

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ»

Επιβλέπων καθηγητής: Γρηγορόπουλος Ηρακλής

Ονόματα φοιτητριών: Μήχου Καλλιόπη

Παπαδοπούλου Καλλιόπη

Θεσσαλονίκη 2018

Περιεχόμενα

1.	Περίληψη.....	1
2.	Εισαγωγή.....	5
3.	Ψυχική υγεία: οι περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές και η κατάθλιψη	7
3.1.	Ιστορική ανασκόπηση για την περιγεννητική κατάθλιψη	10
4.	Η περιγεννητική κατάθλιψη (συμπτώματα, παράγοντες, διάγνωση και πρόληψη-αντιμετώπιση).....	17
4.1.	Συμπτώματα	18
4.2.	Παράγοντες	20
4.3.	Διάγνωση, πρόληψη και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων περιγεννητικής κατάθλιψης.....	26
5.	Οι επιπτώσεις της περιγεννητικής κατάθλιψης στο έμβρυο	34
6.	Ο ρόλος του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος	39
7.	Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία	45
8.	Οργανισμοί κοινωνικής υποστήριξης βοηθούν τις γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης	48
9.	Στατιστική Ανάλυση	52
9.1.	Στόχοι και ερευνητικά ερωτήματα	52
9.2.	Μέθοδος.....	53
9.3.	Δείγμα	53
9.4.	Μέσο συλλογής δεδομένων	54
9.4.1.	Ψυχομετρικό εργαλείο – ερωτηματολόγιο BDI.....	55

9.5.	Διαδικασία της έρευνας.....	57
10.	Αποτελέσματα της ανάλυσης.....	58
10.1.	Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	58
10.2.	Ιατρικό ιστορικό εγκύων.....	67
10.3.	Ανάλυση BDI.....	74
10.4.	Συνολικός δείκτης BDI.....	111
10.5.	Συσχετίσεις	113
11.	Συμπεράσματα.....	115
12.	Παράρτημα	118
13.	Βιβλιογραφία.....	124
13.1.	Ηλεκτρονικές πηγές.....	132

Λίστα Πινάκων

Πίνακας 1: Βασικά περιγραφικά στατιστικά της ηλικίας.....	58
Πίνακας 2: Συχνότητες για το επίπεδο εκπαίδευσης.....	60
Πίνακας 3: Συχνότητες για την οικογενειακή κατάσταση κατά τη διάρκεια της κύησης.....	61
Πίνακας 4: Συχνότητες για την επαγγελματική κατάσταση κατά τη διάρκεια της κύησης.....	63
Πίνακας 5: Συχνότητες για την οικονομική κατάσταση κατά τη διάρκεια της κύησης.....	64
Πίνακας 6: Συχνότητες για τις ικανοποιητικές συνθήκες στο σπίτι κατά τη διάρκεια της κύησης.....	66
Πίνακας 7: Συχνότητες για το προσωπικό ιστορικό ψυχικών νόσων.....	68
Πίνακας 8: Συχνότητες για το οικογενειακό ιστορικό ψυχικών νόσων.....	69
Πίνακας 9: Συχνότητες για το παθολογικό πρόβλημα στην κύηση.....	70
Πίνακας 10: Συχνότητες για την αποβολή στο παρελθόν.....	72
Πίνακας 11: Συχνότητες για την προηγούμενη εμπειρία τοκετού.....	73
Πίνακας 12: Συχνότητες για το συναίσθημα.....	75
Πίνακας 13: Συχνότητες για την απαισιοδοξία.....	76
Πίνακας 14: Συχνότητες για το αίσθημα αποτυχίας.....	78
Πίνακας 15: Συχνότητες για την απώλεια ικανοποίησης.....	80
Πίνακας 16: Συχνότητες για το αίσθημα ενοχής.....	82
Πίνακας 17: Συχνότητες για το αίσθημα τιμωρίας.....	84
Πίνακας 18: Συχνότητες για το μίσος για τον εαυτό.....	86
Πίνακας 19: Συχνότητες για την αυτομομφή.....	87
Πίνακας 20: Συχνότητες για τις ευχές αυτοτιμωρίας.....	89
Πίνακας 21: Συχνότητες για το κλάμα.....	91
Πίνακας 22: Συχνότητες για την ευερεθιστότητα.....	93
Πίνακας 23: Συχνότητες για την κοινωνική απόσυρση.....	95
Πίνακας 24: Συχνότητες για την αναποφασιστικότητα.....	96

Πίνακας 25: Συχνότητες για το σωματικό εγώ.....	98
Πίνακας 26: Συχνότητες για τη μείωση της παραγωγικότητας.....	99
Πίνακας 27: Συχνότητες για τις διαταραχές του ύπνου.....	101
Πίνακας 28: Συχνότητες για την εύκολη κόπωση.....	103
Πίνακας 29: Συχνότητες για την απώλεια όρεξης.....	105
Πίνακας 30: Συχνότητες για τις υποχονδριακές ενασχολήσεις.....	106
Πίνακας 31: Συχνότητες για την απώλεια της Libido	108
Πίνακας 32: Αποτελέσματα συσχετίσεων του σκορ με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	113
Πίνακας 33: Κατανομή ποσοστών για το αποτέλεσμα BDI	112

Λίστα Σχημάτων

Σχήμα 1: Κατανομή των ποσοστών της ηλικίας	59
Σχήμα 2: Κατανομή των ποσοστών του επιπέδου εκπαίδευσης	61
Σχήμα 3: Κατανομή των ποσοστών της οικογενειακής κατάστασης.....	62
Σχήμα 4: Κατανομή των ποσοστών της επαγγελματικής κατάστασης....	64
Σχήμα 5: Κατανομή ποσοστών για την οικονομική κατάσταση κατά τη διάρκεια της κύησης	65
Σχήμα 6: Κατανομή ποσοστών για τις συνθήκες διαβίωσης κατά τη διάρκεια της κύησης	67
Σχήμα 7: Κατανομή ποσοστών για το προσωπικό ιστορικό ψυχικών νόσων	69
Σχήμα 8: Κατανομή ποσοστών για το οικογενειακό ιστορικό ψυχικών νόσων	70
Σχήμα 9: Κατανομή ποσοστών για το παθολογικό πρόβλημα στην κύηση	71
Σχήμα 10: Κατανομή ποσοστών για την αποβολή στο παρελθόν.....	72
Σχήμα 11: Κατανομή ποσοστών για την προηγούμενη εμπειρία τοκετού	74
Σχήμα 12: Κατανομή ποσοστών για το συναίσθημα	76
Σχήμα 13: Κατανομή ποσοστών για την απαισιοδοξία.....	78
Σχήμα 14: Κατανομή ποσοστών για το αίσθημα αποτυχίας	80
Σχήμα 15: Κατανομή ποσοστών για την απώλεια ικανοποίησης	82
Σχήμα 16: Κατανομή ποσοστών για το αίσθημα ενοχής	84
Σχήμα 17: Κατανομή ποσοστών για το αίσθημα τιμωρίας	85
Σχήμα 18: Κατανομή ποσοστών για το μίσος για τον εαυτό	87
Σχήμα 19: Κατανομή ποσοστών για την αυτομομφή.....	89
Σχήμα 20: Κατανομή ποσοστών για τις ευχές αυτοτιμωρίας.....	91
Σχήμα 21: Κατανομή ποσοστών για το κλάμα.....	93
Σχήμα 22: Κατανομή συχνοτήτων για την ευερεθιστότητα.....	94

Σχήμα 23: Κατανομή ποσοστών για την κοινωνική απόσυρση	96
Σχήμα 24: Κατανομή συχνοτήτων για την αναποφασιστικότητα	97
Σχήμα 25: Κατανομή ποσοστών για το σωματικό εγώ	99
Σχήμα 26: Κατανομή ποσοστών για τη μείωση της παραγωγικότητας .	101
Σχήμα 27: Κατανομή ποσοστών για τις διαταραχές του ύπνου	103
Σχήμα 28: Κατανομή ποσοστών για την εύκολη κόπωση	104
Σχήμα 29: Κατανομή ποσοστών για την απώλεια όρεξης	106
Σχήμα 30: Κατανομή ποσοστών για τις υποχονδριακές ενασχολήσεις .	108
Σχήμα 31: Κατανομή ποσοστών για την απώλεια της Libido.....	110
Σχήμα 32: Κατανομή συχνοτήτων για το αποτέλεσμα BDI.....	112

1. Περίληψη

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, λαμβάνουν χώρα διάφορα περιστατικά τα οποία επηρεάζουν πρωτίστως τη μητέρα κι έπειτα «περνούν» και στο ίδιο το έμβρυο, επηρεάζοντάς το θετικά ή αρνητικά, ενώ ταυτόχρονα παίζουν σημαντικό ρόλο και στην ανάπτυξή του.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας, ήταν ακριβώς η ανάδειξη της σχέσης εγκύου-εμβρύου, όσον αφορά την ψυχολογία της εγκύου και στο πως αυτή διαμορφώνει αναλόγως και την ψυχολογία του εμβρύου. Μελετήθηκε η περιγεννητική κατάθλιψη, ως φαινόμενο που εμφανίζεται κατά την περιγεννητική περίοδο, δηλαδή την περίοδο που καλύπτεται είτε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είτε λίγο μετά τον τοκετό, με τα συμπτώματα αυτής να εμφανίζονται καμιά φορά και μετά από ένα χρόνο, έπειτα από τον τοκετό. Ταυτόχρονα αναφέρθηκαν τα συμπτώματα της κατάθλιψης κατά την κύηση και οι παράγοντες που είναι δυνατό να προκαλέσουν αυτό το πρόβλημα. Ανάμεσα στους παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την πρόκληση περιγεννητικής κατάθλιψης, συμπεριλαμβάνεται και η οικονομική κρίση, η οποία επηρεάζει σημαντικά την ψυχική υγεία, όπως μελετήθηκε στην παρούσα εργασία σε εξατομικευμένο ερώτημα. Επιπλέον, ταυτόχρονα με τη μελέτη και ανάλυση των ανωτέρω φαινομένων, υπάρχουν στοιχεία ερευνητικών πορισμάτων προκειμένου να εξακριβωθεί πλήρως και ορθώς το φαινόμενο που μελετήθηκε.

Ακόμη, πέρα από την ανάδειξη των προβλημάτων που μπορούν να εμφανίσουν συμπτώματα περιγεννητικής κατάθλιψης, καταγράφονται και οι τρόποι σύμφωνα με τους οποίους είναι δυνατό να διαγνωστεί το συγκεκριμένο πρόβλημα, καθώς και να αντιμετωπιστεί σε περίπτωση που ήδη υπάρχει και περαιτέρω, με βάση αυτά τα δεδομένα, της διάγνωσης

δηλαδή και της αντιμετώπισης, να υπάρξουν και ανάλογοι τρόποι πρόληψης, έτσι ώστε το πρόβλημα αυτό να μπορέσει να αμβλυθεί σε μεγάλο βαθμό μελλοντικά. Γίνεται επίσης αναφορά, σε συγκεκριμένους φορείς κοινωνικής υποστήριξης για γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και κατά πόσο οι οργανισμοί αυτοί μπορούν να βοηθήσουν με άμεσες και δραστικές λύσεις, μέσω των προγραμμάτων τους και των ποικίλων δράσεων που παρέχουν.

Στο ερευνητικό κομμάτι της εργασίας σκοπός ήταν να ερευνηθεί αν τελικά το δείγμα που επιλέχθηκε εμφανίζει κατάθλιψη και έπειτα αν η κατάθλιψη συσχετίζεται στο δείγμα με χαρακτηριστικά όπως η επαγγελματική κατάσταση.

Μεθοδολογία: Για την εργασία, η μέθοδος που ακολουθήθηκε, ήταν πέρα από την εις βάθος μελέτη και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, η οποία και περιλάμβανε την αναζήτηση επιστημονικών άρθρων και μελετών, δεδομένα τα οποία αξιοποιήθηκαν, περιλαμβάνει επίσης ερευνητικές μελέτες σε βάσεις δεδομένων όπως το Pub Med, το Psyc Info και το WHO (World Health Organization) τα οποία κάνουν λόγο για τους παράγοντες που επιδρούν στην ψυχολογία του εμβρύου. Επιπροσθέτως, αξιοποιήθηκε κατάλληλα και σε μεγάλο βαθμό η ερευνητική διεργασία δεδομένων των ερευνητικών πορισμάτων, τα οποία και αναφέρονται συνοπτικά στα κυρίως μέρη της εργασίας. Ταυτόχρονα, έγινε αξιοποίηση αξιόπιστων ιατρικών ηλεκτρονικών πηγών (όπως το www.hrsa.gov) , καθώς και εκτεταμένη χρήση πληροφοριών από ερευνητικές πηγές σε επιστημονικά άρθρα.

Σχετικά με τη στατιστική ανάλυση που μετέπειτα παρουσιάζεται στην εργασία, έγινε με ποσοτικό τρόπο και χρήση ερωτηματολογίου. Αυτό ήταν το Beck Depression Inventory (BDI) (Beck Weissman & Trexler,

1974) το οποίο μετράει την ένταση της κατάθλιψης μέσα από 21 κατηγορίες.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με τις πηγές και τη βιβλιογραφία, που αξιοποιήθηκαν στην παρούσα εργασία, η αρνητική ψυχολογική διάθεση, το αυξημένο άγχος και το προηγούμενο βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό της εγκύου, αυξάνουν ανάλογα τις πιθανότητες εμφάνισης διαταραχών που σχετίζονται με την ψυχική υγεία και περαιτέρω με την πρόκληση κατάθλιψης κατά την περιγεννητική περίοδο.

Δεδομένων αυτών των παραγόντων, υπάρχει άμεσος συσχετισμός επιζήμιων συνεπειών κατά την εγκυμοσύνη, όπως ο πρόωρος τοκετός, η γέννηση παιδιών που έχουν χαμηλό βάρος και αντίστοιχα η γέννηση παιδιών που δε θα έχουν πλήρη συναισθηματική ή και διανοητική ανάπτυξη, καθώς και προβλήματα συμπεριφορικά, αφού ανάλογα προβλήματα αποστροφής για το περιβάλλον, αντικοινωνικότητας και αυξημένου κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης, είναι δυνατό να εμφανιστούν σε παιδιά των οποίων οι μητέρες αντιμετώπιζαν προβλήματα κατάθλιψης ή άλλων ψυχικών διαταραχών κατά τη διάρκεια τη εγκυμοσύνης.

Ακόμη, σύμφωνα με τα ίδια δεδομένα που παρουσιάζονται εκτενώς στην εργασία, αποδεικνύεται επιστημονικά πως η άμεση λήψη βοήθειας, τόσο από ειδικούς γιατρούς, όσο και από το ίδιο το περιβάλλον της εγκύου, σε περίπτωση που υπάρχουν τέτοιου είδους προβλήματα στην κύηση, μπορεί να μειώσει αισθητά το πρόβλημα και να βοηθήσει στην απαλοιφή του. Έτσι καταδεικνύεται ο απαραίτητος ρόλος που κατέχουν οι διάφορες κοινωνικές οργανώσεις που μπορούν να βοηθήσουν σε αυτή τη σημαντική φάση.

Στη στατιστική ανάλυση έγινε γνωστό πως η πλειοψηφία του δείγματος είναι πολύ κοντά στα όρια μια ήπιας κατάθλιψης είτε λίγο πάνω είτε λίγο κάτω. Αξιοσημείωτο, ωστόσο, είναι το γεγονός πως η

ήπια κατάθλιψη συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με γυναίκες που ήταν άνεργες κατά την κύηση ή αντιμετώπιζαν οικονομικές δυσκολίες η είχαν προσωπικό ιστορικό ψυχικών νόσων.

Λέξεις-κλειδιά: Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν κατά την εργασία, ήταν οι ακόλουθες: «περιγεννητική κατάθλιψη», «άγχος», «περιγεννητική περίοδος», «ψυχικές διαταραχές», «εγκυμοσύνη» , «ψυχολογία κατά την κύηση» και «ψυχολογία εμβρύου».

2. Εισαγωγή

Η κατάθλιψη εν γένει, είναι ένα σοβαρό θέμα με επιπτώσεις τόσο στο ίδιο το άτομο όσο και στο περιβάλλον του, (οικογενειακό και φιλικό). Τα τελευταία χρόνια όμως, η έρευνα έχει στρέψει το ενδιαφέρον της στην κατάθλιψη που αφορά τις γυναίκες και πιο συγκεκριμένα στην κατάθλιψη που αφορά την περίοδο της κύησης.

Γενικότερα, η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της κύησης ή και μετά από αυτήν, αναφέρεται σε μία σειρά από ψυχικές και συναισθηματικές διαταραχές τις οποίες αντιμετωπίζει μια γυναίκα (Maternal and child health στο www.hrsa.gov, τελ. πρόσβαση 7/10/2017). Υπάρχουν πολλές περιπτώσεις συμπτωμάτων κατάθλιψης, με πολλά και διαφορετικά ονόματα όπως: Baby blues, Προγεννητική κατάθλιψη, Επιλόχειος κατάθλιψη κ.ά., ωστόσο αυτό που έχει σημασία είναι το γεγονός ότι η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της κύησης, μπορεί να είναι ήπιας ή και σοβαρής μορφής, τα συμπτώματα εμφανίζονται είτε κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης είτε και μετά από έναν τουλάχιστον χρόνο μετά από αυτήν και ανάλογα με τη θεραπεία που λαμβάνει η έγκυος, εξαρτάται και η διάρκεια των συμπτωμάτων, δηλαδή μπορεί να διαρκούν από μερικές εβδομάδες μέχρι και χρόνια. Εάν όμως, δεν ληφθούν τα ανάλογα μέτρα για την αντιμετώπισή τους, τότε τα συμπτώματα μπορεί να παρουσιάσουν έξαρση και ακριβώς λόγω της σοβαρής μορφής τους να έχει σοβαρές επιπτώσεις τόσο στη μητέρα όσο και στο ίδιο το έμβρυο (Maternal and child health στο www.hrsa.gov, τελ. πρόσβαση 7/10/2017). Μία σύμφωνη και ασφαλής λύση είναι η αναζήτηση βοήθειας σε κάθε περίπτωση.

Παρακάτω, θα αναλυθούν με βάση κάποια ερωτήματα το πρόβλημα της περιγεννητικής κατάθλιψης, με τα επιμέρους συμπτώματά της, τους

παράγοντες που την προκαλούν, πώς δύναται να διαγνωστεί ή και να προληφθεί, αλλά και πώς μπορεί να αντιμετωπιστεί. Ακόμη, θα γίνει αναφορά στις επιπτώσεις που μπορεί να έχει στο έμβρυο και ποιος είναι ο ρόλος που έχει το οικογενειακό και το φιλικό περιβάλλον, περιβάλλοντα τα οποία όπως θα δούμε έχουν σημαντικό ρόλο στην ψυχολογία της εγκύου. Άμεση σχέση με το πρόβλημα της περιγεννητικής κατάθλιψης, αλλά και γενικότερα με την κατάθλιψη και την ψυχική υγεία, έχει και η οικονομική κρίση, πρόβλημα το οποίο θα αναλυθεί στην παρούσα εργασία. Τέλος, αναφέρονται ενδεικτικά μερικοί κοινωνικοί οργανισμοί, οι οποίοι μπορούν να βοηθήσουν μία γυναίκα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, σε περίπτωση που εκείνη δε λαμβάνει την κατάλληλη φροντίδα και βοήθεια που χρειάζεται.

3. Ψυχική υγεία: οι περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές και η κατάθλιψη

Γενικότερα, ο ορισμός για την ψυχική υγεία, δεν είναι ακριβής καθώς αποτελεί μία έννοια πολυπρισματική και υποκειμενική, επομένως δεν είναι δυνατό να προσδιοριστεί επακριβώς εννοιολογικά. Ωστόσο, είναι καταγεγραμμένα ορισμένα βασικά συστατικά χαρακτηριστικά που την ορίζουν, όπως: όχι απαραίτητα απουσία κάποιου είδους ψυχική διαταραχής, αλλά και προσωπική ικανότητα του ατόμου να έχει μία θετική εικόνα για τον εαυτό του, αυτό-έλεγχο, θετική αντιμετώπιση των πραγμάτων που λαμβάνει στην καθημερινότητά του, ικανοποιητική και θετική ανταπόκριση των προκλήσεων και ανάλογα η ύπαρξη ικανότητας αυτό-προσδιορισμού, το άτομο να είναι σε θέση να κατανοεί βασικές ψυχικές διαταραχές και εφόσον αντιληφθεί ότι πάσχει από κάτι ανάλογο, να είναι σε θέση να ζητήσει βοήθεια από κάποιον ειδικό, δηλαδή να έχει βασική γνώση για το πώς θα βρει τρόπο αναζήτησης πληροφοριών για την ψυχική υγεία (Jorm et al., 1997).

Από τις ανωτέρω πληροφορίες, άμεσα προκύπτει το ερώτημα για το κατά πόσο τα άτομα είναι σε θέση να αναγνωρίσουν στον ίδιο τους τον εαυτό κάποια ψυχική διαταραχή. Έτσι, αν υπάρξουν κάποια συμπτώματα ψυχικής διαταραχής ή το άτομο έρχεται σε επαφή με άτομα που υποφέρουν από κάτι τέτοιο, αναλόγως θα προσπαθήσουν να ελέγξουν αυτά τα συμπτώματα και ακριβώς αυτή η προσπάθεια ελέγχου καθορίζει την ικανότητα του ατόμου να ορίζει την ψυχική του υγεία (Jorm et al., 1997). Βέβαια, σύμφωνα με ερευνητικά πορίσματα, έχει αποδειχθεί πως η ανάγκη ικανότητας ορισμού της ψυχικής υγείας στο κοινό, είναι άμεση και ελλιπής, εφόσον λάβουμε υπόψη την διαρκή και μακροπρόθεσμη παραμονή ψυχικών διαταραχών, το οποίο σημαίνει πως ο καθένας είτε μπορεί να αναπτύξει κάποια ψυχική διαταραχή είτε θα έχει στενές επαφές

με κάποιο ψυχικά διαταραγμένο άτομο (πάνω από 50% πιθανότητες, σύμφωνα με τον Kessler et al., 1994).

Ερευνητικά, έχει επίσης αποδειχτεί η ανεπαρκής ικανότητα των ανθρώπων να κατανοήσουν όρους της ψυχιατρικής, καθώς τους συγχέουν με κάτι άλλο ή έχουν άγνοια, ενώ ταυτόχρονα δε μπορούν να αναγνωρίσουν κάποια ψυχική διαταραχή. Πιο συγκεκριμένα στην έρευνα αυτή δόθηκαν κάποιες εικόνες ατόμων με μείζονα σχιζοφρένεια ή μείζονα κατάθλιψη και τα περισσότερα άτομα απαντούσαν απλώς πως το εικονιζόμενο πρόσωπο πάσχει από κάποιου είδους ψυχική διαταραχή, χωρίς να γνωρίζουν ποια ή θεωρούσαν πως στην περίπτωση του σχιζοφρενούς ατόμου, το άτομο έπασχε από κατάθλιψη και το αντίστροφο, ενώ μάλιστα πολλοί ισχυρίζονταν πως στην περίπτωση της μείζονος κατάθλιψης το άτομο έπασχε απλώς από μία σωματική διαταραχή (Jorm et al., 1997). Κατανοούμε λοιπόν, το πρόβλημα έλλειψης ικανότητας ορισμού της ψυχικής υγείας.

Συγκεκριμένα στη δυτική Ευρώπη, το πρόβλημα της κατάθλιψης, θεωρείται από πολλούς πως προκαλείται από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον και ειδικότερα από στρεσογόνους παράγοντες (Jorm et al. 1997), ενώ αντίθετα λιγότεροι πιστεύουν πως υπάρχει η πιθανότητα πρόκλησης από βιολογικούς παράγοντες, ειδικά στην περίπτωση της σχιζοφρένειας (Angermeyer & Matschinger, 1996). Ακόμη, είναι αποδεδειγμένο πως ελάχιστοι άνθρωποι θα καταφύγουν στη λύση της βοήθειας από κάποιον ειδικό, καθώς συνήθως προσφεύγουν στο φιλικό και οικογενειακό τους περιβάλλον, σε δραστηριότητες που θεωρούν πως θα τους βοηθήσουν, ακόμη και σε βιβλία αυτοδιαχείρισης προβλημάτων, χωρίς ωστόσο να υπάρχουν αποτελέσματα, σχετικά με τους συγκεκριμένους τρόπους διαχείρισης του προβλήματος (Regier et al., 1993).

Όσον αφορά τις περιπτώσεις της κατάθλιψης σε ήπια μορφή, υπάρχουν αντίθετα θετικά αποτελέσματα από τους τρόπους αυτούς, δηλαδή από την κοινωνική υποστήριξη, τις εξωτερικές δραστηριότητες, το διάβασμα βιβλίων που βοηθά στην αυτογνωσία και στην αυτοβοήθεια ως θεραπεία, ακόμη και στη χρήση του βαλσαμόχορτου (St. John's Wort, το οποίο θα αναφερθεί και παρακάτω), όμως δεν είναι πλήρως αποδεδειγμένοι αυτοί οι τρόποι αντιμετώπισης ως χρηστικοί, τουλάχιστον σε άλλες μορφές ψυχικών διαταραχών και ίσα-ίσα, είναι δυνατό να προκαλέσουν σύγχυση στο ποιος από αυτούς τους τρόπους είναι αρκετά αποτελεσματικός (Goldberg & Huxley, 1992).

Αναφορικά με το θέμα της μείζονος κατάθλιψης, έχει αποδειχτεί πως η επικράτησή της, είναι μία από τις υψηλότερες μορφές διαταραχών και όχι μόνο των ψυχικών και μάλιστα είναι πολύ πιθανό μακροπρόθεσμα να αυξηθεί παγκοσμίως (Klerman & Weissman, 1982). Επιπλέον, σύμφωνα με έρευνα τουλάχιστον το 17% των ενηλίκων, μπορεί να εμφανίσει κατάθλιψη κάποια στιγμή στη ζωή του, με το ποσοστό να διπλασιάζεται για τις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες (Kessler et al., 1986).

Το ανωτέρω ποσοστό που αφορά τις γυναίκες, αφορά σημαντικά την περίπτωση της εγκυμοσύνης, ως μεταβατικό στάδιο στη ζωή της γυναίκας, δεδομένου ότι η γυναίκα καλείται να αντιμετωπίσει σημαντικές καταστάσεις αλλαγής, όπως η εξωτερική της σωματική εικόνα, η αλλαγή στην καθημερινότητα και στις σχέσεις της, εφόσον ο ερχομός ενός παιδιού σηματοδοτεί και την αρχή μίας ζωής στην οποία υφίσταται ανάλογα ο όρος της μονιμότητας (Raphael-Leff, 2001).

Όπως θα διαπιστωθεί και παρακάτω, υπάρχει ένα πλήθος παραδειγμάτων στον κλινικό τομέα, όπου γενικά ένα μέρος του γυναικείου πληθυσμού, διατείνεται πως η εγκυμοσύνη δεν αποτελεί

πάντοτε ένα χαρμόσυνο γεγονός, όπως αναμένεται στις περισσότερες περιπτώσεις. Αντίθετα, υπάρχουν δείγματα (Brockington, 2005) πως οι γυναίκες που βρίσκονται σε περιγεννητική περίοδο, έχουν περισσότερες πιθανότητες και είναι πιο ευάλωτες, να εμφανίσουν κάποια συμπτώματα από το ευρύ φάσμα των ψυχικών διαταραχών. Έτσι, η κατάθλιψη ως μία γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, η οποία συνυπάρχει με το υπέρμετρο άγχος και τις συναισθηματικές και άλλες ψυχικές διαταραχές, συνιστούν κάποια από τα προβλήματα που η γυναίκα κατά την κύηση αντιμετωπίζει, ενώ ταυτόχρονα προκαλούν δυσκολίες στην καθημερινή ζωή της εγκύου και καθίσταται επώδυνη η μετάβαση στη μητρότητα και προκαλούνται περαιτέρω προβλήματα στη συζυγική σχέση, συγχρόνως με ανυπόφορες καταστάσεις όπως, οι αυτοκτονίες, η παραμέληση ή και κακοποίηση των βρεφών, ακόμη και οι βρεφοκτονίες, αποτελούν μερικές από τις επιζήμιες πτυχές των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών.

