνης είναι πολύ υψηλά.^[6]

Παράλληλα με τις σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές επανακαθορίζονται οι διαπροσωπικές σχέσεις της εγκύου με το σύντροφό της αλλά και με το κοινωνικό και το οικογενειακό της περιβάλλον. Η ψυχολογία της είναι ασταθής και επηρεάζει τη συμπεριφορά της. Οι απαιτήσεις από το σύντροφό της και το περιβάλλον της αυξάνονται, όπως αυξάνεται και η δυσαρέσκειά της εάν δεν αισθανθεί τη στήριξή τους. Τα μηνύματα που λαμβάνει από το κοινωνικό περιβάλλον τα ερμηνεύει με νέα πλέον δεδομένα και είναι ικανά να διεγείρουν θετικά ή αρνητικά την ψυχολογία της.^[1]

Η μητρότητα και το αίσθημα προστασίας του αγέννητου παιδιού εντείνουν τις αισθήσεις της εγκύου, ώστε να ανταποκρίνεται άμεσα σε μια πιθανή απειλή.^[7] Ως εκ τούτου, η ανησυχία και το άγχος της γυναίκας κατά τη διάρκεια της προγεννητικής περιόδου, μπορεί να είναι ένας υγιής δείκτης του σημαντικού ρόλου της μητρότητας στην προστασία του εμβρύου. Ο Rubin είχε τονίσει ότι ένα βασικό καθήκον της μέλλουσας μητέρας είναι η διαδικασία αναζήτησης της ασφαλούς μετάβασης, για τον εαυτό της και το έμβρυο, από την εγκυμοσύνη στην παράδοση.^[8] Σύμφωνα με το Wenzel ωστόσο το άγχος γίνεται προκλητικό όταν αυτό επηρεάζει την καθημερινή της ζωή. Η έγκυος που βιώνει ήπιο άγχος, το οποίο είναι βραχυπρόθεσμο και χρονικά περιορισμένο, είναι σε θέση να στρέψει την προσοχή τους στα θέματα που απαιτούν εστίαση. Το σοβαρό άγχος καταναλώνει σημαντικό χρόνο και ενέργεια από τη ζωή της και παρεμβαίνει στην ικανότητά της να λειτουργεί στις σχέσεις της, στις ευθύνες της, στην προσωπική της φροντίδα και χαλάρωση.^[9]

1.2 Διαταραχές της ψυχικής υγείας της γυναίκας στην προγεννητική περίοδο

Η σημαντικότητα της ψυχικής υγείας της γυναίκας κατά τη διάρκεια της προγεννητικής περιόδου είχε υποτιμηθεί, καθώς οι επιστημονικές έρευνες είχαν επικεντρωθεί στη μελέτη της μεταγεννητικής κατάθλιψης. Οι αρχικές προσπάθειες κατανόησης της προγεννητικής ψυχολογίας εντοπίζονται στα μέσα του 20ού αιώνα και πιο συγκεκριμένα το 1956, όταν οι Pleshette et all διεξήγαγαν μια μελέτη που αφορούσε τη φύση του άγχους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι ερευνητές διέθεσαν ένα ερωτηματολόγιο με 53 ερωτήσεις που αναφερόταν σε πτυχές του άγχους και της συμπεριφοράς της εγκύου, καθώς και ερωτήσεις που αφορούσαν το φύλλο, τη σύλληψη και αντισύλληψη, τη γονιμότητα, την υγεία της γυναίκας και του εμβρύου και τις ψυχοσωματικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της κύησης. Η μελέτη έδειξε ότι οι έγκυες ανησυχούσαν για την υγεία του εμβρύου και την πιθανότητα εμφάνισης εμβρυϊκής ανωμαλίας.^[10]

Αργότερα το 1978, ο Westbrook διερεύνησε τις συναισθηματικές αντιδράσεις που παρουσιάζει μια γυναίκα στην περίοδο της εγκυμοσύνης, χρησιμοποιώντας δώδεκα διαφορετικές κλίμακες. Στη μελέτη αυτή αποτυπώθηκαν τα συναισθήματα των εγκύων, τα οποία κυμάνθηκαν από μια γενική και διάχυτη μορφή

άγχους σε πιο συγκεκριμένα συναισθήματα, όπως το φόβο και παράλληλα εκδηλώθηκαν συμπτώματα ψυχικών διαταραχών, όπως η πρόκληση σωματικής βλάβης.^[11] Το 1979, οι Standley et all διεξήγαγαν ατομικές συνεντεύξεις σε 73 εγκύους. Με αυτή την έρευνα εντοπίστηκε η πολυδιάστατη έννοια του άγχους που βιώνει μια έγκυος. Οι ερευνητές προσδιόρισαν τρεις διαστάσεις για το άγχος: άγχος για την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, άγχος για την αναμενόμενη φροντίδα του νεογέννητου και τέλος τη ψυχιατρική του συμπτωματολογία. Το άγχος για τον τοκετό αποτελούσε κοινή διάσταση. Το πιο έντονο συναίσθημα ήταν ο φόβος για το άγνωστο ή για ένα συγκεκριμένο γεγονός όπως για την πρόκληση εμβρυϊκών ανωμαλιών. Ήταν η πρώτη μελέτη που απέδειξε ότι η διαταραχή της ψυχικής υγείας των εγκύων αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια, η οποία περιλαμβάνει αναγνωρίσιμα στοιχεία.^[12]

Μερικά χρόνια αργότερα το 1991 ο Levin ήρθε να συμπληρώσει τη μελέτη των Standley et all αναλύοντας δέκα στοιχεία για την κλίμακα ψυχικής υγείας στην κύηση. Επιβεβαιώθηκε ο πολυδιάστατος χαρακτήρας του προγεννητικού άγχους και προστέθηκε μια άλλη έκφραση του, το άγχος της νοσηλείας.^[13] Μια δεκαετία αργότερα το 2004, οι Huizink et all μελετώντας τη ψυχολογία των εγκύων διαπίστωσαν ότι εκτός από το φόβο της γέννησης, την ανησυχία για την εμφάνιση κάποιας επιπλοκής και το φόβο αν θα γεννηθεί ένας υγιής άνθρωπος, παράλληλα εντόπισαν συναισθήματα, όπως νευρικότητα, ευερεθιστότητα, μεταβολές της διάθεσης και σύντομη ιδιοσυγκρασία, πανικό, ακόμη και δυσφορία όταν αισθανόταν το έμβρυο να κινείται.^[14]

Οι διαταραχές της ψυχικής υγείας των εγκύων πλέον αποτελεί συχνό αντικείμενο έρευνας στα αναπτυγμένα κράτη. Με τη μελέτη αυτή δεν ασχολούνται μόνο οι επιστήμονες, αλλά και οι φορείς που σχεδιάζουν το μέλλον της εκάστοτε κοινωνίας. Η διαταραγμένη ψυχική υγεία των μητέρων, επισημαίνεται ως σημαντικό ζήτημα για τη δημόσια υγεία με μακροπρόθεσμες και δαπανηρές συνέπειες.^{[15][16]} Η εγκυμοσύνη και η μετάβαση στη γονιμότητα ακολουθείται από σημαντικές βιολογικές και ψυχοκοινωνικές αλλαγές που έχουν συνδεθεί με αύξηση των συμπτωμάτων άγχους, με κατάθλιψη και δυστυχία. Η διάκριση μεταξύ φυσιολογικών και παθολογικών αλλαγών στην ψυχολογία της εγκύου, αλλά και η διάκριση των ψυχικών διαταραχών μεταξύ τους είναι σημαντική, γιατί συμβάλει στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των νοσηρών καταστάσεων.^[17]

Ο **φόβος**, είναι ένα ανθρώπινο συναίσθημα, που προκαλείται από την αντίληψη ενός υπαρκτού ή πλασματικού κινδύνου. Είναι μια αμυντική αντίδραση του

οργανισμού που ενεργοποιείται φυσιολογικά, δίχως να απαιτείται συνειδητή σκέψη. Ο φόβος εντοπίζεται στις σωματικές αντιδράσεις του ανθρώπου: ακινητοποιείται το σώμα, τα φρύδια συνοφρυώνονται, οι κόρες των ματιών διαστέλλονται, αυξάνεται η αρτηριακή πίεση, παρατηρείται εφίδρωση, ταχυκαρδία και δύσπνοια. Ο φόβος είναι ένα παροδικό συναίσθημα, η ένταση του οποίου μειώνεται σταδιακά, ταυτόχρονα με την υποβάθμιση του κινδύνου. Όταν ο κίνδυνος παρέλθει, αλλά ο φόβος συνεχίζει να υφίσταται τότε μετατρέπεται σε φοβίες, η ύπαρξη των οποίων επισύρει πολλά προβλήματα στη ζωή του ανθρώπου.^[18] Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης η πιο συχνή φοβία που έχει επισημανθεί, είναι ο φόβος του τοκετού, ο οποίος αποτελεί και έναν από τους ισχυρότερους λόγους επιλογής της καισαρικής τομής.^[19]

Το **άγχος**, είναι μια συναισθηματική κατάσταση στην οποία επέρχεται ο άνθρωπος, όταν ο εγκέφαλός του εκτιμήσει ότι είναι αντιμέτωπος με ένα επικείμενο κίνδυνο. Ουσιαστικά είναι ένας μηχανισμός άμυνας, μέσα από τον οποίο ο άνθρωπος κινητοποιείται και προστατεύεται, όταν οι καταστάσεις απαιτούν άμεσο χειρισμό. Η εκτίμηση του κινδύνου ωστόσο είναι υποκειμενική και δεν ανταποκρίνεται πάντα σε πραγματική απειλή. Μια κατάσταση που ανησυχεί ένα άτομο, μπορεί να μην προσελκύσει το ενδιαφέρον ενός άλλου. Το άγχος εκδηλώνεται με συμπεριφορικές και σωματικές αντιδράσεις σε μια προσπάθεια να αποφευχθεί, είτε να εξαλειφθεί ο κίνδυνος. Η συμπεριφορά αλλάζει καθώς άλλοτε επικρατεί η ευερεθιστότητα και η επιθετικότητα, η υπερβολική είτε η ελλιπής κατανάλωση τροφών και ουσιών, και άλλοτε οι δυσκολίες στη συγκέντρωση και η έλλειψη ενδιαφέροντος για τη ζωή. Στις σωματικές αντιδράσεις το άγχος εντοπίζεται μέσα από την εφίδρωση, τον πονοκέφαλο, τα κοιλιακά άλγη, τις αναπνευστικές δυσκολίες και την υπέρταση. Η απουσία συμπτωμάτων δεν ταυτίζεται με μηδενικό άγχος, αλλά με την ικανότητα του ανθρώπου να κατευνάζει το άγχος του, χρησιμοποιώντας το παραγωγικά για να δημιουργεί και να παράγει τα αποτελέσματα που επιθυμεί.^{[15][20]}

Από μόνο του το άγχος δεν αποτελεί πρόβλημα. Ο τρόπος διαχείρισής του ωστόσο έχει μείζονα σημασία. Η λανθασμένη διαχείριση του, μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχή, κατά την οποία το άγχος παρουσιάζεται αρκετά συχνά, για μεγάλες περιόδους και με υψηλή ένταση. Στις περιπτώσεις αυτές αλλάζει και ο τρόπος σκέψης. Ένας άνθρωπος που κατακλύζεται από άγχος, σκέφτεται αρνητικά τόσο για τον εαυτό του, όσο και για το περιβάλλον του, τη ζωή του και το μέλλον του. Οι συμπεριφορικές και σωματικές αντιδράσεις του άγχους γίνονται μόνιμες, επιβαρύνοντας τη διαδικασία ελέγχου τους. Με τον τρόπο αυτό δημιουργείται ένας

φαύλος κύκλος μέσα από τον οποίο η κατάσταση επιδεινώνεται διαρκώς.^{[20][21]} Η διαφορά του άγχους από το φόβο, εστιάζεται στο γεγονός ότι το άγχος είναι μια κατάσταση που δημιουργείται όταν ο άνθρωπος θεωρήσει ότι απειλείται, ενώ ο φόβος είναι ένα υπαρκτό δυσάρεστο ανθρώπινο συναίσθημα.^[18]

Για την περιγραφή του άγχους της προγεννητικής περιόδου προτάθηκαν πολλοί ορισμοί. Σύμφωνα με τον Rini ως προγεννητικό άγχος ορίζονται οι φόβοι για την υγεία του εμβρύου και της εγκύου, καθώς και οι φόβοι που σχετίζονται με τον τοκετό.^[22] Ομοίως ο Orr όρισε ως άγχος της περιόδου αυτής, τις ανησυχίες για την εγκυμοσύνη και το κύημα,^[23] ενώ ο Barlow περιέγραψε το άγχος ως μια κατάσταση αδυναμίας, κατά την οποία η έγκυος δεν είναι σε θέση να προβλέψει, να ελέγξει ή να αποκτήσει τα επιθυμητά αποτελέσματα.^[24] Το προγεννητικό άγχος περιγράφεται ως υπερβολική ανησυχία και εξασθενημένη κοινωνική λειτουργία. Κύρια χαρακτηριστικά του είναι οι συναισθηματικές αποκρίσεις, καθώς και τα γνωστικά και σωματικά συμπτώματα. Παράλληλα προσδιορίστηκαν και δέκα διαστάσεις για το άγχος της προγεννητικής περιόδου. Οι πιο συχνά αναφερόμενες διαστάσεις περιλαμβάνουν, το άγχος για την αποβολή του κυήματος, για την υγεία του εμβρύου, τον τοκετό, τη μητρότητα και τη φροντίδα του νεογέννητου. Επίσης έχουν τεκμηριωθεί, αν και εντοπίζονται λιγότερο συχνά, το άγχος για την ευημερία της εγκύου, για την εικόνα του σώματός της, για θέματα υγείας, για οικονομικά ζητήματα και άγχος που σχετίζεται με την οικογενειακή και κοινωνική υποστήριξη. Σε επιστημονικές μελέτες που ακολούθησαν τα τελευταία χρόνια το προγεννητικό άγχος βρέθηκε να συνδέεται στενά με την κύηση υψηλού κινδύνου.^[25]

Η **κατάθλιψη** αποτελεί μία ψυχική διαταραχή, μια διαταραχή του φυσιολογικού καταθλιπτικού συναίσθηματος. Το καταθλιπτικό συναίσθημα είναι ένα αρνητικό και δυσάρεστο συναίσθημα, κατά κύριο λόγο υποκειμενικό, καθώς ενεργοποιείται μέσα από τις σκέψεις και τα βιώματα του ανθρώπου. Με την παρουσία συνεχόμενων καταθλιπτικών συναισθημάτων για ένα μακρύ χρονικό διάστημα εμφανίζεται η καταθλιπτική διάθεση, η οποία επηρεάζει όλο το φάσμα των λειτουργιών ενός οργανισμού. Η καταθλιπτική διαταραχή, είναι το κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη της καταθλιπτικής συναισθηματικής διάθεσης για μεγάλο διάστημα.^[26] Η κατάθλιψη είναι μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από έντονη θλίψη και μελαγχολία, η οποία επηρεάζεται και επηρεάζει ταυτόχρονα τις σκέψεις και τη διάθεση του ανθρώπου. Ανάλογα με τη βαρύτητά της διακρίνεται σε:

- Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, κατά την οποία ένας άνθρωπος δεν μπορεί να απολαύσει τις δραστηριότητες που τον ευχαριστούσαν στο παρελθόν, ούτε να φέρει εις πέρας τις καθημερινές του συνήθειες και ανάγκες.
- Δυσθυμική Διαταραχή: Μια χρόνια καταθλιπτική διάθεση, κατά την οποία το άτομο που νοσεί δεν μπορεί να είναι λειτουργικό στην καθημερινότητά του.
- Διπολικές Διαταραχές (I και II): Η ψυχική υγεία διαταράσσεται, καθώς τα διαστήματα της κατάθλιψης και της μανίας, εναλλάσσονται μεταξύ τους. Η μανία χαρακτηρίζεται από διέγερση, υπερκινητικότητα και ταχύτατο ρυθμό ομιλίας.
- Κυκλοθυμική Διαταραχή. Μια χρόνια διαταραχή στη διάρκεια της οποίας παρουσιάζονται συνεχώς διακυμάνσεις μεταξύ των καταθλιπτικών επεισοδίων και των υπομανιακών συμπτωμάτων.
- Καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη διαφορετικά. Στην κατηγορία αυτή υπάγεται η προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή, η ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή, η υποτροπιάζουσα βραχεία καταθλιπτική διαταραχή κατά την οποία τα συμπτώματα είναι μεν σημαντικής βαρύτητας, αλλά δεν έχουν διάρκεια και η μεταψυχωσική καταθλιπτική συνδρομή που προσδιορίζεται από την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων μετά από ένα ψυχωτικό επεισόδιο.^{[20][21]}

Μελέτες θεωρούν την κατάθλιψη ως μια νόσο με γενετική προδιάθεση, καθώς το 40%-50% των πασχόντων, προέρχονται από οικογένειες με ψυχιατρικό ιστορικό. Οι κληρονομικοί παράγοντες προδιαγράφουν την εμφάνιση της κατάθλιψης σε ανθρώπους που υποβάλλονται σε στρεσογόνα ερεθίσματα. Η χρόνια έκθεση ενός οργανισμού σε υψηλά επίπεδα στρες, είναι ικανή να ενεργοποιήσει τους μηχανισμούς αντιμετώπισης του στρες, οι οποίοι παραμένουν ενεργοί για μεγάλο χρονικό διάστημα. Τα συστήματα που υπερενεργοποιούνται, είναι: το σύστημα συμπαθο-αδρενεργικό-νοραδρενεργικό (ΣΑΝ) και το σύστημα μεταιχμιακού-υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (L-HPA). Το ΣΑΝ είναι υπεύθυνο για τη βιοσύνθεση και την απελευθέρωση της αδρεναλίνης και της νοραδρεναλίνης, οι οποίες ρυθμίζονται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα και το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ), ενώ το L-HPA αφορά τις περιοχές του μεταιχμιακού συστήματος (αμυγδαλή, ιππόκαμπος) που δρα με τον υποθάλαμο-υπόφυση-επινεφρίδια (HPA). Γίνεται αντιληπτό ότι το στρες στοχεύει σε περιοχές του εγκεφάλου που συμμετέχουν στη ρύθμιση των

συναισθημάτων και καθορίζουν τις παθολογικές και τις φυσιολογικές μεταβολές τους.^[27]

Η κατάθλιψη είναι μια νόσος που εμφανίζεται με υψηλή συχνότητα στη σύγχρονη κοινωνία. Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας (WHO) στις χώρες με χαμηλό εισόδημα αξιολογήθηκε ως η όγδοη κατά σειρά ασθένεια με τη μεγαλύτερη υγειονομική περίθαλψη, ενώ στις αναπτυγμένες χώρες η κατάθλιψη θεωρήθηκε μια από τις σημαντικότερες νόσους, για την οποία δαπανώνται υψηλά ποσά, τόσο από τους ιδιώτες, όσο και από τα δημόσια συστήματα υγείας.^[16] Η κατάθλιψη είναι μια από τις πιο συχνές ψυχικές διαταραχές, ακόμη και στην περίοδο της κύησης. Η πεποίθηση ότι η εγκυμοσύνη είναι ένα διάστημα ευημερίας που προστατεύει από τις ψυχικές διαταραχές εγκαταλείφθηκε, όταν οι επιστήμονες άρχισαν να διακρίνουν τις φυσιολογικές αλλαγές της εγκυμοσύνης, από τα συμπτώματα των ψυχικών διαταραχών και της κατάθλιψης. Η κατάθλιψη είναι ένας από τους βασικότερους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση επιπλοκών στην κύηση και στον τοκετό, για τα προβλήματα εμβρύου-νεογνών και η νόσος με υψηλή επικινδυνότητα στην περίοδο της λοχείας.^[28]

Σύμφωνα με τη τελευταία μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας περίπου το 10% των εγκύων και το 13% των λεχωίδων βιώνουν κάποια ψυχική διαταραχή και κυρίως κατάθλιψη. Στις αναπτυσσόμενες χώρες το ποσοστό αυτό είναι ακόμη υψηλότερο, δηλαδή στο 15,6% κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και στο 19,8% κατά τη μεταγεννητική περίοδο. Σύμφωνα πάντα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, 1 στις 5 εγκύους στις αναπτυσσόμενες χώρες και 1 στις 10, στις αναπτυγμένες χώρες έχουν σοβαρά ψυχικά προβλήματα είτε κατά τη διάρκεια της κύησης, είτε στην περίοδο μετά τον τοκετό.^[29] Ενδεικτικά, στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής σύμφωνα με την έρευνα των Marcus et all (2003), η κατάθλιψη των εγκύων αγγίζει το 20%.^[30] Στην Τουρκία το αντίστοιχο ποσοστό κυμαίνεται μεταξύ 27-33% (2011)^[31] και στην Γαλλία το ποσοστό των καταθλιπτικών εγκύων προσδιορίζεται σε 16%-25% (2005).^[32] Στην Ουγγαρία με τη μελέτη των Bödecs et all (2009), εντοπίστηκε να πάσχει από κατάθλιψη το 18% των εγκύων.^[33]

Η κατάθλιψη και γενικότερα η διαταραγμένη ψυχολογία της εγκύου, συνήθως δεν οφείλεται απλά και μόνο στη ξαφνική αλλαγή που προέκυψε από την εμπειρία της κύησης και τις αλλαγές που προκλήθηκαν. Παράγοντες που προϋπήρχαν στο ιστορικό της, στη προσωπική της ζωή και καταστάσεις που βιώνει η γυναίκα παράλληλα με την εγκυμοσύνη της, συνάδουν στην εμφάνιση μιας δυσάρεστης

ψυχολογίας, η οποία αν δεν αντιμετωπιστεί, θα διαταραχθεί η ψυχική της υγεία, η υγεία του ανθρώπου που κυοφορείται και θα προκύψουν καταστάσεις δύσκολες τόσο για την ίδια, όσο και για το περιβάλλον της.^{[28][34]}

1.3 Παράγοντες κινδύνου που συμβάλουν στην εμφάνιση των ψυχικών διαταραχών στην περίοδο της εγκυμοσύνης

Η πολυπλοκότητα των ψυχικών διαταραχών της προγεννητικής περιόδου, επιβάλλει την εκτίμηση ενός ευρέος φάσματος αλληλεπιδρώντων μεταβλητών. Ιδιαίτερη σημασία έχει το παρελθόν *ψυχιατρικό ιστορικό* της γυναίκας, που αξιολογείται από τον υπολογισμό των αγχωδών συμβάντων που βίωσε πριν από την εγκυμοσύνη, καθώς και από τον τρόπο αντιμετώπισής αυτών, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στις επαφές της με ψυχιατρικές υπηρεσίες και με επαγγελματίες της ψυχικής υγείας.^[34]

Μια πολύ σημαντική ένδειξη κινδύνου, είναι εάν η γυναίκα νόσησε από κατάθλιψη σε προηγούμενη της κύηση, είτε με τη μορφή της προγεννητικής ψυχικής ασθένειας, είτε ως επιλόχεια κατάθλιψη. Ένα οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης της νόσου στη διάρκεια της κύησης, ακόμη και αν η ίδια η γυναίκα δεν έχει βιώσει κάποια ψυχική διαταραχή.^{[35][36]} Επιβαρυντικά για τη ψυχολογία της εγκύου είναι και τα γεγονότα που σχετίζονται με *την απώλεια ή το θάνατο οικείων προσώπων*. Η απώλεια του συντρόφου της, είτε η απώλεια ενός άλλου παιδιού, αντιμετωπίζονται με μια καθυστερημένη ή παραμορφωμένη αντίδραση θλίψης. Η ενασχόληση της εγκύου με το έμβρυο, δεν της δίνει τη δυνατότητα να αναπτύξει μια ρεαλιστική εικόνα, για τη σχέση της με τον άνθρωπο που απεβίωσε. Η υπερτόνιση των θετικών στοιχείων της χαμένης σχέσης, οδηγεί σε ένα ατελές πένθος και σε μια μόνιμη μελαγχολία.^[37]

Οι οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις, είναι επίσης ένας σημαντικός παράγοντας για την πρόβλεψη του προγεννητικού άγχους ή της κατάθλιψης. Οι τεταμένες οικογενειακές σχέσεις, η ενδοοικογενειακή βία, οι μονογονεϊκές οικογένειες και η αδιαφορία από το κοινωνικό περιβάλλον συνδράμουν στην κακή ψυχολογία της εγκύου. Οι συγκρούσεις με τον σύντροφό της και οι αντιφατικές προσδοκίες από τη σχέση τους, οδηγούν σε αδιέξοδο. Είναι μια κατάσταση μέσα από την οποία η γυναίκα, αισθάνεται ευάλωτη και αδύναμη. Η έλλειψη υποστήριξης από το σύντροφο και τους στενούς συγγενείς, επιβαρύνουν σημαντικά την ψυχική της

υγεία.^{[36][38]} Επιπλέον η έγκυος που φέρει ιστορικό κοινωνικής απομόνωσης, με ελάχιστους φίλους και με επαναλαμβανόμενες αποτυχημένες κοινωνικές σχέσεις, είναι επίφοβη για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών. Η ελλιπής και η κακή επικοινωνία με το οικογενειακό, το φιλικό και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, μπορεί να δρομολογήσει τη δημιουργία ψυχολογικών προβλημάτων, καθώς επίσης να είναι και ο λόγος ώστε να οξυνθούν τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα.^[37]

Το χαμηλό εισόδημα και το χαμηλό κοινωνικό υπόβαθρο συνδέονται με την καταθλιπτική συμπτωματολογία της εγκύου. Υπό το βάρος των οικονομικών προβλημάτων η καθημερινότητα της γίνεται δύσκολη, ενώ θέματα που αφορούν την κύηση, ακόμη και οι τακτικές εξετάσεις, αδυνατούν να διεκπεραιωθούν.^[39] Μελέτες που έγιναν στην Ελλάδα τα χρόνια της οικονομικής κρίσης, παρουσιάζουν σχεδόν το ένα τρίτο του πληθυσμού των εγκύων να υποφέρει από διαταραγμένη ψυχική υγεία.^[38] Οι ψυχικές διαταραχές της προγεννητικής περιόδου εντοπίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα στα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα. Αυτό οφείλεται στην παρουσία χρόνιων στρεσογόνων καταστάσεων, όπως της ανεργίας και των άλυτων νομικών θεμάτων, που προκαλούν ανησυχία στη γυναίκα και την καθιστούν ευάλωτη στις αρνητικές συνέπειες του στρες. Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, το κάπνισμα, η χρήση ουσιών, η κατανάλωση αλκοόλ, τα δυσάρεστα περιστατικά κατά την παιδική ηλικία (ιδίως σεξουαλική κακοποίηση), είναι συμβάντα που μειώνουν τις ψυχικές αντιστάσεις της εγκύου και ευνοούν την σύνθεση μιας αρνητικής ψυχολογίας.^{[3][36]}

Το *μαιευτικό ιστορικό* κάθε γυναίκας, είτε αφορά την κύηση που διανύει, είτε προηγούμενες κυήσεις είναι μια σημαντική ένδειξη για τη ψυχολογία της. Η αμφιβολία που προκύπτει από τα ιατρικά δεδομένα για την επιτυχή έκβαση της εγκυμοσύνης και η αβεβαιότητα για την υγεία και την ακεραιότητα του εμβρύου, είναι μια πραγματική απειλή για τη ψυχοσύνη της εγκύου.^[40] Τα προβλήματα γονιμότητας και το άγχος που σχετίζεται με τη στειρότητα, είναι στρεσογόνοι παράγοντες που εξακολουθούν να υφίσταται και μετά την επιτυχή σύλληψη. Όταν στο παρελθόν έχουν γίνει επανειλημμένες προσπάθειες για γονιμοποίηση, οι οποίες είτε δεν απέδωσαν, είτε τελεσφόρησαν αναίτια, η έγκυος έχοντας βιώσει την απογοήτευση, δεν αποδέχεται την εγκυμοσύνη που διανύει ως υπαρκτό γεγονός.^{[37][41][42]} Επιπλέον οι απώλειες κυήσεων, που προέκυψαν είτε ως αποβολές, είτε ως τερματισμοί της κυοφορίας, λόγω παθολογίας του εμβρύου, είναι δυσάρεστα συμβάντα που είναι χαραγμένα στην ψυχή κάθε γυναίκας.^[38] Σε περιπτώσεις που η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα ακραίων καταστάσεων (βιασμός ή αιμομιξία), η ήδη

