

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Φιλοσοφική Σχολή
Τμήμα Ψυχολογίας

**Αντιλήψεις Εγκύων Γυναικών για τη Μητρότητα και το Παιδί που Κυοφορούν:
η Σχέση τους με την Ύπαρξη
Προγεννητικών και Επιλόχειων Συμπτωμάτων και Διαταραχών**



ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Δέσποινα Κ. Καραγιάννη

Αθήνα, 2015

Φύλλο Εξέτασης

Επόπτης

(υπογραφή)

Μέλος

(υπογραφή)

Μέλος

(υπογραφή)

Μέλος

(υπογραφή)

Μέλος

(υπογραφή)

Μέλος

(υπογραφή)

Μέλος

(υπογραφή)

Ημερομηνία:

Βαθμός:

«Η έγκριση διπλωματικής εργασίας από το Τμήμα Ψυχολογίας του
Πανεπιστημίου Αθηνών, δεν υποδηλώνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα»

Περίληψη

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η μελέτη των παραγόντων κινδύνου και των αντιλήψεων των γυναικών, που σχετίζονται με την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών ή συμπτωμάτων, σε πληθυσμό Ελληνίδων που διανύουν την περιγεννητική περίοδο. Η έρευνα είχε διαχρονικό σχεδιασμό, με χορήγηση ψυχομετρικών εργαλείων και συνεντεύξεων σε τρεις χρονικές περιόδους (τελευταίο τρίμηνο κύησης, λοχεία, έξι μήνες μετά τον τοκετό), προκειμένου να διερευνηθεί η πορεία και οι διαφοροποιήσεις που επισυμβαίνουν στην ψυχική υγεία της γυναίκας στην εν λόγω περίοδο. Εφαρμόστηκε συνάρθρωση ποσοτικών και ποιοτικών μεθόδων, για τη βελτίωση της κατανόησης των αποτελεσμάτων και την εμπάθυνση στην εμπειρία της περιγεννητικής περιόδου. Στην έρευνα συμμετείχαν 37 γυναίκες 24 έως 41 ετών (*M.O.* ηλικίας= 31,8, *T.A.*= 4,06) έγκυες που παρακολουθούσαν τα προγράμματα ψυχοπροφυλακτικής και γονεϊκότητας του Κέντρου Ημέρας για τη Φροντίδα της Ψυχικής Υγείας της Γυναίκας (επιλόχεια διαταραχή). Οι συμμετέχουσες συμπλήρωσαν τις κλίμακες Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), (Cox et al., 1987), Beck Depression Inventory (BDI), (Beck & Beamesderfer, 1974), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), (Spielberger, 1983), Symptom Checklist-90-R, (Derogatis, 1977). Επίσης, για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας κατασκευάστηκε ένα εργαλείο που ονομάστηκε «Αλλαγές Ζωής», το οποίο αποτελεί μια τροποποίηση του Life Events Inventory (Cochrane & Robertson, 1973), που δίνει τη δυνατότητα στις συμμετέχουσες να βαθμολογούν θετικά ή αρνητικά την επίδραση των γεγονότων και των αλλαγών της ζωής. Τέλος, χρησιμοποιήθηκε η Brisbane Mother – Baby Scale (Webster και συν., 2003), για την εκτίμηση της συμπεριφοράς του νεογνού και της αλληλεπίδρασης μητέρας – παιδιού το πρώτο διάστημα μετά τον τοκετό. Οι συνεντεύξεις ήταν ημιδομημένες και οι ερωτήσεις τους καλύπτουν θεματικές που αφορούν την εμπειρία και τις δυσκολίες της περιγεννητικής περιόδου, την εικόνα του σώματος, τη σχέση με το παιδί, τη σχέση με τον σύντροφο, τη μητρότητα – γονεϊκότητα, τα παιδικά χρόνια της γυναίκας και τις σχέσεις με τους γονείς, το ευρύτερο υποστηρικτικό δίκτυο, την εργασιακή απασχόληση και την ικανοποίηση από τη ζωή και τις προσδοκίες της γυναίκας για το μέλλον. Από την ιεραρχική ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης προκύπτει ότι, ποσοστά που κυμαίνονται από 15% έως και 80,5% της διασποράς των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στις διάφορες μετρήσεις της περιγεννητικής περιόδου,

μπορούν να αποδοθούν και να προβλεφθούν στην επίδραση παραγόντων κινδύνου, με σημαντικότερους την ύπαρξη συνοδών συμπτωμάτων, την επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας στο παρελθόν, τη σχέση με τον σύζυγο, την απουσία συναισθηματικής υποστήριξης από τον πατέρα της γυναίκας στα παιδικά της χρόνια, της διαπροσωπικής ευαισθησίας, της αρνητικής εικόνας του σώματος. Επίσης, ποσοστά που κυμαίνονται από 32,6% έως και 72,3% της διασποράς των αγχωδών συμπτωμάτων στις διάφορες μετρήσεις της περιγεννητικής περιόδου, μπορούν να αποδοθούν στην επίδραση παραγόντων κινδύνου, με σημαντικότερους την ύπαρξη δυσκολιών κατά την κύηση, την ύπαρξη συνοδών καταθλιπτικών συμπτωμάτων, τις δυσκολίες τη σχέση με τον σύζυγο και την αρνητική εικόνα του εαυτού ως μητέρας. Η κύηση είναι η περίοδος με τη μεγαλύτερη συγκέντρωση συμπτωμάτων κυρίως αγχωδών και καταθλιπτικών, αλλά και από το ευρύτερο φάσμα των ψυχικών διαταραχών, τα οποία σημειώνουν ύφεση μετά τον τοκετό. Τα ευρήματα αναδεικνύουν την κρισιμότητα του προβλήματος και υποστηρίζουν τον σχεδιασμό δράσεων πρόληψης και παρέμβασης, και τη δημιουργία εργαλείων ανίχνευσης, που δεν θα ανιχνεύουν μόνο τα υπάρχοντα συμπτώματα, αλλά και τους παράγοντες κινδύνου που έχουν υψηλή προβλεπτική ισχύ για την εμφάνιση συμπτωμάτων στο μέλλον.

Λέξεις κλειδιά: περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές, υποκλινικά συμπτώματα, πρόληψη, παράγοντες κινδύνου, προβλεπτικοί παράγοντες, μεικτή μέθοδος, διαχρονική έρευνα.

Abstract

The purpose of this research is to study the risk factors and the women's perceptions related to the onset of mental disorders or symptoms in a Greek population during perinatal period. In this longitudinal study, interviews and psychometric tools were administered in three different periods (last trimester of pregnancy, puerperium, and six months after labor) with the aim to explore the development and the changes that occur in the woman's mental health during this time. A mixed design was used with qualitative and quantitative data so that there is an improved and deeper understanding of the results and the experience of perinatal period. In this study, thirty seven (37) pregnant women, from twenty four (24) to forty one (41) years of age ($M.O=31,8$, $SD=4,06$) who participated in the psychoeducational courses for parenthood at the Day Center for the Care of the Mental Health of Women (Postpartum Disorder), took part. The participants filled in the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), (Cox et al., 1987), the Beck Depression Inventory (BDI), (Beck & Beamesderfer, 1974), the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), (Spielberger, 1983) and the Symptom Checklist-90-R, (Derogatis, 1977). Another tool, named 'Life Changes', was developed for this present study. This constitutes an amendment to the Life Events Inventory (Cochrane & Robertson, 1973) and allows participants to give a positive or negative rating (score) to the influence of situations and life changes. Finally, the Brisbane Mother – Baby Scale (Webster et al., 2003) was used with the aim to evaluate the neonate's behaviour and the mother and child interaction during the initial period after birth. The interviews were semi-structured and the interview questions covered themes that referred to the experiences and difficulties of perinatal period, body image, relationship with the child, relationship with the partner, motherhood – parenthood, mother's childhood and family relationships (bonds), broader support network, professional life and the woman's satisfaction from life and future expectations. As a result of the hierarchical multiple regression analysis, percentages from 15% to 80,5% of the variance of depressive symptoms in different measurements of perinatal period, could be attributed and predicted by the influence of risk factors. The most important risk factors were the existence of coexisting symptoms, the visit in the past to a mental health professional, the relationship with the husband, the absence of emotional support by the woman's father during childhood, the interpersonal sensitivity and the negative image of body. Also, percentages around 32,6% and 72,3% of the variance of anxiety symptoms in different measurements of perinatal period, could be attributed to the influence of risk factors with the most prevalent ones the difficulties during pregnancy, the co-existence of depressive

symptoms, the difficulties in the relationship with the husband and the negative image of self as a mother. Pregnancy is the period which centers most symptoms mainly of depression and anxiety but also of the broader spectrum of mental disorders which diminish after birth. The findings of this study designate the importance of the problem and support the planning of prevention actions and interventions as well as the development of screening tools. These not only will screen for the existing symptoms but also for the risk factors which have high predictive value for the onset of symptoms in future.

Key words: perinatal mental disorders, subclinical symptoms, prevention, risk factors, predictors, mixed method, longitudinal study.

Πίνακας περιεχομένων

Περίληψη.....	2
Abstract	4
Πίνακας περιεχομένων	6
Κατάλογος Πινάκων.....	11
Πρόλογος.....	19
Εισαγωγή.....	21
Μέρος πρώτο – Περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές.....	21
Ιστορική Ανασκόπηση	21
Φυσιολογικές αλλαγές κατά την περιγεννητική περίοδο	25
Φυσιολογικές αλλαγές κατά την κύηση.....	25
Φυσιολογικές αλλαγές κατά τη λοχεία: <i>Baby Blues</i>	27
Περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές (ΠΨΔ).....	29
Διαγνωστικά ταξινομικά συστήματα και περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές	30
Περιγεννητική Κατάθλιψη	31
Α. Επιλόχεια κατάθλιψη	31
Β. Κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της κύησης	35
Γ. Υποκλινική κατάθλιψη	36
Περιγεννητικές αγχώδεις διαταραχές.....	37
Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (ΓΑΔ)	39
Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΔΨΔ).....	39
Διαταραχή πανικού.....	41
Διαταραχή μετατραυματικού άγχους μετά τον τοκετό (PTSD).....	41
Τοκοφοβία.....	43
Ψυχωτικές Διαταραχές	44
Σχιζοφρένεια	45
Διπολική διαταραχή.....	46
Διαφορική διάγνωση: Επιλόχεια κατάθλιψη ή διπολική διαταραχή II;	46
Η έρευνα για τις περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές στην Ελλάδα.....	48
Κρισιμότητα των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών - Επιπτώσεις.....	50
Επιπτώσεις των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών στην κύηση και στο έμβρυο.....	51
Οι επιπτώσεις των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών στο βρέφος και στο παιδί.....	52

Οι επιπτώσεις των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών στην ίδια τη γυναίκα	55
Επιπτώσεις στη σχέση με τον σύντροφο και την οικογένεια.....	58
Επιπτώσεις στην Κοινωνία.....	58
Αιτιολογία των Περιγεννητικών Ψυχικών Διαταραχών	60
1. Παρουσία συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής κατά την κύηση	64
2. Προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό	65
3. Υποστηρικτικό Δίκτυο - Σχέση με τον Σύζυγο/Σύντροφο	66
4. Γεγονότα ζωής (Life events)	69
5. Χαρακτηριστικά προσωπικότητας	70
6. Μαιευτικοί και Γυναικολογικοί Παράγοντες	71
7. Παράγοντες που σχετίζονται με το βρέφος	74
8. Κοινωνικοί – Δημογραφικοί Παράγοντες.....	77
9. Η νευροβιολογία των ψυχικών διαταραχών κατά την περιγεννητική περίοδο	81
10. Η σχέση με τη γονεϊκή οικογένεια	83
11. Ψυχαναλυτική θεώρηση των συμπτωμάτων και ψυχικών διαταραχών κατά την περιγεννητική περίοδο	86
12. Η υποκειμενική αιτιολόγηση και εκτίμηση των γυναικών για τα συμπτώματα ψυχικών διαταραχών κατά την περιγεννητική περίοδο	90
Θεραπεία των ψυχικών διαταραχών κατά την περιγεννητική περίοδο	94
Φαρμακευτική Θεραπεία.....	95
Ψυχοθεραπεία	97
Συμπληρωματικές και Εναλλακτικές Θεραπείες	97
Ανίχνευση των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών	99
Μέρος δεύτερο: Μεικτές μέθοδοι έρευνας: τα νέα μοντέλα συνάρθρωσης.....	105
(mixed methods).....	105
Η ανάλυση περιεχομένου	108
Η απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων στις ποιοτικές μεθόδους έρευνας	110
Η διαδικασία της κωδικοποίησης (εξαγωγής θεματικών κατηγοριών) στην ανάλυση περιεχομένου	114
Επιλογή της κατάλληλης μεθόδου κωδικοποίησης	115
Η δημιουργία του βιβλίου κωδικών (codebook).....	115
Η σύμπτυξη - συμπύκνωση των δεδομένων.....	117
Στόχοι και υποθέσεις της παρούσας έρευνας	119
Μέθοδος	125
Δείγμα.....	125

Μέσα Συλλογής Δεδομένων.....	129
<i>A. Ατομικό Ιστορικό του Κέντρου Ημέρας.....</i>	129
<i>B. Ψυχομετρικά Εργαλεία.....</i>	129
<i>Γ. Ερευνητική συνέντευξη</i>	136
Διαδικασία της έρευνας.....	139
Πιλοτική έρευνα.....	142
Ευρήματα.....	146
A. Επεξεργασία των δεδομένων - Ποσοτικές Μέθοδοι.....	146
<i>A.1. Έλεγχος Κανονικότητας.....</i>	147
<i>A.2. Μέγεθος του δείγματος και όρια εμπιστοσύνης</i>	147
<i>A.3. Συσχετίσεις</i>	148
<i>A.4. Πολλαπλή ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης.....</i>	148
B. Επεξεργασία των δεδομένων - Ποιοτικές Μέθοδοι.....	149
<i>B.1. Διαδικασία της απομαγνητοφώνησης.....</i>	149
<i>B.2. Επεξεργασία ποιοτικών δεδομένων της συνέντευξη και διαδικασία της κωδικοποίησης.....</i>	150
<i>B.3. Αξιοπιστία της κωδικοποίησης – Συμφωνία μεταξύ των κωδικογράφων.....</i>	153
<i>B.4. Μέθοδοι κωδικοποίησης που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα.....</i>	157
.....	158
Γ. Περιγραφικά δεδομένα κλιμάκων, ενδοσυνάφειες και ανάλυση διαχρονικών δεδομένων	159
<i>Γ.1. Διερεύνηση της κλίμακας ανίχνευσης της ψυχοπαθολογίας (Symptom Checklist 90-R)</i>	160
<i>Γ.2. Διερεύνηση του ερωτηματολογίου BDI</i>	176
<i>Γ.3. Διερεύνηση του ερωτηματολογίου STAI.....</i>	177
<i>Γ.4. Διερεύνηση της κλίμακας για την επιλόχεια κατάθλιψη (EPDS)</i>	178
<i>Γ.5. Διερεύνηση του εργαλείου «Αλλαγές Ζωής».....</i>	180
<i>Γ.6. Διερεύνηση της κλίμακας Brisbane</i>	182
<i>Γ.7. Διερεύνηση Προεμμηνορυσιακών Συμπτωμάτων.....</i>	183
Δ. Συνάφειες μεταξύ των κλιμάκων (διασυνάφειες).....	183
E. Συγκρίσεις τακτικών τιμών.....	191
<i>E.2. Σύγκριση τακτικών τιμών κλιμάκων συμπτωμάτων, με βάση το υποστηρικτικό δίκτυο και τις σχέσεις με τους άλλους.....</i>	218
<i>E.3. Σύγκριση τακτικών τιμών κλιμάκων συμπτωμάτων, με βάση το ιατρικό και μαιευτικό ιστορικό.....</i>	238

<i>E.4. Σύγκριση τακτικών τιμών κλιμάκων συμπτωμάτων, με βάση παράγοντες που σχετίζονται με το βρέφος.....</i>	243
<i>E.5. Σύγκριση τακτικών τιμών κλιμάκων συμπτωμάτων, με βάση κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες και γεγονότα ζωής.....</i>	250
<i>E.5.1. Θεματικές κατηγορίες για τα γεγονότα ζωής και άλλους παράγοντες κινδύνου, όπως προκύπτουν από την ανάλυση περιεχομένου.....</i>	263
ΣΤ. Πρόβλεψη των καταθλιπτικών και αγχώδων συμπτωμάτων από τις ψυχολογικές και δημογραφικές μεταβλητές της έρευνας.....	265
<i>ΣΤ.1. Πρόβλεψη της βαθμολογίας των κλιμάκων καταθλιπτικής συμπτωματολογίας</i>	270
<i>ΣΤ.2. Πρόβλεψη της βαθμολογίας των κλιμάκων αγχώδους συμπτωματολογίας</i>	283
Ζ. Συναισθηματική εμπειρία της περιγεννητικής περιόδου: παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες, όπως προκύπτουν από την ανάλυση περιεχομένου.....	292
Η. Διερεύνηση των διαφοροποιήσεων στη συμπτωματολογία και την κλινική εικόνα των γυναικών στις τρεις φάσεις μέτρησης της έρευνας	301
<i>Γυναίκες που εκδηλώνουν υποκλινικά και κλινικά συμπτώματα μετά τον τοκετό</i>	302
<i>Γυναίκες με υποκλινικά συμπτώματα στην κύηση, τα οποία μεταβάλλονται μετά τον τοκετό</i>	307
<i>Γυναίκες με κλινικά συμπτώματα στην κύηση, τα οποία μεταβάλλονται μετά τον τοκετό</i>	312
Θ. Εντυπώσεις των γυναικών από τη συμμετοχή τους στην έρευνα.....	320
Συζήτηση.....	322
A. Ανίχνευση συμπτωμάτων στις τρεις φάσεις της περιγεννητικής περιόδου με τη χρήση ψυχομετρικών εργαλείων	322
<i>A.1. Καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα</i>	322
<i>A.2. Λοιπά συμπτώματα</i>	326
B. Παράγοντες κινδύνου	330
<i>B.1. Σύνολο κωδικοποιήσεων με θετική, αρνητική και ουδέτερη φόρτιση των απαντήσεων των γυναικών στις συνεντεύξεις της έρευνας.....</i>	330
B.2. Παράγοντες που σχετίζονται με το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό.....	333
<i>B.3. Παράγοντες που σχετίζονται με τη γονεϊκότητα και το παιδί.....</i>	339
<i>B. 4. Παράγοντες που σχετίζονται με τον σύζυγο - σύντροφο</i>	344
<i>B.5. Παράγοντες που σχετίζονται με την υποστήριξη από τη γονεϊκή οικογένεια και τους φίλους.....</i>	347
<i>B.6. Παράγοντες που σχετίζονται με το ιατρικό και μαιευτικό ιστορικό.....</i>	349
<i>B.7. Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες και γεγονότα ζωής</i>	352
Γ. Πρόβλεψη εμφάνισης συμπτωμάτων	357
<i>Γ.1. Πρόβλεψη καταθλιπτικών συμπτωμάτων.....</i>	358
<i>Γ.2. Πρόβλεψη αγχώδων συμπτωμάτων</i>	360

Δ. Αξιοποίηση των αποτελεσμάτων της έρευνας.....	365
<i>Δ.1. Παρατηρήσεις για την προθυμία των γυναικών να συμμετάσχουν σε δράσεις ευαισθητοποίησης και παρέμβασης κατά την περιγεννητική περίοδο</i>	<i>365</i>
<i>Δ.2. Η συμβολή των αποτελεσμάτων στον σχεδιασμό δράσεων πρόληψης.....</i>	<i>366</i>
<i>Δ.3. Αξιοποίηση των αποτελεσμάτων στην ανίχνευση των συμπτωμάτων.....</i>	<i>367</i>
Ε. Περιορισμοί και προτάσεις για μελλοντικές έρευνες.....	372
Βιβλιογραφία.....	378
Παράρτημα.....	409
Οι πρώτες αναφορές επιλόχειων διαταραχών από τον Ιπποκράτη	410
Απόσπασμα από το βιβλίο της Margery Kempe	411
Ενδεικτικές ερωτήσεις των συνεντεύξεων και οι πηγές από τις οποίες προήλθαν	412
Οι ερωτήσεις που απαρτίζουν τις τρεις ερευνητικές συνεντεύξεις	415
Παράδειγμα Κωδικοποίησης.....	420
Συγκατάθεση Συμμετοχής στην Έρευνα	422
Έντυπο δήλωσης – δέσμευσης για την διαφύλαξη και προστασία ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων.....	424
Αλλαγές ζωής.....	425
Brisbane Mother – Baby Scale – Λοχεία.....	428
Περιγεννητική Ψυχική Υγεία	429
Παράρτημα Πινάκων.....	430

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Δείκτες κεντρικής τάσης και διασποράς για την ηλικία, τα έτη σχέσης και έτη γάμου των γυναικών του δείγματος.....	127
Πίνακας 2. Παραδείγματα κωδικοποίησης των απαντήσεων των γυναικών στις συνεντεύξεις της έρευνας	152
Πίνακας 3. Συχνότητες των απαντήσεων των τριών κωδικογράφων της έρευνας για την περίοδο της κύησης.....	154
Πίνακας 4. Συντελεστές τετραχωρικών χωρικών συναφειών (Spearman rho) ανάμεσα στις επιλογές των τριών κωδικογράφων της έρευνας για την περίοδο της κύησης.....	154
Πίνακας 5. Συχνότητες των απαντήσεων των τριών κωδικογράφων της έρευνας για την περίοδο της λοχείας	155
Πίνακας 6. Συντελεστές τετραχωρικών χωρικών συναφειών (Spearman rho) ανάμεσα στις επιλογές των τριών κωδικογράφων της έρευνας για την περίοδο της λοχείας	155
Πίνακας 7. Συχνότητες των απαντήσεων των τριών κωδικογράφων της έρευνας για την περίοδο του εξαμήνου	156
Πίνακας 8. Συντελεστές τετραχωρικών χωρικών συναφειών (Spearman rho) ανάμεσα στις επιλογές των τριών κωδικογράφων της έρευνας για την περίοδο του εξαμήνου ..	156
Πίνακας 9. Δείκτες κεντρικής τάσης, διασποράς και συνάφειας (Pearson r) των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στη διάσταση "Σωματοποίηση" της κλίμακας SCL-90-R στις τέσσερις υπό μέτρηση περιόδους.....	160
Πίνακας 10. Δείκτες κεντρικής τάσης, διασποράς και συνάφειας των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στη διάσταση «Ψυχαναγκασμός-Καταναγκασμός» της κλίμακας SCL-90-R και στις τέσσερις υπό μέτρηση περιόδους	161
Πίνακας 11. Δείκτες κεντρικής τάσης, διασποράς και συνάφειας των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στη διάσταση «Διαπροσωπική Ευαισθησία» της κλίμακας SCL-90-R και στις τρεις υπό μέτρηση περιόδους	163
Πίνακας 12. Δείκτες κεντρικής τάσης, διασποράς και συνάφειας των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στη διάσταση «Κατάθλιψη» της κλίμακας SCL-90-R και στις τρεις υπό μέτρηση περιόδους	165
Πίνακας 13. Δείκτες κεντρικής τάσης, διασποράς και συνάφειας των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στη διάσταση «Άγχος» της κλίμακας SCL-90-R και στις τρεις υπό μέτρηση περιόδους	167

Πίνακας 14. Δείκτες κεντρικής τάσης, διασποράς και συνάφειας των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στη διάσταση «Θυμός- Επιθετικότητα» της κλίμακας SCL-90-R και στις τρεις υπό μέτρηση περιόδους	169
Πίνακας 15. Δείκτες κεντρικής τάσης, διασποράς και συνάφειας των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στη διάσταση «Φοβικό Άγχος» της κλίμακας SCL-90-R και στις τρεις υπό μέτρηση περιόδους	171
Πίνακας 16. Δείκτες κεντρικής τάσης, διασποράς και συνάφειας των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στη διάσταση «Παρανοειδής Ιδεασμός» της κλίμακας SCL-90-R και στις τρεις υπό μέτρηση περιόδους	173
Πίνακας 17. Δείκτες κεντρικής τάσης, διασποράς και συνάφειας των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στη διάσταση «Ψυχωτισμός» της κλίμακας SCL-90-R στις τέσσερις υπό μέτρηση περιόδους	173
Πίνακας 18. Δείκτες κεντρικής τάσης και διασποράς των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος ως προς το σύνολο των συμπτωμάτων της κλίμακας SCL-90-R και στις τρεις υπό μέτρηση περιόδους	176
Πίνακας 19. Δείκτες κεντρικής τάσης, διασποράς και συνάφειας των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στην κλίμακα κατάθλιψης BDI στις τρεις φάσεις της έρευνας	177
Πίνακας 20. Δείκτες κεντρικής τάσης, διασποράς και συνάφειας των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στην κλίμακα άγχους STAI στις τρεις φάσεις της έρευνας	178
Πίνακας 21. Δείκτες κεντρικής τάσης, διασποράς και συνάφειας των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στην κλίμακα επιλόχειας κατάθλιψης EPDS στις τρεις φάσεις της έρευνας	180
Πίνακας 22. Δείκτες κεντρικής τάσης, διασποράς και συνάφειας των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος από το εργαλείο «Διερεύνησης Αλλαγών Ζωής», στις τρεις φάσεις της έρευνας.....	182
Πίνακας 23. Δείκτες κεντρικής τάσης και διασποράς των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στο ερωτηματολόγιο Brisbane στις φάσεις της λοχείας και των 6 μηνών...	183
Πίνακας 24. Έλεγχος με το κριτήριο U της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες της έρευνας ως προς την ύπαρξη προβλημάτων στην παιδική τους ηλικία	194
Πίνακας 25. Έλεγχος με το κριτήριο Kruskal-Wallis της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις ερωτήσεις της συνέντευξης ως προς την εκτίμηση της σχέσης με τον πατέρα όταν η γυναίκα ήταν παιδί	196

Πίνακας 26. Ενδεικτικές Απαντήσεις των Γυναικών για την Εκτίμηση της Σχέσης με τον Πατέρα όταν η γυναίκα ήταν παιδί	197
Πίνακας 27. Έλεγχος με το κριτήριο U της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις ερωτήσεις της συνέντευξης ως προς την ύπαρξη συναισθηματικής υποστήριξης από τον πατέρα τους	198
Πίνακας 28. Ενδεικτικές Απαντήσεις των Γυναικών για την Παρουσία Συναισθηματικής Υποστήριξης από τον Πατέρα στην Παιδική Ηλικία.....	198
Πίνακας 29. Έλεγχος με το κριτήριο Kruskal-Wallis της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις ερωτήσεις της συνέντευξης ως προς την ύπαρξη συναισθηματικής υποστήριξης από τη μητέρα τους.....	199
Πίνακας 30. Ενδεικτικές Απαντήσεις των Γυναικών για την παρουσία συναισθηματικής υποστήριξης από τη μητέρα όταν η γυναίκα ήταν παιδί	200
Πίνακας 31. Ενδεικτικές απαντήσεις των γυναικών για την εκτίμηση της σχέσης των γονιών στα παιδικά χρόνια	201
Πίνακας 32. Εκτιμήσεις των εγκύων του εαυτού τους ως μητέρας	203
Πίνακας 33. Έλεγχος με το κριτήριο U της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις ερωτήσεις της συνέντευξης ως προς την ύπαρξη αναπαράστασης για το παιδί τους.....	204
Πίνακας 34. Ενδεικτικές απαντήσεις των γυναικών για την παρουσία ή απουσία αναπαράστασης του παιδιού πριν τον τοκετό.....	204
Πίνακας 35. Ενδεικτικές απαντήσεις των εγκύων για την άντληση χαράς των μητέρων τους από τη μητρότητα.....	206
Πίνακας 36. Έλεγχος με το κριτήριο Kruskal-Wallis της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες της έρευνας ως προς την ύπαρξη ιστορικού ψυχοπαθολογίας	208
Πίνακας 37. Ενδεικτικές απαντήσεις των γυναικών του δείγματος για τα συναισθήματα για το σώμα τους και για την ικανοποίηση από την εικόνα του σώματος στην κύηση.	211
Πίνακας 38. Ενδεικτικές απαντήσεις των γυναικών του δείγματος για τα συναισθήματα για το σώμα τους και για την ικανοποίηση από την εικόνα του σώματος στη λοχεία..	212
Πίνακας 39. Έλεγχος με το κριτήριο U της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες της έρευνας ως προς την επαφή με ειδικό ψυχικής υγείας στο παρελθόν	215

Πίνακας 40. Έλεγχος με το κριτήριο Kruskal-Wallis της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες της έρευνας ως προς την διενέργεια ψυχοθεραπείας κατά την περιγεννητική περίοδο	217
Πίνακας 41. Έλεγχος με το κριτήριο Kruskal-Wallis της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες της έρευνας ως προς τη σχέση τους με τον σύζυγό τους κατά την κύηση	219
Πίνακας 42. Έλεγχος με το κριτήριο Kruskal-Wallis της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες της έρευνας ως προς τη σχέση τους με τον σύζυγό τους έξι μήνες μετά τον τοκετό	220
Πίνακας 43. Ενδεικτικές απαντήσεις των γυναικών του δείγματος για την περιγραφή της σχέσης με τον σύντροφο/σύζυγο	221
Πίνακας 44. Ενδεικτικές απαντήσεις των γυναικών του δείγματος για τις αλλαγές στη σχέση με τον σύντροφο/σύζυγο έξι μήνες μετά τον τοκετό	223
Πίνακας 45. Έλεγχος με το κριτήριο U της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων ως προς την ύπαρξη συναισθηματικής υποστήριξης από τον σύζυγο κατά την κύηση.....	224
Πίνακας 46. Έλεγχος με το κριτήριο U της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων ως προς την ύπαρξη συναισθηματικής υποστήριξης από τον σύζυγο κατά τη λοχεία.....	225
Πίνακας 47. Έλεγχος με το κριτήριο U της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες της έρευνας ως προς την βοήθεια που αντλούν από τη στάση του συζύγου τους στην περίοδο της λοχείας	227
Πίνακας 48. Έλεγχος με το κριτήριο U της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες της έρευνας ως προς την βοήθεια που αντλούν από τη στάση του συζύγου στους έξι μήνες μετά τον τοκετό	227
Πίνακας 49. Έλεγχος με το κριτήριο U της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες της έρευνας ως προς την συμπεριφορά του συντρόφου στις δυσκολίες της γυναίκας κατά τη λοχεία.....	229
Πίνακας 50. Έλεγχος με το κριτήριο U της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες της έρευνας ως προς την συμπεριφορά του συντρόφου στις δυσκολίες της γυναίκας έξι μήνες μετά τον τοκετό.....	229

Πίνακας 51. Έλεγχος με το κριτήριο <i>U</i> της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες της έρευνας ως προς την άσκηση συναισθηματικής και σωματικής βίας από τον σύζυγο.....	230
Πίνακας 52. Έλεγχος με το κριτήριο <i>U</i> της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες της έρευνας ως προς την ύπαρξη συναισθηματικής υποστήριξης από την οικογένεια κατά τη λοχεία	233
Πίνακας 53. Έλεγχος με το κριτήριο <i>U</i> της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες της έρευνας ως προς την ύπαρξη συναισθηματικής υποστήριξης από την οικογένεια στους έξι μήνες μετά τον τοκετό	235
Πίνακας 54. Ενδεικτικές αναφορές των γυναικών στις αμβλώσεις που είχαν κάνει στο παρελθόν	239
Πίνακας 55. Έλεγχος με το κριτήριο <i>Kruskal-Wallis</i> της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες καταθλιπτικών και αγχωδών της έρευνας ως προς την περιγραφή της σωματικής εμπειρίας της κύησης .	240
Πίνακας 56. Έλεγχος με το κριτήριο <i>U</i> της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας ως προς την εμφάνιση προβλημάτων υγείας κατά την κύηση.....	241
Πίνακας 57. Έλεγχος με το κριτήριο <i>U</i> της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες συμπτωματολογίας ως προς τον τρόπο που περιγράφουν τον εαυτό τους ως μητέρες έξι μήνες μετά τον τοκετό.....	245
Πίνακας 58. Έλεγχος με το κριτήριο <i>U</i> της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες συμπτωματολογίας ως προς τον τρόπο που περιγράφουν την εμπειρία να είναι γονείς έξι μήνες μετά τον τοκετό	248
Πίνακας 59. Έλεγχος με το κριτήριο <i>U</i> της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες της έρευνας ως προς τον τρόπο περιγραφής του συζύγου ως πατέρα έξι μήνες μετά τον τοκετό	249
Πίνακας 60. Έλεγχος με το κριτήριο <i>U</i> της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες συμπτωματολογίας ως προς την ύπαρξη ανησυχίας έξι μήνες μετά τον τοκετό.....	252
Πίνακας 61. Ενδεικτικές απαντήσεις των γυναικών του δείγματος για την παρουσία ανησυχίας κατά την περιγεννητική περίοδο	254

Πίνακας 62. Έλεγχος με το κριτήριο <i>U</i> της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες συμπτωματολογίας ως προς την ύπαρξη δυσκολιών κατά την κύηση.....	257
Πίνακας 63. Έλεγχος με το κριτήριο <i>U</i> της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες συμπτωματολογίας ως προς την ύπαρξη δυσκολιών κατά τη λοχεία.....	258
Πίνακας 64. Έλεγχος με το κριτήριο <i>U</i> της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες συμπτωματολογίας ως προς την ύπαρξη πρόσφατων δύσκολων γεγονότων ζωής κατά την κύηση.....	262
Πίνακας 65. Ενδεικτικές απαντήσεις των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα για τα σημαντικά αρνητικά γεγονότα ζωής.....	263
Πίνακας 66. Στατιστικά σημαντικές μεταβλητές ως προς τα καταθλιπτικά συμπτώματα (<i>BDI</i> , <i>EPDS</i>) ανάλογα με τη φάση μέτρησης (κύηση [μέτρηση 1], λοχεία [μέτρηση 2], 6 μήνες [μέτρηση 3]).....	267
Πίνακας 67. Στατιστικά σημαντικές μεταβλητές ως προς τα αγχώδη συμπτώματα (<i>STAI</i>) ανάλογα με τη φάση μέτρησης (κύηση [μέτρηση 1], λοχεία [μέτρηση 2], 6 μήνες [μέτρηση 3]).....	269
Πίνακας 68. Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη της βαθμολογίας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, όπως εξετάζεται με την κλίμακα <i>SCL-90-R</i> για την περίοδο της κύησης.....	271
Πίνακας 69. Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη της βαθμολογίας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, όπως εξετάζεται με την κλίμακα <i>SCL-90-R</i> για την περίοδο της λοχείας.....	272
Πίνακας 70. Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη της βαθμολογίας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, όπως εξετάζεται με την κλίμακα <i>SCL-90-R</i> για την περίοδο των έξι μηνών μετά τον τοκετό.....	273
Πίνακας 71. Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη της βαθμολογίας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, όπως εξετάζεται με την κλίμακα <i>BDI</i> για την περίοδο της κύησης.....	275
Πίνακας 72. Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη της βαθμολογίας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, όπως εξετάζεται με την κλίμακα <i>BDI</i> για την περίοδο της λοχείας.....	276

Πίνακας 73. <i>Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη της βαθμολογίας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, όπως εξετάζεται με την κλίμακα BDI για την περίοδο του εξαμήνου μετά τον τοκετό</i>	278
Πίνακας 74. <i>Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη της βαθμολογίας κατάθλιψης, όπως εξετάζεται με την κλίμακα EPDS για την περίοδο της κύησης</i>	279
Πίνακας 75. <i>Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη της βαθμολογίας επιλόχειας Κατάθλιψης, όπως εξετάζεται με την κλίμακα EPDS για την περίοδο της λοχείας</i>	281
Πίνακας 76. <i>Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη της βαθμολογίας επιλόχειας Κατάθλιψης, όπως εξετάζεται με την κλίμακα EPDS για την περίοδο του εξαμήνου μετά τον τοκετό</i>	282
Πίνακας 77. <i>Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη της βαθμολογίας δομικού άγχους, όπως εξετάζεται με την κλίμακα STAI για την περίοδο της κύησης</i>	284
Πίνακας 78. <i>Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη της βαθμολογίας δομικού άγχους, όπως εξετάζεται με την κλίμακα STAI για την περίοδο της λοχείας</i>	285
Πίνακας 79. <i>Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη της βαθμολογίας δομικού άγχους, όπως εξετάζεται με την κλίμακα STAI για την περίοδο του εξαμήνου</i>	286
Πίνακας 80. <i>Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη της βαθμολογίας περιστασιακού άγχους, όπως εξετάζεται με την κλίμακα STAI για την περίοδο της κύησης</i>	289
Πίνακας 81. <i>Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη της βαθμολογίας περιστασιακού άγχους, όπως εξετάζεται με την κλίμακα STAI για την περίοδο της λοχείας</i>	290
Πίνακας 82. <i>Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη της βαθμολογίας περιστασιακού άγχους, όπως εξετάζεται με την κλίμακα STAI για την περίοδο του εξαμήνου</i>	291
Πίνακας 83. <i>Ερευνητικές υποθέσεις και Ερωτήματα ανάλογα με τη φάση μέτρησης (κύηση, λοχεία, 6 μήνες)</i>	431
Πίνακας 84. <i>Δημογραφικά Στοιχεία και Πληροφορίες από το Ατομικό Ιστορικό</i>	435

Πίνακας 85. Δείκτες συνάφειας (Pearson r) μεταξύ της διάστασης «Σωματοποίηση» κατά την κήση και των κλιμάκων της έρευνας που εξετάζουν την κατάθλιψη.....	437
Πίνακας 86. Δείκτες συνάφειας μεταξύ της διάστασης «Διαπροσωπική ευαισθησία» και των κλιμάκων της έρευνας που εξετάζουν την κατάθλιψη	437
Πίνακας 87. Δείκτες συνάφειας μεταξύ της διάστασης «Κατάθλιψη» και των υπόλοιπων διαστάσεων συμπτωματολογίας της κλίμακας SCL για τις τρεις υπό μέτρηση περιόδους	438
Πίνακας 88. Δείκτες συνάφειας μεταξύ της κλίμακας BDI για την κατάθλιψη και των υπόλοιπων διαστάσεων συμπτωματολογίας της κλίμακας SCL για τις τρεις υπό μέτρηση περιόδους.....	439
Πίνακας 89. Δείκτες συνάφειας μεταξύ της κλίμακας EPDS για την επιλόχεια κατάθλιψη και των υπόλοιπων διαστάσεων συμπτωματολογίας της κλίμακας SCL για τις τρεις υπό μέτρηση περιόδους	440
Πίνακας 90. Δείκτες συνάφειας μεταξύ των κλιμάκων της έρευνας που εξετάζουν την κατάθλιψη	441
Πίνακας 91. Δείκτες συνάφειας μεταξύ των κλιμάκων της έρευνας που εξετάζουν το άγχος.....	442
Πίνακας 92. Δείκτες συνάφειας (Pearson r) μεταξύ της κλίμακας αναπαράστασης σχέσης βρέφους-μητέρας και των κλιμάκων της έρευνας που εξετάζουν την κατάθλιψη και το άγχος κατά τη λοχεία και το εξάμηνο μετά τον τοκετό	443
Πίνακας 93. Δείκτες συνάφειας (Pearson r) μεταξύ της κλίμακας γεγονότων ζωής (επιρροή από αρνητικά γεγονότα) και των κλιμάκων της έρευνας κατά τη λοχεία (μόνο οι σημαντικές τιμές)	444
Πίνακας 94. Δείκτες συνάφειας (Pearson r) μεταξύ του συνόλου των θετικών απαντήσεων και των κλιμάκων καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας της έρευνας	445
Πίνακας 95. Δείκτες συνάφειας (Pearson r) μεταξύ του συνόλου των αρνητικών απαντήσεων και των κλιμάκων καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας της έρευνας	446
Πίνακας 96. Δείκτες συνάφειας (Pearson r) μεταξύ του συνόλου των ουδέτερων απαντήσεων και των κλιμάκων καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας της έρευνας	447

Πρόλογος

Η παρούσα έρευνα μελετά τα συμπτώματα και τις ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται στην περιγεννητική περίοδο. Η εγκυμοσύνη, ο τοκετός και ο ερχομός ενός νέου μέλους στην οικογένεια, επιδρούν σε τέτοιο βαθμό, ώστε η ζωή ποτέ πια δεν είναι ίδια για αυτούς που γίνονται γονείς. Πολλές φορές τη χαρά συνοδεύουν, με έναν παράδοξο και ιδιαίτερο τρόπο, συναισθήματα απελπισίας και εγκλωβισμού και η αίσθηση ότι το ταξίδι της μητρότητας είναι χωρίς επιστροφή. Οι έγκυες και οι νέες μητέρες ντρέπονται για αυτό που νιώθουν, με αποτέλεσμα συχνά να υποφέρουν μοναχικά και σιωπηρά τα συμπτώματα σοβαρών ψυχικών διαταραχών. Η έρευνα αυτή είναι αποτέλεσμα μιας βαθιάς προσωπικής επιθυμίας να μπορέσουν να ακουστούν οι γυναίκες αυτές και ο λόγος τους να συμβάλλει στον περιορισμό των επιπτώσεων των ψυχικών διαταραχών στις ίδιες, στους συζύγους και κυρίως στον νέο άνθρωπο που έρχεται στον κόσμο.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά εκείνους που συνέβαλαν σημαντικά στη διεξαγωγή της παρούσας διατριβής. Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επόπτριά μου, κα Βασιλική Κανελλοπούλου, που με εισήγαγε στον κόσμο της ψυχανάλυσης από τις διαλέξεις της στα προπτυχιακά μαθήματα και μου δίδαξε τη σημασία του να ακούς. Έκτοτε με συνοδεύει και με υποστηρίζει με την ουσιαστική συμβολή και το ενδιαφέρον της στην πτυχιακή, διπλωματική και διδακτορική μου έρευνα. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επόπτριά μου κα Αικατερίνη Γκαρή, η οποία με ιδιαίτερη προθυμία και συνέπεια μου προσέφερε ουσιαστική καθοδήγηση και επισημάνσεις, ήδη από την πτυχιακή μου εργασία μέχρι και σήμερα, και της οποίας η συμβολή στον μεθοδολογικό σχεδιασμό και την επεξεργασία των δεδομένων της παρούσας έρευνας υπήρξε καθοριστική και πολύτιμη. Ευχαριστώ επίσης και την επόπτριά μου κα Άννα Χριστοπούλου, η οποία μέσα από τις εύστοχες παρατηρήσεις της, μου ενέπνευσε την ιδέα να ασχοληθώ με τη συνάρθρωση ποιοτικών και ποσοτικών δεδομένων.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον κ. Βασίλη Παυλόπουλο, τον κ. Κωνσταντίνο Μυλωνά, την κα Ευγενία Γεωργάκα, επίκουρη καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης και την κα Φιλία Ίσαρη, για τον πολύτιμο χρόνο που μου αφιέρωσαν σε θέματα που αφορούν την επεξεργασία των δεδομένων, και τις ποιοτικές και ποσοτικές αναλύσεις στις μεικτές μεθόδους. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Ανδρέα Κόλλια, Λέκτορα στο Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Ιστορίας, στο Πάντειο Πανεπιστήμιο, στο μάθημα «Εφαρμογή Στατιστικών Αναλύσεων στην Κοινωνική Έρευνα με τη Χρήση Υπολογιστών», ο οποίος χωρίς να με γνωρίζει, ενδιαφέρθηκε για την έρευνά μου και αφιέρωσε τον πολύτιμο χρόνο του, να με εκπαιδεύσει στη χρήση του λογισμικού MAXQDA που χρησιμοποιήθηκε για την κωδικοποίηση και επεξεργασία των ποιοτικών δεδομένων στην παρούσα έρευνα. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τους φοιτητές που με βοήθησαν στις απομαγνητοφωνήσεις στο πλαίσιο του φροντιστηριακού μαθήματος της Κοινωνικής Ψυχολογίας.

Ευχαριστώ ιδιαίτερος την ΑμΚε Φαιναρέτη, και συγκεκριμένα τον κ. Βασίλη Δάγλα, Διοικητικό Διευθυντή, την κα Μαρία Δάγλα, Πρόεδρο του Δ.Σ. και την κα Ευαγγελία Αντωνίου, Αντιπρόεδρο του Δ.Σ., χωρίς τη βοήθεια και την υποστήριξη των

οποίων δεν θα είχε πραγματοποιηθεί η δειγματοληψία στο Κέντρο Ημέρας για τη Φροντίδα της Ψυχικής Υγείας της Γυναίκας (επιλόχεια διαταραχή). Ευχαριστώ θερμά τις μαίες του Κέντρου Ημέρας για τη συμβολή τους στη συγκέντρωση του δείγματος, και ιδιαιτέρως την κα Μαριέλενα Βογιατζόγλου για την πολύτιμη συμβολή σε αρκετές από τις φάσεις της έρευνας, την ψυχολόγο Ιωάννα Μουχτάρη και την διοικητικό υπάλληλο κα Γεωργία Περνακίδου. Ευχαριστώ επίσης, όλο το προσωπικό της ΑμΚε Φαιναρέτη για την πρακτική και ηθική υποστήριξη που μου παρείχαν σε όλη τη διάρκεια εκπόνησης της διατριβής. Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου τις γυναίκες που δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, πιστεύοντας ότι μπορεί με την εμπειρία τους να βοηθήσουν άλλες μητέρες. Χωρίς τη δέσμευση και τη συνέπεια αυτών των γυναικών, δεν θα είχε ολοκληρωθεί η παρούσα μελέτη.

Πέραν των σχετικών με το αντικείμενο της έρευνας επαγγελματιών, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους ανθρώπους που στάθηκαν δίπλα μου, στα χρόνια που μεσολάβησαν από την έναρξη της διδακτορικής διατριβής μέχρι και σήμερα, στηρίζοντάς με ηθικά σε αυτό το ιδιαίτερα χρονοβόρο πόνημα που απαιτούσε πειθαρχία και ψυχραιμία. Συγκεκριμένα, ευχαριστώ θερμά τους αγαπημένους φίλους μου Αγγελική, Δέσποινα, Καλλιόπη, Μαριλένα, Γιάννα, Γεωργία, Πολυχρόνη, Πάνο, την εξαδέλφη μου Ελένη και την υπόλοιπη οικογένειά μου για την πολύτιμη στήριξη και την ενθάρρυνσή τους σε όλες τις δυσκολίες. Κλείνοντας, θα ήθελα να εκφράσω την προσωπική μου επιθυμία και ελπίδα να συνεχίσουν και να επεκταθούν οι δράσεις πρόληψης και ευαισθητοποίησης περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών, βοηθώντας τους νέους γονείς, οι οποίοι, μέσα από τα συμπτώματά τους, προσπαθούν να υποστηρίξουν μια νέα ζωή.

Η παρούσα διατριβή είναι αφιερωμένη στη μητέρα μου.

*Δέσποινα Καραγιάννη
Οκτώβρης 2015*

Εισαγωγή

Μέρος πρώτο – Περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές

Η εγκυμοσύνη συνιστά μια από τις πιο πολυσύνθετες εμπειρίες στη ζωή μιας γυναίκας. Πρόκειται για μια μεταβατική περίοδο, κατά την οποία η γυναίκα καλείται να αντιμετωπίσει μια σειρά πρωτόγνωρες και κομβικές αλλαγές στη σωματική εικόνα, την αντίληψη του εαυτού, την καθημερινότητα, τις σχέσεις. Ο ερχομός ενός παιδιού σηματοδοτεί την έναρξη μιας διαφορετικής ζωής, που τίθεται με όρους μονιμότητας (Deutsch, 1945. Bibring, 1959. Pines, 1972. Condon, 1987. Raphael-Leff, 2001).

Πληθώρα παραδειγμάτων από την κλινική πράξη αλλά και τον γενικό πληθυσμό γυναικών που διανύουν την περιγεννητική περίοδο, αναδεικνύουν περιπτώσεις όπου, η εγκυμοσύνη και η απόκτηση παιδιού δεν αποτελεί εξ ορισμού ένα πολυπόθητο και χαρμόσυνο γεγονός, όπως θα αναμενόταν. Οι γυναίκες που διανύουν την περιγεννητική περίοδο είναι ευάλωτες να εμφανίσουν συμπτώματα από όλο το φάσμα των ψυχικών διαταραχών (Brockington, 2005).

Συναισθηματικές και άλλες ψυχικές διαταραχές, κυρίως κατάθλιψη αλλά και υπέρμετρο άγχος που δυσκολεύει τη ζωή της εγκύου και καθιστά επώδυνα συγκρουσιακή τη μετάβασή της προς τη μητρότητα, προβλήματα στη σχέση με τον σύντροφο ή τον σύζυγο, αυτοκτονίες, παραμέληση, κακοποίηση νεογνών, ακόμα και βρεφοκτονία, αποτελούν παραδείγματα μιας ανυπόφορης πλευράς της εμπειρίας.

Ιστορική Ανασκόπηση

Τα συναισθήματα θλίψης και θυμού μιας γυναίκας μετά τον τοκετό, οι μητέρες που καταλαμβάνονταν από «τρέλα» ή από «μανία», πάντοτε δημιουργούσαν την αίσθηση του παράδοξου και του ανοίκειου, εφόσον η αναμενόμενη συμπεριφορά για μια μητέρα ήταν και είναι η αφοσίωση και η υπέρμετρη εκδήλωση αγάπης απέναντι στο παιδί και τίποτα λιγότερο.

Χαρακτηριστικά παραδείγματα από την ελληνική μυθολογία γυναικών που δεν επιθυμούσαν τα παιδιά τους ήταν η Ρέα, που εγκατέλειψε τον Δία στην Κρήτη, η Ήρα που προσπάθησε να θανατώσει το ανάπηρο παιδί της, η Ινώ και η Μήδεια που θανάτωσαν τα παιδιά τους. Η Ινώ και η Μήδεια, οι μητέρες που προέβησαν σε «άμετρες» πράξεις απέναντι στα παιδιά τους, γοήτευαν τον Ευριπίδη, ο οποίος

δημιούργησε τις ομώνυμες τραγωδίες (Δημοπούλου, 2008). Ειδικότερα ο μύθος της Μήδειας έχει αποτελέσει πηγή έμπνευσης, όχι μόνο καλλιτεχνών αλλά και θεωρητικών της ψυχανάλυσης, που έχουν ασχοληθεί με την ψυχολογία της γυναίκας¹.

Οι πρώτες αναφορές της επιστημονικής γραμματείας σε ψυχικές διαταραχές που εκδηλώνονταν κατά την περιγεννητική περίοδο, είναι αυτές του Ιπποκράτη το 460 π.Χ. (βλ. Παράρτημα), ο οποίος περιγράφει περιπτώσεις γυναικών στη Θάσο και την Κύζικο² που εμφάνισαν αιφνίδιο υψηλό πυρετό μετά τον τοκετό, πιθανότατα εξαιτίας λοίμωξης από το βακτήριο του Στρεπτόκοκκου Α και, ως επιπλοκή αυτού εκδήλωσαν παραλήρημα, μανία ή και μελαγχολία (Brockington, 2005). Ο Ιπποκράτης απέδιδε την ασθένεια στη μεταφορά των λόχειων υγρών στον εγκέφαλο.

Τον 11^ο αιώνα μ.Χ. ο γυναικολόγος Trotula στο Σαλέρνο, έγραφε ότι *«αν η μήτρα είναι πολύ υγρή, ο εγκέφαλος γεμίζει με νερό και η υγρασία τρέχει πάνω από τα μάτια, εξαναγκάζοντας σε ακούσιο ξέσπασμα σε κλάμα»* (Brockington, 2005, σελ. 2. Hanley, 2009, σελ. 3).

Στον Μεσαίωνα οι διαταραχές μετά τον τοκετό θεωρούνταν ως επί το πλείστον ένα θρησκευτικό και όχι ένα ιατρικό πρόβλημα. Η μητέρα ήταν μια μάγισσα, ακάθαρτη που έπρεπε να εξαγνιστεί, μαζί με τη μαία, προκειμένου να της επιτραπεί να παρακολουθήσει την Κυριακή λειτουργία (Henshaw et al., 2009, σελ. 1-2). Η αυτοβιογραφία μιας μοναχής, αποτελεί μια λεπτομερή αναφορά για την επιλόχεια διαταραχή. Η Margery Kempe (1373-1439) γεννήθηκε στο Norfolk της Αγγλίας και, όπως οι περισσότερες γυναίκες της εποχής της δεν έτυχε μεγάλης εκπαίδευσης. Στην ηλικία των 20 ετών παντρεύτηκε έναν εφοριακό, με τον οποίο απέκτησε παιδιά. Στην ηλικία των 40 ετών αποφάσισε να εγκαταλείψει τα εγκόσμια και να αφιερωθεί στον Θεό. Έκτοτε, ταξίδευε στην Ιερουσαλήμ, την Ισπανία, την Ιταλία και τη Γερμανία για θρησκευτικούς σκοπούς. Το 1430 άρχισε να γράφει την αυτοβιογραφία της, ξεκινώντας την αφήγησή της περιγράφοντας τις σοβαρότατες δυσκολίες που βίωσε έπειτα από τη γέννα του πρώτου της παιδιού (βλ. Παράρτημα, **Σφάλμα! Το αρχείο προέλευσης της**

¹ Παραδείγματος χάρη, ο Freud το 1905 κάνει αναφορά στην περίπτωση της Ντόρα, ενώ ο Στέρν το 1948 χρησιμοποιεί τον όρο σύμπλεγμα της Μήδειας για να αναφερθεί στα συναισθήματα μίσους και θυμού των μητέρων που κατευθύνονται στο παιδί τους, συμπεριλαμβανόμενης και της άμβλωσης.

² Κύζικος: (τουρκ. Belkis). Αρχαία πόλη της Μυσίας επί της Προποντίδας στην ομώνυμη χερσόνησο. Αποικία των Μιλησίων ιδρύθηκε το 679 π.Χ. κατά τον Στράβωνα. Σήμερα σώζονται τα ερείπια μόνο της αρχαίας πόλης κοντά στο τουρκικό χωριό Belkis.

(Πηγή): <http://users.sch.gr/markmarkou/katalog/ecp/kyzikos.htm>

αναφοράς δεν βρέθηκε.). Η εμπειρία αυτή ήταν που την οδήγησε να αφιερωθεί τελικά στην πνευματική ζωή (Margery Kempe, wikipedia).

Η επόμενη περίπτωση στη βιβλιογραφία που περιεγράφηκε από τον ιατρικό χώρο, ήταν το 1593 από τον Felix Plater, έναν Ελβετό γιατρό, γνωστό για τη δημοσίευση μιας συστηματικής παρατήρησης και ταξινόμησης των ψυχιατρικών διαταραχών. Τον 17^ο και τον 18^ο αιώνα περιεγράφηκαν γύρω στις 30 περιπτώσεις, εν είδει μικρής αναφοράς, ενώ το 1797 ο Friedrich Benjamin Osiander, ένας Γερμανός μαιευτήρας έγραψε την πρώτη πλήρη περιγραφή της επιλόχειας μανίας. Την ίδια περίοδο η κοινωνία αρχίζει να είναι πιο ενημερωμένη και ευαισθητοποιημένη στις διαταραχές που συνοδεύουν τη μητρότητα, επηρεασμένη και από βρεφοκτονίες εντός γάμου ή άλλες εκδηλώσεις έντονης βίας της μητέρας προς το παιδί (Brockington, 2005).

Η πρώτη πραγματεία στην αγγλική γλώσσα για την επιλόχεια παραφροσύνη, γράφτηκε από έναν διαπρεπή μαιευτήρα στο Λονδίνο, τον Robert Gooch το 1820, στην οποία ανέφερε ότι³: *«Κατά τη διάρκεια αυτής της μακράς διεργασίας, ή μάλλον της αλληλουχίας διεργασιών, όταν τα γεννητικά όργανα του θηλυκού ανθρώπου χρησιμοποιούνται για τη διαμόρφωση, φιλοξενία, εξώθηση, και τέλος για τη θρέψη των απογόνων, δεν υπάρχει στιγμή που να μην διαταράσσεται το πνεύμα. Αλλά υπάρχουν δύο περίοδοι που αυτό είναι πολύ πιθανό να συμβεί, η περίοδος αμέσως μετά τον τοκετό, όταν το σώμα υφίσταται τις επιπτώσεις του τοκετού, και η άλλη, αρκετούς μήνες μετά, όταν το σώμα υφίσταται τις επιπτώσεις του θηλασμού»* (Marland, 2003).

Η Nancy Theriot στο κείμενό της «Nineteenth-century Physicians and Puerperal Insanity», περιλαμβάνει αναφορές πολυάριθμων άρθρων του 19^{ου} αιώνα για το ζήτημα της «μη φυσιολογικής» μητρότητας, όπου βλέπουμε πόσο είχε αρχίσει να απασχολεί τους επιστήμονες της εποχής αυτή η παράδοξη και μη αναμενόμενη συμπεριφορά της λεχωίδας. Ο Milton Hardy, ιατρικός επιθεωρητής στο Utah State Insane Asylum, θεωρούσε πως η επιλόχεια παραφροσύνη (puerperal insanity) εκδηλώνεται στις κρίσιμες φάσεις της κυοφορίας, του τοκετού ή του θηλασμού με συμπτώματα μανίας ή μελαγχολίας και ταχεία αλληλουχία ψυχικών και σωματικών συμπτωμάτων (Theriot, 1989). Ένας άλλος γιατρός, Landfear, έγραφε το 1875 ότι η επιλόχεια παραφροσύνη ευθύνεται για πολλές εισαγωγές και νοσηλείες στο νοσοκομείο (αυτόθι). Οι επιστήμονες της εποχής είχαν παρατηρήσει ότι η διαταραχή διαρκούσε μερικούς μήνες,

³ (σελ. 54).

στις περισσότερες περιπτώσεις έξι μήνες. Εκτός από τις περιπτώσεις που υπήρχε κίνδυνος αυτοκτονίας ή ανθρωποκτονίας, οι γιατροί συνιστούσαν να πραγματοποιείται η θεραπεία στο σπίτι της ασθενούς. Στο πρώτο μισό του αιώνα η αφαιμάξη θεωρούνταν η κατάλληλη θεραπεία, ανεξάρτητα με το αν τα συμπτώματα ήταν μανιακού ή μελαγχολικού τύπου. Στο δεύτερο μισό του αιώνα οι γιατροί θεράπευαν τις ασθενείς με ανάπαυση, διατροφή, καθαρτικές μεθόδους και νάρκωση. Οι περισσότεροι γιατροί συνιστούσαν ότι η ασθενής έπρεπε να είναι απομονωμένη και υπό στενή επίβλεψη, ενώ οι συγγενείς θα έπρεπε να παραμένουν σε απόσταση.

Η εχθρική συμπεριφορά της γυναίκας προς το παιδί και τον σύζυγο, που εμφανίζεται για πρώτη φορά μετά τον τοκετό, ενώ πριν από αυτόν η γυναίκα εκδήλωνε συναισθήματα αγάπης, δημιουργούσε πολλά ερωτηματικά στην ιατρική κοινότητα της εποχής. Μάλιστα σε ένα άρθρο του 1896, περιγράφεται η έκφραση επιθετικών συναισθημάτων και προς τη μητέρα της γυναίκας (Theriot, 1989), κάτι που συναντάμε πολύ συχνά στη σύγχρονη εποχή. Στις περιπτώσεις που παρατηρούνταν επιθετική συμπεριφορά, οι γιατροί συνιστούσαν στους συγγενείς να μην αφήνουν μόνη τη μητέρα με το βρέφος. Ωστόσο, η συμπεριφορά αυτή θεωρούνταν ιδιαίτερα περίεργη και ακατανόητη για την εποχή.

Η αιτιολογία των επιλόχειων ψυχικών διαταραχών επηρεαζόταν από την αντίληψη ότι η μήτρα είχε τη δύναμη να διαταρράξει την ψυχική ισορροπία της γυναίκας. Σύμφωνα με τον Theriot, ο Hersman το 1899 ανέφερε ότι, οι σωματικές διαταραχές που λαμβάνουν χώρα κατά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τον θηλασμό, είναι οι βασικές αρχές της επιλόχειας παραφροσύνης, η οποία θα μπορούσε να προκληθεί και από άλλη εξίσου έντονη σωματική δυσφορία και καταπόνηση. Οι γιατροί της εποχής θεωρούσαν ότι ένας δύσκολος και πολύωρος τοκετός ή ο πυρετός κατά τον τοκετό μπορούσαν να προκαλέσουν την επιλόχεια παραφροσύνη. Στα μέσα του αιώνα άρχισε να δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην κληρονομικότητα του οικογενειακού ιστορικού ψυχικής διαταραχής, ως προδιαθεσικού παράγοντα για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Σε τέτοιες περιπτώσεις η εγκυμοσύνη, ο τοκετός και ο θηλασμός, γίνονταν αντιληπτά ως ψυχοπιεστικοί παράγοντες που ωθούσαν στα άκρα ένα ήδη ασταθές και ευάλωτο πνεύμα. Τέλος, είχαν ενοχοποιηθεί «ηθικοί» παράγοντες, που ομοιάζουν με αυτούς που σήμερα ονομάζουμε «κοινωνικούς», στους οποίους περιλαμβάνονταν η εγκατάλειψη από τον σύζυγο ή η κακή συμπεριφορά αυτού, η μητρότητα εκτός γάμου και άλλοι περιστασιακοί παράγοντες ή γεγονότα ζωής. Η

δημιουργία ενός πλαισίου ασφάλειας, η καλή συμπεριφορά, η ευγένεια, καθώς και η ανάπαυση συστήνονταν ως θεραπευτικές παρεμβάσεις (αυτόθι).

Το 1858 στο Παρίσι, ένας από τους μαθητές του Esquirol (ο οποίος στις μελέτες του είχε αναφερθεί σε αρκετές περιπτώσεις επιλόχειων διαταραχών), ο Louis Marce, πραγματοποιούσε τη διατριβή του στο θέμα των ψυχικών διαταραχών που έπονται του τοκετού. Το έργο του Marce παρέμεινε άγνωστο στους αγγλόφωνους ψυχιάτρους μέχρι το 1970, που ιδρύθηκε η εταιρεία Marce (Marcé Society). Ο Marce ολοκληρώνει τη διατριβή του με τη φράση: *«Ο στόχος μας δεν είναι να μελετήσουμε τις διάφορες ψυχικές διαταραχές ως αυτοσκοπό, αλλά κυρίως με τη βοήθεια των κλινικών αναφορών, να διερευνήσουμε τις βασικές τροποποιήσεις που υφίστανται αυτές οι διαταραχές»* (Henshaw, 2009, σελ. 1). Η Marce Society ένας διεθνής πλέον οργανισμός, ο οποίος έχει αφιερωθεί στη μελέτη των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών, έχει εκδώσει μια πολύ σημαντική σειρά από περιπτώσεις γυναικών που πάσχουν από περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές, τα τελευταία 150 χρόνια.

Τον 20^ο αιώνα πληθαίνουν οι αναφορές, ενώ πάντοτε προκαλεί ιδιαίτερο ενδιαφέρον η αυτοκτονία ή και η βρεφοκτονία που λαμβάνουν χώρα μετά τον τοκετό. Στη Δανία το 1967 ο Harder δημοσιεύει τη μελέτη που πραγματοποίησε σε 92 ασθενείς, 84 εκ των οποίων ήταν γυναίκες, που δηλητηρίασαν τα παιδιά τους. Ογδόντα δύο από τους ασθενείς αυτοκτόνησαν. Μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο η ψυχιατρική στράφηκε σε πιο ήπιες και πιο συχνές ψυχικές διαταραχές. Τέλος, ο Main το 1948 ήταν ο πρωτοπόρος στην εισαγωγή του βρέφους στο ψυχιατρικό πλαίσιο όπου νοσηλεύεται η μητέρα με ψυχική διαταραχή. Από αυτόν δόθηκε η σκυτάλη στους επόμενους ώστε να αρχίσουν να δημιουργούνται μονάδες μητέρας – βρέφους, κυρίως στην Αγγλία και την Αυστραλία (Brockington, 2005, σελ. 3).

Φυσιολογικές αλλαγές κατά την περιγεννητική περίοδο

Φυσιολογικές αλλαγές κατά την κύηση

Η εγκυμοσύνη συνιστά μια περίοδο αλλαγών, μια πρόκληση, που ενέχει μάλιστα χαρακτηριστικά αναπτυξιακής κρίσης. Υποστηρίζεται ότι σε όλες τις εγκυμοσύνες παρατηρείται ένας μικρότερος ή μεγαλύτερος βαθμός σύγκρουσης ή αμφιθυμίας της γυναίκας για την ικανότητά της να φέρει εις πέρας ικανοποιητικά την

εγκυμοσύνη, ένας βαθμός άγχους για τον επερχόμενο τοκετό, την υγεία και τη φυσιολογική ανάπτυξη του βρέφους, την επάρκεια και την ικανότητά της γυναίκας να διαχειριστεί και να ανταπεξέλθει στην καινούργια κατάσταση (Rofe et al., 1993).

Στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης τα συναισθήματα της γυναίκας καθορίζονται από τις σωματικές αλλαγές που αντιμετωπίζει. Οι έγκυες συχνά παραπονιούνται για συναισθηματική δυσφορία, ευερεθιστότητα, άγχος και ευμετάβλητη διάθεση, η οποία μπορεί να επιδεινώνεται από τη ναυτία, την ευαισθησία στο στήθος και άλλες σωματικές αλλαγές. Σε μικρότερη συχνότητα υπάρχουν αναφορές για πόνους, εφιάλτες και αϋπνία. Στην πορεία της κύησης, περαιτέρω σωματικές αλλαγές, οι διαφοροποιήσεις στην ερωτική διάθεση και το άγχος για τον τοκετό, επηρεάζουν την ψυχολογία της εγκύου. Προς το τέλος της εγκυμοσύνης και, όταν αυτή είναι αρκετά προχωρημένη, συχνά παρατηρείται μείωση των κοινωνικών συναναστροφών και απορρόφηση με τις ετοιμασίες για τον τοκετό και τη φροντίδα του μωρού. Οι διαταραχές ύπνου που λαμβάνουν χώρα στο τελευταίο τρίμηνο, φαίνεται να συνδέονται με τη σωματική κατάσταση της γυναίκας (τη δυσκολία να βρει μια βολική και αναπαυτική θέση ύπνου, λόγω της μεγάλης κοιλιάς που έχει ή της αυξημένης ανάγκης για ούρηση) και λιγότερο συχνά με άγχος ή κατάθλιψη.

Οι ορμονικές αλλαγές που λαμβάνουν χώρα κατά την περίοδο της κύησης προετοιμάζουν τη μετάβαση τη μητρότητα, όχι μόνο σε σωματικό επίπεδο, δημιουργώντας δηλαδή ένα πρόσφορο έδαφος για τη φιλοξενία και ανάπτυξη του εμβρύου, αλλά και ψυχικά. Οι αλλαγές αυτές ενισχύουν τη γυναίκα για να γίνει περισσότερο «δοτική» και να μπορέσει να θηλάσει και να φροντίσει το βρέφος, όταν αυτό γεννηθεί. Ωστόσο, η αλληλεπίδραση οιστρογόνων και προγεστερόνης, καθώς και άλλων λιγότερο γνωστών ορμονών έχει κατηγορηθεί ότι προξενεί αυξημένη ψυχική ευαισθησία, τάση για εκδήλωση φόβου και συναισθηματικής εγρήγορσης της γυναίκας, για τη δική της ασφάλεια, αλλά και για του παιδιού (Lothian, 2008).

Στο πλαίσιο του μη παθολογικού, κάποιες γυναίκες είναι περισσότερο ευάλωτες. Παραδείγματος χάρη, πολύ νέες σε ηλικία γυναίκες, χωρίς σύντροφο και υποστηρικτικό πλαίσιο ή γυναίκες που δεν είχαν βιώσει επαρκώς τη μητρική φροντίδα ως παιδιά, ενδέχεται να έχουν ανάγκες που έρχονται σε σύγκρουση με αυτές των παιδιών τους. Άλλες γυναίκες που εκδηλώνουν μεγαλύτερο βαθμό δυσκολιών είναι όσες είχαν βιώσει απώλεια κύησης στο παρελθόν, όσες κατέφυγαν σε υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, αυτές που έχουν κυήσεις υψηλού κινδύνου και όσες γενούν με επείγουσα καισαρική (Cathwell, 2006).

Κάποιες ωστόσο, βιώνουν ελάχιστες συναισθηματικές αλλαγές, ενώ ενδέχεται να εκδηλώνουν σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς τα σωματικά συμπτώματα που συνοδεύουν την κύηση (Rofe, 1993). Φαίνεται ότι οι γυναίκες με υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο εμφανίζουν λιγότερο άγχος, πονοκεφάλους, ζαλάδες και αϋπνία κατά τη διάρκεια του τελευταίου τριμήνου, σε σχέση με γυναίκες χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Αντίστοιχα, υπάρχουν διαφορές στα επίπεδα δυσφορίας που μπορεί να βιώνει μια έγκυος ανάλογα με το αν είναι πρωτοτόκος ή έχει και άλλα παιδιά. Στο συγκεκριμένο θέμα η έρευνα καταλήγει σε αντικρουόμενα αποτελέσματα. Σύμφωνα με τον ίδιο συγγραφέα, οι Rofe και συνεργάτες και οι Winokur & Werboff, εντόπισαν ότι τα συναισθήματα δυσφορίας και άγχους ήταν λιγότερο συχνά στις πρωτοτόκες, ενώ άλλοι (Doty, 1967 και Paul, 1974) κατέληξαν στο αντίθετο (*αυτόθι*).

Η διάκριση μεταξύ παθολογικών και φυσιολογικών αλλαγών, είναι ιδιαίτερα σημαντική στον χώρο της ψυχικής υγείας της περιγεννητικής περιόδου και υποδεικνύεται από την κρισιμότητα των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών. Παρόλο που τα προαναφερθέντα συμπτώματα καταγράφονται σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό στην πλειονότητα των κυήσεων, αυτά δεν συνοδεύονται την αίσθηση επικείμενης καταστροφής, δεν έχουν μεγάλη ένταση ούτε μεγάλη διάρκεια.

Φυσιολογικές αλλαγές κατά τη λοχεία: Baby Blues

Τις πρώτες δύο εβδομάδες μετά τον τοκετό, πολύ συχνά οι γυναίκες βιώνουν μια σειρά σωματικών αλλά και ψυχικών συμπτωμάτων που αναφέρονται ως «επιλόχεια δυσφορία» (postpartum blues ή baby blues, όπως έχει επικρατήσει να λέγεται⁴) και δεν συνιστούν ψυχιατρική διαταραχή.

Η επιλόχεια δυσφορία αφορά στην εκδήλωση ήπιων συμπτωμάτων θλίψης, κλάματος, άγχους, σύγχυσης, διαταραχών ύπνου και ευερεθιστότητας, που εμφανίζονται στο 26% - 85% των γυναικών μετά τον τοκετό. Στα συμπτώματα δεν περιλαμβάνεται αυτοκτονικός ιδεασμός, ενώ δεν απαιτείται θεραπευτική παρέμβαση, εφόσον υποχωρούν μέχρι και τη δεύτερη εβδομάδα μετά τον τοκετό, παράλληλα με την ψυχοσωματική προσαρμογή της γυναίκας στις νέες συνθήκες και την ύπαρξη

⁴ Η μετάφραση «επιλόχεια δυσφορία» έχει προταθεί από την ερευνήτρια και χρησιμοποιείται πλέον από τη Διεπιστημονική Ομάδα του Κέντρου Ημέρας για τη Φροντίδα της Ψυχικής Υγείας της Γυναίκας (επιλόχεια διαταραχή). Θεωρείται πιο αντιπροσωπευτική από τον όρο «επιλόχεια μελαγχολία», που αν και πιο ακριβής μεταφραστικά, παραπέμπει σε πιο σοβαρή συναισθηματική διαταραχή.

υποστηρικτικού πλαισίου (Milgrom et al., 2008. Norhayati et al., 2015). Η διάθεση της γυναίκας αυτή την περίοδο χαρακτηρίζεται από ευμεταβλητότητα, απότομες εναλλαγές και υπερευαίσθησία (Kendell et al., 1981. Ballinger, 1982. O'Hara, 1995. Buttner et al., 2012).

Σαφή προσδιοριστικά κριτήρια για την επιλόχεια δυσφορία δεν υπάρχουν, για αυτό άλλωστε και το εύρος της επικράτησης είναι τόσο μεγάλο, ανάλογα με την αυστηρότητα των κριτηρίων που χρησιμοποιούνται (Buttner et al., 2012). Σύμφωνα με τον Buttner, οι O'Hara και συνεργάτες, πρότειναν μία σειρά διαγνωστικών κριτηρίων που περιλαμβάνουν δυσφορική διάθεση, κλάμα, συναισθηματική αστάθεια, άγχος, αϋπνία, απώλεια όρεξης και ευερεθιστότητα (Handley Blues Criteria). Ένα σημαντικό διακριτικό της επιλόχειας δυσφορίας από την επιλόχεια κατάθλιψη, εκτός από την ένταση των συμπτωμάτων, είναι και η ταυτόχρονη παρουσία θετικών συναισθημάτων της γυναίκας, όπως ενθουσιασμός, αυτοπεποίθηση, κινητοποίηση, αποφασιστικότητα, ηρεμία, ενδιαφέρον, τα οποία δεν συνάδουν με την ανηδονία που χαρακτηρίζει το μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο (*αυτόθι*).

Η αιτιολογία της επιλόχειας δυσφορίας δεν είναι σαφώς προσδιορισμένη. Οι Bloch και συνεργάτες, και οι Glover και Kammerer, την αποδίδουν στην απότομη μείωση των επιπέδων της εστραδιόλης και της προγεστερόνης μετά τον τοκετό (Buttner et al., 2012). Οι Sacher et al., (2010) εντόπισαν ότι τα μειωμένα επίπεδα οιστρογόνων τις πρώτες 3 – 4 μέρες μετά τον τοκετό, σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα MAO-A (μονοαμίνη οξυδάσης A), που συνδέεται με την απορρύθμιση της διάθεσης. Ωστόσο, η υπόθεση αυτή δεν επιβεβαιώνεται επαρκώς από ερευνητικά δεδομένα (Cathwell, 2006).

Παρόλο που τα συμπτώματα της επιλόχειας δυσφορίας είναι ήπια, παροδικά και δεν συνιστούν ψυχική διαταραχή, ενδέχεται να αποτελούν ένδειξη ευαλωτότητας για τη μετέπειτα εκδήλωση επιλόχειων συναισθηματικών διαταραχών. Αποτελέσματα αρκετών ερευνών συνδέουν την επιλόχεια δυσφορία με την εκδήλωση επιλόχειας κατάθλιψης (Buttner et al., 2012. Henshaw et al., 2004. Watanabe et al., 2008. Reck et al., 2009). Επίσης, έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες που βιώνουν προεμμηνορυσιακά συμπτώματα έχουν αυξημένη πιθανότητα να εκδηλώσουν επιλόχεια δυσφορία (Henshaw et al., 2004. Bloch et al., 2005. Buttner et al., 2012).

Η σύνδεση της επιλόχειας δυσφορίας με τις επιλόχειες συναισθηματικές διαταραχές καθιστά την έρευνα για την κατανόηση του φαινομένου ιδιαίτερα

σημαντική, παρόλο που το εν λόγω πεδίο ενέχει σοβαρούς περιορισμούς που προκύπτουν κυρίως από την έλλειψη αξιόπιστων εργαλείων ανίχνευσης.

Περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές (ΠΨΔ)

Ο όρος «περιγεννητικές» συνιστά έναν χρονικό προσδιοριστή που αναφέρεται στις ψυχικές διαταραχές, οι οποίες εκδηλώνονται κατά τη διάρκεια της κύησης, έως και ένα έτος μετά τον τοκετό. Το χρονικό περίγραμμα εμφάνισης μετά τον τοκετό δεν προσδιορίζεται με ακρίβεια, εφόσον αρχικά εντοπιζόταν στην περίοδο τεσσάρων εβδομάδων έως και τριών μηνών μετά τον τοκετό, ενώ η σύγχρονη βιβλιογραφία καταλήγει στο ότι οι καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές ενδέχεται να εμφανιστούν ακόμα και ένα έτος μετά τον τοκετό.

Αποτελέσματα διαχρονικών ερευνών συγκλίνουν στο ότι 10 – 20% των γυναικών συνιστούν πληθυσμό υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση διαταραχών, υποφέρουν ήδη από κάποια συμπτώματα ή τέλος, εμφανίζουν ευαλωτότητα που παραμένει σταθερή μέχρι και 25 χρόνια μετά τον τοκετό (Schmied, 2013). Σύμφωνα με τον Brockington (Nice, 2007, σελ. 55) οι γυναίκες που διανύουν την περιγεννητική περίοδο⁵ είναι πιθανό να εμφανίσουν διαταραχές από όλο το φάσμα των ψυχικών διαταραχών, με πιο συχνή την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές, που πλήττουν το 20% των γυναικών (O'Hara et al., 2014). Όποια και αν είναι η διάγνωση, οι διαταραχές που εκδηλώνονται στην ανωτέρω περίοδο καλούνται «περιγεννητικές».

Οι περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές συνιστούν μια σημαντική αιτία για τη μείωση της λειτουργικότητας στις γυναίκες που διανύουν την περιγεννητική περίοδο. Οι διαταραχές επηρεάζουν πολλούς τομείς της ζωής της γυναίκας, του παιδιού και όλης της οικογένειας, οδηγώντας σε μακροχρόνιες επιπτώσεις (Williams et al., 2014).

Στην παρούσα έρευνα επικεντρώναστε κυρίως σε εκδηλώσεις και συμπτώματα που εμπίπτουν στο φάσμα των καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών.

⁵ Στο εξής ο όρος *περιγεννητική περίοδος* θα χρησιμοποιείται για να προσδιορίσει το χρονικό διάστημα της κύησης και του πρώτου έτους μετά τον τοκετό.

Διαγνωστικά ταξινομικά συστήματα και περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές

Τις τελευταίες δεκαετίες το ερευνητικό ενδιαφέρον για τις περιγεννητικές διαταραχές, έχει αυξηθεί σημαντικά, με την επιλόχεια κατάθλιψη να βρίσκεται πάντοτε στο επίκεντρο. Παράλληλα, γίνεται διάλογος για το αν οι διαταραχές αυτές συνιστούν διαφορετικές νοσολογικές οντότητες ή πρόκειται για τις ίδιες διαταραχές που εκδηλώνονται σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο.

Σύμφωνα με το ταξινομικό σύστημα DSM-IV TR (APA, 2000, σσ. 422-423), τα συμπτώματα των διαταραχών με επιλόχεια έναρξη δεν διαφέρουν από τα συμπτώματα των επεισοδίων που λαμβάνουν χώρα σε οποιαδήποτε άλλη περίοδο. Ο προσδιοριστής «με επιλόχεια έναρξη» τοποθετείται στο παρόν ή πιο πρόσφατο επεισόδιο (παραδείγματος χάρη, μείζονος κατάθλιψης, μανιακό, υπομανιακό ή στη βραχεία ψυχωτική διαταραχή), για να επισημάνει ότι η εμφάνιση του επεισοδίου συντελέστηκε σε διάστημα τεσσάρων εβδομάδων μετά τον τοκετό. Ωστόσο, σύμφωνα με τους Beck and Indman, (2005), κάποιοι ερευνητές, όπως για παράδειγμα ο Steiner, θεωρούν ότι η επιλόχεια κατάθλιψη έχει βιολογική βάση, επομένως διαφορετική αιτιολογία σε σχέση με την κατάθλιψη εν γένει. Άλλοι ερευνητές εντοπίζουν τη διαφορά της επιλόχειας από τη μη επιλόχεια κατάθλιψη στο περιεχόμενο των ιδεοψυχαναγκασμών, που στην πρώτη περίπτωση αφορούν την πρόκληση κακού στο παιδί (Wisner et al., 2008, σελ. 40-41).

Στο DSM-V, ενώ τα διαγνωστικά κριτήρια για την κατάθλιψη παραμένουν ίδια, ο χρονικός προσδιοριστής που αφορά την επιλόχεια έναρξη έχει διευρυνθεί, συμπεριλαμβάνοντας και την περίοδο της κύησης. Συγκεκριμένα, η έναρξη των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μπορεί να λάβει χώρα είτε την περίοδο της κύησης, είτε στο διάστημα τεσσάρων εβδομάδων μετά τον τοκετό. Επομένως, ο προσδιοριστής «με επιλόχεια έναρξη» γίνεται «με περιγεννητική έναρξη» (APA, 2013, σσ. 186-187). Σε αντίθεση με το DSM, οι περισσότεροι ειδικοί πρεσβεύουν ότι η έναρξη της επιλόχειας κατάθλιψης μπορεί να συμβεί οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια ενός έτους μετά τον τοκετό (Gaynes et al., 2005).

Το ICD-10 (WHO, 1992), προτρέπει τους κλινικούς να αποδίδουν τη διάγνωση «επιλόχεια» σε μια ψυχική ασθένεια, μόνο όταν δεν εμπίπτει σε καμία άλλη κατηγορία. Επισημαίνει δε, ότι αρκετοί ειδικοί θεωρούν την επιλόχεια ψύχωση εξαιρετικά σπάνια και τη διαφορική της διάγνωση από τις συναισθηματικές διαταραχές ή τη σχιζοφρένεια σχεδόν ανέφικτη, στοιχεία που δεν δικαιώνουν μια αυθύπαρκτη οντότητα. Σύμφωνα

με το ICD-10, υπάρχουν τρεις υποκατηγορίες του κωδικού F53, ο οποίος περιγράφει τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές που σχετίζονται με τη λοχεία και δεν ταξινομούνται κάπου αλλού:

F53.0: ήπιες ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές που σχετίζονται με τη λοχεία και δεν ταξινομούνται κάπου αλλού.

F53.1: σοβαρές ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές που σχετίζονται με τη λοχεία και δεν ταξινομούνται κάπου αλλού.

F53.2: άλλες ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές που σχετίζονται με τη λοχεία και δεν ταξινομούνται κάπου αλλού.

F53.3: άτυπη επιλόχεια ψυχική διαταραχή.

Παρόλη την περιορισμένη χρήση του, ο προσδιοριστής «επιλόχεια έναρξη» μπορεί να συμπεριληφθεί σε διάφορες διαταραχές που λαμβάνουν χώρα επιλόχεια, όπως αυτές που εμπίπτουν στο φάσμα των αγχωδών διαταραχών (π.χ. διαταραχή πανικού, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία αναγνωρίζουν τις ελλείψεις που έχει το ICD-10, και πρόκειται να προβούν σε αναθεωρήσεις του ταξινομικού συστήματος για τις περιγεννητικές διαταραχές στην έκδοση του ICD-11 (Wisner et al., 2008, σελ. 40).

Περιγεννητική Κατάθλιψη

A. Επιλόχεια κατάθλιψη

Η επιλόχεια **κατάθλιψη** έχει μελετηθεί πιο συστηματικά, σε σύγκριση με τις λοιπές περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές, με αποτέλεσμα να υπάρχουν σαφώς περισσότερα ερευνητικά δεδομένα σχετικά με αυτήν. Το ερευνητικό ενδιαφέρον για την καταθλιπτική συμπτωματολογία οφείλεται στη μεγαλύτερη πληθυσμιακή επικράτησή της, σε συνδυασμό με τη συγκέντρωση πορισμάτων που υποδεικνύουν ότι η επιλόχεια κατάθλιψη είναι πιθανό να προκαλέσει μακροπρόθεσμα σημαντικές επιπτώσεις σε ολόκληρη την οικογένεια. Οι σοβαρές μορφές της διαταραχής καθιστούν τη γυναίκα ανεπαρκή να φροντίσει τον εαυτό της και το παιδί, με αποκορύφωμα τις περιπτώσεις που της αφαιρείται δια νόμου η επιμέλεια των παιδιών (Howard, 2005).

Το DSM-5 (APA, 2013) ορίζει την επιλόχεια κατάθλιψη σαν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο μέτριας έως σοβαρής μορφής που αρχίζει τέσσερις εβδομάδες μετά τον

τοκετό. Εναλλακτικά, η Διεθνής ταξινόμηση νοσημάτων και προβλημάτων υγείας (WHO, 2009) την ορίζει ως μια μέτριας μορφής ψυχική και συμπεριφορική διαταραχή που ξεκινά έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό. Τα διαγνωστικά κριτήρια του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, αναγράφονται παρακάτω.

Διαγνωστικά Κριτήρια Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου

Σύμφωνα με το DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) τα κριτήρια για το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, ανεξάρτητα με τον χρονικό προσδιοριστή έναρξης αυτού, είναι τα εξής:

- Τουλάχιστον ένα από τα επόμενα πρέπει να είναι παρόν για τουλάχιστον 2 εβδομάδες:
 - Καταθλιπτική διάθεση.
 - Ανηδονία (απώλεια της ευχαρίστησης ή του ενδιαφέροντος)
- Τουλάχιστον πέντε ή περισσότερα από τα παρακάτω έχουν υπάρξει κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου δύο εβδομάδων:
 - Καταθλιπτική διάθεση κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα.
 - Έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν σε όλες τις δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας.
 - Αλλαγές στην όρεξη (με σημαντική πρόσληψη ή απώλεια βάρους).
 - Διαταραχές στον ύπνο, με αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν κάθε μέρα.
 - Κόπωση ή απώλεια ενέργειας σχεδόν κάθε μέρα.
 - Αισθήματα αναξιοτήτας ή υπερβολικής ή απρόσφορης ενοχής σχεδόν κάθε μέρα.
 - Υποτροπιάζουσες σκέψεις θανάτου, αυτοκτονικός ιδεασμός, απόπειρα αυτοκτονίας ή ένα συγκεκριμένο σχέδιο αυτοκτονίας.

Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική δυσφορία ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους τομείς της λειτουργικότητας.

Πέραν των διαγνωστικών κριτηρίων που προαναφέρθηκαν, οι **συνοδές κλινικές εκδηλώσεις** της επιλόχειας κατάθλιψης περιλαμβάνουν εναλλαγές στη διάθεση, υπερβολική ανησυχία για το βρέφος και την πρόκληση βλάβης σε αυτό ή σε άλλους, υπερβολικό κλάμα, αίσθημα αμφιβολίας, ενοχές και αβοηθητότητα, δυσκολία συγκέντρωσης και μνήμης, επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου που μπορεί να περιλαμβάνουν και αυτοκτονικό ιδεασμό (Patel et al., 2012. Norhayati et al., 2015). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε με στόχο τη διερεύνηση των διαστάσεων και εκφάνσεων της επιλόχειας κατάθλιψης, σημειώθηκαν αυξημένα σκορ στις διαταραχές ύπνου και σίτισης, στο άγχος και την ανασφάλεια, στη συναισθηματική αστάθεια, στην

ενοχή και ντροπή, στη διανοητική σύγχυση, την αίσθηση απώλειας του εαυτού και στον αυτοκτονικό ιδεασμό. Οι διαστάσεις που σημείωσαν την υψηλότερη συσχέτιση με την επιλόχεια κατάθλιψη είναι η συναισθηματική αστάθεια, η διανοητική σύγχυση, το άγχος και η ανασφάλεια (Beck & Indman, 2005).

Αρκετές γυναίκες που πάσχουν από επιλόχεια κατάθλιψη έχουν αναφέρει ιδεοληψίες, με τη μορφή επίμονων και επαναλαμβανόμενων σκέψεων, παρορμήσεων ή εικόνων, που βιώνονται ως ακατάλληλες και παρεμβατικές, ενώ ταυτόχρονα προκαλούν μεγάλο άγχος ή δυσφορία. Παραδείγματος χάρη, αρκετές γυναίκες έχουν ιδέες ή εικόνες ότι προκαλούν κακό στο βρέφος με κάποιο αιχμηρό αντικείμενο, με αποτέλεσμα να τα κρύβουν ή να τα μετακινούν⁶. Οι Wisner και συνεργάτες (1999) αναφέρουν ότι οι γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη υποφέρουν συχνότερα από ιδεοληψίες, συγκρινόμενες με όσες πάσχουν από κατάθλιψη σε άλλη χρονική περίοδο. Παρόλο που δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά στη συχνότητα ή την ένταση των συμπτωμάτων ανάμεσα στις δύο ομάδες, παρατηρήθηκε διαφορά στο περιεχόμενο των ιδεοληψιών. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη αναφέρουν ιδεοληψίες με σημαντικά πιο επιθετικό και βίαιο περιεχόμενο (Wisner, 2008, σελ. 40-41). Σε έρευνα τους, οι Jenning και Pepper (Jennings et al., 1999), περιγράφουν επιθετικές ιδεοληψίες σε ποσοστό 41% γυναικών με επιλόχεια κατάθλιψη και στο 6,5% λεχιδών που δεν πάσχουν από κάποια ψυχιατρική διαταραχή.

Σύμφωνα με τα πορίσματα των ερευνών της διεθνούς βιβλιογραφίας η επιλόχεια κατάθλιψη πλήττει ακόμα και ποσοστό μεγαλύτερο του 20% των γυναικών (Roşan, 2013). Οι περισσότερες μελέτες συμφωνούν στο ότι κατά τη διάρκεια των δύο ή τριών πρώτων μηνών μετά τον τοκετό, εκδηλώνονται τα περισσότερα επεισόδια επιλόχειας κατάθλιψης (O'Hara & Swain, 1996. Gaynes et al., 2005. Wisner et al., 2010. O'Hara & Wisner, 2014). Οι Gavin και συνεργάτες σε μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που πραγματοποίησαν το 2005 αναφέρουν ότι το 19% των επεισοδίων ήπιας κατάθλιψης και το 7,2% σοβαρότερων επεισοδίων εμφανίζονται το διάστημα των τριών πρώτων μηνών μετά τον τοκετό, εύρημα που έρχεται σε αντίθεση με το διάστημα που προτείνει το DSM-V για τη διάγνωση (Gavin et al., 2005).

*

Το ερώτημα κατά πόσον η κατάθλιψη εμφανίζεται περισσότερο μετά τον τοκετό και όχι σε άλλες περιόδους της ζωής της γυναίκας, καταλήγει σε διχογνωμία.

⁶ Σημειώνουμε ότι θα πρέπει να έχει αποκλεισθεί διαγνωστικά το ψυχωτικό φάσμα.

Αφενός, κάποιες σύγχρονες βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις υποστηρίζουν πως τα δεδομένα για τη μεγαλύτερη επικράτηση δεν είναι επαρκή και δεν εντοπίζουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των πληθυσμών (Cooper & Campbell, 1988. O'Hara και Swain, 1996. Gavin et al., 2005. O'Hara et al., 2014). Αφετέρου, άλλες έρευνες υποστηρίζουν μεγαλύτερη επικράτηση της επιλόχειας κατάθλιψης, αν ελεγχθούν κοινωνικοί, δημογραφικοί παράγοντες, προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, κατάσταση της υγείας και σύγχρονα γεγονότα ζωής (Vesga-Lopez et al., 2008). Παράλληλα, σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο από τους Dave και συνεργάτες το 2010 στα ιατρικά αρχεία περισσότερων των 17.000 ζευγαριών και για μια περίοδο πάνω από 12 έτη, η διάγνωση της κατάθλιψης και η συνταγογράφηση αντικαταθλιπτικών ήταν κατά 14% πιο συχνή ένα έτος μετά τον τοκετό, και 6% πιο συχνή το επόμενο έτος (στο O'Hara et al., 2014).

Παρόλο που ένα ποσοστό γυναικών που κυμαίνεται στο 20% αναφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης στο διάστημα έξι έως δώδεκα μηνών μετά τον τοκετό, υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα από μικρότερο αριθμό ερευνών, που υποστηρίζουν ότι τα συμπτώματα της κατάθλιψης συναντώνται πιο συχνά στην εγκυμοσύνη και πέντε χρόνια μετά τον τοκετό και όχι στη λοχεία. Οι περισσότερες διαχρονικές μελέτες που χρησιμοποίησαν την κλίμακα EPDS, επισημαίνουν σταθερότητα των σκορ στις διαδοχικές μετρήσεις, με μια τάση μείωσης του αριθμού των γυναικών που σημειώνουν υψηλό σκορ στις ψυχομετρικές κλίμακες μετά τον τοκετό (Johanson et al., 2000. Heron et al., 2009). Μάλιστα κάποιοι ερευνητές καταλήγουν ότι δεν είναι η λοχεία που συνιστά περίοδο αυξημένου ρίσκου για την εμφάνιση κατάθλιψης, αλλά η περιγεννητική περίοδος και κυρίως η κύηση. Κάποιες έρευνες από το 2000 και μετά εμφανίζουν υψηλότερα σκορ κατά το τελευταίο τρίμηνο της κύησης από ότι στη λοχεία (Johanson et al., 2000).

Αξίζει να σημειωθεί ότι, κατά τη λοχεία, σε ποσοστό 28,4% γυναικών μειώνεται η καταθλιπτική συμπτωματολογία, σε σχέση με το 19,1% των γυναικών που αναφέρει αύξηση. Η μείωση των αναφερόμενων συμπτωμάτων φαίνεται να αρχίζει τρεις με πέντε μέρες μετά τον τοκετό και διαρκεί μέχρι και τον πέμπτο μήνα. Υποτροπή προϋπάρχουσας διαταραχής φαίνεται να εκδηλώνεται στο 25% των γυναικών από τον έκτο μήνα και μετά (Najman et al., 2000. Schmied, 2013).

Σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι Eberhard-Gran et al. το 2002, βρέθηκε ότι οι λεχώιδες σημείωναν χαμηλότερα σκορ στις κλίμακες για την κατάθλιψη. Σύμφωνα με τους ερευνητές η κατάθλιψη έχει μεγαλύτερη επικράτηση στον γενικό πληθυσμό,

και η απόκτηση παιδιού δρα «ψυχοπροφυλακτικά» στις γυναίκες που συγκεντρώνουν παράγοντες κινδύνου, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.

B. Κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της κύησης

Τα τελευταία χρόνια οι ερευνητές έχουν στρέψει το ενδιαφέρον τους στα συμπτώματα που εμφανίζονται πριν τον τοκετό. Από ανασκόπηση σχετικών ερευνών, φαίνεται ότι τα ποσοστά των γυναικών που εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης κυμαίνονται από 8% έως και 51%, ενώ τα ποσοστά αυτών που εκδηλώνουν μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο κυμαίνονται από 10% - 17% (Bennett et al., 2004). Πιο συγκεκριμένα, καταγράφεται ένα ποσοστό 3.8% στο τέλος του πρώτου τριμήνου, 4.9% στο τέλος του δεύτερου τριμήνου, και ένα ποσοστό 3.1% στο τέλος του τρίτου τριμήνου. Επιπλέον, μεγαλύτερος αριθμός γυναικών εμφανίζουν κατάθλιψη τον δεύτερο και δωδέκατο μήνα μετά τον τοκετό, αντίστοιχα (5,7% και 5,6%), (Gavin et al., 2005). Σύμφωνα με τον Marcus (2008, στο McGarry, 2009. Hubner-Liebermann, 2012), συμπτώματα κατάθλιψης εντοπίζονται στο 18,4% των εγκύων, αλλά τα κριτήρια για μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο πληρούνται για το 12,7% των εγκύων. Σύμφωνα με το DSM-V ένα ποσοστό 3-6% των εγκύων θα εμφανίσουν μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο κατά την κύηση ή τις εβδομάδες ή μήνες μετά τον τοκετό. Ένα ποσοστό 50% των επεισοδίων περιγεννητικής κατάθλιψης αρχίζουν στην πραγματικότητα πριν τον τοκετό (APA, 2013, σσ. 186-187), παρατήρηση που συνάδει με τα αποτελέσματα των σύγχρονων ερευνών που επιτονίζουν την αναγκαιότητα της πρόληψης στις έγκυες. Σε άλλη έρευνα το ποσοστό της ήπιας προγεννητικής κατάθλιψης υπολογίζεται σε 18,4% και της μείζονος σε 12,7% (Gavin et al., 2005).

Σύμφωνα με την πιο πρόσφατη έρευνα μετανάλυσης που πραγματοποιήθηκε το 2014 από τους O'Hara και συνεργάτες, φαίνεται ότι 7,4% των εγκύων έχουν κατάθλιψη στο πρώτο τρίμηνο της κύησης, όσο περίπου είναι και το ποσοστό της κατάθλιψης στον γενικό πληθυσμό των γυναικών, 12,8% στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης και 12% στο τρίτο τρίμηνο. Η αύξηση που παρατηρείται στα δύο επόμενα τρίμηνα της κύησης είναι πολύ μεγάλη, γεγονός που καθιστά επιτακτική την ανάγκη για πρόληψη. Μάλιστα, οι γυναίκες χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό των εγκύων γυναικών

(Bennett, 2004). Οι Fisher και συνεργάτες εντόπισαν ότι το ποσοστό της κατάθλιψης στην κύηση ήταν μεγαλύτερο στις χώρες με χαμηλό και μέσο κατά κεφαλήν εισόδημα (15,6%) (Fisher και συν., 2012).

Παρατηρούμε ότι το εύρος των ποσοστών επικράτησης της προγεννητικής κατάθλιψης είναι τόσο μεγάλο (από 8% έως και 51% σε διάφορες έρευνες) που αντανακλά τα κενά που υπάρχουν στην κατανόηση της διαταραχής.

Ακόμα και αν λάβουμε υπόψη τους περιορισμούς των ερευνών από τις οποίες προκύπτουν τα προηγούμενα ποσοστά, οι αριθμοί υποδηλώνουν την αναγκαιότητα κατανόησης του φαινομένου, προκειμένου να υιοθετηθούν στρατηγικές πρόληψης και παρέμβασης για την ελαχιστοποίηση των συνεπειών.

Γ. Υποκλινική κατάθλιψη

Η επιλόχεια κατάθλιψη αλλά και η υποκλινική κατάθλιψη, η παρουσία δηλαδή συμπτωμάτων που δεν επαρκούν για να τεθεί η διάγνωση, συνιστούν σημαντικά ζητήματα για τη δημόσια υγεία. Τις τελευταίες δεκαετίες έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον για τη λειτουργικότητα και τις δυσκολίες των ατόμων που υποφέρουν από συμπτώματα, χωρίς να πληρούν κριτήρια διάγνωσης. Τα άτομα αυτά είτε δεν συμπληρώνουν τον αριθμό των πέντε κριτηρίων που θέτει ως προϋπόθεση το DSM, είτε δεν υποφέρουν για διάστημα δύο εβδομάδων τουλάχιστον ή δεν εμφανίζουν σημαντική μείωση στη λειτουργικότητα (Weinberg et al., 2001).

Δεν είναι πολλές οι έρευνες που έχουν ασχοληθεί με υποκλινικά συμπτώματα κατά την περιγεννητική περίοδο. Στα πορίσματα διαχρονικής έρευνας που πραγματοποιήθηκε το 2001 σε δείγμα 465 γυναικών, αναφέρεται ότι η ύπαρξη συμπτωμάτων όπως η καταθλιπτική διάθεση κατά την εγκυμοσύνη, σκέψεις θανάτου μετά τον τοκετό και η δυσκολία στην έλευση του ύπνου, αποτελούν μια πρόδρομη φάση επερχόμενης κατάθλιψης. Οι ερευνητές εφιστούν την προσοχή των επαγγελματιών υγείας σε αυτά τα συμπτώματα, ακόμα και όταν δεν πληρούνται άλλα κριτήρια της διαταραχής (Chaudron et al., 2001).

Οι γνώμες των ειδικών για το κατά πόσο η επικέντρωση σε υποκλινικά συμπτώματα οδηγούν σε μια «παθολογικοποίηση» των διεργασιών προσαρμογής επί εδάφους αλλαγών και στρεσογόνων παραγόντων, δίστανται (Summerfield & Veale.,

2008). Ωστόσο, πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα σε γυναίκες με διαφορετικές διαβαθμίσεις στην ένταση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων δείχνουν ότι, οι γυναίκες με υποκλινική κατάθλιψη βιώνουν αρνητικά συναισθήματα, άγχος, σημαντική κοινωνική, εργασιακή και οικονομική έκπτωση, ευερεθιστότητα, κακή κατάσταση υγείας, χαμηλό αυτοσυναίσθημα, μειωμένη αυτοπεποίθηση και αίσθηση ανεπάρκειας αναφορικά με τον γονεϊκό ρόλο, καθώς και μειωμένη λειτουργικότητα, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (Weinberg et al., 2001). Μάλιστα, υποστηρίζεται ότι η διαταραχή στον δεσμό με το βρέφος σε γυναίκες με επιλόχεια αγχώδη διαταραχή, δεν εξηγείται από τη διαταραχή αυτή καθ' αυτή, όσο από τα συνοδά υποκλινικά καταθλιπτικά συμπτώματα (Tietz et al., 2014).

Επιπλέον, η παρουσία υποκλινικών συμπτωμάτων, όταν αυτά δεν τυγχάνουν θεραπείας, φαίνεται να σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα εκδήλωσης επεισοδίων μείζονος κατάθλιψης στο μέλλον. Τα ευρήματα αυτά είναι ενδεικτικά για τη συμπερίληψη στις στρατηγικές ανίχνευσης και των γυναικών με χαμηλότερα σκορ στα ψυχομετρικά εργαλεία (παραδείγματος χάρη EPDS από 10 έως 13, (όπου το 13 συνιστά το κατώφλι για μείζονα διαταραχή) (Davey et al., 2011).

Σύμφωνα με τον NICE (2004, σελ. 34), σε περιπτώσεις ήπιων καταθλιπτικών συμπτωμάτων, συνιστάται μια περίοδος αναμονής με προσεκτική παρακολούθηση (watchful waiting), κάτι το οποίο μπορεί να εφαρμοστεί σε συστήματα υγείας, όπως αυτό του Ηνωμένου Βασιλείου, όπου οι επισκέψεις εξειδικευμένου προσωπικού στο σπίτι των λεχωίδων αποτελούν μέρος της ρουτίνας της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι Wynter et al., προτείνουν ότι η παραπομπή των γυναικών με υποκλινικά συμπτώματα σε ειδικούς ψυχικής υγείας μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη σοβαρότερων διαταραχών διάθεσης ή αγχωδών διαταραχών (Wynter et al., 2013).

Περιγεννητικές αγχώδεις διαταραχές

Η παθολογία από το φάσμα των αγχωδών διαταραχών είναι συχνή κατά την περιγεννητική περίοδο, με πιο συνήθεις τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, την ιδεοψυχαναγκαστική, τη διαταραχή πανικού, και το κοινωνικό άγχος.

Η κλινική εικόνα των αγχωδών διαταραχών σε πληθυσμό που διανύει την περιγεννητική περίοδο, είναι η ίδια με αυτή στον γενικό πληθυσμό. Η διαφορά έγκειται

στο ότι οι ανησυχίες, το περιεχόμενο δηλαδή των αγχωδών σκέψεων, εστιάζεται στην εγκυμοσύνη ή στην υγεία του κύηματος και αργότερα του βρέφους.

Παραδείγματος χάρι, οι γυναίκες μπορεί να ανησυχούν μήπως κάνουν κακό στο κύημα με τον τρόπο ζωής και τις συνήθειές τους, μήπως αποβάλλουν, μήπως δεν είναι καλές μητέρες, μήπως το παιδί αρρωστήσει ή σταματήσει να αναπνέει, κλπ.. Συχνά επίσης παρατηρούνται εισβολές σκέψεων ή εικόνων που αφορούν την πρόκληση βλάβης στο παιδί ή παρατηρείται μεγάλο άγχος μόλυνσης και προσβολής από κάποια ασθένεια, με συνοδές καταναγκαστικές συμπεριφορές.

Οι αγχώδεις διαταραχές κατά την περιγεννητική περίοδο δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς, παρόλο που έρευνες υποδεικνύουν ότι η επικράτησή τους είναι ίσως και μεγαλύτερη από αυτή της κατάθλιψης, σε ποσοστό που υπερβαίνει το 10%. Υπάρχουν ευρήματα για μεγαλύτερα ποσοστά ιδεοψυχαναγκαστικής και γενικευμένης αγχώδους διαταραχής σε γυναίκες που διανύουν την περίοδο της λοχείας σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (Ross et al., 2006).

Σε αρκετές περιπτώσεις οι αγχώδεις διαταραχές και η κατάθλιψη συνυπάρχουν (ποσοστό 30-40%). Υποστηρίζεται ότι το διαρκές άγχος μπορεί να επιφέρει καταθλιπτικό συναίσθημα. Επίσης, οι αγχώδεις διαταραχές συχνά συνοδεύονται από συναισθήματα ανεπάρκειας που οδηγούν σε καταθλιπτική συμπτωματολογία. Τα συμπτώματα στα οποία παρουσιάζεται συχνότερα επικάλυψη μεταξύ των δύο νοσολογικών οντοτήτων, είναι οι διαταραχές ύπνου και συγκέντρωσης, η ένταση, η υπερβολική ανησυχία, ο φόβος και οι κρίσεις πανικού. Τα ευρήματα πιο πρόσφατων ερευνών αναφέρουν συννοσηρότητα αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών σε υψηλότερο ποσοστό κατά την περιγεννητική περίοδο, σε σύγκριση με άλλες περιόδους (Ross et al., 2003), γεγονός που χρησιμοποιείται ως επιχείρημα για την ανάδειξη της περιγεννητικής κατάθλιψης σε διακριτή νοσολογική οντότητα.

Σε αρκετές περιπτώσεις δεν πληρούνται τα κριτήρια για να τεθεί η διάγνωση της αγχώδους διαταραχής. Παρόλα αυτά, τα συμπτώματα ενδέχεται να προκαλέσουν δυσφορία και δυσλειτουργικότητα στη γυναίκα, όπως συμβαίνει και με τα υποκλινικά συμπτώματα της κατάθλιψης. Τα ποσοστά επικράτησης των αγχωδών διαταραχών διαφοροποιούνται στις διαθέσιμες έρευνες (O'Hara et al., 2014).

Παρόλο που η επικράτηση των αγχωδών διαταραχών είναι αρκετά υψηλή κατά την περιγεννητική περίοδο, δεν διαγιγνώσκονται τόσο συχνά όσο η κατάθλιψη. Τα αίτια αυτού του φαινομένου εντοπίζονται στην πεποίθηση ότι το άγχος κατά το διάστημα της περιγεννητικής περιόδου είναι αναμενόμενο και φυσιολογικό (Ross et

al., 2003). Επίσης, δεν έχουν δημιουργηθεί ακόμα ψυχομετρικά εργαλεία που να μετρούν τα συμπτώματα του άγχους ειδικά σε αυτή την περίοδο. Η μέτρησή τους πραγματοποιείται με τα συνήθη ψυχομετρικά εργαλεία (παραδείγματος χάρη το State-Trait Anxiety Inventory). Ωστόσο, υπάρχουν ενδείξεις ότι η EPDS έχει ευαισθησία στην ανίχνευση του άγχους (Ross et al., 2003).

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση του ενδιαφέροντος για την εν λόγω διαγνωστική κατηγορία.

Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (ΓΑΔ)

Η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή περιγράφεται σαν ένα επίμονο και υπερβολικό άγχος για έναν αριθμό γεγονότων ή δραστηριοτήτων, το οποίο προκαλεί σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της καθημερινότητας. Το άτομο, παραδείγματος χάρη, μπορεί να ανησυχεί για τη δουλειά, τα οικονομικά, τα παιδιά ή για θέματα υγείας. Το άγχος δεν εντοπίζεται σε κάποια συγκεκριμένη πηγή. Η ΓΑΔ είναι πιο συχνή σε γυναίκες που διανύουν την περιγεννητική περίοδο σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό των γυναικών που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία (Williams et al., 2014).

Ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΔΨΔ)

Το βασικό χαρακτηριστικό της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής είναι οι επαναλαμβανόμενοι ψυχαναγκασμοί ή/και καταναγκασμοί, που είναι αρκετά σοβαροί ώστε να προκαλούν υποκειμενική ενόχληση, να απαιτούν αρκετό από τον χρόνο του ατόμου ή να προκαλούν σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητάς του. Η ΙΔΨΔ είναι πιο συχνή στις γυναίκες που διανύουν την περιγεννητική περίοδο σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό των γυναικών.

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή δεν έχει μελετηθεί αρκετά ως ανεξάρτητη διαταραχή, σε σύγκριση με την περιγεννητική κατάθλιψη. Εμφανίζεται στο 2% του γενικού πληθυσμού, αλλά δεν έχει μελετηθεί επαρκώς η επικράτησή της στον πληθυσμό γυναικών που διανύουν την περιγεννητική περίοδο. Οι Wenzel και συνεργάτες εντόπισαν ότι, ποσοστό 2,6% από 147 γυναίκες πληρούσαν τα κριτήρια της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής οκτώ εβδομάδες μετά τον τοκετό, και 5,4% ανέφεραν υποκλινικά επίπεδα της διαταραχής (στο Zambaldi et al., 2009). Στην έρευνα

των Zambaldi και συνεργατών, 9% των γυναικών 2-26 εβδομάδες μετά τον τοκετό πληρούσαν τα κριτήρια της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, σύμφωνα με το DSM-IV. Σύμφωνα με πιο πρόσφατη έρευνα, η επικράτηση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής είναι 2,1% κατά την κύηση και 2,4% κατά την περιγεννητική περίοδο, ποσοστά που υπερβαίνουν την επικράτηση της διαταραχής στον γενικό πληθυσμό (Russell et al., 2013, στο Bauer et al., 2014). Το εύρημα υποδεικνύει ότι η εν λόγω διαταραχή μπορεί να πυροδοτηθεί κατά την περιγεννητική περίοδο.

Κάποιες διαχρονικές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, καταλήγουν σε προκαταρκτικά δεδομένα, σύμφωνα με τα οποία παρατηρείται αύξηση της επίπτωσης (incidence) της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, καθώς και αύξηση των υποτροπών προϋπαρχόντων ιδεοψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων και επιδείνωση παρόντων (Maina et al., 1999. Abramowitz et al., 2003. Fairbrother et al., 2007. Labad, 2005. Williams, 1997, στο Zambaldi et al., 2009), κυρίως στην περίοδο της λοχείας (Epperson et al., 1995, στο Brandes et al., 2004).

Ένα ποσοστό 38,9% των γυναικών με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή εμφανίζουν συννοσηρότητα με καταθλιπτικά επεισόδια (Zambaldi et al., 2009). Αγχώδη και ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα είναι παρόντα σε γυναίκες που υποφέρουν από συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης.

Το περιεχόμενο των ιδεοληψιών στις περιπτώσεις που έχουν περιγραφεί είναι έντονα βίαιο και επιθετικό, και παίρνει τη μορφή εισβολής σκέψεων εμπρόθετης πρόκλησης βλάβης στο παιδί (σκέψεις μαχαιρώματος, εικόνες σεξουαλικής κακοποίησης, ιδέες πνιγμού του παιδιού). Οι σκέψεις αυτές δεν ακολουθούνται από καταναγκαστικές συμπεριφορές (Sichel et al., 1993 στο Zambaldi et al., 2009). Σε άλλη έρευνα όμως που μελέτησε την εξέλιξη των συμπτωμάτων γυναικών, με επιλόχειας έναρξης ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και ιδεοληψίες επιθετικού περιεχομένου, το 71% ανέφεραν ιδέες μόλυνσης και το 57% ανέφερε καταναγκασμούς ελέγχου (Arnold, 1999). Ιδέες με επιθετικό περιεχόμενο, μόλυνσης και καταναγκαστικές συμπεριφορές ελέγχου, καθαριότητας και πλυσίματος, επιβεβαιώνονται και από την έρευνα των Zambaldi και συνεργατών (2009).

Κάποιοι ερευνητές εισηγούνται ότι τα ιδεοληπτικά συμπτώματα ενδέχεται να είναι φυσιολογικό εύρημα σε πληθυσμό νέων γονιών. Οι Abramowitz και συνεργάτες (2003) παρατήρησαν ότι το 69% των νέων μητέρων και το 58% των νέων πατέρων αναφέρουν την εμπειρία ανεπιθύμητων παρεμβατικών σκέψεων για το βρέφος. Επίσης, 49,5% από 91 λεχώιδες αναφέρουν ιδέες εμπρόθετης πρόκλησης βλάβης στο νεογνό,

ενώ όλες αναφέρουν παρεμβατικές ιδέες βλάβης από ατύχημα (Fairbrother & Woody, 2008).

Η συννοσηρότητα καταθλιπτικών και ιδεοληπτικών συμπτωμάτων, οδηγούν κάποιους ερευνητές να προτείνουν μια θεώρηση των καταθλιπτικών και αγχώδων συμπτωμάτων ως εμπύπτοντα σε ένα ευρύτερο φάσμα περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών. Επίσης, συνιστούν τη συμπερίληψη, όχι μόνο καταθλιπτικής αλλά και αγχώδους συμπτωματολογίας, στους ελέγχους ρουτίνας που διενεργούνται στο πλαίσιο δράσεων ανίχνευσης (Abramowitz et al., 2010).

Διαταραχή πανικού

Η Διαταραχή Πανικού περιγράφεται ως ένα αδικαιολόγητο επίπεδο φόβου που προκαλείται από την προσδοκία ή παρουσία μιας συγκεκριμένης κατάστασης, και η οποία οδηγεί σε απρόσμενες και επαναλαμβανόμενες κρίσεις πανικού. Μολονότι υπάρχουν ενδείξεις ότι η Διαταραχή Πανικού είναι πιο συχνή στις γυναίκες που διανύουν την περιγεννητική περίοδο σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό των γυναικών, η έρευνα στο πεδίο είναι εξαιρετικά περιορισμένη. Τα λιγοστά ευρήματα δεν ταυτοποιούν παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την εμφάνιση διαταραχής πανικού και καταγράφουν ένα ποσοστό 6% που συσσωρεύεται μέχρι και τον τρίτο μήνα μετά τον τοκετό (Sholomskas et al., 1993 στο (NICE, 2007, σ. 207). Πιο σύγχρονη έρευνα αναφέρει ένα ποσοστό από 1,4% μέχρι και 9,1% κατά τη διάρκεια της κύησης, και 0,5% μέχρι και 2,9% μεταξύ 6 και 10 εβδομάδων μετά τον τοκετό. Η κοινωνική φοβία εμφανίζεται στο 2% - 6,4% των εγκύων και στο 0,2% έως 6,5% το πρώτο διάστημα μετά τον τοκετό (Wenzel et al., 2011 στο O'Hara, 2014).

Διαταραχή μετατραυματικού άγχους μετά τον τοκετό (PTSD)

Τα τελευταία χρόνια κάποιοι ερευνητές έχουν στρέψει το ενδιαφέρον τους στην αιτιολογία της Διαταραχής Μετατραυματικού Άγχους μετά τον τοκετό. Η PTSD συνίσταται στην εκδήλωση επίμονων συμπτωμάτων έπειτα από ένα τραυματικό γεγονός (φυσική καταστροφή, σεξουαλική ή ψυχολογική βία, ατύχημα, κλπ.). Η ύπαρξη ενός μη επιλυμένου τραύματος στο ατομικό ιστορικό, μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα εκδήλωσης της διαταραχής. Η διαταραχή είναι λιγότερο συχνή κατά την

περιγεννητική περίοδο, σε σύγκριση με τις προαναφερθείσες αγχώδεις διαταραχές (Williams et al., 2014).

Η επικράτηση της PTSD κυμαίνεται από 5%, κατά τη διάρκεια του πρώτου μήνα μετά τον τοκετό, έως και 2,9% εννέα μήνες μετά τον τοκετό (Denis et al., 2011). Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στο συγκεκριμένο πεδίο αναδεικνύει ότι, ποσοστό 30% των γυναικών βιώνουν τον τοκετό σαν ένα τραυματικό γεγονός (Creedy et al., 2000. Soet et al., 2003) και περίπου 1%-6%, των γυναικών εκδηλώνουν τα συμπτώματα της PTSD αμέσως μετά την εμπειρία του τοκετού (Wijma et al., 1997, Zaers et al., 2008). Άλλες έρευνες αναφέρουν ότι, ποσοστό 2% εμφανίζει μετατραυματική διαταραχή αμέσως μετά τον τοκετό (Ayers 2004, Olde et al., 2006 στο Bauer et al., 2014). Ο πόνος κατά τον τοκετό θεωρείται προγνωστικός παράγοντας για την εμφάνιση ΔΜΑ (Menage, 1993. Melender, 2002. Soet et al., 2003).

Έχει επίσης βρεθεί, ότι οι γυναίκες που έχουν βιώσει συναισθήματα κατάθλιψης και άγχους κατά τη διάρκεια της κύησης, είναι πιο πιθανό να εκδηλώσουν μετατραυματική διαταραχή στην πορεία της περιγεννητικής περιόδου (Van Son et al., 2005 και Zaers et al., 2008 στο Bauer et al., 2014). Τα καταθλιπτικά συμπτώματα, σχετίζονται με την υποκειμενική εκτίμηση μιας έντονα δυσφορικής εμπειρίας, που καταλήγει σε αρνητική εντύπωση αυτής (Denis et al., 2011).

Οι γυναίκες που χρειάζεται να διακομθούν σε μονάδα νοσηλείας, επειδή η εγκυμοσύνη τους θεωρείται υψηλού κινδύνου, είναι επίφοβες για την εμφάνιση μετατραυματικής διαταραχής. Σε αρκετές περιπτώσεις, μια κύηση υψηλού κινδύνου συνδέεται άμεσα με αυξημένο κίνδυνο για την υγεία του εμβρύου ή και της μητέρας (Creedy et al., 2000. Maggioni et al., 2006). Επομένως, δεν προκαλεί έκπληξη η σχέση της με την εμφάνιση διαταραχής μετατραυματικού άγχους.

Επιλόχεια συμπτώματα μπορεί να εκδηλωθούν, ως αποτέλεσμα της διάστασης ανάμεσα στο προσδοκώμενο είδος τοκετού και σε αυτό που συντελέστηκε στην πραγματικότητα. Στις περισσότερες των περιπτώσεων οι γυναίκες προσδοκούν να γεννήσουν φυσιολογικά. Ωστόσο, κάποιες ψυχικά εύθραυστες γυναίκες δεν επιθυμούν φυσιολογικό τοκετό, παρόλο που δεν συντρέχει ιατρικός λόγος. Έρευνα σε 1700 γυναίκες δείχνει ότι η διαταραχή μετατραυματικού στρες εμφανίζεται σε όσες επιθυμούν να γεννήσουν με καισαρική τομή, αλλά τελικά γεννούν με φυσιολογικό τοκετό (Garthus-Niegel, 2014).

Η ασυμβατότητα ανάμεσα στην προσδοκώμενη και την πραγματική εμπειρία (Quine et al., 1993. Maggioni et al., 2006. Melender, H.L., 2002. Denis et al., 2011), τα

έντονα συναισθήματα απώλειας ελέγχου (Hodnett, 2002. Soet et al., 2003. Maggioni et al., 2006. Denis et al., 2011), η υποκειμενική εκτίμηση για την ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης (Czarnocka και Slade, 2000. Melender, 2002), προηγούμενες τραυματικές εμπειρίες που είχε βιώσει η γυναίκα (Rhodes και Hutchinson, 1994. Soet et al., 2003), και η πιθανή εκτίμηση της αλληλεπίδραση και της φροντίδας που είχε η γυναίκα από το προσωπικό του μαιευτηρίου (Wijma et al., 1997. Creedy et al., 2000. Soet, Brack & DiIorio, 2003. Maggioni et al., 2006. Denis et al., 2011), αποτελούν παράγοντες που συνδέονται με την εμφάνιση μετατραυματικής διαταραχής.

Γυναίκες που γεννούν για πρώτη φορά (Wijma et al., 1997), καθώς και γυναίκες που δεν έχουν παρακολουθήσει στην κύηση μαθήματα προετοιμασίας για τον τοκετό και τη γονεϊκότητα, είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν ΜΔΑ (Denis et al., 2011). Η αίσθηση της απώλειας του ελέγχου καθώς και μια αίσθηση έξωθεν ελέγχου, συνάδουν με την αβοηθητότητα που συχνά αναφέρουν τα άτομα που πάσχουν από διαταραχή μετατραυματικού άγχους. Τα μαθήματα προετοιμασίας εξοπλίζουν τις γυναίκες με γνώσεις για το τι πρόκειται να περιμένουν, αυξάνοντας την αίσθηση ελέγχου.

Τοκοφοβία

Ο όρος «Τοκοφοβία» αφορά τον παθολογικό φόβο και την αποφευκτική συμπεριφορά για τον τοκετό. Η τοκοφοβία είναι πιο έντονη στις πρωτοτόκες, παρά στις γυναίκες που δεν έχουν άλλα παιδιά (Melender και Lauri, 1999. Alehagen et al., 2001). Πάνω από 20% των εγκύων αναφέρουν φόβο, και ένα ποσοστό 6% περιγράφουν επίπεδα φόβου που πλήττουν τη λειτουργικότητά τους. Ένα ποσοστό 13% των γυναικών αποφεύγουν να μείνουν έγκυες, εξαιτίας της τοκοφοβίας (Bhatia & Jhanjee, 2012).

Συχνά, ο φόβος για τον πόνο αναφέρεται ως το κύριο αίτιο της τοκοφοβίας. Άλλα αίτια που αναφέρουν οι γυναίκες είναι η απουσία εμπιστοσύνης στους γιατρούς και τους υπόλοιπους επαγγελματίες που απαρτίζουν την ομάδα που θα επιτελέσει τον τοκετό, απουσία εμπιστοσύνης της γυναίκας στον εαυτό της και της ικανότητάς της να ανταπεξέλθει και τέλος, φόβος θανάτου. Άλλες έρευνες αναφέρουν τον φόβο μήπως γεννηθεί ένα παιδί με αναπηρίες, προβλήματα υγείας, παραμορφώσεις, κλπ. Οι γυναίκες που έχουν υποστεί κακοποίηση ή βιασμό, ενδέχεται να αναβιώνουν την εμπειρία άγχους και αβοηθητότητας, τη στιγμή που το σώμα τους αναγκαστικά

υφίσταται μια τόσο ακραία συνθήκη πόνου. Οι γυναίκες που έχουν ήδη βιώσει έναν τραυματικό τοκετό, φοβούνται για ενδεχόμενη επανάληψη της τραυματικής εμπειρίας. Ο αριθμός των εγκύων που ζητούν να υποβληθούν σε καισαρική τομή, λόγω τοκοφοβίας, είναι άγνωστος. Ωστόσο, στην Αγγλία και την Ουαλία, ένα ποσοστό 7% εγκύων, ζήτησαν να γεννήσουν με καισαρική τομή, χωρίς να υπάρχουν οι ιατρικές ενδείξεις, γεγονός που ισχυροποιεί την υπόθεση της τοκοφοβίας (Hofberg & Ward, 2003).

Η τοκοφοβία διακρίνεται σε δευτερογενή, πρωτογενή, καθώς και σαν συνοδό σύμπτωμα άλλης ψυχικής διαταραχής, όπως η κατάθλιψη. Η πρωτογενής τοκοφοβία αφορά την εκδήλωση συμπτωμάτων πριν ακόμα η γυναίκα μείνει έγκυος, στην εφηβεία ή στην αρχή της ενηλικίωσης. Η γυναίκα εμφανίζει αποφευκτική συμπεριφορά απέναντι στην εγκυμοσύνη, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να φτάσει ακόμα και σε άμβλωση. Η δευτερογενής τοκοφοβία εμφανίζεται ως συνέπεια μιας τραυματικής εμπειρίας που αφορά προηγούμενη εγκυμοσύνη, αποβολή, εμβρυικό θάνατο ή τραυματικό τοκετό. Η δευτερογενής τοκοφοβία από κάποιους ταξινομείται ως νοσολογική υποκατηγορία της μετατραυματικής διαταραχής άγχους (αυτόθι).

Ψυχωτικές Διαταραχές

Η επιλόχεια ψύχωση εμφανίζεται σε μία ή δύο στις 1000 λεχώιδες, τις πρώτες δύο έως τέσσερις εβδομάδες μετά τον τοκετό (Kumar, 1994. Kumar et al., 1995. Okano et al., 1998. Sit et al., 2006). Τα συμπτώματα έχουν αιφνίδια έναρξη (Brockington, et al., 1981 στο Sit et al., 2006) και συχνά εμφανίζονται σχεδόν αμέσως μετά τον τοκετό, όταν ακόμα η γυναίκα βρίσκεται στο μαιευτήριο, με αποτέλεσμα οι επαγγελματίες υγείας (μαιευτήρες, μαίες, κλπ.) να είναι οι πρώτοι που έρχονται σε επαφή με τη λεχώίδα που βρίσκεται σε επεισόδιο (Wisner et al., 1994).

Οι εκδηλώσεις του ψυχωτικού επεισοδίου συνήθως περιλαμβάνουν παραληρηματικές ιδέες συνήθως παρανοϊκού τύπου ή μεγαλείου, εναλλαγές στη διάθεση, σύγχυση, έντονα αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και δραματική αλλαγή σε σχέση με το προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητάς. Ο Brockington περιέγραψε την κλινική εικόνα της επιλόχειας ψύχωσης, δίνοντας έμφαση σε συμπτώματα όπως απόσυρση, παραδοξότητα στο συναίσθημα, ακουστικές ψευδαισθήσεις, σύγχυση,

κατατονία ή υπερδιέγερση, ευμεταβλητότητα, λογόρροια και ευερεθιστότητα. Οι θεματικές των παραληρηματικών ιδεών μπορεί να εντοπίζονται στην ταυτότητα του παιδιού ή σε μια αίσθηση ότι το παιδί γίνεται διωκτικό (Brockington, 1996 στο Sit et al., 2006). Ο βαθμός της σύγχυσης που εκδηλώνουν οι λεχώιδες με ψυχωτικό επεισόδιο είναι αρκετά μεγαλύτερος από τις γυναίκες που εκδηλώνουν ψύχωση σε διαφορετική χρονική περίοδο, με αποτέλεσμα να είναι υπό συζήτηση η διάκριση της εν λόγω διαταραχής και η ανάξειξή της σε διαφορετική νοσολογική οντότητα (Brockington et al., 1981 στο Wisner et al., 1994).

Μολονότι η επιλόχειες ψυχωτικές διαταραχές είναι σημαντικά πιο σπάνιες σε σχέση με την κατάθλιψη ή τις αγχώδεις, οι επιπτώσεις τους στην ασφάλεια της γυναίκας και του παιδιού μπορεί να είναι δραματικές, γεγονός που καθιστά επείγουσα την άμεση παρέμβαση και θεραπεία (Wisner et al., 1994. NICE, 2007, σ. 69).

Σχιζοφρένεια

Σύμφωνα με το DSM-V για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας χρειάζεται να πληρείται τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω κριτήρια:

- Παραληρητικές ιδέες.
- Ψευδαισθήσεις.
- Αποδιοργανωμένος λόγος.
- Έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά.
- Αρνητικά συμπτώματα, όπως κοινωνική απόσυρση, έλλειψη κινητοποίησης, διαταραχές ύπνου ή συναισθηματική επιπέδωση.

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει σημειωθεί μια αύξηση στα ποσοστά κήσεων σε γυναίκες με σχιζοφρένεια, ως αποτέλεσμα διαφόρων παραγόντων, όπως η αποασυλοποίηση, η αλλαγή στάσεων απέναντι στα άτομα με ψυχιατρική διαταραχή, η χρήση άτυπων αντιψυχωτικών που δεν επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη γονιμότητα και τέλος, η βελτίωση της προγεννητικής φροντίδας (Gentile, Salvatore, 2010). Υπολογίζεται ότι ένα ποσοστό 50-60% των γυναικών που πάσχουν από σχιζοφρένεια μένουν έγκυες. Από αυτές, το 50% θα είναι μη προγραμματισμένες ή μη επιθυμητές κήσεις, ένα ποσοστό πολύ υψηλότερο από αυτό στον γενικό πληθυσμό (Pregnancy, Wikipedia, 2015). Οι γυναίκες με σχιζοφρένεια που μένουν έγκυες είναι συνήθως

μεγαλύτερης ηλικίας από τον γενικό πληθυσμό των εγκύων γυναικών, έχουν λιγότερη κοινωνική υποστήριξη και είναι πιθανό να υιοθετούν ανθυγιεινές συμπεριφορές (κάπνισμα, κακή διατροφή, αλκοόλ, χρήση ουσιών, κλπ.), και να μην υποβάλλονται στις συνιστώμενες εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου (Matevosyan, 2011. Williams et al., 2014).

Διπολική διαταραχή

Η Διπολική Διαταραχή χαρακτηρίζεται από αποδιοργανωτικές μεταπτώσεις στη διάθεση, κατά τις οποίες οι ασθενείς βιώνουν εναλλαγές από επεισόδια μανίας ή υπομανίας, σε επεισόδια βαριάς κατάθλιψης. Κατά τη διάρκεια των επεισοδίων αυτών, ο ασθενής εμφανίζει διογκωμένη αυτοεκτίμηση, ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο, λογόρροια ή πίεση λόγου, διάσπαση προσοχής, αυξημένη κινητικότητα και δραστηριότητα ή υπερβολική εμπλοκή σε δραστηριότητες και συναισθηματική αστάθεια. Είναι επίσης πιθανόν να συνυπάρχουν παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις (στη μανία) (APA, 2013).

Η διπολική διαταραχή είναι μία από τις πιο σοβαρές ψυχικές διαταραχές που πλήττουν τις γυναίκες στην περιγεννητική περίοδο. Μάλιστα, αποτελέσματα των ερευνών τείνουν όλο και περισσότερο να υποστηρίζουν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (72% - 88%) των γυναικών που εκδηλώνουν κάποιο ψυχωτικό επεισόδιο αμέσως μετά τον τοκετό, πάσχουν από διπολική ή σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, ενώ μόνο 12% πάσχουν από σχιζοφρένεια (Wisner et al., 1995. Brockington, 1996 στο Sit et al., 2006).

Διαφορική διάγνωση: Επιλόχεια κατάθλιψη ή διπολική διαταραχή II;

Στο τέλος της δεκαετίας του 1950 τα αποτελέσματα των ερευνών άρχισαν να καταγράφουν μη ψυχωτικές εκδηλώσεις, με τη μορφή κυρίως συναισθηματικής δυσφορίας που εμφανιζόταν μετά τον τοκετό, και μάλιστα σε μεγάλο ποσοστό των γυναικών (Thomas & Gordon, 1959, στο Henshaw et al., 2009). Το 1968 πολλά από τα συμπτώματα χαρακτηρίστηκαν ως «άτυπα» (Pitt, 1968 στο Henshaw et al., 2009, σελ.11).

Ο διάλογος για την αυτονομία των κλινικών οντοτήτων οδηγεί στην παράθεση διαφορετικών προεξάρχοντων συμπτωμάτων που χαρακτηρίζουν τα καταθλιπτικά

επεισόδια με επιλόχεια έναρξη, σε αντίθεση με τα καταθλιπτικά επεισόδια που επισυμβαίνουν σε άλλες χρονικές περιόδους. Αρκετές έρευνες που επιδιώκουν να ιεραρχήσουν τα προεξάρχοντα συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης, καταλήγουν ότι αυτά αφορούν κυρίως το άγχος και την ευερεθιστότητα και όχι τόσο την καταθλιπτική διάθεση. Μάλιστα, εξαιτίας αυτού, κάποιοι προτείνουν τη χρήση του όρου «επιλόχεια διαταραχή της διάθεσης» αντί «επιλόχεια κατάθλιψη». Από τις αναλύσεις περιπτώσεων προκύπτει ότι οι γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό αγχώδη συμπτωματολογία σε σχέση με τις γυναίκες που εκδηλώνουν κατάθλιψη σε διάφορη της λοχείας χρονική περίοδο, καθώς και ότι χρειάζονται περισσότερο χρόνο ανάκαμψης (Hendrick et al., 2000. Henshaw et al., 2009, σελ.11).

Από τη στιγμή που κάποια κλινικά χαρακτηριστικά με τα οποία εμφανίζεται συνήθως η διαταραχή στη λοχεία δεν συγκροτούν την κλασική εικόνα του καταθλιπτικού επεισοδίου (για παράδειγμα, συχνά παρατηρείται ευερεθιστότητα, άγχος, με παράλληλη διατήρηση της λειτουργικότητας, με «μηχανικό τρόπο» φροντίδας του παιδιού, κλπ.), προκύπτουν ενδοιασμοί στο να συμπεριληφθούν οι διαταραχές της λοχείας κάτω από την ομπρέλα της επιλόχειας κατάθλιψης. Από την άλλη, το DSM-IV TR, δεν συμπεριλαμβάνει τα υπομανιακά επεισόδια στις διαταραχές που δύνανται να φέρουν τον προσδιοριστή «με επιλόχεια έναρξη».

Εν όψει της έκδοσης του DSM-V, οι μελέτες επέσειαν την προσοχή στην ελλιπή διάγνωση υπομανίας, στην ενδεχόμενη σύγχυση επομένως μιας διπολικής με μια μονοπολική διαταραχή, με επικίνδυνες συνέπειες για τη μητέρα και το βρέφος. Είχε αρχίσει, επομένως, να καταγράφεται μια σημαντική τάση υπέρ της συμπερίληψης της υπομανίας στις διαταραχές που μπορούν να φέρουν τον προσδιοριστή «με επιλόχεια έναρξη» (Sharma και Burt, 2011, σσ. 66-69).

Τα συμπτώματα της επιλόχειας υπομανίας δεν διαφέρουν από την υπομανία που εκδηλώνεται σε οποιαδήποτε άλλη περίοδο της ενήλικης ζωής και συνοψίζονται σε ανεβασμένη διάθεση (ευφορία), αυξημένη στοχοκατευθυνόμενη δραστηριότητα, μεγαλύτερη ομιλητικότητα, φυγή ιδεών, ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο, διάσπαση προσοχής και ευερεθιστότητα. Η αύξηση της επίπτωσης (Incidence) των μανιακών, καταθλιπτικών και ψυχωτικών συμπτωμάτων κατά την περίοδο της λοχείας τονίζεται ιδιαίτερα. Η επικράτηση (prevalence) της επιλόχειας υπομανίας σε μη κλινικούς πληθυσμούς κυμαίνεται από 9,6% έως και 20,4% την τρίτη μέρα μετά τον τοκετό. Η γέννηση ενός παιδιού φαίνεται να αποτελεί εκλυτικό παράγοντα για τα υπομανιακά

συμπτώματα, εφόσον η επικράτηση της υπομανίας είναι οκταπλάσια την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό σε σχέση με την περίοδο της κύησης (Heron et al., 2009, σσ. 410-417). Πρέπει, ωστόσο, να σημειώσουμε ότι τα ποσοστά των περιπτώσεων μειώνονται σημαντικά οκτώ εβδομάδες μετά τον τοκετό. Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα συμπτώματα αυτά συνδέονται με όψιμη (subsequent) εμφάνιση καταθλιπτικού ή μανιακού επεισοδίου (αυτόθι). Τα συμπτώματα ήπιας υπομανίας μετά τον τοκετό είναι πιθανό να προσδιορίζουν διεργασίες μιας μεταβατικής – προσαρμοστικής περιόδου για αρκετές γυναίκες (Heron et al., 2009), κάτι που θέτει το ζήτημα του κινδύνου για υπερδιάγνωση της διπολικής διαταραχής.

Η έρευνα για τις περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές στην Ελλάδα

Η έρευνα στο πεδίο των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών έχει αρχίσει να προσελκύει το ενδιαφέρον των ερευνητών τα τελευταία χρόνια. Ελάχιστες είναι οι έρευνες που έχουν γίνει, όλες ποσοτικές, με επίκεντρο την κατάθλιψη και μάλιστα στην επιλόχεια, με δύο μόνο εξαιρέσεις ερευνών, οι οποίες διεξάγονται πριν τον τοκετό. Σύμφωνα με τα υπάρχοντα επιδημιολογικά στοιχεία για την Ελλάδα, το 50%-85% των νέων μητέρων αναπτύσσουν μια ελαφριά και παροδική μορφή επιλόχειας δυσφορίας (baby blues), το 10%-15% των νέων μητέρων αναπτύσσουν επιλόχεια κατάθλιψη και το 0,1%- 0,2% των νέων μητέρων αναπτύσσουν επιλόχεια ψύχωση (Δημόσια Διαβούλευση για το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κατάθλιψη, 2008), στοιχεία που συνάδουν με τα πορίσματα της παγκόσμιας βιβλιογραφίας. Σε παρόμοια αποτελέσματα καταλήγει και έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 402 ελληνίδων κατά τη διάρκεια της λοχείας, από τις οποίες ένα ποσοστό 19,8% εκδήλωσαν επιλόχεια κατάθλιψη σε διάστημα μέχρι και 6 μήνες μετά τον τοκετό (Gonidakis et al., 2008).

Από έρευνα που διεξήχθη το 2008 με στόχο τη στάθμιση της EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) στην Ελλάδα, προκύπτει ότι η επικράτηση της επιλόχειας κατάθλιψης κυμαίνεται στο 12,4%, με το 7,4% των λεχωίδων να πληρούν κριτήρια ήπιας κατάθλιψης και το 5% κριτήρια μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (Leonardou et al., 2009).

Σε άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο «Έλενα Βενιζέλου» σε 235 μητέρες, βρέθηκε συννοσηρότητα αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό. Το περιστασιακό άγχος εμφανίζεται περισσότερο στις πρωτότοκες, στις γυναίκες των οποίων το νεογνό χρειάστηκε να νοσηλευτεί στη

μονάδα εντατικής θεραπείας και στις γυναίκες που βίωσαν αρνητική εμπειρία τοκετού. Το δομικό άγχος συνδέεται εμφανίζεται στις άγαμες μητέρες. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα εμφανίζονται στις νεαρότερες γυναίκες και σε όσες έχουν αρνητική εμπειρία από τον τοκετό. Οι ερευνητές προτείνουν τη συμπερίληψη στην ανίχνευση των αγχωδών συμπτωμάτων (Giakoumaki et al., 2009).

Οι παράγοντες κινδύνου που συνδέθηκαν με την εμφάνιση της διαταραχής στην Ελλάδα, είναι τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής κατά την κύηση, η εμφάνιση επιλόχειας δυσφορίας την έβδομη μέρα μετά τον τοκετό, η καταναγκαστική ενασχόληση με την καθαριότητα και η υποκειμενική εκτίμηση ότι το μωρό κλαίει υπερβολικά κατά τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό. Οι γυναίκες με συμπτώματα επιλόχειας διαταραχής αναφέρουν πιο συχνά δυσκολίες στη σχέση με τον σύζυγο, ανεργία, καθώς και δυσκολίες που αφορούν τον ύπνο του βρέφους (Gonidakis et al., 2008).

Σε έρευνα που διεξήχθη σε 413 γυναίκες στο πλαίσιο εκπόνησης διδακτορικής διατριβής, το 16,2% των λεχιδών ταυτοποιήθηκαν ως καταθλιπτικές τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό, με το ποσοστό να μειώνεται στο 12,4% κατά τη δεύτερη εκτίμηση (5^η – 6^η εβδομάδα μετά τον τοκετό). Στην εμφάνιση συμπτωμάτων μετά τον τοκετό, σημαντικό ρόλο παίζουν οι σχέσεις με τον σύζυγο και τη μητέρα, οι ύπαρξη οικονομικών, νομικών και σχετικών με την υγεία στρεσογόνων γεγονότων ζωής, και η φτώχη ικανοποίηση των γυναικών από την ποιότητα της ζωής τους. Επίσης, οι πρωτότοκες και όσες δεν θήλαζαν τα βρέφη τους ήταν πιο πιθανό να εμφανίσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία τις πρώτες μέρες της λοχείας. Από τους παράγοντες προσωπικότητας που ελέγχθηκαν, φάνηκε ότι οι γυναίκες με ανεπαρκή αίσθηση συνεκτικότητας και δύναμης του Εγώ, αλλά και αυτές με υψηλά επίπεδα επιθετικότητας, βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να καταπονηθούν ψυχολογικά μετά τον τοκετό (Κώτση, 2009). Τα οικονομικά προβλήματα, η κατάθλιψη στο παρελθόν, η έλλειψη υποστήριξης και η μη ικανοποίηση από τη συζυγική σχέση, φαίνεται να συνδέονται με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ενώ η ικανοποίηση από τη συζυγική σχέση αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης τέσσερις μήνες μετά τον τοκετό (Σταματίου και Παπαληγούρα, 2010). Η παρουσία κοινωνικής υποστήριξης υποστηρίζεται και από τους Kritsotakis και συνεργάτες (2013).

Σύμφωνα με τις έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε γυναίκες πριν τον τοκετό, η συναισθηματική ευεξία της γυναίκας κατά τη διάρκεια της κύησης επηρεάζει την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης (Koutra et al., 2014). Επίσης, οι ανησυχίες των

ελληνίδων εγκύων αφορούν την υγεία του παιδιού, τον τοκετό και τα οικονομικά προβλήματα. Η επικράτηση αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην κύηση, καθιστούν ιδιαίτερα κρίσιμο το θέμα της έγκαιρης ανίχνευσης (Gourounti et al., 2012). Τέλος, έχουν γίνει κάποιες έρευνες για βιολογικούς παράγοντες που συνδέονται με την επιλόχεια κατάθλιψη. Το 2008 πραγματοποιήθηκε έρευνα για τη διερεύνηση της επίδρασης μηχανισμών του ανοσοποιητικού συστήματος στην εκδήλωση επιλόχειας κατάθλιψης, που κατέλειξε σε ενδείξεις που χρειάζονται περαιτέρω διερεύνηση (Boufidou et al., 2009). Βρέθηκε επίσης σχέση μεταξύ αυξημένων επιπέδων FT3 του θυρεοειδούς πριν τον τοκετό, με επιλόχειες διαταραχές στη διάθεση (Lambrinouadaki, 2010). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2011 βρέθηκε ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στην υιοθέτηση υγιεινής διατροφής κατά την περίοδο της κύησης και στον μειωμένο κίνδυνο για εμφάνιση επιλόχειας διαταραχής (Chatzi et al., 2011).

Κρισιμότητα των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών - Επιπτώσεις

Οι επιπτώσεις των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών έχουν υπάρξει το αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνών στις αναπτυγμένες χώρες. Οι ψυχικές διαταραχές που εμφανίζονται αυτήν την περίοδο συνιστούν ένα μείζον ζήτημα Δημόσιας Υγείας, οι συνέπειες του οποίου ενδέχεται να είναι εξαιρετικά σοβαρές, μακροχρόνιες και δαπανηρές. Η κρισιμότητα των ψυχικών διαταραχών απασχολεί όχι μόνο τους ερευνητές και τους ειδικούς, αλλά και φορείς που εμπλέκονται στον σχεδιασμό εθνικών πολιτικών, εξαιτίας του ότι οι περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές λαμβάνουν χώρα σε μια κομβική στιγμή για τη ζωή της γυναίκας, του παιδιού, και όλης της οικογένειας, με κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις. Ειδικότερα, η απουσία επιτυχών παρεμβάσεων για την πρόληψη και θεραπεία των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών καταλήγει σε επιπτώσεις στην ίδια τη γυναίκα, στον συναισθηματικό δεσμό μητέρας – παιδιού, στην ψυχοκοινωνική, γνωστική ανάπτυξη και εκπαιδευτική σταδιοδρομία του παιδιού. Συχνά οι επιπτώσεις αυτές πλήττουν σοβαρά τη σχέση του ζευγαριού (Williams, 2014).

Το πρόβλημα καθίσταται ακόμα πιο επιτακτικό, εφόσον σύμφωνα με τα πορίσματα των ερευνών, οι επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με τις έγκυες, (παραδείγματος χάρη, μαιευτήρες – γυναικολόγοι και μαίες), δεν καταφέρνουν να διακρίνουν τις γυναίκες που βιώνουν κάποιου είδους δυσφορία (Hatton et al., 2007). Ακόμα και σε ένα ιδιαίτερα ευαίσθητοποιημένο σύστημα υγείας όπως αυτό της

Βρετανίας, περίπου οι μισές περιπτώσεις κατάθλιψης και αγχωδών διαταραχών δεν εντοπίζονται ώστε να τους παρασχεθεί η κατάλληλη βοήθεια (Bauer et al., 2014).

Επιπτώσεις των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών στην κύηση και στο έμβρυο

Η ανασκόπηση της έρευνας δείχνει ότι η **κατάθλιψη** κατά την κύηση μειώνει την κινητικότητα του εμβρύου (Dieter et al., 2001. Field et al., 2006. Stuart-Parrigon & Stuart, 2014), συντελεί στη γέννηση λιποβαρών βρεφών, λόγω της αυξημένης συγκέντρωσης κυρίως της κορτιζόλης, αλλά και της νορεπινεφρίνης (Halbreich, 2005. Field et al., 2006. Grote et al. 2010. Ibanez et al., 2012. Stuart-Parrigon & Stuart, 2014. Meltzer-Brody & Stuebe, 2014). Επίσης, τα καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την κύηση έχουν συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο πρόωρου τοκετού (Halbreich, 2005. Grote et al., 2010. Field, 2011. Fransson et al., 2011. Ibanez et al., 2012. Stuart-Parrigon & Stuart, 2014).

Ανάλογες είναι και οι επιπτώσεις του **άγχους** κατά την κύηση, δεδομένης και της συχνής συννοσηρότητας καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών (Field, 2004). Τα έμβρυα των γυναικών με υψηλότερα επίπεδα κορτιζόλης είχαν μικρότερη εγκεφαλική, κοιλιακή, αμφιβρεγματική περίμετρο και χαμηλότερο βάρος (Field et al., 2006. Field, 2011). Επιπρόσθετα, στις περιπτώσεις έκθεσης του εμβρύου σε απόπειρες αυτοκτονίας της μητέρας, έχει καταγραφεί διανοητική καθυστέρηση και άλλες σοβαρές συγγενείς ανωμαλίες (Gidai et al., 2010, Gentile, 2011. Petic et al., 2012, στο Meltzer-Brody & Stuebe, 2014). Οι Orr και συνεργάτες κατέγραψαν συσχέτιση μεταξύ σημαντικού άγχους και πρόωρου τοκετού (στο Bauer et al., 2014).

Έχει φανεί ότι οι γυναίκες που εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την κύηση **συμμετέχουν λιγότερο στα προγράμματα περιγεννητικής προετοιμασίας**, ενώ ταυτόχρονα **υιοθετούν συμπεριφορές επικίνδυνες για την υγεία του εμβρύου**, όπως το κάπνισμα και η χρήση ουσιών (Flynn et al., 2004), αυξάνοντας με αυτόν τον τρόπο την πιθανότητα **μαιευτικών επιπλοκών**.

Σύμφωνα με τα περιορισμένα ερευνητικά πορίσματα για τις διαταραχές πρόσληψης τροφής, οι γυναίκες με **νευρογενή ανορεξία** είναι πιο πιθανό να γεννήσουν λιποβαρή βρέφη, εύρημα που αποδίδεται κυρίως σε μια προγενέστερη της κύησης διαταραχή, καθώς και στον χαμηλό δείκτη μάζας σώματος κατά την κύηση (Kouba et al., 2005. Micali et al., 2007. Solmi et al., 2013. Bauer et al., 2014). Αυξημένο ποσοστό

αποβολών φαίνεται να συνδέεται με το ιστορικό **νευρογενούς βουλιμίας**, διαταραχή που επίσης προϋπάρχει της κύησης (Micali et al., 2007. Bauer et al., 2014). Προς το παρόν, δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα για περιπτώσεις για διαταραχές πρόσληψης τροφής που εμφανίζονται για πρώτη φορά κατά την περιγεννητική περίοδο (Easter et al., 2013. Bauer et al., 2014. NICE 2014).

Οι επιπτώσεις των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών στο βρέφος και στο παιδί

Η ποιότητα της σχέσης μεταξύ μητέρας – παιδιού, ο βαθμός της ανάμειξης και ενασχόλησης με το παιδί, η ποιότητα της φροντίδας του, είναι σημαντικοί παράγοντες για την ευημερία και την ψυχική υγεία των παιδιών (Waldfogel et al., 2010. Santos, 2014). Οι ελλείψεις στους παραπάνω τομείς επηρεάζουν σημαντικά την εμφάνιση μελλοντικών ψυχικών διαταραχών, (Weich et al., 2009. Stewart & Shrader-Mcmillan, 2011. Santos, 2014).

Οι μητέρες που υποφέρουν από **επιλόχεια κατάθλιψη** εμφανίζουν μειωμένη λειτουργικότητα και ικανότητα να ανταπεξέλθουν στη φροντίδα του **βρέφους** (Misri et al., 2006. Lanes et al., 2011. Davey et al., 2011), ενώ αντιμετωπίζουν δυσκολίες και με τον θηλασμό (Hahn-Halbrook et al., 2013. Bauer et al., 2014. Borra et al., 2014). Ως εκ τούτου, το μοτίβο επικοινωνίας που αναπτύσσεται ανάμεσα στην καταθλιπτική μητέρα και το βρέφος δεν καλύπτει τις συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού σε αυτό το πρώιμο αναπτυξιακό του στάδιο (Cooper & Murray, 1998). Οι περισσότερες έρευνες επισημαίνουν την ύπαρξη μειωμένης ανταπόκρισης, λεκτικής και οπτικής επικοινωνίας, απόσυρση και απεμπλοκή της μητέρας από το παιδί. Έχει επίσης παρατηρηθεί επιθετικότητα στις εκδηλώσεις της μητέρας προς το βρέφος (Barnes, 2006, Dennis & McQueen, 2009. Lanes et al., 2011). Εκτός από τα καταθλιπτικά συμπτώματα, φαίνεται πως η εμπειρία ενός **τραυματικού τοκετού** ασκεί αρνητικές επιπτώσεις στον συναισθηματικό δεσμό μητέρας – βρέφους (Allen, 1998. Soet et al., 2003. Davies et al., 2008. Bauer et al., 2014).

Τα βρέφη γυναικών με επιλόχεια κατάθλιψη εμφανίζουν πιο συχνά διαταραχές ύπνου, δυσκολίες με τον θηλασμό, αποφευκτικές συμπεριφορές (αποστροφή του βλέμματος και του σώματος), μειωμένη ρύθμιση του συναισθήματος, προβλήματα με τη σίτιση και προβλήματα κατά την ανάπτυξη (Stowe & Nemeroff , 1995. Lanes et al., 2011).

Το **άγχος** της μητέρας ενδέχεται να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ανάπτυξη των παιδιών, ενώ διαταραχές όπως η **ιδεοψυχαναγκαστική**, ακόμα και σε υποκλινικό επίπεδο, αν παραμείνουν αδιάγνωστες και χωρίς θεραπεία ενδέχεται να προκαλέσουν σοβαρές δυσκολίες **στον δεσμό μητέρας – βρέφους** (Brandes et al., 2004). Οι μητέρες που υποφέρουν από ιδεοληψίες, είτε πληρούν τα κριτήρια της διαταραχής είτε όχι, συχνά φοβούνται να μείνουν μόνες τους με το παιδί, το αποφεύγουν ή πιστεύουν ότι είναι ανίκανες να το φροντίσουν (Fairbrother & Abramowitz, 2007). Οι γυναίκες που υποφέρουν από επιθετικές ιδεοληψίες, ανησυχούν μήπως πραγματοποιήσουν τις πράξεις αυτές, παρά τη θέλησή τους, αν παραμείνουν μόνες με το παιδί τους (Zambaldi et al., 2009). Σε άλλες περιπτώσεις η γυναίκα αποφεύγει να κάνει μπάνιο το παιδί της ή να χρησιμοποιήσει τα μαχαίρια της κουζίνας (Brandes et al., 2004).

Εκτός από τις επιπτώσεις που επιφέρουν τα ψυχικά συμπτώματα, το **νευροβιολογικό υπόβαθρο** των ΠΜΣ προκαλεί αρνητικές συνέπειες. Σε σχετική έρευνα, φάνηκε ότι τα βρέφη των γυναικών που σημείωσαν υψηλότερα επίπεδα κορτιζόλης στο τελευταίο τρίμηνο της κύησης, έκλαιγαν πιο συχνά, εμφάνιζαν περισσότερες εκφράσεις δυσφορίας στο πρόσωπό τους, και περιγράφονταν από τις μητέρες τους ως παιδιά με δύσκολη ιδιοσυγκρασία, κυρίως τους πρώτους δύο μήνες της ζωής τους (de Weerth, Zijl και Buitelaar, 2003, στο Field T. a.-R., 2006).

Σοβαρές είναι επίσης οι επιπτώσεις για τα βρέφη γυναικών που πάσχουν από **σχιζοφρένεια ή διπολική διαταραχή**, καθώς και οι μαιευτικές επιπλοκές, με κυριότερες τα λιποβαρή έμβρυα, τον πρόωρο τοκετό και το μειωμένο βάρος του νεογέννητου (Hedegaard et al., 1993. Howard, 2005. Jablensky et al., 2005). Οι επιπτώσεις των ψυχωτικών διαταραχών είναι σοβαρότερες και μακροχρόνιες (Klerman, 1983. Rubovits, 1996), κυρίως στην περίπτωση της σχιζοφρένειας, όπου η δυνατότητα επαρκούς φροντίδας του παιδιού, πλήττεται σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με άλλες διαταραχές (Hipwell & Kumar, 1996).

*

Οι επιπτώσεις του άγχους και της κατάθλιψης **στο παιδί** ενδέχεται να είναι **μακροπρόθεσμες**. Τα παιδιά αυτά των γυναικών με επιλόχεια κατάθλιψη συνάπτουν ανασφαλή και αποφευκτικό δεσμό και εμφανίζουν μειωμένες γνωστικές, συναισθηματικές, λεκτικές και κοινωνικές δεξιότητες στην πορεία της ανάπτυξής τους (Davey et al., 2011. Lanes et al., 2011). Συγκεκριμένα, τα παιδιά των γυναικών που εμφάνισαν συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης κατά την κύηση και στους πρώτους

μήνες μετά τον τοκετό, είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν ψυχιατρικές διαταραχές στην ηλικία των 6 ετών, ή και σε μεγαλύτερη ηλικία (Santos, 2014), διαταραχές στη συναισθηματική ανάπτυξη (Cooper & Murray, 1996. Cooper & Murray, 1998. Hay et al., 2001), προβλήματα συμπεριφοράς (Schmied, 2013. Huizink et al., 2003. O'Connor et al., 2003. Van den Bergh et al., 2005. NICE, 2007), καθώς και καθυστέρηση στη γνωστική και γλωσσική ανάπτυξη (Field et al., 1988. Alpern et al., 1993. Leadbetter, 1994. O'Connor et al., 2002. Grace et al., 2003. Bennett et al., 2004. Davey et al., 2011. Bauer et al., 2014) και χαμηλότερο δείκτη νοημοσύνης (Blazer et al., 1994. Grace et al., 2003. Schmied, 2013. Deligiannidis και συν, 2014). Διαχρονική έρευνα έχει καταγράψει τις επιπτώσεις του περιγεννητικού άγχους στην ιδιοσυγκρασία του παιδιού στην ηλικία των δύο ετών (Blair et al., 2011 στο Bauer et al., 2014), αλλά και στην εκτελεστική λειτουργικότητά του (executive functioning) στην ηλικία 6-9 ετών (Buss et al., 2011, *αυτόθι*).

