



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΔΙΔΥΜΟΤΕΙΧΟΥ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

## **Θέμα πτυχιακής εργασίας:**

Νοσηλευτική ψυχικής υγείας γυναικών:

Η κατάθλιψη, το άγχος και το στρες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Υποβληθείσα στην καθηγήτρια Αρβανίτη Φωτεινή  
από την  
σπουδάστρια ΦΥΡΙΝΙΔΟΥ ΣΤΑΜΑΤΙΑ – ΑΕΜ: 407 (Δημοκρατίας 10,  
66300 Δράμα)

Έναρξη: 11.12.2014

Παράδοση: 24.4.2015

Διδυμότειχο 2015

Θέλω να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κυρία Αρβανίτη  
Φωτεινή, η οποία ήταν η κινητήρια δύναμη για να ολοκληρωθεί η εργασία αυτή.  
Την ευχαριστώ πολύ για όσα μου δίδαξε, τις συμβουλές που μου προσέφερε, την  
συμπαράστασή της και τις ώρες που μου αφιέρωσε.

Copyright © Φυρινίδου Σταματία, 2015  
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος, All rights reserved

Η έγκριση της πτυχιακής εργασίας από το **ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**Δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του  
συγγραφέως εκ μέρους του τμήματος.**

**Εγκρίνεται προς παρουσίαση**

**Η καθηγήτρια**

**Αρβανίτη Φωτεινή**

Βεβαιώνω ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω, έχω παραθέσει τις πηγές στο τμήμα βιβλιογραφίας.

Υπογραφή.....

## **ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ**

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματεύεται πρωταρχικά το θέμα της περιγεννητικής κατάθλιψης, του περιγεννητικού άγχους και στρες και δευτερευόντως το ρόλο του νοσηλευτή σε αυτό το πλαίσιο.

Ο πρωταρχικός ρόλος της εργασίας είναι να παρουσιαστεί το εύρος των περιγεννητικών καταθλιπτικών και των αγχωδών διαταραχών, οι οποίες δεν έχουν λάβει ούτε από το ευρύ κοινό, συμπεριλαμβανομένων και των εγκύων, ούτε από το επιστημονικό κοινό την δέουσα προσοχή. Θα ήταν ευκαίριο να υπάρξει μεγαλύτερη ενασχόληση με αυτά τα σημαντικά θέματα εκ μέρους των νοσηλευτών και των γυναικολόγων-μαιευτήρων, καθώς αυτοί αποτελούν τον πρώτο (και πολλές φορές τον τελευταίο) σταθμό στην εγκυμοσύνη μιας γυναίκας και θα μπορούσαν να συμβάλλουν καθοριστικά στην ανίχνευση, στην πρόληψη, στη διάγνωση και στην άμεση παραπομπή για αντιμετώπιση της ψυχοπαθολογίας και σε θεραπεία εντός αυτού του πλαισίου.

Η καθηγήτρια  
Αρβανίτη Φωτεινή

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία είναι ενδιαφέρουσα για όλους όσοι θέλουν να αποκτήσουν μια γενική εικόνα για την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Παρουσιάζει επίκαιρα ζητήματα και θέματα που αφορούν μεταξύ άλλων την ψυχική υγεία της γυναίκας, τις διστάμενες απόψεις για την φαρμακοθεραπεία στην περιγεννητική περίοδο και τον ρόλο του νοσηλευτή. Κατά την εκπόνηση της εργασίας, θεωρήθηκε σκόπιμο να βασιστούν τα συμπεράσματα και οι προτάσεις που προέκυψαν σε όσο πιο πρόσφατες έρευνες στον τομέα της ψυχικής υγείας των εγκύων, ούτως ώστε να διατηρηθεί ακέραιη η επικαιρότητα της εργασίας. Συμπεριλήφθηκε επίσης βιβλιογραφία από τις περασμένες δεκαετίες, η οποία όμως χρησιμεύει ως θεμέλιο λόγω της πρωτοπορίας και επιρροής της, π.χ. την θεωρία των Folkman και Lazarus για τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων.

Στόχος της εργασίας αυτής είναι να δώσει επαρκή ερεθίσματα για την περαιτέρω ενασχόληση με το θέμα της περιγεννητικής ψυχικής υγείας, με κέντρο βαρύτητας τις καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι οποίες θα πρέπει να είχαν ερευνηθεί περισσότερο, και ιδιαίτερα στην

Ελλάδα.

## **ABSTRACT**

The present thesis is of interest to those who wish to gain a general overview of depression, anxiety and stress during pregnancy. It presents topical issues concerning women's mental health during gestation, the divided opinions on pharmacotherapy in the prenatal period, and the role of nurses in this context to name but a few. In preparation for the thesis, it was deemed appropriate to base the conclusions and the suggestions that occurred on the most recent studies in the field of pregnant women's mental health so as to ensure the topicality of the thesis. Literature from past decades, which is fundamental because of its pioneering ideas and its great influence, such as the theory of Folkman and Lazarus about coping strategies, was also included.

The objective of the present thesis is to provide sufficient incentives for further research into prenatal mental health, with emphasis being laid on prenatal depressive and anxiety disorders, which need to be researched more deeply, especially in Greece

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ .....                                         | 4  |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....                                                    | 5  |
| ABSTRACT .....                                                    | 6  |
| 1. Εισαγωγή.....                                                  | 8  |
| 2. Ψυχολογία των γυναικών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ..... | 10 |
| 3. Το περιγεννητικό στρες και το περιγεννητικό άγχος.....         | 20 |
| 4. Στρατηγικές Αντιμετώπισης Στρεσογόνων Καταστάσεων .....        | 28 |
| 5. Η Περιγεννητική Κατάθλιψη .....                                | 37 |
| 5.1 Συμπτώματα κατάθλιψης κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ..... | 40 |
| 5.2 Παράγοντες Κινδύνου Περιγεννητικής Κατάθλιψης.....            | 43 |
| 5.3 Ανίχνευση, Πρόληψη και Διάγνωση.....                          | 50 |
| 5.4 Αντιμετώπιση – Θεραπεία .....                                 | 55 |
| 6. Ο ρόλος του νοσηλευτή .....                                    | 61 |
| 7. Οργανισμοί Παροχής Κοινωνικής Υποστήριξης στην Ελλάδα .....    | 64 |
| 8. Συμπεράσματα .....                                             | 68 |
| 9. Βιβλιογραφία.....                                              | 73 |

## 1. Εισαγωγή

Ο κύριος στόχος της παρούσας έρευνας είναι να παρουσιάσει όσο πιο διεξοδικά γίνεται τις διαστάσεις του περιγεννητικού στρες, του άγχους και της περιγεννητικής κατάθλιψης. Επιχειρείται η ανάδειξη και ο τονισμός των αναγκών για περισσότερη έρευνα και ενημέρωση όσον αφορά τα συμπτώματα, την πρόγνωση, τη διάγνωση και την αντιμετώπιση - θεραπεία των καταθλιπτικών και αγχώδων διαταραχών που μπορεί να εμφανιστούν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Μέσα από την ανασκόπηση της σύγχρονης διεθνούς σχετικής βιβλιογραφίας, η οποία αντλήθηκε κυρίως από τη διαδικτυακή βάση βιβλιογραφικών δεδομένων *PubMed*, γίνεται μια προσπάθεια να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στα κλινικού και κοινωνικού ενδιαφέροντος ζητήματα αυτά, τα οποία πάρα πολύ συχνά συγχέονται και παραμελούνται επειδή η συμπτωματολογία τους είναι σε αρκετά σημεία κοινή με αυτήν της εγκυμοσύνης. Διαπιστώνεται ότι η ψυχική υγεία της εγκύου επηρεάζεται από πολλούς άλλους παράγοντες πέραν της εγκυμοσύνης, οι οποίοι ποικίλουν και διαφέρουν από περίπτωση σε περίπτωση.

Η ανάλυση των παραγόντων κατέχει κύρια θέση στην εργασία αυτή για να αναδειχθεί το ευρύ φάσμα της αιτιολογίας της περιγεννητικής κατάθλιψης και του περιγεννητικού άγχους και στρες, αλλά και για να υπογραμμιστεί η σημαντικότητά της κατά την διαδικασία εύρεσης μιας κατάλληλης εξατομικευμένης αντιμετώπισης - θεραπείας. Ο μαιευτήρας-γυναικολόγος και το νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής ή του νοσοκομείου, όπου διενεργούνται οι περιγεννητικοί έλεγχοι, φαίνεται να είναι παράγοντες που συμβάλλουν καθοριστικά έτσι ώστε να ανιχνευτούν άμεσα τα καταθλιπτικά και τα αγχώδη συμπτώματα και να μπορέσει να γίνει γρήγορη παραπομπή σε ειδικό για

αντιμετώπιση - θεραπεία. Ο νοσηλευτής μπορεί μέσα από διαρκή εκπαίδευση στον τομέα της ψυχιατρικής υγείας να παράσχει σημαντική υποστήριξη στην έγκυο και να συνεισφέρει στην πρόληψη. Η αντιμετώπιση - θεραπεία πρέπει να είναι εξατομικευμένη στις ανάγκες και στο ιδιαίτερο προφίλ της εγκύου που παρουσιάζει τα συμπτώματα.

Τέλος, πρέπει να διερευνηθεί η περιγεννητική κατάθλιψη και το άγχος στον χώρο της Ελλάδας, για να διαπιστωθούν οι παράγοντες που προωθούν μια καταθλιπτική και αγχώδη διάθεση, οι θεραπείες καθώς και οι στρατηγικές αντιμετώπισης που μπορεί να είναι αποτελεσματικές για τις έγκυες γυναίκες που ζουν στην Ελλάδα. Αυτό είναι απαραίτητο γιατί η αποτελεσματικότητα των θεραπειών και η μορφή των παραγόντων που επηρεάζουν την έγκυο εξαρτώνται σε αρκετά μεγάλο βαθμό από τον γεωγραφικό χώρο και την εκάστοτε κοινωνία.

Η ενημέρωση του ευρέος κοινού, η συνεχής έρευνα, η ανάλογη εκπαίδευση όσων εργάζονται στον υγειονομικό τομέα και η συνεισφορά της κυβέρνησης είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για να λάβουν οι επικίνδυνες και πολλές φορές αδιάγνωστες περιγεννητικές αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές την δέουσα προσοχή και αντιμετώπιση.

Η παρούσα εργασία μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί και ως μια εισαγωγή στα θέματα αυτά, καθώς καλύπτει όσο το δυνατόν περισσότερες θεματικές ενότητες οι οποίες συνοπτικά περιλαμβάνουν την ψυχική υγεία της γυναίκας, τους παράγοντες που μπορεί να προωθήσουν συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, τις στρατηγικές που επιστρατεύουν οι γυναίκες σε διάφορα σημεία της γης για να αντιμετωπίσουν το περιγεννητικό στρες, την πρόληψη, τη διάγνωση και την αντιμετώπιση - θεραπεία, το ρόλο του νοσηλευτή στο πλαίσιο αυτό και τέλος τη σημασία της ενημέρωσης και διεξαγωγής περαιτέρω ερευνών για να δοθούν λύσεις σε επίμαχα σημεία των περιγεννητικών ψυχικών διαταραχών, όπως η φαρμακοθεραπεία.

## **2. Ψυχολογία των γυναικών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης**

Δεν υπάρχει άλλη στιγμή στην ζωή της γυναίκας, κατά την οποία ολόκληρη η ψυχοσύνθεσή της, η συμπεριφορά της και η διάθεσή της να μεταβάλλεται τόσο απότομα. Πριν ξεκινήσει η αναφορά σε συγκεκριμένα παραδείγματα και συγκεκριμένες περιπτώσεις, θεωρείται σκόπιμο να περιγραφεί αδρομερώς το γενικό προφίλ μιας εγκύου. Στην πραγματικότητα, το προφίλ της κάθε εγκύου παρουσιάζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τα οποία διαμορφώνονται, προκύπτουν και εξηγούνται από μια σειρά εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων, μερικούς από τους οποίους παρουσιάζονται σε αυτήν την εργασία.

Στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, συμβαίνουν αρκετές σημαντικές αλλαγές τις οποίες η γυναίκα δεν μπορεί να αντιληφθεί. Στρες, ενθουσιασμός, ανησυχία, μη σταθερή ψυχολογική διάθεση, κυκλοθυμία, υπερβολική αντίδραση με συναισθηματικό ξέσπασμα σε καταστάσεις – οι οποίες ειδάλλως και υπό κανονικές συνθήκες δεν θα την επηρέαζαν σε τέτοιο βαθμό – καταθλιπτικά συναισθήματα και άλλες μορφές συναισθηματικής αστάθειας χαρακτηρίζουν το ψυχολογικό προφίλ της εγκύου κατά το πρώτο τρίμηνο (Αθανασίου, 2014).

Στο δεύτερο τρίμηνο, το άγχος του πρώτου τριμήνου αρχίζει να καταλαγιάζει, λαμβάνει όμως άλλες διαστάσεις. Γίνονται πλέον αντιληπτές οι αλλαγές, τουλάχιστον σε σωματικό επίπεδο. Αυτό προκαλεί στις περισσότερες γυναίκες, ιδίως σε αυτές που για πρώτη φορά εγκυμονούν, ανασφάλειες που αφορούν την εξωτερική τους εμφάνιση και το βάρος τους καθώς και ανησυχίες για το πόσο μπορούν να βασιστούν στον σύντροφό τους και για την διαθεσιμότητά του εν όψει των ολοένα αυξανόμενων αναγκών της γυναίκας. Επιπροσθέτως, οι ανησυχίες μπορεί να περιστρέφονται και γύρω από το αν ο

σύντροφός τους τις βρίσκει εξίσου ελκυστικές και συνεχίζει να ενδιαφέρεται και ερωτικά για αυτές, ενώ η κολπική λίπανση και η ροή του αίματος στην πυελική περιοχή αυξάνονται και συνάμα μειώνεται η εμετική διάθεση, κάτι το οποίο κάνει εντονότερη την επιθυμία για σεξουαλική επαφή. Η ανάπτυξη ενός ουσιαστικού διαλόγου μεταξύ της εγκύου και του συντρόφου της κρίνεται αναγκαία, ούτως ώστε να ξεπεραστούν ανησυχίες και φόβοι τέτοιας υφής (Αθανασίου, 2014).

Εν αναμονή του τοκετού στο τρίτο και τελευταίο τρίμηνο, αρχίζουν να εμφανίζονται στο προσκήνιο φόβοι σχετικά με την επικείμενη μητρότητα και περί γονικής καταλληλότητας της μητέρας για το παιδί που πρόκειται να γεννηθεί. Η ψυχοσωματική κόπωση φτάνει σε πολύ υψηλά επίπεδα λόγω της συνέργειας του αυξανόμενου βάρους, των δυσκολιών στον ύπνο και της σωματικής αλλαγής. Σε αυτό το σημείο, η γυναίκα χρειάζεται την επιβεβαίωση σχετικά με την εμφάνισή της και την καταλληλότητά της ως μητέρα (Αθανασίου, 2014).

Οι ορμονικές διακυμάνσεις είναι πολύ μεγάλες. «Η εγκυμοσύνη είναι μια κρίσιμη περίοδος για την ανάπτυξη του κεντρικού νευρικού συστήματος των μητέρων», σύμφωνα με την ψυχολόγο Laura M. Glynn από το πανεπιστήμιο του Charman. Η σχετική έρευνα προτείνει ότι οι αναπαραγωγικές ορμόνες ίσως προετοιμάζουν τον εγκέφαλο της μητέρας για τις απαιτήσεις της επικείμενης μητρότητας, την βοηθούν να αντιδρά με μεγαλύτερη ψυχραιμία στο άγχος και να προσαρμοστεί στις ανάγκες του παιδιού της. Για αυτόν τον λόγο, οι μητέρες ξυπνούν όταν αισθανθούν ότι το βρέφος κουνιέται ενώ οι πατέρες τους συνεχίζουν να κοιμούνται χωρίς να το αντιλαμβάνονται (Glynn στο Association fo Psychological Science).

Σύμφωνα με την έρευνα της Glynn και άλλες έρευνες, υπάρχουν στοιχεία που ολοένα και αυξάνονται και δείχνουν ότι οι δυσμενείς καταστάσεις κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, π.χ. η κατάθλιψη ή ο υποσιτισμός της μητέρας, δεν αποτελούν από μόνες τους κίνδυνο για το παιδί. Περισσότερο σημαντική είναι η αρμονία της ζωής του παιδιού εντός της μήτρας και εκτός αυτής, καθώς το

έμβρυο προσαρμόζεται στην ανεπαρκή διατροφή της μητέρας και θα μπορέσει να ανταπεξέλθει καλύτερα σε μια μεγάλη έλλειψη τροφής αφότου γεννηθεί, αλλά ενδέχεται να γίνει υπέρβαρο αν τρώει κανονικά.

Ο χρόνος διαδραματίζει επίσης πολύ σημαντικό ρόλο. Το άγχος της μητέρας μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την γνωστική ανάπτυξη του παιδιού κατά το πρώτο τρίμηνο, αλλά τα ίδια υψηλά επίπεδα στρεσογόνων ορμονών μπορεί να την ενισχύσουν στο τελευταίο στάδιο της εγκυμοσύνης (Association for Psychological Science). Η μητέρα και το έμβρυο βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση. Όπως η μητέρα επηρεάζει το έμβρυο, έτσι και το έμβρυο επηρεάζει τη μητέρα συνειδητά ή ασυνείδητα.

Ορισμένα παραδείγματα αυτής της εμβρυϊκής επίδρασης στη μητέρα είναι ότι η κίνηση του εμβρύου αυξάνει τους παλμούς της καρδιάς της, την αγωγιμότητα του δέρματός της και ενισχύει ενδεχομένως το ιδιαίτερο «δέσιμο» που δημιουργείται μεταξύ μητέρας και παιδιού. Ο εγκέφαλος της μητέρας αλλάζει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, υποστηρίζει η Glynn. Ωστόσο θα πρέπει να τονισθεί ότι οι περισσότερες έρευνες που διεξήχθησαν πάνω σε αυτό το θέμα, δηλ. στον εγκέφαλο της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, έγιναν με τρωκτικά, οι εγκυμοσύνες των οποίων διαφέρουν εξαιρετικά πολύ από αυτές των γυναικών, επιφυλάσσεται η Glynn.

Η περίοδος της εγκυμοσύνης χαρακτηρίζεται από εμετούς και ναυτίες, φαινόμενα τα οποία έχουν συσχετιστεί με άγχος, πίεση και κατάθλιψη. Οι Bowen et al. (2013) έκαναν μια σχετική έρευνα με δείγμα 648 γυναικών από τον Καναδά, στην οποία εξέτασαν τον επιπολασμό, την σοβαρότητα και τους ψυχοκοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της ναυτίας και του εμετού στο πρώτο και στο τελευταίο στάδιο της εγκυμοσύνης. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι ο επιπολασμός ήταν μεγαλύτερος στο πρώτο στάδιο της εγκυμοσύνης.

Η σοβαρότητα συνδέθηκε επίσης με το πρώτο στάδιο της εγκυμοσύνης, ενώ η χρήση αντιεμετικών, το επάγγελμα και τα συμπτώματα μείζονος

κατάθλιψης ήταν παράμετροι που επηρέαζαν την σοβαρότητα. Το κάπνισμα και η υποστήριξη τριών ή περισσότερων ατόμων απεδείχθησαν ως παράγοντες που προστατεύουν τις γυναίκες από εμετούς και ναυτίες. Ενώ καιροφυλακτούν αρκετοί κίνδυνοι πίσω από το κάπνισμα, φαίνεται ότι το κάπνισμα σε ορισμένες περιπτώσεις λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας επί του άγχους και της πίεσης.

Η ψυχολογία της γυναίκας αλλάζει ριζικά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Πολλοί είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχολογία της γυναίκας. Κάθε γυναίκα/μέλλουσα μητέρα περνάει από διαφορετικές και ξεχωριστές φάσεις στην ψυχολογία της, οι οποίες διαφέρουν από περίπτωση σε περίπτωση. Οι εξωτερικοί παράγοντες ασκούν επίσης μια ιδιαίτερη επίδραση στην ψυχολογία της γυναίκας. Η ηλικία, η μόρφωση, το κοινωνικό περιβάλλον, το στάδιο της εγκυμοσύνης, οι προηγούμενες εμπειρίες και τα ανάλογα βιώματα (π.χ. το αν η γυναίκα θα γίνει για πρώτη φορά μητέρα, το αν έχει αποβάλλει, έχει υποβληθεί σε άμβλωση κλπ.) είναι ορισμένοι εκ των πολλών παραγόντων οι οποίοι καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό τη σκέψη και την αντίληψη της γυναίκας καθώς επίσης και την διαχείριση των στρεσογόνων καταστάσεων.

Διαφορετικές είναι και οι αντιδράσεις των γυναικών σε ορισμένα γεγονότα. Γυναίκες που έχουν αποβάλλει αντιδρούν με ξεχωριστό τρόπο στην απώλεια του παιδιού που είχαν στο σώμα τους. Ορισμένες αποδέχονται την κατάσταση αυτή, ενώ άλλες περνούν από μια φάση ψυχολογικής και συναισθηματικής ανατάραξης συνοδευόμενης από άγχος, κατάθλιψη και απόλυτη απογοήτευση (Swanson, 1999). Οι γυναίκες που έχουν υποστεί μια τέτοια απώλεια εμφανίζουν πολύ μεγαλύτερα επίπεδα άγχους και πολύ χαμηλότερα επίπεδα προσκόλλησης («δεσίματος») κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης από ότι οι γυναίκες που δεν βίωσαν απώλειες τέτοιας μορφής (Armstrong και Hutt, 1998).

Για τις γυναίκες αυτές η εγκυμοσύνη δεν βιώνεται κατά τον ίδιο τρόπο. Στην περίπτωση μιας νέας εγκυμοσύνης, οι γυναίκες αυτές είναι επιφυλακτικές, φοβισμένες, ανήσυχες και νευρικές (Bidlack et al., 2001) καθώς υπάρχει ο φόβος και η μεγάλη ανησυχία ότι θα βιώσουν ξανά την ίδια απώλεια. Επιπλέον, ανησυχούν πολύ περισσότερο για την υγεία του νέου παιδιού τους από ότι οι γυναίκες που δεν έχουν βιώσει περιγεννητική απώλεια και δυσκολεύονται να αποκολληθούν συναισθηματικά από το παιδί που έχουν χάσει (Bartko et al., 1992). Επιπροσθέτως, το κέντρο του άγχους και των καταθλιπτικών συναισθημάτων τους μετατοπίζεται στην έκβαση της εγκυμοσύνης τους, δεν είναι δηλαδή γενικευμένο (Côté-Arsenault, 2007). Σύμφωνα με την έρευνα της Côté-Arsenault, η νέα εγκυμοσύνη είναι περισσότερο αγχωτική και εκλαμβάνεται ως μεγαλύτερη απειλή. Το άγχος και η πίεση σχετικά με την εγκυμοσύνη είναι πολύ μεγαλύτερα κατά το πρώτο στάδιο της εγκυμοσύνης στις γυναίκες με ιστορικό περιγεννητικής απώλειας.

Η εγκυμοσύνη συνιστά ένα καινούργιο στάδιο στη ζωή μιας γυναίκας, το οποίο συνοδεύεται σίγουρα από άγχος και πίεση και πολλές φορές από συμπτωματολογία κατάθλιψης. Κάθε μέλλουσα μητέρα αποτελεί μια ξεχωριστή περίπτωση και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ξεχωριστή. Τα βιώματά της, τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει, οι συνήθειές της και άλλα σημαντικά προσωπικά στοιχεία θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη από τους κλινικούς για να εξασφαλιστούν η καλύτερη δυνατή έκβαση της εγκυμοσύνης και η υγεία της μητέρας και του παιδιού τόσο πριν όσο και μετά από την εγκυμοσύνη.

Άλλοι παράγοντες όπως ο ύπνος και η διάρκειά του θα πρέπει να λαμβάνονται επίσης υπόψη, καθώς η έλλειψη του ύπνου ασκεί αρνητική επίδραση στην ψυχολογία της μητέρας κάνοντάς την πιο νευρική. Ο ύπνος των γυναικών επηρεάζεται από τις ορμονικές αλλαγές του πρώτου τριμήνου καθώς και από το μέγεθος του βρέφους και την αγωνία που αφορά τον τοκετό στο τρίτο και τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Επιπλέον, ο ύπνος της γυναίκας

επηρεάζεται και από το νεογέννητο παιδί (Carruccio, 2012). Η ποιότητα του ύπνου συσχετίζεται επίσης και με το εισόδημα, το σωματικό βάρος και το αν η γυναίκα έχει ήδη παιδιά ή εγκυμονεί για πρώτη φορά (Firestone et al., 2007).