διαταραγμένη ψυχική υγεία της γυναίκας επιβαρύνεται σημαντικά. Αντιμέτωπη με τους φόβους της έρχεται και η έφηβη έγκυος που αντιμετωπίζει τις τεράστιες αλλαγές στη ζωή της, αλλά και η υπερήλικη έγκυος η οποία συνήθως είναι σε θέση να αντιμετωπίσει τις αλλαγές που φέρνει η κύηση στη ζωή της, αλλά φοβάται τους κινδύνους που ελλοχεύουν για την υγεία του εμβρύου και οι οποίοι σχετίζονται με την ηλικία της.^[37]

Εξίσου σημαντικός παράγοντας για την εκτίμηση της ανάπτυξης αρνητικών συναισθημάτων είναι και το *ιατρικό ιστορικό* της εγκύου. Γυναίκες πάσχουσες από χρόνιες παθήσεις, με κακή σωματική υγεία είναι πιο επιρρεπής στις προγεννητικές ψυχικές διαταραχές. Οι μειωμένες πιθανότητες που δίνονται για την ομαλή έκβαση της εγκυμοσύνης και για την ακεραιότητα του εμβρύου, προκαλούν έντονη ανησυχία.^[43] Ορισμένοι παράγοντες υγείας, μπορούν επίσης να ταράξουν τη ψυχική υγεία της εγκύου. *Διατροφικές δυσανεξίες*, όπως η δυσανεξία στη γλουτένη ή στα γαλακτοκομικά προϊόντα, διατροφικές ανεπάρκειες, όπως η ανεπάρκεια σιδήρου, μαγνησίου και φυλλικού οξέος, προβλήματα θυρεοειδούς και η έλλειψη θρεπτικών ουσιών συμβάλουν στην κατάθλιψη, ιδιαίτερος των γυναικών που έχουν προδιάθεση για την εμφάνισή της. Η έλλειψη της βιταμίνης D, σημείο κατατεθέν των ηλιόλουστων μεσογειακών χωρών, συνδέεται επίσης με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων.^{[35][36]}

Καθώς η εγκυμοσύνη είναι μια ευάλωτη περίοδος, είναι εφικτό να επικρατήσει ένας, αλλά και περισσότεροι επιβαρυντικοί παράγοντες. Οι παράγοντες αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και προκαλούν δυσάρεστα συναισθήματα στη γυναίκα, ενώ εντείνουν τις αρνητικές της σκέψεις, τόσο για την ίδια, όσο και για την υγεία του εμβρύου. Αν δεν βοηθηθεί η έγκυος στο σημείο αυτό, τότε τα αρνητικά της συναισθήματα θα οδηγήσουν στη σύνθεση ψυχικών διαταραχών, οι οποίες και θα εκδηλωθούν με πληθώρα σωματικών και ψυχικών συμπτωμάτων.^[15]

1.4 Ο τρόπος που εκδηλώνονται οι ψυχικές διαταραχές στην προγεννητική περίοδο

Οι σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές που συμβαίνουν στην περίοδο της εγκυμοσύνης, ακολουθούνται από συμπτώματα που δεν θεωρούνται παθολογικά. Οι δυσκολίες στον ύπνο όπως η αϋπνία, η ευσυγκινησία, οι πονοκέφαλοι, τα

προβλήματα στη σεξουαλική επαφή, η ναυτία, οι εμετοί και οι γαστρεντερικές διαταραχές, δεν προδικάζουν κάποια νοσηρή κατάσταση, αλλά αντιθέτως τεκμηριώνουν την ύπαρξη της κύησης. Όταν αυτές οι φυσιολογικές αντιδράσεις του οργανισμού επικρατήσουν για μεγάλο χρονικό διάστημα και δυσχεραίνουν τη ζωή της γυναίκας, τότε εντείνεται η υποψία για ύπαρξη ψυχικών διαταραχών.^[44]

Το προγεννητικό άγχος επικρατεί όταν οι φυσιολογικές εκδηλώσεις της εγκυμοσύνης αποκτούν μεγάλη ένταση και διάρκεια. Η συμπτωματολογία του άγχους περιλαμβάνει:

- Εφιάλτες, διακοπή ύπνου και συχνή αφύπνιση τη νύχτα
- Έντονο κοιλιακό άλγος
- Πόνους στην καρδιά ή στο στήθος, ταχυκαρδία
- Δύσπνοια - κρίσεις πανικού
- Εφίδρωση
- Συχνότερες και αναίτιες ιατρικές επισκέψεις.^{[15][20]}

Η κατάθλιψη που αναπτύσσεται στην περίοδο της εγκυμοσύνης, είναι μια πάθηση με πολυμορφία. Τα συμπτώματά της δυσκολεύουν την ζωή της γυναίκας και την καθιστούν αδύναμη απέναντι στις δυσκολίες. Τα κύρια συμπτώματα των καταθλιπτικών διαθέσεων αφορούν:

- Μειωμένο ενδιαφέρον για οποιαδήποτε δραστηριότητα που προκαλούσε ευχαρίστηση στη γυναίκα κατά το παρελθόν.
- Αδυναμία και εξάντληση
- Ανορεξία, είτε κρίσεις βουλιμίας.
- Διαταραχές στον ύπνο. Μια καταθλιπτική έγκυος μπορεί να κοιμάται πάρα πολλές ώρες, είτε να κοιμάται ελάχιστα
- Αποχή από τις σεξουαλικές επαφές
- Δυσκολία στη μνήμη και τη συγκέντρωση
- Έλλειψη ελπίδας για το μέλλον και απαισιοδοξία για ότι ακολουθεί
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση και σκέψεις ενοχής
- Τάσης αυτοκτονίας και προσπάθειες να βλάψει τον εαυτό της.^{[20][45]}

Σε ορισμένες περιπτώσεις μια έγκυος νοσεί από κατάθλιψη, δίχως να εκδηλώσει τα αντίστοιχα συμπτώματα. Είναι ένα φαινόμενο που δύναται να συμβεί στα αρχικά στάδια της νόσου, υποβαθμίζοντας έτσι τη σοβαρότητά της. Ωστόσο η κατάθλιψη μπορεί να εντοπιστεί παρατηρώντας τα υποχονδριακά συμπτώματα που αναπτύσσονται. Η δυσκολία της γυναίκας στην αναπνοή και στον ύπνο, η αδυναμία

προσαρμογής στη καθημερινότητά της, η αναβλητικότητα της, η έμφαση στις δυσάρεστες καταστάσεις και η τάση για απομόνωση πρέπει να θορυβήσουν το περιβάλλον της και να υποψιάσουν έναν επαγγελματία υγείας. Εάν δεν εντοπιστεί και δεν ιαθεί εγκαίρως η κατάθλιψη τη δεδομένη στιγμή, τότε η κατάσταση επιβαρύνεται, αποκτά κλινικό χαρακτήρα και όλη τη γκάμα των συμπτωμάτων της καταθλιπτικής νόσου.^[18]

Σε αρκετά περιστατικά το άγχος και η κατάθλιψη συνυπάρχουν. Η μελέτη των Moos et all, με την οποία διερευνήθηκε η φύση της σχέσης μεταξύ άγχους και κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η προγεννητική ανησυχία ήταν σημαντική πρόβλεψη της προγεννητικής κατάθλιψης.^[46] Το διαρκές άγχος συνοδεύεται από συναισθήματα ανεπάρκειας, τα οποία με τη σειρά τους οδηγούν σε καταθλιπτική διαταραχή. Τα συμπτώματα που εμπλέκονται και στις δύο νοσηρές καταστάσεις, είναι η ένταση, οι διαταραχές ύπνου, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η υπερβάλλουσα ανησυχία και η διαταραχή της συγκέντρωσης.^[44] Οι ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται την περίοδο της εγκυμοσύνης σχετίζονται άμεσα και με την εμφάνιση της μεταγεννητικής κατάθλιψης. Στις περιπτώσεις ιδιαίτερα που δεν γίνει διάγνωση και θεραπεία των προγεννητικών διαταραχών, η εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης θεωρείται αναπόφευκτη.^[19]

Σε παλαιότερες εποχές ο τρόπος με τον οποίο εκδήλωνε μια έγκυος τις διαταραχές της ψυχολογίας της, αποδιδόταν συνήθως στη δυστροπία του χαρακτήρα της, είτε ακόμη και στις αμαρτίες που βάραιναν τη ψυχή της. Πάντοτε υπήρχε η ανησυχία κατά πόσο θα επηρεαζόταν το έμβρυο, κατά πόσο θα γινόταν στη μετέπειτα ζωή του, ένας σωστός άνθρωπος. Με την μελέτη των ιστοριών ζωής, δόθηκε μια νέα διάσταση στην εξέλιξη του ανθρώπινου είδους που μέχρι πρότινος ήταν κρυμμένη πίσω από τη βιολογική "φυσικότητα" της εγκυμοσύνης και της γέννησης. Έγινε πλέον σαφές ότι η προγεννητική ψυχολογία συνδέεται άμεσα με την βιολογική και την πνευματική ανάπτυξη του νέου ανθρώπου.^[47]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΚΥΟΦΟΡΟΥΜΕΝΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ

«Μήδεια» του Ευριπίδη:

«Αχ! Κόσμε!

Μακάρι εσένα υπαίτιο να θεωρούσα για ότι σε μένα έκαμα κακό,
που ίδιο δεν εστάθηκε ως τώρα, αλλά,
τη μάνα μου φταίχτρα θα πω και υπαίτια,
γιατί σαν στα κατάψυχρά της σπλάγχνα με κυοφορούσε,
μονάχα τον κάκου την σκέψη άφηγε να με φθάνει,
και συμφορές να γίνω εγώ αιτία να 'ρθουν,
και άξια για τούτες να θρηνήσω, να μην είμαι.»

2.1 Προγεννητική Ψυχολογία

Η μελέτη της κοινωνικής και πολιτιστικής ζωής του ανθρώπου, η σχέση του με τον κόσμο, αλλά και με τον ίδιο του τον εαυτό, οδήγησαν τους επιστήμονες στην ανακάλυψη μιας νέας διάστασης, η οποία αφορά τη ψυχική και πνευματική του ανάπτυξη. Με την προγεννητική ψυχολογία δόθηκε μια διαφορετική οπτική στις ανθρώπινες ιστορίες, μια νέα διάσταση που ήταν καλυμμένη από τη βιολογική φυσικότητα της εγκυμοσύνης και το υποχρεωτικό γεγονός του τοκετού. Αρχικά αναγνωρίστηκε η σπουδαιότητα της γέννας. Κάθε άνθρωπος βιώνει τη γέννησή του ως ένα βίαιο γεγονός. Η μνήμη του τοκετού, εντυπώνονται βαθιά στη ψυχή του και τον ακολουθεί σε όλη του τη ζωή. Έγινε αντιληπτό ότι οι προγεννητικές εμπειρίες δεν χάνονται με τη μετάβαση του εμβρύου στην εξωμήτρια ζωή. Μετά τη γέννηση του, κάθε άνθρωπος κουβαλά τις προγεννητικές εμπειρίες και με οδηγό αυτές αναπτύσσει το συναισθηματικό του κόσμο.^[47] Η Προγεννητική ψυχολογία μελετά τη σχέση ανάμεσα στις εμβρυϊκές εμπειρίες και στις μεταγενέστερες συναισθηματικές, γνωστικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις. Είναι μια σχέση που γίνεται αντιληπτή υπό το φάσμα μιας αναπτυξιακής ακολουθίας, η οποία ξεκινά από τη σύλληψη και κορυφώνεται με τη διαδικασία του τοκετού.^[48]

Η σημαντικότητα της προγεννητικής ζωής και η συσχέτισή της με την υγεία του ανθρώπου που γεννιέται, απασχόλησε τους αρχαίους λαούς και τις θρησκείες πολύ πριν την ανακάλυψη της προγεννητικής ψυχολογίας. Ένδειξη αυτού, είναι το γεγονός ότι οι Κινέζοι υπολόγιζαν και εξακολουθούν να υπολογίζουν την ηλικία ενός ανθρώπου, από τη σύλληψη του και όχι από τη γέννηση του. Στην αρχαία Κίνα η έγκυος μετέβαινε σε ειδικά προετοιμασμένα οικήματα, όπου διένυε την εγκυμοσύνη της μέσα σε ένα όμορφο περιβάλλον με φωτεινά χρώματα, με περιπάτους κοντά στη φύση, ακούγοντας ποίηση και συμμετέχοντας σε ομιλίες. Παράλληλα στην Ελληνική ιστορία είχε αναπτυχθεί γύρω από την ευγονία και την προγεννητική μια ολόκληρη επιστήμη. Μια επιστήμη που στηριζόταν στους ηθικούς και φυσικούς κανόνες που διέπουν τη ζωή. Μια πνευματική γενετική, που μέσα από τις αρχές της σοφίας, της υγείας και της αγάπης, αναπτυσσόταν αρμονικά η ανθρώπινη ύπαρξη. Χαρακτηριστικά είναι τα λόγια του Σωκράτη: «Η διαπαιδαγώγηση του παιδιού πρέπει να ξεκινήσει πριν εκείνο γεννηθεί. Πρέπει η έγκυος να διαπλάθει έναν καλό χαρακτήρα στο έμβρυο παιδί της. Γι' αυτό δεν πρέπει να διαβιεί ούτε με πάθη, ούτε με πολλές ηδονές και λύπες, αλλά να ζει κατά τον χρόνο αυτό με χαρά, με πραότητα και με καλή ψυχική διάθεση». (Πλάτωνος, Νόμοι Ε) Σε ότι αφορά την Ευγονία: «Κατά το διάστημα της τεκνοποιίας, δεν πρέπει κανείς να βλάψει την υγεία του ή να προκαλέσει αδικίες, αφού όλα αυτά αποτυπώνονται στις ψυχές και στα σώματα των παιδιών τους, που μοιάζουν με τους γεννήτορές τους. Ιδιαίτερα προσοχή πρέπει να δίνεται στην πρώτη ημέρα του γάμου, γιατί, αν η αρχή γίνει σωστά, υπάρχει η εγγύηση των θεών ότι όλα θα πάνε καλά.» (Πλάτωνος, Νόμοι ΣΤ)^[49]

Η εγκυμοσύνη και η μητρότητα ήταν έννοιες ιερές καθ' όλη την ιστορία του Ελληνικού έθνους. Ακολουθώντας η Χριστιανική διδασκαλία διατήρησε την πεποίθηση των αρχαίων σοφών για τη μοναδικότητα της ενδομήτριας ζωής. Στο Κεφ. Δ' Παλαιάς Διαθήκης, Σοφία Σολομώντος, γράφτηκε: «Εκ γαρ ανόμων ύπνων τέκνα γεννώμενα μάρτυρες εισίν πονηρίας κατά γονέων εν εξετασμών αυτών». Στα χρόνια του Βυζαντίου και μετέπειτα στη δημοτική παράδοση ακολουθήθηκαν έθιμα και ειπώθηκαν λαϊκές παροιμίες που δήλωναν την ύψιστη σημασία των προγεννητικών εμπειριών: «Από τη γης βγαίνει νερό κι απ' την ελιά το λάδι κι από τη μάννα την καλή βγαίνει το παληκάρι», «Εκ του κόλπου το δένδρον γινώσκεις, ουκ εκ του καρπού», «Το φιλόπονον εν μήτρα, εχέγγυον εν γη».^[49]

Η επιστήμη για να καλύψει την ανάγκη των ανθρώπων που ανέκαθεν επιθυμούσαν να αποκτήσουν υγιείς, ευτυχισμένους και ισορροπημένους απογόνους, εστίασε αρχικά τη μελέτη της στην ψυχική υγεία της βρεφικής και παιδικής ηλικίας, μέσω της ψυχανάλυσης. Κατόπιν ασχολήθηκε με την πολυπλοκότητα του τοκετού. Η φύση του τοκετού, η έντασή του και η προσαρμογή του κυοφορούμενου ανθρώπου στο εξωμήτριο περιβάλλον χαρακτηρίστηκαν ύψιστο γεγονός και σταθμός στη ζωή κάθε ατόμου. Κι ενώ οι επιστήμονες συνέχισαν να ασχολούνται με τον τοκετό και την ψυχική υγεία του παιδιού, τις τελευταίες δεκαετίες προσέλκυσε το ενδιαφέρον τους και η προσαρμογή στην εγκυμοσύνη. Ιατροί, ψυχολόγοι και φιλόσοφοι απέδειξαν ότι η ψυχική κατάσταση της εγκύου και το περιβάλλον μέσα στο οποίο η γυναίκα βιώνει την κύησή της, συμβάλλουν καθοριστικά στη δημιουργία του σώματος, αλλά και της ψυχής του ανθρώπου που αναπτύσσεται.^[50]

Η ενασχόληση με την προγεννητική περίοδο μπορεί να επηρεάσει την πορεία ενός ατόμου στη προσωπική του ζωή και στη κοινωνία. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το έμβryo βυθισμένο στο αμνιακό υγρό συνδέεται με την έγκυο και επικοινωνεί διαρκώς μαζί της. Γίνεται δέκτης όλων των ερεθισμάτων θετικών και αρνητικών, αντιλαμβάνεται την αγάπη ή την απόρριψή της, την υπερηφάνεια ή την αδιαφορία της και όλα αυτά δημιουργούν ανεξίτηλα εντυπώματα στην κυτταρική του μνήμη.^[51] Όπως τονίζει και η ψυχολόγος Uplinger L: «κανείς δεν μπορεί να εξαπατήσει το έμβryo. Έχει πλήρη συνείδηση των σκέψεων και βιωμάτων της μητέρας του και με πολύ μεγάλη οξύτητα αντιλαμβάνεται τη στάση της απέναντι του.»^[49] Οι σκέψεις της εγκύου και τα συναισθήματά της αποτελούν τη βάση, επάνω στην οποία θα αναπτύξει την προσωπικότητα του ο άνθρωπος που κυοφορείται. Επίσης οι σκέψεις και τα συναισθήματα της γυναίκας επηρεάζουν και την ενδομήτρια ζωή του ανθρώπου. Εάν είναι όμορφα και θετικά, το έμβryo δύναται να είναι πιο ανθεκτικό στις αντιξοότητες του ενδομήτριου περιβάλλοντος.^[51]

Η ψυχική σύνδεση του εμβρύου με τη μητέρα του, γίνεται κυρίως μέσα από τη φωνή της. Αν η φωνή της εγκύου είναι αρμονική και εμποτισμένη με συγκίνηση και αγάπη, το έμβryo αναπτύσσει αρμονικά όλα τα όργανα και ιδιαίτερα τον εγκέφαλο και το νευρικό του σύστημα. Είναι αποδεκτό ότι για να αναπτύξει υψηλή νοημοσύνη ένας άνθρωπος, βασική προϋπόθεση είναι να βιώσει τη γαλήνη και την αγάπη της μητέρας του, όταν είναι έμβryo. Μέσα από την επικοινωνία της εγκύου με το κύημα, δημιουργείται ένα αίσθημα προστασίας και

ασφαλείας, ενώ αυξάνεται η επιθυμία του εμβρύου να επικοινωνήσει με τον "έξω" κόσμο.^{[47][50][51]}

2.2 Η Ανάπτυξη του εμβρύου

Το έμβρυο αναπτύσσεται σε ένα διαδραστικό περιβάλλον που του επιτρέπει να συμμετέχει ενεργά στην εξέλιξή του. Καθώς δημιουργείται το σώμα του, όλα τα αισθητήρια όργανά του, γίνονται δέκτες χείμαρρου εντυπώσεων, ενώ παράλληλα εκπέμπουν τα δικά τους μηνύματα.^[48] Είναι ένας διαρκής διάλογος ανάμεσα στο έμβρυο και στη μητέρα του.^[51] Μια επικοινωνία μέσα από την οποία το αγέννητο παιδί αναπτύσσει το σώμα του, τα συναισθήματά του και διαπλάθει την ψυχή του.^[48]

Κατά την εξέλιξη της εγκυμοσύνης και με την ανάπτυξη των αισθητηρίων του οργάνων, το έμβρυο αποκτά άμεση επαφή με την έγκυο. Πιο συγκεκριμένα την έβδομη εβδομάδα της κύησης σχηματίζονται οι οφθαλμοί, τα αυτιά και τα ρινικά όργανα του εμβρύου, ενώ την δέκατη έκτη εβδομάδα, ανταποκρίνεται σε έναν ηχητικό παλμό. Η ενεργητική ακρόασή του εντοπίζεται την εικοστή τέταρτη εβδομάδα της ενδομήτριας ζωής.^{[52][53]} Από τη στιγμή που αναπτύσσεται το ακουστικό σύστημα, το έμβρυο ανταποκρίνεται στους ήχους όλων των συχνοτήτων.^[54] Οι δυνατοί θόρυβοι το τρομάζουν, ενώ αντιδρά θετικά στις χαμηλές ηχητικές δονήσεις. Από τους εξωτερικούς ήχους μπορεί να διακρίνει τη φωνή της μητέρας του, η οποία δεν φτάνει σε αυτό όπως όλοι οι άλλοι ήχοι μόνο μέσω των ιστών, αλλά και μέσω των οστών της λεκάνης και της σπονδυλικής της στήλης. Όταν οι δονήσεις από τη φωνή της εγκύου, φτάσουν στο σώμα και στ' αυτιά του εμβρύου, εκείνο πλησιάζει το σώμα του κοντά στη σπονδυλική της στήλη, ενώ συγκεντρώνει την προσοχή του για να την αφουγκραστεί. Με τον τρόπο αυτό διεγείρεται η αντίληψη και η προσοχή του, ενώ παράλληλα αυξάνεται και η επιθυμία του για επικοινωνία.^[51] Οι οφθαλμοί του εμβρύου από την 28^η εβδομάδα είναι ευαίσθητοι στο φως, ενώ η ικανότητα διάκρισης μορφών και χρωμάτων εντοπίζεται τους πρώτους μήνες μετά τη γέννηση.^[53]

Και ενώ τα αισθητήρια όργανα του κήματος αναπτύσσονται, η ροή των μηνυμάτων που λαμβάνουν, προωθεί την ανάπτυξη του εγκεφάλου του.^{[52][55]} Ο εγκέφαλος είναι ένα δίκτυο που αποτελείται από πολλούς νευρώνες, που διασυνδέονται με τρόπο ώστε να αλληλεπιδρούν, να οργανώνονται και να

αναπτύσσονται με έναν ιεραρχικό και διαδοχικό τρόπο, γενετικά προγραμματισμένο.^[56] Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης επιτυγχάνεται μερική ανάπτυξη του εγκεφάλου, ενώ το βάρος του διπλασιάζεται μετά το τέλος του πρώτου χρόνου της ζωής του και τριπλασιάζεται όταν το παιδί συμπληρώσει το πέμπτο έτος της ηλικία του.^[52]

Το έμβρυο λειτουργώντας συνολικά με τον πλακούντα ως μια εμβρυοπλακουντιακή μονάδα, εμπλέκεται στις διαδικασίες της ορμονικής παραγωγής που είναι απαραίτητες για τη συντήρηση της εγκυμοσύνης.^[53] Ο πλακούντας αποτελεί έναν πολύπλοκο ενδοκρινή αδένα, ο οποίος συμμετέχει στην παραγωγή και στο μεταβολισμό πρωτεϊνικών και στεροειδών ορμονών.^[52] Η επικρατούσα αντίληψη θέλει την κορτιζόλη να είναι ο φυσικός μηχανισμός που μεσολαβεί στη σχέση μεταξύ της μητρικής ψυχικής δυσφορίας και στα αναπτυξιακά προβλήματα των παιδιών.^[57] Η κορτιζόλη αυξάνεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ωστόσο δεν έχει καθοριστεί εάν ο πλακούντας συμβάλει σε αυτή την αύξηση.^[52] Η λειτουργία του άξονα υποθάλαμο-υπόφυση-επινεφρίδια (HPA) της εγκύου είναι πολύπλοκη, λόγω και του ρόλου του πλακούντα ως νευροενδοκρινικό όργανο.^[57] Η κορτιζόλη είναι απαραίτητη στο έμβρυο για την ωρίμανση των ενζυμικών μηχανισμών και συνδέεται με την πνευμονική ωρίμανση.^[52] Τα υψηλά επίπεδα κορτιζόλης μετά την 31^η εβδομάδα της κύησης έχουν συσχετιστεί με τη φυσική και νευρομυϊκή νεογνική ωρίμανση στο πρώτο χρόνο της ζωής. Ωστόσο, τα υψηλά επίπεδα της κορτιζόλης σε μικρότερη εβδομάδα της εγκυμοσύνης έδειξαν αντίθετες συσχετίσεις, ενώ τα υψηλότερα επίπεδα κορτιζόλης στα τέλη της εγκυμοσύνης έχουν συνδεθεί με χαμηλότερο δείκτη νοημοσύνης κατά την παιδική ηλικία.^[57]

Ο πλακούντας συμμετέχει καθοριστικά στην ανάπτυξη του εμβρύου. Μεταφέρει θρεπτικές ουσίες και οξυγόνο, ενώ ταυτόχρονα παρέχει και ανοσολογική προστασία. Κύρια αποστολή του είναι η διατροφή και η προστασία του κήματος από ουσίες που μπορούν να το βλάψουν.^[53] Ο πλακούντας αντιμετωπίζεται επίσης ως ένα ικανοποιητικό φράγμα που παρεμποδίζει την είσοδο των μικροοργανισμών. Παρ' όλα αυτά μικρόβια, όπως το μικρόβιο του άνθρακα, της λέπρας, της φυματίωσης, της πνευμονίας, της τοξοπλάσμωσης, του τυφοειδούς μπορούν να περάσουν από την έγκυο στο έμβρυο. Επιπλέον οι ιοί, όπως ο ιός της ευλογιάς, της ερυθράς, του έρπητα, της ανεμοβλογιάς, της λύσσας, μπορούν να περάσουν τον πλακούντα και προκαλέσουν δυσμενής επιπτώσεις στην υγεία και διάπλαση του εμβρύου. Η διαπερατότητα του πλακούντα από τα φάρμακα, εξαρτάται κατά κύριο λόγο από το

λιποδιαλυτό της φαρμακευτικής ουσίας, ενώ η συγκέντρωση του φαρμάκου και το μοριακό του βάρος έχουν δευτερεύουσα σημασία. Χημικές ουσίες όπως η αλκοόλη, η νικοτίνη, τα βαρβιτουρικά, η μορφίνη, η πενικιλίνη, η μεθαδόνη, τα LSD, η τεραμυκίνη, το χλωροφόρμιο και πλήθος άλλων ουσιών από παυσίπονα, χημειοθεραπευτικά, ναρκωτικά, αντικαρκινικά, αντιβιοτικά, ηρεμιστικά, αντιεπιληπτικά, σπασμολυτικά, αντιυπερτασικά, καθώς και βιταμίνες και ορμόνες απορροφούνται σε μεγάλο βαθμό από τον πλακούντα, έχοντας ως τελικό αποδέκτη το έμβρυο.^[52]

