



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η επίδραση του άγχους στη σωματική και ψυχική υγεία της
εγκύου**

Σοφία Καραμελίδου

Επισκέπτρια Υγείας

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Παραλίκας Θεοδόσιος (πάτερ Σέργιος), Επίκουρος Καθηγητής: Επιβλέπων
Καθηγητής

Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Καθηγήτρια: Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Κοτρώτσιου Στυλιανή, Επίκουρος Καθηγήτρια: Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

ΛΑΡΙΣΑ 2020



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»

**THE EFFECTS OF STRESS ON A PREGNANT'S WOMAN
PHYSICAL AND MENTAL HEALTH**

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέπων καθηγητή μου, πάτερ Σέργιο (Θεοδόσιο) Παραλίκα, για την άριστη συνεργασία, για τις συμβουλές και τις οδηγίες που μου έδωσε και οι οποίες στάθηκαν η κινητήρια δύναμη για να ολοκληρωθεί η εργασία αυτή.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την αμέριστη υπομονή και συμπαράσταση που επέδειξε όλο αυτό τον καιρό έως ότου ολοκληρώσω αυτό το νέο μου ταξίδι στη μάθηση και στη γνώση.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη	3
Abstract.....	5
Εισαγωγή	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : Ο Ψυχισμός της εγκύου	9
1.1. Σημσιολογική προσέγγιση της έννοιας του άγχους. Ο συσχετισμός με την περίοδο της εγκυμοσύνης.	9
1.2. Ιστορική αναδρομή στη μελέτη των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών	11
1.3. Αλλαγές στην ψυχοσύνθεση της γυναίκας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης..	13
1.4. Η παρουσία του πατέρα κατά την εγκυμοσύνη	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : Το άγχος στην εγκυμοσύνη.....	17
2.1. Περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές (ΠΨΔ)	17
2.2. Άγχος – Περιγεννητικές αγχώδεις διαταραχές.....	17
2.2.1. Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή (ΓΑΔ)	19
2.2.2. Ιδιοψυχαναγκαστική Διαταραχή (ΙΔΨΔ)	20
2.2.3. Διαταραχή πανικού	21
2.2.4. Διαταραχή μετατραυματικού άγχους μετά τον τοκετό	22
2.2.5. Τοκοφοβία	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : Αιτιολογικοί παράγοντες και επιπτώσεις του άγχους της εγκύου...	25
3.1. Αιτιολογικό υπόβαθρο για την εμφάνιση του περιγεννητικού άγχους.....	25
3.1.1. Φυσιολογικοί φόβοι για την εγκυμοσύνη	25
3.1.2. Μαιευτικό ιστορικό	26
3.1.3. Σωματική εικόνα.....	26
3.1.4. Ατομικό – οικογενειακό ιστορικό ψυχικών διαταραχών	27
3.1.5. Στενό και ευρύτερο υποστηρικτικό περιβάλλον	27
3.1.6. Κοινωνικές – δημογραφικές συνθήκες	28
3.1.7. Σημαντικά γεγονότα.....	29
3.2. Συνέπειες του περιγεννητικού άγχους της εγκύου	30
3.2.1. Οι επιπτώσεις του περιγεννητικού άγχους στην έγκυο.....	31

3.2.2. Οι επιπτώσεις του περιγεννητικού άγχους στην κύηση, το έμβρυο και το νεογνό	34
3.2.3. Οι επιπτώσεις του περιγεννητικού άγχους στη σχέση με το σύντροφο.....	36
3.3. Αντιμετώπιση του περιγεννητικού άγχους	36
Συμπεράσματα θεωρητικού μέρους	41
Κεφάλαιο 4 ^ο : Ερευνητικό μέρος	44
4.1 Σκοπός	44
4.2 Μεθοδολογία.....	44
4.2.1 Ερευνητικός Σχεδιασμός.....	44
4.2.2 Μελετώμενος πληθυσμός.....	44
Κριτήρια ένταξης.....	44
Κριτήρια αποκλεισμού	44
4.2.3 Εργαλείο συλλογής δεδομένων	45
STAI-Y	45
GHQ-28.....	46
4.3 Στατιστική ανάλυση	46
4.4 Δειγματοληπτική μεθοδολογία.....	47
4.5 Ηθικά θέματα	48
4.6 Αποτελέσματα	49
4.6.1 Περιγραφική ανάλυση	49
4.6.2 Ανάλυση αξιοπιστίας κλιμάκων	52
4.7 Διερεύνηση σχέσης των κλιμάκων με ανεξάρτητους παράγοντες.....	52
4.8 Συσχετίσεις.....	54
4.8.1 Διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στις βαθμολογίες των ερωτηματολογίων STAI-Y1 και GHQ-28.....	54
4.8.2 Διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στις βαθμολογίες των ερωτηματολογίων STAI-Y2 και GHQ-28.....	56
4.9 Συζήτηση -Συμπεράσματα.....	59
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	65
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	75

Περίληψη

Εισαγωγή: Η εγκυμοσύνη συνιστά μια χρονική περίοδο που χαρακτηρίζεται από ένα ευρύ φάσμα σωματικών και ψυχολογικών αλλαγών που σηματοδοτούν την έναρξη μιας νέας φάσης στη ζωή της γυναίκας. Κατά τη διάρκεια της κύησης παρατηρείται έξαρση στην εκδήλωση συμπτωματολογίας αγχωδών αλλά και ευρύτερων ψυχικών διαταραχών που καθιστούν για μερικές γυναίκες την εμπειρία της εγκυμοσύνης οδυνηρή. Το περιγεννητικό άγχος που εκδηλώνεται σε διάφορες φάσεις πριν και μετά τον τοκετό χρήζει ιδιαίτερης αντιμετώπισης, όταν υπερβαίνει τα όρια του φυσιολογικού και του αναμενόμενου και καθίσταται παθολογικό. Οι επιδράσεις που ασκεί στη σωματική και ψυχική υγεία της εγκύου, στην ανάπτυξη του εμβρύου και στις σχέσεις της γυναίκας με τον εαυτό της, το βρέφος και τον περίγυρό της αναδεικνύουν την ανάγκη να προλαμβάνεται ή να διαγιγνώσκεται εγκαίρως και να αντιμετωπίζεται με τις κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει τις επιδράσεις που έχει το άγχος στη σωματική και ψυχική υγεία της εγκύου. Αφού καταβληθεί προσπάθεια να εντοπιστεί το αιτιολογικό υπόβαθρο για την εκδήλωση συμπτωμάτων άγχους και συναισθηματικής πίεσης κατά τη διάρκεια της κύησης, θα αναλυθούν οι επιπτώσεις στην ίδια την εγκυμονούσα, αλλά και στο έμβρυο που κυοφορεί και θα γίνει αναφορά στον αντίκτυπο που έχει η ψυχική αστάθεια της εγκύου στις σχέσεις της με τον περίγυρό της. Η αναγκαιότητα για λήψη μέτρων πρόληψης και θεραπείας των διαταραχών του περιγεννητικού άγχους θα αναδείξει τη σοβαρότητα με την οποία απαιτείται να αντιμετωπίζεται το θέμα.

Μέθοδος:

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Τμήμα Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας της Περιφέρειας Θεσσαλίας, όπου υλοποιούνται μαθήματα ανώδυνου τοκετού και ψυχοπροφυλακτικής προετοιμασίας σε εγκυμονούσες. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε αυτοσυμπληρώμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο απαρτιζόταν από τρία μέρη:

- Ερωτήματα κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών
- Κλίμακα STAI, για τη διερεύνηση του άγχους
- Κλίμακα GHQ-28, για τη διερεύνηση της γενικής υγείας

Αποτελέσματα:

Στην κλίμακα «STAI-Y1» οι στατιστικοί δείκτες του δείγματος δηλώνουν ένα μέτριο επίπεδο καταστασιακού άγχους. Οι αντίστοιχοι δείκτες της κλίμακας «STAI-Y2» δείχνουν, επίσης, ένα μέτριο επίπεδο δομικού άγχους. Οι τιμές της κλίμακας «GHQ-28» τείνουν σημαντικά προς μία θετικότερη κλιμάκωση της ψυχοπαθολογίας.

Και οι τρεις κλίμακες (STAI-Y1, STAI-Y2, και GHQ-28) κρίνονται, σε ότι αφορά την αξιοπιστία τους, ως υψηλού επιπέδου. Κανένας από τους, υπό μελέτη, παράγοντες δεν μπορεί να προβλέψει, στατιστικώς σημαντικά, τη βαθμολογία της κλίμακας «STAI Y1».

Η ηλικία μόνο, από τους υπό μελέτη παράγοντες, μπορεί να προβλέψει, στατιστικώς σημαντικά, τη βαθμολογία της κλίμακας «STAI Y2». Συγκεκριμένα, για κάθε 1 έτος αύξηση της ηλικίας, δοθέντος ότι οι υπόλοιποι παράγοντες παραμένουν σταθεροί, προβλέπεται αύξηση της βαθμολογία της κλίμακας «STAI Y2» 0.318 μονάδες. Κανένας από τους, υπό μελέτη, παράγοντες δεν μπορεί να προβλέψει, στατιστικώς σημαντικά, τη βαθμολογία της κλίμακας «GHQ-28».

Η «Γραμμική Διμεταβλητή Συσχέτιση» (Linear Bivariate Correlation), ανάμεσα στις βαθμολογίες των ερωτηματολογίων STAI-Y1 και GHQ-28, κατέγραψε στατιστικώς ισχυρή θετική συσχέτιση.

Η «Γραμμική Διμεταβλητή Συσχέτιση» (Linear Bivariate Correlation), ανάμεσα στις βαθμολογίες των ερωτηματολογίων STAI-Y2 και GHQ-28, κατέγραψε στατιστικώς ισχυρή θετική συσχέτιση.

Λέξεις – κλειδιά: άγχος, εγκυμοσύνη, περιγεννητικές διαταραχές, ψυχισμός εγκύου, μητρότητα.

Abstract

Introduction: Pregnancy is a time period characterized by a wide range of physical and psychological changes that mark the beginning of a new phase in a woman's life. During pregnancy, there is an increase in the symptoms of anxiety and wider mental disorders that make the experience of pregnancy painful for some women. Perinatal stress that manifests itself in various phases before and after childbirth needs special treatment, when it exceeds the limits of normal and expected and becomes pathological. The effects it has on the physical and mental health of the pregnant woman, the development of the fetus and the woman's relationship with herself, the baby and her surroundings highlight the need to prevent or diagnose it in time and to treat it with appropriate therapeutic interventions.

Purpose: The purpose of this paper is to investigate the effects of stress on a pregnant woman's physical and mental health. After an attempt is made to identify the etiological background for the onset of symptoms of anxiety and emotional stress during pregnancy, the effects on the pregnant woman herself will be analyzed, as well as on the pregnant fetus and reference will be made to the impact on the pregnant woman's mental instability in her relationships with those around her. The need to take measures to prevent and treat perinatal anxiety disorders will highlight the seriousness with which the issue needs to be addressed.

Method:

The research was carried out at the Department of Prevention and Health Promotion of the Public Health Directorate of the Region of Thessaly, where painless childbirth classes and psychoprophylactic preparations are performed in pregnant women. A self-filled questionnaire was used to collect the data, which consisted of three parts:

- Questions of socio-demographic characteristics
- STAI scale, for stress investigation
- GHQ-28 scale, for the investigation of general health

Results:

In the "STAI-Y1" scale, the statistical indicators of the sample indicate a moderate level of situational stress. The corresponding indicators of the "STAI-Y2" scale also show a moderate level of structural stress. GHQ-28 scale values tend to be a more positive escalation of psychopathology.

All three scales (STAI-Y1, STAI-Y2, and GHQ-28) are judged, in terms of their reliability, to be of a high standard. None of the factors under study can predict, statistically significant, the score of the "STAI Y1" scale.

Only age, from the factors under study, can predict, statistically significantly, the score of the "STAI Y2" scale. Specifically, for every 1 year increase in age, given that the remaining factors remain constant, an increase of the score of "STAI Y2" 0.318 points is foreseen. None of the factors under study can, statistically significant, predict the "GHQ-28" scale score.

The "Linear Bivariate Correlation", between the STAI-Y1 and GHQ-28 questionnaires, recorded a statistically strong positive correlation.

The "Linear Bivariate Correlation", between the STAI-Y2 and GHQ-28 questionnaires, recorded a statistically strong positive correlation.

Keywords: stress, pregnancy, perinatal disorders, pregnancy psyche, motherhood.

Εισαγωγή

Η εγκυμοσύνη αποτελεί μια μοναδική κοινωνική και βιολογική εμπειρία στη ζωή μια γυναίκας, ένα φυσικό γεγονός μια περιόδου κατά την οποία η ίδια υποβάλλεται σε βιολογικές και ψυχοκοινωνικές αλλαγές. Παρόλο που η προοπτική της μητρότητας για τις περισσότερες γυναίκες αποτελεί σταθμό στην πορεία της ζωής τους, ο δρόμος προς αυτή επιφυλάσσει πολλές δυσκολίες και απαιτεί γρήγορη προσαρμογή στις νέες συνθήκες και στις απαιτήσεις του γονικού ρόλου (Biaggi, Conray, Pariente, 2016).

Η περίοδος της εγκυμοσύνης συνήθως βιώνεται ως μια ευχάριστη περίοδος στη ζωή της γυναίκας που η έκβασή της θα λειτουργήσει καταλυτικά στην ίδια και την οικογένειά της. Ωστόσο, οι αλλαγές που συνοδεύουν αυτή τη μεταβατική φάση της κύησης και του τοκετού σε ορμονικό, ανοσολογικό και λειτουργικό επίπεδο κλονίζουν την ψυχοσύνθεση των γυναικών και τις καθιστούν ευάλωτες σε σύνδρομα άγχους και στρες που μπορεί να λάβουν τη μορφή κατάθλιψης και να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής της εγκύου (Γαλάνης και συν., 2018). Η περίοδος της εγκυμοσύνης υποβάλλει τη γυναίκα σε μια δίνη έντονων αμφιθυμικών συναισθημάτων, ανησυχιών, προσδοκιών που εκφράζονται άλλοτε με φοβίες, με εσωτερική υπερένταση, ευερεθιστότητα ή δυσκολία συγκέντρωσης μέχρι και έμμονες ιδέες και περίεργες συμπεριφορές και άλλοτε με σωματικά συμπτώματα, όπως δύσπνοια, ταχυπαλμία, γαστρεντερολογικές ενοχλήσεις, ζαλάδες και πονοκεφάλους. Σε κάθε περίπτωση οι αγχώδεις διαταραχές κατά τη διάρκεια της κύησης συχνά προκαλούν προβλήματα σε όλα τα επίπεδα της λειτουργικότητας (ατομικό, κοινωνικό, επαγγελματικό κλπ) της γυναίκας. Πέρα από την αρνητική επίδραση στην ψυχική και σωματική κατάσταση της εγκύου, προβλήματα μπορεί να προκληθούν και στο έμβρυο, καθώς μελέτες έχουν συνδέσει το προγεννητικό και περιγεννητικό άγχος με δυσλειτουργίες στην ανάπτυξη του εμβρύου, αλλά και με διαταραχές συμπεριφοράς στην παιδική και εφηβική ηλικία των παιδιών (Ηλιάδου, Μαρόκα, 2014).

Ασφαλώς, η ψυχική υγεία της εγκύου επιβαρύνεται συχνά και από άλλους εξωτερικούς παράγοντες, πέρα από τις ορμονικές αλλαγές που λαμβάνουν χώρα κατά τη διάρκεια αυτής της χρονικής περιόδου. Το προγεννητικό και περιγεννητικό άγχος και στρες αφορά ένα ευρύ φάσμα αιτιολογίας που είναι επιβεβλημένο να μελετηθεί, ώστε να αναδειχθεί η σημασία της αποκατάστασης της ψυχικής ηρεμίας της εγκύου και η εύρεση τρόπων για την αντιμετώπιση των παραγόντων που δρουν ανασταλτικά.

Πρόκειται για μια συμπτωματολογία που δεν πρέπει να υποτιμηθεί, καθώς εγκυμονεί μακροπρόθεσμους κινδύνους για τη γυναίκα και το έμβρυο που κυοφορεί. Το άγχος της εγκυμοσύνης έχει χαρακτηριστεί «σιωπηλή ασθένεια» (Hobel, 2008) και γι' αυτό οι έγκυες θεωρείται σκόπιμο να ενημερώνονται για να μπορούν να το αντιμετωπίσουν έγκαιρα (Χάρος, Ανδριοπούλου, 2013).

Η παρούσα εργασία, λοιπόν, θα ασχοληθεί με τη διερεύνηση των ψυχικών διαταραχών και, συγκεκριμένα, του άγχους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αρχικά, θα γίνει αναφορά στον ψυχισμό της εγκύου σε μια προσπάθεια να μελετηθούν ο τρόπος που επιδρά το άγχος και οι αλλαγές που υφίσταται η ψυχοσύνθεση της γυναίκας την κρίσιμη αυτή περίοδο, ενώ έμφαση θα δοθεί και στον κομβικό ρόλο της παρουσίας του πατέρα σε σχέση με την υποστήριξη της εγκύου. Στη συνέχεια, το συγκεκριμένο πόνημα εστιάζει σε συγκεκριμένες περιγεννητικές αγχώδεις διαταραχές που εκδηλώνονται συχνότερα στην περίοδο της κύησης, ενώ καταβάλλεται προσπάθεια να εντοπιστούν το αιτιολογικό υπόβαθρο της εμφάνισης του άγχους κατά την εγκυμοσύνη, οι επιπτώσεις που μπορεί να επιφέρει στην έγκυο και το έμβρυο, αλλά και οι τρόποι με τους οποίους είναι δυνατόν να περιοριστεί η συμπτωματολογία της διαταραχής και να βοηθηθεί η εγκυμονούσα να διανύσει το δύσκολο δρόμο προς τη μητρότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Ο Ψυχισμός της εγκύου

1.1. Σημασιολογική προσέγγιση της έννοιας του άγχους. Ο συσχετισμός με την περίοδο της εγκυμοσύνης.

Προτού γίνει προσπάθεια να διερευνηθεί το άγχος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και οι παράγοντες που το προκαλούν, κρίνεται σκόπιμο να δοθεί μια εννοιολογική προσέγγιση του όρου, ώστε να γίνει κατανοητό το πώς επηρεάζει την καθημερινότητα του ατόμου. Όσον αφορά την κοινή χρήση του όρου, η έννοια παραπέμπει σε συναισθηματική υπερδιέγερση μετά από σκέψεις ή καταστάσεις που προκαλούν φόβο και προβληματισμό. Σε έναν υγιή οργανισμό, η αίσθηση του άγχους προκαλεί υπερένταση, ασφυκτική ψυχολογική πίεση, αδυναμία συγκέντρωσης, συμπτώματα σωματικής δυσλειτουργίας. Ο κάθε άνθρωπος εκτίθεται καθημερινά σε αγχογόνους καταστάσεις που πυροδοτούν έντονες εσωτερικές αντιδράσεις, οι οποίες εμποδίζουν μερικές φορές την διεκπεραίωση των καθημερινών του υποχρεώσεων (Schuyler, 2016).

Αιτίες του άγχους μπορεί να αποτελούν οποιεσδήποτε περιστάσεις που προκαλούν στο άτομο αισθήματα ανησυχίας και αγωνίας. Συχνά τα άτομα που εκτίθενται σε τέτοιου είδους συναισθηματικές συνιστώσες οδηγούνται στην απομόνωση και την εσωστρέφεια. Η αίσθηση απροσδιόριστου φόβου ή επικείμενου κινδύνου καλλιεργεί αισθήματα θυμού, απογοήτευσης και οξυθυμίας που δεν επιτρέπουν στο άτομο να λειτουργήσει με συγκέντρωση. Οι αγχώδεις διαταραχές κάνουν τους ανθρώπους απαιτητικούς, ανυπόμονους, ευερέθιστους, με ιδιαίτερα μειωμένη διάθεση για συνεργασία. Το διαρκές και επίμονο άγχος και ο ασφυκτικός κλοιός που δημιουργεί στο άτομο μπορούν να οδηγήσουν σε κατάθλιψη (Πολυκανδριώτη, Κουτσοπούλου, 2014).

Ακριβώς επειδή οι αιτίες πρόκλησης του άγχους είναι πολλές φορές απροσδιόριστες και οι αίσθηση που προκαλεί ασυνείδητη απαιτούνται λεπτοί χειρισμοί και ειδική αντιμετώπιση, ώστε να γίνουν αντιληπτές οι επιπτώσεις που μπορεί να έχει στον ανθρώπινο οργανισμό, οπότε και να ξεπεραστεί με τη σωστή διαχείριση. Τα άτομα που υποφέρουν από αγχώδη σύνδρομα συνήθως δεν αναζητούν βοήθεια (Mechita et al., 2018). Μη μπορώντας να εντοπίσουν την πηγή των πνιγερών συναισθημάτων τους αφήνουν το χρόνο να περνά με αποτέλεσμα η διαταραχή να

χρονίζει. Δεν είναι λίγες οι φορές που το άτομο καταβάλλεται ψυχολογικά και δείχνει αδυναμία να λειτουργήσει και να πραγματοποιήσει τις καθημερινές του υποχρεώσεις, ενώ σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να οδηγηθεί σε σύνδρομο φοβίας, κρίσεις πανικού και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή. Υπολογίζεται ότι γύρω στο 10% του γενικού πληθυσμού συμβουλευεται κάποια στιγμή ειδικό λόγω συμπτωμάτων άγχους και έντονης ανησυχίας, ενώ ένα ποσοστό της τάξης του 2-4% του γενικού πληθυσμού κάποια στιγμή της ζωής του θα παρουσιάσει κάποια αγχώδη διαταραχή (Μητρούση και συν., 2013).

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης η ψυχολογία της γυναίκας δέχεται ποικίλες επιρροές και παρουσιάζει συχνές διακυμάνσεις. Οι μεταβολές αυτές μπορεί να διαφέρουν από γυναίκα σε γυναίκα ή και σε κάθε εγκυμοσύνη της ίδιας γυναίκας. Κάθε κύηση αποτελεί μια ξεχωριστή, διαφορετική πραγματικότητα που μπορεί να δημιουργεί στις μέλλουσες μητέρες άγχη, ανησυχίες και προβληματισμούς. Η μεταβατική αυτή περίοδος φέρνει τις γυναίκες αντιμέτωπες με καθοριστικές και πρωτόγνωρες αλλαγές στη σωματική τους εικόνα, στην αυτοαντίληψη τους, στην καθημερινότητα, την εργασία, τις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Η γέννηση ενός παιδιού δημιουργεί νέες συνθήκες ζωής με χαρακτήρα μονιμότητας (Mina et al., 2015). Υπάρχουν, ωστόσο, περιπτώσεις, όπως αποδεικνύεται από πληθώρα κλινικών παραδειγμάτων, που η προγεννητική και περιγεννητική περίοδος δεν σηματοδοτεί πάντα μια χαρμόσυνη φάση στη ζωή των γυναικών, οι οποίες είναι ευάλωτες σε όλο το φάσμα των ψυχικών διαταραχών (Brockington, 2005). Συναισθηματικές διαταραχές, με κυρίαρχο σύμπτωμα το άγχος δυσχεραίνουν τη μετάβαση των γυναικών προς τη μητρότητα, ενώ ένα ευρύ φάσμα προβληματικών συμπεριφορών και στάσεων σκιαγραφούν μια δυσάρεστη πλευρά αυτής της εμπειρίας.

Πέρα από τις αλλαγές που υφίσταται ο οργανισμός της γυναίκας σε ορμονικό επίπεδο και που αναστατώνουν την ομαλή λειτουργία του προκαλώντας εσωτερικές αντιδράσεις, υπάρχει και ένα πλήθος εξωτερικών παραγόντων που ασκούν επιρροή στην ψυχοσύνθεση της μέλλουσας μητέρας. Το κοινωνικό της περιβάλλον, οι διαπροσωπικές της σχέσεις, οι εμπειρίες της, τα ερεθίσματα που δέχεται από τον περίγυρό της είναι παράμετροι που δρουν καθοριστικά στη σκέψη, τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις της καθώς και στον τρόπο διαχείρισης των δυσάρεστων συναισθηματικών καταστάσεων (Ferreira et al., 2015).

1.2. Ιστορική αναδρομή στη μελέτη των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών

Οι συναισθηματικές μεταβολές που σχετίζονται με την περίοδο της κύησης και τον ερχομό ενός παιδιού στον κόσμο πάντα αποτελούσαν αντικείμενο μελέτης για τους ειδικούς που προσπαθούσαν να διεισδύσουν στα βάθη της γυναικείας ψυχολογίας. Από τη μυθολογία ακόμα συναντούμε αναφορές που εστιάζουν στην παράδοση συμπεριφορά γυναικών που καταλαμβάνονταν από συναισθήματα θυμού και θλίψης με αφορμή τη γέννηση των παιδιών τους και που προέβαιναν σε πράξεις, οι οποίες δεν συνάδουν με τη χαρά, τη στοργή και την αφοσίωση που αναμένεται να προκαλεί ένα τέτοιο γεγονός. Η θεά Ρέα που εγκατέλειψε το Δία στην Κρήτη, η Ήρα που αποπειράθηκε να θανατώσει τον ανάπηρο Ήφαιστο, η Ινώ και η Μήδεια που θανάτωσαν τα παιδιά τους είναι παραδείγματα που δείχνουν ότι από πολύ νωρίς είχε παρατηρηθεί πόσο εύαλωτος μπορεί να καταστεί ο ψυχικός κόσμος των γυναικών με τη διαπίστωση μιας εγκυμοσύνης και τον ερχομό ενός παιδιού στη ζωή. Ειδικά η περίπτωση της Μήδειας έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης πολλών θεωρητικών της ψυχανάλυσης, που έχουν ασχοληθεί με την ψυχολογία της γυναίκας (Μπακιρτζόγλου, 2014).

Οι πρώτες επιστημονικές αναφορές σχετικά με ψυχικές διαταραχές σε εγκυμονούσες γυναίκες καταγράφονται στον Ιπποκράτη το 460 π.Χ., ο οποίος αναφέρεται σε περιπτώσεις γυναικών που μετά από αιφνίδιο πυρετό εμφάνισαν περιεργές συμπεριφορές μανίας ή μελαγχολίας. Αλλά και κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα ψυχικές διαταραχές που παρατηρούνταν σε γυναίκες έγκυες ή που μόλις είχαν γεννήσει αποδίδονταν σε θρησκευτικά αίτια και όχι σε ιατρικά. Οι επίτοκες θεωρούνταν μάγισσες, μιαρές που έχρηζαν εξαγνισμού προτού γίνουν δεκτές στη λειτουργία της Κυριακής (Henshaw et al., 2009). Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση της Margery Kempe (1373-1439) που γεννήθηκε στο Norfolk Αγγλίας και μετά το γάμο και την απόκτηση παιδιών αποφάσισε να μονάσει αφιερώνοντας τη ζωή της στο Θεό. Αποφασίζοντας να γράψει την αυτοβιογραφία της περιγράφει τις δύσκολες ψυχολογικά στιγμές που συνόδευσαν την κύηση και τη γέννηση του πρώτου της παιδιού. Οι διαταραχές αυτές που τη σημάδεψαν, την ώθησαν να αφιερωθεί στην πνευματική ζωή (Goodman, 2014).