Ενώ ορισμένες έρευνες προτείνουν ότι δεν υπάρχει ιδιαίτερη σχέση μεταξύ της ποιότητας και ποσότητας ύπνου και της θετικής ή αρνητικής έκβασης της γέννας (Brown, et al., 2010) υπάρχει μια πλειάδα ερευνών που αποδεικνύει το αντίθετο. Αρνητικά επακόλουθα όπως η υπέρταση στην κύηση, η προεκλαμψία, ο διαβήτης και οι δυσκολίες κατά τις ωδίνες και τον τοκετό, η κατάθλιψη κ.α. εμφανίζονται συχνά. Οι Izci-Balserak και Pien (2010) προτείνουν ότι για τις γυναίκες που ροχαλίζουν ή πάσχουν από αποφρακτική άπνοια ύπνου στην εγκυμοσύνη υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης υπέρτασης και προεκλαμψίας. Σε προηγούμενη έρευνά της, η Izci-Balserak βρήκε ότι οι διαταραχές αναπνοής στον ύπνο μπορούν να γίνουν εντονότερες ή να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εξαιτίας του ύπνου (2008). Είναι αδιαμφισβήτητο το γεγονός ότι η κακή ποιότητα και ποσότητα ύπνου συνιστά αρκετά σημαντικό κίνδυνο τόσο για την έγκυο όσο και για το παιδί της.

Η εγκυμοσύνη από μόνη της είναι μια κατάσταση και διαδικασία, η οποία θέτει ιδιαίτερες προκλήσεις στην μέλλουσα μητέρα και στην ψυχολογία της και τη φέρνει αντιμέτωπη πολλές φορές με πρωτόγνωρες καταστάσεις, τις οποίες δυσκολεύεται να διαχειριστεί. Η σωστή και αποτελεσματική διαχείριση του στρες είναι απαραίτητη για να κατασταλεί η αρνητική επίδρασή του και τα αρνητικά παρεπόμενά του τόσο για την μητέρα όσο και για το παιδί, αλλά και για το οικογενειακό της περιβάλλον. Η γυναίκα πρέπει να προσαρμοστεί στους ρυθμούς και τις επιταγές της εγκυμοσύνης, κάτι το οποίο της προκαλεί στρες. Το να σταματήσει π.χ. το κάπνισμα αποτελεί ιδιαίτερη πρόκληση για τις καπνίζουσες εγκύους, ιδιαίτερα αν το κάπνισμα αποτελούσε προ της εγκυμοσύνης διέξοδο στο άγχος, την οργή της κλπ.

Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν είναι μόνο μια συνήθεια, η οποία απλώς συνεχίζεται, αλλά αποτελεί ορισμένες φορές ένδειξη για συμπτωματολογία κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, τα διάφορα καταθλιπτικά συναισθήματα οδηγούν σε επίμονο κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (De Wilde et al., 2013). Το σχετικό με την εγκυμοσύνη άγχος, η έκθεση σε σωματική/σεξουαλική βία, η υψηλή πίεση εργασίας συνδέονται επίσης με εντατικό και συνεχιζόμενο κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Επίσης, το κάπνισμα σε συνδυασμό με μια καταθλιπτική διάθεση μπορεί να οδηγήσουν σε πρόωρη γέννηση και σε χαμηλό βάρος του βρέφους (Bonsel et al., 2009). Η ενημέρωση για τα θέματα του καπνίσματος και περί κινδύνων είναι πολύ σημαντική εντός του γενικότερου πλαισίου της εγκυμοσύνης. Σκοπός της ενημέρωσης αυτής είναι να παροτρύνει τις καπνίζουσες (μέλλουσες) μητέρες να σταματήσουν το κάπνισμα.

Από την έρευνα των De Wilde κ.α. (2013) προέκυψε ότι καπνίστριες που πρόσφατα σταμάτησαν το κάπνισμα ανέφεραν λιγότερα καταθλιπτικά συναισθήματα και πριν και μετά από την εγκυμοσύνη εν συγκρίσει με καπνίστριες και γυναίκες που πρόσφατα ξεκίνησαν το κάπνισμα. Αυτό το πόρισμα έρχεται να επιβεβαιώσει άλλα πορίσματα σχετικών πρόσφατων ερευνών, οι οποίες έδειξαν ότι τα καταθλιπτικά συναισθήματα μειώνονταν σε περίπτωση που οι γυναίκες σταματούσαν αποτελεσματικά το κάπνισμα (Berlin et al., 2010; Busch et al., 2011).

Καπνίζουσες με απολυτήριο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και κατώτερο είχαν καταθλιπτικά συναισθήματα, όχι όμως κατάθλιψη. Οι καπνίζουσες με χαμηλότερο επίπεδο μόρφωσης είχαν μεγαλύτερα ποσοστά καταθλιπτικών συναισθημάτων και καπνίσματος. Το επίπεδο της μόρφωσης και κατ' επέκτασιν της ενημέρωσης αιτιολογούν επίσης την προσφυγή των γυναικών αυτών στο κάπνισμα. Το κάπνισμα είναι ενδεχομένως για αυτές ένας τρόπος αντιμετώπισης αρνητικών συναισθημάτων και εμπειριών (π.χ. προβλήματα σχετιζόμενα με

μεταβαλλόμενες συνθήκες ζωής λόγω εγκυμοσύνης, οικονομικών προβλημάτων κλπ.).

Το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, συμπεριλαμβανομένου του χαμηλού μορφωτικού και επαγγελματικού επιπέδου, είναι αποδεδειγμένα παράγοντες που προωθούν το εντατικό κάπνισμα (Valbø και Zhu, 2002; Badger et al., 2006; De Wilde et al., 2013). Τα συναισθήματα κατάθλιψης συνεχίζουν να υφίστανται και μετά την εγκυμοσύνη (De Wilde et al., 2013). Οι καταθλιπτικές δυσκολεύονται πολύ περισσότερο να σταματήσουν το κάπνισμα (Valbø και Zhu, 2002; Blalock et al., 2010). Συνεπώς, η ψυχολογία των γυναικών και η εσωτερική τους αρμονία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ένα θέμα που εξαρτάται από πολλούς προσωπικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες. Το ότι το κάπνισμα συνδέεται με την κατάθλιψη γεννά πολλά άλλα ερωτήματα για άλλες συνήθειες και τη σχέση τους με παθήσεις και διαταραχές.

Δεν θα έπρεπε να αφεθούν εκτός προσοχής οι σωματικοί παράγοντες, οι οποίοι ασκούν μεγάλη επιρροή στην ψυχολογία της γυναίκας κατά την εγκυμοσύνη. Τα περιττά κιλά που προστίθενται στην εγκυμοσύνη και άλλες αλλαγές στο σώμα της εγκύου θέτουν προκλήσεις στη γυναίκα και της προκαλούν ανασφάλειες που αφορούν μεταξύ άλλων την αυτοεκτίμησή της, την ελκυστικότητά της και την σεξουαλική ικανοποίηση αυτής και του συντρόφου της. Έχει διαπιστωθεί άμεση σχέση μεταξύ της αντίληψης που έχουν οι γυναίκες για τον εαυτό τους και του δείκτη μάζας του σώματός τους.

Σε μια σχετική διαπολιτισμική έρευνα που διεξήχθη με δείγμα 110 γυναικών από το Ηνωμένο Βασίλειο και το Ισραήλ, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες από το Ισραήλ ήταν περισσότερο δυσαρεστημένες με το σώμα τους. Η συνολική αξιολόγηση της αυτοεκτίμησης για τις έγκυες γυναίκες ήταν παρόμοια με την αξιολόγηση των γυναικών που δεν ήταν έγκυες. Επίσης βρέθηκε ότι οι γυναίκες στο Ισραήλ που είχαν κανονικό βάρος παρουσίαζαν χαμηλή εκτίμηση για το σώμα τους και έντονη τάση για περιορισμένη διατροφή (Feltbower et al., 2013).

Η συνέχιση του καπνίσματος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης οφείλεται ορισμένες φορές σε ανησυχίες που έχουν οι γυναίκες σχετικά με την εικόνα του σώματός τους. Κυρίως σε αγροτικές περιοχές, οι γυναίκες συνεχίζουν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς πιστεύουν ότι η νικοτίνη διαθέτει ιδιότητες ελέγχου του βάρους του σώματος (Borelli και Mermelstein, 1998; Bailey et al, 2013).

Πορίσματα άλλης έρευνας προτείνουν ότι η ικανοποίηση με το σώμα και η συνείδηση που έχει η έγκυος για τον εαυτό της και το σώμα της σχετίζονται με την σεξουαλική ικανοποίηση και τη συχνότητα της σεξουαλικής συνεύρεσης. Ωστόσο, αναδείχτηκε ως περισσότερο σημαντική για την σεξουαλική ικανοποίηση η επικοινωνία. Ο κύριος λόγος για την σεξουαλική αποχή ήταν ο φόβος μήπως η σεξουαλική επαφή βλάψει το έμβρυο (Radoš et al., 2013).

Τέλος, η δυσαρέσκεια με το σώμα συνιστά μια ακόμη πηγή άγχους και καταθλιπτικών συναισθημάτων τα οποία πρέπει να ξεπεραστούν με τη βοήθεια της οικογένειας, των φίλων και του συζύγου της εγκύου. Μια ακόμα έρευνα έχει δείξει ότι η δυσαρέσκεια με το σώμα δεν έχει να κάνει απαραίτητα με τις διατροφικές συνήθειες της εγκύου. Βάσει της έρευνας και οι γυναίκες με διατροφικές διαταραχές και οι γυναίκες χωρίς διατροφικές διαταραχές δεν ήταν ικανοποιημένες με το βάρος του σώματός τους και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά.

Για τις γυναίκες με διατροφικές διαταραχές, η δυσαρέσκεια παρέμενε έτσι και αλλιώς λόγω του διατροφικού τους προβλήματος, το οποίο όμως έχει ψυχολογική αιτιολόγηση πολλές φορές. Για τις γυναίκες χωρίς διατροφικές διαταραχές η δυσαρέσκεια αυξήθηκε κατά την εγκυμοσύνη στο δεύτερο και τρίτο τρίμηνο και παρέμεινε σε πολύ υψηλά επίπεδα μετά την εγκυμοσύνη από τον τρίτο μέχρι τον έκτο μήνα. Για τις γυναίκες με διατροφικές διαταραχές, η δυσαρέσκεια μειώθηκε μετά τον έκτο μήνα κατόπιν εγκυμοσύνης. Και για τις δύο ομάδες, η μεγαλύτερη δυσαρέσκεια παρατηρήθηκε στο τρίτο τρίμηνο της

εγκυμοσύνης, καθώς τότε αυξήθηκε περισσότερο το βάρος του σώματός τους και ήταν πλέον αισθητές και αντιληπτές οι σωματικές αλλαγές (Abraham και Coker, 2014).

### 3. Το περιγεννητικό στρες και το περιγεννητικό άγχος

Πριν ξεκινήσει η ανάλυση ορισμένων στρεσογόνων καταστάσεων και περιστατικών που συσχετίζονται με την εγκυμοσύνη και με άλλους παράγοντες, κρίνεται σκόπιμο να δοθεί ο ορισμός του στρες και του άγχους έτσι ώστε να διαπιστωθούν οι μεταξύ τους σημασιολογικές διαφορές. Στην προφορική, καθημερινή χρήση της γλώσσας δεν φαίνεται να γίνεται σημασιολογική διάκριση μεταξύ στρες και άγχους, καθώς οι λέξεις στρες και άγχος χρησιμοποιούνται εναλλάξ και αναφέρονται σε καταστάσεις, στιγμές και σκέψεις που μας προκαλούν ανησυχίες και μια δυσφορία, που συνοδεύεται από υπερένταση, τάση για εμετό, σωματική επιβάρυνση και γενικά ψυχική πίεση.

Εντούτοις, η διαφορά μεταξύ των δύο λέξεων συνίσταται στο ότι το στρες υπάρχει και στις καλές και στις κακές στιγμές της ζωής ενός ατόμου, είναι μια αντίδραση σε καταστάσεις από τις οποίες απειλείται και πιέζεται σωματικά και ψυχικά, π.χ. εργασία, εξετάσεις και άλλα καθήκοντα, και στο ότι γνωρίζει ή μπορεί να αναγνωρίσει από πού προέρχεται το στρες. Όταν βρίσκεται ένα άτομο υπό στρες, εκκρίνεται αδρεναλίνη, η οποία ενεργοποιεί τους αμυντικούς μηχανισμούς του σώματος και προκαλεί διαστολή των ματιών, ταχυκαρδία, αύξηση πίεσης του αίματος και ένταση των μυών. Αν η αδρεναλίνη παραμείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα (αν δηλ. το στρες είναι χρόνιο) μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη, αύξηση της πίεσης ([http://www.healthstatus.com/health\\_blog/depression-stress-anxiety/how-is-anxiety-different-from-stress/](http://www.healthstatus.com/health_blog/depression-stress-anxiety/how-is-anxiety-different-from-stress/)) και άλλες αρνητικές αλλαγές και συνέπειες όπως πονοκεφάλους, πόνους στο στήθος, ταχυκαρδίες, εξανθήματα και έλλειψη ύπνου (<http://www.adaa.org/understanding-anxiety/related-illnesses/stress>).

Το στρες μπορεί να προέρχεται από οποιαδήποτε κατάσταση ή σκέψη η οποία κάνει τα άτομα να αισθάνονται τσαντισμένοι, θυμωμένοι, νευρικοί η ακόμα

και αγχωμένοι. Το άγχος είναι ένα από τα αρνητικά επακόλουθα του στρες. Όταν υπάρχει άγχος, φόβος σκεπάζει τα συναισθήματα και συνοδεύεται από ανησυχίες και ταραχή, το οποίο κάνει τα άτομα να απομονώνονται και να είναι νευρικοί ([http://www.healthstatus.com/health\\_blog/depression-stress-anxiety/how-is-anxiety-different-from-stress/](http://www.healthstatus.com/health_blog/depression-stress-anxiety/how-is-anxiety-different-from-stress/)).

Το άγχος είναι κοντολογίς το αίσθημα του φόβου και της ανησυχίας, το οποίο συχνά συνοδεύεται από αισθήματα μιας επικείμενης καταστροφής και αποτυχίας. Σε αντίθεση με το στρες, του οποίου η πηγή είναι αναγνωρίσιμη, το άγχος πολλές φορές εκδηλώνεται χωρίς να γνωρίζουν το λόγο. Ότι η πηγή της ταραχής του άγχους δεν γίνεται πάντα αντιληπτή, επιτείνει την δυσφορία που αισθάνονται. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι το στρες παρέρχεται με το που εξαφανιστεί ο παράγοντας που το προκαλεί, ενώ το άγχος είναι το «στρες» που παραμένει ακόμα και όταν φύγει η κατάσταση κλπ. από το οποίο προκαλείται ([http://www.healthstatus.com/health\\_blog/depression-stress-anxiety/how-is-anxiety-different-from-stress/](http://www.healthstatus.com/health_blog/depression-stress-anxiety/how-is-anxiety-different-from-stress/)). Για αυτό τον λόγο το άγχος θεωρείται μια ψυχική διαταραχή, ενώ το στρες όχι. Για να διαγνωσθεί το άγχος, τα συμπτώματα θα πρέπει να παραμείνουν για μια περίοδο έξι μηνών. Αυτή η περίοδος βοηθάει στο να μην συγχυστεί το στρες με το άγχος. Συνήθως το στρες φεύγει όταν εξαφανίζεται ο στρεσογόνος παράγοντας, ενώ το άγχος, το οποίο δεν έχει αναγνωρίσιμη αιτία, τείνει να παραμένει περισσότερο και είναι πιο δύσκολο να αντιμετωπιστεί/θεραπευτεί (Groberman, 2012: <http://www.psyweb.com/articles/anxiety/difference-between-stress-and-anxiety>).

Ο όρος αυτός έχει ένα ευρύ σημασιολογικό πεδίο και για αυτό έχουν προκύψει αρκετοί ορισμοί. Σε αυτή την έρευνα, επιλέγεται ένας διαδεδομένος και αναγνωρισμένος γενικός ορισμός του άγχους. Βάσει του DSM-IV, το άγχος είναι μια «δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα τάσης, φόβου ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη» (Μάνος, 2008, 252). Όπως και ο

φόβος, το άγχος έχει και φυσιολογική διάσταση (π.χ. ταχυκαρδία, ιδρώτα, γαστρεντερική δυσφορία κλπ.) και ψυχολογική διάσταση (αισθήματα τάσης, φόβου κλπ.). «Σ’ αντίθεση, όμως, με το φόβο η πηγή του άγχους είτε είναι άγνωστη είτε έχει ελάχιστη ένταση σε σύγκριση με την ένταση της φυσιολογικής και συναισθηματικής (ψυχολογικής) αντίδρασης που προκαλεί» (Μάνος, 2008), δηλ. το γεγονός που προκαλεί άγχος δεν είναι αντικειμενικά «τραγικό» (π.χ. σχολικές εξετάσεις), ωστόσο προκαλεί μεγάλη συναισθηματική ταραχή η οποία έχει και σωματικό αντίκτυπο (π.χ. ταχυκαρδίες, εμετός, λιποθυμία κλπ.).

Συνεπάγεται ότι το άγχος πολλές φορές είναι ασυνείδητο και συνεπώς απροσδιόριστο από το άτομο που βρίσκεται υπό την επήρειά του. Το άγχος συνίσταται στο ότι το άτομο αντιδρά υπερβολικά σε μια κατάσταση, διαδικασία ή σε ένα περιστατικό, το συνοδευόμενο στρες των οποίων είναι ήπιας μορφής. Όταν η επίδραση του άγχους φτάσει σε σημείο να επιφέρει προβλήματα στην καθημερινή λειτουργικότητα και στην επίτευξη στόχων και να προκαλεί διαταράξεις στην συναισθηματική ηρεμία του ατόμου, τότε το άγχος θεωρείται παθολογικό και συνεπώς συντρέχει κάποια αγχώδης διαταραχή (Μάνος, 2008). Ορισμένες αγχώδεις διαταραχές είναι η κοινωνική φοβία, η ειδική φοβία, η διαταραχή από οξύ στρες, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες (DSM-IV στο Μάνος, 2008, 252-253).

Καθώς το άγχος πολλές φορές είναι ασυνείδητο χρειάζεται συνεπώς κάποιου είδους αντιμετώπιση - θεραπεία ή τακτική, ούτως ώστε να περάσει στο συνειδητό και να ξεπεραστεί αποτελεσματικά, καθώς τα άτομα με αγχώδεις διαταραχές σπανίως αναζητούν αντιμετώπιση - θεραπεία. Μπορεί ευλόγως η εγκυμοσύνη να συνιστά μια διαδικασία στην οποία πολλές φορές η έγκυος βρίσκεται υπό άγχος χωρίς όμως να γνωρίζει την ακριβή αιτία και πολύ συχνά παραμένει άπραγη εναποθέτοντας την επίλυση του αγχογόνου προβλήματος στον χρόνο, στον Θεό κλπ. Παρακάτω εξετάζονται ορισμένες περιπτώσεις όπου το άγχος συσχετίζεται με συγκεκριμένα γεγονότα κατά την διάρκεια της

εγκυμοσύνης. Περιορίζεται δηλαδή το φάσμα του άγχους σε γεγονότα που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και την επικείμενη μητρότητα.

Τα υψηλά επίπεδα άγχους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουν συσχετιστεί με πρόωρες γεννήσεις (λιγότερες από 37 εβδομάδες) και χαμηλό βρεφικό βάρος (χαμηλότερο από 2.500 γραμμάρια), τα οποία συνιστούν κύριες αιτίες για βρεφική θνησιμότητα, βρεφική νοσηρότητα και προβλήματα υγείας στην παιδική ηλικία, στην εφηβεία και μετά (Glover, et al., 2002; Mathews και MacDorman, 2006). Αρκετές έρευνες έχουν αξιολογήσει το περιγεννητικό άγχος το οποίο είναι γενικό ή δεν σχετίζεται με την εγκυμοσύνη. Ενώ παλαιότερες έρευνες συμπεριλάμβαναν το περιγεννητικό στρες της μητέρας, δεν το προσδιόριζαν επακριβώς. Δεν διερευνούσαν την πηγή του στρες της μητέρας ουσιαστικά και η βάση τους ήταν μια γενικευμένη κατάσταση άγχους (DeLuca et al., 2002). Σε πιο πρόσφατες έρευνες, το κέντρο εστίασης μετατοπίστηκε ειδικά στο στρες και στο άγχος το οποίο είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με την εγκυμοσύνη. Οι έρευνες με τέτοιο κέντρο εστίασης ορίζουν το σχετιζόμενο με την εγκυμοσύνη άγχος ως το σύνολο των στρεσογόνων γεγονότων ή συνθηκών σε συνδυασμό με τη συναισθηματική κατάσταση κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Οι προσεγγίσεις με βάση το σχετιζόμενο με την εγκυμοσύνη στρες και άγχος διερευνούν το στρες που πηγάζει από ένα εύρος σχετιζομένων με την εγκυμοσύνη θεμάτων, όπως σωματικά συμπτώματα, ανησυχίες για την επικείμενη μητρότητα, καταπίεση της σχέσης, σωματικές αλλαγές, αγωνία για τις ωδίνες και τον τοκετό, ανησυχίες για την υγεία του παιδιού (Lobel και Yali, 1999; Misra, et al., 2001).

Οι Cannella κ.α. (2008) βρήκαν ότι το σχετιζόμενο με την εγκυμοσύνη στρες μπορεί να επηρεάσει πολύ περισσότερο την έκβαση της γέννησης από ότι το γενικό στρες. Μια άμεση επίπτωση του ειδικού αυτού στρες είναι η πρόωρη γέννηση. Έμμεσα προκαλεί χαμηλό βρεφικό βάρος στη γέννηση, αν συνδυαστεί με κάπνισμα. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής, ότι το στρες που έχει ως πηγή

του την εγκυμοσύνη επηρεάζει περισσότερο την έκβαση της γέννησης απ' ό τι το γενικό στρες ή άλλα συμβάντα στη ζωή των εγκύων. Το ειδικό αυτό στρες συσχετίστηκε με το κάπνισμα, με την κατανάλωση καφεΐνης και τη μη υγιεινή διατροφή.

Όταν το άγχος είναι παθολογικό και συνεπώς συντρέχει κάποια αγχώδης διαταραχή, τότε αυξάνεται το ενδεχόμενο της αρνητικής έκβασης. Πολλές γυναίκες αρχίζουν να έχουν κάποια αγχώδη διαταραχή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενώ έχει παρατηρηθεί ότι γυναίκες με ιστορικό κάποιας αγχώδους διαταραχής προ της εγκυμοσύνης παρουσιάζουν επιδείνωση στην διαταραχή τους κατά την εγκυμοσύνη. Εκτός από τις δυσμενείς εκβάσεις για το έμβρυο και για το βρέφος, οι αγχώδεις διαταραχές στην εγκυμοσύνη συσχετίζονται και με επιλόχειο κατάθλιψη (Vythilingum, 2008).

Ορισμένες διαταραχές που έχουν παρατηρηθεί στο προγεννητικό και μεταγεννητικό στάδιο είναι η διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία, η ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή, η διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή. Αν και λίγα τα στοιχεία σχετικά με τις διαταραχές αυτές στην εγκυμοσύνη και μετά, υπάρχουν έρευνες που δείχνουν ότι η γυναίκα είναι ιδιαίτερα ευάλωτη στη διαταραχή πανικού μετά την εγκυμοσύνη και ότι οι γυναίκες χωρίς προηγούμενη εγκυμοσύνη έχουν σημαντικά περισσότερες εκδηλώσεις πανικού (Bandelow, et al., 2006). Παρ' όλα αυτά, σύμφωνα με μια πρόσφατη συστηματική ανασκοπική έρευνα, οι εκτιμήσεις σχετικά με τις αγχώδεις διαταραχές στην εγκυμοσύνη και μετά παρουσιάζουν σημαντικές διακυμάνσεις και τα στοιχεία δεν είναι αρκετά σαφή ως προς το αν ο επιπολασμός των διαταραχών αυτών στις έγκυες γυναίκες διαφέρει από τον επιπολασμό στις μη-έγκυες μητέρες. Βάσει της έρευνας αυτής, οι προηγούμενες έρευνες σχετικά με την ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή και τη διαταραχή πανικού παρουσιάζουν αποκλείσεις. Λόγω της ετερογένειας αυτής δεν μπορούν να συναχθούν έγκυρα συμπεράσματα για τους

παράγοντες κινδύνου και τις εκβάσεις. Ωστόσο, είναι αδιαμφισβήτητο το γεγονός ότι ο επιπολασμός των αγχωδών διαταραχών είναι υψηλός κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Chenausky et al., 2014).