Το οξύγονο που λαμβάνει η γυναίκα, οι θρεπτικές ουσίες από τη διατροφή της, οι φαρμακευτικές ουσίες, οι ενδομήτριες λοιμώξεις, αλλά και οι συναισθηματικές τοξίνες, διεγείρουν τους νευρώνες της και προκαλούν την παραγωγή ουσιών που εισέρχονται στο ενδομήτριο περιβάλλον και επηρεάζουν αντίστοιχα τους νευρώνες του κνήματος.^[58] Όπως αναφέρει ο ψυχίατρος Verny T. «κάθε έμβρυο στη μήτρα βομβαρδίζεται από τοξίνες, οι οποίες είναι χημικής, φυσικής, ορμονικής ή και συναισθηματικής προέλευσης».^[59] Όταν η ομοίωση του εμβρυϊκού οργανισμού απειλείται, τότε ενεργοποιείται το σύστημα του στρες, με το οποίο προσαρμόζεται ο αναπτυσσόμενος οργανισμός, σε όλες τις απειλητικές ή τις ψυχοπρεστικές καταστάσεις που δέχεται. Οι μηχανισμοί της νευροφυσιολογικής προσαρμοστικής απάντησης του εμβρύου περιλαμβάνουν, τον υποθάλαμο, τον υπομέλανα τόπο του εγκεφαλικού στελέχους, καθώς και περιφερειακά τον άξονα υποθάλαμου - υπόφυσης - επινεφριδίων και το αυτόνομο νευρικό σύστημα.^{[21][60]}

Η μεταβολή της ψυχολογικής κατάστασης της εγκύου πυροδοτεί μια σειρά από αντιδράσεις, όπως τη μεταβολή στη ροή του αίματος προς τη μήτρα, καθώς και μεταβολές στο ενδομήτριο περιβάλλον. Δεδομένης της πολύπλοκης σχέσης της εγκύου με το έμβρυο, θα ήταν περίεργο εάν οι δυναμικές πτυχές της προγεννητικής ψυχολογίας δεν επηρέαζαν τη διαμόρφωση της νευρικής ανάπτυξης του εμβρύου.^[57] Οι στρεσογόνες ορμόνες, επηρεάζουν αρνητικά τις φάσεις της νευρογένεσης, της συναπτογένεσης και της μυελίνωσης που ακολουθεί το κύτταρο για τη δημιουργία του εμβρυϊκού νευρικού συστήματος. Το στρες είναι η κύρια αιτία για τη δημιουργία παθολογίας στον αναπτυσσόμενο οργανισμό.^[21] Το προγεννητικό στρες επηρεάζει και τη μορφοποίηση του εγκεφάλου του, καθώς προκαλεί μακροχρόνιες αλλοιώσεις στη δομή, στον όγκο και στη λειτουργία του ιππόκαμπου.^[61] Μελέτη σε πειραματόζωα που εκτέθηκαν σε στρεσογόνες ορμόνες είχε ως αποτέλεσμα την

ελάττωση των δενδριτών του εγκεφάλου τους και την μόνιμη ελάττωση του βάρους του.^[56]

Όταν η έγκυος είναι παραγμένη, το έμβρυο βιώνει το στρες, μεταβάλλοντας τον καρδιακό του ρυθμό σε ταχυκαρδία, ενώ παράλληλα αυξάνει και την κινητική του δραστηριότητα.^[62] Όταν η γυναίκα χαλαρώνει, αλλάζει η ομφαλική ροή του αίματος, μειώνεται ο καρδιακός του ρυθμός και η κινητικότητα του.^[57] Το έμβρυο βιώνει τη θαλπωρή, όταν η έγκυος του μιλάει και όταν του διαβάζει.^[63] Η φωνή της γυναίκας έχει μια πλούσια ποικιλία συχνοτήτων ως προς το ρυθμό, την ένταση, τον τόνο και το ηχόχρωμα, τα οποία παραλληλίζονται με τα στοιχεία της μουσικής.^[64] Ενδεικτικό είναι, ότι η μουσική κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, προκαλεί αυξημένη νευρογένεση στον ιππόκαμπο, με αποτέλεσμα την ενίσχυση της μετέπειτα ικανότητας στη μάθηση.^{[65][66]} Σε μια μεγάλη κλίμακας μελέτη που πραγματοποίησαν οι Cprek et al, η ανάγνωση, η ομιλία, το τραγούδι και η επαφή συνδέθηκαν έντονα με τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης αναπτυξιακών, κοινωνικών και συμπεριφορικών καθυστερήσεων.^[67] Το τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης που ο χώρος στη μήτρα μειώνεται και τα περιθώρια στενεύουν, το έμβρυο αντιλαμβάνεται έντονα την εξωτερική επαφή. Νιώθει την επαφή και ενθουσιάζεται όταν η μητέρα του και ο πατέρας του αγγίζουν τρυφερά την μήτρα.^[68]

2.3 Οι επιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών της προγεννητικής περιόδου στον κυοφορούμενο άνθρωπο

Η εστίαση στη σωματική υγεία της εγκύου και του εμβρύου κατά το παρελθόν, είχε ως αποτέλεσμα να υποτιμηθεί ο ρόλος της ψυχικής υγείας της εγκύου στη διάπλαση του νέου ανθρώπου. Σήμερα, τα επιστημονικά ευρήματα δείχνουν ότι η σωματική και η ψυχική υγεία δεν μπορεί να διαχωριστεί.^[69] Ότι βιώνει το έμβρυο στην ενδομήτρια ζωή του, αποτυπώνεται στα κύτταρα του, ως ένα είδος μνήμης. Η μνήμη των κυττάρων είναι ισχυρή και δημιουργεί τα ψυχικά βιώματα επάνω στα οποία αναπτύσσονται οι ικανότητες του ανθρώπου που κυοφορείται. Το έμβρυο έχει μνήμη και απομνημονεύει, τα συναισθήματα της μητέρας του, τις σκέψεις της, την στάση της απέναντι στη ζωή, την νοοτροπία της, την ποιότητα της ύπαρξής της, τα ιδανικά και τους στόχους της.^[49] Οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες που επικρατούν

στη διάρκεια της προγεννητικής περιόδου επηρεάζουν την εξέλιξη της κύησης και την μετέπειτα εξέλιξη του ανθρώπου. Όταν διαταράσσεται η συναισθηματική, η συμπεριφορική και η κοινωνική κατάσταση της εγκύου, διαταράσσεται και η νευροψυχολογική ανάπτυξη του εμβρύου και τα αποτελέσματα αυτής της διαταραχής είναι ορατά από τους πρώτους μήνες της ζωής του έως και την ενήλικη φάση.^[70]

Οι ψυχικές διαταραχές της προγεννητικής περιόδου δύναται να προκαλέσουν πρόωρο τοκετό.^[15] Το στρες επιδρά στο νευροενδοκρινικό σύστημα της εγκύου, ενεργοποιώντας τον υποθάλαμο-υπόφυση-επινεφρίδια (HPA), με αποτέλεσμα και την ενεργοποίηση των μηχανισμών του τοκετού.^[71] Με το χρόνιο άγχος και τα χρόνια καταθλιπτικά συμπτώματα, συσχετίζεται και η επιβράδυνση της ενδομήτριας ανάπτυξης (IUGR), καθώς και το χαμηλό βάρος γέννηση (LBW).^[72]

Μια Βελγική-Ολλανδική μελέτη υπογραμμίζει ότι το υπερβολικό άγχος στις πρώτες εβδομάδες της εγκυμοσύνης, επηρεάζει τον εμβρυικό εγκέφαλο σε σημείο ώστε να αποτελέσει κίνδυνο για γνωστικές και παρορμητικές διαταραχές όταν το παιδί θα διανύει πια την εφηβεία του.^[73] Επίσης η υψηλή μητρική αγωνία κατά τη δωδέκατη ως την εικοστή δεύτερη εβδομάδα της εγκυμοσύνης, μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα για την ανάπτυξη της ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητα (ADHD) κατά την ηλικία των 8 και 9ετών.^[74]

Το μητρικό προγεννητικό άγχος επηρεάζει τη μνήμη, τη μάθηση, τη συγκέντρωση προσοχής και το δείκτη νοημοσύνης του ανθρώπου που αναπτύσσεται.^[75] Οι στρεσογόνοι παράγοντες, επηρεάζουν την ανάπτυξη του νευρικού συστήματος κατά την εμβρυική ηλικία, προκαλώντας έτσι σημαντικές ανωμαλίες στη νευροανάπτυξή του, ανωμαλίες που σχετίζονται με τον αυτισμό, τη δυσλεξία, τη σχιζοφρένεια και την ψυχοκινητική καθυστέρηση.^{[76][77]} Παιδιά που εκτέθηκαν προγεννητικά σε υψηλά επίπεδα στρες, έχουν χαμηλότερο δείκτη νοημοσύνης και χαμηλότερες γλωσσικές ικανότητες σε σύγκριση με τα παιδιά που εκτίθενται σε χαμηλά ή μέτρια επίπεδα προγεννητικού στρες.^[78]

Η γυναίκα που παρουσιάζει κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της, όταν δεν παρακολουθείται από κάποιον ειδικό και δεν υποβάλλεται σε κάποια θεραπεία, διατηρεί την κατάθλιψη και μεταγεννητικά. Μια καταθλιπτική έγκυος δεν φροντίζει τον εαυτό της, ωστόσο δύσκολα φτάνει στο σημείο της αυτοκτονίας, ένα σημείο που προσεγγίζεται περισσότερο από μια γυναίκα που νοσεί από κατάθλιψη μεταγεννητικά.^[35] Η καταθλιπτική λεχωίδα δυσκολεύεται να συνδεθεί συναισθηματικά με το μωρό της, δείχνοντάς του λιγότερη αγάπη και προσοχή, ενώ

δεν είναι λίγες οι στιγμές που είναι εχθρική απέναντί του.^[79] Το παιδί που γεννιέται από τη γυναίκα που έζησε άγχος ή κατάθλιψη στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είτε μετά τον τοκετό, παρουσιάζει κοινωνικοσυναισθηματική και φυσιολογική δυσλειτουργία, καθώς και πλήθος αναπτυξιακών προβλημάτων και προβλημάτων συμπεριφοράς στη νηπιακή και στη παιδική του ηλικία.^[80]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

3.1 Κύηση Υψηλού κινδύνου

Η ολοκλήρωση της εγκυμοσύνης με ένα υγιή τρόπο, αποτελεί -ανθρώπινο δικαίωμα- κάθε γυναίκας. Η μετάβαση στη γονική μέριμνα είναι μια διαδικασία φυσιολογική, κατά τη διάρκεια της οποίας πραγματοποιούνται σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές, ενώ παράλληλα δημιουργείται και αναπτύσσεται ένας νέος οργανισμός (ή και περισσότεροι) μέσα στο σώμα της γυναίκας.^[18] Τόσο για την έγκυο, όσο και για το σύντροφό της, η περίοδος αυτή συνδέεται συχνά με μείωση της προσωπικής τους ευεξίας και με μια γενικότερη δυσφορία.^{[81][82]} Πολλά ζευγάρια ωστόσο, βρίσκουν τρόπους να αφομοιώσουν τις αλλαγές και να τις εντάξουν ομαλά στη καθημερινότητά τους. Μια κύηση με υψηλή επικινδυνότητα, αποτελεί ένα απροσδόκητα αρνητικό συμβάν. Σε ένα περιβάλλον που η εγκυμοσύνη μετατρέπεται από φυσιολογική διαδικασία σε παθολογική κατάσταση, η περίοδος της ψυχικής αστάθειας των γονέων είναι έντονη και διαρκεί πολύ. Καθώς στενεύει το περιθώριο μεταξύ υγείας και ασθένειας, εντείνεται και η αμφιβολία για την ομαλή έκβαση της κύησης και τη διατήρηση της υγείας του εμβρύου και της εγκύου.^[83]

Στις κήσεις υψηλού κινδύνου, εντοπίζονται γυναίκες με βεβαρημένο ιατρικό ή μαιευτικό ιστορικό, αλλά και γυναίκες που παρουσιάζουν συμπτώματα και παθήσεις, ικανές να θέσουν σε κίνδυνο τις ίδιες και το έμβρυο. Οι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση της παθολογικής εγκυμοσύνης, ταξινομούνται σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες:

- I. Δημογραφικοί παράγοντες, όπως: το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η ηλικία της εγκύου (κάτω από 16 ετών ή πάνω από 35), η κακή διατροφή, η κατάχρηση ουσιών και φαρμάκων, το υπερβολικό κάπνισμα, η υπερβολική φυσική άσκηση και η κακή φυσική κατάσταση της εγκύου.^[53]
- II. Το προηγούμενο μαιευτικό ιστορικό, στο οποίο εντάσσονται τα εξής: καθ' έξιν αποβολές, γέννηση νεκρού εμβρύου ή θάνατος νεογνού, πρόωρος τοκετός, χαμηλού βάρους γέννησης νεογνό (LBW) είτε γέννηση υπέρβαρου νεογνού (άνω των 4 κιλών), ιστορικό προεκλαμψίας ή εκλαμψίας, διακοπή της κύησης λόγω συγγενών ανωμαλιών του εμβρύου, προηγούμενη Rhesus και ABO ασυμβατότητα.^{[52][53]}
- III. Το παρόν μαιευτικό ιστορικό: Ανωμαλία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας, ύπαρξη ινομυωμάτων μήτρας και ωθητικών μαζών, χαμηλού βάρους έμβρυο (IUGR), αιμορραγίες λόγω αποκόλλησης πλακούντα, υδράμνιο ή ολιγάμνιο, εμφάνιση εξανθηματικών νόσων, πολύδυμη κύηση, κύηση που προέκυψε από εξωσωματική γονιμοποίηση ή από άλλες διαδικασίες τεχνικής γονιμοποίησης, αναιμία, θρομβοεμβολικά επεισόδια, πρόωρη ρήξη εμβρυικών υμένων, παρατεταμένη κύηση άνω των 41 εβδομάδων, υπέρταση ή προεκλαμψία ή εκλαμψία, εγκυμοσύνη που ακολούθησε σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα μετά από καισαρική τομή.^{[52][53]}
- IV. Το παθολογικό ή χειρουργικό ιστορικό, αυξάνει τις πιθανότητες για εμφάνιση επιπλοκών στην εγκυμοσύνη: χρόνια υπέρταση, νεφρική νόσος, ψυχιατρικό ιστορικό, σακχαρώδης διαβήτης, καρδιακή νόσος, αιμοσφαιρινοπάθειες, νόσοι του θυρεοειδούς, επιληψία, γαστρεντερική ή ηπατική νόσος, ιστορικό φυματίωσης, ιστορικό γυναικολογικού χειρουργείου και ιστορικό καρδιολογικού ή αγγειακού χειρουργείου.^{[52][53]}

Η ανακάλυψη της παθολογικής εγκυμοσύνης, εξαρτάται από την προσεκτική λήψη του οικογενειακού, ατομικού και μαιευτικού ιστορικού της εγκύου και παράλληλα από την τακτική παρακολούθησή της. Τα συμπτώματα που

παραπέμπουν σε κύηση υψηλού κινδύνου είναι συνήθως: Οι συσπάσεις της μήτρας, όταν εκδηλώνονται πρόωρα σε ηλικία κύησης < 35 εβδομάδων, το έντονο κοιλιακό άλγος, η κοιλιακή αιμόρροια, η δυσουρία, η υπέρταση, τα οιδήματα, οι διαταραχές στην όραση, η κεφαλαλγία, οι έντονοι και επίμονοι έμετοι, ο πυρετός και η μειωμένη κινητικότητα του εμβρύου. Οι εργαστηριακές εξετάσεις και οι υπέρηχοι τεκμηριώνουν την παθολογία.^[53] Η παρακολούθηση της εγκυμοσύνης πρέπει να είναι τακτική και συνήθως γίνεται κατόπιν συνεργασίας του μαιευτήρα με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, όπως παθολόγων (ιστορικό φυματίωσης και σακχαρώδη διαβήτη), καρδιολόγων (καρδιακή νόσος, υπέρταση-προεκλαμψία), νεφρολόγων, αιματολόγων (αιμοσφαιρινοπάθειες, αναιμίες), ψυχιάτρων (ψυχιατρικό ιστορικό, επιληψία), ενδοκρινολόγων (θυρεοειδοπάθειες), νεογνολόγων και λοιπών ειδικοτήτων.^[52]

Εάν δεν εντοπιστούν και δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα οι παράγοντες στους οποίους οφείλεται η εμφάνιση της παθολογίας, θα ακολουθήσουν δυσάρεστες και επικίνδυνες καταστάσεις για την έγκυο και το έμβρυο, όπως:

- Αυτόματη έκτρωση
- Ενδομήτριος θάνατος
- Πρόωρος τοκετός
- Νόσηση του εμβρύου (από διάφορες φλεγμονές ή σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας) είτε νόσηση του νεογέννητου
- Έμβρυο με υπολειπόμενο βάρος (IUGR) ή Υπέρβαρο έμβρυο
- Χαμηλού βάρους νεογέννητο (LBW)
- Διανοητική καθυστέρηση ή άλλες αναπηρίες.
- Χαμηλός δείκτης APGAR Score (τεστ που αξιολογεί τη γενική υγεία των νεογνών τα πέντε πρώτα λεπτά της γέννησής τους).
- Επιδείνωση της υγείας της εγκύου.^[52]

Η σοβαρότητα της κατάστασης μιας παθολογικής εγκυμοσύνης, εκτιμάται από τους επαγγελματίες υγείας βάση τα ιατρικά δεδομένα. Ωστόσο το πώς αντιλαμβάνεται την επικινδυνότητα της κατάστασής της μια γυναίκα, είναι ένα ιδιαίτερο θέμα. Η αντίληψη του κινδύνου, αποτελείται τόσο από αντικειμενικά όσο και από υποκειμενικά στοιχεία και για το λόγο αυτό δεν μπορεί να θεωρηθεί ουδέτερη. Η αντικειμενική αξιολόγηση του κινδύνου περιλαμβάνει την χρήση στατιστικών για την πρόβλεψη των πιθανών αποτελεσμάτων,^[84] ενώ η υποκειμενική εκτίμηση του είναι μια ψυχολογική συνιστώσα που αποτελείται από παράγοντες, όπως ο βαθμός στον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τον κίνδυνο και τα

συναισθήματα που του προκαλεί. Το ίδιο ισχύει και για την αντίληψη του βαθμού επικινδυνότητας της εγκυμοσύνης. Η αντίληψη του κινδύνου επηρεάζεται από το κοινωνικό και μορφωτικό υπόβαθρο κάθε γυναίκας, τη λαογραφία και την παράδοση παρά από την ιατρική επιστήμη.^[85] Ο Sjogern, διαπίστωσε ότι ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα της κατάστασης, υπάρχει και η αντίληψη της έλλειψης ελέγχου που κάνει την έγκυο ανήσυχη, καθώς δεν της επιτρέπεται να ελέγξει τις ιατρικές αποφάσεις.^[69]

Καθοριστικός είναι και ο τρόπος με τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας παρουσιάζουν την δυσμενή κατάσταση. Οι έγκυες θεωρούνται μια ιδιαίτερα ευάλωτη ομάδα, που χρίζει αυξημένη παρακολούθηση και παρέμβαση.^[29] Για το λόγο αυτό, είθισται η παροχή πληροφοριών να χρησιμοποιείται από τους επαγγελματίες, ως στρατηγική για την άσκηση ελέγχου τους. Ωστόσο η προσπάθεια για έλεγχο της συμπεριφορά μιας εγκύου, προκαλεί μεγαλύτερη δυσανεξία στον κίνδυνο και αβεβαιότητα.^[85] Όταν μια γυναίκα διανύει κύηση με υψηλή επικινδυνότητα, συνήθως έρχεται σε επαφή με πολλούς επαγγελματίες υγείας. Αν ο καθένας μεταφέρει διαφορετικό βαθμό επικινδυνότητας, τότε είναι απίθανο η έγκυος να λάβει τα σωστά μήνυμα και να εκτιμήσει αντικειμενικά τη σοβαρότητα της κατάστασής της.^[86] Με αυτόν τον τρόπο αυξάνεται η ανησυχία της, ενώ κλονίζεται η εμπιστοσύνη της στους επαγγελματίες και μειώνεται η προθυμία της να συνεργαστεί μαζί τους. Επιπλέον εάν η έγκυος και οι επαγγελματίες αντιληφθούν διαφορετικά τον βαθμό κινδύνου, είναι απίθανο θα συμφωνήσουν από κοινού σε ένα σχέδιο διαχείρισης.^[87] Σύμφωνα με τον Lurton οι πληροφορίες από τους επαγγελματίες υγείας πρέπει να είναι ακριβείς και να ειπωθούν με τρόπο που να μη δημιουργεί αμφιβολίες και ανασφάλειες στην γυναίκα. Έτσι θα αποφευχθεί και η πιθανότητα να αναζητήσει πληροφορίες σε άλλες πηγές που δε σχετίζονται με το χώρο της υγείας, γιατί τότε η ψυχολογία της θα επιβαρυνθεί σημαντικά.^[88]

Η παθολογική εγκυμοσύνη προκαλεί άγχος στη γυναίκα, καθώς συνοδεύεται από μια αβεβαιότητα για την ομαλή έκβασή της, αλλά και άγχος για τις επιπτώσεις στην υγεία του εμβρύου. Οι γονείς βιώνοντας μια κύηση υψηλού κινδύνου, αισθάνονται αυξημένη ανησυχία, δυσαρέσκεια, εχθρότητα και διακατέχονται από καταθλιπτικά συναισθήματα.^[89] Η έγκυος που εμπλέκεται άμεσα στην παθολογική κατάσταση, χρειάζεται να μειώσει τις σωματικές της δραστηριότητες, να διακόψει την εργασία της και τη συμμετοχή της στις οικογενειακές δουλειές. Επιπλέον προσαρμόζει τη καθημερινότητά της ώστε να

περιλαμβάνει σε αυτή πολυάριθμες ιατρικές εξετάσεις και ιατρικές επισκέψεις. Παράλληλα με τη ζωή της γυναίκας, αλλάζει και η ζωή του συντρόφου της. Ο άνδρας επωμίζεται τη φροντίδα της υπόλοιπης οικογένειας και αναλαμβάνει περισσότερα οικιακά καθήκοντα, ενώ παράλληλα αναγκάζεται να περιορίσει τις περισσότερες από τις δικές του δραστηριότητες. Κατά την περίοδο αυτή, οι πρόσθετες απαιτήσεις, οι μειωμένες σεξουαλικές επαφές, το άγχος των γονέων και οι απογοητευμένες προσδοκίες τους, μπορεί να έχουν αρνητικό αντίκτυπο και στη σχέση τους.^[90] Η κατάσταση οξύνεται όταν η γυναίκα δαπανά λιγότερη ενέργεια για τη διατήρηση της ποιότητας στη διαπροσωπική της σχέση με το σύντροφό της ή με την υπόλοιπη οικογένειά της.^[91]

Σε σύγκριση με τους γονείς που βιώνουν μια φυσιολογική κύηση, τα ζευγάρια που βιώνουν μια κύηση υψηλού κινδύνου, είναι πιθανό να προβούν σε περισσότερες προσαρμογές στη ζωή τους. Με αυτόν τον τρόπο αναπτύσσουν μια ρεαλιστική εικόνα για τη γονική μέριμνα και τις ευθύνες τους, σε αντίθεση με τους γονείς που διανύουν μια εγκυμοσύνη χωρίς προβλήματα και δεν αντιλαμβάνονται το μέγεθος των ευθυνών τους. Συνεπώς η μετάβαση στη μητρότητα και στη πατρότητα θεωρείται ομαλή διαδικασία για τους γονείς που βίωσαν μια δύσκολη εγκυμοσύνη, σε σύγκριση με τους γονείς που δεν ήρθαν αντιμέτωποι με την αντίστοιχη δυσκολία. Διαφορές στη μετάβαση προς τη γονική μέριμνα παρατηρείται ωστόσο και ανάμεσα στα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν μια κύηση υψηλής επικινδυνότητας. Οι γονείς που είναι σε θέση να κινητοποιήσουν αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης της κατάστασης, μπορούν να διαχειριστούν την προγεννητική και μεταγεννητική περίοδο με πιο σταθερή ψυχολογία, σε σχέση με τους γονείς που βιώνουν μια εξίσου δύσκολη εγκυμοσύνη, αλλά αδυνατούν να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες.^[92]

Οι τακτικές εργαστηριακές εξετάσεις, οι υπέρηχοι και οι λοιπές εξετάσεις, αφαιρούν σημαντικά την ανησυχία για τη διατήρηση της υγείας του εμβρύου και την ομαλή έκβαση της κύησης.^[52] Πέρα από την ιατρική παρέμβαση και τις τακτικές επισκέψεις σε υγειονομικές υπηρεσίες, η αντίληψη των εμβρυικών κινήσεων αρκούν να καθησυχάσουν τη γυναίκα. Ο MacCain ανέφερε ότι όταν η παθολογική εγκυμοσύνη θέτονταν υπό διαρκή παρακολούθηση οι γονείς ένιωθαν ασφάλεια και το άγχος περιοριζόταν.^[24] Η προγεννητική φροντίδα πρέπει να παρέχεται με τρόπο «προσπελάσιμο και φιλόξενο» και οι υγειονομικές υπηρεσίες να είναι ανταποκρίσιμες και επαρκείς, τονίζει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, που

συνδέει την πρόσβαση στις υπηρεσίες περίθαλψης με τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα.^{[16][[87]}

3.2 Κύηση Υψηλού Κινδύνου που οδηγεί σε νοσηλεία

Η παρακολούθηση μιας παθολογικής εγκυμοσύνης, πρέπει να γίνεται όσο το δυνατό πιο στενά, ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Έχει ιδιαίτερη σημασία η έγκαιρη διάγνωση της ήδη βεβαρημένης κατάστασης, είτε η διάγνωση μιας επιπλοκής και η όσο το δυνατό πιο άμεση θεραπευτική αντιμετώπισή τους.^[52] Σύνηθες τακτική των μαιευτήρων είναι η σύσταση εντατικής παρακολούθησης της εγκυμοσύνης, μέσω των εργαστηριακών και των υπερηχογραφικών εξετάσεων, αλλά και ο περιορισμός της μητρικής δραστηριότητας με ανάπαυση της εγκύου στο κρεβάτι. Η ανάπαυση στο κρεβάτι, ως μέθοδος προστασίας της κύησης, πρωτοσυναντάται σε κείμενα της μαιευτικής στα μέσα του 1800 και έκτοτε γίνεται όλο και πιο δημοφιλής, ιδίως με την ανάπτυξη της προγεννητικής φροντίδας, στις αρχές του 1900. Ο περιορισμός της δραστηριότητας της γυναίκας που διανύει μια κύηση υψηλού κινδύνου και η καθήλωσή της στο κρεβάτι, παραμένει ακόμη και σήμερα μια βασική πρακτική για τον έλεγχο της πορείας της εγκυμοσύνης.^[93]

Η παρακολούθηση των περιστατικών υψηλής επικινδυνότητας, γίνεται σε υγειονομικές μονάδες με πλήρη ιατρικό, νοσηλευτικό και τεχνολογικό εξοπλισμό. Η έγκαιρη εισαγωγή του περιστατικού σε οργανωμένη υπηρεσία υγείας στην οποία εκτός από τη μαιευτική μονάδα, λειτουργεί μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών και εντατική ενηλίκων, είναι παράγοντας μείζονος σημασίας για τους επαγγελματίες. Η εντατική παρακολούθηση των παθολογικών κυήσεων συμβάλει στη μείωση του ποσοστού των πρόωρων τοκετών και έχει περιορίσει σημαντικά την περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα.^[52] Κατά την παραμονή της στη νοσηλευτική μονάδα η έγκυος τίθεται σε διαρκή παρακολούθηση από το ιατρικό και μαιευτικό προσωπικό. Οι εργαστηριακές εξετάσεις είναι συχνές και καθορίζονται ανάλογα με την ιδιαιτερότητα του περιστατικού, όπως και ο υπερηχογραφικός έλεγχος. Ο καρδιοτοκογράφος εφαρμόζεται καθημερινά και είναι απαραίτητος, καθώς αποτελεί σημαντική ένδειξη για την υγεία του εμβρύου και την εξέλιξη της εγκυμοσύνης σε πιθανό τοκετό. Ακολουθώς και ανάλογα με την παθολογία απαιτούνται πιο εξειδικευμένες εξετάσεις, όπως αμνιοπαρακέντηση, λήψη τροφοβλάστης και