Άλλη βιβλιογραφική αναφορά σχετικά με τις περιγεννητικές ψυχικές διακυμάνσεις καταγράφεται το 1593 από έναν Ελβετό ιατρό, τον Felix Plater, ο οποίος είχε ασχοληθεί συστηματικά με την παρατήρηση και την ταξινόμηση των

ψυχικών διαταραχών. Κατά τη διάρκεια του 17ου και 18ου αιώνα αναφέρονται περίπου 30 περιπτώσεις παρόμοιων περιστατικών, ενώ το 1797 ένας Γερμανός μαιευτήρας, ο Friedrich Benjamin Oslander, ασχολήθηκε με την αναλυτική περιγραφή των συμπτωμάτων της επιλόχειας μανίας. Αυτή την περίοδο παρατηρείται ευρύτερη ενημέρωση και μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για τις διαταραχές που προκαλούνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, κυρίως μετά από κάποια περιστατικά βρεφοκτονιών και άλλων περιστατικών άσκησης βίας της μητέρας προς το παιδί (Brockington, 2005).

Το 1820 ένας καταξιωμένος Βρετανός μαιευτήρας, ο Robert Gooch, συντάσσει μια πραγματεία στην οποία διερευνά τις αλλαγές που υφίσταται η ψυχολογία των γυναικών που πρόκειται να γίνουν μητέρες. Ο ίδιος υποστήριξε ότι η όλη διαδικασία κατά την οποία προετοιμάζεται ο γυναικείος οργανισμός να φιλοξενήσει, να φέρει στη ζωή και να θρέψει τους απογόνους επηρεάζει αναπόφευκτα και το πνεύμα της οδηγώντας την συχνά σε συμπεριφορές που δε συμβαδίζουν με το ρόλο της (Marland, 2004).

Σημαντικές πληροφορίες αντλούνται και από το έργο της Theriot (1989), η οποία κάνει λόγο για πολλά άρθρα του 19ου αιώνα που ασχολούνται με επιπτώσεις κατά τις οποίες επίτοκες μητέρες παρουσιάζουν παράδοξη συμπεριφορά πριν ή μετά τον τοκετό, κάτι που αποδεικνύει ότι το φαινόμενο είχε αρχίσει να απασχολεί τους επιστήμονες της εποχής. Η ίδια αναφέρει τη γνώμη του Hardy, ιατρικού επιθεωρητή στο Utah State Insane Asylum, ο οποίος θεωρούσε πολύ κρίσιμες τις περιόδους της κυοφορίας, του τοκετού και της λοχείας για την εμφάνιση συμπτωμάτων μελαγχολίας ή αγχωτικών διαταραχών (Theriot, 1989). Αναφορά γίνεται και για την εμφάνιση επιθετικής συμπεριφοράς από την πλευρά των εγκύων απέναντι στο συγγενικό τους περίγυρο ή και στο παιδί, μόλις γεννιόταν, γεγονός που δημιουργούσε ερωτηματικά. Η συμπεριφορά αυτή θεωρούνταν ακατανόητη για την εποχή και οι θεράποντες ιατροί συνιστούσαν στους συγγενείς να μην αφήνουν τη γυναίκα μετά τον τοκετό μόνη της με το βρέφος (Theriot, 1989). Πάντως, στα τέλη του 19ου αιώνα άρχισε να αναγνωρίζεται ότι η κύηση, ο τοκετός και η λοχεία είναι καταστάσεις που προκαλούν σωματική δυσφορία και καταπόνηση στο γυναικείο οργανισμό και που αποτελούν ψυχοπιεστικούς παράγοντες με αποτέλεσμα να ωθούν στα άκρα τις ήδη καταπονημένες εγκύους και να οδηγούν σε σύνδρομα άγχους και κατάθλιψης (Theriot, 1989).

Το 1980 ιδρύεται στο Παρίσι η εταιρεία Marce Society, ένας διεθνής οργανισμός που ασχολείται με την περιγεννητική ψυχική υγεία και που πήρε το όνομά της από το Γάλλο ψυχίατρο Louis Victor Marce που ήταν από τους πρώτους που εκπόνησε τη διατριβή του σχετικά με το θέμα των ψυχικών διαταραχών που συνοδεύουν την περίοδο της κύησης και του τοκετού. Η εταιρεία δραστηριοποιείται μέχρι και σήμερα και απασχολεί ένα ευρύ φάσμα επιστημονικών ειδικοτήτων με στόχο να διερευνηθούν οι παράγοντες που μπορεί να επιβαρύνουν την ψυχική υγεία της εγκύου (The International Marce Society for Perinatal Mental Health).

Γενικά, κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα γνωρίζουν το φως της δημοσιότητας όλο και περισσότερες αναφορές σχετικά με περιστατικά γυναικών που έχουν εκδηλώσει διαταραχές πριν ή μετά τον τοκετό. Άλλες είναι πιο σοβαρές και οδηγούν σε βίαιες ή αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές και άλλες είναι πιο ήπιες, που είναι και οι πιο συχνές. Σήμερα δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην ευάλωτη αυτή περίοδο της ζωής των γυναικών, ώστε να διασφαλίζεται η ψυχική τους υγεία και η ομαλή εξέλιξη της κυοφορίας τους (Brockington, 2005).

1.3. Αλλαγές στην ψυχοσύνθεση της γυναίκας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Η διάρκεια της κύησης είναι μια χρονική περίοδος – ορόσημο για κάθε γυναίκα, που περιλαμβάνει, μάλιστα, χαρακτηριστικά αναπτυξιακής κρίσης. Οι ειδικοί υποστηρίζουν ότι σε κάθε περίπτωση εγκυμοσύνης η μέλλουσα μητέρα περνά, σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό, από διάφορα στάδια κυκλοθυμίας ή συγκρουσιακής διάθεσης. Όλες οι γυναίκες αισθάνονται ανασφάλεια για το αν θα καταφέρουν να διαχειριστούν με αποτελεσματικό τρόπο την περίοδο της εγκυμοσύνης ή τη διαδικασία του τοκετού, τους απασχολεί ιδιαίτερα η υγεία και η φυσιολογική ανάπτυξη του βρέφους και ανησυχούν για το αν θα μπορέσουν να ανταποκριθούν επάξια στις απαιτήσεις του καινούργιου ρόλου που θα κληθούν να επιτελέσουν (McLeish & Redshaw, 2017).

Η βίωση της νέας πραγματικότητας ξεκινά ήδη με τη διαπίστωση της εγκυμοσύνης. Σε παλιότερες εποχές ήταν οι σωματικές ενδείξεις (καθυστέρηση της έμμηνης ρήσης, πρωινές ναυτίες, ζαλάδες) που προμήνυαν την έναρξη της νέας φάσης στη ζωή μιας γυναίκας. Σήμερα, ο ιατρός είναι σε θέση από νωρίς να ενημερώσει για τις νέες συνθήκες που διαμορφώνονται εν όψει της κύησης. Σε κάθε περίπτωση, η μέλλουσα μητέρα βρίσκεται αντιμέτωπη με πρωτόγνωρα

συναισθήματα, που αρχικά μπορεί να δημιουργούν ευφορία, σύντομα, όμως, μπορεί να αντικατασταθούν από διάθεση ανησυχίας και αμφιθυμίας (Κρεατσάς, 2009).

Οι γυναίκες που κυοφορούν αισθάνονται μεγάλη ευθύνη με βάση τα νέα δεδομένα που προκύπτουν. Αναπτύσσονται αισθήματα αμφιβολίας για το νέο ρόλο που θα αναλάβουν και για την ικανότητά τους να ανταποκριθούν σε αυτόν. Οι συνθήκες κάτω από τις οποίες προκύπτει η εγκυμοσύνη συνιστούν ένα πλαίσιο που προβληματίζει τη μέλλουσα μητέρα, καθώς οι πρακτικές αλλαγές της καθημερινότητάς της θα είναι αναπόφευκτες (Αντωνίου και συν., 2007). Πέρα από αυτές, η γυναίκα θα πρέπει να εξοικειωθεί και με τις συναισθηματικές αλλά και τις σωματικές αλλαγές που θα συνοδεύσουν την εγκυμοσύνη της και να αποδεχθεί τη νέα κατάσταση. Σε αυτή τη φάση πολλές εγκυμονούσες βιώνουν αντικρουόμενα συναισθήματα, μεταπίπτοντας από καταστάσεις ευφορίας σε καταστάσεις άγχους και φόβου για το πώς θα εξελιχθεί η εγκυμοσύνη ή για το αν θα αναπτυχθεί ομαλά το έμβρυο. Η ένταση αυτών των συναισθημάτων συχνά είναι μεγάλη και γι' αυτό η εγκυμονούσα έχει ανάγκη από συναισθηματική υποστήριξη από τον περίγυρό της, ώστε να επεξεργαστεί αυτά τα συναισθήματα, να τα αποδεχθεί ως φυσιολογικά και να μην αισθάνεται απογοήτευση και ανησυχία (Αντωνίου και συν., 2007).

Στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης οι μέλλουσες μητέρες αντιμετωπίζουν έντονες συναισθηματικές μεταπτώσεις, ευερεθιστότητα, άγχος και ασταθή διάθεση, που επιδεινώνονται από τις ενοχλήσεις της ναυτίας και των σωματικών αλλαγών που αρχίζουν να γίνονται ορατές. Αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν την ψυχολογία της εγκύου και δημιουργούν δυσφορία για τη νέα κατάσταση. Σε αυτά πρέπει να προστεθούν και οι ορμονικές αλλαγές που υφίσταται ο γυναικείος οργανισμός. Η σκοπιμότητα των αλλαγών αυτών αφορά την προετοιμασία για τη μετάβαση στη μητρότητα, ωστόσο η αλληλεπίδραση των ορμονών έχει θεωρηθεί υπεύθυνη για την αυξημένη ευαισθησία, την εκδήλωση φόβου και άγχους για την πορεία της εγκυμοσύνης και τον τοκετό και τη συναισθηματική εγρήγορση της γυναίκας (Lothian, 2008).

Προχωρώντας η εγκυμοσύνη, η μέλλουσα μητέρα έρχεται αντιμέτωπη με πρωτόγνωρα συναισθήματα, καθώς αρχίζει να αισθάνεται την κινητικότητα του εμβρύου και να συνειδητοποιεί την καινούργια πραγματικότητα. Σε αυτή τη φάση πυροδοτούνται νέες σκέψεις και νέα άγχη σχετικά με τις υποχρεώσεις που θα προκύψουν και τις απαιτήσεις που θα διαμορφωθούν. Τα συναισθήματα μπορεί να είναι ανάμικτα και να επιβαρύνουν τον ψυχισμό της εγκύου, γι' αυτό και σε αυτή τη

φάση καθοριστικός είναι και ο ρόλος του πατέρα. Η παρουσία του, ο επιμερισμός της ευθύνης, των συναισθημάτων χαράς, φόβου ή άγχους δημιουργούν αισθήματα ασφάλειας στην έγκυο γυναίκα και την ενισχύουν ψυχολογικά, ώστε να διεκπεραιώσει την αποστολή της (Lowdermilk & Perry, 2006).

Στο τελευταίο στάδιο της εγκυμοσύνης η μέλλουσα μητέρα είναι απορροφημένη με τον επερχόμενο τοκετό και τη φροντίδα του μωρού. Με δεδομένες τις δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίζει στην καθημερινότητα ή στον ύπνο της λόγω της σωματικής της κατάστασης που προκαλεί δυσκινησία επηρεάζεται ψυχολογικά βιώνοντας συναισθήματα κούρασης, συναισθηματικής κόπωσης και ανησυχίας. Το άγχος, οι πονοκέφαλοι, οι ζαλάδες, η αϋπνία είναι συχνά συμπτώματα που συνοδεύουν το τελευταίο τρίμηνο της κύησης και που καθιστούν τις έγκυες ευάλωτες στην εκδήλωση συναισθημάτων φόβου και υπερέντασης (Lothian, 2008).

Αντίστοιχες σωματικές και συναισθηματικές αλλαγές βιώνει η γυναίκα αι κατά τις πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό. Και σε αυτή την περίπτωση η ψυχική δυσφορία, τα συναισθήματα θλίψης και άγχους, οι διαταραχές του ύπνου, η κυκλοθυμική διάθεση κάνουν την εμφάνισή τους και υποβάλλουν τη μητέρα σε μια ψυχοσωματική δοκιμασία που διαρκεί μέχρι η ίδια να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες ζωής. Η «επιλόχεια δυσφορία», όπως έχει επικρατήσει να λέγεται, περιλαμβάνει αμφίθυμη διάθεση, ευερεθιστότητα, συναισθηματική αστάθεια και άγχος για τη νέα πραγματικότητα και σχετίζεται με τις απότομες ορμονικές αλλαγές που συνοδεύουν τον τοκετό. Ανάλογα με την ένταση των συμπτωμάτων έχει θεσπιστεί μια σειρά κριτηρίων από τους Buttner et al σύμφωνα με τα οποία καθορίζεται το μέγεθος της απορρύθμισης της διάθεσης των γυναικών, που συνήθως, πάντως, έχει ήπιο χαρακτήρα (Buttner et al., 2012).

1.4. Η παρουσία του πατέρα κατά την εγκυμοσύνη

Η περίοδος της εγκυμοσύνης αποτελεί μια πρωτόγνωρη εμπειρία όχι μόνο για τις γυναίκες που κυοφορούν, αλλά και για τους μελλοντικούς πατέρες. Τα αντικρουόμενα συναισθήματα, η ανησυχία, ο φόβος, το άγχος, ο προβληματισμός για το αν θα μπορέσουν να ανταποκριθούν στο νέο ρόλο τους είναι συμπτώματα που αποδεικνύουν ότι ο ερχομός ενός παιδιού αλλάζει και την καθημερινότητα των ανδρών. Η στάση του πατέρα επηρεάζει καθοριστικά και την καθημερινότητα των ανδρών. Η στάση του πατέρα επηρεάζει καθοριστικά την πορεία της εγκυμοσύνης. Η

συμπαράσταση και η συναισθηματική υποστήριξη της εγκύου από την πλευρά του τη βοηθά να βιώσει τη θετική πλευρά της εμπειρίας αυτής (Παπαχρήστος, 2002).

Ο άνδρας μπορεί να αντιδράσει με δύο τρόπους μπροστά στις νέες συνθήκες που δημιουργεί η διαπίστωση μιας εγκυμοσύνης και η γέννηση ενός παιδιού. Συνήθως, αντιλαμβάνεται τις συναισθηματικές μεταπτώσεις της εγκύου και είναι διατεθειμένος να της συμπαρασταθεί και να δώσει προτεραιότητα στις δικές της ανάγκες. Η σχέση του με τη γυναίκα του αλλάζει διαστάσεις και από δυαδική γίνεται τριαδική. Τις περισσότερες φορές αισθάνεται πολύ έντονο συναίσθημα ευθύνης και προσπαθεί να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα και να προετοιμαστεί για τις επικείμενες αλλαγές (Alio et al., 2013). Άλλες φορές, πάλι, οι άνδρες αναπτύσσουν ανταγωνιστικά συναισθήματα ή και αισθήματα περιθωριοποίησης. Σε αυτή την περίπτωση επιλέγουν να διοχετεύσουν τη διάθεσή τους στην εργασία τους ή σε άλλες δραστηριότητες προσπαθώντας να αποφορτιστούν από την πίεση και τον προβληματισμό που τους δημιουργούν οι νέες συνθήκες (Alio et al., 2013).

Σε κάθε περίπτωση, ο ρόλος του πατέρα είναι καθοριστικός για την ομαλή εξέλιξη μιας εγκυμοσύνης. Και οι δύο γονείς είναι ευάλωτοι σε αγχωτικές σκέψεις και ανησυχίες που μπορούν να ξεπεραστούν με την επεξεργασία και την αποδοχή των νέων δεδομένων. Η αλληλοϋποστήριξη είναι σημαντική για να καταφέρουν και οι δύο να κατευνάσουν τα συναισθήματα πίεσης και άγχους και να ανταποκριθούν στις νέες υποχρεώσεις που θα προκύψουν. Η εγκυμονούσα με τη συμπαράσταση του συντρόφου της αισθάνεται ασφάλεια και ηρεμία και αντιμετωπίζει με ψυχραιμία τις αλλαγές που συνεπάγεται η κατάστασή της. Αλλά και ο άντρας με την εμπλοκή του σε όλη τη διαδικασία έχει το περιθώριο να συνειδητοποιήσει το γεγονός της εγκυμοσύνης και της γέννησης ενός παιδιού και να διατηρήσει την ισορροπία στη σχέση του ζευγαριού (Παπαχρήστος, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: Το άγχος στην εγκυμοσύνη

2.1. Περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές (ΠΨΔ)

Με τον όρο «περιγεννητικές» ψυχικές διαταραχές εννοούμε κάποιες συναισθηματικές εναλλαγές και μεταπτώσεις που παρατηρούνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μπορεί να διαρκέσουν ή και να εμφανιστούν μέχρι και ένα χρόνο μετά τον τοκετό. Σύμφωνα με τον Brockington (2005) οι γυναίκες που βρίσκονται σε κατάσταση εγκυμοσύνης είναι ευάλωτες σε ένα ευρύ φάσμα ψυχικών διαταραχών, με συχνότερες την κατάθλιψη και τα αγχώδη σύνδρομα, που εμφανίζονται στο 20% των γυναικών. Οι περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές συνιστούν ανασταλτικό παράγοντα που αναστατώνει την καθημερινότητα της εγκύου και περιορίζει την ενεργητικότητά της. Ασκούν αρνητική επίδραση σε πολλούς τομείς της ζωής της γυναίκας και του περίγυρού της και έχουν μακροχρόνιες επιπτώσεις (O'Hara&Wisner, 2014).

Οι περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές έχουν αποτελέσει ιδιαίτερο αντικείμενο μελέτης τις τελευταίες δεκαετίες, με τους ειδικούς να διερευνούν αν τα αγχώδη επεισόδια της κύησης αποτελούν διαφορετικές νοσολογικές περιπτώσεις ή αν πρόκειται για τις ίδιες διαταραχές που μπορεί να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε χρονική περίοδο στη ζωή της γυναίκας. Οι απόψεις πάνω σε αυτό το θέμα δίστανται καθώς μελετητές, όπως οι Beck&Indman (2005), υποστήριξαν πως η αιτιολογία των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών είναι διαφορετική από αυτή των εν γένει διαταραχών, ενώ σύμφωνα με το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο ψυχικών διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας DSM – V τα συμπτώματα των διαταραχών της περιγεννητικής περιόδου δεν διαφέρουν από τα συμπτώματα των περιστατικών που εκδηλώνονται σε οποιαδήποτε άλλη χρονική περίοδο (APA, 2013).

2.2. Άγχος – Περιγεννητικές αγχώδεις διαταραχές

Το αίσθημα του άγχους εκδηλώνεται ως αντίδραση του οργανισμού σε απειλητικά ερεθίσματα. Οι άνθρωποι από τη φύση τους διαθέτουν μηχανισμούς αντίδρασης στην περίπτωση που αισθανθούν ότι απειλούνται προσπαθώντας να αποφύγουν την πηγή κινδύνου ή να την αντιμετωπίσουν. Οι μηχανισμοί αυτοί συνήθως ενεργοποιούνται ωφελώντας το άτομο, αφού το βοηθούν να απαλλαγεί από

την αίσθηση του επικείμενου κινδύνου, στην περίπτωση, όμως, των αγχωτικών διαταραχών το άτομο βρίσκεται σε ψυχική ένταση, κάτι που λειτουργεί εις βάρος του. Σε αυτή την περίπτωση συνυπάρχουν συναισθήματα φόβου και υπερέντασης, που υποβάλλουν το άτομο σε εγρήγορση, σε υπερδιέγερση και σε αισθήματα ασφυκτικής εσωτερικής πίεσης (APA, 2013).

Το φυσιολογικό άγχος που μπορεί να αισθανθεί ένα άτομο διαφέρει από την αγχώδη διαταραχή που εμφανίζει σεσημασμένα συμπτώματα, με μεγάλη διάρκεια και με προτίμηση στις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες σε αναλογία 2:1 (APA, 2013).

Οι αγχώδεις διαταραχές ταξινομούνται σε κατηγορίες ως εξής:

- Κρίσεις πανικού σε περιστάσεις που η πλειονότητα των ατόμων αντιδρά χωρίς φόβο.

- Φοβίες σχετικά με συγκεκριμένα αντικείμενα ή καταστάσεις που δημιουργούν αναστάτωση στη ζωή του ατόμου.

- Αγοραφοβία που σχετίζεται με το φόβο του ατόμου να βρεθεί σε τόπο όπου δεν θα μπορέσει να λάβει βοήθεια, αν τη χρειαστεί.

- Κοινωνική φοβία που αφορά τη δυσκολία του ατόμου να συναναστραφεί με κόσμο με την ιδέα ότι οι άλλοι θα ασκήσουν αρνητική κριτική εις βάρος του.

- Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή που σχετίζεται από εκτός ορίων ανησυχία για πτυχές της καθημερινότητας, όπως είναι η υγεία, η οικογένεια, η εργασία.

- Ιδεοψυχαναγκαστική αγχώδης διαταραχή κατά την οποία το άτομο υποβάλλεται σε έμμονες ιδέες και οδηγείται σε επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές στην προσπάθειά του να απαλλαγεί από τις δυσάρεστες σκέψεις.

- Μετατραυματική αγχώδης διαταραχή που είναι αποτέλεσμα κάποιας εξαιρετικά τραυματικής εμπειρίας (Κακοσαΐος & Μπαμπάκος, 2017)

Όσον αφορά τις γυναίκες που διανύουν την περίοδο της εγκυμοσύνης τους οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν ένα αναπόφευκτο και, μέχρι ενός σημείου, φυσιολογικό σύμπτωμα για τη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα. Η μεταβατική αυτή περίοδος στη ζωή των γυναικών τις φέρνει αντιμέτωπες με καθοριστικές αλλαγές που αναμφίβολα δημιουργούν συναισθηματική αστάθεια. Τα συμπτώματα του περιγεννητικού άγχους είναι παρόμοια με αυτά που εμφανίζονται στο γενικό πληθυσμό σε περιόδους υπερέντασης. Η διαφορά συνίσταται στο ότι για τις έγκυες γυναίκες οι σκέψεις ανησυχίας περιστρέφονται γύρω από την εξέλιξη της εγκυμοσύνης ή την υγεία του εμβρύου (Abramovitz et al., 2010).

Οι διαταραχές του άγχους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν έχουν διερευνηθεί επαρκώς, παρόλο που υποστηρίζεται από ειδικούς ότι η συχνότητά τους είναι αρκετά μεγάλη αγγίζοντας το 10% των γυναικών που κυοφορούν, ποσοστό μεγαλύτερο από αυτό της κατάθλιψης που, επίσης, εμφανίζεται στις έγκυες γυναίκες. Συχνά τα αγχώδη σύνδρομα και οι διαταραχές κατάθλιψης συνυπάρχουν και αλληλεπιδρούν. Η έκθεση σε κατάσταση διαρκούς άγχους δημιουργεί αισθήματα συναισθηματικής ανεπάρκειας στο άτομο, κάτι που προκαλεί καταθλιπτικά επεισόδια. Και στις δύο περιπτώσεις των διαταραχών, του άγχους και της κατάθλιψης, η συμπτωματολογία περιλαμβάνει διαταραχές ύπνου και απώλεια συγκέντρωσης, υπερένταση, έντονη ανησυχία και φόβο, κρίσεις πανικού. Οι έρευνες εντοπίζουν πως ειδικά στην περιγεννητική περίοδο ο συνδυασμός των δύο νοσολογικών περιπτώσεων παρουσιάζει πολύ υψηλό ποσοστό, κάτι που οδηγεί τους ειδικούς να προσεγγίζουν τις διαταραχές αυτές ως δύο διαφορετικές νοσολογικές οντότητες (Grigoriadis et al., 2011).

Πολύ συχνά η περιγεννητική αγχώδης διαταραχή δεν διαγιγνώσκεται εγκαίρως, καθώς θεωρείται φυσιολογικό για τις μέλλουσες μητέρες να καταλαμβάνονται από ανησυχία και προβληματισμό κατά τη διάρκεια της περιόδου που διανύουν. Ωστόσο, τα συμπτώματα που συνοδεύουν τις διαταραχές άγχους προκαλούν δυσφορία και δυσλειτουργικότητα στις γυναίκες και τους στερούν τη θετική βίωση της εμπειρίας της εγκυμοσύνης. Ως εκ τούτου, τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί στροφή του ενδιαφέροντος της έρευνας στη συγκεκριμένη διαταραχή με στόχο την ανεύρεση τρόπων για τον περιορισμό των συμπτωμάτων (Challacombe & Wroe, 2013).

Από το σύνολο των αγχωτικών διαταραχών υπάρχουν κάποιες συγκεκριμένες μορφές που εκδηλώνονται πιο συχνά σε περιπτώσεις γυναικών που βρίσκονται σε κατάσταση εγκυμοσύνης

2.2.1. Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή (ΓΑΔ)

Στην περίπτωση της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής το άτομο καταλαμβάνεται από υπερβολικό ανεξήγητο άγχος χωρίς αντικειμενικό λόγο ανησυχίας σε σημείο που αδυνατεί να διαχειριστεί τις καθημερινές του δραστηριότητες ρουτίνας. Τα άτομα αυτά επιμένουν να επεξεργάζονται

καταστροφολογικά σενάρια για τομείς που τους αφορούν, ώστε να υπόκεινται διαρκώς σε μόνιμη ανησυχία και αρνητικές σκέψεις που τους οδηγούν σε δυσλειτουργία. Η διαταραχή αυτή λαμβάνει διαφορετικές διαστάσεις όταν αφορά μια γυναίκα που βρίσκεται σε περίοδο εγκυμοσύνης. Συνήθως προϋπάρχει της κύησης και καταδυναστεύει την καθημερινότητα της εγκυμονούσης. Δεν σχετίζεται με το άγχος που φυσιολογικά αναπτύσσει η μέλλουσα μητέρα και που ενεργοποιεί τους μηχανισμούς άμυνας της γυναίκας στην προσπάθεια να προστατεύσει το βρέφος. Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή αφορά ένα δυσλειτουργικό άγχος που κλιμακώνεται και γίνεται ιδιαίτερα έντονο και δύσκολα διαχειρίσιμο από τις ίδιες τις μητέρες, με αποτέλεσμα να ευθύνεται για πλήθος σοβαρών επιλοκών: υψηλή αρτηριακή πίεση που επηρεάζει αρνητικά την αναπτυξιακή πορεία του εμβρύου, πρόωρο τοκετό, παλινδρόμηση της κύησης, λιποβαρή βρέφη με προβλήματα νευρολογικής φύσης. Με δεδομένο ότι οι γυναίκες στην περίοδο της εγκυμοσύνης καθίστανται ούτως ή άλλως ευάλωτες σε ψυχικές διαταραχές και συναισθηματικές μεταπτώσεις η υποστήριξη και η ενθάρρυνση από κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας θα μπορούσε να βοηθήσει την εγκυμονούσα να συνειδητοποιήσει την κατάστασή της και να ελέγξει τις αντιδράσεις της (Misri et al., 2015).