Άσχετα με το αν υπάρχει κάποια αγχώδης διαταραχή, η ζωή της γυναίκας συνοδεύεται από μία σειρά αγχογόνων καταστάσεων που οφείλονται στην εγκυμοσύνη και την επικείμενη μητρότητα. Το άγχος και το στρες δεν περιορίζονται, όπως είναι φυσικό, μόνο σε μια αιτιολογία που έχει να κάνει αποκλειστικά με τη γέννηση και την επικείμενη μητρότητα, αλλά εκτείνονται και σε γεγονότα στην ζωή της εγκύου, τα οποία βιώνονται εντονότερα λόγω της εγκυμοσύνης, όμως δεν προκαλούνται από αυτήν όσον αφορά την αιτιολογία τους, π.χ. μείωση μισθού, κάποιο δυσάρεστο γεγονός που συνέβη σε κάποιο κοντινό της πρόσωπο, ανησυχία για την εξέλιξη μιας κατάστασης (π.χ. γυναίκες σε εμπόλεμες ζώνες) κ.ο.κ.

Συνεπώς, το άγχος και το στρες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά εμφανίζει μια διφυΐα, καθώς μπορεί να πηγάζει από ένα σχετιζόμενο με την εγκυμοσύνη γεγονός ή από μια ανάλογη ανησυχία ή από ένα συμβάν κλπ. που έχει να κάνει με την εξωτερική πραγματικότητα στο περιβάλλον της εγκύου. Καθώς τα πράγματα γίνονται όλο και πιο δύσκολα, λόγου χάριν στην Ελλάδα, τουλάχιστον από οικονομικής απόψεως, το άγχος της εγκύου μπορεί ταυτόχρονα να έχει δύο πηγές, π.χ. ανησυχίες για το πώς αυτή θα μεγαλώσει το παιδί της μέσα σε μια δύσκολη οικονομική κατάσταση.

Το ψυχοκοινωνικό στρες της μητέρας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης πολλές φορές συνιστά υπαίτιο παράγοντα για τη δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού της συστήματος. Συγκεκριμένα, διαταράσσει τις φλεγμονώδεις διαδικασίες και είναι ένδειξη για πρόωρη γέννηση, προβλήματα συμπεριφοράς του παιδιού και προβλήματα υγείας (Christian, 2015; Bogossian, et al., 2015). Η πρόωρη γέννηση και το χαμηλό βρεφικό βάρος στην γέννηση είναι υπαίτιοι παράγοντες για εγκεφαλική παράλυση, διαταραχές όρασης και ακοής,

αναπτυξιακές υστερήσεις και βρεφική θνησιμότητα (<http://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/PretermBirth.htm>).

Οι προσωπικές καταστάσεις της καθεμίας εγκύου ασκούν ιδιαίτερη επίδραση στο συναισθηματικό της κόσμο και είναι αρκετά συχνά συνδεδεμένες με στρες. Η μετανάστευση είναι παραδείγματος χάριν ένα θέμα που συμβάλλει στην δημιουργία στρεσογόνων καταστάσεων. Μια έρευνα βρήκε ότι μετανάστριες στην Ισπανία έχουν μεγαλύτερη αντίληψη του στρες και είναι περισσότερο ευάλωτες σε αυτό από ότι οι Ισπανίδες (García-García, et al., 2013).

Μια αρνητική έκβαση εγκυμοσύνης (πρόωρη γέννηση, χαμηλό βρεφικό βάρος κλπ.), η οποία προωθείται από το στρες παντός μορφής μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες για την μετάβαση της γυναίκας προς τη μητρότητα και για την αλληλεπίδραση της μητέρας με το βρέφος, η οποία είναι ζωτικής σημασίας για την βέλτιστη ανάπτυξη του παιδιού (Giurgescu κ.α., 2013). Από αυτό προκύπτει ότι η μητέρα που είναι εκτεθειμένη σε υψηλά και έντονα επίπεδα στρες είναι πολύ πιθανό να έχει μια διαταραγμένη σχέση με το βρέφος της. Εκτός από την ίδια την εγκυμοσύνη, όπως διασαφηνίστηκε πιο πάνω, υπάρχει και η εξωτερική πραγματικότητα και το περιβάλλον της εγκύου, τα οποία μπορούν να αποτελέσουν πηγή άγχους.

Κλείνοντας, από την έρευνα, στην οποία γίνεται αναφορά αμέσως παρακάτω, μπορεί να εξηγηθεί το κοινωνικό περιβάλλον και κατ' επέκτασιν ο χώρος ως στρεσογόνος παράγοντας. Καθώς στις ΗΠΑ οι σκουρόχρωμοι άνθρωποι πέφτουν πολύ συχνά θύματα κοινωνικού ρατσισμού λόγω της καταγωγής τους και του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού τους επιπέδου, υπάρχουν αρκετά αυξημένες πιθανότητες οι Αφροαμερικάνες να βιώσουν χρόνιο στρες το οποίο να πηγάζει από τις συνθήκες φτώχειας των περιοχών στις οποίες κατοικούν και από το ότι είναι πολύ συχνότερα θύματα φυλετικής διάκρισης στην καθημερινότητά τους από ότι για τις γυναίκες με λευκό χρώμα δέρματος.

Αυτοί οι παράγοντες στρες (η «κακή» γειτονιά συν της διάκρισης) δύνανται να επιφέρουν μια αύξηση στα επίπεδα στρες της γυναίκας κατά την εγκυμοσύνη και συνεπώς να συνευθύνονται για μια αρνητική έκβαση τοκετού και για μια διαταραγμένη σχέση μεταξύ βρέφους-μητέρας. Τα αρνητικά παρεπόμενα του στρες για την υγεία είναι ότι οι χρόνιοι στρεσογόνοι παράγοντες οδηγούν σε απορρύθμιση των επιπέδων της κορτιζόλης, κάτι που με την σειρά του καθιστά τον οργανισμό λιγότερο αποτελεσματικό στην καταστολή των φλεγμονών κλπ. (Giurgescu κ.α., 2014).

Ως εκ τούτου, το στρες (και το άγχος ως συχνό σύμπτωμα του στρες) είναι πολυδιάστατο. Ορισμένες κοινωνικές ομάδες βιώνουν πολύ μεγαλύτερο στρες από ότι άλλες, ενώ βρίσκονται στο ίδιο περιβάλλον. Οι στρεσογόνοι παράγοντες, ωστόσο, έχουν διαφορετική επίδραση για τον καθένα ξεχωριστά. Το αν κανείς θεωρεί ένα συμβάν π.χ. διάκριση στον χώρο εργασίας λόγω εγκυμοσύνης ως στρεσογόνο εξαρτάται από την στάση, την αντίληψη του καθενός καθώς και την σημασία που προσδίδει ο καθένας στο συμβάν αυτό.

Όπως διαπιστώνεται παρακάτω, υπάρχουν ποικίλοι μηχανισμοί, άλλοι περισσότερο αποδοτικοί και άλλοι λιγότερο, οι οποίοι χρησιμοποιούνται από τις εγκύους ούτως ώστε να ξεπεραστούν τυχόν στρεσογόνες καταστάσεις κλπ. Όπως η επίδραση του στρες στην έγκυο, και στον κάθε άνθρωπο κατ' επέκτασιν, διαφέρει – πολλές φορές ριζικά – από άτομο σε άτομο, έτσι και οι στρατηγικές που επιστρατεύουν οι έγκυες ανά την υφήλιο για να αντιμετωπίσουν το άγχος τους, είτε αυτό σχετίζεται με την καθ' αυτή εγκυμοσύνη είτε όχι, παρουσιάζουν πολύ μεγάλη ποικιλομορφία.

#### **4. Στρατηγικές Αντιμετώπισης Στρεσογόνων Καταστάσεων**

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων συνιστούν αποδεδειγμένα ακρογωνιαίο λίθο καθ' όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης και αποτελούν καθοριστικό παράγοντα για να αποφευχθούν καταστάσεις οι οποίες δύνανται να έχουν βλαβερές συνέπειες για την ανάπτυξη του εμβρύου και συνεπώς του παιδιού που αναμένεται να γεννηθεί. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης αγχωτικών καταστάσεων για την μητέρα έχουν αποτελέσει αντικείμενο διεπιστημονικής έρευνας.

Για πάρα πολύ καιρό, οι στρατηγικές αυτές εξετάζονταν από την προοπτική των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων του ατόμου και συνεπώς θεωρούνταν ότι παρέμεναν σταθερές στο πέρασμα του χρόνου και σε διάφορες συνθήκες. Ωστόσο ο Lazarus (1999) πρότεινε μια άλλη προοπτική, βάση της οποίας οι στρατηγικές αυτές συνιστούν μια διαδικασία και υπάγονται σε αλλαγές και διακυμάνσεις ανάλογα με τις συνθήκες, τη σοβαρότητα των προς αντιμετώπιση καταστάσεων και το πόσο απειλούμενο αισθάνεται το άτομο από την κατάσταση.

Για να αναχθεί αυτό στα δεδομένα της παρούσας εργασίας, οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται από μια έγκυο αλλάζουν καθ' όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι στρατηγικές διακρίνονται σε στρατηγικές με κέντρο εστίασης τα συναισθήματα (emotion-focused) και σε στρατηγικές με κέντρο εστίασης το (προς επίλυση) πρόβλημα (problem-focused). Η πρώτη κατηγορία έχει να κάνει με τον έλεγχο ενός συναισθήματος το οποίο περιβάλλει μια αγχωτική στιγμή ή κατάσταση και συνήθως περιλαμβάνει την έκφραση των συναισθημάτων σε άλλα άτομα, την θετική εκτίμηση καταστάσεων και ούτω καθεξής.

Η δεύτερη κατηγορία κατευθύνεται προς την μετρίαση, προς την ελάττωση των αγχωτικών καταστάσεων και συμπεριλαμβάνει τον σχεδιασμό

επίλυσης του προβλήματος, την αναζήτηση σχετικών πληροφοριών και την εύρεση λύσεων για τα προβλήματα (Buitelaar et al., 2002). Σύμφωνα με τους Lazarus και Folkman (1984) η διάκριση αυτή δεν θα πρέπει να θεωρείται ως μια διχοτόμηση των δύο κατηγοριών, καθώς οι δύο κατηγορίες βρίσκονται σε ένα βαθμό αλληλεξάρτησης και μπορεί ή να ενισχύσει η μία την άλλη ή να παρακωλύσει η μία την άλλη στην όλη διαδικασία αντιμετώπισης ενός προβλήματος.

Ορισμένες στρατηγικές τέτοιου είδους είναι παραδείγματος χάριν η προετοιμασία για την κατάσταση της μητρότητας, η συμπεριφορά αποφυγής αγχωτικών καταστάσεων, η θετική ερμηνεία των συμβάντων και η προσευχή (Bryant et al., 2006). Έχει παρατηρηθεί πως η αποφυγή αντιμετώπισης των προβλημάτων αποτελεί και αυτή μια στρατηγική, η οποία όμως δεν είναι αποτελεσματική. Στην έρευνα των Giurgescu κ.α., η οποία είχε τυχαίο βολικό δείγμα 105 γυναικών, παρατηρήθηκε πως οι γυναίκες χρησιμοποιούσαν πιο συχνά την προσευχή για να αντιμετωπίσουν τυχόν καταστάσεις οι οποίες τις προκαλούσαν στρες και άγχος.

Αν και σε αυτήν την έρευνα η αποφυγή χρησιμοποιούνταν ελάχιστα και μετρίαζε την επίδραση της αβεβαιότητας στην ψυχολογική ευεξία των μητέρων που συμμετείχαν στην έρευνα, οι γυναίκες που την χρησιμοποιούσαν ανέφεραν πως η κοινωνική υποστήριξη που λάμβαναν ήταν χαμηλή. Συνεπώς, οι γυναίκες που δεν τυγχάνουν κοινωνικής υποστήριξης συχνά αποφεύγουν να αντιμετωπίσουν τις προβληματικές καταστάσεις που τις απασχολούν και τις προκαλούν στρες και άγχος. Βάσει των πορισμάτων της προκειμένης έρευνας, οι γυναίκες ανέφεραν χαμηλά επίπεδα αβεβαιότητας, μεσαία επίπεδα ψυχικής οδύνης/δυσφορίας και υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης.

Η προσευχή ήταν η πιο συχνή στρατηγική αντιμετώπισης καταστάσεων, ενώ η αποφυγή χρησιμοποιούνταν ελάχιστα. Οι γυναίκες που ανέφεραν υψηλά επίπεδα αβεβαιότητας ανέφεραν επίσης και χαμηλότερη κοινωνική υποστήριξη,

χαμηλότερη ψυχολογική ευεξία, λιγότερο θετική ερμηνεία των συμβάντων, και μεγαλύτερη αποφυγή αντιμετώπισης καταστάσεων. Όσον αφορά την αποφυγή, αυτή θεωρείται ως μια ακόμη στρατηγική αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων, η οποία δεν υπάγεται σε καμία από τις δύο προαναφερθείσες κατηγορίες. Μακροχρόνια, η αποφυγή δεν συνιστά αποτελεσματική στρατηγική. Μπορεί να επιφέρει μια ελάττωση των επιπέδων του στρες και του άγχους βραχυπρόθεσμα, αλλά δεν εγγυάται μακροπρόθεσμα ουσιαστικά αποτελέσματα, καθώς το πρόβλημα παραμένει χωρίς να έχει επιλυθεί (Buitelaar κ.α., 2002).

Η κατάσταση της εγκυμοσύνης είναι επίσης μια οπτική γωνία, από την οποία μπορεί να ελεγχθεί και να εξακριβωθεί η κατάλληλη στρατηγική αντιμετώπισης. Βάσει της ανωτέρω έρευνας, η στρατηγική δια της οποίας η γυναίκα προετοιμάζεται για την επικείμενη μητρότητα χρησιμοποιείται με συχνότητα μεσαίου βαθμού. Έχει αποδειχθεί πως αυτή η στρατηγική, η οποία μπορεί να θεωρηθεί ως στρατηγική με κέντρο εστίασης το πρόβλημα, δεν είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική όταν οι γυναίκες έχουν κύηση υψηλού κινδύνου. Σε μια σχετική έρευνα, η οποία περιλάμβανε συμμετέχουσες με κύηση υψηλού κινδύνου, οι Lobel και Yali (1999) εξέτασαν τη σχέση που υφίσταται μεταξύ του άγχους και των ανησυχιών που πηγάζαν από την εγκυμοσύνη στο δεύτερο στάδιο της εγκυμοσύνης και των στρατηγικών που επιστρατεύονταν οι γυναίκες.

Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η στρατηγική της προετοιμασίας για την μητρότητα επέφερε μια αύξηση στο άγχος και τις ανησυχίες των γυναικών. Αυτή η αύξηση εξηγείται από την κατάσταση που βρίσκονταν οι γυναίκες, οι οποίες ήταν ήδη επηρεασμένες και απειλούμενες από τον υψηλό κίνδυνο που διέτρεχαν κατά την εγκυμοσύνη τους. Η προετοιμασία για την μητρότητα ενδέχεται να τόνισε την απειλή υπό την οποία βρίσκονταν λόγω της επισφαλούς εγκυμοσύνης τους, να μεγέθυνε ακόμα περισσότερο το συνειδητό κίνδυνο και συνεπώς να τις προκάλεσε άγχος και ανησυχίες για την έκβασή της.

Η κατάσταση της υγείας κατά την εγκυμοσύνη αποτελεί ένα θέμα το οποίο απασχολεί τις περισσότερες γυναίκες, άσχετα με το αν αυτή είναι καλή ή όχι. Ιδιαίτερα, γυναίκες με προβλήματα υγείας βρίσκονται αντιμέτωπες με αγχωτικές και πιεστικές σκέψεις και καταστάσεις, οι οποίες οφείλονται στην ίδια την κατάσταση της εγκυμοσύνης, όπως σημειώθηκε και παραπάνω. Οι Harvey κ.α. (2014), διενέργησαν μια έρευνα στην οποία συμμετείχαν 30 γυναίκες από την περιοχή του Winnipeg (Καναδάς) με σακχαρώδη διαβήτη κύησης. Παρατήρησαν πως οι γυναίκες δυσκολεύονταν να ακολουθήσουν τα προγράμματα διατροφής που τους υπεδείκνυε ο κλινικός τους διατροφολόγος, θεωρώντας τα ως πρόκληση.

Τα εμπόδια και οι προκλήσεις έρχονταν στην επιφάνεια όταν οι προσωπικές τους διατροφικές συνήθειες και προτιμήσεις έπρεπε να κατασταλούν και αντί αυτών να ακολουθηθεί το υποδεδειγμένο πρόγραμμα διατροφής, ούτως ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος που πηγάζει από τον διαβήτη. Επιπροσθέτως, προκλήσεις προέκυπταν όταν έτρωγαν σε κάποιο άλλο διαφορετικό κοινωνικό περιβάλλον όπου η επιλογή και οι ποσότητες του φαγητού δεν ήταν ελεγχόμενες και οι αποφάσεις τους για την επιλογή του φαγητού επηρεάζονταν από τα άτομα με τα οποία έβγαιναν έξω για φαγητό. Συνεπώς, απέφευγαν να βγουν έξω για φαγητό με άτομα για να μην αισθανθούν άβολα.

Η έλλειψη της ενημέρωσης, η έλλειψη δεξιοτήτων διαχείρισης της διατροφής και η έλλειψη ενός εξατομικευμένου προγράμματος διατροφής συνιστούν επίσης παράγοντες οι οποίοι αυξάνουν την πίεση και το άγχος των γυναικών με διαβήτη κύησης. Η πίεση και το άγχος αυξανόταν όταν οι γυναίκες ανέφεραν πως πρέπει να ακολουθήσουν το αυστηρό πρόγραμμα διατροφής.

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης που επιστράτευαν οι γυναίκες της έρευνας αυτής ήταν ο περιορισμός των υδατανθράκων από φόβο να μην κάνουν ενέσεις ινσουλίνης. Οι γυναίκες αυτές έκαναν μη-ισορροπημένες διατροφές από φόβο να μην φτάσουν σε σημείο να κάνουν ινσουλίνη. Πίστευαν πως το πρόγραμμα διατροφής που τις είχε υποδείξει ο διατροφολόγος τους θα οδηγούσε σε αύξηση

των επιπέδων της γλυκόζης και συνεπώς θα έπρεπε να υποβληθούν σε θεραπεία ινσουλίνης. Έτσι ακολουθούσαν ένα ελαττωματικό και στερητικό πρόγραμμα διατροφής που δεν τις το είχε προτείνει κανένας ειδικός.

Μια άλλη στρατηγική ήταν μια απλή διατροφή η οποία έχει αποτελέσματα. Οι γυναίκες που επιστράτευαν την στρατηγική αυτή πάσχιζαν να φτάσουν τα απαιτούμενα επίπεδα γλυκόζης επειδή ανησυχούσαν για την υγεία του βρέφους, ενώ δεν θεωρούσαν σημαντικό τον «Οδηγό Διατροφής για τον Διαβήτη» (Diabetes Food Guide) και τα ισορροπημένα γεύματα. Γυναίκες που ακολουθούσαν αυστηρά το πρόγραμμα διατροφής δήλωσαν πως θα κάνουν κραιπάλη φαγητού και θα φάνε τις απαγορευμένες τροφές αφότου γεννήσουν, κάτι το οποίο αποτελούσε και την στρατηγική τους. Όλες οι γυναίκες αυτές βρίσκονταν υπό μεγάλη ψυχολογική πίεση λόγω και της εγκυμοσύνης και της κατάστασης της υγείας τους.

Η γρήγορη διατροφική προσαρμογή στις ανάγκες της νέας κατάστασης αποτέλεσε πρόκληση συνοδευόμενη από άγχος και πίεση. Αν και οι γυναίκες ήταν μορφωμένες, η έλλειψη της ενημέρωσης σχετικά με τη διατροφή και τον διαβήτη και η έλλειψη των ανάλογων δεξιοτήτων διαχείρισης της διατροφής τους επέφερε σημαντική μείωση στην αποτελεσματικότητα των γυναικών ως προς την εκ νέου γρήγορη προσαρμογή τους σε άλλες διατροφικές συνήθειες. Ορισμένες στρατηγικές που χρησιμοποίησαν τις οδήγησαν να αισθάνονται ότι στερούνται κοινωνικά και σωματικά την απόλαυση του φαγητού. Οι αρνητικές αυτές στρατηγικές παρέκαμπταν το υποδεδειγμένο πρόγραμμα διατροφής. Οι γυναίκες φαίνεται να νόμιζαν ότι έλεγχαν την κατάσταση ακόμα και κατά αυτό τον τρόπο, δηλ. μη εφαρμόζοντας το πρόγραμμα. Αποφυγή επομένως, ήταν η γενική στρατηγική που εφάρμοζαν η οποία όπως φάνηκε δεν είχε καλά αποτελέσματα, καθώς ήταν κυρίαρχο το αίσθημα της στέρησης.

Σε μια άλλη μακροχρόνια έρευνα των (Kitayama, κ.α., 2003) οι στρατηγικές αντιμετώπισης που διερευνήθηκαν ήταν α) η προσωπική επιρροή

που μπορεί να ασκήσει κανείς στην έκβαση ενός συμβάντος ή μιας κατάστασης, β) η αποδοχή οποιασδήποτε έκβασης, είτε θετικής είτε αρνητικής, και γ) η αίσθηση της «κοινωνικής διαβεβαίωσης», ένας συνδυασμός κοινωνικής υποστήριξης και της αίσθησης ότι κυρίως ο στενός κύκλος της εγκύου (φίλοι, σύζυγος, κλινικός κ.α.) της προσφέρει βοήθεια και δείχνει κατανόηση στην κατάστασή της.

Από αυτήν την έρευνα προκύπτει ότι οι προτιμότερες και συχνά χρησιμοποιούμενες στρατηγικές αντιμετώπισης ποικίλουν ανάλογα με το πολιτισμικό και γεωγραφικό χώρο στον οποίο ζει η έγκυος. Το αμερικάνικο-ευρωπαϊκό δείγμα γυναικών τοποθέτησε υψηλότερα την αποδοχή των εκβάσεων ως στρατηγική αντιμετώπισης, ενώ το δείγμα των γυναικών από την Ιαπωνία έδειξε μεγαλύτερη προτίμηση στην «κοινωνική διαβεβαίωση» ως στρατηγική αντιμετώπισης. Αυτό το αποτέλεσμα εξηγείται εάν λάβει κανείς υπ' όψιν τις κεντρικές αξίες και αντιλήψεις που εμποτίζουν την εκάστοτε κοινωνία.

Το ανθρωποκεντρικό μοντέλο αντίληψης που επικρατεί στις ΗΠΑ ορίζει το άτομο ως ανεξάρτητη και μοναδική προσωπικότητα, διαφορετική και ξεχωριστή από τους άλλους, και με προσωπικά χαρακτηριστικά και στάσεις που κατευθύνουν την συμπεριφορά (Hazel και Kitayama, 1991). Φαίνεται, επομένως, λογικό να υποθέσει κανείς ότι και οι στρατηγικές αντιμετώπισης που θα επιλέξει η έγκυος στις ΗΠΑ θα είναι κατά κύριο λόγο «εγωκεντρικές» (Kitayama et al., 2003). Εν προκειμένω, οι γυναίκες στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη είναι πολύ πιθανόν να επιλέξουν είτε να επηρεάσουν την έκβαση των ορισμένων καταστάσεων μόνες τους είτε να αποδεχθούν την έκβαση.

Εν αντιθέσει, η ιαπωνική κοινωνία και ο ιαπωνικός πολιτισμός διακατέχονται από ένα μοντέλο στο οποίο τα άτομα δεν δρουν ανεξάρτητα αλλά βασίζονται σε ένα είδος αλληλεξάρτησης. Το άτομο θεωρείται ως μια διαπερατή οντότητα αλληλένδετα συνδεδεμένη με τις ανθρώπινες σχέσεις, του οποίου η συμπεριφορά δεν ορίζεται ως ανεξάρτητη, αλλά ως εξαρτημένη από καταστάσεις

περιστάσεις και κοινωνικές συμβάσεις (Hazel & Kitayama, 1991). Ως εκ τούτου, οι γυναίκες της Ιαπωνίας θα επιζητήσουν την κοινωνική υποστήριξη και θα επιλέξουν να μείνουν δίπλα σε άτομα μαζί με τα οποία μοιράζονται στιγμές και εμπειρίες.

Η έρευνα των Kitayama κ.α., (2003) δείχνει ότι η αποδοτικότητα των στρατηγικών αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων και συμβάντων είναι εξαρτώμενη από το εκάστοτε κοινωνικό-πολιτισμικό σύστημα αξιών και αντιλήψεων. Στην Ιαπωνία η στρατηγική της κοινωνικής και οικογενειακής υποστήριξης και κατανόησης είναι πολύ πιο αποτελεσματική και έχει πολύ πιο θετική επίδραση στην ψυχοσωματική υγεία της εγκύου από ότι στις ΗΠΑ, όπου η έγκυος θα επιλέξει ατομοστραφείς στρατηγικές μη εξαρτώμενες από τον κοινωνικό ιστό, αλλά από τον εαυτό της, κάτι το οποίο είναι εξίσου αποδοτικό, όπως προκύπτει και από την εν λόγω έρευνα.