πραγματοποιούνται παρεμβάσεις όπως χορήγηση τοκολυτικής αγωγής, περίδεση τραχήλου που επιμηκύνουν τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.^[53]

Στη πλειοψηφία των παθολογικών περιστατικών που εισάγονται το 89%-93% αυτών, παραμένει κλινήρης. Η καθήλωση της εγκύου είναι μια κλινική πρακτική που συνεχίζεται και στη σημερινή εποχή, όταν την ίδια στιγμή οι υπόλοιποι κλάδοι της ιατρικής επιστήμης τονίζουν τη σημαντικότητα της κινητοποίησης των ασθενών τους.^[93] Σε μια μελέτη που έγινε από τον Schroeder το 1998 επισημάνθηκαν τέσσερις λόγοι για τους οποίους συνεχίζεται η πρακτική καθήλωσης της γυναίκας που διανύει μια παθολογική εγκυμοσύνη. Κύριο ζήτημα παραμένει η προστασία του εμβρύου. Η ιδέα ότι όσο αναπαύεται η γυναίκα, τόσο προστατεύεται το έμβρυο συνεχίζει να επικρατεί και σήμερα, δίχως ωστόσο να λαμβάνεται υπόψη οι διαταραχές που θα προκαλέσει στην ψυχολογία της εγκύου η ακινητοποίησή της και ο εγκλεισμό της σε μια νοσηλευτική μονάδα.^[94] Όταν όμως η ψυχολογία της εγκύου διαταραχθεί, τότε οι δυσμενείς συνέπειες για το έμβρυο θα είναι μεγάλες και καθοριστικές για τη μετέπειτα ζωή του.^{[70][93]} Ένας δεύτερος λόγος είναι ότι οι επαγγελματίες υγείας στην προσπάθειά τους να προστατεύσουν την έγκυο, προστατεύουν και τον ίδιο τους τον εαυτό. Όταν η πορεία της εγκυμοσύνης είναι υπό τη στενή επίβλεψή τους, δεν αφήνονται περιθώρια για λάθη και δεν δίνεται η δυνατότητα στη γυναίκα και στο σύντροφό της να παίρνουν αποφάσεις για τον έλεγχό της. Ένας άλλος λόγος είναι η άποψη που αφορά τη δομή της οικογένειας που διαιώνίζεται πολλούς αιώνες. Σύμφωνα με το οικογενειακό πρότυπο που έχει επικρατήσει, εκείνος που δουλεύει και στηρίζει οικονομικά την οικογένεια είναι κατεξοχήν ο άντρας. Συνεπώς για τη γυναίκα που παραμένει στο σπίτι δεν είναι μεγάλη αλλαγή η καθήλωσή της στο κρεβάτι. Στη σημερινή κοινωνία ωστόσο τα δεδομένα έχουν αλλάξει και η οικονομική συνεισφορά της γυναίκας στην οικογένεια είναι εξίσου σημαντική, όσο και του συντρόφου της. Τέταρτο η έλλειψη μελετών που να συγκεκριμενοποιούν τα οφέλη, αλλά και τις αρνητικές συνέπειες της ανάπαυσης της εγκύου για κάθε ένα από τα περιστατικά των κύσεων υψηλής επικινδυνότητας, δε βοηθά στη διαφορετική αντιμετώπιση κάθε γυναίκας.^[94]

Η παραμονή της εγκύου που βιώνει μια παθολογική κύηση στο νοσηλευτικό ίδρυμα συνεπάγεται και με τη καθήλωσή της στο κρεβάτι. Αν και η κατάκλιση της γυναίκας είναι συχνή μέθοδος για την προστασία της εγκυμοσύνης, εντούτοις υπάρχουν τεκμηριωμένες δυσμενείς επιπτώσεις που αφορούν τη σωματική και ψυχική της υγεία, αλλά και δυσμενείς επιπτώσεις στην οικογενειακή, την

κοινωνική και την οικονομική της ευημερία.^[93] Σε ότι αφορά τις αρνητικές επιδράσεις στο σώμα της, το 2002 ο Schneider διαπίστωσε ότι μειώνεται η λειτουργία του γαστροκνημίου μυός της εγκύου που παραμένει κλινήρης για μεγάλο χρονικό διάστημα. Μετά τον τοκετό χρειάζονται αρκετές προσπάθειες προκειμένου να αποκατασταθεί πλήρως η λειτουργία του γαστροκνημίου μυός.^[95] Επίσης ο κίνδυνος θρομβοεμβολικού επεισοδίου είναι σημαντικά αυξημένος για την έγκυο που μειώνει στο ελάχιστο τις δραστηριότητές της. Οι Kovacevich et al με μια αναδρομική σύγκριση των εγκύων, ανέφεραν συχνότητα εμφάνισης θρομβοεμβολικού επεισοδίου 15,6/1000 στις έγκυες που βρισκόταν σε κατάκλιση και 0,8/1000 σε έγκυες που διατηρούσαν μια φυσιολογική δραστηριότητα.^[96] Επιπλέον κατά την ανάπτυξη του εμβρύου η φυσιολογική διαδικασία της κύησης οδηγεί στη μετατόπιση του ασβεστίου από τον οργανισμό της γυναίκας στο έμβρυο για την ανάπτυξη του εμβρυϊκού ιστού. Ωστόσο οι έγκυες που καθηλώνονται στο κρεβάτι έχουν 6 φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να χάσουν $\geq 5\%$ της οστικής τους πυκνότητας από τις πρώτες είκοσι εβδομάδες της κύησης.^[93]

Ψυχολογικά, η έγκυος που παραμένει κλινήρης παρουσιάζει υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, ενώ παράλληλα εκδηλώνει σημάδια εχθρότητας στο περιβάλλον της. Η βαθιά πλήξη και η ψυχολογική της κούραση, σχετίζεται με την ανησυχία της για την ευημερία του εμβρύου, αλλά και με το διαχωρισμό της από την υπόλοιπη οικογένεια της.^[93] Μελέτες που αφορούν την προγεννητική κατάθλιψη στην Ελλάδα είναι πολύ λίγες και διεξήχθησαν σε μονάδες νοσηλείας παθολογικών κύσεων, υπό το βάρος της οικονομικής κρίσης. Πιο συγκεκριμένα: Το 2011 πραγματοποιήθηκε έρευνα σε παθολογικές εγκυμοσύνες ηλικίας κύησης >11 και <26 εβδομάδων που νοσηλευόταν στο νοσοκομείο «Ελενας Βενιζέλου» στην Αθήνα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 26% των εγκύων παρουσίαζαν συμπτώματα κατάθλιψης.^[42] Στο Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης η έρευνα (2014-2015) αφορούσε την εμφάνιση της προγεννητικής κατάθλιψης σε εγκύους που διένυαν μια παθολογική κύηση >24 και <37 εβδομάδων. Το συμπέρασμα ήταν ότι το 28% των γυναικών αυτών νοσούσαν από κατάθλιψη.^[97]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ

Η αντιμετώπιση της κατάθλιψης και των ευρύτερων ψυχικών διαταραχών που αναπτύσσονται την περίοδο της εγκυμοσύνης, είναι ένα πολυδιάστατο θέμα που προβληματίζει τόσο τους επιστήμονες, όσο και τους γονείς. Οι επιπτώσεις της μη θεραπευμένης κατάθλιψης στην υγεία της εγκύου και του εμβρύου, αντισταθμίζονται με τις δυσμενείς επιπτώσεις που θα προκληθούν από τη θεραπεία που θα εφαρμοστεί. Στη θεραπεία της προγεννητικής κατάθλιψης εμπλέκονται πολλοί παράγοντες. Η κατάθλιψη μπορεί να υποεκτιμηθεί σε μια έγκυος, καθώς τα συμπτώματά της, μιμούνται τα κοινά συμπτώματα της εγκυμοσύνης (διαταραχές ύπνου, κόπωση), ενώ συνάμα μπορεί τα συμπτώματα της κατάθλιψης να θεωρηθούν συμπτώματα που προέρχονται από άλλες παθήσεις, όπως -την αναιμία, τον υποθυρεοειδισμό και το σακχαρώδη διαβήτη. Αντίθετα, μπορεί να υπερεκτιμηθεί η σοβαρότητα ορισμένων καταστάσεων. Αυτό συμβαίνει όταν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας παρερμηνεύσουν τα συμπτώματα της εγκυμοσύνης, λαμβάνοντάς τα ως δείκτες κατάθλιψης.^[37] Για την ορθή αντιμετώπιση της καταθλιπτικής νόσου θα πρέπει να γίνουν κατανοητοί και οι μηχανισμοί του γυναικείου οργανισμού που εμπλέκονται στην εμφάνισή της (το νευροβιολογικό, το νευροχημικό και το ορμονικό σύστημα), να διευκρινιστεί το οικογενειακό και το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον στο οποίο διαβιεί η έγκυος και να ληφθούν υπόψη οι συνέπειες των θεραπειών στον κυοφορούμενο άνθρωπο.^[27]

Για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης έχουν καθοριστεί δύο είδη θεραπειών. Ο πρώτος τρόπος αντιμετώπισης της, αφορά την «ψυχολογική θεραπεία» στην οποία εντάσσονται η διαπροσωπική θεραπεία και η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία. Το δεύτερο είδος θεραπείας είναι η φαρμακοθεραπεία, δηλαδή η χορήγηση φαρμάκων όπως είναι οι αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs), ή οι αναστολείς επαναπρόσληψης της νοραδρεναλίνης (SNRIs). Για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της κατάθλιψης έχουν αναπτυχθεί και άλλες μορφές θεραπείας όπως η μουσικοθεραπεία και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία, οι οποίες δρουν κυρίως συμπληρωματικά στις βασικές θεραπείες. Καθοριστικός παράγοντας για την ίαση των

ψυχικών διαταραχών είναι η στάση του οικογενειακού περιβάλλοντος της εγκύου και η συμπαράσταση των επαγγελματιών υγείας με μείζονος σημασία τη συμπαράσταση του μαιευτικού προσωπικού που βιώνει την καθημερινότητα της εγκύου και κλείνεται να αντιμετωπίσει την ψυχολογική της διάθεση.^{[27][69][70]}

4.1 Η Πρόληψη

Για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας της εγκύου πρέπει να δοθεί έμφαση στην ψυχική της υγεία, πριν την εγκυμοσύνη. Είναι ένα είδος πρόληψης, κατά την οποία κάθε γυναίκα που διανύει την αναπαραγωγικής της ηλικία, θα πρέπει να πραγματοποιεί μια ετήσια εξέταση, ώστε να προκύπτουν συμπεράσματα για την κατάσταση της ψυχικής της υγείας. Είναι ένας ασφαλής τρόπος για τη μετάβασή της στην εγκυμοσύνη. Όταν υπάρχει βεβαρημένο ψυχιατρικό ιστορικό, η ανάγκη για συχνή παρακολούθηση κρίνεται επιτακτική. Με τη βοήθεια του ειδικού αυτή η γυναίκα, οφείλει να φτάσει στη ρίζα της κατάθλιψης και των ψυχικών διαταραχών που τη βασανίζουν, πολύ πριν τη σύλληψη. Εάν λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, ο ιατρός που την παρακολουθεί αξιολογεί αν η σύλληψη είναι ασφαλής με την λήψη της συγκεκριμένης αντικαταθλιπτικής αγωγής και αν δύναται να συνεχίσει την αγωγή και μετά τη σύλληψη. Εάν η γυναίκα αρνηθεί τη συνέχιση των φαρμάκων μετά τη σύλληψη, τότε πρέπει να σταματήσει να λαμβάνει τη φαρμακευτική αγωγή αρκετό διάστημα πριν την εγκυμοσύνη και να δοθεί μια διαφορετική γραμμή θεραπείας.^[35]

Πρόληψη στην εμφάνιση της κατάθλιψης μπορεί να πραγματοποιηθεί και κατά τη διάρκεια της κύησης. Μια έγκυος που είναι ευάλωτη στο στρες έχει σημαντικές πιθανότητες να νοσήσει από ψυχικές διαταραχές και κατάθλιψη. Ως εκ τούτου ο ειδικός ψυχικής υγείας, θα πρέπει να παρακολουθεί στενά τη γυναίκα και να παρεμβαίνει, ώστε να ενισχύσει την αίσθηση του ελέγχου της και να συμβάλει στη βελτίωση των ικανοτήτων της για την αντιμετώπιση ενός κινδύνου. Οι στόχοι από τη παροχή των συμβουλών, εντοπίζονται στην προτροπή να εκφράσει η έγκυος τα συναισθήματά της, να διευκρινιστεί η αιτία που προκάλεσε τη δυσφορία της, να αυξηθεί η αυτοεκτίμησή της και να μειωθούν τα επίπεδα του άγχους της. Ο ειδικός πρέπει να αποτρέπει τη γυναίκα από τη χρήση ακατάλληλων στρατηγικών αντιμετώπισης του άγχους, όπως την αποφυγή και άρνηση αντιμετώπισης του ψυχολογικού προβλήματος και να προωθεί στρατηγικές που διευκολύνουν την

επίτευξη στόχων, όπως τον στόχο του τοκετού. Όταν η έγκυος αποδεχτεί ότι βιώνει μια κατάσταση έντονου στρες, απεμπλέκεται από την αρνητική της στάση και εργάζεται πλέον για την αντιμετώπιση των δυσάρεστων καταστάσεων που μπορεί να την οδηγήσουν σε συναισθηματική διαταραχή.^[42] Πέρα από τις συμβουλές υπάρχουν και πολλές μέθοδοι αντιμετώπισης του στρες με τη βοήθεια των οποίων η έγκυος μπορεί να αποβάλει το άγχος και να χαλαρώσει. Ο βελονισμός, το μασάζ και ο διαλογισμός συστήνονται ανεπιφύλακτα σε μια έγκυο, καθώς είναι μέθοδοι που δρουν ευεργετικά στην ψυχολογία της.^[35]

Η μουσική είναι μια δημοφιλής μέθοδος για την αντιμετώπιση του προγεννητικού στρες, καθώς είναι χαμηλού κόστους και εύκολα προσβάσιμη. Σε μια μελέτη αποδείχθηκε ότι η μουσική μειώνει σημαντικά την αρτηριακή πίεση, τον καρδιακό ρυθμό και το άγχος των νοσηλευομένων μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου.^[98] Η συμμετοχή της εγκύου στη μουσική, μπορεί να είναι παθητική, με το άκουσμα της μουσικής ή ενεργητική, με τη συμμετοχή της σε μαθήματα, είτε σε εργαστήρια ομάδας και θεραπείας (μουσικοθεραπεία). Μια μελέτη με γυναίκες που άκουγαν μουσική πριν από την αμνιοπαρακέντηση έδειξε μείωση του άγχους, της αρτηριακής πίεσης και του καρδιακού τους ρυθμού, καθώς και των επιπέδων της κορτιζόλης. Σε μια άλλη μελέτη, με τη συμμετοχή τους σε μιούζικαλ οι έγκυες, μπόρεσαν να εκφράσουν τα συναισθήματά τους και να μειώσουν το άγχος που βίωναν.^[65] Επίσης οι Sheikhi και Saboory βρήκαν ότι με έκθεση των αρουραίων στην κλασική μουσική καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, είχε ως αποτέλεσμα οι απόγονοί τους να παρουσιάσουν υψηλότερη κυτταρική πυκνότητα στον φλοιό του βρεγματικού ιστού, αποδεικνύοντας έτσι την επίδραση της μουσικής στην ανάπτυξη του εγκεφάλου.^[99]

Η μουσικοθεραπεία είναι μια θεραπευτική παρέμβαση για τη μείωση του προγεννητικού στρες, η οποία έχει ως βασικό της άξονα τη μουσική. Η θεραπεία του άγχους που βασίζεται στις ευεργετικές ιδιότητες της μουσικής, περιλαμβάνει μια σειρά συνεδριών, οι οποίες είθισται να είναι διαπροσωπικές, είτε και ομαδικές. Η επιλογή της μουσικής είναι ένας σημαντικός παράγοντας και οφείλει να γίνεται με γνώμονα τις μουσικές προτιμήσεις της εγκύου και γενικότερα την ιδιοσυγκρασία της. Οι συνεδρίες πρέπει να συνάδουν και με την ηλικία της κύησης, καθώς τα επίπεδα του στρες εντοπίζονται υψηλότερα στο πρώτο και τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, ενώ στο δεύτερο τρίμηνο δεν παρουσιάζουν σημαντική αύξηση. Ο θεραπευτής πρέπει

να λάβει υπόψη του και την πολυδιάστατη φύση του άγχους, που αφορά την αιτία της πρόκλησής του και τις σχέσεις της εγκύου με το ευρύτερο περιβάλλον της.^[65]

4.2 Η Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία είναι η πρώτη επιλογή στη θεραπεία της ήπιας και μέτριας κατάθλιψης. Ασθενείς που δεν νοσηλεύονται σε ψυχιατρική μονάδα, δεν έχουν τάσης αυτοκτονίας και δεν παρουσιάζουν υποτροπιάζοντα συμπτώματα, μπορούν να θεραπεύσουν την ψυχική τους υγεία με τη βοήθεια της ψυχοθεραπείας.^[37] Η χρήση της ψυχοθεραπείας στη μαιευτική, εντοπίζεται κυρίως στη μεταγεννητική περίοδο, μιας και οι περισσότερες έρευνες μέχρι πρότινος αφορούσαν την επιλόχεια κατάθλιψη. Ωστόσο οι επιστήμονες θεωρούν την ψυχοθεραπεία ενδεδειγμένη μέθοδο θεραπείας και για τη μεταγεννητική, αλλά και για την προγεννητική περίοδο, καθώς κύριο πλεονέκτημά της, είναι η αποφυγή της φαρμακευτικής αγωγής.^{[35][37][69]} Ως μορφές ψυχοθεραπείας ορίζονται η διαπροσωπική θεραπεία και η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία. Κατά τη διαδικασία της αξιολόγησης, ο ψυχοθεραπευτής καθορίζει τη καταλληλότητα της θεραπείας με ανασκόπηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και τη διάκριση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης από τα συμπτώματα της φυσιολογικής εγκυμοσύνης.^[37]

Η Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, είναι ένας σύντομος κύκλος θεραπειών οι οποίες εστιάζουν στα προσωπικά προβλήματα της εγκύου και στοχεύουν στη μείωση της κατάθλιψης και των συμπτωμάτων της. Έχει αποδειχθεί ότι είναι μια αποτελεσματική μέθοδος θεραπείας για την κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της κύησης και μετά τον τοκετό. Τα προσωπικά θέματα της εγκύου είναι πολύπλευρα καθώς καλείται να διαχειριστεί τις σχεσιακές της αλλαγές και τις πολλαπλές μεταβάσεις της στην ταυτότητα, την οικογένεια, την εργασία και την κοινωνία.^{[37][69]} Ο ψυχοθεραπευτής πρέπει να βοηθήσει τη γυναίκα να εντοπίσει τις προβληματικές περιοχές στις οποίες απαιτούνται βελτιώσεις, ώστε να μπορέσει να αναπτύξει ένα σχέδιο δράσης με τα απαραίτητα βήματα. Επιπλέον της παρέχει εξατομικευμένη ψυχοεκπαίδευση που περιλαμβάνει την παροχή βοήθειας σε όλους τους τομείς της ζωής της. Οι συνεδρίες της διαπροσωπικής θεραπείας έχουν ένα υψηλό επίπεδο ευελιξίας, προκειμένου να μπορούν να εφαρμοστούν και στη νοσοκομειακή μονάδα, όταν η έγκυος χρίζει προγεννητική φροντίδα.^{[37][69]}

Οι συνεδρίες που πραγματοποιούνται επικεντρώνονται στην πραγματοποίηση αλλαγών που σχετίζονται με τους προσδιορισμένους προβληματισμούς της γυναίκας. Για τη διεξαγωγή της διαπροσωπικής θεραπείας, συλλέγονται πληροφορίες που αφορούν τα συναισθήματά της, τις σχέσεις της, τις προσδοκίες της και επιπλέον πληροφορίες που αφορούν το μαιευτικό της ιστορικό. Από τις πρώτες συνεδρίες ο ψυχοθεραπευτής επιδιώκει να κατανοήσει τις ηθικές αξίες και τις εθνικές και θρησκευτικές καταβολές της εγκύου. Η γυναίκα εκφράζει και την άποψή της για την κατάθλιψη, τα κοινωνικά προβλήματα, τα πρακτικά και ψυχολογικά εμπόδια που αντιμετωπίζει, αλλά και τις πεποιθήσεις της σχετικά με την υγεία και τις πρακτικές αντιμετώπισης, συμπεριλαμβανομένης της σημασίας της πνευματικότητας και της προσευχής στη ζωή της. Σημαντικό είναι να διευκρινιστεί και ο λόγος για τον οποίο η έγκυος αποφάσισε να ακολουθήσει τη διαδικασία της ψυχοθεραπείας.^[37]

Η Γνωστική συμπεριφορική θεραπεία είναι μία από τις πιο γνωστές μεθόδους ψυχοθεραπείας στον κόσμο και είναι αποτελεσματική για τις περισσότερες ψυχικές διαταραχές. Έχει χαρακτηριστεί ως αποτελεσματική μέθοδος θεραπείας από τους ερευνητές για την επιλόχεια κατάθλιψη και ως επωφελής θεραπεία για τις εγκύους. Στόχος της είναι η αντιμετώπιση της κατάθλιψης και η τροποποίηση των εντυπώσεων που σχηματίζονται από τις νοητικές στρεβλώσεις που επηρεάζουν τα συναισθήματα της εγκύου και οδηγούν σε αγχώδη ψυχικές διαταραχές και ακολούθως στη κατάθλιψη. Με τη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία η γυναίκα ενθαρρύνεται: να εξετάσει τον τρόπο που σκέφτεται για την εγκυμοσύνη και την επικείμενη μητρότητα, να εκφράσει τις αρνητικές τις σκέψεις και τα συναισθήματά της και να αμφισβητήσει τις ιδέες της για την "τέλεια" εγκυμοσύνη και μητρότητα.^[37]

Με τη συμμετοχή της γυναίκας σε ομάδες συμβουλευτικής και υποστήριξης, ανακαλύπτει ότι και άλλες έγκυες παρουσιάζουν παρόμοια με εκείνη συμπτώματα. Καθώς η γυναίκα αντιλαμβάνεται ότι δεν είναι η μόνη που βιώνει μια ψυχική διαταραχή κατά την περίοδο της κύησης, μειώνει το αίσθημα της ντροπής και τις ενοχές που αισθάνεται. Παράλληλα κοινωνικοποιείται με ανθρώπους που μπορούν να την κατανοήσουν και εξαλείφει τη μοναξιά και την απομόνωση που βιώνει. Συνεπώς η συμμετοχή της και μόνο σε κάποια ομάδα, είναι ικανή να επιδρά θετικά στη διάθεσή της. Επίσης η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία μπορεί να έχει τη μορφή της οικογενειακής ομαδικής θεραπείας, εάν οι παράγοντες που στρεσάρουν την έγκυο, εντοπίζονται στο οικογενειακό της περιβάλλον.^[35]

Και οι δύο μορφές της ψυχοθεραπείας όταν εφαρμοστούν στην προγεννητική περίοδο, λειτουργούν με τρόπο ώστε να μπορούν να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της γυναίκας και στην καθημερινότητά της. Την περίοδο της εγκυμοσύνης η ψυχοθεραπεία θεωρείται ως μια βέλτιστη πρακτική για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών και της ήπιας ή μέτριας κατάθλιψης. Το βασικότερο πλεονέκτημα της είναι ότι προσφέρει τα οφέλη μιας θεραπείας για τη ψυχική υγεία, δίχως να ακολουθείται από τους κινδύνους που σχετίζονται με τη χρήση της αντικαταθλιπτικής αγωγής.^{[35][37]} Στις πιο βαριές μορφές κατάθλιψης, η ψυχοθεραπεία πρέπει να συνδυαστεί με φαρμακευτική αγωγή. Με την έρευνά του ο Goodman το 2009, διαπίστωσε ότι το 92% των εγκύων αξιολόγησαν την ψυχοθεραπεία ως κορυφαία επιλογή στη θεραπεία της κατάθλιψης, ενώ μόνο το 7% αυτών επέλεξαν τα αντικαταθλιπτικά. Ένας επιπλέον λόγος που οι έγκυες είναι δεκτικές στη ψυχοθεραπεία, σχετίζεται και με την επιθυμία των γυναικών την περίοδο που διανύουν, να κάνουν αλλαγές στη ζωή τους και να βελτιώσουν την ψυχική τους υγεία πριν γεννηθεί το παιδί τους. Επιπλέον, η ψυχοθεραπεία είναι μια ευκαιρία να αποκτήσουν δεξιότητες και να χρησιμοποιήσουν τις γνώσεις αυτές που θα αποκομίσουν και στην περίοδο μετά τον τοκετό, ώστε να αποτραπεί το ενδεχόμενο εμφάνισης της επιλόχειας κατάθλιψης. Παρά τα πολλά οφέλη της ψυχοθεραπείας, ο χρόνος που απαιτείται από τη πλευρά της εγκύου και το κόστος των συνεδριών δυσχεραίνουν την εφαρμογή της.^[100]

4.3 Φαρμακευτική θεραπεία

Η θεραπεία της κατάθλιψης που αναπτύσσεται στην προγεννητική περίοδο, γίνεται όλο και περισσότερο, σημαντικό θέμα για τους ερευνητές και τους ιατρούς. Μέχρι πρότινος οι περισσότερες μελέτες αφορούσαν τις παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής και τις επιπτώσεις της στο έμβρυο. Ωστόσο, είναι πλέον αντιληπτό ότι το πραγματικό πρόβλημα είναι η κατάθλιψη που δεν έχει ιαθεί. Οι ψυχικές διαταραχές της κύησης οφείλουν να αντιμετωπιστούν εξαιτίας της αρνητικής τους επίδρασης στην έγκυο και στο έμβρυο. Συνεπώς παρά τους κινδύνους που ελλοχεύουν από τη χρήση των φαρμακευτικών ουσιών, η αντικαταθλιπτική αγωγή συνιστάται ως μια βέλτιστη πρακτική για συγκεκριμένες κατηγορίες εγκύων.^[37]

Δεν έχει αναφερθεί κάποια μελέτη που να συγκρίνει τη βαρύτητα των επιπτώσεων που προκαλούνται από τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης, με τις αντίστοιχες επιπτώσεις που προκαλούνται εάν δεν ακολουθηθεί η φαρμακευτική αγωγή. Για το λόγο αυτό δεν είναι κατανοητό πια από τις δυο μεθόδους μπορεί να προκαλέσει τις πιο δυσμενείς συνέπειες.^[101] Ωστόσο για τους επιστήμονες οι κίνδυνοι που θα προκύψουν εάν δεν αντιμετωπιστεί η προγεννητική κατάθλιψη, είναι εξίσου σημαντικοί, με τους κινδύνους από την έκθεση της εγκύου σε φαρμακευτικές ουσίες. Η αντικαταθλιπτική αγωγή συστήνεται σε συγκεκριμένες κατηγορίες εγκύων. Η λήψη φαρμάκων συστήνεται σε μια έγκυο που βιώνει μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη, για την οποία η ψυχοθεραπεία είναι δύσκολο να εφαρμοστεί και να έχει θετικά αποτελέσματα. Η φαρμακευτική αγωγή συνιστάται επίσης και στην έγκυο με ιστορικό κατάθλιψης, καθώς είναι μεγάλος ο κίνδυνος υποτροπής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Σε μεγάλο βαθμό επικινδυνότητας για επανεμφάνιση της κατάθλιψης είναι και η γυναίκα που έζησε τρία ή και περισσότερα καταθλιπτικά επεισόδια πριν από την εγκυμοσύνη της, καθώς και εκείνη που νόσησε από κατάθλιψη που διήρκησε περισσότερο από 5 χρόνια. Τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής θα πρέπει να συνεχίσει και η έγκυος που ακολουθούσε μια αγωγή συντήρησης στην περίοδο της σύλληψης. Σύνηθες τακτική των επιστημόνων είναι να προτείνουν ακόμη και όταν χρησιμοποιείται η φαρμακευτική αγωγή ως θεραπευτική επιλογή, το συνδυασμό της με την ψυχοθεραπεία, προκειμένου να μεγιστοποιηθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπείας και να μειωθεί και η δόση του φαρμάκου.^[37]

