

ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ



Διερεύνηση των Φόβων των Εγκύων Γυναικών αναφορικά με τον τρόπο γέννησης και τις προτιμήσεις τους

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Πούλου Δήμητρα

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Αντωνάκου Αγγελική Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος  
Μαιευτικής

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2022

Copyright ©2022, Πούλου Δήμητρα

ALL RIGHTS RESERVED

Θα ήθελα να αφιερώσω αυτήν την εργασία στις γυναίκες που επιθυμούν τη μητρότητα.

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Για αυτήν την εργασία, θα ήθελα πρωτίστως να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, Αντωνάκου Αγγελικής, της οποίας η συμβολή, η πίστη και η υποστήριξη προς το άτομό μου υπήρξε πολύτιμη. Θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου, που υπήρξε απόλυτα και καθολικά υποστηρικτική σε όλο το χρονικό διάστημα συγγραφής της εργασίας, αλλά και των σπουδών μου στο τμήμα Μαιευτικής του Διεθνούς Πανεπιστημίου Ελλάδος. Τέλος, αξίζουν ευχαριστίες σε όλα τα κοντινά μου άτομα και τις γυναίκες που υπήρξαν έμπνευση επιλογής αυτού του θέματος και με ενθάρρυναν να το μελετήσω βιβλιογραφικά και ερευνητικά.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
ABSTRACT.....	3
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ-ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	10
Η Νευροψυχολογία του Φόβου.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	19
Τοκοφοβία: Η ιστορία της.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	24
Τα είδη και τα αίτια της τοκοφοβίας.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	31
Τρόποι Αντιμετώπισης.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	38
Πεποιθήσεις αναφορικά με τον τρόπο της γέννας.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	42
Η πορεία της τοκοφοβίας στην περίοδο της πανδημίας με COVID-19.....	42
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ-ΕΡΕΥΝΑ.....	51
Σκοπός Έρευνας.....	52
Υλικό και Μέθοδος.....	55
Αποτελέσματα.....	58
Συζήτηση-Συμπεράσματα.....	96
Συμπεράσματα - Προτάσεις.....	102
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	104
ΕΙΚΟΝΕΣ.....	112

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σύγχρονη νευροεπιστήμη δυσκολεύεται να ορίσει τον φόβο. Εξίσου δύσκολο φαίνεται να είναι να οριστεί και ο φόβος της γέννας και η τοκοφοβία. Η τοκοφοβία αποτελεί τον υψηλό-έντονο φόβο της γέννας. Ο φόβος της γέννας εντάσσεται στις αγχώδεις διαταραχές, καθώς μοιράζεται πολλές ψυχοσωματικές αντιδράσεις με αυτές. Επίσης, κατηγοριοποιείται με βάση το πόσο έντονο είναι το συναίσθημα, ή με βάση το ποιος το αντιμετωπίζει. Έχει φανεί πως οι γυναίκες δε φοβούνται μόνο τον φυσιολογικό τοκετό, αλλά και την καισαρική τομή. Πίσω από τον φόβο της γέννας κρύβονται επιμέρους φόβοι. Φαίνεται ότι ο φόβος της γέννας μπορεί να οδηγήσει σε δυσάρεστες εκβάσεις κατά τη διάρκεια της γέννας, παρατεταμένο ή επεμβατικό τοκετό ή εκλεκτική καισαρική τομή. Οι πεπειθήμενες αναφορικά με τη γέννα μπορούν να καθορίσουν το βίωμά της και αντίστροφα. Η πανδημία του COVID-19 επηρέασε τους φόβους των γυναικών κατά τη διάρκεια της γέννας.

**Στόχος της έρευνας:** Να διερευνηθούν οι φόβοι των εγκύων γυναικών στην κύηση και η επίδρασή τους στην ποιότητα ζωής τους και την επιλογή τους αναφορικά με τον επιθυμητό τρόπο γέννας.

**Υλικό και Μέθοδος:** Διανεμήθηκε το CFQ ερωτηματολόγιο σε έγκυες, εμπλουτισμένο με ερωτήσεις που αφορούσαν στα συναισθήματα των γυναικών αναφορικά με την πανδημία του COVID-19 καθώς και ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων και μίας κλίμακας κλίμακας επίδρασης του φόβου στην ποιότητα ζωής. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το πρόγραμμα SPSS 22.0.

**Αποτελέσματα:** Το συνολικό σκορ του φόβου εξαρτάται από τον αριθμό του τόκου, την ηλικία κύησης, την επιλογή του τρόπου γέννας σε αυτήν την κύηση, την συμβολή της πανδημίας COVID-19 και τον τρόπο σύλληψης της κύησης. Μεγαλύτερη επίδραση του φόβου στην ποιότητα ζωής σήμαινε υψηλότερο συνολικό σκορ φόβου. Όσο μεγαλύτερος ήταν ο φόβος για κάποια υποκλίμακα του ερωτηματολογίου, τόσο υψηλότερος ήταν και συνολικά.

**Συζήτηση-Συμπεράσματα-Προτάσεις:** Επιβεβαιώθηκε η πολυπαραγοντική φύση του φόβου της γέννας. Φάνηκε ότι η πανδημία COVID-19 επηρέασε σχεδόν όλες τις παραμέτρους του φόβου της γέννας. Αυτό το φαινόμενο δεν αφορά μόνο τις γυναίκες που προτιμούν καισαρική τομή, αλλά εξαρτάται από τις πεπειθήμενες αναφορικά με τη γέννα.

## **ABSTRACT**

Modern neuroscience struggles in defining the emotion of fear. It seems to be equally difficult to define the fear of childbirth and tokophobia. Tokophobia refers to high and intense fear of childbirth. Fear of childbirth is included in the anxiety disorders, as they share many psychosomatic reactions. Furthermore, it is categorized based on how intense the feeling is on who is experiencing it. It has been proven that women are not only afraid of vaginal childbirth, but also of caesarian section. Behind the fear of childbirth lie various sub-fears. It seems that fear of childbirth can lead to unpleasant outcomes during childbirth, such as prolonged or assisted labor or elective c-section. Perceptions of childbirth can affect the childbirth experience and vice versa. The COVID-19 pandemic has affected women's fears during childbirth.

**Aim of the study:** To investigate the fears of pregnant women during pregnancy and their effect on their quality of life and their choice regarding the desired mode of birth.

**Material and Methods:** The CFQ questionnaire was distributed to pregnant women, enriched with questions about women's feelings regarding the COVID-19 pandemic. The response of demographic data by the women was preceded and finally followed the women's response of the fear interference scale on the quality of life, enriched by a question related to the COVID-19 pandemic.

**Results:** The overall score of fear depends on the number of previous births, the gestational age, their current choice of preferred mode of birth, the contribution of the COVID-19 pandemic and the way that the pregnancy was conceived. A greater impact of fear on quality of life meant a higher total fear score. The higher the fear on any subscale of the questionnaire, the higher it was overall.

**Conclusion:** The multifactorial nature of the fear of childbirth was confirmed. It appeared that the COVID-19 pandemic affected almost all parameters of fear of childbirth. This phenomenon does not only concern women who prefer caesarean section, but it depends on perceptions about childbirth.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Μέσα από τη μελέτη του θέματος του φόβου της γέννας, μπορεί κανείς να πάρει μαθήματα που ποτέ δεν περίμενε. Σε προσωπικό επίπεδο, κλήθηκα να αναρωτηθώ πολύ βασικά πράγματα αναφορικά με τα ανθρώπινα συναισθήματα. Προέκυψαν ερωτήματα φυσιολογίας και ανατομικής, όπως το μέρος και ο τρόπος έκφρασης συναισθημάτων στο ανθρώπινο σώμα. Ακολούθησε το πιο φιλοσοφικό ερώτημα: «Τι είναι ο φόβος;» «Τι εκφράζει το συναίσθημα του φόβου;» «Γιατί οι άνθρωποι νιώθουν φόβο και αναπτύσσουν συγκεκριμένες φοβίες;»

Την απάντηση σε αυτά τα ερωτήματα δεν έχει μπορέσει ακόμη να δώσει ούτε η σύγχρονη νευροεπιστήμη. Μέσα από την πολύ σύντομη μελέτη του φόβου σαν συναίσθημα, φάνηκε πολύ γρήγορα η δυσκολία να του δοθεί ένας ακριβής ορισμός. Αυτό, γιατί τα συναισθήματα αποτελούν συνειδητές υποκειμενικές αντιδράσεις σε ερεθίσματα. Ο άρτιος ορισμός του καθίσταται δύσκολος επειδή η αντίληψη των καταστάσεων είναι υποκειμενική, και άρα διαφορετική για το κάθε άτομο. Κάτι που φοβάται ένα άτομο, μπορεί ένα άλλο να μην το φοβάται.

Ωστόσο, η ανάγκη να οριστεί ο φόβος σε κλινικό επίπεδο γίνεται ολοένα και μεγαλύτερη με την πάροδο του χρόνου. Αυτή η ανάγκη προκύπτει μέσα από την αδυναμία να διερευνηθεί αποτελεσματικά το συναίσθημα του φόβου, αλλά και των άλλων φοβιών. Ερευνώντας έναν πιο συγκεκριμένο φόβο, αυτόν του τοκετού, αντιλαμβάνεται κανείς πόσο σημαντικό είναι, να δει και πέρα από αυτόν. Αυτό σημαίνει, ότι οφείλει να αντιληφθεί πως ανήκει στο συναίσθημα του φόβου, και άρα έχει όμοιες αντιδράσεις φόβου και άγχους.

Το γεγονός ότι είναι συγκεκριμένος και προσανατολισμένος στην πιο φυσική και σωματική μετάβαση προς τη μητρότητα (ή τη γονεϊκότητα), πιθανώς έχει πολλά να δείξει. Στη συγκεκριμένη εργασία, θεωρήθηκε σωστό να μελετηθεί ο φόβος της γέννας ως μέρος των φοβικών και αγχώδων διαταραχών, και άρα, ήταν άξια αναφοράς και αυτά σε βιοψυχολογικό και νευροψυχολογικό επίπεδο. Για αυτό και χρειάστηκε και η μελέτη του φόβου, ως γενικό συναίσθημα.

Ο φόβος της γέννας αποτελεί μια βαριά ψυχολογική και συναισθηματική οντότητα, η οποία δεν έχει λάβει ακόμη την προσοχή που της αρμόζει. Είναι δεδομένο πως αυτό το αντικείμενο χρήζει μεγάλης έρευνας, καθώς, υπάρχει δυσκολία και διχασμός στον ορισμό της, έτσι όπως υπάρχει και για τον φόβο γενικότερα. Η ανάγκη για τη μελέτη του, ολοένα και αυξάνεται στην σύγχρονη εποχή, καθώς φαίνεται ότι επηρεάζει, όχι μόνο τον



επιθυμητό τρόπο της γέννας, αλλά και, πιθανώς, την ίδια την απόκτηση ενός παιδιού μέσα από την εγκυμοσύνη.

Για όλους τους παραπάνω λόγους, σε αυτήν την εργασία, επιχειρήθηκε να γίνει μια μεγάλη σύνδεση των επιστημών της ψυχολογίας με την ανατομία και τη φυσιολογία της γέννας. Προστέθηκαν σε αυτά, τα διάφορα ιστορικά γεγονότα, ώστε να υπογραμμιστεί η πρώτη χρονική περίοδος που αναγνωρίστηκε πρωτίστως και τι προτάθηκε ανά τα χρόνια για την αντιμετώπισή της. Μελετήθηκε σε βάθος ο ίδιος ο φόβος της γέννας, τόσο αναφορικά στον φυσιολογικό τοκετό, όσο και στην καισαρική τομή, καθώς οι περισσότερες έρευνες είναι προσανατολισμένες στον φόβο του φυσιολογικού τοκετού. Σε αυτό το κομμάτι προσκολλήθηκαν οι παράγοντες που ορίζουν τις πεποιθήσεις των γυναικών για τη γέννα. Δεν παραλείφθηκε να αναφερθεί και η επίδραση της πανδημίας του COVID-19 στον φόβο της γέννας.

Θεωρήθηκε αναγκαίο να υπάρξει και ερευνητικό μέρος της, ώστε να διερευνηθεί ο ίδιος ο φόβος της γέννας στη χώρα μας. Τα ερωτήματα αφορούσαν, αρχικά, αν οι έγκυες γυναίκες φοβούνται να γεννήσουν ή αν φοβούνται να γεννήσουν με κάποιο συγκεκριμένο τρόπο τοκετού. Επιχειρήθηκε να διερευνηθεί το κατά πόσο ο φόβος για τη γέννα επηρεάζει τις προτιμήσεις της εγκύου και την καθημερινότητά της ή τις κοινωνικές της σχέσεις. Διερευνήθηκαν οι συγκεκριμένοι φόβοι που απαρτίζουν τον φόβο της γέννας, όπως, για παράδειγμα, ο φόβος για τον πόνο ή ο φόβος ότι θα πάθει κακό το νεογέννητο.

Ο φόβος της γέννας μπορεί να αφορά πολλές ειδικότητες επαγγελματιών, όπως ψυχολόγους και ψυχιάτρους. Αφορά, ωστόσο, σε μεγάλο βαθμό και τη μαιευτική επιστήμη, καθώς αυτή είναι η κύρια υπεύθυνη επιστήμη που αφορά την περιγεννητική περίοδο. Πιο συγκεκριμένα, είναι υπεύθυνη για την καλή έκβαση της γέννησης ενός παιδιού, σίγουρα σε πρακτικό κομμάτι, αλλά και σε ψυχολογικό. Οι γυναίκες βασίζονται στις μαίες τους για να τις βοηθήσουν με την πρώτη σύνδεση με το παιδί τους στην εξωμήτριο ζωή.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι αποδεκτό ότι είναι απόλυτα φυσιολογικό για τις έγκυες γυναίκες να έχουν διάφορα άγχη αναφορικά με τη γέννα, καθώς είναι δεδομένο ότι μπορεί να είναι απρόβλεπτη. Τα άγχη σε αυτήν την περίπτωση ορίζονται ως επαναλαμβανόμενες αλλά όχι συγκεκριμένες σκέψεις. Οι φόβοι, από την άλλη μεριά, αποτελούν δυνατές, συγκεκριμένες και συνεχόμενες σκέψεις.

Ο όρος «τοκοφοβία» συνήθως χρησιμοποιείται με σκοπό να αναφέρει τον έντονο φόβο της γέννας. Παρ' όλα αυτά είναι γνωστό και δεδομένο ότι γενικότερα, ο ορισμός υπολείπεται λειτουργικά σαν όρος. Έχει αναφερθεί ότι, αν μια γυναίκα εκφράσει τον φόβο της σχετικά με το γεγονός της γέννας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και ζητήσει βοήθεια αναφορικά με αυτόν, τότε αυτό από μόνο του, θα μπορούσε να αποτελέσει έναν ορισμό της τοκοφοβίας.

Αναγνωρίζεται ότι ο επιπολασμός της τοκοφοβίας βασίζεται σε μία ποικιλία παραγόντων, οι οποίοι περιλαμβάνουν τα διάφορα και διαφορετικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, τις προηγούμενες εμπειρίες γέννας και διάφορους καθοριστικούς πολιτισμικούς παράγοντες. Τέτοιοι πολιτισμικοί παράγοντες μπορεί να είναι τα μαιευτικά πρότυπα ανά χώρα και ανά τόπους και οι προσωπικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις του ατόμου.

Έτσι, ο όρος «τοκοφοβία» παραμένει δύσκολο να οριστεί με ακρίβεια, εξαιτίας της ευρείας ετερογένειας που διακατέχει αυτήν την κατάσταση. Ο ορισμός αποδεικνύεται, εν τέλει, πως είναι πιο περίπλοκο ζήτημα απ' ό τι φαίνεται και δεν μπορεί απλώς να εξηγηθεί από τις διάφορες βιβλιογραφικές παραλλαγές που έχουν χρησιμοποιηθεί.

Τα τελευταία τριάντα χρόνια φαίνεται να αυξάνεται ο φόβος της γέννας. Γι' αυτόν το λόγο, είναι μεγάλη ανάγκη να ενθαρρύνονται οι γυναίκες να εκφράζουν τους φόβους τους αναφορικά με τη γέννα όσο το δυνατόν νωρίτερα μέσα στην κύηση. Τον κύριο ρόλο για την προαγωγή της έκφρασης αυτών των φόβων οφείλουν να αναλάβουν πρωτίστως οι σχετιζόμενοι επαγγελματίες υγείας. Με αυτόν τον τρόπο θα είναι δυνατόν να προσφερθεί πληθώρα ευκαιριών για να υποστηριχθεί η μητρική ψυχική υγεία.

Είναι σημαντικό να αντιμετωπίζονται οι φόβοι των γυναικών αναφορικά με τη γέννα, καθώς υπάρχουν δεδομένα που υποστηρίζουν τον συσχετισμό της τοκοφοβίας με αυξημένα επίπεδα μητρικής κορτιζόλης στο αίμα. Εκτός από αυτό, η τοκοφοβία φαίνεται να είναι στενά συνδεδεμένη με την όξυνση άλλων θεμάτων ψυχικής υγείας, τα οποία

μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρές και μακροχρόνιες επιπτώσεις, τόσο για τη μητέρα, όσο και για το βρέφος.

Υπάρχουν αρκετά δεδομένα, τα οποία υπογραμμίζουν την ανάγκη για τη βελτίωση της περιγεννητικής ψυχολογικής υποστήριξης στις υπηρεσίες της μητρικής φροντίδας. Αυτό υποστηρίζεται από το γεγονός ότι, ένα από τα αίτια που αφορούν τον φόβο της γέννας, είναι η έλλειψη εμπιστοσύνης στους επαγγελματίες υγείας, το οποίο προέρχεται από την μη φιλική συμπεριφορά του προσωπικού. Εκτός από αυτό, η συμπεριφορά εγκατάλειψης, η αφαίρεση του δικαιώματος λήψης αποφάσεων και της αξιοπρέπειας της γυναίκας, συμβάλλουν εξίσου στην δημιουργία ή στην όξυνση του φόβου τους ως προς τη γέννα.

Συμπληρωματικά με όλα αυτά, ο φόβος της γέννας συχνά συμπίπτει με καταθλιπτικές και ψυχαναγκαστικές προσωπικότητες. Τέτοιου είδους προσωπικότητες, ακόμη και με έλλειψη παρουσίας του φόβου της γέννας, αποτελούν προδιαθεσικούς παράγοντες για την ύπαρξη κατάθλιψης της λοχείας και μετατραυματικού στρες μετά τη γέννα. Ως εκ τούτου, έχουν προταθεί διάφοροι τρόποι αντιμετώπισης αυτού του φόβου, όπως είναι η ψυχοεκπαίδευση και η προετοιμασία για τη γέννα.

Υπάρχουν δεδομένα, τα οποία υποστηρίζουν ότι η συνεχιζόμενη φροντίδα (continuity of care) υπό την παρουσία και την ανάπτυξη ουσιαστικών σχέσεων εμπιστοσύνης με τους υπεύθυνους επαγγελματίες υγείας για τη μητρική φροντίδα μπορεί να έχει ωφέλιμα αποτελέσματα. Αυτό σημαίνει ότι οι επαγγελματίες υγείας συμπεριλαμβάνουν πλήρως τη γυναίκα στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Έτσι, η φροντίδα της έγκυου μετατρέπεται, από μονόπλευρη, σε συνεργατική φροντίδα η οποία αποτελείται από την ομάδα επαγγελματιών υγείας και της εγκύου. Με αυτόν τον τρόπο μπορεί να παρέχεται γυναικοκεντρική φροντίδα (woman-centered care), η οποία φαίνεται να έχει τα πιο ωφέλιμα αποτελέσματα σε ότι αφορά τους φόβους των γυναικών αναφορικά με τη γέννα.

Ωστόσο, μέχρι σήμερα, δεν υπάρχει κανένα πρωτόκολλο και κανένας τυποποιημένος τρόπος φροντίδας για τις γυναίκες με οποιοδήποτε είδους φόβο ως προς τη γέννα τους. Για αυτό και οι μελλοντικοί ερευνητές αυτού του θέματος θα μπορούσαν να προσπαθήσουν να αναπτύξουν κατάλληλες παρεμβάσεις με κύριο στόχο τον εντοπισμό των υψηλού κινδύνου γυναικών για φόβο της γέννας. Αυτό θα μπορούσε να επιτευχθεί με

τη χρήση βοηθημάτων για τη λήψη αποφάσεων, τα οποία ήδη χρησιμοποιούνται ευρέως στους χώρους υγειονομικής περίθαλψης.

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ-ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

### Η Νευροψυχολογία του Φόβου

Η νευροψυχολογία είναι μια επιστήμη που στοχεύει στη μελέτη και την ανίχνευση της σχέσης ανάμεσα στις ψυχολογικές λειτουργίες και στη δομική και τη λειτουργία του εγκεφάλου. Ως ψυχολογικές λειτουργίες ορίζονται αυτές που αφορούν την κινητική ή αισθητηριακή συμπεριφορά, τη γνώση, την αντίληψη, τη διάθεση, το συναίσθημα και άλλες. Αυτός είναι ο στόχος της νευροψυχολογίας που αφορά στον άνθρωπο [1].

Από την οπτική της συμπεριφορικής επιστήμης, συναισθήματα όπως ο φόβος και το άγχος μπορούν να θεωρηθούν λειτουργικά ως δράσεις της διάθεσης, οι οποίες προκαλούνται από συγκεκριμένα μοτίβα προσαρμοστικής συμπεριφοράς. Αυτά έχουν ως στόχο την αντιμετώπιση του κινδύνου και την επιβίωση. Επομένως, για να επιτευχθεί η σε βάθος κατανόηση των αγχώδων διαταραχών, σε επίπεδο συμπεριφορικής επιστήμης, θα πρέπει να περιγράφει το πως κωδικοποιούνται οι πληροφορίες της απειλής, καθώς και το πως οργανώνονται οι αμυντικές συμπεριφορές [2].

Ξεκινώντας από αυτήν την οπτική της συμπεριφορικής επιστήμης, ερευνώνται τα εξής:

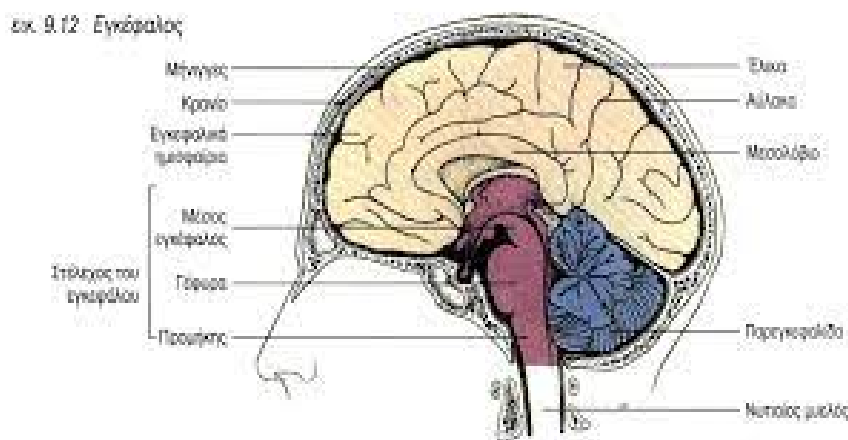
- 1) Τα νευρικά δίκτυα που εμπλέκονται στην εύρεση και την ενσωμάτωση των πληροφοριών απειλής και
- 2) Το πώς αυτά τα δίκτυα επικοινωνούν με τα κυκλώματα που δημιουργούν τις αμυντικές δράσεις, συμπεριλαμβανομένων των προσαρμογών που συνοδεύονται από το Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα [2].

Ο εγκέφαλος είναι μια μαλακή μάζα, σχεδόν 1400 γραμμαρίων, που ευρίσκεται εντός του κρανίου. Συνεχίζει με τον νωτιαίο μυελό και μαζί αποτελούν τη συνέχεια του οπίσθιου μέρους του εγκεφάλου. Σε συνεργασία, ορίζουν τη βάση της ανθρώπινης ενήλικης συμπεριφοράς. Ο εγκέφαλος είναι ένα τμήμα του νευρικού συστήματος, το οποίο χωρίζεται σε 2 κύρια μέρη: το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) και το Περιφερικό Νευρικό Σύστημα (ΠΝΣ). Το ΚΝΣ αφορά νευρικό ιστό εντός του κρανίου και της σπονδυλικής στήλης, ενώ το ΠΝΣ αφορά νευρικό ιστό εκτός από αυτά (π.χ. κρανιακά νεύρα). Η συνεργατική δράση του ΚΝΣ με το ΠΝΣ είναι εξαιρετικά σημαντική. Η νευρική λειτουργία του ΠΝΣ έχει τη δυνατότητα να αντιλαμβάνεται να μηνύματα από το σώμα και να τα μεταβιβάζει στον εγκέφαλο. Με τον ίδιο τρόπο, ο εγκέφαλος μεταβιβάζει μηνύματα στο ΠΝΣ [1].

Στο ΠΝΣ περιέχονται το σωματικό νευρικό σύστημα και το Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα (ΑΝΣ). Στόχος του σωματικού νευρικού συστήματος είναι να μεταφέρει μηνύματα από το δέρμα και τους μύες στους σκελετικούς μύες, ενώ το ΑΝΣ είναι υπεύθυνο στη νεύρωση των αδένων και των οργάνων του σώματος. Εκτός από αυτό, το ΑΝΣ αποτελείται από τους κλάδους του συμπαθητικού και του παρασυμπαθητικού. Ο ρόλος του συμπαθητικού είναι να κρατά σε επαγρύπνηση το σώμα, με δράσεις όπως: να εκκρίνει αδρεναλίνη ή να αυξάνει τον καρδιακό ρυθμό. Αντιθέτως, ο ρόλος του παρασυμπαθητικού δρα με σκοπό την αποκατάσταση ενέργειας του οργανισμού, όπως το να μειώνει τον καρδιακό ρυθμό [1].

Κατά την εμβρυική ζωή, ο εγκέφαλος διαιρείται σε 5 μοίρες:

- 1) Τον τελικό εγκέφαλο
- 2) Τον διάμεσο εγκέφαλο
- 3) Το μέσο εγκέφαλο
- 4) Τον οπίσθιο εγκέφαλο
- 5) Τον έσχατο εγκέφαλο [3]



Εικόνα 1 [2]: Ο εγκέφαλος

Ο τελικός εγκέφαλος περιλαμβάνεται από:

- 1) Τα εγκεφαλικά ημισφαίρια
- 2) Συνδέσμους
- 3) Πυρήνες
- 4) Πλάγιες κοιλίες [3]

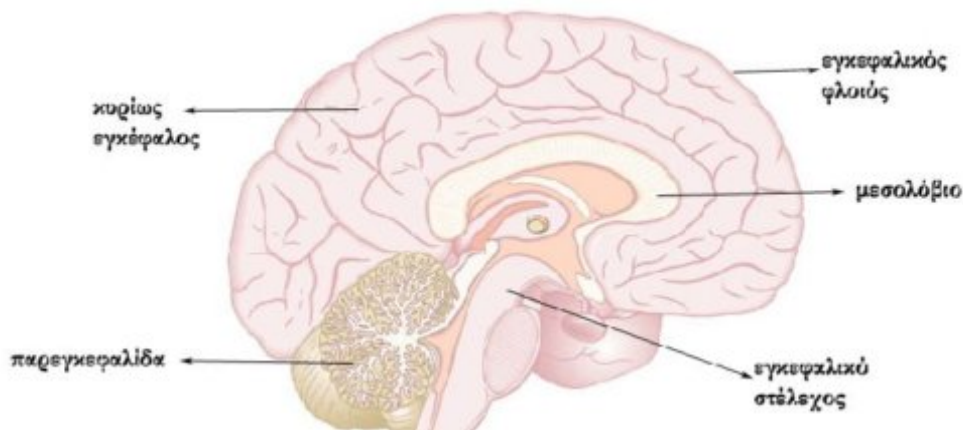
Το πιο μεγάλο μέρος του εγκεφάλου ορίζεται από τα εγκεφαλικά ημισφαίρια. Ο δρέπανος του εγκεφάλου, που αποτελεί μια κατάδυση της σκληράς μήνιγγας στη μέση

γραμμή, διαχωρίζει τα εγκεφαλικά ημισφαίρια στο πιο άνω και πιο μεγάλο τμήμα τους. Οι σύνδεσμοι των ημισφαιρίων και οι εμμύελες νευρικές ίνες ενώνουν τα ημισφαίρια. Η παρεγκεφαλίδα διαχωρίζει το κατώτερο τμήμα τους μέσα από το σκηνίδιο. Εσωτερικά υπάρχει κυρίως η λευκή ουσία (νευράξονες) και στην επιφάνειά τους βρίσκονται τα κυτταρικά σώματα που υπάρχει η φαιά ουσία (φλοιός). Τα εγκεφαλικά ημισφαίρια αποτελούνται από το νεοχιτώνιο και τον ρινικό εγκέφαλο. Εσωτερικά των ημισφαιρίων υπάρχουν οι πλάγιες κοιλίες, οι οποίες είναι δύο κοιλότητες γεμάτες με εγκεφαλονωτιαίο υγρό [3].

Το νεοχιτώνιο αποτελείται από:

- 1) Τον μετωπιαίο λοβό
- 2) Τον βρεγματικό λοβό
- 3) Τον κροταφικό λοβό
- 4) Τον ινιακό λοβό
- 5) Τη νήσο του «Reil»

Χαρακτηριστικά στοιχεία του νεοχιτωνίου είναι οι έλικες (επηρμένα μέρη), οι αύλακες (καταδύσεις) και οι σχισμές (αύλακες που αναφέρονται σε όλο το πάχος του ημισφαιρίου).



Εικόνα 2 [3]: Ανατομία Εγκεφάλου

Στον μετωπιαίο λοβό βρίσκονται οι περιοχές 9, 10, 11 και 46 κατά Brodmann, από τις οποίες δημιουργείται ο προμετωπιαίος φλοιός, και είναι υπεύθυνες για την διαμόρφωση της προσωπικότητας του ατόμου, αφού αφορά σε ζητήματα μνήμης και γνωστικά αντικείμενα. Στον βρεγματικό λοβό βρίσκεται ο πρωτοταγής σωματοαισθητικός φλοιός, ο οποίος έχει ως κυρίαρχο ρόλο τη σωματοαισθητική αντίληψη. Η αντίληψη του χώρου, οι διαδικασίες μετατροπών γραφημάτων σε λέξεις και οι μαθηματικές λειτουργίες ανήκουν

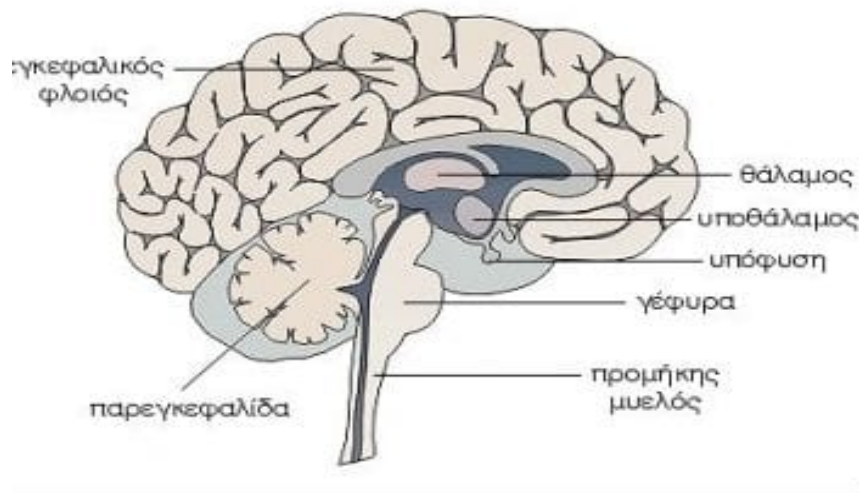


επίσης στον βρεγματικό λοβό. Εκτός από αυτά, βρίσκεται επίσης εκεί και η περιοχή 39 κατά Brodmann, της οποίας ο κυρίαρχος ρόλος είναι οι οπτικές επεξεργασίες όπως η αναγνώριση προσώπων [3].

Από τον κροταφικό λοβό γίνεται η διεργασία του συσχετισμού των πρόσφατων ακουσμάτων με του παρελθόντος. Αυτό συμβαίνει γιατί εκεί ευρίσκονται ο πρωτοταγής και ο δευτεροταγής ακουστικός φλοιός και το μνημονικό/συνειρμικό ακουστικό κέντρο. Στον ινιακό λοβό βρίσκεται ο πρωτοταγής οπτικός φλοιός, ο οποίος έχει τον ρόλο της οπτικής αντίληψης. Η νήσος του Reil ή κεντρικός λοβός έχει ρόλο σε μεγάλη ποικιλία λειτουργιών, καθώς έχει πολλαπλές απαγωγές και προσαγωγές ίνες. Μερικές από τις περιοχές με τις οποίες συνδέεται είναι: ο φλοιός της παρεγκεφαλίδας, τα βασικά γάγγλια, το αμυγδαλοειδές σωματίο, διάφορες περιοχές του στεφανιαίου συστήματος, τον οπίσθιο θάλαμο και το ραβδωτό σώμα. Έτσι, στις λειτουργίες περιλαμβάνονται: σωματοαισθητικές, ακουστικές, γευστικές, ανώτερες πνευματικές, οσφρητικές και παραστεφανιαίες [3].

Ο εγκέφαλος μπορεί επίσης να χωριστεί σε διάμεσο, μέσο, οπίσθιο και έσχατο εγκέφαλο. Ο διάμεσος εγκέφαλος αποτελείται από:

- 1) Τον υποθάλαμο
- 2) Δύο θαλάμους
- 3) Τον μεταθάλαμο
- 4) Τον επιθάλαμο
- 5) Την Τρίτη κοιλία



Εικόνα 3 [4]: Ανατομία Εγκεφάλου

Ο κυριότερος ρόλος του υποθαλάμου είναι, μέσα από την υπόφυση, να συνδέει το ΚΝΣ με το ενδοκρινικό σύστημα. Από εκεί, συνθέτονται και εκκρίνονται οι εκλυτικές ορμόνες (υποφυσιοτρόπες) του υποθαλάμου, οι οποίες αυξάνουν ή μειώνουν την παραγωγή ορμονών από την υπόφυση. Οι άλλοι ρόλοι του υποθαλάμου είναι ο έλεγχος του έμμηνου κύκλου, της θερμοκρασίας, της δίψας, της κούρασης, της πείνας και του κερκάρδιου κύκλου. Επιπλέον, έχει επίδραση στη συναισθηματική συμπεριφορά, όπως της σεξουαλικής δραστηριότητας. Στον επιθάλαμο, η κυριότερη λειτουργία του είναι να συνδέει το στεφανιαίο σύστημα (limbic system), το οποίο είναι υπεύθυνο για τη συμπεριφορά, τη μνήμη και τα συναισθήματα, με τον υπόλοιπο εγκέφαλο [3].

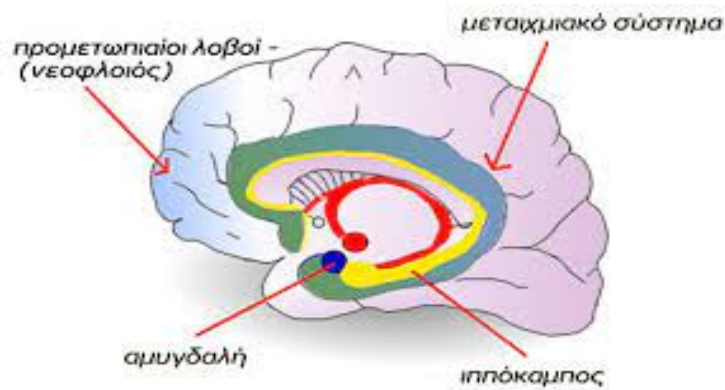
Ο οπίσθιος εγκέφαλος χωρίζεται σε:

- 1) Γέφυρα
- 2) Παρεγκεφαλίδα
- 3) Τμήμα της τέταρτης κοιλίας

Η παρεγκεφαλίδα έχει ως κύριο ρόλο την εκούσια κίνηση των μυών και την ισορροπία. Εκτός από αυτό, όμως, έχει τον κυρίαρχο ρόλο στη γνωστική λειτουργία μέσω της ρύθμισης της προσοχής και μπορεί να επηρεάσει σημαντικά το αίσθημα του φόβου και την αντίδραση στα ευχάριστα γεγονότα [3].

Απ' ότι αποδεικνύεται, η εξέλιξη του εγκεφάλου έχει καταλήξει σε ένα σύνθετο σύνολο κυκλωμάτων. Τα πιο σημαντικά συστήματα για το συναίσθημα είναι το αυτόνομο και το ενδοκρινικό. Ως εκ τούτου, το συναίσθημα δεν ευρίσκεται σε ένα ακριβές τμήμα του εγκεφάλου, αλλά πολλά συγκεκριμένα τμήματα του εγκεφάλου συμβάλλουν στην αντίληψη και στο βίωμα του συναισθήματος [1]. Για αυτό και η σύγχρονη νευροεπιστήμη δυσκολεύεται σε τέτοιο βαθμό να δώσει έναν ορισμό στο συναίσθημα του φόβου [4].

Το κλειδί στην ερμηνεία των συναισθημάτων και των συμπεριφορών αποτέλεσε η εξέλιξη του μεταιχμιακού συστήματος. Το μεταιχμιακό σύστημα αποτελεί το πιο αρχέγονο τμήμα του εγκεφάλου. Αποτελείται από μια σειρά υποφλοιόδων δομών, οι οποίες περιέχουν: τον ιππόκαμπο, τους διαφραγματικούς πυρήνες, τον αμυγδαλοειδή πυρήνα, τον έλικα του προσαγωγίου, τα μαστία και τον υποθάλαμο. Οι υπεύθυνες υποφλοιώδεις δομές του εγκεφάλου για τη ρύθμιση των συναισθημάτων είναι: το εγκεφαλικό στέλεχος, το ιπποκάμπειο σύστημα και ο αμυγδαλοειδής πυρήνας (αμυγδαλή) [1].