Πέρα από το κοινωνικό-πολιτισμικό υπόβαθρο, υπάρχουν πολλοί άλλοι παράγοντες που φαίνεται να ασκούν επίδραση στην επιλογή στρατηγικών αντιμετώπισης αγχωτικών καταστάσεων. Το μορφωτικό επίπεδο, η ηλικία, το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο και το εάν η έγκυος κάνει κατάχρηση ουσιών επηρεάζουν σημαντικά τις μορφές των στρατηγικών επίλυσης αγχωτικών καταστάσεων. Έχει παρατηρηθεί πώς οι έφηβες και όσες κάνουν κατάχρηση ουσιών καταφεύγουν συχνά σε νευρικές, αρνητικές και επιθετικές στρατηγικές, οι οποίες αρκετές φορές είναι ο υπαίτιος παράγοντας για ενδεχόμενη εμφάνιση επιλόχειου κατάθλιψης και άλλες αρνητικές εκβάσεις (Buitelaar, Huizink, κ.α., 2002).

Από την έρευνα των Buitelaar κ.α. προέκυψε ότι το 48.4% των γυναικών με κανονική εγκυμοσύνη χρησιμοποιούσαν στρατηγικές με συναισθηματικό κέντρο εστίασης, το 32.2% το στρατηγικές με κέντρο εστίασης το πρόβλημα και το 18.4% χρησιμοποιούσε και τις δύο κατηγορίες. Η συχνότητα προσφυγής στις στρατηγικές αυτές κυμαινόταν ανάλογα με το στάδιο της εγκυμοσύνης. Έτσι,

παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες χρησιμοποιούσαν συχνότερα στρατηγικές με συναισθηματικό κέντρο εστίασης στο πρώτο στάδιο της εγκυμοσύνης τους (2002, σελ. 88).

Το πρώτο στάδιο είναι η περίοδος κατά την οποία οι περισσότερες γυναίκες βασίζονται στις στρατηγικές της πρώτης κατηγορίας. Αυτό συμβαίνει κυρίως στις γυναίκες που για πρώτη φορά γίνονται μητέρες, γεγονός το οποίο συνιστά κάτι πρωτοφανές για εκείνες και συχνά τις ωθεί να εκφράζουν τα συναισθήματά τους. Αυτό οφείλεται εν μέρει στο γεγονός ότι δεν έχουν σχετική προηγούμενη εμπειρία και ανάλογα βιώματα, συμπεριλαμβανομένης όλης της αναπροσαρμογής σε έναν πιο «προσεγμένο» τρόπο ζωής για χάρη του βρέφους. Στο δεύτερο και τρίτο στάδιο παρουσίασαν λιγότερο συχνή προσφυγή στις στρατηγικές αυτές. Στις έγκυες που προτιμούσαν στρατηγικές με κέντρο εστίασης το προς επίλυση πρόβλημα τα ποσοστά αυξάνονταν ελάχιστα στο δεύτερο και τρίτο στάδιο της εγκυμοσύνης.

Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, το μορφωτικό επίπεδο συσχετίζεται επίσης με την επιλογή των στρατηγικών. Στην ανωτέρω έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες με υψηλό μορφωτικό επίπεδο και λιγότερο καταθλιπτική συμπτωματολογία επέλεξαν στρατηγικές αντιμετώπισης των αγχωτικών καταστάσεων, οι οποίες βασίζονταν στην έκφραση των συναισθημάτων τους (πρώτη κατηγορία). Όσον αφορά στην ψυχολογία των γυναικών αυτών, χαρακτηρίζονταν από μια σταθερότερη προσωπικότητα, ήταν λιγότερο νευρωτικές και αγχώδεις. Η έρευνα αυτή κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι στρατηγικές με συναισθηματικό κέντρο εστίασης βοήθησαν αποτελεσματικά στην ελάττωση προβλημάτων υγείας και ψυχολογικών προβλημάτων, όπως ναυτίας, μεταβολών στην όρεξη, πονοκεφάλων, συναισθηματικής αστάθειας κλπ.

Οι γυναίκες με εσωτερική έδρα ελέγχου χρησιμοποιούσαν λιγότερο συχνά στρατηγικές με συναισθηματικό κέντρο εστίασης. Καθώς η έδρα του ελέγχου τους είναι εσωτερική, είναι αναμενόμενο να πιστεύουν ότι μπορούν να ελέγξουν

μόνες τους (ή οφείλουν να ελέγξουν) τη ζωή τους. Αισθάνονται λιγότερη ανάγκη να εκφράσουν τα συναισθήματά τους σε στενούς φίλους και στην οικογένειά τους και συνεπώς δεν καταφεύγουν σε στρατηγικές της πρώτης κατηγορίας. Αν και η αποδοτικότητα της εκάστοτε στρατηγικής ποικίλει από άτομο σε άτομο και από περίπτωση σε περίπτωση, η έρευνα έδειξε πως η πιο αποδοτική στρατηγική για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που επιφέρουν άγχος και δυσφορία είναι η στρατηγική με συναισθηματικό κέντρο εστίασης.

Η στρατηγική αυτή απεδείχθη αποτελεσματική ως προς τη μείωση των αγχογόνων καταστάσεων και στη μείωση ορισμένων προβλημάτων υγείας και συμβάλλουσα στην ευεξία της γυναίκας, ενώ οι στρατηγικές της δεύτερης κατηγορίας δεν είναι εξίσου αποτελεσματικές, όπως προκύπτει και από την έρευνα των McQueeney, Stanton και Sigmon (1997).

## 5. Η Περιγεννητική Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη και τα συναισθήματα της κατάθλιψης αποτελούν ένα συχνό φαινόμενο κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης καθώς και μετά από την εγκυμοσύνη, το οποίο πολλές φορές παραμένει αδιάγνωστο. Αρκετοί είναι οι παράγοντες που προωθούν μια καταθλιπτική διάθεση κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι οποίοι – όπως θα διαπιστωθεί και παρακάτω – είναι ιδιαίτεροι και διαφέρουν από περίπτωση σε περίπτωση. Σύμφωνα με μια έρευνα, περίπου το 15% των γυναικών αντιμετωπίζουν κατάθλιψη ή παρουσιάζουν καταθλιπτικά συναισθήματα, ενώ βρίσκονται στο στάδιο της εγκυμοσύνης (Meltzer-Brody et al., 2011).

Πριν γίνει λόγος για το θέμα και τις ιδιαιτερότητες της κατάθλιψης στην εγκυμοσύνη, θεωρείται απαραίτητο να παρατεθεί ένας σύντομος ορισμός της κατάθλιψης, ούτως ώστε να τεθεί το εννοιολογικό πλαίσιο αναφοράς ενόψει των διαφόρων ορισμών της κατάθλιψης στην σχετική βιβλιογραφία. Σε γενικές γραμμές, «η κατάθλιψη είναι η δυσάρεστη συναισθηματική διάθεση του ατόμου που συνοψίζεται σε μια κατάσταση παθολογικής θλίψης που συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αισθήματος, προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών» (Δασκαλόπουλος, <http://psi-gr.tripod.com/depression.html>). Η κατάθλιψη συγκαταλέγεται στην κατηγορία των συναισθηματικών διαταραχών ή των διαταραχών διάθεσης. Η κατάθλιψη σχηματίζει μια διακριτή κατηγορία, αυτή των καταθλιπτικών διαταραχών που είναι η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, η δυσθυμική διαταραχή και η καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς. Το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, το μανιακό επεισόδιο, το μεικτό και το υπομανιακό επεισόδιο είναι τα κριτήρια βάσει των οποίων το DSM-IV ταξινομεί τις διαταραχές αυτές (Μάνος, 2008).

Ενώ παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον να εξεταστεί η καθεμία διαταραχή διάθεσης ξεχωριστά, το κέντρο βαρύτητας θα πρέπει να περιοριστεί αποκλειστικά στην κατάθλιψη, δηλ. στις καταθλιπτικές υποκατηγορίες και την αιτιολογία και τα συμπτώματα αυτών, λόγω της σχετικότητάς της με τον σκοπό της εργασίας. Μέχρι στιγμής προκύπτουν από την σχετική βιβλιογραφία τρεις ομάδες αιτιολογικών παραγόντων που συντείνουν στην ανάπτυξη των διαταραχών διάθεσης: οι γενετικοί (π.χ. η συχνότητα της μείζονος καταθλιπτικής διάθεσης είναι 1,5-3 φορές μεγαλύτερη στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών με αυτήν την διαταραχή από ότι στον γενικό πληθυσμό), οι ψυχοκοινωνικοί (π.χ. άτομα που έχουν χάσει κάποιον γονιό στην παιδική τους ηλικία διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης κατάθλιψης) και οι νευροβιολογικοί (π.χ. ανεπάρκεια σεροτονίνης σε ορισμένους καταθλιπτικούς ασθενείς).

Τα συμπτώματα που συνοδεύουν την κατάθλιψη παρουσιάζουν αρκετά μεγάλη πολυμορφία και πρέπει συνεπώς να γίνει εκτενής έλεγχος ούτως ώστε να γίνει σωστή διάγνωση. Λύπη, απογοήτευση, απώλεια της ευχαρίστησης σε δραστηριότητες από τις οποίες ο ασθενής αντλούσε ευχαρίστηση, άγχος, κόπωση, ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης, διαταραχές στην όρεξη και στον ύπνο, εκνευρισμός, ανησυχία, τράβηγμα μαλλιών και δέρματος, ξέσπασμα σε κλάματα, έκπτωση του ενδιαφέροντος για την οικογενειακή, επαγγελματική, κοινωνική και προσωπική ζωή, σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας, χαμηλή αυτοεκτίμηση, απόσπαση της συγκέντρωσης, ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες (ψύχωση), καθώς και σωματικά ενοχλήματα όπως ναυτία, εμετός, δυσκοιλιότητα, δυσκολία της αναπνοής, πόνος στο στήθος κλπ. είναι μια σειρά από τα συνοδά συμπτώματα της κατάθλιψης (Μάνος, 2008).

Σε κοινωνίες όπου η ενημερότητα των ανθρώπων για την κατάθλιψη και τα συμπτώματα αυτής βρίσκεται σε χαμηλό επίπεδο και πολλές φορές είναι και ανύπαρκτη – ιδιαίτερα σε αγροτικές περιοχές – δεν δίδεται προσοχή στο

φαινόμενο και στη σοβαρότητα της κατάθλιψης και πολλές φορές τα συμπτώματα θεωρούνται ασήμαντα. Πολλοί είναι αυτοί οι οποίοι λόγω της ανεπαρκούς ενημέρωσης δεν αναζητούν ιατρική συμβουλή, ανάμεσα στους οποίους βρίσκονται και αρκετές έγκυες. Καθώς τα σωματικά τουλάχιστον συμπτώματα της κατάθλιψης συμπίπτουν με αυτά της εγκυμοσύνης, οι μέλλουσες μητέρες αποδίδουν τα συμπτώματα αυτά κυρίως στην εγκυμοσύνη χωρίς να γνωρίζουν ότι μπορεί να έχουν κατάθλιψη.

Επιπροσθέτως, η εγκυμοσύνη συνδέεται με ψυχολογικές μεταπτώσεις, οι οποίες απαντώνται και στην κατάθλιψη, γεγονός το οποίο αποτρέπει τις γυναίκες να υποπτευθούν ότι έχουν κατάθλιψη. Αυτό σε συνδυασμό με τις εσφαλμένες και ευρέως διαδεδομένες αντιλήψεις ότι η γυναίκα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης περνάει από την δική της «φάση» ή «κρίση» είναι περαιτέρω λόγοι για τους οποίους η έγκυος δεν επισκέπτεται κάποιον ειδικό, ιδιαίτερα αν δεν έχει λάβει την παρότρυνση και την υποστήριξη από την οικογένειά της ή τον κύκλο των φίλων της.

## 5.1 Συμπτώματα κατάθλιψης κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης

Λόγω των ορμονικών, σωματικών και ψυχολογικών αλλαγών που επισυμβαίνουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η γυναίκα γίνεται ιδιαιτέρως ευαίσθητη και ευερέθιστη, αδιαθετεί, κουράζεται πιο εύκολα και αισθάνεται μεγαλύτερη κόπωση λόγω του αυξανόμενου βάρους. Στρεσάρεται και εκφράζει συχνά τα συναισθήματά της με τρόπο υπερβολικό. Ξεσπάει σε κλάματα. Η αυτοεκτίμησή της μειώνεται κυρίως όταν οι αλλαγές στο σώμα της γίνονται αισθητές και όταν προστίθενται επιπλέον κιλά. Ανησυχεί για την εξωτερική της εμφάνιση, για το αν θα παραμείνει ελκυστική στα μάτια του συντρόφου της και για το αν θα διαταραχθεί η σχέση της λόγω της κατάστασής της. Το άγχος για την έκβαση της εγκυμοσύνης και την επικείμενη μητρότητα είναι σχεδόν αναπόφευκτο. Κράμπες, πόνοι στο στήθος, ναυτίες, εμετοί, αυξομειώσεις της θερμοκρασίας, ιδρώτας, διαταραχές στην όρεξη και στον ύπνο είναι αρκετά συνήθη φαινόμενα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Αυτά τα μερικά συμπτώματα της εγκυμοσύνης θα μπορούσαν κάλλιστα να αποτελούν τα συμπτώματα ενός καταθλιπτικού ασθενούς. Η κατάθλιψη και η εγκυμοσύνη μοιράζονται κοινά σημεία και για αυτό ο κλινικός θα πρέπει να είναι σε θέση να διακρίνει εάν τα συμπτώματα πηγάζουν μόνο από την εγκυμοσύνη ή εάν οφείλονται και σε κάποια καταθλιπτική διαταραχή ή διάθεση (Engeldinger et al., 2013).

Άλλα συμπτώματα που μπορούν να χρησιμεύσουν ως ενδείξεις για την ύπαρξη κάποιας καταθλιπτικής διαταραχής ή διάθεσης είναι τα αισθήματα ή οι σκέψεις ενοχής. Συχνά οι γυναίκες με κατάθλιψη αισθάνονται ότι είναι ανάξιες να γίνουν μητέρες, έχουν αισθήματα ενοχής και έλλειψης ελπίδας, τα οποία ίσως να αυξήσουν τους φόβους ή τις ανησυχίες τους ότι δηλ. η εγκυμοσύνη μπορεί να μην

έχει καλή έκβαση κλπ. (Heringhausen και Marcus, 2009). Η αυτοεκτίμησή τους δηλαδή δεν πηγάζει από το γεγονός ότι αλλάζει το σώμα τους, αλλά από το γεγονός ότι θεωρούν τον εαυτό τους ανάξιο και ανήμπορο και έχουν ενοχές.

Οι καταθλιπτικές έγκυες γυναίκες συχνά θεωρούν τον εαυτό τους υπαίτιο για οποιαδήποτε διαταραχή ή πρόβλημα προκαλείται στο έμβρυο, κάτι το οποίο αυξάνει τα αισθήματα της αναξιότητας. Οποιαδήποτε βλάβη προκληθεί στο έμβρυο είτε από φαρμακευτική αγωγή είτε από παράλειψη αντιμετώπισης - θεραπείας της κατάθλιψης μπορεί να οδηγήσουν την μητέρα να αισθάνεται ενοχές και τύψεις (Friedman, 2015). Η προσοχή τους διασπάται εύκολα και γίνεται όλο και πιο δύσκολο για αυτές να συγκρατήσουν πληροφορίες. Οι τάσεις και οι απόπειρες αυτοκτονίας καθώς και βρεφοκτονίας είναι σίγουρα μια προφανής ένδειξη ότι συντρέχει κάποια καταθλιπτική διαταραχή.

Η γενική πεποίθηση ότι η εγκυμοσύνη και η μητρότητα είναι από τις πιο όμορφες και μοναδικές στιγμές στη ζωή της μητέρας ρίχνουν και άλλο την αυτοεκτίμησή της, την γεμίζουν με ενοχές (Friedman, 2015), την πείθουν ότι δεν είναι κατάλληλη να γίνει μητέρα, κάτι που σίγουρα μπορεί να οδηγήσει σε σκέψεις τέτοιας φύσεως. Ένα ακόμα σύμπτωμα που είναι πολλές φορές δυσδιάκριτο είναι η ανηδονία, δηλ. η απώλεια της ευχαρίστησης σε δραστηριότητες (φαγητό, σεξ, χόμπι, κοινωνικές εκδηλώσεις κλπ.) που αποτελούσαν παλαιότερα πηγή ευχαρίστησης για την γυναίκα. Η προβληματική κατάσταση που ανακύπτει όσον αφορά το σύμπτωμα της ανηδονίας είναι το ότι η γυναίκα (ή γενικά ο ασθενής της κατάθλιψης) δεν παραπονιέται για αυτό ή δεν το συναισθάνεται (Μάνος, 2008). Το σύμπτωμα της ανηδονίας μπορεί να παραβλεφθεί και να θεωρηθεί ως μια γενική αδιαθεσία που έχει ως πηγή την έκρυθμη συναισθηματική κατάσταση που φέρει η εγκυμοσύνη.

Το γενικευμένο πρόβλημα που δημιουργείται από την κατάθλιψη κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλά και μετά, είναι το ότι η γυναίκα τείνει να παραμελεί τον εαυτό της, να καταφεύγει στην χρήση ουσιών, να αμελεί τους

ιατρικούς ελέγχους και το παιδί της. Τα ίδια τα συμπτώματα εμποδίζουν πολλές φορές την γυναίκα να συμβουλευθεί κάποιον ειδικό ή να συζητήσει τα προβλήματά της με τους δικούς της (Friedman, 2015). Αυτό εξηγείται αν αναλογισθεί κανείς την ντροπή που αισθάνεται ένας άνθρωπος να εκφράσει την επιθυμία του να αυτοκτονήσει. Ακόμα και ο ίδιος ντρέπεται και νιώθει ενοχές για αυτές τις σκέψεις.

Έτσι, οι γυναίκες με συμπτώματα κατάθλιψης δεν αναζητούν βοήθεια διότι πολλές φορές δεν γνωρίζουν ότι πάσχουν από κατάθλιψη ή επειδή φοβούνται ότι θα στιγματιστούν και θα αποδοκιμαστούν για τις «κακές» τους σκέψεις. Αντί τούτου κατηγορούν τον εαυτό τους για την αναξιότητά τους κλπ. υπό το βάρος της κοινωνικής κριτικής. Θεωρούν πως «είναι απλά έτσι» και δεν αποδίδουν την κατάσταση αυτή σε κάποια διαταραχή, αλλά στον εαυτό τους. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι περισσότερο επικίνδυνη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρά από κάθε άλλη στιγμή στη ζωή της γυναίκας, εάν δεν αντιμετωπιστεί/θεραπευτεί (Friedman, 2015). Είναι θλιβερό το γεγονός ότι 15% των ατόμων με σοβαρή μείζονα καταθλιπτική διαταραχή πεθαίνουν αυτοκτονώντας (ενώ ο κίνδυνος εμφάνισης αυτής της διαταραχής σε όλη την διάρκεια της ζωής του ατόμου ανέρχεται σε 10-25% για τις γυναίκες και σε 5-12% για τους άνδρες) (Μάνος, 2008). Γίνεται φανερό ότι οι γυναίκες διατρέχουν τον διπλάσιο κίνδυνο να αναπτύξουν κατάθλιψη, ενώ ο κίνδυνος αυξάνεται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, γεγονός που καθιστά απαραίτητη την ενημέρωση, τη σωστή διάγνωση και την κατάλληλη αντιμετώπιση - θεραπεία των ασθενών.

## 5.2 Παράγοντες Κινδύνου Περιγεννητικής Κατάθλιψης

Όπως ήδη λέχθηκε παραπάνω, η κατάθλιψη αποτελεί μάστιγα για αρκετές γυναίκες κατά τη διάρκεια της ζωής τους, η οποία παραμένει αδιάγνωστη ή για την οποία δημιουργούνται εσφαλμένες διαγνώσεις και συνεπώς εσφαλμένες θεραπείες αρκετές φορές. Η εγκυμοσύνη συνιστά την περίοδο στη ζωή της γυναίκας, κατά τη διάρκεια της οποίας οι γυναίκες είναι ιδιαίτερα ευάλωτες στην ανάπτυξη κατάθλιψης και καταθλιπτικών συναισθημάτων καθώς και αγχωδών διαταραχών (Conde, et. al., 2009). Η περιγεννητική κατάθλιψη συσχετίζεται άμεσα με αρνητικές συνέπειες για την υγεία και την ανάπτυξη του εμβρύου, με επιπλοκές κατά τον τοκετό και με την επιλόχεια κατάθλιψη (Ajinkya, et. al., 2013).

Η γρήγορη αναγνώριση των συμπτωμάτων και η άμεση παρέμβαση είναι απαραίτητες για να αποφευχθούν τα αρνητικά συνεπακόλουθα της κατάθλιψης. Τα συμπτώματα της ασθενούς πρέπει να αναλυθούν επισταμένως και θα πρέπει επίσης να βρεθεί ο συσχετισμός τους, δηλαδή αν αυτά συνδέονται με την εγκυμοσύνη αποκλειστικά ή αν έχουν άμεση ή έμμεση σχέση με κάποια λανθάνουσα καταθλιπτική ή και αγχώδη διαταραχή. Κρίνεται απαραίτητο να τεθούν υπό ανάλυση και οι παράγοντες, οι οποίοι προωθούν την ανάπτυξη καταθλιπτικών συναισθημάτων ή την επιδείνωση μιας ήδη υπάρχουσας καταθλιπτικής διάθεσης.

Όπως διαπιστώνεται παρακάτω, οι παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη έχουν ιδιαίτερο χαρακτήρα και παρουσιάζουν μεγάλη απόκλιση ανάλογα με την περίπτωση της καταθλιπτικής ασθενούς που διανύει την περίοδο της εγκυμοσύνης. Οι παράγοντες που δύνανται να έχουν μια σχέση με την εμφάνιση της κατάθλιψης στην έγκυο και μέλλουσα μητέρα πρέπει να εντοπιστούν άμεσα μαζί με τα συμπτώματα, ούτως ώστε να μπορεί να γίνει

σωστή διάγνωση και να ακολουθήσει μια σωστή αντιμετώπιση - θεραπεία εξατομικευμένη στις ανάγκες και τα χαρακτηριστικά της εγκύου.

Μια διαδικασία, επομένως, προ της διάγνωσης είναι μεταξύ άλλων η ανίχνευση και η εξακρίβωση των παραγόντων εκείνων, που προδιαθέτουν την έγκυο αρνητικά προς την κατάθλιψη ή έστω προς την ανάπτυξη καταθλιπτικών συναισθημάτων. Σε γενικές γραμμές, οι παράγοντες κινδύνου υφίστανται σε προσωπικό-βιοματικό, διαπροσωπικό, οικονομικό, επαγγελματικό, οικογενειακό, κοινωνικό, πολιτισμικό και διαπολιτισμικό επίπεδο. Η διάκριση των παραγόντων σε κατηγορίες δεν αποσκοπεί στη διχοτόμησή τους – καθώς οι παράγοντες απαντώνται σε παραπάνω από ένα επίπεδο – αλλά στην δημιουργία μιας γενικής εικόνας σχετικά με την μορφή που έχουν οι παράγοντες.

Εντός του προσωπικού-βιοματικού επιπέδου, τοποθετούνται όλοι εκείνοι οι παράγοντες που αφορούν το άτομο και την προσωπικότητα της εγκύου, συμπεριλαμβανομένων των βιωμάτων και των συνηθειών της. Η ηλικία της, οι κακές συνήθειες όπως το κάπνισμα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και η κατάχρηση ουσιών. Είναι αποδεδειγμένο πως οι έγκυες που καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και κάνουν κατάχρηση ουσιών είναι πολύ πιθανόν να παρουσιάσουν καταθλιπτικά συναισθήματα. Η κατάθλιψη σε συνδυασμό με τις παραπάνω καταχρήσεις μπορούν να αυξήσουν περισσότερο τον κίνδυνο για χαμηλό βρεφικό βάρος και χαμηλή βαθμολογία στην κλίμακα Apgar (Bonsel et al., 2010).

Επιπλέον, η ηλικία συνιστά έναν παράγοντα ο οποίος μπορεί να θεωρηθεί ως υπόθεση για την ύπαρξη μιας καταθλιπτικής διάθεσης. Καθώς στις μέρες μας η ηλικία της μητρότητας έχει αλλάξει τουλάχιστον στις δυτικές κοινωνίες, μπορεί να φανταστεί κανείς ότι η εγκυμοσύνη στις έφηβες γυναίκες πολλές φορές θεωρείται ανεπιθύμητη, είναι πολλές φορές μη-προγραμματισμένη, προκύπτει εκτός γάμου, ξαφνικά και αντιμετωπίζεται από μια κριτική διάθεση

εκ μέρους των γονέων και της κοινωνίας. Οι έφηβες μητέρες με κατάθλιψη συχνά αναφέρουν ότι δεν έχουν πια επαφή με τον πατέρα του παιδιού, δέχονται υψηλά επίπεδα κριτικής από την οικογένειά τους και χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης, κάτι που αυξάνει την ένταση της κατάθλιψής τους. Ο χώρος παίζει και εδώ ένα σημαντικό ρόλο. Όπως ήδη προαναφέρθηκε, οι Αφροαμερικάνες ζουν υπό μεγαλύτερη πίεση στις ΗΠΑ από ότι οι λευκού δέρματος γυναίκες.

