

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ
ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

Της
Βασδέκη Δέσποινας

Μεταπτυχιακή διατριβή που υποβάλλεται στο καθηγητικό σώμα για τη μερική εκπλήρωση των υποχρεώσεων απόκτησης του μεταπτυχιακού τίτλου του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών « Άσκηση και Υγεία» του Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Εγκεκριμένο από το καθηγητικό σώμα

1^{ος} Επιβλέπων καθηγητής: Στυλιανή Χρόνη

2^{ος} Επιβλέπων καθηγητής: Βασιλική Ζήση

3^{ος} Επιβλέπων καθηγητής: Αντώνης Χατζηγεωργιάδης

2010

© 2010

Δέσποινας Βασδέκη

ALL RIGHTS RESERVED

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας πολύτιμη υπήρξε η συμβολή ορισμένων ατόμων, τα ονόματα των οποίων θα ήθελα να αναφέρω, ευχαριστώντας τους με τη σειρά μου.

Καταρχήν, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνετέλεσαν στην πραγματοποίηση αυτής της εργασίας και πρωτίστως την επιβλέπουσα της μεταπτυχιακής διατριβής Επίκουρη Καθηγήτρια κα. Χρόνη Στυλιανή, η οποία στήριξε την πρότασή μου και με καθοδήγησε καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της διατριβής, καθώς και τους δύο άλλους καθηγητές της τριμελούς επιτροπής, τον Επίκουρο Καθηγητή κο. Χατζηγεωργιάδη Αντώνιο και την Λέκτορα κα. Ζήση Βασιλική, των οποίων η συμβολή ήταν σημαντική για την ολοκλήρωση της.

Επίσης, ευχαριστώ τους Διευθυντές των Μαιευτικών και Γυναικολογικών κλινικών (τον κο. Γεωργαδάκη- Α.Γ.Ν. Βόλου, τον Καθηγητή κο. Μεσσήνη- Π.Ν. Λάρισας, τον κο. Καρβελά- Ιδ. Κλινική «Υγεία» στη Λάρισα και τον κο. Διακουμή- Ιδ. Κλινική «Euromedica Θεοτόκος» στη Λάρισα) για την άδεια που μου χορήγησαν για τη διεξαγωγή της έρευνας, καθώς και το προσωπικό των τμημάτων αυτών για την πολύτιμη βοήθειά του.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω όλες τις γυναίκες που δέχτηκαν να λάβουν μέρος στην έρευνα.

Βασδέκη Δέσποινα

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	vii
ABSTRACT	ix
ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ	xi
ΛΙΣΤΑ ΣΥΝΤΜΗΣΕΩΝ	Xii
I. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
Σκοπός της έρευνας	2
Σημαντικότητα της έρευνας	2
Ερευνητικοί Όροι & Λειτουργικοί Ορισμοί	3
Περιορισμοί της Έρευνας	5
II. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	7
Ψυχοσωματικές Μεταβολές κατά τη Λοχεία	7
Ψυχικές Διαταραχές σχετικές με τη λοχεία	10
Παράγοντες Κινδύνου Εμφάνισης της Επιλόχειας Κατάθλιψης	13
Διαγνωστικά Εργαλεία για την Επιλόχεια Κατάθλιψη	20
Επιπτώσεις της Επιλόχειας Κατάθλιψης	24
Θεραπευτική Αντιμετώπιση της Επιλόχειας Κατάθλιψης	28
Εναλλακτικές Μορφές Αντιμετώπισης της Επιλόχειας Κατάθλιψης	31
Άσκηση: Ο ρόλος της	32
Άσκηση & εγκυμοσύνη	32
Άσκηση & Επιλόχεια Κατάθλιψη	35
Μηχανισμοί Δράσης της Άσκησης	38
Ψυχοπροφύλαξη: Ο Ρόλος της Ψυχοσωματικής Προετοιμασίας	39
Ψυχοσωματική Προετοιμασία & Ερευνητικά Δεδομένα	43

Κοινωνική Υποστήριξη: Η Συμβολή της	48
Αξιολόγηση της Κοινωνικής Υποστήριξης	52
Εργαλεία Αξιολόγησης της Κοινωνικής Υποστήριξης	54
Έρευνα στον Ελλαδικό Χώρο	57
III. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	62
Συμμετέχουσες	62
Διαδικασία Έρευνας	64
Εργαλεία Μέτρησης	65
Κλίμακα του Εδιμβούργου για την Επιλόχεια Κατάθλιψη	65
Ερωτηματολόγιο Κοινωνικής Υποστήριξης	66
Κλίμακα Σωματικής Κάθεξης	67
Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Rosenberg	68
Κλίμακα Αυτοαποτελεσματικότητας	69
Στατιστικές Αναλύσεις	70
IV. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	71
Διερεύνηση παραμέτρων που Συμβάλουν στον Κίνδυνο Εκδήλωσης	
Επιλόχειας Κατάθλιψης	72
Παράμετροι που Συμβάλουν στην Ενίσχυση της Σωματικής Κάθεξης	75
Διερεύνηση Σχέσεων της Επιλόχειας Κατάθλιψης με την Κοινωνική	
Υποστήριξη, Σωματική Κάθεξη, Αυτοαποτελεσματικότητα και	
Αυτοεκτίμηση	78
V. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ	81
VI. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ & ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	89
VII. ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	91
Διεθνής Βιβλιογραφία	91

Ελληνική Βιβλιογραφία	100
VIII. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	103
Παράρτημα Α: Δημογραφικά Στοιχεία	104
Παράρτημα Β: Ερωτηματολόγιο Επιλόχειας Κατάθλιψης	106
Παράρτημα Γ: Ερωτηματολόγιο Κοινωνικής Υποστήριξης	108
Παράρτημα Δ: Ερωτηματολόγιο Σωματικής Κάθεξης	109
Παράρτημα Ε: Ερωτηματολόγιο Αυτοαποτελεσματικότητας	110
Παράρτημα Στ: Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης	111

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνήσει τους παράγοντες εκείνους, οι οποίοι μπορούν να συμβάλουν στην πρόληψη της επιλόχειας κατάθλιψης. Παράλληλα, μελετήθηκε κατά πόσο η εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης σχετίζεται με την αυτοεκτίμηση της λεχώνας, την αυτό-αποτελεσματικότητά της όσον αφορά στην απώλεια των κιλών που πήρε κατά την εγκυμοσύνη και τη σωματική κάθεξη της λεχώνας. Συμμετείχαν 108 λεχώνες, ηλικίας 20 έως 42 ετών (Μ.Ο.= 32.01, Τ.Α = 5.16 έτη). Συμπληρώθηκαν πέντε ερωτηματολόγια, μεταξύ δεύτερης έως πέμπτης μέρας μετά τον τοκετό: Κλίμακα Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου, Ερωτηματολόγιο Κοινωνικής Υποστήριξης, Ερωτηματολόγιο Σωματικής Κάθεξης, Ερωτηματολόγιο Αυτό-αποτελεσματικότητας, Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης. Οι αναλύσεις διακύμανσης έδειξαν πως τις λιγότερες πιθανότητες εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης είχαν οι λεχώνες εκείνες που παρακολούθησαν τα μαθήματα ψυχοσωματικής προετοιμασίας, που γυμνάζονταν πριν την εγκυμοσύνη, που είχαν σημαντική υποστήριξη από τη μαία και το σύντροφό τους, που εργάζονταν και επρόκειτο να επιστρέψουν στην εργασία τους και αυτές που βίωσαν θετικά την όλη εμπειρία του τοκετού. Ικανοποίηση από τα διάφορα μέλη του σώματός τους και από τις λειτουργίες του οργανισμού τους φάνηκε να έχουν οι λεχώνες εκείνες που είχαν παρακολουθήσει τα μαθήματα ψυχοσωματικής προετοιμασίας, που είχαν τη συμπαράσταση από το σύντροφό τους και βίωσαν θετικά τον τοκετό. Τα αποτελέσματα εκτιμώνται ως ενθαρρυντικά για τον προστατευτικό ρόλο που μπορεί να έχει η ψυχοσωματική προετοιμασία, η άσκηση, η κοινωνική υποστήριξη και η ανάγκη επιστροφής στην εργασία, στην ψυχική υγεία των γυναικών κατά τη συναισθηματικά ευάλωτη περίοδο της λοχείας.

Λέξεις Κλειδιά: εγκυμοσύνη, επιλόχεια κατάθλιψη, ψυχοσωματική προετοιμασία, άσκηση, σωματική κάθαρση

Abstract

The aim of the present research was to investigate those factors, which contribute to the prevention of Postpartum Depression. At the same time, we studied if the appearance of Postpartum Depression is related to the Self-esteem of the woman in childbirth, her Self-efficacy, regarding to the lose of weight, which had taken during pregnancy time and especially how the postnatal woman describes herself. Our sample were 108 women in child bed, aged between 20 to 42 years ($M= 32.02$, $S.D.= 5.16$ years). Five questionnaires were used, which were given during the postpartum period to women during the second till the fifth day after delivery: 1) Edinburgh Postpartum Depression Scale, 2) Social Support Questionnaire, 3) Body Cathexis Scale, 4) Self-Esteem scale & 5) Rosenberg's Self- Efficacy Scale. The results showed that less probabilities of demonstration of Postpartum Depression seem to have those women in child bed who participated to the courses of psychosomatic preparation, who were exercised before pregnancy, who had an important social support by their midwife and their partner, who were occupied and were about to return to their job and finally those who experienced positively the whole experience of their labour. Satisfaction from different parts of their body and the functions of their organization seemed to have those women in child bed who participated in the courses of psychosomatic preparation, had the support from their partner and experienced positively their labour. The results where encouraging, according to the protective role of the psychosomatic preparation, the exercise, the social support and the need of returning back to work, to mental health of women during the emotionally vulnerable period of postpartum.

Key Words: *postpartum depression, psychosomatic preparation, exercise during pregnancy, body cathexis*

ΛΙΣΤΑ ΜΕ ΠΙΝΑΚΕΣ

Σελίδα

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Συμπτώματα κατάθλιψης με έναρξη της λοχείας . . .	26
ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Κατανομή των μητέρων ως προς τον τόπο κατοικίας . . .	63
ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και α του Cronbach . . .	71
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Μέσοι όροι	74
ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις	77
ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Συσχετίσεις της Επιλόχειας Κατάθλιψης με άλλες κλίμακες .	78
ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Συσχετίσεις της Σωματικής Κάθεξης με άλλες κλίμακες .	79

ΛΙΣΤΑ ΣΥΝΤΜΗΣΕΩΝ

APA [American Psychiatric Association-Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία]

ACOG [American College of Obstetrician and Gynecologist]

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

EDPS [Edinburg Postnatal Depression Scale-Μεταγεννητική κλίμακα κατάθλιψης του Εδιμβούργου]

M.O. [μέσοι όροι]

N ή n [number-αριθμός]

S [Satisfaction-ικανοποίηση]

T.A. [τυπική απόκλιση]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η περίοδος της λοχείας είναι το χρονικό διάστημα, που χρειάζεται ο οργανισμός της λεχώνας για να επανέλθει στη φυσική του κατάσταση, όπως ήταν πριν την εγκυμοσύνη. Ξεκινάει με την έξοδο του πλακούντα από τη μήτρα, ενώ η διάρκειά της κυμαίνεται από έξι έως οκτώ εβδομάδες περίπου. Πέρα από τις φυσιολογικές μεταβολές των διαφόρων οργανικών συστημάτων, παρατηρούνται σημαντικές μεταβολές και στην ψυχολογία της μητέρας. Χαρακτηρίζεται από ποικίλες συναισθηματικές εναλλαγές κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων μετά τον τοκετό, παρουσιάζοντας παράλληλα αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης.

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι ίσως η πλέον κοινή ψυχιατρική διαταραχή, σε παγκόσμια κλίμακα (Armstrong & Small, 2007; Dennis, 2005) και η οποία χαρακτηρίζεται από ποικιλία καταθλιπτικών επεισοδίων που συμβαίνουν μέσα στους επόμενους μήνες από τον τοκετό (Forty et al., 2006). Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών IV-PC (American Psychiatric Association, 1995), η επιλόχεια κατάθλιψη ορίζεται ως το σύνολο των καταθλιπτικών επεισοδίων, που συμβαίνουν μέσα στις τέσσερις εβδομάδες μετά τον τοκετό. Υπάρχουν όμως μελέτες στις οποίες το διάστημα κυμαίνεται από τέσσερις εβδομάδες έως και έξι μήνες (Δραγώνα, 1989; Forty et al., 2006; Hendrick, 2003; Lumley, Austin, & Mitchell, 2004; Μωραΐτου, 2004).

Στο σημείο αυτό θεωρείται χρήσιμο να διαχωριστεί η έννοια της επιλόχειας κατάθλιψης (postpartum depression) από τη μελαγχολία της λοχείας (postpartum “baby” blues). Η τελευταία, είναι μια παροδική μεταβολή της διάθεσης της λεχώνας και παρουσιάζεται στην πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό. Χαρακτηρίζεται από μεταβλητότητα της διάθεσης και κλάματα. Θεωρείται ως ήπιας μορφής κατάθλιψη (Hendrick, 2003; Μωραΐτου, 2004), σε αντίθεση με την επιλόχεια κατάθλιψη η οποία δεν είναι ήπιου βαθμού (Lumley et al., 2004). Η διάρκεια της μελαγχολίας της λοχείας κυμαίνεται μέχρι και δέκα ημέρες (Ακτσακλής & Σίμος, 1992; Μωραΐτου, 2004), ενώ τυπικά υποχωρεί δύο εβδομάδες μετά τον τοκετό (Hendrick, 2003).

Σκοπός της Έρευνας

Βασικός στόχος της εργασίας αυτής ήταν να διερευνήσει τους παράγοντες εκείνους, οι οποίοι μπορούν να συμβάλουν στην πρόληψη της επιλόχειας κατάθλιψης. Ειδικότερα, εξετάστηκε το κατά πόσο η ψυχοσωματική προετοιμασία και η άσκηση της μητέρας κατά τη διάρκεια της κύησης, σε συνδυασμό με την υποστήριξη από εξειδικευμένους (στην κύηση και στον τοκετό) επαγγελματίες στο χώρο της υγείας και από το οικογενειακό περιβάλλον, συμβάλουν στη μείωση της εμφάνισης συμπτωμάτων της επιλόχειας κατάθλιψης, καθώς επίσης και στον τρόπο με τον οποίο η γυναίκα βλέπει και περιγράφει τον εαυτό της κατά την περίοδο της λοχείας. Παράλληλα, μελετήθηκε κατά πόσο η εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης και η σωματική κάθεξη σχετίζονται τόσο μεταξύ τους, όσο και με την αυτοεκτίμηση της λεχώνας και την αυτο-αποτελεσματικότητά της, αφορά στην απώλεια των κιλών που πήρε κατά την εγκυμοσύνη.

Σημαντικότητα της Έρευνας

Η έρευνα αυτή έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς διερεύννησε την πιθανότητα εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης στο άμεσο μέλλον, στους νομούς Μαγνησίας και Λάρισας και καταγράφηκε ο ρόλος και η συμβολή της ψυχοσωματικής προετοιμασίας και της άσκησης κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, καθώς και η σχέση της κοινωνικής υποστήριξης με την επιλόχεια κατάθλιψη. Τα παραπάνω, συνεπώς, αποτελούν πολύτιμα εργαλεία στα χέρια των επαγγελματιών υγείας που σχετίζονται με την κύηση και τον τοκετό, όσον αφορά στο σχεδιασμό πρόληψης και θεραπείας της επιλόχειας κατάθλιψης, διαδικασία αναγκαία τόσο για την προστασία των ίδιων των μητέρων, όσο και των βρεφών τους.

Ερευνητικοί Όροι & Λειτουργικοί Ορισμοί

Εγκυμοσύνη. Είναι μια φυσιολογική κατάσταση στη ζωή μιας γυναίκας, η οποία ξεκινά από τη γονιμοποίηση (συνένωση ενός ώριμου ωαρίου με ένα σπερματοζωάριο) και ολοκληρώνεται με την έναρξη του τοκετού. Χαρακτηρίζεται από σωματικές και ψυχικές μεταβολές με σκοπό την ανάπτυξη του εμβρύου. Με αφετηρία την τελευταία εμμηνορρυσία, και σε κανονικούς κύκλους 28 ημερών, η κύηση διαρκεί 280 ημέρες ή 40 εβδομάδες (Ιατράκης, 2004; Μπόντης, 2007)

Τοκετός. Καλείται η διαδικασία εξόδου του εμβρύου, του πλακούντα και των εμβρυϊκών υμένων από τη μήτρα, διαμέσου του πυελογεννητικού σωλήνα, μετά την 24^η εβδομάδα της κύησης (Μπόντης, 2007). Στο διάστημα αυτό η γυναίκα ονομάζεται επίτοκος (Αβραμίδου-Ιορδανίδου, 1991).

Κατάθλιψη. Είναι μια ψυχική διαταραχή, η οποία άμεσα ή έμμεσα αφορά όλους, καθώς εκτιμάται ότι ένα ποσοστό 10 - 25% του γενικού πληθυσμού θα εκδηλώσει καταθλιπτική συμπτωματολογία σε κάποια στιγμή της ζωής του (Κλεφταράς, 1998; Μωραΐτου, 2007). Σήμερα η λέξη «κατάθλιψη», χρησιμοποιείται για να χαρακτηρίσει ένα

ευρύ φάσμα φυσιολογικών ή παθολογικών συναισθηματικών καταστάσεων. Δηλαδή μπορεί να εκφράζει (α) μια φυσιολογική κατάσταση ή ένα συναίσθημα, όπως στην περίπτωση απώλειας ή θανάτου ενός αγαπημένου προσώπου, (β) ένα σύμπτωμα, ως μορφή αντίδρασης του οργανισμού σε μια στρεσογόνο κατάσταση, και (γ) μια ψυχοπαθολογική διαταραχή ή ένα σύνδρομο, όπως η Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή ή Διπολικές Διαταραχές (Κλεφταράς, 1998).

Παρά το γεγονός ότι η συχνότητα της κατάθλιψη είναι αρκετά αυξημένη, υπάρχει έλλειψη ενός λειτουργικού και κοινωνικά αποδεκτού ορισμού από τους ειδικούς (Κλεφταράς, 1998). Σε γενικές γραμμές ωστόσο, ορίζεται «ως μια κατάσταση παθολογικής θλίψης που συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αισθήματος προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών» (Κλεφταράς, 1998).

Σωματική Κάθεξη (Body Cathexis). Αναφέρεται στο βαθμό ικανοποίησης ή μη-ικανοποίησης, που αισθάνεται ένα άτομο από τα διάφορα μέρη του σώματός του και τις διάφορες λειτουργίες του οργανισμού του (Secord & Jourard, 1953; Θεοδωράκης, Μπαγιάτης & Δογάνης, 1990; Θεοδωράκης, 1999; Goodwin, Astbury, & McMeeken, 2000;).

Εικόνα Σώματος (Body Image). Αναφέρεται στην εικόνα ή στη μορφή που έχουμε στο μυαλό μας για το σώμα μας (Strang & Sullivan, 1985; Θεοδωράκης, κα., 1990; Θεοδωράκης, 1999;), ως μια τρισδιάστατη ενότητα που εμπερικλείει φυσιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες (Strang & Sullivan, 1985).

Αυτοεκτίμηση (self-esteem). Ορίζεται ως η σφαιρική στάση ευχαρίστησης και αποδοχής του ίδιου μας του εαυτού, τονίζοντας ιδιαίτερα το συναίσθημα της αυταξίας (Fontaine & Jones, 1997).

Μαία. Σύμφωνα με τη Διεθνή Συνομοσπονδία Μαιών, τη Διεθνή Ομοσπονδία Μαιευτήρων-Γυναικολόγων και την Ευρωπαϊκή Ένωση, η μαία ορίζεται ως εξής: «... είναι πρόσωπο που έχει εισαχθεί κανονικά και έχει παρακολουθήσει εκπαιδευτικό πρόγραμμα μαιευτικής, αναγνωρισμένο στη χώρα που ανήκει, έχει συμπληρώσει με επιτυχία το πρόγραμμα σπουδών στη μαιευτική και έχει τα προσόντα που απαιτούνται για την άσκηση της μαιευτικής. Η μαία πρέπει να είναι ικανή για να παρέχει επίβλεψη, φροντίδα και συμβουλές στις γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας, να εκτελεί τοκετούς με δική της ευθύνη και να φροντίζει το νεογέννητο και το βρέφος..... Η εργασία της πρέπει να περιλαμβάνει εκπαίδευση κατά την εγκυμοσύνη και προετοιμασία γονέων, να επεκτείνεται δε σε ορισμένους τομείς γυναικολογίας, οικογενειακού προγραμματισμού και παιδικής προστασίας....» (Λυκερίδου, 2003).

Doula. Είναι το άτομο εκείνο, το οποίο έχει βιώσει η ίδια την εμπειρία του τοκετού και έχει εκπαιδευτεί (σε διάστημα τριών εβδομάδων) πάνω στην υποστήριξη της επιτόκου κατά τη διάρκεια του τοκετού (Sauls, 2002).

Περιορισμοί της Έρευνας

Αναφορικά με την οριοθέτηση της συγκεκριμένης μελέτης, παρακάτω συζητούνται κάποιοι παράμετροι οι οποίοι πιθανολογείται ότι έδρασαν περιοριστικά. Το δείγμα αφορούσε γυναίκες από δύο μόνο περιφερειακά κέντρα της κεντρικής Ελλάδας, στοιχείο που πιθανά δυσκολεύει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων στον ευρύτερο ελληνικό πληθυσμό. Ο μικρός αριθμός των γυναικών που παρακολούθησε μαθήματα ψυχοσωματικής προετοιμασίας, από τη μια μπορεί να είναι μια ένδειξη της άγνοιας ή αδιαφορίας των γυναικών για παροχές που θα ενισχύσουν την εμπειρία της εγκυμοσύνης και του τοκετού, ενώ ταυτόχρονα αυτός ο μικρός αριθμός περιορίζει τη διερεύνηση παραγόντων πρόληψης της επιλόχειας κατάθλιψης σε ελληνικό πληθυσμό και κατ'

επέκταση τη γενικευσιμότητα των ευρημάτων της παρούσας έρευνας. Η αδυναμία επανεξέτασης του δείγματος έξι με οκτώ εβδομάδες μετά, έτσι ώστε να διαγνωσθεί με μεγαλύτερη ασφάλεια το ακριβές ποσοστό των γυναικών που εκδήλωσαν επιλόχεια κατάθλιψη, επίσης περιόρισε την ερευνητική διαδικασία και τα αποτελέσματα. Τέλος, το ότι δε χρησιμοποιήθηκε το σύνηθες cutoff point της διεθνούς αρθρογραφίας, δεδομένου ότι το EPDS δεν έχει σταθμιστεί σε ελληνικό πληθυσμό (και σε εργασίες οι οποίες αφορούσαν σε δείγμα στον ελλαδικό χώρο δε χρησιμοποιήθηκε ένα συγκεκριμένο cutoff point), πιθανά να περιόρισε την ορθότητα της ερευνητικής διαδικασίας αλλά και τη συγκρισιμότητα των ευρημάτων της έρευνας με τη διεθνή βιβλιογραφία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Σε αυτό το κεφάλαιο πραγματοποιείται, αρχικά, μια σύντομη εισαγωγή στις ψυχοσωματικές μεταβολές κατά τη διάρκεια της λοχείας, και αναφορά στο διαχωρισμό - κατηγοριοποίηση των ψυχικών διαταραχών που σχετίζονται με την περίοδο αυτή. Στη συνέχεια, μέσω της ανασκόπησης της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας, αναπτύσσεται το κομμάτι που σχετίζεται με την επιλόχεια κατάθλιψη. Πιο συγκεκριμένα, γίνεται μια εκτενής αναφορά στους αιτιολογικούς παράγοντες, στις επιπτώσεις της κατάθλιψης τόσο στη γυναίκα, όσο και στο νεογνό και στη θεραπευτική αντιμετώπιση. Έπειτα γίνεται αναφορά στις εναλλακτικές μορφές αντιμετώπισης της κατάθλιψης, στο ρόλο της άσκησης κατά την εγκυμοσύνη, στη συμβολή της άσκησης, της ψυχοσωματικής προετοιμασίας και της κοινωνικής υποστήριξης στην κατάθλιψη της λοχείας. Τέλος, γίνεται μια παρουσίαση των ερευνητικών δεδομένων στον ελλαδικό χώρο.

Ψυχοσωματικές Μεταβολές κατά τη Λοχεία

Λοχεία καλείται το χρονικό διάστημα των έξι με οκτώ εβδομάδων από τη συμπλήρωση του σταδίου της υστεροτοκίας (τρίτο στάδιο τοκετού) (Αβραμίδου-Ιορδανίδου, 1991; Ιατράκης, 2004; Μπόντης, 2007). Είναι η περίοδος προσαρμογής μετά τον τοκετό (Ιατράκης, 2004) και προσπάθειας του οργανισμού να επανέλθει στην προ εγκυμοσύνης κατάσταση (Αβραμίδου-Ιορδανίδου, 1991), καθώς στο διάστημα αυτό παρατηρείται βαθμιαία υποχώρηση των φυσιολογικών και μορφολογικών μεταβολών των διαφόρων οργάνων, οι οποίες συνέβησαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Ιατράκης,

2004). Στο διάστημα αυτό η γυναίκα ονομάζεται λεχώνα ή λεχωίδα (Αβραμίδου-Ιορδανίδου, 1991).

Οι σημαντικότερες σωματικές μεταβολές αφορούν στα έσω γεννητικά όργανα της γυναίκας και κυρίως τη μήτρα, οι μυϊκές ίνες της οποίας παρουσιάζουν υποστροφή ατροφία με αποτέλεσμα την παλινδρόμησή της (Μπόντης, 2007). Παράλληλα, και τα υπόλοιπα οργανικά συστήματα της επαναφέρονται στην πρότερη τους κατάσταση, όπως το ουροποιητικό, το καρδιαγγειακό, το αναπνευστικό και το ενδοκρινολογικό (Αβραμίδου-Ιορδανίδου, 1991; Ιατράκης, 2004; Μπόντης, 2007). Υπάρχουν όμως και ορισμένες επιβαρύνσεις που αφορούν σε σωματικές μεταβολές, οι οποίες δεν αποκαθίστανται πλήρως, όπως η ουλοποίηση των ραγάδων της κύησης, η χαλάρωση κοιλιακών μυών και μαστών, οι αιμορροΐδες και η ανάπτυξη ή η επιβάρυνση της ήδη υπάρχουσας φλεβίτιδας στα κάτω άκρα, οι οποίες επηρεάζουν τη λεχώνα αρνητικά (Χατζημιχάλογλου, Καλλία, & Μπουρουτζόγλου, 2005).

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στην ψυχική κατάσταση της λεχώνας, η οποία συχνά εμφανίζει διακυμάνσεις (Ιατράκης, 2004). Η εγκυμοσύνη, αλλά και η γέννηση ενός παιδιού, παρά το ότι θεωρούνται φυσιολογικά γεγονότα, προκαλούν συχνά ψυχικές διαταραχές, οι οποίες μπορούν να κυμανθούν από τις διαταραχές της προσαρμογής της λεχώνας στο ρόλο της μητέρας, μέχρι και σε πιο σοβαρές καταστάσεις, όπως την ψύχωση της λοχείας (Δημητρίου, Βλάσσης, & Καλογερόπουλος, 1995). Όταν μάλιστα η γέννηση αφορά το πρώτο παιδί, η συναισθηματική φόρτιση της μητέρας είναι ακόμα πιο έντονη, με αποτέλεσμα το ίδιο το γεγονός της γέννησης να θεωρείται από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρία σαν ένας σοβαρός ψυχοκοινωνικός στρεσογόνος παράγοντας, ίδιας βαρύτητας με αυτό του διαζυγίου ή της ανεργίας (Ακτσακλής & Σίμος, 1992).

Η περίοδος μετά τον τοκετό είναι αρκετά φορτισμένη (Δραγώνα, 1992) και θεωρείται ως εποχή μεγάλης αναστάτωσης και αποδιοργάνωσης για τη μητέρα (Δραγώνα,

1989), καθώς είναι ήδη βεβαρημένη από το άγχος και την αγωνία που βίωσε κατά τη διάρκεια των τελευταίων μηνών της εγκυμοσύνης και του τοκετού, με αποτέλεσμα να έχει λιγότερη αντοχή να αντιμετωπίσει τις όποιες δυσκολίες παρουσιαστούν (Δραγώνα, 1989; Μωραΐτου, 2007). Η ταλαιπωρία του τοκετού, ο πόνος της περιναιοτομής ή της καισαρικής τομής, το άγχος για τη φροντίδα του μωρού, το άγχος αν θα τα καταφέρουν με το θηλασμό, ο φόβος για το νέο τους ρόλο (Ιατράκης, 2004; Μέλισσα-Χαλκιοπούλου, 2003; Παπαζήσης, 2006), είναι μερικοί αιτιολογικοί παράγοντες για την ψυχική αναστάτωση που βιώνουν πολλές γυναίκες μετά τον τοκετό. Για τις περισσότερες, αυτή αποτελεί ένα παροδικό φαινόμενο που κρατάει συνήθως τις πρώτες μέρες. Για ένα όμως ορισμένο αριθμό γυναικών η ψυχολογική αυτή αναστάτωση μπορεί να πάρει μεγαλύτερες διαστάσεις και να διαρκέσει μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Δραγώνα, 1992), καθώς τόσο η εγκυμοσύνη, όσο και ο τοκετός θεωρούνται από μόνα τους πειστικά για τον ψυχισμό γεγονότα, και τα οποία μπορούν να οδηγήσουν σε κατάθλιψη (Δημητρίου κα., 1995; Δραγώνα, 1989). Η δυνατότητα της μητέρας να λειτουργήσει τροφοδοτικά, η ισχύς του εγώ της, η ποιότητα της σχέσης της με το σύντροφό της, ο βαθμός κοινωνικής υποστήριξης, το άγχος κατά την κύηση, τα αρνητικά και στρεσογόνα γεγονότα κατά την κύηση και τη λοχεία, φαίνεται να επηρεάζουν, με διαφορετικό βαθμό το καθένα, την ψυχολογικής της κατάσταση (Δραγώνα, 1992).

Συνοψίζοντας μπορούμε να πούμε ότι, η λοχεία είναι μια ευαίσθητη και παράλληλα συναισθηματικά φορτισμένη περίοδος στη ζωή της γυναίκας. Η σωματική και ψυχική εξάντληση, σε συνδυασμό με τις μη-αναστρέψιμες αλλαγές στη ζωή της μετά την έλευση του παιδιού της έχουν ως αποτέλεσμα να βιώνει η ίδια μια μελαγχολία, η οποία πιθανόν να εξελιχθεί σε επιλόχεια κατάθλιψη, αν η ίδια η μητέρα δεν είναι όσο το δυνατόν πιο προετοιμασμένη για την περίοδο αυτή, και δεν έχει την αναγκαία υποστήριξη από το περιβάλλον της.

Ψυχικές Διαταραχές Σχετικές με τη Λοχεία

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια αύξηση στη συχνότητα των περιστατικών μελαγχολίας και κατάθλιψης κατά την περίοδο της λοχείας (Κελλαρτζής, Διδασκάλου, Μίκος, & Μπόντης, 2003). Τα αίτια δεν είναι απόλυτα σαφή, αλλά φαίνεται πως ο σύγχρονος τρόπος ζωής με τις αυξημένες κοινωνικές και οικονομικές απαιτήσεις (Κελλαρτζής κα., 2003), σε συνδυασμό με τις αυξημένες ανάγκες για τη φροντίδα του, την αλλαγή στις οικογενειακές σχέσεις και στις επαγγελματικές και κοινωνικές δραστηριότητες της λεχώνας και τέλος τις σωματικές και συναισθηματικές μεταβολές που εμφανίζονται ήδη από την περίοδο της εγκυμοσύνης, να αποτελούν εκείνους τους επιβαρυντικούς παράγοντες που μπορούν να πυροδοτήσουν την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών (Παπαζήσης, 2006).

Το φάσμα των συναισθηματικών διαταραχών που σχετίζονται με τη λοχεία είναι γνωστό από παλαιά και παραδοσιακά, από κλινικής πλευράς, χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες, με αυξανόμενο βαθμό σοβαρότητας: (α) η επιλόχειος μελαγχολία (μελαγχολία της λοχείας) ή καταθλιπτική αντίδραση προσαρμογής ή επιλόχεια καταθλιπτική διάθεση (maternity ή baby ή postpartum “blues”), (β) η επιλόχειος κατάθλιψη ή κατάθλιψη της λοχείας ή μεταγεννητικό σύνδρομο (postpartum depression), και (γ) η επιλόχειος ψύχωση (postpartum psychosis) (Ακτσακλής & Σίμος, 1992; Δημητρίου κα., 1995; Δραγώνα, 1989; Ιατράκης, 2004; Κελλαρτζής κα., 2003; Μέλισσα-Χαλκιοπούλου, 1996; Μπόντης, 2007; Μωραΐτου, 2002; Παπαζήσης, 2006; Ράμμου, Παπαληγούρα, & Κιοσέογλου, 2005; Ράμμου & Παπαληγούρα, 2007).