2.2.2. Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή (ΙΔΨΔ)

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή αποτελεί μια αγχώδη κατάσταση κατά την οποία τα άτομα καταβάλλονται από έμμονες, δυσάρεστες σκέψεις που τους προκαλούν έντονη ανησυχία και οι οποίες τους ωθούν σε τυποποιημένες, επαναλαμβανόμενες κινήσεις και συμπεριφορές που αποκτούν τελετουργική διάσταση προκειμένου τα άτομα να αισθανθούν ότι ελέγχουν το άγχος τους και κατευνάζουν τα δυσφορικά τους συναισθήματα. Η διαταραχή αυτή παρουσιάζεται πιο συχνά στις γυναίκες που βρίσκονται σε περιγεννητική περίοδο σε σχέση με αυτές του γενικού πληθυσμού. Η εγκυμοσύνη αποτελεί μια μεταβατική φάση στη ζωή των γυναικών επιφορτισμένη με άγχος και ποικίλες αλλαγές. Ως εκ τούτου, θεωρήθηκε αναμενόμενο να εμφανίζουν αυτή τη διαταραχή οι μέλλουσες μητέρες, με το σχετικό ποσοστό να ανέρχεται στο 2% - 4%, αν και η συγκεκριμένη διαταραχή μέχρι πρόσφατα δεν είχε τύχει ιδιαίτερης έρευνας (Lissek et al., 2014).

Μερικές γυναίκες εκδηλώνουν για πρώτη φορά την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή κατά τη διάρκεια της κύησης ή και λίγο αργότερα, ενώ υπάρχουν

περιπτώσεις που η διαταραχή προϋπήρχε της εγκυμοσύνης, με τα συμπτώματα να επιδεινώνονται. Μία πιθανή εξήγηση που δίνεται για την αύξηση της συχνότητας και της σοβαρότητας της διαταραχής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αφορά το γεγονός πως τη συγκεκριμένη περίοδο οι μέλλουσες μητέρες, όπως είναι φυσικό, επικεντρώνονται στην ομαλή εξέλιξη της κύησης και στην ασφαλή ανάπτυξη των εμβρύων, οπότε και αισθάνονται αποκλειστικά υπεύθυνες γι' αυτό (Nakhai – Pour et al., 2010). Είναι γεγονός ότι κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης οι γυναίκες δέχονται καταγισμό πληροφοριών σχετικά με τη συμπεριφορά και τις συνήθειές τους προκειμένου να μη βλάψουν το έμβρυο βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα. Οι περισσότερες εγκυμονούσες αναπτύσσουν ιδιαίτερη ανησυχία σχετικά με την προστασία του μωρού και τις επιπτώσεις που μπορεί να έχουν κάποιες δραστηριότητές τους. Αυτοί οι προβληματισμοί σε συνδυασμό με την υπερένταση που δημιουργείται λόγω των φυσικών αλλαγών που συντελούνται αυξάνουν την ευπάθεια των γυναικών που βρίσκονται εκτεθειμένες σε αγωνιώδεις σκέψεις. Υπάρχει περίπτωση και κάποιοι πατέρες να εκδηλώσουν συμπτώματα ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής, συχνά μετά τον τοκετό, λόγω του έντονου αισθήματος ευθύνης που μπορεί να αναπτύξουν σχετικά με την προστασία του νεογέννητου βρέφους (O' Brien et al., 2017).

Η εκδήλωση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής σχετίζεται με την υπερβολική ανησυχία της μητέρας μήπως υπάρξει πρόβλημα στο βρέφος και, κυρίως, μήπως προκαλέσει η ίδια κάποια βλάβη στο έμβρυο. Οι ανησυχίες αυτές θεωρούνται αναμενόμενες και παρατηρούνται συχνά στις μέλλουσες μητέρες. Ωστόσο, κάποιες φορές αποκτούν ανεξέλεγκτες διαστάσεις και οι γυναίκες δεν είναι σε θέση να διαχειριστούν το άγχος τους ή να ζητήσουν υποστήριξη για να απαλλαγούν από τους φόβους τους. Έτσι, οι αγχώδεις σκέψεις μπορεί να επηρεάσουν την εμπειρία της εγκυμοσύνης και να ασκήσουν αρνητική επίδραση στη σωματική και ψυχική υγεία της εγκύου (Fogray et al., 2010).

2.2.3. Διαταραχή πανικού

Στις μέρες μας όλο και περισσότερες γυναίκες βιώνουν διαταραχές πανικού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ο πανικός συνιστά ένα συναίσθημα φόβου που προκαλείται αδικαιολόγητα από μια κατάσταση που υφίσταται ή που επίκειται να συμβεί. Ειδικά στις περιπτώσεις των εγκύων γυναικών, η κατάσταση που βιώνουν

προκαλεί ανάμικτα συναισθήματα μια που στους ρόλους με τους οποίους είναι ήδη επιφορτισμένες προστίθεται και ο απαιτητικός ρόλος της μητέρας. Οι ίδιες είναι συναισθηματικά ευάλωτες, καθώς ανησυχούν όχι μόνο για τον εαυτό τους, αλλά και για την ανάπτυξη του εμβρύου και την ομαλή εξέλιξη της κύησης. Και ενώ είναι φυσιολογικό να νιώθουν αμφιβολίες για τις αλλαγές που πρόκειται να συμβούν, συχνά θεωρούν ότι η αγωνία τους μπορεί να βλάψει το βρέφος, κάτι που επιτείνει ακόμα περισσότερο τα αρνητικά συναισθήματα, που μπορεί να καταλήξουν σε πανικό (Rubinchik et al., 2005). Αυτό που πρέπει να σημειωθεί είναι ότι οι έρευνες για την περιγεννητική διαταραχή πανικού είναι πολύ περιορισμένες. Κάποιες τελευταίες μελέτες επισημαίνουν ότι η διαταραχή πανικού εντοπίζεται σε ποσοστό από 1,4% έως 9,1% κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και 0,5% έως 2,9% μεταξύ της 6^{ης} και της 10^{ης} εβδομάδας μετά τον τοκετό (O'Hara, 2014).

2.2.4. Διαταραχή μετατραυματικού άγχους μετά τον τοκετό

Η Διαταραχή μετατραυματικού άγχους αφορά τη φυσιολογική αντίδραση σε μια τραυματική, επώδυνη ή δυσάρεστη εμπειρία. Συνιστά μια διαταραχή που προκύπτει όταν βιώσουμε ένα απειλητικό για τη ζωή μας ή τη σωματική μας ακεραιότητα συμβάν. Τα άτομα συνήθως εκδηλώνουν συναισθήματα φόβου, άγχους ή πανικού, όταν βρεθούν εκτεθειμένα σε ερεθίσματα ή καταστάσεις που θυμίζουν το συμβάν αυτό. Οι πάσχοντες, όποτε ανακαλούν δυσάρεστες αναμνήσεις, αισθάνονται θυμό, ευερεθιστότητα, υπερένταση και νευρικότητα, που δύσκολα μπορούν να διαχειριστούν, γι' αυτό και αισθάνονται εγκλωβισμένοι (Pitman et al., 2012).

Μέσα στα χρονικά πλαίσια της περιγεννητικής περιόδου, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού ή μετά από αυτόν, υπάρχουν περιπτώσεις γυναικών που μπορεί να εκδηλώσουν συμπτώματα διαταραχής μετά από τραυματικές εμπειρίες. Άλλες φορές το περιγεννητικό τραύμα δεν προέρχεται από πραγματικά δραματικά συμβάντα αλλά σχετίζεται με παράγοντες, όπως απώλεια του ελέγχου, της αξιοπρέπειας, εχθρική ή αρνητική συμπεριφορά του περιβάλλοντος, αίσθηση ότι δεν ακούγονται ή ότι δεν ενημερώνονται επαρκώς για ιατρικές πράξεις κ.λπ. Γενικά, η έρευνα σχετικά με την περιγεννητική διαταραχή μετατραυματικού άγχους είναι ελλιπής και τα τελευταία μόνο χρόνια έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον των ειδικών. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση στο συγκεκριμένο πεδίο αναδεικνύει ότι το 30% των γυναικών βιώνουν την περίοδο της εγκυμοσύνης και ειδικά του τοκετού ως ένα

τραυματικό γεγονός (Schwab et al., 2012). Γυναίκες που κατά τη διάρκεια της κύησης έχουν έρθει αντιμέτωπες με διαταραχές άγχους και συναισθηματικής αστάθειας είναι πιο ευάλωτες στην εμφάνιση μετατραυματικής διαταραχής. Αυτές βιώνουν την εγκυμοσύνη και τον τοκετό ως μια έντονη δυσφορική εμπειρία που καταλήγει σε δημιουργία αρνητικών εντυπώσεων και εκτιμήσεων (Modarres et al., 2012).

Οι περιπτώσεις των γυναικών που χρειάζονται ειδική φροντίδα κατά τη διάρκεια της κύησης ή και νοσηλεία, καθώς μπορεί για διάφορους λόγους να θεωρούνται περιστατικά υψηλού κινδύνου, είναι πιο ευάλωτες στην εκδήλωση μετατραυματικής διαταραχής. Η εγκυμοσύνη υψηλού κινδύνου συνδέεται με φόβους για την υγεία του εμβρύου ή της μητέρας, κάτι που επηρεάζει την ψυχοσύνθεση της εγκυμονούσας (Almlí, 2014). Η βασική αιτία της διαταραχής μπορεί να διερευνηθεί στη διάσταση που υπάρχει ανάμεσα στο προσδοκώμενο είδος τοκετού και στην πραγματική εμπειρία του. Σε αυτή την περίπτωση συχνά οι επίτοκες αισθάνονται ότι χάνουν τον έλεγχο ή ότι ο έλεγχος της διαδικασίας δεν ανήκει σε αυτές ή ότι δεν μπορούν να διαχειριστούν τα συναισθήματα από την εμπειρία που βιώνουν. Συχνά γυναίκες που γεννούν για πρώτη φορά ταυτίζουν τη διαδικασία του τοκετού με στέρηση ιδιωτικότητας, απουσία αξιοπρέπειας, θεωρούν ότι δεν ενημερώνονται εγκαίρως για τις ιατρικές παρεμβάσεις, αξιολογούν υποκειμενικά ως απρόσωπη τη στάση του προσωπικού ή αδιάφορη για τις επιθυμίες τους και βιώνουν συναισθήματα έλλειψης βοήθειας, θλίψης και θυμού που δημιουργούν πρόσφορο έδαφος για την εμφάνιση μετατραυματικής διαταραχής (Futura et al., 2018). Υπάρχουν, δε, περιπτώσεις που και άνδρες που συμμετείχαν στη διαδικασία τοκετού της συντρόφου τους βίωσαν τραυματικά την όλη εμπειρία, επηρεάστηκαν συναισθηματικά και εκδήλωσαν συναισθήματα ενοχής και ψυχικής διάβρωσης θεωρώντας ότι δεν ήταν σε θέση να βοηθήσουν στη διευκόλυνση της διαδικασίας (Etheridge&Slade, 2017).

2.2.5. Τοκοφοβία

Η εγκυμοσύνη αποτελεί μια περίοδο χαράς στη ζωή κάθε γυναίκας. Ωστόσο, σε αρκετές περιπτώσεις προκαλεί συναισθήματα φόβου για την εξέλιξη της κύησης και τον επικείμενο τοκετό. Ο όρος «τοκοφοβία» αποτυπώνει τον παθολογικό φόβο των γυναικών και την αποφευκτική συμπεριφορά σχετικά με τη διαδικασία του τοκετού. Συνήθως αφορά τις γυναίκες που γεννούν για πρώτη φορά ή τις γυναίκες που είχαν προηγούμενη τραυματική εμπειρία τοκετού. Η αναφορά για αισθήματα

φόβου παρατηρείται στο 20% των εγκύων, ενώ το 6% από αυτές περιγράφουν τέτοια επίπεδα φόβου που πλήττουν τη λειτουργικότητά τους. Υπάρχει και ένα ποσοστό 13% των γυναικών που δεν αποφασίζουν να τεκνοποιήσουν λόγω της τοκοφοβίας (Nilsson et al., 2018).

Τοκοφοβία θεωρείται ο φόβος για την επώδυνη εμπειρία του τοκετού. Καταλυτικοί παράγοντες θεωρούνται και η έλλειψη εμπιστοσύνης στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, η έλλειψη αυτοπεποίθησης της επιτόκου, η δυσκολία διαχείρισης των απαιτητικών περιστάσεων που δημιουργεί ο τοκετός αλλά και ο φόβος των επιπλοκών και του θανάτου. Φόβος δημιουργείται, επίσης, για την πιθανότητα γέννησης ενός παιδιού με προβλήματα, ενώ γυναίκες που έχουν υποστεί κακοποίηση αντιλαμβάνονται τη διαδικασία του τοκετού ως μία ακόμα τραυματική εμπειρία που τους δημιουργεί αισθήματα άγχους και αβοηθητότητας. Τέλος, καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει η απουσία υποστήριξης από το κοινωνικό περιβάλλον της εγκύου, ενώ γυναίκες που έχουν υποστεί ήδη έναν επώδυνο τοκετό αισθάνονται αδύναμες να εκτεθούν ξανά σε ακραίες συνθήκες πόνου (Wigert et al., 2020). Ενδεικτικό της τοκοφοβίας είναι το υψηλό ποσοστό καισαρικών τομών στις οποίες ζητούν να υποβληθούν οι εγκυμονούσες χωρίς να υπάρχει αντίστοιχη ιατρική ένδειξη (Trevathan&Rosenberg, 2014).

Η τοκοφοβία διακρίνεται σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή. Η πρωτοπαθής τοκοφοβία αφορά τις γυναίκες που δεν έχουν προηγούμενη εμπειρία τοκετού. Εμφανίζεται πριν ή και αφού μείνει η γυναίκα έγκυος. Παρατηρείται, επίσης, συχνά σε γυναίκες που έχουν υποστεί κακοποίηση και που είναι ήδη ψυχικά τραυματισμένες. Η δευτεροπαθής τοκοφοβία εκδηλώνεται σε γυναίκες που έχουν βιώσει στο παρελθόν μία τραυματική εμπειρία τοκετού ή σε γυναίκες που έχουν υποστεί αποβολή, διακοπή εγκυμοσύνης ή έχουν υποβληθεί σε αποτυχημένες θεραπείες γονιμότητας. Αυτή η κατηγορία τοκοφοβίας σχετίζεται άμεσα και με τη διαταραχή μετατραυματικού άγχους. Άλλοι ερευνητές συνδέουν την τοκοφοβία με άλλες περιγεννητικές αγχώδεις διαταραχές των εγκύων στις οποίες εκδηλώνεται ως σύμπτωμα (Veringa et al., 2016). Τοκοφοβία μπορεί να εκδηλώσουν και οι άνδρες, οι οποίοι συχνά αναφέρουν έντονη ανησυχία για την υγεία της συντρόφου τους και του εμβρύου ή αισθάνονται ότι πιέζονται από τις επικείμενες αλλαγές που προκαλεί ο ερχομός ενός παιδιού (Werner – Bierwisch et al., 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: Αιτιολογικοί παράγοντες και επιπτώσεις του άγχους της εγκύου

3.1. Αιτιολογικό υπόβαθρο για την εμφάνιση του περιγεννητικού άγχους

Υπάρχει ένα ευρύ φάσμα παραγόντων που ευθύνεται για την εμφάνιση αγχωδών διαταραχών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι επιστημονικές έρευνες κάνουν λόγο για μια συνισταμένη παραμέτρων, υποκειμενικών και αντικειμενικών, που αλληλεπιδρούν πυροδοτώντας την εκδήλωση συναισθηματικής αστάθειας και ψυχικής αναστάτωσης στις έγκυες γυναίκες. Για να μπορέσουν να προληφθούν οι κίνδυνοι για την εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους και εσωτερικής έντασης, καταβάλλεται προσπάθεια να εντοπιστούν αυτοί οι παράγοντες κινδύνου και να αντιμετωπιστούν κατάλληλα, ώστε να εξελιχθεί ομαλά η περίοδος της κύησης της γυναίκας.

3.1.1. Φυσιολογικοί φόβοι για την εγκυμοσύνη

Οι φόβοι που εκδηλώνονται στις έγκυες γυναίκες σχετικά με την εξέλιξη και την έκβαση της κύησης, τις σωματικές αλλαγές, τη διαδικασία του τοκετού, την επικείμενη μητρότητα, την υγεία του εμβρύου, το βαθμό ανταπόκρισής της στις ανάγκες του βρέφους είναι φυσιολογικοί και αναμενόμενοι. Η εγκυμοσύνη είναι μια καινούργια φάση στη ζωή κάθε γυναίκας και συνοδεύεται από πρωτόγνωρες αλλαγές, που αποτελούν πρόκληση για κάθε έγκυο και που, συχνά, δυσκολεύεται να διαχειριστεί. Οι πρωτότοκες γυναίκες, όπως είναι φυσικό, βιώνοντας μια ανεπανάληπτη εμπειρία διακατέχονται από ιδιαίτερης έντασης συναισθήματα ανασφάλειας και φόβου (Wigert, 2020). Αλλά, ακόμα και για τη γυναίκα που έχει τεκνοποιήσει, η κάθε της εγκυμοσύνη είναι ξεχωριστή και αποτελεί πηγή προβληματισμού και ανησυχίας, αφού είναι ένα γεγονός που προκαλεί ανατρεπτικές αλλαγές και που απαιτεί χρόνο προσαρμογής (Gregoriadis et al., 2018). Οι ορμονικές διαταραχές που συντελούνται στο γυναικείο οργανισμό συμβάλλουν κατά πολύ στην επιβάρυνση της ψυχολογίας της ίδιας και στον τρόπο που προσεγγίζει τη νέα της εμπειρία. Η αναστάτωση του οργανισμού εκδηλώνεται και με σωματικά συμπτώματα (ναυτίες, ζαλάδες, αίσθημα κόπωσης, διαταραχές ύπνου) που δυσχεραίνουν την καθημερινότητα της εγκύου, πλήττουν τη λειτουργικότητά της και δημιουργούν

αγχώδεις διαταραχές στην προσπάθειά της να τα ξεπεράσει και να ανταποκριθεί στις ανειλημμένες υποχρεώσεις της (Meo&Hassain, 2016).

3.1.2. Μαιευτικό ιστορικό

Η εμπειρία της εγκυμοσύνης αποκτά διαφορετικές διαστάσεις για κάποιες γυναίκες που έχουν βιώσει τραυματικές μαιευτικές εμπειρίες στο παρελθόν. Το ιστορικό επιλοκών της κύησης και αποβολών, η διακοπή της κύησης με τη μορφή άμβλωσης λόγω παθογένειας του εμβρύου ή εμβρυικού θανάτου, ένας δύσκολος τοκετός ή προβλήματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (π.χ. η ανάγκη να μείνει κλινήρης η εγκυμονούσα για μήνες) είναι παράγοντες που συνδέονται άμεσα με την εμφάνιση θλίψης και αυξημένου άγχους κατά τη διάρκεια μιας νέας κύησης (Gravensteen et al., 2018). Οι γυναίκες αυτές βιώνουν διαφορετικά τη νέα τους εμπειρία. Είναι επιφυλακτικές και φοβισμένες, ανήσυχες και δύσθυμες θεωρώντας πολύ πιθανό να επαναληφθεί ένα δυσάρεστο σενάριο. Ανησυχούν υπερβολικά για την υγεία του εμβρύου και την έκβαση της κύησης και συχνά την εκλαμβάνουν ως απειλή αδυνατώντας να απεγκλωβιστούν συναισθηματικά από τις αρνητικές σκέψεις και το τραυματικό παρελθόν τους (Azogh et al., 2018).

3.1.3. Σωματική εικόνα

Για αρκετές γυναίκες βασικό παράγοντα συναισθηματικών διακυμάνσεων και άγχους αποτελεί η σωματική εικόνα τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, που αναπόφευκτα μεταβάλλεται, προκειμένου να ανταποκριθεί ο οργανισμός στα νέα δεδομένα που προκύπτουν. Ενώ η εγκυμοσύνη θεωρείται ως περίοδος που οι ανησυχίες για τις αλλαγές στο βάρος και το σχήμα του σώματος τίθενται σε δεύτερη μοίρα, μελέτες διαπιστώνουν ότι οι έγκυες γυναίκες εξακολουθούν να ενδιαφέρονται για τα πρότυπα εμφάνισης και αισθάνονται έντονη ανησυχία για τη διατήρηση αυτών των προτύπων μετά τον τοκετό (Clark et al., 2009). Το βάρος που προστίθεται και οι αλλαγές που συντελούνται προκαλούν ανασφάλεια, επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση των γυναικών και δημιουργούν χαμηλό αυτοσυναίσθημα που συχνά εκδηλώνεται με κάποια μορφή αγχώδους διαταραχής. Η σωματική δυσφορία, που με την πρόοδο της εγκυμοσύνης επιτείνεται, μπορεί να αποτελέσει αιτία για συναισθηματική έξαρση,

ψυχική αμφιθυμία και αυξημένη ανησυχία, διαταραχές που κάποιες φορές δυσκολεύεται να διαχειριστεί η μέλλουσα μητέρα (Silveira et al., 2015).

3.1.4. Ατομικό – οικογενειακό ιστορικό ψυχικών διαταραχών

Η ύπαρξη προηγούμενου ιστορικού ψυχολογικών διαταραχών αποτελεί παράγοντα που δημιουργεί ισχυρή προδιάθεση στην εμφάνιση αγχωτικών επεισοδίων κατά τη διάρκεια της κύησης. Γυναίκες που στο παρελθόν έχουν εκδηλώσει συμπτώματα διαταραχών άγχους και καταθλιπτικής συμπεριφοράς συνιστούν κατηγορία υψηλού κινδύνου για την επιδείνωση της συμπτωματολογίας στην περιγεννητική περίοδο (Benute et al., 2010, Byrnes, 2018). Υπάρχουν περιπτώσεις γυναικών που ο χαρακτήρας τους είναι αγχώδης και η προσωπικότητά τους ευάλωτη σε περιστάσεις που ασκούν ασφυκτική πίεση. Η εγκυμοσύνη εκ των πραγμάτων αποτελεί μια απαιτητική συνθήκη που δημιουργεί νευρικότητα, ευερεθιστότητα και συναισθηματική επιβάρυνση, διαταραχές που εκλαμβάνουν ακόμη μεγαλύτερες διαστάσεις, όταν πρόκειται για άτομα ασταθή, με μειωμένη αυτοαντίληψη. Το άγχος είναι δυνατόν να εκδηλώνεται σε άτομα ανασφαλή, με έντονη αίσθηση αναποτελεσματικότητας και ανεπάρκειας, που όταν αφορά γυναίκες σε περίοδο εγκυμοσύνης δημιουργεί ακόμα μεγαλύτερη ευαλωτότητα, δυσλειτουργικές στάσεις και επηρεάζει τη συμπεριφορά των εγκύων (Biaggi et al., 2016). Ακόμα και το οικογενειακό ιστορικό ψυχικής νόσου θα μπορούσε να αποτελέσει συνιστώσα με υψηλή προγνωστική ισχύ για την εκδήλωση συναισθηματικών διακυμάνσεων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό (Misri&Kendrick, 2007).

3.1.5. Στενό και ευρύτερο υποστηρικτικό περιβάλλον

Καθοριστικό παράγοντα για την εμφάνιση διαταραχών άγχους στις μέλλουσες μητέρες συνιστά η απουσία ψυχολογικής υποστήριξης από τον περίγυρό τους. Οι θετικές διαπροσωπικές σχέσεις διαμορφώνουν ένα προστατευτικό πλαίσιο για τον εύθραυστο ψυχικό κόσμο της εγκύου. Η έλλειψη συμπαράστασης από το στενό και ευρύτερο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον αποτελεί διαμεσολαβητικό παράγοντα για την εμφάνιση περιγεννητικών διαταραχών άγχους. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, το ανύπαρκτο υποστηρικτικό περιβάλλον, σε συναισθηματικό και πρακτικό επίπεδο, στη δύσκολη περίοδο της μετάβασης στη μητρότητα κλονίζει την ψυχική υγεία της μέλλουσας μητέρας και δημιουργεί συνθήκες έντονης ανησυχίας

και φόβου στην έγκυο που αισθάνεται αβοήθητη και αδύναμη να διαχειριστεί μόνη της τα νέα δεδομένα (Lancaster et al., 2010).

Ειδικά η συζυγική σχέση επιδρά καταλυτικά στη διαμόρφωση της ψυχικής κατάστασης της εγκύου. Σε αυτή τη φάση οι μέλλουσες μητέρες αισθάνονται αυξημένη εξάρτηση από το σύντροφό τους έχοντας οι ίδιες αυξημένες ανάγκες για φροντίδα και στοργή. Ένας σύντροφος με έντονο άγχος και συναισθηματικές διαταραχές είναι πολύ πιθανό να επηρεάσει τη μέλλουσα μητέρα. Επίσης, η αρνητική στάση του συζύγου στην περίπτωση μη προγραμματισμένης εγκυμοσύνης, η αδιαφορία και η αποστασιοποίησή του από τη νέα πραγματικότητα οδηγεί σε εμφάνιση συμπτωματολογίας άγχους στη γυναίκα που αισθάνεται εκτεθειμένη και μόνη στο δύσκολο αγώνα προς τη γονεϊκότητα (Giurgesku&Templin, 2015). Συχνά ο σύντροφος χρειάζεται χρόνο για να αποδεχθεί τη νέα πραγματικότητα και να προσαρμοστεί στο νέο του ρόλο. Η απουσία ενός υποστηρικτικού συζύγου που θα δρούσε ψυχοπροφυλακτικά για την έγκυο που βιώνει ασφυκτική πίεση σε αυτή τη φάση της ζωής της επιτείνει τα συναισθήματα άγχους και ανησυχίας. Η συγκρουσιακή σχέση του ζευγαριού, κάποιες φορές και η ύπαρξη κρουσμάτων ενδοοικογενειακής βίας, αυξάνουν τον κίνδυνο για εκδήλωση περιγεννητικών διαταραχών, ενώ οι γυναίκες συχνά δηλώνουν ανικανοποίητες από τη συντροφική σχέση και θεωρούν ανεπαρκείς τους συντρόφους τους σε σχέση με την παροχή υποστήριξης σε συναισθηματικό και πρακτικό επίπεδο (Sigalla et al., 2017). Από την άλλη, έχει αναφερθεί ότι και οι υπερπροστατευτικοί ή υπερβολικά ελεγκτικοί σύζυγοι ασκούν αρνητική επιρροή στην ψυχική ηρεμία της εγκύου, καθώς αισθάνεται επιπρόσθετη πίεση στον ήδη επιβαρυσμένο συναισθηματικό της κόσμο, νιώθει ότι ασφυκτιά, ότι είναι εγκλωβισμένη, ότι δεν έχει τον έλεγχο του εαυτού της και βιώνει δυσφορικά συναισθήματα που την καθιστούν εξαιρετικά ανήσυχη για την έκβαση της κύησης (Genesoni&Tallandini, 2009). Δεν πρέπει να παραλειφθεί και η περίπτωση των μονογονεϊκών οικογενειών, που η απουσία του συζύγου είναι δεδομένη και, ως εκ τούτου, δημιουργούνται συνθήκες που σχετίζονται άμεσα με την εμφάνιση αγχωτικών επεισοδίων (Motapanyane, 2016).