Είναι εξαιρετικά δύσκολο να διαμορφωθεί μια μέθοδος θεραπείας που να μπορεί να είναι εφαρμοστέα σε όλες τις εγκύους. Είναι ευθύνη του ιατρού να αξιολογήσει την κάθε περίπτωση σε ατομική βάση και να σχηματίσει μια θεραπευτική στρατηγική για χάρη της κάθε γυναίκας και του παιδιού της.^[69] Η φαρμακευτική αγωγή περιλαμβάνει: τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs), τους αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAOIs), τους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs), τους αναστολείς επαναπρόσληψης της νοραδρεναλίνης και της σεροτονίνης (SNRIs) και τους αναστολείς επαναπρόσληψης της νοραδρεναλίνης και της ντοπαμίνης.^[27] Πιο συγκεκριμένα:

- Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (αμιτριπτυλίνη, κλομιπραμίνη, μιπραμίνη, λοφεπραμίνη) και οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (φαινελζίνη, τρανυλκυπρομίνη, μοκλοβεμίδη) αποτελούν την πρώτη φαρμακευτική θεραπεία για την κατάθλιψη που ανακαλύφθηκε περίπου πριν 50 χρόνια. Οι

αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAOIs), αναστέλλουν το κύριο ένζυμο καταβολισμού της νοραδρεναλίνης, της ντοπαμίνης και της σεροτονίνης, με αποτέλεσμα την αύξηση της διαθεσιμότητά τους, ενώ τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs) αναστέλλουν την επαναπρόσληψή τους. Τα φάρμακα αυτά έχουν ένα ευρύ φάσμα δράσης και επηρεάζουν ολόκληρο τον ανθρώπινο οργανισμό. Στις ανεπιθύμητες παρενέργειές τους συγκαταλέγονται: η υψηλή αρτηριακή πίεση, η ορθοστατική υπόταση, η υπνηλία, οι αρρυθμίες και η δυσκοιλιότητα. Για το λόγο αυτό τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης, δεν αποτελούν πλέον την πρώτη επιλογή στην αντιμετώπιση της καταθλιπτικής νόσου.^{[27][69]}

- Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) (φλουοξετίνη, σερτραλίνη, παροξετίνη, φλουβοξαμίνη και σιταλοπράμη), ανακαλύφθηκαν το 1980 και ανήκουν στη δεύτερη γενιά των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Τα SSRIs είναι ουσίες που αναστέλλουν επιλεκτικά την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης. Αποτελούν την ευρύτερη και πιο αποδεκτή θεραπευτική αγωγή για την κατάθλιψη, καθώς επιτυγχάνουν τη θεραπεία του ασθενή με μικρότερες παρενέργειες σε σχέση με τα αντικαταθλιπτικά της πρώτης γενιάς. Κύριες παρενέργειες των αναστολέων επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) είναι η σεξουαλική δυσλειτουργία και οι γαστρεντερικές διαταραχές. Μελέτη έδειξε ότι οι ορμόνες του φύλλου επηρεάζουν τη δράση των φαρμάκων αυτών. Με τη χρήση των αντικαταθλιπτικών SSRIs, θεραπεύονται με επιτυχία οι ορμονοεξαρτώμενες συναισθηματικές διαταραχές των γυναικών, όπως το προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο και η επιλόχεια και η περιεμμηνοπαυσιακή κατάθλιψη.^{[27][37][69]}
- Οι αναστολείς επαναπρόσληψης της νοραδρεναλίνης και της σεροτονίνης (βενφλαφαξίνη, μιλνασσιπράμη, ντουλοξετίνη), δρουν όπως και τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, αλλά δεν έχουν συγγένεια με τους χολινεργικούς και τους ισταμινεργικούς υποδοχείς, με αποτέλεσμα να προκαλούν λιγότερες παρενέργειες από τη τρικυκλική αντικαταθλιπτική αγωγή.^[27]
- Οι αναστολείς επαναπρόσληψης της νοραδρεναλίνης και της ντοπαμίνης (βουπροπιόνη) δεν εμφανίζουν τις παρενέργειες που εμφανίζουν οι αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, καθώς δεν έχουν δράση στο σεροτονινεργικό σύστημα. Συνεπώς δεν προκαλούν σεξουαλικές

δυσλειτουργίες, ωστόσο επιδεινώνουν τις επιληπτικές κρίσεις και προκαλούν σπασμούς.^[27]

Η χρήση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στη διάρκεια της προγεννητικής περιόδου είναι αμφιλεγόμενη. Η δράση των ουσιών δεν περιορίζεται στη γυναίκα. Στην πλειοψηφία τους τα φάρμακα περνούν τον πλακούντα και επιδρούν και στον οργανισμό του εμβρύου. Ο Ομοσπονδιακός οργανισμός φαρμάκων στην Αμερική (FDA) χρησιμοποιεί ένα σύστημα πέντε κατηγοριών, ώστε να αξιολογήσει το βαθμό επικινδυνότητας των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων που χορηγούνται στην περίοδο της εγκυμοσύνης: Στην Α κατηγορία κατατάσσονται τα αντικαταθλιπτικά που έπειτα από μελέτες δεν φαίνεται να παρουσιάζουν κινδύνους για το έμβρυο. Στην Β κατηγορία ανήκουν τα φάρμακα, για τα οποία δεν υπάρχουν στοιχεία που να αποδεικνύουν την επικινδυνότητά τους για το κύημα. Στην επόμενη κατηγορία C κατατάσσονται οι φαρμακευτικές ουσίες που παρόλο που δεν ενοχοποιούνται για τη δημιουργία προβλήματος στο έμβρυο, ωστόσο υπάρχει η υποψία επικινδυνότητάς του. Στην D κατηγορία ανήκουν τα αντικαταθλιπτικά που αποδεδειγμένα, επηρεάζουν αρνητικά την υγεία του εμβρύου και τέλος στην κατηγορία X είναι τα φάρμακα η λήψη των οποίων θα προκαλέσει κίνδυνο για την υγεία του εμβρύου, μεγαλύτερο από το οποιοδήποτε όφελος της αγωγής. Τα περισσότερα αντικαταθλιπτικά απαντώνται στη βαθμολογία C καθώς δεν υπάρχει επαρκής μελέτη που να μπορεί να αποκλείσει τον κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών. Τα μόνα φάρμακα που χαρακτηρίζονται ως Β κατηγορίας, είναι το Wellbutrin και το Ludiomil. Σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση των αρνητικών επιπτώσεων από τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της κατάθλιπτικής νόσου, έχει το χρονοδιάγραμμα της αγωγής, η ηλικία κύησης και τα επίπεδα δοσολογίας των φαρμάκων.^[37]

Οι αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) κατατάσσονται στην κατηγορία C του πίνακα επικινδυνότητας και είναι τα φάρμακα που χορηγούνται για τη θεραπεία της κατάθλιψης στην εγκυμοσύνη. Πιο συχνή είναι η χρήση της φλουοξετίνης, ενώ η σετραλίνη και η σιταλοπράμη είναι επίσης μια κατάλληλη εναλλακτική λύση. Μπορούν ακόμη να χορηγηθούν και η φλουβοξαμίνη και η παροξετίνη. Δεν υπάρχουν στοιχεία που να συνδέουν τη χορήγηση των SSRIs με τις συνέπειες τερατογένεσης στα έμβρυα. Ωστόσο έχουν αναφερθεί ορισμένα ιατρικά προβλήματα, όπως: πρόωμη έναρξη του τοκετού, μικρότερο βάρος του εμβρύου (IUGR), γαστρεντερικά προβλήματα, χαμηλή βαθμολογία APGAR (τεστ που αξιολογεί τη γενική υγεία των νεογνών τα πέντε πρώτα λεπτά της γέννησής τους)

και πνευμονική υπέρταση του νεογέννητου μετά την καθημερινή χρήση των φαρμάκων αυτών. Πιο συγκεκριμένα υπάρχουν ενδείξεις ότι η παροξετίνη οδηγεί σε συγγενείς δυσπλασίες, όπως καρδιακές ανωμαλίες και σε θέματα συμπεριφοράς ένα παιδί του οποίου η μητέρα έλαβε την αγωγή στην διάρκεια της εγκυμοσύνης της. Στις εγκύους με σοβαρή κατάθλιψη που δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία με τους αναστολείς της σεροτονίνης, πρέπει να επιλέγονται άλλα αντικαταθλιπτικά, όπως η βενλαφαξίνη (αναστολέας επαναπρόσληψης της νοραδρεναλίνης και της σεροτονίνης) και η βουπροπρόνη (αναστολέας επαναπρόσληψης της νοραδρεναλίνης και της ντοπαμίνης).^{[35][69][101]}

Σημαντικός παράγοντας στην εμφάνιση επιπλοκών στο έμβρυο εκτός από τη χημική ουσία του φαρμάκου αποτελεί και η ηλικία κύησης κατά την οποία λαμβάνονται τα αντικαταθλιπτικά. Το νεογνό που η μητέρα του, λάμβανε τους αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου της εγκυμοσύνης της έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να χρειάζεται ειδική φροντίδα σε μονάδα εντατικής, σε σύγκριση με το νεογνό που είχε εκτεθεί στην αντικαταθλιπτική αγωγή κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου, υποδεικνύοντας έτσι ότι η λήψη φαρμακευτικής αγωγής στο τρίτο τρίμηνο, είναι πιο δυσμενής από την αντίστοιχη αγωγή στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης.^[101] Νεογνό που εκτίθεται σε αντικαταθλιπτικά SSRIs κατά το τρίτο τρίμηνο της ενδομήτριας ζωής του, μπορεί να εμφανίσει συμπτώματα απόσυρσης (ευερεθιστότητα, υποτονία, υπογλυκαιμία, ίκτερο, ήπια αναπνευστικά προβλήματα και διαταραχές στο φαγητό και στον ύπνο) και συμπτώματα στέρησης (ρίγος, σπασμοί), προβλήματα που μπορούν ωστόσο να αντιμετωπιστούν.^[69] Επιπλέον όταν το έμβρυο εκτεθεί στους αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) στη διάρκεια του δεύτερου τριμήνου της εγκυμοσύνης, παρουσιάζει αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης πνευμονικής υπέρτασης ως νεογνό.^{[37][101]}

Σε ότι αφορά τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs), οι μελέτες δεν δείχνουν κάποια συσχέτισή τους με την εμφάνιση συγγενών ανωμαλιών στο κύημα. Η έκθεση του εμβρύου στα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση λειτουργικής παρεμπόδισης του εντέρου και κατακράτηση ούρων κατά τη νεογνική του ηλικία.^[69] Η έκθεση στα αντικαταθλιπτικά TCAs στο τρίτο τρίμηνο έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης πνευμονικής υπέρτασης και πρόωρο τοκετό. Επιπλέον, αν και λίγες μελέτες εξέτασαν τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις που δημιουργούνται από τη χρήση

των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στην κύηση, ορισμένα στοιχεία υποδηλώνουν επιβράδυνση της ανάπτυξης του κεντρικού νευρικού συστήματος του βρέφους κατά τη διάρκεια του 1ου έτους της ζωής του. Έκθεση στα αντικαταθλιπτικά συσχετίζεται με κίνδυνο επιπλοκών στο βρέφος, αλλά τα δεδομένα είναι περιορισμένα για τη μετέπειτα ζωή του.^[37]

4.4 Η Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT), συστήνεται στις περιπτώσεις που οι ασθενείς δεν ανταποκρίνονται στην ψυχοθεραπεία και αποφεύγεται η λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Αφορά 3 έως 5 θεραπείες και εφαρμόζεται σε περίπτωση μεγάλης κατάθλιψης των εγκύων. Αν και ορισμένες μελέτες αναφέρουν ως επιπλοκές της ηλεκτροσπασμοθεραπείας την πρόκληση συσπάσεων οπότε και την αύξηση της πιθανότητας για πρόωρο τοκετό, τη μείωση του καρδιακού ρυθμού του εμβρύου, ακόμη και περιπτώσεις που σημειώθηκε εμβρυϊκός θάνατος, εντούτοις η μέθοδος θεωρείται ασφαλής και εξακολουθεί να χρησιμοποιείται, καθώς έχει άμεσα και αξιόπιστα αποτελέσματα στη θεραπεία της κατάθλιψης.^[69]

4.5 Διαφορετικές μορφές παρέμβασης

4.5.1 Δίκτυα κοινωνικής στήριξης

Παρά τις αλλαγές που προκάλεσε η οικονομική κρίση στην πολιτιστική κουλτούρα της Ελλάδος, η θεσμός της οικογένειας παραμένει ο βασικός ιστός της Ελληνικής κοινωνίας. Η οικογένεια είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς και δέσμευσης των ανθρώπων που την απαρτίζουν. Είναι μια κινητήριος δύναμη και ένα μέσο για την έκφραση των συναισθημάτων τους. Η στήριξη της οικογένειας στην ψυχικά διαταραγμένη έγκυο, είναι ένας παράγοντας που συμβάλει καθοριστικά στην θεραπεία της. Όταν η οικογένεια δεν είναι σε θέση να υποστηρίξει την έγκυο, όταν ο σύντροφος απουσιάζει, είτε υπάρχει αλλά είναι ανεπαρκής, τότε η γυναίκα δεν λαμβάνει τη συναισθηματική στήριξη που έχει ανάγκη. Ιδίως όταν βιώνει μια παθολογική εγκυμοσύνη, η ανεπαρκής στήριξη έχει επιζήμια δράση στη προγεννητική ψυχολογία, ακόμη και σε γυναίκες με ελάχιστο στρες ζωής. Η κοινωνία

οφείλει να υποκαταστήσει την οικογένεια, όσο αυτό είναι εφικτό και να βοηθήσει την έγκυο να αντιμετωπίσει τους φόβους και τα διλλήματα της.^[70]

Τα δίκτυα κοινωνικής στήριξης προάγουν την στρατηγική αντιμετώπισης, προτρέποντας την γυναίκα να αποδεχτεί και να αντιμετωπίσει τα ζητήματα που διαταράσσουν την ψυχική της υγεία. Εκτός από τη συνεισφορά τους στη ψυχική υγεία της εγκύου, τα δίκτυα κοινωνικής στήριξης επηρεάζουν και την ποιότητα της ζωής της, αλλάζοντας ορισμένες από τις συνήθειές της, συμπεριλαμβανομένης της διατροφής και του καπνίσματος. Στήριζουν επίσης την έγκυο ώστε να ανταποκρίνεται με υπευθυνότητα στις αλλαγές της ζωής της.^[35]

4.5.2 Στήριξη από το προσωπικό της μονάδας

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η ψυχική υγεία της γυναίκας πρέπει να εκτιμάται από τους ειδικούς, ώστε να αποτραπεί η ανάπτυξη των ψυχικών διαταραχών. Οι επαγγελματίες υγείας που συνεργάζονται με την έγκυο πρέπει να εκπαιδεύονται στα θέματα που αφορούν τις προγεννητικές ψυχικές διαταραχές. Οφείλουν να κατανοήσουν τα συμπτώματα των ψυχικών διαταραχών και τις μεθόδους ελέγχου τους. Οι ιατροί και κυρίως το μαιευτικό προσωπικό της μονάδας κήσεων υψηλού κινδύνου, πρέπει να είναι ενημερωμένοι για τις επιπτώσεις της κατάθλιψης στη γυναίκα και στο έμβρυο, καθώς και για τη σημαντικότητα της παρακολούθησης της εγκύου ή της λεχωίδας, για την οποία υπάρχει η υποψία ότι νοσεί από κατάθλιψη.^[69] Η σωστή λήψη του ιστορικού και η συνεχόμενη επικοινωνία με την έγκυο συμβάλουν στον εντοπισμό των προγεννητικών ψυχικών διαταραχών ακόμη και στις περιπτώσεις που δεν έχουν εμφανή συμπτωματολογία. Όταν η γυναίκα εντοπίζεται σε κίνδυνο εμφάνισης ψυχικών διαταραχών, πρέπει να παραπέμπεται άμεσα στην θεραπεία που της αναλογεί.^[35]

Η υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας είναι πολύ σημαντική τόσο για την ίδια τη γυναίκα όσο και για τους οικείους της. Η πολυήμερη παραμονή της εγκύου σε μονάδα παρακολούθησης, η αιτία της εισαγωγής της και η απομάκρυνση από το οικογενειακό της περιβάλλον, επιβαρύνουν την ψυχολογία της. Το μαιευτικό προσωπικό της κλινικής υποκαθιστά για το διάστημα αυτό το κοινωνικό, το φιλικό και ίσως ακόμη και το οικογενειακό περιβάλλον της εγκύου. Συνεπώς οι επαγγελματίες εκτός από χρέος ευθύνης, έχουν παράλληλα και ένα ηθικό χρέος για τη ψυχολογική στήριξη πάσχουσας.^[102] Στόχος της ψυχολογικής στήριξης

πρέπει να είναι οι παρεμβάσεις για την ελαχιστοποίηση των παραγόντων κινδύνου και ενίσχυση των παραγόντων προστασίας. Με τη στήριξη των επαγγελματιών η έγκυος αισθάνεται θαλπωρή, ενώ το ψυχρό νοσοκομειακό περιβάλλον μετατρέπεται σε ένα οικείο περιβάλλον, μέσα στο οποίο μπορεί να νιώσει ασφάλεια και να αφηθεί στην παρακολούθηση των ειδικών. ^[103]

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ ΈΡΕΥΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η συγκεκριμένη έρευνα διεξήχθη στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών (Π.Γ.Ν.Π) και αφορούσε τις έγκυες που νοσηλεύονταν λόγω παθολογικής κατάστασης της εγκυμοσύνης τους. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εντοπίσει εάν οι έγκυες που νοσηλεύονταν βίωσαν συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, να διευκρινιστούν οι παράγοντες που καθόρισαν την εμφάνιση αυτών των ψυχικών διαταραχών και να προσδιοριστεί ο τρόπος με τον οποίο οι γυναίκες αυτές αντιμετώπισαν τις καταστάσεις που διατάρασσαν την ψυχολογία τους. Στη μελέτη συλλέχθηκαν δεδομένα από τις 15 Νοεμβρίου 2018 έως 15 Μαΐου 2018, αναφορικά με τις εγκύους που νοσηλεύτηκαν ως κήσεις υψηλής επικινδυνότητας και βρισκόταν σε ηλικία κύησης >11 εβδομάδων και <37 εβδομάδων. Συμπληρώθηκαν 88 ερωτηματολόγια (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι) από γυναίκες που γνώριζαν πολύ καλά την Ελληνική γλώσσα και μπορούσαν να ανταποκριθούν στην Ελληνική μετάφραση της κλινικής κλίμακας κατάθλιψης του Εδιμβούργου (EPDS). Στις γυναίκες που παρέμεναν για μεγάλο χρονικό διάστημα στο νοσοκομείο (περισσότερες από 20 ημέρες) ζητήθηκε να επαναλάβουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, προκειμένου να διευκρινιστεί, εάν η στενή ιατρική επίβλεψη και η παραμονή στη μονάδα κήσεων, προκαλεί ασφάλεια και ηρεμία στις εγκύους, είτε αυξάνει τα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης.^[97] Η μελέτη εστιάζεται στη συσχέτιση τριών παραγόντων: των κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων, της κλινικής κλίμακας κατάθλιψης του Εδιμβούργου (EPDS) και στον τρόπο αντιμετώπισης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία αφορούν πληροφορίες σχετικά με την προσωπική, την οικογενειακή και την κοινωνική ζωή των εγκύων που συμμετείχαν στη μελέτη. Μετρήθηκαν η ηλικία, η καταγωγή, το μορφωτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση, το καθεστώς απασχόλησης, το μηνιαίο οικογενειακό

εισόδημα, οι σχέσεις με το σύντροφο και τους οικείους, εάν η εγκυμοσύνη ήταν συνειδητή επιλογή και εάν η εγκυμοσύνη επηρέασε συνήθειες, όπως το κάπνισμα και τη διατροφή.^[97]

Για την εκτίμηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης των εγκύων που νοσηλεύονται έγινε χρήση της κλίμακας EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS). Η κλίμακα κατάθλιψης του Εδιμβούργου είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε από τους Cox JL, Holden JM. Και Sagovsky R (1987) (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II). Πρόκειται για μια κλίμακα που ανιχνεύει την κατάθλιψη και αρχικά δημιουργήθηκε για την ανίχνευση της κατάθλιψης της μεταγεννητικής περιόδου.^[104] Τα χρόνια που ακολούθησαν η κλίμακα (EPDS) χρησιμοποιήθηκε και για την αναγνώριση της προγεννητικής κατάθλιψης. Είναι η μόνη κλίμακα κατάθλιψης που η χρήση της έχει επικυρωθεί, τόσο για την περίοδο της εγκυμοσύνης, όσο και για την επιλόχεια περίοδο.^[105] Για τον Ελληνικό πληθυσμό το ερωτηματολόγιο EPDS, έχει μεταφραστεί από δύο ανεξάρτητες έρευνες.^{[106][107]} Η κλίμακα κατάθλιψης του Εδιμβούργου (EPDS) εξετάζει δέκα από τα συμπτώματα της κατάθλιψης: την ικανότητα των εγκύων να γελούν και να προσβλέπουν θετικά στο μέλλον, το αίσθημα ενοχής και φόβου που βιώνουν, τον τρόπο που αντιμετωπίζουν τις δύσκολες καταστάσεις, τον τρόπο που εκδηλώνουν τη ψυχολογική τους διάθεση (με κλάματα και διαταραχές ύπνου), τη συχνότητα εμφάνισης της αρνητικής ψυχολογίας και την επιθυμία να βλάψουν τον εαυτό τους.^[104] Κάθε ερώτηση έχει τέσσερις πιθανές απαντήσεις, από την ταξινόμηση των οποίων εξαρτάται, η σοβαρότητα ή η διάρκεια του κάθε συμπτώματος. Κάθε απάντηση βαθμολογείται σε κλίμακα τεσσάρων σημείων (0-3) και το αποτέλεσμα είναι μια συνολική βαθμολογία που κυμαίνεται μεταξύ 0-30. Βαθμολογία από 8 έως 11 δηλώνει υποκλινικά συμπτώματα και βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση του 12 δηλώνει κίνδυνο προγεννητικής κατάθλιψης.^[104] Οι ερωτηθέντες καλούνται να βαθμολογήσουν την ένταση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια των προηγούμενων επτά ημερών. Οι αυξημένες βαθμολογίες EPDS ενδέχεται να ανιχνεύουν μια σειρά ψυχιατρικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών άγχους, ενώ οι υψηλότερες βαθμολογίες υποδεικνύουν πιο σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης.^[108]

Ο τρόπος που αντιμετωπίζουν οι έγκυες τις δύσκολες καταστάσεις, οι άνθρωποι στους οποίους απευθύνονται για να βοηθηθούν και η αναζήτηση στήριξης από κάποιον ειδικό, αποδεικνύει πως αντιλαμβάνονται οι ίδιες την κατάσταση που

βιώνουν. Η λήψη αντικαταθλιπτικής αγωγής φανερώνει το ψυχιατρικό ιστορικό των εγκύων αυτών, την πρότερη ψυχική τους υγεία, αλλά και την ψυχική τους υγεία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης που διανύουν.^{[3][35]}

Στα ερωτηματολόγια δεν αναγράφονται τα προσωπικά στοιχεία των γυναικών, καθώς το γεγονός αυτό θα σήμαινε και παραβίαση του ιατρικού απορρήτου. Ωστόσο για την επαλήθευση των ιατρικών δεδομένων (αιτία εισαγωγής, ηλικία κύησης, λήψη αντικαταθλιπτικής αγωγής) υπήρξε συνεργασία με το ιατρικό και μαιευτικό προσωπικό της μονάδας κύησης υψηλού κινδύνου του Π.Γ.Ν.Π. Ένα επιπλέον ζήτημα που απασχόλησε τη διαδικασία της έρευνας, ήταν η ειλικρινής δηλώσεις των εγκύων, στα ερωτήματα που αφορούσαν το επίπεδο των διαπροσωπικών τους σχέσεων. Προκειμένου να ξεπεραστεί όσο ήταν εφικτό το θέμα αυτό, τα ερωτηματολόγια συμπληρωνόταν από τις έγκυες όταν δεν υπήρχε παρουσία κάποιου συνοδού.

Για τη ολοκλήρωση του ερωτηματολογίου ζητήθηκε η άδεια από τους δημιουργούς της κλίμακας κατάθλιψης του Εδιμβούργου EPDS (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ) για τη χρήση της κλίμακας στην συγκεκριμένη μελέτη, ενώ η διεξαγωγή της έρευνας εγκρίθηκε από το επιστημονικό συμβούλιο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙV).

Σε ότι αφορά τη στατιστική ανάλυση της μελέτης, οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση) ή ως διάμεσος (ενδοτεταρτημοριακό εύρος). Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τα στοιχεία που αφορούν τη συνολική βαθμολογία Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ήταν 0,88 γεγονός που δηλώνει εξαιρετική εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test) όταν η ποσοτική μεταβλητή ακολουθούσε την κανονική κατανομή και ο έλεγχος των Mann-Whitney όταν η ποσοτική μεταβλητή δεν ακολουθούσε την κανονική κατανομή. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του

Spearman (Spearman's correlation coefficient). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δύο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούσαν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient).

Στην περίπτωση που >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression) με εξαρτημένη μεταβλητή τις βαθμολογίες. Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p .

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

2.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από **88** εγκύους που εισήχθησαν στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών με πρόβλημα κύησης. Από αυτές τις εγκύους οι 49 εισήχθησαν με πρόωρες συσπάσεις (55,7%), οι 16 με αιμόρροια (18,2%), οι 13 εγκυμονούσες με επιβράδυνση της ενδομητριακής ανάπτυξης IUGR (14,8%) και οι 10 για διαφορετικούς λόγους (11,3%).

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη.