Οι έφηβες Αφροαμερικάνες αναφέρουν εκτός από χαμηλή κοινωνική υποστήριξη, έλλειψη επαφής με τον πατέρα και κριτική ότι έχουν πέσει θύματα λεκτικής, σωματικής ή σεξουαλικής βίας και ρατσισμού (Buzi et al., 2015). Οι έφηβες έγκυες Αφροαμερικάνες ζουν αποδεδειγμένα υπό μεγαλύτερη πίεση και στρες, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες για αρνητικές εκβάσεις τοκετού και περιορισμένη πρόσβαση σε αποτελεσματική αντιμετώπιση - θεραπεία. Επίσης, το επίπεδο της ενημέρωσής τους σχετικά με την κατάθλιψη είναι χαμηλό διότι ερμηνεύουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα ως ενδείξεις στρες (Kinser και Masho, 2015). Βάσει αυτού του παραδείγματος, παρουσιάζεται ο πολυδιάστατος και ιδιαίτερος χαρακτήρας των παραγόντων της κατάθλιψης, οι οποίοι βρίσκονται σε στενή σύνδεση αναμεταξύ τους.

Το μορφωτικό επίπεδο σχηματίζει έναν ανεξάρτητο παράγοντα ο οποίος εξηγεί τις μη-προγραμματισμένες εγκυμοσύνες. Γυναίκες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο διατρέχουν τον διπλάσιο και παραπάνω κίνδυνο για μη-προγραμματισμένες εγκυμοσύνες (Bennett et al., 2006), καθώς δεν έχουν λάβει προφανώς την απαραίτητη αγωγή υγείας ώστε να είναι σε θέση να προλάβουν ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες.

Ο φόβος που ορισμένες γυναίκες αισθάνονται σχετικά με την εγκυμοσύνη, με την έκβαση της γέννησης, την επικείμενη μητρότητα και με την υγεία του εμβρύου κλπ. είναι επίσης ένας παράγοντας που παρατηρείται συχνά σε

γυναίκες με κατάθλιψη. Επιπροσθέτως, δυσάρεστα γεγονότα που έχουν συμβεί προ της εγκυμοσύνης δεν θα πρέπει να αφεθούν εκτός προσοχής, καθώς συνιστούν σημαντικούς παράγοντες που σημαδεύουν την γυναίκα ψυχολογικά και δύνανται να επιφέρουν μια καταθλιπτική διάθεση.

Ως δυσάρεστα γεγονότα συνοψίζονται ατυχήματα ή τραυματισμοί στην γυναίκα ή σε κάποιο κοντινό της άτομο, ο θάνατος κάποιου κοντινού ατόμου, διαζύγιο ή χωρισμός μετά από μακρόχρονη σχέση, ανεργία και δυσκολίες εύρεσης εργασίας, ανησυχίες για τα παιδιά (σε περίπτωση που έχει γεννήσει παραπάνω από ένα παιδί προηγουμένως), διαπροσωπικές διαμάχες στον χώρο της εργασίας κλπ. (Rubertsson et al., 2003; Eberhard-Gran et al. 2015).

Το αν η γυναίκα είναι μέλος κάποιας μειονότητας η οποία ζει μακριά από την χώρα καταγωγής της είναι ένας παράγοντας που επίσης θα πρέπει να ληφθεί υπόψη, επειδή δύναται να προωθήσει μια καταθλιπτική διάθεση. Το θέμα «μετανάστευση» καλύπτει όλους τους παράγοντες που ασκούν συχνά αρνητική επίδραση στις έγκυες γυναίκες που εγκαθίστανται σε μια άλλη χώρα. Τις περισσότερες φορές η μετανάστευση γίνεται για οικονομικούς λόγους, γεγονός που υποδηλώνει οικονομικές δυσκολίες, χρέη κλπ. Ως μετανάστριες οι έγκυες γυναίκες πρέπει να αναπροσαρμοστούν στα δεδομένα της χώρας που τις φιλοξενεί. Η γλώσσα, η επικοινωνία, η ένταξη στην κοινωνία και στους ρυθμούς και στο σύστημά της αποτελούν προκλήσεις για κάθε μετανάστη. Υπάρχουν αναπόφευκτα πολιτισμικές και κοινωνικές διαφορές, η προσαρμογή στις οποίες δεν είναι πάντα εύκολη, ιδιαίτερα εάν η χώρα φιλοξενίας δεν έχει μεριμνήσει ανάλογα.

Έχει παρατηρηθεί ότι οι μετανάστριες που ανήκουν σε κάποια εθνική μειονότητα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο κατάθλιψης από ότι οι γηγενείς γυναίκες ή από ότι οι γυναίκες που προέρχονται από χώρες με παραπλήσιο πολιτισμό. Γυναίκες από την Μέση Ανατολή και Νότια Ασία στο Όσλο είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο κατάθλιψης από ότι άλλες μειονότητες και τις γυναίκες

από την Δυτική Ευρώπη (Eberhard-Gran et al., 2015). Συν των παραγόντων που αναφέρθηκαν στην προηγούμενη παράγραφο, αυτό οφείλεται στο ότι οι γυναίκες αυτές είναι προσαρμοσμένες σε ένα σύστημα αξιών που βασίζεται στη συλλογικότητα. Καθώς οι δυτικές κοινωνίες βασίζονται σε πιο ατομιστικές αξίες, είναι δύσκολο για τις γυναίκες αυτές να κάνουν την πολιτισμική αυτή προσαρμογή, κάτι το οποίο τις θέτει υπό μεγάλη πίεση, η οποία έτσι και αλλιώς υπάρχει λόγω της μετανάστευσης και της εγκυμοσύνης.

Ο τρόπος ζωής τον οποίο επιλέγει η έγκυος για να περάσει την εγκυμοσύνη της έχει επίσης πολιτισμικές αποχρώσεις και η στέρηση ενός τέτοιου τρόπου ζωής συνεπάγεται λύπη, στρες και ανησυχία. Ως παράδειγμα αναφέρονται οι χώρες της Ασίας και της Αφρικής όπου οι γυναίκες είναι συνηθισμένες σε άλλες πρακτικές εγκυμοσύνης και θέλουν να περνούν την εγκυμοσύνη τους κοντά στην οικογένειά τους και στους συγγενείς τους, τους οποίους στερούνται όταν είναι αναγκασμένες να μεταναστεύσουν. Μια τέτοια στέρηση είναι καταπιεστική και επιβλαβής για την ψυχική τους υγεία (Eberhard-Gran et al., 2015).

Σε κοινωνικό επίπεδο τίθεται το ερώτημα του αν η γυναίκα χαίρει κοινωνικής και οικογενειακής υποστήριξης, διότι έχει διαπιστωθεί ότι οι έγκυες που δεν έχουν την υποστήριξη από τον σύντροφό τους, από την οικογένειά τους, από την στενότερη τοπική κοινωνία παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, τα οποία συνεχίζονται και στην επιλόχεια περίοδο. Σε μονογονεϊκές οικογένειες, δηλ. σε οικογένειες με μόνο ένα γονέα, τα ποσοστά της συχνότητας της κατάθλιψης αυξάνονται διότι εκλείπει από τις οικογένειες αυτές το συναισθηματικό στήριγμα, το οποίο η έγκυος χρειάζεται απαραίτητως για να αντιμετωπίσει στρεσογόνες καταστάσεις που ανακύπτουν από την εγκυμοσύνη και την ζωή της.

Το πόσα παιδιά έχει ήδη φέρει η γυναίκα στον κόσμο και ζουν στο σπίτι της είναι ένας περαιτέρω παράγοντας, ο οποίος χρήζει προσοχής. Είναι αποδεδειγμένο ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης είναι μεγαλύτερος στις γυναίκες που έχουν ήδη φέρει άνω τους ενός τέκνου στον κόσμο (Costigan et al., 2008). Εάν η εγκυμοσύνη σε αυτήν την περίπτωση είναι ανεπιθύμητη ή μη-προγραμματισμένη, τότε αυξάνεται ο κίνδυνος της κατάθλιψης διότι, όπως έχει ερευνητικά αποδειχθεί, οι μη-προγραμματισμένες εγκυμοσύνες συνδέονται με μέτρια ή και σοβαρά συμπτώματα περιγεννητικής κατάθλιψης (Cibula και Fellenzer, 2014).

Από αυτό μπορεί να καταλάβει κανείς, ότι μια γυναίκα, ακόμα και αν έχει ήδη γεννήσει, ενδέχεται να μην είναι προετοιμασμένη για μια νέα εγκυμοσύνη. Συνεπώς οι ερωτήσεις σχετικά με το αν μια γυναίκα, η οποία έχει ήδη προηγουμένως γεννήσει, θεωρεί την νέα εγκυμοσύνη ανεπιθύμητη ή επιθυμητή κάθε άλλο παρά περιττή είναι, καθώς ενδέχεται αυτή η νέα εγκυμοσύνη να είναι τελείως ξαφνική και να συμβαίνει χρονικά σε ένα σημείο κατά το οποίο η γυναίκα σκόπευε να ασχοληθεί με άλλα σημαντικά θέματα ή το οποίο είναι συνδεδεμένο με διάφορες προκλήσεις (θάνατος συγγενικού προσώπου, βαριές ασθένειες σε δικό της άτομο, οικονομική δυσχέρεια κ.α.).

Το ιατρικό ιστορικό της εγκύου είναι μια πολύτιμη πηγή στην οποία μπορεί κανείς να ανιχνεύσει και άλλους παράγοντες που μπορούν να εξηγήσουν μια καταθλιπτική διάθεση. Ένα ιστορικό προηγούμενης καταθλιπτικής ή αγχώδους ή άλλης διαταραχής συνιστά ένδειξη για την ανάπτυξη καταθλιπτικής διάθεσης. Παραδείγματος χάριν, οι γυναίκες με επιληψία είναι περισσότερο ευάλωτες σε αγχώδεις ή καταθλιπτικές διαταραχές κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά από ότι οι γυναίκες με άλλες χρόνιες ασθένειες ή χωρίς επιληψία (Berle et al., 2015), ενώ οι γυναίκες που έχουν αντιμετωπίσει διαταραχή μετατραυματικού στρες έχουν 50% υψηλότερο άγχος, το οποίο άγχος οφείλεται στην κατάθλιψη που

εμφανίστηκε την τελευταία εβδομάδα της εγκυμοσύνης και εξελίχθηκε σε μια επιλόχεια κατάθλιψη (Baum et al., 2014).

### 5.3 Ανίχνευση, Πρόληψη και Διάγνωση

Η διάγνωση τυχόν αγχωδών ή καταθλιπτικών διαταραχών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης βασίζεται σε αρκετά σημεία που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη για να βγει ένα έγκυρο πόρισμα. Καλό θα ήταν να γίνεται ένας προληπτικός έλεγχος και για αγχώδεις και για καταθλιπτικές διαταραχές, διότι μπορεί αυτές να συνυπάρχουν. Σε πρώτο στάδιο, θα πρέπει να γίνεται έλεγχος ανίχνευσης των συμπτωμάτων και να καθορίζεται το εάν ορισμένα συμπτώματα οφείλονται στην εγκυμοσύνη ή σε κάποια διαταραχή, καθώς παρατηρήθηκε ότι οι διαταραχές αυτές μοιράζονται κοινά συμπτώματα με την εγκυμοσύνη. Η ανίχνευση μπορεί να ξεκινήσει από τον μαιευτήρα/γυναικολόγο τον οποίο επισκέπτεται η έγκυος για τους ελέγχους που είναι απαραίτητοι για την διασφάλιση μιας βέλτιστης υγείας για τη γυναίκα και το έμβρυο. Ωστόσο, δεν υπάρχει ομοφωνία στην σχετική κλινική βιβλιογραφία για το αν ο προληπτικός έλεγχος θα ήταν καλό να γίνεται από τον ιατρό της εγκύου (Arthurs et al., 2014).

Προληπτικά ο ιατρός μπορεί να θέτει σχετικές ερωτήσεις στην έγκυο που αφορούν την ψυχική της υγεία, προσπαθώντας να διαπιστώσει ποιοι παράγοντες προκαλούν στρες στην γυναίκα. Πρέπει να τονιστεί ότι δυστυχώς είναι πάρα πολύ λίγοι οι γυναικολόγοι/μαιευτήρες, οι οποίοι κάνουν σχετικούς προληπτικούς ελέγχους. Δεν υπάρχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον από την πλευρά των γυναικολόγων να διεξάγουν ελέγχους για την πρόληψη και τη διάγνωση αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών. Αρκετοί δεν έχουν λάβει ανάλογη εκπαίδευση (ή δεν επιθυμούν να λάβουν) και δεν διαθέτουν την κατάλληλη τεχνογνωσία για να μπορέσουν να κάνουν αυτούς τους ελέγχους και να παραπέμψουν την γυναίκα σε κάποιον ψυχολόγο ή ψυχίατρο σε περίπτωση που διαγνώσουν συμπτώματα κατάθλιψης ή άγχους (Carter et al., 2008).

Ο διάλογος και η ανάπτυξη της επικοινωνίας είναι αναγκαίες προϋποθέσεις για την εξακρίβωση της πηγής των συμπτωμάτων. Ο ιατρός πρέπει να αποκτήσει μια γενική εικόνα για το προφίλ της ψυχικής υγείας της εγκύου. Σε περίπτωση που παρατηρήσει πως ορισμένα συμπτώματα της γυναίκας υποδηλώνουν μια καταθλιπτική διάθεση, είναι απαραίτητο να την παραπέμψει σε έναν ψυχολόγο ή και σε ψυχίατρο, εάν κρίνει ότι η σοβαρότητα των συμπτωμάτων είναι αρκετά αυξημένη. Σε περίπτωση που η γυναίκα δεν θέλει να επισκεφθεί τον γυναικολόγο για τους τυπικούς ελέγχους, ο στενός της οικογενειακός κύκλος θα πρέπει να την παροτρύνει να κάνει τους απαραίτητους ελέγχους.

Όπως σημειώθηκε προηγουμένως, οι γυναίκες με κατάθλιψη τείνουν να παραμελούν τον εαυτό τους και να αμελούν τις επισκέψεις στον ιατρό τους (Friedman, 2015). Συνεπώς, ο γυναικολόγος θα πρέπει να ρωτήσει με τρόπο διακριτικό την έγκυο για ποιο λόγο δεν πήγε για να κάνει τον έλεγχό της, έχοντας το παραπάνω υπόψη. Πρέπει να τονιστεί ότι οι ερωτήσεις πρέπει να τίθενται με τρόπο διακριτικό και να δίνουν την εντύπωση ότι το άτομο που τις θέτει (ιατρός, μαία, νοσηλεύτρια) ενδιαφέρεται πραγματικά για την έγκυο και δείχνει κατανόηση.

Σε ορισμένες περιοχές στον κόσμο, ο προληπτικός έλεγχος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης καθώς και κατά την επιλόχειο περίοδο έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα. Ως παράδειγμα αναφέρεται η Νότια Ουαλία, μια πολιτεία στην Αυστραλία. Εκεί οι γυναίκες περνούν από ψυχοκοινωνική αξιολόγηση και προληπτικούς ελέγχους για την ανίχνευση κατάθλιψης και πριν και μετά από την γέννηση του παιδιού τους. Ο πρώτος έλεγχος λαμβάνει χώρα κατά την πρώτη επίσκεψη της γυναίκας για τον πρώτο γενικό προγεννητικό έλεγχό της (περίπου στην δωδέκατη με δέκατη έκτη εβδομάδα της εγκυμοσύνης) και έξι με οκτώ εβδομάδες μετά την γέννηση. Ο πρώτος έλεγχος και η πρώτη αξιολόγηση διεξάγονται συνήθως από τις μαίες εντός του

κλινικού/νοσοκομειακού χώρου και ο δεύτερος επιλόχειος έλεγχος από εξειδικευμένες νοσηλεύτριες κατ' οίκον (Kemp et al., 2013).

Σε γενικές γραμμές, οι γυναίκες δεν έχουν κάποιο πρόβλημα με τις ερωτήσεις που τις θέτουν. Ωστόσο, είναι ορισμένες φορές απροετοίμαστες να απαντήσουν σε ερωτήσεις προσωπικού περιεχομένου (π.χ. σχετικά με το αν έχουν πέσει θύματα σεξουαλικής κακοποίησης ως παιδιά). Θα προτιμούσαν να είχαν λάβει πρωτότερα σχετικές πληροφορίες. Κάποιες γυναίκες βρίσκουν τις ερωτήσεις αδιάκριτες ιδίως όταν δεν έχουν σχέση με την συζήτηση, και άλλες αισθάνονται κάπως αμήχανα, ιδίως όταν έχουν κάποιο ιστορικό αποβολής ή σεξουαλικής κακοποίησης. Άλλες στεναχωριούνται όταν αφηγούνται ξανά τα άσχημα βιώματά τους και θα το προτιμούσαν εάν οι μαίες ή νοσηλεύτριες ανέτρεχαν σε προηγούμενα ιατρικά αρχεία για να βρουν τις σχετικές αυτές πληροφορίες.

Όμως, οι γυναίκες αισθάνονται ανακούφιση και είναι πρόθυμες να μιλήσουν πιο ανοικτά όταν οι μαίες/νοσηλεύτριες έχουν διακριτικότητα, λεπτότητα τρόπων και δείχνουν ευαισθησία και κατανόηση καθώς και θέληση να βοηθήσουν και να τις υποστηρίξουν, και όχι να τις «ανακρίνουν». Η πρόσφατη έρευνα που έγινε πάνω στις αντιλήψεις των γυναικών για τους ελέγχους ανίχνευσης έφερε στο φως τα συναισθήματα των γυναικών σχετικά με τους ελέγχους και την αξιολόγηση. Συνιστάται η εκ των προτέρων ενημέρωση των γυναικών σχετικά με το περιεχόμενο του ελέγχου και της αξιολόγησης, η ανάλογη μορφωτική προετοιμασία και η συνεχής εκπαίδευση και υποστήριξη των ειδικών που κάνουν τους ελέγχους έτσι ώστε ο έλεγχος και η αξιολόγηση να χαρακτηρίζεται από διακριτικότητα και ευαισθησία προς τις γυναίκες που καταθέτουν τα προσωπικά τους βιώματα (Kemp et al., 2013).

Όσον αφορά την ανίχνευση και τη διάγνωση αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών προ της γέννησης, χρησιμοποιείται μια σειρά διαφορετικών κλιμάκων. Οι κλίμακες αυτές στην αρχική τους μορφή χρησιμοποιούνταν για την

διάγνωση κατάθλιψης ή άγχους στην επιλόχεια περίοδο ή για την διάγνωση των διαταραχών αυτών σε άτομα και των δύο φύλλων και δεν σχετίζονταν με την εγκυμοσύνη. Την τελευταία περίπου δεκαετία, στην οποία ο αριθμός των ερευνών για την ανίχνευση κατάθλιψης και άγχους στο προγεννητικό στάδιο είναι ολοένα αυξανόμενος, οι ερευνητές έχουν προσαρμόσει τις κλίμακες αυτές στην προγεννητική περίοδο.

Μια ευρέως διαδεδομένη κλίμακα είναι η Κλίμακα του Εδιμβούργου για την Επιλόχειο Κατάθλιψη (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS). Η κλίμακα αυτή είναι σχεδιασμένη σε μορφή ερωτηματολογίου, το οποίο η γυναίκα συμπληρώνει μόνη της και στο οποίο απαντάει σε ερωτήσεις για την συναισθηματική της κατάσταση τις περασμένες επτά ημέρες. Η κλίμακα αυτή, αν και χρησιμοποιείται για την ανίχνευση της επιλόχειας κατάθλιψης, είναι αρκετά έγκυρη για την ανίχνευση καταθλιπτικών συμπτωμάτων και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης (Breedlove και Fryzelka, 2011; Kemp et al., 2013; Adams et al., 2015).

Περαιτέρω έγκυρες κλίμακες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ανίχνευση της περιγεννητικής κατάθλιψης είναι ο Κατάλογος Κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory) (Gavard et al., 1996), η Κλίμακα Κατάθλιψης στην Εγκυμοσύνη (Pregnancy Depression Scale, PDS) η οποία βασίζεται στην Κλίμακα Αξιολόγησης Hamilton για την Κατάθλιψη (Altshuler et al., 2008), η Κλίμακα Κατάθλιψης του Κέντρου Σπουδών Επιδημιολογίας, *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (Breedlove και Fryzelka, 2011).

Επιπλέον, το άγχος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι μια μεταβλητή η οποία περιλαμβάνεται στις άνω παρατεθειμένες κλίμακες, καθώς αποτελεί αδιάσπαστο στοιχείο της εγκυμοσύνης και πάρα πολύ συχνά των καταθλιπτικών διαταραχών. Έχει υπολογιστεί ότι περίπου το 24% των γυναικών πάσχει από τουλάχιστον μια αγχώδη διαταραχή στο προγεννητικό στάδιο και περίπου 9% από τις γυναίκες αυτές πάσχει από γενικευμένη αγχώδη διαταραχή,

μια διαταραχή που πολλές φορές εμφανίζει συννοσηρότητα με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (Frey et al., 2014).

Μια κλίμακα με υψηλή αξιοπιστία ως προς την ανίχνευση της γενικής αγχώδους διαταραχής (ΓΑΔ) είναι η *GAD-7*, η οποία είναι αποδεδειγμένα ένα χρήσιμο εργαλείο για την ανίχνευση της ΓΑΔ σε έγκυες και έχει μικρότερη ευαισθησία και μεγαλύτερη προσδιοριστικότητα από ότι η κλίμακα του Εδιμβούργου, η οποία είναι επίσης έγκυρη για την ανίχνευση αγχωδών διαταραχών (Barrons et al., 2011; Frey et al., 2014). Εκτός τούτου, η *GAD-7* μπορεί να βοηθήσει και στην διάκριση του παθολογικού άγχους από το άγχος το οποίο είναι φυσιολογικό να αναπτύξει η έγκυος λόγω της εγκυμοσύνης (Frey et al., 2014). Μια άλλη αξιόλογη κλίμακα για την ανίχνευση του άγχους και των σχετικών με αυτό διαταραχών οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι το Ερωτηματολόγιο Κατάστασης Άγχους, *State Anxiety Inventory* (Conde et al., 2014).

Θα πρέπει να λεχθεί εν κατακλείδι, ότι όλες σχεδόν οι έρευνες που χρησιμοποιήθηκαν για την εκπόνηση της παρούσης έρευνας, οι παραπάνω κλίμακες είχαν την μορφή ερωτηματολογίων τα οποία συμπλήρωναν έγκυες γυναίκες με ίδια αναφορά, δηλ. μόνες τους (self-report), ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Εκτός από τα ερωτηματολόγια, τα οποία δεν έχουν διαδραστικά στοιχεία – δηλαδή δεν επιτρέπουν μια αμφίδρομη επικοινωνία – συχνά λάμβαναν χώρα συνεντεύξεις για να καταστεί δυνατή μια άμεση επικοινωνία μεταξύ της γυναίκας και των ερευνητών/ιατρών/νοσηλευτών κλπ. Αποδεδειγμένα η τακτική συμπλήρωση ερωτηματολογίων σε συνδυασμό με συνεντεύξεις αυξάνουν την αξιοπιστία και την ακρίβεια της προγνωστικής και διαγνωστικής διαδικασίας (Breedlove και Fryzelka, 2011). Οι συνεντεύξεις πρέπει να διέπονται από διακριτικότητα και κατανόηση εκ μέρους του ερωτώντος προς την ερωτώμενη γυναίκα και σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να δίνουν την εντύπωση μιας «ανάκρισης» με επίμονες, πιεστικές και αδιάκριτες ερωτήσεις.

## 5.4 Αντιμετώπιση – Θεραπεία

Η διάγνωση καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης πρέπει να είναι όσο πιο εμπεριστατωμένη και έγκυρη γίνεται, ούτως ώστε να επιλεχθεί η κατάλληλη αντιμετώπιση - θεραπεία που ανταποκρίνεται περισσότερο στις ανάγκες και στα συμπτώματα της εγκύου ασθενούς γυναίκας. Πριν γίνει συγκεφαλαίωση της σχετικής βιβλιογραφίας, πρέπει να υπογραμμιστεί ότι δεν υπάρχει μια ενιαία, κοινώς εφαρμοζόμενη αντιμετώπιση - θεραπεία η οποία αποτελεί πανάκεια για όλες τις περιπτώσεις.

Κάθε αντιμετώπιση - θεραπεία πρέπει να είναι εξατομικευμένη στις προσωπικές ανάγκες της κάθε γυναίκας και να ερείδεται σε ανοιχτό και ανεμπόδιο διάλογο μεταξύ της γυναίκας και του ειδικού ιατρού της. Όλοι οι παράγοντες που εξετάστηκαν μέχρι στιγμής θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη για να σχεδιαστεί η κατάλληλη αντιμετώπιση - θεραπεία. Ο ειδικός θα πρέπει να έχει ως γνώμονα για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή της κατάλληλης αντιμετώπισης - θεραπείας την εξασφάλιση της υγείας και της μητέρας και του εμβρύου.