3.1.6. Κοινωνικές – δημογραφικές συνθήκες

Η επιστημονική έρευνα για τους παράγοντες που ευθύνονται για την εμφάνιση περιγεννητικής αγχώδους συμπτωματολογίας έχει ασχοληθεί και με μια σειρά

κοινωνικών – δημογραφικών συνιστωσών που επιδεινώνουν την προδιάθεση για αντιδράσεις φόβου και ανησυχίας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η κακή οικονομική κατάσταση και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο λειτουργούν προδιαθεσιακά για την εμφάνιση στρεσογόνων αντιδράσεων στην εγκυμονούσα. Η οικονομική ανασφάλεια, όταν το εισόδημα είναι χαμηλό, ή η αδυναμία της εγκύου να ανταποκριθεί στις επαγγελματικές της υποχρεώσεις, στις περιπτώσεις που η φυσική της κατάσταση δεν το επιτρέπει δημιουργούν ασφυκτικό κλοιό και προβληματίζουν για το βαθμό ανταπόκρισης στις νέες, δαπανηρές υποχρεώσεις που συνεπάγεται ο ερχομός ενός παιδιού (Silva – Perez et al., 2019). Από την άλλη, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο στερεί από τις μέλλουσες μητέρες τη δυνατότητα επαρκούς ενημέρωσης και πληροφόρησης σχετικά με τη διαδικασία της κύησης και του τοκετού. Τα αναπάντητα ερωτηματικά και η αδυναμία κατανόησης του ιδιαίτερου χειρισμού που απαιτεί μια τέτοια κατάσταση δημιουργούν ανασφάλεια και χαμηλή αυτοπεποίθηση και καθιστούν τις μητέρες ευάλωτες και εκτεθειμένες στην αντιμετώπιση μιας εξαιρετικά δυσχερούς συγκυρίας (Cantarutti et al., 2017).

Η ηλικία της εγκύου έχει συχνά συσχετιστεί με την εμφάνιση συμπεριφορών άγχους και συναισθηματικής υπερέντασης. Στις αναπτυγμένες, τουλάχιστον, κοινωνίες το ηλικιακό όριο της μητρότητας έχει αλλάξει στις μέρες μας, κάτι που σημαίνει πως μια εγκυμοσύνη σε πολύ νεαρή ηλικία πολύ πιθανόν να είναι ανεπιθύμητη, μη προγραμματισμένη ή εκτός γάμου. Στην περίπτωση που η έγκυος είναι έφηβη έρχεται αντιμέτωπη με άσκηση αυστηρής κριτικής από τον οικογενειακό και κοινωνικό περίγυρο, που δε δείχνει ιδιαίτερη υποστηρικτική διάθεση, ενώ τις περισσότερες φορές η μέλλουσα μητέρα δεν έχει επαφή με τον πατέρα του παιδιού. Όλες αυτές οι παράμετροι διαμορφώνουν ένα εξαιρετικά πιεστικό πλαίσιο για τη νεαρή εγκυμονούσα που φορτίζεται συναισθηματικά και αισθάνεται αδύναμη να αντιμετωπίσει τη νέα πραγματικότητα. Βιώνει αισθήματα μοναξιάς και απομόνωσης, κλονίζεται η ψυχική της σταθερότητα και αντιλαμβάνεται πως ανατρέπονται δραματικά τα δεδομένα της καθημερινότητάς της (Meltzer – Brody et al., 2013).

3.1.7. Σημαντικά γεγονότα

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν, επίσης, στρεσογόνα γεγονότα και δυσάρεστες εμπειρίες που δεν αφορούν την κύηση, αλλά επηρεάζουν αρνητικά τον εσωτερικό κόσμο της εγκύου, καθώς έρχονται να προστεθούν σε μια ήδη πιεστική

πραγματικότητα. Ο θάνατος κάποιου αγαπημένου προσώπου, ένα διαζύγιο, η απόλυση από την εργασία, η αλλαγή του τόπου κατοικίας, προβλήματα που σχετίζονται με τις εκάστοτε κοινωνικές συνθήκες είναι γεγονότα που προκαλούν σε όλους ταραχή και υπερδιέγερση, πόσο μάλλον στην ευάλωτη ψυχικά μέλλουσα μητέρα που αναστατώνεται, στιγματίζεται ψυχολογικά και οδηγείται στην έκλυση δυσφορικών συναισθημάτων και άγχους. Η περίοδος της κύησης δυσχεραίνει την προσαρμοστικότητα της εγκύου στις εκάστοτε συνθήκες, αφού αισθάνεται ότι χάνει τον έλεγχο της ζωής της και αδυνατεί να διαχειριστεί τις συναισθηματικές της μεταπτώσεις (Koleva et al., 2011).

Ξεχωριστή αναφορά θα μπορούσε να γίνει για την περίπτωση που η εγκυμονούσα ανήκει σε κάποια μειονότητα που ζει μακριά από τη χώρα καταγωγής της. Το μεταναστευτικό πρόβλημα έχει φέρει στην επιφάνεια μια επιπρόσθετη παράμετρο που ασκεί αρνητική επίδραση στην ψυχοσύνθεση των γυναικών που αναγκάζονται να εγκατασταθούν σε άλλη χώρα και είναι υποχρεωμένες να προσαρμοστούν σε νέα δεδομένα και συνθήκες. Η διαφορετική γλώσσα, οι συνήθειες, η επικοινωνία, τα ήθη και τα έθιμα, οι διαφορετικοί ρυθμοί της καθημερινότητας αποτελούν πρόκληση για κάθε μετανάστη και πολύ περισσότερο για μια έγκυο που αισθάνεται ούτως ή άλλως ανασφάλεια. Οι πολιτισμικές και κοινωνικές διαφορές που μπορεί να υπάρχουν ανάμεσα στους μετανάστες και τους γηγενείς δυσχεραίνουν την προσαρμοστικότητα και δημιουργούν προβληματισμό και ανησυχία στη μέλλουσα μητέρα που αισθάνεται ανασφάλεια σε ένα ανοίκειο περιβάλλον (Fair et al., 2020).

3.2. Συνέπειες του περιγεννητικού άγχους της εγκύου

Οι αρνητικές συνέπειες των ψυχικών διαταραχών που σχετίζονται με το άγχος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουν τα τελευταία χρόνια αποτελέσει αντικείμενο έρευνας πολλών μελετητών στις ανεπτυγμένες χώρες. Οι διαταραχές που εκδηλώνονται σε αυτή τη φάση της ζωής μιας γυναίκας αποτελούν μείζον πρόβλημα Δημόσιας Υγείας, που μπορεί να έχει επιπτώσεις σοβαρές, μακροπρόθεσμες και δαπανηρές. Η σοβαρότητα των περιγεννητικών διαταραχών προβληματίζει όχι μόνο τους ερευνητές, αλλά και τους αρμόδιους για το σχεδιασμό των εθνικών πολιτικών της κάθε χώρας, αφού πρόκειται για καταστάσεις που λαμβάνουν χώρα σε μια πολύ

ευαίσθητη περίοδο όχι μόνο για τη μέλλουσα μητέρα, αλλά και για το παιδί, όπως και για την ευρύτερη οικογένεια, με κοινωνικο-οικονομικά επακόλουθα. Συγκεκριμένα, στην περίπτωση που δεν υπάρξει έγκαιρη παρέμβαση για την πρόληψη ή τη διάγνωση και τη θεραπεία των διαταραχών αυτών, παρατηρούνται αρνητικοί συσχετισμοί με τη σωματική και ψυχική υγεία της εγκύου, με την ψυχοκοινωνική και γνωστική ανάπτυξη του βρέφους, με το συναισθηματικό δεσμό μητέρας και παιδιού, με τη σχέση του ζευγαριού (Williams et al., 2014). Το πρόβλημα χρήζει ακόμα μεγαλύτερης προσοχής, καθώς, σύμφωνα με μελέτες, ακόμα και οι πάροχοι υγειονομικών υπηρεσιών που αφορούν τις έγκυες συχνά δεν αντιλαμβάνονται εγκαίρως την κατάσταση δυσφορίας που βιώνουν οι γυναίκες, ώστε να τους παράσχουν την κατάλληλη βοήθεια (Bauer et al., 2016).

3.2.1. Οι επιπτώσεις του περιγεννητικού άγχους στην έγκυο

Υπάρχει μεγάλο φάσμα αγχωδών διαταραχών που μπορεί να βιώσει μια γυναίκα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Με δεδομένο ότι όλος ο γενικός πληθυσμός υποφέρει από διαφορετικά είδη άγχους σε κάποιες στιγμές, είναι δύσκολο να διαγνωσθεί πότε το άγχος αποκτά παθολογικές διαστάσεις. Τα συμπτώματά του ποικίλουν σε ένταση και, καθώς αναπτύσσονται σταδιακά μέσα στο χρόνο, μπορεί να περάσουν απαρατήρητα. Στην περίπτωση των εγκύων απαιτείται εγρήγορση δεδομένου ότι η γυναίκα βρίσκεται σε μια κομβική περίοδο της ζωής της και απαιτείται να είναι ήρεμη ψυχικά, υγιής σωματικά και να αισθάνεται ασφάλεια και ευεξία (Hasanjanzadeh&Faramarzi, 2017).

Μια έγκυος γυναίκα που υποφέρει από διαταραχές άγχους πλήττεται πρωτίστως σε ψυχικό επίπεδο. Χάνει τη διάθεση για οποιαδήποτε δραστηριότητα και κλείνεται στον εαυτό της. Δεν μπορεί να βιώσει τη θετική πλευρά της εμπειρίας στην οποία έχει εμπλακεί, αντίθετα αισθάνεται διαρκώς την απειλή διαφόρων δυσάρεστων σεναρίων για την ίδια και το έμβryo που κυοφορεί, τα οποία, τις περισσότερες φορές, είναι ανυπόστατα (Soto – Balbuena et al., 2018). Θεωρεί ότι βρίσκεται σε μια εξαιρετικά δυσχερή κατάσταση από την οποία δεν πρόκειται να βγει αλώβητη, γι' αυτό και πλήττεται η αυτοπεποίθηση και η αυτοεκτίμησή της, αφού θεωρεί ότι δεν είναι σε θέση να ανταποκριθεί με επιτυχία στις απαιτήσεις του νέου ρόλου που καλείται να αναλάβει (Dunkel – Schetter&Tanner, 2012).

Τα επίπεδα της ανησυχίας που καλλιεργούνται λόγω του άγχους εμποδίζουν τις καθημερινές δραστηριότητες της εγκύου. Σε κάποιες περιπτώσεις παρατηρούνται κρίσεις πανικού και εκρήξεις φόβου που μοιάζουν ανεξέλεγκτες. Το άγχος της κύησης μπορεί να καλλιεργήσει στη μέλλουσα μητέρα έμμονες ιδέες σχετικά με την υγεία τη δική της και του εμβρύου, αισθήματα επιθετικότητας, υπερβολική ένταση, υπερδιέγερση και επεισόδια αυθόρμητου κλάματος (Sinesi et al., 2019). Εγκυμονούσες με αγχώδη διαταραχή αναφέρουν ότι έχουν κακή διάθεση και έχουν χάσει το ενδιαφέρον τους για δραστηριότητες που παλιότερα τους προκαλούσαν ευχαρίστηση. Αισθάνονται ανεπαρκείς, ανίκανες να φέρουν εις πέρας τη διαδικασία της κύησης ή νιώθουν ενοχές με την ιδέα ότι έχουν συνήθειες ή συμπεριφορές που μπορεί να βλάψουν το έμβρυο. Κάποιες φορές νιώθουν απελπισμένες και αβοήθητες και γι' αυτό γίνονται επιθετικές προς το σύντροφό τους ή προς τα άλλα παιδιά τους. Φοβούνται να μείνουν μόνες τους ή φοβούνται να βγουν έξω θεωρώντας ότι μπορεί να συμβεί κάτι που δεν θα καταφέρουν να το αποτρέψουν (Baygampour et al., 2016).

Σημαντική παράμετρος των αγχωδών διαταραχών, ειδικά αν δεν διαγνωστούν και αντιμετωπιστούν έγκαιρα, είναι η παγίωσή τους και, τελικά, η χρονιότητα τους. Συχνά η ζωή της πάσχουσας γίνεται εξαιρετικά δύσκολη, γεμάτη θλίψη, ενοχές, δυσάρεστες σκέψεις, δυσκολία στην ενεργοποίηση και στην εξεύρεση λύσεων, φόβο. Όλα αυτά, σε συνδυασμό με το αίσθημα ευθύνης για το νέο μέλος που θα έρθει στον κόσμο, καταβάλλουν τις μέλλουσες μητέρες που αισθάνονται ανίκανες να διαχειριστούν τα δεδομένα αυτά και ένοχες που εκθέτουν και το έμβρυο σε κίνδυνο με την κακή τους ψυχολογική κατάσταση. Όταν τα συναισθήματα είναι ιδιαίτερα έντονα και δεν υπάρξει κατάλληλη ιατρική παρέμβαση επέρχεται απελπισία και παραίτηση (Latendresse, 2009). Έχει, επίσης, παρατηρηθεί ότι το άγχος της εγκυμοσύνης είναι υψηλός προδιαθεσιακός παράγοντας για τις επιλόχειες ψυχικές διαταραχές, αλλά και για γενικότερες συναισθηματικές διακυμάνσεις που εδραιώνονται στη ζωή των γυναικών. Πιο συχνά οι αγχώδεις διαταραχές συνυπάρχουν με την κατάθλιψη. Η έκθεση των γυναικών σε συνθήκες συνεχούς άγχους δημιουργεί, τελικά, καταθλιπτικά συναισθήματα. Η αίσθηση ανεπάρκειας και αυτοϋποτίμησης που καλλιεργείται από τα υψηλά επίπεδα άγχους συνδέεται με την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Οι εκδηλώσεις των δύο νοσολογικών περιπτώσεων – του άγχους και της κατάθλιψης – παρουσιάζουν αρκετές ομοιότητες (έντονη ανησυχία, υπερδιέγερση, φοβίες, κρίσεις πανικού, διαταραχές ύπνου και διατροφής),

οι οποίες έχουν οδηγήσει τους ειδικούς στο συμπέρασμα της συννοσηρότητας των δύο διαταραχών, ειδικά στην περιγεννητική περίοδο (Carter&Kostaras, 2006).

Η επίδραση του άγχους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εκδηλώνεται και με σωματικά συμπτώματα που δυσχεραίνουν τη λειτουργικότητα των γυναικών. Σύμφωνα με πορίσματα ερευνών, οι αγχώδεις διαταραχές σωματοποιούνται με αίσθηση υπερβολικής εξάντλησης και έλλειψης ενέργειας. Εκδηλώνονται διαταραχές στον ύπνο (συστηματική αϋπνία ή υπερβολική υπνηλία), πονοκέφαλοι, ζαλάδες, ταχυπαλμίες, δυσκολίες στην αναπνοή, ενώ οι περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές έχουν συνδεθεί και με επακόλουθες καρδιαγγειακές ασθένειες (Avni – Barrot&Wiegartz, 2011).

Συχνά παρατηρείται διαταραχή και στις διατροφικές συνήθειες της εγκύου με βουλιμικά επεισόδια ή έντονη ανορεξία που έχουν επίπτωση στο μεταβολισμό της γυναίκας, με αποτέλεσμα τις αυξομειώσεις του βάρους και, τελικά, την απόκτηση και διατήρηση των κιλών ακόμα και αρκετό καιρό μετά την κύηση (Spencer et al., 2015). Επίσης, υπάρχουν πορίσματα που συντείνουν στο ότι σε κάποιες περιπτώσεις οι πάσχουσες εγκυμονούσες στην προσπάθειά τους να περιορίσουν τα δυσφορικά τους συναισθήματα υιοθετούν επιβλαβείς συνήθειες (κάπνισμα, κακή διατροφή, ουσίες κ.λπ.) που με τη σειρά τους επιβαρύνουν τη σωματική υγεία της εγκύου (Santiago et al., 2013).

Ακραίο ενδεχόμενο αποτέλεσμα μιας αγχώδους διαταραχής είναι η επιλογή της αυτοχειρίας ως τρόπου διαφυγής από μια πιεστική πραγματικότητα (Orsolini et al., 2016). Σύμφωνα με την Confidential Enquiry into Maternal Deaths (CEMD), που αποτελεί ένα εθνικό πρόγραμμα που διερευνά τους μητρικούς θανάτους στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Ιρλανδία, μέχρι το 2005 οι αυτοκτονίες που είχαν καταγραφεί σε έγκυες και λεχώνες γυναίκες αφορούσαν πάνω από τους μισούς θανάτους αυτών των γυναικών, οι οποίες έπασχαν από αγχώδεις ή άλλες περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές (Shakespeare&Knight, 2017). Σε πιο πρόσφατες ερευνητικές μελέτες του CEMD παρατηρήθηκε ότι το ποσοστό των αυτοκτονιών μειώθηκε, διατηρώντας, όμως, πάλι τα πρωτεία ως αιτία θανάτου κατά την περιγεννητική περίοδο. Αυτό που προκαλεί προβληματισμό είναι ότι ένα πολύ μικρό ποσοστό από τις γυναίκες με ψυχική διαταραχή είχε αναζητήσει βοήθεια από κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας, ενώ επισημάνθηκε ότι το 80% των γυναικών που αυτοκτόνησαν είχε ιστορικό σοβαρής ψυχικής διαταραχής που, όμως, δεν είχε εντοπιστεί κατά την περίοδο της κύησης, ώστε να παρασχεθεί η κατάλληλη βοήθεια (Shakespeare&Knight, 2017).

3.2.2. Οι επιπτώσεις του περιγεννητικού άγχους στην κύηση, το έμβρυο και το νεογνό

Η εκδήλωση του άγχους δεν επηρεάζει αποκλειστικά τη σωματική και ψυχική υγεία της εγκύου. Η ομαλή εξέλιξη της κύησης και η αρμονική αναπτυξιακή πορεία του εμβρύου είναι παράμετροι που, επίσης, απασχολούν τη μέλλουσα μητέρα και έχουν άμεσο αντίκτυπο στην υγεία της. Σύμφωνα με έρευνες, η εμφάνιση περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών συνδέεται με μείωση της κινητικότητας του εμβρύου ή αντίθετα με υπερβολική δραστηριότητα και με γέννηση λιποβαρών βρεφών λόγω των υψηλών επιπέδων κορτιζόλης που εκκρίνεται σε περιόδους σημαντικού άγχους (Χατζημιχάλογλου και συν., 2005). Άλλα επιστημονικά δεδομένα συνδέουν το άγχος και την έκκριση κορτιζόλης αλλά και νορεπινεφρίνης με έμβρυα που παρουσιάζουν μικρότερη εγκεφαλική, κοιλιακή και αμφιβρεγματική περίμετρο, κάτι που μπορεί να συνδέεται με διανοητική καθυστέρηση και άλλες σοβαρές συγγενείς ανωμαλίες (Rakers et al., 2017). Τα υψηλά επίπεδα των κατεχολαμινών, των ορμονών που εκκρίνονται σε περιπτώσεις υπερβολικού στρες, οδηγούν σε συστολή των αιμοφόρων αγγείων, παρεμβαίνουν στη ροή του αίματος προς τον πλακούντα και, ως εκ τούτου, περιορίζεται το διαθέσιμο οξυγόνο και τα θρεπτικά συστατικά που λαμβάνει το έμβρυο (Wisborg et al., 2008). Εκτός αυτών, οι ορμόνες του στρες συνδέονται με περιστατικά προεκλαμψίας της εγκύου και με καρδιακά και αναπνευστικά προβλήματα του μωρού κατά τον τοκετό, αλλά και με περιστατικά θνησιγένειας (Wisborg et al., 2008).

Το άγχος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει συσχετιστεί με περιπτώσεις αποβολών, πρόωρων τοκετών και ενδομήτριων λοιμώξεων (Rose et al., 2016). Άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες που εκδηλώνουν υπερβολικό άγχος κατά τη διάρκεια της κύησης έχουν μειωμένη συμμετοχή σε προγράμματα υποστήριξης και προετοιμασίας για τον τοκετό και είναι πιο επιρρεπείς σε επιβλαβείς συνήθειες για την υγεία τους και για την υγεία του εμβρύου (Santiago et al., 2013).

Σημαντική παράμετρος που επηρεάζεται από την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών και μπορεί να έχει μακροπρόθεσμο χαρακτήρα είναι η σχέση της μητέρας με το παιδί. Ήδη από την περίοδο της κυοφορίας του εμβρύου αρχίζει και αναπτύσσεται ο δεσμός μητέρας και παιδιού, ο οποίος, όμως, διαταράσσεται, όταν εκδηλώνονται έντονα ψυχικές μεταπτώσεις. Δημιουργείται αρνητικό συναισθηματικό κλίμα, με τη μητέρα να τηρεί ψυχική απόσταση από το παιδί που κυοφορεί, να μην

έχει διάθεση να ασχοληθεί με αυτό μετά τη γέννησή του ή να μην αφιερώνει επαρκή χρόνο, ώστε να δομηθεί μια υγιής σχέση ανάμεσά τους. Η μειωμένη λειτουργικότητα της μητέρας και η περιορισμένη ενασχόληση με το παιδί εκλαμβάνεται ως ένδειξη απόρριψης και δεν μπορεί να καλύψει τις συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού. Οι μητέρες που έχουν αναπτύξει αγχώδεις διαταραχές και φοβίες κατά την κύηση συχνά φοβούνται να μείνουν μόνες τους με το παιδί τους, το αποφεύγουν ή θεωρούν ότι δεν είναι ικανές να το φροντίσουν. Η φτωχή ποιότητα στη σχέση μητέρας παιδιού έχει επανειλημμένα κατηγορηθεί για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών στο παιδί στη μετέπειτα ζωή του (Shahhossei et al., 2015).

Μια γυναίκα που έχει βιώσει ιδιαίτερης έντασης αγχωτικά επεισόδια κατά τη διάρκεια της κύησης έχει συχνά εκρήξεις θυμού και απελπισίας μετά τη γέννηση του παιδιού, καθώς αισθάνεται κουρασμένη και αναστατώνεται από τι κλάμα του μωρού ή την απαιτητική, συστηματική του φροντίδα. Τα βρέφη που μεγαλώνουν σε ένα περιβάλλον έντασης και υψηλών τόνων είναι φυσικό να βρίσκονται σε διαρκή σύγχυση και ανησυχία, διαψεύδοντας συχνά για τη μητέρα την προσδοκία της αναμενόμενης χαράς με τη γέννηση του παιδιού (Daley et al., 2018). Έτσι, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που έχουν σημειωθεί περιστατικά που μητέρες έχουν βλάψει τα νεογνά τους, καθώς η επικοινωνία μεταξύ τους είναι προβληματική, η αλληλεπίδραση ανεπαρκής και η παρουσία του μωρού εκλαμβάνεται ως «απειλή» (Barr&Beck, 2008).

Τα βρέφη των γυναικών που υπέφεραν από επεισόδια άγχους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εμφανίζουν συχνά προβλήματα στον ύπνο, στη διατροφή, αναπτυξιακές διαταραχές, ψυχοκινητικά προβλήματα. Μεγαλώνοντας τα παιδιά αυτά υποφέρουν από ανασφάλεια, εκδηλώνουν αποφευκτικές συμπεριφορές και εμφανίζουν μειωμένες γνωστικές, λεκτικές, συναισθηματικές και κοινωνικές δεξιότητες. Παρουσιάζουν επιθετικότητα, χαμηλότερο δείκτη νοημοσύνης (Dunkel – Schetter&Tanner, 2012), ενώ η ενδομήτρια έκθεση στο περιγεννητικό άγχος έχει συνδεθεί με εμφάνιση παιδικού άσθματος, χρόνιου κοιλιακού άλγους, ακόμα και με αυξημένο κίνδυνο κοινωνικών και ψυχικών διαταραχών στην ενήλικη ζωή καθώς και χρήσης ουσιών (Santiago et al., 2013).

3.2.3. Οι επιπτώσεις του περιγεννητικού άγχους στη σχέση με το σύντροφο

Οι διαταραχές στην ψυχοσύνθεση της εγκύου μπορεί να δημιουργήσει ρήξη στη σχέση του ζευγαριού. Ο μελλοντικός πατέρας συχνά δεν μπορεί να αντιληφθεί τη θέση και τα συναισθήματα της εγκύου. Αισθάνεται απομονωμένος και εκλαμβάνει την αγχώδη συμπεριφορά της ως απόρριψη. Πολλές φορές δημιουργούνται εντάσεις και συγκρούσεις ανάμεσα στο ζευγάρι, κάτι που επιτείνει τη συναισθηματική δυσφορία και στις δύο πλευρές (Malary et al., 2015). Στις περισσότερες περιπτώσεις η έγκυος αισθάνεται ανικανοποίητη από τη συμπαράσταση του συντρόφου της, νιώθει αβοήθητη και απογοητευμένη και δημιουργείται, με αυτό τον τρόπο, ένας φαύλος κύκλος υπερέντασης και άγχους που επιβαρύνει ακόμα περισσότερο τη συναισθηματική φόρτιση του ζευγαριού. Εξάλλου, τα ερευνητικά δεδομένα έχουν επισημάνει ότι το περιγεννητικό άγχος μπορεί να καταβάλει και του μελλοντικούς πατέρες, οι οποίοι αισθάνονται αμφιβολίες για την ανταπόκρισή τους στο νέο τους ρόλο και για τις αλλαγές που επέρχονται με τον ερχομό του παιδιού. Πολλοί εκδηλώνουν την αντίστοιχη συμπτωματολογία και αποζητούν και οι ίδιοι υποστήριξη και ενθάρρυνση για την πραγματικότητα που διαμορφώνεται (Rosand et al., 2011).

3.3. Αντιμετώπιση του περιγεννητικού άγχους

Οι περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές, με συχνότερες αυτές του άγχους, ασκούν αρνητική επίδραση στην ψυχοσύνθεση της εγκύου γυναίκας και επηρεάζουν την καθημερινότητά της παρεμποδίζοντάς την να ανταποκριθεί στις ιδιαίτερα αυξημένες απαιτήσεις αυτής της περιόδου. Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των διαταραχών οδηγεί σε αποκλιμάκωση της συμπτωματολογίας και διευκολύνει τη διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων από την πλευρά της εγκύου. Ενώ τα συμπτώματα των αγχωδών διαταραχών δεν διαφοροποιούνται κατά την περιγεννητική περίοδο σε σχέση με την εκδήλωσή τους στο γενικό πληθυσμό, η αντιμετώπισή τους απαιτεί ιδιαίτερους χειρισμούς εξαιτίας των ιδιαίτερων περιστάσεων της εγκυμοσύνης.