Εικόνα 4 [5]: Μεταιχμιακό Σύστημα

Η ικανότητα των ανθρώπων να αναγνωρίζουν και να ανταποκρίνονται σε συγκεκριμένα ερεθίσματα που, ενδεχομένως, προμηγύνουν απειλή, είναι εξαιρετικά χρήσιμη. Από εξελικτική σκοπιά, είναι εξαιρετικά πλεονεκτικό το ότι, μπορούν να διατηρηθούν ξεκάθαρες οι αναμνήσεις από τις κύριες και σημαντικές εμπειρίες στη ζωή του ανθρώπου. Παρόλα αυτά, η λεγόμενη αξεδιάλυτη φύση της συναισθηματικής μνήμης μπορεί να είναι εξαιρετικά επιζήμια και να έχει αρνητικές συνέπειες για εκείνα τα άτομα που έχουν βιώσει τραυματικά γεγονότα και μπορεί να υπομένουν φρικτές αναμνήσεις και έντονο άγχος [5].

Ο φόβος είναι ένα συναίσθημα προσμονής, το οποίο ενεργοποιείται όταν γίνεται αντιληπτή μια κατάσταση που θέτει σε ρίσκο την προσωπική μας ασφάλεια ή/και την ασφάλεια άλλων, μέσω, είτε εξωδοκετικών εισόδων, είτε μέσω του ενδοκρινικού και αυτόνομου νευρικού συστήματος (ενδοδοκετικών εισόδων) [6]. Αυτά τα ερεθίσματα, προκειμένου να προετοιμάσουν το σώμα να αντιμετωπίσει τον κίνδυνο, μπορεί να προκαλέσουν δύο ειδών αντιδράσεις:

- 1) "freeze, flight, fight, fright" - πάγωμα, διαφυγή, αντίσταση, τρόμος [7] ή
- 2) "tend-and-befriend" - τείνω και γίνομαι φίλος (δηλαδή το να στρέφεται κανείς σε άλλους για βοήθεια ή κοινωνική υποστήριξη ή να κάνει με κάποιον τρόπο την κατάσταση λιγότερο τεταμένη, επικίνδυνη ή άβολη) [8].

Σε νευροβιολογικό επίπεδο, έχουν γίνει αξιοσημείωτες προοδοι στο να αναγνωρίζονται σχήματα και μηχανισμοί φόβου: δυσλειτουργίες σε αυτά τα σχήματα ή τους μηχανισμούς μπορούν να οδηγήσουν σε χρόνιες ψυχιατρικές διαταραχές και μετα-τραυματικό στρές (PTSD) καθώς και σε διάφορους τύπους φοβιών, συμπεριλαμβανομένου και των εξειδικευμένων φοβιών. Οι εξειδικευμένες φοβίες είναι ακραίοι και επίμονοι φόβοι που αφορούν συγκεκριμένα αντικείμενα, καταστάσεις, ασχολίες ή ανθρώπους.

Επιπλέον, οι άνθρωποι που υποφέρουν από συγκεκριμένες φοβίες προσπαθούν σε μεγάλο βαθμό να αποφύγουν ερεθίσματα που αφορούν τη φοβία τους, ακόμη και αν γνωρίζουν ότι δεν υπάρχει καμία απειλή ή κίνδυνος, ωστόσο νιώθουν ανίσχυροι να σταματήσουν αυτόν τον παράλογο φόβο [6].

Ο φόβος μπορεί να εκφραστεί εγγενώς ή έπειτα από κάποιες συνθήκες (εξαρτημένη μάθηση). Άρα, ενεργοποιείται όταν αντιλαμβάνεται κανείς έναν κίνδυνο ή ένα ερέθισμα το οποίο προβλέπει άμεσο κίνδυνο. Ωστόσο, δυσλειτουργίες στην επεξεργασία του φόβου μπορεί να οδηγήσει σε ψυχιατρικές διαταραχές, στις οποίες ο φόβος υπερτερεί του κινδύνου ή της πιθανότητας η κατάσταση να βλάψει πραγματικά το φοβούμενο άτομο [5].

Οι σύγχρονες τεχνολογίες νευροαπεικόνισης έχουν συμβάλει σημαντικά στην κατανόηση των νευροανατομικών κυκλωμάτων του εγκεφάλου όταν ο άνθρωπος βρίσκεται σε κατάσταση φόβου. Πιο ειδικά, φαίνεται ότι η αμυγδαλή έχει τον κυρίαρχο ρόλο στην εξαρτημένη μάθηση του φόβου (fear conditioning) [9]. Ο προμετωπιαίος φλοιός και ο ιππόκαμπος αποτελούν άλλα δύο εξαιρετικά σημαντικές νευρικές δομές που συμβάλλουν στη διαδικασία εξαρτημένης μάθησης του φόβου. Σε συνεργασία, αντιπροσωπεύουν το νευρωνικό δίκτυο της εξαρτημένης μάθησης του φόβου. Η άποψη που κυριαρχεί ευρέως, είναι ότι αυτές οι περιοχές είναι υπεύθυνες για την απόκτηση, την ανάκτηση, την έκφραση και έτσι, εκ των πραγμάτων, για την εξαρτημένη μάθηση του φόβου [5].

Ο φόβος ορίζεται, σύμφωνα με το DSM-5 (Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders), ως μια συναισθηματική ανταπόκριση σε μια πραγματική ή προσωπική αντιληπτή επικείμενη απειλή. Το άγχος, αντίστοιχα από το DSM-5, αναφέρεται στη συναισθηματική ανταπόκριση της προσμονής μιας μελλοντικής απειλής [10]. Παρόλο που και οι δύο αυτές συναισθηματικές καταστάσεις μπορούν να συγχυστούν και να συμπίπτουν μεταξύ τους, είναι σημαντικό να υπογραμμίζεται πως διαφέρουν. Ο φόβος είναι περισσότερο συνδεδεμένος με τάσεις αυτόνομης διέγερσης που είναι απαραίτητες για fight or flight αντιδράσεις, σκέψεις του άμεσου κινδύνου και συμπεριφορές διαφυγής από την κατάσταση απειλής. Το άγχος είναι περισσότερο συνδεδεμένο με μυϊκή ένταση και επαγρύπνηση για την προετοιμασία για τη μελλοντικό κίνδυνο, καθώς και συμπεριφορές αποφυγής [2].

Σύμφωνα με όλα τα παραπάνω, οι φοβικές διαταραχές ορίζονται ως έντονο φόβο ή άγχος προερχόμενα από πολύ συγκεκριμένες καταστάσεις. Οι φοβικές διαταραχές κατηγοριοποιούνται με βάση τον τύπο της κατάστασης που προκαλεί τον φόβο. Έτσι, οι φοβικές διαταραχές περιλαμβάνουν [2]:

- 1) Συγκεκριμένες φοβίες (φόβος ή άγχος για συγκεκριμένες καταστάσεις ή αντικείμενα)
- 2) Κοινωνικές φοβίες (φόβος ή άγχος για μία ή περισσότερες κοινωνικές καταστάσεις, όπου το άτομο εκτίθεται κοινωνικά)
- 3) Αγοραφοβία

Ο φόβος της γέννας συνήθως χαρακτηρίζεται ως ένα φαινόμενο του τομέα των αγχώδων διαταραχών. Οι κλινικές περιγραφές του φόβου της γέννας συχνά χαρακτηρίζονται από την έκφραση συμπτωμάτων όμοιων με αυτών από διάφορες συναισθηματικές διαταραχές. Ωστόσο, τα μέχρι στιγμής διαθέσιμα δεδομένα που σχετίζονται με τον φόβο της γέννας και τις διάφορες παραμέτρους του άγχους δεν έχουν υπάρξει μέχρι στιγμής δομικά συγκεντρωμένα. Ως εκ τούτου, είναι ελάχιστη η γνώση σχετικά με τους ψυχολογικούς μηχανισμούς που δημιουργούν αυτό το πρόβλημα [11].

Οι φόβοι αποκτώνται μέσα από τρεις κύριους τρόπους:

- 1) Μέσω εξαρτημένης μάθησης (fear conditioning)
- 2) Μέσω παρατηρητικής εκμάθησης (vicarious exposure or observational learning)
- 3) Μέσω έμμεσης μετάδοσης πληροφοριών (indirect transmission via information) [11]

Στην εξαρτημένη μάθηση του φόβου (fear conditioning) αναπτύσσεται μια σχέση μέσα από την εκμάθηση ή το βίωμα, όταν ένα συγκεκριμένο αντικείμενο ή μια κατάσταση συνδέεται με αποτρεπτικές εμπειρίες [1]. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, αυτό θα μπορούσε να αποτελεί μια σκέψη της γυναίκας να βρίσκεται στο νοσοκομείο ή να γεννά (αντικείμενο/κατάσταση) με το αίσθημα του πόνου ή της δυσφορίας (αποτρεπτική εμπειρία).

Ένα παράδειγμα παρατηρητικής εκμάθησης (vicarious exposure or observational learning) σε σχέση με τον φόβο της γέννας θα ήταν όταν μια γυναίκα έχει δει μια άλλη να γεννά [11]. Ωστόσο, έρευνες στην παρατηρητική εκμάθηση του φόβου έχουν αποδείξει

πως οι εμπειρίες παρατήρησης μπορούν ταυτόχρονα και να συμβάλλουν στην απόκτηση του φόβου, αλλά και στην καταπολέμησή του [11]. Σε ότι αφορά την έμμεση μετάδοση πληροφοριών, η γυναίκα μπορεί να αποκτά τον φόβο της γέννας μέσω της εξιστόρησης τρομακτικών γεγονότων σχετικά με τη γέννα.

Κατά την διάρκεια της γέννας, και πιο συγκεκριμένα, ενός φυσιολογικού τοκετού, εκκρίνεται η ωκυτοκίνη από την υπόφυση (και πιο συγκεκριμένα, από τη νευροϋπόφυση) [3,12]. Η ωκυτοκίνη είναι μια πεπτιδική ορμόνη που είναι υπεύθυνη των συσπάσεων της μήτρας [12]. Όταν το άτομο βιώνει στρες, τότε διεγείρεται η έκκριση της φλοιοεπινεφριδιοτρόπου ορμόνης-ACTH στον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης. Η ACTH συμβάλει στην έναρξη της έκκρισης γλυκοκορτικοειδών από τον φλοιό των επινεφριδίων. Το στρες διεγείρει το συμπαθητικό νευρικό σύστημα, με αποτέλεσμα την έκκριση της αδρεναλίνης και νοραδρεναλίνης από τον μυελό των επινεφριδίων [13]. Η υπερέκκριση αδρεναλίνης μπορεί να αποτελέσει ανασταλτικό παράγοντα για τον τοκετό, καθώς εμποδίζει την έκκριση της ωκυτοκίνης [14].

Σύμφωνα με το DSM-5, όλες οι ψυχικές διαταραχές που περιλαμβάνονται στο κεφάλαιο των αγχώδων διαταραχών μοιράζονται τα ίδια κλινικά συμπτώματα εκτεταμένου φόβου και άγχους [10]. Από την οπτική της κλινικής και υγειονομικής φροντίδας, οι αγχώδεις διαταραχές φαίνεται να αποτελούν τις πιο συνηθισμένες και ταυτόχρονα πιο δαπανηρές διαταραχές της ψυχικής υγείας. Έτσι, αποδεικνύεται η εξαιρετική σημασία της κατανόησης των μηχανισμών που συνδέονται με την ύπαρξη και την ανάπτυξη αυτών των διαταραχών. Με αυτόν τον τρόπο, θα είναι δυνατό να βρεθούν κατάλληλες και αποτελεσματικές θεραπείες, ακριβώς επειδή θα είναι σχετικές με τους μηχανισμούς που τις προκαλούν [2].

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

### Τοκοφοβία: Η ιστορία της

Το 1933 δημοσιεύτηκε το πρώτο βιβλίο του διάσημου ιατρού μαιευτήρα Grantley Dick-Read με τίτλο *Natural Childbirth* (Φυσικός Τοκετός) [15]. Μέσα σε αυτό περιέγραψε την πεποίθησή του, πως η γέννα με φυσιολογικό τοκετό αποτελεί μια διαδικασία χωρίς πόνο, καθώς η φύση δε θα προγραμματίζει κάτι το φυσιολογικό να είναι επίπονο [16]. Σύμφωνα με εκείνον, ο πόνος προκύπτει έπειτα από φόβο και ένταση και πως αν αυτά καταργούνταν, ο πόνος θα μειωνόταν σε μεγάλο βαθμό [16].

Το κύριο βιβλίο του, με τίτλο *Childbirth Without Fear* (Τοκετός Χωρίς Φόβο) δημοσιεύτηκε το 1944 και μεταφράστηκε σε πολλές γλώσσες, το οποίο οδήγησε στη δημιουργία εκπαιδευτικών προγραμμάτων, βασισμένων πάνω στις δικές του μεθόδους [16,17]. Ο ίδιος περιέγραψε τον «φαύλο κύκλο» φόβου-έντασης-πόνου, σημαίνοντας πως ο φόβος προκαλεί την ένταση, η ένταση αυξάνει την αντίληψη του πόνου ενώ και ο πόνος εντείνει τον φόβο, οδηγώντας τη γυναίκα που γεννά σε ένα φαύλο κύκλο αρνητικών συναισθημάτων [18]. Προκειμένου να αποφευχθεί να είναι επώδυνος ο τοκετός, ο ίδιος πρότεινε στις γυναίκες να προετοιμάζουν το σώμα τους με άσκηση και το νου τους με πληροφόρηση και τεχνικές αντιμετώπισης φόβου [19].

Με βάση το βιβλίο του, *Childbirth Without Fear*, ο Dick-Read υποστήριξε σθεναρά πως ο φυσικός τοκετός θέτει τα θεμέλια της αληθινής σχέσης μητέρας-παιδιού. Η άποψή του αυτή βασίστηκε σε παραδείγματα γυναικών από την Κεντρική Αφρική και το Βέλγικο Κογκό, οι οποίες καθοδηγούνταν αποκλειστικά από τα φυσικά ένστικτα της αναπαραγωγής και της επιβίωσης. Ως εκ τούτου, η προσέγγιση αυτών των γυναικών ως προς τη γέννα ήταν με ανυπομονησία και προσμονή για τη μητρότητα και όχι με φόβο και δυσφορία ως προς το γεγονός. Ο τοκετός χωρίς φόβο μπορούσε να είναι ψυχολογικά θεραπευτικός, συναισθηματικά ανταποδοτικός και σήμαινε την επιβεβαίωση της «ανθρώπινης αγάπης», η οποία υπερνικούσε τον μηχανιστικό τρόπο ζωής του σύγχρονου πολιτισμού και επανέφερε τις φυσικές ανάγκες του ανθρώπου [16,18].

Ο Dick-Read κατηγόρησε τη Χριστιανική πίστη ως μία από τις κυριότερες αιτίες του φόβου της γέννας. Φαίνεται ότι για πολλά χρόνια υπήρχε η πεποίθηση πως ο τοκετός έπρεπε να είναι επίπονος και επώδυνος και αυτό υποστηριζόταν από την Παλαιά Διαθήκη. Ο πόνος κατά τη διάρκεια του τοκετού ερχόταν ως επακόλουθο του προπατορικού αμαρτήματος της Εύας [16,19]. Εκτός από αυτήν του τη πεποίθηση, ο Dick-Read

υποστήριζε πως η ψυχο-συναισθηματική κατάσταση της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είχε μεγαλύτερη επίδραση στη μεταγενέστερη ανάπτυξη του παιδιού, απ' ότι η βιοχημεία ή η γενετική [16].

Ωστόσο, είχε προ πολλού αναγνωριστεί η αξία της καλής ψυχικής υγείας της γυναίκας ότι συμβάλλει σε έναν γρήγορο και ασφαλή τοκετό. Πιο συγκεκριμένα, το 1832, ο βρετανός μαιευτήρας Thomas Denman ανέφερε ότι, όπως η κατάσταση του σώματος μπορεί να επηρεάσει το νου (κάποια ασθένεια, για παράδειγμα), έτσι και ο νους μπορεί να έχει επίδραση στη σωματική κατάσταση, και ως εκ τούτου, ένας τοκετός μπορεί να επισπευθεί ή να καθυστερηθεί από την κατάσταση του νου. Σύμφωνα με εκείνον, διαπιστώνεται συνεχώς πως ο φόβος της γέννας ή ο φόβος κατά τη διάρκεια της γέννας καταρρίπτει, ανά μικρά χρονικά διαστήματα, κάθε βοηθητική δύναμη που έχει σκοπό τον τοκετό. Αντιθέτως, παρατηρείται πως ένας χαρούμενος και ενθουσιώδης νους, ο οποίος απορρέει από την ελπίδα και την αισιοδοξία ενός μελλοντικού εύθυμου γεγονότος (αυτού της γέννησης), εμπνέει τις γυναίκες να είναι δραστήριες και αποφασιστικές. Αυτά τα χαρακτηριστικά αποτελούν εξαιρετικά χρήσιμα και ευνοϊκά πνευματικά εργαλεία κατά τη διάρκεια της κατάστασης ενός τοκετού [16].

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, το πρώτο κύμα φεμινιστριών απαίτησε τοκετούς δίχως πόνο. Το αίτημα αυτό βρήκε πάτημα στην τότε διαδεδομένη μέθοδο αναλγησίας τοκετού με το όνομα Twilight Birth. Κατά τη διάρκεια ενός Twilight Birth χορηγούνταν στην επίτοκο ένα μίγμα μορφίνης-σκοπολαμίνης. Ο στόχος των φεμινιστριών της εποχής ήταν να έχουν το δικαίωμα να διαλέξουν και να έχουν τον απόλυτο έλεγχο αναφορικά με τον τοκετό τους. Το παράδοξο με αυτό, ήταν πως η υποστήριξη του Twilight Birth τις καθιστούσε αναίσθητες κατά τη διάρκεια ενός τοκετού και έτσι, ο έλεγχος και η φροντίδα τους περνούσε αυτομάτως στο ιατρικό προσωπικό. Ο συγκεκριμένος τρόπος γέννησης, ωστόσο, παρήκμασε σταδιακά, έπειτα από τον θάνατο κατά τη διάρκεια του τοκετού, μιας ένθερμης υποστηρίκτριας του, καθώς και έπειτα από αυτόν ήρθαν στην επιφάνεια και άλλες αναφορές ανεπιθύμητων παρενεργειών της τεχνικής αυτής [19].

Τη δεκαετία του 1960, οι γυναίκες άρχισαν να εκφράζουν συναισθήματα αποξένωσης από τη διαδικασία του τοκετού. Σταδιακά άρχισαν να υπάρχουν ολοένα και περισσότερες εκκλήσεις για επιστροφή στον «φυσικό» τοκετό, όπου οι ίδιες θα ήταν ξύπνιες και θα είχαν επίγνωση και τον έλεγχο της κατάστασης. Το δεύτερο φεμινιστικό κύμα υποστήριζε πλέον ότι η διαδικασία της γέννας είχε μεταμορφωθεί από το ιατρικό



επάγγελμα, το οποίο απαρτιζόταν, ως επί το πλείστον, από άντρες. Θεώρησαν πως οι γιατροί είχαν δημιουργήσει μια πατριαρχική απαξίωση του γυναικείου σώματος βλέποντάς τα μηχανιστικά και τόνισαν την απρόσωπη φύση του νοσοκομείου. Με αυτά ως επιχειρήματα, υποστήριξαν πως ο τοκετός, σαν φυσική διαδικασία είναι μη παθολογική και οποιαδήποτε παρέμβαση ήταν αχρεία και ενδεχομένως βλαβερή [19].

Οι μαίες της εποχής, οι οποίες είχαν καταρτιστεί επιστημονικά από το 1800, συνέβαλαν σε μεγάλο βαθμό, στη μείωση της μητρικής θνησιμότητας. Άρχισαν να είναι ανεξάρτητες από τους άντρες ιατρούς και πρόσφεραν στις γυναίκες την επιλογή γέννησης στο σπίτι ή στο νοσοκομείο, με κύρια παρακολούθηση από τις ίδιες. Υπόσχονταν ολιστική και μη μηχανιστική φροντίδα. Οι φεμινίστριες υποστήριξαν σθεναρά τις μαίες σε αυτήν τους τη προσέγγιση, καθώς πίστευαν ότι μόνο οι γυναίκες είχαν ενστικτώδη κατανόηση του τοκετού και μεγαλύτερη ικανότητα ενσυναίσθησης και διαίσθησης σε σύγκριση με τους άνδρες [19].

Το τρίτο και πιο σύγχρονο κύμα φεμινισμού έρχεται να καταρρίψει εντελώς το δεύτερο, απαιτώντας ισότητα σε όλους τους τομείς. Τα επιχειρήματα των υποστηρικτών του φυσικού τοκετού πλέον μόνο ενισχύουν εκείνα τα παραδοσιακά στερεότυπα που ο φεμινισμός πρέπει να επιδιώξει να καταρρίψει. Κατά την άποψή τους, η ιατρικοποίηση του τοκετού δεν είναι ασύμβατη με τον φεμινισμό ή τα γυναικεία συμφέροντα [19].

Με τα υπάρχοντα δεδομένα ως το 1996 ήταν ευρέως γνωστό ότι στις γυναίκες που αντιμετωπίζουν άγχος κατά τον τοκετό, ευρίσκονται υψηλές συγκεντρώσεις κατεχολαμινών στο πλάσμα του αίματος. Ταυτόχρονα με αυτό, αυξάνεται η διάρκεια του τοκετού και η πιθανότητα για χειρουργική διεκπεραίωση του τοκετού [16]. Επόμενες evidence-based έρευνες επιβεβαίωσαν ότι όντως, ο φόβος της γέννας μπορεί να συνδέεται με αύξηση του άγχους, καισαρική τομή και παρατεταμένο τοκετό, καθώς και ότι οδηγούσε σε δυσκολίες σύνδεσης μητέρας-βρέφους [20]. Πιο σύγχρονες έρευνες δείχνουν πως η τοκοφοβία συνδέεται με περιορισμό ενδομήτριας ανάπτυξης, χαμηλό βάρος γέννησης, αλλοιώσεις εμβρυικού καρδιακού ρυθμού και προωρότητα, τα οποία πιθανώς οφείλονται σε δυσλειτουργία της μητριαίας αρτηρίας [21].

Η λέξη «τοκοφοβία» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά ως ιατρικός όρος το 2000 από τους Hofberg και Brockington. Η τοκοφοβία είναι μια σύνθετη λέξη, η οποία αποτελείται από τις ελληνικές λέξεις: «τόκος», που σημαίνει γέννηση, και τη λέξη «φοβία» [22]. Πλέον, για όσους ασχολούνται με το θέμα της του φόβου της γέννας,

γνωρίζουν ότι είναι δύσκολο να οριστεί ο ίδιος ο φόβος της γέννας, άρα και η τοκοφοβία. Ωστόσο, σε μια πιο ευρύτερη έννοια, η τοκοφοβία μπορεί να θεωρηθεί ως ο «μη λογικός φόβος της γέννας» [23].

Το 2013 μια ομάδα Αυστραλών ερευνητών ανέπτυξαν μια ψυχοεκπαιδευτική προσέγγιση με κέντρο την προσφορά της από τις μαίες. Η προσέγγιση αυτή ονομάστηκε Birth Emotions – Looking to Improve Expectant Fear (BELIEF) και είχε ως κυρίαρχο στόχο να βοηθήσει στον φόβο της γέννας. Το πρόγραμμα BELIEF παρέχεται από το μαιευτικό προσωπικό μέσω τηλεφωνικής συμβουλευτικής. Δίνει έμφαση στις προσδοκίες και τα συναισθήματα που αφορούν τον φόβο της γέννας. Με αυτόν τον τρόπο βοηθάει στην αναγνώριση και στην αντιμετώπιση των στρεσογόνων σκέψεων αναφορικά με τη γέννα. Υπάρχουν έρευνες που δείχνουν ότι το πρόγραμμα BELIEF έχει όντως θετική επίδραση στον φόβο της γέννας. Έχει φανεί πως οι έγκυες που συμμετέχουν στο πρόγραμμα έχουν λιγότερους φόβους και καταθλιπτικά συμπτώματα μετά από την παρέμβαση. Τέλος, θεωρείται μια οικονομική αποτελεσματική παρέμβαση [24].

## **ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΤΟΚΟΦΟΒΙΑΣ**

Για αρκετό καιρό δεν υπήρχε καμία μέθοδος και κανένα εργαλείο αξιολόγησης τοκοφοβίας. Ο φόβος της γέννας αξιολογούταν με τη χρήση κλασικών μεθόδων αξιολόγησης γενικού άγχους ή κλινικών συνεντεύξεων. Το ερωτηματολόγιο Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire [25] αποτέλεσε ένα εργαλείο αυτοαναφοράς, σχεδιασμένο ώστε να αξιολογήσει τον φόβο της γέννας στους όρους της γνωστικής εκτίμησης της γυναίκας για τον τοκετό. Οι συντάκτες του WDEQ έκαναν ρητή αναφορά στη θεωρία του Lazarus και του Folkman (1984) και υποστήριξαν ότι η γνωστική αξιολόγηση μιας αγχωτικής κατάστασης συνοδεύεται από την υποκειμενική συναισθηματική εμπειρία της (δηλαδή τον φόβο) και το ερέθισμα που την προκαλεί [25]. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε για να αξιολογήσει τη δομή της τοκοφοβίας τόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (με την έκδοση A, WDEQ-A) όσο και μετά τον τοκετό (με την έκδοση B, WDEQ-B) [25].

Ωστόσο, παρ' ότι το παραπάνω ερωτηματολόγιο είναι ψυχομετρικά εξαιρετικά έμπιστο, δεν περιορίζεται στην αξιολόγηση του φόβου, ούτε αξιολογεί όλες τις κύριες παραμέτρους των φόβων των γυναικών αναφορικά με την γέννα. Ως εκ τούτου, έγιναν προσπάθειες δημιουργίας ενός ερωτηματολογίου που θα αποτελούσε ταυτόχρονα, και εργαλείο μέτρησης της επίπτωσης των συμπτωμάτων του φόβου, αλλά και εργαλείο

προσυμπτωματικού ελέγχου για τη διάγνωση κλινικά σημαντικών φόβων αναφορικά με τη γέννα. Επιπλέον, θα αποτελούσε ένα εργαλείο, στο οποίο θα συμπεριλαμβανόταν η πλήρης γκάμα της τοκοφοβίας, δηλαδή, και ο φόβος του κοιλιακού τοκετού, αλλά και ο φόβος τοκετού με καισαρική τομή [26].

Έτσι δημιουργήθηκε το ερωτηματολόγιο Childbirth Fear Questionnaire [26]. Το CFQ είναι το μοναδικό πολυδιάστατο μέτρο φόβου γέννας, στο οποίο:

- 1) Αξιολογούνται πολλαπλοί τομείς του φόβου της γέννας και
- 2) Αναπτύχθηκαν και αξιολογήθηκαν ψυχομετρικά όλες οι επιμέρους υποκλίμακες.

Έχουν αξιολογηθεί διάφορες μεταβλητές, σχετικές με τα δημογραφικά και αναπαραγωγικά δεδομένα σε σχέση με την τοκοφοβία. Για παράδειγμα, στις περισσότερες μελέτες έχει βρεθεί μια δυνατή σχέση του αριθμού του τόκου και της τοκοφοβίας, με τα αναφερόμενα υψηλότερα επίπεδα τοκοφοβίας, να προέρχονται από άτοκες γυναίκες, σε σύγκριση με τις πολυτόκες [25,26]. Παρ' όλο που ο φόβος της γέννας εμφανίζεται συχνότερα στις πρωτοτόκες γυναίκες, σε ορισμένες μελέτες έχει βρεθεί πως η έντονη τοκοφοβία είναι πιο συνηθισμένη στις πολυτόκες γυναίκες [26].

Ευρήματα αναφορικά με τη σχέση της τοκοφοβίας και την ηλικία κύησης είναι διφορούμενα, με κάποια δεδομένα να υποστηρίζουν ότι υπάρχει ισχυρός συσχετισμός μεταξύ τους. Ο φόβος της γέννας έχει φανεί πως είναι πιο έντονος στις γυναίκες ηλικίας κάτω των 25 ετών και άνω των 40 ετών [26]. Τέλος, ενώ το χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο συσχετίζεται πάντοτε με υψηλότερα επίπεδα τοκοφοβίας, το οικονομικό επίπεδο φαίνεται να έχει μια πιο μεταβλητή σχέση, συγκριτικά με τον φόβο της γέννας [26].

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.**

#### **Τα είδη και τα αίτια της τοκοφοβίας**

Ο φόβος της γέννας μπορεί να ποικίλλει και να ξεκινάει από απλές ανησυχίες και άγχη αναφορικά με τη γέννα, μέχρι και να γίνει τόσο έντονος ώστε να έχει ένα ιδιαίτερα σοβαρό αντίκτυπο στις ζωές των γυναικών, προκαλώντας τους απελπισία και επηρεάζοντας την ψυχική τους ευεξία [27]. Στην κλινική πράξη, τα επίπεδα του φόβου κατηγοριοποιούνται ως εξής:

- 1) Χαμηλό επίπεδο φόβου (Low fear)
- 2) Μέτριο επίπεδο φόβου (Moderate Fear)
- 3) Υψηλό επίπεδο φόβου ( High Fear)
- 4) Έντονο επίπεδο φόβου (Severe Fear)
- 5) Φοβικό επίπεδο φόβου (Phobic Fear)

Ένα υψηλό μέχρι και έντονο επίπεδο του φόβου της γέννας μπορεί να συμπεριλαμβάνει ακραία επίπεδα φόβου, γεγονός γνωστό ως τοκοφοβία. Επομένως, ο φόβος της γέννας μπορεί κυμαίνεται από ήπιο φόβο ως υψηλό και φοβικό φόβο. Ωστόσο, παραμένει δύσκολο να καθοριστεί πότε ο φόβος της γέννας μετατρέπεται σε τοκοφοβία [27].

Οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν υψηλό, έντονο φόβο της γέννας ή τοκοφοβία μπορεί να αντιμετωπίζουν συναισθήματα απομόνωσης, ενοχών και ντροπής. Υπάρχει περίπτωση να επιλέξουν να διακόψουν μια υγιή κύηση, να κρύψουν το γεγονός ότι είναι έγκυες ή να βρίσκονται σε άρνηση ότι βρίσκονται σε κατάσταση εγκυμοσύνης. Επίσης, μπορεί να αντιμετωπίζουν δυσκολίες να προετοιμαστούν για τη γέννα ή να έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε πληροφορίες αναφορικά με την εγκυμοσύνη ή τη γέννα εξαιτίας του φόβου τους και μπορεί να αντιμετωπίζουν προβλήματα σύνδεσης με το έμβρυο ή το νεογνό τους. Εκτός από αυτά, οι αϋπνίες, οι εφιάλτες, οι στομαχόπονοι, η κατάθλιψη και τα άγχη που οδηγούν σε κρίσεις πανικού είναι μερικά ακόμη προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες με τέτοιο έντονο φόβο γέννας ή τοκοφοβία [27].

Κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες κινδύνου αναφορικά με τον φόβο της γέννας περιλαμβάνουν:

- 1) Νεαρή ηλικία μητέρας (<25 ετών)
- 2) Μεγάλη ηλικία μητέρας (>40 ετών)
- 3) Χαμηλό εισόδημα
- 4) Χαμηλό μορφωτικό επίπεδο

## 5) Χαμηλή κοινωνική υποστήριξη [26, 28,29]

Πιο συγκεκριμένα, ανάμεσα στις άτοκες πρωτοτόκες έγκυες γυναίκες, η νεαρή τους ηλικία σχετιζόταν πολύ στενά με υψηλό φόβο απώλειας της σεξουαλικής ευχαρίστησης μετά τον τοκετό. Εκτός από αυτό, αυτές οι γυναίκες είχαν εξίσου υψηλό φόβο απώλειας ελκυστικότητας, φόβο ντροπής, καθώς και φόβο ιατρικών παρεμβάσεων, πιθανότητας καισαρικής τομής και φόβος θανάτου μητέρας ή βρέφους. Επιπλέον, έχει φανεί ότι ένα υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο προσφέρει ένα υψηλό επίπεδο αυτοπεποίθησης σε κάποιους τομείς της γέννας, όπως την εμπιστοσύνη στον επαγγελματία υγείας πως θα εξασφαλίσει μια ασφαλή γέννα, τόσο για το παιδί, όσο και για τη μητέρα. Ωστόσο, δεν αποδίδει την ίδια σιγουριά και ασφάλεια στον τομέα του τοκετού και του πόνου κατά τη διάρκεια οποιουδήποτε πόνου γέννας [26,29].

Θεωρητικά, ο στόχος της μητρικής φροντίδας είναι να τοποθετήσει τις γυναίκες στο κέντρο της διαδικασίας της λήψης αποφάσεων σε ότι αφορά τη φροντίδα τους. Ωστόσο, στην πραγματικότητα της κλινικής πράξης, οι όροι «γυναικοκεντρική φροντίδα» και «επιλογή έπειτα από ενημερωμένη πληροφόρηση» («informed choice») είναι συχνά, απλώς ρητορικοί [27]. Φαίνεται να υπάρχει μια αυξανόμενη τάση παραμέλησης, ασέβειας και κακοποιητικής συμπεριφοράς σε ορισμένα πλαίσια και περιβάλλοντα προερχόμενη από τους υπεύθυνους επαγγελματίες υγείας. Παγκοσμίως, αναφέρονται περιστατικά κακοποίησης γυναικών, στα οποία περιλαμβάνονται:

- 1) η σωματική κακοποίηση
- 2) η σεξουαλική κακοποίηση
- 3) η λεκτική κακοποίηση
- 4) το στίγμα
- 5) η παραμέληση κατά τη διάρκεια της γέννας
- 6) η κακής ποιότητας επικοινωνία και
- 7) η απώλεια αυτονομίας. [27]

Σε αυτά, προσθέτουν επίσης και τα συστήματα υγείας με ανεπαρκείς πόρους και αδυναμία παροχής ιδιωτικότητας και αξιοπρέπειας στις επίτοκες γυναίκες. Οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας, όπως των μαιών και των μαιευτήρων παίζουν έναν σημαντικό ρόλο στις αντιλήψεις των γυναικών αναφορικά με το ρίσκο και τον επακόλουθο φόβο τους [27].

Διάφορες μελέτες έχουν ερευνήσει τα αίτια και τις συνέπειες του υψηλού έως και έντονου φόβου τις γέννας. Κάποιοι επιμέρους φόβοι που δημιουργούν τον φόβο της γέννας είναι:

- 1) Ο φόβος για το άγνωστο
- 2) Ο φόβος για τον πόνο και η πιθανότητα ανεπαρκούς αναλγησίας επί αιτήματος
- 3) Ο φόβος του περινεϊκού τραύματος
- 4) Το αίσθημα έλλειψης συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων κατά τη διάρκεια της γέννας
- 5) Ο φόβος των (αναίτιων) ιατρικών παρεμβάσεων
- 6) Ο φόβος της καισαρικής τομής
- 7) Ο φόβος του αισθήματος της ντροπής
- 8) Ο φόβος της απομόνωσης και της παραμέλησης στον τοκετό
- 9) Ο φόβος για την υγεία του νεογνού ή την υγεία του εαυτού της
- 10) Ο φόβος του θανάτου του νεογνού, του εαυτού ή και των δύο.
- 11) Ο φόβος της απώλειας σεξουαλικής ευχαρίστησης μετά τη γέννα
- 12) Ο φόβος απώλειας ελκυστικότητας μετά τη γέννα
- 13) Ο φόβος μόνιμης βλάβης του σώματος μετά τη γέννα [26,27]

Ο φόβος για τη γέννα είναι πολύ στενά συνδεδεμένος με τη βία ασκούμενη από το σύντροφο, τη σεξουαλική κακοποίηση, τον βιασμό και την απρόοπτη εγκυμοσύνη. Μια μεγάλη επιδημιολογική μελέτη ανέφερε ότι οι γυναίκες με υψηλό έως έντονο φόβο για τη γέννα είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν αναιμία, αποβολές ή μια προηγούμενη διακοπή κύησης στα αρχικά της στάδια. Επιπλέον, ήταν πιθανότερο να έχουν υποβληθεί σε διαδικασίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ή σε διαδικασία λήψης χοριακών λαχνών [27]. Τα πιο ενδιαφέροντα ευρήματα αναφορικά με τον φόβο αυτόν, και ειδικά αν είναι υψηλός ως και έντονος είναι ότι οι γυναίκες που τον βιώνουν έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να υποβληθούν σε επείγουσα ή προγραμματισμένη καισαρική τομή. Επίσης, φαίνεται ότι οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν σοβαρή τοκοφοβία, δίχως προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη της λοχείας [27].

Έχει φανεί ότι οι γυναίκες που επιλέγουν τους μαιευτήρες ιατρούς να έχουν τον πρώτο λόγο για τη φροντίδα τους και αυτές που προτιμούσαν να γεννήσουν με καισαρική τομή έχουν μεγαλύτερο φόβο πως θα χαθεί η σεξουαλική τους ικανοποίηση

και η ελκυστικότητα τους μετά τη γέννα. Φαίνεται πως για αυτές τις γυναίκες, η γέννα με καισαρική τομή αποτελεί τρόπο να διατηρηθεί η κοιλική τους ακεραιότητα και η σεξουαλική τους λειτουργία. Επίσης, φαίνεται ότι οι μαιευτήρες που αναφέρουν οι ίδιοι υψηλά επίπεδα άγχους έχουν περισσότερες πιθανότητες να προτιμούν να εκτελούν καισαρικές τομές απ' ότι κοιλικούς τοκετούς [30].

Το μέρος γέννησης παίζει έναν εξίσου σημαντικό ρόλο στον φόβο της γέννας. Οι γυναίκες που προτιμούν να γεννήσουν στο σπίτι αναφέρουν εντελώς διαφορετικούς φόβους, συγκριτικά με τις γυναίκες που προτιμούν να γεννήσουν στο νοσοκομείο. Για παράδειγμα, οι γυναίκες που θέλουν να γεννήσουν στο σπίτι τους, αναφέρουν φόβους σχετικά με τις ιατρικές παρεμβάσεις και του ενδεχομένου της καισαρικής τομής. Αντιθέτως, οι γυναίκες με προτίμηση να γεννήσουν στο νοσοκομείο φοβούνται περισσότερο οτιδήποτε άλλο, παρά τις ιατρικές παρεμβάσεις [30].