Εκτός από τις επιπτώσεις των ψυχιατρικών συμπτωμάτων καθ' αυτών, τα παιδιά μητέρων με κατάθλιψη είναι εκτεθειμένα σε παράπλευρους παράγοντες κινδύνου, όπως χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, μονογονεϊκές οικογένειες, βία και κακοποίηση από κάποιον σύντροφο, νεαρή ή εφηβική ηλικία της μητέρας, χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας, χρήση ουσιών, κλπ. (Santos, 2014), που αυξάνουν την επιβάρυνση.

Σε διαχρονική έρευνα που διεξήχθη από την Pawlby, από την εγκυμοσύνη μέχρι και την ηλικία των 16 ετών του παιδιού, φάνηκε ότι τα 2/3 των γυναικών εξακολουθούσαν να έχουν κατάθλιψη για 17 χρόνια, με την πλειονότητα να έχει περισσότερες από μία υποτροπές. Αυτό σημαίνει, ότι τα παιδιά αυτών των γυναικών είχαν περισσότερες πιθανότητες να εκτεθούν στις συνθήκες της ψυχικής διαταραχής αρκετές φορές μέχρι την εφηβεία τους. Το 14% των εφήβων διαγνώστηκαν με κατάθλιψη στην ηλικία των 16 ετών. Όλοι αυτοί οι έφηβοι είχαν εκτεθεί στην κατάθλιψη της μητέρας. Ο κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης είναι 4,7 φορές μεγαλύτερος στους εφήβους που έχουν εκτεθεί στην μητρική κατάθλιψη σε σύγκριση με όσους δεν έχουν εκτεθεί (Pawlby et al., 2009).

Τα καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα της μητέρας κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου, το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, η μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη, καθώς και αγχογόνα γεγονότα ζωής κατά την κύηση, συνδέονται με **προβλήματα υγείας** στην παιδική ηλικία (Schmied, 2013). Οι (O'Connor et al., 2002. Ramchandani et al., 2006. Bauer et al., 2014) εντόπισαν

αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης χρόνιου κοιλιακού άλγους σε παιδιά των οποίων οι μητέρες εμφάνισαν άγχος κατά την περιγεννητική περίοδο. Το άγχος της περιγεννητικής περιόδου έχει επίσης σχετιστεί με το παιδικό άσθμα στην ηλικία των 7 ετών (Cookson et al., 2009, Bauer et al., 2014).

Οι επιπτώσεις των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών στην ίδια τη γυναίκα

Η Confidential Enquiry into Maternal Deaths (CEMD), που αποτελεί το παρατηρητήριο των μητρικών θανάτων στο Ηνωμένο Βασίλειο (Lewis και Drife, 2004), αναφέρει ότι, μέχρι το 2005, οι ψυχιατρικές διαταραχές αποτελούσαν την κύρια αιτία θανάτων των μητέρων σε διάστημα ενός έτους μετά τον τοκετό, με περισσότερους από τους μισούς θανάτους να οφείλονται σε αυτοκτονία. Η πλειονότητα των αυτοκτονιών για τις έγκυες και τις λεχωίδες λαμβάνει χώρα την έκτη εβδομάδα πριν τον τοκετό και τη δωδέκατη μετά τον τοκετό. Σε αντίθεση με άλλες περιόδους, η αυτοκτονία κατά την περίοδο της λοχείας πραγματοποιείται από το 80% των γυναικών με βίαιο τρόπο, με τον απαγχονισμό να προηγείται και την πτώση από ύψος να ακολουθεί σε συχνότητα. Ελάχιστες ήταν οι περιπτώσεις εμπρόθετου θανάτου από υπερκατανάλωση φαρμακευτικών σκευασμάτων, κάτι που αποτελεί τον «γυναικείο» τρόπο αυτοκτονίας σε άλλες χρονικές περιόδους πλην της λοχείας (Oates, 2009). Στη Μεγάλη Βρετανία η συχνότητα των αυτοκτονιών είναι 0,27 ανά 100.000 γεννήσεων. Παρόλα αυτά, μόνο 20% έως και 40% των γυναικών με καταθλιπτική διαταραχή αναζητούν βοήθεια επαγγελματιών ψυχικής υγείας (McGarry, 2009. Marcus, 2008, στο Hubner-Liebermann, 2012).

Στις πιο πρόσφατες παρατηρήσεις του CEMD καταγράφεται μείωση των αυτοκτονιών, με αποτέλεσμα να βρίσκονται πλέον στη δεύτερη θέση των θανάτων μέχρι και ένα έτος μετά τον τοκετό στο Ηνωμένο Βασίλειο (Lewis, 2007 στο Henshaw et al., 2009). Παρόλο που η αυτοκτονία διεκδικεί τα πρωτεία στα αίτια θανάτου κατά την περιγεννητική περίοδο, το ποσοστό των αυτοκτονιών είναι χαμηλότερο σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό των γυναικών (Appleby, 1992 και Appleby et al., 1998 στο NICE, 2007), με τα ποσοστά να αυξάνονται σε νέες γυναίκες που είχαν την εμπειρία διακοπής της κύησης (Gissler et al., 2005).

Πρέπει να σημειωθεί ότι το 80% των μητέρων που αυτοκτόνησαν, είχαν ψυχιατρικό ιστορικό σοβαρής διαταραχής, επαφή στο παρελθόν με κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας

ή εισαγωγή σε ψυχιατρικό τμήμα. Αυτοί οι παράγοντες κινδύνου δεν είχαν εντοπισθεί κατά τη διάρκεια της κύησης, ώστε να πραγματοποιηθούν εγκαίρως οι κατάλληλες παρεμβάσεις. Οι γυναίκες αυτοκτόνησαν το πρώτο τρίμηνο μετά τον τοκετό, ενώ για καμία από αυτές δεν είχε γίνει αντιληπτή η ραγδαία επιδείνωση, ώστε να παραπεμφθεί σε κάποιον ειδικό (Henshaw et al., 2009).

*

Πέραν της αυτοκτονίας, που αποτελεί την σοβαρή επίπτωση των ΠΨΔ, μια από τις πιο σημαντικές επιπτώσεις των ΠΨΔ είναι η παγίωση αυτών και, εν τέλει η **χρονιότητα**. Σύμφωνα με τα πορίσματα των ερευνών, οι γυναίκες που εμφανίζουν κατάθλιψη και άγχος κατά την κύηση έχουν δεκαπλάσια πιθανότητα **υποτροπής** στο μέλλον σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Ο κίνδυνος αφορά όχι μόνο τις υποτροπές, αλλά και το ενδεχόμενο παγίωσης των **συναισθηματικών και αγχωδών ψυχικών διαταραχών** (McMahon et al., 2005. Dipietro, 2008. Davey et al., 2011. Meltzer-Brody & Stuebe, 2014). Οι συνέπειες δεν πλήττουν μόνο την ψυχική υγεία της γυναίκας, αλλά φαίνεται να συνδέονται τόσο με επιπλοκές στην εγκυμοσύνη και στον τοκετό, όσο και με δυσκολίες στην έναρξη και τη διάρκεια του θηλασμού (Lobel et al., 1992. Wadhwa et al., 1993. Lou et al., 1994. Bonari et al., 2004. Meltzer-Brody & Stuebe, 2014).

Για την πορεία και την ένταση των συμπτωμάτων, αποτελέσματα ερευνών αναφέρουν ότι η ένταση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι μεγαλύτερη τους πρώτους μήνες μετά τον τοκετό, αλλά φθίνει σταδιακά για ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών. Σε αρκετές περιπτώσεις τα καταθλιπτικά συμπτώματα επιμένουν τον πρώτο ή και τον δεύτερο χρόνο μετά τον τοκετό, χωρίς ιδιαίτερη αλλαγή στην έντασή τους (Goodman, 2004). Μάλιστα, οι Campbell και Cohn (1997) βρήκαν ότι τα συμπτώματα κατάθλιψης, είτε κλινικής είτε υποκλινικής, είναι παρόντα στο δείγμα ακόμα και δύο έτη μετά τον τοκετό (στο Goodman, 2004), ενώ άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι υπάρχει κίνδυνος παγίωσης της διαταραχής ή της επανεμφάνισής της σε επόμενη εγκυμοσύνη ή και λοχεία (Cox et al., 1987), ιδίως σε περιπτώσεις τραυματικού τοκετού, βίωμα που δημιουργεί αρνητικές επιπτώσεις στην επόμενη κύηση (Allen, 1998. Soet, et al., 2003. Davies et al., 2008. Bauer et al., 2014). Συγκεκριμένα, εμπειρίες όπως αυτή του πρόωρου τοκετού, της πρόκλησης και της καισαρικής τομής, είναι πιθανό να βιωθούν από τις γυναίκες ως τραυματικές. Η έρευνα στο συγκεκριμένο πεδίο δεν έχει καταλήξει στο αν η ύπαρξη προγεννητικής κατάθλιψης συνιστά αιτιολογικό παράγοντα για τη βίωση του τοκετού ως τραυματική εμπειρία ή αν η εμπειρία καθ'

αυτή θα μπορούσε να είναι τραυματική, ανεξάρτητα με την ύπαρξη ή όχι καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην κύηση.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία φάνηκε ότι οι γυναίκες που έχουν αποκτήσει μόνο ένα παιδί, εμφανίζουν σε πολύ υψηλότερο ποσοστό συμπτώματα κατάθλιψης, σε διάστημα τέσσερα χρόνια μετά τον τοκετό, παρά σε προηγούμενες φάσεις από τον τοκετό μέχρι και το διάστημα αυτό. Η έρευνα καταλήγει ότι η μητρική κατάθλιψη είναι πιο συχνή στα τέσσερα χρόνια μετά τον τοκετό σε σύγκριση με τους πρώτους 12 μήνες, στις γυναίκες με 1 παιδί (Woolhouse, 2014), συνηγορώντας προς την παγίωση και τη χρονιότητα, αν η διαταραχή δεν τύχει κατάλληλης παρέμβασης. Σε ανασκόπηση των διαχρονικών ερευνών που πραγματοποιήθηκε το 2013 φαίνεται ότι, στις περιπτώσεις μειζόνων επεισοδίων (κατάθλιψης ή άγχους) κατά την κύηση, υπάρχει 4 φορές μεγαλύτερος κίνδυνος για παγίωση της διαταραχής και 8 φορές μεγαλύτερος κίνδυνος για κακή κατάσταση γενικότερης υγείας σε 14, ακόμα και σε 25 έτη μετά τον τοκετό (Schmied, 2013).

Διαχρονική έρευνα σε γυναίκες που εκδήλωσαν το πρώτο επεισόδιο **ψύχωσης** μετά τον τοκετό υπολογίζει ότι υπάρχει πιθανότητα 9,7% υποτροπής για τα επόμενα δέκα χρόνια (Robertson et al., 2005, στο Bauer et al., 2014). Αυξημένο είναι επίσης το ποσοστό αυτοκτονιών και ο κίνδυνος όχι μόνο της υποτροπής, αλλά και της παγίωσης και της χρονιότητας της ψύχωσης (Hedegaard et al., 1993. Lewis et al., 2004. Howard, 2005. Jablensky et al., 2005). Φαίνεται ότι η σοβαρότητα του επεισοδίου που αντιμετωπίζει η γυναίκα επιδρά στην απόφασή της να κάνει δεύτερο παιδί. Στις περιπτώσεις για παράδειγμα της επιλόχειας ψύχωσης, ένα ποσοστό μεταξύ 40% και 70% των γυναικών αποφεύγουν να κάνουν δεύτερο παιδί, στην προσπάθειά τους να αποφύγουν μια υποτροπή (Robertson et al., 2003 στο Bauer et al., 2014).

*

Σύγχρονες έρευνες υποστηρίζουν τη σύνδεση των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών γενικότερα, όχι μόνο με τη χρονιότητα και τις υποτροπές στο εν λόγω φάσμα, αλλά και με επακόλουθες καρδιομεταβολικές ασθένειες, μέσω της αλληλεπίδρασης νευροενδοκρινολογικών μηχανισμών, διαταραχών στον ύπνο (Taveras et al., 2011) και των επιπτώσεων των ψυχικών διαταραχών στην υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας (Meltzer-Brody & Stuebe, 2014). Επιπλέον, σύγχρονες διαχρονικές έρευνες επισύρουν την προσοχή στη σχέση της προγεννητικής κατάθλιψης και του άγχους στη διατήρηση των κιλών της εγκυμοσύνης, έως και τρία χρόνια μετά τον τοκετό, με επιπτώσεις και στον μεταβολισμό της γυναίκας (Herring et al., 2008).

Taveras et al., 2011. Bogaerts et al., 2013). Η σχέση των ΠΨΔ με τη γενική υγεία, συνιστά ένα πεδίο που χρήζει περαιτέρω έρευνας.

Επιπτώσεις στη σχέση με τον σύντροφο και την οικογένεια

Οι επιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών πλήττουν και τους συζύγους των γυναικών, οι οποίοι αφενός νιώθουν απόρριψη από τη σύζυγο, αφετέρου δυσκολεύονται να κατανοήσουν την κατάσταση στην οποία βρίσκεται. Η σχέση του ζευγαριού υφίσταται ρήξη, που σε αρκετές περιπτώσεις δεν εξομαλύνεται (Chiariello και Orvaschel, 1995), ε όλες τις συνέπειες που κάτι τέτοιο επιφέρει στα παιδιά. Ακόμα και η εμπειρία ενός τραυματικού τοκετού ενέχει κίνδυνο για τις σχέσεις της οικογένειας (Allen, 1998. Soet et al. 2003. Davies et al. 2008).

Τα πορίσματα των ερευνών δείχνουν μια συστηματική σχέση ανάμεσα στην απουσία ικανοποίησης από τη συζυγική σχέση και την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η αλληλεπίδραση του ζευγαριού, όταν ο ένας από τους δύο συντρόφους πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή εμπεριέχει περισσότερα επεισόδια συγκρούσεων και έντασης. Οι Gotlib και Hammen κατέγραψαν έναν αρνητικό τρόπο έκφρασης των συναισθημάτων, που φαίνεται να οδηγεί σε έναν φαύλο κύκλο απογοήτευσης (στο Hanley, 2009, σελ. 101).

Αξίζει να σημειωθεί ότι η έρευνα για τις περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές έχει αρχίσει ήδη να στρέφεται στην ανίχνευση συμπτωμάτων και στους υποψήφιους ή και τους νέους πατέρες. Οι περισσότεροι άντρες κατορθώνουν να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στη μετάβασή τους στην πατρότητα. Ωστόσο, ένα ποσοστό μέχρι και 30% των αντρών ενδέχεται να εμφανίσουν κάποια συμπτώματα από το καταθλιπτικό ή το αγχώδες φάσμα (Huang και Warner, 2005).

Επιπτώσεις στην Κοινωνία

Οι περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές οδηγούν σε στιγματισμό, αποξένωση των μελών της οικογένειας από τον κοινωνικό περίγυρο, απόκρυψη του προβλήματος, επαγγελματική έκπτωση, καθώς και γενικότερη έκπτωση της λειτουργικότητας (Chiariello & Orvaschel, 1995).

Το 2014, το Personal Social Services Research Unit, στο πλαίσιο της καμπάνιας για τις περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές με τον τίτλο «Everyone's Business Campaign», και σε συνεργασία με το London School of Economics, δημοσίευσε έκθεση για την επιβάρυνση και το κόστος που έχουν οι διαταραχές αυτές στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) του Ηνωμένου Βασιλείου και γενικότερα στην κοινωνία. Η έκθεση αυτή, σύμφωνα πάντα με τους συγγραφείς, αποτελεί προϊόν της πρώτης έρευνας στο ειδικό πεδίο του κόστους των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών. Σύμφωνα με αυτήν, το κόστος της κατάθλιψης, των αγχώδων διαταραχών και της ψύχωσης κατά την περιγεννητική περίοδο ανέρχεται στα 8,1 δισεκατομμύρια αγγλικές λίρες κάθε χρόνο. Αυτό το ποσό αντιστοιχεί σε 10.000 λίρες για κάθε γέννα. Από αυτό 1,2 δισεκατομμύρια λίρες επιβαρύνουν το Εθνικό Σύστημα Υγείας ετησίως, ενώ το προβλεπόμενο κόστος για να πραγματοποιηθούν οι απαραίτητες αλλαγές και να προσαρμοστεί το NHS στις εθνικές κατευθυντήριες, είναι 280 εκατομμύρια λίρες, ποσό που αντιστοιχεί σε 2.100 λίρες ανά γέννα. Κάθε μεμονωμένη περίπτωση περιγεννητικής κατάθλιψης κοστίζει στο NHS 74.000 λίρες, κάθε ασθενής με αγχώδη διαταραχή κοστίζει 35.000, ενώ κάθε ασθενής με ψύχωση, 53.000 λίρες, συνυπολογίζοντας σε αυτά τα ποσά τις οικονομικές επιπτώσεις που αφορούν τη γυναίκα και το παιδί. Οι γυναίκες με περιγεννητική κατάθλιψη χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας, για αρκετά χρόνια μετά τον τοκετό (Bauer et al., 2014), ενώ το συνολικό κόστος για τη φροντίδα δυάδας μητέρας- βρέφους, ως προς τη χρήση των εν λόγω υπηρεσιών, είναι σημαντικά μεγαλύτερο σε σχέση με αυτό των μητέρων που δεν πάσχουν από κατάθλιψη (Petrou et al., 2002). Σημαντική είναι και η χρήση υπηρεσιών υγείας από γυναίκες που βίωσαν έναν τραυματικό τοκετό (Allen, 1998. Soet et al., 2003. Davies et al. 2008. Bauer et al., 2014). Ωστόσο, τα δεδομένα για τη συγκεκριμένη διαταραχή είναι ανεπαρκή και δεν είναι δυνατό να διαχωριστεί η επίπτωση της από αυτή του αγχώδους φάσματος γενικότερα (Bauer et al., 2014).

Επίσης, σύμφωνα με τους Bauer et al., (2014) έρευνα των Plaisier και συνεργατών, καταγράφει μείωση της παραγωγικότητας και των εσόδων σε εργαζόμενες γυναίκες με περιγεννητική ψυχική διαταραχή. Σύμφωνα με την προαναφερθείσα έκθεση, οι γυναίκες που πάσχουν από περιγεννητική κατάθλιψη

εμφανίζουν μείωση στα ποιοτικά προσαρμοσμένα έτη ζωής (QALYs, Quality-Adjusted Life Years⁷).

Στην περίπτωση δε της ψύχωσης, το κόστος είναι ιδιαίτερα αυξημένο, αν λάβουμε υπόψη την μακρά περίοδο υποχώρησής του επεισοδίου και σταθεροποίησης της ασθενούς (υπολογίζεται ένας μέσος όρος 37 εβδομάδων), της συχνότερης ανάγκης για νοσηλείες, του μεγαλύτερου κινδύνου αυτοκτονίας και των συνεπειών αυτής, καθώς και της σοβαρής και μακροχρόνιας αδυναμίας που αντιμετωπίζουν αρκετές ασθενείς στο να φροντίσουν μόνες το παιδί τους (Bauer et al., 2014).

Αιτιολογία των Περιγεννητικών Ψυχικών Διαταραχών

Η αιτιογένεση των ψυχικών διαταραχών κατά την περιγεννητική περίοδο είναι πολυπαραγοντική. Τόσο η επιδημιολογικές όσο και οι έρευνες μεταανάλυσης, αναδεικνύουν την πολύπλοκη αλληλεπίδραση περιβαλλοντικών παραγόντων, βιωμάτων, κοινωνικών συνιστωσών, αλλά και υποκειμενικών, όπως για παράδειγμα ο τρόπος που η γυναίκα αντιλαμβάνεται αυτά που της συμβαίνουν, παράγοντες δηλαδή που αφορούν την προσωπικότητα (O' Hara & Swain, 1996. Ross et al., 2004. Bilszta et al., 2008). Στρεσογόνοι παράγοντες όπως οι ορμονικές διακυμάνσεις, η στέρηση ύπνου και η φροντίδα του νεογνού μπορεί να αποκαλύψουν μια λανθάνουσα ψυχική ευαλωτότητα και να πυροδοτήσουν την εκδήλωση κάποιας περιγεννητικής ψυχικής διαταραχής (Meltzer-Brody και Stuebe, 2014).

Η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών βασίζεται στην ανίχνευση των παραγόντων εκείνων που ασκούν καθοριστική επίδραση στην αιτιογένεση και εμφάνιση των διαταραχών (risk factors). Οι παράγοντες κινδύνου συνιστούν προσιαθετικούς παράγοντες, εφόσον σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα εκδήλωσης της διαταραχής, με μεγαλύτερη σοβαρότητα και διάρκεια των συμπτωμάτων. Από την άλλη, οι προστατευτικοί παράγοντες είναι αυτοί που αυξάνουν την ανθεκτικότητα των ατόμων στους παράγοντες κινδύνου και τις διαταραχές. Δύνανται να τροποποιούν, να βελτιώνουν ή να αλλάζουν την απάντηση του ατόμου στους περιβαλλοντικούς

⁷ Ο όρος QALY επινοήθηκε στη δεκαετία του '70 και έχει καταστεί ένα διεθνώς αναγνωρισμένο εργαλείο από τα μέσα της δεκαετίας του '90. Το QALY είναι το αριθμητικό προϊόν του προσδόκιμου ζωής, σε συνδυασμό με κάποιο μέτρο για την ποιότητα των ετών που απομένουν. Πιο απλά, αφορά τα έτη ζωής που προσθέτει μια θεραπευτική παρέμβαση (πηγή: <http://www.eufic.org/article/el/artid/Measuring-burden-disease-concept-QALY-DALY/>).

κινδύνους, που προδιαθέτουν σε ένα δυσπροσαρμοστικό αποτέλεσμα (WHO, 2004, σ. 20). Οι παράγοντες κινδύνου και οι υποστηρικτικοί παράγοντες μπορεί να είναι ατομικοί, οικογενειακοί, κοινωνικοί, οικονομικοί, περιβαλλοντικοί.

Εξαιτίας των σοβαρών επιπτώσεων που συνοδεύουν τις ψυχικές διαταραχές στην περιγεννητική περίοδο, ένας από τους πλέον επιθυμητούς στόχους είναι ο εντοπισμός των γυναικών που αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο να εκδηλώσουν ψυχικές διαταραχές, καθώς και όσων ήδη πάσχουν από αυτές⁸. Από τη στιγμή που εντοπίζονται οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται σημαντικά με την εκδήλωση κάποιας διαταραχής, διευκολύνεται η δημιουργία αξιόπιστων και έγκυρων εργαλείων και παρεμβάσεων για την ανίχνευσή τους.

Τα τελευταία 30 χρόνια, η έρευνα για τους παράγοντες κινδύνου που συνδέονται κυρίως με την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης, και λιγότερο άλλων διαταραχών και σε άλλες φάσεις της περιγεννητικής περιόδου, είναι εκτεταμένη. Οι έρευνες μέχρι το 2003 ανιχνεύουν τους παράγοντες κινδύνου που συγκεντρώνουν οι γυναίκες πριν τον τοκετό (antenatal risk factors). Από το 2003 και μετά, στις έρευνες αρχίζουν να συμπεριλαμβάνονται παράγοντες κινδύνου που κάνουν για πρώτη φορά την εμφάνισή τους στον τοκετό ή και μετά από αυτόν, για παράδειγμα κάποιες επιπλοκές κατά τον τοκετό ή η εκτιμώμενη συμπεριφορά του νεογνού (Webster & Pritchard, 2003).

Έχουν επίσης πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες μεταανάλυσης και ανασκοπήσεις, με στόχο κυρίως τη συσσώρευση των αποτελεσμάτων μεμονωμένων ερευνών και την ιεράρχηση των πιο σημαντικών παραγόντων για την εκδήλωση της διαταραχής.

Παρ' όλες τις διαφορές στη μεθοδολογία, τα αποτελέσματα των ερευνών συνήθως συμφωνούν για την επικινδυνότητα συγκεκριμένων παραγόντων (O'Hara & Swain, 1996. Beck, 2001. Ross et al., 2004. Οι παράγοντες που έχουν μέση έως και ισχυρή συσχέτιση με την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης είναι το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό κατάθλιψης, τα συμπτώματα κατάθλιψης ή και άγχους κατά την κύηση, ο νευρωτισμός, το χαμηλό αυτοσυναίσθημα, η επιλόχεια δυσφορία, τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής, τα προβλήματα στη σχέση με τον σύζυγο και η απουσία κοινωνικής υποστήριξης. Παράγοντες με μικρότερη συσχέτιση είναι η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η απουσία συντρόφου, η ανεπιθύμητη κύηση,

⁸ βλ. και Ανίχνευση των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών.

μαιευτικοί παράγοντες και η δύσκολη ιδιοσυγκρασία του βρέφους (O'Hara et al., 2014) (βλ. παρακάτω).

*

Για τις ανάγκες της δημιουργίας του Antenatal and Postnatal Mental Health, The NICE Guideline on Clinical Management and Service Guidance (NICE, 2007), πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου για τα έτη μεταξύ 1996 έως και 2005 και εντοπίστηκαν τρεις ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας. Η πρώτη είναι η έρευνα της Beck και συνεργατών (2001), όπου αποτελεί έρευνα μεταανάλυσης έπειτα από συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας από το 1990 έως και το 2000, που περιλαμβάνει 84 έρευνες. Έπεται η έρευνα των O'Hara και συνεργατών (1996), που πρόκειται επίσης για μια έρευνα μεταανάλυσης για τη σχέση της επιλόχειας κατάθλιψης με παράγοντες κινδύνου, και συμπεριλαμβάνει 59 έρευνες. Τέλος, είναι η έρευνα των Robertson και συνεργατών (2004), έρευνα μεταανάλυσης που συμπεριλαμβάνει τις 2 προηγούμενες έρευνες και 26 επιπλέον που πραγματοποιήθηκαν από το 1990 έως και το 2002.

Οι παράγοντες που έχουν υψηλή προγνωστική ισχύ, σύμφωνα με την ανασκόπηση του NICE, αναγράφονται παρακάτω:

Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης σύμφωνα με τον Antenatal and Postnatal Mental Health, The NICE Guideline on Clinical Management and Service Guidance

Καταθλιπτική διάθεση κατά την κύηση
Κατάθλιψη κατά την κύηση
Προγεννητικό άγχος
Κοινωνική υποστήριξη
Πρόσφατα γεγονότα ζωής
Ατομικό ιστορικό κατάθλιψης
Ατομικό ψυχιατρικό ιστορικό
Αυτοσυναίσθημα
Άγχος για τη φροντίδα του βρέφους
Σχέση με τον σύζυγο
Νευρωτισμός
Επιπλοκές κατά τον τοκετό
Διαφωνίες στη συζυγική σχέση

Μαιευτικοί παράγοντες
Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες
Οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης

(NICE, 2007, σσ. 95-96)

Η πιο πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την επικράτηση και τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την επιλόχεια κατάθλιψη, δημοσιεύτηκε το 2015 από τους Norhayati και συνεργάτες. Συμπεριλήφθηκαν σε αυτήν 202 έρευνες που δημοσιεύθηκαν στα Αγγλικά από το 2005 έως και το 2014. Κατά τη δεκαετία αυτή πραγματοποιήθηκαν 191 έρευνες που χρησιμοποίησαν αυτοσυμπληρούμενα ψυχομετρικά εργαλεία, και η πλειοψηφία αυτών πραγματοποιήθηκε σε αναπτυγμένες χώρες. Επίσης, εικοσιμία έρευνες χρησιμοποίησαν δομημένες κλινικές συνεντεύξεις. Σύμφωνα με την ανασκόπηση, οι παράγοντες με την ισχυρότερη προβλεπτική ισχύ για την εμφάνιση επιλόχειας διαταραχής είναι η προγεννητική κατάθλιψη και το άγχος, η ύπαρξη προηγούμενου ψυχιατρικού ιστορικού, οι δυσκολίες στη σχέση με τον σύζυγο, καθώς και στρεσογόνα γεγονότα ζωής. Οι προαναφερθέντες παράγοντες είναι εξίσου σημαντικοί στις αναπτυγμένες και στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Αναλυτικότερα, για τις **αναπτυγμένες χώρες** σημαντικοί παράγοντες κινδύνου είναι η προγεννητική κατάθλιψη και το άγχος, το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, οι δυσκολίες στη σχέση με τον σύζυγο, τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής, το άγχος για τη φροντίδα του βρέφους και η αρνητική στάση απέναντι στην εγκυμοσύνη. Οι ψυχολογικοί παράγοντες κινδύνου που εντοπίστηκαν μόνο στις αναπτυγμένες χώρες είναι τα προβλήματα ψυχικής υγείας, η κακή ποιότητα ζωής, το ιστορικό προεμμηνορυσιακής δυσφορίας, η πρόθεση για επιστροφή στην εργασία και η υποκειμενική αίσθηση του στρες. Τέλος, φαίνεται ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα στην επιλόχεια κατάθλιψη και τη σεξουαλική, σωματική ή ψυχολογική βία (Norhayati et al., 2015).

Στις **υπό ανάπτυξη χώρες** σημαντικοί παράγοντες είναι η προγεννητική κατάθλιψη και το άγχος, το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, οι δυσκολίες στη σχέση με τον σύζυγο, τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής, το άγχος για τη φροντίδα του βρέφους και η αρνητική στάση απέναντι στην εγκυμοσύνη. Τα αποτελέσματα για το οικογενειακό ιστορικό ψυχικής ασθένειας είναι αμφιλεγόμενα. Τέλος, δεν φαίνεται να

υπάρχει σχέση ανάμεσα στην επιλόχεια κατάθλιψη και τη σωματική κακοποίηση (Savarimuthu et al., 2009. Norhayati et al., 2015).

Οι σύγχρονες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Αφρική[6], την Άπω ανατολή και τη Μέση Ανατολή, καταγράφουν παρόμοια ποσοστά εμφάνισης της επιλόχειας κατάθλιψης με τις Δυτικές κοινωνίες. Κάποια διαφοροποίηση παρατηρείται στους προβλεπτικούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων το φύλο του παιδιού, η πολυτοκία και οι δυσμενείς συνθήκες στέγασης (Gonidakis et al., 2008).

Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας, λαμβάνοντας υπόψη την προβλεπτική αξία των παραγόντων κινδύνου, όπως προκύπτει από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και, προκειμένου να γίνει αντιληπτή η επενέργεια των παραγόντων αυτών στις διάφορες περιόδους στη ζωή ενός ατόμου, μπορούμε να ταξινομήσουμε τους παράγοντες ως εξής:

1. Παρουσία συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής κατά την κύηση

Η πλειονότητα των ερευνών για τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης συγκλίνουν στο ότι **η παρουσία καταθλιπτικής διάθεσης** (Heron et al., 2004. Leigh et al., 2008. Davey et al., 2011. Lanes et al., 2011. Gaillard et al., 2014) **και άγχους** (Heron et al., 2004. Austin et al., 2007. Grussu et al., 2009), **κατά τη διάρκεια της κύησης** (Grant et al., 2008. Zelkowitz et al., 2008) αποτελούν τους παράγοντες με την ισχυρότερη προβλεπτική ισχύ (O' Hara, 1996. Robertson, 2004. Norhayati et al., 2015). Μάλιστα, η προγεννητική κατάθλιψη σε συνδυασμό με την ύπαρξη προηγούμενου ψυχιατρικού ιστορικού και με την απουσία υποστήριξης από τον σύντροφο, συνιστούν έναν αστερισμό με την υψηλότερη προβλεπτική ισχύ για συγκέντρωση βαθμολογίας μεγαλύτερης του 12 στην EPDS (Milgrom et al., 2008).

Εξαιτίας αυτού του ευρήματος, οι περισσότερες έρευνες προτείνουν ότι θα πρέπει να πραγματοποιείται ανίχνευση της **κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της κύησης** και μάλιστα στο τελευταίο τρίμηνο, που είναι ενδεικτικό (Josefsson et al., 2001). Σε έρευνα που διεξήχθη από τους Records και Rice (2007), διαπιστώθηκε ότι στο τρίτο τρίμηνο της κύησης η καταθλιπτική διάθεση η οποία δεν πληροί διαγνωστικά κριτήρια μείζονος επεισοδίου, συνιστά υποτροπή συμπτωμάτων που εμφανίστηκαν αρχικά στο πρώτο τρίμηνο, ως αποτέλεσμα της παρουσίας δυσκολιών στη σχέση με τον σύζυγο και ελλιπούς κοινωνικής υποστήριξης.

Η εμφάνιση συμπτωμάτων κατά την κύηση έχει συνδεθεί με χαμηλό αυτοσυναίσθημα, άγχος, απουσία επαρκούς κοινωνικής υποστήριξης, αρνητικές πεποιθήσεις, σημαντικά γεγονότα ζωής, χαμηλό εισόδημα και ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία) (Jesse et al., 2005. Leigh et al., 2008).

Ειδικά το **άγχος** κατά την περίοδο της κύησης αποτελεί ισχυρό προβλεπτικό παράγοντα για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Αποτελέσματα έρευνας δείχνουν ότι οι γυναίκες με υψηλά επίπεδα προγεννητικού άγχους έχουν 2,6 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη από όσες δεν βιώνουν άγχος, ακόμα και όταν ελεγχθούν οι παρεμβαλλόμενες μεταβλητές, όπως η προγεννητική κατάθλιψη (Austin et al., 2007). Μάλιστα, συχνά το προγεννητικό άγχος, ως παράγοντας κινδύνου, επικαλύπτει την κατάθλιψη (Heron et al., 2004).

Οι **δυσκολίες με τον ύπνο** αποτελούν σύμπτωμα της κατάθλιψης και ταυτόχρονα μια διαφορετική διαταραχή που ενδέχεται να προηγείται αυτής. Οι γυναίκες συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες με τον ύπνο κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, και συγκεκριμένα το τελευταίο τρίμηνο, αλλά και μετά τον τοκετό. Συγκεκριμένα, έχουν συστηματικές αφυπνίσεις, διακοπτόμενο ύπνο, στέρηση ύπνου που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και αργότερα με τη φροντίδα του βρέφους (Bei et al., 2010). Στον βαθμό που στην περιγεννητική περίοδο υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για την εμφάνιση καταθλιπτικών διαταραχών, η στέρηση ύπνου ενδέχεται να επηρεάσει προς αυτή την κατεύθυνση. Μια ανασκόπηση των ερευνητικών πορισμάτων από εικοσιμία διαχρονικές έρευνες, αναδεικνύουν ότι ο κίνδυνος κατάθλιψης είναι διπλάσιος σε περιπτώσεις που τα άτομα πάσχουν από αϋπνία (Baglioni et al., 2011). Στην έρευνα του (Dørheim, 2014) φαίνεται ότι ο ύπνος και οι διαταραχές αυτού κατά την κύηση, με σημαντικότερη την αϋπνία, συνιστούν παράγοντες κινδύνου για την επανεμφάνιση κατάθλιψης κατά τη λοχεία, σε γυναίκες που είχαν αντιμετωπίσει κατάθλιψη στο παρελθόν, όχι όμως σε όσες δεν είχαν ψυχιατρικό ιστορικό.

2. Προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό

Η ύπαρξη προηγούμενου ατομικού ψυχιατρικού ιστορικού **συμπεριλαμβανόμενης και της κατάθλιψης**, αποτελεί έναν από τους παράγοντες με τη μεγαλύτερη προγνωστική ισχύ για την εμφάνιση διαταραχών κατά την περιγεννητική περίοδο (O' Hara, 1996. Robertson, 2004. Boyce και Hickey, 2005. Chee et al., 2005). Σε ανασκόπηση των διαχρονικών ερευνών που πραγματοποιήθηκε το

2013, βρέθηκε ότι η ύπαρξη προηγούμενου ιστορικού κατάθλιψης συνιστά παράγοντα με πολύ υψηλή προγνωστική ισχύ για την εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης μετά τον τοκετό (Schmied et al., 2013). Υποστηρίζεται ότι οι γυναίκες που είχαν οποιοδήποτε ψυχιατρικό ιστορικό στο παρελθόν έχουν τετραπλάσια πιθανότητα να εκδηλώσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία μετά τον τοκετό (Dennis et al., 2006), ενώ ο κίνδυνος εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης φαίνεται να εξαρτάται από **τη σοβαρότητα και τη διάρκεια του προηγούμενου επεισοδίου** (Elliott et al. 2000). Επίσης, έχει βρεθεί ότι οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν προεμμηνορροσιακά συμπτώματα έχουν αυξημένη πιθανότητα να εκδηλώσουν επιλόχεια κατάθλιψη (Ryan, Milis, Misri, 2005).

Η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού ψυχικής νόσου στην οικογένεια φαίνεται να σχετίζεται σε μικρό βαθμό με την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης, ενώ υπάρχουν έρευνες που δεν επιβεβαιώνουν την ισχύ της ως προβλεπτικού παράγοντα (Dennis et al., 2006).

3. Υποστηρικτικό Δίκτυο - Σχέση με τον Σύζυγο/Σύντροφο

Παρόλο που η αιτιολογία της επιλόχειας κατάθλιψης είναι πολυπαραγοντική, η απουσία της κοινωνικής υποστήριξης αποτελεί παράγοντα που συνδέεται σταθερά και ανεξάρτητα με την επιλόχεια κατάθλιψη (Boyce & Hickey, 2005. Chee et al., 2005. Norhayati et al., 2015). Οι θετικές διαπροσωπικές σχέσεις φαίνεται ότι συγκροτούν ένα υποστηρικτικό δίκτυο που επηρεάζει σημαντικά την περιγεννητική ψυχική υγεία. Η υποστήριξη από το στενό οικογενειακό ή το ευρύτερο περιβάλλον, δρα ως διαμεσολαβητικός παράγοντας στην εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης, είτε μειώνοντας τα καταθλιπτικά συμπτώματα καθ' αυτά, είτε μειώνοντας τις συνέπειες των ψυχοπιεστικών γεγονότων της ζωής (life events) και την ευαλωτότητα της γυναίκας. Η παρουσία υποστήριξης ακόμα και από φίλους, αποτελεί προστατευτικό παράγοντα για την εμφάνιση επιλόχειας διαταραχής (Grussu et al., 2009).

Υπάρχουν ενδείξεις ότι, κατά τη μετάβαση στη γονεϊκότητα, τα υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής και πρακτικής υποστήριξης, σχετίζονται με καλύτερη ψυχική υγεία της μητέρας, επομένως και με την αναφορά λιγότερων καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Howell et al., 2006. Bilszta et al., 2008). Γενικά, η απουσία κοινωνικής υποστήριξης καθώς και **η υποκειμενική αίσθηση της κοινωνικής απομόνωσης** και της μειωμένης υποστήριξης από τον περίγυρο, είναι παράγοντες που ανιχνεύονται στις

γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη, ενώ απουσιάζουν από τις γυναίκες που δεν εμφανίζουν αντίστοιχα συμπτώματα (O' Hara, 1996. Robertson, 2004. Deng, 2014). Η απουσία κοινωνικής υποστήριξης φαίνεται να αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης, ανεξάρτητα με την εθνικότητα (Surkan et al., 2006. Norhayati et al., 2015).

Ανάλογα, σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας είναι και η παρουσία **ενδοοικογενειακής βίας** (McGrath et al., 2008. Dennis & Vigod, 2013). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Κίνα, φαίνεται ότι η απουσία υποστήριξης (πρακτικής βοήθειας, υλικής βοήθειας, αλλά και σεβασμού και συναισθηματικής υποστήριξης) μετά τον τοκετό, επιβαρύνει περισσότερο και συνδέεται πιο συστηματικά με την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης, σε σύγκριση με την απουσία υποστήριξης κατά την εγκυμοσύνη (Xie et al., 2009). Ανάλογα είναι τα αποτελέσματα που προκύπτουν από δείγμα Λατίνων χαμηλού οικονομικού επιπέδου. Συγκεκριμένα, η ποιότητα στον γάμο και η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης είναι σημαντικοί παράγοντες για την εκτίμηση της επικινδυνότητας για την εμφάνιση κατάθλιψης (Diaz et al., 2007). Σε ανασκόπηση των ερευνών που πραγματοποιήθηκε από τον Norhayati et al., (2015) η ενδοοικογενειακή βία, η ανεργία και το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο του συζύγου, οι κακές συνθήκες διαβίωσης και η πολυγαμία, φαίνεται να αποτελούν επιπλέον παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την επιλόχεια κατάθλιψη στις **αναπτυσσόμενες χώρες**.

Ενδιαφέρον προκαλεί το εύρημα ότι, χαρακτηριστικά που αφορούν τον αστικό τρόπο ζωής, σε αντίθεση με τη ζωή στις παραδοσιακές κοινωνίες, εντείνουν την εκδήλωση επιλόχειων συμπτωμάτων. Μάλιστα, ανάμεσα στο 1980-90 είχε διατυπωθεί η υπόθεση ότι η επιλόχεια κατάθλιψη εμφανίζεται πιο συχνά στις αστικές – δυτικές κοινωνίες, ως αποτέλεσμα της μεταστροφής από την παραδοσιακή και εκτεταμένη οικογένεια στην πυρηνική, καθώς και της ιατρικοποίησης του τοκετού, που απομακρύνει τις γυναίκες από τις συνήθειες και τα παραδοσιακά έθιμα ή τις τελετουργίες, τα οποία δρούσαν προστατευτικά στον τοκετό και τη λοχεία (Halbreich & Karkun, 2006. Klainin & David, 2009. Youn & Jeong, 2013). Για παράδειγμα, στις μη αστικές περιοχές της Κίνας η λεχωίδα παραμένει στο κρεβάτι και ξεκουράζεται τις πρώτες τέσσερις εβδομάδες μετά τον τοκετό, ενώ οι δουλειές του σπιτιού και η φροντίδα του βρέφους διεκπεραιώνονται από τη μητέρα της γυναίκας ή άλλες συγγενείς. Η αυξημένη καταθλιπτική συμπτωματολογία που παρατηρείται στις αστικές

περιοχές της Κίνας, αποδίδεται εν μέρει και στην απουσία υποστηρικτικού δικτύου (Deng, 2014).

Κάποιες έρευνες αναδεικνύουν τη σχέση με τη μητέρα του συζύγου σαν παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης (Deng, 2014). Υπάρχουν ενδείξεις ότι, η ενθάρρυνση της παραμονής της λεχωίδα στο σπίτι, αλλά και η παρουσία στο σπίτι συγγενών προκειμένου να τη βοηθήσουν, ενδέχεται εν τέλει να μη δράσει υποστηρικτικά, αλλά να οδηγήσει στη δημιουργία συγκρούσεων και αμφιθυμίας αναφορικά με την ανατροφή του παιδιού. Αφενός οι συγγενείς βοηθούν τη νέα μητέρα, αφετέρου όμως μπορεί και να της προκαλούν δυσφορία, κυρίως αν δεν προϋπάρχει μια θετική διαπροσωπική σχέση μεταξύ τους (Chee et al., 2005).

Παρόλο που η Ελλάδα συμπεριλαμβάνεται στις Δυτικού τύπου οργανωμένες κοινωνίες, οι δεσμοί με το παραδοσιακό στοιχείο είναι ακόμα ισχυροί, όπως συμβαίνει και σε άλλες Δυτικές χώρες, για παράδειγμα την Ισπανία ή την Ιταλία. Τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό συχνά η λεχωίδα απολαμβάνει τη φροντίδα της μητέρας της ή και της πεθεράς της. Σε αρκετές περιπτώσεις οι γυναίκες αυτές διαμένουν στο σπίτι μαζί με το ζευγάρι για να βοηθούν τη λεχωίδα.

Εξαιτίας του ότι οι γυναίκες νιώθουν ευάλωτες σωματικά αλλά και ψυχικά μετά τον τοκετό, η παρουσία ενός **υποστηρικτικού συντρόφου** λειτουργεί ψυχοπροφυλακτικά ενάντια στις δυσκολίες και την πίεση που δημιουργεί η μετάβαση στη μητρότητα (Bilszta et al., 2008). Τα προβλήματα στη σχέση με τον σύζυγο, που αποτελεί το κατεξοχήν θεμιτό υποστηρικτικό πλαίσιο για τη γυναίκα, φαίνεται ότι αυξάνουν τον κίνδυνο για προγεννητική (Eberhard-Gran et al., 2002) αλλά και για επιλόχεια κατάθλιψη (Boyce & Hickey, 2005. O' Hara, 1996. Robertson, 2004.). Οι γυναίκες που εμφανίζουν κατάθλιψη μετά τον τοκετό, αναφέρουν μη ικανοποιητική σχέση με τους συζύγους (Ροζαν, 2013), τους οποίους θεωρούν ανεπαρκείς, όσον αφορά την παροχή πρακτικής και συναισθηματικής υποστήριξης (O'Hara, 1986). Η αρνητική αντίδραση του συντρόφου στην εγκυμοσύνη θεωρείται επίσης προβλεπτικός παράγοντας της εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων στις γυναίκες (Bilszta et al., 2008).

Παρόλο που κάποια πορίσματα αναδεικνύουν την απουσία του συντρόφου, δηλαδή τη **μονογενεϊκή οικογένεια**, ως παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση

καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Webster et al., 1994), υπάρχουν ευρήματα που υποστηρίζουν ότι, η ικανοποίηση από τη συντροφική σχέση είναι ο παράγοντας που δρα διαμεσολαβητικά στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην εγκυμοσύνη, και όχι τόσο η παρουσία ή η απουσία του συντρόφου αυτή καθ' αυτή. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες χωρίς σύντροφο εμφανίζουν χαμηλότερη βαθμολογία στην EPDS από τις γυναίκες που έχουν σύντροφο, αλλά δεν είναι ικανοποιημένες από τη μεταξύ τους σχέση (Bilszta et al., 2008).

4. Γεγονότα ζωής (Life events)

Σημαντική είναι, επίσης, και η σχέση σημαντικών **γεγονότων ζωής** και εμπειριών, όπως ο θάνατος αγαπημένου προσώπου, ο χωρισμός ή το διαζύγιο, η απόλυση από την εργασία, η αλλαγή τόπου κατοικίας, κλπ., με την εμφάνιση άγχους ή την έκλυση καταθλιπτικού επεισοδίου σε άτομα που δεν είχαν προηγούμενο ιστορικό συναισθηματικής διαταραχής (O' Hara, 1996. Robertson, 2004).

Οι Boyce και Hickey (2005) επισημαίνουν την αθροιστική επίδραση περισσότερων του ενός στρεσογόνων γεγονότων ζωής που αντιμετώπισε η γυναίκα τον χρόνο που προηγήθηκε της κύησης. Σε πιο πρόσφατη έρευνα φάνηκε ότι, **τα γεγονότα ζωής που αφορούν την κύηση**, (παραδείγματος χάρη, οι ιατρικές εξετάσεις για την υγεία του εμβρύου, η πιθανότητα αναπτυξιακών ανωμαλιών, οι αιμορραγίες ή άλλες επιπλοκές που μπορεί να οδηγήσουν σε τερματισμό της κύησης), αυξάνουν τα επίπεδα του άγχους. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα φαίνεται ότι αυξάνονται όταν η γυναίκα έρχεται αντιμέτωπη **με γεγονότα ζωής που δεν αφορούν την κύηση**. Τα παραπάνω δεν φαίνεται να επηρεάζονται από χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ή παιδικά τραύματα (Meijer et al., 2014).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 3.011 γυναικών στη Σουηδία, φάνηκε ότι, δύο ή περισσότερα γεγονότα ζωής κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους όπως, μη επιθυμητή σύλληψη, προηγούμενη αποβολή ή αρνητική εμπειρία τοκετού, είναι προβλεπτικοί παράγοντες της επιλόχειας κατάθλιψης⁹ (Rubertsson, Waldenstrom, Wickberg, 2003). Τα οικονομικά προβλήματα εντοπίστηκαν επίσης σαν στρεσογόνα γεγονότα ζωής (Marcus et al., 2003; Seguin, Potvin, St. Denis, & Jacinthe,

⁹ Βλ. και «Μαιευτικοί και γυναικολογικοί παράγοντες» και «Κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες».

1995, στο Records και Rice, 2007). Ωστόσο, κάποιοι ερευνητές θεωρούν ότι όλα τα άτομα βιώνουν στρεσογόνα γεγονότα ζωής, των οποίων η επίπτωση τελικά φαίνεται να επηρεάζεται από την προσαρμοστική ικανότητα του κάθε ατόμου καθώς και το υποστηρικτικό του δίκτυο, παράγοντες που φαίνεται να δρουν διαμεσολαβητικά (Marcus et al., 2003; Rubertsson & Waldenstrom, 2003; Seguin et al., 1995, στο Records και Rice, 2007).

Τέλος, υποστηρίζεται ότι τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής είναι ισχυρός προγνωστικός παράγοντας όχι μόνο για την επιλόχεια, αλλά και για την προγεννητική κατάθλιψη (Eberhard-Gran et al., 2002).

5. Χαρακτηριστικά προσωπικότητας

Η ευάλωτη προσωπικότητα θεωρείται σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης (Boyce & Hickey, 2005).

Ο **νευρωτισμός**, σαν στοιχείο της προσωπικότητας, έχει μικρή έως μέση προγνωστική ισχύ για την εμφάνιση επιλόχειων συναισθηματικών διαταραχών. Ο νευρωτισμός συνδέεται άμεσα με το άγχος, που δεν επιτρέπει στο άτομο να είναι λειτουργικό ως προς τις σχέσεις και την κοινωνικότητα. Αφορά άτομα που ανησυχούν αρκετά, είναι νευρικά, ντροπαλά, απαισιόδοξα, και διέπονται από μηρυκασμό στη σκέψη. Οι γυναίκες που, ως προσωπικότητες χαρακτηρίζονται από τα στοιχεία αυτά, είναι πιο πιθανό να εκδηλώσουν επιλόχεια διαταραχή (Robertson, 2004).

Η **αίσθηση αναποτελεσματικότητας και ανεπάρκειας** συνδέεται επίσης με την εμφάνιση επιλόχειων διαταραχών (Howell et al., 2006). Το 2005 πραγματοποιήθηκε έρευνα από τους Church και συνεργάτες, με στόχο τη διερεύνηση του διαμεσολαβητικού ρόλου που ενδέχεται να έχουν διάφορες δυσλειτουργικές αντιλήψεις σε παράγοντες που έχουν συνδεθεί με την επιλόχεια κατάθλιψη. Ως αποτέλεσμα βρέθηκε ότι δυσλειτουργικά γνωσιακά σχήματα ή οι στάσεις που αφορούν τη μητρότητα, δρουν ως διαμεσολαβητές ανάμεσα στην επιλόχεια κατάθλιψη και τα προβλήματα με το μωρό. Αντίστοιχα, βρέθηκε ότι γενικά δυσλειτουργικά γνωσιακά σχήματα (απόλυτος τρόπος σκέψης ή και τελειοθηρία) διαμεσολαβούν τη σχέση προηγούμενης και επιλόχειας κατάθλιψης. Τέλος, φαίνεται ότι η σχέση ευαλωτότητας και κατάθλιψης διαμεσολαβείται από δυσλειτουργικά γνωσιακά σχήματα γενικά ή και σχετικά με τη μητρότητα (Church et al., 2005).

6. Μαιευτικοί και Γυναικολογικοί Παράγοντες

Ο βαθμός συσχέτισης των μαιευτικών παραγόντων με την επιλόχεια κατάθλιψη είναι ασαφής και αμφιλεγόμενος. Σύμφωνα με πορίσματα ερευνών που έχουν διεξαχθεί σε **αναπτυγμένες χώρες**, η μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη και το είδος του τοκετού συνδέονται σημαντικά με την επιλόχεια κατάθλιψη (Chee et al., 2005), εύρημα που δεν επιβεβαιώνεται από όλες τις έρευνες. Αμφιλεγόμενα είναι τα πορίσματα των ερευνών που αφορούν το μέγεθος του πόνου κατά τη διάρκεια του τοκετού ή και τη μη προγραμματισμένη καισαρική. Αντίστοιχα, δεν επιβεβαιώνονται από όλες τις έρευνες παράγοντες που αφορούν την απουσία θηλασμού ή της πρόθεσης για θηλασμό, την πολυτοκία και το φύλο του παιδιού.

Τα αποτελέσματα των ερευνών από τις **αναπτυσσόμενες χώρες** είναι αντιφατικά μόνο ως προς τους παράγοντες που αφορούν το είδος του τοκετού, την πολυτοκία και το φύλο του παιδιού. Η μη προγραμματισμένη κύηση, η μη επιθυμητή σύλληψη, το προηγούμενο ιστορικό απώλειας βρέφους, τα προβλήματα υγείας της εγκύου, φαίνεται να συνδέονται με την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Επίσης, οι γυναίκες των οποίων τα νεογνά αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, όσες δεν είναι εξοικειωμένες με τη φροντίδα των παιδιών ή δεν τα καταφέρνουν να θηλάσουν, αντιμετωπίζουν κίνδυνο για τη εμφάνιση κατάθλιψης (Norhayati et al., 2015). Ακολουθεί μια συνοπτική αναφορά των ερευνητικών πορισμάτων για τους συγκεκριμένους παράγοντες.

Προηγούμενες αμβλώσεις - αποβολές

Η διακοπή κύησης στο παρελθόν, με τη μορφή αμβλώσης λόγω παθογένειας του εμβρύου, είτε αποβολής, είτε εμβρυικού θανάτου, φαίνεται να συνδέεται με την εμφάνιση θλίψης, μειωμένης διάθεσης και αυξημένου άγχους κατά τη διάρκεια μιας νέας κύησης, αλλά όχι και με την παρουσία ανάλογων συμπτωμάτων μετά τον τοκετό, τα οποία εν τέλει υποχωρούν. Οι γυναίκες με το προαναφερθέν μαιευτικό ιστορικό έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικών ή αγχωδών συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της νέας κύησης, ακόμα και έπειτα από τον έλεγχο παραγόντων που αφορούν προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό και δημογραφικούς παράγοντες (Chojenta, 2014).

Τοκετός

Ποιοτική έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε μικρό δείγμα γυναικών, συνδέει την ικανοποίηση από την εμπειρία του τοκετού με τα συμπτώματα κατάθλιψης τρεις έως έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό. Η δυνατότητα επιλογής της γυναίκας όσον αφορά τον τοκετό αλλά και την παρεχόμενη φροντίδα από τις μαίες και το ιατρικό προσωπικό, φαίνεται να δρα προστατευτικά (Benoit et al., 2007). Σε διαχρονική έρευνα φάνηκε πως η αρνητική εμπειρία του τοκετού συνδέεται σημαντικά με την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης, αυξάνοντας τα επίπεδα δυσφορίας της νέας μητέρας (Chee et al., 2005).

Σωματικά συμπτώματα

Οι γυναίκες που εμφανίζουν **διαταραχές της διάθεσης κατά τη λοχεία**, αναφέρουν ότι υπέφεραν από περισσότερα σωματικά συμπτώματα και άγχος κατά τη διάρκεια της κύησης (Zelkowitz et al., 2008). Ανάλογα, οι γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη αναφέρουν περισσότερα σωματικά συμπτώματα στην περίοδο της λοχείας, όπως για παράδειγμα αιμορραγία, πόνους από την καισαρική τομή ή από την περινεοτομή, ακράτεια ούρων, πόνους στο στήθος, αιμορροειδές, πονοκεφάλους, πόνους στην πλάτη και τη μέση και τριχόπτωση (Howell et al., 2006). Ανάλογα, οι επιπλοκές που μπορεί να λάβουν χώρα μέχρι και δύο μήνες μετά τον τοκετό, όπως για παράδειγμα φλεγμονές στο στήθος, στο περίνεο, ενδομητρίωση, υπέρταση, κλπ., φαίνεται να αποτελούν εξίσου παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης (Gaillard, 2014).

Από τη μέχρι τώρα έρευνα, δεν καθίσταται σαφές το κατά πόσο τα σωματικά συμπτώματα αποτελούν παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών ή συνιστούν συνοδά συμπτώματα και ενδείξεις της υπερευαισθησίας των ψυχικά ευάλωτων γυναικών. Τα σωματικά συμπτώματα κατά την περιγεννητική περίοδο είναι ένα πεδίο που χρήζει περισσότερης διερεύνησης.

Διαταραχές Ύπνου

Αρκετές λεχαιίδες δεν έχουν τον χρόνο ή και τη δυνατότητα να κοιμηθούν. Εξαιτίας των αυξημένων απαιτήσεων φροντίδας του βρέφους, ο ύπνος της μητέρας

συχνά διαταράσσεται τους πρώτους μήνες μετά τον τοκετό. Έχει υπολογιστεί ότι η αποδοτικότητα του ύπνου (sleep efficiency) στη λοχεία μειώνεται από το 84% που υπολογίζεται στο τέλος της κύησης, σε 75%. Πρέπει να σημειωθεί ότι και τα δύο ποσοστά συνιστούν διαταραχή στον ύπνο, με κατώφλι για το μη φυσιολογικό, το 85% (Dørheim, 2014).

Από έρευνα που πραγματοποίησε αντικειμενικές και υποκειμενικές μετρήσεις ως προς την ποιότητα και την ποσότητα του ύπνου, φάνηκε ότι η προσωπική αίσθηση της λεχιάδας για ελλιπή ύπνο και η ενασχόλησή της με τις επιπτώσεις της στέρησης ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας, είναι αυτή που συνδέεται περισσότερο με τις επιλόχειες διαταραχές στη διάθεση, και όχι τόσο η αντικειμενική ποσότητα και ποιότητα ύπνου. Σύμφωνα με τους ερευνητές, το εύρημα αποτελεί ένδειξη για τη σημασία της ψυχολογικής υποστήριξης που χρειάζονται οι γυναίκες, οι οποίες «δοκιμάζονται» από τις αυξημένες απαιτήσεις και τα νέα δεδομένα (Bei et al., 2010).

Η έλλειψη ύπνου στη μητέρα έχει συσχετισθεί με την εκτίμησή της ότι βρέφος δεν είναι χαρούμενο (Tikotzky et al., 2010. Dørheim, 2014). Επίσης, ενδέχεται να επηρεάσει τις σχέσεις του ζευγαριού (Insana & Montgomery-Downs, 2012), συνθήκη που ωθεί σε αλυσιδωτή αντίδραση, εφόσον οι δυσκολίες στη σχέση με τον σύζυγο, συνιστούν παράγοντα κινδύνου για την επιλόχεια κατάθλιψη (O'Hara, 2009. Dørheim, 2014).

Σύμφωνα με τον Dørheim, (2014) οι Okun και συνεργάτες βρήκαν ότι οι διαταραχές στον ύπνο αποτελούν πιο ισχυρό προβλεπτικό παράγοντα από ό,τι οι αλλαγές στις ορμόνες. Ωστόσο, παρόλο που οι γυναίκες ανέφεραν περισσότερες νυχτερινές αφυπνίσεις διάρκειας άνω των τριάντα λεπτών, οι λεχιάδες τελικά αντιμετώπισαν μικρότερη δυσκολία να αποκοιμηθούν σε σχέση με τις έγκυες. Το εύρημα αποδίδεται στην αύξηση της ανοχής και της αντοχής στις αφυπνίσεις, οι οποίες οφείλονται στο βρέφος, σε σύγκριση με τις αφυπνίσεις και τη δυσκολία ύπνου στο τέλος της κύησης, που οφειλόταν σε άλλους παράγοντες.

7. Παράγοντες που σχετίζονται με το βρέφος

Προβλήματα υγείας του νεογνού. Ακόμα και αν δεν υπάρχουν παράγοντες κινδύνου στο ιστορικό των γονιών, η νοσηλεία του νεογνού που βρίσκεται σε κατάσταση υψηλού κινδύνου στη μονάδα εντατικής θεραπείας μετά τον τοκετό, συνιστά από μόνη της παράγοντα ικανό να προκαλέσει κατάθλιψη και στους δύο γονείς, αλλά κυρίως στη μητέρα (Gönülal et al., 2014)¹⁰. Τα πορίσματα των ερευνών συμφωνούν ότι, σε περίπτωση που το νεογνό πάσχει από κάποιο πρόβλημα υγείας, είναι πρόωρο ή έχει δύσκολη ιδιοσυγκρασία, είναι πιθανό η μητέρα να βιώσει καταθλιπτικά συμπτώματα (Norhayati et al., 2015). Από την άλλη, τα συμπτώματα της κατάθλιψης συνδέονται και με την αναφορά περισσότερων κολικών του βρέφους (Howell et al., 2006).

Θηλασμός. Ο θηλασμός ενέχει πλήθος πλεονεκτημάτων για το παιδί και τη μητέρα. Αναφορικά με το βρέφος, τα πλεονεκτήματα συνίστανται στην ισχυροποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος και τον περιορισμό νόσησης από μεταδοτικές ασθένειες, μειωμένες πιθανότητες για παχυσαρκία και μειωμένη αρτηριακή πίεση (Horta, Bahl, Martines, Victora, 2007. Duijts et al., 2010. Brion et al., 2011. Dias & Figueiredo, 2015). Ως προς τη μητέρα, τα πλεονεκτήματα περιλαμβάνουν μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών ή του μαστού και μειωμένη αρτηριακή πίεση (Ebina & Kashiwakura, 2012, Gonzalez-Jimenez et al., 2013). Εξαιτίας των πλεονεκτημάτων αυτών ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή για τη Δημόσια Υγεία και η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής, συνιστούν αποκλειστικό θηλασμό για τους 6 πρώτους μήνες του βρέφους (Cattaneo et al., 2005. WHO, 2007. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe, 2008. Eidelman, 2012).

Ωστόσο, οι παραπάνω κατευθυντήριες δεν ακολουθούνται όσο θα αναμενόταν. Σύμφωνα με τον Dias, αρκετές μελέτες εντοπίζουν την περιγεννητική κατάθλιψη ως σημαντικό παράγοντα που περιορίζει τόσο την πρόθεση της γυναίκας να θηλάσει, όσο και τη χρονική διάρκεια του αποκλειστικού θηλασμού. Η πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που πραγματοποιεί ο Dias, δείχνει ότι η κατάθλιψη κατά τη κύηση σχετίζεται με μικρότερη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού αλλά δεν επηρεάζει την

¹⁰ βλ. και ενότητα «Γεγονότα Ζωής».

πρόθεση της μητέρας να θηλάσει. Από την άλλη, συχνά παρατηρείται αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ως αποτέλεσμα της διακοπής του θηλασμού (Dias & Figueiredo, 2015).

Οι διαταραχές και η διακοπή του θηλασμού έχουν συσχετισθεί με την εμφάνιση αυξημένου σκορ στην EPDS (Stuebe, 2014) και με αγχώδη συμπτώματα (Tarkka et al., 1999. Cook et al., 2007. Turner & Papinczak, 2000). Η ποιοτική έρευνα στο πεδίο των δυσκολιών του θηλασμού αναδεικνύει την υψηλή προσδοκία για επιτυχία του θηλασμού, την εμφάνιση μη αναμενόμενων δυσκολιών, την αναποτελεσματική παρέμβαση των ειδικών και την ενοχή όσων αντιμετωπίζουν προβλήματα με τον θηλασμό, ως τις βασικές θεματικές των δυσκολιών των γυναικών στο εν λόγω θέμα (Shakespeare et al., 2004).

Τα πορίσματα πρόσφατης έρευνας που διεξήχθη στην Αυστραλία σε δείγμα 449 γυναικών, δεν επιβεβαιώνουν τη σχέση καταθλιπτικών ή αγχωδών συμπτωμάτων πριν ή μετά τον τοκετό με δυσκολίες στον θηλασμό τις δύο πρώτες βδομάδες της λοχείας, ούτε με την επιθυμία της γυναίκας για πρόωρη διακοπή του θηλασμού. Τα παραπάνω φαίνεται να συνδέονται μόνο με την παρέμβαση του βαθμού δέσμευσης – επένδυσης στον θηλασμό που χαρακτηρίζει τις γυναίκες. Αναλυτικότερα, οι γυναίκες που δίνουν πολύ μεγάλη βαρύτητα στον θηλασμό, ως προϋπόθεση της μητρικής ταυτότητας, είναι πολύ πιο πιθανό να εμφανίσουν συμπτώματα ψυχικών διαταραχών, αν σταματήσουν τον θηλασμό στους τρεις μήνες, σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν αντιλαμβάνονται τον θηλασμό ως ίδιον της μητρικής ταυτότητας. Οι γυναίκες που θεωρούν τον θηλασμό ως αναπόσπαστο στοιχείο του μητρικού ρόλου είναι πιθανό να θηλάσουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, ακόμα και αν αντιμετωπίζουν δυσκολίες. Επίσης, οι γυναίκες με μικρό βαθμό επένδυσης στον θηλασμό εμφανίζουν αγχώδη συμπτώματα, ακόμα και αν συνεχίζουν να θηλάζουν. Οι ερευνητές καταλήγουν ότι, αυτό που φαίνεται να καθορίζει την ψυχική ευημερία είναι η συμφωνία των αντιλήψεων για τον θηλασμό, ως προϋπόθεση της μητρικής ταυτότητας, με την απόφασή της αναφορικά με τον θηλασμό. Μια συμφωνία, δηλαδή, αντιλήψεων και εκπεφρασμένης συμπεριφοράς (Cook et al., 2007).

Ιδιοσυγκρασία του βρέφους. Σύμφωνα με τους Thomas & Chess ο όρος ιδιοσυγκρασία περιγράφει το στυλ της συμπεριφοράς του βρέφους και της αντίδρασής του στο περιβάλλον, στο (McGrath, 2008). Με βάση τη συγκεκριμένη ιδιοσυγκρασία κάθε βρέφους, θα πρέπει να αναπτυχθεί ένας συγχρονισμός ανάμεσα σε αυτό και τη μητέρα του. Όταν αυτός ο συγχρονισμός απουσιάζει, το βρέφος γίνεται αντιληπτό ως δύσκολο ή εξαιρετικά απαιτητικό από τη μητέρα του (Coplan O'Neil, & Arbeau, 2005, αυτόθι). Η ιδιοσυγκρασία του βρέφους αφορά την αντίληψη και την εκτίμηση που έχουν οι μητέρες για το παιδί τους. Πρόκειται λοιπόν για μια αναφορά των μητέρων. Η κατανόηση της αντίληψης της μητέρας για την ιδιοσυγκρασία του παιδιού της, μπορεί να μας δώσει πληροφορίες για τις προσδοκίες της και το κατά πόσον αυτές έχουν ικανοποιηθεί (αυτόθι).

Η ιδιοσυγκρασία του βρέφους φαίνεται ότι συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Γυναίκες με βαθμολογία μεγαλύτερη του 9 στην κλίμακα EPDS αναφέρουν πιο συχνά ότι το βρέφος δυσκολεύεται να κοιμηθεί ή είναι ιδιαίτερα απαιτητικό. Επίσης, οι προσδοκίες της γυναίκας από τη μητρότητα φαίνεται να επηρεάζουν τον τρόπο που εκείνη αντιλαμβάνεται το βρέφος και την ανταπόκρισή της στις ανάγκες του (Eastwood et al., 2012).

Οι περισσότερες γυναίκες καταφέρνουν να προσαρμοστούν στις ανάγκες του βρέφους και τις καινούργιες ευθύνες, και να συγχρονίζονται μαζί του, έτσι ώστε να υποστηρίζουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο την ανάπτυξή του. Ωστόσο, οι γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη βιώνουν τη φροντίδα του παιδιού ως ανυπόφορη, τόσο που τους προκαλεί άγχος, πίεση και έντονη αίσθηση απομόνωσης (McGrath, 2008). Ήδη από το 1985 είχε διαπιστωθεί ότι οι γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη ένιωθαν ότι είχαν λιγότερη θετική αλληλεπίδραση με το βρέφος, σε σχέση με τις μη καταθλιπτικές (Field's, 1985, στο (McGrath, 2008). Από τότε, αρκετές μελέτες ανέδειξαν μια σειρά χαρακτηριστικών της μητέρας που φαίνεται ότι επηρεάζουν τον τρόπο που αντιλαμβάνεται το μωρό της. Σε ανασκόπηση των σχετικών ερευνών που πραγματοποιήθηκε το 1993, φαίνεται ότι η αντίληψη της γυναίκας ότι έχει ένα δύσκολο μωρό, μπορεί να αποδοθεί στην επιλόχεια κατάθλιψη, κυρίως τον δεύτερο μήνα μετά τον τοκετό. Δεν είναι όμως σαφές αν αυτή η αντίληψη είναι εξολοκλήρου καθορισμένη από την κατάθλιψη ή αφορά μια αντικειμενικά δύσκολη ιδιοσυγκρασία του παιδιού (Mayberry & Affonso, 1993).

Από πιο σύγχρονες έρευνες υπάρχουν ενδείξεις ότι οι αρνητικές συναισθηματικές εκδηλώσεις μιας καταθλιπτικής μητέρας προκαλούν αντιδράσεις

φόβου και εγκατάλειψης του βρέφους (Pauli-Pott, Mertsacker, & Beckman, 2004). Αυτά τα αρνητικά συναισθήματα αλλάζουν την αντίληψη που έχει η μητέρα για το παιδί της, προκαλώντας της μεγαλύτερη δυσφορία για την ιδιοσυγκρασία του (Möhler, Parzer, Brunner, Wiebel, & Resch, 2006).

Ένα βρέφος που είναι δραστήριο και διεκδικητικό μπορεί να γίνεται αντιληπτό ως δύσκολο ως προς τη διαχείρισή του και την κάλυψη των αναγκών του, από μια γυναίκα που ταυτόχρονα παλεύει με την επιλόχεια κατάθλιψη (Beck, 2001. Beck, 1995 στο McGrath, 2008).

Το φύλο του βρέφους. Η προτίμηση για το φύλο του παιδιού διαφοροποιείται από πολιτισμό σε πολιτισμό. Παραδείγματος χάρη, παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση της επιλόχειας κατάθλιψης σε περιπτώσεις που το νεογνό είναι κορίτσι στην Κίνα, ενώ στην Τουρκία τα αποτελέσματα των ερευνών είναι ανομοιογενή (Norhayati et al., 2015). Η απόκτηση παιδιού που δεν έχει το επιθυμητό φύλο φαίνεται να συνδέεται με την επιλόχεια κατάθλιψη (Boyce & Hickey, 2005). Το φύλο του παιδιού αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα, (Ekuklu et al., στο Gonidakis et al., 2008. Lee et al., 2014), σύμφωνα με αποτελέσματα ερευνών στην Αφρική, την Άπω και Μέση Ανατολή, όχι όμως στην αναπτυγμένες χώρες¹¹.

8. Κοινωνικοί – Δημογραφικοί Παράγοντες

Η επιδημιολογική έρευνα για τις ψυχικές διαταραχές και κυρίως τις συναισθηματικές, έχει εντοπίσει μια σειρά κοινωνικών παραγόντων που συνδέονται σημαντικά με την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Craig, 2010, στο Economou et al., 2013). Πέραν των δημογραφικών στοιχείων όπως το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση ή η παρουσία κοινωνικής υποστήριξης, με την κατάθλιψη συνδέονται οικονομικοί παράγοντες, όπως το χαμηλό εισόδημα, συνθήκες που αφορούν την εργασία και την κοινωνική τάξη (O'Hara και Swain, 1996. Zimmerman & Katon, 2005. Benoit et al., 2007. Andersen et al., 2009. Lamberg et al., 2010. Economou et al., 2013).

¹¹ Βλ. και «Υπάρχουσες Βιβλιογραφικές Ανασκοπήσεις» και «Μαιευτικοί και γυναικολογικοί παράγοντες».

Οι περισσότερες έρευνες για τους παράγοντες που σχετίζονται με τις περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές αφορούν αναπτυγμένες χώρες. Σε γενικές γραμμές, η έρευνα για τη σχέση ανάμεσα στα κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία και την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης, καταλήγει σε αντικρουόμενα ευρήματα. Στις αναπτυγμένες χώρες η νεαρή ηλικία της μητέρας (κάτω από 25 ετών) φαίνεται να πενταπλασιάζει τις πιθανότητες εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό, εύρημα που δεν υποστηρίζεται από όλες τις έρευνες. Αντίστοιχα, ο παράγοντας της ηλικίας δεν φαίνεται να συνδέεται σταθερά και σημαντικά με την επιλόχεια κατάθλιψη, ούτε στην περίπτωση των αναπτυσσόμενων χωρών. Αναλόγως, σε αντικρουόμενα ευρήματα φαίνεται να καταλήγουν οι έρευνες για τη σχέση οικονομικών παραγόντων και των συνιστωσών τους, με την επιλόχεια κατάθλιψη, όπως για παράδειγμα το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, το χαμηλό εισόδημα και η ανεργία, τόσο για τις αναπτυγμένες όσο και για τις αναπτυσσόμενες χώρες (Norhayati et al., 2015).

Παρόλο που δεν εμπίπτει στους στόχους της παρούσας έρευνας, έχει ενδιαφέρον να επισημανθεί ότι παρατηρούνται διαφοροποιήσεις στην προγνωστική ισχύ των παραγόντων κινδύνου στις υπό ανάπτυξη περιοχές. Για παράδειγμα, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε αστική περιοχή της Δ. Αφρικής, εκτός από την παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά την κύηση, την παρουσία δυσκολιών στη σχέση με τον σύζυγο, καθώς και την απουσία υποστηρικτικού δικτύου, που συνάδουν με τα πορίσματα των υπολοίπων ερευνών, επιπρόσθετα το να έχει εκτεθεί η γυναίκα ως αυτόπτης μάρτυρας σε σκηνή εγκλήματος ή σε κίνδυνο να φονευθεί η ίδια, αναδείχθηκαν οι παράγοντες με την υψηλότερη προβλεπτική ισχύ για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης (Ramchandani et al., 2009).

Αντίστοιχα, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Τουρκία, εκτός από παράγοντες που αφορούν την ύπαρξη προηγούμενου ψυχιατρικού ιστορικού ή παρόντων συμπτωμάτων κατά την κύηση και τις δυσκολίες στη σχέση με τον σύζυγο, βρέθηκε ότι η απουσία ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης (Kirpinar et al., 2010). Το εύρημα αυτό θα πρέπει να εξετασθεί ως ερευνητική υπόθεση στα δεδομένα της Ελλάδας που διανύει μια μακρά περίοδο οικονομικής κρίσης.

*

Η επιστροφή στην εργασία δεν θεωρείται σημαντικός παράγοντας κινδύνου. Ωστόσο, η αμφιθυμία της γυναίκας για την επιστροφή στην εργασία της, έχει

συσχετισθεί με μεγαλύτερο βαθμό κατάθλιψης (Schwartzberg και Dytell, 1996, στο Sayil et al., 2007). Επίσης, οι μητέρες που προτιμούν να επιστρέψουν στην εργασία τους αλλά παραμένουν στο σπίτι με το μωρό, εμφανίζουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα από τις μητέρες, των οποίων οι προτιμήσεις και οι αποφάσεις είναι σε συμφωνία (Koren-Karie, 2001). Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Τουρκία, τα αρνητικά συναισθήματα για την επιστροφή στην εργασία συνδέονται σημαντικά με την παρουσία επιλόχειων καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Sayil et al., 2007).

Χώρες με χαμηλό εισόδημα: Η περίοδος της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα

Η περιγεννητική ψυχική υγεία των γυναικών που ζουν σε χώρες με χαμηλό εισόδημα, πρόσφατα άρχισε να συγκεντρώνει το ερευνητικό ενδιαφέρον, αποσκοπώντας κυρίως στην πρόληψη των θανάτων κατά την κύηση (Fisher et al., 2012). Ωστόσο, η οικονομική δυσκολία των χωρών αυτών πλήττει και τον τομέα της έρευνας, με αποτέλεσμα να υπάρχουν ελάχιστα δεδομένα σε σύγκριση με αυτά που απορρέουν από την ερευνητική δραστηριότητα σε αναπτυγμένες περιοχές. Επίσης, μέχρι σήμερα τουλάχιστον στις χώρες αυτές δεν έχει δοθεί η απαραίτητη προσοχή σε άλλες περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές πέραν της κατάθλιψης, με αποτέλεσμα να μη συμπεριλαμβάνονται στην ανίχνευση.

Από τη μοναδική ίσως βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε σε χώρες με χαμηλά εισοδήματα (Fisher et al., 2012), προκύπτει ότι οι παράγοντες που συνδέονται με αυξημένο ρίσκο για την εμφάνιση επιλόχειων διαταραχών είναι με φθίνουσα σειρά προβλεπτικής ισχύς, η κοινωνικοοικονομική δυσχέρεια, το νεαρό της ηλικίας, η μη επιθυμητή εγκυμοσύνη, η εκτός γάμου κύηση και μητρότητα, η απουσία ενσυναίσθησης και υποστήριξης από τον σύζυγο, η επιθετικότητα των γονιών του συζύγου, η βία από τη μεριά του συζύγου, σε κάποιες περιοχές η απόκτηση θήλεος και η ύπαρξη προηγούμενου ψυχιατρικού ιστορικού. Οι παράγοντες που δρουν προστατευτικά είναι η εκπαίδευση, η μόνιμη εργασιακή απασχόληση, το να μην ανήκει η γυναίκα σε κάποια μειονότητα και η εμπιστοσύνη στον σύντροφο (*αυτόθι*).

Οι παραπάνω παράγοντες έχουν προσελκύσει το ερευνητικό ενδιαφέρον ακόμα περισσότερο τα τελευταία χρόνια, κυρίως λόγω της εξάπλωσης της οικονομικής κρίσης

(WHO, 2011. Goldman-Mellor et al., 2010 και Uutela, 2010, στο Economou et al., 2013).

Η Ελλάδα έχει πληγεί ιδιαίτερα από την οικονομική κρίση. Η ανεργία, η εργασιακή ανασφάλεια, η μείωση του εισοδήματος, η φτώχεια και η αύξηση των ψυχικών διαταραχών αποτελούν μερικές από τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης στη ζωή των Ελλήνων. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας έχει υποστεί σοβαρές συνέπειες, κυρίως λόγω των περικοπών των κονδυλίων που αφορούν τις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Επιπλέον, οι πολιτικές προαγωγής της υγείας, πρόληψης και παρεμβάσεων, περιορίζονται δραματικά (Ifanti et al., 2013). Κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, οι Έλληνες εκτιμούν την υγεία τους σημαντικά επιβαρυνμένη σε σύγκριση με προηγούμενα έτη (Vandoros et al., 2013).

Η οικονομική δυσχέρεια, οι μειώσεις του εισοδήματος, οι κατασχέσεις περιουσιακών στοιχείων, οι εξώσεις, η απώλεια θέσεων εργασίας, η ανασφάλεια, η διατάραξη της οικογένειας, η κακή ποιότητα ζωής, αποτελούν τις επιμέρους εκφάνσεις της οικονομικής ύφεσης (European Commission, 2009, στο Economou et al., 2013). Τα φαινόμενα αυτά έχουν συνδεθεί με διάφορες επιπτώσεις στην υγεία, αλλά κυρίως με την κατάθλιψη (Madianos et al., 2011). Η έρευνα των Μαδιανού και συνεργατών καταλήγει στο ότι, στην περίοδο της οικονομικής κρίσης που πλήττει την Ελλάδα, οι παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με την κατάθλιψη έχουν πλέον διαφοροποιηθεί από τους συνήθεις, αυτούς δηλαδή που συνάδουν με τα πορίσματα της επιδημιολογίας, που ήθελε τις γυναίκες, χήρες ή διαζευγμένες καθώς και τις άνεργες γυναίκες να απαρτίζουν την υπ' αριθμόν ένα ομάδα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση κατάθλιψης.

Σύμφωνα με τα πορίσματα της έρευνας που διεξήχθη το 2011, οι παράγοντες κινδύνου διαφοροποιήθηκαν, με αποτέλεσμα στην πρώτη γραμμή να βρίσκονται οι νέοι, στους οποίους καταγράφονται υψηλότερα ποσοστά ανεργίας. Επίσης, ενώ σε άλλες περιόδους το να είναι κανείς έγγαμος συνιστούσε προστατευτικό παράγοντα για την κατάθλιψη, στην περίοδο της οικονομικής κρίσης, η συνθήκη αυτή αντιστρέφεται εφόσον οι οικονομικές δυσκολίες αυξάνουν το άγχος στους συντρόφους, ενώ παράλληλα δημιουργούν συναισθήματα θλίψης, πεσιμισμού και θυμού για το μέλλον. Τέλος, άτομα που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για κάποια πάθηση φαίνεται να πλήττονται ιδιαίτερα ψυχικά από τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης. Οι μετρήσεις του επιπολασμού της κατάθλιψης σε περίοδο ενός μήνα εντός της κρίσης, έδειξαν ένα ποσοστό 8,2% σε σύγκριση με το αντίστοιχο του 2008 που ήταν μόλις 3,3%

(Economou et al., 2013). Δεν υπάρχουν, μέχρι σήμερα τουλάχιστον, δεδομένα που να αφορούν τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην περιγεννητική ψυχική υγεία.

9. Η νευροβιολογία των ψυχικών διαταραχών κατά την περιγεννητική περίοδο

Η έρευνα στο πεδίο της βιολογικής βάσης των διαταραχών της διάθεσης τις τελευταίες δεκαετίες έχει επικεντρωθεί στην επίδραση των οιστρογόνων και άλλων γοναδικών στεροειδών (gonadal steroids) στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Η δυνατότητα των οιστρογόνων να τροποποιήσουν τη σεροτονεργική λειτουργία ενδέχεται να επιδρά σε μηχανισμούς που σχετίζονται με την κατάθλιψη και άλλες διαταραχές της διάθεσης. Το νευρο-ενδοκρινικό σύστημα και συγκεκριμένα, ο άξονας υποθάλαμος – υπόφυση, που επιδρά στη λειτουργία των επινεφριδίων, του θυρεοειδούς και των γοναδικών ορμονών, ερευνώνται ως πιθανοί προβλεπτικοί παράγοντες των διαταραχών της διάθεσης.

Το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στον άξονα υποθάλαμος – υπόφυση – γονάδες (HPG), εξαιτίας των φυλετικών διαφορών στην εμφάνιση κατάθλιψης σε διάφορες περιόδους της ζωής. Οι επιδημιολογικές μελέτες [Epidemiologic Catchment Area Study (ECA) and the National Comorbidity Study (NCS)] περιγράφουν μεγαλύτερα ποσοστά επικράτησης της μείζονος κατάθλιψης σε γυναίκες σε σύγκριση με τους άντρες, σε κάθε ηλικιακό στάδιο, ξεκινώντας από την ηλικία των 10 ετών. Συγκεκριμένα, περιγράφουν ότι κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας η επικράτηση της κατάθλιψης είναι υψηλότερη σε σχέση με την περίοδο πριν την εμφάνιση της έμμηνης ρύσης και μετά την εμμηνόπαυση (Weissman et al., 1988, Kessler et al., 1993, στο Joffe & Cohen, 1998). Με την έναρξη της έμμηνης ρύσης ο γυναικείος εγκέφαλος εκτίθεται σε μηνιαίες διακυμάνσεις οιστρογόνων και προγεστερόνης μέχρι και την εμμηνόπαυση, χαρακτηριστικό που συμπίπτει με την περίοδο υψηλότερων ποσοστών επικράτησης της κατάθλιψης στις γυναίκες και, επομένως υποστηρίζει το επιχείρημα της φυλετικής διαφοροποίησης ως προς την ευαλωτότητα για την εμφάνιση διαταραχών της διάθεσης.

Οι νευροβιολογικές αιτιάσεις των επιλόχειων ψυχικών διαταραχών δεν απέχουν πολύ από τα αντίστοιχα μοντέλα για τις ψυχικές διαταραχές που λαμβάνουν χώρα σε άλλες χρονικές περιόδους. Πιο συγκεκριμένα, η αιτιολόγηση συμπεριλαμβάνει παράγοντες βιολογικούς, ψυχοκοινωνικούς και περιβαλλοντικούς. Οι γυναίκες που

εκδηλώνουν μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο με επιλόχεια έναρξη, διαφέρουν ως προς την ευαισθησία τους στις αποσταθεροποιητικές επιπτώσεις που ασκεί η απότομη μείωση των αναπαραγωγικών ορμονών μετά τον τοκετό. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ο εγκέφαλος εκτίθεται σε εκατονταπλάσια αύξηση επιπέδων οιστραδιόλης, τα οποία μειώνονται πολύ απότομα τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό. Οι Harris και συνεργάτες (στο Hanley, 2009) βρήκαν ότι οι μητέρες που έπασχαν από επιλόχεια κατάθλιψη σημείωσαν μεγαλύτερη πτώση στα επίπεδα προγεστερόνης σε σχέση με τις υγιείς μητέρες, εύρημα που δεν επιβεβαιώνεται από άλλες έρευνες (Bloch et al. 2000).

Τα επίπεδα της κορτιζόλης αυξάνονται σημαντικά κατά τη διάρκεια της κύησης, με αποκορύφωμα τη στιγμή του τοκετού. Έχει προταθεί η υπόθεση ότι αυτά τα αυξημένα επίπεδα προδιαθέτουν τη μητέρα σε συναισθήματα άγχους κατά την εγκυμοσύνη, ενώ η απότομη μείωσή τους με τον τοκετό προξενεί συναισθήματα θλίψης. Έχει διατυπωθεί η υπόθεση ότι, δεν είναι η πτώση των επιπέδων των ορμονών αυτή καθαυτή το αίτιο της εμφάνισης της επιλόχειας κατάθλιψης, όσο η ιδιαίτερη ευαισθησία που εμφανίζουν κάποιες γυναίκες στις αυξομειώσεις των επιπέδων των ορμονών (Bloch et al. 2003. O'Hara et al., 2014).

Επίσης, έρευνες υποστηρίζουν την αντιστρόφως ανάλογη συσχέτιση ανάμεσα στις αλλαγές στα επίπεδα της οιστραδιόλης και το ένζυμο οξειδάση μονοαμίνης. Το ένζυμο αυτό προκαλεί διάσπαση νευροδιαβιβαστών, όπως η σεροτονίνη, η ντοπαμίνη και η νορεπινεφρίνη, που διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο στη διάθεση. Τα επίπεδα της οξειδάσης μονοαμίνης ήταν αυξημένα κατά 43% σε διάστημα 4-6 ημερών μετά τον τοκετό, με αποτέλεσμα την ταχύτερη μείωση στα επίπεδα των νευροδιαβιβαστών. Το διάστημα αυτό συμπίπτει με αυτό της εμφάνισης της επιλόχειας δυσφορίας (baby blues) (Sacher et al., 2010, στο O'Hara et al., 2014).

Τέλος, έχει υποστηριχθεί ότι υπάρχει γονιδιακό υπόβαθρο στις επιλόχειες διαταραχές. Συγκεκριμένα, οι γενετικές παραλλαγές σε συγκεκριμένα χρωμοσώματα μπορεί να αυξήσουν την ευαισθησία στη διάθεση, υπό την επίδραση στεροειδών ορμονών μετά τον τοκετό, κυρίως όσον αφορά την επιλόχεια ψύχωση και τη διπολική διαταραχή (Jones & Craddock, 2007).

Μειωμένα επίπεδα οκυτοκίνης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουν εντοπισθεί σε γυναίκες που σημείωσαν αυξημένη βαθμολογία στην EPDS μετά τον τοκετό, εύρημα που ενδέχεται να σχετίζεται με **δυσκολίες στον δεσμό μητέρας – βρέφους** (Skrundz et al., 2011. Stuart-Parrigon & Stuart, 2014).

Αν και δεν έχουν εντοπισθεί ακόμα με ακρίβεια οι νευροβιολογικοί μηχανισμοί της Ιδεοψυχαναγκαστικής Διαταραχής, υπάρχουν ευρήματα που μοιάζουν κατά πολύ με αυτά των διαταραχών της διάθεσης. Συγκεκριμένα, οι διακυμάνσεις στα επίπεδα γοναδικών στεροειδών, που επηρεάζουν τη διάθεση κάποιων γυναικών (Steiner et al., 2003), επιδρούν και στη σεροτονινεργική λειτουργία, αυξάνοντας τον κίνδυνο για εκδήλωση ΙΔΨ διαταραχής. Οι Leckman και συνεργάτες βρήκαν αυξημένα επίπεδα ωκυτοκίνης στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό ασθενών με ΙΔΨ διαταραχή (Leckman et al. 1994, στο Zambaldi et al., 2009). Επειδή η ωκυτοκίνη παίζει σημαντικό ρόλο για τη συσταλτικότητα της μήτρας μετά τον τοκετό και για τον θηλασμό, είναι πιθανό η ΙΔΨ διαταραχή να πυροδοτείται από την αυξημένη συγκέντρωση αυτής (McDougle et al., 1999).

Οι γυναίκες με ιστορικό προηγούμενης κατάθλιψης είναι πιο ευάλωτες για υποτροπή κατά τη διάρκεια περιόδων στις οποίες συντελούνται μεγάλες ενδοκρινικές αλλαγές. Πολλές γυναίκες που υποφέρουν από επιλόχεια κατάθλιψη και προεμμηνορρησιακό σύνδρομο (PMS) ή προεμμηνορρησιακή δυσφορική διαταραχή (PMDD), έχουν ιστορικό κατάθλιψης (Endicott, 1993. Joffe & Cohen, 1998). Ωστόσο, δεν έχουν όλες οι γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη ή PMDD προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό ή και το αντίστροφο, δηλαδή δεν εμφανίζουν όλες οι γυναίκες με ψυχιατρικό ιστορικό επιλόχεια κατάθλιψη. Η μέχρι τώρα έρευνα δεν αναδεικνύει κάποια ορμονική διαταραχή που θα μπορούσε να αιτιολογήσει την εμφάνιση διαταραχών διάθεσης. Συνεπώς, είναι πιθανό κάποιες ομάδες γυναικών να είναι ευάλωτες στην εμφάνιση συμπτωματολογίας, όταν βρίσκονται υπό την επίδραση φυσιολογικών ορμονικών μεταπτώσεων (Schmidt et al., 1998).

10. Η σχέση με τη γονεϊκή οικογένεια

Υπάρχουν ενδείξεις από παλαιότερες έρευνες που επισημαίνουν τη σχέση της ψυχικής αναπαράστασης που έχουν τα άτομα για την ανατροφή τους από τη γονεϊκή οικογένεια με την εμφάνιση κατάθλιψης στην ενήλικη ζωή.

Οι αναπαραστάσεις συγκροτούνται από την εμπειρία της σχέσης με κάποιον άλλον, κυρίως τις πρώιμες σχέσεις, και από την επίπτωση αυτού του βιώματος στον

εαυτό (Stern, 1995, σελ. 18)¹². Ο κόσμος των αναπαραστάσεων περιγράφεται σαν ένα μοντάζ από εικόνες και λέξεις, αλλά και της συναισθηματικής τους επίπτωσης.

Μια αρνητική υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου για τους γονείς του, παραδείγματος χάρι ότι υπήρξαν αδιάφοροι, το παραμελούσαν ή δεν ήταν τρυφεροί και στοργικοί κατά την παιδική ηλικία, φαίνεται να συμβάλλει στη διαμόρφωση μιας ευάλωτης προς την κατάθλιψη, το άγχος και τα υποκλινικά συμπτώματα, προσωπικότητας (Beck, 1967, Blatt, Wein, Chevron, & Quinlan, 1979 στο Mayes & Leckman, 2007).

Επίσης, έχει φανεί ότι οι γυναίκες που είχαν βιώσει στα παιδικά τους χρόνια τις δικές τους μητέρες ως μη φροντιστικές, εμφανίζουν περισσότερες διακυμάνσεις στη διάθεση και δυσφορικό συναίσθημα κατά την περιγεννητική περίοδο (Mayes et al., 2007).

Οι ψυχικές αναπαραστάσεις για τη μητρότητα αλλά και για τον εαυτό ως παιδί, φαίνεται ότι έρχονται στο προσκήνιο κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης. Μάλιστα, από τον τέταρτο μέχρι και τον όγδοο μήνα της κύησης, αναδύονται περισσότερες αναπαραστάσεις που αφορούν το βρέφος, αλλά και τον εαυτό ως μητέρα (Ammaniti et al. 1992, Stern, 1995, (Pajulo et al., 2001). Η αναπαράσταση του εαυτού ως μητέρας, φαίνεται να συγκροτείται από τη συμβολή της αναπαράστασης του εαυτού ως γυναίκας αλλά και την αναπαράσταση της μητέρας της γυναίκας. Από τον όγδοο μήνα και μετά οι αναπαραστάσεις φθίνουν, για να δομηθούν εκ νέου μετά τον τοκετό, συμπεριλαμβάνοντας αυτή τη φορά και το πραγματικό παιδί.

Μάλιστα, το είδος του δεσμού που θα συνάψει η γυναίκα με το παιδί της, φαίνεται να επηρεάζεται από την επιθυμία για απόκτηση παιδιού αλλά και τη θέση που είχε η ίδια στη γονεϊκή της οικογένεια (Raphael-Leff, 1991. Pajulo et al., 2001). Οι γυναίκες που είχαν δυσάρεστες εμπειρίες στη σχέση με τις δικές τους μητέρες φαίνεται να αντιμετωπίζουν συναισθηματικές συγκρούσεις και αμφιθυμία όταν γίνονται οι ίδιες μητέρες (Lier, Gammeltoft και Knudsen, 1995, στο Pajulo et al., 2001). Οι γυναίκες που δεν είχαν την εμπειρία μιας επαρκούς σωματικής και συναισθηματικής φροντίδας κατά την παιδική ηλικία, δυσκολεύονται να δομήσουν μια αναπαράσταση του εαυτού τους ως μητέρας που φροντίζει ένα παιδί (Lyons-Ruth & Block, 1996). Σύμφωνα με τον (O'Connor, Kogan & Findlay, 2002), η μη διαθεσιμότητα της μητέρας δημιουργεί την εντύπωση στο παιδί ότι το ίδιο δεν αξίζει τη φροντίδα της. Ως εκ τούτου, οι

¹² βλ. ψυχαναλυτική θεώρηση των ψυχικών διαταραχών.

εμπειρίες που ανακαλεί μια γυναίκα από τα παιδικά της χρόνια, έχουν συνδεθεί σε εμπειρικές έρευνες με την ποιότητα της σχέσης που θα αναπτύξει με το παιδί της (Crowell και Feldman, 1989. Fonagy, Steele & Steele, 1991).

Οι γυναίκες που εκδηλώνουν επιλόχεια κατάθλιψη περιγράφουν συχνά **προβληματικές σχέσεις με τη μητέρα τους**. Αναφέρουν ότι η μητέρα τους δεν εκδήλωνε ενδιαφέρον και δεν αντλούσε ικανοποίηση από τη φροντίδα τους. Οι γυναίκες αυτές, όσο και να το επιθυμούν, δυσκολεύονται να εκδηλώσουν συναισθήματα αγάπης και τρυφερότητας στο δικό τους παιδί, στο βαθμό που οι ίδιες ως βρέφη είχαν βιώσει τη μητρική απόρριψη. Κάποιες περιγράφουν ότι η μητέρα τους υπήρξε σωματικά ή συναισθηματικά βίαιη κατά την παιδική ηλικία. Αυτές οι γυναίκες καταβάλλουν τεράστια προσπάθεια να μη μοιάσουν στη μητέρα τους, χωρίς να αντιλαμβάνονται ότι η κινητήριος δύναμη της συμπεριφοράς τους είναι αυτό ακριβώς το μητρικό πρότυπο, το οποίο έχει ενδοβληθεί. Οι γυναίκες αυτές μάχονται διαρκώς να εξουδετερώσουν οποιοδήποτε χαρακτηριστικό εκλαμβάνουν ως ομοιότητα με τη μητέρα τους (Blum, 2007).

Επίσης, υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που δείχνουν ότι οι γυναίκες που είχαν βιώσει τη μητέρα τους ως απορριπτική, ενδέχεται και οι ίδιες να υιοθετήσουν απορριπτική στάση απέναντι στα δικά τους παιδιά. Αντίστοιχα, απορριπτική μπορεί να είναι και μια γυναίκα που έχει μια εξιδανικευμένη εικόνα των γονιών της (Main & Goldwyn, 1984).

Εν κατακλείδι, οι έγκυες που ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών, έχουν σε σημαντικό βαθμό αρνητικότερες αναπαραστάσεις για το παιδί τους, για τον σύντροφο, για τον εαυτό τους ως μητέρα και για τη δική τους μητέρα (Pajulo et al., 2001).

Αναφορικά με το υπό μελέτη θέμα στην παρούσα έρευνα, ο κόσμος των αναπαραστάσεων δεν περιλαμβάνει μόνο την εμπειρία της μητέρας από τις αλληλεπιδράσεις της με το παιδί της στον παρόντα χρόνο, αλλά επίσης και τις φαντασιώσεις, τις ελπίδες, τους φόβους, τα όνειρα, τις αναμνήσεις από την παιδική της ηλικία, τα πρότυπα γονεϊκότητας και τις προσδοκίες για το μέλλον του παιδιού της.

11. Ψυχαναλυτική θεώρηση των συμπτωμάτων και ψυχικών διαταραχών κατά την περιγεννητική περίοδο

Παρόλο που η βιβλιογραφία για το θέμα των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών και κυρίως της επιλόχειας κατάθλιψης είναι εξαιρετικά πλούσια, οι ψυχαναλυτικές αναφορές για το εν λόγω θέμα είναι ελάχιστες. Στο άρθρο *Psychodynamics of Postpartum Depression*, ο Lawrence Blum πραγματοποιεί μια ανασκόπηση των αναφορών της ψυχαναλυτικής γραμματείας στο πεδίο της επιλόχειας κατάθλιψης (Blum, 2007). Μάλιστα η ανασκόπηση αρχίζει με την αναφορά σε μία όχι και τόσο γνωστή περίπτωση του Freud. Πρόκειται για μια γυναίκα η οποία, έπειτα από τη γέννηση του πρώτου της παιδιού, εμφάνισε απώλεια όρεξης, εμετούς, αϋπνία και άγχος. Δεν μπορούσε να φροντίσει και να ταΐσει το παιδί, με αποτέλεσμα να το δώσει σε μια τροφό να το θηλάσει. Τρία χρόνια μετά, έπειτα από τη γέννηση του δεύτερου παιδιού της, η γυναίκα εμφάνισε τα ίδια συμπτώματα, όταν και ζήτησε τη βοήθεια του Freud.

Στην περίπτωση αυτή, που αποτελεί μια από τις πρώτες θεραπευτικές παρεμβάσεις στις οποίες ο Freud εφάρμοζε ακόμα τεχνικές ύπνωσης, λαμβάνεται υπόψη η ανάγκη της ίδιας της γυναίκας για φροντίδα, σε μια περίοδο που είθισται η προσοχή όλων να είναι στραμμένη στις ανάγκες του παιδιού. Όταν δε αυτή η ανάγκη παραγνωρίζεται, ενδέχεται να εμφανιστεί θυμός. Αν και ο Freud, ως γιατρός στα πρώτα βήματα της πορείας του, είχε υπόψη του το βιολογικό - ορμονικό υπόβαθρο των συμπτωμάτων, αναδεικνύει με την παρέμβασή του την ψυχολογική διάσταση της διαταραχής, θέτοντας τις βάσεις για την ανάπτυξη της ψυχαναλυτικής θεωρίας (Blum, 2007).

Η Helene Deutsch αποτελεί τον πρώτο εκπρόσωπο της ψυχανάλυσης που ασχολήθηκε τόσο εκτεταμένα με τη μητρότητα, παρόλο που δεν μίλησε για την επιλόχεια κατάθλιψη καθ' αυτή. Κάποιες από τις παρατηρήσεις της φαίνονται αναχρονιστικές (Blum, 2007), ωστόσο κάποιες άλλες είναι εξαιρετικά χρήσιμες ακόμα και στον σύγχρονο κλινικό. Η Deutsch επεσήμανε τη δυσκολία στην ανάληψη του μητρικού ρόλου σε γυναίκες που δεν είχαν λάβει αγάπη κατά την παιδική τους ηλικία, είτε από την ίδια τη μητέρα τους είτε από κάποιο μητρικό υποκατάστατο (1945).

Ο Orens το 1955 παρουσίασε μια περίπτωση επιλόχειας κατάθλιψης, δίνοντας έμφαση στις ψυχοσεξουαλικές συγκρούσεις, και συγκεκριμένα το άγχος ευνουχισμού στις γυναίκες. Η Rose το 1962 ανέφερε την περίπτωση μιας γυναίκας, για την οποία η

κατάθλιψη βασιζόταν σε μια ασυνείδητη ανάγκη τιμωρίας για οιδιποδειακού τύπου επιθυμίες που συνδέονται με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό.

Το 1978 ο Blum περιέγραψε μια περίπτωση επιλόχειας κατάθλιψης, με βάση την οποία ανέδειξε τα καθοριστικά σημεία στην πρώιμη σχέση της ασθενούς με τη μητέρα της, καθώς και το τραυματικό καθεστώς που επέιχε για την ασθενή η γέννηση της αδερφής της. Οι βασικές προβληματικές που ανέκυψαν στην εν λόγω κλινική περίπτωση αφορούσαν στοματικές – εξαρτητικές ανάγκες, δυσκολία διαχείρισης του θυμού, και συγκρουσιακή ταύτιση με τη μητέρα.

Σύμφωνα με τον Blum (2007) ο Halberstadt-Freud, το 1993 παρουσίασε τη θέση του ότι η άλυτη συμβιωτική σχέση της γυναίκας με τη μητέρα της διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Ο ίδιος, το 1998, παρουσίασε την περίπτωση μιας ασθενούς, της οποίας η προβληματική κινούνταν γύρω από θέματα εξάρτησης και θυμού απέναντι στη μητέρα της, η οποία την είχε παραμελήσει, ενώ η ίδια η ασθενής τοποθετούνταν υποστηρικτικά ως προς αυτήν.

Ο Blum (2007), προτείνει τρεις βασικές θεματικές που αναδύονται στην ψυχανάλυση γυναικών με επιλόχεια κατάθλιψη, και τις οποίες περιγράφει εν είδει συγκρούσεων. Πρόκειται για τις **εξαρτητικές ενδοψυχικές συγκρούσεις**, τις **συγκρούσεις που αφορούν τον θυμό**, και τις **συγκρούσεις που αφορούν τη μητέρα**.

Οι **εξαρτητικές συγκρούσεις**, που περιγράφονται ήδη στην κλινική περίπτωση του Freud, αφορούν την ανάγκη της λεχωίδας να λάβει η ίδια φροντίδα και υποστήριξη, τη στιγμή που καλείται να φροντίσει ένα νεογνό. Εξαιτίας αυτού, οι ανάγκες της, που σε κάποιες περιπτώσεις παίρνουν τη μορφή ανταγωνισμού και ζήλειας προς το βρέφος, βιώνονται συγκρουσιακά από τη γυναίκα, ως ανώριμες και ενοχλητικές. Η αίσθηση ευαλωτότητας και η ανάγκη βοήθειας είναι περισσότερο ανυπόφορες σε γυναίκες που είχαν συνηθίσει να είναι σε μεγάλο βαθμό δραστήριες, αυτόνομες, δυναμικές και ανεξάρτητες. Αν η γυναίκα δεν μπορέσει να αντέξει τις εξαρτητικές τάσεις, τόσο του βρέφους όσο και τις δικές της, πιθανόν να βρεθεί σε κίνδυνο για την εκδήλωση επιλόχειας κατάθλιψης. Σύμφωνα με τον Blum (2007), η αμφιθυμία και η εσωτερική σύγκρουση της λεχωίδας απέναντι στην ανάγκη της για εξάρτηση και αναζήτηση βοήθειας από τους συγγενείς της, επισημάνθηκε και από τους Gilman (1965) και τη Raphael-Leff (1996) στις αναφορές τους σε περιπτώσεις επιλόχειας κατάθλιψης. Η Raphael-Leff μάλιστα κατέδειξε και συναισθήματα μίσους προς τον πατέρα του παιδιού, από τη μεριά της γυναίκας.

Οι συγκρούσεις που αφορούν τον θυμό αναφέρθηκαν επίσης στην περίπτωση του Freud, όπου η ασθενής αδυνατούσε να εκφράσει τα συναισθήματα θυμού της και ένιωθε ενοχές για αυτά. Οι γυναίκες που πάσχουν από επιλόχεια κατάθλιψη συχνά νιώθουν ότι δεν έχουν το δικαίωμα να εκφράσουν τον θυμό τους, φοβούνται και νιώθουν ενοχές. Σε κάποιες περιπτώσεις ο θυμός των γυναικών στρέφεται απέναντι στο βρέφος, το οποίο θεωρείται υπεύθυνο για την αναστάτωση που έχει επέλθει στη ζωή της γυναίκας, για τη στέρηση του ύπνου και άλλων ευχάριστων ενασχολήσεων και δραστηριοτήτων, για το ότι απολαμβάνει προσοχής και φροντίδας, ενώ η μητέρα του όχι. Αυτό που διακυβεύεται στην περίπτωση των συναισθημάτων θυμού, είναι το κατά πόσο η γυναίκα θα καταφέρει να συνειδητοποιήσει και να αποδεχθεί τα συναισθήματα αυτά και να τα χρησιμοποιήσει για να ζητήσει βοήθεια, ώστε να εξοικονομήσει χρόνο για τον εαυτό της. Αν αυτό δεν επιτευχθεί, οι γυναίκες εκδηλώνουν μια υπερενασχόληση με τα συναισθήματα θυμού, που μπορεί να πάρει τη μορφή ιδεοψυχαναγκαστικών σκέψεων με περιεχόμενο την πρόκληση βλάβης στην ίδια ή στο παιδί. Καταναγκασμοί συχνά εμφανίζονται ως άμυνα απέναντι στις επιθετικές ενορμήσεις.

Παρόλο που ο υπερβολικός έλεγχος και η καταστολή του θυμού ενδέχεται να επιφέρουν προβλήματα, η απώλεια του ελέγχου μπορεί να είναι επικίνδυνη, στις περιπτώσεις παρορμητικών εκδηλώσεων με τη μορφή acting out. Σε ακραίες περιπτώσεις η γυναίκα μπορεί να στρέψει τις ευχές θανάτου ή βλάβης στον εαυτό της, με αποτέλεσμα όχι μόνο την κατάθλιψη και τους ιδεοψυχαναγκασμούς, αλλά και απόπειρες αυτοκτονίας. Τέλος, αρκετές γυναίκες που πάσχουν από επιλόχεια κατάθλιψη, χαρακτηρίζονται από ιδιαίτερα αυστηρό υπερεγώ, έχουν πολύ υψηλές προσδοκίες από τον εαυτό τους, και θεωρούν τον εαυτό τους τόσο κακό, ώστε προσπαθούν να προστατεύσουν τους άλλους από αυτόν.

Οι αναπαραστάσεις γυναικών με ψυχικές διαταραχές στην περιγεννητική περίοδο. Οι αναπαραστάσεις αποτελούν τις εσωτερικευμένες εικόνες του εαυτού και των αντικειμένων, που καθορίζουν την ψυχική λειτουργία (Jacobson, 1964, στο Fordham, 1965). Συνίστανται σε μια ενσωμάτωση της σωματικής και αισθητηριακής εμπειρίας με το ψυχικό της αποτύπωμα (DeMijolla, 2005). Οι Cramer & Stern, (1988) και οι Robert-Tissot et al., (1996), αναφέρουν ότι, οι αναπαραστάσεις ενέχουν αξιοσημείωτη κλινική σημασία στη διαμόρφωση της εμπειρίας της εγκυμοσύνης και της μητρότητας αλλά και στην αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας που στοχεύει στη σχέση μητέρας – βρέφους.

Οι παθογενείς αναπαραστάσεις αφορούν άλυτες συγκρούσεις του γονιού από την παιδική του ηλικία, που σταδιακά παγιώνονται σε ψυχικές δομές (Blatt, et al. 1997). Η Raphael-Leff (2001) θεωρεί ότι ο τρόπος που η έγκυος φαντάζεται το παιδί που πρόκειται να γεννηθεί, αλλά και οι προσδοκίες που τρέφει για αυτό και για τον εαυτό της ως μητέρα, πηγάζουν από ασυνείδητες αναπαραστάσεις του εαυτού της ως παιδιού, καθώς και της αναπαράστασης που έχει για σχέση με τη δική της μητέρα. Στη βάση αυτή αναζωπυρώνονται συγκρούσεις που αφορούν τη δική της ανατροφή και τη σχέση με τους γονείς της. Η ψυχαναλυτική κλινική προτείνει ότι η καταθλιπτική μητέρα δεν έχει μια θετική εσωτερικευμένη αναπαράσταση, αλλά μια απειλητική εικόνα της μητρότητας ή και του παιδιού, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να πάρει και η ίδια τη θέση της μητέρας απέναντι στο παιδί της (Tracey, 2000. Likierman, 2001, στο Likierman, 2003).

Η Tracey (2000), ορμώμενη από την κλινική της εργασία με καταθλιπτικές μητέρες, μίλησε για αναπαραστάσεις μιας δυάδας «νεκρής μητέρας» και «νεκρού βρέφους», που έχουν τις ρίζες τους σε πρώιμες τραυματικές εμπειρίες, στον πόνο μιας πρώιμης εγκατάλειψης και απώλειας. Οι απωθημένες αναπαραστάσεις δραστηριοποιούνται με την έλευση του νεογέννητου και «ακινητοποιούν» τη νέα μητέρα, καθιστώντας τη δυστυχισμένη και μη λειτουργική (Stern, 1995, στο Esman, 1996).

Οι αναπαραστάσεις για τον εαυτό και τους σημαντικούς άλλους έχουν μελετηθεί και συσχετισθεί με την ψυχοπαθολογία, όχι μόνο από την πλευρά της ψυχαναλυτικής θεωρίας αλλά και της γνωστικής ψυχολογίας. Η έρευνα φαίνεται να επιβεβαιώνει την υπόθεση ότι σε αρκετές περιπτώσεις ψυχοπαθολογίας ο ασθενής διατηρεί μια διαστρεβλωμένη εικόνα του εαυτού και των αντικειμένων. Για παράδειγμα, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Sidney και συνεργάτες, η

βελτίωση της κλινικής εικόνας των ασθενών με σχιζοφρένεια και μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας σχετίζεται με την θετικότερη περιγραφή του εαυτού και των σημαντικών άλλων (2001). Θα μπορούσαμε βάσει αυτού να διατυπώσουμε ότι ένας από τους στόχους της θεραπείας είναι και η τροποποίηση αυτών των αναπαραστάσεων σε πιο προσαρμοστικές και ευέλικτες. Οι θεωρητικοί των αντικειμενοτρόπων σχέσεων μιλούν για πιο ώριμη και απαρτιωμένη εικόνα του εαυτού και των αντικειμένων, (Blatt, Sidney & Wild, 1975. Behrends & Blatt, 1985. Blatt & Behrends 1987).

12. Η υποκειμενική αιτιολόγηση και εκτίμηση των γυναικών για τα συμπτώματα ψυχικών διαταραχών κατά την περιγεννητική περίοδο

Η ανασκόπηση της έρευνας αναδεικνύει μια γενικότερη τάση απόδοσης των αιτίων των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών σε παράγοντες που προκύπτουν από τον συσχετισμό των συμπτωμάτων που τις απαρτίζουν, με αντικειμενικούς παράγοντες, οι οποίοι προκύπτουν από τη διεθνή έρευνα. Ελάχιστες είναι οι έρευνες στις οποίες οι ίδιες οι πάσχουσες καλούνται να αιτιολογήσουν τη φύση των συμπτωμάτων τους. Οι ποιοτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούν ως επί τω πλείστον τη συνέντευξη για εργαλείο τους, αναζητούν τις πηγές της δυσφορίας των γυναικών και στην υποκειμενική αιτιολόγηση, δηλαδή στην εμπειρία και το βίωμα των γυναικών για την περιγεννητική περίοδο, αλλά και στην ψυχική αναπαράσταση που οι γυναίκες διατηρούν για τη σχέση με τον εαυτό και τους άλλους, στο παρελθόν και την παρούσα φάση¹³.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον (Raymond, 2009) οι βασικές θεματικές που αναδύονται από τις απαντήσεις εγκύων με **καταθλιπτικά συμπτώματα**, είναι α) το αίσθημα μοναξιάς, εξαιτίας της απουσίας συναισθηματικής υποστήριξης από τον σύντροφο, την οικογένεια και τους φίλους, εξαιτίας συγκρούσεων ή αποστασιοποίησης του συντρόφου, ή τέλος υπό τη μορφή μιας υποκειμενικής αίσθησης, ανεξάρτητα από την παρουσία υποστηρικτικού δικτύου και β) η εσωτερική επιταγή που νιώθει η γυναίκα να είναι καλή μητέρα (Raymond, 2009).

Μια από τις λίγες ποιοτικές έρευνες για τις περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές που έχουν διεξαχθεί στην κύηση, αναφέρει στο ότι οι έγκυες βιώνουν μια αίσθηση

¹³ βλ. και σχέσεις με γονεϊκή οικογένεια

απώλειας του εαυτού τους, απώλειας ελέγχου και ανησυχούν ιδιαίτερα για τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει η δική τους ψυχική διαταραχή στο παιδί (Bennett et al., 2007). Επίσης, η δυσκολία στη σχέση με τον σύζυγο φαίνεται να αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς αιτιολογικούς παράγοντες, στον οποίον αποδίδουν την καταθλιπτική συμπτωματολογία τους οι ίδιες οι γυναίκες, μαζί με το αίσθημα αναξιοσύνης και αυτομομφής, που το θεωρούν υπαίτιο για την κατάθλιψη (Niemi et al., 2010).

Δύο από τις πλέον σημαντικές ποιοτικές έρευνες στον τομέα, έχουν διεξαχθεί, από τη Beck το 1992 και το 1993). Η πρώτη είναι φαινομενολογική και καταλήγει σε έντεκα βασικές θεματικές, που προκύπτουν από τις περιγραφές επτά διαγνωσμένων με επιλόχεια κατάθλιψη γυναικών για την εμπειρία τους, και η δεύτερη βασίζεται στη θεμελιωμένη θεωρία και διενεργήθηκε προκειμένου να ελέγξει τις προαναφερθείσες θεματικές και να τις ισχυροποιήσει, μέσω ενός μικτού σχεδιασμού με τη μέθοδο της τριγωνοποίησης. Οι 11 θεματικές που εξήχθησαν από τις απαντήσεις των γυναικών είναι οι εξής: 1) αίσθηση ανυπόφορης μοναξιάς και πεποίθηση ότι κανείς δεν μπορεί να κατανοήσει αυτό που περνούν, 2) σκέψεις θανάτου, ως διέξοδος από την εφιαλτική ζωή που ζουν, 3) ιδεοψυχαναγκαστικές σκέψεις ότι είναι κακές μητέρες, 4) φόβος ότι οι φυσιολογικές συνθήκες της ζωής δεν πρόκειται να επανέλθουν, 5) αίσθηση κενότητας και απώλεια νοήματος της ζωής, 6) φόβος και ενοχές που έπονται των σκέψεων για πρόκληση βλάβης στο βρέφος, 7) σύγχυση και αδυναμία συγκέντρωσης, 8) αίσθηση του εαυτού ως ρομπότ, όπου οι γυναίκες περιγράφουν ότι είναι αποστραγγισμένες από οποιοδήποτε θετικό συναίσθημα, 9) μη ελεγχόμενες προσβολές άγχους που δημιουργούν την αίσθηση τρέλας, 10) αίσθηση απώλειας ελέγχου των συναισθημάτων, 11) αίσθηση ανασφάλειας και ανάγκη να φροντισθούν οι ίδιες από κάποιον άλλον με μητρικό τρόπο. Από τη δεύτερη έρευνα προέκυψαν τέσσερα στάδια – διεργασίες που περιγράφουν την πορεία της προσπάθειας των γυναικών να ξεπεράσουν την κατάθλιψη. Αρχικά οι γυναίκες τρομοκρατούνται, στη συνέχεια έχουν μια αίσθηση θανάτου – απώλειας του εαυτού τους, έπειτα αγωνίζονται να επιβιώσουν και τέλος, ανακτούν την αίσθηση ελέγχου.

Στην προσπάθεια μετασύνθεσης των ευρημάτων δεκαοχτώ ποιοτικών ερευνών για την επιλόχεια κατάθλιψη, η ίδια ερευνήτρια κατέληξε σε παρόμοιες θεματικές, με προεξάρχουσες την αντίθεση μεταξύ προσδοκιών και πραγματικότητας, την εκτίμηση της γυναίκας ότι δεν καταφέρνει να προσεγγίσει το πρότυπο της μητέρας που είχε στο μυαλό της, μια σταδιακή επιδείνωση των συμπτωμάτων, και την αίσθηση της γυναίκας

ότι είναι κατακλυσμένη από άγχος και ευθύνες αναφορικά με το μωρό, σε βαθμό που χάνει τον έλεγχο και νιώθει ότι τρελαίνεται. Η συγγραφέας παραλληλίζει την επιλόχεια κατάθλιψη με χαμαιλέοντα, επειδή η κλινική της εικόνα διαφοροποιείται ανάλογα με τη γυναίκα, με αποτέλεσμα να παρατηρείται θλίψη, άγχος, ιδεοψυχαναγκαστικές ιδέες, θυμός, ενοχές, πανικός, κλπ., ανάλογα κάθε φορά με την περίπτωση. Η αίσθηση της μοναξιάς, της απουσίας κατανόησης, αλλά και μια αίσθηση ότι η γυναίκα αποτελεί εξαίρεση, εφόσον καμία άλλη μητέρα δεν νιώθει άσχημα για το παιδί της και τη ζωή της, περιγράφονται πολύ συχνά. Τέλος, πολύ συχνή είναι και η αίσθηση απώλειας του εαυτού και της παλιάς ζωής και η σύγχυση στη σκέψη (Beck, 2002).

*

Σε ποιοτική έρευνα που διενεργήθηκε το 2002 σε τριάντα γυναίκες που είχαν διαγνωστεί με **επιλόχεια κατάθλιψη** (Ugarriza, 2002), παρόλο που καμία από αυτές δεν αποδίδει τα συμπτώματα σε αμιγώς ορμονικά αίτια, οκτώ αιτιολογούσαν εν μέρει τη διαταραχή ως αποτέλεσμα ορμονικών αλλαγών. Οι μισές από αυτές είχαν υιοθετήσει αυτή την άποψη επειδή αποτελούσε την αιτιολόγηση του μαιευτήρα τους. Έξι μητέρες θεωρούσαν την κατάθλιψη απόρροια της αλλαγής του ρόλου τους, της τεράστιας αλλαγής στη ζωή τους ή ακόμα και της παύσης της εργασίας τους. Πέντε μητέρες απέδιδαν τα καταθλιπτικά τους συμπτώματα στην αποτυχία τους να θηλάσουν, αλλά και στην απουσία ενθάρρυνσης και συμπαράστασης από το περιβάλλον για να διευκολυνθεί ο θηλασμός. Τέσσερις μητέρες τοποθετούσαν την έναρξη των συμπτωμάτων στη μη προγραμματισμένη καισαρική, ενώ επιθυμούσαν να γεννήσουν φυσιολογικά. Ακόμα μικρότερος αριθμός γυναικών ανέφεραν ότι δεν μπορούσαν να κατανοήσουν την κατάθλιψή τους, ενώ την απέδιδαν σε έναν συνδυασμό παραγόντων και γεγονότων, όπως για παράδειγμα στο ότι διέκοψαν την εργασία τους, σε κάποια ασθένεια, στην έλλειψη ύπνου, στην αίσθηση μοναξιάς, στο γεγονός ότι το παιδί γεννήθηκε πρόωρα ή στους επίμονους κολικούς. Ενδιαφέρον προκαλεί η αίσθηση απώλειας που αναφέρεται ως αποτέλεσμα των αλλαγών της ζωής, απώλειας ενός παλιού τρόπου ζωής, κοινωνικών σχέσεων ή και τη μείωση του κοινού χρόνου με τον σύζυγο, στην περίπτωση που αυτός αναγκάζεται να εργαστεί πολλές ώρες ή σε δεύτερη εργασία.

Από έρευνα που διεξήχθη με σκοπό την ποιοτική και σε βάθος προσέγγιση της εμπειρίας της **περιγεννητικής κατάθλιψης και του άγχους**, προκύπτουν δύο κομβικές θεματικές: πρώτον, η αίσθηση απώλειας του εαυτού, η οποία προκαλείται από αλλαγές στις καθημερινές δραστηριότητες, τους κοινωνικούς ρόλους και την εμφάνιση, και

δεύτερον, η ματαίωση, που προκαλείται από δυσαρέσκεια με την εγκυμοσύνη και απογοήτευση από την εμπειρία της μητρότητας, από μια δύσκολη εγκυμοσύνη, από δυσκολίες με τη φροντίδα του παιδιού και συγκρούσεις με τον σύντροφο, που οδηγούν σε ασυμφωνία με τις προσδοκίες της γυναίκας, σε αμφισβήτηση του εαυτού και δυσαρέσκεια (Highet et al., 2014).

Από την πιο πρόσφατη ποιοτική έρευνα για τον τρόπο που αιτιολογούν οι γυναίκες την επιλόχεια κατάθλιψη, προκύπτουν οι εξής αιτιολογικές αποδόσεις: κοινωνικές προσδοκίες που ασκούν πίεση στις γυναίκες, προβλήματα υγείας, προσωπικότητα και το προηγούμενο ιστορικό προβλημάτων ψυχικής υγείας, υγεία του παιδιού και προκλήσεις που δημιουργεί η ιδιοσυγκρασία του, δυσαρέσκεια της γυναίκας από τη φροντίδα και την υποστήριξη που έλαβε από το προσωπικό στο μαιευτήριο, απουσία επικοινωνίας και υποστήριξης από άτομα του στενού κύκλου, μετάβαση στην γονεϊκότητα σαν περίοδος σημαντικών αλλαγών, μη ικανοποιημένες προσδοκίες για τον τρόπο τοκετού, και άλλοι ψυχοπαιστικοί παράγοντες ζωής (Habel et al., 2015).

Πέραν της αιτιολόγησης οι γυναίκες, περιγράφοντας την εμπειρία τους, αναφέρουν αμφιβολίες για το αν είναι καλές μητέρες, για την επίπτωση της ψυχικής τους κατάστασης στο παιδί, συναισθήματα ντροπής και ενοχής για τις σκέψεις να προκαλέσουν κακό στο παιδί τους και σοβαρές επιπτώσεις στη σχέση με τον σύζυγό τους (Ugarriza, 2002). Τα ευρήματα μιας από τις πρώτες ποιοτικές έρευνες σε γυναίκες με ήπια συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους **κατά την κύηση**, υποστηρίζουν την ύπαρξη συναισθημάτων απώλειας, τα οποία ακολουθούν την αλλαγή της καθημερινότητας και τις περικοπές στις συνήθειες δραστηριότητες. Φαίνεται ότι οι γυναίκες εμφανίζουν αγχώδη συμπτώματα, τα οποία συνδέονται με αποβολή που είχαν στο παρελθόν, ενώ παρατηρείται μια τήρηση ψυχικής απόστασης από το παιδί που κυοφορούν. Τέλος, αναφέρονται άγχη για την υγεία μελών της οικογένειας (Furber et al., 2009).

Μια από τις ελάχιστες **διαχρονικές έρευνες** που έχουν πραγματοποιηθεί στο πεδίο της περιγεννητικής ψυχικής υγείας με **μεικτό** μεθοδολογικό σχεδιασμό, υποστηρίζει αφενός τη σχέση της επιλόχειας κατάθλιψης τρεις με τέσσερις εβδομάδες μετά τον τοκετό, με τη δυσαρέσκεια από την εμπειρία του τοκετού και αφετέρου, καταλήγει σε δύο βασικές πηγές δυσαρέσκειας: την ανατροπή του επιδιωκόμενου τρόπου τοκετού και την ανεπαρκή υποστήριξη από το μαιευτικό προσωπικό (Benoit et al., 2007).

Ποιοτική έρευνα που επιχείρησε να διερευνήσει αν η **ανησυχία που είναι εστιασμένη στη μητρότητα (maternally focused worry)** εμπίπτει στο φάσμα των άτυπων αγχώδων διαταραχών ή αν πρόκειται για επιλόχεια αγχώδη διαταραχή, εντόπισε τις θεματικές γύρω στις οποίες εστιάζεται το έντονα δυσφορικό άγχος που προκαλεί δυσλειτουργία στις λεχωίδες, παρόλο που είναι υποκλινικό. Σύμφωνα με αυτήν, οι μητέρες νιώθουν άγχος για την υγεία και την ασφάλεια του παιδιού τους, για τις δικές τους επιδόσεις όσον αφορά τη μητρότητα, για το κλάμα του μωρού, για πρακτικά ζητήματα της καθημερινής φροντίδας του παιδιού, για το πώς τις βλέπουν οι άλλοι σαν μητέρες, για τη σχέση με τα άλλα παιδιά και τον σύζυγό τους και, τέλος για το κλάμα του παιδιού, συνθήκη που τις οδηγεί στο να αποφεύγουν να βρίσκονται μόνες με το παιδί σε δημόσιο χώρο. Σε κάθε περίπτωση, η ανησυχία που είναι εστιασμένη στη μητρότητα είναι ένα φαινόμενο που δεν έχει συγκεντρώσει ακόμα το απαραίτητο ερευνητικό ενδιαφέρον (Phillips et al., 2009).

Θεραπεία των ψυχικών διαταραχών κατά την περιγεννητική περίοδο

Η περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές, με πιο συχνές την κατάθλιψη και τις αγχώδεις, επιφέρουν πολύ σοβαρές επιπτώσεις στη λειτουργικότητα της γυναίκας και στη δυνατότητά της να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της περιόδου που διανύει, να φροντίσει το βρέφος ή άλλα παιδιά της οικογένειας, κλπ¹⁴. Ακόμα και τα υποκλινικά συμπτώματα φαίνεται ότι επιδρούν στη γενική λειτουργικότητα της γυναίκας και την ανάπτυξη του παιδιού. Η έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση προλαμβάνει την κλιμάκωση των συμπτωμάτων και βελτιώνει σημαντικά τη λειτουργικότητα της γυναίκας (NICE, 2007, σελ. 155-6). Παρόλο που η κλινική εικόνα των ψυχικών διαταραχών δεν διαφοροποιείται κατά την περιγεννητική περίοδο, η διαχείριση αυτών διαφοροποιείται σημαντικά, εξαιτίας των επιπτώσεων των ψυχοδραστικών ουσιών στο έμβρυο και αργότερα το βρέφος.

¹⁴ βλ. σχετικό κεφάλαιο για τις επιπτώσεις.

Φαρμακευτική Θεραπεία

Η περιγεννητική περίοδος είναι ίσως η μοναδική κατά την οποία η φαρμακευτική αγωγή δεν συνιστά θεραπεία εκλογής, ακόμα και στις πιο βαριές ψυχικές διαταραχές (Nice, 2014, σ. 4). Οι πιθανές επιπτώσεις που μπορεί να έχει η φαρμακευτική αγωγή στην ανάπτυξη του εμβρύου κατά την κύηση ή οι επιπτώσεις στο βρέφος κατά τον θηλασμό, οδηγούν τις γυναίκες να προτιμούν θεραπείες διάφορες της φαρμακευτικής (Bishop et al., 2011).

Κάθε απόφαση χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής κατά την περιγεννητική περίοδο, θα πρέπει να είναι αποτέλεσμα προσεκτικής στάθμισης επιπτώσεων – αποτελεσματικότητας, καθώς υπάρχουν πιθανότητες πρόκλησης βλάβης στο έμβρυο ή το βρέφος. Υπάρχουν ενδείξεις για πρόκληση συγγενών δυσπλασιών ή άλλων ανωμαλιών (Brent & Beckman, 1990. NICE, 2007, σελ. 201). Πρέπει να επισημανθεί ότι οι κλινικές δοκιμές στο πεδίο είναι σχεδόν απαγορευτικές. Επίσης, δεν είναι ακόμα γνωστές οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις σε βρέφη που έχουν εκτεθεί σε αντικαταθλιπτικά μέσω του θηλασμού. Από τα μέχρι τώρα γνωστά πορίσματα, φαίνεται ότι τα βρέφη που έχουν εκτεθεί σε αντικαταθλιπτικές ψυχοδραστικές ουσίες σε ηλικία μεγαλύτερη των δέκα εβδομάδων, επηρεάζονται λιγότερο από τις ανεπιθύμητες ενέργειες, σε σύγκριση με νεότερα βρέφη (Wisner et al., 1996).

Από την άλλη, οι σοβαρές ψυχικές διαταραχές που παραμένουν αθεράπευτες, ενέχουν με τη σειρά τους σοβαρότατους κινδύνους. Συγκεκριμένα, η σοβαρή κατάθλιψη κατά την κύηση συνδέεται με μαιευτικές επιπλοκές, λιποβαρή ή και θνησιγενή βρέφη, απόπειρες αυτοκτονίας (Bonagi et al., 2004). Αντίστοιχα, έχει καταγραφεί αυξημένο ποσοστό αυτοκτονιών, σοβαρή επιδείνωση της διαταραχής, μαιευτικές επιπλοκές, λιποβαρή βρέφη, πρόωρος τοκετός, αλλά και μειωμένη ανάπτυξη των εμβρύων, σε γυναίκες που πάσχουν από σχιζοφρένεια ή διπολική διαταραχή, χωρίς να λαμβάνουν κάποια θεραπεία (Howard, 2005. Jablensky et al., 2005).

Πορίσματα των ερευνών σε γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη δείχνουν ότι, παρόλο που αρκετές από αυτές αποφεύγουν σθεναρά τη θεραπεία με φαρμακευτική αγωγή, οι επιπτώσεις ενός καταθλιπτικού επεισοδίου που παραμένει αθεράπευτο είναι πιο σοβαρές για το παιδί (Udechuku et al., 2010. Davalos, Yadon, Tregellas, 2012. Stuart-Parrigon και Stuard, 2014).

Σε κάποιες περιπτώσεις, άλλου τύπου θεραπευτικές παρεμβάσεις μπορεί να είναι αποτελεσματικές. Παρόλα αυτά, σε περιπτώσεις σοβαρής ψυχικής διαταραχής, η φαρμακευτική παρέμβαση επιφέρει πολύ σημαντική ύφεση των συμπτωμάτων, επιτρέποντας ψυχική ευεξία και λειτουργικότητα (NICE, 2007, σελ. 201).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες για τη φαρμακευτική αγωγή στην περιγεννητική περίοδο, συνιστούν διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής κατά την κύηση και αντικατάσταση με ψυχοθεραπεία ή αντικαταθλιπτική αγωγή με μειωμένες ανεπιθύμητες ενέργειες. Η **φλουοξετίνη** (fluoxetine) που ανήκει στους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), έχει τη χαμηλότερη γνωστή επικινδυνότητα κατά την κύηση. Σε όλες τις περιπτώσεις, οι ψυχοδραστικές ουσίες των αντικαταθλιπτικών ανιχνεύονται στο μητρικό γάλα. Οι **βενζοδιαζεπίνες** είναι απαγορευτικές κατά την περιγεννητική περίοδο, εξαιτίας σοβαρών επιπτώσεων στο έμβρυο (παραδείγματος χάρη σχιστίες χείλους και υπερώας¹⁵), ή υποτονία (floppy baby syndrome) στα νεογνά. Μοναδική εξαίρεση για τη χορήγηση αποτελούν οι καταστάσεις εξαιρετικού άγχους ή ευερεθιστότητας και για βραχεία μόνο θεραπεία.

Η θεραπεία με κάποια **αντιψυχωτικά σκευάσματα** αυξάνει τα επίπεδα προλακτίνης, μειώνοντας έτσι την πιθανότητα σύλληψης. Η κλοζαπίνη (clozapine) έχει συνδεθεί με την ακοκκιοκυτταραιμία¹⁶ στο βρέφος και είναι απαγορευτική για την κύηση και τον θηλασμό. Το ίδιο ισχύει και για το λίθιο. Το ενδεχόμενο χορήγησης των υπόλοιπων ψυχοδραστικών ουσιών θα πρέπει να συνεκτιμάται κάθε φορά με το ατομικό ιστορικό και την αναγκαιότητα χορήγησης της αγωγής. Σε περιπτώσεις σοβαρών ψυχωτικών διαταραχών ή αυξημένου κινδύνου για υποτροπή, συνιστάται η επανέναρξη αγωγής με τις λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης, και μόνο όταν η γυναίκα δεν σχεδιάζει να θηλάσει (NICE, 2007, σελ. 201-241).

Στις περιπτώσεις που η φαρμακευτική αγωγή είναι αναπόφευκτη, είναι εξαιρετικά σημαντική η εγκαθίδρυση θεραπευτικής συμμαχίας και η ύπαρξη εμπιστοσύνης μεταξύ της ασθενούς και του θεράποντος ειδικού ψυχικής υγείας, ο οποίος θα κληθεί να κατευθύνει την ασθενή στη σωστή απόφαση, συνεκτιμώντας τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματα.

¹⁵ Κοινώς «λαγωχειλία» ή «λυκόστομα».

¹⁶ **Ακοκκιοκυτταραιμία** είναι μία βαριά κατάσταση, στην οποία υπάρχει τέλεια έλλειψη των ουδετεροφίλων, των εξειδικευμένων δηλαδή κυττάρων που έχουν σαν αποστολή την άμυνα του οργανισμού έναντι διαφόρων βλαπτικών ουσιών (μικροβίων, ιών, «ξένων» αντιγόνων), κατάσταση επικίνδυνη για την υγεία του ασθενούς.

Ψυχοθεραπεία

Εξαιτίας των ιδιαιτεροτήτων που προαναφέρθηκαν, οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις αποτελούν τη θεραπεία εκλογής κατά την περιγεννητική περίοδο. Πρόσφατες μετα-αναλύσεις στο πεδίο της επιλόχειας κατάθλιψης, δείχνουν ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία μειώνεται σημαντικά με την ψυχοθεραπεία. Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία και η διαπροσωπική θεραπεία εμφάνισαν την πιο αυξημένη αποτελεσματικότητα, με την διαπροσωπική θεραπεία να υπερτερεί ελάχιστα. Ωστόσο, η ατομική ψυχοθεραπεία είναι σημαντικά πιο αποτελεσματική σε σύγκριση με την ομαδική (Sockol et al., 2011). Σε άλλη έρευνα μεταανάλυσης δεν βρέθηκαν ουσιαστικές διαφορές μεταξύ των θεραπευτικών παρεμβάσεων, γεγονός που υποδηλώνει την ύπαρξη γενικών διαμεσολαβητικών παραγόντων, που οδηγούν στη βελτίωση των συμπτωμάτων, κοινών σε όλες τις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις (Cuijpers et al, 2008).

Παρόλο που η ψυχοθεραπεία είναι ο ενδεδειγμένος τρόπος παρέμβασης, δεν υπάρχουν ακόμα ερευνητικά δεδομένα για την πορεία της ψυχικής υγείας των γυναικών που είχαν υποβληθεί σε ψυχοθεραπεία για επιλόχεια κατάθλιψη, μετά το πέρας ενός έτους από τον τοκετό (Cuijpers et al, 2008. Sockol, Epperson, & Barber, 2011).

Συμπληρωματικές και Εναλλακτικές Θεραπείες

Σε αρκετές περιπτώσεις οι γυναίκες που διανύουν την περιγεννητική περίοδο στρέφονται σε εναλλακτικές μορφές θεραπείας, δηλαδή σε πρακτικές προαγωγής υγείας, πρόληψης και θεραπείας ασθενειών, που δεν θεωρούνται οι συνήθεις και καθιερωμένες παρεμβάσεις για τη δυτική ιατρική. Παρόλο που η χρήση εναλλακτικών μεθόδων είναι ιδιαίτερα εκτεταμένη τα τελευταία χρόνια σε άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή, οι έρευνες που βασίζονται σε σωστά μεθοδολογικά σχεδιασμένες τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές είναι περιορισμένες.

Το 2014 οι Deligiannidis και συνεργάτες παραγματοποίησαν ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την αποτελεσματικότητα και τις επιπτώσεις εναλλακτικών θεραπειών, όπως η κατανάλωση ωμέγα-3 λιπαρών, φυλλικού οξέος, S-

αδενосуλμεθειονίνης, St John's Wort¹⁷, φωτοθεραπεία, άσκηση, μασάζ και βελονισμός.

Όπως προκύπτει από αποτελέσματα ερευνών, η κατανάλωση **ωμέγα-3 λιπαρών** έχει σημαντικά αντικαταθλιπτικά οφέλη στις συναισθηματικές διαταραχές γενικότερα. Η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, μάλιστα, συνιστά την κατανάλωσή τους από τους ασθενείς. Εξαιτίας της ετερογένειας στον σχεδιασμό των ερευνών από τις οποίες προκύπτουν τα πορίσματα για την περιγεννητική περίοδο, αλλά και του μικρού αριθμού ερευνών, προτείνεται η χρήση τους ως συμπληρωματική θεραπεία και όχι ως μονοθεραπεία (Freeman, 2006. Deligiannidis et al., 2014).

Ανάλογα είναι και τα ευρήματα για τη χρήση **φυλλικού οξέος**, ενώ δεν υπάρχουν επαρκείς πληροφορίες για τη **αδενосуλμεθειονίνη**. Τα ευρήματα ερευνών για το **St John's Wort**, συγκλίνουν για τη θετική επίδρασή του σε άτομα με ήπια συμπτώματα κατάθλιψης (Linde et al., 2005). Ωστόσο, οι έρευνες σε ζώα προκαλούν κάποιες ανησυχίες για την έκθεση στις ουσίες hypericum και hypericin (Rayburn et al., 2000. Dugoua et al., 2006) παρόλο που από περιορισμένο αριθμό (54 ατομικές περιπτώσεις) χρήσης σε έγκυες δεν φαίνεται αυξημένος κίνδυνος γέννησης παιδιών με δυσπλασίες ή μειωμένου ρυθμού ανάπτυξης, σε σύγκριση με εξισωμένη ομάδα ελέγχου (Moretti et al., 2009). Επίσης, εκκρίνεται στο μητρικό γάλα σε μη ανιχνεύσιμα ή πολύ χαμηλά επίπεδα, σε σύγκριση με τα αντικαταθλιπτικά. Ωστόσο, μικρή προοπτική έρευνα έδειξε ανεπιθύμητες ενέργειες στα βρέφη γυναικών που έκαναν χρήση της ουσίας ενώ θήλαζαν, όπως κολικούς, υπνηλία και λήθαργο (Lee et al., στο Deligiannidis et al., 2014). Χρειάζονται περισσότερες έρευνες προκειμένου να δοθούν κατευθυντήριες για τη συγκεκριμένη ουσία.

Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι η **φωτοθεραπεία** είναι αποτελεσματική για την εποχική και μη εποχική κατάθλιψη (Eastman et al., 1998. Golden et al., 2005), και μάλιστα αρκετά καλά ανεκτή. Ωστόσο, αυξάνει τον κίνδυνο για μανιακό ή υπομανιακό επεισόδιο στα άτομα με διπολική διαταραχή (Golden et al., 2005. Sit et al., 2007). Σε μικρό δείγμα εγκύων, οι βαθμολογίες στις κλίμακες καταθλιπτικής συμπτωματολογίας βελτιώθηκαν σημαντικά, έπειτα από φωτοθεραπεία τριών εβδομάδων, ενώ δεν αναφέρθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες, πέραν της ναυτίας (Oren et al., 2002). Η φωτοθεραπεία συνιστάται στην περιγεννητική περίοδο, με πολύ στενή ταυτόχρονη παρακολούθηση, ακόμα και σε άτομα που δεν έχουν διαγνωσθεί στο

¹⁷ Στην Ελλάδα είναι γνωστό με τη λατινική ονομασία Υπερικόν ή βάλαμο ή βαλσαμόχορτο.

παρελθόν με διπολική διαταραχή, γιατί υπάρχει ο κίνδυνος συμπτωμάτων μανίας, υπομανίας, διαταραχών στον ύπνο και ευερεθιστότητας (Deligiannidis et al., 2014). Αρκετές μελέτες δείχνουν τη συμβολή της **αερόβιας άσκησης και της σωματικής δραστηριότητας** στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αλλά και τον περιορισμό κινδύνου εμφάνισης αυτών (Krogh et al., 2011. Mota-Pereira et al., 2011), εύρημα που επιβεβαιώνεται από μικρό αριθμό ερευνών που πραγματοποιήθηκαν για την περιγεννητική περίοδο (Costa, Rippen, Dritsa, 2003. Robledo-Colonia et al., 2012). Το **μασάζ** φαίνεται ότι συμβάλλει αποτελεσματικά στη μείωση προγεννητικών (Field et al., 2004. Field et al., 2008. Field et al., 2009) και επιλόχειων (Field et al., 2009) καταθλιπτικών συμπτωμάτων, μειώνει τα επίπεδα της κορτιζόλης (*αυτόθι*) και αυξάνει τα επίπεδα της σεροτονίνης και της ντοπαμίνης (Field et al., 2004). Φαίνεται να δρα αθροιστικά στη βελτίωση που προέρχεται από την ψυχοθεραπεία (Field et al., 2009) και μπορεί να χρησιμοποιηθεί και συμπληρωματικά σε γυναίκες με ήπια καταθλιπτικά συμπτώματα. Τέλος, υπάρχουν ελλιπή στοιχεία για τον **βελονισμό**, παρόλο που οι ενδείξεις είναι ενθαρρυντικές για τη συμπληρωματική θετική του επίπτωση. Οι κλινικές δοκιμές που αφορούν τη θεραπεία με βελονισμό είναι δύσκολο να σχεδιαστούν και αποτελούν ερευνητική πρόκληση, εφόσον δεν έχει επινοηθεί ένας επαρκής τρόπος για να δημιουργηθεί ομάδα ελέγχου στις τυφλές μετρήσεις (Deligiannidis et al., 2014).

Ανίχνευση των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών

Στον οδηγό του NICE (2007) σημειώνεται, ότι εξαιτίας των σοβαρών και χρόνιων επιπτώσεων που έχουν οι ψυχικές διαταραχές κατά την περιγεννητική περίοδο, όχι μόνο για την πάσχουσα αλλά για το παιδί και όλη την οικογένεια, καθίσταται πλέον πιο πειστικό το ερώτημα της πρόβλεψης της εμφάνισης της διαταραχής. Οι δοκιμασίες διαλογής (screening) ουσιαστικά συνιστούν ένα εγχείρημα πρόβλεψης και ανίχνευσης. Ο όρος *πρόβλεψη* αναφέρεται στην αναγνώριση και τον εντοπισμό παρόντων ή παρελθόντων παραγόντων κινδύνου, που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών ή την πιθανότητα υποτροπής παρελθούσας διαταραχής. Ο όρος *ανίχνευση* αναφέρεται στον εντοπισμό παρούσας διαταραχής.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρει ότι η πρόληψη των ψυχικών διαταραχών στοχεύει στη μείωση της συχνότητας εμφάνισης (επίπτωση – incidence),

της επικράτησης (επιπολασμός – prevalence), των υποτροπών των ψυχικών διαταραχών, του χρόνου που δαπανάται για τα συμπτώματα ή τις συνθήκες κινδύνου για τις ψυχικές διαταραχές, προλαμβάνοντας ή επιβραδύνοντας και αναβάλλοντας τις υποτροπές, μειώνοντας ταυτόχρονα τις επιπτώσεις της διαταραχής στον ασθενή, την οικογένεια και την κοινωνία (Mrazek και Haggerty, 1994 στο WHO, 2004, σελ. 18). Οι παρεμβάσεις για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών μπορούν να διαχωριστούν ανάλογα με τον πληθυσμό στόχο, στις εξής κατηγορίες (Mrazek & Haggerty, 1994, σελ. 24-25):

A) Παρεμβάσεις που στοχεύουν στον γενικό πληθυσμό, σε πληθυσμό δηλαδή που δεν έχει επιλεγεί με βάση την ύπαρξη παραγόντων κινδύνου. Αυτού του είδους οι παρεμβάσεις είναι επιθυμητές για όλους. Τα προγράμματα προγεννητικής φροντίδας που δρουν προληπτικά, όχι μόνο για τη σωματική αλλά και για την ψυχική υγεία, είναι ένα παράδειγμα τέτοιων παρεμβάσεων.

B) Επιλεκτικές παρεμβάσεις, που στοχεύουν σε άτομα ή υποομάδες του πληθυσμού, που εμφανίζουν υψηλότερο κίνδυνο για την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών σε σχέση με τον μέσο όρο. Οι ομάδες υψηλού κινδύνου ταυτοποιούνται με βάση βιολογικούς, ψυχολογικούς ή κοινωνικούς παράγοντες, που έχουν συσχετιστεί με την έναρξη ψυχικών διαταραχών. Παράδειγμα τέτοιας παρέμβασης είναι οι επισκέψεις επαγγελματιών υγείας στο σπίτι για την υποστήριξη γονέων με λιποβαρή νεογνά.

Γ) Συνιστώμενες προληπτικές παρεμβάσεις, που στοχεύουν σε άτομα υψηλού κινδύνου τα οποία εκδηλώνουν ήπιες αλλά εντοπίσιμες ενδείξεις ή συμπτώματα, προπομπούς ψυχικής διαταραχής, που συνιστούν προδιάθεση, ωστόσο δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για την ταυτοποίηση της διαταραχής. Παράδειγμα τέτοιας παρέμβασης είναι τα προγράμματα σε παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς, σύμφωνα με τις αναφορές των γονιών τους. Τέτοιου είδους παρεμβάσεις συχνά φέρουν τον τίτλο «πρώιμη παρέμβαση» και συνιστώνται, ακόμα και αν το κόστος τους είναι υψηλό.¹⁸

Ο προσδιορισμός των κρίσιμων περιόδων, κατά τη διάρκεια των οποίων η παρέμβαση για τη μείωση των επιπτώσεων των συναισθηματικών και αγχωδών ψυχικών διαταραχών στην ίδια τη γυναίκα αλλά και στα παιδιά, αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς στόχους των ερευνών γύρω από την περιγεννητική ψυχική υγεία (Santos, 2014). Οι έρευνες δείχνουν ότι η έγκαιρη ανίχνευση συμπτωμάτων

¹⁸ Για μια πληρέστερη ανασκόπηση των παρεμβάσεων πρόληψης στο πεδίο των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών, βλ. (Austin, 2004) (Austin και Lumley, 2003).

κατάθλιψης ή άγχους προγεννητικά και η άμεση παρέμβαση για την υποστήριξη της γυναίκας ως προς τη μετάβαση στη γονεϊκότητα, είναι αποτελεσματική ακόμα και όταν πραγματοποιείται από μη ειδικούς ψυχικής υγείας και βοηθά σημαντικά στην ανάπτυξη μιας υγιούς σχέσης μητέρας – παιδιού, ούτως ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες εμφάνισης διαταραχής στα παιδιά (Stewart – Brown, Sarah & Schrader-Mcmillan, 2011. Rahman et al., 2013. Santos, 2014).

Παρόλο που τα συμπτώματα των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών είναι αντικείμενο έρευνας εδώ και πολλές δεκαετίες, τα πορίσματα δείχνουν ότι οι επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με τις έγκυες, (παραδείγματος χάρη, μαιευτήρες – γυναικολόγοι και μαίες), δεν καταφέρνουν να διακρίνουν τις γυναίκες που βιώνουν κάποιου είδους δυσφορία (Hatton et al., 2007). Μια πιθανή ερμηνεία είναι ότι οι γυναίκες προσπαθούν να ελέγξουν και να μην εκφράσουν τα αρνητικά συναισθήματα σε μια περίοδο χαράς, σύμφωνα με την κοινωνική προσδοκία. Επίσης, τα περισσότερα μαθήματα ψυχοεκπαίδευσης δεν προετοιμάζουν για τις δυσάρεστες εκφάνσεις της γονεϊκότητας. Τέλος, οι επαγγελματίες υγείας δεν παίρνουν την πρωτοβουλία να ρωτήσουν και να ανιχνεύσουν τέτοιου είδους προβλήματα στις γυναίκες (Millis & Kornblith, 1992, στο Abramowitz et al. 2003).

Πέραν της δυσκολίας διάκρισης των γυναικών που πάσχουν από κάποια περιγεννητική ψυχική διαταραχή από τους επαγγελματίες υγείας, πρέπει να επισημανθεί και η δυσκολία που έχουν οι ίδιες οι γυναίκες να ζητήσουν βοήθεια. Η συστηματική ανασκόπηση σαράντα ποιοτικών ερευνών που πραγματοποιήθηκε από τους Dennis και Chung-Lee (2006) εντοπίζει τα αίτια του φαινομένου σε παράγοντες που αφορούν την ίδια τη γυναίκα αλλά και σε χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας. Τα αποτελέσματα είναι ενδεικτικά της ψυχικής ευαισθησίας και των ιδιαίτερων αναγκών των γυναικών κατά την περιγεννητική περίοδο, και εξαιρετικά χρήσιμα για τους επαγγελματίες υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες διστάζουν να ζητήσουν τη βοήθεια κάποιου επαγγελματία και να μιλήσουν για καταθλιπτικά συναισθήματα, παρόλο που οι επαφές με επαγγελματίες υγείας κατά την περιγεννητική περίοδο είναι ιδιαίτερα συχνές. Αρκετές γυναίκες αναφέρουν ότι δεν γνωρίζουν που μπορούν να απευθυνθούν για βοήθεια ή δεν είναι ενήμερες για τις θεραπευτικές δυνατότητες και εναλλακτικές που υπάρχουν. Δεν λείπουν οι περιπτώσεις γυναικών των οποίων η δυσφορία εκφράζεται με σωματοποίηση, όπως για παράδειγμα, πονοκεφάλους, διαταραχές στον ύπνο,

κόπωση σφίξιμο στο στήθος, κλπ. Οι γυναίκες αυτές ενδέχεται να μη μπορούν να μεταφράσουν τη συμπτωματολογία τους ως απόρροια ψυχικής διαταραχής.

Κάποιες γυναίκες δεν γνωρίζουν ότι πάσχουν από κατάθλιψη ή το αρνούνται, υποβιβάζοντας μάλιστα τα συμπτώματα. Άλλες θεωρούν ότι αυτό που τους συμβαίνει είναι φυσιολογική συνέπεια της μητρότητας. Οι τελευταίες αποδίδουν τα συμπτώματα σε άλλα αίτια και όχι στην κατάθλιψη.

Οι γυναίκες που αναγνωρίζουν ότι έχουν επιλόχεια κατάθλιψη δεν είναι πρόθυμες να αποκαλύψουν τα συναισθήματά τους στους συντρόφους, στην οικογένεια, στους φίλους ή σε επαγγελματίες υγείας. Η αιτιολόγηση αυτού του φαινομένου είναι πολλαπλή. Κάποιες γυναίκες θεωρούν ότι μπορούν να ανταπεξέλθουν μόνες τους με τα συναισθήματά τους, άλλες θεωρούν ότι θα θεωρηθούν απεχθείς αν τα αποκαλύψουν, άλλες φοβούνται ότι θα στιγματισθεί η οικογένειά τους και οι ίδιες θα θεωρηθούν υπεύθυνες για τα προβλήματα που θα προκληθούν. Επίσης, κάποιες ανησυχούν μήπως οι υπηρεσίες πρόνοιας τις απομακρύνουν από το παιδί τους. Επομένως, το κοινωνικό στίγμα είναι η κυριότερη αιτία μη αποκάλυψης της συναισθηματικής τους κατάστασης.

Οι μητέρες με κατάθλιψη δεν έχουν αρκετό χρόνο ώστε να απευθυνθούν σε κάποια υπηρεσία υγείας ή δεν μπορούν να είναι συνεπείς στα ραντεβού τους. Τέλος, κάποιες γυναίκες θεωρούν ότι η κατάθλιψη είναι σημάδι εσωτερικής αδυναμίας και όχι μια ψυχική ασθένεια. Η εκπαίδευση και η ευαισθητοποίηση των γυναικών σε θέματα που αφορούν τις περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές, καθώς και η υποκειμενική εκτίμηση της γυναίκας ότι έχει στενή επαφή με κάποιον επαγγελματία υγείας φαίνεται ότι προωθούν αρκετά την αναζήτηση βοήθειας.

Εκτός από εμπόδια που απορρέουν από την ίδια τη γυναίκα, η βιβλιογραφική ανασκόπηση δείχνει ότι τα μέλη της οικογένειας δεν είναι συχνά σε θέση να προσφέρουν βοήθεια και υποστήριξη. Ακόμα περισσότερο, σε κάποιες περιπτώσεις η οικογένεια αποθαρρύνει τη γυναίκα από την αναζήτηση βοήθειας, επειδή η αποκάλυψη τόσο προσωπικών θεμάτων πέραν των οικογενειακών πλαισίων θεωρείται ανάρμοστη.

Οι ίδιοι οι επαγγελματίες δεν είναι πάντοτε σε θέση να εκτιμήσουν σωστά την κατάσταση ή στερούνται των απαραίτητων γνώσεων. Το είδος της σχέσης που θα δημιουργηθεί ανάμεσα στον επαγγελματία υγείας και τη γυναίκα, καθορίζει σε μεγάλο βαθμό και τη συμμόρφωση της γυναίκας στη θεραπευτική παρέμβαση που χρειάζεται. Αρκετές ποιοτικές μελέτες αναδεικνύουν την τάση κάποιων επαγγελματιών να «ομαλοποιούν» (normalize) τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Επίσης, φαίνεται ότι οι γυναίκες διστάζουν να λάβουν θεραπεία αν οι επαγγελματίες δεν αφιερώνουν τον

απαραίτητο χρόνο να ακούσουν τα συναισθήματα τους ή υποβιβάζουν τη σημασία τους. Δεν λείπουν και οι γυναίκες που αναφέρουν ότι οι ειδικοί υπήρξαν κατευθυντικοί, αυξάνοντας με αυτόν τον τρόπο τα συναισθήματα αναξιότητας και ενοχής, στις περιπτώσεις που ένιωθαν αδύναμες να ανταπεξέλθουν.

Για την πλειονότητα των γυναικών σημασία έχει να μπορούν απλώς να μιλήσουν για τα συναισθήματά τους, σε κάποιον επαγγελματία με ενσυναίσθηση, που δεν θα γίνεται καθόλου επικριτικός στο άκουσμα της αμφιθυμίας ή άλλων αρνητικών για τη μητρότητα συναισθημάτων, να έχουν τον χρόνο που χρειάζονται για να εκφραστούν, να αναγνωρίζεται η δυσκολία τους και ταυτόχρονα να εισπράττουν τη διαβεβαίωση ότι δεν είναι οι μοναδικές που νιώθουν έτσι, ώστε να μη βιώνουν αποκλεισμό (Dennis & Chung-Lee, 2006).

