

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ
ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

της
Παπανικολάου Μαριάννας (202/04)

Μεταπτυχιακή Διατριβή που υποβάλλεται στο καθηγητικό σώμα για τη μερική εκπλήρωση των υποχρεώσεων απόκτησης του μεταπτυχιακού τίτλου του Διατμηματικού Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Άσκηση και Ποιότητα Ζωής των Τμημάτων Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Δημοκρίτειου Παν/μίου Θράκης και του Παν/μίου Θεσσαλίας στην κατεύθυνση «Φυσική Δραστηριότητα και Αθλητική Αναψυχή»

Κομοτηνή 2007

Εγκεκριμένο από το Καθηγητικό σώμα:

1^{ος} Επιβλέπων: Δούδα Ελένη, Επικ. Καθηγήτρια

2^{ος} Επιβλέπων: Τοκμακίδης Σάββας, Καθηγητής

3^{ος} Επιβλέπων: Μπάτσιου Σοφία, Επικ. Καθηγήτρια



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗΣ & ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ «ΓΚΡΙΖΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ»

Αριθ. Εισ.: 5356

Ημερ. Εισ.: 13-06-2007

Δωρεά: _____

Ταξιθετικός Κωδικός: Δ

618.24

ΠΑΠ



ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Παπανικολάου Μαριάννα: Η επίδραση της ψυχοσωματικής προετοιμασίας της εγκύου στην επιλόχεια κατάθλιψη
(Υπό την επίβλεψη της Επίκουρου Καθηγήτριας κας Ελένης Δούδα)

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι η πιο συχνή επιπλοκή που παρατηρείται στις γυναίκες μετά τον τοκετό και ανέρχεται σε ποσοστό μέχρι και 20% κατά τη διάρκεια της λοχείας. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνηθεί εάν η ψυχική και σωματική προετοιμασία της εγκύου που πραγματοποιείται στις συνεδρίες ψυχοπροφυλακτικής κατά την περίοδο της κύησης, σχετίζεται με τη μείωση των συμπτωμάτων της επιλόχειας κατάθλιψης. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 76 γυναίκες, ηλικίας 29.17 ± 5.13 ετών, οι οποίες χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: την πειραματική ($n=38$) που παρακολούθησε μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής προετοιμασίας της εγκύου, και την ομάδα ελέγχου ($n=38$) που δεν συμμετείχε σε αντίστοιχες συνεδρίες. Οι γυναίκες της πειραματικής ομάδας ξεκίνησαν την προετοιμασία από τον 6^ο μήνα της εγκυμοσύνης και συμμετείχαν σε 10 έως 12 συνεδρίες, που περιλάμβαναν ενημέρωση τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο. Οι συνεδρίες γίνονταν 1 φορά την εβδομάδα και διαρκούσαν 1 ώρα και 30 λεπτά. Τα περιεχόμενα των συνεδριών περιλάμβαναν ασκήσεις που αφορούσαν κυρίως τη μυϊκή τόνωση, την τεχνική των αναπνοών και την εξάσκηση στη χαλάρωση. Για την εκτίμηση της επιλόχειας κατάθλιψης δόθηκε το ερωτηματολόγιο Beck Depression Inventory-BDI-21, μετά την παρέμβαση, από την 3η ημέρα έως την 6η εβδομάδα μετά τον τοκετό. Η ανάλυση των δεδομένων με τη χρήση του μη παραμετρικού τεστ Mann-Whitney U παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφορές ($U=343.50$, $p<0.001$) μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας (sum) των δύο ομάδων. Η πειραματική ομάδα (4.26 ± 0.82), εμφάνισε στατιστικά σημαντική χαμηλότερη επίδοση στην κλίμακα κατάθλιψης του Beck από την ομάδα ελέγχου (11.26 ± 1.4). Επίσης, η συσχέτιση μεταξύ της συνολικής επίδοσης και των επιμέρους κατηγοριών του ερωτηματολογίου ήταν $r=0.67$ ($p<0.001$). Τα αποτελέσματα αυτά φανερώνουν ότι η παρακολούθηση συνεδριών ψυχικής και σωματικής προετοιμασίας της εγκύου, βοηθά

στη μείωση των συμπτωμάτων της επιλόχειας κατάθλιψης. Συμπερασματικά αναφέρεται ότι η ενημέρωση και η εφαρμογή σωματικών ασκήσεων, αναπνοών και χαλάρωσης που περιέχονται στις συνεδρίες ψυχοπροφυλακτικής βοηθούν στη διαδικασία του τοκετού. Παράλληλα, ενισχύουν τη σωματική και ψυχική υγεία της εγκύου και τη θωρακίζουν απέναντι στη συναισθηματική αστάθεια που φυσιολογικά παρουσιάζεται στην περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας.

Λέξεις-Κλειδιά: επιλόχεια κατάθλιψη, ψυχοπροφυλακτική, άσκηση, υποστήριξη.

ABSTRACT

Papanikolaou Marianna: The effect of psychosomatic training in postpartum levels of depression

(Under the supervision of Associate Professor Douda Helen)

Postpartum depression is the most common complication, with percentage up to 20%, observed in women after giving birth. The aim of the study is to investigate whether the psychosomatic training during pregnancy (prenatal classes) correlates with the reduction of the symptoms of postpartum depression. A sample of 76 women aged 29.17 ± 5.13 , was divided in two groups: the experimental group ($n=38$) which followed psychosomatic training sessions, and the control group ($n=38$) which did not. The experimental group initiated prenatal classes at the 6th month of pregnancy, and with a total attendance of 10-12 sessions. The duration of the weekly sessions was 1 hour 30 minutes. The training program involved muscle invigoration, breathing exercise and relaxation techniques. For the estimation of depression levels, all women were administered the Beck Depression Inventory (BDI-21) during the postpartum period (3rd day to 6th week after labour). The use of the non-parametric Mann-Whitney U test indicated a significant difference ($U=343.50$, $p=0.000$) between the two groups total scores (sum). The experimental group presented lower depression score (4.26 ± 0.82), than the control group (11.26 ± 1.4).

Also, the correlation between the total score and the Beck's categories was $r=0.67$ ($p<0.001$). These results indicate that the attendance of psychosomatic training sessions correlates with the reduction of the symptoms of postpartum depression. Conclusively, it is reported that information and practice of body exercises, breathing and relaxation which were included in psychosomatic sessions, assist the procedure of delivery, and at the same time support the physical and mental health of pregnant women reducing the probability of emotional instability that normally appears in the pregnancy in the postpartum period.

Key Words: postpartum depression, exercise, support, prenatal classes

“ Στον Παναγιώτη...”

***...Η αγάπη πάντα στέγει, πάντα πιστεύει, πάντα ελπίζει,
πάντα υπομένει.
Η αγάπη ουδέποτε εκπίπτει,..***

Προς Κορινθίους Α' Επιστολή, κεφ. 12, παρ. 7-8.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Για την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας αισθάνομαι την ανάγκη να αναφέρω τα ονόματα ορισμένων ατόμων που έπαιξαν καθοριστικό ρόλο καθ' όλη τη διάρκεια του παρόντος έργου.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συντέλεσαν στην πραγματοποίηση της εργασίας αυτής και πρώτα απ' όλα την Επιβλέπουσα της μεταπτυχιακής διατριβής Επίκουρο Καθηγήτρια κ. Δούδα Ελένη, που μ' εμπιστεύτηκε, με στήριξε επιστημονικά και με καθοδήγησε σε όλα τα στάδια εκπόνησης της διατριβής, καθώς και το υπόλοιπο καθηγητικό σώμα που συνέβαλλε στην ολοκλήρωση αυτής και αποτελείται από τον Καθηγητή Εργοφυσιολογίας κ. Σάββα Τοκμακίδη και την Επίκουρο Καθηγήτρια κ. Μπάτσιου Σοφία.

Επίσης, τον κ. Σαμαρά Παναγιώτη που η συμβολή του στην έρευνα μου, ως ψυχολόγος και ως σύζυγος, ήταν ιδιαίτερα πολύτιμη και καθοριστική. Τον ευχαριστώ, τόσο για τη συμπαράσταση όσο και για την υπομονή και κατανόηση που υπέδειξε.

Ευχαριστώ, τους Διευθυντές των Μαιευτικών και Γυναικολογικών κλινικών (κ. Κηπουρίδη Διονύση-Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας, κ. Δούρο Κυριάκο-Ιδιωτική Κλινική "Λητώ", κ. Σιδηρόπουλο Θεόδωρο και κ. Καραχριστιανίδη Νικόλαο-Ιδιωτική Κλινική "Ελευθώ") για τη συνεργασία τους και την άδεια που μου χορήγησαν για τη διεξαγωγή της έρευνας, καθώς και το υπόλοιπο προσωπικό που εργάζεται στις κλινικές και βοήθησε στη διανομή των ερωτηματολογίων.

Τέλος, την κ. Κουτλάκη Μαριάνθη- προϊστάμενη μαία και τις υπόλοιπες μαίες που στελεχώνουν τη Μαιευτική/Γυναικολογική Κλινική του Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης, που βοήθησαν επίσης στη συλλογή σημαντικού δείγματος της έρευνας.

Τέλος, αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλες τις γυναίκες που δέχτηκαν να πάρουν μέρος στην έρευνα, για την πραγματοποίηση αυτής της μελέτης.

Μ.Π.



Καβάλα, 16-05-2007

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελίδα
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	i
ABSTRACT	iii
ΑΦΙΕΡΩΣΕΙΣ.....	iv
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	vi
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	vii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	ix
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ.	x
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΩΝ.....	xi
I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
Προσδιορισμός του προβλήματος.....	1
Σκοπός της εργασίας	5
Σημασία της έρευνας.....	5
Ερευνητικές Υποθέσεις	6
Περιορισμοί της έρευνας	6
Οριοθετήσεις της έρευνας	6
Λειτουργικοί ορισμοί.....	7
II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.....	9
Ψυχοσωματικές μεταβολές κατά την διάρκεια της λοχείας.....	9
Η έννοια της ψυχοπροφυλακτικής-ο ρόλος των μαιών/ων.....	10
Κατάθλιψη της λοχείας.....	13
Συχνότητα.....	13
Συμπτώματα.....	13
Αιτιολογία.....	14
Θεραπεία.....	20

Άσκηση και κατάθλιψη.....	23
Άσκηση στην εγκυμοσύνη και επιλόχεια κατάθλιψη	28
Οι σωματικές ασκήσεις.....	30
Οι ασκήσεις νευρομυϊκής χαλάρωσης.....	30
Οι ασκήσεις ευλυγισίας.....	31
Οι αναπνευστικές ασκήσεις.....	31
Οι ασκήσεις της συγκέντρωσης.....	31
Ψυχολογική προετοιμασία της εγκύου.....	38
Η επίδραση της υποστήριξη στην κύηση και επιλόχεια κατάθλιψη.....	38
Η επίδραση της υποστήριξης κατά την διάρκεια του τοκετού.....	44
Η επίδραση της υποστήριξης κατά την διάρκεια της λοχείας	45
III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	50
Δείγμα	50
Πειραματική διαδικασία.....	51
Όργανα Μέτρησης.....	52
Στατιστική ανάλυση	54
IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	56
V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	64
VI. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	69
VII. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ.....	70
VIII. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	72
IX. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	83
Α. Ερωτηματολόγιο.....	83
Β. Φωτογραφικό υλικό μαθημάτων ψυχοπροφυλακτικής προετοιμασίας.....	87
Γ. Χορήγηση αδειών διεξαγωγής της έρευνας.....	90

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

	Σελίδα
Πίνακας 2.1 Συμπτώματα κατάθλιψης με έναρξη στη λοχεία.....	14
Πίνακας 3.1 Χαρακτηριστικά αρχικού δείγματος των δύο ομάδων.....	51
Πίνακας 4.1 Αποτελέσματα του μη παραμετρικού τεστ Mann-Whitney U.....	58
Πίνακας 4.2 Αποτελέσματα της παραγοντικής ανάλυση κύριων συνιστωσών (Principal Components Analysis) στο σύνολο των μεταβλητών...	62
Πίνακας 4.3 Αποτελέσματα της πολλαπλής ανάλυσης παλινδρόμησης στο σύνολο των μεταβλητών.....	63

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

	Σελίδα
Σχήμα 3.1 Έλεγχος αξιοπιστίας ερωτηματολογίου BDI-21	54
Σχήμα 4.1 Οι μέσοι όροι και το τυπικό σφάλμα επίδοσης των γυναικών στη γενική βαθμολογία του ερωτηματολογίου κατάθλιψης του Beck...	56
Σχήμα 4.2 Αποτελέσματα του ερωτηματολογίου κατάθλιψης του Beck για κάθε μεταβλητή χωριστά μεταξύ των δύο ομάδων.....	59
Σχήμα 4.3 Ταξινόμηση του συνολικού δείγματος (n=76) σύμφωνα με τη βαθμολογία της κλίμακας κατάθλιψης του Beck.....	60

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

APA [American Psychiatric Association - Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία]

ACOG [American College of Obstetricians and Gynecologists]

BDI [Beck Depression Inventory – δοκίμιο κατάθλιψης του Beck]

DSM - IV -MD [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών]

EPDS [Edinburgh Postnatal Depression Scale- μεταγεννητική κλίμακα κατάθλιψης του Εδιμβούργου]

HAM-D [Hamilton Rating Scale for Depression – κλίμακα κατάθλιψης του Hamilton]

N ή n [number - αριθμός]

Sn [sensitivity- ευαισθησία]

Sp [specificity-ακρίβεια]

SRSDA [Symptoms Rating Scale for Depression and Anxiety – Κλίμακα συμπτωμάτων για την Κατάθλιψη και το Άγχος]

M.O. [Μέσος Όρος]

Σ.Α. [Σχετική Απόκλιση]

Π.Ο.Υ. [Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας]



Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται ο προσδιορισμός του προβλήματος που στοιχειοθετεί το σκοπό διεξαγωγής της παρούσας διατριβής. Επιπλέον, γίνεται αναφορά στη σημασία της έρευνας για τη μητέρα και το νεογέννητο, διατυπώνονται οι ερευνητικές υποθέσεις, καθώς και οι περιορισμοί και οι οριοθετήσεις της παρούσας μελέτης. Το κεφάλαιο της εισαγωγής ολοκληρώνεται με την καταγραφή της σημαντικότερης ορολογίας που χρησιμοποιείται συστηματικά στο παρόν κείμενο.

Προσδιορισμός του προβλήματος

Τα στοιχεία δείχνουν ότι οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές είναι αποτέλεσμα τόσο της γενετικής όσο και του περιβάλλοντος, ή με άλλα λόγια της αλληλεπιδράσεις βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων.

Είναι γνωστό ότι η ψυχική υγεία συνδέεται ουσιαδώς με την κατάσταση της σωματικής υγείας. Πιο συγκεκριμένα θα λέγαμε ότι η ψυχική και η σωματική λειτουργία αλληλοεπηρεάζονται αμοιβαία. Η ψυχική υγεία σχετίζεται με φυσιολογικές λειτουργίες όπως η ενδοκρινολογικές και η ανοσοποιητικές, ενώ η σωματική υγεία σχετίζεται με την υγιεινή συμπεριφορά. Ο όρος υγιεινή συμπεριφορά καλύπτει μια ποικιλία δραστηριοτήτων όπως το να τρέφεται κανείς προσεκτικά, να ασκείται τακτικά και να κοιμάται αρκετά, να αποφεύγει το κάπνισμα, να εφαρμόζει ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές, να φορά ζώνη ασφαλείας στο αυτοκίνητο και να ακολουθεί τις ιατρικές οδηγίες (Π.Ο.Υ., 2001).

Η κυοφορία και η γέννηση ενός μωρού ίσως είναι η πιο εκπληκτική και έντονη εμπειρία της ζωής της γυναίκας. Μετά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, η νέα μητέρα είναι πολύ συνηθισμένο να αισθάνεται έναν συνδυασμό ευτυχίας και εξάντλησης. Όμως τα συναισθήματα της, περνούν από θυελλώδης εναλλαγές κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων μετά τη γέννηση του μωρού της. Το ένα λεπτό αισθάνεται απερίγραπτα

ευτυχισμένη κοιτάζοντας το παιδί της στα μάτια και το επόμενο λεπτό αισθάνεται πλημμυρισμένη από θλίψη. Οι γρήγορες αυτές αλλαγές διάθεσης είναι φυσιολογικό χαρακτηριστικό της μεταγεννητικής περιόδου, γνωστή ως μεταγεννητική κατάθλιψη. Αυτή η συναισθηματική αναστάτωση προκαλείται από ποικίλους παράγοντες, ένας από τους οποίους είναι το πλήθος των βιοχημικών και ορμονικών αλλαγών που συμβαίνουν στο σώμα της μητέρας μετά τον τοκετό. Επίσης, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, παράλληλα με μια μη ρεαλιστική ανάγκη της γυναίκας να είναι η τέλεια μητέρα, αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης της επιλόχειας κατάθλιψης (Chopra, Simon, Abrams, 2005). Συγχρόνως, πολλές μελέτες υποστηρίζουν ότι η φυσική άσκηση ενισχύει τη σωματική και συναισθηματική ευεξία της μητέρας και ότι συμβάλλει στη μείωση των επίπεδων άγχους, στην αύξηση της παραγωγής φυσικών αντικαταθλιπτικών και στη μείωση του θυμού και της ευερεθιστικότητας. Εκτός από τη δύναμη και την καλύτερη αεροβική ικανότητα που αποκτά το άτομο το οποίο γυμνάζεται, το όφελος όσον αφορά τη σταθεροποίηση της διάθεσης προσφέρει πολλά στη γυναίκα σε αυτήν την περίοδο της ζωής της (ACOG 1994; ACOG, 2002).

Η εγκυμοσύνη και η μετάβαση στη μητρότητα είναι από τις σημαντικότερες εμπειρίες και αποτελεί σταθμό στη ζωή της γυναίκας. Την περίοδο αυτή η έγκυος βιώνει πρωτόγνωρα και ποικίλα συναισθήματα, που παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην ψυχική και σωματική ανάπτυξη του εμβρύου που κυοφορεί.

Η εγκυμοσύνη δεν αλλάζει μόνο την εξωτερική εικόνα της γυναίκας, αλλά αναδομεί και ολόκληρο το συναισθηματικό της κόσμο. Ενώ εξωτερικά η έγκυος μπορεί να φαίνεται ήρεμη, εσωτερικά περνά μια από τις δυσκολότερες περιόδους της ζωής της, μια περίοδο αμφιβολίας και άγχους, μεταβαλλόμενων συναισθημάτων και σκληρής ψυχολογικής δουλειάς (Μπρατίδου, 2002).

Συχνά οι νέες μητέρες μετά τον τοκετό διανύουν μια περίοδο μελαγχολίας, η οποία όμως είναι πιθανό να προκαλέσει έντονη καταθλιπτική συμπεριφορά. Οι ψυχικές διαταραχές που σχετίζονται με τη λοχεία, είναι γνωστές από παλαιά και παραδοσιακά διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες, οι οποίες αντανακλούν και τη σοβαρότητά τους: α) η επιλόχειος μελαγχολία (maternity blues), β) η κατάθλιψη της λοχείας (post partum

depression, PPD) και γ) η επιλόχειος ψύχωση (Kellartzis, Didaskalou, Mikos, Bontis, 2003).

Περίπου το 70% των γυναικών μετά τον τοκετό είναι πιθανό να βιώσουν μεταπτώσεις στη διάθεσή τους που συνοδεύονται από δάκρυα και στενοχώρια (επιλόχειος μελαγχολία), ενώ κάθε χρόνο για περίπου 400.000 Αμερικανίδες (ποσοστό που αντιπροσωπεύει το 10% των γεννήσεων), οι μεταπτώσεις στη διάθεση είναι ιδιαίτερα έντονες και καταλήγουν σε διαταραχή, γνωστή ως επιλόχεια κατάθλιψη (Λώλης, 1998c).

Η κατάθλιψη της λοχείας ορίζεται από διάφορες ψυχοφυσιολογικές καταστάσεις όπως η λύπη, η έλλειψη διάθεσης, η αίσθηση αδυναμίας, η απογοήτευση, η απελπισία κ.α. Συχνά οι γυναίκες φοβούνται ότι θα κάνουν κακό στον εαυτό τους, το σύντροφο ή ακόμη και στο παιδί τους. Τα δάκρυα, οι εναλλαγές ανεξέλεγκτων συναισθημάτων, ο φόβος της μοναξιάς, η έλλειψη ενδιαφέροντος για το μωρό, η απώλεια δυναμικότητας και κινήτρων, η απόσυρση ή η απομόνωση από φίλους και οικογένεια και η ανικανότητα να πάρουν αποφάσεις ή να σκεφτούν με σαφήνεια είναι καταστάσεις που συγκαταλέγονται στα συμπτώματα (Miller, 2002).

Υπάρχουν διάφορες απόψεις σχετικά με το τι επιδρά στο συναισθηματικό κόσμο της γυναίκας την περίοδο της λοχείας. Ορισμένοι επιστήμονες πιστεύουν ότι σημαντικό ρόλο στην αλλαγή της διάθεσης της γυναίκας παίζουν τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη, όπως επίσης και η χοριακή γοναδοτροπίνη (Hendrick, 1998). Θα λέγαμε ωστόσο ότι μεγάλο ρόλο παίζει και η επίδραση του πολιτισμικού περιβάλλοντος, η κοινωνική υποστήριξη από το σύζυγο και τα συγγενικά πρόσωπα καθώς και τα έντονα και δυσμενή γεγονότα που συμβαίνουν στη ζωή (O'Hara, 1986).

Πιστεύεται ότι ο ρόλος τόσο της ψυχολογικής όσο και της σωματικής προετοιμασίας της εγκύου είναι ιδιαίτερα σημαντικός στη συναισθηματική της κατάσταση (Clapp et al., 1992; Clapp, 2000; Fontaine, Jones, 1997; Hall, Kotch, Browne, Rayens, 1996; Lawlor and Hopker, 2001; O'Hara, Rehm and Campbell, 1983; Wolfe et al., 1989).

Κατά τη διάρκεια της ψυχολογικής προετοιμασίας η γυναίκα διδάσκεται στοιχεία ανατομίας και φυσιολογίας του γεννητικού συστήματος, τι είναι εγκυμοσύνη, τι ακριβώς συμβαίνει στο σώμα της από τη στιγμή της σύλληψης, τις διαδοχικές φάσεις εξέλιξης του εμβρύου κατά την κύηση έως την ώρα του τοκετού, τις διάφορες φάσεις του τοκετού και έχει τη δυνατότητα να συζητήσει για τους ιδιαίτερους φόβους της, τα άγχη, τις απορίες και τα προβλήματά της. Επίσης η μέλλουσα μητέρα πληροφορείται για τη διατροφή της κατά τη κύηση και μαθαίνει πως να φροντίζει σωστά τον εαυτό της, το σώμα της, το στήθος της και το μωρό της στην περίοδο της λοχείας (Μπρατίδου, 2002).

Η σωματική προετοιμασία της εγκύου περιλαμβάνει κατάλληλες ασκήσεις που βοηθούν και ανακουφίζουν τη γυναίκα στην περίοδο της κύησης και της λοχείας. Πιο συγκεκριμένα, περιλαμβάνει γυμναστικές ασκήσεις ευλυγισίας, ασκήσεις νευρομυϊκής χαλάρωσης καθώς και αναπνευστικές ασκήσεις. Επίσης, περιλαμβάνει την έντονη ψηλάφηση ή ανάληψη πίεση, καθώς και ειδικές ασκήσεις οι οποίες υποβοηθούν τη γυναίκα, κατά το στάδιο της εξώθησης (Λώλης, 1998b).

Μέσω της ψυχικής προετοιμασίας η έγκυος καθίσταται περισσότερο ενημερωμένη και ώριμη, και μέσω της άσκησης αποκτά περισσότερη αυτοπεποίθηση, σιγουριά και αυτοκυριαρχία.

Οι μελέτες που υπάρχουν δείχνουν ότι η άσκηση είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος στη διαχείριση και πρόληψη των ψυχοσωματικών μεταβολών της λοχείας και κυρίως των συμπτωμάτων της κατάθλιψης (Carter, Baker and Brownell, 2000; Dennis, 2005; Haas, 2005; Koltyn, 1994; Koltyn & Schultes, 1997; Koniak-Griffin, 1994). Οι γυναίκες που γυμνάζονται πριν και μετά τον τοκετό έχουν καλύτερο έλεγχο του σωματικού τους βάρους μετά τον τοκετό, είναι περισσότερο κοινωνικές και νιώθουν καλύτερα με τον εαυτό τους κατά την περίοδο της λοχείας (Sampsel, 1999). Αντίθετα, οι υπέρβαρες γυναίκες έχουν υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν συμπτώματα κατάθλιψης κατά την περίοδο της λοχείας (Carter et al., 2000).

Ωστόσο δεν έχει μελετηθεί η επίδραση των μαθημάτων ψυχοσωματικής προετοιμασίας, που πραγματοποιούνται κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, στην κατάθλιψη της λοχείας. Η παρούσα εργασία έρχεται να καλύψει αυτό το κενό

μελετώντας την επίδραση της ψυχοσωματικής προετοιμασίας της εγκύου στην επιλόχεια κατάθλιψη.

Σκοπός της εργασίας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει εάν η ψυχική και σωματική προετοιμασία της εγκύου (ψυχοπροφυλακτική) κατά την περίοδο της κύησης, επιδρά στη μείωση των συμπτωμάτων της επιλόχειας κατάθλιψης.

Ειδικότερα η παρούσα μελέτη έχει ως σκοπό:

- Να αξιολογήσει την επίδραση της ενημέρωσης, συμπαράστασης και ψυχολογικής υποστήριξης που παρέχεται στα μαθήματα ψυχοσωματικής προετοιμασίας της εγκύου, στη συναισθηματική της κατάσταση κατά τη διάρκεια της λοχείας.
- Να αξιολογήσει την επίδραση των γυμναστικών ασκήσεων που διδάσκονται στα μαθήματα ψυχοσωματικής προετοιμασίας της εγκύου στη συναισθηματική της κατάσταση κατά τη διάρκεια της λοχείας.

Σημασία της έρευνας

Η έρευνα αυτή, έχει ιδιαίτερη σημασία διότι εκτός του ότι θα δώσει άμεσα στοιχεία για το ποσοστό των γυναικών που παρακολουθούν μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής στους νομούς Καβάλας και Αλεξανδρούπολης, θα παρέχει για πρώτη φορά σημαντικές πληροφορίες όσον αφορά την επίδραση της ψυχοσωματικής προετοιμασίας της εγκύου στην τόσο συχνή και παράλληλα επιβαρυντική για τη μητέρα το νεογέννητο και το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον ψυχική διαταραχή της λοχείας, την επιλόχεια κατάθλιψη. Επίσης, η διερεύνηση των γυναικών με επιλόχεια κατάθλιψη μέσα από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου κατάθλιψης του Beck, μπορεί να συνεισφέρει στην πρόωμη διάγνωση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης της λοχείας στα άτομα αυτά.

Ερευνητικές υποθέσεις

Υ0. Η ψυχοσωματική προετοιμασία δεν επηρεάζει τα επίπεδα κατάθλιψης της λοχείας.

(Δηλαδή: δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ομάδας ελέγχου και πειραματικής ομάδας στις μετρήσεις BECK).

Υ1. Η ψυχοσωματική προετοιμασία επηρεάζει (μειώνει) τα επίπεδα κατάθλιψης της λοχείας.

(Δηλαδή: υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ομάδας ελέγχου και πειραματικής ομάδας στις μετρήσεις BECK).

Περιορισμοί της έρευνας

Οι περιορισμοί της παρούσας διατριβής ήταν οι εξής:

- Ο αριθμός των γυναικών που παρακολουθεί τα μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής προετοιμασίας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι μικρός, κυρίως λόγω έλλειψης σωστής ενημέρωσης, προκαταλήψεων, χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, έλλειψης χρόνου κ.α .
- Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε μια ιδιαίτερα ευαίσθητη περίοδο της γυναίκας (λοχεία), γεγονός που πιθανόν να δημιουργεί δυσκολία στη προσέγγιση του δείγματος.

Οριοθετήσεις της έρευνας

Οι οριοθετήσεις της παρούσας μελέτης σχετικά με την επιλογή του δείγματος και τη διαδικασία των μετρήσεων ήταν οι εξής:

- Ήταν έγγαμες γυναίκες.
- Δεν είχαν ιστορικό ψυχικών νόσων .
- Δεν είχαν κάποιο παθολογικό πρόβλημα κατά την εγκυμοσύνη .
- Δεν είχαν προηγούμενη κακή εμπειρία τοκετού.
- Συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο μετά την παρέμβαση, από την 3η ημέρα έως την 6η εβδομάδα μετά τον τοκετό.

Λειτουργικοί ορισμοί

Εγκυμοσύνη: Η εγκυμοσύνη αποτελεί μια φυσιολογική κατάσταση της γυναίκας στην οποία παρατηρούνται σωματικές και ψυχικές μεταβολές με σκοπό το σχηματισμό και την ανάπτυξη του εμβρύου. Η διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι 40 εβδομάδες ή 10 σεληνιακοί μήνες από την τελευταία περίοδο ή 9 ημερολογιακοί μήνες μετά τη γονιμοποίηση (Λώλης, 1998a).