Επιπροσθέτως, η αντιμετώπιση - θεραπεία ενδέχεται να είναι περίπλοκη ανάλογα με την σοβαρότητα του προβλήματος και να χρειάζεται την τεχνογνωσία και την καθοδήγηση περισσότερων διαφορετικών ειδικών, π.χ. αν η έγκυος έχει ιστορικό κατάθλιψης, είναι υπέρβαρη, έχει αναπτύξει σακχαρώδη διαβήτη, πάσχει από αϋπνία και δεν έχει πλέον επαφή με τον πατέρα του παιδιού.

Υπάρχουν συγκεκριμένες κατηγορίες θεραπειών, η καθεμία εκ των οποίων έχει ως βάση της την πιθανή αιτιολογία των καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών, δηλ. τους γενετικούς παράγοντες, τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και τους νευρολογικούς παράγοντες. Λόγω του ευρέος φάσματος των διαταραχών γίνεται συχνά συνδυασμός των διαφόρων θεραπειών για να επιτευχθεί η βέλτιστη αποτελεσματικότητα. Εν προκειμένω, το ενδιαφέρον είναι εστιασμένο στην

ανεύρεση μιας εξατομικευμένης αντιμετώπισης - θεραπείας, προσαρμοσμένης στις ιδιαίτερες συνθήκες και το προφίλ της εγκύου, η οποία α) εγγυάται όσο το δυνατόν λιγότερες αρνητικές συνέπειες για το βρέφος και τη μητέρα, β) αποκλείει τον κίνδυνο της υποτροπής ή γ) ελαττώνει καθοριστικά τα επίπεδα του άγχους και τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Γενικά, οι ενδεχόμενες ψυχιατρικές θεραπείες είναι οι σωματικές θεραπείες, οι ψυχοθεραπείες (και γενικότερα οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες) και ο συνδυασμός αυτών (Μάνος, 2008).

Εντούτοις, υπάρχει μεγάλη απόκλιση στα πορίσματα ερευνών της σχετικής βιβλιογραφίας που αφορά την περιγεννητική περίοδο. Χρειάζονται απαραίτητως περισσότερες έρευνες, οι οποίες να εξετάζουν ενδελεχώς τις θεραπείες και την αποτελεσματικότητά τους και να λαμβάνουν συνάμα υπόψη το ιδιαίτερο προφίλ των γυναικών. Αν και υπάρχει έλλειψη στοιχείων όσον αφορά τις θεραπείες για τις αγχώδεις και τις καταθλιπτικές διαταραχές ή συμπτωμάτων αυτών στην περιγεννητική περίοδο – καθώς το ενδιαφέρον των ερευνητών έχει εστιασθεί στην επιλόχεια κατάθλιψη – υπάρχουν έρευνες που έχουν συνεισφέρει στην κατανόηση και στην αποτελεσματικότητα διαφόρων θεραπειών στο στάδιο προ της γέννησης του παιδιού.

Σίγουρο είναι το γεγονός ότι αν δεν εφαρμοστεί κάποια αντιμετώπιση - θεραπεία, αυξάνεται ο κίνδυνος των αρνητικών συνεπειών τόσο για το παιδί όσο και για τη μητέρα. Ορισμένες αρνητικές συνέπειες της περιγεννητικής κατάθλιψης είναι η επιλόχεια κατάθλιψη, η αυτοκτονία, η προεκλαμψία, η αυξημένη χρήση ουσιών, αλκοόλ, το κάπνισμα, η έλλειψη κινήτρου για την φροντίδα και την περιποίηση του παιδιού και της ίδιας της εγκύου, η απομάκρυνση ή η απομόνωση από την οικογένεια και άλλες πηγές υποστήριξης, το χαμηλό βάρος του παιδιού στην γέννηση, η καθυστέρηση στην ανάπτυξη, οι ανεπάρκειες στην γλωσσική έκφραση, ένα χαμηλότερο ποσοστό νοημοσύνης, μια χαμηλή συναισθηματική και κοινωνική ανάπτυξη, συν χειρότερος

συναισθηματικός έλεγχος και υψηλότερα ποσοστά συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους για το βρέφος κ.α. (Bobo et al., 2014).

Συνεπώς, κρίνεται απαραίτητη η εύρεση της κατάλληλης αντιμετώπισης - θεραπείας για να αποφευχθούν δυσάρεστες εκβάσεις στην ψυχοσωματική υγεία του παιδιού και της μέλλουσας μητέρας. Ο Μάνος (2008) παραθέτει βασισμένος στο DSM-IV και σε άλλη βιβλιογραφία τις μορφές των θεραπειών που υπάρχουν για τις ψυχικές διαταραχές. Όσον αφορά τις ψυχοθεραπείες, υπάρχουν οι ακόλουθες: η ψυχοδυναμική θεραπεία, η βραχεία ψυχοθεραπεία, η ομαδική ψυχοθεραπεία, η οικογενειακή θεραπεία, η συζυγική θεραπεία ή θεραπεία ζεύγους, η θεραπεία συμπεριφοράς, η ψυχοθεραπεία επικεντρωμένη στον πελάτη, η ύπνωση, η γνωστική θεραπεία, η διαπροσωπική θεραπεία, η θεραπεία περιβάλλοντος, η εργασιοθεραπεία και ο συνδυασμός θεραπειών. Ενώ η αποτελεσματικότητα των θεραπειών αυτών είναι αρκετά διερευνημένη σε άλλα δείγματα πληθυσμού, οι έγκυες δεν έχουν λάβει την ανάλογη προσοχή και διερεύνηση.

Από τις λίγες έρευνες που έχουν διενεργηθεί μέχρι στιγμής σχετικά με την αποτελεσματικότητα των άνω θεραπειών στην περιγεννητική περίοδο, υπάρχουν στοιχεία ότι σε γενικές γραμμές ορισμένες θεραπείες είναι αποτελεσματικές, άλλες περισσότερο και άλλες λιγότερο. Η διαπροσωπική θεραπεία και η γνωστική θεραπεία συνδυασμένη με θεραπεία συμπεριφοράς έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές έως ένα σημείο καθώς επέφεραν ελάττωση των καταθλιπτικών και αγχωδών συναισθημάτων. Η διαπροσωπική θεραπεία φαίνεται να είναι περισσότερο τελεσφόρα θεραπεία από τις άλλες, ωστόσο αυτό με επιφύλαξη. Θεραπείες που περιλαμβάνουν τουλάχιστον ένα στοιχείο διαπροσωπικής θεραπείας έχουν αποδεδειγμένα μεγαλύτερο εύρος επίδρασης από ότι οι θεραπείες που περιλαμβάνουν ένα στοιχείο θεραπείας συμπεριφοράς (Barber et al., 2011). Ωστόσο, η γνωστική θεραπεία σε συνδυασμό με θεραπεία συμπεριφοράς απέφερε σημαντικά αποτελέσματα. Υπήρξε αισθητή βελτίωση

στην καταθλιπτική διάθεση των εγκύων γυναικών του δείγματος, οι οποίες έπασχαν από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (Fedock et al., 2013).

Άλλες θεραπείες όπως η διαπροσωπική θεραπεία, στην οποία συμμετέχει και βοηθάει ενεργά ο σύντροφος της εγκύου (Brandon et al., 2012), η σωματική άσκηση σε γυναίκες που πριν από την εγκυμοσύνη δεν ασκούσαν (Gaston και Prapavessis, 2013), η αερόβια γυμναστική (σωματική θεραπεία) με επίβλεψη (Escobar-Hurtado et al., 2012), η φωτοθεραπεία (σωματική θεραπεία) (Epperson, et al., 2004) έχουν αποδειχθεί ασφαλείς και για την μητέρα και για το βρέφος, έχουν επιφέρει θετικές αλλαγές στη διάθεση της καταθλιπτικής εγκύου και μείωσαν σημαντικά τα επίπεδα του άγχους και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Εκτός τούτου, η επαναληπτική διακρανιακή μαγνητική διέγερση (σωματική θεραπεία) απέβη ιδιαιτέρως αποτελεσματική, καθώς όχι μόνο μείωσε τα καταθλιπτικά συμπτώματα και δεν έφερε κανένα απολύτως κίνδυνο για το παιδί και την μητέρα, αλλά κατάφερε να βελτιώσει την καταθλιπτική διάθεση εγκύων που είχαν λάβει πρωτότερα θεραπείες χωρίς όμως κάποια ουσιαστική θετική αλλαγή στην διάθεσή τους (Cerit et al., 2013).

Όσον αφορά την φαρμακοθεραπεία για τις αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης (κυρίως αντικαταθλιπτικά και αγχολυτικά), τα υπάρχοντα στοιχεία αλληλοαναιρούνται ως ένα βαθμό καθώς άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει κάποιος κίνδυνος ούτε για την γυναίκα ούτε για το παιδί, ενώ άλλες έρευνες προτείνουν το αντίθετο. Σε γενικές γραμμές, δεν έχει βρεθεί ότι η χρήση των αντικαταθλιπτικών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει αρνητικές συνέπειες για την έγκυο και το έμβρυο (Bobo et al., 2014).

Αντιθέτως, η διακοπή της χρήσης των αντικαταθλιπτικών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης από καταθλιπτικές γυναίκες εκθέτει τις γυναίκες σε πέντε φορές μεγαλύτερο κίνδυνο υποτροπής (Altshuler et al., 2006). Το βασικό ζητούμενο στην χρήση των αντικαταθλιπτικών και άλλης φαρμακοθεραπείας

είναι ο αποκλεισμός των κινδύνων που προκύπτουν από τη μη-θεραπεία της κατάθλιψης και άλλων ψυχικών διαταραχών.

Αν και μικροί, οι κίνδυνοι που πηγάζουν από την χρήση αντικαταθλιπτικής φαρμακοθεραπείας (SSRIs, SNRIs) κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης αφορούν και την μητέρα, καθώς υπάρχει αυξημένος κίνδυνος υπέρτασης, προεκλαμψίας και αιμορραγιών (Gadot και Koren, 2015), και το έμβρυο, καθώς υπάρχει αυξημένος κίνδυνος πνευμονικής υπέρτασης και κίνδυνος μικρών αλλαγών στην κινητική και κοινωνική προσαρμοστικότητα (Casper, 2015) όπως και χαμηλός κίνδυνος για καρδιακές ανωμαλίες (Shealy, 2015), αυτιστικό φάσμα και μακροπρόθεσμες νευρογνωστικές ανωμαλίες (Robinson, 2015). Η χρήση αγχολυτικών είναι εξίσου αμφιλεγόμενη (Campagne, 2007).

Πριν ξεκινήσει ή συνεχιστεί κάποια φαρμακοθεραπεία κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, ο ειδικός οφείλει να ενημερώσει πλήρως και επισταμένως την έγκυο για όλες τις παρενέργειες και αρνητικές συνέπειες που μπορεί να έχει η φαρμακοθεραπεία πάνω στην ίδια και στο βρέφος, ακόμα και αν ο κίνδυνος είναι πολύ μικρός. Η γυναίκα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένη για το τι δύναται να επιφέρει η φαρμακοθεραπεία που της χορηγείται. Θα πρέπει να τονιστούν επίσης και τα οφέλη που είναι συνυφασμένα με την φαρμακοθεραπεία. Σε κάθε περίπτωση, η φαρμακοθεραπεία θα έπρεπε να αποτελεί έσχατη λύση, διότι οι απόψεις δίστανται σχετικά με το αν η γυναίκα και το έμβρυο κινδυνεύει από μια τέτοια αντιμετώπιση - θεραπεία. Η έγκυος γυναίκα πρέπει να αποτελεί ένα αδιάσπαστο μέρος στην λήψη της απόφασης για το αν επιθυμεί να λάβει φαρμακοθεραπεία.

Καθώς η επιστημονική γνώμη πάνω σε αυτό το θέμα είναι διχασμένη, δεν μπορεί να αποδειχθεί πως η φαρμακοθεραπεία με αντικαταθλιπτικά είναι κάτι καλό ή κάτι κακό. Είναι σίγουρο πως όταν κρίνεται αναγκαία, θα πρέπει να χορηγείται διότι οι κίνδυνοι που προκύπτουν από την μη-θεραπεία των καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών είναι αρκετά μεγάλοι. Η απόφαση περί

χρήσης αντικαταθλιπτικών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης θα πρέπει να βασιστεί στο τι κίνδυνοι υφίστανται αν γίνει ή αν δεν γίνει η φαρμακοθεραπεία (Robinson, 2015).

Η αναζήτηση των εναλλακτικών λύσεων είναι πάντα επιθυμητή και πολλές φορές οδηγεί και στην κατάλληλη αντιμετώπιση - θεραπεία, διότι όλα είναι σχετικά και στην αντιμετώπιση - θεραπεία καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών στην εγκυμοσύνη. Σχετικά θα πρέπει να θεωρείται κάθε περίπτωση. Οι προσωπικές συνθήκες, η σοβαρότητα και το φάσμα της διαταραχής καθώς και τα προσωπικά βιώματα είναι καθοριστικής σημασίας για την εντόπιση της «ρίζας» του προβλήματος και της επίλυσής του.

Συνεπώς, η γυναίκα πρέπει να συζητάει, να συναποφασίζει, να είναι πλήρως ενήμερη για όλες τις πτυχές της αντιμετώπισης - θεραπείας (Patel και Wisner, 2011). Η ειλικρινής και συχνή επικοινωνία είναι βασικός πυλώνας για την αποτελεσματικότητα οποιασδήποτε αντιμετώπισης - θεραπείας καθώς μόνο μέσα από αυτήν μπορεί η έγκυος να ενημερώνεται, να εκφράσει τη δυσαρέσκειά της, τις προτιμήσεις της, τα παράπονά της και τα προβλήματά της, κάτι το οποίο συμβάλλει στην βελτίωση της αντιμετώπισης - θεραπείας και στην εξατομίκευση της αντιμετώπισης - θεραπείας στις ανάγκες της εγκύου.

## 6. Ο ρόλος του νοσηλευτή

Είναι δυσάρεστο το γεγονός ότι η κατάθλιψη και τα συμπτώματά της δεν λαμβάνουν ιδιαίτερη προσοχή στα νοσοκομεία και στις μονάδες βρεφικής εντατικής θεραπείας. Σπανίως ο γυναικολόγος ή το νοσοκομείο όπου κάνει τους τακτικούς ελέγχους η γυναίκα πριν και μετά από την εγκυμοσύνη προβαίνουν σε προληπτικούς ελέγχους. Παρ' όλα αυτά, θα μπορούσαν μέσω της διεξαγωγής ορισμένων ελέγχων να αποκτήσουν μια εικόνα για το ψυχολογικό προφίλ των γυναικών και να διαγνώσουν τυχόν αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές και έπειτα να παραπέμψουν την γυναίκα σε ειδική ψυχολογική υποστήριξη και αντιμετώπιση - θεραπεία. Πέραν του ιατρού, υπάρχει η δυνατότητα οι νοσηλευτές του νοσοκομείου να παράσχουν ένα είδος παρέμβασης για συναισθήματα κατάθλιψης και άγχους που σχεδόν πάντα είναι συνυφασμένα με την εγκυμοσύνη, όπως διαπιστώθηκε παραπάνω.

Οι νοσηλευτές που παρέχουν φροντίδα στις μαιευτικές εντατικές μονάδες μπορούν λόγω της κεντρικής θέσης που κατέχουν να επιφέρουν θετικές αλλαγές στη ζωή της γυναίκας που πάσχει από κατάθλιψη κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Κατ' επέκτασιν, μπορούν να βελτιώσουν την ζωή των μελών της οικογένειάς της, λειτουργώντας ως δικλείδα ασφαλείας τόσο για την υγεία της μητέρας και του παιδιού όσο και για την μεταξύ τους αλληλεπίδραση (Bicking και Moore, 2012).

Στο πλαίσιο του θεσμού του «Επισκέπτη Υγείας» στο Ηνωμένο Βασίλειο οι επισκέψεις ακρόασης (listening visits) είναι μια μορφή παρέμβασης που εστιάζει στην ανάπτυξη μιας σχέσης μεταξύ του νοσηλευτή και της μητέρας. Ο νοσηλευτής ερευνά τα προβλήματα της μητέρας ακούγοντάς την προσεκτικά και προσφέροντας προτάσεις επίλυσης των προβλημάτων της. Οι προτάσεις αυτές διαμορφώνονται μέσα από την συνεργασία του νοσηλευτή και της μητέρας. Έχει

αποδειχθεί ότι η παρέμβαση αυτή συντείνει στην μείωση των συναισθημάτων της κατάθλιψης και του άγχους της μητέρας, αυξάνει τα αισθήματα ικανοποίησης στη ζωή της γυναίκας και οι γυναίκες είναι ικανοποιημένες με αυτήν την παρέμβαση.

Αυτή η μορφή παρέμβασης, η οποία είναι εμπειρικά τεκμηριωμένη, έχει εφαρμοσθεί σε μονάδες εντατικής θεραπείας, σε κλινικές/νοσοκομεία μετά την γέννηση (Chuffo et al., 2015) ή στο σπίτι της μητέρας (Arndt et al., 2010) στην επιλόχειο περίοδο, αλλά περιλαμβάνει ελέγχους και συμβουλευτικές συζητήσεις και στο προγεννητικό στάδιο. Ο θεσμός του «Επισκέπτη Υγείας» υφίσταται και στην Ελλάδα και στην Κύπρο, ωστόσο δεν έχει αποδειχθεί ακόμα η αποτελεσματικότητά του όσον αφορά την πρόληψη και την διάγνωση της κατάθλιψης και του άγχους στην εγκυμοσύνη. Ο θεσμός αυτός χρειάζεται σημαντική προώθηση έτσι ώστε να αναπτυχθεί και να διαδοθεί ουσιαστικά.

Όπως προαναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, είναι απαραίτητο ο νοσηλευτής να διαθέτει ορισμένες δεξιότητες, ούτως ώστε να εμπνέει εμπιστοσύνη στις έγκυες ή μητέρες που επισκέπτεται ή που τον επισκέπτονται. Η συναισθηματική ταύτιση με την γυναίκα, η προσεκτική ακρόαση και η διακριτικότητα καθώς και η πρόταση κάποιας ειδικής ψυχολογικής υποστήριξης (δηλ. παραπομπή σε κάποιον ειδικό) είναι συστατικά στοιχεία του νοσηλευτή που συμβάλλει στην πρόγνωση και διάγνωση αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών σε έγκυες και σε μητέρες (Gregory et al., 2013).

Ο νοσηλευτής μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στην συχνότερη και αποτελεσματικότερη πρόληψη και διάγνωση καθώς και στην άμεση παραπομπή σε ψυχική αντιμετώπιση - θεραπεία λόγω της άμεσης επαφής που έχει με τον ασθενή του. Μπορεί σε συνεργασία με τον γυναικολόγο/μαιευτήρα να διεξάγει τους προληπτικούς ελέγχους ανίχνευσης καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών. Έτσι μπορεί να βοηθήσει ψυχολογικά μια απεγνωσμένη γυναίκα που πολλές φορές δεν γνωρίζει ότι έχει συμπτώματα κατάθλιψης και η οποία δύσκολα θα συμβουλευόταν κάποιον ψυχολόγο/ψυχίατρο.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να λαμβάνει και σχετική συνεχόμενη εκπαίδευση, ούτως ώστε να μπορέσει να ανταπεξέλθει στις τεχνικές και ψυχολογικές απαιτήσεις που προκύπτουν από τους ελέγχους αυτούς.

## **7. Οργανισμοί Παροχής Κοινωνικής Υποστήριξης στην Ελλάδα**

Η κοινωνική υποστήριξη είναι ένας παράγοντας ο οποίος βοηθάει πολλές φορές στην μείωση των καταθλιπτικών συναισθημάτων και του άγχους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης (Elgar et al., 2004). Η έλλειψη της κοινωνικής υποστήριξης είναι αδιαφιλονίκητα ένας παράγοντας που προωθεί αρνητικές εκβάσεις τόσο για την υγεία της μητέρας όσο και για την υγεία και ανάπτυξη του εμβρύου/παιδιού (Dunkel-Schetter et al., 2000). Η αποτελεσματικότητα και η χρησιμότητά της εξαρτάται από πολλές άλλες μεταβλητές όπως το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, το μορφωτικό επίπεδο, την ηλικία, την καταγωγή κλπ.

Κρίνεται αναγκαίο να υπάρχουν θεσμοί που παρέχουν κοινωνική υποστήριξη σε έγκυες και σε μητέρες, άσχετα με το αν ορισμένες γυναίκες μπορεί να μην χρησιμοποιήσουν αυτού του είδους την βοήθεια ή στρατηγική αντιμετώπισης. Είναι λογικό ορισμένες γυναίκες να χρειάζονται και ίσως να εξαρτώνται από την κοινωνική υποστήριξη και άλλες να μην την χρειάζονται καθόλου.

Η κοινωνική υποστήριξη είναι μια διαδικασία στην οποία συμμετέχει αυτός που την παρέχει και αυτός που την δέχεται, είναι δηλ. μια διαδικασία αλληλεπίδρασης, η οποία μέσα από την παροχή υλικών και συναισθηματικών πόρων αποσκοπεί στην βελτίωση της αντιμετώπισης προβληματικών καταστάσεων, στην βελτίωση της εκτίμησης από τους άλλους (υπόληψης), στην βελτίωση του αισθήματος ότι το άτομο που ζητάει την βοήθεια αυτή ανήκει κάπου και στην βελτίωση της δεξιότητάς του (επαγγελματικής, κοινωνικής, επικοινωνιακής κλπ.) (Gottlieb, 2001, 307). Αν και δεν υπάρχει ένας ενιαίος ορισμός περί κοινωνικής υποστήριξης, σε γενικές γραμμές η κοινωνική

υποστήριξη νοείται σε τέσσερις διακριτές κατηγορίες υποστηρικτικής συμπεριφοράς: συναισθηματική, υλική/απτή, ενημερωτική/πληροφοριακή, αξιολογική (το άτομο αξιολογεί την κατάστασή του με πληροφορίες και τη βοήθεια που του παρέχεται, συνειδητοποιώντας το τι χρειάζεται να κάνει για να αντιμετωπίσει το δικό του πρόβλημα) (<http://www.med.upenn.edu/hbhe4/part3-ch9-key-constructs-social-support.shtml>).

Όσον αφορά την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες καθώς και την πρόληψη, διάγνωση και αντιμετώπιση - θεραπεία αυτών, πρέπει να καταβληθούν μεγάλες προσπάθειες στην Ελλάδα, ούτως ώστε να αυξηθεί η συνείδηση του γενικού πληθυσμού για αυτά τα θέματα και να γνωρίζουν οι μέλλουσες μητέρες που μπορούν να απευθυνθούν εάν παρουσιάζουν την ανάλογη συμπτωματολογία. Η δράση των οργανισμών, οργανώσεων, συλλόγων κλπ. είναι καθοριστική για την διάδοση των πληροφοριών, την εξάλειψη των προκαταλήψεων (π.χ. όποιος πηγαίνει στον ψυχολόγο είναι τρελός, «δεν είναι καλά στα μυαλά του») και την ευαισθητοποίηση της κοινωνίας σε αυτά τα θέματα.

Αναφέρονται ορισμένοι οργανισμοί, προγράμματα κλπ. στην Ελλάδα, οι οποίοι παρέχουν κοινωνική υποστήριξη σε γυναίκες που την χρειάζονται. Ωστόσο, θα πρέπει να τονιστεί ότι η δράση των οργανισμών αυτών θα πρέπει να γίνει πιο εντατική όσον αφορά την ενημέρωση των πολιτών πάνω στα ζητήματα αυτά.

Στο Νοσοκομείο Κατερίνης ([http://kastania-pierias.blogspot.de/2014/10/blog-post\\_714.html](http://kastania-pierias.blogspot.de/2014/10/blog-post_714.html)) δημιουργήθηκε ένα δωρεάν πρόγραμμα εκπαίδευσης εγκύων γυναικών, το οποίο μεταξύ άλλων προετοιμάζει τις γυναίκες ψυχικά και σωματικά για την ώρα του τοκετού, για τον θηλασμό και την φροντίδα του μωρού. Αν και δεν είναι γνωστά ο αριθμός προσέλευσης και το εύρος των θεμάτων που καλύπτεται από το πρόγραμμα, θεωρείται πως το πρόγραμμα αυτό είναι ουσιαστικό στην αντιμετώπιση του σχετικού με την εγκυμοσύνη άγχους και την επικείμενη μητρότητα. Ωστόσο, δεν λαμβάνει υπόψη

την συναισθηματική κατάσταση της εγκύου προ της γέννας, τους παράγοντες που την προκαλούν στρες και πώς αυτή μπορεί να το ξεπεράσει.