*

Οι επιπτώσεις από την αδυναμία εντοπισμού και την απουσία παρέμβασης σε γυναίκες που είναι σε ομάδα υψηλού κινδύνου ή πάσχουν ήδη από κάποια περιγεννητική ψυχική διαταραχή, αναφέρονται αναλυτικά σε προηγούμενο κεφάλαιο. Εξαιτίας της κρισιμότητας της του υπό μελέτη φαινομένου, διεξάγονται πλέον καμπάνιες ευαισθητοποίησης του γενικού πληθυσμού και των επαγγελματιών υγείας και γίνονται συστηματικές προσπάθειες για την ένταξη της ανίχνευσης στους ελέγχους ρουτίνας των εγκύων από μαιέες και μαιευτήρες, αλλά και από παιδιάτρους, οι οποίοι είναι οι κατεξοχήν επαγγελματίες που έρχονται σε επαφή με τις νέες μητέρες μετά τον τοκετό.

Η ανασκόπηση των ερευνών που πραγματοποιήθηκε για τις ανάγκες του οδηγού του National Collaborating Centre for Mental Health, καταλήγει στο ότι το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό σοβαρής ψυχικής διαταραχής, συμπεριλαμβανόμενης της σχιζοφρένειας, της διπολικής διαταραχής, προηγούμενης επιλόχειας ψύχωσης ή σοβαρής και παρατεταμένης κατάθλιψης στην περίοδο της λοχείας, μπορούν να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης επεισοδίων της διαταραχής μετά την παρούσα κύηση (NICE, 2007, σσ. 85-110). Επίσης, οι κατευθυντήριες του NICE για την ανίχνευση, προτείνουν τις ερωτήσεις Whooley παρόλο που δεν έχουν ακόμα σταθμιστεί, ως εύχρηστα εργαλεία ανίχνευσης από τους επαγγελματίες υγείας (Whooley et al., 1997). Σύμφωνα με τον Nice, οι δύο ερωτήσεις που προτείνουν οι Whooley και οι συνεργάτες για την ανίχνευση, έχουν ευαισθησία (sensitivity) 96% (95% CI 90% to 99%) και ειδικότητα (specificity) 57% (95% CI 53% to 62%), με θετική πιθανότητα (positive likelihood ratio) 2.2. Στην πιο σύγχρονη έκδοση των

κατευθυντήριων οδηγιών του NICE προστέθηκαν δύο ακόμα ερωτήσεις, που ανιχνεύουν την αγχώδη συμπτωματολογία, δίνοντας πλέον την πρέπουσα σημασία και στην αγχώδη συμπτωματολογία (Nice, 2014, σ. 28). Οι ερωτήσεις για τους προαναφερθέντες παράγοντες κινδύνου, καθώς και οι ερωτήσεις Whooley, προτείνονται για μια σύντομη ανίχνευση από τους επαγγελματίες υγείας¹⁹.

¹⁹ Βλ. Παράρτημα.

Μέρος δεύτερο: Μεικτές μέθοδοι έρευνας: τα νέα μοντέλα συνάρθρωσης (mixed methods)

Οι μεικτές μέθοδοι χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο στους σύγχρονους ερευνητικούς σχεδιασμούς και αναγνωρίζονται ως τρίτη σημαντικότερη προσέγγιση ή ερευνητικό μοντέλο μαζί με την ποιοτική και την ποσοτική μέθοδο, όταν αυτές εφαρμόζονται διακριτά ή μία από την άλλη. Έχουν διατυπωθεί πολλοί ορισμοί από τους θεωρητικούς του μοντέλου, (περί τους 19 αναφέρονται στο άρθρο του Johnson (Johnson et al., 2007). Μάλιστα ο συγκεκριμένος πραγματοποίησε ανάλυση περιεχομένου στους ορισμούς αυτούς προκειμένου να καταλήξει σε έναν νέο εμπειρισταωμένο. Η εργασία του συνοψίζει τις βασικές συνιστώσες των μεικτών μεθόδων. Σύμφωνα με τα πορίσματά της, η έρευνα μεικτών μεθόδων είναι μια συστηματική συνάρθρωση ποσοτικών και ποιοτικών μεθόδων σε μια έρευνα, που στοχεύει σε μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα, στη βαθύτερη κατανόηση και πληρέστερη περιγραφή και στην ανάδειξη νέων συνιστωσών και προοπτικών του υπό μελέτη φαινομένου. Ο συνδυασμός των ποιοτικών και των ποσοτικών μεθόδων μπορεί να γίνει είτε με τη διατήρηση των αρχικών δομών και διεργασιών της κάθε μεθόδου, είτε με τη σύνθεση αυτών, με τρόπο που θα ικανοποιεί τις ανάγκες της έρευνας. Επιπλέον, η μεικτή μέθοδος μπορεί να υπηρετεί σκοπούς αύξησης της εγκυρότητας των μεθόδων ή των αποτελεσμάτων, όταν αυτά είναι παράγωγα της μίας μόνο μεθόδου (Johnson et al., 2007).

Επομένως, το βασικό πλεονέκτημα των ποιοτικών και ποσοτικών μεθόδων έρευνας, συνίσταται στη λεπτομερέστερη μελέτη του ίδιου φαινομένου από διαφορετικές οπτικές και με διαφορετικούς τρόπους, δηλαδή σε μια πιο διεξοδική και έγκυρη εικόνα αυτού. Υποστηρίζεται ότι, προκειμένου να ερμηνευθούν τα δεδομένα, είναι προτιμότερο να συνδυάζονται μέθοδοι που απαιτούν συγκεκριασμό διαφορετικών προσεγγίσεων.

Σύμφωνα με την Αρβανιτίδου, η χρησιμοποίηση μεικτής προσέγγισης στον ερευνητικό σχεδιασμό συνίσταται στον συνδυασμό ποσοτικών και ποιοτικών μεθόδων και αξιολογεί καλύτερα τα πλεονεκτήματα κάθε μεθόδου, με αποτέλεσμα την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των αδυναμιών της κάθε μιας (Αρβανιτίδου, 2013). Κάθε μέθοδος περιλαμβάνει μεροληψίες, αλλά ευτυχώς αυτές δεν είναι ταυτόσημες. Η διαφορετικότητα των ατελειών μάς δίνει τη δυνατότητα να τις αντισταθμίσουμε με τον συνδυασμό διαφορετικών μεθόδων (Brewer και Hunter, 1989, στο Σαραφίδου, 2011,

σελ. 94). Ο Ragin Charles λέει σχετικά: «Τα κύρια χαρακτηριστικά που μοιράζονται όλες οι ποιοτικές μέθοδοι μπορούν να αναδειχθούν όταν αυτές αντιπαραβάλλονται με τις ποσοτικές μεθόδους. Οι περισσότερες τεχνικές για ποσοτικά δεδομένα είναι μέθοδοι συμπύκνωσης της πληροφορίας, προκειμένου να αναδυθεί η συνολική εικόνα.... Αντίθετα, οι ποιοτικές μέθοδοι λειτουργούν εμπλουτίζοντας την πληροφορία και έτσι δίνουν τη δυνατότητα να εντοπισθούν με σαφήνεια, χαρακτηριστικές όψεις των μελετώμενων περιπτώσεων» (1994, στο Σαραφίδου, 2011, σελ. 94).

Οι τέσσερις **βασικοί τύποι μικτών μεθόδων** είναι η τριγωνοποίηση (*triangulation*), η ενσωμάτωση (*embedded*), η επεξήγηση (*explanatory*) και η διερεύνηση (*exploratory*) (Creswel και Clark, 2011, σελ. 58-109). Η **τριγωνοποίηση** συνιστά την πιο γνωστή προσέγγιση, και στοχεύει στη συλλογή διαφορετικών αλλά συμπληρωματικών δεδομένων πάνω στο ίδιο θέμα, για λόγους βελτίωσης της κατανόησης. Ο εν λόγω ερευνητικός σχεδιασμός χρησιμοποιείται για τη σύγκριση ποιοτικών και ποσοτικών ευρημάτων, για την επικύρωση ή και τη διεύρυνση των ποσοτικών αποτελεσμάτων με ποιοτικά δεδομένα. Τα ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα τυγχάνουν ανεξάρτητης επεξεργασίας, αλλά ο ερευνητής χρησιμοποιεί και τα δύο στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Αυτού του τύπου ο σχεδιασμός χρησιμοποιείται στην παρούσα έρευνα.

Στην **ενσωμάτωση**, ο ένας τύπος δεδομένων διαδραματίζει πρωτεύοντα και ο άλλος δευτερεύοντα ρόλο. Αυτός ο σχεδιασμός χρησιμοποιείται όταν ο ένας τύπος δεδομένων δεν επαρκεί για να απαντήσει στα ερευνητικά ερωτήματα. Συλλέγονται και ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα, αλλά ένα από αυτά χρησιμοποιείται συμπληρωματικά, στον κυρίαρχο ρόλο του άλλου, ενώ κάθε τύπος απαντά σε διαφορετικά ερευνητικά ερωτήματα.

Στον **επεξηγηματικό σχεδιασμό** τα ποιοτικά δεδομένα επεξηγούν ή συμβάλλουν στην περαιτέρω ανάπτυξη και υποστήριξη των ποσοτικών ευρημάτων. Επιπλέον, ο σχεδιασμός αυτός χρησιμοποιείται όταν ο ερευνητής θέλει να ορίσει τις ομάδες του δείγματος βάσει ευρημάτων που προκύπτουν από ποσοτικά δεδομένα, αλλά να κάνει επανεκτίμηση μέσω ποιοτικών δεδομένων.

Στο **διερευνητικό μοντέλο**, τα αποτελέσματα της πρώτης μεθόδου (ποιοτικής) συμβάλλουν στην ανάπτυξη ή συμπλήρωση της δεύτερης μεθόδου (ποσοτικής). Η διερεύνηση χρειάζεται όταν, για παράδειγμα, δεν είναι διαθέσιμα ψυχομετρικά εργαλεία, όταν δεν είναι γνωστές οι μεταβλητές ή δεν υπάρχουν κατευθυντήριες γραμμές και θεωρητικό πλαίσιο. Αυτός ο σχεδιασμός είναι ιδιαίτερα βοηθητικός όταν

ο ερευνητής θέλει να δημιουργήσει ένα ψυχομετρικό εργαλείο, να προσδιορίσει σημαντικές μεταβλητές, να γενικεύσει τα ευρήματα σε διαφορετικές ομάδες, να ελέγξει μια θεωρία, και να διερευνήσει σε βάθος ένα φαινόμενο, ούτως ώστε να προκύψουν οι συνιστώσες της μέτρησής του σε μελλοντικές έρευνες.

*

Σύμφωνα με τη Σαραφίδου (2011, σελ. 96), ο Denzin το 1978, χρησιμοποίησε πρώτος τον όρο «τριγωνοποίηση», προκειμένου να υποστηρίξει τον συνδυασμό διαφορετικών προσεγγίσεων στη μελέτη ενός ερευνητικού προβλήματος. Υποστήριξε ότι μια υπόθεση που δεν διαψεύδεται, εξεταζόμενη με διαφορετικές προσεγγίσεις, μπορεί να θεωρηθεί αληθής με μεγαλύτερη ασφάλεια. Ο όρος αποτελεί ένα δάνειο από τη ναυσιπλοΐα και την τοπογραφία, όπου η θέση ενός σημείου υπολογίζεται με βάση τον προσδιορισμό των γωνιών παρατήρησής του από δύο διαφορετικά γνωστά σημεία. Σύμφωνα με τους Flick και συνεργάτες, ο όρος αρχικά χρησιμοποιήθηκε από ερευνητές που χρησιμοποιούσαν ποσοτικές μεθόδους, ωστόσο συνδύαζαν διαφορετικά εργαλεία ή μεθοδολογίες μέτρησης, θεωρώντας ότι με αυτόν τον τρόπο ισχυροποιούν την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων (Flick, 2004, σ. 174).

Η μεταφορά της τριγωνοποίησης βασίστηκε στη λογική ότι, οι μεροληψίες στην έρευνα των κοινωνικών επιστημών, μπορούν να εξουδετερωθούν αν χρησιμοποιηθούν πολλαπλές πηγές δεδομένων, διαφορετικοί ερευνητές, διαφορετικές ερμηνευτικές θεωρίες, καθώς και πολλαπλές μέθοδοι συλλογής και ανάλυσης δεδομένων (Σαραφίδου, 2011, σελ. 97).

Συγκεκριμένα, ο Denzin (στο Flick, 2004, σσ. 178-9), θεωρούσε ότι η μέθοδος αυτή συνιστά μια στρατηγική ισχυροποίησης της εγκυρότητας μέσω της:

Τριγωνοποίησης των δεδομένων, που συνδυάζει δεδομένα που προέρχονται από διαφορετικές πηγές και από διαφορετικές χρονικές στιγμές ή διαφορετικούς ανθρώπους.

Τριγωνοποίησης των ερευνητών, που χαρακτηρίζεται από τη χρησιμοποίηση διαφορετικών παρατηρητών ή συνεντευκτών, ώστε να εξισορροπηθεί η υποκειμενική επίδραση κάθε ατόμου.

Τριγωνοποίησης της θεωρίας, που αφορά την προσέγγιση των δεδομένων από διαφορετικές προοπτικές και υποθέσεις.

Τριγωνοποίησης της μεθοδολογίας, που αφορά την τριγωνοποίηση εντός της μεθόδου, για παράδειγμα, τη χρήση διαφορετικών υποκλιμάκων ενός

ερωτηματολογίου και την τριγωνοποίηση μεταξύ των μεθόδων. Ο στόχος αυτού του τύπου τριγωνοποίησης είναι η αντιπαράθεση δύο διαφορετικών μεθόδων, ώστε να αυξηθεί η εγκυρότητα.

Η ανάλυση περιεχομένου

Σύμφωνα με τον Stemler (2001), οι Berelson, Krippendorff και Weber αναφέρουν ότι η ανάλυση περιεχομένου ορίζεται ως μια συστηματική τεχνική, σχεδιασμένη με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορεί να επαναληφθεί, και η οποία στοχεύει στη σύνοψη αρκετών λέξεων ενός κειμένου σε λιγότερες κατηγορίες, η εξαγωγή των οποίων βασίζεται σε σαφείς και ρητούς κανόνες κωδικοποίησης. Είναι μία ερευνητική μέθοδος για την αντικειμενική, συστηματική και ποιοτική περιγραφή του δηλωτικού περιεχομένου της πληροφορίας (Kaid & Wadsworth, 1989).

Παρόλο που τα δεδομένα που επεξεργάζεται η Ανάλυση Περιεχομένου είναι ποιοτικά, η εν λόγω μέθοδος μπορεί να οριστεί ως μια συστηματική, αντικειμενική, ποσοτική ανάλυση των χαρακτηριστικών ενός μηνύματος (Kimberly, 2002, σελ. 1).

Ως τεχνική, θα πρέπει να μπορεί να επαναληφθεί με τέτοιο τρόπο, ώστε να καταλήξει στα ίδια δεδομένα, να είναι δηλαδή αξιόπιστη (Krippendorff, 2004, σελ. 18). Αυτό δεν συνεπάγεται ότι προσδιοριστικό κριτήριο της ανάλυσης περιεχομένου είναι η ποσοτικοποίηση. Η κωδικοποίηση κειμένων και η εξαγωγή κατηγοριών, εξ ορισμού συνιστούν έναν στοιχειώδη τρόπο μέτρησης (Stevens, 1946 στο Krippendorff, 2004, σελ. 87). Η εγκυρότητα των απαντήσεων στα ερευνητικά ερωτήματα, δεν επιτυγχάνεται και δεν διασφαλίζεται αποκλειστικά και μόνο από ποσοτικοποιημένα ευρήματα. Τουναντίον, φαίνεται ότι και οι δύο τρόποι προσέγγισης των ερευνητικών ερωτημάτων είναι απαραίτητοι στην ανάλυση περιεχομένου. Οι οπαδοί της ποσοτικοποίησης έχουν δεχθεί κριτική για συρρίκνωση της ανάλυσης περιεχομένου σε ποσοτικές διεργασίες, όπως αντίστοιχα έχουν δεχθεί κριτική οι οπαδοί των ποιοτικών προσεγγίσεων για την απουσία συστηματικής μεθόδου επεξεργασίας του κειμένου και για την «ιμπρεσιονιστική» διάσταση που χαρακτηρίζει τις ερμηνείες τους (αυτόθι).

Το πλαίσιο εργασίας της μεθοδολογίας της Ανάλυσης Περιεχομένου, συνίσταται στα εξής: α) Ένα σώμα κειμένου, τα δεδομένα στα οποία θα

πραγματοποιηθεί η ανάλυση, β) τα ερευνητικά ερωτήματα, τα οποία ο ερευνητής προσπαθεί να απαντήσει μέσω της ανάλυσης, γ) το πλαίσιο από το οποίο ο αναλυτής θα επιλέξει να διαβάσει ή και θα νοηματοδοτήσει το σώμα κειμένου, δ) μια αναλυτική κατασκευή που θα δύναται να αποτυπώσει και να μεταδώσει όσα γνωρίζει ο αναλυτής για το περιεχόμενο του κειμένου, ε) τα συμπεράσματα που προορίζονται να απαντήσουν τα ερευνητικά ερωτήματα και τέλος, στ) στοιχεία για την εγκυρότητα της μέτρησης (Krippendorff, 2004, σ. 30).

Οι Ryan και Bernard (2003) ανέδειξαν τέσσερα **στάδια κατά την εργασία με κείμενα** και την ανάλυση αυτών: (α) ανακάλυψη θεματικών κατηγοριών και υποκατηγοριών, (β) απομόνωση ενός διαχειρίσιμου αριθμού θεματικών κατηγοριών, αποφασίζοντας ποιες θεματικές κατηγορίες είναι σημαντικές και χρήσιμες για την εκάστοτε έρευνα, (γ) κατασκευή ιεραρχιών θεματικών κατηγοριών ή οδηγιών κωδικοποίησης και (δ) σύνδεση των θεματικών κατηγοριών με θεωρητικά μοντέλα. Η διαδικασία της κατασκευής οδηγιών κωδικοποίησης εμπίπτει στο τρίτο στάδιο (MacQueen, 2008).

Τυπικά, μπορούμε να παρατηρήσουμε δύο γενικές κατηγορίες ανάλυσης: αυτή που συνίσταται στον υπολογισμό της συχνότητας εμφάνισης λέξεων – κλειδιών και άλλων σημαντικών στοιχείων μέσα στο κείμενο (Namey, 2008, σ. 138) και στη θεματική ανάλυση που εμβαθύνει πέραν της καταμέτρησης, στην ανίχνευση και περιγραφή των έκδηλων και λανθανόντων ιδεών του κειμένου. Ο υπολογισμός της συχνότητας των θεματικών κατηγοριών που γίνεται στη θεματική ανάλυση, δίνει τη δυνατότητα να ενσωματωθεί στην ανάλυση το περιεχόμενο – το πλαίσιο στο οποίο αναφέρεται κάθε κατηγορία, σε αντίθεση με την καταμέτρηση που εμμένει στις συχνότητες των λέξεων, ακόμα και αν κάποιες από αυτές διαφοροποιούνται ως προς το πλαίσιο στο οποίο εντάσσονται (*αυτόθι*, σελ. 142).

Η αξιοπιστία της θεματικής ανάλυσης συνιστά πιο πολύπλοκο εγχείρημα, στον βαθμό που ο αναλυτής πρέπει να ερμηνεύσει τα δεδομένα προκειμένου να τα κωδικοποιήσει. Παρόλο που η ανάλυση αυτή απαιτεί περισσότερο χρόνο, λαμβανομένης υπόψη και της αναγκαιότητας για συμφωνία μεταξύ των κωδικοποιητών, συντελεί στην παραγωγή πλούσιων σε περιεχόμενο δεδομένων και αποτελεσμάτων.

Η καταμέτρηση καθώς και η θεματική ανάλυση μπορεί να εκκινούν από τα δεδομένα (data-driven) ή από τη θεωρία (theory-driven). Στην περίπτωση που εκκινά από τα δεδομένα, πραγματοποιείται προσεκτική μελέτη αυτών, ώστε να απομονωθούν

οι λέξεις κλειδιά, οι τάσεις, τα θέματα ή οι ιδέες που θα αποτελέσουν το περίγραμμα της ανάλυσης, πριν η ανάλυση λάβει χώρα. Αντίθετα, στην περίπτωση που η ανάλυση εκκινά από τη θεωρία, ο ερευνητής κατευθύνεται από συγκεκριμένες ιδέες ή υποθέσεις, προϋπάρχουσες, τις οποίες και αναζητά στα δεδομένα. Οι εν λόγω προσεγγίσεις τείνουν να είναι αυστηρότερα δομημένες και εξ αιτίας αυτού θεωρούνται περισσότερο αξιόπιστες. Αντίθετα, οι προσεγγίσεις που εκκινούν από τα δεδομένα θεωρείται ότι έχουν μεγαλύτερη εγκυρότητα, εφόσον είναι περισσότερο ευέλικτες και ανοιχτές στην ανακάλυψη νέων θεματικών ή ιδεών και βάσει αυτών να θεμελιώσουν μια καινούργια θεωρία. Στην παρούσα έρευνα η θεματική ανάλυση εκκινά από τα δεδομένα.

Η εφαρμοσμένη έρευνα δείχνει ότι καμία από τις δυο αναλυτικές προσεγγίσεις δεν είναι τόσο άκαμπτη, με αποτέλεσμα να μην αποκλείεται η χρήση τεχνικών εκατέρωθεν, ώστε να ισχυροποιηθούν τα ευρήματα και να εξισορροπηθεί η αξιοπιστία και η εγκυρότητα. Η ανάλυση που προκύπτει από τη θεωρία, δεν αποκλείει τη χρήση των θεμάτων που αναδεικνύονται από τα δεδομένα και αντίστοιχα, η ανάλυση που προκύπτει από τα δεδομένα, δεν αποκλείει τη χρήση θεωριών για να ερμηνεύσει τα θέματα που αναδύονται (Namey, 2008, p. 139).

Η απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων στις ποιοτικές μεθόδους έρευνας

Παρότι αποτελεί μια χρονοβόρα και επίπονη διαδικασία, η απομαγνητοφώνηση έχει αρχίσει να αναγνωρίζεται ως κομβικής σημασίας μέσο συλλογής δεδομένων στις ποιοτικές μεθόδους έρευνας. Ερευνητές που ασχολήθηκαν με την ποιοτική έρευνα επεσήμαναν ότι η απομαγνητοφώνηση μπορεί να επηρεάσει καθοριστικά τον τρόπο που γίνονται αντιληπτοί οι συμμετέχοντες, τις πληροφορίες που αναφέρουν και, κατ' επέκταση, τα συμπεράσματα που εξάγονται. Μια ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε σε σχέση με τον τρόπο που εκλαμβάνεται η απομαγνητοφώνηση στις ποιοτικές έρευνες από το 1997 μέχρι και το 2009 (Davidson, 2009) καταλήγει ότι οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι η απομαγνητοφώνηση συνιστά μια θεωρητική, επιλεκτική, ερμηνευτική διεργασία αναπαράστασης²⁰. Η διαφοροποίηση έγκειται στον τρόπο που επιλέγει κάθε φορά ο ερευνητής για να απομαγνητοφωνήσει τον λόγο. Το πρόβλημα

²⁰ Βλ. και (Oliver και συν., 2005)

θα μπορούσε να διατυπωθεί ως εξής: «*πώς πρέπει να απογνητοφωνηθεί ο λόγος, ώστε να αναπαρίσταται ο υποκειμενικός τρόπος αντίληψης του κόσμου;*».

Υπάρχουν δύο κυρίαρχες τάσεις στις πρακτικές απομαγνητοφώνησης υλικού: η *νατουραλιστική*, κατά την οποία ο εκφερόμενος λόγος απομαγνητοφωνείται με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ακρίβεια και λεπτομέρεια και ο *αντινατουραλισμός*²¹, κατά την οποία τα ιδιοσυγκρασιακά στοιχεία του λόγου, παραδείγματος χάρη, τραυλισμοί, παύσεις, μη λεκτικά στοιχεία, ακούσιες αρθρώσεις, αφαιρούνται. Από τη σκοπιά της νατουραλιστικής προσέγγισης, η ομιλούμενη γλώσσα αναπαριστά τον «πραγματικό κόσμο», συνεπώς η απομαγνητοφώνηση συνιστά μια επί λέξει απεικόνιση του λόγου (Schegloff, 1997). Σύμφωνα με τους Oliver και συνεργάτες (2005), ο Cameron αναφέρει ότι η εκδοχή του αντινατουραλισμού, θεωρεί ότι μέσα τον λόγο υπάρχουν νοήματα και αντιλήψεις τα οποία κατασκευάζουν την πραγματικότητα. Στην νατουραλιστική προσέγγιση απομαγνητοφώνησης στόχος είναι η μεταφορά όλων των λεπτομερειών του ηχητικού μηνύματος στον γραπτό λόγο, με τη χρήση συντομογραφιών που αναπαριστούν για παράδειγμα, τις ανάσες, τις παύσεις και τη διάρκειά τους, τα κομπιάσματα, την έμφαση που δίνεται σε κάποιες λέξεις, τις απότομες διακοπές των λέξεων, κτλ. Συνήθως, μάλιστα, διατίθεται κάποιο υπόμνημα σε όποιον αναλαμβάνει τη διαδικασία της απομαγνητοφώνησης. Η εν λόγω αναπαράσταση έχει παρομοιαστεί με το κείμενο ενός σεναρίου²² (Ochs, 1979).

Η νατουραλιστική εκδοχή απομαγνητοφώνησης χρησιμοποιείται κυρίως σε έρευνες που αφορούν τη μελέτη της διεργασίας του διαλόγου, μέσω της ανίχνευσης επαναλαμβανόμενων μοτίβων και εργαλείων που χρησιμοποιεί κανείς για το συντονισμό και τη διεξαγωγή της λεκτικής αλληλεπίδρασης. Επίσης, συχνά χρησιμοποιείται για να εντοπίσει και να αναδείξει στοιχεία που αφορούν το «πολυσύνθετο» της γλώσσας. Η τεχνική που προέκυψε από τη θεωρητική κατεύθυνση του νατουραλισμού, θεωρείτο ότι μπορούσε να αναπαραστήσει με ακριβή τρόπο την πραγματικότητα. Κατά την πορεία των εφαρμογών της όμως, άρχισαν να διαφαίνονται σημεία επιρροής και μεροληψίας για τον τρόπο της λεκτικής αναπαράστασης. Κατά την απομαγνητοφώνηση έρχεται κανείς αντιμέτωπος με μη λεκτικά στοιχεία της εκφοράς, όπως το γέλιο, τις λεπτομέρειες στην προσωδία, κομπιάσματα, διακοπές κλπ,

²¹ Απόδοση στα ελληνικά του *denaturalism*.

²² Ωστόσο, η ερευνήτρια της παρούσας έρευνας, θεωρεί πλησιέστερο παράδειγμα την παρτιτούρα που χρησιμοποιούν οι λυρικοί τραγουδιστές.

που μπορούν να διαφοροποιήσουν, ακόμα και να ακυρώσουν ολοκληρωτικά το έκδηλο λεκτικό μήνυμα. Σε κάθε περίπτωση, τα στοιχεία αυτά χρήζουν ερμηνείας, γεγονός που θέτει τον τελούντα την απομαγνητοφώνηση προ αποφάσεων για τον τρόπο αναπαράστασης (Bucholtz, 2000). Πρόκειται για ένα ζήτημα που αφορά την εγκυρότητα. Κάθε απόφαση αναπαράστασης συνιστά ένα τρόπο κωδικοποίησης, μια μετάφραση – προσαρμογή του εκφερόμενου στον γραπτό λόγο, συνεπώς μπορεί να αναδείξει στοιχεία από τον ψυχισμό και τη διάθεση του ομιλούντα ή αντίθετα να οδηγήσει σε συσκοτισμό και παρερμηνεία του λόγου του. Σε κάποιες περιπτώσεις, κάποια από τα συμφραζόμενα μπορούν να διευκάνουν το πρόβλημα και να καθοδηγήσουν στη λήψη της απόφασης. Σε άλλες περιπτώσεις, ο ερευνητής μπορεί να χρειαστεί να τροποποιήσει την τεχνική απομαγνητοφώνησης προς την κατεύθυνση του αντι-νατουραλισμού.

Η απομαγνητοφώνηση που βασίζεται στην αντι-νατουραλιστική κατεύθυνση, εστιάζεται επίσης στην κατά λέξη αναπαράσταση των εκφερομένων. Η ακρίβεια σε αυτή την περίπτωση δεν αφορά τόσο την έμφαση στα μη λεκτικά στοιχεία της εκφοράς, όσο στην «ουσία» της συνέντευξης, δηλαδή στο νόημα και τις αντιλήψεις που δημιουργούνται και μεταδίδονται κατά τη διάρκεια μιας συνομιλίας. Επομένως, σε αυτή την περίπτωση δεν αναπαρίστανται μη λεκτικά στοιχεία ή ιδιοσυγκρασιακού τύπου χαρακτηριστικά του λόγου. Η συγκεκριμένη κατεύθυνση έχει χρησιμοποιηθεί ευρύτατα στην εθνογραφία, τη θεμελιωμένη θεωρία (grounded theory), και την ανάλυση λόγου του κριτικισμού (critical discourse analysis). Για τις προαναφερθείσες επιστημολογικές κατευθύνσεις, η συνέντευξη και στη συνέχεια η απομαγνητοφώνησή της, δεν είναι παρά το μεθοδολογικό εργαλείο για να «αδράξει» κανείς ιδεολογικές συνιστώσες ή υποκειμενικές αντιλήψεις, τον τρόπο που η κοινωνία είναι «εμποτισμένη» από τον λόγο (Cameron 2001, στο Oliver et al., 2005). Ο λόγος συχνά εμφανίζεται ως πανταχού παρόντας, δομώντας τον τρόπο που αντιλαμβανόμαστε την πραγματικότητα. Οι ερευνητές που βασίζονται στη μέθοδο της θεμελιωμένης θεωρίας, επικεντρώνονται στη συλλογή δεδομένων που αντανάκλουν νοήματα και αντιλήψεις.

Το 1993 ο Fairclough ανέφερε ότι κανένα σύστημα δεν θα μπορούσε να αναπαραστήσει με κατανοητό τρόπο τα πάντα. Κατά την άποψή του πρόκειται σε κάθε περίπτωση για ένα ζήτημα προσωπικής κρίσης όπου, λαμβάνοντας υπόψη τη φύση των ερευνητικών ερωτημάτων, επιλέγονται τα στοιχεία που θα αναδειχθούν, καθώς και ο βαθμός της λεπτομέρειας στην απεικόνιση. Παραδείγματος χάρη, σε κάποιες έρευνες δεν είναι η εκφορά του λόγου και η παθολογία του το προς ανάλυση υλικό, αλλά τα

νοήματα και οι αντιλήψεις. Σε κάθε περίπτωση, η διαδικασία της απομαγνητοφώνησης δεν αποτελεί μια μηχανική επιλογή συμβόλων. Αντίθετα, ο ερευνητής χρειάζεται να κάνει επιλογές και να πάρει αποφάσεις. Οι επιλογές σχετίζονται με τις θεωρητικές κατευθύνσεις του ερευνητή επομένως, ενδέχεται να επηρεάζονται από κάποιου είδους προσωπική μεροληψία ή και προσδοκία για το ερευνητικό αποτέλεσμα (Davidson, 2009).

Ανάμεσα σε αυτά τα δύο θεωρητικά άκρα που πλαισιώνουν την πρακτική της απομαγνητοφώνησης, υπάρχει ένα συνεχές εύλεικτων παραλλαγών, που επιλέγουν κάθε φορά στοιχεία τέτοια, ώστε να επιτύχουν συγκεκριμένους ερευνητικούς σκοπούς και επίπεδα ανάλυσης. Το είδος και η αιτιολόγηση των επιλογών και των αποφάσεων θα πρέπει να επισημαίνεται σε κάθε ερευνητικό σχεδιασμό.

Η ανάθεση της απομαγνητοφώνησης σε εξειδικευμένους επαγγελματίες αυξάνει την αξιοπιστία (Dressler και Kreuz, 2000 στο Davidson, 2009). Τα άτομα που πραγματοποιούν την απομαγνητοφώνηση χρειάζονται σαφείς οδηγίες για τους σκοπούς τις έρευνας που καθορίζουν τις απαιτήσεις της εκάστοτε απομαγνητοφώνησης. Οι MacLean, MacQueens και Neidig, (2004) καταλήγουν ότι, ο δειγματοληπτικός έλεγχος στα διάφορα στάδια της απομαγνητοφώνησης, και η δημιουργία συγκεκριμένου πρωτοκόλλου με παραδείγματα και υπομνήματα για το πώς ο ερευνητής επιθυμεί την απομαγνητοφώνηση μη λεκτικών ήχων, συναισθημάτων, συμπεριφορών κλπ, ή για πώς επιθυμεί την επισήμανση των σημείων που δεν ακούγονται, μπορούν να αυξήσουν το επίπεδο συνοχής στις απομαγνητοφωνήσεις που θα πραγματοποιηθούν από διαφορετικούς επαγγελματίες.

Στην περίπτωση που η απομαγνητοφώνηση πραγματοποιείται από άτομα πέραν του ερευνητή, ένα σοβαρό ζήτημα που τίθεται είναι η προστασία του απορρήτου. Παρόλο που οι ερευνητές, τα άτομα που παίρνουν τις συνεντεύξεις και γενικότερα, όλοι οι συμμετέχοντες καλούνται να υπογράψουν φόρμες συναίνεσης, υπάρχουν αρκετές έρευνες που δεν συμπεριλαμβάνουν στην προστασία του απορρήτου. Η διαπίστωση αυτή προκαλεί εντύπωση, εφόσον όσοι πραγματοποιούν την απομαγνητοφώνηση είναι πολύ εξοικειωμένοι με το υλικό και τις προσωπικές πληροφορίες που αυτό περιλαμβάνει. Επίσης, είναι σε θέση να αναγνωρίσουν κάποιον μόνο από τη φωνή του. Βάσει αυτών, είναι σημαντικό να θεωρούνται όσοι πραγματοποίησαν απομαγνητοφώνηση σαν μέλη της ερευνητικής ομάδας και να δεσμεύονται ενυπόγραφα σε ό,τι αφορά το απόρρητο (MacLean et al., 2004).

Η διαδικασία της κωδικοποίησης (εξαγωγής θεματικών κατηγοριών) στην ανάλυση περιεχομένου

Η *κατηγορία* είναι μια ομάδα λέξεων που μεταφέρουν παρόμοιο μήνυμα και έχουν ανάλογη συναισθηματική φόρτιση. Οι κατηγορίες πρέπει να είναι αμοιβαία αποκλειόμενες και εξαντλητικές. Αυτό σημαίνει ότι κάθε «μονάδα» προς κωδικοποίηση εμπίπτει και ανήκει σε μια μόνο κατηγορία (Stemler, 2001). Ωστόσο, υπάρχουν περιπτώσεις που οι καταγεγραμμένες μονάδες (*Recording units*), δεν υπακούουν σε αυτά τα όρια. Θα μπορούσε για παράδειγμα, μια πρόταση (που αποτελεί καταγεγραμμένη μονάδα) να περιλαμβάνει ιδέες ή πληροφορίες που μπορούν να διαιρεθούν και να ταξινομηθούν σε επιμέρους κατηγορίες, αμοιβαία αποκλειόμενες (Stemler, 2001).

Η μονάδα κωδικοποίησης αποτελεί ένα διακριτό στοιχείο μηνύματος και μπορεί να έχει τη μορφή λέξεων, χαρακτήρων, θεματικών κατηγοριών, χρονικής περιόδου (Kimberly, 2001, σελ. 71), κλπ., γενικότερα αποτελεί μία μονάδα ανάλυσης που καθορίζεται κάθε φορά από τους σκοπούς της έρευνας. Στην ανάλυση περιεχομένου εντοπίσουμε συνήθως δύο είδη μονάδων κωδικοποίησης: (α) τις δειγματοληπτικές μονάδες (*Sampling units*), που εξαρτώνται από το πώς ο ερευνητής εξάγει το νόημα και οι οποίες θα μπορούσαν να είναι λέξεις, φράσεις ή και παράγραφοι, και (β) τις μονάδες συμφραζόμενων (*Context units*) που δεν είναι απαραίτητο να είναι ανεξάρτητες και αλληλοαποκλειόμενες. Θα μπορούσε δηλαδή η μία να επικαλύπτει την άλλη ή και να περιλαμβάνει περισσότερες μονάδες, δυνατότητα που εξαρτάται από το είδος των δεδομένων.

Υπάρχουν δύο **προσεγγίσεις για την κωδικοποίηση των δεδομένων**, οι οποίες υπακούουν σε διαφορετικούς κανόνες. Η προσέγγιση των αναδυόμενων (*emergent*) θεμάτων – κατηγοριών και η μέθοδος της εκ των προτέρων (*a-priori*) κωδικοποίησης. Στην πρώτη περίπτωση, διαφορετικοί κριτές δημιουργούν κατηγορίες που προκύπτουν από τη μελέτη του ίδιου του υλικού και στη συνέχεια εξετάζονται τυχόν διαφορές μεταξύ τους. Συντάσσεται έτσι μια λίστα με κατηγορίες, η οποία χρησιμοποιείται στη συνέχεια για την κωδικοποίηση του υλικού. Η κωδικοποίηση θα πρέπει να γίνει από διαφορετικούς κριτές και να εξεταστεί η μεταξύ τους συμφωνία. Στη δεύτερη περίπτωση οι κατηγορίες προϋπάρχουν και βασίζονται σε κάποια θεωρία (Stemler, 2001).

Μια «καλή» θεματική κατηγορία είναι αυτή που εμπεριέχει και μπορεί να αποδώσει τον ποιοτικό πλούτο ενός φαινομένου. Είναι μια κατηγορία που χρησιμεύει στην ανάλυση, στην ερμηνεία και στην παρουσίαση της έρευνας. Από την πλευρά της ποσοτικής ανάλυσης, μια «καλή» κατηγορία θα πρέπει να έχει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα μεταξύ των κριτών. Μια κατηγορία πρέπει να έχει όνομα, προσδιορισμό της θεματικής στην οποία αναφέρεται, περιγραφή που εντοπίζει τον τρόπο αναγνώρισης της θεματικής, περιγραφή χαρακτηριστικών ή εξαιρέσεων και παραδείγματα τέτοια ώστε να μειώνουν την πιθανότητα σύγχυσης της θεματικής κατηγορίας. Το όνομα της θεματικής θα πρέπει να έχει εννοιολογική συγγένεια και συνάφεια με το φαινόμενο που περιγράφει, να είναι ξεκάθαρο και να μεταφέρει την ουσία με τις λιγότερες δυνατές λέξεις. Η ερμηνεία είναι διεργασία στην ανάλυση των δεδομένων και δεν θα πρέπει να αφορά την κατηγοριοποίηση (Boyatzis, 1998, σελ. 31).

Επιλογή της κατάλληλης μεθόδου κωδικοποίησης

Ο θεωρητικός μεθοδολογίας Michael Quinn Patton (2002) τονίζει ότι, στον βαθμό που κάθε ποιοτική έρευνα είναι μοναδική, η μεθοδολογία ανάλυσης των δεδομένων που θα χρησιμοποιηθεί, πρόκειται αναλόγως να είναι και αυτή μοναδική. Ανάλογα με τη φύση και τους στόχους της κάθε έρευνας ενδέχεται η υιοθέτηση μίας συγκεκριμένης μεθοδολογίας ανάλυσης να είναι αρκετή, ενδέχεται όμως να είναι καλύτερος ένας συνδυασμός δύο ή περισσότερων μεθόδων, έτσι ώστε να «συλλάβουν» (capture) την πολυπλοκότητα των διεργασιών ή των φαινομένων των δεδομένων. Η δεύτερη περίπτωση αποτελεί μια εκλεκτική μέθοδο κωδικοποίησης (Seldana, 2013, σσ. 59-60).

Η φύση των ερευνητικών ερωτημάτων και κατ' επέκταση οι απαντήσεις που αναζητά ο ερευνητής καθορίζουν την επιλογή της μεθόδου κωδικοποίησης. Τα ερευνητικά ερωτήματα εμπεριέχουν τις αξίες, την κοσμοθεωρία και την κατεύθυνση της έρευνας. Επιδρούν και καθορίζουν το είδος της γνώσης που πρόκειται να παραχθεί (αυτόθι, σελ. 60).

Η δημιουργία του βιβλίου κωδικών (codebook)

Η δημιουργία ενός δομημένου βιβλίου κωδικών συνιστά βασικότατο εργαλείο για αρκετές ποιοτικές μεθόδους ανάλυσης, εφόσον συγκροτεί ένα σταθερό πλαίσιο για

τη δυναμική ανάλυση των δεδομένων που προκύπτουν από ένα κείμενο, βελτιώνει τη συμφωνία μεταξύ κωδικογράφων, κυρίως σε περιπτώσεις που συμμετέχουν περισσότεροι από ένας ερευνητές, και συντελεί καθοριστικά στη βελτίωση της εγκυρότητας των μετρήσεων και της αξιοπιστίας των ευρημάτων (MacQueen, 2008, σ. 120).

Το βιβλίο των κωδικών θα πρέπει να περιλαμβάνει το όνομα του κώδικα, μια περιγραφή αυτού, οδηγίες για το πότε πρέπει και πότε δεν πρέπει να χρησιμοποιηθεί ο κωδικός, και παραδείγματα. Το βιβλίο αυτό ορίζει τον τρόπο με τον οποίο διαφέρει μια πληροφορία που εξάγεται από τα δεδομένα από μια άλλη. Επιτρέπει επίσης την αναγνώριση των διαφορετικών τρόπων έκφρασης μιας θεματικής από διαφορετικά άτομα και πληθυσμούς (MacQueen, 2008, σ. 121).

Οι MacQueen και συνεργάτες θεωρούν ότι, κατά την εργασία με μεγάλες βάσεις δεδομένων, που αποτελούνται από απομαγνητοφωνήσεις δομημένων ή ημιδομημένων συνεντεύξεων, είναι χρήσιμο να ξεκινά η κωδικοποίηση από τις συγκεκριμένες ερωτήσεις που απαρτίζουν τη συνέντευξη. Αυτό το είδος κωδικοποίησης ονομάζεται *Στάδιο 1* ή *Δομική Κωδικοποίηση*. Στόχος του σταδίου είναι η αναγνώριση όλων των σημείων του κειμένου που σχετίζονται με τη συγκεκριμένη ερώτηση. Τα κριτήρια συμπερίληψης σε αυτόν τον κωδικό περιλαμβάνουν τις ενδείξεις εκείνες του λόγου, που θα επέτρεπαν στον κωδικογράφο να προσδώσει κωδικούς σε τμήμα του κειμένου που βρίσκεται εκτός της προκαθορισμένης από την αρχική δομή της συνέντευξης σειράς. Αυτό για παράδειγμα συμβαίνει όταν ένας συμμετέχοντας αυθόρμητα επιστρέφει σε μια προηγούμενη ερώτηση ενώ έχει ήδη αρχίσει να απαντά μια επόμενη ή όταν πραγματοποιεί ένα νοητικό άλμα σε ένα ερώτημα που ο ερευνητής σκόπευε να του υποβάλλει αργότερα.

Πριν από την πλήρη κωδικοποίηση όλου του υλικού, θα πρέπει να γίνει συστηματική αξιολόγηση της λειτουργικότητας των κωδικών και της ικανότητας των κωδικογράφων να τους εφαρμόσουν με έναν σταθερό και συνεπή τρόπο. Όταν μετράμε την αξιοπιστία της μεθόδου, στην πραγματικότητα αυτό που μετράμε είναι η δυνατότητα να αναπαραχθεί το αποτέλεσμα της μέτρησης, δηλαδή η πιθανότητα που έχουν διαφορετικοί κριτές, κωδικογράφοι στη συγκεκριμένη περίπτωση, οι οποίοι έχουν λάβει την ίδια εκπαίδευση και τις ίδιες οδηγίες να προσδώσουν την ίδια τιμή στο ίδιο τμήμα κειμένου. Σύμφωνα με τον Krippendorff (2004, σελ. 215), στην ανάλυση περιεχομένου η δυνατότητα αναπαραγωγής είναι αναμφισβήτητα ο πιο σημαντικός τρόπος ερμηνείας της αξιοπιστίας.

Τα βήματα – στάδια αυτής της διαδικασίας συνίστανται στη δημιουργία ενός καταλόγου με τους αρχικούς κώδικες. Συνήθως, η διαδικασία αυτή ανατίθεται σε ένα ή δύο άτομα, και κατά την ολοκλήρωσή της ελέγχεται από τους υπόλοιπους κωδικογράφους της ομάδας. Εφόσον διασφαλισθεί η συμφωνία των μελών, ολοκληρώνεται η κατασκευή του βιβλίου των κωδικών, ενώ ανά τακτά διαστήματα η διαδικασία ελέγχεται από τα υπόλοιπα μέλη, έτσι ώστε να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή σαφήνεια και καθοδήγηση για την εφαρμογή των κωδικών. Όταν οι ορισμοί των κατηγοριών παγιωθούν και τα μέλη της ερευνητικής ομάδας εξοικειωθούν με τη χρήση του, δύο ή περισσότεροι κωδικογράφοι αναλαμβάνουν να κωδικοποιήσουν το ίδιο δείγμα από το υλικό, ανεξάρτητα. Τα αποτελέσματα της κωδικοποίησής τους συγκρίνονται, τόσο ως προς την επιλογή του τμήματος του κειμένου (segmentation) που κωδικοποιείται, όσο και ως προς τον κωδικό που εφαρμόζεται σε αυτό. Η επιλογή της έκτασης του κειμένου που κωδικοποιείται είναι υποκειμενική και είναι αναμενόμενο κάποιοι να κωδικοποιούν μεγαλύτερα τμήματα από κάποιους άλλους. Αυτό δεν αποτελεί απαραίτητα πρόβλημα, από τη στιγμή που οι ίδιες σημαντικές πληροφορίες κωδικοποιούνται με τον ίδιο τρόπο (Elo, 2007, σσ. 128-9).

Αν τα αποτελέσματα είναι αποδεκτά και διέπονται από σταθερότητα και συνέπεια, η κωδικοποίηση συνεχίζεται, με περιοδικούς ελέγχους για τη συμφωνία μεταξύ των κωδικογράφων. Αν τα αποτελέσματα δεν είναι αποδεκτά, η ομάδα θα πρέπει να επανεξετάσει τις ασυμφωνίες και να καθορίσει κατά πόσο η διαφωνία οφείλεται σε σφάλμα του κωδικογράφου (η περίπτωση μπορεί να διορθωθεί με επανεκπαίδευση), ή σε ασαφή ορισμό των κωδικών (παραδείγματος χάρη, επικαλυπτόμενους κωδικούς ή διφορούμενα κριτήρια κωδικοποίησης, που δυσχεραίνουν τη διάκριση και την επιλογή μεταξύ δύο κωδικών). Όταν τα προβλήματα αυτά επιλύονται και το βιβλίο κωδικών διασαφηνίζεται, επανεξετάζεται και κωδικοποιείται εξ αρχής όλο το προηγούμενο υλικό, σύμφωνα με τις νέες οδηγίες. Η συμφωνία μεταξύ των κωδικογράφων ελέγχεται ξανά, και συνεχίζεται η διαδικασία για όλο το υλικό (MacQueen, 2008, σσ. 127-8).

Η σύμπτυξη - συμπύκνωση των δεδομένων

Έπειτα από την πρώτη φάση της κωδικοποίησης (Open coding) συχνά ο ερευνητής καταλήγει με ένα πολύ μεγάλο και δυσλειτουργικό – δύσχρηστο αριθμό

κατηγοριών. Ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα που προκύπτουν τότε, είναι η μείωση του μεγέθους των κατηγοριών, η επιλογή τέτοιων κατηγοριών ώστε να είναι μεν διαχειρίσιμες σε αριθμό, αλλά και να περικλείουν όλες τις σημαντικές για την έρευνα πληροφορίες (Namey, 2008). Οι λίστες προτεραιοτήτων, οι οποίες θα βασίζονται στα ερευνητικά ερωτήματα, συχνά διευκολύνουν τον ερευνητή (Flick et al. 2004, σελ. 152).

Η απαλειφή των δεδομένων που δεν είναι σχετικά με τα ερευνητικά ερωτήματα ή η εξαγωγή όσων σχετίζονται άμεσα είναι ο πιο συχνός και απλός τρόπος μείωσης των δεδομένων. Οι Miles και Huberman εξηγούν ότι η μείωση των δεδομένων αποτελεί τμήμα της ανάλυσης και προϋποθέτει μια αναλυτική επιλογή για την οργάνωση των δεδομένων με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτρέπουν την εξαγωγή και την επαλήθευση συμπερασμάτων. Στην περίπτωση που η έρευνα διαχειρίζεται δεδομένα που έχουν προέλθει από διαφορετικά μέσα συλλογής, ο ερευνητής μπορεί να ασχοληθεί με τα δεδομένα που προέρχονται με κάποια από αυτά και όχι με όλα²³ (Namey et al., 2008, σ. 139).

Οι Namey και συνεργάτες (2008), προτείνουν ως πιο σωστή μέθοδο κωδικοποίησης τον προσδιορισμό της συχνότητας των συμμετεχόντων που αναφέρονται σε ένα συγκεκριμένο θέμα, και όχι τον συνολικό αριθμό που μια θεματική εμφανίζεται μέσα σε ένα κείμενο. Το σύνολο των αναφορών μιας θεματικής μπορεί να διαφοροποιείται, όχι εξαιτίας της σημαντικότητας που αυτή η θεματική ενέχει για κάποιο υποκείμενο, αλλά εξαιτίας της ομιλητικότητας που μπορεί να χαρακτηρίζει το υποκείμενο αυτό.

²³ Η συλλογή δεδομένων από διαφορετικά μέσα συνιστά την «τριγωνοποίηση», στρατηγική που μπορεί είναι ιδιαίτερα βοηθητική στην ανάλυση μεγάλου όγκου δεδομένων.

Στόχοι και υποθέσεις της παρούσας έρευνας

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας καθιστά σαφές ότι οι γυναίκες που διανύουν την περιγεννητική περίοδο είναι πιθανό να εμφανίσουν διαταραχές από όλο το φάσμα των ψυχικών διαταραχών, με πιο συχνή την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές (Nice, 2007). Ωστόσο, η πλειονότητα των ερευνών μέχρι σήμερα έχει επικεντρωθεί στην κατάθλιψη και μάλιστα την επιλόχεια, αφήνοντας κενά στη διερεύνηση συμπτωμάτων από το ευρύτερο φάσμα των ψυχικών διαταραχών, ήδη από την κύηση. Επίσης, τα υποκλινικά συμπτώματα έχουν αρχίσει πρόσφατα να προσελκύουν το ερευνητικό ενδιαφέρον, εφόσον φαίνεται ότι σχετίζονται με μειωμένη λειτουργικότητα, διαταραχές στον δεσμό μητέρας βρέφους αλλά και αυξημένη πιθανότητα εκδήλωσης διαταραχών στο μέλλον (Wynter και συν., 2013).

Ο βασικός στόχος της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των αντικειμενικών παραγόντων κινδύνου και των αντιλήψεων - υποκειμενικών εκτιμήσεων των γυναικών, που σχετίζονται με την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών ή συμπτωμάτων κατά την περιγεννητική περίοδο, σε ελληνικό πληθυσμό.

Η παρούσα έρευνα αποτελεί την πρώτη προσπάθεια σε πληθυσμό ελληνίδων, για τον οποίο υπάρχουν ελάχιστα ερευνητικά δεδομένα, διερεύνησης της σχέσης των παραγόντων κινδύνου:

- με συμπτώματα από το ευρύτερο φάσμα των ψυχικών διαταραχών και όχι μόνο καταθλιπτικά,
- με υποκλινικά συμπτώματα, χωρίς να πληρούνται τα διαγνωστικά κριτήρια κάποιας διαταραχής,
- με την υποκειμενική εκτίμηση των γυναικών για μια σειρά παραγόντων κινδύνου, που έχει βρεθεί ότι σχετίζονται με την εκδήλωση συμπτωμάτων στην περιγεννητική περίοδο και, με ιδιαίτερη έμφαση στην εκτίμηση της σχέσης με τη γονεϊκή οικογένεια στην παιδική ηλικία, καθώς και της σχέσης με τον σύντροφο – σύζυγο,
- με μεικτή μεθοδολογία, δηλαδή ποιοτικές και ποσοτικές μεθόδους συλλογής δεδομένων και επεξεργασίας αυτών,
- με διαχρονικό σχεδιασμό, για τον έλεγχο των υποθέσεων σε τρεις φάσεις μέτρησης, με έναρξη στην κύηση και καλύπτοντας τις κρίσιμες για την εμφάνιση διαταραχών περιόδους μετά τον τοκετό.

Τέλος, η παρούσα έρευνα έρχεται να συνεισφέρει στο ερευνητικό κενό που υπάρχει κυρίως στην Ελλάδα, για την ανίχνευση της συμπτωματολογίας των ψυχικών διαταραχών πριν τον τοκετό, σε μια προσπάθεια να συμβάλει στον σχεδιασμό δράσεων πρόληψης και παρέμβασης.

Επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι οι κάτωθι:

- Ανίχνευση ευάλωτου ή πάσχοντος πληθυσμού γυναικών κατά την περιγεννητική περίοδο και εντοπισμός της φάσης έναρξης των συμπτωμάτων σε συνδυασμό με τη γενικότερη διερεύνηση της εμπειρίας της περιγεννητικής περιόδου, τον τρόπο με τον οποίο εκφράζονται και η ανάδειξη των βασικών προβληματικών και θεματικών.
- Εντοπισμός των υποστηρικτικών παραγόντων, η παρουσία των οποίων μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης συμπτωμάτων και διαταραχών κατά την περιγεννητική περίοδο.
- Διερεύνηση των ενδεχόμενων συσχετίσεων στις αντιλήψεις των εγκύων γυναικών για τη μητρότητα και το παιδί που κυοφορούν, με την ύπαρξη συμπτωμάτων ή διαταραχών στην περιγεννητική περίοδο
- Εντοπισμός παραγόντων κινδύνου και διερεύνηση της σχέσης τους με την παρουσία συμπτωμάτων ή διαταραχών πριν και μετά τον τοκετό.
- Χαρακτηριστικές περιπτώσεις του δείγματος, που αναδεικνύουν τις αντιλήψεις των γυναικών για τα αίτια των συμπτωμάτων τους ή/και την πορεία και την εξέλιξή τους.

Λαμβάνοντας υπόψη τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας, θα μπορούσαν να διατυπωθούν οι κάτωθι ερευνητικές υποθέσεις και ερωτήματα²⁴.

A. Συμπτώματα κατά την Περιγεννητική περίοδο (κύηση, λοχεία, 6 μήνες) - Ατομικό και Οικογενειακό Ιστορικό Ψυχιατρικών Συμπτωμάτων

Η παρουσία προβλημάτων κατά την παιδική ηλικία (σημαντικές απώλειες, κακοποίηση, ανεπαρκής φροντίδα, κλπ.) αναμένεται να έχει μέτρια συσχέτιση με την

²⁴ Στον Παράρτημα, παρατίθενται οι υποθέσεις ανά παράγοντα κινδύνου και φάση μέτρησης της έρευνας

παρουσία συμπτωμάτων σε όλη τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου. Επιπλέον, θα διερευνηθεί η υποκειμενική εκτίμηση για τη σχέση με τους γονείς κατά την παιδική ηλικία και α) της παρουσίας συμπτωμάτων κατά την περιγεννητική περίοδο και, β) των αντιλήψεων και της ευχαρίστησης που αντλούν οι γυναίκες στην παρούσα φάση από τη μητρότητα, την πατρότητα και το παιδί. Επίσης, θα εξετασθεί η υποκειμενική εκτίμηση των γυναικών του δείγματος για τη σχέση που είχαν οι γονείς τους, με την παρουσία συμπτωμάτων και, με τις αντιλήψεις των γυναικών για τη μητρότητα, το παιδί και τη σχέση με τον σύζυγο κατά την περιγεννητική περίοδο. Τέλος, θα εξετασθεί η συσχέτιση των αντιλήψεων – υποκειμενικής εκτίμησης των γυναικών για την ικανοποίηση που αντλούσε η δική τους μητέρα από τη μητρότητα, με την παρουσία συμπτωμάτων.

- Η ύπαρξη ατομικού ψυχιατρικού ιστορικού κατάθλιψης αναμένεται να συσχετίζεται θετικά με την παρουσία καταθλιπτικής διάθεσης μετά τον τοκετό.
- Η ύπαρξη ατομικού ψυχιατρικού ιστορικού αγχώδων διαταραχών αναμένεται να συσχετίζεται θετικά με την παρουσία άγχους ή/και καταθλιπτικής διάθεσης μετά τον τοκετό.
- Τα συμπτώματα που αναφέρεται ότι προϋπήρχαν της κύησης αναμένεται να οξυνθούν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Θα διερευνηθεί αν η υπόθεση ισχύει και μετά τον τοκετό.
- Η παρουσία προεμμηνορυσιακών συμπτωμάτων αναμένεται να έχει μέτρια συσχέτιση με την παρουσία καταθλιπτικής διάθεσης και άγχους κατά την κύηση. Συγκεκριμένα, όσο αυξάνεται ο αριθμός των προεμμηνορυσιακών ενοχλήσεων που αναφέρονται, αναμένεται να αυξάνεται και η βαθμολογία στις κλίμακες άγχους ή και κατάθλιψης.
- Η διαπροσωπική ευαισθησία αναμένεται να συνδέεται με την παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά την περιγεννητική περίοδο (σε τρεις φάσεις μέτρησης, δηλαδή κύηση, λοχεία, 6 μήνες). Θα διερευνηθεί αν υπάρχει σχέση ανάμεσα στην αρνητική εικόνα του σώματος και την καταθλιπτική διάθεση κατά την περιγεννητική περίοδο. Θα εξετασθεί επίσης, η σχέση της αντίληψης για την εικόνα του σώματος που έχουν οι γυναίκες στις τρεις μετρήσεις της περιγεννητικής περιόδου, και της ύπαρξης συμπτωμάτων.
- Η παρουσία καταθλιπτικής διάθεσης κατά την κύηση αναμένεται να συσχετίζεται θετικά με την παρουσία καταθλιπτικής διάθεσης μετά τον τοκετό.

- Η παρουσία άγχους κατά την κύηση αναμένεται να συσχετίζεται θετικά με την παρουσία άγχους ή/και καταθλιπτικής διάθεσης μετά τον τοκετό.
- Η ύπαρξη άγχους για τη φροντίδα του παιδιού αναμένεται να συσχετίζεται θετικά με την παρουσία συμπτωμάτων.
- Η ύπαρξη ψυχιατρικού ιστορικού στην γονεϊκή οικογένεια της γυναίκας αναμένεται να έχει μέτρια θετική συσχέτιση με την παρουσία άγχους ή/και καταθλιπτικής διάθεσης σε τρεις χρόνους-φάσεις μέτρησης (κύηση, λοχεία, 6 μήνες).
- Θα διερευνηθεί η σχέση της επαφής με ειδικό ψυχικής υγείας με την παρουσία συμπτωμάτων στις τρεις φάσεις των μετρήσεων.

B. Υποστηρικτικό δίκτυο - Σχέσεις

Η σχέση με τον σύζυγο αναμένεται να συσχετίζεται αντιστρόφως ανάλογα με την παρουσία συμπτωμάτων κατά την περιγεννητική περίοδο, δρώντας ως προστατευτικός παράγοντας σε τρεις χρόνους-φάσεις μέτρησης (κύηση, λοχεία, 6 μήνες). Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που εκτιμούν θετικά τη σχέση με το σύζυγο, αναμένεται να αναφέρουν λιγότερα συμπτώματα άγχους ή και κατάθλιψης, σε αντίθεση με όσες αντιμετωπίζουν προβλήματα στη σχέση τους. Θα διερευνηθεί κατά πόσο οι αρνητικές αλλαγές στη σχέση με τον σύζυγο σχετίζονται με παρουσία συμπτωμάτων.

Η ύπαρξη συναισθηματικής ή/και πρακτικής υποστήριξης από τον σύζυγο αναμένεται να λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας στους τρεις χρόνους - φάσεις μέτρησης (κύηση, λοχεία, 6 μήνες). Οι γυναίκες που απολαμβάνουν υποστήριξης από τον σύζυγο – σύντροφο αναμένεται να εκδηλώνουν λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης ή άγχους σε όλες τις φάσεις της περιγεννητικής περιόδου. Αντίθετα, οι γυναίκες που δεν απολαμβάνουν υποστήριξης από τον σύζυγο – σύντροφο αναμένεται να αναφέρουν περισσότερα συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης.

Η παρουσία συναισθηματικής και σωματικής βίας από τον σύζυγο αναμένεται να συσχετίζεται με την παρουσία συμπτωμάτων κατά την περιγεννητική περίοδο, σε τρεις χρόνους - φάσεις μέτρησης (κύηση, λοχεία, 6 μήνες).

Η ύπαρξη συναισθηματικής ή/και πρακτικής υποστήριξης από τους γονείς αναμένεται να λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας. Οι γυναίκες που απολαμβάνουν υποστήριξης από τη γονεϊκή οικογένεια αναμένεται να εκδηλώνουν λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης ή άγχους σε όλες τις φάσεις της περιγεννητικής

περιόδου (σε τρεις χρόνους-φάσεις μέτρησης, κύηση, λοχεία, 6 μήνες). Αντίθετα, οι γυναίκες που δεν απολαμβάνουν τέτοιας υποστήριξης αναμένεται να αναφέρουν περισσότερα συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης.

Η ύπαρξη συναισθηματικής ή/και πρακτικής υποστήριξης από φίλους ή άλλους συγγενείς αναμένεται να έχει μέτριο βαθμό θετικής συσχέτισης με την παρουσία συμπτωμάτων άγχους καταθλιπτικής διάθεσης κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου (σε τρεις χρόνους-φάσεις μέτρησης (κύηση, λοχεία, 6 μήνες).

Γ. Ιατρικό και Μαιευτικό Ιστορικό

- Η ύπαρξη προηγούμενων αποβολών ή αμβλώσεων αναμένεται να συσχετίζεται θετικά με την παρουσία καταθλιπτικής διάθεσης μετά τον τοκετό.
- Η μη προγραμματισμένη σύλληψη αναμένεται να έχει χαμηλό βαθμό συσχέτισης με την παρουσία αγχωδών ή και καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά την περιγεννητική περίοδο, δηλαδή σε τρεις χρόνους-φάσεις μέτρησης (κύηση, λοχεία, 6 μήνες).
- Η παρουσία άγχους για την υγεία του κνήματος, όταν αυτή αφορά την αναμονή αποτελεσμάτων εξετάσεις ελέγχου, σχετίζονται θετικά με την παρουσία συμπτωμάτων άγχους κατά την κύηση.
- Η παρουσία προβλημάτων υγείας και σωματικών συμπτωμάτων κατά την κύηση αναμένεται να έχει μέτρια συσχέτιση με την παρουσία καταθλιπτικής διάθεσης και άγχους πριν και μετά τον τοκετό (λοχεία, 6 μήνες).
- Η παρουσία επιπλοκών κατά τον τοκετό (πχ. επείγουσα καισαρική, πρόωρος τοκετός, κλπ.) αναμένεται να σχετίζονται με την παρουσία άγχους ή και καταθλιπτικής διάθεσης. Αναμένεται μέτρια συσχέτιση της αρνητικής εμπειρίας του τοκετού με την ύπαρξη αγχωδών ή καταθλιπτικών συμπτωμάτων μετά τον τοκετό.
- Η παρουσία προβλημάτων υγείας και σωματικών συμπτωμάτων μετά τον τοκετό (πχ. μαστίτιδα) αναμένεται να σχετίζονται θετικά με την παρουσία καταθλιπτικής διάθεσης.

Δ. Παράγοντες που σχετίζονται με το βρέφος

Η παρουσία δυσκολιών σε σχέση με το παιδί (με το κλάμα, τον ύπνο, τον θηλασμό, κλπ.), αναμένεται να συσχετίζεται μέτρια με την παρουσία αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Αρνητικές περιγραφές και εκτιμήσεις της εμπειρίας της μητρότητας αναμένεται να σχετίζονται με παρουσία συμπτωμάτων. Επίσης, θα διερευνηθούν: α) η σχέση της αντίληψης που έχει η γυναίκα για τον σύζυγο ως πατέρα με την ύπαρξη συμπτωμάτων, β) η σχέση των αντιλήψεων – υποκειμενικής εκτίμησης των γυναικών για τη μητρότητα, τη γονεϊκότητα και το παιδί με την παρουσία συμπτωμάτων και, γ) θα καταγραφούν οι δυσκολίες, οι ανησυχίες, οι προσδοκίες αναφορικά με το παιδί, με την απόκτηση άλλου παιδιού, με τη σχέση με τον σύζυγο, τη μελλοντική εξέλιξη της ζωής για τις γυναίκες του δείγματος.

Θα διερευνηθεί η συσχέτιση των αντιλήψεων – υποκειμενικής εκτίμησης των γυναικών για την ικανοποίηση από τη ζωή τους, τις ανησυχίες και τις δυσκολίες τους, με την παρουσία συμπτωμάτων και η σχέση του αριθμού των αντιλήψεων ανά φόρτιση (αρνητικές, θετικές, ουδέτερες) με την ύπαρξη συμπτωμάτων.

Ε. Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες - Γεγονότα ζωής

Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, όπως η ανεργία ή οι οικονομικές δυσκολίες, αναμένεται να σχετίζονται θετικά με την παρουσία συμπτωμάτων, σε τρεις χρόνους-φάσεις μέτρησης (κύηση, λοχεία, 6 μήνες).

Πρόσφατα στρεσογόνα γεγονότα ζωής (τα οποία έλαβαν χώρα κατά τη διάρκεια του περασμένου έτους) αναμένεται να συνδέονται θετικά με την ύπαρξη συμπτωμάτων κατάθλιψης πριν και μετά τον τοκετό. Επίσης, θα διερευνηθεί η σχέση της παρουσίας αρνητικών ή θετικών γεγονότων ζωής με την παρουσία συμπτωμάτων κατά την περιγεννητική περίοδο, σε τρεις χρόνους-φάσεις μέτρησης (κύηση, λοχεία, 6 μήνες). Πιο συγκεκριμένα, θα διερευνηθεί κατά πόσο οι βαθμολογίες στις κλίμακες συμπτωμάτων αυξάνονται ανάλογα με τον βαθμό δυσφορίας που αναφέρουν οι γυναίκες από τα συμβάντα ζωής, και αντίστοιχα μειώνονται με την αύξηση του βαθμού ικανοποίησης που αναφέρουν οι γυναίκες από τα γεγονότα ζωής.

Μέθοδος

Προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι της παρούσας έρευνας, δηλ. α) Ο εντοπισμός των παραγόντων κινδύνου πριν και μετά τον τοκετό, β) η διερεύνηση του συσχετισμού παραγόντων κινδύνου, αντιλήψεων - υποκειμενικών εκτιμήσεων των γυναικών και παρουσίας συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής πριν και μετά τον τοκετό, γ) η καταγραφή του τρόπου με τον οποίο εκφράζεται η συμπτωματολογία των περιγεννητικών διαταραχών μέσα στον λόγο των γυναικών και δ) η ανάδειξη των αντιλήψεων των γυναικών για τα αίτια των συμπτωμάτων τους ή/και την πορεία και την εξέλιξη αυτών, εφαρμόστηκε μεικτή μέθοδος, που συνίσταται στη συνάρθρωση ποσοτικής και ποιοτικής μεθοδολογίας και επεξεργασίας των δεδομένων.

Επίσης, εφαρμόστηκε μεθοδολογία διαχρονικής έρευνας, με επαναληπτικές μετρήσεις στα ίδια άτομα του πληθυσμού, με τη χρήση ψυχομετρικών εργαλείων και συνεντεύξεων σε τρεις χρονικές περιόδους (τελευταίο τρίμηνο της κύησης, λοχεία και έξι μήνες τον τοκετό), η οποία στοχεύει στη συγκέντρωση δεδομένων για την πορεία και τις διαφοροποιήσεις που ενδέχεται να υφίσταται η ψυχική υγεία της γυναίκας στην εν λόγω περίοδο.

Εξαιτίας της πολυπλοκότητας του ερευνητικού σχεδιασμού των μεικτών μεθόδων, η ερευνήτρια διατηρούσε συστηματικό λογιστικό φύλλο (excel) προγραμματισμού, που λάμβανε υπόψη τις ημερομηνίες και τους χρόνους μέσα στους οποίους έπρεπε να διεξαχθεί η λήψη των δεδομένων για κάθε διαφορετικό υποκείμενο της έρευνας, ανάλογα με την πιθανή ημερομηνία τοκετού για την πρώτη μέτρηση και, ανάλογα με την ημερομηνία τοκετού για τις δύο επόμενες μετρήσεις. Το φύλλο προγραμματισμού εξυπηρετούσε και σαν πίνακας προόδου για τη συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων σε όλη την πορεία της έρευνας.

Δείγμα

Το δείγμα που επιλέχθηκε δεν συνιστά δείγμα πιθανοτήτων, δεν μπορεί δηλαδή να προσδιοριστεί η πιθανότητα που είχε η κάθε συμμετέχουσα να συμπεριληφθεί στην έρευνα. Πρόκειται για μια συμπτωματική δειγματοληψία, που έχει αλλιώς αναφερθεί και ως σκόπιμη και περιλαμβάνει μη συστηματικές διαδικασίες επιλογής ατόμων για

την κατασκευή ενός δείγματος (Σαραφίδου, 2011, σελ. 39) που διευκολύνει τους σκοπούς της έρευνας. Τέτοιου είδους δειγματοληψία χρησιμοποιείται συχνά σε ποιοτικές έρευνες, σε περιπτώσεις για παράδειγμα που εμπίπτουν στην προσέγγιση της θεμελιωμένης θεωρίας (Glaser, 1992, Strauss και Corbin, 1997, 1998, στο Ρούσσο, πανεπιστημιακές σημειώσεις).

Το βασικό κριτήριο για την επιλογή αυτού του τύπου δειγματοληψίας ήταν η διασφάλιση μικρότερου αριθμού διαρροής των υποκειμένων, σε σχέση με αυτό που θα αναμενόταν, αν η συλλογή του δείγματος πραγματοποιούνταν σε γενικό νοσοκομείο ή μαιευτήριο. Η συνεχιζόμενη λήψη μαιευτικών υπηρεσιών των εξυπηρετούμενων του Κέντρου Ημέρας μετά τον τοκετό, αύξανε τις πιθανότητες να συμμετέχουν οι γυναίκες και στις επόμενες μετρήσεις. Θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι οι γυναίκες χρειαζόταν να διαθέσουν χρόνο, τόσο για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, όσο και για τη μετάβασή τους στο Κέντρο Ημέρας και τη διεξαγωγή της συνέντευξης, σε περίοδο που έπρεπε να προσαρμοστούν ή να ανταπεξέλθουν στις αυξημένες απαιτήσεις του βρέφους.

Επίσης, κατά το σχεδιασμό της έρευνας έπρεπε να ληφθεί υπόψη το χρονικό περιθώριο για την ολοκλήρωσή της, μέσα στο οποίο θα έπρεπε να είχαν ολοκληρωθεί οι τρεις μετρήσεις καθώς και η επεξεργασία του υλικού. Με αυτά τα κριτήρια, επιλέχθηκε ο μεγαλύτερος δυνατός αριθμός των εγκύων γυναικών που συμμετείχαν το διάστημα διεξαγωγής της δειγματοληψίας στα μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής του Κέντρου Ημέρας.

Δεδομένου του αυξημένου ποσοστού διαρροών στις διαχρονικές έρευνες κατά την περιγεννητική περίοδο, θεωρήθηκε πιο σωστό να αυξηθεί το μέγεθος του δείγματος, ώστε να μειωθούν οι απώλειες από τις διαρροές, στον βαθμό που υπήρχαν γυναίκες που εκδήλωναν την πρόθεσή τους να λάβουν μέρος στην έρευνα. Αξίζει να σημειωθεί ότι μεσολαβούσε διάστημα περίπου τριών μηνών από την πρώτη στη δεύτερη μέτρηση και πέντε περίπου μηνών από τη δεύτερη έως την τρίτη μέτρηση.

Στο Κέντρο Ημέρας δεν γίνονται δεκτές γυναίκες που δεν γνωρίζουν καλά την ελληνική γλώσσα, που βρίσκονται σε μείζον ψυχωσικό επεισόδιο που χρήζει νοσηλείας ή που είναι χρήστριες ουσιών. Περαιτέρω κριτήρια αποκλεισμού των γυναικών δεν χρειάστηκε να τεθούν, εφόσον αυτά που χρησιμοποιούσε το Κέντρο Ημέρας για την παρακολούθηση ομαδικών μαθημάτων ψυχοπροφυλακτικής, εξυπηρετούσαν και τους σκοπούς της έρευνας.

Έτσι, στην πρώτη φάση της έρευνας συμμετείχαν 49 γυναίκες, στη δεύτερη 43 (87,76% του αρχικού δείγματος), ενώ και τις τρεις φάσεις ολοκλήρωσαν 37 συμμετέχουσες (75,51% του αρχικού δείγματος), οι οποίες και αποτελούν το δείγμα από το οποίο εξήχθησαν αποτελέσματα για την παρούσα έρευνα. Οι γυναίκες που δεν ολοκλήρωσαν τη συμμετοχή τους, είτε επικαλέσθηκαν έλλειψη χρόνου, είτε σοβαρά οικογενειακά προβλήματα (π.χ. δικαστήριο με τον πατέρα του παιδιού), είτε δεν απάντησαν στις τηλεφωνικές κλήσεις.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά. Από τις 48 γυναίκες που είχαν αρχικά λάβει μέρος στην πρώτη μέτρηση που διεξήχθη κατά την περίοδο της κύησης, οι 37 συμμετείχαν και στις 3 φάσεις της έρευνας, από τις οποίες τελικά προκύπτουν τα ερευνητικά αποτελέσματα. Από το σύνολο των 37 γυναικών οι 18 (48,6%) είναι απόφοιτες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, οι 14 (37,8%) κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού διπλώματος και μόνο οι 5 (13,5%) απόφοιτες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Ως προς την οικογενειακή τους κατάσταση, μόνο 3 είναι άγαμες, που πρόκειται σύντομα να παντρευτούν (8,1%), ενώ οι περισσότερες 34 (91,9%) είναι έγγαμες (βλ. Παράρτημα, Πίνακας 84).

Ως προς την επαγγελματική κατάσταση, οι 4 (10,8%) είναι άνεργες, ενώ οι 33 (89,2%) είναι εργαζόμενες. Εικοσιμία γυναίκες (56,8%) έχουν μηνιαίο εισόδημα κάτω από 1.000€, και 16 (43,2%). 15 γυναίκες (43,2%) αναφέρουν ότι δεν ανταπεξέρχονται και τόσο καλά οικονομικά, οι 12 (32,4%) ανταπεξέρχονται εύκολα, οι 8 (21,6%) μερικές φορές δύσκολα, και μία γυναίκα (2,7%) ανταπεξέρχεται πάντα δύσκολα. Σε 10 περιπτώσεις (27%) συνεισφέρει οικονομικά τρίτο πρόσωπο στο ταμείο του ζευγαριού, και σε 27 περιπτώσεις (73%), δεν συμμετέχει. Η πλειονότητα των γυναικών (31, ποσοστό 83,8%) αναφέρουν ότι το σπίτι τους είναι κατάλληλο για τη διαβίωση της οικογένειας, ενώ 6 γυναίκες (16,2%) αναφέρουν ότι το σπίτι είναι ακατάλληλο.

Πίνακας 1. Δείκτες κεντρικής τάσης και διασποράς για την ηλικία, τα έτη σχέσης και έτη γάμου των γυναικών του δείγματος

	M.O.	T.A.	Δσπ	Δμ	Εύρος L
Ηλικία	31,81	4,06	31,00	31,00	17 (24-41)
Έτη σχέσης	8,05	4,43	3,00	7,00	17 (3-20)

Ατομικό ιστορικό ψυχικής υγείας. Ως τον την ύπαρξη ψυχιατρικών συμπτωμάτων στο παρελθόν, 21 γυναίκες αναφέρουν απουσία συμπτωμάτων (56,8%), ενώ οι υπόλοιπες 15 αναφέρουν παρουσία συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα, 5 γυναίκες (13,5%) είχαν εκδηλώσει καταθλιπτική συμπτωματολογία στο παρελθόν, 6 γυναίκες (16,2%) αγχώδη συμπτωματολογία και 5 γυναίκες (13,5%) εμφάνισαν αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα. Είκοσι γυναίκες (54,1%) δεν έχουν επισκεφτεί ειδικό ψυχικής υγείας στο παρελθόν, ενώ οι 17 έχουν επισκεφτεί ειδικό ψυχικής υγείας (45,9%).

Οικογενειακό ιστορικό ψυχικής υγείας. Από τις 37 γυναίκες του δείγματος, οι 18 (48,6%) έχουν αναφέρουν ότι κάποιο μέλος της γονεϊκής τους οικογένειας έχει αντιμετωπίσει προβλήματα ψυχικής υγείας, ενώ 19 άτομα (51,4%) δεν έχουν ελεύθερο ιστορικό. Εικοσιτρείς γυναίκες δεν αντιμετώπιζαν προβλήματα ή δυσκολίες κατά την παιδική τους ηλικία (62,2%), και 14 (37,8%) αναφέρουν δυσκολίες.

Μαιευτικό ιστορικό και χαρακτηριστικά που αφορούν την κύηση. Ως προς τη σύλληψη, 32 γυναίκες αναφέρουν ότι ήταν προγραμματισμένη (86,5%) και 5 ότι δεν ήταν προγραμματισμένη (13,5%). Μόνο δύο από τις 37 γυναίκες αναφέρουν ιστορικό υπογονιμότητας (5,4%). Επίσης, 8 γυναίκες (21,6%) έχουν ιστορικό αποβολών στο παρελθόν και 5 γυναίκες (13,5%) έχουν ιστορικό αμβλώσεων. Ως προς τα προβλήματα υγείας της εγκύου κατά την παρούσα κύηση, 23 γυναίκες (64,9%) αναφέρουν απουσία προβλημάτων και 13 γυναίκες (35,1%) αναφέρουν παρουσία κάποιου προβλήματος (διαβήτη, συσπάσεις, κλπ). Μόνο σε μία περίπτωση (2,7%) ανέκυψε πιθανότητα διακοπής της κύησης λόγω ενδείξεων στον προγεννητικό έλεγχο και η οποία αποφεύχθηκε εν τέλει.

Χαρακτηριστικά που αφορούν τον Τοκετό και την Επιλόχεια Περίοδο. Από το σύνολο των γυναικών, 25 (67,6%) γέννησαν με καισαρική τομή, ενώ 12 (32,4%) γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό. Σε 7 περιπτώσεις παρουσιάστηκαν επιπλοκές κατά τον τοκετό (18,9%) και σε 30 περιπτώσεις ο τοκετός εξελίχθηκε χωρίς προβλήματα (81,1%). Μόνο σε δύο περιπτώσεις (5,4%) το νεογνό αντιμετώπισε προβλήματα υγείας αναφέρονται

τα περιγραφικά χαρακτηριστικά σου δείγματος των 37 γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα (βλ Πίνακας 84, Παράρτημα πινάκων) .

Μέσα Συλλογής Δεδομένων.

A. Ατομικό Ιστορικό του Κέντρου Ημέρας

Πρόκειται για λεπτομερέστατο ατομικό ιστορικό που περιλαμβάνει δημογραφικά στοιχεία, δεδομένα ατομικής και οικογενειακής ψυχικής και σωματικής υγείας, μαιευτικό και γυναικολογικό ιστορικό. Στο δεύτερο μέρος του περιλαμβάνει ιστορικό λοχείας, το οποίο λαμβάνεται σε διάστημα 42 ημερών μετά τον τοκετό. Το δεύτερο αυτό μέρος προορίζεται να αντλήσει πληροφορίες για την εμπειρία του τοκετού, την υγεία της λεχώιδας και του νεογνού, τη διατροφή του νεογνού και τον βαθμό ικανοποίησης της γυναίκας από την αλληλεπίδραση και τη φροντίδα του παιδιού. Το Ατομικό Ιστορικό αποτελεί ένα εργαλείο που έχει δημιουργηθεί από τη Διεπιστημονική Ομάδα του Κέντρου Ημέρας και υπόκειται σε προσθήκες και διορθώσεις, ώστε να γίνεται ακριβέστερο και πληρέστερο, έπειτα από πολλαπλές χορηγήσεις. Η λήψη του ιστορικού γίνεται από εκπαιδευμένες μαιές. Οι πληροφορίες που προκύπτουν από αυτό διατίθενται από το Κέντρο Ημέρας στην ερευνήτρια για τις ανάγκες της έρευνας.

B. Ψυχομετρικά Εργαλεία

Προκειμένου να ανιχνευτούν συμπτώματα από όλο το φάσμα των ψυχικών διαταραχών, τα οποία δύναται να εμφανιστούν, όχι μόνο στη λοχεία, αλλά ακόμα και στην κύηση και έξι μήνες μετά τον τοκετό, επιλέχθηκαν τα κάτωθι ψυχομετρικά εργαλεία:

1. Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS, (Cox και συν., 1987). Πρόκειται για κλίμακα ανίχνευσης της κατάθλιψης που χορηγείται πλέον σε όλη την περιγεννητική περίοδο, παρόλο που αρχικά είχε κατασκευαστεί για να μετρά τα καταθλιπτικά συμπτώματα μετά τον τοκετό. Η προσαρμογή στον ελληνικό πληθυσμό έγινε από τους Λεονάρδου, Ζέρβα και Παπαγεωργίου, το 2009. Αποτελείται από 10 δηλώσεις που περιγράφουν καταθλιπτικά συμπτώματα, με τέσσερις πιθανές απαντήσεις, κλιμακούμενης βαθμολογίας (από 0-3), με μέγιστη βαθμολογία το 30 για το σύνολο των δηλώσεων. Βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση του 12 δηλώνει κίνδυνο

επιλόχειας κατάθλιψης, ενώ από 8 έως 11 δηλώνει υποκλινικά συμπτώματα. Σύμφωνα με τους κατασκευαστές η ευαισθησία της κλίμακας (sensitivity) ήταν .86, η ειδικότητα (specificity) ήταν .78 και ο δείκτης Cronbach's alpha ήταν .87 (Cox και συν., 1987).

Η EPDS χορηγείται ευρύτατα και θεωρείται πλέον το κύριο εργαλείο για την ανίχνευση των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών, όχι μόνο στις γυναίκες αλλά και στους συντρόφους αυτών. Μάλιστα, το εργαλείο αυτό, εφόσον περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν αγχώδη, καταθλιπτική συμπτωματολογία, διαταραχές στην ενεργητικότητα, στον ύπνο, στην πρόσληψη τροφής, κλπ., συμπτώματα τα οποία απαντώνται σε πλήθος διαταραχών, φαίνεται ότι είναι σε θέση να ανιχνεύσει γυναίκες που εμπίπτουν στο φάσμα και άλλων διαταραχών, πέραν της κατάθλιψης, όπως της διπολικής, ιδεοψυχαναγκαστικής, άλλων αγχωδών, σωματόμορφων διαταραχών ή διαταραχών πρόσληψης τροφής (Lydsdottir, 2014). Ωστόσο, ερευνητές υποστηρίζουν ότι η EPDS αποτελεί ένα εργαλείο ανίχνευσης για τη γενικευμένη δυσφορία κατά την περιγεννητική περίοδο και όχι ειδικά της κλινικής κατάθλιψης, εντοπίζοντας ως επί των πλείστον τις γυναίκες που βρίσκονται σε κίνδυνο για την εκδήλωση της διαταραχής. Επομένως, το να ερμηνευθεί η υψηλή βαθμολογία της EPDS ως ένδειξη κατάθλιψης μπορεί να αποτελέσει εσφαλμένη διάγνωση (Gawlik και συν., 2013).

2. Beck Depression Inventory (BDI), (Beck και Beamesderfer, 1974). Πρόκειται για κλίμακα που μετράει την ένταση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Η BDI δημιουργήθηκε από τον Beck με σκοπό να μετρήσει τις γνωστικές, συμπεριφορικές και σωματικές εκδηλώσεις της κατάθλιψης του ατόμου, καθώς και τη βαρύτητά της κατάθλιψης κατά το χρονικό διάστημα της τελευταίας εβδομάδας. Περιλαμβάνει 21 θέματα, βαθμολογούμενα από 0-3. Το εύρος της συνολικής βαθμολογίας είναι 0 έως 63. Η προσαρμογή στον ελληνικό πληθυσμό έγινε από τον Τζέμο (Τζέμος, 1984). Στην Ελλάδα η κλίμακα είχε χρησιμοποιηθεί και πριν την επίσημη στάθμισή της, από τους Λιάκο και συνεργάτες και Ντώνια και συνεργάτες (1972, 1982α και 1983β) αντίστοιχα. Η BDI έχει χρησιμοποιηθεί σε πλήθος ερευνητικών μελετών. Παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και ικανοποιητική αξιοπιστία (Cronbach's α : 0.84). Η κλίμακα του Beck αποτελεί κλίμακα διαστημάτων και δίνει έμφαση στα ψυχολογικά και όχι στα σωματικά συμπτώματα. Βαθμολογία από 0 έως 9 θεωρείται φυσιολογική, από 10 έως 16 αντιστοιχεί στην ήπια κατάθλιψη, από 17 έως 29 στη μέτρια κατάθλιψη και από 30 και πάνω, στη σοβαρή κατάθλιψη.

3. State-Trait Anxiety Inventory, (STAI), (Spielberger, 1983)²⁵. Πρόκειται για κλίμακα αξιολόγησης του άγχους, που διακρίνεται σε δύο υποκλίμακες. Η πρώτη αφορά στο περιστασιακό άγχος (state), όταν αυτό προκαλείται από αγχογόνες καταστάσεις, και η δεύτερη στο δομικό άγχος (trait) όταν αυτό πρόκειται για στοιχείο της προσωπικότητας. Οι δύο υποκλίμακες απαρτίζονται από 20 ερωτήματα έκαστη. Οι απαντήσεις έχουν τέσσερις διαβαθμίσεις, από το «1=καθόλου» μέχρι το «4=πολύ». Η υποκλίμακα μέτρησης του περιστασιακού άγχους περιγράφει το υποκειμενικό αίσθημα έντασης, νευρικότητας, αναστάτωσης φόβου που τα άτομα νιώθουν την περίοδο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Η υποκλίμακα μέτρησης του δομικού άγχους περιγράφει το άγχος γενικά στη ζωή του κάθε ατόμου. Η βαθμολόγηση των ερωτηματολογίων γίνεται με την άθροιση όλων των ερωτημάτων και το σκορ του κάθε ερωτηματολογίου κυμαίνεται από 20 έως 80. Όσο πιο υψηλό είναι το σκορ τόσο μεγαλύτερο είναι το άγχος που βιώνει το άτομο.

Οι κλίμακες άγχους STAI έχουν μεταφραστεί και προσαρμοστεί στα ελληνικά αρχικά από τους Λιάκο και Γιαννίτση (1984) και αργότερα από τους Αναγνωστοπούλου και Κιοσέογλου (2002). Η αξιοπιστία εσωτερικής εγκυρότητας των ερωτηματολογίων κρίνεται ικανοποιητική (Cronbach's α State = 0.92 και Cronbach's α Trait = 0.89). Σε αυτή την έρευνα χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση των Λιάκου- Γιαννίτση. Σύμφωνα με τους Λιάκο και Γιαννίτση, η μέση τιμή τους περιστασιακού άγχους ήταν 37,3 και η μέση τιμή του δομικού άγχους ήταν 37,4 για τις γυναίκες του γενικού πληθυσμού. Σύμφωνα με τους Αναγνωστοπούλου και Κιοσέογλου, η μέση τιμή τους περιστασιακού άγχους ήταν 43,2 και η μέση τιμή του δομικού άγχους ήταν 42,8 για τις γυναίκες του γενικού πληθυσμού.

4. SCL-90-R, Symptom Checklist-90-R (Derogatis, 1977). Πρόκειται για μια αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα ανίχνευσης διαστάσεων της ψυχοπαθολογίας, μέσω της μέτρησης των υποκειμενικών ενοχλήσεων και συμπτωμάτων. Επιπλέον, μετρά την εξέλιξη και την έκβαση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων, έπειτα από φαρμακευτικές ή ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις και χρησιμοποιείται ευρύτατα για ερευνητικούς σκοπούς. Αποτελείται από 90 ερωτήσεις που αφορούν ποικίλες ενοχλήσεις, στις οποίες ο αποκρινόμενος επιλέγει από τις εξής κλιμακούμενες απαντήσεις: «καθόλου», «λίγο», «μέτρια», «πολύ», «πάρα πολύ». Οι επιλογές αυτές βαθμολογούνται αντίστοιχα από

²⁵ Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene PR, Vagg PR, Jacobs AG. 1983. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y). Consulting Psychologists Press, Inc.: Palo Alto.

μηδέν έως τέσσερα και η μέγιστη συνολική βαθμολογία είναι το 360. Η προσαρμογή σε ελληνικό πληθυσμό πραγματοποιήθηκε από τους Ντόνια και συνεργάτες, το 1991.

Η ψυχοπαθολογία δύναται να παρουσιαστεί μέσα από 9 υποκλίμακες συμπτωμάτων:

1. Σωματοποίηση (Somatization) (12 ερωτήσεις): εκφράζει τη δυσφορία από σωματικές δυσλειτουργίες.
2. Ψυχαναγκαστικότητα – Καταναγκαστικότητα (Obsessive-Compulsive) (10 ερωτήσεις): απηχεί το αντίστοιχο κλινικό σύνδρομο.
3. Διαπροσωπική ευαισθησία (Interpersonal Sensitivity) (9 ερωτήσεις): προσωπική ανεπάρκεια, κατωτερότητα και αυτό-υποτίμηση, ιδιαίτερα σε σύγκριση με τους άλλους. Η αμηχανία και η δυσφορία κατά τη διάρκεια διαπροσωπικών αλληλεπιδράσεων περιλαμβάνονται εδώ.
4. Κατάθλιψη (Depression) (13 ερωτήσεις): απηχεί το αντίστοιχο κλινικό σύνδρομο.
5. Άγχος (Anxiety) (10 ερωτήσεις): απηχεί το αντίστοιχο κλινικό σύνδρομο.
6. Θυμός - Επιθετικότητα (Hostility) (6 ερωτήσεις): αφορά σκέψεις, συναισθήματα ή πράξεις θυμού και επιθετικότητας.
7. Φοβικό Άγχος (Phobic Anxiety) (7 ερωτήσεις): αφορά συμπτώματα άγχους που εκδηλώνονται στην περίπτωση της αγοραφοβίας ή ειδικών φοβιών για πρόσωπα, μέρη, αντικείμενα, καταστάσεις και συνοδεύονται με αποφευκτικές συμπεριφορές
8. Παρανοειδής ιδεασμός (Paranoid ideation) (6 ερωτήσεις): αφορά σκέψεις και συμπεριφορές που εμπίπτουν στο φάσμα παρανοειδούς τρόπου σκέψης, όπως για παράδειγμα καχυποψία, προβολή, επιθετικότητα, άγχος απώλειας της αυτονομία, κλπ.
9. Ψυχωτισμός (Psychoticism) (10 ερωτήσεις): απηχεί ένα συνεχές από την ήπια διαπροσωπική αποξένωση μέχρι και σοβαρές ψυχωτικές εκδηλώσεις. Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνει αναφέρονται σε συμπτώματα απόσυρσης, απομόνωσης, σχιζοειδούς τρόπου ζωής, μέχρι και παραγωγικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας.

Τέλος, περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις που δεν συνυπολογίζονται στους ανωτέρω δείκτες και αφορούν άλλα συμπτώματα, όπως διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κλπ. και συνυπολογίζονται για την εξαγωγή των κάτωθι δεικτών:

Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (ΣΘΣ - Global Severity Index): εκφράζει τον αριθμό των συμπτωμάτων. Συνιστά τον μέσο όρο της βαθμολογίας των 90 απαντήσεων.

Δείκτης Ενασχόλησης Θετικών Συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ - Positive Symptom Distress Index): εκφράζει τον μέσο όρο βαθμολογίας των απαντήσεων που είναι πάνω από 0.

Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (ΓΔΣ - Positive Symptom Total): συνδυάζει πληροφορίες για τον αριθμό των συμπτωμάτων και την ένταση της ενόχλησης από αυτά.

Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας οι γυναίκες καλούνται να απαντήσουν για την παρουσία των συμπτωμάτων όχι μόνο τον τελευταίο μήνα που πέρασε, σύμφωνα με τις οδηγίες του ερωτηματολογίου, αλλά και πριν την κύηση, προκειμένου να ανιχνευθεί η προσωπική εκτίμηση για την ύπαρξη συμπτωμάτων στο παρελθόν. Αντίστοιχη διαμόρφωση του ερωτηματολογίου έκαναν οι Mamelle και συνεργάτες το 1987 (Mamelle και συν., 1987), σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε έγκυες. Στην παρούσα έρευνα δεν υιοθετήθηκαν όλες οι τροποποιήσεις των ερευνητών. Συγκεκριμένα στην προαναφερθείσα έρευνα, Α) ως προς τις απαντήσεις κατά την περίοδο πριν από την κύηση, οι ερευνητές, εξαίρεσαν από την κλίμακα likert την απάντηση «μέτρια» ώστε να μην προκαταλαμβάνονται υπέρ αυτής οι συμμετέχουσες. Στην παρούσα έρευνα η κλίμακα επιλογής απαντήσεων παρέμεινε σύμφωνη με την αρχική κατασκευή της κλίμακας. Η μέχρι τώρα πιλοτική χορήγηση, δεν υποστηρίζει την ύπαρξη προκατάληψης για την απάντηση «μέτρια», Β) οι ερευνητές χρησιμοποίησαν μία κλίμακα δύο μόνο απαντήσεων για την περίοδο της κύησης, όπου η γυναίκα καλούνταν να σημειώσει αν η ενόχληση από τα συμπτώματα είναι «ίδια ή λιγότερη» και «περισσότερη». Η τροποποίηση πραγματοποιήθηκε για λόγους απλοποίησης της κλίμακας, αλλά δεν δίνει τη δυνατότητα να εντοπισθεί η απουσία ενός συμπτώματος, παρά μόνο η όξυνσή του. Αντίθετα, στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν δύο όμοιες κλίμακες likert κλίμακες για την περίοδο πριν την κύηση και κατά τη διάρκειά της που δίνει τη δυνατότητα σύγκρισης των απαντήσεων στις δύο φάσεις. Οποσδήποτε οφείλουμε να λάβουμε υπόψη τους περιορισμούς που ενέχει μια διαδικασία ανάκλησης παρελθόντων ενοχλήσεων. Παρόλα αυτά η συγκεκριμένη τροποποίηση μας δίνει πληροφορίες για την εκτίμηση της ίδιας της γυναίκας ως προς την παρελθούσα κατάσταση της ψυχικής της υγείας. Γ) Οι ερευνητές αφαίρεσαν τις διαστάσεις των συμπτωμάτων που αφορούν την παράνοια και τον ψυχωτισμό, επειδή θεωρήθηκε ότι τέτοιες ερωτήσεις ενδέχεται να ασκήσουν αρνητική επίδραση στις έγκυες. Σε αντίθεση με την άποψη αυτή, θεωρούμε ότι τέτοιες ερωτήσεις θα μπορούσαν να ενοχλήσουν μόνο ευάλωτες προσωπικότητες. Στόχος της παρούσας έρευνας είναι ο εντοπισμός τέτοιων περιπτώσεων και η έγκαιρη παραπομπή τους σε ειδικό ψυχικής υγείας, αν αυτό χρειαστεί. Επομένως, είναι σημαντικό να συλλέξουμε στοιχεία ακόμα και για αυτές τις διαστάσεις.

5. Αλλαγές Ζωής. Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας κατασκευάστηκε ένα εργαλείο που ονομάστηκε «Αλλαγές Ζωής»²⁶, το οποίο αποτελεί μια τροποποίηση του Life Events Inventory (Cochrane και Robertson, 1973, με τροποποίηση από τους Newton και συν., 1979).

Το Life Events Inventory έχει χρησιμοποιηθεί σε έρευνα για το ψυχοκοινωνικό στρες κατά την κύηση και τη σχέση του με τους πρόωρους τοκετούς. Η ανασκόπηση των ερευνών που χρησιμοποιούν κλίμακες καταγραφής των γεγονότων ζωής, συμπεριλαμβανομένης και του Life Events Inventory, αντιστοιχίζουν ένα προκαθορισμένο σκορ, το οποίο έχει προκύψει από έρευνες στον γενικό πληθυσμό, με κάθε γεγονός ζωής. Πρόκειται για τη λεγόμενη «normative approach», που έχει υποστεί σκληρή κριτική κυρίως, επειδή το ίδιο γεγονός μπορεί να έχει διαφορετική σημασία για κάθε άτομο ή ακόμα και για το ίδιο άτομο, σε διαφορετικές περιόδους και συνθήκες. Επομένως, τα προκαθορισμένα σκορ ενδέχεται να οδηγήσουν σε μια τεχνητή υπεραπλούστευση των ατομικών διαφορών. Οι Faravelli και Ambonetti μάλιστα, προτείνουν τη χρήση *visual analogue* κλίμακας μέτρησης, με την οποία το κάθε άτομο θα μπορεί να βαθμολογεί την επίδραση ενός γεγονότος, προκειμένου να αναδειχθεί η υποκειμενική εκτίμηση (Faravelli και Ambonetti, 1983).

Το ερωτηματολόγιο «Αλλαγές Ζωής» που κατασκευάστηκε για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας,

Οι διατυπώσεις είναι προσαρμοσμένες στον πληθυσμό της έρευνας. Περιλαμβάνει γεγονότα ζωής από διαφορετικά εργαλεία που προέρχονται από τα κάτωθι εργαλεία και έρευνες:

- Scaling of Life Events, (Paykel και συν., 1971)).
- Inventory of ranked life events for primiparous women, (Barnett και συν., 1983).
- The Social Readjustment Rating Scale (Holmes και Rache, 1967).
- Modified Life Events Inventory, (Newton και συν. 1979).
- The life experiences survey, (Sarason και Siegel, 1978).

Δεν περιλαμβάνει γεγονότα ζωής που αφορούν υποκείμενα μεγαλύτερης ηλικίας (πχ συνταξιοδότηση ή στράτευση τέκνων), εφόσον θεωρείται απίθανο να συμβεί ένα

²⁶ Βλ. παράρτημα

τέτοιο γεγονός ζωής στην ηλικία που βρίσκονται συνήθως οι έγκυες γυναίκες. Ωστόσο, αν κάτι τέτοιο συνέβαινε θα μπορούσε να διερευνηθεί από άλλες ερωτήσεις, όπως για παράδειγμα, αν έγινε κάποια μεγάλη εργασιακή αλλαγή ή αν μετακινήθηκε κάποιος από το σπίτι.

Οι ερωτήσεις που αφορούν θάνατο παιδιού, γέννηση νεκρού παιδιού ή συζύγου διατυπώθηκαν με γενικό και διακριτικό τρόπο (πχ. απώλεια σημαντικού προσώπου). Το εργαλείο διαμορφώθηκε με τέτοιο τρόπο, ώστε οι γυναίκες να μπορούν να επιλέξουν τον βαθμό που τις επηρέασε το γεγονός, μεταξύ 6 διαβαθμίσεων, από -3, που αντιστοιχεί σε εξαιρετικά αρνητική επίδραση, μέχρι +3, που αντιστοιχεί σε εξαιρετικά θετική επίδραση. Η συμμετέχουσα επιλέγει τα γεγονότα που της έχουν συμβεί στο παρελθόν και επιδρούν ακόμα στη ζωή της, βαθμολογεί την επίδραση αυτή και προσδιορίζει τη χρονική περίοδο που αυτά συνέβησαν. Το συγκεκριμένο εργαλείο:

- Καταγράφει την υποκειμενική εκτίμηση της κάθε γυναίκας για τα γεγονότα ζωής, πράγμα που συνάδει με τους σκοπούς της έρευνας,
- Δεν θεωρεί εκ των προτέρων δεδομένο ότι μια συγκεκριμένη αλλαγή έχει αρνητική ή θετική επίπτωση, αλλά αφήνει την ίδια τη γυναίκα να το προσδιορίσει. Παραδείγματος χάρη, μια απόλυση δεν ασκεί απαραίτητα αρνητική επίδραση, αν η εργασία ήταν δυσάρεστη για το άτομο.
- Αποτελεί μια σύνθεση διατυπώσεων - γεγονότων από άλλα εργαλεία, και εξαιτίας αυτού είναι αρκετά πλήρες ως προς τα γεγονότα ζωής που μπορεί να αντιμετωπίσει κανείς.
- Αφήνει το περιθώριο στον συμμετέχοντα να συμπληρώσει γεγονότα που δεν είναι καταγεγραμμένα και να τα βαθμολογήσει. Δίνει τη δυνατότητα στη γυναίκα να καταγράψει γεγονότα - αλλαγές που συνέβησαν στην πορεία της περιγεννητικής περιόδου, και δεν καταγράφησαν κατά τη λήψη του ατομικού ιστορικού.

Η βαθμολόγηση επιτρέπει την καταγραφή ενδεχόμενων αλλαγών της προσωπικής εκτίμησης για την επίδραση κάθε γεγονότος, στις 3 φάσεις μετρήσεων της έρευνας.

Στη **δεύτερη φάση της έρευνας** πραγματοποιείται επαναληπτική χορήγηση των ψυχομετρικών εργαλείων της πρώτης φάσης, με την προσθήκη μιας επιπλέον κλίμακας (Brisbane Mother – Baby Scale). Σημειώνουμε ότι στις μετρήσεις της λοχείας και των 5 μηνών, το SCL-90 δεν διερευνά την υποκειμενική μέτρηση των

συμπτωμάτων για την περίοδο πριν την εγκυμοσύνη, αλλά χρησιμοποιείται ως έχει χωρίς την εν λόγω προσθήκη.

6. Η **Brisbane Mother – Baby Scale** (Webster και συν., 2003), αποτελεί μια κλίμακα που δημιουργήθηκε για τις ανάγκες έρευνας που στόχευε στην ανίχνευση εγκύων που βρίσκονται σε κίνδυνο για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Απουσία διαθέσιμου εργαλείου για την εκτίμηση της συμπεριφοράς του νεογνού και της αλληλεπίδρασης μητέρας – παιδιού το πρώτο διάστημα μετά τον τοκετό, οι ερευνητές κατέληξαν στη δημιουργία της κλίμακας Brisbane Mother – Baby Scale. Τα περιεχόμενα της κλίμακας αντλήθηκαν από τη βιβλιογραφία που αφορά την αλληλεπίδραση μητέρων και βρεφών μεγαλύτερης ηλικίας. Η κλίμακα αποτελείται από 15 διατυπώσεις, εκ των οποίων οι 8 πρώτες αναφέρονται στο πώς αντιλαμβάνεται η μητέρα το παιδί της, και πιο συγκεκριμένα, την υγεία του, το πόσο «εύκολο» μωρό είναι ως προς τη σίτιση, τον ύπνο και τη συμπεριφορά. Οι 7 επόμενες διατυπώσεις αφορούν το πώς αντιλαμβάνεται η γυναίκα τον εαυτό της ως μητέρα, και πιο συγκεκριμένα, πώς βιώνει τον δεσμό και τη σχέση με το βρέφος και αν θεωρεί ότι μπορεί να «αποκωδικοποιήσει» τις ανάγκες του. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach alpha είναι 0,82 και σύμφωνα με τους ερευνητικές η κλίμακα εμφανίζει ικανοποιητική εσωτερική συνέπεια. Η κλίμακα δεν είναι προσαρμοσμένη στα ελληνικά.

Γ. Ερευνητική συνέντευξη

Τα ερωτήματα των συνεντεύξεων της παρούσας έρευνας προέρχονται από συνεντεύξεις ερευνών, που έχουν πραγματοποιηθεί στο πεδίο ανίχνευσης και πρόληψης των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών, σύμφωνα με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (βλ. Παράρτημα). Περιλαμβάνονται, επίσης, ερωτήσεις που αποσκοπούν στις ανάγκες της παρούσας έρευνας.

Η **συνέντευξη της κήσης** διαρκεί περίπου 45 – 50 και αποτελείται από ερωτήσεις που πρόκειται να χρησιμοποιηθούν και στις επόμενες συνεντεύξεις, καθώς και από ερωτήσεις που εκφωνούνται άπαξ. Οι θεματικές αναλύονται στον αντίστοιχο πίνακα στο Παράρτημα. Η **συνέντευξη της λοχείας** διαρκεί περίπου 30-40' και αποτελείται από μια σειρά ερωτήσεων που εμφανίζονται για πρώτη φορά στη λοχεία, καθώς και επαναληπτική εκφώνηση ερωτήσεων που είχαν τεθεί στην πρώτη φάση

μέτρησης και αφορούν την εμπειρία του τοκετού, των πρώτων αλληλεπιδράσεων μητέρας – νεογνού και τις αλλαγές στη ζωή της γυναίκας. Ερωτήσεις που αφορούν τα παιδικά χρόνια της γυναίκας και τη σχέση με τους γονείς στην παιδική ηλικία, δεν συμπεριλαμβάνονται στην επαναληπτική μέτρηση. Η σχέση με την πατρική οικογένεια κατά τη φάση της λοχείας διερευνάται από την ερώτηση *«αισθάνεστε συναισθηματική υποστήριξη από την πατρική οικογένεια»*, όπου οι γυναίκες αναφέρουν τυχόν δυσκολίες στην παρούσα φάση.

Στην **τρίτη συνέντευξη** συμπεριλήφθηκαν κάποιες ερωτήσεις που προσφέρονται κυρίως για ποιοτική επεξεργασία και δεν εξυπηρετούν στον έλεγχο των επαναληπτικών μετρήσεων, εφόσον εκφωνούνται μία μόνο φορά. Συγκεκριμένα, οι εν λόγω ερωτήσεις αφορούν την γενικότερη ικανοποίηση από τη ζωή, τη μητρότητα, τη σχέση με τον σύντροφο και τις προσδοκίες από το μέλλον, την επιθυμία για άλλο παιδί. Τέλος, η τελευταία συνέντευξη περιλαμβάνει ερωτήσεις για τις εντυπώσεις της γυναίκας για τη συμμετοχή της στην έρευνα, αλλά και τα κίνητρα που την ώθησαν να συμμετέχει και να παραμείνει και στις τρεις φάσεις. Οι λόγοι που οδήγησαν στη συμπερίληψη αυτών των ερωτήσεων αφορούν αφενός την ποιοτική αξιολόγηση τυχόν προβλημάτων στον σχεδιασμό της συγκεκριμένης έρευνας, με στόχο τις προτάσεις για μελλοντικές έρευνες, αφετέρου τη διερεύνηση των κινήτρων που ωθούν τις γυναίκες στην προγεννητική περίοδο να λάβουν μέρος σε μια χρονοβόρα και δεσμευτική διαδικασία (βλ. Πιλοτική έρευνα).

Κατά το τέλος της δεύτερης και τρίτης συνέντευξης η ερευνήτρια διερευνά την εξέλιξη και την πορεία δυσκολιών, δυσφοριών και συμπτωμάτων που είχαν αναφερθεί στην προηγούμενη φάση μέτρησης (βλ. Παράρτημα για τις ερωτήσεις που χρησιμοποιούνται για την εν λόγω διερεύνηση).

Οι ερωτήσεις των συνεντεύξεων μπορούν να συνοψιστούν στις εξής θεματικές: **Αρχικές – Εναρκτήριες Ερωτήσεις: Η εμπειρία της περιγεννητικής περιόδου.** Η γυναίκα καλείται να περιγράψει την εμπειρία της κύησης και έπειτα του τοκετού και της λοχείας, προκειμένου να εξοικειωθεί με την ερευνητική διαδικασία και την ερευνήτρια. Επίσης, η γυναίκα καλείται να περιγράψει τη διάθεση και τα συναισθήματά της, καθώς και τις ανησυχίες ή τους προβληματισμούς της. Να σημειωθεί ότι στη συνέντευξη της κύησης η γυναίκα ρωτάται δύο φορές για τις ανησυχίες της. Η ερώτηση επαναλαμβάνεται προς το τέλος της συνέντευξης, όταν πλέον έχει εγκαθιδρυθεί μεγαλύτερη σχέση εμπιστοσύνης με τον συνεντευκτή και, εφόσον έχουν διακινηθεί σημαντικά θέματα από τις προηγούμενες ερωτήσεις.

Εικόνα του Σώματος. Η γυναίκα καλείται να μιλήσει για την εντύπωσή της από τις σωματικές αλλαγές, αλλά και για το πώς εκλαμβάνει την εντύπωση του συντρόφου της από τις σωματικές αλλαγές που επιφέρει η περιγεννητική περίοδος.

Σχέση με το παιδί. Η γυναίκα καλείται να περιγράψει τα συναισθήματα και τις σκέψεις για το παιδί της, κατά την εγκυμοσύνη και μετά τον τοκετό. Οι ερωτήσεις αφορούν αναπαραστάσεις της γυναίκας, όταν το παιδί δεν έχει ακόμα γεννηθεί, και στη συνέχεια περιγραφή της σχέσης που αναπτύσσεται σταδιακά με το νεογέννητο. Επίσης, η θεματική αυτή περιλαμβάνει τις προσδοκίες και τα όνειρα που κάνει η γυναίκα για το παιδί της.

Σχέση με τον σύντροφο. Η γυναίκα καλείται να περιγράψει τη σχέση με τον σύντροφό της, τις πιθανές αλλαγές που συμβαίνουν κατά την περιγεννητική περίοδο, το αν λαμβάνει συναισθηματική και πρακτική υποστήριξη από αυτόν.

Μητρότητα – γονεϊκότητα. Η γυναίκα καλείται να αναφέρει τις αντιλήψεις της για τους ιδανικούς γονείς, να περιγράψει τον εαυτό της ως μητέρα, καθώς και την εμπειρία της από τη μητρότητα, συμπεριλαμβανομένων της διάθεσης, των ανησυχιών, κλπ. Επίσης, καλείται να περιγράψει τον σύζυγο της ως πατέρα.

Παιδικά χρόνια. Οι ερωτήσεις της παρούσας θεματικής διατυπώνονται μόνο στην πρώτη συνέντευξη, και αποσκοπούν στη διερεύνηση της αναπαράστασης που έχουν οι γυναίκες για τη σχέση τους με τη γονεϊκή οικογένεια (κυρίως τον πατέρα και τη μητέρα τους). Η γυναίκα καλείται να περιγράψει τους γονείς της, τη σχέση τους όσο ήταν η ίδια παιδί, την άντληση συναισθηματικής και πρακτικής υποστήριξης από αυτούς στο παρελθόν και στην παρούσα φάση ζωής.

Ευρύτερο υποστηρικτικό δίκτυο. Η γυναίκα καλείται να απαντήσει αν λαμβάνει συναισθηματική και πρακτική υποστήριξη από φίλους ή άλλα άτομα πέραν του συζύγου και των γονιών της.

Εργασία. Η γυναίκα καλείται να περιγράψει τα συναισθήματα από την απουσία της από την εργασία.

Προσδοκίες για το μέλλον. Οι ερωτήσεις αυτής της θεματικής εκφέρονται μόνο στη συνέντευξη της τελευταίας μέτρησης. Η γυναίκα καλείται να απαντήσει για το πώς φαντάζεται τη ζωή της στο μέλλον, την ικανοποίησή από τη μέχρι τώρα ζωή της και τις αλλαγές που επιθυμεί.

Επίλογος. Η γυναίκα καλείται να προσθέσει οτιδήποτε η ίδια επιθυμεί. Στην τελευταία μόνο συνέντευξη, η γυναίκα καλείται να καταθέσει τις εντυπώσεις της από τη συμμετοχή της στην έρευνα, και τα κίνητρό της για συμμετοχή.

Στο παράρτημα περιλαμβάνεται πίνακας των επιμέρους ερωτήσεων ανά θεματική, καθώς και οι βιβλιογραφικές πηγές από τις οποίες προκύπτουν οι ερωτήσεις της έρευνας. Επίσης, στο παράρτημα της παρούσας έρευνας υπάρχουν αναλυτικά οι ερωτήσεις που περιλαμβάνει η συνέντευξη στις τρεις φάσεις της μέτρησης, όπως διαμορφώθηκαν έπειτα από την πιλοτική έρευνα. Τα συμπεράσματα από τις εν λόγω ερωτήσεις θα μπορούσαν να φανούν χρήσιμα στον σχεδιασμό προγραμμάτων παρέμβασης στην περιγεννητική περίοδο.

Διαδικασία της έρευνας

Η συλλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε στο Κέντρο Ημέρας για τη Φροντίδα της Ψυχικής Υγείας της Γυναίκας (επιλόχεια διαταραχή). Το Κέντρο Ημέρας ιδρύθηκε και λειτουργεί από το 2008 υπό την ευθύνη της Μ.Κ.Ο. Φαιναρέτη και την εποπτεία της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας. Απευθύνεται σε πληθυσμό γυναικών που διανύουν την περιγεννητική περίοδο (εγκυμοσύνη μέχρι και ένα έτος μετά τον τοκετό) προσφέροντας υπηρεσίες παρέμβασης περιπτώσεις ψυχικής διαταραχής, πρόληψης, και προαγωγής της ψυχικής υγείας. Το Κέντρο Ημέρας, έχει δώσει την άδεια για πρόσβαση στον πληθυσμό και στα προσωπικά δεδομένα των εξυπηρετούμενων γυναικών, για τις ανάγκες της έρευνας.

Οι μαίες του Κέντρου Ημέρας εκπαιδεύτηκαν από την ερευνήτρια για τον τρόπο ενημέρωσης των εγκύων για τη διεξαγωγή της έρευνας. Στη συνέχεια, οι έγκυες γυναίκες που παρακολουθούσαν μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής στο Κέντρο Ημέρας, ενημερώθηκαν από τις μαίες για τη διεξαγωγή έρευνας και τους σκοπούς της, και οι ενδιαφερόμενες δήλωσαν συμμετοχή. Ακολούθησε η υπογραφή εντύπων συναίνεσης για τη συμμετοχή στην έρευνα (βλ. παράρτημα).

Πριν από την εφαρμογή της βασικής έρευνας, κρίθηκε απαραίτητη η διεξαγωγή πιλοτικής έρευνας ώστε να επισημανθούν ανάγκες για βελτίωση και τροποποίηση του σχεδιασμού, καθώς και των ερευνητικών εργαλείων. Στόχος ειδικότερα της πιλοτικής έρευνας ήταν να αξιολογηθεί το ερευνητικό πρωτόκολλο και να ελεγχθεί η ανταπόκριση των υποκειμένων στα μέσα συλλογής δεδομένων, στα ψυχομετρικά εργαλεία και τις τροποποιήσεις αυτών, και κυρίως στη συνέντευξη που διαμορφώθηκε για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας (βλ. Πιλοτική έρευνα). Εφόσον τεκμηριωνόταν

ο ορθός σχεδιασμός κάθε σταδίου της πιλοτικής έρευνας, διενεργούνταν η βασική έρευνα για το εν λόγω στάδιο.

Κατά την έναρξη της ερευνητικής διαδικασίας για την **πρώτη μέτρηση (κύηση)**, οι έγκυες του δείγματος είχαν ήδη ολοκληρώσει τη λήψη του ιστορικού (βλ. Μέσα Συλλογής Δεδομένων) από τις μαίες του Κέντρου Ημέρας, προκειμένου να λάβουν τις υπόλοιπες παρεχόμενες υπηρεσίες της, σύμφωνα με τον τρόπο λειτουργίας της δομής. Στη συνέχεια, κλήθηκαν να απαντήσουν στα ψυχομετρικά εργαλεία και ορίστηκε ραντεβού για τη διεξαγωγή της πρώτης συνέντευξης σε διάστημα μιας εβδομάδας το μέγιστο από τη χορήγηση των ερωτηματολογίων.²⁷ Στο διάστημα αυτό η ερευνήτρια συμπλήρωνε το ατομικό δελτίο της γυναίκας,²⁸ ώστε αυτό να είναι διαθέσιμο κατά τη συνέντευξη, αντλώντας στοιχεία από:

1. Το ατομικό ιστορικό της γυναίκας.
2. Τα ψυχομετρικά εργαλεία που είχε συμπληρώσει η γυναίκα.

Στη συνέχεια ακολουθούσε η συνέντευξη. Σε περίπτωση που η γυναίκα είχε αναφέρει συμπτώματα, δυσκολίες ή ανησυχίες στο ιστορικό ή στα ψυχομετρικά εργαλεία, η ερευνήτρια διερευνούσε τις αναφορές αυτές, χρησιμοποιώντας επιπλέον ερωτήσεις ειδικά επιλεγμένες για τις εν λόγω συνθήκες (βλ. παράρτημα).

Στην περίπτωση σημαντικής διαφοροποίησης με τη μορφή αυξομείωσης της έντασης ή της παρουσίας των συμπτωμάτων στις τρεις μετρήσεις, η γυναίκα καλούνταν να δώσει τη δική της ερμηνεία, μέσω της συνέντευξης προκειμένου να διερευνηθεί τι κατά τη γνώμη της συντέλεσε στην αλλαγή.

Πριν τη διεξαγωγή της **μέτρησης κατά την περίοδο της λοχείας**, οι μαίες του Κέντρου Ημέρας επικοινωνούσαν με τις γυναίκες που μόλις είχαν γεννήσει και πραγματοποιούσαν λήψη του ιστορικού λοχείας (βλ. μέσα συλλογής δεδομένων), σύμφωνα με το πρωτόκολλο και τον κανονισμό της δομής. Στη συνέχεια οριζόταν η διεξαγωγή της δεύτερης συνέντευξης σε ημέρα, ώρα και τοποθεσία που διευκόλυναν τη συμμετέχουσα και δίνονταν οδηγίες για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων της δεύτερης φάσης, σε διάστημα όχι μεγαλύτερο της μίας εβδομάδας πριν από τη συνέντευξη. Τα ερωτηματολόγια ήταν δυνατό να συμπληρωθούν σε έντυπη ή και ηλεκτρονική μορφή. Εξαιτίας της ευαισθησίας και των ιδιαίτερων αναγκών του

²⁷ Το χρονικό όριο της μίας εβδομάδας επιβάλλεται ούτως ώστε οι απαντήσεις στις ερωτήσεις της συνέντευξης που αφορούν τη διάθεση και την ψυχική υγεία, να συνάδουν με τις απαντήσεις στην EPDS και την Beck, η οποία αφορά τη διάθεση του υποκειμένου τις τελευταίες 7 μέρες.

²⁸ Το ατομικό δελτίο είναι ένας πίνακας με συγκεντρωτικά στοιχεία για τους παράγοντες κινδύνου και τις βαθμολογίες από τα ψυχομετρικά εργαλεία από όλες τις φάσεις της έρευνας για κάθε υποκείμενο.

πληθυσμού της έρευνας, η ερευνήτρια υπήρξε ευέλικτη στην τροποποίηση και μετάθεση των ραντεβού, αν και εφόσον προέκυπτε οποιαδήποτε δυσκολία (για παράδειγμα κολικοί του βρέφους, κλάμα ή δυσκολίες με τον ύπνο). Αντίστοιχη διαδικασία ακολουθήθηκε και για την τελευταία μέτρηση, στο διάστημα **6 μηνών μετά τον τοκετό**, χωρίς αυτή τη φορά να προηγείται η λήψη ιστορικού από τις μαίες του Κέντρου.

Πριν από τη συλλογή των δεδομένων, οι συμμετέχουσες είχαν ενημερωθεί από τους επαγγελματίες υγείας του Κέντρου Ημέρας και στη συνέχεια από την ίδια την ερευνήτρια, για τους σκοπούς της έρευνας, τα πιθανά οφέλη, τη διαδικασία, την εμπιστευτικότητα των απαντήσεων, την ανωνυμία, τον προαιρετικό χαρακτήρα της συμμετοχής, καθώς και για το δικαίωμά τους για πρόσβαση στα γενικά ευρήματα της έρευνας και για τους πιθανούς τρόπους χρήσεις και παρουσίασης των αποτελεσμάτων. Στη συνέχεια οι συμμετέχουσες υπέγραφαν σχετικό έντυπο συναίνεσης (βλ. Παράρτημα).

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τον Νοέμβριο του 2011 μέχρι και τον Φεβρουάριο του 2013.

Συνοπτική περιγραφή διεξαγωγής των διαχρονικών μετρήσεων της βασικής έρευνας

Κύηση

1η μέτρηση (τρίτο τρίμηνο της κύησης, 8^{ος} ή 9^{ος} μήνας) κατά τη διάρκεια συμμετοχής σε πρόγραμμα ψυχοπροφύλαξης

Λήψη ατομικού ιστορικού (από το προσωπικό του Κέντρου Ημέρας)

Χορήγηση ψυχομετρικών εργαλείων

Συνέντευξη

Λοχεία

2η μέτρηση – 42 μέρες μέχρι και δύο μήνες μετά τον τοκετό

Λήψη ιστορικού λοχείας (από το προσωπικό του Κέντρου Ημέρας)

Χορήγηση ψυχομετρικών εργαλείων

Συνέντευξη

Πιλοτική έρευνα

Ο αρχικός σχεδιασμός της έρευνας συμπεριελάμβανε τέσσερις μετρήσεις, δύο κατά τον τοκετό, η τρίτη κατά την περίοδο της λοχείας (μέχρι και 42 μέρες μετά τον τοκετό) και η τελευταία, έξι μήνες μετά τον τοκετό. Δεδομένου ότι η πλειονότητα των εγκύων ενημερωνόταν για την κύηση, τον ανώδυνο τοκετό, τον θηλασμό και τη λοχεία στα μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής που διεξάγονται στα περισσότερα μαιευτήρια ή και αλλού, θεωρήθηκε σωστό η πρώτη μέτρηση να διεξαχθεί πριν από την παρακολούθηση των εν λόγω μαθημάτων και η δεύτερη μέτρηση να πραγματοποιηθεί μετά την ολοκλήρωση της παρακολούθησης της ψυχοπροφυλακτικής, δηλαδή, μερικές εβδομάδες πριν τον τοκετό.

Τα ψυχομετρικά εργαλεία θα δίνονταν και στις τέσσερις επαναληπτικές μετρήσεις, με σκοπό να καταγραφούν οι σημαντικές αυξομειώσεις σε σύγκριση με τις προηγούμενες χορηγήσεις και να τεθούν προς διερεύνηση στη συνέντευξη.

Για να επισημανθούν τυχόν προβλήματα στην κατανόηση των οδηγιών των ψυχομετρικών εργαλείων που τροποποιήθηκαν για τους σκοπούς της έρευνας, αρχικά πραγματοποιήθηκε πιλοτική χορήγηση των ερωτηματολογίων σε δύο μαιές, νέες μητέρες, εργαζόμενες στο Κέντρο Ημέρας. Επισημάνθηκαν ανάγκες για διορθώσεις στο ερωτηματολόγιο «Αλλαγές ζωής» και στην «Κλίμακα μητέρας – βρέφους»²⁹. Πραγματοποιήθηκαν οι διορθώσεις και επιλέχθηκε δείγμα γυναικών για την πιλοτική έρευνα.

Η πιλοτική έρευνα ξεκίνησε αρχικά με δείγμα τριών γυναικών, αλλά τελικά μόνο δύο γυναίκες ολοκλήρωσαν τις φάσεις της μέτρησης, επειδή η τρίτη αντιμετώπισε πρόβλημα υγείας και γέννησε πρόωρα.

Εφόσον τεκμηριωνόταν ο ορθός σχεδιασμός κάθε σταδίου της πιλοτικής έρευνας, διενεργούνταν η βασική έρευνα για το εν λόγω στάδιο. Συγκεκριμένα, όταν πραγματοποιήθηκαν οι διορθώσεις για την πρώτη μέτρηση της κύησης και, πριν ακόμα ολοκληρωθεί η δεύτερη μέτρηση της κύησης για την πιλοτική έρευνα, ξεκίνησε η βασική έρευνα με τη χορήγηση της πρώτης μέτρησης, προκειμένου να εξοικονομηθεί χρόνος. Δεν αναμενόταν η ολοκλήρωση όλων των πιλοτικών φάσεων, εφόσον αυτό θα απαιτούσε 9 μήνες περίπου για κάθε γυναίκα (αρχή 3ου τριμήνου της κύησης μέχρι και 6ο μήνα μετά τον τοκετό).

²⁹ Στην πρώτη κλίμακα οι διορθώσεις αφορούσαν τη διατύπωση των οδηγιών και στη δεύτερη κλίμακα, τη μετάφραση – διατύπωση στα ελληνικά μίας ερώτησης.

Από την πιλοτική διεξαγωγή της πρώτης μέτρησης, προέκυψαν οι εξής διορθώσεις:

- Βελτίωση οδηγιών για τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων
- Πρόσθεση ερωτήσεων στη συνέντευξη³⁰
- Αφαίρεση ερωτήσεων που επαναλαμβάνονταν. Αφαιρέθηκαν ερωτήσεις με παρόμοιο περιεχόμενο, αλλά διατηρήθηκαν ως εναλλακτικές διατυπώσεις, σε περίπτωση που η γυναίκα δεν κατανοούσε την ερώτηση³¹.
- Τροποποιήθηκε το ατομικό δελτίο ώστε να καταστεί πιο εύχρηστο και ευανάγνωστο.

Η διεξαγωγή της πιλοτικής έρευνας κατά την κύηση κατέδειξε τα παρακάτω ζητήματα:

Παρατηρήθηκε ότι το χρονικό διάστημα μεταξύ των δύο μετρήσεων της κύησης είναι αρκετά σύντομο, σε κάποιες περιπτώσεις μικρότερο από έναν μήνα, με αποτέλεσμα να μην καταγράφονται σημαντικές διαφοροποιήσεις, στα ερωτηματολόγια και τη συνέντευξη. Οι ομάδες ψυχοπροφυλακτικής περιλαμβάνουν γυναίκες με απόκλιση, τόσο στις πιθανές ημερομηνίες τοκετού, όσο και στον μήνα έναρξης παρακολούθησης των ομαδικών μαθημάτων ψυχοπροφυλακτικής κατά το τελευταίο τρίμηνο της κύησης. Επομένως, η πιλοτική χορήγηση έδειξε ότι οι απαντήσεις είναι παρόμοιες και δεν διαφοροποιούν το άτομο ως προς τα συμπτώματα και τις διαταραχές. Ως αποτέλεσμα, θεωρήθηκε ότι η πρώτη μέτρηση, δίνει μια ικανοποιητική εικόνα για τους παράγοντες κινδύνου και τα ζητήματα που απασχολούν τη γυναίκα. Η πορεία των ζητημάτων αυτών, η πιθανή επίλυση προβλημάτων ή και η όξυνση των αναφερθέντων δυσκολιών, θα μπορούσαν να καταγραφούν σε μέτρηση κατά τη διάρκεια της λοχείας.

Επίσης, οι καινούργιες ερωτήσεις που περιλαμβάνει η δεύτερη συνέντευξη, είναι μόνο τέσσερις και αφορούν τον επερχόμενο τοκετό. Εφόσον η συνέντευξη πραγματοποιείται τον 8^ο ή και 9^ο μήνα, όταν η γυναίκα πλησιάζει την ημερομηνία του τοκετού και την απασχολεί η εμπειρία αυτή, οι ερωτήσεις αυτές συμπεριλήφθηκαν στην πρώτη συνέντευξη.

³⁰ Ενδεικτικά: (αν υπάρχουν αδέρφια) *πώς θα περιγράφατε τη σχέση σας με τα αδέρφια σας; (για τη σχέση με τον σύζυγο – σύντροφο): πώς συμπεριφέρεται – αντιδρά όταν του περιγράφετε μια δυσκολία σας;*

³¹ Για παράδειγμα, αφαιρέθηκε η διατύπωση: «Υπάρχει κάτι που θα θέλατε να συμπληρώσετε» και έμεινε η διατύπωση «Υπάρχει κάτι που σας προβληματίζει και θα θέλατε να αναφέρετε»;

Επιπλέον, η μικρή χρονική απόσταση από την ημερομηνία του τοκετού, αυξάνει την πιθανότητα drop out από τη δεύτερη συνέντευξη της κύησης, τόσο εξαιτίας της αποφυγής των μετακινήσεων από τις έγκυες, όσο και εξαιτίας τοκετού που λαμβάνει χώρα πριν την προβλεπόμενη ημερομηνία. Για παράδειγμα, σε μία περίπτωση δεν κατέστη δυνατή η πραγματοποίηση της δεύτερης συνέντευξης, επειδή η γυναίκα γέννησε πριν την προβλεπόμενη ημερομηνία.

Ως αποτέλεσμα των προαναφερθέντων, απαλείφθηκε η δεύτερη μέτρηση κατά την κύηση, και ο μεθοδολογικός σχεδιασμός της βασικής έρευνας περιελάμβανε πλέον τρεις μετρήσεις, εκ των οποίων η μία θα διεξαγόταν στον 8^ο ή και 9^ο μήνα, ενώ οι επόμενες μετρήσεις μετά τον τοκετό, παρέμειναν σε συμφωνία με τον αρχικό σχεδιασμό, δηλαδή, μία κατά τη λοχεία και μια 6 μήνες μετά τον τοκετό. Στον σχετικό πίνακα στο παράρτημα αποτυπώνεται η περιγραφή των τριών μετρήσεων.

Στη δεύτερη φάση της μέτρησης (λοχεία) μία από τις τρεις γυναίκες δεν συμμετείχε, επομένως έχουμε δεδομένα από δύο μόνο συμμετέχουσες. Η χορήγηση των ψυχομετρικών εργαλείων και η διεξαγωγή της συνέντευξης πραγματοποιήθηκαν τον Μάρτιο του 2012. Σύμφωνα με τον αρχικό σχεδιασμό, η συνέντευξη της δεύτερης φάσης θα διεξαγόταν την περίοδο της λοχείας, δηλαδή 42 ημέρες μετά τον τοκετό. Παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες δυσκολεύονται να μετακινηθούν μαζί με το μωρό σε τόσο σύντομο χρονικό διάστημα μετά τον τοκετό, κυρίως αν δεν συνοδεύονταν από τον σύζυγό τους. Επομένως, θεωρήθηκε σκόπιμο για την ομαλή διεξαγωγή της έρευνας, το δεύτερο μέρος αυτής να πραγματοποιείται στο σπίτι της συμμετέχουσας, όταν αυτή το επιθυμεί, κάτι άλλωστε που γίνεται ευρύτατα στις έρευνες με ανάλογο πληθυσμό. Η επίσκεψη της ερευνήτριας στο σπίτι της γυναίκας έγινε δεκτή με ιδιαίτερη ανακούφιση στις γυναίκες που είτε δυσκολεύονταν να μετακινηθούν με το βρέφος, είτε διέμεναν πολύ μακριά, είτε δεν είχαν σε ποιόν να αφήσουν το βρέφος.

Μια δεύτερη δυσκολία που προέκυψε είναι ότι κάποιες γυναίκες περιορίζουν τις κοινωνικές επαφές τους κατά τη λοχεία για λόγους κυρίως προστασίας της υγείας του βρέφους, αλλά και επειδή προσπαθούν να προσαρμοστούν στη φροντίδα και να μην διαταράσσουν το πρόγραμμα ύπνου και θηλασμού. Συνεπώς, θεωρήθηκε απαραίτητο, προκειμένου να αυξηθεί η συμμετοχή των γυναικών στη δεύτερη φάση, που είναι και η πιο απαιτητική και να περιοριστούν οι διαρροές του δείγματος, να διευρυνθεί η χρονική περίοδος συλλογής δεδομένων από 42 ημέρες που ήταν αρχικά,

σε 2 μήνες μετά τον τοκετό. Ωστόσο, καταβάλλεται προσπάθεια να μην ξεπεραστεί κατά πολύ το όριο των 42 ημερών της λοχείας.

Η πιλοτική έρευνα κατά την περίοδο της λοχείας κατέδειξε την αναγκαιότητα συμπερίληψης μιας ερώτησης που να αφορά την περιγραφή του βρέφους από τη μητέρα του, κατ' αναλογία με την ερώτηση που εκφωνείται στην κύηση «*πώς φαντάζεστε το παιδί σας*». Συνεπώς, προστέθηκε η ερώτηση «*πώς θα περιγράφατε το παιδί σας*», η οποία και εκφωνείται στις συνεντεύξεις της βασικής έρευνας. Δεν χρειάστηκαν περαιτέρω προσθήκες ή διορθώσεις.

Η πιλοτική έρευνα την περίοδο των 6 μηνών μετά τον τοκετό δεν κατέδειξε την ανάγκη τροποποιήσεων σε σχέση με τον αρχικό σχεδιασμό. Ωστόσο, κρίθηκε χρήσιμο να συμπεριληφθούν κάποιες ερωτήσεις που προσφέρονται κυρίως για ποιοτική επεξεργασία και δεν εξυπηρετούν στον έλεγχο των επαναληπτικών μετρήσεων, εφόσον εκφωνούνται μία μόνο φορά, και αφορούν την γενικότερη ικανοποίηση από τη ζωή και τις προσδοκίες από το μέλλον (βλ. σχετικό πίνακα στο παράρτημα). Τέλος, εισήχθησαν ερωτήσεις για τις εντυπώσεις της γυναίκας από τη συμμετοχή της στην έρευνα, αλλά και τα κίνητρα που την ώθησαν να συμμετέχει και να παραμείνει και στις τρεις φάσεις. Η ανάγκη για συμπερίληψη αυτών των ερωτήσεων προέκυψε από τις κάτωθι παρατηρήσεις. Οι γυναίκες που συμμετείχαν στην πιλοτική έρευνα ήταν εξαιρετικά πρόθυμες, μιλούσαν με ευκολία για τα θέματα που τις απασχολούσαν και μάλιστα, ευχαριστούσαν θερμά οι ίδιες την ερευνήτρια μετά το πέρας της συνέντευξης. Η παρατήρηση αυτή δημιούργησε ερωτήματα για τα κίνητρα συμμετοχής αλλά και για τα πιθανά οφέλη που μπορεί να είχε η ερευνητική διαδικασία για τις γυναίκες.

Πέραν των προαναφερθέντων προσθηκών και διορθώσεων, η ροή της διαδικασίας, ο τρόπος χορήγησης, ο χρόνος, κλπ., διατηρήθηκαν ίδια με αυτά της βασικής έρευνας.

Ευρήματα

A. Επεξεργασία των δεδομένων - Ποσοτικές Μέθοδοι

Οι κύριες μεταβλητές στην παρούσα έρευνα διαμορφώθηκαν σύμφωνα α) με τις ερωτήσεις και τις κλίμακες των ερωτηματολογίων και β) με τις απαντήσεις των εγκύων γυναικών στα ερωτήματα της συνέντευξης που υποβλήθηκαν. Στη συνέχεια, τα δεδομένα κωδικοποιήθηκαν σε κατηγορικά και αριθμητικά (συνεχή) προκειμένου να μπορούν να εισαχθούν στο στατιστικό πρόγραμμα για την απαραίτητη ανάλυση. Συγκεκριμένα, κατηγορικά δεδομένα προέκυψαν από τις μεταβλητές που μέτρησαν την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το οικονομικό επίπεδο, την επαγγελματική κατάσταση, το ατομικό ψυχιατρικό ιστορικό των εγκύων, το οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό, η συναισθηματική υποστήριξη συζύγου, η υποστήριξη οικογένειας σε πρακτικά ζητήματα (1=απουσία και 2=ύπαρξη). Τα δεδομένα που ελήφθησαν από τις απαντήσεις στις προτάσεις των ερωτηματολογίων της έρευνας (κλίμακα ανίχνευσης της κατάθλιψης στην περιγεννητική περίοδο, κλίμακα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, κλίμακα αξιολόγησης του άγχους, κλίμακα ανίχνευσης της ψυχοπαθολογίας) θεωρήθηκαν ως αριθμητικές (συνεχείς), καθώς τοποθετούνται σε κλίμακες τύπου Likert. Ειδικότερα, τα δεδομένα από τις κλίμακες καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και ανίχνευσης της κατάθλιψης στην περιγεννητική περίοδο μετατράπηκαν σε διχότομα με τη χρήση ορίων, όπως περιγράφονται σε προγενέστερες έρευνες. Δεδομένα κλίμακας λόγου (ratio scale) προέκυψαν από μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος (ηλικία, διάρκεια γάμου). Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα IBMSPSS (έκδοση 20.0). Κάθε στήλη αντιστοιχούσε σε μια μεταβλητή (variable) και κάθε γραμμή σε ένα διαφορετικό υποκείμενο της έρευνας (case) (Dancey, 2004).

Ως ανεξάρτητες μεταβλητές χαρακτηρίστηκαν οι απαντήσεις των εγκύων γυναικών στη συνέντευξη, καθώς και δεδομένα από το ατομικό τους ιστορικό, τα οποία αντιστοιχούν σε πέντε άξονες (Ατομικό και Οικογενειακό Ιστορικό, Υποστηρικτικό δίκτυο, Ιατρικό και Μαιευτικό Ιστορικό, Παράγοντες που σχετίζονται με το βρέφος,

Γεγονότα ζωής), καθώς και οι απαντήσεις στις ερωτήσεις δημογραφικών χαρακτηριστικών. Ως **εξαρτημένες μεταβλητές** εκλήφθησαν οι βαθμολογίες των κλιμάκων των ψυχομετρικών εργαλείων, οι οποίες περιγράφονται στη Μεθοδολογία (για παράδειγμα, η κλίμακα EPDS για την κατάθλιψη στην περιγεννητική περίοδο), η κλίμακα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας του BECK, η κλίμακα αξιολόγησης του άγχους (STAI), η κλίμακα ανίχνευσης της ψυχοπαθολογίας (SCL-90-R-90-R-R).

A.1. Έλεγχος Κανονικότητας

Η πρώτη φάση επεξεργασίας των δεδομένων αφορούσε τον έλεγχο κανονικότητας των ποσοτικών κατανομών. Αρχικά, ο έλεγχος κανονικότητας έγινε μέσω του ελέγχου της κύρτωσης και της λοξότητας των κατανομών. Κανονική θεωρείται μια κατανομή, στην οποία η απόκλιση κυμαίνεται ανάμεσα στο -0,5 και το +0,5. Αντιθέτως, όταν η απόκλιση υπερβαίνει το ± 1 , όταν θεωρείται έντονα ασύμμετρη. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε το τεστ Kolmogorov-Smirnov, σύμφωνα με το οποίο η μηδενική υπόθεση είναι ότι η υπό έλεγχο κατανομή δεν διαφέρει σημαντικά από την κανονική κατανομή.

A.2. Μέγεθος του δείγματος και όρια εμπιστοσύνης

Οι στατιστικές αναλύσεις στη συγκεκριμένη έρευνα διενεργούνται υπό το πρίσμα του ελέγχου της σημαντικότητας των διαφορών του δείγματος με τον μέσο όρο του πληθυσμού. Η παραδοχή ότι δεν υφίσταται διαφορά καλείται *μηδενική υπόθεση (H_0)*, ενώ η απόρριψή της υπέρ της εκτίμησης της ύπαρξης του φαινομένου που εξετάζεται καλείται *εναλλακτική υπόθεση (H_1)*. Ωστόσο, στην παραπάνω διαδικασία χρειάζεται να ληφθεί υπ' όψη η πιθανότητα της αποδοχής της εναλλακτικής υπόθεσης, ενώ στην ουσία η μηδενική είναι η σωστή, όπως και η πιθανότητα να γίνει αποδεκτή η μηδενική υπόθεση, ενώ, στην ουσία, χρειάζεται να απορριφθεί. Το πρώτο ενδεχόμενο περιγράφει την πιθανότητα να διαπραχθεί σφάλμα τύπου I, ενώ το δεύτερο ενδεχόμενο σφάλμα τύπου II. Το όριο εμπιστοσύνης για το σφάλμα τύπου I περιγράφεται με το α , ενώ για το σφάλμα τύπου II με το β . Στην παρούσα έρευνα το όριο τίθεται στο $p < ,05$. Ωστόσο, επειδή το όριο αυτό σε συγκεκριμένες περιπτώσεις μπορεί να επηρεαστεί από διάφορους παράγοντες (π.χ. μικρό δείγμα, κανονικότητα κατανομής), με αποτέλεσμα να οδηγήσει στην απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης, υπολογίζεται και η ισχύς του

στατιστικού κριτηρίου. Μάλιστα, ο Cohen (1988) έχει προτείνει την χρήση του ορίου 0,80 ως επιθυμητού ορίου ισχύος του κριτηρίου. Με άλλα λόγια, το β χρειάζεται να ισούται με 0,20 ή μικρότερο, ώστε να θεωρηθεί ότι η έρευνα διαθέτει επαρκή στατιστική ισχύ και η εναλλακτική υπόθεση μπορεί να γίνει αποδεκτή με ικανοποιητικό βαθμό εμπιστοσύνης.

A.3. Συσχετίσεις

Το μέγεθος και η κατεύθυνση της συσχέτισης μεταξύ των αριθμητικών (συνεχών) μεταβλητών της έρευνας καθορίστηκε με το κριτήριο Pearson r . Το εύρος της συσχέτισης κυμαίνεται από -1 (απόλυτη αρνητική συσχέτιση) έως +1 (απόλυτη θετική συσχέτιση). Όσο το μέγεθος της συσχέτισης πλησιάζει το 0, τόσο περισσότερο θεωρείται ότι οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους. Σύμφωνα με τους Dancey και Reidy (2004) οποιαδήποτε τιμή συνάφειας ανάμεσα στο 0,1 και 0,3 θεωρείται ως χαμηλή, οποιαδήποτε τιμή μεταξύ 0,4 έως 0,6 μέτρια, ενώ συνάφεια μεταξύ 0,7 έως 0,9 θα πρέπει να θεωρείται ως υψηλή.

A.4. Πολλαπλή ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης

Το ζήτημα της διερεύνησης της σχέσης μεταξύ των εξεταζόμενων μεταβλητών και του προσδιορισμού αυτής της σχέσης θα αντιμετωπιστεί με την εφαρμογή της μεθόδου της πολλαπλής παλινδρόμησης. Απώτερος σκοπός είναι η κατασκευή ενός μοντέλου που να περιγράφει ικανοποιητικά τη σχέση ανάμεσα στην εκάστοτε εξαρτημένη και στις ανεξάρτητες μεταβλητές της παρούσας έρευνας. Η εξίσωση, η οποία απεικονίζει καταλλήλως το μοντέλο παλινδρόμησης έχει την μορφή: $Y=b_0+b_1X_1+b_2X_2+ \dots + b_pX_p+e$, όπου το e θεωρείται ως ο παράγοντας σφάλματος της πρόβλεψης. Ως εξαρτημένες μεταβλητές (Y) θεωρούνται οι μετρήσεις που διεξήχθησαν για την κατάθλιψη και το άγχος των γυναικών με τα εργαλεία EPDS και STAI αντιστοίχως. Ως ανεξάρτητες μεταβλητές (X) θεωρούνται οι κωδικοποιημένες απαντήσεις των γυναικών στις συνεντεύξεις των τριών φάσεων, τα στοιχεία του ιστορικού τους, καθώς και οι απαντήσεις στο εργαλείο συμπτωματολογίας SCL-90-R. Να σημειωθεί ότι όλες οι μετρήσεις είναι συνεχείς ή κατηγορικές. Ο συντελεστής b της εξίσωσης, προσαρμοσμένος για το επίπεδο του τυπικού σφάλματος, αποτελεί τον

συντελεστή της κλίσης (slope) της γραμμικής σχέσης ανάμεσα στην εξαρτημένη και ανεξάρτητη μεταβλητή. Ο έλεγχος σημαντικότητας και, ως εκ τούτου, καταλληλότητας του προσαρμοσμένου συντελεστή b να συμπεριληφθεί στην εξίσωση του μοντέλου πρόβλεψης γίνεται με το κριτήριο *Student's t*. Λόγω της πληθώρας των μεταβλητών που εξήχθησαν από τις συνεντεύξεις, αρχικά διερευνήθηκε η σχέση της κάθε μιας με τις εξαρτημένες μεταβλητές και στη συνέχεια, εφ' όσον πληρούσαν τα κριτήρια σημαντικότητας, εντάσσονταν στο μοντέλο της παλινδρόμησης, ώστε να κριθεί η θέση τους μέσα στο σύνολο των μεταβλητών. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές εισήχθησαν στο μοντέλο με την κατά βήματα τεχνική (Stepwise), η οποία θεωρείται και η καταλληλότερη καθώς συνδυάζει δύο άλλες τεχνικές, την Forward και την Backward.

Για τον έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας του μοντέλου λήφθηκε υπ' όψη ο πίνακας ANOVA και το κριτήριο F , σύμφωνα με το οποίο ελέγχθηκε η επίδραση της εκάστοτε ανεξάρτητης μεταβλητής στο μοντέλο. Επιπλέον, ο δείκτης R πολλαπλής συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών που εντάχθηκαν στο μοντέλο, ενώ το δείκτης R^2 , ο οποίος λαμβάνεται προσαρμοσμένος ως προς το τυπικό σφάλμα της μέτρησης, αναφέρεται στο ποσοστό της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής που εξηγείται κάθε φορά από τις μεταβλητές που έχουν ενταχθεί στο μοντέλο.

B. Επεξεργασία των δεδομένων - Ποιοτικές Μέθοδοι

B.1. Διαδικασία της απομαγνητοφώνησης

Οι συνεντεύξεις απομαγνητοφωνήθηκαν από την ερευνήτρια, καθώς και από άλλα άτομα τα οποία δεν ήρθαν σε επαφή με προσωπικά στοιχεία που θα μπορούσαν να καταστήσουν τις συμμετέχουσες αναγνωρίσιμες (για παράδειγμα το ονοματεπώνυμο), παρά μόνο με κωδικούς για την κάθε συνέντευξη. Ωστόσο, επειδή ακριβώς τα άτομα αυτά έρχονταν σε επαφή με τη φωνή της κάθε εξυπηρετούμενης, που αυξάνει την πιθανότητα αναγνώρισης, καθώς και με λοιπά προσωπικά στοιχεία που ανακύπτουν σε κάθε συνέντευξη, κρίθηκε αναγκαίο να δεσμευτούν ως προς το απόρρητο και να υπογράψουν σχετική φόρμα, σύμφωνα με τις παρατηρήσεις των MacLean και συνεργατών (2004) (βλ. Παράρτημα).

Τα άτομα που ενεπλάκησαν στην απομαγνητοφώνηση εκπαιδεύτηκαν από την ερευνήτρια, η οποία τους έδωσε σαφείς οδηγίες για τις απαιτήσεις της

απομαγνητοφώνησης, όπως ορίζονταν από τους σκοπούς της έρευνας. Η απομαγνητοφώνηση που πραγματοποιήθηκε μπορεί να χαρακτηριστεί ως «αντινατουραλιστική», και εστιάζεται στην κατά λέξη αναπαράσταση των εκφερόμενων, και δεν αφορά τόσο τα μη λεκτικά στοιχεία της εκφοράς. Η συγκεκριμένη κατεύθυνση έχει χρησιμοποιηθεί ευρύτατα στη θεμελιωμένη θεωρία. Ωστόσο, δόθηκε η οδηγία να καταγράφονται το γέλιο, το κλάμα ή κάποια μη λεκτικά στοιχεία που ενδεχομένως παρατηρούσαν οι τελούντες την απομαγνητοφώνηση, προκειμένου να συνεκτιμηθούν από την ερευνήτρια στην ανάλυση ενδεικτικών περιπτώσεων.

B.2. Επεξεργασία ποιοτικών δεδομένων της συνέντευξη και διαδικασία της κωδικοποίησης

Η πρόκληση που έπρεπε να αντιμετωπισθεί στην παρούσα έρευνα ήταν η επεξεργασία των δεδομένων με τέτοιο τρόπο, ώστε να επιτρέπει την ποσοτικοποίηση ποιοτικών δεδομένων της συνέντευξης, με στόχο τις συγκρίσεις με τα δεδομένα που εκπορεύονται από τα ψυχομετρικά εργαλεία, και ταυτόχρονα η ποιοτική ανάλυση των δεδομένων για την εις βάθος κατανόηση των αντιλήψεων και της εμπειρίας των συμμετεχουσών. Η ανάλυση περιεχομένου επιλέχθηκε ως η καταλληλότερη μέθοδος επεξεργασίας, εφόσον είναι συστηματική, επιτρέποντας αφενός την ποσοτικοποίηση, διατηρώντας αφετέρου την ποιοτική βάση. Μάλιστα, προς αποφυγή του μειονεκτήματος της συρρίκνωσης της πληροφορίας λόγω της ποσοτικής αποτύπωσης, κάτι για το οποίο η Ανάλυση Περιεχομένου έχει δεχθεί δριμύτατη κριτική, πραγματοποιήθηκε συνάρθρωση ποσοτικών και ποιοτικών προσεγγίσεων.

Για τη διαδικασία της κωδικοποίησης χρησιμοποιήθηκε το MAXQDA 10 (έκδοση του 2010), ένα λογισμικό για την ανάλυση ποιοτικών δεδομένων, που έχει σχεδιαστεί για τις ανάγκες ποιοτικών αλλά και μικτών ερευνών (mixed methods). Το λογισμικό κυκλοφόρησε για πρώτη φορά το 1989. Η διαδικασία της κωδικοποίησης έγινε αρχικά σε 4 ολοκληρωμένες συνεντεύξεις που διεξήχθησαν κατά την περίοδο της κήσης (πρώτος κύκλος κωδικοποίησης). Η μέθοδος που ακολουθήθηκε για την κωδικοποίηση συνίσταται στην προσέγγιση των αναδυόμενων (emergent) θεμάτων – κατηγοριών. Η προσέγγιση αυτή αναφέρεται και ως θεματική ανάλυση και εκκινά από τα δεδομένα (data-driven) και όχι από κάποια συγκεκριμένη θεωρία (theory-driven) (βλ. εισαγωγή).

Αρχικά πραγματοποιήθηκε προσεκτική μελέτη των δεδομένων και έγινε μια πρώτη απόπειρα εξαγωγής θεματικών κατηγοριών. Η φάση αυτή της κωδικοποίησης πραγματοποιήθηκε από την ερευνήτρια.

Κατά τη διεξαγωγή της **πρώτης φάσης της κωδικοποίησης**, που σε μεγάλο βαθμό λειτούργησε και σαν πιλοτική εφαρμογή του τρόπου κωδικοποίησης, θεωρήθηκε σωστότερο, οι απαντήσεις που αφορούν μια ερώτηση να συνάγονται από το σύνολο της συνέντευξης, και όχι από τις απαντήσεις που δίνονται από τη γυναίκα, όταν εκφωνείται η συγκεκριμένη ερώτηση της συνέντευξης. Πρόκειται για την τεχνική της Δομικής Κωδικοποίησης, σύμφωνα με την οποία συμπεριλαμβάνονται στον ίδιο κωδικό τα τμήματα του κειμένου που βρίσκονται εκτός της προκαθορισμένης από την αρχική δομή της συνέντευξης σειρά. Πιο συγκεκριμένα, κάτω από τον ίδιο κωδικό συμπεριλήφθηκαν τμήματα λόγου με το ίδιο μεν περιεχόμενο, που βρίσκονται όμως σε οποιοδήποτε μέρος της συνέντευξης και προκύπτουν ως αυθόρμητη απάντηση σε κάποιο ερώτημα. Με αυτόν τον τρόπο διασφαλίζεται ότι δεν θα παραληφθεί μια πληροφορία που αφορά ένα ερευνητικό ερώτημα, ανεξάρτητα του αν δίνεται ως απάντηση σε αυτό το ερώτημα ή σε κάποιο άλλο. Για παράδειγμα, μια γυναίκα μπορεί να δώσει πληροφορίες για τη σχέση με τον σύζυγό της, όχι όταν ερωτάται για αυτήν, αλλά όταν ερωτάται για την εμπειρία της λοχείας.

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε η **δεύτερη φάση της κωδικοποίησης**, αυτή τη φορά στο υλικό που προέκυψε από τις συνεντεύξεις και των τριών μετρήσεων για 10 γυναίκες από το δείγμα, αρχικά μόνο από την ερευνήτρια. Εξήχθησαν οι θεματικές κατηγορίες, οι οποίες συνιστούν την κατηγοριοποίηση των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος σε κάθε ερώτηση της συνέντευξης. Η πλειονότητα των κατηγοριών ονομάστηκε και ορίστηκε με βάση τις λεκτικές διατυπώσεις που χρησιμοποίησαν οι ίδιες οι γυναίκες. Ένας τέτοιος προσδιορισμός καθιστά τη συγκρότηση του βιβλίου κωδικών αλλά και την εκπαίδευση των διαφορετικών κωδικογράφων πιο εύκολη διαδικασία.