Ο τρόπος θεραπευτικής προσέγγισης του περιγεννητικού άγχους εξαρτάται από τη σοβαρότητα της διαταραχής. Υπάρχουν περιπτώσεις που τα επίπεδα του

άγχους δεν έχουν ξεπεράσει τα όρια του αναμενόμενου και του φυσιολογικού και, ως εκ τούτου, δεν απαιτείται κάποια εξειδικευμένη παρεμβατική ενέργεια δεδομένου ότι σε σύντομο διάστημα η έγκυος γυναίκα καταφέρνει να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα, να ενημερωθεί κατάλληλα και να διαχειριστεί με επιτυχία τους φόβους και τις ανησυχίες της. Στην περίπτωση, όμως, που η διαταραχή τείνει να τεθεί εκτός ελέγχου και απειλεί την ψυχική και σωματική υγεία της εγκύου και του εμβρύου, τότε κρίνεται επιβεβλημένο να παρασχεθεί η κατάλληλη βοήθεια, για να αποφευχθούν τα δυσμενέστερα σενάρια (Misri et al., 2015).

Η εγκυμοσύνη αποτελεί απαγορευτική συνθήκη για την επιλογή φαρμακευτικής αγωγής στην περίπτωση των διαταραχών άγχους της εγκύου. Οι ενδεχόμενες επιβλαβείς επιπτώσεις που μπορεί να έχουν οι φαρμακευτικές ουσίες στην ανάπτυξη του εμβρύου οδηγούν τις μέλλουσες μητέρες στην επιλογή εναλλακτικών τρόπων για να ανακουφιστούν από την αρνητικά φορτισμένη ψυχική τους διάθεση που τους προκαλεί η επίδραση του άγχους (Deligiannidis&Freeman, 2014). Από την άλλη, στην περίπτωση που δεν αντιμετωπιστούν εγκαίρως και αποτελεσματικά οι σοβαρές μορφές διαταραχές ελλοχεύει ο κίνδυνος να υπάρξουν σοβαρές επιπλοκές στην κύηση με πιθανότητες αποβολών, πρόωρου τοκετού, γέννησης λιποβαρών ή θνησιγενών βρεφών, με παραίτηση της μέλλουσας μητέρας και αδιαφορία για την προσωπική της φροντίδα και την υγεία του εμβρύου και με αυτοκαταστροφικές τάσεις των εγκύων (Rose et al., 2016). Σε αυτές τις περιπτώσεις αντισταθμίζονται οι κίνδυνοι αι τα οφέλη, καθώς η διαταραχή που παραμένει χωρίς θεραπεία μπορεί να έχει επιβλαβέστερες επιπτώσεις για το έμβρυο απ' ότι κάποια φαρμακευτική αγωγή που θα αποκλιμακώσει τα συμπτώματα και θα επιτρέψει τη λειτουργικότητα και την ψυχική ευφορία της εγκύου (Byatt, Deligiannidis&Freeman, 2013).

Αυτό που έχει μεγάλη σημασία προτού επιλεγεί η εναλλακτική της φαρμακευτικής αγωγής είναι ο επαγγελματίας υγείας να φροντίσει να ενημερώσει ενδελεχώς την έγκυο για τις παρενέργειες της θεραπείας στην ίδια και το έμβρυο. Η μέλλουσα μητέρα απαιτείται να έχει πλήρη επίγνωση για την αγωγή που θα ακολουθηθεί και για τους κινδύνους που ελλοχεύουν, όπως και για τα οφέλη που αποκομίζονται, ώστε η θεραπεία να προχωρήσει με τη σύμφωνη γνώμη της. Η έγκυος θα πρέπει να έχει πρωταγωνιστικό ρόλο στη λήψη της απόφασης για την επιλογή της φαρμακευτικής παρέμβασης κατόπιν στενής συνεργασίας με τον ειδικό. Είναι σημαντικό να υπάρχει κλίμα εμπιστοσύνης ανάμεσα στην εγκυμονούσα και τον

θεράποντα ειδικό, ώστε να την καθοδηγήσει στην λήψη σωστής απόφασης, συνυπολογίζοντας τους κινδύνους και τα οφέλη (Ford et al., 2017).

Με δεδομένη της επικινδυνότητα της χρήσης φαρμακευτικών ουσιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, συνηθέστερη επιλογή για την αντιμετώπιση των περιγεννητικών διαταραχών αποτελεί η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση. Σύμφωνα με ερευνητικές ενδείξεις, η ψυχοθεραπεία συμβάλλει σημαντικά στην ύφεση των συμπτωμάτων του άγχους βοηθώντας την εγκυμονούσα να διαχειριστεί πιο εύκολα τους φόβους της. Μάλιστα, τα δεδομένα επισημαίνουν ότι η ατομική ψυχοθεραπεία έχει καλύτερα αποτελέσματα από την ομαδική, χωρίς, ωστόσο, να αμφισβητείται πως οποιαδήποτε ψυχοθεραπευτική προσέγγιση μπορεί να διαμεσολαβήσει για το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα (Goodman, 2009). Οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις στοχεύουν στην κατάκτηση της αυτογνωσίας, στην διερεύνηση από τον ασθενή του εαυτού του και στην κατανόησή του, καθώς και στην σταδιακή αλλαγή των στάσεων, των αντιλήψεων, της συμπεριφοράς του, ώστε να αποφεύγονται κάποιες προβληματικές καταστάσεις. Βασικός στόχος μιας τέτοιας μορφής θεραπείας είναι το άτομο να βοηθηθεί, προκειμένου να κατανοήσει το πρόβλημα που προκαλεί συναισθηματική δυσκολία και ξεπερνώντας το να προάγει την ψυχική του ευεξία (Krebs et al., 2018). Αντίστοιχα, οι έγκυες γυναίκες που δυσκολεύονται να αποδεχθούν τα νέα δεδομένα που δημιουργεί η εγκυμοσύνη και να προσαρμόσουν την καθημερινότητά τους σε αυτά, μέσω της κατάλληλης ψυχοθεραπείας μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους, να αναζητήσουν απαντήσεις στους προβληματισμούς και τις ανησυχίες τους και να βρουν την υποστήριξη που χρειάζονται για να διανύσουν αυτή την απαιτητική χρονική περίοδο (Bowen et al., 2014). Η κατάλληλη μέθοδος ψυχοθεραπευτικής προσέγγισης θα βοηθήσει τη μέλλουσα μητέρα να κατανοήσει ότι δεν είναι ασφαλώς το γεγονός της κύησης καθ' αυτό που δημιουργεί συναισθηματικές διαταραχές, αλλά κυρίως ο τρόπος με τον οποίο αξιολογούν τις διάφορες καταστάσεις που προκύπτουν και οι αντιλήψεις τους για τον κόσμο και τους άλλους. Με τη σωστή καθοδήγηση και μέσω του συνεργατικού κλίματος της εγκύου με τον ειδικό ψυχικής υγείας θα καταστεί εφικτό να ξεπεραστούν οι δυσλειτουργικές πεποιθήσεις και συμπεριφορές και να μπορέσει η μέλλουσα μητέρα να βιώσει με θετικό τρόπο την προοπτική του ερχομού ενός παιδιού στον κόσμο (Pan et al., 2019).

Στην περίπτωση που η αγχώδης διαταραχή εκδηλώνεται με πιο ήπια συμπτωματολογία υπάρχουν κάποιες εναλλακτικές μέθοδοι θεραπευτικής

προσέγγισης που τα τελευταία χρόνια κερδίζουν όλο και περισσότερο έδαφος. Οι μέθοδοι αυτές αφορούν κυρίως κάποιες γενικές πρακτικές προαγωγής της υγείας, πρόληψης και θεραπείας των ασθενειών, που ακολουθούνται με το σκεπτικό ενός υγιεινού τρόπου ζωής. Η ισορροπημένη διατροφή θεωρείται πυλώνας για τη σωστή λειτουργία του οργανισμού και τη διατήρηση καλής φυσικής κατάστασης, που είναι προϋπόθεση και για την προαγωγή της ψυχικής ευεξίας του ατόμου. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα η κατανάλωση ωμέγα – 3 λιπαρών σχετίζεται με τον περιορισμό των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε όλες τις συναισθηματικές διαταραχές. Παρόλο που οι έρευνες που αφορούν συγκεκριμένα την περιγεννητική περίοδο είναι σχετικά περιορισμένες, η χρήση τους προτείνεται για την ενίσχυση του οργανισμού της εγκύου. Αντίστοιχα, επισημαίνεται η χρήση του φυλλικού οξέος ως συμπληρώματος διατροφής σε άτομα με ήπια συμπτωματολογία άγχους (Deligiannidis & Freeman, 2014). Γενικά, η επιλογή για κατανάλωση υγιεινών τροφών (φρούτων, λαχανικών, γαλακτοκομικών κ.λπ.) και η τήρηση συγκεκριμένου προγράμματος χωρίς παράλειψη γευμάτων συνιστά έναν τρόπο να ανακτήσει η έγκυος τη χαμένη της ενέργεια και να ενισχύσει το ανοσοποιητικό της σύστημα (Χατζημιχάλογλου και συν., 2005).

Άλλες μελέτες έχουν εστιάσει στα οφέλη της σωματικής άσκησης, εφόσον ο θεράπων ιατρός κρίνει ότι είναι επιτρεπτή και δεν υπάρχει κίνδυνος, η οποία συμβάλλει στον περιορισμό των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης, καθώς μειώνει τα επίπεδα των στρεσογόνων ορμονών, βελτιώνει τη διάθεση και τη φυσική κατάσταση της εγκύου και προλαμβάνει προβληματικές καταστάσεις, όπως δυσκοιλιότητα ή πόνοι στη μέση και τα πόδια (Μωραΐτου και συν., 2003). Αντίστοιχα, οφέλη φαίνεται, σύμφωνα με ερευνητικές ενδείξεις, να έχει η εφαρμογή του μασάζ, που βοηθά τις έγκυες γυναίκες να ηρεμήσουν μειώνοντας την ένταση που αισθάνονται, ή και τεχνικές όπως ο βελονισμός, η γιόγκα, η ψυχοπροφυλακτική που τελευταία χρησιμοποιούνται συμπληρωματικά για την ανακούφιση των εγκύων από συμπτώματα υπέρτασης και ανησυχίας (Μωραΐτου και συν., 2003). Σημαντικό παράγοντα για τη διατήρηση της ψυχικής ηρεμίας και της ευεξίας της μέλλουσας μητέρας συνιστά ο επαρκής ύπνος. Οι λίγες ώρες ύπνου έχουν συνδεθεί με την αύξηση των στρεσογόνων ορμονών και των αγχογόνων αντιδράσεων του σώματος. Η ανάπαυση βοηθά την έγκυο να αποφορτιστεί από δυσάρεστες σκέψεις και συναισθήματα που επιτείνονται από τη σωματική κούραση, η οποία, στην περίπτωση της εγκυμοσύνης, επιβαρύνει ακόμα περισσότερο τον ήδη εύάλωτο οργανισμό της

(Μωραΐτου&Σταλίκας, 2004). Δεν πρέπει να παραλειφθεί ότι κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης είναι επιτακτική ανάγκη να αποφεύγονται επιβλαβείς συνήθειες (κάπνισμα, αλκοόλ, χρήση ουσιών) που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία της εγκύου και του εμβρύου και, στην περίπτωση ύπαρξης κάποιας συναισθηματικής διαταραχής, επιτείνουν την συμπτωματολογία (Λουκοπούλου και συν., 2010).

Αυτό, ωστόσο, στο οποίο πρέπει να δίνεται προτεραιότητα είναι η σωστή ενημέρωση όχι μόνο της εγκύου, αλλά και του οικογενειακού της περιβάλλοντος σχετικά με τις διαδικασίες της κύησης και του τοκετού, αλλά και σχετικά με τη συχνότητα και τις διαστάσεις που μπορεί να λάβει μια συναισθηματική διαταραχή σε περίοδο κύησης. Με τη σωστή ενημέρωση η έγκυος γυναίκα μπορεί να λάβει απαντήσεις σε ανησυχίες και προβληματισμούς που την απασχολούν σχετικά με την εξέλιξη της εγκυμοσύνης της, αλλά και να γίνει εγκαίρως αντιληπτή κάποια αλλαγή στην ψυχοσύνθεσή της ή την συμπεριφορά της, ώστε να ληφθούν τα απαραίτητα θεραπευτικά μέτρα, προτού κάποια νοσολογική αντίδραση λάβει ανησυχητικές διαστάσεις (Bookari et al., 2017). Αυτονόητη θεωρείται η υποστήριξη που πρέπει να λάβει η εγκυμονούσα σε όλο το διάστημα της κύησης και του τοκετού από το στενό ή και ευρύτερο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, ώστε να μην αισθάνεται ότι πρέπει να διανύσει μόνη και αβοήθητη αυτή την απαιτητική περίοδο της ζωής της (Elsenbruch et al., 2007).

Σε κάθε περίπτωση η επιλογή της εκάστοτε θεραπευτικής παρέμβασης πρέπει να είναι εξατομικευμένη και να αφορά τις προσωπικές ανάγκες της κάθε γυναίκας. Η κάθε εγκυμοσύνη συνιστά και μια μοναδική, εξειδικευμένη περίπτωση. Πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όλες οι παράμετροι και μετά από ενδελεχή διάλογο ανάμεσα στην εγκυμονούσα και τον ιατρό της να επιλέγεται εκείνος ο τρόπος που ενδείκνυται σε κάθε περίπτωση. Η εγκυμονούσα επιβάλλεται να είναι πλήρως ενημερωμένη, να συζητά, να καταθέτει τις ανησυχίες και τους προβληματισμούς της και να συναποφασίζει για τα επόμενα βήματα στην πορεία της (Patel&Wisner, 2011). Η κάθε έγκυος γυναίκα πρέπει να προσδιορίζει τις φοβίες της και να προσπαθεί να λάβει δραστικά μέτρα για τον περιορισμό τους. Ο στόχος είναι να αισθάνεται η ίδια ασφαλής και ολοκληρωμένη, να είναι σε θέση να διαχειρίζεται το άγχος της και να διατηρεί την ισορροπία στη ζωή της, ώστε να διανύσει με επιτυχία την πορεία της προς τη μητρότητα.

Συμπεράσματα θεωρητικού μέρους

Η εγκυμοσύνη αποτελεί μια ιδιόμορφη χρονική περίοδο στη ζωή της γυναίκας, μια πολυσύνθετη εμπειρία, που συνιστά πρόκληση για την ίδια, αλλά και για τους ειδικούς μελετητές δεδομένου ότι κατά τη διάρκειά της διαδραματίζονται πρωτόγνωρες αλλαγές κομβικής σημασίας σε όλα τα επίπεδα. Σε μια τέτοια περίπτωση, είναι φυσιολογικό και αναμενόμενο η γυναίκα να επηρεάζεται ψυχικά και σωματικά και να βιώνει συναισθήματα άγχους και στρες, που σχετίζονται και με τις ορμονικές αλλαγές που πυροδοτούνται λόγω της εγκυμοσύνης και με τα νέα δεδομένα που προκύπτουν με την προοπτική του ερχομού ενός παιδιού και της μητρότητας. Αναπόφευκτα, επηρεάζονται οι συνήθειες της μητέρας, η καθημερινότητά της, οι επαγγελματικές της υποχρεώσεις, οι σχέσεις της με τον οικογενειακό της περίγυρο και το σύζυγό της. Αυτές οι νέες συνθήκες που δημιουργούνται θέτουν τη μέλλουσα μητέρα σε μια διαδικασία εξοικείωσης και προσαρμογής που απαιτεί, μερικές φορές, χρόνο και που, συχνά, δίνει την εντύπωση ότι η γυναίκα οφείλει να περιορίσει δραστικά τις δραστηριότητές της και να ζει υπό όρους, έτσι ώστε να μην τεθεί σε κίνδυνο η υγεία της και η υγεία του εμβρύου που κυοφορεί. Κάτω από αυτές τις προϋποθέσεις η εγκυμονούσα καταβάλλεται από άγχος και βιώνει συναισθηματικές διακυμάνσεις, που, μερικές φορές, την κουράζουν και την απογοητεύουν.

Πολλές περιπτώσεις γυναικών που έχουν μελετηθεί συντείνουν στη διαπίστωση ότι η εγκυμοσύνη δεν είναι πάντα εκ των πραγμάτων ένα πολυπόθητο και χαρμόσυνο γεγονός, όπως θα περίμενε κανείς. Οι γυναίκες που διανύουν την περιγεννητική περίοδο εισάγονται σε μία ιδιαίτερα ευαίσθητη φάση της ζωής τους και είναι επιρρεπείς στο να εμφανίσουν συμπτώματα από όλο το φάσμα των ψυχικών διαταραχών. Το άγχος, το στρες, η συναισθηματική αστάθεια δυσκολεύουν τη ζωή τους και καθιστούν προβληματική και επώδυνη τη μετάβασή τους προς τη γονεϊκότητα.

Υπάρχει ένα ευρύ αιτιολογικό υπόβαθρο που ευθύνεται για την εμφάνιση των αγχωδών διαταραχών στις έγκυες γυναίκες και σχετίζεται με παράγοντες που αφορούν την ίδια, το ιστορικό της, την προσωπικότητά της, τις αντιλήψεις της για τον εαυτό της και τους άλλους. Υπάρχουν, ωστόσο, και παράγοντες που αφορούν τον περίγυρό της, στενότερο και ευρύτερο, και την υποστήριξη που δέχεται σε αυτή την καθοριστική, για την ίδια, περίοδο. Η εμφάνιση άγχους μέχρι κάποιο σημείο είναι

φυσιολογική και προετοιμάζει τη γυναίκα να αποδεχθεί την καινούργια πραγματικότητα που θα διαμορφωθεί στη ζωή της με τον ερχομό ενός παιδιού και η οποία τίθεται με όρους μονιμότητας. Τις περισσότερες φορές η συναισθηματική αναστάτωση είναι παροδική και, μόλις εξισορροπηθεί η κατάσταση και η έγκυος ενημερωθεί και εξοικειωθεί με τα νέα δεδομένα, η καθημερινότητά της επανέρχεται στην κανονικότητα και η ίδια αισθάνεται χαρούμενη από την εμπειρία που βιώνει. Όταν, όμως, τα συναισθήματα ανησυχίας και υπερέντασης ξεπερνούν κάποια όρια και αρχίζουν να γίνονται παθολογικά, τότε είναι απαραίτητο να υπάρξει θεραπευτική παρέμβαση, για να αποφευχθούν επιπτώσεις που μπορούν να αποβούν μοιραίες για την υγεία της εγκύου και για το έμβρυο.

Οι επιπτώσεις του περιγεννητικού άγχους αφορούν τη σωματική υγεία και τη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού της εγκύου προκαλώντας μια σειρά από δυσλειτουργίες που δυσχεραίνουν την καθημερινότητα της γυναίκας. Πονοκέφαλοι, ζαλάδες, απώλεια ενέργειας, σωματική εξάντληση, ταχυπαλμίες, διαταραχές του ύπνου έρχονται να προστεθούν στον ήδη επιβαρυσμένο οργανισμό της εγκύου που, εκ των πραγμάτων, λειτουργεί με διαφορετικούς ρυθμούς. Αλλά και σε ψυχικό επίπεδο τα συναισθήματα απελπισίας, απογοήτευσης, εγκλωβισμού, ανεπάρκειας, ανασφάλειας, αβεβαιότητας διαδέχονται και επισκιάζουν τη χαρά και την προσμονή για τη γέννηση του νέου μέλους. Οι έγκυες συχνά διστάζουν να παραδεχτούν τη συναισθηματική τους αναστάτωση και υπομένουν μοναχικά και σιωπηρά τα συμπτώματα αναπτύσσοντας, σε ακραίες περιπτώσεις, αυτοκαταστροφικές τάσεις. Πέρα από τις συνέπειες που υφίσταται άμεσα η έγκυος γυναίκα, εξίσου βλαπτικές είναι οι επιπτώσεις και για το έμβρυο που κυοφορείται, που απειλείται με πλήθος δυσλειτουργιών και συγγενών ανωμαλιών, αλλά και για το βρέφος που τελικά θα γεννηθεί, το οποίο συχνά είναι φορέας διαταραχών που το ακολουθούν στη μετέπειτα ζωή του. Λόγος πρέπει να γίνει και για τη ρήξη στη σχέση της γυναίκας με το σύντροφό της, με το περιβάλλον της, αλλά και με το παιδί που θα γεννηθεί, γεγονός που δεν της επιτρέπει να απολαύσει την εμπειρία της κυοφορίας και της γέννησης ενός νέου ανθρώπου.

Τα σύνδρομα του περιγεννητικού άγχους και άλλων ψυχικών διαταραχών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν πρέπει να υποτιμώνται. Είναι απαραίτητο η εγκυμονούσα να ενημερώνεται επαρκώς, να αποζητά απαντήσεις στα ερωτήματα και τους προβληματισμούς της και να εμπιστεύεται τους θεράποντες ειδικούς με τους οποίους θα συναποφασίσουν, αν απαιτείται ψυχοθεραπευτική ή φαρμακευτική

παρέμβαση, προκειμένου να ανακουφιστεί από τη δυσάρεστη συμπτωματολογία. Σε κάθε περίπτωση, κρίνεται απαραίτητο να λειτουργήσει υποστηρικτικά το στενό και ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον της εγκύου, ώστε να την ενθαρρύνει να φέρει εις πέρας με επιτυχία το δύσκολο ταξίδι προς τη γονεϊκότητα.

Κεφάλαιο 4^ο : Ερευνητικό μέρος

4.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης αποτελεί η διερεύνηση για το αν το άγχος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνεται και κατά πόσο αυτό επηρεάζει την γενική και ψυχική υγεία της εγκύου.

4.2 Μεθοδολογία

4.2.1 Ερευνητικός Σχεδιασμός

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Τμήμα Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας της Περιφέρειας Θεσσαλίας, όπου υλοποιούνται μαθήματα ανώδυνου τοκετού και ψυχοπροφυλακτικής προετοιμασίες σε εγκυμονούσες. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε αυτοσυμπληρώσιμο ερωτηματολόγιο, το οποίο απαρτιζόταν από τρία μέρη:

- Ερωτήματα κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών
- Κλίμακα STAI, για τη διερεύνηση του άγχους
- Κλίμακα GHQ-28, για τη διερεύνηση της γενικής υγείας

4.2.2 Μελετώμενος πληθυσμός

Ελληνίδες, ενήλικες, εγκυμονούσες.

Κριτήρια ένταξης

- Ηλικία >18 ετών
- Ικανότητα επικοινωνίας και γνώση της ελληνικής γλώσσας.

Κριτήρια αποκλεισμού

- Ηλικία μικρότερη των 18 ετών
- Άρνηση συμμετοχής στη μελέτη
- Δυσκολία κατανόησης της ελληνικής γλώσσας

4.2.3 Εργαλείο συλλογής δεδομένων

STAI-Y

Το ερωτηματολόγιο State-Trait Anxiety Inventory μορφής Y (STAI-Y), φερόμενο ως “Gold Standard”, είναι μία κλίμακα αυτό-αξιολόγησης του άγχους ως κατάσταση και ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας των ενηλίκων. Χρησιμοποιείται ευρέως στην αξιολόγηση ασθενών διαφόρων παθήσεων. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του αποδείχθηκε μέσα από μελέτες σε ελληνικούς πληθυσμούς με ψυχομετρικές ιδιότητες κοντά σε εκείνες που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία.

Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε δύο κατηγορίες:

- Η πρώτη (STAI FormY-1) κατηγορία αφορά 20 ερωτήσεις όπου ο ερωτώμενος απαντά πως αισθάνεται αυτή τη στιγμή που συμπληρώνεται το ερωτηματολόγιο (Καταστασιακό άγχος (State anxiety)). Μελετά το τρέχον άγχος, τα άτομα επιλέγουν τον αριθμό που περιγράφει καλύτερα την ένταση των συναισθημάτων τους: (1) καθόλου, (2) κάπως, (3) μέτρια, (4) πάρα πολύ. Οι 10 από τις 20 ερωτήσεις υποδηλώνουν επίπεδα άγχους, ενώ οι υπόλοιπες 10 ερωτήσεις υποδεικνύουν απουσία ανησυχίας

- Η δεύτερη κατηγορία (STAI FormY-2) αφορά επίσης 20 ερωτήσεις οι οποίες αξιολογούν πως αισθάνεται γενικά ο ερωτώμενος (Δομικό άγχος (Trait anxiety)). Μελετά το μόνιμο άγχος, τα άτομα βαθμολογούν τη συχνότητα των συναισθημάτων τους στην ακόλουθη κλίμακα τεσσάρων σημείων: (1) σχεδόν ποτέ, (2) μερικές φορές, (3) συχνά, (4) σχεδόν πάντα. Οι 11 από τις 20 υποδηλώνουν αυξημένα επίπεδα άγχους και οι άλλες 9 ερωτήσεις δεν δείχνουν κάποιο βαθμό ανησυχίας

Κάθε στοιχείο του STAI λαμβάνει ένα σταθμισμένο σκορ από 1 έως 4. Κάθε μέρος του ερωτηματολογίου λαμβάνει βαθμολογίες από 20 έως και 80, ενώ στο σύνολό του οι βαθμολογίες μπορούν να κυμαίνονται από 40 έως και 160. Υψηλότερη βαθμολογία αντιστοιχεί σε υψηλότερο επίπεδο άγχους. Η χαρακτηριστική διαφορά του είναι ότι δίνει τη δυνατότητα στους μελετητές να απομονώσουν το άγχος μιας κατάστασης από το άγχος του ίδιου του χαρακτήρα.

GHQ-28

Το ερωτηματολόγιο GHQ-28 είναι σχεδιασμένο για την ανίχνευση πιθανής ψυχοπαθολογίας στο γενικό πληθυσμό και σε υπηρεσίες υγείας. Χρησιμοποιείται ευρέως και είναι αξιόπιστο. Εξετάζει 4 παράγοντες (σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης, άγχος και αϋπνία, κοινωνική δυσλειτουργία και καταθλιπτικό συναίσθημα). Έχει σταθμιστεί και μεταφραστεί στα Ελληνικά. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο σαν εργαλείο διαλογής, όσο και ως εργαλείο εκτίμησης της επίπτωσης των ασθενειών στην ψυχική σφαίρα. Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων, του ερωτηματολογίου, υπολογίζεται συνολικά η βαθμολογία στους 4 επιμέρους παράγοντες (Σωματικά συμπτώματα, Άγχος, Κοινωνική δυσλειτουργία και Κατάθλιψη). Για κάθε ερώτημα η βαθμολογία ανάγεται σε εκατοστιαία κλίμακα. Οι τιμές που προσεγγίζουν το 0 αντιστοιχούν, αναλογικά, σε θετικότερη κλιμάκωση της ψυχοπαθολογίας, ενώ αυτές που προσεγγίζουν το 100 σε αρνητικότερη κλιμάκωση.

4.3 Στατιστική ανάλυση

Για την περιγραφική στατιστική ανάλυση, οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν στη μορφή «μέση τιμή», «τυπική απόκλιση», και «διάμεσος τιμή», ενώ οι διακριτές σε «συχνότητα» και «σχετική συχνότητα (%)».