Λοχεία: Η περίοδος αμέσως μετά τον τοκετό ονομάζεται λοχεία. Η λοχεία αρχίζει μετά την έξοδο του πλακούντα και των εμβρυϊκών υμένων και τελειώνει με την επάνοδο των έσω και έξω γεννητικών οργάνων της γυναίκας στην προ της κύησης κατάσταση. Το διάστημα αυτό διαρκεί περίπου έξι εβδομάδες (Λώλης, 1998d).

Ψυχοπροφυλακτική: Πρόκειται για μαθήματα που γίνονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τα παρακολουθεί η έγκυος ή ακόμη καλύτερα το ζευγάρι με σκοπό την καλύτερη ψυχολογική και σωματική προετοιμασία για την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία. Τα μαθήματα ψυχοσωματικής προετοιμασίας ξεκινούν περίπου από τον 5^ο μήνα της κύησης και διαρκούν έως το τέλος της εγκυμοσύνης. Οι επίτοκες παρακολουθούν τα μαθήματα σε συχνότητα 2 με 3 φορές την εβδομάδα (Λώλης, 1998b).

Κατάθλιψη: Ορίζεται ως μια διαταραχή της διάθεσης, που εκδηλώνεται ως θλίψη, αυτοκτονική τάση, έλλειψη ενδιαφέροντος ή χαράς, φτωχή αυτοσυγκέντρωση, κούραση, αϋπνία, ανορεξία, ευερεθιστότητα, αναποφασιστικότητα, απώλεια ενεργητικότητας, ψυχοκινητική επιβράδυνση (Μάνος, 1997).

Επιλόχεια Κατάθλιψη: Μια μορφή κατάθλιψης η οποία παρατηρείται μετά τον τοκετό. Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (APA-DSM-IV, 1994), ένα επεισόδιο κατάθλιψης θεωρείται ότι έχει έναρξη εντός της λοχείας, όταν ξεκινά μέσα στις 4 πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό. Παρ' όλα αυτά, διάφοροι ερευνητές χρησιμοποιώντας ως

βάση τις επιδημιολογικές μελέτες λαμβάνουν ως χρόνο έναρξης της κατάθλιψης της λοχείας τους τρεις πρώτους μήνες μετά τον τοκετό (Kendell, Chalmers, Platz, 1987). Τα συμπτώματα που παρουσιάζουν οι γυναίκες που πάσχουν από κατάθλιψη της λοχείας είναι παρόμοια με αυτά των γυναικών που έχουν επεισόδια κατάθλιψης τα οποία δεν σχετίζονται με τον τοκετό (Wisner, Perin, Hanusa, 1994).

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Σε αυτό το κεφάλαιο πραγματοποιείται μια σύντομη εισαγωγή στις ψυχοσωματικές μεταβολές της γυναίκας κατά τη διάρκεια της λοχείας, και στη συνέχεια αναφέρεται η έννοια της ψυχοπροφυλακτικής και ο ρόλος των μαιών/ων. Έπειτα, γίνεται εκτενής αναφορά στις υπάρχουσες μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας σχετικά με την ψυχική νόσο επιλόχεια κατάθλιψη, το ρόλος της άσκησης στην κατάθλιψη, την άσκηση στην εγκυμοσύνη και τέλος την επίδραση της άσκησης και της υποστήριξης στην κατάθλιψη της λοχείας.

Ψυχοσωματικές μεταβολές κατά τη διάρκεια της λοχείας

Η λοχεία είναι η περίοδος κατά την οποία ο οργανισμός προσπαθεί να επανέλθει προοδευτικά, εντός ενός διαστήματος περίπου 40 ημερών, στην κατάσταση που υπήρχε πριν από την εγκυμοσύνη. Πρόκειται για μια ριζική, μεταβατική κατάσταση που έχει ως αποτέλεσμα ποικίλες σωματικές και ψυχοσυναισθηματικές αλλαγές (Λώλης, 1998d).

Οι σημαντικότερες σωματικές μεταβολές, αφορούν τα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας και ονομάζονται παλίνδρομες. Βέβαια, κατά τη διάρκεια της λοχείας επαναφέρονται στην πρότερη κατάσταση όλα τα συστήματα της γυναίκας, όπως το ουροποιητικό, το αναπνευστικό, το καρδιαγγειακό και το ενδοκρινολογικό με αποτέλεσμα να συντελούνται πλήθος μεταβολών στους ηλεκτρολύτες, στο μεταβολισμό και τα ένζυμα (Μανταλενάκης, 1990c).

Παρόλα αυτά, μετά από κάθε τοκετό εμφανίζονται ορισμένες επιβαρύνσεις της μητέρας, που αφορούν σε ανατομικές μεταβολές, οι οποίες δεν αποκαθίστανται πλήρως. Τέτοιες είναι η ουλοποίηση των ραγάδων της κύησης, η χαλάρωση των κοιλιακών τοιχωμάτων, των μαστών, του τραχήλου, του κόλπου, του περινέου, καθώς και η ανάπτυξη φλεβικών κισμών στα κάτω άκρα (Μανταλενάκης, 1990c).

Συγχρόνως, η γέννηση προκαλεί ψυχοσυναισθηματικές αλλαγές στη μητέρα, γι' αυτό και για ένα χρονικό διάστημα με τον τοκετό, βιώνει ποικίλα και συχνά αντικρουόμενα συναισθήματα. Το αρχικό συναίσθημα της ανακούφισης και της

ευφορίας, εμπλέκεται με αισθήματα ανησυχίας και άγχους. Η αίσθηση της ευθύνης, ειδικά όταν πρόκειται για το πρώτο παιδί, είναι πολύ μεγάλη και η μητέρα συχνά νιώθει ανεπαρκής στον καινούργιο της ρόλο (Λώλης, 1998d).

Ένα άλλο κυρίαρχο συναίσθημα είναι η απώλεια. Ο τοκετός σηματοδοτεί το βιολογικό και ψυχολογικό αποχωρισμό του βρέφους από τη μητέρα, που πρέπει τώρα να το αντιμετωπίσει ως ένα άτομο ξεχωριστό από την ίδια. Ταυτόχρονα η ίδια παύει να αποτελεί αντικείμενο ενδιαφέροντος καθώς τώρα όλοι (ο πατέρας, οι συγγενείς αλλά και το ιατρικό προσωπικό) στρέφουν την προσοχή τους στο νεογέννητο μωρό και περιμένουν και από εκείνη να επικεντρώσει όλη την προσοχή και τη φροντίδα της σ' αυτό. Έτσι, η περίοδος μετά τον τοκετό είναι συχνά έντονα φορτισμένη. Μελέτες δείχνουν ότι ενώ η συχνότητα σοβαρών ψυχικών διαταραχών κατά την εγκυμοσύνη είναι μικρή, ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών βιώνουν κάποια μορφή ψυχολογικής αναστάτωσης την περίοδο της λοχείας. Φυσικά, οι ορμονολογικές αλλαγές παίζουν σημαντικό ρόλο στη διάθεση (Dayan, Andro, Dugnat, 1999).

Συνοψίζοντας θα λέγαμε ότι, η λοχεία είναι μία ευαίσθητη και παράλληλα μια φορτισμένη περίοδος της γυναίκας με προσδοκίες αναφορικά με το νεογέννητο, ανησυχία, αγωνία και συχνά σωματική εξάντληση. Η νέα μητέρα αισθάνεται σωματικά και ψυχικά εξαντλημένη ή με οποιονδήποτε τρόπο απειλούμενη από τις τεράστιες και μη αναστρέψιμες αλλαγές στη ζωή της μετά την έλευση του μωρού της και βιώνει ως εκ τούτου μια μελαγχολία, η οποία πιθανόν να μεταλλαχθεί σε επιλόχεια κατάθλιψη, αν η μητέρα δεν είναι όσο το δυνατόν πιο προετοιμασμένη γι' αυτήν την περίοδο αλλά και επαρκώς υποστηριγμένη από το περιβάλλον της (Τσιάντης & Δραγώνας, 1999).

Η έννοια της ψυχοπροφυλακτικής-ο ρόλος των μαιών/ων

Η ψυχοπροφυλακτική περιλαμβάνει το σύνολο των μη φαρμακευτικών μεθόδων που χρησιμοποιούνται προκειμένου να βοηθήσουν τη μέλλουσα μητέρα να αποκτήσει την ιδανική σχέση με την εγκυμοσύνη και κατόπιν να εξασφαλίσει τις καλύτερες συνθήκες ώστε να διεξαχθεί ο τοκετός με φυσιολογικό τρόπο και χωρίς επιπλοκές. Πιο συγκεκριμένα η ψυχοπροφυλακτική μεθόδους ανώδυνου τοκετού προετοιμάζει τη

γυναίκα ψυχικά και σωματικά, για να μπορέσει να περιορίσει και να εκμηδενίσει την ένταση του πόνου και να βοηθήσει με την κατάλληλη συμπεριφορά της, στη φυσιολογική εξέλιξη του τοκετού. Η αίσθηση ανασφάλειας και φόβου είναι η κυριότερη συντελεστές της δημιουργίας του πόνου. Το άγχος και ο φόβος θα υποχωρήσουν και γυναίκα θα ενημερωθεί τι πρέπει να κάνει την κρίσιμη ώρα του τοκετού, κάνοντας έτσι τη διαδικασία του ευκολότερη και φυσιολογική, ώστε να αποδοθεί έτσι όλο το μεγαλείο και η συναισθηματική του αξία (Λώλης, 1998b).

Με την ψυχοπροφυλακτική εκπαίδευση, η επίτοκος διδάσκεται με ποιο τρόπο θα αντιμετωπίσει όλες τις φάσεις του τοκετού και η στάση της γυναίκας κατά την ώρα του τοκετού σταματάει να είναι παθητική και γίνεται ενεργητική (Ringler, 1981). Η προετοιμασία του ψυχοπροφυλακτικού τοκετού αρχίζει από το μέσον της εγκυμοσύνης και είναι μια θεωρητική εκμάθηση της εξέλιξης της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Πρόκειται για μια πραγματική προσαρμογή στις ειδικές συνθήκες του τοκετού (Μανταλενάκης, 1990b).

Ειδικότερα, οι γυναίκες ξεκινούν την παρακολούθηση των μαθημάτων ψυχοπροφυλακτικής από τον 6ο μήνα της εγκυμοσύνης και συμμετέχουν σε 10 έως 12 συνεδρίες, που περιλαμβάνουν ενημέρωση τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο. Τα μαθήματα γίνονται 1 φορά την εβδομάδα και διαρκούν 1 ώρα και 30 λεπτά. Τα περιεχόμενα των μαθημάτων περιλαμβάνουν ασκήσεις που αφορούν κυρίως τη μυϊκή τόνωση, την τεχνική των αναπνοών και την εξάσκηση στη χαλάρωση. Δίνονται οδηγίες στις γυναίκες να ασκούνται καθημερινά για 20-30 λεπτά και να επαναλαμβάνουν τις ασκήσεις στο σπίτι ώστε η εκτέλεσή τους να γίνει, κατά το δυνατόν, απλή και φυσική (Μπρατίδου, 2002).

Ο μαιευτήρας πρέπει να λάβει λεπτομερώς το ιατρικό ιστορικό της γυναίκας (ομαλή ή ανώμαλη περίοδος, προηγηθέντα νοσήματα, προηγηθείσες εγκυμοσύνες ή τοκετοί) αλλά και το ψυχολογικό αναμνηστικό, όπως στάση της γυναίκας έναντι της εγκυμοσύνης και του τοκετού, διάφορες δυσμενείς επιδράσεις κατά την παιδική ηλικία, τραυματικά γεγονότα, οικογενειακή και συζυγική ζωή, αντίδραση στις δυσκολίες της ζωής και τρόπος αντιμετώπισης (Λώλης, 1998b).

Υπεύθυνη για την ψυχοσωματική προετοιμασία της γυναίκας κατά τη διάρκεια της κύησης είναι η μαία. Καθ'όλη τη διάρκεια της ιστορίας και σχεδόν σε κάθε πολιτισμό οι γυναίκες κατά τη διάρκεια του τοκετού περιβάλλονταν από άλλες γυναίκες που υποστήριζαν τη γυναίκα η οποία γεννάει. Μια από τις γυναίκες αυτές είναι η μαία, η οποία είναι υπεύθυνη για τη μητέρα και για την ασφαλή μετάβαση του μωρού. Ο ρόλος της μαίας σήμερα είναι να παρέχει φυσική και συναισθηματική υποστήριξη και βοήθεια, καθώς και συμβουλές σχετικά με την αναπνοή, τη χαλάρωση, τη μετακίνηση και τον προσδιορισμό της θέσης. Η μαία ψυχοπροφυλάκτρια, είναι υπεύθυνη να ενημερώσει και να προετοιμάσει κατάλληλα την έγκυο για όλα όσα πρόκειται να συμβούν. Πιο συγκεκριμένα, ο ρόλος της μαίας είναι να ενημερώσει τη γυναίκα σχετικά με τη διαδικασία του τοκετού, να παρέχει ψυχολογική καθοδήγηση, υποστήριξη και φροντίδα και παράλληλα να εκπαιδεύσει τις γυναίκες στις κατάλληλες γυμναστικές ασκήσεις κατά τη διάρκεια της κύησης ώστε να προετοιμάσει ψυχοσωματικά τη γυναίκα για τη μοναδική εμπειρία της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Οι ασκήσεις που διδάσκονται στα μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής, βοηθούν σημαντικά στη διαμόρφωση ενός εύκαμπτου και δυνατού σώματος, μιας σωστής και πλήρους αναπνοής και ενός ήρεμου και δυνατού νου. Παράλληλα, εξασκούν την έγκυο στη χαλάρωση και έχουν ως αποτέλεσμα την υγεία, την αύξηση της αυτοπεποίθησης, την ηρεμία, τη δύναμη, τη σιγουριά και την αισιοδοξία. Γενικά, οι ασκήσεις βοηθούν την έγκυο γυναίκα να αισθανθεί περισσότερο το σώμα της, τις ικανότητές της, τη δύναμη της, να αποκτήσει αυτοέλεγχο και ηρεμία και όλα τα απαραίτητα στοιχεία τα οποία είναι πολύ σημαντικά στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας όταν οι υποχρεώσεις είναι πολύ πιο αυξημένες απ' ό,τι παλιότερα (Maspfuhl, & Rauchfuss, 1986).

Επίσης, η έμπειρη μαία οφείλει να ενημερώσει τη μέλλουσα μαμά ότι θα αλλάξουν πολλά πράγματα στη ζωή της, στη σχέση της με τον εαυτό της και το σύντροφο της, στα ωράρια, στον ύπνο, στις υποχρεώσεις της. Όλη αυτή η προετοιμασία, ακόμη κι αν συμβαίνει σε θεωρητικό επίπεδο, είναι πολύ σημαντική για τη μητέρα γιατί έχει ακόμη όλο το χρονικό περιθώριο να δεχθεί τη νέα κατάσταση που θα αντιμετωπίσει και να συμφιλιωθεί με αυτή. Μετά τον τοκετό, ο ρόλος της μαίας είναι να παρέχει

συνεχή συναισθηματική διαβεβαίωση, υποστήριξη και καθοδήγηση όπως, να βοηθήσει στο θηλασμό και την περιποίηση του νεογνού και συγχρόνως να διαλευκάνει τις απορίες των νέων γονέων όσον αφορά τη μητρότητα.

Στη χώρα μας οι ψυχοπροφύλαξη δεν είναι τόσο διαδεδομένη, αλλά τα τελευταία χρόνια γίνεται μια σοβαρή προσπάθεια ενημέρωσης εγκύων γυναικών για την εφαρμογή της τόσο στα δημόσια νοσοκομεία όσο και από ιδιωτική πρωτοβουλία. Σε πολλά νοσοκομεία της χώρας μας, ξεκίνησαν προσπάθειες ενημέρωσης και προετοιμασίας των γυναικών για τον τοκετό, αλλά και για το ρόλο τους ως μητέρες. Η ενημέρωση αυτή γίνεται από μαιές/ες σε συνεργασία με γυναικολόγους- μαιευτήρες και έχει ως στόχο να δοθεί στη γυναίκα η δυνατότητα να βιώσει με το καλύτερο δυνατό τρόπο αυτήν τη μοναδική εμπειρία της εγκυμοσύνης, του τοκετού, αλλά και της μητρότητας.

Κατάθλιψη της λοχείας

Συχνότητα: Η κατάθλιψη της λοχείας είναι η πιο συχνή επιπλοκή της λοχείας, και επισυμβαίνει στο 10-20% (MO=13%) των γυναικών μετά τον τοκετό, ενώ η μελαγχολία της λοχείας (maternity blues) εμφανίζεται στο 50-85% και η ψύχωση στο 0,1-0,2%. (O'Hara, Swain, 1996; Wisner, Parry, Piontek, 2002).

Συμπτώματα: Η κατάθλιψη ορίζεται από την παρουσία διαφορετικών συμπτωμάτων, ένα από τα οποία θα πρέπει να είναι είτε η πτώση του θυμικού, είτε η ελάττωση του ενδιαφέροντος και η απώλεια ευχαρίστησης από τις διάφορες δραστηριότητες (Πίνακας 2.1). Τα συμπτώματα αντικατοπτρίζουν την αποδιοργάνωση των φυσιολογικών δραστηριοτήτων της μητέρας (διαταραχή ύπνου, όρεξης και επίγνωσης της πραγματικότητας) η οποία είναι χαρακτηριστική στην κατάθλιψη, και θα πρέπει να επιμένουν για το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας, σχεδόν κάθε ημέρα, για δύο ή περισσότερες εβδομάδες (Ακτσαλής & Σίμος, 1992).

Πίνακας 2.1. Συμπτώματα κατάθλιψης με έναρξη στη λοχεία

Ως κατάθλιψη ορίζεται η παρουσία 5 από τα παρακάτω συμπτώματα. Τουλάχιστον ένα από αυτά θα πρέπει να είναι είτε η πτώση του θυμικού είτε η ελάττωση του ενδιαφέροντος και της ευχαρίστησης .

- *Πτώση του θυμικού, η οποία συχνά συνοδεύεται ή υπερκαλύπτεται από το έντονο άγχος.*
- *Χαρακτηριστικά ελαττωμένο ενδιαφέρον ή απώλεια ευχαρίστησης από τις διάφορες δραστηριότητες.*
- *Διαταραχές στην όρεξη, συνήθως απώλεια της όρεξης και απώλεια βάρους.*
- *Διαταραχές ύπνου, συνήθως αϋπνία και διακοπτόμενος ύπνος.*
- *Παρουσία άγχους ή ψυχοκινητική βραδύτητα.*
- *Κόπωση, ελαττωμένη δραστηριότητα.*
- *Συναίσθηματα ότι είναι ανάξια, ή υπερβολική ή χωρίς λόγους ενοχή.*
- *Ελαττωμένη συγκέντρωση ή ελαττωμένη ικανότητα στη λήψη αποφάσεων.*
- *Υποτροπιάζουσες ιδέες θανάτου ή ιδέες αυτοκτονίας.*

Αιτιολογία: Όπως σε κάθε ψυχική διαταραχή, οι αιτιολογικοί παράγοντες που μπορεί να ενέχονται στην ανάπτυξη της επιλόχειας κατάθλιψης φαίνεται πως είναι ποικίλοι, τα αιτήματα όμως της έρευνας δεν συμφωνούν πάντοτε.

Η σύγχρονη επιστήμη δείχνει ότι η έκθεση σε αγχογόνους παράγοντες κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του ατόμου σχετίζεται με επίμονη εγκεφαλική υπέραντιδραστικότητα και αυξημένη πιθανότητα κατάθλιψης αργότερα στη ζωή (Heim et al., 2000).

Η αιτιολογία της επιλόχειας κατάθλιψης δεν έχει διευκρινισθεί πλήρως, ωστόσο φαίνεται να εμπλέκονται οι μεταβολές στο ορμονικό περιβάλλον που προκαλούνται με τον τοκετό, η χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών, ψυχολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (Bloch et al., 2000; Epperson, Wisner, Yamamoto, 1999; Harris, Lovett, Newcombe, Read, Walker, Riad-Fahmy, 1994; Miller, 2002; Swendsen & Mazure, 2000).

Η κορύφωση των συναισθηματικών διαταραχών κατά τη διάρκεια της μελαγχολίας της λοχείας (maternity blues), περί την πέμπτη ημέρα μετά τον τοκετό,

συμπίπτει με τις ακραίες ορμονικές διακυμάνσεις, φυσικό επακόλουθο του τοκετού. Στις μελέτες που ασχολήθηκαν με την προσπάθεια μέτρησης των βιολογικών παραμέτρων, κύριο αντικείμενο μελέτης ήταν οι γεννητικές ορμόνες και η προλακτίνη.

Πιο συγκεκριμένα ο Harris και συνεργάτες (1994) προσδιόρισαν τη σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της συγκέντρωσης της προγεστερόνης και της κορτιζόλης κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου, ώστε να εξετάσουν την υπόθεση εάν η απότομη φυσιολογική πτώση των δύο αυτών στεροειδών ορμονών μετά τον τοκετό συσχετίζεται με την κατάθλιψη. Το δείγμα της έρευνας αποτελούσαν 120 έγκυες γυναίκες, από την 38η εβδομάδα της κύησης, έως την 35η ημέρα της λοχείας. Από τα αποτελέσματα της έρευνας φάνηκε ότι η ανάπτυξη της μητρικής κατάθλιψης της λοχείας συσχετίστηκε με υψηλά επίπεδα προγεστερόνης πριν τον τοκετό, χαμηλά επίπεδα προγεστερόνης μετά τον τοκετό, καθώς και στην απότομη πτώση των επιπέδων των ορμονών που συμβαίνει μετά τον τοκετό. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η κατάθλιψη της λοχείας πιθανόν να συσχετίζεται με τη φυσιολογική υποχώρηση της προγεστερόνης αμέσως μετά τον τοκετό και πρότειναν την πιθανότητα μείωσης της εμφάνισης της κατάθλιψης της λοχείας μέσω της θεραπείας της μητέρας με προγεστερόνη.

Ομοίως, σε μια μελέτη του Steiner & Yonkers (1998) διαπιστώθηκε ότι τα αυξημένα επίπεδα της κορτιζόλης στο πλάσμα σχετίζονται με τη μελαγχολία και την κατάθλιψη της λοχείας. Σύμφωνα όμως με τους Fleming, Corter, Steiner (1995) πιθανολογείται ότι η κορτιζόλη δεν ευθύνεται απ' ευθείας για τη «μητρική συμπεριφορά», αλλά διευκολύνει τις μητρικές διαθέσεις που εκφράζονται ως συναισθήματα ή και συμπεριφορά.

Από ορισμένους ερευνητές, στο μηχανισμό πρόκλησης των συναισθηματικών διαταραχών και κατά συνέπεια της κατάθλιψης, που ακολουθεί τον τοκετό, εμπλέκεται και η θυρεοειδική δυσλειτουργία. Πράγματι, είναι γνωστό ότι σε ορισμένες γυναίκες, η κύηση και η λοχεία έχει σχέση με τις παθολογικές μεταβολές της λειτουργίας του θυρεοειδούς (Harris, 1993).

Επίσης, από τους ερευνητές, Wieck, Kumar, Hirst (1991) και Sichel, Cohen, Robertson (1995) προτείνεται ότι οι γυναίκες που παρουσιάζουν ταχύτερη μείωση των

επιπέδων των β-ενδορφινών στη λοχεία είναι περισσότερο επιρρεπείς σε συναισθηματικές μεταβολές, η δε απότομη πτώση των επιπέδων των κυκλοφορούντων οιστρογόνων στο χρονικό αυτό διάστημα σχετίζεται άμεσα με την οξεία εμφάνιση ψύχωσης της λοχείας, και ότι η προφυλακτική χορήγηση οιστρογόνων είναι αποτελεσματική σε υποτροπιάζουσες περιπτώσεις κατάθλιψης της λοχείας.

Κατά τον Miller (2002) από όλες τις ψυχοσωματικές καταστάσεις στις οποίες φαίνεται να συνδέονται οι ενδοκρινικές μεταβολές, με συναισθηματικές αντιδράσεις, η πιο παραδεκτή σύνδεση είναι αυτή της λοχείας. Σύμφωνα με τον παραπάνω ερευνητή, θεωρείται πιθανό ότι η ορμονικές μεταβολές μετά τον τοκετό ευαισθητοποιούν τους υποδοχείς ντοπαμίνης σε γυναίκες με ειδική προδιάθεση.

Οι ερευνητές O'Hara και συνεργάτες (1996), Wisner & Stowe (1997) και Steiner & Dunn (1996) πιθανολογούν ότι η απομάκρυνση των γεννητικών ορμονών κατά τη λοχεία μπορεί σε ορισμένες ευαίσθητες ή με γενετική προδιάθεση γυναίκες να προκαλέσει μεταβολές στις σεροτονινεργικές δράσεις τους και να οδηγήσει σε συναισθηματική διαταραχή.

Σύμφωνα με τον Steiner και συνεργάτες (1996) σε συγγενείς πρώτου βαθμού η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης της λοχείας είναι πολύ μεγαλύτερη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, που σημαίνει δυνητική γενετική ή οικογενειακή επιβάρυνση αυτής της διαταραχής.

Κατά τον Wisner και συνεργάτες (1997) η πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης της λοχείας δεν φαίνεται να έχει σχέση με το επίπεδο μόρφωσης της γυναίκας, με το φύλο του νεογνού, με το θηλασμό, με το είδος του τοκετού, ή με το αν η εγκυμοσύνη ήταν προγραμματισμένη ή μη.

Σύμφωνα με τον Μανταλενάκη (1990a) στις περισσότερες περιπτώσεις με κατάθλιψη λοχείας πρόκειται για γυναίκες με :

- Επιβαρημένο ψυχιατρικό ιστορικό.
- Παθολογικό πρόβλημα στη κύηση.
- Προηγούμενη κακή εμπειρία τοκετού.
- Προβλήματα γάμου.

- Συνυπάρχοντα άλλα παθολογικά προβλήματα (αναιμία, φλεγμονή κα.).

Σύμφωνα με τον Swendsen και συνεργάτες (2000) τα έντονα και δυσμενή γεγονότα που συμβαίνουν στη ζωή καθώς και συγκεκριμένες στρεσογόνες καταστάσεις της μητρότητας αυξάνουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη της λοχείας. Άλλοι ψυχολογικοί παράγοντες πιθανοί να εξηγήσουν την ευπάθεια για κατάθλιψη της λοχείας περιλαμβάνουν, το ιστορικό με προηγούμενη διάγνωση κατάθλιψης και η κοινωνική υποστήριξη από το συγγενικό περιβάλλον.

Οι Harry & Herrick (2000) μελέτησαν μητέρες οι οποίες είχαν γεννήσει πρόσφατα, με σκοπό να διαπιστώσει εάν η επίδραση των στρεσογόνων γεγονότων που συνέβησαν ένα χρόνο πριν τον τοκετό, συσχετίζονται με τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης μετά τον τοκετό. Στην έρευνα αυτή μελετήθηκαν διάφορα σημαντικά χαρακτηριστικά στοιχεία κινδύνου, όπως η μικρή ηλικία της μητέρας, η χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση, η σωματική κακοποίηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και το πολύ χαμηλό βάρος γέννησης του νεογνού, στοιχεία τα οποία αυξάνουν την πιθανότητα για την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης. Από τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώθηκε ότι η παρουσία έξι ή ενδεχομένως περισσότερων στρεσογόνων γεγονότων κατά τη διάρκεια των 12 μηνών πριν τον τοκετό, αποδείχθηκε ένας ισχυρός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης. Επιπλέον, οι μητέρες που απολύθηκαν από την εργασία τους (παρόλο που ήθελαν να συνεχίσουν να εργάζονται) ή είχαν οικονομικά προβλήματα, είχαν διπλάσιο κίνδυνο επιλόχειας κατάθλιψης, έναντι των γυναικών που δεν είχαν οικονομικές δυσχέρειες. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών παρουσίασε επιλόχεια κατάθλιψη και ότι οι μητέρες με υψηλά επίπεδα προγεννητικού άγχους, είχαν υψηλότερο κίνδυνο για εμφάνιση κατάθλιψης μετά τον τοκετό. Τέλος, οι ερευνητές προτείνουν ότι για την προώθηση της πληροφόρησης και της σωστής διαχείρισης της επιλόχειας κατάθλιψης, οι έγκυες γυναίκες πρέπει να ενθαρρύνονται ώστε να συμμετέχουν σε συμβουλευτικά προγράμματα πριν τον τοκετό και να ενημερώνονται από ειδικούς σχετικά με τα συμπτώματα της κατάθλιψης που είναι πιθανόν να εμφανιστούν μετά τον τοκετό.

Αντίθετα από τις παραπάνω έρευνες, την άποψη ότι οι λεχώνες υποφέρουν από κατάθλιψη έρχεται να ανατρέψει η έρευνα των Evans, Heron, Francomb, Oke, Golding (2001) στο Λονδίνο, που καταδεικνύει ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο θλιμμένες κατά τις τελευταίες εβδομάδες της εγκυμοσύνης παρά τις κρίσιμες 40 μέρες μετά τον τοκετό. Οι επιστήμονες υποστηρίζουν ότι η πιο κρίσιμη περίοδος για τη διάθεση της μέλλουσας μητέρας είναι κατά την 32η εβδομάδα της εγκυμοσύνης, γεγονός που ενδέχεται να επηρεάζει και το έμβryo, καθώς η αύξηση των ορμονών του στρες μπορεί να οδηγήσει στη γέννηση λιπόβαρους βρέφους. Στη συγκεκριμένη έρευνα, οι επιστήμονες από το πανεπιστήμιο του Bristol τονίζουν ότι οι επιπτώσεις της κατάθλιψης είναι ίδιες ανεξάρτητα από το εάν η νόσος εκδηλωθεί κατά την εγκυμοσύνη ή μετά τον τοκετό. Στο πλαίσιο της μελέτης παρακολούθησαν 9.000 εγκύους και αποφάνθησαν ότι το 13,5% εξ αυτών εκδήλωσε κατάθλιψη κατά την 32η εβδομάδα της κύησης σε σύγκριση με το 9,1% που έπασχε από την ίδια διαταραχή οκτώ εβδομάδες μετά τον τοκετό. Οι ίδιοι επισημαίνουν ότι είναι απαραίτητες περαιτέρω έρευνες για τις επιπτώσεις της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τόσο για τη μητέρα όσο και για το παιδί.