Η κωδικοποίηση έγινε κατά φάση μέτρησης (κύηση, λοχεία, 6 μήνες μετά τον τοκετό), και προέκυψαν κατηγορίες και υποκατηγορίες στις ερωτήσεις ανά μέτρηση. Τα ονόματα των κωδικών – κατηγοριών διατηρήθηκαν ίδια, όπου αυτό ήταν εφικτό στις ερωτήσεις που αφορούσαν την ίδια θεματική και προορίζονται για σύγκριση στις τρεις φάσεις μέτρησης, προς διευκόλυνση της σύγκρισης αυτής. Επίσης, προς

διευκόλυνση της ποσοτικοποίησης και της στατιστικής επεξεργασίας, όπου ήταν εφικτό οι απαντήσεις σε κάθε ερώτημα, εντάσσονταν σε δύο υπερκατηγορίες, με τον γενικότερο χαρακτηρισμό «θετικά» και «αρνητικά», στις οποίες εντάσσονταν υποκατηγορίες απαντήσεων με θετική φόρτιση, που δηλώνουν ευχαρίστηση ή ικανοποίηση και σε απαντήσεις με αρνητική φόρτιση, που δηλώνουν δυσαρέσκεια ή δυσφορία, αντίστοιχα (βλ. εισαγωγή, σύμπτυξη των δεδομένων). Αυτός ο τρόπος κωδικοποίησης δίνει τη δυνατότητα της στατιστικής ανάλυσης δυαδικού τύπου δεδομένων (θετικά – αρνητικά), ενώ ταυτόχρονα διατηρείται η δυνατότητα ποιοτικής ανάλυσης στις επιμέρους υποκατηγορίες των θετικών και των αρνητικών απαντήσεων (βλ. Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Παραδείγματα κωδικοποίησης των απαντήσεων των γυναικών στις συνεντεύξεις της έρευνας

	Ερώτηση	Απαντήσεις
	Συνέντευξη Κύησης: Πώς νιώθετε για το σώμα σας;	
Κατηγορία με θετική φόρτιση	Θετικά συναισθήματα: Απουσία άγχους κιλών	<u>Απάντηση 1:</u> «Νιώθω μια χαρά. Δεν έχω το άγχος των κιλών, να σας πω την αλήθεια, δε ζυγίζομαι γενικά». <u>Απάντηση 2:</u> «ούτε είχα άγχος με τα κιλά να πω ότι άλλαζε κάτι». <u>Απάντηση 3:</u> «Α δεν με απασχολεί καθόλου. Είναι το μόνο πράγμα που δεν μ' απασχολεί».
Κατηγορία με αρνητική φόρτιση	Αρνητικά συναισθήματα: Ανησυχία για την εικόνα του σώματος μετά τον τοκετό	<u>Απάντηση 1:</u> «έχω αυτό τον φόβο ότι δεν θα ξαναεπανέλθω όπως ήμουν πριν» <u>Απάντηση 2:</u> «αγχώθηκα για το αν θα επανέλθω» <u>Απάντηση 3:</u> «αναρωτιέμαι αν ποτέ θα ξαναγίνω (γελάει) άνθρωπος»

Μετά το πέρας της κωδικοποίησης των απαντήσεων για 10 υποκείμενα της έρευνας και για τις τρεις φάσεις της μέτρησης, και έπειτα από διαρκείς αναπροσαρμογές, βελτιώσεις και διορθώσεις των κωδικών, συγκροτήθηκε ο κατάλογος των κωδικών, το όνομα, τα παραδείγματα των απαντήσεων και σημειώσεις παρατηρήσεις, όπου αυτό ήταν απαραίτητο για τον ορισμό και διαχωρισμό των κωδικών. Ενδεικτικό παράδειγμα του καταλόγου κωδικών, μαζί με απαντήσεις των γυναικών, υπάρχει στο Παράρτημα.

B.3. Αξιοπιστία της κωδικοποίησης – Συμφωνία μεταξύ των κωδικογράφων

Προκειμένου να ελεγχθεί η λειτουργικότητα και η αξιοπιστία των κωδικών, ανατέθηκε σε δύο κωδικογράφους η κωδικοποίηση των συνεντεύξεων των ίδιων δέκα υποκειμένων για τις τρεις μετρήσεις της έρευνας. Για την εργασία αυτή που προσομοιάζει με τη συμφωνία μεταξύ ανεξάρτητων κριτών, επιλέχθηκε μία ψυχολόγος (Κωδικογράφος «Γ») και μια μαία (Κωδικογράφος «Μ»), που συνεργάζονταν με το Κέντρο Ημέρας. Η επιλογή διαφορετικών ειδικοτήτων έγινε προκειμένου να διασφαλιστεί ότι, επαγγελματίες με διαφορετικό εκπαιδευτικό υπόβαθρο κατανοούν με τον ίδιο τρόπο τις απαντήσεις των γυναικών, γεγονός που αυξάνει την αξιοπιστία των κωδικών. Στους κωδικογράφους δόθηκαν οδηγίες, και πραγματοποιήθηκε εκπαίδευση. Στη συνέχεια διεξήγαγαν δοκιμαστική κωδικοποίηση σε τέσσερις συνεντεύξεις, για να ελεγχθεί η κατανόηση των οδηγιών τόσο ως προς την κωδικοποίηση, όσο και στην ικανότητα χρήσης του λογισμικού και έπειτα ολοκληρώθηκε για δέκα υποκείμενα της έρευνας και στις τρεις φάσεις της μέτρησης.

Η συμφωνία μεταξύ των επιλογών των τριών κωδικογράφων και στις τρεις φάσεις συλλογής των δεδομένων (κύηση – λοχεία - εξάμηνο) εκτιμήθηκε με την μέθοδο των τετραχωρικών συναφειών (πολυχωρικές συνάφειες ανά δύο) (Uebersax, 2006). Οι υπολογισμοί έγιναν με το πρόγραμμα Tetmat, το οποίο επιπλέον παρέχει χρήσιμες όπως οριακές συχνότητες και ποσοστά μονής και διπλής κατεύθυνσης, ασυμπτωτικά τυπικά σφάλματα του δείκτη *Spearman rho*, δείκτες σημαντικότητας, και αντίστοιχο εύρος εμπιστοσύνης και κατώφλι-ουδός. Τέλος, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος των Knoi και ten Berge, ώστε να διορθωθούν στατιστικά ακανόνιστες συναφειακές μήτρες (Uebersax, 2006).

Πίνακας 3. Συχνότητες των απαντήσεων των τριών κωδικογράφων της έρευνας για την περίοδο της κήσης

	Κωδικογράφος «2»		Κωδικογράφος «3»	
	0	1	0	1
Κωδικογράφος «1»	0	0*	9	5
	1	20	774	10
Κωδικογράφος «2»	0		4	16
	1		11	772

Σημείωση: * Έγινε διόρθωση ασυνέχειας.

Στη φάση της κήσης εμφανίστηκε σημαντική συμφωνία μεταξύ των δύο από τα τρία ζεύγη κωδικογράφων (Κωδικογράφος 1 - Κωδικογράφος 3 & Κωδικογράφος 2 - Κωδικογράφος 3). Στον Πίνακα 3 εμφανίζονται οι συχνότητες των απαντήσεων των τριών κωδικογράφων για την περίοδο της κήσης ως συνδυασμοί ανά ζεύγη (0-0, 0-1, 1-0, 1-1). Οι συνάφειες μεταξύ των κωδικογράφων ήταν *Spearman rho*=0,83 $p<0,05$ και *Spearman rho*=0,59 $p<0,05$ αντιστοίχως. Αντιθέτως, η συνάφεια ανάμεσα στις Κριτές 1 και 3 υπολογίστηκε σε *Spearman rho*=0,15 $p>0,05$, υποδεικνύοντας έλλειψη συμφωνίας (Πίνακας 4).

Πίνακας 4. Συντελεστές τετραχωρικών χωρικών συναφειών (*Spearman rho*) ανάμεσα στις επιλογές των τριών κωδικογράφων της έρευνας για την περίοδο της κήσης

	Κωδικογράφος «1»	Κωδικογράφος «2»	Κωδικογράφος «3»
Κωδικογράφος «1»	1		
Κωδικογράφος «2»	,15	1	
Κωδικογράφος «3»	,83*	,59*	1

* $p<0,05$.

Στη φάση της λοχείας εμφανίστηκε σημαντική συμφωνία μεταξύ των δύο από τα τρία ζεύγη κωδικογράφων (Κωδικογράφος 1 - Κωδικογράφος 2 & Κωδικογράφος 2 - Κωδικογράφος 3). Στον Πίνακα 5 εμφανίζονται οι συχνότητες των απαντήσεων των τριών κωδικογράφων για την περίοδο της λοχείας. Οι συνάφειες μεταξύ των κωδικογράφων ήταν *Spearman rho*=0,80 $p<0,05$ και *Spearman rho*=0,98 $p<0,01$

αντιστοίχως. Αντιθέτως, η συνάφεια ανάμεσα στις Κριτές 1 και 3 υπολογίστηκε σε *Spearman rho*=0,36 $p>0,05$, υποδεικνύοντας έλλειψη συμφωνίας (Πίνακας 6).

Πίνακας 5. Συχνότητες των απαντήσεων των τριών κωδικογράφων της έρευνας για την περίοδο της λοχείας

	Κωδικογράφος «2»		Κωδικογράφος «3»	
	0	1	0	1
Κωδικογράφος «1»	0	3	2	0*
	1	11	610	9
Κωδικογράφος «2»	0		9	5
	1		0*	612

Σημείωση: * Έγινε διόρθωση ασυνέχειας.

Πίνακας 6. Συντελεστές τετραχωρικών χωρικών συναφειών (*Spearman rho*) ανάμεσα στις επιλογές των τριών κωδικογράφων της έρευνας για την περίοδο της λοχείας

	Κωδικογράφος «1»	Κωδικογράφος «2»	Κωδικογράφος «3»
Κωδικογράφος «1»	1		
Κωδικογράφος «2»	,80*	1	
Κωδικογράφος «3»	,36	,98**	1

* $p<,05$. ** $p<,01$.

Τέλος, στην τρίτη φάση εμφανίστηκε σημαντική συμφωνία μεταξύ και των τριών κωδικογράφων (βλ. συχνότητες Πίνακας 7). Οι συνάφειες μεταξύ των κωδικογράφων ανά ζεύγη (τετραχωρικές συνάφειες) υπολογίστηκαν σε *Spearman rho*=0,79 $p<0,05$ ανάμεσα στον Κωδικογράφο 1 και Κωδικογράφο 2, σε *Spearman rho*=0,80 $p<0,05$ ανάμεσα στον Κωδικογράφο 1 και Κωδικογράφο 3 και *Spearman rho*=0,63 $p<0,05$ ανάμεσα στον Κωδικογράφο 2 και Κωδικογράφο 3, υποδεικνύοντας πλήρη συμφωνία μεταξύ και των τριών κωδικογράφων (Πίνακας 8).

Πίνακας 7. Συχνότητες των απαντήσεων των τριών κωδικογράφων της έρευνας για την περίοδο του εξαμήνου

	Κωδικογράφος «2»		Κωδικογράφος «3»	
	0	1	0	1
Κωδικογράφος «1»	0	5	5	5
	1	11	729	730
Κωδικογράφος «2»	0		4	14
	1		12	723

Πίνακας 8. Συντελεστές τετραχωρικών χωρικών συναφειών (Spearman rho) ανάμεσα στις επιλογές των τριών κωδικογράφων της έρευνας για την περίοδο του εξαμήνου

	Κωδικογράφος «1»	Κωδικογράφος «2»	Κωδικογράφος «3»
Κωδικογράφος «1»	1		
Κωδικογράφος «2»	,79*	1	
Κωδικογράφος «3»	,80*	,63*	1

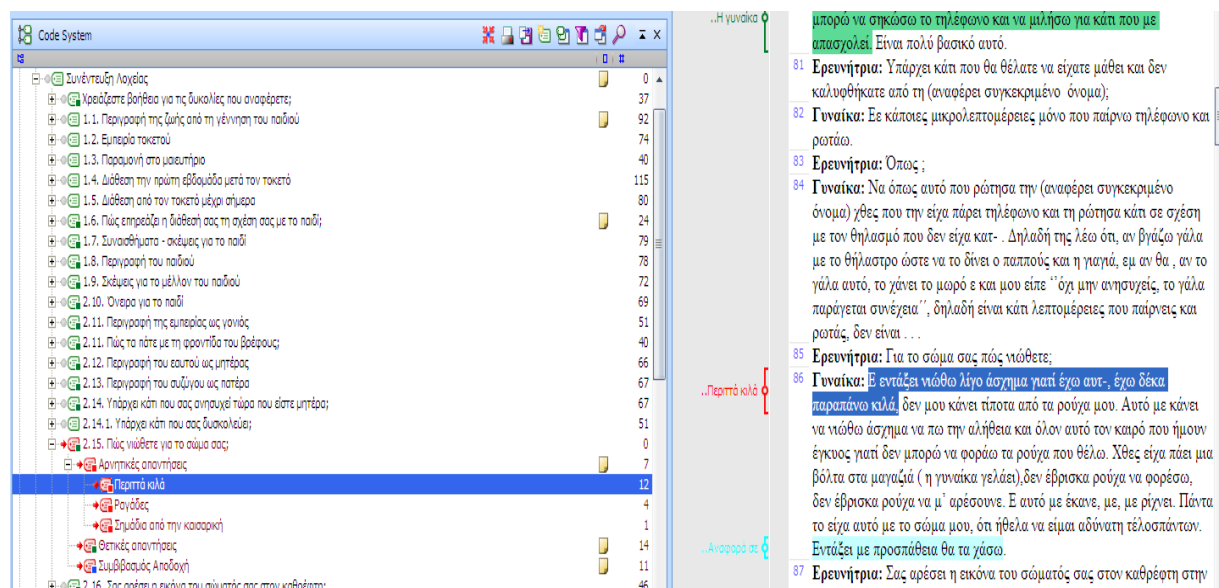
* $p < ,05$.

Οι παρατηρήσεις των κωδικογράφων και οι ασυμφωνίες που επισημάνθηκαν, είτε οφείλονταν σε λάθη των κωδικογράφων είτε σε ασάφεια των κωδικών, οδήγησαν σε διορθώσεις, συγχωνεύσεις κωδικών, αποσαφηνίσεις, κλπ. Όταν διασφαλίστηκε η συμφωνία μεταξύ των τριών κωδικογράφων (της ερευνήτριας και των άλλων δύο), παγιώθηκε η δομή του καταλόγου των κωδικών και η ερευνήτρια προχώρησε στην ολοκλήρωση της κωδικοποίησης του συνόλου των συνεντεύξεων και για τις τρεις φάσεις της μέτρησης (τρίτη φάση κωδικοποίησης).

Ο πλήρης κατάλογος των κωδικών βρίσκεται σε ηλεκτρονική μορφή και δημιουργείται από το λογισμικό MAXQDA, που χρησιμοποιήθηκε για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας (Βλ. Εικόνα 1). Ο κατάλογος των κωδικών απαρτίζεται από το

όνομα του κάθε κωδικού, σύντομα σχόλια και περιγραφή για τις περιπτώσεις στις οποίες χρησιμοποιείται, και παραδείγματα από τις απαντήσεις που αντιστοιχούν σε κάθε κωδικό, σύμφωνα με τις υποδείξεις της βιβλιογραφίας (MacQueen, 2008, σ. 121) (βλ. Παράδειγμα κωδικοποίησης στο παράρτημα).

Εικόνα 1. Το περιβάλλον εργασίας του λογισμικού MAXQDA, που χρησιμοποιήθηκε για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας



B.4. Μέθοδοι κωδικοποίησης που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα

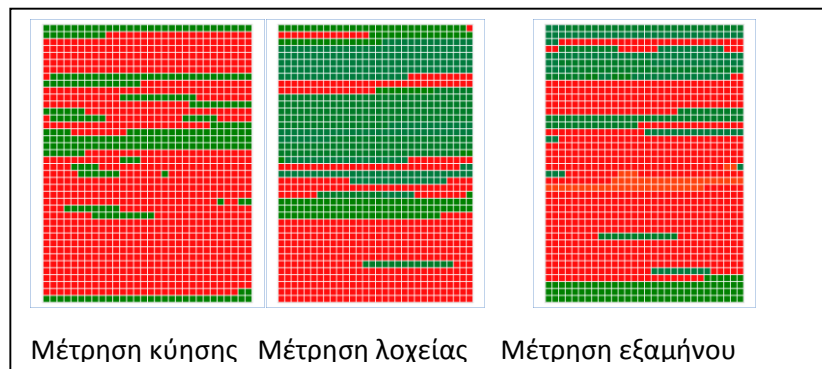
Οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν για την κωδικοποίηση των ποιοτικών δεδομένων της έρευνας περιγράφονται στο The Coding Manual for Qualitative Researchers (Seldana, 2013) και συνοψίζονται ως εξής:

A. Γραμματικές Μέθοδοι (Grammatical methods), που αφορούν όχι τους γραμματικούς κανόνες της γλώσσας, αλλά τις βασικές «γραμματικές» αρχές μιας τεχνικής.

Χρησιμοποιήθηκε η Κωδικοποίηση μεγέθους (magnitude coding), που αφορά την απόδοση ενός επιπλέον συμπληρωματικού χαρακτηριστικού σε ένα ήδη υπάρχοντα κωδικό, ως ένδειξη θετικής ή αρνητικής «φόρτισης» του κωδικού για το υποκείμενο. Συγκεκριμένα, τα κωδικοποιημένα τμήματα των απαντήσεων που έχουν θετική φόρτιση για το υποκείμενο, χρωματίζονται με πράσινο χρώμα, ενώ όσα έχουν αρνητική φόρτιση, επομένως συνιστούν και παράγοντες κινδύνου, χρωματίζονται με κόκκινο

χρώμα. Η δυνατότητα αυτή παρέχεται από το λογισμικό MAXQDA, το οποίο μπορεί να οπτικοποιήσει τα προφίλ των υποκειμένων ανά μέτρηση και ανά χρώμα, δίνοντας μια άμεση εικόνα της συγκέντρωσης παραγόντων κινδύνου και υποστηρικτικών παραγόντων (βλ. *Εικόνα 2*).

Εικόνα 2. Παράδειγμα πορτραίτου απαντήσεων για μια συμμετέχουσα στις τρεις φάσεις



Β. Από τις στοιχειώδεις μεθόδους (Elemental Methods) χρησιμοποιήθηκε η δομική κωδικοποίηση (Structural coding) που αποτελεί την κατεξοχήν κωδικοποίηση που χρησιμοποιείται στην παρούσα έρευνα και αφορά την απόδοση ενός κώδικα που σχετίζεται με μια συγκεκριμένη ερώτηση της έρευνας, με το περιεχόμενό της ή με την έννοια που αντιπροσωπεύει. Για τις υποκατηγορίες που απαρτίζουν κάθε κωδικό (ή κάθε ερώτηση της συνέντευξης), χρησιμοποιήθηκε περιγραφική κωδικοποίηση, η οποία συνοψίζει ουσιαστικά την απάντηση στο ερώτημα. Σε κάποιες περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκε «in vivo» κωδικοποίηση, που αποδίδει κώδικα βάσει βάση των αυτούσιων λέξεων του υποκειμένου.

Γ. Χρησιμοποιήθηκαν επίσης μέθοδοι που αφορούν στην κωδικοποίηση συναισθηματικής κατάστασης, των αξιών, των αιτιολογήσεων και πεποιθήσεων του υποκειμένου (Emotion coding, Values Coding, Causation Coding αντίστοιχα).

Πραγματοποιήθηκε προσπάθεια να εφαρμοστεί η διχότομη κωδικοποίηση Versus Coding, ωστόσο τα αποτελέσματά της δεν βοηθούν στον παρόντα σχεδιασμό. Για τη συνδυαστική χρήση των παραπάνω μεθόδων κωδικοποίησης, έχει προταθεί η ονομασία «Εκλεκτική Κωδικοποίηση» (Eclectic Coding) που αφορά τη χρησιμοποίηση περισσότερων της μίας μεθόδου.

Έπειτα από τον πρώτο κύκλο κωδικοποίησης που εφαρμόστηκε στις προαναφερθείσες συνεντεύξεις, οι κατηγορίες και οι κωδικοί που προέκυψαν, επανεξετάστηκαν ώστε να συμπυχθούν, σε περιπτώσεις που αναφέρονταν σε παρεμφερή θέματα ή να

καταταμηθούν, σε περιπτώσεις που δεν μετέφεραν με ακρίβεια το νόημα και την ιδιαιτερότητα του ομιλούντος (Saldana, 2013, pp. 23-24). Για τους σκοπούς της έρευνας, εφαρμόστηκε η μέθοδος της τριγωνοποίησης (triangulation) στα ποσοτικά και τα ποιοτικά ευρήματα, καθώς και στοιχεία από το επεξηγηματικό (explanatory) και διερευνητικό (exploratory) μοντέλο μεικτών μεθόδων για την ερμηνεία των αποτελεσμάτων (βλ. εισαγωγή).

*

Στην ενότητα που ακολουθεί περιγράφονται αναλυτικά τα ευρήματα της έρευνας. Αρχικά, δίνονται οι περιγραφικοί στατιστικοί δείκτες της κάθε κλίμακας και διερευνάται η κανονικότητα των κατανομών. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων των μεταβλητών προς διερεύνηση και περιγράφονται οι συγκρίσεις των τακτικών τιμών, σε σχέση με τις ανεξάρτητες μεταβλητές της έρευνας. Ο έλεγχος των διαφορών των τακτικών τιμών των βασικών μεταβλητών σε σχέση με τις ανεξάρτητες μεταβλητές της έρευνας γίνεται με την χρήση μη παραμετρικών κριτηρίων ανάλυσης διακύμανσης. Οι αναλύσεις διεξήχθησαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS-20.

Γ. Περιγραφικά δεδομένα κλιμάκων, ενδοσυνάψεις και ανάλυση διαχρονικών δεδομένων

Στο παρόν υποκεφάλαιο παρουσιάζονται περιγραφικά οι απαντήσεις των γυναικών ως προς την αντίληψη παρουσίας συμπτωμάτων στις αριθμητικές κλίμακες της έρευνας. Συγκεκριμένα, στον κάθε πίνακα εμπεριέχονται αναλυτικά οι δείκτες κεντρικής τάσης και διασποράς των απαντήσεων, μαζί με την διερεύνηση της κανονικότητας των διασπορών των διαστάσεων των κλιμάκων, η οποία διενεργήθηκε με το κριτήριο Kolmogorov-Smirnov. Παράλληλα, διερευνάται η διαχρονική εξέλιξη των απαντήσεων με τη χρήση συναφειακών μητρών ανάμεσα στις διαφορετικές χρονικές μετρήσεις. Με αυτόν τον τρόπο, καθίσταται δυνατή η σύγκριση των απαντήσεων των γυναικών κατά τις φάσεις μέτρησης της έρευνας (εκτίμηση των συμπτωμάτων πριν την κύηση, κατά την κύηση, κατά τη λοχεία, 6 μήνες μετά τον τοκετό). Ως εκ τούτου, οι απαντήσεις των γυναικών συσχετίζονται μεταξύ τους και παρακολουθείται η πορεία της συσχέτισης, ώστε να διεξαχθεί ένα συμπέρασμα για την

διαχρονική εξέλιξη των απαντήσεων. Να σημειωθεί, τέλος, ότι γίνεται χρήση του δείκτη συνάφειας *Pearson r*, στις κλίμακες που κρίνεται ότι οι απαντήσεις έχουν κανονική κατανομή και του δείκτη *Spearman rho*, όπου οι απαντήσεις κρίνονται ότι δεν διασπείρονται κανονικά στην κατανομή.

Γ.1. Διερεύνηση της κλίμακας ανίχνευσης της ψυχοπαθολογίας (*Symptom Checklist 90-R*)

Αναφορικά με τη διάσταση "Σωματοποίηση", οι απαντήσεις των γυναικών για την περίοδο πριν την κύηση φαίνεται να συσχετίζονται περισσότερο με τις απαντήσεις που δίνουν κατά την περίοδο της λοχείας, ενώ διαφέρουν από αυτές που έδωσαν στην περίοδο της κύησης και στο εξάμηνο μετά τον τοκετό (Πίνακας 9). Αντιθέτως, οι απαντήσεις που δίνουν οι γυναίκες και αφορούν τη διάσταση σωματοποίησης κατά το εξάμηνο μετά τον τοκετό, φαίνεται να συσχετίζονται σε μέτριο βαθμό με τις απαντήσεις που δόθηκαν κατά την κύηση και κατά τη λοχεία.

Πίνακας 9. Δείκτες κεντρικής τάσης, διασποράς και συνάφειας (*Pearson r*) των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στη διάσταση "Σωματοποίηση" της κλίμακας *SCL-90-R* στις τέσσερις υπό μέτρηση περιόδους

	<i>M.O.</i>	<i>T.A.</i>	<i>K-S</i>	Σωματοποίηση		
				<i>Πριν την</i>	<i>Κατά την</i>	<i>Κατά τη</i>
				<i>κύηση</i>	<i>κύηση</i>	<i>λοχεία</i>
				<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
Σωματοποίηση						
<i>Πριν την κύηση</i>	,59	,60	,957	-	-	-
<i>Κατά την κύηση</i>	,85	,47	,497	,23	-	-
<i>Κατά τη λοχεία</i>	,57	,50	1,182	,47**	,34*	-
<i>6 μήνες μετά</i>	,56	,48	,902	,28	,53**	,50**

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

Όσον αφορά στα ψυχαναγκαστικά-καταναγκαστικά συμπτώματα, οι απαντήσεις των γυναικών για το διάστημα πριν την κύηση συσχετίζονται με όλες τις απαντήσεις που δίνουν οι γυναίκες και στις τρεις φάσεις της περιγεννητικής περιόδου. Ωστόσο, παρατηρείται σταδιακή μείωση του βαθμού συνάφειας από την περίοδο της κύησης, στη λοχεία και στο εξάμηνο μετά τον τοκετό. Η συσχέτιση των απαντήσεων κατά την

κύηση έχει τον ίδιο μέτριο βαθμό με τις απαντήσεις κατά τη λοχεία και μετά το πρώτο εξάμηνο. Τέλος, υψηλή συνάφεια παρατηρείται ανάμεσα στις απαντήσεις κατά τη φάση της λοχείας και 6 μήνες μετά τον τοκετό (Πίνακας 10).

Πίνακας 10. Δείκτες κεντρικής τάσης, διασποράς και συνάφειας των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στη διάσταση «Ψυχαναγκασμός-Καταναγκασμός» της κλίμακας SCL-90-R και στις τέσσερις υπό μέτρηση περιόδους

	M.O.	T.A.	K-S	Ψυχαναγκασμός-		
				Πριν την κύηση	Κατά την κύηση	Κατά τη λοχεία
				<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
Ψυχαναγκασμός-Καταναγκασμός						
Πριν την κύηση	,67	,63	1,012	-	-	-
Κατά την κύηση	,83	,53	,791	,75**	-	-
Κατά τη λοχεία	,74	,68	1,065	,64**	,60**	-
6 μήνες μετά	,71	,67	,960	,55**	,62**	,84**

** $p < ,01$

Όσον αφορά στη διαπροσωπική ευαισθησία, οι απαντήσεις των γυναικών για την εκτίμηση των συμπτωμάτων πριν την κύηση συσχετίζονται με όλες τις απαντήσεις που δίνουν οι γυναίκες και στις τρεις φάσεις της περιγεννητικής περιόδου, όπως φαίνεται στον

Πίνακας 11. Ο μεγαλύτερος βαθμός συσχέτισης παρατηρείται ανάμεσα στην περίοδο πριν και κατά τη διάρκεια της κύησης. Με τη γέννηση του βρέφους, ωστόσο, ο βαθμός διαπροσωπικής ευαισθησίας ελαττώνεται ελαφρά, γεγονός που εκδηλώνεται με τη μείωση του βαθμού συνάφειας από υψηλή σε μέτρια. Η συσχέτιση των απαντήσεων κατά την κύηση έχει τον ίδιο μέτριο βαθμό με τις απαντήσεις κατά τη λοχεία και στους έξι μήνες. Τέλος, μέτρια συνάφεια παρατηρείται ανάμεσα στις απαντήσεις κατά τη φάση της λοχείας και 6 μήνες μετά τον τοκετό.

Πίνακας 11. Δείκτες κεντρικής τάσης, διασποράς και συνάφειας των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στη διάσταση «Διαπροσωπική Ευαισθησία» της κλίμακας SCL-90-R και στις τρεις υπό μέτρηση περιόδους

	M.O.	T.A.	K-S	Διαπροσωπική Ευαισθησία		
				Πριν την	Κατά την	Κατά τη
				κύηση	κύηση	λοχεία
				r	r	r
Διαπροσωπική Ευαισθησία						
Πριν την κύηση	,51	,49	,927	-	-	-
Κατά την κύηση	,52	,52	1,122	,84**	-	-
Κατά τη λοχεία	,40	,42	1,088	,43**	,55**	-
6 μήνες μετά	,43	,43	1,069	,46**	,59**	,58**

** $p < ,01$

Οι απαντήσεις των γυναικών στη διάσταση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων για το διάστημα που προηγήθηκε της κύησης συσχετίζονται με όλες τις απαντήσεις που δίνουν οι γυναίκες και στις τρεις φάσεις της περιγεννητικής περιόδου. Ο μεγαλύτερος βαθμός συσχέτισης παρατηρείται ανάμεσα στην περίοδο πριν και κατά τη διάρκεια της κύησης. Μέχρι τη γέννηση του βρέφους ο βαθμός κατάθλιψης αυξάνεται ελαφρά και κορυφώνεται κατά τη λοχεία, γεγονός που εμφανίζεται στη μείωση του βαθμού συνάφειας. Η συσχέτιση των απαντήσεων κατά την κύηση έχει τον ίδιο μέτριο βαθμό με τις απαντήσεις κατά τη λοχεία και στους έξι μήνες. Τέλος, μέτρια συνάφεια παρατηρείται ανάμεσα στις απαντήσεις κατά τη φάση της λοχείας και 6 μήνες μετά τον τοκετό, οπότε μειώνεται ελαφρά και ο βαθμός κατάθλιψης (

Πίνακας 12).

Πίνακας 12. Δείκτες κεντρικής τάσης, διασποράς και συνάφειας των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στη διάσταση «Κατάθλιψη» της κλίμακας SCL-90-R και στις τρεις υπό μέτρηση περιόδους

	M.O.	T.A.	K-S	Κατάθλιψη		
				Πριν την	Κατά την	Κατά τη
				κύηση	κύηση	λοχεία
				<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>
Κατάθλιψη						
<i>Πριν την κύηση</i>	,53	,52	1,061	-	-	-
<i>Κατά την κύηση</i>	,69	,50	,696	,64**	-	-
<i>Κατά τη λοχεία</i>	,76	,58	,683	,44**	,65**	-
<i>6 μήνες μετά</i>	,59	,60	1,087	,38*	,62**	,60**

** $p < ,01$

Οι απαντήσεις των γυναικών στη διάσταση των αγχωδών συμπτωμάτων όπως τα αντιλαμβάνονταν πριν την κύηση συσχετίζονται με όλες τις απαντήσεις που δίνουν οι γυναίκες και στις τρεις φάσεις της περιγεννητικής περιόδου, δίχως να παρατηρείται εμφανής διαφοροποίηση (

Πίνακας 13). Ο μεγαλύτερος βαθμός συσχέτισης παρατηρείται ανάμεσα στην περίοδο πριν την κύηση και τη λοχεία. Παρόμοιος βαθμός παρατηρείται και κατά τη διάρκεια της κύησης. Αντιθέτως, το άγχος μειώνεται κάπως κατά τη λοχεία και μετά το πρώτο εξάμηνο, όπως φαίνεται και από τη μείωση του βαθμού συσχέτισης των μέσων όρων. Παρατηρείται μη κανονική κατανομή στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά τη λοχεία.

Πίνακας 13. Δείκτες κεντρικής τάσης, διασποράς και συνάφειας των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στη διάσταση «Άγχος» της κλίμακας SCL-90-R και στις τρεις υπό μέτρηση περιόδους

	Άγχος					
	M.O.	T.A.	K-S	Πριν την	Κατά την	Κατά τη
				κύηση	κύηση	λοχεία
				r	r	r
Άγχος						
Πριν την κύηση	,48	,55	1,181	-	-	-
Κατά την κύηση	,57	,56	1,279	,68**	-	-
Κατά τη λοχεία	,44	,52	1,698**	,71**	,51**	-
6 μήνες μετά	,34	,39	1,317	,57**	,64**	,53**

** $p < ,01$

Αναφορικά με τη διάσταση "Θυμός-Επιθετικότητα", οι απαντήσεις των γυναικών που αναφέρονται στο διάστημα πριν την κύηση φαίνεται να συσχετίζονται περισσότερο με τις απαντήσεις που δίνουν οι έγκυες και οι γυναίκες στο διάστημα των έξι μηνών, ενώ διαφέρουν από αυτές που έδωσαν στην περίοδο της λοχείας, όπως φαίνεται στον

Πίνακας 14. Διαφορά εντοπίζεται, επίσης, και ανάμεσα στις απαντήσεις των γυναικών, όταν ήταν έγκυες και αμέσως μετά τον τοκετό. Οι γυναίκες αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους λιγότερο επιθετικό μετά τον τοκετό, γεγονός που παραμένει και στο διάστημα των έξι μηνών από αυτόν.

Πίνακας 14. Δείκτες κεντρικής τάσης, διασποράς και συνάφειας των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στη διάσταση «Θυμός- Επιθετικότητα» της κλίμακας SCL-90-R και στις τρεις υπό μέτρηση περιόδους

	Θυμός-Επιθετικότητα					
	M.O.	T.A.	K-S	Πριν την	Κατά την	Κατά τη
				κύηση	κύηση	λοχεία
				Spear	Spear	Spear
				man	an rho	rho
Θυμός-Επιθετικότητα						
Πριν την κύηση	,57	,71	1,390*	-	-	-
Κατά την κύηση	,65	,66	1,264	,70**	-	-
Κατά τη λοχεία	,44	,57	1,458*	,39*	,51**	-
6 μήνες μετά	,48	,60	1,669**	,61**	,67**	,61**

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

Όσον αφορά στο φοβικό άγχος, οι απαντήσεις των γυναικών για το διάστημα πριν την κύηση συσχετίστηκαν μόνο με τις απαντήσεις που έδωσαν οι γυναίκες κατά τη διάρκεια της κύησης. Σε γενικές γραμμές, δεν παρατηρούνται ιδιαίτερες διαφορές, ενώ και οι τιμές είναι σχεδόν μηδενικές. Με τη γέννηση του βρέφους το φοβικό άγχος αυξάνει ελαφρά και μειώνεται ξανά στους έξι μήνες μετά τον τοκετό. Επιπλέον, εμφανίζεται μέτρια συνάφεια ανάμεσα στις απαντήσεις κατά την κύηση και στο χρονικό διάστημα έξι μήνες μετά τον τοκετό. Οι κατανομές σε όλες τις φάσεις απέκλιναν σημαντικά από την κανονική, όπως ελέγχθηκε με το κριτήριο Kolmogorov-Smirnov (

Πίνακας 15).

Πίνακας 15. Δείκτες κεντρικής τάσης, διασποράς και συνάφειας των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στη διάσταση «Φοβικό Άγχος» της κλίμακας SCL-90-R και στις τρεις υπό μέτρηση περιόδους

	Φοβικό Άγχος					
	M.O.	T.A.	K-S	Πριν την	Κατά την	Κατά τη
				κύηση	κύηση	λοχεία
			Spear	Spear	Spear	
			man	an rho	man	rho
Φοβικό Άγχος						
Πριν την κύηση	,20	,38	1,916**	-	-	-
Κατά την κύηση	,27	,40	1,532*	,39*	-	-
Κατά τη λοχεία	,21	,37	1,872**	,05	,16	-
6 μήνες μετά	,13	,25	1,971**	,30	,51**	,29

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

Οι απαντήσεις των γυναικών στη διάσταση του παρανοειδούς ιδεασμού για το διάστημα πριν την κύηση συσχετίζονται με όλες τις απαντήσεις που δίνουν οι γυναίκες και στις τρεις φάσεις της περιγεννητικής περιόδου (

Πίνακας 16). Παρατηρείται μη κανονική κατανομή στις απαντήσεις που δόθηκαν κατά τη λοχεία. Ο μεγαλύτερος βαθμός συσχέτισης παρατηρείται ανάμεσα στην περίοδο πριν και κατά τη διάρκεια της κύησης. Με τη γέννηση του βρέφους, ωστόσο, ο βαθμός ιδεασμού μειώνεται ελαφρά, γεγονός που εμφανίζεται στην μείωση του βαθμού συνάφειας. Η συσχέτιση των απαντήσεων κατά την κύηση έχει τον ίδιο μέτριο βαθμό με τις απαντήσεις κατά τη λοχεία και στους έξι μήνες. Τέλος, υψηλή συνάφεια παρατηρείται ανάμεσα στις απαντήσεις κατά τη φάση της λοχείας και 6 μήνες μετά τον τοκετό, με παρόμοια (χαμηλά) επίπεδα ιδεασμού.

Πίνακας 16. Δείκτες κεντρικής τάσης, διασποράς και συνάφειας των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στη διάσταση «Παρανοειδής Ιδεασμός» της κλίμακας SCL-90-R και στις τρεις υπό μέτρηση περιόδους

	M.O.	T.A.	K-S	Παρανοειδής Ιδεασμός		
				Πριν την	Κατά την	Κατά τη
				κύηση	κύηση	λοχεία
				<i>Spear</i>	<i>Spear_m</i>	<i>Spear_{man}</i>
Παρανοειδής Ιδεασμός						
Πριν την κύηση	,52	,60	1,261	-	-	-
Κατά την κύηση	,48	,59	1,260	,92**	-	-
Κατά τη λοχεία	,27	,44	1,664**	,54**	,65**	-
6 μήνες μετά	,34	,44	1,346	,48**	,59**	,79**

** $p < ,01$

Τέλος, στον Πίνακα 17 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι των απαντήσεων των γυναικών στην διάσταση του Ψυχωτισμού. Δεν παρατηρούνται ιδιαίτερες διαφορές, ενώ και οι τιμές είναι σχεδόν μηδενικές. Οι κατανομές σε όλες τις φάσεις απέκλιναν σημαντικά από την κανονική, όπως ελέγχθηκε με το κριτήριο Kolmogorov-Smirnov.

Πίνακας 17. Δείκτες κεντρικής τάσης, διασποράς και συνάφειας των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στη διάσταση «Ψυχωτισμός» της κλίμακας SCL-90-R στις τέσσερις υπό μέτρηση περιόδους

	M.O.	T.A.	K-S	Ψυχωτισμός		
				Πριν την	Κατά την	Κατά τη
				κύηση	κύηση	λοχεία
				<i>Spearman</i>	<i>Spearman</i>	<i>Spearman</i>
Ψυχωτισμός						
Πριν την κύηση	,19	,31	1,632**	-	-	-
Κατά την κύηση	,17	,26	1,569*	,73**	-	-
Κατά τη λοχεία	,17	,37	1,960**	,20	,28	-
6 μήνες μετά	,20	,28	1,611*	,34*	,27	,65**

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

Με μια απλή επισκόπηση των πινάκων των διαστάσεων, φαίνεται ότι όλες οι τιμές κυμαίνονται ανάμεσα στο 0 και 1. Οι γυναίκες του δείγματος ανέφεραν ότι εμφάνισαν τα παρακάτω συμπτώματα από καθόλου έως λίγο.

Στον

Πίνακας 18 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι στο σύνολο των θετικών συμπτωμάτων της κλίμακας SCL-90-R, ο δείκτης ενασχόλησης θετικών συμπτωμάτων, καθώς και ένας γενικός δείκτης συμπτωμάτων. Παρατηρείται κανονικότητα στις διασπορές σε όλες τις κλίμακες, όπως εξετάστηκαν με το κριτήριο *Kolmogorov-Smirnov*. Σε γενικές γραμμές, φαίνεται ότι οι έγκυες εστιάζουν κάπως περισσότερο στα θετικά συμπτώματα, από ό,τι μετά την κύηση (λοχεία, εξάμηνο), των οποίων η ενασχόλησή τους κυμαίνεται στα επίπεδα πριν την κύηση. Οι συσχετίσεις μεταξύ των απαντήσεων ανά χρονική περίοδο είναι όλες θετικές και κυμαίνονται σε μέτρια και υψηλά επίπεδα (από $r=,50$ έως $r=,76$). Αντιθέτως, ο γενικός δείκτης συμπτωμάτων της κλίμακας αυξάνει κατά την κύηση και εξακολουθεί να παραμένει στα ίδια επίπεδα και μετά το πέρας αυτής (λοχεία, εξάμηνο). Ωστόσο, ο βαθμός συνάφειας των απαντήσεων για το διάστημα πριν την κύηση και κατά τη διάρκεια των τριών φάσεων της περιγεννητικής περιόδου μεταβάλλεται: από $r=,63$ κατά την κύηση, σε $r=,45$ στη λοχεία και $r=,40$ μετά την παρέλευση έξι μηνών από τον τοκετό. Παρατηρείται, με άλλα λόγια, διαφοροποίηση στη συσχέτιση των διασπορών από την στιγμή που η γυναίκα γίνεται μητέρα.

Πίνακας 18. Δείκτες κεντρικής τάσης και διασποράς των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος ως προς το σύνολο των συμπτωμάτων της κλίμακας SCL-90-R και στις τρεις υπό μέτρηση περιόδους

	M.O.	T.Σ.	T.A.	Kolmogorov-Smirnov Z
Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων				
<i>Πριν την κύηση</i>	,48	,08	,48	,963
<i>Κατά την κύηση</i>	,60	,07	,40	,917
<i>Κατά τη λοχεία</i>	,47	,07	,43	1,229
<i>6 μήνες</i>	,43	,08	,38	1,205
Δείκτης Ενασχόλησης Θετικών Συμπτωμάτων				
<i>Πριν την κύηση</i>	25,19	3,21	19,51	,792
<i>Κατά την κύηση</i>	31,87	2,88	17,53	1,002
<i>Κατά τη λοχεία</i>	24,81	2,68	16,31	,696
<i>6 μήνες</i>	24,22	2,92	17,75	,741
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων				
<i>Πριν την κύηση</i>	1,38	,08	,48	,984
<i>Κατά την κύηση</i>	1,53	,06	,36	,738
<i>Κατά τη λοχεία</i>	1,55	,07	,39	,873
<i>6 μήνες</i>	1,51	,07	,42	,800

Γ.2. Διερεύνηση του ερωτηματολογίου BDI

Η ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων, γενικά, εξετάστηκε με την χρήση του ερωτηματολογίου BDI, το οποίο εξάγει έναν γενικό δείκτη κατάθλιψης. Στον Πίνακας 19 εμφανίζονται οι μέσοι όροι των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος ως προς τον βαθμό κατάθλιψης που βιώνουν και στις τρεις φάσεις μέτρησης. Εμφανίζεται μια μικρή αύξηση από την περίοδο της κύησης ως την περίοδο της λοχείας, ενώ μείωση παρατηρείται στους έξι μήνες. Οι κατανομές και στις τρεις φάσεις ελέγχονται ως κανονικές. Έπειτα από επισκόπηση των βαθμών συνάφειας μεταξύ των απαντήσεων των γυναικών στις τρεις φάσεις, φαίνεται ότι ο βαθμός καταθλιπτικών συμπτωμάτων στη λοχεία συσχετίζεται χαμηλά με τις απαντήσεις στις άλλες δύο χρονικές περιόδους,

καταδεικνύοντας διαφοροποίηση των διασπορών μεταξύ των συγκεκριμένων μετρήσεων. Αντιθέτως, περισσότερη συσχέτιση εμφανίζεται ανάμεσα στις μετρήσεις κατάθλιψης κατά την κύηση και στο εξάμηνο.

Πίνακας 19. Δείκτες κεντρικής τάσης, διασποράς και συνάφειας των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στην κλίμακα κατάθλιψης BDI στις τρεις φάσεις της έρευνας

	M.O.	T.A.	K-S	Κατάθλιψη BDI	
				Κατά την κύηση	Κατά τη λοχεία
				<i>r</i>	<i>r</i>
Κατάθλιψη BDI					
Κατά την κύηση	6,95	4,35	,950	-	-
Κατά τη λοχεία	7,68	5,57	1,033	,38*	-
6 μήνες μετά	5,24	4,69	1,030	,60**	,33*

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

Γ.3. Διερεύνηση του ερωτηματολογίου STAI

Η ύπαρξη αγχωδών συμπτωμάτων εξετάστηκε με την χρήση του ερωτηματολογίου STAI, το οποίο εξάγει έναν γενικό δείκτη για το δομικό και το περιστασιακό άγχος. Οι κατανομές και στις τρεις φάσεις ελέγχονται ως κανονικές. Στον Πίνακα 20 εμφανίζονται οι μέσοι όροι των απαντήσεων των εγκύων ως προς τον βαθμό άγχους που βιώνουν και στις τρεις φάσεις. Ως προς το δομικό άγχος, δεν παρατηρούνται ιδιαίτερες διαφορές ανάμεσα στις τρεις φάσεις μέτρησης. Οι συσχετίσεις μεταξύ των διασπορών των μετρήσεων στις τρεις φάσεις της έρευνας κινούνται σε μέτρια επίπεδα (από $r = ,52$ έως $r = ,70$). Μια μικρή διαφοροποίηση στους μέσους όρους, αντιθέτως, παρατηρείται στον δείκτη του περιστασιακού άγχους. Συγκεκριμένα, κατά την περίοδο της λοχείας οι γυναίκες αναφέρουν ελαφρώς περισσότερο άγχος, σε σχέση με την περίοδο της κύησης και την περίοδο του εξαμήνου. Στους έξι μήνες μάλιστα, μετά την γέννηση του παιδιού, οι γυναίκες του δείγματος ανέφεραν τον χαμηλότερο μέσο όρο άγχους. Μεγαλύτερη συσχέτιση, επίσης, παρουσιάζουν οι διασπορές των απαντήσεων στη φάση της λοχείας και του

εξαμήνου (μετά τον τοκετό, δηλαδή), σε σχέση με τις συσχετίσεις των δύο αυτών φάσεων με την περίοδο της κύησης.

Πίνακας 20. Δείκτες κεντρικής τάσης, διασποράς και συνάφειας των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στην κλίμακα άγχους STAI στις τρεις φάσεις της έρευνας

	M.O.	T.	K-	Δομικό άγχος		Περιστασιακό άγχος	
				Κατά την κύηση	Κατά τη λοχεία	Κατά την κύηση	Κατά τη λοχεία
				r	r	r	r
Δομικό άγχος							
Κατά την κύηση	33,0	7,0	,44	-	-		
Κατά τη λοχεία	33,0	8,2	,89	,56**	-		
6 μήνες μετά	33,1	8,8	,83	,52**	,70**		
Περιστασιακό							
Κατά την κύηση	32,0	7,9	,69			-	-
Κατά τη λοχεία	33,7	9,4	,93			,33*	-
6 μήνες μετά	31,7	8,3	,99			,42**	,62**

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

Γ.4. Διερεύνηση της κλίμακας για την επιλόχεια κατάθλιψη (EPDS)

Η ύπαρξη κατάθλιψης όχι μόνο μετά τον τοκετό, αλλά και κατά την κύηση, εξετάστηκε με την χρήση της κλίμακας EPDS, που είναι εξειδικευμένη κλίμακα ανίχνευσης συμπτωμάτων κατάθλιψης σε όλη τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου. Στον

Πίνακας 21 εμφανίζονται οι μέσοι όροι των απαντήσεων των γυναικών. Παρατηρείται σταδιακή μείωση από την περίοδο της κύησης μέχρι την περίοδο του εξαμήνου μετά τον τοκετό, οπότε εμφανίζεται και ο χαμηλότερος μέσος όρος. Οι κατανομές και στις τρεις φάσεις ελέγχονται ως κανονικές. Οι διασπορές συσχετίζονται όλες σε μέτριο θετικό βαθμό.

Πίνακας 21. Δείκτες κεντρικής τάσης, διασποράς και συνάφειας των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στην κλίμακα επιλόχειας κατάθλιψης EPDS στις τρεις φάσεις της έρευνας

	M.O.	T.A.	K-S	Επιλόχεια Κατάθλιψη	
				Κατά την κύηση <i>r</i>	Κατά τη λοχεία <i>r</i>
Επιλόχεια Κατάθλιψη					
Κατά την κύηση	5,92	4,72	1,210	-	-
Κατά τη λοχεία	4,84	4,22	1,271	,48**	-
6 μήνες μετά	3,87	4,74	1,328	,45**	,36*

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

Γ.5. Διερεύνηση του εργαλείου «Αλλαγές Ζωής»

Έπειτα από επισκόπηση του

Πίνακας 22, παρατηρείται ότι οι γυναίκες αναφέρουν υψηλότερο βαθμό επιρροής από θετικά γεγονότα ζωής κατά τη λοχεία και χαμηλότερο βαθμό 6 μήνες μετά την γέννηση του παιδιού τους. Ως προς την επιρροή από τα αρνητικά γεγονότα στη ζωή τους, φαίνεται ότι τα βιώνουν περισσότερο έντονα κατά την κύηση παρά κατά τη λοχεία ή 6 μήνες μετά. Όλες οι κατανομές ελέγχονται με το κριτήριο *Kolmogorov-Smirnov Z* ως κανονικές. Επιπλέον, εμφανίζονται μέτριες προς υψηλές συσχετίσεις μεταξύ όλων των μετρήσεων, δίχως διαφοροποιήσεις. Εξάιρεση, ίσως, αποτελεί η υψηλή συνάφεια μεταξύ των απαντήσεων των γυναικών ως προς την επιρροή από αρνητικά γεγονότα ζωής κατά τη λοχεία και κατά το εξάμηνο μετά τον τοκετό, γεγονός που ίσως αναδεικνύει μια πιο κοινή αντιμετώπιση σε αυτές τις δύο φάσεις, που σηματοδοτούν την ύπαρξη ενός νέου μέλους στην οικογένεια.

Πίνακας 22. Δείκτες κεντρικής τάσης, διασποράς και συνάφειας των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος από το εργαλείο «Διερεύνησης Αλλαγών Ζωής», στις τρεις φάσεις της έρευνας

				Επιρροή από θετικά γεγονότα		Επιρροή από αρνητικά γεγονότα	
	M.O.	T.A	K-S	Κατά την	Κατά τη	Κατά την	Κατά τη
				κύηση	λοχεία	κύηση	λοχεία
			<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	<i>r</i>	
Βαθμός επιρροής από θετικά γεγονότα ζωής							
Κατά την κύηση	10,92	7,43	,592	-	-		
Κατά τη λοχεία	11,51	5,25	1,17	,57**	-		
6 μήνες μετά	10,54	5,23	,796	,60**	,54**		
Βαθμός επιρροής από αρνητικά γεγονότα ζωής							
Κατά την κύηση	9,87	6,79	,697			-	-
Κατά τη λοχεία	6,76	5,62	,994			,61**	-
6 μήνες μετά	6,78	5,73	,918			,61**	,74**

** $p < ,01$

Κατά τη διάρκεια της κύησης, 16 έγκυες (43,2%) βίωσαν σημαντικά αρνητικά γεγονότα ζωής, ποσοστό που μειώθηκε σε 37,8% (14 γυναίκες) κατά τη φάση της λοχείας. Στο εξάμηνο μετά τον τοκετό, 15 γυναίκες ανέφεραν ότι βίωσαν έντονα αρνητικά γεγονότα ζωής (40,5%).

Γ.6. Διερεύνηση της κλίμακας Brisbane

Οι γυναίκες ερωτήθηκαν σε δύο φάσεις της έρευνας, κατά τη λοχεία και στο εξάμηνο, για την εκτίμηση της συμπεριφοράς του νεογνού και της αλληλεπίδρασης μητέρας – παιδιού. Οι μέσοι όροι των απαντήσεών τους, που είναι καταγεγραμμένοι στον Πίνακα 23, δείχνουν ότι, οι γυναίκες δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες δυσκολίες στην αλληλεπίδρασή τους με το νεογνό. Ουσιαστικά, δεν παρατηρείται κάποια ιδιαίτερη μεταβολή στις δύο χρονικές περιόδους μετά τον τοκετό, εφόσον οι αριθμητικοί δείκτες είναι σχεδόν ίδιοι, εύρημα που δείχνει ότι, ο τρόπος που αλληλεπιδρά η μητέρα με το παιδί και η αντίληψή της για τη συμπεριφορά και την ιδιοσυγκρασία του, δεν διαφοροποιούνται.

Πίνακας 23. Δείκτες κεντρικής τάσης και διασποράς των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στο ερωτηματολόγιο Brisbane στις φάσεις της λοχείας και των 6 μηνών

	M.O.	T.A.	Kolmogorov-Smirnov Z
Κλίμακα Brisbane			
Κατά τη λοχεία	23,43	3,62	1,029
6 μήνες	23,03	3,83	1,116

Γ.7. Διερεύνηση Προεμμηνορυσιακών Συμπτωμάτων

Τέλος, όσον αφορά στις απαντήσεις των γυναικών στις ερωτήσεις για την ύπαρξη προεμμηνορυσιακών συμπτωμάτων (PMS) πριν οι γυναίκες μείνουν έγκυες, η κατανομή των απαντήσεων ελέγχεται ως κανονική ($Z=,790$). Ο μέσος όρος κυμαίνεται στο 3,81 (T.A. 1,84). Οι απαντήσεις των γυναικών στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δεν παρουσίασαν σημαντικές συσχετίσεις με καμία διάσταση των αγχώδων και καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε κάποια από τις κλίμακες της έρευνας που εξετάζουν αυτές τις μεταβλητές (SCL-90-R-90-R-R, STAI, Beck, EPDS).

Δ. Συνάψεις μεταξύ των κλιμάκων (διασυνάψεις)

Η διάσταση της «Σωματοποίησης», όπως αναφέρθηκε από τις γυναίκες στο ερωτηματολόγιο SCL-90-R κατά την κύηση, συσχετίστηκε με τις κλίμακες που εξετάζουν τα καταθλιπτικά (Beck, EPDS, SCL-90-R_{Κατάθλιψη}) και αγχώδη συμπτώματα (SCL-90-R_{Αγχος}, STAI) **(Σφάλμα! Το αρχείο προέλευσης της αναφοράς δεν βρέθηκε.)**. Παρατηρούνται χαμηλοί βαθμοί συνάψης με τις βαθμολογίες στις κλίμακες των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, οι οποίες κυμαίνονται σε επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας $p>,05$. Μόνη εξαίρεση αποτελεί η βαθμολογία των γυναικών στη διάσταση της κατάθλιψης (SCL-90-R) κατά την κύηση, με την οποία η βαθμολογία της σωματοποίησης συσχετίζεται θετικά σε μέτριο βαθμό. Οι γυναίκες που σωματοποιούν περισσότερο, εμφανίζουν και υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κατά την περίοδο που είναι ακόμη έγκυες. Αντιθέτως, οι βαθμολογίες των γυναικών στη σωματοποίηση συσχετίστηκαν με περισσότερες

μετρήσεις των αγχώδων συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα, παρουσιάστηκαν μέτριες συνάφειες με τις βαθμολογίες των γυναικών στη διάσταση του άγχους (SCL-90-R), στις μετρήσεις που διεξήχθησαν για την περίοδο πριν την κύηση και για τους έξι μήνες μετά τον τοκετό. Μέτρια προς υψηλή εκτιμήθηκε η συσχέτιση με την μέτρηση που διεξήχθη κατά την κύηση, ενώ δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση με τη μέτρηση κατά τη φάση της λοχείας. Ως προς τις διαστάσεις της κλίμακας STAI, η βαθμολογία των γυναικών στη σωματοποίηση συσχετίστηκε με τις μετρήσεις σε όλες τις φάσεις για το περιστασιακό άγχος και με τη μέτρηση κατά τη λοχεία για το δομικό άγχος. Όλοι οι βαθμοί συνάφειας εκτιμήθηκαν χαμηλοί προς μέτριοι. Οι γυναίκες που σωματοποιούν περισσότερο, εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα αγχώδους συμπτωματολογίας κατά την περίοδο που είναι ακόμη έγκυες, αλλά και αργότερα, όταν έχουν ήδη γεννήσει (λοχεία, εξάμηνο). Μάλιστα, το άγχος αυτό φαίνεται να σχετίζεται περισσότερο με καταστάσεις που βιώνουν κατά την περιγεννητική περίοδο και λιγότερο με ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά.

*

Η διάσταση της «Διαπροσωπικής ευαισθησίας», όπως αναφέρθηκε από τις γυναίκες στο ερωτηματολόγιο SCL-90-R, συσχετίστηκε με τις κλίμακες που εξετάζουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα στην παρούσα έρευνα (Beck, EPDS, SCL-90-R_{Κατάθλιψη}). Στον **Πίνακα 86** (βλ. Παράρτημα Πινάκων) φαίνεται ότι ο βαθμός διαπροσωπικής ευαισθησίας που ανέφεραν οι 37 γυναίκες για την περίοδο της ζωής τους πριν την έναρξη της εγκυμοσύνης σημειώνονται μικρές έως μέτριες συνάφειες με τις τρεις διαδοχικές μετρήσεις στα ερωτηματολόγια επιλόχειας κατάθλιψης EPDS και κατάθλιψης Beck. Ειδικότερα, μέτριες συνάφειες εμφανίζονται με τις μετρήσεις κατά την περίοδο της λοχείας. Αντιθέτως, ο βαθμός συσχέτισης με τη διάσταση «Κατάθλιψη» του ίδιου ερωτηματολογίου (SCL-90-R) είναι υψηλός για την περίοδο πριν την έναρξη της εγκυμοσύνης και μειώνεται σταδιακά μέχρι την περίοδο των έξι μηνών μετά τον τοκετό. Ο βαθμός διαπροσωπικής ευαισθησίας που ανέφεραν οι γυναίκες του δείγματος κατά την κύηση εμφανίζει μέτριες, κυρίως, συνάφειες με τις τρεις διαδοχικές μετρήσεις στα ερωτηματολόγια επιλόχειας κατάθλιψης EPDS και κατάθλιψης Beck. Επίσης, ο βαθμός συσχέτισης με τη διάσταση «Κατάθλιψη» του ίδιου ερωτηματολογίου (SCL-90-R) είναι υψηλός για την ίδια περίοδο, της κύησης, και μειώνεται σταδιακά μέχρι την περίοδο των έξι μηνών μετά τον τοκετό. Παρόμοια

εικόνα εμφανίζεται και στις συσχετίσεις των απαντήσεων κατά τη λοχεία, με μόνη εξαίρεση μια θετική υψηλή συνάφεια με τη μέτρηση της κατάθλιψης κατά Beck έξι μήνες μετά τον τοκετό. Αντιθέτως, παρουσιάζεται μείωση στον βαθμό της συνάφειας με τη «Κατάθλιψη» του ίδιου ερωτηματολογίου (SCL-90-R) από την φάση της λοχείας έως τη φάση των έξι μηνών. Τέλος, η μέτρηση της διαπροσωπικής ευαισθησίας κατά την περίοδο του εξαμήνου μετά τον τοκετό εμφανίζει μέτριους ως υψηλούς βαθμούς συνάφειας (τις μεγαλύτερες) με τις μετρήσεις στις αντίστοιχες φάσεις της έρευνας (έξι μήνες μετά) και με τις τρεις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν.

*

Ως προς τους βαθμούς συνάφειας μεταξύ των τριών κλιμάκων της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (SCL-90-R, BDI, EPDS) με τις διαστάσεις συμπτωμάτων της κλίμακας SCL-90-R, παρατηρούνται κυρίως μέτριες θετικές συσχετίσεις της διάστασης της κατάθλιψης σε σχέση με τις υπόλοιπες διαστάσεις, με βάση το SCL-90-R. Υψηλές θετικές συσχετίσεις εμφανίζονται ανάμεσα στη διάσταση της κατάθλιψης και στις διαστάσεις του ψυχαναγκασμού-καταναγκασμού, της διαπροσωπικής ευαισθησίας και του θυμού στις ίδιες φάσεις μέτρησης [δηλ. κατάθλιψη (πριν)-ψυχαναγκασμός (πριν), κατάθλιψη (κύηση)-ψυχαναγκασμός (κύηση) κ.ο.κ.] (Πίνακας 87).

Επίσης, παρατηρούνται κυρίως μέτριες θετικές συσχετίσεις των των γυναικών στην κλίμακα κατάθλιψης BDI, σε σχέση με τις διαστάσεις του SCL-R. Υψηλές θετικές συσχετίσεις εμφανίζονται ανάμεσα στη βαθμολογία της κατά το εξάμηνο μετά τον τοκετό και στις διαστάσεις του ψυχαναγκασμού-καταναγκασμού, της διαπροσωπικής ευαισθησίας και του θυμού στην ίδια φάση μέτρησης (έξι μήνες μετά τον τοκετό) (

Πίνακας 88). Τέλος, παρατηρούνται κυρίως μέτριες θετικές συσχετίσεις των βαθμολογιών των γυναικών στην κλίμακα επιλόχειας κατάθλιψης EPDS, σε σχέση με τις διαστάσεις του SCL-90-R (Πίνακας 89). Αντιθέτως, απουσιάζουν υψηλές συσχετίσεις.

*

Ως προς τους βαθμούς συσχέτισης των μετρήσεων των κλιμάκων που εξετάζουν την ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων στις τρεις φάσεις της έρευνας, παρατηρούνται θετικοί χαμηλοί και μέτριοι βαθμοί. Για την περίοδο της κύησης η κλίμακα EPDS συσχετίζεται μέτρια με την κλίμακα Beck και χαμηλά προς μέτρια με την SCL-90-R_{Κατάθλιψη}. Η κλίμακα Beck εμφανίζει μέτρια συνάφεια με την SCL-90-R_{Κατάθλιψη}. Οι μετρήσεις κατά τη λοχεία με την κλίμακα EPDS συσχετίζονται μέτρια με τις απαντήσεις των γυναικών στις κλίμακες Beck και SCL-90-R_{Κατάθλιψη}. Μέτρια συνάφεια εμφανίζει η κλίμακα Beck με την κλίμακα SCL-90-R_{Κατάθλιψη}. Τέλος, στα όρια της ικανοποιητικής συνάφειας ($r=,70$) κυμαίνονται οι βαθμοί συσχέτισης ανάμεσα στην κλίμακα Beck και τις SCL-90-R_{Κατάθλιψη} και EPDS αντιστοίχως, ενώ οι δύο τελευταίες παρουσιάζουν μέτρια θετική συνάφεια μεταξύ τους (βλ. Παράρτημα Πινάκων, Πίνακας 90).

*

Αναφορικά με τους βαθμούς συσχέτισης των μετρήσεων των εξετάζουν την ύπαρξη αγχωδών συμπτωμάτων στις τρεις φάσεις της έρευνας, παρατηρούνται θετικοί χαμηλοί και μέτριοι βαθμοί, κυρίως. Η κλίμακα SCL-90- συσχετίζεται σε μέτριο βαθμό με τη διάσταση «Δομικό άγχος» της κλίμακας STAI, ενώ οι συσχετίσεις με τη διάσταση «Περιστασιακό άγχος» της ίδιας κλίμακας είναι μικρότερες για τις αντίστοιχες υπό μέτρηση περιόδους της έρευνας (κύηση, λοχεία, εξάμηνο). Ως εκ τούτου, φαίνεται ότι η κλίμακα SCL-90-R_{Άγχος} μελετάει σε βαθμό συμπτώματα που εμπίπτουν στην κατηγορία του άγχους που ενυπάρχει στην προσωπικότητα, παρά συμπτώματα που σχετίζονται με περιστασιακές καταστάσεις. Επίσης, οι μετρήσεις των δύο διαστάσεων άγχους του STAI και στις τρεις περιόδους είχε τις μικρότερες συσχετίσεις με τις απαντήσεις των γυναικών στο SCL-90-R_{Άγχος} την περίοδο πριν την κύηση, αλλά και για τη φάση της λοχείας. Εξαιρέση αποτελεί η

διάσταση του δομικού άγχους κατά τη λοχεία, η οποία συσχετίζεται μέτρια θετικά με την αντίστοιχη διάσταση στο SCL-90-R (βλ. Παράρτημα Πινάκων,

Πίνακας 91).

*

Ο τρόπος που αντιλαμβάνονται οι γυναίκες του δείγματος το μωρό τους και η δυσκολία τους να το ηρεμίσουν και να το φροντίσουν, εξετάστηκε με την κλίμακα Brisbane. Στον Πίνακας 92 (βλ. παράρτημα) παρουσιάζονται οι δείκτες συνάφειας των απαντήσεων αυτών με τις βαθμολογίες στις κλίμακες καταθλιπτικών και αγχώδων συμπτωμάτων για τις φάσεις της λοχείας και των έξι μηνών μετά τον τοκετό. Ως προς τα καταθλιπτικά συμπτώματα, παρατηρούνται χαμηλού βαθμού συσχετίσεις της βαθμολογίας στην κλίμακα Brisbane κατά την **λοχεία** με την εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην κλίμακα SCL-90-R, αλλά και με την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης (EPDS) στην ίδια περίοδο (μέτρια συνάφεια). Στην περίοδο των **έξι μηνών** μετά τον τοκετό, οι γυναίκες με υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα Brisbane ήταν αυτές που είχαν εμφανίσει μέτρια καταθλιπτική συμπτωματολογία στη λοχεία και χαμηλή στο εξάμηνο με βάση την SCL-90-R, ενώ με βάση τη BDI ήταν όσες είχαν εμφανίσει χαμηλή καταθλιπτική συμπτωματολογία στις φάσεις της κύησης και μέτρια στου εξαμήνου. Τέλος, όσον αφορά στην καταθλιπτική συμπτωματολογία με βάση την κλίμακα EPDS, παρατηρήθηκε μέτρια συσχέτιση με τις απαντήσεις των γυναικών κατά τη φάση της κύησης και του εξαμήνου και χαμηλή με τις απαντήσεις των γυναικών στην κλίμακα κατά τη φάση της λοχείας. Οι γυναίκες που αντιλαμβάνονται το μωρό τους ως πιο δύσκολο, είναι εκείνες που εμφανίζουν σε υψηλότερο βαθμό καταθλιπτική συμπτωματολογία τόσο κατά την κύηση, όσο και στη λοχεία και έξι μήνες μετά τη γέννηση του παιδιού τους.

Ως προς τα αγχώδη συμπτώματα, δεν παρατηρήθηκε κάποια σημαντική συνάφεια της βαθμολογίας στην κλίμακα Brisbane κατά την λοχεία με τις απαντήσεις των γυναικών στην κλίμακα άγχους SCL-90-R και τις διαστάσεις της κλίμακας STAI (δομικό και περιστασιακό άγχος), πλην της βαθμολογίας στη διάσταση του δομικού άγχους που εμφάνισαν οι γυναίκες του δείγματος κατά την κύηση, οπότε και παρατηρήθηκε χαμηλή θετική συσχέτιση. Παρόμοια εικόνα δίνει και η συσχέτιση της βαθμολογίας στην κλίμακα Brisbane κατά το εξάμηνο με τις απαντήσεις των γυναικών στην κλίμακα άγχους SCL-90-R και τις διαστάσεις της κλίμακας STAI. Οι μόνες

στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις που παρατηρήθηκαν ήταν οι χαμηλοί θετικοί δείκτες συνάφειας με τη διάσταση του δομικού άγχους κατά την κύηση και τη λοχεία. Οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη σχέση με το μωρό τους, εμφανίζουν και υψηλότερη βαθμολογία σε αγχώδη δομικά συμπτώματα (βλ. Παράρτημα Πινάκων, Πίνακας 92).

*

Στη συνέχεια, θα διερευνηθεί κατά πόσο οι βαθμολογίες στις κλίμακες συμπτωμάτων αυξάνονται ανάλογα με τον βαθμό δυσφορίας που αναφέρουν οι γυναίκες από τα συμβάντα ζωής, και αντίστοιχα μειώνονται με την αύξηση του βαθμού ικανοποίησης που αναφέρουν οι γυναίκες από τα γεγονότα ζωής. Ο έλεγχος συνάφειας των μεταβλητών με τον δείκτη *Pearson r* για αριθμητικά δεδομένα δεν εμφάνισε πολλές σημαντικές συσχετίσεις. Όσον αφορά στον βαθμό επιρροής των γυναικών από θετικά γεγονότα ζωής κατά την κύηση, δεν σημειώθηκε κάποια σημαντική συσχέτιση. Όσον αφορά στον βαθμό επιρροής των γυναικών από θετικά γεγονότα ζωής κατά τη λοχεία, εμφανίστηκε μέτρια αρνητική συσχέτιση με τη μέτρηση στη διάσταση του περιστασιακού άγχους (STAI) κατά τη λοχεία ($r=-,40 p<,05$) και με τη μέτρηση της επιλόχειας κατάθλιψης (EPDS) κατά την κύηση ($r=-,39 p<,05$). Όσο περισσότερο επηρεάζονται οι γυναίκες από θετικά γεγονότα ζωής κατά τη λοχεία, τόσο λιγότερα συμπτώματα περιστασιακού άγχους εμφανίζουν σε αυτή την περίοδο, συνάμα με λιγότερα επίπεδα επιλόχειας κατάθλιψης κατά την κύηση. Όσον αφορά στον βαθμό επιρροής των γυναικών από θετικά γεγονότα ζωής έξι μήνες μετά τον τοκετό, εμφανίστηκε μέτρια αρνητική συσχέτιση με τη μέτρηση της κλίμακας BDI κατά τη λοχεία ($r=-,33 p<,05$) και με τη μέτρηση της επιλόχειας κατάθλιψης (EPDS) κατά την κύηση ($r=-,34 p<,05$). Όσο λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης εκδηλώνονται κατά την κύηση αλλά και κατά τη λοχεία, τόσο μεγαλύτερη επιρροή από θετικά γεγονότα ζωής καταγράφεται έξι μήνες μετά τον τοκετό.

Ο βαθμός επιρροής των γυναικών από αρνητικά γεγονότα ζωής **κατά την κύηση** δεν συσχετίστηκε σημαντικά με καμία από τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν για την παρούσα έρευνα. Αντιθέτως, ο βαθμός επιρροής από αρνητικά γεγονότα κατά τη λοχεία εμφάνισε αρκετές μέτριες θετικές συνάφειας με αρκετές διαστάσεις των κλιμάκων (βλ. Παράρτημα Πινάκων, Πίνακας 93). Ο βαθμός που επηρεάζονταν από τα γεγονότα αλληλεπιδρούσε με τις βαθμολογίες στις διαστάσεις της σωματοποίησης,

του ψυχαναγκασμού-καταναγκασμού, της διαπροσωπικής ευαισθησίας, της κατάθλιψης του άγχους, του θυμού, του φοβικού άγχους και των τριών συνολικών δεικτών της κλίμακας SCL-90-R, για την εκτίμηση του εαυτού τους πριν την κύηση. Ως προς τη φάση της κύησης, παρατηρήθηκαν αρκετές μέτριες θετικές συνάφειες στις διαστάσεις της διαπροσωπικής ευαισθησίας και ψυχωτισμού της κλίμακας SCL-90-R, στις περιπτώσεις των γυναικών που επηρεάστηκαν περισσότερο από αρνητικά γεγονότα κατά τη λοχεία. Κατά τη φάση της λοχείας, ο βαθμός επιρροής από αρνητικά γεγονότα ζωής κατά τη λοχεία εμφάνισε αρκετές μέτριες θετικές συνάφειες με τις διαστάσεις του ψυχαναγκασμού-καταναγκασμού, της διαπροσωπικής ευαισθησίας, της κατάθλιψης, του άγχους, του φοβικού άγχους, του παρανοειδούς ιδεασμού, του ψυχωτισμού και των δεικτών «Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων» και «Δείκτης Ενασχόλησης Θετικών Συμπτωμάτων» της κλίμακας SCL-90-R, καθώς και με την κατάθλιψη, σύμφωνα με την κλίμακα BDI.

Στη φάση του εξαμήνου, παρατηρήθηκε μέτρια θετική συνάφεια ανάμεσα την επιρροή από αρνητικά γεγονότα κατά τη λοχεία και στις διαστάσεις του ψυχαναγκασμού-καταναγκασμού, της διαπροσωπικής ευαισθησίας, του άγχους, του φοβικού άγχους, του ψυχωτισμού και των δεικτών «Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων» και «Δείκτης Ενασχόλησης Θετικών Συμπτωμάτων» της κλίμακας SCL-90-R, καθώς και με την διάσταση του περιστασιακού άγχους στην κλίμακα STAI.

Επιπλέον, ο βαθμός επιρροής από αρνητικά γεγονότα το εξάμηνο μετά τον τοκετό, συσχετίστηκε με τη βαθμολογία των γυναικών στις διαστάσεις του SCL-90-R (μέτρηση εξαμήνου) του ψυχαναγκασμού-καταναγκασμού ($r=,39$ $p<,05$), κατάθλιψης ($r=,34$ $p<,05$), άγχους ($r=,50$ $p<,01$), του συνόλου των θετικών συμπτωμάτων ($r=,38$ $p<,05$) και του δείκτη ενασχόλησης με τα θετικά συμπτώματα ($r=,45$ $p<,01$), με τη βαθμολογία στις διαστάσεις της STAI, δομικό άγχος κατά τη λοχεία ($r=,36$ $p<,01$), δομικό άγχος κατά το εξάμηνο ($r=,35$ $p<,05$), περιστασιακό άγχος κατά το εξάμηνο ($r=,36$ $p<,05$) και με τη βαθμολογία στην κλίμακα επιλόχειας κατάθλιψης κατά τη λοχεία ($r=,38$ $p<,05$). Οι γυναίκες που επηρεάζονταν περισσότερο από αρνητικά γεγονότα έξι μήνες μετά τη γέννηση του παιδιού τους, παρουσιάζουν παράλληλα περισσότερα ψυχαναγκαστικά-καταναγκαστικά, καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα (περιστασιακό και δομικό άγχος), ενώ κατά τη διάρκεια της λοχείας είχαν εμφανίσει υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (βλ. Παράρτημα Πινάκων, Πίνακας 93).

Επιπλέον, συσχετίστηκε η βαθμολογία των γυναικών στο σύνολο των απαντήσεων με θετική, αρνητική και ουδέτερη φόρτιση, σύμφωνα με τις κωδικοποιήσεις της ανάλυσης περιεχομένου, στις τρεις συνεντεύξεις για την κύηση, τη λοχεία και τους έξι μήνες μετά τον τοκετό με τις βαθμολογίες στις κλίμακες καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας. Αναφορικά με τις θετικές απαντήσεις, δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση με τις κλίμακες κατάθλιψης και άγχους για τη φάση της κύησης. Στις απαντήσεις κατά τη φάση της **λοχείας**, το σύνολο των θετικών απαντήσεων είχε μέτρια αρνητική συσχέτιση με τις βαθμολογίες στην κλίμακα BDI και EPDS (κύηση) και στην κλίμακα EPDS (εξάμηνο). Οι γυναίκες που ανέφεραν περισσότερες θετικές απαντήσεις στη συνέντευξη κατά τη λοχεία, κατά την κύηση είχαν αναφέρει μειωμένα επίπεδα κατάθλιψης (βλ. Παράρτημα Πινάκων, [Πίνακας 94](#)). Αντιθέτως, το σύνολο των θετικών απαντήσεων στους έξι μήνες μετά τον τοκετό συσχετίστηκε με περισσότερες βαθμολογίες των κλιμάκων κατάθλιψης και άγχους. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που ανέφεραν περισσότερες θετικές απαντήσεις, παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων (SCL-90-R) στην κύηση και στο εξάμηνο. Επίσης, όσο περισσότερες συνολικές θετικές απαντήσεις έδωσαν στη συνέντευξη κατά τους έξι μήνες μετά τον τοκετό, τόσο χαμηλότερη βαθμολογία είχαν δώσει στο BDI και το EPDS κατά τη φάση της κύησης και του εξαμήνου μετά τον τοκετό, ενώ μέτρια αρνητικά συσχετίστηκαν και με τις βαθμολογίες των γυναικών στο δομικό άγχος (STAI) κατά την κύηση και τη λοχεία (βλ. Παράρτημα Πινάκων, [Πίνακας 94](#)).

*

Αναφορικά με τις απαντήσεις στις συνεντεύξεις που κωδικοποιήθηκαν ως αρνητικές, δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση με τις κλίμακες κατάθλιψης και άγχους για τη φάση της κύησης και της λοχείας, με εξαίρεση τη βαθμολογία στην κλίμακα επιλόχειας κατάθλιψης (EPDS) στο εξάμηνο. Όσο περισσότερες αρνητικές απαντήσεις στη συνέντευξη κατά τη λοχεία ανέφεραν οι γυναίκες τόσο υψηλότερα επίπεδα επιλόχειας κατάθλιψης ανέφεραν στο εξάμηνο μετά (βλ. Παράρτημα Πινάκων, [Πίνακας 95](#)). Αντιθέτως, το σύνολο των αρνητικών απαντήσεων στους έξι μήνες μετά τον τοκετό συσχετίστηκε μέτρια θετικά με τα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων (SCL-90-R) στην κύηση και στη λοχεία, καθώς και με τα επίπεδα αγχωδών συμπτωμάτων (SCL-90-R) στην κύηση, του δομικού άγχους στην κύηση και τη λοχεία και του περιστασιακού άγχους στην κύηση (STAI).

Τέλος, το σύνολο των ουδέτερων απαντήσεων στη συνέντευξη της κύησης δεν συσχετίστηκε με κάποια από τις κλίμακες συμπτωματολογίας. Οι απαντήσεις που κωδικοποιούνται ως «ουδέτερες» δεν έχουν αρνητική ή θετική φόρτιση, και χαρακτηρίζονται από αναφορές που εκφράζουν άλλοτε αποδοχή της περιγραφόμενης κατάστασης, και άλλοτε αυτοσυγκράτηση στα συναισθήματα, της οποίας όμως ο μηχανισμός είναι συνειδητός, περιγράφεται από τη γυναίκα και λαμβάνει χώρα υπό το καθεστώς μιας αναμονής που χρειάζεται να γίνει. Οι γυναίκες περιμένουν την έκβαση της κύησης σε μια ρεαλιστική βάση, χωρίς ενθουσιασμό και χωρίς να αναφέρεται κάποια ενόχληση. Κατά τη φάση της λοχείας, οι ουδέτερες απαντήσεις εμφάνισαν μέτρια συνάφεια με τη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης BDI κατά την κύηση και επιλόχειας κατάθλιψης EPDS (σε όλες τις υπό μέτρηση περιόδους). Στο σύνολο των ουδέτερων απαντήσεων στη συνέντευξη έξι μήνες μετά τον τοκετό καταγράφηκε μέτρια αρνητική συσχέτιση με τις διαστάσεις της κατάθλιψης και του άγχους της κλίμακας SCL-90-R κατά τη μέτρηση της κύησης και του εξαμήνου. Επίσης, εμφανίστηκε μέτρια αρνητική συσχέτιση και με τις κλίμακες κατάθλιψης BDI και EPDS για τις ίδιες περιόδους (κύηση, εξάμηνο), καθώς και με τη διάσταση του δομικού άγχους (STAI) για τις περιόδους της κύησης και της λοχείας (βλ. Παράρτημα Πινάκων, Πίνακας 96).

E. Συγκρίσεις τακτικών τιμών

Στη συνέχεια, θα διερευνηθούν οι διαφορές των τακτικών τιμών στις κλίμακες των συμπτωμάτων για τις διαφορετικές κατηγορίες των μεταβλητών που εξήχθησαν από την συνέντευξη με τις γυναίκες του δείγματος. Αρχικά, χρειάζεται να ληφθεί υπ' όψη ο μικρός αριθμός του συνολικού δείγματος. Επιπλέον, όπως φάνηκε και στο προηγούμενο υποκεφάλαιο, από τις εννέα διαστάσεις της κλίμακας SCL-90-R, οι έξι (ψυχαναγκασμοί-καταναγκασμοί, άγχος, θυμός-επιθετικότητα, φοβικό άγχος, παρανοειδής ιδεασμός, ψυχωτισμός) εμφάνισαν διασπορές σημαντικά διαφορετικές από την κανονική σε κάποια ή και σε όλες τις χρονικές μετρήσεις (πριν τη κύηση, κατά την κύηση, κατή τη λοχεία, έξι μήνες μετά). Το εύρημα αυτό οδηγεί στο να προκριθούν μη παραμετρικά κριτήρια στη σύγκριση των τακτικών τιμών, καθώς φαίνεται ότι δεν πληρούνται σε όλες τις μετρήσεις τα κριτήρια της κανονικότητας (κριτήριο *Mann-*

Whitney U για δύο δείγματα, κριτήριο *Kruskal-Wallis H* για περισσότερα από δύο δείγματα). Οι συγκρίσεις των τακτικών τιμών θα διενεργηθούν με βάση τις ομάδες των υποθέσεων που παρουσιάστηκαν προηγουμένως.

Ε.1. Σύγκριση τακτικών τιμών κλιμάκων συμπτωμάτων, με βάση το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό

Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 24) παρουσιάζονται όλες οι σημαντικές διαφορές στις τακτικές τιμές των κλιμάκων των συμπτωμάτων ανάλογα με την ύπαρξη ή την απουσία προβλημάτων στην παιδική ηλικία των γυναικών που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα. Σε γενικές γραμμές, παρατηρείται αύξηση των ψυχαναγκαστικών-καταναγκαστικών συμπτωμάτων, στο σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και στον δείκτη ενασχόλησης με τα θετικά συμπτώματα και για τις τρεις φάσεις της έρευνας. Επιπλέον, οι γυναίκες με προβλήματα στην παιδική τους ηλικία φαίνεται να εμφανίζουν περισσότερη διαπροσωπική ευαισθησία πριν και κατά τη διάρκεια της κύησης, αλλά και μεγαλύτερο βαθμό παρανοειδή ιδεασμού πριν, κατά την κύηση και στη λοχεία. Αναφέρουν μεγαλύτερο βαθμό κατάθλιψης κατά την περίοδο της κύησης και λοχείας, καθώς και περισσότερο δομικό άγχος μετά τη γέννηση του παιδιού τους (λοχεία, εξάμηνο). Επηρεάζονται περισσότερο από τα αρνητικά γεγονότα ζωής κατά την περίοδο της κύησης, ενώ αναφέρουν περισσότερες δυσκολίες στην αλληλεπίδραση με το μωρό τους, όταν έχουν περάσει ήδη 6 μήνες από τη γέννησή του.

Πίνακας 24. Έλεγχος με το κριτήριο *U* της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες της έρευνας ως προς την ύπαρξη προβλημάτων στην παιδική τους ηλικία

Κλίμακες	Απουσία (n=23)	Παρουσία (n=14)	Mann Whitney <i>U</i>	<i>Z</i>
SCL-90-R				
Ψυχαναγκασμός- Καταναγκασμός (κύηση)	16,07	23,82	228,500	2,12*
Ψυχαναγκασμός- Καταναγκασμός (λοχεία)	15,80	24,25	234,500	2,31*
Ψυχαναγκασμός- Καταναγκασμός (6μηνο)	15,28	25,11	246,500	2,69**
Διαπροσωπική ευαισθησία	15,11	25,39	250,500	2,82**
Διαπροσωπική ευαισθησία (6μηνο)	14,76	25,96	258,500	3,07**
Άγχος (6μηνο)	15,98	23,96	230,500	2,21*
Θυμός-Επιθετικότητα (πριν)	16,17	23,64	226	2,07*
Παρανοειδής ιδεασμός	15,48	24,79	242	2,61**
Παρανοειδής ιδεασμός	15,35	25	241	2,70**
Παρανοειδής ιδεασμός	16,13	23,71	227	2,26*
Σύνολο Θετικών	16,26	23,50	225	2,01*
Σύνολο Θετικών	16,22	23,57	230,500	2,18*
Σύνολο Θετικών	16,28	23,46	223,500	1,96*
Δείκτης Ενασχόλησης Θετικών Συμπτωμάτων	15,65	24,50	224	1,98*
Δείκτης Ενασχόλησης Θετικών Συμπτωμάτων	15,35	25	245	2,63**
Δείκτης Ενασχόλησης Θετικών Συμπτωμάτων (λοχεία)	16,11	23,75	227,500	2,09*
Δείκτης Ενασχόλησης Θετικών Συμπτωμάτων	15,83	24,41	234	2,29*
EPDS				
Επιλόχεια κατάθλιψη	16,28	23,46	223,500	1,97*
Επιλόχεια κατάθλιψη	16,28	23,46	223,500	1,97*
STAI				
Δομικό άγχος (λοχεία)	16,02	23,89	229,500	2,19*

<i>Δομικό άγχος (6μηνο)</i>	15,91	24,07	232	2,23*
Γεγονότα Ζωής				
<i>Βαθμός επιρροής από</i>	16,09	23,79	228	2,11*
<i>αρνητικά γεγονότα</i>				
Brisbane				
<i>Στο 6μηνο</i>	16,17	23,64	226	2,05*

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

Σύμφωνα με την ανάλυση περιεχομένου, τα προβλήματα που αντιμετώπισαν οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα κατά την παιδική τους ηλικία, αφορούν ως επί το πλείστον, τις δυσκολίες στις σχέσεις με τους γονείς. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες βίωσαν δυσάρεστες στιγμές μεγαλώνοντας, εξαιτίας της απόμακρης συναισθηματικής στάσης των γονιών, της απουσίας επικοινωνίας, τρυφερότητας, των εντάσεων, της πολύωρης απουσίας λόγω εργασίας, αλλά ταυτόχρονα και της μη συναισθηματική διαθεσιμότητας, αλλά και εξ αιτίας συγκρούσεων και εντάσεων στη σχέση μεταξύ των γονέων. Αναφέρθηκαν περιπτώσεις που οι γονείς πήραν διαζύγιο, αλλά και περιπτώσεις που υπήρξε βία και σωματική κακοποίηση των γονιών προς το παιδί, αλλά και των γονιών μεταξύ τους. Επίσης, αναφέρθηκαν περιπτώσεις που οι γονείς αντιμετώπιζαν ενδεχομένως προβλήματα ψυχικής υγείας, χωρίς να είχαν διαγνωσθεί (παραδείγματος χάρι, από το αγχώδες ή το καταθλιπτικό φάσμα). Τέλος, υπήρξαν γυναίκες που ανέφεραν σοβαρά ιατρικά προβλήματα για τις ίδιες, όταν ήταν παιδιά ή και για τους γονείς, που σε μία περίπτωση οδήγησε σε θάνατο της μητέρας (βλ. παρακάτω, γεγονότα ζωής).

Η αντίληψη που είχαν οι γυναίκες για τη σχέση τους με τον πατέρα τους όσο ήταν παιδιά ελέγχθηκε, στη συνέχεια. Βρέθηκε σημαντική διαφοροποίηση μόνο για τη διάσταση του θυμού-επιθετικότητας. Οι γυναίκες που αναφέρουν αρνητική σχέση με τον πατέρα τους αναφέρουν σαφώς και υψηλότερους βαθμούς θυμού-επιθετικότητας, σε σχέση με εκείνες που αναφέρουν θετική ή ακόμα και θετικά και αρνητικά χαρακτηριστικά στη σχέση. Η διαφοροποίηση αυτή εμφανίζεται και στις τρεις φάσεις της μέτρησης (Πίνακας 25). Αντιθέτως, ο έλεγχος που διενεργήθηκε ως προς την αντίληψη που είχαν οι γυναίκες για τη σχέση τους με τη μητέρα τους δεν παρουσίασε κάποια σημαντική διαφοροποίηση στους μέσους όρους των συμπτωμάτων, σε καμία από τις κλίμακες που μελετώνται.

Πίνακας 25. Έλεγχος με το κριτήριο *Kruskal-Wallis* της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις ερωτήσεις της συνέντευξης ως προς την εκτίμηση της σχέσης με τον πατέρα όταν η γυναίκα ήταν παιδί

Κλίμακες	Θετική (n=16)	Αρνητική (n=10)	Θετική & Αρνητική (n=11)	<i>Kruskal- Wallis</i> (<i>B.E.</i> 2)
SCL-90-R				
<i>Θυμός-Επιθετικότητα</i>	19,72	24,45 _α	13,00 _α	6,12*
<i>Θυμός-Επιθετικότητα</i>	16,66 _{α,β}	27,35 _β	14,82 _α	8,67*
<i>Θυμός-Επιθετικότητα</i>	17,78	26,45 _α	14,00 _α	7,57*

* $p < 0,05$.

Σημείωση: Οι μέσοι όροι με ίδιους δείκτες εμφανίζουν διαφορές ανά ζεύγη ($p < 0,05$).

Τα αποτελέσματα από την ανάλυση περιεχομένου για την εκτίμηση της σχέσης με τον πατέρα όταν η γυναίκα ήταν παιδί, δείχνουν ότι το 27% των γυναικών του δείγματος ($n=10$) εκτιμούν ότι η σχέση με τον πατέρα τους ήταν αρνητική κατά τη διάρκεια των παιδικών τους χρόνων, το 43,2% ($n=16$) εκτιμούν τη σχέση ως θετική, ενώ το 29,7% ($n=11$) προσδίδει στη σχέση θετικά και αρνητικά χαρακτηριστικά. Οι θεματικές που αντανakλούν τη θετική σχέση με τον πατέρα με φθίνουσα σειρά συγκέντρωσης απαντήσεων είναι α) η αμοιβαία αδυναμία πατέρα – κόρης, β) η καλή επικοινωνία (απουσία επιτακτικότητας, συζήτηση), γ) η μεγάλη συμμετοχή του πατέρα στη φροντίδα και τη διαπαιδαγώγηση, δ) η τρυφερότητα και η υποστήριξη, που συγκεντρώνουν ίδιο αριθμό κωδικοποιήσεων. Οι θεματικές στις οποίες εντοπίζεται η αρνητική σχέση με τον πατέρα κατά τη διάρκεια των παιδικών χρόνων είναι α) απόμακρη – χωρίς επικοινωνία σχέση, β) η αυστηρότητα του πατέρα και γ) οι διαφωνίες και οι καβγάδες. Στον (Πίνακας 26) καταγράφονται ενδεικτικές απαντήσεις των γυναικών ανά θεματική κατηγορία.

Πίνακας 26. Ενδεικτικές Απαντήσεις των Γυναικών για την Εκτίμηση της Σχέσης με τον Πατέρα όταν η γυναίκα ήταν παιδί

Θεματική Κατηγορία	Ενδεικτικές Απαντήσεις
Θετική σχέση	
Αμοιβαία αδυναμία πατέρα – κόρης	«...του πατέρα μου του είχα φοβερή αδυναμία όταν ήμουνα μικρή, εμμ, ντάξει μετά κι αυτός μου έχει φοβερή αδυναμία...»
Καλή επικοινωνία – απουσία επιτακτικότητας	«...δηλαδή πάντα μέσω του διαλόγου πολλές φορές μου εξηγούσε και καταλάβαινα, δηλαδή το καταλάβαινα το γιατί μου έλεγε όχι»
Μεγάλη συμμετοχή του πατέρα στη φροντίδα και τη διαπαιδαγώγηση	«...γνώριζε τα πάντα, δηλαδή φρόντιζε να τον ενημερώνει τι συμβαίνει στο σπίτι μ' εμάς, δεν ήτανε αποστασιοποιημένος, τον ενδιέφερε...»
Τρυφερότητα	«Μια σχέση αγάπης, πολύ τρυφερός, γιατί ο μπαμπάς μου είναι πολύ τρυφερός.»
Υποστήριξη	«...ο μπαμπάς ήταν πάντα δίπλα μας.»
Αρνητική σχέση	
Απόμακρη – χωρίς επικοινωνία σχέση.	«Ο μπαμπάς γυρνούσε σπίτι δεν είχε ιδιαίτερη επαφή, δεν ήξερε πώς να έρθει σε επαφή μαζί μου να επικοινωνήσει. Δεν ήταν απ' τους μπαμπάδες που θα παίζει με τα παιδιά του ιδιαίτερα. Ε και μετά όσο μεγάλωνα εγώ δεν είχα και ιδιαίτερη επικοινωνία μαζί του.»
Αυστηρότητα	«Γενικά ο μπαμπάς μου ήταν πολύ αυστηρός»
Διαφωνίες και καβγάδες	«...όσο ήμουνα παιδί οι σχέσεις μας ήταν πολύ τεταμένες...»

Στον Πίνακα 27 παρουσιάζονται οι σημαντικές διαφορές στις διαστάσεις των συμπτωμάτων των κλιμάκων, ως προς την αντίληψη των γυναικών για την ύπαρξη ή όχι συναισθηματικής υποστήριξης από τον πατέρα τους. Εντοπίζεται σημαντική διαφοροποίηση κυρίως στις απαντήσεις που δίνουν οι γυναίκες έξι μήνες μετά τη γέννηση του παιδιού τους. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που βίωσαν τον πατέρα τους στερητικό ως προς την συναισθηματική του υποστήριξη, αναφέρουν υψηλότερα

ψυχαναγκαστικά-καταναγκαστικά, καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα (δομικό άγχος) στη μέτρηση που διεξήχθη στους έξι μήνες μετά τον τοκετό.

Πίνακας 27. Έλεγχος με το κριτήριο *U* της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις ερωτήσεις της συνέντευξης ως προς την ύπαρξη συναισθηματικής υποστήριξης από τον πατέρα τους

Κλίμακες	Απουσία (n=11)	Παρουσία (n=26)	Mann Whitney <i>U</i>	Z
SCL-90-R				
Ψυχαναγκασμός-Καταναγκασμός	25,50	16,25	71,500	-2,39*
Ψυχαναγκασμός-Καταναγκασμός	24,45	16,69	83,000	-2,00*
Διαπροσωπική ευαισθησία (6μηνο)	25,18	16,38	75,000	-2,29*
Κατάθλιψη (6μηνο)	25,41	16,29	72,500	-2,34*
Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων	24,41	16,71	225,000	2,01*
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	24,41	16,71	224,000	1,98*
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	25,00	16,46	77,000	-2,19*
BDI				
Κατάθλιψη (6μηνο)	25,55	16,23	71,000	-2,41*
STAI				
Δομικό άγχος (6μηνο)	26,45	15,85	61,000	-

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

Τα αποτελέσματα από την ανάλυση περιεχομένου για την παρουσία συναισθηματικής υποστήριξης από τον πατέρα όταν η γυναίκα ήταν παιδί, δείχνουν ότι ένα ποσοστό 70,3% ($n=26$) των γυναικών αναφέρουν ότι ένιωθαν συναισθηματική υποστήριξη από τον πατέρα τους, ενώ το 29,7% ($n=11$) δεν εισέπρατταν συναισθηματική υποστήριξη από αυτόν. Στον Πίνακα 28 καταγράφονται ενδεικτικές απαντήσεις των γυναικών.

Πίνακας 28. Ενδεικτικές Απαντήσεις των Γυναικών για την Παρουσία Συναισθηματικής Υποστήριξης από τον Πατέρα στην Παιδική Ηλικία

Θεματική Κατηγορία	Ενδεικτικές Απαντήσεις
Παρουσία Συναισθηματικής Υποστήριξης	«...Ναι, πάρα πολύ, ό,τι και να συνέβαινε, ... κι ας έλειπε ώρες, σίγουρα γνώριζε τα πάντα...»

**Απουσία Συναισθηματικής
Υποστήριξης**

«Σαν παιδί- παιδί δεν τον έβλεπα πάρα πολύ γιατί ο πατέρας μου δούλευε σε δύο δουλειές. Είχαμε κάποια σχέση, όχι πολύ δεμένη, όχι πολύ δυνατή.»

Οι γυναίκες που βίωσαν τις μητέρες τους ως συναισθηματικά απύσες ανέφεραν περισσότερα συμπτώματα παρανοειδούς ιδεασμού, σε σχέση με εκείνες που τις βίωσαν ως παρούσες ή έστω εκτιμούν ότι έλαβαν συναισθηματική υποστήριξη, παρ' όλο που δεν ήταν αυτή που επιθυμούσαν. Επιπλέον, φαίνεται ότι επηρεάζονται περισσότερο από τα αρνητικά γεγονότα ζωής, όπως παρουσιάζονται στις μετρήσεις που διεξήχθησαν στην περίοδο της κύησης και της λοχείας (Πίνακας 29).

Πίνακας 29. Έλεγχος με το κριτήριο Kruskal-Wallis της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις ερωτήσεις της συνέντευξης ως προς την ύπαρξη συναισθηματικής υποστήριξης από τη μητέρα τους

Κλίμακες	Απουσία (n=5)	Παρουσία (n=23)	Όχι, όπως θι ήθελε (n=9)	Kruskal-Wallis (B.E. 2)
SCL-90-R				
Διαπροσωπική ευαισθησία (πριν)	28,30 _α	15,15 _α	23,67	8,38*
Θυμός-Επιθετικότητα (πριν)	29,90 _α	16,30 _α	19,83	6,79*
Παρανοειδής ιδεασμός (λοχεία)	30,10 _{α,β}	17,80 _α	15,89 _β	7,50*
Γεγονότα ζωής				
Βαθμός επιρροής από αρνητικά γεγονότα (κύηση)	31,30 _α	16,67 _α	18,11	7,64*
Βαθμός επιρροής από αρνητικά γεγονότα (λοχεία)	30,20 _α	16,43 _α	19,33	6,72*

* $p < 0,05$

Τα αποτελέσματα από την ανάλυση περιεχομένου για την παρουσία συναισθηματικής υποστήριξης από τη μητέρα όταν η γυναίκα ήταν παιδί δείχνουν ότι το 62,2% των γυναικών του δείγματος (n=23) εισέπρατταν συναισθηματική υποστήριξη από τη μητέρα τους, το 24,3% (n=9) ένιωθαν συναισθηματική

υποστήριξη, όχι όμως ικανοποιητική (όχι με τον τρόπο που θα ήθελαν), ενώ το 13,5% ($n=5$) δεν εισέπρατταν συναισθηματική υποστήριξη από τη μητέρα. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που δεν εισέπραξαν υποστήριξη αναφέρουν ότι οι μητέρες δεν τις αποδοκίμαζαν για τις επιλογές τους, ήταν επικριτικές και όχι ενθαρρυντικές, αυστηρές, απόλυτες και συναισθηματικά απόμακρες, ή από την άλλη δεν δέχονταν την αδυναμία των παιδιών. Στον Πίνακα 30 καταγράφονται ενδεικτικές απαντήσεις των γυναικών για την παρουσία συναισθηματικής υποστήριξης από τη μητέρα όταν η γυναίκα ήταν παιδί.

Πίνακας 30. Ενδεικτικές Απαντήσεις των Γυναικών για την παρουσία συναισθηματικής υποστήριξης από τη μητέρα όταν η γυναίκα ήταν παιδί

Θεματική Κατηγορία	Ενδεικτικές Απαντήσεις
Παρουσία Συναισθηματικής Υποστήριξης	«Ναι, ναι πάρα πολύ και ακόμα και τώρα.»
Απουσία Συναισθηματικής Υποστήριξης	«...αντί να έρθει και να με στηρίζει εκείνη την ώρα..Ήθελα να ακούσω... κάτι παρηγορητικό που η μαμά μου δεν το έλεγε ποτέ...»

Επίσης, η εκτίμηση που είχαν οι γυναίκες για τη σχέση μεταξύ των γονέων τους φάνηκε να διαφοροποιεί τις απαντήσεις στη διάσταση της διαπροσωπικής ευαισθησίας και πριν την κύηση ($U=95,500$ $Z=-2,24$ $p<,05$), αλλά και κατά τη διάρκεια αυτής ($U=99,000$ $Z=-2,13$ $p<,05$). Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που διέθεταν αρνητική εκτίμηση για τη σχέση μεταξύ των γονέων τους κατά την παιδική τους ηλικία ανέφεραν μεγαλύτερο βαθμό διαπροσωπικής ευαισθησίας και πριν την κύηση ($T.T.$ 23,53) και κατά τη διάρκεια αυτής ($T.T.$ 23,31), σε σύγκριση με τις γυναίκες που διέθεταν θετική εκτίμηση για τη σχέση των γονέων τους στις αντίστοιχες φάσεις της έρευνας (πριν την κύηση: $T.T.$ 15,55 κατά την κύηση: $T.T.$ 15,71).

Τα αποτελέσματα από την ανάλυση περιεχομένου των απαντήσεων των γυναικών για την εκτίμηση της σχέσης των γονιών στα παιδικά χρόνια, δείχνουν ότι το 56,8% των γυναικών του δείγματος ($n=21$) εκτιμούσαν ότι οι γονείς τους είχαν καλή σχέση μεταξύ τους, ενώ το 47,2% ($n=16$) εκτιμούσαν τη σχέση των γονιών ως

αρνητική. Οι θεματικές που αντανακλούν τη θετική εκτίμηση της σχέσης των γονιών με φθίνουσα σειρά συγκέντρωσης απαντήσεων είναι, α) αγαπημένοι (ισορροπημένη σχέση, χωρίς εντάσεις, με συμφωνία και αλληλοϋποστήριξη) και β) ύπαρξη ήπιων διαπληκτισμών, που εκλαμβάνεται ως φυσιολογική και αναμενόμενη στα ζευγάρια. Οι θεματικές που αντανακλούν την αρνητική εκτίμηση της σχέσης των γονιών με φθίνουσα σειρά συγκέντρωσης απαντήσεων είναι α) παρουσία σοβαρών εντάσεων (έντονοι και συχνοί διαπληκτισμοί, εχθρότητα, απουσία σεβασμού, διαφωνία στη λήψη αποφάσεων, σωματική βία), β) συγκαταβατική – συμβιβασμένη σχέση (οι γονείς έμεναν μαζί «τυπικά», απουσία τρυφερότητας, απουσία υποστήριξης), γ) διαζευγμένοι, δ) η μητέρα απαξίωνε τον πατέρα. Στον Πίνακα 31 καταγράφονται ενδεικτικές απαντήσεις των γυναικών για την εκτίμηση της σχέσης των γονιών στα παιδικά χρόνια.

Πίνακας 31. Ενδεικτικές απαντήσεις των γυναικών για την εκτίμηση της σχέσης των γονιών στα παιδικά χρόνια

Θεματική Κατηγορία	Ενδεικτικές Απαντήσεις
Θετική σχέση γονιών	
Αγαπημένοι	<i>«Γενικά πάντα και μέχρι σήμερα είναι πολύ αγαπημένο ζευγάρι, είναι αγαπημένοι.»</i>
Ύπαρξη ήπιων διαπληκτισμών	<i>«Γενικώς ήταν... είναι ένα αγαπημένο ζευγάρι και σαν τα φυσιολογικά ζευγάρια είχαν και τα καβγαδάκια τους- αστεία καβγαδάκια δηλαδή.»</i>
Αρνητική σχέση γονιών	
Παρουσία σοβαρών εντάσεων	<i>«Πάντα ήτανε χάλια η σχέση των γονιών μου. Ε γενικότερα το θέμα ήτανε, είναι ο πατέρας μου. Πάντα υπήρχανε εντάσεις, ε ζύλο, φωνές συνέχεια, δηλαδή εμείς έτσι μεγαλώσαμε.»</i>
Συγκαταβατική – συμβιβασμένη σχέση	<i>«...έχει πολλούς συμβιβασμούς η σχέση τους, πιστεύω ότι επίσης έχει πολλά θέματα που ποτέ δε δουλέψανε, όπως πάλι οι περισσότερες σχέσεις, δηλαδή</i>

πολλά ζητήματα που προκύψανε κατά την πορεία της κοινής τους ζωής, που δεν τα διαχειριστήκανε, δεν τα δουλέψανε, υπάρχουν αυτά τα θέματα έτσι κάτω απ' το χαλάκι. Θεωρώ ότι δεν ήταν τόσο αλληλο-υποστηρικτικοί...»

Διαζευγμένοι

«...Είμαι παιδί χωρισμένων γονιών και ίσως και αυτό έχει παίζει μεγάλο ρόλο στο ότι ήθελα να παντρευτώ νωρίς και να κάνω οικογένεια.»

Η μητέρα απαξιώνει τον πατέρα

«Αλλά δεν ήτανε κι ωραία εικόνα έτσι, δεν έδινε και πολύ ωραία ισορροπία, έδειχνε σαν να τον παραγκωνίζει, σαν να τον κάνει να φαίνεται υποδεέστερος.»

Οι εκτιμήσεις των εγκύων για την εκτίμηση του εαυτού τους ως μητέρας δεν επηρεάζουν σημαντικά την εμφάνιση συμπτωμάτων στις κλίμακες της έρευνας. Μικρή διαφορά σημειώθηκε μόνο στη διάσταση της σωματοποίησης κατά την περίοδο της λοχείας (*Kruskal-Wallis* $H=8,81$ $p<,05$), οπότε και οι γυναίκες που αποδίδουν αρνητικά χαρακτηριστικά στις αναπαραστάσεις του εαυτού τους (*T.T* 27,45) σωματοποιούν σε μεγαλύτερο βαθμό ($\Delta\check{R}=-12,38$ $p<,05$), σε σύγκριση με τις γυναίκες που διαθέτουν θετική αναπαράσταση του εαυτού τους ως μητέρας (*T.T.* 15,07).

Τα αποτελέσματα από την ανάλυση περιεχομένου των απαντήσεων των γυναικών για την εκτίμηση του εαυτού τους ως μητέρας δείχνουν οι γυναίκες που φαντάζονται ότι θα είναι «καλές» μητέρες, περιγράφουν ότι θα δίνουν αγάπη και φροντίδα στο παιδί τους, ότι έχουν την πρόθεση να δώσουν το καλύτερο δυνατό στο παιδί τους, αλλά και να ενθαρρύνουν την ανεξαρτητοποίησή του. Οι γυναίκες που φαντάζονται με αρνητικά χαρακτηριστικά τον εαυτό τους ως μητέρα, ανησυχούν ότι θα είναι υπερπροστατευτικές και αγχώδεις, θα έχουν υψηλές απαιτήσεις από το παιδί, και θα αυστηρές. Στον Πίνακα 32 καταγράφονται ενδεικτικές απαντήσεις των εγκύων για την εκτίμηση του εαυτού τους ως μητέρας.

Πίνακας 32. Εκτιμήσεις των εγκύων του εαυτού τους ως μητέρας

Θεματική Κατηγορία	Ενδεικτικές Απαντήσεις
Θετική εκτίμηση	<i>«Βασικά πολύ έτσι στοργική και φροντιστική με το μωρό.»</i>
Αρνητική εκτίμηση	<i>«Γιατί έχω αυτό το θέμα ούτως ή άλλως με τον εαυτό μου, των υψηλών απαιτήσεων, είμαι σίγουρη ότι αυτό το κομμάτι θα μεταδοθεί, ήδη δηλαδή όλα αυτά που σκέφτομαι ξέρω ότι μπορεί να είναι υπερβολικά να τα σκέφτομαι για ένα παιδάκι που ακόμα θα έρθει στα χέρια μου νεογέννητο.»</i>

Στη συνέχεια, ελέγχθηκε η ύπαρξη ή όχι αναπαραστάσεων για το παιδί τους, πριν αυτό γεννηθεί. Εντοπίστηκαν οριακές διαφορές ως προς τις απαντήσεις τους στις διαστάσεις των κλιμάκων συμπτωμάτων (Πίνακας 33). Συγκεκριμένα, εντοπίστηκε υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση του ψυχαναγκασμού-καταναγκασμού κατά τη διάρκεια της κύησης των γυναικών που δεν διέθεταν αναπαράσταση για το παιδί τους, σε σχέση με εκείνες που διέθεταν. Παρομοίως, στην περίοδο της λοχείας οι γυναίκες που ανέφεραν απουσία αναπαραστάσεων εμφάνισαν και υψηλότερους μέσους όρους στις απαντήσεις τους στη διάσταση για τον παρανοειδή ιδεασμό. Τέλος, στην περίοδο των έξι μηνών μετά τη γέννα οι γυναίκες που αναφέρουν αναπαραστάσεις για το παιδί τους παρουσιάζουν και χαμηλότερο βαθμό φοβικού άγχους.

Πίνακας 33. Έλεγχος με το κριτήριο *U* της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις ερωτήσεις της συνέντευξης ως προς την ύπαρξη αναπαράστασης για το παιδί τους

Κλίμακες	Απουσία (n=11)	Παρουσία (n=26)	Mann Whitney <i>U</i>	<i>Z</i>
SCL-90-R				
Ψυχαναγκασμός-Καταναγκασμός (κύηση)	13,55	21,31	203,000	2,00*
Παρανοειδής ιδεασμός (λοχεία)	13,09	21,50	208,000	2,36*
Φοβικό άγχος (δμηνο)	13,36	21,38	205,000	2,37*

* $p < 0,05$

Τα αποτελέσματα από την ανάλυση περιεχομένου των αναπαραστάσεων των γυναικών για το παιδί τους πριν τον τοκετό δείχνουν ότι το 70,3% ($n=26$) των εγκύων φαντάζονταν το παιδί τους πριν αυτό γεννηθεί, ενώ το 29,7% ($n=11$) δεν είχαν κάποια αναπαράσταση για αυτό. Οι απαντήσεις των γυναικών που αντανακλούν την παρουσία αναπαράστασης αφορούν κυρίως την εξωτερική εμφάνιση του παιδιού, την ομοιότητά του με κάποιον από τους δύο γονείς, με την απόδοση θετικών χαρακτηριστικών να κυριαρχούν, και λιγότερο την προσωπικότητα και τον χαρακτήρα του παιδιού. Οι απαντήσεις των γυναικών που δεν έχουν κάποια αναπαράσταση του παιδιού, αντανακλούν την δυσκολία των γυναικών να φανταστούν το παιδί τους, παρόλο που προσπαθούν, την προτεραιότητα που δίνουν στην υγεία του παιδιού, θεωρώντας όλα τα άλλα ήσσονος σημασία, αλλά και στη συνειδητή συγκράτηση των γυναικών, είτε για να μην απογοητευθούν σε σχέση με την προσδοκία τους από μια δυσάρεστη έκβαση, είτε τέλος επειδή επιθυμούν μια έκπληξη. Στον Πίνακα 34 καταγράφονται ενδεικτικές απαντήσεις των γυναικών για την παρουσία ή απουσία αναπαράστασης του παιδιού πριν τον τοκετό.

Πίνακας 34. Ενδεικτικές απαντήσεις των γυναικών για την παρουσία ή απουσία αναπαράστασης του παιδιού πριν τον τοκετό

Θεματική Κατηγορία	Ενδεικτικές Απαντήσεις
Παρουσία Αναπαράστασης	«...το φαντάζομαι σαν τον σύντροφο μου όταν ήτανε μικρός. Ε, δηλαδή, έχω αυτή την εικόνα στο μυαλό μου. Εμμ ναι

προσπαθώ συνέχεια να το οπτικοποιήσω, γιατί αυτό μου δίνει χαρά.»

Απουσία Αναπαράστασης

«Οπτικά, όχι... λόγω πρώτον του άγχους που είχα, δεν άφηνα τον εαυτό μου σε όλη τη διαδικασία της εγκυμοσύνης να φανταστεί μωρό ή πράγματα μωρού, οπότε δεν ήθελα να έχω καμία εικόνα, μην γίνει κάτι και εγώ έχω φτιάξει έναν ολόκληρο κόσμο με το μωρό αυτό κι αυτό αργότερα δεν θα ισχύει.»

Παράλληλα, η εκτίμηση της εγκύου για την άντληση ικανοποίησης της μητέρας της από τη μητρότητα, διαφοροποίησε τις απαντήσεις των γυναικών, όσον αφορά στην κλίμακα της κατάθλιψης του Beck κατά την κύηση (*Kruskal-Wallis* $H=6,94$ $p<,05$). Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που θεωρούν ότι η μητέρα τους είχε αμφιθυμία (αποδίδουν σε αυτήν θετικά και αρνητικά συναισθήματα) για τη μητρότητα παρουσιάζουν και υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (*T.T.* 30,00) από εκείνες που δίνουν αρνητικές απαντήσεις (*T.T.* 13,86) ($\Delta\check{R}=-16,14$ $p<,05$). Επίσης, η εκτίμηση της εγκύου για την ικανοποίηση της μητέρας της από τη μητρότητα, διαφοροποίησε τις απαντήσεις των γυναικών, όσον αφορά στην κλίμακα της εκτίμησης γεγονότων ζωής κατά τη λοχεία (*Kruskal-Wallis* $H=7,00$ $p<,05$). Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που θεωρούν ότι η μητέρα τους είχε αμφιθυμία για τη μητρότητα, αναφέρουν μικρότερη επιρροή από τα θετικά γεγονότα ζωής (*T.T.* 7,20), σε σχέση με εκείνες που εκτιμούν ότι η μητέρα τους αντλούσε ικανοποίηση από τη μητρότητα (*T.T.* 20,96) ($\Delta\check{R}=13,76$ $p<,05$).

Από την ανάλυση περιεχομένου βλέπουμε το 67,6% των γυναικών του δείγματος ($n=25$) περιγράφουν ότι μητέρα τους ήταν χαρούμενη που ήταν μητέρα, το 18,9 ($n=7$) θεωρούν ότι η μητέρα τους δεν ήταν χαρούμενη που ήταν μητέρα, και τέλος 13,5% ($n=5$) θεωρεί ότι η μητέρα τους ήταν άλλοτε χαρούμενη και άλλοτε όχι ως προς τη μητρότητα. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που ένιωθαν ότι η μητέρα τους χαιρόταν που ήταν μητέρα, περιγράφουν τη μητέρα τους αφοσιωμένη και έκδηλα χαρούμενη με τη μητρότητα και τα παιδιά της. Οι γυναίκες που ένιωθαν ότι η μητέρα τους δεν ήταν

χαρούμενη με τη μητρότητα, περιγράφουν ότι η μητέρα τους είχε άγχος ή και κατάθλιψη, ότι ένιωθε ιδιαίτερα ανασφαλής και πιεσμένη με τις ευθύνες και δυσκολευόταν να ανταπεξέλθει, ότι δεν επιθυμούσε τα παιδιά της. Στον Πίνακα 35 καταγράφονται ενδεικτικές απαντήσεις των εγκύων για την άντληση χαράς των μητέρων τους από τη μητρότητα.

Πίνακας 35. Ενδεικτικές απαντήσεις των εγκύων για την άντληση χαράς των μητέρων τους από τη μητρότητα

Θεματική Κατηγορία	Ενδεικτικές Απαντήσεις
Η μητέρα ήταν χαρούμενη που ήταν μητέρα	<i>«Ναι, ναι. Ήταν για το μοναδικό που δε μετάνιωσα που παντρεύτηκε μικρή ακόμα και τώρα το λέει..»</i>
Η μητέρα δεν ήταν χαρούμενη που ήταν μητέρα	<i>« Όχι. Δε θεωρώ ότι ήθελε να κάνει ούτε τρία παιδιά που έκανε και μάλιστα εκ των υστέρων, που δεν ήθελα να το μάθω, γιατί κανένα παιδί δε θέλει να το μάθει, μου είπε ότι δεν ήθελε να με κάνει εμένα. Τουλάχιστον όχι την εποχή που της έτυχα, γιατί δεν ήτανε μία προγραμματισμένη εγκυμοσύνη, ήτανε μία εγκυμοσύνη που έτυχε, και η πρώτη και η δεύτερη. Και μάλιστα είχε και μία αποβολή στο πρώτο παιδάκι. (αναστενάζει) Εγώ ήρθα αμέσως μετά..., αλλά δεν το περίμενε ότι θα μείνει έγκυος και μου 'χε πει μάλιστα ότι προσπάθησε και, έμμεσα, κάνοντας δουλειές ας πούμε στο σπίτι πιο βαριές, να με ρίξει. Και αυτό επίσης δε βοηθάει την αυτοεκτίμησή μου (γελάει αμήχανα), είναι ένα ακόμα κομμάτι που δε θέλω να ξέρω....»</i>
Αμφιθυμία για τη μητρότητα	<i>«Μέσα στα φυσιολογικά πλαίσια αλλά ναι ήταν... δεν ήταν τόσο εκδηλωτική οπότε... ή ότι ξέρω 'γω κάποιες φορές είχα την αίσθηση ότι,</i>

ότι και αν κάνω δεν είναι ευχαριστημένη, οπότε έψαχνα λίγο την επιβεβαίωση. Και αυτό. Δηλαδή αυτό δε θέλω να επαναλάβω.»

Τέλος, οι συγκρίσεις των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών στις κλίμακες της έρευνας ως προς τις μεταβλητές «Συναισθήματα και σκέψεις για το παιδί», «Περιγραφή της εμπειρίας ως γονιός», «Περιγραφή του εαυτού ως μητέρας κατά τη λοχεία» και «Περιγραφή του συζύγου ως πατέρα κατά τη λοχεία» δεν παρουσίασαν σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς τα στατιστικά κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν.

Οι απαντήσεις των γυναικών στις κλίμακες της έρευνας δεν επηρεάστηκαν σημαντικά από τον προγραμματισμό της σύλληψης. Μικρή διαφορά σημειώθηκε μόνο στον βαθμό επιρροής από αρνητικά γεγονότα κατά την περίοδο της κύησης (*Mann Whitney U=124,500 Z=1,99 p<,05*), οπότε και οι γυναίκες που ανέφεραν ότι δεν είχαν προγραμματίσει τη σύλληψη επηρεάζονταν σε μεγαλύτερο βαθμό (*T.T.=27,90*), σε σύγκριση με τις γυναίκες που είχαν προγραμματίσει τη σύλληψη (*T.T.=17,61*). Επίσης, η διαφορά που παρατηρήθηκε ανάμεσα στον βαθμό επιρροής των γυναικών από θετικά γεγονότα ζωής, όταν ερωτήθηκαν έξι μήνες μετά τον τοκετό, ήταν στατιστικώς σημαντική (*Mann Whitney U=21,500 Z=-2,61 p<,01*). Οι γυναίκες που ανέφεραν ότι είχαν προγραμματίσει τη σύλληψη, βίωναν σε μεγαλύτερο βαθμό (*T.T.=20,83*) τα θετικά γεγονότα, σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν είχαν προγραμματίσει τη σύλληψη (*T.T.=7,30*).

Η ύπαρξη ατομικού ιστορικού ψυχοπαθολογίας (κυρίως αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων) ελέγχθηκε σε σχέση με τις κλίμακες της παρούσας έρευνας. Παρατηρήθηκε διαφοροποίηση των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών που ανέφεραν ύπαρξη αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων στο παρελθόν (μεικτή παθολογία) και των απαντήσεων των γυναικών που δεν ανέφεραν την ύπαρξη κάποιου συμπτώματος. Στον Πίνακα 36 εμφανίζονται οι διαστάσεις των κλιμάκων όπου παρουσιάζονται οι διαφοροποιήσεις. Όσον αφορά στην περίοδο της

κύησης, οι γυναίκες που ανέφεραν αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα στο ιστορικό τους σημείωσαν μεγαλύτερη βαθμολογία, συγκριτικά με τις γυναίκες που δεν είχαν ιστορικό ψυχοπαθολογίας στη διάσταση "Θυμός- Επιθετικότητα" ($\Delta\check{R}=14,09$ $p<,05$), καθώς και στη διάσταση "Δομικό Άγχος" ($\Delta\check{R}=14,47$ $p<,05$). Όσον αφορά στην περίοδο της λοχείας, παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ($\Delta\check{R}=14,23$ $p<,05$) στη διάσταση "Παρανοειδής Ιδεασμός". Επιπλέον, στην περίοδο των έξι μηνών μετά τον τοκετό οι γυναίκες που παρουσίασαν καταθλιπτική και αγχώδη συμπτωματολογία σε προγενέστερη περίοδο της ζωής τους ανέφεραν μεγαλύτερο βαθμό άγχους, τόσο στην κλίμακα SCL-90-R ($\Delta\check{R}=14,60$ $p<,05$), όσο και στην κλίμακα STAI, (περιστασιακό άγχος) ($\Delta\check{R}=18,07$ $p<,01$), σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν παρουσίασαν ιστορικό ψυχοπαθολογίας. Τέλος, στην περίοδο των έξι μηνών μετά τον τοκετό οι γυναίκες που παρουσίασαν καταθλιπτική και αγχώδη συμπτωματολογία σε προγενέστερη περίοδο της ζωής τους, ανέφεραν μεγαλύτερο βαθμό ενασχόλησης θετικών συμπτωμάτων ($\Delta\check{R}=14,24$ $p<,05$), σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν παρουσίασαν ιστορικό ψυχοπαθολογίας, ενώ εκτιμούσαν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι το παιδί τους είναι ένα δύσκολο μωρό και ότι δυσκολεύονται να το ηρεμήσουν, συγκριτικά με τις γυναίκες που δεν ανέφεραν ιστορικό συμπτωματολογία ($\Delta\check{R}=14,46$ $p<,05$).

Πίνακας 36. Έλεγχος με το κριτήριο Kruskal-Wallis της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες της έρευνας ως προς την ύπαρξη ιστορικού ψυχοπαθολογίας

Κλίμακες	Κατάθλιψη (n=5)	Αγχώδης(n=6)	Μεικτή (n=5)	Απουσία (n=21)	Kruskall- Wallis (B.E. 3)
SCL-90-R					
Θυμός- Επιθετικότητα	21,70	23,17	28,90 _a	14,81 _a	8,72*
Παρανοειδής ιδεασμός (λοχεία)	25,00	20,92	28,90 _a	14,67 _a	11,06*
Άγχος (6μηνο)	23,20	25,42	28,50 _a	13,90 _a	11,70**

Δείκτης	25,10	22,58	28,50 _α	14,28 _α	10,14*
Ενασχόλησης					
Θετικών					
Συμπτωμάτων					
(6μηνο)					
STAI					
Δομικό άγχος	24,50	20,00	29,40 _α	14,93 _α	8,96*
Περιστασιακό άγχος	25,00	16,58	33,00 _α	14,93 _α	13,26**
(6μηνο)					
Brisbane					
6μηνο	20,50	22,42	29,60 _α	15,14 _α	8,26*

* $p < ,05$ ** $p < ,01$.

Σημείωση: Οι μέσοι όροι με ίδιους δείκτες εμφανίζουν διαφορές ανά ζεύγη ($p < 0,05$).

Η εικόνα των γυναικών για το σώμα τους εξετάστηκε στις συνεντεύξεις τους μέσα από δύο ερωτήματα, τα οποία αφορούσαν α) στα συναισθήματα για το σώμα τους και β) αντίληψη της εικόνας του σώματος. Δεν παρατηρήθηκαν ιδιαίτερες διαφορές ως προς τον βαθμό καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε καμία από τις σχετικές κλίμακες, σε σύγκριση με τον τρόπο που βίωναν (συναισθήματα) και αντιλαμβάνονταν (εικόνα) το σώμα τους οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα. Εξαίρεση αποτελούν οι απαντήσεις στην κλίμακα EPDS κατά τη φάση της περιόδου έξι μήνες μετά τον τοκετό. Οι γυναίκες ($n=12$), οι οποίες κατά τη λοχεία βιώνουν το σώμα τους με θετικό τρόπο (συναισθήματα για το σώμα), αναφέρουν χαμηλότερο βαθμό επιλόχειας κατάθλιψης ($T.T.=12,25$), συγκριτικά με εκείνες ($n=14$) που βιώνουν το σώμα τους αρνητικά, αλλά το αποδέχονται ($T.T.=22,32$) κατά την περίοδο του εξαμήνου μετά τον τοκετό ($\Delta\check{R}=-10,07$ $p < ,05$). Η τιμή του κριτηρίου *Kruskal-Wallis H* για 2 βαθμούς ελευθερίας κυμάνθηκε σε 7,13, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < ,05$. Επίσης, οι γυναίκες ($n=12$), οι οποίες κατά τη λοχεία αντιλαμβάνονται το σώμα τους θετικά (εικόνα σώματος), αναφέρουν χαμηλότερο βαθμό επιλόχειας κατάθλιψης ($T.T.=13$), συγκριτικά με εκείνες ($n=16$) που δεν τους αρέσει αλλά το αποδέχονται ($T.T.=23,81$) κατά την περίοδο του εξαμήνου μετά τον τοκετό ($\Delta\check{R}=-10,81$ $p < ,05$). Η τιμή του κριτηρίου *Kruskal-Wallis H* για 2 βαθμούς ελευθερίας κυμάνθηκε σε 7,10, με επίπεδο

στατιστικής σημαντικότητας $p < ,05$. Τέλος, οι γυναίκες ($n=15$), οι οποίες έξι μήνες μετά τον τοκετό βιώνουν το σώμα τους με θετικό τρόπο (συναισθήματα για το σώμα), είχαν αναφέρει χαμηλότερο βαθμό επιλόχειας κατάθλιψης ($T.T.=13,23$) στην περίοδο της λοχείας, συγκριτικά με εκείνες ($n=13$) που αναφέρουν ότι το σώμα τους δεν ήταν ωραίο αλλά βελτιώθηκε ($T.T.=25,92$) ($\Delta\check{R}=-12,69$ $p < ,01$). Η τιμή του κριτηρίου *Kruskal-Wallis H* για 2 βαθμούς ελευθερίας κυμάνθηκε σε 9,74, με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < ,01$.

Από την ανάλυση περιεχομένου βλέπουμε ότι κατά τη διάρκεια της κύησης 59,5% ($n=22$) των γυναικών αναφέρουν ότι νιώθουν θετικά συναισθήματα για το σώμα τους και 51,5% αναφέρουν ότι είναι ικανοποιημένες από την εικόνα του σώματός τους στον καθρέφτη ($n=19$). Το 24,3% ($n=9$) αναφέρουν ότι έχουν αρνητικά συναισθήματα για το σώμα τους, και 10,8% ($n=4$) ότι δεν είναι ικανοποιημένες από την εικόνα του σώματός τους στον καθρέφτη. Επίσης, το 16,2% ($n=6$) των εγκύων, αναφέρουν αμφιθυμία για το σώμα τους (θετικά και αρνητικά συναισθήματα) και το 37,8% των εγκύων ($n=14$) δεν είναι ικανοποιημένες από την εικόνα του σώματός τους, αλλά συμβιβάζονται με αυτήν. Πιο συγκεκριμένα, από τις απαντήσεις των εγκύων στις ερωτήσεις της συνέντευξης βλέπουμε ότι οι γυναίκες που είναι ευχαριστημένες με το σώμα τους και νιώθουν θετικά συναισθήματα για αυτό, αναφέρουν χαμηλή πρόσληψη κιλών αλλά και μειωμένο άγχος για την πρόσληψη κιλών, αίσθηση σιγουριάς για απώλεια των παραπανίσιων κιλών μετά τον τοκετό, ενώ κάποιες από αυτές ανέφεραν ότι σε σχέση με την υγεία του παιδιού, η πρόσληψη κιλών δεν έχει βαρύτητα. Οι γυναίκες που εκφράζουν δυσαρέσκεια για το σώμα τους στην κύηση, αναφέρουν πρόσληψη πολλών κιλών, ανησυχία για την εικόνα του σώματος μετά τον τοκετό, κόπωση, μυοσκελετικές ενοχλήσεις, προβλήματα κινητικότητας και ύπνου που συνδέονται με σωματική δυσφορία.

Οι γυναίκες που τους αρέσει η εικόνα του σώματός τους στον καθρέφτη κατά την κύηση, αναφέρουν ότι «καμαρώνουν» για την κοιλιά τους, ότι τις βοηθάει να νιώσουν μητέρες, ότι είναι γλυκό θέαμα, κλπ. Οι γυναίκες που συμβιβάζονται με την εικόνα του σώματος, αναφέρουν κάποια αρνητικά χαρακτηριστικά για αυτήν (πχ. κιλά ή κυτταρίτιδα) αλλά προσθέτουν ότι δεν βιώνουν αυτές τις αλλαγές ως κάτι αρνητικό. Οι γυναίκες που δεν τους αρέσει η εικόνα του σώματός τους στον καθρέφτη αναφέρουν μια αίσθηση «ανοίκειου», μια δυσκολία να αναγνωρίσουν τον εαυτό τους έπειτα από την αλλαγή, μια αίσθηση παράξενου ή και τρομακτικού, επισημαίνουν τις αρνητικές αλλαγές στο σώμα τους και, τέλος ανησυχούν για την παγίωση των παραπανίσιων

κιλών. Στον Πίνακα 37 καταγράφονται ενδεικτικές απαντήσεις των εγκύων για τα συναισθήματα για το σώμα τους και για την ικανοποίηση από την εικόνα του σώματος στην κύηση.

Πίνακας 37. Ενδεικτικές απαντήσεις των γυναικών του δείγματος για τα συναισθήματα για το σώμα τους και για την ικανοποίηση από την εικόνα του σώματος στην κύηση

Θεματική Κατηγορία	Ενδεικτικές Απαντήσεις
Θετικά συναισθήματα για το σώμα	«Νιώθω μια χαρά. Δεν έχω το άγχος των κιλών, να σας πω την αλήθεια, δε ζυγίζομαι γενικά. Και ο γιατρός μου δηλαδή μου έχει πει ότι μη με αγχώνει αυτό το πράγμα. Νιώθω ωραία και με το σώμα μου.»
Αρνητικά συναισθήματα για το σώμα	«Ε στην παρούσα φάση με δυσκολεύει το σώμα μου. Νιώθω τς πόνους και γενικώς δεν μπορώ δεν έχω την κινητικότητα που είχα. Ε κάποιες φορές αισθάνομαι κακάσχημη γιατί εκτός από το βάρος και το βάρος έχουν παρουσιαστεί κάποια προβλήματα τύπου αα χάνω κάποια μαλλιά, τα φρύδια μου έχουν αραιώσει. Και σκέφτομαι καμιά φορά ότι πώς είσαι έτσι αλλά όχι πολύ έντονα.»
Θετική εικόνα του σώματος	«Ναι, μ' αρέσει, γιατί μ' αρέσει- νιώθω μαμά έτσι που βλέπω την κοιλιά μου και νιώθω τη μητρότητα δηλαδή..»
Συμβιβασμός – αποδοχή για την εικόνα του σώματος	«...τα κιλά, το βάρος. Αλλά δε βρίσκω κάτι τραγικό ή άσχημο, δηλαδή βλέπω λίγο κυτταρίτιδα, λίγο που έχουν οι γλουτοί μεγαλώσει, αλλά ξέρω ότι θα επανέλθει το σώμα.»
Αρνητική εικόνα του σώματος	«...δεν ξέρω μου φαίνεται δυσανάλογο το σώμα μου...»

Από την ανάλυση περιεχομένου βλέπουμε ότι κατά τη διάρκεια της λοχείας, όλες οι γυναίκες που βιώνουν θετικά συναισθήματα για το σώμα τους, το συνδέουν είτε με την απώλεια των κιλών της κύησης, είτε με τη χαμηλή πρόσληψη κιλών. Αντίστοιχα, οι γυναίκες που τους αρέσει το σώμα τους αναφέρουν ότι το σώμα τους έχει επανέλθει όπως ήταν πριν την κύηση, γεγονός που τις κάνει να νιώθουν υπερήφανες. Ανάλογα, οι γυναίκες που νιώθουν άσχημα και δεν τους αρέσει το σώμα τους αναφέρονται στα περιττά κιλά που δεν υποχωρούν, στις ραγάδες που έχουν δημιουργηθεί στο σώμα ως μόνιμες επιπτώσεις της κύησης και στην κοιλιά που πλέον δεν θα είναι η ίδια. Οι γυναίκες που δεν τους αρέσει το σώμα τους αλλά το αποδέχονται χωρίς να στενοχωριούνται για αυτό, αναφέρουν ότι δεν μπορούν να μπουν σε διαδικασία δίαιτας, εφόσον ο θηλασμός είναι πολύ σημαντικός στην παρούσα φάση, και θεωρούν ότι τα κιλά είναι φυσιολογική συνέπεια της εγκυμοσύνης και θα υποχωρήσουν ή αναφέρουν ότι δεν τις απασχολεί η εμφάνισή τους σε αυτή τη φάση. Τέλος, αναφέρονται στα μελλοντικά τους σχέδια για απώλεια των κιλών και επαναφορά του σώματος, όπως για παράδειγμα δίαιτα και γυμναστική. Αντίστοιχες είναι και θεματικές στις οποίες αντανακλώνται τα συναισθήματα και η ικανοποίηση των γυναικών από την εικόνα του σώματος έξι μήνες μετά τον τοκετό. Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 38) καταγράφονται ενδεικτικές απαντήσεις των λεχωίδων για τα συναισθήματα για το σώμα.

Πίνακας 38. Ενδεικτικές απαντήσεις των γυναικών του δείγματος για τα συναισθήματα για το σώμα τους και για την ικανοποίηση από την εικόνα του σώματος στη λοχεία

Θεματική Κατηγορία	Ενδεικτικές Απαντήσεις
Θετικά συναισθήματα για το σώμα	<i>«Πολύ καλά, δεδομένου ότι δεν πήρα κιλά. Δεν ξέρω αν είχα κάνει, αν είχα γεννήσει και μου είχαν μείνει 20 κιλά δεν ξέρω πως θα νιωθα η αλήθεια είναι. Τώρα εντάξει επειδή είμαι στα κιλά μου μια χαρά νιώθω.»</i>
Συμβιβασμός – αποδοχή	<i>«Είχα πάρει είκοσι κιλά έτρωγα η αλήθεια είναι δεν πρόσεχα. Ε τώρα μου χουν μείνει τα δέκα.»</i>

Εντάζει έχω χάσει αλλά σίγουρα ακόμα δεν μπαίνω στα ρούχα μου (γελάει). Εντάζει προσπαθώ αλλά και πάλι δεν το πως να το πω δεν με νοιάζει και ιδιαίτερα. Δεν κάνω δίαιτα γιατί θηλάζω. Δηλαδή, με νοιάζει να 'χω καλό γάλα οπότε εντάζει όταν θα σταματήσω το θηλασμό θα τα χάσω εντάζει.»

Αρνητικά συναισθήματα για το σώμα

«Αχ καθόλου καλά! Καθόλου ωραία.. Με ενοχλεί πάρα πολύ που έχω αυτά τα 12 κιλά επιπλέον αυτή τη στιγμή. Δε μ'αρέσει καθόλου.. Τς, το ξέρω ότι είναι μία μεταβατική, λ- λογικά το ξέρω ότι είναι μεταβατική περίοδος και ότι θα πρέπει να περάσει κάποιος καιρός και τα λοιπά, αλλά δε μ'αρέσει αυτό που βλέπω...»

Παράλληλα, εξετάστηκαν και τα συναισθήματα του συζύγου για το σώμα των γυναικών, όπως τα αντιλαμβάνονταν οι ίδιες στις τρεις περιγεννητικές περιόδους, σε σχέση με την ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Οι συγκρίσεις των τακτικών τιμών, ωστόσο, με τη χρήση του κριτηρίου *Mann Whitney U*, δεν απέφεραν στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα. Η ανάλυση περιεχομένου δείχνει ότι σχεδόν όλες οι γυναίκες και σε όλες τις φάσεις της περιγεννητικής περιόδου απαντούν ότι ο σύντροφός τους είναι πολύ υποστηρικτικός και ενθαρρυντικός σε σχέση με την εικόνα του σώματος.

Η ύπαρξη οικογενειακού ψυχιατρικού ιστορικού δεν φάνηκε να αλληλεπιδρά με την εμφάνιση ψυχιατρικών συμπτωμάτων στις γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα. Εξαιρέση αποτελούν οι απαντήσεις που έδωσαν σχετικά με την περίοδο πριν την κύηση, οπότε και αναφέρθηκε υψηλότερος βαθμός καταθλιπτικών συμπτωμάτων, με βάση το SCL-90-R, στις γυναίκες που διέθεταν οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό

(Mann Whitney $U=249,500$ $Z=2,40$ $p<,05$). Ο μέσος όρος των τακτικών τιμών των απαντήσεων των 18 αυτών γυναικών κυμάνθηκε στο 23,36, ενώ ο μέσος όρος των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών ($n=19$), οι οποίες δεν ανέφεραν ύπαρξη οικογενειακού ψυχιατρικού ιστορικού κυμάνθηκε μόλις στο 14,87.

Είκοσι υποκείμενα ανέφεραν ότι δεν είχαν στο παρελθόν ξανασυναντηθεί με κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας. Αντιθέτως, οι 17 γυναίκες που είχαν συνεργαστεί με κάποιον ειδικό στο παρελθόν σημείωσαν υψηλότερες βαθμολογίες στις περισσότερες από τις διαστάσεις των συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας και στις τρεις υπό μέτρηση περιόδους (βλ. Πίνακας 39). Συγκεκριμένα, για την περίοδο πριν την κύηση ανέφεραν υψηλότερη βαθμολογία στην διαπροσωπική ευαισθησία, στην καταθλιπτική συμπτωματολογία (SCL-90-R), τον θυμό-επιθετικότητα και στον γενικό δείκτη συμπτωμάτων του SCL-90-R. Κατά τη διάρκεια της κύησης, εμφάνισαν υψηλότερη διαπροσωπική ευαισθησία, καταθλιπτικά συμπτώματα (SCL-90-R), θυμό-επιθετικότητα, σύνολο θετικών συμπτωμάτων (SCL-90-R), κατάθλιψη (BDI), και επιρροή από αρνητικά γεγονότα ζωής. Στη λοχεία σημείωσαν υψηλότερες βαθμολογίες στους ψυχαναγκασμούς-καταναγκασμούς, στα αγχώδη συμπτώματα (SCL-90-R), στους παρανοειδείς ιδεασμούς, στον ψυχωτισμό, στο σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και στον δείκτη ενασχόλησης με θετικά συμπτώματα (SCL-90-R), στη διάσταση του δομικού άγχους (STAI) και στον βαθμό επιρροής από αρνητικά γεγονότα. Τέλος, στη μέτρηση που διεξήχθη έξι μήνες μετά τον τοκετό, οι γυναίκες που ανέφεραν επαφή με ειδικό ψυχικής υγείας στο παρελθόν εμφάνισαν υψηλότερη βαθμολογία στους ψυχαναγκασμούς-καταναγκασμούς, στη διαπροσωπική ευαισθησία, στα καταθλιπτικά συμπτώματα (SCL-90-R), στα αγχώδη συμπτώματα (SCL-90-R), στον θυμό-επιθετικότητα, στον ψυχωτισμό, στο σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και στον δείκτη ενασχόλησης με θετικά συμπτώματα (SCL-90-R), στην κατάθλιψη (BDI), στις διαστάσεις του δομικού και περιστασιακού άγχους (STAI), στην επιλόχεια κατάθλιψη και στον βαθμό αναπαράστασης του μωρού. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει την ανάγκη των γυναικών με υψηλότερο βαθμό συμπτωματολογίας να επισκεφτούν κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας, καθώς επηρεάζονται πιο εύκολα από αρνητικά γεγονότα ζωής, αλλά παράλληλα, διαθέτουν περισσότερη διαπροσωπική ευαισθησία και εκτιμούσαν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι το παιδί τους είναι ένα δύσκολο μωρό και ότι δυσκολεύονται να το ηρεμήσουν.

Πίνακας 39. Έλεγχος με το κριτήριο *U* της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες της έρευνας ως προς την επαφή με ειδικό ψυχικής υγείας στο παρελθόν

Κλίμακες	Απουσία (n=20)	Παρουσία (n=17)	Mann Whitney U	Z
SCL-90-R				
Ψυχαναγκασμοί- Καταναγκασμοί (λοχεία)	15,05	23,65	249,000	2,41*
Ψυχαναγκασμοί- Καταναγκασμοί (6μηνο)	13,78	25,15	274,500	3,20**
Διαπροσωπική ευαισθησία	15,35	23,29	243,000	2,24*
Διαπροσωπική ευαισθησία (κύηση)	15,30	23,35	244,000	2,27*
Διαπροσωπική ευαισθησία	14,80	23,94	254,000	2,59**
Κατάθλιψη (πριν)	15,40	23,24	242,000	2,21*
Κατάθλιψη (κύηση)	15,32	23,32	243,500	2,25*
Κατάθλιψη (6μηνο)	12,40	26,76	302,000	4,03**
Άγχος (λοχεία)	15,50	23,12	240,000	2,17*
Άγχος (6μηνο)	12,35	26,82	303,000	4,11**
Θυμός-Επιθετικότητα	14,38	24,44	262,500	2,87**
Θυμός-Επιθετικότητα	15,55	23,06	239,000	2,13*
Θυμός-Επιθετικότητα	14,60	24,18	258,000	2,73**
Παρανοειδής ιδεασμός	14,88	23,85	252,000	2,75**
Ψυχωτισμός (λοχεία)	15,78	22,79	234,500	2,15*
Ψυχωτισμός (6μηνο)	14,80	23,94	254,000	2,68**
Σύνολο Θετικών	15,20	23,47	246,000	2,32*
Σύνολο Θετικών	15,20	23,47	246,000	2,32*
Σύνολο Θετικών	13,18	25,85	286,500	3,55**
Δείκτης Ενασχόλησης Θετικών Συμπτωμάτων	14,92	23,79	251,500	2,49*
Δείκτης Ένασχόλησης Θετικών Συμπτωμάτων	13,22	25,79	285,500	3,52**

Γενικός Δείκτης	15,58	23,03	2378,500	2,09*
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (κύηση)	15,35	23,29	243,000	2,23*
BDI				
Κατάθλιψη (κύηση)	15,05	23,65	249,000	2,42*
Κατάθλιψη (6μηνο)	14,68	24,09	256,500	2,65**
STAI				
Δομικό άγχος (λοχεία)	15,48	23,15	240,500	2,15*
Δομικό άγχος (6μηνο)	14,60	24,18	258,000	2,69**
Περιστασιακό άγχος	15,30	23,35	244,000	2,26*
Γεγονότα ζωής				
Βαθμός επιρροής από αρνητικά γεγονότα (κύηση)	14,78	23,97	254,500	2,59**
Βαθμός επιρροής από αρνητικά γεγονότα (λοχεία)	12,82	26,26	293,500	3,78**
Βαθμός επιρροής από αρνητικά γεγονότα (6μηνο)	13,38	25,62	282,500	3,44**
EPDS				
Επιλόχεια κατάθλιψη	14,88	23,85	252,500	2,56*
Brisbane				
6μηνο	15,58	23,03	238,500	2,10*

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

Παράλληλα, υπήρξαν γυναίκες, οι οποίες διεξήγαν συνεδρίες με ειδικό ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου ($n=8$) και οι οποίες παρουσίασαν υψηλότερο βαθμό στον δείκτη ενασχόλησης θετικών συμπτωμάτων (SCL-90-R) ($T.T.=26,38$), σε σχέση με όσες δεν το έκαναν ($T.T.=16,97$) ($Mann\ Whitney\ U=175,000$ $Z=2,18$ $p < ,05$). Επίσης, οι γυναίκες αυτές παρουσίασαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα της επιλόχειας κατάθλιψης κατά την κύηση ($T.T.=28,50$), συγκριτικά ($Mann\ Whitney\ U=192,000$ $Z=2,82$ $p < ,01$) με όσες δεν διεξήγαν συνεδρίες ($T.T.=16,38$). Τέλος, οι ίδιες γυναίκες φάνηκαν να επηρεάζονται σε μικρότερο βαθμό (7,62) από

θετικά γεγονότα ζωής, απ' ό,τι όσες δεν είχαν συνεργασία με ειδικό ($T.T.=22,14$) στη μέτρηση της περιόδου των έξι μηνών μετά τον τοκετό ($Mann-Whitney U=25,000 Z=-3,37 p<,01$).

Στον Πίνακα 40 παρουσιάζονται οι τακτικές τιμές των απαντήσεων των γυναικών της έρευνας ανάλογα με το εάν βρίσκονται ή όχι σε ψυχοθεραπευτική διαδικασία και εάν έχουν αιτηθεί ψυχοθεραπεία. Οι γυναίκες που αιτούνται ψυχοθεραπεία εμφανίζουν στις απαντήσεις τους κατά την κύηση χαμηλά επίπεδα ψυχωτισμού, σε σύγκριση με τις γυναίκες που βρίσκονται υπό ψυχοθεραπεία ($\Delta\check{R}=16,00 p<,05$). Επιπλέον, οι γυναίκες που δεν εμπλέκονται σε ψυχοθεραπευτική διαδικασία επηρεάζονται περισσότερο από θετικά γεγονότα ζωής και κατά τη λοχεία ($\Delta\check{R}=-11,69 p<,05$) και κατά το εξάμηνο ($\Delta\check{R}=-14,74 p<,01$), σε σύγκριση με τις γυναίκες που βρίσκονται υπό ψυχοθεραπεία και άρα αντιμετωπίζουν κάποιο ψυχικό πρόβλημα. Μάλιστα, οι γυναίκες που εμπλέκονται σε ψυχοθεραπευτική διαδικασία αναφέρουν υψηλότερο βαθμό κατάθλιψης κατά την κύηση και σε σχέση με εκείνες τις γυναίκες που δεν εμπλέκονται ψυχοθεραπευτικά ($\Delta\check{R}=13,02 p<,05$) και σε σχέση με εκείνες που αιτήθηκαν κατά την περιγεννητική περίοδο επαφή με κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας για ψυχοθεραπεία ($\Delta\check{R}=17,34 p<,05$).

Πίνακας 40. Έλεγχος με το κριτήριο *Kruskal-Wallis* της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες της έρευνας ως προς την διενέργεια ψυχοθεραπείας κατά την περιγεννητική περίοδο

	Υπό ψυχοθεραπεία ($n=7$)	Απουσία ψυχοθεραπείας ($n=25$)	Αιτείται ψυχοθεραπείας ($n=5$)	<i>Kruskal-</i> <i>Wallis</i> (<i>B.E. 2</i>)
SCL-90-R Ψυχωτισμός (κύηση)	24,50 _α	19,56	8,50 _α	7,23*
Γεγονότα Βαθμός επιρροής από θετικά γεγονότα	9,43 _α	21,12 _α	21,80	6,88*

Βαθμός επιρροής από θετικά γεγονότα	7,36 _α	22,10 _α	19,80	10,26**
EPDS Επιλόχεια κατάθλιψη	30,14 _{α,β}	17,12 _α	12,80 _β	9,93**

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

Σημείωση: Οι μέσοι όροι με ίδιους δείκτες εμφανίζουν διαφορές ανά ζεύγη ($p < 0,05$).

E.2. Σύγκριση τακτικών τιμών κλιμάκων συμπτωμάτων, με βάση το υποστηρικτικό δίκτυο και τις σχέσεις με τους άλλους

Αρχικά, εξετάστηκαν οι σχέσεις που διατηρούσε η γυναίκα με τον σύντροφο-σύζυγό της στις υπό μέτρηση περιόδους της έρευνας (Πίνακας 41). Στη διάρκεια της κύησης, οι γυναίκες που αντιλαμβάνονταν τη σχέση με τον σύζυγό τους ως δύσκολη σημείωσαν μεγαλύτερη βαθμολογία και στις τρεις κλίμακες καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, σε σύγκριση με τις γυναίκες που εκτιμούσαν θετικά αυτή τη σχέση ($\Delta\check{R}_{SCL-90-R}=15,96$ $p < ,05$, $\Delta\check{R}_{BDI}=17,56$ $p < ,01$, $\Delta\check{R}_{EPDS}=17,03$ $p < ,01$). Επιπλέον, υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση της κατάθλιψης στο SCL-90-R παρουσίασαν και οι γυναίκες που ανέφεραν δυσκολίες στη σχέση, συγκριτικά με εκείνες που ανέφεραν μέτρια ικανοποίηση ($\Delta\check{R}=23,88$ $p < ,05$). Ανάλογη εικόνα εμφανίζεται και για την αγχώδη συμπτωματολογία: οι γυναίκες που αντιλαμβάνονταν τη σχέση με τον σύζυγό τους ως δύσκολη σημείωσαν μεγαλύτερη βαθμολογία και στις τρεις κλίμακες, σε σύγκριση με τις γυναίκες που εκτιμούσαν θετικά αυτή τη σχέση ($\Delta\check{R}_{SCL-90-R}=16,38$ $p < ,05$, $\Delta\check{R}_{BDI}=14,53$ $p < ,05$, $\Delta\check{R}_{STAI\Delta\omicron\mu\omicron\kappa\omicron\ \lambda\gamma\chi\omicron\varsigma}=14,53$ $p < ,05$, $\Delta\check{R}_{STAI\text{Περιστασιακό}\ \lambda\gamma\chi\omicron\varsigma}=14,64$ $p < ,05$). Στους έξι μήνες μετά τον τοκετό, παρατηρούνται παρόμοιες διαφοροποιήσεις, με τις γυναίκες που αντιλαμβάνονται τη δυσκολία στις σχέσεις τους με τον σύζυγό τους να εμφανίζουν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα SCL-90-R καταθλιπτικής ($\Delta\check{R}=15,68$ $p < ,05$) και αγχώδους ($\Delta\check{R}=14,23$ $p < ,05$) συμπτωματολογίας, σε σχέση με εκείνες που αναφέρουν θετική αλληλεπίδραση με τον σύζυγο, καθώς, επίσης, και υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση του περιστασιακού άγχους στην κλίμακα STAI ($\Delta\check{R}=14,71$ $p < ,05$). Παράλληλα, υψηλότερη βαθμολογία στην διάσταση του

περιστασιακού άγχους στο STAI παρουσίασαν και οι γυναίκες που ανέφεραν δυσκολίες στη σχέση, συγκριτικά με εκείνες που ανέφεραν μέτρια ικανοποίηση ($\Delta\check{R}=20,96$ $p<,05$).

Πίνακας 41. Έλεγχος με το κριτήριο Kruskal-Wallis της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες της έρευνας ως προς τη σχέση τους με τον σύζυγό τους κατά την κύηση

Κλίμακες	Θετική εκτίμηση ($n=30$)	Μέτρια ικανοποίηση ($n=3$)	Δυσκολίες ($n=4$)	Kruskal-Wallis (B.E. 2)
SCL-90-R				
Κατάθλιψη (κύηση)	17,92 _β	10,00 _α	33,88 _{α,β}	9,98**
Κατάθλιψη (6μηνο)	16,95 _α	21,33	32,62 _α	7,59*
Άγχος (κύηση)	17,37 _α	15,67	33,75 _α	8,49*
Άγχος (6μηνο)	17,15 _α	21,00	31,38 _α	6,39*
BDI				
Κατάθλιψη (κύηση)	16,82 _α	20,33	34,38 _α	9,44**
STAI				
Δομικό άγχος (κύηση)	17,71 _α	14,17	32,25 _α	7,04*
Περιστασιακό άγχος (κύηση)	17,73 _α	13,83	32,38 _α	7,23*
Περιστασιακό άγχος (6μηνο)	17,92 _α	11,67 _β	32,62 _{α,β}	8,07*
EPDS				
Επιλόχεια κατάθλιψη (κύηση)	16,35 _α	26,33	33,38 _α	10,35**

* $p<,05$ ** $p<,01$

Σημείωση: Οι μέσοι όροι με ίδιους δείκτες εμφανίζουν διαφορές ανά ζεύγη ($p<0,05$).

Κατά τη διάρκεια της λοχείας η αντίληψη που διατηρούσαν οι γυναίκες για τη σχέση τους με τους συζύγους τους δεν διαφοροποίησε σημαντικά τις βαθμολογίες σε

καμία από τις κλίμακες καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων. Όταν, όμως η μέτρηση επαναλήφθηκε για δεύτερη φορά στην περίοδο των έξι μηνών μετά τον τοκετό, παρουσιάστηκε ξανά το βασικό σχήμα που ανέκυψε και στη μέτρηση κατά την κύηση (Πίνακας 42): οι γυναίκες που αντιλαμβάνονταν τη σχέση με τον σύζυγό τους ως δύσκολη σημείωσαν μεγαλύτερη βαθμολογία και στις τρεις κλίμακες καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, σε σύγκριση με τις γυναίκες που εκτιμούσαν θετικά αυτή τη σχέση ($\Delta\check{R}_{SCL-90-R}=14,05$ $p<,05$, $\Delta\check{R}_{BDI}=15,22$ $p<,01$, $\Delta\check{R}_{EPDS}=16,04$ $p<,01$). Επιπλέον, υψηλότερη βαθμολογία στην διάσταση της κατάθλιψης στο SCL-90-R, όταν είχαν ερωτηθεί στη φάση της κύησης, είχαν παρουσιάσει και οι γυναίκες, οι οποίες στη λοχεία είχαν θετική εκτίμηση για τη σχέση, συγκριτικά με εκείνες που ανέφεραν μέτρια ικανοποίηση ($\Delta\check{R}=-14,07$ $p<,05$).

Πίνακας 42. Έλεγχος με το κριτήριο Kruskal-Wallis της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες της έρευνας ως προς τη σχέση τους με τον σύζυγό τους έξι μήνες μετά τον τοκετό

Κλίμακες	Θετική εκτίμηση	Μέτρια ικανοποίηση	Δυσκολίες (n=6)	Kruskal-Wallis
SCL-90-R				
Κατάθλιψη (κύηση)	15,83 _a	29,90 _a	23,67	8,46*
Κατάθλιψη (6μηνο)	15,12 _a	27,00	29,17 _a	11,43**
BDI				
Κατάθλιψη (6μηνο)	15,19 _a	25,10	30,42 _a	11,62**
EPDS				
Επιλόχεια κατάθλιψη (6μηνο)	15,46 _a	22,40	31,50 _a	11,64**

* $p<,05$ ** $p<,01$

Σημείωση: Οι μέσοι όροι με ίδιους δείκτες εμφανίζουν διαφορές ανά ζεύγη ($p<0,05$).

Τα αποτελέσματα από την ανάλυση περιεχομένου για την περιγραφή της σχέσης με τον σύντροφο/σύζυγο στην κύηση, δείχνει ότι μόνο το 10,8% των γυναικών αναφέρουν δυσκολίες ($n=4$), το 8,1% αναφέρουν μέτρια ικανοποίηση από τη σχέση τους ($n=3$), ενώ η πλειονότητα των γυναικών είναι ικανοποιημένες από τη σχέση τους. Στη λοχεία, τρεις γυναίκες (8,1%) αναφέρουν δυσκολίες, οκτώ αναφέρουν μέτρια ικανοποίηση από τη σχέση τους (21,6%), με την πλειονότητα (26 γυναίκες) να εκφράζουν ικανοποίηση

(70,3%). Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα για τους έξι μήνες μετά τον τοκετό, όπου το 16,2% εκφράζει δυσκολίες (n=6), το 13,5% εκφράζει μέτρια ικανοποίηση (n=5), και η πλειονότητα (70,3%, n=26) εκτιμούν ότι έχουν ικανοποιητική σχέση με τον σύζυγο. Οι γυναίκες που εκφράζουν ικανοποίηση από τη σχέση τους με τον σύζυγο κατά την κύηση, αναφέρουν ότι υπάρχει αμοιβαία κατανόηση, υποστήριξη, σεβασμός, αγάπη, απουσία εντάσεων ή παρουσία ήπιων εντάσεων και γενικότερη ηρεμία. Οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν δυσκολίες, αναφέρουν ότι υπάρχουν εντάσεις στη σχέση τους. Οι γυναίκες που εκφράζουν ικανοποίηση από τη σχέση τους με τον σύζυγο κατά τη λοχεία, αναφέρουν ότι το ζευγάρι νιώθει πολύ όμορφα από την έλευση του παιδιού, ότι η σχέση τους είναι όπως στο παρελθόν, και ότι υπάρχει μεγάλη τρυφερότητα μεταξύ τους. Οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη σχέση τους κατά τη λοχεία, αναφέρουν ύπαρξη εντάσεων και απουσία του συζύγου λόγω εργασίας. Οι γυναίκες που εκφράζουν ικανοποίηση από τη σχέση τους με τον σύζυγο έξι μήνες μετά τον τοκετό, αναφέρουν ότι δεσμός τους έχει ισχυροποιηθεί, ότι υπάρχει αποδοχή, ότι η σχέση τους δεν έχει αλλάξει και τέλος, ότι νιώθουν ευχάριστα συναισθήματα από την έλευση του παιδιού. Οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν δυσκολίες, αναφέρουν ότι υπάρχουν εντάσεις στη σχέση τους. Στον Πίνακα 43 καταγράφονται ενδεικτικές απαντήσεις των γυναικών για την περιγραφή της σχέσης με τον σύντροφο/σύζυγο.

