



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**



**ΤΟΜΕΑΣ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΩΝ
ΟΡΓΑΝΩΝ**

Διδακτορική Διατριβή

**«Η επίδραση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στην
εμφάνιση καταθλιπτικών διαταραχών στις μητέρες κατά τη
διάρκεια της κύησης και της λοχείας. Η συμβολή της
ψυχοπροφυλακτικής ως μέσου πρόληψης»**

υπό
**ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑΣ ΝΑΤΣΙΟΥ
ΜΑΙΑΣ**

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Διδακτορικού Διπλώματος

Λάρισα, 2023

© 2023 ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΝΑΤΣΙΟΥ

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας δεν υποδηλώνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα (σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 202, παράγραφος 2 του Ν.5343/1932).

Εγκρίθηκε από τα Μέλη της Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής (5^η/01-04-2009 ΓΣΕΣ):

1^{ος} Εξεταστής (Επιβλέπων)	Κωνσταντίνος Μπονώτης Μον. Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
2^{ος} Εξεταστής	Κωνσταντίνος Νταφόπουλος Καθηγητής Μαιευτικής – Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
3^{ος} Εξεταστής	Αντώνιος Γκαράς Μον. Επίκουρος Καθηγητής Μαιευτικής – Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
4^{ος} Εξεταστής	Κωνσταντίνος Τεπετές Καθηγητής Γενικής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
5^{ος} Εξεταστής	Χρήστος Ρούντας Αναπλ. Καθηγητής Ακτινολογίας και Επεμβατικής Ακτινολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
6^{ος} Εξεταστής	Χριστίνα Μεσσήνη Μον. Επίκουρος Καθηγήτρια Μαιευτικής – Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
7^{ος} Εξεταστής	Νικηφόρος Αγγελόπουλος Ομότιμος Καθηγητής Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Χωρίς τη συνδρομή των ανθρώπων, που στάθηκαν στο πλάι μου όλα αυτά τα χρόνια, θα ήταν εξαιρετικά δύσκολο να ολοκληρώσω τη διατριβή μου.

Το πρώτο ευχαριστώ δικαιωματικά το οφείλω στον επιβλέποντά μου Μόνιμο Επίκουρο Καθηγητή Ψυχιατρικής κ. Μπονώτη Κωνσταντίνο, για την αμέριστη στήριξη και την πολύπλευρη συμπαράστασή του σε κάθε στάδιο αυτού του εγχειρήματος. Τον ευχαριστώ θερμά για τη διαρκή επιστημονική καθοδήγησή του, τις συμβουλές του και για την ελευθερία και τον σεβασμό που επέδειξε στις ερευνητικές επιλογές μου.

Οφείλω να ευχαριστήσω και τα άλλα δύο μέλη της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής τον Καθηγητή Μαιευτικής και Γυναικολογίας κ. Νταφόπουλο Κωνσταντίνο και τον Μόνιμο Επίκουρο Καθηγητή Μαιευτικής και Γυναικολογίας κ. Γκαρά Αντώνιο, που με τις επισημάνσεις τους συνέβαλαν, ώστε η μελέτη αυτή να βελτιωθεί ουσιαστικά.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά και τα υπόλοιπα μέλη της επταμελούς επιτροπής τον Καθηγητή Γενικής Χειρουργικής κ. Τεπετέ Κωνσταντίνο, τον Αναπληρωτή Καθηγητή Ακτινολογίας και Επεμβατικής Ακτινολογίας κ. Ρούντα Χρήστο, την Μόνιμη Επίκουρο Καθηγήτρια Μαιευτικής και Γυναικολογίας κ. Μεσσήνη Χριστίνα και τον Ομότιμο Καθηγητή Ψυχιατρικής κ. Αγγελόπουλο Νικηφόρο, που με τίμησαν με τη συμμετοχή και τη συμβολή τους, με υποστήριξαν και έδειξαν ενδιαφέρον και εμπιστοσύνη στην προσπάθειά μου αυτή. Ιδιαίτέρως, τους/την ευχαριστώ, γιατί σεβάστηκαν την προσέγγισή μου και συνέβαλαν εποικοδομητικά στην ευδοκίμηση αυτής της προσπάθειας.

Θα ήθελα επίσης, να ευχαριστήσω τον Ψυχίατρο/Επιμελητή Α΄ ΠΠΓΝΛ κ. Καραουλάνη Σωκράτη, που χωρίς την προσωπική του συμβολή και παρέμβαση θα ήταν εξαιρετικά δύσκολο να πραγματοποιηθεί αυτή μου η επιθυμία.

Επιπλέον, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω όλες τις έγκυες γυναίκες, που συνέβαλαν στην υλοποίηση της μελέτης αυτής.

Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου για την ανιδιοτελή στήριξή τους και ιδιαίτερα τη μητέρα μου, που αγόγγυστα προσέφερε τη βοήθεια της ηθικά και έμπρακτα καθημερινά.

Τέλος, μια απλή ευχαριστία δεν θα ήταν αρκετή, ώστε να εκφράσω αυτό που αισθάνομαι για τη στήριξη του συζύγου μου κ. Καραφύλλη Νικοδήμου. Με την υπομονή και την κατανόησή του συνέβαλε καθοριστικά, ώστε να εκπληρώσω αυτή μου την επιθυμία, στηρίζοντάς με τόσο ηθικά όσο και πρακτικά. Τον ευχαριστώ για τη διαρκή συμπαράσταση που μου προσέφερε από την αρχή έως το τέλος, για τις ατελείωτες ώρες συζήτησης και για τη χαρά και τον ενθουσιασμό, με τον οποίο μοιράστηκε κάθε μου εύρημα. Τον ευχαριστώ επίσης θερμά για την ακλόνητη πίστη του ότι «θα τα καταφέρουμε». Πιστεύω και ελπίζω το μέλλον να μας δικαιώσει. Ολοκληρώνοντας το κεφάλαιο των ευχαριστιών, το πιο γλυκό και τρυφερό μου ευχαριστώ το οφείλω στα δύο αγγελοúδια μας, τον Μιχαήλ και τον Αλέξανδρο που ήρθαν στη ζωή μας κάπου στην αρχή αυτής της διαδρομής, για να την γεμίσουν με παιδικά γέλια, φωνούλες και σφιχτές αγκαλιές. Σε εκείνα και στο μπαμπά τους αφιερώνω την διδακτορική μου διατριβή.

ΣΥΝΤΟΜΟ ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Η κ. Κωνσταντίνα Νάτσιου γεννήθηκε στη Λάρισα. Αποφοίτησε από το τμήμα Μαιευτικής του πρώην ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης το 2002. Είναι κάτοχος μεταπτυχιακού διπλώματος ειδίκευσης του Τμήματος Νοσηλευτικής του πρώην Τεχνολογικού Ιδρύματος Θεσσαλίας από το 2016 με θέμα: « Επίπεδα άγχους και κατάθλιψης των εγκύων γυναικών στη διάρκεια της κύησης που προσέρχονται στα μαθήματα του τμήματος ψυχοπροφυλακτικής προετοιμασίας στη Μ.Υ. – Π.Ε.Δ.Υ. ΛΑΡΙΣΑΣ».

Είναι Υποψήφια Διδάκτορας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας από το 2018 με θέμα: «Η επίδραση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στην εμφάνιση καταθλιπτικών διαταραχών στις μητέρες κατά τη διάρκεια της κύησης και της λοχείας. Η συμβολή της ψυχοπροφυλακτικής ως μέσου πρόληψης».

Εργάστηκε από το 2004 - 2005 στο ΠΠΓΝΛΑΡΙΣΑΣ στο τμήμα Μαιευτικής και Γυναικολογικής κλινικής.

Από τον Ιούλιο του 2005 – Ιούνιο 2008 εργάστηκε στη Μαιευτική – Γυναικολογική κλινική Λάρισας EUROMEDICA ΘΕΟΤΟΚΟΣ Α.Ε. σε υπηρεσίες ειδικότητας Μαιευτικής – Γυναικολογίας.

Τον Αύγουστο του 2008 διορίστηκε στο ΙΔΡΥΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ σε θέση Τ.Ε. Μαιευτικής.

Βρίσκεται στο τμήμα Οικογενειακού Προγραμματισμού (λήψεις TEST PAP), και στο τμήμα Προετοιμασίας Γονεϊκότητας (ανώδυνος τοκετός) στο ΚΥ Λάρισας.

Όσον αναφορά στο εκπαιδευτικό της υπόβαθρο είναι κάτοχος πτυχίου MICROSOFT OFFICE SPECIALIST OFFICIAL CERTIFICATION (2004),

καθώς και κάτοχος πτυχίου άριστης γνώσης της Αγγλικής γλώσσας ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ WESTMINSTER CERTIFICATE IN PROFICIENT COMMUNICATION ΤΟΥ EDEXCEL INTERNATIONAL LONDON EXAMINATIONS (2005).

Το 2018 δημοσιεύθηκε η διπλωματική της εργασία στο Επιστημονικό Περιοδικό Μαιών-Μαιευτών Ελλάδος :

Κωνσταντίνα Νάτσιου, Αλέξανδρος Θωμάς, Σωκράτης Καραουλάνης, Κωνσταντίνος Τσάρας, Σιδέρης Μπακούρας, Κωνσταντίνος Μπονώτης .Επίπεδα

άγχους και κατάθλιψης των εγκύων στην κύηση που προσέρχονται στα Μαθήματα Προετοιμασίας Γονεϊκότητας στο Κ.Υ. Λάρισας. ΕΛΕΥΘΩ Τομ. 1, Αρ. 3 (2018):4^η περίοδος (2018-) Τεύχος 3, Τόμος 1

Το Μάιο του 2022, κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της διδακτορικής της διατριβής, συμμετείχε σε πανελλήνιο συνέδριο παρουσιάζοντας την παρακάτω αναρτημένη ανακοίνωση:

Νάτσιου, Κ., Καραουλάνης, Σ., Νταφόπουλος, Κ., Γκαράς, Α., Κρομμύδας, Γ., Μπονώτης, Κ. (2022, Μάιος). Η επίδραση ψυχοκοινωνικών παραγόντων και της ψυχοπροφύλαξης στις καταθλιπτικές διαταραχές της μητέρας. Αναρτημένη ανακοίνωση στο 30^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη.

Το 2023 δημοσιεύθηκαν στο περιοδικό “Women’s Health Reports” τα κύρια ευρήματα της Διδακτορικής της Διατριβής :

Natsiou K, Karaoulanis SE, Dafopoulos K, Garas A, Bonotis K. The Effect of Socioeconomic Factors on Maternal Perinatal Depressive Symptoms and the Contribution of Group Prenatal Support as a Preventive Measure. Womens Health Rep (New Rochelle). 2023 Jan 24;4(1):31-38. doi: 10.1089/whr.2022.0042. PMID: 36727096; PMCID: PMC9883668.

**«Η επίδραση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στην εμφάνιση
καταθλιπτικών διαταραχών στις μητέρες κατά τη διάρκεια της
κύησης και της λοχείας. Η συμβολή της ψυχοπροφυλακτικής ως
μέσου πρόληψης»**

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΝΑΤΣΙΟΥ

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τμήμα Ιατρικής, 2023

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. **Κωνσταντίνος Μπονώτης** Μον. Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (Επιβλέπων)
2. **Κωνσταντίνος Νταφόπουλος** Καθηγητής Μαιευτικής –
Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας
3. **Αντώνιος Γκαράς** Μον. Επίκουρος Καθηγητής Μαιευτικής –
Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	9
Abstract	11
Εισαγωγή	13
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	20
1.Ψυχοσωματικές αλλαγές κατά την κύηση και τη λοχεία	21
2.Καταθλιπτικές διαταραχές κατά την κύηση και τη λοχεία	25
2.1Η προγεννητική κατάθλιψη	31
2.2Η επιλόχειος μελαγχολία	35
2.3Η επιλόχειος κατάθλιψη	38
3.Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία	42
3.1 Ψυχικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην κύηση και τη λοχεία	44
4.Η ψυχοπροφυλακτική	49
4.1Η μέθοδος Lamaze	54
4.2 Η επίδρασή της στην έκβαση του τοκετού	56
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	62
5.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	63
6.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	69
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	82
Βιβλιογραφία	88
Παράρτημα Α	106
The Effect of Socioeconomic Factors on Maternal Perinatal Depressive Symptoms and the Contribution of Group Prenatal Support as a Preventive Measure	106
Abstract	106
Παράρτημα Β : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	108
Παράρτημα Γ: ΕΝΤΥΠΑ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ	120
Παράρτημα Δ: ΒΕΒΑΙΩΣΕΙΣ-ΠΡΑΚΤΙΚΑ	122

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή : Η ευρωπαϊκή και ελληνική χρηματοπιστωτική αναταραχή που ξεκίνησε το 2007, είχε δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού. Ειδικότερα, έχουν αναφερθεί αύξηση αρνητικών παραμέτρων στην εγκυμοσύνη και τη λοχεία σε ότι αφορά τη ψυχική υγεία της μητέρας και σε επιπλοκές που αφορούν στο κύημα και το νεογνό. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να αξιολογήσει, εάν οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες συμβάλλουν στην επιλόχεια μελαγχολία και εάν η ψυχοπροφύλαξη, στο πλαίσιο της ομαδικής προγεννητικής εκπαίδευσης και υποστήριξης, μπορεί να έχει ευεργετική επίδραση.

Μεθοδολογία: Το δείγμα της μελέτης περιελάμβανε 414 έγκυες γυναίκες, εξίσου χωρισμένες σε ομάδα ψυχοπροφυλακτικής (πειραματική) και τυπικής φροντίδας (ελέγχου). Πραγματοποιήθηκαν έξι συνεδρίες ψυχοπροφυλακτικής (μέθοδος Lamaze), με δύο κάθε εβδομάδα διάρκειας 2 ωρών η καθεμία, σε ομάδες των πέντε ατόμων, στο αστικό Κέντρο Υγείας της Λάρισας, Ελλάδα. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα κάτωθι ερωτηματολόγια: α) ερωτήσεις κλειστού τύπου σχετικά με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, το ιατρικό και το μαιευτικό ιστορικό, β) την κλίμακα κατάθλιψης Hamilton, γ) ερωτηματολόγιο για την επιλόχεια μελαγχολία (Maternity Blues -BQ), δ) την κλίμακα Holmes & Rahe αγχογόνων γεγονότων ζωής και ε) κλίμακα επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης. Οι διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων και εντός των ομάδων σε διαφορετικά χρονικά σημεία, αξιολογήθηκαν με αμφίδρομη δοκιμασία ANOVA επαναλαμβανόμενων μετρήσεων.

Αποτελέσματα: Η βαθμολογία της επιλόχειας μελαγχολίας, της κατάθλιψης σε όλα τα χρονικά σημεία, των αγχογόνων γεγονότων ζωής και η βαθμολογία οικονομικών δυσκολιών, σχετίζονταν όλα σημαντικά μεταξύ τους και στις δύο ομάδες, σε όλες τις

χρονικές στιγμές ($p < 0,01$). Αντιθέτως, η συσχέτιση μεταξύ οικονομικών δυσκολιών και επιλόχειας μελαγχολίας/κατάθλιψης δεν παρατηρήθηκε μετά τον τοκετό στην ομάδα παρέμβασης. Οι οικονομικές δυσκολίες, η κατάθλιψη και οι συνεδρίες ψυχοπροφυλακτικής, αναδύθηκαν ως ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες της βαθμολογίας της επιλόχειας μελαγχολίας, με την μεταβλητή της ομάδας παρέμβασης/ελέγχου να σχετίζεται σημαντικά με την μείωση της επιλόχειας μελαγχολίας.

Συμπέρασμα: Αν και η οικονομική κατάσταση, καθώς και η κατάθλιψη συνέχισαν να παίζουν ρόλο, η αποτρεπτική συμβολή της ψυχοπροφυλακτικής, ήταν η πιο σημαντική παράμετρος στο τελικό προγνωστικό μοντέλο της επιλόχειας μελαγχολίας. Τα αποτελέσματα της μελέτης μας, δείχνουν δυνατότητες πρόληψης της επιλόχειας μελαγχολίας και προτείνουν ενδιαφέρουσες υποθέσεις για μελλοντικές παρεμβάσεις.

Λέξεις κλειδιά: ψυχοπροφύλαξη, επιλόχεια κατάθλιψη, επιλόχεια μελαγχολία, στρες ζωής, έγκυες γυναίκες, λοχεία, οικονομική κρίση

Abstract

Background: The European and Greek financial turmoil that began in 2007 had adverse effects on the health of the population. In particular, an increase in negative parameters in pregnancy and postpartum period has been reported regarding the mental health of the mother and complications related to the fetus and the newborn. The purpose of this study was to evaluate whether socioeconomic factors contribute to postpartum blues, and whether psychoprophylaxis in the context of group prenatal education and support may have a beneficial effect.

Methodology: The sample study was comprised of 414 pregnant women equally divided into psychoprophylaxis(experimental group) and standard care(control group). There were six psychoprophylaxis sessions(method Lamaze), with two each week lasting 2 hours each, in groups of five people at the urban health center of Larissa, Greece. The following questionnaires were used to collect the data: a) closed-type questions about sociodemographic characteristics, medical, and obstetric history, b) the Hamilton Depression Scale, c) questionnaire for postpartum blues (Maternity Blues -BQ), d) the Holmes & Rahe stressful life events scale and e) a scale of effects of the economic crisis. Differences between the two groups and within the groups at different time points were assessed by two-way repeated measures ANOVA tests.

Results: Maternity blues score, depression score at all time points, life stress events score and financial difficulties score were all significantly related to each other in both groups at all time points ($p<0.01$). On the contrary, the correlation between financial difficulties and maternity blues/depression was not observed after delivery in the intervention group. Financial difficulties, depression, and psychoprophylaxis

sessions were emerged as independent prognostic factors of maternity blues score, with the intervention/control group variable being significantly associated with a reduction in postpartum blues.

Conclusion: Although financial status as well as depression continued to play a role, the deterrent contribution of psychoprophylaxis was the most important parameter in the final maternity blues prognostic model. The results of our study show a potential for the prevention of maternity blues and suggest interesting hypotheses for future interventions.

Keywords: psychoprophylaxis, maternal depression, maternity blues, life stress events, pregnant women, postpartum period, economic crisis

Εισαγωγή

Η κυοφορία, εκτός από τις σωματικές και βιολογικές αλλαγές στη μέλλουσα μητέρα, προκαλεί αλλαγές και σε ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Η εγκυμοσύνη και ειδικά η πρώτη, είναι μια δυνατή ψυχολογική εμπειρία, καθώς οι γυναίκες δεν αντιμετωπίζουν μόνο μια εντελώς νέα κατάσταση, αλλά εισέρχονται σε μια περίοδο, η οποία είναι κρίσιμη για τον μετέπειτα ρόλο τους ως μητέρες. Αντιπροσωπεύοντας λοιπόν, την πραγμάτωση του ανθρώπινου είδους, η κυοφορία αντιμετωπίζεται ως ένα σύνθετο βιο-ψυχοκοινωνικό φαινόμενο, στο οποίο οι σωματικές αλλαγές συνοδεύονται από αλλαγές στον ψυχισμό και στις αλληλεπιδράσεις με το κοινωνικό περιβάλλον [1].

Η προγεννητική κατάθλιψη είναι ένα από τα συχνά προβλήματα κατά τη διάρκεια της κύησης με μέγεθος 20% έως 30% παγκοσμίως, που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τις ζωές των γυναικών και των απογόνων τους. Εφόσον η προγεννητική κατάθλιψη είναι ένα συχνό πρόβλημα, ο έλεγχος των δραστηριοτήτων κατάθλιψης στις υπηρεσίες προγεννητικής φροντίδας πρέπει να τονίζεται, δίνοντας έμφαση στις ανύπαντρες γυναίκες, εκείνες με χαμηλό επίπεδο εισοδήματος και στις νοικοκυρές [2].

Η κύηση είναι μια περίοδος αυξημένης ευπάθειας για την ανάπτυξη άγχους και κατάθλιψης. Άλλοι σχετικοί παράγοντες, που σχετίζονται με την προγεννητική κατάθλιψη ή το άγχος είναι: έλλειψη συντρόφου, ιστορικό κακοποίησης, ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, ανεπιθύμητα γεγονότα στη ζωή, υψηλό αντιληπτό στρες και απώλεια εγκυμοσύνης.

Τα αποτελέσματα των μελετών δείχνουν την περίπλοκη αιτιολογία της προγεννητικής κατάθλιψης και του άγχους. Η χορήγηση ενός εργαλείου διαλογής για τον εντοπισμό των γυναικών, που κινδυνεύουν από άγχος και κατάθλιψη κατά τη

διάρκεια της κύησης, πρέπει να είναι καθολική πρακτική, προκειμένου να προωθηθεί η μακροπρόθεσμη ευημερία των μητέρων και των νεογνών και η γνώση συγκεκριμένων παραγόντων κινδύνου, μπορεί να βοηθήσει στη δημιουργία ενός τέτοιου εργαλείου διαλογής, που στοχεύει γυναίκες με υψηλότερο κίνδυνο [3].

Παρά την ύπαρξη πολλών παρεμβάσεων τις τελευταίες δεκαετίες, οι μελέτες δεν δείχνουν σημάδια μείωσης του επιπολασμού της προγεννητικής κατάθλιψης και του άγχους. Πρόσφατα, η χρήση ψυχοθεραπείας, που υποστηρίζεται από μαία για τη θεραπεία αυτών των ψυχοσωματικών διαταραχών, έχει συγκεντρώσει πολλή προσοχή και συστήνεται για τη μείωση της κατάθλιψης, του άγχους και της ενίσχυσης της μητέρας κατά τη διάρκεια του προγεννητικού σταδίου της κύησης [4,5]. Έχει ακόμη αναφερθεί, πως η γνωστική – συμπεριφορική θεραπεία, η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία και η συνδυασμένη θεραπεία (με τον σύντροφο), είναι εξαιρετικές επιλογές [6].

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας, (ιατρών, μαιών, ειδικών ψυχικής υγείας), όσο αναφορά τις γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι πολύ σημαντικός. Οι μαίες πρέπει να είναι καλά εκπαιδευμένες για να βοηθήσουν τις έγκυες γυναίκες, αναγνωρίζοντας την αγωνία τους, υποστηρίζοντας ενημερωμένες την αισιοδοξία, καθοδηγώντας τις γυναίκες προς ρεαλιστικές στρατηγικές αντιμετώπισης και χρησιμοποιώντας τα υπάρχοντα δίκτυα κοινωνικής στήριξης [7]. Παράλληλα, μπορούν να συμβουλεύουν, χρησιμοποιώντας εναλλακτικές μεθόδους χαλάρωσης στην κύηση και στον τοκετό, όπως π.χ. τις τεχνικές αναπνοής, την μουσικοθεραπεία, την αρωματοθεραπεία, τη χρήση των ποδόλουτρων με λεβάντα, την γιόγκα, το μασάζ, το σιάτσου, το βελονισμό, τον τοκετό στο νερό, την ελευθερία κίνησης και την βοτανοθεραπεία. Χρησιμοποιώντας έτσι, τέτοιες μεθόδους μπορεί να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής και την αποδοτικότητα των εγκύων γυναικών, σε

μια τόσο σημαντική περίοδο [8].

Μια πολύ βασική παράμετρος επιπλέον είναι πως οι επαγγελματίες υγείας, που ασχολούνται με την παροχή προγεννητικής φροντίδα σε γυναίκες, θα πρέπει να γνωρίζουν τη σχέση μεταξύ προγεννητικής κατάθλιψης και άγχους και τους κινδύνους για τον πρόωρο τοκετό [9]. Πολλές μελέτες αναφέρουν τη σπουδαιότητα του ρόλου των μαιών, δείχνοντας τα θετικά και χρήσιμα αποτελέσματα των προγεννητικών τμημάτων εκπαίδευσης. Σε μια μελέτη στη Σουηδία (2008), εφαρμόζοντας την προγεννητική εκπαίδευση, το ποσοστό καισαρικής τομής και η ανάγκη για επισκληρίδιο αναισθησία στην εκπαιδευμένη ομάδα είχε μειωθεί σημαντικά. Σε μια μελέτη στην Ισπανία (2010), το επίπεδο άγχους στις εκπαιδευμένες μητέρες ήταν χαμηλότερο. Τέλος, σε μια μελέτη στο Ιράν (2003), ο πόνος στην πλάτη, στο ισχίο και η κόπωση ήταν λιγότερο στις εκπαιδευμένες μητέρες. Επιπλέον, το ποσοστό της καισαρικής τομής και η διάρκεια των σταδίων του τοκετού, ήταν σημαντικά χαμηλότερα σε αυτές τις γυναίκες [10].

Ομοίως, η επιλόχεια μελαγχολία (maternity blues) και η επιλόχεια κατάθλιψη σχετίζονται με ορμονικές μεταβολές και κοινωνικούς παράγοντες. Ειδικά, οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες έρχονται να δράσουν αθροιστικά και συνεργικά, με άλλους προδιαθεσικούς και στρεσογόνους παράγοντες και να επιτείνουν τα ψυχικά προβλήματα, με χαρακτηριστικότερο παράδειγμα διεθνώς τις οικονομικές κρίσεις. Κλασσικό είναι πλέον το παράδειγμα της διεθνούς οικονομικής ύφεσης, που ξεκίνησε στα τέλη της δεκαετίας του 2000. Η οικονομική κρίση που ξέσπασε στην Ευρώπη και την Αμερική το 2007, εξαπλώθηκε σε όλο τον κόσμο και επηρέασε σε μεγάλο βαθμό όλους τους τομείς της οικονομίας [11]. Οι περικοπές στη χρηματοδότηση του τομέα της υγείας και η αύξηση των αγχωτικών γεγονότων και της κατάθλιψης, είχαν ως αποτέλεσμα σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία [11]. Βασική συνέπεια της οικονομικής

κρίσης ήταν η αύξηση όλων των αιτιών θνησιμότητας, ενώ μια άλλη ήταν η αύξηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους, κυρίως λόγω της αυξημένης ανεργίας και της αύξησης της κατανάλωσης αλκοόλ, του καπνίσματος και της χρήσης ναρκωτικών [12].

Ειδικά, η Ελλάδα έχει πληγεί πολύ σκληρά από τη διεθνή χρηματοπιστωτική αναταραχή, η οποία πρακτικά διαρκεί σχεδόν μέχρι σήμερα (η έγκριση του Eurogroup για την έξοδο της Ελλάδας, από το καθεστώς της ενισχυμένης επιτήρησης δόθηκε τον Ιούνιο του 2022) [11]. Η Ελλάδα ήταν η χώρα με τις μεγαλύτερες περικοπές της τάξης του 28%, σε σύγκριση με λιγότερο από 10% για τις υπόλοιπες χώρες [13]. Η οικονομική κρίση συνδέθηκε με σημαντικές δυσμενείς επιπτώσεις στην έκβαση περιγεννητικών αποτελεσμάτων και στη βρεφική θνησιμότητα. Η μελέτη των Kentikelenis et al., [14] έδειξε επί τα χείρω μεταβολές σε τέσσερις δείκτες εθνικής υγείας: θνησιγένεια, χαμηλό βάρος γέννησης, βρεφική θνησιμότητα και αυτοκτονία. Σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, ο επιπολασμός των θνησιγενών γεννήσεων αυξήθηκε κατά μέσο όρο κατά 19% κατά τη διάρκεια της κρίσης (2009-2012), σε σύγκριση με την προ κρίσης περίοδο (2005-2008). Αντίθετα, η αύξηση του επιπολασμού του χαμηλού βάρους γέννησης κατά τα έτη 2008-2010 ήταν η συνέχιση της αύξησης τριών δεκαετιών (79% συνολικά κατά την περίοδο 1982-2010) και οφείλεται κυρίως στην ταυτόχρονη αύξηση των πρόωρων γεννήσεων κατά τη διάρκεια αυτών των ετών.

Η ανεργία στην οικονομική κρίση παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη αγχώδους και καταθλιπτικής διαταραχής και συνδέεται στενά με τις απόπειρες αυτοκτονίας. Πράγματι, αναφέρθηκε σταδιακή και σταθερή αύξηση του επιπολασμού της μείζονος κατάθλιψης στη χώρα μας, σε ένα μήνα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, από 3,3% το 2008, σε 6,8% το 2009, 8,2% το 2011 και 12,3% το

2013. Τα στοιχεία ειδικά για την ψυχική υγεία της μητέρας είναι λιγοστά. Σε μια μελέτη που δημοσιεύθηκε το 2022, το 15,5% των εγκύων στην Ελλάδα διέτρεχαν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν συμπτώματα κατάθλιψης. Το χαμηλό οικογενειακό εισόδημα και το δυσάρεστο γεγονός κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, σχετίζονταν με συμπτώματα κατάθλιψης. Υπολογίζεται ωστόσο, ότι περίπου το 10 έως 15% των νέων μητέρων εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης. Αυτός ο επιπολασμός, δικαιολογεί την πρόληψη αυτού του παγκόσμιου προβλήματος δημόσιας υγείας, ιδιαίτερα σε γυναίκες με χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, από τις οποίες σχεδόν μία στις τέσσερις εμφανίζει επιλόχεια κατάθλιψη [15,16].

Η μέθοδος ψυχοπροφύλαξης Lamaze, είναι μια μορφή ομαδικής προγεννητικής εκπαίδευσης και υποστήριξης. Ο όρος ψυχοπροφύλαξη προέρχεται από την ελληνική λέξη «ψυχή», που σημαίνει ψυχή/πνεύμα/ευφυΐα και τη λέξη προφύλαξη. Περιλαμβάνει γνώσεις και πρακτικές για την επίτευξη γέννας, χωρίς φόβο και με τον λιγότερο δυνατό πόνο. Με αυτή τη μέθοδο, οι έγκυες εκπαιδεύονται να εφαρμόζουν τις γνώσεις τους σε μια δεδομένη στιγμή, ώστε να προστατεύουν το σώμα τους από τον πόνο και την ψυχή τους από πιθανούς τραυματισμούς. Η ψυχοπροφύλαξη θεωρείται μέθοδος ψυχοσωματικής προετοιμασίας, γιατί αφορά τη σωστή προετοιμασία της γυναίκας, φροντίζοντας τη σωματική και συναισθηματική της συνιστώσα. Εργαλεία ψυχοπροφύλαξης είναι η θεωρητική ενημέρωση της εγκύου και του συντρόφου της σε θέματα που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τον θηλασμό, μαζί με την πραγματοποίηση αναπνευστικών ασκήσεων, τεχνικών χαλάρωσης και αυτοσυγκέντρωσης [17,18]. Οι τεχνικές χαλάρωσης βοηθούν τη γυναίκα να χαλαρώσει, να ελέγξει το σώμα της, να διατηρήσει αποθέματα και να αντιμετωπίσει τον πόνο. Εφαρμόζοντας κατάλληλες τεχνικές αναπνοής σε κάθε στάδιο του τοκετού, η ασθενής παραμένει ήρεμη, το μυαλό της αποσπάται από τον

πόνου, η έκκριση ενδορφινών ενεργοποιείται, ο ουδός πόνου αυξάνεται και το ερέθισμα του πόνου μπλοκάρεται μερικώς, μειώνοντας έτσι τον πόνο κατά τις συσπάσεις [19,20].

Η μαία έχει καθήκον να εξηγεί, να συμπάσχει, να συνεργάζεται και να επικοινωνεί με τα ζευγάρια και ιδιαίτερα τις γυναίκες, προκειμένου να διώχνει φόβους και προκαταλήψεις, να απαντά στις ερωτήσεις τους για την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, σε κλίμα ελεύθερης συζήτησης και ανταλλαγής ιδεών και συναισθημάτων. Η διεθνής βιβλιογραφία έχει αποδείξει τη χρησιμότητα και την αξιοπιστία της ψυχοπροφυλακτικής προετοιμασίας για τον τοκετό, ενώ δεν υπάρχει μελέτη που να αναφέρει ζημία από την ψυχοπροφυλακτική. Ωστόσο, η αξιολόγησή της βάσει στοιχείων είναι σπάνια. Οι ανασκοπήσεις σχετικά με τη χρήση εναλλακτικών μεθόδων αναλγησίας στον τοκετό είναι σπάνιες και χαρακτηρίζονται από μεθοδολογικά λάθη. Η επίδραση της ψυχοπροφύλαξης στην έκβαση του τοκετού δεν έχει μελετηθεί διεξοδικά. Σε μια μελέτη [21] διαπιστώθηκε, ότι η εκπαίδευση της εγκύου δεν είχε καμία επίδραση στην εμπειρία του τοκετού, στην έκβαση ή στη χορήγηση επισκληρίδιου αναισθησίας ή ακόμα και στο γονεϊκό άγχος. Παρόλα αυτά, υπάρχει μικρότερος κίνδυνος για καισαρική τομή, όπως διαπιστώθηκε σε μία από τις πρώτες μελέτες του είδους σε εγκύους, που χρησιμοποιούσαν τη μέθοδο Lamaze [19]. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώθηκε σε μελέτη στην Ελλάδα, μαζί με θετική επίδραση στον θηλασμό, ενώ καλύτερο Apgar score παρατηρήθηκε στο πρώτο λεπτό της ζωής στα νεογνά, όταν οι μητέρες είχαν λάβει ψυχοπροφύλαξη, σε σύγκριση με εκείνες που δεν είχαν λάβει.