Ο αριθμός του τόκου φαίνεται να είναι επίσης ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για τον φόβο. Έχει αναφερθεί πως οι φόβοι των άτοκων ή πρωτοτόκων γυναικών σχετίζονται κυρίως με τον άγνωστο μελλοντικό πόνο που πρόκειται να αντιμετωπίσουν, ενώ οι φόβοι των πολυτόκων γυναικών σχετίζονται με τις προηγούμενες εμπειρίες τους σχετικά με τη γέννα [28]. Έτσι, ο φόβος της γέννας που προκύπτει πριν την (πρώτη) γέννα μιας γυναίκας, χαρακτηρίζεται ως πρωτοπαθής φόβος της γέννας (Primary Fear of Childbirth – Primary FOC), ενώ ο φόβος που προκύπτει έπειτα από τη γέννα και σχετίζεται με προηγούμενες εμπειρίες γέννας, χαρακτηρίζεται ως δευτεροπαθής (Secondary Fear of Childbirth – Secondary FOC) [31].

Ο φόβος της γέννας μπορεί να βιώνεται με συνεχείς, συγκεκριμένες και δυνατές σκέψεις που εμποδίζουν την ψυχική προετοιμασία για τη γέννα, το πώς βιώνεται η γέννα καθώς και τη μετάβαση προς τη γονεϊκότητα. Φαίνεται ότι οι γυναίκες με πρωτοπαθή φόβο γέννας μπορεί να αποφασίσουν να αποφύγουν εξ ολοκλήρου την εγκυμοσύνη, ενώ οι γυναίκες με δευτεροπαθή, να αποφασίσουν να μην αποκτήσουν άλλα παιδιά [27]. Οι γυναίκες που βίωσαν φόβο της γέννας σε προηγούμενη εγκυμοσύνη βρίσκονται σε εξαιρετικά υψηλό κίνδυνο να βιώσουν ξανά φόβο σε επόμενη κύηση [26].

Ο παρεμβατικός τοκετός (λόγου χάριν, ο τοκετός με αναρροφητικό εμβρυουλκό) φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με δευτεροπαθή φόβο της γέννας που αφορά τόσο

τις πρωτοτόκες, όσο και τις πολυτόκες γυναίκες. Το ίδιο μπορεί να ισχυρεί και για τις γυναίκες που βίωσαν πόνο κατά τη διάρκεια ενός παρεμβατικού τοκετού και περινεοτομής [26]. Αυτές οι γυναίκες, εκτός από την πιθανότητα δευτεροπαθούς φόβου γέννας, φαίνεται να έχουν αυξημένο κίνδυνο διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD) σχετιζόμενου με την εμπειρία της γέννας. Είναι, επομένως, προφανές ότι οι γυναίκες με προηγούμενες τραυματικές εμπειρίες τοκετού έχουν υψηλότερο φόβο γέννας σχετικά με άλλες πολυτόκες γυναίκες [27]. Αυτό φαίνεται να ισχύει πολύ συγκεκριμένα σε γυναίκες που έχουν υποστεί έναν τραυματικό κοιλιακό τοκετό [26].

Αντιθέτως, οι γυναίκες που ανέφεραν προηγούμενη τραυματική εμπειρία καισαρικής τομής είχαν υψηλό φόβο ιατρικών παρεμβάσεων και πιθανής μελλοντικής καισαρικής τομής [26]. Οι γυναίκες που προτιμούν να γεννήσουν με κοιλιακό τοκετό και το κατάφεραν φαίνεται να έχουν τα πιο χαμηλά επίπεδα φόβου αναφορικά με τη γέννα (τόσο προ της γέννας, όσο και μετά). Ωστόσο, όταν αυτές οι γυναίκες καταλήγουν να γεννήσουν με καισαρική τομή, τα επίπεδα του φόβου τους αυξάνονται μετά τη γέννα. Αυτό μπορεί εύκολα να αιτιολογηθεί από το γεγονός ότι ήρθαν αντιμέτωπες με απροσδόκητες και πιθανώς ανησυχητικές ταλαιπωρίες. Επιπλέον, αυτές οι γυναίκες ισχυρίζονται ότι ήταν απροετοίμαστες για καισαρική τομή, κάτι το οποίο συνέβαλε στην αύξηση του φόβου. Πολλές από αυτές τις γυναίκες μπορεί να βίωσαν έντονο φόβο για τη ζωή και την υγεία τη δική τους και του βρέφους τους. Εκτός από αυτό, για τις γυναίκες με ξεκάθαρη προτίμηση κοιλιακού τοκετού, μια εκλεκτική καισαρική τομή δεν είχε τόσο σοβαρή επίπτωση σε σύγκριση με μια επείγουσα καισαρική τομή. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από το ότι αυτές οι γυναίκες είχαν τη δυνατότητα να προετοιμαστούν για την καισαρική τομή. Έτσι, φαίνεται ότι οι επείγουσες καισαρικές τομές εντείνουν σε μεγάλο βαθμό τα επίπεδα του φόβου της γέννας μετά τη γέννα [32].

Ο τρόπος σύλληψης της εγκυμοσύνης φαίνεται να μην επηρεάζει τα επίπεδα του φόβου για τη γέννα (φυσική σύλληψη ή με τεχνικές επίλυσης προβλήματος υπογονιμότητας). Σε ότι αφορά τις πολύδυμες κύσεις, τόσο οι πρωτοτόκες όσο και οι πολυτόκες, ανέφεραν περισσότερες παρεμβάσεις από το φόβο τους για τη γέννα. Ωστόσο, τα δεδομένα για τις πολύδυμες κύσεις πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή εξαιτίας του μικρού αριθμού των γυναικών που κυοφορούν παραπάνω από ένα έμβρυο. Επιπλέον, υπάρχει ένας μικρός συσχετισμός αναφορικά με την ηλικία κύησης. Για παράδειγμα, οι πρωτοτόκες γυναίκες σε μικρότερη ηλικία κύησης φαίνεται να



φοβούνται περισσότερο το ενδεχόμενο να νιώσουν ντροπή, τις αρνητικές αλλαγές στο σώμα τους και τη σεξουαλική τους ικανότητα απ' ότι αργότερα στην εγκυμοσύνη τους [26].

Σε ότι αφορά την παθολογία κύησης, οι πρωτοτόκες γυναίκες που αντιμετωπίζουν επιπλοκές στην κύηση τους είχαν χαμηλό φόβο καισαρικής τομής σε σύγκριση με τις πρωτοτόκες χωρίς επιπλοκές. Στις πολυτόκες γυναίκες, αυτές που ανέφεραν επιπλοκές στην κύησή τους είχαν γενικότερα υψηλότερο φόβο γέννας, αλλά και πιο ειδικά, φοβόντουσαν τον πόνο από έναν κοιλιακό τοκετό και τον φόβο μη επαρκούς αναλγησίας κατά τη διάρκεια της γέννας. Οι γυναίκες που έχουν βιώσει σε προηγούμενη κύηση ενδομήτριο θάνατο (απώλεια κύησης μετά τις 20 εβδομάδες), ανέφεραν υψηλά επίπεδα φόβου της γέννας, και πιο συγκεκριμένα, φοβόντουσαν το ενδεχόμενο να πάθει κακό το νεογνό τους ή το ενδεχόμενο θανάτου των ιδίων ή των νεογνών τους [26].

Εκτός από τον γυναικείο πληθυσμό, ο φόβος της γέννας μπορεί να επηρεάσει και τους άνδρες και μελλοντικούς πατέρες. Η γέννα μπορεί να είναι μια εξαιρετικά στρεσογόνα εμπειρία για τους πατέρες, προκαλώντας τους άγχος και φόβο για τη διαδικασία της γέννας. Το γεγονός αυτό συνήθως οφείλεται στην ελλειμματική πληροφόρηση που λαμβάνουν οι πατέρες αναφορικά με την εγκυμοσύνη και τη γέννα. Οι άνδρες που φοβούνται τη διαδικασία της γέννας μπορεί να επηρεάσουν την αυτοεκτίμηση της εγκύου και να την οδηγήσουν στην απόφαση της εκλεκτικής καισαρικής τομής [23].

Οι άνδρες που πρόκειται να γίνουν για πρώτοι φορά πατέρες υποφέρουν από τοκοφοβία, πρωτευόντως εξαιτίας της ανησυχίας τους για την υγεία και τη ζωή των συντρόφων τους και των παιδιών τους. Εκτός από αυτό, έχουν ανησυχίες αναφορικά με τη διαδικασία της γέννας, την επαγγελματική ικανότητα του ιατρικού προσωπικού και τη συμπεριφορά τους, καθώς και το ενδεχόμενο ανεπαρκούς ιατρικής περίθαλψης. Επιπλέον, φοβούνται το ενδεχόμενο να μη τους συμπεριφερθούν με σεβασμό και αξιοπρέπεια, έχουν αμφιβολίες για τις δυνατότητες τις δικές τους και της συντρόφου τους και φοβούνται ότι δε θα έχουν λόγο στη λήψη αποφάσεων [33]. Τα οικονομικά θέματα και ο φόβος του γονεϊκού ρόλου μπορούν επίσης να συμβάλλουν στον φόβο της γέννας των πατεράδων. Οι πατέρες που πάσχουν από φόβο της γέννας, ο οποίος προέκυψε μετά τη γέννα, πιθανώς βίωσαν την εμπειρία της γέννας ως τρομακτικό

γεγονός. Το νοσοκομειακό περιβάλλον μπορεί από μόνο του αποκλειστικά να είναι αγχωτικό, και ως εκ τούτου να συμβάλλει στον φόβο της γέννας των πατεράδων. Οι άνδρες με φόβο της γέννας πιθανώς θα μπορούσαν να επωφεληθούν από τις παρεμβάσεις και τη συμβουλευτική αναφορικά για τον φόβο της γέννας [23,33].

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.

### Τρόποι Αντιμετώπισης

Κατά τη διάρκεια της κύησης πραγματοποιείται μια πληθώρα αλλαγών σε σωματικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο. Τέτοιου είδους αλλαγές μπορούν να οδηγήσουν σε θέματα ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια της κύησης [27]. Ως επί το πλείστον, αυτά τα θέματα δε λαμβάνουν την αρμόζουσα προσοχή. Έχει φανεί ότι ακόμη και οι γυναίκες που υπόκεινται σε θεραπεία για τον φόβο της γέννας, όταν φοβούνται πριν καν γεννήσουν το πρώτο τους παιδί, μπορεί να υποφέρουν από αυτόν ακόμη έως και 7-14 χρόνια μετά τη γέννα τους [34]. Κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες από το NICE (National Institute for Health and Care Excellence), σχετικές με την προγεννητική και μεταγεννητική ψυχική υγεία, υποστηρίζουν με μεγάλο σθένος ότι η ψυχική υγεία των εγκύων γυναικών θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ισότιμα με τη σωματική [35].

Γίνεται ολοένα και περισσότερο εμφανές ότι τα υψηλότερα επίπεδα φόβου της γέννας μπορούν να αποτελέσουν έναν σημαντικό προγνωστικό παράγοντα αναφορικά με την μητρική ψυχική υγεία και την ευεξία κατά την περιγεννητική περίοδο. Υπάρχουν συνεχή δεδομένα που αποδεικνύουν ότι τα υψηλά και έντονα επίπεδα φόβου είναι στενά συνδεδεμένα με διαταραγμένη ψυχική υγεία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και αυξημένη πιθανότητα κατάθλιψης της λοχείας. Οι γυναίκες με υψηλότερα επίπεδα φόβου γέννας μπορεί να μηρυκάζουν συνεχώς σκέψεις αναφορικά με το επικείμενο γεγονός της γέννας. Κάτι το οποίο μπορεί να αρχίσει ως απλή και αθώα ανησυχία νωρίς στην εγκυμοσύνη μπορεί να εξελιχθεί σε υψηλό και έντονο φόβο όσο η γέννα πλησιάζει να γίνει πραγματικότητα [27].

Η αποτελεσματική θεραπεία και αντιμετώπιση του υψηλού και του έντονου φόβου της γέννας μπορεί να έχει διαγενεακή επίδραση. Αν ο φόβος δεν αντιμετωπιστεί, τότε μπορεί να περάσει από τη μητέρα στην κόρη στις περιπτώσεις που η μητέρα βίωσε μια τραυματική εμπειρία. Η τραυματική εμπειρία μπορεί να βιωθεί από την κόρη μέσα από την φαντασία της, όταν η μητέρα ξαναβιώνει την τραυματική της εμπειρία μέσα από την εξιστόρησή της. Επομένως, η υποστήριξη των μητέρων κατά την περιγεννητική περίοδο μπορεί να έχει μακροπρόθεσμα οφέλη, τόσο για τη μητέρα, όσο και για το βρέφος [27].

Οι περισσότερες προσπάθειες παρεμβάσεων επί αυτού του θέματος έχουν επικεντρωθεί στην ποσοτική μέτρηση του φόβου της γέννας και στην τελική προτίμηση μεθόδου γέννας (κολπικού τοκετού ή καισαρικής τομής) ως πρωταρχική έκβαση της

γέννας. Ωστόσο, η εκτέλεση ποιοτικών ερευνών ως μέρος των κλινικών δοκιμών μπορεί να παρέχει δεδομένα σε βάθος για τις εμπειρίες των συμμετεχόντων. Έτσι, θα μπορούν να παρέχονται ερωτήσεις με σκοπό να οδηγήσουν στη σωστή παρέμβαση, κάτι το οποίο δεν μπορούν να προσφέρουν οι ποσοτικές έρευνες. Κάτι τέτοιο μπορεί επίσης, να γίνει πολύτιμο εργαλείο για τη δημιουργία μελλοντικών προσπαθειών παρεμβάσεων, αλλά και να μπορέσει να δώσει εξηγήσεις αναφορικά με τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων [27].

Η υιοθέτηση μιας πολυδιάστατης προοπτικής αναφορικά με το φόβο της γέννας, αναγνωρίζοντας ταυτόχρονα την πιθανότητα ύπαρξης ετερογένειας στην αιτία της θα μπορούσε να οδηγήσει, στην κλινική πράξη, στην εξατομικευμένη αντιμετώπισή της. Η έμφαση στην ψυχολογική προοπτική του συγκεκριμένου φόβου έχει τη δυνατότητα να συμβάλλει, τόσο στη βαθύτερη επιστημονική κατανόηση αυτής της κατάστασης, όσο και στην ανάπτυξη κλινικών παρεμβάσεων. Τέτοιες κλινικές παρεμβάσεις, θα μπορούν, με αυτόν τον τρόπο, να βασίζονται στην λειτουργική ανάλυση των παραγόντων πρόκλησης και διατήρησης του φόβου της γέννας για κάθε γυναίκα ξεχωριστά [11].

Δεν πρέπει να παραλείπεται το γεγονός ότι τα αίτια του φόβου της γέννας είναι περίπλοκα και μοναδικά για την κάθε γυναίκα. Δηλαδή, κάθε γυναίκα φοβάται διαφορετικά πράγματα σε ότι αφορά τη γέννα της και εκ των πραγμάτων έχει και διαφορετικές προτιμήσεις ως προς αυτό. Είναι γεγονός ότι στις περισσότερες χώρες, τα υψηλά ως και έντονα επίπεδα φόβου αναφορικά με τη γέννα δεν αναγνωρίζονται και ως εκ τούτου, δεν έγκειται η αποτελεσματική αντιμετώπισή τους στη μητρική φροντίδα. Αυτό από μόνο του αναδεικνύει τη μεγάλη ανάγκη να βρεθούν και να μελετηθούν τρόποι αντιμετώπισης [27].

Οι αποτελεσματικοί τρόποι αντιμετώπισης θα πρέπει να έχουν ως στόχους να:

- 1) Βοηθήσουν τη γυναίκα να αποκτήσει και να ενισχύσει το αίσθημα της αυτοπεποίθησης της, και πιο ειδικά, στην ικανότητά της να γεννήσει το παιδί της
- 2) Να εκπαιδεύσουν και να παρέχουν όσες απαραίτητες πληροφορίες χρειάζονται για να επιτευχθεί το αίσθημα της πληρότητας αναφορικά με τη γέννα και την εγκυμοσύνη
- 3) Να διδάξουν τρόπους αντιμετώπισης με σκοπό να αναπτύξουν δεξιότητες επίλυσης των δυσκολιών τους πριν τη γέννα, οι οποίοι αφορούν όμως στη διάρκεια της γέννας

- 4) Να ενδυναμώσουν (ως και να το εδραιώσουν ως δεδομένο) το αίσθημα και το δικαίωμα ότι εκείνες είναι το πρωταρχικό άτομο υπεύθυνο των αποφάσεων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γέννας τους (προφανώς έπειτα από ενημερωμένη πληροφόρηση και γνώση όλων των διαθέσιμων επιλογών).
- 5) Να επιβεβαιώσουν πως τα πιθανά αρνητικά γεγονότα και οι πιθανές αρνητικές εμπειρίες κατά τη διάρκεια της γέννας μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά [27].

Έχοντας ως δεδομένο ότι οι πιθανοί παράγοντες υψηλού και έντονου φόβου της γέννας είναι η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη, η άγαμη οικογενειακή κατάσταση, η μικρή ηλικία μητέρας και η συνυπάρχουσα κατάθλιψη ή το συνυπάρχον άγχος, είναι προφανές ότι η προσοχή στρέφεται πρωταρχικώς στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Έτσι, οι πρώτες παρεμβάσεις συνήθως στοχεύουν αυτούς τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, χρησιμοποιώντας συνδυασμούς από πληθώρα προσεγγίσεων [27].

Στόχος των παρεμβάσεων δεν πρέπει να είναι μόνο η μείωση του φόβου αυτού καθ' αυτού, αλλά και η επίτευξη μιας θετικής εμπειρίας γέννας, η οποία μπορεί με τη σειρά της να συμβάλλει σε μια ομαλή και ευχάριστη μετάβαση προς τη μητρότητα. Πιστεύεται ότι η παροχή και η προσφορά αισθήματος ασφάλειας και προστασίας είναι ιδιαίτερα σημαντικά για τις γυναίκες που φοβούνται τη γέννα κατά τη μεταγεννητική περίοδο. Άλλου είδους προσεγγίσεις επικεντρώνονται στην σε βάθος κατανόηση της διαδικασίας της γέννας και στην επίγνωση των λειτουργιών του σώματος γενικότερα με σκοπό να προετοιμάσουν τις γυναίκες για τη γέννα τους σε συναισθηματικό επίπεδο.

Από τους πιο σημαντικούς ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, είναι αυτός της κοινωνικής υποστήριξης και της υποστήριξης του συντρόφου. Έχει φανεί πως οι έγκυες που δεν είχαν άλλη κοινωνική υποστήριξη εκτός από αυτήν του συντρόφου τους είχαν υψηλά επίπεδα φόβου. Ομοίως, υψηλά επίπεδα άγχους και φόβου γέννας έχουν βρεθεί και στις γυναίκες με ελλιπή υποστήριξη συντρόφου ή όταν οι ίδιες δηλώνουν δυσαρεστημένες από την υποστήριξη του συντρόφου τους [27]. Με όλα αυτά ως δεδομένα, είναι προφανές ότι η υποστήριξη από τον σύντροφο, όσο δυνατή και αν είναι, δεν μπορεί να είναι αρκετή δίχως την υπόλοιπη κοινωνική υποστήριξη. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε μια πληθώρα ενδεχομένων, όπως το ότι οι σύντροφοι δεν γνωρίζουν τρόπους αντιμετώπισης του άγχους και του φόβου. Επιπλέον, η εκπαίδευσή τους μπορεί να είναι ελλιπής ή ακόμη και να

υποφέρουν από φόβο της γέννας οι ίδιοι και ως εκ τούτου να αδυνατούν να πραγματοποιήσουν οποιαδήποτε παρέμβαση αποτελεσματικά [33].

Στη συνήθη μητρική φροντίδα, οι προσεγγίσεις αντιμετώπισης αναφορικά με τον φόβο της γέννας είναι μη φαρμακολογικές. Κάποιες από αυτές είναι οι εξής:

- 1) Ψυχοκοινωνικές και ψυχολογικές παρεμβάσεις (συμπεριφορικές και εκπαιδευτικές στρατηγικές)
- 2) Παρεμβάσεις μέσα από φυσική άσκηση (παρεμβάσεις μέσω του συνδυασμού νου-σώματος όπως η χαλάρωση, ή ενσυνειδητότητα (mindfulness), η γιόγκα και το πλάτες)
- 3) Θεραπευτικές παρεμβάσεις (θεραπείες μέσα από την τέχνη και μουσικοθεραπεία) [27].

Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις μπορούν να περιλαμβάνουν μια ποικιλία υποστηρικτικών αντιδράσεων. Κάποια παραδείγματα ψυχολογικών παρεμβάσεων αποτελούν η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία και η ψυχοθεραπεία. Αυτού του είδους οι παρεμβάσεις μπορούν να γίνουν ομαδικά ή ατομικά και δια ζώσης, τηλεφωνικά ή διαδικτυακά [29].

Όλες οι παρεμβάσεις μπορούν να εκτελούνται από έναν εκπαιδευμένο επαγγελματία, όπως είναι ο ψυχίατρος, ο ψυχολόγος, ο κοινωνικός λειτουργός, οι μαίες και οι μαιευτήρες. Εκτός από αυτούς, κάποιες παρεμβάσεις μπορούν να εκτελούνται από άλλου είδους εκπαιδευμένα άτομα ή θεραπευτές, οι οποίοι ασχολούνται με τομείς όπως η τέχνη και η μουσικοθεραπεία. Επίσης, οι παρεμβάσεις μπορούν να συμπεριλαμβάνουν και τον σύντροφο ή μπορούν και να τον εξαιρέσουν [27].

Η αντιμετώπιση του φόβου της γέννας μέσω θεραπείας από την τέχνη, έχει φανεί ότι βοηθάει τις γυναίκες να αναγνωρίσουν, να διατυπώσουν ή να εκφράσουν τους φόβους τους. Η τέχνη μπορεί να δράσει ως οπτικό βοήθημα έκφρασης, όταν τυχαίνει να υπάρχει δυσκολία λεκτικής έκφρασης των φόβων και των συναισθημάτων. Έχει φανεί ότι η τέχνη μπορεί να αποτελέσει μια πολυδιάστατη, εξατομικευμένη, ψυχοκοινωνική προσέγγιση, ανάλογα με τις επιθυμίες της κάθε γυναίκας. Έτσι, μπορεί να συμβάλει στην απεικόνιση των φόβων και να προσφέρει μια νέα οπτική έκφρασης και αντιμετώπισης του φόβου [29].

Η Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία (Cognitive Behavioural Therapy – CBT) είναι μια μορφή ψυχοθεραπείας, η οποία έχει φανεί να είναι αποτελεσματική για μια πληθώρα ψυχολογικών προβλημάτων. Τέτοια είναι: η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές,

κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών, συζυγικά προβλήματα, διατροφικές διαταραχές και άλλες σοβαρές ψυχικές ασθένειες. Μεγάλη πληθώρα ερευνών έχει αποδείξει πως η CBT μπορεί να οδηγήσει σε αξιοσημείωτη βελτίωση στη λειτουργικότητα και την ποιότητα της ζωής του ατόμου. Σε πολλές έρευνες, έχει, μάλιστα, φανεί, πως η CBT μπορεί να είναι το ίδιο αποτελεσματική με άλλες ψυχοθεραπευτικές και φαρμακευτικές προσεγγίσεις, αν όχι και περισσότερο [36].

Η CBT αποτελεί μια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, η οποία απαρτίζεται από ανεπτυγμένες και επιστημονικά αποδεδειγμένες μεθόδους που προκαλούν πραγματικά αλλαγές. Οι βασικές της αρχές περιλαμβάνουν:

- 1) Ψυχολογικά προβλήματα βασιζόμενα, εν μέρει, σε ελαττωματικούς ή μη βοηθητικούς τρόπους σκέψης
- 2) Ψυχολογικά προβλήματα βασιζόμενα, εν μέρει, σε μαθημένα πρότυπα μη βοηθητικής συμπεριφοράς
- 3) Πως οι άνθρωποι που υποφέρουν από ψυχολογικά προβλήματα μπορούν να μάθουν ωφέλιμους τρόπους αντιμετώπισης, με σκοπό να αυτοανακουφίζονται [36].

Επομένως, ο στόχος της CBT είναι να αλλάξει τα πρότυπα σκέψης και συμπεριφοράς. Σε ότι αφορά τα πρότυπα σκέψης, οι στρατηγικές συμπεριλαμβάνουν:

- 1) Την εκμάθηση αναγνώρισης των στρεβλωμένων και δυσάρεστων σκέψεων και επαναξιολόγησής τους, σε δεύτερη φάση, υπό το πρίσμα της πραγματικότητας.
- 2) Την απόκτηση καλύτερης κατανόησης των συμπεριφορών και των κινήτρων των άλλων ανθρώπων
- 3) Την χρήση των δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων για την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων
- 4) Την εκμάθηση για τη βελτίωση της αίσθησης της αυτοπεποίθησης και της εμπιστοσύνης στις προσωπικές ικανότητες του ατόμου [36].

Αναφορικά με τα συμπεριφορικά πρότυπα, η CBT έχει τις εξής στρατηγικές:

- 1) Αντιμετώπιση των προσωπικών φόβων του ατόμου αντί της αποφυγής τους
- 2) Χρήση μεθόδων ανταλλαγής ρόλων για την προετοιμασία δυνητικών προβληματικών αλληλεπιδράσεων
- 3) Εκμάθηση μεθόδων χαλάρωσης του νου και του σώματος [36].

Σε ότι αφορά τον φόβο της γέννας, η CBT φαίνεται να ενεργεί θετικά. Οι γυναίκες που δήλωναν φόβο για τη γέννα τους και παρακολούθησαν ιντερνετικές συνεδρίες CBT δήλωσαν πως αυτού του είδους η παρέμβαση τις βοήθησε να αναπτύξουν δεσμό με το έμβρυό τους. Αυτό επιτεύχθηκε επειδή, μέσα από τη CBT, μπόρεσε να τους δοθεί η κατάλληλη καθοδήγηση με σκοπό να οραματιστούν το νεογέννητό τους. Έτσι, δημιουργήθηκε στις έγκυες, μια θετική προσμονή του γεγονότος της γέννας. Επιπλέον, φαίνεται ότι CBT μπορεί να συμβάλει θετικά στην μείωση του πόνου κατά τη διάρκεια του τοκετού, στη μειωμένη διάρκεια του δευτέρου σταδίου του τοκετού και σε θετικότερη εμπειρία γέννας [37].

Έχει φανεί ότι τα προγράμματα προετοιμασίας για τη γέννα μπορούν να συμβάλλουν θετικά στην αντιμετώπιση του φόβου της γέννας [38]. Παρ' όλα αυτά, σε άλλες έρευνες φαίνεται ότι μπορεί και να μην έχουν καμία αποτελεσματικότητα, ή ακόμη και να δυσχεραίνουν την κατάσταση [39]. Ωστόσο, συστήνεται σθεναρά ο συνδυασμός προγραμμάτων ψυχοσωματικής προετοιμασίας με CBT για την καταπολέμηση των φόβων. Επιπλέον, φαίνεται ότι η ψυχοθεραπεία σε ομάδες είναι πιο αποτελεσματική σε σχέση με την ατομική, ενώ συμβάλει επίσης και σε θετική εμπειρία κατά τη διάρκεια της γέννας [37].

Ωστόσο, φαίνεται ότι συχνά, οι γυναίκες δεν απευθύνονται σε ψυχολόγους ή ψυχιάτρους ώστε να μοιραστούν τις ανησυχίες και το φόβο τους αναφορικά με τη γέννα. Επιπλέον, αυτά τα επαγγέλματα δε γνωρίζουν αρκετά σε σχέση με το αντικείμενο και την επιστήμη της γέννας όσο οι μαίες. Συνήθως, τα πρώτα άτομα στα οποία απευθύνονται οι γυναίκες αναφορικά με το φόβο τους να γεννήσουν, είναι το μαιευτικό προσωπικό [38,40].

Σύμφωνα με τη Διεθνή Συνομοσπονδία Μαιών (International Confederation of Midwives – 2005), η μαία αποτελεί το κυρίαρχο πρόσωπο που είναι υπεύθυνο για την υποστήριξη, τη φροντίδα, τη συμβουλευτική κατά τη διάρκεια της κύησης, της γέννας και της μεταγεννητικής περιόδου. Επιπλέον, είναι υπεύθυνη για την ατομική εκπαίδευση και συμβουλευτική των μητέρων κατά τη διάρκεια της κύησης, της γέννας και της περιόδου της λοχείας. Αυτά αποτελούν μόνο μια από τις τέσσερις αρχές της παροχής της μαιευτικής φροντίδας [38].

Είναι γνωστό πως δεν έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες με πυρήνα τους τη σημασία της παρουσίας μιας μαίας, ως γνώριμου προσώπου στην έγκυο, για την καταπολέμηση του φόβου της γέννας. Η ύπαρξη των ολοένα και πιο συντριπτικών



στοιχείων που αποδεικνύουν τις θετικές επιδράσεις της συνεχιζόμενης μαιευτικής φροντίδας για τον γενικό πληθυσμό των γυναικών είναι δεδομένη. Με τον ίδιο τρόπο αποδεικνύεται ότι η φροντίδα από μια γνώριμη μαία στη γυναίκα θα μπορούσε να έχει θετικές επιδράσεις και για τον φόβο της γέννας [38].

Είναι σημαντικό να λαμβάνεται ως δεδομένο από τους υπεύθυνους επαγγελματίες υγείας ότι οι γυναίκες «κουβαλούν» το βίωμα και την εμπειρία της γέννας τους για πολύ καιρό. Μια θετική εμπειρία γέννας πρέπει επίσης να συμπεριλαμβάνεται στους στόχους της καταπολέμησης αυτού του φαινομένου [38]. Έτσι, αποτελεί κλινική ανάγκη και σημασία να τοποθετείται στο επίκεντρο η συνεχιζόμενη μαιευτική φροντίδα ως μία από τις καλύτερες πρακτικές στην συμβουλευτική [41, 42].

Έχει φανεί ότι οι γυναίκες που είχαν μια γνώριμη παρουσία μαίας κατά τη διάρκεια του τοκετού, είχαν και θετικότερη εμπειρία τοκετού σε ότι αφορά το αίσθημα του πόνου [42]. Μάλιστα, αυτό ενισχύεται από το γεγονός ότι οι γυναίκες που είχαν πρόσβαση και δυνατότητα σε γνώριμη μαία κατά τη διάρκεια του τοκετού είχαν πέντε φορές μεγαλύτερη πιθανότητα θετικής εμπειρίας τοκετού, από εκείνες που δεν είχαν γνώριμη μαία [41]. Αυτά σαν δεδομένα είναι πολύ χρήσιμα, καθώς είναι εξαιρετικά γνωστό το γεγονός ότι, οι γυναίκες που φοβούνται να γεννήσουν κολπικά συνήθως αναζητούν να γεννήσουν μέσω εκλεκτικής καισαρικής τομής [38].

Εκτός από αυτό, φαίνεται ότι οι γυναίκες που λαμβάνουν συμβουλευτική για τον φόβο της γέννας, αλλά όχι συνεχιζόμενη μαιευτική φροντίδα δεν έχουν τις ίδιες πιθανότητες θετικής εμπειρίας γέννας [41]. Η συνεχιζόμενη μαιευτική φροντίδα μπορεί να προσφέρει στις γυναίκες το αίσθημα ότι εκείνες έχουν τον έλεγχο των καταστάσεων και ότι η γνώμη τους μετράει στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, καθώς είναι πλήρως πληροφορημένες [42]. Πιο συγκεκριμένα, για τις γυναίκες που φοβούνται να γεννήσουν, η συνεχιζόμενη μαιευτική φροντίδα θα μπορούσε να αποτελέσει μέσο εδραίωσης ουσιαστικών σχέσεων, όπου οι μαίες λαμβάνουν ρόλο ακρωατή στις επιθυμίες των γυναικών και δρουν αναλόγως, με άμεσο σκοπό την υψηλής ποιότητας εξατομικευμένη φροντίδα. Όλα τα παραπάνω αποτελούν τομείς της περιγεννητικής φροντίδας, οι οποίοι συμβαδίζουν με τις πιο βασικές μαιευτικές δεξιότητες [38].

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.

### Πεποιθήσεις αναφορικά με τον τρόπο της γέννας

Οι βασικές πεποιθήσεις των γυναικών αναφορικά με τη γέννα, είτε ως ένα φυσικό γεγονός, είτε ως μια ιατρική διαδικασία, είναι συνδεδεμένες με τις επιλογές τους αναφορικά με τη γέννα τους, καθώς και την εμπειρία τους. Αυτό είναι λογικό, καθώς γενικότερα αναφορικά με τις καταστάσεις που αφορούν την υγεία ενός ανθρώπου υπάρχει μια στενή σχέση της αντικειμενικής σοβαρότητας της κατάστασης και του υποκειμενικού βιώματος. Έτσι, το βίωμα θα επηρεάσει τις πεποιθήσεις των ανθρώπων [43].

Αυτό το αμοιβαίο μοτίβο της πεποίθησης-συμπεριφοράς-γνωστικής αξιολόγησης-πεποίθησης μπορεί να έχει εφαρμογή στην κατανόηση των βασικών πεποιθήσεων των γυναικών αναφορικά με τη γέννα [44]. Οι βασικές πεποιθήσεις των γυναικών κατηγοριοποιούνται με βάση το πρίσμα υπό το οποίο θέτουν τις φυσικές πτυχές της γέννας. Τόσο στην περίπτωση της ιατρικής διαδικασίας, όσο και στην περίπτωση του φυσικού γεγονότος, έγκειται ένας μέτριος αρνητικός συσχετισμός, και άρα δεν υπάρχει μεταξύ τους καμία συνεχής διχοτόμηση. Οι δύο αυτές βασικές πεποιθήσεις αποτελούν ανεξάρτητες έννοιες μεταξύ τους και δεν αλληλοαποκλείονται [43].

Πεποιθήσεις που υποστηρίζουν ότι η γέννα είναι μια ιατρική διαδικασία σχετίζονται με την οπτική ότι η γέννα είναι επικίνδυνη, ότι πρέπει να τίθεται υπό στενή ιατρική παρακολούθηση και πως ο πόνος κατά τη διάρκεια της γέννας είναι αχρείαστος. Αντιθέτως, πεποιθήσεις που στον πυρήνα τους έγκειται ότι η γέννα αποτελεί ένα φυσικό γεγονός, υπονοούν ότι η γέννα είναι ασφαλής, ότι τα σώματα των γυναικών ξέρουν πως να γεννήσουν και ότι δεν πρέπει να παρεμβαίνεται η διαδικασία της [44]. Ποιοτικές έρευνες έχουν δείξει πως η υιοθέτηση κάποιας από τις δύο βασικές αυτές πεποιθήσεις συνδέεται στενά, είτε με πιο ιατρικές επιλογές αναφορικά με τη γέννα (εκλεκτική καισαρική τομή ή αναλγητικές μεθόδους στον τοκετό), είτε με πιο φυσικές επιλογές (τοκετός στο σπίτι) [43].

Ο κυρίαρχος ρόλος των βασικών πεποιθήσεων των γυναικών σχετίζεται με τις αποφάσεις και τις προτιμήσεις τους αναφορικά με τη γέννα, αλλά και με το τελικό αποτέλεσμα (είτε προγραμματισμένο, είτε επείγον) [45]. Οι πεποιθήσεις αυτές συνδέονται και με άλλες οπτικές αναφορικά με τη γέννα, όπως τον φόβο για τη γέννα και το υποκειμενικό βίωμά της [32]. Έτσι, δημιουργείται η άποψη ότι οι προσωπικές πεποιθήσεις για τη γέννα αποτελούν τους κυρίαρχους παράγοντες στην σωματική και συναισθηματική εμπειρία της γέννας. Ως εκ τούτου, είναι εξαιρετικά σημαντικό να μελετηθεί η εξέλιξη

αυτών των πεποιθήσεων, ειδικότερα για τις πρωτοτόκες μητέρες, των οποίων οι αντιλήψεις είναι πιο επιρρεπείς στις αλλαγές [46].

Υπάρχουν δεδομένα που υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες που είχαν ένα πιο ιατρικό μαιευτικό ιστορικό (όπως μια αποβολή ή ενδομήτριο θάνατο), είχαν πιο έντονη πεποίθηση ότι η γέννα είναι αμιγώς ιατρική διαδικασία. Φαίνεται, επίσης, πως το βίωμα της γέννας σχετίζεται και με τις γνωστικές και συμπεριφορικές αποκρίσεις μετά τη γέννα [43]. Η εμπειρία της γέννας αποτελείται από δύο διακριτές μεταβλητές:

- 1) Την αντικειμενική ή πραγματική γέννα και
- 2) Το υποκειμενικό βίωμα της γέννας

Το πρώτο αναφέρεται στα πραγματικά γεγονότα της γέννας, όπως τον τρόπο που γέννησε η γυναίκα, τις παρεμβάσεις που συνέβησαν στη διάρκεια της γέννας, και ούτω κάθε εξής. Το δεύτερο αφορά την υποκειμενική γνωστική εκτίμηση της κατάστασης και το συναισθηματικό βίωμα της γέννας [47].

Έχει βρεθεί ότι, μια αρνητική εμπειρία γέννας συνδέεται με την οπτική της γέννας ως ένα, όχι και τόσο, φυσικό γεγονός, υποθέτοντας, με αυτόν τον τρόπο, ότι η ζωντανή εμπειρία της γέννας επηρεάζει τις πεποιθήσεις των γυναικών. Διάφορες προοπτικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι το μέρος και ο τρόπος της γέννας (όπως ο τοκετός στο σπίτι, η καισαρική τομή, κολπικός τοκετός με ή χωρίς αναλγητικές μεθόδους και ποιες) καθώς και η ικανοποίηση με το βίωμα της, σχετίζονται με αλλαγές στις πεποιθήσεις και τα συναισθήματα των γυναικών για το γεγονός της γέννας, μετά από αυτήν. Όλες αυτές οι έρευνες αποδεικνύουν ότι οι αντιλήψεις σχετικά με τη γέννα μπορούν να επηρεαστούν από την αντικειμενική και υποκειμενική εμπειρία της γέννας [43].