Για τη μέτρηση της αξιοπιστίας κλιμάκων μελετήθηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής. Πρόκειται για έναν συντελεστή που αξιολογεί το βαθμό στον οποίο οι ερωτήσεις που συγκροτούν μια κλίμακα μετρούν την ίδια έννοια. Υπολογίζεται μέσω του συντελεστή Cronbach's Alpha (α), ο οποίος εκτιμά το βαθμό συσχέτισης μεταξύ των ερωτήσεων του εργαλείου. Τιμές μεγαλύτερες ή πλησιέστερες στο 0.7 χαρακτηρίζονται ως αποδεκτές. Ένας συντελεστής εσωτερικής συνάφειας Cronbach's Alpha μεταξύ 0.5 και 0.6 θεωρείται αρκετός, στα αρχικά στάδια μιας μελέτης. Στην περίπτωση που η τιμή α ξεπερνά το 80%, τότε θεωρείται μία ιδιαίτερα καλή ανάλυση αξιοπιστίας.

Για τη διερεύνηση της σχέσης των βαθμολογιών των ερωτηματολογίων STAI και GHQ-28 με δημογραφικούς παράγοντες έγινε χρήση της Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης. Στην ανάλυση της παλινδρόμησης εφαρμόστηκε, για την επιλογή μεταβλητών, η μέθοδος Forward η οποία χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις

διερευνητικών μελετών, που δεν υπάρχει προηγούμενη γνώση ως προς το ποιες είναι οι ανεξάρτητες μεταβλητές που, ενδεχομένως, επηρεάζουν τη μεταβλητή απόκρισης. Πρέπει να διευκρινιστεί ότι δεν κατέστη δυνατό να χρησιμοποιηθούν όλοι οι δημογραφικοί παράγοντες, που υπήρχαν στο ερωτηματολόγιο είτε ως ονομαστική κλίμακα (nominal scale) είτε ως κλίμακα διάταξης (ordinal scale), διότι δεν υπήρχαν επαρκή δεδομένα που να εξασφαλίζουν έναν ελάχιστο αριθμό απαντήσεων για όλες τις κατηγορίες.

Για τη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στις βαθμολογίες των ερωτηματολογίων STAI και GHQ-28 έγινε χρήση της μεθόδου «Γραμμική Διμεταβλητή Συσχέτιση» (Linear Bivariate Correlation). Για τον έλεγχο της συνθήκης της Κανονικότητας χρησιμοποιήθηκε, αρχικά, η δοκιμασία Shapiro-Wilk. Εν συνεχεία, σε περίπτωση μη αποδοχής της συνθήκης, έγινε μελέτη των γραφικών αναπαραστάσεων «NormalQ-Qplot», «Detrended NormalQ-Qplot», και «Box Plot».

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε χρήση του στατιστικού λογισμικού «SPSS-25». Η ελάχιστη τιμή του επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας, p-value, σε όλες τις στατιστικές δοκιμασίες ορίστηκε στο 5%. Ως υποδιαστολή χρησιμοποιήθηκε η τελεία.

4.4 Δειγματοληπτική μεθοδολογία

Ως καταλληλότερη μέθοδος, για την συλλογή των δεδομένων της παρούσας μελέτης, κρίθηκε η δειγματοληψία «ευκολίας», καθώς εντάχθηκαν στη μελέτη όσες γυναίκες πληρούσαν τα κριτήρια και ήταν πρόθυμες να συμμετάσχουν στην έρευνα. Η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική και το τελικό μέγεθος του δείγματος έφτασε στις 103 συμμετέχουσες.

Η ερευνητική χρησιμότητα και η αντιπροσωπευτικότητα ενός τέτοιου δείγματος είναι αμφισβητήσιμη και αφορά σε πιλοτικές έρευνες καθώς δεν ενδείκνυται για εξαγωγή γενικευμένων συμπερασμάτων. Ωστόσο, αυτή η τεχνική δειγματοληψίας είναι ευρέως διαδεδομένη όταν δεν υπάρχει άμεση πρόσβαση σε ολόκληρο τον, υπό μελέτη, πληθυσμό. Σε αυτή την περίπτωση, το επιχείρημα της

αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος και της γενίκευσης των αποτελεσμάτων αντιστρέφεται. Συγκεκριμένα, θεωρείται ότι τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να γενικευθούν σε πληθυσμούς που έχουν χαρακτηριστικά παρόμοια με αυτά το δείγματος.

4.5 Ηθικά θέματα

Οι ασθενείς που ελεύθερα αποφάσισαν να συμμετάσχουν στη μελέτη, ενημερώθηκαν προφορικά και γραπτά μέσω του εντύπου για ενημέρωση - συγκατάθεση το οποίο προηγούταν του ερωτηματολογίου πριν από τη συμμετοχή τους και το οποίο περιλάμβανε πληροφορίες για το θέμα και το σκοπό της έρευνας .

Εν συνεχεία, δημιουργήθηκαν ηλεκτρονικές καρτέλες όλων των συμμετεχουσών με έναν ατομικό κωδικό (ID) αντιστοιχίας, στο ειδικά κατασκευασμένο έντυπο, τον οποίο γνώριζε μόνο η ερευνήτρια, προκειμένου να αντιστοιχηθούν σωστά τα αποτελέσματα. Δημιουργήθηκε ένα αρχείο τύπου “EXCEL”, όπου υπάρχουν τα δεδομένα κωδικοποιημένα και σε ένα άλλο ο κωδικός και το ID που αντιστοιχεί σε αυτά. Τα αρχεία τύπου “EXCEL” φυλάσσονται στον προσωπικό υπολογιστή της ερευνήτριας και έχουν πρόσβαση μόνο εκείνη και τα μέλη της τριμελούς επιτροπής, μέσω προσωπικών κωδικών.

4.6 Αποτελέσματα

4.6.1 Περιγραφική ανάλυση

Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 103 εγκυμονούσες, μέσης ηλικίας 34.4 έτη (Τυπική απόκλιση = 5.8, Διάμεση τιμή = 34). Στον πίνακα που ακολουθεί καταγράφονται τα περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

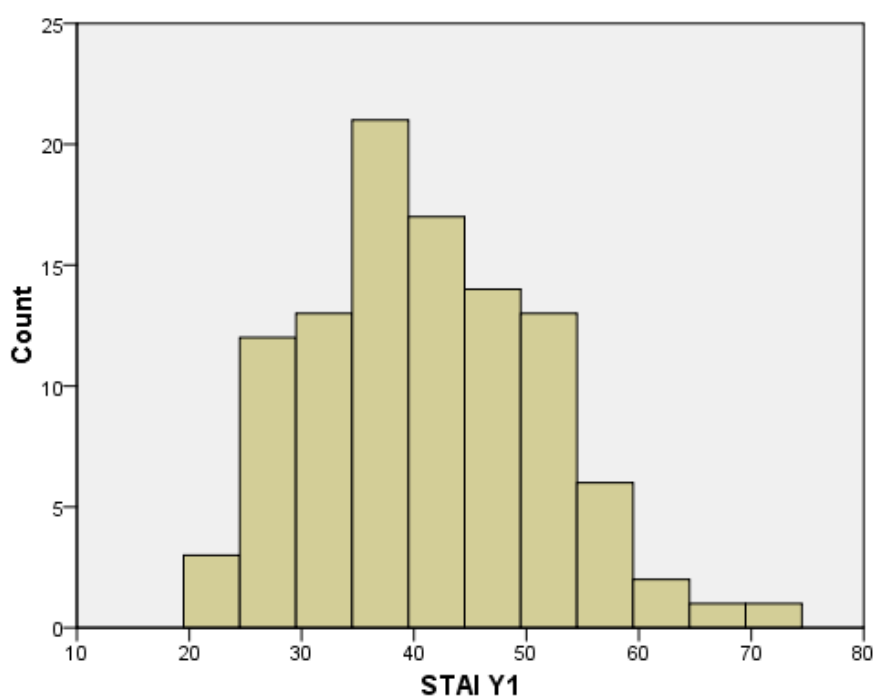
		N	N %
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμη	1	1.0
	Έγγαμη	100	97.1
	Διαζευγμένη	2	1.9
Αριθμός παιδιών	1ος τόκος	80	78.4
	2ος τόκος	18	17.6
	>2 παιδιά	4	3.9
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια	1	1.0
	Δευτεροβάθμια	13	12.6
	Τριτοβάθμια	89	86.4
Τόπος διαμονής	Χωριό	9	8.8
	Κωμόπολη	5	4.9
	Πόλη	88	86.3
Κατοικία	Με σύζυγο	97	98.0
	Με γονείς	1	1.0
	Μόνη	1	1.0
Εργασία κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνης	Δεν εργάζομαι	21	20.6
	Εργάζομαι έως το 1ο τρίμηνο	23	22.5
	Εργάζομαι έως το 2ο τρίμηνο	29	28.4
	Εργάζομαι έως το τέλος της εγκυμοσύνης	29	28.4
Κάπνισμα πριν την εγκυμοσύνη	Όχι	73	70.9
	Ναι	30	29.1
Κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης	Όχι	96	93.2
	Ναι	7	6.8

Στον επόμενο πίνακα παρουσιάζονται τα βασικά στατιστικά στοιχεία των βαθμολογιών των ερωτηματολογίων «STAI-Y1», «STAI-Y2» και «GHQ-28», της μελέτης. Σε ότι αφορά την κλίμακα «STAI-Y1» οι στατιστικοί δείκτες του δείγματος δηλώνουν ένα μέτριο επίπεδο καταστασιακού άγχους. Οι αντίστοιχοι δείκτες της

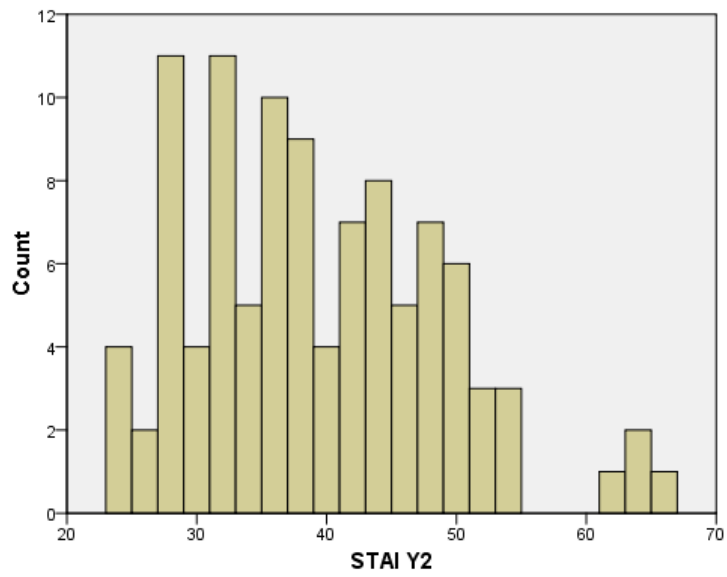
κλίμακας «STAI-Y2» δείχνουν, επίσης, ένα μέτριο επίπεδο δομικού άγχους. Οι τιμές της κλίμακας «GHQ-28» τείνουν σημαντικά προς μία θετικότερη κλιμάκωση της ψυχοπαθολογίας.

Πίνακας 2. Στατιστικοί δείκτες των βαθμολογιών των ερωτηματολογίων «STAI-Y1», «STAI-Y2» και «GHQ-28»

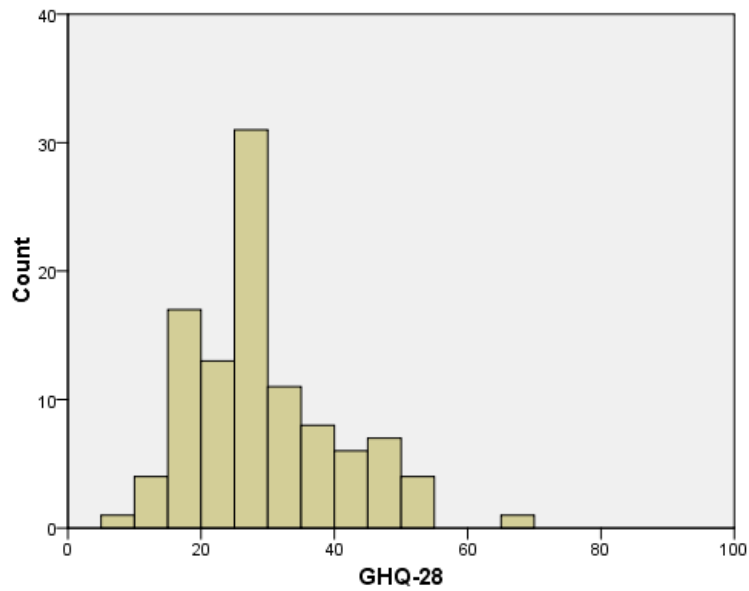
	Mean	Standard Deviation	Median
STAI Y1	41.1	10.3	41.0
STAI Y2	38.8	9.4	37.0
GHQ-28	29.4	10.8	27.4



Γράφημα 1: Ιστόγραμμα συχνοτήτων STAIY1



Γράφημα 2: Ιστόγραμμα συχνοτήτων STAIY2



Γράφημα 3: Ιστόγραμμα συχνοτήτων GHQ 28

4.6.2 Ανάλυση αξιοπιστίας κλιμάκων

Στον πίνακα που ακολουθεί καταγράφεται η ανάλυση της εσωτερικής συνέπειας (internal consistency) της εννοιολογικής κατασκευής των κλιμάκων «STAI-Y1», «STAI-Y2» και «GHQ-28», ως τιμή του συντελεστή alpha του Cronbach. Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι και οι τρεις κλίμακες κρίνονται, σε ότι αφορά την αξιοπιστία τους, ως υψηλού επιπέδου.

Πίνακας 3. Ανάλυση της εσωτερικής συνέπειας των υποκλιμάκων των κλιμάκων «STAI-Y1», «STAI-Y2» και «GHQ-28»

	Reliability Statistics	
	Cronbach's Alpha	N of Items
STAI-Y1	.914	20
STAI-Y2	.901	20
GHQ-28	.869	28

4.7 Διερεύνηση σχέσης των κλιμάκων με ανεξάρτητους παράγοντες **Κλίμακα «STAIY1»**

Η ανάλυση Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης, με τη μέθοδο Forward, έδειξε ότι κανένας από τους, υπό μελέτη, παράγοντες δεν μπορεί να προβλέψει, στατιστικώς σημαντικά, τη βαθμολογία της κλίμακας «STAIY1».

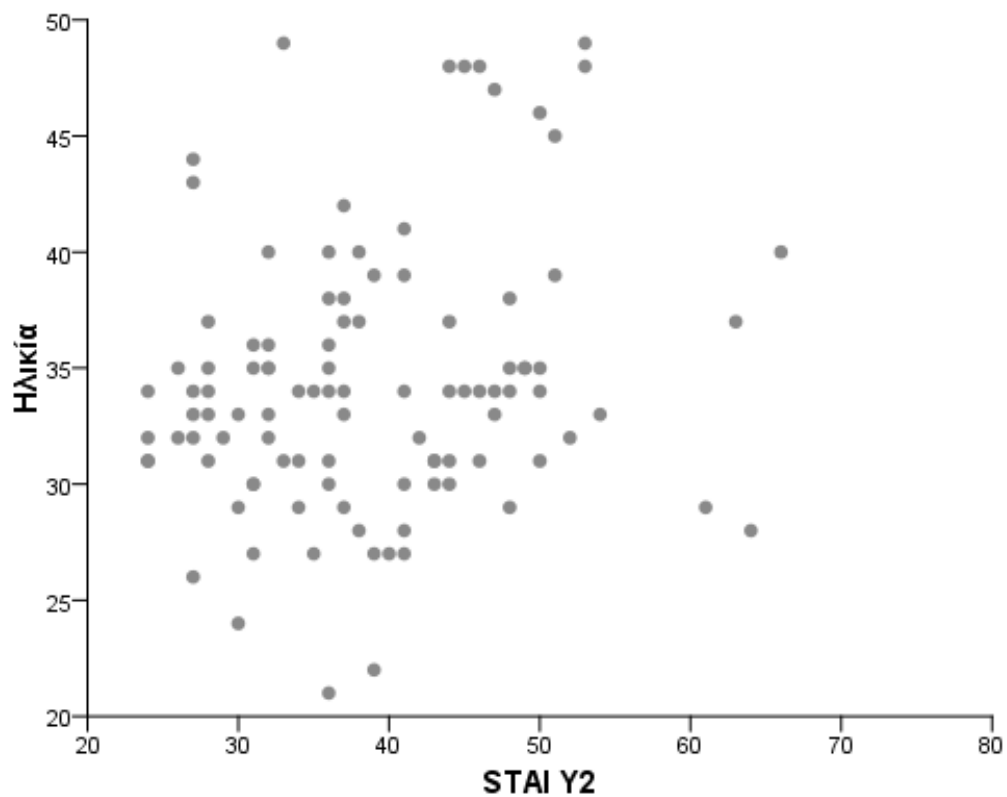
Κλίμακα «STAIY2»

Η ανάλυση Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης, με τη μέθοδο Forward, έδειξε ότι από τους, υπό μελέτη, παράγοντες η ηλικία ($p < 0.001$) μπορεί να προβλέψουν, στατιστικώς σημαντικά, τη βαθμολογία της κλίμακας «STAIY2». Συγκεκριμένα, για κάθε 1 έτος αύξηση της ηλικίας, δοθέντος ότι οι υπόλοιποι παράγοντες παραμένουν σταθεροί, προβλέπεται αύξηση στη βαθμολογία της κλίμακας «STAIY2» 0.318 μονάδες.

Πίνακας 5: Ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (Forward) για STAIY2

		Coefficients ^a				
		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		
Model		B	Std. Error	Beta	t	Sig.
1	(Constant)	28.068	5.526		5.080	.000
	Ηλικία	.318	.158	.198	2.010	.047

a. Dependent Variable: STAI Y2



Γράφημα 4: Διάγραμμα διασποράς ηλικίας σε σχέση με STAIY2

Κλίμακα «GHQ-28»

Η ανάλυση Πολλαπλής Γραμμικής Παλινδρόμησης, με τη μέθοδο Forward, έδειξε ότι κανένας από τους, υπό μελέτη, παράγοντες δεν μπορεί να προβλέψει, στατιστικώς σημαντικά, τη βαθμολογία της κλίμακας «GHQ-28».

4.8 Συσχετίσεις

4.8.1 Διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στις βαθμολογίες των ερωτηματολογίων STAI-Y1 και GHQ-28

Βάσει του ελέγχου κανονικότητας (Shapiro-Wilk), οι μεταβλητές STAI-Y1 και GHQ-28 δεν παρουσιάζουν κανονική κατανομή. Η μελέτη των γραφικών αναπαραστάσεων «NormalQ-Qplot», «Detrended NormalQ-Qplot», και ειδικότερα του «Box Plot», των δύο αυτών μεταβλητών, έδειξε ότι μπορεί να υποστηριχτεί η υπόθεση της Κανονικότητας των υπό μελέτη κατανομών τους.

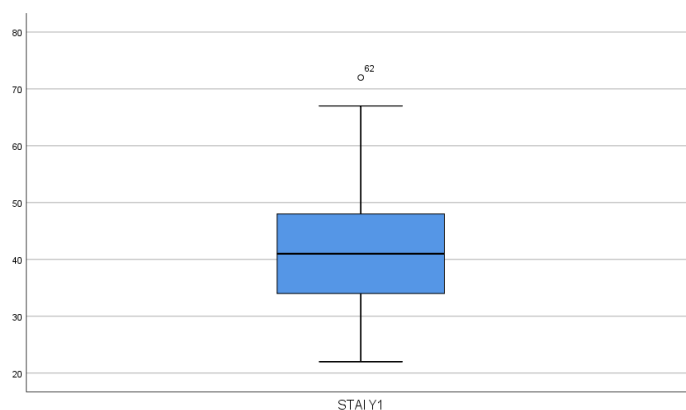
Ως εκ τούτου, για την μελέτη των συσχετίσεων, ανάμεσα στις βαθμολογίες των δύο ερωτηματολογίων, έγινε χρήση του στατιστικού δείκτη συσχέτισης «Pearson».

Πίνακας 6: Έλεγχος κανονικότητας για STAIY2 και GHQ 28

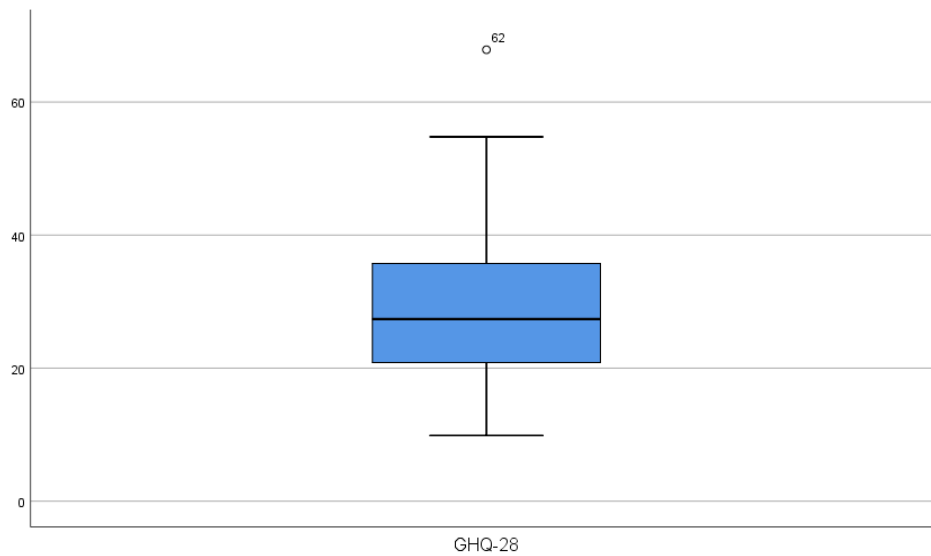
Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
STAI Y1	.057	103	.200*	.981	103	.133
GHQ-28	.132	103	.000	.947	103	.000

*. This is a lower bound of the true significance.

a. LillieforsSignificanceCorrection



Γράφημα 5: Διάγραμμα Box Plot για STAIY1



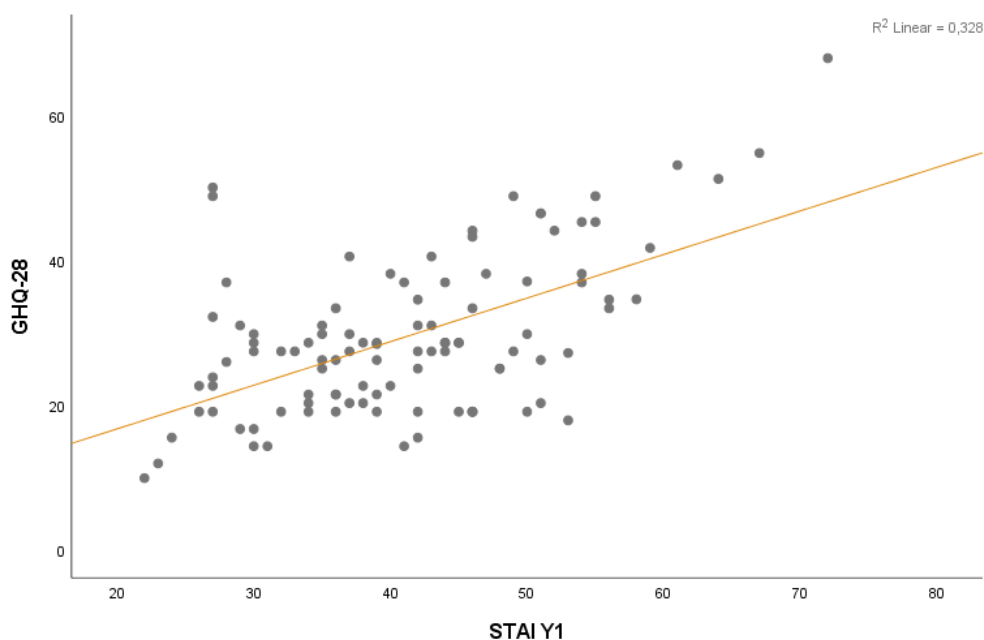
Γράφημα 6: Διάγραμμα Box Plotγια GHQ 28

Η «Γραμμική Διμεταβλητή Συσχέτιση» (Linear Bivariate Correlation), ανάμεσα στις βαθμολογίες των ερωτηματολογίων STAI-Y1 και GHQ-28, κατέγραψε στατιστικώς ισχυρή θετική συσχέτιση ($r_p(103) = 0.573, p < 0.001$).

Πίνακας 7: Συντελεστής συσχέτισης Pearsonγια STAIY1 και GHQ 28

		Correlations	
		STAI Y1	GHQ-28
STAI Y1	Pearson Correlation	1	.573**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	103	103
GHQ-28	PearsonCorrelation	.573**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	103	103

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



Γράφημα 7: Διάγραμμα διασποράς για GHQ 28 με STAIY1

4.8.2 Διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στις βαθμολογίες των ερωτηματολογίων STAI-Y2 και GHQ-28

Βάσει του ελέγχου κανονικότητας (Shapiro-Wilk), οι μεταβλητές STAI-Y2 και GHQ-28 δεν παρουσιάζουν κανονική κατανομή. Η μελέτη των γραφικών αναπαραστάσεων «NormalQ-Qplot», «Detrended NormalQ-Qplot», και ειδικότερα του «Box Plot», των δύο αυτών μεταβλητών, έδειξε ότι μπορεί να υποστηριχτεί η υπόθεση της Κανονικότητας των υπό μελέτη κατανομών τους.

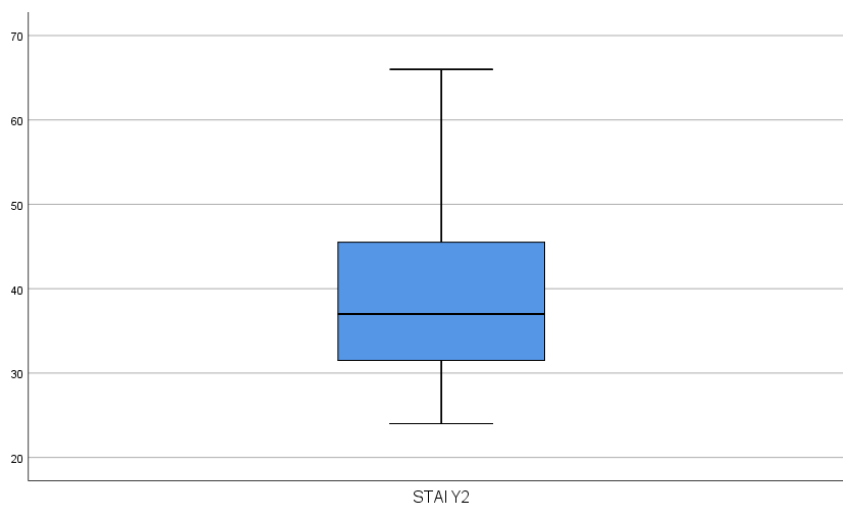
Ως εκ τούτου, για την μελέτη των συσχετίσεων, ανάμεσα στις βαθμολογίες των δύο ερωτηματολογίων, έγινε χρήση του στατιστικού δείκτη συσχέτισης «Pearson».