Σημαντικές παράμετροι, που επηρεάζουν τη διάθεση της γυναίκας κατά την πρώιμη περίοδο του τοκετού είναι η οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική της κατάσταση, τυχόν στρεσογόνα γεγονότα της ζωής, συναισθηματικές διαταραχές κατά

την εγκυμοσύνη, ιστορικό κατάθλιψης, καθώς και επιπλοκές κατά την κύηση και τον τοκετό [22]. Το εάν η ψυχοπροφύλαξη μπορεί να προστατεύσει από τις επιδράσεις αυτών των παραγόντων, δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Έχει βρεθεί [21], ότι η ψυχοπροφύλαξη δεν υπερτερεί των συμβατικών μεθόδων προετοιμασίας για τη μείωση του άγχους των γονέων ή της συνολικής εμπειρίας του τοκετού. Ωστόσο, η σχετική μελέτη διεξήχθη στη Σουηδία το 2009, πριν από την οικονομική κρίση και σε ένα σύστημα υγείας οργανωμένο διαφορετικά από το ελληνικό. Άλλες μελέτες έχουν επικεντρωθεί σε συγκεκριμένες ψυχολογικές παρεμβάσεις, εκτός του πλαισίου της μαιευτικής [14,23,24]. Σε παλαιότερη μελέτη στην Ελλάδα [25] βρέθηκε, ότι «οι γυναίκες, οι οποίες παρακολούθησαν μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής ήταν πιο χαρούμενες, είχαν περισσότερη αυτοπεποίθηση και αισιοδοξία για το μέλλον, και περισσότερη ενεργητικότητα. Επίσης, είχαν μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τους άλλους και για συμμετοχή σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και μεγαλύτερη ικανότητα συγκέντρωσης και καλύτερη ερωτική διάθεση σε σχέση με τις έγκυες οι οποίες δεν συμμετείχαν».

Σκοπός αυτής της διατριβής ήταν να αξιολογήσει τη συμβολή της ψυχοπροφύλαξης στην εμπειρία του τοκετού, καθώς και στην ψυχική διάθεση της μητέρας, τόσο κατά τη διάρκεια της κύησης, όσο και κατά την πρώιμη νεογνική περίοδο εν μέσω οικονομικής κρίσης, συγκρίνοντας μητέρες που είχαν παρακολουθήσει το πρόγραμμα ψυχοπροφύλαξης με μητέρες που δεν το έπραξαν. Εξετάστηκε επίσης, η πιθανή συμβολή της οικονομικής κρίσης στη μελαγχολία της λοχείας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Ψυχοσωματικές αλλαγές κατά την κύηση και τη λοχεία

Κάθε γυναίκα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης έρχεται αντιμέτωπη με τη βιολογική έκφανση της θηλυκής υπόστασης, η οποία επηρεάζει την αυτοαντίληψή της και ταυτόχρονα βιώνει μια σειρά ανησυχιών σχετικά με την εξέλιξη της εγκυμοσύνης, οδηγώντας την σε μια ιδιαίτερα ευάλωτη κατάσταση, η αντιμετώπιση της οποίας εξαρτάται πλήρως από τις προσαρμοστικές ικανότητες της προσωπικότητάς της, τον τρόπο ζωής και τη θέση της στο κοινωνικό περιβάλλον. Η πολυπλοκότητα των ψυχολογικών αλλαγών στην εγκυμοσύνη σχετίζεται με την ικανοποίηση ναρκισσιστικών αναγκών και την επανάληψη των συγκρούσεων, που χρονολογούνται στην πρώιμη περίοδο ανάπτυξης, με αποτέλεσμα η εγκυμοσύνη να θεωρείται ενστικτώδης διαδικασία, που ανακεφαλαιώνει τη βρεφική σεξουαλικότητα [26].

Η παλινδρόμηση του εγώ διαστρεβλώνει την αντίληψη της γυναίκας για την πραγματικότητα, προκαλώντας παράλογες πεποιθήσεις και φόβους που οφείλονται στη μαγική σκέψη, κατά την οποία «το άτομο πιστεύει, ότι οι σκέψεις, τα λόγια ή οι πράξεις του ή θα προκαλέσουν ή θα αποτρέψουν ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα, με κάποιο τρόπο που αψηφά τους κανονικούς νόμους της αιτίας και του αποτελέσματος». Επιπλέον, αυτή η κατάσταση, με υψηλές συναισθηματικές διακυμάνσεις, μπορεί να προκαλέσει ανήσυχες τάσεις με φοβικές και ιδεοψυχαναγκαστικές ενασχολήσεις [27].

Μερικές γυναίκες τείνουν να εξετάζουν την εγκυμοσύνη τους και τη μελλοντική μητρότητα ως «το λόγο ύπαρξής» τους. Σύμφωνα με την Helen Deutsch [28], τα οργανικά συμπτώματα είναι συνέπεια της δραστηριότητας του ψυχικού μηχανισμού,

με την έννοια της απελευθέρωσης της έντασης. Η ναυτία, συχνά θεωρείται ως μια εκδήλωση όλων των αρνητικών συναισθημάτων που συσσωρεύονται με τα χρόνια και ο έμετος είναι η «τάση εξώθησης του εμβρύου από τη μήτρα», ενώ η υπερκατανάλωση τροφής είναι «μια τάση συγκράτησης του εμβρύου». Επιπλέον, θεωρεί ότι η πρώτη εγκυμοσύνη είναι μια οριακή κατάσταση, αφού προκαλεί συναισθηματική αμφιθυμία, που εξαρτάται από την επιθυμία για μητρότητα αφενός και αφετέρου από το γεγονός, ότι ένα αγέννητο παιδί αποτελεί εμπόδιο στην ατομική της ύπαρξη [28].

Κάθε εγκυμοσύνη συνοδεύεται από συναισθηματικές, ψυχολογικές και γνωστικές αλλαγές. Κατά τη διάρκεια μιας εγκυμοσύνης, αλλά και κατά την περίοδο της λοχείας, είναι δυνατό να παρατηρηθούν ορισμένες αλλαγές στη διάθεση. Ωστόσο, ο τρόπος αντίδρασης στην εγκυμοσύνη εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον πολιτισμό και πιο συγκεκριμένα, καθώς η πλειοψηφία των γυναικών εντάσσεται σε έναν πολιτισμικά καθορισμένο ρόλο, η συμπτωματολογία της εκάστοτε εγκυμοσύνης καθορίζεται από αυτόν τον πολιτισμικό ντετερμινισμό. Επιπλέον, κρίσιμη σημασία έχει η προσωπική πεποίθηση της μέλλουσας μητέρας και ο προβληματισμός της για την εγκυμοσύνη ως φυσιολογικό συστατικό της ζωής της και όχι ως μια μεταβατική «κατάσταση ασθένειας» [29].

Πολλοί συγγραφείς περιγράφουν την εγκυμοσύνη ως «ψυχολογικό βάρος», με τις συχνές αλλαγές διάθεσης και το άγχος, που κλιμακώνεται ιδιαίτερα στο τρίτο τρίμηνο να ορίζουν την εγκυμοσύνη ως μια κατάσταση, που τόσο το σώμα, όσο και η ψυχή «φέρουν το φορτίο», ανακουφίζοντας και διατηρώντας εναλλάξ τις ψυχικές εντάσεις. Η ένταση προκαλείται είτε συνειδητά, είτε ασυνείδητα, από τον φόβο απώλειας της προσωπικής ταυτότητας, το αίσθημα αβεβαιότητας και τη μοναξιά, το φόβο της απώλειας του παιδιού ή το φόβο του τοκετού. Ακόμη και στις μέρες μας, οι

μέλλουσες μητέρες νιώθουν τον πρωταρχικό φόβο του θανάτου κατά τη διάρκεια του τοκετού [30].

Η πρωτοπαθής τοκοφοβία έχει τις ρίζες της στην εφηβεία, ενώ η δευτερογενής είναι συνέπεια τραυματικού τοκετού. Οι έγκυες γυναίκες με τοκοφοβία, χαρακτηρίζονται από αδυναμία δημιουργίας συναισθηματικών δεσμών με το έμβρυο, έντονο φόβο για τον επικείμενο τοκετό, επιλόχειο κατάθλιψη και εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο μετατραυματικού στρες [31]. Τέλος, οι ψυχικές αλλαγές που συμβαίνουν στην εγκυμοσύνη, δεν είναι ανεξάρτητες από τις επιλόχειες ψυχικές διαταραχές, οι οποίες θα πρέπει να εξετάζονται επίσης. Αυτές οι διαταραχές εκδηλώνονται ως διαφορετικές μορφές καταθλιπτικών αντιδράσεων μετά τον τοκετό και είναι πολυδιάστατα εξαρτημένες, με ψυχοκοινωνικούς και κληρονομικούς παράγοντες [32].

Στο πρώτο τρίμηνο της κύησης, κυριαρχούν το στρες, ο ενθουσιασμός, η ανησυχία, η κυκλοθυμία, η υπερβολική αντίδραση με συναισθηματικό ξέσπασμα σε καταστάσεις, τα καταθλιπτικά συναισθήματα και άλλες μορφές συναισθηματικής αστάθειας, που σκιαγραφούν το ψυχολογικό προφίλ της εγκύου [33].

Στο δεύτερο τρίμηνο, το άγχος του πρώτου τριμήνου αρχίζει να καταλαγιάζει, λαμβάνει όμως άλλες διαστάσεις. Γίνονται πλέον αντιληπτές οι αλλαγές, τουλάχιστον σε σωματικό επίπεδο. Αυτό προκαλεί, κυρίως στις γυναίκες που εγκυμονούν για πρώτη φορά, ανασφάλειες που αφορούν την εξωτερική τους εμφάνιση και το βάρος τους, καθώς και ανησυχίες για το πόσο μπορούν να βασιστούν στον σύντροφό τους και για την διαθεσιμότητά του, εν όψει των ολοένα αυξανόμενων αναγκών της γυναίκας. Επιπρόσθετα, οι ανησυχίες μπορεί να περιστρέφονται και γύρω από τον αν ο σύντροφός τους τις βρίσκει εξίσου ελκυστικές και συνεχίζει να ενδιαφέρεται και ερωτικά για αυτές, ενώ η κοιλική λίπανση και η ροή του αίματος στην πυελική

περιοχή αυξάνονται και ταυτόχρονα μειώνεται η εμετική διάθεση, κάτι το οποίο κάνει εντονότερη την επιθυμία για σεξουαλική επαφή. Η ανάπτυξη ενός ουσιαστικού διαλόγου μεταξύ της εγκύου και του συντρόφου της κρίνεται αναγκαία, ούτως ώστε να ξεπεραστούν ανησυχίες και φόβοι τέτοιας φύσεως [34,35].

Στο τρίτο και τελευταίο τρίμηνο, αρχίζουν να εμφανίζονται στο προσκήνιο φόβοι σχετικά με την επικείμενη μητρότητα και περί γονεϊκής καταλληλότητας της μητέρας για το παιδί που πρόκειται να γεννηθεί. Η ψυχοσωματική κόπωση φτάνει σε πολύ υψηλά επίπεδα λόγω της αύξησης του βάρους, των δυσκολιών στον ύπνο και της σωματικής αλλαγής. Σε αυτό το σημείο, η γυναίκα χρειάζεται την επιβεβαίωση σχετικά με την εμφάνισή της και την καταλληλότητά της ως μητέρα [36].

2. Καταθλιπτικές διαταραχές κατά την κύηση και τη λοχεία

Οι γυναίκες κατά την περίοδο της κύησης και της λοχείας, υπόκεινται σε σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές και είναι ευάλωτες σε αλλαγές του περιβάλλοντος, εκδηλώνοντας καταθλιπτική διάθεση [37]. Οι ψυχικές ασθένειες είναι μια από τις πιο συχνές νοσηρότητες της εγκυμοσύνης και της περιγεννητικής περιόδου και περιλαμβάνουν καταθλιπτικές διαταραχές (μελαγχολία, κατάθλιψη), άγχος, μετατραυματικό στρες και διαταραχές προσωπικότητας.

Η κατάθλιψη είναι μια διαταραχή της διάθεσης, που προκαλεί ένα επίμονο αίσθημα θλίψης και απώλεια ενδιαφέροντος [38]. Το Διαγνωστικό Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών, της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης, Πέμπτη Έκδοση (DSM-5), ταξινομεί τις καταθλιπτικές διαταραχές σε :

1. Διαταραχή δυσλειτουργικής αποδιοργανωτικής διάθεσης
2. Μείζων καταθλιπτική διαταραχή
3. Επίμονη καταθλιπτική διαταραχή (δυσθυμία)
4. Προεμμηνορροϊκή δυσφορική διαταραχή
5. Καταθλιπτική διαταραχή λόγω άλλης ιατρικής πάθησης

Τα κοινά χαρακτηριστικά όλων των καταθλιπτικών διαταραχών είναι η θλίψη, το κενό ή η ευερέθιστη διάθεση, που συνοδεύεται από σωματικές και γνωστικές αλλαγές, που επηρεάζουν σημαντικά την ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί [39].

Λόγω λανθασμένων αντιλήψεων, σχεδόν το 60% των ατόμων με κατάθλιψη δεν ζητούν ιατρική βοήθεια. Πολλοί πιστεύουν ότι το «στίγμα» της ψυχικής υγείας δεν είναι αποδεκτό στην κοινωνία και μπορεί να εμποδίσει τόσο την προσωπική, όσο και την επαγγελματική ζωή. Υπάρχουν άλλωστε στοιχεία που δείχνουν, ότι τα περισσότερα φάρμακα είναι μεν αποτελεσματικά, αλλά η ατομική ανταπόκριση στη θεραπεία μπορεί να διαφέρει [39].

Το άγχος στην κύηση ορίζεται ως «η ανισορροπία που μια έγκυος γυναίκα νιώθει, όταν δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της, η οποία εκφράζεται τόσο συμπεριφορικά, όσο και φυσιολογικά». Επίσης, έχουν καθοριστεί με την κύηση ειδικά όσο αναφορά το άγχος, ανησυχίες και φόβοι για τη εξέλιξη της κύησης, για τον τοκετό, την ευημερία του βρέφους και την μελλοντική ανατροφή των παιδιών. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, ο επιπολασμός του άγχους στην κύηση κυμαίνεται στο 33% - 37% στην Αγγλία και 5% - 7% στη Σουηδία, ενώ ο επιπολασμός του σοβαρού και ήπιου μητρικού άγχους είναι 16,7% και 13,6% αντίστοιχα, στις Ιρανές γυναίκες [40].

Οι παράγοντες κινδύνου κατά την διάρκεια της κύησης, που μπορεί να είναι υπεύθυνοι για τα υψηλά επίπεδα άγχους είναι αρκετοί. Ανάμεσα σε αυτούς τους παράγοντες περιλαμβάνονται η νοσηλεία στο νοσοκομείο στη διάρκεια της κύησης [41], η ποιότητα της ζωής, η μητρική εκπαίδευση, η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η ανεπαρκής κοινωνική υποστήριξη, η μη προγραμματισμένη κύηση, το ιστορικό αποβολών και των δυσμενών φυσιολογικών συμπτωμάτων, όπως η κολπική αιμορραγία, το φύλο και η οικογενειακή κατάσταση [40,42,43] Ομοίως, μελέτες έχουν αναφέρει, ότι ένας μεγάλος αριθμός εγκύων γυναικών, μπορεί να βιώνει άγχος κατά την κύηση, όπως και φόβο και ανησυχία σχετικά με τον τοκετό και την έκβασή του, με το αγέννητο παιδί και σχετικά με την εμφάνισή τους [33].

Τέλος, επιπλέον μελέτες έρχονται να επιβεβαιώσουν για ακόμη μια φορά, πως το προγεννητικό άγχος μπορεί να προκληθεί από παράγοντες κινδύνου, που περιλαμβάνουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, χαμηλό επίπεδο εισοδήματος, ανεργία, έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, οικογενειακές δυσκολίες, έλλειψη υποστήριξης του συζύγου, λιγότερες θετικές στάσεις απέναντι στην κύηση, μεγαλύτερη διάρκεια της υπογονιμότητας και θεραπευτικής αποτυχίας με τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής [35,44].

Το ανθρώπινο έμβρυο είναι εξαιρετικά ευαίσθητο στο φυσιολογικό και ψυχολογικό μητρικό άγχος. Το προγεννητικό άγχος μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα του τοκετού και να βλάψει την νευροσυμπεριφορική ανάπτυξη των προσβεβλημένων βρεφών. Μελέτες δείχνουν πως νεογέννητα που εκτίθενται σε προγεννητικό μητρικό άγχος, σχετίζονται με χαμηλό βάρος γέννησης και μικρότερη περίμετρο της κεφαλής, καθώς επίσης και ότι το προγεννητικό μητρικό άγχος διαταράσσει την απόδοση των γνωστικών λειτουργιών και μειώνει τον όγκο του εγκεφάλου, που συνδέονται με την μνήμη και την μάθηση. Μια σειρά από αναφορές, συνδέουν το προγεννητικό άγχος με την εμφάνιση των συναισθηματικών προβλημάτων, με την υπερκινητικότητα, την ελλειμματική προσοχή και με το σύνδρομο Tourette σε παιδιά [7,10,33,35,40,42,45,46,47,48,49].

Επίσης, το μητρικό ψυχοκοινωνικό άγχος κατά τη διάρκεια της κύησης συνδέεται με κινδύνους για την υγεία των μητέρων. Η μητρική ανοσολογική απορρύθμιση, ιδίως η διακοπή των φλεγμονωδών διαδικασιών, εμπλέκεται σε ανεπιθύμητες προγεννητικές εκβάσεις της υγείας, με την μεγαλύτερη απόδειξη τη συσχέτιση με τον πρόωρο τοκετό [40,50].

Είναι αξιοσημείωτο, ότι κατά την διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών υπήρξε μεγάλο ενδιαφέρον για τον αντίκτυπο του άγχους κατά την διάρκεια της κύησης, για

την υγεία και την ευημερία τόσο της μητέρας, όσο και του μωρού της. Το προγεννητικό μητρικό άγχος έχει συσχετιστεί με μια ποικιλία από αναπτυξιακές συνέπειες, επιρροή των καρδιαγγειακών απαντήσεων των απογόνων και από αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης στη μητέρα. Επίσης, με αυξημένο κίνδυνο πρόωρου τοκετού, με άσθμα, με εμβρυϊκή υποξία και ασθένεια στα νεογνά, καθώς και με αυξημένο κίνδυνο επιλόχειας κατάθλιψης στη μητέρα [7,10,33,35,40,42,46,49,51,52,53].

Επιπρόσθετα, το μητρικό άγχος έχει οριστεί ως ένας δυναμικός προγνωστικός παράγοντας της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια και μετά την κύηση και της σχιζοφρένειας μεταξύ αρσενικών απογόνων [40,48]. Δεν είναι περίεργο, ότι το προγεννητικό και μεταγεννητικό άγχος μπορεί να συμβάλει σε κολικό, καθώς και σε πιο δύσκολη ιδιοσυγκρασία κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας [35,49]. Τέλος, υπάρχουν ενδείξεις κακού γλυκαιμικού ελέγχου, αύξηση του σωματικού βάρους και μειωμένη ποιότητα ζωής [54].

Η περίοδος της λοχείας είναι το μεσοδιάστημα μεταξύ του τοκετού και της επανόδου των αναπαραγωγικών οργάνων στη φυσιολογική -προ κύησης- κατάσταση. Αν και παραδοσιακά η λοχεία διαρκεί 6 εβδομάδες, η διάρκεια αυτή διαφέρει από γυναίκα σε γυναίκα και χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο διακριτών αλλαγών που περιλαμβάνουν:

- Μείωση της καρδιακής παροχής
- Μείωση της αναπνευστικής συχνότητας
- Επιστροφή επιπέδων των ορμονών σε φυσιολογικό εύρος
- Συρρίκνωση της μήτρας, του τραχήλου και του κόλπου
- Γαλουχία

Οι διαταραχές της περιγεννητικής διάθεσης και του άγχους συγκαταλέγονται στις

κατηγορίες ψυχιατρικών καταστάσεων, που συναντώνται συνήθως σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Η περιγεννητική κατάθλιψη, μια από τις πιο συχνές επιπλοκές της κύησης επηρεάζει μια στις επτά γυναίκες [55,56]. Αν και είναι αρκετά συχνή και σχετίζεται με υψηλή κοινωνική δυσλειτουργία, οι βασικές βιολογικές της οδοί διερευνήθηκαν πρόσφατα, ενώ έχουν εντοπιστεί πολλαπλοί και ταυτόχρονοι παράγοντες κινδύνου. Συνήθως αρχίζει κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης ή μετά τον τοκετό και είναι μια από τις πιο συχνές ιατρικές επιπλοκές στις νέες μητέρες [57].

Η κατάθλιψη με περιγεννητική έναρξη, αναφέρετε σε ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, που συμβαίνει κατά τη διάρκεια της κύησης ή εντός 4 εβδομάδων μετά τη γέννηση [58]. Ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο ορίζεται ως καταθλιπτική διάθεση ή ανηδονία, συνοδευόμενη από τουλάχιστον πέντε συναφή καταθλιπτικά συμπτώματα, που εμφανίζονται για περίοδο 2 εβδομάδων και παρεμβαίνουν στην καθημερινή λειτουργία [58]. Το 60% των γυναικών με περιγεννητική κατάθλιψη έχουν προϋπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές και περισσότερο από το 80% είναι διαταραχές άγχους [56,59].

Αν και οι εκτιμήσεις επιπολασμού του προγεννητικού άγχους το τοποθετούν μεταξύ 13 – 21%, ο επιπολασμός μετά τον τοκετό εκτιμάται σε 11 – 17% [60]. Όταν μείνουν χωρίς θεραπεία οι διαταραχές άγχους, σχετίζονται με δυσμενείς επιπτώσεις για τις γυναίκες και τα παιδιά τους.

Η επιλόχειος μελαγχολία (μελαγχολία της λοχείας -maternity blues) είναι εξαιρετικά συχνή και εκτιμάται, ότι εμφανίζεται σε περίπου 50% ή περισσότερες γυναίκες εντός των πρώτων εβδομάδων μετά τον τοκετό [61]. Τα συμπτώματά της περιλαμβάνουν κλάμα, δυσφορία, ευερεθιστότητα, άγχος, αϋπνία και αλλαγές όρεξης [15]. Τα συμπτώματα αυτά πληρούν τη διάγνωση της επιλόχειας μελαγχολίας, όταν αναπτύσσονται εντός δύο με τρεις ημέρες μετά τον τοκετό και υποχωρούν εντός δύο

εβδομάδων. Μια γυναίκα που παρουσιάζει αμέσως μετά ή εντός δύο εβδομάδων από τον τοκετό μια χαμηλή διάθεση και καταθλιπτικά συμπτώματα, που δεν πληρούν τα κριτήρια για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, μπορεί να οδηγήσουν σε διάγνωση της επιλόχειας μελαγχολίας [62].

Οι διαταραχές της περιγεννητικής διάθεσης μπορούν να θεωρηθούν, ότι εμφανίζονται σε ένα φάσμα σοβαρότητας, με την επιλόχεια μελαγχολία να είναι πιο ήπια και αυτοπεριοριζόμενη και η κατάθλιψη μετά τον τοκετό να είναι πιο σοβαρή κατάσταση. Η μελαγχολία είναι παροδική, επιλύεται μόνη της και δεν απαιτείται άλλη θεραπεία από τη διαβεβαίωση και την ψυχολογική υποστήριξη [63]. Ασθενείς που διαγιγνώσκονται με επιλόχειο μελαγχολία, θα πρέπει να αξιολογηθούν προσεκτικά για να διαπιστωθεί εάν πληρούνται τα διαγνωστικά κριτήρια και για επιλόχειο κατάθλιψη και εάν υπάρχουν ψυχωσικά χαρακτηριστικά. Παρόλο που τα συμπτώματα της μελαγχολίας είναι ήπια, παροδικά και αυτοπεριοριζόμενα, οι ασθενείς θα πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά για αυτοκτονικό ιδεασμό, παράνοια ή ανθρωποκτονικό ιδεασμό προς το βρέφος [62].

Οι διαταραχές ύπνου μειώνουν την ενεργητικότητα και κάποιες αλλαγές στη διάθεση είναι αναμενόμενο να εμφανιστούν κατά την περιγεννητική περίοδο. Ωστόσο, θα πρέπει να διαφοροποιηθούν από τη μελαγχολία, αξιολογώντας εάν η διάθεση και τα επίπεδα δραστηριότητας είναι φυσιολογικές αλλαγές, που σχετίζονται με την περιγεννητική περίοδο ή προσδιορίζοντας εάν τα συμπτώματα προκαλούν ζημία ή δυσφορία στη ζωή του ατόμου [62]. Το ερωτηματολόγιο για την επιλόχειο μελαγχολία (Maternity Blues Questionnaire), με την υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητά του, φαίνεται να είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για κλινική πρακτική και έρευνα. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την ταυτοποίηση των γυναικών με σοβαρή επιλόχειο μελαγχολία και με αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης μετά τον τοκετό [64].

Η επιλόχειος μελαγχολία πρέπει να διαφοροποιείται και από την επιλόχειο κατάθλιψη. Στην τελευταία περίπτωση τα συμπτώματα πρέπει να πληρούν τα κριτήρια για ένα καταθλιπτικό επεισόδιο και οι διαταραχές της διάθεσης πρέπει να παραμένουν πάνω από δύο εβδομάδες. Η διάγνωση για καταθλιπτική διαταραχή περιγεννητικής έναρξης χρησιμοποιεί τα ίδια διαγνωστικά κριτήρια, αλλά με τα πρόσθετα κριτήρια, ότι τα συμπτώματα πρέπει να εμφανιστούν στο πλαίσιο της κύησης ή εντός τεσσάρων εβδομάδων μετά τον τοκετό [62].

2.1 Η προγεννητική κατάθλιψη

Η προγεννητική κατάθλιψη είναι μία κοινή ιατρική κατάσταση που αναφέρθηκε σε πολλές χώρες. Πρόκειται για ένα σύνδρομο, στο οποίο οι γυναίκες βιώνουν καταθλιπτική διάθεση, υπερβολικό άγχος, αϋπνία και αλλαγή στο βάρος κατά την περίοδο της κύησης. Παρόλο που η κατάσταση αυτή είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη, μόνο λίγες γυναίκες με μείζονα κατάθλιψη αναζητούν θεραπεία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Έχει συνδεθεί με μαιευτικές επιπλοκές, μειωμένη έναρξη του θηλασμού και επιλόχειο κατάθλιψη. Ο επιπολασμός της προγεννητικής κατάθλιψης ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των χωρών και αυτό μπορεί να οφείλεται σε διαφορές στους παράγοντες κινδύνου στους πληθυσμούς που μελετήθηκαν [65].

Η προγεννητική κατάθλιψη συχνά παραβλέπεται στην εγκυμοσύνη, καθώς τα συμπτώματά της είναι συχνά παρόμοια με την εμπειρία που σχετίζεται με την εγκυμοσύνη. Είναι σύνηθες για τις έγκυες γυναίκες χωρίς συναισθηματική ασθένεια, να βιώνουν διαταραχές του ύπνου και της όρεξης, μειωμένη ενέργεια και μειωμένη λίμπιντο κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης [6]. Σύμφωνα με μελέτες, περίπου το 15% των γυναικών βιώνουν κατάθλιψη ενώ βρίσκονται στην εγκυμοσύνη [66].

Διάφορες μελέτες στην Κίνα ανέφεραν, ότι ο επιπολασμός της προγεννητικής κατάθλιψης κυμαίνεται από 5,5% έως 23,1% [67,68]. Ομοίως, ο επιπολασμός της κατάθλιψης στο δεύτερο και τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης ήταν 18,9% και 22,1% αντίστοιχα, στο Χονγκ Κονγκ [69].

Οι παράγοντες που σχετίζονται με την προγεννητική κατάθλιψη είναι αρκετοί. Μια μελέτη από τη Βομβάη, ανέφερε προγεννητική κατάθλιψη των συμμετεχόντων της τάξης του 9,2%, που συσχετίστηκε με απρογραμματίστη εγκυμοσύνη, ιστορικό αμβλώσεων και μαιευτικών επιπλοκών [70]. Στη Νότια Αφρική, παρόμοιες μελέτες ανέφεραν προγεννητική κατάθλιψη συχνότητας 21% - 47% λόγω απουσίας του συζύγου, χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, πρόσφατων αγχωτικών γεγονότων, απρογραμματίστης εγκυμοσύνης, παιδικού τραύματος και βίας από τον σύντροφο στο παρελθόν [71,72]. Στην Αιθιοπία, το μέγεθος της προγεννητικής κατάθλιψης βρίσκεται σε ένα εύρος 24,9% - 30%. Επιπλέον, άλλοι ανεξάρτητοι παράγοντες που σχετίζονται περιλαμβάνουν μαιευτικά προβλήματα, προηγούμενη ψυχική ασθένεια, έλλειψη οικογενειακής υποστήριξης, την ηλικία και την πρώτη εγκυμοσύνη [73,74].

Στη μελέτη τους, οι Mossie et al., [2] προσδιόρισαν το μέγεθος της προγεννητικής κατάθλιψης και της κοινωνικοδημογραφικής της διακύμανσης μεταξύ εγκύων μητέρων της πόλης Maichew. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα τους, η συχνότητα της προγεννητικής κατάθλιψης ήταν 31,1%, παρόμοια με της Βραζιλίας (38%), της Νότιας Αφρικής (20-47%), και κάποιων ανεπτυγμένων χωρών, στις οποίες ταλαντεύεται μεταξύ 5-30%. Το χαμηλό εισόδημα συσχετίζεται με την κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ενώ επιπλέον, όσες έγκυες γυναίκες εργαζόταν ήταν λιγότερο πιθανό να αναπτύξουν κατάθλιψη, σε σύγκριση με όσες ασχολούνταν μόνο με τα οικιακά ζητήματα, που με τη σειρά τους να συμβάλλουν σε

συναισθηματική διαταραχή [2].

Επιπλέον, παράγοντες όπως ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εισόδημα, επάγγελμα, το ιστορικό της προηγούμενης ψυχικής διαταραχής, η επιπλοκή κατά τη διάρκεια της κύησης, οι οικογενειακές συγκρούσεις και η βία σε έγκυες γυναίκες συσχετίστηκαν με προγεννητική κατάθλιψη [75]. Όσον αφορά την ηλικία, βρέθηκε ότι μέχρι και 26% των εγκύων εφηβικής ηλικίας αναπτύσσουν μείζονα κατάθλιψη ή/και έχουν τάσεις αυτοκτονίας. Σε μια μελέτη 59 εγκύων εφήβων στην πόλη του Μεξικού βρέθηκε ένας επιπολασμός της κατάθλιψης 39%, ενώ σε μια άλλη μελέτη μεξικανών εγκύων έδειξε ότι το 40% των συμμετεχόντων έφηβων εγκύων είχαν καταθλιπτικά συμπτώματα [65].

Επιπρόσθετα, μελέτες έδειξαν ότι υπάρχει μια αντίστροφη σχέση μεταξύ της ποιότητας της ζωής και της κατάθλιψης στην εγκυμοσύνη. Η ισχυρότερη σχέση παρατηρήθηκε μεταξύ της κατάθλιψης και της ζωτικότητας, της ψυχικής υγείας και της κοινωνικής λειτουργίας. Οι καταθλιπτικές εγκυμονούσες γυναίκες είχαν τελικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής, η οποία βέβαια μπορούσε να βελτιωθεί με τη σωστή διαχείριση της προγεννητικής κατάθλιψης και επηρεαζόταν από την ανεπαρκή κοινωνική υποστήριξη στην διάρκεια της εγκυμοσύνης, που επιδείνωνε την ψυχολογική υγεία των εγκύων γυναικών [76,77].

Ομοίως, η πιθανότητα να ζουν μόνες τους οι έγκυες γυναίκες (μονογονεϊκή οικογένεια), έδειξε μέσα από πολλές μελέτες την ανάπτυξη της κατάθλιψης κατά την εγκυμοσύνη. Το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ, η ύπαρξη πολλών παιδιών και η ποιότητα του ύπνου επιβάρυναν την κατάσταση αυτή [6,77].

Εκτός από τα παραπάνω, η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, οι αμφιθυμικές σκέψεις για την κύηση, οι κοινωνικοδημογραφικοί και μαιευτικοί παράγοντες, το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών, η κατάσταση εργασίας, το

μορφωτικό επίπεδο του συζύγου, η παρουσία μιας χρόνιας ασθένειας, η ύπαρξη παιδιού με αναπηρία, επηρεάζουν επίσης αρνητικά τη σοβαρότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων [77,78].

Άτομα επίσης με ημικρανία ή σοβαρές κεφαλαλγίες, παρουσιάζουν τρεις φορές πιο συχνή κατάθλιψη σε σύγκριση με πιο υγιή άτομα. Τα τελευταία στοιχεία δείχνουν, ότι η ημικρανία και οι διαταραχές της διάθεσης, μπορεί να είναι κοινά μεταξύ των εγκύων γυναικών. Σε μελέτη 2293 εγκύων γυναικών, το 55,1% των πασχόντων από ημικρανία, ανέφεραν μέτρια έως σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, σε σύγκριση με το 36,7% των μη πασχόντων από ημικρανία [79].