Μελετώντας την επιλόχεια κατάθλιψη δεν θα πρέπει να παραλείψουμε να αναφέρουμε την ισχυρή σύνδεση αυτής με το αίσθημα της αυτοεκτίμησης και της αισιοδοξίας. Είναι πλέον αποδεκτό από πολλούς ερευνητές ότι η κατάθλιψη σχετίζεται άμεσα με την αυτοεκτίμηση του ατόμου.

Ο Hall και συνεργάτες (1996) πραγματοποίησαν μία έρευνα με σκοπό να μελετήσουν το ρόλο της αυτοεκτίμησης σε σχέση με την επιλόχεια κατάθλιψη. Στην έρευνα συμμετείχαν 738 γυναίκες οι οποίες διάνυαν τον 1-2 μήνα της λοχείας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω συνέντευξης. Από τα αποτελέσματα της έρευνας φάνηκε ότι οι μητέρες με χαμηλή αυτοεκτίμηση είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν επιλόχεια κατάθλιψη απ'ότι οι γυναίκες με υψηλή αυτοεκτίμηση. Οι ερευνητές προτείνουν τη βελτίωση της ποιότητας της προγεννητικής φροντίδας της εγκύου και την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης αυτής, ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες εμφάνισης συμπτωμάτων επιλόχειας κατάθλιψης.

Ομοίως ο Fontaine και συνεργάτες (1997) βρήκαν ότι η χαμηλή αυτοεκτίμηση συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης κατά την περίοδο της λοχείας και πιο συγκεκριμένα τη δεύτερη εβδομάδα μετά τον τοκετό. Στην έρευνα συμμετείχαν 45 γυναίκες οι οποίες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια σχετικά με την αυτοεκτίμηση και την αισιοδοξία στην επιλόχεια κατάθλιψη. Η κατάθλιψη μετρήθηκε το 3^ο τρίμηνο της κύησης, καθώς και την 2^η και 6^η εβδομάδα μετά τον τοκετό. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι, η αισιοδοξία συνδέθηκε με λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και δύο εβδομάδες μετά τον τοκετό, ενώ η αυτοεκτίμηση συνδέθηκε με μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης τόσο κατά το 3^ο τρίμηνο της κύησης, όσο και κατά την 2^η και 6^η εβδομάδα της λοχείας.

Αν προσπαθήσει κανείς να ομαδοποιήσει τα αποτελέσματα των διαφόρων ερευνητών, βλέπει πως υπάρχουν παράγοντες όπου υπάρχει μια γενικότερη συμφωνία και που αφορούν τις ακόλουθες κατηγορίες:

1. Προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό (ιδιαίτερα συναισθηματικής διαταραχής). (Boyce, Hickie and Parker, 1991; Gitlin & Pasnau, 1989; Inwood, 1989).
2. Οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό (Meltzer & Kumar, 1985).
3. Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας της μητέρας (καταναγκαστική, πανικός, άγχος, υψηλός νευρωτισμός, διαπροσωπική ευαισθησία, συναισθηματική αστάθεια και άγχος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης κ.λ.π.). (Marks, Wieck, Checkley, Kumar, 1992; Watson, Elliott, Rugg, Brough, 1984).
4. Κοινωνικό-οικονομικές δυσχέρειες (Marks et al., 1992).

Η κοινωνική - οικονομική παράμετρος περιλαμβάνει:

- απουσία κοινωνικής υποστήριξης (O'Hara, 1986).
- αρνητικά συμβάντα ζωής (O'Hara, 1986).
- επαγγελματική αστάθεια (Marks et al., 1992).
- απουσία προηγούμενης εμπειρίας με παιδιά (O'Hara, Schlechte, Lewis, Wright, 1991).
- μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη (Hopkins, Campbell, Marcus, 1987; O'Hara et

al., 1991).

- κακές συζυγικές σχέσεις ή απουσία γάμου (Boyce et al., 1991; Cox, Connor and Kendell, 1982; Hobfoll, Ritter, Lavin, Hulsizer, Cameron 1995; O'Hara, 1986; Schweitzer, Logan, Strassberg, 1992).
- κακή σχέση της ασθενούς με τη μητέρα της (Boyce et al., 1991; Cox et al., 1982).
- πολυτοκία (Hopkins et al., 1987).

Από μελέτες σε γυναίκες με συναισθηματική διαταραχή κατά την κύηση διαπιστώθηκαν πρόσθετοι παράγοντες κινδύνου, όπως:

- προηγούμενη (-ες) απόπειρα αυτοκτονίας
- κακή εξέλιξη των προηγούμενων κυήσεων (αποβολές, εκτρώσεις, άρρωστο παιδί)
- κακή προγεννητική φροντίδα
- κακή διατροφή
- χρήση αλκοόλ ή παράνομων ουσιών

Συνοψίζοντας, θα λέγαμε ότι η επιλόχεια κατάθλιψη αποτελεί μια συχνή ψυχική διαταραχή που εμφανίζεται μετά τον τοκετό και επειδή η αιτιολογικοί παράγοντες που ενέχονται στην ανάπτυξή της είναι ποικίλοι και τα συμπτώματα αφορούν τόσο τη γυναίκα και το νεογέννητο όσο και τα υπόλοιπα μέλη που σχετίζονται άμεσα με την οικογένεια, θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με μεγάλη σοβαρότητα και υπευθυνότητα από τους επιστήμονες της υγείας και από τους αρμόδιους φορείς που εμπλέκονται με τη γυναίκα κατά την περίοδο της διαδικασίας της μητρότητας.

Θεραπεία: Στην εγκυμοσύνη παρατηρείται μια ήπια συναισθηματική αστάθεια η οποία θεωρείται απόλυτα φυσιολογική. Για την αντιμετώπιση της εγκύου, θα πρέπει να λάβουμε υπ όψιν μας, τις συγκινήσεις, τις πεποιθήσεις, την κουλτούρα, το συγγενικό περιβάλλον, τις αντιδράσεις άμυνας κλπ.

Όσον αφορά όμως τις επιλόχειες συναισθηματικές διαταραχές που παρουσιάζονται αμέσως μετά τον τοκετό, η πρόληψη θεωρείται η καταλληλότερη θεραπεία. Πρόσφατες μελέτες έχουν αποδείξει ότι οι παρεμβάσεις πριν από τον τοκετό

είναι αποτελεσματικές για τη μείωση του αριθμού των γυναικών που κινδυνεύουν να αναπτύξουν συναισθηματικές διαταραχές (Spinelli, 1997).

Συγκεκριμένα μέτρα για την πρόληψη των διαταραχών αυτών είναι:

- Η αναγνώριση των γυναικών με δυνητικό κίνδυνο
- Η εκπαίδευση (Προ του τοκετού και αμέσως μετά)
- Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία
- Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία
- Η φαρμακοθεραπεία

Σήμερα υπάρχουν επαρκή στοιχεία για την αποτελεσματικότητα της άσκησης στη θεραπεία της κατάθλιψης. Επιπλέον, η άσκηση έχει επίδραση στη μείωση των επιπέδων του άγχους και μπορεί να βελτιώσει την αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμηση (Lawlor et al., 2001). Παράλληλα, υπάρχουν σημαντικά αποδεικτικά στοιχεία ότι η αερόβια άσκηση και η άσκηση με αντιστάσεις ενισχύει τα επίπεδα της διάθεσης καθώς και ότι η άσκηση πιθανόν να βελτιώνει τη γνωστική λειτουργία στους ηλικιωμένους (Fox, 1999). Η έρευνα του Fox (1999) προτείνει ότι η μέτρια άσκηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως θεραπευτικό μέσο στην κατάθλιψη και το άγχος καθώς και ότι βελτιώνει τη διανοητική υγεία στο γενικό πληθυσμό.

Πιο συγκεκριμένα, η σωματική άσκηση πιστεύεται πως συμβάλλει στην καταπολέμηση της κατάθλιψης με πέντε τρόπους:

1. Ωθεί τον οργανισμό να παράγει ενδορφίνες - τις γνωστές και ως «ορμόνες της ευφορίας» που φυσιολογικά παράγει ο εγκέφαλος (Knechtle, 2004; Thoren, Floras, Hoffmann, Seals, Douglas, 1990).
2. Μειώνει τα επίπεδα της ορμόνης κορτιζόλη στο αίμα - η κορτιζόλη είναι μια ορμόνη που παράγεται από τον οργανισμό σε περίπτωση στρες και έχει διαπιστωθεί πως παίζει σημαντικό ρόλο και στην ανάπτυξη κατάθλιψης (Harris et al., 1994).
3. Συμβάλλει στην τόνωση του αισθήματος αισιοδοξίας απέναντι στη ζωή (Singh, Clements, Fiatarone, 1997).

4. Χαρίζει μία αίσθηση ικανοποίησης, που βοηθά στην αύξηση της αυτοεκτίμησης (Lawlor et al., 2001; Singh et al., 1997).
5. Αυξάνει τα επίπεδα της σεροτονίνης - μιας ουσίας που επίσης παράγεται από τον εγκέφαλο και παίζει ρόλο-κλειδί στην επικοινωνία των εγκεφαλικών κυττάρων μεταξύ τους (νευροδιαβιβαστής) (Trivedi et al., 2006).

Παράλληλα, ως σήμερα υπάρχουν στοιχεία υπέρ της αποτελεσματικότητας ορισμένων παρεμβάσεων, όπως η οργάνωση υποστηρικτικών δικτύων για μερικές ευπαθείς ομάδες, οι παρεμβάσεις που εστιάζουν σε συγκεκριμένα συμβάντα και οι παρεμβάσεις με στόχο ευπαθείς οικογένειες και άτομα, όπως και οι επαρκείς εγκαταστάσεις για εξετάσεις και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών ως μέρος της πρωτογενούς περίθαλψης για σωματική αναπηρία (Paykel, 1994). Κάποιες από τις παρεμβάσεις που αφορούν την κατάθλιψη σε μητέρες, όπως προγράμματα αναγνώρισης, εκπαίδευσης και θεραπείας, έχουν δείξει ότι βελτιώνουν την κατάθλιψη και προλαμβάνουν ανεπιθύμητες εκβάσεις στα παιδιά τους. Αυτά τα προγράμματα είναι δυνατόν να γίνονται στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης για παράδειγμα, από ιατρικούς επισκέπτες και μαίες/ες, ή από κοινοτικούς υγειονομικούς υπαλλήλους. Εν τούτοις, τα προγράμματα αυτά δεν έχουν διαδοθεί ευρέως, μη εξαιρουμένων των ανεπτυγμένων χωρών (Cooper & Murray, 1998).

Υπάρχει ένας δικαιολογημένος φόβος για την επανεμφάνιση της κατάθλιψης σε γυναίκες με ιστορικό κατάθλιψης μετά τον τοκετό. Μετά από ένα επεισόδιο κατάθλιψης μετά τον τοκετό, ο κίνδυνος υποτροπής είναι 25% (Wisner & Stowe, 1997). Προφυλακτική θεραπεία μετά τον τοκετό θα πρέπει να χορηγείται σε γυναίκες με οποιοδήποτε ιστορικό κατάθλιψης. Ως ελάχιστη προφυλακτική θεραπεία θεωρείται η επαρκής παρακολούθηση μετά τον τοκετό, προκειμένου να διαγνωσθεί η υποτροπή της κατάθλιψης σε άτομα με επιβαρημένο ιστορικό.

Γενικότερα, η κατάθλιψη της λοχείας χρήζει άμεσης θεραπευτικής αντιμετώπισης. Η θεραπεία σε σοβαρή μορφή κατάθλιψης γίνεται με χορήγηση ψυχοφαρμάκων, αντικαταθλιπτικών ή αντιψυχωσικών ή συνδυασμό των δύο, ανάλογα με τα προεξάρχοντα συμπτώματα (Spielvogel & Wile, 1986).

Από τους διάφορους τρόπους ψυχοθεραπείας, οι πιο αποτελεσματικοί φαίνεται πως είναι η διαπροσωπική θεραπεία που εστιάζεται στην ανταλλαγή ρόλων και στην υποστήριξη των σημαντικών διαπροσωπικών σχέσεων και η ψυχαναλυτική θεραπεία. Η παρέμβαση κατά τη διάρκεια της κύησης, βασισμένη στη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία, φαίνεται πως έχει καλά αποτελέσματα στην πρόληψη της κατάθλιψης της λοχείας.

Όταν εμφανιστούν παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ιδέες αυτοκαταστροφικής και ετεροκαταστροφής (ψύχωση της λοχείας) προκειμένου να περιφρουρηθεί η ζωή της μητέρας και του παιδιού, απαιτείται η εισαγωγή και η νοσηλεία σε ψυχιατρική μονάδα (Λώλης, 1998c).

Άσκηση και κατάθλιψη

Ο ρόλος της άσκησης στην ψυχική διάθεση είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Πολλές έρευνες μέχρι σήμερα έχουν τεκμηριώσει τις θετικές επιδράσεις αυτής, στην ψυχολογία του ανθρώπου και στην πρόληψη της κατάθλιψης (Babyak et al., 2000; Blumenthal et al., 1999; Craft, 2005; Dimeo, Bauer, Varahram, Proest, Halter, 2000; Dunn, Trivedi, Kampert, Clark, Chambless, 2005; Fentem, 1994; Lawlor et al., 2001; Leppämäki, Haukka, Lönnqvist, Partonen, 2004; Singh, et al., 1997; Εκκεκάκης, Ζέρβας, Εμμανουήλ, Ψυχουντάκη, Κάκκος, 1996).

Ο Fentem το 1994, πραγματοποιώντας μια ανασκόπηση βιβλιογραφίας σχετικά με την επίδραση της άσκησης στην ψυχική υγεία, διατύπωσε τα οφέλη της άσκησης στην υγεία και την ασθένεια και διαπίστωσε ότι η άσκηση βελτιώνει τα συμπτώματα των ατόμων με άγχος και ήπια κατάθλιψη.

Πιο συγκεκριμένα οι ψυχολογικές λειτουργίες που βελτιώνονται μέσω της άσκησης είναι οι εξής:

- η διάθεση (μείωση του άγχους και της κατάθλιψης)
- η αυτοεκτίμηση (επιδρά θετικά στη δυσθυμία και την κατάθλιψη)
- η μνήμη (βελτιώνει τη μνημονική λειτουργία των ηλικιωμένων)
- η ψυχομετρική ανάπτυξη (συμβάλλει στην ποιότητα της φροντίδας των ατόμων με μαθησιακές δυσκολίες)

- η ηρεμία-γαλήνη (βελτιώνει το άγχος κατάστασης)

Την επίδραση της αερόβιας ασκήσεις στην ψυχική διάθεση μελέτησαν και ο Εκκεκάκης και συνεργάτες (1996) συνοψίζοντας τα αποτελέσματα τριών ερευνών οι οποίες εξέτασαν την επίδραση μεμονωμένων μονάδων αερόβιας άσκησης στο άγχος, την κατάθλιψη και γενικότερα στην ψυχική διάθεση σε ενήλικες γυναίκες. Για τις μελέτες, χρησιμοποιήθηκε ένας πειραματικός σχεδιασμός με μετρήσεις πριν και μετά από την παρέμβαση και έγιναν συγκρίσεις με μια ομάδα ελέγχου. Από τα αποτελέσματα των ερευνών διαπιστώθηκε ότι η άσκηση μείωσε την ένταση της κατάθλιψης, του θυμού και της σύγχυσης και οδήγησε σε αύξηση της ενεργητικότητας.

Ο Singh και συνεργάτες (1997) πραγματοποίησαν μια μελέτη με προοδευτική άσκηση αντιστάσεων σε ηλικιωμένα άτομα με κατάθλιψη. Σκοπός της έρευνας ήταν να διαπιστώσουν αν η προοδευτική άσκηση αντιστάσεων θα μείωνε τα επίπεδα της κατάθλιψης καθώς μέσω της άσκησης θα βελτιώνονταν η φυσική κατάσταση, η ποιότητα ζωής, η αυτοπεποίθηση, η αυτοϊκανοποίηση και η λειτουργική ικανότητα των ηλικιωμένων. Στην έρευνα συμμετείχαν εθελοντικά, άτομα ηλικίας πάνω από 60 ετών, με σοβαρή ή ήπια κατάθλιψη ή δυσθυμία για 10 εβδομάδες. Οι συμμετέχοντες τοποθετήθηκαν τυχαία στην ομάδα άσκησης (3 φορές την εβδομάδα) και στην ομάδα ελέγχου. Από τα αποτελέσματα της έρευνας φάνηκε ότι η προοδευτική άσκηση με αντίστασης μείωσε στατιστικά σημαντικά τα επίπεδα της κατάθλιψης, σύμφωνα με την κλίμακα κατάθλιψης του Beck και του Hamilton. Η ποιότητα ζωής, η ενεργητικότητα, η κοινωνικότητα και η γενική συναισθηματική κατάσταση, βελτιώθηκαν στατιστικά σημαντικά στην ομάδα άσκησης. Η δύναμη αυξήθηκε στην ομάδα άσκησης και μειώθηκε στην ομάδα ελέγχου. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η προοδευτική άσκηση με αντίστασης είναι αποτελεσματική και έχει αντικαταθλιπτική δράση στους ηλικιωμένους με διαγνωσμένη καταθλιπτική διαταραχή, καθώς συγχρόνως βελτιώνει τη δύναμη, την αυτοπεποίθηση και την ποιότητα ζωής.

Ο Blumenthal και συνεργάτες (1999) πραγματοποίησαν μια έρευνα, στο πανεπιστήμιο Ντάρχαμ της Βόρειας Καρολίνας, με σκοπό να μελετήσουν την επίδραση της αερόβιας άσκησης σε ασθενείς με καταθλιπτική διαταραχή συγκριτικά με την

τυποποιημένη φαρμακευτική αγωγή (δηλ. αντικαταθλιπτικά φάρμακα) για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Στην έρευνα συμμετείχαν 156 άντρες και γυναίκες με κατάθλιψη, ηλικίας άνω των 50 ετών. Οι συμμετέχοντες τοποθετήθηκαν τυχαία σε τρεις ομάδες. Η πρώτη ομάδα παρακολούθησε ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα αερόβιας άσκησης, η δεύτερη έλαβε αγωγή με αντικαταθλιπτικά φάρμακα, και η τρίτη εφάρμοσε συνδυασμό σωματικής άσκησης και φαρμακευτικής αγωγής. Έγινε αξιολόγηση της κατάθλιψης σύμφωνα με την παρουσία και τη δριμύτητα της καταθλιπτικής διαταραχής χρησιμοποιώντας το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), την κλίμακα εκτίμησης της κατάθλιψης του Hamilton (Hamilton Rating Scale for Depression, HAM-D) καθώς και το ερωτηματολόγιο του Beck για την κατάθλιψη (BDI) πριν και μετά από τη μελέτη. Τα δευτερογενή αποτελέσματα που μετρήθηκαν περιελάμβαναν την αεροβική ικανότητα, την ικανοποίηση από τη ζωή, την αυτοεκτίμηση, το άγχος και τις δυσλειτουργικές καταστάσεις. Μετά από 16 εβδομάδες θεραπείας, από τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώθηκε ότι οι ομάδες δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά όσον αφορά τα αποτελέσματα στα ερωτηματολόγια του Beck και του Hamilton. Παρ' όλα αυτά, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι αν και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα συνδέθηκαν με γρηγορότερη μείωση της κατάθλιψης τις πρώτες τέσσερις εβδομάδες της μελέτης, η άσκηση ήταν τόσο αποτελεσματική όσο και η φαρμακευτική αγωγή, στη διαχείριση της καταθλιπτικής διαταραχής μέχρι το τέλος της ερευνητικής διαδικασίας την 16^η εβδομάδα. Επομένως, ένα πρόγραμμα άσκησης μπορεί να θεωρηθεί ως εναλλακτική λύση της φαρμακευτικής αγωγής με αντικαταθλιπτικά φάρμακα για τη διαχείριση της κατάθλιψης.

Ομοίως με την παραπάνω έρευνα ο Dimeo και συνεργάτες (2000) μελέτησαν τα οφέλη της αερόβιας ασκήσεως σε ασθενείς με μέτρια και σοβαρή κατάθλιψη. Στην έρευνα συμμετείχαν 12 ασθενείς, ηλικίας μέσο όρο 49 ετών (5 άνδρες και 7 γυναίκες), με επεισόδιο κατάθλιψης. Η μέση διάρκεια του καταθλιπτικού επεισοδίου ήταν 35 εβδομάδες. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο του Hamilton σχετικά με την κατάθλιψη. Το πρόγραμμα άσκησης περιλάμβανε περπάτημα στο διάδρομο, 30

λεπτά την ημέρα για 10 ημέρες, με ενδιάμεσα διαλείμματα. Στο τέλος του προγράμματος, από τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης σύμφωνα με την κλίμακα του Hamilton για την κατάθλιψη (πριν 19,5 και μετά 13). Η ένταση των συμπτωμάτων σύμφωνα με τους συμμετέχοντες μειώθηκε από 23,2 πριν, σε 17,7 κατόπιν. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αερόβια άσκηση μπορεί να παρέχει σημαντική βελτίωση στη διάθεση των ασθενών με σοβαρή καταθλιπτική διαταραχή σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Ο Babyak και συνεργάτες (2000) μελέτησαν την επίδραση της άσκησης στη θεραπεία της κατάθλιψης, καθώς και τη διατήρηση των θεραπευτικών οφελών κατά τη διάρκεια 10 μηνών. Σκοπός της έρευνας ήταν να μελετήσει την επίδραση της άσκησης, σε 156 ενήλικους εθελοντές με σοβαρή καταθλιπτική διαταραχή. Η μελέτη ολοκληρώθηκε μετά από έξι μήνες. Οι συμμετέχοντες τοποθετήθηκαν τυχαία σε πρόγραμμα άσκησης τεσσάρων μηνών με αερόβια άσκηση, είτε σε φαρμακευτική αγωγή, ή σε συνδυασμό άσκησης και φαρμάκων. Η παρουσία και η δριμύτητα της κατάθλιψης υπολογίστηκαν βάσει της κλίμακας του Hamilton και του Beck για την κατάθλιψη. Από τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώθηκε ότι μετά από τέσσερις μήνες οι συμμετέχοντες και στις τρεις ομάδες εμφάνισαν στατιστικά σημαντική βελτίωση. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι μεταξύ των ατόμων με καταθλιπτική διαταραχή, η θεραπεία μέσω της άσκησης είναι κατάλληλη και σχετίζεται με στατιστικά σημαντικά θεραπευτικά οφέλη, ιδιαίτερα εάν η άσκηση γίνεται συστηματικά και καθ' όλη τη διάρκεια του χρόνου.

Με τις παραπάνω έρευνες, συμφωνεί και η έρευνα του Lawlor και συνεργάτες (2001), η οποία αναφέρει ότι, ανεξάρτητα από την ηλικία και το φύλο, η συστηματική άσκηση συμβάλει στη μείωση του άγχους κατάστασης, της κατάθλιψης, της αρνητικής ψυχικής διάθεσης καθώς και στην αύξηση της αυτοεκτίμησης και της γενικής συναισθηματικής κατάστασης.

Ο Leppämäki και συνεργάτες (2004) πραγματοποίησαν μια διαφορετική έρευνα στην οποία μελέτησαν την επίδραση της άσκησης και της έκθεσης στο φως, στη βελτίωση της ψυχικής διάθεσης. Σκοπός της έρευνας ήταν να διαπιστώσει εάν ο

συνδυασμός έκθεσης σε έντονο φως και η φυσική δραστηριότητα έχει επίδραση στη μείωση των επιπέδων των συμπτωμάτων κατάθλιψης. Οι συμμετέχοντες ήταν εθελοντές, ενήλικες, χωρίς προηγούμενες ψυχικές ασθένειες. Η έρευνα διήρκεσε οχτώ εβδομάδες και αποτελούνταν από τρεις ομάδες. Η πρώτη ομάδα έκανε αερόβια άσκηση σε έντονο φως, η δεύτερη ομάδα πραγματοποίησε αερόβια άσκηση σε δωμάτιο με φυσιολογικό φωτισμό και η τρίτη ομάδα πραγματοποίησε ασκήσεις χαλάρωσης και διατάσεων σε έντονο φως. Σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο του Hamilton υπήρξε καλή ανταπόκριση σε όλες τις ομάδες με μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης 50%. Ολοκληρωμένα δεδομένα προήλθαν από 98 άτομα (11 άντρες και 87 γυναίκες). Από αυτούς, 42 συμμετέχοντες (5 άντρες και 37 γυναίκες) ταξινομήθηκαν ως θετικά αποκρινόμενοι στην κλίμακα του Hamilton. Γενικά το φως είχε στατιστικά σημαντική επίδραση προς τους συμμετέχοντες. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η έκθεση σε έντονο φως και η φυσική δραστηριότητα ακόμα και σε συνδυασμό, φαίνεται να επιδρούν αποτελεσματικά στα συμπτώματα της κατάθλιψης.

Η Craft (2005) πραγματοποίησε έρευνα στην οποία μελέτησε τη σχέση μεταξύ της άσκησης και της κατάθλιψης. Στην έρευνα συμμετείχαν 19 άτομα τα οποία επέλεξαν να συμμετέχουν εθελοντικά, είτε στην ομάδα ελέγχου ή στην ομάδα άσκησης. Η μελέτη είχε διάρκεια εννέα εβδομάδες και εξέτασε και άλλους παράγοντες που σχετίζονται με την κατάθλιψη όπως τη σοβαρότητα της κατάθλιψης, την ικανοποίηση από τον εαυτό τους και την αδυναμία συγκέντρωσης. Οι μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν κατά την έναρξη της μελέτης, την 3^η και 9^η εβδομάδα. Από τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώθηκε ότι οι συμμετέχοντες στην ομάδα άσκησης είχαν χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης απ' ό τι η ομάδα ελέγχου την 3^η εβδομάδα [6.4 (5.4) έναντι 21.8 (16.4)] και την 9^η εβδομάδα [9.3 (4.8) έναντι 24.7 (12.0)]. Η ικανοποίηση από τον εαυτό τους ήταν υψηλότερη στην ομάδα άσκησης απ' ό τι στην ομάδα ελέγχου την 3^η εβδομάδα [7.3 (0.9) έναντι 5.2 (1.3)] και την 9^η εβδομάδα [7.5 (0.9) έναντι 5.3 (1.8)]. Η αδυναμία συγκέντρωσης ήταν υψηλότερη για την ομάδα άσκησης τη 3^η εβδομάδα [28.6 (1.2) έναντι 23.6 (3.0)] αλλά όχι την 9^η εβδομάδα [27.7 (2.1) έναντι 23.7 (5.3)]. Οι ερευνητές

κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η άσκηση σχετίζεται άμεσα με τη μείωση των επιπέδων των συμπτωμάτων της κατάθλιψης.

Τέλος ο Dunn και συνεργάτες (2005), πραγματοποίησαν μια έρευνα η οποία διήρκησε από το 1998 έως το 2001 με σκοπό να εξετάσει αν η άσκηση αποτελεί ικανοποιητική θεραπεία για την ήπια με μέτρια κατάθλιψη, καθώς και τη σχέση μεταξύ της συχνότητας της άσκησης και τη μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης. Στην έρευνα πήραν μέρος 80 άτομα, ηλικίας 20 με 45 ετών, με διάγνωση ήπια ως μέτρια καταθλιπτική διαταραχή. Οι συμμετέχοντες τοποθετήθηκαν τυχαία σε μια από τις τέσσερις ομάδες αερόβιας άσκησης, οι οποίες διέφεραν ως προς τη συνολική κατανάλωση θερμίδων και τη συχνότητα, είτε αποτελούσαν την ομάδα ελέγχου. Από τα αποτελέσματα της έρευνας φάνηκε ότι η αερόβια άσκηση είχε στατιστικά σημαντική επίδραση στη μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αερόβια άσκηση σε δόση σύμφωνη με τις συστάσεις της Δημόσιας Υγείας αποτελεί μία αποτελεσματική θεραπεία για την καταθλιπτική διαταραχή ήπιας και μέτριας μορφής. Αντίθετα η αερόβια άσκηση με χαμηλή δόση είχε παρόμοια αποτελέσματα με αυτά της ομάδας ελέγχου.

Οι παραπάνω έρευνες επισημαίνουν την επίδραση της άσκησης στην κατάθλιψη και τονίζουν τη θετική επίδραση αυτής στη μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης. Είναι πλέον κοινά αποδεκτό από τους ερευνητές ότι η συστηματική άσκηση με μέτρια ένταση μειώνει το άγχος και την κατάθλιψη ενώ παράλληλα επιδρά στην αύξηση της αυτοπεποίθησης και της καλύτερης συναισθηματικής κατάστασης καθώς βελτιώνει την ψυχική διάθεση.