Για παράδειγμα, έχει φανεί ότι μια επείγουσα καισαρική τομή συμβάλει στην αύξηση του φόβου της γέννας. Με τον ίδιο τρόπο, ένα μη ικανοποιητικό βίωμα γέννας, έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με κατάθλιψη της λοχείας. Είναι γνωστό ότι οι αντιλήψεις για τη γέννα αναπτύσσονται ήδη πριν από την πρώτη κύηση μιας γυναίκας. Μέσω της απόκτησης βαθύτερης επίγνωσης για τους μηχανισμούς που σχετίζονται με τη διαμόρφωση των πεποιθήσεων, θα προωθηθεί η θεωρητική γνώση αναφορικά με τη γέννα και αυτό θα μπορούσε να έχει και κλινική εφαρμογή [43].

Η κατανόηση των πεποιθήσεων και των συσχετισμών τους κατά την προγεννητική περίοδο, μπορεί να συμβάλει στην διερεύνηση των προσδοκιών των γυναικών αναφορικά

με τη γέννα. Εκτός από αυτό, μπορεί να ενισχύσει τη γυναικοκεντρική φροντίδα και την κοινή λήψη αποφάσεων σχετικά με τις επιλογές για τη γέννα. Σε μεταγεννητικό επίπεδο, η κατανόηση του βιώματος της γέννας και πώς αυτό επηρέασε τις αντιλήψεις των γυναικών, μπορεί να αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο για τους επαγγελματίες υγείας. Μέσω αυτού, θα διευκολυνθεί ο συσχετισμός των επαγγελματιών υγείας με τις εμπειρίες των γυναικών και, ως εκ τούτου, θα μειωθούν οι συνέπειες ενός πιθανού αρνητικού βιώματος γέννας [43].

Φαίνεται πως οι πρωτοτόκες έγκυες γυναίκες που πλησιάζουν να γεννήσουν, έχουν συνηθέστερα την αντίληψη ότι η γέννα είναι περισσότερο φυσική διαδικασία. Ωστόσο, δε διαφωνούσαν ένθερμα και με το γεγονός ότι αποτελεί και ιατρική διαδικασία. Όταν οι ίδιες γυναίκες προχωρούσαν στο βίωμα της γέννας τους, η οποία γέννα ήταν συχνά ιατρικοποιημένη, η αντίληψη της γέννας που είχαν, ως φυσική διαδικασία αντικαταστάθηκε σε μεγάλο βαθμό από εκείνη την αντίληψη της ιατρικής διαδικασίας. Επιπλέον, όταν οι γυναίκες είχαν την πεποίθηση πως η γέννα αποτελούσε ένα ιατρικό γεγονός με κινδύνους για την υγεία τους, είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες ιατρικοποίησης της γέννας τους, το οποίο με τη σειρά του επιβεβαίωνε την αρχική τους πεποίθηση.

Πεποιθήσεις που καθιστούν τη γέννα φυσικό γεγονός συνδέονται με μεγαλύτερη ικανοποίηση κατά τη διάρκεια της γέννας. Οι γυναίκες που είχαν ξεκάθαρες αντιλήψεις, προγεννητικά, ότι η γέννα αποτελεί μια φυσική διαδικασία, ήταν περισσότερο ικανοποιημένες με την εμπειρία της γέννας τους και, ως εκ τούτου, ήταν ακόμη πιο ένθερμες υποστηρίκτριες αυτής της πεποίθησης και μετά τη γέννα [45]. Θεωρείται πιθανό ότι αυτές οι πεποιθήσεις τους, επηρέασαν τις προσδοκίες τους για τη γέννα, και ως αποτέλεσμα, και το βίωμά τους. Αυτές οι γυναίκες αναμένουν μια θετικότερη εμπειρία γέννας, καθώς κατανοούν την ανεξέλεγκτη και απρόβλεπτη φύση της γέννας. Επιπλέον, η οπτική τους για τον πόνο τον καθιστά ουσιαστικό για τη διαδικασία και όχι δυσάρεστο. Συμπερασματικά, η θετική τους εμπειρία και ικανοποίηση από τη γέννα αποκτούσε ενδυναμωτική και ενισχυτική όψη για τον εαυτό και τις ικανότητες του σώματός τους [43].

Είναι γεγονός ότι η μοντέρνα κουλτούρα του τομέα των γεννήσεων δίνει μεγάλη έμφαση στα φυσικά ελαττώματα του γυναικείου σώματος. Κατά μία έννοια, αυτό επιβεβαιώνεται ως αυτοεκπληρούμενη προφητεία όταν οι γυναίκες έχουν την πεποίθηση ότι η γέννα είναι επικίνδυνη. Σε όλες τις περιπτώσεις, όταν εξετάζεται η αντικειμενική και η υποκειμενική εμπειρία της γέννας, φαίνεται ότι μόνο η μία μπορεί να αποτελέσει προγνωστικό παράγοντα στις αλλαγές των πεποιθήσεων. Τέτοιου είδους δεδομένα

υπογραμμίζουν τη σημασία της αναγνώρισης της πολυπλοκότητας του βιώματος της γέννας [47]. Έτσι, καθίσταται εξαιρετικά σημαντική η απαιτούμενη προσοχή ανάμεσα στο πραγματικό και αντικειμενικό βίωμα και της διαφοροποίησης των δύο βασικών πεποιθήσεων που αφορούν το γεγονός της γέννας [43].

Όσο η μαιευτική μετατρέπεται σε μια επιστήμη με κέντρο τη φροντίδα της γυναίκας, αρχίζει να υπάρχει ένα, ολοένα και περισσότερο αυξανόμενο ενδιαφέρον για τις ανάγκες και τις πεποιθήσεις των γυναικών. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να αρχίσουν να αποκτούν την επίγνωση των επιδράσεων των πεποιθήσεων των γυναικών αναφορικά με τη γέννα, στο βίωμά της [44]. Με τον ίδιο τρόπο, είναι εξίσου σημαντική και η απόκτηση της επίγνωσης των επιδράσεων του βιώματος της γέννας στις πεποιθήσεις των γυναικών. Προγεννητικά, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να βοηθήσουν τις γυναίκες μέσω ποιοτικής επικοινωνίας αναφορικά με τις πεποιθήσεις τους, να τις διαβεβαιώσουν για την επίτευξη της επιθυμητής τους γέννας και να προωθήσουν πιο ικανοποιητική εμπειρία γέννας, μέσα από τη φυσικότητά της ως γεγονός. Μεταγεννητικά, πρέπει να προσφέρεται ενδυνάμωση και υποστήριξη στις γυναίκες, των οποίων η γέννα δεν εξελίχθηκε όπως είχε προγραμματιστεί [43].

Όλα αυτά τα δεδομένα υποστηρίζονται και από τον Π.Ο.Υ., μέσα από τον οποίο έχουν εκδοθεί κατευθυντήριες οδηγίες αναφορικά με την ενδυνάμωση των πρακτικών περιγεννητικής φροντίδας που προωθούν τις θετικές εμπειρίες γέννας [43]. Η υποστήριξη ασφαλών φυσιολογικών γεννών, η αποφυγή αχρείαστων ιατρικών παρεμβάσεων και η βελτίωση της ικανοποίησης της εμπειρίας της γέννας πρέπει να είναι κυρίαρχοι στόχοι του μαιευτικού προσωπικού [46]. Επιπλέον, επαγγέλματα σχετικά με την ψυχοκοινωνική υγεία οφείλουν να συμπεριληφθούν και αυτά στη φροντίδα των γυναικών και να στοχεύουν στην ελαχιστοποίηση των φόβων των γυναικών. Με την εφαρμογή αυτών των μέτρων θα είναι δυνατό να επιτευχθεί η ενδυνάμωση των γυναικών, αυξάνοντας την πίστη στον εαυτό τους, τα σώματά τους και τη φυσική πορεία της [43].

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.

### Η πορεία της τοκοφοβίας στην περίοδο της πανδημίας με COVID-19

Τον Δεκέμβριο του 2019 αναφέρθηκε για πρώτη φορά η νέα ασθένεια κορονοϊού (COVID-19), η οποία προκλήθηκε από τον ιό SARS-CoV-2. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας – Π.Ο.Υ. (World Health Organization – WHO) ανακοίνωσε τον Ιανουάριο του 2020, πως η έξαρση του COVID-19 αποτελεί ένα Επείγον Δημόσιας Υγείας Παγκόσμιου Ανησυχίας (Public Health Emergency of International Concern). Αυτό είναι το υψηλότερο επίπεδο συναγερμού του Π.Ο.Υ., όπως αναφέρεται από τους Διεθνείς Υγειονομικούς Κανονισμούς (International Health Regulations). Η μεγάλη ικανότητα του ιού να μολύνει και να μεταδίδεται εξέπληξε τους επιδημιολόγους, τους επαγγελματίες υγείας και τους φορείς χάραξης υγειονομικών πολιτικών. Έτσι, ο Π.Ο.Υ. οδηγήθηκε, τον Μάρτιο του 2020, στην ανακοίνωση της κατάστασης της πανδημίας του COVID-19 [48].

Ανά τον κόσμο, ο COVID-19, βρήκε τα συστήματα υγείας απροετοίμαστα για καταστάσεις πανδημίας. Υπήρξε ανεπαρκής ανταποκριτικότητα, η οποία οδήγησε στην ανάγκη πρωτοφανούς επείγουσας συλλογικής δράσης, που ο κόσμος δεν είχε συναντήσει ιστορικά τα τελευταία εκατό χρόνια. Η μόλυνση με τον ιό SARS-CoV-2 συμβαίνει μέσω διαπροσωπικής μετάδοσης όταν σταγονίδια από το αναπνευστικό αποβάλλονται μέσω ομιλίας, βήχα ή φταρνίσματος. Επίσης, ο ιός μεταδίδεται και μέσω άμεσης επαφής με νοσούντα άτομα ή μέσω έμμεσης επαφής με μολυσμένα χέρια, αντικείμενα ή επιφάνειες, με τον ίδιο τρόπο όπως τα σταγονίδια του αναπνευστικού [49].

Με βάση αυτά τα δεδομένα, η αρχική αντιμετώπιση της μετάδοσης του ιού ήταν η σωστή υγιεινή των χεριών και η φυσική και κοινωνική απόσταση των ανθρώπων [49]. Στη συνέχεια της αντιμετώπισης της πανδημίας, ήταν δυνατόν να προωθηθεί και ο εμβολιασμός των ανθρώπων, με αρχική προτεραιότητα τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες. Σε ότι αφορά τις κυοφορούσες και τις θηλάζουσες γυναίκες ενδείκνυται ο εμβολιασμός σύμφωνα με τους περισσότερους φορείς, όπως το CDC, του ACOG, του RCOG και άλλους. Ο Π.Ο.Υ. συστήνει τον εμβολιασμό στις περιπτώσεις που τα οφέλη του εμβολιασμού υπερτερούν των πιθανών κινδύνων, ενώ συστήνει ένθερμα τον εμβολιασμό των θηλάζουσων γυναικών όπως και των υπόλοιπων ανθρώπων [50].

Μέσα σε αυτήν την χαοτική κατάσταση πανδημίας παγκοσμίως, οι γυναίκες συνέχισαν να κυοφορούν και να γεννούν παιδιά. Οι γυναίκες που κυοφορούν δε θεωρούνται κατά βάση ως ασθενείς. Ωστόσο, ανήκουν σε μια ομάδα ατόμων που έχουν

ανάγκη ειδική φροντίδα, ούτως ώστε να φέρουν σε πέρας μια υγιή κύηση, που οδηγεί εν τέλει σε μια υγιή δυάδα μητέρας-παιδιού. Έτσι, δόθηκε μια προτεραιότητα στην προστασία των εγκύων, με σκοπό να διατηρηθούν οι, όσο το δυνατόν, καλύτερες μαιευτηριακές πρακτικές, ταυτοχρόνως με την προστασία της υγείας της δυάδας μητέρας-παιδιού από τον COVID-19 [49].

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, ο φόβος της γέννας είναι ήδη ένα ολοένα και περισσότερο εξελισσόμενο πεδίο ενδιαφέροντος και ερευνών, καθώς αφορά μια πληθώρα προγνωστικών παραγόντων και δυνητικά αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία και την ευημερία των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας, Αυτό ίσχυε ήδη, πριν από την ανακοίνωση της πανδημίας του COVID-19 [26,27,29,35,38,51]. Όσο ο COVID-19 μεταδίδεται παγκοσμίως, η προγεννητική διαχείριση, η εμβρυϊκή ασφάλεια και η πιθανότητα κάθετης μετάδοσης του ιού από τη μητέρα προς το έμβρυο υπήρξαν σημαντικές ανησυχίες. Ο συγκεκριμένος ιός αποτέλεσε ξαφνικά μια νέα πηγή φόβου για όλες τις έγκυες και τις οικογένειες [49,52].

Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι πρόσθεσε στο άγνωστο της πορείας της γέννας και της ήδη απρόβλεπτης φύσης της [49]. Έπειτα, υπήρξε παράγοντας έκθεσης σε κίνδυνο και του αισθήματος μειωμένης ασφάλειας., καθώς και «υποταγής» στα πρωτόκολλα των υγειονομικών ιδρυμάτων, το οποίο σήμαινε την αυτόματη ακύρωση της πιθανότητας προσωπικών επιθυμιών [53]. Εκτός από αυτό, ενίσχυσε το αίσθημα της απώλειας του ελέγχου κατά τη διάρκεια της κύησης και της γέννας, καθώς και της αβεβαιότητας για το μέλλον. Ξαφνικά, ο κόσμος έγινε ένα ευάλωτο μέρος, και η ευαλωτότητα αποτελεί το κέντρο των φόβων και της αβεβαιότητας πραγματοποίησης των προσδοκιών [49].

Καθώς όλος ο κόσμος είχε να αντικρύσει μια κρίσιμη περίοδο και μια στιγμή συνειδητοποίησης ότι δε θα υπάρξει η ίδια πραγματικότητα με εκείνη πριν την πανδημία, στις έγκυες γυναίκες, τους συντρόφους και τις οικογένειές τους, παρατηρήθηκε ένα πένθος κάποιων από των ζωτικών προσδοκιών τους. Αυτό συνέβη, όταν αυτές οι ομάδες ατόμων συνειδητοποίησαν πως δε θα μπορούσαν να παραβρεθούν και να παρακολουθήσουν σε διαπροσωπικό επίπεδο τα μαθήματα προετοιμασίας για τη γέννα και τη γονεϊκότητα [49]. Επίσης, η συμβουλευτική και η παρακολούθηση για την κύηση τους έπρεπε να ακυρωθεί ή να πραγματοποιηθεί μέσω ψηφιακών μορφών σε πολλές περιπτώσεις. Κάποιες από τις παρακολουθήσεις τους θα έπαιρναν διαπροσωπική μορφή, ωστόσο, δίχως την πιθανότητα

συνοδείας άλλου ατόμου. Τέλος, θεωρήθηκε σημαντικό, μετά τη γέννα, να μην υπάρξει συνάντηση με την ευρύτερη κοντινή οικογένεια [54].

Ήδη, τα τελευταία, τουλάχιστον, 30 χρόνια ερευνών για τον φόβο της γέννας έχουν κάνει γνωστή τη δυσκολία του ορισμού της [27]. Αυτά τα γεγονότα αποδεικνύουν το πως αυτό το φαινόμενο μπορεί ακόμη να συνεχίσει να αποτελεί ένα ευμετάβλητο αντικείμενο ευαλωτότητας. Για αυτόν το λόγο, οφείλει να είναι ακόμη αντικείμενο μελέτης και ερευνών και να υπόκειται σε περαιτέρω έλεγχο, ακόμη και στην περίοδο πανδημίας με COVID-19 [49].

Όπως αναφέρεται και πιο πάνω, υπάρχει ένας δυνατός συσχετισμός του φόβου της γέννας με τους εξής φόβους: των μαιευτικών παρεμβάσεων, της απώλειας της αυτονομίας, της αίσθησης ελέγχου της κατάστασης, της εγκατάλειψης κατά τη διάρκεια της γέννας, καθώς και της πιθανότητας κακής συμπεριφοράς και μαιευτικής βίας από το ιατρικό και μαιευτικό προσωπικό [26,27]. Ενώ ήδη αυτές οι αιτίες του φόβου της γέννας, βρίσκονται υπό διερεύνηση και συμπεριλαμβάνονται σε συζητήσεις αναφορικά με τις μαιευτικές πρακτικές και τα δικαιώματα των γυναικών στην κύηση και τη γέννα, ξαφνικά παρουσιάζεται το ερώτημα της επίδρασης της πανδημίας στον φόβο της γέννας. Εξίσου με αυτό, δημιουργείται και ο προβληματισμός των συνθηκών, υπό τις οποίες καλούνται οι γυναίκες να γεννήσουν στην περίοδο της πανδημίας του COVID-19 [49].

Σε πολλές χώρες στον κόσμο οι μαιευτικές υπηρεσίες αποδυναμώθηκαν και κλήθηκαν να προσαρμοστούν σε νέες και πολύ απαιτητικές συνθήκες. Ο τρόπος, με τον οποίο επέλεξαν να διαχειριστούν την κατάσταση τα υγειονομικά ιδρύματα σχετικά με τις εφαρμοζόμενες πρακτικές γέννας κατά την περίοδο της πανδημίας, ήταν το ίδιο ανησυχητικός [49]. Στο όνομα των νέων πλάνων έκτακτης ανάγκης για τον COVID-19 ανακλήθηκαν πολλές καλές μαιευτικές πρακτικές ετών, ειδικότερα σε ότι αφορά την ισότιμη πρόσβαση στην ποιοτική περιγεννητική φροντίδα και την προστασία δικαιωμάτων στην περιγεννητική περίοδο που προτεινόταν από τους πιο σχετικούς οργανισμούς [53]. Με ξεκάθαρη απώλεια λογικών επιχειρημάτων, σχετικών με την πρόληψη μόλυνσης και μεταφοράς της ασθένειας, οι πρακτικές που αναθεωρήθηκαν περιλάμβαναν τις εξής:

- 1) Απαγόρευση και (σε λίγες περιπτώσεις) έλεγχος των συνοδών ατόμων κατά τη διάρκεια της γέννας και μεταγεννητικά
- 2) Απόλυτος περιορισμός επισκεπτών
- 3) Προσφυγή σε αναίτιες μαιευτικές παρεμβάσεις



- 4) Ορισμός νέων αρχών-περιορισμών για την skin-to-skin επαφή μητέρας-νεογνού
- 5) Ορισμός νέων κανόνων για την απολίνωση του ομφαλίου λώρου
- 6) Ορισμός νέων κανόνων για την κοινή διαμονή μητέρας-νεογνού (και πατέρα)
- 7) Νέες οδηγίες-περιορισμοί αναφορικά με τον θηλασμό [49]

Μάλιστα, η κατάσταση της πανδημίας του COVID-19 προκάλεσε μια κλιμάκωση ανησυχιών σχετικά με το δικαίωμα των γυναικών αναφορικά με τη συνοδεία κατά τη διάρκεια της γέννας και μεταγεννητικά. Αυτές οι ανησυχίες κάνουν τον συσχετισμό της απαγόρευσης αυτού του δικαιώματος με την εφαρμογή αναίτιων μαιευτικών πρακτικών, όπως τις προκλήσεις τοκετών κατά την 39<sup>η</sup> και 40<sup>η</sup> εβδομάδα της κύησης και των καισαρικών τομών δίχως κλινικές ενδείξεις. Αναφέρονται, επίσης, καταστάσεις, στις οποίες, η skin-to-skin επαφή, το rooming-in και ο θηλασμός αποθαρρύνονταν στις πιθανές ή διαγνωσμένες περιπτώσεις γυναικών με COVID-19, με την αιτιολόγηση πως αποτελούσαν πιθανές επικίνδυνες πρακτικές [49].

Οι έγκυες γυναίκες αντιπροσωπεύουν έναν μοναδικό πληθυσμό στην υγειονομική φροντίδα. Οι αποτελεσματικές ανταποκρίσεις, σε αυτό το πλαίσιο της πανδημίας, οφείλουν να συνεχίσουν να εξαρτώνται σε στρατηγικές που είναι δίκαιες και τεκμηριωμένες (evidence-based) και μπορούν να εγγυηθούν ασφάλεια, συμπόνια και σεβασμό [55]. Από την αρχή της κατάστασης της πανδημίας, η ερμηνεία των στρατηγικών που συνδέονται με την ασφαλή φροντίδα αποτελούν αίτιο έντονων συζητήσεων. Από τη μια πλευρά, βρίσκονται εκείνοι που θεωρούν πως η κατάσταση έχει αποδείξει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο πόσες μαιευτικές υπηρεσίες χρησιμοποιούν πρακτικές που αμελούν τις επιστημονικές και δεοντολογικές κατευθυντήριες γραμμές. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν εκείνοι που υποστηρίζουν τις περιοριστικές πρακτικές, υπό το επιχείρημα της προστασίας και της πρόληψης πιο σοβαρών ανεπιθύμητων καταστάσεων [49].

Από τον Μάρτιο του 2020 υπήρξε μια εκθετική αύξηση δημοσιεύσεων, σχετικών με την μητρική και περιγεννητική υγεία, με πηγές από τον Π.Ο.Υ., το Βασιλικό Κολλέγιο Μαιευτήρων και Γυναικολόγων (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists – RCOG), το Βασιλικό Κολλέγιο Μαιών (Royal College of Midwives – RCM), το Αμερικανικό Κολλέγιο Μαιευτήρων και Γυναικολόγων (American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG), και άλλων [56,57]. Από τον ίδιο μήνα, ήδη, ο Π.Ο.Υ. ανακοίνωσε πολύ συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες για τη φροντίδα κατά τη

διάρκεια της κύησης, της γέννας και μεταγεννητικά, αναφορικά με τις περιπτώσεις υποψίας ή επιβεβαιωμένης παρουσίας SARS-CoV-2 στις μητέρες. Σύμφωνα με αυτές, κατά τη διάρκεια της γέννας, κάθε γυναίκα έχει ξεκάθαρο δικαίωμα σε μια ασφαλή και θετική εμπειρία γέννας [49]. Μια τέτοια εμπειρία περιλαμβάνει:

- 1) Συμπεριφορά με σεβασμό και αξιοπρέπεια
- 2) Παρουσία συνοδού ατόμου επιλογής της μητέρας
- 3) Ξεκάθαρη επικοινωνία με την ομάδα μαιευτικής παρακολούθησης
- 4) Κατάλληλες στρατηγικές ανακούφισης από τον πόνο
- 5) Κινητικότητα κατά τη διάρκεια του τοκετού, στις περιπτώσεις που αυτό είναι δυνατό
- 6) Επιλογή στάσης εξώθησης από τη γυναίκα. [49]

Στην ίδια δημοσίευση, ο Π.Ο.Υ. υποστηρίζει ένθερμα την skin-to-skin επαφή και την κοινή διαμονή. Επίσης, θέτει ως σημαντικό, πως οι γυναίκες που θεωρούνται ύποπτα ή διαπιστωμένα κρούσματα COVID-19 μπορούν και είναι ωφέλιμο να θηλάζουν και να φροντίζουν τα νεογέννητά τους. Αυτό μπορεί να ισχύσει με μοναδικές προϋποθέσεις ότι θα τηρούνται τα μέτρα ασφάλειας από την αναπνευστική μετάδοση, θα υπάρχει τακτική υγιεινή των χεριών και συχνή απολύμανση των επιφανειών. Στην περίπτωση επιδείνωσης των συμπτωμάτων, ενθαρρύνεται η συνέχιση σίτισης των νεογνών με μητρικό γάλα, μέσω πιθανών διαθέσιμων και αποδεκτών από τη δυάδα μητέρας-νεογνού, μεθόδων. Τέλος, ο Π.Ο.Υ. δεν συμεριζεται και δεν προάγει την πρόκληση ή την καισαρική τομή δίχως την ύπαρξη σχετικών κλινικών ενδείξεων [54].

Είναι ανεκτίμητης σημασίας για τις γυναίκες, να μπορούν να έχουν, κατά τη διάρκεια της γέννας και μεταγεννητικά, έμπιστους και υποστηρικτικούς ανθρώπους, συμπεριλαμβανομένου και των επαγγελματιών υγείας. Η απαγόρευση και ο περιορισμός της παρουσίας συνοδών και επισκεπτών μπορεί να υπονομεύσει την αυτοπεποίθηση των γυναικών στην ικανότητά τους να γεννήσουν και να επηρεάσει αρνητικά όλη την εμπειρία της γέννας και της εγκυμοσύνης [54]. Όταν η γέννα παρατηρείται υπό το πρίσμα ενός μοναδικού και μη επαναλαμβανόμενου γεγονότος, τότε δίνεται η δυνατότητα να αναγνωριστεί η πραγματική σημασία της παροχής συνεχιζόμενης μαιευτικής φροντίδας. Αυτή καθορίζεται από ευσυνειδησία και σεβασμό, με σκοπό την ουσιαστική υποστήριξη για μια θετική εμπειρία γέννας, ανεξάρτητα από την κλινική της έκβαση [55].

Τα παραπάνω οφείλουν να αναγνωριστούν ως ζητήματα εξέχουσας σημασίας, καθώς δεν αφορούν μονάχα την υγεία και την ευημερία των γυναικών, αλλά και των συνοδών και των οικογενειών τους, καθώς έχει επηρεαστεί η ψυχική υγεία στο σύνολο όλων αυτών των ατόμων [56]. Παρά την έκτακτη ανάγκη της πανδημίας, αποτελούν ζωτικής σημασίας τα ευρήματα των μαιευτικών παρεμβάσεων, προ της πανδημίας, στις μαιευτικές εκβάσεις του εμβρύου, του νεογνού, της μητέρας, και αργότερα στη ζωή του, του παιδιού. Για παράδειγμα, οι κίνδυνοι που είναι συνδεδεμένοι με την πρόκληση τοκετού και την αναίτια καισαρική τομή είναι προ πολλού αποδεδειγμένοι, ειδικά σε βραχυχρόνιο, αλλά και σε μακροχρόνιο πλαίσιο, αναφορικά με τους δείκτες της μητρικής και παιδικής υγείας [49]. Επιπλέον, αυτό έχει εφαρμογή και στο βίωμα της εμπειρίας της γέννας [26,43].

Δεν είναι λίγες οι πρακτικές που έχουν έρθει στην επιφάνεια και προκαλούν ανησυχία για τα δικαιώματα των εγκύων, των επιτόκων και των λεχωίδων γυναικών, τα οποία διακινδυνεύονται εξαιτίας ανεπαρκών μαιευτικών πρωτοκόλλων [49]. Ακόμη και κατά τη διάρκεια της πανδημίας, οι ανησυχίες της δημόσιας υγείας οφείλουν να βρίσκονται σε μια ισορροπία με τον σεβασμό στην αυτονομία και το δικαίωμα στην επιλογή έπειτα από ενημερωμένη πληροφόρηση (evidence-based informed choice). Η έλλειψη αναζήτησης ισορροπίας ανάμεσα στην ασφαλή φροντίδα και τον σεβασμό στα αναπαραγωγικά δικαιώματα των γυναικών αποτελεί εσφαλμένη πρακτική [55].

Ιστορικά, γνωρίζουμε πως τα δικαιώματα των γυναικών, σε περιόδους κρίσεων, ποινικοποιούνταν αυστηρά. Πλέον, αποτελεί καθήκον των υγειονομικών αρχών να τα διαφυλάξει, μέσω εκπαίδευσης των γυναικών, των οικογενειών και των επαγγελματιών υγείας. Με αυτόν τον τρόπο, θα ελαχιστοποιηθούν τα περιστατικά ανισότιμης μεταχείρισης και αβεβαιότητας των γυναικών από τα ιδρύματα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών. Έτσι, σε ένα καθοριστικό γεγονός για τη ζωή των ανθρώπων, όπως αυτό της γέννας, θα είναι αναγκαίο να λαμβάνεται υπόψιν η επίδραση αυτής της εκπαίδευσης στην υγεία των γυναικών, στα αναπαραγωγικά τους δικαιώματα και στην ελευθερία τους, καθώς μπορεί να επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό και τις μελλοντικές κοινωνίες [49].

Σύμφωνα με τις βασικές μαιευτικές αρχές και τη φιλοσοφία της Μαιευτικής Φροντίδας, και ανεξάρτητα από το καθεστώς της πανδημίας με COVID-19 ή όχι, είναι απαραίτητο να σημειωθεί, πως εναντιώνονται στις παρακάτω πρακτικές:

- 1) Προγραμματισμός προκλήσεων τοκετού δίχως κλινική αιτιολόγηση
- 2) Προγραμματισμός καισαρικών τομών δίχως κλινική αιτιολόγηση

- 3) Περιορισμός ή/και απαγόρευση παρουσίας συνοδού κατά τη διάρκεια της γέννας δίχως αιτιολόγηση
- 4) Περιορισμός ή/και απαγόρευση skin-to-skin επαφής και θηλασμού, δίχως την ενημερωμένη συγκατάθεση της γυναίκας. [49]

Μέσω της κοινοποίησης αυτών δεδομένων, ενισχύεται ο τρόπος με τον οποίον η μαιευτηριακή πειθαρχία απορρίπτει συνεχόμενα τα αποδεδειγμένα αποτελέσματα αυτών των πρακτικών. Ωστόσο, υπάρχει η πεποίθηση ότι ο σεβασμός και η γνώση της φυσιολογίας του τοκετού αποτελούν τη βάση της άριστης φροντίδας. Αυτό μπορεί να έχει εφαρμογή και στην μοντέρνα ιατρική επιστήμη της μαιευτικής, ακόμη κι όταν αυτή χάνεται, μερικές φορές, ανάμεσα στα επιστημονικά και δεοντολογικά σφάλματα [55].

Προκειμένου να αποφευχθεί η επανάληψη των παρελθοντικών σφαλμάτων, αποτελεί καθήκον των επαγγελματιών υγείας το να εξασφαλίσουν ότι τα δικαιώματα των γυναικών λαμβάνουν τον πρέποντα σεβασμό σε εποχές κρίσης. Εκτός από αυτό, οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να σιγουρέψουν ότι οι προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας ακολουθούν τεκμηριωμένες πρακτικές [53]. Ο Π.Ο.Υ., σε μια συλλογική προσπάθειά του με το Βασιλικό Κολλέγιο των Μαιών και άλλα διεθνή συμβούλια, συμφώνησε ότι το 2020 θα αποτελούσε το Διεθνές έτος των Νοσηλευτών και των Μαιών. Ωστόσο, με την έξαρση της πανδημίας COVID-19 όλες οι εορτές και οι εκδηλώσεις ακυρώθηκαν [49].

Παρόλα αυτά, αν ο στόχος αυτού του εορτασμού ήταν να στρέψει την ευαισθητοποίηση του κοινού και να εντείνει την εκτίμησή του προς αυτά τα επαγγέλματα, τότε ο στόχος δεν αναβλήθηκε και ούτε απέτυχε ποτέ. Σκοπός ήταν να αναδείξουν τις δυνατότητες αυτών των επαγγελμάτων, καθώς και το ότι κατέχουν επιστημονικές και πρακτικές γνώσεις, ευθύνες, κινδύνους και ανιδιοτέλεια. Καμία γιορτή και κανένας εορτασμός δε θα το κατάφερε αυτό, στο σημείο που το κατάφερε η πανδημία [49].

Η τωρινή πανδημία έφερε στην επιφάνεια το χρόνιο πρόβλημα του πατερναλιστικού συστήματος προσέγγισης της γέννας, το οποίο έτεινε να επιμένει ούτως ή άλλως σε κάποιες χώρες. Στον τομέα της μαιευτικής φροντίδας, είναι ζωτικής σημασίας οι μαίες να είναι προσανατολισμένες στο καθήκον τους να βοηθούν τις γυναίκες και τις οικογένειες, ταυτόχρονα με τον περιορισμό της μετάδοσης του SARS-CoV-2 [49]. Στον πυρήνα των προσπαθειών τους, πρέπει να έγκειται η ασφαλής και συντονισμένη φροντίδα, η οποία συναντά τις ανάγκες προστασίας των γυναικών και των νεογέννητων. Είναι πολύ σημαντικό να εξασφαλίζεται ότι τα μέτρα αντιμετώπισης του COVID-19 δεν αναπαράγει,

ούτε διαιωνίζει αβάσιμες και μεροληπτικές πρακτικές, καθώς τέτοιες ευθύνονται για την αύξηση της ευαλωτότητας των εγκύων γυναικών [53].

Σε ότι αφορά το αντικείμενο συζητήσεων αναφορικά με τους πιο καταρτισμένους επαγγελματίες υγείας, υπεύθυνους για την υγεία των γυναικών, το μαιευτικό προσωπικό είναι εκείνο που αποτελεί τους κύριους φροντιστές και ειδικούς για τον φυσιολογικό τοκετό. Η προώθηση του φυσιολογικού τοκετού περιλαμβάνεται στο πεδίο εφαρμογής των αυτόνομων αρμοδιοτήτων του [39]. Ως εκ τούτου, οι μαίες, εξαιτίας του ζωτικού τους ρόλου κατά τη διάρκεια της προγεννητικής περιόδου, μπορούν να συμβάλουν στη διευκόλυνση της διαδικασίας μείωσης του φόβου της γέννας. Ταυτόχρονα με αυτό, μπορούν να υποστηρίξουν την υιοθέτηση των θετικών συναισθημάτων από τις γυναίκες, αναφορικά με τον φυσιολογικό τοκετό [53]. Ο φόβος της γέννας υποδεικνύει την ανάγκη που έχουν οι γυναίκες να σχετιστούν με τις μαίες, έτσι ώστε να τις βοηθήσουν να επαναπροσδιορίσουν τις προσδοκίες και τα επίπεδα της αυτοπεποίθησής τους στην ικανότητά τους να γεννήσουν τα παιδιά τους [31]. Επιπλέον, οι γυναίκες βασίζονται στις μαίες για να τους διδάξουν για τη γέννα, και να τις εκπαιδεύσουν με τέτοιο τρόπο, ώστε να μπορούν να λαμβάνουν ενημερωμένες αποφάσεις. Τέτοιες στρατηγικές οφείλουν να θεωρούνται ο πυρήνας της προώθησης του φυσιολογικού τοκετού και βελτίωσης της ποιότητας αναπαραγωγικής υγείας των γυναικών [38].

Η αποσύνδεση της ρητορικής βάσης του φόβου της πανδημίας, η οποία περιλαμβάνει και τον φόβο της γέννας, είναι κάτι που οι μαίες οφείλουν να επιδιώξουν να υπερνικήσουν μαζί με τις γυναίκες και τις οικογένειές τους [39]. Ο φόβος δε γίνεται να είναι πιο επικίνδυνος από τον νέο κορονοϊό. Το πιο σημαντικό είναι να τεθεί ο φόβος στις πραγματικές του διαστάσεις, ούτως ώστε να αφήσει σε άλλα συναισθήματα να ανθίσουν. Συναισθήματα, όπως είναι η πίστη, η ελπίδα και η ασφάλεια. Η συνέχιση της συζήτησης του θέματος του φόβου της γέννας στην περίοδο της πανδημίας σημαίνει συνέχιση της συνεισφοράς στις προσπάθειες μιας πιο θετικής εμπειρίας γέννας [49].

Η θετική εμπειρία της γέννας επεκτείνεται πέρα από τους δείκτες νοσηρότητας/θνησιμότητας, πρωτόκολλα και κλινικές παρεμβάσεις [43]. Ένα θετικό βίωμα γέννας φτάνει να αναφερθεί σε ζητήματα όπως η ευχαρίστηση, το αίσθημα της επιτυχίας, την ψυχική υγεία, την ενδυνάμωση, την ποιότητα ζωής, τη συναίνεση, την ασφάλεια, την υποστήριξη, την πληροφόρηση, την εγγύτητα και την ακεραιότητα. Τέτοια

ζητήματα είναι μεγάλης σημασίας για την κοινωνία, τους επαγγελματίες υγείας, τους θεσμικούς φορείς λήψης αποφάσεων και τους πολιτικούς [46,47].

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ-ΕΡΕΥΝΑ**

## Σκοπός Έρευνας

Με βάση τα παραπάνω βιβλιογραφικά δεδομένα, αναφορικά με την επιδημιολογία, τα αίτια και τις επιπτώσεις του φόβου της γέννας, διεξάχθηκε η παρακάτω έρευνα. Ο στόχος της αποτελείται από δύο αρχικά σκέλη:

- 1) Να διερευνήσει τους φόβους των εγκύων γυναικών αναφορικά με τον τρόπο της γέννας τους (είτε φόβος του φυσιολογικού τοκετού είτε φόβος της καισαρικής τομής), και
- 2) Να διερευνήσει τις επιθυμίες των εγκύων γυναικών αναφορικά με τη γέννα τους (επιθυμία φυσιολογικού τοκετού ή καισαρικής τομής), με βάση τους πιθανούς προαναφερόμενους φόβους.

Προκειμένου να επιτευχθούν αυτοί οι αρχικοί στόχοι, θεωρήθηκε ως δεδομένο ότι ο φόβος της γέννας των εγκύων γυναικών δεν αφορούσε αποκλειστικά τον φόβο του φυσιολογικού κοιλιακού τοκετού και τις πιθανές επιπτώσεις του, αλλά και τον φόβο της καισαρικής τομής. Αυτό υποστηρίχθηκε και βιβλιογραφικά, καθώς υπήρξαν έρευνες οι οποίες το επιβεβαίωσαν, δίχως ωστόσο να υφίσταται σε αυτές κάποια ξεκάθαρη απάντηση ως προς την προτίμηση των εγκύων σε φυσιολογικό τοκετό ή καισαρική τομή [20,25,38,58,59]. Παρ' όλα αυτά, στις έρευνες που θεωρήθηκε ότι ο φόβος της γέννας δεν αφορά και δε συμπεριλαμβάνει το ενδεχόμενο της καισαρικής τομής, φαίνεται ότι η καισαρική τομή αποτελεί πιο επιθυμητό τρόπο γέννας [27,30,44,46,60].

Αυτό ισχύει, διότι ακόμη και σήμερα, το πιο ευρέως γνωστό και διαδεδομένο εργαλείο αξιολόγησης του φόβου της γέννας αποτελεί το WDEQ ερωτηματολόγιο. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο επικεντρώνεται, ως επί το πλείστον, στις αντιλήψεις και τους φόβους που αφορούν τη γέννα με τοκετό [27]. Έτσι, δεν διευκολύνεται η μελέτη άλλων παραγόντων που αφορούν τον φόβο της γέννας, όπως ο φόβος της σεξουαλικής λειτουργίας μετά τη γέννα, συμπεριλαμβανομένου και του φόβου για την καισαρική τομή [60]. Έτσι, όσες έγκυες γυναίκες φοβούνται το ενδεχόμενο να γεννήσουν με καισαρική τομή, εξαιρούνται της διαδικασίας διάγνωσης και αντιμετώπισης του φόβου τους.