Η προγεννητική κατάθλιψη είναι ένα σοβαρό πρόβλημα παγκοσμίως, που έχει καταστροφικές συνέπειες όχι μόνο για τη μητέρα, αλλά επίσης και για το παιδί και την οικογένεια. Ο επιπολασμός της προγεννητικής κατάθλιψης είναι υψηλός στην Αφρική, που έδειξε ότι μια στις τέσσερις έγκυες γυναίκες είχαν κατάθλιψη. Οι έγκυες γυναίκες που είχαν οικονομικές δυσκολίες, κακό μαιευτικό ιστορικό, κακή υποστήριξη από συγγενείς, προηγούμενα προβλήματα ψυχικής υγείας και δυσμενείς συζυγικές συνθήκες, ήταν σε υψηλότερο κίνδυνο προγεννητικής κατάθλιψης. Επομένως, αυτοί οι παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά το σχεδιασμό υπηρεσιών ψυχικής υγείας για έγκυες μητέρες [80]. Οι σχέσεις με τους συγγενείς, η αρνητική αναγνώριση της κύησης και η συζυγική προτίμηση φύλου βρέθηκαν ως παράγοντες κινδύνου εμφάνισης της προγεννητικής κατάθλιψης. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν, ότι η ισχυρότερη οικογενειακή υποστήριξη μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της ψυχικής υγείας των εγκύων γυναικών [81].

2.2 Η επιλόχειος μελαγχολία

Ως επιλόχειος μελαγχολία ορίζεται η κακή διάθεση, συνοδευόμενη από ήπια καταθλιπτικά συμπτώματα, που είναι παροδικά και αυτοπεριοριζόμενα [62,82].

Μεταξύ των εκλυτικών παραγόντων περιλαμβάνονται το ιστορικό αλλαγών στη διάθεση, που σχετίζεται με τον εμμηνορρυσιακό κύκλο ή αλλαγές στη διάθεση, που σχετίζονται με την κύηση, το ιστορικό μείζονος κατάθλιψης ή δυσθυμίας και ένα οικογενειακό ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης [82,83].

Οι ορμονικές μεταβολές έχουν προταθεί από καιρό ως ένας από τους πρωταρχικούς αιτιολογικούς παράγοντες της ανάπτυξης αλλαγών στη διάθεση μετά τον τοκετό. Τυπικά, υπάρχει μια δραστική μείωση της οιστραδιόλης, της προγεστερόνης και της προλακτίνης στο χρόνο που ακολουθεί μετά τον τοκετό, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται αλλαγές της διάθεσης, που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια των διαφόρων φάσεων του εμμηνορρυσιακού κύκλου, όπως αυτές που σημειώνονται στην προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή [15]. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη μελέτη, οι τρεις παράγοντες προδιάθεσης που βρέθηκαν συχνότερα στις γυναίκες, που ανέπτυξαν επιλόχειο μελαγχολία, ήταν τα υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της κύησης, τουλάχιστον ένα προηγούμενο επεισόδιο διαγνωσμένης κατάθλιψης και ιστορικό προεμμηνορρυσιακής κατάθλιψης ή άλλες αλλαγές στη διάθεση που σχετίζονται με την εμμηνορρυσία [15].

Άλλες μελέτες έχουν επίσης προτείνει, ότι τα αυξημένα επίπεδα μονοαμινοξειδάσης ή μειωμένης σεροτονινεργικής δραστηριότητας στην άμεση περίοδο μετά τον τοκετό, είναι επίσης σημαντικοί παράγοντες κινδύνου [84,85].

Επιπλέον, οι γονείς των πρόωγων νεογνών κινδυνεύουν να υποστούν επιλόχειο

μελαγχολία και άγχος. Ωστόσο, τα ευρήματα δείχνουν, ότι η υποστηρικτική θεραπεία είναι σε θέση να μειώσει την επιλόχειο μελαγχολία και το άγχος αυτών των γυναικών [86].

Ομοίως, ευρήματα άλλης μελέτης έδειξαν, ότι το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και η προηγούμενη κατάθλιψη μετά τον τοκετό, ήταν σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της επιλόχειας μελαγχολίας, ενώ ο φυσικός τοκετός αποδείχθηκε προστατευτικός παράγοντας. Αυτά τα αποτελέσματα θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την ανάπτυξη ενός καλύτερου και ακριβέστερου προγράμματος πρόληψης μετά τον τοκετό [87].

Τέλος, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας άλλης μελέτης, η υπόθεση ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της έντασης του πόνου του τοκετού και των διαταραχών της διάθεσης νωρίς μετά τον τοκετό φαίνεται να επιβεβαιώνεται. Πολλές εξηγήσεις μπορούν να δοθούν. Αρχικά, η επιλόχειος μελαγχολία θα μπορούσε να είναι μια αντίδραση στο στρες, που προκαλείται από τον πόνο κατά τον τοκετό. Επιπλέον, ο πόνος μπορεί να γίνει αισθητός ως αποτυχία για τις γυναίκες, που προετοιμάστηκαν για έναν ανώδυνο τοκετό. Πράγματι, η προετοιμασμένη εκπαίδευση κατά τον τοκετό ισχυρίζεται, ότι δίνει στις γυναίκες την δυνατότητα να ξεπεράσουν τον πόνο μέσω φυσικής και ψυχικής άσκησης. Επομένως, η ευθύνη τους για την αντιμετώπιση του τοκετού είναι μεγάλη και μπορεί να κάνει τις μητέρες να αισθάνονται ένοχες εάν αποτύχουν. Η ένταση της επιλόχειας μελαγχολίας είναι ο καλύτερος προγνωστικός παράγοντας της επιλόχειας κατάθλιψης. Ως εκ τούτου, η γνώση των παραγόντων κινδύνου θα μπορούσε να συμβάλει στην βελτίωση της αποτελεσματικότητας της ανίχνευσης και να επιτρέψει στους επαγγελματίες υγείας να επικεντρωθούν στον ψυχολογικό αντίκτυπο του τοκετού και ειδικά στις μετατραυματικές διαταραχές του στρες [88].

Οι πληροφορίες σχετικά με την επίδραση της επιλόχειας μελαγχολίας στην έναρξη και την πορεία των κλινικών διαταραχών άγχους μετά τον τοκετό βέβαια είναι λιγοστές. Τα ευρήματα έδειξαν, ότι οι γυναίκες με επιλόχεια μελαγχολία θα πρέπει να παρατηρούνται προσεκτικά κατά τις πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό, με σκοπό τον εντοπισμό εκείνων, που κινδυνεύουν να αναπτύξουν κατάθλιψη /διαταραχές άγχους και να παρέχουν θεραπεία σε πρώιμο στάδιο της διαταραχής [89].

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολύ πρόσφατης μελέτης των Zanardo et al., [90], που πραγματοποιήθηκε στην Αφρική, οι γυναίκες που διαγνώστηκαν με επιλόχειο μελαγχολία την πέμπτη ημέρα μετά τον τοκετό, είχαν δώδεκα φορές περισσότερες πιθανότητες να διαγνωστούν με επιλόχεια κατάθλιψη ένα μήνα μετά τον τοκετό και δέκα φορές περισσότερες πιθανότητες να διαγνωστούν με επιλόχεια κατάθλιψη δύο μήνες μετά τον τοκετό [90].

Ενώ, η επιλόχειος κατάθλιψη, που είναι η πιο κοινή και ευρέως αναγνωρισμένη επιπλοκή της επιλόχειας μελαγχολίας, έχει πολλά από τα ίδια χαρακτηριστικά και διαγιγνώσκεται χρησιμοποιώντας τα ίδια κριτήρια με την μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Οι γυναίκες με επιλόχειο κατάθλιψη τείνουν να έχουν υψηλότερα επίπεδα άγχους. Αυτές οι γυναίκες είναι επίσης πιο πιθανό να αναπτύξουν διπολική διαταραχή στο μέλλον, από τις γυναίκες με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή χωρίς περιγεννητική έναρξη [91].

Επιπλέον, σύμφωνα με το DSM-5 εκτιμάται, ότι εμφανίζονται στο 0,1% έως 0,2% των γυναικών στην περιγεννητική περίοδο ψυχωτικά χαρακτηριστικά. Το DSM δηλώνει περαιτέρω, ότι αυτός ο κίνδυνος είναι πιο συχνός σε πρωτοτόκες γυναίκες, σε εκείνες με προηγούμενο ιστορικό καταθλιπτικής ή διπολικής διαταραχής και σε εκείνες με οικογενειακό ιστορικό διπολικής διαταραχής. Επιπλέον, από τη στιγμή που το άτομο είχε καταθλιπτικό επεισόδιο περιγεννητικής έναρξης με ψυχωτικά

χαρακτηριστικά, ο κίνδυνος υποτροπής σε επακόλουθες κυήσεις και τοκετούς είναι 30% έως 50% [62].

2.3 Η επιλόχειος κατάθλιψη

Επιλόχειος κατάθλιψη ορίζεται η κατάθλιψη, που συνοδεύει τον τοκετό και πλέον επαναπροσδιορίζεται ως «καταθλιπτική διαταραχή με περιγεννητική έναρξη» [92]. Η πέμπτη έκδοση του DSM-V ορίζει την επιλόχειο κατάθλιψη, ως ένα καταθλιπτικό επεισόδιο, που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή τις πρώτες 4 εβδομάδες μετά τον τοκετό και εκδηλώνεται συνήθως τους πρώτους 6 μήνες μετά τον τοκετό [58].

Η επιλόχειος κατάθλιψη είναι διεθνώς μείζον θέμα της δημόσιας υγείας, καθώς είναι η πιο κοινή αιτία επιλόχειας νοσηρότητας. Είναι η πιο συχνή επιπλοκή, που σχετίζεται με τον τοκετό και ασκεί επιβλαβείς επιπτώσεις στα παιδιά. Παρόλο που έχουν δημοσιευθεί εκατοντάδες μελέτες, δεν υπάρχουν ακριβείς μετρήσεις σε παγκόσμιο ή εθνικό επίπεδο, αλλά ούτε και ακριβής αιτιολογία της ευρείας διακύμανσής της μεταξύ των εθνών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα από 291 μελέτες, που συμμετείχαν 296.286 γυναίκες από 56 χώρες, η παγκόσμια συγκέντρωση του επιπολασμού της επιλόχειας κατάθλιψης ήταν 17,7%, με σημαντική ετερογένεια μεταξύ των εθνών να κυμαίνεται από 3% στη Σιγκαπούρη έως 38% στη Χιλή. Τα έθνη με σημαντικά υψηλότερα ποσοστά ανισότητας εισοδήματος, μητρική θνησιμότητα, βρεφική θνησιμότητα ή γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία, που εργάζονται ≥ 40 ώρες την εβδομάδα, είχαν υψηλότερα ποσοστά επιλόχειας κατάθλιψης. Από κοινού, αυτοί οι παράγοντες εξηγούν το 73% της εθνικής διακύμανσης στον επιπολασμό της επιλόχειας κατάθλιψης [93].

Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Τουρκία, ο επιπολασμός της

επιλόχειας κατάθλιψης βρέθηκε να είναι 23,8%. Οι ανεπτυγμένες πόλεις είχαν έναν επιπολασμό 21,2% και οι αναπτυσσόμενες πόλεις είχαν έναν επιπολασμό 25%, με την οικονομική και επαγγελματική κατάσταση του συζύγου, να είναι ανάμεσα στους ισχυρότερους προγνωστικούς παράγοντες της επιλόχειας κατάθλιψης [94]. Η περιγεννητική κατάθλιψη επηρεάζει το 10% έως 20% των γυναικών στις Η.Π.Α. κατά τη διάρκεια της κύησης, κατά την περίοδο μετά τον τοκετό ή και τα δύο, αλλά μπορεί να είναι δύσκολο να αναγνωριστεί. Ο εντοπισμός και η αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος, μπορεί να μειώσει τον ανησυχητικό αριθμό αυτοκτονιών μεταξύ των καταθλιπτικών περιγεννητικών γυναικών και τις πιθανές δυσμενείς επιπτώσεις της μη θεραπευόμενης μητρικής κατάθλιψης στη γνωστική και συμπεριφορική ανάπτυξη του παιδιού τους [95].

Το ψυχιατρικό ιστορικό και οι πολλαπλές εκθέσεις σε ανεπιθύμητα συμβάντα ζωής, ήταν σημαντικοί παράγοντες της κατάθλιψης μετά τον τοκετό, σ' ένα πληθυσμό γυναικών μειονοτήτων και χαμηλού εισοδήματος [96]. Επιπρόσθετα, οι δυσμενείς εμπειρίες στην παιδική ηλικία και η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη είναι και οι δύο παράγοντες κινδύνου για κατάθλιψη. Ωστόσο, η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη προέβλεψε τις υψηλότερες πιθανότητες κατάθλιψης, υποδεικνύοντας τη σημασία της ερώτησης σχετικά με την κοινωνική υποστήριξη σε έγκυες γυναίκες και γυναίκες μετά τον τοκετό [97]. Οι δυσμενείς εμπειρίες στην παιδική ηλικία περιελάμβαναν σωματική, συναισθηματική και σεξουαλική κακοποίηση, έκθεση σε ενδοοικογενειακή βία, καθώς και έκθεση σε δυσλειτουργία της οικογένειας, ψυχική ασθένεια ή φυλάκιση. Γυναίκες που εκτέθηκαν σε δυσμενείς εμπειρίες στην παιδική ηλικία και σε χαμηλή κοινωνική υποστήριξη στην κύηση, διέτρεχαν σημαντικούς κινδύνους για την υγεία πριν τον τοκετό, σε σχέση με μητέρες που είχαν δυσμενείς εμπειρίες στην παιδική ηλικία, αλλά επίσης και υψηλά επίπεδα κοινωνικής

υποστήριξης [97].

Επιπλέον, η αυτοκτονία μεταξύ των γυναικών μετά τον τοκετό είναι ένα νέο και αναδυόμενο ζήτημα στις αναπτυγμένες χώρες. Γυναίκες με 3 ή περισσότερες δυσμενείς εμπειρίες στην παιδική ηλικία και νεότερες των 25 ετών, ήταν σε υψηλό κίνδυνο για αυτοτραυματικό ιδεασμό μετά τον τοκετό [98]. Ο προσδιορισμός των παραγόντων, που σχετίζονται με τον κίνδυνο αυτοκτονίας στις μητέρες μετά τον τοκετό, αποτελεί προτεραιότητα για τη δημόσια υγεία. Επειδή οι γυναίκες με επιλόχειο κατάθλιψη μπορεί να παρουσιάζονται με συχνές σκέψεις αυτοτραυματισμού και ένα υψηλό επίπεδο κλινικής πολυπλοκότητας, διεξάγοντας μια λεπτομερή αξιολόγηση ασφαλείας, που περιλαμβάνει αξιολόγηση του ιστορικού κακοποίησης παιδικής ηλικίας και τρέχοντα συμπτώματα διαταραχής του ύπνου και άγχος, αποτελεί βασικό στοιχείο για τη διαχείριση των καταθλιπτικών μητέρων [99].

Το επίπεδο εκπαίδευσης και η παρουσία ψυχικής ασθένειας βρέθηκαν να αποτελούν επίσης παράγοντες κινδύνου για τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Αντιθέτως, η ηλικία και η ποιότητα της κοινωνικής υποστήριξης βρέθηκαν να είναι προστατευτικοί παράγοντες [100].

Γίνεται αντιληπτό, ότι λόγω των ορμονικών, σωματικών και ψυχολογικών αλλαγών, που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η γυναίκα γίνεται ιδιαίτερος ευαίσθητη και ευερέθιστη και αισθάνεται μεγαλύτερη κόπωση λόγω του αυξανόμενου βάρους. Η αυτοεκτίμησή της μειώνεται κυρίως, όταν οι αλλαγές στο σώμα της γίνονται αισθητές και όταν προστίθεται επιπλέον σωματικό βάρος, ενώ το άγχος για την έκβαση της εγκυμοσύνης και της επικείμενης μητρότητας είναι σχεδόν αναπόφευκτο [101].

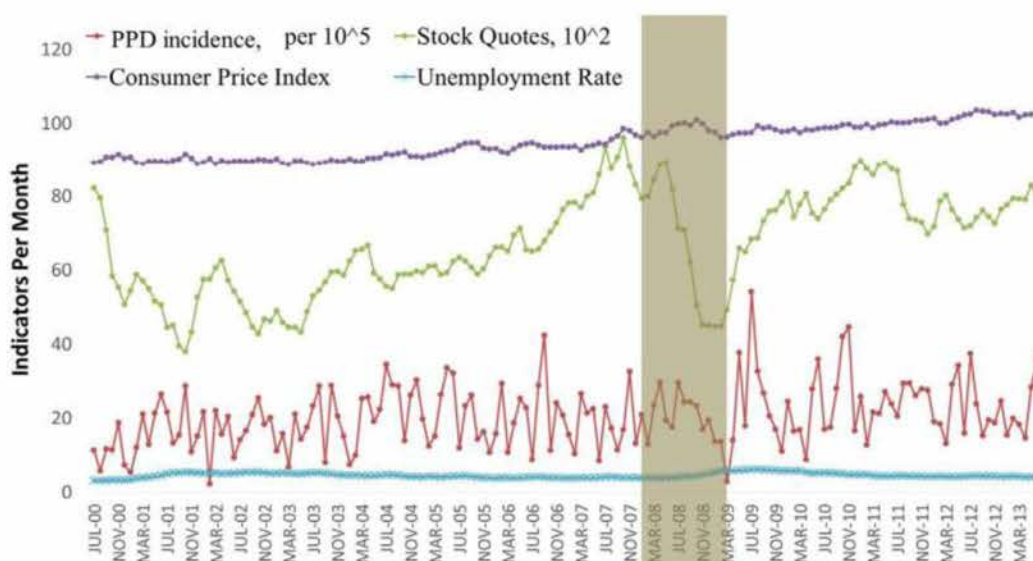
Τα κοινά συμπτώματα της εγκυμοσύνης, όπως κράμπες, πόνος στο στήθος,

ναυτίες, έμετοι, αυξομειώσεις της θερμοκρασίας, ιδρώτας, διαταραχές στην όρεξη και στον ύπνο, που είναι αρκετά συνήθη φαινόμενα, θα μπορούσαν κάλλιστα να αποτελούν τα συμπτώματα ενός καταθλιπτικού ασθενούς. Ωστόσο, η κατάθλιψη και η εγκυμοσύνη μοιράζονται κοινά σημεία και για αυτό ο κλινικός γιατρός θα πρέπει να είναι σε θέση να διακρίνει, εάν τα συμπτώματα πηγάζουν μόνο από την εγκυμοσύνη ή εάν οφείλονται και σε κάποια καταθλιπτική διαταραχή ή διάθεση [101].

Ακόμη, η γυναίκα τείνει να παραμελεί τον εαυτό της, να καταφεύγει στη χρήση ουσιών, να αμελεί τους ιατρικούς ελέγχους [102], ενώ η παρουσία μη – σωματικών συμπτωμάτων, όπως η έλλειψη ενδιαφέροντος για την εγκυμοσύνη, ένοχοι στοχασμοί, μια παθητική επιθυμία θανάτου ή αυτοκτονικός ιδεασμός, μπορεί να βοηθήσουν, ώστε η διάγνωση της κατάθλιψης στην εγκυμοσύνη να είναι πιο εύκολη [6]. Εάν δεν αντιμετωπιστεί/θεραπευτεί, η κατάθλιψη μπορεί να είναι περισσότερο επικίνδυνη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, παρά από κάθε άλλη στιγμή στην ζωή της γυναίκας [102].

3. Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία

Στο παρελθόν, οι περισσότερες μελέτες αξιολόγησαν τη σχέση μεταξύ της οικονομικής κατάστασης και των ψυχικών διαταραχών με βάση το ποσοστό ανεργίας [103, 104], ενώ άλλοι μακροοικονομικοί δείκτες, όπως το ποσοστό πληθωρισμού σε σχέση με τις ψυχικές διαταραχές είχαν συζητηθεί ελάχιστα. Η αιφνίδια έναρξη της οικονομικής κρίσης σημειώθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες το 2008, γνωστή και ως «η μεγάλη ύφεση», με την αύξηση των ψυχικών διαταραχών κατά την περίοδο αυτή να έχει συζητηθεί ευρέως [103,105]. Η μεγάλη ύφεση προκάλεσε εκτεταμένη οικονομική παρακμή παγκοσμίως. Η ανακοίνωση της πτώχευσης της Lehman Brothers Holdings Inc. στις Ηνωμένες Πολιτείες τον Σεπτέμβριο του 2008, ακολουθήθηκε από παγκόσμια οικονομική ύφεση, με δραματική πτώση των χρηματιστηρίων και την κρίση να εξαπλώνεται σε παγκόσμιο επίπεδο στις βιομηχανοποιημένες και τις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες. Το μεγαλύτερο μέρος των άνω ανατολικών χωρών υπέστησαν επίσης τις επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης [106].



Εικόνα 1. Μηνιαίοι οικονομικοί δείκτες και επίπτωση επιλόχειος κατάθλιψης από

το 2000 έως το 2013 (PPD: postpartum depression; TAIEX: Taiwan Stock Exchange Capitalization Weighted Stock Index; CPI: Consumer Price Index) [107].

Η παγκόσμια οικονομική ύφεση αύξησε τον κίνδυνο κατάθλιψης στις ανατολικές και δυτικές χώρες. Στο Χονγκ Κονγκ, ο 12μηνος επιπολασμός της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής ήταν σημαντικά υψηλότερος το 2009 (12,5%) από ό,τι το 2007 (8,5%) και στα δύο φύλα [108], όπως και στην Ελλάδα, με επίσης σημαντικά υψηλότερο ποσοστό το 2011 (8,2%) σε σχέση με το 2008 (3,3%) [109].

Τα ολοένα αυξανόμενα στοιχεία σύνδεσης των οικονομικών παραγόντων με την ψυχική ευημερία, ξεκίνησαν να επιβεβαιώνονται μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης το 2008, όπου σημειώθηκε άνοδος στην κακή ψυχική υγεία σε διάφορες χώρες, παγκοσμίως [110,111]. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, παρατηρήθηκε αύξηση της κακής ψυχικής υγείας στην περίοδο μετά την οικονομική κρίση (25,7% έναντι 29,5%, αντίστοιχα) ανεξαρτήτως περιοχών, κοινωνικής και επαγγελματικής τάξης [112]. Η σύνδεση της οικονομικής κρίσης με τις διαταραχές της διάθεσης έχει ερευνηθεί πλέον σε βάθος σε διάφορες χώρες, έτσι ώστε η σχέση μεταξύ «μεγάλης ύφεσης» και της κατάθλιψης υποστηρίζεται πλέον σοβαρά από τη βιβλιογραφία. Ένας μεγάλος αριθμός μελετών επικεντρώθηκε κυρίως στις χώρες που πλήττονται περισσότερο από την παγκόσμια κρίση, όπως η Ισπανία και η Ελλάδα [109,111,113].

Στην Ελλάδα, παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της οικονομικής δυσπραγίας και του αυξημένου κινδύνου εμφάνισης καταθλιπτικών διαταραχών [109]. Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα μιας άλλης ελληνικής μελέτης που διαπίστωσε, ότι οι οικονομικές δυσκολίες αύξαναν τον κίνδυνο κατάθλιψης ($OR = 1,16$), ενώ το υψηλό εισόδημα ήταν προστατευτικός παράγοντας ($OR = 0,37$), αν και αυτή η επίδραση ήταν πιο εμφανής στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες [109].

Στην Ισπανία, ο επιπολασμός της καταθλιπτικής διαταραχής έχει αυξηθεί

σημαντικά κατά τα έτη 2006 έως 2010 (μείζονα καταθλιπτική διαταραχή 19,4%; δυσθυμία, 10,8%; $p < .0001$), με τους άνδρες να παρουσιάζουν υψηλότερη αύξηση σε σύγκριση με τις γυναίκες [113].

3.1 Ψυχικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην κύηση και τη λοχεία

Οι οικονομικές συνθήκες επηρεάζουν την καθημερινή ζωή σχεδόν όλων των μελών της σύγχρονης κοινωνίας, έχοντας μεγάλο αντίκτυπο στην ψυχική ισορροπία, ενώ έχουν συσχετιστεί με τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και το άγχος. Χαρακτηριστικό παράδειγμα που επιβεβαιώνει την υπόθεση αυτή είναι η πτώση των τιμών των μετοχών του χρηματιστηρίου που αναφέρθηκε, ότι αυξάνει τις νοσηλείες για ψυχικές διαταραχές [114]. Τα ευρήματα δείχνουν ότι τα λιγότερα περιουσιακά στοιχεία, η επισιτιστική ανασφάλεια και τα χρέη σχετίζονται με σοβαρότερα συμπτώματα κατάθλιψης. Μαζί, οι παράγοντες αυτοί εξηγούν το 14% των συμπτωμάτων κατάθλιψης, ποσοστό μεγαλύτερο από το αντίστοιχο σε μελέτες χωρών υψηλού εισοδήματος [115].

Η προγεννητική κατάθλιψη προκαλεί σημαντική ανησυχία για τη δημόσια υγεία, με αρνητικά επακόλουθα για τη μητέρα και τα παιδιά της. Η μελέτη των Chang et al., βρήκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της επιλόχειας κατάθλιψης και των οικονομικών συνθηκών, δείχνοντας ότι το οικογενειακό περιβάλλον των νέων μητέρων διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της νόσου [107]. Επιπλέον, παράγοντες που σχετίζονται με δημογραφικά και ψυχοκοινωνικά μειονεκτήματα, συσχετίστηκαν με επακόλουθα προγεννητικά και μεταγεννητικά καταθλιπτικά συμπτώματα στην Νέα Νότια Ουαλία και την Αυστραλία. Τα ευρήματα δείχνουν παράλληλα, ότι ο έλεγχος της πιθανής κατάθλιψης και η έγκαιρη παραπομπή για

εκτίμηση, μπορεί να είναι μια αποτελεσματική στρατηγική για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της ψυχικής υγείας [116].

Η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια αλλά και μετά την κύηση μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των γυναικών και στην ανάπτυξη του νεογέννητου παιδιού. Οι προγνωστικοί παράγοντες για τα καταθλιπτικά συμπτώματα ενδέχεται να είναι σε θέση να εντοπίσουν ομάδες, που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο, με τα ευρήματα να δείχνουν, ότι οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες ορίζουν υποομάδες, που έχουν διαφορετικές βαθμολογίες κατάθλιψης κατά τη διάρκεια και μετά την κύηση [117].

Πιο συγκεκριμένα, η Ελλάδα έχει πληγεί σε μεγάλο βαθμό από τη διεθνή χρηματοπιστωτική αναταραχή, η οποία πρακτικά διαρκεί μέχρι σήμερα (η έγκριση του Eurogroup για έξοδο της Ελλάδας από το καθεστώς ενισχυμένης επιτήρησης δόθηκε τον Ιούνιο του 2022 - https://www.businessdaily.gr/english-edition/65470_green-light-greeces-exit-enhanced-surveillance-status). Η Ελλάδα ήταν η χώρα με τις μεγαλύτερες περικοπές της τάξης του 28% στις κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία, σε σύγκριση με περικοπές της τάξης μικρότερης του 10% για τις υπόλοιπες χώρες [13]. Η οικονομική κρίση συνδέθηκε και με σημαντικές δυσμενείς επιπτώσεις στα περιγεννητικά αποτελέσματα και στη βρεφική θνησιμότητα[13].

Η μελέτη των Kentikelenis et al. [118], έδειξε αλλαγές σε τέσσερις δείκτες εθνικής υγείας: θνησιγένεια, χαμηλό βάρος γέννησης, βρεφική θνησιμότητα και αυτοκτονία. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, ο επιπολασμός των θνησιγενών τοκετών αυξήθηκε κατά μέσο όρο κατά 19% κατά τη διάρκεια της κρίσης (2009–2012), σε σύγκριση με την προ κρίσης περίοδο (2005–2008). Αντίθετα, η αύξηση του επιπολασμού του χαμηλού βάρους γέννησης κατά τα έτη 2008-2010 ήταν η συνέχιση μιας αύξησης τριών δεκαετιών (79% συνολικά κατά την περίοδο 1982-2010) και οφείλεται κυρίως στην ταυτόχρονη αύξηση των πρόωρων γεννήσεων κατά

τη διάρκεια αυτών [118].

Η ανεργία στην οικονομική κρίση είχε σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών και συνδέεται στενά με τις απόπειρες αυτοκτονίας. Αναφέρθηκε σταδιακή και σταθερή αύξηση του επιπολασμού της μείζονος κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της οικονομικής αναταραχής, από 3,3% το 2008, σε 6,8% το 2009, 8,2% το 2011 και 12,3% το 2013. Ωστόσο, τα δεδομένα για την ψυχική υγεία της μητέρας συγκεκριμένα, είναι σπάνια. Σε μια μελέτη που δημοσιεύθηκε το 2022, το 15,5% των εγκύων στην Ελλάδα, διέτρεχαν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν καταθλιπτικά συμπτώματα, με το χαμηλό οικογενειακό εισόδημα να συσχετίζεται με συμπτώματα κατάθλιψης. Υπολογίζεται, ωστόσο, ότι περίπου το 10% έως 15% των νέων μητέρων εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης. Αυτός ο επιπολασμός δικαιολογεί την πρόληψη αυτού του παγκόσμιου προβλήματος δημόσιας υγείας, ειδικά σε γυναίκες με χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, από τις οποίες σχεδόν μία στις τέσσερις εμφανίζει επιλόχεια κατάθλιψη [15,16].

Η βιβλιογραφία προτείνει δύο μοντέλα επιπτώσεων της κρίσης στην περιγεννητική και βρεφική υγεία. Το πρώτο ορίζει τις οδούς, που συνδέουν τις οικονομικές συνθήκες με τα αποτελέσματα της υγείας και το δεύτερο – το μοντέλο υγειονομικής περίθαλψης - διερευνά τα αποτελέσματα της υγείας σε σχέση με την πρόσβαση σε επαρκή και κατάλληλη υγειονομική περίθαλψη [119].

Μελέτες που διερευνούν τους μηχανισμούς, μέσω των οποίων οι οικονομικές συνθήκες επηρεάζουν την υγεία των παιδιών υποδηλώνουν, ότι ο υποσιτισμός, οι λοιμώξεις, η ανεπαρκής ανοσοποίηση καθώς και η αύξηση των επικίνδυνων συμπεριφορών των γονέων, μπορεί να εξηγήσουν τις επιπτώσεις τους στην υγεία [120,121]. Άλλες μελέτες υποδεικνύουν, ότι το οικονομικό στρες έχει άμεσες φυσιολογικές επιπτώσεις, συμπεριλαμβανομένης της άμεσης επίδρασης στα επίπεδα

αρκετών ορμονών και βιοδεικτών, επηρεάζοντας τα έμβρυα και καταλήγοντας σε δυσμενή έκβαση [122,123]. Από την άλλη πλευρά, οι σκληρές οικονομικές συνθήκες συνδέονται με μειωμένη πρόσβαση στην κατάλληλη υγειονομική περίθαλψη και με επιδείνωση της μητρικής, νεογνικής και βρεφικής φροντίδας, η οποία μπορεί να ευθύνεται για την επιδείνωση του αντίστοιχου αποτελέσματος υγείας [120,124].

Νεογνά, των οποίων οι μητέρες έχουν κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της κύησης, είναι πιο πιθανό να έχουν χαμηλότερο βάρος γέννησης και πρόωρο τοκετό, καθώς και καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης, μικρότερη περίμετρο κεφαλής και επίσης μειώνεται η πιθανότητα για την έναρξη του θηλασμού. Ομοίως, παρουσιάζεται απορρύθμιση του άξονα υποθάλαμος – υπόφυση – επινεφρίδια και υψηλότερα ποσοστά εισαγωγής σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Νεογνών, αυξάνοντας έτσι την βρεφική νοσηρότητα και θνησιμότητα. Καθώς αναπτύσσονται αυτά τα νεογνά μπορεί να έχουν περισσότερες δυσκολίες, όσο αναφορά τη συμμετοχή σε κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και να έχουν χειρότερα αναπτυξιακά και συναισθηματικά αποτελέσματα [6,73,125,126,127,128,129].

Ακόμη, υψηλά επίπεδα της νορεπινεφρίνης και της κορτιζόλης στην διάρκεια της εγκυμοσύνης, μειώνουν την ροή του αίματος στην μήτρα και έτσι μπορεί να προκαλέσουν σοβαρά μαιευτικά και νεογνικά προβλήματα τόσο για την έγκυο γυναίκα, όσο και για το έμβρυο, όπως αυτόματη αποβολή, προγεννητική αιμορραγία, αυξημένη αντίσταση της μητριάας αρτηρίας, προεκλαμψία, εμβρυϊκό θάνατο, αναιμία και νεογνά με υψηλά επίπεδα κορτιζόλης [44,79,127,128,130].