Πίνακας 1: Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη

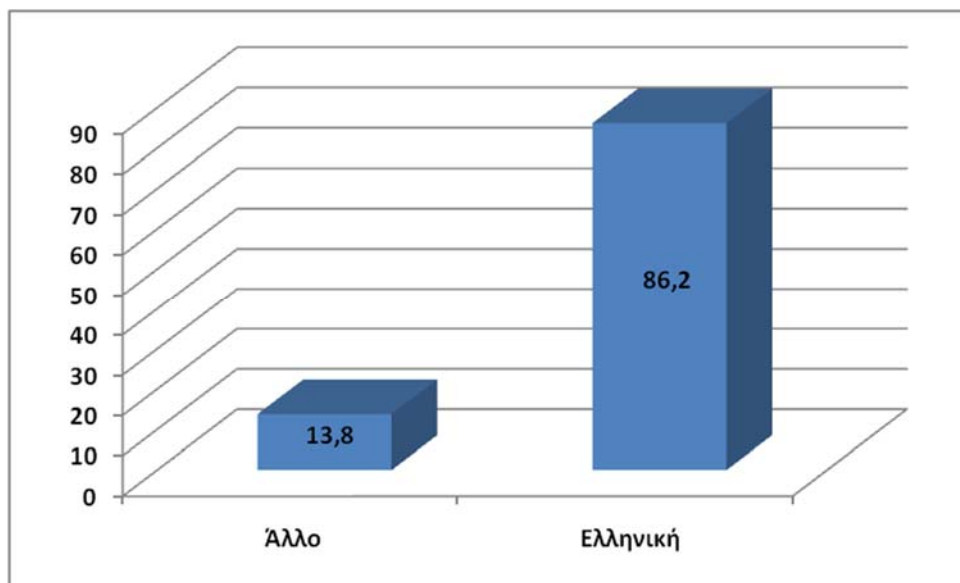
Χαρακτηριστικό	N (%)
Ηλικία^α	33,3 (5,1)
Εθνικότητα	
Ελληνική	75 (86,2)
Άλλο (Αλβανία 7 γυναίκες, Βουλγαρία 3, Ρουμανία 2)	12 (13,8)
Εκπαιδευτικό επίπεδο	
Λύκειο	29 (33,0)
ΑΕΙ/ΤΕΙ	44 (50,0)
Μεταπτυχιακό/διδακτορικό	15 (17,0)
Εργαζόμενες	
Όχι	27 (30,7)
Ναι	61 (69,3)
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (ευρώ)^β	1000,0 (700,0)
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (ευρώ)	
<1000	33 (37,5)
≥1000	55 (62,5)
Οικογενειακή κατάσταση	
Άγαμη	4 (4,5)
Έγγαμη	74 (84,1)
Διαζευγμένη	4 (4,5)
Σε συμβίωση	6 (6,8)

Μητέρα άλλων παιδιών	
Όχι	54 (61,4)
Ναι, ενός	23 (26,1)
Ναι, δύο	8 (9,1)
Ναι, τριών	2 (2,3)
Άλλο	1 (1,1)
Η σχέση με το σύντροφό τους χαρακτηρίζεται ως:	
Καθόλου καλή	4 (4,5)
Μέτρια	2 (2,3)
Αρκετά καλή	3 (3,4)
Πολύ καλή	79 (89,8)
Η Σχέση με τους οικείους χαρακτηρίζεται:	
Λίγο καλή	2 (2,3)
Μέτρια	9 (10,2)
Αρκετά καλή	31 (35,2)
Πολύ καλή	46 (52,3)
Εγκυμοσύνη που διανύουν:	
Πρώτη	55 (62,5)
Δεύτερη	25 (28,4)
Τρίτη	5 (5,7)
Άλλο	3 (3,4)
Σκέφτηκαν να διακόψουν την εγκυμοσύνη	

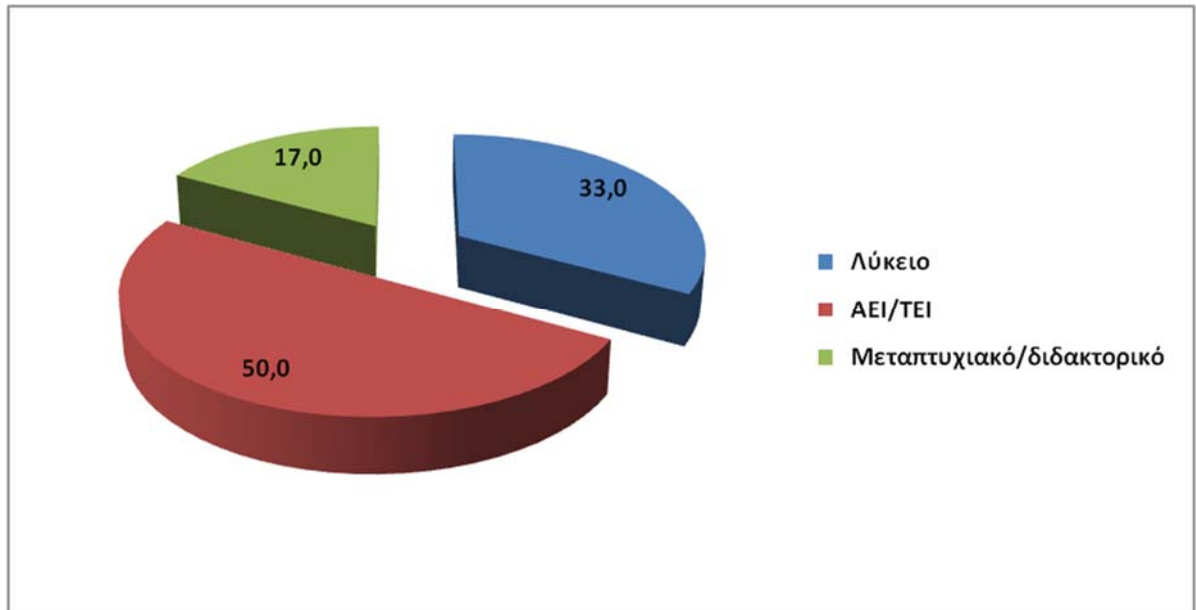
Όχι	77 (87,5)
Ναι	11 (12,5)
Καπνίστριες	
Όχι, δεν κάπνισαν ποτέ	51 (58,0)
Κάπνιζαν αλλά το διέκοψαν στην εγκυμοσύνη	27 (30,7)
Συνεχίζουν να καπνίζουν, αλλά μείωσαν τα τσιγάρα	8 (9,1)
Συνεχίζουν να καπνίζουν, αλλά αύξησαν τα τσιγάρα	2 (2,3)
Το σωματικό βάρος	
Αυξήθηκε	86 (97,7)
Μειώθηκε	2 (2,3)
Κιλά αύξησης^α	10,4 (4,5)
Πόσο εβδομάδων εισήχθηκε (εβδομάδες)^α	26,3 (5,9)
Εβδομάδα κύησης για την εισαγωγή στο νοσοκομείο	
11 έως 24 εβδομάδες	31 (35,2)
25 έως 37 εβδομάδες	57 (64,8)
Παραμονή στο νοσοκομείο (ημέρες)^β	7,5 (10,0)

Το 86,2% των εγκύων που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν ελληνικής εθνικότητας (Γράφημα 1) και μέσης ηλικίας τα 33,3 έτη (ΤΑ=5,1). Το 50% αυτών ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, το 33% ήταν απόφοιτοι λυκείου και το υπόλοιπο 17% ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού διπλώματος (Γράφημα 2). Το 84,1% ήταν έγγαμες, το

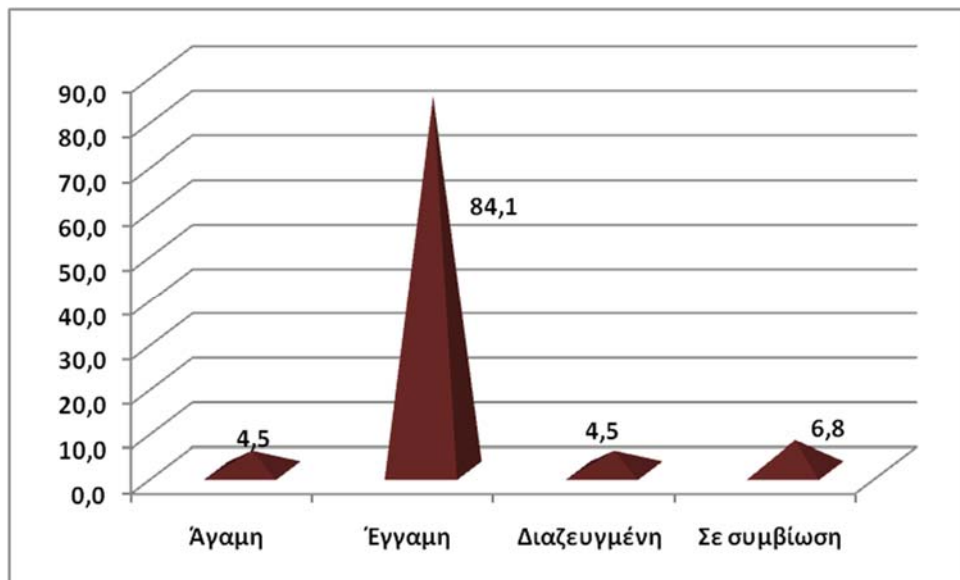
4,5% άγαμες, το 4,5% διαζευγμένες και το 6,8% σε συμβίωση (Γράφημα 3). Το 69,3% των εγκύων ήταν εργαζόμενες και το 30,7% δεν απασχολούνταν σε κάποια εργασία (Γράφημα 4).



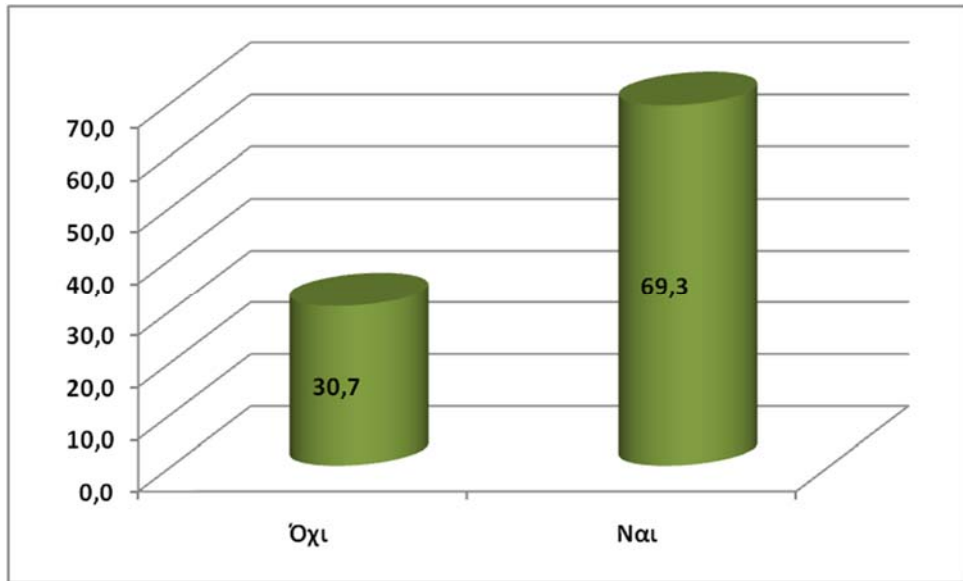
Γράφημα 1: Εθνικότητα



Γράφημα 2: Εκπαιδευτικό επίπεδο

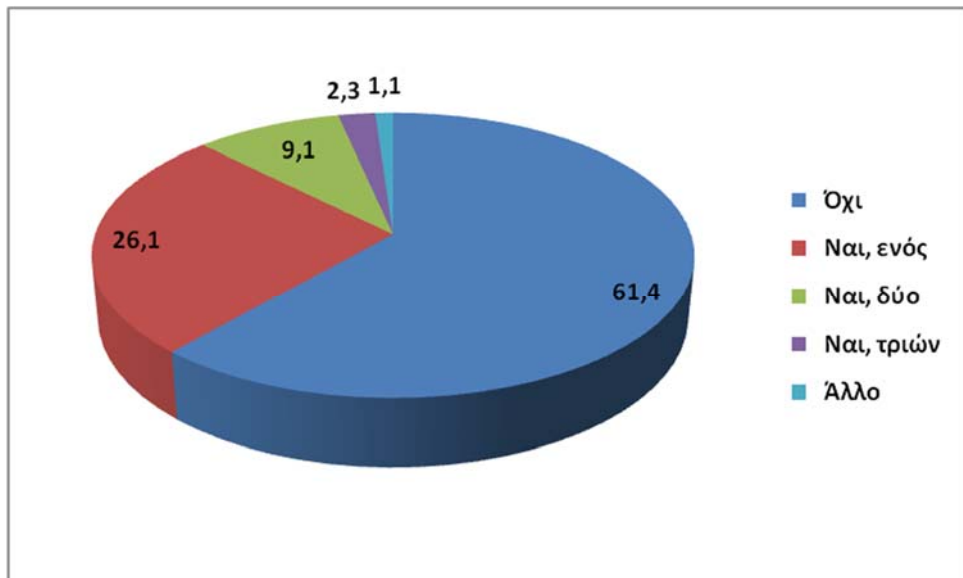


Γράφημα 3: Οικογενειακή κατάσταση



Γράφημα 4: Εργασιακή κατάσταση

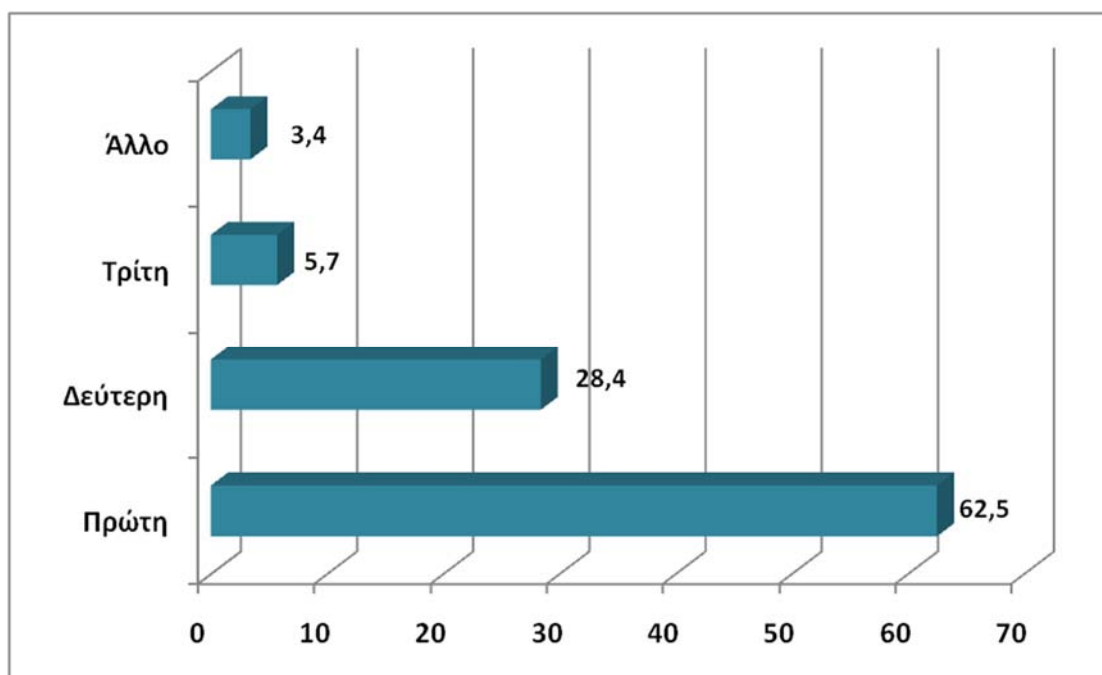
Το 61,4% των εγκύων δεν είχε αποκτήσει άλλο παιδί, το 26,1% αυτών ήταν μητέρες ενός ακόμη, το 9,1% των εγκύων είχε αποκτήσει άλλα δύο παιδιά, το 3% ήταν μητέρες άλλων τριών παιδιών και το υπόλοιπο 1,1% αυτών ήταν πολύτεκνες μητέρες (Γράφημα 5).



Γράφημα 5: Μητέρα άλλων παιδιών

Σε ότι αφορά τις διαπροσωπικές σχέσεις των εγκύων: Το 89,8% αυτών είχε πολύ καλές σχέσεις με το σύντροφό τους και το 87,5% είχε πολύ καλές σχέσεις με τους οικείους τους. Επίσης για το 87,5% των γυναικών η εγκυμοσύνη τους ήταν επιθυμητή και μόλις το 12,5% αυτών σκέφτηκαν να διακόψουν την κύηση. Το διάμεσο μηνιαίο οικογενειακό τους εισόδημα ήταν τα 1000 ευρώ (IR=700), με το 37,5% των εγκύων να δηλώνουν οικογενειακό εισόδημα < 1000 € και το 62,5% να δηλώνει εισόδημα ≥ 1000 €.

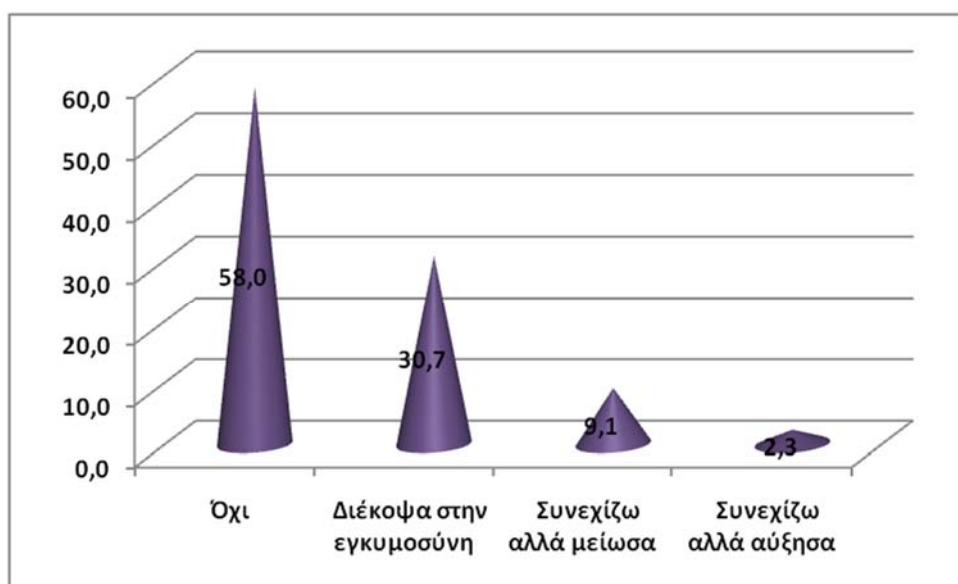
Για το 62,5% των συμμετεχόντων εγκύων ήταν η πρώτη τους εγκυμοσύνη, για το 28,4% η δεύτερη, για το 5,7% η Τρίτη τους εγκυμοσύνη και το υπόλοιπο 3,4% ήταν πολύτοκες (Γράφημα 6).



Γράφημα 6: Εγκυμοσύνη

Κατά κύριο λόγο παρατηρήθηκε αύξηση του σωματικού βάρους ($n=86$) των γυναικών κατά τη διάρκεια των εβδομάδων της κύησης που είχαν διανύσει, με μέση αύξηση τα 10,4 κιλά ($TA=4,5$). Μόλις 2 από τις συμμετέχουσες (2,3%) έχασαν σωματικό βάρος στην εγκυμοσύνη τους. Οι μητέρες εισήχθησαν κατά μέσον όρο, στην 26η εβδομάδα της κύησης (το 35,2% αυτών εισήχθη πριν την 24^η εβδομάδα και το υπόλοιπο 64,8% από την 25^η εβδομάδα και μετά) και η διάμεση τιμή της παραμονής τους στο νοσοκομείο ήταν οι 7,5 ημέρες ($IR=10$).

Το 58% των εγκύων δεν ήταν καπνίστριες, το 30,7% διέκοψαν το κάπνισμα κατά την κύηση, το 9,1% αυτών συνέχισαν να καπνίζουν αλλά μείωσαν την ποσότητα των τσιγάρων και το υπόλοιπο 2,3% συνέχισαν το κάπνισμα, αυξάνοντας αντίστοιχα και την ποσότητα του καπνού (Γράφημα 7).



Γράφημα 7: Κάπνισμα

2.2 Η Συνολική βαθμολογία της προγεννητικής κατάθλιψης βάσει της κλίμακας Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με τη συνολική βαθμολογία προγεννητικής κατάθλιψης βάσει της κλίμακας Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).

Πίνακας 2: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με τη συνολική βαθμολογία προγεννητικής κατάθλιψης βάσει της κλίμακας Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Ερωτήσεις	Απαντήσεις			
	Όπως πριν	Λιγότερο από πριν	Πολύ λιγότερο από πριν	Καθόλου
Μπορούσα να γελώ και να βλέπω	42 (47,7)	33 (37,5)	11 (12,5)	2 (2,3)
	Όπως και πριν	Μάλλον λιγότερο από πριν	Πολύ λιγότερο από πριν	Σχεδόν καθόλου
Έβλεπα το αύριο με ενθουσιασμό	39 (44,3)	37 (42,0)	12 (13,6)	0 (0,0)
	Ναι, όλη την ώρα	Ναι, αρκετά συχνά	Όχι πολύ συχνά	Όχι ποτέ
Κατηγορούσα άδικα τον εαυτό μου	3 (3,4)	16 (18,2)	36 (40,9)	33 (37,5)
	Όχι, καθόλου	Σχεδόν ποτέ	Ναι, μερικές φορές	Ναι, πολύ συχνά
Ένωθα άγχος ή ανησυχία	2 (2,3)	14 (15,9)	59 (67,0)	13 (14,8)
	Ναι, πολύ συχνά	Ναι, μερικές	Όχι, όχι συχνά	Όχι, καθόλου

		φορές		
Ένωθα φόβο ή πανικό	6 (6,8)	29 (33,0)	28 (31,8)	25 (28,4)
	Ναι, τις περισσότερες φορές	Ναι, μερικές φορές	Όχι, τις περισσότερες φορές	Όχι, τα βγάζω πέρα καλά
Με πήρε η κάτω βόλτα	3 (3,4)	25 (28,4)	36 (40,9)	24 (27,3)
	Ναι, σχεδόν συνέχεια	Ναι, αρκετά συχνά	Σπάνια	Όχι καθόλου
Ήμουν τόσο στενοχωρημένη	1 (1,1)	24 (27,3)	46 (52,3)	17 (19,3)
	Ναι, σχεδόν συνέχεια	Ναι, αρκετά συχνά	Σπάνια	Όχι, καθόλου
Ένωθα θλιμμένη ή λυπημένη	5 (5,7)	30 (34,1)	46 (52,3)	7 (8,0)
	Ναι, όλη την ώρα	Ναι, αρκετά συχνά	Κάπου-κάπου	Όχι ποτέ
Έκλαιγα	1 (1,1)	18 (20,5)	47 (53,4)	22 (25,0)
	Ναι, αρκετά συχνά	Μερικές φορές	Σχεδόν ποτέ	Ποτέ
Μου ήρθε να βλάψω τον εαυτό μου	0 (0,0)	2 (2,3)	8 (9,1)	78 (88,6)

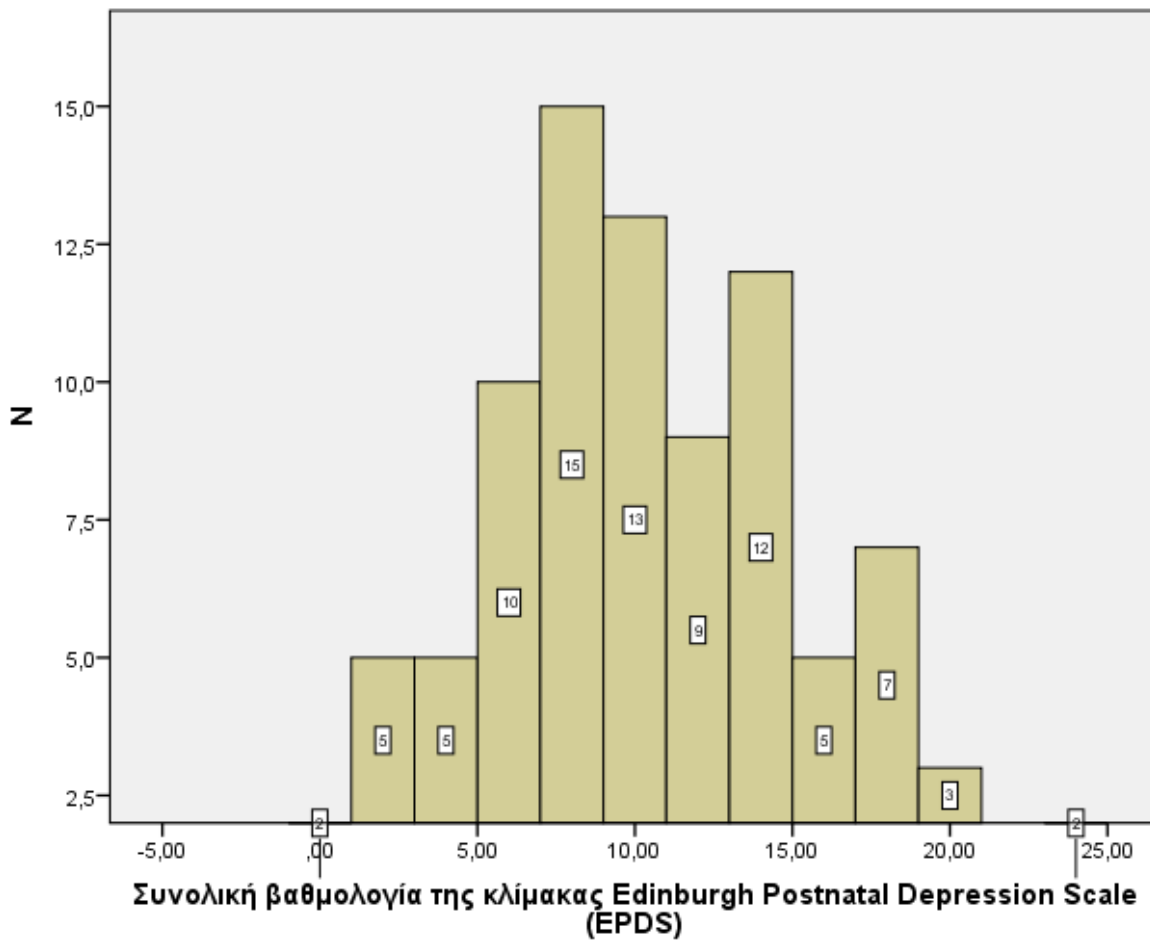
Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται οι τρεις (3) κατηγορίες-ταξινομήσεις της συνολικής βαθμολογίας προγεννητικής κατάθλιψης βάσει της κλίμακας Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).

Πίνακας 3: Οι τρεις (3) κατηγορίες-ταξινομήσεις της συνολικής βαθμολογίας προγεννητικής κατάθλιψης βάσει της κλίμακας Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Κατηγορίες-ταξινομήσεις	N (%)
1-8: διακυμάνσεις της διάθεσης που κάνουν τα άτομα να κλαίνε ή να θυμώνουν εύκολα	37 (42,0)
9-10: Αμφισβητήσιμο αποτέλεσμα, το τεστ πρέπει να επαναληφθεί	20 (22,8)
>11: μπορεί να βιώνουν προγεννητική κατάθλιψη ή άγχος	31 (35,2)

Το 42% των εγκύων βίωσε διακυμάνσεις της διάθεσης που κάνουν τα άτομα να κλαίνε ή να θυμώνουν εύκολα, ενώ το 35,2% των εγκύων μπορεί να βίωσε προγεννητική κατάθλιψη ή άγχος.

Η μέση συνολική βαθμολογία προγεννητικής κατάθλιψης βάσει της κλίμακας Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ήταν 10, η τυπική απόκλιση ήταν 5,0, η διάμεσος ήταν 10, η ελάχιστη τιμή ήταν 0 και η μέγιστη τιμή ήταν 23 (Γράφημα 8).



Γράφημα 8: Ιστόγραμμα απόλυτων συχνοτήτων της συνολικής βαθμολογίας προγεννητικής κατάθλιψης βάσει της κλίμακας Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

2.3 Συσχετίσεις

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη συνολική βαθμολογία προγεννητικής κατάθλιψης βάσει της κλίμακας Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).