Άσκηση στην εγκυμοσύνη και επιλόχεια κατάθλιψη

Σήμερα όλο και περισσότερες γυναίκες συμμετέχουν σε προγράμματα άσκησης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς τα οφέλη από τη συμμετοχή είναι ποικίλα και η σωματική δραστηριότητα στην κύηση είναι πλέον αποδεκτή από πολλούς ερευνητές ότι :

- Βελτιώνει τη φυσική κατάσταση της εγκύου (Clapp, 2000; Hall, Kaufmann, 1987; Marquez-Sterling, Perry, Kaplan, Halberstein, Signorile, 2000; Sternfeld, Quesenberry, Eskenazi, Newman, 1990; Sternfeld, Quesenberry, Eskenazi, Newman, 1995).
- Μειώνει τα επίπεδα άγχους, που επιφέρει η εγκυμοσύνη (Clapp et al., 1992; Clapp, 2000; Koltyn et al., 1997; Wolfe et al., 1989).
- Μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης της κατάθλιψης ή συντελεί στη θεραπεία της αν υπάρχει (Blumenthal et al., 1999; Dennis, 2005; Fontaine et al., 1997; Haas, 2005; Hall et al., 1996; Koltyn, 1994; Koltyn et al., 1997; Koniak-Griffin, 1994; Singh et al., 1997).
- Δημιουργεί αίσθημα ευεξίας και αυτοπεποίθησης (Clapp et al., 1992; Clapp, 2000; Fontaine et al., 1997; Hall et al., 1996; Wolfe et al., 1989).
- Βοηθάει στη διαδικασία του τοκετού γιατί η άσκηση επιφέρει αύξηση της ικανότητας παραγωγής έργου και λειτουργική βελτίωση των ειδικών μυών που δραστηριοποιούνται την ώρα του τοκετού. (Sternfeld et al., 1990; Sternfeld et al., 1995; Clapp, 1990; Clapp, 2000).
- Συντελεί στη γρηγορότερη αποκατάσταση από τον τοκετό (Wolfe et al., 1989).
- Συμβάλλει στη μείωση τυχόν πόνου της σπονδυλικής στήλης στο ύψος της μέσης (Paisley & Mellion, 1988; Wolfe et al., 1989; Sternfeld et al., 1990; Sternfeld et al., 1995).
- Βοηθάει στην αποφυγή διαβήτη που συνδέεται με την κατάσταση της εγκυμοσύνης (Wolfe et al., 1989; Artal, 1992).
- Συμβάλλει στον έλεγχο του σωματικού βάρους (Carter et al., 2000; Clapp, 1995; Clapp, 2000; Sampselle, 1999).
- Βοηθάει στη διατήρηση του μυϊκού τόνου και της μυϊκής δύναμης, παράγοντες που κάνουν την έγκυο να αισθάνεται καλύτερα, δυναμώνοντας παράλληλα περιοχές του σώματος που επιβαρύνονται με την εγκυμοσύνη, όπως η μέση, η

κοιλιακή χώρα και η περιοχή της λεκάνης (Koniak-Griffin, 1994; Wallace, Boyer, Dan, Holm, 1986).

- Συμβάλλει στη νευρομυϊκή χαλάρωση, που είναι αναγκαία για τη γυναίκα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Clapp, 2000; Hall et al., 1987).

Οι ασκήσεις που διδάσκονται στα μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής πρέπει να γίνονται καθημερινά μετά τον 5ο -6ο μήνα της κύησης και έχουν στόχο τη μυϊκή τόνωση, την τεχνική των αναπνοών, τη χαλάρωση, τη συγκέντρωση, την καλή ισορροπία και την ψυχοσωματική αρμονία της εγκύου. Παράλληλα στοχεύουν να εξασφαλίσουν συνθήκες τέτοιες, ώστε ο τοκετός να διεξαχθεί με φυσικό τρόπο και χωρίς επιπλοκές.

Πιο συγκεκριμένα:

Οι σωματικές ασκήσεις: Οι σωματικές ασκήσεις, στατικές και δυναμικές, διατηρούν το σώμα σε καλή φόρμα, βελτιώνουν την ελαστικότητα των μυών και την ευλυγισία των αρθρώσεων, βελτιώνουν τη λειτουργία των εσωτερικών οργάνων και τα διατηρούν σε καλή κατάσταση, βελτιώνουν τη στάση του σώματος και μειώνουν τους πόνους από την πλάτη και τη μέση και βελτιώνουν την κυκλοφορία του αίματος σε όλο το σώμα.

Οι ασκήσεις νευρομυϊκής χαλάρωσης: Οι ασκήσεις νευρομυϊκής χαλάρωσης είναι ίσως οι σημαντικότερες και αποβλέπουν στο να μάθει η γυναίκα να ελέγχει τις μυϊκές συστολές του σώματος, ώστε να μπορεί σιγά σιγά να χαλαρώνει με τη θέλησή της. Όταν γίνουν αισθητές οι συστολές της μήτρας κατά το στάδιο της διαστολής, αρκετές γυναίκες αντιδρούν με σφίξιμο, δηλαδή με τη σύσπαση των μυών τους. Αυτό είναι εξαρτημένο αντανακλαστικό το οποίο, όχι μόνο δεν βοηθά στην καλή εξέλιξη του τοκετού, αλλά έχει και αρνητικό αποτέλεσμα, καθώς αυξάνει τη μυϊκή κόπωση. Κατά συνέπεια, αυξάνουν οι ανάγκες του οργανισμού σε οξυγόνο, ενώ λόγω της κόπωσης είναι δυνατόν να προκαλείται άλγος το οποίο γίνεται όλο και πιο έντονο. Η μυϊκή χαλάρωση λοιπόν, έχει στόχο την κατάργηση του εξαρτημένου αντανακλαστικού φόβος - σύσπαση - πόνος και την αντικατάστασή του από τον ηθελημένο αντανακλαστικό χαλάρωσης, ώστε να αμβλύνεται ο πόνος και εάν είναι δυνατόν να εξαλείφεται. Επίσης, οι ασκήσεις αυτές ενισχύουν την εγκεφαλική δραστηριότητα του φλοιού και την ικανότητα συγκέντρωσης, η οποία πλέον στρέφεται στους μύς και στη χαλάρωση τους και όχι στον παράγοντα

πόνος. Ιδιαίτερη σημασία έχει ότι, κατά την εκτέλεση κάθε άσκησης, πρέπει να συσπώνται και ύστερα να χαλαρώνουν μόνο τα μέρη του σώματος στα οποία αφορά η κάθε κίνηση. Οι τεχνικές της χαλάρωσης αποβάλλουν τη σωματική και τη νοητική ένταση και κούραση και αποτελούν την καλύτερη τεχνική για μια εγκυμοσύνη απελευθερωμένη από το άγχος.

Οι ασκήσεις ευλυγισίας: Οι ασκήσεις ευλυγισίας μετριάζουν τους οσφυϊκούς πόνους της εγκυμοσύνης και βελτιώνουν τον τόνο των μυών του περινέου. Στόχος των ασκήσεων είναι, όχι μόνο να εξασκήσουν τους μυς και τις αρθρώσεις που θα κινητοποιηθούν κατά τη διάρκεια του τοκετού, αλλά να διορθώσουν προληπτικά τις ελαττωματικές στάσεις που θα μπορούσαν να δημιουργήσουν ακόμα και κύφωση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Οι αναπνευστικές ασκήσεις: Οι αναπνευστικές ασκήσεις της ψυχοπροφυλακτικής μεθόδου διδάσκουν την εγκύου πως να κατευθύνει την αναπνοή της, ανάλογα με την εξέλιξη του τοκετού. Επίσης, διδάσκεται να χρησιμοποιεί σωστά το διάφραγμα, που είναι ο βασικός μυς της αναπνοής. Είναι εύκολο να κατανοηθεί η σπουδαιότητα της καλής λειτουργίας της αναπνοής, ιδίως κατά την ώρα του τοκετού, δεδομένου ότι με την εισπνοή προσκομίζεται αρκετή ποσότητα οξυγόνου στους ιστούς και τους μυς, ιδιαίτερος δε στη μήτρα. Εφοδιάζεται με οξυγόνο ο εγκέφαλος, ώστε να λειτουργεί επαρκώς και να κατευθύνει τους μυς σε συστολή ή χαλάρωση και με τη φυσιολογική αιμάτωση του πλακούντα το νεογνό διατηρεί σταθερή την οξυγόνωση η οποία είναι απαραίτητη.

Οι ασκήσεις της συγκέντρωσης: Οι τεχνικές της συγκέντρωσης ηρεμούν το νου, εναρμονίζουν τις νοητικές λειτουργίες, βελτιώνουν τη συγκέντρωση και τη μνήμη, δυναμώνουν την αυτοπεποίθηση, τη θέληση, τη σιγουριά και τη δημιουργικότητα και τέλος βοηθούν στη διατήρηση της νοητικής ισορροπίας.

Σύμφωνα με τη Μπρατίδου (2002), οι ασκήσεις ψυχοπροφυλακτικής στοχεύουν:

- στην άσκηση και ενίσχυση του πνευλικού εδάφους
- την ενδυνάμωση των κοιλιακών τοιχωμάτων
- την αύξηση της κινητικότητας της σπονδυλικής στήλης

- τη διατήρηση της σωστής στάσης του σώματος
- την καταπολέμηση του ισχιακού πόνου
- την ενδυνάμωση του μαστικού αδένα
- τη βελτίωση του μεταβολισμού και της πέψης
- την καλύτερη κυκλοφορία του αίματος
- και την καλύτερη συναισθηματική και σωματική προσαρμογή στη λοχεία.

Παρόλο που μέχρι σήμερα έχουν διεξαχθεί αρκετές έρευνες σχετικά με την επίδραση της άσκησης στην κατάθλιψη, οι έρευνες σχετικά με την άσκηση και την κατάθλιψη της λοχείας είναι λιγοστές (Blumenthal et al., 1999; Carter et al., 2000; Dennis, 2005; Fontaine et al., 1997; Haas, 2005; Hall et al., 1996; Koltyn, 1994; Koltyn et al., 1997; Koniak-Griffin, 1994; Sampselle, 1999; Singh et al., 1997).

Ο Wallace και συνεργάτες (1986) μελέτησαν τη σχέση μεταξύ της αερόβιας άσκησης, της αυτοεκτίμησης και των φυσικών σωματικών ενοχλήσεων κατά τη διάρκεια της κύησης, συγκρίνοντας μια ομάδα γυναικών που συμμετείχε σε πρόγραμμα άσκησης και μια που δεν συμμετείχε. Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 53 έγκυες γυναίκες. Από αυτές, οι 31 γυναίκες ασκούσαν και οι 22 δεν ασκούσαν. Η ομάδα των γυναικών που συμμετείχε σε πρόγραμμα άσκησης είχε στατιστικά σημαντικά υψηλότερα ποσοστά αυτοπεποίθησης και λιγότερες φυσικές σωματικές ενοχλήσεις όπως πόνος στη μέση, πονοκέφαλο, κούραση, δυσκολία στην αναπνοή και έξαψη, σε σύγκριση με την ομάδα που δεν γυμνάζονταν. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η άσκηση κατά την εγκυμοσύνη συνδέεται με υψηλά επίπεδα αυτοπεποίθησης και χαμηλά σκορ όσον αφορά τα φυσικά ενοχλήματα της κύησης. Παράλληλα, όπως προαναφέρθηκε σύμφωνα με τους Hall και συνεργάτες (1996) και Fontaine και συνεργάτες (1997), η αισιοδοξία και τα υψηλά επίπεδα αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης του ατόμου μειώνουν στατιστικά σημαντικά τις πιθανότητες εμφάνισης συμπτωμάτων επιλόχειας κατάθλιψης. Επομένως, η άσκηση αυξάνει την αυτοεκτίμηση του ατόμου με αποτέλεσμα να μειώνει τα επίπεδα κατάθλιψης της λοχείας.

Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξαν και οι Horns, Ratcliffe, Leggett, Swanson (1996) οι οποίοι μελέτησαν την επίδραση της άσκησης Lamaze (μαθήματα

ψυχοπροφυλακτικής που διδάσκονται στα νοσοκομεία) κατά τη διάρκεια του τελευταίου τριμήνου της εγκυμοσύνης στο μητρικό βάρος, τη διάρκεια του τοκετού, τις φυσικές σωματικές ενοχλήσεις της εγκυμοσύνης και το βάρος γέννησης των νεογνών. Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 101 έγκυες γυναίκες. Από αυτές, οι 53 γυναίκες γυμνάζονταν και οι 48 δεν γυμνάζονταν. Από τα αποτελέσματα της έρευνας φάνηκε ότι η άσκηση δεν είχε καμία σημαντική επίδραση στο μητρικό βάρος ή το βάρος γέννησης των νεογνών όμως οι γυναίκες της ομάδας άσκησης ανέφεραν λιγότερες σωματικές ενοχλήσεις, έναντι των γυναικών της ομάδας ελέγχου, όπως οιδήματα, κράμπες στα πόδια, κούραση και δυσκολία στην αναπνοή. Συμπερασματικά αναφέρετε ότι οι γυναίκες που συμμετέχουν σε προγράμματα άσκησης κατά τη διάρκεια του τελευταίου τριμήνου της εγκυμοσύνης αναφέρουν λιγότερες σωματικές ενοχλήσεις που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη.

Ομοίως, ο Koniak-Griffin (1994), εξέτασε την επίδραση ενός προγράμματος άσκησης διάρκειας 6 εβδομάδων στην αυτοεκτίμηση, το επίπεδο κατάθλιψης και τις φυσικές σωματικές ενοχλήσεις εγκύων γυναικών, ηλικίας 14- 20 ετών. Από τα αποτελέσματα της έρευνας φάνηκε ότι οι έφηβες έγκυες γυναίκες είχαν μια στατιστικά σημαντική μείωση στα επίπεδα της κατάθλιψης και παράλληλα σημαντική αύξηση της αυτοεκτίμησης. Αντίθετα η ομάδα ελέγχου παρουσίασε σημαντική αύξηση στις φυσικές σωματικές ενοχλήσεις που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη όπως πόνος στη μέση, πονοκέφαλο, κούραση κλπ. Επομένως, σύμφωνα με τον ερευνητή, τα προγράμματα άσκησης πρέπει να αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της περιγεννητικής φροντίδας των εγκύων ώστε να επιτευχθεί μια σωστή και υγιή εξέλιξη της εγκυμοσύνης.

Την ίδια χρονιά, ο Koltyn (1994) εξέτασε τις άμεσες αλλαγές που επήλθαν στην ψυχική διάθεση μιας ομάδας εγκύων γυναικών που ακολούθησαν ένα πρόγραμμα άσκησης και μιας ομάδας εγκύων που παρακολούθησε ένα μάθημα το οποίο περιελάμβανε ενημέρωση σχετικά με τον τοκετό. Από τα αποτελέσματα της έρευνας φάνηκε ότι τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης μειώθηκαν στατιστικά σημαντικά στις γυναίκες που γυμνάζονταν ενώ δεν υπήρξε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά στις γυναίκες που έλαβαν πληροφορίες σχετικά με τον τοκετό. Συνεπώς, η άσκηση αποτελεί

ένα σημαντικό μη φαρμακολογικό μέσο για να μπορέσουν οι έγκυες γυναίκες να διαχειριστούν καλύτερα τις αλλαγές στην ψυχική τους διάθεση που φυσιολογικά απαντώνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς μειώνει τα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης προλαμβάνοντας έτσι την κατάθλιψη που ακολουθεί αμέσως μετά τον τοκετό κατά την περίοδο της λοχείας.

Ο Carter και συνεργάτες (2000) μελέτησαν σε 64 γυναίκες τη σχέση μεταξύ των συμπτωμάτων κατάθλιψης, με το δείκτη σωματικής μάζας και τη διατροφική συμπεριφορά κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας. Από τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώθηκε ότι κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τα συμπτώματα της κατάθλιψης δεν συσχετίζονταν στατιστικά σημαντικά με το δείκτη σωματικής μάζας ή τη διατροφική συμπεριφορά. Όμως, ο δείκτης σωματικής μάζας και οι διατροφικές συνήθειες συσχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά με τα συμπτώματα κατάθλιψης από τον 4ο έως και τον 14ο μήνα της λοχείας. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι υπέρβαρες γυναίκες είχαν υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν συμπτώματα κατάθλιψης κατά την περίοδο της λοχείας. Επομένως, η σωστή διαχείριση του βάρους μέσω της άσκησης συμβάλλει στη μείωση της εμφάνισης των συμπτωμάτων επιλόχειας κατάθλιψης.

Μια παρόμοια έρευνα με τον προηγούμενο ερευνητή πραγματοποίησε ο Clapp (1995) ο οποίος μελέτησε την επίδραση ειδικών προγραμμάτων άσκησης κατά τη διάρκεια της κύησης στο σωματικό βάρος και το υποδόριο λίπος εγκύων γυναικών καθώς και στο βάρος γέννησης των νεογνών. Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 20 γυναίκες ηλικίας 28,90 ($\pm 3,01$) χρονών, όπου ($n=10$) η ομάδα των γυναικών που ακολούθησαν ένα συστηματικό πρόγραμμα άσκησης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους και ($n=10$) η ομάδα ελέγχου, οι γυναίκες που δεν ασκήθηκαν. Έγιναν μετρήσεις των δερματοπτυχών, του σωματικού λίπους και βάρους των εγκύων, του βάρους γέννησης των νεογνών καθώς και της διάρκειας του τοκετού και στις δύο ομάδες. Οι γυναίκες και των 2 ομάδων (άσκησης και ελέγχου) ακολουθούσαν μια ισορροπημένη διατροφή κατά τη διάρκεια της έρευνας. Από τα αποτελέσματα της έρευνας, διαπιστώθηκε μια επίδραση της άσκησης σε κάποιες από τις μεταβλητές, ειδικά σε εκείνες που περιελάμβαναν την

περίοδο της λοχείας, πιο συγκεκριμένα το διάστημα από τον 3^ο έως τον 10^ο μήνα. Το γεγονός αυτό, σημαίνει ότι η άσκηση επηρέασε στατιστικά σημαντικά την επαναφορά στα φυσιολογικά επίπεδα βάρους μετά τον τοκετό στις γυναίκες της ομάδας άσκησης. Σημαντικά θετικά επηρέασε και τη διάρκεια τοκετού για τις ίδιες γυναίκες. Αντίθετα, το βάρος γέννησης των νεογνών δεν επηρεάστηκε σημαντικά από την άσκηση και στις 2 ομάδες. Ο ερευνητής κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η άσκηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης επηρέασε τις περισσότερες μεταβλητές του σωματικού λίπους και βάρους των γυναικών της ομάδας άσκησης, άλλες λιγότερο και άλλες περισσότερο. Ο έλεγχος της διατροφής επιβεβαίωσε την επίδραση της άσκησης. Επίσης, επιβεβαιώθηκαν τα οφέλη της άσκησης κατά την εγκυμοσύνη, τα οποία ήταν η γρηγορότερη επαναφορά της εγκύου στα 'σωματικά' επίπεδα που υπήρχαν πριν από την έναρξη της κύησης, η καλύτερη ψυχική διάθεση και ο συντομότερος τοκετός.

Ιδιαίτερης σημασίας είναι η έρευνα του Koltyn και συνεργάτες (1997) οι οποίοι μελέτησαν την επίδραση ενός προγράμματος άσκησης διάρκειας 60 min και ενός προγράμματος ηρεμίας της ίδιας χρονικής διάρκειας, στη μείωση του άγχους και της κατάθλιψης κατά την περίοδο της λοχείας. Στην έρευνα συμμετείχαν είκοσι γυναίκες οι οποίες χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Την ομάδα άσκησης (n=10) και την ομάδα ελέγχου (n=10). Από τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική μείωση των επιπέδων του άγχους και της κατάθλιψης στην ομάδα άσκησης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Επομένως, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η επίδραση της άσκησης στην περίοδο της λοχείας είναι ιδιαίτερα σημαντική στην καλή ψυχολογική διάθεση της γυναίκας.

Σύμφωνα με τη Sampselle (1999) οι γυναίκες που γυμνάζονται πριν και μετά τον τοκετό όχι μόνο έχουν καλύτερο έλεγχο του σωματικού τους βάρους μετά τον τοκετό, αλλά παραμένουν περισσότερο κοινωνικές και νιώθουν καλύτερα με τον εαυτό τους κατά την περίοδο της λοχείας. Επίσης, έχουν περισσότερες πιθανότητες να συμμετέχουν σε διάφορες δραστηριότητες όπως επίσκεψη σε φίλους και την οικογένεια, απασχόληση με χόμπι και παρακολούθηση κινηματογράφου. Στην έρευνα αυτή, συμμετείχαν γυναίκες οι οποίες συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο την 6^η εβδομάδα της λοχείας. Σχεδόν, το

35% των γυναικών γυμνάζονταν τρεις φορές την εβδομάδα. Οι γυναίκες με φυσική δραστηριότητα ήταν στατιστικά σημαντικά λιγότερα κιλά απ' ότι αυτές δίχως φυσική δραστηριότητα. Επίσης, οι γυναίκες με φυσική δραστηριότητα είχαν μικρότερη δυσκολία στην προσαρμογή τους στη νέα τους ζωή με το νεογέννητο και περισσότερες πιθανότητες για κοινωνικοποίηση και συμμετοχή σε άλλες δραστηριότητες αναψυχής. Παρ' όλο που τα συμπεράσματα σχετικά με την επίδραση της άσκησης στην ψυχική υγεία χρειάζονται περαιτέρω διερεύνηση, η έρευνα έδειξε ότι οι γυναίκες που γυμνάζονταν κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας ήταν περισσότερο ικανοποιημένες από τη ζωή τους και από το σύντροφό τους, και είχαν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση σχετικά με την ικανότητά τους ως μητέρα. Επίσης, είχαν καλύτερη εμπειρία από τη διαδικασία της εγκυμοσύνης και του τοκετού, τη μητρότητα και την υποστήριξη από τους φίλους και την οικογένεια.

Η Haas (2005) πραγματοποίησε μια μελέτη σε γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και αμέσως μετά τον τοκετό, σχετικά με την άσκηση και την κατάθλιψη της κύησης και της λοχείας. Στην έρευνα αυτή διαπίστωσε ότι κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρουσιάστηκαν ψυχοσωματικές μεταβολές στις γυναίκες καθώς και αύξηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης τα οποία παρατείνονταν και στην περίοδο μετά τον τοκετό. Οι ερευνητές παρατήρησαν ότι η κατάθλιψη ήταν πιο συχνή ανάμεσα σε γυναίκες οι οποίες ανέφεραν χαμηλή οικονομική κατάσταση, φτωχή υγεία και έλλειψη φυσικής δραστηριότητας και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η άσκηση είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος στη διαχείριση και πρόληψη των ψυχοσωματικών μεταβολών και κυρίως των συμπτωμάτων της κατάθλιψης.

Τέλος, η Dennis (2005) έκανε μια ανασκόπηση βιβλιογραφίας και δεν βγήκε καμία επίδραση των διαφόρων προγραμμάτων που παραδίδονται σε έγκυες κατά τη διάρκεια της κύησης στην επιλόχεια κατάθλιψη, συμπεριλαμβανομένου των ειδικών προγεννητικών μαθημάτων για τη διαχείριση της κατάθλιψης. Σύμφωνα όμως με την ερευνήτρια ο λόγος δεν είναι ότι οι παρεμβάσεις αυτές είναι αναποτελεσματικές αλλά το γεγονός ότι η συμμετοχή των γυναικών είναι πολύ χαμηλή. Οι περισσότερες γυναίκες δηλώνουν πολυάσχολες και δεν παρακολουθούν τα μαθήματα. Πάντως, τα στοιχεία

δείχνουν ότι η επιλόχεια κατάθλιψη προλαμβάνεται με τις συγκεκριμένες στρατηγικές πρόληψης. Η Dennis διαπίστωσε ότι η επιλόχεια κατάθλιψη μειώθηκε κατά 19% μέσω των ειδικών προγραμμάτων για εγκύους. Η ατομική προσέγγιση και η εντατική υποστήριξη που παρέχεται από τους ειδικούς της υγείας ήταν η πιο πετυχημένη προσέγγιση στην πρόληψη της επιλόχειας κατάθλιψης. Αντίθετα, οι στρατηγικές με βάση την ομάδα ήταν αναποτελεσματικές. Επίσης, η ατομική και ευέλικτη φροντίδα μετά τον τοκετό που παρέχεται από εξειδικευμένους επαγγελματίες της υγείας και βασίζονται στις μητρικές ανάγκες πιθανόν να έχουν προληπτική επίδραση.

Επομένως, από τις παραπάνω έρευνες συμπεραίνουμε ότι τα οφέλη από τη συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης κατά τη διάρκεια της κύησης είναι ποικίλα, και ότι οι γυναίκες που γυμνάζονται έχουν καλύτερη φυσική και ψυχική υγεία. Γενικότερα, έχουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση, καλύτερο έλεγχο του σωματικού βάρους και γρηγορότερη αποκατάσταση μετά από τον τοκετό. Επίσης, έχουν λιγότερες φυσικές σωματικές ενοχλήσεις όπως πόνο της σπονδυλικής στήλης στο ύψος της μέσης και κούραση, και τέλος είναι πιο κοινωνικές, έχουν λιγότερο άγχος, και μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης. Η άσκηση λοιπόν στην εγκυμοσύνη, θα πρέπει να προτείνεται από τους αρμόδιους φορείς και οι γυναίκες να ενθαρρύνονται ώστε να συμμετέχουν στα ειδικά προγράμματα ψυχοσωματικής προετοιμασίας.

Σύμφωνα όμως, με την έρευνα των Entin and Munhall (2006) αν και το Αμερικανικό Κολέγιο Μαιευτικής και Γυναικολογίας (ACOG) συνιστά την αεροβική άσκηση σε όλες τις έγκυες γυναίκες που δεν έχουν ιατρικές ή μαιευτικές επιπλοκές, εν τούτοις, μόνο ένα μικρό ποσοστό των εγκύων γυναικών λαμβάνει οδηγίες από τον μαιευτήρα σχετικά με την άσκηση. Οι ερευνητές μελέτησαν το βαθμό στον οποίο οι μαιευτήρες στις ΗΠΑ συστήνουν την άσκηση στις γυναίκες που παρακολουθούν. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι μισοί από τους μαιευτήρες που πήραν μέρος στην έρευνα, συνήθως δεν αναφέρουν και δεν συστήνουν την άσκηση στην εγκυμοσύνη. Η πλειοψηφία των ιατρών είναι διστακτικοί να συμβουλέψουν τις έγκυες οι οποίες δεν γυμνάζονταν πριν την κύηση, να αρχίσουν να γυμνάζονται τώρα, και είναι συντηρητική όσον αφορά την ένταση της άσκησης. Επομένως, χρειάζεται περισσότερη δράση από το

κράτος και ενημέρωση των μαιευτήρων, για να πειστούν ότι τα οφέλη της άσκησης είναι ποικίλα και ότι ενδείκνυται κατά τη διάρκεια της κύησης σε όλες τις υγιείς έγκυες γυναίκες.

Ψυχολογική προετοιμασία της εγκύου

Η επίδραση της υποστήριξη στην κύηση και επιλόχεια κατάθλιψη

Το άγχος για την εξέλιξη της εγκυμοσύνης, ο φόβος για τον τοκετό, η τροποποίηση της οικογενειακής συσχέτισης και οι τυχόν οικονομικές ή άλλες επιβαρύνσεις από την παρουσία του νέου μέλους στην οικογένεια, αποτελούν ουσιαστικούς λόγους για την επίδραση των διαφορών ψυχικών διαταραχών στη κύηση και τη λοχεία (Roca, 2005).

Η σωστή προετοιμασία της γυναίκας στη μητρότητα, η υποστήριξη, η ενημέρωση και το είδος της σχέσης του ζευγαριού παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της κατάθλιψης της λοχείας (Hobfoll, Cameron, Chapman, & Gallagher, 1996). Μετά τον τοκετό, σε κάποια ζευγάρια, η γέννηση του παιδιού δυναμώνει τη σχέση τους και οδηγεί σε ένα θερμό και συγχρόνως υποστηρικτικό περιβάλλον για την ανάπτυξη του νεογέννητου. Μια σταθερή συζυγική σχέση, βοηθά τους νέους γονείς να αποδεχθούν τις υψηλές απαιτήσεις του γάμου, του παιδιού και της οικογένειας. Αντίθετα μια φτωχή συζυγική σχέση σε συνδυασμό με την απουσία υποστήριξης στην εγκυμοσύνη αποτελεί προγνωστικό της εμφάνισης της επιλόχειας κατάθλιψης (Paykel, Emms, Fletcher, & Rassaby, 1980).

Σύμφωνα με τον Cutrona (1984) αν μία γυναίκα δεν λαμβάνει την απαραίτητη κοινωνική υποστήριξη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συχνά παρουσιάζει αρνητικά συναισθήματα όπως συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης και αδιάφορη συμπεριφορά προς το νεογέννητο, αμέσως μετά τον τοκετό και κατά τη διάρκεια της λοχείας.