Η ανεπαρκής κοινωνική υποστήριξη στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, επιδεινώνει την ψυχολογική υγεία των εγκύων γυναικών και επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα της ζωής τους, έχοντας μια κακή επίδραση στις διατροφικές συνήθειες και οδηγώντας σε αύξηση της χρήσης του αλκοόλ, του καπνίσματος και της χρήσης ουσιών

[127,131]. Η προγεννητική κατάθλιψη έχει επίσης συσχετιστεί με κακή έκβαση των τοκετών, συνεχόμενες αρνητικές συνέπειες σε ολόκληρη την νηπιακή και παιδική ηλικία και διαταραχή της συμπεριφοράς του παιδιού με κακή ψυχική υγεία στο μέλλον [132 - 134].

Εν κατακλείδι, η κατανόηση των οικονομικών συνθηκών των μητέρων και η κατάθλιψη μετά τον τοκετό είναι σημαντική για τον προσδιορισμό του τρόπου, με τον οποίο θα φροντίσουν τον εαυτό τους και τα βρέφη τους κατά τη διάρκεια της επιλόχειας περιόδου, ειδικά για οικογένειες χαμηλού εισοδήματος. Τα ευρήματα δείχνουν, ότι υπάρχει μια σημαντική σχέση ανάμεσα στη επιλόχειο κατάθλιψη και στις οικονομικές συνθήκες. Ο αντίκτυπος της παγκόσμιας οικονομικής ύφεσης στις γυναίκες είναι επίμονος. Αυτά τα χρήσιμα ευρήματα μπορεί να δώσουν στους υπεύθυνους για την υγειονομική πολιτική μια υπόδειξη για την έγκαιρη ανακάλυψη και αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης, λόγω της ύφεσης της παγκόσμιας οικονομίας [107].

4. Η ψυχοπροφυλακτική

Στα τέλη της δεκαετίας του 1940, Σοβιετικοί επιστήμονες επινόησαν μια νέα μη φαρμακολογική μέθοδο, που ονομάζεται «ψυχοπροφυλακτική μέθοδος ανώδυνου τοκετού», η οποία αργότερα έγινε ευρέως γνωστή στη Δύση, ως μέθοδος Lamaze. Καθώς η διαδικασία του τοκετού ελέγχεται από τον εγκεφαλικό φλοιό, που συμμετέχει στην αντίληψη του πόνου, η θεωρία της μεθόδου βασίστηκε στην υπόθεση, ότι ήταν δυνατό να εξαλειφθεί η αίσθηση του σωματικού πόνου κατά τον τοκετό, εκπαιδεύοντας το μυαλό μιας εγκύου πριν γεννήσει. Ο πόνος, σύμφωνα με τον ισχυρισμό αυτό, δεν είναι ουσιαστικό μέρος του τοκετού, καθώς στην πραγματικότητα, είναι προϊόν εξαρτημένων αντανακλαστικών, τα οποία σύμφωνα με τη θεωρία του Pavlov για τα εξαρτημένα αντανακλαστικά, είναι επίκτητα και προσωρινά. Σκοπός της μεθόδου είναι να «επαναπρογραμματίσει» αυτά τα εξαρτημένα αντανακλαστικά και να δημιουργήσει νέα και θετικά αντανακλαστικά, που εμποδίζουν την αντίληψη του πόνου κατά τον τοκετό. Η εκπαίδευση βασίζεται σε μια σειρά μεθόδων, συμπεριλαμβανομένης της προγεννητικής εκπαίδευσης, των τεχνικών αναπνοής, της υπόδειξης και της μάλαξης [135].

Ο όρος ψυχοπροφύλαξη προέρχεται από την ελληνική λέξη «ψυχή» και τη λέξη προφύλαξη. Περιλαμβάνει γνώσεις και πρακτικές για την επίτευξη ενός τοκετού χωρίς φόβο και με τον λιγότερο δυνατό πόνο. Με αυτή τη μέθοδο, η έγκυος χρησιμοποιώντας τη νοημοσύνη της, εκπαιδεύεται να εφαρμόζει τις γνώσεις της, τη δεδομένη στιγμή του τοκετού, προκειμένου να προστατέψει το σώμα της από τον πόνο και την ψυχή της από πιθανούς τραυματισμούς. Η ψυχοπροφύλαξη θεωρείται μέθοδος ψυχοσωματικής προετοιμασίας, γιατί αφορά τη σωστή προετοιμασία της γυναίκας φροντίζοντας τόσο τη σωματική, όσο και τη συναισθηματική της

συνιστώσα [17].

Τα εργαλεία της ψυχοπροφύλαξης είναι οι θεωρητικές πληροφορίες, που δίνονται στην έγκυο αλλά και στον σύντροφό της για θέματα που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τον θηλασμό, μαζί με την εξάσκηση αναπνευστικών ασκήσεων, τεχνικών χαλάρωσης και αυτοσυγκέντρωσης [18]. Οι τεχνικές χαλάρωσης βοηθούν τη γυναίκα να χαλαρώσει, να ελέγξει το σώμα της, να διατηρήσει τα αποθέματά της και να αντιμετωπίσει τον πόνο. Εκτελώντας τις σωστές τεχνικές αναπνοής σε κάθε στάδιο του τοκετού, η ασθενής παραμένει ήρεμη, το μυαλό της αποσπάται από τον πόνο, ενεργοποιείται η έκκριση ενδορφινών και η ουδός του πόνου αυξάνεται, μειώνοντας έτσι τον πόνο κατά τις συσπάσεις [20].

Η ψυχοπροφύλαξη θεωρείται, ότι επηρεάζει την εμπειρία του πόνου κατά τον τοκετό με τρεις τρόπους: φυσιολογικά, βελτιώνοντας την οξυγόνωση και μειώνοντας την ένταση των μυών, γνωστικά, εστιάζοντας στην αναπνοή και χαλάρωση αντί για τον πόνο και ψυχολογικά, μειώνοντας τον φόβο και βελτιώνοντας την αίσθηση του προσωπικού ελέγχου. Η βαθιά αναπνοή έχει προταθεί για το πρώτο στάδιο του τοκετού, με πιο γρήγορη αναπνοή κατά τις ισχυρότερες συσπάσεις του δεύτερου σταδίου και κράτημα της αναπνοής και λαχάνιασμα κατά το στάδιο της χαλάρωσης [136].

Πολύ σημαντικό ρόλο σε όλη τη διαδικασία φέρει η μαία, η οποία έχει καθήκον να εξηγεί, να συμπάσχει, να συνεργάζεται και να επικοινωνεί με τα ζευγάρια και ιδιαίτερα με τις γυναίκες, ώστε να διώχνουν τους φόβους και τις προκαταλήψεις τους, αλλά και να τους απαντά στα ερωτήματά τους, σχετικά με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Εκτός των άλλων, η μαία πρέπει να διαθέτει ορισμένες δεξιότητες, ούτως ώστε να εμπνέει εμπιστοσύνη στις έγκυες γυναίκες, που την επισκέπτονται. Η συναισθηματική ταύτιση με τη γυναίκα, η προσεκτική ακρόαση και η διακριτικότητα,

καθώς και η πρόταση κάποιας ειδικής ψυχολογικής υποστήριξης (δηλ. παραπομπή σε κάποιον ειδικό), είναι συστατικά στοιχεία της μαίας, που συμβάλλει και αυτή με τον τρόπο της στην πρόγνωση και στη διάγνωση των αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών σε έγκυες γυναίκες [137].

Η κατάθλιψη και το άγχος είναι κοινά κατά τη διάρκεια της προγεννητικής και μεταγεννητικής περιόδου και είναι γνωστό, ότι έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη γυναίκα και στο αγέννητο βρέφος της. Οι έγκυες γυναίκες εκδηλώνουν μια προτίμηση για μη φαρμακολογικές θεραπευτικές επιλογές και χρησιμοποιούν συμπληρωματικά φάρμακα και θεραπείες για να διαχειριστούν αυτά τα συμπτώματα. Ο βελονισμός, η θεραπεία με έντονο φως και το μασάζ μπορεί να μειώσουν την προγεννητική κατάθλιψη. Παρόλα αυτά, υπάρχει ανάγκη για υψηλής ποιότητας και μεγαλύτερες μελέτες, που περιλαμβάνουν μεταγεννητική παρακολούθηση [138].

Η παροχή κατάλληλης φροντίδας σε έγκυες γυναίκες με υψηλό ή σοβαρό φόβο για τον τοκετό, αποτελεί μια πρόκληση στην μαιευτική φροντίδα σήμερα. Ο φόβος του τοκετού σχετίζεται με προδιάθεση αναμνηστικών παραγόντων, διάφορα κοινωνικοδημογραφικά και ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά και μπορεί να έχουν σοβαρές συνέπειες για την υγεία. Είναι συνεπώς σημαντικό να εξακριβωθεί, ποιες παρεμβάσεις μπορούν να αυξήσουν την πίστη μιας γυναίκας στην ικανότητά της να αντιμετωπίσει τον τοκετό και την γέννηση. Παρά τους μεθοδολογικούς πολυμορφισμούς - μεμονωμένες ή ομαδικές συνεδρίες ψυχοεκπαίδευσης για πρωτοτόκες γυναίκες, θεραπευτική συζήτηση κατά τη διάρκεια της κύησης (σε ομαδικές ή ατομικές συνεδρίες)- όλες έχουν την δυνατότητα να ενισχύσουν την αυτό-αποτελεσματικότητα των γυναικών και να μειώσουν τον αριθμό των καισαρικών τομών, που οφείλεται στο φόβο για τον τοκετό. Η θεωρητική επικύρωση μιας παρέμβασης εμβαθύνει την κατανόηση της ψυχολογικής διαδικασίας σε γυναίκες,

που αντιμετωπίζουν σοβαρό φόβο για τον τοκετό. Θα πρέπει να αναπτυχθούν θεωρητικές έννοιες φροντίδας τόσο για την προγεννητική, όσο και για την ενδοκοινοτική υποστήριξη εγκύων γυναικών, με υψηλό ή σοβαρό φόβο για τον τοκετό. Να δοκιμαστούν, να αξιολογηθούν και να εφαρμοστούν εντός του δεδομένου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Οι μαίες πρέπει να είναι ικανές να αντιμετωπίζουν τους φόβους των εγκύων γυναικών, σχετικά με τον τοκετό και την γέννηση στην προγεννητική φροντίδα. Η χρήση ενός έγκυρου εργαλείου αξιολόγησης για να προσδιορίζει το επίπεδο του φόβου του τοκετού στις γυναίκες, ακόμη κι αν δεν εγείρουν τα ζητήματα, συνιστάται στη ρουτίνα της προγεννητικής φροντίδας, ώστε να μπορεί να προσφερθεί η κατάλληλη υποστήριξη από ειδικούς [139].

Επιπρόσθετα, η συνεχής υποστήριξη από μια μαία κατά τη διάρκεια του τοκετού, έχει δείξει θετικά αποτελέσματα στη διάρκεια του τοκετού, στην ανακούφιση του πόνου και στη συχνότητα της καισαρικής τομής, σε γυναίκες χωρίς φόβο του τοκετού. Η συνεχής υποστήριξη από ειδική μαία κατά τη διάρκεια του τοκετού, επηρεάζει το αποτέλεσμα του τοκετού και την υποκειμενική εμπειρία γυναικών με σοβαρό φόβο τοκετού. Γυναίκες με σοβαρό φόβο τοκετού, μπορεί να ωφεληθούν από τη συνεχή υποστήριξη μιας μαίας κατά τη διάρκεια του τοκετού. Οι μαίες θα πρέπει να αναγνωρίσουν τη σημασία της συνεχούς υποστήριξης, προκειμένου να ενισχυθεί η εμπειρία του τοκετού σε γυναίκες με σοβαρό φόβο τοκετού [140].

Πρέπει να υπογραμμιστεί, ότι δεν υπάρχει μία ενιαία κοινώς εφαρμοζόμενη θεραπεία, η οποία αποτελεί πανάκεια για όλες τις περιπτώσεις. Κάθε μέθοδος πρέπει να είναι εξατομικευμένη στις προσωπικές ανάγκες της κάθε εγκύου [141].

Δεδομένου, ότι πολλές γυναίκες προτιμούν μη φαρμακολογικές επιλογές για τη διαχείριση του άγχους κατά τη διάρκεια της κύησης, η πρόσφατη ανάπτυξη μιας ψυχοθεραπευτικής αγωγής είναι έγκαιρη και ενθαρρυντική. Η παρέμβαση, μια

προσαρμογή της συναίσθησης, που βασίζεται στη γνωστική θεραπεία για τη θεραπεία της διαταραχής του γενικευμένου άγχους κατά την κύηση, οδήγησε σε σημαντική μείωση των συμπτωμάτων και θεωρήθηκε πολύ θετική από τους συμμετέχοντες. Παράλληλα, η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, θεωρείται το χρυσό πρότυπο για την θεραπεία διαταραχών άγχους τόσο στο γενικό πληθυσμό, όσο και για το άγχος στη διάρκεια της κύησης. Οι έγκυες γυναίκες αναφέρουν προθυμία να δοκιμάσουν την γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, αφού πρώτα βέβαια διαβάσουν μια λεπτομερή περιγραφή της θεραπείας [51]. Σίγουρο είναι το γεγονός, ότι αν δεν εφαρμοστεί κάποια θεραπεία, αυξάνεται ο κίνδυνος των αρνητικών συνεπειών τόσο για το παιδί, όσο και για την μητέρα [142].

Έχει μεγάλη σημασία να αναφερθεί πως από μελέτες, που έχουν διεξαχθεί μέχρι στιγμής σχετικά με την αποτελεσματικότητα των θεραπειών στην προγεννητική περίοδο έχει παρατηρηθεί, ότι η διαπροσωπική θεραπεία και η γνωστική θεραπεία συνδυασμένη με θεραπεία συμπεριφοράς, έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές έως ένα σημείο, καθώς επέφεραν ελάττωση των αγχωδών συναισθημάτων. Θεραπείες που περιλαμβάνουν τουλάχιστον ένα στοιχείο διαπροσωπικής θεραπείας, έχουν καλύτερη επίδραση από ότι οι θεραπείες που περιλαμβάνουν ένα στοιχείο θεραπείας συμπεριφοράς [7,128,132,143]. Άλλες επιπλέον θεραπείες, όπως η διαπροσωπική θεραπεία, στην οποία συμμετέχει και βοηθάει ενεργά ο σύντροφος της εγκύου [33], έχουν αποδειχθεί ασφαλείς για την μητέρα και το βρέφος, μειώνοντας τα επίπεδα άγχους στην κύηση [35].

Επιπρόσθετα, η γιόγκα, η μουσικοθεραπεία, το σιάτσου, η αρωματοθεραπεία (χρήση ελαίων), οι τεχνικές αναπνοής, η παρουσία αγαπημένου προσώπου, ο τοκετός στο νερό, η βοτανοθεραπεία κ.α., αποτελούν βιώσιμες επιλογές θεραπείας, για μια σειρά σωματικών και ψυχικών προβλημάτων υγείας, καθώς και μείωσης των

συμπτωμάτων άγχους στη διάρκεια της κύησης [35,128,144].

Η διεθνής βιβλιογραφία έχει αποδείξει τη χρησιμότητα και την αξιοπιστία της ψυχοπροφυλακτικής προετοιμασίας για τον τοκετό, ενώ δεν υπάρχει μελέτη που να αναφέρει κάποια βλάβη από τη διαδικασία [20].

4.1 Η μέθοδος Lamaze

Ιστορικά, η «αναπνοή» θεωρείται το σήμα κατατεθέν της μεθόδου Lamaze. Ουσιαστικά, η μέθοδος που έγινε γνωστή, ως η μέθοδος Lamaze, εισήχθη στις Ηνωμένες Πολιτείες από τη Marjorie Karmel, που απέκτησε το πρώτο της μωρό στη Γαλλία με τον γιατρό Fernand Lamaze. Το 1960 ιδρύθηκε η οργάνωση Lamaze International, που ξεκίνησε να εκπαιδεύει τους εκπαιδευτές τοκετού και να διαδίδει τη μέθοδο. Τα μαθήματα Lamaze δίδαξαν στις γυναίκες τη συνειδητή χαλάρωση και την ελεγχόμενη αναπνοή για τη διαχείριση του πόνου των συσπάσεων, αποφεύγοντας την ανάγκη για λήψη φαρμάκων. Τα μαθήματα Lamaze στη δεκαετία του 1960 αποτέλεσαν καινοτομία, καθώς για πρώτη φορά ο τοκετός είχε μεταφερθεί σε ένα ασφαλές μέρος, στο νοσοκομείο και οι γυναίκες είχαν τρόπο να μάθουν για τον τοκετό και πώς να τον διαχειριστούν.

Πλέον, υπάρχει μια καλύτερη κατανόηση της φυσιολογίας του φυσικού τοκετού και με βάση ερευνητικά στοιχεία μπορούν να προσδιοριστούν στρατηγικές, που διευκολύνουν την παρέμβαση στη φυσική διαδικασία του τοκετού [145]. Σε αυτές περιλαμβάνονται:

1. Μασάζ, μουσική, υδροθεραπεία και η αλλαγή θέσης, που βοηθούν τις γυναίκες να διαχειριστούν τον πόνο των συσπάσεων.
2. Καθημερινοί τρόποι χαλάρωσης, που βοηθούν τις γυναίκες να διαχειριστούν την κόπωσή τους, όπως η ιδιωτικότητα και η παρουσία έμπιστων ατόμων.

3. Η συνεχής συναισθηματική και σωματική υποστήριξη, που οδηγεί σε λιγότερο πιθανή αναζήτηση παυσίπων, συντομότερο τοκετό και μικρότερη πιθανότητα καισαρικής τομής, ιδιαίτερα όταν η υποστήριξη παρέχεται από την οικογένεια και τους φίλους αντί για νοσηλευτές.
4. Φυσιολογική έναρξη του τοκετού
5. Ορμονική ρύθμιση του τοκετού, όπου η ελεγχόμενη αναπνοή ενισχύει τη χαλάρωση και μειώνει τα επίπεδα της ορμόνης του στρες, ιδιαίτερα σημαντική στην αρχή του τοκετού.
6. Ο συνδυασμός της αναπνοής με άλλα βοηθητικά μέσα, καθώς η έρευνα έδειξε [146], ότι το 49% των γυναικών βαθμολόγησε την αναπνοή ως λιγότερο χρήσιμη. Ωστόσο, οι στρατηγικές, που βαθμολόγησαν ως πιο χρήσιμες (εμβύθιση σε μπανιέρα, μασάζ, μπάλα γέννησης και ντους) είναι συνήθως λιγότερο διαθέσιμα.
7. Η συνειδητή αναπνοή, η οποία είναι αποτελεσματική τελικά, όχι επειδή αποσπά την προσοχή, αλλά επειδή η ελεγχόμενη αργή βαθιά αναπνοή, αυξάνει την οξυγόνωση, τη χαλάρωση και την επίγνωση του σώματος Lamaze [145].

Οι βασικές οδηγίες για τη χρήση της αναπνοής στον τοκετό βασίζονται στις εξής αρχές:

- Η αναπνοή υπόκειται εύκολα σε συνειδητό έλεγχο. Επομένως, η ελεγχόμενη αναπνοή είναι εύκολη στην εκμάθηση.
- Η αργή, βαθιά αναπνοή είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική. Ο «σωστός» τρόπος αναπνοής είναι ό,τι φαίνεται σωστό. Δεν υπάρχουν κανόνες, που να σχετίζονται με το πόσες αναπνοές ανά λεπτό και εάν πρέπει η αναπνοή να γίνεται από το στόμα ή τη μύτη. Το κλειδί εδώ είναι, ότι η αναπνοή είναι συνειδητή, όχι αυτόματη.
- Καθώς οι συσπάσεις του τοκετού δυναμώνουν και το έργο του γίνεται πιο δύσκολο, η επιτάχυνση της αναπνοής είναι μερικές φορές, αλλά όχι πάντα, πιο

αποτελεσματική.

- Η εστίαση σε κάτι, είτε με κλειστά μάτια ή με ανοιχτά, μπορεί να βοηθήσει στη διατήρηση του ρυθμού της αναπνοής.

- Η χρήση συνειδητής αναπνοής στην καθημερινή ζωή, είτε για την ανακούφιση από το άγχος ή την αύξηση της επίγνωσης του σώματος, είναι εξαιρετική πρακτική για τον τοκετό και μία εξαιρετική ικανότητα ζωής.

- Η συνειδητή αναπνοή λειτουργεί καλύτερα σε συνδυασμό με άλλες στρατηγικές ανακούφισης. Στα μαθήματα Lamaze, οι γυναίκες δεν ξοδεύουν πλέον μεγάλες ποσότητες χρόνου εξάσκησης στην αναπνοή. Οι γυναίκες κινούνται, αλλάζουν θέση, ταλαντεύονται σε μπάλες, μαθαίνουν να χρησιμοποιούν το μασάζ, και προσδιορίζουν τους τρόπους, με τους οποίους συνήθως χαλαρώνουν και βρίσκουν άνεση. Καθεμία από αυτές τις στρατηγικές μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με την αναπνοή.

- Σε περιοριστικά περιβάλλοντα, η αναπνοή μπορεί να είναι μέρος από ελάχιστες επιλογές ανακούφισης που είναι διαθέσιμες [147].

4.2 Η επίδρασή της στην έκβαση του τοκετού

Λόγω της επώδυνης φύσης του τοκετού και των μητρικών και νεογνικών επιπλοκών, η γυναίκα χρειάζεται υποστήριξη σε αυτή τη φάση της ζωής της. Η ανάπτυξη γνώσεων και δεξιοτήτων κατά τη διάρκεια της κύησης, προετοιμάζουν τις μέλλουσες μητέρες για τον τοκετό και οδηγούν στην προώθηση της υγείας. Πληθώρα μελετών έχει αποδείξει, πως η συμμετοχή στα μαθήματα προγεννητικής εκπαίδευσης είχε πολύ σημαντική επίδραση στην ψυχολογική ευεξία των εγκύων γυναικών [36], καθώς και στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησής τους, μειώνοντας το άγχος και το φόβο της κύησης και του τοκετού [148].

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των Firouzbakht et al. [10], οι γυναίκες με υψηλό επίπεδο μόρφωσης ενδιαφερόταν περισσότερο για συμμετοχή στα προγεννητικά μαθήματα. Το επίπεδο άγχους σε γυναίκες, που έλαβαν εκπαίδευση ήταν χαμηλότερο από τις γυναίκες που δεν το έκαναν, όπως και η ένταση του πόνου κατά τον τοκετό. Σύμφωνα με τα ευρήματα αυτής της μελέτης, η προγεννητική εκπαίδευση και η ψυχολογική υποστήριξη είναι ευεργετική για τις μητέρες κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού και συνιστάται η εκπαίδευση όλων των εγκύων γυναικών [10].

Η έλλειψη επαρκών γνώσεων σχετικά με την κύηση αυξάνει το άγχος και απαιτεί περισσότερες ιατρικές παρεμβάσεις. Η μελέτη που ακολουθεί αναφέρεται στην αξιολόγηση των επιπτώσεων της προγεννητικής εκπαίδευσης στο άγχος και στον τοκετό, με τα αποτελέσματα να επιδεικνύουν μια σημαντική διαφορά στα επίπεδα άγχους, που αισθάνθηκαν οι γυναίκες, που συμμετείχαν σε εκπαιδευτικά μαθήματα, για να μάθουν πώς να βιώσουν έναν ασφαλή τοκετό, σε σύγκριση με τις γυναίκες, που δεν το έκαναν. Επιπλέον, το επίπεδο του πόνου στα μεταβατικά στάδια (διαστολή του τραχήλου της μήτρας 8-10cm), που έγινε αισθητό από τις γυναίκες που παρακολούθησαν τα εκπαιδευτικά μαθήματα, ήταν σημαντικά χαμηλότερο, από αυτό που ένιωσαν οι γυναίκες που δεν παρακολούθησαν τα μαθήματα. Οι εκπαιδευτικές και υποστηρικτικές παρεμβάσεις αύξησαν τη γνώση των μητέρων κατά τη διάρκεια της κύησης και μείωσαν το φόβο τους για το άγνωστο περιβάλλον και τους ανθρώπους, μαθαίνοντας πώς να ξεπεράσουν αποτελεσματικά τα προβλήματά τους και τον πόνο του τοκετού [149].

Τα υψηλά επίπεδα φόβου του τοκετού επηρεάζουν την προετοιμασία του τοκετού, τα μαιευτικά αποτελέσματα και τη συναισθηματική ευεξία για περίπου μια στις πέντε

γυναίκες, που ζουν σε ανεπτυγμένες χώρες. Σε φοβισμένες γυναίκες παρατηρούνται υψηλότερα ποσοστά μαιευτικών παρεμβάσεων και καισαρικής τομής. Ακολουθώντας μια σύντομη προγεννητική παρέμβαση ψυχοεκπαίδευσης, καθοδηγούμενη από την μαία για τον φόβο του τοκετού, οι γυναίκες ήταν λιγότερο πιθανό να βιώσουν ενοχλητικές αναδρομές στη γέννα και προτιμούσαν μια φυσιολογική γέννα σε μια μελλοντική κύηση. Διαπιστώθηκε επίσης, μείωση των συνολικών ποσοστών της καισαρικής τομής. Η ψυχοεκπαίδευση στις φοβισμένες γυναίκες έχει κλινικά οφέλη τόσο για τον επικείμενο τοκετό, όσο και για τις μελλοντικές κυήσεις [150].

Παρόμοια με τα παραπάνω αποτελέσματα, είναι και αυτά των δύο επόμενων μελετών. Η μείωση της συχνότητας καισαρικής τομής, μετά από την αντίστοιχη συμβουλευτική, αποτράπηκε για μία στις πέντε γυναίκες, γεγονός που θεωρήθηκε ικανοποιητικό, ώστε να αντισταθμίσει το κόστος παροχής της υπηρεσίας [151]. Ο ίδιος επικεφαλής, σε προγενέστερη μελέτη του κατέληξε επίσης στο συμπέρασμα, ότι ο φόβος του τοκετού σχετίζεται και με φτωχή συναισθηματική και ψυχολογική υγεία των γυναικών. Απέδειξε, ότι η ψυχοεκπαίδευση από εκπαιδευμένες μαίες, ήταν αποτελεσματική στη μείωση των υψηλών επιπέδων φόβου για τον τοκετό και στην αύξηση της εμπιστοσύνης των εγκύων γυναικών. Με τη σειρά της, η βελτίωση της προγεννητικής συναισθηματικής ευεξίας, μπορεί να έχει ευρύτερες θετικές επιπτώσεις στην κοινωνική και τη μητρική παροχή φροντίδας [152].

Η παροχή κατάλληλης φροντίδας σε έγκυες γυναίκες με υψηλό ή σοβαρό φόβο για τον τοκετό, είναι μια πρόκληση στη μαιευτική φροντίδα σήμερα. Ο φόβος για τον τοκετό σχετίζεται με προδιαθεσικούς αναμνηστικούς παράγοντες, διάφορα κοινωνικοδημογραφικά και ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά και μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές συνέπειες, που σχετίζονται με την υγεία. Μεμονωμένες ή ομαδικές συνεδρίες ψυχοεκπαίδευσης για πρωτοτόκες γυναίκες ή θεραπευτική συνομιλία κατά

τη διάρκεια της κύησης, έχουν τη δυνατότητα να ενισχύσουν την αυτοαποτελεσματικότητα των γυναικών και να μειώσουν τον αριθμό των καισαρικών τομών, που οφείλονται στο φόβο για τον τοκετό [139].

Η έλλειψη γνώσης και ο φόβος του άγνωστου κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού κάνουν τις μητέρες να φοβούνται, να ανησυχούν και να έχουν άγχος. Ο μητρικός φόβος και το άγχος μπορεί να οδηγήσουν σε προβλήματα, όπως πρόωρος τοκετός και χαμηλό βάρος γέννησης του νεογνού. Αυξάνοντας τη γνώση των γυναικών, διαμέσου της προγεννητικής εκπαίδευσης, μπορεί να τις προετοιμάσει για τον τοκετό και να βελτιώσει την υγεία τους. Τα ευρήματα δείχνουν, ότι ο φόβος του τοκετού, το άγχος και η κατάθλιψη ήταν σημαντικά χαμηλότερα στην ομάδα των εγκύων γυναικών, που τακτικά παρακολουθεί τα μαθήματα, σε σύγκριση με την ομάδα των γυναικών, που δεν τα παρακολουθεί. Η προγεννητική εκπαίδευση μπορεί να μειώσει το φόβο, το άγχος και την κατάθλιψη σε πρωτοτόκες γυναίκες. Η ενσωμάτωση αυτής της εκπαίδευσης στην προγεννητική φροντίδα, βοηθάει στη βελτίωση της μητρικής υγείας [153].

Ομοίως, σε άλλη εξίσου πρόσφατη μελέτη, οι γυναίκες στην προγεννητική ομάδα εκπαίδευσης είχαν λιγότερο φόβο του επικείμενου τοκετού, κατάθλιψης, άγχους και συμπτωμάτων στρες, και καλύτερη έκβαση του τοκετού, σε σύγκριση με τις γυναίκες, που δεν παρακολούθησαν την εκπαιδευτική ομάδα. Επιπρόσθετα, οι συμμετέχουσες στην προγεννητική ομάδα εκπαίδευσης είχαν σημαντικά χαμηλότερο μεταγεννητικό φόβο τοκετού, κατάθλιψη, άγχος και συμπτώματα στρες, σε σύγκριση με τις άλλες. Συνεπώς, η προγεννητική εκπαίδευση έχει σημαντικά κλινικά οφέλη για τις γυναίκες, τόσο κατά τη διάρκεια της κύησης, όσο και στην μεταγεννητική περίοδο, δίνοντας το έναυσμα για έναν καθολικό χαρακτήρα εφαρμογής της [154].

Ο φόβος του τοκετού και η μη αναμενόμενη έκβασή του, είναι προγνωστικοί

παράγοντες για συμπτώματα διαταραχής μετά-τραυματικού στρες. Οι γυναίκες που παρακολούθησαν προγεννητική εκπαίδευση είχαν καλύτερη έκβαση, μεγαλύτερη αντιληπτή υποστήριξη και έλεγχο κατά τον τοκετό και λιγότερο φόβο και συμπτώματα διαταραχής μετά-τραυματικού στρες, σε σύγκριση με τις γυναίκες, που δεν παρακολούθησαν προγεννητική εκπαίδευση. Ένα ακόμη πλεονέκτημα λοιπόν, της προγεννητικής εκπαίδευσης φαίνεται να είναι και η ανακούφιση των συμπτωμάτων του μετά-τραυματικού στρες μετά τον τοκετό [155].

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των Natsiou et al. [156], η πιθανότητα επιλόχειας κατάθλιψης και μελαγχολίας, μειώθηκε σημαντικά στην ομάδα παρέμβασης, αν και η οικονομική κατάσταση συνέχισε να ασκεί μια επιρροή. Η παρέμβαση σε αυτή, βασίστηκε αποκλειστικά σε ένα μοντέλο ψυχοπροφύλαξης, που περιελάμβανε ομαδική εκπαίδευση και υποστήριξη και δεν περιελάμβανε εξειδικευμένες ψυχολογικές προσεγγίσεις, ενώ έγινε προγεννητικά [156].

Στα οφέλη των μαθημάτων προγεννητικής εκπαίδευσης έχουν συμπεριληφθεί επίσης, η αύξηση της αυτοπεποίθησης για τον τοκετό ανάμεσα στις γυναίκες που παρακολούθησαν τα προγεννητικά μαθήματα εκπαίδευσης, η μεγαλύτερη πιθανότητα θηλασμού, η βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των μητέρων και των μαιών, η μειωμένη ανάγκη για αναλγητικά φάρμακα στον τοκετό και η αύξηση της ικανοποίησης με τον τοκετό [157].

Κλείνοντας, η θεραπεία των γυναικών με φόβο τοκετού χρειάζεται επίσης, να στοχεύει στην μεταγεννητική ψυχολογική ευημερία και στην πρόωρη ανάπτυξη της σχέσης μητέρας – βρέφους. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης έδειξαν, ότι στις πρωτοτόκες γυναίκες με σοβαρό φόβο τοκετού, η συμμετοχή σε μια στοχευμένη ψυχοεκπαιδευτική ομάδα, οδήγησε σε καλύτερη μητρική προσαρμογή, σε εμπειρία τοκετού με λιγότερο φόβο και σε λιγότερα μεταγεννητικά καταθλιπτικά συμπτώματα,

σε σύγκριση με τη συμβατική φροντίδα, που κατά συνέπεια, οδήγησαν σε καλύτερη μητρική προσαρμογή [158].

Όλα τα παραπάνω δεδομένα, αποδεικνύουν την ευεργετική επίδραση της ψυχοπροφύλαξης στη διάθεση της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλά και μετά τον τοκετό, μειώνοντας τόσο τον κίνδυνο κατάθλιψης, όσο και μελαγχολίας. Στην εποχή της οικονομικής κρίσης, που είχε έντονη επίδραση στην ψυχική ευεξία, η μείωση αυτών των διαταραχών αποκτά ακόμη μεγαλύτερη αξία. Επιπρόσθετα, η γνωριμία και η κατανόηση αυτών των κινδύνων, είναι μια ακόμη σημαντική εφαρμογή της διαδικασίας της ψυχοπροφυλακτικής, με σκοπό τη μείωση της ψυχιατρικής συννοσηρότητας, που ενδεχομένως συνοδεύει την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, με προφανή οφέλη για τη μητέρα και το νεογνό.