3.1. Ιστορική ανασκόπηση για την περιγεννητική κατάθλιψη

Ανά τους αιώνες, η έννοια των συναισθημάτων υπέρμετρης θλίψης ή θυμού από τη μητέρα στο παιδί, προκάλεσαν το αίσθημα του παραδόξου και του μη οικείου καθώς, η λογική συμπεριφορά μιας μητέρας προς το παιδί της είναι η ανεξάντλητη αγάπη και η αφοσίωση, έτσι η «τρέλα» ή η «μανία» που καταλάμβανε μια γυναίκα μετά τον τοκετό, αντιμετωπίστηκε με ποικίλες και διαφορετικές απόψεις.

Οι πρώτες αναφορές σε περιγεννητικές ψυχικές διαταραχές, έγιναν από τον Ιπποκράτη το 460 π.Χ., ο οποίος αναφέρει περιπτώσεις γυναικών σε κάποιες περιοχές (Θάσος, Κύζικος), οι οποίες μετά την εμφάνιση υψηλού πυρετού, που ακολούθησε τον τοκετό, εμφάνισαν επίσης συμπτώματα μανίας και μελαγχολίας. Σύμφωνα με τον Ιπποκράτη, αυτό έγινε λόγω της μεταφοράς των λοχειών υγρών στον εγκέφαλο κι εκεί

απέδιδε την ασθένεια της περιγεννητικής κατάθλιψης (Brockington, 2005).

Δεν είναι επίσης τυχαίο το γεγονός, πως κάποιοι ψυχαναλυτές ανάμεσά τους ο Φρόιντ και ο Στερν (1948), έκαναν λόγο για τα συμπτώματα μίσους και θυμού από τις μητέρες στα παιδιά, (κάνοντας επίσης λόγο για το σύμπλεγμα της Μήδειας), ασχολήθηκαν με την ψυχολογία της γυναίκας με βάση την αναφορά σε περιπτώσεις γυναικών από την αρχαία ελληνική μυθολογία και ιδίως με την παιδοκτόνο Μήδεια, η οποία σκότωσε τα παιδιά της με μακάβριο τρόπο, μύθος ο οποίος αποτέλεσε την πηγή έρευνας για τις περιπτώσεις της κατάθλιψης μετά τον τοκετό και την ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας.

Κατά την περίοδο του Μεσαίωνα, μία κατεξοχήν περίοδος σκοταδισμού και υπέρμετρης θρησκοληψίας, αναλόγως οι ψυχικές διαταραχές κατά την εγκυμοσύνη ή μετά τον τοκετό θεωρούνταν θρησκευτικό και όχι ιατρικό πρόβλημα. Οι μητέρες θεωρούνταν μάλιστα μάγισσες, ακάθαρτες ή ότι είχαν καταληφθεί από κάποιο σατανικό πνεύμα κι έτσι έπρεπε να εξαγιστούν, για να αντιμετωπιστεί η πάθησή τους και να έρθουν στο σωστό δρόμο (Henshaw et al., 2009). Μάλιστα, δείγμα των συμπτωμάτων της επιλόχειας κατάθλιψης εκείνη την εποχή αποτελεί η αυτοβιογραφία μίας Αγγλίδας μοναχής, της Margery Kempe, η οποία ακολούθησε το δρόμο του Θεού και το 1430 άρχισε να γράφει τα προσωπικά της βιώματα, ιδίως τις δυσκολίες που αντιμετώπισε μετά τον τοκετό του πρώτου παιδιού της, μεταξύ αυτών αναφέρεται σε συμπτώματα παραληρήματος (άκουγε απόκοσμες φωνές, έβλεπε οράματα), τα οποία και την οδήγησαν σε μια πνευματική ζωή (Howes, 1992).

Το φαινόμενο των ψυχικών διαταραχών και γενικότερα της περιγεννητικής κατάθλιψης, με συμπτώματα που εμφανίζονται είτε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είτε μετά τον τοκετό, αρχίζει να γίνεται περισσότερο γνωστό, κατά τον 18^ο αιώνα περίπου και η κοινωνία τότε αρχίζει να ενημερώνεται καλύτερα για περιπτώσεις διαταραχών μετά τον τοκετό, συνοδευόμενες από περιστατικά βρεφοκτονιών και έντονης βίας των μητέρων απέναντι στα παιδιά τους (Brockington, 2005). Μάλιστα, την ίδια εποχή περίπου, ένας Γερμανός μαιευτήρας, ο Friedrich Benjamin Osiander το 1797, κάνει λόγο για τα συμπτώματα της επιλόχειας μανίας, που ακολουθείται μετά τον τοκετό. Το πρόβλημα αυτό θα απασχολήσει για πολύ καιρό ακόμη την ιατρική κοινότητα.

Στο Λονδίνο το 1820, ακόμη ένας μαιευτήρας, ο Robert Gooch, θα αναφερθεί σε «επιλόχειο παραφροσύνη», εξακριβώνοντας μάλιστα και τις πιθανές φάσεις που μπορεί να εμφανιστούν τα συμπτώματα, δηλαδή είτε μετά τον τοκετό είτε την περίοδο του θηλασμού (Marland, 2003), ενώ αργότερα κατά τη διάρκεια του 19^{ου} αιώνα, αυτή η παράλογη και ανοίκεια συμπεριφορά των γυναικών απασχολεί πολλούς επιστήμονες της εποχής, οι οποίοι θεωρούν πως η επιλόχειος παραφροσύνη (puerperal insanity) εκδηλώνεται κατά την περίοδο της κυοφορίας, μετά τον τοκετό ή κατά τη διάρκεια του θηλασμού και κύρια συμπτώματά της, είναι η υπερβολική μανία και η μελαγχολία (Theriot, 1989).

Οι μέθοδοι αντιμετώπισης εκείνη την εποχή ήταν παράδοξοι, καθώς πραγματοποιούνταν αφαίμαξη ή και νάρκωση, προκειμένου να καταλαγιάσουν τα μανιοκαταθλιπτικά συμπτώματα. Οι γυναίκες, θεωρούσαν οι γιατροί πως θα ήταν καλύτερο να μείνουν απομονωμένες, με στενή ιατρική παρακολούθηση και μακριά τόσο από το ίδιο το παιδί όσο και από το στενό οικογενειακό περιβάλλον και τους συγγενείς. Έπρεπε να γίνεται σωστή διατροφή και ανάπαυση, ενώ ταυτόχρονα

χρησιμοποιούνταν και καθαρτικές μέθοδοι. Οι ειδικοί γιατροί, θεωρούσαν πως τα συμπτώματα της επιλόχειου παραφροσύνης, είχαν διάρκεια μέχρι και έξι μήνες το ανώτερο (Theriot, 1989).

Εντύπωση ακόμη, προκαλεί στην ιατρική κοινότητα εκείνη την εποχή, η εχθρική αντιμετώπιση της γυναίκας προς τον σύζυγο, το παιδί, αλλά και την ίδια τη μητέρα της, όπως περιγράφεται σε άρθρο του 1896 (Theriot, 1989), ένα από τα συχνά όπως θα δούμε συμπτώματα της περιγεννητικής κατάθλιψης στη σύγχρονη εποχή. Σε περιπτώσεις επιθετικής συμπεριφοράς της μητέρας, οι γιατροί θεωρούσαν καλύτερο, το να μένει η μητέρα μακριά από το βρέφος, αν και παρόλα αυτά η επιθετική αυτή συμπεριφορά θεωρούνταν παράδοξη και μη κατανοητή.

Επιπροσθέτως, η αιτιολόγηση των συμπτωμάτων αυτών συχνά αποδιδόταν στην περίπτωση που ο τοκετός ήταν δύσκολος και πολύωρος και όταν συνοδευόταν από πυρετό και από έντονη σωματική δυσφορία και καταπόνηση, τότε ήταν πολύ πιθανό να προκληθούν συμπτώματα επιλόχειας παραφροσύνης (Theriot, 1989 σε άρθρο του Hersmanto, 1899). Συχνά μάλιστα θεωρούσαν πως η ίδια η μήτρα, ήταν ικανή να προκαλέσει διαταραχή της ψυχικής ισορροπίας. Μάλιστα, κατά τα μέσα του αιώνα αρχίζει να δίνεται βαρύτητα στο οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό της γυναίκας, καθώς οι επιστήμονες άρχισαν να κατανοούν πως παίζει σημαντικό ρόλο στις πιθανότητες εμφάνισης συμπτωμάτων επιλόχειας κατάθλιψης.

Σημαντική περίπτωση, αποτελεί αυτή του Marce Louis, ο οποίος ασχολήθηκε συστηματικά με τις ψυχικές διαταραχές κατά την περιγεννητική περίοδο, ως θέμα της διατριβής του. Θεωρούσε πως έπρεπε να μελετώνται κυρίως οι κλινικές αναφορές, ταυτόχρονα με τις περιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών που έπονται μετά τον τοκετό

(Henshaw, 2009). Πλέον, υφίσταται ο οργανισμός Marce Society (έτος ίδρυσης το 1970), που ασχολείται με τις περιπτώσεις των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών και έχει προχωρήσει και σε εκδόσεις σειρών που αφορούν τα συμπτώματα των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών σε γυναίκες τα τελευταία 150 χρόνια.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, πάντοτε προκαλούσε ενδιαφέρον η «εχθρική» στάση μιας μητέρας προς το παιδί της, ειδικά όταν αυτή συνοδευόταν από βίαιες συμπεριφορές ή γενικότερη αποστροφή απέναντι στο παιδί και κάποιες φορές από βρεφοκτονία. Η κοινωνία πίστευε πως η λογική συμπεριφορά μιας μητέρας προς το παιδί της, περιλάμβανε αφοσίωση και ανιδιοτελή αγάπη και όχι κρούσματα θυμού ή μίσους και μανίας, με σκοπό να βλάψουν το ίδιο το παιδί.

Ειδικότερα, τον 20^ο αιώνα, προκαλείται ενδιαφέρον γι' αυτή την παράδοξη συμπεριφορά που συνήθως έπεται του τοκετού και συνοδεύεται από κρίσεις που είναι δυνατό να οδηγήσουν σε αυτοκτονία και βρεφοκτονία. Συχνές ήταν οι περιπτώσεις μητέρων που προσπάθησαν με κάποιο τρόπο να θανατώσουν τα παιδιά τους και ο Δανός Harder, το 1967 πραγματοποιεί και εν συνεχεία δημοσιεύει μια μελέτη που έκανε σε 92 ασθενείς, με τις 84 να είναι γυναίκες, οι οποίες μάλιστα έκαναν απόπειρα θανάτωσης των παιδιών τους και τα δηλητηρίασαν (Brockington, 2005). Οι 82 από αυτές ακόμη, αυτοκτόνησαν. Επομένως, βάσει των δεδομένων και στη σύγχρονη εποχή, όπου κυριαρχούν παρόμοια συμπτώματα συμπεριφορών των γυναικών που πάσχουν από κατάθλιψη (η οποία, συνεχίζεται και μετά τον τοκετό), μπορούμε να κατανοήσουμε το εύρος του προβλήματος και πόσο απασχόλησε ειδικούς γιατρούς, αλλά και την κοινωνία γενικότερα.

Μετά το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, ο κλάδος της ψυχιατρικής ασχολήθηκε με περισσότερο ήπιες και πιο συχνές ψυχικές διαταραχές, ενώ αξίζει να αναφερθεί πως το 1948, ο Main υπήρξε πρωτοπόρος για την εποχή του καθώς ασχολήθηκε και με τις περιπτώσεις των βρεφών στην ψυχιατρική, στο ψυχιατρικό πλαίσιο της νοσηλείας των μητέρων που διαγνώστηκαν με κάποιου είδους ψυχική διαταραχή. Από τον Main, δόθηκε η αρχή της δημιουργίας μονάδων για μητέρες και βρέφη σε Αγγλία και Αυστραλία (Brockington, 2005).

Συνοπτικά επομένως, το γενικότερο φαινόμενο της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της κύησης, αλλά και μετά τον τοκετό, δημιουργούσε πολλά ερωτήματα ήδη από την αρχαιότητα και μέχρι τις μέρες μας. Αυτό στο οποίο συγκλίνουν αρκετές απόψεις, είναι το γεγονός πως η μετάβαση στη μητρότητα και η προσαρμογή σε αυτή δεν είναι κάτι απλό και εύκολο, καθώς συντελούνται πολλές συναισθηματικές, σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές, λόγω των αυξημένων ευθυνών που αναλαμβάνει η μητέρα και εξαιτίας της ξαφνικής προσαρμογής σε κάτι εντελώς καινούριο. Η μετάβαση στην ιδιότητα του γονέα, όντως αποτελεί μία κρίση μεταβατική, εφόσον λαμβάνουν χώρα αλλαγές στις κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί μία περίοδο ανακατατάξεων διαπροσωπικών και ενδοψυχικών διαπραγματεύσεων (Δραγώνα, 1987).

Ένα σημαντικό βήμα στον τομέα της υγείας εν γένει και της ψυχικής υγείας ειδικότερα, προκειμένου να μειωθούν τα φαινόμενα κρίσης των ψυχικών διαταραχών και ιδιαίτερα εκείνων που συμβαίνουν στην περίοδο της εγκυμοσύνης ή και μετά τον τοκετό, είναι να προαχθεί ένα πρόγραμμα προαγωγής της ψυχικής υγείας, έτσι ώστε τα άτομα να είναι ικανά να αντιμετωπίζουν τις αντίξοες συνθήκες, προσδιορίζοντας με αυτόνομο τρόπο τη ζωή τους και προωθώντας έτσι την ψυχική υγεία

τους. Είναι σημαντικό να γίνουν στρατηγικές παρεμβάσεις ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, αναλογικά με την κοινωνική ή και πολιτισμική διαφορετικότητα, που όμως δε θα πρέπει να τις ταυτίζουμε και με την πρόληψη εμφάνισης ψυχικών διαταραχών, αλλά θα αποτελέσουν παράγοντες προαγωγής και θετικής ανάπτυξης του ατόμου, τόσο προσωπικά, όσο και κοινωνικά (Orley & Weisen, 1998).

Τέλος, καθώς στη χώρα μας υπάρχει μία σχετική άγνοια όσον αφορά τις ψυχικές διαταραχές και κυρίως στο πρόβλημα της περιγεννητικής κατάθλιψης, κρίνεται απαραίτητο να αναπτυχθούν συγκεκριμένες παρεμβάσεις για την προαγωγή της ψυχικής υγείας, που θα αναστείλουν το μέγεθος του προβλήματος και εντελώς ενδεικτικά θα είναι σε θέση να αποτελέσουν εκείνους τους φορείς ανάπτυξης της ψυχικής υγείας των ατόμων στα τρία βασικά επίπεδα: ατομικό, κοινωνικό και κοινοτικό.

Συνοπτικά, αυτές οι παρεμβάσεις, μπορούν να στοχεύσουν στη βοήθεια συγκεκριμένων ομάδων που έχουν ανάγκη, όπως οι έφηβοι, οι άνεργοι, αλλά και οι νέες μητέρες. Η παροχή στήριξης και υπηρεσιών, προκειμένου να καταστεί εφικτή αυτή η δράση, είναι δυνατό να φέρει τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα, έτσι ώστε τα άτομα και η κοινωνία να είναι επαρκώς ενημερωμένα σε τέτοιου είδους καταστάσεις και να είναι σε θέση να εφαρμόζουν μία πιθανή ατομική διάγνωση και στη συνέχεια μία ανάλογη δραστική επίλυση και με τη βοήθεια κάποιου ειδικού.

4. Η περιγεννητική κατάθλιψη (συμπτώματα, παράγοντες, διάγνωση και πρόληψη-αντιμετώπιση)

Η εγκυμοσύνη, αποτελεί κατά τη διάρκεια της ζωής μιας γυναίκας, ένα στάδιο στο οποίο ολοκληρώνεται η ίδια ως γυναίκα και εκπληρώνεται ο σκοπός της μητρικής υπόστασής της. Πρόκειται για μια μεταβατική περίοδο, συναισθηματικής ωρίμανσης που συνάδει και με την εφηβική περίοδο, η οποία περιλαμβάνει πληθώρα αλλαγών στη γυναίκα, σωματικά και ψυχικά, και στο περιβάλλον της οικογένειας, εφόσον σηματοδοτείται κάτι καινούριο και μόνιμο με τον ερχομό ενός νέου μέλους σ' αυτήν. Βέβαια, μία εγκυμοσύνη δεν αποτελεί πάντοτε ένα γεγονός χαρμόσυνο, καθώς δεδομένων των αλλαγών και των μεταβολών στις οποίες υφίσταται μία γυναίκα, μπορούν να οδηγήσουν σε έντονο στρες (για παράδειγμα, επειδή η μέλλουσα μητέρα νιώθει απροετοίμαστη στο πώς να διαχειριστεί την νέα κατάσταση) το οποίο όμως μπορεί και να οδηγήσει σε κατάθλιψη (Brockington I. στο S.M. Riecher-Rössler, 2005) εφόσον κάποια καταθλιπτικά συμπτώματα δεν αντιμετωπιστούν εγκαίρως.

Τα τελευταία χρόνια, πολλοί ειδικοί υγείας έχουν στρέψει το ενδιαφέρον τους, όσον αφορά το πόσο σημαντική είναι η μητρική περιγεννητική υγεία και την γνώση σχετικά με την επικράτηση και τη νοσηρότητα, που σχετίζονται με τις ψυχικές διαταραχές, τόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όσο και μετά από αυτήν. Η περιγεννητική κατάθλιψη, αν και δεν έχει εξακριβωθεί παθογενετικά, ωστόσο ορίζεται ως ένα επεισόδιο μειζόνων καταθλιπτικών διαταραχών (Major Depressive Disorder- MDD), το οποίο λαμβάνει χώρα είτε κατά τη διάρκεια της κύησης, είτε τουλάχιστον 6 μήνες μετά τον τοκετό (Post-Partum Depression- PPD) και αφορά επιπλοκές στην προγεννητική περίοδο και στην περίοδο μετά τον τοκετό, με ένα ποσοστό επικράτησης

10-15% σε γυναίκες που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία (Gaynes & Meltzer-Brody, 2005).

4.1. Συμπτώματα

Πολλές μέλλουσες μητέρες λίγο μετά την κύηση, έχουν κάποια αρχικά συμπτώματα μελαγχολίας, τα οποία ονομάζονται Baby Blues (κάτι σαν δυσφορία) και αφορούν τις συναισθηματικές και σωματικές αλλαγές που έπονται του τοκετού. Ενώ μοιάζουν με τα καταθλιπτικά συμπτώματα της περιγεννητικής κατάθλιψης, δεν αποτελούν ακριβή ψυχική διαταραχή και δεν χρήζουν ιατρικής παρακολούθησης, καθώς συνήθως υποχωρούν μετά από ένα διάστημα κάποιων ημερών ή εντός 1-2 εβδομάδων εκτός και αν επιμένουν, οπότε η γυναίκα πρέπει να αναζητήσει βοήθεια. Συμπτώματα όπως, το κλάμα, το άγχος και η ανησυχία, η μελαγχολία και οι συναισθηματικές μεταβολές είναι μερικά από αυτά που αισθάνεται η γυναίκα μετά τον τοκετό (Brockington I. στο S.M. Riecher-Rössler, 2005 και Maternal and child health στο www.hrsa.gov, τελ. πρόσβαση 7/10/2017).

Η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της κύησης, είναι ένα πολύ κοινό φαινόμενο καθώς πολλές γυναίκες υποφέρουν από συμπτώματα όπως η υπερβολική κούραση, οι διατροφικές αλλαγές και οι λίγες ώρες ύπνου, λόγω των πρωινών αδιαθεσιών (ναυτίες για παράδειγμα), των σωματικών αλλαγών (παίρνουν βάρος και συντελούνται αρκετές αλλαγές στο σώμα της γυναίκας) και των συναισθηματικών μεταβολών. Συχνά θεωρούνται μέρος της εγκυμοσύνης, ωστόσο αν αυτά επιμένουν τότε η εγκυμονούσα πρέπει να αναζητήσει ιατρική βοήθεια.

Επιπλέον, συμπτώματα όπως: τα άσχημα συναισθήματα, το υπερβολικό άγχος και η υπερβολική ανησυχία, η αστάθεια κατά τη διάρκεια του ύπνου, η απώλεια της όρεξης ή το αντίθετο (διατροφικές

αλλαγές), το συνεχές κλάμα ακόμη και για πράγματα ασήμαντα, η υπερευαισθησία και η εριστική διάθεση, καθώς και το να μην ενδιαφέρεται η έγκυος για το μωρό ή και για την ίδια, αποτελούν ενδεικτικά συμπτώματα της περιγεννητικής κατάθλιψης και, όπως προαναφέρθηκε μπορούν να εμφανιστούν λίγο πριν την κύηση, δηλαδή κατά τη διάρκεια της ή ακόμη και μετά απ' αυτήν, ακόμη και μετά από ένα χρόνο, δηλαδή η επιλόχειος κατάθλιψη (Bogaerts, 2013 και Maternal and child health στο www.hrsa.gov, τελ. πρόσβαση 7/10/2017).

Η περιγεννητική περίοδος, κατέχει ένα σημαντικό μέρος στη διάρκεια της κύησης, καθώς υπάρχει υψηλό ποσοστό κινδύνου για ψυχικά νοσήματα (για παράδειγμα διαταραχή προσωπικότητας), τα οποία σε συνδυασμό με τα συμπτώματα της περιγεννητικής περιόδου, είναι δυνατό να οδηγήσουν και σε αυτοκτονίες. Έρευνες το έχουν αποδείξει σε ένα ποσοστό τουλάχιστον 20%, καθιστώντας έτσι τον κίνδυνο ως άμεσο φαινόμενο και μία από τις πιο κύριες αιτίες θνησιμότητας στην περιγεννητική περίοδο (Lindahland Pearson, 2005).

Πρέπει να τονιστεί το γεγονός ότι τα περισσότερα από αυτά τα συμπτώματα που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της κύησης και αφορούν την εγκυμοσύνη, τείνουν να έχουν ομοιότητες με τα κοινά καταθλιπτικά συμπτώματα κι έτσι δεν γίνονται εύκολα αντιληπτά, αφού θεωρείται από τις περισσότερες γυναίκες (ενίοτε και από το ίδιο το περιβάλλον της οικογένειας και των φίλων) ότι πρόκειται για κανονικά συμπτώματα που αφορούν αποκλειστικά και μόνο την εγκυμοσύνη, δηλαδή πιστεύουν πως είναι φυσιολογικό να τα εμφανίζουν (O' Haraetal., 1984). Συγκεκριμένα, η αλλαγή διάθεσης και το άγχος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό, θεωρούνται κοινά συμπτώματα.

Επιπλέον, όπως προαναφέρθηκε, λίγο μετά τον τοκετό υπάρχει η μελαγχολία-δυσφορία με τον κοινό όρο «baby blues», τα οποία συνήθως έχουν μικρή διάρκεια (2 εβδομάδες ή και λιγότερο), όμως η επιμονή της συναισθηματικής αστάθειας και του άγχους θα πρέπει να κινήσει κάποιες υποψίες για περιγεννητική κατάθλιψη. Μάλιστα, πολλές γυναίκες έχουν πει πως αυτά τα συμπτώματα τα αισθάνονται και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όχι μόνο μετά. Πέρα από τα ήδη προαναφερθέντα συμπτώματα (άγχος και εριστικότητα), υπάρχουν και ενδείξεις για αυτοκτονικές τάσεις και φόβοι σχετικά με την ασφάλεια του μωρού, όπως για παράδειγμα ο φόβος ότι θα βλάψει το έμβρυο άθελά της (Meltzer-Brodyetal., 2005). Τέλος, πολλές από τις γυναίκες που αναζήτησαν ιατρική βοήθεια, ανέφεραν πως υπέφεραν και από εμμονικές σκέψεις κατά την περιγεννητική περίοδο (Abramowitz J S., Meltzer-Brodyetal., 2010).

Παρόλο που τα κλινικά συμπτώματα της περιγεννητικής κατάθλιψης, δεν είναι ευρέως γνωστά, ωστόσο θα πρέπει να γίνει μία εκτενής έρευνα όσον αφορά αυτά τα συμπτώματα, καθώς έτσι θα βοηθηθούν και θα ενημερωθούν ορθά πολλές γυναίκες και ταυτόχρονα θα είναι πιο έγκαιρη η διάγνωση και η πρόληψή τους, προτού η κατάσταση γίνει πιο σοβαρή.

4.2. Παράγοντες

Αρκετοί είναι οι παράγοντες, που μπορεί να οδηγήσουν στην περιγεννητική κατάθλιψη και όπως γίνεται κατανοητό, οι παράγοντες αυτοί πηγάζουν πρωτίστως από τη μέλλουσα μητέρα. Συγκεκριμένα, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συντελείται μία πληθώρα συναισθηματικών μεταβολών, με πιο άμεσες τις ορμονικές μεταβολές (για παράδειγμα αλλαγές στα επίπεδα των οιστρογόνων και προγεστερόνων, ιδίως στο πρώτο τρίμηνο της κύησης). Μάλιστα, βάσει

ερευνών έχει αποδειχτεί πως στις γυναίκες που εμφάνιζαν συμπτώματα κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, υπήρχαν αλλαγές στην κανονικότητα του δείκτη ορμονών, καθώς η υπερδραστηριότητά τους οδηγούσε ακριβώς στην ανικανότητα διατήρησης των επιπέδων του στρες σε ένα φυσιολογικό επίπεδο και αυτό το δείγμα, είναι ένα από τα πιο σημαντικά όσον αφορά τις δραστικές βιολογικές μεταβολές που συντελούνται στην περιγεννητική περίοδο και ιδίως σε εκείνη που αφορά την περιγεννητική κατάθλιψη (δείκτης HPA axis, Hypothalamic-Pituitary-Adrenal σύμφωνα με τον Gold και Chrousos, 1992).

Πιο αναλυτικά, οι δραστικές ορμονικές μεταβολές συντελούνται τόσο κατά τη διάρκεια της κύησης, όσο και το διάστημα μετά τον τοκετό. Τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη, ορμόνες που έχουν κοινό πρόδρομο τη χοληστερόλη, αρχίζουν να ανεβάζουν τα επίπεδά τους κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης. Αυτές οι αλλαγές, είναι απολύτως φυσιολογικές, αρκεί να πραγματοποιούνται σε κανονικό ρυθμό, καθώς οι ρυθμικές ανωμαλίες κατά την παραγωγή αυτών των στεροειδών ορμονών, σχετίζονται με την περιγεννητική κατάθλιψη και ερευνητικά έχει καταγραφεί πως γυναίκες που αντιμετώπιζαν επιλόχειο κατάθλιψη, είχαν αφύσικη δραστηριότητα όσον αφορά την παραγωγή των οιστρογόνων και των προγεστερόνων και τα επίπεδά τους εμφάνιζαν αριθμητικές ανωμαλίες (Blochet al., 2000).