Βέβαια, οι συμμετέχουσες στο πρόγραμμα αυτό θα μπορούσαν να συμβουλευτούν τις μαίες που το διοργανώνουν, αλλά αυτό αποτελεί εικασία, καθώς αν όντως μια γυναίκα είχε καταθλιπτικά συναισθήματα, ίσως να μην ήθελε να συζητήσει για αυτά από φόβο στιγματισμού, π.χ. αν είχε τάσεις αυτοκτονίας κλπ. Συνεπώς, σε τέτοια προγράμματα θα ήταν καλό να ενσωματωθούν και ψυχομετρικά τεστ και ανάλογοι προληπτικοί έλεγχοι, όπως προλέχθηκε.

Το Κέντρο Βρεφών «Η ΜΗΤΕΡΑ» ([http://www.kvmhtera.gr/index.php?detail\\_id=22](http://www.kvmhtera.gr/index.php?detail_id=22)) παρέχει επίσης υποστήριξη, βοήθεια και προστασία σε έγκυες και λεχωίδες (18 συνολικά). Στέγη, τροφή, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, συμβουλευτικές υπηρεσίες και ψυχολογική υποστήριξη είναι ορισμένες παροχές του κέντρου. Εντούτοις, ο αριθμός των γυναικών που έχει πρόσβαση στο πρόγραμμα αυτό είναι αρκετά περιορισμένος. Εκτός από αυτό, δεν αναφέρεται τίποτα στην επίσημη ιστοσελίδα περί κατάθλιψης κλπ.

Η «Αγκαλιά - Σύλλογος (<http://www.agalia.org.gr/>) προστασίας αγέννητου παιδιού» παρέχει επίσης ουσιαστική υποστήριξη σε έγκυες γυναίκες και μητέρες σε γενικά ζητήματα συμπεριλαμβανομένων ψυχολογικών. Παρ' όλα αυτά δεν υπάρχει ουσιαστική συνεισφορά για την ενημέρωση σχετικά με την κατάθλιψη και το άγχος. Εν αντιθέσει, υπάρχουν σχετικά περισσότερες – όχι αρκετές – πληροφορίες σχετικά με το άγχος και την κατάθλιψη στην ιστοσελίδα του «Σωματείου για την Προαγωγή του Φυσικού Τοκετού Ευτοκία» (<http://www.eutokia.gr/>).

Η Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία (ΑμΚΕ) «ΦΑΙΝΑΡΕΤΗ» (<http://www.fainareti.gr/>) είναι ο φορέας που παρέχει μακράν τις περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την ψυχική υγεία της εγκύου γυναίκας, τις περιγεννητικές διαταραχές και είναι ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένος σε αυτά τα

θέματα με προγράμματα και εκδηλώσεις, π.χ. «Συμβουλευτική και Υποστήριξη Μεταναστριών Εγκύων και Νέων Μητέρων».

Συγκεφαλαιωτικά, διαπιστώθηκε ότι ναι μεν υπάρχουν οργανισμοί, σεμινάρια, κλπ. που βοηθούν τις υποψήφιες μητέρες σε σημαντικά θέματα της εγκυμοσύνης (συμπεριλαμβανομένης της επιλόχειου κατάθλιψης), εκλείπει όμως ένας φορέας που να προωθεί πληροφορίες σχετικά με την προγεννητική κατάθλιψη και το άγχος και να παρέχει στήριξη στις γυναίκες που την έχουν ανάγκη.

Η σχετικά μεγάλη διαδικτυακή παρουσία των οργανισμών είναι ένα θετικό σημάδι, ωστόσο θα πρέπει οι οργανισμοί αυτοί να ευαισθητοποιηθούν και στα θέματα της κατάθλιψης προ της γέννησης, η οποία – όπως προκύπτει από τα παραπάνω – είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου επιλόχειας κατάθλιψης. Επίσης, για την ενημέρωση των πολιτών πάνω σε αυτό το θέμα χρειάζεται εκτός από παρουσία στο ιντερνέτ, και έμπρακτο ενδιαφέρον το οποίο εκδηλώνεται και σε εθνικό και σε τοπικό επίπεδο.

Χρειάζονται καμπάνιες ευαισθητοποίησης και σεμινάρια που παρέχονται από ειδικούς σε όλες τις πόλεις της Ελλάδας αλλά και στην επαρχία. Η ελληνική κυβέρνηση είναι επίσης ένας φορέας που θα πρέπει να εντατικοποιήσει τις προσπάθειες καθιέρωσης θεσμών που σχετίζονται με τα παραπάνω θέματα. Πρέπει να παράσχει οικονομικά κίνητρα για την δημιουργία τέτοιων οργανισμών, να εκδώσει σχετικό ενημερωτικό υλικό που να είναι διαθέσιμο σε όλες τις δημόσιες υπηρεσίες και πρέπει να εντάξει μαθήματα σχετικής ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης στο πρόγραμμα της εκπαίδευσης.

## 8. Συμπεράσματα

Έχοντας υπόψη όσα ελέχθησαν παραπάνω, η εγκυμοσύνη συνιστά ένα ιδιαίτερο φαινόμενο το οποίο θέτει αρκετές προκλήσεις στους ερευνητές, στους κλινικούς, στις μητέρες και στον ευρύτερο κύκλο τους. Είναι λογικό η γυναίκα να αντιμετωπίζει στρες και άγχος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης λόγω των σωματικών και των ορμονικών αλλαγών καθώς και των νέων δεδομένων που φέρει η εγκυμοσύνη και η μητρότητα. Αλλαγές στις συνήθειες, στις σχέσεις μεταξύ της γυναίκας και του κοινωνικού της κύκλου, του συζύγου της κ.α. θέτουν την γυναίκα σε μια διαδικασία αναπροσαρμογής που πολλές φορές δίνει την εντύπωση ότι η γυναίκα πρέπει να ζει περιορισμένα στην εγκυμοσύνη, ούτως ώστε να μην τεθεί σε κίνδυνο η υγεία του υπό ανάπτυξη εμβρύου. Είναι επομένως φυσιολογικό να υπάρχει και άγχος και στρες.

Έως ένα σημείο το άγχος και το στρες μπορεί να είναι ωφέλιμο για το έμβρυο. Ωστόσο, η γυναίκα πρέπει να αναζητήσει την βοήθεια ενός ειδικού ιατρού, όταν το άγχος αποκτά παθολογικό χαρακτήρα και το στρες δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί και όταν αρχίζουν να εμφανίζονται καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Για να καταστεί αυτό δυνατόν θα πρέπει να συμβάλλουν σημαντικοί παράγοντες, όπως ο γυναικολόγος της, η οικογένειά της, οι φίλοι της και η ίδια. Οι γυναίκες με κατάθλιψη έχουν την τάση να παραμελούν τους εαυτούς τους και να μην αναζητούν βοήθεια.

Υπάρχουν επίσης προκαταλήψεις στην Ελλάδα που σχετίζονται με την επίσκεψη σε κάποιον ψυχολόγο και ψυχίατρο, οι οποίες προκαταλήψεις πολλές φορές επιδρούν αρνητικά στην λήψη της απόφασης να επισκεφτεί κανείς έναν ειδικό. Άλλες προκαταλήψεις ή καλύτερα κοινωνικές αντιλήψεις είναι το ότι η εγκυμοσύνη είναι μια από τις καλύτερες στιγμές στη ζωή της γυναίκας, γεγονός το οποίο γεμίζει ενοχές την γυναίκα που παρουσιάζει συμπτώματα κατάθλιψης

και παθολογικού άγχους, ιδιαίτερα εάν δεν λαμβάνει την υποστήριξη της οικογένειάς της. Για να εξαλειφθούν τέτοιες πεποιθήσεις θα πρέπει να αυξηθεί η ενημερότητα όλων των πολιτών πάνω στα θέματα άγχους, στρες και κατάθλιψης κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Είναι ένα θέμα που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής λόγω των πολλών κινδύνων που ελλοχεύουν για την υγεία της γυναίκας και του εμβρύου, αλλά και για την ζωή της. Η κυβέρνηση, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης καθώς και διάφοροι οργανισμοί και σύλλογοι σε εθνικό αλλά και σε τοπικό επίπεδο θα πρέπει να συνεισφέρουν στην διάδοση των πληροφοριών σχετικά με τα ευαίσθητα αυτά θέματα.

Εκτός από τους μη-ειδικούς, θα πρέπει να καταβληθούν εντατικές προσπάθειες και από τους ερευνητές και τους κλινικούς όσον αφορά την ανίχνευση των καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών. Το ενδιαφέρον του γυναικολόγου ή της κλινικής όπου η γυναίκα κάνει τους τακτικούς σχετικούς με την εγκυμοσύνη ελέγχους θα πρέπει να στραφεί και στην ψυχική της υγεία. Ο γυναικολόγος, το νοσηλευτικό προσωπικό κλπ. θα πρέπει να είναι σε θέση να πραγματοποιούν προληπτικούς ελέγχους διαμέσου των έγκυρων κλιμάκων που έχουν αναπτυχθεί και βρίσκονται υπό συνεχή εξέλιξη για να μπορούν να προληφθούν και να διαγνωστούν τυχόν καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές και έπειτα να ακολουθήσει το συντομότερο δυνατόν η παραπομπή της γυναίκας σε κάποιον ψυχολόγο/ψυχίατρο.

Συνεπώς, συνιστά απαραίτητη προϋπόθεση η συνεχής εκπαίδευση και ενημέρωση του ιατρού ή του νοσηλευτικού προσωπικού, για να μπορέσουν να ανιχνεύσουν τα συμπτώματα και να διακρίνουν αν τα συμπτώματα έχουν ως αιτιολογία την εγκυμοσύνη ή κάποια καταθλιπτική/αγχώδη διαταραχή. Τα θεμέλια για μια εμπεριστατωμένη και άμεση διάγνωση θέτει ο διάλογος και η επικοινωνία που πρέπει να προωθήσει ο νοσηλευτής/ιατρός. Η έγκυος πρέπει να αισθάνεται και να εκφράζεται άνετα και χωρίς φόβο. Στην προετοιμασία για την συνέντευξη θα πρέπει να δοθεί βαρύτητα στο προφίλ της γυναίκας, στα

προηγούμενα βιώματά της π.χ. αν έχει πέσει θύμα σεξουαλικής βίας, αν έχει υποβληθεί σε έκτρωση, αν έχει αποβάλλει, αν έχει υποστεί τραύμα κλπ. καθώς για πολλές γυναίκες με αυτό το ιστορικό είναι δύσκολο να αφηγηθούν τα βιώματα αυτά. Πληροφορίες για το ιστορικό της γυναίκας μπορεί να ζητηθούν από την ίδια, από συγγενείς και φίλους αλλά και από ψυχολόγους, νοσοκομεία κλπ. που επισκέφθηκε και νοσηλεύτηκε. Η διακριτικότητα, η κατανόηση, η συμπόνια είναι ιδιότητες που θα πρέπει να είναι φανερές στην συμπεριφορά του ερωτώντος (ιατρού, νοσηλεύτη κλπ). Ο νοσηλεύτης και ο γυναικολόγος διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην ανίχνευση, πρόγνωση και διάγνωση καταθλιπτικών/αγχωδών διαταραχών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, ο οποίος ρόλος όμως δεν έχει αξιοποιηθεί και τονιστεί ακόμα ούτε στην πράξη ούτε στην εκπαίδευση.

Ιδιαίτερα μεγάλη πρόκληση αποτελεί η αντιμετώπιση - θεραπεία των καταθλιπτικών/αγχωδών διαταραχών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν αρκετά αντικρουόμενα στοιχεία στην σχετική βιβλιογραφία όσον αφορά την φαρμακοθεραπεία κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης σε περίπτωση κατάθλιψης και παθολογικού άγχους. Ορισμένες έρευνες προτείνουν ότι η χρήση των αντικαταθλιπτικών φέρει ελάχιστο κίνδυνο για την μητέρα και το παιδί, με άλλες έρευνες να τονίζουν ότι τα αντικαταθλιπτικά έχουν πολύ αρνητικές συνέπειες για το έμβρυο και την μετέπειτα εξέλιξή του. Συνεπώς, θα πρέπει να γίνουν περισσότερες έρευνες για την αντιμετώπιση - θεραπεία των καταθλιπτικών/αγχωδών διαταραχών με φαρμακευτική αγωγή έτσι ώστε να μπορεί να εξακριβωθεί ο κίνδυνος.

Η αποτελεσματικότητα αυτού του είδους των θεραπειών καθώς και άλλων μη-φαρμακευτικών θεραπειών στην περιγεννητική περίοδο θα πρέπει να διερευνηθεί περισσότερο με σχετικές έρευνες. Μέχρι να διαπιστωθούν με αρκετά μεγάλη ακρίβεια οι κίνδυνοι που κρύβει η φαρμακοθεραπεία με αντικαταθλιπτικά, αγχολυτικά κ.α. πρέπει ο ψυχίατρος, η κλινική κλπ. να

ενημερώνει την γυναίκα πλήρως για όλες τις παρενέργειες, τους κινδύνους και τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα που φέρει η φαρμακοθεραπεία κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η γυναίκα πρέπει να συναποφασίσει την αντιμετώπιση - θεραπεία της και να διατηρεί συνεχή επαφή με τον ιατρό της, ενημερώνοντάς τον για την πορεία της αντιμετώπισης - θεραπείας, για ενοχλήσεις και παρενέργειες. Η φαρμακοθεραπεία αποτελεί την έσχατη λύση και η χορήγησή της εξαρτάται από την σοβαρότητα, την συχνότητα και το ιστορικό της διαταραχής. Θα πρέπει πρώτα να αναζητηθεί η υποχώρηση και αντιμετώπιση - θεραπεία των καταθλιπτικών/αγχωδών συμπτωμάτων σε εναλλακτικές μορφές θεραπείας, οι οποίες πρέπει να διερευνηθούν περαιτέρω για να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητά τους.

Καθώς η κατάθλιψη, το άγχος και το στρες προωθούνται από πάρα πολλούς παράγοντες (προσωπικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς κλπ.), πρέπει να δίδεται προσοχή σε αυτούς τους παράγοντες. Είναι σημαντικό να βρεθεί ο βαθμός της επίδρασης των παραγόντων στην διάθεση της εγκύου και ποιες στρατηγικές συντείνουν στην διαχείριση του άγχους, του στρες και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που εγείρονται από ορισμένους παράγοντες. Διαπιστώθηκε πως η αποτελεσματικότητα των στρατηγικών αντιμετώπισης και των θεραπειών διαφέρει από άτομο σε άτομο, πως δεν υπάρχει μια γενική φόρμουλα αντιμετώπισης και θεραπείας που μπορεί να εφαρμοσθεί σε κάθε περίπτωση και πως κάθε αντιμετώπιση - θεραπεία θα πρέπει να είναι εξατομικευμένη.

Σε αυτό το πλαίσιο, υπάρχει μέγιστη έλλειψη ερευνών που αφορούν τον χώρο της Ελλάδας. Πρέπει οπωσδήποτε να πραγματοποιηθούν πάρα πολλές έρευνες στον ελληνικό χώρο για να αποκτηθεί μια γενική εικόνα για το ποιοι παράγοντες επηρεάζουν την έγκυο, ποιες στρατηγικές αυτή χρησιμοποιεί, για το αν η κοινωνική υποστήριξη λειτουργεί θετικά στην αντιμετώπιση των στρεσογόνων καταστάσεων, για το αν οι έγκυες γυναίκες από τις μειονότητες στην Ελλάδα αισθάνονται άγχος και κατάθλιψη λόγω της μετανάστευσης και για

το αν η ένταξη στην ελληνική κοινωνία τις βοηθάει να μειώσουν την κατάθλιψη και το άγχος τους κλπ. Επομένως, η αντιμετώπιση - θεραπεία της κατάθλιψης και του παθολογικού άγχους στην εγκυμοσύνη έχει εκτός από (ψυχ)ιατρικές και κοινωνικές προεκτάσεις.

Εν κατακλείδι, όσον αφορά τις ψυχικές διαταραχές κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης (περιγεννητικές) θα πρέπει να αυξηθούν τα επίπεδα της ενημέρωσης τόσο σε προσωπικό όσο και σε εθνικό και διεθνές επίπεδο για να προωθηθεί η πρόληψη και η διάγνωσή τους. Οι κυβερνήσεις, οι ερευνητικές ομάδες και οι διάφοροι οργανισμοί που δραστηριοποιούνται σε αυτούς τους τομείς θα πρέπει να εντείνουν της προσπάθειές τους και να ευαισθητοποιήσουν την κοινωνία σε αυτά τα ζητήματα.

Τα ζητήματα αυτά δεν έχουν λάβει μέχρι στιγμής την απαιτούμενη προσοχή ούτε από την κοινότητα των επιστημόνων ούτε από τις κοινωνίες των καθημερινών πολιτών. Η βοήθεια και η υποστήριξη των εγκύων γυναικών από την κοινωνία κρίνεται αναγκαία. Εξίσου αναγκαία είναι και η ενημέρωση των εγκύων σχετικά με τις καταθλιπτικές/αγχώδεις διαταραχές, ούτως ώστε να αποφευχθούν οι δυσμενείς και – μερικές φορές ολέθριες – συνέπειες που αυτές μπορεί να έχουν στην υγεία και στη ζωή του βρέφους και της γυναίκας.

## 9. Βιβλιογραφία

### α. Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Αθανασίου, Β., 2014. Πως αλλάζει η ψυχολογία της γυναίκας στην εγκυμοσύνη. *TA NEA Online*, [ηλ. εφημερίδα] 27. Νοεμβρίου. Διαθέσιμο μέσω TA NEA Online, ιστοσελίδα: <<http://ygeia.tanea.gr/default.asp?pid=8&ct=11&articleID=20645&la=1>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
2. Μάνος, Ν., 2008. *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

### β. Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

1. Abraham, S. και Coker, E., 2014. Body weight dissatisfaction: A comparison of women with and without eating disorders. *Eating Behaviors*, [ηλ. περιοδικό] 15(3), σελ. 453-459. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25064299>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
2. Adams, M.G., Allweiss, S., Kim, J.J., La Porte, L.M., Saleh, M.P., Silver, R.K. και Zhou, Y., 2015. Suicide risk among perinatal women who report thoughts of self-harm on depression screens. *Obstetrics and Gynecology*, [ηλ. περιοδικό] 125(4), σελ. 885-93. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3636103/?report=classic>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

3. Ahuja, M., Cappuccio, F.C. και Miller, M.A., 2012. Sleep and Pregnancy: Sleep Deprivation, Sleep Disturbed Breathing and Sleep Disorders in Pregnancy. *InTech*, [ηλ. περιοδικό] σελ. 1-21. Διαθέσιμο μέσω: InTech ιστοσελίδα <<http://www.intechopen.com/books/sleep-disorders/sleep-and-pregnancy-sleep-deprivation-sleep-disturbed-breathing-and-sleep-disorders-in-pregnancy>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
4. Ajinkya ,S., Jadhav, P.R. και Srivastava, N.N., 2013. Depression during pregnancy: Prevalence and obstetric risk factors among pregnant women attending a tertiary care hospital in Navi Mumbai. *Industrial Psychiatry Journal*, [ηλ. περιοδικό] 22(1), σελ. 37-40. Διαθέσιμο μέσω Industrial Psychiatry Journal, ιστοσελίδα: <<http://www.industrialpsychiatry.org/article.asp?issn=0972-6748;year=2013;volume=22;issue=1;spage=37;epage=40;aualast=Ajinkya>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
5. Altshuler, L.L., Burt, V.K., Cohen., L.S., Harlow, B.L., Hendrick, V., Loughhead, A., Newport, D.J., Nonacs, R., Reminick, A.M., Suri, R., Stowe, Z.N., Viguera, A.C. και Vitonis, A.F., 2006. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA*, [ηλ. περιοδικό] 295(5), σελ. 499-507. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16449615>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
6. Altshuler, L.L., Cohen, L.S., Faraone, S.V., Frieder, R., Harlow, B.L., Stowe, Z.N., Suri, R. και Vitonis, A.F., 2008. The Pregnancy Depression Scale (PDS): a screening tool for depression in pregnancy. *Archives of*

- Women's Mental Health, [ηλ. περιοδικό] 11(4), σελ. 277-85. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18581042>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
7. Armstrong, D. και Hutti M., 1998. Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, [ηλ. περιοδικό] 27(2). σελ.183-9. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω: PubMed ιστοσελίδα <[www.nursingcenter.com/lnc/JournalArticle?Article\\_ID=1479347](http://www.nursingcenter.com/lnc/JournalArticle?Article_ID=1479347)> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
  8. Arndt, S., O'Hara, M.W., Segre, L.S. και Stasik, S.M., 2010. Listening Visits: An Evaluation of the Effectiveness and Acceptability of a Home-based Depression Treatment. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, [ηλ. περιοδικό] 20(6), σελ. 712-721. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3226338/>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
  9. Arthurs, E., Azoulay, L., Ciofani, L., Coronado-Montoya, S., Coyne, J.C., Delisle, V.C., Feeley, N., Gilbody, S., Leavens, A., Levis, B., Roseman, Schinazi, M., Smith, C., J., Stewart, D.E., Thombs, B.D., Zelkowitz, P., 2014. Depression screening and patient outcomes in pregnancy or postpartum: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, [ηλ. περιοδικό] 76(6), σελ. 433-46. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24840137>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

10. Badger G.J., Bernstein I.M., Heil S.H., Higgins S.T., Mongeon J.A. και Solomon L.J., 2006. Psychological symptoms following smoking cessation pregnant smokers. *Journal of Behavioral Medicine*, [ηλ. περιοδικό] 29(2). σελ.151-60. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16534659>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
11. Bailey B. Correll, J.A. και Dalton, W.T., 2013. Weight concerns, body image, and smoking continuation in pregnant women in rural Appalachia. *American Journal of Health Behavior*, [ηλ. περιοδικό] 37(6), σελ. 734-44. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24001622>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
12. Bandelow, B., Bleich, S., Broocks, A., Hajak, G., Rüther, E. και Sojka, F., 2006. Panic disorder during pregnancy and postpartum period. *European Psychiatry: The journal of the European Psychiatric Association*, [ηλ. περιοδικό] 21(7), σελ.495-500. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16529913>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
13. Barber, J. P., Epperson, C.N. και Sockol, L.E., 2011. A meta-analysis of treatments for perinatal depression. *Clinical Psychology Review*, [ηλ. περιοδικό] 31(5), σελ. 839-849. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4108991/>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

14. Barrons., E., Bradley, L., Cook, G.S., de Camps Meschino, D., Eady, A., Fishell, A., Grigoriadis, S., Mamisachvili, L., O'Keefe, M., Romans, S. και Ross, L.E., 2011. Mood and anxiety disorders in a sample of Canadian perinatal women referred for psychiatric care. *Archives of Women's Mental Health*, [ηλ. περιοδικό] 14(4), σελ. 325-33. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21695590>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
15. Bartko, J.J., Howard, A.M., Levin, L., Rabinovich, B.A., Theut, S.K. και Zaslow M.J., 1992. Perinatal loss and maternal attitudes toward the subsequent child. *Infant Mental Health Journal*. [ηλ. περιοδικό] 13(2), σελ. 157-166. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω: Wiley Online Library ιστοσελίδα <[http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0355\(199223\)13:2%3C157::AID-IMHJ2280130206%3E3.0.CO;2-Q/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0355(199223)13:2%3C157::AID-IMHJ2280130206%3E3.0.CO;2-Q/abstract)> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
16. Baum, M., Harari H.L., Polachek ,S.I. και Strous D.,R., 2014. Postpartum anxiety in a cohort of women from the general population: risk factors and association with depression during last week of pregnancy, postpartum depression and postpartum PTSD. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, [ηλ. περιοδικό] 51(2), σελ. 128-34. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25372562>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

17. Bennett, M., Culhane, J.F., Elo, I.T. και McCollum, K.F., 2006. Unintended rapid repeat pregnancy and low education status: any role for depression and contraceptive use?. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, [ηλ. περιοδικό] 194(3), σελ. 749-54. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16522408>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
  
18. Berle, J.Ø., Bjørk, M.H., Daltveit, A.K., Engelsen, B.A., Gilhus, N.E., Reiter, S.C., Spigset, O. και Veiby, G., 2015. Depression and anxiety in women with epilepsy during pregnancy and after delivery: a prospective population-based cohort study on frequency, risk factors, medication, and prognosis. *Epilepsia*, [ηλ. περιοδικό] 56(1), σελ. 28-39. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25524160>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
  
19. Berlin, I., Chen, H. και Covey, L.S., 2010. Depression mood, suicide ideation and anxiety in smokers who do and smokers who do not manage to stop smoking after a target quit day. *Addiction*, [ηλ. περιοδικό] 105(12), σελ. 2209-16. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20840207>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
  
20. Bicking, C. και Moore, G.A., 2012. Maternal perinatal depression in the neonatal intensive care unit: the role of the neonatal nurse. *Neonatal Network: NN.*, [ηλ. περιοδικό] 31(5), σελ. 295-304. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Bicking%2C+Moore%2C+>