Επιπλέον, η ολοένα και μεγαλύτερη ιατροκοποίηση της κύησης και ειδικότερα της γέννας, εντείνει το αίσθημα του φόβου ως προς τα επικείμενα πιθανά, μη επιθυμητά ενδεχόμενα [46]. Εκτός από αυτό, δημιουργεί στις έγκυες το αίσθημα ανασφάλειας αναφορικά με τη γέννα και αυτό γίνεται ανασταλτικός παράγοντας έναρξης του φυσιολογικού τοκετού [14]. Έτσι, δημιουργούνται δύο επίπεδα φόβου, με πρώτο τον φόβο



του φυσιολογικού τοκετού με κύρια βάση το αίτιο της αβεβαιότητας ως προς το αποτέλεσμα της υγείας της γυναίκας ή του νεογνού, και δεύτερο τον φόβο της καισαρικής τομής με κύρια βάση το αίτιο των αχρείαστων ιατρικών παρεμβάσεων και παραβίασης του δικαιώματος της αυτοδιάθεσης του σώματος [26].

Βιβλιογραφικά, έχει υποστηριχθεί επίσης ότι ο φόβος της γέννας είναι στενά συνδεδεμένος με την ποιότητα της κοινωνικής υποστήριξης που λαμβάνει η έγκυος γυναίκα [27]. Έτσι, δημιουργήθηκε και ένας τρίτος στόχος της έρευνας ο οποίος ήταν να διερευνηθεί το πως ο πιθανός φόβος της γέννας των εγκύων γυναικών μπορεί να έχει επηρεάσει τις διάφορες κοινωνικές τους σχέσεις.

Εκτός από αυτό, έχει φανεί σε πρόσφατες μελέτες πως η πανδημία του COVID-19 επηρέασε τους φόβους των γυναικών αναφορικά με τη γέννα [49]. Με την επιβολή των περιοριστικών μέτρων με σκοπό την προστασία της δημόσιας υγείας άλλαξε κατά πολύ η καθημερινότητα της εγκύου [53]. Σε ότι αφορά τη γέννα, αναφέρεται πως ο πιο διαδεδομένος τρόπος γέννησης ήταν η καισαρική τομή [42]. Παρατηρήθηκαν παγκοσμίως αυξημένα ποσοστά καισαρικής τομής, ειδικά σε γυναίκες που νοσούσαν κατά τη διάρκεια της γέννας τους [61]. Έτσι, ο τελευταίος στόχος της έρευνας ήταν να διερευνηθεί το αν και κατά πόσο επηρέασε στους φόβους αναφορικά με τη γέννα και η πανδημία του COVID-19.

Αξίζει να σημειωθεί ότι μέχρι και σήμερα και σύμφωνα με τη γνώση των συγγραφέων έχουν υπάρξει στην Ελλάδα μονάχα άλλες δύο έρευνες αναφορικά με τον φόβο της γέννας, εκ των οποίων, η μία είναι μια συστηματική ανασκόπηση [58,59]. Είναι πολύ σημαντικό να έρχεται στην επιφάνεια το συγκεκριμένο ζήτημα και στην Ελλάδα, καθώς έχει φανεί ότι αμελείται σε μεγάλο βαθμό η ψυχική υγεία της εγκύου [62]. Ειδικότερα στο ζήτημα του φόβου της γέννας, η αμέλεια μπορεί να οδηγήσει σε πολλές δυσάρεστες επιπτώσεις, τόσο για την ατομική υγεία της γυναίκας, όσο και για την υγεία της κοινωνίας [27]. Οι γυναίκες με φόβο της γέννας που δε θα αντιμετωπιστεί, μπορεί να επιλέξουν να μην κυοφορήσουν [27], οπότε αυτό μπορεί να ενισχύσει το δημογραφικό πρόβλημα [63].

Έρευνες που αφορούν τον φόβο της γέννας και την τοκοφοβία έχουν διεξαχθεί ως τώρα: στην Αυστραλία, στη Νέα Ζηλανδία, στον Καναδά, στη Σουηδία, στο Ηνωμένο Βασίλειο, στην Τουρκία, στο Ισραήλ και στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Σε πολλές από αυτές τις χώρες, ο φόβος αναφορικά με τη γέννα έχει αναγνωριστεί ως κρίσιμη

και σοβαρή κατάσταση που επηρεάζει την ψυχική υγεία περιγεννητικά και μεταγεννητικά.  
Ως εκ τούτου, έχουν ήδη προβεί σε διαδικασίες εύρεσης αντιμετώπισης του [23,27].

## Υλικό και Μέθοδος

Η έρευνα διεξάχθηκε το χρονικό διάστημα από αρχές Μαρτίου 2021 έως τέλος Μαΐου 2021. Για την εκπλήρωση των παραπάνω στόχων, χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο μέτρησης και αξιολόγησης το Childbirth Fear Questionnaire (CFQ). Το CFQ είναι πολυδιάστατο εργαλείο αξιολόγησης του φόβου, το οποίο ταυτόχρονα περιλαμβάνει και μια κλίμακα μέτρησης του βαθμού παρεμβολής του φόβου της γέννας στις καθημερινές δραστηριότητες της εγκύου. Το CFQ δίνει αρχικά, τη δυνατότητα μέτρησης συνολικού σκορ αναφορικά με τον φόβο της γέννας αυτόν καθ' αυτόν. Εκτός από αυτό, όμως, προσφέρει τη δυνατότητα μέτρησης του φόβου σε 9 διακριτούς φόβους, ως υποκλίμακες, οι οποίοι αποτελούν τον φόβο της γέννας.

Το CFQ αποτελείται από 40 ερωτήσεις, οι οποίες αποδίδονται στις 9 υποκλίμακες, που είναι οι εξής:

- 1) Ο φόβος απώλειας της σεξουαλικής ευχαρίστησης/ελκυστικότητας
- 2) Ο φόβος του πόνου από έναν κολπικό τοκετό
- 3) Ο φόβος των ιατρικών παρεμβάσεων
- 4) Ο φόβος της ντροπής
- 5) Ο φόβος να πάθει κακό το νεογέννητο
- 6) Ο φόβος της καισαρικής τομής
- 7) Ο φόβος να πεθάνει η μητέρα ή το βρέφος
- 8) Ο φόβος ανεπαρκούς αναλγησίας, και
- 9) Ο φόβος της σωματικής βλάβης έπειτα από κολπικό τοκετό.

Σε αυτό, προστέθηκαν και άλλες 4 ερωτήσεις, οι οποίες αφορούσαν τον φόβο της γέννας σχετιζόμενο με την πανδημία του COVID-19. Ως εκ τούτου, προέκυψε και μία 10<sup>η</sup> υποκλίμακα, σχετική με το αναφερόμενο αντικείμενο.

Όλες οι ερωτήσεις («Πόσο πολύ φοβάστε το ενδεχόμενο να:») απαντήθηκαν από τις γυναίκες με τη χρήση κλίμακας τύπου Likert από το 0 (= καθόλου) έως 4 (= πάρα πολύ). Έτσι, όσο υψηλότερο ήταν το σκορ, τόσο υψηλότερο ήταν και το επίπεδο του φόβου αναφορικά με τη γέννα.

Μαζί με το CFQ συμπεριλαμβανόταν και μια κλίμακα συσχετισμού του φόβου της γέννας και του αντικτύπου του στην καθημερινότητα της γυναίκας. Συγκεκριμένα, συμπεριλήφθηκαν 7 τομείς της καθημερινότητας, οι οποίοι ήταν οι εξής:

- 1) Η σχέση με τον σύντροφο
- 2) Η σχέση με την οικογένεια
- 3) Οι υπόλοιπες κοινωνικές σχέσεις ή άλλες
- 4) Η σχέση με τον ιατρό ή τη μαία
- 5) Η εργασιακή ζωή
- 6) Ο τρόπος που περνάει η γυναίκα τον ελεύθερό της χρόνο
- 7) Η διαδικασία προετοιμασίας για την υποδοχή του νεογέννητου

Σε αυτό προστέθηκε από τους συγγραφείς άλλος ένας τομέας της καθημερινότητας, ο οποίος αφορούσε τη συμβολή της πανδημίας του COVID-19 στον πιθανό φόβο της γέννας των γυναικών.

Για την σωστή διεκπεραίωση του ερευνητικού κομματιού, προηγήθηκαν πριν από όλα τα παραπάνω και ερωτήσεις σχετικές με δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, καταγωγή, τόπος διαμονής, κ.α.). Σε αυτές, προστέθηκαν ερωτήσεις που αφορούσαν τον τόκο, την ηλικία κύησης, τον τρόπο που προέκυψε η κύηση, αν είναι μονήρης ή πολύδυμη, αν υπάρχει παθολογία στην κύηση (αν ναι, τι είδους) και αν παρακολουθεί η έγκυος μαθήματα ψυχοσωματικής προετοιμασίας. Επιπλέον, για τις γυναίκες που δεν ήταν πρωτοτόκες υπήρχαν οι ερωτήσεις που αφορούσαν τον τρόπο της προηγούμενης γέννας (φυσιολογικός τοκετός, επεμβατικός, καισαρική τομή), αν είχαν γεννήσει άλλα παιδιά και πόσα, καθώς και αν είχαν προηγούμενη τραυματική εμπειρία. Οι γυναίκες ερωτήθηκαν, επίσης, αν γνωρίζουν άλλες γυναίκες με τραυματική εμπειρία κατά τη διάρκεια της γέννας τους και τους ζητήθηκε να αναφέρουν τη δική τους προτίμηση για το πως επιθυμούν να γεννήσουν μέσω μιας κλίμακας Likert 0-4 (0= ξεκάθαρη προτίμηση για καισαρική τομή, 1=η προτίμηση τείνει προς καισαρική τομή, 2=δεν υπάρχει ξεκάθαρη προτίμηση, 3=η προτίμηση τείνει προς φυσιολογικό τοκετό, 4=ξεκάθαρη προτίμηση για φυσιολογικό τοκετό).

### **Στατιστική ανάλυση**

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD), οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range=IQR) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο

συντελεστής συσχέτισης του Spearman ( $r$ ). Για τη σύγκριση μεταξύ των υποκλιμάκων φόβου χρησιμοποιήθηκε το Wilcoxon signed test. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται οι υπό μελέτη κλίμακες από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης ( $\beta$ ) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης έγινε με τη χρήση λογαριθμικών μετασχηματισμών. Η εσωτερική αξιοπιστία των ερωτηματολογίων ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's- $\alpha$ . Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

## Αποτελέσματα

Το δείγμα αποτελείται από 561 άτομα με μέση ηλικία τα 31,9 έτη (SD=4,9 έτη), τα δημογραφικά στοιχεία, στοιχεία από ιστορικό και στοιχεία για την παρούσα κύηση δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

		N	%
<b>Ηλικία, μέση τιμή (sd)</b>		31,9(4,9)	
<b>Οικογενειακή Κατάσταση:</b>	Ελεύθερη/Άγαμη	6	1,1
	Σε σχέση	61	10,9
	Παντρεμένη	490	87,3
	Χωρισμένη	4	0,7
	Χήρα	0	0,0
<b>Μορφωτικό Επίπεδο:</b>	Απόφοιτη Δημοτικού	1	0,2
	Απόφοιτη Γυμνασίου	5	0,9
	Απόφοιτη Λυκείου	138	24,6
	Κάτοχος Προπτυχιακού	238	42,4
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	168	29,9
	Κάτοχος Διδακτορικού	11	2,0
<b>Καταγωγή:</b>	Ελληνική	538	95,9
	Αλβανική	8	1,4
	Ρώσικη	1	0,2
	Άλλο	14	2,5
<b>Είστε κάτοικος:</b>	Αθηνών	201	35,8
	Θεσσαλονίκης	72	12,8
	Άλλου Μεγάλου Αστικού Κέντρου	76	13,5
	Πόλης <50.000 Κατοίκων	75	13,4
	Χωριού Ηπειρωτικής Ελλάδας	23	4,1
	Νησιού	88	15,7
	Άλλο	26	4,6
<b>Έχετε γεννήσει άλλα παιδιά;</b>		264	47,1
<b>Αν ναι, αναφέρατε αριθμό, μέση τιμή(τυπική απόκλιση)-διάμεσος(IQR)</b>		1,21(0,03)	1(1-1)
<b>Η κύηση είναι:</b>	Μονήρης (ένα έμβρυο)	550	98,0
	Δίδυμη/Τρίδυμη κ.ο.κ	11	2,0
<b>Η κύηση έχει προκύψει με:</b>	Φυσιολογική Σύλληψη	534	95,2
	Εξωσωματική Γονιμοποίηση	22	3,9
	Φαρμακευτική Υποβοήθηση Γονιμότητας	4	0,7
	Σπερματέγχυση	1	0,2
	Άλλο	0	0,0

<b>Υπάρχει κάποια παθολογία στην κύησή σας; (π.χ. διαβήτης, υψηλή αρτηριακή πίεση κ.ο.κ.)</b>		120	21,40
<b>Παρακολουθείτε μαθήματα ψυχοσωματικής προετοιμασίας;</b>	Ναι, σε δημόσια δομή	51	9,10
	Ναι, σε κέντρο ψυχοσωματικής προετοιμασίας	56	10,00
	Όχι	454	80,90

Το 87,3% των γυναικών είναι παντρεμένες και το 10,9% σε σχέση. Ακόμα, το 42,4% είναι κάτοχοι προπτυχιακού ενώ το 29,9% κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος. Η πλειονότητα των γυναικών έχει ελληνική καταγωγή (95,9%) και, τέλος, οι περισσότερες γυναίκες δήλωσαν ως τόπο κατοικίας την Αθήνα (35,8%). Το 47% των γυναικών έχουν ξαναγεννήσει. Το 98% των γυναικών έχουν μονήρη κύηση (ένα έμβρυο), η πλειονότητα αυτής έχει προκύψει με φυσιολογική σύλληψη (95,2%). Τέλος, το 21,4% των γυναικών δήλωσε ότι υπήρχε κάποια παθολογία στην κύηση τους (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, υψηλή αρτηριακή πίεση κ.ο.κ.).

Στοιχεία για ερχόμενο ή για προηγούμενους τοκετούς δίνονται παρακάτω.

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Είστε έγκυος για:</b>	1 <sup>η</sup> φορά	286	51,0
	2 <sup>η</sup> φορά	207	36,9
	3 <sup>η</sup> φορά	52	9,3
	4 <sup>η</sup> φορά	14	2,5
	5 <sup>η</sup> φορά	1	0,2
	7 <sup>η</sup> φορά	1	0,2
<b>Σε ποια εβδομάδα κύησης βρίσκεστε; μέση τιμή(τυπική απόκλιση)</b>		27,0 (9,7)	
<b>Σκοπεύετε να γεννήσετε με:</b>	Φυσιολογικό Τοκετό	392	69,9
	Καισαρική Τομή	128	22,8
	Δεν το έχω σκεφτεί ακόμα	41	7,3
<b>Παρακαλώ αναφέρατε τη δική σας προτίμηση για το πώς επιθυμείτε να γεννήσετε:</b>	Ξεκάθαρη προτίμηση για καισαρική τομή	41	7,3
	Η προτίμηση τείνει προς καισαρική τομή	42	7,5
	Δεν υπάρχει ξεκάθαρη προτίμηση	39	7,0
	Η προτίμηση τείνει προς φυσιολογικό τοκετό	60	10,7
	Ξεκάθαρη προτίμηση για φυσιολογικό τοκετό	379	67,6
<b>Αν δεν είναι η πρώτη σας εγκυμοσύνη, είχατε βιώσει τραυματικά/αρνητικά συναισθήματα κατά τη</b>	Καθόλου	83	15,0
	Ελάχιστα	68	12,3
	Μετρίως	38	6,9
	Πολύ	32	5,8

διάρκεια της προηγούμενης γέννας σας;	Πάρα πολύ	43	7,8
	Είναι η πρώτη μου εγκυμοσύνη αυτή	288	52,3
Γνωρίζετε άλλες γυναίκες που είχαν τραυματική εμπειρία από τη γέννα τους;		383	68,3

Το 51% των γυναικών είναι έγκυες για πρώτη φορά και το 36,9% είναι έγκυες για δεύτερη φορά. Επιπροσθέτως, βρίσκονται κατά μέσο όρο στην 27<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης (SD=9,7 εβδομάδες). Ακόμα, το 69,9% σκοπεύουν να γεννήσουν με φυσιολογικό τοκετό ενώ το 7,3% δεν το έχει σκεφτεί ακόμη. Το 7,3% των γυναικών ανέφερε ότι έχει ξεκάθαρη προτίμηση για καισαρική τομή και το 67,6% έχει ξεκάθαρη προτίμηση για φυσιολογικό τοκετό. Το 15% δήλωσε ότι δεν είχε βιώσει τραυματικά/αρνητικά συναισθήματα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης γέννας ενώ το 12,3% είχε βιώσει ελάχιστα, ουσιαστικά δηλαδή το 20,5%, δηλαδή 1 στις 5 γυναίκες δήλωσε ότι είχε βιώσει αρνητικά ή τραυματικά συναισθήματα στη διάρκεια της προηγούμενης γέννας. Τέλος, το 68,3% των γυναικών δήλωσε ότι γνωρίζει άλλες γυναίκες που είχαν τραυματική εμπειρία από την γέννα τους.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται οι προτίμηση των συμμετεχουσών για το πώς θα γεννήσουν.





Στον παρακάτω πίνακα δίνονται πληροφορίες προηγούμενων τοκετών για τις γυναίκες που έχουν παραπάνω από μία εγκυμοσύνη.

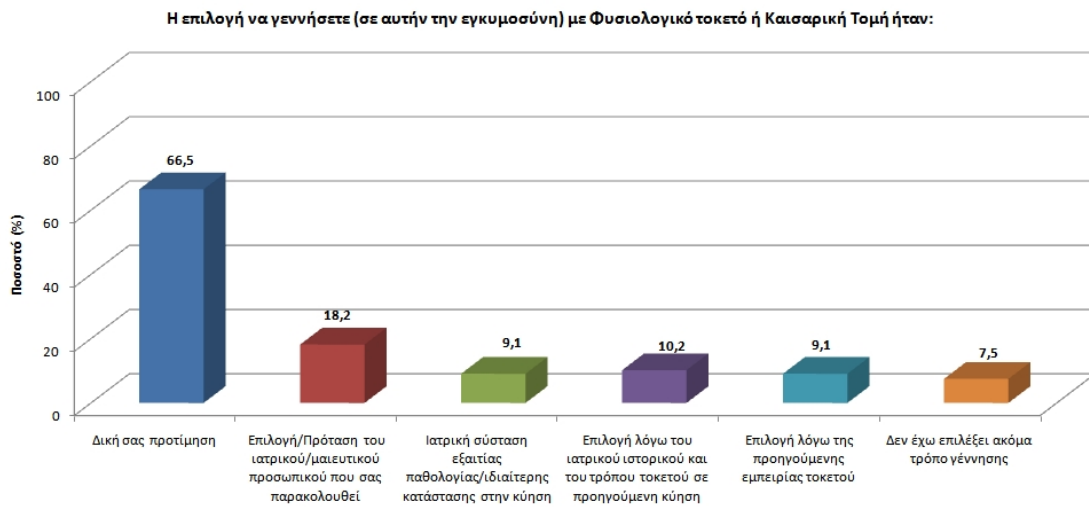
Αν δεν είναι η πρώτη σας εγκυμοσύνη, αναφέρατε τα είδη των προηγούμενων τοκετών σας:	N	%
Φυσιολογικός Τοκετός	130	49,2
Προγραμματισμένη Καισαρική Τομή	61	23,1
Επείγουσα Καισαρική Τομή	71	26,9
Κολπικός Τοκετός με αναρροφητικό εμβρυουλκό (βεντούζα)	18	6,8

Το 49,2% των γυναικών είχε φυσιολογικό τοκετό, το 23,1% μια προγραμματισμένη καισαρική τομή ενώ το 26,9% μια επείγουσα καισαρική τομή.

Στον παρακάτω πίνακα παρατηρείται ότι το 66,5% των γυναικών επέλεξαν μόνες τους πως θα γεννήσουν, είτε με φυσιολογικό τοκετό είτε με καισαρική τομή, στο 18,2% τους έγινε πρόταση επιλογής από το ιατρικό/μαιευτικό προσωπικό και στο 9,1% έγινε ιατρική σύσταση εξαιτίας παθολογίας ή ιδιαίτερης κατάστασης στην κύηση.

Η επιλογή να γεννήσετε (σε αυτήν την εγκυμοσύνη) με Φυσιολογικό τοκετό ή Καισαρική Τομή ήταν:	N	%
Δική σας προτίμηση	373	66,5
Επιλογή/Πρόταση του ιατρικού/μαιευτικού προσωπικού που σας παρακολουθεί	102	18,2
Ιατρική σύσταση εξαιτίας παθολογίας/ιδιαίτερης κατάστασης στην κύηση	51	9,1
Επιλογή λόγω του ιατρικού ιστορικού και του τρόπου τοκετού σε προηγούμενη κύηση	57	10,2
Επιλογή λόγω της προηγούμενης εμπειρίας τοκετού	51	9,1
Δεν έχω επιλέξει ακόμα τρόπο γέννησης	42	7,5

Στο παρακάτω γράφημα δίνονται οι τρόποι επιλογής τοκετού των συμμετεχουσών.



Στοιχεία για τον COVID-19 δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

		N	%
<b>Είστε θετική τη δεδομένη στιγμή με COVID-19;</b>		11	2
<b>Πόσο πολύ φοβάστε το ενδεχόμενο να βρεθείτε θετική με COVID-19, κατά τη διάρκεια της κύησης;</b>	Καθόλου	41	7,3
	Ελάχιστα	89	15,9
	Μετρίως	125	22,3
	Πολύ	141	25,1
	Πάρα πολύ	154	27,5
	Είμαι ήδη θετική	11	2

Το 2% των γυναικών δήλωσαν θετικές την δεδομένη στιγμή με COVID-19. Επίσης, το 15,9% δήλωσε ότι φοβούνται ελάχιστα το ενδεχόμενο να βρεθούν θετικές με COVID-19 κατά την διάρκεια της κύησης, το 25,1% φοβούνται πολύ και το 27,5% φοβούνται πάρα πολύ. Ουσιαστικά το 74,9% των εγκύων δήλωσε ότι φοβάται από μέτριο ως μεγάλο βαθμό το ενδεχόμενο να νοσήσουν με COVID-19 στη διάρκεια της κύησης.

### Κλίμακα Φόβου Τοκετού (Childbirth Fear Questionnaire (CFQ))

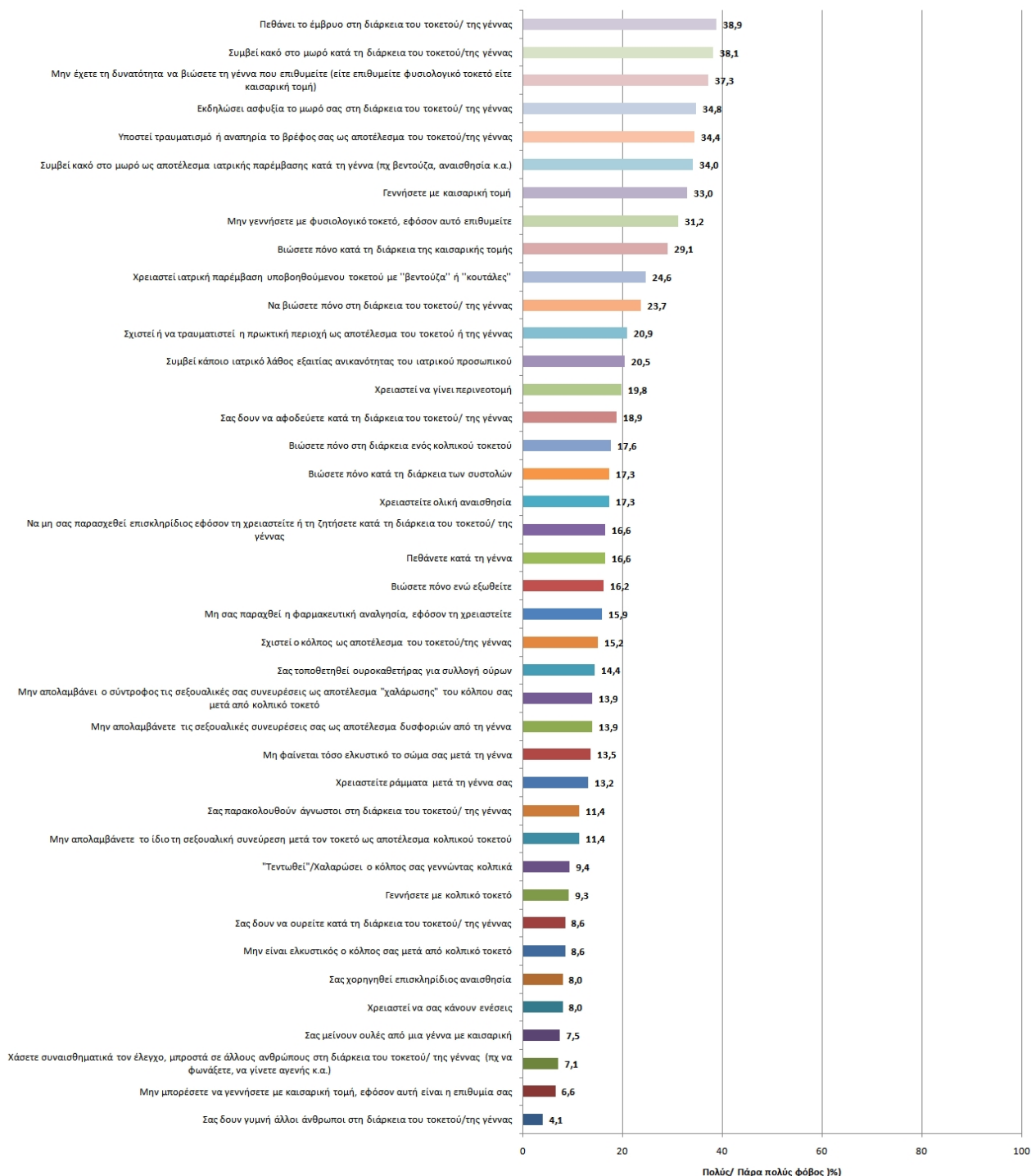
Αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχουσών στην κλίμακα CFQ δίνονται στον ακόλουθο πίνακα.

Πόσο πολύ φοβάστε το ενδεχόμενο (να):	Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ	Πολύ/ Πάρα πολύ (%)
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
Συμβεί κάποιο ιατρικό λάθος εξαιτίας ανικανότητας του ιατρικού προσωπικού	160(28,5)	173(30,8)	113(20,1)	56(10)	59(10,5)	20,5
Σχιστεί ή να τραυματιστεί η πρωκτική περιοχή ως αποτέλεσμα του τοκετού ή της γέννας	188(33,5)	137(24,4)	119(21,2)	57(10,2)	60(10,7)	20,9
Πεθάνετε κατά τη γέννα	225(40,1)	157(28)	86(15,3)	36(6,4)	57(10,2)	16,6
Χρειαστείτε ολική αναισθησία	190(33,9)	169(30,1)	105(18,7)	57(10,2)	40(7,1)	17,3
Χρειαστεί να σας κάνουν ενέσεις	300(53,5)	145(25,8)	71(12,7)	24(4,3)	21(3,7)	8,0
Υποστεί τραυματισμό ή αναπηρία το βρέφος σας ως αποτέλεσμα του τοκετού/της γέννας	119(21,2)	132(23,5)	117(20,9)	67(11,9)	126(22,5)	34,4
Σας δουν γυμνή άλλοι άνθρωποι στη διάρκεια του τοκετού/της γέννας	402(71,7)	100(17,8)	36(6,4)	14(2,5)	9(1,6)	4,1
Σχιστεί ο κόλπος ως αποτέλεσμα του τοκετού/της γέννας	209(37,3)	159(28,3)	108(19,3)	44(7,8)	41(7,3)	15,2
Συμβεί κακό στο μωρό κατά τη διάρκεια του τοκετού/της γέννας	78(13,9)	132(23,5)	137(24,4)	70(12,5)	144(25,7)	38,1
Συμβεί κακό στο μωρό ως αποτέλεσμα ιατρικής παρέμβασης κατά τη γέννα (πχ βεντούζα, αναισθησία κ.α.)	115(20,5)	139(24,8)	116(20,7)	59(10,5)	132(23,5)	34,0
Μην μπορείτε να γεννήσετε με καισαρική τομή, εφόσον αυτή είναι η επιθυμία σας	409(72,9)	73(13)	42(7,5)	15(2,7)	22(3,9)	6,6
"Τεντωθεί"/Χαλαρώσει ο κόλπος σας γεννώντας κολπικά	307(54,7)	126(22,5)	75(13,4)	34(6,1)	19(3,4)	9,4
Μην απολαμβάνετε το ίδιο τη σεξουαλική συνείρεση μετά τον τοκετό ως αποτέλεσμα κολπικού τοκετού	280(49,9)	129(23)	88(15,7)	37(6,6)	27(4,8)	11,4
Χάσετε συναισθηματικά τον έλεγχο, μπροστά σε άλλους ανθρώπους στη διάρκεια του τοκετού/ της γέννας (πχ να φωνάζετε, να γίνετε αγενής κ.α.)	317(56,5)	134(23,9)	70(12,5)	30(5,3)	10(1,8)	7,1
Μη φαίνεται τόσο ελκυστικό το σώμα σας μετά τη γέννα	233(41,5)	157(28)	95(16,9)	48(8,6)	28(5)	13,6
Εκδηλώσει ασφυξία το μωρό σας στη διάρκεια του τοκετού/ της γέννας	119(21,2)	113(20,1)	134(23,9)	68(12,1)	127(22,6)	34,8
Χρειαστεί ιατρική παρέμβαση υποβοηθούμενου τοκετού με "βεντούζα" ή "κουτάλες"	160(28,5)	140(25)	123(21,9)	63(11,2)	75(13,4)	24,6
Μη σας παραχθεί η φαρμακευτική αναλγησία, εφόσον τη χρειαστείτε	244(43,5)	128(22,8)	100(17,8)	45(8)	44(7,8)	15,8
Χρειαστεί να γίνει περινεοτομή	202(36)	145(25,8)	103(18,4)	62(11,1)	49(8,7)	19,8
Πεθάνει το έμβρυο στη διάρκεια του τοκετού/ της γέννας	128(22,8)	94(16,8)	121(21,6)	55(9,8)	163(29,1)	38,9

Σας δουν να ουρείτε κατά τη διάρκεια του τοκετού/ της γέννας	309(55,1)	134(23,9)	70(12,5)	28(5)	20(3,6)	8,6
Σας χορηγηθεί επισκληρίδιος αναισθησία	337(60,1)	104(18,5)	75(13,4)	18(3,2)	27(4,8)	8,0
Σας παρακολουθούν άγνωστοι στη διάρκεια του τοκετού/ της γέννας	298(53,1)	127(22,6)	72(12,8)	34(6,1)	30(5,3)	11,4
Μην είναι ελκυστικός ο κόλπος σας μετά από κολλικό τοκετό	329(58,6)	117(20,9)	67(11,9)	29(5,2)	19(3,4)	8,6
Σας μείνουν ουλές από μια γέννα με καισαρική	311(55,4)	129(23)	79(14,1)	21(3,7)	21(3,7)	7,5
Μην απολαμβάνετε τις σεξουαλικές συνευρέσεις σας ως αποτέλεσμα δυσφοριών από τη γέννα	212(37,8)	157(28)	114(20,3)	46(8,2)	32(5,7)	13,9
Μην απολαμβάνει ο σύντροφος τις σεξουαλικές σας συνευρέσεις ως αποτέλεσμα "χαλάρωσης" του κόλπου σας μετά από κολλικό τοκετό	245(43,7)	149(26,6)	89(15,9)	43(7,7)	35(6,2)	13,9
Χρειαστείτε ράμματα μετά τη γέννα σας	261(46,5)	137(24,4)	89(15,9)	41(7,3)	33(5,9)	13,2
Να μη σας παρασχεθεί επισκληρίδιος εφόσον τη χρειαστείτε ή τη ζητήσετε κατά τη διάρκεια του τοκετού/ της γέννας	225(40,1)	141(25,1)	102(18,2)	39(7)	54(9,6)	16,6
Να βιώσετε πόνο στη διάρκεια του τοκετού/ της γέννας	167(29,8)	146(26)	115(20,5)	59(10,5)	74(13,2)	23,7
Γεννήσετε με κολλικό τοκετό	352(62,7)	95(16,9)	62(11,1)	28(5)	24(4,3)	9,3
Σας δουν να αφοδεύετε κατά τη διάρκεια του τοκετού/ της γέννας	218(38,9)	145(25,8)	92(16,4)	61(10,9)	45(8)	18,9
Μην γεννήσετε με φυσιολογικό τοκετό, εφόσον αυτό επιθυμείτε	168(29,9)	103(18,4)	115(20,5)	71(12,7)	104(18,5)	31,2
Βιώσετε πόνο ενώ εξωθείτε	229(40,8)	129(23)	112(20)	54(9,6)	37(6,6)	16,2
Βιώσετε πόνο στη διάρκεια ενός κολλικού τοκετού	224(39,9)	132(23,5)	106(18,9)	58(10,3)	41(7,3)	17,6
Γεννήσετε με καισαρική τομή	135(24,1)	100(17,8)	141(25,1)	65(11,6)	120(21,4)	33,0
Βιώσετε πόνο κατά τη διάρκεια των συστολών	205(36,5)	152(27,1)	107(19,1)	60(10,7)	37(6,6)	17,3
Σας τοποθετηθεί ουροκαθετήρας για συλλογή ούρων	236(42,1)	123(21,9)	121(21,6)	43(7,7)	38(6,8)	14,4
Βιώσετε πόνο κατά τη διάρκεια της καισαρικής τομής	148(26,4)	128(22,8)	122(21,7)	75(13,4)	88(15,7)	29,1
Μην έχετε τη δυνατότητα να βιώσετε τη γέννα που επιθυμείτε (είτε επιθυμείτε φυσιολογικό τοκετό είτε καισαρική τομή)	96(17,1)	118(21)	138(24,6)	79(14,1)	130(23,2)	37,3

Τα ποσοστά υψηλού φόβου κυμαίνονταν από 4,1% μέχρι 38,9%. Συγκεκριμένα, το 4,1% των συμμετεχουσών φοβόταν πολύ/ πάρα πολύ να τους δουν γυμνή άλλοι άνθρωποι στη διάρκεια του τοκετού/της γέννας και το 38,9% φοβόταν πολύ/ πάρα πολύ το να Πεθάνει το έμβρυο στη διάρκεια του τοκετού/ της γέννας.

Τα υψηλά επίπεδα φόβου των συμμετεχουσών, με φθίνουσα σειρά δίνονται στο ακόλουθο γράφημα.



Επομένως, οι τέσσερις συχνότεροι φόβοι που αναφέρουν οι γυναίκες, είναι οι εξής:

- 1) Ο φόβος για το ενδεχόμενο θανάτου του εμβρύου/νεογνού κατά τη διάρκεια της γέννας, με ποσοστό συχνότητας 38,9% των συμμετεχόντων
- 2) Ο φόβος για το ενδεχόμενο να πάθει κακό το νεογέννητο κατά τη διάρκεια της γέννας, με ποσοστό συχνότητας 38,1%

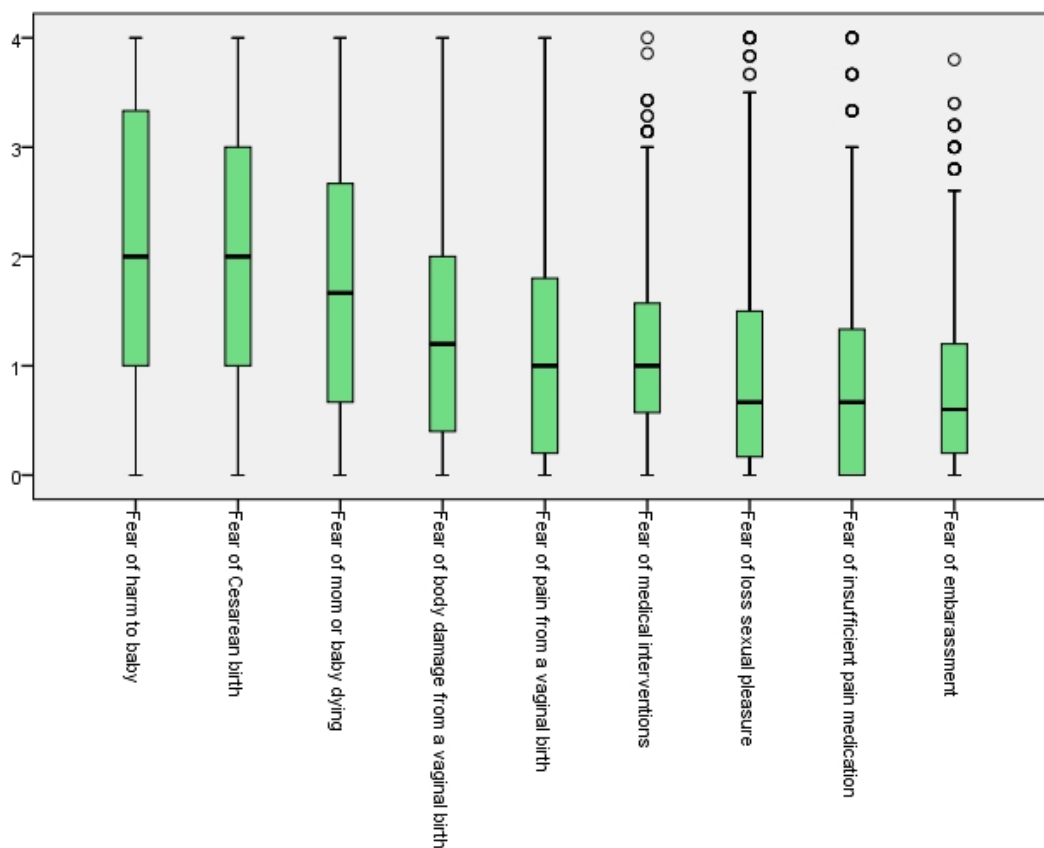
- 3) Ο φόβος για το ενδεχόμενο να μη βιώσει η γυναίκα τη γέννα με τον επιθυμητό της τρόπο, με ποσοστό συχνότητας 37,3%
- 4) Ο φόβος για το ενδεχόμενο εκδήλωσης ασφυξίας του νεογνού κατά τη διάρκεια της γέννας, με ποσοστό συχνότητας 34,8%.