Επιπλέον, αναφορικά με τον υποθάλαμο άξονα επινεφριδίων της υπόφυσης (HPA axis), έχει αποδειχτεί πως ο ακανόνιστος ρυθμός που λαμβάνει χώρα εκεί, σχετίζεται αιτιολογικά τόσο για μείζονες καταθλιπτικές διαταραχές (MDD), όσο και για κατάθλιψη μετά τον τοκετό (PPD). Ακόμη, με τον άξονα αυτό φαίνεται να έχουν σχέση και οι επιδράσεις των οιστρογόνων και των προγεστερόνων (Bloch et al., 2000, Magiakou M A., Mastorakos G. et al., 1996).

Βάσει των παραπάνω μεταβολών σε ορμονικό επίπεδο, που έχουν άμεση σχέση με το άγχος, μπορούμε να διακρίνουμε και κάποιους άλλους παράγοντες που είναι πιθανό να προκαλέσουν περιγεννητική κατάθλιψη. Πρώτα απ' όλα, κυριαρχούν οι αγχώδεις διαταραχές σε ένα ευρύ πλαίσιο που μπορούν να ονομαστούν περιγεννητικές αγχώδεις διαταραχές εφόσον αφορούν το άγχος κατά τη διάρκεια της κύησης, με την γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, που περιλαμβάνει άγχος ιδεοψυχαναγκαστικό, πανικό και το κοινωνικό άγχος (Alehagen S., et al., 2001). Όλες αυτές οι διαταραχές, έχουν να κάνουν με την ανησυχία της εγκύου σχετικά με την έκβαση της εγκυμοσύνης, στο αν κάνει τα σωστά βήματα για την υγεία τόσο του παιδιού (τρόπος ζωής και συνήθειες που ακολουθεί) όσο και για την ίδια και γενικότερα στο άγχος για την υγεία του εμβρύου. Επιπλέον, σημαντικός παράγοντας αποτελεί το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό της εγκύου, αναφορικά με την ψυχική της υγεία, αλλά και τη σωματική (κατάθλιψη στο παρελθόν, αυξημένο άγχος, κρίσεις πανικού, μανίας κ.ά.).

Ερευνητικά επίσης, έχει αποδειχτεί πως οι γυναίκες οι οποίες στο παρελθόν αντιμετώπιζαν προβλήματα με αποβολές και δυσλειτουργικές περιόδους εγκυμοσύνης, έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν αγχώδεις διαταραχές και κατ' επέκταση καταθλιπτικά συμπτώματα, συγκεκριμένα πάνω από 10%, όσον αφορά την επικράτηση των διαταραχών του άγχους σε σχέση με αυτό της κατάθλιψης (Ross L.E., McLean., et al., 2006). Επιπλέον, με βάση την ίδια έρευνα, αξίζει να τονιστεί το γεγονός ότι οι διαταραχές που αφορούν το άγχος και η κατάθλιψη με τα επιμέρους συμπτώματά της συχνά βρίσκονται μαζί, σε ένα ποσοστό που όπως δείχνουν οι ερευνητές είναι περίπου 30-40%. Συχνά οι έγκυες, προκαταβάλλονται και πιστεύουν πως θα βλάψουν το έμβρυό τους με τον τρόπο ζωής τους ή ότι το έμβρυο θα πάθει κάτι κακό

(αποβολή, μόλυνση από κάποια αρρώστια, το έμβρυο θα σταματήσει ξαφνικά να αναπνέει κ.ά.) πράγμα που τις οδηγεί σε εμμονικές και ψυχαναγκαστικές σκέψεις, οι οποίες με τη σειρά τους οδηγούν σε ανάλογες ψυχαναγκαστικές συμπεριφορές.

Οι αγχώδεις διαταραχές, προκαλούν καταθλιπτική συμπτωματολογία δεδομένου ότι η έγκυος είναι συνεχώς υπό πίεση και άγχος, παρουσιάζονται επομένως συμπτώματα όπως οι διαταραχές στον ύπνο και στη συγκέντρωση, συνεχής και σε υπερβολικό βαθμό ανησυχία και φόβος, ένταση αδικαιολόγητη και καμιά φορά μπορεί να υπάρξουν κρίσεις πανικού (Ross et al., 2003 και 2006). Ακόμη, πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι οι ιδεοψυχαναγκαστικές σκέψεις, αφορούσαν περισσότερο τις γυναίκες που διένυαν μια εγκυμοσύνη σε σχέση με τις υπόλοιπες που δεν βρίσκονταν σε κατάσταση κύησης (Zambaldi et al., 2009). Τα συμπτώματα αυτά, μπορεί να συνεχίσουν να υπάρχουν κι έπειτα από τον τοκετό, εφόσον δε ληφθεί προηγουμένως η αρμόζουσα ιατρική θεραπεία, ωστόσο ο ιδεοψυχαναγκασμός σε αυτή τη φάση μπορεί και να αποβεί μοιραίος όσον αφορά την υγεία του παιδιού (ιδέες θανάτωσής του), καθώς έχει αποδειχτεί πως οι γυναίκες που εμφάνισαν συμπτώματα κατάθλιψης κατά την κύηση, είχαν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν επιλόχειο κατάθλιψη και παραδέχτηκαν πως συχνά είχαν εικόνες στο μυαλό τους, όπως το να βλάψουν το παιδί με κάποιο αιχμηρό αντικείμενο (Zambaldi et al., 2009).

Επιμέρους χαρακτηριστικά αγχωδών διαταραχών, αποτελούν οι σκέψεις που κάνει η γυναίκα όσον αφορά την αποδοχή της από το κοινωνικό ή και επαγγελματικό της περιβάλλον (φόβος κοινωνικής απομόνωσης ή απόρριψης ως γενικευμένη αγχώδης διαταραχή), σκέψεις που αφορούν την εργασία σε συνδυασμό με την υγεία του εμβρύου, τα οικονομικά ή και τα θέματα υγείας τόσο της ίδιας όσο και του εμβρύου

όπως αναφέρθηκε. Κι εδώ οι ερευνητές έχουν τονίσει πως τέτοιου είδους σκέψεις, καταβάλλουν περισσότερο τις γυναίκες που βρίσκονται σε περιγεννητική περίοδο σε σχέση με τις υπόλοιπες (Williams J., et al., 2014).

Επιπλέον, παράγοντες που ευθύνονται για την πρόκληση συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους, αποτελούν η στήριξη τόσο από το ίδιο το οικογενειακό περιβάλλον όσο και από τον ίδιο τον σύντροφο, ο οποίος είναι παρών σε όλη τη φάση της εγκυμοσύνης. Ενδεικτικά, έχει αποδειχτεί πως στις περιπτώσεις που η εγκυμοσύνη ήταν ανεπιθύμητη ή δεν είχε προγραμματιστεί και ο σύντροφος απουσίαζε, η έγκυος είχε περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξει καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ ταυτόχρονα βασικός παράγοντας είναι και η σχέση της εγκύου με τη μητέρα της, εφόσον αποτελεί το άμεσο πρότυπο της μητρότητας και σε περίπτωση που οι σχέσεις δεν είναι καλές, ανάλογα θα επηρεάσει την ψυχολογία της εγκύου, αλλά και την επιμέρους σχέση της ίδιας με τη μητρότητα (Deligiannidis et al., 2014).

Ακόμη, παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης αγχωδών διαταραχών -και περαιτέρω κατάθλιψης- έχει αποδειχτεί πως εμφανίζουν οι γυναίκες οι οποίες πρόκειται να γεννήσουν για πρώτη φορά (για παράδειγμα μία μέλλουσα μητέρα που θα γεννήσει πρώτη φορά, κατακλύζεται από σκέψεις όπως το κατά πόσο θα ανταπεξέλθει ιδανικά στον ρόλο της μητρότητας, δεδομένου ότι έχει επικρατήσει στην κοινωνία το πρότυπο της «τέλειας μητέρας»), καθώς κι εκείνες οι οποίες φοβούνται τον τοκετό (η λεγόμενη *τοκοφοβία*, φόβος για τον πόνο του τοκετού), επειδή είτε δεν έχουν βοηθηθεί από το περιβάλλον τους είτε δεν έχουν συμμετάσχει σε προγράμματα μαθημάτων με στόχο την πλήρη ενημέρωση της εγκύου σχετικά με την κατάστασή της και την προετοιμασία της στον επερχόμενο τοκετό. Στη

λεγόμενη τοκοφοβία, μπορούμε να προσθέσουμε και τις περαιτέρω μαιευτικές επιπλοκές, που μπορεί να εμφανιστούν κατά τον τοκετό (τραυματικός τοκετός), οι οποίες ενέχουν πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης μετέπειτα και δυσκολίες στον συναισθηματικό δεσμό μητέρας-παιδιού (Bauer et al., 2014; Davies 2008)

Αντίθετα, έχει αποδειχτεί πως οι γυναίκες οι οποίες έλαβαν τέτοιου είδους βοήθεια από προγράμματα κύησης, είχαν αυξημένη την αίσθηση του ελέγχου και μπορούσαν να διαχειριστούν καλύτερα τα συναισθήματα άγχους που τις κατέβαλαν σε σχέση με εκείνες που δεν έκαναν κάτι ανάλογο και ήταν πιο πιθανό να εμφανίσουν περιγεννητική ή και επιλόχειο κατάθλιψη (Melender H L. et al., 1999).

Τέλος, κάποιιοι από τους παράγοντες που μπορούν να οδηγήσουν σε περιγεννητική κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της κύησης, αποτελούν το βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό της μέλλουσας μητέρας με ψυχικές διαταραχές όπως, η διπολική διαταραχή, η σχιζοφρένεια, η κατάθλιψη βαριάς μορφής, ακόμη και η παιδική ηλικία (για παράδειγμα εάν η γυναίκα είχε κακοποιηθεί κατά την παιδική ηλικία ή είχε άσχημο οικογενειακό περιβάλλον, χωρίς στήριξη από τους γονείς, με ενδοοικογενειακή βία κ.λπ.), καθώς έχει αποδειχτεί πως οι γυναίκες με ιστορικό κατάθλιψης και άλλων ψυχικών νοσημάτων, έχουν διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν καταθλιπτικά συμπτώματα (Wisner K., Peindl K., et al., 1994).

Επιπροσθέτως, παράγοντες –που επηρεάζουν ίσως σε λιγότερο βαθμό–, όπως τα κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα, διάφορα στρεσογόνα γεγονότα στη ζωή των γυναικών, πρόσφατα γεγονότα που ίσως να τις επηρέασαν (για παράδειγμα ένας καβγάς, η απώλεια κάποιου προσώπου κ.ά.), καθώς και η απουσία κοινωνικής υποστήριξης σε

συνδυασμό με την ανικανοποίηση από τη συζυγική σχέση και τον σύντροφο ή ακόμη και σε περίπτωση που η εγκυμοσύνη ήταν ανεπιθύμητη, υπολογίζεται πως έχουν σύνδεση με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης (Σταματίου Ε., Παπαληγούρα Ζ., 2010), ενώ αντίθετα εφόσον υπάρξει κατάλληλη υποστήριξη από το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον, αλλά και από τον κοινωνικό περίγυρο οι πιθανότητες, είναι ελάχιστες έως και μηδαμινές.

Συνοπτικά, παρατηρούμε πόσο σημαντικοί είναι οι ανωτέρω παράγοντες που είναι δυνατό να οδηγήσουν σε καταθλιπτικά προβλήματα. Αυτό που προέχει, είναι σε κάθε περίπτωση να μην υπάρχει αδιαφορία και εφησυχασμός από την πλευρά της εγκυμονούσας, όσον αφορά αυτή την κατάσταση, δεδομένου ότι τις περισσότερες φορές τέτοιου είδους διαταραχές (άγχος, ανησυχία κ.λ.π.) συχνά αντιμετωπίζονται ως φυσιολογικό και συνηθισμένο φαινόμενο το οποίο αφορά την περίοδο της εγκυμοσύνης και μόνο γι' αυτό δεν γίνονται αντιληπτά είτε από την οικογένεια είτε από τους γιατρούς-, ενώ παραβλέπονται περαιτέρω συμπτώματα που ωστόσο σχετίζονται με την εμφάνιση κατάθλιψης τόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης όσο και μετά τον τοκετό.

4.3. Διάγνωση, πρόληψη και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων περιγεννητικής κατάθλιψης

Η περιγεννητική κατάθλιψη, ταυτόχρονα με την παρουσία άλλων ψυχικών διαταραχών (αγχώδεις διαταραχές, όπως είδαμε), έχει άμεσες επιπτώσεις αφενός στην ίδια την γυναίκα, αφετέρου στο έμβρυο με κοινό παράγοντα τις επιπτώσεις και των δύο στην υγεία. Επιπλέον, αυτού του είδους η διαταραχή, έχει και άμεσες συνέπειες στην οικογένεια της εγκύου, καθώς και στις υποχρεώσεις που καλείται η ίδια να αναλάβει

(για παράδειγμα εάν υπάρχουν κι άλλα παιδιά στην οικογένεια και τα παραμελεί). Όπως παρατηρήσαμε, τα συμπτώματα της περιγεννητικής κατάθλιψης, σε συνδυασμό με τις διαταραχές που αφορούν το άγχος, συχνά παρερμηνεύονται ως φυσιολογικά φαινόμενο που συνοδεύουν την περίοδο της εγκυμοσύνης, ωστόσο αυτή η αντιμετώπιση συχνά εντείνει την κατάσταση και ίσως να έχει τα αντίθετα αποτελέσματα, τα οποία θα αναλυθούν στα επόμενα ερωτήματα.

Είναι δύσκολο, η ίδια η έγκυος ή το ευρύτερο περιβάλλον της να καταλάβουν αν έχει κάποια περιγεννητική διαταραχή και αυτό μόνο ένα εξειδικευμένο κέντρο υγείας ή κάποιος ειδικός γιατρός μπορεί να το διαγνώσει, εφόσον και η γυναίκα καταλάβει ότι έχει κάποιο από τα συμπτώματα (παραδείγματος χάρη, με κάποιο ερωτηματολόγιο που να αφορά καταστάσεις στην περίοδο της κύησης) και έχει τη διάθεση να βοηθήσει τον εαυτό της και το παιδί που πρόκειται να φέρει στον κόσμο. Όμως, πρέπει να αναφερθεί πως σε πολλές περιπτώσεις ακόμη και οι ειδικοί επαγγελματίες (για παράδειγμα οι μαιευτήρες γυναικολόγοι) παρά την εξειδίκευσή τους δυσκολεύονται να διακρίνουν τα συμπτώματα της περιγεννητικής κατάθλιψης ή κάποιας άλλης διαταραχής, καθιστώντας έτσι κάπως πιο δύσκολη την αντιμετώπισή της. (Hatton et al., 2007).

Επιπλέον, κάποιες γυναίκες θεωρούν πως είναι δύσκολο να ενημερώσουν για το πρόβλημά τους κάποιον ειδικό γιατρό και να μιλήσουν γι' αυτό, καθώς δεν νιώθουν εντελώς βέβαιες ότι αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα και εφόσον καταλάβουν ότι όντως έχουν κάτι, δε γνωρίζουν πως θα το συζητήσουν με κάποιον, είτε δικό τους άνθρωπο είτε γιατρό. Ακόμη, οι περισσότερες νιώθουν την ανάγκη να το επιλύσουν κρυφά και μόνες τους ή στη χειρότερη περίπτωση κάποιες θεωρούν πως δεν έχουν κάτι και πως θα φύγει από μόνο του. Σύμφωνα με ειδικούς, αυτό που μπορεί να βοηθήσει εγκαίρως να

διαγνωστεί μία γυναίκα με κάποιου είδους διαταραχή στην περίοδο της κύησης, αποτελεί το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, καθώς είναι ένας ασφαλής παράγοντας πρόγνωσης (O' Hara, 1996, Chee et al., 2005).

Επιπροσθέτως, κάτι στο οποίο συγκλίνουν αρκετοί ερευνητές, είναι να γίνεται έλεγχος εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης, που συνοδεύονται από άγχος κατά την περιγεννητική περίοδο και κυρίως στο τελικό τρίμηνο της κύησης, δεδομένου ότι σε αυτή τη φάση είναι πολύ πιθανό να υποτροπιάσουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Josefsson, 2001 και έρευνα από τους Records και Rice, 2007). Υπάρχουν και περιπτώσεις στις οποίες και η ίδια η γυναίκα, μπορούσε να καταλάβει πως κάτι δεν πήγαινε καλά με την ίδια, σύμφωνα με τα συμπτώματα που εμφανίζονται και αυτό αφορά τις περιπτώσεις στις οποίες οι γυναίκες προέρχονταν από ανεπτυγμένες χώρες, αφού όπως είναι φυσικό, εκεί υπάρχει και ενημέρωση με πολλούς φορείς που είναι σε θέση να βοηθήσουν την έγκυο άμεσα, σε αντίθεση με χώρες (φτωχές ή υπανάπτυκτες) στις οποίες υπάρχει έλλειψη ενημέρωσης και απουσία φορέων κοινωνικής υποστήριξης (Economou et al., 2013).

Όπως είναι φυσικό, σε κάθε περίπτωση πρέπει να υπάρξει άμεση υποστήριξη από το περιβάλλον της εγκύου, καθώς έτσι θα είναι και πιο εύκολο να διαγνωστεί κάποιο πρόβλημα. Μία έγκαιρη παρέμβαση με σκοπό τη θεραπεία, έχει αποδειχθεί πως σαφώς μπορεί να βελτιώσει τόσο την ίδια τη μητέρα όσο και το παιδί (Nice, 2007). Ωστόσο, αυτό που έχει προκαλέσει ερευνητικό ενδιαφέρον είναι τα είδη θεραπείας που μπορούν να γίνουν κατά την περίοδο της κύησης, με στόχο την αντιμετώπιση των διαταραχών που οδηγούν σε περιγεννητική κατάθλιψη.

Καταρχήν, το είδος θεραπείας που διχάζει τις γνώμες των ερευνητών (Nice, 2014) είναι αυτό της φαρμακευτικής θεραπείας, δηλαδή η χρήση

φαρμάκων κατά τη διάρκεια της κύησης (φαρμακευτική παρέμβαση). Σύμφωνα με την έρευνα αυτή (Nice, 2007 και Bishop, 2011), ακόμη και σε περιπτώσεις εγκύων με βαριές ψυχικές διαταραχές δεν προτείνεται άμεσα η αντιμετώπισή τους με τη χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, καθώς αυτό είναι πολύ πιθανό να έχει συνέπειες στην ανάπτυξη του εμβρύου (γενετικές ανωμαλίες ή δυσπλασίες λόγω επικίνδυνων ουσιών), αλλά και στην ίδια τη γυναίκα (για παράδειγμα, μετά τον τοκετό στην παραγωγή γάλακτος με σκοπό τον θηλασμό).

Ωστόσο, ερευνητικά έχει αποδειχτεί πως ένα ποσοστό γυναικών (13%), λαμβάνει αντικαταθλιπτικά φάρμακα κατά τη διάρκεια της κύησης (Cooper W. O., Willy M.E., et al., 2007). Βέβαια, ακριβώς επειδή το πεδίο έρευνας είναι περιορισμένο, καθώς ενέχει αρκετούς κινδύνους το να πραγματοποιηθούν κλινικές δοκιμές και γι' αυτό το λόγο δεν έχουν εξακριβωθεί ακόμη οι επιπτώσεις σε βρέφη που έχουν εκτεθεί στη χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, είτε κατά τη διάρκεια της κύησης, είτε κατά την περίοδο του θηλασμού.

Σύμφωνα με άλλη έρευνα βέβαια (Davis, 2005 και Bonari et al. 2004), οι γυναίκες με σοβαρές ψυχικές διαταραχές (για παράδειγμα σχιζοφρένεια ή διπολική διαταραχή) που δεν θεραπεύονται κατά τη διάρκεια της κύησης, είναι δυνατό να προκαλέσουν σοβαρούς κινδύνους, όπως πρόωρο τοκετό, θνησιγενή βρέφη ή βρέφη με χαμηλό βάρος και μειωμένη ανάπτυξη, ενώ καταγράφονται ακόμη και κίνδυνοι για την ίδια την έγκυο, όπως η αυτοκτονία. Έτσι, η θεραπεία σε περιπτώσεις τέτοιων σοβαρών ψυχικών διαταραχών με χρήση αντικαταθλιπτικών ή αντιψυχωσικών φαρμάκων, ίσως και να έχει αποτελεσματική μείωση τέτοιων συμπτωμάτων και αύξηση της ψυχικής ευεξίας (Nice, 2007).

Από την άλλη πλευρά, ακριβώς επειδή δεν είναι αρκετά γνωστές οι επιπτώσεις μιας φαρμακευτικής παρέμβασης, συνιστάται να αποφεύγεται η χρήση φαρμάκων κατά τη διάρκεια της κύησης ή εφόσον κρίνεται απαραίτητο σε περίπτωση σοβαρής ψυχικής διαταραχής, να γίνεται χρήση φαρμάκων με ουσίες που έχουν μειωμένες πιθανότητες εμφάνισης προβλημάτων στο έμβρυο, όπως η φλουοξετίνη, η οποία έχει τις λιγότερες πιθανότητες επικινδυνότητας κατά την κύηση, δηλαδή μία αγωγή αντικαταθλιπτική ήπιας μορφής (Nice, 2007).

Σύμφωνα με αυτά τα πορίσματα, προτείνεται η αντικατάσταση της φαρμακευτικής παρέμβασης (εκτός αν, όπως προαναφέρθηκε είναι αναπόφευκτο) με κάποιου άλλου είδους θεραπείας, όπως η ψυχοθεραπεία που είναι και ο πιο γνωστός τρόπος θεραπείας κάποιων διαταραχών κατά την περιγεννητική περίοδο. Υπάρχουν αποδείξεις για την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπείας, η οποία περιλαμβάνει συνήθως τη γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (cognitive behavioral therapy, CBT) και την διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (Interpersonal Psycho Therapy, IPT), κυρίως σε ασθενείς με ήπιας μορφής κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της κύησης (Dennis, 2007; Spinelli et al., 2003).

Βέβαια, η ατομική ψυχοθεραπεία έχει αποδειχτεί πως έχει καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με την διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (Sockol et al., 2011) ή και ψυχοθεραπεία που περιλαμβάνει και άλλα άτομα (γκρουπ) και μάλιστα έχει αποδειχτεί πως γυναίκες με ήπια κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της κύησης ή και μετά τον τοκετό (επιλόχειος κατάθλιψη) με την ατομική ψυχοθεραπεία κατάφεραν να μειώσουν τα καταθλιπτικά συμπτώματά τους (Spinelli et al., 2003 και Grote et al., 2007).

Βάσει των ανωτέρω δεδομένων, η ψυχοθεραπεία είναι ο πιο ενδεδειγμένος τρόπος αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών κατά τη διάρκεια της κύησης, όμως σύμφωνα με έρευνες δεν υπάρχουν ακριβή δεδομένα έρευνας για την ψυχική υγεία και την πορεία της αναφορικά με γυναίκες με επιλόχειο κατάθλιψη ή έπειτα από κάποιο διάστημα μετά τον τοκετό (Sockol et al., 2011). Σε κάποιες περιπτώσεις, ένας συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής συνιστάται ως καλύτερη επιλογή για γυναίκες με πιο βαριά καταθλιπτικά συμπτώματα, σε σχέση με εκείνες που είχαν ήπιας μορφής κατάθλιψη και προτίμησαν την απλή ψυχοθεραπεία.

Επιπρόσθετα με κάποια ψυχοθεραπεία, είναι αποδεδειγμένο πως η ταυτόχρονη υποστήριξη τόσο από τον σύντροφο όσο και από το οικογενειακό περιβάλλον, έχουν αποτελεσματικότητα σε γυναίκες που εμφάνισαν περιγεννητική κατάθλιψη (Baucom D H., Shoham V., et al. 1998). Είναι καθοριστικός, εξάλλου ο ρόλος της οικογένειας και της συζυγικής σχέσης για μια έγκυο γυναίκα.

Τα τελευταία χρόνια, πέραν των παραπάνω μεθόδων αντιμετώπισης της περιγεννητικής κατάθλιψης, έχουν αναφερθεί και κάποιες εναλλακτικές και συμπληρωματικές θεραπευτικές μορφές (Deligiannidis et al., 2014), όπως η κατανάλωση ουσιών που έχουν αντικαταθλιπτική σημασία και ελάχιστες ή μηδαμινές πιθανότητες επικινδυνότητας στο έμβρυο και στη μητέρα, με κυριότερα τα ωμέγα-3 λιπαρά και το φυλλικό οξύ, το βαλσαμόχορτο (St John's Wort), ουσίες με θετική δράση σε γυναίκες με ήπια συμπτώματα κατάθλιψης (Deligiannidis et al., 2014 και Freeman, 2006). Η φωτοθεραπεία, έχει αποδειχτεί πως έχει ευεργετικά αποτελέσματα (Eastman, 1998), βέβαια με κάποιες επιφυλάξεις, καθώς υπάρχει κίνδυνος πρόκλησης μανιακών επεισοδίων ή διαταραχών στον ύπνο και γι' αυτό το λόγο συνιστάται και η ταυτόχρονη παρακολούθηση

από κάποιον ειδικό για την αποφυγή τέτοιων επεισοδίων (Deligiannidis et al., 2014).

Ευεργετικές επιδράσεις φαίνεται να έχουν και πιο απλές μέθοδοι, όπως η σωματική άσκηση ή η αερόβια ήπιας μορφής, που βοηθούν στο να περιοριστεί ο κίνδυνος εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή και να μειωθούν εφόσον ήδη υπάρχουν (Krogh et al., 2011 και Dritsa et al., 2003), καθώς και το μασάζ (Field et al., 2004 και 2009) σε έγκυες γυναίκες, το οποίο μπορεί να ελαττώσει αισθητά τα καταθλιπτικά συμπτώματα ή συμπτώματα άγχους, εφόσον συμβάλλει στη χαλάρωση των γυναικών. Τέλος, έχει προταθεί και η θετική επίδραση της θεραπείας βελονισμού αν και δεν υπάρχουν ακριβή στοιχεία που να το πιστοποιούν ορθά (Deligiannidis et al., 2014).

Ταυτόχρονα με τις θεραπευτικές αυτές μορφές, είναι τέλος σημαντικό και η ίδια η έγκυος να επικεντρωθεί τόσο στην ψυχική, όσο και στη σωματική της υγεία με ένα πλάνο υγιεινής διατροφής, σε συνδυασμό με ήπια σωματική άσκηση. Ενδεικνύται το καλό πρωινό και τροφές πλούσιες σε ασβέστιο, όπως το γάλα, το γιαούρτι, τα φρούτα και οι ξηροί καρποί, ενώ πρέπει να αποφεύγεται σε κάθε περίπτωση το αλκοόλ και οι τροφές που είναι πολύ λιπαρές. Αυτά συνδυαστικά με την βοήθεια από τον ειδικό γιατρό, την υποστήριξη από την οικογένεια και τον σύντροφο, μπορούν να έχουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα τόσο στη μείωση και τον περιορισμό των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην περιγεννητική περίοδο, όσο και στην αποτροπή αυτών (Maternal and child health στο www.hrsa.gov, τελ. πρόσβαση 7/10/2017).

Συνοπτικά, είναι απαραίτητη η διατήρηση μιας ψυχικής και σωματικής υγείας κατά τη διάρκεια της κύησης, αφού στην περίοδο αυτή η γυναίκα χρήζει ιδιαίτερης φροντίδας, καθώς είναι πιο ευάλωτη (ψυχικά

και σωματικά) δεδομένης της κατάστασης. Είναι εύλογο λοιπόν να κατανοήσουμε πόσο σημαντικοί είναι οι παράγοντες που αναφέρθηκαν, τόσο για την πρόληψη όσο και για την αντιμετώπιση τέτοιων προβλημάτων, καθώς έτσι συντελείται ευκολότερα και πιο γρήγορα η διαδικασία αντιμετώπισης και απαλοιφής του προβλήματος μελλοντικά.