Πίνακας 43. Ενδεικτικές απαντήσεις των γυναικών του δείγματος για την περιγραφή της σχέσης με τον σύντροφο/σύζυγο

Θεματική Κατηγορία	Ενδεικτικές Απαντήσεις
ικανοποίηση από τη σχέση με τον σύζυγο κατά την κύηση	«Υπάρχει πολλή αλληλοκατανόηση, αλληλοϋποστήριξη ..., μια πολύ καλή σχέση. Ηρεμη (γελάει), χωρίς πολλές ανατροπές δηλαδή. Και αυτό, επειδή με ηρεμεί εμένα πολύ, και ειδικά τώρα στην εγκυμοσύνη που τον τελευταίο καιρό έχω και πιο πολλά νεύρα...»
δυσκολίες στη σχέση τους με τον σύζυγο κατά την κύηση	«Θυελλώδης. Γενικότερα έχουμε διαφωνίες, διαφωνούμε σε πολλά πράγματα. Είμαστε διαφορετικοί άνθρωποι.»
ικανοποίηση από τη σχέση με τον σύζυγο κατά τη λοχεία	«...νομίζω είμαστε πολύ καλά. Δηλαδή βγάζουμε τρυφερότητα για τον άλλον, περνάμε χρόνο μαζί.»

<p>δυσκολίες στη σχέση τους με τον σύζυγο κατά τη λοχεία</p>	<p><i>Όταν κοιμάται λίγο το μωρό, μιλάμε. Κάνουμε πράγματα. Όχι όσο παλιά, εννοείται. Αλλά παρ' όλα αυτά, δηλαδή, δεν έχουμε απομακρυνθεί και να μην μας νοιάζει. Συνεχώς προσπαθούμε. «...αλλά ο σύζυγος μου κάνει τη ζωή δύσκολη. Τι θέλω να πω δηλαδή, ότι πρέπει να σηκωθώ να μαζέψω το σπίτι, 'νταξει για να θηλάσω το μωρό, να περιποιηθώ το μωρό, με εκνευρίζει να αφήνει το ποτήρι του παρατημένο, ενώ ξέρει ότι είμαι πολύ κουρασμένη, ξυπνάω και το βράδυ.»</i></p>
<p>ικανοποίηση από τη σχέση με τον σύζυγο κατά τη λοχεία</p> <p>δυσκολίες στη σχέση τους με τον σύζυγο κατά τη λοχεία</p>	<p><i>«...το ίδιο με πριν, είμαστε και πιο ενωμένοι.»</i></p> <p><i>«...υπάρχει μία κρίση. στη...ν προσωπική μας σχέση αυτή τη στιγμή.... θεωρώ ότι έχει επεκταθεί σε συναισθηματική αποξένωση...»</i></p>

Ελέγχθηκε, επίσης, το κατά πόσο οι γυναίκες εκτίμησαν ότι η σχέση με τον σύζυγο άλλαξε μετά τη γέννηση του μωρού και κατά πόσο αυτό συσχετίστηκε με τη διάθεσή τους. Η μέτρηση αυτή διεξήχθη στην περίοδο της λοχείας και στο εξάμηνο μετά τον τοκετό. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις των γυναικών στις κλίμακες καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων, πλην ελαχίστων εξαιρέσεων. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που επεσήμαναν αρνητικές αλλαγές στη σχέση με τον σύζυγο ($n=20$) εμφάνισαν στατιστικώς σημαντικά ($\Delta R=12,10$ $p<,05$) υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης Beck στη μέτρηση που έγινε έξι μήνες μετά ($T.T. 23,40$), σε σύγκριση με τις γυναίκες ($n=10$) που αντιλήφθηκαν θετικές αλλαγές ($T.T. 11,30$) ($Kruskal-Wallis H= 8,61$ $p<,05$).

Τα αποτελέσματα από την ανάλυση περιεχομένου δείχνουν ότι, οι γυναίκες που επεσήμαναν αρνητικές αλλαγές, εντοπίζουν την απουσία χρόνου ως το κυριότερο πρόβλημα, ενώ ακολουθεί η απουσία ή η μείωση των ερωτικών επαφών, η κόπωση και οι συγκρούσεις. Οι γυναίκες που αντιλήφθηκαν θετικές αλλαγές στη σχέση με τον σύζυγο, περιγράφουν ότι η σχέση τους βελτιώθηκε λόγω της γέννησης του παιδιού.

Στον καταγράφονται ενδεικτικές απαντήσεις των γυναικών για τη διαπίστωση αλλαγών στη σχέση με τον σύζυγο, έξι μήνες μετά τον τοκετό (Πίνακας 44).

Πίνακας 44. Ενδεικτικές απαντήσεις των γυναικών του δείγματος για τις αλλαγές στη σχέση με τον σύντροφο/σύζυγο έξι μήνες μετά τον τοκετό

Θεματική Κατηγορία	Ενδεικτικές Απαντήσεις
αρνητικές αλλαγές	«...να μου πει να πάμε μια βόλτα, να μείνουμε μόνοι μας, να πιούμε ένα ποτό...να κάνει μια ρομαντική κίνηση, γιατί ήταν ρομαντικός σαν άνθρωπος και νιώθω ότι έχει λίγο αλλάξει... μ' έχει θυμώσει αυτό πλέον αρκετά.»
θετικές αλλαγές	«...όταν τσακωνόμαστε τα βρίσκουμε πολύ πιο εύκολα λόγω του μωρού. Γιατί είναι το μωρό ένα θέμα που μας κάνει να συζητάμε. Ενώ πριν θα κρατάγαμε μούτρα...»

Στην συνέχεια, ελέγχθηκε το κατά πόσο οι γυναίκες αντιλαμβάνονται τον σύζυγό τους υποστηρικτικό σε συναισθηματικό και πρακτικό επίπεδο και στις τρεις υπό μέτρηση περιόδους. Στον Πίνακα 45 παρουσιάζονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές στις κλίμακες καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων για τις γυναίκες που βιώνουν τον σύζυγό τους υποστηρικτικό ($n=33$) και για εκείνες που νιώθουν ότι δεν τους στηρίζει συναισθηματικά ($n=4$) κατά την περίοδο της κύησης. Η απουσία συναισθηματικής υποστήριξης από τον σύζυγο σχετίστηκε με υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση του άγχους (SCL-90-R) και του δομικού άγχους (STAI) κατά την κύηση και στη διάσταση του περιστασιακού άγχους (STAI) έξι μήνες μετά τον τοκετό. Επιπλέον, οι γυναίκες που βίωναν απουσία συναισθηματικής υποστήριξης από τον σύζυγό τους κατά την κύηση, παρουσίασαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα BDI και EPDS για την ίδια χρονική περίοδο και υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα της κατάθλιψης SCL-90-R στην μέτρηση που διεξήχθη έξι μήνες μετά.

Στον επόμενο πίνακα (Πίνακας 46) παρουσιάζονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές στις κλίμακες καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων για τις γυναίκες που βιώνουν τον σύζυγό τους υποστηρικτικό ($n=33$) και για εκείνες που νιώθουν ότι

δεν τους στηρίζει συναισθηματικά ($n=4$) κατά την περίοδο της λοχείας. Η απουσία συναισθηματικής υποστήριξης από τον σύζυγο σχετίστηκε με υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση της κατάθλιψης σε όλες τις κλίμακες (SCL-90-R, BDI, EPDS) για την περίοδο της κύησης. Όσον αφορά στην περίοδο του εξάμηνου μετά τον τοκετό σημαντική διαφορά εμφανίστηκε μόνο στις κλίμακες SCL-90-R και EPDS. Αντιθέτως, δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά για καμία μέτρηση της κατάθλιψης στην περίοδο της λοχείας. Οι γυναίκες που βίωναν συναισθηματικά υποστηρικτικό τον σύζυγό τους στην περίοδο της λοχείας, εμφάνισαν και χαμηλότερο βαθμό αγχώδους συμπτωματολογίας και στις δύο κλίμακες (SCL-90-R, STAI) τόσο κατά την κύηση, όσο και στους έξι μήνες από τον τοκετό, σε σχέση με όσες τον βίωναν ελάχιστα υποστηρικτικό. Αντιθέτως, κατά τη λοχεία οι γυναίκες που αισθάνονταν τον σύζυγό τους ελάχιστα υποστηρικτικό, παρουσίασαν υψηλές βαθμολογίες μόνο στις διαστάσεις του περιστασιακού και δομικού άγχους.

Όταν η ίδια ερώτηση για την συναισθηματική υποστήριξη του συζύγου υποβλήθηκε στις γυναίκες του δείγματος έξι μήνες μετά τον τοκετό, εκείνες που ανέφεραν ότι δεν είχαν την υποστήριξη του συζύγου τους ($n=5$) εμφάνισαν υψηλότερες βαθμολογίες τόσο στην κλίμακα BDI ($T.T.$ 29,30), όσο και στην κλίμακα EPDS ($T.T.$ 28,50) για την περίοδο του εξαμήνου μετά τον τοκετό, συγκριτικά με τις γυναίκες που ανέφεραν επαρκή συναισθηματική υποστήριξη ($T.T.$ _{BDI} 17,39, $T.T.$ _{EPDS} 17,52). Η τιμή του κριτηρίου *Mann-Whitney U* για την κλίμακα BDI κυμάνθηκε σε 131,500 ($Z=2,30$), με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p<,05$, ενώ για την κλίμακα EPDS κυμάνθηκε σε 127,500 ($Z=2,14$), με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p<,05$.

Πίνακας 45. Έλεγχος με το κριτήριο *U* της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων ως προς την ύπαρξη συναισθηματικής υποστήριξης από τον σύζυγο κατά την κύηση

Κλίμακες	Ύπαρξη (N=33)	Απουσία (N=4)	<i>Mann Whitney U</i>	<i>Z</i>
SCL-90-R				
Κατάθλιψη (6μηνο)	17,55	31,00	114,000	2,35*
Άγχος (κύηση)	17,67	30,00	230,500	2,21*
BDI				

<i>Κατάθλιψη (κύηση)</i>	17,42	32,00	118,000	2,56*
EPDS				
<i>Επιλόχεια κατάθλιψη (κύηση)</i>	17,73	29,50	108,000	2,07*
STAI				
<i>Δομικό άγχος (κύηση)</i>	17,52	31,25	115,000	2,40*
<i>Περιστασιακό άγχος (6μηνο)</i>	17,70	29,75	109,000	2,11*

*p<,05

Πίνακας 46. Έλεγχος με το κριτήριο *U* της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων ως προς την ύπαρξη συναισθηματικής υποστήριξης από τον σύζυγο κατά τη λοχεία

Κλίμακες	Ύπαρξη (N=33)	Απουσία (N=4)	<i>Mann Whitney U</i>	<i>Z</i>
SCL-90-R				
<i>Κατάθλιψη (κύηση)</i>	17,47	31,62	116,000	2,48*
<i>Κατάθλιψη (6μηνο)</i>	17,52	31,25	115,000	2,40*
<i>Άγχος (πριν)</i>	17,76	29,25	107,000	2,03*
<i>Άγχος (κύηση)</i>	17,24	33,50	124,000	2,85**
<i>Άγχος (6μηνο)</i>	17,39	32,25	119,000	2,63**
BDI				
<i>Κατάθλιψη (κύηση)</i>	17,73	29,50	108,000	2,07*
EPDS				
<i>Επιλόχεια κατάθλιψη (κύηση)</i>	17,73	29,50	108,00	2,07*
<i>Επιλόχεια κατάθλιψη (6μηνο)</i>	17,47	31,62	116,50	2,51*
STAI				
<i>Δομικό άγχος (κύηση)</i>	17,73	29,50	108,000	2,06*
<i>Δομικό άγχος (λοχεία)</i>	17,41	32,12	118,500	2,57*
<i>Δομικό άγχος (6μηνο)</i>	17,36	32,50	120,000	2,65**
<i>Περιστασιακό άγχος (λοχεία)</i>	17,29	33,12	122,500	2,77**
<i>Περιστασιακό άγχος (6μηνο)</i>	17,15	34,25	127,00	2,99**

* p<0,05 **p<0,01

Οι 37 γυναίκες του δείγματος ερωτήθηκαν, επίσης, κατά πόσο αντιλαμβάνονται τον σύζυγό τους υποστηρικτικό σε πρακτικά ζητήματα και στις τρεις υπό μέτρηση περιόδους της έρευνας. Κατά την κύηση, η απουσία πρακτικής υποστήριξης από τον σύζυγο σχετίστηκε με υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση του δομικού και περιστασιακού άγχους (STAI) έξι μήνες μετά τον τοκετό. Οι γυναίκες που βίωναν απουσία πρακτικής υποστήριξης από τον σύζυγό τους κατά την κύηση ($n=5$), παρουσίασαν υψηλότερο βαθμό δομικού ($T.T.$ 30,80) και περιστασιακού άγχους ($T.T.$ 30,10) στην μέτρηση που διεξήχθη έξι μήνες μετά τον τοκετό, σε σύγκριση με τις γυναίκες που βίωσαν τον σύζυγό τους υποστηρικτικό σε πρακτικά ζητήματα ($n=27$) κατά την κύηση, οι οποίες παρουσίασαν σαφώς χαμηλότερες βαθμολογίες τόσο στο δομικό ($T.T.$ 15,80), όσο και στο περιστασιακό άγχος ($T.T.$ 15,67). Η τιμή του κριτηρίου *Kruskal-Wallis H* για τη διάσταση του δομικού άγχους κυμάνθηκε σε 9,67 ($B.E.$ 2), με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p<,01$, ενώ για τη διάσταση του περιστασιακού άγχους κυμάνθηκε σε 9,92 ($B.E.$ 2), με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p<,01$.

Κατά την περίοδο της λοχείας, η απουσία πρακτικής υποστήριξης από τον σύζυγο σχετίστηκε με υψηλότερη βαθμολογία στα καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα (SCL-90-R) έξι μήνες μετά τον τοκετό. Οι γυναίκες που βίωναν απουσία πρακτικής υποστήριξης από τον σύζυγό τους κατά την κύηση ($n=5$), παρουσίασαν υψηλότερο βαθμό κατάθλιψης ($T.T.$ 29,80) και άγχους ($T.T.$ 27,90) στην μέτρηση που διεξήχθη έξι μήνες μετά τον τοκετό, σε σύγκριση με τις γυναίκες που βίωσαν τον σύζυγό τους υποστηρικτικό σε πρακτικά ζητήματα ($n=32$) κατά τη λοχεία, οι οποίες παρουσίασαν σαφώς χαμηλότερες βαθμολογίες τόσο στη διάσταση της κατάθλιψης ($T.T.$ 17,31), όσο και στο άγχος ($T.T.$ 17,61). Η τιμή του κριτηρίου *Mann-Whitney U* για την κατάθλιψη κυμάνθηκε σε 134,000 ($Z=2,41$), ενώ για το άγχος κυμάνθηκε σε 124,500 ($Z=2,01$), με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p<,05$.

Τέλος, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις βαθμολογίες των γυναικών στις κλίμακες καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων ως προς τον τρόπο που βίωσαν την πρακτική υποστήριξη από πλευράς των συζύγων τους κατά την περίοδο του εξαμήνου μετά τον τοκετό.

Παράλληλα, οι γυναίκες ερωτήθηκαν στη φάση της λοχείας κατά πόσο αντλούν βοήθεια από τη στάση του συζύγου τους. Στη συνέχεια, συγκρίθηκαν οι απαντήσεις τους στις κλίμακες καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων. Οι σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται στον Πίνακα 47. Γίνεται εμφανές ότι οι γυναίκες, οι οποίες

κατά την κύηση ανέφεραν μεγαλύτερη βαθμολογία στις κλίμακες της κατάθλιψης, του άγχους και της διάστασης του δομικού άγχους που εξετάζει το STAI, δεν αντλούσαν ιδιαίτερη βοήθεια από τη στάση των συζύγων τους στη λοχεία. Παρομοίως, οι ίδιες ανέφεραν υψηλότερο βαθμό περιστασιακού άγχους στις μετρήσεις που έγιναν στις περιόδους της λοχείας και στους έξι μήνες μετά τον τοκετό. Όταν ερωτήθηκαν έξι μήνες μετά τον τοκετό κατά πόσο αντλούσαν βοήθεια από τη στάση των συζύγων τους, οι γυναίκες που δήλωσαν αρνητικές απαντήσεις εμφάνισαν και υψηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων της κλίμακας SCL-90-R, όπως και στη διάσταση του δομικού άγχους στην κλίμακα STAI (βλ. Πίνακας 48).

Πίνακας 47. Έλεγχος με το κριτήριο *U* της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες της έρευνας ως προς την βοήθεια που αντλούν από τη στάση του συζύγου τους στην περίοδο της λοχείας

Κλίμακες	Δεν αντλεί	Αντλεί (n=31)	Mann-Whitney <i>U</i>	<i>Z</i>
SCL-90-R				
Κατάθλιψη (κύηση)	29,25	17,02	31,500	-2,54*
Άγχος (κύηση)	28,33	17,19	37,000	-2,32*
STAI				
Δομικό άγχος (κύηση)	26,92	17,47	45,500	-1,96*
Περιστασιακό άγχος (λοχεία)	27,33	17,39	43,000	-2,06*
Περιστασιακό άγχος (6μηνο)	28,00	17,26	39,000	-2,32*

* $p < 0,05$

Πίνακας 48. Έλεγχος με το κριτήριο *U* της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες της έρευνας ως προς την βοήθεια που αντλούν από τη στάση του συζύγου στους έξι μήνες μετά τον τοκετό

Κλίμακες	Δεν	Αντλεί	Mann-Whitney	<i>Z</i>
SCL-90-R				
Κατάθλιψη (6μηνο)	27,86	16,93	43,000	-2,41*
Άγχος (6μηνο)	26,43	17,27	53,000	-2,05*
STAI				
Δομικό άγχος (6μηνο)	28,50	16,78	38,500	-2,59*

* $p < 0,05$

Η ερώτηση σχετικά με τη δυνατότητα επικοινωνίας των θεμάτων που την απασχολούν με τον σύντροφο/σύζυγο υποβλήθηκε στις γυναίκες του δείγματος έξι μήνες μετά τον τοκετό. Εκείνες που ανέφεραν ότι δεν είχαν τη δυνατότητα να επικοινωνούν όπως θα ήθελαν ($n=3$), εμφάνισαν υψηλότερες βαθμολογίες τόσο στην κλίμακα BDI ($T.T.$ 31,17), όσο και στην κλίμακα EPDS ($T.T.$ 33,83) για την περίοδο του εξαμήνου μετά τον τοκετό, συγκριτικά με τις γυναίκες που ανέφεραν επαρκή επικοινωνία ($T.T.$ BDI 17,93, $T.T.$ EPDS 17,69). Η τιμή του κριτηρίου *Mann-Whitney U* για την κλίμακα BDI κυμάνθηκε σε 14,500 ($Z=-2,04$), ενώ για την κλίμακα EPDS κυμάνθηκε σε 6,500 ($Z=-2,52$), με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p<,05$.

Η θετική εκτίμηση της συμπεριφοράς του συζύγου στις δυσκολίες της κατά την περίοδο της λοχείας, συνδυάστηκε με χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα της κατάθλιψης του SCL-90-R κατά την κύηση, στην κλίμακα επιλόχειας κατάθλιψης (EPDS) κατά τη λοχεία και στη διάσταση του περιστασιακού άγχους έξι μήνες μετά τον τοκετό, σε σύγκριση με τις γυναίκες εκείνες, που εκτιμούσαν αρνητικά τη συμπεριφορά του συζύγου (Πίνακας 49).

Περισσότερο έντονη φάνηκε η θετική εκτίμηση της συμπεριφοράς του συζύγου απέναντι στις δυσκολίες της γυναίκας στην περίοδο των έξι μηνών μετά τον τοκετό. Στον Πίνακας 50 παρουσιάζονται όλες οι σημαντικές διαφορές στις κλίμακες καταθλιπτικών και αγχώδων συμπτωμάτων για τις γυναίκες που εκτιμούν θετικά την αντίδραση του συζύγου στις δυσκολίες τους και για εκείνες που δεν την εκτιμούν αρνητικά. Οι τελευταίες είχαν αναφέρει κατά την κύηση μεγαλύτερη βαθμολογία στις κλίμακες που αξιολογούν την κατάθλιψη (SCL-90-R, BDI, EPDS), ενώ στην λοχεία είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα της επιλόχειας κατάθλιψης EPDS και στο εξάμηνο μετά τον τοκετό στην κλίμακα SCL-90-R και EPDS, σε σχέση με τις γυναίκες που εκτιμούν θετικά τη συμπεριφορά του συζύγου τους. Τέλος, όσον αφορά στην αγχώδη συμπτωματολογία, οι γυναίκες που δεν εκτιμούν θετικά τη συμπεριφορά του συζύγου τους, σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση του δομικού άγχους κατά την κύηση και στις διαστάσεις του άγχους κατά SCL-90-R, στη διάσταση του δομικού και περιστασιακού άγχους κατά STAI στην περίοδο του εξαμήνου μετά τον τοκετό.

Πίνακας 49. Έλεγχος με το κριτήριο *U* της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες της έρευνας ως προς την συμπεριφορά του συντρόφου στις δυσκολίες της γυναίκας κατά τη λοχεία

Κλίμακες	Αρνητική Εκτίμηση	Θετική Εκτίμηση	Mann- Whitney <i>U</i>	<i>Z</i>
SCL-90-R				
Κατάθλιψη (κύηση)	29,70	17,33	26,500	-
STAI				
Περιστασιακό άγχος (6μηνο)	28,40	17,53	33,000	-
EPDS				
Επιλόχεια κατάθλιψη (λοχεία)	28,30	17,55	33,500	-

* $p < 0,05$

Πίνακας 50. Έλεγχος με το κριτήριο *U* της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες της έρευνας ως προς την συμπεριφορά του συντρόφου στις δυσκολίες της γυναίκας έξι μήνες μετά τον τοκετό

Κλίμακες	Αρνητική Εκτίμηση(<i>n</i> =6)	Θετική Εκτίμηση(<i>n</i> =31)	Mann- Whitney <i>U</i>	<i>Z</i>
SCL-90-R				
Κατάθλιψη (κύηση)	27,68	17,34	41,500	-
Κατάθλιψη (6μηνο)	29,17	17,03	32,000	-
Άγχος (6μηνο)	26,92	17,47	45,500	-
BDI				
Κατάθλιψη (κύηση)	29,00	17,06	33,000	-
STAI				
Δομικό άγχος (κύηση)	27,58	17,34	41,500	-
Δομικό άγχος (6μηνο)	27,00	17,45	45,000	-
Περιστασιακό άγχος (6μηνο)	27,08	17,44	44,500	-
EPDS				
Επιλόχεια κατάθλιψη	27,25	17,40	43,500	-
Επιλόχεια κατάθλιψη	28,33	17,19	37,000	-
Επιλόχεια κατάθλιψη	28,58	17,15	35,500	-

* $p < 0,05$

Η παρουσία συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας ελέγχθηκε σε σχέση με την ύπαρξη συναισθηματικής και σωματικής βίας από πλευράς του συζύγου προς την γυναίκα. Στον Πίνακα 51 παρουσιάζονται οι σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους των απαντήσεων των γυναικών στις διαστάσεις των κλιμάκων της έρευνας ως προς την ύπαρξη ή όχι συναισθηματικής και σωματικής βίας στη σχέση με τον σύζυγο. Εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στις βαθμολογίες των γυναικών κυρίως κατά την περίοδο της λοχείας. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που αντιλαμβάνονταν τον σύζυγό τους βίαιο εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα σωματοποίησης, ψυχαναγκασμών-καταναγκασμών, διαπροσωπικής ευαισθησίας, κατάθλιψης, άγχους, φοβικού άγχους, παρανοειδών ιδεασμών και ψυχωτισμού. Στις μετρήσεις κατά την κύηση βρέθηκαν υψηλότερες βαθμολογίες μόνο στη διάσταση του δομικού άγχους (STAI), ενώ έξι μήνες μετά τον τοκετό οι γυναίκες αντιλαμβάνονταν τον σύζυγό τους βίαιο σε συναισθηματικό και σωματικό επίπεδο εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα παρανοειδούς ιδεασμού (SCL-90-R) και κατάθλιψης (BDI).

Πίνακας 51. Έλεγχος με το κριτήριο *U* της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες της έρευνας ως προς την άσκηση συναισθηματικής και σωματικής βίας από τον σύζυγο

Κλίμακες	Απουσία (n=34)	Παρουσία (n=3)	Mann Whitney U	Z
SCL-90-R				
<i>Σωματοποίηση (λοχεία)</i>	17,94	31,00	87,000	2,01*
<i>Ψυχαναγκασμοί-Καταναγκασμοί</i>	17,65	34,33	97,000	2,57**
<i>Διαπροσωπική ευαισθησία (λοχεία)</i>	17,50	36,00	102,000	2,88**
<i>Κατάθλιψη (λοχεία)</i>	17,91	31,33	88,000	2,06*
<i>Άγχος (λοχεία)</i>	17,96	30,83	86,500	2,01*
<i>Φοβικό άγχος (λοχεία)</i>	17,60	34,83	98,500	2,98**
<i>Παρανοειδής ιδεασμός (λοχεία)</i>	17,57	35,17	99,500	2,95**
<i>Παρανοειδής ιδεασμός (6μηνο)</i>	17,93	31,17	87,500	2,12*
<i>Ψυχωτισμός (λοχεία)</i>	17,85	32,00	90,000	2,37*
<i>Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (λοχεία)</i>	17,68	34,00	96,000	2,51*
<i>Δείκτης Ενασχόλησης Θετικών Συμπτωμάτων (λοχεία)</i>	17,68	34,00	96,000	2,51*
BDI				

<i>Κατάθλιψη (λοχεία)</i>	17,90	31,50	89,500	2,09*
<i>Κατάθλιψη (6μηνο)</i>	17,69	33,83	96,500	2,49*
STAI				
<i>Δομικό άγχος (κύηση)</i>	17,84	32,17	90,500	2,20*
EPDS				
<i>Επιλόχεια κατάθλιψη (λοχεία)</i>	17,75	33,17	252,500	2,56*

**p<0,05 **p<0,01*

Από την ανάλυση περιεχομένου φαίνεται ότι οι γυναίκες που αντιλαμβάνονται τον σύζυγό τους ως υποστηρικτικό συναισθηματικά, μπορούν να του μιλήσουν για όσα τις απασχολούν και τον νιώθουν ως σύμμαχο σε θέματα που μπορεί να προκύψουν στις σχέσεις με τα πεθερικά της γυναίκας. Επίσης, οι γυναίκες περιγράφουν ότι ο σύζυγος δείχνει κατανόηση στις εναλλαγές στη διάθεση που αντιμετωπίζει η γυναίκα κατά την **κύηση**. Στις αντίθετες περιπτώσεις, οι γυναίκες εντοπίζουν το πρόβλημα στην απουσία υποστήριξης στις δυσκολίες με τους γονείς του συζύγου, αλλά και στην υποτίμηση από τη μεριά του συζύγου του προβλήματος που αντιμετωπίζει η γυναίκα. Παραδείγματος χάρη, «*μην τα σκέφτεσαι, θα φτιάξουν*». Στην **λοχεία**, οι γυναίκες που βιώνουν τους συντρόφους τους ως υποστηρικτικούς, τους περιγράφουν ως συμμάχους της γυναίκας («*παίρνει το μέρος μου*»), απέναντι στις γονεϊκές οικογένειες, πρόθυμους να ακούσουν, να συζητήσουν και να προτείνουν λύσεις στα ζητήματα που απασχολούν τις γυναίκες, με υπομονή και κατανόηση στις συναισθηματικές μεταπτώσεις της γυναίκας και στις αντιδράσεις της λόγω κούρασης και προσπαθώντας να απαλύνουν το άγχος της. Στην αντίθετη περίπτωση, η γυναίκα δεν θεωρεί ότι έχει την κατανόηση του συζύγου της, παρόλο που το αποδίδει στην εργασία του ή στη δικές της υπερβολικές αντιδράσεις, λόγω της λοχείας. Στην περίοδο των **έξι μηνών**, φαίνεται ότι οι γυναίκες που δεν νιώθουν συναισθηματική υποστήριξη από την πλευρά του συζύγου, ουσιαστικά δυσκολεύονται με τις πρακτικές δυσκολίες της καθημερινότητας με το παιδί, τις οποίες ο σύζυγος δεν κατανοεί ή υποτιμά, λόγω του δικού του φόρτου εργασίας και της απουσίας του. Επίσης, αναφέρεται απουσία κοινού χρόνου για επικοινωνία και παρουσία εντάσεων. Στις περιπτώσεις παρουσίας συναισθηματικής υποστήριξης, η γυναίκα περιγράφει τον σύζυγο πρόθυμο να συζητήσει τις δυσκολίες της γυναίκας και να προσπαθήσει να προτείνει λύσεις.

Η προσπάθεια του συζύγου που βοηθάει στις υποχρεώσεις και τις εργασίες του σπιτιού, αναγνωρίζεται πάρα πολύ από τις γυναίκες. Κάποιες, μάλιστα αναφέρουν ότι ο σύζυγος αναλαμβάνει όλες τις δουλειές του σπιτιού για να μην επιβαρυνθεί η **έγκυος**. Στη **λοχεία**, γίνεται δεκτή με ευγνωμοσύνη η βοήθεια του συζύγου, όταν αυτός επιστρέφει από την εργασία του, η ανάληψη του μάνιου του παιδιού που φαίνεται ότι φοβίζει τις νέες μητέρες, αλλά και η επιθυμία του να συμμετέχει ενεργά στη φροντίδα του παιδιού. Περιγράφεται επίσης, η ανάληψη υποχρεώσεων εκατέρωθεν, ανάλογα με το ποιος έχει περισσότερες αντοχές σε μία δεδομένη στιγμή. Στη συνέντευξη των **έξι μηνών**, οι γυναίκες εκτιμούν το να αναλαμβάνει ο σύζυγος τη φροντίδα του παιδιού, όταν επιστρέφει από την εργασία του, αλλά και το να βοηθά στις λοιπές εργασίες του σπιτιού. Και στις τρεις μετρήσεις της έρευνας, στις περιπτώσεις που ο σύζυγος δεν βοηθάει πολύ λόγω πολύωρης δικής του εργασίας, οι γυναίκες φαίνεται να δείχνουν κατανόηση, όταν νιώθουν συναισθηματική υποστήριξη από αυτόν. Ωστόσο, εκφράζεται δυσαρέσκεια, όταν ο σύζυγος δεν κατανοεί ότι η γυναίκα είναι σε ευάλωτη περίοδο και χρειάζεται περισσότερη υποστήριξη, ακόμα και αν εκείνος είναι κουρασμένος από την εργασία του. Επίσης, δυσαρέσκεια εκφράζεται και όταν ο σύζυγος δεν είναι πρόθυμος να βοηθήσει τη γυναίκα, όταν εκείνη το έχει ανάγκη, αλλά το κάνει σε χρόνο που επιλέγει ο ίδιος.

Στη συνέχεια, ελέγχθηκε η επίδραση του οικογενειακού πλαισίου στην εμφάνιση συμπτωμάτων στην γυναίκα κατά την περιγεννητική περίοδο. Συγκεκριμένα, εξετάστηκε η αντίληψη της γυναίκας για την συναισθηματική υποστήριξη που λαμβάνει από την οικογένειά της και στις τρεις υπό μελέτη φάσεις της έρευνας. Κατά την **κύηση**, οι περισσότερες γυναίκες ($n=34$) ανέφεραν ότι βίωναν επαρκή συναισθηματική στήριξη από τους οικείους τους. Μόνο τρεις γυναίκες απάντησαν ότι δεν βίωναν την οικογένειά τους επαρκώς στηρικτική συναισθηματικά, οι οποίες παρουσίασαν υψηλότερη βαθμολογία στην διάσταση του άγχους (SCL-90-R) για την περίοδο πριν την κύηση ($Mann-Whitney U=86,50 Z=2,00 p<,05$) και κατά τη φάση του εξαμήνου μετά τον τοκετό ($Mann-Whitney U=87,50 Z=2,06 p<,05$). Ο μέσος όρος των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών κατά την κύηση που δεν βίωναν την οικογένειά τους επαρκώς στηρικτική συναισθηματικά κυμάνθηκε σε 30,83, ενώ για τις υπόλοιπες γυναίκες κυμάνθηκε σε 17,96. Ο μέσος όρος των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών στο εξάμηνο που δεν βίωναν την οικογένειά τους επαρκώς στηρικτική συναισθηματικά κυμάνθηκε σε 31,17, ενώ για τις υπόλοιπες γυναίκες κυμάνθηκε σε 17,93.

Κατά τη **λοχεία**, οι στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους των απαντήσεων των γυναικών στις κλίμακες παρουσιάζονται στον Πίνακα 52. Παρατηρείται ότι οι γυναίκες, οι οποίες βίωναν την οικογένειά τους συναισθηματικά απύσχα κατά τη διάρκεια της λοχείας, είχαν στην φάση της κύησης αναφέρει υψηλότερα επίπεδα διαπροσωπικής ευαισθησίας, δομικού και περιστασιακού άγχους, καθώς και επιλόχειας κατάθλιψης. Στη φάση της λοχείας έδειξαν να επηρεάζονται λιγότερο από θετικά γεγονότα ζωής και να διαθέτουν υψηλότερο δομικό άγχος. Τέλος, στους έξι μήνες μετά τον τοκετό εμφάνισαν υψηλότερη βαθμολογία στην καταθλιπτική και αγχώδη συμπτωματολογία (SCL-90-R), καθώς και στο δομικό άγχος.

Για την περίοδο των έξι μηνών μετά τον τοκετό, οι στατιστικά σημαντικές διαφορές στους μέσους όρους των απαντήσεων των γυναικών στις κλίμακες ως προς την ύπαρξη συναισθηματικής υποστήριξης από την οικογένειά τους, παρουσιάζονται στον Πίνακα 53. Παρατηρείται ότι οι γυναίκες, οι οποίες βίωναν την οικογένειά τους συναισθηματικά απύσχα στη φάση των έξι μηνών μετά τον τοκετό, κατά την κύηση είχαν αναφέρει υψηλότερα επίπεδα διαπροσωπικής ευαισθησίας, παρανοειδούς ιδεασμού, δομικού άγχους, καθώς και επιλόχειας κατάθλιψης. Στη φάση της λοχείας έδειξαν να εμφανίζουν υψηλότερη διαπροσωπική ευαισθησία, παρανοειδή ιδεασμό και επιλόχεια κατάθλιψη. Τέλος, στους έξι μήνες μετά τον τοκετό εμφάνισαν περισσότερους ψυχαναγκασμούς-καταναγκασμούς και παρανοειδείς ιδεασμούς (SCL-90-R).

Πίνακας 52. Έλεγχος με το κριτήριο *U* της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες της έρευνας ως προς την ύπαρξη συναισθηματικής υποστήριξης από την οικογένεια κατά τη λοχεία

Κλίμακες	Παρουσία (n=32)	Απουσία (n=5)	<i>Mann Whitney</i>	<i>Z</i>
SCL-90-R				
<i>Διαπροσωπική ευαισθησία (κύηση)</i>	17,45	28,90	129,500	2,21*
<i>Κατάθλιψη (6μηνο)</i>	17,59	28,00	125,000	2,00*
<i>Άγχος (6μηνο)</i>	17,56	28,20	126,000	2,07*
STAI				
<i>Δομικό άγχος (κύηση)</i>	17,44	29,00	130,000	2,23*

<i>Δομικό άγχος (λοχεία)</i>	17,45	28,90	129,500	2,20*
<i>Δομικό άγχος (6μηνο)</i>	17,42	29,10	130,500	2,25*
<i>Περιστασιακό άγχος (κύηση)</i>	17,58	28,10	125,500	2,03*
EPDS				
<i>Επιλόχεια κατάθλιψη (κύηση)</i>	17,50	28,60	128,000	2,15*
Γεγονότα ζωής				
<i>Βαθμός επιρροής από θετικά γεγονότα ζωής (λοχεία)</i>	20,75	7,80	24,000	- 2,51*

* $p < 0,05$

Πίνακας 53. Έλεγχος με το κριτήριο *U* της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες της έρευνας ως προς την ύπαρξη συναισθηματικής υποστήριξης από την οικογένεια στους έξι μήνες μετά τον τοκετό

Κλίμακες	Παρουσία (n=31)	Απουσία (n=6)	Mann Whitney <i>U</i>	<i>Z</i>
SCL-90-R				
Ψυχαναγκασμοί- Καταναγκασμοί (6μηνο)	17,21	28,25	148,500	2,29*
Διαπροσωπική ευαισθησία (πριν)	17,37	27,42	143,500	2,09*
Διαπροσωπική ευαισθησία (κύηση)	16,90	29,83	158,000	2,70**
Διαπροσωπική ευαισθησία (λοχεία)	17,32	27,87	145,000	2,17*
Παρανοειδής ιδεασμός (κύηση)	17,19	28,33	149,000	2,37*
Παρανοειδής ιδεασμός (λοχεία)	17,21	28,25	148,500	2,50*
Παρανοειδής ιδεασμός (6μηνο)	17,42	27,17	142,000	2,11
STAI				
Δομικό άγχος (κύηση)	17,24	28,08	147,500	2,25*
EPDS				
Επιλόχεια κατάθλιψη	17,21	28,25	148,500	2,30*
Επιλόχεια κατάθλιψη	17,40	27,25	142,500	2,06*

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

Οι θεματικές που αντικατοπτρίζουν την απουσία συναισθηματικής υποστήριξης από τη γονεϊκή οικογένεια κατά την περίοδο της λοχείας, είναι η επιμονή της μητέρας της να δώσει η γυναίκα τεχνητό γάλα στο παιδί, τη στιγμή που η γυναίκα προσπαθεί να θηλάσει, η αυτοπροβολή της μητέρας και κομψασμός ότι έχει επινοήσει καλύτερους τρόπους να ηρεμεί το μωρό, σε σύγκριση με την ίδια του τη μητέρα, και η μη διαθεσιμότητά της γονεϊκής οικογένειας να συμπαρασταθεί συναισθηματικά, είτε για προσωπικούς λόγους και αδυναμίες, είτε λόγω γεγονότων ζωής. Στους έξι μήνες, οι θεματικές που αντικατοπτρίζουν την απουσία συναισθηματικής υποστήριξης από τη

γονεϊκή οικογένεια, είναι οι τυπικές και απόμακρες σχέσεις ανάκαθεν, αλλά και η δυσκολία της μητέρας να ακολουθήσει και να προσαρμοστεί με τις οδηγίες της γυναίκας σε ό,τι αφορά το παιδί.

Στη συνέχεια, εξετάστηκε η αντίληψη των γυναικών για την πρακτική υποστήριξη που λαμβάνει από την οικογένειά της και στις τρεις υπό μελέτη φάσεις της έρευνας. Κατά την κύηση, οι περισσότερες γυναίκες ($n=31$) ανέφεραν ότι βίωναν επαρκή πρακτική στήριξη από τους οικείους τους. Έξι γυναίκες, ωστόσο, οι οποίες απάντησαν ότι δεν βίωναν την οικογένειά τους επαρκώς στηρικτική σε πρακτικό επίπεδο, παρουσίασαν υψηλότερη βαθμολογία στην διάσταση του παρανοειδούς ιδεασμού (SCL-90-R) κατά τη φάση του εξαμήνου μετά τον τοκετό (*Mann-Whitney* $U=45,50$ $Z=-2,05$ $p<,05$). Ο μέσος όρος των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών που βίωναν ότι η οικογένειά τους δεν τους παρείχε επαρκή πρακτική υποστήριξη κυμάνθηκε σε 11,08, ενώ για τις υπόλοιπες γυναίκες κυμάνθηκε σε 20,53.

Στη λοχεία, 28 γυναίκες ανέφεραν ότι οι οικογένειές τους τις στήριζαν πρακτικά, πέντε ότι δεν ήταν ικανοποιημένες με τον τρόπο που αυτό γινόταν, ενώ τέσσερεις ανέφεραν παντελή απουσία πρακτικής υποστήριξης. Οι απαντήσεις στις κλίμακες συμπτωματολογίας δεν διαφοροποιήθηκαν σημαντικά σε καμία διάσταση ως προς τη συγκεκριμένη μεταβλητή.

Τέλος, στην περίοδο των έξι μηνών μετά τον τοκετό οι περισσότερες γυναίκες ($n=27$) ανέφεραν ότι βίωναν επαρκή πρακτική στήριξη από τους οικείους τους. Οι δέκα γυναίκες, οι οποίες απάντησαν ότι δεν βίωναν την οικογένειά τους επαρκώς στηρικτική σε πρακτικό επίπεδο, παρουσίασαν χαμηλότερο βαθμό επιρροής από θετικά γεγονότα ζωής τόσο στην φάση της κύησης (*Mann-Whitney-U*=76,00 $Z=-2,03$ $p<,05$), όσο και στη φάση της λοχείας (*Mann-Whitney-U*=56,00 $Z=-2,72$ $p<,01$). Ο μέσος όρος των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών κατά την κύηση που βίωναν την οικογένειά τους πρακτικά ανεπαρκώς στηρικτική κυμάνθηκε σε 13,10, ενώ για τις υπόλοιπες γυναίκες κυμάνθηκε σε 21,19. Ο μέσος όρος των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών στο εξάμηνο που δεν βίωναν την οικογένειά τους επαρκώς στηρικτική πρακτικά κυμάνθηκε σε 11,10, ενώ για τις υπόλοιπες γυναίκες κυμάνθηκε σε 21,93.

Η βοήθεια με τις δουλειές του σπιτιού, το μαγείρεμα, η οικονομική υποστήριξη και η τακτοποίηση γραφειοκρατικών εκκρεμοτήτων, είναι οι πιο σημαντικοί τομείς από τους οποίους αντλούν βοήθεια από τους γονείς τους οι έγκυες. Στην περίοδο της λοχείας και των έξι μηνών, συχνά οι γονείς επισκέπτονται την κόρη τους σε καθημερινή

βάση, προκειμένου να τη βοηθήσουν με το παιδί και τις δουλειές του σπιτιού. Ακόμα και όταν διαμένουν μόνιμα στην επαρχία, οι γονείς έρχονται ανά διαστήματα για να προσφέρουν τη βοήθειά τους. Οι γυναίκες που δεν υποστηρίζονται πρακτικά από τους γονείς τους, αναφέρουν κυρίως διαμονή των γονιών σε μακρινή τοποθεσία, απροθυμία, μεγάλη ηλικία των γονιών και δυσκολία επικοινωνίας.

Παράλληλα, οι γυναίκες του δείγματος ερωτήθηκαν σχετικά με τη συναισθηματική και πρακτική υποστήριξη που αντιλαμβάνονταν ότι λαμβάνουν και από τον φιλικό τους κύκλο. Η διερεύνηση αυτή έγινε στις φάσεις της κύησης και της λοχείας. Η αντίληψη που διέθεταν για την ύπαρξη συναισθηματικής υποστήριξης από τους φίλους δεν φάνηκε να διαφοροποιεί τις απαντήσεις των γυναικών σε καμία από τις κλίμακες συμπτωματολογίας που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα.

Αντιθέτως, η αντίληψη που διέθεταν για την ύπαρξη πρακτικής υποστήριξης από τους φίλους διαφοροποίησε τις απαντήσεις των γυναικών σε κάποιες από τις κλίμακες και κατά την κύηση, αλλά και κατά τη λοχεία. Συγκεκριμένα, κατά την κύηση, οι γυναίκες ($n=26$) που ανέφεραν ότι βίωναν επαρκή πρακτική στήριξη από τους φίλους τους εμφάνισαν χαμηλότερο σύνολο θετικών συμπτωμάτων στην κλίμακα SCL-90-R (*Kruskal-Wallis* $H= 6,45$ $p<,05$, *B.E.* 2), σε σύγκριση με εκείνες τις γυναίκες ($n=3$) που βίωναν τους φίλους τους λιγότερο υποστηρικτικούς σε πρακτικό επίπεδο ($\Delta\check{R}=-16,65$ $p<,05$). Ο μέσος όρος των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών κατά την κύηση που βίωναν τους φίλους τους πρακτικά ανεπαρκώς στηρικτικούς κυμάνθηκε σε 33,67, ενώ για τις υπόλοιπες γυναίκες κυμάνθηκε σε 17,02. Επίσης, κατά τη λοχεία, διαφοροποιήθηκαν οι απαντήσεις των γυναικών σε διαστάσεις δύο κλιμάκων. Ειδικότερα, οι γυναίκες ($n=10$) που δήλωσαν ότι βίωναν τους φίλους τους ελλιπώς υποστηρικτικούς σε πρακτικό επίπεδο, ανέφεραν υψηλότερο βαθμό περιστασιακού άγχους (*T.T.* 25,60), σε σύγκριση με τις γυναίκες ($n=7$) που δεν ζητούσαν καθόλου βοήθεια (*T.T.* 9,36) ($\Delta\check{R}=16,24$ $p<,05$). Η τιμή του κριτηρίου *Kruskal-Wallis* H κυμάνθηκε σε 9,59 (*B.E.* 3), με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p<,05$. Οι γυναίκες ($n=10$) που δήλωσαν ότι βίωναν απουσία πρακτικής υποστήριξης τους φίλους, επηρεάζονταν σε μικρότερο βαθμό από θετικά γεγονότα ζωής (*T.T.* 9,65), σε σύγκριση με τις γυναίκες ($n=16$) που αντιλαμβάνονταν παρουσία πρακτικής υποστήριξης (*T.T.* 22,38) ($\Delta\check{R}=12,73$ $p<,05$). Η τιμή του κριτηρίου *Kruskal-Wallis* H κυμάνθηκε σε 10,63 (*B.E.* 3), με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p<,05$.

Ε.3. Σύγκριση τακτικών τιμών κλιμάκων συμπτωμάτων, με βάση το ιατρικό και μαιευτικό ιστορικό

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται οι συγκρίσεις των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών στις υπό μέτρηση φάσεις της έρευνας, με βάση τις μεταβλητές που προέκυψαν από τις συνεντεύξεις και αναφέρονταν στο ιατρικό και μαιευτικό ιστορικό. Αρχικά, διερευνήθηκαν οι μεταβλητές «Αποβολή» και «Αμβλώσεις», οι οποίες δεν φάνηκαν να διαφοροποιούν σημαντικά το δείγμα ως προς τις απαντήσεις στις κλίμακες της κατάθλιψης (SCL-90-R, BDI, EPDS). Η διασπορά των απαντήσεων στις κλίμακες καταθλιπτικών συμπτωμάτων των γυναικών που είχαν αποβάλει στο παρελθόν ($n=8$) δεν διέφερε σημαντικά από εκείνη των απαντήσεων των γυναικών που δεν διέθεταν ιστορικό αποβολών ($n=29$). Επίσης, η διασπορά των απαντήσεων στις ίδιες κλίμακες των γυναικών που είχαν υποβληθεί σε άμβλωση στο παρελθόν ($n=5$) δεν διέφερε σημαντικά από εκείνη των απαντήσεων των γυναικών που δεν διέθεταν ιστορικό αμβλώσεων ($n=32$). Εξαίρεση παρατηρήθηκε στις απαντήσεις των γυναικών που αφορούσαν στην ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων πριν την κύηση (SCL-90-R), οπότε και οι γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε άμβλωση ανέφεραν υψηλότερη βαθμολογία ($T.T. 30,00$), σε σχέση με εκείνες που δεν είχαν υποβληθεί ($T.T. 17,28$) (*Mann-Whitney* $U=135,00$ $Z=2,46$ $p<,05$). Στον Πίνακα 54 καταγράφονται ενδεικτικές αναφορές των γυναικών στις αμβλώσεις που είχαν κάνει στο παρελθόν.

Πίνακας 54. Ενδεικτικές αναφορές των γυναικών στις αμβλώσεις που είχαν κάνει στο παρελθόν

Συμμετέχουσα	Ενδεικτικές Απαντήσεις
Γυναίκα 1	<i>«Ένιωθα ότι ήμουν πολύ μικρή για να μου συμβεί αυτό που μου συνέβη και ότι δεν είχα όχι το κουράγιο... Δεν έπρεπε να το υποστώ. Αυτό ένιωθα...για την ακρίβεια ήταν η πρώτη φορά που ήρθα σε σεξουαλική επαφή. Μου ήρθε κατραπακιά δηλαδή δεν το περίμενα.»</i>
Γυναίκα 2	<i>«Μετά την άμβλωση, ήμουν στενοχωρημένη για πολύ μεγάλο διάστημα, καταθλιπτική για πάρα πολύ μεγάλο διάστημα, και κλεισμένη στον εαυτό μου... δεν ήθελα πολλά πολλά, να βγαίνω έξω, φίλους, να μιλάω, ήθελα να κοιμάμαι, με κούραζαν τα πάντα...»</i>

Στη συνέχεια, μελετήθηκε η επίδραση των συναισθημάτων της εγκύου κατά την περίοδο της κύησης, όταν αναμένει αποτελέσματα εξετάσεων για την υγεία του εμβρύου και την πορεία της κύησης, επάνω στη διάθεσή της. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στις διασπορές των απαντήσεων ως προς τις κλίμακες αγχώδους συμπτωματολογίας των γυναικών που αντιλαμβάνονταν την εμπειρία ως δυσάρεστη ($n=11$), ευχάριστη ($n=18$) και αμφιθυμική ($n=8$).

Αντιθέτως, όταν ζητήθηκε από τις εγκύους να περιγράψουν τη σωματική εμπειρία τους, οι γυναίκες που τη βίωναν δυσάρεστα ανέφεραν υψηλότερο βαθμό άγχους, σε σχέση με εκείνες που αντιλαμβάνονταν θετικά και αρνητικά χαρακτηριστικά αυτής της εμπειρίας τόσο κατά την κύηση ($\Delta\bar{R}=11,24$ $p<,05$), όσο στην εκτίμηση του αν ήταν αγχωμένες πριν την κύηση ($\Delta\bar{R}=12,39$ $p<,05$). Επιπλέον, όταν ερωτήθηκαν στην περίοδο της λοχείας, ανέφεραν υψηλότερο βαθμό περιστασιακού άγχους, σε σχέση με τις γυναίκες που αντιλαμβάνονταν θετικά και αρνητικά χαρακτηριστικά της σωματικής εμπειρίας, ενώ εμφάνισαν και υψηλότερη βαθμολογία καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην κλίμακα BDI κατά την κύηση

($\Delta\hat{R}=10,14$ $p<,05$), σε σύγκριση με τις γυναίκες που αντιλαμβάνονταν αυτή την εμπειρία με ευχάριστο τρόπο σωματικά (Πίνακας 55).

Πίνακας 55. Έλεγχος με το κριτήριο *Kruskal-Wallis* της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες καταθλιπτικών και αγχωδών της έρευνας ως προς την περιγραφή της σωματικής εμπειρίας της κύησης

Κλίμακες	Δυσάρεστη (n=13)	Ευχάριστη (n=14)	Δυσάρεστα και ευχάριστα στοιχεία	<i>Kruskal- Wallis</i> (B.E. 2)
SCL-90-R				
Άγχος (πριν)	24,69 _α	18,50	12,30 _α	7,64*
Άγχος (κύηση)	24,58 _α	17,89	13,30 _α	6,44*
STAI				
Περιστασιακό άγχος (λοχεία)	25,50 _α	17,46	12,70 _α	8,39*
BDI				
Κατάθλιψη (κύηση)	23,92 _α	13,79 _α	19,90	6,07*

* $p<,05$

Οι κυριότερες πηγές σωματικής δυσαρέσκειας της εμπειρίας της κύησης είναι με φθίνουσα σειρά, εξαιτίας κύησης υψηλού κινδύνου (όπου η γυναίκα συχνά παραμένει κλινήρης), εξαιτίας δυσκολιών ύπνου, ναυτίας, εμετών ή και υπερέμεσης, η οποία σε κάποιες περιπτώσεις είχε οδηγήσει σε αδυναμία της γυναίκας να βγει από το σπίτι ή και σε νοσηλεία, και ακολουθούν η σωματική ασθένεια, η μειωμένη ενεργητικότητα και διάφοροι πόνοι.

Επίσης, η εμφάνιση προβλημάτων υγείας κατά την περίοδο της κύησης διαφοροποίησε τις απαντήσεις των γυναικών στις τρεις υπό μέτρηση φάσεις στις κλίμακες καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων (Πίνακας 56). Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που εμφάνισαν προβλήματα υγείας παρουσίασαν και χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση της κατάθλιψης στην κλίμακα SCL-90-R τόσο κατά την κύηση όσο και κατά τη λοχεία, σε σχέση με τις γυναίκες που δεν αντιμετώπισαν, οι οποίες ανέφεραν υψηλότερη βαθμολογία. Παρόμοια εικόνα εμφανίζεται και ως προς άγχος: οι γυναίκες που εμφάνισαν προβλήματα υγείας παρουσίασαν και χαμηλότερη βαθμολογία τόσο στη διάσταση του άγχους στην κλίμακα SCL-90-R κατά το εξάμηνο,

όσο και στη διάσταση του δομικού άγχους (STAI) κατά την κύηση, σε σχέση με τις γυναίκες που δεν αντιμετώπισαν, οι οποίες ανέφεραν υψηλότερη βαθμολογία. Τα προβλήματα υγείας που ανέφεραν οι συμμετέχουσες είναι ο κίνδυνος αποβολής ή πρόωρου τοκετού, ζητήματα ανατομικά και φυσιολογίας, όπως η δίκερως μήτρα, η αποκόλληση και οι αιμορραγίες, καθώς και ο διαβήτης κύησης, αλλά και ασθένειες που μπορεί να εξαναγκάσουν σε νοσηλεία ή να επιβαρύνουν την έγκυο σοβαρά, εφόσον δεν μπορεί να λάβει αρκετά φαρμακευτικά σκευάσματα (πχ. Ιώσεις).

Πίνακας 56. Έλεγχος με το κριτήριο U της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας ως προς την εμφάνιση προβλημάτων υγείας κατά την κύηση

Κλίμακες	Απουσία (n=24)	Παρουσία (n=13)	Mann Whitney	Z
SCL-90-R				
Κατάθλιψη (κύηση)	21,62	14,15	93,000	-
Κατάθλιψη (λοχεία)	21,96	13,54	85,000	~ 0,01*
Άγχος (6μηνο)	21,56	14,27	94,500	~ 0,01*
STAI				
Δομικό άγχος (κύηση)	21,85	13,73	87,500	-

* $p < ,05$

Η παρουσία επιπλοκών κατά τον τοκετό (πχ. επείγουσα καισαρική, πρόωρος τοκετός, κλπ.), αλλά και το είδος του τοκετού (καισαρική, φυσιολογικός) ελέγχθηκε κατά πόσο σχετίζονται με την παρουσία άγχους ή και καταθλιπτικής διάθεσης. Οι απαντήσεις των γυναικών που είχαν φυσιολογικό τοκετό (n=12) δεν διέφεραν σημαντικά από τις απαντήσεις των γυναικών που γέννησαν με καισαρική τομή (n=25). Παράλληλα, και απαντήσεις των γυναικών που αντιμετώπισαν επιπλοκές στον τοκετό (n=7) δεν διέφεραν σημαντικά από τις απαντήσεις των γυναικών που γέννησαν δίχως επιπλοκές (n=30).

Μετά τον τοκετό, οι γυναίκες ερωτήθηκαν να περιγράψουν την εμπειρία του τοκετού. Δεκαπέντε γυναίκες περιέγραψαν την εμπειρία ως δυσάρεστη, ένδεκα ως θετική, επτά ανέφεραν ανάμεικτα χαρακτηριστικά, ενώ τέσσερις ανέφεραν συμβιβασμό με τη δυσάρεστη εμπειρία. Δεν φάνηκαν, ωστόσο, να διαφοροποιούνται

σε καμία από τις κλίμακες της έρευνας που αξιολογούν την κατάθλιψη (SCL-90-R, BDI, EPDS). Από την ανάλυση περιεχομένου φαίνεται ότι, η εμπειρία του τοκετού είναι δυσάρεστη όταν ο τοκετός γίνεται με μη προγραμματισμένη καισαρική, όταν βιώνεται ως δύσκολος και επίπονος, όταν γίνεται με πρόκληση, όταν υπάρχουν επιπλοκές, όταν η γυναίκα υποβάλλεται σε καισαρική, και έκτοτε ανακαλεί εικόνες από το χειρουργείο, το οποίο διεξάγεται με μερική αναισθησία. Τέλος, η εμπειρία είναι δυσάρεστη όταν ο τοκετός είναι πρόωρος και όταν υπάρχουν ανησυχίες για την υγεία του παιδιού.

Οι μέσοι όροι των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών στις κλίμακες των καταθλιπτικών συμπτωμάτων εμφάνισαν ασήμαντες διαφορές ως προς τη διάθεση που διέθεταν μια εβδομάδα μετά τον τοκετό. Να σημειωθεί ότι 14 γυναίκες ανέφεραν ότι είχαν αρνητική διάθεση, 6 ανέφεραν θετική, ενώ 17 περιέγραψαν αρνητικά και θετικά στοιχεία στη διάθεσή τους. Από την ανάλυση περιεχομένου, προκύπτει ότι οι θεματικές με την υψηλότερη συγκέντρωση απαντήσεων για την αρνητική διάθεση είναι η ευσυγκινησία και το άγχος, ακολουθούν οι δυσκολίες με τον θηλασμό, η κόπωση, η στενοχώρια, η θλίψη και η έλλειψη ύπνου, και λιγότερο οι σωματικοί πόνοι, οι δυσκολίες με τη φροντίδα του μωρού και οι εναλλαγές στη διάθεση.

Κλήθηκαν, επίσης, να περιγράψουν τη ζωή τους κατά την περίοδο της λοχείας. Αρνητικές περιγραφές έδωσαν εννέα γυναίκες, θετικές έδωσαν επτά, ενώ τέσσερις ανέφεραν ότι η ζωή τους είχε αλλάξει. Δεκαεπτά έδωσαν θετικές και αρνητικές περιγραφές. Παρομοίως, οι βαθμολογίες τους στις κλίμακες της έρευνας που αξιολογούν την κατάθλιψη δεν διαφοροποιήθηκαν σημαντικά. Από την ανάλυση περιεχομένου, προκύπτει ότι οι θεματικές με την υψηλότερη συγκέντρωση απαντήσεων για τις αρνητικές περιγραφές είναι α) οι σωματικού τύπου ενοχλήσεις με κυρίαρχη την κόπωση και την έλλειψη ύπνου, και στη συνέχεια τους πόνους που έπονται της καισαρικής τομής, και τα προβλήματα που συνοδεύουν τον θηλασμό (πχ. Μαστίτιδα), β) το άγχος εξαιτίας προβλημάτων που αφορούν το νεογνό (πχ. Παραμονή στη μονάδα εντατικής θεραπείας, παλινδρόμηση), αλλά και τη δυσκολία της γυναίκας να το φροντίσει, και γ) τη δυσφορία της γυναίκας από την παραμονή της στο σπίτι.

Ωστόσο, όταν οι γυναίκες ερωτήθηκαν σχετικά με τη διάθεσή τους από τον τοκετό μέχρι και τη μέρα της συνέντευξης, κατά τη φάση της λοχείας, εκείνες που περιέγραψαν αρνητικά τη διάθεσή τους ($n=7$) εμφάνισαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα BDI για τη λοχεία ($T.T.$ 28,93) συγκριτικά με τις γυναίκες ($n=13$) που

περιέγραψαν θετικά τη διάθεσή τους ($T.T.$ 14,35) ($\Delta\bar{R}=14,58$ $p<,05$). Η τιμή του κριτηρίου *Kruskal-Wallis H* κυμάνθηκε σε 8,39 ($B.E.$ 2), με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p<,05$. Όταν η ίδια ερώτηση επαναλήφθηκε στις γυναίκες έξι μήνες μετά τον τοκετό, δεν παρατηρήθηκε καμία διαφοροποίηση στις βαθμολογίες στις κλίμακες καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ανάλογα με τον τρόπο που αντιλαμβάνονταν τη διάθεσή τους.

Από την ανάλυση περιεχομένου, προκύπτει ότι οι θεματικές με την υψηλότερη συγκέντρωση απαντήσεων για τις αρνητικές περιγραφές της διάθεσης από τον τοκετό μέχρι και τη μέρα διεξαγωγής της δεύτερης συνέντευξης (λοχεία) είναι η κόπωση, η ευερεθιστότητα, η έλλειψη ύπνου, η ευμετάβλητη διάθεση, η ευσυγκινησία, η δυσφορία από την παραμονή στο σπίτι, ενώ οι πόνοι και φαίνεται να έχουν υποχωρήσει. Από την ανάλυση περιεχομένου της ίδιας ερώτησης για την περίοδο των έξι μηνών, προκύπτει ότι οι θεματικές με την υψηλότερη συγκέντρωση απαντήσεων για τις αρνητικές περιγραφές της διάθεσης είναι η ευερεθιστότητα, η θλίψη, και οι εναλλαγές στη διάθεση, (τα οποία έχουν την ίδια συγκέντρωση απαντήσεων), και ακολουθούν το άγχος η κόπωση και η ευσυγκινησία, ενώ πολύ λιγότερο αναφέρονται η αναξιότητα και οι δυσκολίες με τον θηλασμό.

E.4. Σύγκριση τακτικών τιμών κλιμάκων συμπτωμάτων, με βάση παράγοντες που σχετίζονται με το βρέφος

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται οι συγκρίσεις των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών στις υπό μέτρηση φάσεις της έρευνας, με βάση τις μεταβλητές που προέκυψαν από τις συνεντεύξεις και αναφέρονταν στην παρουσία δυσκολιών σε σχέση με το παιδί (με το κλάμα, τον ύπνο, τον θηλασμό, κλπ.). Αρχικά, διερευνήθηκε ο τρόπος που περιγράφει η μητέρα το μωρό της κατά τη λοχεία και έξι μήνες μετά τον τοκετό. Από τις συγκρίσεις των τακτικών τιμών των απαντήσεων στις κλίμακες της κατάθλιψης (SCL-90-R, BDI, EPDS) και του άγχους (SCL-90-R, STAI) δεν εντοπίστηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές. Η διασπορά των απαντήσεων στις κλίμακες καταθλιπτικών συμπτωμάτων των γυναικών, οι οποίες κατά τη λοχεία περιέγραφαν το παιδί τους με θετικά χαρακτηριστικά ($n=31$) δεν διέφερε σημαντικά από εκείνη των απαντήσεων των γυναικών που περιέγραφαν το μωρό τους με θετικά και αρνητικά ($n=6$). Επίσης, η διασπορά των απαντήσεων στις ίδιες κλίμακες των γυναικών, οι οποίες όταν ερωτήθηκαν να περιγράψουν το παιδί έξι μήνες μετά τον

τοκετό, του απέδωσαν θετικά κυρίως χαρακτηριστικά ($n=30$) δεν διέφερε σημαντικά από εκείνη των απαντήσεων των γυναικών, οι οποίες του απέδωσαν αρνητικά και θετικά ($n=7$). Επίσης, εξετάστηκε η αποτελεσματικότητα που βίωνε η μητέρα από τη φροντίδα του βρέφους στη λοχεία, σε σύγκριση με τις κλίμακες καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων. Δεν παρατηρήθηκε κάποια σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των γυναικών, είτε ανέφεραν περιορισμένες δυσκολίες, τις οποίες ξεπερνούσαν σταδιακά με τη μάθηση και την προσαρμογή ($n=6$), είτε δεν ανέφεραν κάποια συγκεκριμένη δυσκολία ($n=31$). Παράλληλα, έξι μήνες μετά τον τοκετό οι μητέρες ερωτήθηκαν σχετικά με τις δυσκολίες που αντιμετώπιζαν με την καινούργια συνθήκη ζωής, στην οποία βρισκόντουσαν. Δεκατρείς γυναίκες ανέφεραν δυσκολίες με το παιδί, έξι τόνισαν τις οικονομικές δυσκολίες, τρεις τις δυσκολίες που αντιμετώπιζαν στις σχέσεις τους, ενώ πέντε εστίασαν στην απουσία χρόνου και στην κόπωση που επιφέρει η φροντίδα ενός μωρού. Αντιθέτως, δέκα από αυτές δεν σημείωσαν κάποια δυσκολία. Ο τρόπος που ανταποκρίθηκαν στη συγκεκριμένη ερώτηση δεν φάνηκε να διαφοροποιεί τις απαντήσεις στις κλίμακες κατάθλιψης και άγχους σε καμία από τις υπό μέτρηση φάσης της έρευνας.

Επιπροσθέτως, οι μητέρες ερωτήθηκαν στη φάση της λοχείας και στο εξάμηνο μετά τον τοκετό να περιγράψουν και να εκτιμήσουν την εμπειρία της μητρότητας. Στη φάση της λοχείας, τριάντα γυναίκες έδωσαν θετικές περιγραφές για τον εαυτό τους ως μητέρες, ενώ επτά περιέγραψαν τον εαυτό τους και με θετικά και με αρνητικά χαρακτηριστικά. Η διασπορά των απαντήσεων στις κλίμακες καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων μεταξύ των γυναικών δεν διέφερε σημαντικά. Στη ίδια φάση ζητήθηκε από τις μητέρες να περιγράψουν την εμπειρία του να είναι γονείς. Παρομοίως, δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφοροποίηση στις βαθμολογίες των καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων ούτε στις γυναίκες που ανέφεραν αρνητική εμπειρία ($n=5$), ούτε σε εκείνες που ανέφεραν θετική ($n=22$), ούτε σε εκείνες που αντιλαμβάνονταν την εμπειρία αυτή ως αίσθημα μεγάλης ευθύνης ($n=10$). Από την ανάλυση περιεχομένου, προκύπτει ότι οι θεματικές με την υψηλότερη συγκέντρωση απαντήσεων για τις αρνητικές περιγραφές για την εμπειρία της μητρότητας στη λοχεία, αφορούν την αίσθηση μεγάλης ευθύνης και την υποχρέωση διαρκούς επαγρύπνησης, την κακή ψυχική κατάσταση της μητέρας και τις επαναλαμβανόμενες εικόνες από το χειρουργείο της καισαρικής.

Αντιθέτως, όταν ερωτήθηκαν στους έξι μήνες μετά τον τοκετό, ο τρόπος που περιέγραψαν τον εαυτό τους ως μητέρα και την εμπειρία του να είναι κανείς γονέας,

διαφοροποίησε τους μέσους όρους των απαντήσεών τους σε κάποιες από τις κλίμακες συμπτωματολογίας. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που περιέγραψαν τον εαυτό τους με θετικό τρόπο είχαν αναφέρει χαμηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις του ψυχαναγκασμού-καταναγκασμού και του άγχους (SCL-90-R) στις μετρήσεις που είχαν γίνει κατά την κύηση, σε σύγκριση με τις γυναίκες που είχαν περιγράψει τον εαυτό τους με θετικά και αρνητικά στοιχεία. Οι ίδιες στις μετρήσεις κατά τη λοχεία είχαν αναφέρει χαμηλότερη βαθμολογία (άρα και καλύτερη εικόνα) στην κλίμακα Brisbane, από τις γυναίκες που περιέγραψαν τον εαυτό τους με θετικά και αρνητικά χαρακτηριστικά. Τέλος, στην περίοδο των έξι μηνών μετά τον τοκετό οι γυναίκες που περιέγραψαν τον εαυτό τους με θετικά χαρακτηριστικά ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα δομικού και περιστασιακού άγχους, συγκριτικά με τις γυναίκες που περιέγραψαν τον εαυτό τους ως μητέρα με θετικά και αρνητικά χαρακτηριστικά (Πίνακας 57).

Πίνακας 57. Έλεγχος με το κριτήριο *U* της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες συμπτωματολογίας ως προς τον τρόπο που περιγράφουν τον εαυτό τους ως μητέρες έξι μήνες μετά τον τοκετό

Κλίμακες	Θετικός (n=30)	Θετικός και αρνητικός	Mann Whitney <i>U</i>	<i>Z</i>
SCL-90-R				
Ψυχαναγκασμός-Καταναγκασμός (κύηση)	16,85	28,21	169,500	2,51*
Άγχος (κύηση)	17,20	26,71	159,000	2,11*
STAI				
Δομικό άγχος (6μηνο)	16,57	29,43	178,000	2,84**
Περιστασιακό άγχος (6μηνο)	17,22	26,64	158,500	2,08*
Brisbane				
Λοχεία	17,25	26,50	157,500	2,05*

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

Από την ανάλυση περιεχομένου βλέπουμε ότι τα αρνητικά χαρακτηριστικά που προσδίδουν οι γυναίκες στον εαυτό τους αφορούν κυρίως την υπερπροστατευτικότητα.

*

Οι γυναίκες που περιέγραψαν την εμπειρία της γονεϊκότητας ως θετική μήνες μετά τον τοκετό, είχαν εμφανίσει χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση της κατάθλιψης (SCL-90-R), όταν είχαν ερωτηθεί για την περίοδο πριν την κύηση, συγκριτικά με τις γυναίκες που περιέγραφαν την εμπειρία ως δύσκολη, αλλά ευχάριστη (Πίνακας 58).

Πίνακας 58 Παρομοίως, οι γυναίκες που περιέγραψαν την εμπειρία του να είναι γονείς ως θετική έξι μήνες μετά τον τοκετό, εμφάνισαν χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση της κατάθλιψης (BDI), όταν είχαν ερωτηθεί κατά την κύηση, συγκριτικά με τις γυναίκες που περιέγραφαν την εμπειρία ως δύσκολη, αλλά ευχάριστη. Στην περίοδο της λοχείας, οι πρώτες ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα ψυχαναγκαστικών-καταναγκαστικών (SCL-90-R), όπως και καταθλιπτικών συμπτωμάτων (SCL-90-R, BDI). Τέλος, οι γυναίκες που περιέγραφαν την εμπειρία ως δύσκολη, αλλά ευχάριστη κατά την περίοδο των έξι μηνών μετά τον τοκετό παρουσίασαν στην ίδια χρονική περίοδο υψηλότερα επίπεδα ψυχαναγκαστικών-καταναγκαστικών συμπτωμάτων, υψηλότερη διαπροσωπική ευαισθησία, υψηλότερα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης (SCL-90-R, BDI) και θυμού, καθώς και υψηλότερη βαθμολογία στο σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και στον δείκτη ενασχόλησης θετικών συμπτωμάτων (SCL-90-R). Επιπλέον, εμφάνισαν υψηλότερη βαθμολογία στην διάσταση του δομικού άγχους (STAI), ενώ έδειξαν να επηρεάζονται περισσότερο από αρνητικά γεγονότα ζωής, σε σχέση με τις γυναίκες που περιέγραψαν την εμπειρία του να είναι γονείς ως θετική.

Πίνακας 58. Έλεγχος με το κριτήριο *U* της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες συμπτωματολογίας ως προς τον τρόπο που περιγράφουν την εμπειρία να είναι γονείς έξι μήνες μετά τον τοκετό

Κλίμακες	Θετική (n=21)	Δύσκολη, αλλά ευχάριστη	Mann Whitney U	Z
SCL-90-R				
Ψυχαναγκασμός-Καταναγκασμός (λοχεία)	14,98	24,28	252,500	2,60**
Ψυχαναγκασμός-Καταναγκασμός (6μηνο)	15,60	23,47	239,500	2,20*
Διαπροσωπική ευαισθησία (6μηνο)	15,55	23,53	240,500	2,25*
Κατάθλιψη (πριν)	15,76	23,25	236,000	2,10*
Κατάθλιψη (λοχεία)	15,81	23,19	235,000	2,06*
Κατάθλιψη (6μηνο)	13,71	25,94	279,000	3,41**
Άγχος (6μηνο)	14,98	24,28	252,000	2,63**
Θυμός-Επιθετικότητα (6μηνο)	15,48	23,62	242,000	2,31*
Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (6μηνο)	15,07	24,16	250,500	2,53*
Δείκτης Ενασχόλησης Θετικών (6μηνο)	15,33	23,81	245,000	2,36*
BDI				
Κατάθλιψη (κύηση)	15,26	23,91	246,000	2,42*
Κατάθλιψη (λοχεία)	15,81	23,19	236,000	2,06*
Κατάθλιψη (6μηνο)	15,29	23,88	246,000	2,41*
STAI				
Δομικό άγχος (6μηνο)	15,74	23,28	236,500	2,11*
Γεγονότα ζωής				
Επιρροή από αρνητικά γεγονότα (6μηνο)	15,48	23,62	242,000	2,28*

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

Από την ανάλυση περιεχομένου φαίνεται ότι οι τομείς που δυσκολεύουν τη γυναίκα στην εμπειρία της ως μητέρας, είναι οι ευθύνες, η κόπωση και η αποκλειστική αφιέρωση του χρόνου στην ενασχόληση με το παιδί και ο θηλασμός. Οι γυναίκες που απάντησαν ότι η εμπειρία της μητρότητας ενέχει θετικά και αρνητικά χαρακτηριστικά,

ανέφεραν ότι η παρουσία του παιδιού ενδυναμώνει και εμψυχώνει τη γυναίκα στο δύσκολο έργο της.

Παράλληλα, οι γυναίκες ερωτήθηκαν για το πώς θα περιέγραφαν τον σύζυγό τους ως πατέρα. Οι απαντήσεις που έδωσαν κατά τη λοχεία [θετική εικόνα ($n=29$), λιγότερο διαθέσιμος λόγω εργασίας ($n=5$) και θετικά και αρνητικά χαρακτηριστικά ($n=3$)] δεν διαφοροποίησαν τις βαθμολογίες των απαντήσεων σε κάποια από τις κλίμακες συμπτωματολογίας. Αντιθέτως, όταν η ίδια ερώτηση επαναλήφθηκε έξι μήνες μετά τον τοκετό, οι γυναίκες που περιέγραψαν την ύπαρξη δυσκολιών και προβλημάτων στη στάση των συζύγων του ως πατέρα εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα παρανοειδούς ιδεασμού κατά την κύηση, υψηλότερα επίπεδα θυμού-επιθετικότητας κατά τη λοχεία, ενώ όταν ερωτήθηκαν ξανά έξι μήνες μετά τον τοκετό παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα φοβικού άγχους και παρανοειδούς ιδεασμού (Πίνακας 59).

Πίνακας 59. Έλεγχος με το κριτήριο *U* της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες της έρευνας ως προς τον τρόπο περιγραφής του συζύγου ως πατέρα έξι μήνες μετά τον τοκετό

Κλίμακες	Δυσκολίες- Παρουσία προβλημάτων ($n=7$)	Θετική ($n=30$)	Mann Whitney <i>U</i>	<i>Z</i>
SCL-90-R				
Θυμός- Επιθετικότητα	27,43	17,03	46,000	-2,33*
Φοβικό άγχος (6μηνο)	27,79	16,95	43,500	-2,74**
Παρανοειδής ιδεασμός	26,21	17,32	54,500	-2,01*
Παρανοειδής ιδεασμός	26,21	17,32	54,500	-2,05*

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

Από την ανάλυση περιεχομένου φαίνεται πως οι αρνητικοί χαρακτηρισμοί του συζύγου ως πατέρα, αφορούν την ευερεθιστότητα, την απροσεξία και το ότι δεν συμμετέχει ενεργά στη φροντίδα του παιδιού.

E.5. Σύγκριση τακτικών τιμών κλίμακων συμπτωμάτων, με βάση κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες και γεγονότα ζωής

Στην παρούσα ενότητα εμφανίζονται οι συγκρίσεις των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών στις κλίμακες συμπτωμάτων, με βάση παράγοντες που περιγράφουν την κοινωνικοοικονομική κατάστασή τους κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας, καθώς και με τον τρόπο που έδειξαν να επηρεάζονται από σημαντικά γεγονότα ζωής. Οι μηνιαίες οικονομικές απολαβές των γυναικών [<1000 Ευρώ ($n=21$), $1000-2000$ ($n=16$)] δεν έδειξαν να διαφοροποιούν τις βαθμολογίες τους στις κλίμακες συμπτωματολογίας. Ασήμαντες διαφορές παρατηρήθηκαν και στις απαντήσεις των γυναικών στις κλίμακες της έρευνας, τόσο ως το κατά πόσο θεωρούσαν [ναι ($n=31$), όχι ($n=6$)] ότι η παρούσα κατοικία τους ήταν κατάλληλη για τις ανάγκες της οικογένειας, όσο και ως προς το κατά πόσο αντεπεξέρχονται εύκολα ($n=12$) ή δύσκολα οικονομικά ($n=24$). Αντιθέτως, οι γυναίκες που ανέφεραν ότι στις οικονομικές υποχρεώσεις τους συμμετέχει και άλλος ($n=10$) παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα σωματοποιημένων συμπτωμάτων (SCL-90-R) στην περίοδο των έξι μηνών μετά τον τοκετό (*T.T.* 12,15), σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν διέθεταν συμπάρσταση στις οικονομικές υποχρεώσεις ($n=27$) (*T.T.* 21,54). Η τιμή του κριτηρίου *Mann-Whitney U* κυμάνθηκε σε 131,50 ($Z=2,30$), με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p<,05$, ενώ για την κλίμακα EPDS κυμάνθηκε σε 203,500 ($Z=2,35$), με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p<,05$. Επίσης, οι γυναίκες που ανέφεραν ότι στις οικονομικές υποχρεώσεις τους συμμετέχει και άλλος έδειξαν να επηρεάζονται λιγότερο από αρνητικά γεγονότα ζωής στην περίοδο της κύησης (*T.T.* 26,50), σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν διέθεταν οικονομική υποστήριξη (*T.T.* 16,22) (*Mann-Whitney U*=60,000 $Z=-2,58$ $p<,05$) ενώ εκτιμούσαν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι το παιδί τους είναι ένα δύσκολο μωρό και ότι δυσκολεύονται να το ηρεμήσουν στους έξι μήνες μετά τον τοκετό (*T.T.* 25,75), σε σχέση με τις γυναίκες που ανέφεραν ότι κανείς άλλος δεν συμμετείχε στις οικονομικές υποχρεώσεις τους (*T.T.* 16,50) (*Mann-Whitney U*=67,500 $Z=-2,32$ $p<,05$).

Κατά τη διάρκεια των τριών υπό μέτρηση φάσεων της περιγεννητικής περιόδου, οι γυναίκες ερωτήθηκαν αν υπάρχει κάτι που τις ανησυχεί στην παρούσα φάση της ζωής τους. Κατά τη λοχεία, οι περισσότερες γυναίκες ($n=31$) εξέφρασαν ανησυχία, ενώ μόνο έξι ανέφεραν απουσία ανησυχίας. Όσες ανησυχούσαν ήταν αυτές που είχαν σημειώσει

υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (SCL-90-R), στην εκτίμησή τους για την περίοδο πριν την κύηση (*T.T.* 20,65), συγκριτικά με τις γυναίκες που δεν ανησυχούσαν (*T.T.* 10,50) (*Mann-Whitney* $U=42,000$ $Z=-2,12$ $p<,05$). Παράλληλα, εμφάνισαν υψηλότερη βαθμολογία στον δείκτη συνολικών συμπτωμάτων SCL-90-R (*T.T.* 20,69), συγκριτικά με τις γυναίκες που δεν ανησυχούσαν (*T.T.* 10,25) για την ίδια χρονική περίοδο (*Mann-Whitney* $U=40,500$ $Z=-2,17$ $p<,05$).

Στην περίοδο έξι μηνών μετά τον τοκετό η παρουσία ανησυχίας στις γυναίκες διαφοροποίησε τις βαθμολογίες σε αρκετές κλίμακες συμπτωμάτων, όπως φαίνεται στον Πίνακα 60. Οι γυναίκες που ανέφεραν ανησυχία, ήταν αυτές που είχαν εμφανίσει υψηλότερα επίπεδα ψυχαναγκαστικών-καταναγκαστικών συμπτωμάτων, υψηλότερη διαπροσωπική ευαισθησία, περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, καθώς και θυμό-επιθετικότητα, στην εκτίμηση για τα συμπτώματά τους πριν την κύηση. Επίσης, όσες ανησυχούσαν στους έξι μήνες, ήταν αυτές που στην κύηση εμφάνισαν υψηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις του ψυχαναγκασμού-καταναγκασμού, της διαπροσωπικής ευαισθησίας, της κατάθλιψης, του άγχους, του συνόλου των θετικών συμπτωμάτων και του δείκτη ενασχόλησης θετικών συμπτωμάτων για την κλίμακα SCL-90-R. Επίσης, εμφάνισαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα BDI και στις διαστάσεις του δομικού και περιστασιακού άγχους της κλίμακας STAI. Επίσης, οι γυναίκες που ανησυχούσαν στους έξι μήνες, ως λεχωίδες παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα ψυχαναγκαστικών-καταναγκαστικών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, μαζί με το σύνολο και τον δείκτη θετικών συμπτωμάτων (SCL-90-R) και υψηλότερα επίπεδα επιλόχειας κατάθλιψης (EPDS). Παράλληλα, οι γυναίκες που ανησυχούσαν, έδειξαν να επηρεάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό από αρνητικά γεγονότα, ενώ εκτιμούσαν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι το παιδί τους είναι ένα δύσκολο μωρό και ότι δυσκολεύονται να το ηρεμήσουν. Στην περίοδο των έξι μηνών μετά τον τοκετό παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα ψυχαναγκασμού-καταναγκασμού, διαπροσωπικής ευαισθησίας, κατάθλιψης, άγχος, συνόλου και δείκτη ενασχόλησης θετικών συμπτωμάτων (SCL-90-R). Παράλληλα, σημείωσαν υψηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις του δομικού και περιστασιακού άγχους στην κλίμακα STAI. Τέλος, ανέφεραν περισσότερα προεμμηνορρυσιακά συμπτώματα, σε σχέση με τις γυναίκες που δήλωσαν ότι δεν υπήρχε κάτι να τις ανησυχεί έξι μετά την γέννηση του μωρού τους.

Πίνακας 60. Έλεγχος με το κριτήριο *U* της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες συμπτωματολογίας ως προς την ύπαρξη ανησυχίας έξι μήνες μετά τον τοκετό

Κλίμακες	Παρουσία (n=32)	Απουσία (n=5)	Mann Whitney U	Z
PMS				
<i>Προεμμηνορρυσιακή συμπτωματολογία</i>	20,44	9,80	34,000	-2,07*
SCL-90-R				
<i>Ψυχαναγκασμός-Καταναγκασμός(πριν)</i>	20,39	10,10	35,500	-1,99*
<i>Ψυχαναγκασμός-Καταναγκασμός (κύηση)</i>	20,73	7,90	24,500	-2,47*
<i>Ψυχαναγκασμός-Καταναγκασμός (λοχεία)</i>	20,59	8,80	29,000	-2,27*
<i>Ψυχαναγκασμός-Καταναγκασμός (δμηνο)</i>	20,69	8,20	26,000	-2,41*
<i>Διαπροσωπική ευαισθησία (πριν)</i>	20,45	9,70	33,500	-2,08*
<i>Διαπροσωπική ευαισθησία (κύηση)</i>	20,75	7,80	24,000	-2,51*
<i>Διαπροσωπική ευαισθησία (δμηνο)</i>	20,58	8,90	29,500	-2,27*
<i>Κατάθλιψη (πριν)</i>	20,53	9,20	31,000	-2,19*
<i>Κατάθλιψη (κύηση)</i>	21,20	4,90	9,500	-3,14**
<i>Κατάθλιψη (λοχεία)</i>	20,61	8,70	28,500	-2,29*
<i>Κατάθλιψη (δμηνο)</i>	20,56	9,00	30,000	-2,23*
<i>Άγχος (κύηση)</i>	20,47	9,60	33,000	-2,10*
<i>Άγχος (δμηνο)</i>	20,86	7,10	20,500	-2,68**
<i>Θυμός-Επιθετικότητα (πριν)</i>	20,52	9,30	31,500	-2,19*
<i>Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (κύηση)</i>	20,80	7,50	22,500	-2,56*

Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (λοχεία)	20,73	7,90	24,500	-2,47*
Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (6μηνο)	20,55	9,10	30,500	-2,20*
Δείκτης Ενασχόλησης Θετικών Συμπτωμάτων (κύηση)	20,62	8,60	28,000	-2,31*
Δείκτης Ενασχόλησης Θετικών Συμπτωμάτων (λοχεία)	20,47	9,60	33,000	-2,09*
Δείκτης Ενασχόλησης Θετικών Συμπτωμάτων (6μηνο)	20,61	8,70	28,500	-2,29*
BDI				
Κατάθλιψη (κύηση)	20,80	7,50	22,500	-2,57**
EPDS				
Επιλόχεια κατάθλιψη (λοχεία)	20,95	6,50	17,500	-2,80**
STAI				
Δομικό άγχος (κύηση)	21,41	3,60	3,000	-3,43**
Δομικό άγχος (6μηνο)	20,78	7,60	23,000	-2,54*
Περιστασιακό άγχος (κύηση)	21,71	5,10	10,500	-3,09
Περιστασιακό άγχος (6μηνο)	20,47	9,60	33,000	-2,10*
Γεγονότα ζωής				
Επιρροή από αρνητικά γεγονότα (λοχεία)	20,52	9,30	31,500	-2,17*
Brisbane				
Λοχεία	20,50	9,40	32,000	-2,15*

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

Από την ανάλυση περιεχομένου για την ύπαρξη ανησυχίας κατά την κύηση, οι θεματικές που προκύπτουν με φθίνουσα σειρά κωδικοποιήσεων είναι, η ανησυχία για το αν η γυναίκα θα είναι καλή μητέρα, αν θα μπορέσει δηλαδή να ανταπεξέλθει στον θηλασμό, στη φροντίδα του παιδιού, στους εξαντλητικούς και απαιτητικούς ρυθμούς και τη στέρηση ύπνου μετά τον τοκετό, η ανησυχία για τη θετική έκβαση της κύησης και την υγεία του εμβρύου και του νεογνού, ανησυχία για θέματα που αφορούν τον

τοκετό, όπως το είδος του τοκετού και η θετική εξέλιξή του, και ακολουθούν θεματικές με την ίδια συγκέντρωση απαντήσεων και συγκεκριμένα, η ανησυχία για την υγεία της ίδιας της γυναίκας, η ανησυχία για το ενδεχόμενο επιλόχειας κατάθλιψης, η ανησυχία για την οικονομική κρίση και οι δυσκολίες που μπορεί να επέλθουν στη σχέση με τον σύζυγο, εξαιτίας της απουσίας προσωπικού χρόνου. Θέματα που αφορούν την εργασία, όπως η παραμονή της γυναίκας μακριά από την εργασία ή η επιστροφή σε αυτήν, δεν φαίνεται να ανησυχεί τις γυναίκες κατά τη διάρκεια της κύησης.

Κατά τη περίοδο της λοχείας, 31 (83,8%) γυναίκες απάντησαν ότι νιώθουν ανησυχία, ενώ οι θεματικές που προκύπτουν με φθίνουσα σειρά κωδικοποιήσεων είναι η ανησυχία για την υγεία και την ακεραιότητα του παιδιού, η ανησυχία για την υγεία των ίδιων των γονιών, τώρα που το παιδί τους εξαρτάται από αυτούς, η ανησυχία για την οικονομική κρίση, δηλαδή για το αν θα μπορεί το ζευγάρι να εξασφαλίζει στο παιδί τους ό,τι αυτό χρειάζεται, ανησυχία που αφορά τη δυνατότητα της γυναίκας να αντέξει τις απαιτήσεις της διαδικασίας του θηλασμού και να θρέψει επαρκώς με μητρικό γάλα το παιδί της και τέλος, η ανησυχία της γυναίκας όταν χρειάζεται να παραχωρήσει τη φροντίδα του παιδιού σε κάποιον άλλον.

Κατά την περίοδο έξι μηνών μετά τον τοκετό οι θεματικές που προκύπτουν με φθίνουσα σειρά κωδικοποιήσεων είναι, η ανησυχία για την υγεία και την ακεραιότητα του παιδιού, ακολουθεί η ανησυχία για την οικονομική κρίση και τέλος, η ανησυχία της γυναίκας για το αν είναι καλή μητέρα. Στον Πίνακα 61 καταγράφονται ενδεικτικές απαντήσεις των γυναικών για την ανησυχία κατά την περιγεννητική περίοδο.

Πίνακας 61. Ενδεικτικές απαντήσεις των γυναικών του δείγματος για την παρουσία ανησυχίας κατά την περιγεννητική περίοδο

Θεματική Κατηγορία	Ενδεικτικές Απαντήσεις
Παρουσία ανησυχίας στην κύηση για το αν θα είναι καλή μητέρα	«...να μπορέσω να ανταπεξέλθω καλά, να μη λείπει τίποτα στο παιδί, να μπορέσω να το θηλάσω καλά, να το αλλάξω καλά, να το πλύνω καλά (γελάει), να το ταΐσω καλά, να το κοιμίσω καλά...»
για τη θετική έκβαση κύησης και την υγεία του παιδιού)	«... αυτό είναι που με αγχώνει πάρα πολύ, επειδή ασχολούμαι και με την ειδική αγωγή, αυτισμό,

<p>για τον τοκετό</p>	<p><i>Asperger, όλο αυτό σκέφτομαι. Δηλαδή αν έχει κάτι το παιδί, όχι Down εντάζει κάναμε τις εξετάσεις, σίγουρα δεν θα έχει...»</i></p> <p><i>«Αν θα πονέσω, ποιοι θα 'ναι μαζί μου (γελάει), πώς θα προλάβω να πάω στο μαιευτήριο, πώς θα γεννήσω, να 'ναι φυσιολογικά, να μην έχω καισαρικές.»</i></p>
<p>Παρουσία ανησυχίας στη λοχεία</p> <p>για την υγεία και την ακεραιότητα του παιδιού</p>	<p><i>«Μη μου αρρωστήσει, μη μου πάθει κάτι, δηλαδή, που εντάζει θα είναι μη αναστρέψιμο αυτό φοβάμαι.»</i></p>
<p>για την υγεία των ίδιων των γονιών</p>	<p><i>«Με ανησυχεί περισσότερο και η υγεία η δική μας, η δική μου και του συντρόφου μου, και του μωρού. Δηλαδή τώρα σκέφτομαι περισσότερο μη μας συμβεί κάτι, ... μη αρρωστήσουμε, να είμαστε καλά για να έχει η μικρή τον μπαμπά της και τη μαμά της...»</i></p>
<p>για την οικονομική κρίση</p>	<p><i>«Το αύριο, το μέλλον μας, σαν λαός, η δουλειά. Αν θα έχουμε λεφτά ξέρω ' γω, αύριο, μεθαύριο να πάρουμε τα απαραίτητα για το παιδί, να ζήσουμε γενικότερα.»</i></p>
<p>για τον θηλασμό</p>	<p><i>«Μόνο προς το θηλασμό. Οι ανησυχίες μου είναι καθαρά στη διατροφή του παιδιού, ... , αν τρέφετε σωστά, αν θα πάρει κάποιο ρυθμό και, αν θα είναι καλύτερα τα ωράριά της, γιατί νιώθω τώρα περίπου πενήντα μέρες δηλαδή, ότι έχω εξαντληθεί από αϋπνία...»</i></p>
<p>Παρουσία ανησυχίας έξι μήνες μετά τον τοκετό</p> <p>για την υγεία και την ακεραιότητα του παιδιού</p>	<p><i>«Να 'ναι καλό αυτό που θα φάει, να μην αναπνέει το καυσαέριο(γελάει) αλλά και που να το βάλεις. Όλα μ' ανησυχούν.»</i></p>

<i>για την οικονομική κρίση</i>	<i>«ναι έχω πάρα πολύ μεγάλη αγωνία. Ίσως επειδή είναι τα πράγματα τόσο άσχημα. Έχω πολύ μεγάλη αγωνία και θέλω να περάσει όλο αυτό πριν το παιδί αρχίσει και καταλαβαίνει.»</i>
<i>για το αν είναι καλή μητέρα</i>	<i>«Δηλαδή, του πώς να χειρίζομαι κάποιες συμπεριφορές, πώς να του μεταδίδω κάποιες εμπειρίες. Δηλαδή, πως μπορώ να κάνω το καλύτερο δυνατό. Αλλά σαν άγχος και αγωνία είναι αυτό το κομμάτι το οποίο το σκέφτομαι έτσι αρκετά.»</i>

Όσες γυναίκες ανέφεραν ότι αντιμετώπιζαν δυσκολίες την περίοδο της κύησης εμφάνισαν υψηλότερες βαθμολογίες σε αρκετές κλίμακες, κυρίως στη χορήγηση της φάσης των έξι μηνών μετά τον τοκετό. Σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν ανέφεραν την ύπαρξη προβλημάτων, οι γυναίκες που αντιμετώπισαν δυσκολίες εκδήλωσαν περισσότερη ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική, καταθλιπτική και αγχώδη συμπτωματολογία, καθώς και υψηλότερα επίπεδα θυμού-επιθετικότητας (SCL-90-R). Επιπλέον, σημείωσαν υψηλότερες βαθμολογίες στους συγκεντρωτικούς δείκτες του SCL-90-R (Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων, Δείκτης Ενασχόλησης Θετικών Συμπτωμάτων, Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων). Παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (BDI), δομικού και περιστασιακού άγχους (STAI), ενώ έδειξαν να επηρεάζονται σε μικρότερο βαθμό από θετικά γεγονότα ζωής. Στη χορήγηση κατά την κύηση, οι γυναίκες που ανέφεραν ότι αντιμετώπιζαν δυσκολίες κατά την κύηση εκδήλωσαν υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικής (BDI) και αγχώδους συμπτωματολογίας (περιστασιακό άγχος STAI), σε σύγκριση με όσες δεν ανέφεραν δυσκολίες. Στη χορήγηση κατά τη λοχεία, οι γυναίκες που είχαν αναφέρει ότι κατά την κύηση αντιμετώπιζαν δυσκολίες εκδήλωσαν υψηλότερα επίπεδα επιλόχειας κατάθλιψης (STAI) και αγχώδους συμπτωματολογίας (δομικό άγχος STAI), σε σύγκριση με όσες δεν ανέφεραν δυσκολίες (Πίνακας 62).

Πίνακας 62. Έλεγχος με το κριτήριο *U* της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες συμπτωματολογίας ως προς την ύπαρξη δυσκολιών κατά την κύηση

Κλίμακες	Απουσία (n=22)	Παρουσία (n=15)	<i>Mann Whitney U</i>	<i>Z</i>
SCL-90-R				
<i>Ψυχαναγκασμός-Καταναγκασμός (6μηνο)</i>	15,89	23,57	233,500	2,13*
<i>Κατάθλιψη (6μηνο)</i>	14,77	25,20	258,000	2,88**
<i>Άγχος (6μηνο)</i>	15,66	23,90	238,500	2,31*
<i>Θυμός-Επιθετικότητα (6μηνο)</i>	15,57	24,03	240,500	2,38*
<i>Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (6μηνο)</i>	15,48	24,17	242,500	2,40*
<i>Δείκτης Ενασχόλησης Θετικών Συμπτωμάτων (6μηνο)</i>	15,39	24,30	244,500	2,46*
<i>Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (6μηνο)</i>	14,86	25,07	256,000	2,82**
BDI				
<i>Κατάθλιψη (κύηση)</i>	15,93	23,50	232,500	2,10*
<i>Κατάθλιψη (6μηνο)</i>	15,39	24,30	244,500	2,47*
EPDS				
<i>Επιλόχεια κατάθλιψη (λοχεία)</i>	15,09	24,73	251,000	2,70**
STAI				
<i>Δομικό άγχος (λοχεία)</i>	15,50	24,13	242,000	2,39*
<i>Δομικό άγχος (6μηνο)</i>	14,89	25,03	255,500	2,81**
<i>Περιστασιακό άγχος (κύηση)</i>	15,23	24,53	248,000	2,57**
<i>Περιστασιακό άγχος (6μηνο)</i>	15,07	24,77	251,500	2,69**
Γεγονότα ζωής				

Επιρροή από θετικά γεγονότα
(6μηνο)

22,00 14,60 99,000 -2,05*

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

Όταν η ίδια ερώτηση επαναλήφθηκε στην συνέντευξη κατά τη φάση της λοχείας, παρατηρήθηκε ότι όσες γυναίκες απάντησαν ότι βίωναν δυσκολίες, είχαν σημειώσει υψηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις της κλίμακας SCL-90-R, όπου τους είχε ζητηθεί να σκεφτούν την κατάστασή τους πριν την έναρξη της εγκυμοσύνης. Συγκεκριμένα, είχαν αναφέρει υψηλότερα επίπεδα σωματοποίησης, ψυχαναγκαστικών-καταναγκαστικών συμπτωμάτων, διαπροσωπικής ευαισθησίας, κατάθλιψης, άγχους, θυμού-επιθετικότητας και παρανοειδούς ιδεασμού. Επιπλέον, σημείωσαν υψηλότερες βαθμολογίες στους συγκεντρωτικούς δείκτες του SCL-90-R (Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων, Δείκτης Ενασχόλησης Θετικών Συμπτωμάτων, Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων). Τέλος, οι γυναίκες που ανέφεραν ότι αντιμετώπιζαν δυσκολίες κατά τη λοχεία είχαν εκδηλώσει υψηλότερα επίπεδα παρανοειδούς ιδεασμού (SCL-90-R) στη φάση της κύησης, σε σύγκριση με όσες δεν ανέφεραν δυσκολίες (Πίνακας 63).

Πίνακας 63. Έλεγχος με το κριτήριο *U* της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες συμπτωματολογίας ως προς την ύπαρξη δυσκολιών κατά τη λοχεία

Κλίμακες	Απουσία (n=10)	Παρουσία (n=27)	Mann Whitney <i>U</i>	<i>Z</i>
SCL-90-R				
Σωματοποίηση (πριν)	9,60	22,48	41,000	-3,23**
Ψυχαναγκασμός-Καταναγκασμός (πριν)	12,55	21,39	70,500	-2,21*
Διαπροσωπική ευαισθησίας (πριν)	11,80	21,67	63,000	-2,48*
Κατάθλιψη (πριν)	11,10	21,93	56,000	-2,72**
Άγχος (πριν)	8,10	23,04	26,000	-3,72**
Θυμός-επιθετικότητα(πριν)	10,35	22,20	48,500	-3,01**
Παρανοειδής ιδεασμός (πριν)	10,50	22,15	50,000	-2,99**

<i>Παρανοειδής ιδεασμός (κύηση)</i>	11,75	21,69	62,500	-2,54*
<i>Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (πριν)</i>	11,55	21,76	60,500	-2,55*
<i>Δείκτης Ενασχόλησης Θετικών Συμπτωμάτων (πριν)</i>	9,15	22,65	36,500	-3,37**
<i>Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (πριν)</i>	9,70	22,44	42,000	-3,19**

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

Από την ανάλυση περιεχομένου προκύπτει ότι οι δυσκολίες των γυναικών κατά την κύηση αφορούν την ύπαρξη συμπτωμάτων (από το αγχώδες ή και το καταθλιπτικό φάσμα), τα οποία ενδέχεται να προϋπήρχαν και να εμφανίζονται σε μεταβατικές περιόδους στη ζωή της γυναίκας, δυσκολίες στη σχέση με τους γονείς, με τον σύζυγο, οικονομικές δυσκολίες, δυσκολίες που αφορούν τη σχέση με τον μαιευτήρα, και την ύπαρξη εμπιστοσύνης για την έκβαση του τοκετού. Κατά την περίοδο της λοχείας, αναφέρονται δυσκολίες σχετικά με τον ύπνο, με το κλάμα του μωρού, τις προσπάθειες της γυναίκας να κατανοήσει τις ανάγκες του παιδιού και να το ηρεμήσει, με τον θηλασμό, με το κλάμα του παιδιού, οικονομικού τύπου δυσκολίες, την παραμονή στο σπίτι, και τέλος με σωματικούς πόνους και με την απουσία προγράμματος. Κατά την περίοδο των έξι μηνών μετά τον τοκετό, οι γυναίκες αναφέρουν δυσκολίες σχετικά με το παιδί, που εστιάζονται αυτή τη φορά κυρίως στον ύπνο, την οικονομική κρίση, δυσκολίες που αφορούν τον αποχωρισμό της γυναίκας από το παιδί, το κλάμα και τη «γκρίνια» του παιδιού, την απουσία ελεύθερου χρόνου, δυσκολίες με τη σίτιση του παιδιού, όπου εμφανίζονται και οι πρώτες αναφορές στο θέμα του αποθηλασμού, και τέλος η παραμονή στο σπίτι και οι δυσκολίες στη σχέση με τις γονεϊκές οικογένειες, κυρίως στο επίπεδο των παρεμβάσεών τους στην ανατροφή και φροντίδα του παιδιού.

Στη συνέχεια, οι απαντήσεις των γυναικών στις κλίμακες συμπτωματολογίας εξετάστηκαν ως προς την ύπαρξη ή όχι πρόσφατων σημαντικών αρνητικών γεγονότων ζωής κατά τις τρεις υπό μέτρηση περιόδους. **Κατά την κύηση**, οι βαθμολογίες των γυναικών διέφεραν σημαντικά σε αρκετές διαστάσεις των κλιμάκων (

Πίνακας 64). Όσες γυναίκες απάντησαν ότι είχαν βιώσει πρόσφατα κάποιο σημαντικό αρνητικό γεγονός ζωής, είχαν σημειώσει υψηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις της κλίμακας SCL-90-R, όταν είχαν κληθεί να αναφέρουν την ύπαρξη συμπτωμάτων πριν την κύηση, σε σύγκριση με όσες δεν ανέφεραν κάποιο γεγονός. Συγκεκριμένα, είχαν αναφέρει υψηλότερα επίπεδα σωματοποίησης, ψυχαναγκαστικών-καταναγκαστικών συμπτωμάτων, κατάθλιψης, άγχους και παρανοειδούς ιδεασμού. Επιπλέον, για την περίοδο πριν την κύηση, είχαν αναφέρει υψηλότερες βαθμολογίες στους συγκεντρωτικούς δείκτες του SCL-90-R, Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων και Δείκτης Ενασχόλησης Θετικών Συμπτωμάτων. Την περίοδο της κύησης, εκδήλωσαν υψηλότερα επίπεδα παρανοειδούς ιδεασμού (SCL-90-R), υψηλότερη βαθμολογία στον Δείκτη Ενασχόλησης Θετικών Συμπτωμάτων, ενώ έδειξαν να επηρεάζονται περισσότερο από αρνητικά γεγονότα ζωής. Οι ίδιες, όταν ερωτήθηκαν στη φάση της λοχείας ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα ψυχωτισμού, ενώ όταν η έρευνα επαναλήφθηκε έξι μήνες μετά τον τοκετό, οι γυναίκες που απάντησαν ότι είχαν βιώσει κάποιο σημαντικό αρνητικό γεγονός ζωής κατά την κύηση, έδειξαν να επηρεάζονται λιγότερο από θετικά γεγονότα ζωής, συγκριτικά με τις εγκύους που δεν είχαν βιώσει εκείνη την περίοδο (κύηση) κάποιο σημαντικό αρνητικό γεγονός. Στη φάση της λοχείας, ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα ψυχωτισμού, ενώ όταν η έρευνα επαναλήφθηκε έξι μήνες μετά τον τοκετό, οι γυναίκες που απάντησαν ότι είχαν βιώσει κάποιο σημαντικό αρνητικό γεγονός ζωής κατά την κύηση, έδειξαν να επηρεάζονται λιγότερο από θετικά γεγονότα ζωής, συγκριτικά με τις εγκύους που δεν είχαν βιώσει εκείνη την περίοδο (κύηση) κάποιο σημαντικό αρνητικό γεγονός.

Όταν η ίδια ερώτηση επαναλήφθηκε **κατά τη λοχεία**, δεκατέσσερις γυναίκες ανέφεραν παρουσία πρόσφατων αρνητικών γεγονότων ζωής. Παράλληλα, σε αυτές τις γυναίκες εμφανίστηκε υψηλότερο επίπεδο άγχους (SCL-90-R) στην ίδια φάση της έρευνας (*T.T.* 24,04), σε σχέση με τις γυναίκες που δεν είχαν αντιμετωπίσει κάποιο αρνητικό συμβάν πρόσφατα (*T.T.* 15,93) (*Mann-Whitney* $U=231,000$ $Z=2,25$ $p<,05$). Σημαντικά διαφοροποιήθηκε και ο τρόπος που βίωναν τα αρνητικά γεγονότα ζωής τόσο κατά τη λοχεία (*Mann-Whitney* $U=258,000$ $Z=3,05$ $p<,01$), όσο και έξι μήνες μετά τον τοκετό (*Mann-Whitney* $U=252,000$ $Z=2,88$ $p<,01$). Κατά τη μέτρηση που διεξήχθη κατά τη λοχεία, οι γυναίκες που ανέφεραν την παρουσία ενός σημαντικού αρνητικού γεγονότος στη ζωή τους, έδειξαν να επηρεάζονται περισσότερο από αρνητικά γεγονότα ζωής (*T.T.* 25,93), συγκριτικά με τις γυναίκες που δεν βίωναν κάποιο αρνητικό γεγονός (*T.T.* 14,78). Έξι μήνες αργότερα, οι γυναίκες που είχαν

αναφέρει την ύπαρξη ενός σημαντικού αρνητικού γεγονότος στη ζωή τους κατά τη λοχεία, έδειξαν, επίσης, να επηρεάζονται περισσότερο από αρνητικά γεγονότα ζωής (*T.T.* 25,54), συγκριτικά με τις γυναίκες που δεν βίωναν κάποιο αρνητικό γεγονός (*T.T.* 15,02).

Η παρουσία πρόσφατων αρνητικών γεγονότων ζωής **έξι μήνες μετά τον τοκετό** διαφοροποίησε τις απαντήσεις των γυναικών στην κλίμακα BDI για την ίδια περίοδο μέτρησης. Συγκεκριμένα, οι δεκαπέντε γυναίκες που ανέφεραν την παρουσία πρόσφατων αρνητικών γεγονότων ζωής, εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (*T.T.* 24,43), σε σχέση με τις γυναίκες που δεν βίωναν κάποιο αρνητικό συμβάν (*T.T.* 15,30) (*Mann-Whitney* $U=246,500$ $Z=2,54$ $p<,05$). Επιπροσθέτως, έξι μήνες αργότερα, οι γυναίκες που είχαν αναφέρει την ύπαρξη ενός σημαντικού αρνητικού γεγονότος στη ζωή τους, έδειξαν να επηρεάζονται περισσότερο από αρνητικά γεγονότα ζωής (*T.T.* 25,50), συγκριτικά με τις γυναίκες που δεν βίωναν κάποιο αρνητικό γεγονός (*T.T.* 14,57) (*Mann-Whitney* $U=262,500$ $Z=3,03$ $p<,01$).

Πίνακας 64. Έλεγχος με το κριτήριο *U* της σύγκρισης των τακτικών τιμών των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος στις κλίμακες συμπτωματολογίας ως προς την ύπαρξη πρόσφατων δύσκολων γεγονότων ζωής κατά την κύηση

Κλίμακες	Απουσία (n=21)	Παρουσία (n=16)	Mann-Whitney <i>U</i>	<i>Z</i>
SCL-90-R				
<i>Σωματοποίηση (πριν)</i>	14,29	25,19	267,000	3,05**
<i>Ψυχαναγκασμός-Καταναγκασμός (πριν)</i>	15,57	23,50	240,000	2,22*
<i>Κατάθλιψη (πριν)</i>	15,26	23,91	246,500	2,42*
<i>Άγχος (πριν)</i>	14,52	24,88	262,000	2,92**
<i>Παρανοειδής ιδεασμός (πριν)</i>	14,98	24,28	252,500	2,67**
<i>Παρανοειδής ιδεασμός (κύηση)</i>	15,67	23,38	238,000	2,20*
<i>Ψυχωτισμός (λοχεία)</i>	15,74	23,28	236,500	2,30*
<i>Σύνολο Θετικών Συμπτωμάτων (πριν)</i>	15,64	23,41	252,000	2,58**
<i>Δείκτης Ενασχόλησης Θετικών Συμπτωμάτων (πριν)</i>	15,76	23,25	250,000	2,52*
<i>Δείκτης Ενασχόλησης Θετικών Συμπτωμάτων (κύηση)</i>	15,86	23,12	234,000	2,02*
Γεγονότα ζωής				
<i>Επιρροή από αρνητικά γεγονότα (κύηση)</i>	15,71	23,31	237,000	2,12*
<i>Επιρροή από θετικά γεγονότα (6μηνο)</i>	23,88	12,59	65,500	- 3,16**

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

E.5.1. Θεματικές κατηγορίες για τα γεγονότα ζωής και άλλους παράγοντες κινδύνου, όπως προκύπτουν από την ανάλυση περιεχομένου

Σύμφωνα με την ανάλυση περιεχομένου, οι κατηγορίες γεγονότων ζωής, πρόσφατων αλλά και παλαιότερων, που συγκέντρωσαν τον μεγαλύτερο αριθμό απαντήσεων με φθίνουσα σειρά είναι α) προβλήματα υγείας της γυναίκας (σοβαρά προβλήματα υγείας κατά την παιδική ηλικία, όπως καρκίνος), προβλήματα υγείας που λαμβάνουν χώρα στην κύηση (παραδείγματος χάρη διαβήτη), έντονα δυσφορικά σωματικά συμπτώματα που λαμβάνουν χώρα στην κύηση, β) θάνατος συγγενικού προσώπου (πατέρα, μητέρα, παππούδων, γιαγιάδων, θείων, εξαδέλφων) αλλά και στενών φίλων, ασθένεια και νοσηλεία συγγενικών προσώπων, γ) ανεργία, οικονομικές δυσκολίες και εργασιακές αλλαγές της γυναίκας ή και του συζύγου της, δ) παλίνδρομη κύηση στο παρελθόν και αμβλώσεις³², συναισθηματική ή και σωματική κακοποίηση και σεξουαλική παρενόχληση και διάρρηξη (

Πίνακας 65).

Πίνακας 65. Ενδεικτικές απαντήσεις των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα για τα σημαντικά αρνητικά γεγονότα ζωής

Θεματική Κατηγορία	Ενδεικτικές Απαντήσεις
Σοβαρά προβλήματα υγείας κατά την παιδική ηλικία	«...απλά εγώ επειδή πέρασα και καρκίνο και ήταν πολύ δύσκολα και για τους δύο, εντάξει, το πάλεψαν, με βοήθησαν πολύ, γιατί μετά μου 'μεινε κι αναπηρία...Εγώ ήμουνα 10. Απ' τα 10 όμως μέχρι τα 20, να τελειώσουμε απ' το νοσοκομείο, γιατί κράτησε πολύ, το πάλεψαν όσο μπορούσαν...»

³² Για ενδεικτικές απαντήσεις αναφορικά με τις αμβλώσεις και τις παλίνδρομες κυήσεις, βλ. παραπάνω

Ασθένεια και νοσηλεία μέλους της οικογένειας

«[ο σύζυγος] Είχε πάθει πνευμονική εμβολή. Και πήγε με ασθενοφόρο στο νοσοκομείο. Και ήταν πάρα πολύ δύσκολα, δηλαδή ακόμα και τώρα κάνει αγωγή. Δεν έχει προκύψει κάτι, αλλά παίρνει αντιπηκτική αγωγή, δηλαδή παίρνει ακόμα αγωγή, μετράει κάθε μήνα το INR, την πηκτικότητα του αίματος. Εντάξει, έχει μπει στην καθημερινότητά μας πλέον και το 'χουμε αφήσει πίσω σαν κάτι πολύ μακρινό. Αλλά ενδόμυχα, ξέρετε, υπάρχει πάντα ο κίνδυνος..»

Θάνατος συγγενικού προσώπου στην παιδική ηλικία

«Στην αρρώστια της μητέρας μου, η οποία αρρώστησε όταν ήμουνα έξι χρονών. Είχε κάποιο πρόβλημα με καρκίνο του παχέος εντέρου, το οποίο διαδοχικά άρχισε να κάνει και μεταστάσεις. Όλη αυτή η ιστορία κράτησε για περίπου στα πέντε χρόνια, με ελάχιστα διαστήματα καλών περιόδων και υποτροπές, όπου τελικά κατέληξε όταν ήμουνα 11 χρονών. Οπότε αυτή ήταν η βασική κατάσταση με θέμα υγείας. Δεύτερο έτσι πολύ λυπηρό γεγονός στη ζωή μου ήτανε ότι αργότερα, όταν ήμουνα 26 χρονών, έχασα και τον αδερφό της μητέρας μου, ο οποίος για μένα ήταν ο αμέσως επόμενος άνθρωπος στον οποίο είχα βασιστεί συναισθηματικά σαν αναπλήρωση της μητέρας μου.»

Θάνατος συγγενικού προσώπου στην κύηση

«...έχασα τον μπαμπά μου... Πριν σαράντα μέρες...[Αναστεναγμός- Φαίνεται ότι κλαίει και βγάζει χαρτομάντιλο απ' την τσάντα της]. Το παλεύω. Ναι απλά δεν αφήνομαι, αλλά είμαι κάπου, το ξεχνάω λίγο, το ξαναθυμάμαι, ε. Βασικά ήταν ξαφνικό, δηλαδή δεν ήταν άρρωστος.»

**Οικονομική κρίση και συνέπειες
αυτής**

«Και όσον αφορά την μελαγχολία που λέω είναι, ότι επίσης έχω και πολλά προβλήματα με το σπίτι που μένω. Θεωρώ ότι είναι ακατάλληλο για να φέρω εκεί το παιδί. Αλλά λόγω οικονομικών συνθηκών δεν μπορώ άμεσα να μετακομίσω και αυτό λίγο με κάνει μελαγχολική. Ε γιατί υπάρχουν ζούφια και αυτό λίγο ναι συ- συντελεί στο να νιώθω λυπημένη.»

« [ανεργία συζύγου] ... αυτό είναι ένα κομμάτι πολύ δύσκολο. Είναι ένα κομμάτι που μου προκαλεί διάφορα άγχη και την κούραση ίσως. Και η καθημερινότητα μου είναι λίγο δύσκολη. Νομίζω ότι, αν έλειπε αυτό θα ήμουνα πολύ καλύτερα... Οριακά τα βγάζουμε πέρα. Σίγουρα στο παιδί δεν λείπει τίποτα. Αλλά εμάς σαν ζευγάρι και στην καθημερινότητα μας πιέζει όλο αυτό.»

**Συναισθηματική ή και σωματική
κακοποίηση και σεξουαλική
παρενόχληση**

«Ακόμα δεν είχες... δεν καταλάβαινες, γι' αυτό και δε θυμάμαι ακριβώς πόσο ήμουνα, αν ήμουνα πέντε, έξι, τέλος πάντων. Και, από κάποιο χρονικό διάστημα και μετά, του έλεγα ότι «δεν είναι καλό αυτό που κάνουμε», δεν ξέρω πώς το κατάλαβα, και σταμάτησε, απλώς ήταν δύσκολο μετά να το ξεπεράσω εγώ αυτό. Και στις σχέσεις μου. Δηλαδή η πρώτη μου σχέση δυσκολεύτηκα πολύ. Γιατί... με φιλούσε ο άλλος και δεν μπορούσα, ... αηδίαζα.»

**ΣΤ. Πρόβλεψη των καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων από τις
ψυχολογικές και δημογραφικές μεταβλητές της έρευνας**

Προκειμένου να ελεγχθεί η δυνατότητα πρόβλεψης των βαθμολογιών των κλιμάκων που μετρούν τα καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα των υποκειμένων της έρευνας και για τις τρεις μετρήσεις, χρησιμοποιήθηκε η διαδικασία της ιεραρχικής ανάλυσης πολλαπλής παλινδρόμησης (multiple regression). Αντίστοιχα με την επεξεργασία των μεταβλητών στις προηγούμενες ενότητες, οι ανεξάρτητες μεταβλητές προστέθηκαν σταδιακά ως εξής (blocks): α) δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, έτη σχέσης, έτη γάμου), β) παρόντα συμπτώματα - ατομικό και οικογενειακό ιστορικό, γ) ιατρικό και μαιευτικό ιστορικό, δ) υποστηρικτικό δίκτυο-σχέσεις, ε) παράγοντες που σχετίζονται με το βρέφος, στ) κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες-γεγονότα ζωής. Η διεργασία πραγματοποιήθηκε για κάθε μια φάση της έρευνας ξεχωριστά (κύηση, λοχεία, εξάμηνο), και συμπεριλήφθηκαν οι εκτιμήσεις της γυναίκας για τα συμπτώματά της πριν την κύηση, εκτιμήσεις που καταγράφηκαν στη φάση μέτρησης της κύησης. Εντός κάθε μιας από τις παραπάνω ομάδες επιλέχθηκε η μέθοδος της βηματικής εισαγωγής τους στην ανάλυση (stepwise). Να σημειωθεί ότι στο μοντέλο τοποθετούνται κάθε φορά οι μεταβλητές που προέκυψαν από τις συγκρίσεις των τακτικών τιμών και τις συνάφειες (βλ. Πίνακας 66. Στατιστικά σημαντικές μεταβλητές ως προς τα καταθλιπτικά συμπτώματα (BDI, EPDS) ανάλογα με τη φάση μέτρησης (κύηση [μέτρηση 1], λοχεία [μέτρηση 2], 6 μήνες [μέτρηση 3]) (Πίνακας 66 και Πίνακας 67), διατηρώντας, ωστόσο, τη χρονική ακολουθία της διαδικασίας. Με άλλα λόγια, εξαιρέθηκαν από το μοντέλο όλες οι μεταβλητές που μετρήθηκαν σε χρόνο μεταγενέστερο από την εκάστοτε προς πρόβλεψη μεταβλητή.

Πίνακας 66. Στατιστικά σημαντικές μεταβλητές ως προς τα καταθλιπτικά συμπτώματα (BDI, EPDS) ανάλογα με τη φάση μέτρησης (κύηση [μέτρηση 1], λοχεία [μέτρηση 2], 6 μήνες [μέτρηση 3])

	Κύηση	Λοχεία	6 μήνες
Beck1	ΧαρούμενηΜητέρα	ΣυναισθηματικήΥποστήριξηΣύζ	Ανησυχία
	ΕπαφήΕιδικόΨΠαρελθόν	ΣυναισθημΥποστήρΟικογ	ΣυμπεριφΣυζυγΔυσκολίες Περιγ.Εμπειρ.Γονιός
	ΣχέσηΣύζυγο	<i>SCL-90-RΨυχ-Κατ</i>	<i>Brisbane</i>
	ΣυναισθηματικήΥποστήριξηΣύζ	<i>SCL-90-RΔιαπρΕναισθ</i>	<i>SCL-90-RΣωματοποίηση</i>
	ΣωμαΕμπειρΚύησης	<i>SCL-90-RΆγχος</i>	<i>SCL-90-RΨυχ-Κατ SCL-90-RΔιαπρΕναισθ</i>
	Δυσκολίες	<i>SCL-90-RΦοβικόΆγχος</i>	<i>SCL-90-RΆγχος</i>
	<i>SCL-90-RΨυχ-Κατ</i>	<i>SCL-90-RΠαρΙδεασ</i>	<i>SCL-90-RΘυμός</i>
	<i>SCL-90-RΔιαπρΕναισθ</i>	<i>SCL-90-RΨυχωτ</i>	<i>SCL-90-RΦοβικόΆγχος</i>
	<i>SCL-90-RΆγχο</i>		<i>SCL-90-RΨυχωτ</i>
	<i>SCL-90-RΘυμός</i>		
	<i>SCL-90-RSCL-90-</i>		
	<i>RΦοβικόΆγχος</i>		
Beck2	ΣυναισθημΒίαΣύζυγος	Διάθ.Μέχ.Σήμερα <i>SCL-90-</i>	Περιγ.Εμπειρ.Γονιός
	<i>SCL-90-RΨυχ-Κατ</i>	<i>RΣωματοποίηση</i>	<i>SCL-90-RΨυχ-Κατ</i>
	<i>SCL-90-RΔιαπρΕναισθ</i>	<i>SCL-90-RΨυχ-Κατ</i>	<i>SCL-90-RΔιαπρΕναισθ</i>
	<i>SCL-90-RΆγχος</i>	<i>SCL-90-RΔιαπρΕναισθ</i>	<i>SCL-90-RΆγχος</i>
	<i>SCL-90-RΘυμός</i>	<i>SCL-90-RΆγχος</i>	<i>SCL-90-RΦοβικόΆγχος</i>
	<i>SCL-90-RΦοβικόΆγχος</i>	<i>SCL-90-RΘυμός</i>	<i>SCL-90-RΨυχωτ</i>
		<i>SCL-90-RΦοβικόΆγχος</i>	
		<i>SCL-90-RΠαρΙδεασ</i>	
		<i>SCL-90-RΨυχωτ</i>	
Beck3	ΣυναισθΥποστΠατέρα	<i>SCL-90-RΨυχ-Κατ</i>	ΣχέσΣυζ
	ΕπαφήΕιδικόΨΠαρελθόν	<i>SCL-90-RΔιαπρΕναισθ</i>	ΑλλαγΣχέσΣυζ ΣυναισθηματικήΥποστήριξηΣύζ
	ΣυναισθημΒίαΣύζυγος	<i>SCL-90-RΆγχος</i>	ΜιλιάΣύζυγο
	Δυσκολίες	<i>SCL-90-RΘυμός</i>	ΠεριγΕμπειρΓονιός
	<i>SCL-90-RΨυχ-Κατ</i>	<i>SCL-90-RΦοβικόΆγχος</i>	<i>Brisbane</i>
	<i>SCL-90-RΔιαπρΕναισθ</i>	<i>SCL-90-RΠαρΙδεασ</i>	<i>SCL-90-RΣωματοποίηση</i>
	<i>SCL-90-RΆγχος</i>	<i>SCL-90-RΨυχωτ</i>	<i>SCL-90-RΨυχ-Κατ</i>
	<i>SCL-90-RΘυμός</i>		<i>SCL-90-RΔιαπρΕναισθ</i>
			<i>SCL-90-RΆγχος</i>

			<i>SCL-90-R</i> Θυμός
			<i>SCL-90-R</i> ΦοβικόΆγχος
			<i>SCL-90-R</i> ΠαρΙδεασ
			<i>SCL-90-R</i> Ψυχωτ
EPDS1	ΠροβλΠαιδηλικ ΕπαφήΕιδικόΨΠαρόν ΣχέσηΣύζυγο ΣυναισθηματικήΥποστήριξηΣύζ	ΣυναισθηματικήΥποστήριξηΣύζ <i>SCL-90-R</i> ΔιαπρΕναισθ <i>SCL-90-R</i> Ψυχ-Κατ <i>SCL-90-R</i> ΔιαπρΕναισθ <i>SCL-90-R</i> Άγχος <i>SCL-90-R</i> Θυμός <i>SCL-90-R</i> Ψυχωτ	ΣυμπεριφΣυζυγΔυσκολίεςΣυναισθημΥποστήρΟικογ <i>SCL-90-R</i> Ψυχ-Κατ
EPDS2	ΠροβλΠαιδηλικ Ψυχοθεραπεία Δυσκολίες ΣυναισθημΒίαΣύζυγος	ΣυμπεριφΣυζυγ <i>Brisbane</i> <i>SCL-90-R</i> Σωματοποίηση <i>SCL-90-R</i> Ψυχ-Κατ <i>SCL-90-R</i> ΔιαπρΕναισθ <i>SCL-90-R</i> ΔιαπρΕναισθ <i>SCL-90-R</i> Άγχος <i>SCL-90-R</i> ΦοβικόΆγχος <i>SCL-90-R</i> ΠαρΙδεασ <i>SCL-90-R</i> Ψυχωτ	ΕικόνΣώματος Ανησυχία ΣυμπεριφΣυζυγΔυσκολίες ΣυναισθημΥποστήρΟικογ <i>SCL-90-R</i> Ψυχ-Κατ <i>SCL-90-R</i> ΔιαπρΕναισθ <i>SCL-90-R</i> Άγχος <i>SCL-90-R</i> Θυμός <i>SCL-90-R</i> ΠαρΙδεασ <i>SCL-90-R</i> Ψυχωτ
EPDS3	ΕπαφήΕιδικόΨΠαρελθόν <i>SCL-90-R</i> Ψυχ-Κατ <i>SCL-90-R</i> ΔιαπρΕναισθ <i>SCL-90-R</i> Άγχος <i>SCL-90-R</i> Θυμός	ΣυναισθΣώμα ΕικόνΣώματος ΣυναισθηματικήΥποστήριξηΣύζ <i>SCL-90-R</i> ΔιαπρΕναισθ <i>SCL-90-R</i> ΠαρΙδεασ	ΣχέσΣυζ ΣυναισθηματικήΥποστήριξηΣύζ ΜιλάΣύζυγο ΣυμπεριφΣυζυγΔυσκολίες <i>SCL-90-R</i> Ψυχ-Κατ <i>SCL-90-R</i> ΔιαπρΕναισθ <i>SCL-90-R</i> Θυμός <i>SCL-90-R</i> ΠαρΙδεασ <i>SCL-90-R</i> Ψυχωτ

(με πλάγια γραφή οι συνάφειες, με ευθεία οι συγκρίσεις τακτικών τιμών)

Πίνακας 67. Στατιστικά σημαντικές μεταβλητές ως προς τα αγχώδη συμπτώματα (STAI) ανάλογα με τη φάση μέτρησης (κύηση [μέτρηση 1], λοχεία [μέτρηση 2], 6 μήνες [μέτρηση 3])

	Κύηση	Λοχεία	6 μήνες
STAI (δομικό άγχος)1	ΑτομΨυχοιστορ	ΣυναισθηματικήΥποστήριξηΣύζ	ΣυμπεριφΣυζυγΔυσκολίες
	ΣχέσηΣύζυγο	ΒοηθάΣτάσηΣυζύγου	ΣυναισθημΥποστήρΟικογ
	ΣυναισθηματικήΥποστήριξηΣύζ	ΣυναισθημΥποστήρΟικογ	<i>Brisbane</i>
	ΣυναισθημΒίαΣύζυγος	<i>Brisbane</i>	<i>SCL-90-RΣωματοποίηση</i>
	ΠροβλΥγείαςΚύηση	<i>SCL-90-RΣωματοποίηση</i>	<i>SCL-90-RΨυχ-Κατ</i>
	<i>SCL-90-RΨυχ-Κατ</i>	<i>SCL-90-RΨυχ-Κατ</i>	<i>SCL-90-RΔιαπρΕναισθ</i>
	<i>SCL-90-RΔιαπρΕναισθ</i>	<i>SCL-90-RΔιαπρΕναισθ</i>	<i>SCL-90-RΚαταθλιψη</i>
	<i>SCL-90-RΚαταθλιψη</i>	<i>SCL-90-RΚαταθλιψη</i>	<i>SCL-90-RΘυμός</i>
	<i>SCL-90-RΘυμός</i>	<i>SCL-90-RΘυμός</i>	<i>SCL-90-RΨυχωτ</i>
	<i>SCL-90-RΠαρΙδεασ</i>	<i>SCL-90-RΠαρΙδεασ</i>	
<i>SCL-90-RΨυχωτ</i>			
STAI (δομικό άγχος)2	ΠροβλΠαιδΗλικ	ΣυναισθηματικήΥποστήριξηΣύζ	<i>Brisbane</i>
	Δυσκολίες	ΣυναισθημΥποστήρΟικογ	<i>SCL-90-RΣωματοποίηση</i>
	<i>SCL-90-RΣωματοποίηση</i>	<i>SCL-90-RΣωματοποίηση</i>	<i>SCL-90-RΨυχ-Κατ</i>
	<i>SCL-90-RΨυχ-Κατ</i>	<i>SCL-90-RΨυχ-Κατ</i>	<i>SCL-90-RΔιαπρΕναισθ</i>
	<i>SCL-90-RΔιαπρΕναισθ</i>	<i>SCL-90-RΔιαπρΕναισθ</i>	<i>SCL-90-RΚαταθλιψη</i>
	<i>SCL-90-RΚαταθλιψη</i>	<i>SCL-90-RΚαταθλιψη</i>	<i>SCL-90-RΘυμός</i>
	<i>SCL-90-RΘυμός</i>	<i>SCL-90-RΦοβικόΆγχος</i>	<i>SCL-90-RΦοβικόΆγχος</i>
	<i>SCL-90-RΦοβικόΆγχος</i>	<i>SCL-90-RΠαρΙδεασ</i>	<i>SCL-90-RΠαρΙδεασ</i>
<i>SCL-90-RΠαρΙδεασ</i>	<i>SCL-90-RΨυχωτ</i>	<i>SCL-90-RΨυχωτ</i>	
STAI (δομικό άγχος)3	ΠροβλΠαιδΗλικ	ΣυναισθηματικήΥποστήριξηΣύζ	ΒοηθάΣτασηΣυζύγου
	ΣυναισθΥποστΠατέρα	ΣυναισθημΥποστήρΟικογ	ΣυμπεριφΣυζυγΔυσκολίες
	ΕπαφήΕιδικόΨΠαρελθόν	<i>SCL-90-RΣωματοποίηση</i>	Περιγ.Εαυτ.Μητέρας
	ΠρακτικήΥποστήριξηΣύζ	<i>SCL-90-RΨυχ-Κατ</i>	Περιγ.Εμπειρ.Γονιός
	Δυσκολίες	<i>SCL-90-RΔιαπρΕναισθ</i>	<i>SCL-90-RΨυχ-Κατ</i>
	<i>SCL-90-RΨυχ-Κατ</i>	<i>SCL-90-RΚαταθλιψη</i>	<i>SCL-90-RΔιαπρΕναισθ</i>
	<i>SCL-90-RΚαταθλιψη</i>		<i>SCL-90-RΚαταθλιψη</i>
		<i>SCL-90-RΘυμός</i>	
		<i>SCL-90-RΦοβικόΆγχος</i>	
		<i>SCL-90-RΠαρΙδεασ</i>	
		<i>SCL-90-RΨυχωτ</i>	
STAI (περιστασιακό άγχος)1	ΣχέσηΣύζυγο	ΣυναισθημΥποστήρΟικογ	<i>SCL-90-RΣωματοποίηση</i>
	Δυσκολίες	<i>SCL-90-RΔιαπρΕναισθ</i>	<i>SCL-90-RΨυχ-Κατ</i>
	<i>SCL-90-RΣωματοποίηση</i>		<i>SCL-90-RΔιαπρΕναισθ</i>
	<i>SCL-90-RΨυχ-Κατ</i>		<i>SCL-90-RΚαταθλιψη</i>

	<i>SCL-90-R</i> ΔιαπρΕναισθ		<i>SCL-90-R</i> Ψυχωτ
	<i>SCL-90-R</i> Καταθλιψη		
	<i>SCL-90-R</i> Θυμός		
	<i>SCL-90-R</i> Φοβικό Άγχος		
	<i>SCL-90-R</i> ΠαρΙδεασ		
	<i>SCL-90-R</i> Ψυχωτ		
STAI	ΣωμαΕμπειρΚύησης	Συναισθηματική Υποστήριξη Σύζ	<i>SCL-90-R</i> Ψυχ-Κατ
(περιστασιακό	<i>SCL-90-R</i> Σωματοποίηση	ΒοηθάΣταση Συζύγου	<i>SCL-90-R</i> Καταθλιψη
άγχος)2	<i>SCL-90-R</i> Ψυχ-Κατ	Πρακτικ Υποστ Φίλοι	
	<i>SCL-90-R</i> ΔιαπρΕναισθ	<i>SCL-90-R</i> Σωματοποίηση	
	<i>SCL-90-R</i> Καταθλιψη	<i>SCL-90-R</i> Καταθλιψη	
	<i>SCL-90-R</i> Θυμός	<i>SCL-90-R</i> Θυμός	
		<i>SCL-90-R</i> Φοβικό Άγχος	
STAI	ΑτομΨυχΙστορ	Συναισθηματική Υποστήριξη Σύζ	Συμπεριφ Συζυγ Δυσκολίες
(περιστασιακό	Επαφή Ειδικό ΨΠαρελθόν	ΒοηθάΣταση Συζύγου	Περιγ.Εαυτ. Μητέρας
άγχος)3	Σχέση Σύζυγο	Συμπεριφ Συζυγ Δυσκολίες	<i>SCL-90-R</i> Σωματοποίηση
	Συναισθηματική Υποστήριξη Σύζ		<i>SCL-90-R</i> Ψυχ-Κατ
	Πρακτική Υποστήριξη Συζ		<i>SCL-90-R</i> ΔιαπρΕναισθ
	Δυσκολίες		<i>SCL-90-R</i> Καταθλιψη
	<i>SCL-90-R</i> Σωματοποίηση		<i>SCL-90-R</i> Θυμός
	<i>SCL-90-R</i> Ψυχ-Κατ		
	<i>SCL-90-R</i> ΔιαπρΕναισθ		
	<i>SCL-90-R</i> Καταθλιψη		
	<i>SCL-90-R</i> Θυμός		

(με πλάγια γραφή οι συνάψεις, με ευθεία οι συγκρίσεις τακτικών τιμών)

ΣΤ.1. Πρόβλεψη της βαθμολογίας των κλιμάκων καταθλιπτικής συμπτωματολογίας

Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν οι διαπιστώσεις για τις τρεις κλίμακες κατάθλιψης (SCL-90-R, BDI, EPDS), από τις απαντήσεις των γυναικών που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα στις τρεις φάσεις διεξαγωγής της.

Για την κλίμακα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας SCL-90-R στη φάση της κύησης οι μεταβλητές που συμβάλλουν σημαντικά στην πρόβλεψη, εμφανίζονται στον Πίνακας 68. Οι μεταβλητές που εισήχθησαν στο μοντέλο πρόβλεψης ήταν: α) δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, έτη σχέσης, έτη γάμου), β) επαφή με ειδικό ψυχικής υγείας στο παρελθόν, γ) προβλήματα υγείας κατά την κύηση, δ) σχέσεις με σύζυγο κατά την κύηση. Ο δείκτης πολλαπλής συνάψεως

ισούται με ,70 και ο προσαρμοσμένος συντελεστής προορισμού R^2 με ,441. Το 44,1% της διασποράς των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που ανέφεραν οι γυναίκες κατά την κύηση, μπορεί να ερμηνευτεί από την επίδραση των μεταβλητών που εξήχθησαν από το ατομικό ιστορικό και τη συνέντευξη. Συγκεκριμένα, στο 1^ο βήμα, η οικογενειακή κατάσταση των γυναικών εξηγεί το 19,6% της διασποράς [$F(1,35)=9,76, p<,01$]. Η επαφή με ειδικό ψυχικής υγείας στο παρελθόν προσθέτει 9,8% στην πρόβλεψη της διακύμανσης (συνολικά 27,6%) στο 2^ο βήμα [$F(1,34)=4,88, p<,05$]. Στο 3^ο βήμα η σχέση με τον σύζυγο κατά την κύηση συμβάλλει στο να εξηγηθεί το 44,1% της συνολικής διακύμανσης των απαντήσεων των γυναικών σχετικά με την καταθλιπτική συμπτωματολογία [$F(1,33)=11,04, p<,01$]. Συμπερασματικά, το επίπεδο καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κατά την κύηση αναμένεται να είναι υψηλότερο: στις άγαμες γυναίκες, που επισκέπτονταν ειδικό ψυχικής υγείας στο παρελθόν και που αναφέρουν δυσκολίες στη σχέση με τον σύζυγό τους κατά την περίοδο της κύησης

Πίνακας 68. *Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη της βαθμολογίας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, όπως εξετάζεται με την κλίμακα SCL-90-R για την περίοδο της κύησης*

Μεταβλητές πρόβλεψης	SCL-90-R Κατάθλιψη (κύηση)	
	Beta	t
Βήμα 1 ^ο		
Οικογενειακή Κατάσταση	-,47	-3,13**
Βήμα 2 ^ο		
Οικογενειακή Κατάσταση	-,43	-3,00**
Επαφή με Ειδικό στο Παρελθόν	,32	2,21*
Βήμα 3 ^ο		
Οικογενειακή Κατάσταση	-,35	-2,71*
Επαφή με Ειδικό στο Παρελθόν	,24	1,91
Σχέση με Σύζυγο (κύηση)	-,43	-3,32**
Προσαρμοσμένο R^2	,441	

* $p<,05$ ** $p<,01$

Στη φάση της λοχείας, οι μεταβλητές που συμβάλλουν σημαντικά στην πρόβλεψη της βαθμολογίας των γυναικών στην κλίμακα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας SCL-90-R, εμφανίζονται στον Πίνακα 69. Οι μεταβλητές που εισήχθησαν στο μοντέλο πρόβλεψης ήταν: α) δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, έτη σχέσης, έτη γάμου), β) προβλήματα υγείας κατά την κύηση, γ) παρουσία συναισθηματικής βίας από τον σύζυγο, δ) βαθμολογία στην κλίμακα Brisbane κατά την λοχεία. Ο δείκτης πολλαπλής συνάφειας ισούται με ,42 και ο προσαρμοσμένος συντελεστής προορισμού R^2 με ,150. Το 15% της διασποράς των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που ανέφεραν ότι εμφάνιζαν οι γυναίκες στην λοχεία μπορεί να ερμηνευτεί από την επίδραση των μεταβλητών που εξήχθησαν από τη συνέντευξη και το ατομικό ιστορικό και ιδιαίτερα από την οικογενειακή κατάσταση των γυναικών [$F(1,35)=7,38, p<,01$]. Ως εκ τούτου, το επίπεδο καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κατά τη λοχεία αναμένεται να είναι υψηλότερο στις άγαμες γυναίκες.

Πίνακας 69. Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη της βαθμολογίας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, όπως εξετάζεται με την κλίμακα SCL-90-R για την περίοδο της λοχείας

Μεταβλητές πρόβλεψης	SCL-90-R Κατάθλιψη (λοχεία)	
	Beta	t
Βήμα 1 ^ο		
Οικογενειακή Κατάσταση	-,42	-2,72*
Προσαρμοσμένο R^2		,150

* $p<,05$

Τέλος, για την κλίμακα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας SCL-90-R στη φάση των έξι μηνών μετά τον τοκετό οι μεταβλητές που συμβάλλουν σημαντικά στην πρόβλεψη, εμφανίζονται στον Πίνακα 70. Οι μεταβλητές που εισήχθησαν στο μοντέλο πρόβλεψης ήταν: α) δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, έτη σχέσης, έτη γάμου), β) επαφή με ειδικό ψυχικής υγείας στο παρελθόν, γ) ύπαρξη συναισθηματικής υποστήριξης από τον πατέρα της γυναίκας κατά την κύηση, ύπαρξη συναισθηματικής υποστήριξης από τον σύζυγο κατά τη λοχεία, ύπαρξη πρακτικής υποστήριξης από τον σύζυγο κατά τη λοχεία, ύπαρξη συναισθηματικής

υποστήριξης από την οικογένεια της γυναίκας κατά τη λοχεία, η σχέση με τον σύζυγο κατά την κύηση, η σχέση με τον σύζυγο κατά το εξάμηνο, η βοήθεια που λαμβάνει η γυναίκα από την στάση του συζύγου της κατά το εξάμηνο, η συμπεριφορά του συζύγου της στις δυσκολίες κατά το εξάμηνο, δ) βαθμολογία στην κλίμακα Brisbane κατά το εξάμηνο, η περιγραφή της εμπειρίας ως γονέας κατά το εξάμηνο, ε) η ύπαρξη δυσκολιών κατά την κύηση, η ύπαρξη ανησυχίας κατά το εξάμηνο, η παρουσία πρόσφατων δύσκολων γεγονότων ζωής κατά το εξάμηνο. Ο δείκτης πολλαπλής συνάφειας ισούται με ,77 και ο προσαρμοσμένος συντελεστής προορισμού R^2 με ,556. Το 55,6% της διασποράς των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που ανέφεραν ότι εμφάνιζαν οι γυναίκες έξι μήνες μετά τον τοκετό μπορεί να ερμηνευτεί από την επίδραση των μεταβλητών που εξήχθησαν από τη συνέντευξη και το ατομικό ιστορικό. Συγκεκριμένα, στο 1^ο βήμα, η συνεργασία των γυναικών με ειδικό ψυχικής υγείας στο παρελθόν εξηγεί το 30,5% της διασποράς [$F(1,35)=16,80, p<,001$]. Η συμπεριφορά του συζύγου απέναντι στις δυσκολίες στη φάση του εξαμήνου μετά τον τοκετό προσθέτει 21,6% στην πρόβλεψη της διακύμανσης (συνολικά 51,1%) στο 2^ο βήμα [$F(1,34)=15,79, p<,001$]. Τέλος, στο 3^ο βήμα η ύπαρξη συναισθηματικής υποστήριξης από τον πατέρα της γυναίκας συμβάλλει στο να εξηγηθεί το 55,6% της συνολικής διακύμανσης των απαντήσεων των γυναικών σχετικά με την καταθλιπτική συμπτωματολογία [$F(1,33)=4,37, p<,05$]. Συμπερασματικά, το επίπεδο καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στους έξι μήνες μετά τον τοκετό αναμένεται να είναι υψηλότερο: στις γυναίκες, που έχουν διεξάγει συνεδρίες με ειδικό ψυχικής υγείας στο παρελθόν, που αναφέρουν ως προβληματική τη συμπεριφορά των συζύγων τους κατά την περίοδο του εξαμήνου και που αντιλαμβάνονται τους δικούς τους πατέρες ως λιγότερο υποστηρικτικούς σε συναισθηματικό επίπεδο.

Πίνακας 70. *Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη της βαθμολογίας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, όπως εξετάζεται με την κλίμακα SCL-90-R για την περίοδο των έξι μηνών μετά τον τοκετό*

Μεταβλητές πρόβλεψης	SCL-90-R Κατάθλιψη (εξάμηνο)	
	Beta	t
Βήμα 1 ^ο		
Επαφή με Ειδικό στο Παρελθόν	,57	4,10***
Βήμα 2 ^ο		

Επαφή με Ειδικό στο Παρελθόν	,48	4,08***
Συμπεριφορά του συζύγου στις δυσκολίες (εξάμηνο)	,47	-3,97***
Βήμα 3 ^ο		
Επαφή με Ειδικό στο Παρελθόν	,47	4,10***
Συμπεριφορά του συζύγου στις δυσκολίες (εξάμηνο)	-,43	-3,73**
Συναισθηματική υποστήριξη από πατέρα	-,24	-2,10*
<i>Προσαρμοσμένο R²</i>		,556

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

Για την κλίμακα κατάθλιψης **BDI** στη φάση της κύησης οι μεταβλητές που συμβάλλουν σημαντικά στην πρόβλεψη, εμφανίζονται στον Πίνακας 71. Οι μεταβλητές που εισήχθησαν στο μοντέλο πρόβλεψης ήταν: α) δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, έτη σχέσης, έτη γάμου), β) διαστάσεις συμπτωματολογίας SCL-90-R, γ) η επαφή με ειδικό στον παρελθόν, δ) σχέσεις με σύζυγο κατά την κύηση, συναισθηματική υποστήριξη από σύζυγο κατά την κύηση, ε) το κατά πόσο είναι χαρούμενη που θα γίνει μητέρα, το πώς αντιλαμβάνεται την σωματική εμπειρία της κύησης, στ) η ύπαρξη δυσκολιών στην κύηση. Ο δείκτης πολλαπλής συνάφειας ισούται με ,76 και ο προσαρμοσμένος συντελεστής προορισμού R^2 με ,518. Το 51,8% της διασποράς των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που ανέφεραν ότι εμφάνιζαν οι γυναίκες στην περίοδο κατά την κύηση (με βάση την κλίμακα BDI) μπορεί να ερμηνευτεί από την επίδραση των μεταβλητών που εξήχθησαν από τη συνέντευξη. Συγκεκριμένα, στο 1^ο βήμα, ο βαθμός άγχους που αναφέρει η γυναίκα στην κύηση σχετίζεται με την ύπαρξη κατάθλιψης στην κύηση και ερμηνεύει το 24% της διασποράς [$F(1,35)=12,05$, $p < ,01$]. Η επαφή με ειδικό ψυχικής υγείας στο παρελθόν συμβάλλει στο να εξηγηθεί το 30,8% της συνολικής διακύμανσης των απαντήσεων των γυναικών [$F(1,34)=4,72$, $p < ,05$]. Η ύπαρξη συναισθηματικής υποστήριξης από τον σύζυγο κατά την κύηση προσθέτει 6,2% στην πρόβλεψη της διακύμανσης (συνολικά 37%) στο 3^ο βήμα [$F(1,33)=4,35$, $p < ,05$], αφαιρώντας, ωστόσο, την προβλεπτική ισχύ της μεταβλητής "επαφή με ειδικό στο παρελθόν". Στο 4^ο βήμα η εκτίμηση της γυναίκας για τη χαρά που νιώθει για το γεγονός ότι θα γίνει μητέρα, συμβάλλει στο να ερμηνευθεί το 51,8% της συνολικής διακύμανσης [$F(1,32)=5,61$, $p < ,05$]. Αξίζει να σημειωθεί ότι στο τέταρτο στάδιο αφαιρείται η

προβλεπτική ισχύ της μεταβλητής "συναισθηματική υποστήριξη από τον σύζυγο" και προστίθεται ξανά η μεταβλητή "επαφή με ειδικό στο παρελθόν" ως προβλεπτικός παράγων. Συμπερασματικά, το επίπεδο καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κατά την κύηση(με βάση την κλίμακα BDI) αναμένεται να είναι υψηλότερο: στις γυναίκες, που θα εμφανίσουν περισσότερα αγχώδη συμπτώματα, έχουν διεξάγει συνεδρίες με ειδικό ψυχικής υγείας κατά το παρελθόν και νιώθουν λιγότερη χαρά με το γεγονός ότι θα γίνουν μητέρες.

Πίνακας 71. *Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη της βαθμολογίας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, όπως εξετάζεται με την κλίμακα BDI για την περίοδο της κύησης*

<i>Μεταβλητές πρόβλεψης</i>	BDI Κατάθλιψη (κύηση)	
	Beta	t
Βήμα 1^ο		
Άγχος (κύηση)	,51	3,47**
Βήμα 2^ο		
Άγχος (κύηση)	,43	3,01**
Επαφή με ειδικό στο παρελθόν	,31	2,17*
Βήμα 3^ο		
Άγχος (κύηση)	,33	2,32*
Επαφή με ειδικό στο παρελθόν	,27	1,99
Συναισθηματική υποστήριξη συζύγου (κύηση)	,30	2,09*
Βήμα 4^ο		
Άγχος (κύηση)	,28	2,20*
Επαφή με ειδικό στο παρελθόν	,43	3,33**
Συναισθηματική υποστήριξη συζύγου (κύηση)	,21	1,61
Χαρούμενη μητέρα (κύηση)	,42	3,32**
<i>Προσαρμοσμένο R²</i>		,518

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

Στη φάση της λοχείας, οι μεταβλητές που συμβάλλουν σημαντικά στην πρόβλεψη της βαθμολογίας των γυναικών στην κλίμακα BDI, εμφανίζονται στον Πίνακα 72. Οι μεταβλητές που εισήχθησαν στο μοντέλο πρόβλεψης ήταν: α) δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, έτη σχέσης, έτη γάμου), β) διαστάσεις συμπτωματολογίας SCL-90-R, γ) η άσκηση συναισθηματικής βίας από τον σύζυγο, δ) εκτίμηση της διάθεσής της στη φάση της λοχείας. Ο δείκτης πολλαπλής συνάφειας ισούται με ,71 και ο προσαρμοσμένος συντελεστής προορισμού R^2 με ,460. Το 46% της διασποράς των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που ανέφεραν ότι εμφάνιζαν οι γυναίκες στην λοχεία μπορεί να ερμηνευτεί από την επίδραση των μεταβλητών που εξήχθησαν από το ατομικό ιστορικό και τη συνέντευξη. Συγκεκριμένα, στο 1^ο βήμα, τα έτη, κατά τα οποία βρίσκονται σε σχέση οι γυναίκες με τον πατέρα του παιδιού εξηγεί το 8,3% της διασποράς [$F(1,35)=4,25, p<,05$]. Η ηλικία της γυναίκας κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης προσθέτει 10,1% στην πρόβλεψη της διακύμανσης (συνολικά 18,4%) στο 2^ο βήμα [$F(1,34)=5,36, p<,05$]. Στο 3^ο βήμα το επίπεδο διαπροσωπικής ευαισθησίας κατά τη λοχεία συμβάλλει στο να εξηγηθεί το 46% της συνολικής διακύμανσης [$F(1,33)=18,320, p<,001$]. Ως εκ τούτου, το επίπεδο καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κατά τη λοχεία αναμένεται να είναι υψηλότερο: στις μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες, με λιγότερα έτη σχέσης με τον πατέρα του παιδιού, οι οποίες, βιώνουν υψηλότερο βαθμό διαπροσωπικής ευαισθησίας στη λοχεία.

Πίνακας 72. *Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη της βαθμολογίας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, όπως εξετάζεται με την κλίμακα BDI για την περίοδο της λοχείας*

Μεταβλητές πρόβλεψης	BDI Κατάθλιψη (λοχεία)	
	Beta	t
Βήμα 1 ^ο		
Έτη σχέσης	-,33	-2,06*
Βήμα 2 ^ο		
Έτη σχέσης	-,46	-2,88**
Ηλικία	,37	2,32*
Βήμα 3 ^ο		
Έτη σχέσης	-,41	-3,10**

Ηλικία	,34	2,58*
Διαπροσωπική ευαισθησία (λοχεία)	,53	4,28***
<i>Προσαρμοσμένο R²</i>		,460

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

Τέλος, στη φάση των έξι μηνών μετά τον τοκετό, οι μεταβλητές που συμβάλλουν σημαντικά στην πρόβλεψη της βαθμολογίας των γυναικών στην κλίμακα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας BDI, εμφανίζονται στον Πίνακας 73. Οι μεταβλητές που εισήχθησαν στο μοντέλο πρόβλεψης ήταν: α) δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, έτη σχέσης, έτη γάμου), β) διαστάσεις συμπτωματολογίας SCL-90-R, γ) η επαφή με ειδικό στον παρελθόν, δ) σχέσεις με σύζυγο κατά το εξάμηνο, ο τρόπος που άλλαξε η σχέση αυτή στους έξι μήνες μετά τον τοκετό, η συναισθηματική υποστήριξη από σύζυγο κατά το εξάμηνο, η συναισθηματική υποστήριξη από τον πατέρα της γυναίκας κατά την κύηση, η δυνατότητα συζήτησης με τον σύζυγο κατά το εξάμηνο, η εκδήλωση συναισθηματικής βίας από τον σύζυγο, ε) ο τρόπος που περιγράφει η γυναίκα τον εαυτό της ως γονέα στο εξάμηνο, το πώς έχει περιγράψει την αναπαράσταση για τη σχέση με το μωρό έξι μήνες μετά τον τοκετό και στ) η ύπαρξη δυσκολιών στην κύηση. Ο δείκτης πολλαπλής συνάφειας ισούται με ,91 και ο προσαρμοσμένος συντελεστής προορισμού R^2 με ,805. Το 80,5% της διασποράς των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που ανέφεραν ότι εμφάνιζαν οι γυναίκες στους έξι μήνες μετά τον τοκετό μπορεί να ερμηνευτεί από την επίδραση των μεταβλητών που εξήχθησαν από διαστάσεις του SCL-90-R και το ατομικό ιστορικό. Συγκεκριμένα, στο 1^ο βήμα, ο βαθμός του θυμού που βιώνουν οι γυναίκες στους έξι μήνες εξηγεί το 66,8% της διασποράς [$F(1,35)=73,30, p < ,001$]. Ο βαθμός διαπροσωπικής ευαισθησίας κατά την περίοδο της λοχείας προσθέτει 5,2% στην πρόβλεψη της διακύμανσης (συνολικά 72%) στο 2^ο βήμα [$F(1,34)=7,57, p < ,01$]. Στο 3^ο βήμα το επίπεδο θυμού που βιώνουν οι γυναίκες κατά την κύηση συμβάλλει στο να εξηγηθεί το 74,7% της συνολικής διακύμανσης [$F(1,33)=4,66, p < ,05$]. Στο 4^ο βήμα το επίπεδο παρανοειδούς ιδεασμού που ανέφεραν οι γυναίκες στη λοχεία συμβάλλει στο να εξηγηθεί το 77,4% της συνολικής διακύμανσης [$F(1,32)=4,86, p < ,05$]. Η μεταβλητή "επαφή με ειδικό ψυχικής υγείας κατά το παρελθόν" 3,1% στην ερμηνεία της διακύμανσης (συνολικά 80,5%) στο 5^ο βήμα [$F(1,31)=6,10, p < ,05$]. Ως εκ τούτου, το επίπεδο καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στους έξι μήνες μετά τον τοκετό αναμένεται να είναι υψηλότερο: στις γυναίκες, που αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα

θυμού και επιθετικότητας στους έξι μήνες μετά τον τοκετό, καθώς και στη διαπροσωπική ευαισθησία, αλλά χαμηλότερα επίπεδα κατά την κύηση στη διάσταση "θυμός- επιθετικότητα" και στον παρανοειδή ιδεασμό κατά τη λοχεία. Παράλληλα, έχουν αναφέρει και συνεργασία με ειδικό ψυχικής υγείας κατά το παρελθόν.

Πίνακας 73. Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη της βαθμολογίας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, όπως εξετάζεται με την κλίμακα BDI για την περίοδο του εξαμήνου μετά τον τοκετό

Μεταβλητές πρόβλεψης	BDI Κατάθλιψη (6μηνο)	
	Beta	t
Βήμα 1 ^ο		
Θυμός-επιθετικότητα (6μηνο)	,82	8,56**
Βήμα 2 ^ο		
Θυμός-επιθετικότητα (6μηνο)	,63	5,67***
Διαπροσωπική ευαισθησία (λοχεία)	,31	2,75**
Βήμα 3 ^ο		
Θυμός-επιθετικότητα (6μηνο)	,69	6,31***
Διαπροσωπική ευαισθησία (λοχεία)	,45	3,59**
Θυμός-επιθετικότητα (κύηση)	-,25	-2,16*
Βήμα 4 ^ο		
Θυμός-επιθετικότητα (6μηνο)	,71	6,82***
Διαπροσωπική ευαισθησία (λοχεία)	,79	4,03***
Θυμός-επιθετικότητα (κύηση)	-,28	-2,54*
Παρανοειδής ιδεασμός (λοχεία)	-,38	-2,20*
Βήμα 5 ^ο		
Θυμός-επιθετικότητα (6μηνο)	,66	6,72***
Διαπροσωπική ευαισθησία (λοχεία)	,84	4,56***
Θυμός-επιθετικότητα (κύηση)	-,32	-3,01**
Παρανοειδής ιδεασμός (λοχεία)	-,46	-2,80**
Επαφή με ειδικό στο παρελθόν	,20	2,47*
Προσαρμοσμένο R ²		,805

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

Όσον αφορά την κατάθλιψη, όπως αυτή εξετάζεται με την κλίμακα EPDS, οι μεταβλητές που συμβάλλουν σημαντικά στην πρόβλεψη στη φάση της κύησης, εμφανίζονται στον Πίνακας 74. Οι μεταβλητές που εισήχθησαν στο μοντέλο πρόβλεψης ήταν: α) δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, έτη σχέσης, έτη γάμου), β) οι διαστάσεις ψυχοπαθολογίας της κλίμακας SCL-90-R, γ) η επαφή με ειδικό ψυχικής υγείας στο παρόν, η ύπαρξη προβλημάτων υγείας στην παιδική ηλικία, δ) η ύπαρξη συναισθηματικής υποστήριξης από τον σύζυγο κατά την κύηση, η σχέση με τον σύζυγο κατά την κύηση. Ο δείκτης πολλαπλής συνάφειας ισούται με ,67 και ο προσαρμοσμένος συντελεστής προορισμού R^2 με ,422. Το 42,2% της διασποράς των συμπτωμάτων επιλόχειας κατάθλιψης που ανέφεραν ότι εμφάνιζαν οι γυναίκες στην περίοδο κατά την κύηση μπορεί να ερμηνευτεί από την επίδραση των μεταβλητών που εξήχθησαν από τη συνέντευξη. Συγκεκριμένα, στο 1^ο βήμα, η βαθμολογία στη διάσταση της διαπροσωπικής ευαισθησίας κατά την κύηση εξηγεί το 24,2% της διασποράς [$F(1,35)=12,47, p<,01$]. Η επαφή με ειδικό ψυχικής υγείας στο παρόν προσθέτει 18% στην πρόβλεψη της διακύμανσης (συνολικά 42,4%) στο 2^ο βήμα [$F(1,34)=11,95, p<,01$]. Συμπερασματικά, το επίπεδο κατάθλιψης κατά την κύηση (με βάση την κλίμακα EPDS) αναμένεται να είναι υψηλότερο: στις γυναίκες, που εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα διαπροσωπικής ευαισθησίας στην κύηση και διεξάγουν συνεδρίες με ειδικό ψυχικής υγείας στην παρούσα περίοδο.