Η *μελαγχολία της λοχείας* είναι η συχνότερη σε εμφάνιση (Μωραΐτου, 2004; 2007), καθώς παρατηρείται σε ποσοστό περίπου 40 με 50% (Ακτσακλής & Σίμος, 1992; Δημητρίου κα., 1995; Δραγώνα, 1989), ενώ σύμφωνα με άλλους ερευνητές το ποσοστό αυτό ανεβαίνει στο 50% με 80% των γυναικών (Κελλαρτζής κα., 2003; Μέλισσα-

Χαλκιοπούλου, 1996; Μωραΐτου, 2002; 2004; 2007; Ράμμου κα., 2005; Ράμμου & Παπαληγούρα, 2007). Πρόκειται για μια σχετικά ήπια και παροδική συναισθηματική διαταραχή (Δημητρίου κα., 1995; Μέλισσα-Χαλκιοπούλου, 2003; Μωραΐτου, 2002; 2004; 2007; Ράμμου & Παπαληγούρα, 2007), η οποία μπορεί να διαρκέσει από μερικές ώρες μέχρι και δέκα μέρες μετά τον τοκετό (Μωραΐτου, 2002; 2004; 2007). Τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό, οι περισσότερες λεχώνες ξεσπούν σε κλάμα, χωρίς ιδιαίτερο λόγο, (Δημητρίου κα., 1995; Μέλισσα-Χαλκιοπούλου, 1996) και αυτό συνήθως περιγράφεται ως «κλάμα της χαράς» (Δημητρίου κα., 1995). Μια μικρή όμως ομάδα γυναικών, από τις πρώτες ώρες ακόμα, παρουσιάζει κατάθλιψη και το κλάμα της είναι περισσότερο έντονο. Οι ίδιες συνήθως το αποδίδουν σε συναισθήματα εγκατάλειψης από συγγενικά πρόσωπα (και κυρίως το σύντροφο), σε μη καλή φροντίδα από το νοσηλευτικό προσωπικό και σε προβλήματα που πιθανόν να παρουσιάσει το νεογνό, υπαρκτά ή φανταστικά (όπως ο νεογνικός ίκτερος) (Δημητρίου κα., 1995). Άλλα συμπτώματα που συνήθως εμφανίζονται είναι έντονο αίσθημα καταβολής, νωθρότητας, άγχους (Δημητρίου κα., 1995; Μέλισσα-Χαλκιοπούλου, 1996; Μωραΐτου, 2002; 2004; 2007; Ράμμου κα., 2007), μειωμένη αυτοπεποίθηση, απαισιοδοξία και διαταραχές του ύπνου (Δημητρίου κα., 1995; Μωραΐτου, 2004; 2007), καταστάσεις των οποίων η ένταση είναι περιορισμένη (Ράμμου & Παπαληγούρα, 2007) και συνήθως υποχωρούν χωρίς ίχνη (Μέλισσα-Χαλκιοπούλου, 1996). Τα παραπάνω συμπτώματα μπορεί να συμβαίνουν με μια ποικιλία συνδυασμών και με διαφορετική βαρύτητα σε διαφορετικές γυναίκες (Ακτσακλής & Σίμος, 1992). Όμως, το πρόβλημα μπορεί να γίνει οξύτερο αν οι ίδιες δεν είναι κατάλληλα προετοιμασμένες και ενημερωμένες για αυτές τους τις αντιδράσεις ή αν δεν έχουν την κατάλληλη υποστήριξη από το περιβάλλον τους (Μέλισσα-Χαλκιοπούλου, 1996).

Στο άλλο άκρο, η *ψύχωση της λοχείας*, θεωρείται ως η πιο σοβαρή κλινική κατάσταση που μπορεί να εμφανιστεί μετά τον τοκετό (Ράμμου & Παπαληγούρα, 2007), η

οποία χρήζει άμεσης ψυχιατρικής αντιμετώπισης (Ακτσακλής & Σίμος, 1992; Δημητρίου κα., 1995; Δραγώνα, 1989; Μέλισσα-Χαλκιοπούλου, 2003; Παπαζήσης, 2006). Η συχνότητα εκδήλωσής της είναι εξαιρετικά σπάνια, σε ποσοστό 0,1% - 0,2% (υπολογίζεται στις μια με δυο γυναίκες ανά 1.000 γεννήσεις,) (Ακτσακλής & Σίμος, 1992; Δημητρίου κα., 1995; Δραγώνα, 1989; Κελλαρτζής κα., 2003; Παπαζήσης, 2006; Ράμμου & Παπαληγούρα, 2007), ενώ ο κίνδυνος εκδήλωσης είναι διπλάσιος στις πρωτότοκες λεχώνες (Δημητρίου κα., 1995). Τα συμπτώματα τυπικά εμφανίζονται μέσα στις δυο πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό. Κυριαρχούν συμπτώματα μανίας, όπως ευερεθιστότητα, ψυχοκινητική υπερδιέγερση, διάσπαση προσοχής, διαταραχές ύπνου, έντονο άγχος και ευμετάβλητο συναίσθημα (Ακτσακλής & Σίμος, 1992; Δημητρίου κα., 1995; Παπαζήσης, 2006). Συχνές είναι οι οπτικές ή ακουστικές ψευδαισθήσεις, οι παραισθήσεις, οι παραληρητικές ιδέες και οι διαταραχές στη λειτουργικότητα του ατόμου (Ακτσακλής & Σίμος, 1992; Παπαζήσης, 2006; Ράμμου & Παπαληγούρα, 2007). Εξαιτίας των τελευταίων, υπάρχει αυξημένος, εκούσιος ή ακούσιος, κίνδυνος τραυματισμού του παιδιού, που μπορεί να φτάσει και στην παιδοκτονία. Τα ποσοστά αυτοκτονίας των ψυχωτικών λεχωίδων δε διαφέρουν συγκριτικά με τα αντίστοιχα ποσοστά του γενικού πληθυσμού που πάσχει από ψυχωτικές διαταραχές (Δημητρίου κα., 1995; Παπαζήσης, 2006).

Τέλος, η *επιλόχεια κατάθλιψη* αναφέρεται σε αυτές τις συναισθηματικές διαταραχές που η σοβαρότητά τους εμπίπτει ανάμεσα στην επιλόχεια μελαγχολία και την επιλόχεια ψύχωση (Δραγώνα, 1989). Αποτελεί διαταραχή που παρεμποδίζει τη λειτουργικότητα των γυναικών και η οποία διαρκεί από μια εβδομάδα έως πολύ περισσότερο (Δραγώνα, 1989; Ράμμου κα., 2005), ενώ επισυμβαίνει σε ποσοστό οκτώ έως 10% των γυναικών (Δημητρίου κα., 1995; Δραγώνα, 1989; Παπανικολάου, 2007). Κατά άλλους ερευνητές εμφανίζεται σε ένα ποσοστό της τάξεως του 10-15% (Ακτσακλής &

Σίμος, 1992; Daley, Jolly, & MacArthur, 2009; Gonidakis, Rabavilas, Varsou, Kreatsas, & Christodoulou, 2008; Μέλισσα-Χαλκιοπούλου, 1996; Ράμμου κα., 2005) .

Με βάση το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας (DSM-IV-PC) (American Psychiatric Association, 1995), η επιλόχεια κατάθλιψη είναι ένα *Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο*, το οποίο επισυμβαίνει μέσα στις τέσσερις πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό και τα συμπτώματα του δε διαφέρουν από ένα οποιοδήποτε άλλο *Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο*.

Παράγοντες Κινδύνου Εκδήλωσης Επιλόχειας Κατάθλιψης

Η αιτιολογία της επιλόχειας κατάθλιψης είναι πολυπαραγοντική, καθώς έχουν συζητηθεί βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες (Ακτσακλής & Σίμος, 1992; Cooper & Murrey, 1998; Μωραΐτου, 2004). Όσον αφορά στην επίδραση των μεταβαλλόμενων τιμών ορισμένων ορμονών (οιστρογόνα, προγεστερόνη, προλακτίνη, θυρεοειδικές ορμόνες) στην παθογένεια της επιλόχειας κατάθλιψης, διάφορες μελέτες έχουν δείξει αντιφατικά αποτελέσματα (Cooper & Murrey, 1998; Δραγώνα, 1989; Μωραΐτου, 2004). Υπάρχουν ενδείξεις πως κάποιοι βιολογικοί παράγοντες μπορεί να σχετίζονται με την ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών της λοχείας, χωρίς όμως τα ευρήματα να έχουν και κατηγορηματική έμφαση (Ακτσακλής & Σίμος, 1992). Η δραματική μείωση των επιπέδων των οιστρογόνων και της προγεστερόνης τις πέντε πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό, σχετίστηκε χρονικά με την έναρξη της επιλόχειας ψύχωσης, ενώ η μεγάλη μείωση των επιπέδων της προγεστερόνης, σε σχέση με τα αντίστοιχα επίπεδα της κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, σχετίστηκε με την πιθανότητα εκδήλωσης της κατάθλιψης. Από την άλλη, η εκδήλωση επιλόχειας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας μπορεί να σχετίζεται με τα υψηλά επίπεδα προλακτίνης σε συνδυασμό με τα χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων (Ακτσακλής & Σίμος, 1992). Σύμφωνα με τα δεδομένα της έρευνας των

Bloch et al. (2000), γυναίκες με ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης μπορεί να παρουσιάσουν διαφορετική ευαισθησία στα μεταβαλλόμενα επίπεδα οιστραδιόλης και προγεστερόνης, κάτι το οποίο δεν παρουσιάστηκε σε γυναίκες που δεν έχουν αντίστοιχο ιστορικό (Bloch et al., 2000; Forty et al., 2006). Αυτή η έρευνα έδειξε την άμεση συσχέτιση μεταξύ των αναπαραγωγικών ορμονών, οιστρογόνων και προγεστερόνης και την εμφάνιση επεισοδίων επιλόχειας κατάθλιψης (Bloch et al., 2000).

Οι περισσότεροι, ωστόσο, μελετητές υποστηρίζουν πως πιθανόν δεν υπάρχει άμεση συσχέτιση της επίδρασης των αναφερόμενων ορμονών με την επιλόχεια κατάθλιψη, καθώς τα συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης μπορούν να εμφανιστούν και στον πατέρα (Δραγώνα, 1989; Μέλισσα-Χαλκιοπούλου, 1996), αλλά και στις μητέρες που υιοθετούν ένα παιδί (Μέλισσα-Χαλκιοπούλου, 1996). Στην έρευνα της Δραγώνα (1989) αναφέρεται πως το επίπεδο άγχους του πατέρα συνδέεται με τον τοκετό, τη μεταγεννητική ψυχολογική κατάσταση της μητέρας και τη συναλλαγή με το βρέφος. Μάλιστα, ένα χρόνο μετά τον τοκετό τα θετικά ή αρνητικά συναισθήματα μεταξύ του ζευγαριού αλληλοτροφοδοτούνται σε βαθμό που δημιουργείται ένα σύνθετο πλέγμα.

Οι παράγοντες που κύρια ενοχοποιούνται, είναι οι ψυχολογικοί και κοινωνικοί με διαφορετικό βαθμό συσχέτισης σε διάφορες έρευνες. Σημαντικό θεωρείται το ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης αλλά και τα προηγούμενα καταθλιπτικά επεισόδια (συμπεριλαμβανομένης και της κατάθλιψης κατά την εγκυμοσύνη) (Ακτσακλής & Σίμος, 1992; Beck, 2001; Cooper & Murrey, 1998; Daley, MacArthur, & Winter, 2007; Dennis, 2005; Δημητρίου κα., 1995; Δραγώνα, 1989; Forty et al., 2006; Lumley et al., 2004; Μωραΐτου, 2004; Pivarnik et al., 2006; Webster, Pritchard, Creedy, & East, 2003). Στην έρευνά του, ο Herrick (2000) αναφέρει ότι μια στις 10 λεχώνες, χωρίς προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, παρουσιάζει επιλόχεια κατάθλιψη. Αν υπάρχει ιστορικό, τότε το ποσοστό διαμορφώνεται σε μια προς τέσσερις (Μωραΐτου, 2004). Αντίστοιχα και ο

Κελλαρτζής και συνεργάτες (2003), αναφέρουν πως ο κίνδυνος ανάπτυξης επιλόχειας κατάθλιψης στις νέες μητέρες είναι μια στις οχτώ, ενώ ο κίνδυνος υποτροπής σε γυναίκες με προηγούμενο ιστορικό είναι μια στις τέσσερις. Σε περίπτωση που έχει προηγηθεί επιλόχεια κατάθλιψη, τότε μια στις δύο λεχώνες θα εμφανίσει ξανά καταθλιπτικό επεισόδιο σε επόμενη λοχεία (Μωραΐτου, 2004).

Παράγοντας που επίσης έχει ενοχοποιηθεί σε σημαντικό βαθμό είναι το άγχος για τη φροντίδα του νεογνού (Δραγώνα, 1989; Ιατράκης, 2004; Μέλισσα-Χαλκιοπούλου, 1996; Μωραΐτου, 2004), καθώς η πρωτότοκος λεχώνα δεν έχει ενημερωθεί σωστά για τα νέα της καθήκοντα, θεωρώντας τον εαυτό της ανεπαρκή και ανίκανο να αντεπεξέλθει στους πρώτους δύσκολους μήνες της προσαρμογής του νεογέννητου (Dennis, 2005; Δημητρίου κα., 1995; Μωραΐτου, 2004; Pivarnik et al, 2006). Η σωστή ενημέρωση και η εμπειρία αποτελούν τις δύο βασικές προϋποθέσεις για την ψυχοσωματική ισορροπία της μητέρας (Μωραΐτου, 2004).

Μερικοί επιβαρυντικοί παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο επιλόχειας κατάθλιψης και σχετίζονται με την εμφάνιση της λεχώνας, είναι το επιπλέον σωματικό βάρος, που έχει αποκτήσει κατά την περίοδο της κύησης, η ικανοποίηση που νιώθει για το σώμα της (Body Cathexis), αλλά και εικόνα που έχει για αυτό (Body Image) (Ακτσακλής & Σίμος, 1992; Carter, Baker, & Browell, 2000; Pivarnik et al., 2006). Στην αρχή της επιλόχειας περιόδου, οι γυναίκες έχουν επιπλέον βάρος, σε σχέση με το βάρος που είχαν πριν την κύηση. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τα παραπάνω κιλά, που παίρνει η έγκυος, θεωρούνται «αποδεκτά» καθώς συμβάλουν στην ανάπτυξη του εμβρύου, ενισχύοντας την επάρκεια του διατροφικού ρόλου της μητρότητας. Σε αντίθεση με την επιλόχεια περίοδο, όπου τα επιπλέον κιλά παύουν να είναι αποδεκτά και η όλη κατάσταση μπορεί να σχετιστεί με μεταπτώσεις στη διάθεση ή/και με άγχος.

Στην έρευνα των Carter et al. (2000) έγινε φανερή η συσχέτιση του Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI) και του κινδύνου εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης, καθώς λεχόνες με BMI άνω του 27 εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά καταθλιπτικών συμπτωμάτων συγκριτικά με λεχόνες με BMI κάτω του 27. Η συσχέτιση του BMI με το άγχος και τα καταθλιπτικά συμπτώματα ήταν στατιστικά σημαντική τόσο στους τέσσερις, όσο και στους δεκατέσσερις μήνες μετά τον τοκετό, ενώ υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις, στις αντίστοιχες μεταβλητές, κατά τη διάρκεια της κύησης. Η συσχέτιση του άγχους και των συναισθηματικών διαταραχών με τις διατροφικές συνήθειες ήταν στατιστικά σημαντική μόνο στους δεκατέσσερις μήνες μετά τον τοκετό. Μια πιθανή εξήγηση που έδωσαν οι ίδιοι οι ερευνητές ήταν η εξής: Το BMI αντανακλά τη σωματική κατάσταση ενός ατόμου. Η συσχέτιση της σωματικής κατάστασης με συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης και στους τέσσερις μήνες μετά τον τοκετό, πιθανά να οφείλεται στην ανησυχία των γυναικών για τα κιλά που πήραν κατά τη διάρκεια της κύησης και την έντονη επιθυμία τους να επιστρέψουν στο αρχικό τους βάρος. Το γεγονός ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με άγχος και κατάθλιψη, λίγους μήνες μετά τον τοκετό, πιθανά να οφείλεται στην πεποίθηση, που πιθανόν έχουν οι λεχόνες, ότι η διατροφική συμπεριφορά θα τις οδηγήσει στην επιθυμητή απώλεια κιλών.

Όπως γνωρίζουμε, οι φυσικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση του σωματικού βάρους και του σωματικού λίπους, κατάσταση που επηρεάζει σημαντικά και την ψυχολογία των εγκύων, καθώς παρατηρούν το σώμα τους να απέχει από το ιδεατό σχήμα που είχε πριν την εγκυμοσύνη (Marquez-Sterling, Perry, Kaplan, Halberstein, & Signiorile, 2000). Οι μεταβολές που παρατηρούνται στο βάρος και στο σώμα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, συνήθως απογοητεύουν τις γυναίκες (Boscaglia, Skouteris, & Wertheim, 2003; Daley, et al., 2009; Goodwin et al., 2000; Strang & Sullivan, 1985) και κυρίως τις

πρωτότοκες (Strang & Sullivan, 1985). Η απογοήτευση αυξάνεται καθώς προχωρά η κύηση (Boscaglia et al., 2003; Goodwin et al., 2000; Strang & Sullivan, 1985), ενώ υφίσταται και κατά τη διάρκεια της λοχείας (Boscaglia, et al., 2000; Daley et al., 2009; Strang & Sullivan, 1985), καθώς το σώμα της γυναίκας αναρρώνει από την πρόσφατη εμπειρία της κύησης (Strang & Sullivan, 1985), με αποτέλεσμα να παρατηρείται συχνά μια μείωση της ικανοποίησης με την εικόνα του σώματος της (Body Image Satisfaction) (Boscaglia et al., 2003). Πράγματι, στην έρευνα της Goodwin και συνεργατών (2000), διαπιστώθηκε σημαντική μείωση του BIS ανάμεσα στην προ-εγκυμοσύνης περίοδο και στις πρώτες εβδομάδες της κύησης (14^η με 19^η εβδομάδα). Αυτή η διαπίστωση ενισχύει και τα αποτελέσματα της εργασίας των Strang και Sullivan (1985), οι οποίες κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι έγκυες βίωναν πιο αρνητικά συναισθήματα για το σώμα τους στο τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης τους και στη λοχεία, σε σύγκριση με την ικανοποίηση από την εικόνα του σώματος τους (BIS) πριν την εγκυμοσύνη.

Αυξημένα ποσοστά επιλόχειας κατάθλιψης παρατηρούνται επίσης όταν η μητέρα δεν έχει την αναμενόμενη στήριξη από το κοινωνικό και οικογενειακό της περιβάλλον (Ακτσακλής & Σίμος, 1992; Beck, 2001; Cooper & Murrey, 1998; Dennis, 2005; Δημητρίου κα., 1995; Δραγώνα, 1989; Hall, Kotch, Browne, & Rayens, 1996; Κελλαρτζής, κα., 2003; Μωραΐτου, 2004; Ράμμου & Παπαληγούρα, 2007). Η ανύπαντρη μητέρα που δεν έχει τη συμπαράσταση του πατέρα του παιδιού της κατά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, αλλά ούτε και την υποστήριξη των οικείων της, είναι πιο επιρρεπής στην κατάθλιψη (Δημητρίου κα., 1995; Κελλαρτζής, κα., 2003; Μωραΐτου, 2004). Αν η οικογένεια της συμπαρασταθεί, τότε η κατάθλιψη μπορεί να υποχωρήσει (Μωραΐτου, 2004). Επιπρόσθετα, υπάρχουν ενδείξεις πως σε ορισμένες γυναίκες η κοινωνική υποστήριξη, οι σχέσεις της με το σύντροφό της και η αυτοεκτίμηση κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας, αποτελούν μεταβλητές που σχετίζονται στενά με την

επιλόχεια κατάθλιψη (Hall et al., 1996; Longsdon & Urui, 2001). Η χαμηλή αυτοεκτίμηση αποτελεί έναν ευαίσθητο παράγοντα εκδήλωσης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, ακόμα και σε γυναίκες χωρίς προηγούμενο ατομικό ιστορικό κατάθλιψης (Hall et al., 1996).

Οι Fontaine και Jones (1997) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αυτοεκτίμηση μπορεί να μειώσει σημαντικά την πιθανότητα εκδήλωσης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε λεχώνες. Πιο συγκεκριμένα, 45 Βρετανίδες συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια του Edinburg Postnatal Depression Scale (EPDS) για την επιλόχεια κατάθλιψη, την κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Rosenberg για την αυτοεκτίμηση και το Life Orientation Test (LOT; Scheier & Carver, 1985) για την αισιοδοξία, στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και στις δυο και έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό. Ο παράγοντας αισιοδοξία συνδέθηκε με χαμηλά ποσοστά κατάθλιψης κατά την εγκυμοσύνη και τις δυο εβδομάδες της λοχείας, ενώ ο παράγοντας αυτοεκτίμηση και στις τρεις περιόδους. Νωρίτερα, οι Wallace, Boyer, Dan και Holm (1986), είχαν βρει πως η τακτική αεροβική άσκηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να μειώσει σημαντικά τα σωματικά ενοχλήματα που γίνονται πιο έντονα στο τρίτο τρίμηνο, και να αυξήσει την αυτοεκτίμηση της γυναίκας, επηρεάζοντας άμεσα και τις ψυχολογικές παραμέτρους που σχετίζονται με αυτή, όπως την κατάθλιψη, το άγχος, την εμπιστοσύνη και την ευτυχία.

Στην έρευνά του ο Herrick (2000) μελέτησε μητέρες οι οποίες είχαν γεννήσει πρόσφατα, με σκοπό να διαπιστώσει εάν η επίδραση των στρεσογόνων γεγονότων που συνέβησαν ένα χρόνο πριν τον τοκετό σχετίζονται με τον κίνδυνο επιλόχειας κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, μελετήθηκαν σημαντικοί επιβαρυντικοί παράγοντες, οι οποίοι αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης της, όπως η μικρή ηλικία της μητέρας, η χαμηλή κοινωνικοοικονομική της θέση, η σωματική κακοποίηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και το πολύ χαμηλό βάρος γέννησης του παιδιού. Στα αποτελέσματα της έρευνας αναφέρεται ότι η παρουσία έξι ή και περισσότερων στρεσογόνων γεγονότων σε

διάστημα 12 μηνών πριν τον τοκετό, αποτέλεσε έναν ισχυρό παράγοντα εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης. Επίσης, οι μητέρες που απολύθηκαν από την εργασία τους ή είχαν οικονομικά προβλήματα, εμφάνισαν διπλάσιο κίνδυνο επιλόχειας κατάθλιψης από αυτές που δεν είχαν οικονομικές δυσχέρειες. Ο ερευνητής κατέληξε στο συμπέρασμα ότι μητέρες με υψηλά επίπεδα προγεννητικού άγχους είχαν υψηλότερο κίνδυνο εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης. Επίσης και η Δραγώνα (1989), έχει αναφέρει πως τα υψηλά επίπεδα πιεστικών για τον ψυχισμό γεγονότων από την αρχή της κύησης μέχρι και 11 εβδομάδες μετά τον τοκετό σχετίζονται σημαντικά με την εκδήλωση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Άλλοι παράγοντες, που έχουν ενοχοποιηθεί, είναι το προηγούμενο ατομικό και οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό (Ακτσακλής & Σίμος, 1992; Δημητρίου κα., 1995; Δραγώνα, 1989; Κελλαρτζής, κα., 2003; Ράμμου & Παπαληγούρα, 2007), το άγχος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Ακτσακλής & Σίμος, 1992; Δραγώνα, 1989; Μωραΐτου, 2002, 2004, 2007), η μελαγχολία της λοχείας (Beck, 2001; Cooper & Murrey, 1998; Μωραΐτου, 2004; Webster, et al., 2003), η ηλικία (πιο συχνή στις έφηβες) (Μωραΐτου, 2004), η πολυτοκία (Κελλαρτζής, κα., 2003), το άγχος της καθημερινότητας (ανεργία, ανασφάλεια) (Beck, 2001; Cooper & Murrey, 1998; Herrick, 2000; Κελλαρτζής, κα., 2003; Μωραΐτου, 2004; Pivarnik et al., 2006; Χατζημιχάλογλου, κα., 2005), τα πιεστικά και αγχογόνα γεγονότα της ζωής (Ακτσακλής & Σίμος, 1992; Beck, 2001; Δραγώνα, 1989; Hall et al., 1996; Herrick, 2000; Κελλαρτζής, κα., 2003; Μωραΐτου, 2004; Pivarnik et al., 2006; Ράμμου & Παπαληγούρα, 2007; Χατζημιχάλογλου, κα., 2005), η απρογραμμάτιστη κύηση (Beck, 2001; Κελλαρτζής, κα., 2003; Μωραΐτου, 2004), η ύπαρξη ενός δύσκολου βρέφους (ιδιοσυγκρασία τους βρέφους) ή ενός βρέφους με νεογνικές επιπλοκές (Ακτσακλής & Σίμος, 1992; Δραγώνα, 1989), οι μαιευτικές επιπλοκές και ο χαμηλός βαθμός ικανοποίηση από τη φροντίδα του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού κατά

τη διάρκεια του τοκετού (Webster, et al., 2003), οι κακές σχέσεις της λεχώνας με τη μητέρα της κατά την παιδική ηλικία (Ακτσακλής & Σίμος, 1992; Δημητρίου κα., 1995; Κελλαρτζής, κα., 2003), η απουσία της μητέρας λόγω θανάτου ή ένα δυσλειτουργικό γονεϊκό πλαίσιο (Ακτσακλής & Σίμος, 1992) και η κακοποίηση των γυναικών κατά τη διάρκεια της κύησης (Herrick, 2000). Μάλιστα, ο κίνδυνος εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης σε κακοποιημένες γυναίκες εμφανίζεται να είναι αρκετά υψηλός, δεδομένου ότι συνυπάρχουν και άλλοι στρεσογόνοι παράγοντες στη ζωή τους, πέρα από την κακοποίηση (Herrick, 2000).

Αντίθετα, παράγοντες όπως η ηλικία της μητέρας, συμπέρασμα το οποίο βρίσκεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της Μωραΐτου (2004), το επάγγελμά της, η ύπαρξη προηγούμενων αποβολών ή εκτρώσεων, το είδος του τοκετού και το φύλο του βρέφους δε φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης (Ακτσακλής & Σίμος, 1992; Ράμμου & Παπαληγούρα, 2007). Στην εργασία της Δραγώνα (1989) τόσο ο αριθμός της κύησης, όσο και το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο δε βρέθηκε να επηρεάζουν την επιλόχεια κατάθλιψη της μητέρας. Η έγκαιρη κατανόηση των αιτιών, που ευθύνονται για την εμφάνιση της κατάθλιψης στη λοχεία, διευκολύνει τις διαδικασίες πρόληψης και αντιμετώπισης της, με εμφανή οφέλη για τη μητέρα και το παιδί (Ακτσακλής & Σίμος, 1992; Forty et al., 2006).

Διαγνωστικά Εργαλεία για την Επιλόχεια Κατάθλιψη

Όπως αναφέρει η Μωραΐτου (2004), υπάρχουν διαφορετικές μέθοδοι για την εκτίμηση της επιλόχειας κατάθλιψης, οι οποίες περιλαμβάνουν είτε τη χρήση δομημένων διαγνωστικών συνεντεύξεων, όπως ο Κατάλογος Συναισθηματικών Διαταραχών και Σχιζοφρένειας (SADS) των Endicott & Spitzer (1978), είτε τη χρήση μέτρων αυτοαναφοράς όπως η Κλίμακα Κατάθλιψης του Beck (BDI) (Beck et al., 1961), η

Κλίμακα Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (EPDS) (Cox et al., 1987) και το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ) (Goidberg, 1978). Ωστόσο, η πλειονότητα των ερευνητών χρησιμοποιεί την κλίμακα EPDS και την κλίμακα του Beck για την αξιολόγηση της επιλόχειας κατάθλιψης.

Το EPDS αναπτύχθηκε από τον Cox και τους συνεργάτες του (1987) ως απόρροια των περιορισμών που παρουσίαζαν άλλες χρησιμοποιούμενες κλίμακες στην αξιολόγηση συμπτωμάτων κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της λοχείας (π.χ., Anxiety and Depression Scale, General Health Questionnaire, Beck Depression Inventory). Πιο συγκεκριμένα, ορισμένα οργανικά συμπτώματα, τα οποία μπορεί να οφείλονταν σε φυσιολογικές αλλαγές που σχετίζονταν με τη λοχεία, όπως αλλαγές στην όρεξη και στον ύπνο και μειωμένη ενέργεια, μπορούσαν εύκολα να παρερμηνευτούν ως καταθλιπτικά συμπτώματα, κυρίως από το ερωτηματολόγιο Beck Depression Inventory (Cox et al., 1987; Eberhard-Gran, Eskildt, Tambs, Opjordsmoen, & Samuelsen, 2001).

Έπειτα από λεπτομερή ανάλυση καταλληλότητας της Κλίμακας Ευερεθιστότητας για την Κατάθλιψη και το Άγχος [Irritability Depression and Anxiety Scale (IDA), Snaith et al., 1978], της Νοσοκομειακής Κλίμακας για το Άγχος και την Κατάθλιψη [Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), Zigmond & Snaith, 1983] και της Κλίμακας για το Άγχος και την Κατάθλιψη των Bedford και Foulds (1978), ο Cox και συνεργάτες επέλεξαν αρχικά 21 ερωτήματα, από τα οποία επιλέχθηκαν τελικά τα 13 ερωτήματα που θεωρήθηκαν κατάλληλα για την ανίχνευση της επιλόχειας κατάθλιψης. Επτά από αυτά συντάχθηκαν από την ίδια την ερευνητική ομάδα, ενώ τα υπόλοιπα έξι προέρχονταν από τις κλίμακες IDA και HAD. Η εγκυρότητα της νέας κλίμακας εκτιμήθηκε σε δείγμα 63 πρωτοτόκων γυναικών (Cox, 1986). Η έρευνα αυτή έδειξε ότι η συγκεκριμένη κλίμακα διαχώριζε τις καταθλιπτικές από τις μη-καταθλιπτικές μητέρες. Όμως, η παραγοντική ανάλυση (rotated factor analysis) αποκάλυψε πως δυο ερωτήσεις από την υποκλίμακα της

ευερεθιστότητας του IDA, καθώς και η ερώτηση που αφορούσε την ευχαρίστηση της μητρότητας (enjoyment of motherhood) διαμόρφωναν έναν παράγοντα «μη-κατάθλιψης» (non-depression factor). Την παρατήρηση αυτή είχε διατυπώσει και νωρίτερα (όπως αναφέρεται στην εργασία του Cox, 1986), ότι η ευερεθιστότητα (irritability) συχνά αναγνωρίζεται ως ξεχωριστή διάθεση από το άγχος και την κατάθλιψη. Η ερευνητική ομάδα παρατήρησε πως παραλείποντας τις τρεις αυτές ερωτήσεις, πιθανόν να αυξανόταν η σαφήνεια της κλίμακας. Έτσι αποφάσισαν να ελέγξουν την εγκυρότητα της νέας κλίμακας, αποτελούμενη από δέκα ερωτήματα, τα οποία σχετίζονταν περισσότερο με την κατάθλιψη (Cox et al., 1987).

Η πρώτη μελέτη εγκυρότητας της κλίμακας με 10 ερωτήματα, έγινε από τον Cox και συνεργάτες του (1987), σε προεπιλεγμένο δείγμα 84, εν δυνάμει, καταθλιπτικών γυναικών την έκτη εβδομάδα μετά τον τοκετό. Θέλοντας να δουν αν η κλίμακα αυτή ήταν εξίσου αποτελεσματική στην ανίχνευση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε οικείο περιβάλλον, αποφάσισαν η έρευνα να γίνει στο σπίτι της εκάστοτε συμμετέχουσας. Στην αρχή, η μητέρα έπρεπε να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο, ενώ στη συνέχεια ακολουθούσε συνέντευξη από τους ερευνητές χρησιμοποιώντας το Goldberg's Standardized Psychiatric Interview, χωρίς οι ίδιοι να γνωρίζουν, εκ τω προτέρων, το τελικό αποτέλεσμα του ερωτηματολογίου. Μάλιστα για να μην επηρεαστούν οι ερευνητές για το τελικό αποτέλεσμα, στο δείγμα συμπεριλήφθησαν και 12 μη-καταθλιπτικές μητέρες. Τα κριτήρια, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν για τη διάγνωση της κατάθλιψης, ήταν τα διαγνωστικά κριτήρια έρευνας για τις καταθλιπτικές ασθένειες (Research Diagnostic Criteria) (βλέπε Cox et al., 1987). Με βάση τα κριτήρια αυτά και με 86% ευαισθησία (sensitivity) και σαφήνεια 78% (specificity), μια συνολική βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση του 9 ή 10 (9/10) φανερώνει μέτριο κίνδυνο εμφάνισης της επιλόχειας κατάθλιψης, ενώ βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση του 12 ή 13 (12/10 ή 13/10) υποδηλώνει μέγιστο κίνδυνο

εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης στο μέλλον (Cox, et al., 1987; Eberhard-Gran, et al., 2001). Παρόλα αυτά, οι ερευνητές τόνισαν ότι η κλίμακα αυτή δε θα πρέπει να υποκαταστήσει την κλινική εκτίμηση, ενώ μια βαθμολογία κάτω από την αναφερόμενη, δε σημαίνει απουσία κατάθλιψης, ειδικότερα όταν ο επαγγελματίας υγείας έχει σοβαρές ενδείξεις για εκδήλωσή αυτής (Cox et al., 1987).

Μεγάλες κοινωνικές έρευνες έχουν δείξει πως η κλίμακα EPDS έχει ισχυρή εγκυρότητα και αξιοπιστία (βλέπε Eberhard-Gran, et al., 2001). Σε ανασκόπηση της διεθνούς αρθρογραφίας, διαπιστώθηκε πως έχουν γίνει 18 μελέτες εγκυρότητας τόσο στην αγγλική γλώσσα, όσο και σε άλλες γλώσσες που κατά καιρούς μεταφράστηκε και χρησιμοποιήθηκε ως διαγνωστικό εργαλείο (Ολλανδία, Σουηδία, Χιλή, Καναδάς, Αυστραλία, Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα, Ιταλία, Γαλλία, Κίνα, Νότια Αφρική, Νορβηγία, Αυστρία, Πορτογαλία και Ηνωμένο Βασίλειο) (Eberhard-Gran, et al., 2001; Teissedre & Chabrol, 2004). Η τελική συνολική βαθμολογία για την ανίχνευση της κατάθλιψης κυμαίνεται από 8,5 ή 9,5 έως 12 ή 12,5, καθώς επίσης η ευαισθησία και σαφήνεια αυτής από 65% έως 100% και από 49% έως 100%, αντίστοιχα (Pop, et al., 1992; Guedeney & Fermanian, 1998; Benvenuti, Ferrara, Niccolai, Valoriani, & Cox, 1999; Huang & Mathers, 2000; Eberhard-Gran, et al., 2001; Rubertsson, Waldenstrom, & Wickberg, 2003; Garcia-Esteve, et al., 2003; Teissedre & Chabrol, 2004).