Πίνακας 8: Έλεγχος κανονικότητας για STAIY2 και GHQ 28

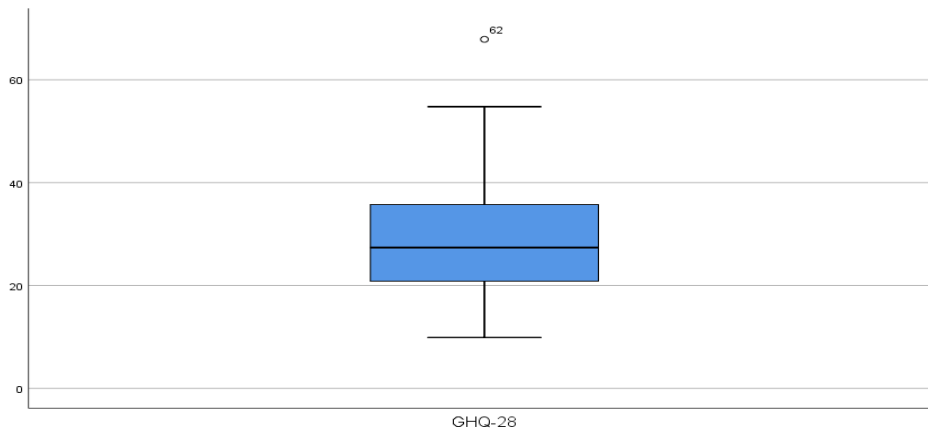
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
STAI Y2	.091	103	.034	.961	103	.004
GHQ-28	.132	103	.000	.947	103	.000

*. This is a lower bound of the true significance.

a. LillieforsSignificanceCorrection



Γράφημα 8: Διάγραμμα Box Plotγια STAIY2



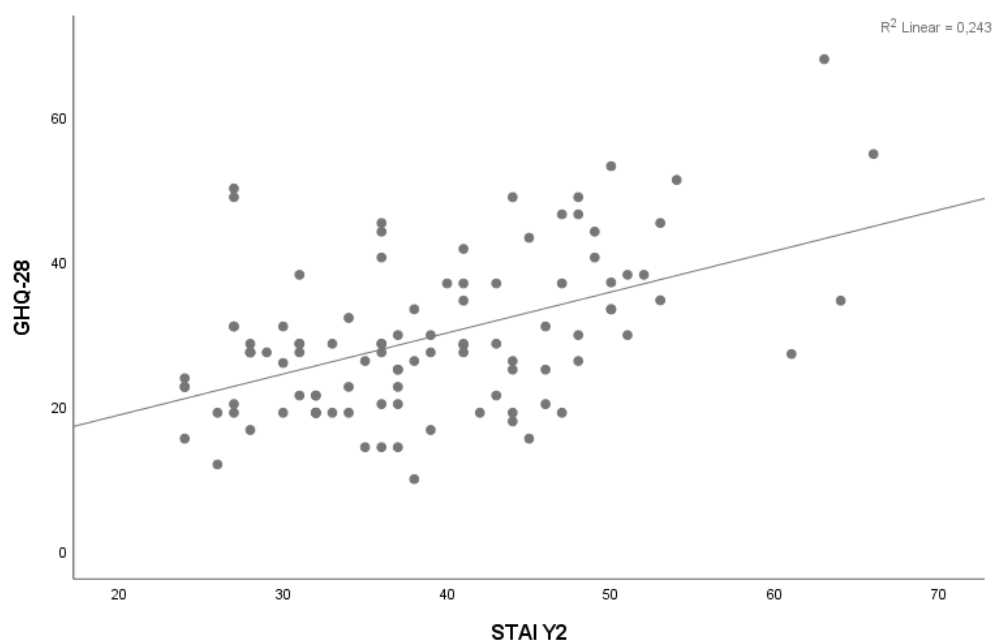
Γράφημα 9: Διάγραμμα Box Plotγια GHQ 28

Η «Γραμμική Διμεταβλητή Συσχέτιση» (Linear Bivariate Correlation), ανάμεσα στις βαθμολογίες των ερωτηματολογίων STAI-Y2 και GHQ-28, κατέγραψε στατιστικώς ισχυρή θετική συσχέτιση ($r_p(103) = 0.493, p < 0.001$).

Πίνακας 9: Πίνακας γραμμικής διμεταβλητής συσχέτισης για STAIY2 και GHQ 28

		STAI Y2	GHQ-28
STAI Y2	PearsonCorrelation	1	.493**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	103	103
GHQ-28	PearsonCorrelation	.493**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	103	103

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



Γράφημα 10: Διάγραμμα διασποράς για GHQ 28 με STAIY1

4.9 Συζήτηση -Συμπεράσματα

Βασικός στόχος της εργασίας ήταν να διερευνήσει τις επιδράσεις που ασκεί το άγχος στη σωματική και ψυχική υγεία της εγκύου. Η περίοδος της κύησης συνιστά μια ιδιαίτερη φάση στη ζωή κάθε γυναίκας και χαρακτηρίζεται από πλήθος σωματικών και ψυχολογικών αλλαγών. Σε φυσιολογικές συνθήκες οι περισσότερες γυναίκες βιώνουν ελάχιστο άγχος σχετικά με τη εξέλιξη της εγκυμοσύνης τους, υιοθετούν υγιεινό τρόπο ζωής και επιδιώκουν να ενημερωθούν σχετικά με τρόπους χαλάρωσης και εκτόνωσης της υπέρτασης που πιθανόν αισθάνονται. Ωστόσο, σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρατηρείται συχνά έξαρση στην εκδήλωση συμπτωματολογίας αγχωδών αλλά και ευρύτερων ψυχικών διαταραχών που, ξεπερνώντας κάποια φυσιολογικά όρια, καθίσταται παθολογική (Hobel, 2008).

Τα σύνδρομα άγχους και στρες που καταλαμβάνουν τις έγκυες γυναίκες αποτελούν συνισταμένες ποικίλων αιτιολογικών παραγόντων που αλληλεπιδρούν πυροδοτώντας την εκδήλωση της συναισθηματικής τους αστάθειας (Γαλάνης και συν., 2018). Σύμφωνα, λοιπόν, με επιστημονικά δεδομένα, το περιγεννητικό άγχος μπορεί να αποδοθεί: α) στις φυσιολογικές ανησυχίες που προβληματίζουν τις γυναίκες, οι οποίες βρίσκονται στην έναρξη μιας νέας φάσης της ζωής τους (Wigert, 2020), β) στο βεβαρυμμένο μαιευτικό ιστορικό που μπορεί να προσδώσει τραυματικό χαρακτήρα στην εγκυμοσύνη και τον επικείμενο τοκετό (Gravensteen et al., 2018), γ) στην χαμηλή αυτοεκτίμηση ορισμένων γυναικών που ταυτίζουν την κύηση με την παραμέληση της σωματικής τους εικόνας (Clark et al., 2009), δ) σε προηγούμενο ιστορικό, ατομικό ή οικογενειακό, ψυχικών διαταραχών και αγχωτικών επεισοδίων (Byrnes, 2018), ε) στο ελλιπές, στενό και ευρύτερο, υποστηρικτικό περιβάλλον που θα δρούσε ψυχοπροφυλακτικά για την έγκυο γυναίκα (Lancaster et al., 2010), στ) σε κοινωνικές/δημογραφικές παραμέτρους (ηλικία, οικονομική κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο κ.λπ.) που επηρεάζουν τον τρόπο προσέγγισης του γεγονότος της εγκυμοσύνης από τη γυναίκα (Silva – Perez et al., 2019, Meltzer – Brody et al., 2013) και ζ) σε στρεσογόνα ή δυσάρεστα συμβάντα της καθημερινότητας που δε σχετίζονται με την κύηση στιγματίζουν, όμως, τον ευάλωτο ψυχικό κόσμο της εγκύου που βυθίζεται σε δίνη δυσφορικών συναισθημάτων (Koleva et al., 2011).

Οι περισσότερες μελέτες αποδεικνύουν ότι το μητρικό άγχος κατά τη διάρκεια της κύησης μπορεί να επηρεάσει πολλαπλά τη σωματική και ψυχική υγεία της εγκύου, την ομαλή εξέλιξη της κύησης και την υγιή ανάπτυξη του εμβρύου (Williams et al., 2014). Η ίδια η έγκυος πλήττεται από συναισθηματικές διαταραχές που δεν μπορεί να διαχειριστεί και που έχουν ως αποτέλεσμα να χάνει την ενεργητικότητά της, την αυτοπεποίθησή της και να πλάθει δυσάρεστα σενάρια για την ίδια και το έμβρυο που κλονίζουν την ηρεμία της (Soto – Balbuena, 2018). Ακόμα χειρότερο είναι το γεγονός ότι οι αγχώδεις διαταραχές εδραιώνονται στην ψυχοσύνθεση της εγκύου, καθιστούν τη ζωή της γυναίκας εξαιρετικά δύσκολη, ακόμα και μετά τον τοκετό, οδηγούν σε καταθλιπτικά επεισόδια (Latendresse, 2009) ακόμα και σε αυτοκαταστροφικές τάσεις (Shakespeare&Knight, 2017). Οι διαταραχές του άγχους σχετίζονται και με συμπτωματολογία σωματικών δυσλειτουργιών, καθώς, σύμφωνα με πορίσματα ερευνών, προκαλούνται διαταραχές στον ύπνο, απώλεια ενέργειας και αίσθηση εξάντλησης, πονοκέφαλοι, ζαλάδες, καρδιοαγγειακά προβλήματα, διαταραχές στις διατροφικές συνήθειες με επακόλουθα προβλήματα σωματικού βάρους (Avni – Barrot&Wiegartz, 2011).

Πέρα από τις επιπτώσεις που υφίσταται η έγκυος γυναίκα, κάτω από τις πιεστικές συνθήκες που δημιουργούν οι διαταραχές άγχους, το μεγαλύτερο μέρος των επιστημονικών μελετών επισημαίνει τις σοβαρές αρνητικές συνέπειες της κακής ψυχολογίας της μητέρας στην ομαλή αναπτυξιακή πορεία του εμβρύου. Το άγχος δημιουργεί ακατάλληλο περιβάλλον για υγιή κυοφορία επιβαρύνοντας το έμβρυο με πλήθος δυσλειτουργιών που μπορεί να το ακολουθούν και μετά τη γέννησή του (Rakersetal., 2017). Σημαντική αρνητική παράμετρος που απορρέει από τη βίωση αρνητικών συναισθημάτων από την πλευρά της εγκύου είναι ότι κλονίζεται η σχέση μητέρας και παιδιού, κάτι που έχει και κοινωνικές προεκτάσεις, αφού παιδιά με ελλιπή μητρική φροντίδα αποκτούν συναισθηματικά κενά και προβληματικές συμπεριφορές στη μετέπειτα ζωή τους (Dunkel – Schetter&Tanner, 2012). Ακραία εκδήλωση της διατάραξης του δεσμού μητέρας – παιδιού αποτελεί η τάση κάποιων γυναικών να βλάψουν τα νεογνά τους (Barr&Beck, 2008).

Όσον αφορά τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, τα συμπεράσματα συγκλίνουν στη διαπίστωση μετρίου επιπέδου άγχους σε εγκυμονούσες που κλήθηκαν να συμπληρώσουν σχετικά ερωτηματολόγια. Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 103 εγκυμονούσες, μέσης ηλικίας 34.4 έτη και η συμμετοχή τους

ήταν εθελοντική (Τυπική απόκλιση = 5.8, Διάμεση τιμή = 34). Σε ότι αφορά την κλίμακα «STAI-Y1», που διερευνούσε την κατάσταση άγχους την ώρα που συμπληρωνόταν το ερωτηματολόγιο, οι στατιστικοί δείκτες του δείγματος δηλώνουν ένα μέτριο επίπεδο καταστασιακού άγχους. Οι αντίστοιχοι δείκτες της κλίμακας «STAI-Y2», που διερευνά συνθήκες μόνιμου άγχους στους ερωτώμενους, δείχνουν, επίσης, ένα μέτριο επίπεδο δομικού άγχους. Οι τιμές της κλίμακας «GHQ-28», που διερευνούν πιθανή ψυχοπαθολογία στο γενικό πληθυσμό, τείνουν σημαντικά προς μία θετικότερη κλιμάκωση της ψυχοπαθολογίας.

Ωστόσο υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν ότι η διακύμανση των επιπέδων άγχους της εγκύου εξαρτάται από πολλούς ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες και δεν είναι εύκολο να προσδιοριστεί με σαφήνεια. Σε έρευνά τους οι Χατζημιχάλογλου, Καλλία και Μπουρουτζόγλου (2005) επισημαίνουν ότι η ψυχολογική αντίδραση της γυναίκας, όσο προετοιμασμένη και να είναι για τον ερχομό ενός μωρού, επιφορτίζεται με επιπλέον άγχος πέρα από αυτό της καθημερινότητας.

Λαμβάνοντας υπόψη τα περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος που απάντησε στα ερωτηματολόγια και τα οποία σχετίζονται άμεσα με τις απαντήσεις που δόθηκαν διαπιστώνουμε ότι η συντριπτική πλειονότητα των γυναικών που δήλωσαν μέτριο άγχος ήταν έγγαμες, ενώ οι περισσότερες διένυαν την πρώτη τους εγκυμοσύνη. Πράγματι, οι Μωραΐτου και Σταλίκας (2004) επισημαίνουν ότι το σταθερό οικογενειακό περιβάλλον και η καλή σχέση μεταξύ των συντρόφων μετριάξει τα συναισθήματα άγχους των εγκύων γυναικών. Διαφοροποίηση υπάρχει ως προς την πρωτοτοκία, καθώς ο Wigert (2020) υποστηρίζει πως οι γυναίκες που διανύουν την πρώτη τους εγκυμοσύνη βιώνοντας μια ανεπανάληπτη εμπειρία διακατέχονται από ιδιαίτερης έντασης συναισθήματα ανασφάλειας και φόβου.

Η μετρίαση του άγχους σχετίζεται και με το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών του δείγματος, σύμφωνα με την παρούσα έρευνα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθεισών ήταν απόφοιτες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Πράγματι, οι Cantarutti et al. (2017) επεσήμαναν ότι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των γυναικών συνιστά προδιαθεσιακό παράγοντα για την εμφάνιση στρεσογόνων αντιδράσεων, καθώς στερεί από την έγκυο τη δυνατότητα επαρκούς ενημέρωσης σχετικά με τη διαδικασία της κύησης και του τοκετού.

Οι περισσότερες γυναίκες του δείγματος δήλωσαν εργαζόμενες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης με το χρόνο απασχόλησης να κατανέμεται ισομερώς ανάμεσα στα τρία τρίμηνα της εγκυμοσύνης. Οι έρευνες αποδεικνύουν ότι η εργασία είναι παράγοντας που συνδέεται καθοριστικά με την εξέλιξη της εγκυμοσύνης. Οι Silva – Perez et al. (2019) επεσήμαναν ότι, όταν λόγω προβλημάτων η έγκυος δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις επαγγελματικές της υποχρεώσεις, δημιουργείται ασφυκτικός κλοιός με τη σκέψη των νέων, δαπανηρών υποχρεώσεων που σηματοδοτεί ο ερχομός ενός παιδιού.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων γυναικών του δείγματος δήλωσαν ότι δεν κάπνιζαν ούτε πριν ούτε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αυτό σημαίνει ότι η απουσία επιβλαβών συνηθειών και η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής μετριάζει και το γενικότερο άγχος και το στρες της εγκυμοσύνης και διασφαλίζει την υγεία της εγκύου και του εμβρύου. Σχετικά με αυτό τα επιστημονικά ευρήματα είναι σαφή. Η μελέτη των Μωραΐτου και συν. (2003) αναδεικνύουν πόσο καθοριστικά είναι για την ομαλή ψυχική και σωματική ευεξία της μέλλουσας μητέρας η αποφυγή κακών έξεων και η εύρεση τρόπων χαλάρωσης και ψυχοπροφύλαξης μέσα από την υγιεινή διατροφή, την άσκηση και τη θετική σκέψη.

Τέλος η ηλικία της εγκυμονούσας έχει συχνά συσχετιστεί με την εμφάνιση διαταραχών άγχους. Στη συγκεκριμένη μελέτη από τους υπό μελέτη παράγοντες, μόνο η ηλικία μπορεί να προβλέψει, στατιστικώς σημαντικά, τη βαθμολογία της κλίμακας «STAI Y2». Συγκεκριμένα, για κάθε 1 έτος αύξηση της ηλικίας, δοθέντος ότι οι υπόλοιποι παράγοντες παραμένουν σταθεροί, προβλέπεται αύξηση στη βαθμολογία της κλίμακας «STAI Y2» 0.318 μονάδες. Αντίστοιχα, οι Meltzer – Brody et al. (2013) διευκρινίζουν ότι οι μικρότερες ηλικίες δεν μπορούν να διαχειριστούν εύκολα το γεγονός της εγκυμοσύνης, ενώ όσο προχωρά η ηλικία οι γυναίκες ωριμάζουν, αποκαθίστανται οικογενειακά και επαγγελματικά και είναι περισσότερο έτοιμες να βιώσουν αυτή την εμπειρία και να μετριάσουν το άγχος τους. Από την άλλη πλευρά, μελέτες όπως αυτή των Χάρου και Ανδριοπούλου (2012) αναφέρουν ότι υπάρχει περίπτωση η μεγαλύτερη ηλικία της εγκύου να συνιστά στρεσογόνο παράγοντα λόγω των ανειλημμένων επαγγελματικών υποχρεώσεων ή λόγω των κινδύνων που μπορεί να αυξάνονται για την έγκυο και το έμβρυο με την πάροδο του χρόνου.

Η «Γραμμική Διμεταβλητή Συσχέτιση» (Linear Bivariate Correlation), ανάμεσα στις βαθμολογίες των ερωτηματολογίων STAI-Y1 και GHQ-28 και ανάμεσα στις βαθμολογίες των ερωτηματολογίων STAI-Y2 και GHQ-28 κατέγραψε στατιστικώς ισχυρή θετική συσχέτιση. Αυτό σημαίνει ότι τα συναισθήματα καταστασιακού και δομικού άγχους που περιέγραψαν οι ερωτηθείσες σχετίζονται με τη γενικότερη ψυχοπαθολογία των ατόμων που εξαρτάται και από άλλους παράγοντες που συναρτούν την καθημερινότητά τους. Πράγματι, σε έρευνά τους οι Dunkel – Schetter&Tanner (2012) κάνουν σαφές ότι όταν οι γυναίκες έχουν γενικά καλή ψυχική υγεία, αισθάνονται ασφάλεια και έχουν οργανώσει τη ζωή τους με τον τρόπο που θέλουν είναι πιο εύκολο να προετοιμαστούν για την εγκυμοσύνη και να τη βιώσουν ως ένα πολυπόθητο και χαρμόσυνο γεγονός.

Ως καταλληλότερη μέθοδος, για την συλλογή των δεδομένων της παρούσας μελέτης, κρίθηκε η δειγματοληψία «ευκολίας», καθώς εντάχθηκαν στη μελέτη όσες γυναίκες πληρούσαν τα κριτήρια και ήταν πρόθυμες να συμμετάσχουν στην έρευνα. Βέβαια, η ερευνητική χρησιμότητα και η αντιπροσωπευτικότητα ενός τέτοιου δείγματος είναι αμφισβητήσιμη και αφορά σε πιλοτικές έρευνες καθώς δεν ενδείκνυται για εξαγωγή γενικευμένων συμπερασμάτων. Ωστόσο, αυτή η τεχνική δειγματοληψίας είναι ευρέως διαδεδομένη όταν δεν υπάρχει άμεση πρόσβαση σε ολόκληρο τον, υπό μελέτη, πληθυσμό. Σε αυτή την περίπτωση, το επιχείρημα της αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος και της γενικευσιμότητας των αποτελεσμάτων αντιστρέφεται. Συγκεκριμένα, θεωρείται ότι τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να γενικευθούν σε πληθυσμούς που έχουν χαρακτηριστικά παρόμοια με αυτά του δείγματος.

Μετά την ολοκλήρωση της ερευνητικής αυτής εργασίας προτείνεται περαιτέρω διερεύνηση του έργου ως προς τις αρνητικές επιδράσεις που ασκεί το άγχος στην σωματική και ψυχική υγεία της εγκύου προκειμένου να ολοκληρωθεί η εικόνα για τους παράγοντες που επιβαρύνουν την ήδη εύθραυστη ψυχοσωματική υπόσταση των γυναικών που κυοφορούν. Ιδιαίτερη βαρύτητα κρίνεται επιβεβλημένο να δοθεί μέσω της επιστημονικής έρευνας στην αντιμετώπιση και, ειδικότερα, στην πρόληψη των περιγεννητικών διαταραχών. Τα σύνδρομα του περιγεννητικού άγχους και άλλων ψυχικών διαταραχών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν πρέπει να υποτιμώνται. Είναι απαραίτητο η εγκυμονούσα να είναι ενήμερη, να αποζητά απαντήσεις στα ερωτήματα και τους προβληματισμούς της και να εμπιστεύεται τους

ειδικούς προκειμένου να ανακουφιστεί από τη δυσάρεστη συμπτωματολογία και να φέρει εις πέρας με επιτυχία το δύσκολο ταξίδι προς τη μητρότητα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξεπόλωση

1. Abramowitz, J.S., Meltzer-Brody, S., Leserman, J., Killenberg, S., Rinaldi, K., Mahaffey, B.L. & Pedersen, C. (2010). Obsessional thoughts and compulsive behaviors in a sample of women with postpartum mood symptoms, *Arch Women's Men Health*, 13, 523–530.
2. Alio, A.P., Lewis, C.A., Scarborough, K., Harris, K. and Fiscella, K. (2013). A community perspective on the role of fathers during pregnancy: a qualitative study, *BMC Pregnancy Childbirth*, 13(1), 60.
3. Almlı, L. M., Fani, N., Smith, A. K., &Ressler, K. J. (2014). Genetic approaches to understanding post-traumatic stress disorder, *The international journal of neuropsychopharmacology*, 17(2), 355–370.
4. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC.
5. Avni-Barron, O., &Wiegartz, P. S. (2011). Issues in treating anxiety disorders in pregnancy: understanding the causes to make better treatment decisions, *Psychiatric Times*, 28(9), 47.
6. Azogh, M., Shakiba, M., &Navidian, A. (2018). The Effect of Psycho education on Anxiety in Subsequent Pregnancy Following Stillbirth: A Quasi-Experimental Study, *Journal of family & reproductive health*, 12(1), 42–50.
7. Barr, J. A., & Beck, C. T. (2008). Infanticide secrets: qualitative study on postpartum depression, *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 54(12), 1716–1717.e5.
8. Bauer, A., Knapp, M. and Parsonage, M. (2016). Lifetime costs of perinatal anxiety and depression, *Journal of Affective Disorders*, 192, 83-90.
9. Bayrampour, H., Ali, E., McNeil, D.A., Benzies, K., Macqueen, G., Tough, S. (2016). Pregnancy-related anxiety: A concept analysis, *Int J Nurs Stud*, 55,115-30.
10. Beck, C.T. &Indman, P. (2005). The many faces of postpartum depression, *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 34(5), 569-76.
11. Benute, G. R., Nomura, R. M., Reis, J. S., Fraguas Junior, R., Lucia, M. C., &Zugaib, M. (2010). Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes, *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*, 65(11), 1127–1131.

12. Biaggi, A., Conroy, Σ., Pariante, C.M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review, *Journal of Affective Disorders*, 191, 62-77.
13. Bookari, K., Yeatman, H., & Williamson, M. (2017). Informing Nutrition Care in the Antenatal Period: Pregnant Women's Experiences and Need for Support, *BioMed research international*, (2017), 4856527.
14. Bowen, A., Baetz, M., Schwartz, L., Balbuena, L., Muhajarine, N. (2014). Antenatal group therapy improves worry and depression symptoms, *Isr J Psychiatry Relat Sci.*, 51(3), 226-31.
15. Brockington, I. (2005). A Historical Perspective on the Psychiatry of Motherhood. Στο: Riecher-Rössler A, Steiner M (eds): *Perinatal Stress, Mood and Anxiety Disorders*, From Bench to Bedside, Bibl Psychiatr. Basel, Karger.
16. Byatt, N., Deligiannidis, K. M., & Freeman, M. P. (2013). Antidepressant use in pregnancy: a critical review focused on risks and controversies, *Actapsychiatrica Scandinavica*, 127(2), 94–114.
17. Byrnes, L. (2018). Perinatal Mood and Anxiety Disorders, *Journal for Nurse Practitioners*, 14 (7), 507-513.
18. Buttner, M.M., O'Hara, M.W., Watson, D. (2012). The structure of women's mood in the early postpartum. *Assessment*, 19(2), 247-56.
19. Cantarutti, A., Franchi, M., Monzio Compagnoni, M. et al. (2017). Mother's education and the risk of several neonatal outcomes: an evidence from an Italian population-based study, *BMC Pregnancy Childbirth*, 17, 221.
20. Carter, D. & Kostaras, X. (2006). Psychiatric disorders in pregnancy, *BC Medical Journal*, 47(2), 96-99.
21. Challacombe, F.L. & Wroe, A.L. (2013). A hidden problem: consequences of the misdiagnosis of perinatal obsessive–compulsive disorder, *British Journal of General Practice*, 63(610), 275-276.
22. Clark A, Skouteris H, Wertheim EH, Paxton SJ, Milgrom J. (2009). The relationship between depression and body dissatisfaction across pregnancy and the postpartum: a prospective study, *J Health Psychol.*, 14, 27–35.
23. Cookson, H., Granell, R., Joinson, C., Ben-Shlomo, Y., & Henderson, A. J. (2009). Mothers' anxiety during pregnancy is associated with asthma in their children, *The Journal of allergy and clinical immunology*, 123(4), 847–853.e11.