Με δεδομένο τα μέχρι τώρα ενθαρρυντικά στοιχεία, αξίζει μελλοντικά να εξεταστεί πιο στοχευμένα η κατάσταση των γυναικών, που διατρέχουν κίνδυνο λόγω της μειονεκτικής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, ώστε να παρέχεται σε αυτές μια σύνθετη ψυχοσωματική παρέμβαση κατά την προγεννητική περίοδο.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στη μελέτη συμμετείχαν 414 γυναίκες, που παρακολουθούνταν στα 2 νοσοκομεία της πόλης, καθώς και σε ιδιωτικά γυναικολογικά ιατρεία. Οι γυναίκες ήταν απολύτως υγιείς, δεν εμφάνιζαν συννοσηρότητες και κυοφορούσαν ένα μόνο έμβρυο. Κάποιες από αυτές είχαν υποβληθεί σε τεχνικές υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Οι γυναίκες χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, ανάλογα με την επιθυμία τους: σε αυτές που παρακολούθησαν μαθήματα ψυχοπροφύλαξης (πειραματική ομάδα) και σε αυτές που ακολούθησαν τις συνήθεις μαιευτικές και γυναικολογικές οδηγίες, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (ομάδα ελέγχου). Η ενημέρωση για τις συνεδρίες έγινε με τη διανομή φυλλαδίων σε ιδιωτικά ιατρεία και στα 2 νοσοκομεία της πόλης, ενώ υπήρχε και σχετική διαδικτυακή πληροφόρηση. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο Αστικό Κέντρο Υγείας Λάρισας, στο κέντρο της πόλης, για την (πειραματική ομάδα), ενώ για την ομάδα ελέγχου στα 2 νοσοκομεία της πόλης και στα ιδιωτικά γυναικολογικά ιατρεία. Κατόπιν τηλεφωνικής επικοινωνίας με τις μαίες του Αστικού Κέντρου Υγείας Λάρισας, ορίστηκε ημέρα και ώρα συνάντησης για το 1ο μάθημα (πειραματική ομάδα). Η τυπική μαιευτική φροντίδα (ομάδα ελέγχου) περιελάμβανε πληροφορίες για την εγκυμοσύνη, τις πιθανές επιπλοκές και την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπισή τους. Οι γυναίκες και στις δύο ομάδες συμφώνησαν να συμμετάσχουν στη συλλογή και παρακολούθηση δεδομένων, ενώ τους ζητήθηκε και δόθηκε συγκατάθεση μετά από ενημέρωση από όλες τις γυναίκες (γραφτή συγκατάθεση για τη συμμετοχή και επεξεργασία προσωπικών-ιατρικών δεδομένων, καμία δεν αρνήθηκε τη συμμετοχή). Η ομάδα παρέμβασης έλαβε ψυχοπροφύλαξη σύμφωνα με τη μέθοδο *Lamaze*. Ήταν ικανές να μιλάνε και να γράφουν άπταιστα ελληνικά και καμία τους δεν είχε λάβει ποτέ μαθήματα ψυχοπροφύλαξης στο παρελθόν.

Οι συνεδρίες ήταν 6 στον αριθμό, γίνονταν 2 κάθε εβδομάδα και διαρκούσαν 2 ώρες η καθεμία. (συνολική διάρκεια προγράμματος: 3 εβδομάδες) σε ομάδες των 5 ατόμων.

1ο μάθημα: Γνωριμία. Παρουσιάστηκαν οι στόχοι της έρευνας και οι γυναίκες συμπλήρωσαν και τα 4 ερωτηματολόγια (εκτός της μελαγχολίας) κατά την πρώτη συνεδρία. Επίσης, παρουσιάστηκε η ανατομία και η φυσιολογία του γυναικείου γεννητικού συστήματος και δόθηκαν συμβουλές για την αντιμετώπιση των παρενεργειών και πιθανών επιπλοκών της εγκυμοσύνης.

2ο μάθημα : Τοκετός (μέρος 1). Παρουσίαση των σταδίων του τοκετού και ανάλυση κάθε σταδίου.

3ο μάθημα: Τοκετός: (μέρος 2). Τεχνικές αναπνοών χαλάρωσης για κάθε στάδιο του τοκετού, ασκήσεις πυελικού εδάφους και τόνωση του μυϊκού συστήματος της εγκύου. Χαλαρωτική μουσική και χαλαρωτικές αναπνοές στο τέλος του μαθήματος με χαμηλό φωτισμό και ξαπλωμένη σε στρώματα. Επιπλέον, οδηγίες για ασκήσεις φυσικής κατάστασης στο σπίτι.

4^ο μάθημα: Καισαρική τομή, προετοιμασία τσάντας μαιευτηρίου, επανάληψη αναπνοών χαλάρωσης.

5ο μάθημα: Θηλασμός. Στο μάθημα του θηλασμού αναφέρθηκαν τα οφέλη του θηλασμού για το νεογέννητο και τη μητέρα, καθώς και η σύνθεση του μητρικού γάλακτος. Έγινε αναφορά στο μηχανισμό παραγωγής γάλακτος και πόσο σημαντικά είναι τα οφέλη του πρωτογάλακτος. Συζητήθηκαν τεχνικές θηλασμού και προβλήματα θηλασμού, π.χ. μαστίτιδα.

6ο μάθημα: Νεογνική φροντίδα, Λοχεία, Αντισύλληψη. Αναφέρθηκαν στη φροντίδα του νεογνού, στις πιθανές ασθένειες και στην άσκηση μετά τον τοκετό με προβολή βίντεο. Άλλα ζητήματα ήταν η μελαγχολία της μητρότητας (Maternity blues) και η

αντισύλληψη κατά τη διάρκεια του θηλασμού.

Η συμπλήρωση και των 4 ερωτηματολογίων (εκτός της μελαγχολίας) πραγματοποιήθηκε για πρώτη φορά για την πειραματική ομάδα κατά την έναρξη των συνεδριών ψυχοπροφυλακτικής προετοιμασίας (1^ο μάθημα). Μόνο οι γυναίκες στην ομάδα παρέμβασης μετά το 6ο μάθημα συμπλήρωσαν ξανά την κλίμακα Hamilton. Λίγες ημέρες πριν την αναμενόμενη ημερομηνία τοκετού συμπληρώθηκε για ακόμη μια φορά η κλίμακα Hamilton, ενώ στη λοχεία συμπληρώθηκε επιπλέον με την κλίμακα Hamilton και το Blues Questionnaire. Οι γυναίκες στην ομάδα ελέγχου συμπλήρωσαν τα ίδια ερωτηματολόγια στην αρχή του 7^{ου} μήνα κύησης, λίγες ημέρες πριν από την αναμενόμενη ημερομηνία τοκετού και μια εβδομάδα μετά τον τοκετό. Η ομάδα παρέμβασης λοιπόν συμπλήρωσε τα ερωτηματολόγια τέσσερις φορές (τρεις πριν και μία μετά τον τοκετό), ενώ η ομάδα ελέγχου τρεις φορές (δύο πριν και μία μετά τον τοκετό).

Η συμμετοχή των γυναικών ήταν εθελοντική και οι γυναίκες ενημερώθηκαν, ότι η συλλογή δεδομένων εξυπηρετεί μόνο ερευνητικούς σκοπούς.

Ως εργαλείο της μελέτης χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο περιελάμβανε:

A) ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου (ερωτήσεις πολλαπλών επιλογών, διχοτομικές και πολυθεματικές), σε σχέση με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και ειδικότερα το ιατρικό και μαιευτικό ιστορικό. Ο σχεδιασμός του εισαγωγικού ερωτηματολογίου και των ερωτήσεων του βασίστηκε σε έγκυρα ερωτηματολόγια, όπως αυτό του Ελληνικού Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού.

B) Η κλίμακα κατάθλιψης Hamilton: Η κλίμακα κατάθλιψης Hamilton (HDRS) δημοσιεύτηκε για πρώτη φορά από τον Max Hamilton¹ το 1960 και σχεδιάστηκε για να μετρήσει τη σοβαρότητα της κατάθλιψης, σε ήδη διαγνωσμένους ασθενείς με

μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Περιλαμβάνει 21 στοιχεία με βαθμολογία από 0 έως 2, από 0 έως 3 ή από 0 έως 4, δίνοντας έτσι μια συνολική βαθμολογία που κυμαίνεται από 0-63. Από συσχετίσεις με κλινικές αξιολογήσεις, έχουν τεθεί τα ακόλουθα βαθμολογικά κριτήρια για τη σοβαρότητα της κατάθλιψης: 0-7 χωρίς κατάθλιψη, 8-16 ήπια, 17-23 μέτρια, ≥ 24 σοβαρή. Ο χρόνος που απαιτείται για την ολοκλήρωση της κλίμακας είναι 15-20 λεπτά [159]. Το εργαλείο αυτό έχει αξιολογηθεί από έμπειρους κλινικούς ιατρούς και περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με γνωστικά και συναισθηματικά συμπτώματα, βοηθώντας στη διάγνωση της κατάθλιψης στην εγκυμοσύνη. Αξίζει να σημειωθεί, ότι τόσο οι κλίμακες αξιολόγησης από κλινικούς ιατρούς, όσο και οι κλίμακες αυτό-αναφοράς μπορούν να είναι αποτελεσματικά εργαλεία για τον εντοπισμό περιγεννητικών επεισοδίων μείζονος κατάθλιψης.

Γ) Blues Questionnaire (BQ): Αυτό το ερευνητικό εργαλείο αναπτύχθηκε από τους Kennerley και Gath για την ανίχνευση και τη μέτρηση της μελαγχολίας μετά τον τοκετό (στην περίοδο της λοχείας). Το παραπάνω εργαλείο είναι μια έγκυρη κλίμακα αυτο-αναφοράς, που αποτελείται από 28 ερωτήσεις σχετικά με τη συναισθηματική κατάσταση της λεχωίδας. Οι διαθέσιμες απαντήσεις είναι «ναι» ή «όχι», επομένως η μέγιστη βαθμολογία είναι 28 και η ελάχιστη είναι 0. Σύμφωνα με τους Kennerley και Gath, οι 28 ερωτήσεις BQ μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε 7 ομάδες συμπτωμάτων: πρωτογενής μελαγχολία, άγχος, υπερευαισθησία, κατάθλιψη, αποθάρρυνση, επιβράδυνση και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Εάν η λεχωίδα ανταποκριθεί θετικά σε περισσότερα από τα μισά στοιχεία μιας από τις 7 ομάδες συμπτωμάτων που αναφέρονται παραπάνω, τότε θεωρείται θετική για αυτήν την ομάδα. Οι συγγραφείς αναφέρουν επίσης, ότι η πρωτοπαθής μελαγχολία περιλαμβάνει 7 συμπτώματα, τα οποία είναι τα πιο κοινά και χαρακτηριστικά της επιλόχειας

μελαγχολίας. Αυτά τα συμπτώματα είναι: «Κλαίω εύκολα», «Νιώθω κουρασμένη», «Είμαι ανήσυχη», «Είμαι πολύ συναισθηματική», «Η διάθεσή μου μεταβάλλεται», «Η διάθεσή μου είναι πεσμένη», «Ξεχνάω, είμαι σε σύγχυση» [160,161].

Δ) η κλίμακα των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης: Για τη μέτρηση της οικονομικής κατάστασης και ικανότητας των ατόμων, αναπτύχθηκε μια νέα κλίμακα αποτελούμενη από 10 ερωτήσεις, καθεμία από τις οποίες αξιολογείται σε μια κλίμακα τ.Likert 5 βαθμών (καθόλου (1) έως πολύ καλό (5)). Η κλίμακα εξετάζει την ικανότητα του ατόμου να καλύψει ανάγκες, όπως «Προμήθεια βασικών καθημερινών ειδών» ή «Αποταμίευση» κ.λπ.

Ε) η κλίμακα αγχογόνων γεγονότων ζωής των Holmes & Rahe, η οποία αποτελείται από 43 ερωτήσεις διαφορετικής βαρύτητας και βαθμολογίας, που αναφέρονται σε σημαντικά γεγονότα της ζωής (γάμος, διαζύγιο, ασθένεια, ληστεία κ.λπ.). Το άθροισμα των επιμέρους πόντων οδηγεί σε μια συνολική βαθμολογία ενδεικτική της στρεσογόνου κατάστασης, που βιώνει το άτομο [162].

Η μελέτη διεξήχθη σύμφωνα με τη διακήρυξη του Ελσίνκι - ηθικές αρχές για την ιατρική έρευνα, που αφορά σε ανθρώπους. Εγκρίθηκε από τη Συνέλευση του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (αρ. έγκρισης 4210/27.07.18) και από το επιστημονικό συμβούλιο (επιτροπή δεοντολογίας) της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (αρ. έγκρισης 04/12.02.19).

Στατιστική ανάλυση

Πραγματοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική ανάλυση. Οι διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων (μεταξύ και εντός των ομάδων σε διαφορετικά χρονικά σημεία), αξιολογήθηκαν με τη δοκιμασία ANOVA διπλής κατεύθυνσης και επαναλαμβανόμενων μετρήσεων. Οι συγκρίσεις μεταξύ ποιοτικών μεταβλητών,

πραγματοποιήθηκαν με τη δοκιμασία χ^2 . Το μέγεθος του δείγματος υπολογίστηκε μετά από ανάλυση ισχύος για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ($\alpha=0,05$, $1-\beta=0,95$, μέγεθος επίδρασης 0,10). Πραγματοποιήθηκαν συσχετίσεις με τη δοκιμασία Pearson. Οι μετρήσεις εμφάνισαν εξαιρετική ενδοταξική συσχέτιση: ICC=0,910 (0,889-0,918). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p = 0,05$. Ακολούθησε πολυμεταβλητή ανάλυση χρησιμοποιώντας ψευδομεταβλητές, που εισήχθησαν σε ένα μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης, μετά από έλεγχο για πολυσυγγραμμικότητα. Χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 22.0.

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

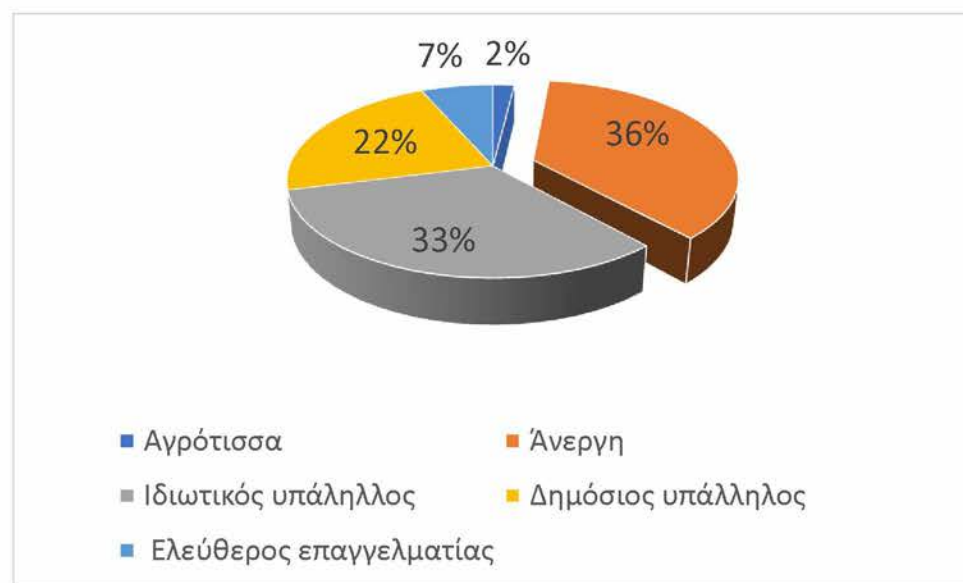
Η μέση ηλικία στην ομάδα παρέμβασης και ελέγχου ήταν $31,67 \pm 5,03$ και $29,68 \pm 6,41$ ετών αντίστοιχα. Οι περισσότερες γυναίκες και στις δύο ομάδες ήταν έγγαμες. Η πλειονότητα στην ομάδα παρέμβασης ήταν απόφοιτες πανεπιστημίου (58,0%) έναντι 39% στην ομάδα ελέγχου. Η συχνότητα της καισαρικής τομής έφτασε το 72% στην ομάδα ελέγχου και το 64,7% στην ομάδα παρέμβασης. Τα ποσοστά για την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή ήταν 8,2% και 7,2% για την ομάδα ελέγχου και παρέμβασης αντίστοιχα. Σχεδόν όλες οι γυναίκες στην ομάδα ελέγχου ήταν πρωτοτόκες, ενώ το 72,9% ήταν πρωτοτόκες στην ομάδα παρέμβασης (πίνακας 1).

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και μαιευτικό ιστορικό

Μεταβλητές	Ομάδα	
	Ελέγχου (N=207)	Παρέμβασης (N=207)
	MT± TA	MT± TA
Ηλικία	29.68±6.41	31.67±5.03
	N (%)	N (%)
Έγγαμες	193 (93.2%)	198 (95.6 %)
Εκπαιδευτικό επίπεδο		
Δημοτικό-Γυμνάσιο	23(11.1%)	8 (3.9%)
Λύκειο	51 (24.6%)	28 (13.5%)
ΑΕΙ	81 (39.1%)	120 (58.0%)
Άλλο	52 (25.1%)	51 (24.6%)
Αριθμός τοκετών	206 (99.5%)	151 (72.9%)
Καισαρική τομή	149 (72.0%)	134 (64.7%)
Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή	17 (8.2%)	15 (7.2%)
MT: Μέση Τιμή, TA: Τυπική απόκλιση		

Άνεργες ήταν το 36% των γυναικών και ιδιωτικοί υπάλληλοι το 33%. Δημόσιοι υπάλληλοι δήλωσε το 22% των γυναικών (γράφημα 1).

Γράφημα 1. Κατανομή των επαγγελμάτων των μητέρων στο σύνολο του δείγματος



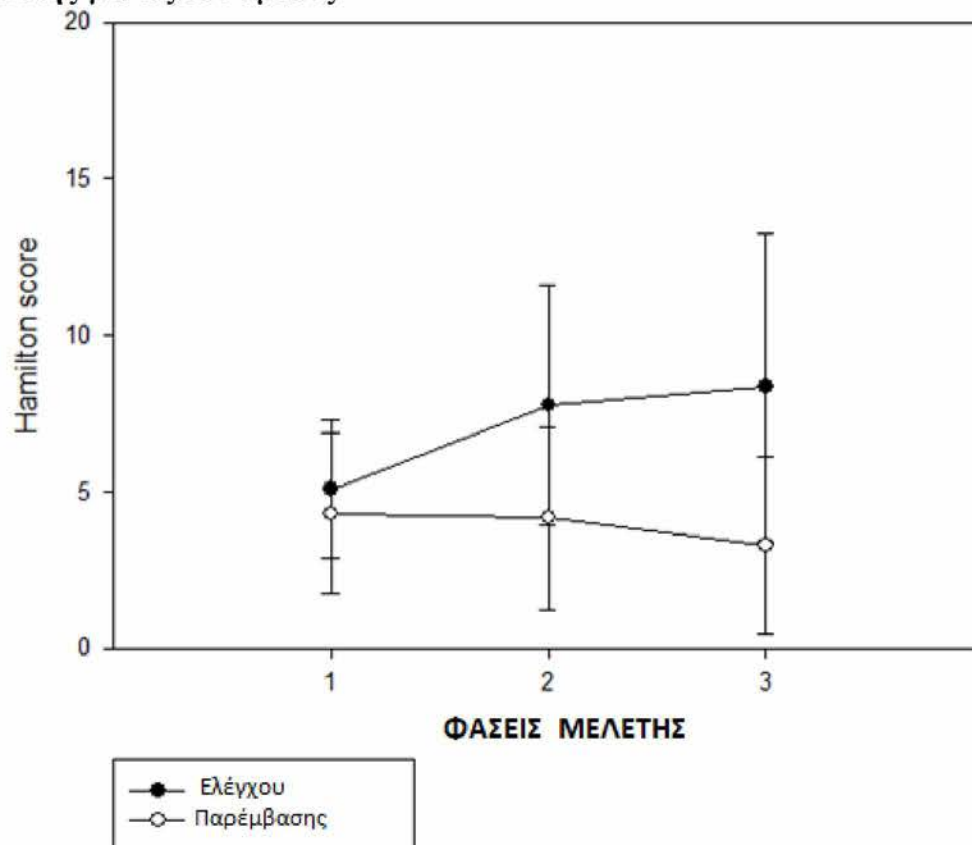
Κατά την έναρξη, οι γυναίκες στις δύο ομάδες εμφάνισαν στατιστικά σημαντική διαφορά, όσον αφορά τη βαθμολογία της κλίμακας κατάθλιψης Hamilton ($4,31 \pm 2,36$ έναντι $5,09 \pm 1,95$ για την ομάδα παρέμβασης και ελέγχου αντίστοιχα, $p=0,001$). (πίνακας 2 & γράφημα 2).

Πίνακας 2. Διαφορές μεταξύ πειραματικής ομάδας και ομάδας ελέγχου στις κλίμακες Hamilton & Maternity blues

	Ομάδα	N	MT	TA	p
Βαθμολογία Hamilton - φάση 1	Πειραματική	207	4,31	2,36	<0,001
	Ελέγχου	207	5,09	1,95	
Βαθμολογία Hamilton - φάση - phase 3	Πειραματική	207	4,18	2,65	<0,001
	Ελέγχου	207	7,75	3,83	
Βαθμολογία Hamilton - φάση - phase 4	Πειραματική	207	3,28	2,76	<0,001
	Ελέγχου	207	8,33	4,80	
Βαθμολογία Maternity blues	Πειραματική	207	7,85	1,70	<0,001
	Ελέγχου	207	10,61	3,38	
MT: Μέση Τιμή TA: Τυπική απόκλιση					

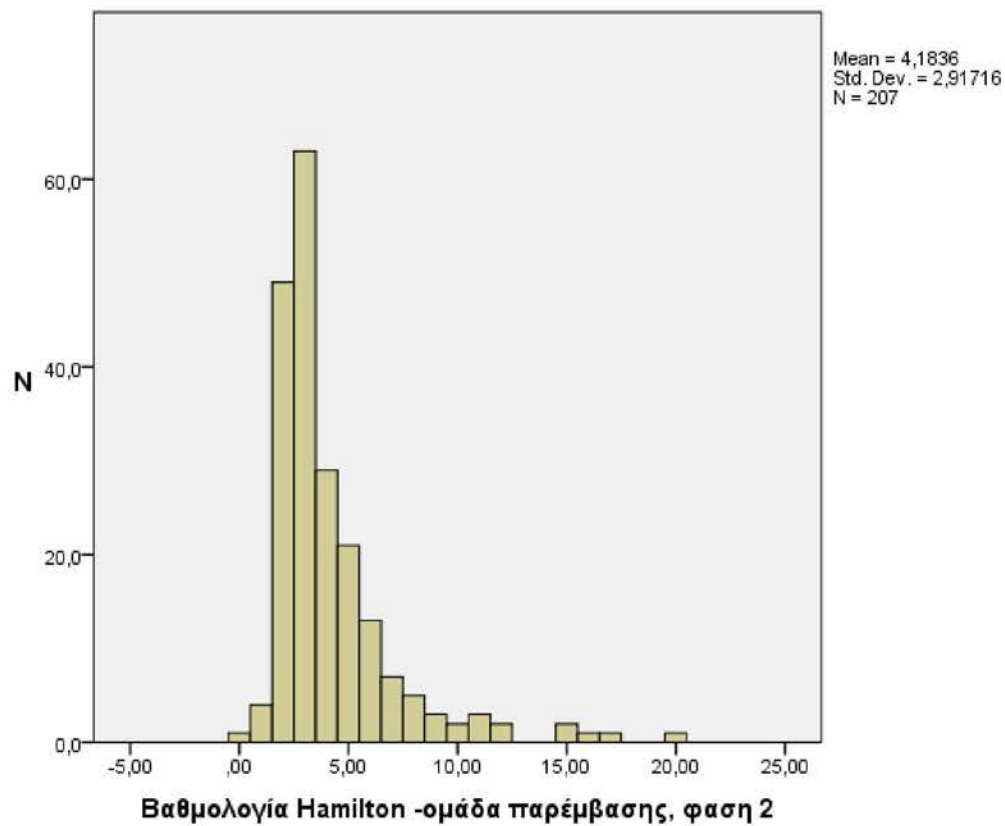
Στη συνέχεια και οι δύο ομάδες εξετάστηκαν σε δύο διαδοχικά χρονικά σημεία (φάση 3 & φάση 4, η τελευταία μετά τον τοκετό). Οι διαφορές διευρύνθηκαν σημαντικά, όπως φαίνεται στον πίνακα 2 και στο γράφημα 2, με τις τιμές στην ομάδα παρέμβασης να μειώνονται συνεχώς. Η ανάλυση επαναλαμβανόμενων μετρήσεων αποκάλυψε σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων χρονικών σημείων στις δύο ομάδες και εντός της ομάδας παρέμβασης ($F = 44,019$, $p < 0,001$).

Γράφημα 2. Η βαθμολογία στην κλίμακα Hamilton στις τρεις κοινές φάσεις της μελέτης για τις δυο ομάδες



Μια επόμενη μέτρηση πραγματοποιήθηκε μόνο για την ομάδα παρέμβασης, αμέσως μετά τις συνεδρίες ψυχοπροφύλαξης (βαθμολογία: $4,20 \pm 2,83$, φάση 2) – (γράφημα 3).

Γράφημα 3. Βαθμολογία στην κλίμακα Hamilton στη φάση 2 της μελέτης (ομάδα παρέμβασης)



Η βαθμολογία της μελαγχολίας της λοχείας , η βαθμολογία κατάθλιψης σε όλα τα χρονικά σημεία, η βαθμολογία γεγονότων άγχους ζωής και η βαθμολογία οικονομικών δυσκολιών, σχετίζονταν όλα σημαντικά μεταξύ τους στην ομάδα ελέγχου ($p<0,001$). Ωστόσο, όσον αφορά την ομάδα παρέμβασης, η συσχέτιση μεταξύ οικονομικών δυσκολιών και κατάθλιψης της μελαγχολίας, εξαφανίστηκε στη φάση 4 (μετά τον τοκετό) (πίνακας 3 & 4)

Πίνακας 3. Συσχέτιση ανάμεσα στην κατάθλιψη, τις οικονομικές δυσκολίες και τα αγχογόνα γεγονότα στην ομάδα ελέγχου

			Κλίμακα Οικονομικών δυσκολιών	Κλίμακα Life stress events
Ομάδα ελέγχου (N=207)	Βαθμολογία Hamilton -φάση 1	r	0,335	0,347
		p	<0,001	<0,001
	Βαθμολογία Hamilton -φάση 3	r	0,295	0,269
		p	<0,001	<0,001
	Βαθμολογία Hamilton -φάση 4	r	0,227	0,230
		p	<0,001	<0,001
	Βαθμολογία Maternity blues	r	0,314	0,267
		p	<0,001	<0,001

Πίνακας 4. Συσχέτιση ανάμεσα στην κατάθλιψη, τις οικονομικές δυσκολίες και τα αγχογόνα γεγονότα στην ομάδα παρέμβασης.

			Κλίμακα Οικονομικών δυσκολιών	Κλίμακα Life stress events
Πειραματική ομάδα (N=207)	Βαθμολογία Hamilton - φάση 1	r	0,331	0,265
		p	<0,001	<0,001
	Βαθμολογία Hamilton - φάση 3	r	0,220	0,286
		p	<0,001	<0,001
	Βαθμολογία Hamilton - φάση 4	r	0,327	0,385
		p	<0,001	<0,001
	Βαθμολογία Maternity blues	r	0,086	0,123
		p	0,220	0,077

Όταν η βασική βαθμολογία κατάθλιψης, η βαθμολογία οικονομικών δυσκολιών και η βαθμολογία γεγονότων στρες ζωής, μαζί με την ψευδομεταβλητή της ομάδας εισήχθησαν σε ένα μοντέλο παλινδρόμησης, οι οικονομικές δυσκολίες, η κατάθλιψη και οι συνεδρίες ψυχοπροφύλαξης προέκυψαν ως ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες της βαθμολογίας της μελαγχολίας της μητρότητας, με τη μεταβλητή της ομάδας να είναι η πιο σημαντική και να σχετίζεται με τη μελαγχολία της λοχείας (σημαντικά χαμηλή πιθανότητα εμφάνισης μελαγχολίας της λοχείας στην ομάδα παρέμβασης- συντελεστής b ίσος με -2,5) (πίνακας 5).

Πίνακας 5. Προγνωστικό μοντέλο παλινδρόμησης για την μελαγχολία της λοχείας

R ² = 0.308	Μη σταθμισμένες σταθερές	p	95,0% Διάστημα εμπιστοσύνης για B	
	B		Lower Bound	Upper Bound
(σταθερά)	7,988	<0,001	5,845	10,131
Ομάδα	-2,453	<0,001	-2,965	-1,941
Βαθμολογία Hamilton -φάση 1	0,200	<0,001	0,088	0,312
Ηλικία	-0,017	0,466	-0,062	0,028
Κλίμακα Οικονομικών δυσκολιών	0,032	0,044	0,001	0,064
Κλίμακα Life stress events	0,001	0,448	-0,002	0,004
<i>Εξαρτημένη μεταβλητή: βαθμολογία επιλόχειας μελαγχολίας</i>				

Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στο ιστορικό ψυχιατρικής νοσηρότητας και λήψης φαρμάκων κατά την κύηση (πίνακας 6).

Πίνακας 6. Ιστορικό ψυχιατρικής νοσηρότητας και λήψης φαρμάκων κατά την κύηση

Ομάδα				
	Λήψη φαρμάκων κατά την εγκυμοσύνη		X ²	p
	NAI	OXI	1,126	0,289
Ελέγχου	59	148		
Πειραματική	70	137		
	Ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής			
	NAI	OXI		
Ελέγχου	20	187	1,154	0,283
Πειραματική	14	193		

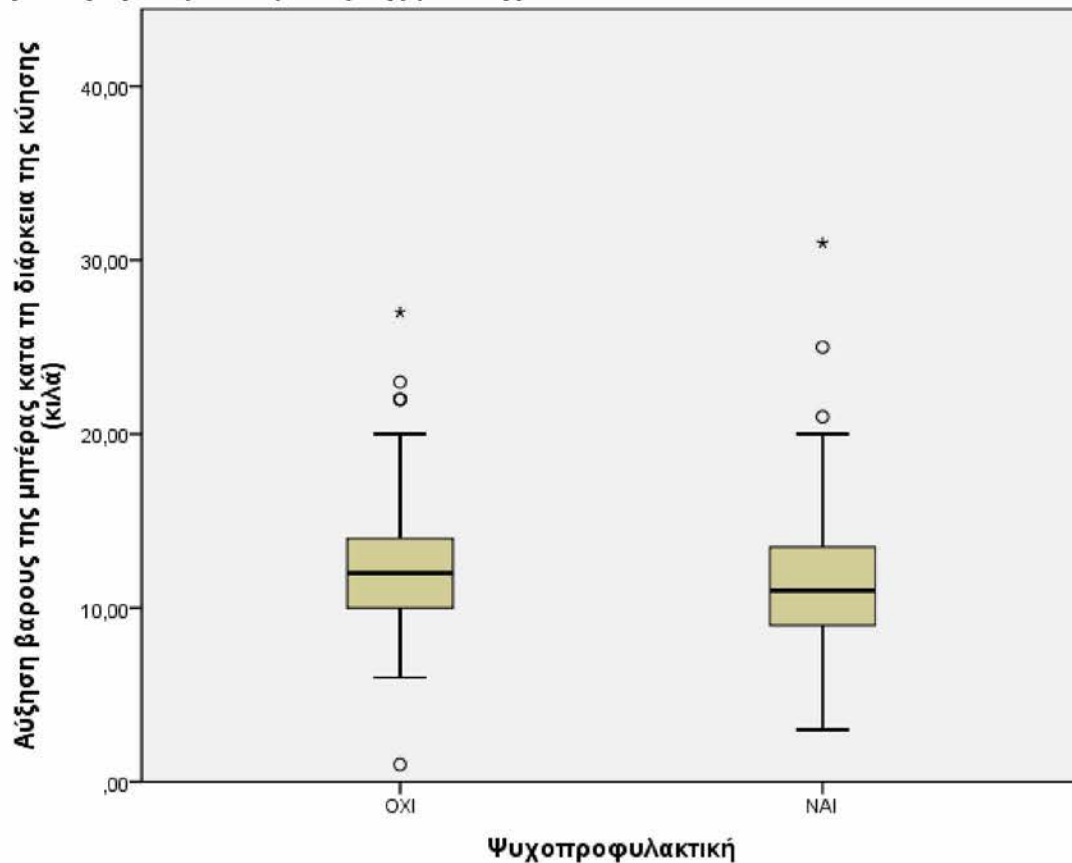
Οι γυναίκες που παρακολούθησαν τα μαθήματα είχαν λιγότερα οικονομικά προβλήματα, σε σχέση με εκείνες που δεν συμμετείχαν (βαθμολογία 52,32±10,33 έναντι 55,54±12,16, αντίστοιχα, p=0,004), καθώς και χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα της επιλόχειας μελαγχολίας (7,85±1,70 έναντι 10,61±3,38, p<0,001) (πίνακας 7).