Αποτελεί μια ευαίσθητη μέθοδο ανίχνευσης του κινδύνου, που έχει μια λεχώνα να εμφανίσει επιλόχεια κατάθλιψη (Ράμμου, κα., 2005; Ράμμου & Παπαληγούρα, 2007). Οι Cox και συνεργάτες (1987), ισχυρίζονται πως το EPDS είναι μονοδιάστατο, καθώς μπορεί να ανιχνεύει την καταθλιπτική συμπτωματολογία στην περίοδο της λοχείας. Ωστόσο, οι Pop και συνεργάτες (1992) υποστήριξαν πως στο EPDS υπάρχουν ξεχωριστές διαστάσεις του άγχους και της κατάθλιψης, άποψη με την οποία συμφωνούν και τα αποτελέσματα των ερευνών των Green (1998) και Brouwers, van Bar και Pop (2001). Τέλος, στην

εργασία των Brouwers και συνεργατών (2001), τονίζεται πως το EPDS όχι μόνο δεν είναι μονοδιάστατο, αλλά φαίνεται πως τόσο τα συμπτώματα της κατάθλιψης όσο και του άγχους μετριοούνται με μεγαλύτερη ακρίβεια, όταν χρησιμοποιείται το EPDS στο σύνολό του, παρά όταν χρησιμοποιούνται οι υποκλίμακές του.

Επιπτώσεις της Επιλόχειας Κατάθλιψης

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης κατά την επιλόχεια περίοδο, επιφέρουν δυσάρεστες συνέπειες όχι μόνο για τη λεχώνα, αλλά και για το παιδί. Στη λεχώνα τα συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης ξεκινούν στις δύο με τρεις εβδομάδες έως και μερικούς μήνες μετά τον τοκετό και μπορεί να διαρκέσουν μέχρι ένα χρόνο (Beck, 2001; Daley, et al., 2007) ή καμιά φορά και περισσότερο (Daley, et al., 2007; Μέλισσα-Χαλκιοπούλου, 1996). Η διάρκεια της εξαρτάται, αφενός από το χρόνο καθυστερημένης εφαρμογής της κατάλληλης θεραπευτικής αντιμετώπισης (Beck, 2001) και αφετέρου από τη μη έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων κατάθλιψης ακόμα και από τον ίδιο τον γυναικολόγο, στον οποίο η γυναίκα αναφέρει τα συμπτώματά της (Μέλισσα-Χαλκιοπούλου, 1996). Τα αισθήματα θλίψης και απογοήτευσης που πιθανά να νιώθει η μητέρα μετά τον τοκετό, εκλαμβάνονται συχνά από το περιβάλλον της ως περίεργη αντίδραση, την οποία ούτε η ίδια αλλά ούτε και ο σύντροφός της μπορούν να εξηγήσουν (Μέλισσα-Χαλκιοπούλου, 1996). Εν τούτοις, τις περισσότερες φορές οι καταθλιπτικές μητέρες αποφεύγουν να ζητήσουν βοήθεια από ειδικούς (Armstrong & Small, 2007; Beck, 2001; Daley, et al., 2007; Herrick, 2000; Lumley et al., 2004; Lumley, Austin, & Mitchell, 2004), ενώ περίπου οι μισές από αυτές δε ζητούν βοήθεια ούτε από το συγγενικό ή φιλικό τους περιβάλλον (Lumley et al., 2004).

Τα αρχικά συμπτώματα μοιάζουν με αυτά της μελαγχολίας της λοχείας. Η μητέρα νιώθει κούραση, εκνευρισμό, ανεπάρκεια να φέρει εις πέρας τις υποχρεώσεις της απέναντι

στο μωρό και ξεσπά εύκολα σε κλάματα (Daley, et al., 2007; Μωραΐτου, 2004).

Παρουσιάζει διαταραχές συγκέντρωσης και αδιαφορεί για τον εαυτό της και το σύντροφό της. Αποφεύγει να έχει συχνές επαφές με το μωρό της, παραμένει αδιάφορη για τις ανάγκες του και ορισμένες φορές μπορεί να εκνευριστεί μαζί του και να το κακοποιήσει. Το 30% των λεχώνων παρουσιάζει κεφαλαλγία, ιδιαίτερα αυτές που έχουν ιστορικό ημικρανιών (Δημητρίου κα., 1995). Ο κίνδυνος αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς ή βρεφοκτονίας δεν ξεπερνά το 5% (Δημητρίου, κα., 1995; Μωραΐτου, 2004), ενώ ο κίνδυνος αυτοκτονιών είναι μεγαλύτερος στις έφηβες και στις γυναίκες, που γέννησαν νεκρό έμβρυο (Μωραΐτου, 2004). Μάλιστα, όπως αναφέρουν στην εργασία τους οι Daley και συνεργάτες (2007), στην πιο πρόσφατη Εμπιστευτική Έρευνα για τους Μητρικούς Θανάτους στην Αγγλία (UK Confidential Enquiry into Maternal Deaths, 2000-2002) η αυτοκτονία χαρακτηρίστηκε ως μια από τις πρωταρχικές αιτίες μητρικού θανάτου και οι ψυχιατρικές διαταραχές συμβάλλουν στο 12% των μητρικών θανάτων.

Η κατάθλιψη ορίζεται από την παρουσία πέντε διαφορετικών συμπτωμάτων, ένα από τα οποία θα πρέπει να είναι είτε η πτώση του θυμικού ή η ελάττωση του ενδιαφέροντος και η απώλεια ευχαρίστησης από τις διάφορες δραστηριότητες (Πίνακας 1). Τα συμπτώματα αυτά ουσιαστικά αντικατοπτρίζουν την αποδιοργάνωση των φυσιολογικών δραστηριοτήτων της μητέρας (διαταραχή ύπνου, όρεξης και επίγνωσης της πραγματικότητας), η οποία είναι χαρακτηριστική στην κατάθλιψη. Όσον αφορά στη συχνότητα εκδήλωσής τους, θα πρέπει να επιμένουν για το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα, για δύο ή περισσότερες εβδομάδες (APA, 1995; Κελλαρτζής, κα., 2003).

Πίνακας 1. Συμπτώματα κατάθλιψης με έναρξη τη λοχεία

Συμπτώματα

- Πτώση του θυμικού, που συχνά συνοδεύεται ή υπερκαλύπτεται από έντονο άγχος
- Χαρακτηριστικά μειωμένο ενδιαφέρον ή απώλεια ευχαρίστησης από διάφορες δραστηριότητες
- Διαταραχές στην όρεξη, συνήθως απώλεια όρεξης και απώλεια βάρους
- Παρουσία άγχους ή ψυχοκινητική βραδύτητα
- Κόπωση, ελαττωμένη δραστηριότητα
- Συναισθήματα ότι είναι ανάξια, ή υπερβολική ή χωρίς λόγους ένοχη
- Ελαττωμένη συγκέντρωση ή ελαττωμένη ικανότητα στη λήψη αποφάσεων
- Υποτροπιάζουσες ιδέες θανάτου ή ιδέες αυτοκτονίας

Σημείωση: Μεταφορά από το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών, APA-IV-PC, (American Psychological Association, 1995)

Είναι πλέον αποδεκτό πως η ύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών στη μητέρα έχει αρνητικές επιπτώσεις και στην ανάπτυξη του παιδιού (Murrey & Cooper, 1997; Βιβιλάκη & Δάγλα, 2007; Ράμμου & Παπαληγούρα, 2007) και αφορά προβλήματα στο γνωστικό και συναισθηματικό τομέα (συμπεριλαμβανομένου και προβλημάτων συμπεριφοράς) (Cooper & Murrey, 1998; Daley, et al., 2009; Murrey & Cooper, 1997; Μωραΐτου, 2004; Ράμμου & Παπαληγούρα, 2007). Πιο συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι το άγχος και η κατάθλιψη της μητέρας στην εγκυμοσύνη συνδέεται με το επίπεδο ευερεθιστικότητας του νεογνού. Επίσης, τα παιδιά των καταθλιπτικών μητέρων φαίνεται να παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς ή νοητικές ελλείψεις (Δραγώνα, 1989). Επιπροσθέτως, έχουν αναφερθεί προβλήματα στον ύπνο και στο φαγητό σε βρέφη ηλικίας οκτώ μηνών, μειωμένες δεξιότητες προσοχής σε ελεύθερο παιχνίδι βρεφών 15-18 μηνών, καθώς και δυσκολίες επίλυσης προβλημάτων στα μαθηματικά σε παιδιά ηλικίας 11 ετών (Ράμμου & Παπαληγούρα, 2007). Παιδιά ηλικίας πέντε ετών, των οποίων η μητέρα είχε επιλόχεια

κατάθλιψη, εμφάνισαν έντονα συναισθήματα απελπισίας, απαισιοδοξίας και χαμηλής αυτοεκτίμησης και διαταραχές στη συμπεριφορά (Βιβιλάκη & Δάγλα, 2007; Ράμμου & Παπαληγούρα, 2007). Στα μεγαλύτερα παιδιά εμφανίζονται προβλήματα, όπως μειωμένη ικανότητα προσαρμογής στο σχολείο, αδυναμία ελέγχου της συμπεριφοράς και προβλήματα στις κοινωνικές τους σχέσεις (Ράμμου & Παπαληγούρα, 2007).

Ορισμένες πιθανές αιτίες, που ερμηνεύουν τις επιπτώσεις αυτές είναι:

- Η ύπαρξη άμεσης αρνητικής επίδρασης από την έκθεση του παιδιού σε ένα περιβάλλον όπου η μητέρα εμφανίζει κατάθλιψη.
- Η ύπαρξη έμμεσης επίδρασης, μέσω της απορύθμισης των διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ μητέρας και παιδιού.
- Η ύπαρξη κάποιου τρίτου παράγοντα, απόρροια του οποίου είναι η εκδήλωση κατάθλιψης. Στην περίπτωση αυτή, θεωρείται πιθανό ενδεχόμενο η συσχέτιση ανάμεσα στην επιλόχεια κατάθλιψη και στην ανεπαρκή ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού να είναι αποτέλεσμα κοινωνικών και προσωπικών αντιξοοτήτων, όπως η επιβαρυνμένη συναισθηματική διάθεση της μητέρας εξαιτίας της φτώχειας ή κακών συζυγικών και οικογενειακών σχέσεων. (Murray & Cooper, 1997)

Οι τρεις παραπάνω αιτίες αναφέρονται στην επίδραση παραγόντων από την πλευρά της μητέρας πάνω στο παιδί. Όμως έχει αναφέρει πως η επιρροή ανάμεσα στους γονείς και στα παιδιά έχει διπλή κατεύθυνση (bidirectional). Συνεπώς, είναι πιθανό η φτώχη συναισθηματική και γνωστική ανάπτυξη του παιδιού, ακόμα και η κατάθλιψη της μητέρας να οφείλονται σε παράγοντες από την πλευρά του νεογνού (Murray & Cooper, 1997).

Έρευνες που έγιναν στις Η.Π.Α. και στη Μ. Βρετανία, έδειξαν πως η επιλόχεια κατάθλιψη σχετίζεται με φτώχη γνωστική και πνευματική ανάπτυξη των παιδιών, κυρίως των αγοριών, καθώς και παιδιών που προέρχονται από χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά

στρώματα (Βιβιλάκη & Δάγλα, 2007; Cooper & Murrey, 1998; Murrey & Cooper, 1997; Stathopoulou, et al., 2006). Επίσης, τα παιδιά μητέρων με επιλόχεια κατάθλιψη κατά το παρελθόν εμφάνισαν μειωμένη γνωστική λειτουργία και περισσότερα προβλήματα συμπεριφοράς, τα οποία αφορούσαν στο έντονο και επίμονο κλάμα, στη μεγαλύτερη ευερεθιστότητα (Μωραΐτου, 2004) και σε προβλήματα στον ύπνο και στο φαγητό (Murrey & Cooper, 1997). Τέλος, παιδιά που προέρχονται από μητέρες με κατάθλιψη έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν και αυτά κατάθλιψη, συγκριτικά με παιδιά μητέρων χωρίς αντίστοιχο ιστορικό (Μωραΐτου, 2004).

Συνοψίζοντας, αναφέρεται ότι η επιλόχεια κατάθλιψη αποτελεί μια συχνή ψυχική διαταραχή, τα συμπτώματα της οποίας αφορούν άμεσα τόσο τη μητέρα και το νεογνό, όσο και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας και έμμεσα το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Θα πρέπει συνεπώς, η επιλόχεια κατάθλιψη να αντιμετωπίζεται με μεγάλη σοβαρότητα και υπευθυνότητα από τους αρμοδίους φορείς υγείας.

Θεραπευτική Αντιμετώπιση της Επιλόχειας Κατάθλιψης

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια αρκετά ύπουλη νόσος, της οποίας η διάγνωση δεν είναι πάντα εύκολη (Hendrick, 2003). Η έγκαιρη αναγνώρισή της αποτελεί πρόκληση, καθώς οι γυναίκες από το φόβο του κοινωνικού στιγματισμού (Beck, 2001) αποφεύγουν να επισκεφτούν και να εμπιστευθούν κάποιον ειδικό (Armstrong & Small, 2007; Beck, 2001; Daley, et al., 2007; Lumley et al., 2004) ή ακόμα να αναζητήσουν βοήθεια από τα οικεία τους πρόσωπα (Lumley et al., 2004). Καλό είναι να γίνεται σωστά και γρήγορα η διάγνωσή της, ει δυνατό από την περίοδο της κύησης, κατά την οποία πολλές γυναίκες με προδιάθεση εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα (Beck, 2001).

Οι περισσότεροι γιατροί ακολουθούν μια συνδυασμένη θεραπευτική προσέγγιση για την αντιμετώπιση των επιλόχειων συναισθηματικών διαταραχών, η οποία συνήθως

περιλαμβάνει τη φαρμακευτική αγωγή και την ψυχοθεραπεία (Κελλαρτζής, κα., 2003). Τα αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιούνται ως μέσο αντιμετώπισης της κατάθλιψης στην εγκυμοσύνη και στη λοχεία (Pivarnik et al., 2006; Cooper & Murrey, 1998; Hendrick, 2003; Μωραΐτου, 2004). Όμως, πριν την τελική απόφαση για τη συνταγογράφηση φαρμάκων θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ο δυνητικός κίνδυνος τερατογένεσης και η πιθανή επίδραση τους στη συμπεριφορά και στην ανάπτυξη του βρέφους. (Κελλαρτζής, κα., 2003). Όταν στη θεραπευτική αντιμετώπιση προβλέπεται και η φαρμακευτική αγωγή, θα πρέπει να επιλέγονται εκείνα τα φάρμακα για τα οποία γνωρίζουμε αρκετά για τη φαρμακοκινητική τους δράση, με το μικρότερο χρόνο ημι-ζωής και τα λιγότερα ανεπιθύμητα αποτελέσματα μετά τη διακοπή τους (Κελλαρτζής, κα., 2003). Θα πρέπει να χορηγούνται κυρίως όταν υπάρχει σοβαρός κίνδυνος για τη μητέρα, ώστε να είναι μικρότερες οι πιθανές συνέπειες για τη μητέρα και το παιδί, από τις αντίστοιχες που μπορεί να προκύψουν από τη μη λήψη της αγωγής (Κελλαρτζής, κα., 2003).

Η χρήση της ουσίας Fluoxetine (αναστολέας της μονοαμινοξειδάσης) θεωρείται πως είναι ωφέλιμη στη βελτίωση της μητρικής διάθεσης (Cooper & Murrey, 1997), έχει όμως συνδεθεί με ευερεθιστότητα και διαταραχές στον ύπνο (Hendrick, 2003). Αν και η χρήση ορισμένων αντικαταθλιπτικών δεν απαγορεύεται κατά τη διάρκεια του θηλασμού (Hendrick, 2003), προτιμότερο είναι να χορηγείται στις θηλάζουσες η χαμηλότερη αποτελεσματική δόση, αφού όλα τα αντικαταθλιπτικά εκκρίνονται στο μητρικό γάλα (Κελλαρτζής, κα., 2003) και επιπλέον πολύ λίγες είναι οι μελέτες που δείχνουν τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις τους στην εγκεφαλική ανάπτυξη του παιδιού (Hendrick, 2003), καθώς και στο κεντρικό νευρικό σύστημα (Μωραΐτου, 2004). Συνεπώς, η χρήση τους θα πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή, όχι μόνο για τις πιθανές επιπτώσεις στην ανάπτυξη του παιδιού, αλλά και γιατί πολλές γυναίκες είναι απρόθυμες να ακολουθήσουν

τη συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή (Hendrick, 2003; O'Hara, Stuart, Gorman, & Wenzel, 2000; Pivarnik et al., 2006).

Η χρήση οιστρογόνων και προγεστερόνης, έχει επίσης χρησιμοποιηθεί ως μέσο αντιμετώπισης της επιλόχειας κατάθλιψης, χωρίς όμως ιδιαίτερα πειστικά αποτελέσματα, καθώς διαπιστώθηκε μικρή επίδραση των οιστρογόνων στη θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης (Hendrick, 2003; Μωραΐτου, 2004). Εκτός όμως από τα πιθανά τους οφέλη, θα πρέπει να αναφερθούν και κάποια προβλήματα, που ίσως προκύψουν από τη χρήση τους όπως, υπερπλασία του ενδομητρίου και θρομβοεμβολή (Hendrick, 2003).

Η ψυχοθεραπεία αποσκοπεί και στην εκπαίδευση και υποστήριξη της μητέρας στο νέο της ρόλο (Μωραΐτου, 2004) και περιλαμβάνει τη γνωστική ψυχοθεραπεία (cognitive behavioral therapy) και τη διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (interpersonal psychotherapy) (Μωραΐτου, 2004; O'Hara, et al., 2000; Pivarnik et al., 2006). Ιδιαίτερα η τελευταία, θεωρείται αρκετά αποτελεσματική, καθώς προσφέρει σιγουριά στις γυναίκες και αποτελεί μια μη-φαρμακευτική αγωγή με ικανοποιητικά αποτελέσματα. Παράλληλα, ενδείκνυται για τις γυναίκες εκείνες που είναι απρόθυμες να λάβουν φάρμακα (O'Hara, et al., 2000). Είναι σημαντικό, οι γιατροί πριν την τελική τους απόφαση για τη θεραπευτική αγωγή, να λαμβάνουν υπόψη τη γνώμη και την επιθυμία ορισμένων γυναικών να μην ακολουθήσουν φαρμακευτικό σχήμα (Hendrick, 2003).

Η καλύτερη, ωστόσο, θεραπευτική αντιμετώπιση των συναισθηματικών διαταραχών που εμφανίζονται μετά τον τοκετό θεωρείται η πρόληψη και μάλιστα οι παρεμβάσεις ήδη ακόμη από τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Κελλαρτζής, κα., 2003). Πιο συγκεκριμένα διάφορα μέτρα που έχουν προταθεί από τους Κελλαρτζή και συνεργάτες (2003) είναι τα εξής:

- Η αναγνώριση των γυναικών με δυνητικό κίνδυνο
- Η εκπαίδευση (προ του τοκετού και μετά αυτού)

- Η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία
- Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία
- Η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή

Εναλλακτικές Μορφές Αντιμετώπισης της Επιλόχειας Κατάθλιψης

Οι συμβατικές μορφές θεραπευτικής αντιμετώπισης της κατάθλιψης, έχουν κάποιους περιορισμούς, με αποτέλεσμα να υπάρχουν ασθενείς που αναζητούν και καταφεύγουν σε εναλλακτικές μορφές θεραπείας (κυρίως στην άσκηση). Πολλές φορές η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων δε γίνεται εύκολα αποδεκτή, για τους εξής λόγους (Manber, Allen, & Morris, 2002):

1. Περίπου το 30% των καταθλιπτικών ασθενών (γενικότερα) παραπονιέται πως τα αντικαταθλιπτικά δεν ανταποκρίνονται στη θεραπεία, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ασθενών με χρόνια κατάθλιψη φτάνει περίπου το 50%.
2. Πολλές ασθενείς δεν αντέχουν τις παρενέργειες των φαρμάκων.
3. Υπάρχουν ορισμένες ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως μειωμένη σεξουαλική διάθεση, αϋπνία, μεταβολές στο σωματικό βάρος.
4. Πολλές γυναίκες δεν επιθυμούν τη λήψη αντικαταθλιπτικών κατά τη διάρκεια της κύησης και του θηλασμού, ενδοιασμός ο οποίος αναφέρεται και στην εργασία των Daley και συνεργατών (2007).

Επίσης, αν και η ψυχοθεραπεία είναι μια αποτελεσματική μέθοδος αντιμετώπισης της κατάθλιψης, τα ποσοστά αποχώρησης των ασθενών είναι περίπου παρόμοια με αυτά των φαρμάκων, κυρίως γιατί δεν είναι πάντα οικονομικά προσιτή για όλους (Daley et al., 2007; Manber et al., 2002). Αντιθέτως, η άσκηση σχετίζεται με θετικές συνέπειες τόσο στη σωματική, όσο και στην ψυχολογική υγεία των γυναικών, χωρίς να τις στιγματίζει κοινωνικά και με χαμηλό σχετικά κόστος. Τα στοιχεία αυτά (και ειδικότερα οι συνέπειες

στην υγεία) καθιστούν την άσκηση ως δυνητική συμπληρωματική μορφή θεραπείας (Daley et al., 2007).

Οι έρευνες, που έχουν γίνει τα τελευταία δέκα χρόνια σχετικά με την επιλόχεια κατάθλιψη, διερεύνησαν κυρίως τις αιτίες, τις συνέπειες και την πρόληψη της, ενώ μικρή ήταν η αναφορά σε άλλες μορφές θεραπευτικής προσέγγισης. Υπήρξαν ωστόσο, ορισμένες εργασίες, οι οποίες αναφέρθηκαν στην αποτελεσματικότητα κάποιων μορφών άσκησης κατά την περίοδο της λοχείας και στις οποίες φάνηκε πως η σωματική δραστηριότητα σχετίζεται με τη βελτίωση της διάθεσης, τη μείωση του άγχους και της κατάθλιψης (ήπιου έως μέτριου βαθμού) και τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης (Armstrong & Edwards, 2003; Daley et al., 2009). Γενικότερα, η συμβολή της άσκησης τόσο σε γενικό, όσο και σε κλινικό πληθυσμό, είναι πολύ σημαντική καθώς (Manber, et al., 2002):

- (i) προφυλάσσει από τον κίνδυνο παχυσαρκίας, λόγω αύξησης της ενεργειακής δαπάνης,
- (ii) ενδυναμώνει τον οργανισμό, (iii) βελτιώνει την υγεία των οστών, συμβάλλοντας στην αύξηση της οστικής πυκνότητας, και (iv) βελτιώνει τη διάθεση και την αυτοεκτίμηση,

(Lerson-Meyer, 2002) συμβάλλοντας σημαντικά στη μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης (Manber, et al., 2002). Αποτελέσματα έρευνας σε γενικό πληθυσμό, που έγινε στη Φιλανδία, έδειξαν πως άτομα που γυμνάζονταν τουλάχιστον δύο με τρεις φορές την εβδομάδα είχαν λιγότερα ποσοστά κατάθλιψης, άγχους και θυμού σε σχέση με άτομα που γυμνάζονταν περιστασιακά ή και καθόλου. Ειδικότερα και στην περίοδο της λοχείας η συμβολή της άσκησης στη μείωση της κατάθλιψης είναι σημαντική, με την προϋπόθεση ότι η ίδια η άσκηση μειώνει το στρες και δεν το προκαλεί (Artal & O'Tool, 2003).

Άσκηση: Ο ρόλος της

Άσκηση και Εγκυμοσύνη. Στην εποχή μας, η σωματική άσκηση αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινότητας για πολλές γυναίκες, ορισμένες όμως από τις

οποίες τη σταματούν ή την αποφεύγουν κατά τη διάρκεια της κύησης (Artal & O'Tool, 2003; Ζουρλαδάνη, Καδόγλου & Πάντος, 2004), καθώς φοβούνται για ενδεχόμενες επιπλοκές στην εγκυμοσύνη και στο έμβρυο (Artal & O'Tool, 2003; Nahed, 2000; Wadsworth, 2007). Η περίοδος της κύησης χαρακτηρίζεται από σωματικές και ψυχολογικές μεταβολές, οι οποίες επηρεάζουν την ικανότητα της εγκύου να επιδοθεί, με ασφάλεια, σε ορισμένες μορφές σωματικής δραστηριότητας και άθλησης (ACOG, 2002; Ζουρλαδάνη, κα., 2004). Η συμμετοχή σε διάφορες μορφές άσκησης, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, μπορεί να θεωρηθεί αρκετά ασφαλής, αρκεί να εξεταστούν οι πιθανοί κίνδυνοι, καθώς δραστηριότητες με αυξημένο ρίσκο πτώσης ή τραυματισμού στην περιοχή της κοιλιάς θα πρέπει να αποφεύγονται, π.χ. πολεμικές τέχνες, άρση βαρών, ιππασία, σκι, κατάδυση με μπουκάλες, αθλήματα που χρησιμοποιούν μπάλα (ποδόσφαιρο, μπάσκετ, τένις) (ACOG, 2002; Kaiser & Allen, 2002). Αντίθετα, αρκετά ασφαλείς είναι ασκήσεις χαμηλής έως μέτριας έντασης όπως περπάτημα, κολύμβηση, χαμηλής έντασης τρέξιμο, ποδηλασία σε στατικό ποδήλατο (Kaiser & Allen, 2002).

Η εγκυμοσύνη θεωρείται πλέον ως μια περίοδος στη ζωή της γυναίκας, κατά την οποία μπορεί να υπάρξει τροποποίηση των συνηθειών της, υιοθετώντας και διατηρώντας, για μεγάλο χρονικό διάστημα, ένα πιο υγιεινό τρόπο ζωής (Artal & O'Tool, 2003; Entin & Munhall, 2006). Έρευνες έδειξαν πως η άσκηση κατά την περίοδο της κύησης συμβάλλει σημαντικά στην υγεία εγκύου και εμβρύου, αφού μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης προεκλαμψίας, διαβήτη της κύησης και παχυσαρκίας (Entin & Munhall, 2006; Wadsworth, 2007), βελτιώνει τη διάθεση και την αυτοεκτίμηση της εγκύου και περιορίζει τις πιθανότητες για επεμβατικό τοκετό (Wadsworth, 2007). Στα πλεονεκτήματα της άσκησης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συγκαταλέγονται και τα εξής:

1. Βελτίωση της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας (Pivarnik et al., 2006; Ζουρλαδάνη, κα., 2004).

2. Μείωση των περιφερικών αντιστάσεων και βελτίωση της περιφερικής κυκλοφορίας (Ζουρλαδάνη, κα., 2004).
3. Μείωση του πρόσθετου βάρους (κυρίως υπό τη μορφή λίπους) (Sampsell, 1999; Wadsworth, 2007).
4. Προληπτική δράση και καλύτερη ρύθμιση του διαβήτη της κύησης (Artal, 2003; Artal & O'Tool, 2003; Entin & Munhall, 2006; Pivarnik et al., 2006; Ζουρλαδάνη, κα., 2004; Wadsworth, 2007).
5. Ενίσχυση του μυοσκελετικού συστήματος και ενδυνάμωση εκείνων των περιοχών του σώματος που επιβαρύνονται με την εγκυμοσύνη, όπως μέση, κοιλιακή χώρα και πύελος, προκειμένου η έγκυος να μπορεί να ανταποκριθεί στις νέες μηχανικές φορτίσεις (Pivarnik et al., 2006; Ζουρλαδάνη, κα., 2004).
6. Περιορισμός του εμφανιζόμενου οιδήματος (Ζουρλαδάνη, κα., 2004)
7. Ευκολότερος τοκετός και με λιγότερες επιπλοκές (Ζουρλαδάνη, κα., 2004; Wadsworth, 2007)
8. Βελτίωση της αυτοεκτίμησης και της αυτοπεποίθησης (Ζουρλαδάνη, κα., 2004; Ταουσάνη, 2003; Wadsworth, 2007)
9. Μείωση του στρες και των επιπέδων άγχους, που επιφέρει η εγκυμοσύνη (Ταουσάνη, 2003)
10. Βελτίωση της ψυχικής διάθεσης και μείωση της πιθανότητας εκδήλωσης κατάθλιψη της εγκυμοσύνης και της λοχείας (επιλόχεια κατάθλιψη) ή συντελεί στη θεραπεία αυτής (Dennis, 2005; Fontaine, & Jones, 1997; Kotlyn, 1994; Ταουσάνη, 2003)
11. Ευκολότερη επάνοδο στην προηγούμενη (της κύσεως) σωματική κατάσταση, ειδικότερα αν η άσκηση συνεχίζεται και κατά την περίοδο της λοχείας (Ζουρλαδάνη, κα., 2004)

12. Μείωση του κινδύνου εμφάνισης υπέρτασης και σακχαρώδη διαβήτη της κύησης

(Artal & O'Tool, 2003; Entin & Munhall, 2006; Jackson, Morrow, Hill, &

Dishman, 2004; Magann, Evans, Weitz, & Newman, 2002; Nahed, 2000; Pivarnik

et al., 2006; Wadsworth, 2007; Ζουρλαδάνη, κα., 2004)

Άσκηση και Επιλόχεια Κατάθλιψη. Έρευνες που έχουν γίνει έδειξαν πως η συμμετοχή σε κάποιο άθλημα ή σε κάποια καθημερινή σωματική δραστηριότητα, έχει θετικές συνέπειες στην ψυχική υγεία, (μειώνοντας τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης) (Daley, et al., 2009; Lerson-Meyer, 2002; Sampsel, Seng, Yeo, & Oakley, 1999) και πως, τα αποτελέσματα αυτά είναι πιο συχνά στις γυναίκες (Κλεφταράς, 1998; Lerson-Meyer, 2002; Sampsel, Seng, Yeo, & Oakley, 1999). Υπάρχει μια γενική παραδοχή πως η άσκηση αποτελεί μια μορφή θεραπευτικής προσέγγισης της κατάθλιψης στο γενικό πληθυσμό, ενώ θεωρείται πιθανό να έχει θετικά αποτελέσματα και στις λεχώνες (Lerson-Meyer, 2002). Ελάχιστα ωστόσο είναι αυτά που γνωρίζουμε για το αν η τακτική άσκηση μειώνει την πιθανότητα εκδήλωσης, καθώς και τη σοβαρότητα της επιλόχειας κατάθλιψης (Daley, et al., 2009; Lerson-Meyer, 2002).

Στην έρευνα τους, οι Sampsel και συνεργάτες (1999) χρησιμοποίησαν το Lederman's Postpartum Maternal Adaptation Questionnaire (Lederman, Weingarten, & Lederman, 1981) για να αξιολογήσουν την ψυχολογική ευεξία στην περίοδο της λοχείας σε δείγμα 1.000 περίπου γυναικών. Οι παράμετροι που ελέχθησαν με το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο την έκτη εβδομάδα μετά τον τοκετό ήταν: (α) η ποιότητα της συντροφικής σχέσης, (β) η αντίληψη για τη συμμετοχή του συντρόφου στην ανατροφή του παιδιού, (γ) η ικανοποίηση από την εμπειρία του τοκετού, (δ) η ικανοποίηση από τις καταστάσεις της ζωής, (ε) η εμπιστοσύνη στην ικανότητα να ανταπεξέλθει στα καθήκοντα της μητρότητας, (στ) η ικανοποίηση από την παροχή φροντίδας σε μητέρα και παιδί και (ζ) η υποστήριξη του μητρικού ρόλου από την οικογένεια και τους φίλους. Από τα

αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες που ασκούσαν συστηματικά σημείωσαν καλύτερα σκορ σε όλες τις υποκατηγορίες, και οι διαφορές τους με τις γυναίκες που δεν ασκούσαν ήταν στατιστικά σημαντικές, εκτός από τα σκορ τους στην υποκλίμακα 'Στήριξη του μητρικού ρόλου από την οικογένεια και τους φίλους' (Lerson-Meyer, 2002; Sampselle, et al., 1999).

Στην ανασκόπηση του ο Lerson-Meyer (2002) αναφέρεται στα αποτελέσματα μιας συνεδρίας αεροβικής άσκησης διάρκειας 60 λεπτών σε 20 γυναίκες, οι οποίες βρίσκονταν μεταξύ έκτης και 20^{ης} εβδομάδας μετά τον τοκετό. Στις δέκα γυναίκες, που αποτέλεσαν την ομάδα παρέμβασης, παρατηρήθηκε μείωση των ποσοστών άγχους και κατάθλιψης και της γενικότερης διαταραχής της διάθεσης (total mood disturbance) και βελτίωση της ζωνηράδας (vigor) μετά τη συνεδρία. Συγκρινόμενα τα αποτελέσματα αυτά με τα αντίστοιχα της ομάδας ελέγχου, η οποία ξεκουραζόταν για 60 λεπτά, διαπιστώθηκε πως μόνο οι μεταβλητές 'διάθεση' και 'ζωνηράδα' βελτιώθηκαν στατιστικά σημαντικά. Επίσης, η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης στην περίοδο της λοχείας βρέθηκε χαμηλότερη στις γυναίκες που γυμνάζονται (Lerson-Meyer, 2002). Και αυτό οφείλεται, όπως ο ίδιος ισχυρίζεται, στο γεγονός ότι οι γυναίκες μπορούν με τον τρόπο αυτό να ξεφύγουν από τη συνεχιζόμενη ενασχόλησή τους με το παιδί, άποψη με την οποία συμφώνησαν και οι Daley και συνεργάτες (2007).