Πίνακας 4: Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη συνολική βαθμολογία προγεννητικής κατάθλιψης βάσει της κλίμακας Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση συνολική βαθμολογία προγεννητικής κατάθλιψης βάσει της κλίμακας Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (τυπική απόκλιση)	Τιμή p
Ηλικία^α	0,332 ^α	0,002^α
Εκπαιδευτικό επίπεδο^β	-0,084 ^β	0,434 ^β
Εργαζόμενες^γ		0,935 ^δ
Όχι	10,0 (7,0)	
Ναι	10,0 (6,0)	
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (ευρώ)^β	-0,036 ^β	0,742 ^β
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (ευρώ)^γ		0,931 ^δ
<1000	10,0 (7,5)	
≥1000	10,0 (6,0)	
Οικογενειακή κατάσταση^γ		0,832 ^δ
Άγαμη/Διαζευγμένη/Σε συμβίωση	10 (7,8)	
Έγγαμη	10 (7,0)	
Μητέρα άλλων παιδιών^γ		0,083^δ
Όχι	9,0 (7,0)	
Ναι	11,0 (7,3)	
Σχέση με το σύντροφο^β	-0,302 ^β	0,004^β

Σχέση με τους οικείους ^β	-0,283 ^β	0,008^β
Κιλά αύξησης βάρους ^α	0,135 ^α	0,215 ^α
Εβδομάδα κήσεως για την εισαγωγή στο νοσοκομείο ^γ		0,111^δ
11 έως 24 εβδομάδες	10 (5,0)	
25 έως 37 εβδομάδες	11 (6,5)	
Παραμονή στο νοσοκομείο (ημέρες) ^β	0,214 ^β	0,045^β

^α Συντελεστής συσχέτισης Pearson

^β Συντελεστής συσχέτισης Spearman

^γ Διάμεσος (ενδοτεταρτημοριακό εύρος)

^δ Έλεγχος των Mann-Whitney

Στο επίπεδο της διμεταβλητής ανάλυσης, προέκυψε **στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,05 (p<0,05)** μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας προγεννητικής κατάθλιψης βάσει της κλίμακας Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) και 4 ανεξάρτητων μεταβλητών:

- Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της συνολικής βαθμολογίας προγεννητικής κατάθλιψης βάσει της κλίμακας Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (p=0,002).
- Τα καλύτερα επίπεδα σχέσης με το σύντροφο σχετίζονταν με μείωση της συνολικής βαθμολογίας προγεννητικής κατάθλιψης βάσει της κλίμακας Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (p=0,004).
- Τα καλύτερα επίπεδα σχέσης με τους οικείους σχετίζονταν με μείωση της συνολικής βαθμολογίας προγεννητικής κατάθλιψης βάσει της κλίμακας Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (p=0,008).
- Η αύξηση των ημερών παραμονής στο Νοσοκομείο σχετίζονταν με αύξηση της συνολικής βαθμολογίας προγεννητικής κατάθλιψης βάσει της κλίμακας Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (p=0,045).

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του **0,20** ($p < 0,20$) μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας προγεννητικής κατάθλιψης βάσει της κλίμακας **Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)** και **6 ανεξάρτητων μεταβλητών**. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.

Πίνακας 5: Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία προγεννητικής κατάθλιψης βάσει της κλίμακας Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία	0,280	0,086 έως 0,474	0,005
Σχέση με τους οικείους	-2,243	-3,546 έως -0,940	0,001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτει ότι:

- Η αύξηση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση της συνολικής βαθμολογίας προγεννητικής κατάθλιψης βάσει της κλίμακας **Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)**.
- Τα καλύτερα επίπεδα σχέσης με τους οικείους σχετίζονταν με μείωση της συνολικής βαθμολογίας προγεννητικής κατάθλιψης βάσει της κλίμακας **Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)**.

Το παραπάνω υπόδειγμα ερμηνεύει το **21,9%** της μεταβλητότητας της συνολικής βαθμολογίας προγεννητικής κατάθλιψης βάσει της κλίμακας Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).

2.4 Η Αντιμετώπιση της προγεννητικής κατάθλιψης

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με την αντιμετώπιση της προγεννητικής κατάθλιψης.

Πίνακας 6: Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη μελέτη αναφορικά με την αντιμετώπιση της προγεννητικής κατάθλιψης

Χαρακτηριστικό	N (%)
Έχετε λάβει φαρμακευτική αγωγή;	
Όχι ποτέ	83 (94,3)
Λάμβαναν, αλλά τη διέκοψαν στην εγκυμοσύνη	5 (5,7)
Στις συναισθηματικά φορτισμένες καταστάσεις	
Με στηρίζει ο σύντροφος μου και οι οικείοί μου	64 (72,7)
Με στηρίζει το προσωπικό της μονάδας	8 (9,1)
Τις αντιμετωπίζω μόνη μου	16 (18,2)
Ζητήσατε τη στήριξη ενός ειδικού;	
Όχι	88 (100,0)

Το 94,3% των εγκύων δεν έλαβε ποτέ φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση της προγεννητικής κατάθλιψης, το 72,7% δήλωσε ότι λάμβανε στήριξη από τον σύντροφό και τους οικείους τους για την αντιμετώπιση των συναισθηματικά φορτισμένων καταστάσεων και καμία εγκυμονούσα δεν είχε ζητήσει τη στήριξη ενός ειδικού για την αντιμετώπιση της προγεννητικής κατάθλιψης και του άγχους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι έγκυες (n=88) που συμμετείχαν στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, βίωναν την εξέλιξη της παθολογικής εγκυμοσύνης τους, στη μονάδα κυήσεων υψηλού κινδύνου του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών (Π.Γ.Ν.Π). Η ηλικία των συμμετεχόντων είχε μεγάλο εύρος, καθώς κυμαινόταν από 19 έως 43 ετών, με μέση ηλικία τα 33,3 έτη. Το 86,2% των εγκύων που συμμετείχαν ήταν ελληνικής εθνικότητας και το 84,1% ήταν έγγαμες. Το 62,5% των εγκύων ήταν πρωτοτόκες και για το 87,5% η εγκυμοσύνη τους ήταν επιθυμητή.

Λαμβάνοντας υπόψη την ανάλυση της κλινικής κλίμακας κατάθλιψης EPDS από τις 88 έγκυες, οι 37 (42%) βίωναν διακυμάνσεις που κάνουν τα άτομα να κλαίει ή να θυμώνουν εύκολα και οι 31 έγκυες (35%) μπορεί να βίωναν προγεννητική κατάθλιψη ή άγχος. Η μέση συνολική βαθμολογία της προγεννητικής κατάθλιψης βάσει της κλίμακας Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ήταν 10 (με ελάχιστη τιμή 0 και μέγιστη τιμή 23). Βάσει την ερμηνεία στη βαθμολογία της κλίμακας κατάθλιψης του Εδιμβούργου από τους δημιουργούς της, το συνολικό δείγμα των εγκύων που νοσηλεύθηκαν στη μονάδα κυήσεων υψηλού κινδύνου του Π.Γ.Ν.Π, βίωσε υποκλινικά συμπτώματα (άγχος, συναισθήματα θλίψης, απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες, προβλήματα ύπνου και ανορεξία)^{[20][21]} και όχι βαριά κατάθλιψη.

Στα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτει ότι η βαθμολογία της προγεννητικής κατάθλιψης στην παρούσα μελέτη επηρεάστηκε κυρίως από την ηλικία των εγκύων και τα επίπεδα της σχέσης τους με τους οικείους τους. Πιο συγκεκριμένα τα επίπεδα της προγεννητικής κατάθλιψης αυξάνονταν όσο αυξάνονταν και η ηλικία των εγκύων και μειώνονταν όσο τα επίπεδα σχέσης των γυναικών με τους οικείους τους καλυτέρευαν. Τα αποτελέσματα της μελέτης συνάδουν με τις έρευνες που συσχετίζουν την ηλικία των εγκύων με την προγεννητική κατάθλιψη και τα υψηλά επίπεδα άγχους,^[37] καθώς και με τις μελέτες που παρουσιάζουν τις σχέσεις των εγκύων με τους οικείους τους, ως σημαντικό παράγοντα για την εμφάνιση των προγεννητικών ψυχικών διαταραχών.^{[36][37][38]}

Στο επίπεδο της διμεταβλητής ανάλυσης οι παράγοντες που επηρέασαν την ψυχολογία των εγκύων ήταν η σχέση τους με το σύντροφό τους και οι ημέρες παραμονής τους στο νοσοκομείο. Το 89,8% των εγκύων ανέφεραν ότι είχαν πολύ καλή σχέση με το σύντροφό τους. Το γεγονός αυτό στη διμεταβλητή ανάλυση αποδεικνύει ότι όσο θετική ήταν η σχέση με το σύντροφο, τόσο μειώνονταν τα ποσοστά της κατάθλιψης. Ωστόσο στην πολυμεταβλητή ανάλυση, η σχέση με το σύντροφο δεν αποτέλεσε καθοριστικό παράγοντα στα επίπεδα της κατάθλιψης. Οι έγκυες παρέμειναν στην μονάδα υψηλής επικινδυνότητας, με μέσο όρο νοσηλείας τις 7,5 ημέρες. Στο επίπεδο της διμεταβλητής ανάλυσης υπάρχει θετική συσχέτιση των ημερών παραμονής στο νοσοκομείο και της προγεννητικής κατάθλιψης, καθώς όταν αυξάνονταν οι μέρες παραμονής στο νοσοκομείο, αυξάνονταν και το επίπεδο της κατάθλιψης. Ωστόσο στο επίπεδο της πολυμεταβλητής ανάλυσης, οι ημέρες παραμονής στο νοσοκομείο δεν ήταν καθοριστικός παράγοντας για την εμφάνιση των ψυχολογικών διαταραχών.

Από τα αποτελέσματα προκύπτει επίσης ότι ορισμένοι δημογραφικοί παράγοντες που οι έρευνες τους συσχέτισαν με την ανάπτυξη της προγεννητικής κατάθλιψης και του προγεννητικού άγχους, στην παρούσα μελέτη, δεν αξιολογήθηκαν ως παράγοντες που επηρέασαν την ψυχολογία των εγκύων σε σημείο, ώστε να επηρεάσουν τα αποτελέσματα της κλίμακας EPDS. Πιο συγκεκριμένα:

- ♦ Το μορφωτικό επίπεδο των εγκύων που νοσηλεύθηκαν στο Π.Γ.Ν.Π, ήταν αρκετά υψηλό. Η πλειοψηφία των εγκύων (50%), ήταν κάτοχοι ανώτερης ή ανώτατης εκπαίδευσης και το 33% αυτών ήταν απόφοιτες Λυκείου. Και ενώ σε άλλες μελέτες που ασχολήθηκαν με την προγεννητική κατάθλιψη το υψηλό μορφωτικό και κοινωνικό επίπεδο, είναι ανασταλτικός παράγοντας στην εμφάνιση των προγεννητικών ψυχικών διαταραχών,^{[3][36][97]} στην παρούσα μελέτη το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών, δεν θεωρήθηκε αξιολογήσιμος παράγοντας.
- ♦ Το οικονομικό επίπεδο των εγκύων που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν αρκετά καλό. Το 62,5% των γυναικών είχαν μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα $\geq 1000\text{€}$, ενώ το 69,3% ήταν εργαζόμενες. Παρόλα αυτά η οικονομική κατάσταση των εγκύων, δεν φαίνεται να επηρέασε θετικά, αλλά ούτε και αρνητικά την κλίμακα κατάθλιψης. Σε παρόμοιες μελέτες το οικονομικό επίπεδο των γυναικών ήταν σημαντικός παράγοντας στην εμφάνιση ή στην αποτροπή των προγεννητικών ψυχικών διαταραχών. Πιο συγκεκριμένα οι έγκυες που είχαν

την οικονομική δυνατότητα να καλύπτουν τις ανάγκες που προέκυπταν, καθώς και οι έγκυες που εργάζονταν παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα στρες σε σχέση με τις εγκύους που πιεζόταν από την έλλειψη των οικονομικών πόρων. Ωστόσο στη παρούσα μελέτη η ψυχική υγεία των γυναικών, δεν επηρεάστηκε από την σχετικά καλή οικονομική τους κατάσταση.^{[3][39][97]}

- ♦ Στη συγκεκριμένη μελέτη το 35,2% των εγκύων, εισήχθησαν στη νοσηλευτική μονάδα στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης τους και το 64,8% εισήχθησαν στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Η εβδομάδα εισαγωγής δεν επηρέασε τη διαβάθμιση της προγεννητικής κλίμακα EPDS. Το γεγονός αυτό ίσως αποδεικνύει και τη διαφορετική ψυχολογία των εγκύων που βιώνουν μια παθολογική εγκυμοσύνη. Και ενώ στις γυναίκες που διανύουν μια φυσιολογική εγκυμοσύνη, παρατηρήθηκε αύξηση των επιπέδων του άγχους τους στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης τους, στην συγκεκριμένη μελέτη η οποία ασχολήθηκε με τις έγκυες που βιώνουν μια κύηση υψηλής επικινδυνότητας, το άγχος των γυναικών αυτών δεν εξαρτήθηκε από το τρίμηνο της κύησης που διένυαν.^{[3][4]}
- ♦ Το σωματικό βάρος των συμμετεχόντων, αυξήθηκε κατά μέσο όρο τα 10,4 κιλά, γεγονός που ίσως αιτιολογεί, γιατί οι έγκυες στην παρούσα μελέτη δεν ενοχλήθηκαν από την αύξηση του σωματικού τους βάρους σε σχέση με τις αντίστοιχες μελέτες.^{[3][97]}
- ♦ Επίσης το κάπνισμα δεν επηρέασε την ψυχολογία των εγκύων. Μόνο το 2,3% αυτών κάπνιζαν και αύξησαν την ποσότητα των τσιγάρων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, ενώ το 58,0% αυτών δεν υπήρξαν καπνίστριες.^[97]

Σε ότι αφορά τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν οι έγκυες τη διαταραγμένη ψυχολογική τους διάθεση, η συντριπτική πλειοψηφία (94,3%) δήλωσε ότι δεν έχει λάβει ποτέ αντικαταθλιπτική αγωγή και το 72,7% αντιμετώπισε τις συναισθηματικά δύσκολες καταστάσεις, με τη στήριξη του συντρόφου και των οικείων τους. Το γεγονός αυτό αποδεικνύει τη σημαντικότητα των διαπροσωπικών σχέσεων. Οι γυναίκες που βιώνουν μια παθολογική κύηση, έχουν ως βασικό τους αρωγό, την οικογένεια και το σύντροφό τους.^{[36][37][38]} Αίσθηση προκαλεί και ότι καμία έγκυος δεν ζήτησε τη στήριξη ενός ειδικού ψυχικής υγείας για την αντιμετώπιση του άγχους ή της κατάθλιψης. Ακόμη και οι 5 έγκυες από τις 88 που δήλωσαν ότι λάμβαναν αντικαταθλιπτική αγωγή, αλλά τη διέκοψαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, δε ζήτησαν ούτε εκείνες τη στήριξη από κάποιον επαγγελματία

ψυχικής υγείας, παρόλο που βίωνα μια δύσκολη κατάσταση. Η στάση αυτή των εγκύων αποδεικνύει ότι εξακολουθεί να υπάρχει ένα κοινωνικό στίγμα γύρω από την κατάθλιψη. Μια γυναίκα κατά την περίοδο της κύησης είθισται να είναι ευτυχισμένη και χαρούμενη. Το γεγονός αυτό επιφορτίζει την έγκυο, η οποία δεν δύναται να παραδεχτεί ότι δεν είναι ευτυχισμένη και ότι παρουσιάζει συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης, γιατί αισθάνεται ότι πηγαίνει ενάντια στη φύση της, αλλά και ενάντια στην κοινωνία. Για το λόγο αυτό η καταθλιπτική έγκυος προτιμά να αποσιωπά για το μέγεθος των ψυχικών της διαταραχών και να ζητά ψυχολογική στήριξη από το στενό οικογενειακό της περιβάλλον.^[35]

Επίσης σημαντικό είναι και το γεγονός, ότι 8 μόνο έγκυες από τις 88, δήλωσαν ότι τις συναισθηματικά δύσκολες καταστάσεις τις αντιμετωπίζουν με τη συμπαράσταση του προσωπικού της μονάδας κυήσεων υψηλού κινδύνου του Π.Γ.Ν.Π. Το γεγονός αυτό αποδεικνύει τα κενά του συστήματος υγείας. Η ελλιπής ψυχολογική στήριξη των εγκύων, εάν δεν αποδοθεί στην έλλειψη ενδιαφέροντος και επαγγελματισμού από πλευράς του ιατρικού και μαιευτικού προσωπικού της μονάδας, μπορεί να αποδοθεί στην έλλειψη προσωπικού, καθώς και στην ελλιπή εκπαίδευση του υπάρχοντος προσωπικού σε θέματα που αφορούν τις προγεννητικές ψυχικές διαταραχές.^[35] Ωστόσο η σημαντικότητα των ψυχικών διαταραχών της προγεννητικής περιόδου και οι επιπτώσεις τους στην υγεία της εγκύου και του κυοφορούμενου ανθρώπου, δεν αφήνουν περιθώρια για παράβλεψη της υπάρχουσας κατάστασης. Εάν το προσωπικό δεν εκπαιδευτεί, ώστε να εντοπίζει τις προγεννητικές ψυχικές διαταραχές, η κατάσταση της ψυχικής υγείας των εγκύων θα επιδεινώνεται διαρκώς. Επίσης εάν δεν αυξηθεί το προσωπικό της μονάδας, δεν θα δοθεί ο απαραίτητος χρόνος στους επαγγελματίες να ασχοληθούν με την κάθε έγκυο εκτενέστερα, μέσα από τις συζητήσεις και την ανάλυση των θεμάτων που τις απασχολούν, με αποτέλεσμα η θεραπεία από τις ψυχικά νοσηρές καταστάσεις να είναι μια πολύ δύσκολη διαδικασία.^{[102][103]}

Μελέτες εντοπίζουν το σημαντικό ρόλο της προγεννητικής περιόδου στην υγιή ανάπτυξη των απογόνων και κατ' επέκταση στην εξέλιξη της κοινωνίας και του πολιτισμού. Η εγκυμοσύνη είναι μια περίοδος που χαρακτηρίζεται από σημαντικές αλλαγές ζωής που συνδέονται με στρες και άγχος. Η ψυχολογία της γυναίκας κατά την προγεννητική περίοδο, επηρεάζει τον άνθρωπο που αναπτύσσεται σε προσωπικό επίπεδο, αλλά και γενικότερα την κοινωνία ως ομάδα. Το γεγονός αυτό ανάγκασε τους επιστήμονες να προσεγγίσουν την εγκυμοσύνη και τη γέννηση με έναν διαφορετικό τρόπο. Το ενδομήτριο περιβάλλον εξετάζεται πλέον ως αναπτυξιακή θέση του ανθρώπου, σε μια προσπάθεια να γίνουν κατανοητοί οι μηχανισμοί με τους οποίους η ψυχική υγεία της εγκύου, επηρεάζει τη βιολογική και πνευματική ανάπτυξη του ανθρώπου που κυοφορείται.^[57]

Στην παρούσα μελέτη τα ευρήματα δείχνουν ότι οι γυναίκες που βίωσαν μια παθολογική εγκυμοσύνη, νοσηλευόμενες στη μονάδα κήσεων υψηλού κινδύνου του Π.Γ.Ν.Π, είχαν συμπτώματα ήπιας έως μέτριας κατάθλιψης. Το δείγμα των εγκύων, αποτελούνταν κυρίως από μορφωμένες γυναίκες, οι οποίες στην πλειοψηφία τους ήταν εργαζόμενες και είχαν ένα καλό κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Ως εκ τούτου, τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης δεν μπορούν να γενικευθούν σε πληθυσμό μειονεκτούντων γυναικών που αντιμετωπίζουν χρόνιες κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις.

Η θεραπεία της προγεννητικής κατάθλιψης γίνεται συντηρητικά, είτε με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, ανάλογα με το επίπεδο της νόσου. Η συμπαράσταση από το οικογενειακό περιβάλλον και η στάση των επαγγελματιών υγείας είναι καθοριστική, στην προσπάθεια αντιμετώπισης των προγεννητικών ψυχικών διαταραχών. Το Ελληνικό σύστημα υγείας, οφείλει να στηρίξει τους επαγγελματίες που προσπαθούν να βοηθήσουν τις έγκυες που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, με επιμορφωτικά προγράμματα και επάρκεια προσωπικού. Η ανάπτυξη των ψυχικών διαταραχών μπορεί να αποτραπεί μέσα από την πρόληψη και τον έλεγχο της ψυχικής υγείας. Με την απουσία των ψυχικών διαταραχών τόσο η γυναίκα, όσο και το έμβρυο θα βιώσουν μια όμορφη και ήρεμη εγκυμοσύνη.

- [1] Dunkel S. Chetter K. Psychological Science on Pregnancy: Stress Processes, Biopsychosocial Models and Emerging Research Issues, *Annu. Rev. Psychol*, 2011, (62):531–58
- [2] Akdeniz F. Gönül A.S. The relationship between depression in women of reproductive events, *Journal of Clinical Psychiatry*, 2004, *Addition* (2):70-4.
- [3] Χαλικοπούλου Χ.Μ Οι ψυχολογικές αντιδράσεις της γυναίκας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, *Η εξελικτική και η κλινική ψυχολογία στο χώρο της υγείας*, Θεσσαλονίκη, 1996, σελ 163-222
- [4] Sadıkoğlu G. *Women's Mental Health in Family Medicine*. Bilgel N (Eds). Bursa, Medical Bookstore, 2006, p:571-581.
- [5] Boscaglia N. Skouteris H. Wertheim E.H. Changes in body image satisfaction during pregnancy: A comparison of high exercising and low exercising women, *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2003, (43):41-45
- [6] Vivienne P. Έκρηξη Ορμονών:1 Έλξη, σεξ και μωρά, ΟΡΜΟΝΕΣ, η αλήθεια για τις ουσίες που κυβερνούν τη ζωή μας, εκδόσεις Μοντέρνοι καιροί, 2011, σελ: 61-67
- [7] Lübke T.K. Busch A. Hoenen M. Schaal B. Pause M.B. Pregnancy reduces the perception of anxiety, *Scientific Reports*, 2017, (7): 9213
- [8] Rubin R. Maternal tasks in pregnancy. *Matern. Child Nurs. J.* 1975, 4(3):143–153.
- [9] Wenzel A. Haugen E.N. Jackson L.C. Robinson K. Prevalence of generalized anxiety at eight weeks postpartum, *Arch. Women’s Ment. Health* 2003, 6 (1): 43–49.
- [10] Pleshette N. Asch S.S. Chase J. A study of anxieties during pregnancy labor the early and late puerperium. *Bull. N. Y. Acad. Med*, 1956, 32(6): 436–455.
- [11] Westbrook M.T. Analyzing affective responses to past events: women’s reactions to a childbearing year. *J. Clin. Psychol*, 1978, 34(4): 967–971.
- [12] Standley K. Soule B. Copans S.A. Dimensions of prenatal anxiety and their influence on pregnancy outcome. *Am. J. Obstet. Gynecol*, 1979, 135(1): 22–26.
- [13] Levin J.S. The factor structure of the Pregnancy Anxiety Scale. *J. Health Soc. Behav*, 1991, 32(4): 368–381.
- [14] Huizink A.C. Mulder E.J.H. Robles de Medina P.G. Visser G.H.A. Buitelaar J.K. Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Hum*, 2004, *Dev.*79: 81–91.

- [15] Bayrampoura H. Alib E. Deborah A. Mcneil C. Benzie B.K. Macqueen D.G. Suzanne Tough Pregnancy-related anxiety: A concept analysis *International Journal of Nursing Studies*, 2016, (55): 115–130
- [16] World Health Organisation,WHO. The world health report Mental Health: New understanding, new hope. Geneva (2001).
- [17] Gourounti K. Lykeridou K. Taskou C. Kafetsios K. Sandall J. A survey of worries of pregnant women: Reliability and validity of the Greek version of the Cambridge Worry Scale. *Midwifery*, 2012, 28(6):746-53
- [18] Χριστοδούλου Γ.Ν. Η κλινική έκφραση των συναισθηματικών διαταραχών, *Κοινωνία & Υγεία IV*, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών Αθήνα 2005, σελ:231-237
- [19] Andersson L. Sundström-Poromaa I. Wulf M. Åström M. Bixo M. Neonatal outcome following maternal antenatal depression and anxiety: a population-based study, *Am J Epidemiol*, 2003b, (159):872–881
- [20] Ευθυμίου Κ. Μαυροειδή ΑΘ. Παυλάτου Ε. Καλαντζή-Αζίζι Α. Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπιση τους. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, (2006), σελ:54-78
- [21] Αγγελόπουλος Ν. Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία. Αθήνα, Βήτα Medical, 2009, σελ 329 – 330 και 504 - 513.
- [22] Rini C.K. Dunkel-Schetter C. Wadhwa P.D. Sandman C.A. Psychological adaptation and birth outcomes: the role of personal resources, stress and sociocultural context in pregnancy, *Health Psychol*, 1999, 18(4): 333–345.
- [23] Orr S.T. Reite J.P. Blazer D.G. James S.A. Maternal prenatal pregnancy-related anxiety and spontaneous preterm birth in Baltimore, Maryland. *Psychosom. Med*, 2007, 69 (6): 566–570.
- [24] Barlow D.H. Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *Am. Psychol*, 2000, 55(11): 1247– 1263.
- [25] Bayrampour H. Heaman M. Duncan K. Tough S. Predictors of perception of pregnancy risk among nulliparous women. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal. Nurs*, 2012a, 42(4): 416–427.
- [26] Πολυκανδριώτη Μ. Στεφανίδου Σ. Κατάθλιψη σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς, το βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 12, Τεύχος 4, Οκτώβριος - Δεκέμβριος 2013
- [27] Δάλλα Χ. Σεροτονίνη-Κατάθλιψη & Σεξουαλικός Διμορφισμός, Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Επιβλέπων καθηγήτρια Σπυράκη Χ. Αθήνα 2005, σελ 6-39

- [28] Cohen LS. Sichel DA. Faraone SV. Robertson LM. Dimmock JA. Rosenbaum JF. Course of panic disorder during pregnancy and the puerperium: a preliminary study. *Biol Psychiatry*, 1996, (39):950-4.
- [29] World Health Organization, Thinking Healthy: Protected Together, world immunization week 2018
- [30] Marcus SM. Flynn HA. Blow FC. Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *J Womens Health (Larchmt)*, 2003, (12):373-80.
- [31] Senturk V. Abas M. Berksun O. Stewart R. Social support and antenatal depression in extended and nuclear family environments in Turkey: a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*, 2011, 11:48.
- [32] Adouard F. Glangeaud-Freudenthal NM. Golse B. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. *Arch Womens Ment Health*, 2005, (8):89–95.
- [33] Bodecs T. Horvath B. Kovacs L. Diffellne Nemeth M. Sandor J. Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based Hungarian sample. *Orv Hetil*, 2009, (150):1888-93.
- [34] Kendler KS. Gardner CO. Prescott CA. Toward a comprehensive developmental model for major depression in women. *Am J Psychiatry*, 2002, (159):1133–1145.
- [35] Romm A. Diagnosing and Treating Depression During Pregnancy, Mary Ann Liebert, inc. *Alternative and Complementary Therapies*, April 2014, no.2,vol. 20,
- [36] Leigh B. Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 2008, (8): 24.
- [37] Choate L.H. Gintner G.G. Prenatal Depression: Best Practice Guidelines for Diagnosis and Treatment *Best Practices Journal of Counseling & Development*, 2011, Vol 89
- [38] Rubertsson C. Depressive mood in early pregnancy: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2003, (21):113–129.
- [39] Marcus SM. Flynn HA. Blow FC. Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *J Womens Health (Larchmt)* , 2003, (12):373–380.