Πίνακας 7. Οικονομικές δυσκολίες, αγχογόνα γεγονότα και βαθμολογία στην κλίμακα επιλόχειας μελαγχολίας για τις δυο ομάδες της μελέτης.

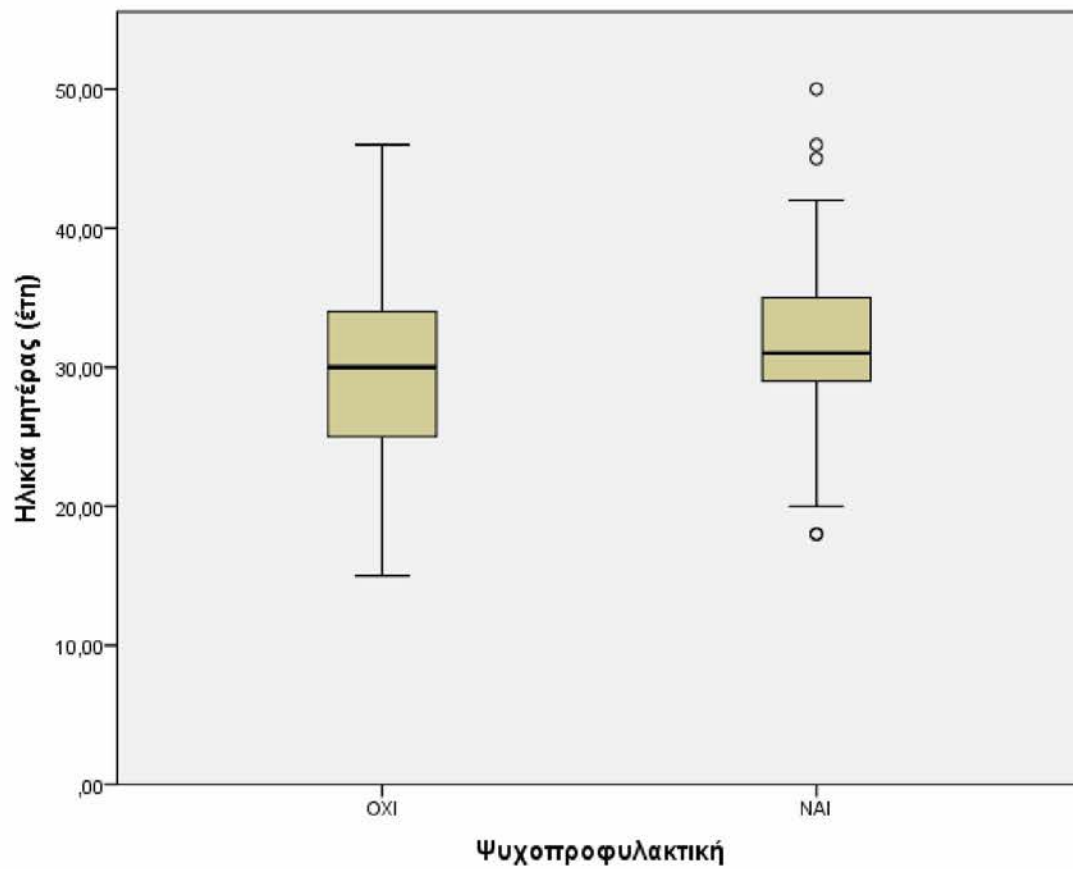
	Ομάδα	N	MT	TA	p
Κλίμακα οικονομικών δυσκολιών	Ελέγχου	207	55,54	12,16	0,004
	Πειραματική	207	52,32	10,33	
Κλίμακα LSE	Ελέγχου	207	246,98	104,51	0,204
	Πειραματική	207	233,55	110,14	
Κλίμακα μελαγχολίας	Ελέγχου	207	10,61	3,38	<0,001
	Πειραματική	207	7,85	1,70	

Οι γυναίκες που παρακολούθησαν τα μαθήματα διέφεραν ηλικιακά, από την ομάδα ελέγχου (μέση τιμή $31,67 \pm 5,03$ έναντι $29,68 \pm 6,41$, αντίστοιχα, $t(412)=3,503, p<0,001$) και αύξησαν σημαντικά λιγότερο το βάρος τους (σε κιλά) κατά τη διάρκεια της κύησης ($11,60 \pm 3,89$ έναντι $12,47 \pm 3,48$, $t(412)=2,393, p=0,017$), ενώ και τα νεογνά των μητέρων στην ομάδα παρέμβασης είχαν υψηλότερο βάρος γέννησης (σε γραμμάρια: $3.129,58 \pm 476,85$ έναντι $2.991,76 \pm 599,57$, $t(412)=2,589, p=0,010$) (γραφήματα 4-6).

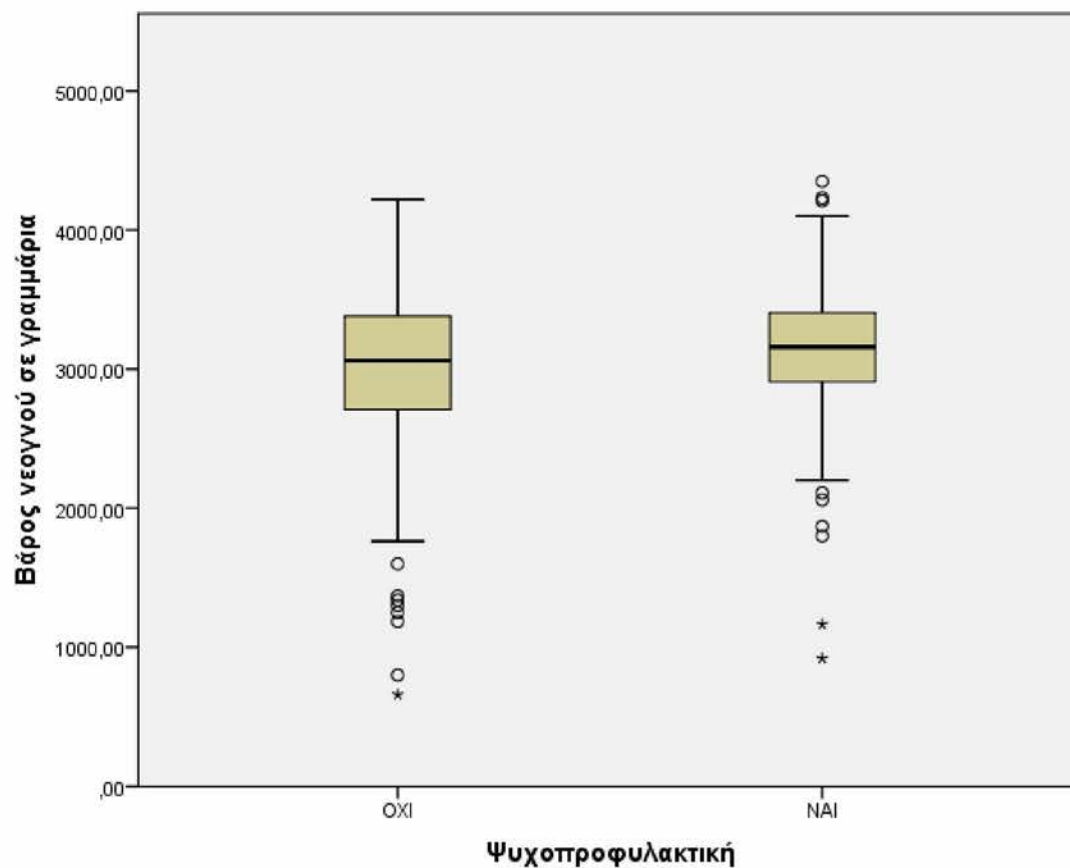
Γράφημα 4. Συγκριτική παρουσίαση της αύξησης βάρους της μητέρας κατά την κύηση στις δύο ομάδες της μελέτης



Γράφημα 5. Συγκριτική παρουσίαση της ηλικίας της μητέρας στις δύο ομάδες της μελέτης

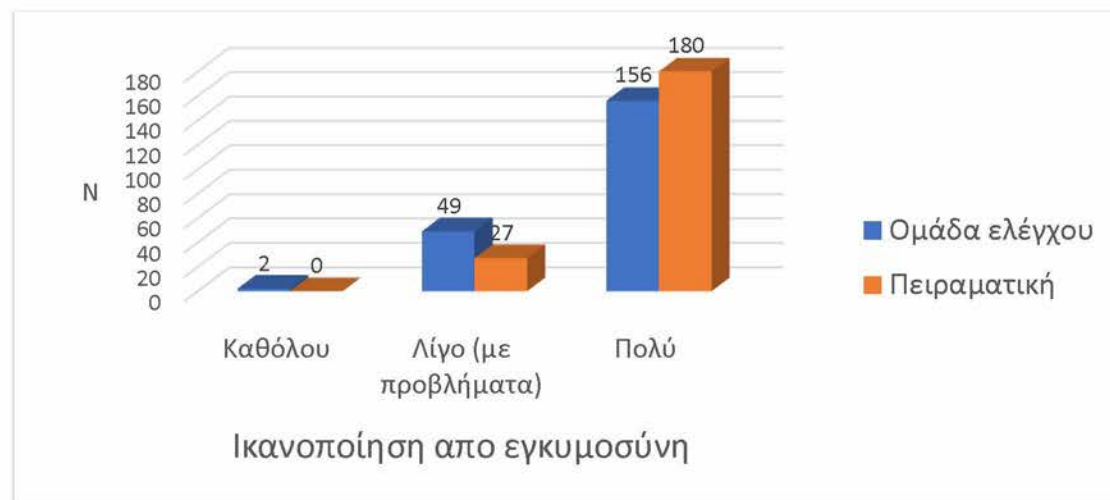


Γράφημα 6. Συγκριτική παρουσίαση του βάρους των νεογνών στις δύο ομάδες της μελέτης



Σημαντικά υψηλότερος αριθμός γυναικών στην πειραματική ομάδα δήλωσε υψηλή ικανοποίηση από την εγκυμοσύνη, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, ενώ καμία γυναίκα στην πειραματική ομάδα δεν ανέφερε παντελή έλλειψη ικανοποίησης, σε αντίθεση με 2 γυναίκες στην ομάδα ελέγχου ($\chi^2=10,083$, $p=0,006$) (γράφημα 7).

Γράφημα 7. Συγκριτική παρουσίαση της ικανοποίησης από την εγκυμοσύνη στις δυο ομάδες της μελέτης



ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, η πιθανότητα επιλόχειας κατάθλιψης και της «μελαγχολίας της μητρότητας», μειώθηκε σημαντικά στην ομάδα παρέμβασης. Αν και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως η οικονομική κατάσταση, καθώς και η κατάθλιψη συνέχισαν να παίζουν ρόλο, η αποτρεπτική συμβολή της ψυχοπροφύλαξης ήταν η πιο σημαντική παράμετρος στο τελικό προγνωστικό μοντέλο των “maternity blues”. Η παρέμβαση στην παρούσα μελέτη βασίστηκε αποκλειστικά σε ένα μοντέλο ψυχοπροφύλαξης, που αφορούσε ομαδική εκπαίδευση και υποστήριξη και δεν περιλάμβανε εξειδικευμένες ψυχολογικές προσεγγίσεις, ενώ έλαβε χώρα προγεννητικά. Τα τρία παραπάνω χαρακτηριστικά συνιστούν και την πρωτοτυπία της μελέτης. Παρόμοιες μελέτες έχουν γίνει και στο παρελθόν με ενθαρρυντικά αποτελέσματα, ωστόσο δεν είχαν τα τρία χαρακτηριστικά, που αναφέρθηκαν παραπάνω. Ωστόσο, οι περισσότερες από αυτές συνηγορούν για την ευεργετική επίδραση της ψυχοσωματικής προετοιμασίας της εγκύου, ώστε να μειωθεί η συχνότητα της επιλόχειας κατάθλιψης και «της μελαγχολίας της μητρότητας».

Πράγματι, η θεωρία της κοινωνικής υποστήριξης και οι μελέτες παρατήρησης των παραγόντων κινδύνου υποδηλώνουν, ότι η αυξημένη προγεννητική ψυχοκοινωνική υποστήριξη θα μπορούσε να αποτρέψει την επιλόχεια κατάθλιψη. Μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή σε περιφερειακή νοσοκομειακή κλινική στην Κίνα διαπίστωσε, ότι οι γυναίκες που έλαβαν το πρόγραμμα επιλόχειας ψυχοεκπαίδευσης είχαν σημαντικά καλύτερη ψυχική ευεξία, λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης και καλύτερες διαπροσωπικές σχέσεις στις 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό, σε σχέση με εκείνες που έλαβαν μόνο την τυπική προγεννητική φροντίδα [163]. Η παρέμβαση σε εκείνη τη μελέτη βασίστηκε στις αρχές της διαπροσωπικής

ψυχοθεραπείας και περιελάμβανε δύο προγεννητικά μαθήματα διάρκειας 90 λεπτών και μια τηλεφωνική παρακολούθηση εντός 2 εβδομάδων από τον τοκετό. Συμμετείχαν συνολικά 194 γυναίκες, που χωρίστηκαν τυχαία στην ομάδα παρέμβασης και στην ομάδα ελέγχου. Χρησιμοποιήθηκαν, η κλίμακα επιλόχειας κατάθλιψης του Εδιμβούργου (EPDS), το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ) και το Ερωτηματολόγιο Διαπροσωπικής Ικανοποίησης (SWIRS).

Στόχος της μελέτης των Collado et al. [164], ήταν να αξιολογήσει την επίδραση ενός νέου ψυχοσωματικού προγεννητικού προγράμματος, με στόχο τη μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και του πρόωρου τοκετού. Η πειραματική παρέμβαση είχε μεν αποτέλεσμα, αλλά δεν μείωσε σημαντικά τον κίνδυνο επιλόχειας κατάθλιψης. Ωστόσο, η ψυχοσωματική προσέγγιση ή άλλη διεπιστημονική προσέγγιση είναι μια επιλογή, που θα πρέπει να ληφθεί υπόψη στην προγεννητική φροντίδα των ευάλωτων γυναικών, στην προσπάθειά τους να αποτρέψουν την επιλόχεια κατάθλιψη και τον πρόωρο τοκετό. Και οι δύο μεταβλητές είναι σημαντικές και άλλες μελέτες υποδηλώνουν, ότι τα επίπεδα κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, μπορεί να συμβάλλουν σε άλλους βιοϊατρικούς παράγοντες κινδύνου, όπως δυσμενή μαιευτική, εμβρυϊκή και/ή νεογνική έκβαση [165]. Για το λόγο αυτό, είναι απαραίτητες οι παρεμβάσεις για τη μείωση των προγεννητικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Τα αποτελέσματα της μελέτης μας έδειξαν δυνατότητες πρόληψης και επιτρέπουν ενδιαφέρουσες υποθέσεις για μελλοντικές παρεμβάσεις. Στο ίδιο μήκος κύματος και τα αποτελέσματα της παλαιότερης μελέτης της Παπανικολάου (2007) [25], που έδειξαν ότι η παρακολούθηση συνεδριών ψυχικής και σωματικής

προετοιμασίας της εγκύου, βοηθούν στη μείωση των συμπτωμάτων της επιλόχειας κατάθλιψης. Στη μελέτη όμως εκείνη γίνεται γενική αναφορά στην ψυχοπροφύλαξη, χωρίς να κατονομάζεται η μέθοδος Lamaze.

Οι Gjerdingen και συνεργάτες (1991) [34], ανέφεραν ότι η ενημερωτική υποστήριξη, που παρέχεται στα μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής προετοιμασίας της εγκύου, σχετίζεται με λιγότερες επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού και με καλύτερη φυσική και ψυχική υγεία μετά τον τοκετό. Σε άλλες τυχαιοποιημένες δοκιμές, η μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στις γυναίκες δεν ήταν σημαντική [23,166]. Ωστόσο, ακόμη και σε αυτή τη μελέτη, τα αποτελέσματα υποδηλώνουν, ότι η ψυχοσωματική προσέγγιση μπορεί να είναι πιο χρήσιμη για τον πληθυσμό-στόχο, από τα τυπικά προγεννητικά προγράμματα. Η υποστήριξη, που παρείχαν οι γυναίκες η μία στην άλλη, η ανταλλαγή ιδεών και η λεπτομερής πληροφόρηση και πρακτική σχετικά με την αλληλεπίδραση νου/σώματος στα στάδια του τοκετού, ήταν συστατικά της παρέμβασης, για τη μείωση της επιλόχειας κατάθλιψης και της μελαγχολίας της μητρότητας στην ομάδα παρέμβασης. Άλλωστε, η αλληλεπίδραση των γυναικών μέσα σε μια ομάδα προετοιμασίας για τον τοκετό, συμβάλλει στην κατανόηση της εγκυμοσύνης και της διαδικασίας τοκετού. Όσον αφορά στις υψηλές βαθμολογίες, που παρατηρήθηκαν στην κλίμακα Hamilton, αυτές μπορεί να αποδοθούν στη σταδιακή και σταθερή αύξηση του επιπολασμού της μείζονος κατάθλιψης εν μέσω της οικονομικής ύφεσης, μαζί με την τάση ανόδου καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, με απότομη άνοδο τις τελευταίες οκτώ εβδομάδες της εγκυμοσύνης, όπως άλλωστε και αναμένεται, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία.[167]

Οι γυναίκες που παρακολούθησαν τα μαθήματα είχαν λιγότερα οικονομικά προβλήματα, σε σχέση με εκείνες που δεν συμμετείχαν, γεγονός που μπορεί να

λειτουργήσε θετικά και συνεργικά με την ψυχοπροφύλαξη, η οποία ωστόσο αποτέλεσε ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα για την βαθμολογία στην κλίμακα της μελαγχολίας της λοχείας, όπως προέκυψε από τη στατιστική επεξεργασία.

Οι βασικές αρχές της μεθόδου Lamaze ενέπνευσαν και άλλους επιστήμονες, οι οποίοι και πρότειναν, πέραν της ψυχοπροφυλακτικής προετοιμασίας, συγκεκριμένες συνθήκες στην αίθουσα τοκετού και τις πρώτες ημέρες της λοχείας. Ωστόσο, η υπεροχή τους σε σχέση με τον συμβατικό τοκετό αμφισβητείται. Οι πιο γνωστές μέθοδοι είναι η μέθοδος Leboyer και η μέθοδος Bradley [168,169]. Οι μέθοδοι αυτές δεν θα μπορούσαν να τύχουν εφαρμογής στην παρούσα μελέτη, καθώς προβλέπουν συγκεκριμένες συνθήκες τοκετού, που δεν εφαρμόζονται στα μαιευτήρια που συμμετείχαν στην έρευνα, ούτε τυγχάνουν γενικότερης εφαρμογής στη χώρα μας.

Δυνατά σημεία και περιορισμοί της διατριβής

Η παρούσα μελέτη ήταν μια μη τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή, επομένως υπόκειται σε περιορισμούς συγχυτικών παραγόντων. Αυτός ο περιορισμός ήταν δύσκολο να αποφευχθεί λόγω δεοντολογίας (δεν μπορούσαμε να αποκλείσουμε γυναίκες, που θα ήθελαν να παρακολουθήσουν τις συνεδρίες ψυχοπροφύλαξης). Η μεροληψία επιλογής, θα μπορούσε να είναι υπεύθυνη για τη διαφορά στις βασικές τιμές μεταξύ της ομάδας ελέγχου και της ομάδας παρέμβασης. Ένας άλλος περιορισμός ήταν, ότι δεν υπήρξε έλεγχος ως προς το χρόνο που αφιερώθηκε στην παρέμβαση (όπως και για το χρόνο που διατέθηκε και στην υποστήριξη από άλλες γυναίκες στην ομάδα), κάτι που μπορεί να συνέβαλε περαιτέρω στην έκβαση και να προκαταλάβει τη συμβολή της ίδιας της μεθόδου Lamaze. Αξίζει να σημειωθεί, ότι το υψηλό ποσοστό καισαρικής τομής στην Ελλάδα δεν αποτελεί έκπληξη, που

αποδίδεται στην έλλειψη χρήσης διεθνών μαιευτικών πρωτοκόλλων και εθνικών στρατηγικών [170].

Απαιτούνται κλινικές δοκιμές, στις οποίες η τυχαία κατανομή των ατόμων έχει ως αποτέλεσμα την εξίσωση των προγνωστικών παραγόντων μεταξύ των ομάδων, που λαμβάνουν διαφορετικές θεραπείες. Επίσης, οι περισσότερες γυναίκες της ομάδας παρέμβασης ήταν πανεπιστημιακού επιπέδου. Δεδομένου αυτού, μπορεί να είναι σε θέση να διαχειριστούν καλύτερα τα συμπτώματα της κατάθλιψης, αυξάνοντας έτσι την επίδραση των συνεδριών στην επιλόχεια κατάθλιψη.

Ο σχεδιασμός της μελέτης, οι επαναλαμβανόμενες μετρήσεις και η χρήση επικυρωμένων οργάνων, ήταν τα δυνατά σημεία της μελέτης, η οποία ήταν και η πρώτη του είδους της στην Ελλάδα.

Μελλοντικές προοπτικές και κλινική σημασία

Η παρούσα μελέτη δείχνει την ευεργετική επίδραση της ψυχοπροφύλαξης στη διάθεση της μητέρας, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και στη μείωση της σοβαρότητας της μελαγχολίας της λοχείας. Στην εποχή της οικονομικής κρίσης, η οποία είχε σημαντική επίδραση στην ψυχική ευεξία, η μείωση της πιθανότητας κατάθλιψης μπορεί να έχει μεγάλη αξία. Η μελέτη συνεισφέρει επίσης, στην κατανόηση της μελαγχολίας της λοχείας και της ψυχοπροφύλαξης για τον τοκετό. Η συστηματική εφαρμογή της μεθόδου Lamaze, θα οδηγούσε σε μειωμένη ψυχιατρική νοσηρότητα κατά την εγκυμοσύνη και μετά τον τοκετό, με εμφανή οφέλη για τη μητέρα και το νεογνό. Ακόμη, θα μπορούσε να θεσμοθετηθεί η παροχή ενός ολοκληρωμένου «πακέτου» υπηρεσιών μητρότητας, στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας, με σκοπό τη συστηματική πληροφόρηση και υποστήριξη, από

εξειδικευμένο προσωπικό, στις μέλλουσες μητέρες για την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία.

Δεδομένου των ενθαρρυντικών στοιχείων της παρούσας μελέτης, μια πολυκεντρική τυχαιοποιημένη μελέτη θα μπορούσε να σχεδιαστεί στο μέλλον, προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί η επίδραση των συγχυτικών παραγόντων. Ένα πιθανό εμπόδιο για τη διεξαγωγή μιας τέτοιας μελέτης στη χώρα μας είναι, ότι οι γυναίκες είναι πολύ θετικές για τη συμμετοχή τους στις προκαταρκτικές συνεδρίες, όταν ενημερώνονται για αυτές, ενώ όσες αρνούνται να συμμετάσχουν το κάνουν κυρίως για λόγους χρόνου και απόστασης από το κέντρο της μελέτης. Θα μπορούσε να προκύψει ένα ηθικό ζήτημα από τις ίδιες τις γυναίκες, δηλαδή στην περίπτωση της τυχαιοποίησης, ότι θα στερηθούν μια παρέμβαση, που θεωρείται απαραίτητη για την έκβαση της εγκυμοσύνης, λόγος που λειτούργησε και αποτρεπτικά στην τυχαιοποίηση στην παρούσα μελέτη. Άλλωστε, αξίζει να δοθεί έμφαση στην κατάσταση των γυναικών, που διατρέχουν κίνδυνο λόγω της μειονεκτικής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, αφού αυτές οι γυναίκες μπορεί να χρειαστούν περισσότερες συνεδρίες. Πρόκειται για μια ομάδα γυναικών, που χρειάζεται μια πιο σύνθετη ψυχοσωματική παρέμβαση κατά την προγεννητική περίοδο. Επίσης, η επανάληψη αυτής της μελέτης σε διαφορετικές ομάδες γυναικών, όπως μητέρες υψηλού κινδύνου για κατάθλιψη ή πολύδυμη κύηση, θα παρείχε περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με τις επιπτώσεις του προγράμματος. Τέλος, η προσθήκη στην αξιολόγηση και της κλινικής συνέντευξης, θα συνέβαλλε σε μια πιο ακριβή εκτίμηση της σοβαρότητας της κατάθλιψης.

Βιβλιογραφία

1. Bjelica A, & Kapor-Stanulović, N. Trudnoća kao psiholoski događaj [Pregnancy as a psychological event]. *Medicinski pregled*. 2004;57(3-4):144–148. <https://doi.org/10.2298/mpns0404144b>
2. Mossie TB, Sibhatu AK, Dargie A, Ayele AD. Prevalence of Antenatal Depressive Symptoms and Associated Factors among Pregnant Women in Maichew, North Ethiopia: An Institution Based Study. *Ethiop J Health Sci*. 2017;27(1):59-66. doi:10.4314/ejhs.v27i1.8
3. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord*. 2016;191:62-77. doi:10.1016/j.jad.2015.11.014
4. Han Q, Guo M, Ren F, Duan D, Xu X. Role of midwife-supported psychotherapy on antenatal depression, anxiety and maternal health: A meta-analysis and literature review. *Exp Ther Med*. 2020;20(3):2599-2610. doi:10.3892/etm.2020.9011
5. Li C, Sun X, Li Q, Sun Q, Wu B, Duan D. Role of psychotherapy on antenatal depression, anxiety, and maternal quality of life: A meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(27):e20947. doi:10.1097/MD.00000000000020947
6. Wichman CL, Stern TA. Diagnosing and Treating Depression During Pregnancy. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2015;17(2):10.4088/PCC.15f01776. Published 2015 Apr 16. doi:10.4088/PCC.15f01776
7. Barber CC, Starkey NJ. Predictors of anxiety among pregnant New Zealand women hospitalised for complications and a community comparison group. *Midwifery*. 2015;31(9):888-896. doi:10.1016/j.midw.2015.04.017
8. Effati-Daryani F, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mirghafourvand M, Taghizadeh M, Mohammadi A. Effect of Lavender Cream with or without Foot-bath on Anxiety, Stress and Depression in Pregnancy: a Randomized Placebo-Controlled Trial. *J Caring Sci*. 2015;4(1):63-73. Published 2015 Mar 1. doi:10.5681/jcs.2015.007

9. Staneva A, Bogossian F, Pritchard M, Wittkowski A. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women Birth*. 2015;28(3):179-193. doi:10.1016/j.wombi.2015.02.003
10. Firouzbakht M, Nikpour M, Khefri S, Jamali B, Kazeminavaee F, Didehdar M. The Effectiveness of Prenatal Intervention on Pain and Anxiety during the Process of Childbirth-Northern Iran: Clinical Trial Study. *Ann Med Health Sci Res*. 2015;5(5):348-352. doi:10.4103/2141-9248.165260
11. Europeană C. Economic crisis in Europe: causes, consequences and responses. *European Economy*. 2009. Doi:10.2765/67727. ISBN:978-92-79-1563-1
12. Baumbach A, Gulis G. Impact of financial crisis on selected health outcomes in Europe. *Eur J Public Health*. 2014;24(3):399-403. doi:10.1093/eurpub/cku042
13. Björnberg A. Euro Health Consumer Index. Health Consumer Powerhouse; 2012 [Online] Available from: <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf>, accessed April 18, 2023
14. Le HN, Perry DF, Stuart EA. Randomized controlled trial of a preventive intervention for perinatal depression in high-risk Latinas. *J Consult Clin Psychol*. 2011;79(2):135-141. doi:10.1037/a0022492
15. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(1):3-12. doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002
16. Affonso DD, De AK, Horowitz JA, Mayberry LJ. An international study exploring levels of postpartum depressive symptomatology. *J Psychosom Res*. 2000;49(3):207-216. doi:10.1016/s0022-3999(00)00176-8
17. Beck NC, Geden EA, Brouder GT. Preparation for labor: a historical perspective. *Psychosom Med*. 1979;41(3):243-258. doi:10.1097/00006842-197905000-00007
18. Zwelling E. The history of lamaze continues: an interview with elisabeth bing. *J Perinat Educ*. 2000;9(1):15-21. doi:10.1624/105812400X87464

19. Scott JR, Rose NB. Effect of psychoprophylaxis (Lamaze preparation) on labor and delivery in primiparas. *N Engl J Med.* 1976;294(22):1205-1207. doi:10.1056/NEJM197605272942203
20. Simkin P, Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *J Midwifery Womens Health.* 2004;49(6):489-504. doi:10.1016/j.jmwh.2004.07.007
21. Bergström M, Kieler H, Waldenström U. Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomised controlled multicentre trial. *BJOG.* 2009;116(9):1167-1176. doi:10.1111/j.1471-0528.2009.02144.x
22. Watanabe M, Wada K, Sakata Y, et al. Maternity blues as predictor of postpartum depression: a prospective cohort study among Japanese women [published correction appears in *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2016;37(2):73]. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2008;29(3):206-212. doi:10.1080/01674820801990577
23. Austin MP, Frilingos M, Lumley J, et al. Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: a randomised controlled trial. *J Affect Disord.* 2008;105(1-3):35-44. doi:10.1016/j.jad.2007.04.001
24. Stamou G, García-Palacios A, Botella C. Cognitive-Behavioural therapy and interpersonal psychotherapy for the treatment of post-natal depression: a narrative review. *BMC Psychol.* 2018;6(1):28. Published 2018 Jun 18. doi:10.1186/s40359-018-0240-5
25. Παπανικολάου Μ. Επίδραση της ψυχοσωματικής προετοιμασίας της εγκύου στην επιλόχεια κατάθλιψη. Μεταπτυχιακή διατριβή. Κομοτηνή: 2007
26. Kestenberg J.S. On the Development of Maternal Feelings in Early Childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child.* 1956;11(1):257-291, DOI: 10.1080/00797308.1956.11822788
27. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Fourth edition, text revision. DC: American Psychiatric Association, Washington. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890423349>
28. Helen Deutsch. *The Psychology of Women, Volume 1: Girlhood,* Allyn & Bacon, 1943, ISBN 978-0-205-10087-3.