Επιπλέον, η άσκηση βοηθά τη μητέρα να βελτιώσει τη φυσική της κατάσταση, ρυθμίζοντας παράλληλα και το σωματικό της βάρος. (Daley, et al., 2007; Lerson-Meyer, 2002). Έτσι βελτιώνεται η εικόνα της και αυξάνεται η αυτοπεποίθησή της, μειώνοντας παράλληλα τα συμπτώματα κατάθλιψης (Daley, et al., 2007; Καδόγλου, κα., 2003; Lerson-Meyer, 2002). Οι λεχώνες που ενασχολούνται με κάποιο είδος φυσικής δραστηριότητας εμφανίζονται να είναι πιο ικανοποιημένες από την κατάσταση στην οποία βρίσκονται, να αποδέχονται καλύτερα τις ανάγκες της μητρότητας και να έχουν καλύτερες

σχέσεις με το σύντροφό τους συγκρινόμενες με τις λεχώνες που ακολουθούν έναν πιο καθιστικό τρόπο ζωής. Επιπλέον, οι αθλούμενες μητέρες φαίνεται να συμμετάσχουν σε περισσότερες ψυχαγωγικές δραστηριότητες και κοινωνικές εκδηλώσεις (Καδόγλου, κα., 2003). Στην εργασία τους οι Strang και Sullivan (1985), αναφέρουν πως οι γυναίκες που είναι ευχαριστημένες με τον εαυτό τους πριν την εγκυμοσύνη και είναι ευτυχισμένες με την εγκυμοσύνη τους, φαίνεται να αντιμετωπίζουν πιο θετικά τις όποιες αλλαγές συμβαίνουν στο σώμα τους. Στο συμπέρασμα αυτό κατέληξαν και οι Marquez-Sterling και οι συνεργάτες της (2000), οι οποίοι αναφέρουν πως η συστηματική άσκηση επιφέρει αύξηση στο βαθμό ικανοποίησης των εγκύων για το σώμα τους, καθώς διαπιστώθηκαν θετικές αλλαγές στους παράγοντες που είχαν σχέση με την υγεία και την ευεξία όπως είναι η αντοχή, η ενεργητικότητα, η μυϊκή δύναμη και η σωματική διάπλαση. Όμως, η συμβολή της άσκησης δεν είναι τόσο αποτελεσματική στην περίπτωση, που το άτομο βρίσκεται ήδη υπό ψυχιατρική παρακολούθηση και αγωγή (Manber, et al., 2002), όπως και στις γυναίκες, οι οποίες πάσχουν από σοβαρή μορφή επιλόχειας κατάθλιψης ή ψύχωση της λοχείας (Daley, et al., 2007).

Ελάχιστες είναι οι μελέτες που έχουν γίνει και συγκρίνουν την αποτελεσματικότητα της αερόβιας έναντι της αναερόβιας άσκησης για την πρόληψη εκδήλωσης κατάθλιψης, τα αποτελέσματα των οποίων έδειξαν μικρές διαφορές μεταξύ τους. Συνεπώς, η άσκηση με αντιστάσεις μπορεί να είναι μια εναλλακτική μορφή άσκησης για άτομα που δεν προτιμούν τις αερόβιες ασκήσεις (Stathopoulou, et al., 2006), αν και όπως αναφέρεται στα αποτελέσματα της έρευνας των Entin και Munhall (2006), ελάχιστοι είναι οι γυναικολόγοι, οι οποίοι την προτείνουν. Επίσης, αρκετά αποτελεσματική θεωρείται και η βόλτα με το παιδικό καροτσάκι. Είναι μια απλή μορφή άσκησης, η οποία μπορεί πολύ εύκολα να ενταχθεί στην καθημερινότητα της μητέρας, χωρίς να επιβαρύνει

το πρόγραμμά της, σχετικά εύκολη και ευχάριστη και δεν της στερεί ώρα από το παιδί της (Daley, et al., 2007).

Συμπερασματικά λοιπόν, αναφέρουμε πως υπάρχουν ενδείξεις ότι η συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης είναι επωφελής για τις γυναίκες, καθώς τις βοηθά να διαχειριστούν καλύτερα τις μεταβολές στην ψυχική τους διάθεση (συχνές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης), μειώνοντας τα ποσοστά άγχους και περιορίζοντας παράλληλα τις πιθανότητες εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης. Συνεπώς, οι γυναίκες θα πρέπει να ενθαρρύνονται να συμμετάσχουν σε ειδικά προσαρμοσμένα προγράμματα άσκησης τόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όσο και κατά τη διάρκεια της λοχείας.

Μηχανισμοί Δράσης της Άσκησης. Υπάρχουν κάποιες υποθέσεις σχετικές με το πώς η άσκηση επιδρά θετικά στην ψυχική υγεία και οι οποίες αφορούν δύο θεωρήσεις: τη φυσιολογική και την ψυχολογική. Η πρώτη θεώρηση αφορά στις βιοχημικές μεταβολές, δηλαδή τις αλλαγές στο μεταβολισμό και στη διαθεσιμότητα των κεντρικών νευροδιαβιβαστών (σεροτονίνη, ενδορφίνη). Σύμφωνα με την υπόθεση αυτή, η απελευθέρωση των ενδογενών οπιοειδών στο κεντρικό νευρικό σύστημα ως αποτέλεσμα της άσκησης ευθύνεται, εν μέρει, για την αγχολυτική και αντικαταθλιπτική δράση της άσκησης (Daley, et al., 2007; Stathopoulou, et al., 2006). Όπως αναφέρουν οι Stathopoulou et al. (2006) στην εργασία τους, τα άτομα που συμμετείχαν σε αεροβική άσκηση εμφανίζονταν λιγότερο καταθλιπτικά και περισσότερο ήρεμα, συγκριτικά με άτομα που ακολούθησαν κάποια συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή.

Η δεύτερη θεώρηση αφορά στην άποψη πως υπάρχει μια στενή σχέση ανάμεσα στην κατάθλιψη και την αρνητική αυτοεκτίμηση. Η άσκηση συμβάλει θετικά στη μείωση της κατάθλιψης, καθώς βελτιώνει την εικόνα που έχει το άτομο για τον εαυτό του (μείωση κιλών, αύξηση του μυϊκού τόνου). Όσον αφορά στις γυναίκες που έχουν γεννήσει, αυτές συνηθέστερα έχουν μια αρνητική εικόνα για τον εαυτό τους και πιθανά να καταφύγουν

στην άσκηση (σε συνδυασμό με δίαιτα) για να τη βελτιώσουν, διορθώνοντας έτσι και την άσχημη διάθεσή τους (Stathopoulou et al., 2006). Μια ακόμη άποψη αναφέρει την άσκηση ως μια μορφή απόδρασης από τη ρουτίνα της καθημερινότητας (Daley, et al., 2007; Stathopoulou, et al., 2006).

Ψυχοπροφύλαξη: Ο Ρόλος της Ψυχοσωματικής Προετοιμασίας

Με τον όρο ψυχοπροφύλαξη περιγράφεται το σύνολο των μη φαρμακευτικών μεθόδων που χρησιμοποιούνται προκειμένου να βοηθηθεί η μέλλουσα μητέρα να αποκτήσει την ιδανική σχέση με την εγκυμοσύνη της (Μπόντης, 2007), εξασφαλίζοντας έτσι τις καλύτερες συνθήκες ώστε να διεξαχθεί ο τοκετός με φυσιολογικό τρόπο και χωρίς επιπλοκές. Οι πόνοι του τοκετού μπορούν να μειωθούν σημαντικά με τη σωστή ενημέρωση της γυναίκας για τη διαδικασία του τοκετού, με την εξάλειψη του φόβου, με τις ασκήσεις γυμναστικής κατά τη διάρκεια της κύησης και με την κατάλληλη ψυχολογική καθοδήγηση και φροντίδα (Μπόντης, 2007).

Μετά τον έκτο μήνα της κύησης η έγκυος, εάν το επιθυμεί, μπορεί να παρακολουθήσει πρόγραμμα ψυχοπροφύλαξης (Μέλισσα-Χαλκιοπούλου, 1996; Μπόντης, 2007; Μπρατίδου, 2005). Αυτό το πρόγραμμα, που έχει ως στόχο να βοηθήσει την έγκυο να αντιμετωπίσει καλύτερα την κύηση και τον τοκετό, καθώς συμμετέχει η ίδια ενεργητικά (Μπόντης, 2007), επιμερίζεται στο θεωρητικό μέρος, το οποίο περιλαμβάνει την ενημέρωση της εγκύου όσον αφορά στην κύηση και στα προβλήματά της, στον τοκετό, στη λοχεία και στη φροντίδα του νεογνού και στο πρακτικό μέρος που περιλαμβάνει τις ασκήσεις για τη μυϊκή τόνωση, τη σωστή τεχνική των αναπνοών, την εξάσκηση για τη χαλάρωση, καθώς και την εκμάθηση της τεχνικής της εξώθησης (Μέλισσα-Χαλκιοπούλου, 1996; Μπρατίδου, 2005; Μπόντης, 2007; Μωραΐτου, 2004, 2007). Στο τέλος των μαθημάτων προβάλλονται ταινίες με διάφορα είδη τοκετού ώστε να

συνειδητοποιήσουν οι έγκυες γυναίκες ότι (α) η αντοχή στον πόνο διαφέρει από άτομο σε άτομο, οπότε η όλη εμπειρία του τοκετού είναι διαφορετική για την κάθε γυναίκα και μπορεί να αντιμετωπιστεί με διαφορετικές τεχνικές και (β) πιθανόν να υπάρξουν προβλήματα της τελευταίας στιγμής (Μέλισσα-Χαλκιοπούλου, 1996).

Ειδικότερα, οι γυναίκες που θα αποφασίσουν να παρακολουθήσουν τα μαθήματα αυτά, ξεκινούν από τον έκτο μήνα της εγκυμοσύνης και συμμετέχουν συνολικά σε 10 έως 12 συνεδρίες. Τα μαθήματα αυτά, γίνονται μια φορά την εβδομάδα και διαρκούν μιάμιση ώρα (Μπρατίδου, 2005; Παπανικολάου, 2007). Είναι απαραίτητο να προηγείται ένα πεντάλεπτο ζέσταμα και να έπεται μια πεντάλεπτη χαλάρωση μετά από το πρόγραμμα των ασκήσεων (Μπρατίδου, 2005).

Πιο συγκεκριμένα, οι *σωματικές ασκήσεις* οι οποίες μπορεί να είναι στατικές και δυναμικές και να αφορούν όλες τις μυϊκές ομάδες του σώματος. Οι ασκήσεις αυτές αποσκοπούν στα παρακάτω:

- Στην τόνωση και στην ελαστικότητα της μέσης, της σπονδυλικής στήλης και των αρθρώσεων (άνω και κάτω άκρων). Ειδικότερα με τις ασκήσεις των κάτω άκρων μπορούν να προληφθούν η θρομβοφλεβίτιδα, τα οιδήματα και οι κράμπες, να ξεκουραστούν οι μύες, οι αρθρώσεις και οι τένοντες και να προαχθεί η καλή κυκλοφορία του αίματος.
- Στην καλή ισορροπία, καθώς βελτιώνεται σημαντικά η στάση του σώματος (κυρίως με τις ασκήσεις που αφορούν την σπονδυλική στήλη).
- Στη βελτίωση του μεταβολισμού και της πέψης.
- Στην καλύτερη κυκλοφορία του αίματος και με τη σωστή αναπνοή στη βελτίωση οξυγόνωσης των μυών του οργανισμού.

- Στην άσκηση και ενδυνάμωση του πυελικού εδάφους (ασκήσεις της λεκάνης και των μυών του περινέου), με σκοπό την ισχυροποίηση τους και την αύξηση της ελαστικότητάς τους, σημαντικό κατά την εξώθηση.
- Στην ενδυνάμωση των κοιλιακών τοιχωμάτων (οι πλάγιοι κοιλιακοί μπορούν να ασκούνται καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης, εφόσον δεν υπάρχουν συσπάσεις ή άλλος λόγος αντένδειξης, ενώ οι ορθοί κοιλιακοί τους πρώτους έξι μήνες).
- Στην ενδυνάμωση του μαστικού αδένος και την προετοιμασία των θηλών για το θηλασμό.
- Στην ψυχοσωματική αρμονία της εγκύου και στην καλύτερη συναισθηματική και σωματική προσαρμογή της στη λοχεία (Μπρατίδου, 2005; Μωραΐτου, 2004, 2007; Παπανικολάου, 2007).

Οι αναπνευστικές ασκήσεις, οι οποίες διδάσκονται στα μαθήματα της ψυχοπροφυλακτικής, διδάσκουν την γυναίκα πώς να κατευθύνει την αναπνοή της, ανάλογα με την εξέλιξη του τοκετού (Παπανικολάου, 2007). Ειδικότερα, βοηθούν στη χαλάρωση των μυών της επιτόκου κατά τη διάρκεια του τοκετού και στην αυτοσυγκέντρωση (Μωραΐτου, 2007), καθώς όσο το σώμα δε χαλαρώνει, δεν μπορεί να αναπνεύσει σωστά (Μπρατίδου, 2005).

Κατά τη διάρκεια της ωδίνας-ως ωδίνα ορίζεται η ακούσια, περιοδική, επώδυνη σύσπαση της μήτρας, η οποία παρατηρείται μόνο κατά τη διάρκεια του τοκετού και αποσκοπεί στην προώθηση και έξοδο του εμβρύου από τον πυελογεννητικό σωλήνα (Μπόντης, 2007)--παρατηρείται μια μείωση της αιματικής ροής προς τη μήτρας (ισχαιμία), με συνέπεια και τη μείωση του προσφερόμενου οξυγόνου προς το έμβρυο (Ιατράκης, 2004; Μπρατίδου, 2005). Επομένως, είναι πολύ σημαντικό το έμβρυο να έχει πολύ οξυγόνο πριν και μετά την ωδίνα. Συνεπώς, η επίτοκος θα πρέπει να παίρνει μια με

δυο βαθιές αναπνοές τόσο πριν, όσο και μετά την ωδίνα, στέλνοντας έτσι ενέργεια και οξυγόνο στο έμβρυο (Μωραΐτου, 2007).

Οι ασκήσεις *ευλυγισίας* αποσκοπούν τόσο στο να εξασκήσουν τους μύες και τις αρθρώσεις που θα κινητοποιηθούν κατά τη διάρκεια του τοκετού, όσο και να βελτιώσουν σημαντικά τη στάση του σώματος ή να διορθώσουν προληπτικά υπάρχουσες ελαττωματικές στάσεις. Με τις ασκήσεις αυτές μετριάζεται ο οσφυϊκός πόνος, ο οποίος είναι συχνός κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, και βελτιώνεται σημαντικά ο τόνος των μυών του περινέου (Παπανικολάου, 2007).

Οι ασκήσεις *χαλάρωσης* είναι ίσως οι πιο σημαντικές καθώς αποβλέπουν στο να μάθει η γυναίκα να ελέγχει τις μυϊκές συσπάσεις του σώματος, ώστε να μπορεί σιγά να χαλαρώνει με τη θέλησή της (Παπανικολάου, 2007). Υπάρχουν διάφορες τεχνικές χαλάρωσης για τη περίοδο της κύησης, όπως η χαλάρωση με αναπνοή (κατά την οποία απαιτείται απλή παρακολούθηση της αυτόματης αναπνοής χωρίς καμία παρέμβαση, έχοντας τα μάτια κλειστά) και ο χορός (κυρίως επιλέγονται ο χορός της κοιλιάς και οι αφρικάνικοι χοροί), ο οποίος πέρα από τα σωματικά οφέλη (βελτίωση της αιματικής κυκλοφορίας, τόνωση της σπονδυλικής στήλης και ενδυνάμωση των μυών της κοιλιάς, του περινέου, των άνω και κάτω άκρων) προσφέρει στις έγκυες χαλάρωση, εστίαση της προσοχής, αντοχή και ευελιξία, στοιχεία απαραίτητα για τη διαδικασία του τοκετού (Μωραΐτου, 2007). Κυρίως όμως προτείνεται η μέθοδος σύσπασης και χαλάρωσης των διαφόρων μυϊκών ομάδων (Μπρατίδου, 2005; Μωραΐτου, 2004).

Οι ασκήσεις αυτές είναι σημαντικές, ειδικότερα κατά το πρώτο στάδιο του τοκετού (στάδιο διαστολής), όταν γίνονται αισθητές οι ωδίνες, όπου οι περισσότερες γυναίκες σφίγγονται. Το σφίξιμο αυτό αποτελεί εξαρτημένο αντανεκλαστικό το οποίο, όχι μόνο δε βοηθά στην καλή εξέλιξη του τοκετού, αλλά έχει και αρνητικό αποτέλεσμα, καθώς αυξάνεται η μυϊκή κόπωση. Κατά συνέπεια αυξάνονται οι ανάγκες του οργανισμού σε

οξυγόνο (Παπανικολάου, 2007), οι οποίες σε συνδυασμό με τη διαστολή του τραχήλου και του κατώτερου τμήματος της μήτρας, μαζί με τη διάταση των ιστών της μήτρας και την εκεί ισχαιμία να προκαλούν το έντονο χαρακτηριστικό πόνο του πρώτου σταδίου του τοκετού (Ιατράκης, 2004) που είναι άρρηκτα συνυφασμένος με την ωδίνια. Η μυϊκή χαλάρωση αποσκοπεί στην κατάργηση του εξαρτημένου αντανακλαστικού φόβος-σύσπαση-πόνος και την αντικατάστασή του με το ηθελημένο αντανακλαστικό της χαλάρωσης, ώστε να αμβλυνθεί ο πόνος. Επιπρόσθετα, με τις ασκήσεις αυτές ενισχύεται η ικανότητα συγκέντρωσης, η οποία πλέον στρέφεται στους μυς και στη χαλάρωσή τους και όχι στον παράγοντα πόνο (Παπανικολάου, 2007).

Υπεύθυνη για την ψυχοσωματική προετοιμασία της εγκύου είναι η μαία, εξειδικευμένη ψυχοπροφυλάκτρια, ο ρόλος της οποίας είναι να ενημερώσει την έγκυο σχετικά με τη διαδικασία του τοκετού, να παρέχει ψυχολογική καθοδήγηση, να παρέχει υποστήριξη (ψυχολογική και σωματική) και φροντίδα και να εκπαιδεύσει την έγκυο στις κατάλληλες γυμναστικές ασκήσεις, ώστε να την προετοιμάσει ψυχοσωματικά για τη μοναδική εμπειρία της εγκυμοσύνης και του τοκετού (Παπανικολάου, 2007). Μετά τον τοκετό, ο ρόλος της μαίας είναι να παρέχει συνεχή συναισθηματική διαβεβαίωση, υποστήριξη και καθοδήγηση, κυρίως όσο αφορά στο θηλασμό και στην περιποίηση του νεογνού και συγχρόνως να βοηθήσει ειδικότερα το νέο ζευγάρι κατά τη μετάβασή του στη γονεϊκή ιδιότητα.

Ψυχοσωματική Προετοιμασία & Ερευνητικά Δεδομένα. Η γέννα αποτελεί μια σημαντική διαδικασία στη ζωή κάθε γυναίκας (Bryanton, Gagnon, Johnston, & Hatem, 2008). Η επίτοκος βιώνει μοναδικά τον τοκετό, ο οποίος μπορεί να καταγραφεί ως θετική ή αρνητική εμπειρία (Lavender & Walkinshaw, 1998). Το βίωμα του τοκετού ως μια μη-ικανοποιητική εμπειρία μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την αυτοεκτίμηση και την ψυχική

υγεία των γυναικών, και συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης (Bryanton, et al., 2008).

Στην ανασκόπηση τους, η Bryanton και συνεργάτες της (2008) αναφέρουν τους βασικότερους παράγοντες, που σχετίζονται με την καταγραφή του τοκετού ως θετική εμπειρία από την πλευρά της γυναίκας. Ορισμένοι από αυτούς είναι η ηλικία της γυναίκας, η προγεννητική εκπαίδευση, ο φυσιολογικός τοκετός (ως φυσιολογικός ορίζεται ο τοκετός χωρίς τη χρήση επισκληριδίου αναισθησίας για την ανακούφιση από τον πόνο), η αυξημένη μητρική αυτοεκτίμηση [άποψη με την οποία συμφωνούν και τα αποτελέσματα της έρευνας των Fontaine και Jones (1997)], τα μειωμένα επίπεδα άγχους και στρες από την πλευρά της μητέρας, το αυξημένο αίσθημα ελέγχου, και η θετική αντίληψη για τον σύντροφο και τη μαία.

Σε πολλές χώρες του κόσμου, οι επαγγελματίες υγείας, που σχετίζονται με τον τοκετό, προτείνουν τη συμμετοχή των εγκύων γυναικών σε μαθήματα ψυχοσωματικής προετοιμασίας (Fabian, Radestad, & Waldenstrom, 2005), τα οποία συμβάλουν θετικά τόσο στη σωματική όσο και στη συναισθηματική πλευρά της γυναίκας (Μωραΐτου, 2007). Σκοπός των μαθημάτων αυτών είναι να βοηθηθεί η μέλλουσα μητέρα, μέσα από ένα σύνολο μη-φαρμακευτικών μεθόδων ώστε να αποκτήσει ιδανική σχέση με την κύηση της. Παράλληλα, η ενημέρωση της εγκύου για τα στάδια του τοκετού, η εκτέλεση γυμναστικών ασκήσεων, αναπνευστικών ασκήσεων και τεχνικών χαλάρωσης κατά τη διάρκεια της κύησης και η εξάλειψη του φόβου, μέσω της ψυχολογικής καθοδήγησης και φροντίδας, μπορούν να συμβάλλουν στη μείωση της αίσθησης του πόνου κατά τη διάρκεια του τοκετού. (Nelson, 1981; Spiby, Henderson, Slade, Escott, & Fraser, 1999; Fabian, et al, 2005; Μπόντης, 2007)

Σήμερα γνωρίζουμε ότι η φτωχή πληροφόρηση της πρωτοτόκου λεχώνας για τα νέα της καθήκοντα, έχει ως αποτέλεσμα την μη έγκαιρη και κατάλληλη προετοιμασία,

κατάσταση που την οδηγεί σε συναισθήματα ανασφάλειας και αβεβαιότητας (Μέλισσα-Χαλκιοπούλου, 1996; Μωραΐτου, 2004). Ένας ακόμη βασικός σκοπός των μαθημάτων αυτών είναι να προετοιμάσει το υπονήφιο ζευγάρι για το τι πραγματικά θα βιώσει κατά τον τοκετό. Κρίνεται σημαντικό οι μαίες να λαμβάνουν υπόψη τις προσδοκίες των εγκύων γυναικών, καθώς η εκπλήρωση αυτών θα αυξήσει την ικανοποίησή τους από την όλη διαδικασία. Οι θετικές προσδοκίες μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών και του αισθήματος αποτυχίας κατά τη διάρκεια της λοχείας (Tumblin & Simkin, 2001).

Το πέρασμα στη μητρότητα έχει χαρακτηριστεί ως στρεσογόνος περίοδος για τη γυναίκα (Ταουσάνη, 2003), καθώς τόσο η εγκυμοσύνη όσο και ο τοκετός σχετίζονται με υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης (Δραγώνα, 1989; Kotlyn, 1994; Ταουσάνη, 2003). Η φυσική δραστηριότητα έχει συσχετιστεί θετικά με τη βελτίωση της ψυχικής διάθεσης, τη μείωση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης και τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης (Armstrong & Edwards, 2003; Ταουσάνη, 2003). Η Kotlyn (1994) εξέτασε τις άμεσες αλλαγές στην ψυχική διάθεση σε δείγμα 20 εγκύων γυναικών, οι μισές από τις οποίες συμμετείχαν σε μια συνεδρία άσκησης και οι υπόλοιπες παρακολούθησαν μια συνεδρία που προσέφερε πληροφορίες σχετικά με τον τοκετό. Αν και πριν την παρέμβαση οι δυο ομάδες δε διέφεραν στατιστικά σημαντικά όσον αφορά στα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, υπήρξαν σημαντικές μεταβολές στις συγκεκριμένες παραμέτρους μετά την παρέμβαση. Ειδικότερα, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το περιστασιακό άγχος και η κατάθλιψη μειώθηκαν σημαντικά στις γυναίκες που γυμνάστηκαν, ενώ δεν υπήρξαν αντίστοιχα σημαντικές μεταβολές στις γυναίκες που έλαβαν μόνο πληροφορίες σχετικά με τον τοκετό (Kotlyn, 1994).

Στην εργασία τους οι Lavender και Walkinshaw (1998) υπογραμμίζουν ότι τα προγράμματα συμβουλευτικής και υποστήριξης από έμπειρες μαίες έχουν θετικές

επιπτώσεις στην ψυχική κατάσταση των λεχώνων, οι οποίες βίωσαν ένα δύσκολο τοκετό. Συγκεκριμένα, οι λεχώνες που συμμετείχαν στο παρεμβατικό πρόγραμμα εμφάνισαν λιγότερες πιθανότητες εκδήλωσης συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης, συγκριτικά με τις λεχώνες της ομάδας ελέγχου. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η συμβολή της μαίας, μέσω αντίστοιχων προγραμμάτων, κρίνεται αναγκαία για την έγκαιρη αναγνώριση τέτοιων κρουσμάτων κατά την περίοδο της λοχείας.

Επιπρόσθετα, η Sauls (2002) μελέτησε περισσότερες από 30 δημοσιευμένες εργασίες και τέσσερις μετά-αναλύσεις. Στην ανασκόπησή της κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η υποστήριξη κατά τη διάρκεια του τοκετού συσχετίζεται θετικά με το περιγεννητικό αποτέλεσμα, επιφέρει ψυχολογικά οφέλη για τη λεχώνα και συντελεί στην ευημερία του νεογνού. Πιο συγκεκριμένα, φάνηκε πως η προγεννητική εκπαίδευση και η υποστήριξη κατά τη διάρκεια του τοκετού συσχετίστηκαν θετικά με τη μειωμένη χορήγηση ωκυτοκίνης, τη μειωμένη εφαρμογή της επισκληριδίου αναισθησίας, τη διενέργεια λιγότερων μαιευτικών επεμβάσεων και καισαρικών τομών. Παράλληλα αρκετά είναι και τα ψυχολογικά οφέλη. Στις βραχυπρόθεσμες ωφέλειες συγκαταλέγονται η αυξημένη ικανοποίηση για τη διαδικασία του τοκετού, η αυξημένη αυτοεκτίμηση και τα χαμηλότερα ποσοστά άγχους και επιλόχειας κατάθλιψης. Επίσης, όπως αναφέρεται στην ανασκόπηση, οι γυναίκες που έχουν βιώσει θετικά τον τοκετό τους μεταβαίνουν πιο ομαλά στη μητρότητα, αναπτύσσοντας και ενδυναμώνοντας πιο ισχυρούς οικογενειακούς δεσμούς μακροπρόθεσμα. Τέλος, σημαντικά είναι και τα οφέλη για το νεογέννητο, καθώς εμφανίζει υψηλότερη βαθμολογία Apgar (αξιολογούνται οι καρδιακοί παλμοί, η αναπνοή, ο μυϊκός τόνος, η αντανακλαστική αντίδραση και το χρώμα του νεογνού) από το πρώτο λεπτό, αυξημένη πιθανότητα να θηλάσει αποκλειστικά και να διατηρηθεί ο θηλασμός για μεγαλύτερο διάστημα.

Οι Zlotnick, Johnson, Miller, Pearlstein και Howard (2001) διερεύνησαν εάν η εφαρμογή προγράμματος προληπτικής συμβουλευτικής σε γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, θα μείωνε τον κίνδυνο εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης. Από τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώθηκε πως μετά από διάστημα τριών μηνών από τον τοκετό, έξι από τις 18 λεχώνες (33%) της ομάδας που λάμβαναν την συνηθισμένη μαιευτική φροντίδα εκδήλωσαν επιλόχεια κατάθλιψη, ενώ καμία από τις 17 μητέρες που άνηκαν στην ομάδα παρέμβασης δεν εκδήλωσε κατάθλιψη. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι προληπτικές παρεμβάσεις συμβουλευτικού χαρακτήρα, οργανωμένες σε ομάδες, σχετίζονταν θετικά με τη μείωση εκδήλωσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων μετά τον τοκετό.

Επίσης, η έρευνα των Gamble et al., (2005) αναφέρει ότι η συμβουλευτική παρέμβαση των μαιών σε γυναίκες κατά το τελευταίο τρίμηνο της κύησης είχε ως αποτέλεσμα, να μειωθούν τα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και συναισθημάτων ενοχής κατά τη λοχεία, ενώ παράλληλα να ενισχυθεί η εμπιστοσύνη των γυναικών για ενδεχόμενη μελλοντική κύηση. Επιπλέον, οι ερευνητές τόνισαν ότι η συμβουλευτική παρέμβαση ενδυναμώνει το αίσθημα ελέγχου και πιθανόν να προλαμβάνει την εκδήλωση περιοδικού άγχους (recurring distress) σε ενδεχόμενη εγκυμοσύνη, ενώ και οι ίδιες οι συμμετέχουσες φάνηκε πως είχαν θετική στάση απέναντι στα προγράμματα αυτά. Τα ευρήματα αυτά ενισχύονται και από την έρευνα των Armstrong και Edwards (2003). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνα αυτής, μητέρες, οι οποίες συμμετείχαν σε σύνθετο παρεμβατικό πρόγραμμα (για 12 εβδομάδες συμμετείχαν σε πρόγραμμα άσκησης σπρωξίματος καροτσιού με τρεις συνεδρίες ανά εβδομάδα και σε πρόγραμμα κοινωνικής υποστήριξης, συμβουλευτικού χαρακτήρα με μια συνεδρία ανά εβδομάδα) παρουσίασαν βελτίωση στη φυσική τους κατάσταση και στα επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Τα συμπεράσματα αυτά, όπως αναφέρουν οι Armstrongs και Edwards (2003), συμφωνούν με

την υπάρχουσα βιβλιογραφία, όπου αναφέρεται πως η βελτίωση της φυσικής κατάστασης σχετίζεται θετικά με τη βελτίωση της εικόνας του εαυτού και τη γενικότερη σωματική και ψυχική ευεξία.

Η περίοδος της εγκυμοσύνης χαρακτηρίζεται από σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές. Οι μεταβολές αυτές σε συνδυασμό με τον καινούργιο ρόλο, που καλείται να παίζει η γυναίκα, της δημιουργούν συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, τόσο κατά την κύηση, όσο και κατά την περίοδο της λοχείας. Η στήριξη από το σύντροφο της και η επαρκής ενημέρωση της κατά τη μετάβαση στη μητρότητα μπορούν να λειτουργήσουν προστατευτικά (Μωραΐτου, 2007). Η αισιοδοξία, αλλά κυρίως η αυτοεκτίμηση, με ιδιαίτερη έμφαση στο συναίσθημα της αυταξίας, μπορούν να περιορίσουν την ανάπτυξη συμπτωμάτων κατάθλιψης στις γυναίκες κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης, καθώς και κατά τη δεύτερη και έκτη εβδομάδα της λοχείας (Fontaine & Jones, 1997).

Υπάρχουν ενδείξεις ότι η συμμετοχή σε οποιαδήποτε μορφής άσκηση έχει οφέλη σε άτομα, που εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία. Η άσκηση ίσως να έχει ένα σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης, καθώς αποτελεί ένα σημαντικό μέσο μείωσης των επιπέδων του άγχους και της κατάθλιψης, βελτιώνοντας παράλληλα την αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμηση της γυναίκας (Daley et al., 2007).

Κοινωνική Υποστήριξη: Η Συμβολή της

Ο τοκετός αποτελεί μια διαδικασία με πολλές παραμέτρους (φυσιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, πολιτιστικές), κατά τη διάρκεια της οποίας, κρίνεται απαραίτητη η υποστήριξη της γυναίκας (Sauls, 2002). Η υποστήριξη μπορεί να προέρχεται είτε από τη μαία, το σύντροφο και το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον ή από ομάδες υποστήριξης (doula, peer support). Η υποστήριξη της επιτόκου από τη μαία μπορεί να μεταβάλλει τις προσδοκίες της σχετικά με τον τοκετό. Θεωρείται σημαντική η συμβολή της, καθώς

περνώντας αρκετό χρόνο με την επίτοκο, ασκεί επίδραση τόσο στην ίδια όσο και στο περιβάλλον, στο οποίο λαμβάνει χώρα ο τοκετός (Sauls, 2002). Ο τρόπος με τον οποίο βοηθά την επίτοκο να διαχειριστεί τον πόνο, μπορεί να επηρεάσει τον εσωτερικό της έλεγχο (δηλαδή, τον έλεγχο του σώματος και της συμπεριφοράς), ενώ ο βαθμός στον οποίο νιώθει ότι πραγματικά κάποιος ενδιαφέρεται για αυτή, μπορεί να επηρεάσει τον εξωτερικό της έλεγχο (δηλαδή, τον έλεγχο του περιβάλλοντος). Τόσο ο εσωτερικός όσο και ο εξωτερικός έλεγχος συμβάλουν στην ενίσχυση του αισθήματος ικανοποίησης και συναισθηματικής ευεξίας της επιτόκου (Green & Baston, 2003), αυξάνοντας σημαντικά τις πιθανότητες να βιώσει θετικά την όλη εμπειρία του τοκετού (Bryanton et al., 2008).

Έχει αναφερθεί ότι η υποστήριξη της επιτόκου από τη μαία βελτιώνει τον τοκετό και το περιγεννητικό αποτέλεσμα, ενώ παράλληλα αυξάνει την ικανοποίηση της από την όλη διαδικασία. Επιπλέον, επιδρά θετικά στη διάρκεια του τοκετού με αποτέλεσμα να διενεργούνται λιγότερες μαιευτικές επεμβάσεις, να παρατηρούνται λιγότερες επιπλοκές στο νεογνό και να βελτιώνεται η αλληλεπίδραση μητέρας-νεογνού, κατάσταση που μπορεί να συνεχιστεί και κατά την περίοδο της λοχείας (Tumblin & Simkin, 2001). Η προγεννητική εκπαίδευση των εγκύων, που σκοπό έχει τη μετάδοση πληροφοριών, δεξιοτήτων και τρόπων αντιμετώπισης καταστάσεων (Μωραΐτου, 2004) τις βοηθά να βιώσουν ολοκληρωτικά τον τοκετό και να μεταβούν ομαλά στη μητρότητα (Bryanton et al., 2008). Με επίκεντρο το φυσιολογικό τοκετό, όπου ο πόνος μπορεί να ελεγχθεί μέσα από την πληροφόρηση, τις αναπνευστικές ασκήσεις, (Μωραΐτου, 2004) και τις τεχνικές χαλάρωσης, ενημερώνονται οι νέοι γονείς και για τον καινούργιο τους ρόλο, και κυρίως ο πατέρας για το πώς μπορεί να είναι περισσότερο υποστηρικτικός κατά τη διάρκεια του τοκετού αλλά και αργότερα (Bryanton et al., 2008).