Πίνακας 74. *Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη της βαθμολογίας κατάθλιψης, όπως εξετάζεται με την κλίμακα EPDS για την περίοδο της κύησης*

Μεταβλητές πρόβλεψης	EPDS Κατάθλιψη (κύηση)	
	Beta	t
Βήμα 1 ^ο		
Διαπροσωπική ευαισθησία (κύηση)	,51	3,53**
Βήμα 2 ^ο		
Διαπροσωπική ευαισθησία (κύηση)	,41	3,13**
Επαφή με Ειδικό στο Παρόν	,45	3,46**
<i>Προσαρμοσμένο R^2</i>		,422

** $p<,01$

Στη φάση της λοχείας, οι μεταβλητές που συμβάλλουν σημαντικά στην πρόβλεψη της βαθμολογίας των γυναικών στην κλίμακα EPDS, εμφανίζονται στον Πίνακα 75. Οι μεταβλητές που εισήχθησαν στο μοντέλο πρόβλεψης ήταν: α) δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, έτη σχέσης, έτη γάμου), β) διαστάσεις συμπτωματολογίας SCL-90-R, γ) η ύπαρξη προβλημάτων υγείας στην παιδική ηλικία, η διενέργεια ψυχοθεραπευτικής εργασίας κατά την περιγεννητική περίοδο, δ) η άσκηση συναισθηματικής/σωματικής βίας από πλευράς του συζύγου, η συμπεριφορά του συζύγου απέναντι στις δυσκολίες στη λοχεία, ε) η εκτίμηση της ιδιοσυγκρασίας και του βρέφους και η ικανότητα της γυναίκας να το ηρεμήσει κατά τη λοχεία (Brisbane), στ) η ύπαρξη δυσκολιών κατά την κύηση. Ο δείκτης πολλαπλής συνάφειας ισούται με ,76 και ο προσαρμοσμένος συντελεστής προορισμού R^2 με ,520. Το 52% της διασποράς των συμπτωμάτων επιλόχειας κατάθλιψης που ανέφεραν ότι εμφάνιζαν οι γυναίκες στην λοχεία μπορεί να ερμηνευτεί από την επίδραση των μεταβλητών που εξήχθησαν από τη συνέντευξη. Συγκεκριμένα, στο 1^ο βήμα, το 30,4% της διασποράς της διακύμανσης της βαθμολογίας επιλόχειας κατάθλιψης κατά τη λοχεία μπορεί να εξηγηθεί από το επίπεδο αγχώδους συμπτωματολογίας κατά τη λοχεία [$F(1,35)=16,71, p<,001$]. Ο βαθμός θυμού-επιθετικότητας κατά την κύηση προσθέτει 7,8% στην πρόβλεψη της διακύμανσης (συνολικά 38,4%) στο 2^ο βήμα [$F(1,34)=5,44, p<,05$]. Στο 3^ο βήμα η συμπεριφορά του συζύγου στις δυσκολίες, όπως την αντιλαμβάνεται η γυναίκα στη λοχεία φαίνεται να σχετίζεται συμβάλλοντας στο να εξηγηθεί το 43,5% της συνολικής διακύμανσης [$F(1,33)=4,20, p<,05$], αφαιρώντας, ωστόσο, την προβλεπτική ισχύ του βαθμού θυμού-επιθετικότητας κατά από την κύηση. Τέλος, στο 4^ο βήμα εισέρχεται ως προβλεπτική η βαθμολογία στην κλίμακα Brisbane, συμβάλλοντας στην ερμηνεία 52% της διασποράς της διακύμανσης της βαθμολογίας επιλόχειας κατάθλιψης κατά τη λοχεία [$F(1,32)=6,85, p<,05$]. Ως εκ τούτου, το επίπεδο επιλόχειας κατάθλιψης κατά τη λοχεία αναμένεται να είναι υψηλότερο: στις γυναίκες, οι οποίες εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα αγχωδών συμπτωμάτων κατά τη λοχεία, αντιλαμβάνονται τη συμπεριφορά των συζύγων τους λιγότερο βοηθητική απέναντι στις δυσκολίες που ανακύπτουν στη λοχεία και στην ίδια φάση εκτιμούν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι το παιδί τους είναι ένα δύσκολο μωρό και ότι δυσκολεύονται να το ηρεμήσουν.

Πίνακας 75. Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη της βαθμολογίας επιλόχειας Κατάθλιψης, όπως εξετάζεται με την κλίμακα EPDS για την περίοδο της λοχείας

Μεταβλητές πρόβλεψης	EPDS Επιλόχεια Κατάθλιψη (λοχεία)	
	Beta	t
Βήμα 1 ^ο		
Άγχος (λοχεία)	,57	4,09***
Βήμα 2 ^ο		
Άγχος (λοχεία)	,40	2,70**
Θυμός-επιθετικότητα (κύηση)	,35	2,33*
Βήμα 3 ^ο		
Άγχος (λοχεία)	,53	3,61***
Θυμός-επιθετικότητα (κύηση)	,18	1,16
Συμπεριφορά συζύγου στις δυσκολίες (λοχεία)	-,35	-2,56*
Βήμα 4 ^ο		
Άγχος (λοχεία)	,35	2,56*
Θυμός-επιθετικότητα (κύηση)	,26	1,90
Συμπεριφορά συζύγου στις δυσκολίες (λοχεία)	-,27	-2,31*
Brisbane (λοχεία)	,32	2,62*
<i>Προσαρμοσμένο R²</i>		,520

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

Τέλος, στη φάση των έξι μηνών μετά τον τοκετό, οι μεταβλητές που συμβάλλουν σημαντικά στην πρόβλεψη της βαθμολογίας των γυναικών στην κλίμακα EPDS, εμφανίζονται στον Πίνακας 76. Οι μεταβλητές που εισήχθησαν στο μοντέλο πρόβλεψης ήταν: α) δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, έτη σχέσης, έτη γάμου), β) διαστάσεις συμπτωματολογίας SCL-90-R, γ) η επαφή με ειδικό ψυχικής υγείας στο παρελθόν, δ) η συναισθηματική υποστήριξη από τον σύζυγο κατά τη λοχεία, η συναισθηματική υποστήριξη από τον σύζυγο κατά το εξάμηνο, η συμπεριφορά του συζύγου απέναντι στις δυσκολίες στο εξάμηνο, η

δυνατότητα της γυναίκας να μιλάει με τον σύντροφό της στην περίοδο των έξι μηνών, η ποιότητα της σχέσης με τον σύζυγο κατά το εξάμηνο, ε) η εικόνα που έχει η γυναίκα για το σώμα της κατά τη λοχεία, τα συναισθήματα που έχει η γυναίκα για το σώμα της κατά τη λοχεία. Ο δείκτης πολλαπλής συνάφειας ισούται με ,75 και ο προσαρμοσμένος συντελεστής προορισμού R^2 με ,529. Το 52,9% της διασποράς των συμπτωμάτων επιλόχειας κατάθλιψης που ανέφεραν ότι εμφάνιζαν οι γυναίκες στο εξάμηνο μπορεί να ερμηνευτεί από την επίδραση των μεταβλητών που εξήχθησαν από το ατομικό ιστορικό και τη συνέντευξη. Συγκεκριμένα, στο 1^ο βήμα, το επίπεδο θυμού-επιθετικότητας που αναφέρει η γυναίκα κατά το εξάμηνο εξηγεί το 40,8% της διασποράς [$F(1,35)=25,79, p<,001$]. Η δυνατότητα της γυναίκας να συνομιλεί με τον σύζυγό της κατά την φάση του εξαμήνου μετά τον τοκετό προσθέτει 6,4% στην πρόβλεψη της διακύμανσης (συνολικά 47,2%) στο 2^ο βήμα [$F(1,34)=5,28, p<,05$]. Τέλος, η εικόνα που έχει η γυναίκα για το σώμα της κατά τη λοχεία, προσθέτει 5,7% στην πρόβλεψη της διακύμανσης (συνολικά 52,9%) στο 3^ο βήμα [$F(1,33)=5,07, p<,05$]. Ως εκ τούτου, ο βαθμός επιλόχειας κατάθλιψης έξι μήνες μετά τον τοκετό αναμένεται να είναι υψηλότερος: στις γυναίκες, που αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα θυμού-επιθετικότητας στους έξι μήνες μετά τον τοκετό, οι οποίες κατά τη φάση της λοχείας βιώνουν αρνητικά το σώμα τους και στην φάση των έξι μηνών μετά τον τοκετό συνομιλούν λιγότερο με τους συντρόφους τους για τις δυσκολίες που ανακύπτουν.

Πίνακας 76. *Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη της βαθμολογίας επιλόχειας Κατάθλιψης, όπως εξετάζεται με την κλίμακα EPDS για την περίοδο του εξαμήνου μετά τον τοκετό*

Μεταβλητές πρόβλεψης	EPDS Επιλόχεια Κατάθλιψη (6μηνο)	
	Beta	t
Βήμα 1 ^ο		
Θυμός-επιθετικότητα (6μηνο)	,65	5,08***
Βήμα 2 ^ο		
Θυμός-επιθετικότητα (6μηνο)	,53	4,00***
Μιλάει με σύζυγο για προβλήματα (6μηνο)	-,30	-2,30*
Βήμα 3 ^ο		
Επαφή με Ειδικό στο Παρελθόν	,50	3,98***

Μιλάει με σύζυγο για προβλήματα (6μηνο)	-,30	-2,41*
Εικόνα σώματος (λοχεία)	,26	2,25*
<i>Προσαρμοσμένο R²</i>		,529

p<,05 *p<,001*

ΣΤ.2. Πρόβλεψη της βαθμολογίας των κλιμάκων αγχώδους συμπτωματολογίας

Όσον αφορά στη διάσταση του δομικού άγχους, όπως εξετάζεται με την κλίμακα STAI στη φάση της κύησης οι μεταβλητές που συμβάλλουν σημαντικά στην πρόβλεψη, εμφανίζονται στον Πίνακας 77. Οι μεταβλητές που εισήχθησαν στο μοντέλο πρόβλεψης ήταν: α) δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, έτη σχέσης, έτη γάμου), β) διαστάσεις συμπτωματολογίας SCL-90-R, γ) ύπαρξη ατομικού ιστορικού, δ) προβλήματα υγείας κατά την κύηση, ε) σχέσεις με σύζυγο κατά την κύηση, συναισθηματική βία από σύζυγο, συναισθηματική υποστήριξη από τον σύζυγο κατά την κύηση. Ο δείκτης πολλαπλής συνάφειας ισούται με ,77 και ο προσαρμοσμένος συντελεστής προορισμού R^2 με ,555. Το 55,5% της διασποράς της βαθμολογίας του δομικού άγχους ανέφεραν ότι εμφάνιζαν οι γυναίκες στην περίοδο κατά την κύηση μπορεί να ερμηνευτεί από την επίδραση των μεταβλητών που εξήχθησαν από το ατομικό ιστορικό και τη συνέντευξη και φάνηκαν ότι συσχετίστηκαν σημαντικά με τη συγκεκριμένη μέτρηση. Συγκεκριμένα, στο 1^ο βήμα, η οικογενειακή κατάσταση της γυναίκας εξηγεί το 12% της διασποράς [$F(1,35)=5,90, p<,05$]. Ο βαθμός κατάθλιψης κατά την κύηση προσθέτει 36,5% στην πρόβλεψη της διακύμανσης (συνολικά 48,5%) στο 2^ο βήμα [$F(1,34)=25,81, p<,001$], αφαιρώντας, ωστόσο, την προβλεπτική ισχύ της οικογενειακής κατάστασης. Στο 3^ο βήμα η ύπαρξη συναισθηματικής υποστήριξης από την πλευρά του συζύγου κατά την κύηση συμβάλλει στο να ερμηνευθεί το 55,5% της συνολικής διακύμανσης των απαντήσεων των γυναικών [$F(1,33)=6,34, p<,01$]. Συμπερασματικά, το επίπεδο δομικού άγχους κατά την κύηση αναμένεται να είναι υψηλότερο: στις γυναίκες που εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης κατά την κύηση και βιώνουν σε μικρότερο βαθμό τους συζύγους τους συναισθηματικά υποστηρικτικούς.

Πίνακας 77. Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη της βαθμολογίας δομικού άγχους, όπως εξετάζεται με την κλίμακα STAI για την περίοδο της κύησης

Μεταβλητές πρόβλεψης	Δομικό άγχος STAI(κύηση)	
	Beta	t
Βήμα 1 ^ο		
Οικογενειακή Κατάσταση	-,38	-2,43**
Βήμα 2 ^ο		
Οικογενειακή Κατάσταση	-,06	-,44
Κατάθλιψη (κύηση)	,69	5,08***
Βήμα 3 ^ο		
Οικογενειακή Κατάσταση	-,16	-1,18
Κατάθλιψη (κύηση)	,55	4,01***
Συναισθηματική υποστήριξη από σύζυγο (κύηση)	,31	2,52*
Προσαρμοσμένο R ²		,555

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

Όσον αφορά στη διάσταση του δομικού άγχους, όπως εξετάζεται με την κλίμακα STAI στη φάση της λοχείας οι μεταβλητές που συμβάλλουν σημαντικά στην πρόβλεψη, εμφανίζονται στον Πίνακα 78. Οι μεταβλητές που εισήχθησαν στο μοντέλο πρόβλεψης ήταν: α) δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, έτη σχέσης, έτη γάμου), β) διαστάσεις συμπτωματολογίας SCL-90-R, γ) προβλήματα κατά την παιδική ηλικία, δ) συναισθηματική υποστήριξη από σύζυγο κατά την κύηση, συναισθηματική υποστήριξη από σύζυγο κατά τη λοχεία, ε) η ύπαρξη δυσκολιών κατά την κύηση. Ο δείκτης πολλαπλής συνάφειας ισούται με ,86 και ο προσαρμοσμένος συντελεστής προορισμού R^2 με ,723. Το 72,3% της διασποράς της βαθμολογίας του δομικού άγχους ανέφεραν ότι εμφάνιζαν οι γυναίκες στην περίοδο κατά την λοχεία μπορεί να ερμηνευτεί από την επίδραση των μεταβλητών που εξήχθησαν από τα ψυχομετρικά εργαλεία, το ατομικό ιστορικό και τη συνέντευξη και φάνηκαν ότι συσχετίστηκαν σημαντικά με τη συγκεκριμένη μέτρηση. Συγκεκριμένα, στο 1^ο βήμα, ο βαθμός κατάθλιψης κατά τη λοχεία εξηγεί το 58,7% της διασποράς [$F(1,35)=52,06$, $p < ,001$]. Η μεταβλητή "συναισθηματική υποστήριξη του συζύγου

κατά τη λοχεία" προσθέτει 11% στην πρόβλεψη της διακύμανσης (συνολικά 69,7%) στο 2^ο βήμα [$F(1,34)=13,83, p<,01$]. Στο 3^ο βήμα η ύπαρξη δυσκολιών κατά την κύηση συμβάλλει στο να ερμηνευθεί το 72,3% της συνολικής διακύμανσης των απαντήσεων των γυναικών [$F(1,33)=4,20, p<,05$]. Συμπερασματικά, το επίπεδο δομικού άγχους κατά τη λοχεία αναμένεται να είναι υψηλότερο: στις γυναίκες, που έχουν αναφέρει ότι έχουν βιώσει δυσκολίες κατά την κύηση, έχουν συμπτώματα κατάθλιψης στη λοχεία, ενώ στην ίδια περίοδο βιώνουν τους συντρόφους τους λιγότερο υποστηρικτικούς συναισθηματικά.

Πίνακας 78. *Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη της βαθμολογίας δομικού άγχους, όπως εξετάζεται με την κλίμακα STAI για την περίοδο της λοχείας*

Μεταβλητές πρόβλεψης	Δομικό άγχος STAI (λοχεία)	
	Beta	t
Βήμα 1 ^ο		
Κατάθλιψη (λοχεία)	,77	7,22***
Βήμα 2 ^ο		
Κατάθλιψη (λοχεία)	,72	7,81***
Συναισθηματική υποστήριξη συζύγου (λοχεία)	,35	3,72**
Βήμα 3 ^ο		
Κατάθλιψη (λοχεία)	,71	7,98***
Συναισθηματική υποστήριξη συζύγου (λοχεία)	,26	2,71*
Δυσκολίες (κύηση)	,20	2,05*
<i>Προσαρμοσμένο R²</i>		,723

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

Όσον αφορά στη διάσταση του δομικού άγχους, όπως εξετάζεται με την κλίμακα STAI στη φάση των έξι μηνών μετά τον τοκετό, οι μεταβλητές που συμβάλλουν σημαντικά στην πρόβλεψη, εμφανίζονται στον Πίνακας 79. Οι μεταβλητές που εισήχθησαν στο μοντέλο πρόβλεψης ήταν: α) δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, έτη σχέσης, έτη γάμου), β) διαστάσεις

συμπτωματολογίας SCL-90-R, γ) η επαφή με ειδικό στον παρελθόν, προβλήματα κατά την παιδική ηλικία, δ) προβλήματα υγείας κατά την κύηση, ε) συναισθηματική υποστήριξη από τον πατέρα της γυναίκας, πρακτική υποστήριξη από τον σύζυγο κατά την κύηση, συναισθηματική υποστήριξη από τον σύζυγο κατά τη λοχεία, συναισθηματική στήριξη από την οικογένεια κατά τη λοχεία, συναισθηματική υποστήριξη από οικογένεια στους έξι μήνες, κατά πόσο βοηθά η στάση του συζύγου στο εξάμηνο, η συμπεριφορά του συζύγου στις δυσκολίες κατά το εξάμηνο, στ) η ύπαρξη δυσκολιών στην κύηση. Ο δείκτης πολλαπλής συνάφειας ισούται με ,79 και ο προσαρμοσμένος συντελεστής προορισμού R^2 με ,587. Το 58,7% της διασποράς της βαθμολογίας του δομικού άγχους ανέφεραν ότι εμφάνιζαν οι γυναίκες στην περίοδο του εξαμήνου μπορεί να ερμηνευτεί από την επίδραση των μεταβλητών που εξήχθησαν από τη συνέντευξη και τα ψυχομετρικά εργαλεία και φάνηκαν ότι συσχετίστηκαν σημαντικά με τη συγκεκριμένη μέτρηση. Συγκεκριμένα, στο 1^ο βήμα, ο βαθμός κατάθλιψης κατά το εξάμηνο εξηγεί το 44,3% της διασποράς [$F(1,35)=29,65, p<,001$]. Η πρακτική υποστήριξη του συζύγου κατά την κύηση προσθέτει 5,7% στην πρόβλεψη της διακύμανσης (συνολικά 50%) στο 2^ο βήμα [$F(1,34)=5,01, p<,05$]. Στο 3^ο βήμα ο τρόπος που η γυναίκα περιγράφει τον εαυτό της ως μητέρα συμβάλλει στο να εξηγηθεί το 58,7% της συνολικής διακύμανσης [$F(1,33)=8,11, p<,01$], αφαιρώντας, ωστόσο, την προβλεπτική ισχύ της πρακτικής υποστήριξης του συζύγου κατά την κύηση. Συμπερασματικά, το επίπεδο δομικού άγχους κατά τους έξι μήνες αναμένεται να είναι υψηλότερο: στις γυναίκες που αναφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης στο εξάμηνο και περιγράφουν τον εαυτό τους ως μητέρα με θετικά και αρνητικά χαρακτηριστικά.

Πίνακας 79. *Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη της βαθμολογίας δομικού άγχους, όπως εξετάζεται με την κλίμακα STAI για την περίοδο του εξαμήνου*

Μεταβλητές πρόβλεψης	Δομικό άγχος STAI (6μηνο)	
	Beta	t
Βήμα 1 ^ο		
Κατάθλιψη (6μηνο)	,68	5,45***
Βήμα 2 ^ο		
Κατάθλιψη (6μηνο)	,62	5,14***
Πρακτική υποστήριξη συζύγου (κύηση)	,27	2,24*

Βήμα 3 ^ο		
Κατάθλιψη (6μηνο)	,62	5,62***
Πρακτική υποστήριξη συζύγου (κύηση)	,10	,76
Περιγραφή εαυτού ως μητέρας (εξάμηνο)	,35	2,85**
<i>Προσαρμοσμένο R²</i>		,587

p<,05 **p<,01 *p<,001*

Όσον αφορά στη διάσταση του περιστασιακού άγχους, όπως εξετάζεται με την κλίμακα STAI στη φάση της κύησης οι μεταβλητές που συμβάλλουν σημαντικά στην πρόβλεψη, εμφανίζονται στον

Πίνακας 80. Οι μεταβλητές που εισήχθησαν στο μοντέλο πρόβλεψης ήταν: α) δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, έτη σχέσης, έτη γάμου), β) διαστάσεις συμπτωματολογίας SCL-90-R, γ) σχέσεις με σύζυγο κατά την κύηση, δ) η ύπαρξη δυσκολιών κατά την κύηση. Ο δείκτης πολλαπλής συνάφειας ισούται με ,73 και ο προσαρμοσμένος συντελεστής προορισμού R^2 με ,491. Το 49,1% της διασποράς της βαθμολογίας του περιστασιακού άγχους που ανέφεραν ότι εμφάνιζαν οι γυναίκες στην περίοδο κατά την κύηση μπορεί να ερμηνευτεί από την επίδραση των μεταβλητών που εξήχθησαν από τη συνέντευξη και φάνηκαν ότι συσχετίστηκαν σημαντικά με τη συγκεκριμένη μέτρηση. Συγκεκριμένα, στο 1^ο βήμα, η οικογενειακή κατάσταση της γυναίκας εξηγεί το 9% της διασποράς [$F(1,35)=4,56$, $p<,05$]. Ο βαθμός κατάθλιψης κατά την κύηση προσθέτει 42,2% στην πρόβλεψη της διακύμανσης (συνολικά 42,8%) στο 2^ο βήμα [$F(1,34)=21,70$, $p<,001$], αφαιρώντας, ωστόσο, την προβλεπτική ισχύ της οικογενειακής κατάστασης. Στο 3^ο βήμα η ύπαρξη δυσκολιών που έχει αναφέρει η γυναίκα κατά την κύηση συμβάλλει στο να ερμηνευθεί το 49,1% της συνολικής διακύμανσης των απαντήσεων των γυναικών [$F(1,33)=5,22$, $p<,05$]. Συμπερασματικά, το επίπεδο περιστασιακού άγχους κατά την κύηση αναμένεται να είναι υψηλότερο: στις γυναίκες, που εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης και αντιμετωπίζουν δυσκολίες κατά την κύηση.

Πίνακας 80. Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη της βαθμολογίας περιστασιακού άγχους, όπως εξετάζεται με την κλίμακα STAI για την περίοδο της κύησης

Μεταβλητές πρόβλεψης	Περιστασιακό άγχος STAI (κύηση)	
	Beta	t
Βήμα 1 ^ο		
Οικογενειακή Κατάσταση	-,34	-2,14*
Βήμα 2 ^ο		
Οικογενειακή Κατάσταση	-,03	-,21
Κατάθλιψη (κύηση)	,66	4,66***
Βήμα 3 ^ο		
Οικογενειακή Κατάσταση	-,09	-,69
Κατάθλιψη (κύηση)	,56	3,92***
Δυσκολίες (κύηση)	,29	2,28*
Προσαρμοσμένο R ²		,491

* $p < ,05$ *** $p < ,001$

Όσον αφορά στη διάσταση του περιστασιακού άγχους, όπως εξετάζεται με την κλίμακα STAI στη φάση της λοχείας οι μεταβλητές που συμβάλλουν σημαντικά στην πρόβλεψη, εμφανίζονται στον Πίνακα 81. Οι μεταβλητές που εισήχθησαν στο μοντέλο πρόβλεψης ήταν: α) δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, έτη σχέσης, έτη γάμου), β) διαστάσεις συμπτωματολογίας SCL-90-R, γ) συναισθηματική υποστήριξη από σύζυγο κατά τη λοχεία, άντληση βοήθειας από τη στάση του συζύγου κατά τη λοχεία, η πρακτική υποστήριξη των φίλων κατά τη λοχεία, δ) η ύπαρξη δυσκολιών κατά την κύηση. Ο δείκτης πολλαπλής συνάφειας ισούται με ,60 και ο προσαρμοσμένος συντελεστής προορισμού R^2 με ,326. Το 32,6% της διασποράς της βαθμολογίας του περιστασιακού άγχους που ανέφεραν ότι εμφάνιζαν οι γυναίκες στην περίοδο κατά τη λοχεία μπορεί να ερμηνευτεί από την επίδραση των μεταβλητών που εξήχθησαν από τα ψυχομετρικά εργαλεία και τη συνέντευξη και φάνηκαν ότι συσχετίστηκαν σημαντικά με τη συγκεκριμένη μέτρηση. Συγκεκριμένα, στο 1^ο βήμα, ο βαθμός κατάθλιψης κατά την κύηση εξηγεί το 21,4% της διασποράς [$F(1,35)=10,83$, $p < ,01$]. Η συναισθηματική υποστήριξη που παρέχει ο σύζυγος κατά τη λοχεία προσθέτει 11,2% στην πρόβλεψη της διακύμανσης (συνολικά 32,6%) στο 2^ο

βήμα [$F(1,34)=6,81, p<,05$]. Συμπερασματικά, το επίπεδο περιστασιακού άγχους κατά τη λοχεία αναμένεται να είναι υψηλότερο: στις γυναίκες, που εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης στη λοχεία και στην ίδια περίοδο βιώνουν τους συντρόφους τους λιγότερο υποστηρικτικούς συναισθηματικά.

Πίνακας 81. *Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη της βαθμολογίας περιστασιακού άγχους, όπως εξετάζεται με την κλίμακα STAI για την περίοδο της λοχείας*

Μεταβλητές πρόβλεψης	Περιστασιακό άγχος STAI(λοχεία)	
	Beta	t
Βήμα 1 ^ο		
Κατάθλιψη (κύηση)	,49	3,29**
Βήμα 2 ^ο		
Κατάθλιψη (κύηση)	,32	2,10*
Συναισθηματική υποστήριξη συζύγου (λοχεία)	,40	2,61*
Προσαρμοσμένο R^2		,326

* $p<,05$ ** $p<,01$

Όσον αφορά στη διάσταση του περιστασιακού άγχους, όπως εξετάζεται με την κλίμακα STAI στη φάση των έξι μηνών μετά τον τοκετό, οι μεταβλητές που συμβάλλουν σημαντικά στην πρόβλεψη, εμφανίζονται στον Πίνακας 82. Οι μεταβλητές που εισήχθησαν στο μοντέλο πρόβλεψης ήταν: α) δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, έτη σχέσης, έτη γάμου), β) διαστάσεις συμπτωματολογίας SCL-90-R, γ) η ύπαρξη ατομικού ψυχιατρικού ιστορικού, η επαφή με ειδικό στον παρελθόν, προβλήματα κατά την παιδική ηλικία, δ) σχέσεις με σύζυγο κατά την κύηση, συναισθηματική υποστήριξη από τον σύζυγο κατά την κύηση, συναισθηματική υποστήριξη από τον σύζυγο κατά τη λοχεία, πρακτική υποστήριξη από τον σύζυγο κατά την κύηση, κατά πόσο βοηθά η στάση του συζύγου στη λοχεία, η συμπεριφορά του συζύγου στις δυσκολίες στη λοχεία, η συμπεριφορά του συζύγου στις δυσκολίες κατά το εξάμηνο, ε) ο τρόπος που περιγράφει η γυναίκα τον εαυτό της ως μητέρα και στ) η ύπαρξη δυσκολιών στην κύηση. Ο δείκτης πολλαπλής συνάφειας ισούται με ,69 και ο προσαρμοσμένος συντελεστής προορισμού R^2 με ,439. Το 43,9%

της διασποράς της βαθμολογίας του περιστασιακού άγχους που ανέφεραν ότι εμφάνιζαν οι γυναίκες στην περίοδο έξι μήνες μετά τον τοκετό, μπορεί να ερμηνευτεί από την επίδραση των μεταβλητών που εξήχθησαν από τις κλίμακες και τη συνέντευξη και φάνηκαν ότι συσχετίστηκαν σημαντικά με τη συγκεκριμένη μέτρηση. Συγκεκριμένα, στο 1^ο βήμα, ο βαθμός κατάθλιψης κατά την κύηση εξηγεί το 23,8% της διασποράς [$F(1,35)=12,25, p<,01$]. Η συναισθηματική υποστήριξη που παρέχει ο σύζυγος κατά τη λοχεία συμβάλλει κατά 21,1% στην ερμηνεία της διακύμανσης (συνολικά 43,9%) στο 2^ο βήμα [$F(1,34)=13,54, p<,01$]. Συμπερασματικά, το επίπεδο περιστασιακού άγχους έξι μήνες μετά τον τοκετό αναμένεται να είναι υψηλότερο: στις γυναίκες, που εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης στη λοχεία και στην ίδια περίοδο βιώνουν τους συντρόφους τους λιγότερο στηρικτικούς συναισθηματικά.

Πίνακας 82. *Ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για τη στατιστική πρόβλεψη της βαθμολογίας περιστασιακού άγχους, όπως εξετάζεται με την κλίμακα STAI για την περίοδο του εξαμήνου*

Μεταβλητές πρόβλεψης	Περιστασιακό άγχος STAI (6μηνο)	
	Beta	t
Βήμα 1 ^ο		
Κατάθλιψη (κύηση)	,51	3,50**
Βήμα 2 ^ο		
Κατάθλιψη (κύηση)	,29	2,12*
Συναισθηματική υποστήριξη συζύγου (λοχεία)	,51	3,68**
<i>Προσαρμοσμένο R²</i>		,439

* $p<,05$ ** $p<,01$

Z. Συναισθηματική εμπειρία της περιγεννητικής περιόδου: παράγοντες κινδύνου και προστατευτικοί παράγοντες, όπως προκύπτουν από την ανάλυση περιεχομένου

Στη συνέχεια ακολουθεί μια περιγραφή των συναισθηματικών δυσκολιών που αναφέρουν οι γυναίκες κατά τις συνεντεύξεις, καθώς και οι αναφορές τους στους παράγοντες που οι ίδιες υποδεικνύουν ως βοηθητικούς. Κατά τη διάρκεια της κύησης, τα συμπτώματα και οι θεματικές που συγκεντρώνουν τις περισσότερες κωδικοποιήσεις, είναι το άγχος, η ευερεθιστότητα, η θλίψη, η ευσυγκινησία και οι μεταβολές στη διάθεση. Επίσης, αναφέρονται μειωμένη σεξουαλική διάθεση, κάτι που γίνεται αποδεκτό και δεν δυσαρεστεί τις γυναίκες, δυσκολίες συγκέντρωσης και μνήμης, αίσθηση κόπωσης και μείωσης της ενεργητικότητας, αίσθηση μοναξιάς και ανία.

Κατά την ίδια περίοδο, οι παράγοντες που αναφέρθηκαν ως υποστηρικτικοί για τις γυναίκες είναι α) η καλή σχέση με τον σύζυγο, η παρουσία συναισθηματικής υποστήριξης και η δυνατότητα της γυναίκας να μιλήσει μαζί του για όσα την απασχολούν, β) η παρουσία συναισθηματικής και πρακτικής υποστήριξης από τη γονεϊκή οικογένεια και η δυνατότητα επικοινωνίας με τους γονείς, γ) η απουσία ενοχλήσεων και η ευχαρίστηση από την εμπειρία της κύησης, δ) η ύπαρξη καλών σχέσεων της γυναίκας με τη γονεϊκή της οικογένεια κατά την παιδική ηλικία ε) η παρουσία συναισθηματικής υποστήριξης από φίλους, στ) η παρακολούθηση μαθημάτων για την προετοιμασία για τον τοκετό και τη γονεϊκότητα, ζ) η επαφή με ειδικό ψυχικής υγείας στην παρούσα φάση, και η) η αναμονή του ίδιου του παιδιού, που δρα προστατευτικά, δίνοντας δύναμη στη γυναίκα και ωθώντας της να προσέξει περισσότερο τον εαυτό της.

Κατά τη διάρκεια της λοχείας, τα συμπτώματα και οι θεματικές που συγκεντρώνουν τις περισσότερες κωδικοποιήσεις, είναι το άγχος (κυρίως για την ασφάλεια και υγεία του παιδιού, της ίδιας και του συζύγου, εφόσον αυτοί είναι που φροντίζουν το παιδί, αλλά και για την οικονομική κρίση), νευρικότητα – ευερεθιστότητα, πόνοι και σωματικές ενοχλήσεις, ευσυγκινησία, μειωμένη ενεργητικότητα και κόπωση, μειωμένη σεξουαλική διάθεση, δυσκολίες με τον ύπνο, απουσία συγκέντρωσης, αυτομομφή, ενοχές, και αίσθηση μοναξιάς.

Κατά την ίδια περίοδο, οι παράγοντες που αναφέρθηκαν ως υποστηρικτικοί για τις γυναίκες είναι η απουσία επιπλοκών και δυσκολιών κατά τον τοκετό, η παρουσία του παιδιού που ενθαρρύνει τις γυναίκες να ανταπεξέλθουν στις δυσκολίες και τις απαιτήσεις, η ύπαρξη συναισθηματικής και πρακτικής υποστήριξης από τον σύζυγο

αλλά και τις γονεϊκές οικογένειες, η ενεργή συμμετοχή του συζύγου στη φροντίδα του παιδιού, η έξοδος της γυναίκας από το σπίτι, εφόσον το επιθυμεί, η μεικτή διατροφή (θηλασμός και συμπλήρωμα), όταν η γυναίκα αντιμετωπίζει δυσκολίες με τον θηλασμό, η ιδιοσυγκρασία του μωρού (όταν δηλαδή η γυναίκα το αντιλαμβάνεται ως εύκολο), η σχέση εμπιστοσύνης και η βοήθεια από ειδικούς (ψυχικής υγείας, μαιές, παιδιάτρους).

Έξι μήνες μετά τον τοκετό, τα συμπτώματα και οι θεματικές που συγκεντρώνουν τις περισσότερες κωδικοποιήσεις, είναι άγχος (για το μωρό, για τον αποχωρισμό, για την οικονομική κρίση, για τις παρεμβάσεις και τη συμπεριφορά της οικογένειας του συζύγου, κλπ.), νευρικότητα – ευερεθιστότητα, πόνοι και σωματικές ενοχλήσεις, αυτομομφή, θλίψη, προβλήματα με τον ύπνο, δυσκολία συγκέντρωσης και μειωμένη σεξουαλική διάθεση.

Κατά την ίδια περίοδο, οι παράγοντες που αναφέρθηκαν ως υποστηρικτικοί για τις γυναίκες είναι και πάλι η ύπαρξη συναισθηματικής και πρακτική υποστήριξης από τον σύζυγο και τη γονεϊκή οικογένεια, η προσαρμογή και εξοικείωση με τη φροντίδα και τις ανάγκες του μωρού, καθώς και η απουσία δυσκολιών, η μεγαλύτερη αυτονομία του παιδιού όσο αυτό μεγαλώνει, η διακοπή του θηλασμού, η βελτίωση των συναισθηματικών και σωματικών δυσφοριών που η γυναίκα βίωσε στη λοχεία, το ίδιο το παιδί με την παρουσία του «δίνει κουράγιο» στη γυναίκα, η επιστροφή της γυναίκας στις προηγούμενες δραστηριότητές και συνήθειες (άθληση, εργασία, έξοδοι, κοινωνικές επαφές, περισσότερος προσωπικός χρόνος με τον σύζυγο), η επαφή με επαγγελματία ψυχικής υγείας. Όταν οι γυναίκες που ανέφεραν δυσκολίες στη συνέντευξη των έξι μηνών ρωτήθηκαν για το τι νομίζουν πως βοήθησε στις δυσκολίες τους, απάντησαν στην πλειονότητά τους ότι οι δυσκολίες είναι προσωρινές και θα υποχωρούν όσο μεγαλώνει το μωρό, ότι θα ήθελαν ο σύζυγος να είναι περισσότερο υποστηρικτικός και να οριοθετήσει τη γονεϊκή του οικογένεια, να υπήρχε περισσότερη πρακτική υποστήριξη από τις γονεϊκές οικογένειες, να μη χρειαζόταν η γυναίκα να εργάζεται και να αφήνει σε άλλους το παιδί, να μπορέσει να ξεπεράσει τις ψυχικές της δυσκολίες, μέσω της ψυχοθεραπείας.

Ακολουθούν ενδεικτικές περιγραφές των γυναικών για τα συμπτώματα που εκδηλώνουν ανά φάση μέτρησης κατά την περιγεννητική περίοδο

Ενδεικτικές απαντήσεις Γυναικών για τα συμπτώματα που εκδηλώνουν στην κύηση, τη λοχεία και έξι μήνες μετά τον τοκετό.

Άγχος

Κύηση

Γυναίκα α': «ήτανε μία δύσκολη εμπειρία για μένα... ξαφνικά μέσα σε ένα βράδυ έπαθα μία κρίση πανικού ότι κάτι μπορεί να γίνει και να χαθεί αυτή η εγκυμοσύνη και από τότε χάθηκε τελείως ο έλεγχος ο συναισθηματικός.»

Γυναίκα β': «φοβόμουν μήπως το ένα μήπως το άλλο. Μήπως χάσω το μωρό, πολλές εξετάσεις ενόψει. Ανησυχία γενικώς - θυμάμαι ότι ανησυχούσα πάρα-πάρα πολύ και έκλαιγα αρκετά.»

Λοχεία

Γυναίκα α': «...δυσκολεύτηκα αρκετά να προσαρμοστώ, να αρχίσω να καταλαβαίνω τι θέλει, πότε πεινάει, γενικά δυσκολευόμουν. Δηλαδή, όλη μέρα ήμουν σε μία κατάσταση η μπέμπα να κλαίει κι εγώ να μην ξέρω να την ταΐζω, να την αλλάζω. Ήταν έτσι μια-ένας πανικός μέσα μου.»

Γυναίκα β': «...ο φόβος, ότι μπορεί να συμβεί κάτι και είμαι μόνη μου και δεν ξέρω. Και αν συμβεί κάτι; Δηλαδή τέλειωνε η μέρα και έλεγα: Ουφ, αύριο θα ξημερώσει καινούργια μέρα και αν συμβεί κάτι και μει- που θα είμαι πάλι μόνη και αν γίνει κάτι τι θα κάνω;»

Γυναίκα γ': «...τις πρώτες μέρες και δεν έτρωγα σωστά, δεν ήτανε σωστή η διατροφή και ενοχλούμουν πάρα πολύ και έλεγα: «Θα μου κοπεί το γάλα, δεν τρώω σωστά, θα μου κοπεί το γάλα...»

Γυναίκα δ': «Και κοιμάμαι πάρα πολύ ελαφριά έως καθόλου, δηλαδή, θα κοιμηθώ πολλές φορές μετά τις πέντε, που θα ξυπνήσει για να το θηλάσω. Και αυτό ελαφριά μήπως – έχω άγχος μήπως δεν το ακούσω και θέλει κάτι. Γιατί ο άντρας μου κοιμάται βαριά και λέω αν χρειαστεί κάτι και δεν ακούσουμε. Και όλο αυτό μου δημιουργεί ένα άγχος και δεν κοιμάμαι καλά.»

Γυναίκα ε': «Σκεφτόμουνα για το μωρό, ότι μη μου πεθάνει, αλλά όχι κάτι το υπερβολικό. Ή να μην πεθάνω εγώ και μείνει μόνο του.»

Γυναίκα στ': «...να μου πάθει κάτι, να μου χτυπήσει, να μου... Ακόμα και να μην μου ζήσει. Τον πρώτο καιρό έλεγα, αναπνέει; Να το βάλω έτσι; Μήπως μου πνίγηκε; Και άμα μου πέσει; Και άμα του πέσει αυτό που έχω εκεί στο ράφι και του έρθει στο κεφάλι;»

Έξι μήνες

Γυναίκα α': «...ανησυχίας δικής μου ως προς την υγεία του και.. κι ως προς την ανάληψη του καινούργιου ρόλου, αυτό ήταν η χειρότερη πλευρά και «...κάποια άλλα ζητήματα που θα με στενοχωρούσαν, ανεξαρτήτως τη γέννηση του παιδιού ή όχι, όπως η ανεργία και τα οικονομικά προβλήματα, που δεν έχουνε να κάνουν με τη γέννηση του παιδιού απλώς έτυχε να συμπέσουν...»

Γυναίκα β': «...είχα πολύ ταχυπαλμία. Είχα φόβο ... του τύπου να περπατάω με το καροτσάκι στο πεζοδρόμιο και να φοβάμαι να μην έρθει το αμάξι και μας χτυπήσει.»

Γυναίκα γ': «Το άγχος το τι θα γίνει με τη δουλειά. Αν θα την έχω και πώς θα την έχω. Αυτό περισσότερο έτσι ώστε να μπορέσω να ανταπεξέλθω αργότερα σε όλες τις ανάγκες. Δηλαδή, θα μείνω στο ίδιο σπίτι; Μπορώ να αντέξω το ενοίκιο ή θα φύγω; Δηλαδή, η χειρίστη περίπτωση είναι να μετακομίσω να ζήσω μαζί με τους γονείς μου πλέον. Είμαστε στα όρια ακόμα.»

Γυναίκα δ': «Έχω πρόβλημα ο σύζυγος ακόμα δεν έχει τακτοποιηθεί από θέμα δουλειάς και αυτό κάνει τη ζωή πιο δύσκολη.»

Γυναίκα ε': «...αν θα είμαστε υγιείς αυτό με νοιάζει. Αν είμαι υγιής εγώ και ο πατέρας του για να το μεγαλώσουμε.»

Γυναίκα στ': «...τόρα αρχίζω και όσο περνάει ο καιρός και προβληματίζομαι για το όταν θα πάω στη δουλειά, τί θα γίνει που θα τον αποχωριστώ, έστω και γι' αυτές τις ώρες.»

Γυναίκα ζ': «...πάντα φοβάμαι μην αρρωστήσει, μην κολλήσει.»

Ευερεθιστότητα

Κύηση

Γυναίκα α': «...αυτό που με απασχολεί, είναι που νευριάζω με άλλους ανθρώπους, χωρίς να υπάρχει κανένας λόγος. Αυτό μ' ενοχλεί.»

Λοχεία

Γυναίκα α': «Νομίζω ότι είχα νεύρα με τους δικούς μου. Δηλαδή η μαμά μου νομίζω ότι ξίνιζε λιγάκι, μάλλον είχε ξεχάσει τα δικά της και ήτανε... Τη μαμά μου δηλαδή από το ύφος της την καταλάβαινα, ότι μάλλον τηςμίλαγα λίγο απότομα.»

Έξι μήνες

Γυναίκα α': «Απλά με πιάνει μια νευρικότητα και δεν μπορώ να την ελέγξω.»

Γυναίκα β': «Δεν ξέρω τώρα αν φταίει που 'μαι άπνη τα βράδια (γελάει). Αλλά, καλά μη φανταστείτε σε υπερβολικό βαθμό. Απλά μπορεί λίγο, ας πούμε, να το πω με πιο έντονη φωνή.»

Θλίψη

Κύηση

Γυναίκα α': «...κυρίως ψυχολογικά ήμουν πολύ πεσμένη. Ένιωθα ότι σταμάτησαν όλα τα πράγματα που έκανα και δεν μου άρεσε αυτό. Που έκανα πριν την εγκυμοσύνη και δεν αισθανόμουν καλά και ήμουν σπíti λόγω των συσπάσεων, δεν μπορούσα να δουλεύω, οπότε ήταν πολύ βαρε-δεν-δεν ήμουν καθόλου καλά.»

Γυναίκα β': «Με στενοχωρεί πάρα πολύ ότι δεν, δεν μπορώ να κάνω τα πράγματα, πράγματα που θα ήθελα να κάνω. ...δεν θέλω να έχω λεφτά για να γυρίζω, να παίρνω ρούχα... θα' θέλα να χα λεφτά για να μπορώ να κάνω και για το μωρό. Να κάνω δηλαδή, να του προσφέρω αυτά που θα ήθελα να του προσφέρω.»

Λοχεία

Γυναίκα α': «Δεν είχα καμία όρεξη, ας πούμε, ξυπνούσα το πρωί και έλεγα «Ντάξει όλη μέρα πάλι θα θηλάζω, δεν θα κάνω τίποτα άλλο». Γιατί δεν έκανα τίποτα.»

Γυναίκα β': «...ένιωθα πολύ χάλια έκλαιγα πολύ εκείνη τη στιγμή με τους πόνους και όλα αυτά και δεν... έτσι μάλλον είναι λόγω της απελπισίας ότι τι να κάνω, τι να κάνω άλλο;»

Έξι μήνες

Γυναίκα α': «Αυτά κυρίως έχουνε να κάνουνε εκείνες τις μέρες που για κάποιο λόγο είμαι πιο εξαντλημένη, πιο κουρασμένη. Εκεί αρχίζει και με πιάνει μια απογοήτευση.»

Γυναίκα β': «... είτε γιατί θα ήθελα να κάνω κάτι και δεν μπορώ.. ή γιατί είμαι κουρασμένη, ή γιατί, ξέρω 'γω, θα ήθελα να 'χω έναν άνθρωπο να μιλήσω εκείνη την ώρα και δεν έχω, για πολλούς λόγους.»

Ευσυγκινησία

Κύηση

Γυναίκα α': «Ε εντάξει κλάμα γενικότερα είχα πάντα στη ζωή μου. Κλαίω πάρα πολύ εύκολα, τώρα στην εγκυμοσύνη κλαίω ακόμα πιο εύκολα. Εγώ κλαίω και με τις διαφημίσεις...»

Γυναίκα β': «Τώρα στην εγκυμοσύνη, είναι λίγο έτσι ένα πράγμα δακρύβρεχτο κάποιες στιγμές (γελάει), που δεν μπορείς να σταματήσεις και λες «γιατί κλαίω τώρα;». Αυτό. Χωρίς να καταλάβεις το λόγο. Ή με κάτι που παλιά θα σου φαινότανε αστειό και τώρα σε πιάνουν τα κλάματα και λες «γιατί κλαίω; (γελάει) Τόσο κλαψιέρα είμαι;»

Λοχεία

Γυναίκα α': «Ξεσπάσματα κλάματος είχα συνέχεια (γελάει) αλλά ήτανε περισσότερο συγκινησιακά κλάματα, δηλαδή ό, τι και να, με την καλή έννοια της συγκίνησης, δηλαδή, έβλεπα ένα έργο στην τηλεόραση την ώρα που εθήλαζα και ήτανε το θέμα με ένα παιδάκι; αν το παιδάκι αυτό ήτανε ορφανό εγώ έβαζα τα κλάματα. Δηλαδή, μου έλεγε ο άντρας μου «έχεις παραγίνει ευαίσθητη με τα μωρά με τα παιδιά.»

Έξι μήνες

Γυναίκα α': «...μπορώ να πω, ότι κλαίω γενικά πιο εύκολα σε σχέση με πριν μείνω έγκυος βέβαια, όχι στη διάρκεια που ήμουν έγκυος και που έχω γεννήσει. Ε...ή ας πούμε τώρα τς, όταν βλέπω με παιδάκια διάφορα (γελάει ελαφρώς), ότι που παθαίνουν κάτι, αυτά, συγκινούμε πολύ περισσότερο.»

Μειωμένη σεξουαλική διάθεση

Κύηση

Γυναίκα α': «...εκ των πραγμάτων αλλάζεις και δεν ευχαριστιέσαι τόσο, εγώ τέλος πάντων σαν ψυχολογία, άλλοι μπορεί να είναι διαφορετικοί. Άρα, εντάξει, δεν μου κακοφάνηκε ιδιαίτερα, τώρα για κείνον δεν ξέρω...»

Λοχεία

Γυναίκα α': «Αυτή τη στιγμή, νιώθω ότι, ας πούμε, ο σεξουαλικός παράγοντας δεν υπάρχει καθόλου. Ούτε ως πράξη, αλλά ούτε ως σκέψη. Και από τις δύο πλευρές το νιώθω αυτό. Και δεν υπάρχει ούτε καν ως υπονοούμενο. Δηλαδή, νομίζω ότι ο ένας δεν βλέπει τον άλλον, αυτή τη στιγμή, έτσι.

Έξι μήνες

Γυναίκα α': «...διαφορετική από πριν. Δηλαδή, λίγο το κομμάτι μας ως ζευγάρι έχει μείνει πίσω αρκετά. Και ο σεξουαλικός τομέας. Εμ είναι πιο πολύ συντροφική αυτή τη στιγμή η σχέση. Εμ χωρίς όμως να έχουν αλλάξει τα συναισθήματα μας επί-δηλαδή, χωρίς να νιώθουμε κάτι διαφορετικό ο ένας για τον άλλον.»

Δυσκολίες συγκέντρωσης και μνήμης

Κύηση

Γυναίκα α': «... μερικές φορές ξεχνάω πολύ εύκολα. Και νομίζω τώρα μου συμβαίνει πιο έντονα. Τώρα κατά την περίοδο της κύησης ίσως γιατί σκέφτομαι πολλά πράγματα μαζί, δεν ξέρω. Ίσως είμαι αφηρημένη ονειροπολώντας.»

Λοχεία

Γυναίκα α': «... είμαι λίγο αφηρημένη... το μόνο που σκέφτομαι είναι τα του παιδιού. Σε όλα τ' άλλα, δεν μπορώ να συγκεντρωθώ εύκολα.»

Γυναίκα β': «...δεν μπορώ να συγκεντρωθώ πολλές φορές σε πράγματα που θέλω να πω. Δηλαδή, προσπαθώ θέλω κάτι να πω και ξεχνάω. Σκέφτομαι μετά κάτι άλλο σκέφτομαι ότι θα κλάψει το μωρό και κολλάω. Ή ξεχνάω τι ήθελα να κάνω.»

Έξι μήνες

Γυναίκα α': «... νιώθω ότι απ' την κούραση ξεχνάω πράγματα.»

Γυναίκα β': «...ήταν χειρότερα τώρα είμαι λίγο καλύτερα. Στη δουλειά περισσότερο δεν μπορώ ίσως και λόγω κούρασης; Έχω πρόβλημα δεν είμαι τόσο αποδοτική-δεν είμαι τόσο αποδοτική όσο ήμουν.»

Κόπωση

Κύηση

Γυναίκα α': «...πριν είχα και περισσότερη ενέργεια και τώρα βλέπω ότι κουράζομαι πιο εύκολα, δηλαδή πριν ήμουν συνέχεια στο δρόμο, έτρεχα δεξιά κι αριστερά, τώρα δεν έχω τις ίδιες αντοχές. Κι αυτό δεν είμαι εγώ, δηλαδή. Πριν έκανα πέντε πράγματα, τώρα κάνω ένα και αν.»

Λοχεία

Γυναίκα α': «...είχα κάποιους πόνους, από την καισαρική κ ένιωθα εξαντλημένη, ε... επίσης πονούσα αρκετά το στήθος μου κι όλα αυτά γενικά μου προκαλούσαν, όχι μια άσχημη διάθεση, απλά μια εξάντληση, διάθεση είχα, ε... είχα κ βοήθεια, δεν μπορώ να πω και υποστήριξη, ήταν η μαμά μου σπίτι, οπότε η διάθεσή μου ήταν σχετικά καλή, ωστόσο λίγο το άγχος λίγο η αϋπνία, με έκαναν λίγο πιο κουρασμένη.»

Γυναίκα β': «Δεν μπορώ να κάνω τίποτα νοιώθω πολύ κουρασμένη.»

Έξι μήνες

Γυναίκα α': «...έχω κουραστεί αρκετά μπορώ να πω, δηλαδή περιμένω να περπατήσει, γιατί δεν αντέχω άλλο αγκαλιά. Ντάξει και το ξενύχτι δύσκολο. Είμαι εγώ και το μωρό, δεν μπορώ ν' ασχοληθώ με τίποτε άλλο, με δυσκολεύει δηλαδή, θα μαγειρέψω, θα κάνω

δουλειές, είναι όλος μου ο χρόνος εκεί, δεν μπορώ να πω ότι πως έχει αλλάξει, γιατί είμαι μόνο εκεί, δε μπορώ να σκεφτώ κάτι άλλο.»

Αίσθηση μοναξιάς και ανία

Κύηση

Γυναίκα α': *«...μερικές φορές που έλειπε παλιότερα ο άντρας μου στη δουλειά δεν είχα πρόβλημα. Τώρα που μένω μόνη μου, αισθάνομαι λίγο περίεργα. Θα προτιμούσα να 'μασταν παρέα.»*

Γυναίκα β': *«...γιατί ήμουν πολύ υπερκινητικό άτομο, ήθελα κιόλας να, σταμάτησα τη δουλειά, που εγώ δεν μπορώ χωρίς. Ήθελα να συνεχίσω σε όλη τη διάρκεια της κύησης τη δουλειά γιατί δεν είμαι άνθρωπος του σπιτιού. Μ' αρέσει να 'μαι έξω, να ασχολούμαι με πράγματα και ήμουν ένα άτομο που έφευγα το πρωί και μαζευόμουνα το βράδυ αργά οπότε μου κακοφάνηκε πάρα πολύ.»*

Λοχεία

Γυναίκα α': *«...ίσως αυτό έχει να κάνει με τις ώρες, πολλές ώρες που μένω μόνη μου με το παιδί. Εκεί μου λείπουν πράγματα, μου λείπουν άνθρωποι, μου λείπουν καταστάσεις.»*

Γυναίκα β': *«Ναι είναι οι στιγμές που νιώθω ότι θέλω να βγω έξω. Που νιώθω, ακούω κάτω στο πάρκο κόσμο που είναι έξω, που βλέπω στην τηλεόραση διακοπές και θάλασσες και παραλίες και τέτοια και θέλω να φύγω αυτό. Οπότε εκεί με πιάνει ότι νιώθω ότι μόνη μου που είμαι στο σπίτι.»*

Έξι μήνες

Γυναίκα α': *«...μερικές φορές με πιάνει μια μελαγχολία έτσι...ε νομίζω ότι πάλι έχει να κάνει με το γεγονός ότι λες, λέω ξέρω γω στον άντρα μου ότι θέλω να γίνει κάτι, θέλω να 'μαστε, να περνάμε κάποια ώρα μαζί αυτό είναι ένα θέμα που πολλές φορές του το 'χω ζητήσει και βλέπω ότι προσπαθούμε να μοιράσουμε το χρόνο μας σε σχέση με το παιδί και ουσιαστικά ενώ πάντα είχα στο μυαλό μου ότι πρέπει να περνάμε ένα, λίγο χρόνο οι δυο μας ή οι τρεις μας, και τα δυο μαζί. Και συνειδητοποιώ ότι πολλές φορές δεν προλαβαίνουμε ή δεν το προσπαθούμε αρκετά.»*

Πόνοι και σωματικές ενογλήσεις

Κύηση

Γυναίκα α': *«...ακόμα έχω κάποιες καούρες, όχι τόσο έντονες, αλλά πονάνε ακόμα τα πλευρά μου κι η μέση μου.»*

Λοχεία

Γυναίκα α': «...τις πρώτες μέρες κυρίως το θέμα του στήθους με βασάνιζε πάρα πολύ και δεν μπορούσα καθόλου να χαρώ ούτε την γέννα, ούτε το ότι έχω μωρό στο σπίτι, ένιωθα ότι υποχρέωση μου είναι να το θηλάζω και να το ξεσκατίζω. Αυτό. Δεν μπορούσα να το ευχαριστηθώ το μωρό.»

Έξι μήνες

Γυναίκα α': «Γιατί δεν ευχαριστιόμουνα και το μωρό μου. Δηλαδή, πόνανα δεν μπορούσα να το πάρω αγκαλιά γιατί με πόναγε πολύ το στήθος μου.»

Γυναίκα β': «Η αγκαλιά. Είναι δύσκολη, πολλές ώρες, πονάω πολύ. Και φυσιοθεραπείες έχω κάνει, τίποτα. Δεν είναι ο σκελετός μου έτσι. Το σώμα μου δεν είναι φτιαγμένο, καλώς ή κακώς για να σηκώνει τέτοιο βάρος. Εντάξει, ναι, υπομονή κάνω, θα περπατήσει, δε θα 'ναι τόσο δύσκολο»

Δυσκολίες με τον ύπνο

Κύηση

Γυναίκα α': «Δεν μπορώ να βουλευτώ. Το νιώθω ότι δεν μπορώ να βουλευτώ καθόλου. Κοιμάμαι πάρα πολύ λίγες ώρες γιατί δεν βολεύομαι.»

Λοχεία

Γυναίκα α': «...άλλες φορές είναι ότι νιώθω άγχος, άλλες φορές είναι ότι έχω δύσπνοια, άλλες φορές είναι ότι δε βολεύομαι ούτε απ' το ένα πλευρό ούτε απ' τ' άλλο.»

Γυναίκα β': «...αλλά αυτό που με παραξένεψε πάρα πολύ είναι ότι πέρασα κι ένα βράδυ, που δεν το ήξερα κιόλας ότι μπορεί να μου συμβαίνει, με υπερβολική υπερένταση, που ενώ το μωρό κοιμήθηκε όλο το βράδυ, σηκώθηκε μόνο για να θηλάσει, εγώ δεν κοιμήθηκα καθόλου. Δεν μπορούσα να κοιμηθώ και τρελάθηκα που μου συνέβαινε αυτό το πράγμα.»

Έξι μήνες

Γυναίκα α': «...έχω να κοιμηθώ έξι μήνες. Δηλαδή, κανονικά θα έπρεπε να είμαι κάπου ανάμεσα σε διάλυση και.. αλλά, ναι, είναι λίγο ατίθιση με τον ύπνο της, αλλά γενικώς είμαι εντάξει, παραδόξως... κι εγώ απορώ με τον ίδιο μου τον εαυτό.»

Γυναίκα β': «...τον πρώτο καιρό έβλεπα συνέχεια όνειρα ότι μου έπεφτε το παιδί απ' τις σκάλες και χτυπούσε το κεφάλι του, ότι έκλαιγε το παιδί μου και ήθελε να φάει κι εγώ ήμουνα κάπου μακριά και δεν είχα παπούτσια – κορδόνια στα παπούτσια μου να πάω να το θηλάσω, ε δηλαδή πολύ αγχώδη, αγχωτικά όνειρα. Ε προφανώς ήταν το άγχος μου τ-του πρώτου καιρού.»

Αυτομομφή, ενοχές

Κύηση

Γυναίκα α': «... εντάξει, όλοι έχουμε αδυναμίες, αλλά... μπορεί να έχει να κάνει κι αυτό που σας είπα πριν με τη μητέρα μου, ότι ποτέ δεν ήταν εύκολη και στο μπράβο κι αυτά, ότι κρίνω λίγο αυστηρά τον εαυτό μου, και όταν αποτυγχάνω σε κάτι, αλλά και όταν το επιτύχω, το θεωρώ αυτονόητο ότι θα 'πρεπε να το επιτύχω, οπότε δε χαιρόμαστε και τόσο πολύ. Αυτό.»

Λοχεία

Γυναίκα α': «Από κάποια δική μου απροσεξία κινδύνευσε (σιωπή)... τώρα δεν ξέρω να πω η ζωή του, αλλά κινδύνευσε. Και αυτό δεν μπόρεσα εγώ να το ξεπεράσω με αποτέλεσμα εγώ να έχω πολύ άγχος μετέπειτα, δηλαδή ενώ στην αρχή είχα κάποιο σχετικό άγχος μετά από αυτό ήταν αυξημένο. [Τι λάθος κάνατε;] Λάθος θερμοκρασία δωματίου, με καύσωνα και το παιδί έπεσε σε λήθαργο και εγώ μετά συνεχώς κατηγορούσα τον εαυτό μου.»

Έξι μήνες

Γυναίκα α': «...επί τόπου τα παρατάω και το μωρό και το θήλαστρο παίρνω το γιατρό και του λέω, πες μου πώς θα το κόψω. Και πάλι βέβαια όταν μου 'δωσε το χάπι, μέχρι να το πάρω ένιωθα πάλι τύψεις τρελές, γιατί λέω, τώρα κάνω το σωστό; κάνω το λάθος; κτλ.»

Γυναίκα β': «...αν κάτι γίνει με τη μικρή και της προκαλέσει, ξέρω 'γω, δυσφορία ή οτιδήποτε, νιώθω ότι δεν έκανα κάτι σωστά.. ή για να φάει, για να κοιμηθεί. Τέλος πάντων, πολλές φορές το παθαίνω, αλλά κάποιες φορές μάλλον το παθαίνω και γενικώς με τη σχέση που έχω με τους ανθρώπους, ότι πιο πολύ κατηγορώ εμένα παρά αυτούς.»

Η. Διερεύνηση των διαφοροποιήσεων στη συμπτωματολογία και την κλινική εικόνα των γυναικών στις τρεις φάσεις μέτρησης της έρευνας

Προκειμένου να εντοπίσουμε και να κατανοήσουμε σε βάθος τους παράγοντες που επιδρούν κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου και διαφοροποιούν την ψυχική κατάσταση των συμμετεχουσών στις τρεις φάσεις της μέτρησης, σύμφωνα με τους παράγοντες κινδύνου όπως αναγράφονται στη βιβλιογραφία, αλλά και σύμφωνα με τις αιτιάσεις των ίδιων των γυναικών, είναι απαραίτητο να προσεγγίσουμε τα

υποκείμενα της έρευνας που εκδήλωσαν τέτοιου είδους διαφοροποιήσεις, μέσω μεικτής μεθόδου. Από τις 37 συμμετέχουσες στην έρευνα, παρατηρούμε να επισυμβαίνουν αλλαγές κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου σε 16 (με κριτήριο μέτρησης την EPDS), ενώ άλλες δύο εντοπίζει η BECK (3, 23) και δύο ακόμα η STAI (25,26). Στη συνέχεια, ακολουθεί μια περιγραφή των υποκειμένων αυτών του δείγματος που διαφοροποιήθηκαν από μέτρηση σε μέτρηση, ως προς τη συμπτωματολογία και την κλινική εικόνα.

Γυναίκες που εκδηλώνουν υποκλινικά και κλινικά συμπτώματα μετά τον τοκετό

Με γνώμονα την EPDS, παρατηρούμε ότι, από το σύνολο του δείγματος των 37 γυναικών, πέντε γυναίκες που **δεν εκδηλώνουν συμπτωματολογία κατά την κύηση, εκδηλώνουν στις επόμενες φάσεις**. Δύο από αυτές παρουσιάζουν υποκλινική εικόνα κατά τη μέτρηση της λοχείας, επανέρχονται όμως στα φυσιολογικά επίπεδα κατά τη μέτρηση των έξι μηνών (Γυναίκα 14³³ και 17). Μία από αυτές (8) εμφανίζει υποκλινική εικόνα που επιδεινώνεται στους έξι μήνες, μία εμφανίζει υποκλινική εικόνα που διατηρείται έτσι έκτοτε (23) και τέλος, μία γυναίκα εμφανίζει υποκλινική εικόνα, όχι στη λοχεία αλλά στους έξι μήνες (5).

Από τις συνεντεύξεις και τους παράγοντες κινδύνου που διαφαίνονται από αυτές μπορούμε ανά περίπτωση να παρατηρήσουμε τα εξής:

14^η γυναίκα (υποκλινική εικόνα στη λοχεία, υποχώρηση συμπτωμάτων στους έξι μήνες)

Πρόκειται για μια γυναίκα της οποίας οι γονείς χώρισαν όταν αυτή ήταν μόλις λίγων μηνών. Το γεγονός του ότι δεν βίωσε τη συνοχή της οικογένειας, την έκανε να επιθυμεί να παντρευτεί νωρίς και να κάνει παιδιά. Την εφηβική της ηλικία σημάδεψε και η ασθένεια της μητέρας της από καρκίνο. Τότε η γυναίκα ανέλαβε η ίδια τη φροντίδα του μικρού αδερφού της (από τον δεύτερο γάμο της μητέρας της), με αποτέλεσμα να είναι εξοικειωμένη με τη φροντίδα των παιδιών. Συγκρούσεις και ανασφάλειες που αναφέρει στη σχέση με τον σύντροφό της, υποχώρησαν μετά τον γάμο. Στην πρώτη συνέντευξη αναφέρει άγχη που αφορούν την εργασία της, την υγεία των αγαπημένων της ανθρώπων και το αν θα μεγαλώσει σωστά το παιδί. Στη λοχεία

³³ Ο αριθμός είναι αύξων, μοναδικός και αντιπροσωπεύει διαφορετικές συμμετέχουσες.

που εμφανίζονται τα υποκλινικά συμπτώματα, αναφέρει άγχος για τη φροντίδα του παιδιού τις πρώτες μέρες της μετάβασης από το μαιευτήριο στο σπίτι, ενώ η τελειομανία της στη δουλειά και στο σπίτι, έχει επικεντρωθεί, σύμφωνα με τα λεγόμενά της, στην ανησυχία της μήπως συμβεί κάτι στο παιδί. Το πιο σημαντικό της θέμα όμως είναι η παραμονή στο σπίτι και η στέρηση των διακοπών τους καλοκαιρινούς μήνες. Δεν λείπουν επίσης οι δυσκολίες με το ύπνο, λόγω συχνών αφυπνίσεων του παιδιού και οι πόνοι. Ωστόσο, η γυναίκα έχει υποστήριξη από τον σύζυγο και δικούς της ανθρώπους. Στους έξι μήνες, περιγράφει τη ζωή της απαιτητική αλλά πολύ όμορφη, με κόπωση από τη φροντίδα του παιδιού, η οποία της προκαλεί ευερεθιστότητα, αλλά οι δυσκολίες έχουν υποχωρήσει. Η γυναίκα αναφέρει ότι βοηθήθηκε όταν μίλησε με φίλες της, που είχαν περάσει την ίδια εμπειρία. Η φυσιολογικότητα μιας παρατεταμένης περιόδου δυσκολιών κατά τις αφηγήσεις των φίλων της, περιόρισε το άγχος της γυναίκας. Επίσης, περιγράφει βελτίωση στη σχέση με τον σύζυγο.

17^η γυναίκα (υποκλινική εικόνα στη λοχεία, υποχώρηση συμπτωμάτων στους έξι μήνες)

Η γυναίκα αυτή αντιμετώπισε ήπια αιμορραγία το πρώτο διάστημα της κύησης και βρέθηκε αντιμετώπιση με την αναγκαιότητα να διακόψει την εργασία της για να μην επιβαρύνεται σωματικά και ψυχικά. Ωστόσο, η παραμονή της στο σπίτι, την έκανε να ανησυχεί για συμπτώματα θλίψης. Επιπλέον, οι ανησυχίες που αναφέρει κατά την κύηση αφορούν την υγεία του παιδιού και την εξέλιξη ή τις αλλαγές που θα επέλθουν στη σχέση με τον σύζυγο μετά τον τοκετό. Από πλευράς οικογενειακού ιστορικού, η μητέρα της γυναίκας έχει κατάθλιψη εδώ και χρόνια και βρίσκεται υπό φαρμακευτική αγωγή. Η μητρική γιαγιά είχε διπολική διαταραχή, για την οποία είχε νοσηλευτεί. Επίσης, αναφέρονται δυσκολίες στη σχέση μεταξύ των γονιών, με σωματική βία, που οδήγησε σε αποβολή δίδυμης προχωρημένης κύησης της μητέρας. Δυσκολίες αναφέρονται και στη σχέση της ίδιας με τους γονείς της στα παιδικά της χρόνια. Η γυναίκα περιγράφει τον εαυτό της ως ενοχικό άτομο, που σπεύδει να κατηγορήσει τον εαυτό της για όσα συμβαίνουν. Ωστόσο, είναι μια γυναίκα που κάνει ήδη ψυχοθεραπεία. Εξαιτίας προβλημάτων υγείας, η γυναίκα γέννησε με ολική νάρκωση, γεγονός που την έφερε αντιμετώπιση με ένα έντονο άγχος θανάτου, λίγο πριν το χειρουργείο. Η περίοδος της λοχείας στιγματίζεται από έντονους πόνους στο στήθος, καθώς και μυοσκελετικούς, που την κάνουν να νιώθει «μίζερη». Επίσης, αναφέρει μεγάλη δυσαρέσκεια για τις αλλαγές στο σώμα της και κόπωση. Κατά τη φάση των έξι

μηनों, η γυναίκα δεν εμφανίζει πλέον υποκλινική εικόνα, και έχει επανέλθει. Αναφέρει βέβαια άγχος, αλλά η εμπειρία της μητρότητας είναι απολαυστική για αυτήν. Το άγχος της κυρίως επικεντρώνεται στην υγεία του παιδιού αλλά και σε προβλήματα που αφορούν την οικονομική κρίση και τις επιπτώσεις της στην εργασιακή ζωή της γυναίκας. Η εικόνα του σώματός της είναι πλέον πιο αποδεκτή. Επίσης, δεν την απασχολούν πλέον οι σωματικοί πόνοι. Αυτό που επιθυμεί είναι περισσότερος χρόνος με τον σύζυγό της.

5^η γυναίκα (υποκλινική εικόνα στους έξι μήνες)

Η γυναίκα περιγράφει την εμπειρία της κύησης ευχάριστη και χωρίς προβλήματα, με ήπιο άγχος για το άγνωστο της νέας συνθήκης, αλλά και οικονομικά προβλήματα και περικοπές στο οικογενειακό εισόδημα, λόγω της οικονομικής κρίσης. Στη συνέχεια η περιγράφει ότι το ζευγάρι είναι ευτυχισμένο με την έλευση του παιδιού, αν εξαιρέσουμε τους πόνους από την καισαρική, τους πόνους στο στήθος και την εξάντληση. Κατά τη διάρκεια των έξι μηνών όπου και εμφανίζονται τα υποκλινικά συμπτώματα, τα γεγονότα που δημιουργούν τη συμπτωματολογία, είναι η διοργάνωση του γάμου της, μια ασθένεια του παιδιού, αλλά και οι παρεμβάσεις των συγγενών στην ανατροφή του παιδιού που δεν είναι εύκολα διαχειρίσιμες από τη γυναίκα. Η στάση αυτή των συγγενών αυξάνει το άγχος της γυναίκας για την επιστροφή της στην εργασία που επίκειται. Εντάσεις με τον σύζυγο λόγω της απουσίας κοινού χρόνου αλλά και των απαιτήσεων του από τη γυναίκα, τις οποίες η ίδια ερμηνεύει ως ερμηνεία κατανόησης, είναι επίσης παρούσες.

23^η γυναίκα (υποκλινική εικόνα κατά τη λοχεία, διατήρηση αυτής στους έξι μήνες)

Η γυναίκα αυτή έρχεται αντιμέτωπη με ένα σοβαρό αρνητικό γεγονός ζωής κατά την κύηση, την ξαφνική απώλεια του πατέρα της, της οποίας ο απόηχος είναι εμφανής στην υποκλινική συμπτωματολογία που εμφανίζεται μετά τον τοκετό. Ήδη από την κύηση, όπου εντοπίζονται ήπια συμπτώματα κατάθλιψης σύμφωνα με την BDI, η γυναίκα ανησυχεί μήπως τα δυσάρεστα συναισθήματά της μεταφέρονται στο παιδί. Θεωρεί ότι ο σύζυγός της δεν είναι υποστηρικτικός πρακτικά και συναισθηματικά και τείνει να υποτιμά τις δυσκολίες της. Αίσθηση μοναξιάς που επιτείνεται από τις δυσκολίες στη σχέση με τον σύζυγο, αναφέρεται ως ίδιον της

προσωπικότητας της γυναίκας. Η γυναίκα έχει άγχος για τη φροντίδα του παιδιού, που φαίνεται να αποτελεί θέμα εξοικείωσης. Μεγάλες μειώσεις στους μισθούς του ζευγαριού δημιουργούν ανασφάλεια. Από τα παιδικά της χρόνια αναφέρει δυσκολίες με τον πατέρα της. Μετά τον τοκετό, όταν και εμφανίζονται τα πρώτα συμπτώματα, η γυναίκα αναφέρει ότι ζει μεταξύ πραγματικότητας και μη πραγματικότητας, διερωτώμενη αν η ζωή της θα έχει αυτή τη μορφή από εδώ και πέρα. Άγχος φαίνεται να της προκαλούν οι απαιτήσεις της φροντίδας του παιδιού. Η απουσία ενεργού συμμετοχής άλλων ανθρώπων αυξάνει την αίσθηση ευθύνης της γυναίκας και τις ενοχές της, στις περιπτώσεις που δεν επιτυγχάνει το επιθυμητό αποτέλεσμα όσον αφορά το παιδί. Ο σύζυγος δεν είναι συναισθηματικά υποστηρικτικός και ως προς τις αλλαγές στο σώμα της γυναίκας, και παράλληλα κάνει παρατηρήσεις στη γυναίκα ότι δεν τον φροντίζει πια όσο στο παρελθόν. Κόπωση, έλλειψη ύπνου και πένθος για τον πατέρα είναι επίσης έκδηλα. Η γυναίκα νιώθει ότι δεν υπάρχει ελπίδα για το μέλλον το δικό της και του παιδιού, σκεπτόμενη τις δραματικές αλλαγές της οικονομικής κρίσης. Στη μέτρηση των έξι μηνών η γυναίκα αναφέρει ότι η ζωή της είναι πολύ ευχάριστη λόγω του παιδιού. Ωστόσο, η θλίψη της για τον θάνατο του πατέρα της, οι εντάσεις και οι δυσκολίες της με τον σύζυγο, έχουν ως αποτέλεσμα την υποκλινική εικόνα κατά την EPDS, που όμως είναι φυσιολογική, σύμφωνα με την BDI. Νιώθει επίσης ότι η διάθεσή της επηρεάζει το πόσο είναι αφοσιωμένη στο παιδί της και το πόσα θετικά μπορεί να του δώσει. Παράλληλα, αναφέρει ότι νιώθει ανεπαρκής ως μητέρα, συγκρίνοντας τον εαυτό της με άλλες μητέρες. Η εικόνα του σώματός της δεν την ικανοποιεί, κάτι που επιτείνεται από τις παρατηρήσεις του συζύγου της. Προσδοκά να βελτιωθούν οι δυσκολίες και θεωρεί ότι η επιστροφή της στην εργασία και η επαφή της με τον φιλικό της κύκλο, θα βελτιώσουν τη δυσφορία της. Πρέπει να σημειωθεί, ότι η γυναίκα λίγο πριν τη διεξαγωγή της τρίτης μέτρησης, αναγκάστηκε να αντιμετωπίσει τον επίσης αιφνίδιο θάνατο του θείου της. Τα αρνητικά συμβάντα ζωής φαίνεται να αυξάνουν τις αρνητικές σκέψεις που την απασχολούν, συγκροτώντας μια υποκλινική εικόνα.

8^η γυναίκα (υποκλινική εικόνα στη λοχεία, κλινική εικόνα στους έξι μήνες)

Η γυναίκα αυτή, κατά τη διάρκεια της πρώτης συνέντευξης στην κύηση, αναφέρει ότι δεν νιώθει έντονα συναισθήματα για αυτό που της συμβαίνει, ούτε είναι πολύ χαρούμενη. Ανησυχεί πολύ για το ενδεχόμενο να πάθει επιλόχεια κατάθλιψη, εξαιτίας προηγούμενου ιστορικού που έχει, και το οποίο είχε αντιμετωπίσει με ψυχοθεραπεία. Τα προβλήματά της αφορούσαν εργασιακά θέματα, αλλά και τη σχέση με τον τότε και νυν σύντροφό της, με τον οποίο είχαν χωρίσει για κάποιο διάστημα, έπειτα από σοβαρές εντάσεις που οδήγησαν στην εκδήλωση σωματικής βίας. Από τα παιδικά της χρόνια αναφέρει δυσκολίες στη σχέση των γονιών μεταξύ τους, καθώς και απουσία ουσιαστικής επικοινωνίας και συναισθηματικής υποστήριξης στη συμπεριφορά τους ως προς τη γυναίκα. Συγκεκριμένα, τους αντιλαμβάνονταν ως απόμακρους. Στην κύηση, η γυναίκα εκφράζει ανησυχίες για το αν θα είναι καλή μητέρα, καθώς και για το σώμα της. Το σημαντικότερο, ωστόσο, ζήτημα που αναφέρει είναι οι εντάσεις στη σχέση με τον σύζυγο, και η απουσία τρυφερών και προστατευτικών εκδηλώσεων εκ μέρους του. Επίσης, η γυναίκα δεν έχει φιλικό υποστηρικτικό δίκτυο, γεγονός που την επιβαρύνει συναισθηματικά. Κατά τη λοχεία, όπου και εμφανίζει υποκλινική εικόνα, αναφέρει ότι η ζωή της είναι πολύ όμορφη με το παιδί. Δεν λείπουν η κόπωση, η απουσία ύπνου, η ευσυγκινησία και η αίσθηση ασφυξίας, πριν αρχίσει να βγαίνει από το σπίτι. Ο σύζυγος τη βοηθάει αρκετά με το παιδί, η ίδια όμως αναφέρει ευερεθιστότητα, αμφιβολίες για την επάρκειά της, όχι μόνο ως μητέρα, αλλά και σε σχέση με τις υποχρεώσεις του σπιτιού, ανασφάλεια για την εμφάνισή της, απουσία χρόνου για να περιποιηθεί τον εαυτό της και, τέλος έντονη αναποφασιστικότητα, ακόμα και μπροστά σε πολύ ασήμαντα διλήμματα. Η γυναίκα περιγράφει έντονο άγχος για τον χρόνο, αίσθηση ότι δεν προλαβαίνει να διεκπεραιώσει όσα επιθυμεί και μάλιστα, αναρωτιέται μήπως χρειάζεται βοήθεια από ειδικό ψυχικής υγείας.

Στη συνέντευξη των έξι μηνών τα συμπτώματα έχουν πάρει πλέον κλινική μορφή. Η γυναίκα αναφέρει θλίψη, άγχος και έντονες μεταβολές στη διάθεση. Οι εντάσεις στη σχέση με τον σύζυγο έχουν επανέλθει, γεγονός που της προκαλεί ανησυχία ότι θα χάσει την ψυχραιμία της και θα φωνάζει μπροστά στο παιδί. Εκφράζει μάλιστα τον φόβο της για το αν θα καταφέρουν να μείνουν μαζί με τον σύζυγο και περιγράφει ότι η σχέση τους περνάει κρίση. Αναφέρει ότι την περίοδο της λοχείας είχε τη βοήθεια της μητέρας της και του συζύγου, αλλά μετά το πέρας αυτής

συνειδητοποίησε ότι υπάρχει αποξένωση στη σχέση με τον σύζυγο και απουσία ερωτικής διάθεσης εκ μέρους του. Σε αυτή τη φάση η μεταξύ τους επικοινωνία έχει μειωθεί, υπάρχουν εντάσεις και λείπει η συναισθηματική υποστήριξη. Ταυτόχρονα, δεν υπάρχει υποστηρικτικό δίκτυο από γονείς ή φίλους. Ως προς τον εαυτό της, εξακολουθεί να θεωρεί ότι δεν τα καταφέρνει να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις της όπως θα ήθελε. Περιγράφει ότι έρχεται αντιμέτωπη με ένα ντόμινο σκέψεων που εκκινά από τις δυσκολίες στο παρόν και φτάνει στη σχέση με τους γονείς όταν ήταν παιδί. Αίσθηση μοναξιάς, αδιεξόδου, αυτομομφής, θλίψης και άγχους επικρατούν. Στο τέλος της συνέντευξης η γυναίκα αιτείται να δει ειδικό ψυχικής υγείας στο κέντρο ημέρας.

Γυναίκες με υποκλινικά συμπτώματα στην κύηση, τα οποία μεταβάλλονται μετά τον τοκετό

Πέντε γυναίκες εμφάνιζαν **υποκλινική εικόνα κατά την κύηση**, εκ των οποίων οι τρεις μείωσαν την εκδήλωση συμπτωμάτων στα επίπεδα του φυσιολογικού στους έξι μήνες (28,31), με μία εξ αυτών να μειώνει τη συμπτωματολογία ήδη από τη λοχεία (30). Από αυτές τις πέντε γυναίκες με υποκλινική εικόνα κατά την κύηση, η μία σημείωσε επιδείνωση (κλινική εικόνα κατά τη λοχεία), αλλά επανήλθε στο φυσιολογικό στους έξι μήνες (27), ενώ η άλλη σημείωσε επιδείνωση στους έξι μήνες (29). Σύμφωνα με το STAI, μία γυναίκα επιπλέον σημειώνει αύξηση στα επίπεδα του άγχους κατά τη λοχεία (25).

28^η γυναίκα (υποκλινική εικόνα στην κύηση, διατήρηση αυτής και υποχώρηση στους έξι μήνες)

Η γυναίκα αυτή, της οποίας η εγκυμοσύνη δεν ήταν προγραμματισμένη, περιγράφει δυσκολίες στη σχέση με τον σύζυγο, με τη μορφή εντάσεων, που γίνονται πιο έντονες, όταν πρέπει να αντιμετωπίσουν αλλαγές, όπως μια μετακόμιση. Έχουν επίσης διαφωνίες εξαιτίας διαφορετικών πολιτισμών από τους οποίους προέρχονται, με αποτέλεσμα η γυναίκα να ανησυχεί μήπως αυτό επηρεάσει την ανατροφή του παιδιού. Η ανεργία και η σκέψη του τοκετού είναι πηγές δυσφορίας για αυτήν. Στο οικογενειακό ιστορικό αναφέρεται αγχώδης συμπτωματολογία και επισκέψεις σε ειδικό ψυχικής υγείας, ενώ στο ατομικό της ιστορικό αναφέρει επισκέψεις σε ειδικό ψυχικής υγείας για δυσκολίες που αντιμετώπιζε στη σχέση με τον σύντροφό της στο παρελθόν. Κατά

την περίοδο της λοχείας, όπου και διατηρείται παρόμοια εικόνα συμπτωμάτων, η γυναίκα αναφέρει μια επώδυνη εμπειρία τοκετού με επιπλοκές, άγχος, κόπωση, σωματικούς πόνους, ευερεθιστότητα, ανασφάλεια για τον τρόπο που ο σύντροφος μεταχειρίζεται το παιδί, οικονομική ανασφάλεια, άγχος για την υγεία του παιδιού, αίσθηση μοναξιάς και νοσταλγία για τις δραστηριότητες της προηγούμενης ζωής της. Κατά τη συνέντευξη των έξι μηνών που τα συμπτώματα υποχωρούν, η γυναίκα είναι πολύ ικανοποιημένη με το παιδί της, το οποίο θεωρεί καλόβολο. Αναφέρει ότι θα ήθελε πολύ να κάνει και άλλο παιδί, αλλά φοβάται υπερβολικά για τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες στη χώρα. Οι εντάσεις με τον σύζυγο εξακολουθούν, αλλά η γυναίκα τις αποδίδει στην ανεργία του.

31^η γυναίκα (υποκλινική εικόνα στην κύηση, υποχώρηση συμπτωμάτων στους έξι μήνες)

Η γυναίκα αυτή μιλά με ενθουσιασμό για την κύηση, εξηγώντας πως είχε μια αποβολή και μια άμβλωση στο παρελθόν, ενώ στην παρούσα κύηση αναγκάστηκε να παραμείνει κλινήρης για κάποιο διάστημα. Αναφέρει ήπιες εντάσεις με τον σύζυγο και ανησυχία αν η ίδια θα καταφέρει να είναι επαρκής μητέρα, και αν θα είναι υγιείς, εκείνη και το παιδί. Περιγράφει επίσης ότι υπάρχει κίνδυνος να γεννήσει πρόωρα. Αναφέρει ότι είναι ευαίσθητη προσωπικότητα, και συχνά μέμφεται τον εαυτό της. Στο ατομικό ιστορικό αναφέρει ήπια αγοραφοβία. Στη λοχεία η γυναίκα περιγράφει ότι γέννησε με μη προγραμματισμένη καισαρική, λόγω επιπλοκών. Η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από άγχος και κόπωση. Επίσης, η γυναίκα αναφέρει ότι ο σύζυγός της θα πρέπει να απουσιάσει για μεγάλο χρονικό διάστημα, λόγω επαγγέλματος, γεγονός που τη θλίβει και την απασχολεί. Η μείωση της κοινωνικότητας λόγω του παιδιού, συνιστά μια πηγή δυσφορίας για αυτήν. Στη συνέντευξη των έξι μηνών, η γυναίκα έχει πλέον εξοικειωθεί με τη φροντίδα του παιδιού, αναφέρει ότι έχει πολύ καλή διάθεση και τα άγχη της περιστρέφονται στη σωστή ανατροφή και στα όρια στη σχέση της με το παιδί, απουσία του συζύγου της. Τέλος, παρόλο που δεν έχει συμπτώματα που την απασχολούν, αιτείται συμβουλευτικής από το κέντρο ημέρας, προκειμένου να διαχειριστεί θέματα αποχωρισμού, ανεξαρτητοποίησης και ορίων στη σχέση με το παιδί.

30^η γυναίκα (υποκλινική εικόνα που βελτιώνεται στη λοχεία)

Η γυναίκα αναφέρει κακή διάθεση, την οποία αποδίδει στην επιβεβλημένη διακοπή των προηγούμενων δραστηριοτήτων της και την παραμονή στο σπίτι, λόγω κήσης υψηλού κινδύνου. Η εγκυμοσύνη ήταν απρόσμενη και η γυναίκα λέει ότι δυσκολευόταν να τηρήσει τις ιατρικές συστάσεις για περιορισμό των κινήσεων. Από την παιδική της ηλικία περιγράφει δυσκολίες στη σχέση των γονιών μεταξύ τους, απουσία επικοινωνίας με τον πατέρα και σχέση εξάρτησης με τη μητέρα της, με παρουσία σωματικής και συναισθηματικής βίας από αυτήν. Στο οικογενειακό ιστορικό αναφέρεται ότι η μητέρα συχνά έκανε συνεδρίες ακόμα και μαζί με τα παιδιά της σε ειδικούς ψυχικής υγείας, και έτρεφε ιδιαίτερη εκτίμηση στην ψυχοθεραπεία. Η ίδια η γυναίκα κάνει ήδη ψυχοθεραπεία, κυρίως επειδή από παιδί ένιωθε θλίψη. Είχε μάλιστα και αυτοκτονικό ιδεασμό παθητικού τύπου στην εφηβεία της, συναισθήματα που αποδίδει στο ότι δεν εισέπραττε αγάπη με τον τρόπο που το επιθυμούσε από τους γονείς της, παρόλο που πλέον το αποδίδει στις δικές τους προσωπικές δυσκολίες. Αναφέρονται τέλος, εντάσεις στη σχέση με τον σύζυγο. Στη **λοχεία** η γυναίκα περιγράφει ότι τα πράγματα πάνε πολύ καλά για αυτήν, και οι μόνες δυσκολίες που αντιμετώπισε ήταν οι πόνοι ως συνέπεια της καισαρικής και η δυσκολία από την παραμονή στο σπίτι. Σε αυτή τη φάση η υποστήριξη από τον σύζυγο και η συζήτηση μαζί του φάνηκαν ιδιαίτερα υποστηρικτικά. Στη διάρκεια των **έξι μηνών**, όπου σύμφωνα με την EPDS η γυναίκα έχει φυσιολογική εικόνα, το STAI καταγράφει αύξηση στα αναφερόμενα αγχώδη συμπτώματα, και η γυναίκα προβληματίζεται και επαναλαμβάνει αρκετές φορές ότι θα ήθελε να έχει περισσότερο προσωπικό χρόνο και να μπορεί να βγει από το σπίτι χωρίς το παιδί, να ήταν δηλαδή πιο ανεξάρτητη και να είχε χρόνο με τον σύζυγό της. Περιγράφει, επίσης, ότι είναι πιο προσγειωμένη σε σχέση με τη λοχεία, αναγνωρίζοντας πλέον όχι μόνο τα θετικά, αλλά και τις απαιτήσεις της νέας ζωής της. Η απόσταση που έχει δημιουργηθεί στη σχέση με τον σύζυγό της, λόγω απουσίας χρόνου, καθώς και η αίσθηση μοναξιάς, την απασχολούν ιδιαίτερα.

27^η γυναίκα (υποκλινική εικόνα στην κήση, κλινική εικόνα κατά τη λοχεία και υποχώρηση στους έξι μήνες)

Η γυναίκα αναφέρει ότι κατά την **κήση** είχε την αίσθηση ότι τα πράγματα στη ζωή της τακτοποιούνταν, και έμπαιναν οι σωστές προτεραιότητες, δίνοντας μια

αίσθηση ισορροπίας. Οι ανησυχίες της αφορούν την υγεία του παιδιού και το μέλλον του εν μέσω οικονομικής κρίσης. Ωστόσο, η γυναίκα ανησυχεί μήπως πάθει επιλόχεια κατάθλιψη και έχει ζητήσει από τον σύζυγό της να είναι σε επαγρύπνηση, μήπως η ίδια δεν το συνειδητοποιήσει. Κατά την περίοδο της **λοχείας**, η γυναίκα αντιμετώπισε σωματική δυσφορία και σοβαρή μαστίτιδα, που της προκάλούσε έντονους πόνους. Η γυναίκα σημειώνει συναισθήματα απελπισίας και κλάμα, που προκαλούνται από τους πόνους στο στήθος. Οι δυσκολίες με τον θηλασμό είναι κυρίαρχες αυτό το διάστημα και προκαλούν ενοχές και αίσθημα ανεπάρκειας, νευρικότητα, θλίψη και άγχος, κάθε φορά που πλησιάζει η ώρα του θηλασμού. Την περίοδο των **έξι μηνών** τα συμπτώματα έχουν υποχωρήσει, έπειτα από την απόφαση της γυναίκας να διακόψει τον θηλασμό. Κατά περιόδους βιώνει θλίψη μικρής έντασης και διάρκειας, η οποία συνιστά ανέκαθεν χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς της.

29^η γυναίκα (υποκλινική εικόνα που γίνεται κλινική στους έξι μήνες)

Η γυναίκα αυτή, που βρίσκεται σε ψυχοθεραπεία από την **κύηση**, αναφέρει από την αρχή σωματική δυσφορία στην εγκυμοσύνη, αλλά και καταθλιπτικά (ενοχές, θλίψη και αυτομομφή) και αγχώδη συμπτώματα, για την υγεία του εμβρύου, την ενδεχόμενη απώλεια της κύησης, τον δικό της θάνατο κατά τον τοκετό και τα σοβαρότατα οικονομικά προβλήματα, εφόσον εκείνη και ο σύζυγος ήταν άνεργοι, και ζούσαν σε ένα σπίτι ακατάλληλο, με την οικονομική υποστήριξη της γονεϊκής οικογένειας της γυναίκας. Αρνητική εικόνα του σώματος και μυοσκελετικές δυσκολίες είναι επίσης παρόντα. Οι τομείς άγχους που αναφέρει η γυναίκα είναι τόσο ευρείς, που δίνουν την εικόνα διάχυτης αγχώδους διαταραχής. Παρουσιάζεται επίσης ιδεοληψία υποχονδριακού περιεχομένου. Η γυναίκα φαντάζεται τον τοκετό οδυνηρό, και την όλη εμπειρία πολύ δύσκολη. Από το ατομικό ιστορικό έχουμε προηγούμενα επεισόδια με καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα, χρήση ναρκωτικών, ψυχιατρική παρακολούθηση και φαρμακευτική αγωγή. Στην παρούσα φάση αναφέρει δυσκολίες στη σχέση με τον σύζυγο και με την οικογένεια και παρουσία αρκετών εντάσεων. Από το οικογενειακό ιστορικό, παρατηρούμε την παρουσία πολλών διαφορετικών συγγενών με ψυχικές διαταραχές διάθεσης, ψυχωσική συνδρομή, αλλά και εθισμούς.

Η περίοδος της **λοχείας** χαρακτηρίζεται από έντονο άγχος, με επίκεντρο τα οικονομικά προβλήματα, αλλά και την ασθένεια και νοσηλεία του παιδιού, έπειτα από ένα ατυχές συμβάν, για το οποίο η γυναίκα θεωρεί ότι είναι υπεύθυνη η ίδια. Ιδέες ότι είναι

επικίνδυνη για το μωρό της, αλλά και υποχονδριακού περιεχομένου μόλυνσης και ασθένειας του παιδιού, ήταν έντονες. Ο τοκετός με καισαρική, κατά την οποία η γυναίκα δεν ήταν σε ολική νάρκωση, αλλά παρατηρούσε το χειρουργείο, την άγχωσε, αλλά το συγκεκριμένο άγχος καθώς και οι πόνοι της καισαρικής υποχώρησαν γρήγορα. Αναφέρει ότι είχε ελαφριά κατάθλιψη μετά τον τοκετό, και ακόμα και τώρα νιώθει θλίψη που την αποδίδει στα σοβαρά οικονομικά προβλήματα και την κρίση. Κόπωση, απουσία συναισθηματικής στήριξης από την οικογένεια, ανασφάλεια της γυναίκας και δυσκολία της να αποχωριστεί το παιδί, αφήνοντάς το για λίγο με κάποιον άλλον, ακόμα και με τον ίδιο του τον πατέρα, δυσκολεύουν τη γυναίκα και δρουν αποτρεπτικά στο να κινητοποιηθεί προς αναζήτηση εργασίας. Αίσθηση ανεπάρκειας, ιδέες θανάτου και απελπισία, είναι παρόντα. Τα ίδια συμπτώματα σε μεγαλύτερη ένταση είναι παρόντα την περίοδο των **έξι μηνών** μετά τον τοκετό, εν όψει της απόφασης της γυναίκας να φύγει από την Ελλάδα, για οικονομικούς λόγους. Στα συμπτώματα έρχονται να προστεθούν το καταναγκαστικό πλύσιμο των χεριών για αποφυγή μικροβίων και εισβολές εικόνων, ως συνοδό σύμπτωμα των ιδεών θανάτου του παιδιού. Ενοχές και ανασφάλεια είναι επίσης έντονα. Η γυναίκα θεωρεί πως η εξεύρεση εργασίας θα μείωνε κατά πολύ τα συμπτώματά της.

3^η γυναίκα (υποκλινική εικόνα στην κύηση και τη λοχεία, σύμφωνα με τη BDI και υποχώρηση στους έξι μήνες)

Η γυναίκα αυτή δεν ανιχνεύεται μέσω της EPDS, και μόνο ήπια συμπτωματολογία εκδηλώνει βάσει της BDI, ωστόσο στην πορεία της περιγεννητικής περιόδου ζητά να επισκεφτεί κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας, εξαιτίας ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, τα οποία όμως δεν φαίνεται να αυξάνουν την κλίμακα σωματοποίησης SCL-90-R. Συγκρατημένα συναισθήματα αναφέρει την πρώτη περίοδο της **κύησης**, τα οποία αποδίδει σε προηγούμενη αποβολή. Η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από άγχος που αφορά την υγεία του κυήματος, αλλά και τη μετέπειτα επάρκεια της γυναίκας στον μητρικό ρόλο, ανησυχίες που της προκαλούν ευερεθιστότητα. Επίσης, αναφέρονται πόνοι και σωματικές δυσφορίες. Η γυναίκα προέρχεται από διαζευγμένη οικογένεια και έχει ετεροθαλή αδέρφια. Ο πατέρας της αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα υγείας. Από το ατομικό ιστορικό αναφέρεται σεξουαλική παρενόχληση κατά την παιδική ηλικία, καθώς και επισκέψεις σε ειδικό ψυχικής υγείας στο παρελθόν. Την περίοδο της **λοχείας** αναφέρει πολύ μεγάλη χαρά για το παιδί της, αλλά κόπωση και ευερεθιστότητα

εξ αιτίας αυτής. Ο τοκετός αποτέλεσε πολύ αρνητική εμπειρία για αυτήν, εφόσον αναγκάστηκε να γίνει καισαρική, γεγονός που όπως λέει, τη συγκλόνισε. Η γυναίκα πιστεύει ότι τα δυσάρεστα συναισθήματα, με κυρίαρχο την ευερεθιστότητα, επηρεάζουν το παιδί. Ανησυχεί για την υγεία του παιδιού και αμφιβάλλει για τη δική της επάρκεια. Άγχος εκφράζει και για την οικονομική κρίση και τις συνέπειές της. Δεν είναι επίσης ευχαριστημένη με την εικόνα του σώματός της. Στο διάστημα των έξι μηνών, και ενώ δεν ανιχνεύονται συναισθήματα θλίψης και άγχους στις κλίμακες, η γυναίκα αναφέρει ένα πρόβλημα υγείας που εμφανίστηκε, για το οποίο επέλεξε αρχικά να μην πάρει φαρμακευτική αγωγή, προκειμένου να συνεχίσει τον θηλασμό, με αποτέλεσμα την επιδείνωσή του. Στη συνέχεια αναγκάστηκε να διακόψει τον θηλασμό, γεγονός που της προκάλεσε συναισθήματα θλίψης, παράλληλα με τη μεγάλη δυσφορία από τη σωματική ασθένεια καθ' αυτή. Άγχος, κόπωση, ευερεθιστότητα και δυσαρέσκεια της γυναίκας για τη μείωση των κοινωνικών της αλληλεπιδράσεων και της παραμονής της στο σπίτι, εντοπίζονται από τις αναφορές της. Η γυναίκα επίσης εκφράζει, ανησυχία για την οικονομική κατάσταση και το μέλλον που μπορεί να διασφαλίσει η ίδια για το παιδί της. Η αρνητική εικόνα για το σώμα της διατηρείται, αλλά η ίδια περιγράφει ότι νιώθει περισσότερη αυτοπεποίθηση σαν μητέρα. Ο λόγος που επιθυμεί να επισκεφτεί κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας είναι η ενδεχόμενη ψυχογενής βάση του προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζει.

Γυναίκες με κλινικά συμπτώματα στην κύηση, τα οποία μεταβάλλονται μετά τον τοκετό

Τέλος, έξι γυναίκες που εμφάνιζαν κλινική εικόνα κατά τη διάρκεια της κύησης, σημείωσαν διαφοροποιήσεις στις επόμενες περιόδους. Δύο από αυτές εμφάνισαν πολύ σημαντική μείωση των συμπτωμάτων στα φυσιολογικά επίπεδα μετά τον τοκετό, εικόνα που διατηρήθηκε και στη μέτρηση των έξι μηνών (34, 36), ενώ μία άλλη σημείωσε κατακόρυφη πτώση των συμπτωμάτων της στο επίπεδο του φυσιολογικού, κατά τη μέτρηση των έξι μηνών, ενώ στις δύο προηγούμενες μετρήσεις τα κλινικά συμπτώματα είχαν διατηρηθεί (32). Δύο γυναίκες εμφάνισαν φυσιολογικά επίπεδα στη λοχεία, αλλά επανήλθαν η μία στο κλινικό φάσμα (35) και η άλλη στο υποκλινικό (37) κατά τη μέτρηση των έξι μηνών. Τέλος, μία γυναίκα σημείωσε ήπια βελτίωση των συμπτωμάτων της, πηγαίνοντας από το κλινικό στο υποκλινικό φάσμα κατά τη λοχεία, στη μέτρηση όμως των έξι μηνών τα συμπτώματα είχαν επανέλθει (33).

34^η γυναίκα (κλινική εικόνα στην κύηση, βελτίωση μετά τον τοκετό)

Η γυναίκα είναι δευτεροτόκος, υπό ψυχοθεραπεία ήδη κατά τη διάρκεια της κύησης, και αναφέρει πόνους στην πλάτη, άγχος και ευμετάβλητη διάθεση, που αφορούν κυρίως τον φόβο για τα χειρουργεία, τον οποίο έχει από νεαρή ηλικία. Ανησυχεί μήπως πάθει κρίση πανικού κατά τη διάρκεια της καισαρικής και δεν μπορεί να συνεργαστεί σωστά. Η γυναίκα έχει ατομικό ιστορικό κρίσεων πανικού, οι οποίες είχαν υποχωρήσει με φαρμακευτική αγωγή. Έχει επίσης ιστορικό ειδικών φοβιών και χρόνιων ημικρανιών που κατά περιόδους μειώνουν σημαντικά τα επίπεδα λειτουργικότητάς της. Τέλος, είχε ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης ήπιας μορφής στο πρώτο της παιδί, και έλαβε για μικρό χρονικό διάστημα φαρμακευτική αγωγή. Η γυναίκα δεν έχει πρακτική υποστήριξη και κατά καιρούς αντιμετωπίζει εντάσεις στη σχέση με τον σύζυγο. Από τα παιδικά της χρόνια αναφέρει προβλήματα στη σχέση με τη μητέρα της και στο οικογενειακό ιστορικό αναφέρονται ιδεοληψίες υποχονδριακού περιεχομένου και φοβίες. Σοβαρή ασθένεια του πατέρα και απουσία συναισθηματικής και πρακτικής υποστήριξης από τη γονεϊκή οικογένεια επίσης αναφέρονται. Κατά τη διάρκεια της καισαρικής δεν έπαθε κρίση πανικού, ωστόσο στη συνέχεια εμφάνισε υψηλή πίεση και της χορηγήθηκε ηρεμιστική ένεση. Κατά τη διάρκεια της **λοχείας** αναφέρει άγχος για την υγεία του παιδιού. Η απουσία της συναισθηματικής και πρακτικής υποστήριξης εξακολουθούν να είναι, κυρίως λόγω πολύωρης απουσίας του συζύγου, φαίνεται όμως πώς αυτά ούτως ή άλλως υπήρχαν στον τρόπο ζωής της γυναίκας, και τα έχει αποδεχτεί. Μια σοβαρή επιδείνωση της υγείας του πατέρα λαμβάνει χώρα κατά τη λοχεία, αλλά η γυναίκα μοιάζει να μπορεί να ανταπεξέλθει. Πρέπει να σημειωθεί ότι, παρόλο που η EPDS δεν ανιχνεύει συμπτώματα από το καταθλιπτικό φάσμα, η γυναίκα και στις δύο φάσεις μέτρησης μετά τον τοκετό σημειώνει αυξημένο άγχος στο STAI. Κατά την περίοδο των **έξι μηνών** η γυναίκα αναφέρει σημαντική βελτίωση στις εναλλαγές στη διάθεση και τους πόνους. Αισθάνεται βέβαια κόπωση και αγχώνεται αρκετά για την οικονομική κατάσταση και το μέλλον. Στη σχέση με τον σύζυγο επικρατεί η απουσία χρόνου και επικοινωνίας, αλλά η γυναίκα αναφέρει ότι το έχει αποδεχτεί. Η υγεία του πατέρα της είναι σταθερή και βελτιωμένη, ενώ η ίδια αναφέρει ότι καταφέρνει να ελέγχει τους φόβους της για τις ασθένειες.

36^η γυναίκα (κλινική εικόνα στην κύηση, βελτίωση μετά τον τοκετό)

Η γυναίκα αυτή, που βρίσκεται σε ψυχοθεραπεία κατά την περίοδο της κύησης, αναφέρει ότι είναι πολύ ευτυχισμένη, επειδή κατάφερε να μείνει έγκυος μετά από πολλές εξωσωματικές, μια αποβολή και μια παλίνδρομη κύηση. Ωστόσο, το άγχος της επικεντρώνεται στην έκβαση της παρούσας κύησης, στην υγεία του εμβρύου, τη σοβαρή ασθένεια του παιδιού μιας πολύ καλής της φίλης και τη δυσκολία στη σχέση με την οικογένεια του συζύγου της, που δεν ήταν υποστηρικτική το διάστημα που η γυναίκα προσπαθούσε να αποκτήσει παιδί. Αναφέρονται καταναγκαστικές συμπεριφορές τακτοποίησης, οικογενειακό ιστορικό διπολικής διαταραχής και οικονομικά προβλήματα λόγω κρίσης. Μετά τον τοκετό, και εφόσον το παιδί είναι υγιές, η γυναίκα αναφέρει ότι είναι πολύ χαρούμενη, ενώ τα συμπτώματά της έχουν υποχωρήσει σε πολύ σημαντικό βαθμό.

32^η γυναίκα (κλινική εικόνα στην κύηση και στη λοχεία, βελτίωση στους έξι μήνες)

Η γυναίκα εκφράζει άγχος για τη σωστή ανατροφή του παιδιού και για την οικονομική κρίση. Κόπωση, ευερεθιστότητα και θλίψη είναι παρόντα. Περιγράφει εντάσεις στη σχέση μεταξύ των γονιών της κατά τα παιδικά της χρόνια, συναισθηματική απόσταση με τον πατέρα και αντιπαράθεση με τη μητέρα της. Επίσης αναφέρει το «μαρτύριο» της οικογένειας, που είναι ένας αδερφός με νοητική υστέρηση που βρίσκεται σε ίδρυμα. Η γυναίκα δεν έχει πρακτική υποστήριξη από τους γονείς και το φιλικό περιβάλλον. Ανησυχεί για τη συναισθηματική της κατάσταση κατά τη λοχεία, επειδή δεν έχει συνηθίσει να μην εργάζεται και να παραμένει στο σπίτι «αδρανής». Η εμπειρία του τοκετού ήταν δύσκολη γιατί υπήρξαν επιλοκές, αλλά στη συνέχεια η εμπειρία της **λοχείας** περιγράφεται θετική, αν εξαιρεθεί η κόπωση και η ανία λόγω της απουσίας παρελθουσών δραστηριοτήτων. Νευρικότητα, αυτομομφή, αρνητική εικόνα του σώματος και αίσθηση μοναξιάς είναι αυτά που απασχολούν τη γυναίκα αυτή την περίοδο. Στους έξι μήνες όπου και τα συμπτώματα υποχωρούν, η γυναίκα αναφέρει άγχος μήπως προκαλέσει προβλήματα με τη συμπεριφορά της στο παιδί, και ανασφάλεια για το πώς να το διαχειριστεί όταν αυτό κλαίει. Περιγράφει το μωρό της ως δύσκολο μωρό, αλλά η ίδια δεν ενοχλείται και φαίνεται να έχει προσαρμοστεί. Αυτό που τη βοήθησε ήταν η εξοικείωση με το παιδί σε τέτοιο βαθμό,

ώστε να μπορεί να βγαίνει μαζί του έξω από το σπίτι συχνά. Η έξοδος από το σπίτι μείωσε τη δυσφορία.

37^η γυναίκα (κλινική εικόνα κατά την κύηση, φυσιολογική εικόνα κατά τη λοχεία και υποκλινική εικόνα έξι μήνες μετά τον τοκετό)

Η συγκεκριμένη γυναίκα βρίσκεται σε ψυχοθεραπεία ήδη από την περίοδο της κύησης. Αναφέρει σοβαρές δυσκολίες κατά την κύηση εξαιτίας διαβήτη, αλλά και πολύ έντονο άγχος και κρίσεις πανικού, εξαιτίας φόβου για απώλεια της κύησης και σκέψεις θανάτου για αγαπημένα της πρόσωπα, κυρίως τον σύζυγο. Αναφέρει επίσης αίσθηση απώλειας ελέγχου, άγχος για τις επερχόμενες αλλαγές στη ζωή της, για την επάρκειά της ως μητέρα, τελειομανία, αυτομομφή και υψηλές απαιτήσεις από τον εαυτό της. Από το οικογενειακό ιστορικό έχουμε διαζύγιο των γονιών σε νηπιακή ηλικία, χρόνια ασθένεια πολλαπλές νοσηλείες και, εν τέλει, τον θάνατο της μητέρας όταν η γυναίκα ήταν στο δημοτικό, δυσκολίες στη σχέση με τον πατέρα της και απουσία συναισθηματικής υποστήριξης από αυτόν, καθώς θάνατο πολύ στενού συγγενικού προσώπου λίγο μετά την εφηβεία της γυναίκας. Στην παρούσα φάση, η γυναίκα αναφέρει ότι την αγχώνει υπερβολικά το χειρουργείο της καισαρικής, και συγκεκριμένα, δεν μπορεί να αντέξει ότι το σώμα της έχει ανοιχτεί και υπάρχουν σε αυτό ράμματα. Έχει επίσης χρόνιους καταναγκασμούς τακτοποίησης, που ανά περιόδους δυσχεραίνουν τις σχέσεις της, καθιστώντας τη υπερβολικά αργή. Δεν λείπουν οι δυσκολίες και η απουσία εμπιστοσύνης στους συγγενείς. Από το ατομικό ιστορικό έχουμε μια σειρά σωματοποιήσεων από πρώιμη παιδική ηλικία, καθώς και καταναγκαστικών συμπεριφορών. Η γυναίκα είχε επισκεφτεί και στο παρελθόν ειδικό ψυχικής υγείας, έπειτα από έναν χωρισμό που της δημιούργησε καταθλιπτικά συμπτώματα, καθώς και ειδικές φοβίες με αποφευκτικές συμπεριφορές. Κατά τη **λοχεία**, παρόλη τη μείωση της αναφερόμενης συμπτωματολογίας κατά την EPDS, η γυναίκα αναφέρει έντονη ανησυχία μήπως κάνει κάτι λάθος με τη φροντίδα του παιδιού, και έντονο άγχος ότι δεν μπορεί να ελέγξει τις νέες συνθήκες (πχ. τον ύπνο και το πρόγραμμα του παιδιού). Αξίζει να σημειωθεί, ότι τα συμπτώματα αυτά ανιχνεύονται από το STAI, στο οποίο εμφανίζει υψηλότερη βαθμολογία κατά τη λοχεία. Η εμπειρία του τοκετού ήταν ιδιαίτερα δύσκολη, κυρίως γιατί έπρεπε να γεννήσει απροσδόκητα, γεγονός που την άγχωσε πολύ και εξήρε τα καταναγκαστικά της συμπτώματα. Εναλλαγές στη διάθεση, ευσυγκινησία, ευερεθιστότητα, κόπωση,

στιγμές απόγνωσης και διαρκής αμφιβολία για την επάρκειά της ως μητέρα, αναφέρονται. Τα ιδεοψυχαναγκαστικά της συμπτώματα την ωθούν να προσπαθεί εις μάτην να εντάξει το νεογνό σε ένα πρόγραμμα, γεγονός που αυξάνει την αίσθηση αποτυχίας της, κάθε φορά που οι ανάγκες του μωρού ανατρέπουν οποιαδήποτε προσπάθειά της για πρόγραμμα. Στη συνέντευξη των **έξι μηνών** η γυναίκα αναφέρει ότι οι πρώτοι μήνες μετά τον τοκετό τη δυσκόλεψαν αρκετά. Θλίψη αλλά και έντονο άγχος που απέδιδε στη μεγάλη ευθύνη του να είναι ένας ζωντανός οργανισμός εξαρτημένος από αυτήν, ήταν ιδιαίτερα εμφανή. Ωστόσο, δεν λείπουν και οι στιγμές μεγάλης ευχαρίστησης από τη μητρότητα, τις οποίες όμως διαδέχεται η αμφιβολία για την επάρκειά της και τα ενδεχόμενα λάθη. Επίσης, η γυναίκα υποφέρει από άγχος μήπως συμβεί κάτι κακό στο παιδί. Ένα ατύχημα του μωρού ενέτεινε τους φόβους της. Εξάντληση, απόσταση από τον σύζυγο και ευερεθιστότητα χαρακτηρίζουν επιπλέον την περίοδο αυτή.

35^η γυναίκα (κλινική εικόνα στην κύηση, φυσιολογική κατά τη λοχεία, υποτροπή σε κλινική εικόνα στους έξι μήνες)

Η γυναίκα αυτή αναφέρει πως ένιωθε πολύ εξαντλημένη κατά τη διάρκεια της κύησης, ενώ η ευσυγκινησία που, ούτως ή άλλως ήταν στοιχείο της προσωπικότητάς της, εντάθηκε πολύ. Τα προβλήματα στη σχέση με τον σύζυγό της και οι πολύ σοβαρές οικονομικές δυσκολίες, αποτελούν τις σημαντικότερες πηγές δυσφορίας αυτής της γυναίκας. Μάλιστα, για τις εντάσεις και τις σοβαρές διαφωνίες στη σχέση με τον σύζυγό της, είχαν επισκεφτεί ειδικό ψυχικής υγείας στο παρελθόν. Ζητά και στη φάση της κύησης να επισκεφτεί κάποιον ειδικό στο κέντρο ημέρας. Ο σύζυγος περιγράφεται σαν ένας άνθρωπος εξαιρετικά νευρικός, που ξεσπάει σε φωνές απέναντι σε όλους, και όχι μόνο στη γυναίκα. Η απουσία συναισθηματικής και πρακτικής υποστήριξης χαρακτηρίζει τη σχέση τους. Η γυναίκα προέρχεται από οικογένεια πολύτεκνων, και περιγράφει τον πατέρα της ιδιαίτερα νευρικό και βίαιο άνθρωπο, που ασκούσε πολύ συχνά σωματική βία στη σύζυγό του κυρίως. Τα παρόντα συμπτώματα της γυναίκας που συγκροτούν μια κλινική εικόνα, είναι θλίψη και άγχος, τα οποία αποδίδει στην πολύ δύσκολη οικονομική κατάσταση, με την ταυτόχρονη απουσία πρακτικής υποστήριξης. Η οικονομική δυσχέρεια φτάνει σε σημείο αδυναμίας εξασφάλισης σωστής διατροφής για την έγκυο και άγχους για τη σίτιση του παιδιού. Τέλος, η γυναίκα αναφέρει πολύ έντονη ανησυχία μήπως το παιδί γεννηθεί με κάποια

αναπτυξιακή διαταραχή. Από το οικογενειακό ιστορικό, η αδερφή της γυναίκας κάνει επίσης ψυχοθεραπεία, ενώ ο πατέρας της πιθανόν έχει κάποια μη διαγνωσμένη ψυχική διαταραχή, αρνείται όμως να επισκεφτεί γιατρό. Κατά τη λοχεία, η εικόνα της γυναίκας σύμφωνα με την EPDS είναι φυσιολογική, το STAI όμως ανιχνεύει υψηλά επίπεδα άγχους, τα οποία διατηρούνται και την περίοδο των έξι μηνών. Απουσία πρακτικής υποστήριξης, μια αίσθηση μοναξιάς και άγχος εμφανίζονται. Η γυναίκα αναφέρει ότι είναι τόσο μόνη και αβοήθητη, που συχνά δεν προλαβαίνει να ετοιμάσει κάτι για να φάει. Το πρώτο διάστημα μετά τον τοκετό η διάθεσή της ήταν πολύ άσχημη, αλλά βελτιώθηκε με την επίσκεψή της στους δικούς της. Ο σύζυγος δεν βοηθά καθόλου στις δουλειές του σπιτιού, είναι όμως ιδιαίτερα υποστηρικτικός σε θέματα που αφορούν τη φροντίδα του παιδιού. Παρόλο το άγχος και τα σοβαρά οικονομικά προβλήματα, το παιδί έχει δώσει πολύ μεγάλη χαρά στη γυναίκα. Απουσία συγγενικού προσώπου που θα της προσέχει το παιδί, δυσκολεύεται ιδιαίτερα να το αποχωριστεί, προκειμένου να επιστρέψει στην εργασία της. Η εικόνα της γυναίκας την περίοδο των **έξι μηνών** έχει έντονα κλινικά συμπτώματα, με τη θλίψη, την απόγνωση, την αίσθηση ανεπάρκειας και την εξάντληση να προεξάρχουν. Η γυναίκα αντιλαμβάνεται την επιδείνωση και λέει ότι έχει την αίσθηση ότι δεν μπορεί να τα καταφέρει. Είναι ευερέθιστη και ευσυγκίνητη, και θεωρεί ότι η κακή της διάθεση και η εξάντληση την εμποδίζουν να δώσει στο παιδί τα ερεθίσματα που αυτό χρειάζεται για να μεγαλώσει σωστά. Σπάνια έχει φτάσει στο σημείο να φωνάξει στο παιδί, γεγονός που την κάνει να μέμφεται τον εαυτό της. Ανησυχεί πολύ για την υγεία του παιδιού. Ταυτόχρονα όμως αναφέρει ότι η ζωή της έχει πάρει άλλο νόημα με την έλευσή του. Ο σύζυγος δεν βοηθά και οι μεταξύ τους συγκρούσεις έχουν αυξηθεί ακόμα περισσότερο. Αναφέρεται επίσης έντονο άγχος για την υγεία του παιδιού. Αίσθηση μοναξιάς, αβοηθητότητας και αναξιότητας χαρακτηρίζουν αυτή την περίοδο.

33^η γυναίκα (κλινική εικόνα κύησης, υποκλινική λοχείας, κλινική στους έξι μήνες)

Η γυναίκα αυτή αναφέρει άγχος για την υγεία του παιδιού και ευερεθιστότητα κατά την κύηση. Τα συμπτώματα αυτά ξεκίνησαν έπειτα από μια αποκόλληση που την ανάγκασε να παραμείνει κλινήρης για κάποιο διάστημα και δεν υποχώρησαν έκτοτε. Με την πρόοδο της εγκυμοσύνης, το άγχος εντοπίζεται στην υγεία και την ασφάλεια του κυήματος. Η γυναίκα περιγράφει ανεπαρκή συναισθηματική υποστήριξη από τον σύζυγο. Αναφέρει επίσης άγχος για το αν θα τα καταφέρει να ανταπεξέλθει με την

εξάντληση, κατά την προσεχή απαιτητική περίοδο που έρχεται. Με τους γονείς της είχε πολύ καλή σχέση κατά τη διάρκεια των παιδικών της χρόνων, και ακόμα και σήμερα είναι πολύ υποστηρικτικοί μαζί της. Στο οικογενειακό ιστορικό αναφέρεται ότι η μητέρα της είναι υπερβολικά αγχώδης για την υγεία και την ασφάλεια των μελών της οικογένειας. Στο ατομικό ιστορικό αναφέρεται επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας στο παρελθόν, εξαιτίας καταθλιπτικών συμπτωμάτων και απώλειας πολλών κιλών, έπειτα από χωρισμό με έναν σύντροφό της. Αυτό που φαίνεται ότι την ανησυχεί, είναι ο τοκετός και το ενδεχόμενο να χρειαστεί χειρουργείο, σκέψη ανυπόφορη για αυτήν. Επίσης η γυναίκα προβληματίζεται με την ευερεθιστότητά της και την κακή συμπεριφορά της απέναντι σε δικούς της ανθρώπους. Κατά τη διάρκεια της λοχείας η διάθεση της είναι πολύ βελτιωμένη. Αναφέρεται πολύ μεγάλη ευτυχία από την έλευση του παιδιού. Ο τοκετός με καισαρική δυσaráεστησε τη γυναίκα, αλλά η δυσaráεσκεια υποχώρησε, όταν παρήλθαν οι πόνοι του χειρουργείου. Αρνητική επίπτωση στη διάθεση, με θλίψη και ασταμάτητο κλάμα επέφεραν οι δυσκολίες στον θηλασμό και η εξιδανίκευση αυτού. Με την απόφαση της γυναίκας να δίνει και τεχνητό γάλα στο παιδί, επήλθε βελτίωση. Οι ανησυχίες που περιγράφει κατά τη διεξαγωγή της συνέντευξης είναι μήπως πάθουν κάτι το παιδί και ο πατέρας της, ανησυχία που την είχε πριν την κύηση. Τέλος, αναφέρεται απουσία προσωπικού χρόνου με τον σύζυγο, καθώς και έντονες μυοσκελετικές ενοχλήσεις. Στους **έξι μήνες** που η εικόνα της γυναίκας γίνεται πάλι κλινική, η γυναίκα αναφέρει πώς, αν και η ζωή της είναι κουραστική, έχει ομορφύνει πάρα πολύ. Η γυναίκα νιώθει στενοχώρια, όταν αναγκάζεται να αποχωριστεί το παιδί λόγω εργασίας, κάτι για το οποίο δεν είναι έτοιμη ακόμα. Μάλιστα, η απουσία της της προκαλεί αμφιβολίες για την επάρκεια του χρόνου που αφιερώνει στο παιδί, ως προς τη σωστή ανατροφή του, ανησυχία που κάνει τη γυναίκα να αναρωτηθεί αν το παιδί θα την αναγνωρίζει ως μητέρα. Οι εντάσεις με τον σύζυγο δεν λείπουν, αλλά αποδίδονται στην απουσία κοινού χρόνου για συζήτηση. Η «αποτυχία» της γυναίκας να θηλάσει αποτελεί ένα αναπάντητο ερώτημα για αυτήν, και μια σκέψη που επανέρχεται δημιουργώντας της ενοχές. Σε γενικές γραμμές, παρόλο που η εικόνα των συμπτωμάτων στα ψυχομετρικά εργαλεία είναι κλινική, η γυναίκα αναφέρει ότι είναι ικανοποιημένη από τη ζωή της.

Ως προς τις διαφοροποιήσεις που ανιχνεύονται από τη STAI, στην περίπτωση της **25^{ης} γυναίκας**, παρατηρούμε αύξηση του περιστασιακού άγχους κατά τη λοχεία και υποχώρηση μετά. Από τη συνέντευξη της κύησης, σημειώνουμε την αντιμετώπιση

προβλήματος υγείας της γυναίκας που χρειάστηκε νοσηλεία και μικρή επέμβαση, και συσπάσεις με κίνδυνο αποβολής, για τις οποίες ακολούθησε δεύτερη νοσηλεία. Η γυναίκα αναφέρει άγχος για το αν θα ανταπεξέλθει στις νέες απαιτήσεις της ζωής, διαχειρίσιμο και ήπιο, καθώς και ήπιο άγχος για την οικονομική κρίση. Σε γενικές γραμμές είναι ευχαριστημένη από τη ζωή της. Η κόπωση, η απουσία προσωπικού χρόνου, οι διαρκείς θηλασμοί και η στέρηση ύπνου, χαρακτηρίζουν την περίοδο της λοχείας. Ωστόσο, η εμπειρία του τοκετού ήταν θετική για αυτήν, και δεν αναφέρει πολλούς τομείς δυσκολίας ή δυσφορίας. Η γυναίκα προσαρμόζεται ακόμα περισσότερο κατά τη διάρκεια των έξι μηνών μετά τον τοκετό, με αποτέλεσμα την υποχώρηση των συμπτωμάτων.

Τέλος, η **26^η γυναίκα** αναφέρει άγχος για τις αλλαγές που θα φέρει στη ζωή της η έλευση του παιδιού, καθώς και για το αν ο σύζυγός της θα καταφέρει να δώσει προτεραιότητα στη νέα του οικογένεια, έναντι της γονεϊκής. Το άγχος αυτό ανιχνεύεται και από την κλίμακα STAI στην κύηση. Για τη σχέση με τη μητέρα της κατά την παιδική ηλικία αναφέρει ότι επιζητούσε την αγάπη της, την οποία δεν κατόρθωνε να έχει εξαιτίας πολύωρης εργασίας της μητέρας. Ο πατέρας παρουσιάζεται παραγκωνισμένος από τη μητρική φιγούρα. Επίσης, η γυναίκα εκτιμά ότι η μητέρα της δεν αντλούσε χαρά από τη μητρότητα. Είχε δηλώσει μάλιστα στην κόρη της ότι η σύλληψή της δεν υπήρξε επιθυμητή. Αυτομομφή, μειωμένη αυτοπεποίθηση και καταθλιπτική συμπτωματολογία, οδήγησαν τη γυναίκα να κάνει ψυχοθεραπεία στο παρελθόν, από την οποία αναφέρει ότι βοηθήθηκε. Περιγράφει ότι συχνά έχει άγχος, είναι ευαίσθητη ως άνθρωπος και νιώθει μοναξιά. Επίσης, η γυναίκα περιγράφει σοβαρές οικονομικές δυσκολίες. Στο οικογενειακό ιστορικό αναφέρεται ψυχωτική συνδρομή σε συγγενή δεύτερου βαθμού. Η γυναίκα αντιλαμβάνεται ότι είναι πιθανό να χρειαστεί βοήθεια ειδικού ψυχικής υγείας μετά τον τοκετό, κυρίως για να επεξεργαστεί θέματα που αφορούν τη σχέση με τη μητέρα της και την ανησυχία της μήπως της μοιάσει. Κατά τη διάρκεια της λοχείας αναφέρει τα συνήθη συμπτώματα του άγχους, της κόπωσης, των σωματικών δυσφοριών, καθώς και της πίεσης από την παραμονή στο σπίτι. Επίσης, η γυναίκα μιλά για ανταγωνιστική στάση της μητέρας της απέναντί της, όταν της ζητούσε πρακτική βοήθεια για το παιδί. Ωστόσο η γυναίκα είχε επίγνωση των πηγών που της προκαλούσαν δυσφορία, έσπευσε γρήγορα να βρει λύσεις, και τα συμπτώματα υποχώρησαν. Στους έξι μήνες αναφέρονται κόπωση, απουσία χρόνου προσωπικού και στη σχέση με τον σύζυγο, απουσία συναισθηματικής υποστήριξης από τον πατέρα, στάση μη αναμενόμενη εκ μέρους του. Αναφέρει επίσης, άγχος για την

υγεία του παιδιού και δυσκολία της να το αποχωριστεί για να επιστρέψει στην εργασία της, την οποία όμως αγαπά. Δεν σημειώνονται έντονα συμπτώματα.

Θ. Εντυπώσεις των γυναικών από τη συμμετοχή τους στην έρευνα

Όπως αναφέρθηκε και στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας, η συνέντευξη της τελευταίας μέτρησης, περιλαμβάνει ερωτήσεις για τις εντυπώσεις της γυναίκας για τη συμμετοχή της στην έρευνα, αλλά και τα κίνητρα που την ώθησαν να συμμετέχει και να παραμείνει και στις τρεις φάσεις. Οι λόγοι που οδήγησαν στη συμπερίληψη αυτών των ερωτήσεων αφορούν αφενός την ποιοτική αξιολόγηση τυχόν προβλημάτων στον σχεδιασμό της συγκεκριμένης έρευνας, με στόχο τις προτάσεις για μελλοντικές έρευνες, αφετέρου τη διερεύνηση των κινήτρων που ωθούν τις γυναίκες στην προγεννητική περίοδο να λάβουν μέρος σε μια χρονοβόρα και δεσμευτική διαδικασία.

Οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν εξαιρετικά πρόθυμες, μιλούσαν με ευκολία για τα θέματα που τις απασχολούσαν και μάλιστα ($n=35$), ευχαριστούσαν θερμά οι ίδιες την ερευνήτρια μετά το πέρας της συνέντευξης. Περισσότερες από τις μισές συμμετέχουσες ($n=19$) αναφέρουν ότι βοηθήθηκαν από τη συμμετοχή τους στην έρευνα, ένιωσαν ανακούφιση που είχαν την ευκαιρία να εκφράσουν και να μοιραστούν τις σκέψεις και τους προβληματισμούς τους για την εμπειρία της περιγεννητικής περιόδου, ενώ οι υπόλοιπες περιγράφουν την εμπειρία της συμμετοχής ως θετική. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που αναφέρουν ότι βοηθήθηκαν, είπαν ότι οι ερωτήσεις αποτελούσαν ερέθισμα για σκέψη και προβληματισμό για το πώς θέλουν τη ζωή τους και τις σχέσεις τους, και τις βοηθούσαν παράλληλα να κατανοούν καλύτερα τις δυσκολίες τους, να συνειδητοποιούν τα συναισθήματά τους. Φαίνεται επίσης ότι η διαχρονικότητα της έρευνας αύξανε την αυτοπαρατήρηση των γυναικών για την ψυχοσυναισθηματική τους κατάσταση σε σχέση με την νέα εμπειρία ζωής.

Οι περισσότερες επίσης γυναίκες ($n=26$) ανέφεραν ότι, με τη συμμετοχή τους ευελπιστούσαν να βοηθήσουν στην παραγωγή γνώσης, που θα χρησιμοποιηθεί προς όφελος γυναικών που υποφέρουν από συμπτώματα ψυχικών διαταραχών κατά την περιγεννητική περίοδο. Έντεκα συμμετέχουσες είπαν ότι έχουν προσωπικό ενδιαφέρον για τις έρευνες. Τέλος, επτά γυναίκες είπαν ότι ήθελαν να μιλήσουν σε κάποιον. Ο λόγος που έκανε την πλειονότητα των γυναικών ($n=24$) να παραμείνουν και στις τρεις φάσεις της μέτρησης, ήταν η συνέπεια σε αυτό που είχαν δεσμευτεί, ενώ λόγοι που συγκέντρωσαν λιγότερες κωδικοποιήσεις ήταν η ανάγκη της γυναίκας να μιλήσει, η

επιθυμία της να βοηθήσει και άλλες γυναίκες με τη συμμετοχή της, καθώς και το γεγονός ότι ένιωθε η ίδια ότι βοηθήθηκε.

Τέλος, οκτώ γυναίκες είπαν ότι δυσκολεύτηκαν να βρουν χρόνο, να μετακινηθούν στο Κέντρο Ημέρας, να συμπληρώσουν όλα τα ερωτηματολόγια που ήταν πολλά και να μιλήσουν για τη σχέση με τον σύζυγό τους ή για προσωπικά τους θέματα, συνθήκη που τους δημιουργούσε αμηχανία. Οι υπόλοιπες ανέφεραν ότι δεν αντιμετώπισαν δυσκολίες κατά τη διάρκεια της συμμετοχής τους.

Συζήτηση

Η συζήτηση αναφορικά με τα πορίσματα της παρούσας έρευνας θα κινηθεί στους εξής άξονες: α) στην παρουσία και ανίχνευση των συμπτωμάτων στις τρεις φάσεις της περιγεννητικής περιόδου, β) στην επίδραση παραγόντων κινδύνου στην ψυχική υγεία της γυναίκας στις τρεις φάσεις της περιγεννητικής περιόδου, γ) στην πρόβλεψη της καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας στις τρεις φάσεις μέτρησης, δ) στην αξιοποίηση των αποτελεσμάτων και ε) στα μειονεκτήματα και τις προτάσεις για μελλοντικές έρευνες.

A. Ανίχνευση συμπτωμάτων στις τρεις φάσεις της περιγεννητικής περιόδου με τη χρήση ψυχομετρικών εργαλείων

Ένας από τους βασικούς στόχους της παρούσας έρευνας ήταν η ανίχνευση του ευάλωτου ή του πάσχοντος πληθυσμού των γυναικών κατά την περιγεννητική περίοδο και ο εντοπισμός της φάσης έναρξης των συμπτωμάτων. Όπως αναφέρθηκε στο κεφάλαιο της εισαγωγής, η πλειονότητα των ερευνών μέχρι σήμερα έχει επικεντρωθεί στην κατάθλιψη και μάλιστα την επιλόχεια, αφήνοντας κενά στη διερεύνηση συμπτωμάτων από το ευρύτερο φάσμα των ψυχικών διαταραχών, που είναι εμφανή ακόμα και στην κύηση. Επιπλέον, τα υποκλινικά συμπτώματα πρόσφατα αρχίζουν να προσελκύουν το ερευνητικό ενδιαφέρον, εφόσον φαίνεται ότι σχετίζονται με μειωμένη λειτουργικότητα, διαταραχές στον δεσμό μητέρας - βρέφους αλλά και αυξημένη πιθανότητα εκδήλωσης διαταραχών στο μέλλον (Wynter et al., 2013).

A.1. Καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, σύμφωνα με το SCL-90-R, παρατηρούμε μεγαλύτερη ενασχόληση και ενόχληση των γυναικών από συμπτώματα διαστάσεων της ευρύτερης ψυχοπαθολογίας (γενικός δείκτης συμπτωμάτων), κυρίως στην περίοδο της κύησης. Μετά τον τοκετό, παρατηρείται πτώση της ενασχόλησης, η οποία κυμαίνεται στα επίπεδα των περιγραφών που έκαναν οι γυναίκες για τον εαυτό τους πριν μείνουν έγκυες. Αναλύοντας τις επιμέρους διαστάσεις που απαρτίζουν τον γενικό δείκτη συμπτωμάτων, βλέπουμε ότι οι γυναίκες που αναφέρουν καταθλιπτική συμπτωματολογία, τείνουν να αναφέρουν και συνοδά συμπτώματα ψυχαναγκασμού – καταναγκασμού, διαπροσωπικής ευαισθησίας, θυμού

και σωματοποίησης. Το εύρημα αυτό θα μπορούσε να συμβάλλει στον εντοπισμό του πάσχοντος ή επίφοβου πληθυσμού, μέσω των συμπεριφορών του ψυχαναγκασμού ή του θυμού, που ενδεχομένως είναι ευκολότερα αναγνωρίσιμα από το περιβάλλον. Η συννοσηρότητα συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους με τα ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα, επιβεβαιώνει προηγούμενες έρευνες (Abramowitz et al., 2010) και συνηγορεί προς την αναγκαιότητα για τη συμπερίληψη, όχι μόνο καταθλιπτικής αλλά και αγχώδους συμπτωματολογίας, στους ελέγχους ρουτίνας που διενεργούνται στο πλαίσιο δράσεων ανίχνευσης.

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα όμως, στην ανάλογη διάσταση της κλίμακας SCL-90-R, σημειώνουν αύξηση το διάστημα της λοχείας, αλλά υποχωρούν και φτάνουν στα επίπεδα πριν την κύηση, όταν περνούν έξι μήνες μετά τον τοκετό. Αντίστοιχα είναι και τα αποτελέσματα από την κλίμακα BDI, τα οποία δείχνουν μια μικρή αύξηση των αναφερόμενων συμπτωμάτων το διάστημα της λοχείας, που μειώνονται, όμως, στο διάστημα μέχρι και τους έξι μήνες, φτάνοντας μάλιστα σε ακόμα χαμηλότερα επίπεδα από αυτά της κύησης. Αντίθετα, η κλίμακα EPDS, καταγράφει σταδιακή μείωση από την περίοδο της κύησης μέχρι την περίοδο του εξαμήνου μετά τον τοκετό, που εμφανίζεται και ο χαμηλότερος μέσος όρος. Το εύρημα που αποτυπώνει εντονότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία στην εγκυμοσύνη και σταδιακή μείωση μετά τον τοκετό, επιβεβαιώνει τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών που χρησιμοποιούν ως εργαλείο ανίχνευσης την EPDS (Johanson et al., 2000. Heron et al., 2009). Οι συγκεκριμένες έρευνες καταλήγουν ότι, η περίοδος αυξημένου ρίσκου για την εμφάνιση κατάθλιψης είναι μάλλον η εγκυμοσύνη και όχι τόσο η λοχεία. Η σταδιακή μείωση της συμπτωματολογίας, σε συνάρτηση με τις απαντήσεις των γυναικών στις συνεντεύξεις, οι οποίες δηλώνουν ότι αντλούν χαρά από τη μητρότητα και τη σχέση με το παιδί παρά τις όποιες δυσκολίες, επιβεβαιώνει τα πορίσματα προηγούμενων ερευνών (Eberhard-Gran et al., 2002), που μιλούν για «ψυχοπροφυλακτική» επίδραση της παρουσίας του παιδιού. Δεν θα πρέπει ωστόσο να παραγνωρίζουμε την επίδραση που ασκούν διάφορες δυσκολίες κατά τη διάρκεια της κύησης, που αφορούν μάλιστα την έκβαση της κύησης και την υγεία της γυναίκας και του εμβρύου, στην εμφάνιση συμπτωμάτων. Ίσως λοιπόν η ύφεση της αναφερόμενης συμπτωματολογίας μετά τον τοκετό να αποτελεί αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης της ψυχοπροφυλακτικής επίπτωσης του παιδιού, καθώς και της άρσης της επικινδυνότητας και των δυσκολιών που συνόδευαν την κύηση. Η υπόθεση αυτή θα πρέπει να ελεγχθεί περαιτέρω.

*

Ο βαθμός συσχέτισης των μετρήσεων των κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν για να εξετάσουν την ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων στις τρεις φάσεις της έρευνας είναι χαμηλός έως μέτριος. Το εύρημα αυτό αντανακλά διαφορές μεταξύ των κλιμάκων ως προς την εγκυρότητα μετρήσεων που λαμβάνουν χώρα κατά την περιγεννητική περίοδο και δημιουργεί προβληματισμό αναφορικά με την ανίχνευση, την αποτελεσματικότητά της, τις πτυχές της κατάθλιψης που ενδέχεται να μετρά κάθε διαφορετική κλίμακα, τη διαφυγή περιπτώσεων πάσχοντος πληθυσμού, αλλά και την πιθανότητα να λανθασμένων διαγνώσεων.

Πιο συγκεκριμένα, η EPDS, που θεωρείται το κατεξοχήν εργαλείο μέτρησης της επιλόχειας κατάθλιψης, δεν ανιχνεύει την αύξηση που σημειώνεται στην BDI την αντίστοιχη περίοδο. Οι μετρήσεις της EPDS εμφανίζουν μέτρια συνάφεια με την κλίμακα BDI, με μόνη εξαίρεση τη μέτρηση στους έξι μήνες μετά τον τοκετό, που παρατηρείται μείωση της αναφερόμενης συμπτωματολογίας στις κλίμακες και ο βαθμός συνάφειας αυξάνει. Σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες (Μωραΐτου & Γαλανάκης, 2006), η χρήση της BDI για την ανίχνευση της συμπτωματολογίας της επιλόχειας κατάθλιψης χρειάζεται προσεκτική ερμηνεία, εφόσον θα πρέπει να ληφθεί υπόψη, ότι την περίοδο της λοχείας παρατηρείται μια επικάλυψη των καταθλιπτικών συμπτωμάτων από τις φυσιολογικές αλλαγές στον ύπνο, την όρεξη, τη σεξουαλική διάθεση και το αίσθημα κόπωσης, τα οποία αποτελούν κοινά χαρακτηριστικά τόσο της κατάθλιψης όσο και της λοχείας. Από την άλλη, η EPDS δεν αποτιμά τόσο σκέψεις αυτοκαταστροφικές, ανησυχίας και φόβου και δεν εξετάζει θέματα, όπως η αφόρητη μοναξιά, η αδυναμία συγκέντρωσης και η απώλεια ελέγχου των συναισθημάτων. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας υποστηρίζουν τη διαφοροποίηση που είχε σημειωθεί και στην έρευνα των Μωραΐτου και Γαλανάκη, όπου, κατά την περίοδο της λοχείας η EPDS ανίχνευε μικρότερα ποσοστά κατάθλιψης από αυτά της BDI, χωρίς ωστόσο να σημειώνεται σημαντική διαφοροποίηση. Συνεξετάζοντας την υψηλότερη συνάφεια των δύο κλιμάκων στους έξι μήνες, μπορούμε να υποθέσουμε ότι, τα υψηλότερα ποσοστά που σημειώνει η BDI στη λοχεία, αφορούν τις αλλαγές που αναφέρουν οι λεχωίδες στον ύπνο, την απώλεια των κιλών της κύησης και την κόπωση, τα οποία δεν συνιστούν κλινικές ενδείξεις. Η σταθεροποίηση αυτών των αλλαγών έξι μήνες μετά, ευθύνεται ίσως για την αύξηση της συνάφειας μεταξύ των κλιμάκων.

*

Αναφορικά με την αγχώδη συμπτωματολογία, παρατηρείται συσχέτιση με τα συμπτώματα πριν και κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου. Τα αγχώδη συμπτώματα είναι πιο έντονα στην κύηση, έχουν υψηλότερη συνάφεια με τα αγχώδη συμπτώματα κατά την περίοδο της λοχείας, και σημειώνουν σταδιακή μείωση μετά τον τοκετό, σύμφωνα με τις μετρήσεις της SCL-90-R. Θα πρέπει ωστόσο να ληφθεί υπόψη, ότι για τις απαντήσεις που δόθηκαν στη λοχεία, η κατανομή δεν είναι κανονική. Το περιστασιακό άγχος που συνδέεται με στρεσογόνες καταστάσεις, είναι ελαφρώς αυξημένο κατά την περίοδο της λοχείας, και μειώνεται στους έξι μήνες σε επίπεδα χαμηλότερα και από αυτά της κύησης. Η αύξηση περιστασιακού άγχους που σχετίζεται με στρεσογόνα γεγονότα στις νέες μητέρες, επιβεβαιώνει ευρήματα προηγούμενης έρευνας σε πληθυσμό ελληνίδων (Giakoumaki et al., 2009). Αντίθετα, το δομικό άγχος που αντανακλά περισσότερο χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, δεν παρατηρούνται ιδιαίτερες διαφορές.

Αντίστοιχα, χαμηλή και μέτρια συσχέτιση παρατηρείται ανάμεσα στις κλίμακες ή/και τις διαστάσεις των κλιμάκων που μετρούν το άγχος. Το ερωτηματολόγιο STAI μετρά δύο διαφορετικές διαστάσεις του άγχους a priori. Ωστόσο, παρατηρούμε ότι, η διάσταση του περιστασιακού άγχους έχει χαμηλή συσχέτιση με τη διάσταση των αγχωδών συμπτωμάτων του SCL. Φαίνεται ότι η διάσταση του άγχους της κλίμακας SCL-90-R, μελετάει σε μεγαλύτερο βαθμό συμπτώματα που εμπίπτουν στην κατηγορία του άγχους που ενυπάρχει στην προσωπικότητα, παρά συμπτώματα που σχετίζονται με περιστασιακές καταστάσεις. Αν λάβουμε υπόψη ότι το περιστασιακό άγχος είναι αυτό που απασχολεί περισσότερο τις γυναίκες στη λοχεία σύμφωνα με τις μετρήσεις της έρευνας, θα μπορούσαμε να αιτιολογήσουμε το εύρημα βάσει του ότι, η γυναίκα αντιμετωπίζει για μικρό χρονικό διάστημα παράγοντες που αυξάνουν τα επίπεδα περιστασιακού άγχους κατά τη λοχεία, οι οποίοι δεν επενεργούν στις υπόλοιπες φάσεις μέτρησης. Χρειάζονται μελλοντικές έρευνες για να διερευνηθούν κατά πόσο οι γυναίκες με περιστασιακό άγχος κατά τη λοχεία, συνιστούν πληθυσμό κινδύνου μόνο όταν χρειάζεται να προσαρμοστούν σε μεταβατικές περιόδους ζωής.

Επίσης, οι γυναίκες που αναφέρουν περισσότερα σωματικά συμπτώματα κατά την κύηση, φαίνεται να έχουν υψηλότερα επίπεδα περιστασιακού άγχους, όχι μόνο κατά τη διάρκεια της κύησης, αλλά και αργότερα, όταν έχουν γεννήσει (λοχεία, εξάμηνο). Η αύξηση του περιστασιακού άγχους τη χρονική περίοδο που περιβάλλει τον τοκετό, συνιστά εύρημα που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον σχεδιασμό

προγραμμάτων ψυχοπροφυλακτικής αφενός, και αφετέρου στην ενθάρρυνση της γυναίκας για αναζήτηση πρακτικής υποστήριξης από τους οικείους.

Καταλήγοντας, παρατηρούμε ότι η κύηση και το διάστημα της λοχείας είναι η περίοδος, που κατά τη διάρκειά της δρουν παράγοντες ικανοί να αυξήσουν τα καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα, των οποίων η δράση ανακόπτεται ή περιορίζεται στο χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από τη λοχεία έως και τους έξι μήνες μετά τον τοκετό.

A.2. Λοιπά συμπτώματα

Σωματοποίηση. Η μεγαλύτερη δυσφορία από σωματικά συμπτώματα εκδηλώνεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Το εύρημα επιβεβαιώνει προηγούμενες έρευνες στις οποίες έχει βρεθεί ότι, οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα με την κύηση, με πιο συνήθη τον κίνδυνο πρόωρου τοκετού, την αυξημένη αρτηριακή πίεση, τον διαβήτη, τον μειωμένο ρυθμό εμβρυική ανάπτυξης και τις παθολογίες του αμνιακού υγρού, σημειώνουν μεγαλύτερη βαθμολογία κυρίως στις διαστάσεις της σωματοποίησης, του άγχους, του ιδεοψυχαναγκασμού και της κατάθλιψης (Bjelanović et al., 2012). Ωστόσο, πολλές από τις δηλώσεις που απαρτίζουν την κλίμακα της σωματοποίησης, συνιστούν συνήθη συμπτώματα της κύησης, όπως η τάση για λιποθυμία ή ζάλη, οι πόνοι στη μέση, η ναυτία, οι πόνοι στους μύες, η δύσπνοια, τα μούδιασμα στο σώμα και η αδυναμία. Στις λιγοστές έρευνες που έχουν εξετάσει τα σωματικά συμπτώματα ως πιθανούς παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, έχει φανεί ότι οι έγκυες με συμπτώματα άγχους ή και κατάθλιψης, αναφέρουν περισσότερα σωματικά συμπτώματα, σε σύγκριση με όσες δεν εμφανίζουν κάποιας μορφής ψυχική παθολογία (Apter et al., 2013. Kelly et al., 2001). Η ψυχοσωματική διάσταση της υπερέμεσης στην κύηση έχει μελετηθεί από ψυχαναλυτές (Deutsch, 1945), και υπάρχουν λιγοστές ενδείξεις που συσχετίζουν την ψυχιατρική συμπτωματολογία με το σωματικό αυτό φαινόμενο της κύησης (Swallow et al., 2004). Ενδεχομένως, η αναφορά έντονων σωματικών συμπτωμάτων κατά την κύηση, να συγκαλύπτει καταθλιπτική και αγχώδη συμπτωματολογία (Cohen, R. L., 1988), υπόθεση που χρειάζεται περεταίρω διερεύνηση, εφόσον η επιβεβαίωση μιας τέτοιας υπόθεσης θα ήταν καθοριστική για την ανίχνευση ΠΨΔ.

Ψυχαναγκασμός-Καταναγκασμός. Τα ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα έχουν συνάφεια σε όλες τις φάσεις μέτρησης της έρευνας, αντανακλώντας μια

συνιστώσα που αφορά μάλλον ένα σταθερό στοιχείο της προσωπικότητας, και όχι μια συμπτωματολογία που επηρεάζεται από τη γενική ιατρική κατάσταση της κυοφορίας. Ωστόσο, ο μέσος όρος των απαντήσεων και στις τρεις μετρήσεις είναι υψηλότερος από την εκτίμηση της γυναίκας για τον εαυτό της πριν την κύηση. Η διαφορά αυτή δείχνει ότι οι έγκυες εκτιμούσαν ότι, πριν την περίοδο της κύησης είχαν λιγότερες επίμονες, ανεπιθύμητες και δυστονικές προς το εγώ σκέψεις, παρορμήσεις και συμπεριφορές. Το εύρημα επιβεβαιώνει τα πορίσματα προηγούμενων ερευνών που εντοπίζουν κλινικές και υποκλινικές εκδηλώσεις κατά την περιγεννητική περίοδο (Zambaldi et al., 2009. Bauer et al., 2014), που σε κάποιες περιπτώσεις αποτελούν υποτροπή ή έξαρση προϋπαρχόντων συμπτωμάτων, κυρίως κατά τη λοχεία (Brandes et al., 2004).

Κάποιες χαρακτηριστικές δηλώσεις που απαρτίζουν τη διάσταση «Ψυχαναγκασμός – Καταναγκασμός», συνιστούν κοινές δηλώσεις και ανησυχίες των γυναικών που διανύουν την περιγεννητική περίοδο, σύμφωνα με την ανάλυση περιεχομένου της παρούσας έρευνας, αλλά και σύμφωνα με πορίσματα της βιβλιογραφίας. Παραδείγματος χάρη, οι επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις για την υγεία και την ασφάλεια του παιδιού και άλλων αγαπημένων, εξάγεται αφενός από την ανάλυση περιεχομένου, αφετέρου έχει διατυπωθεί η άποψη, ότι συνιστά φυσιολογική εκδήλωση, εφόσον εμφανίζεται στο 69% των νέων μητέρων (Fairbrother & Woody, 2008). Η δυσφορία για την ακαταστασία εμφανίζεται συχνά στην παρούσα έρευνα και φαίνεται να αποτελεί στοιχείο της προσωπικότητας αρκετών γυναικών, που αρέσκονται στην τάξη και την καθαριότητα, και καλούνται να αρκестούν σε λιγότερο ιδανικές συνθήκες μετά τον τοκετό, εξαιτίας της έλλειψης χρόνου ή και πρακτικής υποστήριξης. Ωστόσο, αυτή η δήλωση δεν συγκεντρώνει τόσες κωδικοποιήσεις στην παρούσα έρευνα.

Διαπροσωπική Ευαισθησία. Η διάσταση αυτή επίσης φαίνεται να αντανακλά ένα μάλλον σταθερό στοιχείο της προσωπικότητας, αν συνεκτιμήσουμε την ύπαρξη συνάφειας στις μετρήσεις της πριν την κύηση και σε όλη τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου. Η διάσταση αυτή αφορά σε συναισθήματα ανεπάρκειας, μειονεξίας και κατωτερότητας κατά τη σύγκριση του εαυτού με τους άλλους στο επίπεδο της διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης. Ενδιαφέρον προκαλεί η μικρή μείωση που σημειώνεται στην εν λόγω διάσταση μετά τον τοκετό, όπου ενδέχεται να επιδρά ψυχοπροφυλακτικά ή γέννηση του παιδιού ή και να βιώνεται ως επιτυχία της γυναίκας. Μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να ελέγξει τη μείωση της διαπροσωπικής ευαισθησίας σε σχέση με την επίτευξη του προσδοκώμενου τρόπου τοκετού και την εγκαθίδρυση του θηλασμού.

Η διάσταση «διαπροσωπική ευαισθησία» εμφανίζει μέτρια έως υψηλή συσχέτιση με την κατάθλιψη και στις τρεις μετρήσεις της έρευνας, με όλες τις κλίμακες που μετρούν καταθλιπτική συμπτωματολογία, υπογραμμίζοντας τη σχέση της αίσθησης μειονεξίας και ανεπάρκειας στη σύγκριση του εαυτού με τους άλλους και της κατάθλιψης. Το εύρημα επιβεβαιώνει τα πορίσματα προηγούμενων ερευνών που υποδεικνύουν το χαμηλό αυτοσυναίσθημα και τον νευρωτισμό, που δεν ταυτίζονται αλλά εμπεριέχονται στη διαπροσωπική ευαισθησία, ως σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης (Lee et al., 2000. Robertson et al., 2004. Howell et al., 2006. O'Hara et al., 2014). Η παρούσα έρευνα έρχεται να προσθέσει την παρουσία συμπτωμάτων διαπροσωπικής ευαισθησίας, όχι μόνο μετά τον τοκετό, αλλά και κατά τη διάρκεια της κύησης, τονίζοντας την αναγκαιότητα για προσθήκη αυτής στα μοντέλα ανίχνευσης.

Συμπτώματα από τις διαστάσεις «Θυμός», «Φοβικό άγχος», «Ψυχωτισμός», «Παρανοειδής Ιδεασμός». Ως προς τη διάσταση «θυμός – επιθετικότητα», παρατηρούμε ότι οι γυναίκες αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους λιγότερο θυμωμένο και επιθετικό μετά τον τοκετό. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δείξουμε στο εύρημα της ευερεθιστότητας, εφόσον η βιβλιογραφική ανασκόπηση αναδεικνύει την παρουσία της στην υποκλινική εικόνα της κατάθλιψης κατά την περιγεννητική περίοδο. Το σύμπτωμα αυτό αναφέρεται και στις απαντήσεις των γυναικών στις ερωτήσεις της συνέντευξης και ενδέχεται να συγκαλύπτει καταθλιπτική συμπτωματολογία. Αξίζει να υπενθυμιστεί η πρόταση ερευνητών για χρήση του όρου «επιλόχεια διαταραχή της διάθεσης» αντί του «επιλόχεια κατάθλιψη», εφόσον το άγχος και η ευερεθιστότητα εντοπίζονται πιο συχνά από την καταθλιπτική συμπτωματολογία στη λοχεία (Hendrick et al., 2000. Henshaw et al., 2009). Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας υπογραμμίζουν την ανάγκη για διερεύνηση των συμπτωμάτων σε μεγαλύτερα δείγματα κατά τη διάρκεια της κύησης.

Οι βαθμολογίες στις διαστάσεις «φοβικό άγχος» και «ψυχωτισμός» είναι σημαντικά χαμηλά σε όλες τις φάσεις της περιγεννητικής περιόδου, δείχνοντας την απουσία φοβικών και ψυχωτικού τύπου συμπτωμάτων στη συγκεκριμένη περίοδο. Ωστόσο, η μη κανονικότητα της κατανομής δεν βοηθά την ερμηνεία του ευρήματος, το οποίο ενδεχομένως να σχετίζεται με το συγκεκριμένο δείγμα και να μην επιδέχεται γενίκευση. Ως προς τη διάσταση του παρανοειδούς ιδεασμού, παρατηρείται υψηλή συσχέτιση στις εκτιμήσεις των γυναικών πριν την έλευση του παιδιού, ενώ ο μέσος όρος της βαθμολογίας μειώνεται μετά τον τοκετό. Και σε αυτή την περίπτωση, η μη κανονικότητα της κατανομής δεν υποστηρίζει ερμηνευτικές προσεγγίσεις. Ο μικρός αριθμός του δείγματος της παρούσας έρευνας εξηγεί πιθανότατα την απουσία τέτοιων συμπτωμάτων, τα οποία έχουν μικρότερη πληθυσμιακή επικράτηση.

Εν κατακλείδι, παρατηρούμε ότι, τα συμπτώματα τους άγχους και της κατάθλιψης, λοιπά συμπτώματα από όλο το φάσμα της ψυχοπαθολογίας και ο βαθμός ενόχλησης της γυναίκας από αυτά, μειώνονται σημαντικά μετά τον τοκετό. Θα μπορούσαμε να πούμε, είτε ότι η έλευση του παιδιού επιφέρει αλλαγές που δρουν υποστηρικτικά για τη γυναίκα, είτε ότι μετά τον τοκετό σταματούν να επιδρούν κάποιοι παράγοντες που ενέτειναν την αναφερόμενη συμπτωματολογία, που στις περισσότερες περιπτώσεις υποχωρεί και η γυναίκα επανέρχεται στα συνήθη για αυτήν επίπεδα. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει τα πορίσματα προηγούμενων ερευνών που έχουν στρέψει την προσοχή τους στην προγεννητική συμπτωματολογία (Johanson et al., 2000. Heron et al., 2009). Είναι εξαιρετικά σημαντικό να ληφθεί υπόψη για τον

σχεδιασμό δράσεων παρέμβασης από την περίοδο της κύησης, αλλά και στην εθνική πολιτική για την περιγεννητική υγεία.