5. Οι επιπτώσεις της περιγεννητικής κατάθλιψης στο έμβρυο

Η περιγεννητική κατάθλιψη, μπορεί να έχει καταστροφικές συνέπειες τόσο για την ίδια τη μητέρα, όσο και για το παιδί, αλλά και για την οικογένεια (Feldman et al., 2009). Δεδομένων των παραγόντων που μπορούν να την προκαλέσουν, είναι πολύ σημαντικό να υπάρξει η έγκαιρη αντιμετώπισή της, έτσι ώστε να μειωθεί η διάρκεια παραμονής και επικράτησης των συμπτωμάτων (prevalence), προκειμένου να αποφευχθούν αυτές οι συνέπειες οι οποίες θα αναλυθούν παρακάτω.

Αρχικά, έχει αποδειχθεί πως η περιγεννητική κατάθλιψη, συνδέεται με περιπτώσεις πρόωρων τοκετών και γέννησης λιποβαρών βρεφών, καθώς και με επιβλαβείς επιπτώσεις στη σχέση μητέρας-παιδιού (Feldman et al., 2009, Field T., 2010, Smith MV et al., 2004). Οι μητέρες που εμφάνισαν κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της κύησης, έχουν περισσότερες πιθανότητες να γεννήσουν βρέφη επιρρεπή σε κολικούς πόνους και να είναι απέναντι στα παιδιά τους σκληρές κι επικριτικές, εφαρμόζοντας λιγότερο κάποιες βαθμίδες ασφαλείας των βρεφών, όπως για παράδειγμα τα ειδικά καθίσματα στα αυτοκίνητα, αγνοώντας βασικούς γονικούς κανόνες, ενώ ταυτόχρονα δεν αναπτύσσουν δεσμούς με το παιδί τους που να το βοηθά στην ανάπτυξη μιας υγιούς συμπεριφοράς, όπως το να διαβάζουν στο παιδί τους ή να παίζουν μαζί του (Paulson et al., 2006).

Μητέρες με περιγεννητική κατάθλιψη, έχουν μειωμένη την αίσθηση υπευθυνότητας και φροντίδας απέναντι στο βρέφος και δεν είναι τόσο εκδηλωτικές συναισθηματικά μαζί του φτάνοντας στο σημείο της απόρριψης και της επιθετικότητας, ενώ αντίθετα οι γυναίκες που κατά τη διάρκεια της κύησης δεν είχαν τέτοια συμπτώματα είναι πιο ευαίσθητες και υπεύθυνες με τα παιδιά τους κι έχουν πιο ισχυρούς συναισθηματικούς δεσμούς (Campbell SB. et al., 2004).

Επίσης, στις περιπτώσεις έκθεσης των εμβρύων σε καταθλιπτικά συμπτώματα, έχει καταγραφεί η μειωμένη κινητικότητά τους (Field et al., 2006) και η γέννησή τους με χαμηλό βάρος ή και με πρόωρο τοκετό, ενώ ταυτόχρονα έχει αποδειχθεί πως υπάρχει αυξημένη ποσότητα κορτιζόλης και νορεπινεφρίνης που οδηγούν στα παραπάνω αποτελέσματα. Οι ποσότητες των ουσιών αυτών μάλιστα, συνεχίζουν να υπάρχουν και κατά τη νηπιακή ηλικία στα παιδιά που γεννήθηκαν από μητέρες που είχαν περιγεννητική κατάθλιψη, αντιθέτως δε συνέβη κάτι ανάλογο στις περιπτώσεις παιδιών από μητέρες χωρίς κατάθλιψη (Ashman SB. et al., 2002, Field et al., 2006). Αυξημένος εμφανίζεται ο κίνδυνος για πρόωρο τοκετό, στις περιπτώσεις βρεφών που κατά την κύηση οι μητέρες τους είχαν καταθλιπτικά συμπτώματα (Field et al., 2006) και άμεση σύνδεση με αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης έχει η παρουσία του άγχους κατά τη διάρκεια της κύησης, -καθώς όπως προαναφέρθηκε τα καταθλιπτικά συμπτώματα με τις αγχώδεις διαταραχές συχνά συνυπάρχουν-, επειδή τα έμβρυα των γυναικών που εμφάνισαν αγχώδεις διαταραχές και καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την κύηση, είχαν ανεβασμένα επίπεδα κορτιζόλης, αλλά και χαμηλό βάρος και μειωμένη περίμετρο στον εγκέφαλο και στην κοιλιακή χώρα (Field et al., 2006, Field, 2011).

Ακόμη πιο επιβλαβείς συνέπειες παρουσιάζουν βρέφη των οποίων οι μητέρες είχαν αυτοκτονικές τάσεις κατά τη διάρκεια της κύησης, με συνέπειες όπως διανοητική καθυστέρηση ή άλλες ανωμαλίες (Meltzer-Brody & Stuebe, 2014). Επιπλέον συμπτώματα περιγεννητικής κατάθλιψης, όπως οι διατροφικές διαταραχές, συχνά οδηγούν στη γέννηση παιδιών με χαμηλό βάρος, αλλά και σε πρόωρους τοκετούς (Bauer et al., 2014). Πέρα από τα προβλήματα φροντίδας και λειτουργικότητας απέναντι στα βρέφη, οι μητέρες με κατάθλιψη παρουσιάζουν και προβλήματα μετέπειτα στον θηλασμό κι έτσι από το

πρώιμο αυτό στάδιο συναισθηματικού δεσμού μητέρας και βρέφους υπάρχει αυτή η έλλειψη στην κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών του βρέφους, ενώ ταυτόχρονα οι γυναίκες με συμπτώματα κατάθλιψης κατά την κύηση που δεν έλαβαν φροντίδα και ενημέρωση από ανάλογα προγράμματα κύησης με στόχο την περιγεννητική προετοιμασία της εγκύου, είναι πολύ πιθανό να υιοθετήσουν επιζήμιες συνήθειες, όπως η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα και η χρήση ουσιών, οι οποίες θα έχουν ανάλογα καταστροφικές συνέπειες στην ανάπτυξη του εμβρύου, δηλαδή μαιευτικές επιπλοκές (Flynn et al., 2014).

Τα βρέφη των οποίων οι μητέρες είχαν κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, εμφανίζουν αργότερα τα ίδια διαταραχές όσον αφορά τον ύπνο, συναισθηματικά προβλήματα και συναισθηματικές διαταραχές, καθώς και προβλήματα στη διατροφή τους και περαιτέρω στην ανάπτυξή τους, ενώ ταυτοχρόνως η έκθεση του βρέφους σε αγχωτικές συνθήκες από πολύ νωρίς, είναι πολύ πιθανό να έχει αρνητική επίδραση στο ίδιο το μωρό και στην συναισθηματική του ανάπτυξη, καθώς μπορεί να αναπτύξει κι αυτό διαταραχές όπως ο ιδεοψυχαναγκασμός (όταν μεγαλώσει αρκετά) και σοβαρότερες συνέπειες τέτοιου είδους, έχουν καταγραφεί στα βρέφη που οι μητέρες τους είχαν μια πιο σοβαρή ψυχική διαταραχή, όπως η σχιζοφρένεια και η διπολική διαταραχή και οι διαταραχές στο νευροβιολογικό κεντρικό σύστημα, που μπορούν να επιφέρουν ανάλογα κι αυτές πρόωρο τοκετό, μειωμένο βάρος και μακροπρόθεσμα αυτές οι διαταραχές να συνεχίζουν να υπάρχουν στα ίδια τα παιδιά (Howard, 2005, Rubovits, 1996).

Οι μακροπρόθεσμες αυτές συνέπειες στο βρέφος, το επηρεάζουν σε επίπεδο συναισθηματικό, όπως επίσης υπάρχουν επιδράσεις και στις ικανότητες που αφορούν το λεκτικό και γνωστικό επίπεδο (για παράδειγμα διανοητική καθυστέρηση και αργοπορημένη γλωσσική

ανάπτυξη), καθώς και τις κοινωνικές δεξιότητες του παιδιού, με πολύ έντονο τον κίνδυνο εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών σε αρκετά μικρή ηλικία (6 ετών ή και έπειτα στην εφηβεία) κι αυτό λόγω των επιπτώσεων του άγχους και της κατάθλιψης που αντιμετώπιζε η μητέρα κατά τη διάρκεια της κύησης (Davey et al., 2011, Santos, 2014). Τα βρέφη που είχαν υψηλά επίπεδα κορτιζόλης, λόγω των αγχωδών διαταραχών και της κατάθλιψης, σύμφωνα με έρευνα ήταν πιο επιρρεπή στο κλάμα ή εξέφραζαν συχνότερα δυσφορία (εκφράσεις δυσφορίας) και ανάλογα οι μητέρες τους που υπέφεραν από κατάθλιψη, συχνά έκαναν παράπονα για τη «δύσκολη ιδιοσυγκρασία» των μωρών τους (Field, 2006).

Τέλος, σημαντικές επιπτώσεις έχει το άγχος στην περιγεννητική περίοδο στην ιδιοσυγκρασία του παιδιού, καθώς μπορεί να αναπτύξει κοινωνικά προβλήματα (αποφευκτική συμπεριφορά, δυσκολία στη δημιουργία συναισθηματικών δεσμών τόσο με την ίδια τη μητέρα όσο και με τους γύρω) από νεαρή ακόμη ηλικία (2 ετών), τα οποία εάν δε διαγνωστούν εγκαίρως θα εξελιχτούν σε σοβαρές ψυχικές διαταραχές μελλοντικά κυρίως κατά την εφηβική ηλικία, όπως δείχνουν έρευνες για παιδιά των οποίων οι μητέρες είχαν κατάθλιψη στην περίοδο της κύησης. Πιο συγκεκριμένα, τα παιδιά αυτά είχαν αυξημένες και πολλαπλές πιθανότητες (14% και 4,7 περισσότερες φορές) εμφάνισης ανάλογων διαταραχών και κυρίως κατάθλιψης στην εφηβεία, δεδομένου ότι είχαν ήδη εκτεθεί στην μητρική κατάθλιψη (έρευνα του Pawlby et al., 2009). Ακόμη, είναι πολύ πιθανό τα ίδια στο μέλλον να εκτεθούν σε σοβαρούς παράγοντες, όπως η κακομεταχείριση από τον σύντροφο, η χρήση βλαβερών ουσιών, καθώς και για τα νεαρά κορίτσια, η ανάλογη εμφάνιση ίδιων συμπτωμάτων κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της κύησης (Pawlby et al., 2009).

Προβλήματα υγείας σε μεγαλύτερο βαθμό, φαίνεται να αντιμετωπίζουν τα παιδιά τα οποία από βρέφη ακόμη, είχαν εκτεθεί σε συνθήκες περιγεννητικής κατάθλιψης και άγχους, από μητέρες που διένυαν την περίοδο της κύησης με τέτοιου είδους προβλήματα (Baueretal., 2014) και πιο συγκεκριμένα προβλήματα όπως το χρόνια κοιλιακό άλγος (λόγω του αυξημένου επιπέδου κορτιζόλης, όπως προαναφέρθηκε) και το άσθμα από πολύ μικρή ηλικία (Baueretal., 2014, Schmied, 2013).

Συμπερασματικά, η περιγεννητική κατάθλιψη ως πρόβλημα έχει, όπως παρατηρούμε, άμεσες συνέπειες στο έμβρυο, τόσο βραχυπρόθεσμα, όσο και μακροπρόθεσμα και γι' αυτόν το λόγο καταλαβαίνουμε πόσο επιτακτική είναι η ανάγκη άμεσης επίλυσης του προβλήματος, προκειμένου να αποφευχθούν οι επικίνδυνες συνέπειες τόσο στο παιδί, όσο και στην ίδια τη μητέρα.

6. Ο ρόλος του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος

Όσον αφορά την εμφάνιση της κατάθλιψης κατά την περίοδο της κύησης αλλά και στην περίοδο μετά τον τοκετό, έχουν γίνει πολλές αναφορές σχετικά με τον ρόλο που έχει το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον της εγκύου. Όπως είναι φυσικό, η αλληλεπίδραση είναι καθοριστικής φύσεως και θα πρέπει να είναι αμοιβαία, έτσι ώστε να υπάρχει το αίσθημα της ικανοποίησης και της στήριξης, μέσω της βοήθειας που θα λαμβάνει η γυναίκα στην περιγεννητική περίοδο.

Ερευνητικά είναι αποδεδειγμένο πως όταν η γυναίκα, δηλώνει ικανοποιημένη από τη συζυγική της σχέση και από της στήριξη που της παρέχει το οικογενειακό της περιβάλλον, έχει ελάχιστες έως και μηδαμινές πιθανότητες ανάπτυξης κατάθλιψης τόσο κατά τη διάρκεια της κύησης, όσο και επιλόχειας κατάθλιψης. Το αντίθετο συμβαίνει με γυναίκες, που δεν είχαν καθόλου στήριξη από το περιβάλλον τους ή ήταν απομονωμένες κοινωνικά και ανικανοποίητες αναφορικά με το είδος της υποστήριξης που έλαβαν, είχαν δηλαδή αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης κατά την περιγεννητική περίοδο (Μωραΐτου Μ., 2004).

Βάσει των ανωτέρω ερευνητικών δεδομένων, μπορούμε να κρίνουμε πόσο απαραίτητη είναι η κάθε είδους υποστήριξη σε αυτή την σημαντική περίοδο που διανύει μια γυναίκα. Λόγω του ότι ακριβώς πρόκειται για μια μετάβαση, εξαιτίας πολλών αλλαγών, σωματικών και ψυχικών, η έγκυος κατά το διάστημα αυτό νιώθει περισσότερο ευάλωτη ψυχικά. Οι φορείς ψυχολογικής –κυρίως- υποστήριξης, ποικίλουν αλλά οι κυριότεροι απ' αυτούς είναι το κοινωνικό περιβάλλον, το οικογενειακό, η συντροφική υποστήριξη και η περαιτέρω στήριξη από προγράμματα ενημερωτικά, όπως για παράδειγμα τα προγράμματα περιγεννητικής

προετοιμασίας, καθώς και από γραμμές ή κοινωνικούς οργανισμούς ψυχολογικής υποστήριξης (Μωραΐτου Μ., 2004)

Το κοινωνικό περιβάλλον, μπορεί να μην έχει την ίδια υποστηρικτική σημαντικότητα, όπως έχει το οικογενειακό περιβάλλον ή η υποστήριξη από τον σύντροφο, ωστόσο συχνά οι γυναίκες εκτιμούν τη στήριξη που προέρχεται από τον φιλικό τους κύκλο ή από τον εργασιακό (από τους συναδέλφους τους, λόγω χάρη). Μπορούν να αποκομίσουν αξιολογικά ενημερωτικές απόψεις, με πρακτική λειτουργικότητα που αφορούν τον τρόπο ζωής ή τον ρόλο μιας μητέρας (Μωραΐτου Μ., 2004). Το να στηρίζονται οι γυναίκες σε φίλους και οικογένεια, μπορεί να έχει θετική επίδραση και να συμβάλλει στην ανακούφιση από ψυχικά βάρη και άγχη, καθώς και οι δύο φορείς έχουν τη δυνατότητα να βοηθήσουν με πολλούς τρόπους (Maternal and child health στο www.hrsa.gov, τελ. πρόσβαση 7/10/2017).

Σύμφωνα με έρευνες έχει αποδειχτεί πως οι γυναίκες, οι οποίες δεν είχαν καθόλου κοινωνική υποστήριξη ή ήταν κοινωνικά απομονωμένες, είχαν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης κυρίως επιλόχειας κατάθλιψης και μάλιστα στο διάστημα των πρώτων τριών μηνών μετά τον τοκετό (Μωραΐτου Μ., 2004), σε αντίθεση με τις γυναίκες που λάμβαναν τέτοιου είδους υποστήριξη.

Αναφορικά με τη βοήθεια από το φιλικό ή συγγενικό περιβάλλον ή και από το εργασιακό, είναι επίσης αποδεδειγμένο πως ακόμη λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης μετά τον τοκετό, έχουν οι γυναίκες που λάμβαναν βοήθεια σε εργασίες που αφορούσαν το σπίτι, ή κάποιο πρόσωπο από το φιλικό ή οικογενειακό τους περιβάλλον, αναλάμβαναν τουλάχιστον λίγες ώρες την εβδομάδα τη φροντίδα του παιδιού (Maternal and child health στο www.hrsa.gov, τελ. πρόσβαση 7/10/2017). Εξάλλου,

η ανοιχτή συζήτηση των προβλημάτων με γνωστούς και φίλους, τους δίνει ανάλογα τη δυνατότητα να κατανοήσουν καλύτερα τη φύση του προβλήματος και τους επιτρέπει να παρέχουν σημαντική υποστήριξη, όπου αυτή χρειάζεται.

Εξίσου σημαντικό ρόλο, παίζει η υποστήριξη από τον σύντροφο, ο οποίος είναι παρών σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, πριν από τον τοκετό, αλλά και μετά, καθώς και στις στιγμές άγχους (Μωραΐτου Μ., 2004). Μάλιστα, αυτού του είδους η στήριξη είναι περισσότερο απαραίτητη, στην περίοδο μετά τον τοκετό. Εφόσον υπάρχει μία ικανοποιητική σχέση ανάμεσα στη γυναίκα και στον σύζυγο, με αμοιβαία συναισθήματα συμπαράστασης και κατανόησης, άλλο τόσο μειωμένες είναι οι πιθανότητες ανάπτυξης καταθλιπτικών συμπτωμάτων και εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης, καθώς οι ελλείψεις στην ποιότητα σχέσης και οι δυσκολίες στην επικοινωνία μεταξύ των συντρόφων, μπορούν να προκαλέσουν καταθλιπτικές διαταραχές (Μωραΐτου Μ., 2004). Οι περιπτώσεις αυτές, εμφανίζουν μάλιστα έξαρση και οι γυναίκες είναι πιθανό να εμφανίσουν πιο εύκολα κατάθλιψη, όταν η εγκυμοσύνη δεν έχει προγραμματιστεί και κατ' επέκταση είναι ανεπιθύμητη, υπάρχει απουσία του συντρόφου ή οι σχέσεις με αυτόν δεν είναι καλές (Μωραΐτου Μ., 2004 και 2007).

Αξίζει ακόμη να τονιστεί πως βάσει ερευνητικών πορισμάτων, έχει αποδειχθεί πως όταν κάποιος από τους συντρόφους πάσχει από κάποιου είδους ψυχική διαταραχή, αυτό αυτομάτως ενέχει περισσότερους κινδύνους πρόκλησης επεισοδίων και συναισθηματικών συγκρούσεων και τα ζευγάρια στη μεταξύ τους αλληλεπίδραση μαλώνουν συχνότερα (Hanley, 2009, έρευνα από τους Gotlib & Hammen). Επιπροσθέτως, σε περίπτωση εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά την περίοδο της κύησης ή ανάπτυξης άλλου είδους ψυχικής διαταραχής, είναι πιο

πιθανό το ζευγάρι να έρθει σε ρήξη, λόγω επικοινωνιακού χάσματος και συχνά τις περισσότερες φορές οι σύζυγοι γυναικών που πάσχουν από κατάθλιψη, νιώθουν συναισθηματικά αποξενωμένοι ή απογοητευμένοι και είναι πιθανό να εμφανίσουν και οι ίδιοι κάποια καταθλιπτικά συμπτώματα ή διαταραχές άγχους (σε ποσοστό 30% από έρευνα που διεξήχθη το 2005 από τους Huangand Warner).

Σημαντικός παράγοντας σχετικά με τις πιθανότητες εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων, παίζει και η οικογένεια και ιδίως η στήριξη από τη μητέρα της εγκύου, λόγω του ότι αποτελεί ένα πρότυπο για τον μετέπειτα ρόλο της μητρότητας κάθε γυναίκας. Μάλιστα, αναφορικά με την εμφάνιση κατάθλιψης, έχουν συσχετιστεί γεγονότα που έχουν να κάνουν με τις σχέσεις μητέρας και εγκύου, πιο συγκεκριμένα εάν οι σχέσεις κυμαίνονται σε εχθρικό επίπεδο ή και σε επίπεδο απόρριψης από την πλευρά της μητέρας (Μωραΐτου Μ., 2004 και 2007), αυτό αργότερα δημιουργεί εύφορες συνθήκες εμφάνισης κατάθλιψης στη γυναίκα που διανύει την εγκυμοσύνη της.

Ακόμη, καθοριστικό ρόλο παίζει και το μοντέλο ανατροφής της μητέρας, όσον αφορά τις πιθανότητες κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης, δηλαδή μία μητέρα που είναι σκληρή και επικριτική απέναντι στην κόρη της ή απορριπτική, χωρίς να ενδιαφέρεται για την σωστή ανατροφή της, το πιο πιθανό είναι αυτού του είδους η συμπεριφορά να υιοθετηθεί και από την ίδια την κόρη, όταν φτάσει σε αναπαραγωγική ηλικία και περισσότερο κατά την περιγεννητική περίοδο και έπειτα, θα εμφανίσει ευκολότερα κατάθλιψη, εξαιτίας της δυσκολίας στην προσαρμογή του ρόλου της μητρότητας (Μωραΐτου Μ., 2004 και 2007).

Τέλος, η σωστή πληροφόρηση και η ορθή ενημέρωση από κάποιον ειδικό, που γνωρίζει καλύτερα τρόπους διαχείρισης τέτοιων

καταστάσεων, είναι ένα μέσο υποστήριξης, ιδιαίτερα σε γυναίκες που νιώθουν ότι δε λαμβάνουν την κατάλληλη υποστήριξη από το ίδιο τους το περιβάλλον. Υπάρχουν αρκετοί εξειδικευμένοι φορείς υγείας, όπως οι μαιευτήρες-γυναικολόγοι, οι νοσηλεύτες, καθώς και άλλοι πάροχοι ιατρικής φροντίδας (Maternal and child health στο www.hrsa.gov, τελ. πρόσβαση 7/10/2017). Με αυτόν τον τρόπο, οι μέλλουσες μητέρες θα αισθάνονται λιγότερη ανασφάλεια όσον αφορά θέματα αντιμετώπισης άγχους και θα νιώθουν πως ανακτούν τον έλεγχο καλύτερα.

Στην ίδια κατηγορία με την υποστηρικτική φροντίδα από εξειδικευμένους παρόχους ιατρικής φροντίδας, κατατάσσονται και τα προγράμματα περιγεννητικής προετοιμασίας, τα οποία είναι σε θέση να προετοιμάσουν μεθοδευμένα τις έγκυες, ειδικότερα εκείνες που πρόκειται να γεννήσουν για πρώτη φορά. Έχει αποδειχτεί εξάλλου, πως γυναίκες που συμμετείχαν σε τέτοια προγράμματα, αισθάνονταν λιγότερο ανασφαλείς σε θέματα άγχους, φόβου και ιδεοψυχαναγκαστικών σκέψεων βλάβης του εμβρύου τους και σε περίπτωση που προέκυπτε κάποιο από αυτά τα προβλήματα, ανακτούσαν τον έλεγχο γρηγορότερα κι επομένως ο κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης ήταν ελάχιστος, σε σχέση με γυναίκες που δεν παρακολουθούσαν τέτοια προγράμματα (Maternal and child health στο www.hrsa.gov, τελ. πρόσβαση 7/10/2017).

Επιπροσθέτως, σημαντικές και υποστηρικτικές είναι οι ενημερωτικές οδηγίες που λαμβάνουν οι γυναίκες που διανύουν την περίοδο της κύησης, τόσο από τα προγράμματα που αναφέρθηκαν, όσο και από τις υποστηρικτικές γραμμές, οι οποίες θα αναφερθούν πιο αναλυτικά παρακάτω. Σύμφωνα με ερευνητική διεργασία, οι μέλλουσες μητέρες που λάμβαναν οδηγίες και συμβουλές, τόσο πριν όσο και μετά τον τοκετό, είχαν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη ή να χάσουν την αίσθηση του ελέγχου (Gordon R., 2004). Ανάλογα θετική επίδραση είχε

και στα ίδια τα βρέφη, τα οποία αργότερα δεν αντιμετώπιζαν δυσκολίες στον ύπνο ή στη διατροφή και εκνευρίζονταν λιγότερο (Μωραΐτου Μ., 2004).

Συμπερασματικά, σύμφωνα με τα παραπάνω ερευνητικά πορίσματα, κατανοούμε πόσο σημαντική είναι η υποστηρικτική διαδικασία στην περιγεννητική περίοδο μιας γυναίκας, καθώς έτσι μειώνονται τόσο οι πιθανότητες πρόκλησης και εμφάνισης κατάθλιψης, ενώ ταυτόχρονα σε περίπτωση που η γυναίκα αντιμετωπίζει ήδη τέτοιο πρόβλημα, με την κατάλληλη στήριξη και καθοδήγηση αυξάνονται οι πιθανότητες ελάττωσής του.

7. Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία

Το πρόβλημα της οικονομικής κρίσης που αποτελεί σχεδόν παγκόσμιο φαινόμενο και είναι ένα από τα κύρια προβλήματα στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια (από το 2008 και έως σήμερα), πέρα από τις συνέπειες στο συλλογικό επίπεδο, απαντάται και στο ατομικό με σοβαρές ενίοτε επιπτώσεις στην ψυχική υγεία. Μάλιστα, δημόσιες έρευνες έδειξαν πως οι οικονομικές συνέπειες του ποσοστού ανεργίας και της μείωσης του εισοδήματος, δύνανται να έχουν συνέπειες στην υγεία, τόσο την ψυχική όσο και τη σωματική (World Health Organization, 2009). Η απώλεια εργασίας, εντείνει έναν ενδεχόμενο κίνδυνο εμφάνισης ψυχιατρικών και σωματικών διαταραχών, κάτι στο οποίο συγκλίνουν πολλοί ερευνητές, ενώ ταυτόχρονα η ανεργία μπορεί να προκαλέσει αύξηση της κατάθλιψης και του άγχους, καθώς και προσφυγή σε «λύσεις» όπως οι ουσίες και το αλκοόλ (Murphy G C., Athanasou J A., 1999). Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, ως απόρροια της οικονομικής κρίσης, παρουσιάζεται και μία αντικοινωνική συμπεριφορά, δεδομένου ότι το άτομο νιώθει ανίκανο να διαχειριστεί ψυχικές καταστάσεις και κλείνεται στον εαυτό του. Πρέπει να τονίσουμε πως βάσει περαιτέρω ερευνών (Pauland Moser K., 2009), αυτό παρατηρείται κυρίως στην πλειοψηφία των ατόμων που είναι άνεργοι (περίπου το 34%) σε σχέση με τα άτομα που έχουν εργασία και κυρίως στους άντρες παρά στις γυναίκες, ίσως λόγω των κοινωνικών ρόλων που κυριαρχούν (Kulik L., 2000).

Στην Ελλάδα, τα τελευταία χρόνια λόγω της κρίσης έχει ανέλθει το ποσοστό αυτοκτονιών και υπάρχει μία αλλοίωση όσον αφορά την κατάσταση της υγείας (Karaniolos M. et al., 2013). Οι αυτοκτονικές τάσεις που σχετίζονται με τα κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα, φαίνεται να έχουν ως υπόβαθρο γενικότερες ψυχικές διαταραχές και σχετίζονται επηρεάζοντας και πάλι κυρίως τους άντρες παρά τις

γυναίκες. Επιπλέον, οι συνθήκες αβεβαιότητας ως επακόλουθο της οικονομικής κρίσης, είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την υγεία των ατόμων και μπορεί να δημιουργήσει ένα αίσθημα αδιεξόδου όσον αφορά την κατάσταση, γεγονός που σχετίζεται και με την πολιτειακή αντιμετώπιση του θέματος, επειδή για παράδειγμα το άτομο, αισθάνεται θυμό και αδικία, πιστεύοντας πως η πολιτεία δεν παρέχει άμεσες λύσεις και πως η ίδια δημιουργεί το πρόβλημα (Paul & Moser K., 2009).