Η στήριξη που παρέχει ο σύντροφος, αλλά και το οικογενειακό περιβάλλον στη μητέρα, είναι σημαντική καθώς η έλλειψη της και ειδικότερα η κακή σχέση ανάμεσα στο

ζευγάρι έχει χαρακτηριστεί ως αιτιολογικός παράγοντας εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης (Tammentie, Paavilainen, Astedt-Kurki & Tarkka, 2004). Όπως διαπιστώνεται και από την έρευνα της Righetti-Veltema, Conne-Perreard, Bousquet και Manzano (1998), οι καταθλιπτικές μητέρες φαίνεται να είναι λιγότερο ικανές να αντιμετωπίσουν διάφορες καταστάσεις, τόσο εξαιτίας των περιορισμένων ικανοτήτων τους (λόγω της κατάθλιψης), όσο και της μειωμένης στήριξης από το περιβάλλον, καθώς φαίνεται να υπήρχαν δυσκολίες στις σχέσεις των καταθλιπτικών μητέρων με τους συντρόφους τους ή/και με τους γονείς τους. Παρόμοια, και στην εργασία της Ράμμου και συνεργατών της (2005) και Ράμμου και Παπαληγούρα (2007), διαπιστώθηκε αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην κοινωνική στήριξη (από το στενό και ευρύτερο περιβάλλον) και την επιλόχεια κατάθλιψη, διαπίστωση που συμφωνεί και με τα συμπεράσματα της εργασίας των Pajulo, Savonlahti, Sourander, Helenius και Piha (2001). Τελικά φαίνεται ότι ο αριθμός των ατόμων που παρείχαν υποστήριξη σε μια μητέρα λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας (Ράμμου, κα., 2005; Ράμμου και Παπαληγούρα, 2007).

Ωστόσο, σημαντικές είναι οι αλλαγές, οι οποίες συντελούνται με την έλευση του νέου μέλους στη δυναμική του ζευγαριού και ειδικότερα στον πατέρα, αφού η μετάβασή του στην πατρότητα πραγματοποιείται μετά τον τοκετό, ενώ η γυναίκα νιώθει την εμπειρία της μητρότητας ήδη από την περίοδο της εγκυμοσύνης. Επίσης, είναι φυσιολογικό ο πατέρας να αισθανθεί λίγο αποκομμένος μετά τον τοκετό, αφού μητέρα και νεογνό αποτελούν μια ισχυρή μονάδα. Όμως, όταν η μητέρα πάσχει από επιλόχεια κατάθλιψη ο σύντροφος νιώθει περισσότερο απομονωμένος, καθώς η μητέρα όχι μόνο δεν κατανοεί το πρόβλημα, αλλά ενδεχομένως αντιλαμβάνεται την όλη κατάσταση ως φυσιολογική. Στην περίπτωση αυτή, τόσο η καταθλιπτική μητέρα όσο και η οικογένεια της χρειάζονται υποστήριξη από ομάδα ειδικών, η οποία θα βοηθήσει στη βελτίωση της δυναμικής της ίδιας της οικογένειας (Tammentie, Tarkka, Astedt Kurki, Paavilainen &

Laippala, 2004). Για το λόγο αυτό, η μέριμνα για τη μητρότητα πέρα από τα μαθήματα ψυχοσωματικής προετοιμασίας, είναι καλό να εμπερικλείει και κατ' οίκον επισκέψεις για παροχή μαιευτικής και κυρίως ψυχολογικής φροντίδας, από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας, για υποστήριξη του μητρικού θηλασμού και ιδιαίτερη μέριμνα και φροντίδα για γονείς με πρόωρα νεογνά ή δίδυμα (Μωραΐτου, 2004).

Στην ανασκόπηση της Sauls (2002) αναφέρεται πως και η υποστήριξη των επιτόκων από άτομα, τα οποία δεν έχουν εξειδικευμένες γνώσεις γύρω από την εγκυμοσύνη και τον τοκετό (doula), φαίνεται να έχει θετική συμβολή στο περιγεννητικό αποτέλεσμα, τόσο για τη μητέρα, όσο και για το νεογνό. Ένα χρόνο αργότερα, και η Dennis (2003) κατέληξε στο συμπέρασμα, πως και η τηλεφωνική συμπαράσταση μπορεί ενδεχομένως να μειώσει την εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης σε νέες μητέρες, καθώς η συντροφικότητα και το συναίσθημα του «συνανήκει» σε μια ομάδα αποτελούμενη από άτομα, που έχουν βιώσει παρόμοια κατάσταση, έχει προστατευτική δράση.

Συγκεκριμένα, η Dennis (2003) στην εργασία της, χρησιμοποίησε 42 μητέρες, οι οποίες είχαν χαρακτηριστεί ως υψηλού κινδύνου για την εκδήλωση επιλόχειας κατάθλιψης (EPDS > 12) χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: την ομάδα ελέγχου (n = 22), η οποία είχε πρόσβαση μόνο σε υπηρεσίες παροχής φροντίδας της κοινότητας κατά τη λοχεία και την παρεμβατική ομάδα (n = 20), η οποία είχε και την τηλεφωνική υποστήριξη από μια ομάδα εθελοντριών. Την τέταρτη εβδομάδα το 40,9% της ομάδας ελέγχου σημείωσε EPDS πάνω από 12, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην ομάδα παρέμβασης ήταν 10%. Την όγδοη εβδομάδα, το ποσοστό των γυναικών με EPDS πάνω από 12, για την ομάδα ελέγχου ήταν 52,4%, ενώ για την ομάδα παρέμβασης ήταν 15%. Μάλιστα, στις 16 από τις 20 μητέρες, που αποτελούσαν την ομάδα παρέμβασης και αξιολόγησαν το συγκεκριμένο πρόγραμμα, φάνηκε, πως το 87,5% ήταν ικανοποιημένες από την τηλεφωνική υποστήριξη. Σύμφωνα με την ερευνήτρια η ατομική και εντατική υποστήριξη που παρέχεται, έστω και

τηλεφωνικά, από εθελοντές, φαίνεται να μειώσει τα ποσοστά εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης σε ορισμένες νέες μητέρες.

Από τις παραπάνω έρευνες καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η σωστή ενημέρωση και η υποστήριξη από κατάλληλα καταρτισμένους επαγγελματίες υγείας, που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, σε συνδυασμό με τη συναισθηματική και ψυχολογική υποστήριξη της γυναίκας, τόσο από τους ειδικούς, όσο και από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, ασκούν σημαντική επίδραση, κυρίως, στην ψυχική υγεία της γυναίκας κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας.

Αξιολόγηση της Κοινωνικής Υποστήριξης. Ως κοινωνική υποστήριξη (social support) συνήθως ορίζεται η παρουσία ανθρώπων, οι οποίοι μας νοιάζονται και μας αγαπούν και πάνω στους οποίους μπορούμε να στηριχθούμε (Sarason, Levine, Basham, & Sarason, 1983). Οι επιστήμονες παρατηρώντας διάφορες καταστάσεις διαπίστωσαν ότι η κοινωνική υποστήριξη συμβάλλει θετικά στην ανάπτυξη του ατόμου και βοηθά στην καλύτερη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που προκαλεί το στρες (Sarason, et al., 1983). Συμπεράσματα ερευνών επαληθεύουν αυτήν την άποψη. Πιο συγκεκριμένα, όπως αναφέρει ο Bowlby στη Θεωρία της Προσκόλησης (Bowlby's Theory of Attachment), όταν η κοινωνική στήριξη παρέχεται στα παιδιά αρκετά νωρίς, τότε αυτά μαθαίνουν να στηρίζονται στον εαυτό τους (self-reliant), μαθαίνουν να λειτουργούν τα ίδια ως υποστηρικτές των άλλων και εμφανίζουν μικρότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν ψυχοπαθολογία αργότερα στην ενήλικη ζωή τους. (αναφορά στο Sarason, et al., 1983). Επιπλέον, η κοινωνική υποστήριξη εξοπλίζει το άτομο με «ψυχολογικές προμήθειες», οι οποίες συμβάλλουν στη διατήρηση της ψυχικής και συναισθηματικής του υγείας. (Sarason, et al., 1983; 1985)

Ειδικότερα η Sarason και συνεργάτες (1983; 1987), βασιζόμενοι και σε προγενέστερες έρευνες, αναφέρουν πως τα οφέλη για τους ασθενείς ήταν περισσότερα

όταν οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες έδειξαν περισσότερη προσοχή και φιλικό ενδιαφέρον προς αυτούς, ενώ κατά τη διάρκεια του τοκετού, η παρουσία ενός ατόμου που υποστηρίζει την επίτοκο, επηρεάζει τη διάρκειά του και συμβάλλει σημαντικά στην αλληλεπίδραση μητέρας-νεογνού μετά από αυτόν. Επιπλέον, στις ίδιες εργασίες αναφέρονται και τα αποτελέσματα της εργασίας των Nuckolls, Cassel και Kaplan, οι οποίοι μελέτησαν έγκυες γυναίκες χαμηλής και μεσαίας κοινωνικής τάξης και εξέτασαν τις δύο παραμέτρους που παρουσίαζαν ιδιαίτερο ενδιαφέρον: τα πρόσφατα στρεσογόνα γεγονότα στη ζωή τους και την παρεχόμενη, σε αυτές, υποστήριξη. Οι δύο αυτοί παράμετροι μεμονωμένα δε σχετίστηκαν, στατιστικά σημαντικά, με επιπλοκές στην εγκυμοσύνη. Παρατηρήθηκε όμως, πως οι γυναίκες, στη ζωή των οποίων έγιναν σημαντικές αλλαγές και είχαν χαμηλή υποστήριξη από το περιβάλλον τους, παρουσίασαν σημαντικές επιπλοκές κατά τον τοκετό. (Sarason et al., 1983; 1987)

Σταδιακά, οι ερευνητές έδωσαν έμφαση στη σημασία της κοινωνικής υποστήριξης. Ωστόσο, δεν ήταν εύκολη η αντικειμενική έρευνα αυτής, καθώς δεν υπήρχε ένας αξιόπιστος και κοινά αποδεκτός δείκτης μέτρησης της. Η διαφορετικότητα των εργαλείων αξιολόγησης της κοινωνικής υποστήριξης οφείλονταν στη διαφορετικότητα των αντιλήψεων που αφορούν στα χαρακτηριστικά της. Ανεξάρτητα πάντως από το πως ήταν αντιληπτή, η κοινωνική υποστήριξη φαίνεται να αποτελείται από δύο στοιχεία: (α) την πεποίθηση ότι υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός σημαντικών άλλων στους οποίους θα μπορεί να αποταθεί το άτομο, όταν υπάρξει ανάγκη και (β) ο βαθμός ικανοποίησης από τη διαθέσιμη υποστήριξη (Sarason et al., 1983; 1985; 1987). Βέβαια, το πώς αυτά τα δύο στοιχεία ποικίλουν μεταξύ τους εξαρτάται από την προσωπικότητα του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, κάποια άτομα θεωρούν πως μόνο όταν υπάρξει σημαντικός αριθμός διαθέσιμων ατόμων, μπορεί να τους προσφερθεί σημαντική στήριξη, ενώ άλλοι μπορεί να θεωρούν ικανοποιητική την στήριξη, που μπορεί να τους προσφερθεί από ένα μόνο άτομο.

Όσο αφορά τον βαθμό ικανοποίησης από την προσφερόμενη στήριξη, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη ότι αυτός είναι υποκειμενικός και εξαρτάται και από άλλους παράγοντες όπως την αυτοεκτίμηση και το αίσθημα ελέγχου του περιβάλλοντος. (Sarason et al., 1983)

Εργαλεία Αξιολόγησης της Κοινωνικής Υποστήριξης. Η Sarason και οι συνεργάτες της (1985) ανέπτυξαν το Ερωτηματολόγιο Κοινωνικής Υποστήριξης (Social Support Questionnaire, SSQ), το οποίο αποτελείται από 27 θέματα και αξιόπιστα υπολογίζει και τις δύο υποκλίμακες της κοινωνικής υποστήριξης (SSQN--αριθμός των ατόμων που παρείχαν υποστήριξη και SSQS--ικανοποίηση από την προσφερόμενη ικανοποίηση). Οι ερωτήσεις αφορούν στη στήριξη την οποία μπορεί να έχει η μητέρα όταν βιώνει στρες, αρνητική διάθεση, ένταση, ή στη στήριξη που νιώθει ότι λαμβάνει ανεξαρτήτων των αιτιών ή συνθηκών που διαδραματίζονται στη ζωή της (Ράμμου & Παπαληγούρα, 2007).

Το εργαλείο αυτό, αποτέλεσμα πιλοτικής έρευνας, προέκυψε από ένα σύνολο 61 ερωτημάτων, τα οποία κάλυπταν μια μεγάλη κατηγορία καταστάσεων, στις οποίες η κοινωνική υποστήριξη, πιθανόν, να ήταν σημαντική για τους ανθρώπους. (Sarason et al., 1983). Όμως, το 1987 η Sarason και οι συνεργάτες της αναζήτησαν ένα ερωτηματολόγιο το οποίο θα είναι σύντομο, αξιόπιστο και αποδεκτό όσο αφορά τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά του, καθώς αφενός ήταν απαραίτητο σε καταστάσεις όπου ο χρόνος είναι περιορισμένος και αφετέρου η έμφαση σε ορισμένα ζητήματα της κοινωνικής υποστήριξης, μπορούσε να οδηγήσει σε αποτελέσματα που δε σχετίζονταν σημαντικά μεταξύ τους. Έτσι έγιναν μελέτες, ώστε να αναπτυχθούν δύο εκδόσεις του SSQ, οι οποίες να αποτελούνται από τρία και έξι θέματα και να σχετίζονται σημαντικά με το αρχικό τους ερωτηματολόγιο των 27 ερωτημάτων, εμφανίζοντας σημαντικό *a-coefficient* και ικανοποιητικό συντελεστή αξιοπιστίας με τη μέθοδο της επανεξέτασης (Sarason et al., 1987).

Στην πρώτη περίπτωση, επιλέχθηκαν τρία ερωτήματα από το αρχικό SSQ με βάση τη συσχέτισή τους με τα SSQN σκορ και τα SSQS σκορ και την αντιπροσωπευτικότητα των περιεχομένων τους. Συγκεκριμένα:

- *Ερώτημα 19: «Ποιος σε αποδέχεται πλήρως, συμπεριλαμβανομένου των χειρότερων και καλύτερων στοιχείων σου;»*
- *Ερώτημα 22: «Σε ποιόν πραγματικά μπορείς να βασιστείς, όταν χρειάζεται να βελτιωθείς με κάποιον τρόπο;»*
- *Ερώτημα 24: «Ποιος αισθάνεται ότι πραγματικά σε αγαπάει βαθιά;»*

Το δείγμα αποτέλεσαν 182 προπτυχιακοί φοιτητές και φοιτήτριες. Από αυτούς, οι 47 γυναίκες και οι 29 άνδρες εξετάστηκαν μόνο μια φορά, οι οποίοι συμπληρώσαν και άλλα ερωτηματολόγια όπως το Multiple Adjective Affect Check List (MAACL), το UCLA Loneliness Scale και το Social Competence Questionnaire. Οι 61 γυναίκες και οι 45 άνδρες εξετάστηκαν ξανά, μετά από διάστημα 3 - 4 εβδομάδες. Στη δεύτερη μέτρηση, εκτός από το SSQ3 συμπληρώσαν και το Beck Depression Inventory, ώστε να συλλεχθούν δεδομένα με τη μέθοδο της επανεξέτασης για το SSQ3. Ο συντελεστής α (α -coefficient) της πρώτης υποκλίμακας και της δεύτερης υποκλίμακας για το SSQ3 ήταν .75 και .79 αντίστοιχα, ενώ οι αντίστοιχες τιμές για το SSQ6 ήταν .97 για το καθένα. Φάνηκε λοιπόν πως το SSQ6 ήταν παρόμοιο με την αρχική έκδοση του SSQ, κυρίως όσον αφορά στην κλίμακα της προσωπικότητας και της κοινωνικής ικανότητας (personality and social competence scale). Η αξιοπιστία σταθερότητας στο χρόνο βρέθηκε να είναι αποδεκτή, ενώ ο συντελεστής α του SSQ3 ήταν χαμηλότερος από το SSQ6, γεγονός που αποδόθηκε στο μικρό αριθμό ερωτημάτων (Sarason et al., 1987).

Επειδή το SSQ3 ήταν μικρό, ώστε να παρέχει τα επιθυμητά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά, αναζητήθηκε από τη συγκεκριμένη ομάδα ένα νέο ερωτηματολόγιο, το οποίο θα έχει καλύτερη αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας με το αρχικό SSQ. Στην

περίπτωση αυτή, η επιλογή των θεμάτων έγινε ύστερα από στατιστική ανάλυση. Στη συγκεκριμένη περίπτωση χρησιμοποιήθηκαν τρεις ομάδες ατόμων. Η πρώτη ομάδα αποτελούνταν από τους 182 φοιτητές, οι οποίοι συμμετείχαν και στο SSQ3. Η δεύτερη ομάδα αποτελούνταν από 81 φοιτητές και 136 φοιτήτριες τμήματος ψυχολογίας, οι οποίοι συμπλήρωσαν εκτός από το αρχικό SSQ και άλλα ψυχομετρικά εργαλεία κοινωνικής υποστήριξης, εργαλεία με τα οποία υπολογίζονταν οι σχέσεις γονιού-παιδιού, η συστολή, η επιθυμία για κοινωνική αποδοχή και το κοινωνικό άγχος. Η τρίτη ομάδα αποτελούνταν από 59 άνδρες και 87 γυναίκες, οι οποίοι πέρα από το αρχικό SSQ συμπλήρωσαν δύο ερωτηματολόγια κοινωνικής υποστήριξης, όπως και εργαλεία τα οποία αξιολογούσαν τις σχέσεις γονιού-παιδιού, την κατάθλιψη και το άγχος. Και στις τρεις αυτές ομάδες, τα άτομα εξετάστηκαν σε ομάδες των 10 - 20 ατόμων (Sarason et al., 1987). Έπειτα από παραγοντική ανάλυση (principal factors with Varimax rotation για τα δείγματα 1 και 2), επιλέχθηκαν τρία ερωτήματα, τα οποία ήταν κοινά στις δύο ομάδες και τα άλλα τρία ερωτήματα επιλέχθηκαν επειδή κατατάχτηκαν ψηλότερα από τα άλλα ερωτήματα σε μια από τις δύο ομάδες. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (α -coefficient) για το αρχικό SSQ και για τα τρία δείγματα κυμαίνονταν μεταξύ .97 και .98 για την υποκλίμακα «Αριθμός Διαθέσιμων Υποστηρικτών» και μεταξύ .96 και .97 για την υποκλίμακα «Βαθμός Ικανοποίησης». Οι συγκρίσιμες α -coefficients για το SSQ6 κυμάνθηκαν από .90 έως .93 για τον Αριθμό Διαθέσιμων Υποστηρικτών και το Βαθμό Ικανοποίησης. Επίσης, δεν φάνηκε να υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις συσχετίσεις μεταξύ του αρχικού SSQ και SSQ6. Από τα παραπάνω φαίνεται πως το SSQ6 προσομοιάζει περισσότερο με το αρχικό SSQ, τόσο στις συσχετίσεις των «Αριθμό Διαθέσιμων Υποστηρικτών» και «Βαθμό Ικανοποίησης» με τα αντίστοιχα σκορ του αρχικού, όσο και στη σχέση του με την «ποικιλομορφία της προσωπικότητας» και την «ικανότητα μεταβλητής κοινωνικότητας». Επίσης, η αξιοπιστία με τη μέθοδο της επανεξέτασης και ο

συντελεστής α ήταν σημαντικά υψηλότερος από ψυχομετρικής απόψεως (Sarason et al., 1987).

Έρευνα στον Ελλαδικό Χώρο

Ο κίνδυνος ανάπτυξης της επιλόχειας κατάθλιψης είναι αρκετά υψηλός (Μωραΐτου, 2004). Την τελευταία εικοσαετία παρατηρείται η αύξηση αυτή, συχνότερα στις αστικές περιοχές του δυτικού κόσμου, γεγονός που αποδόθηκε στην αλλαγή της δομής της οικογένειας, από παραδοσιακή και πολυάριθμη, σε πυρηνική και μονογονεϊκή, καθώς και στην ιατρικοποίηση του τοκετού (Gonidakis, et al., 2008). Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, το ποσοστό εκδήλωσης της επιλόχειας κατάθλιψης αγγίζει το οκτώ με 10% των λεχώνων (Δημητρίου κα., 1995; Δραγώνα, 1989; Παπανικολάου, 2007), ενώ κατά άλλους ερευνητές το 10 με 15% (Ακτσακλής & Σίμος, 1992; Gonidakis, et al., 2008; Μέλισσα-Χαλκιοπούλου, 1996; Ράμμου, κα., 2005). Έρευνες που έγιναν σε χώρες της Αφρικής και της Ασίας, παρουσιάζουν αντίστοιχα ποσοστά με αυτά του δυτικού κόσμου, με διαφορετικούς, ωστόσο, προδιαθετικούς παράγοντες, όπως το φύλο του παιδιού και η πολυτοκία (Gonidakis, et al., 2008).

Στην Ελλάδα, εντατικά με την επιλόχεια κατάθλιψη ασχολήθηκε η Δραγώνα (αναφορά από Μωραΐτου, 2004). Στη μελέτη της Δραγώνας (1989) συμμετείχαν 200 ζευγάρια, κάτοικοι της ευρύτερης περιοχής των Αθηνών, τόσο στην περίοδο της εγκυμοσύνης (20^η έως 24^η εβδομάδα), όσο και μετά τον τοκετό (4^η έως 6^η εβδομάδα). Στη δεύτερη φάση της έρευνας, συμμετείχαν 165 μητέρες και 157 πατέρες (82,5% και 83,1% του αρχικού δείγματος αντίστοιχα). Επιλόχεια κατάθλιψη εκδηλώθηκε σε ποσοστό 13% των λεχωίδων, ενώ το ποσοστό των ανδρών ήταν πολύ μικρότερο (Δραγώνα, 1992). Η ψυχολογική κατάσταση της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη, τα πιεστικά για τον ψυχισμό γεγονότα που βιώνει, ο βαθμός υποστήριξης από το άμεσο και έμμεσο περιβάλλον που

έχει στη διάθεσή της και η ψυχολογική της σταθερότητα σύμφωνα με την αξιολόγηση του πατέρα, βρέθηκε να προβλέπουν τον κίνδυνο εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης (Δραγώνα, 1989).

Στην μελέτη των Κρητικού, Μωρογιάννη και Λώλη (1996), που πραγματοποιήθηκε σε Πανεπιστημιακή Μαιευτική Κλινική και έλαβαν μέρος 38 λεχώνες, το ποσοστό εκδήλωσης της βραχύχρονης επιλόχειας μελαγχολίας (Postpartum Blues) ήταν μεγαλύτερο του 50%, σε καθημερινές μετρήσεις που πραγματοποιήθηκαν την πρώτη εβδομάδα της λοχείας και συχνότερο στις πρωτότοκες. Η έρευνα αυτή είναι σημαντική καθώς έχει βρεθεί πως η εκδήλωση της μελαγχολίας στην περίοδο της λοχείας, σχετίζεται ως ένα ποσοστό με την εκδήλωση επιλόχειας κατάθλιψης αργότερα στο μέλλον (Beck, 2001; Cooper & Murray, 1998; Webster, et al., 2003).

Σε μελέτη των Μωραΐτου και Σταλικά (όπως αναφέρεται στην εργασία της Μωραΐτου, 2004) πήραν μέρος 249 λεχώνες, κατά την πρώτη εβδομάδα της λοχείας τους, που γέννησαν στις μαιευτικές κλινικές των κρατικών νοσοκομείων 10 διαφορετικών νομών. Η έρευνα αυτή έδειξε πως το 38,69% των λεχόνων παρουσίασε κάποια μορφή κατάθλιψη (το 24,10% ήπια, το 9,24% μέτρια και το 5,52% σοβαρή). Οι πρωτότοκες αποτελούσαν το 47,42% που παρουσίασε κάποιας μορφής κατάθλιψη και το 50% αυτών που εκδήλωσαν σοβαρή κατάθλιψη. Αντίστοιχα και στην έρευνα της Ράμμου (Ράμμου, κα., 2005; Ράμμου & Παπαληγούρα, 2007) το 32,4% των λεχόνων εμφάνισε μέγιστο κίνδυνο εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα, το τελικό δείγμα της έρευνας αυτής ήταν 105 λεχώνες ηλικίας από 17 έως 40 ετών. Η περιγραφική ανάλυση της συνολικής βαθμολογίας του Edinburgh Postnatal Depression Scale έδειξε ότι 34 γυναίκες είχαν συνολικό βαθμό μεγαλύτερο ή ίσο του 12. Δηλαδή, το 32,4% του δείγματος εμφάνισε μέγιστο κίνδυνο για εκδήλωση επιλόχειας κατάθλιψης στο μέλλον, ενώ το 67,6% του δείγματος είχαν βαθμολογίες σε φυσιολογικά πλαίσια ($EPDS \leq 12$). Όσον

αφορά στη διερεύνηση του ρόλου της κοινωνικής υποστήριξης στην εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης, τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικών σημαντική επίδραση μόνο στον αριθμό των ατόμων που στήριζαν τη μητέρα. Δηλαδή, όσο πιο πολλά άτομα στήριξης είχε μια μητέρα, τόσο λιγότερες πιθανότητες είχε να εκδηλώσει κατάθλιψη στο μέλλον. Αντίθετα, ο βαθμός ικανοποίησης που αισθανόταν η μητέρα για τα άτομα που τη στήριζαν δε φάνηκε να είναι στατιστικά σημαντικό (Ράμμου, κα., 2005; Ράμμου & Παπαληγούρα, 2007).

Η εργασία της Παπανικολάου (2007) σκοπό είχε να διερευνήσει εάν η ψυχοσωματική προετοιμασία της εγκύου, που πραγματοποιείται στα μαθήματα της ψυχοπροφυλακτικής κατά την περίοδο της κύησης, σχετίζεται με τη μείωση των συμπτωμάτων της επιλόχειας κατάθλιψης. Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 76 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας 29,17 (\pm 5,13), οι οποίες χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: την πειραματική, που παρακολούθησε τα μαθήματα από τον έκτο μήνα της κύησης και την ομάδα ελέγχου, που δε συμμετείχε σε αντίστοιχες συνεδρίες. Για την εκτίμηση της επιλόχειας κατάθλιψης δόθηκε το ερωτηματολόγιο Beck Depression Inventory - 21 (Beck, 1961) μετά την παρέμβαση, από την τρίτη ημέρα έως και την έκτη εβδομάδα μετά τον τοκετό. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι η συγκεντρωτική βαθμολογία των γυναικών, που παρακολούθησαν μαθήματα ψυχοπροφύλαξης ήταν στατικά σημαντικά χαμηλότερη απ αυτή των γυναικών που δεν παρακολούθησαν.

Επιπρόσθετα, στην εργασία του Gonidaki και συνεργατών (2008), που έλαβε χώρα σε μαιευτική κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου, συμμετείχαν 402 λεχώνες. Η διαδικασία αφορούσε στη συμπλήρωση διαφόρων ερωτηματολογίων τις πρώτες μέρες, καθώς και του EPDS, μέσω τηλεφωνικής συνέντευξης στο τέλος της πρώτης εβδομάδας, όπως και στον πρώτο, τρίτο και έκτο μήνα μετά τον τοκετό. Συνολικά 80 από τις 402 λεχώνες κατέγραψαν σκορ χαμηλότερου του 12. Τέλος, στην έρευνα που

πραγματοποιήθηκε σε μαιευτική κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου συμμετείχαν 56 λεχώνες, οι οποίες συμπλήρωναν καθημερινά το Postpartum Blues Questionnaire (από την πρώτη έως και την τέταρτη ημέρα της λοχείας) και αργότερα το EPDS (την πρώτη και έκτη εβδομάδα). Όσο αφορά στην τιμή του EPDS (με cut-off score υψηλότερο του 11) για την πρώτη και την έκτη εβδομάδα, ήταν 24,19% και 22,81% αντίστοιχα. Στη συγκεκριμένη εργασία αναφέρεται πως υπάρχουν ενδείξεις, οι οποίες φαίνεται να υποστηρίζουν τη συσχέτιση της ενεργοποίησης του ανοσοποιητικού συστήματος με την παθοφυσιολογία του άγχους και της κατάθλιψης. Επιπρόσθετα, και η εγκυμοσύνη χαρακτηρίζεται από μια συγκεκριμένη δραστηριοποίηση του ανοσοποιητικού, η οποία συμβάλει στη διατήρηση της. Οι ερευνητές, μέσω της δικής τους εργασίας, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι μηχανισμοί ανοσίας, και συγκεκριμένα δύο προφλεγμονώδης κυτοκίνες, η IL-6 και η TNF- α , οι τιμές των οποίων μετρήθηκαν στον ορό του αίματος και στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, μπορεί να συμβάλουν στην αιτιοπαθολογία των μεταπτώσεων της διάθεσης που εμφανίζονται κατά τη λοχεία. (Boufidou, et al., 2009)

Συνοψίζοντας τα όσα παρουσιάστηκαν στην ανασκόπηση, εκτιμάται ότι τόσο η εγκυμοσύνη, όσο και η λοχεία είναι δύο πολύ σημαντικές περιόδους στη ζωή μιας γυναίκας, κατά τις οποίες η ίδια βιώνει πρωτόγνωρα και ποικίλα συναισθήματα (Παπανικολάου, 2007). Ωστόσο, η μετάβαση στη μητρότητα δεν είναι μια εύκολη υπόθεση, καθώς συνοδεύονται από σωματικές, ψυχικές και συναισθηματικές μεταβολές της μητέρας. Επιπλέον, λόγω των αυξημένων και επιπρόσθετων ευθυνών που κυρίως αυτές επωμίζονται, παρατηρούνται αλλαγές στις σχέσεις σε κοινωνικό και προσωπικό επίπεδο (Μωραΐτου, 2004). Συχνά λοιπόν οι γυναίκες μετά τον τοκετό διανύουν μια περίοδο μελαγχολίας, η οποία μπορεί να συνοδεύεται και από έντονη καταθλιπτική συμπεριφορά, αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων.

Πολλαπλές έρευνες κατέληξαν στο συμπέρασμα πως η κατάλληλη ψυχοσωματική προετοιμασία, η άσκηση και η υποστήριξη που έχει η γυναίκα από το κοινωνικό της περιβάλλον, τόσο κατά την εγκυμοσύνη, όσο και κατά τον τοκετό είναι αποτελεσματικοί τρόποι στη διαχείριση και στην πρόληψη των ψυχοσωματικών μεταβολών της λοχείας και κυρίως των συμπτωμάτων κατάθλιψης. Παρόλα αυτά, δεν έχει διερευνηθεί στον ελλαδικό χώρο ο ρόλος κάποιων παραγόντων που φαίνεται, από την ανασκόπηση, να συμβάλλουν στην πρόληψη της επιλόχειας κατάθλιψης, και παράλληλα το κατά πόσο η επιλόχεια κατάθλιψη σχετίζεται με την αυτοεκτίμηση της λεχώνας, την αυτό-αποτελεσματικότητά της για την απώλεια των κιλών που πήρε κατά την εγκυμοσύνη και το πώς βλέπει και περιγράφει τον εαυτό της κατά την περίοδο της λοχείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Συμμετέχουσες

Το αρχικό δείγμα της έρευνας ήταν 130 λεχώνες, κάτοικοι των νομών Μαγνησίας και Λάρισας, οι οποίες γέννησαν είτε με φυσιολογικό τοκετό ή με καισαρική τομή. Τα κριτήρια της παρούσας μελέτης σχετικά με την επιλογή του δείγματος και τη διαδικασία των μετρήσεων ήταν τα εξής:

- Απουσία ιστορικού ψυχικών νόσων.
- Καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας.
- Συμπλήρωση των ερωτηματολογίων υλοποιήθηκε μεταξύ 2^{ης} και 5^{ης} μέρας μετά τον τοκετό.

Το τελικό δείγμα της έρευνας ήταν 108 λεχώνες, καθώς οι 22 είτε αρνήθηκαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια, είτε τα συμπλήρωσαν λανθασμένα ή με κενά. Η ηλικία τους κυμαίνονταν από 20 μέχρι 42 έτη, με μέσο όρο ηλικίας τα 32,01 (\pm 5,16) έτη. Όσον αφορά στην εθνικότητα των λεχώνων, 100 γυναίκες ήταν Ελληνίδες και οκτώ ήταν αλλοδαπές (1 Γερμανίδα, 2 Βουλγάρες και 5 Αλβανίδες). Σχετικά με την οικογενειακή τους κατάσταση, 101 ήταν έγγαμες, πέντε άγαμες και δύο διαζευγμένες / σε διάσταση. Όσον αφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης, επτά ήταν απόφοιτες πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, 58 απόφοιτες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και 43 απόφοιτες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Η κατανομή των μητέρων ως προς τον τόπο κατοικίας τους, παρουσιάζεται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2. Κατανομή των μητέρων ως προς τον τόπο κατοικίας

Περιοχή / Κάτοικοι	N (P)
Αγροτική (500 - 2.000)	10 (9,3%)
Ημιαγροτική (2.000 – 5.000)	6 (5,6%)
Ημιαστική (5.000 - 10.000)	13 (12,0%)
Αστική (10.000 – 100.000)	32 (29,6%)
Αστικό κέντρο (100.000 +)	47 (43,5%)

Στην πλειοψηφία οι γυναίκες του δείγματος ήταν εργαζόμενες (69%) και ένα μεγάλο μέρος (44.5%) αυτών επρόκειτο να επιστρέψει στην εργασία τους εντός εξαμήνου. Για τις περισσότερες, η εγκυμοσύνη ήταν προγραμματισμένη (61%), ενώ οι μισές γυναίκες (50%) δήλωσαν πως βίωσαν θετικά την όλη εμπειρία του τοκετού. Μόλις το 14% των γυναικών παρακολούθησε μαθήματα ψυχοσωματικής προετοιμασίας, καθώς η πλειοψηφία αυτών που απάντησε αρνητικά ανέφερε ότι, δε γνώριζε για την ύπαρξη μαθημάτων ψυχοπροφύλαξης (42.4%), ενώ οι υπόλοιπες επικαλέστηκαν διάφορους λόγους όπως την έλλειψη χρόνου, την περιορισμένη οικονομική δυνατότητα, καθώς και την απροθυμία να παρακολουθήσουν τα μαθήματα αυτά. Επιπλέον, σημαντικά μεγάλο ήταν το ποσοστό των γυναικών που δε γυμνάζονταν πριν την εγκυμοσύνη (69.4%) και το οποίο αυξήθηκε κατά τη διάρκεια της κύησης σε 76.9%. Από το 23,1% που ανέφερε ότι γυμνάζονταν και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης το 18.5% δήλωσε ως συχνότερο είδος άσκησης το βάδισμα. Περισσότερες από τις μισές συμμετέχουσες στην έρευνα δεν υπήρξαν ποτέ καπνίστριες (58.3%). Από αυτές που κάπνιζαν πριν την εγκυμοσύνη (41.7%), το 15.7% συνέχισε να καπνίζει και κατά τη διάρκεια της κύησης. Τέλος, σημαντικά αυξημένος ήταν ο αριθμός των κιλών που πήραν οι γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς μόλις το 25,9% πήρε μέχρι 10 κιλά, ενώ το 75,1% πήρε πάνω από 10 κιλά, εκ των οποίων το 37,1% πήρε περισσότερα από 16 κιλά συνολικά.