Παρακάτω δίνεται ο πίνακας των περιγραφικών χαρακτηριστικών των υποκλιμάκων του CFQ, όπως και το Total CFQ Score, καθώς επίσης και ο συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν περισσότερο φόβο.

	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Μέση τιμή(SD)	Διάμεσος(ενδ. εύρος)	Cronbach's a
<b>Fear of loss sexual pleasure</b>	0,00	4,00	0,96(0,98)	0,67(1,33)	0,92
<b>Fear of pain from a vaginal birth</b>	0,00	4,00	1,17(1,09)	1,00(1,60)	0,92
<b>Fear of medical interventions</b>	0,00	4,00	1,12(0,80)	1,00(1,07)	0,79
<b>Fear of embarrassment</b>	0,00	3,80	0,81(0,81)	0,60(1,00)	0,80
<b>Fear of harm to baby</b>	0,00	4,00	1,98(1,34)	2,00(2,33)	0,93
<b>Fear of Cesarean birth</b>	0,00	4,00	1,88(1,27)	2,00(2,00)	0,86
<b>Fear of mom or baby dying</b>	0,00	4,00	1,73(1,26)	1,67(2,00)	0,86
<b>Fear of insufficient pain medication</b>	0,00	4,00	0,95(0,95)	0,67(1,33)	0,70
<b>Fear of body damage from a vaginal birth</b>	0,00	4,00	1,30(1,04)	1,20(1,60)	0,87
<b>Total CFQ Score</b>	0,00	3,45	1,23(0,75)	1,11(1,10)	0,96

Η συνολική βαθμολογία κυμαινόταν από 0 μέχρι 3,45 μονάδες, με τη μέση τιμή να είναι 1,23 μονάδες (SD=0,75 μονάδες). Ο συντελεστής αξιοπιστίας α του Cronbach σε όλες τις υποκλίμακες αλλά και στο συνολικό CFQ Score είναι άνω του αποδεκτού ορίου (0,7), επομένως υπήρξε αποδεκτή αξιοπιστία του παραπάνω ερωτηματολογίου. Ουσιαστικά οι σημαντικότεροι φόβοι που καταγράφηκαν ήταν ο φόβος μήπως συμβεί κάτι κακό στο έμβryo- νεογνό και ο φόβος για την καισαρική τομή.

Οι βαθμολογίες φόβου ανά υποκλίμακα δίνονται στο γράφημα που ακολουθεί, με φθίνουσα σειρά.



Ο φόβος να συμβεί κάτι κακό στο νεογνό ήταν σημαντικά μεγαλύτερος από το φόβο θανάτου της μητέρας ή του νεογνού ( $p < 0,001$ ), από τον φόβο για ενδεχόμενη σωματική βλάβη από το φυσιολογικό τοκετό ( $p < 0,001$ ), από το φόβο για τον πόνο από το φυσιολογικό τοκετό ( $p < 0,001$ ), από το φόβο για τις ιατρικές παρεμβάσεις ( $p < 0,001$ ), από το φόβο απώλειας της σεξουαλικής ευχαρίστησης ( $p < 0,001$ ), από το φόβο για ανεπαρκή αναλγησία ( $p < 0,001$ ) και από το φόβο της ντροπής ( $p < 0,001$ ), ενώ δεν διέφερε από τον φόβο για την καισαρική ( $p = 0,094$ ). Ο φόβος για την καισαρική ήταν σημαντικά μεγαλύτερος από το φόβο θανάτου της μητέρας ή του νεογνού ( $p = 0,027$ ), από τον φόβο για ενδεχόμενη σωματική βλάβη από το φυσιολογικό τοκετό ( $p < 0,001$ ), από το φόβο για τον πόνο από το φυσιολογικό τοκετό ( $p < 0,001$ ), από το φόβο για τις ιατρικές παρεμβάσεις ( $p < 0,001$ ), από το φόβο απώλειας της σεξουαλικής ευχαρίστησης ( $p < 0,001$ ), από το φόβο για ανεπαρκή αναλγησία ( $p < 0,001$ ) και από το φόβο της ντροπής ( $p < 0,001$ ). Ο φόβος θανάτου της μητέρας ή του νεογνού ήταν σημαντικά μεγαλύτερος από τον φόβο για ενδεχόμενη σωματική βλάβη από το φυσιολογικό τοκετό ( $p < 0,001$ ), από το φόβο για τον

πόνου από το φυσιολογικό τοκετό ( $p < 0,001$ ), από το φόβο για τις ιατρικές παρεμβάσεις ( $p < 0,001$ ), από το φόβο απώλειας της σεξουαλικής ευχαρίστησης ( $p < 0,001$ ), από το φόβο για ανεπαρκή αναλγησία ( $p < 0,001$ ) και από το φόβο της ντροπής ( $p < 0,001$ ). Ο φόβος για ενδεχόμενη σωματική βλάβη από το φυσιολογικό τοκετό ήταν σημαντικά μεγαλύτερος από το φόβο για τον πόνο από το φυσιολογικό τοκετό ( $p = 0,001$ ), από το φόβο για τις ιατρικές παρεμβάσεις ( $p < 0,001$ ), από το φόβο απώλειας της σεξουαλικής ευχαρίστησης ( $p < 0,001$ ), από το φόβο για ανεπαρκή αναλγησία ( $p < 0,001$ ) και από το φόβο της ντροπής ( $p < 0,001$ ). Ο φόβος για τον πόνο από το φυσιολογικό τοκετό ήταν σημαντικά μεγαλύτερος από το φόβο απώλειας της σεξουαλικής ευχαρίστησης ( $p < 0,001$ ), από το φόβο για ανεπαρκή αναλγησία ( $p < 0,001$ ) και από το φόβο της ντροπής ( $p < 0,001$ ), ενώ δεν διέφερε σημαντικά από το φόβο για τις ιατρικές παρεμβάσεις ( $p = 0,367$ ). Ο φόβος τις ιατρικές παρεμβάσεις ήταν σημαντικά μεγαλύτερος από το φόβο απώλειας της σεξουαλικής ευχαρίστησης ( $p < 0,001$ ), από το φόβο για ανεπαρκή αναλγησία ( $p < 0,001$ ) και από το φόβο της ντροπής ( $p < 0,001$ ). Ο φόβος της ντροπής ήταν σημαντικά μικρότερος από το φόβο για ανεπαρκή αναλγησία ( $p = 0,003$ ) και από το φόβο απώλειας της σεξουαλικής ευχαρίστησης ( $p < 0,001$ ). Ο φόβος για ανεπαρκή αναλγησία ήταν παρόμοιος με το φόβο απώλειας της σεξουαλικής ευχαρίστησης ( $p = 0,911$ ).



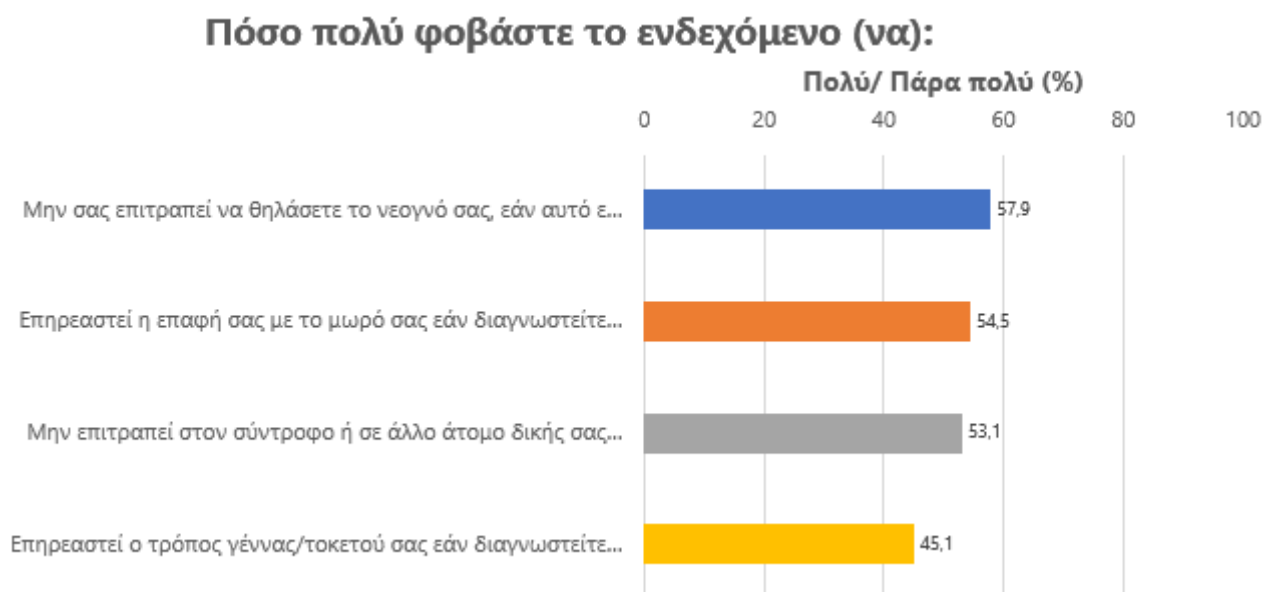
## Κλίμακα επίδρασης του COVID-19

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται τα στοιχεία που αφορούν την επίδραση του COVID-19 στη ζωή των συμμετεχουσών.

Πόσο πολύ φοβάστε το ενδεχόμενο (να):	Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ	Πολύ/ Πάρα πολύ (%)
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
Επηρεαστεί ο τρόπος γέννας/τοκετού σας εάν διαγνωστείτε θετική σε COVID-19 κατά τη διάρκεια του τοκετού/γέννας σας	81(14,4)	81(14,4)	146(26)	91(16,2)	162(28,9)	45,1
Μην σας επιτραπεί να θηλάσετε το νεογνό σας, εάν αυτό επιθυμείτε, εάν διαγνωστείτε θετική με COVID-19 κατά τη διάρκεια του τοκετού/της γέννας σας	56(10)	59(10,5)	140(25)	89(15,9)	217(38,7)	57,9
Επηρεαστεί η επαφή σας με το μωρό σας εάν διαγνωστείτε θετική σε COVID-19 κατά τη διάρκεια του τοκετού/της γέννας σας	49(8,7)	66(11,8)	121(21,6)	85(15,2)	240(42,8)	54,5
Μην επιτραπεί στον σύντροφο ή σε άλλο άτομο δικής σας προτίμησης να βρίσκεται στην αίθουσα τοκετού ενώ γεννάτε, εξαιτίας του COVID-19	73(13)	66(11,8)	124(22,1)	92(16,4)	206(36,7)	53,1

Το 45,1% των γυναικών φαίνεται να φοβάται πολύ/πάρα πολύ το ενδεχόμενο να επηρεαστεί ο τρόπος γέννας τους αν διαγνωστούν θετικές με COVID-19 κατά την διάρκεια της γέννας. Επίσης, το 57,9% φοβάται πολύ/πάρα πολύ το ενδεχόμενο να μην τους επιτραπεί να θηλάσουν το νεογνό εάν διαγνωστούν θετικές με COVID-19. Ακόμα, το 54,5% των γυναικών φοβάται πολύ/πάρα πολύ να επηρεαστεί η επαφή με το νεογνό εάν διαγνωστούν θετικές ενώ το 53,1% φοβάται πολύ/πάρα πολύ να Μην επιτραπεί στον σύντροφο ή σε άλλο άτομο δικής σας προτίμησης να βρίσκεται στην αίθουσα τοκετού ενώ γεννάει, εξαιτίας του COVID-19.

Τα υψηλά επίπεδα φόβου επίδρασης του COVID-19 των συμμετεχουσών, με φθίνουσα σειρά δίνονται στο ακόλουθο γράφημα.



Οι ερωτήσεις του παραπάνω πίνακα αθροίστηκαν και το άθροισμά τους διαιρέθηκε με το πλήθος τους. Έτσι προέκυψε η βαθμολογία της επίδρασης του φόβου για τον COVID-19 στην ποιότητα ζωής, η οποία δίνεται στον πίνακα που ακολουθεί.

	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Μέση τιμή(SD)	Διάμεσος(ενδ. εύρος)	Cronbach's a
<b>Κλίμακα επίδρασης του Covid-19</b>	0	4	2,54(1,22)	2,75(1,75-3,75)	0,91

Η μέση βαθμολογία της επίδρασης του COVID-19 είναι 2,54 μονάδες (SD=1,22 μονάδες). Ο συντελεστής αξιοπιστίας  $\alpha$  του Cronbach ήταν 0,91, άρα αφού ήταν άνω του αποδεκτού ορίου (0,7), υπήρξε αποδεκτή αξιοπιστία της συγκεκριμένης κλίμακας.

## Κλίμακα Επίδρασης του Φόβου στην Ποιότητα Ζωής

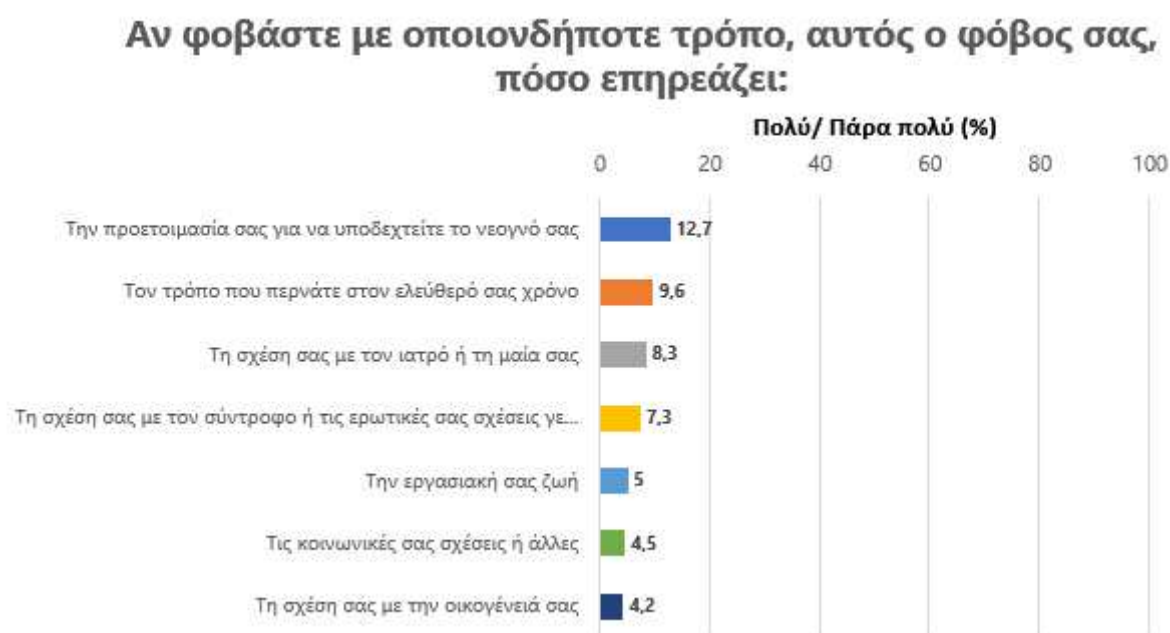
Παρακάτω δίνονται τα στοιχεία που αφορούν στον φόβο επίδρασης της ποιότητας ζωής.

Αν φοβάστε με οποιονδήποτε τρόπο να γεννήσετε, αυτός ο φόβος σας, πόσο επηρεάζει:	Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ	Πολύ/ Πάρα πολύ (%)
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
Τη σχέση σας με τον σύντροφο ή τις ερωτικές σας σχέσεις γενικότερα	275(49)	170(30,3)	75(13,4)	21(3,7)	20(3,6)	7,3
Τη σχέση σας με την οικογένειά σας	342(61)	138(24,6)	57(10,2)	17(3)	7(1,2)	4,2
Τις κοινωνικές σας σχέσεις ή άλλες	359(64)	131(23,4)	46(8,2)	19(3,4)	6(1,1)	4,5
Τη σχέση σας με τον ιατρό ή τη μαία σας	310(55,3)	127(22,6)	77(13,7)	26(4,6)	21(3,7)	8,3
Την εργασιακή σας ζωή	364(64,9)	111(19,8)	58(10,3)	17(3)	11(2)	5,0
Τον τρόπο που περνάτε στον ελεύθερό σας χρόνο	276(49,2)	153(27,3)	78(13,9)	35(6,2)	19(3,4)	9,6
Την προετοιμασία σας για να υποδεχτείτε το νεογνό σας	259(46,2)	147(26,2)	84(15)	38(6,8)	33(5,9)	12,7

Τα επίπεδα υψηλή επίδρασης του φόβου κυμαίνονταν από 4,2% μέχρι 12,7%.

Συγκεκριμένα, το 4,2% θεωρούσε ότι ο φόβος για τη γέννα έχει επιδράσει πολύ/ πάρα πολύ τη σχέση με την οικογένειά τους και το 12,7% ότι έχει επηρεάσει πολύ/ πάρα πολύ την προετοιμασία τους για να υποδεχτείτε το νεογνό τους.

Τα υψηλά επίπεδα επίδρασης του φόβου στην ποιότητα ζωής των συμμετεχουσών, με φθίνουσα σειρά δίνονται στο ακόλουθο γράφημα.



Οι ερωτήσεις του παραπάνω πίνακα αθροίστηκαν και το άθροισμά τους διαιρέθηκε με το πλήθος τους. Έτσι προέκυψε η βαθμολογία της επίδρασης του φόβου στην ποιότητα ζωής, η οποία δίνεται στον πίνακα που ακολουθεί.

	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή	Μέση τιμή(SD)	Διάμεσος(IQR)	Cronbach's a
<b>Κλίμακα επίδρασης του φόβου στην ποιότητα ζωής</b>	0,00	3,88	0,89(0,77)	0,63(0,25-1,32)	0,87

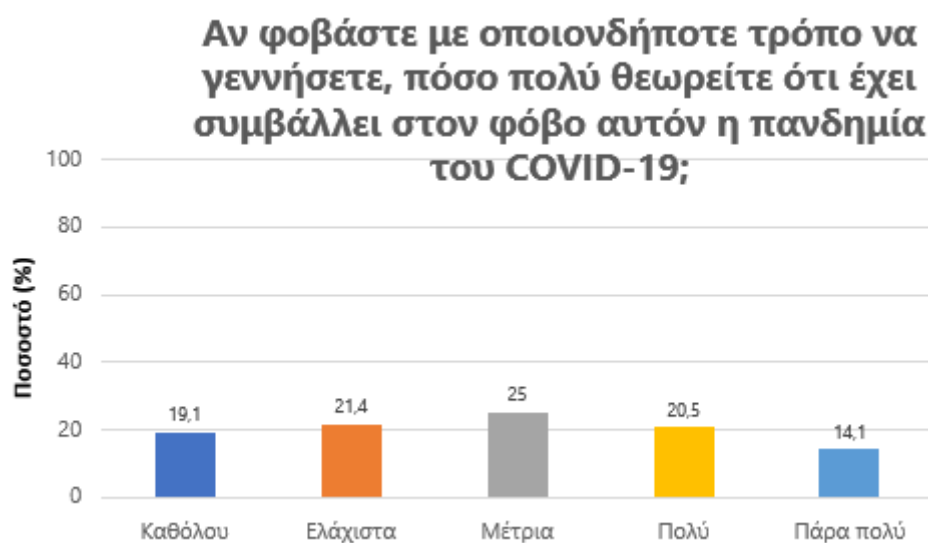
Η μέση βαθμολογία της επίδρασης του φόβου στην ποιότητα ζωής είναι 0,89 μονάδες (SD=0,77 μονάδες). Ο συντελεστής αξιοπιστίας  $\alpha$  του Cronbach ήταν 0,87, άρα αφού ήταν άνω του αποδεκτού ορίου (0,7), υπήρξε αποδεκτή αξιοπιστία της συγκεκριμένης κλίμακας.

Το επίπεδο συμβολής της πανδημίας του Covid-19 στον φόβο των συμμετεχουσών για να γεννήσουν δίνεται στον πίνακα που ακολουθεί.

	Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ	Πολύ/ Πάρα πολύ (%)
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
<b>Αν φοβάστε με οποιονδήποτε τρόπο να γεννήσετε, πόσο πολύ θεωρείτε ότι έχει συμβάλει στον φόβο αυτόν η πανδημία του COVID-19;</b>	107(19,1)	120(21,4)	140(25)	115(20,5)	79(14,1)	34,6

Το 34,6% των συμμετεχουσών θεωρούσε ότι έχει συμβάλει πολύ/ πάρα πολύ η πανδημία στον φόβο που είχαν για να γεννήσουν.

Το επίπεδο συμβολής της πανδημίας του Covid-19 στον φόβο των συμμετεχουσών για να γεννήσουν δίνεται στο γράφημα που ακολουθεί.



**Συσχετίσεις μεταξύ των υπό μελέτη κλιμάκων**

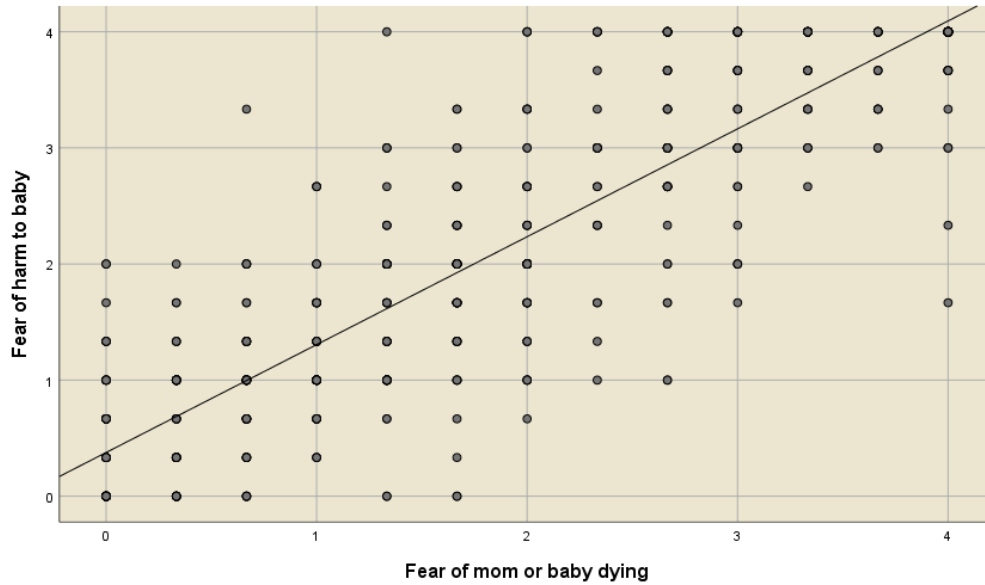
Στον ακόλουθο πίνακα δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman μεταξύ των υποκλιμάκων που έχουν δημιουργηθεί βάσει του CFQ.

	<b>Fear of pain from a vaginal birth</b>	<b>Fear of medical interventions</b>	<b>Fear of embarrassment</b>	<b>Fear of harm to baby</b>	<b>Fear of Cesarean birth</b>	<b>Fear of mom or baby dying</b>	<b>Fear of insufficient pain medication</b>	<b>Fear of body damage from a vaginal birth</b>	<b>Total CFQ Score</b>
<b>Fear of Loss Sexual Pleasure</b>	0,58	0,48	0,57	0,36	0,31	0,35	0,50	0,61	0,71
<b>Fear of pain from a vaginal birth</b>	1,00	0,48	0,54	0,34	0,24	0,34	0,60	0,56	0,69
<b>Fear of medical interventions</b>		1,00	0,53	0,55	0,57	0,56	0,54	0,60	0,81
<b>Fear of embarrassment</b>			1,00	0,35	0,35	0,34	0,47	0,56	0,68
<b>Fear of harm to baby</b>				1,00	0,37	0,87	0,47	0,58	0,74
<b>Fear of Cesarean birth</b>					1,00	0,34	0,30	0,48	0,6
<b>Fear of mom or baby dying</b>						1,00	0,51	0,55	0,72
<b>Fear of insufficient pain medication</b>							1,00	0,60	0,72
<b>Fear of body damage from a vaginal birth</b>								1,00	0,85

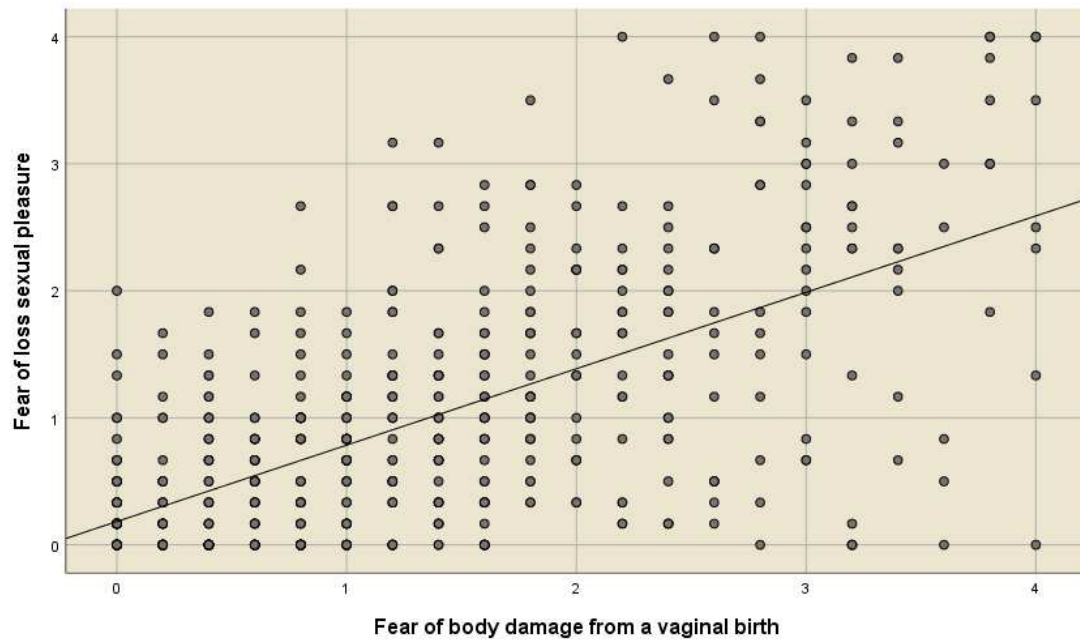
*Σημείωση. Όλοι οι συντελεστές συσχέτισης ήταν σημαντικοί με  $p < 0,001$*

Γενικότερα, οι περισσότερες συσχετίσεις ήταν θετικές. Συνεπώς, όσο περισσότερος ήταν ο φόβος για ένα θέμα τόσο περισσότερος ήταν και για όλα τα υπόλοιπα αλλά και συνολικά.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση των υποκλιμάκων «Fear of harm to baby» και «Fear of mom or baby dying».

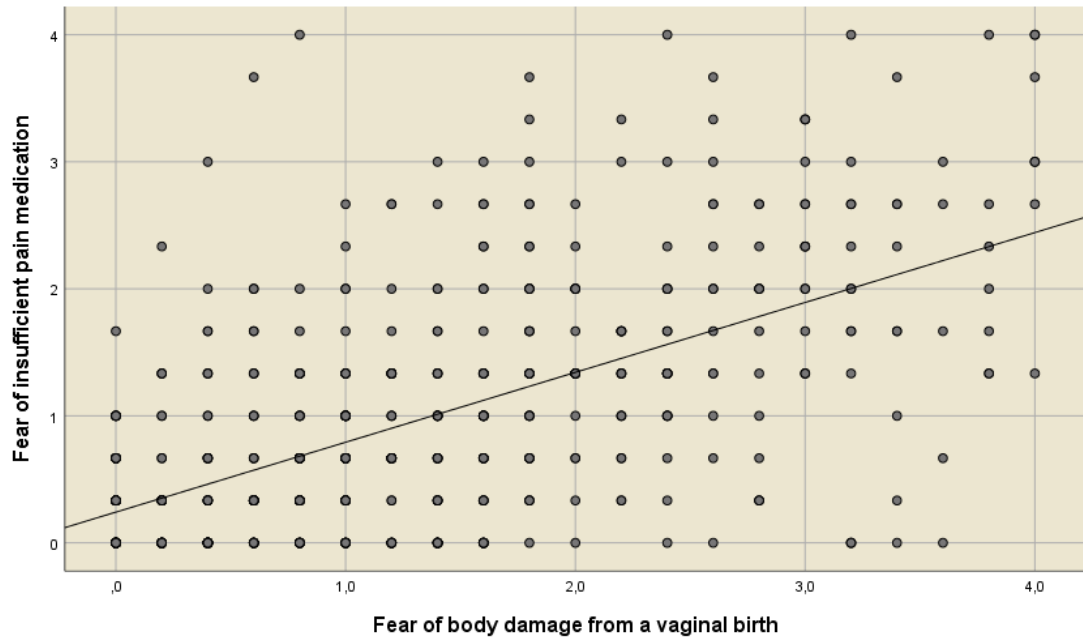


Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση των υποκλιμάκων «Fear of loss sexual pleasure» και «Fear of body damage from a vaginal birth».

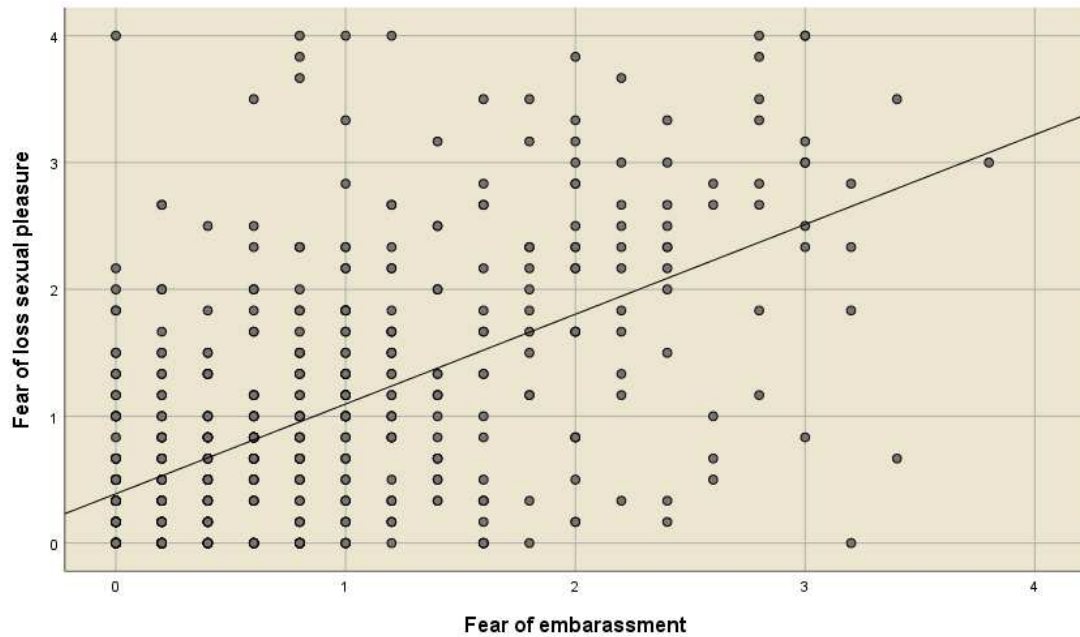




Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση των υποκλιμάκων «Fear of insufficient medication» και «Fear of body damage from a vaginal birth».



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση των υποκλιμάκων «Fear of loss sexual pleasure» και «Fear of embarrassment».



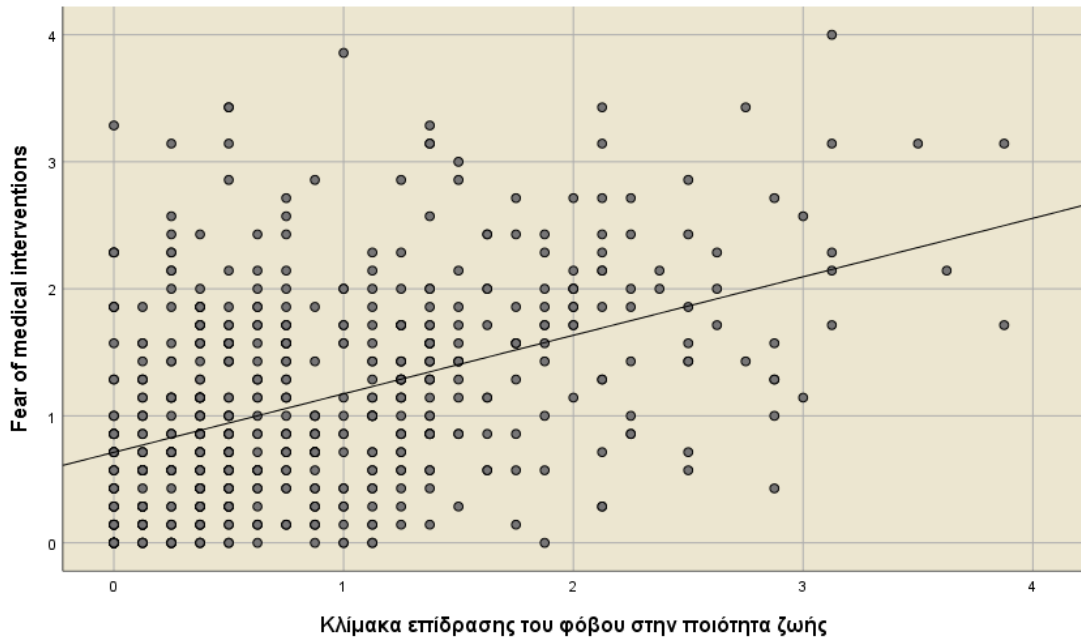
Στον ακόλουθο πίνακα δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman της κλίμακας επίδρασης φόβου στην ποιότητα ζωής με τις διαστάσεις του φόβου γέννησης βάσει του CFQ.

	Κλίμακα επίδρασης του φόβου στην ποιότητα ζωής
<b>Fear of loss sexual pleasure</b>	0,32
<b>Fear of pain from a vaginal birth</b>	0,32
<b>Fear of medical interventions</b>	0,43
<b>Fear of embarrassment</b>	0,33
<b>Fear of harm to baby</b>	0,29
<b>Fear of Cesarean birth</b>	0,27
<b>Fear of mom or baby dying</b>	0,35
<b>Fear of insufficient pain medication</b>	0,34
<b>Fear of body damage from a vaginal birth</b>	0,34
<b>Total CFQ Score</b>	0,44

*Σημείωση. Όλοι οι συντελεστές συσχέτισης ήταν σημαντικοί με  $p < 0,001$*

Γενικότερα, όλες οι συσχετίσεις που παρατηρήθηκαν ήταν θετικές. Μεγαλύτερη επίδραση του φόβου στην ποιότητα ζωής σχετιζόταν με μεγαλύτερο φόβο σε όλες τις διαστάσεις αλλά και συνολικά.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της κλίμακας επίδρασης του φόβου στην ποιότητα ζωής με την κλίμακα «Fear of medical interventions».



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση της κλίμακας επίδρασης του φόβου στην ποιότητα ζωής με την κλίμακα «Fear of mom or baby dying».



Παρακάτω δίνεται το γράφημα της συσχέτισης της κλίμακας επίδρασης του φόβου στην ποιότητα ζωής με την κλίμακα «Fear of body damage from a vaginal birth».



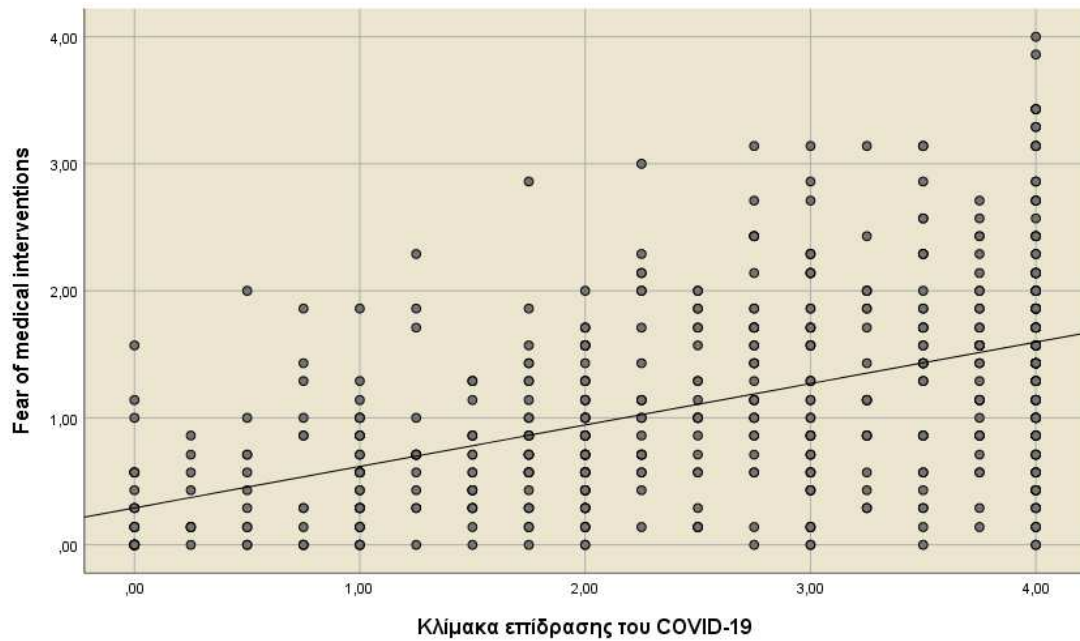
Στον ακόλουθο πίνακα δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman της κλίμακας επίδρασης COVID-19 με τις διαστάσεις του φόβου γέννησης βάσει του CFQ.