Σχετικά με την οικογένεια, η άσχημη οικονομική κατάσταση πέραν του γεγονότος ότι οδηγεί σε προβλήματα οικογενειακά μεταξύ των μελών, έχει αποδειχθεί πως υπάρχουν συνέπειές της και στα παιδιά (υποσιτισμός), αλλά και στις μέλλουσες μητέρες, λόγω της πρόωρης έκθεσης σε στρεσογόνες καταστάσεις, οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν σε κατάθλιψη (Γιωτάκος Ο., 2010). Ταυτόχρονα, ο υποσιτισμός μιας εγκύου, είναι σαφές πως επηρεάζει αρνητικά τόσο την ανάπτυξη του βρέφους (π.χ. έλλειψη ρετινοϊκού οξέος και ω-3 λιπαρών οξέων) όσο και την ίδια την γυναίκα, με αυξημένες τις πιθανότητες για πρόωρο τοκετό και επιδείνωση της ψυχικής υγείας (Γιωτάκος Ο., 2010).

Ακόμη, οδηγούμαστε με βάση τα παραπάνω στοιχεία, στο συμπέρασμα πως ακριβώς η ανασφάλεια και η αβεβαιότητα για το μέλλον, αποτρέπει τις περισσότερες γυναίκες από το να δημιουργήσουν οικογένεια και να κάνουν παιδιά, εφόσον το ίδιο το περιβάλλον δεν ενέχει τις κατάλληλες προϋποθέσεις να γεννηθεί ένα παιδί και οι ίδιες οι γυναίκες πιθανόν να θεωρούν πως δε θα είναι σε θέση να προσφέρουν εξ ολοκλήρου όσα χρειάζεται ένα παιδί, λόγω των οικονομικών δυσκολιών που προκαλεί η κρίση (Γιωτάκος Ο., 2010). Από την άλλη, η απουσία ελεύθερου χρόνου και η υπερβολική εργασία, είναι συστατικά που αποτελούν ανασταλτικούς παράγοντες δημιουργίας οικογένειας.

Γενικότερα, η οικονομική κρίση οδηγεί στην αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών, κάτι που έχει σχέση και με τους δείκτες ανεργίας (Uutela A., 2010). Μάλιστα, τα ποσοστά θνησιμότητας παρουσιάζουν αύξηση σε περιοχές είτε φτωχές, είτε με οικονομική κρίση, λόγω των οικονομικών δυσκολιών που απαντώνται εκεί (Falagas et al., 2009). Σαφέστατα, το συγκεκριμένο πρόβλημα, είναι δυνατό να περιοριστεί τουλάχιστον σε ατομικό επίπεδο με την κατάλληλη υποστηρικτική βοήθεια από ειδικούς (κέντρα υποστήριξης), αλλά και από το ίδιο το οικογενειακό περιβάλλον, καθώς όπως έχουν δείξει έρευνες η αρμονική οικογενειακή κατάσταση , είναι μείζων παράγοντας για την στήριξη του ατόμου εν μέσω της οικονομικής κρίσης και κυρίως από τον σύντροφο, αφενός ως ψυχολογικό έρεισμα, αφετέρου ως οικονομικός αρωγός για τις εκάστοτε ανάγκες, μέσω της οικονομικής συμβολής (Feldman DC., 1991).

8. Οργανισμοί κοινωνικής υποστήριξης βοηθούν τις γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Είναι εύλογο, πως μία γυναίκα κατά τη διάρκεια μιας εγκυμοσύνης (ιδιαίτερα της πρώτης), νιώθει απροετοίμαστη τόσο ψυχολογικά, όσο και σωματικά και καταλαμβάνεται από φόβο και άγχος για το έμβρυο και την υγεία του, καθώς και για το κατά πόσο ο ρόλος της θα είναι επαρκής και θα πράττει σωστά. Εάν δεν υπάρξει η αρμόζουσα στήριξη από νωρίς, είναι πιθανόν η έγκυος να οδηγηθεί σε κατάθλιψη, τόσο περιγεννητική όσο και επιλόχειο, καθώς ερευνητικά και όπως αναφέρθηκε παραπάνω, έχει αποδειχθεί πως όταν μια γυναίκα λαμβάνει την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη από το στενό οικογενειακό της περιβάλλον και κυρίως από τον σύντροφό της, θα έχει λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης και συγκεκριμένα επιλόχειας κατάθλιψης (Μωραΐτου Μ., 2004). Αντιθέτως, αν δεν υπάρξει η εν λόγω στήριξη, οι πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης θα είναι περισσότερο αυξημένες.

Μπορούμε να διαχωρίσουμε τρεις κύριους φορείς στήριξης κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνης μιας γυναίκας, οι οποίοι έχουν φυσικά σχέση με το περιβάλλον της εγκύου. Καταρχήν, το κοινωνικό περιβάλλον, παίζει ρόλο στην ψυχολογία μιας εγκύου, αφού συνήθως η έγκυος προστρέχει σ' αυτό για στήριξη ή και ενημέρωση με ανταλλαγή απόψεων (φίλοι και συνάδελφοι για παράδειγμα) σχετικά με την μητρότητα και σε περίπτωση που δεν υπάρξει κάποια στήριξη, η έγκυος μπορεί να εμφανίσει συμπτώματα κατάθλιψης (Μωραΐτου Μ., 2004). Δευτερευόντως και σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό, σημαντικό ρόλο κατέχει ο σύντροφος, ιδίως σε καταστάσεις άγχους όχι μόνο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλά και πριν και μετά. Μάλιστα, η απουσία ή και η αδιαφορία του συντρόφου, είναι πολύ πιθανό να οδηγήσει σε κατάθλιψη, κυρίως όταν δεν είναι καλές οι σχέσεις ή η εγκυμοσύνη δεν έχει προγραμματιστεί εκ

των προτέρων (Μωραΐτου Μ., 2004). Επιπλέον, αρκετά σημαντική, είναι η σχέση της εγκύου με το οικογενειακό της περιβάλλον, ιδίως με τη μητέρα της, καθώς αποτελεί το άμεσο πρότυπο μητρότητας και σε περίπτωση που οι σχέσεις μεταξύ μητέρας και κόρης είναι εχθρικές ή επικριτικές (από την πλευρά της μητέρας), τότε πολύ εύκολα η έγκυος θα εμφανίσει συμπτώματα κατάθλιψης και η προσαρμογή της στο ρόλο της ως μητέρα θα είναι δύσκολη (Μωραΐτου Μ., 2004).

Παρατηρούμε πόσο σημαντική και απαραίτητη, είναι η υποστήριξη μιας γυναίκας στην πιο σημαντική φάση της ζωής της, όπου ολοκληρώνεται τόσο ως γυναίκα, αλλά κυρίως εκπληρώνει τον ρόλο της ως μητέρα. Σε περίπτωση που υπάρχει απουσία των ανωτέρω ή η έγκυος θεωρεί πως χρειάζεται περαιτέρω ψυχολογική υποστήριξη από ειδικούς και καταρτισμένα άτομα, η πολιτεία έχει μεριμνήσει με κοινωνικές οργανώσεις, με στόχο την σωστή ενημέρωση και πληροφόρηση, προκειμένου η έγκυος να αισθανθεί πιο σίγουρη για τον εαυτό της, μειώνοντας τα άγχη και τις ανασφάλειές της, αφού έρευνες έχουν αποδείξει πως οι έγκυες που έλαβαν την κατάλληλη ενημέρωση σε προγράμματα προγεννητικά, ήταν περισσότερο έτοιμες ψυχοσωματικά, διαχειρίζονταν καλύτερα το άγχος τους, ενώ ταυτόχρονα αισθάνονταν περισσότερο ικανές και είχαν μειωμένες πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης σε σχέση με τις γυναίκες που δεν συμμετείχαν σε τέτοιου είδους προγράμματα (Μωραΐτου Μ., 2004 και 2007).

Συγκεκριμένα, στην Ελλάδα υπάρχουν γραμμές υποστήριξης της εγκύου (www.fainareti.gr και www.agalia.org.gr Τελ. πρόσβαση στις 3/10/2017), με σκοπό την καταρτισμένη ενημέρωσή της, την παροχή πλήρους φροντίδας κατά την περίοδο της κύησης και την υποστήριξη σε γυναίκες που δεν έχουν που να απευθυνθούν, όταν απουσιάζει το οικογενειακό περιβάλλον ή που έχουν ψυχικές διαταραχές.

Επιπροσθέτως, συμβάλλουν στον σχεδιασμό προγράμματος προκειμένου οι έγκυες να είναι έτοιμες για τον τοκετό (μαιευτικά και γυναικολογικά κέντρα, νοσοκομεία κ.ά.), αλλά και στην άμεση βοήθεια κακοποιημένων εγκύων γυναικών ή εγκύων που διαμένουν σε περιοχές απομακρυσμένες χωρίς τα κατάλληλα μέσα φροντίδας και στήριξης. Οι σύλλογοι αυτοί είναι η *Φαιναρέτη* και ο *Σύλλογος προστασίας αγέννητου παιδιού- Η Αγκαλιά*, με πάρα πολλές δράσεις και στοχευμένα προγράμματα, τα οποία έχουν βοηθήσει σημαντικά γυναίκες που μπορεί να ένιωθαν ευάλωτες και απροετοίμαστες κατά την περιγεννητική περίοδο (στο www.fainareti.gr και www.agalia.org.gr, τελ. πρόσβαση 7/10/2017).

Εν κατακλείδι, κατανοούμε αφενός πόσο σημαντική είναι η περίοδος της κύησης για μια γυναίκα, καθώς αποτελεί ένα μεταβατικό στάδιο, που προσομοιάζει με εκείνο της εφηβείας, αφετέρου πόσο απαραίτητη είναι η σωστή προετοιμασία μιας εγκύου και η συνεχής στήριξη, τόσο προς αποφυγή δυσάρεστων συμπτωμάτων κατάθλιψης, που θα θέσουν σε κίνδυνο και την ίδια και το παιδί, όσο και προς τον ενημερωτικό χαρακτήρα, αφού έτσι η γυναίκα κατανοεί καλύτερα και ευκολότερα τον ρόλο της μητρότητας.

Επιπλέον, με τη σωστή ιατρική φροντίδα κατά την περιγεννητική περίοδο, διασφαλίζονται περισσότερο οι πιθανότητες γέννησης ενός υγιούς βρέφους, αλλά και ανάλογα εξασφαλίζεται η υγεία της μητέρας, έτσι ώστε να είναι σε θέση να το φροντίσει κατάλληλα. Όπως γίνεται φανερό από ένα πλήθος επιστημονικών δεδομένων, το πρόβλημα της περιγεννητικής κατάθλιψης είναι συχνό και αναστρέψιμο με την κατάλληλη ιατρική φροντίδα, ωστόσο εάν δε γίνει έγκαιρη και κατάλληλη αντιμετώπισή του, αυτό θα έχει επιζήμιες συνέπειες αφενός στην ψυχοσωματική υπόσταση της μητέρας, αφετέρου θα υποσκαφθεί ο

ρόλος της, δηλαδή δε θα είναι σε θέση να φροντίσει σωστά το βρέφος, γεγονός που θα έχει συνέπειες μακροπρόθεσμα τόσο στη φυσιολογική, όσο και στη νευροβιολογική του ανάπτυξη (Suri R., et al., 2007, Talge N M et al., 2007).

9. Στατιστική Ανάλυση

Για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας και για να διερευνηθεί το ερευνητικό ερώτημα που παρατίθεται στην επόμενη παράγραφο, θεωρήθηκε απαραίτητη η διεξαγωγή έρευνας και έπειτα η ανάλυση αυτής με ειδικό λογισμικό. Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιαστούν αναλυτικά οι στόχοι και τα ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας, η μέθοδος, το δείγμα, το μέσο συλλογής των δεδομένων, η διαδικασία και τέλος η παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

9.1. Στόχοι και ερευνητικά ερωτήματα

Λαμβάνοντας υπόψη την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στα προηγούμενα κεφάλαια της παρούσας εργασίας είναι εύκολο να εννοηθεί πως τόσο πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την κύηση υπάρχουν πιθανότητες να εμφανιστούν δείγματα κατάθλιψης στις γυναίκες (Nice, 2007).

Έτσι λοιπόν, ο στόχος της έρευνας συνδέθηκε πρωτίστως με τον τίτλο της παρούσας εργασίας και έπειτα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και τα ποικίλα ευρήματα άλλων ερευνών που παρατίθενται παραπάνω. Ο εν λόγω στόχος αφορά την κατάθλιψη των γυναικών κατά τη διάρκεια της κύησης και πιο συγκεκριμένα, αν στο δείγμα που επιλέχθηκε για τη συγκεκριμένη έρευνα εμφανίζονται δείγματα κατάθλιψης και έπειτα αν αυτή σχετίζεται με κάποια χαρακτηριστικά του δείγματος π.χ. αν έχει αποβάλλει στο παρελθόν η έγκυος

Κατά συνέπεια, τα ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας τα οποία θα απαντηθούν μετά το κεφάλαιο της ανάλυσης διατυπώνονται ως εξής:

1. «Εμφανίζονται στις ερωτηθέντες δείγματα κατάθλιψης;»

2. «Εμφανίζεται κάποια συσχέτιση ανάμεσα στα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου που αφορούν την κατάθλιψη και κάποια χαρακτηριστικά του δείγματος π.χ. αποβολή»

9.2. Μέθοδος

Γενικότερα η μεθοδολογία μιας έρευνας ή αλλιώς μέθοδος, αναφέρεται σε παραμέτρους που σχετίζονται με την έρευνα που διεξάγει ο ερευνητής. Οι παράμετροι αυτοί έχουν σχέση με τους τρόπους, τα μέσα, τις μεθόδους και άλλα στοιχεία που ο ερευνητής θα χρησιμοποιήσει κατά τη διάρκεια της έρευνας (Δημητρόπουλος, 2004).

Η μέθοδος που ακολουθήθηκε για να επιτευχθεί ο στόχος και να απαντηθεί το ερευνητικό ερώτημα της έρευνας δηλαδή να αποδειχθεί αν το δείγμα των γυναικών που επιλέχθηκε εμφάνισε δείγματα κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της κύησης εφαρμόστηκε η ποσοτική μέθοδος.

9.3. Δείγμα

Για την εγκυρότητα τόσο της έρευνας όσο και της εργασίας, θα έπρεπε το δείγμα να θεωρείται αντιπροσωπευτικό. Για να συμβεί κάτι τέτοιο πρέπει τα βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος να ταιριάζουν με αυτά του πληθυσμού και για το λόγο αυτό η δειγματοληψία έγινε προσεκτικά. Εκτός από την προσεκτική επιλογή του δείγματος η ενέργεια που είχε περισσότερη σημασία ήταν η τυχαία επιλογή αυτού. Ωστόσο, επειδή η αναζήτηση του δείγματος αφορούσε αποκλειστικά σε έγκυες γυναίκες η τυχαία δειγματοληψία γινόταν υπό το συγκεκριμένο φίλτρο για να είναι εγγυημένη η αντιπροσωπευτικότητα του.

Αποτέλεσμα των παραπάνω, είναι η δειγματοληψία να χαρακτηρίζεται ως δειγματοληψία κατά συστάδες/δεσμίδες ή συμπλεκτική (cluster). Πιο συγκεκριμένα κατά τη δειγματοληψία αυτή, ο

πληθυσμός υποδιαιρείται σε ομάδες με ομοιογενή χαρακτηριστικά και έπειτα επιλέγουμε τυχαία κάποιες ομάδες από το σύνολο αυτών. Έτσι καταλήγουμε σε υποκείμενα με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που ταιριάζουν στο προφίλ αυτών που αναζητά η έρευνα. Για παράδειγμα, για να ελέγξουμε την κατάθλιψη σε έγκυες γυναίκες από ένα σύνολο γυναικών, επιλέγουμε έναν αριθμό γυναικολόγων και μέσω αυτών ερχόμαστε σε επαφή με τις έγκυες (Ψαρού κ.α., 2001).

9.4. Μέσο συλλογής δεδομένων

Στο πλαίσιο της μεθόδου που εφαρμόστηκε κατά την ερευνητική διαδικασία, επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο για την συλλογή των δεδομένων προς ανάλυση από τις έγκυες γυναίκες του δείγματος. Σχετικά με το ερωτηματολόγιο και σύμφωνα με τον Παππά (2002), το ερωτηματολόγιο αποτελείται από μια σειρά ερωτήσεων, δομημένων και οργανωμένων σε μια συγκεκριμένη σειρά. Κάθε φορά το δείγμα καλείται να απαντήσει σε αυτές τις ερωτήσεις γραπτά και συνήθως σε συγκεκριμένο όριο χρόνου. Τα ερωτηματολόγια χρησιμοποιούνται για να συλλέξουν δεδομένα που δείχνουν συνήθως μια στάση του δείγματος απέναντι σε ένα στοιχείο. Άλλες φορές μπορεί τα δεδομένα να έχουν σχέση με απόψεις, χαρακτηριστικά, συμπεριφορές κ.α. Παρακάτω αναφέρονται κάποια από τα βασικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του ερωτηματολογίου ως μέθοδος συλλογής δεδομένων.

Μερικά από τα πλεονεκτήματα των ερωτηματολογίων είναι:

- Οικονομικό μέσο συλλογής δεδομένων
- Εύκολη αποστολή σε μεγάλο αριθμό ατόμων ανεξάρτητα από την απόσταση
- Εύκολη κατασκευή από τους ερευνητές και εύκολη συμπλήρωση από τους συμμετέχοντες της έρευνας

- Εφόσον δεν υπάρχει άμεση επαφή με τους ερευνητές τα δεδομένα θεωρείται ότι δεν έχουν επηρεαστεί από αυτούς
- Τυποποιημένοι τρόποι ανάλυσης των δεδομένων
- Οι απαντήσεις δε μπορούν να μεταβληθούν από τους ερευνητές αφού είναι σημειωμένες από τους συμμετέχοντες πάνω σε χαρτί
- Δεν απαιτείται πολύς χρόνος για την δημιουργία και την ανάλυση τους (Παππάς, 2002)

Ωστόσο, όπως και άλλα εργαλεία συλλογής δεδομένων έτσι και το ερωτηματολόγιο έχει μειονεκτήματα. Αυτά είναι:

- Όταν το ερωτηματολόγιο έχει ανοιχτού τύπου ερωτήσεις, ο ερευνητής δυσκολεύεται να αποκωδικοποιήσει τις απαντήσεις
- Περιορισμένος τρόπος απάντησης των ερωτήσεων

9.4.1. Ψυχομετρικό εργαλείο – ερωτηματολόγιο BDI

Το ψυχομετρικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στα πλαίσια της έρευνας ήταν το ερωτηματολόγιο Beck Depression Inventory (BDI) (Beck Weissman & Trexler, 1974). Το εργαλείο αυτό μετράει την ένταση της κατάθλιψης μέσα από 21 κατηγορίες. Αυτές είναι: 1. Συναίσθημα, 2. Απαισιοδοξία, 3. Αίσθημα αποτυχίας, 4. Απώλεια ικανοποίησης, 5. Αίσθημα ενοχής, 6. Αίσθημα τιμωρίας, 7. Μίσος για τον εαυτό, 8. Αυτομομφή, 9. Ευχές τιμωρίας, 10. Κλάμα, 11. Ευερεθιστότητα, 12. Κοινωνική απόσυρση, 13. Αναποφασιστικότητα, 14. Σωματικό εγώ, 15. Μείωση της παραγωγικότητας, 16. Διαταραχές ύπνου, 17, Εύκολη κόπωση, 18. Απώλεια όρεξης, 19. Απώλεια Βάρους, 20. Υποχονδρικές ενασχολήσεις, 21. Απώλεια της Libido. Οι ερωτήσεις έχουν βαθμονομημένες απαντήσεις είτε από το 0 έως το 3 είτε από το 0 έως το 4 είτε από το 0 έως 5. Στο σύνολο τους οι ερωτήσεις συγκεντρώνουν ένα

σκορ το οποίο με τη σειρά του φανερώνει την ένταση της κατάθλιψης του ατόμου που απαντάει στο ερωτηματολόγιο. Έτσι διακρίνονται οι εξής κατηγορίες έντασης της κατάθλιψης ανάλογα με το σκορ:

- Φυσιολογική για σκορ έως 9
- Ήπια κατάθλιψη για σκορ από 10 έως 16
- Μέτρια κατάθλιψη για σκορ από 17 έως 29
- Σοβαρή κατάθλιψη για σκορ από 30 και πάνω

Για το θέμα της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου έχουν ήδη γίνει έρευνες και έχει αποδειχθεί πως αυτή κυμαίνεται από 0.60 έως 0.90 (Beck & Indman, 2005). Οι τιμές φανερώνουν μέτρια έως πολύ υψηλή αξιοπιστία (Cronbach, 1951). Η μετάφραση στην ελληνική γλώσσα έγινε από τους Ντόνια και Δεμερτζή (1983) και έπειτα προσαρμόστηκε από την Αναγνωστούλου (2002). Αντίστοιχα, μετά τη μετάφραση στα ελληνικά έπρεπε να εξεταστεί και πάλι η αξιοπιστία του. Σε αντίστοιχη λοιπόν έρευνα, η αξιοπιστία ελέγχθηκε με τον ειδικό δείκτη για την εσωτερική αξιοπιστία των ερωτήσεων Cronbach's alpha (Σταλίκας, Τρίβιλα & Ρούσση, 2002). Εκεί αποδείχθηκε πως η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου έφτασε το 0,84 φανερώνοντας υψηλό επίπεδο αξιοπιστίας.

Στο σημείο αυτό, αξίζει να σημειωθεί πως μια κατηγορία του ερωτηματολογίου και συγκεκριμένα αυτή της απώλειας βάρους, αποφασίσθηκε πως δε θα ληφθεί υπόψη κατά τη διαδικασία της ανάλυσης. Αυτό συνέβη γιατί οι εγκυμονούσες αυξάνουν το βάρος τους και η ερώτηση έχει σχέση με τη μείωση αυτού.

9.5. Διαδικασία της έρευνας

Η έρευνα από τη φύση της, είχε συγκεκριμένους περιορισμούς αφού το σύνολο των συμμετεχόντων θα έπρεπε να έχει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Αυτό γιατί, το δείγμα έπρεπε να αποτελείται από γυναίκες και μάλιστα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους. Άμεσα συνέπεια αυτού ήταν να αντιμετωπίσουμε δυσκολίες κατά τη διάρκεια της έρευνας αφού έπρεπε πρώτα απ' όλα να εντοπιστούν οι κατάλληλες γυναίκες.

Για την αναζήτηση εγκύων γυναικών, έπρεπε να απευθυνθούμε είτε σε δημόσιο νοσοκομείο, είτε σε ιδιωτική κλινική, είτε σε γιατρούς μέσω των ιδιωτικών ιατρείων τους. Για λόγους ευκολίας πρόσβασης στο δείγμα, επιλέχθηκαν οι ιδιωτικοί ιατροί αφού μέσω αυτών θα είχαμε ευκολότερα τα στοιχεία των εγκύων διαθέσιμα σε εμάς.

Έτσι και έγινε ένας προσωπικά γνωστός ιατρός δέχθηκε να συνεργαστεί στα πλαίσια της έρευνας. Η πρώτη κίνηση από πλευράς του ιατρού ήταν να επικοινωνήσει με τις έγκυες για να πάρει την έγκριση και τα στοιχεία τους για τη χρήση στην έρευνα. Έπειτα, οι έγκυες κατά την επίσκεψη τους συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο και αφού συμπληρώθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια αναλάβαμε τη συλλογή τους και έπειτα την ανάλυση τους.

10.Αποτελέσματα της ανάλυσης

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιαστούν αναλυτικά τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τις απαντήσεις των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα. Αρχικά, θα αναπτυχθούν τα βασικά χαρακτηριστικά αυτών όπως η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το οικογενειακό εισόδημα και άλλα. Έπειτα, ακολουθεί το κύριο μέρος και παρουσιάζει την ανάλυση του ερωτηματολογίου BDI που χρησιμοποιήθηκε. Τέλος, ακολουθεί το κομμάτι της αναζήτησης συσχετίσεων ανάμεσα στα δημογραφικά στοιχεία των εγκύων και του σκορ που σημείωσαν στο ερωτηματολόγιο BDI.

10.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Η ανάλυση της έρευνας ξεκινάει από τα βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Αυτά αφορούν δημογραφικά στοιχεία όπως η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η επαγγελματική κατάσταση, τα έτη γάμου κτλ.

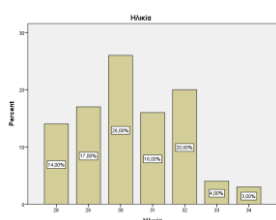
Πρώτη ερώτηση του ερωτηματολογίου σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά αφορούσε την ηλικία των γυναικών. Ο επόμενος πίνακας συνοψίζει τα βασικά χαρακτηριστικά της ηλικίας.

Πίνακας 1: Βασικά περιγραφικά στατιστικά της ηλικίας

Ηλικία	
Μέσος όρος	30
Τυπική απόκλιση	1,5
Ελάχιστη τιμή	28
Μέγιστη τιμή	34

Σύμφωνα με τον πίνακα, ο μέσος όρος της ηλικίας των εγκύων έφτασε τα 30 έτη. Αντίστοιχα, η μικρότερη ηλικιακά γυναίκα που εντοπίζεται στο δείγμα είναι 28 χρονών ενώ αντίθετα η μεγαλύτερη φτάνει τα 34 έτη.

Ως προς την κατανομή των ποσοστών, το επόμενο σχήμα παρουσιάζει την ηλικία σε σχέση με τους συμμετέχοντες. Απ' ότι φαίνεται, οι περισσότερες γυναίκες του δείγματος βρίσκονται στα 30 τους έτη και αποτελούν το 26,00% αυτού. Αμέσως μετά ακολουθούν οι 32χρονες γυναίκες αποτελώντας το 20,00% του δείγματος. Στη συνέχεια, συναντώνται οι γυναίκες στα 29 και 31 έτη που αποτελούν το 17,00% και 16,00% του δείγματος αντίστοιχα.



Σχήμα 1: Κατανομή των ποσοστών της ηλικίας

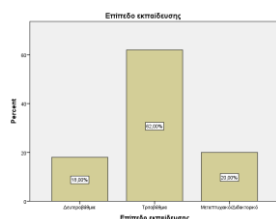
Η επόμενη ερώτηση αφορούσε το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων συνοψίζονται στον

επόμενο πίνακα. Σύμφωνα με τα δεδομένα, φαίνεται πως η πλειοψηφία των γυναικών του δείγματος είναι απόφοιτες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Πίνακας 2: Συχνότητες για το επίπεδο εκπαίδευσης

Επίπεδο εκπαίδευσης	Συχνότητα
Δευτεροβάθμια	18
Τριτοβάθμια	62
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	20

Ωστόσο, παρόλο που η τριτοβάθμια εκπαίδευση φαίνεται να είναι η εκπαίδευση που έχουν ολοκληρώσει οι περισσότερες γυναίκες του δείγματος, υπάρχουν και ακόμα δύο επιλογές που εκφράζουν ένα ακόμα κομμάτι αυτού. Όπως φαίνεται στο επόμενο σχήμα, δεν είναι λίγες οι γυναίκες που είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου σπουδών κατακτώντας ένα ποσοστό της τάξης του 20,00%. Τέλος, συναντώνται οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης που φτάνουν το 18,00% και τερματίζουν τρίτες στη σειρά. Αξιόλογο είναι να αναφερθεί εδώ πως είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικό το γεγονός ότι το 82,00% των γυναικών του δείγματος έχει ολοκληρώσει πανεπιστημιακού επιπέδου εκπαίδευση.