Διαδικασία Έρευνας

Η έρευνα διενεργήθηκε στις μαιευτικές πτέρυγες δύο νοσοκομείων και σε δύο ιδιωτικές μαιευτικές κλινικές της Θεσσαλίας, αφού εξασφαλίστηκε γραπτώς η συναίνεση των Διευθυντών των κλινικών/νοσοκομείων, ενώ προηγουμένως είχε δοθεί έγκριση από την Επιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας του Τ.Ε.Φ.Α.Α., του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν ατομικά στις μητέρες τη δεύτερη με πέμπτη ημέρα μετά τον τοκετό. Η συγκεκριμένη χρονική περίοδος επιλέχθηκε, βάσει των αποτελεσμάτων των εργασιών των Chabrol και Teissedre (2004) και Teissedre και Chabrol (2004), στις οποίες βρέθηκε πως οι μετρήσεις των συμπτωμάτων άγχους και επιλόχειας μελαγχολίας, που παρατηρούνται στις πρώτες δύο με τρεις ημέρες είναι σημαντικές για την ανίχνευση των γυναικών εκείνων που εμφανίζουν αυξημένη πιθανότητα εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης, τέσσερις με έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό.

Η συμμετοχή για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν εθελοντική και ανώνυμη, ενώ μετά τη διανομή των ερωτηματολογίων δόθηκαν εξηγήσεις και συμπληρωματικές οδηγίες, όπου αυτές ζητήθηκαν. Καθώς στις παραπάνω κλινικές εφαρμόζεται το σύστημα rooming-in, δηλαδή η μητέρα έχει κοντά της το παιδί ολόκληρο το εικοσιτετράωρο, τα ερωτηματολόγια αφήνονταν στις μητέρες να συμπληρωθούν από τις ίδιες, μόλις αυτές μπορέσουν. Τους διευκρινίστηκε πως κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων δε θα έπρεπε, να ήταν παρόντες είτε συγγενείς ή νοσηλευτικό προσωπικό και πως οι μητέρες δε θα έπρεπε να συνεργάζονται μεταξύ τους. Η συλλογή των ερωτηματολογίων γίνονταν τις επόμενες μέρες από την ίδια την ερευνήτρια. Στις περιπτώσεις στις οποίες υπήρχε κάποια δυσκολία για τη γραπτή συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, όπως για παράδειγμα θηλασμός, οι ερωτήσεις γινόταν προφορικά χωρίς καμία άλλη παρέμβαση εκ μέρους της ερευνήτριας. Οι περιπτώσεις αυτές ήταν

συνολικά τρεις (3). Απαραίτητη προϋπόθεση για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τις αλλοδαπές γυναίκες ήταν η πολύ καλή χρήση της γλώσσας, γεγονός που ερμηνεύει και το χαμηλό αριθμό συμμετοχής τους στην παρούσα εργασία.

Εργαλεία Μέτρησης

Κλίμακα του Εδιμβούργου για την Επιλόχεια Κατάθλιψη. Για την αξιολόγηση της Επιλόχειας Κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε το Edinburgh Postnatal Depression Scale, το οποίο περιλαμβάνει 10 ερωτήματα, τα οποία περιγράφουν καταθλιπτικά συμπτώματα που σχετίζονται με την επιλόχεια κατάθλιψη (Cox et al., 1987). Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις μετρούν συναισθήματα όπως ανηδονία, ενοχές, άγχος ή πίεση, φόβο ή πανικό, ανικανότητα ελέγχου των καταστάσεων, δυσκολίες στον ύπνο (οι οποίες οφείλονται σε δυστυχία ή λύπη), τάση για κλάμα και τέλος, αυτοκτονικό ιδεασμό (Ράμμου & Παπαληγούρα, 2007). Το καθένα από αυτά βαθμολογείται σε τετραβάθμια κλίμακα από 0 έως 3 και η τελική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 έως 30. Η αξιοπιστία των δύο ημίσεων (split-half reliability) υπολογίστηκε .88, ενώ ο συντελεστής α του Cronbach (α -coefficient) ήταν .87 (Cox et al., 1987).

Το EPDS έχει μεταφραστεί στα ελληνικά (Δραγώνα, 1989; Ράμμου & Παπαληγούρα, 2007) και έχει χρησιμοποιηθεί στην εργασία της Δραγώνα (1989), στην οποία η εγκυρότητα κριτηρίου ήταν πολύ ικανοποιητική και η αξιοπιστία με βάση τη διαίρεση σε δύο ισοδύναμα μέρη ήταν .88 (Δραγώνα, 1989). Καθώς το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δεν έχει σταθμιστεί στην Ελλάδα, χρησιμοποιήθηκε για την παρούσα εργασία το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποίησαν και η Ράμμου και συνεργάτες στις έρευνές τους (2005; 2007). Θεωρήθηκε χρήσιμο να γίνουν κάποιες τροποποιήσεις στην αρχική μετάφραση και για το λόγο αυτό έγινε εκ νέου η διαδικασία αντίστροφης μετάφρασης από τα Αγγλικά δύο φορές (Ράμμου, κα., 2005; Ράμμου & Παπαληγούρα,

2007). Η αξιοπιστία α Cronbach του EPDS ήταν .82 και η διορθωμένη συσχέτιση της κάθε ερώτησης με τη συνολική κλίμακα κυμάνθηκε από .35 έως .67. Η διορθωμένη συσχέτιση της κάθε ερώτησης με τη συνολική κλίμακα αφορά τη συσχέτιση της κάθε ερώτησης με το άθροισμα των υπολοίπων ερωτήσεων. Ο σκοπός αυτής της διόρθωσης ήταν να διασφαλιστεί ότι όλες οι ερωτήσεις έχουν ένα ικανοποιητικό βαθμό συσχέτισης με την κλίμακα (Ράμμου & Παπαληγούρα, 2007). Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζεται στο Παράρτημα Β.

Ερωτηματολόγιο Κοινωνικής Υποστήριξης. Για την αξιολόγηση της Κοινωνικής Υποστήριξης χρησιμοποιήθηκε το Social Support Questionnaire 6, το οποίο αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς έξι προτάσεων, οι οποίες αναφέρονται σε διαφορετικές μορφές κοινωνικής υποστήριξης. Για κάθε είδος υποστήριξης οι συμμετέχοντες δηλώνουν τον αριθμό των ατόμων που θεωρούν ότι είναι διαθέσιμα και το βαθμό ικανοποίησης από την υποστήριξη που θεωρούν ότι τους διατίθεται. Συνεπώς υπολογίζονται δύο μέτρα κοινωνικής υποστήριξης: (α) ο αριθμός των διαθέσιμων ατόμων (SSQ-I) και (β) ο βαθμός ικανοποίησης (SSQ-II) (Roussi & Vassilaki, 2001; Σταλικά, Τρίλιβα & Ρούσση, 2002). Το SSQ6 μεταφράστηκε στα ελληνικά και μετά μεταφράστηκε ξανά στα αγγλικά από διαφορετικό άτομο, το οποίο δεν ήταν εξοικειωμένο με τη συγκεκριμένη κλίμακα. Οι δυο αγγλικές εκδόσεις συγκρίθηκαν μεταξύ τους και όπου κρίθηκε αναγκαίο έγιναν οι απαραίτητες αλλαγές (Roussi & Vassilaki, 2001). Η προσαρμογή βασίστηκε σε δείγμα 93 προπτυχιακών φοιτητών του Πανεπιστημίου Κρήτης και 54 ενηλίκων που συμμετείχαν σε τμήματα συνεχόμενης εκπαίδευσης (21% του δείγματος ήταν άνδρες και 71% γυναίκες). Η ηλικία των φοιτητών κυμαίνονταν από 17 έως και 26 έτη, με μέσο όρο τα 19,5, ενώ οι ενήλικες ήταν από 25 έως και 45 ετών, με μέσο όρο τα 33,7 έτη. (Roussi & Vassilaki, 2001; Σταλικά, κα., 2002). Η μέση τιμή για την υπο-κλίμακα SSQ-I ήταν 19,4 και για την SSQ-II ήταν 32, 3. Οι συσχετίσεις με άλλες μεταβλητές έδειξαν ότι οι υπο-κλίμακες είχαν

επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής. (Σταλίκας, Τρίλιβα, & Ρούσση, 2002). Επίσης, η ελληνική έκδοση της κλίμακας βρέθηκε να έχει καλή αξιοπιστία εσωτερικής κλίμακας. Πιο συγκεκριμένα, ο συντελεστής α για την υποκλίμακα SSQ-I ήταν .92 και για την υποκλίμακα SSQ-II ήταν .85 (Roussi & Vassilaki, 2001; Σταλίκας, κα., 2002). Στη συγκεκριμένη εργασία, οι λεχώνες καλούνταν μόνο να βαθμολογήσουν το κατά πόσο ήταν ικανοποιημένες από την υποστήριξη που είχαν από το/τη γυναικολόγο, τη μαία, το σύντροφο, το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, χρησιμοποιώντας μια εξαβάθμια κλίμακα η οποία κυμαίνονταν από το 1 (καθόλου ικανοποιημένη) μέχρι το 6 (απόλυτα ικανοποιημένη). Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζεται στο Παράρτημα Γ.

Κλίμακα Σωματικής Κάθεξης. Για την εκτίμηση της σωματικής ικανοποίησης έχουν χρησιμοποιηθεί αρκετές κλίμακες, με συναφείς λίστες μερών του σώματος και λειτουργιών του οργανισμού, στις οποίες τα άτομα αναφέρουν το βαθμό θετικής ή αρνητικής ικανοποίησης για το κάθε ένα μέρος (Θεοδωράκης, 1999). Η πρώτη κλίμακα της «Σωματικής Κάθεξης» αναπτύχθηκε από τους Secords και Jourard (1953) για να προσδιορίσει το βαθμό ικανοποίησης που νιώθει ένα άτομο από 46 μέρη του σώματος και λειτουργίες του οργανισμού. Η αξιοπιστία με τη μέθοδο της διχοτόμησης του ερωτηματολογίου, έδωσε υψηλό συντελεστή συσχέτισης (.81). Στην έρευνα του ο Tucker (1981) μείωσε την κλίμακα σε 40 θέματα από διάφορα μέρη και λειτουργίες του οργανισμού. Ο έλεγχος αξιοπιστίας της τροποποιημένης κλίμακας με τη μέθοδο της επανεξέτασης μετά από διάστημα δυο εβδομάδων έδωσε υψηλό συντελεστή συσχέτισης (.87 Tucker, 1981).

Η κλίμακα προσαρμόστηκε και ελέγχθηκε για την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της στον ελληνικό πληθυσμό, σε δείγμα 102 γυναικών που αθλούνταν σε πρόγραμμα αθλητισμού για αναψυχή (Θεοδωράκης, κα., 1990; Θεοδωράκης, 1999). Η εσωτερική συνοχή της κλίμακας με τη μέθοδο της διχοτόμησης έδωσε ένα υψηλό συντελεστή

συσχέτισης (.91). Η εσωτερική συνοχή της κλίμακας με τη μέθοδο α του Cronbach έδωσε επίσης ένα υψηλό συντελεστή .95. Η ανάλυση κατά ερώτηση με συσχέτιση του συνολικού σκορ με το σκορ της κάθε ερώτησης ξεχωριστά, έδωσε συντελεστές από .26 έως .76, ενώ ο συντελεστής αξιοπιστίας με τη μέθοδο της επανεξέτασης μετά από χρονικό διάστημα δυο εβδομάδων ήταν και αυτός υψηλός (.90) (Θεοδωράκης, κα., 1990; Θεοδωράκης, 1999).

Η κλίμακα της «Σωματικής Κάθεξης» αποτελείται από 40 θέματα, 25 εκ των οποίων αναφέρονται σε μέρη του σώματος (πρόσωπο, χέρια πόδια κ.ο.κ.) και τα υπόλοιπα 15 σε λειτουργίες του οργανισμού όπως είναι η δύναμη, η αντοχή κ.α. (Θεοδωράκης, κα., 1990). Τα άτομα καλούνται σε κάθε θέμα να εκφράσουν το βαθμό ικανοποίησης που νιώθουν για κάθε μέρος του σώματος και κάθε λειτουργία του οργανισμού ξεχωριστά. Κάθε μια από τις 40 ερωτήσεις βαθμολογείται από 5 (Αισθάνομαι πολύ καλά) μέχρι 1 (Αισθάνομαι πολύ άσχημα). Το άθροισμα όλων των ερωτήσεων αποτελεί το συνολικό βαθμό σωματικής ικανοποίησης (Θεοδωράκης, κα., 1990; Goodwin et al., 2000). Τα σκορ που εκφράζουν θετική στάση κυμαίνονται από 50 έως και 35, αυτά που εκφράζουν ουδέτερη στάση από 34 έως και 25 και τέλος αυτά που εκφράζουν αρνητική στάση κυμαίνονται κάτω από 25 (Goodwin et al., 2000). Η κλίμακα παρουσιάζεται στο Παράρτημα Δ.

Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Rosenberg. Για την αξιολόγηση της αυτοεκτίμησης χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Rosenberg. Αρχικά η κλίμακα αυτή αναπτύχθηκε για να την αξιολόγηση της αυτοεκτίμησης σε μαθητές λυκείου, ωστόσο, έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως και σε ενήλικες (Rosenberg, 1979). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 10 θέματα, στα οποία συνυπάρχουν πέντε θετικές και πέντε αρνητικές προτάσεις (Fontaine & Jones, 1997). Στην παρούσα εργασία, η ανταποκρινόμενη καλείται να διαλέξει κατά πόσο συμφωνεί ή διαφωνεί με κάθε ένα από τα θέματα, βασιζόμενη σε

μια πενταβάθμια διαβάθμιση, η οποία κυμαίνεται από το «Σχεδόν πάντα» (που βαθμολογείται με 1), μέχρι το «Ποτέ» (που βαθμολογείται με 5). Για να υπολογιστεί το τελικό σκορ που δηλώνει το βαθμό αυτοεκτίμησης, θα πρέπει οι αρνητικές απαντήσεις να αντιστραφούν προηγουμένως και να μετατραπούν σε θετικές (Fontaine & Jones, 1997).

Σε μια κλίμακα που τα χαμηλότερα σκορ δηλώνουν υψηλή αυτοεκτίμηση, ο Rosenberg κατηγοριοποιεί την αυτοεκτίμηση σε 3 υποκατηγορίες, την υψηλή που κυμαίνεται από 0 έως 1, τη μεσαία, με βαθμό έως 2 και την χαμηλή αυτοεκτίμηση με βαθμολογία από 3 έως 6 (Logsdon & Usui, 2001). Πρόκειται για ένα ευρέως χρησιμοποιημένο ψυχομετρικό εργαλείο (Fontaine & Jones, 1997), με υψηλή εσωτερική συνοχή με τη μέθοδο α του Cronbach (.92) και με ικανοποιητικό συντελεστή αξιοπιστίας με τη μέθοδο της επανεξέτασης (test- retest reliability) μετά από χρονικό διάστημα δυο εβδομάδων ($r = .85$ και $.88$) (Rosenberg, 1979). Η κλίμακα αυτή έχει χρησιμοποιηθεί σε έρευνα σε ελληνικό πληθυσμό (βλέπε Ζήση, 2001). Η κλίμακα παρουσιάζεται στο Παράρτημα Ε.

Κλίμακα Αυτοαποτελεσματικότητας. Ακολουθώντας τις υποδείξεις των Bandura και Jourden (1991) για την μέτρηση των επιπέδων της αυτοαποτελεσματικότητας, αναπτύχθηκε για τη συγκεκριμένη εργασία, μια κλίμακα που αξιολογούσε τα επίπεδα της αυτοαποτελεσματικότητας σχετικά στον χρόνο απώλειας των κιλών που πήραν οι μητέρες κατά τη διάρκεια της κύησης. Η συγκεκριμένη κλίμακα περιείχε πέντε ερωτήσεις και ρωτούσε το πόσο σίγουρη ήταν η μητέρα ότι μπορούσε να χάσει τα κιλά που της έμειναν από την εγκυμοσύνη σε τέσσερις, έξι, οκτώ, 10 και 12 μήνες. Για κάθε ερώτηση οι συμμετέχουσες κατέγραφαν το ποσοστό σιγουριάς τους σε 10-βάθμια κλίμακα (όπου 0% = καθόλου σίγουρη και 100% = απόλυτα σίγουρη). Η τελική τιμή της αυτοαποτελεσματικότητας υπολογίζεται από το άθροισμα των επιλεγόμενων τιμών των πέντε ερωτήσεων της κλίμακας (Theodorakis, 1996). Το ερωτηματολόγιο αυτό

χρησιμοποιήθηκε και σε προγενέστερες έρευνες σε ελληνικό πληθυσμό με υψηλή εσωτερική συνοχή με τη μέθοδο α του Cronbach (Theodorakis, 1995, 1996; Chroni, Hatzigeorgiadis, & Theodorakis, 2006). Η κλίμακα παρουσιάζεται στο παράρτημα Στ.

Στατιστικές Αναλύσεις

Για την επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS v.15. Η παρουσίαση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με περιγραφική στατιστική και χρησιμοποιούνται δείκτες κεντρικής τάσης και διασποράς (μέση τιμή, τυπική απόκλιση). Η αξιοπιστία των ερωτηματολογίων εξετάστηκε με τη μέθοδο του α του Cronbach. Για την σύγκριση των μεταβλητών με την πιθανότητα εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης και τη σωματική κάθεξη χρησιμοποιήθηκαν αναλύσεις διακύμανσης μιας κατεύθυνσης (One-way ANOVA) και t -test για ανεξάρτητα δείγματα. Ως επίπεδα σημαντικότητας ορίστηκαν τα $p < .05$ και $p < .01$.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Εξετάστηκαν τα περιγραφικά στατιστικά και ο δείκτης αξιοπιστίας α (Cronbach's) για κάθε μία από τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν. Σε όλες τις περιπτώσεις, οι τιμές αξιοπιστίας που εντοπίστηκαν σύμφωνα με το δείκτη Cronbach's α ήταν ιδιαίτερα υψηλές ξεπερνώντας το .80 ενώ στις περισσότερες περιπτώσεις ξεπέρασαν το .90, δείχνοντας μεγάλη εσωτερική συνοχή. Μοναδική εξαίρεση αποτέλεσε η κλίμακα αυτοεκτίμησης, όπου η τιμή α του Cronbach's ήταν 0.59, τιμή η οποία θεωρείται χαμηλή. Οι τιμές των μέσων όρων, των τυπικών αποκλίσεων, καθώς και ο δείκτης αξιοπιστίας α παρουσιάζονται στον Πίνακα 3.

Πίνακας 3. Μέσοι όροι, τυπικές αποκλίσεις και α του Cronbach

	<i>M.O.</i>	<i>T.A.</i>	α	<i>N</i>
Επιλόχεια κατάθλιψη	9,16	5,44	.82	108
Σωματική κάθεξη	3,67	0,56	.95	108
Κοινωνική υποστήριξη	131,47	19,47	.91	107
Κοινωνική υποστήριξη Γ*	24,16	7,07	.96	107
Κοινωνική υποστήριξη Μ*	21,18	7,45	.95	107
Κοινωνική υποστήριξη Σ*	31,63	5,92	.97	107
Κοινωνική υποστήριξη Ο*	30,24	5,41	.94	107
Κοινωνική υποστήριξη Φ*	24,26	7,51	.97	107
Αυτοαποτελεσματικότητα	67,10	28,05	.96	108
Αυτοεκτίμηση	3,515	0,80	.59	108

*Επεξήγηση κοινωνικής υποστήριξης. Γ: υποστήριξη από το γυναικολόγο, Μ: υποστήριξη από τη μαία, Σ: υποστήριξη από το σύντροφο, Ο: υποστήριξη από την οικογένεια & Φ: υποστήριξη από τους φίλους

*Διερεύνηση Παραμέτρων που Συμβάλουν
στον Κίνδυνο Εκδήλωσης Επιλόχειας Κατάθλιψης*

Ελέχθησαν πιθανές διαφορές στην κλίμακα EPDS αναφορικά στις ακόλουθες ανεξάρτητες μεταβλητές: παρακολούθηση μαθημάτων ψυχοσωματικής προετοιμασίας, άσκηση, κάπνισμα, επιστροφή στην εργασία, χαρακτηρισμός εγκυμοσύνης, εμπειρία τοκετού, συμπαράσταση και αύξηση βάρους κατά την κύηση. Οι έλεγχοι των διαφορών έγιναν είτε με αναλύσεις διακύμανσης μιας κατεύθυνσης (One-way ANOVA) ή *t*-test για ανεξάρτητα δείγματα. Το *t*-test για ανεξάρτητα δείγματα χρησιμοποιήθηκε στις μεταβλητές: ψυχοσωματική προετοιμασία, άσκηση και επιστροφή στην εργασία. Η ανάλυση διακύμανσης μιας κατεύθυνσης χρησιμοποιήθηκε στις μεταβλητές: κάπνισμα, χαρακτηρισμός εγκυμοσύνης, εμπειρία τοκετού και αύξηση βάρους κατά την κύηση.

Πιο συγκεκριμένα, εξετάστηκαν οι πιθανές διαφορές μεταξύ των λεχόνων οι οποίες παρακολούθησαν μαθήματα ψυχοσωματικής προετοιμασίας ($N = 15$) και αυτών που δεν παρακολούθησαν ($N = 93$), στο κίνδυνο εκδήλωσης κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($t(1, 106) = 3.93, p = .023$). Οι λεχόνες που παρακολούθησαν μαθήματα ψυχοσωματικής προετοιμασίας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είχαν λιγότερο κίνδυνο εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης ($M = 6.2, SD = 2.51$), συγκριτικά με εκείνες που δεν παρακολούθησαν μαθήματα ψυχοπροφύλαξης ($M = 9.3, SD = 5.64$).

Εξέταση πιθανών διαφορών μεταξύ των λεχόνων που ασκούσαν πριν την εγκυμοσύνη ($N = 33$) και αυτών οι οποίες δεν ασκούσαν ($N = 75$), αναφορικά στα επίπεδα κατάθλιψης τους, έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές ($t(1, 106) = 2.4, p = .018$). Οι λεχόνες που ασκούσαν πριν την εγκυμοσύνη είχαν χαμηλότερα ποσοστά κινδύνου εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης ($M = 7.3, SD = 4.1$), σε σχέση με εκείνες που δεν ασκούσαν καθόλου ($M = 9.97, SD = 5.77$). Διερεύνηση των διαφορών μεταξύ των λεχόνων οι οποίες ασκούσαν κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης ($n = 25$) και αυτών οι

οποίες δε ασκούσαν ($N = 83$), σε σχέση με τα επίπεδα κατάθλιψης, έδωσε μη-στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p > .05$).

Εξέταση πιθανών διαφορών μεταξύ των λεχόνων που πρόκειται να επιστρέψουν στην εργασία τους ($N = 74$) και αυτών οι οποίες δε σκοπεύουν να επιστρέψουν καθόλου στην εργασία ($N = 33$), αναφορικά στα επίπεδα κατάθλιψης τους έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές ($t(1, 105) = 2, p = .026$). Πιο συγκεκριμένα, οι λεχόνες, οι οποίες πρόκειται να επιστρέψουν στην εργασία τους εμφάνισαν στατιστικά μικρότερο κίνδυνο εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης ($M = 8.27, SD = 4.53$), συγκριτικά με αυτές που δεν θα επιστρέψουν καθόλου ($M = 10.72, SD = 6.47$).

Για το χαρακτηρισμό της εγκυμοσύνης [«προγραμματισμένη» ($n = 66$), «απρογραμματίστη» ($n = 37$), «σκεφτήκαμε και την έκτρωση» ($n = 5$)], οι αναλύσεις έδειξαν μη-στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων ($p > .05$). Ενώ για την εμπειρία του τοκετού [«θετική» ($n = 54$), «αρνητική» ($n = 13$), «ανάμικτα συναισθήματα» ($n = 41$)] βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων ($F(2, 105) = 7.127; p = .001$). Περαιτέρω αναλύσεις με Scheffe post – hoc τεστ, έδειξαν ότι οι γυναίκες που χαρακτήρισαν ως αρνητική την εμπειρία του τοκετού έχουν σημαντικά υψηλότερες τιμές στην κλίμακα EPDS ($M = 13.538, SD = 5.92$), συγκριτικά με τις γυναίκες που χαρακτήρισαν την εμπειρία του τοκετού ως θετική ($M = 7.685, SD = 5.15$).

Επίσης, ελέγχθηκε εάν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα επίπεδα κατάθλιψης μεταξύ των λεχόνων οι οποίες δεν ήταν καπνίστριες ($N = 63$), αυτών που διέκοψαν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύησης ($N = 28$) και τέλος αυτών που συνέχισαν το κάπνισμα και κατά την περίοδο της κύησης ($N = 17$). Από τα αποτελέσματα προκύπτει το συμπέρασμα ότι δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων ($p > .05$).

Τέλος, για να εξεταστούν οι διαφορές στα επίπεδα κατάθλιψης αναφορικά στην «πρόσληψη βάρους κατά την εγκυμοσύνη», χωρίστηκαν οι λεχώνες σε τρεις κατηγορίες: αυτές που συνολικά πήραν μέχρι 10 kg ($N = 28$), αυτές που πήραν συνολικά από 10 kg έως 15 kg ($N = 40$) και τέλος αυτές που πήραν περισσότερο από 15 kg ($N = 40$). Αναλύσεις διακύμανσης έδειξαν μη-στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων ($p > .05$). Συγκεντρωτικά, οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των άνωθεν αναφερθέντων μεταβλητών σε σχέση με την πιθανότητα εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.

Πίνακας 4. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις

	<i>M.O.</i>	<i>T.A.</i>	<i>N</i>
Με προετοιμασία	6.2	2.51	15
Χωρίς προετοιμασία	9.3	5.64	93
Ασκούνταν πριν την κύηση	7.3	4.1	33
Δεν ασκούνταν πριν την κύηση	9.97	5.77	75
Αρνητική εμπειρία τοκετού	13.54	5.92	54
Θετική εμπειρία τοκετού	7.69	5.15	13
Επιστροφή στην εργασία	8.27	4.53	74
Μη επιστροφή στην εργασία	10.72	6.47	33
Ασκούνταν κατά την κύηση	9.00	5.36	25
Δεν ασκούνταν κατά την κύηση	9.20	5.49	83
Μη καπνίστριες	8.47	4.67	63
Καπνίστριες	10.11	6.29	45
Βάρος πρόσληψης < 10kg	7.96	5.87	28
Βάρος πρόσληψης 10 – 15kg	8.77	4.31	40
Βάρος πρόσληψης > 15kg	10.10	4.86	40

Προγραμματισμένη κύηση	9.38	5.55	66
Απρογραμματίστη κύηση	8.35	5.18	37
Σκέψη για έκτρωση	12.20	5.49	5

Παράμετροι που Συμβάλουν στην Ενίσχυση της Σωματικής Κάθεξης

Ελέχθησαν πιθανές διαφορές στην Κλίμακα Σωματικής Κάθεξης αναφορικά στις ακόλουθες ανεξάρτητες μεταβλητές: παρακολούθηση μαθημάτων ψυχοσωματικής προετοιμασίας, άσκηση, κάπνισμα, επιστροφή στην εργασία, είδος εγκυμοσύνης, εμπειρία τοκετού, συμπαράσταση και αύξηση βάρους κατά την κύηση. Οι έλεγχοι των διαφορών έγιναν και πάλι είτε με ανάλυση διακύμανσης μιας κατεύθυνσης (One-way ANOVA) είτε με t -test για ανεξάρτητο δείγμα. Τα αποτελέσματα των t -test για ανεξάρτητο δείγμα και των αναλύσεων διακύμανσης μιας κατεύθυνσης, παρουσιάζονται παρακάτω.

Εξετάστηκαν οι διαφορές μεταξύ των λεχώνων οι οποίες παρακολούθησαν τα μαθήματα ψυχοσωματικής προετοιμασίας ($N = 15$) και αυτών οι οποίες δεν τα παρακολούθησαν ($N = 93$), στα σκορ σωματικής κάθεξης. Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($t(1, 106) = 2.081, p = .04$). Οι λεχόνες που παρακολούθησαν τα μαθήματα ψυχοσωματικής προετοιμασίας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είχαν υψηλότερες τιμές στη μεταβλητή σωματική κάθεξη ($M = 3.94, SD = 0.547$), συγκριτικά με εκείνες που δεν παρακολούθησαν μαθήματα ($M = 3.62, SD = 0.547$).

Διερευνήθηκαν πιθανές διαφορές μεταξύ των λεχώνων οι οποίες ασκούσαν πριν την εγκυμοσύνη ($N = 33$) και αυτών οι οποίες δε ασκούσαν ($N = 75$), στην εξαρτημένη μεταβλητή σωματική κάθεξη. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p > .05$). Στη συνέχεια ελέγχθηκαν πιθανές διαφορές

μεταξύ των λεχώνων οι οποίες ασκούνταν κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης ($N = 25$) και αυτών οι οποίες δε ασκούνταν ($N = 83$), σε σχέση με τη μεταβλητή σωματική κάθεξη, όπου οι αναλύσεις και πάλι έδειξαν μη-στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p > .05$). Επίσης δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p > .05$) διαφορές μεταξύ των λεχώνων οι οποίες επρόκειτο να επιστρέψουν στην εργασία τους ($N = 74$) και αυτών που δεν πρόκειται να επιστρέψουν καθόλου ($N = 33$), στα επίπεδα της σωματικής τους κάθεξης.

Αναφορικά στο χαρακτηρισμό της εγκυμοσύνης ως «προγραμματισμένη» ($n = 66$), «απρογραμματίστη» ($n = 37$) και «σκεφτήκαμε και την έκτρωση» ($n = 5$), οι αναλύσεις έδειξαν μη-στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων ($p > .05$). Ενώ για την εμπειρία του τοκετού βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων ($F(2, 105) = 9.312; p = .000$). Περαιτέρω αναλύσεις με Scheffe post – hoc τεστ, έδειξαν ότι οι γυναίκες που χαρακτήρισαν ως θετική την εμπειρία του τοκετού έχουν υψηλότερα σκορ στη σωματική κάθεξη ($M = 54, SD = 3.85$), συγκριτικά με τις γυναίκες που χαρακτήρισαν την εμπειρία του τοκετού ως αρνητική ($M = 13, SD = 3.19$).

Εξετάζοντας πιθανές διαφορές στα επίπεδα της σωματικής κάθεξης μεταξύ των λεχώνων οι οποίες κάπνιζαν πριν την εγκυμοσύνη ($N = 63$) και αυτών που δεν κάπνιζαν καθόλου ($N = 45$), δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p > .05$). Επίσης, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές και ανάμεσα στις ομάδες λεχώνων οι οποίες κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ($N = 17$) και αυτών οι οποίες δεν κάπνιζαν καθόλου ($N = 91$), στα επίπεδα της σωματικής κάθεξης ($p > .05$).

Τέλος, εξετάστηκαν πιθανές διαφορές στα σκορ της σωματικής κάθεξης με τη μεταβλητή «πρόσληψη βάρους κατά την εγκυμοσύνη», όπου οι λεχόνες χωρίζονταν σε τρεις κατηγορίες: αυτές που συνολικά πήραν μέχρι 10 kg ($N = 28$), αυτές που πήραν συνολικά από 10 kg έως 15 kg ($N = 40$) και τέλος αυτές που πήραν περισσότερο από 15 kg ($N = 40$). Οι αναλύσεις έδειξαν και εδώ μη-στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των

τριών αυτών ομάδων ($p > .05$). Συγκεντρωτικά, οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των άνωθεν αναφερθέντων μεταβλητών σε σχέση με τη Σωματική Κάθεξη παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.

Πίνακας 5. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις

	<i>M.O.</i>	<i>T.A.</i>	<i>N</i>
Με προετοιμασία	3.94	.55	15
Χωρίς προετοιμασία	3.62	.54	93
Αρνητική εμπειρία τοκετού	13	3.19	54
Θετική εμπειρία τοκετού	54	3.85	13
Ασκούσαν πριν την κύηση	3.55	.59	33
Δεν ασκούσαν πριν την κύηση	3.72	.54	75
Επιστροφή στην εργασία	3.72	.56	74
Μη επιστροφή στην εργασία	3.58	.51	33
Ασκούσαν κατά την κύηση	3.74	.59	25
Δεν ασκούσαν κατά την κύηση	3.65	.55	83
Μη καπνίστριες	3.70	.56	63
Καπνίστριες	3.62	.56	45
Βάρος πρόσληψης < 10kg	3.71	.52	28
Βάρος πρόσληψης 10 – 15kg	3.69	.52	40
Βάρος πρόσληψης > 15kg	3.40	.48	40
Προγραμματισμένη κύηση	3.70	.54	66
Απρογραμματίστη κύηση	3.66	.57	37
Σκέψη για έκτρωση	3.24	.49	5

Διερεύνηση Σχέσεων της Επιλόχειας Κατάθλιψης με την Κοινωνική Υποστήριξη, Σωματική Κάθεξη, Αυτοαποτελεσματικότητα και Αυτοεκτίμηση

Διεξήχθησαν έλεγχοι συσχετίσεων της κλίμακας EPDS με αυτές της Κοινωνικής Υποστήριξης, της Σωματικής Κάθεξης, της Αποτελεσματικότητας και της Αυτοεκτίμησης μέσω της ανάλυσης Pearson Product Moment. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.