29. Buckwalter JG, Buckwalter DK, Bluestein BW, Stanczyk FZ. Pregnancy and post partum: changes in cognition and mood. *Prog Brain Res.* 2001;133:303-319. doi:10.1016/s0079-6123(01)33023-6
30. Hofberg K, Brockington I. Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. *Br J Psychiatry.* 2000;176:83-85. doi:10.1192/bjp.176.1.83
31. Forray A, Mayes LC, Magriples U, Epperson CN. Prevalence of post-traumatic stress disorder in pregnant women with prior pregnancy complications. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2009;22(6):522-527. doi:10.1080/14767050902801686
32. Khan M, Sharma V. Post-partum depressive episodes and bipolar disorder. *Lancet.* 2015;385(9970):771-772. doi:10.1016/S0140-6736(15)60433-0
33. Brunton RJ, Dryer R, Saliba A, Kohlhoff J. Pregnancy anxiety: A systematic review of current scales. *J Affect Disord.* 2015;176:24-34. doi:10.1016/j.jad.2015.01.039
34. Gjerdingen D, McGovern P, Attanasio L, Johnson PJ, Kozhimannil KB. Maternal depressive symptoms, employment, and social support. *J Am Board Fam Med.* 2014;27(1):87-96. doi:10.3122/jabfm.2014.01.130126
35. Malary M, Shahhosseini Z, Pourasghar M, Hamzehgardeshi Z. Couples Communication Skills and Anxiety of Pregnancy: A Narrative Review. *Mater Sociomed.* 2015;27(4):286-290. doi:10.5455/msm.2015.27.286-290
36. Jakubiec D, Jagielska K, Karmowski M, Kubicka K, Karmowski A, Sobiech KA. Effect of attending childbirth education classes on psychological distress in pregnant women measured by means of the General Health Questionnaire. *Adv Clin Exp Med.* 2014;23(6):953-957. doi:10.17219/acem/37351
37. Norhayati MN, Hazlina NH, Asrenee AR, Emilin WM. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *J Affect Disord.* 2015;175:34-52. doi:10.1016/j.jad.2014.12.041
38. Salik I, Marwaha R. Electroconvulsive Therapy. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; September 19, 2022. PMID:30855854

39. Ormel J, Kessler RC, Schoevers R. Depression: more treatment but no drop in prevalence: how effective is treatment? And can we do better?. *Curr Opin Psychiatry*. 2019;32(4):348-354. doi:10.1097/YCO.0000000000000505
40. Shishehgar S, Dolatian M, Majd HA, Bakhtiary M. Perceived pregnancy stress and quality of life amongst Iranian women. *Glob J Health Sci*. 2014;6(4):270-277. Published 2014 Apr 24. doi:10.5539/gjhs.v6n4p270
41. Barber CC, Starkey NJ. Predictors of anxiety among pregnant New Zealand women hospitalised for complications and a community comparison group. *Midwifery*. 2015;31(9):888-896. doi:10.1016/j.midw.2015.04.017
42. Ding X, Mao L, Ge X, et al. *Wei Sheng Yan Jiu*. 2015;44(3):371-375. Chinese. PMID:26137612
43. Shishehgar S, Dolatian M, Majd HA, Bakhtiary M. Socioeconomic status and stress rate during pregnancy in Iran. *Glob J Health Sci*. 2014;6(4):254-260. Published 2014 Apr 22. doi:10.5539/gjhs.v6n4p254
44. Waqas A, Raza N, Lodhi HW, Muhammad Z, Jamal M, Rehman A. Psychosocial factors of antenatal anxiety and depression in Pakistan: is social support a mediator?. *PLoS One*. 2015;10(1):e0116510. Published 2015 Jan 28. doi:10.1371/journal.pone.0116510
45. Su Q, Zhang H, Zhang Y, et al. Maternal Stress in Gestation: Birth Outcomes and Stress-Related Hormone Response of the Neonates. *Pediatr Neonatol*. 2015;56(6):376-381. doi:10.1016/j.pedneo.2015.02.002
46. Bayrampour H, McDonald S, Tough S. Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. *Midwifery*. 2015;31(6):582-589. doi:10.1016/j.midw.2015.02.009
47. Shahhosseini Z, Poursaghar M, Khalilian A, Salehi F. A Review of the Effects of Anxiety During Pregnancy on Children's Health. *Mater Sociomed*. 2015;27(3):200-202. doi:10.5455/msm.2015.27.200-202
48. Marques AH, Bjørke-Monsen AL, Teixeira AL, Silverman MN. Maternal stress, nutrition and physical activity: Impact on immune function, CNS development and psychopathology. *Brain Res*. 2015;1617:28-46. doi:10.1016/j.brainres.2014.10.051
49. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, et al. Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. *Infant Behav Dev*. 2010;33(1):23-29. doi:10.1016/j.infbeh.2009.10.004

50. Christian LM. Stress and Immune Function during Pregnancy: An Emerging Focus in Mind-Body Medicine. *Curr Dir Psychol Sci*. 2015;24(1):3-9. doi:10.1177/0963721414550704
51. Lemon EL, Vanderkruik R, Dimidjian S. Treatment of anxiety during pregnancy: room to grow. *Arch Womens Ment Health*. 2015;18(3):569-570. doi:10.1007/s00737-015-0514-3
52. Fan F, Zou Y, Tian H, et al. Effects of maternal anxiety and depression during pregnancy in Chinese women on children's heart rate and blood pressure response to stress. *J Hum Hypertens*. 2016;30(3):171-176. doi:10.1038/jhh.2015.64
53. Garrison A, Maselko J, Saurel-Cubizolles MJ, Courtin D, Zoumenou R, Boivin MJ, Massougbodji A, Garcia A, Alao MJ, Cot M, Maman S, Bodeau-Livinec F. The Impact of Maternal Depression and Parent-Child Interactions on Risk of Parasitic Infections in Early Childhood: A Prospective Cohort in Benin. *Matern Child Health J*. 2022 May;26(5):1049-1058. doi: 10.1007/s10995-021-03317-x. Epub 2021 Nov 30. PMID: 34850311; PMCID: PMC9023386.
54. Syed SA, Nemeroff CB. Early Life Stress, Mood, and Anxiety Disorders. *Chronic Stress (Thousand Oaks)*. 2017;1:2470547017694461. doi:10.1177/2470547017694461
55. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Summ)*. 2005;(119):1-8. doi:10.1037/e439372005-001
56. Wisner KL, Sit DK, McShea MC, et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(5):490-498. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.87
57. Serati M, Redaelli M, Buoli M, Altamura AC. Perinatal Major Depression Biomarkers: A systematic review. *J Affect Disord*. 2016;193:391-404. doi:10.1016/j.jad.2016.01.027
58. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. DMS-5; 2013
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
59. Kendig S, Keats JP, Hoffman MC, et al. Consensus Bundle on Maternal Mental Health: Perinatal Depression and Anxiety [published correction

- appears in *Obstet Gynecol.* 2019 Jun;133(6):1288]. *Obstet Gynecol.* 2017;129(3):422-430. doi:10.1097/AOG.0000000000001902
60. Fairbrother N, Young AH, Janssen P, Antony MM, Tucker E. Depression and anxiety during the perinatal period. *BMC Psychiatry.* 2015;15:206. Published 2015 Aug 25. doi:10.1186/s12888-015-0526-6
 61. Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet.* 2014;384(9956):1775-1788. doi:10.1016/S0140-6736(14)61276-9
 62. Balaram K, Marwaha R. Postpartum Blues. [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [Updated 2022 Jun 7; cited 2023 Apr 18] Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554546/>
 63. Seyfried LS, Marcus SM. Postpartum mood disorders. *Int Rev Psychiatry.* 2003;15(3):231-242. doi:10.1080/0954026031000136857
 64. Takács L, Smolík F, Mlíková Seidlerová J, Čepický P, Hoskovcová S. Poporodní blues - česká adaptace dotazníku „Maternity Blues Questionnaire“ [Postpartum blues - a Czech adaptation of the Maternity Blues Questionnaire]. *Ceska Gynekol.* 2016;81(5):355-368. PMID:27897022
 65. Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Alvarez A, Salas-Martinez C. Depression in teenager pregnant women in a public hospital in a northern mexican city: prevalence and correlates. *J Clin Med Res.* 2015;7(7):525-533. doi:10.14740/jocmr2156w
 66. Tarantino LM, Sullivan PF, Meltzer-Brody S. Using animal models to disentangle the role of genetic, epigenetic, and environmental influences on behavioral outcomes associated with maternal anxiety and depression. *Front Psychiatry.* 2011;2:44. Published 2011 Jul 18. doi:10.3389/fpsy.2011.00044
 67. Qiu J, Xiao Z. Reproductive-related depression in women: a review of two decades of research in China. *AsiaPac Psychiatry.* 2010; 2(19):19-25 doi:10.1111/j.1758-5872.2009.00035.x
 68. Shi S. An investigation of the prevalence of anxiety or depression and related risk factors in Chinese women during pregnancy and postpartum. *BMC.* 2007;21:254–258
 69. Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and

- depression. *Obstet Gynecol.* 2007;110(5):1102-1112.
doi:10.1097/01.AOG.0000287065.59491.70
70. Ajinkya S, Jadhav PR, Srivastava NN. Depression during pregnancy: Prevalence and obstetric risk factors among pregnant women attending a tertiary care hospital in Navi Mumbai. *Ind Psychiatry J.* 2013;22(1):37-40.
doi:10.4103/0972-6748.123615
 71. Rochat TJ, Tomlinson M, Bärnighausen T, Newell ML, Stein A. The prevalence and clinical presentation of antenatal depression in rural South Africa. *J Affect Disord.* 2011;135(1-3):362-373.
doi:10.1016/j.jad.2011.08.011
 72. Brittain K, Myer L, Koen N, et al. Risk Factors for Antenatal Depression and Associations with Infant Birth Outcomes: Results From a South African Birth Cohort Study. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2015;29(6):505-514.
doi:10.1111/ppe.12216
 73. Biratu A, Haile D. Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women in Addis Ababa, Ethiopia: a cross-sectional study. *Reprod Health.* 2015;12:99. Published 2015 Oct 30.
doi:10.1186/s12978-015-0092-x
 74. Ayele TA, Azale T, Alemu K, Abdissa Z, Mulat H, Fekadu A. Prevalence and Associated Factors of Antenatal Depression among Women Attending Antenatal Care Service at Gondar University Hospital, Northwest Ethiopia. *PLoS One.* 2016;11(5):e0155125. Published 2016 May 6.
doi:10.1371/journal.pone.0155125
 75. Getinet W, Amare T, Boru B, Shumet S, Worku W, Azale T. Prevalence and Risk Factors for Antenatal Depression in Ethiopia: Systematic Review. *Depress Res Treat.* 2018;2018:3649269. Published 2018 Jul 9.
doi:10.1155/2018/3649269
 76. Abbaszadeh F, Kafei Atrian M, Masoudi Alavi N, Bagheri A, Sadat Z, Karimian Z. Relationship between quality of life and depression in pregnant women. *Nurs Midwifery Stud.* 2013;2(2):193-197. doi:10.5812/nms.8518
 77. Nicholson WK, Setse R, Hill-Briggs F, Cooper LA, Strobino D, Powe NR. Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2006;107(4):798-806.
Doi:10.1097/01.AOG.0000204190.96352.05.

78. Marquesim NA, Cavassini AC, Morceli G, et al. Depression and anxiety in pregnant women with diabetes or mild hyperglycemia. *Arch Gynecol Obstet.* 2016;293(4):833-837. doi:10.1007/s00404-015-3838-3
79. Orta OR, Gelaye B, Qiu C, Stoner L, Williams MA. Depression, anxiety and stress among pregnant migraineurs in a pacific-northwest cohort. *J Affect Disord.* 2015;172:390-396. doi:10.1016/j.jad.2014.10.032
80. Dadi AF, Miller ER, Bisetegn TA, Mwanri L. Global burden of antenatal depression and its association with adverse birth outcomes: an umbrella review. *BMC Public Health.* 2020;20(1):173. Published 2020 Feb 4. doi:10.1186/s12889-020-8293-9
81. Hu Y, Wang Y, Wen S, et al. Association between social and family support and antenatal depression: a hospital-based study in Chengdu, China. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019;19(1):420. Published 2019 Nov 19. doi:10.1186/s12884-019-2510-5
82. Howard LM, Molyneaux E, Dennis CL, Rochat T, Stein A, Milgrom J. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *Lancet.* 2014;384(9956):1775-1788. doi:10.1016/S0140-6736(14)61276-9
83. Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *J Affect Disord.* 2005;88(1):9-18. doi:10.1016/j.jad.2005.04.007
84. Sacher J, Wilson AA, Houle S, et al. Elevated brain monoamine oxidase A binding in the early postpartum period. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;67(5):468-474. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.32
85. Doornbos B, Fekkes D, Tanke MA, de Jonge P, Korf J. Sequential serotonin and noradrenalin associated processes involved in postpartum blues. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2008;32(5):1320-1325. doi:10.1016/j.pnpbp.2008.04.010
86. Sri Laela, Budi Anna Keliat, Mustikasari, Thought stopping and supportive therapy can reduce postpartum blues and anxiety parents of premature babies, *Enfermería Clínica*, Volume 28, Supplement 1, 2018, Pages 126-129, [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(18\)30051-2](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(18)30051-2).
87. Gerli S, Fraternale F, Lucarini E, et al. Obstetric and psychosocial risk factors associated with maternity blues. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2021;34(8):1227-1232. doi:10.1080/14767058.2019.1630818

88. Boudou M, Teissèdre F, Walburg V, Chabrol H. Relation entre l'intensité de la douleur de l'accouchement et celle du postpartum blues [Association between the intensity of childbirth pain and the intensity of postpartum blues]. *L'Encephale*. 2007;33(5):805–810.
<https://doi.org/10.1016/j.encep.2006.10.002>
89. Reck C, Stehle E, Reinig K, Mundt C. Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *J Affect Disord*. 2009;113(1-2):77-87.
doi:10.1016/j.jad.2008.05.003
90. Zanardo V, Volpe F, de Luca F, et al. Maternity blues: a risk factor for anhedonia, anxiety, and depression components of Edinburgh Postnatal Depression Scale. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2020;33(23):3962-3968.
doi:10.1080/14767058.2019.1593363
91. Brummelte S, Galea LA. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Horm Behav*. 2016;77:153-166.
doi:10.1016/j.yhbeh.2015.08.008
92. Degner D. Differentiating between "baby blues," severe depression, and psychosis. *BMJ*. 2017;359:j4692. Published 2017 Nov 10.
doi:10.1136/bmj.j4692
93. Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Front Psychiatry*. 2018;8:248. Published 2018 Feb 1.
doi:10.3389/fpsy.2017.00248
94. Özcan NK, Boyacıoğlu NE, Dinç H. Postpartum Depression Prevalence and Risk Factors in Turkey: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017;31(4):420-428. doi:10.1016/j.apnu.2017.04.006
95. Van Niel MS, Payne JL. Perinatal depression: A review. *Cleve Clin J Med*. 2020;87(5):273-277. doi:10.3949/ccjm.87a.19054
96. Guintivano J, Sullivan PF, Stuebe AM, et al. Adverse life events, psychiatric history, and biological predictors of postpartum depression in an ethnically diverse sample of postpartum women. *Psychol Med*. 2018;48(7):1190-1200.
doi:10.1017/S0033291717002641

97. Racine N, Madigan S, Plamondon A, Hetherington E, McDonald S, Tough S. Maternal adverse childhood experiences and antepartum risks: the moderating role of social support. *Arch Womens Ment Health*. 2018;21(6):663-670. doi:10.1007/s00737-018-0826-1
98. Doi S, Fujiwara T. Combined effect of adverse childhood experiences and young age on self-harm ideation among postpartum women in Japan. *J Affect Disord*. 2019;253:410-418. doi:10.1016/j.jad.2019.04.079
99. Sit D, Luther J, Buysse D, et al. Suicidal ideation in depressed postpartum women: Associations with childhood trauma, sleep disturbance and anxiety. *J Psychiatr Res*. 2015;66-67:95-104. doi:10.1016/j.jpsychires.2015.04.021
100. Kubota C, Inada T, Shiino T, et al. The Risk Factors Predicting Suicidal Ideation Among Perinatal Women in Japan. *Front Psychiatry*. 2020;11:441. Published 2020 May 15. doi:10.3389/fpsyt.2020.00441
101. Nylen KJ, Williamson JA, O'Hara MW, Watson D, Engeldinger J. Validity of somatic symptoms as indicators of depression in pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 2013;16(3):203-210. doi:10.1007/s00737-013-0334-2
102. Friedman SH. The ethics of treating depression in pregnancy. *J Prim Health Care*. 2015;7(1):81-83. Published 2015 Mar 1. PMID:25770721
103. Catalano R, Aldrete E, Vega W, Kolody B, Aguilar-Gaxiola S. Job loss and major depression among Mexican Americans. *Social Science Quarterly*. 2000; 81(1):477-487
104. Mandal B, Roe B. Job loss, retirement and the mental health of older Americans. *J Ment Health Policy Econ*. 2008;11(4):167-176. PMID: 19096091
105. O'Dowd A. Recession could increase alcohol and drug addiction and mental health problems, watchdog warns. *BMJ*. 2009;339:b3361. Published 2009 Aug 17. doi:10.1136/bmj.b3361
106. Blumberg D, O'Neal C. Transunion Finds National Mortgage Delinquencies jumped 10.24 Percent at End of 2009. [Internet]; 2010. Available from: <http://newsroom.transunion.com/transunion-finds-national-mortgage-delinquencies-jumped-1024-percent-atend-of-2009>
107. Chang FW, Lee WY, Liu YP, et al. The relationship between economic conditions and postpartum depression in Taiwan: a nationwide

- population-based study. *J Affect Disord.* 2016;204:174-179. doi:10.1016/j.jad.2016.06.043
108. Lee S, Guo WJ, Tsang A, et al. Evidence for the 2008 economic crisis exacerbating depression in Hong Kong. *J Affect Disord.* 2010;126(1-2):125-133. doi:10.1016/j.jad.2010.03.007
 109. Economou M, Angelopoulos E, Peppou LE, Souliotis K, Stefanis C. Suicidal ideation and suicide attempts in Greece during the economic crisis: an update. *World Psychiatry.* 2016;15(1):83-84. doi:10.1002/wps.20296
 110. Odone A, Landriscina T, Amerio A, Costa G. The impact of the current economic crisis on mental health in Italy: evidence from two representative national surveys. *Eur J Public Health.* 2018;28(3):490-495. doi:10.1093/eurpub/ckx220
 111. Tamayo-Fonseca N, Nolasco A, Moncho J, et al. Contribution of the Economic Crisis to the Risk Increase of Poor Mental Health in a Region of Spain. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(11):2517. Published 2018 Nov 9. doi:10.3390/ijerph15112517
 112. Astell-Burt T, Feng X. Health and the 2008 economic recession: evidence from the United Kingdom. *PLoS One.* 2013;8(2):e56674. doi:10.1371/journal.pone.0056674
 113. Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health.* 2013;23(1):103-108. doi:10.1093/eurpub/cks035
 114. Lin CL, Chen CS, Liu TC. Do stock prices drive people crazy?. *Health Policy Plan.* 2015;30(2):206-214. doi:10.1093/heapol/czu007
 115. Maselko J, Bates L, Bhalotra S, et al. Socioeconomic status indicators and common mental disorders: Evidence from a study of prenatal depression in Pakistan. *SSM Popul Health.* 2017;4:1-9. Published 2017 Oct 31. doi:10.1016/j.ssmph.2017.10.004
 116. Ogbo FA, Eastwood J, Hendry A, et al. Determinants of antenatal depression and postnatal depression in Australia. *BMC Psychiatry.* 2018;18(1):49. Published 2018 Feb 20. doi:10.1186/s12888-018-1598-x
 117. Hein A, Rauh C, Engel A, et al. Socioeconomic status and depression during and after pregnancy in the Franconian Maternal Health Evaluation

- Studies (FRAMES). *Arch Gynecol Obstet.* 2014;289(4):755-763. doi:10.1007/s00404-013-3046-y
118. Kentikelenis A, Papanicolas I. Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *Eur J Public Health.* 2012;22(1):4-5. doi:10.1093/eurpub/ckr190
 119. Zilidis C, Hadjichristodoulou C. Economic Crisis Impact and Social Determinants of Perinatal Outcomes and Infant Mortality in Greece. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(18):6606. Published 2020 Sep 11. doi:10.3390/ijerph17186606
 120. Reno R, Hyder A. The Evidence Base for Social Determinants of Health as Risk Factors for Infant Mortality: A Systematic Scoping Review. *J Health Care Poor Underserved.* 2018;29(4):1188-1208. doi:10.1353/hpu.2018.0091
 121. Kenny LC, Lavender T, McNamee R, O'Neill SM, Mills T, Khashan AS. Advanced maternal age and adverse pregnancy outcome: evidence from a large contemporary cohort. *PLoS One.* 2013;8(2):e56583. doi:10.1371/journal.pone.0056583
 122. Michaud PC, Crimmins E, Hurd M. The Effect of Job Loss on Health: Evidence from Biomarkers. *Labour Econ.* 2016;41:194-203. doi:10.1016/j.labeco.2016.05.014
 123. Carlson K. Fear itself: The effects of distressing economic news on birth outcomes. *J Health Econ.* 2015;41:117-132. doi:10.1016/j.jhealeco.2015.02.003
 124. Wilson-Mitchell K, Rummens JA. Perinatal outcomes of uninsured immigrant, refugee and migrant mothers and newborns living in Toronto, Canada. *Int J Environ Res Public Health.* 2013;10(6):2198-2213. Published 2013 May 31. doi:10.3390/ijerph10062198
 125. Uthaisaisanwong A, Rungruxsirivorn T, Roomruangwong C, Taechakraichana N, Chaithongwongwatthana S. Associated factors of prenatal depression among teenage pregnant women at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *J Med Assoc Thai.* 2015;98(5):437-443. PMID:26058270
 126. Latendresse G, Wong B, Dyer J, Wilson B, Baksh L, Hogue C. Duration of Maternal Stress and Depression: Predictors of Newborn

- Admission to Neonatal Intensive Care Unit and Postpartum Depression. *Nurs Res.* 2015;64(5):331-341. doi:10.1097/NNR.0000000000000117
127. Aktas S, Yesilcicek Calik K. Factors Affecting Depression During Pregnancy and the Correlation Between Social Support and Pregnancy Depression. *Iran Red Crescent Med J.* 2015;17(9):e16640. Published 2015 Sep 22. doi:10.5812/ircmj.16640
 128. Yazdkhasti M, Pourreza A, Pirak A, Abdi F. Unintended Pregnancy and Its Adverse Social and Economic Consequences on Health System: A Narrative Review Article. *Iran J Public Health.* 2015;44(1):12-21. PMID:26060771 PMCID:PMC4449999
 129. Yilmaz E, Yilmaz Z, Cakmak B, et al. Nausea and Vomiting in Early Pregnancy of Adolescents: Relationship with Depressive Symptoms. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2016;29(1):65-68. doi:10.1016/j.jpag.2015.06.010
 130. Marinescu IP, Foarfă MC, Pîrlog MC, Turculeanu A. Prenatal depression and stress - risk factors for placental pathology and spontaneous abortion. *Rom J Morphol Embryol.* 2014;55(3 Suppl):1155-1160. PMID:25607399
 131. Waldie KE, Peterson ER, D'Souza S, et al. Depression symptoms during pregnancy: Evidence from Growing Up in New Zealand. *J Affect Disord.* 2015;186:66-73. doi:10.1016/j.jad.2015.06.009
 132. Roberson EK, Hurwitz EL, Li D, Cooney RV, Katz AR, Collier AC. Depression, Anxiety, and Pharmacotherapy Around the Time of Pregnancy in Hawaii. *Int J Behav Med.* 2016;23(4):515-526. doi:10.1007/s12529-015-9493-z
 133. Srinivasan N, Murthy S, Singh AK, Upadhyay V, Mohan SK, Joshi A. Assessment of burden of depression during pregnancy among pregnant women residing in rural setting of chennai. *J Clin Diagn Res.* 2015;9(4):LC08-LC12. doi:10.7860/JCDR/2015/12380.5850
 134. Plant DT, Pariente CM, Sharp D, Pawlby S. Maternal depression during pregnancy and offspring depression in adulthood: role of child maltreatment. *Br J Psychiatry.* 2015;207(3):213-220. doi:10.1192/bjp.bp.114.156620
 135. Michaels P. Lamaze: An International History. New York: Oxford University Press; 2014 <https://doi.org/10.4000/clio.12709>

136. Lowe NK. The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(5 Suppl Nature):S16-S24. doi:10.1067/mob.2002.121427
137. Horowitz JA, Murphy CA, Gregory K, Wojcik J, Pulcini J, Solon L. Nurse home visits improve maternal/infant interaction and decrease severity of postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2013;42(3):287-300. doi:10.1111/1552-6909.12038
138. Smith CA, Shewamene Z, Galbally M, Schmied V, Dahlen H. The effect of complementary medicines and therapies on maternal anxiety and depression in pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2019;245:428-439. doi:10.1016/j.jad.2018.11.054
139. Striebich S, Mattern E, Ayerle GM. Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia - A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery*. 2018;61:97-115. doi:10.1016/j.midw.2018.02.013
140. Sydsjö G, Blomberg M, Palmquist S, Angerbjörn L, Bladh M, Josefsson A. Effects of continuous midwifery labour support for women with severe fear of childbirth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:115. Published 2015 May 15. doi:10.1186/s12884-015-0548-6
141. Μάνος Ν. Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: University Studio Press; 2008 ISBN 9789601205885
142. Bobo WV, Yawn BP. Concise review for physicians and other clinicians: postpartum depression. *Mayo Clin Proc*. 2014;89(6):835-844. doi:10.1016/j.mayocp.2014.01.027
143. Kingston D, Janes-Kelley S, Tyrrell J, et al. An integrated web-based mental health intervention of assessment-referral-care to reduce stress, anxiety, and depression in hospitalized pregnant women with medically high-risk pregnancies: a feasibility study protocol of hospital-based implementation. *JMIR Res Protoc*. 2015;4(1):e9. Published 2015 Jan 16. doi:10.2196/resprot.4037
144. Davis K, Goodman SH, Leiferman J, Taylor M, Dimidjian S. A randomized controlled trial of yoga for pregnant women with symptoms of depression and anxiety. *Complement Ther Clin Pract*. 2015;21(3):166-172. doi:10.1016/j.ctcp.2015.06.005

145. Lothian JA. Safe, healthy birth: what every pregnant woman needs to know. *J Perinat Educ.* 2009;18(3):48-54. doi:10.1624/105812409X461225
146. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S. Listening to Mothers II: Report of the Second National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences: Conducted January-February 2006 for Childbirth Connection by Harris Interactive(R) in partnership with Lamaze International. *J Perinat Educ.* 2007;16(4):9-14. doi:10.1624/105812407X244769
147. Lothian J. A, DeVries C. The official Lamaze guide: Giving birth with confidence Second edition. Minnetonka: MN: Meadowbrook Press; 2010
148. Μπρατίδου Σ. Ψυχοπροφυλακτική. Ψυχοσωματική προετοιμασία στην κύηση και τοκετό: 2000: 29-31.
149. Firouzbakht M, Nikpour M, Salmalian H, Ledari FM, Khafri S. The effect of perinatal education on Iranian mothers' stress and labor pain. *Glob J Health Sci.* 2013;6(1):61-68. Published 2013 Oct 14. doi:10.5539/gjhs.v6n1p61
150. Fenwick J, Toohill J, Gamble J, et al. Effects of a midwife psycho-education intervention to reduce childbirth fear on women's birth outcomes and postpartum psychological wellbeing. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15:284. Published 2015 Oct 30. doi:10.1186/s12884-015-0721-y
151. Toohill J, Callander E, Gamble J, Creedy DK, Fenwick J. A cost effectiveness analysis of midwife psycho-education for fearful pregnant women - a health system perspective for the antenatal period. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(1):217. Published 2017 Jul 11. doi:10.1186/s12884-017-1404-7
152. Toohill J, Fenwick J, Gamble J, et al. A randomized controlled trial of a psycho-education intervention by midwives in reducing childbirth fear in pregnant women. *Birth.* 2014;41(4):384-394. doi:10.1111/birt.12136
153. Hassanzadeh R, Abbas-Alizadeh F, Meedy S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mirghafourvand M. Fear of childbirth, anxiety and depression in three groups of primiparous pregnant women not attending, irregularly attending and regularly attending childbirth preparation classes. *BMC Womens Health.* 2020;20(1):180. Published 2020 Aug 14. doi:10.1186/s12905-020-01048-9

154. Çankaya S, Şimşek B. Effects of Antenatal Education on Fear of Birth, Depression, Anxiety, Childbirth Self-Efficacy, and Mode of Delivery in Primiparous Pregnant Women: A Prospective Randomized Controlled Study. *Clin Nurs Res*. 2021;30(6):818-829. doi:10.1177/1054773820916984
155. Gökçe İsbir G, İnci F, Önal H, Yıldız PD. The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: an experimental study. *Appl Nurs Res*. 2016;32:227-232. doi:10.1016/j.apnr.2016.07.013
156. Natsiou K, Karaoulanis SE, Dafopoulos K, Garas A, Bonotis K. The Effect of Socioeconomic Factors on Maternal Perinatal Depressive Symptoms and the Contribution of Group Prenatal Support as a Preventive Measure. *Womens Health Rep (New Rochelle)*. 2023;4(1):31-38. Published Jan 24, 2023. doi:10.1089/whr.2022.0042
157. Stoll KH, Hall W. Childbirth education and obstetric interventions among low-risk canadian women: is there a connection?. *J Perinat Educ*. 2012;21(4):229-237. doi:10.1891/1058-1243.21.4.229
158. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, et al. Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience--a randomised controlled trial. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2015;36(1):1-9. doi:10.3109/0167482X.2014.980722
159. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol*. 1967;6(4):278-296. doi:10.1111/j.2044-8260.1967.tb00530.x
160. Kennerley H, Gath D. Maternity blues. I. Detection and measurement by questionnaire. *Br J Psychiatry*. 1989;155:356-362. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.155.3.356>
161. Gonidakis F, Rabavilas AD, Varsou E, Kreatsas G, Christodoulou GN. Maternity blues in Athens, Greece: a study during the first 3 days after delivery. *J Affect Disord*. 2007;99(1-3):107-115. doi:10.1016/j.jad.2006.08.028
162. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale. *J Psychosom Res*. 1967;11(2):213-218. doi:10.1016/0022-3999(67)90010-4
163. Gao LL, Chan SW, Li X, Chen S, Hao Y. Evaluation of an interpersonal-psychotherapy-oriented childbirth education programme for

- Chinese first-time childbearing women: a randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(10):1208-1216. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.03.002
164. Ortiz Collado MA, Saez M, Favrod J, Hatem M. Antenatal psychosomatic programming to reduce postpartum depression risk and improve childbirth outcomes: a randomized controlled trial in Spain and France. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:22. Published 2014 Jan 15. doi:10.1186/1471-2393-14-22
 165. Alder J, Fink N, Bitzer J, Hösli I, Holzgreve W. Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2007;20(3):189-209. doi:10.1080/14767050701209560
 166. Brugha TS, Wheatley S, Taub NA, et al. Pragmatic randomized trial of antenatal intervention to prevent post-natal depression by reducing psychosocial risk factors. *Psychol Med*. 2000;30(6):1273-1281. doi:10.1017/s0033291799002937
 167. Chang F, Fan X, Zhang Y, Tang B, Jia X. Prevalence of depressive symptoms and correlated factors among pregnant women during their second and third trimesters in northwest rural China: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022 Jan 16;22(1):38. doi: 10.1186/s12884-021-04340-0. PMID: 35034637; PMCID: PMC8762974.
 168. Varner CA. Comparison of the Bradley Method and HypnoBirthing Childbirth Education Classes. *J Perinat Educ*. 2015;24(2):128-36. doi: 10.1891/1946-6560.24.2.128. PMID: 26957896; PMCID: PMC4744344.
 169. Nelson NM, Enkin MW, Saigal S, Bennett KJ, Milner R, Sackett DL. A randomized clinical trial of the Leboyer approach to childbirth. *N Engl J Med*. 1980 Mar 20;302(12):655-60. doi: 10.1056/NEJM198003203021203. PMID: 6986552.

170. Antoniou E, Orovou E, Iliadou M, et al. Factors Associated with the Type of Cesarean Section in Greece and Their Correlation with International Guidelines. *Acta Inform Med.* 2021;29(1):38-44. doi:10.5455/aim.2021.29.38-44

Παράρτημα Α

Περίληψη της δημοσίευσης (PUBMED)

Womens Health Rep (New Rochelle) 2023 Jan 24;4(1):31-38.
doi: 10.1089/whr.2022.0042. eCollection 2023.

The Effect of Socioeconomic Factors on Maternal Perinatal Depressive Symptoms and the Contribution of Group Prenatal Support as a Preventive Measure

[Konstantina Natsiou](#)¹, [Sokratis E Karaoulanis](#)², [Konstantinos Dafopoulos](#)³, [Antonis Garas](#)³, [Konstantinos Bonotis](#)²

Abstract

Background: The European and Greek financial turmoil that began in 2007 has had adverse health consequences. Stillbirth, low birth weight, infant mortality, and maternal suicide have all increased. The purpose of this study was to evaluate whether socioeconomic factors contribute to postpartum blues, and whether psychoprophylaxis with group prenatal education and support may have a beneficial effect.

Materials and methods: The sample study comprised 414 pregnant women equally divided into psychoprophylaxis or standard care. There were six psychoprophylaxis sessions, with two each week lasting 2 hours each in groups of five people at the urban health center of Larissa, Greece. A questionnaire was used for data collection, including (1) closed-type questions about sociodemographic characteristics, and medical and obstetric history; (2) the Hamilton Depression Scale; (3) a Blues Questionnaire; (4) the Holmes and Rahe stressful life events scale; and (5) a scale of effects of the economic crisis. Differences between the two groups and within the groups at different time points were assessed by two-way repeated measures ANOVA tests.

Results: Maternity blues scores, depression scores at all time points, life stress event score, and financial difficulty score were all significantly related to each other in both groups at all time points ($p < 0.01$). The correlation between financial difficulties and depression/maternity blues disappeared after delivery in the intervention group. Financial difficulties, depression, and psychoprophylaxis sessions emerged as independent prognostic factors of maternity blues score, the group variable being most significantly associated with maternal blues.

Conclusion: Although financial status as well as depression continued to play a role, the deterrent contribution of psychoprophylaxis was the most important parameter in the final maternity blues prognostic model. The results of our study show a potential for prevention and suggest interesting hypotheses for future interventions.

Keywords: economic crisis; life stress events; maternal depression; maternity blues; postpartum period; pregnant women; psychoprophylaxis.

© Konstantina Natsiou et al., 2023; Published by Mary Ann Liebert, Inc.

Παράρτημα Β : ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Κωδικός Μητέρας:

Μαιευτήριο:

Ημερομηνία Τοκετού:

Φύλο τέκνου: Βάρος τέκνου:

Ημερομηνία Συνέντευξης:

Τόπος Καταγωγής:

Τόπος κατοικίας:

1. Ηλικία.....

2. Εκπαιδευτικό επίπεδο

1	Καθόλου σχολείο
2	Απόφοιτος Δημοτικού
3	Απόφοιτος Γυμνασίου
4	Απόφοιτος Λυκείου
5	Απόφοιτος ΤΕΙ
6	Απόφοιτος ΑΕΙ
7	Άλλο

3. Είστε παντρεμένη; 1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ

3α. Πόσα χρόνια είστε παντρεμένη; Έως 1 χρόνο 1 – 5 >5

4. Τι επάγγελμα κάνετε σήμερα;

4α. Επάγγελμα συζύγου:

5. Με τι βάρος ξεκινήσατε την εγκυμοσύνη;

6. Πόσα κιλά πήρατε κατά

7. Πρόβλημα υγείας πριν από την εγκυμοσύνη 1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ

7α. ΑΝ ΝΑΙ, Τι πρόβλημα υγείας;

.....

.....
8. Υπήρξε ιστορικό ψυχικής διαταραχής; 1. NAI 2. OXI
8α. AN NAI, Διάγνωση.