Σχήμα 2: Κατανομή των ποσοστών του επιπέδου εκπαίδευσης

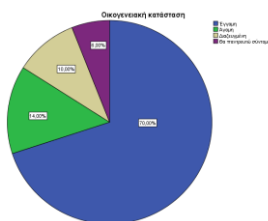
Στη συνέχεια συναντάται η ερώτηση σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση. Όπως είναι αναμενόμενο, η πλειοψηφία των γυναικών του δείγματος είναι έγγαμες. Όπως φαίνεται στον επόμενο πίνακα από τις 100 συνολικά γυναίκες, οι 70 βρίσκονται σε έγγαμη οικογενειακή κατάσταση.

Πίνακας 3: Συχνότητες για την οικογενειακή κατάσταση κατά τη διάρκεια της κύησης

Οικογενειακή κατάσταση	Συχνότητα
Έγγαμη	70
Άγαμη	14
Διαζευγμένη	10

Θα παντρευτώ σύντομα	6
----------------------	---

Αναλυτικότερα, τα ποσοστά που αφορούν την οικογενειακή κατάσταση παρουσιάζονται αναλυτικά στο επόμενο σχήμα. Όπως παρατηρείται, η έγγαμη οικογενειακή κατάσταση υπερτερεί των υπολοίπων φτάνοντας το αξιοσημείωτο ποσοστό του 70,00%. Οι υπόλοιπες επιλογές της ερώτησης όπως παρουσιάζονται στο επόμενο σχήμα, καταλαμβάνουν μικρότερα ποσοστά (άγαμη – 14,00%, θα παντρευτώ διαζευγμένη – 10,00%). Τέλος, υπάρχουν και οι γυναίκες που θα παντρευτούν σύντομα οι οποίες όμως αποτελούν μόνο το 6,00%.



Σχήμα 3: Κατανομή των ποσοστών της οικογενειακής κατάστασης

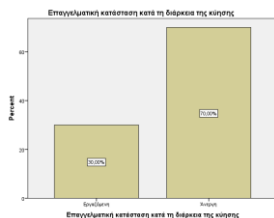
Επόμενη κατάσταση προς ανάλυση είναι η επαγγελματική κατά τη διάρκεια της κήσης. Στην ερώτηση για την επαγγελματική κατάσταση

τα υποκείμενα είχαν να επιλέξουν ανάμεσα σε δύο επιλογές, αυτές της εργαζόμενης και της άνεργης. Όπως παρουσιάζεται στον επόμενο πίνακα, είναι γεγονός πως οι περισσότερες γυναίκες του δείγματος και πιο συγκεκριμένα οι 70 από το σύνολο των 100 ήταν άνεργες.

Πίνακας 4: Συχνότητες για την επαγγελματική κατάσταση κατά τη διάρκεια της κύησης

Επαγγελματική κατάσταση κατά τη διάρκεια της κύησης	Συχνότητα
Εργαζόμενη	30
Άνεργη	70

Παρόλο που οι περισσότερες γυναίκες είναι άνεργες και αποτελούν το 70,00% του δείγματος δεν παύει και ένα κομμάτι του δείγματος των γυναικών να παραμένει ενεργό όσον αφορά τη δουλειά.. Πιο συγκεκριμένα και κοιτώντας το επόμενο σχήμα, συμπεραίνεται πως οι εργαζόμενες γυναίκες φτάνουν ένα ποσοστό που φτάνει το 30,00%.



Σχήμα 4: Κατανομή των ποσοστών της επαγγελματικής κατάστασης

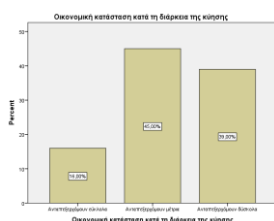
Στη συνέχεια συναντάται μια ακόμα ερώτηση για τα χαρακτηριστικά του δείγματος που αφορά το εισόδημα αυτών. Από τον επόμενο πίνακα, συμπεραίνεται δυστυχώς πως η πλειοψηφία των γυναικών δηλώνει πως ανταπεξέρχονταν μέτρια στα οικονομικά της οικογένειάς τους. Πιο συγκεκριμένα οι 45 από 100 συνολικά γυναίκες δηλώνουν κάτι τέτοιο.

Πίνακας 5: Συχνότητες για την οικονομική κατάσταση κατά τη διάρκεια της κύησης

Οικονομική κατάσταση κατά τη διάρκεια της κύησης	Συχνότητα
Ανταπεξερχόμενοι εύκολα	16
Ανταπεξερχόμενοι μέτρια	45

Ανταπεξερχόμεουν δύσκολα	39
--------------------------	----

Αντίστοιχα με την τωρινή οικονομική κατάσταση της χώρας και σύμφωνα με το επόμενο σχήμα δεν είναι λίγες οι γυναίκες που δήλωσαν δυσκολία στα οικονομικά τους κατά τη διάρκεια της κύησης. Αναλυτικότερα, η απάντηση «ανταπεξερχόμεουν δύσκολα» επιλέχθηκε από το 39,00% του δείγματος που αποτελεί τη δεύτερη πιο δημοφιλή απάντηση και τέλος η απάντηση «ανταπεξερχόμεουν εύκολα» έφτασε λίγο πιο κάτω από τα υπόλοιπα ποσοστά, στο 16,00%.



Σχήμα 5: Κατανομή ποσοστών για την οικονομική κατάσταση κατά τη διάρκεια της κύησης

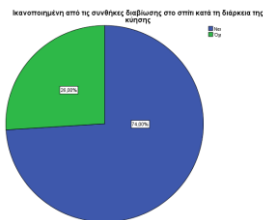
Τέλος στα δημογραφικά χαρακτηριστικά δίνει η ερώτηση σχετικά με το σπίτι και τις συνθήκες που επικρατούσαν σε αυτό κατά τη διάρκεια

της κύησης. Πιο συγκεκριμένα, τα υποκείμενα ρωτήθηκαν αν οι συνθήκες στο σπίτι τους θεωρούνταν ικανοποιητικές. Όπως παρουσιάζεται στον επόμενο πίνακα, η πλειοψηφία των γυναικών που συμμετείχαν στο δείγμα ήταν ικανοποιημένες από τις συνθήκες που επικρατούν στο σπίτι της οικογένειάς τους κατά τη διάρκεια της κύησης. Μάλιστα, είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικό το γεγονός πως 74 από το σύνολο των 100 γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα απάντησαν θετικά στην σχετική ερώτηση.

Πίνακας 6: Συχνότητες για τις ικανοποιητικές συνθήκες στο σπίτι κατά τη διάρκεια της κύησης

Ικανοποιημένη από τις συνθήκες διαβίωσης στο σπίτι κατά τη διάρκεια της κύησης	Συχνότητα
Ναι	74
Όχι	26

Όπως παρουσιάζεται και στο επόμενο σχήμα, η "πίτα" αποτελείται στο μεγαλύτερο μέρος της από το ναι, φανερόντας το γεγονός πως το 74,00% είναι ικανοποιημένες από τις συνθήκες στο σπίτι τους. Αντίθετα, το όχι είναι παρών και φτάνει το 26,00%, ποσοστό μικρότερο αρκετά σε σχέση με το ναι.



Σχήμα 6: Κατανομή ποσοστών για τις συνθήκες διαβίωσης κατά τη διάρκεια της κύησης

10.2. Ιατρικό ιστορικό εγκύων

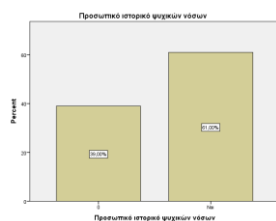
Για το ιατρικό ιστορικό των γυναικών δημιουργήθηκαν 4 βασικές ερωτήσεις. Η πρώτη ρωτούσε αν έχουν κάποιο προσωπικό ιστορικό ψυχικών νόσων, η δεύτερη αφορούσε το οικογενειακό ιστορικό αντίστοιχα, η Τρίτη αφορούσε την ύπαρξη παθολογικού προβλήματος κατά την κύηση και η τελευταία αφορούσε το αν οι έγκυες έχουν αποβάλλει στο παρελθόν.

Περνώντας στην πρώτη ερώτηση που αφορά το προσωπικό ιστορικό ψυχικών νόσων, φαίνεται από τον επόμενο πίνακα πως 61 από το σύνολο των 100 γυναικών δήλωσαν πως δεν έχουν κάποιο ιστορικό.

Πίνακας 7: Συχνότητες για το προσωπικό ιστορικό ψυχικών νόσων

Προσωπικό ιστορικό ψυχικών νόσων	Συχνότητα
Ναι	39
Όχι	61

Παρόλα αυτά υπάρχουν και γυναίκες στο δείγμα, που δεν είναι και λίγες, οι οποίες δήλωσαν θετική απάντηση στο ιστορικό ψυχικών νόσων και έφτασαν το 39,00%.



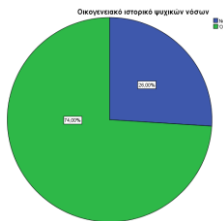
Σχήμα 7: Κατανομή ποσοστών για το προσωπικό ιστορικό ψυχικών νόσων

Συνεχίζοντας στο ιστορικό των εγκύων περνάμε στην ερώτηση του οικογενειακού ιστορικού ψυχικών νόσων. Στην ερώτηση αυτή, οι περισσότερες γυναίκες απάντησαν αρνητικά και μάλιστα οι 74 από το σύνολο 100 γυναικών.

Πίνακας 8: Συχνότητες για το οικογενειακό ιστορικό ψυχικών νόσων

Οικογενειακό ιστορικό ψυχικών νόσων	Συχνότητα
Ναι	26
Όχι	74

Παρόλο που η πλειοψηφία του 74,00% δεν έχει κάποιο μέλος στο οικογενειακό του περιβάλλον με σχετικό ιστορικό ψυχικών νόσων, όπως φαίνεται και στο επόμενο σχήμα το υπόλοιπο 26,00% δηλώνει ναι στο οικογενειακό ιστορικό ψυχικών νόσων.



Σχήμα 8: Κατανομή ποσοστών για το οικογενειακό ιστορικό ψυχικών νόσων

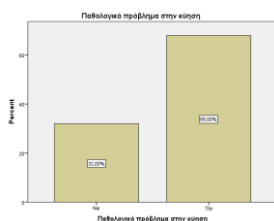
Η επόμενη ερώτηση αφορά την ύπαρξη παθολογικού προβλήματος στην κύηση και όπως φαίνεται στον επόμενο πίνακα 68 γυναίκες απάντησαν αρνητικά.

Πίνακας 9: Συχνότητες για το παθολογικό πρόβλημα στην κύηση

Παθολογικό πρόβλημα στην κύηση	Συχνότητα
--------------------------------	-----------

Ναι	32
Όχι	68

Παρόλο που οι περισσότερες έγκυες δεν εμφάνισαν παθολογικό πρόβλημα κατά τη διάρκεια της κύησης, υπάρχει ένα 32,00% που αντιμετώπισαν κάποιο σχετικό πρόβλημα.



Σχήμα 9: Κατανομή ποσοστών για το παθολογικό πρόβλημα στην κύηση

Στο τέλος των ερωτήσεων για το ιστορικό των εγκύων συναντάται η ερώτηση για το αν έχουν αποβάλλει οι έγκυες στο παρελθόν. Από τον επόμενο πίνακα οι περισσότερες γυναίκες φαίνεται πως δεν έχουν εμπειρία αποβολής στο παρελθόν.

Πίνακας 10: Συχνότητες για την αποβολή στο παρελθόν

Έχετε αποβάλλει στο παρελθόν	Συχνότητα
Ναι	23
Όχι	77

Βλέποντας το επόμενο σχήμα συμπεραίνεται πως παρόλο που το 77,00% δεν αντιμετώπισε πρόβλημα αποβολής στο παρελθόν, ένα 23,00% δεν είχε την ίδια τύχη.



Σχήμα 10: Κατανομή ποσοστών για την αποβολή στο παρελθόν

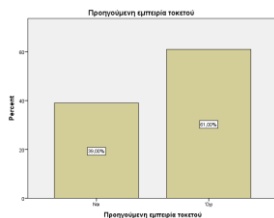
Τελευταία ερώτηση στο κομμάτι των δημογραφικών χαρακτηριστικών είναι αν οι έγκυες έχουν προηγούμενη εμπειρία

τοκετού και σύμφωνα με τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον επόμενο πίνακα, 61 γυναίκες δεν έχουν τέτοια εμπειρία στο παρελθόν.

Πίνακας 11: Συχνότητες για την προηγούμενη εμπειρία τοκετού

Προηγούμενη εμπειρία τοκετού	Συχνότητα
Ναι	39
Όχι	61

Ως προς την ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων στην ερώτηση, με βάση το επόμενο σχήμα φαίνεται πως το 39,00% έχει και άλλα παιδιά εφόσον έχει εμπειρία τοκετού σε αντίθεση με το 61,00% που δεν έχει.



Σχήμα 11: Κατανομή ποσοστών για την προηγούμενη εμπειρία τοκετού

10.3. Ανάλυση BDI

Η παράγραφος αυτή θα ασχοληθεί αποκλειστικά με το κύριο μέρος το οποίο περιστρέφεται η έρευνα και δεν είναι άλλο από τη μέτρηση της έντασης της κατάθλιψης, εφόσον φυσικά υπάρχει κατάθλιψη. Για το σκοπό αυτό όπως αναλύθηκε και πιο πάνω, χρησιμοποιήθηκε ειδικό εργαλείο για τη μέτρηση της έντασης σε μορφή ερωτηματολογίου. Ο λόγος για το BDI (Beck Depression Inventory) που περιλαμβάνει 21 κατηγορίες ερωτήσεων.

Ξεκινώντας την ανάλυση, πρώτη σε σειρά κατηγορία έρχεται το συναίσθημα. Η κατηγορία περιλαμβάνει απαντήσεις βαθμονομημένες από το 0 έως το 4 και παρουσιάζονται στον επόμενο πίνακα. Οι

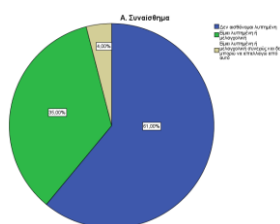
περισσότερες γυναίκες, με βάση τη συχνότητα, δεν αισθάνονται λυπημένες και μάλιστα κάτι τέτοιο δηλώνουν 61 από τις 100 γυναίκες του δείγματος.

Πίνακας 12: Συχνότητες για το συναίσθημα

Συναίσθημα	Συχνότητα
Δεν αισθάνομαι λυπημένη	61
Αισθάνομαι λυπημένη ή μελαγχολική	35
Είμαι λυπημένη ή μελαγχολική συνεχώς και δε μπορώ να απαλλαγώ από αυτό	4
Είμαι τόσο μελαγχολική ή δυστυχισμένη ώστε αυτό μου προξενεί πόνο	0
Είμαι τόσο μελαγχολική ή δυστυχισμένη ώστε δε μπορώ να το αντέξω	0

Παρόλο που η πλειοψηφία του δείγματος δηλώνει πως δεν αισθάνεται λυπημένη, όπως παρουσιάζεται στο επόμενο σχήμα υπάρχουν και κάποιες γυναίκες οι οποίες δεν αισθάνονται το ίδιο. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το επόμενο σχήμα υπάρχει ένα ποσοστό που φτάνει το 35,00% το οποίο δήλωσε πως είναι λυπημένη ή μελαγχολική. Τέλος, υπάρχει και ένα μικρότερο ποσοστό της τάξης του 4,00% το οποίο

δηλώνει πιο έντονα συναισθήματα και αναφέρει πως νιώθει μελαγχολική συνεχώς και δε μπορεί να απαλλαγεί από αυτό.



Σχήμα 12: Κατανομή ποσοστών για το συναίσθημα

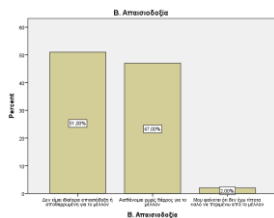
Στη συνέχεια συναντάται η κατηγορία της απαισιοδοξίας η οποία έχει βαθμονομημένες απαντήσεις όπως η προηγούμενη από 0 έως 4. Όπως φαίνεται στον επόμενο πίνακα, 51 από τις 100 γυναίκες δήλωσαν αρνητική απάντηση στην απαισιοδοξία και πιο συγκεκριμένα επέλεξαν την απάντηση που αναφέρει ότι δεν είναι ιδιαίτερα απαισιόδοξες ή αποθαρρημένες για το μέλλον.

Πίνακας 13: Συχνότητες για την απαισιοδοξία

Απαισιοδοξία	Συχνότητα
Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα	51

απαισιόδοξη ή αποθαρρημένη για το μέλλον	
Αισθάνομαι χωρίς θάρρος για το μέλλον	47
Μου φαίνεται ότι δεν έχω τίποτα καλό να περιμένω από το μέλλον	2
Μου φαίνεται ότι δε θα ξεπεράσω τις δυσκολίες μου	0
Μου φαίνεται ότι το μέλλον είναι χωρίς ελπίδα και ότι τα πράγματα δε μπορεί να φτιάξουν	0

Ωστόσο, η απαισιοδοξία δίνει κάποια σημάδια ύπαρξης στο δείγμα όπως παρουσιάζεται στο επόμενο σχήμα. Αναλυτικότερα, το 47,00% του δείγματος αισθάνεται πως δεν έχει θάρρος για το μέλλον κάτι που δε θεωρείται ανησυχητικό αφού η συγκεκριμένη απάντηση βαθμονομείται στην κλίμακα 0 έως 4 στο 1.



Σχήμα 13: Κατανομή ποσοστών για την απαισιοδοξία

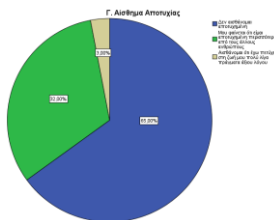
Στη συνέχεια, σειρά έχει το αίσθημα αποτυχίας το οποίο και αυτό έχει βαθμονομηθεί από 0 έως 4 όσον αφορά τις απαντήσεις. Από τον επόμενο πίνακα, παρατηρείται ότι και εδώ οι περισσότερες γυναίκες επέλεξαν στον πιο μεγάλο βαθμό την απάντηση που βαθμονομείται με 0. Πιο συγκεκριμένα, 65 από τις 100 γυναίκες δήλωσαν πως δεν αισθάνονται αποτυχημένες.

Πίνακας 14: Συχνότητες για το αίσθημα αποτυχίας

Αίσθημα αποτυχίας	Συχνότητα
Δεν αισθάνομαι αποτυχημένη	65
Μου φαίνεται ότι είμαι αποτυχημένη περισσότερο από	32

τους άλλους ανθρώπους	
Αισθάνομαι ότι έχω πετύχει στη ζωή μου πολύ λίγα πράγματα άξιου λόγου	3
Καθώς σκέφτομαι τη ζωή μου μέχρι τώρα το μόνο που βλέπω είναι πολλές αποτυχίες	0
Αισθάνομαι ότι είμαι τελείως αποτυχημένη σαν άτομο (σύζυγος - μητέρα)	0

Όπως και στις προηγούμενες κατηγορίες έτσι και εδώ παρόλο που οι περισσότερες απαντήσεις κινήθηκαν στον άξονα του 0 υπήρχαν και άλλες απαντήσεις που κινούνταν σε άλλους άξονες. Ο λόγος για τον άξονα του 1 ο οποίος αντιστοιχεί στο 32,00% του δείγματος. Ο άξονας αυτός δηλώνει πως οι γυναίκες αισθάνονται αποτυχημένες περισσότερο από τους άλλους ανθρώπους αλλά δεν είναι ανησυχητικό γεγονός αφού η απάντηση αυτή βαθμονομείται στο επίπεδο 1.



Σχήμα 14: Κατανομή ποσοστών για το αίσθημα αποτυχίας

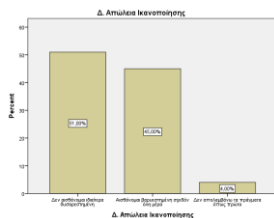
Έπειτα από το αίσθημα αποτυχίας σειρά στην ανάλυση έχει η επόμενη κατηγορία η οποία είναι η απώλεια ικανοποίησης βαθμονομημένη από το 0 έως το 4. Ως προς τις απαντήσεις στην ερώτηση και με βάση τον επόμενο πίνακα συμπεραίνεται πως η πλειοψηφία του δείγματος και πιο συγκεκριμένα οι 51 από τις 100 γυναίκες δήλωσαν ότι δεν αισθάνονται ιδιαίτερα δυσαρεστημένες.

Πίνακας 15: Συχνότητες για την απώλεια ικανοποίησης

Απώλεια ικανοποίησης	Συχνότητα
Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα δυσαρεστημένη	51
Αισθάνομαι βαριεστημένη σχεδόν	45

όλη μέρα	
Δεν απολαμβάνω τα πράγματα όπως πρώτα	4
Δε με ευχαριστεί πια τίποτα	0
Αισθάνομαι δυσαρεστημένη με το κάθε τι	0

Αξιοσημείωτο παρόλα αυτά είναι και το ποσοστό των γυναικών που δηλώνουν πως αισθάνονται βαριεστημένες σχεδόν όλη μέρα, φτάνοντας το ύψος του 45,00%. Ωστόσο η απάντηση αυτή βαθμονομείται στο 1 οπότε δεν θεωρείται ακραία απάντηση.



Σχήμα 15: Κατανομή ποσοστών για την απώλεια ικανοποίησης

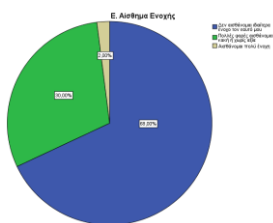
Μετά την απώλεια ικανοποίησης, έρχεται το αίσθημα ενοχής που βαθμονομείται και αυτό από 0 έως 4. Σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα 68 από τις 100 γυναίκες δεν παρουσίασαν αίσθημα ενοχής, δηλώνοντας πως δεν αισθάνονται ιδιαίτερα ένοχο τον εαυτό τους.

Πίνακας 16: Συχνότητες για το αίσθημα ενοχής

Αίσθημα ενοχής	Συχνότητα
Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ένοχο τον εαυτό μου	68
Πολλές φορές αισθάνομαι κακή ή χωρίς αξία	30
Αισθάνομαι πολύ ένοχη	2

Τον τελευταίο καιρό αισθάνομαι κακή ή χωρίς αξία σχεδόν όλη την ώρα	0
Αισθάνομαι ότι είμαι πολύ κακή ή ανάξια	0

Ωστόσο, πέρα από τις γυναίκες που δεν αισθάνονται κάποια ενοχή υπάρχουν και αυτές που δηλώνουν ότι πολλές φορές αισθάνονται άσχημα ή χωρίς αξία. Βέβαια όπως παρουσιάζεται στο επόμενο σχήμα, αυτές περιορίζονται μόνο στο 30,00% του δείγματος.



Σχήμα 16: Κατανομή ποσοστών για το αίσθημα ενοχής

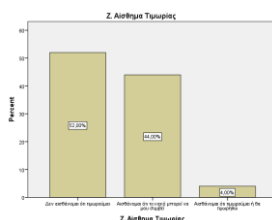
Το αίσθημα τιμωρίας είναι αυτό που συνεχίζει την ανάλυση του BDI και σύμφωνα με τον επόμενο πίνακα δεν απασχολεί το δείγμα. Αυτό γιατί 52 από τις 100 γυναίκες δήλωσαν ότι δεν αισθάνονται ότι τιμωρούνται.

Πίνακας 17: Συχνότητες για το αίσθημα τιμωρίας

Αίσθημα τιμωρίας	Συχνότητα
Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι	52
Αισθάνομαι ότι το κακό μπορεί να μου συμβεί	44
Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι ή θα τιμωρηθώ	4

Αισθάνομαι ότι μου αξίζει να τιμωρηθώ	0
Θέλω να τιμωρηθώ	0

Επίσης, σύμφωνα με το επόμενο σχήμα παρόλο που το 52,00% δεν εμφανίζει αισθήματα τιμωρίας, εμφανίζεται ένα ποσοστό της τάξης του 44,00% που έχει διαφορετική άποψη. Πιο αναλυτικά δηλώνει πως κάτι κακό αισθάνεται ότι μπορεί να τους συμβεί.



Σχήμα 17: Κατανομή ποσοστών για το αίσθημα τιμωρίας

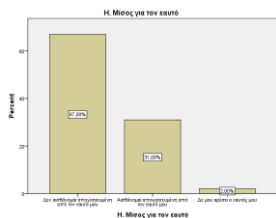
Στη συνέχεια, συναντάται το μίσος για τον εαυτό. Σύμφωνα με τον επόμενο πίνακα, η πλειοψηφία του δείγματος δεν αισθάνεται

απογοητευμένη από τον εαυτό της. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες που δηλώνουν κάτι τέτοιο είναι 67 από τις 100.

Πίνακας 18: Συχνότητες για το μίσος για τον εαυτό

Μίσος για τον εαυτό	Συχνότητα
Δεν αισθάνομαι απογοητευμένη από τον εαυτό μου	67
Αισθάνομαι απογοητευμένη από τον εαυτό μου	31
Δε μου αρέσει ο εαυτός μου	2
Αισθάνομαι ότι μου αξίζει να τιμωρηθώ	0
Θέλω να τιμωρηθώ	0

Την πλειοψηφία ύψους 67,00% στην ερώτηση για το μίσος για τον εαυτό τους συμπληρώνουν μερικές ακόμα γυναίκες. Αυτές, σύμφωνα με τον επόμενο πίνακα είτε δηλώνουν πως αισθάνονται απογοητευμένες από τον εαυτό τους (31,00% - βαθμονομημένη απάντηση με 1) είτε δεν τους αρέσει ο εαυτός τους (2,00% - βαθμονομημένη απάντηση με 2).



Σχήμα 18: Κατανομή ποσοστών για το μίσος για τον εαυτό

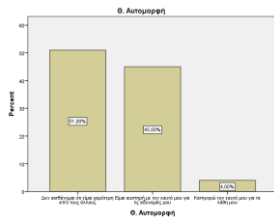
Συνεχίζοντας την ανάλυση συναντάται η κατηγορία αυτομομφή. Σχετικά με τις απαντήσεις, στον πίνακα παρακάτω παρουσιάζεται πως 51 από το σύνολο των 100 γυναικών δεν αισθάνονται χειρότερες από τους άλλους.

Πίνακας 19: Συχνότητες για την αυτομομφή

Αυτομομφή	Συχνότητα
Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερη από τους άλλους	51
Είμαι αυστηρή με τον εαυτό μου για τις αδυναμίες μου	45

Κατηγορώ τον εαυτό μου για τα λάθη μου	4
Κατηγορώ τον εαυτό μου για κάθε κακό που μου συμβαίνει	0

Παρόλο που το 51,00% του δείγματος επέλεξε την βαθμονομημένη απάντηση με 0, υπάρχει και ένα ποσοστό που επέλεξε αυτή με 1. Πιο αναλυτικά, το ποσοστό αυτό φτάνει το 45,00% και δήλωσε πως είναι αυστηρό με τον εαυτό του για τις αδυναμίες του όπως φαίνεται στο επόμενο σχήμα.



Σχήμα 19: Κατανομή ποσοστών για την αυτομομφή

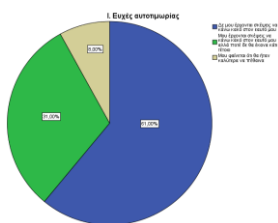
Οι ευχές αυτοτιμωρίας, δίνουν τη συνέχεια στην ανάλυση. Οι απαντήσεις εδώ βαθμονομούνται από το 0 έως το 5 και οι συχνότητες αυτών παρουσιάζονται στον επόμενο πίνακα. Στην κατηγορία αυτή 61 από 100 γυναίκες δήλωσαν πως δε τους έρχονται σκέψεις να κάνουν κακό στον εαυτό τους.