B. Παράγοντες κινδύνου

Παρόλη την κρισιμότητα του ζητήματος της ψυχικής υγείας κατά την περιγεννητική περίοδο, η έρευνα στο εν λόγω πεδίο στην Ελλάδα, τα τελευταία χρόνια μόνο έχει αρχίσει να ανθίζει. Ένας από τους βασικούς στόχους της παρούσας έρευνας ήταν, ο έλεγχος των υποθέσεων που αφορούν παράγοντες κινδύνου, που έχουν σχετισθεί με την εμφάνιση όχι μόνο κατάθλιψης, αλλά και άλλων συμπτωμάτων, σε πληθυσμό Ελληνίδων. Ένας επιπλέον στόχος ήταν η διερεύνηση της σχέσης των παραγόντων αυτών με υποκλινικά συμπτώματα, χωρίς δηλαδή να πληρούνται τα διαγνωστικά κριτήρια κάποιας διαταραχής.

Επιπλέον, η παρούσα έρευνα στόχευε στην παρακολούθηση των αλλαγών στα αναφερόμενα συμπτώματα σε τρεις διαφορετικές χρονικές στιγμές της περιγεννητικής περιόδου (κύηση, λοχεία, έξι μήνες μετά τον τοκετό), καθώς και στον εντοπισμό των παραγόντων που επιδρούν σε κάθε διαφορετική μέτρηση.

B.1. Σύνολο κωδικοποιήσεων με θετική, αρνητική και ουδέτερη φόρτιση των απαντήσεων των γυναικών στις συνεντεύξεις της έρευνας

Οι απαντήσεις των γυναικών στις συνεντεύξεις της έρευνας «χρωματίστηκαν» διαφορετικά κατά την κωδικοποίηση, ώστε να εκφράζουν τις θετικές, αρνητικές και ουδέτερες απαντήσεις των γυναικών. Η δυνατότητα αυτή παρέχεται από το λογισμικό MAXQDA, το οποίο μπορεί να οπτικοποιήσει τα προφίλ των υποκειμένων ανά μέτρηση και ανά χρώμα, δίνοντας μια άμεση εικόνα της συγκέντρωσης αρνητικά και θετικά φορτισμένων απαντήσεων³⁴. Ενδιαφέρον προκαλεί το εύρημα ότι, οι γυναίκες που συγκέντρωναν περισσότερες κωδικοποιήσεις με θετική φόρτιση, σύμφωνα με την ανάλυση περιεχομένου στη συνέντευξη της λοχείας και έξι μήνες μετά τον τοκετό, είχαν μειωμένα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους στην κύηση, και αργότερα στο εξάμηνο. Επομένως, όταν ο λόγος των γυναικών διαπνέεται από θετικότερες εκτιμήσεις για τις εμπειρίες, τις σχέσεις και τα βιώματα, φαίνεται να υπάρχει

³⁴ Βλ. και Μέθοδο, για την κωδικοποίηση μέσω λογισμικού MAXQDA.

μικρότερος κίνδυνος εμφάνισης ψυχικών διαταραχών στην περιγεννητική περίοδο. Αντίστροφα, όταν ο λόγος των γυναικών χαρακτηρίζεται από δηλώσεις και εκτιμήσεις με αρνητική φόρτιση σε όλη τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου, είναι πιθανό να συνυπάρχουν αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα κυρίως έξι μήνες μετά τον τοκετό.

Οι διαστάσεις άγχους και κατάθλιξης του SCL φαίνονται καταλληλότερες στο να εντοπίζουν τις γυναίκες που εκφράζουν μια γενικότερη αρνητική εκτίμηση, την περίοδο της κύησης και της λοχείας. Το STAI χαμηλή μόνο συσχέτιση έχει με τις αρνητικές διατυπώσεις στην κύηση και τη λοχεία και η BDI δεν φαίνεται κατάλληλη να εντοπίσει τις γυναίκες και στις τρεις φάσεις της περιγεννητικής περιόδου. Η EPDS δημιουργεί ερωτηματικά για την καταλληλότητά της να ανιχνεύσει τη δυσφορία γυναικών που χρησιμοποιούν περισσότερες αρνητικές διατυπώσεις στις απαντήσεις στη συνέντευξη της κύησης. Αντίθετα, στους έξι μήνες, είναι η μόνη που εμφανίζει μέτρια συνάφεια με τον αριθμό των αρνητικών κωδικοποιήσεων. Με άλλα λόγια, το σύνολο της κωδικοποίησης των απαντήσεων με αρνητική φόρτιση των συμμετεχουσών, ανιχνεύεται περισσότερο από την κλίμακα της κατάθλιξης του SCL-90-R κατά την κύηση και τη λοχεία, από τη διάσταση του άγχους κατά την κύηση, και λιγότερο από τη διάσταση του δομικού άγχους στην κύηση και τη λοχεία. Τέλος, ανιχνεύεται από την EPDS στους έξι μήνες. Περαιτέρω έρευνα χρειάζεται για να εντοπιστούν οι επιμέρους ερωτήσεις – δηλώσεις των κλιμάκων που εμφανίζουν μεγαλύτερη συνάφεια με τις αρνητικές κωδικοποιήσεις των γυναικών. Θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι, επειδή ακριβώς υπάρχει πολυμορφία στον τρόπο εκδήλωσης των συμπτωμάτων δυσφορίας, κυρίως σε μια περίοδο που το σώμα υφίσταται πρωτόγνωρες αλλαγές όπως στην κύηση και το πρώτο διάστημα μετά τον τοκετό, μια κλίμακα που να μπορεί να καταγράψει συμπτωματολογία από όλο το φάσμα των ψυχικών διαταραχών, είναι πολύ πιο πιθανό να συλλάβει συμπτώματα, που δεν έχουν ακόμα παγιωθεί σε μια κλινική εικόνα.

Τέλος, ενδιαφέρον προκαλεί και το εύρημα ότι, ο αριθμός των απαντήσεων με ουδέτερη φόρτιση στους έξι μήνες μετά τον τοκετό, έχουν μέτρια αρνητική συσχέτιση με την κλίμακα του Beck στην κύηση και στους έξι μήνες, όπως επίσης και ότι ο αριθμός των απαντήσεων με ουδέτερη φόρτιση στη λοχεία και τους έξι μήνες, έχει μέτρια αρνητική συσχέτιση με την EPDS στη λοχεία και τους έξι μήνες αντίστοιχα. Το γεγονός αυτό δείχνει ότι, οι γυναίκες οι οποίες αποδέχονται τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν, ως συνέπεια των επιλογών τους, χωρίς παράλληλα να αναφέρουν

κάποια ενόχληση, εμφανίζουν σε μικρότερο βαθμό συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης.

Τα ευρήματα που αφορούν τις δηλώσεις με αρνητική φόρτιση των γυναικών, μπορούν να συμβάλλουν στην εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας, της οικογένειας και της ευρύτερης κοινότητας, στον εντοπισμό και την αναγνώριση γυναικών που εκφράζουν μια γενικότερη δυσφορία για τη ζωή τους, πίσω από την οποία ενδεχομένως κρύβεται κάποια ψυχική διαταραχή η οποία χρήζει παρέμβασης. Μάλιστα, φαίνεται ότι η δυσφορία εκτείνεται σε όλη την περιγεννητική περίοδο, επισείοντας την προσοχή για ενδεχόμενη παγίωση ψυχικής διαταραχής. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν με αυτά που προκύπτουν από μια ιδιαίτερα καινοτόμα έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την ερευνητική ομάδα της Microsoft το 2013 (De Choudhury et al., 2013). Οι ερευνητές εντόπισαν και μελέτησαν δηλώσεις των γυναικών διαχρονικά, πριν και μετά τον τοκετό, από τις αναρτήσεις τους στο Twitter. Μέσα από τις αλλαγές στα αναφερόμενα συναισθήματα, στην κοινωνικότητα, και μέσω του γλωσσικού ύφους που εξετάζει το πώς ο λόγος χρησιμοποιείται από τα υποκείμενα και σχετίζεται με τη συμπεριφορά, οι ερευνητές εντόπισαν ότι, μπορεί να μεταφερθούν πληροφορίες ικανές να προβλέψουν σε ένα ποσοστό 80-83% αλλαγές που μπορεί να λάβουν χώρα μετά τον τοκετό, σχετιζόμενες με περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές (ΠΨΔ). Η ερευνητική ομάδα θεωρεί ότι, αυτές οι αλλαγές από τη μια φάση της περιγεννητικής περιόδου στην άλλη, συνιστούν πρώιμα σημάδια κάποιας διαταραχής. Αποκαλούν, δε τον δείκτη πρόβλεψης που εξάγεται από την έρευνά τους “PPD risk score”. Ο δείκτης αυτός δεν προορίζεται για την πρόβλεψη της επιλόχειας κατάθλιψης, αλλά για την πρόβλεψη του βαθμού επικινδυνότητας για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης.

Το ενδιαφέρον είναι ότι, ακόμα και με τη βοήθεια των νέων τεχνολογιών και του διαδικτύου, συντελείται μια στροφή της έρευνας στον λόγο και τον ιδιαίτερο τρόπο που αυτός χρησιμοποιείται από κάθε άτομο για να εκφραστούν υποκειμενικές θέσεις και συναισθήματα. Το μοντέλο που προτείνεται από τη συγκεκριμένη ερευνητική ομάδα, εξετάζει τις ενδοατομικές αλλαγές, χωρίς τη χρήση ψυχομετρικών εργαλείων, αλλά μέσα από τις αυθόρμητες δηλώσεις των γυναικών στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Εκτιμάται ότι οι γυναικολόγοι, μαίες, παιδιάτροι κλπ., που έρχονται σε επαφή με γυναίκες που διανύουν την περιγεννητική περίοδο, πέραν της ανίχνευσης που θα μπορούσαν να πραγματοποιήσουν με τη βοήθεια ψυχομετρικών εργαλείων, θα πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίσουν τη δυσφορία των γυναικών, όπως αυτή εκφράζεται

στον αυθόρμητο λόγο τους, ώστε να παραπέμψουν στην κατάλληλη ειδικότητα. Προς αυτή την κατεύθυνση, η παρούσα έρευνα, η οποία προσεγγίζει τον λόγο των γυναικών με ανάλογο τρόπο, εντοπίζοντας δηλαδή τις απαντήσεις που εκφράζουν ικανοποίηση και ευχαρίστηση ή αντίθετα δυσφορία, μπορεί να συμβάλει στην εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας, αντλώντας ενδεικτικά παραδείγματα λεκτικών διατυπώσεων από την τράπεζα απαντήσεων των γυναικών.

B.2. Παράγοντες που σχετίζονται με το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό

B.2.1. Προβλήματα και δυσκολίες κατά την παιδική ηλικία

Πέραν των πληροφοριών που προήλθαν από τη λήψη ατομικού ιστορικού, η έρευνα εμβάθυνε μέσω της ποιοτικής ανάλυσης που πραγματοποιήθηκε στο υλικό της συνέντευξης, σε πληροφορίες από την ιστορία των συμμετεχουσών και προσπάθησε να διερευνήσει την επιρροή των εμπειριών της παιδικής ηλικίας, των σχέσεων με τους γονείς και την ύπαρξη οικογενειακού ψυχιατρικού ιστορικού, στην εμφάνιση συμπτωμάτων στην ενήλικη ζωή.

Σύμφωνα με τα ευρήματα, οι γυναίκες που αντιμετώπισαν προβλήματα κατά την παιδική ηλικία, παρουσιάζουν αύξηση στο σύνολο των συμπτωμάτων και στον βαθμό ενόχλησης από αυτά, και στις τρεις φάσεις της έρευνας. Συγκεκριμένα, παρατηρείται αύξηση συμπτωμάτων από το αγχώδες και καταθλιπτικό φάσμα, ευλωτότητα στα αρνητικά γεγονότα ζωής, προϋπάρχουσες δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις, αλλά και στην αλληλεπίδραση με το παιδί έξι μήνες μετά τον τοκετό.

Από την ανάλυση περιεχομένου προέκυψε ότι, τα προβλήματα που ανέφεραν οι γυναίκες του δείγματος αφορούν δυσάρεστες εμπειρίες των παιδικών χρόνων, εξαιτίας δυσκολιών στις σχέσεις με τους γονείς, της απόμακρης συναισθηματικής στάσης των γονιών, της απουσίας επικοινωνίας, τρυφερότητας, των εντάσεων, της πολύωρης απουσίας λόγω εργασίας, αλλά και εξ αιτίας συγκρούσεων και εντάσεων στη σχέση μεταξύ των γονέων. Αναφέρθηκαν περιπτώσεις που οι γονείς πήραν διαζύγιο, αλλά και περιπτώσεις που υπήρξε βία και σωματική κακοποίηση των γονιών προς το παιδί, και των γονιών μεταξύ τους. Επίσης, αναφέρθηκαν περιπτώσεις που οι γονείς πολύ πιθανό να υπέφεραν από προβλήματα ψυχικής υγείας, χωρίς να είχαν

διαγνωσθεί. Τέλος, υπήρξαν γυναίκες που ανέφεραν σοβαρά ιατρικά προβλήματα για τις ίδιες όταν ήταν παιδιά ή και για τους γονείς, που σε μία περίπτωση μάλιστα οδήγησε σε θάνατο της μητέρας³⁵. Ωστόσο, το μέγεθος του δείγματος δεν επιτρέπει τη γενίκευση των παραπάνω θεματικών, αλλά θέτει έναν προβληματισμό για περαιτέρω μελέτη, προκειμένου να διερευνηθεί οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις των συγκεκριμένων προβλημάτων στην ενηλικίωση. Το ιστορικό κακοποίησης στην παιδική ηλικία έχει επισημανθεί ως παράγοντας κινδύνου και σε προηγούμενες έρευνες (Austin, 2003. Gaillard et al., 2014. Leigh & Milgrom, 2008. Ryan et al., 2005). Επιπλέον έχει φανεί ότι, η ελλιπής φροντίδα και η αποστέρηση της μητέρας (Austin, 2003. Gonidakis et al., 2008), και γενικότερα, η εκτίμηση του ατόμου, ότι οι γονείς του υπήρξαν αδιάφοροι, το παραμελούσαν ή δεν ήταν τρυφεροί και στοργικοί κατά την παιδική ηλικία, συμβάλλει στη διαμόρφωση μιας ευάλωτης προς την κατάθλιψη, το άγχος και τα υποκλινικά συμπτώματα, προσωπικότητας (Beck, 1967, Blatt, Wein, Chevron, & Quinlan, 1979 στο Mayes & Leckman, 2007).

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας φαίνεται να επιβεβαιώνουν πλήρως τις αρχικές υποθέσεις και, κατ' επέκταση τα πορίσματα προηγούμενων ερευνών που επισημαίνουν, όχι μόνο τη συσχέτιση με την παρουσία συμπτωμάτων κατά την περιγεννητική περίοδο, αλλά μάλλον τη διαμόρφωση μιας ευάλωτης προς την κατάθλιψη, το άγχος και τα υποκλινικά συμπτώματα προσωπικότητας (Mayes & Leckman, 2007), αν συνεξετάσουμε τα αποτελέσματα των μετρήσεων του SCL-90-R για τα συμπτώματα που προϋπήρχαν της εγκυμοσύνης. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι τα ευρήματα συμβαδίζουν με την ψυχαναλυτική θεωρία, που υποστηρίζει τη σημασία των εμπειριών της παιδικής ηλικίας στη αιτιογένεση των συμπτωμάτων και των ψυχικών διαταραχών. Επιπλέον, τα ευρήματα φαίνεται να συμβαδίζουν με τα πορίσματα για τις επιπτώσεις, οι οποίες ανιχνεύονται αργότερα στα παιδιά και τους εφήβους, ως αποτέλεσμα της μακροχρόνιας έκθεσης στην ψυχική διαταραχή των γονιών τους³⁶. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας αποτελούν ενδείξεις για την επέκταση των επιπτώσεων πέραν της εφηβείας, στην ενήλικη ζωή.

Η συμπερίληψη ερωτήσεων για την ύπαρξη προβλημάτων κατά την παιδική ηλικία στο ατομικό ιστορικό που λαμβάνουν οι επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με αντίστοιχους πληθυσμούς γυναικών, μπορεί να συμβάλλει στην ανίχνευση

³⁵ Βλ. παρακάτω, Γεγονότα ζωής.

³⁶ Βλ. αντίστοιχο κεφάλαιο στην εισαγωγή.

όσων έχουν αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης ΠΨΔ. Επιπλέον, η αναφορά από τις έγκυες τέτοιων προβλημάτων στο ατομικό ιστορικό τους, θα μπορούσε να αποτελέσει κατευθυντήρια γραμμή για την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση.

*

Αντίθετα, ως διακριτός παράγοντας κινδύνου, η ύπαρξη οικογενειακού ψυχιατρικού ιστορικού δεν φάνηκε να αλληλεπιδρά με την εμφάνιση ψυχιατρικών συμπτωμάτων στις γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα, με εξαίρεση τη διάσταση της κατάθλιψης του SCL-90-R στην κύηση, εύρημα που δεν αρκεί για να αποφανθούμε για την ύπαρξη σημαντικής επίδρασης. Σύμφωνα με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, το οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό έχει χαμηλή συσχέτιση με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατά την περιγεννητική περίοδο. Μάλιστα, υπάρχουν έρευνες που δεν επιβεβαιώνουν την ισχύ του ως προβλεπτικού παράγοντα (Dennis et al., 2006), κάτι που διαπιστώνεται και στην παρούσα έρευνα. Ωστόσο, η μη διαφοροποίηση των γυναικών ως προς την παρουσία ή όχι οικογενειακού ψυχιατρικού ιστορικού, σε αντίθεση με τη διαφοροποίηση στις περιπτώσεις αναφοράς προβλημάτων κατά την παιδική ηλικία μπορεί να οφείλεται στο ότι, η παρουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους, ευερεθιστότητας, εντάσεων και βίας από τον πατέρα ή τη μητέρα, δεν έγινε ποτέ αντιληπτή ως ψυχική διαταραχή και δεν αναφέρθηκε ως τέτοια από τις συμμετέχουσες.

*

Οι γυναίκες που εκτιμούν ότι δεν είχαν καλή σχέση με τον πατέρα τους κατά την παιδική ηλικία, αναφέρουν περισσότερο θυμό, ευερεθιστότητα και επιθετικότητα, ενώ δεν αναφέρουν άλλου είδους συμπτωματολογία, όπως κατάθλιψη. Οι απαντήσεις όμως των γυναικών στην ερώτηση που αφορά την ύπαρξη συναισθηματικής υποστήριξης από την πλευρά του πατέρα κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, φαίνεται να σχετίζεται με αύξηση των συμπτωμάτων και του βαθμού ενόχλησης και, κυρίως με περισσότερα ψυχαναγκαστικά-καταναγκαστικά, καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα (δομικό άγχος), καθώς και διαπροσωπική ευαισθησία, στη μέτρηση που διεξήχθη στους έξι μήνες μετά τον τοκετό. Αξίζει να σημειωθεί ότι, η σχέση με τον πατέρα κατά τη διάρκεια των παιδικών χρόνων δεν έχει αναδειχθεί ως παράγοντας κινδύνου από τη μέχρι τώρα βιβλιογραφία, με εξαίρεση την έρευνα των Boyce και συνεργατών (1991), η οποία εντοπίζει συνάφεια της επιλόχειας κατάθλιψης με την

υπερπροστασία από την πλευρά του πατέρα, όχι όμως με την έλλειψη συναισθηματικής υποστήριξης εκ μέρους του³⁷.

Αντίστοιχα, οι γυναίκες που βίωσαν τις μητέρες τους ως συναισθηματικά απύσες, εμφανίζουν περισσότερα συμπτώματα διαπροσωπικής ευαισθησίας, θυμού, παρανοειδούς ιδεασμού και μεγαλύτερη ευαλωτότητα στα αρνητικά γεγονότα ζωής. Επιπλέον, οι γυναίκες που εκτιμούν ότι η μητέρα τους δεν ήταν χαρούμενη που ήταν μητέρα, είχε αμφιθυμία, εκδήλωνε άγχος ή κατάθλιψη και δυσκολευόταν να ανταπεξέλθει στις ευθύνες της μητρότητας, εμφανίζουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα όταν οι ίδιες μένουν έγκυες, ενώ δεν χαίρονται τόσο από τα θετικά γεγονότα της ζωής. Το εύρημα επιβεβαιώνει τις ερευνητικές υποθέσεις και συμφωνεί με πορίσματα προηγούμενων ερευνών (Blum, 2007). Η παρούσα έρευνα έρχεται να συμπληρώσει ότι, τα συμπτώματα που σχετίζονται με τις προαναφερθείσες παραμέτρους της σχέσης με τη μητέρα, δεν είναι μόνο καταθλιπτικά, ούτε εμφανίζονται μόνο στη λοχεία, αλλά είναι ήδη παρόντα κατά την εγκυμοσύνη. Αντιθέτως, η ερώτηση που καλούσε τις γυναίκες να εκτιμήσουν τη σχέση που είχαν με τη μητέρα τους στην παιδική ηλικία, δεν τις διαφοροποίησε σημαντικά στους μέσους όρους των συμπτωμάτων σε καμία από τις κλίμακες που χορηγήθηκαν. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η ερώτηση που αφορά την ύπαρξη συναισθηματικής υποστήριξης από την μητέρα και τον πατέρα, φαίνεται πιο ευαίσθητη στο να μπορεί να εντοπίσει γυναίκες που εμφανίζουν συμπτώματα ΠΨΔ, υπόθεση που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Τέλος, οι γυναίκες που εκτιμούσαν ότι οι γονείς τους δεν είχαν καλή σχέση μεταξύ τους κατά την παιδική ηλικία, εμφανίζουν περισσότερα συμπτώματα διαπροσωπικής ευαισθησίας. Ίσως η διαπροσωπική ευαισθησία να συνιστά μια διάσταση που επηρεάζεται από τις σχέσεις με τους γονείς κατά την παιδική ηλικία, και παγιώνεται στην πορεία ως στοιχείο της προσωπικότητας. Η υπόθεση αυτή χρειάζεται επίσης περισσότερη διερεύνηση.

B.2.2. Ύπαρξη προηγούμενου ατομικού ιστορικού συμπτωμάτων ψυχικών διαταραχών

Σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες και ανασκοπήσεις, η ύπαρξη προηγούμενου ατομικού ψυχιατρικού ιστορικού συμπεριλαμβανόμενης και της

³⁷ Βλ. πιο κάτω στην ενότητα για την πρόβλεψη.

κατάθλιψης, αποτελεί έναν από τους παράγοντες με τη μεγαλύτερη προγνωστική ισχύ για την εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης μετά τον τοκετό (O' Hara, 1996. Robertson, 2004. Boyce και Hickey, 2005. Chee et al., 2005. Schmied et al., 2013).

Η παρούσα έρευνα κατέγραψε διαφοροποίηση των μέσων όρων των απαντήσεων των γυναικών που ανέφεραν ύπαρξη αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων στο παρελθόν και των απαντήσεων των γυναικών που δεν ανέφεραν την ύπαρξη κάποιου συμπτώματος. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες που υπέφεραν από συμπτώματα άγχους ή και κατάθλιψης στο παρελθόν σημείωσαν μεγαλύτερη ευερεθιστότητα και δομικό άγχος στην κύηση, υψηλότερη βαθμολογία στον παρανοειδή ιδεασμό στη λοχεία, άγχος και μεγαλύτερο βαθμό ενόχλησης από τα συμπτώματά τους έξι μήνες μετά τον τοκετό, καθώς και δυσκολίες στην αλληλεπίδραση με το παιδί. Τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν τις αρχικές ερευνητικές υποθέσεις ως προς την παρουσία κυρίως αγχωδών συμπτωμάτων μετά τον τοκετό, και όχι τόσο καταθλιπτικών. Ταυτόχρονα, αναδεικνύουν την ύπαρξη και άλλων συμπτωμάτων, ήδη παρόντων κατά την κύηση, καθώς και τη δυσκολία στην αλληλεπίδραση με το παιδί, εύρημα που κρούει τον κώδωνα του κινδύνου για την κρισιμότητα του ζητήματος, όπως έχει επισημανθεί και από προηγούμενες έρευνες (Misri et al., 2006. Davey et al., 2011. Lanes et al., 2011).

Το εύρημα αυτό θα πρέπει να συνεκτιμηθεί με τα ευρήματα που προκύπτουν από τη συσχέτιση συμπτωματολογίας στην περιγεννητική περίοδο και της επαφής της γυναίκας στο παρελθόν με κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας. Είναι εντυπωσιακό το ότι οι γυναίκες που είχαν επισκεφτεί στο παρελθόν κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας, σημείωσαν υψηλότερες βαθμολογίες στις περισσότερες από τις διαστάσεις των συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας του SCL-90-R, εμφάνισαν σημαντικές συνάψεις με όλες τις κλίμακες συμπτωμάτων της έρευνας, πολύ αυξημένη επιρροή από τα αρνητικά γεγονότα ζωής, καθώς και περισσότερες δυσκολίες στην αλληλεπίδραση με το παιδί τους και στις τρεις υπό μέτρηση περιόδους.

Το ερώτημα για επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας στο παρελθόν θα πρέπει να ελεγχθεί ως προς την ευαισθησία του, προκειμένου να συμπεριληφθεί στα εργαλεία ανίχνευσης, ακόμα και όταν δεν αναφέρονται συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης στο ατομικό ψυχιατρικό ιστορικό. Το γεγονός ότι ένας άνθρωπος απευθύνθηκε στο παρελθόν σε ειδικό ψυχικής υγείας προς αναζήτηση βοήθειας, αποτελεί ένδειξη απουσίας ψυχικών ή άλλων μέσων για τη διαχείριση των προβλημάτων που αντιμετώπιζε στη συγκεκριμένη φάση της ζωής του. Ακόμα και αν το αίτημα αφορούσε

τη συμβουλευτική και όχι την ψυχιατρική εκτίμηση, η συγκυρία της επίσκεψης λαμβάνει χώρα σε μια δύσκολη περίοδο της ζωής. Δεν είναι απαραίτητο η ένταση και ο αριθμός των συμπτωμάτων να είναι τέτοια ώστε να πληρούνται διαγνωστικά κριτήρια κάποια ψυχικής διαταραχής, κάτι που επιβεβαιώνεται και σε προηγούμενες έρευνες, που προτείνουν παρέμβαση ακόμα και σε περιπτώσεις υποκλινικών συμπτωμάτων (Chaudron et al., 2001).

Ωστόσο, πολλά ερωτήματα προκύπτουν από την εμφάνιση των συμπτωμάτων στις γυναίκες αυτές κατά την περιγεννητική περίοδο. Η εμφάνιση της συμπτωματολογίας ενδεχομένως να αποτελεί υποτροπή προηγούμενης διαταραχής ή εκδήλωση συμπτωμάτων σε γυναίκες που βρίσκονταν σε ομάδα υψηλού κινδύνου. Ερωτήματα επίσης γεννώνται αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης που είχαν λάβει οι εν λόγω γυναίκες στο παρελθόν, ζήτημα που χρήζει μεγάλης προσοχής, εξαιτίας της πληθώρας των παραγόντων που παρεμβαίνουν. Ενδεχομένως, το διακύβευμα μιας παρέμβασης προκειμένου αυτή να θεωρηθεί ολοκληρωμένη (και όχι αποτελεσματική) δεν είναι απλώς η άρση των συμπτωμάτων, αλλά η επεξεργασία και επίλυση ενδοψυχικών συγκρούσεων, κατά το θεωρητικό μοντέλο των ψυχοδυναμικών προσεγγίσεων. Η άρση των συμπτωμάτων σε μια δεδομένη στιγμή της θεραπείας, δεν προϋποθέτει την επίλυση συγκρούσεων, οι οποίες πιθανόν να οδηγήσουν σε επανεμφάνιση των συμπτωμάτων, υπό το καθεστώς μελλοντικών ψυχοπιεστικών παραγόντων. Το παρόν εύρημα, σε συνάρτηση με τις ψυχαναλυτικές θεωρίες που αναφέρονται σε επανεμφάνιση άλυτων παιδικών συγκρούσεων κατά την περιγεννητική περίοδο, θα μπορούσε να συμβάλλει στον σχεδιασμό ερευνών για τη μελέτη της ολοκλήρωσης μιας ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης³⁸.

Επιπλέον, φάνηκε ότι οι γυναίκες που βρίσκονταν σε ψυχοθεραπεία ή απευθύνθηκαν σε ειδικό ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου, ανέφεραν μεγαλύτερη ενόχληση από συμπτώματα, μικρότερη επιρροή από θετικά γεγονότα ζωής, αλλά ήταν και αυτές που εμφάνισαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα EPDS, και μάλιστα στην κύηση. Το εύρημα ήταν αναμενόμενο και επιβεβαιώνει τις αρχικές υποθέσεις. Επίσης, το γεγονός ότι οι γυναίκες αυτές απευθύνονται σε κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας, είναι ενθαρρυντικό στοιχείο για τις πολιτικές ευαισθητοποίησης που έχουν εφαρμοστεί στην Ελλάδα.

³⁸ Βλ. ενότητα εισαγωγής «Ψυχαναλυτική θεώρηση των συμπτωμάτων και ψυχικών διαταραχών κατά την περιγεννητική περίοδο.

Ενδιαφέρον προκαλεί και το εύρημα ότι οι γυναίκες που αιτούνται ψυχοθεραπεία εμφανίζουν στην κύηση μηδενικά επίπεδα ψυχωτισμού, σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν κάνουν ψυχοθεραπεία. Οι δηλώσεις που απαρτίζουν τη διάσταση του ψυχωτισμού στην κλίμακα SCL-90-R, αν εξαιρέσουμε τα θετικά συμπτώματα των ψυχωτικών επεισοδίων που δεν υπήρχαν στο δείγμα της έρευνας, ίσως αντανακλούν χαρακτηριστικά προσωπικότητας που πρέπει να απουσιάζουν, προκειμένου κάποιος να ζητήσει τη βοήθεια ενός ειδικού. Συγκεκριμένα, η απόσυρση, ο σχιζοειδής και μοναχικός τρόπος ζωής, καθώς και η αίσθηση εξωτερικού ελέγχου της σκέψης, φαίνεται να μη δημιουργούν κατάλληλες συνθήκες για την ανάπτυξη εμπιστοσύνης, κάτι που συνιστά αναγκαία συνθήκη για τη δημιουργία μια θετικής θεραπευτικής σχέσης. Ωστόσο, το παρόν εύρημα δεν αφορά τους στόχους της παρούσας έρευνας.

B.3. Παράγοντες που σχετίζονται με τη γονεϊκότητα και το παιδί

Ένας από τους στόχους της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της σχέσης των αντιλήψεων που έχουν οι γυναίκες για τον εαυτό τους ως μητέρας, του συζύγου ως πατέρα και της σχέσης με το παιδί τους, με την εμφάνιση συμπτωμάτων. Οι γυναίκες που έχουν αναπαραστάσεις του παιδιού τους (που φαντάζονται το παιδί τους πριν αυτό γεννηθεί), αναφέρουν λιγότερα συμπτώματα φοβικού άγχους στους έξι μήνες. Η ποιοτική ανάλυση αναδεικνύει την παρουσία αυτοσυγκράτησης στις ψυχικές επενδύσεις κάποιων εγκύων προς το έμβρυο, που απορρέει από την ανησυχία τους για την έκβαση της κύησης, εύρημα που συμφωνεί με προηγούμενες έρευνες (Furber et al., 2009). Ωστόσο, η παρουσία φοβικού άγχους ακόμα και έξι μήνες μετά τον τοκετό, δημιουργεί προβληματισμούς για την επέκταση της ανησυχίας για την υγεία, ακόμα και μετά τη γέννηση του παιδιού. Πρέπει να σημειωθεί ότι, οι γυναίκες που αναφέρουν αυτοσυγκράτηση στη συναισθηματική επένδυση του εμβρύου, είχαν βιώσει στο παρελθόν σημαντικές απώλειες (παραδείγματατος χάρη, αποβολές, θάνατο μέλους της οικογένειας, κλπ.). Συνεκτιμώντας τη σύγκριση μέσω των όρων των γυναικών του δείγματος για ενδεχόμενη αύξηση της συμπτωματολογίας σε όσες είχαν μαιευτικό ιστορικό αποβολών ή αμβλώσεων, δεν καταλήγουμε σε σημαντική διαφοροποίηση, με μόνη εξαίρεση την αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων αυτών των γυναικών πριν την κύηση³⁹. Παρόλο που υπάρχουν έρευνες που επιβεβαιώνουν μια τέτοια

³⁹ Βλ. παρακάτω για τις αποβολές και αμβλώσεις.

συσχέτιση (Chojenta, 2014), άλλες καταλήγουν στο ότι χρειάζεται να αλληλοεπιδρούν περισσότερο του ενός πρόσφατα αρνητικά γεγονότα ζωής, μεταξύ των οποίων και η άμβλωση ή η αποβολή (Rubertsson, Waldenstrom, Wickberg, 2003). Το εύρημα αυτό θα μπορούσε να ληφθεί υπόψη στον σχεδιασμό δράσεων ανίχνευσης και στην κατεύθυνση των παρεμβάσεων, σε περιπτώσεις που οι έγκυες έχουν βιώσει σημαντικές απώλειες στη ζωή τους.

Η ύπαρξη **αρνητικών αναπαραστάσεων για τον εαυτό ως μητέρα**, δεν φαίνεται να συνδέεται με την παρουσία συμπτωμάτων, με μόνη εξαίρεση τα αυξημένα συμπτώματα σωματοποίησης κατά τη λοχεία. Επομένως, οι γυναίκες που προσδίδουν αρνητικά χαρακτηριστικά στον εαυτό τους ως μητέρες τείνουν να εμφανίζουν περισσότερο σωματικά συμπτώματα, αλλά όχι καταθλιπτικά ή αγχώδη, μόνο κατά τη διάρκεια της λοχείας και όχι σε άλλη φάση μέτρησης. Από την ποιοτική ανάλυση, βλέπουμε ότι τα αρνητικά χαρακτηριστικά, τα οποία συγκροτούν αυτή την αναπαράσταση, είναι η υπερπροστατευτικότητα, οι υψηλές απαιτήσεις και η αυστηρότητα. Τα εν λόγω χαρακτηριστικά δεν μπορούν να χαρακτηριστούν ως αμιγώς αρνητικά, εφόσον φαίνεται να αντανakλούν ένα αυξημένο ενδιαφέρον για το παιδί, μια θετική δηλαδή πρόθεση της γυναίκας. Επομένως, η απουσία διαφοροποίησης μπορεί να αποδοθεί σε μειονέκτημα της κωδικοποίησης, που εκλαμβάνει ως αρνητικές τις απαντήσεις που έχουν μεν, μια αρνητική φόρτιση ως έννοιες (υπερπροστασία, αυστηρότητα, κλπ.), στην προκειμένη όμως δεν δηλώνουν μια αρνητική θέση απέναντι στη μητρότητα.

Όλες οι συμμετέχουσες, μετά τον τοκετό περιέγραψαν το παιδί τους με θετικά χαρακτηριστικά, και πολύ λίγες ήταν αυτές που του απέδωσαν, ταυτόχρονα πάντα με θετικές περιγραφές, και κάποια αρνητικά γνωρίσματα, παραδείγματος χάρη ότι είναι δύσκολο, γκρινιάζει ή είναι πολύ προσκολλημένο. Υποθέτουμε ότι οι απαντήσεις των γυναικών δεν μπόρεσαν να τις διαφοροποιήσουν αρκετά, ώστε να ελεγχθεί η ερευνητική υπόθεση που αφορά την αύξηση των συμπτωμάτων στις περιπτώσεις αρνητικών περιγραφών του βρέφους.

Η μέτρια συσχέτιση ανάμεσα στις κλίμακες που μετρούν την κατάθλιψη και των μετρήσεων της κλίμακας Brisbane, που αφορά τις δυσκολίες στην αλληλεπίδραση μητέρας - βρέφους, δείχνει ότι οι γυναίκες με καταθλιπτική συμπτωματολογία στην κύηση, τη λοχεία και τον τοκετό, δυσκολεύονται περισσότερο στην αλληλεπίδραση με το παιδί τους. Η χαμηλή συσχέτιση των αγχωδών συμπτωμάτων με τις μετρήσεις της Brisbane δείχνει ότι οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη σχέση με το μωρό

τους, εμφανίζουν και υψηλότερη βαθμολογία σε αγχώδη δομικά συμπτώματα, και όχι περιστασιακά, όπως θα αναμενόταν. Ωστόσο, οι μέτριες και χαμηλές συσχετίσεις, συνιστούν ένδειξη ότι, οι επιλόχειες αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές δεν εκδηλώνονται απαραίτητα με έντονες δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές της μητέρας προς το παιδί, ούτε με τη δυσκολία της να κατανοήσει και να ανταποκριθεί στις ανάγκες του.

Η παρατήρηση αυτή είναι πολύ σημαντική για την ανίχνευση των γυναικών που υποφέρουν από συμπτώματα. Οι γυναίκες με αυξημένη καταθλιπτική και αγχώδη συμπτωματολογία, δεν είναι απαραίτητο να δυσκολεύονται ή να υπολείπονται σε θέματα φροντίδας του παιδιού τους ή και να θεωρούν ότι το μωρό τους έχει δύσκολη ιδιοσυγκρασία. Ίσως, λοιπόν, οι δυσκολίες στην αλληλεπίδραση με το βρέφος δεν αποτελούν μια από τις κύριες συνιστώσες των επιλόχειων διαταραχών. Το εύρημα αυτό θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη στη μελέτη των δυσκολιών που παρατηρούνται στην ανίχνευση των γυναικών με επιλόχειες διαταραχές και στην επικράτηση στην κοινή γνώμη ότι η καταθλιπτική μητέρα δεν φροντίζει το παιδί της. Στην πραγματικότητα, μια γυναίκα που είναι λειτουργική και αποτελεσματική, δεν αποκλείεται να εμφανίζει παράλληλα μια συμπτωματολογία, που ενδέχεται να μη γίνει αντιληπτή από το περιβάλλον, εφόσον δεν δημιουργεί προβλήματα και δείχνει «φυσιολογική». Ωστόσο, η κλίμακα Brisbane χρειάζεται βελτίωση στον βαθμό ευαισθησίας και εγκυρότητας, προκειμένου να χρησιμοποιηθεί με στόχο την πρόβλεψη (Webster et al., 2006). Επίσης, δεν είναι σταθμισμένη στα ελληνικά.

Επιπλέον, οι περιγραφές των γυναικών για την εμπειρία της μητρότητας δεν τις διαφοροποίησαν ως προς τη συμπτωματολογία στη λοχεία. Οι γυναίκες, όμως, που είχαν λιγότερα ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα στην κύηση, έδωσαν θετικότερες περιγραφές του εαυτού ως μητέρας, κάτι που αποτυπώνεται και στις απαντήσεις στην κλίμακα Brisbane, που δείχνουν ότι οι γυναίκες αυτές δεν αντιμετώπιζαν δυσκολίες στην αλληλεπίδραση με το παιδί τους στη λοχεία. Αναλόγως, οι γυναίκες που περιέγραφαν τον εαυτό τους θετικά στον ρόλο της μητέρας στους έξι μήνες, ανέφεραν λιγότερο άγχος συγκριτικά με τις υπόλοιπες. Δεν είναι λοιπόν τόσο οι δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίζει μια μητέρα στη φροντίδα και την αλληλεπίδραση με το παιδί της, αλλά το πώς εκτιμά τον εαυτό της στον μητρικό ρόλο.

Αντίστοιχα, οι γυναίκες που ανέφεραν λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης στην κύηση, αντιλαμβάνονταν ως θετικότερη την εμπειρία της γονεϊκότητας, έξι μήνες μετά τον τοκετό. Ακόμα και οι γυναίκες που ανέφεραν ότι η εμπειρία της γονεϊκότητας είναι

δύσκολη αλλά ευχάριστη, είχαν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την κύηση. Θα μπορούσαμε, επομένως, να θεωρήσουμε ότι η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά την κύηση, επιδρά είτε αυξάνοντας την υποκειμενική αίσθηση δυσκολίας από τη γονεϊκότητα ή μειώνοντας την άντληση χαράς από αυτή, ακόμα και έξι μήνες μετά τον τοκετό. Μετά τη γέννηση του παιδιού, οι γυναίκες που περιγράφουν όχι μόνο ευχαρίστηση αλλά και δυσκολίες από τη γονεϊκότητα, είναι αυτές που έχουν αυξημένα ιδεοψυχαναγκαστικά και καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την περίοδο της λοχείας, ενώ στους έξι μήνες ανιχνεύθηκαν επιπλέον περισσότερα συμπτώματα διαπροσωπικής ευαισθησίας, ευερεθιστότητας – θυμού, μεγαλύτερη ενόχληση από τα παρόντα συμπτώματα και μεγαλύτερη επιρροή από τα αρνητικά γεγονότα ζωής. Οι κυριότερες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες στην εμπειρία της μητρότητας – γονεϊκότητας, είναι οι ευθύνες, η κόπωση, η αποκλειστική αφιέρωση του χρόνου στην ενασχόληση με το παιδί και ζητήματα που αφορούν τον θηλασμό. Είναι πολύ ενδιαφέρον ότι οι γυναίκες που απάντησαν ότι η εμπειρία της μητρότητας εμπεριέχει θετικά και αρνητικά χαρακτηριστικά, ανέφεραν ότι η παρουσία του παιδιού ενδυναμώνει και εμπυχώνει τη γυναίκα στο δύσκολο έργο της. Επομένως, το παιδί φαίνεται να δρα ως υποστηρικτικός παράγοντας, ως κινητήριο δύναμη, θα λέγαμε, που ωθεί τη γυναίκα να αντιμετωπίζει τις δυσκολίες.

Παρατηρούμε ότι η παρουσία καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων κατά την κύηση είναι πολύ πιθανό να συνοδεύει τις γυναίκες και μετά τον τοκετό, επιδρώντας μάλιστα αυξητικά στην υποκειμενική αίσθηση δυσκολίας της νέας εμπειρίας. Στην κλινική πράξη υπάρχουν παραδείγματα γυναικών που θεωρούν αυτονόητο ότι η λεχωίδα, εφόσον μάλιστα δεν εργάζεται, είναι υποχρεωμένη να ανταπεξέλθει χωρίς δυσκολίες στις νέες συνθήκες ζωής με το παιδί. Συχνά, βλέπουμε γυναίκες που νιώθουν ενοχές για την αδυναμία και την εξάντληση που εμφανίζουν, γεγονός που τις κάνει να μην αναγνωρίζουν το πόσο απαιτητική είναι η συνθήκη που αντιμετωπίζουν. Η επιταγή της τελειότητας αναφορικά με τη μητρότητα, με την ταυτόχρονη συνύπαρξη αυστηρής αυτοκριτικής, είναι πιθανό να συνδέεται με αυξημένη συμπτωματολογία μετά τον τοκετό. Η υπόθεση αυτή χρειάζεται να ελεγχθεί σε επόμενη έρευνα. Σε κάθε περίπτωση, αυτές οι πληροφορίες μπορεί να αποτελούν γνώμονα για την κατεύθυνση της ψυχοθεραπείας.

Όταν η ερώτηση περί δυσκολιών τέθηκε ξανά στις γυναίκες, χωρίς αυτή τη φορά να εστιάζεται στο παιδί, αναφέρθηκαν επιπλέον δυσκολίες που αφορούν την οικονομική κρίση, τις σχέσεις των γυναικών με τον σύζυγο ή τις γονεϊκές οικογένειες,

την απουσία χρόνου και την κόπωση. Ωστόσο, ο τρόπος που ανταποκρίθηκαν στη συγκεκριμένη ερώτηση δεν φάνηκε να διαφοροποιεί τις απαντήσεις στις κλίμακες κατάθλιψης και άγχους σε καμία από τις υπό μέτρηση φάσεις της έρευνας.

Στις περιπτώσεις που οι γυναίκες θεωρούν ότι ο σύζυγος δεν ανταπεξέρχεται καλά στην πατρότητα, προσδίδουν δηλαδή αρνητικά χαρακτηριστικά στον τρόπο που εκείνος αναλαμβάνει τον πατρικό ρόλο, βλέπουμε την εμφάνιση, όχι τόσο αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αλλά υψηλότερα επίπεδα παρανοειδούς ιδεασμού, θυμού και φοβικού άγχους, ήδη από την κύηση μέχρι και τους έξι μήνες. Τα συμπτώματα αυτά εφιστούν την προσοχή στις εκδηλώσεις καχυποψίας απέναντι στους άλλους, ευερεθιστότητας και φοβιών που μπορεί να εμφανίζουν οι γυναίκες κατά την περιγεννητική περίοδο. Βλέπουμε ότι τέτοιου τύπου δυσκολία στη σχέση με τους άλλους μπορεί να συνδέεται με μια αρνητική αποτίμηση του συζύγου ως πατέρα. Οι περιγραφές του συζύγου σε αυτή την περίπτωση περιλαμβάνουν κυρίως την ευερεθιστότητα, την απροσεξία και το ότι δεν συμμετέχει ενεργά στη φροντίδα του παιδιού. Η ευαισθητοποίηση των συζύγων αναφορικά με τις ανάγκες της νέας μητέρας, η ενθάρρυνσή τους για ενεργό συμμετοχή, αλλά και η συμβουλευτική με γυναίκες ώστε να επιτρέπουν τη συμμετοχή αυτή χωρίς να γίνονται απορριπτικές, θα μπορούσαν να ενταχθούν στις δράσεις παρέμβασης, ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης, όχι μόνο για τις γυναίκες, αλλά και για τον ρόλο του συζύγου.

Ως προς την εικόνα του σώματος και τις επιπτώσεις της απόκτησης παιδιού σε αυτό, το μόνο σημαντικό εύρημα είναι, η αναφορά λιγότερων συμπτωμάτων κατάθλιψης στη λοχεία αλλά και έξι μήνες μετά τον τοκετό, των γυναικών που έχουν θετικότερη αναπαράστασή της εικόνας του σώματός τους την ίδια περίοδο, σε σύγκριση με εκείνες που έχουν αρνητική εικόνα του σώματος, αλλά το αποδέχονται, καθώς και με εκείνες των οποίων η εκτίμηση για το σώμα τους βελτιώθηκε στην πορεία. Παρόλο που η πλειονότητα των γυναικών απάντησε ότι, ο σύντροφός τους είναι πολύ υποστηρικτικός και ενθαρρυντικός σε σχέση με την εικόνα του σώματος, η αρνητική αναπαράσταση για την εικόνα του σώματος, ακόμα και αν αυτή ακολουθείται από αποδοχή ή βελτιώνεται στην πορεία, συνοδεύεται από καταθλιπτική συμπτωματολογία. Η ποιοτική ανάλυση αναδεικνύει ότι οι γυναίκες ανησυχούν για την παγίωση των αρνητικών αλλαγών, είτε πρόκειται για κιλά, είτε για μόνιμες βλάβες στο δέρμα (ραγάδες). Το εύρημα αυτό, το οποίο συνιστά προβλεπτικό παράγοντα, όπως θα δούμε στη συνέχεια, δεν έχει ερευνηθεί επαρκώς μέχρι σήμερα, κάτι που κρίνεται απαραίτητο προκειμένου να εντοπισθούν ενδεχόμενες παρεμβαλλόμενες μεταβλητές,

αλλά και να προσδιοριστούν ποιοτικά οι συνιστώσες της επίδρασης της εικόνας του σώματος κατά την περιγεννητική περίοδο στο συναίσθημα.

B. 4. Παράγοντες που σχετίζονται με τον σύζυγο - σύντροφο

Οι δυσκολίες στη σχέση με τον σύζυγο (ή σύζυγο στις περιπτώσεις που η γυναίκα είναι άγαμη) και η απουσία συναισθηματικής και πρακτικής υποστήριξης από αυτόν, συμπεριλαμβάνονται στους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση περιγεννητικής κατάθλιψης, σύμφωνα με την πλειονότητα των ερευνών (ενδεικτικά, O' Hara, 1996. Eberhard-Gran et al., 2002. Robertson, 2004. Boyce & Hickey, 2005). Ένας από τους στόχους της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της σχέσης διαφόρων εκφάνσεων των δυσκολιών στη συζυγική σχέση, με τα συμπτώματα κατά την περιγεννητική περίοδο. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας επιβεβαιώνουν τις διαπιστώσεις της βιβλιογραφίας. Μάλιστα, δεν είναι μόνο τα καταθλιπτικά συμπτώματα που αυξάνονται στις γυναίκες που αντιμετωπίζουν τέτοιες δυσκολίες, αλλά και τα αγχώδη, σύμφωνα με όλες τις όλες τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα. Ενδιαφέρον προκαλεί η μείωση που παρατηρείται στην συμπτωματολογία, πάντοτε αναφορικά με τις δυσκολίες στη σχέση με τον σύζυγο, κατά τις πρώτες εβδομάδες μετά τη γέννηση του παιδιού και η επανεμφάνιση μόνο της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, έξι μήνες μετά τον τοκετό. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι, η κλινική εικόνα των γυναικών που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη σχέση με τον σύζυγο, διαφοροποιείται ως προς τα αναφερόμενα συμπτώματα, σε διαφορετικές χρονικές στιγμές της περιγεννητικής περιόδου. Στο διάστημα πριν τον τοκετό συνυπάρχουν συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, ενώ στους έξι μήνες το άγχος που συνδέεται με τις δυσκολίες στη σχέση με τον σύζυγο, έχει υποχωρήσει. Δεδομένης της μεσολάβησης του τοκετού, που αποτελεί μια ιδιαίτερα αγχογόνος στιγμή για τη γυναίκα, μπορούμε να υποθέσουμε την ύπαρξη παρεμβαλλόμενων μεταβλητών, όπως την ανησυχία για την υγεία του παιδιού. Το εύρημα αυτό χρήζει μεγαλύτερης διερεύνησης.

Επίσης, βλέπουμε ότι η επίδραση της σχέσης με τον σύζυγο στην ψυχική κατάσταση της γυναίκας, σταματά να υπάρχει στη λοχεία, όπου η βαρύτητα και το ενδιαφέρον της μετατοπίζονται στο νεογνό και στην προσαρμογή στις νέες συνθήκες. Μια άλλη υπόθεση είναι ότι στην περίοδο της λοχείας η γυναίκα μπορεί να λαμβάνει

μεγαλύτερη συναισθηματική και πρακτική υποστήριξη από το περιβάλλον, είτε τον σύζυγο είτε την ευρύτερη οικογένεια. Η επάνοδος των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ίσως θα μπορούσε να αποδοθεί στη μη βελτίωση στη σχέση με τον σύζυγο, κάτι που θα μπορούσε να αποτελεί προσδοκία της γυναίκας με την έλευση του παιδιού στη ζωή του ζευγαριού. Αντίστοιχα, θα μπορούσε να αποδοθεί στη σταδιακή μείωση της παρεχόμενης βοήθειας από το περιβάλλον⁴⁰, υπόθεση που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα αυξάνονται σημαντικά, στις γυναίκες που εκτιμούν ότι η σχέση με τον σύζυγο αλλάζει προς το χειρότερο μετά τον τοκετό, σε σύγκριση με αυτές που αναφέρουν ότι το μωρό έφερε μεγαλύτερη τρυφερότητα στη σχέση τους. Οι εντάσεις στη σχέση με τον σύζυγο, καθώς και η πολύωρη απουσία του λόγω εργασίας, είναι τα κύρια αναφερόμενα προβλήματα στην κύηση και τη λοχεία, ενώ στους έξι μήνες προστίθεται η μείωση ερωτικών επαφών και η κόπωση, γεγονός που δείχνει ότι η σχέση δεν έχει επανέλθει στα πρότερα της κύησης επίπεδα, και η γυναίκα εκφράζει τη δυσφορία της για αυτό.

Αντίστοιχα είναι τα ευρήματα στις περιπτώσεις απουσίας συναισθηματικής υποστήριξης από τον σύζυγο. Ο παράγοντας αυτός συνδέεται με αύξηση των αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε όλες τις φάσεις μέτρησης, σε αντίθεση με τον παράγοντα που αφορά τις δυσκολίες στη σχέση με τον σύζυγο. Το εύρημα αυτό αναδεικνύει τις λεπτές πτυχές των συνθηκών που προκαλούν δυσφορία. Θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι, δεν είναι τόσο η ύπαρξη δυσκολιών στη σχέση με τον σύζυγο, αλλά η απουσία της συναισθηματικής υποστήριξης που επιδρά στην ψυχική κατάσταση της γυναίκας, σε όλες τις φάσεις της περιγεννητικής περιόδου. Ενδιαφέρον επίσης προκαλεί το εύρημα ότι οι γυναίκες που αναφέρουν απουσία συναισθηματικής υποστήριξης από τον σύζυγο κατά τη λοχεία, είχαν αναφέρει και περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης πριν μείνουν έγκυες, δημιουργώντας ερωτήματα, τόσο για συνάφεια του συγκεκριμένου παράγοντα με την ψυχική υγεία ανεξάρτητα από τη χρονική περίοδο, όσο και για τα κίνητρα και τις αποφάσεις, ασυνείδητα ή συνειδητά, που αφορούν την απόκτηση παιδιού, ενώ η σχέση δεν είναι ικανοποιητική. Επίσης, η απουσία συναισθηματικής υποστήριξης από τον σύζυγο φαίνεται να επιδρά στην αύξηση των αγχωδών συμπτωμάτων μέχρι και έξι μήνες μετά τον τοκετό. Προς την ίδια κατεύθυνση κινούνται και τα ευρήματα που αφορούν την άντληση βοήθειας από

⁴⁰ Στην ερμηνευτική αυτή απόπειρα λαμβάνουμε υπόψη τη αυξημένη υποστήριξη που λαμβάνουν οι περισσότερες γυναίκες τις πρώτες δύο τουλάχιστον εβδομάδες της λοχείας.

τη στάση του συζύγου απέναντι στα προβλήματα που αντιμετωπίζει η γυναίκα. Όταν η γυναίκα δεν εκτιμά ότι ο σύζυγος τη βοηθά να αντιμετωπίσει τα προβλήματά της, αναφέρει περισσότερα καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα σε όλη τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου. Μάλιστα, βλέπουμε ότι οι γυναίκες που θεωρούν ότι ο σύζυγος δεν τις βοηθά με τη στάση του έξι μήνες μετά τον τοκετό, είναι οι γυναίκες που βίωναν κατάθλιψη και άγχος και κατά τη διάρκεια της κύησης. Αντίστοιχα, οι γυναίκες που νιώθουν ότι μπορούν να μιλήσουν στον σύζυγό τους για όσα τις απασχολούν, εμφανίζουν λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα στους έξι μήνες. Τα ευρήματα αυτά θέτουν για άλλη μια φορά το ερώτημα του, αν οι παράγοντες που αφορούν την απουσία υποστήριξης είναι τόσο καθοριστικοί για την εμφάνιση συμπτωματολογίας ή αν αντίθετα, οι γυναίκες που υποφέρουν από συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης, αντλούν λιγότερη ικανοποίηση από τα γεγονότα και από τις σχέσεις τους. Ωστόσο, θα μπορούσαμε να υποθέσουμε, ότι οι γυναίκες που υποφέρουν από κάποια συμπτώματα ενδεχομένως να επιλέγουν και να διατηρούν δυσλειτουργικές σχέσεις, με πρότυπο μίμησης ή αποφυγής το μοτίβο της οικογένειας στην οποία οι ίδιες μεγάλωσαν. Η υπόθεση αυτή συνάδει με ψυχαναλυτικού τύπου μοντέλα ερμηνειών και χρήζει μεγαλύτερης διερεύνησης.

Στις περιπτώσεις δε, που η γυναίκα αναφέρει ότι έχει υποστεί συναισθηματική και σωματική βία από τον σύζυγο, τα συμπτώματα είναι εμφανή σε όλη την περιγεννητική περίοδο, κυρίως όμως στη λοχεία. Η επιλόχεια κατάθλιψη έχει συνδεθεί και στο παρελθόν με την ενδοοικογενειακή βία (McGrath et al., 2008. Dennis & Vigod, 2013). Στην παρούσα έρευνα μάλιστα, φαίνεται ότι τα συμπτώματα που εμφανίζονται, δεν είναι μόνο καταθλιπτικά και αγχώδη, αλλά αφορούν όλες σχεδόν τις διαστάσεις, όπως τη σωματοποίηση, τα ιδεοψυχαναγκαστικά, τα φοβικά, τη διαπροσωπική ευαισθησία, τον παρανοειδή ιδεασμό και τον ψυχωτισμό, δείχνοντας ότι, σε περιπτώσεις που ενυπάρχει ο κίνδυνος της βίας και η ενδεχόμενη απειλή, αυξάνεται η συμπτωματολογία που αφορά τον φόβο και ταυτόχρονα αντανakλάται η απουσία εμπιστοσύνης, η καχυποψία και γενικότερα, οι δυσκολίες στις σχέσεις με τους άλλους.

Ενδιαφέρον προκαλεί το εύρημα ότι, η απουσία πρακτικής υποστήριξης από τον σύζυγο στην κύηση φαίνεται να επιδρά στην αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων έξι μήνες μετά τον τοκετό, ενώ αν η απουσία πρακτικής υποστήριξης συνεχίζεται και κατά τη διάρκεια της λοχείας, εμφανίζονται αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα έξι μήνες μετά τον τοκετό. Στην προκειμένη περίπτωση, θα μπορούσαμε

να υποθέσουμε ότι, η εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων έπεται των αγχωδών, δημιουργώντας προβληματισμό για αύξηση αναφερόμενων συμπτωμάτων, έπειτα από την παρατεταμένη επίδραση ενός παράγοντα κινδύνου. Αυτό, ωστόσο, αποτελεί μια υπόθεση που χρειάζεται να ελεγχθεί.

Τέλος, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις βαθμολογίες των γυναικών στις κλίμακες καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων ως προς τον τρόπο που βίωσαν την πρακτική υποστήριξη από πλευράς των συζύγων τους έξι μήνες μετά τον τοκετό. Το εύρημα αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί στην προσαρμογή της γυναίκας στις απαιτήσεις φροντίδας του παιδιού, την αύξηση της αποτελεσματικότητάς της και, κατά συνέπεια τη μείωση των αναγκών της στον εν λόγω τομέα.

B.5. Παράγοντες που σχετίζονται με την υποστήριξη από τη γονεϊκή οικογένεια και τους φίλους

Ένας από τους στόχους της παρούσας έρευνας αφορούσε τη διερεύνηση της σχέσης συναισθηματικής και πρακτική υποστήριξης από τη γονεϊκή οικογένεια και τους φίλους, στα συμπτώματα κατά την περιγεννητική περίοδο. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση αναδεικνύει την απουσία υποστήριξης από τη γονεϊκή οικογένεια σε προβλεπτικό παράγοντα για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης, ανεξάρτητα μάλιστα από την εθνικότητα (O' Hara, 1996. Robertson, 2004. Surkan et al., 2006. Deng, 2014. Norhayati et al., 2015). Στην παρούσα έρευνα, η απουσία συναισθηματικής υποστήριξης από την γονεϊκή οικογένεια κατά την περιγεννητική περίοδο, επηρεάζει σημαντικά την εμφάνιση συμπτωμάτων, τόσο καταθλιπτικών και αγχωδών, όσο και από τις διαστάσεις της διαπροσωπικής ευαισθησίας, του παρανοειδούς ιδεασμού και του ιδεοψυχαναγκασμού. Οι θεματικές που αντικατοπτρίζουν την απουσία συναισθηματικής υποστήριξης από τη γονεϊκή οικογένεια κατά την περίοδο της λοχείας, είναι η επιμονή της μητέρας της γυναίκας να δοθεί τεχνητό γάλα στο παιδί, τη στιγμή που η ίδια η γυναίκα καταβάλει προσπάθειες για εγκαθίδρυση του θηλασμού, η αυτοπροβολή της μητέρας της γυναίκας και κομψασμός ότι έχει επινοήσει καλύτερους τρόπους να ηρεμεί το μωρό σε σύγκριση με την ίδια του τη μητέρα και τέλος, η μη διαθεσιμότητά της γονεϊκής οικογένειας να συμπαρασταθεί συναισθηματικά, είτε για προσωπικούς λόγους και αδυναμίες, είτε λόγω γεγονότων ζωής. Στους έξι μήνες, οι θεματικές που αντικατοπτρίζουν την απουσία συναισθηματικής υποστήριξης από τη γονεϊκή οικογένεια, είναι οι τυπικές και απόμακρες σχέσεις ανέκαθεν, αλλά και η

δυσκολία της μητέρας να ακολουθήσει και να προσαρμοστεί με τις οδηγίες της γυναίκας σε ό,τι αφορά το παιδί. Η απουσία πρακτικής υποστήριξης από τη γονεϊκή οικογένεια φαίνεται ότι αυξάνει τα συμπτώματα της παρανοειδούς διάστασης και μειώνει την άντληση ευχαρίστησης από τα θετικά γεγονότα της ζωής. Βλέπουμε σε αρκετές περιπτώσεις ότι, η συναισθηματική υποστήριξη από τη γονεϊκή οικογένεια, αφορά τον τρόπο με τον οποίο προσφέρεται από αυτήν η πρακτική υποστήριξη. Οι αναφορές των γυναικών καταδεικνύουν ακριβέστερα τις ανάγκες τους, που προσδιορίζουν το είδος της υποστήριξης που είναι εν τέλει λειτουργικό και βοηθητικό. Παρόλο που η γυναίκα μπορεί να λαμβάνει πρακτική υποστήριξη από τη γονεϊκή οικογένεια, αυτό φαίνεται ότι δεν αρκεί, ενώ μπορεί να αποβεί και επιβαρυντικό. Παρατηρούμε ότι η νέα μητέρα, στην προσπάθειά της να αναλάβει τον ρόλο της, χρειάζεται ενθάρρυνση και στήριξη της στις αποφάσεις και τον τρόπο ανατροφής που επιλέγει για το παιδί της, και όχι μια συνθήκη που θα τη βιώνει ως ανταγωνιστική. Αξίζει πάντως να σημειωθεί, ότι η πλειονότητα των γυναικών του δείγματος απολαμβάνουν πολύ σημαντική βοήθεια από τους γονείς και νιώθουν πολύ ικανοποιημένες για αυτό. Η πρακτική υποστήριξη δεν φαίνεται να αποτελεί παράγοντα κινδύνου που να διαφοροποιεί σημαντικά τις γυναίκες ως προς τα συμπτώματα που αυτές εμφανίζουν.

Η παρουσία ή απουσία συναισθηματικής υποστήριξης από τους φίλους δεν φάνηκε να διαφοροποιεί τις απαντήσεις των γυναικών σε καμία από τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα. Αντιθέτως, η ύπαρξη πρακτικής υποστήριξης από τους φίλους συνδέεται με την αναφορά λιγότερων συμπτωμάτων στην κλίμακα SCL-90-R, ενώ η απουσία πρακτικής υποστήριξης συνδέεται με περισσότερο άγχος και μικρότερη ευχαρίστηση από τα θετικά γεγονότα ζωής κατά τη λοχεία. Η υποστήριξη από την πλευρά του φιλικού περιγύρου έχει επισημανθεί ως προστατευτικός παράγοντας και από προηγούμενη έρευνα (Grussu et al., 2009), χωρίς όμως να περιλαμβάνεται σε αυτούς με τη μεγαλύτερη προβλεπτική ισχύ. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι ανάγκες της γυναίκας αυτήν την περίοδο δεν είναι τόσο πολύ επικοινωνιακού τύπου, κάτι το οποίο χαρακτηρίζει συνήθως τις φιλικές σχέσεις, αλλά η πρακτική βοήθεια που θα της επιτρέψει να ξεκουραστεί και να ανακτήσει τις δυνάμεις της.

B.6. Παράγοντες που σχετίζονται με το ιατρικό και μαιευτικό ιστορικό

Η παρούσα έρευνα στόχευε στη διερεύνηση της σχέσης παραγόντων που αφορούν το μαιευτικό και το ιατρικό ιστορικό στη συμπτωματολογία των γυναικών που διανύουν την περιγεννητική περίοδο. Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την παρούσα έρευνα, δείχνουν ότι οι γυναίκες που δεν είχαν προγραμματίσει τη σύλληψη, επηρεάζονται περισσότερο από τα αρνητικά γεγονότα της ζωής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και αντίστοιχα, οι γυναίκες με προγραμματισμένη σύλληψη αντλούν μεγαλύτερη χαρά από τα θετικά γεγονότα στη ζωή τους. Ωστόσο, δεν παρατηρείται αύξηση των αγχωδών ή καταθλιπτικών συμπτωμάτων, παρόλο που ο εν λόγω παράγοντας σε προηγούμενες έρευνες συνδέεται με την επιλόχεια κατάθλιψη (Webster et al., 2003. Chee et al., 2005). Ακόμα και αν η κύηση δεν θεωρούνταν προγραμματισμένη, καμία από τις γυναίκες του δείγματος δεν ανέφερε ότι απουσία επιθυμίας για το μωρό. Επομένως, το δείγμα της έρευνας δεν περιλαμβάνει γυναίκες με μεγάλη αμφιθυμία για την κύηση. Ως εκ τούτου, το δείγμα μπορεί να μην είναι κατάλληλο για την απάντηση του συγκεκριμένου ερευνητικού ερωτήματος. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί, ότι το εύρημα αυτό πιθανώς επηρεάζεται από τη μεγάλη διαφορά στο δείγμα (προγραμματισμός σύλληψης $n=32$, μη προγραμματισμός σύλληψης $n=5$).

Η αρχική υπόθεση για την επίδραση των αποβολών ή αμβλώσεων που έχει κάνει η γυναίκα στο παρελθόν στην εμφάνιση ψυχοπαθολογίας στην περιγεννητική περίοδο, δεν επιβεβαιώνεται από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, με μόνη εξαίρεση την αναφορά καταθλιπτικών συμπτωμάτων των γυναικών στην περιγραφή του εαυτού τους πριν μείνουν έγκυες. Θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι η παρούσα κύηση δρα αντισταθμιστικά, επανορθώνοντας πιθανές δυσάρεστες εκβάσεις κύσεων του παρελθόντος. Επίσης, δεν επιβεβαιώνεται η υπόθεση για την αύξηση του άγχους σε γυναίκες που περιμένουν αποτελέσματα για την υγεία του εμβρύου. Θα πρέπει όμως να ληφθεί υπόψη ότι δεν υπήρξαν γυναίκες στο δείγμα, για τις οποίες να διακυβεύονταν από σοβαρές ιατρικές ενδείξεις η υγεία του εμβρύου και η έκβαση της κύησης. Στο τρίτο τρίμηνο της κύησης οι γυναίκες έχουν ήδη λάβει τις θετικές απαντήσεις του μαιευτήρα για την υγεία του εμβρύου, και προχωρούν προς τον τοκετό. Επομένως, δεν υπήρξε το κατάλληλο δείγμα ώστε να μπορέσει να διερευνηθεί η συγκεκριμένη υπόθεση.

Οι γυναίκες όμως που βίωναν με δυσάρεσκα την παρούσα κύηση σε σωματικό επίπεδο, ταλαιπωρούνταν δηλαδή από σωματικού τύπου δυσκολίες, είχαν ταυτόχρονα

περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα στην κύηση και εμφάνισαν περισσότερο περιστασιακό άγχος στη λοχεία. Οι κυριότερες πηγές σωματικής δυσαρέσκειας της εμπειρίας της κύησης είναι με φθίνουσα σειρά, η κύηση υψηλού κινδύνου (όπου η γυναίκα συχνά παραμένει κλινήρης), οι δυσκολίες ύπνου, η ναυτία, η εμετοί ή η υπερέμεση, η οποία σε κάποιες περιπτώσεις είχε οδηγήσει σε αδυναμία της γυναίκας να βγει από το σπίτι, ακόμα και σε νοσηλεία, και ακολουθούν η σωματική ασθένεια, η μειωμένη ενεργητικότητα και διάφοροι πόνοι⁴¹. Το εύρημα μπορεί να συμβάλλει στην ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας, κυρίως των γυναικολόγων, μαιών και μαιευτήρων, ώστε να ενθαρρύνουν τις γυναίκες που αντιμετωπίζουν σωματικά συμπτώματα κατά την παρούσα κύηση να απευθυνθούν σε κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας, αν νιώθουν συναισθηματική δυσφορία.

Εντυπωσιακή είναι η παρατήρηση ότι οι γυναίκες που αντιμετώπιζαν προβλήματα υγείας κατά την κύηση (κλήσεις υψηλού κινδύνου), όπως κίνδυνο αποβολής ή πρόωρου τοκετού, ζητήματα ανατομικά και φυσιολογίας, όπως η δίκερρος μήτρα, αποκόλληση και αιμορραγίες, καθώς και διαβήτη κύησης, αλλά και ασθένειες που μπορεί να εξαναγκάσουν σε νοσηλεία ή να επιβαρύνουν την έγκυο σοβαρά, εφόσον δεν μπορεί να λάβει αρκετά φαρμακευτικά σκευάσματα (πχ. ιώσεις), εμφάνισαν λιγότερα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης σε όλες τις φάσεις της μέτρησης, μην επιβεβαιώνοντας την αντίστοιχη ερευνητική υπόθεση. Τα αναφερόμενα συμπτώματα μετά τον τοκετό για τις γυναίκες αυτές ήταν σημαντικά μειωμένα, σε σύγκριση με όσες δεν αντιμετώπισαν ανάλογα προβλήματα, εύρημα που θα μπορούσε να αποδοθεί στη θετική έκβαση της κύησης, με επακόλουθη άρση της επικινδυνότητας. Επίσης, το γεγονός ότι οι γυναίκες αυτές δεν ανέφεραν σημαντικά αυξημένα συμπτώματα κατά τη διάρκεια της κύησης, ίσως να οφείλεται στο ότι οι μετρήσεις έλαβαν χώρα το τελευταίο τρίμηνο, όταν δηλαδή η γυναίκα έχει διανύσει επιτυχώς το μεγαλύτερο μέρος του εννιαμήνου. Μετρήσεις που έχουν διεξαχθεί στα προηγούμενα τρίμηνα της κύησης, όταν ο κίνδυνος αποβολής ή άλλης αρνητικής έκβασης ελλοχεύει, δείχνουν αυξημένα ποσοστά συμπτωματολογίας (Cathwell, 2006).

Βλέπουμε επίσης, ότι οι γυναίκες που αντιμετώπισαν επιπλοκές κατά τον τοκετό, που οδήγησαν σε επείγουσα καισαρική, πρόωρο τοκετό, κλπ., καθώς και όσες περιέγραψαν αρνητικά την εμπειρία του τοκετού, δεν διαφοροποιήθηκαν από τις υπόλοιπες ως προς τα συμπτώματα που εμφάνισαν μετά τον τοκετό. Ούτως ή άλλως ο

⁴¹ Βλ. και συζήτηση για σωματοποίηση.

παράγοντας αυτός είναι αμφιλεγόμενος ως προς την προβλεπτική του ισχύ. Ωστόσο, προηγούμενες έρευνες που μετρούν την επίδραση και την προβλεπτική ισχύ παραγόντων κινδύνου που αφορούν το μαιευτικό ιστορικό και την παρούσα κύηση, δεν συμπεριλαμβάνουν τους παράγοντες αυτούς στους πιο σημαντικούς για την εμφάνιση συμπτωμάτων και ψυχικών διαταραχών. Η ψυχαναλυτική κλινική σε γυναίκες που είχαν συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής μετά τον τοκετό, χρησιμοποιεί τη θεωρία για την απόθεση προκειμένου να ερμηνεύσει την απουσία ή παρουσία τέτοιων συμπτωμάτων. Η Monique Bydlowski, χρησιμοποιώντας τη θεωρία του Freud για το τραύμα και τις κλινικές και θεωρητικές παρατηρήσεις της Deutsch σε έγκυες και μητέρες, μιλά για «ρωγή» στον μηχανισμό άμυνας της απόθεσης, για διάσπαση του φραγμού των αμυνών, στις περιπτώσεις που εμφανίζονται συμπτώματα τραυματικής νεύρωσης, με πιο συχνά τα όνειρα και τις επαναλαμβανόμενες εικόνες, που έρχονται στο μυαλό των γυναικών που βίωσαν τον τοκετό τραυματικά. Η Bydlowski καταλήγει ότι, στις περισσότερες υγιείς ψυχικά γυναίκες, *«αφού τελειώσει το τοκετός, απομακρυνθεί το παιδί, καθαριστεί και αποκτήσει ταυτότητα, η απόθεση θα επανακτήσει όλα της τα δικαιώματα. Η μετά τον τοκετό αμνησία, εγκαθίσταται πολύ γρήγορα.»* (Bydlowski, 2009, σ. 70). Η ίδια συγγραφέας συμπληρώνει ότι θα πρέπει να προϋπάρχει κάτι τραυματικό στην ιστορία της γυναίκας, προκειμένου να καταστεί μια δύσκολη εμπειρία τοκετού τραυματική, ως αναζωπύρωση δηλαδή παλαιότερου τραύματος (*αυτόθι*, σελ. 82). Ο αριθμός του δείγματος της παρούσας έρευνας δεν είναι αρκετός, ώστε να ελεγχθεί σε βάθος η υπόθεση. Ωστόσο, από τις επτά γυναίκες που είχαν επιπλοκές στον τοκετό τους, οι πέντε (αύξων αριθμός 8, 28, 30, 32, 13, 21) είναι γυναίκες οι οποίες διαφοροποιήθηκαν κατά την περιγεννητική περίοδο, στο κατά πόσο τα συμπτώματα που εμφανίζουν είναι κλινικά, υποκλινικά, ή φυσιολογικά και στις τρεις φάσεις της μέτρησης. Μάλιστα, τέσσερις από αυτές έχουν απευθυνθεί στο παρελθόν σε κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας (γυναίκες με αύξοντα αριθμό 8, 28, 30, 32, 21). Από την ποιοτική ανάλυση εντοπίστηκαν τρεις γυναίκες, οι οποίες αντιμετώπισαν επιπλοκές, και στη συνέχεια ανέφεραν αρνητικές εμπειρίες από τον τοκετό (στη λοχεία η πρώτη και μέχρι και τους έξι μήνες οι άλλες δύο), αναμνήσεις, πόνους και εικόνες που δεν μπορούσαν εύκολα να ξεπεράσουν (γυναίκες με αύξοντα αριθμό 13 και 32). Ας σημειωθεί ότι, οι δύο τελευταίες γυναίκες είχαν εμφανίσει κλινικά και υποκλινικά συμπτώματα σε τουλάχιστον δύο από τις τρεις μετρήσεις, τα οποία υπήρχαν ήδη από την κύηση. Επιπλέον αυτών, και μαζί με την γυναίκα με αύξοντα αριθμό 28 που είχε επιπλοκές, υπήρξαν άλλες δύο (αύξων αριθμός 11 και 29) που δεν είχαν επιπλοκές στον

τοκετό, αλλά υποβλήθηκαν σε καισαρική, την οποία βίωσαν ως εξαιρετικά δύσκολη εμπειρία⁴², οι οποίες αναφέρουν την εμπειρία ως ιδιαίτερα δύσκολη ψυχικά. Οι δύο από τις τρεις αναφέρουν υποκλινικά και κλινικά συμπτώματα από τη μέτρηση της κύησης, αλλά και μετά τον τοκετό. Ο μικρός αριθμός του δείγματος, καθώς και το ενδεχόμενο να παρεμβάλλονται άλλες μεταβλητές (όπως για παράδειγμα η παρουσία κλινικών συμπτωμάτων), δεν επιτρέπει τη γενίκευση, παρά μόνο τη διατύπωση υποθέσεων για τη δυσκολία των γυναικών με συμπτώματα στην κύηση να διαχειριστούν ενδεχόμενες επιπλοκές όπως τους πόνους και την καισαρική, καθώς και την αδυναμία τους να απωθήσουν τις δυσάρεστες αναμνήσεις. Η κύηση αποτελεί μια ιδιαίτερη σωματική κατάσταση, που κορυφώνεται με τον τοκετό, μια οριακή συνθήκη για το σώμα και, εξαιτίας αυτού μπορεί να καταστεί τραυματική. Προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν οι ψυχικές επιπτώσεις, στις περιπτώσεις που η γυναίκα δεν έχει τις ψυχικές αντοχές να ανταπεξέλθει και, εφόσον αυτό γίνεται αντιληπτό ήδη κατά την κύηση, είναι απαραίτητη η συνεργασία ειδικών ψυχικής υγείας και επαγγελματικών υγείας του μαιευτηρίου (βλ. αξιοποίηση αποτελεσμάτων).

Η αρνητική διάθεση των γυναικών κατά τη λοχεία φαίνεται να συνάδει με περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα την ίδια περίοδο. Το γεγονός αυτό δείχνει ότι, μια απλή ερώτηση όπως αυτή που διατυπώθηκε στη συνέντευξη, δηλαδή «*πως θα περιγράφατε τη διάθεσή σας;*», ερώτηση που θα μπορούσε να υποβληθεί από οποιαδήποτε ειδικότητα, φαίνεται να είναι ικανή να εντοπίσει τις γυναίκες που περιγράφουν δυσφορία. Η ερώτηση αυτή όμως δεν καταλήγει σε αντίστοιχες σημαντικές συσχετίσεις μετά τον τοκετό.

B.7. Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες και γεγονότα ζωής

Για την παρούσα έρευνα, η συλλογή του δείγματος, η χορήγηση ψυχομετρικών εργαλείων και η λήψη των συνεντεύξεων, πραγματοποιήθηκαν σε μια περίοδο που η οικονομική κρίση στην Ελλάδα είχε κάνει ήδη εμφανείς τις επιπτώσεις της. Η μέτρηση της επίπτωσης, όχι τόσο του οικονομικού – βιοτικού επιπέδου, αλλά της οικονομικής κρίσης στη συμπτωματολογία, δεν ήταν στον αρχικό σχεδιασμό της έρευνας, προέκυψε όμως μέσα από τις απαντήσεις των γυναικών που συμμετείχαν.

⁴² Επεσήμαναν ως ιδιαίτερα δυσφορικό το γεγονός ότι ήταν ξύπνιες την ώρα που το σώμα τους υποβαλλόταν σε χειρουργική επέμβαση.

Οι μηνιαίες οικονομικές απολαβές των γυναικών δεν έδειξαν να διαφοροποιούν τις βαθμολογίες τους στις κλίμακες συμπτωματολογίας. Ασήμαντες διαφορές παρατηρήθηκαν και στις απαντήσεις των γυναικών στις κλίμακες της έρευνας, στο κατά πόσο θεωρούσαν ότι η παρούσα κατοικία τους ήταν κατάλληλη για τις ανάγκες της οικογένειας, όσο και στο κατά πόσο αντεπεξέρχονται εύκολα ή δύσκολα οικονομικά. Στα ευρήματα αυτά, είναι πιθανό να παρεμβαίνει η μεταβλητή «συμμετοχή τρίτου στις οικονομικές υποχρεώσεις», που αφορά την οικονομική υποστήριξη από τις γονεϊκές οικογένειες. Οι γυναίκες που είχαν την οικονομική υποστήριξη κάποιου ατόμου από τον οικογενειακό κύκλο, παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα σωματοποιημένων συμπτωμάτων, κατάθλιψης, αλλά και μικρότερη επιρροή από τα αρνητικά γεγονότα της ζωής στην περίοδο των έξι μηνών μετά τον τοκετό, σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν είχαν συμπαράσταση. Εντύπωση προκαλεί το εύρημα ότι οι γυναίκες που έχουν οικονομική υποστήριξη, περιγράφουν ότι το μωρό τους είναι ένα δύσκολο μωρό, το οποίο δυσκολεύονται να ηρεμίσουν. Το εύρημα δημιουργεί ερωτηματικά για θέματα αυτονομίας και ανεξαρτησίας αυτών των γυναικών, για το κατά πόσο δηλαδή μπορούν να αναλαμβάνουν τις ευθύνες που αναλογούν στις επιλογές τους, αντλώντας ευχαρίστηση. Ίσως όμως, το εύρημα να σχετίζεται με το μέγεθος του δείγματος και το είδος της δειγματοληψίας.

Η γενική ερώτηση «υπάρχει κάτι που σας ανησυχεί τώρα που έχετε γίνει μητέρα», διαφοροποίησε σημαντικά τις γυναίκες σε αρκετές κλίμακες συμπτωμάτων. Η πλειονότητα των γυναικών ανέφερε την ύπαρξη ανησυχίας. Είναι αναμενόμενη η ύπαρξη ενός βαθμού ανησυχίας, όταν κάποιος γίνεται γονιός για πρώτη φορά. Ωστόσο, φαίνεται ότι οι νέες μητέρες που ανέφεραν ανησυχία, είχαν σε σημαντικό βαθμό υψηλότερο άγχος και κατάθλιψη, αλλά και ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα, διαπροσωπική ευαισθησία, θυμό, περισσότερα θετικά συμπτώματα και ενόχληση από αυτά, σε όλες τις μετρήσεις της έρευνας. Παρόλο που περισσότερα συμπτώματα αναφέρονται την περίοδο των έξι μηνών, διαφαίνεται μια προδιάθεση και στις αναφορές πριν την κύηση, με συμπτώματα ιδεοψυχαναγκασμού, διαπροσωπικής ευαισθησίας, κατάθλιψης και θυμού, να προϋπάρχουν. Επειδή ακριβώς οι περισσότερες γυναίκες εκφράζουν κάποιας μορφής ανησυχία αυτή την περίοδο (μεταβλητή η οποία παίρνει δυαδικές τιμές, μην επιτρέποντας περεταίρω διαφοροποιήσεις εντός αυτής), ενδεχομένως ο μεγάλος αριθμός συμμεταβολών με τις κλίμακες των συμπτωμάτων, να αφορά το συγκεκριμένο δείγμα.

Οι κυριότεροι τομείς ανησυχίας που απασχολούν τη γυναίκα όσο είναι έγκυος, αφορούν στο ερώτημα αν θα είναι καλή μητέρα, κάτι το οποίο ταυτίζεται κυρίως με τη δυνατότητά της να θηλάσει το παιδί και να το φροντίσει, ούσα εξαντλημένη από τις απαιτήσεις της νέας συνθήκης της μητρότητας. Επίσης, αναδύονται ανησυχίες για τον τοκετό, την υγεία του νεογνού, αλλά και των γεννητόρων του, ώστε να είναι σε θέση να το προστατεύσουν. Η ανασφάλεια και οι πρακτικές δυσκολίες που δημιουργεί η οικονομική κρίση έρχονται στο προσκήνιο. Πέραν της άμεσης και αυτονόητης επίπτωσης της οικονομικής δυσκολίας που συνοδεύει την κρίση, η έλλειψη ελεύθερου χρόνου κυρίως από τη μεριά του συζύγου, ο οποίος υποχρεούται να εργάζεται πολλές ώρες, είναι ένα από τα συχνά παράπονα των γυναικών, που ανησυχούν για τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει στη σχέση του ζευγαριού η αλλαγή αυτή. Αξίζει να σημειωθεί ότι, σε αρκετές περιπτώσεις, οι γυναίκες που επιθυμούν να κάνουν δεύτερο παιδί, αναφέρουν την οικονομική ανασφάλεια ως ανασταλτικό παράγοντα.

Μικρός αριθμός γυναικών ανησυχούν μήπως εμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη. Ωστόσο, οι τρεις από τις τέσσερις γυναίκες έχουν προηγούμενο ιστορικό και επαφή με ειδικό ψυχικής υγείας. Παρόλο που περισσότερες γυναίκες βρίσκονται σε ψυχοθεραπεία κατά την περίοδο της κύησης, γεγονός που δείχνει την επιθυμία ή και την ανάγκη τους να επεξεργαστούν διάφορα ζητήματα στην πορεία τους προς τη μητρότητα, η δήλωση του φόβου για την επιλόχεια κατάθλιψη, δεν δείχνει στην προκειμένη μια εσφαλμένη ενημέρωση για την ψυχική αυτή διαταραχή, αλλά μάλλον την προηγούμενη εμπειρία και γνώση σε σχέση με τα καταθλιπτικά συμπτώματα και τον φόβο υποτροπής.

Στην περίοδο της λοχείας, οι κυριότερες ανησυχίες που εκφράζονται αφορούν και πάλι την υγεία του παιδιού και των ίδιων των γονιών. Ωστόσο, φαίνεται ότι, παρελθόντος του τοκετού πριν από τον οποίο οι γυναίκες χαρακτηρίζονται από μια σχετική εσωστρέφεια, οι ανησυχίες που αφορούν την οικονομική κατάσταση και άλλα κοινωνικά θέματα έρχονται στο προσκήνιο. Επίσης, αναδύεται για κάποιες γυναίκες το θέμα του αποχωρισμού και της παραχώρησης της φροντίδας του παιδιού σε τρίτο άτομο, για λόγους εργασίας. Δεν παρουσιάζονται σημαντικές διαφοροποιήσεις στην τρίτη φάση της μέτρησης, με την υγεία να είναι η πρώτη ανησυχία, την οικονομική κρίση να έπεται και τέλος, το ερώτημα αν είναι καλή μητέρα.

Πέραν της ανησυχίας, η οποία δεν είναι απαραίτητο να μεταφράζεται και σε υπάρχουσα δυσκολία, οι γυναίκες που απάντησαν ότι αντιμετωπίζουν ήδη δυσκολίες σε διάφορους τομείς της ζωής τους, εμφάνισαν σημαντικά αυξημένη

συμπτωματολογία, σε σχέση με τις υπόλοιπες γυναίκες. Όταν οι γυναίκες αναφέρουν ότι ήδη αντιμετωπίζουν δυσκολίες κατά την κύηση, σημειώνουν υψηλότερη παθολογία ακόμα και έξι μήνες μετά τον τοκετό, με προεξάρχουσα την ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική, καταθλιπτική και αγχώδη, καθώς και υψηλότερα επίπεδα θυμού-επιθετικότητας. Μάλιστα στη συγκεκριμένη περίπτωση, τα συμπτώματα αυξάνονται μετά τον τοκετό. Ενδιαφέρον προκαλεί το εύρημα ότι, οι γυναίκες που ανέφεραν ότι υπήρχαν τομείς δυσκολιών για αυτές στη λοχεία, ήταν αυτές που είχαν αναφέρει περισσότερα συμπτώματα και ενόχληση από αυτά πριν την κύηση και κατά τη διάρκεια αυτής. Καθίσταται επομένως πολύ σημαντική η έγκαιρη ανίχνευση και παρέμβαση στις γυναίκες που αντιμετωπίζουν δυσκολίες ήδη από την κύηση, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος εμφάνισης διαταραχής μετά τον τοκετό.

Οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα αναφέρουν κυρίως δυσκολίες που αφορούν στη σχέση με τους γονείς και τον σύζυγο, που προϋπήρχαν της περιγεννητικής περιόδου. Έπονται δυσκολίες που αφορούν την εμπιστοσύνη στον μαιευτήρα ως προς το είδος και την έκβαση του τοκετού, που αιτιολογούν το περιστασιακό άγχος την περίοδο της κύησης. Κατά τη διάρκεια της λοχείας, οι δυσκολίες αφορούν κυρίως την προσπάθειά των γυναικών να θηλάσουν το βρέφος, να κατανοήσουν τις ανάγκες του, να το ηρεμήσουν και να το κοιμίσουν. Επιπλέον, κατά την περίοδο της λοχείας, πέραν των οικονομικών, οι αναφερόμενες δυσκολίες σχετίζονται με την αλλαγή στις συνήθειες της ζωής λόγω της έλευσης του παιδιού (πχ. παραμονή στο σπίτι, απουσία προγράμματος), αλλά και με σωματικούς πόνους, ως συνέπεια της καισαρικής και της επιβάρυνσης της γυναίκας όταν σηκώνει το βρέφος.

Η πάροδος του χρόνου, η προσαρμογή της γυναίκας στις νέες συνθήκες ζωής και εξοικείωση με τη φροντίδα του παιδιού, φαίνεται να έχουν επιτευχθεί σε μεγάλο βαθμό στην περίοδο των έξι μηνών, όπου και δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις στη συμπτωματολογία των γυναικών που αναφέρουν δυσκολίες, σε σχέση με όσες δεν αναφέρουν.

Οι τομείς στους οποίους εντοπίζεται η ανησυχία των γυναικών σε διαφορετικούς χρόνους της περιγεννητικής περιόδου, θα μπορούσαν να βοηθήσουν στον σχεδιασμό προγραμμάτων ψυχοπροφυλακτικής, αλλά και ως αναγνωριστικά σημεία ή αλλιώς ενδείξεις για την ύπαρξη συμπτωμάτων. Σε περιπτώσεις μάλιστα που οι ανησυχίες συνοδεύονται από συμπτωματολογία, οι γυναίκες θα πρέπει να προτρέπονται να απευθυνθούν σε ειδικό ψυχικής υγείας, ώστε να επεξεργαστούν σε βάθος τις ανησυχίες τους για τη μητρότητα, την ευθύνη και το μέλλον.

Παράγοντες που σχετίζονται με αλλαγές και γεγονότα ζωής

Ένας ακόμα στόχος της έρευνας ήταν η διερεύνηση της σχέσης αρνητικών ή θετικών γεγονότων ζωής με την παρουσία συμπτωμάτων κατά την περιγεννητική περίοδο, σε τρεις χρόνους-φάσεις μέτρησης (κύηση, λοχεία, 6 μήνες). Η διερεύνηση της επιρροής των θετικών γεγονότων και αρνητικών γεγονότων ζωής στην ψυχική υγεία, συνιστά μια καινοτομία της παρούσας έρευνας, εφόσον οι περισσότερες έρευνες έχουν ασχοληθεί με αρνητικά μόνο γεγονότα, που δεν αποτιμώνται ως προς τον βαθμό επίδρασής τους σε διαφορετικά άτομα. Η επιρροή που ασκείται από τα θετικά γεγονότα της ζωής στις γυναίκες, σχετίζεται με χαμηλότερο περιστασιακό άγχος κατά τη διάρκεια της λοχείας. Επίσης, όσο λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης εκδηλώνονται κατά την κύηση αλλά και κατά τη λοχεία, τόσο πιο ευχάριστα αντιλαμβάνονται οι γυναίκες τα θετικά γεγονότα που συμβαίνουν στη ζωή τους έξι μήνες μετά τον τοκετό. Παρόλο που ο βαθμός συνάφειας είναι μέτριος, τα ευρήματα συνηγορούν προς την κατεύθυνση της μικρότερης άντλησης ευχαρίστησης από τη ζωή των γυναικών που εμφανίζουν καταθλιπτική και αγχώδη συμπτωματολογία.

Ο βαθμός επιρροής των γυναικών από αρνητικά γεγονότα ζωής κατά την κύηση δεν συσχετίστηκε σημαντικά με καμία από τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν για την παρούσα έρευνα. Αντιθέτως, ο βαθμός επιρροής από αρνητικά γεγονότα κατά τη μέτρηση της λοχείας και των έξι μηνών, εμφάνισε μέτριες θετικές συνάφειες με αρκετές διαστάσεις των κλιμάκων. Αναλυτικότερα, οι γυναίκες που επηρεάζονται περισσότερο από αρνητικά γεγονότα και στις δύο μετρήσεις μετά τον τοκετό, αναφέρουν ότι υπέφεραν από περισσότερα συμπτώματα (αγχώδη, καταθλιπτικά, ιδεοψυχαναγκαστικά, θυμού, δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις), τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια της κύησης, αλλά και το διάστημα μετά τον τοκετό. Ιδιαίτερα η επίπτωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στη λοχεία, αλλά και η παρουσία ιδεοψυχαναγκαστικών, αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους έξι μήνες, φαίνεται στο ότι ασκούν επίδραση στην ανθεκτικότητα που μπορεί να δείχνουν οι γυναίκες στα αρνητικά γεγονότα που λαμβάνουν χώρα στη ζωή τους. Η επιβάρυνση από ψυχικά συμπτώματα καθιστά τη γυναίκα περισσότερο ευάλωτη στις δυσάρεστες και απαιτητικές καταστάσεις της ζωής και σε μια αρνητικότερη αποτίμηση των γεγονότων που της έχουν συμβεί.

Οι έγκυες αναφέρουν ότι επηρεάζονται περισσότερο από τα αρνητικά γεγονότα που συμβαίνουν στη ζωή τους, ενώ η ευαισθησία αυτή μειώνεται με τη γέννηση του παιδιού. Παρόλο που ο αριθμός των γυναικών που αναφέρουν ότι βίωσαν αρνητικά γεγονότα ζωής και στις τρεις φάσεις της έρευνας δεν διαφοροποιείται σημαντικά, παρατηρείται μια σταδιακή μείωση της αρνητικής επιρροής αυτών, με την έλευση του παιδιού. Το εύρημα μπορεί να αποδοθεί από το ότι, η προσοχή και το ενδιαφέρον των νέων μητέρων επικεντρώνονται κυρίως στο παιδί, ενώ άλλοι τομείς στη ζωή τους ιεραρχούνται ως ήσσονος σημασίας, όπως προκύπτει από τις απαντήσεις τους στις συνεντεύξεις μετά τον τοκετό.

Τέλος, τα πρόσφατα αρνητικά γεγονότα ζωής, φαίνεται να συνδέονται με την εμφάνιση περισσότερων συμπτωμάτων (καταθλιπτικών, αγχωδών και περισσότερη ενόχληση από τα θετικά συμπτώματα) σε όλες τις φάσεις μέτρησης, ακόμα και στις αναφορές για την περίοδο πριν την κύηση. Επίσης, φαίνεται ότι η επίδραση των πρόσφατων αρνητικών γεγονότων διαφοροποιεί τις γυναίκες ως προς την άντληση χαράς από τα θετικά γεγονότα ζωής, ακόμα και έξι μήνες μετά τον τοκετό. Από την ανάλυση περιεχομένου, βλέπουμε ότι υπήρξαν περιπτώσεις γυναικών που αντιμετώπισαν τον θάνατο γονιού κατά την κύηση ή πρόσφατη ασθένεια συζύγου, οικονομικές δυσκολίες και εργασιακές αλλαγές. Τα ευρήματα επιβεβαιώνουν πορίσματα προηγούμενων ερευνών, που καταλήγουν στο συσχετισμό αρνητικών γεγονότων ζωής και την εμφάνιση συμπτωμάτων, ακόμα και σε άτομα που δεν είχαν προηγούμενο ιστορικό συναισθηματικής διαταραχής (O' Hara, 1996. Robertson, 2004). Επομένως, οι επαγγελματίες που έρχονται σε επαφή με γυναίκες που αντιμετωπίζουν πρόσφατα αρνητικά γεγονότα ζωής, θα πρέπει να ενθαρρύνουν τις γυναίκες να μη διστάσουν να απευθυνθούν σε κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας, αν αντιληφθούν την ύπαρξη συμπτωμάτων (παραδείγματος χάρη, ανηδονία ή θλίψη).

Γ. Πρόβλεψη εμφάνισης συμπτωμάτων

Ένας από τους σημαντικότερους στόχους της παρούσας έρευνας ήταν ο εντοπισμός των παραγόντων κινδύνου που έχουν υψηλή προβλεπτική ισχύ για την εμφάνιση συμπτωμάτων κατά την περιγεννητική περίοδο. Ο διαχρονικός σχεδιασμός της έρευνας επιλέχθηκε για να εξυπηρετήσει αυτόν ακριβώς τον στόχο και να επιτρέψει τον έλεγχο των υποθέσεων σε τρεις σημαντικές φάσεις της περιγεννητικής περιόδου,

αρχίζοντας από την κύηση και καλύπτοντας τις κρίσιμες για την εμφάνιση διαταραχών περιόδους μετά τον τοκετό, δηλαδή τη λοχεία και τους έξι μήνες.

Γ.1. Πρόβλεψη καταθλιπτικών συμπτωμάτων

Η πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης μας βοηθά να καταλήξουμε στον προσδιορισμό των παραγόντων, που συγκροτούν «αστερισμούς» με σημαντική προβλεπτική ισχύ για την εμφάνιση περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών. Προκύπτει λοιπόν, ότι το επίπεδο καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (SCL-90-R) κατά την κύηση αναμένεται να είναι υψηλότερο: στις άγαμες γυναίκες, που επισκέπτονταν ειδικό ψυχικής υγείας στο παρελθόν και που αναφέρουν δυσκολίες στη σχέση με τον σύζυγό τους κατά την περίοδο της κύησης. Το επίπεδο καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κατά τη λοχεία αναμένεται να είναι υψηλότερο στις άγαμες γυναίκες, ενώ στους έξι μήνες μετά τον τοκετό αναμένεται να είναι υψηλότερο: στις γυναίκες, που έχουν διεξάγει συνεδρίες με ειδικό ψυχικής υγείας στο παρελθόν, που αναφέρουν ως προβληματική τη συμπεριφορά των συζύγων τους κατά την περίοδο του εξαμήνου και που αντιλαμβάνονται τους δικούς τους πατέρες ως λιγότερο υποστηρικτικούς σε συναισθηματικό επίπεδο.

Εντύπωση προκαλεί το εύρημα που αφορά τα υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης στις άγαμες γυναίκες. Στην έρευνα των Giakoumaki et al., (2009) που μάλιστα είχε διεξαχθεί σε Ελληνίδες, βρέθηκε υψηλή συσχέτιση, αφενός σε άγαμες μητέρες και όχι σε έγκυες, αφετέρου με τον δείκτη του δομικού άγχους και όχι με την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Να σημειωθεί επίσης, ότι οι γυναίκες που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα, παντρεύτηκαν κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου, και δεν παρέμειναν άγαμες. Ενδεχομένως λοιπόν, η μεταβλητή αυτή να διαμεσολαβείται από κάποια άλλη, που να αφορά τους λόγους που η γυναίκα δεν ήταν παντρεμένη όταν έμεινε έγκυος, και οι οποίοι εν τέλει επιδρούν στην εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Άλλωστε οι γυναίκες αυτές αναφέρουν τόσο προβλήματα στη σχέση με τον σύζυγό τους, όσο και επισκέψεις σε ειδικό ψυχικής υγείας στο παρελθόν, εύρημα που ισχυροποιεί την υπόθεση της παρεμβαλλόμενης μεταβλητής. Πέραν των προαναφερθέντων ερμηνευτικών προσπαθειών, η ύπαρξη συνάφειας αγχωδών ή και καταθλιπτικών συμπτωμάτων με τον ίδιο παράγοντα (άγαμη γυναίκα / μητέρα), χρειάζεται μεγαλύτερη διερεύνηση, δεν παύει όμως να αποτελεί ένδειξη για την

αναγκαιότητα συμπερίληψης ερωτήσεων που να αφορούν τα αγχώδη συμπτώματα, καθώς και τη σχέση με τον σύζυγο, στη διερεύνηση των ΠΨΔ.

Το επίπεδο καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κατά την κύηση, με βάση την κλίμακα BDI, αναμένεται να είναι υψηλότερο: στις γυναίκες, που θα εμφανίσουν περισσότερα αγχώδη συμπτώματα, έχουν διεξάγει συνεδρίες με ειδικό ψυχικής υγείας κατά το παρελθόν και νιώθουν λιγότερη χαρά από το γεγονός ότι θα γίνουν μητέρες. Επομένως, είναι πιθανόν η παρουσία μειωμένων εκδηλώσεων χαράς για το παιδί που έρχεται, να συγκαλύπτει καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά την κύηση και να μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τους επαγγελματίες ως αναγνωριστικό στοιχείο αυτής. Κατά τη λοχεία μεγαλύτερη συμπτωματολογία εμφανίζεται στις μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες, με λιγότερα έτη σχέσης με τον πατέρα του παιδιού, οι οποίες αναφέρουν υψηλότερο βαθμό διαπροσωπικής ευαισθησίας την ίδια περίοδο. Τέλος, το επίπεδο καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στους έξι μήνες μετά τον τοκετό αναμένεται να είναι υψηλότερο στις γυναίκες, που αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα θυμού και επιθετικότητας (ευερεθιστότητα) την ίδια περίοδο, καθώς και στη διαπροσωπική ευαισθησία, αλλά χαμηλότερα επίπεδα κατά την κύηση στη διάσταση "θυμός-επιθετικότητα" και στον παρανοειδή ιδεασμό κατά τη λοχεία. Παράλληλα, έχουν αναφέρει και συνεργασία με ειδικό ψυχικής υγείας κατά το παρελθόν.

Το επίπεδο κατάθλιψης κατά την κύηση (με βάση την κλίμακα EPDS) αναμένεται να είναι υψηλότερο στις γυναίκες, που εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα διαπροσωπικής ευαισθησίας στην κύηση και διεξάγουν συνεδρίες με ειδικό ψυχικής υγείας στην ίδια περίοδο. Για άλλη μια φορά παρατηρούμε ότι η διαπροσωπική ευαισθησία συνοδεύει την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Αναμενόμενα, οι γυναίκες που διεξάγουν συνεδρίες με ειδικό ψυχικής υγείας, εμφανίζουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, εφόσον δεν έχουν ολοκληρώσει την θεραπεία τους.

Το επίπεδο κατάθλιψης (EPDS) κατά τη λοχεία αναμένεται να είναι υψηλότερο στις γυναίκες, οι οποίες εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα αγχωδών συμπτωμάτων κατά τη λοχεία, αντιλαμβάνονται τη συμπεριφορά των συζύγων τους λιγότερο βοηθητική απέναντι στις δυσκολίες που ανακύπτουν στη λοχεία και, στην ίδια φάση εκτιμούν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι το παιδί τους είναι ένα δύσκολο μωρό και ότι δυσκολεύονται να το ηρεμήσουν. Το τελευταίο εύρημα θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη από τους επαγγελματίες υγείας, ως πιθανή ένδειξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Οι γυναίκες που μπορεί να παραπονιούνται στον παιδίατρο ή στους συγγενείς, ότι δυσκολεύονται ιδιαίτερα να ηρεμήσουν το παιδί, να βρουν τρόπους για να σταματήσουν

το κλάμα του ή να το κοιμήσουν, ίσως να υποφέρουν ταυτόχρονα από καταθλιπτικά συμπτώματα. Ενδεχομένως τα συμπτώματα αυτά τα προϋπάρχουν, δυσχεραίνοντας την αλληλεπίδραση μητέρας – βρέφους, ίσως όμως είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης με ένα παιδί που δυσκολεύεται να κοιμηθεί. Σε κάθε περίπτωση, η γυναίκα θα πρέπει λαμβάνει υποστήριξη. Τέλος, περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα στους έξι μήνες μετά τον τοκετό αναμένεται να εμφανίσουν οι γυναίκες, που αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα θυμού-επιθετικότητας στους έξι μήνες μετά τον τοκετό, οι οποίες κατά τη φάση της λοχείας βιώνουν αρνητικά το σώμα τους και στην φάση των έξι μηνών μετά τον τοκετό επικοινωνούν λιγότερο με τους συντρόφους τους για τις δυσκολίες που ανακύπτουν.

Γ.2. Πρόβλεψη αγχώδων συμπτωμάτων

Το επίπεδο δομικού άγχους κατά την κύηση αναμένεται να είναι υψηλότερο στις γυναίκες που εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης στην εγκυμοσύνη και βιώνουν σε μικρότερο βαθμό τους συζύγους τους συναισθηματικά υποστηρικτικούς. Το επίπεδο δομικού άγχους κατά τη λοχεία αναμένεται να είναι υψηλότερο στις γυναίκες, που έχουν αναφέρει ότι έχουν βιώσει δυσκολίες κατά την κύηση, έχουν συμπτώματα κατάθλιψης στη λοχεία, ενώ στην ίδια περίοδο βιώνουν τους συντρόφους τους λιγότερο υποστηρικτικούς συναισθηματικά. Τέλος, το επίπεδο δομικού άγχους έξι μήνες μετά τον τοκετό, αναμένεται να είναι υψηλότερο στις γυναίκες που αναφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης την ίδια περίοδο και στην περιγραφή του εαυτού τους ως μητέρα συμπεριλαμβάνουν θετικά και αρνητικά χαρακτηριστικά.

Αντίστοιχα, το επίπεδο περιστασιακού άγχους κατά την κύηση αναμένεται να είναι υψηλότερο στις γυναίκες, που εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης και αντιμετωπίζουν δυσκολίες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Το επίπεδο περιστασιακού άγχους κατά τη λοχεία και έξι μήνες μετά τον τοκετό αναμένεται να είναι υψηλότερο στις γυναίκες, που εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης και βιώνουν τους συντρόφους τους λιγότερο υποστηρικτικούς συναισθηματικά την ίδια περίοδο.

Συμπερασματικά, ως προς την καταθλιπτική συμπτωματολογία, οι παράγοντες που απαντώνται στις περισσότερες φάσεις μέτρησης και από τις περισσότερες κλίμακες, είναι η συνύπαρξη άλλων συμπτωμάτων (διαπροσωπικής ευαισθησίας,

άγχους, θυμού), οι διάφορες εκφάνσεις των δυσκολιών στη σχέση με τον σύζυγο και η επαφή με ειδικό ψυχικής υγείας στο παρελθόν. Ως προς την αγχώδη συμπτωματολογία, η κατάθλιψη και οι διάφορες εκφάνσεις των δυσκολιών στη σχέση με τον σύζυγο, είναι ισχυροί προβλεπτικοί παράγοντες σε όλες τις φάσεις της μέτρησης.

Επομένως, τα ευρήματα από την ιεραρχική ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης, ως προς την προβλεπτική ισχύ των παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων κατά την περιγεννητική περίοδο, συμφωνούν με τα πορίσματα πολλών προηγούμενων ερευνών από τη διεθνή βιβλιογραφία. Συγκεκριμένα, η παρουσία αγχωδών συμπτωμάτων κατά την κύηση, (Heron et al., 2004. Austin et al., 2007. Grussu et al., 2009), η παρουσία προηγούμενου ψυχιατρικού ιστορικού⁴³, (O' Hara, 1996. Robertson, 2004. Boyce και Hickey, 2005. Chee et al., 2005. Schmied et al., 2013), και οι δυσκολίες στη σχέση με τον σύζυγο, (O' Hara, 1996. Robertson, 2004. Boyce & Hickey, 2005), αποτελούν τους πιο ισχυρούς προβλεπτικούς παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, και στις τρεις φάσεις μέτρησης της παρούσας έρευνας. Οι Milgrom και συνεργάτες (2008) θεώρησαν ότι αυτές οι τρεις μεταβλητές συνιστούν έναν αστερισμό με την υψηλότερη προβλεπτική ισχύ για συγκέντρωση βαθμολογίας μεγαλύτερης του 12 στην EPDS.

Παρατηρούμε όμως, ότι η παρουσία των αγχωδών συμπτωμάτων σε μια δεδομένη φάση μέτρησης, έχει προβλεπτική ισχύ για την παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην ίδια φάση μέτρησης. Με άλλα λόγια, αυτό που προβλέπεται είναι η συννοσηρότητα. Το ίδιο ισχύει και για την πρόβλεψη των αγχωδών συμπτωμάτων από την παρουσία καταθλιπτικών. Αντίθετα, η ευερεθιστότητα, όταν είναι παρούσα κατά την κύηση, μπορεί να προβλέψει την ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων έξι μήνες μετά τον τοκετό. Επίσης, η διαπροσωπική ευαισθησία, ο παρανοειδής ιδεασμός και η αρνητική εικόνα του σώματος, όταν είναι παρόντα κατά τη διάρκεια της λοχείας, μπορούν να προβλέψουν την ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων έξι μήνες μετά τον τοκετό. Τα ευρήματα αυτά επισύρουν την προσοχή σε θέματα που αφορούν την αναγκαιότητα για ανίχνευση, όχι μόνο αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αλλά και από το υπόλοιπο φάσμα της παθολογίας. Μάλιστα τα συμπτώματα από τις

⁴³ Στην παρούσα έρευνα οι επισκέψεις σε ειδικό ψυχικής υγείας στο παρελθόν, συνιστούν ενδείξεις ύπαρξης συμπτωμάτων στο παρελθόν, χωρίς απαραίτητα αυτό να ταυτίζεται με την ύπαρξη ψυχιατρικού ιστορικού. Ωστόσο αυτό υποστηρίζει την προβλεπτική ισχύ των υποκλινικών συμπτωμάτων.

προαναφερθείσες διαστάσεις, αφορούν στην πλειονότητά τους συμπεριφορές και δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις. Παραδείγματος χάρη, η ευερεθιστότητα, η διαπροσωπική ευαισθησία και ο παρανοειδής ιδεασμός, ενδέχεται να υποβόσκουν σε παράπονα που εκφράζονται για τη σχέση με τους άλλους (σύζυγο, συγγενείς, κλπ.). Οι παράγοντες αυτοί ασκούν την επίδρασή τους σε όλη τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου, γεγονός που καθιστά τις γυναίκες που τους αναφέρουν, πληθυσμό υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων μέχρι και έξι μήνες μετά τον τοκετό.

Παράλληλα με το τρίπτυχο της παρουσίας αγχωδών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά την κύηση, προηγούμενου ιστορικού ψυχικής διαταραχής και δυσκολιών στη σχέση με τον σύζυγο, η παρούσα έρευνα έρχεται να προσθέσει μια σειρά από συμπληρωματικά πορίσματα.

1. Εντύπωση προκαλεί η ύπαρξη προβλεπτικής ισχύς της σχέσης με τον πατέρα κατά τη διάρκεια των παιδικών χρόνων της γυναίκας στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων έξι μήνες μετά τον τοκετό, σύμφωνα με την κλίμακα SCL-90-R. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που δεν εισέπραξαν συναισθηματική υποστήριξη από τον πατέρα τους όσο ήταν παιδιά, είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία. Μέχρι τώρα, οι περισσότερες έρευνες έδιναν μεγαλύτερη βαρύτητα στη σχέση της γυναίκας με τη μητέρα της ή με τους γονείς, χωρίς να μελετάται διακριτά η επίδραση των δυσκολιών στη σχέση με τον πατέρα. Η μόνη έρευνα που συνδέει την καταθλιπτική συμπτωματολογία ειδικά με τον πατέρα, είναι αυτή των Boyce και συνεργατών, το 1991. Η συγκεκριμένη έρευνα όμως έχει απομονώσει την υπερπροστασία από την πλευρά του πατέρα, και όχι την απουσία συναισθηματικής υποστήριξης, παράμετρος που ανέκυψε από την παρούσα έρευνα. Τα πορίσματα από την παρούσα έρευνα στρέφουν την προσοχή στις επιπτώσεις που μπορεί να έχει η σχέση με τον πατέρα στα παιδικά χρόνια, στην ψυχική υγεία της ενήλικης πλέον γυναίκας.

2. Φαίνεται, επίσης, ότι οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας που έχουν λιγότερα χρόνια σχέση με τον σύζυγο και υψηλότερη διαπροσωπική ευαισθησία, είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά την κύηση, σύμφωνα με την BDI. Η συστάδα αυτών των παραγόντων χρειάζεται μεγαλύτερη διερεύνηση, εφόσον η μεγάλη ηλικία της γυναίκας (O' Hara & Swain, 1996. Boyce & Hickey, 2005) και η διάρκεια

της σχέσης με τον σύντροφο (O' Hara & Swain, 1996) υποστηρίζονται από ελάχιστες και μεμονωμένες έρευνες. Πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας παρουσιάζει ευρήματα ερευνών που συνηγορούν ότι, στις αναπτυγμένες χώρες η νεαρή ηλικία της μητέρας (κάτω από 25 ετών) πενταπλασιάζει τις πιθανότητες εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό. Όμως το εύρημα αυτό δεν υποστηρίζεται από όλες τις έρευνες. Αντίστοιχα, ο παράγοντας της ηλικίας δεν φαίνεται να συνδέεται σταθερά και σημαντικά με την επιλόχεια κατάθλιψη, ούτε στην περίπτωση των αναπτυσσόμενων χωρών (Norhayati et al., 2015). Σε επόμενες έρευνες θα μπορούσαν να ελεγχθούν τα συμπτώματα σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, που αποφασίζουν να κάνουν παιδί με έναν σύντροφο που δεν γνωρίζουν πολλά χρόνια, ώστε να διερευνηθούν πτυχές στην ψυχολογία τους. Για έναν τέτοιο ερευνητικό σχεδιασμό, θα χρειαζόταν ενδεχομένως η προσέγγιση δείγματος γυναικών που ακολουθούν υποβοηθούμενους τρόπους αναπαραγωγής, εξαιτίας επιπτώσεων της ηλικίας στη γονιμότητα, καθώς και ο έλεγχος πλήθος άλλων παρεμβαλλόμενων μεταβλητών.

3. Βλέπουμε, επίσης, τη συνύπαρξη διαπροσωπικής ευαισθησίας και καταθλιπτικών συμπτωμάτων (BDI) στη λοχεία και τους έξι μήνες, εύρημα που συνηγορεί προς τη συμπερίληψη ερωτήσεων που αφορούν τη διάσταση αυτή στα εργαλεία ανίχνευσης των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών, εφόσον φαίνεται να έχει υψηλή προβλεπτική ισχύ.

4. Επίσης, βλέπουμε ότι οι γυναίκες με λιγότερα συμπτώματα παρανοειδούς ιδεασμού, έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία στους έξι μήνες (BDI). Το εύρημα αυτό δεν προκαλεί έκπληξη, αν λάβουμε υπόψη ότι, χαρακτηριστικό της κατάθλιψης είναι η αυτομομφή, ενώ στον παρανοειδή ιδεασμό, οι άλλοι είναι υπεύθυνοι για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει το άτομο.

5. Η αρνητική εικόνα του σώματος στη λοχεία αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας έξι μήνες μετά τον τοκετό, εύρημα που δεν έχει εξετασθεί αρκετά από τη μέχρι τώρα βιβλιογραφία. Η εικόνα του σώματος δεν συνιστά προβλεπτικό παράγοντα για την εμφάνιση περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών, σύμφωνα με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Μάλιστα, παρόλο που διερευνήθηκε η συγκεκριμένη μεταβλητή στην παρούσα έρευνα, ένα τέτοιο εύρημα που περιλαμβάνει την αρνητική εικόνα του σώματος μέσα στους προβλεπτικούς παράγοντες, και όχι απλώς στις μεταβλητές που παρουσιάζουν μια χαμηλή αλληλεπίδραση, δεν ήταν αναμενόμενο. Υπάρχουν ωστόσο λιγοστά ευρήματα που υποστηρίζουν ότι η κακή ψυχική υγεία είναι προβλεπτικός παράγοντας για την

αρνητική εικόνα του σώματος (Clark et al. 2009. Gjerdingen et al., 2009), και όχι το αντίστροφο. Έχει επίσης καταγραφεί θετική συνάφεια της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της αρνητικής εικόνας του σώματος, σε διαφορετικές μετρήσεις κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου (Clark et al. 2009). Ας σημειωθεί ωστόσο, ότι το ερευνητικό ερώτημα αφορούσε προβλεπτικούς παράγοντες της αρνητικής εικόνας σώματος και όχι των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών.

6. Επίσης, οι γυναίκες που στους έξι μήνες υποφέρουν από καταθλιπτικά συμπτώματα και αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως μητέρα όχι απολύτως θετικά, εντοπίζουν δηλαδή τομείς τους οποίους δεν διαχειρίζονται σωστά αναφορικά με το παιδί, είναι πιθανό να εμφανίσουν περισσότερα αγχώδη συμπτώματα έξι μήνες μετά τον τοκετό. Το εύρημα μπορεί να βοηθήσει στον εντοπισμό γυναικών με αγχώδη συμπτωματολογία, όταν αυτές αναφέρουν ότι δεν είναι «καλές μητέρες» ή ότι η συμπεριφορά τους δεν είναι αυτή που θα επιθυμούσαν. Φαίνεται λοιπόν ότι διατυπώσεις αυτομομφής των γυναικών, αφενός συνυπάρχουν με καταθλιπτική συμπτωματολογία, αφετέρου έχουν προβλεπτική ισχύ για την ταυτόχρονη εκδήλωση αγχωδών συμπτωμάτων την ίδια περίοδο.

7. Παράλληλα, το περιστασιακό άγχος στην κύηση είναι πιθανότερο να εμφανιστεί στις γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα αναφορικά με την κύηση, εύρημα αναμενόμενο και εύλογο, καθώς επίσης και στις γυναίκες που υποφέρουν από καταθλιπτικά συμπτώματα την ίδια περίοδο. Το εύρημα αυτό συνηγορεί προς την ύπαρξη συννοσηρότητας, αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών κατά την περιγεννητική περίοδο. Κινούμαστε λοιπόν προς μια μεικτή κλινική εικόνα, όπως αυτή περιγράφεται από τον κωδικό F41,2 του ICD-10. Σύμφωνα με τις οδηγίες του ταξινομικού συστήματος, *«η κατηγορία αυτή πρέπει να χρησιμοποιείται όταν υπάρχουν συμπτώματα τόσο του άγχους, όσο και της κατάθλιψης, χωρίς κανένα από αυτά να κυριαρχεί σαφώς, και χωρίς κανένα από τους δύο τύπους συμπτωμάτων να προεξάρχει στο βαθμό που να δικαιολογήσουν επιμέρους διαγνώσεις. Όταν υπάρχουν τόσο συμπτώματα άγχους όσο και κατάθλιψης τα οποία είναι αρκετά σοβαρά ώστε να δικαιολογήσουν ξεχωριστές διαγνώσεις, τότε θα πρέπει να καταγράφονται και οι δύο διαγνώσεις και αυτή η κατηγορία δεν πρέπει να χρησιμοποιείται.»*

Δ. Αξιοποίηση των αποτελεσμάτων της έρευνας

Δ.1. Παρατηρήσεις για την προθυμία των γυναικών να συμμετάσχουν σε δράσεις ευαισθητοποίησης και παρέμβασης κατά την περιγεννητική περίοδο

Σύμφωνα με τις εντυπώσεις που διατύπωσαν οι γυναίκες για τη συμμετοχή τους στην έρευνα, περισσότερες από τις μισές γυναίκες ανέφεραν ότι η συμμετοχή τους στην ερευνητική διαδικασία ήταν βοηθητική για αυτές, εφόσον η συνέντευξη, τα ερωτηματολόγια, καθώς και η διαχρονικότητα των μετρήσεων, τις ώθησαν να προβληματισθούν, να συνειδητοποιήσουν και να κατανοήσουν καλύτερα θέματα που τις αφορούν. Φαίνεται λοιπόν ότι η ίδια η διαδικασία λειτούργησε σαν παρέμβαση ευαισθητοποίησης για τις συμμετέχουσες. Η παρατήρηση αυτή αποτελεί ένδειξη για την ετοιμότητα του πληθυσμού στόχου, στο να ενημερωθεί και να προετοιμαστεί για τον ερχομό του παιδιού, όχι μόνο πρακτικά αλλά και ψυχικά. Η διαπίστωση αυτή υποστηρίζεται και από τις απαντήσεις των γυναικών που αναφέρουν πολύ συχνά ότι επιθυμούν να κάνουν το καλύτερο δυνατό για το παιδί τους. Παρόλο που η παρατήρηση αυτή χρειάζεται περαιτέρω έλεγχο σε μεγαλύτερο δείγμα γυναικών, δημιουργεί αισιοδοξία για την επιτυχία των δράσεων ανίχνευσης ψυχικών διαταραχών κατά την περιγεννητική περίοδο. Η θέση αυτή φαίνεται να υποστηρίζεται και από την ολοένα αυξανόμενη προσέλευση εγκύων στο Κέντρο Ημέρας για τη Φροντίδα της Ψυχικής Υγείας της Γυναίκας (επιλόχεια διαταραχή), σύμφωνα με τα απολογιστικά στοιχεία των τελευταίων ετών. Θα μπορούσαμε μάλιστα να επιχειρήσουμε να διατυπώσουμε την υπόθεση, ότι οι έγκυες είναι έτοιμες να συμμετέχουν σε προγράμματα ανίχνευσης, ψυχοπροφυλακτικής και παρέμβασης, και εναπόκειται στην εθνική πολιτική και στους επαγγελματίες υγείας να εφαρμόσουν τέτοιες δράσεις. Μια δεύτερη ερμηνευτική απόπειρα για τις θετικές εκτιμήσεις των γυναικών από τη συμμετοχή τους στην έρευνα, είναι ότι οι γυναίκες είναι ικανοποιημένες από τις υπηρεσίες που λαμβάνουν από το Κέντρο Ημέρας, και το δηλώνουν με τη συμμετοχή τους στην έρευνα που διεξάγεται εκεί. Μια τελευταία υπόθεση είναι, ότι κατά την ενημέρωση για τους σκοπούς της έρευνας αναφερόταν ότι η συμμετοχή είναι σημαντική για την πληρέστερη κατανόηση των επιλόχειων διαταραχών, έτσι ώστε κάθε συμμετέχουσα να νιώθει ότι συμμετέχει σε κάτι σημαντικό που θα βοηθήσει άλλες γυναίκες που διανύουν την περιγεννητική περίοδο και θα βελτιώσει τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Και οι τρεις ερμηνευτικές

απόπειρες, υποστηρίζουν την αποδοχή και ετοιμότητα των γυναικών σε προγράμματα ανίχνευσης.

4.2. Η συμβολή των αποτελεσμάτων στον σχεδιασμό δράσεων πρόληψης

Όπως αναφέρθηκε και στο κεφάλαιο της Εισαγωγής, η πρόληψη των ΠΨΔ βασίζεται στην ανίχνευση των παραγόντων κινδύνου (risk factors) που ασκούν καθοριστική επίδραση στην αιτιογένεση και εμφάνιση των διαταραχών και σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα εκδήλωσης της διαταραχής, με μεγαλύτερη σοβαρότητα και διάρκεια των συμπτωμάτων. Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, η κύηση είναι η περίοδος με τη μεγαλύτερη συγκέντρωση συμπτωμάτων, τα οποία σημειώνουν ύφεση μετά τον τοκετό. Τόσο η ένταση των συμπτωμάτων, όσο και ο αριθμός των γυναικών που εμφανίζουν συμπτώματα μειώνονται μετά τον τοκετό. Μόνο πέντε γυναίκες εμφανίζουν συμπτώματα για πρώτη φορά μετά τον τοκετό. Βλέπουμε λοιπόν ότι στις περισσότερες περιπτώσεις τα συμπτώματα, κλινικά και υποκλινικά, εμφανίζονται όχι κατά τη λοχεία, αλλά στην κύηση. Το ποσοστό αυτό που αγγίζει το 30% του δείγματος της έρευνας, συνηγορεί προς την αναγκαιότητα ανίχνευσης, όχι μόνο στη λοχεία αλλά κυρίως στην κύηση.

Οι εθνικές οδηγίες χωρών που έχουν μεγάλη παράδοση στη περιγεννητική φροντίδα, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, επισημαίνουν την αναγκαιότητα για πρόληψη των ΠΨΔ (NICE, 2007). Μάλιστα, οι έρευνες δείχνουν ότι η έγκαιρη ανίχνευση συμπτωμάτων κατάθλιψης ή άγχους προγεννητικά και η άμεση παρέμβαση για την υποστήριξη της γυναίκας κατά τη μετάβαση στη γονεϊκότητα, είναι αποτελεσματική, ακόμα και όταν δεν πραγματοποιείται από ειδικούς ψυχικής υγείας και υποστηρίζει σημαντικά στην ανάπτυξη μιας υγιούς σχέσης μητέρας – παιδιού, ούτως ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες εμφάνισης διαταραχής στα παιδιά (Stewart – Brown, Sarah & Schrader-Mcmillan, 2011. Rahman et al., 2013. Santos, 2014).

Όπως προτείνεται και από τις περισσότερες έρευνες της διεθνούς βιβλιογραφίας, είναι πολύ σημαντικός σχεδιασμός δράσεων ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης, όχι μόνο του πληθυσμού των γυναικών που διανύουν την περιγεννητική περίοδο και των συντρόφων τους, αλλά και των επαγγελματιών υγείας που έρχονται σε επαφή με τις γυναίκες αυτές. Προτείνεται μάλιστα, η ένταξη της ανίχνευσης στους ελέγχους ρουτίνας των εγκύων από μαιές και μαιευτήρες, και στη συνέχεια από

παιδιάτρους, οι οποίοι είναι οι και οι μόνοι επαγγελματίες που έρχονται συστηματικά σε επαφή με τις νέες μητέρες μετά τον τοκετό.

Στα ελληνικά δεδομένα, ήδη με απόφαση του Υπουργού Υγείας (Νόμος Υπ. Αριθμ. 4316.ΦΕΚ. 270, 24/12/2014) καταρτίζεται πενταετές Εθνικό Συμβούλιο Δράσης για τη βελτίωση της Περιγεννητικής Φροντίδας και συγκροτείται επίσης Επιτροπή για την παρακολούθηση της παρεχόμενης περιγεννητικής φροντίδας στη χώρα, η οποία θα εισηγείται μέτρα για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Βάσει του ίδιου νόμου, ορίζονται και λειτουργούν Περιγεννητικά Κέντρα σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία και σε άλλες δομές. Παρόλο που ο συγκεκριμένος νόμος αφορά τη σωματική υγεία μητέρας, εμβρύου, νεογνού, εισηγήσεις που αφορούν την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στον εν λόγω πληθυσμό, είναι πιθανό να συμβάλλουν σημαντικά στην πρόληψη. Τα Περιγεννητικά Κέντρα, καθώς και όλες οι δομές που εξυπηρετούν τέτοιους πληθυσμούς, θα μπορούσαν να αποτελέσουν μια εξαιρετική ευκαιρία για ανίχνευση των ΠΨΔ, ανά τακτά χρονικά διαστήματα, εφόσον προηγηθεί εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε αυτά.

Οι τομείς δυσφορίας, όπως προκύπτουν από τις βασικές θεματικές που εξάγονται από τα ποιοτικά δεδομένα, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ευαισθητοποίηση επαγγελματιών ψυχικής υγείας στη βαθύτερη κατανόηση των ενδοψυχικών συγκρούσεων των γυναικών. Επίσης, μπορούν να βοηθήσουν στην ευαισθητοποίηση των μελλόντων ή νέων πατέρων και της υπόλοιπης οικογένειας, ώστε να μπορέσουν να κατανοήσουν ευαίσθητες πτυχές της ψυχολογίας της περιγεννητικής περιόδου και να προσφέρουν πιο αποτελεσματική και επιθυμητή υποστήριξη. Όπως αναφέρθηκε και στην εισαγωγή, τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερο αυξάνεται το ερευνητικό ενδιαφέρον για τις περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές που πλήττουν τους μέλλοντες ή νέους πατέρες. Στον βαθμό λοιπόν που η ικανοποιητική σχέση με τον σύζυγο είναι μείζονος σημασίας προστατευτικός παράγοντας της ψυχικής υγείας της γυναίκας, είναι αναγκαίο η έρευνα να επεκταθεί και σε άντρες, προκειμένου να σχεδιαστούν παρεμβάσεις κατάλληλα προσαρμοσμένες σε αυτούς.

4.3. Αξιοποίηση των αποτελεσμάτων στην ανίχνευση των συμπτωμάτων

Από τις αφηγήσεις των γυναικών στις συνεντεύξεις επιβεβαιώνεται η συμβολή του υποστηρικτικού δικτύου και κυρίως του συζύγου, στην ύφεση των συμπτωμάτων.

Ενδιαφέρον προκαλεί η παρατήρηση ότι, σε κάποιες περιπτώσεις τα συμπτώματα εμφανίζονται μεν, υποχωρούν δε, χωρίς πάντοτε η γυναίκα να βρίσκεται σε ψυχοθεραπεία, γεγονός όπως που δεν πρέπει να οδηγεί σε επανάπαυση, εφόσον η έκβαση των συμπτωμάτων για κάθε υποκείμενο ξεχωριστά δεν είναι δυνατό να προβλεφθεί, παρά μόνο να μελετηθεί εκ των υστέρων. Επομένως, η αναγνώριση της δυσφορίας και η παραπομπή για εκτίμηση, εξακολουθεί να είναι μείζονος σημασίας.

Οι επαγγελματίες υγείας, η ίδια η γυναίκα, καθώς και οι συγγενείς της, θα πρέπει να είναι ενήμεροι των κυριότερων παραπόνων ή δυσφοριών που μπορεί να αποτελούν ενδείξεις διαταραχής. Σύμφωνα με τις θεματικές που εξάγονται από το υλικό των συνεντεύξεων, οι σημαντικότεροι τομείς για τους οποίους οι γυναίκες εκφράζουν δυσφορία και προβληματισμό, είναι οι κάτωθι:

- Παραμονή στο σπίτι, ανεξαρτήτως με την αιτιολογία, διακοπή προηγούμενων δραστηριοτήτων (πχ. εργασία) και αίσθηση αδράνειας.
- Τοκετός και χειρουργείο.
- Κόπωση και δυσκολίες με τον ύπνο.
- Απουσία πρακτικής υποστήριξης και αίσθηση αβοηθητότητας και αδιεξόδου.
- Αίσθηση αδυναμίας της γυναίκας να προλάβει και να ανταπεξέλθει στις καθημερινές.
- Σωματικοί πόνοι ή άλλα έντονα σωματικά συμπτώματα (π.χ. ναυτία, υπερέμεση, κλπ.).
- Αρνητική εικόνα του σώματος.
- Υγεία του παιδιού. Έντονη αναποφασιστικότητα και διαρκείς ερωτήσεις προς τους ειδικούς για θέματα που αφορούν το παιδί.
- Δυσκολία με τον θηλασμό.
- Σωματική υγεία της ίδιας ή άλλων συγγενών και ανησυχία μήπως πάθει επιλόχεια κατάθλιψη.
- Αμφιβολίες ή και βεβαιότητα για την επιρροή των αρνητικών συναισθημάτων (πχ., εκνευρισμού, άγχους ή θλίψης) της γυναίκας στο έμβρυο ή το παιδί.
- Έντονη αίσθηση ευθύνης και αμφιβολίες για την ορθότητα στον τρόπο που συμπεριφέρεται στο παιδί. Αμφιβολίες για το αν είναι καλή μητέρα.
- Επίμονη ενασχόληση με τακτοποίηση ή και καθαριότητα.
- Απουσία χρόνου με τον σύζυγο και αίσθηση μοναξιάς.
- Εντάσεις ή άλλα προβλήματα στη σχέση με τον σύζυγο.

- Εντάσεις ή άλλα προβλήματα στη σχέση με συγγενικά πρόσωπα.
- Παρεμβάσεις από τους συγγενείς στην ανατροφή του παιδιού.
- Πρόσφατα αρνητικά γεγονότα ζωής (θάνατος, ασθένεια, απώλεια εργασίας, κλπ.).
- Επιστροφή στην εργασία και αποχωρισμός από το παιδί.
- Οικονομικές δυσκολίες.

Τα περισσότερα από τα παραπάνω είναι πολύ κοινά στις δηλώσεις των γυναικών που διανύουν την περιγεννητική περίοδο. Μάλιστα, μπορούν εύκολα να θεωρηθούν σαν αναμενόμενο επακόλουθο της εγκυμοσύνης και της μητρότητας, και να θεωρηθούν φυσιολογικές συνέπειες⁴⁴, γεγονός που αποτελεί έναν από τους κυριότερους λόγους που οι ΠΨΔ παραμένουν αδιάγνωστες (Hatton et al., 2007. Bauer et al., 2014). Ωστόσο, ακριβώς αυτοί οι τομείς είναι που δυσκολεύουν τις γυναίκες και μέσα από τέτοιου τύπου δηλώσεις τους, κυρίως αν αυτές επαναλαμβάνονται, καλούμαστε να ανιχνεύσουμε την παρουσία συμπτωματολογίας. Αν ο επαγγελματίας υγείας έρθει αντιμέτωπος με τέτοιες δηλώσεις της γυναίκας και, ιδιαίτερα αν εντοπίζει εκδηλώσεις άγχους ή θλίψης, είναι σωστό να ρωτήσει τη γυναίκα αν χρειάζεται βοήθεια και να την ενθαρρύνει να απευθυνθεί σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Το οικογενειακό πλαίσιο και οι επαγγελματίες υγείας δεν θα πρέπει να ταυτίζουν τη δυνατότητα της γυναίκας να φροντίζει το παιδί και το σπίτι της με την ψυχική υγεία και να επαναπαύονται. Η παραμέληση της φροντίδας του παιδιού είναι μια από τις εκδηλώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης, δεν είναι όμως και βασική προϋπόθεση για την ύπαρξη συμπτωμάτων, κλινικών ή και υποκλινικών.

Ως προς την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας που έρχονται σε επαφή με έγκυες, λεχωίδες και νέες μητέρες, στο πλαίσιο της Πανελλήνιας Καμπάνιας ενημέρωσης για τις ΠΨΔ που υλοποιείται από την ΑμΚΕ Φαιναρέτη και τη Διεπιστημονική Ομάδα του Κέντρου Ημέρας για τη Φροντίδα της Ψυχικής Υγείας της Γυναίκας (επιλόχεια διαταραχή), βρίσκεται υπό συγγραφή ένας οδηγός που προορίζεται για τους επαγγελματίες υγείας, για τη δημιουργία του οποίου έχουν χρησιμοποιηθεί στοιχεία από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και τα ευρήματα της παρούσας έρευνας.

⁴⁴ Αναφορικά με την ομαλοποίηση καταθλιπτικών συμπτωμάτων βλ. και Εισαγωγή, στην ενότητα για την ανίχνευση.

Η ερευνήτρια, λαμβάνοντας υπόψη την κλινική εμπειρία της συνεργασίας με το εκπαιδευμένο πλέον προσωπικό μαιών που εργάζονται στο Κέντρο Ημέρας, τις εμπειρίες άλλων ειδικών ψυχικής υγείας που συνεργάζονταν με γυναικολόγους, μαιές και νοσηλευτές (Cohen, R. L., 1988. Hewitt et al., 2009), καθώς και την καινοτόμα έρευνα που διενεργήθηκε από την ομάδα της Microsoft (De Choudhury et al., 2013), προτείνει η εκπαίδευση των επαγγελματιών να μην εστιάζει τόσο στις δεξιότητες χορήγησης και βαθμολόγησης ενός ψυχομετρικού εργαλείου ή στη λήψη ενός ιστορικού, αλλά μάλλον στην ευαισθητοποίηση σε μια πιο ενεργητική ακρόαση του αυθόρμητα εκφερόμενου λόγου από τις γυναίκες, κατά τη διάρκεια των τυπικών επισκέψεών τους στα ιατρεία, μαιευτήρια, κλπ. Η αποτελεσματικότητα μιας τέτοιας δράσης θα πρέπει να ελεγχθεί περαιτέρω, συγκρινόμενη με τη χορήγηση εργαλείων ανίχνευσης. Περαιτέρω έρευνα χρειάζεται και για το αν και κατά πόσο οι επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα (γυναικολόγοι, μαιές, παιδίατροι) που έρχονται πιο συχνά σε επαφή με τις γυναίκες κατά την περιγεννητική περίοδο, είναι σε θέση να αντιληφθούν την ύπαρξη ψυχικών συμπτωμάτων, ώστε να παραπέμψουν εγκαίρως σε δομές ψυχικής υγείας.

Αξιοποίηση των αποτελεσμάτων στη δημιουργία εργαλείων ανίχνευσης

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας μπορούν να συμβάλλουν στη δημιουργία εργαλείων ανίχνευσης των γυναικών που βρίσκονται σε ομάδα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση συμπτωμάτων ή διαταραχών στην πορεία της περιγεννητικής περιόδου. Σύμφωνα με αυτά, η παρουσία συμπτωμάτων ακόμα και υποκλινικών, η επίσκεψη σε ειδικό ψυχικής υγείας στο παρελθόν, η διαπροσωπική ευαισθησία αλλά και οι δυσκολίες στις σχέσεις με τον σύζυγο, αναδεικνύονται ως σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες για την εμφάνιση καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων και διαταραχών κατά την περιγεννητική περίοδο, συγκλίνοντας με τα πορίσματα προηγούμενων ερευνών.

Η προβλεπτική ισχύς των παραγόντων κινδύνου που αναδείχθηκαν από την παρούσα αλλά και από προηγούμενες έρευνες, συγκλίνει προς σχεδιασμό εργαλείων ανίχνευσης, που δεν θα εστιάζουν μόνο στα υπάρχοντα συμπτώματα, αλλά και στους παράγοντες κινδύνου που έχουν υψηλή προβλεπτική ισχύ για την εμφάνιση συμπτωμάτων στο μέλλον. Ακόμα και αν οι παράγοντες αυτοί δεν καταλήξουν στην

εμφάνιση συμπτωμάτων, δεν παύουν να είναι δυσφορικοί για τη γυναίκα. Μάλιστα, εντύπωση προκαλεί η μέχρι τώρα απουσία των παραγόντων από τα σύντομα εργαλεία ανίχνευσης (Austin, 2003. Beck, 2001. Howell et al., 2006. Jesse et al., 2005. Leigh, & Milgrom, 2008).

Σε γενικές γραμμές, φαίνεται πως μία κλίμακα από μόνη της δεν μπορεί να ανιχνεύσει τα συμπτώματα από όλο το εύρος της παθολογίας με τον ιδιαίτερο τρόπο που αυτά εμφανίζονται κατά την περιγεννητική περίοδο, πραγματοποιώντας ταυτόχρονα και λεπτές διακρίσεις των φυσιολογικών – αναμενόμενων ή παθολογικών σωματικών εκδηλώσεων. Επομένως, ένας συνδυασμός προσεκτικής ακρόασης, λήψης ιστορικού, ψυχομετρικών κλιμάκων, των ερωτήσεων της Whooley καθώς και η εκπαίδευσή των επαγγελματιών υγείας, αναμένεται να βελτιώσει τη δυνατότητα ανίχνευσης. Ένας τέτοιος ενδεδειγμένος έλεγχος μπορεί να διεξαχθεί μόνο σε εξειδικευμένες δομές. Στα υπόλοιπα πλαίσια, εξαιτίας του περιορισμένου χρόνου που διαθέτουν οι επαγγελματίες υγείας, τόσο στα ιδιωτικά, όσο και στα δημόσια ιατρεία, προτείνεται η εφαρμογή των κατευθυντηρίων οδηγιών του National Collaborating Centre for Mental Health (NICE, 2007. NICE, 2014)

Οι κατευθυντήριες αυτές προτείνουν μια σειρά σύντομων ερωτήσεων (Whooley Questions) που ανιχνεύουν την καταθλιπτική και αγχώδη συμπτωματολογία (Whooley et al., 1997). Παρόλο που το εργαλείο δεν είναι σταθμισμένο σε ελληνικό πληθυσμό⁴⁵, προτείνεται η στάθμιση και ο έλεγχος της αξιοπιστίας και εγκυρότητας δύο εκδόσεων: της αρχικής που προτείνει η Whooley, και μιας δεύτερης, η οποία θα περιλαμβάνει τρεις επιπλέον ερωτήσεις, που θα αφορούν την επίσκεψη στο παρελθόν σε ειδικό, τη διαπροσωπική ευαισθησία και τη σχέση με τον σύζυγο. Ακόμα και αν όταν δεν αναφέρονται αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την κύηση, φαίνεται ότι οι παράγοντες αυτοί μπορούν να προβλέψουν την εμφάνιση συμπτωμάτων ακόμα και έξι μήνες μετά τον τοκετό. Ερωτήσεις που αντανακλούν τη σύγκριση της γυναίκας με άλλες, την αυτομομφή και την αυτουποτίμηση, καθώς και ερωτήσεις που

⁴⁵ Οι ερωτήσεις της Whooley έχουν μεταφραστεί στα Ελληνικά και χορηγούνται από τη Διεπιστημονική Ομάδα της ΑμΚΕ Φαιναρέτη για την ανίχνευση γυναικών που χρήζουν παρέμβασης, με την προσθήκη ερωτήσεων που αφορούν την επιθυμία για λήψη βοήθειας από ειδικό ψυχικής υγείας. Η στάθμιση του εργαλείου είναι στους μελλοντικούς στόχους της Διεπιστημονικής Ομάδας. Βλ. Παράρτημα.

αντανακλούν την απουσία υποστήριξης από τον σύζυγο, προτείνεται να συμπεριληφθούν⁴⁶.

Ε. Περιορισμοί και προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μια από τις πρώτες απόπειρες διερεύνησης κλινικών και υποκλινικών συμπτωμάτων από όλο το φάσμα της παθολογίας, πλην αυτής των οξέων επεισοδίων του ψυχωτικού φάσματος, με μεικτή μέθοδο και διαχρονικό σχεδιασμό, σε ελληνίδες. Παρακάτω παρατίθενται τα σημαντικότερα μειονεκτήματα της παρούσας έρευνας και οι προτάσεις για μελλοντικές έρευνες.

1. Όπως αναφέρθηκε και στο κεφάλαιο «Μέθοδος» το δείγμα στην παρούσα έρευνα είναι σκόπιμο και όχι δείγμα πιθανοτήτων, γεγονός που περιορίζει σημαντικά τη δυνατότητα γενίκευσης. Το δείγμα αποτελείται από γυναίκες κυρίως υψηλού μορφωτικού επιπέδου και η συλλογή του έχει πραγματοποιηθεί σε μια δομή που ασχολείται με την πρόληψη και την παρέμβαση. Παρόλο που ο μεγαλύτερος αριθμός γυναικών που επισκέπτονται το Κέντρο Ημέρας είναι υγιής και προσέρχεται για τα μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής και προετοιμασίας για τη γονεϊκότητα, ίσως κάποιες γυναίκες είναι εξ αρχής ευαίσθητοποιημένες και ενημερωμένες στο θέμα της ψυχικής υγείας και γενικότερα της προαγωγής υγείας. Κάποιο ποσοστό των συμμετεχουσών έχουν απευθυνθεί στην εν λόγω δομή, όχι μόνο για τα μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής και ανώδυνου τοκετού, αλλά για τις παρεμβάσεις των ειδικών ψυχικής υγείας ή για την ασφάλεια που παρέχει η ύπαρξή τους στο πλαίσιο. Όπως επίσης αναφέρθηκε στην ενότητα «Δείγμα», η συνεχιζόμενη λήψη μαιευτικών υπηρεσιών των εξυπηρετούμενων του Κέντρου Ημέρας μετά τον τοκετό, αύξανε τις πιθανότητες να συμμετέχουν οι γυναίκες και στις επόμενες μετρήσεις⁴⁷.

2. Ο αριθμός του δείγματος, παρόλο που είναι ικανοποιητικός για ποιοτικές αναλύσεις, δεν είναι αρκετός για να πραγματοποιηθούν οι επιθυμητές συγκρίσεις μεταξύ διαφορετικών ομάδων των συμμετεχουσών.

⁴⁶ Παραδείγματος χάρη: «Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, νιώθατε συχνά ότι δεν είστε καλή μητέρα;». Αντίστοιχα, «Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, νιώθατε συχνά ότι ο σύζυγός σας δεν είναι με το μέρος σας (δεν σας κατανοεί ή δεν σας συμπαραστέκεται);».

⁴⁷ Η υπόθεση αυτή υποστηρίζεται και από το εξής: Σύμφωνα με την εκτίμησή των γυναικών για τη συμμετοχή τους στην έρευνα, ο χρόνος που έπρεπε να δαπανήσουν για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, τη μετάβαση στο Κέντρο Ημέρας, αλλά και τη συνέντευξη, ήταν η βασική τους δυσκολία, σε μια περίοδο που οι μετακινήσεις είναι αρκετά δύσκολες και απαιτητικές, ιδιαιτέρως μετά τον τοκετό.

3. Εξ αιτίας της μεικτής μεθοδολογίας αλλά και του μεγέθους του δείγματος, δεν χρησιμοποιήθηκε ομάδα ελέγχου και οι συγκρίσεις διεξάγονταν κάθε φορά ανάλογα με την απουσία ή παρουσία ενός συγκεκριμένου παράγοντα κινδύνου. Ο πληθυσμός των γυναικών που βρέθηκαν να έχουν κλινικά ή υποκλινικά συμπτώματα ήταν μικρός και δεν επέτρεπε τη συγκρότηση ομάδας ελέγχου στην πρώτη φάση της μέτρησης, της οποίας η πορεία θα υποβαλλόταν σε στατιστικές μετρήσεις στις επόμενες φάσεις της έρευνας. Εξ αιτίας αυτού προτιμήθηκε η ποιοτική προσέγγιση της κάθε μεμονωμένης περίπτωσης που παρουσίασε αλλαγές στην κλινική εικόνα κατά τη διεξαγωγή της έρευνας. Ως προς την παρατηρούμενη μείωση των συμπτωμάτων μετά τον τοκετό, μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να διερευνήσουν σε μεγαλύτερο δείγμα γυναικών την ψυχοπροφυλακτική επίδραση της παρουσίας του παιδιού καθώς και άλλων προστατευτικών παραγόντων, στη μείωση της συμπτωματολογίας, ελέγχοντας ταυτόχρονα την επίδραση παραγόντων κινδύνου.

4. Μια από τις μεγαλύτερες δυσκολίες που αντιμετωπίζει ένας ερευνητής που χρησιμοποιεί ποιοτικές μεθόδους, αφορά τον απαιτούμενο χρόνο για τα επιμέρους στάδια της ερευνητικής διαδικασίας. Στην παρούσα έρευνα η εν λόγω δυσκολία ήταν ακόμα μεγαλύτερη, λαμβανομένου υπόψη του διαχρονικού σχεδιασμού της δειγματοληψίας, ο οποίος απαιτούσε την έλευση περίπου τριών μηνών από την πρώτη στη δεύτερη μέτρηση και 5 περίπου μηνών από τη δεύτερη έως την τρίτη μέτρηση. Στο χρονικό περιθώριο διεξαγωγής της έρευνας έπρεπε να ολοκληρωθούν και οι τρεις μετρήσεις. Χρειάστηκε διάστημα μεγαλύτερο του ενός χρόνου για να ολοκληρωθεί η δειγματοληψία, εφόσον κάθε γυναίκα είχε διαφορετική ημερομηνία τοκετού, η οποία και καθόριζε τις μετρήσεις. Η συλλογή των δεδομένων και στη συνέχεια, η επεξεργασία αυτών (η βαθμολόγηση των ψυχομετρικών εργαλείων, η απομαγνητοφώνηση και τέλος, η εκπαίδευση των κωδικογράφων για τη μέτρηση της συμφωνίας μεταξύ τους και η κωδικοποίηση περισσότερων από 111 συνεντεύξεων⁴⁸), είναι εξαιρετικά χρονοβόρα διαδικασία. Τέλος, η πληθώρα των αποτελεσμάτων που προέκυψαν ήταν δύσκολο να συστηματοποιηθεί. Επανάληψη αντίστοιχου ερευνητικού σχεδιασμού θα χρειαζόταν τη συνεργασία ερευνητικής ομάδας, τόσο για τη συλλογή, όσο και για την επεξεργασία των δεδομένων.

⁴⁸ Σημειώνουμε ότι στην πρώτη μέτρηση της έρευνας συμμετείχαν περισσότερες γυναίκες, οι οποίες διέκοψαν.

5. Εξαιτίας του περιορισμένου χρόνου και του μικρού αριθμού του δείγματος, δεν πραγματοποιήθηκε στάθμιση στην κλίμακα Brisbane και δεν ελέγχθηκε η αξιοπιστία και εγκυρότητα του εργαλείου «Αλλαγές Ζωής» που κατασκευάστηκε για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας. Η χρήση των παραπάνω εργαλείων θα πρέπει να θεωρηθεί πιλοτική. Προκειμένου να χρησιμοποιηθούν σε επόμενες μελέτες, η μέτρηση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας είναι απαραίτητες.

6. Το μέγεθος του δείγματος, ο φορέας που επιλέχθηκε για τη δειγματοληψία και η συμπερίληψη στην έρευνα των ατόμων που προσήλθαν στο Κέντρο Ημέρας μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο, μειώνει την πιθανότητα να περιληφθούν στο δείγμα άτομα με συμπτωματολογία που έχει μικρότερη επικράτηση, όπως ψυχωτικές εκδηλώσεις, διαταραχές πρόσληψης τροφής, κλπ. Οι περισσότερες συγκρίσεις την παρούσα έρευνα έγιναν σε σχέση με καταθλιπτικά ή αγχώδη συμπτώματα, τα οποία είχαν και τη μεγαλύτερη συγκέντρωση στο δείγμα. Μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να συμπεριλάβει πληθυσμό από άλλους φορείς και δομές (παραδείγματος χάρι ψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων, Ιατρείο Γυναικών του Αιγινήτειου ή δημόσια μαιευτήρια). Ωστόσο, μια τέτοιου είδους δειγματοληψία θα απαιτούσε αρκετό χρόνο αναμονής για τη συμπερίληψη ικανού αριθμού ατόμων από την κάθε διαταραχή, ενώ ενδεχομένως να σημειωνόταν μεγάλη διαρροή του δείγματος, αν ακολουθούνταν διαχρονικός σχεδιασμός.

7. Η δειγματοληψία που ακολουθήθηκε δεν μας επιτρέπει να διακρίνουμε, κατά πόσο οι πιο ευάλωτες γυναίκες του δείγματος θα εκδήλωναν πιο σοβαρές διαταραχές, αν δεν είχαν απευθυνθεί στο συγκεκριμένο Κέντρο Ημέρας. Σημειώνουμε, ότι οι γυναίκες που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα δεν χρειάστηκε να λάβουν φαρμακευτική αγωγή, παρόλο που σε κάποιες περιπτώσεις συνιστούσαν κλινικό πληθυσμό. Πρέπει να συνυπολογίσουμε ότι, εφόσον η έρευνα διεξαγόταν σε ένα πλαίσιο που ειδικεύεται στις περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές, οι συμμετέχουσες των οποίων τα συμπτώματα ήταν εμφανή από ωρίς ή διατηρούνταν στην πορεία, βρίσκονταν ήδη ή ζητούσαν στη συνέχεια επαφή με κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας. Η ύπαρξη και μόνο του εξειδικευμένου αυτού πλαισίου, ενέχει θέση προστατευτικού παράγοντα. Σε διαφορετικό δείγμα, η απουσία ψυχοθεραπείας ή της δυνατότητας για παρέμβαση, είναι πιθανό να είχε ως συνέπεια την ένταση των έκδηλων συμπτωμάτων.

Στην ουσία, δεν χρησιμοποιήθηκε ομάδα ελέγχου που να αφέθηκε χωρίς παρέμβαση μαιευτική ή ψυχολογική. Επιπλέον, το περιεχόμενο των ερωτήσεων που απαρτίζουν τη συνέντευξη, λειτουργούσε από μόνο του ήδη σαν παρέμβαση, ωθώντας τις γυναίκες να

προβληματισθούν για τη σχέση των ερωτημάτων και των δυσκολιών με την κατάθλιψη⁴⁹. Ένας διαφορετικός ερευνητικός σχεδιασμός που θα περιελάμβανε ομάδα ελέγχου, θα έπρεπε να επιλύσει σημαντικά δεοντολογικά διλήμματα, για τις περιπτώσεις που ανιχνεύονται γυναίκες με έκδηλα συμπτώματα ή που ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου, χωρίς οι ίδιες να αναζητούν τη βοήθεια ενός ειδικού. Σε τέτοιες περιπτώσεις η προτροπή για αναζήτηση παρέμβασης θα ήταν δεοντολογικά επιβεβλημένη. Ο διαχρονικός σχεδιασμός στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών με τον συγκεκριμένο πληθυσμό δεν επιτρέπει, σε δεοντολογικό επίπεδο, τη διατήρηση του δείγματος της ομάδας ελέγχου, αν τα μέλη της χρήζουν παραπομπής. Η *ex post facto* έρευνα, με τα όποια μειονεκτήματά της, θα ήταν ίσως καταλληλότερη να απαντήσει σε τέτοια ερωτήματα.

8. Το μέγεθος του δείγματος αλλά και ο περιορισμένος χρόνος, δεν επέτρεψαν τον εντοπισμό των δηλώσεων (items) των ψυχομετρικών εργαλείων που εμφανίζουν μεγαλύτερη συνάφεια με την ύπαρξη μεγαλύτερου αριθμού αρνητικών κωδικοποιήσεων στις συνεντεύξεις. Τα ποιοτικά δεδομένα της παρούσας έρευνας είτε μελλοντική έρευνα, θα μπορούσαν να εντοπίσουν τις ερωτήσεις αυτές που είναι πιο ευαίσθητες στην ανίχνευση μεγαλύτερου βαθμού αρνητικών κωδικοποιήσεων, και επομένως εκφραζόμενης δυσφορίας. Στη συνέχεια, οι ερωτήσεις αυτές θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν στην κατασκευή ψυχομετρικών εργαλείων για την ανίχνευση παραγόντων κινδύνου στον πληθυσμό των γυναικών που διανύουν την περιγεννητική περίοδο. Παρόμοια, θα μπορούσαν να ελεγχθούν και οι διατυπώσεις άλλων ερωτήσεων της συνέντευξης σε μεγαλύτερο δείγμα γυναικών, ως προς την ευαισθησία τους, προκειμένου να κατασκευαστούν εργαλεία ανίχνευσης παραγόντων κινδύνου σε ελληνίδες.

9. Η μέτρηση που πραγματοποιήθηκε για την αναφορά συμπτωμάτων με τη χρήση του SCL-90-R, για το διάστημα πριν η γυναίκα μείνει έγκυος, πραγματοποιήθηκε κατά την κύηση. Δεν αντανακλά τόσο μια μέτρηση συγκρίσιμη σε διαχρονικό επίπεδο με τις άλλες τρεις, αλλά το πόσο διαφορετικά εκτιμά ότι ήταν η γυναίκα πριν μείνει έγκυος, στο επίπεδο των συμπτωμάτων. Τα υπογόνιμα ζευγάρια που υποβάλλονται σε εξωσωματική ή οι γυναίκες που επισκέπτονται γυναικολόγους για προγεννητικούς ελέγχους, θα μπορούσαν να αποτελέσουν δείγμα για μελλοντικές διαχρονικές έρευνες στο πεδίο της πρόβλεψης.

⁴⁹ Βλ. και εντυπώσεις των συμμετεχουσών από τη συμμετοχή στην έρευνα.