24. Daley, A., Riaz, M., Lewis, S. et al. (2018). Physical activity for antenatal and postnatal depression in women attempting to quit smoking: randomized controlled trial, *BMC Pregnancy Childbirth*, 18, 156.
25. Deligiannidis, K. M., & Freeman, M. P. (2014). Complementary and alternative medicine therapies for perinatal depression. Best practice & research, *Clinical obstetrics & gynaecology*, 28(1), 85–95.
26. Dunkel-Schetter, C., & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice, *Current opinion in psychiatry*, 25(2), 141–148.
27. Elsenbruch, S., Benson, S., Rücke, M., Rose, M., Dudenhausen, J., Pincus-Knackstedt, M.K., Klapp, B.F., Arck, P.C. (2007). Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome, *Human Reproduction*, 22(3), 869–877.
28. Etheridge, J., & Slade, P. (2017). "Nothing's actually happened to me.": the experiences of fathers who found childbirth traumatic, *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 80.
29. Fair F, Raben L, Watson H, Vivilaki V, van den Muijsenbergh M, Soltani H, et al. (2020). Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review, *PLoS ONE*, 15(2), e0228378.
30. Ferreira, C. R., Orsini, M. C., Vieira, C. R., do Amarante Paffaro, A. M., & Silva, R. R. (2015). Prevalence of anxiety symptoms and depression in the third gestational trimester, *Arch Gynecol Obstet*, 291(5), 999-1003.
31. Ford, E., Lee, S., Shakespeare, J. & Ayers, S. (2017). Diagnosis and management of perinatal depression and anxiety in general practice: a meta-synthesis of qualitative studies, *British Journal of General Practice*, 67 (661), e538-e546.
32. Forray, A., Focseneanu, M., Pittman, B., McDougle, C. J., & Epperson, C. N. (2010). Onset and exacerbation of obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period, *The Journal of clinical psychiatry*, 71(8), 1061–1068.
33. Furuta, M., Horsch, A., Ng, E., Bick, D., Spain, D., & Sin, J. (2018). Effectiveness of Trauma-Focused Psychological Therapies for Treating Post-

- traumatic Stress Disorder Symptoms in Women Following Childbirth: A Systematic Review and Meta-Analysis, *Frontiers in psychiatry*, 9, 591.
34. Genesoni, L. & Tallandini, M.A. (2009). Men's psychological transition to fatherhood: an analysis of the literature, 1989–2008, *Birth.*, 36: 305-318
 35. Giurgescu, C., & Templin, T. N. (2015). Father Involvement and Psychological Well-Being of Pregnant Women, *MCN, The American journal of maternal child nursing*, 40(6), 381–387.
 36. Goodman, J. H. (2009). Women's attitudes, preferences, and perceived barriers to treatment for perinatal depression, *Birth: Issues in Perinatal Care*, 36(1), 60–69.
 37. Goodman, A.E. (2014). *Margery Kempe and her world*, Routledge, London.
 38. Gravensteen, I. K., Jacobsen, E. M., Sandset, P. M., Helgadottir, L. B., Rådestad, I., Sandvik, L., & Ekeberg, Ø. (2018). Anxiety, depression and relationship satisfaction in the pregnancy following stillbirth and after the birth of a live-born baby: a prospective study, *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 41.
 39. Grigoriadis, S., de Camps Meschino, D., Barrons, E. et al. (2011). Mood and anxiety disorders in a sample of Canadian perinatal women referred for psychiatric care, *Arch Women's Men Health*, 14, 325–333.
 40. Grigoriadis S, Graves L, Peer M, et al. (2018). Maternal anxiety during pregnancy and the association with adverse perinatal outcomes: systematic review and meta-analysis, *J Clin Psychiatry*, 79(5), 17r12011.
 41. Hasanjanzadeh, P., & Faramarzi, M. (2017). Relationship between Maternal General and Specific-Pregnancy Stress, Anxiety, and Depression Symptoms and Pregnancy Outcome, *Journal of clinical and diagnostic research : JCDR*, 11(4), VC04–VC07.
 42. Henshaw, C., Foreman, D., & Cox, J. (2004). Postnatal blues: a risk factor for postnatal depression, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(3-4), 267-272.
 43. Hobel, C. J., Goldstein, A., Barrett, E, (2008). Psychosocial Stress and Pregnancy Outcome, *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 51(2), 333-348.
 44. Koleva, H., Stuart, S., O'Hara, M. W., & Bowman-Reif, J. (2011). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy, *Archives of women's mental health*, 14(2), 99–105.

45. Krebs, P., Norcross, J.C., Nicholson, J.M., Prochaska, J.O. (2018). Stages of change and psychotherapy outcomes: A review and meta-analysis, *J Clin Psychol.*, 74(11), 1964-1979.
46. Lancaster, C. A., Gold, K. J., Flynn, H. A., Yoo, H., Marcus, S. M., & Davis, M. M. (2010). Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review, *American journal of obstetrics and gynecology*, 202(1), 5–14.
47. Latendresse G. (2009). The interaction between chronic stress and pregnancy: preterm birth from a biobehavioral perspective, *Journal of midwifery & women's health*, 54(1), 8–17.
48. Lissek, S., Kaczkurkin, A. N., Rabin, S., Geraci, M., Pine, D. S., &Grillon, C. (2014). Generalized anxiety disorder is associated with overgeneralization of classically conditioned fear, *Biological psychiatry*, 75(11), 909–915.
49. Lothian, J. A. (2008). The journey of becoming a mother, *The Journal of perinatal education*,17(4), 43.
50. Malary, M., Shahhosseini, Z., Pourasghar, M., &Hamzehgardeshi, Z. (2015). Couples Communication Skills and Anxiety of Pregnancy: A Narrative Review, *Materia socio-medical*, 27(4), 286–290.
51. Marland, H. (2004). *Dangerous motherhood: Insanity and childbirth in Victorian Britain*, Palgrave Macmillan UK.
52. McLeish, J. &Redshaw, M. (2017). Mothers’ accounts of the impact on emotional wellbeing of organized peer support in pregnancy and early parenthood: a qualitative study, *BMC Pregnancy Childbirth*, 17, 28.
53. Meltzer-Brody, S., Bledsoe-Mansori, S. E., Johnson, N., Killian, C., Hamer, R. M., Jackson, C., Wessel, J., & Thorp, J. (2013). A prospective study of perinatal depression and trauma history in pregnant minority adolescents, *American journal of obstetrics and gynecology*, 208(3), 211.e1–211.e2117.
54. Meo, S.A. &Hassain, A. (2016). Metabolic Physiology in Pregnancy, *J Pak Med Assoc.*, 66(9 Suppl 1), S8-S10.
55. Mina, T. H., Denison, F. C., Forbes, S., Stirrat, L. I., Norman, J. E., & Reynolds, R. M. (2015). Associations of mood symptoms with ante-and postnatal weight change in obese pregnancy are not mediated by cortisol, *Psychol Med*, 45(15), 3133-3146.

56. Misri, S., Kendrick, K. (2007). Treatment of perinatal mood and anxiety disorders: a review, *Can J Psychiatry*, 52(8), 489-98.
57. Misri, S., Abizadeh, J., Sanders, S., & Swift, E. (2015). Perinatal Generalized Anxiety Disorder: Assessment and Treatment, *Journal of women's health*, 24(9), 762–770.
58. Modarres, M., Afrasiabi, S., Rahnama, P., & Montazeri, A. (2012). Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms, *BMC pregnancy and childbirth*, 12, 88.
59. Motapanyane, M. (Ed.). (2016). *Motherhood and Single-Lone Parenting: A Twenty-First Century Perspective*, Bradford, ON: Demeter Press.
60. Nakhai-Pour, H. R., Broy, P., & Bérard, A. (2010). Use of antidepressants during pregnancy and the risk of spontaneous abortion, *CMAJ*, 182(10), 1031–1037.
61. Nechita, D., Nechita, F., Motorga R. (2018). A review of the influence the anxiety exerts on human life, *Rom J Morphol Embryol*, 59(4), 1045-1051.
62. Nilsson, C., Hessman, E., Sjöblom, H., Dencker, A., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., Sparud-Lundin, C., Wigert, H., & Begley, C. (2018). Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review, *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 28.
63. O'Brien, A. P., McNeil, K. A., Fletcher, R., Conrad, A., Wilson, A. J., Jones, D., & Chan, S. W. (2017). New Fathers' Perinatal Depression and Anxiety-Treatment Options: An Integrative Review, *American journal of men's health*, 11(4), 863–876.
64. O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and etiology, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 3-12.
65. Orsolini, L., Valchera, A., Vecchiotti, R., Tomasetti, C., Iasevoli, F., Fornaro, M., De Berardis, D., Perna, G., Pompili, M., & Bellantuono, C. (2016). Suicide during Perinatal Period: Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Correlates, *Frontiers in psychiatry*, 7, 138.
66. Pan, W., Chang, C., Chen, S. et al. (2019). Assessing the effectiveness of mindfulness-based programs on mental health during pregnancy and early motherhood - a randomized control trial, *BMC Pregnancy Childbirth*, 19, 346

67. Patel, S. R., & Wisner, K. L. (2011). Decision making for depression treatment during pregnancy and the postpartum period, *Depression and anxiety*, 28(7), 589–595.
68. Pitman, R. K., Rasmusson, A. M., Koenen, K. C., Shin, L. M., Orr, S. P., Gilbertson, M. W., Milad, M. R., & Liberzon, I. (2012). Biological studies of post-traumatic stress disorder, *Nature reviews, Neuroscience*, 13(11), 769–787.
69. Rakers, F., Rupprecht, S., Dreiling, M., Bergmeier, C., Witte, O.W., Schwab, M. (2017). Transfer of maternal psychosocial stress to the fetus, *Neurosci Biobehav Rev.*, S0149-7634(16)30719-9.
70. Røsand, G. M., Slinning, K., Eberhard-Gran, M., Røysamb, E., & Tambs, K. (2011). Partner relationship satisfaction and maternal emotional distress in early pregnancy, *BMC public health*, 11, 161.
71. Rose, M. S., Pana, G., & Premji, S. (2016). Prenatal Maternal Anxiety as a Risk Factor for Preterm Birth and the Effects of Heterogeneity on This Relationship: A Systematic Review and Meta-Analysis, *BioMed research international*, 8312158.
72. Rubinchik, S. M., Kablinger, A. S., & Gardner, J. S. (2005). Medications for panic disorder and generalized anxiety disorder during pregnancy, *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 7(3), 100–105.
73. Shakespeare, J., & Knight, M. (2017). The Confidential Enquiry into Maternal Deaths 2015: lessons for GPs, *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 67(658), 233–234.
74. Santiago, S. E., Park, G. H., & Huffman, K. J. (2013). Consumption habits of pregnant women and implications for developmental biology: a survey of predominantly Hispanic women in California, *Nutrition journal*, 12, 91.
75. Schuyler, D. (2016). Anxiety, *Prim Care Companion CNS Disord.*, 18(5).
76. Schwab, W., Marth, C., & Bergant, A. M. (2012). Post-traumatic Stress Disorder Post-Partum: The Impact of Birth on the Prevalence of Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) in Multiparous Women, *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 72(1), 56–63.
77. Shahhosseini, Z., Poursaghar, M., Khalilian, A., & Salehi, F. (2015). A Review of the Effects of Anxiety During Pregnancy on Children's Health, *Materia socio-medica*, 27(3), 200–202.

78. Sigalla, G. N., Rasch, V., Gammeltoft, T., Meyrowitsch, D. W., Rogathi, J., Manongi, R., & Mushi, D. (2017). Social support and intimate partner violence during pregnancy among women attending antenatal care in Moshi Municipality, Northern Tanzania, *BMC public health*, 17(1), 240.
79. Silva-Perez L J, Gonzalez-Cardenas N, Surani S, et al. (2019). Socioeconomic Status in Pregnant Women and Sleep Quality During Pregnancy, *Cureus*, 11(11), e 6183.
80. Silveira, M. L., Ertel, K. A., Dole, N., & Chasan-Taber, L. (2015). The role of body image in prenatal and postpartum depression: a critical review of the literature, *Archives of women's mental health*, 18(3), 409–421.
81. Sinesi, A., Maxwell, M., O'Carroll, R., & Cheyne, H. (2019). Anxiety scales used in pregnancy: systematic review, *BJ Psych open*, 5(1), e5.
82. Soto-Balbuena, C. et al., (2018). Incidence, prevalence and risk factors related to anxiety symptoms during pregnancy, *Psicothema*, 30(3), 257-263.
83. Spencer, L. et al. (2015). The effect of weight management interventions that include a diet component on weight-related outcomes in pregnant and postpartum women: a systematic review protocol, *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation*, 13(1), 88-98.
84. Theriot, N. (1989). Diagnosing Unnatural Motherhood: Nineteenth-century Physicians and 'Puerperal Insanity'. *American Studies*, 69-88.
85. The International Marcé Society for Perinatal Mental Health, Διαθέσιμο στο: <https://marcesociety.com/about/history/>
86. Trevathan, W. R., & Rosenberg, K. R. (2014). Caesarean section, *Evolution, medicine and public health*, 2014(1), 164.
87. Veringa, I. K., de Bruin, E. I., Bardacke, N., Duncan, L. G., van Steensel, F. J., Dirksen, C. D., & Bögels, S. M. (2016). 'I've Changed My Mind', Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP) for pregnant women with a high level of fear of childbirth and their partners: study protocol of the quasi-experimental controlled trial, *BMC psychiatry*, 16(1), 377.
88. Werner-Bierwisch, T., Pinkert, C., Niessen, K., Metzger, S., & Hellmers, C. (2018). Mothers' and fathers' sense of security in the context of pregnancy, childbirth and the postnatal period: an integrative literature review, *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 473.

89. Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., Sparud-Lundin, C., Mollberg, M., & Patel, H. (2020). Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies, *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 15(1), 1704484.
90. Williams, J. et al. (2014). *Best Practice Guidelines for Mental Health Disorders in the Perinatal Period*, BC Reproductive Mental Health Program.
91. Wisborg, K., Barklin, A., Hedegaard, M., Hendrickson, T.B. (2008). Psychological stress during pregnancy and stillbirth: prospective study, *BJog*, 115(7), 882-5.
92. Yonkers, K. A., Blackwell, K. A., Glover, J., & Forray, A. (2014). Antidepressant use in pregnant and postpartum women, *Annual review of clinical psychology*, 10, 369–392.

Ελληνική – Μεταφρασμένη

1. Αντωνίου, Ε., Βιβιλάκη, Β., Ρωμανίδου, Α., Ντάγκα, Δ., Βασιλάκη, Ε., Σουρανάκη, Ε., Κεφαλογιάννη, Α., Λεονταράκη, Ε. (2007). *Η γυναίκα και το νεογνό στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.
2. Γαλάνης, Π., Φρεγγίδου, Ε., Τσάτα, Ε., Κωνσταντακοπούλου, Ο., Μπιλάλη, Α., Βράκα, Ε., Θεοδώρου, Μ. (2018), Η επίδραση της κατάθλιψης στις συνήθειες ύπνου των εγκύων, *Το Βήμα Του Ασκληπιού*, 17(4), 314-332.
3. Ηλιάδου, Χ. Μ., Μαρόκα, Ε. (2014). Η επιρροή της ψυχοσωματικής κατάστασης της εγκύου στην ψυχολογία του εμβρύου, *Το Βήμα Του Ασκληπιού*, 13(3), 225-234.
4. Κακοσαίος, Ε. & Μπαμπάκος, Ν.Α. (2017). *Αγχώδεις διαταραχές*, Πτυχιακή εργασία, Ιωάννινα: Τ.Ε.Ι. Ηπείρου, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής.
5. Κρεατσάς, Γ. Κ. (2009). *Σύγχρονη γυναικολογία και μαιευτική*, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.
6. Lowdermilk, D.L. & Perry, S.E. (2006). *Νοσηλευτική μητρότητας*, 6η έκδ. Λυκερίδου, Α. (επιμ. - μτφ.), Δελτσίδου, Α. (επιμ. - μτφ.), Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δ., Αθήνα.

7. Λουκοπούλου, Α., Ευαγγελοπούλου, Β. &Μπεχράκης, Π. (2010). Κάπνισμα και κύηση, *ΠΝΕΥΜΩΝ*, 2(23), 153-159.
8. Μητρούση, Σ., Τραυλός, Α., Κούκια, Ε., Ζυγά, Σ. (2013). Θεωρίες άγχους: Μία κριτική ανασκόπηση, *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 6(1), 21-27.
9. Μπακιρτζόγλου, Σ. (2014). Η παιδοφόνος Μήδεια τότε και τώρα, *Ψυχογραφήματα*, Διαθέσιμο στο [:https://www.psychografimata.com/i-pedofonos -midia -tote-ke-tora/](https://www.psychografimata.com/i-pedofonos-midia-tote-ke-tora/) (α μέρος) <https://www.psychografimata.com/i-pedofonos-midia-tote-ke-tora-2/> (β μέρος) Ανάκτηση 3/4/2020.
10. Μωραΐτου Μ., Μπουρουτζόγλου Μ., Χατζημιχάλογλου Α., Καλλία Θ. (2003). Ανασκόπηση των φυσικών μεθόδων προετοιμασίας για τον τοκετό, *Ελευθώ*, 8(1), 36-42.
11. Μωραΐτου Μ. &Σταλίκας Α. (2004). Τα θετικά συναισθήματα κατά τη μετάβαση στη μητρότητα, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 2(4), 207-211.
12. Παπαχρήστος, Χ. (2002). Ο ρόλος του πατέρα στην εγκυμοσύνη, τον τοκετό, το μητρικό θηλασμό, *Ελευθώ*, 7(3), 102-109.
13. Πολυκανδριώτη, Μ., Κουτσοπούλου, Β. (2014). Άγχος σε μη-ψυχιατρικούς ασθενείς, *Το Βήμα Του Ασκληπιού*, 13(1), 54-65.
14. Χάρος, Δ.Ν., Ανδριοπούλου, Μ.Ν. (2012). Μητρικό stress και οι επιπτώσεις στην κύηση, *Ελευθώ*, 17(3), 111-115.
15. Χατζημιχάλογλου, Α., Καλλία, Θ. &Μπουρουτζόγλου, Μ. (2005). Η επίδραση του άγχους της εγκύου στην ψυχοσωματική εξέλιξη του εμβρύου, *Ελευθώ*, 10(2), 61-67.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (GHQ-28)

Παρακαλούμε διαβάστε τα παρακάτω προσεκτικά. Θα θέλαμε να ξέρουμε αν είχατε κάποια ενοχλήματα, και γενικά πως ήταν η υγεία σας τις **τελευταίες εβδομάδες**. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε **όλες** τις παρακάτω ερωτήσεις, σημειώνοντας την απάντηση που νομίζετε ότι σας ταιριάζει καλύτερα. Προσέξτε μόνο, θα θέλαμε να ξέρουμε τα **τωρινά και πρόσφατα** ενοχλήματα σας και όχι αυτά που είχατε στο παρελθόν. Έχει σημασία να προσπαθήσετε να απαντήσετε σε **όλες** τις ερωτήσεις.

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:

Αισθανόσαστε εντελώς καλά, απόλυτα υγιής;	Καλύτερα απ' ότι συνήθως 1	Το ίδιο όπως συνήθως 2	Χειρότερα απ' ότι Συνήθως 3	Πολύ χειρότερα απ' ότι συνήθως 4
	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
Νοιώθατε την ανάγκη για κάποιο δυναμωτικό;	1	2	3	4
Νοιώθατε εξαντλημένος/η & κακοδιάθετος/η;	1	2	3	4
Είχατε αισθανθεί πως είσαστε άρρωστος/η;	1	2	3	4
Είχατε καθόλου πόνους στο κεφάλι;	1	2	3	4
Νοιώθατε σφίξιμο ή βάρος στο κεφάλι;				

	1	2	3	4
Είχατε περιόδους που αισθανόσαστε κρυάδες ή εξάψεις;	1	2	3	4
Έχετε συχνά χάσει τον ύπνο σας επειδή ήσαστε ανήσυχος/η;	1	2	3	4
Έχετε δυσκολία να συνεχίσετε τον ύπνο σας χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείτε;	1	2	3	4
Έχετε αισθανθεί ότι βρισκόσαστε συνεχώς σε υπερένταση;	1	2	3	4
Είσατε οξύθυμος/η και αρπαζόσαστε εύκολα;	1	2	3	4
Νοιώθατε φόβο ή πανικό χωρίς σοβαρό λόγο;	1	2	3	4
Αισθανόσαστε πως σας έχουν καταπλακώσει οι καθημερινές ασχολίες;	1	2	3	4
Αισθανόσαστε συνεχώς νευρικός/ή και σε υπερδιέγερση;	Καλύτερα απ' ότι συνήθως 1	Το ίδιο όπως συνήθως 2	Χειρότερα απ' ότι Συνήθως 3	Πολύ χειρότερα απ' ότι συνήθως 4
Έχετε καταφέρει να είσατε δραστήριος/α και πάντα	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Μάλλον λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως

απασχολημένος/η;	1	2	3	4
-------------------------	----------	----------	----------	----------

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:

Σας παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνετε τις δουλειές σας	Γρηγορότερα απ' ότι συνήθως 1	Το ίδιο όπως Συνήθως 2	Περισσότερο απ' ότι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως 4
Αισθανόσαστε ότι σε γενικές γραμμές τα καταφέρνατε καλά;	Καλύτερα απ' ότι συνήθως 1	Περίπου το ίδιο 2	Χειρότερα απ' ότι συνήθως 3	Πολύ χειρότερα απ' ότι συνήθως 4
Είσαστε ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που κάνατε τις δουλειές σας;	Περισσότερο Ικανοποιημένος/η 1	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως 2	Λιγότερο ικανοποιημένος/η απ' ότι συνήθως 3	Πολύ λιγότερο ικανοποιημένος/η 4
Έχετε αισθανθεί ότι παίζετε χρήσιμο ρόλο σε ότι συμβαίνει γύρω σας;	Περισσότερο απ' ότι συνήθως 1	Το ίδιο όπως συνήθως 2	Λιγότερο χρήσιμο απ' ότι συνήθως 3	Πολύ λιγότερο χρήσιμο απ' ότι συνήθως 4
Αισθανόσαστε ικανός/ή να παίρνετε αποφάσεις για διάφορα θέματα;	Περισσότερο απ' ότι συνήθως 1	Το ίδιο όπως συνήθως 2	Λιγότερο απ' ότι συνήθως 3	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως 4
Μπορούσατε να χαρείτε τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σας;	Περισσότερο απ' ότι συνήθως 1	Το ίδιο όπως συνήθως 2	Λιγότερο απ' ότι συνήθως 3	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως 4
Σκεφτόσαστε πως δεν αξίζετε	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως 4

τίποτα;	1	2	3	4
Αισθανόσαστε πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως 4
Αισθανόσαστε πως δεν αξίζει κανείς να ζει;	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως 4
Σας πέρασε από το μυαλό η πιθανότητα να δώσετε τέλος στη ζωή σας;	Σίγουρα όχι 1	Δεν νομίζω 2	Πέρασε από το μυαλό μου 3	Σίγουρα το Σκέφτηκα 4
Βρίσκατε μερικές φορές ότι δεν μπορούσατε να κάνετε τίποτα γιατί τα νεύρα σας ήταν σε άσχημη κατάσταση;	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως 4
Πιάνατε τον εαυτό σας να εύχεται να είσαστε πεθαμένος/η και να είχατε ξεμπερδέψει απ' όλα;	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως 4
Βρίσκετε πως η ιδέα να δώσετε τέλος στη ζωή σας ερχόταν συνεχώς στο μυαλό σας;	Καθόλου 1	Δεν νομίζω 2	Πέρασε από το μυαλό μου 3	Σίγουρα ναι 4

--	--	--	--	--

STAI (Spielberger, 1970)

(Απόδοση και προσαρμογή για τον Ελληνικό πληθυσμό: Λιάκος & Γιαννίση, 1984)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Ακολουθεί μια σειρά προτάσεων, τις οποίες συχνά οι άνθρωποι χρησιμοποιούν, προκειμένου να περιγράψουν τον εαυτό τους.

Ενότητα 1: Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς που αντιστοιχεί στην απάντηση, η οποία θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο αυτή τη στιγμή.

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΚΑΠΩΣ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
1. Αισθάνομαι ήρεμος/η.	1	2	3	4
2. Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
3. Νοιώθω μια εσωτερική ένταση.	1	2	3	4
4. Έχω αγωνία.	1	2	3	4
5. Αισθάνομαι άνετα.	1	2	3	4
6. Αισθάνομαι αναστατωμένος/η.	1	2	3	4
7. Ανησυχώ για ενδεχόμενες ατυχίες.	1	2	3	4
8. Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	1	2	3	4
9. Αισθάνομαι άγχος.	1	2	3	4
10. Αισθάνομαι βολικά.	1	2	3	4
11. Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
12. Αισθάνομαι νευρική/ότητα.	1	2	3	4
13. Αισθάνομαι ήσυχος/η.	1	2	3	4
14. Βρίσκομαι σε διέγερση.	1	2	3	4
15. Είμαι χαλαρωμένος/η.	1	2	3	4
16. Αισθάνομαι ικανοποιημένος/η.	1	2	3	4
17. Ανησυχώ	1	2	3	4
18. Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή	1	2	3	4
19. Αισθάνομαι υπερένταση	1	2	3	4
20. Αισθάνομαι ευχάριστα	1	2	3	4

Ενότητα 2: Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς που αντιστοιχεί στην απάντηση, η οποία θεωρείτε ότι σας αντιπροσωπεύει περισσότερο γενικά στη ζωή σας.

	ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
21. Αισθάνομαι ευχάριστα.	1	2	3	4
22. Κουράζομαι εύκολα.	1	2	3	4
23. Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία.	1	2	3	4
24. Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος/η όσο φαίνεται να είναι οι άλλοι.	1	2	3	4
25. Μένω πίσω στις δουλειές μου, γιατί δε μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα.	1	2	3	4
26. Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	1	2	3	4
27. Είμαι ήρεμος/η, ψύχραιμος/η και συγκεντρωμένος/η.	1	2	3	4
28. Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται και δε μπορώ να τις ξεπεράσω.	1	2	3	4
29. Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία.	1	2	3	4
30. Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση.	1	2	3	4
31. Έχω την τάση να βλέπω τα πράγματα δύσκολα.	1	2	3	4
32. Μου λείπει η αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
33. Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
34. Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή μιας δυσκολίας.	1	2	3	4
35. Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση.	1	2	3	4
36. Είμαι ικανοποιημένος/η.	1	2	3	4
37. Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί.	1	2	3	4
38. Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά, ώστε δε μπορώ να τις διώξω από τη σκέψη μου.	1	2	3	4
39. Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας.	1	2	3	4
40. Έρχομαι σε μια κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης, όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες δυσκολίες και τα ενδιαφέροντά μου.	1	2	3	4

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:/...../20.....

1 ΗΛΙΚΙΑ:

3 ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

1^ο ΤΟΚΟΣ

2^ο ΤΟΚΟΣ

Πάνω από 3

5 ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:

ΠΟΛΗ

ΚΟΜΩΠΟΛΗ

ΧΩΡΙΟ

7 ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

ΕΩΣ 1^ο ΤΡΙΜΗΝΟΥ

ΕΩΣ 2^ο ΤΡΙΜΗΝΟ

ΕΩΣ ΤΕΛΟΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

8 ΚΑΤΝΙΣΜΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΑ ΤΣΙΓΓΑΡΑ _____

2 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΑΓΑΜΗ

ΕΓΓΑΜΗ

ΔΙΕΖΕΥΓΜΕΝΗ

ΧΗΡΑ

4 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

(δημοτικό/γυμνάσιο)

ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

(Λύκειο)

ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

(ΤΕΙ και Πανεπιστήμιο)

6 ΚΑΤΟΙΚΙΑ

ΜΕΝΩ

ΜΟΝΗ

ΧΩΡΙΣ

ΣΥΖΥΓΟ/ΣΥΝΤΡΟΦΟ

ΜΕΝΩ ΜΕ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΣΥΖΥΓΟ ΜΟΥ

ΜΕΝΩ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΜΟΥ

8 ΚΑΝΙΣΜΑ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΑ ΤΣΙΓΓΑΡΑ _____