	<b>Κλίμακα επίδρασης του COVID-19</b>
<b>Fear of Loss Sexual Pleasure</b>	0,28
<b>Fear of pain from a vaginal birth</b>	0,22
<b>Fear of medical interventions</b>	0,50
<b>Fear of embarrassment</b>	0,32
<b>Fear of harm to baby</b>	0,46
<b>Fear of Cesarean birth</b>	0,57
<b>Fear of mom or baby dying</b>	0,46
<b>Fear of insufficient pain medication</b>	0,29
<b>Fear of body damage from a vaginal birth</b>	0,40
<b>Total CFQ Score</b>	0,54

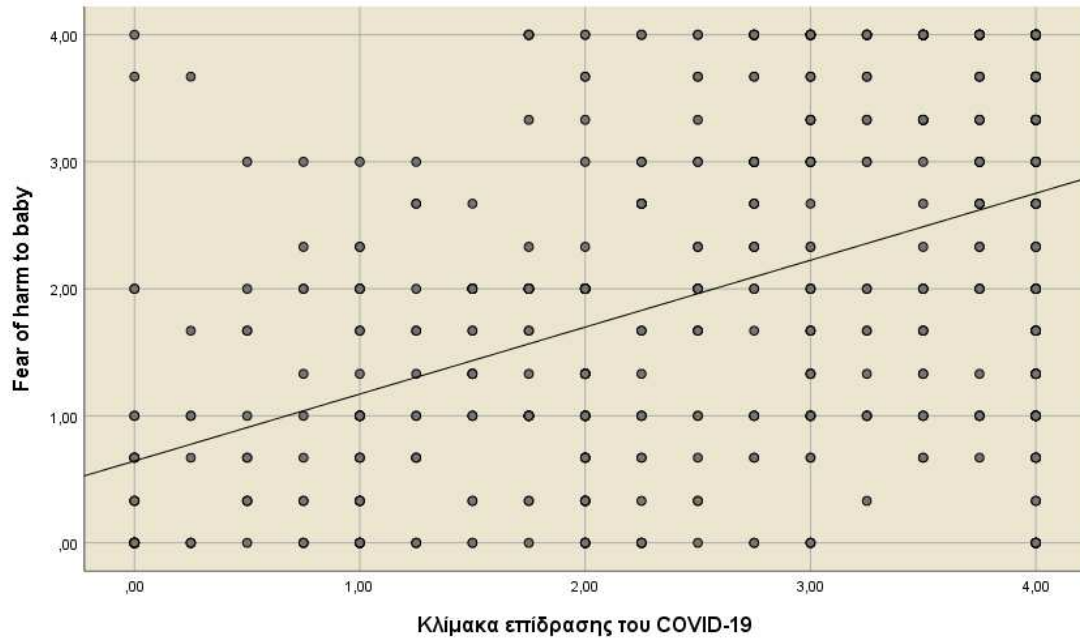
Σημείωση. Όλοι οι συντελεστές συσχέτισης ήταν σημαντικοί με  $p < 0,001$

Γενικότερα, όλες οι συσχετίσεις που παρατηρήθηκαν ήταν θετικές. Συνεπώς, μεγαλύτερη επίδραση του COVID-19 σχετιζόταν με σημαντικά μεγαλύτερο φόβο σε όλα τα θέματα αλλά και συνολικά.

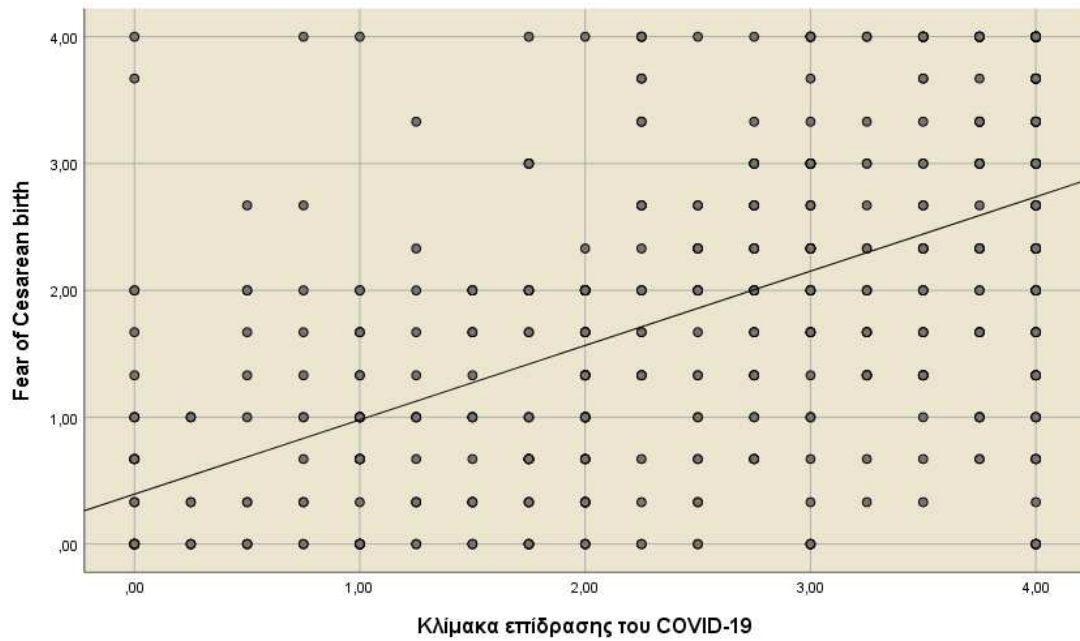
Παρακάτω δίνεται το γράφημα της συσχέτισης της κλίμακας επίδρασης COVID-19 με την κλίμακα «Fear of medical interventions».



Παρακάτω δίνεται το γράφημα της συσχέτισης της κλίμακας επίδρασης COVID-19 με την κλίμακα «Fear of harm to baby».



Παρακάτω δίνεται το γράφημα της συσχέτισης της κλίμακας επίδρασης COVID-19 με την κλίμακα «Fear of Cesarean birth».



**Πολυπαραγοντικές αναλύσεις για τις υποκλίμακες της κλίμακας Φόβου Τοκετού (Child birth Fear Questionnaire (CFQ))**

Πραγματοποιήθηκαν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις με εξαρτημένες μεταβλητές τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου CFQ. Σαν ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, τα στοιχεία που αφορούν το ιστορικό γεννήσεων των γυναικών, την παρούσα κύηση, τον προηγούμενο και τον ερχόμενο τοκετό. Οι αναλύσεις έγιναν με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) και χρησιμοποιήθηκαν λογαριθμικοί μετασχηματισμοί. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων δίνονται παρακάτω.

➤ Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Fear of loss of sexual pleasure»:

		<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>P</b>
<b>Έχετε γεννήσει άλλα παιδιά;</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,10	0,02	<b>&lt;0,001</b>
<b>Αν φοβάστε με οποιονδήποτε τρόπο να γεννήσετε, πόσο πολύ θεωρείτε ότι έχει συμβάλει στον φόβο αυτόν η πανδημία του COVID-19;</b>		0,02	0,01	<b>0,016</b>

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Το αν είχαν γεννήσει άλλα παιδιά αλλά και η συμβολή της πανδημίας του COVID-19 στον φόβο γέννησης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση της μεταβλητής «Fear of Loss Sexual Pleasure». Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες που έχουν ξανά γεννήσει είχαν μικρότερη βαθμολογία στην διάσταση «Fear of Loss Sexual Pleasure», υποδηλώνοντας μικρότερο φόβο.
- Όσο μεγαλύτερη η βαθμολογία στον φόβο γέννησης λόγω της συμβολής του COVID-19, τόσο μεγαλύτερη η βαθμολογία στην διάσταση «Fear of Loss Sexual Pleasure».

➤ Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Fear of pain from a vaginal birth»:

		<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>P</b>
Έχετε γεννήσει άλλα παιδιά;	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,12	0,02	<b>&lt;0,001</b>
<b>Η επιλογή να γεννήσετε (σε αυτήν την εγκυμοσύνη) με Φυσιολογικό τοκετό ή Καισαρική Τομή ήταν:</b>	Δική σας προτίμηση (αναφορά)			
	Επιλογή/Πρόταση του ιατρικού/μαιευτικού προσωπικού που σας παρακολουθεί	0,02	0,02	0,462
	Ιατρική σύσταση εξαιτίας παθολογίας/ιδιαίτερης κατάστασης στην κύηση	-0,04	0,03	0,272
	Επιλογή λόγω του ιατρικού ιστορικού και του τρόπου τοκετού σε προηγούμενη κύηση	-0,04	0,03	0,270
	Επιλογή λόγω της προηγούμενης εμπειρίας τοκετού	0,07	0,03	<b>0,035</b>
	Δεν έχω επιλέξει ακόμα τρόπο γέννησης	0,08	0,03	<b>0,029</b>
<b>Βαθμός προτίμησης τοκετού με φυσιολογικό τρόπο</b>		-0,02	0,01	<b>0,006</b>

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Το αν είχαν γεννήσει άλλα παιδιά, η επιλογή του τρόπου γέννησης αλλά και η προτίμηση της κάθε γυναίκας για το πως θα γεννήσει φαίνεται να σχετίζονται ανεξάρτητα με την διάσταση της μεταβλητής «Fear of Pain from a Vaginal Birth». Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες που έχουν ξανά γεννήσει είχαν μικρότερη βαθμολογία στην διάσταση «Fear of Pain from a Vaginal Birth», υποδηλώνοντας μικρότερο φόβο.
- Οι γυναίκες που δεν έχουν επιλέξει ακόμα τρόπο γέννησης, είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία σε σχέση με αυτές που είχαν επιλέξει τρόπο γέννησης μόνες τους.
- Οι γυναίκες που η επιλογή τρόπου γέννησης τους βασιζόταν σε προηγούμενη εμπειρία τοκετού είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην διάσταση «Fear of Pain from a Vaginal Birth» σε σχέση με αυτές που είχαν επιλέξει μόνες τους.
- Όσο πιο ξεκάθαρα προτιμούν να γεννήσουν με φυσιολογικό τρόπο, τόσο μικρότερη η βαθμολογία στην διάσταση «Fear of Pain from a Vaginal Birth».



➤ Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Fear of medical interventions»:

		<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>P</b>
Σε ποια εβδομάδα κύησης βρίσκεστε;		-0,002	0,001	<b>0,013</b>
Έχετε γεννήσει άλλα παιδιά;	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,03	0,01	<b>0,021</b>
Αν φοβάστε με οποιονδήποτε τρόπο να γεννήσετε, πόσο πολύ θεωρείτε ότι έχει συμβάλει στον φόβο αυτόν η πανδημία του COVID-19;		0,02	0,01	<b>&lt;0,001</b>

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Το αν είχαν γεννήσει άλλα παιδιά, η εβδομάδα κύησης που βρίσκονται αλλά και η συμβολή της πανδημίας του COVID-19 στον φόβο γέννησης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση της μεταβλητής «Fear of medical interventions».

Συγκεκριμένα:

- Όσο μεγαλύτερη η εβδομάδα κύησης που βρίσκεται η γυναίκα, τόσο μικρότερη η βαθμολογία στην διάσταση «Fear of medical interventions», υποδηλώνοντας μικρότερο φόβο.
- Οι γυναίκες που έχουν ξανά γεννήσει είχαν μικρότερη βαθμολογία στην διάσταση «Fear of medical interventions».
- Όσο μεγαλύτερη η βαθμολογία στον φόβο γέννησης λόγω της συμβολής του COVID-19, τόσο μεγαλύτερη η βαθμολογία στην διάσταση «Fear of medical interventions».

➤ Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Fear of embarrassment»:

		<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>P</b>
Έχετε γεννήσει άλλα παιδιά;	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,06	0,02	<b>&lt;0,001</b>
Ηλικία (έτη)		-0,003	0,002	<b>0,030</b>
Αν φοβάστε με οποιονδήποτε τρόπο να γεννήσετε, πόσο πολύ θεωρείτε ότι έχει συμβάλει στον φόβο αυτόν η πανδημία του COVID-19;		0,02	0,01	<b>0,006</b>

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Το αν είχαν γεννήσει άλλα παιδιά, η ηλικία (έτη) αλλά και η συμβολή της πανδημίας του COVID-19 στον φόβο γέννησης βρέθηκαν να σχετίζονται με τη διάσταση της μεταβλητής «Fear of embarrassment». Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες που έχουν ξανά γεννήσει είχαν μικρότερη βαθμολογία στην διάσταση «Fear of embarrassment», υποδηλώνοντας λιγότερο φόβο.
- Όσο μεγαλύτερη η ηλικία (έτη) των γυναικών, τόσο μικρότερη η βαθμολογία στην διάσταση «Fear of embarrassment».
- Όσο μεγαλύτερη η βαθμολογία στον φόβο γέννησης λόγω της συμβολής του COVID-19, τόσο μεγαλύτερη η βαθμολογία στην διάσταση «Fear of embarrassment».

➤ Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Fear of harm to baby»:

		<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>P</b>
<b>Ηλικία (έτη)</b>		-0,01	0,00	<b>0,012</b>
<b>Υπάρχει κάποια παθολογία στην κύησή σας;</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,06	0,02	<b>0,007</b>
<b>Η επιλογή να γεννήσετε (σε αυτήν την εγκυμοσύνη) με Φυσιολογικό τοκετό ή Καισαρική Τομή ήταν:</b>	Δική σας προτίμηση (αναφορά)			
	Επιλογή/Πρόταση του ιατρικού/μαιευτικού προσωπικού που σας παρακολουθεί	-0,02	0,03	0,482
	Ιατρική σύσταση εξαιτίας παθολογίας/ιδιαίτερης κατάστασης στην κύηση	-0,07	0,03	<b>0,047</b>
	Επιλογή λόγω του ιατρικού ιστορικού και του τρόπου τοκετού σε προηγούμενη κύηση	0,01	0,03	0,812
	Επιλογή λόγω της προηγούμενης εμπειρίας τοκετού	0,03	0,03	0,431
	Δεν έχω επιλέξει ακόμα τρόπο γέννησης	0,04	0,04	0,305
<b>Αν φοβάστε με οποιονδήποτε τρόπο να γεννήσετε, πόσο πολύ θεωρείτε ότι έχει συμβάλει στον φόβο αυτόν η πανδημία του COVID-19;</b>		0,03	0,01	<b>&lt;0,001</b>

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Η ηλικία (έτη), η ύπαρξη παθολογίας στην κύηση, η επιλογή του τρόπου γέννησης αλλά και η συμβολή της πανδημίας του COVID-19 στον φόβο γέννησης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση της μεταβλητής «Fear of harm to baby».

Συγκεκριμένα:

- Όσο μεγαλύτερη η ηλικία, τόσο μικρότερη η βαθμολογία στην διάσταση «Fear of harm to baby», υποδηλώνοντας λιγότερο φόβο.

- Οι γυναίκες που έχουν κάποια παθολογία στην κύηση τους έχουν μεγαλύτερη βαθμολογία στην διάσταση «Fear of harm to baby» σε σχέση με αυτές που δεν έχουν.
- Οι γυναίκες, στις οποίες η επιλογή γέννησης έγινε με Ιατρική σύσταση εξαιτίας παθολογίας/ιδιαιτέρας κατάστασης στην κύηση έχουν μικρότερη βαθμολογία στην διάσταση «Fear of harm to baby» σε σχέση με τις γυναίκες που επέλεξαν μόνες τους τον τρόπο που θα γεννήσουν.
- Όσο μεγαλύτερη η βαθμολογία στον φόβο γέννησης λόγω της συμβολής του COVID-19, τόσο μεγαλύτερη η βαθμολογία στην διάσταση «Fear of harm to baby».

➤ Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Fear of Cesarean birth»:

	<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>P</b>
<b>Βαθμός προτίμησης τοκετού με φυσιολογικό τρόπο</b>	0,07	0,01	<b>&lt;0,001</b>
<b>Γνωρίζετε άλλες γυναίκες που είχαν τραυματική εμπειρία από τη γέννα τους;</b>			
	Όχι (αναφορά)		
	Ναι	0,05	<b>0,012</b>
<b>Αν φοβάστε με οποιονδήποτε τρόπο να γεννήσετε, πόσο πολύ θεωρείτε ότι έχει συμβάλει στον φόβο αυτόν η πανδημία του COVID-19;</b>	0,02	0,01	<b>0,003</b>

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Η επιθυμία του τρόπου γέννησης, η γνώση για τραυματική εμπειρία από την γέννα άλλων γυναικών αλλά και η συμβολή της πανδημίας του COVID-19 στον φόβο γέννησης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση της μεταβλητής «Fear of Cesarean birth». Συγκεκριμένα:

- Όσο πιο ξεκάθαρα προτιμούν να γεννήσουν με φυσιολογικό τρόπο, τόσο μεγαλύτερη ήταν η βαθμολογία στην διάσταση «Fear of Cesarean Birth», υποδηλώνοντας περισσότερο φόβο.
- Οι γυναίκες που γνωρίζουν άλλες γυναίκες οι οποίες είχαν τραυματική εμπειρία από την γέννα τους έχουν μεγαλύτερη βαθμολογία στην διάσταση «Fear of Cesarean Birth» σε σχέση με αυτές που δεν γνωρίζουν.  
Όσο μεγαλύτερη η βαθμολογία στον φόβο γέννησης λόγω της συμβολής του COVID-19, τόσο μεγαλύτερη η βαθμολογία στην διάσταση «Fear of Cesarean Birth».

➤ Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Fear of mom or baby dying»:

		<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>P</b>
<b>Αν φοβάστε με οποιονδήποτε τρόπο να γεννήσετε, πόσο πολύ θεωρείτε ότι έχει συμβάλει στον φόβο αυτόν η πανδημία του COVID-19;</b>		0,03	0,01	<b>&lt;0,001</b>
<b>Η κύηση έχει προκύψει με:</b>	Φυσιολογική Σύλληψη (αναφορά)			
	Εξωσωματική/Φαρμακευτική	-0,11	0,04	<b>0,008</b>
	Υποβοήθηση/Σπερματέγχυση/Άλλο			
<b>Υπάρχει κάποια παθολογία στην κύησά σας;</b>	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	0,07	0,02	<b>0,003</b>
<b>Σε ποια εβδομάδα κύησης βρίσκεστε;</b>		-0,002	0,001	<b>0,028</b>

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Η συμβολή της πανδημίας του COVID-19 στον φόβο γέννησης, ο τρόπος που έχει προκύψει η κύηση, η ύπαρξη παθολογίας στην κύηση αλλά και η εβδομάδα κύησης που βρίσκονται οι γυναίκες βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση της μεταβλητής «Fear of mom or baby dying». Συγκεκριμένα:

- Όσο μεγαλύτερη η βαθμολογία στον φόβο γέννησης λόγω της συμβολής του COVID-19, τόσο μεγαλύτερη η βαθμολογία στην διάσταση «Fear of mom or baby dying» υποδηλώνοντας περισσότερο φόβο.
- Οι γυναίκες, στις οποίες η κύηση έχει προκύψει με Εξωσωματική/ Φαρμακευτική Υποβοήθηση/ Σπερματέγχυση/ Άλλο, έχουν μικρότερη βαθμολογία στην διάσταση «Fear of mom or baby dying» σε σχέση με αυτές που η κύηση του έχει προκύψει φυσιολογικά.
- Οι γυναίκες που έχουν κάποια παθολογία στην κύηση τους έχουν μεγαλύτερη βαθμολογία στην διάσταση «Fear of mom or baby dying» σε σχέση με αυτές που δεν έχουν.
- Όσο μεγαλύτερη η εβδομάδα κύησης που βρίσκεται η γυναίκα, τόσο μικρότερη η βαθμολογία στην διάσταση «Fear of mom or baby dying».



➤ Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Fear of insufficient pain medication»:

		<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>P</b>
Έχετε γεννήσει άλλα παιδιά;	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,07	0,02	<b>&lt;0,001</b>
Σε ποια εβδομάδα κύησης βρίσκεστε;		-0,002	0,00	<b>0,007</b>
Βαθμός προτίμησης τοκετού με φυσιολογικό τρόπο		-0,01	0,01	<b>0,038</b>
Αν φοβάστε με οποιονδήποτε τρόπο να γεννήσετε, πόσο πολύ θεωρείτε ότι έχει συμβάλει στον φόβο αυτόν η πανδημία του COVID-19;		0,02	0,01	<b>0,007</b>

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Το αν είχαν γεννήσει άλλα παιδιά, η εβδομάδα κύησης που βρίσκονται αλλά και η συμβολή της πανδημίας του COVID-19 στον φόβο γέννησης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση της μεταβλητής «Fear of insufficient pain medication».

Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες που έχουν ξανά γεννήσει είχαν μικρότερη βαθμολογία στην διάσταση «Fear of insufficient pain medication», υποδηλώνοντας λιγότερο φόβο.
- Όσο μεγαλύτερη η εβδομάδα κύησης που βρίσκεται η γυναίκα, τόσο μικρότερη η βαθμολογία στην διάσταση «Fear of insufficient pain medication».
- Όσο πιο ξεκάθαρα προτιμούν να γεννήσουν με φυσιολογικό τρόπο, τόσο μικρότερη η βαθμολογία στην διάσταση «Fear of insufficient pain medication».
- Όσο μεγαλύτερη η βαθμολογία στον φόβο γέννησης λόγω της συμβολής του COVID-19, τόσο μεγαλύτερη η βαθμολογία στην διάσταση «Fear of insufficient pain medication».

- Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Fear of body damage from a vaginal birth»:

		<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>P</b>
Έχετε γεννήσει άλλα παιδιά;	Όχι (αναφορά)			
	Ναι	-0,08	0,02	<b>&lt;0,001</b>
Αν φοβάστε με οποιονδήποτε τρόπο να γεννήσετε, πόσο πολύ θεωρείτε ότι έχει συμβάλει στον φόβο αυτόν η πανδημία του COVID-19;		0,02	0,01	<b>0,004</b>
Σκοπεύετε να γεννήσετε με:	Φυσιολογικό Τοκετό (αναφορά)			
	Καισαρική Τομή	-0,11	0,02	<b>&lt;0,001</b>
	Δεν το έχω σκεφτεί ακόμα	0,00	0,03	0,912

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Το αν είχαν γεννήσει άλλα παιδιά, η συμβολή της πανδημίας του COVID-19 στον φόβο γέννησης αλλά και το πως σκοπεύουν να γεννήσουν βρέθηκαν να σχετίζονται με τη διάσταση της μεταβλητής «Fear of body damage from a vaginal birth». Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες που έχουν ξανά γεννήσει είχαν μικρότερη βαθμολογία στην διάσταση «Fear of body damage from a vaginal birth».
- Όσο μεγαλύτερη η βαθμολογία στον φόβο γέννησης λόγω της συμβολής του COVID-19, τόσο μεγαλύτερη η βαθμολογία στην διάσταση «Fear of body damage from a vaginal birth».
- Οι γυναίκες που σκοπεύουν να γεννήσουν με Καισαρική τομή έχουν μικρότερη βαθμολογία στην διάσταση «Fear of body damage from a vaginal birth» σε σχέση με αυτές που σκοπεύουν να γεννήσουν με φυσιολογικό τοκετό.

➤ Με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας CFQ:

		<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>P</b>
<b>Έχετε γεννήσει άλλα παιδιά;</b>	Όχι (κατηγορία αναφοράς)			
	Ναι	-0,06	0,01	<b>&lt;0,001</b>
<b>Σε ποια εβδομάδα κύησης βρίσκεστε;</b>		-0,002	0,00	<b>0,013</b>
<b>Υπάρχει κάποια παθολογία στην κύησή σας;</b>	Όχι (κατηγορία αναφοράς)			
	Ναι	0,04	0,02	<b>0,020</b>
<b>Η επιλογή να γεννήσετε (σε αυτήν την εγκυμοσύνη) με Φυσιολογικό τοκετό ή Καισαρική Τομή ήταν:</b>	Δική σας προτίμηση (κατηγορία αναφοράς)			
	Επιλογή/Πρόταση του ιατρικού/μαιευτικού προσωπικού που σας παρακολουθεί	0,00	0,02	0,911
	Ιατρική σύσταση εξαιτίας παθολογίας/ιδιαιτέρας κατάστασης στην κύηση	0,05	0,02	<b>0,026</b>
	Επιλογή λόγω του ιατρικού ιστορικού και του τρόπου τοκετού σε προηγούμενη κύηση	-0,02	0,02	0,398
	Επιλογή λόγω της προηγούμενης εμπειρίας τοκετού	0,03	0,02	0,233
	Δεν έχω επιλέξει ακόμα τρόπο γέννησης	0,02	0,02	0,483
<b>Αν φοβάστε με οποιονδήποτε τρόπο να γεννήσετε, πόσο πολύ θεωρείτε ότι έχει συμβάλει στον φόβο αυτόν η πανδημία του COVID-19;</b>		0,02	0,01	<b>&lt;0,001</b>
<b>Η κύηση έχει προκύψει με:</b>	Φυσιολογική Σύλληψη (κατηγορία αναφοράς)			
	Εξωσωματική/Φαρμακευτική	-0,06	0,03	<b>0,043</b>
	Υποβοήθηση/Σπερματέγχυση/Άλλο			

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Το αν είχαν γεννήσει άλλα παιδιά, η εβδομάδα κύησης που βρίσκονται, η ύπαρξη παθολογίας στην κύηση, η επιλογή γέννησης, η συμβολή της πανδημίας του COVID-19 στον φόβο γέννησης αλλά και το πώς έχει προκύψει η κύηση βρέθηκαν να σχετίζονται με τη συνολική βαθμολογία. Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες που έχουν ξανά γεννήσει είχαν μικρότερη συνολική βαθμολογία, υποδηλώνοντας λιγότερο φόβο συνολικά.



- Όσο μεγαλύτερη η εβδομάδα κύησης που βρίσκεται η γυναίκα, τόσο μικρότερη η συνολική βαθμολογία.
- Οι γυναίκες που έχουν κάποια παθολογία στην κύηση τους έχουν μεγαλύτερη συνολική βαθμολογία σε σχέση με αυτές που δεν έχουν.
- Οι γυναίκες, στις οποίες η επιλογή γέννησης έγινε με Ιατρική σύσταση εξαιτίας παθολογίας/ιδιαιτέρας κατάστασης στην κύηση έχουν μεγαλύτερη συνολική βαθμολογία σε σχέση με τις γυναίκες που επέλεξαν μόνες τους τον τρόπο που θα γεννήσουν.
- Όσο μεγαλύτερη η επίδραση του COVID-19 στον φόβο γέννησης, τόσο μεγαλύτερη η συνολική βαθμολογία.
- Οι γυναίκες, στις οποίες η κύηση έχει προκύψει με Εξωσωματική/ Φαρμακευτική Υποβοήθηση/ Σπερματέγχυση/ Άλλο, έχουν μικρότερη συνολική βαθμολογία σε σχέση με αυτές που η κύηση του έχει προκύψει φυσιολογικά.

## Πολυπαραγοντική ανάλυση για την κλίμακας επίδρασης φόβου στην ποιότητα ζωής

Έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την κλίμακα επίδρασης φόβου στην ποιότητα ζωής. Σαν ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, τα στοιχεία που αφορούν το ιστορικό γεννήσεων των γυναικών, την παρούσα κύηση, τον προηγούμενο και τον ερχόμενο τοκετό. Η ανάλυση έγινε με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) και χρησιμοποιήθηκαν λογαριθμικοί μετασχηματισμοί. Τα αποτελέσματα δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

		β+	SE++	P
<b>Η επιλογή να γεννήσετε (σε αυτήν την εγκυμοσύνη) με Φυσιολογικό τοκετό ή Καισαρική Τομή ήταν:</b>	Δική σας προτίμηση (αναφορά)			
	Επιλογή/Πρόταση του ιατρικού/μαιευτικού προσωπικού που σας παρακολουθεί	0,02	0,02	0,184
	Ιατρική σύσταση εξαιτίας παθολογίας/ιδιαίτερης κατάστασης στην κύηση	-0,04	0,03	0,164
	Επιλογή λόγω του ιατρικού ιστορικού και του τρόπου τοκετού σε προηγούμενη κύηση	-0,02	0,02	0,337
	Επιλογή λόγω της προηγούμενης εμπειρίας τοκετού	0,01	0,02	0,706
	Δεν έχω επιλέξει ακόμα τρόπο γέννησης	0,10	0,04	<b>0,022</b>
		0,06	0,01	<b>&lt;0,001</b>
<b>Σκοπεύετε να γεννήσετε με:</b>	Φυσιολογικό Τοκετό (αναφορά)			
	Καισαρική Τομή	0,05	0,02	<b>0,017</b>
	Δεν το έχω σκεφτεί ακόμα	-0,05	0,04	0,230

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Η επιλογή του τρόπου γέννησης, η συμβολή της πανδημίας του COVID-19 στον φόβο γέννησης αλλά και το πως σκοπεύουν να γεννήσουν οι γυναίκες τους βρέθηκαν να σχετίζονται με την «Κλίμακα επίδρασης φόβου στην ποιότητα ζωής». Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες που δεν έχουν επιλέξει ακόμα τον τρόπο που θα γεννήσουν έχουν μεγαλύτερη βαθμολογία στην «Κλίμακα επίδρασης φόβου στην ποιότητα ζωής», υποδηλώνοντας μεγαλύτερη επίδραση του φόβου, σε σχέση με αυτές που έχουν δική τους προτίμηση.
- Όσο μεγαλύτερη η βαθμολογία στον φόβο γέννησης λόγω της συμβολής του COVID-19, τόσο μεγαλύτερη η βαθμολογία στην «Κλίμακα επίδρασης φόβου στην ποιότητα ζωής».

- Οι γυναίκες που σκοπεύουν να γεννήσουν με Καισαρική τομή έχουν μεγαλύτερη βαθμολογία στην «Κλίμακα επίδρασης φόβου στην ποιότητα ζωής» σε σχέση με αυτές που σκοπεύουν να γεννήσουν με φυσιολογικό τοκετό.

### Πολυπαραγοντική ανάλυση για την κλίμακας επίδρασης του COVID-19

Έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την κλίμακα επίδρασης του COVID-19. Σαν ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, τα στοιχεία που αφορούν το ιστορικό γεννήσεων των γυναικών, την παρούσα κύηση, τον προηγούμενο και τον ερχόμενο τοκετό. Η ανάλυση έγινε με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method) και χρησιμοποιήθηκαν λογαριθμικοί μετασχηματισμοί. Τα αποτελέσματα δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

		<b>β+</b>	<b>SE++</b>	<b>p</b>
Σε ποια εβδομάδα κύησης βρίσκεστε;		-0,002	0,00	<b>0,048</b>
Αν φοβάστε με οποιονδήποτε τρόπο να γεννήσετε, πόσο πολύ θεωρείτε ότι έχει συμβάλει στον φόβο αυτόν η πανδημία του COVID-19;		0,05	0,01	<b>&lt;0,001</b>
Γνωρίζετε άλλες γυναίκες που είχαν τραυματική εμπειρία από τη γέννα τους;	Όχι (αναφορά)	0,04	0,02	<b>0,007</b>
	Ναι	0,04	0,02	<b>0,007</b>

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Η εβδομάδα κύησης που βρίσκονται, η συμβολή της πανδημίας του COVID-19 στον φόβο γέννησης αλλά και αν γνωρίζουν άλλες γυναίκες που είχαν τραυματική εμπειρία από την γέννα τους βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την «Κλίμακα επίδρασης του COVID-19». Συγκεκριμένα:

- Όσο μεγαλύτερη η εβδομάδα κύησης που βρίσκεται η γυναίκα, τόσο μικρότερη ήταν η βαθμολογία στην «Κλίμακα επίδρασης του COVID-19», υποδηλώνοντας μικρότερη επίδραση.
- Όσο μεγαλύτερη η βαθμολογία στον φόβο γέννησης λόγω της συμβολής του COVID-19, τόσο μεγαλύτερη η βαθμολογία στην «Κλίμακα επίδρασης του COVID-19».

- Οι γυναίκες που γνωρίζουν άλλες γυναίκες οι οποίες είχαν τραυματική εμπειρία από την γέννα τους έχουν μεγαλύτερη βαθμολογία στην «Κλίμακα επίδρασης του COVID-19» σε σχέση με αυτές που δεν γνωρίζουν.

## Συζήτηση

Σε ότι αφορά τη συνολική βαθμολογία από το CFQ, φάνηκε να την επηρεάζουν οι εξής παράγοντες:

- 1) Το εάν οι γυναίκες είχαν γεννήσει άλλα παιδιά ή όχι
- 2) Η ηλικία κύησης
- 3) Η επιλογή του τρόπου τοκετού τους σε αυτήν την κύηση
- 4) Η συμβολή της πανδημίας COVID-19
- 5) Ο τρόπος με τον οποίο έχει προκύψει η κύηση

Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες που είχαν ξαναγεννήσει είχαν μικρότερη συνολική βαθμολογία σε σύγκριση με τις πρωτοτόκες γυναίκες, και άρα είχαν στο σύνολο μικρότερα επίπεδα φόβου. Αυτό συμβαδίζει και με τα περισσότερα βιβλιογραφικά δεδομένα, καθώς έχει βρεθεί ότι οι πρωτοτόκες έχουν υψηλότερα επίπεδα φόβου για τη γέννα [25,26]. Σε άλλες έρευνες, ωστόσο, έχει βρεθεί ότι μπορεί να υπάρξουν υψηλότερα επίπεδα φόβου στις πολυτόκες απ' ότι στις πρωτοτόκες, δηλώνοντας έντονο φόβο και όχι απλά υψηλό. Αυτό σχετίζεται με προηγούμενες εμπειρίες γέννας [26,28]. Σε αυτήν την έρευνα, οι γυναίκες που είχαν βιώσει τραυματική εμπειρία από τη γέννα τους από ελάχιστα ως και πάρα πολύ αποτελούσαν το 32.8% του συνολικού δείγματος, ενώ το 52,3% του δείγματος ήταν στην 1<sup>η</sup> του εγκυμοσύνη. Δε φάνηκε να υπάρχει συσχετισμός τραυματικής εμπειρίας με το συνολικό σκορ του CFQ σε αυτήν την έρευνα.

Σε ότι αφορά την ηλικία κύησης, φάνηκε ότι όσο πιο μεγάλη ήταν η εβδομάδα κύησης, τόσο μικρότερη ήταν η συνολική βαθμολογία του CFQ. Σύμφωνα με τη διαθέσιμη βιβλιογραφία, δε φαίνεται να υποστηρίζεται από αλλού αυτός ο συσχετισμός. Υποστηρίχθηκε μοναχά σε ταυτόχρονο συσχετισμό με τον αριθμό του τόκου, όπου φάνηκε πως οι πρωτοτόκες σε μικρή ηλικία κύησης φοβούνται συγκεκριμένες υποκλίμακες του φόβου και όχι συνολικά [26]. Αυτές οι υποκλίμακες ήταν: το ενδεχόμενο να νιώσουν ντροπή (fear of embarrassment), τις αρνητικές αλλαγές στο σώμα τους (fear of body damage) και τον φόβο απώλειας σεξουαλικής απόλαυσης και ελκυστικότητας (fear of loss of sexual pleasure/attractiveness).

Οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν παθολογία στην κύησή τους βρέθηκε σε αυτήν την έρευνα ότι έχουν μεγαλύτερα επίπεδα συνολικού φόβου σε σχέση με τις γυναίκες που δεν είχαν παθολογία. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι πρωτοτόκες γυναίκες με παθολογία είχαν χαμηλότερο φόβο από τις πρωτοτόκες χωρίς παθολογία, αλλά συγκεκριμένα

προσανατολισμένο ως προς τον φόβο για την καισαρική τομή (fear of caesarian birth) [26]. Αντιθέτως, οι πολυτόκες με παθολογία κύησης είχαν υψηλότερα επίπεδα φόβου, και γενικότερα συνολικά, αλλά και πιο προσανατολισμένα στις υποκλίμακες του φόβου του πόνου από έναν κολπικό τοκετό (fear of pain from a vaginal birth) και του φόβου ανεπαρκούς αναλγησίας κατά τη διάρκεια της γέννας (fear of insufficient pain medication) [26].

Βιβλιογραφικά, φαίνεται να υπάρχει η πεποίθηση ότι η γέννα με καισαρική τομή αποτελεί μέθοδο διατήρησης της κολπικής ακεραιότητας και της σεξουαλικής λειτουργίας [30]. Ωστόσο, στη δεδομένη έρευνα, αναφορικά με την υποκλίμακα του φόβου της απώλειας σεξουαλικής ευχαρίστησης, φάνηκε να μετράει πολύ το εάν οι γυναίκες έχουν γεννήσει άλλα παιδιά και το αν η πανδημία του COVID-19 συνέβαλλε στον φόβο για τη γέννα. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες που είχαν ξαναγεννήσει, είχαν μικρότερο φόβο για αυτό το ενδεχόμενο. Ωστόσο, η συμβολή του COVID-19 συνέβαλε σε υψηλότερο φόβο αυτού του ενδεχομένου. Ευρήματα από άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι ο φόβος της απώλειας σεξουαλικής ευχαρίστησης συνδέεται με ξεκάθαρη προτίμηση καισαρικής τομής και αποκλειστική επίβλεψη της κύησης από μαιευτήρα ιατρό [30]. Έχει φανεί ότι οι μαιευτήρες με υψηλά επίπεδα άγχους θα προτρέψουν τις έγκυες να γεννήσουν με καισαρική τομή [30].

Σχετικά με τη μέθοδο σύλληψης της τωρινής κύησης, φάνηκε ότι οι κυήσεις που προέκυψαν έπειτα από μεθόδους εξωσωματικής γονιμοποίησης, σπερματέγχυσης ή άλλους, είχαν μικρότερη συνολική βαθμολογία φόβου της γέννας, συγκριτικά με τις κυήσεις που προέκυψαν φυσιολογικά. Βιβλιογραφικά, φαίνεται να μην υποστηρίζεται συσχετισμός ή μεγάλη διαφορά στο συνολικό σκορ σε άλλες έρευνες [26]. Ωστόσο, υπάρχουν και έρευνες που υποστηρίζουν ότι οι κυήσεις που προκύπτουν έπειτα από υποβοηθούμενες μεθόδους, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να συνδέονται και με φόβο της γέννας [27].

Οι γυναίκες που θεώρησαν ότι η πανδημία του COVID-19 συνέβαλλε στον φόβο τους να γεννήσουν, είχαν υψηλότερο σκορ συνολικού φόβου. Παρ' όλο που οι συγγραφείς δε βρήκαν άλλη έρευνα που να χρησιμοποίησε αυτό το ερωτηματολόγιο κατά τη διάρκεια της πανδημίας, στη δεδομένη βιβλιογραφία φάνηκε να ισχύει. Θεωρείται εξαιρετικά λογικό αυτό το εύρημα για δύο λόγους:

- 1) Η πανδημία δημιούργησε νέους φόβους αναφορικά με τις συνθήκες της γέννας [49]
- 2) Οι αλλαγές που φέρνει μια πανδημία μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τις κοινωνικές συνθήκες [49]. Βιβλιογραφικά, θεωρείται ότι η κοινωνική στήριξη είναι ένας από τους κυριότερους παράγοντες για φόβο της γέννας [20,27].