Πίνακας 20: Συχνότητες για τις ευχές αυτοτιμωρίας

Ευχές αυτοτιμωρίας	Συχνότητα
Δε μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου	61
Μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου αλλά ποτέ δε	31

θα έκανα κάτι τέτοιο	
Μου φαίνεται ότι θα ήταν καλύτερα να αποχωρούσα	4
Μου φαίνεται ότι η οικογένεια μου θα ήταν καλύτερα αν αποχωρούσα	0
Έχω συγκεκριμένα σχέδια αυτοκτονίας	0
Θα αυτοκτονούσα αν μπορούσα	0

Πέραν της πρώτης απάντησης που είναι βαθμονομημένη με 0, υπάρχουν και δύο ακόμα απαντήσεις που φτάνουν το 31,00% και 4,00% αντίστοιχα. Οι απαντήσεις αυτές είναι βαθμονομημένες με 1 και 2 και παρουσιάζονται στο επόμενο σχήμα.



Σχήμα 20: Κατανομή ποσοστών για τις ευχές αυτοτιμωρίας

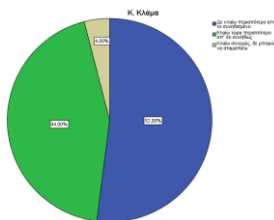
Συνεχίζοντας την ανάλυση, συναντάται το κλάμα το οποίο βαθμονομείται με απαντήσεις από το 0 έως το 3. Οι απαντήσεις της κατηγορίας παρουσιάζονται στον επόμενο πίνακα από τον οποίο προκύπτει πως 52 γυναίκες δεν κλαίνε περισσότερο από το συνηθισμένο.

Πίνακας 21: Συχνότητες για το κλάμα

Κλάμα	Συχνότητα
Δε κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο	52
Κλαίω τώρα περισσότερο απ' ότι συνήθως	44
Κλαίω συνεχώς, δε μπορώ να	4

σταματήσω	
Άλλοτε μπορούσα να κλάψω αλλά τώρα μου είναι αδύνατο να κλάψω αν και το θέλω	0

Το ποσοστό σύμφωνα με το επόμενο σχήμα που κυριαρχεί είναι αυτό της απάντησης που βαθμονομείται με 0 και φτάνει το 52,00%. Παρόλα αυτά, υπάρχει και ένα ποσοστό στο 44,00% που δηλώνει ότι κλαίει τώρα περισσότερο απ' ότι συνήθως, αλλά η απάντηση αυτή βαθμονομείται με 1.



Σχήμα 21: Κατανομή ποσοστών για το κλάμα

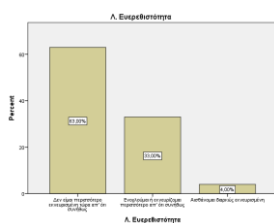
Στη συνέχεια της ανάλυσης συναντάται η ευερεθιστότητα που βαθμονομείται από 0 έως 3. Ως προς τη συχνότητα των απαντήσεων, από τον επόμενο πίνακα παρατηρείται πως η πλειοψηφία του δείγματος επιλέγει την απάντηση που έχει βαθμονομηθεί με 0 και δηλώνει πως δεν είναι περισσότερο εκνευρισμένη απ' ότι συνήθως (63 γυναίκες).

Πίνακας 22: Συχνότητες για την ευερεθιστότητα

Ευερεθιστότητα	Συχνότητα
Δεν είμαι περισσότερο εκνευρισμένη τώρα απ' ότι συνήθως	63
Ενοχλούμαι ή εκνευρίζομαι	33

περισσότερο απ' ότι συνήθως	
Αισθάνομαι διαρκώς εκνευρισμένη	4
Δεν εκνευρίζομαι	0

Πέρα από την πλειοψηφία το δείγματος που δηλώνει πως δεν είναι περισσότερο εκνευρισμένη ως συνήθως υπάρχει και ένα άλλο κομμάτι του δείγματος, που φτάνει το 33,00% το οποίο βρίσκεται μια κλίμακα πιο πάνω από την πλειοψηφία στη βαθμονόμηση δηλώνοντας πως ενοχλείται ή εκνευρίζεται περισσότερο απ' ότι συνήθως.



Σχήμα 22: Κατανομή συχνοτήτων για την ευερεθιστότητα

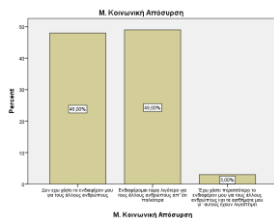
Η κοινωνική απόσυρση συμπληρώνει την ευερεθιστότητα και βαθμονομείται και αυτή με μια κλίμακα από το 0 έως το 3.

Αναλυτικότερα, η δημοφιλέστερη απάντηση σύμφωνα με τον επόμενο πίνακα, η οποία βαθμονομείται με 1, είναι αυτή που δηλώνει πως η γυναίκα ενδιαφέρεται τώρα λιγότερο για τους άλλους ανθρώπους απ' ότι παλιότερα και επιλέχθηκε από 49 γυναίκες συνολικά.

Πίνακας 23: Συχνότητες για την κοινωνική απόσυρση

Κοινωνική απόσυρση	Συχνότητα
Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους	48
Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για τους άλλους ανθρώπους απ' ότι παλιότερα	49
Έχω χάσει περισσότερο το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και τα αισθήματα μου γι' αυτούς έχουν λιγοστέψει	3
Έχω χάσει όλο το ενδιαφέρον μου για άλλους ανθρώπους και δε νοιάζομαι καθόλου γι' αυτούς	0

Ακόμα, ένα κομμάτι του δείγματος επέλεξε την απάντηση που έχει βαθμονομηθεί με 0 και φτάνει μάλιστα το 48,00% σύμφωνα με το επόμενο σχήμα. Πιο συγκεκριμένα, η απάντηση αυτή δηλώνει «δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους». Τέλος, υπάρχει και ένα 3,00% που δηλώνει πως έχει χάσει περισσότερο το ενδιαφέρον του για τους άλλους ανθρώπους και τα αισθήματα του γι' αυτούς έχουν λιγοστέψει.



Σχήμα 23: Κατανομή ποσοστών για την κοινωνική απόσυρση

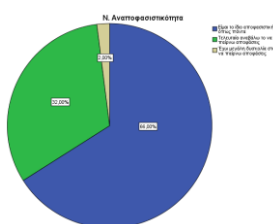
Η αναποφασιστικότητα παίρνει τη σκυτάλη στην ανάλυση και σύμφωνα με τον επόμενο πίνακα η δημοφιλέστερη απάντηση είναι βαθμονομημένη με 0 και δηλώνει αμετάβλητη αποφασιστικότητα με τις γυναίκες που την έχουν επιλέξει να είναι 66 από το σύνολο των 100.

Πίνακας 24: Συχνότητες για την αναποφασιστικότητα

Αναποφασιστικότητα	Συχνότητα
Είμαι το ίδιο αποφασιστική όπως πάντα	66
Τελευταία αναβάλω το να παίρνω αποφάσεις	32
Έχω μεγάλη δυσκολία στο να	2

παίρνω αποφάσεις	
Δε μπορώ να πάρω πια καμιά απόφαση	0

Στην κατηγορία αυτή, η πλειοψηφία φτάνει το 66,00% αφήνοντας το 32,00% στην απάντηση που έχει βαθμονομηθεί με 1 και δηλώνει πως οι έγκυες αναβάλλουν το να παίρνουν αποφάσεις. Τα ποσοστά όλων των απαντήσεων παρουσιάζονται στο επόμενο σχήμα.



Σχήμα 24: Κατανομή συχνοτήτων για την αναποφασιστικότητα

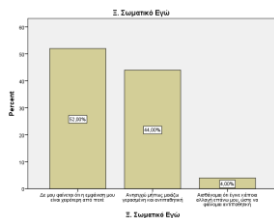
Το σωματικό εγώ συναντάται στη συνέχεια της ανάλυσης και οι απαντήσεις την οποία αφορούν παρουσιάζονται στον επόμενο πίνακα. Η δημοφιλέστερη απάντηση επιλέχθηκε από 52 γυναίκες οι οποίες

δήλωσαν πως δεν τους φαίνεται ότι η εμφάνιση τους είναι χειρότερη από ποτέ.

Πίνακας 25: Συχνότητες για το σωματικό εγώ

Σωματικό εγώ	Συχνότητα
Δε μου φαίνεται ότι η εμφάνιση μου είναι χειρότερη από ποτέ	52
Ανησυχώ μήπως μοιάζω γερασμένη και αντιπαθητική	44
Αισθάνομαι ότι έγινε κάποια αλλαγή επάνω μου, ώστε να φαίνομαι αντιπαθητική	4
Μου φαίνεται ότι είμαι άσχημη και αποκρουστική	0

Ωστόσο, η ίδια άποψη δεν ενστερνίζεται από το υπόλοιπο δείγμα. Όπως φαίνεται στο επόμενο σχήμα, το 44,00% δήλωσε πως ανησυχούσε μήπως μοιάζει γερασμένη και αντιπαθητική. Τέλος, ένα πιο περιορισμένο ποσοστό, μόλις στο 4,00%, δήλωσε πως αισθανόταν ότι έγινε κάποια αλλαγή επάνω του ώστε να φαίνεται αντιπαθητικό.



Σχήμα 25: Κατανομή ποσοστών για το σωματικό εγώ

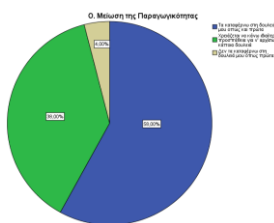
Η μείωση της παραγωγικότητας είναι η επόμενη κατηγορία που αναλύεται στατιστικά. Στην κατηγορία αυτή από τη μία οι 58 γυναίκες απάντησαν πως τα καταφέρνουν στη δουλειά τους όπως και πρώτα και από την άλλη οι 38 χρειάζεται να κάνουν ιδιαίτερη προσπάθεια για ν' αρχίσουν κάποια δουλειά.

Πίνακας 26: Συχνότητες για τη μείωση της παραγωγικότητας

Μείωση της παραγωγικότητας	Συχνότητα
Τα καταφέρνω στη δουλειά μου όπως και πρώτα	58
Χρειάζεται να κάνω ιδιαίτερη προσπάθεια για ν' αρχίσω κάποια	38

δουλειά	
Δεν τα καταφέρνω στη δουλειά μου όπως πρώτα	4
Χρειάζεται να πιέσω τον εαυτό μου για να κάνω κάτι	0
Μου είναι αδύνατο να εργαστώ	0

Όπως φαίνεται και στο επόμενο σχήμα, οι δύο απαντήσεις καλύπτουν το 96,00% του δείγματος αφήνοντας πίσω το 4,00% που επέλεξε την απάντηση βαθμονομημένη με 2 και δηλώνει πως οι γυναίκες δεν τα καταφέρνουν στη δουλειά τους όπως πρώτα.



Σχήμα 26: Κατανομή ποσοστών για τη μείωση της παραγωγικότητας

Προχωρώντας στην ανάλυση συναντάται η κατηγορία με τις διαταραχές ύπνου. Σύμφωνα με τον επόμενο πίνακα η κατηγορία αυτή βαθμονομήθηκε με κλίμακα από 0 έως 3 και η δημοφιλέστερη απάντηση ήταν αυτή με το 0. Πιο συγκεκριμένα, οι περισσότερες γυναίκες στο δείγμα και μάλιστα 52 σε αριθμό, δήλωσαν πως κοιμούνται τόσο καλά όπως συνήθως και άρα δεν εμφανίζουν διαταραχές του ύπνου.

Πίνακας 27: Συχνότητες για τη μείωση της παραγωγικότητας

Διαταραχές του ύπνου	Συχνότητα
Κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως	52
Ευπνώ το πρωί πιο κουρασμένη από άλλοτε	45

Ξυπνώ το πρωί 2-3 ώρες νωρίτερα από άλλοτε και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ	3
Ξυπνώ νωρίς κάθε μέρα και δε μπορώ να κοιμηθώ πάνω από 5 ώρες το 24ωρο	0

Παρόλο που το 52,00% του δείγματος δεν εμφανίζει διαταραχές ύπνου σύμφωνα με το επόμενο σχήμα κάποιες γυναίκες επέλεξαν την απάντηση που έχει βαθμονομηθεί με 1. Πιο συγκεκριμένα, το 45,00% το δείγματος δήλωσε πως ξυπνά πιο κουρασμένο από άλλοτε. Επίσης, η βαθμονομημένη απάντηση με 2 έφτασε μόλις το 3,00%. Η συγκεκριμένη απάντηση δηλώνει πως η γυναίκα ξυπνάει το πρωί 2-3 ώρες νωρίτερα από άλλοτε και δυσκολεύεται να ξανακοιμηθεί.



Σχήμα 27: Κατανομή ποσοστών για τις διαταραχές του ύπνου

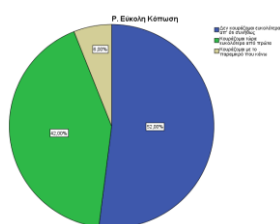
Στην κατηγορία της εύκολης κόπωσης οι περισσότερες γυναίκες σύμφωνα με τον επόμενο πίνακα δηλώνουν πως δεν κουράζονται ευκολότερα σε σχέση με πριν. Η απάντηση που δηλώνει κάτι τέτοιο επιλέχθηκε από 52 γυναίκες.

Πίνακας 28: Συχνότητες για την εύκολη κόπωση

Εύκολη κόπωση	Συχνότητα
Δεν κουράζομαι ευκολότερα απ' ότι συνήθως	52
Κουράζομαι τώρα ευκολότερα από πρώτα	42
Κουράζομαι με το παραμικρό που	6

κάνω	
Κουράζομαι τόσο εύκολα ώστε δε μπορώ να κάνω τίποτα	0

Έτσι, το 52,00% του δείγματος δηλώνει πως δεν κουράζεται ευκολότερα απ' ότι συνήθως. Ακόμα, σύμφωνα με το επόμενο σχήμα, το 42,00% δηλώνει πως κουράζεται ευκολότερα από πρώτα.



Σχήμα 28: Κατανομή ποσοστών για την εύκολη κόπωση

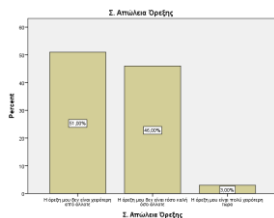
Η απώλεια όρεξης έρχεται στη συνέχεια της ανάλυσης και βαθμονομείται με απαντήσεις από 0 έως 3. Η δημοφιλέστερη απάντηση βρίσκεται στο 0, και σύμφωνα με τον επόμενο πίνακα επιλέχθηκε από 51

γυναίκες οι οποίες δήλωσαν πως η όρεξη τους δεν είναι χειρότερη από άλλοτε.

Πίνακας 29: Συχνότητες για την απώλεια όρεξης

Απώλεια όρεξης	Συχνότητα
Η όρεξη μου δεν είναι χειρότερη από άλλοτε	51
Η όρεξη μου δεν είναι τόσο καλή όσο άλλοτε	46
Η όρεξη μου είναι πολύ χειρότερη τώρα	3
Δεν έχω πια καθόλου όρεξη	0

Ακόμα, σύμφωνα με το επόμενο σχήμα εντοπίζεται ένα ποσοστό ύψους 46,00% και οι γυναίκες που εντάσσονται σε αυτό δήλωσαν πως η όρεξη τους είναι πολύ χειρότερη τώρα. Αξίζει όμως να σημειωθεί πως η απάντηση αυτή βαθμονομείται με 1.



Σχήμα 29: Κατανομή ποσοστών για την απώλεια όρεξης

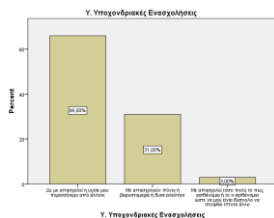
Λίγο πριν το τέλος του ερωτηματολογίου συναντάται η κατηγορία των υποχονδριακών ενασχολήσεων η οποία εμφανίζει παρόμοια συμπεριφορά με τις υπόλοιπες. Έτσι, 66 γυναίκες επέλεξαν την απάντηση που έχει βαθμονομηθεί με 0 και δήλωσαν πως δεν τις απασχολεί η υγεία τους περισσότερο από άλλοτε.

Πίνακας 30: Συχνότητες για τις υποχονδριακές ενασχολήσεις

Υποχονδριακές ενασχολήσεις	Συχνότητα
Δε με απασχολεί η υγεία μου περισσότερο από άλλοτε	66
Με απασχολούν πόνοι ή βαρυστομαχία ή δυσκοιλιότητα	31

Με απασχολεί τόσο πολύ το πώς αισθάνομαι ή το τι αισθάνομαι ώστε μου είναι δύσκολο να σκεφτώ τίποτε άλλο	3
Είμαι εντελώς απορροφημένη με το τι αισθάνομαι	0

Πέρα από την πλειοψηφία ωστόσο και σύμφωνα με το επόμενο σχήμα, εμφανίζεται και ένα ποσοστό ύψους 33,00% που δηλώνει πως το απασχολούν πόνοι ή βαρυστομαχιά ή δυσκοιλιότητα.



Σχήμα 30: Κατανομή ποσοστών για τις υποχονδριακές ενασχολήσεις

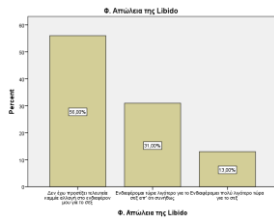
Τέλος στο ερωτηματολόγιο δίνει η κατηγορία σχετικά με την απώλεια της Libido. Η κατηγορία βαθμονομήθηκε από 0 έως 3 και η δημοφιλέστερη απάντηση ήταν αυτή που βαθμονομείται με 0. Συγκεκριμένα επιλέχθηκε από 56 γυναίκες και αυτές δήλωσαν πως δεν έχουν προσέξει τελευταία καμιά αλλαγή στο ενδιαφέρον τους για το σεξ όπως φαίνεται από τον επόμενο πίνακα.

Πίνακας 31: Συχνότητες για την απώλεια της Libido

Απώλεια της Libido	Συχνότητα
Δεν έχω προσέξει τελευταία καμιά αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ (για τους άνδρες)	56

Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για το σεξ (για τους άνδρες) απ' ότι συνήθως	31
Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο για το σεξ (για τους άνδρες)	13
Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ (για τους άνδρες)	0

Επιπλέον, πέρα από το μεγαλύτερο κομμάτι του δείγματος που φτάνει το 56,00% και έχει επιλέξει την απάντηση που βαθμονομείται με 0 υπάρχει και ένα κομμάτι που φτάνει το 31,00% όπως φαίνεται στο επόμενο σχήμα, που δηλώνει πως ενδιαφέρεται τώρα λιγότερο για το σεξ απ' ότι συνήθως.



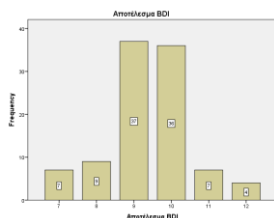
Σχήμα 31: Κατανομή ποσοστών για την απώλεια της Libido

10.4. Συνολικός δείκτης BDI

Ο συγκεκριμένος δείκτης αποτελείται από το άθροισμα του σκορ σε όλες τις κατηγορίες που απάντησε μια γυναίκα. Όπως αναφέρθηκε και στην αρχή του κεφαλαίου το σκορ χωρίζεται σε επίπεδα και κάθε επίπεδο αντιστοιχεί σε μια μορφή κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα η κατάσταση που βρίσκεται μια γυναίκα ανάλογα με το σκορ φαίνεται παρακάτω:

- Φυσιολογική για σκορ έως 9
- Ήπια κατάθλιψη για σκορ από 10 έως 16
- Μέτρια κατάθλιψη για σκορ από 17 έως 29
- Σοβαρή κατάθλιψη για σκορ από 30 και πάνω

Όπως παρουσιάζεται στο επόμενο σχήμα, 73 συνολικά γυναίκες έφτασαν στο 9 και 10 σαν σκορ μετά το τέλος της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, σκορ που δηλώνει πως οι περισσότερες γυναίκες είτε είναι στο όριο πριν την ήπια κατάθλιψη είτε είναι οριακά σε ήπια κατάθλιψη. Πιο συγκεκριμένα στην πρώτη περίπτωση εντάσσονται 37 γυναίκες ενώ στη δεύτερη 36.



Σχήμα 32: Κατανομή συχνοτήτων για το αποτέλεσμα BDI

Ως προς τα ποσοστά, ο πίνακας παρακάτω αποτελεί απόδειξη ότι οι περισσότερες γυναίκες στο δείγμα βρέθηκαν να είναι είτε λίγο κάτω είτε λίγο πάνω από τα όρια της ήπιας κατάθλιψης. Μικρότερα σκορ στο BDI που φανερώνουν μια πιο φυσιολογική κατάσταση είναι το 7 που φτάνει το 7,00% όπως και το 8 που αγγίζει το 9,00% περίπου. Στην αντίπερα όχθη βρίσκονται το 11 και το 12 που φτάνουν τα 7,00% και 4,00% αντίστοιχα.

Πίνακας 32: Κατανομή ποσοστών για το αποτέλεσμα BDI

Αποτέλεσμα BDI	Ποσοστό
7	7,00%
8	9,00%

9	37,00%
10	36,00%
11	7,00%
12	4,00%

10.5. Συσχετίσεις

Στην παράγραφο αυτή θα σχολιαστούν τα αποτελέσματα των τεστ συσχετίσεων που εκτελέστηκαν ανάμεσα στο σκορ του ερωτηματολογίου BDI και των δημογραφικών χαρακτηριστικών.

Πίνακας 33: Αποτελέσματα συσχετίσεων του σκορ με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

	BDI Σκορ	Ηλικία	Επίπεδο εκπαίδευση	Οικογενειακή κατάσταση	Επαγγελματική κατάσταση	Οικονομική κατάσταση	Συνθήκες διαβίωσης
Pearson Correlation	1	-,091	0,062	-0,134	0,647	0,476	0,100
Sig. (2 – tailed)		0,366	0,540	0,185	**0,000	**0,000	0,320
N	100	100	100	100	100	100	100

	Ατομικό ιστορικό	Οικογενειακό ιστορικό	Παθολογικό πρόβλημα	Αποβολή	Προηγούμενο τοκετός
Pearson Correlation	0,673	0,003	0,068	-0,087	0,041
Sig. (2 – tailed)	**0,000	0,977	0,504	0,391	0,685
N	100	100	100	100	100

Από τον παραπάνω πίνακα που εμφανίζει τα αποτελέσματα των συσχετίσεων συμπεραίνεται πως στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με το αποτέλεσμα – σκορ του BDI εμφανίζουν η επαγγελματική κατάσταση κατά τη διάρκεια της κύησης, η οικονομική κατάσταση κατά τη διάρκεια της κύησης και το ατομικό ιστορικό ($p = 0.000$).

Κάτι τέτοιο σημαίνει πως πρώτα όσον αφορά την επαγγελματική κατάσταση κατά τη διάρκεια της κύησης, άνεργες γυναίκες κατά την περίοδο της κύησης σχετίζονται με μεγαλύτερα σκορ στο BDI άρα και με περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν ήπια κατάθλιψη (με δεδομένο ότι στο δείγμα μας τα μεγαλύτερα σκορ αντιστοιχούσαν στα αρχικά όρια της ήπιας κατάθλιψης).

Παρόμοια συμπεράσματα μπορούν να βγουν αντίστοιχα για την οικονομική κατάσταση κατά τη διάρκεια της κύησης. Όπως και για την επαγγελματική, έτσι και αυτή η κατηγορία σχετίζεται με μεγάλα σκορ στο BDI. Αναλυτικότερα, τα μεγάλα σκορ σχετίζονται με γυναίκες που δήλωσαν πως ανταπεξέρχονταν δύσκολα στα οικονομικά τους κατά τη διάρκεια της κύησης. Έτσι, συμπεραίνεται πως οι γυναίκες με οικονομικά προβλήματα κατά τη διάρκεια της κύησης σχετίζονται με περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν ήπια κατάθλιψη.

Τέλος, η συσχέτιση του ατομικού ιστορικού με το σκορ στο BDI μας οδηγεί στο συμπέρασμα πως γυναίκες που έχουν εμφανίσει ψυχικές διαταραχές στο παρελθόν σχετίζονται με μεγαλύτερα σκορ στο ερωτηματολόγιο κατάθλιψης BDI.

11.Συμπεράσματα

Βάσει της εργασίας και μέσω των ερευνητικών αναζητήσεων, τόσο σε επιστημονικού τύπου πηγές και άρθρα, όσο και στη βιβλιογραφία, καθώς και μέσω των ερευνητικών πορισμάτων που καταγράφηκαν, είναι αποδεδειγμένο πως η ψυχική και σωματική ισορροπία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι απαραίτητη για την έγκυο καθώς με αυτόν τον τρόπο διασφαλίζεται ανάλογα και η ψυχοσωματική ομαλή λειτουργία του εμβρύου και αποτρέπονται επιζήμιες ψυχοσωματικές συνέπειες. Έτσι επιπλέον και η ίδια η έγκυος βρίσκεται εξίσου σε μία πλήρη, ισορροπημένη ψυχοσωματική κατάσταση, χωρίς να βάζει σε κίνδυνο αφενός το ίδιο το έμβρυο, αφετέρου και τον εαυτό της. Οποιαδήποτε δυσλειτουργία κατά την περιγεννητική περίοδο, είναι δυνατό να επηρεάσει επιβλαβώς το έμβρυο και να εμποδίσει την ομαλή ανάπτυξή του. Αντιθέτως, η αρμονία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και η ομαλή επικοινωνία της μητέρας με το έμβρυο, έχει θετικές επιδράσεις στην αρμονική ανάπτυξη του εμβρύου και καθιστά τις επικοινωνιακές και συναισθηματικές του δεξιότητες περισσότερο ανεπτυγμένες σε σχέση με τα παιδιά των οποίων οι μητέρες είχαν κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή έπασχαν από σοβαρές ψυχικές διαταραχές.

Επιπροσθέτως, διαφαίνεται ο σημαντικός ρόλος που κατέχει η έγκαιρη διάγνωση, η οποία μπορεί να προλάβει και στην καλύτερη περίπτωση να αντιμετωπίσει πλήρως τα καταθλιπτικά συμπτώματα, καθώς και η σωστή και επαρκής ενημέρωση για τον ρόλο της μέλλουσας μητέρας, εφόσον έτσι δεν υπάρχει η αίσθηση της απώλειας ελέγχου, ούτε και η ανασφάλεια πως η μητέρα δεν εκτελεί σωστά τα καθήκοντά της, σύμφωνα με τον ρόλο που κατέχει. Αντίθετα, με τη σωστή ενημέρωση από εξειδικευμένο προσωπικό και γιατρούς σε ανάλογα προγεννητικά προγράμματα, είναι δυνατό η έγκυος να νιώσει σιγουριά και ασφάλεια

για τις πράξεις της κι έτσι να μειωθεί το άγχος που, όπως προαναφέρθηκε, είναι επιβλαβές για την υγεία της εγκύου και του εμβρύου και που μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη είτε πριν είτε μετά την κύηση και να δημιουργεί ανεξήγητο φόβο και ενοχές στη μητέρα.

Εν κατακλείδι, είναι απαραίτητο σε αυτή τη μεταβατική και συνάμα σημαντική περίοδο στη ζωή κάθε γυναίκας, όπου εκπληρώνεται ο πόθος της μητρότητας, να υπάρχουν πάντοτε οι κατάλληλες συνθήκες που θα βοηθήσουν μητέρα και παιδί να νιώσουν πως είναι ασφαλείς και ιδιαίτερα η μητέρα να αισθανθεί πως με την υποστήριξη, την κατανόηση, τη συμπαράσταση και πάνω απ' όλα την αποδοχή από τους γύρω της, δεν είναι μόνη και βαδίζει στο σωστό δρόμο.