Η O'Hara (1986) μελέτησε 89 γυναίκες από το δεύτερο τρίμηνο της κύησης μέχρι την 9η εβδομάδα μετά την εγκυμοσύνη. Σκοπός της έρευνας ήταν να διαπιστώσει την επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης και των γεγονότων της ζωής στην κατάθλιψη, κατά την κύηση και τη λοχεία. Έγκυες που έπασχαν από κατάθλιψη και έγκυες χωρίς

κατάθλιψη μετρήθηκαν και συγκρίθηκαν τόσο κατά το δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, όσο και κατά την περίοδο της λοχείας σχετικά με τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής τους και με την κοινωνική υποστήριξη που δέχτηκαν από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον. Το 9% από τις γυναίκες κατά την εγκυμοσύνη και το 12 % από τις γυναίκες μετά τον τοκετό έπασχαν από κατάθλιψη. Οι γυναίκες οι οποίες εμφάνισαν συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης δήλωσαν περισσότερα στρεσογόνα γεγονότα ζωής και λιγότερη υποστήριξη από το σύζυγο τους, από τις γυναίκες οι οποίες δεν έπασχαν από κατάθλιψη της λοχείας. Οι έγκυες με κατάθλιψη στην εγκυμοσύνη ανέφεραν λιγότερη υποστήριξη από το σύζυγο τους και περισσότερη υποστήριξη από τους φίλους τους. Επομένως, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ψυχολογική υποστήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον βοηθάει στη μείωση της εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης.

Παράλληλα, αμέσως μετά τη γέννηση, πολλές γυναίκες βιώνουν έντονο άγχος στην προσπάθεια τους να χειριστούν ταυτόχρονα τους μητρικούς και συζυγικούς ρόλους. Σύμφωνα με τον Belsky (1984) η κοινωνική υποστήριξη συνδέεται με τη μητρική αυτοεκτίμηση, την ευαισθησία και την υπομονή. Τα παραπάνω προάγουν την οικογενειακή συνοχή και επιτρέπουν την καλύτερη λειτουργία της οικογένειας. Αντίθετα, οι μητέρες που στερούνται υποστήριξης είναι πιθανότερο να βιώσουν καταθλιπτικά συμπτώματα τα οποία έχουν αρνητική επίδραση τόσο στις ίδιες όσο και στις οικογενειακές τους σχέσεις (Cumsille & Epstein, 1994; Simons, Lorenz, Wu, & Conger, 1993).

Οι ερευνητές Gjerdingen, Froberg, Fontaine (1991) πραγματοποίησαν μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την κοινωνική υποστήριξη και τη σχέση της με τη μητρική υγεία, από την οποία διαπιστώθηκε ότι η συναισθηματική, η απτή και η ενημερωτική υποστήριξη συσχετίζεται θετικά με την ψυχική και φυσική υγεία των γυναικών κατά τη διάρκεια της μητρότητας. Η σημασία των διάφορων τύπων υποστήριξης αλλάζει σύμφωνα με τις μεταβαλλόμενες ανάγκες των γυναικών καθώς εξελίσσονται από την εγκυμοσύνη, στον τοκετό και τη γέννηση, και έπειτα στη περίοδο της λοχείας. Κατά τη διάρκεια της κύησης, η συναισθηματική και η απτή υποστήριξη

που παρέχεται από το σύζυγο και από εξειδικευμένο προσωπικό της υγείας, συσχετίζεται με τη διανοητική υγεία της εγκύου. Επιπλέον, η ενημερωτική υποστήριξη που παρέχεται στα μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής προετοιμασίας της εγκύου σχετίζεται με λιγότερες μητρικές φυσικές επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, και με καλύτερη φυσική και ψυχική υγεία μετά τον τοκετό. Οι μητέρες που είχαν υποστήριξη από το σύντροφο ή από μαίες/ες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, είχαν λιγότερες επιπλοκές στον τοκετό και μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης. Η ψυχική υγεία των νέων μητέρων μετά τον τοκετό συσχετίζεται τόσο με τη συναισθηματική υποστήριξη όσο και με την πρακτική βοήθεια (π.χ. δραστηριότητες οικιακής και παιδικής μέριμνας) που παρέχονται από το σύζυγο και από εξειδικευμένο προσωπικό της υγείας. Κατά τους ερευνητές, οι προμηθευτές υγειονομικής περίθαλψης βρίσκονται στη μοναδική θέση να εκπαιδεύσουν τους νέους γονείς για τη σημασία της κοινωνικής υποστήριξης στη μητρότητα και μπορούν να διαδραματίσουν έναν κρίσιμο ρόλο ώστε να κινητοποιήσουν τα κοινωνικά συστήματα υποστήριξης για τις νέες μητέρες.

Σύμφωνα με τους ερευνητές Collins, Dunkel-Schetter, Lobel, Scrimshaw (1993) οι γυναίκες που λαμβάνουν την απαραίτητη υποστήριξη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, έχουν καλύτερη ψυχική και σωματική υγεία και βιώνουν θετικότερα συναισθήματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας, από τις γυναίκες οι οποίες δεν λαμβάνουν επαρκή υποστήριξη.

Σε παρόμοια συμπεράσματα με τους προηγούμενους ερευνητές κατέληξαν οι Stamp, Williams, Crowther (1995) οι οποίοι εξέτασαν την επίδραση της προγεννητικής και της μεταγεννητικής υποστήριξης και ενημέρωσης στην επιλόχεια κατάθλιψη. Στην έρευνα αυτή, πήραν μέρος γυναίκες οι οποίες θεωρούνταν περισσότερο ευπαθείς στην ανάπτυξη επιλόχειας κατάθλιψης και χωρίστηκαν τυχαία σε δυο ομάδες. Στην πρώτη ομάδα οι γυναίκες παρακολούθησαν δύο ομαδικά, ενημερωτικά μαθήματα στη εγκυμοσύνη και ένα μάθημα μετά τον τοκετό, ενώ η δεύτερη ομάδα δεν παρακολούθησε κανένα μάθημα και αποτέλεσε την ομάδα ελέγχου. Η μεταγεννητική κλίμακα κατάθλιψης του Εδιμβούργου (EPDS) χρησιμοποιήθηκε για τη διάγνωση της κατάθλιψης

της λοχείας. Την 6^η εβδομάδα μετά τον τοκετό, στην ομάδα παρέμβασης 8 από τις 64 γυναίκες (13%) είχαν υψηλό σκορ (>12) στη μεταγεννητική κλίμακα κατάθλιψης του Εδιμβούργου, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου 11 από τις 64 (17%). Ομοίως την 12^η εβδομάδα 7 από τις 63 (11%) σε αντίθεση με 10 από τις 65 (15%) είχαν βαθμολογία πάνω από 12. Αντίθετα, τον 6^ο μήνα 9 από τις 60 (15%) σε αντίθεση με 6 από τις 64 (10%) είχαν βαθμολογία πάνω από 12, γεγονός το οποίο δείχνει ότι η παρέμβαση είχε μια θετική επίδραση την 6^η και την 12^η εβδομάδα της λοχείας αλλά δεν είχε στατιστικά σημαντική επίδραση στα ποσοστά επιλόχειας κατάθλιψης τον 6^ο μήνα μετά τον τοκετό.

Οι Goldstein, Diener, Mangelsdorf (1996) εξέτασαν τη σχέση μεταξύ προσωπικότητας, ψυχολογικής διαθέσεις, άγχους και κοινωνικής υποστήριξης κατά τη διάρκεια της μετάβασης στη μητρότητα και τη συναισθηματική κατάσταση της μητέρας μέχρι τον 3^ο μήνα της λοχείας. Στην έρευνα αυτή, πήραν μέρος 70 γυναίκες οι οποίες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια κατά τη διάρκεια της κύησης και τρεις μήνες μετά τον τοκετό. Οι γυναίκες ανέφεραν περισσότερο άγχος και λιγότερη ικανοποίηση από τη συζυγική υποστήριξη μετά τον τοκετό απ'ότι στην εγκυμοσύνη. Από τα αποτελέσματα της έρευνας αποδείχτηκε ότι οι γυναίκες που δεν είχαν αρκετή στήριξη κατά τη διάρκεια της κύησης και δεν ήταν ικανοποιημένες από τη στήριξη που δέχθηκαν εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά επιλόχειας κατάθλιψης από τις γυναίκες που δέχθηκαν μεγάλη στήριξη και ήταν ευχαριστημένες από το είδος και την ποσότητα της στήριξης που δέχθηκαν. Επίσης, η έρευνα έδειξε ότι οι έγκυες που απολαμβάνουν την κοινωνική στήριξη έχουν καλύτερη ψυχική και σωματική υγεία, τόσο πριν, όσο και μετά τον τοκετό. Γενικά, η στήριξη από το σύντροφο κατά την κύηση συνδέεται θετικά με την καλή ψυχική διάθεση κατά την περίοδο της λοχείας και έχει επίδραση όχι μόνο στην υγεία της μητέρας αλλά και στην προσαρμογή της στη μητρότητα.

Την ίδια χρονιά, οι ερευνητές Terry, Mayocchi, Hynes (1996) αναφέρουν ότι αν και δεν είναι τόσο σημαντική η στήριξη των μη συγγενών, όσο του συντρόφου και της οικογένειας, οι νέες μητέρες αξιολογούν ιδιαίτερα χρήσιμη τη στήριξη των φίλων, των συναδέλφων και των ειδικών οι οποίοι παρέχουν μαιευτική φροντίδα όπως οι μαίες/ες,

που ίσως τις παρέχουν πρακτική, ενημερωτική και ιδεολογική στήριξη, όσο αφορά τον τρόπο ζωής και την απόδοση των ρόλων.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι και η μελέτη των Waldenstrom, Brown, McLachlan, Forster, Brennecke (2000) στόχος της οποίας ήταν να αξιολογήσει την επίδραση ενός νέου ομαδικού προγράμματος μαιευτικής φροντίδας που εφαρμόζεται από τις μαίες μέσα στο περιβάλλον των μαιευτικών κλινικών και των νοσοκομείων (μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής) στην ικανοποίηση των γυναικών τόσο πριν από τη γέννηση, όσο κατά τη διάρκεια του τοκετού και της λοχείας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ένα νοσοκομείο στη Μελβούρνη της Αυστραλίας και οι γυναίκες τοποθετήθηκαν τυχαία είτε στην ομάδα παροχής μαιευτικής φροντίδας από μαίες/ες (n=495) ή στην ομάδα ελέγχου (n=505) κατά την έναρξη της εγκυμοσύνης. Στην ομάδα ελέγχου οι γιατροί παρείχαν την τυπική μαιευτική φροντίδα όπως στις περισσότερες γυναίκες, χωρίς όμως τη συμβουλευτική παρέμβαση των μαιών/ων. Η ικανοποίηση μετρήθηκε με τη βοήθεια ενός ερωτηματολογίου 2 μήνες μετά από τη γέννηση. Από τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώθηκε ότι το ομαδικό πρόγραμμα μαιευτικής φροντίδας που εφαρμόζεται από μαίες/ες συνδέθηκε με την αυξανόμενη ικανοποίηση των γυναικών, και οι διαφορές μεταξύ των ομάδων ήταν στατιστικά σημαντικές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού και λιγότερο σημαντικές στη διάρκεια της λοχείας.

Ένα χρόνο μετά την έρευνα των προηγούμενων ερευνητών, οι Zlotnick, Johnson, Miller, Pearlstein, Howard (2001) πραγματοποίησαν μια πολύ ενδιαφέρουσα έρευνα που σκοπό είχε να μελετήσει εάν μια προληπτική συμβουλευτική παρέμβαση που παρέχεται στις γυναίκες κατά τη διάρκεια της κύησης, θα μείωνε τον κίνδυνο κατάθλιψης μετά τον τοκετό. Στην έρευνα συμμετείχαν 37 γυναίκες οι οποίες λάμβαναν κοινωνική υποστήριξη και ενημέρωση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και είχαν τουλάχιστον έναν παράγοντα κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης μετά τον τοκετό. Τοποθετήθηκαν τυχαία σε δύο ομάδες. Στην ομάδα παρέμβασης, η οποία συμμετείχε σε τέσσερις ομαδικές συναντήσεις συμβουλευτικού χαρακτήρα και στην ομάδα ελέγχου η οποία έλαβε τη συνηθισμένη μαιευτική φροντίδα χωρίς επιπλέον ενημερωτική και συμβουλευτική υποστήριξη. Τριάντα πέντε από τις γυναίκες ολοκλήρωσαν τη μελέτη. Στα πλαίσια της

μελέτης πραγματοποιήθηκαν διαγνωστικές συνεντεύξεις για να αξιολογήσουν τα επίπεδα της επιλόχειας κατάθλιψης. Από τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώθηκε ότι, 3 μήνες μετά τον τοκετό, 6 από τις 18 γυναίκες (33%) της ομάδας που λάμβαναν τη συνηθισμένη μαιευτική φροντίδα, εμφάνισε συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης, ενώ καμία από τις 17 γυναίκες της ομάδας παρέμβασης δεν παρουσίασε κατάθλιψη μετά τον τοκετό. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι μια παρέμβαση προσανατολισμένη σε τέσσερις ομαδικές συναντήσεις με συμβουλευτικό και ενημερωτικό περιεχόμενο, ήταν επιτυχής στην παρεμπόδιση εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης 3 μήνες μετά τον τοκετό, σε μια ομάδα γυναικών οι οποίες είχαν τουλάχιστον έναν παράγοντα κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης της λοχείας όπως π.χ. οικονομικές δυσχέρειες.

Την επίδραση της υποστήριξης στην εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης μελέτησε και η ερευνήτρια Dennis (2003) με τη μόνη διαφορά ότι η υποστήριξη παρέχονταν από άτομα με προηγούμενη εμπειρία στη μητρότητα. Στην έρευνα αυτή, 16 από τις 20 συμμετέχοντες (80%) αξιολόγησαν θετικά την υποστήριξη από άλλες γυναίκες με προηγούμενη εμπειρία από τη μητρότητα, και το 87.5% από αυτές (14 από τις 16) έδειξε ότι ήταν πολύ ικανοποιημένες. Οι νέες μητέρες ένιωθαν ότι τις παρείχαν αξιόλογη συναισθηματική και ενημερωτική υποστήριξη, ότι ήταν αξιόπιστες και κατανοούσαν τις ανάγκες τους, καθώς και ότι αυτού του είδους η υποστήριξη είχε θετική επίδραση στην ψυχική τους υγεία. Σε αυτήν την έρευνα, 15% των μητέρων που έλαβαν την υποστήριξη είχε εμφανίσει συμπτώματα κατάθλιψης την 8^η εβδομάδα αξιολόγησης, έναντι 52,4% των γυναικών στην ομάδα ελέγχου. Η σημαντική επίδραση της υποστήριξης από άλλες γυναίκες στην καταθλιπτική συμπτωματολογία την 4^η και την 8^η εβδομάδα αξιολογήσεων παρέμεινε ακόμα και αφού ελέγχθηκαν οι δημογραφικές μεταβλητές όπως η ηλικία, η εκπαίδευση και το εισόδημα. Εξίσου σημαντική είναι η διαπίστωση ότι στατιστικά σημαντικά περισσότερες μητέρες στην ομάδα ελέγχου είχαν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και στις δύο περιόδους της αξιολόγησης. Κατά συνέπεια, αυτού του είδους η υποστήριξη μείωσε όχι μόνο τον αριθμό των γυναικών που ενδεχομένως είχαν σημαντικό ποσοστό επιλόχειας κατάθλιψης αλλά και εκείνων με πιθανή ανάπτυξη επιλόχειας κατάθλιψης. Αντίθετα, δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά

μεταξύ των δύο ομάδων σε σχέση με τη μητρική αυτοεκτίμηση, το άγχος για τη φροντίδα των παιδιών και τη μοναξιά.

Αυτή η εύρεση είναι σύμφωνη με παλιότερες έρευνες όπως αυτή των Dennis, Hodnett, Gallop, Chalmers (1985) και Israel (1985) οι οποίοι ανέφεραν ότι δεν είναι η ποσότητα αλλά η ποιότητα των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και των σχέσεων που συνδέονται εντονότερα με τις εκβάσεις υγείας. Μια άλλη εξήγηση για αυτήν την εύρεση πιθανόν να είναι όχι η πραγματική λήψη υποστήριξης αλλά η αντίληψη ότι ένας εθελοντής είναι διαθέσιμος πάντα, όταν και εάν είναι απαραίτητο. Η έρευνα έχει δείξει ότι πολλές φορές η αντιληπτή υποστήριξη μπορεί να έχει μια ισχυρότερη επίδραση στην ψυχική υγεία απ'ότι η πραγματική υποστήριξη (Wethington & Kessler, 1986).

Η επίδραση της υποστήριξης κατά τη διάρκεια του τοκετού

Εκτός από την υποστήριξη που παρέχεται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης οι ερευνητές μελέτησαν την επίδραση της υποστήριξης που παρέχεται από μαίες/ες μόνο κατά τη διάρκεια του τοκετού και τη δράση αυτής στην εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης.

Πιο συγκεκριμένα, οι ερευνητές Gordon, Walton, Mcadam, Derman, Gallitero and Garrett (1999) μελέτησαν την επίδραση της υποστήριξης και της παροχής φροντίδας από μαίες/ες κατά τη διάρκεια του τοκετού στο νοσοκομείο, σε σχέση με το είδος του τοκετού, τη χρήση επισκληρίδιας αναισθησίας, το θηλασμό, τη μητρική αυτοεκτίμηση και την κατάθλιψη της λοχείας. Στην έρευνα πήραν μέρος 314 γυναίκες, από τις οποίες οι 149 είχαν υποστήριξη και παροχή φροντίδας από μαίες/ες και οι 165 είχαν τη συνηθισμένη μαιευτική φροντίδα. Από τα συμπεράσματα τις έρευνας φάνηκε ότι η υποστήριξη και η παροχή φροντίδας από μαίες/ες μόνο κατά τη διάρκεια του τοκετού στο νοσοκομείο είχε μια επιθυμητή επίδραση στη χρήση επισκληρίδιας αναισθησίας και στη θετική αντίληψη των γυναικών για τη γέννηση, αλλά δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά στα επίπεδα κατάθλιψης μετά τον τοκετό, το θηλασμό ή τη μητρική αυτοεκτίμηση. Επομένως, η υποστήριξη από μαίες/ες μόνο κατά τη διάρκεια του

τοκετού, αν και ενισχύει την ψυχική υγεία της γυναίκας, δεν έχει καμία στατιστικά σημαντική επίδραση στην εμφάνιση κατάθλιψης μετά τον τοκετό.

Στα ίδια συμπεράσματα με τους παραπάνω ερευνητές, κατέληξαν και οι Hodnett et al. (2002) οι οποίοι εξέτασαν την αποτελεσματικότητα των μαιών/ων ως προμηθευτές υποστήριξης τοκετού στα βορειοαμερικανικά νοσοκομεία, και την επίδραση τους στα ποσοστά καισαρικών τομών και επιλόχειας κατάθλιψης. Στην έρευνα αυτή, οι ασθενείς τοποθετήθηκαν σε δύο ομάδες. Στην ομάδα παρέμβασης, οι γυναίκες λάμβαναν συνεχή υποστήριξη τοκετού από μια μαιά/τη (n=3454) ενώ στην ομάδα ελέγχου λάμβαναν τη συνηθισμένη μαιευτική φροντίδα (n=3461). Τα συμπεράσματα της έρευνας δεν έδειξαν καμία σημαντική διαφορά στο ποσοστό καισαρικών τομών ή στην επιλόχεια κατάθλιψη, όταν μετρήθηκαν από την 6^η έως την 8^η εβδομάδα μετά τον τοκετό.

Από τις παραπάνω έρευνες συμπεραίνουμε ότι η ενημέρωση και η υποστήριξη πρέπει να παρέχονται κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης ώστε η γυναίκα να είναι απόλυτα προετοιμασμένη, ενημερωμένη και συνειδητοποιημένη για τις 2 εξίσου σημαντικές φάσεις που επακολουθούν, αυτή του τοκετού και της λοχείας, ώστε να έχει σημαντική επίδραση στην ψυχική υγεία της γυναίκας.

Η επίδραση της υποστήριξης κατά τη διάρκεια της λοχείας

Οι Appleby, Warner, Whitton, Faragher (1997) πραγματοποίησαν μια έρευνα σε γυναίκες με κατάθλιψη της λοχείας που στόχο είχε να μελετήσει την αποτελεσματικότητα του αντικαταθλιπτικού φαρμάκου fluoxetine και την παροχή γνωστικών και συμπεριφοριστικών συμβουλών. Οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα (n=87) χωρίστηκαν σε 4 ομάδες. Την ομάδα που λάμβανε το φάρμακο fluoxetine, την ομάδα ψευδοφάρμακου (placebo), την ομάδα που παρακολούθησε έξι μαθήματα παροχής συμβουλών και την ομάδα που παρακολούθησε ένα ενιαίο συμβουλευτικό μάθημα. Από τα αποτελέσματα των ερευνών διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση και στις τέσσερις ομάδες. Η βελτίωση στις γυναίκες που λάμβαναν το φάρμακο ήταν σημαντικά μεγαλύτερη απ' ό,τι σε εκείνες που λάμβαναν το ψευδοφάρμακο. Επίσης,

η βελτίωση στις γυναίκες οι οποίες παρακολούθησαν έξι μαθήματα παροχής συμβουλών ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη απ'ό,τι σε εκείνες που παρακολούθησαν ένα ενιαίο μάθημα. Η αλληλεπίδραση μεταξύ της παροχής συμβουλών και του αντικαταθλιπτικού φαρμάκου δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τόσο το φάρμακο fluoxetine όσο και η παροχή συμβουλών αποτελούν αποτελεσματική θεραπεία σε γυναίκες με κατάθλιψη της λοχείας, αλλά δεν φαίνεται να υπάρχει κανένα πλεονέκτημα στη λήψη και των δύο. Επομένως, σύμφωνα με τους ερευνητές, η επιλογή της θεραπευτικής διαδικασίας μπορεί να γίνει από τις ίδιες τις γυναίκες. Από την έρευνα αυτή διαπιστώνουμε τη θετική επίδραση της ενημέρωσης των γυναικών στην εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης

Το ρόλο της ενημέρωσης και της υποστήριξης από μαίες/ες στη μείωση των συμπτωμάτων του άγχους και της κατάθλιψης μετά από τον τοκετό, μελέτησαν και οι ερευνητές Lavender & Walkinshaw (1998). Σύμφωνα με την έρευνα, οι γυναίκες που έχουν τραυματική εμπειρία μετά από τον τοκετό διαπιστώνουν ότι η ενημέρωση, η υποστήριξη, η παροχή συμβουλών, η κατανόηση και η επίλυση των αποριών τους, είναι οι πιο χρήσιμες θεραπευτικές μέθοδοι για την ψυχική τους υγεία. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ένα περιφερειακό νοσοκομείο στη βορειοδυτική Αγγλία και αποτελούνταν από δύο ομάδες, την ομάδα παρέμβασης (n=56) και την ομάδα ελέγχου (n=58). Από τα αποτελέσματα της έρευνας φάνηκε ότι οι γυναίκες που έλαβαν την παρέμβαση από μαίες/ες είχαν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης μετά τον τοκετό σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Ο ερευνητής κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ενημέρωση, η υποστήριξη, η παροχή συμβουλών, η κατανόηση και η επίλυση αποριών που δίνεται στις γυναίκες από τις μαίες/ες τόσο στην εγκυμοσύνη όσο και μετά τον τοκετό παρέχουν σημαντικά οφέλη στην ψυχολογική υγεία των γυναικών.

Μια παρόμοια έρευνα πραγματοποιήσαν και οι Misri, Kostaras, Fox, Kostaras (2000) με σκοπό να καθορίσουν την επίδραση των ειδικών μαθημάτων που παραδίδονται από μαίες /ες καθώς και της υποστήριξης του συντρόφου και των συγγενών στις γυναίκες που πάσχουν από επιλόχεια κατάθλιψη. Στην έρευνα αυτή πήραν μέρος 29 γυναίκες οι

οποίες παρουσίασαν κατάθλιψη μετά τον τοκετό και χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Την ομάδα ελέγχου (n=13) και την ομάδα υποστήριξης (n=16). Οι ασθενείς και των δύο ομάδων παρακολούθησαν 7 ειδικά μαθήματα συμβουλευτικής που παραδίδονταν από μαίες /ες. Στην ομάδα υποστήριξης, ο σύντροφος και οι συγγενείς συμμετείχαν σε 4 από τα 7 μαθήματα, ενώ στην ομάδα ελέγχου δεν συμμετείχαν σε κανένα μάθημα. Οι γυναίκες και από τις δύο ομάδες συμπλήρωσαν ένα σύνολο ερωτηματολογίων που περιλάμβανε και τη μεταγεννητική κλίμακα κατάθλιψης του Εδιμβούργου (EPDS). Από τα αποτελέσματα των ερευνών διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες της ομάδας υποστήριξης επέδειξαν στατιστικά σημαντική μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης καθώς και άλλων ψυχολογικών συμπτωμάτων, σε σχέση με τις γυναίκες της ομάδας έλεγχου. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η υποστήριξη του συντρόφου και των συγγενών έχει μια στατιστικά σημαντική επίδραση στις γυναίκες που παρουσιάζουν επιλόχεια κατάθλιψη.

Την αποτελεσματικότητα της ενημερωτικής υποστήριξης που προσφέρουν οι επαγγελματίες της υγείας όπως π.χ. μαίες/ες στη μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης της λοχείας στην Ταϊβάν, μελέτησαν και οι Heh & Fu (2003). Στην έρευνα πήραν μέρος 500 γυναίκες. Από αυτές, όσες είχαν βαθμολογία μεγαλύτερη από 10 στη μεταγεννητική κλίμακα κατάθλιψης του Εδιμβούργου (EPDS) θεωρήθηκαν σε υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης κατάθλιψης μετά τον τοκετό. Τελικά 70 από τις 500 γυναίκες, είχαν συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης και τοποθετήθηκαν τυχαία στην πειραματική ομάδα ή στην ομάδα ελέγχου. Μόνο η πειραματική ομάδα έλαβε την ενημερωτική υποστήριξη για την επιλόχεια κατάθλιψη. Οι δύο ομάδες αξιολογήθηκαν από την κλίμακα επιλόχειας κατάθλιψης του Εδιμβούργου, 3 μήνες μετά τον τοκετό για να ερευνηθούν τα επίπεδα κατάθλιψης. Από τα αποτελέσματα των ερευνών φάνηκε ότι οι γυναίκες που έλαβαν ενημερωτική υποστήριξη για την επιλόχεια κατάθλιψη είχαν καλύτερα αποτελέσματα στη κλίμακα επιλόχειας κατάθλιψης του Εδιμβούργου 3 μήνες μετά τον τοκετό, από εκείνες που δεν έλαβαν αυτές τις πληροφορίες. Ο ερευνητής κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ενημερωτική υποστήριξη που παρέχεται στις γυναίκες από τις μαίες μπορεί να συμβάλλει στην καλύτερη ψυχική υγεία της εγκύου.

Τέλος, ιδιαίτερα σημαντική είναι και η έρευνα των Gamble, Creedy, Moyle, Webster, McAllister, Dickson (2005) η οποία αναφέρεται στο συμβουλευτικό ρόλο των μαιών/ων και την επίδραση του στη συναισθηματική κατάσταση της λεχώνας. Συχνά, μια δυσμενής εμπειρία τοκετού μπορεί να προκαλέσει φόβο και μεγάλη ανησυχία σε μερικές γυναίκες και να επιφέρει τη λεγόμενη μετατραυματική αγχώδης διαταραχή. Τα συμπτώματα που περιλαμβάνονται στη διαταραχή αυτή και που μελετήθηκαν κυρίως ήταν το άγχος, η κατάθλιψη, η ενοχή και η εμπιστοσύνη για μια μελλοντική εγκυμοσύνη. Στόχος αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει τη συμβουλευτική παρέμβαση που παρέχουν οι μαίες/ες και τον κίνδυνο να αναπτύξουν οι γυναίκες συμπτώματα μετατραυματικής αγχώδης διαταραχής. Στην έρευνα πήραν μέρος 103 γυναίκες με τραυματική εμπειρία τοκετού, και τοποθετήθηκαν τυχαία στην ομάδα παρέμβασης (n=50) και στην ομάδα έλεγχου (n=53). Από τα αποτελέσματα της έρευνας φάνηκε ότι, οι γυναίκες της ομάδας παρέμβασης είχαν λιγότερα συμπτώματα μετατραυματικού άγχους από τον τοκετό, σχετικά χαμηλότερο κίνδυνο για ανάπτυξη κατάθλιψης και άγχους και ένιωθαν λιγότερο συναισθήματα ενοχής. Επίσης η εμπιστοσύνη για μια μελλοντική εγκυμοσύνη ήταν υψηλότερη στις γυναίκες της ομάδας παρέμβασης απ'ό,τι στις γυναίκες της ομάδας ελέγχου. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι, μετά τον τοκετό εμφανίστηκαν υψηλά συμπτώματα κατάθλιψης. Αν και οι περισσότερες γυναίκες βελτιώθηκαν κατά τη διάρκεια του χρόνου, η συμβουλευτική παρέμβαση είχε εμφανώς θετικότερες επιδράσεις στην ομάδα που έλαβε την παροχή συμβουλών έναντι των γυναικών της ομάδας ελέγχου. Συμπερασματικά αναφέρετε ότι, η συμβουλευτική παρέμβαση των μαιών/ων σε γυναίκες οι οποίες είχαν μια οδυνηρή εμπειρία τοκετού, ήταν αποτελεσματική στη μείωση των συμπτωμάτων του άγχους, της κατάθλιψης και των συναισθημάτων ενοχής. Επίσης η παρέμβαση δεν προκάλεσε καμία ζημιά στους συμμετέχοντες, έγινε αντιληπτή ως ιδιαίτερα χρήσιμη και ενίσχυσε την εμπιστοσύνη των γυναικών για μια μελλοντική εγκυμοσύνη.