.....
.....
9. Παίρνατε κάποια φάρμακα πριν από την εγκυμοσύνη 1. NAI 2. OXI
9α. AN NAI, Ποια φάρμακα;

.....
.....
10. Πήρατε κάποιο φάρμακο εκτός των συνηθισμένων (ασβέστιο, σίδηρο, μαγνήσιο) κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης;

.....
11. Χρειάστηκε να νοσηλευτείτε σε Νοσοκομείο ή Ιδιωτική Μαιευτική Κλινική λόγω εγκυμοσύνης υψηλού κινδύνου; 1. NAI 2. OXI

12. Είχατε διακοπή κάποιας προηγούμενης εγκυμοσύνης; 1. NAI 2. OXI
12α. AN NAI, επρόκειτο για:

1	Τεχνητή έκτρωση
2	Αποβολή
3	Παλίνδρομη κύηση
4	Άλλο

13. Ποιος είναι ο αριθμός του τοκετού σας;

1	Πρώτος
2	Δεύτερος
3	Τρίτος
4	Τέταρτος

14. Πόσα παιδιά έχετε;

.....
15. Υπήρξε προγραμματισμός όσο αναφορά την εγκυμοσύνη; 1. NAI 2. OXI

16. Η εγκυμοσύνη ήταν αποτέλεσμα υποβοηθούμενης γονιμοποίησης;

1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ

17. Είστε ευχαριστημένη από την πορεία της εγκυμοσύνης σας;

ΚΑΘΟΛΟΥ ΛΙΓΟ(με προβλήματα) ΠΟΛΥ

18. Γεννήσατε το μωρό σας με φυσιολογικό τοκετό ή με Κ.Τ.;

1. Με Φυσιολογικό τοκετό 2. Με Κ.Τ.

18α. ΑΝ με φυσιολογικό : Η έναρξη του τοκετού έγινε με:

1	Ξεκίνησαν οι πόνοι
2	Σπάσανε τα νερά
3	Με ορό για πρόκληση

18β. Χρησιμοποιήθηκε βεντούζα στον τοκετό;

18γ. Αν έγινε καισαρική τομή, ο λόγος:

1	Δική σας επιθυμία
2	Προηγηθείσα Κ.Τ.
3	Προεκλαμψία
4	Δυσαναλογία
5	Ανώμαλο σχήμα
6	Πολύδυμη κύηση
7	Άλλο

19. Κάνατε επισκληρίδιο αναισθησία κατά την διάρκεια του τοκετού;

1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ

19α. ΑΝ ΝΑΙ, έγινε:

1. Μετά από δική σας επιθυμία;

2. Μετά από πρόταση του Ιατρού;

20. Αναφέρατε τυχόν επιπλοκές (εισαγωγή σε ΜΕΘΝ, αιμορραγία κτλ)

.....

.....

21. Καπνίζετε στην εγκυμοσύνη; 1.ΝΑΙ 2.ΟΧΙ

21α. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε ;

21β. Πόσα τσιγάρα καπνίζατε (πριν από την εγκυμοσύνη);

22. Πίνετε αλκοόλ; 1.ΝΑΙ 2.ΟΧΙ

23. Πόσα ποτήρια και από ποιο ποτό;

24. Χρήση ουσιών; 1.ΝΑΙ 2.ΟΧΙ

25. Είδος ουσίας

Κλίμακα αγχογόνων γεγονότων

1) Θάνατος του/της συζύγου ή του συντρόφου (για όσους δεν είναι παντρεμένοι ή δεν έχουν κάποιο σύντροφο, ο θάνατος μπορεί να αφορά έναν γονέα, ένα φίλο-η, ή κι ένα κατοικίδιο ακόμα)

2) Διαζύγιο

3) Χωρισμός από τον/ την σύζυγο (χωρίς την ύπαρξη διαζυγίου) ή χωρισμός από τον σύντροφο / Εμμηνόπαυση (κάποιοι ερευνητές στην τρίτη θέση τοποθετούν και την εμμηνόπαυση, που δεν περιλαμβάνει η αρχική Κλίμακα)

4) Φυλάκιση (με τη μορφή εγκλεισμού/κράτησης)

5) Θάνατος ενός στενού οικογενειακού μέλους

6) Τραυματισμοί / Σωματικές βλάβες ή ασθένεια

7) Γάμος

8) Απόλυση από την εργασία

9) Συζυγική συμφιλίωση μετά από χωρισμό ή ένταση

10) Συνταξιοδότηση

11) Μεταβολή στην υγεία ενός μέλους της οικογένειας

12) Εγκυμοσύνη (από τις πλέον αγχωτικές καταστάσεις, κυρίως για τη γυναίκα)

- 13) Σεξουαλικές Δυσκολίες & Προβλήματα
- 14) Η απόκτηση νέου μέλους στην οικογένεια
- 15) Εργασιακές & Επιχειρησιακές αναπροσαρμογές (αναπροσαρμογή μισθού/αποδοχών, ωραρίου, επιχειρηματικών συμφωνιών & συμβολαίων)
- 16) Αλλαγή της οικονομικής κατάστασης (είτε προς το χειρότερο, είτε προς το καλύτερο)/ ΠΑΡΑΤΗΡΕΙΣΤΕ: Οτιδήποτε σχετίζεται Με Αλλαγή-Αναπροσαρμογή - Μεταβολή αποτελεί ισχυρότατο στρεσογόνο παράγοντα)
- 17) Θάνατος στενού φίλου
- 18) Αλλαγή προς μία διαφορετική γραμμή εργασίας (κάτι τελείως διαφορετικό από αυτό που έκανες ως εκείνη τη στιγμή)
- 19) Αλλαγή στη συχνότητα διαφωνιών με τον/την σύζυγο (περισσότερες ή λιγότερες)
- 20) Υψηλό -σε σημαντικό βαθμό- στεγαστικό δάνειο ή άλλης μορφής δανείου (πάλι υψηλού) για συγκεκριμένη αγορά
- 21) Κατάσχεση ενυπόθηκης περιουσίας (από υποθήκη δηλαδή) ή από δάνειο (ανεξόφλητο)
- 22) Μεταβολή των ευθυνών στην εργασία (προαγωγή / μετάθεση)
- 23) Το παιδί (γιός ή κόρη) φεύγει από το σπίτι
- 24) Προβλήματα με τα πεθερικά
- 25) Εξαιρετικό Προσωπικό Επίτευγμα
- 26) Ο/Η Σύζυγος ξεκινά ή σταματά την εργασία
- 27) Ξεκίνημα ή Τέλος του Σχολείου
- 28) Αλλαγή στις συνθήκες διαβίωσης (προς το καλύτερο ή προς το χειρότερο)
- 29) Αναθεώρηση των προσωπικών συνηθειών (με σκοπό να αλλάξουν) {ο άνθρωπος στρεσάρεται πολύ στην προοπτική του να "ξεβουλευτεί"}
- 30) Προβλήματα με το αφεντικό/τον εργοδότη
- 31) Αλλαγή στις ώρες εργασίας (περισσότερες ή λιγότερες) ή στις συνθήκες εργασίας
- 32) Αλλαγή κατοικίας
- 33) Αλλαγή σχολείου

- 34) Αλλαγή στις δραστηριότητες αναψυχής (περισσότερες ή λιγότερες)
- 35) Αλλαγή των δραστηριοτήτων στην εκκλησία (πιο συχνές ή πιο αραιές)
- 36) Αλλαγή στις κοινωνικές δραστηριότητες (περισσότερη ή λιγότερη κοινωνική ζωή)
- 37) Στεγαστικό ή άλλης μορφής δανείου (δευτερεύουσας σημασίας σε σχέση με το σκοπό απόκτησης) όχι υψηλό
- 38) Αλλαγή στις συνήθειες του ύπνου (περισσότερες ώρες ή λιγότερες ώρες / αλλαγή στον κύκλο ύπνου-εγρήγορσης)
- 39) Αλλαγή στον αριθμό/ στη συχνότητα των οικογενειακών συγκεντρώσεων (πιο αραιές ή πιο συχνές)
- 40) Αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες (περισσότερο ή λιγότερο φαγητό / αλλαγή στα είδη τροφής)
- 41) Οι Διακοπές
- 42) Τα Χριστούγεννα {για πολλούς ανθρώπους οι διακοπές και τα Χριστούγεννα είναι πηγή στρες}
- 43) Ελαφρές παραβάσεις του νόμου (πχ. κλήσεις, τροχαίες παραβάσεις)

Κλίμακα οικονομικών δυσκολιών

ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ

Ακολουθούν διάφορες ερωτήσεις που απεικονίζουν τη διάσταση των καταναλωτικών συνηθειών .

Προσδιορίστε τη γνώμη σας χρησιμοποιώντας την παρακάτω κλίμακα:

1. Καθόλου
2. Λίγο
3. Μέτρια
4. Πολύ
5. Πάρα πολύ

Λόγω της οικονομικής κρίσης...

- | | |
|--|-----------|
| 1. έχετε μειώσει τις δαπάνες σας για επώνυμα καταναλωτικά προϊόντα του super market; | 1 2 3 4 5 |
| 2. έχετε στραφεί σε προϊόντα ιδιωτικής ετικέτας; | 1 2 3 4 5 |
| 3. έχετε μειώσει τις δαπάνες σας για αγορά ρουχισμού; | 1 2 3 4 5 |
| 4. έχετε μειώσει τις δαπάνες σας σε φαρμακευτικά προϊόντα; | 1 2 3 4 5 |
| 5. έχετε μειώσει τις δαπάνες σας σε καλλυντικά προϊόντα; | 1 2 3 4 5 |
| 6. έχετε μειώσει τις δαπάνες διασκέδασής; | 1 2 3 4 5 |
| 7. έχετε μειώσει τις διακοπές σας σε σχέση με το παρελθόν; | 1 2 3 4 5 |
| 8. έχετε μειώσει τη χρήση του μεταφορικού σας μέσου και κατ' επέκταση την κατανάλωση καυσίμων; | 1 2 3 4 5 |
| 9. έχουν αυξηθεί τα διάφορα έξοδα σας (ρεύμα, νερό, τηλέφωνο, κτλ); | 1 2 3 4 5 |

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ : ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Στην υπάρχουσα κατηγορία περιλαμβάνονται ερωτήσεις που στοχεύουν να αναδείξουν τις αλλαγές του βιοτικού επιπέδου, του ψυχολογικού και των διαπροσωπικών σχέσεων των πολιτών λόγω της οικονομικής κρίσης.

Καθόλου

- | | |
|--|-----------|
| 10. Σε πιο βαθμό βιώνετε εσείς και ο κοινωνικό σας περίγυρος την οικονομική κρίση; | 1 2 3 4 5 |
| 11. Κατά πόσο η σημερινή κατάσταση έχει επηρεάσει αρνητικά τη πρόθεση σας όσον αφορά στη δημιουργία οικογένειας; | 1 2 3 4 5 |
| 12. Κατά πόσο η διάθεσή σας έχει επηρεαστεί αρνητικά από τη συνεχή προβολή της οικονομικής κρίσης από τα media; | 1 2 3 4 5 |
| 13. Κατά πόσο η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει αρνητικά τις διαπροσωπικές σας σχέσεις; | 1 2 3 4 5 |
| 14. Έχετε περιορίσει την κατανάλωση αγαθών που δεν θεωρούνται απολύτως απαραίτητα στην | 1 2 3 4 5 |

καθημερινότητά σας (π.χ. επώνυμα ρούχα, ταξίδια);

15. Έχετε σκεφτεί να ασχοληθείτε με μια δουλειά διαφορετική από το αντικείμενο που έχετε σπουδάσει; 1 2 3 4 5

16. Κατά πόσο η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει αρνητικά εσάς και τα κοντινά σας πρόσωπα στην αναζήτηση εργασίας; 1 2 3 4 5

17. Έχετε σκεφτεί να φύγετε από την Ελλάδα με προέλευση κάποια άλλη χώρα του εξωτερικού; 1 2 3 4 5

18. Νιώθετε ανήμποροι να αντιμετωπίσετε την «κατάσταση» που έχει δημιουργηθεί; 1 2 3 4 5

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ 3: ΤΡΑΠΕΖΕΣ

Στην τρίτη κατηγορία περιλαμβάνονται 6 ερωτήσεις που δείχνουν τη στενή σχέση και εξάρτηση των πολιτών από το 'πλαστικό χρήμα'.

19. Πόσο μεγάλο είναι το βάρος των δανείων στο νοικοκυριό σας; 1 2 3 4 5

20. Χρησιμοποιείτε πιστωτικές κάρτες; 1 2 3 4 5

Θεωρείτε την οικογένειά σας υπερχρεωμένη; 1 2 3 4 5

21. Θεωρείτε ότι η οικογένειά σας δεν θα μπορέσει να ανταποκριθεί στην αποπληρωμή του δανείου της; 1 2 3 4 5

Κλίμακα Άγχους Hamilton

16

ΜΕΡΟΣ 7ο: ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΑΓΧΟΥΣ και ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Β. ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ HAMILTON

716.	Καταθλιπτική διάθεση (στεναχώρια, απελπισία)	απουσία φανερώνεται μόνο με ερωτήσεις αναφέρεται αυτόματα εκφράζεται εξωλεκτικά ο ασθενής αναφέρεται μόνο σ' αυτή και σε τίποτε άλλο	0 1 2 3 4
717.	Αισθήματα ενοχής	απόντα αυτομορφή ιδέες ενοχής, ενασχόληση με παλιά σφάλματα, αμαρτίες παροληρητικές ιδέες ενοχής ακουστικές/οπτικές απειλητικές ψευδαισθήσεις	0 1 2 3 4
718.	Αυτοκτονία	απουσία αισθάνεται ότι δεν έχει νόημα να ζει ευχές θανάτου ιδέες αυτοκτονίας, χειριστικές απόπειρες σοβαρή απόπειρα	0 1 2 3 4
719.	Πρώιμη αύπνια	κοιμάται χωρίς δυσκολία παροδική δυσκολία στην επέλευση ύπνου δυσκολία στην επέλευση κάθε βράδυ	0 1 2
720.	Αύπνια στη μέση της νύχτα	κοιμάται χωρίς δυσκολία ανήσυχος, διαταραγμένος ύπνος αφύπνιση στη μέση της νύχτας	0 1 2
721.	Πρώιμη αφύπνιση	κοιμάται χωρίς δυσκολία Ξυπνάει νωρίς αλλά ξανακοιμάται Ξυπνάει και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί	0 1 2
722.	Εργασία και δραστηριότητες	κανένα πρόβλημα αισθήματα ανικανότητας, κόπωση, αδυναμία απώλεια ενδιαφέροντος για δουλειά και χόμπι ελαττωμένος χρόνος εργασίας stop εργασίας	0 1 2 3 4

ΜΕΡΟΣ 7ο: ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΑΓΧΟΥΣ και ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

17

723.	Επιβράδυνση σκέψης, λόγου, ελαττωμένη προσοχή-συγκέντρωση	φυσιολογική σκέψη-λόγος ήπια επιβράδυνση σαφής επιβράδυνση δυσκολία στη συνέντευξη stupor πλήρες	0 1 2 3 4
724.	Ανησυχία	καθόλου παίζει με τα χέρια τρίβει τα χέρια, μασάει νύχια δαγκώνει τα χείλη	0 1 2
725.	Άγχος ψυχικό	κανένα πρόβλημα υποκειμενικό αίσθημα τάσης εύκολη ανησυχία εμφανής ένταση στην έκφραση αυτόματοι φόβοι	0 1 2 3 4
726.	Άγχος σωματικό	απών ήπιο μέτριο σοβαρό τον αδρανοποιεί	0 1 2 3 4
727.	Σωματικά συμπτώματα από το ΓΕΣ	κανένα ανορεξία, αίσθημα βάρους δεν τρώει χωρίς ενθάρρυνση, ζητά φάρμακα για τα έντερα	0 1 2
728.	Άλλα σωματικά συμπτώματα	κανένα βάρος στα άκρα, κεφάλι, πόνοι, εύκολη κόπωση σαφή συμπτώματα	0 1 2
729.	Συμπτώματα από τη σεξουαλικότητα	κανένα ήπια σοβαρά (απώλεια libido)	0 1 2
730.	Υποχονδρίαση	ανύπαρκτη αυτοαπασχόληση με το σώμα ενασχόληση με την υγεία συχνές αιτιάσεις υποχ/κές παραληρητικές ιδέες	0 1 2 3 4

731.	Απώλεια βάρους	απούσα	0
		πιθανή απώλεια βάρους	1
		βέβαιη	2
	-	πολύ μεγάλη	3
732.	Εναισθησία	υπάρχει	0
		αποδίδει την αρρώστεια σε	1
		κακή διατροφή, υπερκόπωση	2
		δεν υπάρχει	2
733.	Ημερήσια διακύμανση	δεν υπάρχει	0
		χειρότερα το πρωί:	
		ήπια	1
		σοβαρή	2
		χειρότερα το απόγευμα	3
734.	Αποπροσωποποίηση και αποπραγματωση	απόντα	0
		ήπια	1
		μέτρια	2
		σοβαρά	3
		προκαλούν αδράνεια	4
735.	Παρανοϊκά συμπτώματα	κανένα	0
		καχυποψία	1
		ιδέες συσχέτισης παραληρητικές	2
		ιδέες δίωξης	2
		και συσχέτισης	3
736.	Ιδεοληψίες και ψυχαναγκασμό!	απόντα	0
		ήπια	1
		σοβαρά	2
737.	Σύνολο	0 - 7	0
		8 - 16	1
		17 - 23	2
		≥24	3

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ MATERNITY BLUES Kennerley & Gath

No:	Ημερομηνία:	Ημέρα		Δίπλα είναι μια λίστα από φράσεις που έχουν χρησιμοποιήσει λεχόνες για να περιγράψουν πως νιώθουν. Παρακαλούμε σημειώστε πως νοιώθετε ΣΗΜΕΡΑ με ναι ή όχι
Λοχείας:		OXI	NAI	
1. Δακρύζω εύκολα				
2. Το μυαλό μου βρίσκεται σε ένταση				
3. Μπορώ να συγκεντρώνομαι				
4. Το κέφι μου είναι πεσμένο				
5. Είμαι συναισθηματικά σε έξαρση				
6. Νιώθω αβοήθητη				
7. Είναι δύσκολο να δείξω τα συναισθήματά μου				
8. Είμαι σε εγρήγορση				
9. Ξεχνάω, είμαι σε σύγχυση				
10. Είμαι αγχωμένη				
11. Εύχομαι να ήμουν μόνη μου				
12. Το μυαλό μου είναι χαλαρωμένο				
13. Σκέφτομαι ξανά και ξανά για διάφορα πράγματα				
14. Λυπάμαι τον εαυτό μου				
15. Είμαι <<μουδιασμένη>>, χωρίς συναισθήματα				
16. Νιώθω κατάθλιψη				
17. Είμαι πάρα πολύ συναισθηματική				
18. Είμαι χαρούμενη				
19. Έχω αυτοπεποίθηση				
20. Η διάθεση μου είναι ευμετάβλητη				
21. Νιώθω κουρασμένη				
22. Εκνευρίζομαι εύκολα				
23. Κλαίω χωρίς να μπορώ να το σταματήσω				
24. Νιώθω πολύ ζωντανή				
25. Είμαι υπερευαίσθητη				
26. Έχω σκαμπανεβάσματα στη διάθεση μου				
27. Είμαι ανήσυχη				
28. Είμαι ήρεμη, νιώθω γαλήνη				

Παράρτημα Γ: ΕΝΤΥΠΙΑ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Εμπιστευτικό

Έντυπο Συναίνεσης μετά από Ενημέρωση

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΜΕΛΕΤΗ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Τίτλος Μελέτης: Η επίδραση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στην εμφάνιση καταθλιπτικών διαταραχών στις μητέρες κατά τη διάρκεια της κύησης και της λοχείας. Η συμβολή της ψυχοπροφυλακτικής ως μέσου πρόληψης.

Αυτό το Έντυπο Συναίνεσης απευθύνεται σε έγκυες γυναίκες, τις οποίες καλούμε να συμμετάσχουν σε μια μελέτη, που ο σκοπός αυτής είναι να αξιολογήσει τη συμβολή της ψυχοπροφύλαξης στην εμπειρία του τοκετού, καθώς και στην ψυχική διάθεση της μητέρας, τόσο κατά τη διάρκεια της κύησης, όσο και κατά την πρώιμη νεογνική περίοδο εν μέσω οικονομικής κρίσης, συγκρίνοντας μητέρες που θα παρακολουθήσουν το πρόγραμμα ψυχοπροφύλαξης, με μητέρες που δεν θα το πράξουν. Θα εξεταστεί επίσης, η πιθανή συμβολή της οικονομικής κρίσης στη μελαγχολία της λοχείας.

<< Όλα τα ευρήματα ή / και συμπεράσματα της παρούσας μελέτης και οι πιθανές τους χρήσεις εκχωρούνται στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, σύμφωνα με τον Κώδικα Δεοντολογίας του ΠΘ >>.

Όνομα του κύριου ερευνητή: Νάτσιου Κωνσταντίνα Μαία MSc, Υπ. Διδάκτωρ ΤΙ ΠΘ

Όνομα του Επιβλέποντος καθηγητή: Μπονώτης Κωνσταντίνος Μον. Επικ. Καθηγητής ΤΙ ΠΘ

Μέλη τριμελούς επιτροπής: Νταφόπουλος Κωνσταντίνος Καθηγητής ΤΙ ΠΘ
Γκαράς Αντώνιος Μον. Επικ. Καθηγητής ΤΙ ΠΘ

Εμπιστευτικό
Έντυπο Συναίνεσης μετά από Ενημέρωση

- Αυτό το Έντυπο Συναίνεσης αποτελείται από δύο τμήματα:
- Ενημερωτικό Μέρος (για την ανταλλαγή πληροφοριών με εσάς σχετικά με την μελέτη)
- Πιστοποιητικό Συναίνεσης (για υπογραφές αν συμφωνήσετε να λάβετε μέρος)

Θα σας δοθεί πλήρες αντίγραφο του Εντύπου Συναίνεσης

Τμήμα 1: Ενημερωτικό Μέρος

Εισαγωγή

Έχετε προσκληθεί να συμμετέχετε σε αυτήν την μελέτη η οποία διεξάγεται με κύριο ερευνητή την κ. Νάτσιου Κωνσταντίνα.

Η συμμετοχή στην μελέτη είναι αυστηρά εθελοντική. Αυτό το έγγραφο (Έντυπη Συναίνεση) εξηγεί τους λόγους για τους οποίους διεξάγεται αυτή η μελέτη και το ρόλο που θα έχετε αν αποφασίσετε να συμμετέχετε. Ο ερευνητής θα σας ενημερώσει και θα σας καλέσει να συμμετέχετε στην μελέτη. Δεν χρειάζεται να αποφασίσετε σήμερα αν θα συμμετέχετε ή όχι. Πιθανόν να υπάρχουν κάποιες λέξεις, οι οποίες δεν σας είναι κατανοητές. Θα σας παρακαλούσαμε να ζητήσετε από τον ερευνητή να σταματήσει καθώς διαβάζει τις πληροφορίες για να σας τις εξηγήσει. Αν έχετε ερωτήσεις αργότερα μπορείτε να ρωτήσετε τον ερευνητή οποιαδήποτε πληροφορία. Προτού αποφασίσετε, μπορείτε να συζητήσετε με τον ερευνητή για την μελέτη. Αυτή η μελέτη ακολουθεί τους νόμους και τις ισχύουσες διατάξεις. Ο σκοπός του Εντύπου Συναίνεσης είναι να αναγνωρίσει πως έχετε λάβει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες από τον ερευνητή σχετικά με την μελέτη στην οποία πρόκειται να συμμετέχετε εθελοντικά και όχι να σας αφαιρέσει τα νόμιμα δικαιώματά σας.

Τμήμα 2: Πιστοποιητικό Συναίνεσης

Όνομα Εθελόντριας: _____

Κωδικός Εθελόντριας: _____

Παράρτημα Δ: ΒΕΒΑΙΩΣΕΙΣ-ΠΡΑΚΤΙΚΑ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
5^η Υγειονομική Περιφέρεια
Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ
«ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ»
ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΜΕΝΗ ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΛΑΡΙΣΑΣ
«ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ»

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ 7^{ης}/ 30.10.2018 Τακτικής Συνεδρίασης του Επιστημονικού Συμβουλίου Της Αποκεντρωμένης Οργανικής Μονάδας Λάρισας «ΚΟΥΤΛΙΜΠΑΝΕΙΟ & ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΕΙΟ»

Στην Λάρισα, στην οδό Τσακάλωφ αριθμός 1, σήμερα 30.10.2018, ημέρα της εβδομάδας Τρίτη και ώρα 12.00 μ.β., στην αίθουσα συνεδριάσεων του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Γ.Ν.Λ. – Γ.Ν.Λ. «Κουτλιμπάνειο και Τριανταφύλλειο» Αποκεντρωμένη Οργανική Μονάδα Λάρισας, μετά την αριθμ. πρωτ. 241/23.10.2018 πρόσκληση της Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου, κας. Αλευρά Σοφίας, συνήλθαν σε τακτική συνεδρίαση τα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου, για να συζητήσει επί θεμάτων την Ημερήσιας Διάταξης και Εκτός Ημερήσιας Διάταξης.

Στην Συνεδρίαση παραβρέθηκαν οι εξής:

Αλευρά Σοφία – Πρόεδρος

Λαμπίρη Βασιλική – Τακτικό Μέλος

Λαμπροδήμου Γεωργία – Τακτικό Μέλος

Σιαφάκα Παρασκευή – Τακτικό Μέλος

Διαμαντίδης Μιχαήλ – Τακτικό Μέλος

Τρίγκα Στυλιανή – Τακτικό Μέλος

Μανάφας Αχιλλέας – Τακτικό Μέλος

Από την συνεδρίαση απουσίαζαν: η κα Φαφούλα Αθανασία και Τσιονάρα Δήμητρα

Στη συνεδρίαση παρέστη ως Γραμματέας η Τσούτσα Στέλλα

Αφού διαπιστώθηκε απαρτία, ο Πρόεδρος κηρύσσει την έναρξη της Συνεδρίασης και θέτει προς συζήτηση τα παρακάτω θέματα Ημερήσιας και Εκτός Ημερήσιας Διάταξης:

Θέμα 19^ο: Αίτημα για έγκριση ερωτηματολογίου για εκπόνηση διδακτορικής διατριβής με θέμα "η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην εμφάνιση καταθλιπτικών διαταραχών στις μητέρες κατά τη διάρκεια της κύησης και της λοχείας. Η συμβολή της ψυχοπροφυλακτικής ως μέσου πρόληψης" από την κα Νάτσιο Κωνσταντίνα

Μετά από συζήτηση και σχετική ενημέρωση, το Επιστημονικό Συμβούλιο εγκρίνει την διανομή ερωτηματολογίου στο χώρο του Νοσοκομείου Π.Γ.Ν.Λ. – Γ.Ν.Λ. Αποκεντρωμένη Οργανική Μονάδα έδρας Λάρισας «Κουτλιμπάνειο & Τριανταφύλλειο»

Η ανωτέρω απόφαση επικυρώνεται αυθημερόν

Ο Πρόεδρος
Αλευρά Σοφία

Ακριβές Αντίγραφο Πρακτικού
Τακτικής Συνεδρίασης Ε.Σ.
Η Γραμματέας του Ε.Σ.

Τσούτσα Στέλλα

Τα Μέλη
Λαμπίρη Βασιλική
Λαμπροδήμου Γεωργία
Σιαφάκα Παρασκευή
Διαμαντίδης Μιχαήλ
Τρίγκα Στυλιανή
Μανάφας Αχιλλέας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜ. ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜ. ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
Ταχ.Δ/ση: Διοικητήριο
Τ.Κ. 41110
Πληροφορίες: Γ. Ντέλλα
Τηλέφωνο: 2413506290

Λάρισα: 12/11/19
Αριθ. πρωτ: ΟΙΚ. 5796

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Βεβαιώνουμε ότι η Κωνσταντίνα Νάτσιου προσήλθε στην Υπηρεσία μας στις 15-02-2019 και μετά από σχετική έγκριση διένειμε και παρέλαβε ερωτηματολόγια από τις εγκυμονούσες που συμμετείχαν στα μαθήματα Ψυχοπροφυλακτικής Προετοιμασίας, τα οποία διεξάγονται από το Τμήμα Πρόληψης και Προαγωγής της Υγείας.

Ε.Π.
Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΖΗΓΡΑΣ



ΚΕΝΤΡΙΚΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ Α.Ε.
ΗΠΕΙΡΟΥ 78, ΛΑΡΙΣΑ
2410 – 621823

Λάρισα, 03/05/2019

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Η κλινική «ΥΓΕΙΑ» ενέκρινε το αίτημα της Μαίας Νάτσιου Κωνσταντίνας για διανομή ερωτηματολογίων στο τμήμα «Ψυχοπροφυλακτικής Προετοιμασίας Εγκύων» της κλινικής, για την εκπόνηση της διδακτορικής της διατριβής.

Εκ της ~~Διευθύνσεως~~

Χουρίδη Μαρία

5η Υ.ΠΕ. Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας

Προς τον Διοικητή

5ης Υ.ΠΕ. Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας

Σας παρακαλώ για την χορήγηση έγγραφης άδειας, προκειμένου να γίνει διανομή ερωτηματολογίων ερευνητικού περιεχομένου στα πλαίσια εκπόνησης της Διδακτορικής Διατριβής μου.

Στην έρευνα θα συμμετάσχουν οι έγκυες γυναίκες που προσέρχονται στα μαθήματα του τμήματος ψυχοπροφυλακτικής προετοιμασίας, που πραγματοποιούνται στο Κ.Υ. ΑΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ (ΠΡΩΗΝ Π.Ε.Δ.Υ.).

Το θέμα της Διδακτορικής Διατριβής είναι : **Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην εμφάνιση καταθλιπτικών διαταραχών στις μητέρες κατά τη διάρκεια της κύησης και της λοχείας. Η συμβολή της ψυχοπροφυλακτικής ως μέσου πρόληψης.**

Η σύνθεση των ερωτηματολογίων είναι τέτοια, ώστε να διαφυλάσσεται η ανωνυμία της κάθε εγκύου και όλα τα δεδομένα που θα συλλεχθούν παραμένουν εμπιστευτικά και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την εξυπηρέτηση των αναγκών της παρούσας έρευνας.

Επιβλέπων καθηγητής: κ. Μπονώτης Κωνσταντίνος .

Ημερομηνία 21/05/2018

Υπογραφή Διοικητού

5ης Υ.ΠΕ. Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας

ΑΝΤΩΝΙΟΥ ΝΕΣΤΟΡΑΣ

Υπογραφή Αιτούσας

ΝΑΤΣΙΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

Κ.Υ. ΑΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ (ΠΡΩΗΝ Π.Ε.Δ.Υ.)

Προς την Διεύθυνση

Κ.Υ. ΑΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ (ΠΡΩΗΝ Π.Ε.Δ.Υ.)

Σας παρακαλώ για την χορήγηση έγγραφης άδειας, προκειμένου να γίνει διανομή ερωτηματολογίων ερευνητικού περιεχομένου στα πλαίσια εκπόνησης της Διδακτορικής Διατριβής μου.

Στην έρευνα θα συμμετάσχουν οι έγκυες γυναίκες που προσέρχονται στα μαθήματα του τμήματος ψυχοπροφυλακτικής προετοιμασίας, που πραγματοποιούνται στο Κ.Υ. ΑΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ (ΠΡΩΗΝ Π.Ε.Δ.Υ.).

Το θέμα της Διδακτορικής Διατριβής είναι : **Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην εμφάνιση καταθλιπτικών διαταραχών στις μητέρες κατά τη διάρκεια της κύησης και της λοχείας. Η συμβολή της ψυχοπροφυλακτικής ως μέσου πρόληψης.**

Η σύνθεση των ερωτηματολογίων είναι τέτοια, ώστε να διαφυλάσσεται η ανωνυμία της κάθε εγκύου και όλα τα δεδομένα που θα συλλεχθούν παραμένουν εμπιστευτικά και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την εξυπηρέτηση των αναγκών της παρούσας έρευνας.

Επιβλέπων καθηγητής: κ. Μπονώτης Κωνσταντίνος .

Ημερομηνία 22/05/2018

**Υπογραφή Διευθυντού
Κ.Υ. ΑΣΤΙΚΟΥ ΤΥΠΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΓΡΑΝΤΖΗΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ**

**Υπογραφή Αιτούσας
ΝΑΤΣΙΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ**



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΒΙΟΠΟΛΙΣ, 41500 Λάρισα Τηλ. 2410685703, 5591 Fax 2410685546
www.med.uth.gr g-med@med.uth.gr



Λάρισα 12.02.2019

Αρ. πρωτ.: 04

Η Εσωτερική Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κατά την 1^η/11.02.2019 συνεδρίασή της έκρινε ότι πληρούνται όλα τα θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας και ενέκρινε τη διεξαγωγή της έρευνας στο πλαίσιο Διδακτορικής Διατριβής, με θέμα: «Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην εμφάνιση καταθλιπτικών διαταραχών στις μητέρες κατά τη διάρκεια της κύησης και της λοχείας. Η συμβολή της ψυχοπροφυλακτικής ως μέσου πρόληψης», από την κα Κωνσταντίνα Νάτσιου.

Η Επιτροπή Ηθικής & Δεοντολογίας του Τμήματος Ιατρικής

Ο Πρόεδρος

Τα μέλη

Γεώργιος Βασιλόπουλος
Καθηγητής Παθ. - Αιματολογίας

Ζωή Νταϊλιάνα
Καθηγήτρια Ορθοπαιδικής

Παναγιώτης Λιάκος
Αναπλ. Καθηγητής Ιατρ. Βιοχημείας