Πίνακας 6. *Συσχετίσεις της επιλόχειας κατάθλιψης με άλλες κλίμακες.*

	Pearson's <i>r</i>	<i>p</i> (2-tailed)	<i>N</i>
Σωματική κάθεξη	-.32***	.001	108
Κοινωνική υποστήριξη (total)	-.22**	.024	107
Κοινωνική υποστήριξη Γ*	-.10	.318	107
Κοινωνική υποστήριξη Μ*	-.22**	.024	107
Κοινωνική υποστήριξη Σ*	-.22**	.020	107
Κοινωνική υποστήριξη Ο*	.03	.730	107
Κοινωνική υποστήριξη Φ*	-.10	.290	107
Αυτοαποτελεσματικότητα	-.21**	.030	108
Αυτοεκτίμηση	-.35***	.000	108

*Επεξήγηση κοινωνικής υποστήριξης. Γ: υποστήριξη από το γυναικολόγο, Μ: υποστήριξη από τη μαία, Σ: υποστήριξη από το σύντροφο, Ο: υποστήριξη από την οικογένεια & Φ: υποστήριξη από τους φίλους

** Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο .05 (2-tailed)

*** Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο .01 (2-tailed)

Στατιστικά σημαντικές ήταν οι συσχετίσεις της επιλόχειας κατάθλιψης με το δείκτη κοινωνικής υποστήριξης στο σύνολό της, το δείκτη κοινωνικής υποστήριξης από τη μαία, την κοινωνική υποστήριξη από το σύντροφο, την αυτοαποτελεσματικότητα, την αυτοεκτίμηση και τη σωματική κάθεξη. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκαν αρνητικές συσχετίσεις, σε επίπεδο σημαντικότητας .05, μεταξύ της επιλόχειας κατάθλιψης και της υποστήριξης από τη μαία, από το σύντροφο και της κοινωνικής υποστήριξης στο σύνολό της, καθώς και με την κλίμακα της αυτοαποτελεσματικότητας για το χρόνο απώλειας των κιλών που πήρε η λεχώνα κατά την εγκυμοσύνη. Επιπλέον, βρέθηκε αρνητική συσχέτιση,

όμως σε επίπεδο σημαντικότητας $p = .01$, της επιλόχειας κατάθλιψης με την κλίμακα της σωματικής κάθεξης και την αυτοεκτίμηση. Διαφαίνεται δηλαδή πως, όσο πιο υψηλές ήταν οι τιμές στην κλίμακα EPDS, οι γυναίκες δεν ήταν ικανοποιημένες από τη συμπαράσταση από τη μαία και το σύντροφο τους, ενώ παράλληλα δεν είχαν θετική εικόνα για το σώμα τους, είχαν χαμηλή αυτοεκτίμηση και δεν ήταν σίγουρες σχετικά με το χρόνο απώλειας των κιλών που πήραν κατά την εγκυμοσύνη.

Επίσης, διερευνήθηκαν οι συσχετίσεις των σκορ σωματικής κάθεξης με τα σκορ της κοινωνικής υποστήριξης, της επιλόχειας κατάθλιψης, της αποτελεσματικότητας και της αυτοεκτίμησης. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.

Πίνακας 7. *Συσχετίσεις της Σωματικής Κάθεξης με άλλες κλίμακες*

	Pearson's <i>r</i>	<i>p</i> (2-tailed)	<i>N</i>
Κατάθλιψη της λοχείας	-.32***	.001	108
Κοινωνική υποστήριξη (total)	.20**	.370	107
Κοινωνική υποστήριξη Γ*	.01	.980	107
Κοινωνική υποστήριξη Μ*	.15	.110	107
Κοινωνική υποστήριξη Σ*	.26***	.010	107
Κοινωνική υποστήριξη Ο*	.13	.170	107
Κοινωνική υποστήριξη Φ*	.07	.490	107
Αυτοαποτελεσματικότητα	.22**	.250	108
Αυτοεκτίμηση	.31***	.001	108

*Επεξήγηση κοινωνικής υποστήριξης, Γ: υποστήριξη από το γυναικολόγο, Μ: υποστήριξη από τη μαία, Σ: υποστήριξη από το σύντροφο, Ο: υποστήριξη από την οικογένεια & Φ: υποστήριξη από τους φίλους

** Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο .05 (2-tailed)

*** Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο .01 (2-tailed)

Οι αναλύσεις Pearson Product Moment έδειξαν αρνητική σχέση της σωματικής κάθεξης με την κλίμακα της επιλόχειας κατάθλιψης ($p = .01$), ενώ θετικές συσχετίσεις βρέθηκαν με τις κλίμακες της αυτοεκτίμησης, της συνολικής κοινωνικής υποστήριξης και

της κοινωνικής υποστήριξης από το σύντροφο. Δηλαδή, οι λεχώνες που είχαν θετική εικόνα για το σώμα τους, είχαν υψηλότερη αυτοεκτίμηση, υποστήριξη από το σύντροφό τους και ήταν σίγουρες σχετικά με το χρόνο απώλειας των κιλών που πήραν κατά την εγκυμοσύνη, ενώ φαίνεται να εμφανίζουν μειωμένες πιθανότητες εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας ήταν να διερευνήσει στον ελλαδικό χώρο τους παράγοντες εκείνους οι οποίοι, σύμφωνα με τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα, συμβάλουν στη μείωση της πιθανότητας εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης, κάνοντας ειδικότερη αναφορά στον προληπτικό ρόλο της ψυχοσωματικής προετοιμασίας, της άσκησης και της κοινωνικής υποστήριξης. Επίσης, εξετάστηκε και το κατά πόσο η επιλόχεια κατάθλιψη σχετίζεται με την αυτοεκτίμηση της λεχώνας, την αυτο-αποτελεσματικότητά της, όσον αφορά στο χρόνο απώλειας των κιλών που πήρε κατά την εγκυμοσύνη και ειδικότερα το πώς η γυναίκα βλέπει και περιγράφει τον εαυτό της κατά την περίοδο της λοχείας.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι χαμηλότερες πιθανότητες εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης είχαν οι γυναίκες εκείνες που παρακολούθησαν συνεδρίες ψυχοσωματικής προετοιμασίας κατά τη διάρκεια της κύησης, που ασκούσαν πριν την εγκυμοσύνη, που είχαν σημαντική υποστήριξη από τη μαία και το σύντροφό τους, που είχαν αυτοεκτίμηση, που εργάζονταν πριν την εγκυμοσύνη και επρόκειτο να επιστρέψουν στην εργασία τους και τέλος αυτές που βίωσαν ως θετική την όλη εμπειρία του τοκετού.

Στη διεθνή βιβλιογραφία, τα ερευνητικά δεδομένα και οι κλινικές παρατηρήσεις καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι σημαντική φαίνεται να είναι η συμβολή της ψυχοσωματικής προετοιμασίας, καθώς οι γυναίκες που παρακολούθησαν τις συγκεκριμένες συνεδρίες είχαν μειωμένες πιθανότητες εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης στο μέλλον. Τα δεδομένα αυτά παρουσιάστηκαν αναλυτικά στη βιβλιογραφική

ανασκόπηση της παρούσας εργασίας (Bryanton et al., 2008; Fabian et al., 2005; Gamble et al., 2005; Lavander & Walkinshaw, 1995; Μέλισσα-Χαλκιοπούλου, 1996; Μωραΐτου, 2004, 2007; Sauls, 2002; Zlotnick et al., 2001). Η υποστήριξη των εγκύων κατά τη διάρκεια των μαθημάτων ψυχοσωματικής προετοιμασίας φαίνεται πως βοηθάει στην καλύτερη ψυχική υγεία της λεχώνας. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας μπορούν να ερμηνευθούν με βάση τα όσα ανέφερε η Παπανικολάου (2007), για τις γυναίκες που παρακολουθούν μαθήματα ψυχοσωματικής προετοιμασίας και οι οποίες είναι πιο χαρούμενες, έχουν περισσότερη αυτοπεποίθηση, αισιοδοξία για το μέλλον, αλλά και περισσότερη ενεργητικότητα, συμμετέχοντας σε πιο πολλές δραστηριότητες. Όμως, δε θα πρέπει να αγνοηθεί το μικρό ποσοστό συμμετοχής των γυναικών στα μαθήματα αυτά, μόλις 14%, γεγονός που αποτελεί και έναν από τους περιορισμούς της έρευνας αυτής.

Όσον αφορά στην άσκηση ως μέσο εναλλακτικής αντιμετώπισης, η βιβλιογραφία αναφέρει ότι αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί κυρίως ως μέτρο πρόληψης, αλλά και ως συμπληρωματική μορφή θεραπείας για την κατάθλιψη της λοχείας (Daley et al., 2007; Dennis, 2005; Fontaine & Jones, 1997; Hall et al., 1996; Kotlyn, 1994; Manber, et al., 2002; Ταουσάνη, 2003). Με τα δεδομένα αυτά συμφωνούν και τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, καθώς οι έγκυες που ασκούσαν πριν την εγκυμοσύνη έδειξαν χαμηλότερες πιθανότητες εκδήλωσης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στη λοχεία. Όμως, η επίδραση αυτή δε φάνηκε να ισχύει για την άσκηση κατά τη διάρκεια της κύησης. Αυτό πιθανόν να οφείλεται αφενός στο γεγονός ότι δεν ήταν ομοιογενείς οι ομάδες μας, μιας και ήταν πολύ μικρός ο αριθμός των γυναικών που συνέχισαν να ασκούνται κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, και αφετέρου στο γεγονός ότι ως είδος άσκησης, η πλειοψηφία δήλωσε το περπάτημα, χωρίς να ζητηθούν περαιτέρω διευκρινήσεις για τη συχνότητα και την ένταση της άσκησης από τις συμμετέχουσες.

Το χαμηλό ποσοστό των γυναικών που συνέχισαν ή άρχισαν να ασκούνται κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, αναφέρεται και στη διεθνή βιβλιογραφία. Πιο συγκεκριμένα, οι Downs και Hausenblas (2004) αναφέρουν πως οι περισσότερες γυναίκες ασκούσαν πριν την εγκυμοσύνη, ενώ μικρό είναι το ποσοστό που συνεχίζουν την άσκηση κατά την περίοδο της κύησης και της λοχείας. Και αυτό οφείλεται, όπως αναφέρουν οι ερευνήτριες, στις σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές που τους επιφέρει η ίδια η εγκυμοσύνη. Εξηγούν, πως οι αλλαγές αυτές είναι αρκετά στρεσογόνες για τις έγκυες, οι οποίες είτε μειώνουν, είτε διακόπτουν την όποια φυσική δραστηριότητα. Μάλιστα επισημαίνουν ότι, δε διαπιστώθηκαν σημαντικές μεταβολές στη σωματική δραστηριότητα των γυναικών μεταξύ των περιόδων της εγκυμοσύνης και της λοχείας, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει και σε μακροπρόθεσμη μείωση της γενικότερης συμπεριφοράς ως προς την άσκηση (Downs & Hausenblas, 2004).

Οι Entin και Munhall (2006) επιβεβαιώνουν τα παραπάνω, εξετάζοντάς τα όμως από μια διαφορετική οπτική. Όπως αναφέρουν οι ερευνήτριες, μια πιθανή εξήγηση για το φαινόμενο αυτό οφείλεται στο γεγονός πως, συνήθως, μόνο ένα μικρό ποσοστό των εγκύων γυναικών λαμβάνει από το μαιευτήρα οδηγίες σχετικά με την άσκηση, παρά την επίσημη θέση του American College of Obstetricians and Gynecologists (2002), για τη συνέχιση της άσκησης σε όλες τις έγκυες γυναίκες, οι οποίες δεν εμφανίζουν ιατρικές ή μαιευτικές επιπλοκές. Ειδικότερα, στα αποτελέσματα τους αναφέρουν ότι, σχεδόν οι μισοί από τους γυναικολόγους που πήραν μέρος στην έρευνα συνέστησαν την άσκηση κατά την εγκυμοσύνη, όντας αρκετά συντηρητικοί όσον αφορά στην ένταση, ενώ υπήρξαν και αρκετά επιφυλακτικοί στο να συστήσουν την άσκηση σε έγκυες οι οποίες δε γυμνάζονταν καθόλου (Entin & Munhall, 2006).

Σημαντικό, επίσης εύρημα της παρούσας μελέτης αποτελεί το γεγονός ότι η κοινωνική υποστήριξη φαίνεται να συνδέεται με την πιθανότητα εκδήλωσης επιλόχειας

κατάθλιψης. Το αποτέλεσμα αυτό είναι σύμφωνο με προηγούμενα ευρήματα, τα οποία αναδεικνύουν τη σημασία της κοινωνικής υποστήριξης ως προστατευτικό παράγοντα στην επιλόχεια κατάθλιψη (Dennis, 2003; Μωραΐτου, 2004; Pajulo et al., 2001; Ράμμου & Παπαληγούρα, 2007; Παπανικολάου, 2007; Righetti-Veltma, et al., 1998; Sauls, 2002; Tammentie, Tarkka, et al., 2004). Ειδικότερα, η υποστήριξη της επιτόκου από το σύντροφό της βρέθηκε να είναι αντιστρόφως ανάλογη της πιθανότητας εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης, καθώς ο σύντροφος μπορεί να παράσχει στήριξη προς τη γυναίκα με πολλούς τρόπους, συμπεριλαμβανομένων της υποστήριξης πριν τον τοκετό και της ψυχολογικής υποστήριξης σε αγχογόνες στιγμές. Μάλιστα, μια φτωχή συζυγική σχέση σε συνδυασμό με την απουσία υποστήριξης κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, αποτελούν προγνωστικό παράγοντα εκδήλωσης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κατά τη λοχεία (Ακτσακλής & Σίμος, 1992; Beck, 2001; Cooper & Murrey, 1998; Dennis, 2005; Δημητρίου κ.α., 1995; Δραγώνα, 1989; Κελλαρτζής κ.α., 2003; Μωραΐτου, 2004). Αυτό υποστηρίζεται και από τη βιβλιογραφία που αφορά στην οικογενειακή κατάσταση των γυναικών, καθώς οι ανύπαντρες μητέρες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης στο μέλλον (Μέλισσα-Χαλκιοπούλου, 1996; Ράμμου & Παπαληγούρα, 2007). Κάτι τέτοιο, ωστόσο, δεν εξετάστηκε στη συγκεκριμένη εργασία, καθώς ο αριθμός των γυναικών που δεν ήταν έγγαμες ήταν πολύ μικρός.

Αντίστοιχα, αντιστρόφως ανάλογη ήταν και η σχέση ανάμεσα στην πιθανότητα εκδήλωσης κατάθλιψης στη λοχεία και στην υποστήριξη των γυναικών από τη μαία. Αποτέλεσμα το οποίο συμφωνεί με την υπάρχουσα βιβλιογραφία (Μωραΐτου, 2004, 2007; Laventer & Walkinshaw, 1998; Παπανικολάου, 2007; Sauls, 2003; Webster, et al., 2003), καθώς, οι μητέρες που είχαν την υποστήριξη από τις μαίες κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού, είχαν λιγότερες επιπλοκές στον τοκετό και μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης μετά τον τοκετό.

Ειδικότερα, στην εργασία των Lavender και Walkinshaw (1998), η υποστήριξη, η συμβουλευτική και η κατανόηση των γυναικών από τις μαίες, τους φάνηκε να ήταν ωφέλιμη διαδικασία, καθώς η πειραματική ομάδα εμφάνισε χαμηλότερες πιθανότητες εκδήλωσης άγχους και επιλόχειας κατάθλιψης τρεις εβδομάδες μετά τον τοκετό, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Επιπρόσθετα, και στην εργασία των Righetti-Veltema και συνεργάτες (1998), αναφέρθηκαν τα οφέλη των μαθημάτων προετοιμασίας των γυναικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας. Φαίνεται πως η υποστήριξη και η συμβουλευτική από μαίες μπορεί να βοηθήσει τις μητέρες να μην αισθάνονται μόνες τους, να νιώθουν λιγότερο ένοχες, να αυξήσει την αυτοεκτίμησή τους και να τις βοηθήσει να βρουν νέες στρατηγικές αντιμετώπισης του άγχους που προκύπτει από τη νέα αυτή κατάσταση.

Και στην παρούσα εργασία, η εμπειρία του τοκετού, έδειξε να έχει μια σημαντική σχέση με την πρόγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης, καθώς οι μητέρες που δε βίωσαν θετικά τον τοκετό τους κατέγραψαν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης. Αντίστοιχα αποτελέσματα αναφέρθηκαν και στην εργασία των Ράμμου και Παπαληγούρα (2007). Στην εργασία τους οι Webster και συνεργάτες (2003) συνδυάζουν την κατάθλιψη με την ύπαρξη μαιευτικών επιπλοκών και το χαμηλό βαθμό ικανοποίησης από την παρεχόμενη φροντίδα από τη μεριά των γιατρών και των μαιών κατά τη διάρκεια του τοκετού. Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί από το γεγονός ότι οι επίτοκες, στην περίπτωση αυτή, δυσκολεύονται να διαχειριστούν και να αντιμετωπίσουν το στρες και να εκπληρώσουν τις προσδοκίες τους κατά τη διάρκειά του τοκετού (Tumblin & Simkin, 2001). Επίσης, το βίωμα του τοκετού ως μια μη-ικανοποιητική εμπειρία μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την αυτοεκτίμηση και την ψυχική υγεία των γυναικών, συνδέοντάς της με αυξημένο κίνδυνο επιλόχειας κατάθλιψης (Bryanton et al, 2008).

Η αυτοεκτίμηση στη συγκεκριμένη έρευνα, συνδέεται αρνητικά με την κατάθλιψη, και θετικά με τη σωματική κάθεξη, την αυτοαποτελεσματικότητα και τη συνολική κοινωνική υποστήριξη και ειδικότερα την υποστήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να προκαλέσει αίσθημα μειωμένου ελέγχου του εαυτού (Μωραΐτου, 2004), γεγονός που πιθανόν να ερμηνεύει ως ένα βαθμό τόσο την αυξημένη αίσθηση εξάρτησης, όσο και την ανάγκη υποστήριξης κατά την εγκυμοσύνη και τη λοχεία. Γενικότερα, η αυτοεκτίμηση σε αρκετές έρευνες έχει συνδεθεί με την επιλόχεια κατάθλιψη (Fontaine & Jones, 1997; Hall et al., 1996; Wallace et al., 1986). Στην εργασία τους οι Hall και συνεργάτες (1996), απέδειξαν πως οι λεχώνες με χαμηλή αυτοεκτίμηση είχαν κατά 39 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Οι Fontaine και Jones (1997), διαπίστωσαν πως η αισιοδοξία, ανεξάρτητα από την πηγή προέλευσής της, σχετίζονταν με λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης και τη δεύτερη εβδομάδα της λοχείας, ενώ η αυτοεκτίμηση σχετίζονταν με χαμηλότερα ποσοστά εκδήλωσης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης, τη δεύτερη και έκτη εβδομάδα μετά τον τοκετό.

Επιπλέον, σημαντική σχέση φάνηκε να υπάρχει ανάμεσα στην επιστροφή στην εργασία και την επιλόχεια κατάθλιψη. Πιο συγκεκριμένα οι γυναίκες που απάντησαν ότι δεν πρόκειται να επιστέψουν στην εργασία τους ή δεν εργάζονταν καθόλου κατέγραψαν μεγαλύτερες πιθανότητες εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης, γεγονός που υποστηρίζεται και από τη βιβλιογραφία (Ακτσακλής & Σίμος, 1992; Herrick, 2000; Righetti-Veltima, et al., 1998).

Όπως αναφέρουν οι Righetti-Veltima και συνεργάτες (1998) στην εργασία τους, στις μητέρες με καταθλιπτική προδιάθεση παρατηρούνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης περισσότερες απώλειες σε σχέση με τις μη-καταθλιπτικές μητέρες.

Ορισμένες από αυτές είναι ο αποχωρισμός από την οικογένειά τους ή τη χώρα καταγωγής τους, οι συναισθηματικές απώλειες ή η απώλεια της δουλειάς τους, καταστάσεις που τις καθιστούν περισσότερο ευάλωτες. Ειδικότερα, οι επαγγελματικές και οικονομικές δυσκολίες, σε συνδυασμό με την έλλειψη συναισθηματικής ασφάλειας επιβαρύνουν περισσότερο αυτήν την τρωτότητα. Οι παραπάνω διαπιστώσεις για την απώλεια εργασίας όχι μόνο επιβεβαιώνονται από την εργασία της Herrick (2000), αλλά και ενισχύονται. Πιο συγκεκριμένα, η ερευνήτρια αναφέρει πως η συσχέτιση της ανεργίας με την επιλόχεια κατάθλιψη δεν ερμηνεύεται μόνο από τις ενδεχόμενες άμεσες ή μακροπρόθεσμες οικονομικές δυσκολίες. Αλλά όπως η ίδια εξηγεί, πιθανόν να αντανakλά την κοινωνική απομόνωση της μητέρας, δηλαδή την απώλεια επαφής με τους συναδέλφους της και τη χαμηλή αυτοεκτίμηση της, ως αποτέλεσμα αλλαγής του ρόλου της, από εργαζόμενη σε νοικοκυρά, χωρίς ενδεχόμενη δυνατότητα για μελλοντική καριέρα.

Όσον αφορά στη σωματική κάθεξη, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν υψηλές τιμές στις λεχώνες εκείνες που είχαν παρακολουθήσει τα μαθήματα ψυχοσωματικής προετοιμασίας, που είχαν την αμέριστη συμπαράσταση από το σύντροφό τους και που χαρακτήρισαν ως θετική την εμπειρία του τοκετού τους. Υψηλές τιμές σωματικής κάθεξης σημαίνει ότι οι γυναίκες είναι ικανοποιημένες από τον εαυτό τους, τα διάφορα μέρη του σώματός τους και τις διάφορες λειτουργίες του οργανισμού τους (Secord & Jourard, 1953; Θεοδωράκης, κα., 1990; Θεοδωράκης, 1999; Goodwin et al., 2000).

Στη συγκεκριμένη εργασία διαπιστώθηκε, επίσης, και η συμβολή της κοινωνικής υποστήριξης και κυρίως η συμπαράσταση που παρέχει ο σύντροφος στο πως οι γυναίκες δέχονται τις αλλαγές στο σώμα τους. Υψηλότερες τιμές στη σωματική κάθεξη είχαν οι γυναίκες οι οποίες είχαν κυρίως υποστήριξη από το σύντροφό τους. Ο Θεοδωράκης (1999) στην εργασία του αναφέρει πως η ικανοποίηση των γυναικών από την εικόνα του

σώματός τους δεν επηρεάζεται μόνο από τα φυσικά χαρακτηριστικά τους, αλλά και από τον τρόπο που τις βλέπουν οι άλλοι και πως, το επίπεδο της αυτό-ικανοποίησης τους και η επίδραση των «σημαντικών άλλων» αποτελούν τους παράγοντες εκείνους, οι οποίοι συντελούν στη διαμόρφωση της ικανοποίησης από το σώμα τους. Ως «σημαντικοί άλλοι» αναφέρονται οι συγγενείς, οι φίλοι και οι σύντροφοι. Αντιλαμβάνεται λοιπόν κάποιος, τη σημαντικότητα του συντρόφου και δε, της αμέριστης υποστήριξης του κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, τοκετού και λοχείας, αναφορικά στο πως αντιλαμβάνεται η λεχώνα πλέον το σώμα της και πόσο ικανοποιημένη νιώθει από αυτό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η εργασία αυτή διερεύνησε κατά βάσει την επιλόχεια κατάθλιψη σε σχέση με τους παράγοντες εκείνους οι οποίοι φαίνεται να ασκούν προστατευτικό ρόλο στην εκδήλωσή της. Τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά αναφορικά με τον προστατευτικό ρόλο που μπορεί να έχει η ψυχοσωματική προετοιμασία, η άσκηση, η κοινωνική υποστήριξη και η ανάγκη επιστροφής στην εργασία. Είναι όμως αποθαρρυντικά, αναφορικά στο μικρό αριθμό γυναικών που παρακολουθούν μαθήματα ψυχοσωματικής προετοιμασίας, ιδιαίτερα αν λάβουμε υπόψη πως το 42,4% των γυναικών που δεν παρακολούθησε μαθήματα δήλωσε πως δε γνώριζε για την ύπαρξη αυτών. Διερευνήθηκε όμως και η σχέση της επιλόχειας κατάθλιψης με την αυτοεκτίμηση, τον τρόπο με τον οποίον η λεχώνα αντιλαμβάνεται το σώμα της και την αυτοαποτελεσματικότητα της λεχώνας στο χρόνο απώλειας των κιλών που πήρε κατά την κύηση, μεταβλητές που δεν είχαν εξεταστεί στην ελληνική βιβλιογραφία μέχρι σήμερα.

Έρευνες σαν και τη συγκεκριμένη, οι οποίες εξετάζουν τη συμβολή μιας σειράς παραμέτρων στην πρόληψη της επιλόχειας κατάθλιψης, αποσκοπούν στο να εντοπίσουν, όσο το δυνατό νωρίτερα, τις γυναίκες εκείνες που ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου, ώστε να ληφθούν έγκαιρα τα κατάλληλα προφυλακτικά μέτρα που θα βοηθήσουν στην πρόληψη της εκδήλωσης των τόσο δυσάρεστων για τη λεχωίδα, αλλά και για το αναπτυσσόμενο βρέφος, ψυχικών διαταραχών της λοχείας. Η παρούσα έρευνα έγινε σε ένα ενδεικτικό δείγμα δύο μόνον περιφερειακών αστικών κέντρων της χώρας και συνεπώς δεν μπορούν να βγουν γενικευμένα συμπεράσματα για τα ποσοστά κινδύνου εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης σε πανελλαδικό επίπεδο. Προτείνεται λοιπόν, περαιτέρω μελέτη

των σχέσεων των μεταβλητών που προλαμβάνουν την εκδήλωση επιλόχειας κατάθλιψης σε μεγαλύτερο δείγμα γυναικών και σε περισσότερους νομούς της χώρας. Επιπλέον, χρήσιμη θα ήταν η ενίσχυση της ερευνητικής διαδικασίας με την επανεξέταση των γυναικών έξι με οχτώ βδομάδες αργότερα, ώστε να μπορεί να διαγνωσθεί με μεγαλύτερη ασφάλεια το ποσοστό των γυναικών που εκδηλώνει επιλόχεια κατάθλιψη. Η ικανοποιητική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου EPSPD στην παρούσα έρευνα, αναδεικνύει ότι είναι ένα αξιόπιστο εργαλείο και σημαντικός σύμμαχος στα χέρια των λειτουργών υγείας, οι οποίοι σχετίζονται με τη σωματική και ψυχική υγεία των γυναικών στην ομολογουμένως ιδιαίτερη περίοδο της ζωής τους.

Δεδομένης της θετικής συμβολής της άσκησης και στην προαγωγή της ψυχικής υγείας της μητέρας, προτείνεται η ενσωμάτωσή της στο πρόγραμμα παρακολούθησης της, τόσο κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, όσο και κατά την περίοδο της λοχείας. Απαιτείται ωστόσο, ευαισθητοποίηση όχι μόνο των ίδιων των γυναικών, αλλά και όλων των λειτουργών υγείας που σχετίζονται με την ιδιαίτερη αυτή περίοδο της ζωής μιας γυναίκας, καθώς μέσα από τη στενή συνεργασία μεταξύ τους, θα μπορέσουν να πληροφορήσουν και να καθοδηγήσουν τη γυναίκα, σωστά και υπεύθυνα. Επιπρόσθετα, κρίνεται απαραίτητη και η προγεννητική εκπαίδευση των γυναικών, καθώς μέσα από τα μαθήματα ψυχοσωματικής προετοιμασίας αποκτούν μια πιο θετική στάση για την εγκυμοσύνη τους και τον τοκετό, μαθαίνουν να αγαπούν το σώμα τους και να δέχονται πιο εύκολα τις όποιες αλλαγές επισυμβαίνουν σε αυτό, ενώ παράλληλα προετοιμάζουν τους μελλοντικούς γονείς για την πιο ομαλή μετάβασή τους στη γονεϊκή τους ιδιότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Διεθνής Βιβλιογραφία

- AGOG Committee on Obstetric Practice. ACOG Committee opinion No. 267. American College of Obstetricians and Gynecologists (2002). Exercise during pregnancy and the postpartum period. *Obstetrics and Gynecology*, 99, 171-173.
- American Psychiatric Association (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition: Primary care version, DSM-IV-PC*. Washington, DC: APA.
- Armstrong, K. & Edwards, H. (2003). The effects of exercise and social support on mothers reporting depressive symptoms: A pilot randomized controlled study. *International Journal of Mental Nursing*, 12, 130-138.
- Armstrong, S. & Small, R. (2007). Screening for postnatal depression: Not a simple task. *Australian & New Zealand Journal of Public Health*, 31, 57-61.
- Artal, R. (2003). Exercise and pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 46, 377-378.
- Artal, R. & O'Toole, M. (2003). Guidelines of the American College of Obstetricians and Gynecologists for exercise during pregnancy and the postpartum period. *British Journal of Sports Medicine*, 37, 6-12.
- Bandura, A., & Jourden, F.J. (1991). Self-regulatory mechanisms governing the impact of social comparison on complex decision making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 941-951.

- Beck, C.T. (2001). Predictors of postpartum depression. An update. *Nursing Research*, 50, 275-282.
- Benvenuti, P., Ferrara, M., Niccolai, C., Valoriani, V., & Cox, J. L. (1999). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Validation for an Italian sample. *Journal of Affective Disorders*, 53, 317-141.
- Bloch, M., Schmidt, P.J., Danaceau, R.N., Murphy, J., Niewman L., & Rubinow, D.R. (2000). Effects of gonadal steroid in women with history of postpartum depression. *American Journal of Psychiatry*, 157, 924-930.
- Boscaglia, N., Skouteris, H., & Wertheim, E. (2003). Changes in body satisfaction during pregnancy: A comparison of high exercising and low exercising women. *Australian and New Zealan Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 43, 41-45.
- Boufidou, F., Lambrinoudaki, I., Agreitis, J., Zervas, I., Pliatsika, P., Leonardoy, P. et al. (2009). CSF and plasma cytokines at delivery and postpartum mood disturbances. *Journal of Affective Disorders*, 115, 287-292.
- Brouwers, E., van Bar, A.L., & Pop, V. (2001). Does the Edinburgh Postnatal Depression Scale measure anxiety? *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 659-663.
- Bryanton, J., Gagnon, A., Johnston, C., & Hatem, M. (2008). Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *Journal of Obstetrics and Gynecology Neonatal Nursing*, 37, 24-34.
- Carter, A., Baker, C., Browell, K.D. (2000). Body mass index, eating attitudes and symptoms of depression and anxiety in pregnancy and postpartum period. *Psychosomatic Medicine*, 62, 264-270.
- Chabrol, H., & Teissedre, F. (2004). Relation between Edinburgh Postnatal Depression Scale scores at 2-3 days and 4-6 weeks postpartum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22, 33-39.

- Chroni, S., Hatzigeorgiadis, A., & Theodorakis, Y. (2006). Onsite coping in novice climbers as a function of hardness and self-efficacy. *Annals of Leisure Research*, 9, 139-154.
- Copper, P., & Murrey, L. (1998). Fortnightly review. *British Medical Journal*, 316, 1884-1886.
- Cox, J.L., Chapman, G., Murray, D., & Jones, P. (1996). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in non-postnatal women. *Journal of Affective Disorders*, 39, 185-189.
- Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Daley, A., Jolly, K., & MacArthur, C. (2009). The effectiveness of exercise in the management of post-natal depression: Systematic review and meta-analysis. *Family Practise*, 26, 154-162.
- Daley, A., MacArthur, C., & Winter, H. (2007). The role of exercise in treating postpartum depression: A review of the literature. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52, 56-62.
- Dennis, C.L. (2003). The effect of peer support on postpartum depression: A pilot randomized controlled trial. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 115-124.
- Dennis, C.L. (2004). Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale? *Journal of Affective Disorders*, 78, 163-169.
- Dennis C.L. (2005). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: Systematic review. *British Medical Journal*, 331, 15.

- Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Opjordsmoen, S., & Samuelsen, S.O. (2001). Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 243-249.
- Entin, P.L., & Munhall, K.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.
- Fabian, H.M., Radestad, I., & Waldenstrom, U. (2005). Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84, 436-443.
- Fontain, K.R., & Jones, L.C. (1997). Self-esteem, optimism and postnatal depression. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 59-63.
- Forty, L., Jones, L., Macgregor, S., Caesar, S., Cooper, B., Hough, A., et al. (2006). Familiarity of postpartum depression in unipolar disorder: Result of a family study. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1549-1553.
- Gamble, J., Creedy, D., Moyle, W., Webster, J., McAllister, M., & Dickson, P. (2005). Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: A randomized controlled trail. *Birth*, 32, 11-19.
- Garcia-Esteve, L., Ascaso, C., Ojuel, J., & Navarro, P. (2003). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of Affective Disorders*, 75, 71-76.
- 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, 370-375.

- Gonidakis, F., Rabavilas, A., Varsou, E., Kreatsas, G., & Christodoulou, G. (2008). A 6-month study of postpartum depression and related factors in Athens Greece. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 275-282.
- Goodwin, A., Astbury, J., & McMeeken, J. (2000). Body image and psychological well-being in pregnancy. A comparison of exercisers and non-exercisers. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 40, 442-447.
- Green, J.M. (1998). Postnatal depression or perinatal dysphoria? Findings from a longitudinal community-based study using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16, 143-155.
- Green, J.M., & Baston, H.A. (2003). Feeling in control during labor: Concepts, correlates and consequences. *Birth*, 30, 235-247.
- Guedeney, N., & Fermanian, J., (1998). Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): New results about the use and psychometric properties. *European Psychiatry*, 13, 83-89.
- Hall, L., Kotch, J., Browne, D. & Rayens, M. (1996). Self-esteem as a mediator of the effects of stressors and social resources on depressive symptoms in postpartum mothers. *Nursing Research*, 45, 231-238.
- Hendrick, V. (2003). Treatment of postnatal depression. *British Medical Journal*, 327, 1003-1004.
- Herrick, H. (2000). The effect of stressful life events on postpartum depression. *State Center for Health Statistics*, 121, 1-9.
- Huang, Y.C., & Mathers, N. (2001). Postnatal depression-biological or cultural? A comparative study of postnatal women in UK and Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 279-287.