Από τις παραπάνω έρευνες συμπεραίνουμε ότι η ενημέρωση, η υποστήριξη και οι συμβουλές που παρέχονται από τους επαγγελματίες της υγείας όπως μαίες/ες μέσω των μαθημάτων ψυχοπροφυλακτικής καθώς και η συναισθηματική και ηθική υποστήριξη είτε

από ειδικούς, είτε από τον σύντροφο ή τους φίλους, έχει σημαντική επίδραση στην ευαίσθητη ψυχολογική υγεία της μητέρας κατά την περίοδο της λοχείας. Παρά το γεγονός ότι τα συμπεράσματα των ερευνών σχετικά με την επίδραση της υποστήριξης της μητέρας συχνά διαφέρουν, οι περισσότεροι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες που ενημερώνονται και υποστηρίζονται, έχουν καλύτερη ψυχοσωματική υγεία και βιώνουν θετικότερα συναισθήματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας. Παράλληλα, διακατέχονται από λιγότερη ανησυχία, άγχος και φόβο γιατί μέσω των μαθημάτων ψυχοσωματικής προετοιμασία καθίστανται περισσότερο ενημερωμένες και προετοιμασμένες για τη μητρότητα. Η υποστήριξη, είτε προέρχεται από το σύντροφο είτε από ειδικούς, βοηθάει στη μείωση των επιπέδων της επιλόχειας κατάθλιψης. Όπως προαναφέρθηκε από τους Gordon και συνεργάτες (1999) και Hodnett και συνεργάτες (2002) η υποστήριξη που παρέχεται μόνο κατά τη διάρκεια του τοκετού δεν έχει καμία επίδραση στη μείωση των συμπτωμάτων της επιλόχειας κατάθλιψης, γεγονός το οποίο μας παραπέμπει στο συμπέρασμα ότι, η ενημέρωση και η ψυχολογική υποστήριξη πρέπει να παρέχεται τόσο κατά τη διάρκεια της κύησης όσο και μετά τον τοκετό για να έχει σημαντική επίδραση στη μείωση των επιπέδων των συμπτωμάτων της επιλόχειας κατάθλιψης και πιθανόν στην πρόληψη αυτής.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται ο σχεδιασμός και η μεθοδολογία του ερευνητικού έργου, αναφέρονται τα φυσιολογικά χαρακτηριστικά του δείγματος και οι μετρήσεις που πραγματοποιήθηκαν στην πειραματική διαδικασία της παρούσας μελέτης.

Δείγμα

Το αρχικό δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 183 γυναίκες, με μ.ο. ηλικίας $29,13 \pm 5,22$ ετών, οι οποίες γέννησαν είτε με φυσιολογικό τοκετό είτε με καισαρική τομή. Από τις 183 γυναίκες οι 44 είχαν παρακολουθήσει το πρόγραμμα ψυχοπροφυλακτικής ενώ οι 139 όχι (Πίνακας 3.1.).

Από τις 183 γυναίκες αποκλείστηκαν από το δείγμα οι 4 γυναίκες από την ομάδα παρακολούθησης μαθημάτων ψυχοπροφυλακτικής και οι 7 από την ομάδα μη παρακολούθησης μαθημάτων ψυχοπροφυλακτικής (σύνολο 11), καθώς δεν πληρούσαν το κριτήριο της τρίτης ερώτησης (c), δηλαδή ήταν είτε διαζευγμένες ή ανύπαντρες. Αντίστοιχα, αποκλείστηκαν και από τις δύο ομάδες, η μία γυναίκα με ιστορικό ψυχικών νόσων, οι 11 με παθολογικό πρόβλημα στην κύηση και οι 7 με προηγούμενη κακή εμπειρία τοκετού. Συνολικά αποκλείστηκαν 30 γυναίκες από το αρχικό δείγμα οι οποίες είχαν επιβαρυντικούς παράγοντες στην εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης προκειμένου να περιοριστούν στο ελάχιστο οι ανεξάρτητες μεταβλητές που ενδεχομένως θα αλλοίωναν την ανάλυση. Τελικά, με σκοπό να δημιουργηθεί ένα ομοιογενές δείγμα, δημιουργήθηκαν ηλικιακά ζεύγη (matched for age) μεταξύ των δύο ομάδων παρακολούθησης μαθημάτων ψυχοπροφυλακτικής και μη παρακολούθησης μαθημάτων ψυχοπροφυλακτικής.

Πίνακας 3.1. Χαρακτηριστικά αρχικού δείγματος των δύο ομάδων

	Ομάδα μη παρακολούθησης μαθημάτων ψυχοπροφυλακτικής (n=139)	Ομάδα παρακολούθησης μαθημάτων ψυχοπροφυλακτικής (n=44)
Ηλικία (έτη)	29,32±4,85	29,07±5,35
Άγαμες – Διαζευγμένες	7	4
Ιστορικό ψυχικών νόσων	1	0
Παθολογικό πρόβλημα στην κύηση	8	3
Προηγούμενη κακή εμπειρία τοκετού	7	0

Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 76 γυναίκες, ηλικίας 29.17±5.13, οι οποίες χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: την πειραματική (n=38) που παρακολούθησε μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής και την ομάδα ελέγχου (n=38) που δεν συμμετείχε σε αντίστοιχες συνεδρίες. Το σύνολο του δείγματος ήταν έγγαμες γυναίκες, δεν είχαν ιστορικό ψυχικών νόσων ή κάποιο παθολογικό πρόβλημα κατά την εγκυμοσύνη και δεν είχαν προηγούμενη κακή εμπειρία τοκετού.

Πειραματική διαδικασία

Οι γυναίκες της πειραματικής ομάδας άρχισαν την παρακολούθηση των μαθημάτων ψυχοπροφυλακτικής από τον 6^ο μήνα της εγκυμοσύνης και συμμετείχαν σε 10 έως 12 συνεδρίες, με ενημέρωση τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο. Τα μαθήματα γίνονταν 1 φορά την εβδομάδα και διαρκούσαν 1 ώρα και 30 λεπτά. Τα περιεχόμενα των μαθημάτων περιελάμβαναν ασκήσεις που αφορούσαν κυρίως τη μυϊκή τόνωση, την τεχνική των αναπνοών και την εξάσκηση στη χαλάρωση. Δίνονταν οδηγίες στις έγκυες να ασκούνται καθημερινά για 20-30 λεπτά και να επαναλαμβάνουν τις ασκήσεις στο σπίτι. Για την εκτίμηση της επιλόχειας κατάθλιψης δόθηκαν ερωτηματολόγια (Beck Depression Inventory-BDI), μετά την παρέμβαση από την 3^η ημέρα έως την 6^η εβδομάδα μετά τον τοκετό, τόσο σε γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό όσο και σε γυναίκες οι οποίες γέννησαν με καισαρική τομή. Κύρια πηγή συλλογής των ερωτηματολογίων αποτέλεσε το Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας και το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης. Επίσης, ερωτηματολόγια

διανεμήθηκαν στην Ιδιωτική Μαιευτική/Γυναικολογική κλινική "Ελευθώ" και στην Ιδιωτική Μαιευτική/Γυναικολογική κλινική "Λητώ" οι οποίες βρίσκονται στο νομό Καβάλας. Όλες οι γυναίκες ενημερώθηκαν τόσο για το σκοπό διεξαγωγής της έρευνας όσο και για το γεγονός ότι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν ανώνυμη. Πρέπει να σημειωθεί ότι η συμμετοχή στο ερωτηματολόγιο ήταν εθελοντική. Τέλος, σε όσες γυναίκες αποφάσισαν να συμμετέχουν στην έρευνα δόθηκε η οδηγία να συμπληρώσουν με ειλικρίνεια το ερωτηματολόγιο, βάσει της ψυχοσυναισθηματικής κατάστασης που βιώνουν τη δεδομένη χρονική στιγμή.

Όργανα μέτρησης: Δοκιμασία κατάθλιψης-Beck Depression Inventory (BDI-21)

Η δοκιμασία κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory-BDI-21) είναι ένα ευρέως διαθέσιμο, και ευκόλως χρησιμοποιούμενο ψυχομετρικό εργαλείο για την εκτίμηση της κατάθλιψης σε διαφόρους πληθυσμούς. Η πλήρης κλίμακα αποτελείται από 21 αντικείμενα (ομάδες δηλώσεων). Κάθε ομάδα αντιπροσωπεύει ένα σύμπτωμα και περιλαμβάνει τέσσερις δηλώσεις - προτάσεις με ιεραρχική σειρά από την απουσία του συμπτώματος ή την ασθενέστερη μορφή του, ως τη βαρύτερη μορφή του συμπτώματος. Βαθμολογούνται αντίστοιχα με 0, 1, 2, 3 (Αποστόλου, Ασημακοπούλου, Κοπακάκη, Κουρή, 1992). Το ερωτηματολόγιο της κατάθλιψης αποτελεί ψυχομετρική κλίμακα αυτοαναφοράς στην οποία είναι εύκολο να "σπάσει" ο κώδικας βαθμολόγησης και να υποψιαστεί ο εξεταζόμενος ότι το 0 δηλώνει την απουσία συμπτώματος και το 3 την πλήρη ύπαρξή του. Για το λόγο αυτό, στο ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε η αριθμητική βαθμολόγηση του 0, 1, 2, 3 αντικαταστάθηκε με α, β, γ, δ. Η μέγιστη βαθμολογία της κλίμακα είναι το 63. Άτομα με βαθμολογία μεταξύ του 14-19 θεωρούνται ότι πάσχουν από ήπια κατάθλιψη, 20-28 μέτρια κατάθλιψη και όσα έχουν βαθμολογία πάνω από 29 θεωρούνται ότι πάσχουν από σοβαρή κατάθλιψη. Μια συνολική βαθμολογία της τάξεως του 20 ή και παραπάνω, θεωρείται ένα αξιόπιστο κριτήριο για την επιλογή ή τον αποκλεισμό ατόμων για τους σκοπούς της έρευνας (Scott, 1989).

Συνεπώς, το ερωτηματολόγιο Beck Depression Inventory-BDI-21 μετράει 4 διαστάσεις (κατηγορίες).

0-13 χωρίς κατάθλιψη

14-19 ήπια κατάθλιψη

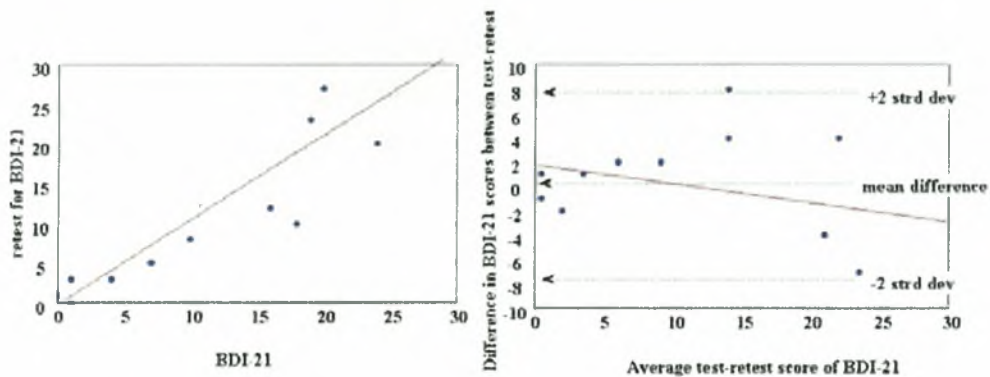
20-28 μέτρια κατάθλιψη

29-63 σοβαρή κατάθλιψη.

Στην παρούσα έρευνα έγινε προσθήκη έξι επιπλέον ερωτήσεων. Η πρώτη ερώτηση αφορούσε την παρακολούθηση μαθημάτων ψυχοπροφυλακτικής, η δεύτερη την ηλικία της γυναίκας και η τρίτη την οικογενειακή της κατάσταση (έγγαμη, διαζευγμένη, άγαμη). Οι υπόλοιπες τρεις αναφέρονταν στο ιστορικό ψυχικών νόσων και αν είχαν παθολογικό πρόβλημα στη κύηση και προηγούμενη κακή εμπειρία τοκετού, ώστε να γίνει αντιληπτό αν υπάρχουν επιβαρυντικοί παράγοντες οι οποίοι επιδρούν θετικά στην εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης με απώτερο σκοπό να γίνει αποκλεισμός μέρους του δείγματος.

Μελέτες για την εσωτερική εγκυρότητα και σταθερότητα της δοκιμασίας υποδηλώνουν υψηλό βαθμό αξιοπιστίας. Η χρήση διαφόρων παραδειγμάτων ελέγχου της αξιοπιστίας (επαναληπτικών μετρήσεων, αξιοπιστία των δύο ημίσεων, δείκτης άλφα) έδειξαν αποδεκτή αξιοπιστία (0.90; 0.84 και 0.91 αντίστοιχα), τόσο για κλινικές όσο και μη κλινικές ομάδες (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961; Beck, Steer, & Garbin, 1988).

Η ίδια άποψη ισχύει για την Ελληνική έκδοση του BDI-21. Πιο συγκεκριμένα, ο συντελεστής της κλίμακας του Spearman's R ήταν: 0.90 (test-retest reliability) (Fountoulakis et al., 2003). Η σύγκριση των διαφορών των μέσων όρων και των σχετικών αποκλίσεων του BDI-21 και κατηγοριών του SRSDA (Symptoms Rating Scale for Depression and Anxiety) για κάθε μεταβλητή οδήγησε και στην παρουσίαση ιστογράμματος διασποράς του BDI-21. Αυτή η μέθοδος έχει χρησιμοποιηθεί και στο παρελθόν για την αξιολόγηση της εγκυρότητας.



Σχήμα 3.1: Έλεγχος αξιοπιστίας ερωτηματολογίου BDI-21

Αναφορικά, η ευαισθησία-ακρίβεια [sensitivity (Sn) and specificity (Sp)] ήταν ιδανική στα σημεία 14/15 όπου $Sn = 0.90$ & $Sp = 0.87$ (Fountoulakis et al., 2003)

Το Chronbach's alpha του BDI-21 ήταν πολύ καλό με συντελεστή: 0.92 (Ελληνική έκδοση BDI-21) (Fountoulakis et al., 2003).

Για τη μέτρηση της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε η Ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου του Beck (Fountoulakis et al., 2001a; Fountoulakis et al., 2001b; Fountoulakis et al., 2002).

Στατιστική ανάλυση

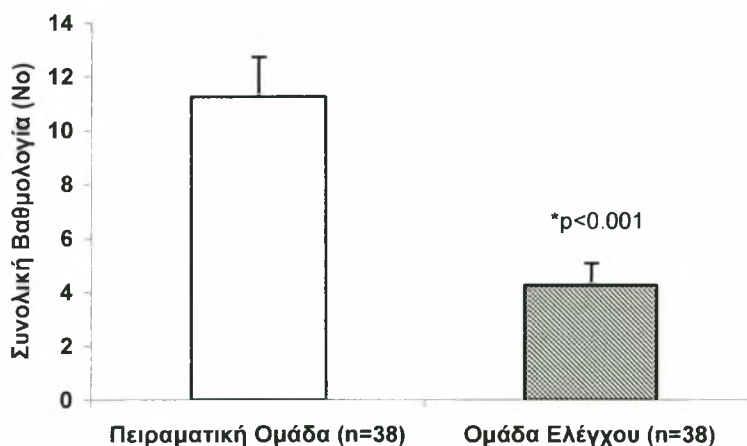
Η παρουσίαση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με περιγραφική στατιστική και χρησιμοποιήθηκαν δείκτες κεντρικής τάσης και διασποράς (μέση τιμή, τυπική απόκλιση, τυπικό σφάλμα του μέσου όρου). Για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το Kolmogorov Smirnov test. Λόγω της μη κανονικής κατανομής του δείγματος χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό test Mann-Whitney U για τη διαπίστωση διαφορών μεταξύ των δύο ομάδων. Πραγματοποιήθηκε παραγοντική ανάλυση κύριων συνιστωσών (Principal Components Analysis-PCA) στο σύνολο των μεταβλητών. Στη συνέχεια εφαρμόστηκε πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης για να εξεταστεί η δυνατότητα πρόβλεψης της συνολικής βαθμολογίας της Κλίμακας κατάθλιψης Beck από τους έξι παράγοντες που προέκυψαν από την παραγοντική

ανάλυση κύριων συνιστωσών. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman'R για την εύρεση συσχετίσεων μεταξύ της συνολικής επίδοσης και των επιμέρους κατηγοριών του ερωτηματολογίου. Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το $p < 0.05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σε αυτό το κεφάλαιο γίνεται παρουσίαση του ερευνητικού έργου και αναφέρεται η επιδράση των μαθημάτων ψυχοσωματικής προετοιμασίας της εγκύου στην επιλόχεια κατάθλιψη.

Η ανάλυση των δεδομένων με τη χρήση του μη παραμετρικού τεστ Mann-Whitney U παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφορές ($U=343.50$, $p<0.001$) μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας (sum) των δύο ομάδων και η συσχέτιση μεταξύ της συνολικής επίδοσης και των επιμέρους κατηγοριών του ερωτηματολογίου ήταν $R=.67$ ($p<.001$). Η πειραματική ομάδα (4.26 ± 0.82) εμφάνισε στατιστικά σημαντική χαμηλότερη επίδοση στην κλίμακα κατάθλιψης του Beck από την ομάδα ελέγχου (11.26 ± 1.48) (Σχήμα 4.1).



Σχήμα 4.1: Οι μέσοι όροι και το τυπικό σφάλμα επίδοσης των γυναικών στη γενική βαθμολογία του ερωτηματολογίου κατάθλιψης του Beck, όπου $*p<.001$: σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων.

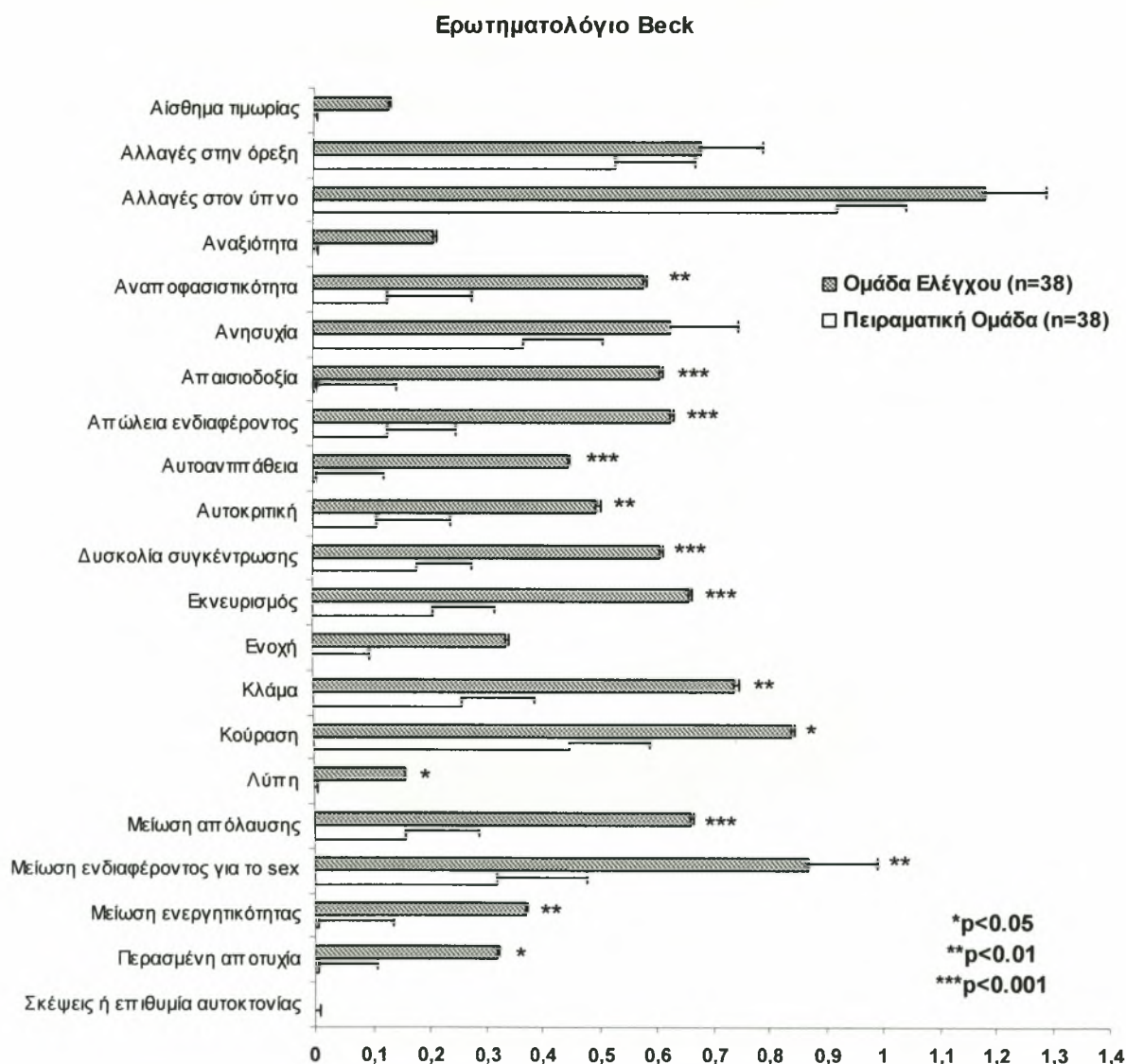
Η ανάλυση των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά τις 14 από τις 21 ερωτήσεις οι οποίες αναφέρονταν στη λύπη, απαισιοδοξία, περασμένη αποτυχία, μείωση απόλαυσης, αυτο-αντιπάθεια (μείωση της αυτοπεποίθησης), αυτο-κριτική, κλάμα, απώλεια ενδιαφέροντος, αναποφασιστικότητα, μείωση ενεργητικότητας, εκνευρισμός, δυσκολία συγκέντρωσης, κούραση ή κόπωση και μείωση ενδιαφέροντος για το σεξ (Σχήμα 4.2).

Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες οι οποίες παρακολούθησαν μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής ήταν πιο χαρούμενες ($p < 0.05$), είχαν περισσότερη αυτοπεποίθηση και αισιοδοξία για το μέλλον ($p < 0.001$), και περισσότερη ενεργητικότητα ($p < 0.001$) συγκριτικά με τις γυναίκες της ομάδας ελέγχου. Επίσης, παρουσίασαν μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τους άλλους ($p < 0.001$) και για συμμετοχή σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και μεγαλύτερη ικανότητα συγκέντρωσης και καλύτερη ερωτική διάθεση σε σχέση με τις έγκυες οι οποίες δεν συμμετείχαν ($p < 0.01$).

Παράλληλα, οι γυναίκες της ομάδας ελέγχου εμφάνισαν περισσότερη ευερεθιστικότητα-εκνευρισμό, κούραση, λύπη και ευαισθησία (κλάμα) σε σχέση με την ομάδα παρακολούθησης μαθημάτων ψυχοπροφυλακτικής. Επίσης, κατηγορούσαν τον εαυτό τους για ότι τις συνέβαινε και δυσκολεύονταν να πάρουν αποφάσεις το ίδιο αποτελεσματικά όπως οι γυναίκες της πειραματικής ομάδας (Πίνακας 4.1).

Πίνακας 4.1. Αποτελέσματα του μη παραμετρικού τεστ Mann-Whitney U.

Μεταβλητές	Πειραματική Ομάδα (n=38)	Ομάδα Ελέγχου (n=38)	p
Λύπη	0.00	0.16±0.005	p<0.05
Απαισιοδοξία	0.007±0.005	0.61±0.14	p<0.001
Περασμένη αποτυχία	0.007±0.005	0.32±0.10	p<0.05
Μείωση απόλαυσης	0.16±0.007	0.66±0.13	p<0.001
Ενοχή	0.16±0.005	0.34±0.10	NS
Αίσθημα τιμωρίας	0.002±0.002	0.13±0.005	NS
Αυτοαντιπάθεια	0.005±0.003	0.45±0.12	p<0.001
Αυτοκριτική	0.11±0.008	0.50±0.13	p<0.01
Σκέψεις ή επιθυμία αυτοκτονίας	0.00	0.11±0.008	NS
Κλάμα	0.26±0.008	0.74±0.13	p<0.01
Ανησυχία	0.37±0.12	0.63±0.14	NS
Απώλεια ενδιαφέροντος	0.13±0.005	0.63±0.12	p<0.001
Αναποφασιστικότητα	0.13±0.006	0.58±0.15	p<0.01
Αναξιότητα	0.005±0.005	0.21±0.008	NS
Μείωση ενεργητικότητας	0.005±0.005	0.37±0.13	p<0.01
Αλλαγές στον ύπνο	0.92±0.11	1.18±0.12	NS
Εκνευρισμός	0.21±0.006	0.66±0.11	p<0.001
Αλλαγές στην όρεξη	0.53±0.11	0.68±0.14	NS
Δυσκολία συγκέντρωσης	0.18±0.007	0.61±0.10	p<0.001
Κούραση	0.45±0.009	0.84±0.14	p<0.05
Μείωση ενδιαφέροντος για το sex	0.32±0.12	0.87±0.16	p<0.01



Σχήμα 4.2: Αποτελέσματα του ερωτηματολογίου κατάθλιψης του Beck για κάθε μεταβλητή χωριστά μεταξύ των δύο ομάδων όπου *p<.05, **p<0.01, ***p<0.001: σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων.

Η ανάλυση συχνοτήτων έδειξε ότι το 18,4% του συνολικού δείγματος παρουσίασε συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ το 81,6% του συνολικού δείγματος δεν παρουσίασε συμπτώματα κατάθλιψης, με μέσο όρο βαθμολογίας 4,8, σύμφωνα με την κλίμακα αξιολόγησης κατάθλιψης του Beck. Από το 18,4% του συνολικού δείγματος που παρουσίασε συμπτώματα κατάθλιψης, το 6,6 % είχε ήπια κατάθλιψη με μέσο όρο βαθμολογίας 15,8, το 7,9 % είχε μέτρια κατάθλιψη με μέσο όρο βαθμολογίας 22,6 και το 3,9 % είχε σοβαρή κατάθλιψη με μέσο όρο βαθμολογίας 32,3 (Σχήμα 4.3.).

Κλίμακα Beck Depression Inventory

Βαθμολογία

0-13 χωρίς κατάθλιψη

14-19 ήπια κατάθλιψη

20-28 μέτρια κατάθλιψη

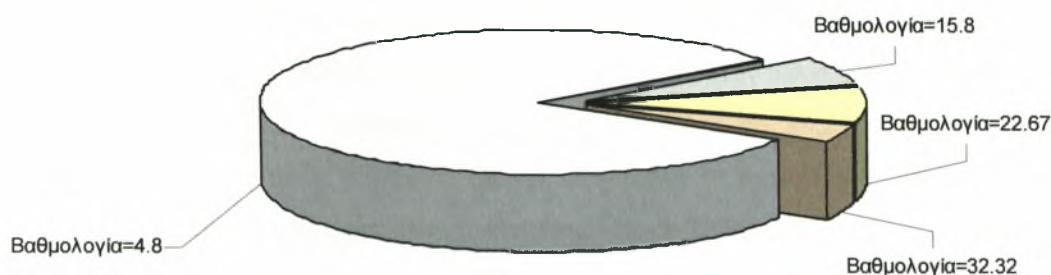
29-63 σοβαρή κατάθλιψη.

□ Χωρίς κατάθλιψη (n=62)

□ Ήπια κατάθλιψη (n=5)

□ Μέτρια κατάθλιψη (n=6)

□ Σοβαρή κατάθλιψη (n=3)



Σχήμα 4.3: Ταξινόμηση του συνολικού δείγματος (n=76) σύμφωνα με τη βαθμολογία της κλίμακας κατάθλιψης Beck.