Αναφορικά με τον φόβο των ιατρικών παρεμβάσεων, φάνηκε να τον καθορίζει η εβδομάδα της κύησης, ο αριθμός του τόκου και η συμβολή της πανδημίας του COVID-19. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται πως η μεγάλη εβδομάδα κύησης και οι μη πρωτοτόκες γυναίκες είχαν μικρότερο φόβο αυτού του ενδεχομένου. Από την άλλη, όσο περισσότερο επικρατούσε η πεποίθηση ότι η πανδημία συνέβαλλε στον φόβο της γέννας, τόσο μεγαλύτερος ήταν και ο φόβος ως προς τις ιατρικές παρεμβάσεις. Ευρήματα άλλων ερευνών δείχνουν ότι ο φόβος των ιατρικών παρεμβάσεων είναι στενά συνδεδεμένος με τον φόβο για την καισαρική τομή και την ξεκάθαρη προτίμηση για φυσιολογικό τοκετό [30]. Αναφορικά με την πανδημία του COVID-19, φαίνεται να δικαιολογείται ο συγκεκριμένος φόβος, καθώς βιβλιογραφικά υποστηρίζεται μια αύξηση των ιατρικών παρεμβάσεων κατά τη διάρκειά της [49,52,53].

Σχετικά με την υποκλίμακα για τον φόβο της ντροπής, παρατηρείται ο συσχετισμός της με τον παράγοντα του αριθμού του τόκου, της ηλικίας της γυναίκας και της συμβολής της πανδημίας στον φόβο της γέννας. Παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες με μεγαλύτερη ηλικία και οι μη πρωτοτόκες γυναίκες είχαν μικρότερο σκορ, και άρα φόβο, απ' ότι οι γυναίκες που θεωρούσαν ότι η πανδημία συνέβαλε στον φόβο τους να γεννήσουν. Υπάρχει βιβλιογραφία που υποστηρίζει ότι οι πρωτοτόκες γυναίκες έχουν αυξημένες πιθανότητες του συγκεκριμένου φόβου [26].

Οι γυναίκες που σημείωσαν υψηλότερα σκορ στην υποκλίμακα του φόβου να πάθει κακό το νεογέννητο ήταν εκείνες που είχαν μεγαλύτερη ηλικία, κάποια παθολογία στην κύηση και εκείνες που θεωρούσαν ότι η πανδημία συνέβαλε στον φόβο τους να γεννήσουν. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες που επέλεξαν μόνες τους στον τρόπο που θα γεννήσουν, φοβόντουσαν περισσότερο το ενδεχόμενο να πάθει κακό το παιδί τους, σε σύγκριση με εκείνες που η επιλογή του τρόπου γέννησης προέκυψε έπειτα από ιατρική σύσταση εξαιτίας παθολογίας ή ειδικής κατάστασης. Η βιβλιογραφία διαφωνεί σε αυτό, καθώς οι γυναίκες που επιλέγουν μόνες τους τον τρόπο που θα γεννήσουν, έχουν

μεγαλύτερη σιγουριά για τον εαυτό τους και αυτοπεποίθηση αναφορικά με το αποτέλεσμα του τοκετού [43]. Συνηθέστερα, αυτό ισχύει ακόμη περισσότερο για αυτές που προτιμούν έναν φυσιολογικό τοκετό. Αλλά και εκείνες που επιλέγουν από μόνες τους καισαρική τομή, φαίνεται να έχουν μεγάλη εμπιστοσύνη στο ιατρικό προσωπικό, και άρα λιγότερο φόβο για ενδεχόμενο να πάθει κακό το νεογέννητο [43].

Στην κυριότερη υποκλίμακα του φόβου της γέννας, εκείνης του φόβου της καισαρικής τομής, παρατηρήθηκε ότι ο φόβος ήταν πιο αυξημένος στις περιπτώσεις που οι γυναίκες είχαν ολοένα και πιο ξεκάθαρη προτίμηση για φυσιολογικό τοκετό. Επιπλέον, ο φόβος της καισαρικής ήταν αυξημένος και στις περιπτώσεις που οι έγκυες γυναίκες είχαν γνωστές με τραυματική εμπειρία γέννας και στις περιπτώσεις που θεωρούσαν ότι η πανδημία του COVID-19 είχε μεγάλη επίδραση στον φόβο να γεννήσουν γενικότερα. Στη βιβλιογραφία φαίνεται ότι ο φόβος της καισαρικής τομής ήταν μειωμένος όταν υπήρχε παθολογία στην κύηση [26]. Έτσι, υπάρχει η πεποίθηση ότι η ανησυχία για την κύηση μπορούν να υπερνικήσουν τον φόβο για μία γέννα μέσω καισαρικής τομής [26].

Οι γυναίκες που φοβόντουσαν το ενδεχόμενο του θανάτου των νεογνών τους ή των ιδίων κατά τη διάρκεια της γέννας, ήταν εκείνες που είχαν μεγάλη βαθμολογία στον βαθμό συμβολής του COVID-19 στον γενικότερο φόβο να γεννήσουν. Εκτός από αυτές, οι γυναίκες που έχουν κάποια παθολογία στην κύησή τους, έχουν εξίσου μεγαλύτερο φόβο αυτού του ενδεχομένου. Αντιθέτως, η μεγαλύτερη εβδομάδα κύησης και οι κύησεις που έχουν προκύψει έπειτα από τεχνητές μεθόδους γονιμοποίησης, φάνηκε ότι δεν έχουν υψηλό φόβο θανάτου.

Το ενδεχόμενο μη επαρκούς αναλγησίας αποτέλεσε φόβο, κυρίως, των γυναικών που θεώρησαν μεγάλη τη συμβολή της πανδημίας στον φόβο τους να γεννήσουν. Ωστόσο, οι γυναίκες που είχαν γεννήσει ξανά, βρίσκονταν σε μεγαλύτερη εβδομάδα κύησης και προτιμούσαν ξεκάθαρα να γεννήσουν φυσιολογικά, είχαν μικρότερο φόβο μη επαρκούς αναλγησίας. Στην υπάρχουσα βιβλιογραφία, οι παθολογίες κατά τη διάρκεια της κύησης, συνδέονταν όντως με τον φόβο μη επαρκούς αναλγησίας, καθώς και με φόβο του πόνου από έναν φυσιολογικό τοκετό [26].

Ο φόβος του ενδεχομένου σωματικής βλάβης από έναν κολπικό τοκετό φάνηκε να εξαρτάται από τον αριθμό του τόκου, τον βαθμό συμβολής της πανδημίας COVID-19 στον γενικότερο φόβο της γέννας και από τον τρόπο που σκοπεύει να γεννήσει η κάθε γυναίκα. Οι μη πρωτοτόκες γυναίκες και εκείνες που είχαν αποφασίσει ότι θα γεννούσαν με



καισαρική τομή φοβόντουσαν λιγότερο αυτό το ενδεχόμενο. Αυτό μπορεί εύκολα να εξηγηθεί από το γεγονός ότι, βιβλιογραφικά, η ξεκάθαρη προτίμηση για καισαρική τομή δηλώνει μεγαλύτερο φόβο για φυσιολογικό τοκετό και τις πιθανές επιπτώσεις του [26,58,59]. Άρα, οι γυναίκες που αποφάσιζαν να γεννήσουν με καισαρική τομή, απέφευγαν αυτομάτως τη γέννα με φυσιολογικό τοκετό. Επίσης, οι μη πρωτοτόκες γυναίκες που ανέφεραν έστω έναν επεμβατικό κοιλιακό τοκετό (περινεοτομή ή αναρροφητικό τοκετό), είχαν, βιβλιογραφικά, υψηλότερο φόβο πόνου από έναν κοιλιακό τοκετό, συγκριτικά με εκείνες που είχαν γεννήσει φυσιολογικά, δίχως παρεμβάσεις στον τοκετό τους [26]. Από την άλλη, όσο περισσότερο συνέβαλε η πανδημία στον γενικότερο φόβο της γέννας, τόσο πιο πολύ υπήρχε και αυτός ο φόβος.

Ο φόβος για τον πόνο από έναν κοιλιακό τοκετό φάνηκε να σχετίζεται με τον τόκο, το σε ποιον ανήκε η επιλογή του τρόπου γέννησης σε αυτήν την κύηση και με τον βαθμό προτίμησης φυσιολογικού τρόπου γέννησης ή καισαρικής τομής. Ειδικότερα, οι μη πρωτοτόκες γυναίκες, εκείνες που προτιμούσαν πιο έντονα να γεννήσουν με φυσιολογικό τρόπο και αυτές που είχαν επιλέξει μόνες τους τον τρόπο που θα γεννήσουν, είχαν χαμηλότερο σκορ υποκλίμακας, και άρα μικρότερο φόβο. Αντιθέτως, οι γυναίκες που δεν είχαν επιλέξει ακόμη τρόπο γέννησης και εκείνες που βάσιζαν την επιλογή του τωρινού τρόπου γέννας σε προηγούμενη εμπειρία, είχαν μεγαλύτερο φόβο ως προς αυτό.

Αναφορικά με την προστιθέμενη υποκλίμακα επίδρασης του COVID-19, φάνηκε ότι στις γυναίκες που βρίσκονταν σε μεγαλύτερη εβδομάδα κύησης είχε μικρότερη επίδραση ως τον φόβο της γέννας. Αυτό μπορεί να δικαιολογηθεί από το γεγονός ότι ένιωθαν μεγαλύτερη σιγουριά όσο πλησίαζε η ώρα της γέννας και συνέχιζαν να μη νοσοούν. Αντιθέτως, στις γυναίκες που είχαν γνωστές με τραυματική εμπειρία γέννας, και σε εκείνες που θεωρούσαν ότι η πανδημία συνέβαλε στον φόβο τους να γεννήσουν, η επίδραση του COVID-19 ήταν μεγαλύτερη. Συνηθέστερα, μια προηγούμενη τραυματική εμπειρία γέννας, σχετίζεται με τον φόβο των ιατρικών παρεμβάσεων [26]. Έτσι, αφού υποστηρίζεται ότι οι ιατρικές παρεμβάσεις έχουν αυξηθεί κατά τη διάρκεια της πανδημίας [49], θεωρείται λογικό, η σύνδεση αυτών των δύο παραγόντων να αυξάνει τον φόβο.

Βρέθηκε ότι η ποιότητα ζωής επηρεάζεται περισσότερο από το αν είχαν επιλέξει τον τωρινό τρόπο γέννησης, από το πώς σκοπεύει να γεννήσει η γυναίκα, καθώς και από το πόσο πολύ έχει συμβάλει η πανδημία στον γενικότερο φόβο της γέννας. Αυτό σημαίνει ότι ο φόβος της γέννας είχε μεγαλύτερη επίδραση στην ποιότητα ζωής, όταν οι

γυναίκες δεν είχαν επιλέξει ακόμη τρόπο γέννησης ή σκόπευαν να γεννήσουν με καισαρική τομή. Επίσης, όσο περισσότερο θεωρούσαν ότι η πανδημία συνέβαλε στον γενικότερό τους φόβο να γεννήσουν, τόσο περισσότερο ο φόβος τους είχε επίδραση στην ποιότητα ζωής τους. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί βιβλιογραφικά από το αν και κατά πόσο είχαν αυτοπεποίθηση στον εαυτό τους και τις ικανότητές τους, καθώς και από τις πεποιθήσεις τους αναφορικά με τη γέννα [43].

Στα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας βρέθηκε πως όσο υψηλότερος ήταν ο φόβος για ένα συγκεκριμένο ζήτημα, τόσο υψηλότερος ήταν και ο φόβος για τη γέννα γενικότερα. Όσο μεγαλύτερη επίδραση είχε ο φόβος στην ποιότητα ζωής, τόσο μεγαλύτερος ήταν επίσης και ο φόβος της γέννας στο σύνολο, αλλά και στις υποκλίμακές του. Σε ότι αφορά τον COVID-19, όσο μεγαλύτερη επίδραση είχε, τόσο αυξανόταν ο φόβος της γέννας συνολικά, αλλά και στις υποκλίμακές του.

## **Συμπεράσματα - Προτάσεις**

Μέσα από αυτή τη μελέτη, εξάγεται εύκολα το συμπέρασμα, ότι ο φόβος της γέννας είναι πολυπαραγοντικός. Αυτό σημαίνει, ότι όταν μια γυναίκα φοβάται να γεννήσει, φοβάται και κάτι παραπάνω από αυτό. Ο φόβος της γέννας είναι μοναδικός για την κάθε γυναίκα. Συμπερασματικά, θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με βάση τους μοναδικούς παράγοντες που τον καθορίζουν. Αυτός είναι και ο λόγος που δημιουργείται και η ανάγκη για περαιτέρω μελέτη του σε ποσοτικό, και κυρίως σε ποιοτικό επίπεδο, απ' όπου υπάρχει και μεγαλύτερη βιβλιογραφική έλλειψη.

Επειδή η μελέτη διεξάχθηκε κατά τη διάρκεια της πανδημίας του COVID-19, έπειτα από το δεύτερο κύμα κρουσμάτων, υπήρξε και η δυνατότητα να μελετηθεί και η επίδρασή της στον φόβο της γέννας. Με βάση το CFQ που χρησιμοποιήθηκε στη δεδομένη έρευνα, η συμβολή της πανδημίας επηρέασε, όχι μόνο τον φόβο της γέννας στο σύνολο, αλλά και σχεδόν όλες τις υποκλίμακες του φόβου που τον απαρτίζουν. Μοναδική εξαίρεση στάθηκε ο φόβος από έναν κολπικό τοκετό. Εκτός από αυτό, η συμβολή της πανδημίας στον φόβο της γέννας επηρέασε και την επίδραση του ίδιου του φόβου της γέννας στην ποιότητα της ζωής των εγκύων γυναικών.

Μία πανδημία μπορεί να επηρεάσει την κοινωνική λειτουργικότητα και την καθημερινότητα των ανθρώπων σε μεγάλο βαθμό, καθώς απαιτεί συνήθως ειδικά μέτρα και κοινωνικές αποστάσεις. Το συνηθέστερο συναίσθημα που συνοδεύει μια πανδημία, είναι ο φόβος. Αυτός ο φόβος μπορεί να είναι εξίσου πολυπαραγοντικός, καθώς μπορεί να αφορά την υγεία ή το μέλλον, και άλλα λοιπά. Αν μπορεί να προκαλέσει τέτοιο φόβο στις υπόλοιπες κοινωνικές ομάδες, μπορεί μόνο να φανταστεί κανείς, τι φόβο μπορεί να επιφέρει στον πληθυσμό που κυοφορεί και πρόκειται να γεννήσει. Πόσο μάλλον, πόσο φόβο μπορεί να προσθέσει σε έγκυες γυναίκες που ήδη φοβούνται να γεννήσουν.

Η δεδομένη έρευνα συνέβαλε στην προσπάθεια να απαντηθούν κάποια από τα παραπάνω ερωτήματα στον, ως επί το πλείστον, ελληνικό πληθυσμό κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Εκτός από αυτό, στον πυρήνα της έρευνας έγκειται η ανάδειξη της φύσης του φόβου της γέννας ως πολύπλοκο φαινόμενο, άξιο μελέτης και αναφοράς. Μάλιστα, η ανάλυση του φόβου της γέννας υπό αυτήν την έννοια, σπάει την πεποίθηση ότι αφορά μόνο τις γυναίκες που επιθυμούν καισαρική τομή. Από μόνο του αυτό, ως εύρημα, αναδεικνύει την ανάγκη της μελέτης του από το μαιευτικό προσωπικό και μπορεί να επιβεβαιώσει ότι οι σύγχρονες πεποιθήσεις και επιθυμίες των γυναικών αναφορικά με τη γέννα δεν κατευθύνονται μόνο προς μια κατεύθυνση, αλλά διχάζονται.

Η ολοένα και μεγαλύτερη αναγνώριση του φαινομένου του φόβου της γέννας μπορεί να έχει μόνο θετικές επιδράσεις. Αυτές έχουν στον πυρήνα τους τη μητρική ψυχική υγεία κατά την περιγεννητική περίοδο. Ωστόσο, μπορούν να εκτείνονται, όπως φαίνεται και στη δεδομένη έρευνα, στις πτυχές της καθημερινότητας και της ποιότητας ζωής. Επομένως, μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη ποιότητα σχέσεων των εγκύων γυναικών, ακόμη και στην άρτια σύνδεση με το παιδί της κατά την ενδομήτριο και την εξωμήτριο ζωή. Είναι πολύ σημαντικό να βοηθηθούν οι γυναίκες που νιώθουν αυτόν τον φόβο και να τον αντικαταστήσουν με αυτοπεποίθηση για το σώμα και τις ικανότητές τους., Έτσι, θα μπορέσουν να αισθανθούν περισσότερο άλλα συναισθήματα, όπως αυτά της χαράς και της προσμονής για τον ερχομό του παιδιού τους.

Το μεγαλύτερο χρέος της αναγνώρισης και της αντιμετώπισης του φόβου της γέννας οφείλει να επωμιστεί το μαιευτικό προσωπικό. Αυτό είναι το κυρίως υπεύθυνο επάγγελμα για την περιγεννητική υγεία, την κύηση και τον τοκετό. Η συνεχιζόμενη μαιευτική φροντίδα μπορεί να αποτελέσει το κλειδί για τη μείωση των φαινομένων φόβου αναφορικά με τη γέννα. Με αυτόν τον τρόπο, θα μπορέσει εύκολα να παραχωρηθεί η σκυτάλη για να ενασχοληθούν και να βοηθήσουν και άλλα επαγγέλματα. Με τη συνεργασία μαιών/-των, μαιευτήρων ιατρών, ψυχολόγων, ψυχιάτρων, κοινωνικών λειτουργών και άλλων επαγγεμάτων, ο φόβος της γέννας θα μπορέσει να μετατραπεί σε προσμονή και ανυπομονησία για το γεγονός της γέννησης.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- 1) Martin GN. Νευροψυχολογία - Εγκέφαλος και Συμπεριφορά. Τσορμπατζούδης Χ, editor. Αθήνα, Περιστέρι: ΕΚΔΟΤΙΚΟΣ ΟΜΙΛΟΣ ΙΩΝ Εκδόσεις Ελλην; 2011.
- 2) Hamm AO. Fear, anxiety, and their disorders from the perspective of psychophysiology. *Psychophysiology* [Internet]. 2019Sep16 [cited 2022Sep3];57(2):1–14. Available from: <https://doi.org/10.1111/psyp.13474>
- 3) Καραπάντζος Η. Ανατομία του ανθρώπου. Cyprus, Nicosia: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD; 2015.
- 4) Mobbs D, Adolphs R, Fanelow MS, Barrett LF, LeDoux JE, Ressler K, et al. Viewpoints: Approaches to defining and investigating fear. *Nature Neuroscience* [Internet]. 2019Aug [cited 2022Sep6];22(8):1205–16. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6943931/>
- 5) Battaglia S. Neurobiological advances of learned fear in humans. *Advances in Clinical and Experimental Medicine* [Internet]. 2022 [cited 2022Sep3];31(3):217–21. Available from: <https://advances.umw.edu.pl/pdf/2022/31/3/217.pdf>
- 6) Garcia R. Neurobiology of fear and specific phobias. *Learning Memory* [Internet]. 2017Sep [cited 2022Sep3];24(9):462–71. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5580526/>
- 7) Bracha HS. Freeze, Flight, Fight, Fright, Faint: Adaptationist Perspectives on the Acute Stress Response Spectrum. *CNS Spectrums* [Internet]. 2004Sep [cited 2022Sep15];9(9):679–85. Available from: [http://web.mnstate.edu/robertsb/306/ANTH%20306/2004\\_C.N.S\\_Five\\_Fs\\_of\\_FEAR--Freeze\\_Flight\\_Fight\\_Fright\\_Faint.pdf](http://web.mnstate.edu/robertsb/306/ANTH%20306/2004_C.N.S_Five_Fs_of_FEAR--Freeze_Flight_Fight_Fright_Faint.pdf)
- 8) Taylor SE, Klein LC, Lewis BP, Gruenewald TL, Gurung RAR, Updegraff JA. Biobehavioral responses to stress in females: Tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review* [Internet]. 2000 [cited 2022Sep15];107(3):411–29. Available from: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-295X.107.3.411>
- 9) Sehlmeier C, Schöning S, Zwitserlood P, Pfeleiderer B, Kircher T, Arolt V, et al. Human Fear Conditioning and Extinction in Neuroimaging: A Systematic Review. *PLoS One* [Internet]. 2009Jun10 [cited 2022Sep15];4(6):1–16. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0005865>

- 10) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013
- 11) Rondung E, Thomtén J, Sundin Ö. Psychological perspectives on fear of childbirth. *Journal of Anxiety Disorders* [Internet]. 2016Dec [cited 2021Aug10];44:80–91. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0887618516303206#!>
- 12) Silverthorn DU. Φυσιολογία του Ανθρώπου. Cyprus, Nicosia: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD; 2018.
- 13) Pinel JPJ. Βιοψυχολογία. Καστελλάκης ΑΑ, Γιακουμάκη Σ, Τατά Δ, editors. Αθήνα, Περιστέρι: ΙΩΝ/Εκδόσεις "ΕΛΛΗΝ" Γ. Παρίκος και ΣΙΑ Ε.Ε.; 2011.
- 14) Buckley SJ. Executive Summary of Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care. *The Journal of Perinatal Education* [Internet]. 2015 [cited 2022Sep3];24(3):145–53. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4720867/>
- 15) Obituary Grantly Dick-Read. *British Medical Journal* [Internet]. 1959Jun27 [cited 2022Sep7];1:1625. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmj.1.5138.1625>
- 16) Caton D. Who Said Childbirth Is Natural?: The Medical Mission of Grantly Dick Read. *Anesthesiology* [Internet]. 1996Apr [cited 2022Sep6];84(4):955–64. Available from: <https://doi.org/10.1097/00000542-199604000-00024>
- 17) Dunn PM. Dr Grantly Dick-Read (1890-1959) of Norfolk and natural childbirth. *ADC Fetal & Neonatal Edition* [Internet]. 1994Sep [cited 2022Sep7];71(2):145–6. Available from: <https://doi.org/10.1136%2Ffn.71.2.f145>
- 18) Al-Galiani S. Drawing aside the curtain’: natural childbirth on screen in 1950s Britain. *British Society for the History of Science . The British Journal for the History of Science* [Internet]. 2017Sep [cited 2022Sep6];50(03):473–93. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5963435/>
- 19) Skowronski GA. Pain Relief in Childbirth: Changing Historical and Feminist Perspectives. *Anaesthesia and Intensive Care* [Internet]. 2015Jul1 [cited 2022Sep7];43(1):25–8. Available from: <https://doi.org/10.1177/0310057X150430S106>
- 20) Erkaya R, Karabulutlu Ö, Çalık KY. Defining Childbirth Fear And Anxiety Levels In Pregnant Women. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* [Internet].

- 2017Feb21 [cited 2021];237:1045–52. Available from:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042817301519>
- 21) Hamama-Raz Y, Sommerfeld E, Ken-Dror D, Lacher R, Ben-Ezra M. The role of intra-personal and inter-personal factors in fear of childbirth: a preliminary study. *Psychiatric Quarterly* [Internet]. 2017 [cited 2022Sep7];88:385–96. Available from:  
<https://doi.org/10.1007/s11126-016-9455-x>
- 22) Scollato A, Lampasona R. Tokophobia: When Fear of Childbirth Prevails. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology - MJCP* [Internet]. 2013 [cited 2022Sep15];1(1):1–18. Available from:  
[https://cab.unime.it/journals/index.php/MJCP/article/view/893/pdf\\_7](https://cab.unime.it/journals/index.php/MJCP/article/view/893/pdf_7)
- 23) Ghaffari SF, Sharif Nia H, Elyasi F, Shahhosseini Z, Mohammadpoorsaravimozafar Z. Design and psychometric evaluation of the fathers' fear of childbirth scale: a mixed method study. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2021Mar20 [cited 2022Aug7];21(222):1–10. Available from:  
<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-03696-7>
- 24) Firouzan L, Kharaghani R, Zenoozian S, Moloodi R, Jafari E. The effect of midwifery led counseling based on Gamble's approach on childbirth fear and self-efficacy in nulligravida women. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2020Sep9 [cited 2022Sep12];20(2020):1–7. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03230-1>
- 25) Fenaroli V, Saita E. Fear of childbirth: A contribution to the validation of the Italian version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (WDEQ). *TPM Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology* [Internet]. 2013Jun [cited 2022Sep7];20:1–24. Available from:  
[https://www.researchgate.net/publication/262413074\\_Fear\\_of\\_childbirth\\_A\\_contribution\\_to\\_the\\_validation\\_of\\_the\\_Italian\\_version\\_of\\_the\\_Wijma\\_Delivery\\_ExpectancyExperience\\_Questionnaire\\_WDEQ](https://www.researchgate.net/publication/262413074_Fear_of_childbirth_A_contribution_to_the_validation_of_the_Italian_version_of_the_Wijma_Delivery_ExpectancyExperience_Questionnaire_WDEQ)
- 26) Fairbrother N, Thordarson DS, Stoll K. Fine tuning fear of childbirth: the relationship between Childbirth Fear Questionnaire subscales and demographic and reproductive variables. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* [Internet]. 2017Nov30;36(1):15–29. Available from:  
<https://doi.org/10.1080/0264838.2017.1396300>

- 27) O'Connell MA, Khashan AS, Leahy-Warren P, Stewart F, O'Neill SM. Interventions for fear of childbirth including tocophobia (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2021Jul7 [cited 2022Aug1];(7):1–62. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013321.pub2/full>
- 28) Kabukçu C, Sert C, Güneş C, Akyol HH, Tıprıdamaz M. Predictors of Prenatal Distress and Fear of Childbirth among Nulliparous and Parous Women. Nigerian Journal of Clinical Practice [Internet]. 2019Dec3 [cited 2021Feb20];22(12):1635–43. Available from: <https://www.njcponline.com/article.asp?issn=1119-3077;year=2019;volume=22;issue=12;spage=1635;epage=1643;aulast=Kabukcu>
- 29) O'Connell MA, Khashan AS, Leahy-Warren P. Womens' experiences of interventions for fear of childbirth in the perinatal period: A meta-synthesis of qualitative research evidence. Women and Birth [Internet]. 2021May [cited 2021];34(3):309–21. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.05.008>
- 30) Stoll K, Fairbrother N, Thordarson DS. Childbirth Fear: Relation to Birth and Care Provider Preferences. Journal of Midwifery & Women's Health [Internet]. 2018Jan24 [cited 2021Feb9];63(1):58–67. Available from: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12675>
- 31) Wulcan A-C, Nilsson C. Midwives' counselling of women at specialised fear of childbirth clinics: A qualitative study. Sexual & Reproductive Healthcare [Internet]. 2019Mar [cited 2021Feb20];19:24–30. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575618301095>
- 32) Sluijs A-M, Wijma K, Cleiren M PhD, van Lith JM, Wijma B. Preferred and actual mode of delivery in relation to fear of childbirth. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology [Internet]. 2020Jan3 [cited 2022Aug9];41(4):266–74. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0167482X.2019.1708319>
- 33) Ghaffari SF, Elyasi F, Mousavinasab SN, Shahhosseini Z. A systematic review of clinical trials affecting anxiety, stress and fear of childbirth in expectant fathers. NursingOpen [Internet]. 2020Nov18 [cited 2022Sep7];8(1):1527–37. Available from: <https://doi.org/10.1002/nop2.681>
- 34) Möller L, Josefsson A, Lilliecreutz C, Gunnervik C, Bladh M, Sydsjö G. Reproduction, fear of childbirth and obstetric outcomes in women treated for fear



- of childbirth in their first pregnancy: A historical cohort. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* [Internet]. 2018Nov15 [cited 2022Sep8];98(3):374–81. Available from: <https://doi.org/10.1111/aogs.13503>
- 35) Dai L, Zhang N, Rong L, Ouyang Y-Q. Worldwide research on fear of childbirth: A bibliometric analysis. *PLOS ONE* [Internet]. 2020Jul29 [cited 2022Sep8];15(7):1–13. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236567>
- 36) Courtois CA, Sonis J, Brown LS, Cook J, Fairbank JA, Friedman M, et al. What is cognitive behavioral therapy? [Internet]. American Psychological Association. American Psychological Association; 2017 [cited 2022Sep7]. Available from: <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/cognitive-behavioral>
- 37) Uçar T, Golbasi Z. Effect of an educational program based on cognitive behavioral techniques on fear of childbirth and the birth process. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 2018Mar27 [cited 2022Sep8];40(2):1–10. Available from: <https://doi.org/10.1080/0167482X.2018.1453800>
- 38) Andaroon N, Kordi M, Kimiaei SA, Esmaeily H. The effect of individual counseling program by a midwife on fear of childbirth in primiparous women. *Journal of Education and Health Promotion* [Internet]. 2017Dec4 [cited 2022Sep8];6:1–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5747210/pdf/JEHP-6-97.pdf>
- 39) Hildingsson I, Rubertsson C, Karlström A, Haines H. A known midwife can make a difference for women with fear of childbirth- birth outcome and women's experiences of intrapartum care. *Sexual & Reproductive Healthcare* [Internet]. 2019Oct [cited 2022Sep8];21:33–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2019.06.004>
- 40) Abdollahi S, Faramarzi M, Delavar MA, Bakouei F, Chehrazi M, Gholinia H. Effect of Psychotherapy on Reduction of Fear of Childbirth and Pregnancy Stress: A Randomized Controlled Trial. *frontiers in Psychology* [Internet]. 2020May26 [cited 2022Sep8];11:1–12. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00787>
- 41) Tobiasson M, Lyberg A. Fear of childbirth from the perspective of midwives working in hospitals in Norway: A qualitative study. *NursingOpen* [Internet].

- 2019May29 [cited 2022Sep8];6(3):1180–8. Available from:  
<https://doi.org/10.1002/nop2.304>
- 42) Slade P, Balling K, Sheen K, Houghton G. Establishing a valid construct of fear of childbirth: findings from in-depth interviews with women and midwives. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2019Mar18 [cited 2022Sep8];19(96):1–12. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2241-7>
- 43) Preis H, Pardo J, Peled Y, Benyamini Y. Changes in the basic birth beliefs following the first birth experience: Self-fulfilling prophecies? *PLoS ONE* [Internet]. 2018Nov26 [cited 2022Sep9];13(11):e0208090:1–10. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208090>
- 44) Preis H, Gozlan M, Dan U, Benyamini Y. A quantitative investigation into women's basic beliefs about birth and planned birth choices. *Midwifery* [Internet]. 2018Aug [cited 2022Sep12];63:46–51. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.002>
- 45) Preis H, Eisner M, Chen R, Benyamini Y. First-time mothers' birth beliefs, preferences, and actual birth: A longitudinal observational study. *Women and Birth* [Internet]. 2019Feb [cited 2022Sep12];32(1):e110–e117. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.019>
- 46) Benyamini Y, Molcho ML, Dan U, Gozlan M, Preis H. Women's attitudes towards the medicalization of childbirth and their associations with planned and actual modes of birth. *Women and Birth* [Internet]. 2017Oct [cited 2022Sep12];30(5):424–30. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.03.007>
- 47) Preis H, Lobel M, Benyamini Y. Between Expectancy and Experience: Testing a Model of Childbirth Satisfaction. *Psychology of Women Quarterly* [Internet]. 2018Jun6 [cited 2022Sep12];43(1):105–17. Available from: <https://doi.org/10.1177/0361684318779537>
- 48) World Health Organization (WHO). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [Internet]. 2020 [cited 2022 Aug 2]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- 49) Souto SPAD, Albuquerque RSD, Prata AP. Fear of childbirth in time of the new coronavirus pandemic. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2020Nov13 [cited 2022Sep9];73(Suppl 2): e20200551:1–6. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0551>

- 50) Luxi N, Giovanazzi A, Capuano A, Crisafulli S, Cutroneo PM, Fantini MP, et al. COVID-19 Vaccination in Pregnancy, Paediatrics, Immunocompromised Patients, and Persons with History of Allergy or Prior SARS-CoV-2 Infection: Overview of Current Recommendations and Pre- and Post-Marketing Evidence for Vaccine Efficacy and Safety. *Drug Safety* [Internet]. 2021Nov5 [cited 2022Sep11];44(12):1247–69. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40264-021-01131-6>
- 51) O'Connell MA, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC, O'Neill SM. Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *AOGS Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* [Internet]. 2017Aug [cited 2022Aug24];96(8):907–20. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/aogs.13138>
- 52) Papapanou M, Papaioannou M, Petta A, Routsis E, Farmaki M, Vlahos N, et al. Maternal and Neonatal Characteristics and Outcomes of COVID-19 in Pregnancy: An Overview of Systematic Reviews. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2021Jan [cited 2022Sep14];18(2):1–18. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7828126/>
- 53) Taubman-Ben-Ari O, Chasson M, Abu-Sharkia S. Childbirth anxieties in the shadow of COVID-19: Self-compassion and social support among Jewish and Arab pregnant women in Israel. *Health and Social Care in the community* [Internet]. 2020Oct14 [cited 2022Sep9];29(5):1409–19. Available from: <https://doi.org/10.1111/hsc.13196>
- 54) World Health Organization (WHO). Clinical management of COVID-19. [Internet]. 27 May 2020. [cited 2022 July 31]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332196/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 55) Vivilaki VG, Asimaki E. Respectful midwifery care during the COVID-19 pandemic. *European Journal of Midwifery* [Internet]. 2020Apr [cited 2022Sep11];4(April ):1–2. Available from: <https://doi.org/10.18332/ejm/120070>
- 56) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Midwives, Royal College of Paediatrics and Child Health, Public Health England and Public Health Scotland. Coronavirus (COVID-19) Infection and Pregnancy: Information for healthcare professionals

- Version 11[Internet]. 2020. [cited 2022 Aug 2]. Available from:  
<https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-07-24-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy.pdf>
- 57) American College of Obstetricians and Gynecologists. Novel Coronavirus 2019 (COVID-19): Practice Advisory [Internet]. 2020[cited 2022 Aug 2]. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2020/03/novel-coronavirus-2019>
- 58) Kanellopoulos D, Gourounti K. Tocophobia and Women's Desire for a Caesarean Section: a Systematic Review. *Mædica - a Journal of Clinical Medicine* [Internet]. 2022Mar17 [cited 2022Sep12];17(1):186–93. Available from: <https://doi.org/10.26574/maedica.2022.17.1.186>
- 59) Gourounti K, Kouklaki E, Lykeridou K. Validation of the Childbirth Attitudes Questionnaire in Greek and psychosocial characteristics of pregnant women with fear of childbirth. *Women and Birth* [Internet]. 2015Sep [cited 2022Sep12];28(3):e44–e51. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.02.004>
- 60) Fairbrother N, Collardeau F, Albert A, Stoll K. Screening for Perinatal Anxiety Using the Childbirth Fear Questionnaire: A New Measure of Fear of Childbirth. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2022Feb [cited 2022Sep14];19(4):1–23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8872365/>
- 61) Arab W, Atallah D. Cesarean section rates in the COVID-19 era: False alarms and the safety of the mother and child. *European Journal of Midwifery* [Internet]. 2021May5 [cited 2022Sep15];5:1–2. Available from: <https://doi.org/10.18332/ejm/134998>
- 62) Saridi M, Toska A, Latsou D, Chondropoulou MA, Matsioulas A, Sarafis P. Assessment of quality of life and psycho-emotional burden in pregnant women in Greece. *European Journal of Midwifery* [Internet]. 2022Mar [cited 2022Sep15];6:1–7. Available from: <https://doi.org/10.18332/ejm/145963>
- 63) United Nations population estimates and projections. Greece population 2022 (live) [Internet]. Greece Population 2022 (Demographics, Maps, Graphs). 2019 [cited 2022Sep15]. Available from: <https://worldpopulationreview.com/countries/greece-population>

## EΙΚΟΝΕΣ

- 1) Στογιάνοβα Π. [Internet]. P.S. Infinity Photography. [cited 2022Sep16]. Available from:  
<https://www.psinfinity.gr/blog/%CE%A4%CE%9F%CE%9A%CE%95%CE%A4%CE%9F%CE%A3-%CE%A3%CE%A4%CE%9F-%CE%A3%CE%A0%CE%99%CE%A4%CE%99>
- 2) Τσακώνα Κ. εικ. 9.12 Εγκέφαλος [Internet]. Βιολογία (Α΄ Λυκείου) - Βιβλίο Μαθητή (Εμπλουτισμένο). 2013 [cited 2022Sep12]. Available from:  
[http://ebooks.edu.gr/ebooks/v/html/8547/2666/Biologia\\_A-Lykeiou\\_html-empl/index9.html](http://ebooks.edu.gr/ebooks/v/html/8547/2666/Biologia_A-Lykeiou_html-empl/index9.html)
- 3) HealthyLiving.gr. 2016 [cited 2022Sep12]. Available from:  
<https://www.healthyliving.gr/2016/05/24/exelixh-egefalou-6/>
- 4) Σπανού Δ. [Internet]. Ιάτωρ. 2017 [cited 2022Sep12]. Available from:  
<https://www.iator.gr/2017/03/12/%CF%85%CF%80%CE%BF%CE%B8%CE%AC%CE%BB%CE%B1%CE%BC%CE%BF%CF%82-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CE%B7-%CF%85%CF%80%CF%8C%CF%86%CF%85%CF%83%CE%B7-%CF%84%CE%BF%CF%85-%CE%BD%CE%B5%CF%85%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%8D/>
- 5) Μεταιχμακό σύστημα. 2014 [cited 2022Sep12]. Available from:  
<http://bioproject.wdfiles.com/local--files/student-works-2014-15-a1/%CE%9C%CE%B5%CF%84%CE%B1%CE%B9%CF%87%CE%BC%CE%B9%CE%B1%CE%BA%CF%8C%20%CF%83%CF%8D%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%B1%20-%202014.%20%CE%9A%CE%B1%CF%84%CE%B5%CF%81%CE%AF%CE%BD%CE%B1%20%CE%94..pdf>