- Jackson, A., Morrow, J., Hill, D., & Dishman, R. (2004). *Physical activity for health and fitness* (Updated Edition). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Kaiser, L. & Allen, L. (2002). Position of the American dietetic association: Nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. *Journal of the American Dietetic Association, 102*, 1479-1489.
- Kotlyn, K.F. (1994). Mood changes in pregnant women following an exercise session and a prenatal information session. *Women's Health Issues, 4*, 191-195.
- Lavender, T., & Walkinshaw S. (1998). Can midwives reduce postpartum psychological morbidity? A randomized trail. *Birth, 25*, 215-219.
- Lerson-Meyer, E. (2002). Effect of postpartum exercise on mother and their offspring: A review of the literature. *Obesity Research, 10*, 841-853.
- Logsdon, C., & Urui, W. (2001). Psychological predictor of postpartum depression in diverse groups of women. *Western Journal of Nursing Research, 23*, 563-574.
- Lumley, J., Austin M.P., & Mitchell, C. (2004). Intervening to reduce depression after birth: A systematic review of the randomized trials. *International Journal of Technology Assessment in Health Care, 20*, 128-144.
- Magann, E., Evans, S., Weitz, B., & Newnham, J. (2002). Antepartum, intrapartum and neonatal significance of exercise on healthy low-risk pregnant working women. *Obstetrics and Gynecology, 99*, 466-472.
- Manber, R., Allen, J., & Morris, M. (2002). Alternative treatments for depression: empirical support and relevance to women. *Journan of Clinical Psychiatry, 63*, 628-638.
- Marquez- Sterling, S., Perry, A.C., Kaplan, T.A., Halberstein, R.A., & Signorile, J.F. (2000). Physical and psychological changes with vigorous exercise in sedentary primigravidae. *Medicine and Science in Sports and Exercise, 32*, 58-62.

- Murray, L. & Cooper, P. (1997). Effects of postnatal depression on infant development. *Archives of Disease in Childhood*, 77, 99-101.
- Nahed, M.E. (2000). Exercise in pregnancy. *Primary Care Update for Ob/Gyns*, 7, 260-265.
- Nelson, N.M. (1981). A more balanced approach to prenatal education. *Canadian Medical Association Journal*, 125, 331-332.
- O'Hara, M., Stuart, S., Gorman, L., & Wenzel, A. (2000). Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1039-1045.
- Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A., Helenius, H., & Piha, J. (2001). Antenatal depression, substance dependency and social support. *Journal of Affective Disorders*, 65, 9-17.
- Pivarnik, M.J., Chambliss, H.O., Clapp, J.F., Dugan, S.A., Hatch, M.C., Lovelady, C.A. et al. (2006). Impact of physical activity during pregnancy and postpartum on chronic disease risk. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 38, 989-1002.
- Pop, V., Komproe, I., & van Son, M.J. (1992). Characteristics of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the Netherlands. *Journal of Affective Disorders*, 26, 105-110.
- Righetti-Veltema, M., Conne-Perreard, E., Bousquet, A., & Manzano, J. (1998). Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 49, 167-180.
- Roussi, P., & Vassilaki, E. (2001). The Applicability of the multiaxial model of coping to a Greek population. *Anxiety, Stress and Coping*, 14, 125-147.
- Rubertsson, C., Waldenstrom, U., & Wickberg, B. (2003). Depressive mood in early pregnancy: Prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21, 113-123.

- Sampselle, C.M., Seng J., Yeo, S.A., Killion, C., & Oakey, D. (1999). Physical activity and postpartum well-being. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 28, 41-49.
- Sarason, I., Levine, H., Basham, R., & Sarason, B. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Sarason, I., Sarason, B., Potter, E., & Antoni, M. (1985). Life events, social support and illness. *Psychometric Medicine*, 47, 156-163.
- Sarason, I., Sarason, B., Shearin, E., & Pierce, G. (1987). A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 497-510.
- Sauls, D.J. (2002). Effects of labor support on mothers, babies and birth outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing*, 31, 733-741.
- Secord, F.P., & Jourard, S.M. (1953). The appraisal of body-cathexis scale and the self. *Journal of Consulting Psychology*, 17, 343-347.
- Spiby, H., Henderson, B., Slade, P., Escott, D., & Fraser, R.B. (1999). Strategies for coping with labor: Does antenatal education translate into practice? *Journal of Advanced Nursing*, 29, 388-394.
- Stathopoulou, G., Powers, M., Berry, A., Smits, B., Smits, J., & Otto, M.W. (2006). Exercise interventions for mental health: a quantitative and qualitative review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13, 179-193.
- Strang, V., & Sullivan, P. (1985). Body image attitudes during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing*, 14, 332-337.

- Symons Downs, D., & Hausenblas, H. A. (2004). Women's exercise beliefs and behaviors during their pregnancy and postpartum. *Journal of Midwifery and Womens Health*, 49, 138-142.
- Tammentie, T., Paavilainen, E., Astedt-Kurki, P., & Tarkka, M.T. (2004). Family dynamics of postnatal depressed mothers- discrepancy between expectations and reality. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 65-74.
- Tammetnie, T., Tarkka, M.T., Astet-Kurki, P., Paavilainen, E., & Laippala, P. (2004). Family dynamics and postnatal depression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 141-149.
- Teissedre, F., & Chabrol, H. (2004). Detecting women at risk for postnatal depression using the edinburgh postnatal depression scale at 2 to 3 days postpartum. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 51-54.
- Theodorakis, Y. (1995). Effects of self-efficacy, satisfaction, and personal goals on swimming performance. *The Sport Psychology*, 9, 245-253.
- Theodorakis, Y. (1996). The influence of goals, commitment, self-efficacy and self-satisfaction on motor performance. *Journal of Applied Sport Psychology*, 8, 171-182.
- Tumblin, A., & Simkin, P. (2001). Pregnant women's perceptions of their nurse's role during labor and delivery. *Birth*, 28, 52-56.
- Turker, L.A. (1981). Internal structure, factor satisfaction, and reliability of the body cathexis scale. *Perceptual and Motor Skills*, 53, 891-896.
- Wadsworth, P. (2007). The benefits of exercise in pregnancy. *The Journal for Nursing Practitioners*, 3, 333-338.

- Wallace, A., Boyer, D., Dan, A., & Holm, K. (1986). Aerobic exercise, maternal self-esteem, and physical discomforts during pregnancy. *Journal of Nurse-Midwifery*, 31, 255-262.
- Webster, J., Pritchard, M., Creedy, D., & East, C. (2003). A simplified predictive index for the detection of women at risk for postnatal depression. *Birth*, 30, 101-107.
- Zlotnick, C., Johnson, S.L., Miller, I.W., Pearlstein, T., & Howard, M. (2001). Postpartum depression in women receiving public assistance: Pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *American Journal of Psychiatry*, 158, 638-640.

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αβραμίδου-Ιορδανίδου, Κ. (1991). *Νοσηλευτική Δ΄*. Θεσσαλονίκη: Διδακτικές σημειώσεις Αλεξάνδρειο Τ.Ε.Ι.
- Ακτσακλής, Α., & Σίμος, Γ. (1992). Ψυχικές διαταραχές της λοχείας. *Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία*, 5, 112-117.
- Βιβιλάκη, Β., & Δάγλα, Μ. (2007). Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της κατ'οίκον φροντίδας στη λοχεία. *Ελευθώ*, 12, 16-21.
- Δημητρίου, Χ.Ε., Βλάσσης, Γ., & Καλογερόπουλος Α. (1995). Ψυχικές διαταραχές της λοχείας. *Ψυχιατρική*, 6, 35-44.
- Δραγώνα, Θ. (1989). Κατάθλιψη μετά τον τοκετό: Οι ψυχοκοινωνικές της διαστάσεις. *Ψυχολογικά Θέματα*, 2, 33-47.
- Δράγωνα, Θ. (1992). Βιώνεται η μετάβαση στη γονεϊκή ιδιότητα ως κρίση; *Ψυχολογικά Θέματα*, 5, 355-369.

- Ζήση, Β. Ζ. (2001). *Συνήθης φυσική δραστηριότητα σε άτομα 60-70 ετών: Επιδράσεις στις αντιληπτικο-κινητικές και γνωστικές ικανότητες*. Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη.
- Ζουρλαδάνη, Α., Καδόγλου, Ν., & Πάντος, Γ. (2004). Άσκηση κατά τη διάρκεια της κύησης. *Hellenic Obstetrics and Gynecology*, 16, 51-59.
- Θεοδωράκης, Γ. (1999). Σωματική εικόνα, σωματική κάθεξη και ψυχική υγεία. *Αθλητική Απόδοση και Υγεία*, 1, 91-110.
- Θεοδωράκης, Γ., Μπαγιάτης, Κ., & Δογάνης, Γ. (1990). Αξιολόγηση της «Σωματικής Κάθεξης» γυναικών που συμμετέχουν σε πρόγραμμα αθλητισμού για αναψυχή. *Ψυχολογικά Θέματα*, 3, 49-63.
- Ιατράκης, Γ. (2004). *Βιβλίο Μαιευτικής*. Αθήνα: Εκδόσεις Δεσμός.
- Καδόγλου, Ν., Ζουρλαδάνη, Α., & Πάντος, Γ. (2003). Άσκηση και γαλουχία: Ωφέλιμος ή επικίνδυνος συνδυασμός; . *Hellenic Obstetrics and Gynecology*, 16, 221-228.
- Κελλαρτζής, Δ., Διδασκάλου, Θ., Μίκος, Θ. & Μπόντης, Ι. (2003). Κατάθλιψη της λοχείας. *Hellenic Obstetrics and Gynecology*, 15, 78-84.
- Κλεφταράς, Γ. (1998). *Η κατάθλιψη σήμερα: Περιγραφή, διάγνωση, θεωρίες και ερευνητικά δεδομένα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κρητικού, Μ., Μωρογιάννης, Φ., & Λώλης, Δ. (1996). Βραχύχρονη επιλόχειος μελαγχολία. *Πρακτικά 7^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Μαιών-Μαιευτών*, Χανιά.
- Λυκερίδου, Κ. (2003). *Λεοντολογία μαιών-μαιευτών*. Αθήνα: Εκδόσεις Zymel.
- Μελισσά-Χαλκιοπούλου, Χ. (1996). *Η εξελικτική και η κλινική ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Θεσσαλονίκη: Ιδιωτική έκδοση.
- Μπρατίδου, Σ. (2005). *Ψυχοσωματική προετοιμασία στην κύηση και τον τοκετό*. Θεσσαλονίκη: Διδακτικές σημειώσεις Αλεξάνδρειο Τ.Ε.Ι.

- Μπόντης, Ι. (2007). *Βασικές γνώσεις μαιευτικής & γυναικολογίας*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις University Studio Press.
- Μωραΐτου, Μ. (2002). Επιλόχεια κατάθλιψη: Ανασκόπηση. *Ελευθώ*, 7, 110-124.
- Μωραΐτου, Μ. (2004). *Το βίωμα της μητρότητας*. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Μωραΐτου, Μ. (2007). *Ψυχοσωματική ετοιμασία για τη μητρότητα*. Αθήνα: Εκδόσεις Παριζιάνου.
- Παπαζήσης, Γ. (2006). Επιλόχεια Ψύχωση. *Πρακτικά 4^{ης} Επιστημονικής Διημερίδας «Έρευνα και νεότερα δεδομένα στη Μαιευτική»*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Παριζιάνου.
- Παπανικολάου, Μ. (2007). *Η επίδραση της ψυχοσωματικής προετοιμασίας της εγκύου στην επιλόχεια κατάθλιψη*. Αδημοσίευτη μεταπτυχιακή διατριβή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Κομοτηνή.
- Ράμμου, Σ., & Παπαληγούρα, Ζ. (2007). Ο κίνδυνος εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης: Έρευνα σε ελληνικό δείγμα. *Επιστημονική Επετηρίδα*, 7, 443-463.
- Ράμμου, Σ., Παπαληγούρα, Ζ., & Κιοσέογλου, Γ. (2005). Η επιλόχεια κατάθλιψη σε Ελληνίδες μητέρες. *Πρακτικά 3^{ης} Επιστημονικής Διημερίδας «Έρευνα και νεότερα δεδομένα στη Μαιευτική»*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Παριζιάνου.
- Σταλίκας, Α., Τρίλιβα, Σ. & Ρούσση, Π. (2002). *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Ταουσάνη, Ε. (2003). Ψυχολογικές επιδράσεις της άσκησης στην εγκυμοσύνη και τη λοχεία. *Πρακτικά 1^{ης} Επιστημονικής Διημερίδας «Έρευνα και νεότερα δεδομένα στη Μαιευτική»*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Παριζιάνου.
- Χατζημιχάλογλου Α., Καλλία Θ. & Μπουρουτζόγλου Μ. (2005). Η επίδραση του άγχους της εγκύου στην ψυχοσωματική εξέλιξη του εμβρύου. *Ελευθώ*, 10, 61-67.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α:	Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Στοιχείων
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β:	Ερωτηματολόγιο Επιλόχειας Κατάθλιψης
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ:	Ερωτηματολόγιο Κοινωνικής Υποστήριξης
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ:	Ερωτηματολόγιο Σωματικής Κάθεξης
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε:	Ερωτηματολόγιο Αυτοαποτελεσματικότητας
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ:	Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1	Σημειώστε την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκετε:	<input type="checkbox"/> έως 19 ετών <input type="checkbox"/> 20-24 ετών <input type="checkbox"/> 25-29 ετών <input type="checkbox"/> 30-34 ετών <input type="checkbox"/> 35-39 ετών <input type="checkbox"/> 40 και πάνω
2	Εθνικότητα:	<input type="checkbox"/> Ελληνική <input type="checkbox"/> Αλλοδαπή, χώρα γέννησης:.....
3	Που κατοικείτε τώρα; (σημειώστε περιοχή)	<input type="checkbox"/> Αγροτική (500-2.000 κάτοικοι) <input type="checkbox"/> Ημιαγροτική (2.000-5.000 κάτοικοι) <input type="checkbox"/> Ημιαστική (5.000-10.000 κάτοικοι) <input type="checkbox"/> Αστική (10.000-100.000 κάτοικοι) <input type="checkbox"/> Αστικό κέντρο (100.000 κάτοικοι και πάνω)
4	Ποιο είναι το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε ολοκληρώσει;	<input type="checkbox"/> Απολυτήριο Δημοτικού <input type="checkbox"/> Απολυτήριο Γυμνασίου <input type="checkbox"/> Απολυτήριο Λυκείου <input type="checkbox"/> Πτυχίο ΙΕΚ ή Ιδιωτικής σχολής <input type="checkbox"/> Πτυχίο ΤΕΙ <input type="checkbox"/> Πτυχίο ΑΕΙ <input type="checkbox"/> Μεταπτυχιακό Δίπλωμα <input type="checkbox"/> Διδακτορικό Δίπλωμα
5	Σημειώστε την οικογενειακή σας κατάσταση:	<input type="checkbox"/> Άγαμη <input type="checkbox"/> Έγγαμη <input type="checkbox"/> Διαζευγμένη <input type="checkbox"/> Σε διάσταση <input type="checkbox"/> Χήρα
6	Μαζί με αυτό, πόσα παιδιά έχετε συνολικά;	<input type="checkbox"/> 1 παιδί <input type="checkbox"/> 2 παιδιά <input type="checkbox"/> 3 παιδιά <input type="checkbox"/> 4 παιδιά και πάνω
7	Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα:	<input type="checkbox"/> 0-12.000 ευρώ <input type="checkbox"/> 12.001-30.000 ευρώ <input type="checkbox"/> 30.001-50.000 ευρώ <input type="checkbox"/> 50.001 ευρώ και πάνω
8	Εργάζεστε;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι
	Αν ναι, σημειώστε τομέα:	<input type="checkbox"/> Δημόσιο τομέα <input type="checkbox"/> Ιδιωτικό τομέα <input type="checkbox"/> Ελεύθερο επάγγελμα <input type="checkbox"/> Αγροτικές εργασίες <input type="checkbox"/> Οικιακά
9	Καπνίζατε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι
	Αν ναι, περίπου πόσα τσιγάρα την ημέρα;	Αριθμός:
10	Καπνίζατε πριν την εγκυμοσύνη;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι
	Αν ναι, περίπου πόσα τσιγάρα την ημέρα;	Αριθμός:
11	Πως θα χαρακτηρίζατε την εγκυμοσύνη σας;	<input type="checkbox"/> Προγραμματισμένη <input type="checkbox"/> Απρογραμματίστη, αλλά καλοδεχούμενη <input type="checkbox"/> Σκέφτηκα τη λύση της έκτρωσης
12	Ο τοκετός που έλαβε χώρα;	<input type="checkbox"/> Δημόσιο νοσοκομείο <input type="checkbox"/> Ιδιωτική κλινική

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (Συνέχεια)

13	Είδος τοκετού;	<input type="checkbox"/> Φυσιολογικός τοκετός <input type="checkbox"/> Φυσιολογικός τοκετός με επισκληρίδιο αναισθησία <input type="checkbox"/> Επεμβατικός τοκετός (σικύα, εμβρυουλκός) <input type="checkbox"/> Εκλεκτική καισαρική τομή (λόγω προηγηθείσας καισαρικής τομής, ισχιακής προβολής) <input type="checkbox"/> Καισαρική τομή επιλογής <input type="checkbox"/> Επείγουσα καισαρική τομή	
14	Πως θα χαρακτηρίζατε τον τοκετό σας σαν εμπειρία;	<input type="checkbox"/> Πολύ θετική <input type="checkbox"/> Μάλλον θετική <input type="checkbox"/> Ανάμικτα συναισθήματα <input type="checkbox"/> Μάλλον αρνητική <input type="checkbox"/> Πολύ αρνητική	
15	Πως θα χαρακτηρίζατε τη συμπαράσταση του συντρόφου σας κατά τη διάρκεια της κύησης;	<input type="checkbox"/> Είχα όλη τη συμπαράσταση που χρειαζόμουν <input type="checkbox"/> Είχα σχεδόν όλη τη συμπαράσταση που χρειαζόμουν <input type="checkbox"/> Είχα αρκετή συμπαράσταση <input type="checkbox"/> Είχα λίγη συμπαράσταση <input type="checkbox"/> Δεν είχα καθόλου συμπαράσταση	
16	Έχετε παρακολουθήσει τα μαθήματα ψυχοσωματικής προετοιμασίας-ψυχοπροφύλαξης; (ενημέρωση, τεχνικές χαλάρωσης, ασκήσεις ενδυνάμωσης μυών)	<input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι	
	Αν όχι, γιατί;	<input type="checkbox"/> Δεν τα γνώριζα <input type="checkbox"/> Δεν ήθελα <input type="checkbox"/> Δεν είχα εύκολη πρόσβαση <input type="checkbox"/> Δεν είχα την οικονομική δυνατότητα <input type="checkbox"/> Άλλο:	
	Αν ναι, πως θα χαρακτηρίζατε τη συμβολή των μαθημάτων αυτών στη διαδικασία του τοκετού;	<input type="checkbox"/> Πολύ θετική <input type="checkbox"/> Μάλλον θετική <input type="checkbox"/> Αδιάφορη <input type="checkbox"/> Μάλλον αρνητική <input type="checkbox"/> Πολύ αρνητική	
17	Γυμναζόσασταν πριν την εγκυμοσύνη;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	
	Αν ναι, πόσες φορές;	<input type="checkbox"/> 1-2 φορές την εβδομάδα <input type="checkbox"/> 3-4 φορές την εβδομάδα <input type="checkbox"/> 5-7 φορές την εβδομάδα <input type="checkbox"/> λίγες φορές το μήνα	
18	Γυμναζόσασταν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης;	<input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Ναι	
	Αν ναι, τι είδους άσκηση κάνατε;	<input type="checkbox"/> Περπάτημα <input type="checkbox"/> Αεροβικές ασκήσεις <input type="checkbox"/> Ασκήσεις με βάρακια <input type="checkbox"/> Γιόγκα <input type="checkbox"/> Άλλο:	
19	Με πόσα κιλά ξεκινήσατε την εγκυμοσύνη;	<input type="checkbox"/> 40-44 <input type="checkbox"/> 45-49 <input type="checkbox"/> 50-54 <input type="checkbox"/> 55-59 <input type="checkbox"/> 60-64	<input type="checkbox"/> 65-69 <input type="checkbox"/> 70-74 <input type="checkbox"/> 75-79 <input type="checkbox"/> 80-84 <input type="checkbox"/> 85-90
20	Πόσα κιλά πήρατε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης;	<input type="checkbox"/> έως 10 κιλά <input type="checkbox"/> 10-15 κιλά <input type="checkbox"/> 16-20 κιλά	<input type="checkbox"/> 21-25κιλά <input type="checkbox"/> 26-30 κιλά <input type="checkbox"/> πάνω από 30 κιλά

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Αγαπητή λεχώνα, πώς νιώθετε;

Καθώς πρόσφατα αποκτήσατε μωρό, θα θέλαμε να ξέρουμε πώς νιώθετε. Παρακαλώ κυκλώστε την απάντηση που εκφράζει περισσότερο το πώς νιώθετε τις τελευταίες 7 ημέρες και όχι το πώς νιώθετε σήμερα μόνον. Είναι καλό να αποφεύγετε να συζητήσετε τις απαντήσεις σας με άλλα άτομα. Απαντήστε και στις 10 προτάσεις που ακολουθούν.

Ακολουθεί ένα συμπληρωμένο παράδειγμα:

1) Ένιωθα χαρούμενη.

A. Ναι, τον περισσότερο καιρό.

B. Ναι, μερικές φορές.

Γ. Όχι, όχι και πολύ συχνά.

Δ. Όχι καθόλου.

Η παραπάνω απάντηση υποδεικνύει ότι η συγκεκριμένη μητέρα ένιωσε χαρούμενη μερικές φορές κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 7 ημερών.

Παρακαλώ απαντήστε τώρα στις επόμενες 10 προτάσεις με τον ίδιο τρόπο. Απαντήστε όσο πιο ειλικρινά μπορείτε. Να θυμάστε ότι οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές και πως δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις, παρά μόνον το πως νιώθετε εσείς τις 7 τελευταίες ημέρες!

Τις τελευταίες 7 ημέρες...

1) Ήμουν σε θέση να γελάσω και να δω τη διασκεδαστική πλευρά της ζωής...

A. Όπως πάντα μπορούσα να κάνω.

B. Όχι και πολύ.

Γ. Οποσδήποτε όχι και τόσο πολύ.

Δ. Καθόλου.

2) Περίμενα τα διάφορα πράγματα με ευχαρίστηση...

A. Όπως έκανα πάντα.

B. Μάλλον λιγότερα απ' ό,τι συνηθίζω.

Γ. Οποσδήποτε λιγότερο απ' ό,τι συνηθίζω.

Δ. Σχεδόν καθόλου.

3) Κατηγόρησα άδικα τον εαυτό μου όταν τα πράγματα πήγαν στραβά...

A. Ναι, τις περισσότερες φορές.

B. Ναι, μερικές φορές.

Γ. Όχι, πολύ συχνά.

Δ. Όχι, ποτέ.

4) Είχα άγχος και ανησυχία χωρίς λόγο...

A. Όχι, καθόλου.

B. Σχεδόν καθόλου.

Γ. Ναι, μερικές φορές.

Δ. Ναι, πολύ συχνά.

5) Αισθάνθηκα φοβισμένη ή πανικοβλημένη χωρίς λόγο...

A. Ναι, αρκετά.

B. Ναι, μερικές φορές.

Γ. Όχι, όχι και πολύ.

Δ. Όχι, καθόλου.

6) Αισθάνθηκα πολύ πιεσμένη...

A. Ναι, τις περισσότερες φορές δεν μπόρεσα να τα βγάλω πέρα.

B. Ναι, μερικές φορές δεν τα έβγαλα πέρα τόσο καλά όσο συνήθως.

Γ. Όχι τις περισσότερες φορές τα έβγαλα πέρα αρκετά καλά.

Δ. Όχι τα κατάφερα όπως πάντα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ (Συνέχεια)

7) Αισθανόμουν τόσο δυστυχής που είχα δύσκολο ύπνο:

- A. Ναι, τις περισσότερες φορές.
- B. Ναι, μερικές φορές.
- Γ. Όχι, και πολύ συχνά.
- Δ. Όχι, καθόλου.

8) Αισθανόμουν πολύ θλιμμένη ή αξιοθρήνητη...

- A. Ναι, τις περισσότερες φορές.
- B. Ναι, μερικές φορές.
- Γ. Όχι, και πολύ συχνά.
- Δ. Όχι, καθόλου.

9) Αισθανόμουν τόσο δυστυχής που με έπιαναν τα κλάματα...

- A. Ναι, τις περισσότερες φορές.
- B. Ναι, μερικές φορές.
- Γ. Όχι, και πολύ συχνά.
- Δ. Όχι, καθόλου.

10) Μου ήρθε η σκέψη να βλάψω τον εαυτό μου...

- A. Ναι, αρκετά συχνά.
- B. Κάποια φορά.
- Γ. Σχεδόν ποτέ.
- Δ. Ποτέ.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

Οδηγίες:

Οι ερωτήσεις που ακολουθούν αναφέρονται στα άτομα του περιβάλλοντός σας που πιθανόν να σας παρείχαν βοήθεια καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και των πρώτων ημερών της λοχείας που διανέυετε. Βασιζόμενη στην εξαβάθμια κλίμακα που παρουσιάζεται παρακάτω, αναφέρετε το πόσο ικανοποιημένη ήσαστε από τη γενικότερη υποστήριξη που είχατε στις περιόδους αυτές. Στην περίπτωση που δεν είχατε καθόλου υποστήριξη, παρακαλώ σημειώστε με ένα (✓) την επιλογή «Κανένας».

Παράδειγμα:

	Θέμα	Γυναικολόγο	Μαία	Σύντροφο	Οικογένεια	Φίλο/η	Κανένας
0	Ποιόν/α μπορείτε να εμπιστευθείτε με πληροφορίες που μπορεί να σας δημιουργήσουν πρόβλημα;	5	5	4	3	4	

Εκτιμήστε τώρα τα θέματα 1-6 όσο ειλικρινέστερα μπορείτε, χρησιμοποιώντας την παρακάτω κλίμακα αξιολόγησης της βοήθειας, υποστήριξης που σας παρείχαν άτομα του περιβάλλοντός σας.

1	2	3	4	5	6
καθόλου ικανοποιημένη	ελάχιστα ικανοποιημένη	λίγο ικανοποιημένη	Αρκετά Ικανοποιημένη	πολύ ικανοποιημένη	Απόλυτα ικανοποιημένη

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και των πρώτων ημερών της λοχείας που διανέυετε:

	Θέματα	Γυναικολόγο	Μαία	Σύντροφο	Οικογένεια	Φίλο/η	Κανένας
1	Σε ποιον μπορούσατε να στηριχθείτε έτσι ώστε να μειωθεί η ανησυχία σας όταν βιώνατε στρες;						
2	Σε ποιόν/α μπορούσατε να στηριχθείτε πραγματικά για να σας βοηθήσει να νιώσετε περισσότερο χαλαρή όταν ήσασταν πιεσμένη ή νιώθατε ένταση;						
3	Ποιός/α σας δεχόταν όπως πραγματικά ήσασταν με τα καλά σας και με τα κακά σας;						
4	Σε ποιόν/α μπορούσατε πραγματικά να στηριχθείτε να σας φροντίσει ανεξάρτητα από το τι σας συνέβαινε;						
5	Σε ποιόν/α μπορούσατε πραγματικά να στηριχθείτε για να σας βοηθήσει να νιώσετε καλύτερα όταν ήσασταν γενικά πιεσμένη;						
6	Σε ποιόν/α μπορούσατε να στηριχθείτε να σας παρηγορήσει όταν ήσασταν πολύ αναστατωμένη;						

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΘΕΞΗΣ

Μηπροστά σας έχετε μια λίστα με αρκετά μέρη του σώματος και λειτουργίες του οργανισμού σας. Παρακαλώ να περιγράψετε τον εαυτό σας όπως εσείς τον βλέπετε, όπως εσείς τον φαντάζεστε.

	Αισθάνομαι πολύ άσχημα	Αισθάνομαι άσχημα	Δεν αισθάνομαι κάτι ιδιαίτερο	Αισθάνομαι καλά	Αισθάνομαι πολύ καλά
Μαλλιά	α	β	γ	δ	ε
Δέρμα του προσώπου	α	β	γ	δ	ε
Όρεξη	α	β	γ	δ	ε
Χέρια	α	β	γ	δ	ε
Τρίχωμα του σώματος	α	β	γ	δ	ε
Μύτη	α	β	γ	δ	ε
Φυσική αντοχή	α	β	γ	δ	ε
Χώνεψη	α	β	γ	δ	ε
Σωματική δύναμη	α	β	γ	δ	ε
Αυτιά	α	β	γ	δ	ε
Ζωντάνια	α	β	γ	δ	ε
Πλάτη	α	β	γ	δ	ε
Περιφέρεια μέσης-πλάτης	α	β	γ	δ	ε
Ηλικία	α	β	γ	δ	ε
Πηγούνι	α	β	γ	δ	ε
Σωματική διάπλαση	α	β	γ	δ	ε
Προφίλ	α	β	γ	δ	ε
Ύψος	α	β	γ	δ	ε
Αντοχή στον πόνο	α	β	γ	δ	ε
Πλάτος των ώμων	α	β	γ	δ	ε
Μπράτσα	α	β	γ	δ	ε
Στήθος	α	β	γ	δ	ε
Μάτια	α	β	γ	δ	ε
Συντονισμός κινήσεων	α	β	γ	δ	ε
Γοφοί	α	β	γ	δ	ε
Αντοχή στις αρρώστιες	α	β	γ	δ	ε
Πόδια	α	β	γ	δ	ε
Εμφάνιση δοντιών	α	β	γ	δ	ε
Συνολική εμφάνιση	α	β	γ	δ	ε
Μύες	α	β	γ	δ	ε
Ύπνος	α	β	γ	δ	ε
Φωνή	α	β	γ	δ	ε
Υγεία	α	β	γ	δ	ε
Επιδεξιότητα- δεξιότητες	α	β	γ	δ	ε
Γόνατα	α	β	γ	δ	ε
Ευκινησία-ευλυγισία	α	β	γ	δ	ε
Πρόσωπο	α	β	γ	δ	ε
Βάρος	α	β	γ	δ	ε
Γεννητικά όργανα	α	β	γ	δ	ε

Διαβάστε κάθε ένα από αυτά τα μέρη προσεκτικά και μετά επιλέξτε **1 μόνον** από τις 5 απαντήσεις που βρίσκονται στις δεξιές στήλες και η οποία εκφράζει το πως εσείς αισθάνεστε για το συγκεκριμένο μέρος του σώματός σας. Συμπληρώστε όλες τις ερωτήσεις. Ούτε εδώ υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

Βάλτε σε κύκλο το γράμμα που αντιπροσωπεύει καλύτερα εσάς!

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Οδηγίες

Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά την κάθε ερώτηση. Επιλέξτε **1** μόνο αριθμό που εκφράζει όσο σωστότερα γίνεται το ποσοστό σιγουριάς σας για την κάθε ερώτηση. Το 0% αντιστοιχεί στο «καθόλου σίγουρη» και το 100% στο «απόλυτα σίγουρη». Δεν υπάρχει σωστό ή λάθος ποσοστό σιγουριάς, αλλά το τι πραγματικά πιστεύετε εσείς τώρα,

Πόσα κιλά σας έμειναν μετά τον τοκετό;.....

Πόσο σίγουρη είστε ότι μπορείτε να χάσετε τα κιλά που έμειναν από την εγκυμοσύνη σε 12 μήνες;											
1	0 Καθόλου σίγουρη	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100 Απόλυτα σίγουρη
Πόσο σίγουρη είστε ότι μπορείτε να χάσετε τα κιλά που έμειναν από την εγκυμοσύνη σε 10 μήνες;											
2	0 Καθόλου σίγουρη	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100 Απόλυτα σίγουρη
Πόσο σίγουρη είστε ότι μπορείτε να χάσετε τα κιλά που έμειναν από την εγκυμοσύνη σε 8 μήνες;											
3	0 Καθόλου σίγουρη	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100 Απόλυτα σίγουρη
Πόσο σίγουρη είστε ότι μπορείτε να χάσετε τα κιλά που έμειναν από την εγκυμοσύνη σε 6 μήνες;											
4	0 Καθόλου σίγουρη	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100 Απόλυτα σίγουρη
Πόσο σίγουρη είστε ότι μπορείτε να χάσετε τα κιλά που έμειναν από την εγκυμοσύνη σε 4 μήνες;											
5	0 Καθόλου σίγουρη	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100 Απόλυτα σίγουρη

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Στ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ

Οδηγίες:

Έχετε μπροστά σας 10 προτάσεις που περιγράφουν το πόσο εκτιμάτε εσείς η ίδια τον εαυτό σας. Διαβάστε την κάθε μια προσεκτικά και επιλέξτε 1 από τις 5 επιλογές απαντήσεων που έχετε στις εκ' δεξιών στήλες. Τσεκάρετε «✓» το κουτάκι που σας εκφράζει ειλικρινέστερα.

		Σχεδόν πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
1	Αισθάνομαι ότι αξίζω, τουλάχιστον όσο και οι άλλοι άνθρωποι					
2	Αισθάνομαι ότι έχω αρκετές αρετές					
3	Είμαι σε θέση να κάνω πράγματα το ίδιο καλά όπως πολλοί άλλοι άνθρωποι					
4	Δεν αισθάνομαι περήφανη για τον εαυτό μου					
5	Παραδέχομαι τον εαυτό μου					
6	Μερικές φορές νομίζω ότι δεν είμαι καθόλου καλή					
7	Είμαι χρήσιμο άτομο για τους γύρω μου					
8	Νομίζω ότι δεν μπορώ να κάνω τίποτα σωστό					
9	Όταν κάνω μια δουλειά, την κάνω καλά					
10	Αισθάνομαι ότι η ζωή μου δεν είναι πολύ χρήσιμη					