Η δοκιμασία κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory-BDI-21) αποτελείται από 21 μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσωπεύει ένα σύμπτωμα και περιλαμβάνει τέσσερις δηλώσεις - προτάσεις με ιεραρχική σειρά από την απουσία του συμπτώματος ή

την ασθενέστερη μορφή του, ως τη βαρύτερη μορφή του συμπτώματος. Πραγματοποιήθηκε παραγοντική ανάλυση κύριων συνιστωσών (Principal Components Analysis-PCA) στο σύνολο των μεταβλητών. Τα αποτελέσματα φανέρωσαν έξι παράγοντες με ιδιοτιμή πάνω από 1 (eigenvalue>1) που εξηγούσαν το 74.2% της συνολικής διακύμανσης (Πίνακας 4.2). Οι παράγοντες που σχηματίστηκαν είναι:

Παράγοντας 1: Βιολογική ανταπόκριση

Παράγοντας 2: Διαταραχή φυσιολογικών δραστηριοτήτων

Παράγοντας 3: Συναισθηματική κατάσταση

Παράγοντας 4: Δυσθυμικές αντιδράσεις

Παράγοντας 5: Απόσυρση

Παράγοντας 6: Αυτοεκτίμηση

Ακολούθησε ορθογώνια περιστροφή αξόνων. Στον 1^ο παράγοντα (βιολογική ανταπόκριση) που εξηγούσε το 15.26% της συνολικής διακύμανσης είχαν υψηλές φορτίσεις (πάνω από 0.50) οι μεταβλητές: κούραση, απώλεια ενδιαφέροντος, δυσκολία συγκέντρωσης, μείωση ενδιαφέροντος για το σεξ, αλλαγές στον ύπνο. Στον 2^ο παράγοντα (διαταραχή φυσιολογικών δραστηριοτήτων) που εξηγούσε το 29,21% της συνολικής διακύμανσης είχαν υψηλές φορτίσεις (πάνω από 0.50) οι μεταβλητές: αλλαγές στην όρεξη, μείωση ενεργητικότητας, αυτοαντιπάθεια. Στον 3^ο παράγοντα (συναισθηματική κατάσταση) που εξηγούσε το 42,73% της συνολικής διακύμανσης είχαν υψηλές φορτίσεις (πάνω από 0.50) οι μεταβλητές αναξιότητα, αυτοκριτική, λύπη και ενοχή. Στον 4^ο παράγοντα (δυσθυμικές αντιδράσεις) που εξηγούσε το 54,88% της συνολικής διακύμανσης είχαν υψηλές φορτίσεις (πάνω από 0.50) οι μεταβλητές: ανησυχία, κλάμα αναποφασιστικότητα, εκνευρισμός. Στον 5^ο παράγοντα (απόσυρση) που εξηγούσε το 64,64% της συνολικής διακύμανσης είχαν υψηλές φορτίσεις (πάνω από 0.50) οι μεταβλητές: αυτοκτονία και μείωση της απόλαυσης. Στον 6^ο παράγοντα (αυτοεκτίμηση) που εξηγούσε το 74,22% της συνολικής διακύμανσης είχαν υψηλές φορτίσεις (πάνω από 0.50) οι μεταβλητές: αίσθημα τιμωρίας, απαισιοδοξία και περασμένη αποτυχία.

Πίνακας 4.2. Αποτελέσματα της παραγοντικής ανάλυσης κύριων συνιστωσών (Principal Components Analysis-PCA) στο σύνολο των μεταβλητών.

Μεταβλητές	Παράγοντες						Communalities
	1	2	3	4	5	6	
Κούραση	0.74						0.71
Απώλεια ενδιαφέροντος	0.69						0.70
Δυσκολία συγκέντρωσης	0.66						0.63
Μείωση ενδιαφέροντος για το σεξ	0.60						0.81
Αλλαγές στον ύπνο	0.54						0.52
Αλλαγές στην όρεξη		0.81					0.72
Μείωση ενεργητικότητας		0.67					0.71
Αυτοαντιπάθεια		0.67					0.82
Αναξιότητα			0.80				0.88
Αυτοκριτική			0.75				0.84
Λύπη			0.73				0.78
Ενοχή			0.60				0.72
Ανησυχία				0.84			0.78
Κλάμα				0.77			0.76
Αναποφασιστικότητα				0.61			0.71
Εκνευρισμός				0.57			0.74
Σκέψεις ή επιθυμία για αυτοκτονία					0.90		0.84
Μείωση απόλαυσης					0.62		0.55
Αίσθημα τιμωρίας						0.87	0.77
Περασμένη αποτυχία						0.68	0.78
Απαισιοδοξία						0.55	0.72
% variance	15.26	13.95	13.51	12.15	9.75	9.57	
Cumulative (%)	15.26	29.21	42.73	54.88	64.64	74.22	

Παράγοντας 1: Βιολογική ανταπόκριση, **Παράγοντας 2:** Διαταραχή φυσιολογικών δραστηριοτήτων, **Παράγοντας 3:** Συναισθηματική κατάσταση, **Παράγοντας 4:** Δυσθυμικές αντιδράσεις, **Παράγοντας 5:** Απόσυρση, **Παράγοντας 6:** Αυτοεκτίμηση

Στη συνέχεια εφαρμόστηκε πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης για να εξεταστεί η δυνατότητα πρόβλεψης της συνολικής βαθμολογίας της Κλίμακας κατάθλιψης Beck από τους έξι παράγοντες που προέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση κύριων συνιστωσών (Πίνακας 4.3.). Το πολλαπλό R της ανάλυσης παλινδρόμησης ήταν .99 [$F(6,69)=6241.8$, $p<0.001$]. Και οι έξι παράγοντες συνεισφέρανε σημαντικά στην πρόβλεψη της της συνολικής βαθμολογίας της Κλίμακας κατάθλιψης Beck. Ο 1^{ος} παράγοντας - Βιολογική ανταπόκριση εξήγησε το 27% της μεταβλητότητας, ο 2^{ος} παράγοντας - Δυσλειτουργικότητα το 22%, ο 3^{ος} παράγοντας - Συναισθηματική κατάσταση το 17%, ο 4^{ος} παράγοντας - Δυσθυμικές αντιδράσεις το 15% ενώ χαμηλή ήταν η συνεισφορά του 5^{ου} - Απόσυρση και 6^{ου} παράγοντα - Αυτοεκτίμηση με ποσοστά 0.09% και 0.07% αντίστοιχα.

Πίνακας 4.3. Αποτελέσματα της πολλαπλής ανάλυσης παλινδρόμησης στο σύνολο των μεταβλητών.

Components	Multiple R	B	β	t	p
Παράγοντας 1: Βιολογική ανταπόκριση	0.52	4.27	0.52	101.75	0.000
Παράγοντας 2: Διαταραχή φυσιολογικών δραστηριοτήτων	0.70	3.81	0.46	90.86	0.000
Παράγοντας 3: Συναισθηματική κατάσταση	0.82	3.42	0.42	81.50	0.000
Παράγοντας 4: Δυσθυμικές αντιδράσεις	0.91	3.24	0.39	77.32	0.000
Παράγοντας 5: Απόσυρση	0.96	2.50	0.30	59.51	0.000
Παράγοντας 6: Αυτοεκτίμηση	0.99	2.17	0.26	51.71	0.000

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σε αυτό το κεφάλαιο πραγματοποιείται μια συνολική παρουσίαση του ερευνητικού έργου της διατριβής. Συνοψίζονται και ερμηνεύονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης του ερωτηματολογίου, εξετάζονται συγκριτικά με τις υπάρχουσες μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας και τέλος παρουσιάζονται τα νέα ερευνητικά δεδομένα που προκύπτουν από την εκπόνηση της παρούσας μελέτης.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι η παρακολούθηση συνεδριών ψυχικής και σωματικής προετοιμασίας της εγκύου, βοηθά στη μείωση των συμπτωμάτων της επιλόχειας κατάθλιψης.

Στη διεθνή βιβλιογραφία, τα ερευνητικά δεδομένα και οι κλινικές παρατηρήσεις καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η άσκηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέσο πρόληψης και θεραπείας της κατάθλιψης της λοχείας (Blumenthal et al., 1999; Dennis, 2005; Fontaine et al., 1997; Haas, 2005; Hall et al., 1996; Koltyn, 1994; Koltyn et al., 1997; Koniak-Griffin, 1994; Singh et al., 1997).

Παράλληλα, η ενημέρωση και η υποστήριξη από την οικογένεια και το ευρύτερο περιβάλλον έχει θετική επίδραση στη μείωση των συμπτωμάτων επιλόχειας κατάθλιψης (Cumsille et al., 1994; Cutrona, 1984; Dennis, 2003; Goldstein et al., 1996; Gjerdingen, et al., 1991; Hobfoll, et al., 1996; O'Hara, 1986; Simons et al., 1993; Stamp et al., 1995; Terry et al., 1996; Waldenstrom et al., 2000; Zlotnick et al., 2001).

Πόσο ισχυρή είναι όμως η επίδραση των μαθημάτων ψυχοπροφυλακτικής προετοιμασίας της εγκύου, που παραδίδονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, στην τόσο συχνή και παράλληλα επιβαρυντική για τη μητέρα το νεογέννητο και το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον, ψυχική διαταραχή της λοχείας; Για να απαντηθεί κατά το δυνατόν το ερώτημα αυτό, μελετήθηκαν 38 γυναίκες που παρακολούθησαν μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής και 38 γυναίκες που δεν παρακολούθησαν, οι οποίες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης του Beck (BDI-21) μετά τον τοκετό.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώθηκε ότι η συγκεντρωτική βαθμολογία (sum) των γυναικών οι οποίες παρακολούθησαν μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής

προετοιμασίας, ήταν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη από αυτήν των γυναικών οι οποίες δεν παρακολούθησαν. Συνεπώς, τα μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής προετοιμασίας της εγκύου, που παραδίδονται από μαιές/ες στα δημόσια νοσοκομεία, έχουν μια θετική συσχέτιση στη μείωση των επιπέδων των συμπτωμάτων της επιλόχειας κατάθλιψης σύμφωνα με την κλίμακα κατάθλιψης του Beck. Το γεγονός αυτό αποδεικνύεται από την ανασκόπηση βιβλιογραφίας του Gjerdingen και συνεργάτες (1991) οποίοι αναφέρουν ότι η ενημερωτική υποστήριξη που παρέχεται στα μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής προετοιμασίας της εγκύου σχετίζεται με λιγότερες μητρικές φυσικές επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, και με καλύτερη φυσική και ψυχική υγεία μετά τον τοκετό. Οι μητέρες που είχαν υποστήριξη από το σύντροφο ή από μαιές/ες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, είχαν λιγότερες επιπλοκές στον τοκετό και μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης μετά τον τοκετό.

Από την ανάλυση των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου συμπεραίνεται ότι οι δύο ομάδες είχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τις 14 από τις 21 ερωτήσεις.

Αυτές ήταν οι παρακάτω:

1. Λύπη
2. Απαισιοδοξία
3. Περασμένη αποτυχία
4. Μείωση απόλαυσης
5. Αυτο-αντιπάθεια (μείωση της αυτοπεποίθησης.)
6. Αυτο-κριτική
7. Κλάμα
8. Απώλεια ενδιαφέροντος
9. Αναποφασιστικότητα
10. Μείωση ενεργητικότητας
11. Εκνευρισμός
12. Δυσκολία συγκέντρωσης
13. Κούραση ή κόπωση

14. Μείωση ενδιαφέροντος για το σεξ

Πιο συγκεκριμένα, από την ανάλυση των ερωτήσεων ξεχωριστά καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες οι οποίες παρακολούθησαν μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής ήταν πιο χαρούμενες, είχαν περισσότερη αυτοπεποίθηση και αισιοδοξία για το μέλλον, και περισσότερη ενεργητικότητα. Επίσης, είχαν μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τους άλλους και για συμμετοχή σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και μεγαλύτερη ικανότητα συγκέντρωσης και καλύτερη ερωτική διάθεση σε σχέση με τις έγκυες οι οποίες δεν συμμετείχαν.

Το γεγονός αυτό αποδεικνύεται και από τις έρευνες των Hall και συνεργάτες (1996) και Fontaine και συνεργάτες (1997) που συμπεραίνουν ότι η άσκηση έχει θετική επίδραση στη μείωση των επιπέδων του άγχους και μπορεί να βελτιώσει την αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμηση του ατόμου, καθώς και από την έρευνα του Belsky (1984) η οποία αναφέρει ότι η κοινωνική υποστήριξη συνδέεται με την υψηλή μητρική αυτοεκτίμηση, την ευαισθησία και την υπομονή. Επίσης από την έρευνα του Singh και συνεργάτες (1997) που διαπίστωσε ότι η δύναμη, η αυτοπεποίθηση, η ενεργητικότητα, η κοινωνικότητα, η ποιότητα ζωής και η γενική συναισθηματική κατάσταση, βελτιώνονται σημαντικά στα άτομα τα οποία ασκούνται. Παράλληλα, σημαντική απόδειξη αποτελεί και η έρευνα του Εκκεκάκη και συνεργάτες (1996) που αναφέρει ότι η άσκηση μειώνει την ένταση της κατάθλιψης, του θυμού και της σύγχυσης και οδηγεί σε αύξηση της ενεργητικότητας στα άτομα τα οποία γυμνάζονται. Επίσης, το γεγονός ότι οι γυναίκες οι οποίες γυμνάζονται είναι πιο χαρούμενες και απολαμβάνουν περισσότερο διάφορες καταστάσεις και πράγματα, αποδεικνύεται και από την έρευνα του Fox (1999) που αναφέρει ότι υπάρχουν σημαντικά αποδεικτικά στοιχεία ότι η άσκηση ενισχύει τα επίπεδα της διάθεσης. Η έρευνα του Fox (1999) προτείνει, ότι η μέτρια άσκηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως θεραπευτικό μέσο στην κατάθλιψη και το άγχος. Συγχρόνως, σύμφωνα με την ερώτηση που αφορά την απώλεια ενδιαφέροντος για τους άλλους και για συμμετοχή σε διάφορες δραστηριότητες, πράγματι, τα στοιχεία συμφωνούν με την έρευνα της Sampselle (1999) η οποία αναφέρει ότι οι γυναίκες που γυμνάζονται πριν και μετά τον τοκετό έχουν περισσότερες πιθανότητες να συμμετέχουν σε διάφορες

δραστηριότητες όπως επίσκεψη σε φίλους και την οικογένεια, απασχόληση με χόμπι και παρακολούθηση κινηματογράφου. Τέλος, αξιοσημείωτη είναι και η έρευνα του Spirelli (1997) που αναφέρει ότι οι παρεμβάσεις πριν από τον τοκετό είναι αποτελεσματικές για τη μείωση του αριθμού των γυναικών που κινδυνεύουν να αναπτύξουν συναισθηματικές διαταραχές. Αντίθετα, οι γυναίκες της ομάδας ελέγχου παρουσίασαν χαμηλότερη αυτοπεποίθηση, λιγότερη αισιοδοξία και ελπίδα για το μέλλον, μείωση της συγκέντρωσης και της ενεργητικότητας, περισσότερη ευερεθιστικότητα-εκνευρισμό, κούραση, λύπη και ευαισθησία (κλάμα) σε σχέση με την ομάδα παρακολούθησης μαθημάτων ψυχοπροφυλακτικής. Επίσης, κατηγορούσαν τον εαυτό τους για ότι τις συνέβαινε και δυσκολεύονταν να πάρουν αποφάσεις το ίδιο αποτελεσματικά όπως οι γυναίκες της ομάδας ψυχοπροφυλακτικής. Τα παραπάνω αποδεικνύονται από την έρευνα του Koniak-Griffin (1994) που εξέτασε την επίδραση ενός προγράμματος άσκησης διάρκειας 6 εβδομάδων στην αυτοεκτίμηση, το επίπεδο κατάθλιψης και τις φυσικές σωματικές ενοχλήσεις εγκύων γυναικών και παρατήρησε ότι οι γυναίκες οι οποίες δεν γυμνάζονταν, παρουσίασαν σημαντική αύξηση στις φυσικές σωματικές ενοχλήσεις που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη όπως πόνος στη μέση, πονοκέφαλο, κούραση κλπ. καθώς και μείωση της αυτοεκτίμησης και αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης με συμπτώματα όπως λύπη, κλάμα, εκνευρισμό κ.α. Συγχρόνως, σύμφωνα με τους ερευνητές Collins και συνεργάτες (1993) οι γυναίκες που λαμβάνουν την απαραίτητη υποστήριξη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, έχουν καλύτερη ψυχική και σωματική υγεία και βιώνουν θετικότερα συναισθήματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας, από τις γυναίκες οι οποίες δεν λαμβάνουν επαρκή υποστήριξη. Αντίθετα οι μητέρες που στερούνται υποστήριξης είναι πιθανότερο να βιώσουν καταθλιπτικά συμπτώματα τα οποία έχουν αρνητική επίδραση τόσο στις ίδιες όσο και στις οικογενειακές τους σχέσεις (Cumsille et al., 1994; Simons et al., 1993). Επίσης ιδιαίτερα σημαντική είναι και η έρευνα των Gamble και συνεργάτες (2005) που αποδεικνύει ότι η συμβουλευτική παρέμβαση των μαίων/ων σε γυναίκες κατά την περίοδο της κύησης ήταν αποτελεσματική στη μείωση των συμπτωμάτων του άγχους, της κατάθλιψης και των συναισθημάτων ενοχής. Η παρέμβαση των μαίων/ων έγινε

αντιληπτή ως ιδιαίτερα χρήσιμη και ενίσχυσε την εμπιστοσύνη των γυναικών για μια μελλοντική εγκυμοσύνη.

Επομένως, από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι η σωστή ψυχολογική και σωματική προετοιμασία της εγκύου προσφέρει πολλά πλεονεκτήματα στην ψυχική υγεία της γυναίκας, την ενισχύει, την ενδυναμώνει και τη θωρακίζει απέναντι στη συναισθηματική αστάθεια που φυσιολογικά παρουσιάζεται στην περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας, καθώς και απέναντι στα αρνητικά συμπτώματα που εμπεριέχονται στην ψυχική διαταραχή της κατάθλιψης της λοχείας.

Συνεπώς, η ενημέρωση, η συμπαράσταση και η εκμάθηση σωματικών ασκήσεων και χαλάρωσης που διδάσκονται από μαίες/ες στα μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής εκτός του ότι βοηθούν τις γυναίκες να γεννήσουν με όσο το δυνατόν πιο φυσιολογικό τρόπο και με λιγότερες επιπλοκές συγχρόνως ενισχύει της ψυχική υγεία της εγκύου. Όπως αναφέρει και ο Koltyn (1994) η άσκηση αποτελεί ένα σημαντικό μη φαρμακολογικό μέσο για να μπορέσουν οι έγκυες γυναίκες να διαχειριστούν καλύτερα τις αλλαγές στην ψυχική τους διάθεση που φυσιολογικά απαντώνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς μειώνει τα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης προλαμβάνοντας έτσι την κατάθλιψη που ακολουθεί αμέσως μετά τον τοκετό κατά την περίοδο της λοχείας.

Τέλος, οι ερευνητές προτείνουν ότι για την προώθηση της πληροφόρησης και της σωστής διαχείρισης της επιλόχειας κατάθλιψης, οι έγκυες γυναίκες πρέπει να ενθαρρύνονται ώστε να συμμετέχουν σε συμβουλευτικά προγράμματα πριν τον τοκετό και να ενημερώνονται από ειδικούς σχετικά με τα συμπτώματα της κατάθλιψης που είναι πιθανόν να εμφανιστούν μετά τον τοκετό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα μελέτη αξιολογήθηκε η μεταγεννητική κατάθλιψη σε γυναίκες κατά την περίοδο της λοχείας. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο Beck Depression Inventory-BDI-21, από την 3η ημέρα έως την 6η εβδομάδα μετά τον τοκετό. Πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις τόσο σε γυναίκες που παρακολούθησαν μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής προετοιμασίας κατά τη διάρκεια της κύησης, όσο και σε αυτές που δεν συμμετείχαν σε αντίστοιχες συνεδρίες, ώστε να διαπιστωθεί εάν τα μαθήματα ψυχοσωματικής προετοιμασίας της εγκύου συσχετίζονται με την επιλόχεια κατάθλιψη .

Από τα αποτελέσματα που προέκυψαν καταλήγουμε στα παρακάτω συμπεράσματα:

- Τα μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής προετοιμασίας που παραδίδονται από μαίες/ες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης διαπιστώθηκε ότι επέδρασαν θετικά στη μείωση των συμπτωμάτων της επιλόχειας κατάθλιψης.
- Οι γυναίκες που παρακολούθησαν τα μαθήματα είχαν περισσότερη χαρά, κοινωνικότητα, ενεργητικότητα, αισιοδοξία για το μέλλον, μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τους άλλους και τις διάφορες δραστηριότητες και γενικότερα καλύτερη συναισθηματική κατάσταση, σε σχέση με τις γυναίκες οι οποίες δεν συμμετείχαν σε αντίστοιχες συνεδρίες.
- Η μέτρια άσκηση είχε θετική επίδραση στη μείωση των επιπέδων της κατάθλιψης και βελτίωσε την αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθηση των γυναικών.
- Η ενημέρωση και η εφαρμογή σωματικών ασκήσεων, αναπνοών και χαλάρωσης που περιέχονται στις συνεδρίες ψυχοπροφυλακτικής βοήθου στη διαδικασία του τοκετού, ενώ παράλληλα, ενισχύουν τη σωματική και ψυχική υγεία της εγκύου, θωρακίζοντας την απέναντι στη συναισθηματική αστάθεια που φυσιολογικά παρουσιάζεται στην περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

Ολοκληρώνοντας την ερευνητική αυτή εργασία, σκόπιμο θα ήταν να αναφέρουμε κάποιες προτάσεις για την προαγωγή της ψυχικής και σωματικής υγείας της εγκύου, την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων.

Προτείνεται λοιπόν, περαιτέρω μελέτη αξιολόγησης της επίδρασης των μαθημάτων ψυχοπροφυλακτικής κατά τη διάρκεια της κύησης σε μεγαλύτερο δείγμα εγκύων και μεγαλύτερη εβδομαδιαία συχνότητα εφαρμογής του προγράμματος.

Επίσης, η θεσμοθέτηση ολοκληρωμένων υπηρεσιών μητρότητας στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας, όπως ακριβώς συμβαίνει στα άλλα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπου η νέα μητέρα θα πληροφορείται και θα υποστηρίζεται από εξειδικευμένο προσωπικό όπως μαίες/ες, ψυχολόγους κλπ., για όλα όσα την απασχολούν όσον αφορά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία. Στις υπηρεσίες αυτές στην Ευρωπαϊκή Ένωση προβλέπεται παρακολούθηση με 4-5 κατ οίκον επισκέψεις από μαίες/ες, τόσο στην εγκυμοσύνη όσο και στη λοχεία, για παρακολούθηση και εξέταση της γυναίκας στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η διεπιστημονική προσέγγιση για την υποστήριξη, τη συμβουλευτική και την ιατρική φροντίδα της γυναίκας κατά την περίοδο της κύησης, του τοκετού και της λοχείας, θα ήταν σκόπιμο να τεθεί ως στόχος της δημόσιας υγείας, ώστε να αυξηθεί το επίπεδο γνώσεων των γυναικών για το συγκεκριμένο θέμα και συγχρόνως να αναπτυχθεί περισσότερο το επιστημονικό ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας.

Συγχρόνως, σημαντικό είναι η ψυχολογική υποστήριξη, σε γυναίκες που πιθανόν παρουσιάζουν ψυχικές διαταραχές στην εγκυμοσύνη και τη λοχεία, να προσφέρετε από ειδικευμένους ψυχολόγους μέσα στα πλαίσια της Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής και να μην παραπέμπονται σε ψυχιατρικές κλινικές νοσοκομείων.

Τέλος, κρίνεται απαραίτητη η σχετικής κατάρτιση και η συνεχής πληροφόρηση των ειδικών όπως καθηγητών φυσικής αγωγής και μαίων/ων, που ασχολούνται με την εκγύμναση των εγκύων, για την αποφυγή πιθανής πρόκλησης κάποιας βλάβης στην έγκυο ή στο έμβρυο λόγω αγνοίας.

Στις μέρες μας, οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν, κατόπιν τεκμηρίωσης και διεπιστημονικής προσέγγισης των θεμάτων που άπτονται της υγείας, να παρέμβουν σε αυτήν τη τόσο σπουδαία και συγχρόνως κρίσιμη περίοδο της ζωής της γυναίκας, τόσο σε σωματικό, όσο και σε ψυχολογικό και κοινωνικοπολιτισμικό επίπεδο, για την προαγωγή της υγείας αυτής. Έτσι, θα υιοθετηθεί από τις γυναίκες ένα υποστηρικτικό για την υγεία μοντέλο τρόπου ζωής, που θα προάγει ψυχοσωματικά την ευεξία της γυναίκας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ακτσαλής Α., Σίμος Γ. (1992). Ψυχικές διαταραχές της λοχείας. *Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία*, 5, 2, 112-117.
- American College of Obstetricians and Gynaecologists (2002). ACOG Committee Opinion #267: Exercise during pregnancy and the postpartum period. *Obstetrics and Gynaecology*, 99, 171-173.
- American College of Obstetricians and Gynaecologists (1994). ACOG Technical Bulletin #189: Exercise during pregnancy and the post-partum period. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 45, 65-70.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. DSM-IV*. Washington, DC: APA.
- Αποστόλου, Α., Ασημακοπούλου Α., Κοπακάκη Μ., Κουρή. (1992). *Ερωτηματολόγιο κατάθλιψης του Beck*. Ψυχομετρικά στοιχεία και απόδοση στην ελληνική γλώσσα. Εξάμηνο Ε'.
- Appleby Louis, Rachel Warner, Anna Whitton, Brian Faragher (1997). A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. *British Medical Journal*, 314:932.
- Artal R. (1992). Exercise and pregnancy. *Clinical Sports Medicine*, 11(2), 363-377.
- Babyak Michael, James A. Blumenthal, Steve Herman, Parinda Khatri, Murali Doraiswamy, Kathleen Moore, W. Edward Craighead, Teri T. Baldewicz, and K. Ranga Krishnan (2000). Exercise Treatment for Major Depression: Maintenance of Therapeutic Benefit at 10 Months. *Psychosomatic Medicine*, 62:633-638.
- Beck A.T., Ward C. H., Mendelson M., Mock, J., & Erbaugh J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck A.T., Steer R. A., & Garbin M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Belsky, J. 1984. "The Determinants of Parenting: A Process Model. *Child Development*, 55: 83-96.
- Bloch M., Schmidt P. J., Danaceau M., Jean Murphy R.N., Lynnette Nieman R.N., & Rubinow D. R. (2000). Effects of Gonadal Steroids in Women With a History of Postpartum Depression. *American Journal of Psychiatry*, 157:6, 924-30.

- Blumenthal JA, Babyak MA, Moore KA, Craighead WE, Herman S, Khatri P, Waugh R, Napolitano MA, Forman LM, Appelbaum M, Doraiswamy PM, Krishnan KR. (1999). Effects of exercise training on older patients with major depression. *Archives of Internal Medicine*, 159(19):2349-56.
- Boyce P., Hickie J. and Parker G. (1991). Parents, partner or personality? Risk factors for postnatal depression. *Journal of affective disorder*, 21:245.
- Carter Alice S., Christina Wood Baker, and Kelly D. Brownell, (2000). Body Mass Index, Eating Attitudes, and Symptoms of Depression and Anxiety in Pregnancy and the Postpartum Period. *Psychosomatic Medicine*, 62:264-270.
- Chopra Deepak, Simon David & Abrams Vicki (2005). *Magical beginnings, enchanted lives*. Three Rivers Press, Random House, Ins.
- Clapp, J. (1990). The course and outcome of labor following endurance exercise during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 163: 1799-1805.
- Clapp III, JF, R. Rokey, JL Treadway, MW Carpenter, RM Artal, and C. Warnes. (1992). Exercise in pregnancy. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 24:294-300.
- Clapp JF 3rd; Little KD (1995). "Effect of recreational exercise on pregnancy weight gain and subcutaneous fat deposition". *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 27 (2):170-177.
- Clapp, JF (2000). Exercise during pregnancy. A clinical update. *Clinical Sports Medicine*, 19(2), 273-286.
- Collins, N.L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M. & Scrimshaw, S.C. (1993). Social support in pregnancy: Psychosocial predictors of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1243-1258.
- Cooper PJ, Murray L (1998). Postnatal depression. *British Medical Journal*, 316:1884-1886.
- Cox JL., Connor Y., and Kendell RE. (1982). Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 140: 111-117.
- Craft Lynette L. (2005). Exercise and clinical depression: examining two psychological mechanisms. *Psychology of Sport and Exercise*, 6 151-171.

- Cumsille, P., & Epstein, N. (1994). Family cohesion, family adaptability, social support, and adolescent depressive symptoms in outpatient clinic families. *Journal of Family Psychology*, 8, 202-222.
- Cutrona, C. E. (1984). Social support and stress in the transition to parenthood. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(4), 378-390.
- Dayan J., Andro G., Dugnat M., (1999). Psychopathologie de la perinatalité. *Masson*, Paris. p.41-50.
- Dennis CL, Hodnett E, Gallop R, Chalmers B. (1985). The effect of peer support on breastfeeding. *Health Education*, 12:65–80. 81.
- Dennis C.L. (2003). The effect of peer support on postpartum depression: a pilot randomized controlled trial. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(2):115-24.
- Dennis Cindy-Lee (2005). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *British Medical Journal*, 331:15 doi:10.1136.
- Dimeo F., Bauer M., Varahram I., Proest G. and Halter U. (2001). Benefits from aerobic exercise in patients with major depression: a pilot study. *The British Journal of Sports Medicine*, 35:114-117.
- Dunn Andrea L., Madhukar H. Trivedi, James B. Kampert, Camillia G. Clark and Heather O. Chambliss (2005). Exercise treatment for depression Efficacy and dose response. *American Journal of Preventive Medicine*, Vol. 28, 1: 1-8.
- Εκκεκάκης Παντελής, Ζέρβας Γιάννης, Εμμανουήλ Κωνσταντίνος, Ψυχουντάκη Μαρία, Κάκκος Βασίλης (1996). Η επίδραση της αερόβιας ασκήσεως στην ψυχική διάθεση. *Αθλητική ψυχολογία*, 8, 3-15.
- Entin Pauline L. and Munhall Kelly M. (2006). Recommendations regarding exercise during pregnancy made by private/small group practice obstetricians in the USA. *Journal of Sports Science and Medicine*, 5, 449-458.
- Epperson C. N., Wisner K.L., & Yamamoto B. (1999). Gonadal Steroids in the Treatment of Mood Disorders. *Psychosomatic Medicine*, 61:676-697.
- Evans J., Heron J., Francomb H., Oke S., Golding J. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal*, 323:257-260.
- Fentem P. H. (1994). ABC of Sports Medicine: Benefits of exercise in health and disease *British Medical Journal*, 308:1291-1295.