2012>

[Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

21. Bidlack, D., Côté-Arsenault D. και Humm A., 2001. Women's emotions and concerns during pregnancy following perinatal loss. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*. [ηλ. περιοδικό] 26(3), σελ. 128-34. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω: PubMed ιστοσελίδα <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11372210>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
22. Blalock J.A., Brown V.L., Cinciripini P.M., Dolan-Mullen P., Karam-Hage M., Lam C., McCullough J.P., Minnix J.A., Robinson J.D., Schreindorfer L., Stotts A.L. και Wetter D.W., 2010. Effects of an intensive depression-focused intervention for smoking cessation in pregnancy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, [ηλ. περιοδικό] 78(1), σελ. 44-54. Διαθέσιμο μέσω PubMed ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2881321/>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
23. Bobo, W.V., Epstein, R.A. και Moore, K.M., 2014. Treatment of Nonpsychotic Major Depression during Pregnancy: Patient Safety and Challenges. *Drug, Healthcare and Patient Safety*, [ηλ. περιοδικό] 6, σελ. 109-129. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4173755/>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

24. Bogossian, F., Pritchard, M., Staneva, A. και Wittkowski, A., 2015. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women and Birth: The Australian College of Midwives*. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25765470>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
25. Bonsel, G.J., Cuijpers, P., Goedhart G., και van der Wal, M.F., 2009. Psychosocial problems and continued smoking during pregnancy. *Addictive Behaviors*, [ηλ. περιοδικό] 34(4), σελ. 403-6. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19070436>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
26. Bonsel, G.J., Goedhart, G., Hesselink, A.E., Snijders, A.C., van Poppel, M.N. και Vrijkotte, T.G., 2010. Maternal depressive symptoms in relation to perinatal mortality and morbidity: results from a large multiethnic cohort study. *Psychosomatic Medicine*, [ηλ. περιοδικό] 72(8), σελ. 769-76. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20668282>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
27. Borrelli, B. και Mermelstein, R., 1998. The role of weight concern and self-efficacy in smoking cessation and weight gain among smokers in a clinic-based cessation program. *Addictive Behaviors*, [ηλ. περιοδικό] 23(5), σελ. 609-22. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed,

ιστοσελίδα: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9768298>>  
[Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

28. Bowen, A., Kramer, J., Muhajarine, N. και Stewart, N., 2013. Nausea and Vomiting of Pregnancy: Prevalence, Severity and Relation to Psychosocial Health. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, [ηλ. περιοδικό] 38(1), σελ. 21-7. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω: Lippincott Nursing Center.COM ιστοσελίδα  
<[http://www.nursingcenter.com/lnc/JournalArticle?Article\\_ID=1479347](http://www.nursingcenter.com/lnc/JournalArticle?Article_ID=1479347)>  
[Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

29. Brandon, A.R., Ceccotti, N., Hynan, L.S., Jarrett, R.B., Johnson, N. και Shivakumar, G., 2012. Proof of concept: Partner-Assisted Interpersonal Psychotherapy for perinatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, [ηλ. περιοδικό] 15(6), 469-480. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3495994/>>  
[Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

30. Breedlove, G. και Fryzelka, D., 2011. Depression screening during pregnancy. *Journal of Midwifery and Women's Health*, [ηλ. περιοδικό] 56(1), σελ. 18-25. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21323846>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

31. Brown, C., Moutquin, J.M., Naud K., Ouellet A. και Pasquier J.C., 2010. Is sleep disturbed in pregnancy?. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, [ηλ. περιοδικό] 32(1), σελ. 28-34. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω: PubMed ιστοσελίδα

- <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20370977>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
32. Bryant, F.B., Giurgescu, C., Maurer, M.C. και Penckofer, S., 2006. Impact of Uncertainty, Social Support, and Prenatal Coping on the Psychological Well-being of High-risk Pregnant Women. *Nursing Research*, [ηλ. περιοδικό] 55(5), σελ. 356-65. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16980836>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
33. Buitelaar, J.K., Huizink, A.C., de Medina, P.G., Mulder, E.J. και Visser, G.H., 2002. Coping in normal pregnancy. *Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine*, [ηλ. περιοδικό] 24(2), σελ. 132-40. Διαθέσιμο μέσω Utrecht University Repository: NARCIS, σελ. 87-102, ιστοσελίδα: <<http://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/371/c5.pdf?sequence=15>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
34. Busch, A.M., Kahler, C.W., Leventhal, A.M. και Spillane N.S., 2011. Time-Varying Smoking Abstinence Predicts Lower Depressive Symptoms Following Smoking Cessation Treatment. *Oxford Journals: Nicotine & Tobacco Research*, [ηλ. περιοδικό] 13(2), σελ. 146-150. Διαθέσιμο μέσω PubMed ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3028190/>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
35. Buzi, R.S., Kozinetz, C.A., Smith, P.B., Peskin, M.F. και Wiemann, C.M., 2015. A Socioecological Framework to Assessing Depression Among

Pregnant Teens. *Maternal and Child Health Journal*, [ηλ. περιοδικό].  
 Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα:  
[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=A+Socioecological+Frame  
 work+to+Assessing+Depression+Among+Pregnant+Teens.>](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=A+Socioecological+Frame+work+to+Assessing+Depression+Among+Pregnant+Teens.>)  
 [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

36. Campagne, D.M., 2007. Fact: antidepressants and anxiolytics are not safe during pregnancy. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, [ηλ. περιοδικό] 135(2), σελ.145-8. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17662516> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
37. Cannella, D.L., DeVinent, C., Graham, J.E., Lobel, M., Meyer, B.A. και Schneider, J., 2008. Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Health Psychology*, [ηλ. περιοδικό] 27(5), σελ. 604-15. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed ιστοσελίδα: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18823187> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
38. Carter, M.M., Coleman, V.H., Morgan, M.A. και Schulkin, J., 2008. Obstetrician-gynecologists' screening patterns for anxiety during pregnancy. *Depression and Anxiety*, [ηλ. περιοδικό] 25(2), σελ. 114-23. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17326098> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

39. Casper, R.C., 2015. Use of selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants in pregnancy does carry risks, but the risks are small. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, [ηλ. περιοδικό] 203(3), σελ. 167-9. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25714254>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
40. Cerit, C., Dilbaz, N., Hızlı Sayar, G., Kağan, G., Ozten, E., Tarhan, N. και Tufan, E., 2013. Transcranial magnetic stimulation during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, [ηλ. περιοδικό] 17(4), σελ. 311-5. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24248413>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
41. Chenausky, K.L., Freeman M.P. και Goodman, J.H., 2014. Anxiety disorders during pregnancy: a systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, [ηλ. περιοδικό] 75(10), σελ. e1153-84. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25373126>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
42. Christian, L.M., 2015. Stress and immune function during pregnancy: An emerging focus in mind-body medicine. *Current Directions in Psychological Science*, [ηλ. περιοδικό] 24(1), σελ. 3-9. ιστοσελίδα: <<https://stressandpregnancy.osumc.edu/SiteCollectionDocuments/Current%20Directions.pdf>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

43. Chuffo, S.R., Cline, M. και Segre, L.S., 2015. Implementation of an Innovative Nurse-Delivered Depression Intervention for Mothers of NICU Infants. *Advances in Neonatal Care: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, [ηλ. περιοδικό] 15(2), σελ. 104-11. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Siewert%2C+Cline%2C+Segre%2C+2015>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
44. Cibula, D.A. και Fellenzer, J.L., 2014. Intendedness of pregnancy and other predictive factors for symptoms of prenatal depression in a population-based study. *Maternal and Child Health Journal*, [ηλ. περιοδικό] 18(10), σελ. 2426-36. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24752314>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
45. Conde A., Costa R., Figueiredo, B., Pacheco, A. και Teixeira, C., 2009. Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *Journal of Affective Disorders*, [ηλ. περιοδικό] 119(1-3), σελ. 142-8. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19346001>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
46. Conde, A., Costa, R., Figueiredo, B. και Tendais, I., 2014. Screening for depression and anxiety disorders from pregnancy to postpartum with the EPDS and STAI. *The Spanish Journal of Psychology*, [ηλ. περιοδικό] 17. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25012783>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

47. Costigan, K.A., Dipietro, J.A. και Sipsma, H.L., 2008. Continuity in self-report measures of maternal anxiety, stress, and depressive symptoms from pregnancy through two years postpartum. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, [ηλ. περιοδικό] 29(2), σελ. 115-24. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18655259>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
48. Côté-Arsenault, D., 2007. Threat Appraisal, Coping, and Emotions Across Pregnancy Subsequent to Perinatal Loss. *Nursing Research*. 56(2), σελ. 108-116. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω: Lippincott Nursing Center.COM, ιστοσελίδα: <[http://www.nursingcenter.com/lnc/JournalArticle?Article\\_ID=701882](http://www.nursingcenter.com/lnc/JournalArticle?Article_ID=701882)> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
49. De Wilde, K.S., Boudrez, H.L., Laevens H.H., Maes, L.R., Temmerman, M. και Trommelmans, L.C., 2013. Smoking patterns, depression, and sociodemographic variables among Flemish women during pregnancy and the postpartum period. *Nursing Research*, [ηλ. περιοδικό] 62(6), σελ. 394-404. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24165215>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
50. DeLuca, R.S., Lobel, M., Sears, S., και Stanton, A.L., 2002. Psychosocial aspects of selected issues in women's reproductive health: current status

and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(1). σελ.44-54.

51. Dunkel-Schetter, C., Feldman, P.J., Sandman, C.A. και Wadhwa, P.D., 2000. Maternal social support predicts birth weight and fetal growth in human pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, [ηλ. περιοδικό] 62(5), σελ. 715-25. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11020102>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
52. Eberhard-Gran, M., Holme, I., Jenum, A., Martinsen, E.W., Shakeel, N., Sletner, L. και Slinning, K., 2015. A prospective cohort study of depression in pregnancy, prevalence and risk factors in a multi-ethnic population. *BMC Pregnancy and Childbirth*, [ηλ. περιοδικό] 15(5). Διαθέσιμο μέσω BMC Pregnancy and Childbirth, ιστοσελίδα: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2393/15/5>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
53. Elgar, F.J., Glazier, R.H., Goel, V. και Holzapfel, S., 2004. Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, [ηλ. περιοδικό] 25(3-4), σελ. 247-55. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15715023>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
54. Engeldinger, J., Nylén, K.J., O'Hara, M.W., Watson, D. και Williamson, J.A., 2013. Validity of somatic symptoms as indicators of depression in

- pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, [ηλ. περιοδικό] 16(3), σελ. 203-10. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23456541>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
55. Epperson, C.N., Hanusa, B.H., Oren, D.A., Peindl, K.S., Terman, M., Terman, J.S. και Wisner, K.L., 2004. Randomized clinical trial of bright light therapy for antepartum depression: preliminary findings. *Journal of Clinical Psychiatry*, [ηλ. περιοδικό] 65(3), σελ. 421-5. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Epperson%2C+Terman+%2C+Hanusa>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
56. Escobar-Hurtado, C., Mosquera-Valderrama, Y.F., Ramírez-Vélez R., Robledo-Colonia, A.F. και Sandoval-Restrepo, N., 2012. Aerobic exercise training during pregnancy reduces depressive symptoms in nulliparous women: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, [ηλ. περιοδικό] 58(1), σελ. 9-15. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22341377>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
57. Fedock, G., Flynn, H., Henshaw, E., Himle, J.A. και O'Mahen, H., 2013. A pilot randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for perinatal depression adapted for women with low incomes. *Depression and Anxiety*, [ηλ. περιοδικό] 30(7), σελ. 679-87. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23319454>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

58. Feltbower, R.G., Hetherington, M.M., Rudolf, M. και Shloim, N., 2013. Relationship between body mass index and women's body image, self-esteem and eating behaviours in pregnancy: A cross-cultural study. *Journal of Health Psychology*, [ηλ. περιοδικό] 20(4), σελ. 413-26. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24140617>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
59. Firestone R.T., Gander P.H, Sangalli M.R, Signal T.L., Tuohy J.F. και Travier N., 2007. Sleep duration and quality in healthy nulliparous and multiparous women across pregnancy and post-partum. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, [ηλ. περιοδικό] 47(1), σελ. 16-22. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed ιστοσελίδα <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17261094>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
60. Frey, B.N., Glazer, M., Michalski, N., Simpson, W. και Steiner, M., 2014. Comparative efficacy of the generalized anxiety disorder 7-item scale and the Edinburgh Postnatal Depression Scale as screening tools for generalized anxiety disorder in pregnancy and the postpartum period. *Canadian Journal of Psychiatry*, [ηλ. περιοδικό] 59(8), σελ. 434-40. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Simpson%2C+Glazer%2C+Michalski>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
61. Friedman, S.H., 2015. The ethics of treating depression in pregnancy. *Journal of Primary Health Care*, [ηλ. περιοδικό] 7(1), σελ. 81-83.

Διαθέσιμο μέσω The Royal New Zealand College of General Practicioners, ιστοσελίδα:  
<<https://www.rnzcgp.org.nz/assets/documents/Publications/JPHC/March-2015/JPHCEthicsMarch2015.pdf>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

62. Gadot, Y. και Koren, G., 2015. The use of antidepressants in pregnancy: focus on maternal risks. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, [ηλ. περιοδικό] 37(1):56-63. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25764038>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
63. García-García, I., Peralta-Ramírez, M.I. και Pérez Ramírez, F., 2013. The migration process as a stress factor in pregnant immigrant women in Spain. *Journal of Transcultural Nursing*, [ηλ. περιοδικό] 24(4), σελ. 348-54. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23883564>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
64. Gaston, A. και Prapavessis, H., 2013. Tired, moody and pregnant? Exercise may be the answer. *Psychology & Health*, [ηλ. περιοδικό] 28(12), σελ. 1355-1369. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23837826>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
65. Gavard, J.A., Holcomb, W.L.Jr., Lustman, P.J., Mostello, D.J. και Stone, L.S., 1996. Screening for depression in pregnancy: characteristics of the Beck Depression Inventory. *Obstetrics and Gynecology*, [ηλ. περιοδικό] 88(6), σελ. 1021-5. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed,

ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8942846>>  
[Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

66. Giurgescu, C., κ.α., 2013. Stressors, Resources, and Stress Responses in Pregnant African American Women: A Mixed-Methods Pilot Study. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, [ηλ. περιοδικό] 27(1), σελ.81–96. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3901405/#R9>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
67. Glover, V., Heron, J. και O'Connor, T.G., 2002. Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, [ηλ. περιοδικό] 41(12), σελ. 1470-7. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12447034>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
68. Gottlieb, B.H. και Friedman, H.S., ed., 2001. Support groups. Στο: . Assessment and Therapy: Specialty Articles from the Encyclopedia of Mental Health. San Diego: Academic Press. σελ. 307-320.
69. Gregory, K., Horowitz, J.A., Murphy, C.A., Pulcini, J., Solon, L. και Wojcik, J., 2013. Nurse home visits improve maternal/infant interaction and decrease severity of postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, [ηλ. περιοδικό] 42(3), σελ. 287-300. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23682696>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

70. Harvey, D., Hui, A.L., Salamon, E. και Sevenhuysen, G., 2014. Barriers and coping strategies of women with gestational diabetes to follow dietary advice. *Women and Birth: Journal Australian College of Midwives*, [ηλ. περιοδικό] 27(4), σελ. 292-7. Διαθέσιμο μέσω Women and Birth, ιστοσελίδα: <[http://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192\(14\)00066-3/abstract](http://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192(14)00066-3/abstract)> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
71. Hazel, R.M. και Kitayama, S., 1991. Culture and the self: Implications for cognition, motivation, and emotion. *Psychological Review*, 98(2), Σελ.224–253. Διαθέσιμο μέσω Lunds Universitet, ιστοσελίδα: <<http://www.lucs.lu.se/wp-content/uploads/2015/02/Markus-Kitayama.-Culture-and-Self-1991.pdf>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
72. Heringhausen, J.E. και Marcus, S.M., 2009. Depression in Childbearing Women: When Depression Complicates Pregnancy. *Primary care*, [ηλ. περιοδικό] 36(1), σελ. 151-ix. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2680254/>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
73. Izci-Balserak, B. και Pien, G.W., 2010. Sleep-disordered breathing and pregnancy: potential mechanisms and evidence for maternal and fetal morbidity. *Current opinion in pulmonary medicine*, [ηλ. περιοδικό] 16(6), σελ. 574-82. Διαθέσιμο μέσω: PubMed ιστοσελίδα <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3603138/>> [Ανακτήθηκε 5

74. Izci-Balserak, B., 2008. Sleep-disordered breathing in pregnancy. *The International Journal of Sleep and Wakefulness*, [ηλ. περιοδικό] 1(3), σελ. 95-105. ιστοσελίδα: < [http://www.ccentral.com/assets/723/men07333-03\\_content\\_final%20pdf.pdf](http://www.ccentral.com/assets/723/men07333-03_content_final%20pdf.pdf)> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
75. Kemp, L., Meade, T., Rollans, M. και Schmied, V., 2013. Digging over that old ground: an Australian perspective of women's experience of psychosocial assessment and depression screening in pregnancy and following birth. *BMC Women's Health*, [ηλ. περιοδικό] 13. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3636103/?report=classic>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
76. Kinser., P. και Masho, S., 2015. "I just start crying for no reason": the experience of stress and depression in pregnant, urban, african-american adolescents and their perception of yoga as a management strategy. *Women's Health Issues: Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, [ηλ. περιοδικό] 25(2), σελ. 142-8. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25648492>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
77. Kitayama, S., Miyamoto, Y. και Morling, B., 2003. American and Japanese women use different coping strategies during normal pregnancy. *Personality and Social Psychology Bulletin*, [ηλ. περιοδικό] 29(12), σελ. 1533-1546. Διαθέσιμο μέσω Department of Psychological & Brain

Sciences, University of Delaware, ιστοσελίδα:  
<<http://www.psych.udel.edu/pdfs/publications/morlingkitayamamiyamoto2003.pdf>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

78. Lazarus, R.S. και Folkman, S., 1984. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

79. Lazarus, R.S., 1999. *Stress and emotion: a new synthesis*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

80. Lobel, M. και Yali, A.M 1999. Coping and distress in pregnancy: an investigation of medically high risk women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, [ηλ. περιοδικό] 20(1), σελ. 39-52. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10212886>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

81. Mathews, T.J. και MacDorman, M.F., 2006. Infant mortality statistics from the 2003 period linked birth/infant death data set. *National Vital Statistics Reports*, [ηλ. περιοδικό] 54(16), σελ. 1-29. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16711376>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

82. McQueeney, D.A., Sigmon, S. και Stanton, A.L., 1997. Efficacy of emotion-focused and problem-focused group therapies for women with fertility problems. *Journal of Behavioral Medicine*, [ηλ. περιοδικό] 20(4), σελ. 313-331. Διαθέσιμο μέσω Springer, ιστοσελίδα:

<<http://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1025560912766>>

[Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

83. Meltzer-Brody, S., Sullivan, P.F. και Tarantino, L.M., 2011. Using Animal Models to Disentangle the Role of Genetic, Epigenetic, and Environmental Influences on Behavioral Outcomes Associated with Maternal Anxiety and Depression. *Frontiers in Psychiatry*, [ηλ. περιοδικό] 44(2). Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3141357/>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

84. Misra, D.P., O'Campo, P. και Strobino, D., 2001. Testing a sociomedical model for preterm delivery. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, [ηλ. περιοδικό] 15(2), σελ. 110-22. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11383575>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

85. Radoš, S.N., Šunjić, M. και Vraneš H.S., 2013. Limited role of body satisfaction and body image self-consciousness in sexual frequency and satisfaction in pregnant women. *Journal of Sex Research*, [ηλ. περιοδικό] 51(5), σελ. 532-41. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24826879>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

86. Patel, S.R. και Wisner, K.L., 2011. Decision making for depression treatment during pregnancy and the postpartum period. *Depression and Anxiety*, [ηλ. περιοδικό] 28(7), 589-595. Διαθέσιμο μέσω PubMed,

ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3128653/>>  
[Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

87. Robinson, G.E., 2015. Controversies about the use of antidepressants in pregnancy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, [ηλ. περιοδικό] 203(3), σελ. 159-63. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Robinson%2C+2015+pregnancy+autism>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

88. Rubertsson, C., Waldenstrom, U. και Wickberg B 2003. Depressive mood in early pregnancy: Prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, [ηλ. περιοδικό] 21(2), σελ. 113-123. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω Taylor & Francis Online, ιστοσελίδα: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0264683031000124073#.VSLr3vmsWSo>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

89. Shealy, K.M., 2015. Are antidepressants safe in the first trimester of pregnancy?. *JAAPA*, [ηλ. περιοδικό] 28(4), σελ. 16-7. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed, ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Shealy%2C+2015>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

90. Swanson, K.M., 1999. Effects of caring, measurement, and time on miscarriage impact and women's well-being. *Nursing Research*, [ηλ. περιοδικό] 48(6), σελ. 288-98. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω: PubMed ιστοσελίδα

<[www.nursingcenter.com/lnc/JournalArticle?Article\\_ID=1479347](http://www.nursingcenter.com/lnc/JournalArticle?Article_ID=1479347)>

[Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

91. Valbø, A. και Zhu S.H., 2002. Depression and smoking during pregnancy. *Addictive Behaviors*, [ηλ. περιοδικό] 27(4), σελ. 649-58. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12188598>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
92. Vythilingum, B., 2008. Anxiety disorders in pregnancy. *Current Psychiatry Reports*, [ηλ. περιοδικό] 10(4), σελ. 331-5. Περίληψη μόνο. Διαθέσιμο μέσω PubMed ιστοσελίδα: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18627672>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

#### γ. Πηγές στο Διαδίκτυο/Ιστοσελίδες:

1. Association for Psychological Science (APS), 2011. *How Pregnancy Changes a Woman's Brain*. [online] Διαθέσιμο στη: <<http://www.psychologicalscience.org/index.php/news/releases/how-pregnancy-changes-a-womans-brain.html>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
2. Groberman, A., 2012. *Difference Between Stress And Anxiety*. Ιστότοπος: PsyWeb.com: Depression & Mental Health Resource. Ιστοσελίδα: <<http://www.psyweb.com/articles/anxiety/difference-between-stress-and-anxiety>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

3. *How Is Anxiety Different From Stress?* Ιστότοπος: Health Status. Ιστοσελίδα: <[http://www.healthstatus.com/health\\_blog/depression-stress-anxiety/how-is-anxiety-different-from-stress/](http://www.healthstatus.com/health_blog/depression-stress-anxiety/how-is-anxiety-different-from-stress/)> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
4. *Preterm Birth*. Ιστότοπος: Centers for Disease Control and Prevention Reproductive health. Ιστοσελίδα: <<http://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/PretermBirth.htm>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
5. *Stress*. Ιστότοπος: Anxiety and Depression Association of America (ADAA). Ιστοσελίδα: <<http://www.adaa.org/understanding-anxiety/related-illnesses/stress>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
6. *Social Support*. Ιστότοπος: Perelman, School of Medicine, University of Pennsylvania. Ιστοσελίδα: <<http://www.med.upenn.edu/hbhe4/part3-ch9-key-constructs-social-support.shtml>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
7. Δασκαλόπουλος, Θ.Π. Κατάθλιψη: Μείζων κατάθλιψη: Κλινικές μορφές κατάθλιψης: Μέρος Α'. Ιστοσελίδα: <<http://psi-gr.tripod.com/depression.html>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
8. «Ευτοκία», Σωματείο για την Προαγωγή του Φυσικού Τοκετού. Ιστοσελίδα: <<http://www.eutokia.gr/>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
9. Η Αγκαλιά», Σύλλογος Προστασίας Αγέννητου Παιδιού. Ιστοσελίδα: <<http://www.agalia.org.gr/>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

10. *Πρόγραμμα Προστασίας Επίτοκων*. Ιστότοπος: Κέντρο Βρεφών «Η Μητέρα». Ιστοσελίδα: <[http://www.kvmhtera.gr/index.php?detail\\_id=22](http://www.kvmhtera.gr/index.php?detail_id=22)> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
11. Φαιναρέτη, Εγκυμοσύνη & Μητρότητα. Ιστοσελίδα: <<http://www.fainareti.gr/>> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].
12. Χαρισόπουλος, Χ., 2014. ΔΩΡΕΑΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΓΚΥΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΤΕΡΙΝΗΣ. Καστανιά Πιερίας *News* [μπλογκ], ιστοσελίδα: <[http://kastania-pierias.blogspot.de/2014/10/blog-post\\_714.html](http://kastania-pierias.blogspot.de/2014/10/blog-post_714.html)> [Ανακτήθηκε 5 Απριλίου 2015].

Βεβαιώνω ότι ολοκλήρωσα την παρούσα εργασία μόνο με επιτρεπτά μέσα και χωρίς χρησιμοποίηση άλλων εκτός των αναφερομένων βοηθητικών μέσων. Όλα τα σημεία που έχουν ληφθεί κατά λέξη ή νοηματικά από δημοσιεύσεις τα έχω κάνει ως τέτοια γνωστά.