Τέλος, η στατιστική ανάλυση έδειξε πως στο δείγμα των 100 γυναικών που επιλέχθηκαν τυχαία οι περισσότερες γυναίκες βρίσκονται στα όρια της ήπιας κατάθλιψης, είτε λίγο πάνω είτε λίγο κάτω. Το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία με έρευνες πολλών χρόνων σύμφωνα με τις οποίες το πρόβλημα της κατάθλιψης στις εγκύους είναι υπαρκτό και αποτελεί ένα ανησυχητικό κοινωνικό φαινόμενο (Jorm et al. 1997). Παρόλα αυτά, τα επίπεδα της κατάθλιψης αυτής δεν είναι τόσο ακραία όσο σε άλλες. Για παράδειγμα σύμφωνα με τον Brockington (2005), σε έρευνα που εκτελέστηκε και στη συνέχεια δημοσιεύθηκε 84 από τις 92 γυναίκες του δείγματος στην έρευνα έκαναν απόπειρα θανάτωσης των παιδιών τους και τα δηλητηρίασαν.

Επιπλέον, σημαντικά συμπεράσματα εξήχθησαν από τις συσχετίσεις των δημογραφικών με το σκορ του ερωτηματολογίου κατάθλιψης. Εκεί, βρέθηκε να συσχετίζεται το σκορ του ερωτηματολογίου της κατάθλιψης με την επαγγελματική κατάσταση κατά τη διάρκεια της κύησης, την οικονομική κατάσταση κατά τη διάρκεια της κύησης και το ατομικό

ιστορικό. Μάλιστα, οι γυναίκες που βρίσκονται σε περιγεννητική περίοδο, έχουν περισσότερες πιθανότητες και είναι πιο ευάλωτες, να εμφανίσουν κάποια συμπτώματα από το ευρύ φάσμα των ψυχικών διαταραχών (Brockington, 2005). Από την άλλη τα αρνητικά συναισθήματα δικαιολογούνται αφού η έγκυος καλείται να αντιμετωπίσει σημαντικές καταστάσεις αλλαγής, όπως η εξωτερική της σωματική εικόνα, η αλλαγή στην καθημερινότητα και στις σχέσεις της, εφόσον ο ερχομός ενός παιδιού σηματοδοτεί και την αρχή μίας ζωής στην οποία υφίσταται ανάλογα ο όρος της μονιμότητας (Raphael-Leff, 2001).

Από τις συσχετίσεις που αναφέρθηκαν, συμπεραίνεται πως οι άνεργες γυναίκες κατά τη διάρκεια της κύησης, αυτές που αντιμετώπισαν οικονομικές δυσκολίες την ίδια περίοδο και αυτές που έχουν εμφανίσει ψυχικές διαταραχές στο παρελθόν σχετίζονται με υψηλά σκορ στο ερωτηματολόγιο της κατάθλιψης. Η συσχέτιση οικονομικών δυσκολιών και κατάθλιψης δεν αποτελεί κάτι πρωτότυπο και έχει σημειωθεί στο παρελθόν και μάλιστα από δημόσιους οργανισμούς (World Health Organization, 2009). Στο ίδιο μοτίβο ανεξάρτητοι ερευνητές υποστηρίζουν το ίδιο πράγμα και υπογραμμίζουν πως μαζί με αυτούς και άλλοι ερευνητές συγκλίνουν στο ότι η απώλεια εργασίας και άρα οικονομικά ζητήματα εντείνουν το ενδεχόμενο εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών. Τέλος, η πρόωρη έκθεση σε στρεσογόνους παράγοντες (και άρα η άσχημη οικονομική κατάσταση) έχει αποδειχθεί πως μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη, γεγονός που επιβεβαιώνει και τα ευρήματα της έρευνας αυτής (Γιωτάκος Ο., 2010).

12. Παράρτημα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ηλικία

.....

Επίπεδο εκπαίδευσης

- A. Δευτεροβάθμια
- B. Τριτοβάθμια
- Γ. Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό

Οικογενειακή Κατάσταση

- A. Έγγαμη
- B. Άγαμη
- Γ. Διαζευγμένη
- Δ. Θα παντρευτώ σύντομα

Επαγγελματική Κατάσταση κατά τη διάρκεια της κύησης

- A. Εργαζόμενη
- B. Άνεργη

Οικονομική κατάσταση κατά τη διάρκεια της κύησης

- A. Ανταπεξερχόμεουν εύκολα
- B. Ανταπεξερχόμεουν μέτρια
- Γ. Ανταπεξερχόμεουν δύσκολα

Ικανοποιημένη από τις συνθήκες διαβίωσης στο σπίτι κατά τη διάρκεια της κύησης

- A. Ναι
- B. Όχι

Προσωπικό Ιστορικό Ψυχικών Νόσων

- A. Ναι
- B. Όχι

Οικογενειακό Ιστορικό Ψυχικών Νόσων

- A. Ναι
- B. Όχι

Παθολογικό πρόβλημα στην κύηση

- A. Ναι
- B. Όχι

Είχατε αποβάλλει στο παρελθόν;

- A. Ναι
- B. Όχι

Προηγούμενη εμπειρία τοκετού

- A. Ναι
- B. Όχι

Το ερωτηματολόγιο του Beck (B.D.I.).

A. Συναίσθημα

- 0. Δεν αισθάνομαι λυπημένη
- 1. Αισθάνομαι λυπημένη ή μελαγχολική
- 2. Είμαι λυπημένη ή μελαγχολική συνεχώς και δεν μπορώ να απαλλαγώ από αυτό
- 3. Είμαι τόσο μελαγχολική ή δυστυχισμένη ώστε αυτό μου προξενεί πόνο
- 4. Είμαι τόσο μελαγχολική ή δυστυχισμένη ώστε δεν μπορώ να το αντέξω

B. Απαισιοδοξία

- 0. Δεν είμαι ιδιαίτερα αισιόδοξη ή αποθαρρημένη για το μέλλον
- 1. Αισθάνομαι χωρίς θάρρος για το μέλλον
- 2. Μου φαίνεται ότι δεν έχω τίποτα καλό να περιμένω από το μέλλον
- 3. Μου φαίνεται ότι δεν θα ξεπεράσω τις δυσκολίες μου
- 4. Μου φαίνεται ότι το μέλλον είναι χωρίς ελπίδα και ότι τα πράγματα δεν μπορεί να Φτιάξουν

Γ. Αίσθημα αποτυχίας

- 0. Δεν αισθάνομαι αποτυχημένη
- 1. Μου φαίνεται ότι είμαι αποτυχημένη περισσότερο από τους άλλους ανθρώπους
- 2. Αισθάνομαι ότι έχω πετύχει στη ζωή μου πολύ λίγα πράγματα άξια λόγου
- 3. Καθώς σκέπτομαι τη ζωή μου μέχρι τώρα το μόνο που βλέπω είναι πολλές αποτυχίες

4. Αισθάνομαι ότι είμαι τελείως αποτυχημένη σαν άτομο (σύζυγος – μητέρα)

Δ. Απώλεια ικανοποίησης

- 0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα δυσαρεστημένη
- 1. Αισθάνομαι βαριεστημένη σχεδόν όλη την ώρα
- 2. Δεν απολαμβάνω τα πράγματα όπως πρώτα
- 3. Δεν με ευχαριστεί πια τίποτα
- 4. Αισθάνομαι δυσαρεστημένη με το κάθε τι

Ε. Αίσθημα ενοχής

- 0. Δεν αισθάνομαι ιδιαίτερα ένοχο τον εαυτό μου
- 1. Πολλές φορές αισθάνομαι κακή ή χωρίς αξία
- 2. Αισθάνομαι πολύ ένοχη
- 3. Τον τελευταίο καιρό αισθάνομαι κακή ή χωρίς αξία σχεδόν όλη την ώρα
- 4. Αισθάνομαι ότι είμαι πολύ κακή ή ανάξια

Ζ. Αίσθημα τιμωρίας

- 0. Δεν αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι
- 1. Αισθάνομαι ότι κάτι κακό μπορεί να μου συμβεί
- 2. Αισθάνομαι ότι τιμωρούμαι ή ότι θα τιμωρηθώ
- 3. Αισθάνομαι ότι μου αξίζει να τιμωρηθώ
- 4. Θέλω να τιμωρηθώ

Η. Μίσος για τον εαυτό

- 0. Δεν αισθάνομαι απογοητευμένη από τον εαυτό μου
- 1. Αισθάνομαι απογοητευμένη από τον εαυτό μου
- 2. Δεν μου αρέσει ο εαυτός μου
- 3. Σιχαίνομαι τον εαυτό μου
- 4. Μισώ τον εαυτό μου

Θ. Αυτομομφή

- 0. Δεν αισθάνομαι ότι είμαι χειρότερη από τους άλλους
- 1. Είμαι αυστηρή με τον εαυτό μου για τις αδυναμίες μου
- 2. Κατηγορώ τον εαυτό μου για τα λάθη μου
- 3. Κατηγορώ τον εαυτό μου για κάθε κακό που μου συμβαίνει

I. Ευχές αυτοτιμωρίας

- 0. Δεν μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου
- 1. Μου έρχονται σκέψεις να κάνω κακό στον εαυτό μου αλλά ποτέ δεν θα έκανα κάτι τέτοιο
- 2. Μου φαίνεται ότι θα ήταν καλύτερα να πέθαινα
- 3. Μου φαίνεται ότι η οικογένεια μου θα ήταν καλύτερα αν πέθαινα
- 4. Έχω συγκεκριμένα σχέδια αυτοκτονίας
- 5. Θα αυτοκτονούσα αν μπορούσα

K. Κλάμα

- 0. Δεν κλαίω περισσότερο από το συνηθισμένο
- 1. Κλαίω τώρα περισσότερο απ' ότι συνήθως
- 2. Κλαίω συνεχώς, δεν μπορώ να το σταματήσω
- 3. Άλλοτε μπορούσα να κλάψω αλλά τώρα μου είναι αδύνατο να κλάψω αν και το θέλω

Λ. Ευερεθιστότητα

- 0. Δεν είμαι περισσότερο εκνευρισμένη τώρα απ' ότι συνήθως
- 1. Ενοχλούμαι ή εκνευρίζομαι περισσότερο απ' ότι συνήθως
- 2. Αισθάνομαι διαρκώς εκνευρισμένη
- 3. Δεν εκνευρίζομαι τώρα για πράγματα που με νευρίαζαν συνήθως

M. Κοινωνική απόσυρση

- 0. Δεν έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους
- 1. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για τους άλλους ανθρώπους απ' ότι παλαιότερα
- 2. Έχω χάσει το περισσότερο ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και τα αισθήματα μου για αυτούς έχουν λιγοστέψει
- 3. Έχω χάσει όλο το ενδιαφέρον μου για τους άλλους ανθρώπους και δεν νοιάζομαι καθόλου για αυτούς

N. Αναποφασιστικότητα

- 0. Είμαι το ίδιο αποφασιστική όπως πάντα
- 1. Τελευταία αναβάλω το να παίρνω αποφάσεις
- 2. Έχω μεγάλη δυσκολία στο να παίρνω αποφάσεις
- 3. Δεν μπορώ να πάρω πια καμία απόφαση

Ξ. Σωματικό εγώ

- 0. Δεν μου φαίνεται ότι η εμφάνιση μου είναι χειρότερη από ποτέ
- 1. Ανησυχώ μήπως μοιάζω γερασμένη και αντιπαθητική
- 2. Αισθάνομαι ότι έγινε τέτοια αλλαγή επάνω μου, ώστε να φαίνομαι αντιπαθητική
- 3. Μου φαίνεται ότι είμαι άσχημη και αποκρουστική

Ο. Μείωση της παραγωγικότητας

- 0. Τα καταφέρνω στην δουλειά μου όπως και πρώτα
- 1. Χρειάζεται να κάνω ιδιαίτερη προσπάθεια για ν' αρχίσω κάποια δουλειά
- 2. Δεν τα καταφέρνω στην δουλειά μου όπως πρώτα
- 3. Χρειάζεται να πιέσω τον εαυτό μου για να κάνω κάτι
- 4. Μου είναι αδύνατο να εργαστώ

Π. Διαταραχές του ύπνου

- 0. Κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως
- 1. Ξυπνώ το πρωί πιο κουρασμένη από άλλοτε
- 2. Ξυπνώ το πρωί 2-3 ώρες νωρίτερα από άλλοτε και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ
- 3. Ξυπνώ νωρίς κάθε μέρα και δεν μπορώ να κοιμηθώ πάνω από 5 ώρες το 24ωρο

P. Εύκολη κόπωση

- 0. Δεν κουράζομαι ευκολότερα απ' ότι συνήθως
- 1. Κουράζομαι τώρα ευκολότερα από πρώτα
- 2. Κουράζομαι με το παραμικρό που κάνω
- 3. Κουράζομαι τόσο εύκολα ώστε δεν μπορώ να κάνω τίποτα

Σ. Απώλεια όρεξης

- 0. Η όρεξή μου δεν είναι χειρότερη από άλλοτε
- 1. Η όρεξη μου δεν είναι τόσο καλή όσο άλλοτε
- 2. Η όρεξη μου είναι πολύ χειρότερη τώρα
- 3. Δεν έχω πια καθόλου όρεξη

Υ. Υπογονδριακές ενασχολήσεις

- 0. Δεν με απασχολεί η υγεία μου περισσότερο από άλλοτε
- 1. Με απασχολούν πόνοι ή βαρυστομαχιά ή δυσκοιλιότητα
- 2. Με απασχολεί τόσο πολύ το πως αισθάνομαι ή το τι αισθάνομαι ώστε μου είναι δύσκολο να σκεφθώ τίποτε άλλο
- 3. Είμαι εντελώς απορροφημένη με το τι αισθάνομαι

Φ. Απώλεια της Libido

- 0. Δεν έχω προσέξει τελευταία καμιά αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το σεξ (για τους άνδρες)
- 1. Ενδιαφέρομαι τώρα λιγότερο για το σεξ (για τους άνδρες) απ' ότι συνήθως
- 2. Ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο τώρα για το σεξ (για τους άνδρες)
- 3. Έχω χάσει τελείως το ενδιαφέρον μου για το σεξ (για τους άνδρες)

13.Βιβλιογραφία

Abramowitz J.S., Meltzer-Brody, « Obsessional thoughts and compulsive behaviors in a sample of women with postpartum mood symptoms», στο *Archives of women's mental health*, 2010, σελ.523-530.

Alehagen, S., Wijma K. and B. « Fear during labor», στο *Actaobstetriciaetgynecologica Scandinavica*, 2001, σελ. 315-320.

Angermeyer and Matschinger« Violent attacks on public figures by persons suffering from psychiatric disorders: their effect on the social distance towards the mentally ill», *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1995, σελ. 159-164.

Ashman SB., Dawson G., et al. «Stress hormone levels of children of depressed mothers», στο *Development Psychopathology Journal*, 2002, σελ.333–349(PubMed).

Baucom D.H., Shoham V., et al. «Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems», στο *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998, σελ.53-88.

Bauer A., et al. «Costs of perinatal mental health problems», London School of Economics and Political Science, 2014.

Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., &Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(6), 861.

Beck, C.T. &Indman, P. (2005).The many faces of postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34(5), pp. 569-576.

Bishop J. L. «The use of complementary and alternative medicine in pregnancy: data from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC)», στο *Complementary therapies in medicine*, 2011, σελ. 303-310.

Bloch M., Schmidt P.J., et al. «Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression», στο *American Journal of Psychiatry*, 2000.

Bonari L., et al. «Perinatal risks of untreated depression during pregnancy», στο *Canadian Journal of Psychiatry*, 2004, σελ.726-735.

Bogaerts A. F. «Anxiety during early pregnancy predicts postpartum weight retention in obese mothers», στο *Obesity*, 2013, σελ.1942-1949.

Brockington I., «A Historical Perspective on the Psychiatry of Motherhood», στο S. M. Riecher-Rössler A, *Perinatal Stress, mood and Anxiety Disorders. From Bench to Bedside*, 2005, σελ.1-5.

Campbell S.B., « The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months», στο *Development and Psychopathology*, 2004, σελ.231-252.

Chee C.Y. «Confinement and other psychosocial factors in perinatal depression: a transcultural study in Singapore», *Journal of affective disorders*, 2005, σελ. 157-166.

Cohen, L., Manion, L. & Morrison, K. R. B., (2011). *Research methods in education*. Oxon, UK: Routledge.

Cooper WO., Willy ME., et al. «Increasing use of antidepressants in pregnancy»,στο *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2007 (PubMed).

Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *psychometrika*, 16(3), 297-334.

Davey H. L., et al. «Risk factors for sub-clinical and major postpartum depression among a community cohort of Canadian women», στο *Maternal and child health journal*, 2011, σελ.866-875.

Davis E.P., et al. «Corticotropin-releasing hormone during pregnancy is associated with infant temperament», στο *Developmental Neuroscience*, 2005, σελ.299–305.

Deligiannidis K. M. «Complementary and alternative medicine therapies for perinatal depression», στο *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2014, σελ.85-95.

Dennis C.L. «Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression», στο *The Cochrane Database of Systematic Reviews (online)*, 2007 (*PubMed*).

Δραγώνα Θ. « Κατάθλιψη μετά τον τοκετό: οι ψυχοκοινωνικές της διαστάσεις», *Ψυχολογικά Θέματα*, 1989, σελ. 33-47.

Dritsa M, et al. «Self-reported leisure-time physical activity during pregnancy and relationship to psychological well-being», στο *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 2003, σελ. 111–119 (*PubMed*).

Δημητρόπουλος, Ε., (2004). Εισαγωγή στη μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας: προς ένα συστηματικό δυναμικό μοντέλο μεθοδολογίας επιστημονικής έρευνας. Αθήνα: Έλλην.

Eastman C.I. «Bright light treatment of winter depression: a placebo-controlled trial», στο *Archives of General Psychiatry*, 1998, σελ. 883-889.

Economou M., et al. «Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece», στο *Journal of affective disorders*, 2013, σελ. 308-314.

Falagas M.E., et al. «Economic crises and mortality: a review of the literature», στο *International Journal Clin Pract*, 2009, σελ. 1128-1135.

Feldman R., et al. «Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity», στο *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2009, σελ. 919–927 (PubMed).

Feldman E.B., «Educating physicians in nutrition-a view of the past, the present and the future», στο *The American journal of clinical nutrition*, 1991, σελ.618-622.

Field T. «Massage therapy effects on depressed pregnant women», στο *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2004, σελ.115-122.

Field T., Diego M. et al. «Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review», στο *Infant Behavior and Development*, 2006, σελ. 445-455.

Field T. «Prenatal depression effects on early development: a review», στο *Infant Behavior and Development*, 2011, σελ. 1-14.

Field T., et al «Benefits of combining massage therapy with group interpersonal psychotherapy in prenatally depressed women», στο *Journal of bodywork and movement therapies*, 2009, σελ. 297-303.

Flynn H. A. «Rates of maternal depression in pediatric emergency department and relationship to child service utilization», στο *General hospital psychiatry*, 2004, σελ.316-322.

Freeman M. P. «Omega-3 fatty acids and perinatal depression: a review of the literature and recommendations for future research», στο *Prostaglandins, leukotrienes and essential fatty acids*, 2006, σελ. 291-297.

Gaynes B. N., Meltzer-Brody S., et al. «Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes: summary», 2005.

Gold PW, Chrousos GP «Divergent endocrine abnormalities in melancholic and atypical depression: clinical and pathophysiologic implications», στο *Endocrinology Metabolism Clinics of North America*, 2002, σελ. 37-62.

Goldberg and Huxley « Common mental disorders: a bio-social model», 1992.

Gordon R. «Omega-3 deficiency associated with perinatal depression», 2009, σελ.254-259.

Grote N.K., et al «A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction», στο *Archives of general psychiatry*, 2007 και 2010, σελ. 1012-1024.

Γιωτάκος Ο. «Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία», *Ψυχιατρική*, 2010, σελ. 195-204.

Hanley J. «Perinatal Mental Health-A Guide for Health Professionals and Users», 2009, έρευνα από τους Gotlib and Hammen.

Hatton D.C., et al. «Missed antenatal depression among high risk women: a secondary analysis», στο *Archives of women's mental health*, 2007, σελ. 121-123.

Henshaw C. et al. «Postnatal blues: a risk factor for postnatal depression», *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2009, σελ. 267-272.

Howard L. «Postnatal Depression», στο *Clinical Evidence*, 2005, σελ. 1764-1775.

Howes L. « On the birth of Margery Kempe's last child», *Modern philology*, 1992, σελ.220-223.

Huang C.C& Warner L.A. «Relationship characteristics and depression among fathers with newborns», στο *Social Service Review*, 2005, σελ.95-118.

Jorm A.F. et al. « Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment», *Medical Journal of Australia*, 1997, σελ. 182-186.

Josefsson A. «Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum», στο *ActaobstetriciaetgynecologicaScandinavica*, 2001, σελ. 251-255.

Karanikolos M., et al. «Financial crisis, austerity and the health in Europe», *Lancet*, 2013, σελ.1323-1331.

Kessler R.C. et al. « Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey», *Archives of General Psychiatry*, 1994, σελ. 8-19.

Klerman G.L. and Weissman M.M. «Increasing rates of depression», *Journal of the American Medical Association*, 1989, σελ. 2229-2235.

Krogh J. «The effect of exercise in clinically depressed adults: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials», στο *Journal of Clinical Psychiatry*, 2011, σελ. 529.

Kulik L. «Jobless men and women: A comparative analysis of job search intensity, attitudes toward employment and related responses», στο *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 2000, σελ. 487-500.

Lindahl V., Pearson JL et al. «Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum», στο *Archives of Women's Mental Health*, 2005, σελ. 77-87.

Magiakou M.A., Mastorakos G., et al. «Hypothalamic corticotropin-releasing hormone suppression during the postpartum period: implications for the increase in psychiatric manifestations at this time», στο *Journal of Clinical Endocrinology Metabolism*, 1996, σελ.1912–1917 (PubMed).

Marland H. «Maternity and Madness: Puerperal Insanity in the Nineteenth Century», 2003.

Meltzer-Brody S. and Stuebe A. «The long-term psychiatric and medical prognosis of perinatal mental illness», στο *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2014, σελ.49-60.

Meltzer-Brody S. «Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence», *Obstetrics and Gynecology*, 2005, σελ. 1071-1083.

Melender H. L «Fears associated with pregnancy and childbirth—experiences of women who have recently given birth», *Midwifery*, 1999, σελ. 177-182.

Murphy G.C., Athanasou J.A. «The effects of unemployment on mental health», *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 1999, σελ.83-99.

Μωραΐτου Μ. «Το βίωμα της μητρότητας», 2004.

Μωραΐτου Μ. «Ψυχοσωματική προετοιμασία για τη μητρότητα», 2007.

National Collaborating Centre for Mental Health, (2007). *Antenatal and Postnatal Mental Health, The NICE Guideline on Clinical Management and Service Guidance*. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.

O'Hara MW. «Rates and risk of postpartum depression-A meta-analysis», *International Review of Psychiatry*, 1996, σελ. 37–54.

O'Hara MW et al. «Prospective study of postpartum depression: prevalence, course, and predictive factors», *Journal of Abnormal Psychology*, 1984, σελ. 158–171 (PubMed).

Orley J. and Weisen R.B. «Mental health promotion: What it is and what it is not», *International Journal of Mental Health Promotion*, 1998, σελ. 41-44.

Paul K. and Moser K. «Unemployment impairs mental health: Meta-analyses», *Journal of Vocational Behavior*, 2009, σελ. 264-282.

Paulson J.F., et al. «Individual and combined effects of postpartum depression on parenting behavior in mothers and fathers», *Pediatrics*, 2006, σελ. 659–668 (PubMed).

Pawlby S., et al. «Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: prospective longitudinal community-based study», *Journal of affective disorders*, 2009, σελ. 236-243.

Παππάς, Θ. (2002). Η μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας στις ανθρωπιστικές επιστήμες. Εκδόσεις Καρδαμίτσα.

Raphael-Leff J. «Pregnancy: the inside story», 2001.

Records K. and Rice M. «Psychosocial correlates of depression symptoms during the third trimester of pregnancy», *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 2007, σελ.231-242.

Regier D.A. et al. « The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1 year prevalence rates of disorders and services», *Archives of General Psychiatry*, 1993, σελ. 85-94.

Ross L.E., McLean L.M. «Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a systematic review», 2006.

Ross L.E «Measurement issues in postpartum depression. Part 1: anxiety as a feature of postpartum depression», *Archives of Women's Mental Health*, 2003, σελ. 51-57.

Rubovits P. «Project CHILD: An intervention program for psychotic mothers and their young children.», στο M. J. Göpfert, *Parental Psychiatric Disorder: Distressed Parents and their Families*, 1996.

Santos I.S., et al. «Antenatal and postnatal maternal mood symptoms and psychiatric disorders in pre-school children from the 2004 Pelotas Birth Cohort», στο *Journal of affective disorders*, 2014, σελ.112-117.

Schmied V., Johnson M. et al. «Maternal mental health in Australia and New Zealand: a review of longitudinal studies», *Women and Birth*, 2013, σελ. 167-178.

Smith M.V., et al. «Success of mental health referral among pregnant and postpartum women with psychiatric distress», *General Hospital Psychiatry*, 2004, σελ.155-162.

Sockol L.E. «A meta-analysis of treatments for perinatal depression», *Clinical psychology review*, 2011, σελ.839-849.

Spinelli M.G. «Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women», στο *American Journal of Psychiatry*, 2003, σελ. 555–562 (PubMed).

Σταλίκας, Α., Τρίλιβα, Σ., & Ρούσση, Π. Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα. Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα 2002.

Σταματίου Ε. και Παπαληγούρα, Ζ. «Επιλόχεια κατάθλιψη σε Ελληνίδες μητέρες: Επιδράσεις των στρεσογόνων γεγονότων ζωής, της κοινωνικής στήριξης και της συζυγικής σχέσης», *Ψυχολογία*, 2010, σελ. 215-230.

Theriot N. «Diagnosing Unnatural Motherhood: Nineteenth-century Physicians and 'Puerperal Insanity', *American Studies*, 1989, σελ. 69-88.

Uutela A. «Economic crisis and mental health. Current Opinion in Psychiatry», 2010, σελ.127-130.

Williams J., et al «Best Practice Guidelines for Mental Health Disorders in the Perinatal Period», 2014.

Wisner K.L., et al. «Symptomatology of affective and psychotic illnesses related to childbearing», στο *Journal of affective disorders*, 1994, σελ. 77-87.

Ψαρρού, Μ.Κ. & Ζαφειρόπουλος, Κ. (2001). Τεχνικές δειγματοληψίας (Μέρος Γ', Κεφ. 2, σσ. 176-208). *Επιστημονική έρευνα: θεωρία και εφαρμογές στις κοινωνικές επιστήμες*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Zambaldi C.F., et al. «Postpartum obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical characteristics», *Comprehensive Psychiatry*, 2009, σελ.503-509.

13.1. Ηλεκτρονικές πηγές

<http://www.psych.gr/documents/psychiatry/19.1-GR-2008.pdf> (Τελ. πρόσβαση 16/10/2017)

<https://mchb.hrsa.gov/maternal-child-health-topics> (Τελ. πρόσβαση 16/10/2017)

http://search.who.int/search?q=perinatal+depression&ie=utf8&site=who&client=en_r&proxystylesheet=en_r&output=xml_no_dtd&oe=utf8&getfields=doctype (Τελ. πρόσβαση 16/10/2017)

<https://www.agalia.org.gr/> (Τελ. πρόσβαση 16/10/2017)

<https://www.fainareti.gr/el/> (Τελ. πρόσβαση 16/10/2017)

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg192> (Τελ. πρόσβαση 16/10/2017)