- Fleming AS, Corter C, Steiner M. (1995). Sensory and hormonal control of maternal behaviour in rat and human mothers. In: *Motherhood in human and nonhuman primates*, Edited by Pryce CR, Martin RD, Skuse D. Switzerland, (eds). S Karger:106-114.
- Fontaine KR, Jones LC. (1997). Self-esteem, optimism, and postpartum depression. *Journal of Clinical Psychology*, 53(1):59-63.
- Fountoulakis K, Iacovides A, Samolis S, Kleanthous S, Kaprinis S, Kaprinis G, Bech P (2001a). Reliability, Validity and Psychometric Properties of the Greek Translation of the Zung Depression Rating Scale. *Biological and Medical Central of Psychiatry*, 1:6.
- Fountoulakis K, Iacovides A, Kleanthous S, Samolis S, Kaprinis S, Sitzoglou K, Kaprinis G, Bech P (2001b). Reliability, Validity and Psychometric Properties of the Greek Translation of the Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) Scale. *Biological and Medical Central of Psychiatry*, 1:3.
- Fountoulakis K, Iacovides A, Ioannidou C, Bascialla F, Nimatoudis I, Kaprinis G, Janca A, & Dahl A (2002): Reliability and cultural applicability of the Greek version of the International Personality Disorders Examination. *Biological and Medical Central of Psychiatry*, 2:6.
- Fountoulakis K, Iacovides A, Kleanthous S, Samolis S, Gougoulas K., Kaprinis G, Bech P (2003). The Greek translation of the symptoms rating scale for depression and anxiety: preliminary results of the validation study. *Biological and Medical Central of Psychiatry*, 3:21.
- Fox, KR (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition*, 2 (3a), 411-418.
- Gamble Jenny, Debra Creedy, Wendy Moyle, Joan Webster, Margaret McAllister, and Paul Dickson (2005). Effectiveness of a Counselling Intervention after a Traumatic Childbirth: A Randomized Controlled Trial. *Birth*, Vol. 32, 1: 11.
- Gitlin M.J., Pasnau R.O. (1989). Psychiatric syndromes linked to reproductive function in women: a review of current knowledge. *American Journal of Psychiatry*, 146:1413.
- Goldstein, L. H., Diener, M. L., & Mangelsdorf, S. C. (1996). Maternal characteristics and social support across the transition to motherhood: Associations with maternal behaviour. *Journal of Family Psychology*, 10, 60-71.

- Gordon Nancy , David Walton, Eileen Mcadam, Judy Derman, Gina Gallitero and Lynda Garrett (1999). Effects of Providing Hospital-Based Doulas in Health Maintenance Organization Hospitals. *Obstetrics & Gynaecology*, 93:422-426.
- Gjerdingen DK; Froberg DG; Fontaine P (1991). The effects of social support on women's health during pregnancy, labor and delivery, and the postpartum period. *Family Medicine Journal*, 23:5, 370-5.
- Haas J. (2005). Pregnant Women Should Exercise To Keep Depression Away. *Journal of General Internal Medicine*. <http://www.sciencedaily.com/releases/1999/02/90212100430.htm>.
- Hall, DC, Kaufmann, DA (1987). Effects of aerobic and strength conditioning on pregnancy outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 27(2): 170-177.
- Hall LA, Kotch JB, Browne D, Rayens MK. (1996) . Self-esteem as a mediator of the effects of stressors and social resources on depressive symptoms in postpartum mothers. *Journal of Nursing Research*, 45(4):231-8.
- Harris B. (1993). A hormonal component to postnatal depression. *British Journal of psychiatry*, 163: 403-405.
- Harris B., Lovett L., Newcombe R. G., Read G. F., Walker R., Riad-Fahmy D. (1994). Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study II. *British Medical Journal*, 308:949-953.
- Harry W.B. Herrick. (2000). The Effect of Stressful Life Events on Postpartum Depression. *State Center for Health Statistics*, No.121.
- Heh SS, Fu YY (2003). Effectiveness of informational support in reducing the severity of postnatal depression in Taiwan. *Journal of Advance Nursing*, 42(1):30-6.
- Heim Christine, Jeffrey Newport, Stacey Heit, Yolanda P. Graham, Molly Wilcox, Robert Bonsall, Andrew H. Miller, Charles B. Nemeroff, (2000). Pituitary-Adrenal and Autonomic Responses to Stress in Women after Sexual and Physical Abuse in Childhood. *Journal of the American Medical Association*, 284 (5):592-597.
- Hendrick R.(1998). Hormonal Changes in the Postpartum and Implications for Postpartum Depression. *Psychosomatics*, 39:93-101.

- Hobfoll, S. E., Ritter, C., Lavin, J., Hulsizer, M. R., & Cameron R. P. (1995). Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 445-453.
- Hobfoll, S. E., Cameron, R. P., Chapman, H. A., & Gallagher, R. W. (1996). Social support and social coping in couples. In G. R. Pierce, B. R. Sarason, & I. G. Sarason. *The handbook of social support and the family*, pp. 413-433.
- Hodnett Ellen D., Nancy K. Lowe, Mary E. Hannah, Andrew R. Willan, Bonnie Stevens, Julie A. Weston, Arne Ohlsson, Amiram Gafni, Holly A. Muir, Terri L. Myhr; Robyn Stremler, (2002). Effectiveness of Nurses as Providers of Birth Labor Support in North American Hospitals. *Journal of the American Medical Association*, 288:1373-1381.
- Hopkins J, Campbell SB, Marcus M. (1987). Role of infant-related stressors in postpartum depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 96:237-241.
- Horns PN, Ratcliffe LP, Leggett JC, Swanson MS. (1996). Pregnancy outcomes among active and sedentary primiparous women. *Journal of Obstetrics & Gynecology Neonatal Nursing*, 25(1):49-54.
- Inwood DG. (1989). Postpartum psychotic disorders. In: HI Kaplan and BJ Sadock (Eds.). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 5th edition. Williams & Wilkins, Baltimore, 852.
- Israel B. Social networks and social support: Implications for natural helpers and community level interventions. *Health Education*, 12:65-80.
- Kellartzis D., Didaskalou T., Mikos T., Bontis I. (2003). Postpartum depression. Hellen. *Obstetrics and Gynaecology*, 15(2):78-84.
- Kendell R.E., Chalmers J.C., Platz C. (1987). Epidemiology of puerperal psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 150:662-673.
- Knechtle B., (2004). Influence of Physical Activity on Mental Well-Being and Psychiatric Disorders. *Institut für Sportmedizin, Praxis*, Vol. 93, 35: 1403 – 1411.
- Koltyn KF (1994). Mood changes in pregnant women following an exercise session and a prenatal information session. *Women's Health Issues*, 4(4):191-5.
- Koltyn, KF, & Schultes, SS (1997). Psychological Effects of an Aerobic Exercise Session and a Rest Session Following Pregnancy. *Journal of Sports Medicine*, 23(1):33-47.

- Koniak-Griffin, D. (1994). Aerobic exercise, psychological well-being, and physical discomforts during adolescent pregnancy. *Research in Nursing and Health*, 17, 253-263.
- Lavender T, Walkinshaw SA. (1998). Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomized trial. *Birth*, 25(4):220-221.
- Lawlor D. A, Hopker S. W (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomized controlled trials *British Medical Journal*, 322:763.
- Leppämäki Sami, Jari Haukka, Jouko Lönnqvist and Timo Partonen (2004). Drop-out and mood improvement: a randomized controlled trial with light exposure and physical exercise. *Boston Medical Center of Psychiatry*, 4:22.
- Λώλης Ε. Δ. (1998a). Φυσιολογικές μεταβολές στην κύηση. *Γυναικολογία και Μαιευτική*, 2, 8, 107-122.
- Λώλης Ε. Δ. (1998b). Μαιευτική ψυχοπροφυλακτική. *Γυναικολογία και Μαιευτική*, 2,11,149-158.
- Λώλης Ε. Δ. (1998c). Ψυχοσωματικά προβλήματα στη Μαιευτική. *Γυναικολογία και Μαιευτική*, 2, 24, 403-408.
- Λώλης Ε. Δ. (1998d). Λοχεία. *Γυναικολογία και Μαιευτική*, 2, 13,173-175.
- Μάνος, Ν. (1997). Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. *Εκδόσεις University Studio press*, Θεσσαλονίκη.
- Μανταλενάκης Ι. Σ. (1990a). Νευρολογικά και Ψυχιατρικά προβλήματα στη κύηση. *Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας*, 30, 240.
- Μανταλενάκης Ι. Σ. (1990b). Διάγνωση και παρακολούθηση στη κύηση. Η ψυχοπροφυλακτική αγωγή. *Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας*, 8, 93-94.
- Μανταλενάκης Ι. Σ. (1990c). Λοχεία. *Σύνοψη Μαιευτικής και Γυναικολογίας*, 11, 126-131.
- Marks MN, Wieck A, Checkley SA, Kumar R (1992). Contribution of psychological and social factors to psychotic and non-psychotic relapse after childbirth in women with previous histories of affective disorder. *Journal of affective disorder*, 24(4):253-63.

- Marquez-Sterling S, Perry AC, Kaplan TA, Halberstein RA, Signorile JF (2000). Physical and psychological changes with vigorous exercise in sedentary primigravidae. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32(1):58-62.
- Maspfuhl B, Rauchfuss M. (1986). Program and effectiveness of psychologically-oriented preparation for childbirth. 1. Behavior therapeutic program for childbirth preparation. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 108 (2):97-103.
- Meltzer ES, Kumar R (1985). Puerperal mental illness, clinical features and classification: a study of 142 mother-and-baby admissions: *British Journal of Psychiatry*, 147:647.
- Miller L. J. (2002). Postpartum Depression. *Journal of the American Medical Association*, vol.287, no 6, 762-765.
- Misri S, Kostaras X, Fox D, Kostaras D (2000). The impact of partner support in the treatment of postpartum depression. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(6):554-8.
- Μπρατίδου Στ. (2002). Ψυχοπροφυλακτική. *Ψυχοσωματική προετοιμασία στην κύηση και τον τοκετό*, 2, 40-49.
- O'Hara, M. W., Rehm, L. P. and Campbell, S. B. (1983). Postpartum depression: A role for social network and life stress variables. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 171: 336-341.
- 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, MW, Schlechte, JA, Lewis, DA, & Wright, EJ (1991). Prospective study of postpartum blues: Biologic and psychosocial factors. *Archives of General Psychiatry*, 48, 801-806.
- O'Hara M.W., Swain A.M. (1996). Rates and risk of postpartum depression: a meta analysis. *International Review of Psychiatry*, 8:37-54.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2001). *Εκθεση για την παγκόσμια υγεία. Ψυχική υγεία: νέα αντίληψη, νέα ελπίδα*. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας.
- Paisley J.E., Mellion M.B. (1988). Exercise during pregnancy. *American Academy of Family Physicians*, 38(5):143-50.
- Paykel, E. S., Emms, E. M., Fletcher, J. & Rassaby, E. S.(1980). Life events and social support in puerperal depression. *British Journal of Psychiatry*, 136: 339-346.

- Paykel ES, (1994). Life events, social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 377:50-58.
- Ringler M. (1981). Psychohygienic aspects of behavioural methods in preparation for childbirth (author's transl). *Wien Med Wochenschr*, 131(8):199-203.
- Roca, C. (2005). The depression during and after pregnancy. *National Women's Health Information Center*, <http://www.womenshealth.gov/faq/postpartum.htm>.
- Sampsel Carolyn M. (1999). Exercise Can Have Positive Influence On Physical And Mental Well-Being Of New Mothers. *The Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, www.sciencedaily.com/releases/1999/02/990212100430.htm.
- Schweitzer, R. D., Logan, G. P. & Strassberg, D. (1992). The relationship between marital intimacy and postnatal depression. *Australian Journal of Marriage & Family*, 13: 19-23.
- Scott, M. (1989). *A Cognitive-behavioural Approach to Clients Problem*. Tanistock/Routledge. London and New York.
- Sichel DA, Cohen LS, Robertson LM. (1995). Prophylactic estrogen in recurrent postpartum affective disorder. *Biological Psychiatry*, 38:814-818.
- Simons, R. L., Lorenz, F. O., Wu, C., & Conger, R. D. (1993). Social network and marital support as mediators and moderators of the impact of stress and depression on parental behavior. *Developmental Psychology*, 29, 368–381.
- Singh N.A., Clements K.M. & Fiatarone M.A. (1997). A randomized controlled trial of progressive resistance training in depressed elders. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, Vol. 52, Issue 1, 27-35.
- Spielvogel A., Wile J. (1986). Treatment of the psychotic pregnant patient. *Psychosomatics*, 27: 487-492.
- Spinelli MG. (1997). Interpersonal psychotherapy for depressed antepartum women: a pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 154:1028-1030.
- Stamp GE, Williams AS, Crowther CA. (1995). Evaluation of antenatal and postnatal support to overcome postnatal depression: a randomized, controlled trial. *Birth*, 22(3):138-43.
- Steiner M, Dunn EJ. (1996). The psychobiology of female-specific mood disorders. *Infertility & Reproductive Medicine Clinics of North America*, 7:297-313.

- Steiner M, Yonkers K. (1998). *Depression in Women*, Martin Dunitz Ltd. London, UK.
- Sternfeld B., Quesenberry C.P., Eskenazi B., Newman L. (1990). Exercise during pregnancy and pregnancy outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 163:1799-805. [26.].
- Sternfeld B, Quesenberry CP Jr, Eskenazi B, Newman LA. (1995). Exercise during pregnancy and pregnancy outcome. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 27:634-40.
- Swendsen J. D., Mazure C. M. (2000). Life Stress as a Risk Factor for Postpartum Depression. *Current Research and Methodological Issues*, 7: 3-16.
- Terry, D.J., Mayocchi, L. & Hynes, G.J. (1996). Depressive Symptomatology in New Mothers. A Stress and Coping Perspective. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 105, No. 2, 220-231.
- Thoren Peter, Floras John S., Hoffmann Pavel, Seals Douglas R. (1990). Endorphins and exercise: Physiological mechanisms and clinical implications. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 22 (4): p.417-428.
- Trivedi H. Madhukar, Tracy L Greer, Bruce D Grannemann, Timothy S Church, Daniel I Galper, Prabha Sunderajan , Stephen R Wisniewski, Heather O Chambliss, Alexander N Jordan, Carrie Finley ,Thomas J Carmody (2006). TREAD: Treatment with Exercise Augmentation for Depression: study rationale and design. *Clinical Trials*, Vol. 3, No. 3, 291-305.
- Τσιάντης Γ., Δραγώνα Θ., (1999). *Μωρά και μητέρες. Ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και υγεία στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής*, Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Waldenstrom U, Brown S, McLachlan H, Forster D, Brennecke S. (2000). Does team midwife care increase satisfaction with antenatal, intrapartum, and postpartum care? A randomized controlled trial. *Birth*, 27(3):174-6.
- Wallace, A., Boyer, D., Dan, A., & Holm, K. (1986). Aerobic exercise, maternal self-esteem. and complaints in pregnancy. *Journal of Nurse-Midwifery*, 31, 255-262.
- Watson JP, Elliott SA, Rugg AJ, Brough DI (1984). Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *British Journal of Psychiatry*, 144:453.
- Wethington E, Kessler RC. (1986). Perceived support, received support, and adjustments to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27:78-89.

- Wieck A, Kumar R, Hirst AD.(1991). Increased sensitivity of dopamine receptors and recurrence of affective psychosis after childbirth. *British Medical Journal*, 303:613-616.
- Wisner K.L., Peindl K.S., Hanusa B.H. (1994). Symptomatology of affective and psychotic illnesses related to childbearing. *Journal of Affective Disorders*, 30:77-87.
- Wisner KL, Stowe ZN. (1997). Psychobiology of postpartum mood disorders. *Semin Reproductive Endocrinology*, 15:77-89.
- Wisner K.L., Parry B.L., Piontek C.M. (2002). Postpartum depression. *New England Journal of Medicine*, 347:194-199.
- Wolfe L.A., Hall P., Webb K.A., Goodman L., Monga M. & McGraith M.J. (1989). Prescription of Aerobic Exercise during Pregnancy. *Sports Medicine*, 8(5): 273-301.
- Zlotnick Caron, Sheri L. Johnson, Ivan W. Miller, Teri Pearlstein and Margaret Howard. (2001). Postpartum Depression in Women Receiving Public Assistance: Pilot Study of an Interpersonal-Therapy-Oriented Group Intervention. *American Journal of Psychiatric*, 158:638-640.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο (πρόσθετες ερωτήσεις)

Παρακολούθηση μαθημάτων ψυχοπροφυλακτικής όχι..... ναι.....

Ηλικία:.....

Έγγαμη:..... Διαζευγμένη:..... Άγαμη:.....

Ιστορικό ψυχικών νόσων όχι..... ναι.....

Παθολογικό πρόβλημα στη κύηση όχι..... ναι.....

Προηγούμενη κακή εμπειρία τοκετού όχι..... ναι.....

Κλίμακα κατάθλιψης του BECK

1. Λύπη
 - 0 Δεν αισθάνομαι λυπημένος /η.
 - 1 Αισθάνομαι λυπημένος/η συχνά.
 - 2 Αισθάνομαι λυπημένος/η συνεχώς.
 - 3 Αισθάνομαι τόσο λυπημένος ώστε δεν μπορώ να το αντέξω.

2. Απαισιοδοξία.
 - 0 Δεν νιώθω απαισιοδοξία για το μέλλον.
 - 1 Νιώθω πιο απαισιόδοξα για το μέλλον απ' ότι παλαιότερα.
 - 2 Δεν περιμένω να μου έρθουν όλα βολικά.
 - 3 Δεν έχω ελπίδες για το μέλλον και πιστεύω ότι τα πράγματα θα χειροτερέψουν.

3. Περρασμένη αποτυχία.
 - 0 Δεν αισθάνομαι αποτυχημένος/η.
 - 1 Έχω αποτύχει περισσότερο απ' ότι θα έπρεπε.
 - 2 Καθώς σκέφτομαι τη ζωή μου μέχρι τώρα βλέπω είναι πολλές οι αποτυχίες.
 - 3 Αισθάνομαι ότι είμαι τελείως αποτυχημένος/η σαν άτομο.

4. Μείωση απόλαυσης.
 - 0 Απολαμβάνω όσο και παλιότερα τις ασχολίες που μου αρέσουν.
 - 1 Δεν απολαμβάνουν τα πράγματα όπως πρώτα.
 - 2 Με ευχαριστούν ελάχιστα οι ασχολίες που μου άρεσαν.
 - 3 Δεν με ευχαριστεί πια καμιά από τις ασχολίες που μ' ευχαριστούσαν παλαιότερα.

5. Ένοχη.
 - 0 Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερες ενοχές.
 - 1 Αισθάνομαι ένοχος/η για πολλά πράγματα που έχω κάνει ή που θα έπρεπε να είχα κάνει.
 - 2 Αισθάνομαι ένοχος/η συχνά.
 - 3 Αισθάνομαι ένοχος/η συνεχώς.

6. Αίσθημα τιμωρίας.
 - 0 Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι.
 - 1 Αισθάνομαι ότι μπορεί να τιμωρούμαι.
 - 2 Περιμένω ότι θα τιμωρηθώ.
 - 3 Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι.

7. Αυτο-αντιπάθεια.
 - 0 Αισθάνομαι το ίδιο για τον εαυτό μου όπως πάντα.
 - 1 Έχω χάσει την αυτοπεποίθησή μου.
 - 2 Έχω απογοητευθεί με τον εαυτό μου.
 - 3 Αντιπαθώ τον εαυτό μου.

8. Αυτο-κριτική.
 - 0 Δεν κριτικάρω ούτε κατηγορώ τον εαυτό μου πιο συχνά απ' ότι συνήθως.
 - 1 Κατηγορώ τον εαυτό μου πιο συχνά απ' ότι παλιά..
 - 2 Κατηγορώ τον εαυτό μου για όλα μου τα ελαττώματα..
 - 3 Κατηγορώ τον εαυτό μου για κάθε κακό που συμβαίνει.

9. Σκέψεις ή επιθυμία αυτοκτονίας.
 - 0 Δεν σκέφτομαι να αυτοκτονήσω.
 - 1 Έχω σκέψεις αυτοκτονίας αλλά δεν θα το έκανα.
 - 2 Θα ήθελα να αυτοκτονήσω.
 - 3 Θα αυτοκτονούσα αν είχα την ευκαιρία.

10. Κλάμα
 - 0 Δεν κλαίω περισσότερο από ότι παλαιά.
 - 1 Κλαίω πιο συχνά από ότι συνήθως.
 - 2 Κλαίω για το παραμικρό.
 - 3 Αισθάνομαι την ανάγκη να κλάψω αλλά δεν μπορώ.

11. Ανησυχία.
 - 0 Δεν είμαι περισσότερο ανήσυχος/η απ' ότι συνήθως.
 - 1 Είμαι περισσότερο ανήσυχος/η απ' ότι συνήθως.
 - 2 Αισθάνομαι τόσο ανήσυχος που μου είναι δύσκολο να μην κινούμαι.
 - 3 Είμαι τόσο ανήσυχος που πρέπει συνεχώς να κινούμαι ή να κάνω κάτι.

12. Απώλεια ενδιαφέροντος.
 - 0 Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ή για δραστηριότητες.
 - 1 Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για τους άλλους ή για ασχολίες απ' ότι παλαιότερα
 - 2 Έχω χάσει σε μεγάλο βαθμό το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ή για ασχολίες.
 - 3 Είναι δύσκολο να ενδιαφερω για οτιδήποτε.

13. Αναποφασιστικότητα.
- 0 Παίρνω αποφάσεις το ίδιο αποτελεσματικά όπως πάντα.
 - 1 Μου είναι πιο δύσκολο να πάρω αποφάσεις απ' ότι συνήθως.
 - 2 Δυσκολεύομαι πολύ περισσότερο απ' ότι παλαιά στο να παίρνω αποφάσεις.
 - 3 Δυσκολεύομαι να πάρω την οποιαδήποτε απόφαση.
14. Αναξιοσύνη.
- 0 Δεν αισθάνομαι ανάξιος/α.
 - 1 Δεν θεωρώ τον εαυτό μου τόσο άξιο/α και χρήσιμο/η όσο παλιότερα.
 - 2 Νιώθω πιο ανάξιος/α σε σύγκριση με τους άλλους.
 - 3 Αισθάνομαι εντελώς ανάξιος/α.
15. Μείωση ενεργητικότητας.
- 0 Έχω όση ζωτικότητα είχα ποτέ.
 - 1 Χρειάζεται να κάνω ιδιαίτερη προσπάθεια για να αρχίσω κάποια δουλειά .
 - 2 Χρειάζεται να πιέσω πολύ τον εαυτό μου για να κάνω κάτι.
 - 3 Μου είναι αδύνατο να εργαστώ.
16. Αλλαγές στον ύπνο .
- 0 Κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως.
 - 1^α Κοιμάμαι λίγο περισσότερο απ' ότι συνήθως.
 - 1β Κοιμάμαι λίγο λιγότερο απ' ότι συνήθως.
 - 2^α Κοιμάμαι πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως.
 - 2β Κοιμάμαι πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως.
 - 3^α Κοιμάμαι τις περισσότερες ώρες της ημέρας.
 - 3β Ξυπνάω μια δύο ώρες νωρίς και δεν μπορώ να ξανακοιμηθώ.
17. Εκνευρισμός.
- 0 Δεν εκνευρίζομαι περισσότερο απ' ότι συνήθως.
 - 1 Εκνευρίζομαι περισσότερο απ' ότι συνήθως.
 - 2 Εκνευρίζομαι πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως.
 - 3 Είναι εκνευρισμένος συνεχώς.
18. Αλλαγές στην όρεξη.
- 0 Η όρεξή μου δεν έχει αλλάξει.
 - 1^α Η όρεξή μου είναι λίγο λιγότερη απ' ότι συνήθως.
 - 1β Η όρεξή μου είναι λίγο περισσότερη απ' ότι συνήθως.
 - 2^α Η όρεξή μου είναι πολύ λιγότερη απ' ότι συνήθως.
 - 2β Η όρεξή μου είναι πολύ περισσότερη απ' ότι συνήθως.
 - 3^α Δεν έχω πια καθόλου όρεξη.
 - 3β Συνεχώς θέλω κάτι να φάω.
19. Δυσκολία συγκέντρωσης.
- 0 Μπορώ να συγκεντρωθώ τόσο καλά όσο πάντα.
 - 1 Δεν μπορώ να συγκεντρωθώ τόσο καλά όσο συνήθως.
 - 2 Μου είναι δύσκολο να συγκεντρωθώ σε κάτι για πολλή ώρα.
 - 3 Δεν μπορώ να συγκεντρωθώ καθόλου

20. Κούραση ή κόπωση.
- 0 Δεν κουράζομαι ευκολότερα απ' ότι συνήθως.
 - 1 Κουράζομαι ευκολότερα από πρώτα.
 - 2 Κουράζομαι και δεν μπορώ να κάνω πολλά απ' όσα έκανα παλαιότερα.
 - 3 Κουράζομαι τόσο εύκολα ώστε δεν μπορώ να κάνω τίποτα.
21. Μείωση ενδιαφέροντος για το σεξ
- 0 Δεν έχω προσέξει τελευταία καμία αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ.
 - 1 Ενδιαφέρομαι λιγότερο για το σεξ απ' ότι παλαιότερα.
 - 2 Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο για το σεξ τώρα.
 - 3 Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ.

**ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΚΟ ΥΛΙΚΟ ΜΑΘΗΜΑΤΩΝ ΨΥΧΟΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ**







Χορήγηση Αδείας Διεξαγωγής Έρευνας

Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια για την διεξαγωγή της έρευνας που πραγματοποιείται σε συνεργασία με το Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης & το Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας των Τμημάτων Επιστήμης Φυσικής Αγωγής & Αθλητισμού, με θέμα «Η επίδραση της ψυχοσωματικής προετοιμασίας της εγκύου στην επιλογή κατάθλιψη».

Η έρευνα αυτή γίνεται στα πλαίσια μεταπτυχιακής διατριβής του ΔΠΘ και θα διεξαχθεί με ερωτηματολόγια. Οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου θα είναι ανώνυμες.

Η συμμετοχή της κλινικής σας στην έρευνα θα είναι ιδιαίτερα χρήσιμη.

Σας ευχαριστώ

Παπανικολάου Μαριάννα.

Χορηγείται άδεια στην Παπανικολάου Μαριάννα για διανομή ερωτηματολογίων στην κλινική μας.

Ο Διευθυντής της Κλινικής
ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ ΚΗΠΟΥΡΗΣ
ΑΝΑΠΛ. ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟΥ ΓΥΝΗΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ
Νομ. Γεν. Νοσ. Καβάλας

Υπογραφή

Ημερομηνία...31/5/2006

Χορήγηση Αδείας Διεξαγωγής Έρευνας

Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια για την διεξαγωγή της έρευνας που πραγματοποιείται σε συνεργασία με το Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης & το Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας των Τμημάτων Επιστήμης Φυσικής Αγωγής & Αθλητισμού, με θέμα «Η επίδραση της ψυχοσωματικής προετοιμασίας της εγκύου στην επλόχεια κατάθλιψη».

Η έρευνα αυτή γίνεται στα πλαίσια μεταπτυχιακής διατριβής του ΔΠΘ και θα διεξαχθεί με ερωτηματολόγια. Οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου θα είναι ανώνυμες.

Η συμμετοχή της κλινικής σας στην έρευνα θα είναι ιδιαίτερα χρήσιμη.

Σας ευχαριστώ

Παπανικολάου Μαριάννα.

Χορηγείται άδεια στην Παπανικολάου Μαριάννα για διανομή ερωτηματολογίων στην κλινική μας.



Ο Διευθυντής της κλινικής

Δούρος Κυριάκος
Υπογραφή

Ημερομηνία 31/5/2006

ΔΟΥΡΟΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ
ΧΕΙΡ. ΓΥΝΑΚ. ΜΑΙΕΥΤΗΡΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ "ΑΗΤΩ"
ΚΑΒΑΛΑ - Τηλ. 228.555
Α.Φ.Μ. 011172194 - Δ.Ο.Υ. Β' ΚΑΒΑΛΑΣ

Χορήγηση Αδείας Διεξαγωγής Έρευνας

Σας παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια για την διεξαγωγή της έρευνας που πραγματοποιείται σε συνεργασία με το Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης & το Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας των Τμημάτων Επιστήμης Φυσικής Αγωγής & Αθλητισμού, με θέμα «Η επίδραση της ψυχοσωματικής προετοιμασίας της εγκύου στην επιλόχεια κατάθλιψη».

Η έρευνα αυτή γίνεται στα πλαίσια μεταπτυχιακής διατριβής του ΔΠΘ και θα διεξαχθεί με ερωτηματολόγια. Οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου θα είναι ανώνυμες.

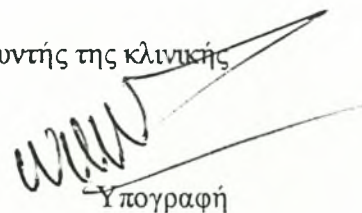
Η συμμετοχή της κλινικής σας στην έρευνα θα είναι ιδιαίτερα χρήσιμη.

Σας ευχαριστώ

Παπανικολάου Μαριάννα.

Χορηγείται άδεια στην Παπανικολάου Μαριάννα για διανομή ερωτηματολογίων στην κλινική μας.

Ο Διευθυντής της κλινικής



Υπογραφή

Ημερομηνία 31/5/2006