10. Οι απαντήσεις των γυναικών στις ερωτήσεις της συνέντευξης, δεν κωδικοποιήθηκαν με βάση τη βαρύτητα ή την ένταση της αναφερόμενης δυσφορίας (weight), εξαιτίας χρονικών περιορισμών. Ωστόσο, το ερευνητικό υλικό προσφέρεται για κάτι τέτοιο, και θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί μελλοντικά. Το ίδιο το υλικό της έρευνας θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί εκ νέου για την εξαγωγή περισσότερων συμπερασμάτων, μέσω ανάλυσης λόγου και, προκειμένου να ελεγχθεί η υποκειμενική θέση των γυναικών, όπως εκφράζεται στις διατυπώσεις τους (discourse analysis). Με μια τέτοια ανάλυση, ο ερευνητής ίσως μπορέσει να πάρει μια εικόνα των κυρίαρχων σημαινόντων που χρησιμοποιεί κάθε υποκείμενο. Κυρίαρχα θεωρούνται, όχι αυτά που αναλύονται περισσότερο, αλλά αυτά που επαναλαμβάνονται και νοηματοδοτούν την εμπειρία, τα οποία και είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με τις αναπαραστάσεις, και τα συμπτώματα που αντιμετωπίζει κάποιος, τα οποία μπορούν να ειπωθούν ως συνέπεια επαναλαμβανόμενων μοτίβων επιλογών (Parker, 1992). Η επανάληψη στο μοτίβο των σχέσεων του υποκειμένου μπορεί να αναζητηθεί στη σχέση με τους γονείς, τον σύντροφο και το παιδί στη συνέχεια, καθώς και στην αιτιολόγηση των συμπτωμάτων που αναφέρουν οι γυναίκες.

11. Παρά του ότι οι μεικτές μέθοδοι έχουν ήδη αρχίσει να επεκτείνονται ευρύτατα, η άποψη ότι τα ερευνητικά αποτελέσματα που προκύπτουν από διαφορετικά εργαλεία ή δεδομένα αυξάνει την εγκυρότητα της έρευνας, έχει υποστεί σοβαρή κριτική, εφόσον συγκεντρώνει μια σειρά μειονεκτημάτων και δυσκολιών που δεν πρέπει να παραγνωρίζονται. Οι μελετητές της μεθόδου αναφέρουν ότι είναι εξαιρετικά σπάνιο τα ευρήματα της μίας προσέγγισης να επιβεβαιώνουν πλήρως τα ευρήματα της άλλης. Οι δυο προσεγγίσεις, ποσοτικές και ποιοτικές, έχουν διαφορετικές θεωρητικές αφετηρίες και στόχους. Επιπλέον, ακόμα και αν σε ένα πρώτο επίπεδο φαίνεται ότι εξετάζουν το ίδιο θέμα, αναδεικνύουν εν τέλει όψεις του, που δεν είναι απαραίτητα συγκρίσιμες⁵⁰. Στις περιπτώσεις που παράγονται αντιφατικά αποτελέσματα, οι ερευνητές έχουν την τάση να θεωρούν πιο έγκυρα να ποιοτικά δεδομένα. Αυτό έχει θεωρηθεί φυσικό επακόλουθο του γεγονότος ότι, ο ερευνητής αναπτύσσει μεροληψία ως προς τα ποιοτικά δεδομένα, εφόσον είναι αυτού του τύπου η προσέγγιση που τον φέρνει πιο κοντά με τα υποκείμενα της έρευνας, και συνεπώς του δημιουργεί περισσότερες ευαισθησίες (Shapiro, 1973, Newby, 1977, Faules, 1982, στο Σαραφίδου, 2011, σελ.

⁵⁰ Σε σχετική έρευνα για νοσηλευόμενους ψυχικά ασθενείς που κατέληξε σε αποκλίνοντα αποτελέσματα, διαπιστώθηκε ότι η ποιοτική προσέγγιση εστίαζε στην εμπειρία του να είναι κάποιος ψυχικά ασθενής, ενώ η ποσοτική στη στάση των ασθενών απέναντι στη νοσηλεία, Σαραφίδου, 2011.

99). Εν τέλει, υποστηρίζεται ότι η μεθοδολογία αυτή μπορεί μεν να προσδώσει μεγαλύτερο εύρος και βάθος στην έρευνα, αλλά όχι απαραίτητα εγκυρότερα αποτελέσματα. Έτσι, όταν ποσοτικές και ποιοτικές μέθοδοι χρησιμοποιούνται στην ίδια έρευνα, ενδέχεται τα αποτελέσματά τους να συγκλίνουν, να φωτίζουν διαφορετικές όψεις του νομίσματος, οπότε να μπορούν να αλληλοσυμπληρωθούν, (αυτόθι, σελ. 99-100).

Εν κατακλείδι, εξαιτίας του μεγέθους του δείγματος αλλά και του είδους της δειγματοληψίας, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, θα πρέπει να θεωρηθούν προκαταρκτικά. Επομένως, θα πρέπει να ελεγχθούν σε μεγαλύτερο και πιο αντιπροσωπευτικό δείγμα, στο οποίο θα εκπροσωπούνται τα χαμηλότερα και μέσα εκπαιδευτικά επίπεδα, περισσότερες γεωγραφικές περιοχές της χώρας, και γυναίκες που επισκέπτονται διαφορετικά πλαίσια, όπως για παράδειγμα δημόσια και ιδιωτικά μαιευτήρια. Η περιγεννητική ψυχική υγεία, είτε ερευνητικά είτε στην κλινική πράξη, είναι κεφαλαιώδους σημασίας, εφόσον σε αυτή την περίοδο εντοπίζονται τα θεμέλια των πρώιμων σχέσεων μητέρας, πατέρα και παιδιού, που επιδρούν σημαντικά στη δόμηση της προσωπικότητας. Η έρευνα, η προαγωγή της γνώσης και ο σχεδιασμός εθνικών πολιτικών και δράσεων για την πρόληψη και έγκαιρη παρέμβαση στις περιπτώσεις διαταραχών της νέας μητέρας και του πατέρα, αποτελούν επένδυση στην ψυχική υγεία.

Βιβλιογραφία

- Abramowitz, J. S., Meltzer-Brody, S., Leserman, J., Killenberg, S., Rinaldi, K., Mahaffey, B. L., & Pedersen, C. (2010). Obsessional thoughts and compulsive behaviors in a sample of women with postpartum mood symptoms. *Archives of women's mental health, 13*(6), 523-530.
- Abramowitz, J., Schwartz, S. A., Moore, K. M. and Luenzmann, K. R. (2003). Obsessive-compulsive symptoms in pregnancy and the puerperium: A review of the literature. *Journal of anxiety disorders, 17*(4), pp. 461-478.
- Alehagen, S., Wijma, K., & Wijma, B. (2001). Fear during labor. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica, 80*(4), 315-320.
- Allen, S. (1998). A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 16*(2-3), pp. 107-131.
- Alpern, L., & Lyons-Ruth, K. (1993). Preschool children at social risk: Chronicity and timing of maternal depressive symptoms and child behavior problems at school and at home. *Development and Psychopathology, 5*(03), 371-387.
- American Psychiatric Association, APA and American Psychiatric Association and others. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington: DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.)*. Arlington, Virginia:: American Psychiatric Publishing.
- Ammaniti, M., Baumgartner, E., Candelori, C., Perucchini, P., Pola, M., Tambelli, R., & Zampino, F. (1992). Representations and narratives during pregnancy. *Infant Mental Health Journal, 13*(2), 167-182.
- Apter, G., Devouche, E., Garez, V., Valente, M., Genet, M. C., Gratier, M., & Belaisch-Allart, J. (2013). Pregnancy, somatic complaints and depression: a French population-based study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 171*(1), 35-39.
- Αρβανιτίδου, Ζ. (2013). Ανάκτηση Απριλίου 12, 2014, από <http://prezi.com/c9w3ygkrvn38/presentation/>.
- Arnold, L. M. (1999). A case series of women with postpartum-onset obsessive-compulsive disorder. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry, 1*(4), p. 103.

- Aslan, P. A. (2014, February 26). Prevalence of depressive disorders and related factors in women in the first trimester of their pregnancies in Erzurum, Turkey. *International Journal of Social Psychiatry*.
- Austin, M. P., & Lumley, J. (2003). Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(1), 10-17.
- Austin, M. P., Hadzi-Pavlovic, D., Saint, K., & Parker, G. (2005). Antenatal screening for the prediction of postnatal depression: validation of a psychosocial Pregnancy Risk Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(4), 310-317.
- Austin, M. P., Tully, L., & Parker, G. (2007). Examining the relationship between antenatal anxiety and postnatal depression. *Journal of affective disorders*, 101(1), 169-174.
- Austin, M.P. (2004). Antenatal screening and early intervention for “perinatal” distress, depression and anxiety: where to from here? *Archives of Women’s Mental Health*, 7(1), pp. 1-6.
- B. Horta, R. B. (2007). *Evidence on the Long-Term Effects of Breastfeeding: Systematic Reviews and Meta-Analyses*. Geneva : World Health Organization.
- Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U., ... & Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of affective disorders*, 135(1), 10-19.
- Ballinger, C. B. (1982). Emotional disturbance during pregnancy and following delivery. *Journal of psychosomatic research*, 26(6), pp. 629-634.
- Barnes, D. L. (2006). Postpartum depression: Its impact on couples and marital satisfaction. *Journal of Systemic Therapies*, 25(3), 25-42.
- Barnett, B. E. (1983). Life event scales for obstetric groups. *Journal of psychosomatic research*, 27(4), pp. 313-320.
- Baron R, Kenny D. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), pp. 1173-1182.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1173. .
- Bauer, A., Parsonage, M., Knapp, M., Iemmi, V., & Adelaja, B. (2014). Costs of perinatal mental health problems. London School of Economics and Political Science.
- Beck, C.T. (1992). The lived experience of postpartum depression: a phenomenological study. *Nursing research*, 41(3), pp. 166-171.

- Beck, C.T. (1993). Teetering on the edge: A substantive theory of postpartum depression. *Nursing research*, 42(1), pp. 42-48.
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: an update. *Nursing research*, 50(5), 275-285.
- Beck, C.T. (2002). Postpartum depression: A metasynthesis. *Qualitative Health Research*, 12(4), pp. 453-472.
- Beck, C.T. (2002). Revision of the postpartum depression predictors inventory. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 31(4), pp. 394-402.
- Beck, C.T. & Indman, P. (2005). The many faces of postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(5), pp. 569-576.
- Behrends, R.S. (1985). Internalization and psychological development throughout the life cycle. *The psychoanalytic study of the child*.
- Bei, B., Milgrom, J., Ericksen, J., & Trinder, J. (2010). Subjective perception of sleep, but not its objective quality, is associated with immediate postpartum mood disturbances in healthy women. *Sleep*, 33(4), 531-538.
- Bennett, H. A. (2004). Depressive symptoms among women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health*, 13(1), pp. 119-119.
- Bennett, H. A., Boon, H. S., Romans, S. E., & Grootendorst, P. (2007). Becoming the best mom that I can: women's experiences of managing depression during pregnancy—a qualitative study. *BMC women's health*, 7(1), 13.
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 103(4), 698-709.
- Benoit, C., Westfall, R., Treloar, A. E., Phillips, R., & Mikael Jansson, S. (2007). Social factors linked to postpartum depression: A mixed-methods longitudinal study. *Journal of Mental Health*, 16(6), 719-730.
- Bhatia, M. S., & Jhanjee, A. (2012). Tokophobia: A dread of pregnancy. *Industrial psychiatry journal*, 21(2), 158.
- Bibring, G. L. (1959). Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *The psychoanalytic Study of the Child*, 14, pp. 113-121.
- Bilszta, J. L. (2008). Single motherhood versus poor partner relationship: outcomes for antenatal mental health. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(1), pp. 56--65.

- Bishop, J. L. (2011). The use of complementary and alternative medicine in pregnancy: data from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). *Complementary therapies in medicine, 19*(6), pp. 303-310.
- Bjelanović, V., Babić, D., Orešković, S., Tomić, V., Martinac, M., & Juras, J. (2012). Pathological pregnancy and psychological symptoms in women. *Collegium antropologicum, 36*(3), 847-852.
- Blatt, S. A. (2001). Mental representation, severe psychopathology, and the therapeutic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 49*(1), pp. 113-159.
- Blatt, S. J. (1975). Disturbances of object representations in schizophrenia. *Psychoanalysis & Contemporary Science*.
- Blatt, S. J. (1987). Internalization, separation-individuation, and the nature of therapeutic action. *The International Journal of Psychoanalysis*.
- Blatt, S. J. (1997). Mental representations in personality development, psychopathology, and the therapeutic process. *Review of General Psychology, 1*(4), pp. 351-374.
- Blazer, D. G. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry, 15*, pp. 24-27.
- Bloch, M., Daly, R. C., & Rubinow, D. R. (2003). Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Comprehensive psychiatry, 44*(3), 234-246.
- Bloch, M., Rotenberg, N., Koren, D., & Klein, E. (2005). Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *Journal of Affective Disorders, 88*(1), 9-18.
- Bloch, M., Schmidt, P. J., Danaceau, M., Murphy, J., Nieman, L., & Rubinow, D. R. (2000). Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *American Journal of Psychiatry*.
- Blum, H. P. (1978). Reconstruction in a case of postpartum depression. *The Psychoanalytic study of the child*.
- Blum, L. (2007). Psychodynamics of postpartum depression. *Psychoanalytic Psychology, 24*(1), pp. 45-62.
- Bogaerts, A. F. (2013). Anxiety during early pregnancy predicts postpartum weight retention in obese mothers. *Obesity, 21*(9), pp. 1942-1949.
- Bonari, L., Pinto, N., Ahn, E., Einarson, A., Steiner, M., Koren, G. (2004). Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *Can J Psychiatry, 49*(11), pp. 726-735.
- Borra, C., Iacovou, M., & Sevilla, A. (2014). New evidence on breastfeeding and postpartum depression: the importance of understanding women's intentions. *Maternal and child health journal, 19*(4), 897-907.

- Boufidou, F., Lambrinouadaki, I., Argeitis, J., Zervas, I. M., Pliatsika, P., Leonardou, A. A., ... & Nikolaou, C. (2009). CSF and plasma cytokines at delivery and postpartum mood disturbances. *Journal of affective disorders*, 115(1), 287-292.
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming Qualitative Information: Thematic Analysis and Code Development*. USA: SAGE.
- Boyce, P., Hickie, I., & Gordon, P. (1991). Parents, partners or personality? Risk factors for post-natal depression. *Journal of Affective Disorders*, 21(4), 245-255.
- Boyce, P., & Hickey, A. (2005). Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40(8), 605-612.
- Brandes, M., Soares, C. N., & Cohen, L. S. (2004). Postpartum onset obsessive-compulsive disorder: diagnosis and management. *Archives of Women's Mental Health*, 7(2), 99-110.
- Brent, R. L. (1990). Environmental teratogens. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 66(2), pp. 123-163.
- Brion, M. J. A., Lawlor, D. A., Matijasevich, A., Horta, B., Anselmi, L., Araújo, C. L., ... & Smith, G. D. (2011). What are the causal effects of breastfeeding on IQ, obesity and blood pressure? Evidence from comparing high-income with middle-income cohorts. *International journal of epidemiology*, dyr020..
- Brockington, I. (2005). A Historical Perspective on the Psychiatry of Motherhood. Στο S. M. Riecher-Rössler A, *Perinatal Stress, Mood and Anxiety Disorders. From Bench to Bedside*. (Τόμ. Bibliotheca Psychiatrica, No. 173, pp. 1-5). Karger.
- Bucholtz, M. (2000). The politics of transcription. *Journal of pragmatics*, 32(10), pp. 1439-1465.
- Buttner, M. (2012). The structure of women's mood in the early postpartum. *Assessment*, 19(2), pp. 247-256.
- Bydlowski, M. (2009). *Το χρέος της ζωής. Ψυχαναλυτική διαδρομή της μητρότητας*. Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.
- Carroll, J. C. (2005). Effectiveness of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns: a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 173(3), pp. 253-259.
- Casey, P., Maracy, M., Kelly, B. D., Lehtinen, V., Ayuso-Mateos, J. L., Dalgard, O. S., & Dowrick, C. (2006). Can adjustment disorder and depressive episode be distinguished? Results from ODIN. *Journal of affective disorders*, 92(2), 291-297.
- Cathwell, R. C. (2006). Psychiatric Disorders in Pregnancy and the Puerperium. *Current Obstetrics and Gynaecology*, 16, pp. 14-20.

- Cattaneo, A., Yngve, A., Koletzko, B., & Guzman, L. R. (2005). Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. *Public health nutrition*, 8(01), 39-46.
- Chan, S., & Levy, V. (2004). Postnatal depression: a qualitative study of the experiences of a group of Hong Kong Chinese women. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 120-123.
- Chatzi, L., Melaki, V., Sarri, K., Apostolaki, I., Roumeliotaki, T., Georgiou, V., ... & Kogevinas, M. (2011). Dietary patterns during pregnancy and the risk of postpartum depression: the mother-child 'Rhea' cohort in Crete, Greece. *Public health nutrition*, 14(09), 1663-1670.
- Chaudron, L. H. (2001). Predictors, prodromes and incidence of postpartum depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 22(2), pp. 103-112.
- Chee, C. Y. (2005). Confinement and other psychosocial factors in perinatal depression: a transcultural study in Singapore. *Journal of affective disorders*, 89(1), pp. 157-166.
- Chiariello, M. A. (1995). Patterns of parent-child communication: Relationship to depression. *Clinical Psychology Review*, 15(5), pp. 395-407.
- Chojenta, C., Harris, S., Reilly, N., Forder, P., Austin, M. P., & Loxton, D. (2014). History of pregnancy loss increases the risk of mental health problems in subsequent pregnancies but not in the postpartum. *PloS one*, 9(4), e95038.
- Church, N. F., Brechman-Toussaint, M. L., & Hine, D. W. (2005). Do dysfunctional cognitions mediate the relationship between risk factors and postnatal depression symptomatology? *Journal of affective disorders*, 87(1), 65-72.
- Clark, A., Skouteris, H., Wertheim, E. H., Paxton, S. J., & Milgrom, J. (2009). The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum a prospective study. *Journal of Health Psychology*, 14(1), 27-35.
- Cochrane, R., & Robertson, A. (1973). The life events inventory: a measure of the relative severity of psycho-social stressors. *Journal of psychosomatic research*, 17(2), 135-139.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, R. L. (1988). *Psychiatric consultation in childbirth settings*. Springer Science & Business Media.
- Commission, E. (2009). *Economic crisis in Europe: causes, consequences and responses*. Luxemburg: European Communities.
- Condon, J. T. (1987). Altered cognitive functioning in pregnant women: a shift towards primary process thinking. *British journal of medical psychology*, 60(4), pp. 329-334.

- Cooke, M., Schmied, V., & Sheehan, A. (2007). An exploration of the relationship between postnatal distress and maternal role attainment, breast feeding problems and breast feeding cessation in Australia. *Midwifery*, 23(1), 66-76.
- Cookson, H., Granell, R., Joinson, C., Ben-Shlomo, Y., & Henderson, A. J. (2009). Mothers' anxiety during pregnancy is associated with asthma in their children. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 123(4), 847-853..
- Cooper, P. J., Murray, L., Hooper, R., & West, A. (1996). The development and validation of a predictive index for postpartum depression. *Psychological Medicine*, 26(03), 627-634.
- Costa, D. D., Rippen, N., Dritsa, M., & Ring, A. (2003). Self-reported leisure-time physical activity during pregnancy and relationship to psychological well-being. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 24(2), 111-119.
- Cox, J. L. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), pp. 782-786.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), 782-786.
- Cramer, B., & Stern, D. N. (1988). Evaluation of changes in mother-infant brief psychotherapy: A single case study. *Infant Mental Health Journal*, 9(1), 20-45..
- Creedy, D. K., Shochet, I. M., & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth*, 27(2), 104-111.
- Creswel, J. C. (2011). Choosing a Mixed Methods Research Design. Στο J. C. Creswel, *Designing and Conducting Mixed Methods Research* (pp. 58-109). SAGE.
- Crowell, J. A. (1989). Assessment of mothers' working models of relationships: Some clinical implications. *Infant Mental Health Journal*, 10(3), pp. 173-184.
- Cuijpers, P. B. (2008). Psychological treatment of postpartum depression: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*, 64(1), pp. 103-118.
- Czarnocka, J., & Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(1), 35-51.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2004). *Statistics without maths for psychology*. Pearson Education.
- Daniel, S.N. (2006). *The Motherhood Constellation: A Unified View of Parent-infant Psychotherapy*. London: Karnac Books.
- Davalos, D. B. (2012). Untreated prenatal maternal depression and the potential risks to offspring: a review. *Archives of women's mental health*, 15(1), pp. 1-14.

- Davé, S. P. (2010). Incidence of maternal and paternal depression in primary care: a cohort study using a primary care database. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 164(11), pp. 1038-1044.
- Davey, H. L., Tough, S. C., Adair, C. E., & Benzies, K. M. (2011). Risk factors for sub-clinical and major postpartum depression among a community cohort of Canadian women. *Maternal and child health journal*, 15(7), 866-875.
- Davidson, C. (2009). Transcription: Imperatives for Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 8(2), pp. 35-52.
- Davies, J., Slade, P., Wright, I., & Stewart, P. (2008). Post-traumatic stress symptoms following childbirth and mothers' perceptions of their infants. *Infant Mental Health Journal*, 29(6), 537-554.
- De Choudhury, M., Counts, S., & Horvitz, E. (2013, April). Predicting postpartum changes in emotion and behavior via social media. In Proceedings of the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems (pp. 3267-3276). ACM.
- Deligiannidis, K. M. (2014). Complementary and alternative medicine therapies for perinatal depression. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), pp. 85-95.
- DeMijolla, A. (2005). *International Dictionary of Psychoanalysis*. USA: Macmillan Reference .
- Deng, A. W., Xiong, R. B., Jiang, T. T., Luo, Y. P., & Chen, W. Z. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum depression in a population-based sample of women in Tangxia Community, Guangzhou. *Asian Pacific journal of tropical medicine*, 7(3), 244-249.
- Denis, A., Parant, O., & Callahan, S. (2011). Post-traumatic stress disorder related to birth: a prospective longitudinal study in a French population. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(2), 125-135.
- Dennis, C. L., & Chung-Lee, L. (2006). Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: A qualitative systematic review. *Birth*, 33(4), 323-331.
- Dennis, C. L., & McQueen, K. (2009). The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics*, 123(4), e736-e751.
- Dennis, C. L., & Ross, L. E. (2006). The clinical utility of maternal self-reported personal and familial psychiatric history in identifying women at risk for postpartum depression. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 85(10), 1179-1185..
- Dennis, C. L., & Vigod, S. (2013). The Relationship Between Postpartum Depression, Domestic Violence, Childhood Violence, and Substance Use Epidemiologic Study of a Large Community Sample. *Violence against women*, 19(4), 503-517.

- Deutsch, H. (1945). *The psychology of women*. Vol. 2. Motherhood.
- Δημοπούλου, Γ. (2008, Αύγουστος). Η Ινώ του Ευριπίδη. *Διπλωματική εργασία (Μ.Δ.Ε.)*. Πάτρα.
- Dias, C. C., & Figueiredo, B. (2015). Breastfeeding and depression: A systematic review of the literature. *Journal of affective disorders*, *171*, 142-154.
- Diaz, M. A., Le, H. N., Cooper, B. A., & Muñoz, R. F. (2007). Interpersonal factors and perinatal depressive symptomatology in a low-income Latina sample. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, *13*(4), 328.
- Dipietro, J. A. (2008). Continuity in self-report measures of maternal anxiety, stress, and depressive symptoms from pregnancy through two years postpartu. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *29*(2), pp. 115-124.
- Dorheim, S. K., Bjorvatn, B., & Eberhard-Gran, M. (2014). Can insomnia in pregnancy predict postpartum depression? A longitudinal, population-based study. *PloS one*, *9*(4), e94674.
- Dugoua, J. J., Mills, E., Perri, D., & Koren, G. (2006). Safety and efficacy of St. John's wort (hypericum) during pregnancy and lactation. *Can J Clin Pharmacol*, *13*(3), e268-76.
- Duijts, L., Jaddoe, V. W., Hofman, A., & Moll, H. A. (2010). Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. *Pediatrics*, *126*(1), e18-e25.
- Easter, A., Bye, A., Taborelli, E., Corfield, F., Schmidt, U., Treasure, J., & Micali, N. (2013). Recognising the symptoms: how common are eating disorders in pregnancy?. *European eating disorders review*, *21*(4), 340-344.
- Eastman, C. I. (1998). Bright light treatment of winter depression: a placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, *55*(10), pp. 883-889.
- Eastwood, J. G. (2012). Relationship of postnatal depressive symptoms to infant temperament, maternal expectations, social support and other potential risk factors: findings from a large Australian cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*, *12*(1), p. 148.
- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Samuelsen, S. O., & Opjordsmoen, S. (2002). Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *106*(6), 426-433.
- Ebina, S., & Kashiwakura, I. (2012). Influence of breastfeeding on maternal blood pressure at one month postpartum. *International journal of women's health*, *4*, 333.
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L. E., Patelakis, A., & Stefanis, C. N. (2013). Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of affective disorders*, *145*(3), 308-314.

- Eidelman, A. I. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129(3), pp. e827-e841.
- Elliott, S. A., Leverton, T. J., Sanjack, M., Turner, H., Cowmeadow, P., Hopkins, J., & Bushnell, D. (2000). Promoting mental health after childbirth: a controlled trial of primary prevention of postnatal depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(3), 223-241.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107-115.
- Endicott, J. (1993). The menstrual cycle and mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 29(2), 193-200.
- EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. (2008). *Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Promoting, Protecting and Supporting Breastfeeding: A Blueprint for Action (Revised)*. Luxembourg : European Commission Directorate Public Health.
- Fairbrother, N., & Abramowitz, J. S. (2007). New parenthood as a risk factor for the development of obsessional problems. *Behaviour research and therapy*, 45(9), 2155-2163.
- Fairbrother, N., & Abramowitz, J. S. (2007). New parenthood as a risk factor for the development of obsessional problems. *Behaviour research and therapy*, 45(9), 2155-2163.
- Fairbrother, N., & Woody, S. R. (2008). New mothers' thoughts of harm related to the newborn. *Archives of women's mental health*, 11(3), 221-229.
- Faravelli, C., & Ambonetti, A. (1983). Assessment of life events in depressive disorders. *Social psychiatry*, 18(2), 51-56.
- Field, T. (2011). Prenatal depression effects on early development: a review. *Infant Behavior and Development*, 34(1), 1-14.
- Field, T., Deeds, O., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Gauler, A., Sullivan, S., ... & Nearing, G. (2009). Benefits of combining massage therapy with group interpersonal psychotherapy in prenatally depressed women. *Journal of bodywork and movement therapies*, 13(4), 297-303.
- Field, T., Diego, M. A., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., & Kuhn, C. (2004). Massage therapy effects on depressed pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(2), 115-122.
- Field, T., Diego, M., & Hernandez-Reif, M. (2006). Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. *Infant Behavior and Development*, 29(3), 445-455.

- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Deeds, O., & Figueiredo, B. (2009). Pregnancy massage reduces prematurity, low birthweight and postpartum depression. *Infant Behavior and Development*, 32(4), 454-460.
- Field, T., Figueiredo, B., Hernandez-Reif, M., Diego, M., Deeds, O., & Ascencio, A. (2008). Massage therapy reduces pain in pregnant women, alleviates prenatal depression in both parents and improves their relationships. *Journal of bodywork and movement therapies*, 12(2), 146-150.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, S., Bendell, D., Schanberg, S., ... & Kuhn, C. (1988). Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with nondepressed adults. *Child development*, 1569-1579.
- Fisher, J., Mello, M. C. D., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., & Holmes, W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(2), 139-149.
- Flick, U., von Kardoff, E., & Steinke, I. (Eds.). (2004). *A companion to qualitative research*. Sage.
- Flynn, H. A., Davis, M., Marcus, S. M., Cunningham, R., & Blow, F. C. (2004). Rates of maternal depression in pediatric emergency department and relationship to child service utilization. *General hospital psychiatry*, 26(4), 316-322.
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child development*, 62(5), 891-905.
- Fordham, M. (1965). The Self and the Object World: By Edith Jacobson. *International Journal of Psycho-Analysis*, 46, pp. 525-529.
- Fransson, E., Örténstrand, A., & Hjelmstedt, A. (2011). Antenatal depressive symptoms and preterm birth: a prospective study of a Swedish national sample. *Birth*, 38(1), 10-16.
- Freeman, M. P. (2006). Omega-3 fatty acids and perinatal depression: a review of the literature and recommendations for future research. *Prostaglandins, leukotrienes and essential fatty acids*, 75(4), 291-297.
- Furber, C. M., Garrod, D., Maloney, E., Lovell, K., & McGowan, L. (2009). A qualitative study of mild to moderate psychological distress during pregnancy. *International journal of nursing studies*, 46(5), 669-677.
- Gaillard, A., Le Strat, Y., Mandelbrot, L., Keïta, H., & Dubertret, C. (2014). Predictors of postpartum depression: Prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry research*, 215(2), 341-346.

- Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Knoph, C., Simonsen, T. B., Torgersen, L., & Eberhard-Gran, M. (2014). The influence of women's preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: a population-based, longitudinal study. *BMC pregnancy and childbirth*, *14*(1), 191.
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*, *106*(5, Part 1), 1071-1083.
- Gawlik, S., Waldeier, L., Müller, M., Szabo, A., Sohn, C., & Reck, C. (2013). Subclinical depressive symptoms during pregnancy and birth outcome—a pilot study in a healthy German sample. *Archives of women's mental health*, *16*(2), 93-100.
- Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G., ... & Miller, W. C. (2005). Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes: summary.
- Gentile, S. (2010). Antipsychotic therapy during early and late pregnancy. A systematic review. *Schizophrenia bulletin*, *36*(3), pp. 518-544.
- Gentile, S. (2011). Suicidal mothers. *Journal of Injury and Violence Research*, *3*(2), p. 90.
- Giakoumaki, O., Vasilaki, K., Lili, L., Skouroliakou, M., & Liosis, G. (2009). The role of maternal anxiety in the early postpartum period: screening for anxiety and depressive symptomatology in Greece. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *30*(1), 21-28.
- Gidai, J., Acs, N., Bánhid, F., & Czeizel, A. E. (2010). Congenital abnormalities in children of 43 pregnant women who attempted suicide with large doses of nitrazepam. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, *19*(2), 175-182.
- Gissler, M., Berg, C., Bouvier-Colle, M. H., & Buekens, P. (2005). Injury deaths, suicides and homicides associated with pregnancy, Finland 1987–2000. *The European Journal of Public Health*, *15*(5), 459-463.
- Gjerdingen, D., Fontaine, P., Crow, S., McGovern, P., Center, B., & Miner, M. (2009). Predictors of mothers' postpartum body dissatisfaction. *Women & health*, *49*(6-7), 491-504.
- Golden, R. N., Gaynes, B. N., Ekstrom, R. D., Hamer, R. M., Jacobsen, F. M., Suppes, T., ... & Nemeroff, C. B. (2005). The efficacy of light therapy in the treatment of mood disorders: a review and meta-analysis of the evidence. *American Journal of Psychiatry*.
- Gonidakis, F., Rabavilas, A. D., Varsou, E., Kreatsas, G., & Christodoulou, G. N. (2008). A 6-month study of postpartum depression and related factors in Athens Greece. *Comprehensive psychiatry*, *49*(3), 275-282.

- Gönülal, D., Yalaz, M., Altun-Köroğlu, Ö., & Kültürsay, N. (2014). Both parents of neonatal intensive care unit patients are at risk of depression. *Turk J Pediatr*, *56*, 171-6.
- González-Jiménez, E., García, P. A., Aguilar, M. J., Padilla, C. A., & Álvarez, J. (2014). Breastfeeding and the prevention of breast cancer: a retrospective review of clinical histories. *Journal of clinical nursing*, *23*(17-18), 2397-2403.
- Goodman, J. H. (2004). Postpartum depression beyond the early postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *33*(4), pp. 410-420.
- Gourounti, K., Anagnostopoulos, F., Lykeridou, K., Griva, F., & Vaslamatzis, G. (2012). Prevalence of women's worries, anxiety, and depression during pregnancy in a public hospital setting in Greece. *Clinical and experimental obstetrics & gynecology*, *40*(4), 581-583.
- Grace, S. L., Evindar, A., & Stewart, D. E. (2003). The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Archives of Women's Mental Health*, *6*(4), 263-274.
- Grant, K. A., McMahon, C., & Austin, M. P. (2008). Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. *Journal of affective disorders*, *108*(1), 101-111.
- Grote, N. K., Bridge, J. A., Gavin, A. R., Melville, J. L., Iyengar, S., & Katon, W. J. (2010). A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Archives of general psychiatry*, *67*(10), 1012-1024.
- Grussu, P., & Quatraro, R. M. (2009). Prevalence and risk factors for a high level of postnatal depression symptomatology in Italian women: a sample drawn from ante-natal classes. *European Psychiatry*, *24*(5), 327-333.
- Habel, C., Feeley, N., Hayton, B., Bell, L., & Zelkowitz, P. (2015). Causes of women's postpartum depression symptoms: Men's and women's perceptions. *Midwifery*.
- Hahn-Holbrook, J., Haselton, M. G., Schetter, C. D., & Glynn, L. M. (2013). Does breastfeeding offer protection against maternal depressive symptomatology?. *Archives of women's mental health*, *16*(5), 411-422.
- Halbreich, U. (2005). The association between pregnancy processes, preterm delivery, low birth weight, and postpartum depressions—the need for interdisciplinary integration. *American journal of obstetrics and gynecology*, *193*(4), 1312-1322.
- Halbreich, U., & Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of affective disorders*, *91*(2), 97-111.
- Hanley, J. (2009). *Perinatal Mental Health, A Guide for Health Professionals and Users*. A John Wiley & Sons, Ltd., Publication.

- Hanna-Leena Melender, R. M. (2002). Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth*, 29(2), 101-111.
- Hatton, D. C., Harrison-Hohner, J., Matarazzo, J., Edwards, P., Lewy, A., & Davis, L. (2007). Missed antenatal depression among high risk women: a secondary analysis. *Archives of women's mental health*, 10(3), 121-123.
- Hay, D. F., Asten, P., Mills, A., Kumar, R., Pawlby, S., & Sharp, D. (2001). Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(07), 871-889.
- Hedegaard, M., Henriksen, T. B., Sabroe, S., & Secher, N. J. (1993). Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *Bmj*, 307(6898), 234-239.
- Hendrick, V., Altshuler, L., Strouse, T., & Grosser, S. (2000). Postpartum and nonpostpartum depression: differences in presentation and response to pharmacologic treatment. *Depression and anxiety*, 11(2), 66-72.
- Henshaw, C., Cox, J. L., & Barton, J. (2009). *Modern management of perinatal psychiatric disorder*. RCPsych Publications.
- Henshaw, C., Foreman, D., & Cox, J. (2004). Postnatal blues: a risk factor for postnatal depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(3-4), 267-272.
- Heron, J., Haque, S., Oyebode, F., Craddock, N., & Jones, I. (2009). A longitudinal study of hypomania and depression symptoms in pregnancy and the postpartum period. *Bipolar disorders*, 11(4), 410-417.
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., Glover, V., & ALSPAC Study Team. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of affective disorders*, 80(1), 65-73.
- Herring, S. J., Rich-Edwards, J. W., Oken, E., Rifas-Shiman, S. L., Kleinman, K. P., & Gillman, M. W. (2008). Association of postpartum depression with weight retention 1 year after childbirth. *Obesity*, 16(6), 1296-1301.
- Hewitt, C. E., Gilbody, S. M., Brealey, S., Paulden, M., Palmer, S., Mann, R., ... & Richards, D. (2009). Methods to identify postnatal depression in primary care: an integrated evidence synthesis and value of information analysis.
- Highet, N., Stevenson, A. L., Purtell, C., & Coo, S. (2014). Qualitative insights into women's personal experiences of perinatal depression and anxiety. *Women and Birth*, 27(3), 179-184.
- Hipwell, A. E., & Kumar, R. (1996). Maternal psychopathology and prediction of outcome based on mother-infant interaction ratings (BMIS). *The British Journal of Psychiatry*, 169(5), 655-661.

- Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*, 186(5), S160-S172.
- Hofberg, K., & Ward, M. R. (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate medical journal*, 79(935), 505-510.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, 11(2), 213-218.
- Howard, L. (2005). Postnatal Depression. *Clinical Evidence*, 14, pp. 1764-1775.
- Howell, E. A., Mora, P., & Leventhal, H. (2006). Correlates of early postpartum depressive symptoms. *Maternal and Child Health Journal*, 10(2), 149-157.
- Huang, C. C., & Warner, L. A. (2005). Relationship characteristics and depression among fathers with newborns. *Social Service Review*, 79(1), 95-118.
- Hübner-Liebermann, B., Hausner, H., & Wittmann, M. (2012). Recognizing and treating peripartum depression. *Deutsches Aerzteblatt International*, 109(24), 419.
- Huizink, A. C., Robles de Medina, P. G., Mulder, E. J., Visser, G. H., & Buitelaar, J. K. (2003). Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(6), 810-818.
- Ibanez, G., Charles, M. A., Forhan, A., Magnin, G., Thiebaugeorges, O., Kaminski, M., ... & EDEN Mother-Child Cohort Study Group. (2012). Depression and anxiety in women during pregnancy and neonatal outcome: data from the EDEN mother-child cohort. *Early human development*, 88(8), 643-649.
- Ifanti, A. A., Argyriou, A. A., Kalofonou, F. H., & Kalofonos, H. P. (2013). Financial crisis and austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care. *Health Policy*, 113(1), 8-12.
- Insana, S. P., & Montgomery-Downs, H. E. (2013). Sleep and sleepiness among first-time postpartum parents: A field-and laboratory-based multimethod assessment. *Developmental psychobiology*, 55(4), 361-372.
- Jablensky, A. V., Morgan, V., Zubrick, S. R., Bower, C., & Yellachich, L. A. (2005). Pregnancy, delivery, and neonatal complications in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 79-91.
- Jennings, K. D., Ross, S., Popper, S., & Elmore, M. (1999). Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers. *Journal of affective disorders*, 54(1), 21-28.
- Jesse, D. E., Walcott-McQuigg, J., Mariella, A., & Swanson, M. S. (2005). Risks and Protective Factors Associated With Symptoms of Depression in Low-Income African American

and Caucasian Women During Pregnancy. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 50(5), 405-410.

Joffe, H., & Cohen, L. S. (1998). Estrogen, serotonin, and mood disturbance: where is the therapeutic bridge?. *Biological Psychiatry*, 44(9), 798-811.

Johanson, R., Chapman, G., Murray, D., Johnson, I., & Cox, J. (2000). The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21(2), 93-97.

Johnson, R. B. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of mixed methods research*, 1(2), pp. 112-133.

Jones, I., & Craddock, N. (2007). Searching for the puerperal trigger: molecular genetic studies of bipolar affective puerperal psychosis. *Psychopharmacology bulletin*, 40(2), 115.

Josefsson, A., Berg, G., Nordin, C., & Sydsjö, G. (2001). Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 80(3), 251-255.

Kaid, L. L. (n.d.). Content analysis, in P. E. Barker, *Measurement of communication behavior* (pp. 197-217). New York: Longman.

Katherine L. Wisner, B. L. (2008). Postpartum Disorders: Phenomenology, Treatment Approaches, and Relationship to Infanticide. Στο M. G. Spinelli, *Infanticide: Psychosocial and legal perspectives on mothers who kill* (pp. 35-60). American Psychiatric Pub.

Kelly, R. H., Russo, J., & Katon, W. (2001). Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? *General Hospital Psychiatry*, 23(3), 107-113.

Kempe, M. (1996). *The Book of Margery Kempe*. Ανασύρθηκε από το διαδίκτυο, <http://www.luminarium.org/medlit/kempebk.htm>.

Kendell, R. E., McGuire, R. J., Connor, Y., & Cox, J. L. (1981). Mood changes in the first three weeks after childbirth. *Journal of affective disorders*, 3(4), 317-326.

Keren, M., Feldman, R., Eidelman, A. I., Sirota, L., & Lester, B. (2003). Clinical interview for high-risk parents of premature infants (CLIP) as a predictor of early disruptions in the mother–infant relationship at the nursery. *Infant Mental Health Journal*, 24(2), 93-110.

Kimberly, N.A. (2002). *The Content Analysis Guidebook*. SAGE.

Kirpinar, İ., Gözümlü, S., & Pasinlioglu, T. (2010). Prospective study of postpartum depression in eastern Turkey prevalence, socio-demographic and obstetric correlates, prenatal anxiety and early awareness. *Journal of clinical nursing*, 19(3-4), 422-431.

- Klainin, P., & Arthur, D. G. (2009). Postpartum depression in Asian cultures: a literature review. *International journal of nursing studies*, 46(10), 1355-1373.
- Klerman, G. L. (1983). Children of parents with major affective disorder: A review. *Am J Psychiatry*, 140, 825-832.
- Koren-Karie, N. (2001). Mothers' attachment representations and choice of infant care: center care vs. home. *Infant and Child Development*, 10(3), 117-127.
- Kouba, S., Hällström, T., Lindholm, C., & Hirschberg, A. L. (2005). Pregnancy and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Obstetrics & Gynecology*, 105(2), 255-260.
- Koutra, K., Vassilaki, M., Georgiou, V., Koutis, A., Bitsios, P., Chatzi, L., & Kogevinas, M. (2014). Antenatal maternal mental health as determinant of postpartum depression in a population based mother–child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(5), 711-721.
- Kraemer, H. C., Stice, E., Kazdin, A., Offord, D., & Kupfer, D. (2014). How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *American Journal of Psychiatry*.
- Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis, An Introduction to its Methodology*. Sage.
- Kritsotakis, G., Vassilaki, M., Melaki, V., Georgiou, V., Philalithis, A. E., Bitsios, P., ... & Koutis, A. (2013). Social capital in pregnancy and postpartum depressive symptoms: A prospective mother–child cohort study (the Rhea study). *International journal of nursing studies*, 50(1), 63-72.
- Krogh, J., Nordentoft, M., Sterne, J. A., & Lawlor, D. A. (2011). The effect of exercise in clinically depressed adults: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(4), 529.
- Κώτση, Κ., (2009). *Επιδημιολογία της επιλόχειας κατάθλιψης και διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου*. Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιατρική Σχολή, Ιωάννινα.
- Kumar, R. (1994). Postnatal mental illness: a transcultural perspective. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 29(6), 250-264..
- Kumar, R., Marks, M., Platz, C., & Yoshida, K. (1995). Clinical survey of a psychiatric mother and baby unit: characteristics of 100 consecutive admissions. *Journal of affective disorders*, 33(1), 11-22.
- Lamberg, T., Virtanen, P., Vahtera, J., Luukkaala, T., & Koskenvuo, M. (2010). Unemployment, depressiveness and disability retirement: a follow-up study of the Finnish HeSSup population sample. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(2), 259-264.

- Lambrinouadaki, I., Rizos, D., Armeni, E., Pliatsika, P., Leonardou, A., Sygelou, A., ... & Papadias, C. (2010). Thyroid function and postpartum mood disturbances in Greek women. *Journal of affective disorders, 121*(3), 278-282..
- Lanes, A., Kuk, J. L., & Tamim, H. (2011). Prevalence and characteristics of postpartum depression symptomatology among Canadian women: a cross-sectional study. *BMC Public Health, 11*(1), 302.
- Leadbeater, B. J., & Bishop, S. J. (1994). Predictors of Behavior Problems in Preschool Children of Inner-City Afro-American and Puerto Rican Adolescent Mothers. *Child development, 65*(2), 638-648.
- Lee, D. T., Yip, A. S., Leung, T. Y., & Chung, T. K. (2000). Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. *Hong Kong Med J, 6*(4), 349-54.
- Lee, D. T., Yip, A. S., Chiu, H. F., Leung, T. Y., & Chung, T. K. (2014). A psychiatric epidemiological study of postpartum Chinese women. *American Journal of Psychiatry.*
- Leigh, B., & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC psychiatry, 8*(1), 24.
- Leonardou, A. A., Zervas, Y. M., Papageorgiou, C. C., Marks, M. N., Tsartsara, E. C., Antsaklis, A., ... & Soldatos, C. R. (2009). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and prevalence of postnatal depression at two months postpartum in a sample of Greek mothers. *Journal of reproductive and infant psychology, 27*(1), 28-39.
- Lewis, G. et al. (2004). *Why Mothers Die: 2000-2002: the Sixth Report of the Confidential EBnquiries Into Maternal Deaths in the United Kingdom.*
- Likierman, M. (2003). Post natal depression, the mother's conflict and parent–infant psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy, 29*(3), 301-315.
- Linde, K., Berner, M., Egger, M., & Mulrow, C. (2005). St John's wort for depression. *The British Journal of Psychiatry, 186*(2), 99-107.
- Lis, A., & Zennaro, A. (1997). A semistructured interview with parents-to-be used during pregnancy: Preliminary data. *Infant mental health journal, 18*(3), 306-323.
- Lobel, M., Dunkel-Schetter, C., & Scrimshaw, S. C. (1992). Prenatal maternal stress and prematurity: a prospective study of socioeconomically disadvantaged women. *Health Psychology, 11*(1), 32.
- Lothian, J. A. (2008). The journey of becoming a mother. *The Journal of perinatal education, 17*(4), 43.

- Lou, H. C., Hansen, D., Nordentoft, M., Pryds, O., Jensen, F., Nim, J., & Hetnmingen, R. (1994). Prenatal stressors of human life affect fetal brain development. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 36(9), 826-832.
- Lydsdottir, L. B., Howard, L. M., Olafsdottir, H., Thome, M., Tyrfingsson, P., & Sigurdsson, J. F. (2014). The mental health characteristics of pregnant women with depressive symptoms identified by the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(4), 393-398.
- Lyons-Ruth, K., & Block, D. (1996). The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17(3), 257-275.
- MacLean, L. M., Meyer, M., & Estable, A. (2004). Improving accuracy of transcripts in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 14(1), 113-123.
- MacQueen, K. M., McLellan-Lemal, E., Bartholow, K., & Milstein, B. (2008). Team-based codebook development: structure, process, and agreement. *Handbook for team-based qualitative research*, 119-135. AltaMira Press.
- Madianos, M., Economou, M., Alexiou, T., & Stefanis, C. (2011). Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46(10), 943-952.
- Maggioni, C., Margola, D., & Filippi, F. (2006). PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: a two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(2), 81-90.
- Main, M., & Goldwyn, R. (1984). Predicting rejection of her infant from mother's representation of her own experience: Implications for the abused-abusing intergenerational cycle. *Child Abuse & Neglect*, 8(2), 203-217.
- Maina, G., Albert, U., Bogetto, F., Vaschetto, P., & Ravizza, L. (1999). Recent life events and obsessive-compulsive disorder (OCD): the role of pregnancy/delivery. *Psychiatry Research*, 89(1), 49-58.
- Mamelle, N., Gerin, P. A. U. L., Measson, A., Munoz, F., & Collet, P. (1987). Assessment of psychological modifications during pregnancy: contribution of Derogatis Symptom check-list (SCL 90-R). *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 7(1), 39-50.
- Margery Kempe. *Wikipedia*. https://en.wikipedia.org/wiki/Margery_Kempe
- Marland, H. (2003). *Maternity and Madness: Puerperal Insanity in the Nineteenth Century*. Hilary Marland.
- Matevosyan, N. R. (2011). Pregnancy and postpartum specifics in women with schizophrenia: a meta-study. *Archives of gynecology and obstetrics*, 283(2), 141-147.

- Mayberry, L. J., & Affonso, D. D. (1993). Infant temperament and postpartum depression: a review. *Health care for women international*, 14(2), 201-211.
- Mayes, L. C., & Leckman, J. F. (2007). Parental representations and subclinical changes in postpartum mood. *Infant Mental Health Journal*, 28(3), 281-295.
- McDougle, C. J., Barr, L. C., Goodman, W. K., & Price, L. H. (1999). Possible role of neuropeptides in obsessive compulsive disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 24(1), 1-24.
- McGarry, J., Kim, H., Sheng, X., Egger, M., & Baksh, L. (2009). Postpartum Depression and Help-Seeking Behavior. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 54(1), 50-56.
- McGrath, J. M., Records, K., & Rice, M. (2008). Maternal depression and infant temperament characteristics. *Infant Behavior and Development*, 31(1), 71-80.
- McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N., & Tennant, C. (2005). Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style. *Journal of affective disorders*, 84(1), 15-24.
- Meijer, J. L., Bockting, C. L., Stolk, R. P., Kotov, R., Ormel, J., & Burger, H. (2014). Associations of life events during pregnancy with longitudinal change in symptoms of antenatal anxiety and depression. *Midwifery*, 30(5), 526-531.
- Melender, H. L. (2002). Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 47(4), 256-263.
- Melender, H. L., & Lauri, S. (1999). Fears associated with pregnancy and childbirth—experiences of women who have recently given birth. *Midwifery*, 15(3), 177-182.
- Mellor, R., Chua, S. C., & Boyce, P. (2014). Antenatal depression: an artefact of sleep disturbance?. *Archives of women's mental health*, 17(4), 291-302.
- Meltzer-Brody, S., & Stuebe, A. (2014). The long-term psychiatric and medical prognosis of perinatal mental illness. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 49-60.
- Menage, J. (1993). Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures: A consecutive series of 30 cases of PTSD. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 11(4), 221-228.
- Micali, N., Simonoff, E., & Treasure, J. (2007). Risk of major adverse perinatal outcomes in women with eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 190(3), 255-259.
- Midmer, D. (2005). *Antenatal Psychosocial Health Assessment, Provider's Guide*. The ALPHA Group, Department of Family & Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Toronto.

- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., ... & Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal of affective disorders*, 108(1), 147-157.
- Misri, S., Reebye, P., Milis, L., & Shah, S. (2006). The impact of treatment intervention on parenting stress in postpartum depressed mothers: a prospective study. *American journal of orthopsychiatry*, 76(1), 115-119.
- Möhler, E., Parzer, P., Brunner, R., Wiebel, A., & Resch, F. (2006). Emotional stress in pregnancy predicts human infant reactivity. *Early human development*, 82(11), 731-737.
- Moretti, M. E., Maxson, A., Hanna, F., & Koren, G. (2009). Evaluating the safety of St. John's Wort in human pregnancy. *Reproductive Toxicology*, 28(1), 96-99.
- Mota-Pereira, J., Silverio, J., Carvalho, S., Ribeiro, J. C., Fonte, D., & Ramos, J. (2011). Moderate exercise improves depression parameters in treatment-resistant patients with major depressive disorder. *Journal of psychiatric research*, 45(8), 1005-1011.
- Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (Eds.). (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders:: Frontiers for Preventive Intervention Research*. National Academies Press.
- Μωραΐτου, Μ., Γαλανάκης, Μ. (2006). Συγκριτική αξιολόγηση της κλίμακας Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (EPDS) με την κλίμακα του Beck (BDI) σε δείγμα ελληνίδων λεχαιίδων. Ανασύρθηκε από το διαδίκτυο, http://eureka.lib.teithe.gr:8080/bitstream/handle/10184/5016/Galanakis_Moraitou_Comparative_Assessment_Of.pdf?sequence=3.
- Najman, J. M., Andersen, M. J., Bor, W., O'Callaghan, M. J., & Williams, G. M. (2000). Postnatal depression—myth and reality: maternal depression before and after the birth of a child. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 35(1), 19-27.
- Namey, E. G. (2008). Data Reduction Techniques for Large Qualitative Data Sets. Στο G. M. Guest, *Handbook for Team-Based Qualitative Research* (pp. 137-162). AltaMira Press.
- National Collaborating Centre for Mental Health, (2007). *Antenatal and Postnatal Mental Health, The NICE Guideline on Clinical Management and Service Guidance*. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.
- National Institute for Health and Clinical Excellence, (2014). *Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance*. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Newton, R. W., Webster, P. A., Binu, P. S., Maskrey, N., & Phillips, A. B. (1979). Psychosocial stress in pregnancy and its relation to the onset of premature labour. *BMJ*, 2(6187), 411-413.

- Ng, R. C., Hirata, C. K., Yeung, W., Haller, E., & Finley, P. R. (2010). Pharmacologic treatment for postpartum depression: a systematic review. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 30(9), 928-941.
- NI Dieter, Tiffany Field, Maria Hernandez-Reif, Nancy A. Jones, JP Lecanuet, FA Salman, Mercedes Redzepi, J. (2001). Maternal depression and increased fetal activity. *Journal of Obstetrics & Gynecology*, 21(5), 468-473.
- Niemi, M. E., Falkenberg, T., Nguyen, M. T., Nguyen, M. T., Patel, V., & Faxelid, E. (2010). The social contexts of depression during motherhood: a study of explanatory models in Vietnam. *Journal of affective disorders*, 124(1), 29-37.
- Norhayati, M. N., Hazlina, N. N., Asrenee, A. R., & Emilin, W. W. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *Journal of affective disorders*, 175, 34-52.
- O' Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression-a meta-analysis. *International review of psychiatry*, 8(1), 37-54.
- O'Hara, M. W. (2013). *Postpartum depression: Causes and consequences*. Springer-Verlag.
- Oates, M. (2009). Foreword. Στο H. Carol, *Modern Management of Perinatal Psychiatric Disorder* (pp. xvi-xx). Glasgow, UK.: The Royal College of Psychiatrists .
- Ochs, E. (1979). Transcription as theory. *Developmental pragmatics*, 10(1), 43-72.
- O'Connor, M. J., Kogan, N., & Findlay, R. (2002). Prenatal alcohol exposure and attachment behavior in children. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(10), 1592-1602.
- O'Connor, T. G., Heron, J., Glover, V., & Alspac Study Team. (2002). Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(12), 1470-1477.
- O'Connor, T. G., Heron, J., Golding, J., & Glover, V. (2003). Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(7), 1025-1036.
- O'Hara, M. W. (1986). Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Archives of General Psychiatry*, 43(6), 569-573.
- O'Hara, M. W. (2009). Postpartum depression: what we know. *Journal of clinical psychology*, 65(12), 1258-1269.
- O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 3-12.

- Okano, T., Nomura, J., Kumar, R., Kaneko, E., Tamaki, R., Hanafusa, I., ... & Matsuyama, A. (1998). An epidemiological and clinical investigation of postpartum psychiatric illness in Japanese mothers. *Journal of Affective Disorders*, 48(2), 233-240.
- Oliver, D. G., Serovich, J. M., & Mason, T. L. (2005). Constraints and opportunities with interview transcription: Towards reflection in qualitative research. *Social forces*, 84(2), 1273-1289.
- Oren, D. A., Wisner, K. L., Spinelli, M., Epperson, C. N., Peindl, K. S., Terman, J. S., & Terman, M. (2002). An open trial of morning light therapy for treatment of antepartum depression. *American journal of Psychiatry*.
- Orens, M. H. (1955). Setting a termination date—an impetus to analysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*.
- Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., Piha, J., & Helenius, H. (2001). Prenatal maternal representations: Mothers at psychosocial risk. *Infant Mental Health Journal*, 22(5), 529-544.
- Patel, M., Bailey, R. K., Jabeen, S., Ali, S., Barker, N. C., & Osiezagha, K. (2012). Postpartum depression: a review. *Journal of health care for the poor and underserved*, 23(2), 534-542.
- Parker, I. (1992). *Discourse dynamics: critical analysis for social and individual psychology*. Routledge.
- Pauli-Pott, U., Mertesacker, B., Bade, U., Bauer, C., & Beckmann, D. (2000). Contexts of relations of infant negative emotionality to caregiver's reactivity/sensitivity. *Infant behavior and development*, 23(1), 23-39.
- Pawlby, S., Hay, D. F., Sharp, D., Waters, C. S., & O'Keane, V. (2009). Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: prospective longitudinal community-based study. *Journal of affective disorders*, 113(3), 236-243.
- Paykel, E. S., Prusoff, B. A., & Uhlenhuth, E. H. (1971). Scaling of life events. *Archives of General Psychiatry*, 25(4), 340-347.
- Petrou, S., Cooper, P., Murray, L., & Davidson, L. L. (2002). Economic costs of post-natal depression in a high-risk British cohort. *The British Journal of Psychiatry*, 181(6), 505-512.
- Phillips, J., Sharpe, L., Matthey, S., & Charles, M. (2009). Maternally focused worry. *Archives of women's mental health*, 12(6), 409-418.
- Pines, D. (1972). Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality. *British Journal of Medical Psychology*, 45(4), 333-343.

- Poçan, A. G., Aki, Ö. E., Parlakgümüs, A. H., Gereklıoğlu, Ç., & Dolgun, A. B. (2013). The incidence of and risk factors for postpartum depression at an urban maternity clinic in Turkey. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 46(2), 179-194.
- Porta, M. (2008). *A Dictionary of Epidemiology Fifth Edition*. Oxford University Press.
- Pregnancy. Ανάκτηση 7 29, 2015, από *Wikipedia*: <http://en.wikipedia.org/wiki/Pregnancy>.
- Priest, M.-P. A. (2005, September). *blackdoginstitute*. Ανάκτηση Αύγουστος 9, 2011, από <http://www.blackdoginstitute.org.au/docs/PNRQCLINICIANS.pdf>
- Quine, L., Rutter, D. R., & Gowen, S. (1993). Women's satisfaction with the quality of the birth experience: a prospective study of social and psychological predictors. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 11(2), 107-113.
- Rahman, A., Fisher, J., Bower, P., Luchters, S., Tran, T., Yasamy, M. T., ... & Waheed, W. (2013). Interventions for common perinatal mental disorders in women in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(8), 593-601I.
- Ramchandani, P. G., Richter, L. M., Stein, A., & Norris, S. A. (2009). Predictors of postnatal depression in an urban South African cohort. *Journal of affective disorders*, 113(3), 279-284.
- Ramchandani, P. G., Stein, A., Hotopf, M., Wiles, N. J., & ALSPAC Study Team. (2006). Early parental and child predictors of recurrent abdominal pain at school age: results of a large population-based study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(6), 729-736.
- Raphael-Leff, J. (2001). *Pregnancy: The inside story*. Karnac Books.
- Rayburn, W. F., Christensen, H. D., & Gonzalez, C. L. (2000). Effect of antenatal exposure to Saint John's wort (*Hypericum*) on neurobehavior of developing mice. *American journal of obstetrics and gynecology*, 183(5), 1225-1231.
- Rayburn, W. F., Christensen, H. D., & Gonzalez, C. L. (2000). Effect of antenatal exposure to Saint John's wort (*Hypericum*) on neurobehavior of developing mice. *American journal of obstetrics and gynecology*, 183(5), 1225-1231.
- Raymond, J. E. (2009). 'Creating a safety net': Women's experiences of antenatal depression and their identification of helpful community support and services during pregnancy. *Midwifery*, 25(1), 39-49.
- Reck, C., Stehle, E., Reinig, K., & Mundt, C. (2009). Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *Journal of affective disorders*, 113(1), 77-87.

- Records, K., & Rice, M. (2007). Psychosocial correlates of depression symptoms during the third trimester of pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 36(3), 231-242.
- Reid, A. J., Biringer, A., Carroll, J. D., Midmer, D., Wilson, L. M., Chalmers, B., & Stewart, D. E. (1998). Using the ALPHA form in practice to assess antenatal psychosocial health. *Canadian Medical Association Journal*, 159(6), 677-684.
- Rhodes, N., & Hutchinson, S. (1994). Labor experiences of childhood sexual abuse survivors. *Birth*, 21(4), 213-220.
- Riecher-Rössler, A., & Steiner, M. (Eds.). (2005). *Perinatal stress, mood and anxiety disorders: from bench to bedside* (Vol. 173). Karger Medical and Scientific Publishers.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General hospital psychiatry*, 26(4), 289-295.
- Robert-Tissot, C., Cramer, B., Stern, D. N., Serpa, S. R., Bachmann, J. P., Palacio-Espasa, F., ... & Mendiguren, G. (1996). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: Report on 75 cases. *Infant Mental Health Journal*, 17(2), 97-114.
- Robledo-Colonia, A. F., Sandoval-Restrepo, N., Mosquera-Valderrama, Y. F., Escobar-Hurtado, C., & Ramírez-Vélez, R. (2012). Aerobic exercise training during pregnancy reduces depressive symptoms in nulliparous women: a randomised trial. *Journal of physiotherapy*, 58(1), 9-15.
- Rofé, Y., Littner, M. B., & Lewin, I. (1993). Emotional experiences during the three trimesters of pregnancy. *Journal of clinical psychology*, 49(1), 3-12.
- Rose, G. J. (1962). Unconscious birth fantasies in the ninth month of treatment. *Journal of the American Association*, 10, 677-688.
- Ross, L. E., Evans, S. G., Sellers, E. M., & Romach, M. K. (2003). Measurement issues in postpartum depression part 1: anxiety as a feature of postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 6(1), 51-57.
- Ross, L. E., McLean, L. M., & Psych, C. (2006). Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review. *depression*, 6(9).
- Ross, L. E., Sellers, E. M., Gilbert Evans, S. E., & Romach, M. K. (2004). Mood changes during pregnancy and the postpartum period: development of a biopsychosocial model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(6), 457-466.
- Ρούσσοις, Π. (n.d.). <http://users.uoa.gr/~roussosp/stats/Notes1.pdf>. Ανάκτηση Μάιος 24, 2015, από στατιστική.gr.

- Rubertsson, C., Waldenström, U., & Wickberg, B. (2003). Depressive mood in early pregnancy: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21(2), 113-123.
- Rubovits, P. (1996). Project CHILD: An intervention program for psychotic mothers and their young children. Στο M. J. Göpfert, *Parental Psychiatric Disorder: Distressed Parents and their Families*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ryan, D., Milis, L., & Misri, N. (2005). Depression during pregnancy. *Canadian Family Physician*, 51(8), 1087-1093.
- Sacher, J., Wilson, A. A., Houle, S., Rusjan, P., Hassan, S., Bloomfield, P. M., ... & Meyer, J. H. (2010). Elevated brain monoamine oxidase A binding in the early postpartum period. *Archives of general psychiatry*, 67(5), 468-474.
- Saldana, J. (2013). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. Sage.
- Santos, I. S., Matijasevich, A., Barros, A. J., & Barros, F. C. (2014). Antenatal and postnatal maternal mood symptoms and psychiatric disorders in pre-school children from the 2004 Pelotas Birth Cohort. *Journal of affective disorders*, 164, 112-117.
- Σαραφίδου, Γ. (2011). *Συνάνθρωση Ποσοτικών και Ποιοτικών Προσεγγίσεων - Η Εμπειρική Έρευνα*. Gutenberg.
- Sarason, I. G., Johnson, J. H., & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: development of the Life Experiences Survey. *Journal of consulting and clinical psychology*, 46(5), 932.
- Savarimuthu, R. J. S., Ezhilarasu, P., Charles, H., Antonisamy, B., Kurian, S., & Jacob, K. S. (2009). Post-partum depression in the community: a qualitative study from rural South India. *International journal of social psychiatry*, 56(1), 94-102.
- Sayil, M., Güre, A., & Uçanok, Z. (2007). First time mothers' anxiety and depressive symptoms across the transition to motherhood: associations with maternal and environmental characteristics. *Women & health*, 44(3), 61-77.
- Sayil, M., Güre, A., & Uçanok, Z. (2007). First time mothers' anxiety and depressive symptoms across the transition to motherhood: associations with maternal and environmental characteristics. *Women & health*, 44(3), 61-77.
- Schegloff, E. A. (1997). Whose text? Whose context? *Discourse & Society*, 8(2), pp. 165-187.
- Schmidt, P. J., Nieman, L. K., Danaceau, M. A., Adams, L. F., & Rubinow, D. R. (1998). Differential behavioral effects of gonadal steroids in women with and in those without premenstrual syndrome. *New England Journal of Medicine*, 338(4), 209-216.

- Schmied, V., Johnson, M., Naidoo, N., Austin, M. P., Matthey, S., Kemp, L., ... & Yeo, A. (2013). Maternal mental health in Australia and New Zealand: A review of longitudinal studies. *Women and Birth*, 26(3), 167-178.
- Seldana, J. (2013). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. Sage.
- Shakespeare, J., Blake, F., & Garcia, J. (2004). Breast-feeding difficulties experienced by women taking part in a qualitative interview study of postnatal depression. *Midwifery*, 20(3), 251-260.
- Sharma, V. και Burt, V.K. (2011). DSM-V: modifying the postpartum-onset specifier to include hypomania. *Archives of women's mental health*, 14(1), pp. 67--69.
- Sit, D., Rothschild, A. J., & Wisner, K. L. (2006). A review of postpartum psychosis. *Journal of women's health*, 15(4), 352-368.
- Sit, D., Wisner, K. L., Hanusa, B. H., Stull, S., & Terman, M. (2007). Light therapy for bipolar disorder: a case series in women. *Bipolar disorders*, 9(8), 918-927.
- Skrundz, M., Bolten, M., Nast, I., Hellhammer, D. H., & Meinlschmidt, G. (2011). Plasma oxytocin concentration during pregnancy is associated with development of postpartum depression. *Neuropsychopharmacology*, 36(9), 1886-1893.
- Sokol, L. E. (2011). A meta-analysis of treatments for perinatal depression. *Clinical psychology review*, 31(5), 839-849.
- Soet, J. E., Brack, G. A., & DiIorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30(1), 36-46.
- Solmi, F., Sallis, H., Stahl, D., Treasure, J., & Micali, N. (2013). Low birth weight in the offspring of women with anorexia nervosa. *Epidemiologic reviews*, mxt004.
- Σταματίου, Ε. Παπαληγούρα, Ζ. (2010). Επιλόχεια κατάθλιψη σε Ελληνίδες μητέρες: Επιδράσεις των στρεσογόνων γεγονότων ζωής, της κοινωνικής στήριξης και της συζυγικής σχέσης. *Ψυχολογία*, 17(2), pp. 215-230.
- Steiner, M., Dunn, E., & Born, L. (2003). Hormones and mood: from menarche to menopause and beyond. *Journal of affective disorders*, 74(1), 67-83.
- Stemler, S. (2001). An overview of content analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 7(17), 137-146.
- Stewart-Brown, S. L., & Schrader-Mcmillan, A. (2011). Parenting for mental health: what does the evidence say we need to do? Report of Workpackage 2 of the DataPrev project. *Health Promotion International*, 26(suppl 1), i10-i28.
- Stowe, Z. N., & Nemeroff, C. B. (1995). Women at risk for postpartum-onset major depression. *American journal of obstetrics and gynecology*, 173(2), 639-645.

- Stuart-Parrigon, K., & Stuart, S. (2014). Perinatal Depression: An Update and Overview. *Current psychiatry reports, 16*(9), 1-9.
- Stuebe, A. M., Horton, B. J., Chetwynd, E., Watkins, S., Grewen, K., & Meltzer-Brody, S. (2014). Prevalence and risk factors for early, undesired weaning attributed to lactation dysfunction. *Journal of Women's Health, 23*(5), 404-412.
- Summerfield, D., & Veale, D. (2008). Proposals for massive expansion of psychological therapies would be counterproductive across society. *The British Journal of Psychiatry, 192*(5), 326-330.
- Surkan, P. J., Peterson, K. E., Hughes, M. D., & Gottlieb, B. R. (2006). The role of social networks and support in postpartum women's depression: a multiethnic urban sample. *Maternal and Child Health Journal, 10*(4), 375-383.
- Swallow, B. L., Lindow, S. W., Masson, E. A., & Hay, D. M. (2004). Psychological health in early pregnancy: relationship with nausea and vomiting. *Journal of Obstetrics & Gynecology, 24*(1), 28-32.
- Tarkka, M. T., Paunonen, M., & Laippala, P. (1999). Factors related to successful breast feeding by first-time mothers when the child is 3 months old. *Journal of advanced nursing, 29*(1), 113-118.
- Taveras, E. M., Rifas-Shiman, S. L., Rich-Edwards, J. W., Gunderson, E. P., Stuebe, A. M., & Mantzoros, C. S. (2011). Association of maternal short sleep duration with adiposity and cardiometabolic status at 3 years postpartum. *Obesity, 19*(1), 171-178.
- Theriot, N. (1989). Diagnosing Unnatural Motherhood: Nineteenth-century Physicians and 'Puerperal Insanity'. *American Studies, 69*-88.
- Τζέμος, Ι. (1984). Διατριβή: Η σταθεροποίηση του ερωτηματολογίου Beck σε ελληνικό πληθυσμό. Ανάκτηση από <http://thesis.ekt.gr/>.
- Tietz, A., Zietlow, A. L., & Reck, C. (2014). Maternal bonding in mothers with postpartum anxiety disorder: the crucial role of subclinical depressive symptoms and maternal avoidance behaviour. *Archives of women's mental health, 17*(5), 433-442.
- Tikotzky, L., Chambers, A. S., Gaylor, E., & Manber, R. (2010). Maternal sleep and depressive symptoms: links with infant Negative Affectivity. *Infant Behavior and Development, 33*(4), 605-612.
- Tracey, N. (2000). Thinking about and working with depressed mothers in the early months of their infant's life. *Journal of child psychotherapy, 26*(2), 183-207.
- Turner, C. T., & Papinczak, T. A. (2000). An analysis of personal and social factors influencing initiation and duration of breastfeeding in a large Queensland maternity hospital. *Breastfeeding Review, 8*(1), 25.

- Udechuku, A., Nguyen, T., Hill, R., & Szego, K. (2010). Antidepressants in pregnancy: a systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(11), 978-996.
- Uebersax, J. (2006). *The tetrachoric and polychoric correlation coefficients. Statistical Methods for Rater Agreement*. Ανάκτηση 10.9. 2014, από <http://john-uebersax.com/stat/tetra.htm>.
- Ugarriza, D. N. (2002). Postpartum depression women's explanation of depression. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(3), 227.
- Van den Bergh, B. R., Mennes, M., Oosterlaan, J., Stevens, V., Stiers, P., Marcoen, A., & Lagae, L. (2005). High antenatal maternal anxiety is related to impulsivity during performance on cognitive tasks in 14-and 15-year-olds. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29(2), 259-269.
- Vandoros, S., Hessel, P., Leone, T., & Avendano, M. (2013). Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach. *The European Journal of Public Health*, ckt020.
- Vesga-Lopez, O. a. (2008). Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Archives of general psychiatry*, 65(7), pp. 805-815.
- Wadhwa, P. D., Sandman, C. A., Porto, M., Dunkel-Schetter, C., & Garite, T. J. (1993). The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. *American journal of obstetrics and gynecology*, 169(4), 858-865.
- Waldfoegel, J., Craigie, T. A., & Brooks-Gunn, J. (2010). Fragile families and child wellbeing. *The Future of children/Center for the Future of Children, the David and Lucile Packard Foundation*, 20(2), 87.
- Watanabe, M., Wada, K., Sakata, Y., Aratake, Y., Kato, N., Ohta, H., & Tanaka, K. (2008). Maternity blues as predictor of postpartum depression: a prospective cohort study among Japanese women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(3), 211-217.
- Webster, J., Hall, L., Somville, T., Schneider, P., Turnbull, R., & Smith, P. (2006). Prospective testing of the brisbane postnatal depression index. *Birth*, 33(1), 56-63.
- Webster, J., Pritchard, M. A., Creedy, D., & East, C. (2003). A simplified predictive index for the detection of women at risk for postnatal depression. *Birth*, 30(2), 101-108.
- Webster, M. L., Thompson, J. M., Mitchell, E. A., & Werry, J. S. (1994). Postnatal depression in a community cohort. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 28(1), 42-49.

- Weich, S., Patterson, J., Shaw, R., & Stewart-Brown, S. (2009). Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: systematic review of prospective studies. *The British Journal of Psychiatry*, 194(5), 392-398.
- Weinberg, M. K., Tronick, E. Z., Beeghly, M., Olson, K. L., Kernan, H., & Riley, J. M. (2001). Subsyndromal depressive symptoms and major depression in postpartum women. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(1), 87.
- Whooley, M. A. (1997). Case-finding instruments for depression. *Journal of general internal medicine*, 12(7), 439-445.
- Wijma, K., Söderquist, J., & Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *Journal of anxiety disorders*, 11(6), 587-597.
- Wikipedia (2015). https://en.wikipedia.org/wiki/Margery_Kempe. (n.d.). Ανασύρθηκε από το διαδίκτυο στις 6/2/2015.
- Wilkie, G. L., & Deligiannidis, K. M. (2014). Effects of perinatal depression and anxiety on labor and delivery outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, 123, 82S-83S.
- Williams, J. et al. (2014). *Best Practice Guidelines for Mental Health Disorders in the Perinatal Period*. BC Reproductive Mental Health Program.
- Wisner, K. L. (2008) *Symposium: Clinical Issues in Perinatal Mental Health Care: Initial Results from an NIMH-funded Study of Screening for Postpartum Depression*. International Marce Society Biannual Meeting. Sydney, Australia.
- Wisner, K. L., Moses-Kolko, E. L., & Sit, D. K. (2010). Postpartum depression: a disorder in search of a definition. *Archives of women's mental health*, 13(1), 37-40.
- Wisner, K. L., Peindl, K., & Hanusa, B. H. (1994). Symptomatology of affective and psychotic illnesses related to childbearing. *Journal of affective disorders*, 30(2), 77-87.
- Wisner, K. L., Peindl, K. S., & Hanusa, B. H. (1995). Psychiatric episodes in women with young children. *Journal of affective disorders*, 34(1), 1-11.
- Wisner, K., Peindl, K., Gigliotti, T., Hanusa, B. (1999). Obsessions and compulsions in women with postpartum depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60:176-180.
- Wisner, K. L., Perel, J. M., & Findling, R. L. (1996). Antidepressant treatment during breast-feeding. *American Journal of Psychiatry*, 153(9), 1132-1137.
- Woolhouse, H., Gartland, D., Mensah, F., & Brown, S. J. (2015). Maternal depression from early pregnancy to 4 years postpartum in a prospective pregnancy cohort study: implications for primary health care. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(3), 312-321.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. WHO.

- World Health Organization. (2004). *Prevention of mental disorders : effective interventions and policy options : summary report / a report of the*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, (2011). *Impact of Economic Crises on Mental Health*. Geneva: WHO
- World Health Organization, & UNICEF. (2003). *Global strategy for infant and young child feeding*. World Health Organization.
- Wynter, K., Rowe, H., & Fisher, J. (2013). Common mental disorders in women and men in the first six months after the birth of their first infant: A community study in Victoria, Australia. *Journal of affective disorders*, 151(3), 980-985.
- Xie, R. H., He, G., Koszycki, D., Walker, M., & Wen, S. W. (2009). Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. *Annals of epidemiology*, 19(9), 637-643.
- Youn, J. H., & Jeong, I. S. (2013). Predictors of postpartum depression: Prospective cohort study. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 43(2), 225-235.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2008). *Δημόσια Διαβούλευση για το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κατάθλιψη*. ΑΘΗΝΑ.
- Zaers, S., Waschke, M., & Ehler, U. (2008). Depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder in women after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(1), 61-71.
- Zambaldi, C. F., Cantilino, A., Montenegro, A. C., Paes, J. A., de Albuquerque, T. L. C., & Sougey, E. B. (2009). Postpartum obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical characteristics. *Comprehensive Psychiatry*, 50(6), 503-509.
- Zelkowitz, P., Saucier, J. F., Wang, T., Katofsky, L., Valenzuela, M., & Westreich, R. (2008). Stability and change in depressive symptoms from pregnancy to two months postpartum in childbearing immigrant women. *Archives of women's mental health*, 11(1), 1-11.
- Zimmerman, F. J., & Katon, W. (2005). Socioeconomic status, depression disparities, and financial strain: what lies behind the income-depression relationship?. *Health economics*, 14(12), 1197-1215.

Παράρτημα

Οι πρώτες αναφορές επιλόχειων διαταραχών από τον Ιπποκράτη

«...έν Θάσῳ τὴν κατακειμένην παρὰ τὸ ψυχρὸν ὕδωρ ἐκ τόκου θυγατέρα τεκοῦσαν καθάρσιος οὐ γενομένης πυρετὸς ὀξύς φρικώδης τριταίην ἔλαβεν. ἐκ χρόνου δὲ πολλοῦ πρὸ τοῦ τόκου πυρετώδης ἦν, κατακλινής, ἀπόσιτος. μετὰ δὲ τὸ γενόμενον ῥῆγος συνεχέες, ὀξέες, φρικώδεις οἱ πυρετοί. ὀγδόῃ πολλὰ παρέκρουσε καὶ τὰς ἐχομένας καὶ ταχὺ πάλιν κατενόει· κοιλίη ταραχώδης πολλοῖσι λεπτοῖσιν, ὕδατοχόλοις· ἄδιψος. ἐνδεκάτηκατενόει, κωματώδης δ' ἦν· οὔρα πολλὰ λεπτὰ καὶ μέλανα, ἄγρυπνος. εἰκοστῇ σμικρὰ περιέψυξε καὶ ταχὺ πάλιν ἀνεθερμάνθη, σμικρὰ παρέλεγεν, ἄγρυπνος· τὰ κατὰ κοιλίην ἐπὶ τῶν αὐτῶν· οὔρα ὕδατώδεα πολλὰ. εἰκοστῇ ἐβδόμῃ ἄπυρος, κοιλίη συνέστη, οὐ πολλῶ δὲ χρόνῳ ὕστερον ἰσχύου δεξιού ὀδύνη ἰσχυρὴ χρόνον πολύν· πυρετοὶ πάλιν παρείποντο· οὔρα ὕδατώδεα. τεσσαρακοστῇ τὰ μὲν περὶ τὸ ἰσχύον ἐπεκούφισε, βῆχες δὲ συνεχέες ὑγραὶ πολλαί, κοιλίη συνέστη, ἀπόσιτος· οὔρα ἐπὶ τῶν αὐτῶν. οἱ δὲ πυρετοὶ τὸ μὲν ὅλον οὐκ ἔκλειποντες, πεπλανημένως δὲ παροξυνόμενοι, τὰ μὲν, τὰ δ' οὔ. ἐξηκοστῇ αὖ μὲν βῆχες ἀσήμως ἐξέλιπον· οὔτε γὰρ τις πτυάλων πεπασμὸς ἐγένετο οὔτε ἄλλη τῶν εἰθισμένων ἀπόστασις· σιγῶν δὲ ἢ ἐκ τῶν ἐπὶ δεξιὰ κατεσπάσθη· κωματώδης· παρέλεγε καὶ ταχὺ πάλιν κατενόει· πρὸς δὲ τὰ γεύματα ἀπονενοημένως εἶχεν· σιγῶν μὲν ἐπανῆκε, κοιλίη δὲ χολώδεα σμικρὰ διέδωκεν, ἐπύρεξεν ὄξυτερως, φρικώδης· καὶ τὰς ἐχομένας ἄφρονος καὶ πάλιν διελέγετο. ὀγδοηκοστῇ ἀπέθανε. ταύτη τὰ τῶν οὔρων διὰ τέλους ἦν μέλανα καὶ λεπτὰ καὶ ὕδατώδεα. κῶμα παρείπετο, ἀπόσιτος, ἄθυμος, ἄγρυπνος, ὀργαί, δυσφοραὶ, τὰ περὶ τὴν γνώμην μελαγχολικά.»

Ιπποκράτης, περί επιδημιῶν, 460 π.Χ.

From The Book of Margery Kempe

[The Birth of Her First Child and Her First Vision]

When this creature was twenty year of age and somedeal more, she was married to a worshipful burgess and was with child within short time, as kind would. And after that she had conceived she was labored with great accesses till the child was born, and then, what for labor she had in childing and for sickness going before, she despaired of her life, weening she might not live. And then she sent for her ghostly father, for she had a thing in conscience which she had never showed before that time in all her life. For she was ever letted by her enemy, the Devil, evermore saying to her while she was in good heal her needed no confession but [to] do penance by herself alone, and all should be forgiven, for God is merciful enow. And therefore this creature oftentimes did great penance in fasting bread and water and other deeds of alms with devout prayers, save she would not show it in confession. And when she was any time sick or diseased, the Devil said in her mind that she should be damned for she was not shriven of that default. Wherefore after that her child was born she, not trusting her life, sent for her ghostly father, as said before, in full will to be shriven of all her lifetime as near as she could. And, when she came to the point for to say that thing which she had so long concealed, her confessor was a little too hasty and gan sharply to undernim her ere that she had fully said her intent, and so she would no more say for nought he might do.

And anon for dread she had of damnation on that one side and his sharp reproving on that other side, this creature went out of her mind and was wonderly vexed and labored with spirits half year eight weeks and odd days. And in this time she saw, as her thought, devils open their mouths all inflamed with burning lows of fire as they should 'a swallowed her in, sometime ramping at her, sometime threatening her, sometime pulling her and hauling her both night and day the foresaid time. And also the devils cried upon her with great threatenings and bade her she should forsake her Christendom, her faith, and deny her God, his Mother, and all the saints in Heaven, her good works and all good virtues, her father, her mother, and all her friends.

And so she did. She slandered her husband, her friends, her own self; she spoke many a reprevous word and many a shrewd word; she knew no virtue nor goodness; she desired all wickedness; like as the spirits tempted her to say and do so she said and did. She would 'a fordone herself many a time at their steering and 'a been damned with them in Hell, and into witness thereof she bit her own hand so violently that it was seen all her life after. And also she rived her skin on her body again her heart with her nails spiteously, for she had none other instruments, and worse she would 'a done save she was bound and kept with strength both day and night that she might not have her will.

Margery Kempe, 1996

Luminarium, Anthology of English Literature

Ενδεικτικές ερωτήσεις των συνεντεύξεων και οι πηγές από τις οποίες προήλθαν

Εμπειρία της Περιγεννητικής Περιόδου

Πώς είναι η εμπειρία της εγκυμοσύνης μέχρι τώρα; (σωματικά, συναισθηματικά, κλπ)
(1)

Είναι μια προγραμματισμένη κύηση;

Ποια ήταν τα συναισθήματά σας όταν μάθατε για την εγκυμοσύνη; (2)

(αν ήταν αρνητικά) Είχατε σκεφτεί ποτέ το ενδεχόμενο άμβλωσης; (6)

Πώς νιώθει ο σύζυγος/σύντροφος για την εγκυμοσύνη; (1), (8)

Πώς νιώθει η οικογένειά σας για την εγκυμοσύνη; (1)

Υπάρχει κάτι που σας ανησυχεί στην παρούσα φάση; Για ποιο πράγμα ανησυχείτε; (9),
(8)

Εικόνα σώματος (8)

Πώς νιώθετε για το σώμα σας;

Σας αρέσει η εικόνα του σώματός σας στον καθρέφτη στην παρούσα φάση;

Πώς του φαίνεται του συζύγου σας η αλλαγή στο σώμα σας;

Σχέση με έμβρυο

Ποια είναι τα συναισθήματα και η σκέψεις σας για το μωρό που κυοφορείτε; (8)

Φαντάζεστε το παιδί σας; Αν ναι, πώς; (8)

Κάνετε σκέψεις για το μέλλον του; (8)

Τι ονειρεύεστε για αυτό;

Υπάρχει κάτι που σας ανησυχεί;

Σχέση με σύζυγο/σύντροφο

Πώς θα περιγράφατε τη σχέση σας με τον σύζυγο/σύντροφο; (1)

Έχει παρατηρήσει κάποιες αλλαγές με την εγκυμοσύνη; (8)

(αν περιγράφονται αλλαγές και δυσκολίες > διερεύνηση).

Πώς νομίζεται ότι θα είναι η σχέση σας με τον σύζυγο/σύντροφο μετά τη γέννηση του παιδιού σας; (1), (2)

Μητρότητα - Γονεϊκότητα

Ποιες είναι οι ανησυχίες σας τώρα που θα γίνεται μητέρα; (1)

Πώς θα περιγράφατε τους ιδανικούς γονείς; (8)

Πώς νομίζετε ότι θα είστε ως μητέρα; (8)

Πώς νομίζετε ότι θα είναι ο σύζυγός σας ως πατέρας; (8)

Υπάρχει κάτι που σας ανησυχεί;

Παιδικά χρόνια (μόνο κατά την πρώτη συνέντευξη) (βλ. και 8)

Πώς θα περιγράφατε τη σχέση των γονιών σας όσο μεγαλώνετε; (2)

Πώς θα περιγράφατε τη σχέση με τον πατέρα σας;

Σας υποστήριζε συναισθηματικά; (4)

Πώς θα περιγράφατε τη σχέση με τη μητέρα σας;

Σας υποστήριζε συναισθηματικά; (4)

Η μητέρα σας ήταν χαρούμενη που ήταν μητέρα, όσο μεγαλώνετε; (4)

Υποστηρικτικό Δίκτυο

Έχετε κάποιον να μιλάτε για τα συναισθήματα και τις ανησυχίες σας; (7)
Ποιοι είναι οι πιο σημαντικοί άνθρωποι στη ζωή σας;
Ποιος θα σας βοηθάει με το παιδί;
Υπάρχουν άνθρωποι στους οποίους μπορείτε να στηριχθείτε για να σας υποστηρίξουν με το παιδί; (7)

Σύζυγος

Αισθάνεστε συναισθηματική υποστήριξη από τον σύζυγο; (5)
Αισθάνεστε υποστήριξη σε πρακτικό επίπεδο από τον σύζυγο (πχ με τις δουλειές του σπιτιού ή με το παιδί); (5)
Μπορείτε να του μιλήσετε όταν σας απασχολεί κάτι; (5)

Οικογένεια

Αισθάνεστε συναισθηματική υποστήριξη από την πατρική οικογένεια; (5)
Αισθάνεστε υποστήριξη σε πρακτικό επίπεδο από την πατρική οικογένεια (πχ με τις δουλειές του σπιτιού ή με το παιδί); (5)
Μπορείτε να τους μιλήσετε όταν σας απασχολεί κάτι; (5)

Φίλοι

Αισθάνεστε συναισθηματική υποστήριξη από τους φίλους; (5)
Αισθάνεστε υποστήριξη σε πρακτικό επίπεδο από τους φίλους (πχ με τις δουλειές του σπιτιού ή με το παιδί); (5)
Μπορείτε να τους μιλήσετε όταν σας απασχολεί κάτι; (5)

Προετοιμασία για γονεϊκότητα

Έχετε λάβει κάποιου είδους προετοιμασία σχετική με την περιγεννητική περίοδο; Με την εγκυμοσύνη, τον τοκετό, την έλευση του μωρού; (8).
Τι σας βοήθησε; (8)

Εργασία

(αν εργάζεται)
Πόσο καιρό θα λείψετε από την εργασία σας; (6)
Πώς νιώθετε για αυτό; (6)

Επίλογος

Υπάρχει κάτι που σας προβληματίζει και στο οποίο δεν αναφερθήκαμε έως τώρα; (2)
Τι νομίζετε ότι θα σας βοηθούσε σε ό,τι αφορά τις δυσκολίες που αναφέρατε; (2)
Υπάρχει κάτι που θα θέλατε να συμπληρώσετε;

Κατά το τέλος της δεύτερης και τρίτης συνέντευξης η ερευνήτρια διερευνά την εξέλιξη και την πορεία δυσκολιών, δυσφοριών και συμπτωμάτων που είχαν αναφερθεί στην προηγούμενη φάση μέτρησης. Συγκεκριμένα, τίθενται τα εξής ερωτήματα (εκεί που υπάρχουν αποσιωπητικά, συμπληρώνονται οι αναφορές της γυναίκας στην 1η μέτρηση):

Διερεύνηση αναφερθέντων συμπτωμάτων και παραγόντων κινδύνου (13)

Στα ερωτηματολόγια που συμπληρώσατε, απαντήσατε ότι
Θα μπορούσατε να μου περιγράψετε πώς ακριβώς νιώθετε;
Που αποδίδετε αυτές τις ενοχλήσεις; Που νομίζετε ότι οφείλονται;
Πότε αρχίσατε να νιώθετε έτσι;

(αν όχι πάντα): πώς θα περιγράφατε τον εαυτό σας πριν από αυτό;

Νιώθετε ότι χρειάζεστε βοήθεια; Αν ναι, τι είδους;

Επανεκτίμηση συμπτωμάτων – παραγόντων κινδύνου (ανεξάρτητα από τη μέτρηση)

Την προηγούμενη φορά είχατε αναφέρει ότι

Πώς είναι τα πράγματα τώρα;

(αν έχει αλλάξει κάτι) τι συνέβαλε σε αυτή την αλλαγή;

Νιώθετε ότι χρειάζεστε βοήθεια; Αν ναι, τι είδους;

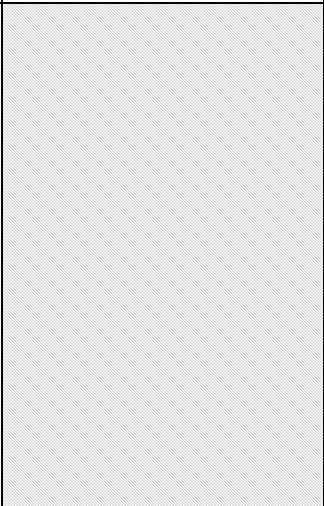
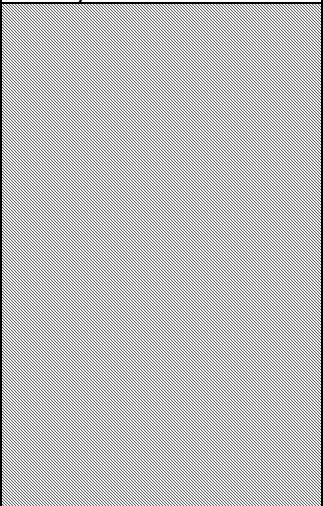
Πηγές προέλευσης των ερωτήσεων των συνεντεύξεων

- 1 Carroll, J. C. (2005) και Reid et al., 1998
- 2 Midmer, 2005
- 3 Beck, C. T., 2002
- 4 Austin et al., 2005
- 5 Beck T., 2002
- 6 Cooper P. J., 1996
- 7 Austin & Priest, 2005
- 8 Lis & Zenaro, 1997
- 9 Phillips et al., 2009)
- 10 Bennett et al., 2007
- 11 Keren et al., 2003
- 12 Reid et al., 1998
- 13 Chan & Levy, 2004

Οι ερωτήσεις που απαρτίζουν τις τρεις ερευνητικές συνεντεύξεις

Κύηση – 1η συνέντευξη	Λοχεία -2η συνέντευξη	6 μήνες – 3η συνέντευξη
Αρχικές Ερωτήσεις – περιγραφή της εμπειρίας	Αρχικές Ερωτήσεις - περιγραφή της εμπειρίας	Αρχικές Ερωτήσεις - περιγραφή της εμπειρίας
<p>Εμπειρία κύησης (σωματική)</p> <p>Εμπειρία κύησης (συναισθηματική)</p> <p><i>Προγραμματισμένη κύηση</i></p> <p><i>Συναισθήματα από την ανακοίνωση της κύησης</i></p> <p><i>Συναισθήματα συντρόφου για την κύηση</i></p> <p><i>Συναισθήματα πατρικής οικογένειας για κύηση</i></p> <p><i>Ανησυχίες κατά την παρούσα φάση κύησης</i></p> <p><i>Τι νομίζει ότι θα βοηθούσε</i></p> <p>Τοκετός</p> <p>Συναισθήματα για επερχόμενο τοκετό</p> <p>Αναπαράσταση της εμπειρίας</p> <p>Επιλογή τρόπου τοκετού</p>	<p>Περιγραφή της ζωής από τον τοκετό και μετά.</p> <p>Διάθεση την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό; (Διερεύνηση για ξεσπάσματα κλάματος και εναλλαγές στη διάθεση).</p> <p>Διάθεσή από τον τοκετό μέχρι και σήμερα.</p> <p>(Αν αρνητική) επιπτώσεις στη σχέση με το παιδί.</p> <p>Τοκετός</p> <p>Περιγραφή του τοκετού;</p> <p><i>Ικανοποίηση από την παραμονή στο μαιευτήριο</i></p>	<p>Περιγραφή της ζωής από τον τοκετό και μετά.</p> <p>Διάθεσή της γυναίκας από την τελευταία συνέντευξη (40 μέρες μετά τον τοκετό) (Διερεύνηση για ξεσπάσματα κλάματος και εναλλαγές στη διάθεση).</p> <p>(Αν αρνητική) επιπτώσεις στη σχέση με το παιδί.</p>
Εικόνα σώματος Συναισθήματα για το σώμα	Εικόνα σώματος Συναισθήματα για το σώμα	Εικόνα σώματος Συναισθήματα για το σώμα

Εντύπωση για εικόνα του σώματος στον καθρέφτη Εντύπωση του συντρόφου για το σώμα	Εντύπωση για εικόνα του σώματος στον καθρέφτη Εντύπωση του συντρόφου για το σώμα	Εντύπωση για εικόνα του σώματος στον καθρέφτη Εντύπωση του συντρόφου για το σώμα
Σχέση με έμβryo Συναισθήματα – σκέψεις για παιδί που κυφορεί Αναπαράσταση του παιδιού (αν το φαντάζεται) Σκέψεις για το μέλλον του Όνειρα για το παιδί	Σχέση με παιδί Συναισθήματα και σκέψεις σας για το παιδί Περιγραφή του παιδιού Σκέψεις για το μέλλον του Όνειρα για το παιδί	Σχέση με παιδί Συναισθήματα και σκέψεις σας για το παιδί Περιγραφή του παιδιού Σκέψεις για το μέλλον του Όνειρα για το παιδί
Σχέση με σύζυγο/σύντροφο - Υποστήριξη Περιγραφή σχέσης με σύντροφο Αλλαγές στη σχέση κατά την κύηση Σκέψεις (αντιλήψεις) για τη σχέση μετά τον τοκετό Συναισθηματική υποστήριξη Πρακτική υποστήριξη Δυνατότητα επικοινωνίας ζητημάτων Συμπεριφορά - αντίδραση συζύγου κατά την αναφορά δυσκολίας Άντληση βοήθειας από τη στάση του συζύγου	Σχέση με σύζυγο/σύντροφο - Υποστήριξη Περιγραφή σχέσης με σύντροφο Αλλαγές στη σχέση μετά τον τοκετό Συναισθηματική υποστήριξη Πρακτική υποστήριξη Δυνατότητα επικοινωνίας ζητημάτων Συμπεριφορά - αντίδραση συζύγου κατά την αναφορά δυσκολίας Άντληση βοήθειας από τη στάση του συζύγου	Σχέση με σύζυγο/σύντροφο - Υποστήριξη Περιγραφή σχέσης με σύντροφο Αλλαγές στη σχέση μετά τον τοκετό Συναισθηματική υποστήριξη Πρακτική υποστήριξη Δυνατότητα επικοινωνίας ζητημάτων Συμπεριφορά - αντίδραση συζύγου κατά την αναφορά δυσκολίας Άντληση βοήθειας από τη στάση του συζύγου <i>Μορφή της σχέσης στο μέλλον</i> <i>Επιθυμία για αλλαγές στη σχέση</i>
Μητρότητα - Γονεϊκότητα <i>Περιγραφή ιδανικών γονέων</i>	Μητρότητα - Γονεϊκότητα Περιγραφή της εμπειρίας της γονεϊκότητας	Μητρότητα - Γονεϊκότητα Περιγραφή της εμπειρίας της γονεϊκότητας

<p>Αναπαράσταση του εαυτού ως μητέρας Αναπαράσταση του συζύγου ως πατέρα Ανησυχίες για την επερχόμενη μητρότητα</p>	<p>Αποτελεσματικότητα στη φροντίδα του βρέφους Περιγραφή του εαυτού ως μητέρας Περιγραφή του συζύγου ως πατέρα Ανησυχίες από τη μητρότητα Δυσκολίες από τη μητρότητα</p>	<p>Αποτελεσματικότητα στη φροντίδα του βρέφους Περιγραφή του εαυτού ως μητέρας <i>Αντίληψη χαράς από τη μητρότητα</i> Περιγραφή του συζύγου ως πατέρα <i>Αντίληψη χαράς από την πατρότητα</i> Ανησυχίες από τη μητρότητα Δυσκολίες από τη μητρότητα <i>Επιθυμία για δεύτερο (άλλο) παιδί. Κίνητρα – εμπόδια.</i> <i>Επιθυμία συζύγου για δεύτερο παιδί.</i></p>
<p>Παιδικά χρόνια (μόνο κατά την πρώτη συνέντευξη)</p> <p><i>Περιγραφή της σχέσης των γονέων μεταξύ τους</i> <i>Περιγραφή της σχέσης με τον πατέρα</i> <i>Συναισθηματική υποστήριξη</i> <i>Περιγραφή της σχέσης με τη μητέρα</i> <i>Συναισθηματική υποστήριξη</i> <i>Αντίληψη για την ικανοποίηση - συναίσθημα της μητέρας από τη μητρότητα</i> <i>Περιγραφή σχέσης με αδέρφια</i> <i>Συναισθηματική υποστήριξη</i> Οικογένεια - υποστήριξη</p> <p>Συναισθηματική υποστήριξη από</p>		

<p>οικογένεια - Δυνατότητα επικοινωνίας για θέματα που την απασχολούν Πρακτική υποστήριξη από οικογένεια</p>	<p>Οικογένεια - υποστήριξη</p> <p>Συναισθηματική υποστήριξη από οικογένεια - Δυνατότητα επικοινωνίας για θέματα που την απασχολούν Πρακτική υποστήριξη από οικογένεια</p>	<p>Οικογένεια - υποστήριξη</p> <p>Συναισθηματική υποστήριξη από οικογένεια - Δυνατότητα επικοινωνίας για θέματα που την απασχολούν Πρακτική υποστήριξη από οικογένεια</p>
<p>Ευρύτερο Υποστηρικτικό Δίκτυο</p> <p>Συναισθηματική υποστήριξη από άλλα άτομα (φίλοι, συγγενείς) Πρακτική υποστήριξη από άλλα άτομα (φίλοι, συγγενείς)</p>	<p>Ευρύτερο Υποστηρικτικό Δίκτυο</p> <p>Συναισθηματική υποστήριξη από άλλα άτομα (φίλοι, συγγενείς) Πρακτική υποστήριξη από άλλα άτομα (φίλοι, συγγενείς)</p>	<p>Ευρύτερο Υποστηρικτικό Δίκτυο</p> <p>Συναισθηματική υποστήριξη από άλλα άτομα (φίλοι, συγγενείς) Πρακτική υποστήριξη από άλλα άτομα (φίλοι, συγγενείς)</p>
<p>Προετοιμασία για γονεϊκότητα</p> <p>Άντληση Βοήθειας Τομείς στους οποίους βοηθήθηκε Ελλείψεις από τα μαθήματα</p>	<p>Προετοιμασία για γονεϊκότητα</p> <p>Άντληση Βοήθειας Τομείς στους οποίους βοηθήθηκε Ελλείψεις από τα μαθήματα</p>	<p>Προετοιμασία για γονεϊκότητα</p> <p>Άντληση Βοήθειας Τομείς στους οποίους βοηθήθηκε Ελλείψεις από τα μαθήματα <i>Αίτια επικοινωνίας με ειδικούς μετά τον τοκετό (πχ. μαία και παιδίατρος)</i></p>
<p>Εργασία (αν εργάζεται)</p>	<p>Εργασία (αν εργάζεται)</p>	<p>Εργασία (αν εργάζεται)</p>

Διάστημα άδειας Συναισθήματα για την απουσία από την εργασία	Διάστημα άδειας Συναισθήματα για την απουσία από την εργασία	Διάστημα άδειας Συναισθήματα για την απουσία από την εργασία
		Προσδοκίες από το μέλλον <i>Αναπαράσταση της ζωής της στο μέλλον Όνειρα για τη ζωή και τον εαυτό της στο μέλλον Ικανοποιημένη από τη ζωή της Επιθυμία για αλλαγές στη ζωή της</i>
Επίλογος Προβληματισμοί – Ανησυχίες Δυσκολίες Τρόποι βοήθειας	Επίλογος Προβληματισμοί – Ανησυχίες Δυσκολίες Τρόποι βοήθειας	Επίλογος 1 Προβληματισμοί – Ανησυχίες Δυσκολίες Τρόποι βοήθειας
		Επίλογος 2 <i>Εντυπώσεις από τη συμμετοχή στην έρευνα Ευκολία – Άνεση να μιλήσει Κίνητρο για συμμετοχή Κίνητρο για παραμονή Δυσκολίες – Δυσαρέσκεια Ερωτήσεις για την έρευνα</i>

Με πλάγια, οι ερωτήσεις που εκφωνήθηκαν μόνο στη συγκεκριμένη φάση μέτρησης

Παράδειγμα Κωδικοποίησης

Εμπειρία κήσης	Ενδεικτικές Απαντήσεις
<i>Πώς είναι η εμπειρία της κήσης μέχρι τώρα και σωματικά και συναισθηματικά;</i>	
Συναισθηματική εμπειρία Μη συνειδητοποίηση Η γυναίκα αναφέρει ότι δεν έχει συνειδητοποιήσει ότι είναι έγκυος	<i>Απλώς τρέχω πολύ κι έτσι δε νομίζω ότι το έχω συνειδητοποιήσει τόσο πολύ</i>
Αυτοσυγκράτηση Η γυναίκα προσπαθεί συνειδητά να συγκρατήσει τα θετικά της συναισθήματα για να μην απογοητευθεί σε ενδεχόμενη αρνητική έκβαση της κήσης. Προηγούμενη αποβολή ή παλίνδρομη, προβλήματα υγείας κλπ	<i>ήταν συγκρατημένη η χαρά αυτή τη φορά, επειδή τρεις μήνες πριν την εγκυμοσύνη είχα μια αποβολή</i>
Δυσάρεστη εμπειρία Άγχος, συναισθηματική εξάντληση	
Μοναξιά	<i>Μοναχική</i>
Θλίψη, άσχημη διάθεση	<i>Απλά ενιωθά ότι δεν - δεν έχω ήθελα να κάνω τίποτα, ήθελα να μείνω στο κρεβάτι, να' μαι συνέχεια ξαπλωμένη, δεν σηκώνόμουν καθόλου</i>
Ευσυγκινησία	<i>τώρα κλαίω λίγο πιο εύκολα νομίζω για άσχετα πράγματα</i>
Ευερεθιστότητα Μεταβολές διάθεσης σκαμπανεύσματα	<i>νευριάζω περισσότερο</i> <i>τώρα από ψυχολογικής άποψης</i> <i>πότε είμαι μια χαρά και πότε πέφτω</i>
Άγχος Αγωνία - Ανησυχία – Πανικός	<i>έχω άγχος για το να πάνε όλα καλά</i>
Ευχάριστη εμπειρία Απόλαυση της εμπειρίας	<i>Πολύ ωραία (γελάει). Μία ευχάριστη περίοδος, πάρα πολύ ωραία. Γενικά, έχω πει πολλές φορές ότι μακάρι να κρατούσε κι άλλο!</i>

Εμπειρία κύησης	<i>Ενδεικτικές Απαντήσεις</i>
Πώς είναι η εμπειρία της κύησης μέχρι τώρα και σωματικά και συναισθηματικά;	
Συναισθηματική εμπειρία Μη συνειδητοποίηση	
Η γυναίκα αναφέρει ότι δεν έχει συνειδητοποιήσει ότι είναι έγκυος	<i>Απλώς τρέχω πολύ κι έτσι δε νομίζω ότι το έχω συνειδητοποιήσει τόσο πολύ</i>
Αυτοσυγκράτηση	
Η γυναίκα προσπαθεί συνειδητά να συγκρατήσει τα θετικά της συναισθήματα για να μην απογοητευθεί σε ενδεχόμενη αρνητική έκβαση της κύησης. Προηγούμενη αποβολή ή παλίνδρομη, προβλήματα υγείας κλπ	<i>ήταν συγκρατημένη η χαρά αυτή τη φορά, επειδή τρεις μήνες πριν την εγκυμοσύνη είχα μια αποβολή</i>
Δυσάρεστη εμπειρία Άγχος, συναισθηματική εξάντληση	
Μοναξιά	<i>Μοναχική</i>
Θλίψη, άσχημη διάθεση	<i>Απλά ενιωθά ότι δεν - δεν έχω ήθελα να κάνω τίποτα, ήθελα να μείνω στο κρεβάτι, να' μαι συνέχεια ξαπλωμένη, δεν σηκωνόμουνα καθόλου τώρα κλαίω λίγο πιο εύκολα νομίζω για άσχετα πράγματα</i>
Ευσυγκινησία	
Ευερεθιστότητα Μεταβολές διάθεσης	<i>νευριάζω περισσότερο τώρα από ψυχολογικής άποψης πότε είμαι μια χαρά και πότε πέφτω</i>
Άγχος Αγωνία - Ανησυχία – Πανικός	<i>έχω άγχος για το να πάνε όλα καλά</i>
Ευχάριστη εμπειρία Απόλαυση της εμπειρίας	<i>Πολύ ωραία (γελάει). Μία ευχάριστη περίοδος, πάρα πολύ ωραία. Γενικά, έχω πει πολλές φορές ότι μακάρι να κρατούσε κι άλλο!</i>

Συγκατάθεση Συμμετοχής στην Έρευνα

Η παρούσα έρευνα γίνεται στο πλαίσιο της διδακτορικής διατριβής της κλινικής ψυχολόγου Δέσποινας Καραγιάννη, υποψήφιας διδάκτορος Τομέα Ψυχολογίας, Τμήματος Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας, Πανεπιστημίου Αθηνών, σε συνεργασία με το Κέντρο Ημέρας για τη Φροντίδα της Ψυχικής Υγείας της Γυναίκας (επιλόχεια διαταραχή).

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των παραγόντων που δρουν επιβαρυντικά για την εμφάνιση ψυχικής δυσφορίας ή ψυχικών διαταραχών κατά την κύηση και μετά τον τοκετό, καθώς και των παραγόντων που δρουν προστατευτικά για την αποτροπή αυτών. Θεωρούμε εξαιρετικά σημαντική τη δική σας εμπειρία, τις αντιλήψεις, τις σκέψεις και τα συναισθήματά σας, σε θέματα που αφορούν την εγκυμοσύνη και τη μητρότητα. Η συμμετοχή σας σε αυτή την έρευνα αποτελεί πολύτιμη συνεισφορά στα παραπάνω και πρόκειται επιπλέον να συμβάλλει στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και των παρεμβάσεων για τις γυναίκες που χρειάζονται υποστήριξη κατά την περιγεννητική περίοδο.

Διαδικασία

A) Θα σας ζητηθεί να συμπληρώσετε μια σειρά ερωτηματολόγια, 1 φορά κατά τη διάρκεια της κύησης και 2 φορές μετά τον τοκετό, η πρώτη κατά τη λοχεία (πρώτες 42 μέρες) και η δεύτερη πριν να κλείσει το μωράκι σας τους 6 μήνες.

B) Επίσης, θα σας ζητηθεί να δώσετε 3 φορές συνέντευξη, 1 φορά κατά την κύηση και 2 μετά τον τοκετό, λίγο μετά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Οι συνεντεύξεις αυτές πρόκειται να μαγνητοφωνηθούν και στη συνέχεια θα απομαγνητοφωνηθούν, ώστε να μη χαθούν πληροφορίες.

Προστασία προσωπικών δεδομένων

Όλες οι πληροφορίες που θα μας δώσετε, γραπτά είτε προφορικά, διέπονται από την αρχή του απορρήτου και είναι απόλυτα εμπιστευτικές. Δεν πρόκειται να δημοσιοποιηθούν ηχητικά δεδομένα. Η ερευνήτρια θα καταγράφει το όνομά σας, προκειμένου να διατηρεί επικοινωνία μαζί σας για την ολοκλήρωση των 3 φάσεων της έρευνας. Μετά την ολοκλήρωση των 3 μετρήσεων, το όνομά σας θα αντικατασταθεί με έναν κωδικό αριθμό για να μην υπάρχει καμία πληροφορία που θα μπορούσε να οδηγήσει στην εξακρίβωση της ταυτότητάς σας. Η αντιστοίχιση των κωδικών θα φυλάσσεται σε ειδικό αρχείο αναφοράς, ξεχωριστά από τα αρχεία δεδομένων. Στο αρχείο θα μπορεί να έχει πρόσβαση μόνο η ερευνήτρια.

Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής είναι πιθανό να παρουσιαστούν σε επιστημονικά συνέδρια ή να δημοσιευτούν σε επιστημονικά έντυπα. Για τον σκοπό αυτό, τα δεδομένα θα παρουσιάζονται έτσι ώστε να προστατεύεται η ανωνυμία σας. Μετά την ολοκλήρωση της έρευνας τα δεδομένα θα βρίσκονται στη διάθεσή σας στην περίπτωση που τα ζητήσετε. Επίσης, μπορείτε να ενημερωθείτε για τα αποτελέσματα της έρευνας.

Οι 3 φάσεις της έρευνας μπορούν να διεξαχθούν είτε στο Κέντρο Ημέρας, κατά τις επισκέψεις σας, είτε και σε χώρο που θα ορίσετε εσείς, αν η μετάβασή σας στο Κέντρο είναι δύσκολη μετά τον τοκετό.

Μη διστάσετε να ρωτήσετε οτιδήποτε δεν καταλαβαίνετε, καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας.

Για οποιαδήποτε επιπρόσθετη πληροφορία, παρακαλώ επικοινωνήστε με την επιστημονικά υπεύθυνη της έρευνας:

Βασιλική Κανελλοπούλου, Επίκουρη Καθηγήτρια Τομέα Ψυχολογίας Τμήματος Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, τηλέφωνο: 210-7277509

Κατανοώ:

1. Ότι η συμμετοχή στην έρευνα είναι εθελοντική.
2. Είμαι ελεύθερη να διακόψω τη συμμετοχή μου οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία κύρωση ή προκατάληψη προς το πρόσωπό μου.
3. Τον σκοπό της έρευνας
4. Ότι θα διαφυλαχτεί το απόρρητο των πληροφοριών και ότι τα αποτελέσματα της έρευνας θα είναι ανώνυμα
5. Ότι η συνέντευξη που θα δώσω θα μαγνητοφωνηθεί, αλλά δεν πρόκειται να δημοσιοποιηθεί κανένα ηχητικό προσωπικό μου δεδομένο και,

Με βάση τα παραπάνω δηλώνω ότι δέχομαι να λάβω μέρος στην έρευνα.

Συμμετέχουσα

Ερευνήτρια

Όνοματεπώνυμο:

Ημερομηνία:

Υπογραφή:

Έντυπο δήλωσης – δέσμευσης για την διαφύλαξη και προστασία ευαίσθητων
προσωπικών δεδομένων

Ο/Η (ονοματεπώνυμο):

Έχω επιλέξει να παρακολουθήσω το προαιρετικό σεμιναριακό – φροντιστηριακό μάθημα «Αντιλήψεις γυναικών για τη μητρότητα και η σχέση τους με προγεννητικές και επιλόχειες διαταραχές», που διεξάγεται στο πλαίσιο του μαθήματος της Κοινωνικής Ψυχολογίας Ι, κατά το χειμερινό εξάμηνο του ακαδημαϊκού έτους 2012-2013, με υπεύθυνη – συντονίστρια, τη Δέσποινα Καραγιάννη, ψυχολόγο και υποψήφια διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών.

Στο πλαίσιο του μαθήματος αυτού αναλαμβάνω να απομαγνητοφωνήσω και να επεξεργαστώ ηχητικά δεδομένα που προέρχονται από την ερευνητική συνέντευξη με κωδικό:

Από τη στιγμή που θα παραλάβω τα εν λόγω δεδομένα, θεωρούμε υπεύθυνος επεξεργασίας αυτών.

Έχω ενημερωθεί ότι:

Σύμφωνα με το άρθρο 2 στοιχ. β', ζ' και η' του Ν. 2472/1997 «νοούνται ως:... β) **“Ευαίσθητα δεδομένα”**, τα δεδομένα που αφορούν στη φυλετική ή εθνική προέλευση, στα πολιτικά φρονήματα, στις θρησκευτικές ή φιλοσοφικές πεποιθήσεις, στη συμμετοχή σε συνδικαλιστική οργάνωση, στην υγεία, στην κοινωνική πρόνοια και στην ερωτική ζωή, στα σχετικά με ποινικές διώξεις ή καταδίκες, καθώς και στη συμμετοχή σε συναφείς με τα ανωτέρω ενώσεις προσώπων».

Ως δεδομένα υγείας νοούνται τα προσωπικά δεδομένα που αφορούν στην υγεία ενός ατόμου, όπου η υγεία αναφέρεται τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική κατάστασή του (βλ. Γνώμη Νο 13 της Ευρωπαϊκής Ομάδας για την Ηθική στην Επιστήμη και τις Νέες Τεχνολογίες σχετικά «με τα ηθικά ζητήματα της κοινωνίας της πληροφορίας στην ιατρική φροντίδα», 30.7.1999, στ. 1.1.1).

Ο υπεύθυνος επεξεργασίας δεσμεύεται από απόρρητο που προβλέπει ο νόμος και ειδικότερα το άρθρο 9 του Ν. 991/1979, σύμφωνα με το οποίο, ο υπεύθυνος επεξεργασίας πρέπει να τηρεί απόλυτη εχεμύθεια για όσα μαθαίνει, ή αντλαμβάνεται. Οι παραβάτες τιμωρούνται, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 371 του Ποινικού Κώδικα. Τα δεδομένα δεν διαβιβάζονται ούτε κοινοποιούνται σε τρίτους.

Έλαβα γνώση των παραπάνω.

Ονοματεπώνυμο

Αθήνα, 26-11-12

Υπογραφή

Αλλαγές ζωής

Οδηγίες

Παρακάτω ακολουθεί ένας αριθμός γεγονότων, τα οποία, μερικές φορές προκαλούν αλλαγές στη ζωή.

1. Παρακαλώ, **επιλέξτε τα γεγονότα** που συνέβησαν σε εσάς στο παρελθόν και τα οποία πιστεύετε ότι ασκούν ακόμα επίδραση στη ζωή σας. Παραλείψτε ό,τι δεν έχει συμβεί σε εσάς.
2. Προσδιορίστε τη **χρονική περίοδο** που έλαβαν χώρα (ημερομηνία κατά προσέγγιση).
3. Επίσης, προσδιορίστε **το βαθμό που σας επηρεάζει** κάθε ένα από αυτά τα γεγονότα, θετικά είτε αρνητικά. Παραδείγματος χάρη, ο βαθμός -3 δείχνει μια υπερβολικά αρνητική επίδραση στη ζωή. Ο βαθμός 0 δείχνει ότι το γεγονός δεν επιδρά ούτε θετικά ούτε αρνητικά, είναι θα λέγαμε ουδέτερο. Τέλος, ένα βαθμός +3 δείχνει μια υπερβολικά θετική επίδραση του γεγονότος.

Βαθμολόγηση

-3: Εξαιρετικά αρνητική, -2: Μέτρια αρνητική, -1: Λίγο αρνητική, 0: Καθόλου επίδραση, +1: Ελάχιστα θετική, +2: Μέτρια θετική, +3: Εξαιρετικά θετική

Παράδειγμα

Οικονομικά - Εργασιακά	Χρονική Περίοδος	Βαθμολόγηση
Είχατε σοβαρές διαφωνίες με κάποιον δικό σας άνθρωπο	Σεπτέμβριος 2011	-2

Η συγκεκριμένη γυναίκα απαντά ότι είχε σοβαρές διαφωνίες με κάποιον δικό της άνθρωπο, και βαθμολογεί με -2, που σημαίνει ότι οι διαφωνίες αυτές άσκησαν μέτρια αρνητική επίδραση στη ζωή της.

Παρακαλώ, φροντίστε να διαβάσετε προσεκτικά τη λίστα, ώστε να επιλέξετε όλα τα γεγονότα που σας αφορούν, να προσδιορίσετε τις ημερομηνίες και να βαθμολογήσετε την επίδρασή τους.

	Χρονική Περίοδος	Βαθμολόγηση
Οικονομικά - Εργασιακά		
Υπήρξε αλλαγή στις ώρες εργασίας		
Υποβιβαστήκατε στην εργασία		
Αποτύχατε στην επιχείρησή σας		
Είχατε σοβαρές διαφωνίες στη δουλειά με τους συνεργάτες ή με το αφεντικό σας		
Αποσυρθήκατε από την εργασία σας		
Απολυθήκατε από την εργασία		

Πήρατε προαγωγή		
Αλλαγή στις συνθήκες εργασίας (νέο τμήμα, νέο αφεντικό)		
Σας προσέλαβαν σε κάποια δουλειά		
Οικονομικά προβλήματα άρχισαν		
Πήρατε ένα μεγάλο δάνειο		
Ανεργία		
Ανεργία συζύγου		
Άλλες εργασιακές αλλαγές του συζύγου		
Ιατρικά θέματα - Υγεία		
Είχατε κάποια αποβολή		
Ένα μέλος της οικογένειας αρρώστησε σοβαρά		
Ένα μέλος της οικογένειας νοσηλεύτηκε		
Υποφέρατε από σοβαρή σωματική αρρώστια		
Νοσηλεύτηκατε		
Είχατε πολλές αποτυχημένες προσπάθειες να συλλάβετε παιδί		
Κατοικία		
Μετακομίσατε		
Φύγατε για πρώτη φορά από το πατρικό σας		
Γάμος – Συντροφική Σχέση		
Παντρευτήκατε		
Συγκατοικήσατε για πρώτη φορά		
Αποδείχτηκε ότι ο σύντροφος – σύζυγος σας απατούσε		
Πήρατε διαζύγιο		
Χωρίσατε		
Είχατε σοβαρές διαφωνίες με σύντροφο – σύζυγο		
Είχατε σεξουαλικού τύπου προβλήματα		
Είχατε υποστεί σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση		
Είχατε υποστεί συναισθηματική ή λεκτική κακοποίηση		
Λοιπές Σχέσεις		
Είχατε σοβαρές διαφωνίες με κάποιον δικό σας άνθρωπο		
Ένα νέο πρόσωπο ήρθε να μείνει στο σπίτι μαζί σας		
Έφυγε από το σπίτι κάποιος δικός σας άνθρωπος		
Χωρίσατε από ένα σημαντικό πρόσωπο (στενό συγγενή ή φίλο)		
Αποκτήσατε παιδί		
Είχατε μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη		
Αρχίσατε μια εξωσυζυγική σχέση		
Υπεστήκατε σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση		
Υπεστήκατε συναισθηματική ή λεκτική κακοποίηση		

Εκπαίδευση		
Αποτύχατε σε ένα σημαντικό διαγωνισμό		
Προετοιμαστήκατε για να λάβετε μέρος σε εξετάσεις		
Αποφοιτήσατε		
Εγκαταλείψατε σπουδές		
Αρχίσατε εκπαίδευση		
Θάνατοι		
Ένας στενός συγγενής πέθανε		
Ένας στενός σας φίλος πέθανε		
Απώλειες		
Χάσατε, σας έκλεψαν ή καταστράφηκε ένα πολύτιμο αντικείμενο		
Νομικά Θέματα		
Εμφανιστήκατε σε δικαστήριο		
Πήγατε φυλακή		
Κάνατε μια μικρή παράβαση (π.χ. πρόστιμο στάθμευσης)		
Σας έκαναν αγωγή		
Κάποιος δικός σας άνθρωπος αντιμετώπισε προβλήματα με τον νόμο		
Τελική ερώτηση		
Υπήρχαν άλλα γεγονότα που άσκησαν επίδραση στη ζωή σας; Γράψτε τα και βαθμολογείστε τα		

Brisbane Mother – Baby Scale – Λοχεία

Όνοματεπώνυμο:

Ημερομηνία:

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακαλώ, επιλέξτε αυτό που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο.

«Σε σύγκριση με τα περισσότερα μωρά, έχω την αίσθηση ότι το δικό μου μωρό.....»	Πάντα	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
...είναι υγιές					
... κλαίει χωρίς σταματημό					
...είναι εύκολο να το ταΐσω					
...αναστατώνεται εύκολα					
...κοιμάται όταν θέλω να το κοιμίσω					
...ανταποκρίνεται σε 'μένα					
«Σε σύγκριση με τις περισσότερες μητέρες, έχω την αίσθηση ότι...»					
...είμαι κοντά στο μωρό μου					
...δεν ενδιαφέρομαι για το μωρό μου					
...είμαι αφοσιωμένη στο μωρό μου					
...καταλαβαίνω το μωρό μου					
...είμαι δυστυχισμένη με το μωρό μου					
...γενικώς αγαπώ το μωρό μου					
...είμαι απογοητευμένη με το μωρό μου					

Περιγεννητική Ψυχική Υγεία⁵¹

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: _____
ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: _____
ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝ. _____
ΠΙΘΑΝΗ ΗΜ/ΝΙΑ ΤΟΚΕΤΟΥ _____
ΗΜ. ΤΟΚΕΤΟΥ _____

Βάλτε σε κύκλο την απάντησή σας		
Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, είχατε συχνά κακή διάθεση ή νιώθατε συναισθήματα θλίψης και απελπισίας;	Ναι	Όχι
Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, νιώθατε συχνά να μειώνεται το ενδιαφέρον ή η ικανοποίηση από τις ασχολίες σας και τις δραστηριότητές σας;	Ναι	Όχι
Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, νιώθατε αγχωμένη/ος, ανήσυχη/ος ή ότι φτάνετε στα όρια σας;	Ναι	Όχι
Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, δυσκολευόσασταν να σταματήσετε ή να ελέγξετε το άγχος σας;	Ναι	Όχι
Θέλετε να έρθετε σε επαφή με έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας;	Ναι	Όχι

Θέλετε να συμπληρώσετε κάτι άλλο;

.....
.....
.....
.....

⁵¹ Antenatal and Postnatal Mental Health. The NICE Guideline on Clinical Management and Service Guidance. National Collaborating Centre for Mental Health. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2007, Προσθήκη 2014.

Παράρτημα Πινάκων

Πίνακας 83. *Ερευνητικές υποθέσεις και Ερωτήματα ανάλογα με τη φάση μέτρησης (κύηση, λοχεία, 6 μήνες)*

	Πριν την κύηση⁵²	Κατά την κύηση	Λοχεία	6 μήνες
Συμπτώματα κατά την Περιγεννητική περίοδο (κύηση, λοχεία, 6 μήνες) - Ατομικό και Οικογενειακό Ιστορικό Ψυχιατρικών Συμπτωμάτων	Προβλήματα κατά την παιδική ηλικία	Παρουσία Συμπτωμάτων (μέτρια συσχέτιση)	Παρουσία Συμπτωμάτων (μέτρια συσχέτιση)	Παρουσία Συμπτωμάτων (μέτρια συσχέτιση)
	Μη προγραμματισμένη σύλληψη	Χαμηλός βαθμός συσχέτισης με την παρουσία αγχωδών ή και καταθλιπτικών συμπτωμάτων	Χαμηλός βαθμός συσχέτισης με την παρουσία αγχωδών ή και καταθλιπτικών συμπτωμάτων	Χαμηλός βαθμός συσχέτισης με την παρουσία αγχωδών ή και καταθλιπτικών συμπτωμάτων
	Ύπαρξη ατομικού ψυχιατρικού ιστορικού κατάθλιψης	Θετική συσχέτιση με την παρουσία καταθλιπτικής διάθεσης	Θετική συσχέτιση με την παρουσία καταθλιπτικής διάθεσης	Θετική συσχέτιση με την παρουσία καταθλιπτικής διάθεσης
	Ύπαρξη ατομικού ψυχιατρικού ιστορικού αγχωδών διαταραχών	Θετική συσχέτιση με την παρουσία αγχους ή/και καταθλιπτικής διάθεσης	Θετική συσχέτιση με την παρουσία αγχους ή/και καταθλιπτικής διάθεσης	Θετική συσχέτιση με την παρουσία αγχους ή/και καταθλιπτικής διάθεσης
	Προϋπάρχοντα συμπτώματα	Όξυνση προϋπαρχόντων συμπτωμάτων	Διερεύνηση όξυνσης προϋπαρχόντων συμπτωμάτων	Διερεύνηση όξυνσης προϋπαρχόντων συμπτωμάτων
	Παρουσία προεμμηνορυσιακών συμπτωμάτων	Μέτρια συσχέτιση με την παρουσία καταθλιπτικής διάθεσης και άγχους	Θετική συσχέτιση διαπροσωπικής ευαισθησίας και καταθλιπτικών συμπτωμάτων	Θετική συσχέτιση διαπροσωπικής ευαισθησίας και καταθλιπτικών συμπτωμάτων
Διαπροσωπική ευαισθησία	Θετική συσχέτιση διαπροσωπικής ευαισθησίας και καταθλιπτικών συμπτωμάτων	Διερεύνηση σχέσης αρνητικής εικόνας του σώματος και καταθλιπτικής διάθεσης	Διερεύνηση σχέσης αρνητικής εικόνας του σώματος και καταθλιπτικής διάθεσης	
		Παρουσία καταθλιπτικής	Θετική συσχέτιση με την παρουσία	Θετική συσχέτιση με την παρουσία

⁵² Αναφέρεται σε πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν στις τρεις φάσεις μέτρησης της περιγεννητικής περιόδου, και αφορούν το διάστημα πριν την κύηση.

**Υποστηρικτικό δίκτυο -
Σχέσεις**

	διάθεσης στην κύηση Άγχος κατά την κύηση	καταθλιπτικής διάθεσης Θετική συσχέτιση με την παρουσία άγχους ή/και καταθλιπτικής διάθεσης	καταθλιπτικής διάθεσης Θετική συσχέτιση με την παρουσία άγχους ή/και καταθλιπτικής διάθεσης
Ψυχιατρικό ιστορικό γονεϊκής οικογένειας	Άγχος για τη φροντίδα του παιδιού κατά την κύηση Μέτρια θετική συσχέτιση με την παρουσία άγχους ή/και καταθλιπτικής διάθεσης	Θετική συσχέτιση με την παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων Μέτρια θετική συσχέτιση με την παρουσία άγχους ή/και καταθλιπτικής διάθεσης	Θετική συσχέτιση με την παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων Μέτρια θετική συσχέτιση με την παρουσία άγχους ή/και καταθλιπτικής διάθεσης
Επαφή με ειδικό ψυχικής υγείας	Διερεύνηση συσχέτισης με την παρουσία συμπτωμάτων Η θετική εκτίμηση της σχέσης με τον σύζυγο είναι αντιστρόφως ανάλογη με την παρουσία συμπτωμάτων Διερεύνηση συσχέτισης αρνητικών αλλαγών στη σχέση με τον σύντροφο με την παρουσία συμπτωμάτων Αντιστρόφως ανάλογη σχέση συναισθηματικής ή/και πρακτικής υποστήριξης από τον σύντροφο και συμπτωμάτων κατάθλιψης ή άγχους Θετική συσχέτιση συναισθηματικής και σωματικής βίας από τον σύντροφο με την παρουσία συμπτωμάτων	Διερεύνηση συσχέτισης με την παρουσία συμπτωμάτων Η θετική εκτίμηση της σχέσης με τον σύζυγο είναι αντιστρόφως ανάλογη με την παρουσία συμπτωμάτων Διερεύνηση συσχέτισης αρνητικών αλλαγών στη σχέση με τον σύντροφο με την παρουσία συμπτωμάτων Αντιστρόφως ανάλογη σχέση συναισθηματικής ή/και πρακτικής υποστήριξης από τον σύντροφο και συμπτωμάτων κατάθλιψης ή άγχους Θετική συσχέτιση συναισθηματικής και σωματικής βίας από τον σύντροφο με την παρουσία συμπτωμάτων	Διερεύνηση συσχέτισης με την παρουσία συμπτωμάτων Η θετική εκτίμηση της σχέσης με τον σύζυγο είναι αντιστρόφως ανάλογη με την παρουσία συμπτωμάτων Διερεύνηση συσχέτισης αρνητικών αλλαγών στη σχέση με τον σύντροφο με την παρουσία συμπτωμάτων Αντιστρόφως ανάλογη σχέση συναισθηματικής ή/και πρακτικής υποστήριξης από τον σύντροφο και συμπτωμάτων κατάθλιψης ή άγχους Θετική συσχέτιση συναισθηματικής και σωματικής βίας από τον σύντροφο με την παρουσία συμπτωμάτων Αντιστρόφως ανάλογη σχέση συναισθηματικής
	Αντιστρόφως ανάλογη σχέση συναισθηματικής	Αντιστρόφως ανάλογη σχέση συναισθηματικής	Αντιστρόφως ανάλογη σχέση συναισθηματικής

	ή/και πρακτικής υποστήριξης από τους γονείς και συμπτωμάτων κατάθλιψης ή άγχους Αντιστρόφως ανάλογη σχέση συναισθηματικής ή/και πρακτικής υποστήριξης από φίλους ή άλλους συγγενείς και συμπτωμάτων κατάθλιψης ή άγχους	ή/και πρακτικής υποστήριξης από τους γονείς και συμπτωμάτων κατάθλιψης ή άγχους Αντιστρόφως ανάλογη σχέση συναισθηματικής ή/και πρακτικής υποστήριξης από φίλους ή άλλους συγγενείς και συμπτωμάτων κατάθλιψης ή άγχους	ή/και πρακτικής υποστήριξης από τους γονείς και συμπτωμάτων κατάθλιψης ή άγχους Αντιστρόφως ανάλογη σχέση συναισθηματικής ή/και πρακτικής υποστήριξης από φίλους ή άλλους συγγενείς και συμπτωμάτων κατάθλιψης ή άγχους
Ιατρικό και Μαιευτικό Ιστορικό	Προηγούμενες αποβολές ή αμβλώσεις	Θετική συσχέτιση με την παρουσία καταθλιπτικής διάθεσης	Θετική συσχέτιση με την παρουσία καταθλιπτικής διάθεσης
	Η παρουσία άγχους για την υγεία του κύηματος συσχετίζεται θετικά με την παρουσία συμπτωμάτων άγχους κατά την κύηση Η παρουσία προβλημάτων υγείας και σωματικών συμπτωμάτων σχετίζεται θετικά με την παρουσία καταθλιπτικής διάθεσης και άγχους Παρουσία επιπλοκών κατά τον τοκετό	Καταθλιπτική Διάθεση και άγχος	Καταθλιπτική Διάθεση και άγχος
Παράγοντες που σχετίζονται με το βρέφος		Εκδήλωση αγχωδών ή καταθλιπτικών συμπτωμάτων Θετική συσχέτιση προβλημάτων υγείας και σωματικών συμπτωμάτων με την καταθλιπτική διάθεση Μέτρια συσχέτιση της παρουσίας δυσκολιών με το	Εκδήλωση αγχωδών ή καταθλιπτικών συμπτωμάτων Θετική συσχέτιση προβλημάτων υγείας και σωματικών συμπτωμάτων με την καταθλιπτική διάθεση Μέτρια συσχέτιση της παρουσίας δυσκολιών με το

**Κοινωνικοοικονομικοί
παράγοντες - Γεγονότα
ζωής**

Θετική συσχέτιση
κοινωνικο
οικονομικών
παραγόντων με την
παρουσία
συμπτωμάτων
Θετική συσχέτιση
πρόσφατων
στρεσογόνων
γεγονότων ζωής
με τα καταθλιπτικά
συμπτώματα

παιδί, και των
αγχωδών και
καταθλιπτικών
συμπτωμάτων
Συσχέτιση
αρνητικών
περιγραφών και
εκτιμήσεων της
εμπειρίας της
μητρότητας, με την
παρουσία
συμπτωμάτων
Θετική συσχέτιση
κοινωνικο
οικονομικών
παραγόντων με την
παρουσία
συμπτωμάτων
Θετική συσχέτιση
πρόσφατων
στρεσογόνων
γεγονότων ζωής
με τα καταθλιπτικά
συμπτώματα

παιδί, και των
αγχωδών και
καταθλιπτικών
συμπτωμάτων
Συσχέτιση
αρνητικών
περιγραφών και
εκτιμήσεων της
εμπειρίας της
μητρότητας, με
την παρουσία
συμπτωμάτων
Θετική συσχέτιση
κοινωνικο
οικονομικών
παραγόντων με
την παρουσία
συμπτωμάτων
Θετική συσχέτιση
πρόσφατων
στρεσογόνων
γεγονότων ζωής
με τα
καταθλιπτικά
συμπτώματα

Πίνακας 84. Δημογραφικά Στοιχεία και Πληροφορίες από το Ατομικό Ιστορικό

Δημογραφικά Στοιχεία	N	%
Εκπαιδευτικό Επίπεδο		
B' Βάθμια	5	13,5
Γ' βάθμια	18	48,6
Μεταπτυχιακές και Διδακτορικές σπουδές	14	37,8
Οικογενειακή Κατάσταση		
Άγαμη	3	8,1
Έγγαμη	34	91,9
Επαγγελματική Κατάσταση		
Άνεργη	4	10,8
Εργαζόμενη	33	89,2
Εισόδημα		
≤1000 €	21	56,8
1000-2000 €	16	43,2
Ανταπεξέρχεται οικονομικά		
Εύκολα	12	32,4
Όχι τόσο καλά	16	43,2
Μερικές φορές Δύσκολα	8	21,6
Πάντα Δύσκολα	1	2,7
Συμμετοχή τρίτου στα οικονομικά		
Συμμετέχει	10	27,0
Δεν συμμετέχει	27	73,0
Καταλληλότητα Σπιτιού		
Κατάλληλο	31	83,8
Ακατάλληλο	6	16,2
Ατομικό Ιστορικό Ψυχικής Υγείας		
Κατάθλιψη	5	13,5
Αγχώδης	6	16,2
Μικτή	5	13,5
Απουσία συμπτωμάτων	21	56,8
Επαφή με ειδικούς Ψ στο παρελθόν		
Παρουσία Επαφής στο Παρελθόν	17	45,9
Απουσία Επαφής στο Παρελθόν	20	54,1
Επαφή με ειδικούς Ψ στο παρόν		
Παρουσία Επαφής στο Παρόν	8	21,6
Απουσία Επαφής στο Παρόν	29	78,4
Οικογενειακό Ιστορικό Ψυχιατρικής Συμπτωματολογίας		
Παρουσία Οικογενειακού Ψ στο παρελθόν	18	48,6
Απουσία Οικογενειακού Ψ στο παρελθόν	19	51,4
Προβλήματα κατά την Παιδική Ηλικία		
Απουσία Προβλημάτων	23	62,2
Παρουσία Προβλημάτων	14	37,8

Μαιευτικό Ιστορικό		
Προγραμματισμός Σύλληψης		
Προγραμματισμένη	32	86,5
Μη Προγραμματισμένη	5	13,5
Ιστορικό Υπογονιμότητας		
Απουσία Ιστορικού	35	94,6
Παρουσία Ιστορικού	2	5,4
Προβλήματα Υγείας κατά την Κύηση		
Απουσία	23	64,9
Παρουσία	13	35,1
Προβλήματα Υγείας του Εμβρύου		
Απουσία	36	97,3
Πιθανότητα άμβλωσης	1	2,7
Αποβολές		
Απουσία	29	78,4
Παρουσία	8	21,6
Αμβλώσεις		
Απουσία	32	86,5
Παρουσία	5	13,5
Χαρακτηριστικά που αφορούν τον Τοκετό και την Επιλόχεια Περίοδο		
Τοκετός		
Φυσιολογικός	12	32,4
Καισαρική Τομή	25	67,6
Επιπλοκές Τοκετός		
Απουσία Επιπλοκών	30	81,1
Παρουσία Επιπλοκών	7	18,9
Προβλήματα Υγείας του Παιδιού		
Απουσία	35	94,6
Παρουσία	2	5,4

Πίνακας 85. Δείκτες συνάφειας (Pearson r) μεταξύ της διάστασης «Σωματοποίηση» κατά την κύηση και των κλιμάκων της έρευνας που εξετάζουν την κατάθλιψη

	SCLΚατάθλιψη0	SCLΚατάθλιψη1	SCLΚατάθλιψη2	SCLΚατάθλιψη3	Beck1	Beck2	Beck3	EPDS1	EPDS2	EPDS3
Σωματοποίηση (κύηση)	,29	,58**	,28	,30	,25	,25	,14	,07	,14	,12
	SCLΆγχος0	SCLΆγχος1	SCLΆγχος2	SCLΆγχος3	Δομικό Άγχος1	Δομικό Άγχος2	Δομικό Άγχος3	Περιστασιακό Άγχος1	Περιστασιακό Άγχος 2	Περιστασιακό Άγχος 3
Σωματοποίηση (κύηση)	,34*	,63**	,24	,37*	,31	,37*	,26	,39*	,42**	,35*

Πίνακας 86. Δείκτες συνάφειας μεταξύ της διάστασης «Διαπροσωπική ευαισθησία» και των κλιμάκων της έρευνας που εξετάζουν την κατάθλιψη

	ΔΕ (πριν)	ΔΕ (κύηση)	ΔΕ (λοχεία)	ΔΕ (6μηνο)	EPDS1	EPDS2	EPDS3	Beck1	Beck2	Beck3	SCLΚατάθλιψη0	SCLΚατάθλιψη1	SCLΚατάθλιψη2	SCLΚατάθλιψη3
Διαπρ. Ευαισθ. (πριν)	-	0,84**	0,65**	0,48**	,36*	,47**	,15	,27	,34*	,31	,85**	,75**	,59**	,45**
Διαπρ. Ευαισθ. (κύηση)		-	0,65*	0,50*	,51**	,50**	,36*	,42**	,36*	,35*	,73**	,80**	,60**	,47**
Διαπρ. Ευαισθ. (λοχεία)			-	0,61**	37*	,53**	,46**	,47**	,57**	,70**	,42*	,58**	,76**	,60**
Διαπρ. Ευαισθ. (6μηνο)				-	,28	,46**	,63**	,50**	,34*	,73**	,43**	,57**	,62**	,77**

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

Πίνακας 87. Δείκτες συνάφειας μεταξύ της διάστασης «Κατάθλιψη» και των υπόλοιπων διαστάσεων συμπτωματολογίας της κλίμακας SCL για τις τρεις υπό μέτρηση περιόδους

	SCLΣωματοπ οίηση0	SCLΣωματο ποίηση1	SCLΣωματο ποίηση2	SCLΣωματο ποίηση3	SCLΨυχ- Κατ0	SCLΨυχ- Κατ1	SCLΨυχ- Κατ2	SCLΨυχ- Κατ3	SCLΔιαπρE υαισθ0	SCLΔιαπρE υαισθ1	SCLΔιαπρEu αισθ2	SCLΔιαπρE υαισθ3	SCLΆγ χος0	SCLΆγχ ος1	SCLΆγχ ος2	SCL Άγχος3
SCLΚατάθ λιψη0	,75**	,29	,42*	,29	,86**	,60**	,41*	,45**	,85**	,73**	,42*	,43**	,83**	,52**	,50**	,43**
SCLΚατάθ λιψη1	,45**	,58**	,43**	,45**	,60**	,81**	,50**	,62**	,75**	,80**	,58**	,57**	,58**	,73**	,48**	,52**
SCLΚατάθ λιψη2	,36*	,28	,70**	,23	,63**	,66**	,90**	,76**	,59**	,60**	,76**	,62**	,62**	,57**	,84**	,68**
SCLΚατάθ λιψη3	,29	,30	,46**	,52**	,40*	,56**	,64**	,85**	,45**	,47**	,60**	,77**	,40*	,52**	,34*	,76**
	SCLΘυμό ς0	SCLΘυμός1	SCLΘυμός2	SCLΘυμό ς3	SCLΦοβικό Άγχος0	SCLΦοβικό Άγχος1	SCLΦοβικό Άγχος2	SCLΦοβικό Άγχος3	SCLΠαριδε ασ0	SCLΠαριδ εασ1	SCLΠαρι δεασ2	SCLΠαρι δεασ3	SCLΨυχωτ 0	SCLΨυ χωτ1	SCLΨυ χωτ2	SCLΨυ χωτ3
SCLΚατάθ λιψη0	,85**	,51**	,41*	,22	,74**	,40*	,29	,25	,70**	,72**	,50**	,33*	,76**	,70**	,61**	,43**
SCLΚατάθ λιψη1	,71**	,77**	,49**	,43**	,61**	,56**	,34*	,40*	,60**	,70**	,53**	,38*	,59**	,61**	,52**	,48**
SCLΚατάθ λιψη2	,57**	,63**	,63**	,52**	,50**	,42*	,63**	,51**	,49**	,52**	,71**	,56**	,51**	,57**	,68**	,80**
SCLΚατάθ λιψη3	,46**	,54**	,53**	,85**	,36*	,31	,33*	,53*	,30	,30	,60**	,62**	,33*	,33*	,43**	,73**

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

Πίνακας 88. Δείκτες συνάφειας μεταξύ της κλίμακας BDI για την κατάθλιψη και των υπόλοιπων διαστάσεων συμπτωματολογίας της κλίμακας SCL για τις τρεις υπό μέτρηση περιόδους

	SCLΣωματοπ οίηση0	SCLΣωματοπ οίηση1	SCLΣωματοπ οίηση2	SCLΣωματοπ οίηση3	SCLΨυχ- Κατ0	SCLΨυχ- Κατ1	SCLΨυχ- Κατ2	SCLΨυχ- Κατ3	SCLΔιαπρΕ υαισθ0	SCLΔιαπρΕ υαισθ1	SCLΔιαπρΕυαι σθ2	SCLΔιαπρΕ υαισθ3	SCLΆγ χος0	SCLΆγχ ος1	SCLΆγχ ος2	SCL Άγχος3
BDI1	,16	,25	,31	,50**	,23	,50**	,42**	,56**	,27	,42**	,47**	,50**	,23	,51**	,29	,46**
BDI2	,16	,25	,40*	,05	,28	,46**	,53**	,44**	,34*	,36*	,57**	,34*	,34*	,42**	,59**	,51**
BDI3	,14	,14	,30	,38*	,19	,35*	,53**	,75**	,31	,35*	,70**	,73**	,18	,30	,23	,47**
	SCLΘυμός0	SCLΘυμός1	SCLΘυμός2	SCLΘυμός 3	SCLΦοβικό Άγχος0	SCLΦοβικό Άγχος1	SCLΦοβικό Άγχος2	SCLΦοβικό Άγχος3	SCLΠαριδε ασ0	SCLΠαριδ εασ1	SCLΠαρι δεασ2	SCLΠαριδε ασ3	SCLΨυχω τ0	SCLΨυ χωτ1	SCLΨυ χωτ2	SCLΨυ χωτ3
BDI1	,20	,44**	,22	,51**	,26	,46**	,39*	,39*	,12	,25	,37*	,30	,20	,28	,34*	,48**
BDI2	,37*	,43**	,43**	,31	,29	,40*	,39*	,45**	,27	,27	,51**	,25	,18	,32	,43**	,40*
BDI3	,25	,43**	,40*	,82**	,24	,17	,37*	,36*	,11	,15	,56**	,62**	,16	,13	,34*	,64**

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

Πίνακας 89. Δείκτες συνάφειας μεταξύ της κλίμακας EPDS για την επιλόχεια κατάθλιψη και των υπόλοιπων διαστάσεων συμπτωματολογίας της κλίμακας SCL για τις τρεις υπό μέτρηση περιόδους

	SCLΣωματο ποίηση0	SCLΣωματο ποίηση1	SCLΣωματο ποίηση2	SCLΣωματο ποίηση3	SCLΨυχ- Κατ0	SCLΨυχ- Κατ1	SCLΨυχ- Κατ2	SCLΨυχ- Κατ3	SCLΔιαπρΕ υαισθ0	SCLΔιαπρΕ υαισθ1	SCLΔιαπρΕυαι σθ2	SCLΔιαπρΕ υαισθ3	SCLΆγ χος0	SCLΆγχ ος1	SCLΆγχ ος2	SCL Άγχος3
EPDS 1	,26	,07	,25	,23	,27	,39*	,25	,34*	,36*	,51**	,37*	,29	,34*	,48**	,31	,32
EPDS 2	,22	,14	,48**	,11	,36*	,46**	,47**	,45**	,47**	,50**	,53**	,46**	,40*	,54**	,57**	,36*
EPDS 3	-,07	,12	,05	,17	,07	,44**	,22	,46**	,15	,36*	,46**	,63**	,09	,35*	,02	,3
	SCLΘυμός0	SCLΘυμός1	SCLΘυμός2	SCLΘυμός 3	SCLΦοβικό Άγχος0	SCLΦοβικό Άγχος1	SCLΦοβικό Άγχος2	SCLΦοβικό Άγχος3	SCLΠαρίδε ασ0	SCLΠαρίδ εασ1	SCLΠαρί δεασ2	SCLΠαρίδε ασ3	SCLΨυχω τ0	SCLΨυ χωτ1	SCLΨυ χωτ2	SCLΨυ χωτ3
EPDS 1	,18	,44**	,11	,31	,20	,12	,19	,09	,32	,31	,30	,20	,26	,36*	,27	,32
EPDS 2	,50**	,54**	,28	,38*	,31	,24	,34*	,07	,34*	,41*	,41*	,41*	,35*	,45**	,44**	,56**
EPDS 3	,13	,41*	,21	,65**	,15	,20	,01	,18	,01	,18	,34*	,46**	,10	,03	,01	,47**

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

Πίνακας 90. Δείκτες συνάφειας μεταξύ των κλιμάκων της έρευνας που εξετάζουν την κατάθλιψη

	EPDS1	EPDS2	EPDS3	Beck1	Beck2	Beck3	SCLΚατάθλιψη0	SCLΚατάθλιψη1	SCLΚατάθλιψη2
EPDS2	,48**	-							
EPDS3	,45**	,36*	-						
Beck1	,56**	,37*	,48**	-					
Beck2	,25	,57**	,33*	,38*	-				
Beck3	,37*	,38*	,67**	,60**	,33*	-			
SCLΚατάθλιψη0	,31	,38*	,08	,21	,17	,17	-		
SCLΚατάθλιψη1	,40*	,54**	,38*	,54**	,40*	,43**	,64**	-	
SCLΚατάθλιψη2	,32	,60**	,30	,43**	,62**	,49**	,44**	,65**	-
SCLΚατάθλιψη3	,30	,34*	,57**	,58**	41*	,79**	,38*	,61**	,60**

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

Πίνακας 91. Δείκτες συνάφειας μεταξύ των κλιμάκων της έρευνας που εξετάζουν το άγχος

	Δομικό Άγχος 1	Δομικό Άγχος 2	Δομικό Άγχος 3	Περιστασιακό Άγχος 1	Περιστασιακό Άγχος 2	Περιστασιακό Άγχος 3	SCLΆγχος0	SCLΆγχος1	SCLΆγχος2
Δομικό Άγχος 2	,56**	-							
Δομικό Άγχος 3	,52**	,69**	-						
Περιστασιακό Άγχος1	,65**	,37*	,31	-					
Περιστασιακό Άγχος 2	,48**	,68**	,53**	,33*	-				
Περιστασιακό Άγχος 3	,59**	,55**	,68**	,42*	,62**	-			
SCLΆγχος0	,28	,37*	,11	,26	,35*	,23	-		
SCLΆγχος1	,57**	,64**	,38*	,56**	,62**	,57**	,68**	-	
SCLΆγχος2	,29	,56**	,21	,16	,29	,14	,71**	,51**	-
SCLΆγχος3	,33*	,71**	,59**	,15	,46**	,37*	,57**	,64**	,53**

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

Πίνακας 92. Δείκτες συνάφειας (Pearson *r*) μεταξύ της κλίμακας αναπαράστασης σχέσης βρέφους-μητέρας και των κλιμάκων της έρευνας που εξετάζουν την κατάθλιψη και το άγχος κατά τη λοχεία και το εξάμηνο μετά τον τοκετό

	<i>SCL</i> Κατάθλιψη0	<i>SCL</i> Κατάθλιψη1	<i>SCL</i> Κατάθλιψη2	<i>SCL</i> Κατάθλιψη3	<i>Beck</i> 1	<i>Beck</i> 2	<i>Beck</i> 3	<i>EPDS</i> 1	<i>EPDS</i> 2	<i>EPDS</i> 3
<i>Brisbane</i> (λοχεία)	,08	,14	,34*	-,06	,12	,31	-,03	,31	,48**	,08
<i>Brisbane</i> (6μηνο)	,24	,25	,44**	,34*	,36*	,22	,50**	,46**	,37*	,55**
	<i>SCL</i> Άγχος0	<i>SCL</i> Άγχος1	<i>SCL</i> Άγχος2	<i>SCL</i> Άγχος3	Δομικό Άγχος1	Δομικό Άγχος2	Δομικό Άγχος3	Περιστασιακό Άγχος1	Περιστασιακό Άγχος 2	Περιστασιακό Άγχος 3
<i>Brisbane</i> (λοχεία)	,19	,27	,32	,16	,35*	,31	,14	,07	,23	,07
<i>Brisbane</i> (6μηνο)	,25	,18	,28	,22	,38*	,37*	,18	,16	,02	,18

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

Πίνακας 93. Δείκτες συνάφειας (Pearson *r*) μεταξύ της κλίμακας γεγονότων ζωής (επιρροή από αρνητικά γεγονότα) και των κλιμάκων της έρευνας κατά τη λοχεία (μόνο οι σημαντικές τιμές)

	<i>SCL</i> Σωματοποίηση0	<i>SCL</i> Ψυχ- Κατ0	<i>SCL</i> Ψυχ- Κατ2	<i>SCL</i> Ψυχ- Κατ3	<i>SCL</i> ΔιαπρΕυαι σθ1	<i>SCL</i> ΔιαπρΕυαισθ2	<i>SCL</i> ΔιαπρΕυαισθ3	<i>SCL</i> Κατάθλιψη0	<i>SCL</i> Κατάθλιψη2	
Επιρροή από αρνητικά γεγονότα ζωής (λοχεία)	,38*	,37*	,36*	,41*	,38*	,34*	,35*	,44*	,51**	,33*
	<i>SCL</i> Άγχος0	<i>SCL</i> Άγχος2	<i>SCL</i> Άγχος3	<i>SCL</i> Θυμός0	<i>SCL</i> ΦοβικόΆγχος0	<i>SCL</i> ΦοβικόΆγχος2	<i>SCL</i> ΦοβικόΆγχος3	<i>SCL</i> Ιδεασμός2	<i>SCL</i> Ψυχωτισμός1	<i>SCL</i> Ψυχωτισμός2
Επιρροή από αρνητικά γεγονότα ζωής (λοχεία)	,41*	,39*	,42**	,48**	,48**	,43**	,37*	,51**	,35*	,43**
	<i>SCL</i> Ψυχωτισμός3	<i>SCL</i> GS10	<i>SCL</i> GS12	<i>SCL</i> GS13	<i>SCL</i> PST0	<i>SCL</i> PST2	<i>SCL</i> PST3	<i>SCL</i> PD10	Beck2	ΠεριστασιακόΆγχος3
Επιρροή από αρνητικά γεγονότα ζωής (λοχεία)	,37*	,41*	,40*	,37*	,42**	,46**	,46**	,46**	,44**	,36*

p*<,05 *p*<,01

Πίνακας 94. Δείκτες συνάφειας (Pearson *r*) μεταξύ του συνόλου των θετικών απαντήσεων και των κλιμάκων καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας της έρευνας

	SCLΚατάθλιψη0	SCLΚατάθλιψη1	SCLΚατάθλιψη2	SCLΚατάθλιψη3	Beck1	Beck2	Beck3	EPDS1	EPDS2	EPDS3
Σύνολο θετικών απαντήσεων1	,06	,01	-,05	-,20	-,25	-,09	-,17	-,27	-,26	-,04
Σύνολο θετικών απαντήσεων2	,01	-,28	-,08	-,16	-,40*	-,21	-,02	,46**	,37*	,55**
Σύνολο θετικών απαντήσεων3	-,15	-,49**	-,30	-,62**	-,49**	-,23	-,66**	-,42**	-,26	-,58**
	SCLΆγχος0	SCLΆγχος1	SCLΆγχος2	SCLΆγχος3	Δομικό Άγχος1	Δομικό Άγχος2	Δομικό Άγχος3	Περιστασιακό Άγχος1	Περιστασιακό Άγχος 2	Περιστασιακό Άγχος 3
Σύνολο θετικών απαντήσεων1	,08	-,16	,06	-,21	-,19	-,32	-,19	-,01	-,16	-,15
Σύνολο θετικών απαντήσεων2	-,04	-,20	-,02	-,20	-,12	-,27	-,23	-,22	-,20	-,23
Σύνολο θετικών απαντήσεων3	-,23	-,54**	-,08	-,38*	-,38*	-,37*	-,18	-,16	-,02	-,18

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

Πίνακας 95. Δείκτες συνάφειας (Pearson r) μεταξύ του συνόλου των αρνητικών απαντήσεων και των κλιμάκων καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας της έρευνας

	SCLΚατάθλιψη0	SCLΚατάθλιψη1	SCLΚατάθλιψη2	SCLΚατάθλιψη3	Beck1	Beck2	Beck3	EPDS1	EPDS2	EPDS3
Σύνολο αρνητικών απαντήσεων1	-,04	-,05	-,09	-,14	,13	-,05	,06	,02	,06	,01
Σύνολο αρνητικών απαντήσεων2	-,31	-,14	-,06	-,12	-,02	,04	,10	-,06	,08	,35*
Σύνολο αρνητικών απαντήσεων3	,23	,54**	,45**	,21	,26	,26	,20	,12	,24	,07
	SCLΆγχος0	SCLΆγχος1	SCLΆγχος2	SCLΆγχος3	Δομικό Άγχος1	Δομικό Άγχος2	Δομικό Άγχος3	Περιστασιακό Άγχος1	Περιστασιακό Άγχος 2	Περιστασιακό Άγχος 3
Σύνολο αρνητικών απαντήσεων1	-,03	-,09	-,10	-,09	,22	,03	,05	,24	,23	,05
Σύνολο αρνητικών απαντήσεων2	-,07	-,15	-,21	-,02	,08	,10	-,03	,03	,02	-,10
Σύνολο αρνητικών απαντήσεων3	,25	,43**	,28	,31	,40*	,36*	,15	,37*	,27	,21

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

Πίνακας 96. Δείκτες συνάφειας (Pearson *r*) μεταξύ του συνόλου των ουδέτερων απαντήσεων και των κλιμάκων καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας της έρευνας

	SCLΚατάθλιψη0	SCLΚατάθλιψη1	SCLΚατάθλιψη2	SCLΚατάθλιψη3	Beck1	Beck2	Beck3	EPDS1	EPDS2	EPDS3
Σύνολο ουδέτερων απαντήσεων1	,06	,01	-,05	-,20	-,25	-,09	-,17	-,27	-,26	-,04
Σύνολο ουδέτερων απαντήσεων2	,01	-,28	-,08	-,16	-,40*	-,21	-,02	-,46**	-,37*	-,55**
Σύνολο ουδέτερων απαντήσεων3	-,15	-,49**	-,30	-,62**	-,49**	-,23	-,66**	-,42**	-,26	-,58**

	SCLΆγχος0	SCLΆγχος1	SCLΆγχος2	SCLΆγχος3	Δομικό Άγχος1	Δομικό Άγχος2	Δομικό Άγχος3	Περιστασιακό Άγχος1	Περιστασιακό Άγχος 2	Περιστασιακό Άγχος 3
Σύνολο ουδέτερων απαντήσεων1	,08	-,16	,06	-,21	-,19	-,32	-,19	-,01	-,16	-,15
Σύνολο ουδέτερων απαντήσεων2	-,04	-,20	-,02	-,20	-,12	-,27	-,23	-,22	-,20	-,23
Σύνολο ουδέτερων απαντήσεων3	-,23	-,54**	-,08	-,38*	,38*	,37*	,18	,16	,02	,18

* $p < ,05$ ** $p < ,01$