- [40] Leithner K. Maar A. Fischer-Kern M. Hilger E. Loffler-Stastka H. et al. Affective state of women following a prenatal diagnosis: predictors of a negative psychological outcome. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 2004, (23): 240–246.
- [41] Hammarberg K. Fisher J. Wynter K. Psychological and social aspects of pregnancy, childbirth and early parenting after assisted conception: a systematic review. *Hum Reprod Update*, 2008, 14(5):395–414
- [42] Gourounti K. Anagnostopoulos F. Lykeridou K. Coping strategies as psychological risk factor for antenatal anxiety, worries, and depression among Greek women, *Arch Womens Ment Health*, 2013, (16):353–361
- [43] Orr ST. Blazer DG. James SA. Reiter JP. Depressive symptoms and indicators of maternal health status during pregnancy. *J Womens Health (Larchmt)*, 2007,(16): 535–542.
- [44] Qiu C. Williams MA. Calderon-Margalit R. Cripe SM. Sorensen TK. Preeclampsia risk in relation to maternal mood and anxiety disorders diagnosed before or during early pregnancy, *Am J Hypertens*, 2009, 22(4):397–40
- [45] American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Health Care for Underserved Women. ACOG Committee Opinion No. 343: psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention, *Obstet Gynecol*, 2006, 108:469-77.
- [46] Moss KM. Skouteris H. Wertheim EH. Paxton SJ. Milgrom J. Depressive and anxiety symptoms through late pregnancy and the first year post birth: an examination of prospective relationships, *Arch Womens Ment Health*, 2009, (12): 345-349.
- [47] Ludwig J. The Impact of Prenatal Psychology on Society and Culture, *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 2017, 32(1):63-71
- [48] Huther G. Weser I. Το μυστικό των 9 πρώτων μηνών. Αθήνα, Πολύτροπον,2008, σελ: 25-37 και 78 – 83 και 127 – 133
- [49] Μαρή Ι. Ευγονία – Προγεννητική Αγωγή – Η αγωγή του παιδιού αρχίζει από την σύλληψη. Αθήνα, Πύρινος Κόσμος, 2004, σελ:13-72
- [50] Dulude D. Bélanger C. Wright J. Sabourin S. High-risk pregnancies psychological distress and dyadic adjustment, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2002, 20(2):101-123
- [51] Graven SN. Browne VJ. Brain Development of the Neonate. Auditory Development in the Fetus and Infant Newborn and Infant Nursing Reviews, 2008, (8): 187–193.

- [52] Μανταλενάκης Σ.Ι. κεφ4.Έμβρυο και κεφ32.Κύηση Υψηλού Κινδύνου, Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας, 3^η έκδοση, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, 1996, σελ: 47-53 και 245-250
- [53] Σαλαμαλέκης Ε. Επιπλοκές της Κύησης, In:Κρεατσάς Γ.Κ, Σύγχρονη Γυναικολογία και μαιευτική, Μαιευτική 2^η έκδοση, τόμος ΙΙ, Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδη, 2009, σελ:179-315
- [54] Shahidullah S. Hepper PG. Development of fetal hearing, *ADC Fetal and Neonatal*, 1992, (71):2235- 2240.
- [55] Cole M. Cole S. The development of children. 1938
Μτφρ: Μαρία Σόλμαν, επιμέλεια Παναγιώτα Βορριά, Ζαΐρα Παπαληγούρα.
Η ανάπτυξη των παιδιών. Τόμος 1^{ος}, Αθήνα, Τυπωθήτω 2000: 147 - 178.
- [56] Γιαννοπούλου Ι. Νευροβιολογικές εγγραφές του ψυχικού τραύματος κατά τη διάρκεια της πρώιμης παιδικής ηλικίας, *Ψυχιατρική*, 2012, 23 παράρτημα Ι
- [57] Dipietro J.A Maternal stress in pregnancy: Considerations for fetal development *J Adolesc Health*. 2012 August, 51(2 Suppl): S3–S8.
- [58] Καυκαλίδης Α. Η γνώση της μήτρας. Η αυτοψυχογνωσία με ψυχοδηλωτικά φάρμακα, Αθήνα, Captain Book, 2010, σελ:19 -35.
- [59] Verny T. The Secret of the Unborn Child: How You Can Prepare Your Bafor a Happy, Healthy Life, New York, Random House Publishing Group, 1982, σελ: 22-31.
- [60] Chamberlain, D. The significance of birth memories. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 1988, 2(4), 136-154.
- [61] Mandyam C. Crawford E. Eisch A. Rivier C. Richardson H. Stress experienced in utero reduces sexual dichotomies in neurogenesis, microenvironment, and cell death in the adult rat hippocampus. *Developmental Neurobiology*, 2008, (68):575–589.
- [62] Reisslanda N. Hopkinsba B. Introduction: Towards a fetal Psychology. *Infant and Child Development*, 2010, (19): 1–5.
- [63] Voegtline K. Costigan K. Pater H. Dipietro J. Near-term fetal response to maternal spoken voice. *Infant Behavior & Development*, 2013, 36(4):526-533.
- [64] Maiello S. The sound-object: A hypothesis about prenatal auditory experience and memory, *Journal of Child Psychotherapy*, 1995, (21):23-41.
- [65] Corbijn van Willenswaard K. Lynn F. Mcneill J. Mcqueen K. Dennis C. Lobel M. et all. Music interventions to reduce stress and anxiety in pregnancy: a systematic review and meta-analysis *BMC Psychiatry*, 2017, (17):271

- [66] Kim H. Hwa Lee M. Kyung Chang H. Hyun Lee T. Hyuk Lee H. Chul Shin M. et al. Influence of prenatal noise and music on the spatial memory and neurogenesis in the hippocampus of developing rats. *Brain and Development*, 2006, (28): 109–114.
- [67] Cprek S. Williams C. Asaolu I. Alexander L. Vanderpool R. Three positive parenting practices and their correlation with risk of childhood developmental, social, or behavioral delays: An analysis of the National Survey of Children’s Health. *Maternal And Child Health Journal*, 2015, 19(11): 2403-2411.
- [68] Marx V. Nagy E. Fetal Behavioural Responses to Maternal Voice and Touch, *PLoS ONE*, 2015, 10(6): e0129118.
- [69] Yilmaz E.A. Gülümser C. The risk factors, consequences, treatment, and importance of gestational depression, *J Turk Soc Obstet Gynecol*, 2015, (2):102-13
- [70] Spyridou A. Schauer M. Ruf-Leuschner M. Obstetric care providers are able to assess psychosocial risks, identify and refer high-risk pregnant women: validation of a short assessment tool – the KINDEX Greek version, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2015, (15):41
- [71] Dunkel-Schetter C. Glynn L. Stress in pregnancy: empirical evidence and theoretical issues to guide interdisciplinary researchers. In *The Handbook of Stress Science*, ed. R Contrada, A Baum. New York: Springer. 2010
- [72] Field T. Diego M. Hernandez-Reif M. Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. *Infant Behav, 2006, Dev. 29:445–55*
- [73] Van den Bergh BRH. Mennes M. Oosterlaan J. Stevens V. Stiers P. Marcoen A. High antenatal maternal anxiety is related to impulsivity during performance on cognitive tasks in 14 and 15 year olds. *Neurosci Biobehav Rev*, 2004, (29):259–269
- [74] O’ Connor GT. Heron J. Glover V. The Alspac Study Team Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2002, 41(12):1470–1477
- [75] Gutteling BM. DE Weerth C. Zandbelt N. Mulder EJ. Visser GH. Buitelaar JK. Does maternal prenatal stress adversely affect the child's learning and memory at age six? *Anborn Child Psychol*, 2006, (34):789-98.
- [76] Kaplan H. Sandock B. Grebb J. Ψυχιατρική. Τόμος Α, 7η Έκδοση, Αθήνα, Λίτσας, 1996, σελ:133 – 137
- [77] Bridget R. Mueller Tracy L. Early prenatal stress impact on coping strategies and learning performance is sex dependent. *Physiol Behav*, 2007, (91):55-65.

- [78] Laplante DP. Brunet A. Schmitz N. Ciampi A. King S. Project Ice Storm: prenatal maternal stress affects cognitive and linguistic functioning in 5 1/2-year-old children. *J Am Acad Child Adolesc Psy*, 2008, (47):1063-72.
- [79] Field T. Sandberg D. Garcia R. Vega-Lahr N. Goldstein S. Guy L. Pregnancy problems, postpartum depression and early mother-infant interactions. *Developmental Psychology*, 1985, (21):1152-1156.
- [80] Thomas J. Letourneau N. Campbell T. Tomfohr-Madsen L. Giesbriesbrecht G. Developmental origins of infant emotion regulation: Mediation by temperamental negativity and moderation by maternal sensitivity. *Developmental Psychology*, 2017, 53(4): 611-628.
- [81] Ferketich S.L. Mercer R.T. Men's health status during pregnancy and early fatherhood. *Research in Nursing & Health*, 1982, (12):137± 148.
- [82] Osofsky J.D. Osoksky H.J. Psychological and developmental perspectives on expectant and new parenthood. In: R.D. PARKE (Ed.), *Review of child development research*, 1985, vol. 7: the family, pp: 373± 397
- [83] Paquet J.C. *Mener votre grossesse aÁ terme*. Neuville: Les eÂ ditions Vul, Med1991
- [84] Mackenzie B.H. Van Teijlingen E. "Risk, theory, social and medical models: A critical analysis of the concept of risk in maternity care." *Midwifery* (2010), 26(5): 488-496
- [85] Jordan R.G. Murthy P.A. "Risk Assessment and Risk Distortion: Finding the Balance." *Journal of Midwifery and Women's Health*, 2009, 54(3): 191-200.
- [86] Searle J. "Fearing the worst-why do pregnant women feel 'At risk'?" *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1996, 36(3): 279-286.
- [87] World Health Organization, *Working with Individuals, Families and Communities to Improve Maternal and Newborn Health*. Geneva, (2010)
- [88] Alaszewski A. Horlick-Jones T. "How can doctors communicate information about risk more effectively?" *British Medical Journal*, 2003, 327(7417): 728-731.
- [89] Conner G.K. Denson V. Expectant fathers' response to pregnancy. Review of literature and implications for research in high-risk pregnancy. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 1990, 4(2): 33± 42.
- [90] Strazdins L.M. Scannell E.D. Galligan R.F. Gender and depressive symptoms: parents's sharing of instrumental and expressive tasks when their children are young. *Journal of Family Psychology*, 1997, 11(2): 222± 233.

- [91] Mercer R.T. Ferketich S.L. Maternal± infant attachment of experienced and inexperienced mothers during infancy. *Nursing Research*, 1994b, 43(6): 344± 351.
- [92] Sarason I.G. Sarason B.R. Teaching cognitive and social skills to high school students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1981, 49: 908± 918.
- [93] Bigelow C. Stone J. Bed Rest in Pregnancy, *mount sinai journal of medicine*, 2011, 78:291–302
- [94] Schroeder CA. Bed rest in complicated pregnancy: a critical analysis. *mcn am j matern child nurs*, 1998, 23:45–49.
- [95] Maloni JA. Schneider BS. Inactivity: symptoms associated with gastrocnemius muscle disuse during pregnancy. *AACN Clin Issues*, 2002, (13): 248-262.
- [96] Kovacevich G. Gaich S. Lavin J. The prevalence of thromboembolic events among women with extended bed rest prescribed as part of the treatment for premature labor or preterm premature rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol*, 2000, 182:1089–1092.
- [97] Dagklis T. Papazisis G. Tsakiridis I. Chouliara F. Mamopoulos A. Rousso D. Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women hospitalized in a high-risk pregnancy unit in Greece, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2016, (51):1025–1031
- [98] Tuunainen A, Kripke DF, Endo T. Light therapy for non-seasonal depression. *Cochrane Database Syst Rev*, 2004.
- [99] Sheiki S. Saboory E. Neuroplasticity changes of rat brain by musical stimuli during fetal period. *Cell J*. 2015, 16(4):448–55.
- [100] Goodman, J. H. Women's attitudes, preferences, perceived barriers to treatment for perinatal depression. *Birth*, 2009, (36):60-69.
- [101] Field T. Prenatal Depression and Selective Serotonin Reuptake Inhibitors *International Journal of Neuroscience*, 2010, (120):163–167
- [102] Rini C. Dunkel-Schetter C. The effectiveness of social support attempts in intimate relationships: “T ain’t what you do, it’s the way that you do it.” In *Support Processes in Intimate Relationships*, ed. K Sullivan, J Davila, 2010, pp: 26–70. New York: Oxford Univ. Press
- [103] Mcqueeney D. Stanton A. Sigmon S. Efficacy of emotionfocused and problem-focused group therapies for women with fertility problems, *J Behavior Med*, 1997, 20(4):313–331

- [104] Cox JL. Holden JM. Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. *Br J Psychiatry*, 1987, (150):782–786
- [105] Murray L. Carothers AD. The validation of the Edinburgh post-natal depression scale on a community sample. *Br J Psychiatry*, 1990, (157):288–290
- [106] Vivilaki VG. Dafermos V. Kogevinas M. Bitsios P. Lionis C. "The Edinburgh Postnatal Depression Scale: translation and validation for a Greek sample". *BMC Public Health*, 2009,(9): 329.
- [107] Leonardou AAZY. Papageorgiou CC. Marks MN. Tsartsara EC. Antsaklis A. Christodoulou GN. et al Validation of the Edinburgh postnatal depression scale and prevalence of postnatal depression at 2 months postpartum in a sample of Greek mothers. *J Reprod Infant Psych*, 2009, 27(1):28–39
- [108] Brouwers EP. Van Baar AL. POP VJ. Does the Edinburgh postnatal depression scale measure anxiety? *J Psychosom Res*, 2001, (51):659–663

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**Επιβάρυνση της ψυχικής υγείας των εγκύων που νοσηλεύθηκαν σε μονάδα κυήσεων υψηλού κινδύνου***Ενημέρωση συμμετεχόντων*

Η παρούσα μελέτη διεξάγεται στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού προγράμματος << Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας >> του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου και αφορά την επιβάρυνση της ψυχικής υγείας των εγκύων που λόγο κάποιας παθολογίας της κύησης, κρίθηκε σκόπιμη η εισαγωγή τους σε νοσηλευτική μονάδα. Η έρευνα θα διεξαχθεί στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών και σκοπός της είναι να διαπιστωθεί το αρνητικό αντίκτυπο που έχει στη ψυχολογία των γυναικών, μια εγκυμοσύνη υψηλού κινδύνου που χρίζει εντατικής παρακολούθησης. Η συμμετοχή των εγκύων στο ερωτηματολόγιο είναι εθελοντική και ανώνυμη, καθώς δεν θα γίνει καμία αναφορά στα προσωπικά τους στοιχεία και δεν θα συλλεχθούν προσωπικά δεδομένα. Οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές και αφορούν αποκλειστικά τη συγκεκριμένη έρευνα. Ονομάζομαι Παπακωνσταντή Γεωργία, είμαι μαία και είμαι υπεύθυνη για τη συλλογή των ερωτηματολογίων που αφορούν την μελέτη αυτή. Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας και για το χρόνο που θα διαθέσετε.

Ερωτηματολόγιο για τους προσδιοριστές της μελέτης

- Ποιο έτος γεννηθήκατε;
- Ποιά είναι η εθνικότητά σας ;.....
- Ποιές είναι οι σπουδές σας;
 - Απόφοιτη γυμνασίου
 - Απόφοιτη λυκείου
 - Απόφοιτη ΑΕΙ/ΤΕΙ
 - Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό

- Εργάζεστε;
 - Ναι
 - Όχι

- Το μηνιαίο οικογενειακό σας εισόδημα είναι περίπου:ευρώ

- Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;
 - Άγαμη
 - Έγγαμη
 - Διαζευγμένη
 - Σε συμβίωση

- Είστε μητέρα άλλων παιδιών;
 - Ναι είμαι μητέρα ακόμη..... παιδιού/ών ηλικίας
 - Όχι

- Πώς θα χαρακτηρίζατε τη σχέση με το σύντροφό σας;
 - Καθόλου καλή
 - Λίγο καλή
 - Μέτρια
 - Αρκετά καλή
 - Πολύ καλή

- Ποια είναι η σχέση σας με τους οικείους σας;
 - Καθόλου καλή
 - Λίγο καλή
 - Μέτρια
 - Αρκετά καλή
 - Πολύ καλή

- Ποια εγκυμοσύνη διανύεται;
 - Πρώτη
 - Δεύτερη
 - Τρίτη
 -

- Σκεφθήκατε να διακόψετε την κυοφορία;
 - Ναι
 - Όχι

- Είστε καπνίστρια;
 - Όχι
 - Ήμουν καπνίστρια, αλλά διέκοψα με την εγκυμοσύνη
 - Ναι συνεχίζω να καπνίζω, αλλά έχω μειώσει τα τσιγάρα
 - Συνεχίζω να καπνίζω και έχω αυξήσει το ρυθμό

- Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης το Σωματικό μου Βάρος
 - Αυξήθηκε κατά kgf
 - Μειώθηκε κατάkgf

- Ποιός είναι ο λόγος για τον οποίο κάνατε εισαγωγή στο νοσοκομείο;

.....

- Σε ποιά εβδομάδα κυήσεως έγινε η εισαγωγή σας;

.....

- Ποιά εβδομάδα κυήσεως διανύετε τώρα;

.....

Ερωτηματολόγιο (EPDS)
Edinburgh Postnatal Depression Scale

(Παρακαλώ επιλέξτε την απάντηση που αντιστοιχεί πλησιέστερα στο πως αισθανόσαστε τις περασμένες επτά ημέρες και όχι μόνο στο πως αισθάνεστε σήμερα)

1. Μπορούσα να γελώ και να βλέπω την αστεία πλευρά της ζωής
 - Όπως πριν
 - Λιγότερο από πριν
 - Πολύ λιγότερο από πριν
 - Καθόλου

2. Έβλεπα το αύριο με ενθουσιασμό
 - Όπως και πριν
 - Μάλλον λιγότερο από πριν
 - Πολύ λιγότερο από πριν
 - Σχεδόν καθόλου

3. Κατηγορούσα άδικα τον εαυτό μου για πράγματα που πήγαν στραβά.
 - Ναι, όλη την ώρα
 - Ναι, αρκετά συχνά
 - Όχι πολύ συχνά
 - Όχι ποτέ

4. Ένωθα άγχος ή ανησυχία χωρίς σοβαρό λόγο

- Όχι, καθόλου
- Σχεδόν ποτέ
- Ναι, μερικές φορές
- Ναι, πολύ συχνά

5. Ένωθα φόβο ή πανικό, χωρίς λόγο

- Ναι, πολύ συχνά
- Ναι, μερικές φορές
- Όχι, όχι συχνά
- Όχι, καθόλου

6. Με πήρε η κάτω βόλτα (ένωθα πολύ πεσμένη)

- Ναι, τις περισσότερες φορές δεν ήμουν σε θέση να τα βγάλω πέρα καθόλου
- Ναι, μερικές φορές δεν τα βγάζω πέρα τόσο καλά όσο συνήθως
- Όχι, τις περισσότερες φορές τα έβγαλα πέρα αρκετά καλά
- Όχι, τα βγάζω πέρα καλά, όπως πάντα

7. Ήμουν τόσο στενοχωρημένη που δε μπορούσα να κοιμηθώ

- Ναι, σχεδόν συνέχεια
- Ναι, αρκετά συχνά
- Σπάνια
- Όχι, καθόλου

8. Ένωθα θλιμμένη ή λυπημένη

- Ναι, σχεδόν συνέχεια
- Ναι, αρκετά συχνά
- Σπάνια
- Όχι, καθόλου

9. Ένωθα τόσο στενοχωρημένη που έκλαιγα

- Ναι, όλη την ώρα
- Ναι, αρκετά συχνά
- Κάπου – κάπου
- Όχι, ποτέ

10. Μου ήρθε να βλάψω τον εαυτό μου

- Ναι, αρκετά συχνά
- Μερικές φορές
- Σχεδόν ποτέ
- Ποτέ

© 1987 The Royal College of Psychiatrists. Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection Depression of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Scale. British Journal of Psychiatry, 150, 782-786.

Αντιμετώπιση των καταστάσεων που σας καταβάλουν ή σας διεγείρουν συναισθηματικά

- Έχετε λάβει κάποια αγχολυτική φαρμακευτική αγωγή;
 - Όχι ποτέ
 - Δε λάμβανα αγωγή πριν, αλλά την άρχισα στην εγκυμοσύνη
 - Ναι, αλλά τη διέκοψα με την εγκυμοσύνη
 - Ναι λάμβανα πριν την κύηση και συνεχίζω την ίδια αγωγή
 - Ναι λάμβανα πριν την εγκυμοσύνη και συνεχίζω με πιο ισχυρή αγωγή

- Στις συναισθηματικά φορτισμένες καταστάσεις:
 - Με στηρίζει ο σύντροφός μου και οι οικείοι μου
 - Μου συμπαραστέκεται το προσωπικό της νοσηλευτικής μονάδας
 - Τις αντιμετωπίζω μόνη μου

- Ζητήσατε τη στήριξη ενός ειδικού:
 - Όχι
 - Ναι και κλήθηκε άμεσα
 - Ναι, ωστόσο το νοσοκομείο δεν μου την παρείχε

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ: EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)

Edinburgh Postnatal Depression Scale¹ (EPDS)

Name: _____

Address: _____

Your Date of Birth: _____

Baby's Date of Birth: _____

Phone: _____

As you are pregnant or have recently had a baby, we would like to know how you are feeling. Please check the answer that comes closest to how you have felt **IN THE PAST 7 DAYS**, not just how you feel today.

Here is an example, already completed.

I have felt happy:

- Yes, all the time
- Yes, most of the time This would mean: "I have felt happy most of the time" during the past week.
- No, not very often Please complete the other questions in the same way.
- No, not at all

In the past 7 days:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. I have been able to laugh and see the funny side of things</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> As much as I always could<input type="checkbox"/> Not quite so much now<input type="checkbox"/> Definitely not so much now<input type="checkbox"/> Not at all <p>2. I have looked forward with enjoyment to things</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> As much as I ever did<input type="checkbox"/> Rather less than I used to<input type="checkbox"/> Definitely less than I used to<input type="checkbox"/> Hardly at all <p>*3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time<input type="checkbox"/> Yes, some of the time<input type="checkbox"/> Not very often<input type="checkbox"/> No, never <p>4. I have been anxious or worried for no good reason</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> No, not at all<input type="checkbox"/> Hardly ever<input type="checkbox"/> Yes, sometimes<input type="checkbox"/> Yes, very often <p>*5 I have felt scared or panicky for no very good reason</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, quite a lot<input type="checkbox"/> Yes, sometimes<input type="checkbox"/> No, not much<input type="checkbox"/> No, not at all | <p>*6. Things have been getting on top of me</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time I haven't been able to cope at all<input type="checkbox"/> Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual<input type="checkbox"/> No, most of the time I have coped quite well<input type="checkbox"/> No, I have been coping as well as ever <p>*7 I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time<input type="checkbox"/> Yes, sometimes<input type="checkbox"/> Not very often<input type="checkbox"/> No, not at all <p>*8 I have felt sad or miserable</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time<input type="checkbox"/> Yes, quite often<input type="checkbox"/> Not very often<input type="checkbox"/> No, not at all <p>*9 I have been so unhappy that I have been crying</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, most of the time<input type="checkbox"/> Yes, quite often<input type="checkbox"/> Only occasionally<input type="checkbox"/> No, never <p>*10 The thought of harming myself has occurred to me</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Yes, quite often<input type="checkbox"/> Sometimes<input type="checkbox"/> Hardly ever<input type="checkbox"/> Never |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Administered/Reviewed by _____ Date _____

¹ Source: Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786 .

² Source: K. L. Wisner, B. L. Parry, C. M. Piontek, Postpartum Depression N Engl J Med vol. 347, No 3, July 18, 2002, 194-199

Edinburgh Postnatal Depression Scale¹ (EPDS)

Postpartum depression is the most common complication of childbearing.² The 10-question Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) is a valuable and efficient way of identifying patients at risk for “perinatal” depression. The EPDS is easy to administer and has proven to be an effective screening tool.

Mothers who score above 13 are likely to be suffering from a depressive illness of varying severity. The EPDS score should not override clinical judgment. A careful clinical assessment should be carried out to confirm the diagnosis. The scale indicates how the mother has felt *during the previous week*. In doubtful cases it may be useful to repeat the tool after 2 weeks. The scale will not detect mothers with anxiety neuroses, phobias or personality disorders.

Women with postpartum depression need not feel alone. They may find useful information on the web sites of the National Women’s Health Information Center <www.4women.gov> and from groups such as Postpartum Support International <www.chss.iup.edu/postpartum> and Depression after Delivery <www.depressionafterdelivery.com>.

SCORING

QUESTIONS 1, 2, & 4 (without an *)

Are scored 0, 1, 2 or 3 with top box scored as 0 and the bottom box scored as 3.

QUESTIONS 3, 5-10 (marked with an *)

Are reverse scored, with the top box scored as a 3 and the bottom box scored as 0.

Maximum score: 30

Possible Depression: 10 or greater

Always look at item 10 (suicidal thoughts)

Users may reproduce the scale without further permission, providing they respect copyright by quoting the names of the authors, the title, and the source of the paper in all reproduced copies.

Instructions for using the Edinburgh Postnatal Depression Scale:

1. The mother is asked to check the response that comes closest to how she has been feeling in the previous 7 days.
2. All the items must be completed.
3. Care should be taken to avoid the possibility of the mother discussing her answers with others. (Answers come from the mother or pregnant woman.)
4. The mother should complete the scale herself, unless she has limited English or has difficulty with reading.

¹ Source: Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786.

² Source: K. L. Wisner, B. L. Parry, C. M. Piontek, Postpartum Depression N Engl J Med vol. 347, No 3, July 18, 2002,

194-199

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ: ΑΔΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)

Dear Georgia

Thank you for your email and your interest in the EPDS. You may use the EPDS in your research.

1. Please confirm that you are not receiving funding from any commercial organisations.
2. Please also include the following copyright notice on all copies of the EPDS that you use in your study:

© 1987 The Royal College of Psychiatrists. Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry, 150, 782-786. Written permission must be obtained from the Royal College of Psychiatrists for copying and distribution to others or for republication (in print, online or by any other medium).

Please let me know if there is any other information you would like.

With kind regards

Lucy

Lucy Alexander

Rights and Permissions Manager (Tue and Thu)

The Royal College of Psychiatrists

020 3701 2728

lucy.alexander@rcpsych.ac.uk www.rcpsych.ac.uk

21 Prescot Street London E1 8BB

Θέμα: Έγκριση διανομής ερωτηματολογίων

Το Επιστημονικό Συμβούλιο στην συνεδρίαση **29.01.2018** λαμβάνοντας υπ' όψιν την υπ. αρ. **41/18.01.2018** απόφαση της Επιτροπής Έρευνας Ηθικής και Δεοντολογίας, **εγκρίνει στην κα Γεωργία Παπακωνσταντή ΤΕ Μαιών του Π.Γ.Ν.Π τη διανομή ερωτηματολογίων στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος με θέμα «επιβάρυνση της ψυχικής υγείας των εγκύων που νοσηλεύθηκαν σε μονάδα κήσεων υψηλού κινδύνου».**

Επιστημονικός υπεύθυνος: Πέτρος Γαλάνης Καθηγητής Ανοικτού Πανεπιστημίου
Ερευνήτες: Γεωργία Παπακωνσταντή

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΜΑΡΚΟΣ ΜΑΡΑΓΚΟΣ

Το Δ.Σ αφού έλαβε υπόψη τα ανωτέρω και μετά από διαλογική συζήτηση,

ΟΜΟΦΩΝΑ ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ

Αποδέχεται την ανωτέρω απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου για την έγκριση στην **κα Γεωργία Παπακωνσταντή ΤΕ Μαιών του Π.Γ.Ν.Π διανομής ερωτηματολογίων στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος με θέμα «επιβάρυνση της ψυχικής υγείας των εγκύων που νοσηλεύθηκαν σε μονάδα κήσεων υψηλού κινδύνου», με την προϋπόθεση τήρησης των κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας.**

Επιστημονικός υπεύθυνος: Πέτρος Γαλάνης Καθηγητής Ανοικτού Πανεπιστημίου
Ερευνήτες: Γεωργία Παπακωνσταντή

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Δ.Σ

ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΠΙΣΙΜΙΣΗΣ

