



Τόμος 01, Τεύχος 03, 4^η Περίοδος

DOI:

Επίπεδα άγχους και κατάθλιψης των εγκύων στην κύηση που προσέρχονται στα Μαθήματα Προετοιμασίας Γονεϊκότητας στο Κ.Υ. Λάρισας.

Νάτσιου Κωνσταντίνα ¹ Θωμάς Αλέξανδρος² Καραουλάνης Σωκράτης² Τσάρας Κωνσταντίνος³ Μπακούρας Σιδέρης⁴ Μπινώτης Κωνσταντίνος⁵

¹*Μαία, Msc (ψυχική υγεία), Κ.Υ αστικού τύπου Λάρισας*

²*Ψυχίατρος, Ph.D*

³*Επιμελητής Ψυχιατρικής Κλινικής Πανεπιστημιακό Γ. Ν. Λάρισας*

⁴*Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας, Λάρισας*

⁵*Ομότιμος καθηγητής Ψυχιατρικής Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας, Λάρισας*

⁶*Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής, Διευθυντής Ψυχιατρικής Κλινικής Πανεπιστημιακό Γ. Ν. Λάρισας.*

Εισαγωγή: Η κύηση είναι μια ιδιαίτερη φυσιολογική περίοδος, που επηρεάζει τον συναισθηματικό κόσμο της γυναίκας. Η γυναίκα περνά μια περίοδο αμφιβολίας, άγχους και μεταβαλλόμενων συναισθημάτων. Ο φόβος, το άγχος και η ανασφάλεια είναι αναπόφευκτα, προκαλώντας ψυχολογική ένταση κατά τη διάρκεια της κύησης.

Σκοπός: Η διερεύνηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης των εγκύων που προσήλθαν στα μαθήματα του τμήματος προετοιμασίας γονεϊκότητας στο Κ.Υ. ΛΑΡΙΣΑΣ.

Μέθοδοι: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 155 έγκυες γυναίκες που προσήλθαν στο τμήμα προετοιμασίας γονεϊκότητας στο Κ.Υ. ΛΑΡΙΣΑΣ. Χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς, το οποίο περιελάμβανε ερωτήσεις κοινωνικό-δημογραφικού περιεχομένου, ένα ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις που αφορούσαν στο μαιευτικό και ατομικό αναμνηστικό της εγκύου καθώς και οι κλίμακες Hamilton για το άγχος και την κατάθλιψη στην Ελληνική τους εκδοχή.

Αποτελέσματα: Το 10% του δείγματος εμφανίζει ήπιας βαρύτητας καταθλιπτική συμπτωματολογία και το 2% μέτρια, ενώ το 3,9% των γυναικών εμφανίζει μέτριας βαρύτητας αγχώδη συμπτωματολογία. Όσες ήταν πολύ ευχαριστημένες από την κύηση είχαν σημαντικά λιγότερο άγχος από όσες ήταν λίγο ή καθόλου ευχαριστημένες ($p < 0,05$). Οι γυναίκες που κατοικούσαν σε χωριό/κωμόπολη είχαν περισσότερο άγχος από εκείνες της πόλης, ενώ οι δευτερότοκες είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης ($p = 0,027$). Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή συσχετίστηκε με υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης Hamilton ($p < 0,001$).

Συμπεράσματα: Η οικογενειακή κατάσταση, οι κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες αναδεικνύονται σε βασικούς καθοριστές της συναισθηματικής κατάστασης της εγκύου. Χρειάζεται συστηματική παρακολούθηση του ψυχισμού της εγκύου και έγκαιρη παρέμβαση αναλόγως των ενδείξεων.

Λέξεις-κλειδιά: κύηση, άγχος, κατάθλιψη, φόβος, κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, προετοιμασία γονεϊκότητας



Introduction: Pregnancy is a special physiological period, affecting the emotional world of woman. The woman is going through a period of doubt, anxiety and changing emotions. The fear, anxiety and insecurity are inevitably, causing psychological intensity during pregnancy.

Aim: To investigate the anxiety and depression levels of pregnant women who attended the courses in the department of the antenatal classes in the Health Center LARISSAS.

Methods: The study sample consisted of 155 pregnant women who attended the antenatal classes in the Health Center LARISSAS. A self-report questionnaire was used that included socio demographic questions, one questionnaire with questions on the pregnant women obstetric/medical history and the Greek version of the depression and anxiety Hamilton Scales.

Results: 10% of the sample manifested mild depressive symptoms and 2% moderate, while 3.9% of women experience moderate anxiety symptoms. Those who were very happy with their pregnancy had significantly less anxiety than those who were little or not at all happy ($p < 0,05$). Women who lived in a village / small town had higher anxiety than those of the city, while the second parous scored higher on depression scale ($p = 0,027$). Finally, the assisted fertilization was associated with a higher score on the Hamilton depression scale ($p < 0,001$).

Conclusions: The family status, social and economic conditions emerge as key determinants of the emotional state of the pregnant women. A systematic monitoring of the psychological state of the pregnant woman and early intervention according to indications are necessary.

Keywords: pregnancy, anxiety, depression, fear, socioeconomic factors, antenatal classes

1. Εισαγωγή

Η κύηση είναι μια ιδιαίτερη φυσιολογική περίοδος, που αναδομεί ολόκληρο το συναισθηματικό κόσμο της γυναίκας, η οποία διέρχεται μια περίοδο αμφιβολίας, άγχους και μεταβαλλόμενων συναισθημάτων. Ο φόβος, το άγχος και η ανασφάλεια είναι αναπόφευκτα και προκαλούν ψυχολογική ένταση, καθώς και αποτελούν τους κυριότερους συντελεστές της δημιουργίας του πόνου (Μπρατίδου, 2000).

Η κατάθλιψη συχνά παραβλέπεται στην κύηση, καθώς τα συμπτώματά της είναι συχνά παρόμοια με την σωματική εμπειρία που σχετίζεται με την εγκυμοσύνη. Από μελέτες έχει αποδειχθεί πως το ανθρώπινο έμβρυο είναι εξαιρετικά ευαίσθητο στο φυσιολογικό και ψυχολογικό μητρικό άγχος. Το προγεννητικό άγχος μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα της γέννησης και να βλάψει την νευρο-συμπεριφορική ανάπτυξη των προσβεβλημένων βρεφών (Su et al, 2015). Η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της κύησης άνευ αγωγής ή παρακολούθησης, μπορεί να έχει πολλές συνέπειες τόσο για τη μητέρα όσο και για το νεογνό. (Wichman & Stern, 2015).

Περίπου μια στις πέντε έγκυες ανέφεραν συμπτώματα της κατάθλιψης, με βασικό παράγοντα κινδύνου την ανεπιθύμητη κύηση, που φαίνεται να αυξάνει το ρίσκο της κατάθλιψης των γυναικών (Dibaba et al, 2013). Επιπλέον, μέτρια έως σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα σχετίστηκαν με επακόλουθη κύηση εντός έξι μηνών από την πρώτη φορά (Patchen & Lanzi, 2013).

Υπάρχει μια αντίστροφη σχέση μεταξύ ποιότητας της ζωής και κατάθλιψης στην κύηση, καθώς υψηλού κινδύνου κυήσεις διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο προγεννητικής κατάθλιψης και προγεννητικού άγχους (Abbaszadeh, 2013). Επίσης, οι γυναίκες που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο στην διάρκεια της κύησης είναι σε κίνδυνο για υψηλά επίπεδα άγχους. Οι μαιές είναι καλά εκπαιδευμένες για να βοηθήσουν τις γυναίκες αναγνωρίζοντας την αγωνία τους και χρησιμοποιώντας ρεαλιστικές στρατηγικές



αντιμετώπισής του, καθώς και κάνοντας χρήση των δικτύων κοινωνικής στήριξης (Barber & Starkey, 2015). Η στήριξη των μητέρων μειώνει τον πόνο και την αγωνία κατά την διάρκεια του τοκετού. Είναι επιτακτική η ανάγκη ότι κατά την διάρκεια της κύησης, θα πρέπει όλες οι έγκυες να διδάσκονται όλα τα θέματα που σχετίζονται με την κύηση και τον τοκετό, καθώς και τα μέσα για την διαχείριση του πόνου του τοκετού (Firouzbakht et al, 2013).

Μέχρι και 26% φτάνει το ποσοστό των εγκύων εφήβων που αναπτύσσουν μείζονα καταθλιπτικά συμπτώματα ή/και έχουν τάσεις αυτοκτονίας. Σε μια μελέτη 59 εγκύων εφήβων στην πόλη του Μεξικού βρέθηκε ένας επιπολασμός 39% της κατάθλιψης. Άλλη μελέτη Μεξικανών εγκύων έδειξε ότι το 40% από 45 έφηβες έγκυες είχαν καταθλιπτικά συμπτώματα (Alvarado-Esquivel et al, 2015). Σε αντίστοιχη μελέτη που έγινε στην πόλη του Σεντ Λούις και σε 5 αγροτικές χώρες στο νοτιοανατολικό Μισούρι βρέθηκε πως πρόσφατα έγκυες γυναίκες με χαμηλό εισόδημα, οι οποίες είχαν την πρώτη γέννα στην εφηβεία είχαν υψηλότερες πιθανότητες ψυχιατρικών διαταραχών. Μητέρες που ξεκινούν το μέγαλωμα των παιδιών πριν την ηλικία των 19, θα πρέπει να ελέγχονται κατά την διάρκεια της κύησης για αγχώδεις διαταραχές, συμπεριλαμβάνοντας τις διαταραχές μετατραυματικού στρες και τις διαταραχές της συμπεριφοράς (Tabet et al, 2016).

2. Σκοπός

Σκοπός της μελέτης είναι να προσδιοριστούν τα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης των εγκύων γυναικών στην διάρκεια της κύησης, που προσέρχονται στις ομάδες προετοιμασίας που πραγματοποιούνται στο Κ.Υ. Λάρισας. Επιπλέον, να γίνει συσχέτιση της ανάγκης των μαθημάτων προετοιμασίας γονεϊκότητας με τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης των εγκύων γυναικών στην διάρκεια της κύησης, καθώς και να γίνει συσχέτιση των επιπέδων αυτών με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εγκύων, όπως και να γίνει τέλος συσχέτιση των επιδράσεων του άγχους και της κατάθλιψης στη διάρκεια της κύησης τόσο στις ίδιες τις έγκυες, όσο και στα νεογνά τους.

3. Μεθοδολογία

3.1. Δείγμα της μελέτης

Το δείγμα της ποσοτικής αυτής μελέτης αποτέλεσαν 155 έγκυες γυναίκες που προσήλθαν στα μαθήματα προετοιμασίας γονεϊκότητας στο Κ.Υ. Λάρισας κατά το χρονικό διάστημα από 01/12/2015 έως 29/02/2016. Διασφαλίζοντας τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της μελέτης, οι έγκυες κλήθηκαν να συμπληρώσουν ανώνυμα ερωτηματολόγια, αφού ενημερωθήκαν σχετικά με το σκοπό της μελέτης και αφού έδωσαν τη συναίνεσή τους. Το σύνολο των γυναικών δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην μελέτη.

3.2. Εργαλείο της μελέτης

Τα εργαλεία της μελέτης που χρησιμοποιήθηκαν ήταν 1. ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο περιελάμβανε ερωτήσεις κοινωνικο- δημογραφικού περιεχομένου, 2. ένα ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις που αφορούσαν στο γυναικολογικό και ατομικό αναμνηστικό της εγκύου και 3. οι κλίμακες Hamilton για το άγχος και την κατάθλιψη στην Ελληνική τους εκδοχή. Οι ερωτήσεις αυτές απαντώνταν με ένα ΝΑΙ ή ΟΧΙ, με εξαίρεση την ερώτηση για τα χρόνια γάμου (έως 1 χρόνο- 1 – 5 χρόνια και



>5χρόνια), την ερώτηση αν η ανάγκη συμμετοχής στα μαθήματα προετοιμασίας γονεϊκότητας είναι (μεγάλη, πολύ μεγάλη και την ερώτηση αν είναι ευχαριστημένη από την πορεία της κύησης (καθόλου, λίγο, πολύ). Συνολική βαθμολογία <16 στην κλίμακα άγχους του Hamilton αποτελεί ένδειξη για ήπια επίπεδα άγχους στην διάρκεια της κύησης. Συνολική βαθμολογία 17 - 30 αποτελεί ένδειξη για μέτρια επίπεδα άγχους στην διάρκεια της κύησης. Συνολική βαθμολογία >31 αποτελεί ένδειξη για έντονα επίπεδα άγχους στην διάρκεια της κύησης (Hamilton, 1959).

Η κλίμακα της κατάθλιψης αποτελείται από 21 ερωτήσεις που αφορούν π.χ. την καταθλιπτική διάθεση, τα αισθήματα ενοχής, την υποχονδρίαση κλπ. Συνολική βαθμολογία 0-7 δείχνει απουσία κατάθλιψης, βαθμολογία 8-16 αποτελεί ένδειξη για ήπια επίπεδα κατάθλιψης 17-23 για μέτρια και ≥ 24 για σοβαρή συμπτωματολογία (Hamilton, 1967 ;Zimmerman et al , 2013). Η κλίμακα άγχους αποτελείται από 14 ερωτήσεις που αφορούν π.χ. την υπερένταση, τον ύπνο, τυχόν σωματικά συμπτώματα κλπ. Συνολική βαθμολογία<16 δείχνει απουσία άγχους, βαθμολογία 17 - 30 αποτελεί ένδειξη για μέτρια επίπεδα άγχους στην διάρκεια της κύησης. Συνολική βαθμολογία >31 αποτελεί ένδειξη για έντονα επίπεδα άγχους στην διάρκεια της κύησης(Hamilton, 1959).

3.3. Στατιστική ανάλυση

Η επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με μεθόδους περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής ανάλυσης. Έγινε έλεγχος κανονικότητας με τη δοκιμασία Shapiro-Wilk και χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικές μέθοδοι ανάλυσης (t -test για δύο δείγματα και ANOVA για περισσότερα). Εφαρμόστηκε επίσης η δοκιμασία Pearson για συσχετίσεις δυο μεταβλητών. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με την χρήση του προγράμματος SPSS 22.0. Το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε σε $p=0,05$.

4. Αποτελέσματα

Το 69,7% ήταν απόφοιτες ανώτατης σχολής, ενώ δεν υπήρχε γυναίκα απόφοιτος βασικής εκπαίδευσης. Έγγαμες ήταν το 97,4%. Η πλειονότητα είχε γεννηθεί και κατοικούσε σε αστικό κέντρο (89,7%).

Πίνακας 1. Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

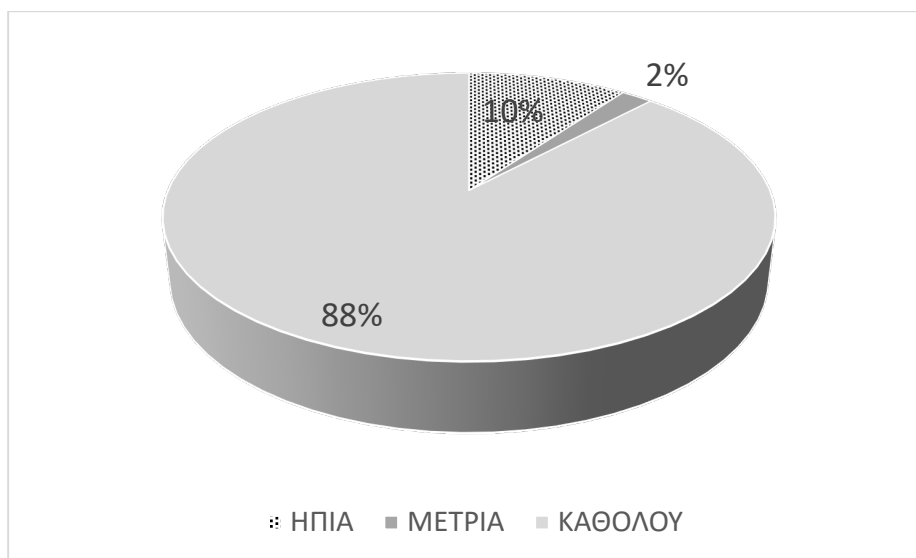
	N	%
Μορφωτικό επίπεδο		
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	19	12,3
ΙΕΚ	23	14,8
ΤΕΙ	53	34,2
ΑΕΙ	55	35,5
Μεταπτυχιακό /Διδακτορικό	5	3,2
Σύνολο	155	100,0
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμη	151	97,4
Άγαμη	4	2,6
Σύνολο	155	100,0
Οικονομική κατάσταση		
Άοχημη	3	1,9
Μέτρια	91	58,7
Καλή	61	39,4
Σύνολο	155	100,0
Τόπος γέννησης		
Χωριό/Κωμόπολη	8	5,2
Αστικό κέντρο	139	89,7
Εξωτερικό	8	5,2



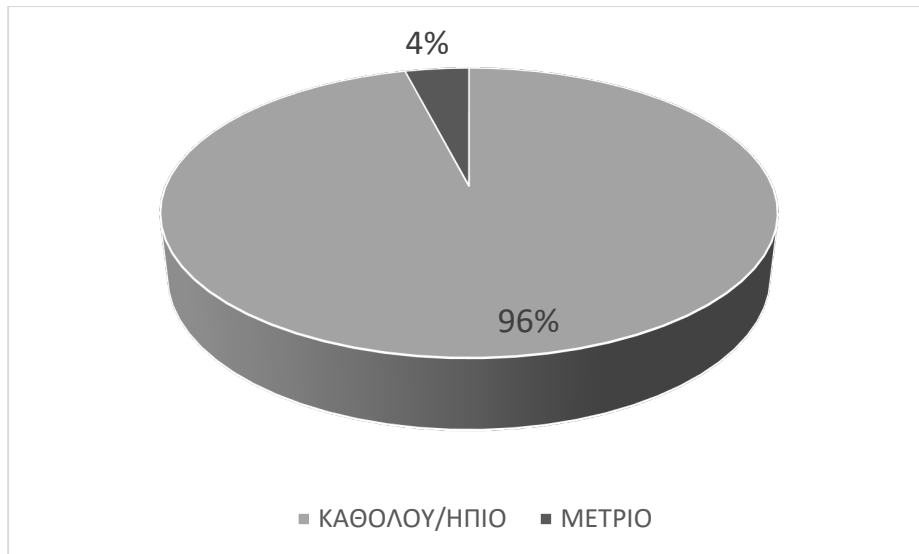
Σύνολο	155	100,0
Τόπος διαμονής		
Χωριό	8	5,2
Κωμόπολη	8	5,2
Αστικό κέντρο	139	89,7
Σύνολο	155	100,0

Το 20,6% των μητέρων ήταν άνεργες, ή δήλωναν «οικιακά». Το 97,4% ήταν έγγαμες. Ιστορικό αποβολών αναφέρθηκε από το 11% των γυναικών και τεχνητής διακοπής κύησης από το 12,3%. Η κύηση ήταν αποτέλεσμα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στο 14,2%. Η κύηση ήταν προγραμματισμένη στο 65,2% .

Η μέση τιμή της κατάθλιψης στην κλίμακα Hamilton ήταν $4,06 \pm 4,09$ μονάδες, μικρότερη από το όριο των 7 μονάδων, πέραν του οποίου η βαθμολογία είναι ενδεικτική της κατάθλιψης, ενώ το 10% των γυναικών θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι εμφανίζει ήπιες βαρύτητας συμπτωματολογία και το 2% μέτρια (Γραφ. 1). Η μέση τιμή του άγχους στην κλίμακα Hamilton ήταν $6,22 \pm 5,31$ μονάδες, το 3,9% των γυναικών θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι εμφανίζει μέτριας βαρύτητας συμπτωματολογία, ενώ καμία γυναίκα δεν εμφάνισε σοβαρή συμπτωματολογία (Γραφ.2).



Γράφημα 1. Βαρύτητα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας



Γράφημα 2. Βαρύτητα της αγχώδους συμπτωματολογίας

Αναφορικά με τις στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών και του άγχους, σημαντική ήταν η διαφορά στα επίπεδα άγχους ανάμεσα στις γυναίκες που κατοικούν σε χωριό/κωμόπολη και σε εκείνες της πόλης, με τις πρώτες να εμφανίζουν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα Hamilton ($p=0,021$). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με τις υπόλοιπες κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές.

Αναφορικά με τις στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών και της κατάθλιψης, στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε στην περίπτωση των δευτεροτόκων γυναικών, οι οποίες και είχαν υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τις πρωτότοκες ($p=0,027$) (πιν.3).

Η βαθμολογία του άγχους και η βαθμολογία της κατάθλιψης συσχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά και θετικά μεταξύ τους, που σημαίνει ότι υψηλότερα επίπεδα άγχους συνοδεύονται από υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και αντιστρόφως ($r=0,775$, $p<0,001$).

Οι γυναίκες που συνέλαβαν με υποβοηθούμενη αναπαραγωγή είχαν κατά 80% υψηλότερο άγχος συγκριτικά με εκείνες που συνέλαβαν φυσιολογικά (9,96 έναντι 5,61 αντίστοιχα, $p<0,001$, (αν και εντός των «φυσιολογικών» τιμών της κλίμακας Hamilton)). Επίσης, εκείνες που ανέφεραν ιστορικό διακοπής της κύησης είχαν υψηλότερο άγχος σε σχέση με εκείνες χωρίς παρόμοιο ιστορικό, αν και η διαφορά δεν έφθασε τη στατιστική σημαντικότητα (8,21 έναντι 5,95 μονάδες, $p=0,082$).

Πίνακας 2. Κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές και άγχος.

Άγχος	N	ΜΤ±ΤΑ	p
Ηλικία			
≤32	93	6,58±5,65	0,310
> 32	62	5,69±4,76	
Μορφωτικό επίπεδο			
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	19	7,32±5,77	0,593
ΙΕΚ	23	5,48±4,28	
ΤΕΙ	53	7,17±5,74	
ΑΕΙ	55	5,02±5,09	
Μεταπτυχιακό /Διδακτορικό	5	8,80±2,95	
Οικογενειακή κατάσταση			



Έγγαμη	151	6,23±5,35	0,993
Άγαμη	4	6,25±4,03	
Αρ.Παιδιών			
Πρωτοτόκος	135	6,13±5,43	0,575
Δευτεροτόκος	20	6,85±4,49	
Οικονομική κατάσταση			
Άσχημη /Μέτρια	94	6,27±5,33	0,908
Καλή	61	6,14±5,34	
Τόπος διαμονής			
Χωριό/ Κομόπολη	16	9,13±6,05	0,021
Αστικό κέντρο	139	5,89±5,14	
Επάγγελμα μητέρας			
Άνεργες/Οικιακά	32	6,97±6,01	0,466
Επαγγελματίες υγείας	28	6,86±5,75	
Εφοριακοί / Δασκάλες	24	5,54±4,50	
Εργάτριες	9	8,67±4,85	
Πωλήτριες	41	5,61±4,73	
Σώματα ασφαλείας	6	3,17±2,64	
Επιχειρηματίες	15	6,0±6,48	

Πίνακας 3. Κοινωνικο- δημογραφικές μεταβλητές και κατάθλιψη.

Κατάθλιψη	N	ΜΤ±ΤΑ	p
Ηλικία			
≤32	93	3,87±4,05	0,476
> 32	62	4,35±4,17	
Μορφωτικό επίπεδο			
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	19	4,84±4,78	0,471
ΙΕΚ	23	3,61±3,96	
ΤΕΙ	53	4,92±4,81	
ΑΕΙ	55	3,13±3,06	
Μεταπτυχιακό /Διδακτορικό	5	4,40±1,52	
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμη	151	4,05±4,09	0,830
Άγαμη	4	4,50±4,65	
Αρ.Παιδιών			
Πρωτοτόκος	135	3,78±4,05	0,027
Δευτεροτόκος	20	5,95±3,89	
Οικονομική κατάσταση			
Άσχημη/Μέτρια	94	4,18±4,26	0,662
Καλή	61	3,89±3,85	
Τόπος διαμονής			
Χωριό/ Κομόπολη	16	6,38±5,66	0,094
Αστικό κέντρο	139	3,80±3,81	
Επάγγελμα μητέρας			
Άνεργες/Οικιακά	32	4,61±4,54	0,581
Επαγγελματίες υγείας	28	4,86±4,24	
Εφοριακοί / Δασκάλες	24	3,75±3,65	
Εργάτριες	9	6,44±4,72	
Πωλήτριες	41	3,59±4,04	
Σώματα ασφαλείας	6	1,67±0,82	
Επιχειρηματίες	15	3,20±3,63	

5. Συζήτηση

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι το άγχος και ιδιαίτερα η κατάθλιψη είναι παρόντα στη διάρκεια της κύησης και εμφανίζονται σε μεγαλύτερη ένταση στις γυναίκες που έχουν συλλάβει με υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, είναι ανύπαντρες ή κατοικούν σε χωριό/κωμόπολη. Παράλληλα, δείχνει ότι η συχνότητα της κατάθλιψης είναι αρκετά υψηλή στο γενικό πληθυσμό, ενώ κατάθλιψη και άγχος



συνδυάζονται με συγκεκριμένα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, όπως είναι ο αριθμός παιδιών (για την κατάθλιψη) και ο τόπος διαμονής (για το άγχος).

Η συχνότητα της κατάθλιψης στην παρούσα μελέτη είναι 12%, ενώ του άγχους στο 4%. Η κατάθλιψη σχετίζεται με τα χρησιμοποιούμενα εργαλεία και την επιλογή του δείγματος και μπορεί να κυμαίνεται από 5% έως και 50% (Woods et al, 2010; Holden et al, 2013). Ωστόσο, η εφαρμογή διαφορετικής μεθοδολογίας καθιστά τα αποτελέσματα μη απολύτως συγκρίσιμα, ενώ θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι σημαντικό ποσοστό ασθενών με κατάθλιψη υποδιαγιγνώσκονται (Bansal et al, 2015). Οι μελέτες σε επίπεδο κοινότητας επιβεβαιώνουν ότι το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, η χηρεία και η φτωχή κοινωνική υποστήριξη συνοδεύονται από υψηλά ποσοστά κατάθλιψης στις γυναίκες. Τα άτομα που είναι λιγότερο μορφωμένα και άνεργα βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο για κατάθλιψη. Αυτοί οι παράγοντες κινδύνου αντιπροσωπεύονται μεταξύ των γυναικών (McGrath et al, 1990; Hou et al, 2015). Επίσης, η διαβίωση σε μικρές κοινότητες πιθανόν να ενισχύει τους υποστηρικτικούς δεσμούς, ωστόσο μπορεί να δημιουργήσει και πιεστικές συνθήκες ή στιγματισμό, γεγονός που ενδεχομένως ερμηνεύει την υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης στην παρούσα μελέτη στις γυναίκες που κατοικούν στις αγροτικές περιοχές.

Οι εκτιμήσεις του επιπολασμού της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της κύησης ποικίλλουν ανάλογα με τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται, αλλά μπορεί να φθάσουν το 16% ή και περισσότερο και το 5% στη μείζονα κατάθλιψη (Leight et al, 2010). Πρόσφατες μελέτες στις εγκύους τοποθετούν τη συχνότητα και των δύο οντοτήτων στο 14-15% (Schetter and Tanner, 2012; Woods et al, 2010), με το ποσοστό της σοβαρής κατάθλιψης να είναι σημαντικά μικρότερο, περίπου 1,5%. Ασφαλείς εκτιμήσεις για το προγεννητικό άγχος δεν υπάρχουν, αλλά είναι πιθανό ότι ένα σημαντικό μέρος των γυναικών βιώνει άγχος κατά την κύηση, που ίσως φθάνει ακόμα και στο 6% για το μέτριο-σοβαρό άγχος (Schetter & Tanner, 2012). Μερικοί από τους στρεσογόνους παράγοντες που επηρεάζουν συχνά τις γυναίκες στην κύηση σε όλο τον κόσμο είναι οι δυσμενείς συνθήκες εργασίας, οι ευθύνες του νοικοκυριού, η ένταση στις προσωπικές τους σχέσεις, οι επιπλοκές της κύησης και οι περιορισμένοι υλικοί πόροι (Schetter & Tanner, 2012).

Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει για το ζήτημα της οικογενειακής κατάστασης και της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Οι παντρεμένες γυναίκες γενικά έχουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης από τις ανύπαντρες γυναίκες. Ο κίνδυνος είναι υψηλότερος μεταξύ μητέρων μικρών παιδιών, εύρημα που συμφωνεί με το αντίστοιχο της δικής μας μελέτης (Schetter & Tanner, 2012). Στην παρούσα μελέτη υπήρξε εντονότερη συμπτωματολογία άγχους και κατάθλιψης στις ανύπαντρες γυναίκες. Το εύρημα αυτό αναφέρεται και από άλλους ερευνητές, με την επισήμανση ότι οι παντρεμένες γυναίκες μπορεί να έχουν αυξημένη ικανοποίηση από τη ζωή, σε σχέση με τις ανύπαντρες, που όμως μπορεί να εμφανίζουν εντονότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία, πιθανόν λόγω αναντιστοιχίας στόχων και αισθήματος επιτυχίας στη ζωή, που μπορεί να την προσφέρει ένα σταθερό οικογενειακό περιβάλλον (Watson et al, 2012; Bansal et al, 2015). Ειδικά οι ανύπαντρες έγκυες γυναίκες, στις οποίες η κύηση θα μπορούσε να μην είναι και προγραμματισμένη πιθανόν να εμφανίζουν πολύ υψηλά ποσοστά κατάθλιψης (Iranfar et al, 2005).

Αναφορικά με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, δεν υπάρχει ομοφωνία μεταξύ των ερευνητών. Έχει αναφερθεί συσχέτιση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης και άγχους και εν γένει ψυχικής δυσφορίας κατά τη διάρκεια της κύησης, ωστόσο αυτό δεν είναι σταθερό εύρημα, ενώ υπάρχουν ενδείξεις



ότι προηγουμένως υπογόνιμες γυναίκες βιώνουν λιγότερο άγχος και καλύτερη ποιότητα ζωής, σε σχέση με τις γόνιμες γυναίκες. Πιθανόν η εκπλήρωση ενός ονείρου μεταβάλλει θετικά τη διάθεσή τους και τις θωρακίζει ψυχικά, ενώ φαίνεται πως έχει περισσότερη σημασία η πορεία της κύησης και λιγότερο ο τρόπος σύλληψης για την ικανοποίηση των γυναικών (Repokari et al, 2005).

Η γενίκευση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης θα πρέπει να γίνεται με επιφύλαξη, καθώς το μέγεθος του δείγματος σε κάποιες υποομάδες ήταν μικρό και μη αντιπροσωπευτικό, καθώς συμμετείχαν γυναίκες που προσέρχονταν από ένα μόνο τμήμα προετοιμασίας γονεϊκότητας μιας επαρχιακής πόλης.

Επίσης δεν ακολουθήθηκε κάποια κλινική διαγνωστική οδηγία στα πρότυπα του εγχειριδίου DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών, της Ψυχιατρικής Εταιρείας των ΗΠΑ).

Χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς χωρίς να ακολουθήσει συνέντευξη, στοιχείο που μπορεί να οδηγήσει σε υπό/υπέρ εκτίμηση της συχνότητας των διαταραχών.

6. Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης είναι ενδεικτικά του μεγέθους του προβλήματος και των παρεμβάσεων που ενδέχεται να χρειαστούν στις εγκύους σε επίπεδο κοινότητας. Η οικογενειακή και οικονομική κατάσταση καθώς και οι κοινωνικές συνθήκες διαβίωσης αναδεικνύονται σε βασικούς καθοριστές της συναισθηματικής κατάστασης της εγκύου, με ότι αυτό συνεπάγεται για την έκβαση της κύησης.

Η κύηση είναι μεν μια φυσιολογική κατάσταση, όμως είναι μια ιδιαίτερη περίοδος, καθώς η γυναίκα και το ζευγάρι καλούνται να προσαρμοστούν σε νέους ρόλους και η μεταβολή αυτή είναι ένας στρεσογόμος παράγοντας, πολύ περισσότερο όταν οι συνθήκες δεν είναι ευνοϊκές.

Χρειάζεται τακτική παρακολούθηση των γυναικών και πρώιμη ανίχνευση και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν οι επιπτώσεις στην ίδια τη γυναίκα, αλλά και το παιδί. Σε επίπεδο κοινότητας, τακτικές επισκέψεις ομάδων επαγγελματιών υγείας (ψυχιάτρων, ψυχολόγων, μαιών, κοινωνικών λειτουργών) με κινητές μονάδες θα μπορούσε να συνδράμει στην κατεύθυνση αυτή. Η προαγωγή της ψυχικής υγείας και η πρόληψη της ψυχικής διαταραχής υγείας θα πρέπει να επικεντρώνεται στο άτομο, στην οικογένεια και στον ευρύτερο κοινωνικό περίγυρο, ισχυροποιώντας τους προστατευτικούς μηχανισμούς και τις ασφαλιστικές δικλίδες και περιορίζοντας τους παράγοντες κινδύνου.

Αναφορές

- Abbaszadeh,F., KafaeiAtrian,M., MasoudiAlavi,N., Bagheri,A., Sadat,Z., &Karimian,Z.Relationship between quality of life and depression in pregnant women. *Nurs Midwifery Stud* 2013; 2(2):193-197.
- Alvarado-Esquivel,C., Sifuentes-Alvarez,A., Salas-Martinez,C. (2015). Depression in Teenager Women in a Public Hospital in a Northern Mexican City: Prevalence and Correlates. *J Clin Med Res*. 7(7):525-533.
- Bansal, P., Chaudhary, A., Soni, RK., Sharma, S., Gupta, VK., &Kaushal, P.Depression and anxiety among middle-aged women: A community-based study. *J Family Med Prim Care* 2015;4(4):576-581.



- Barber,CC., &Starkey,N.J. Predictors of anxiety among pregnant New Zealand women hospitalised for complications and a community comparison group. *Midwifery* 2015: 31(9):888-896.
- Barber,J.P., Epperson,CN.,&Sockol,LE., A meta-analysis of treatments for perinatal depression. *Clinical Psychology Review* 2011: 31(5):839-849.
- Dibaba, Y., Fantahun, M., &Hindin,MJ. The association of unwanted pregnancy and social support with depressive symptoms in pregnancy: evidence from rural Southwestern Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013: 13:135.
- Firouzbakht, M., Nikpour,M., Khefri, S., Jamali, B., Kazeminavaee, F., &Didehdar,M.The Effectiveness of Prenatal Intervention on Pain and Anxiety during the Process of Childbirth-Northern Iran: Clinical Trial Study. *Annals of Medical and Health Sciences Research* 2015: DOI: 10.4103/2141-9248.165260.
- Firouzbakht,M., Nikpour, M., Salmalian, H.,Ledari, FM., &Khafri, S.The effect of perinatal education on Iranian mothers' stress and labor pain. *Glob J Health Sci* 2013: 6(1):61-68.
- Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959: 32(1):50-55.
- Hamilton, M. Development of a rating scale; for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol* 1967: 6(4):278-296.
- Holden, KB., Bradford, LD., Hall, SP., Belton, AS. Prevalence and correlates of depressive symptoms and resiliency among African American women in a community-based primary health care center. *J Health Care Poor Underserved* 2013 Nov;24(4 Suppl):79-93.
- Hou, F., Cerulli, C., Wittink, MN., Caine, ED., &Qiu, P.Depression, social support and associated factors among women living in rural China: a cross-sectional study. *BMC Womens Health* 2015: 15:28.
- Iranfar, S., Shakeri, J., Ranjbar, M., NazhadJafar, P., &Razaie, M.Is unintended pregnancy a risk factor for depression in Iranian women? *EastMediterr Health J* 2005: 11(4):618-624.
- Leight, KL.,Fitelson, EM., Weston, CA., &Wisner, KL.,Childbirth and mental disorders. *Int Rev Psychiatr* 2010: 22(5):453-471.
- McGrath, E., Keita, GP., Strickland, BR., & Russo, NF. (Eds.). *Women and depression: Risk factors and treatment issues: Final report of the American Psychological Association's National Task Force on Women and Depression.* Washington, DC, US: American Psychological Association 1990.
- Patchen, L., &Lanzi,RG.Maternal depression and rapid subsequent pregnancy among first time mothers. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2013: 38(4):215-220.
- Repokari, L.,Punamäki, R.L., Poikkeus, P., Vilska, S., Unkila-Kallio, L., Sinkkonen, J., et al. The impact of successful assisted reproduction treatment on female and male mental health during transition to parenthood: a prospective controlled study. 2005: 20(11):3238-3247.
- Schetter, C., &Tanne,r L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice.*CurrOpin Psychiatry* 2012: 25(2):141-148.
- Su, Q., Zhang, H., Zhang,Y.,Zhang, H., Ding, D., Zeng, J., et al. Maternal Stress in Gestation: Birth Outcomes and Stress - Related Hormone Response of the Neonates. *Pediatr Neonatol* 2015:56(6):376-381.
- Tabet,M., Flick,LH., Cook, CA., Xian, H., Chang, JJ. Age at First Birth and Psychiatric Disorders in Low - Income Pregnant Women. *J Womens Health (Larchmt)*. 25(8): 810-7.
- Watson, KT., Roberts, NM., Saunders, MR.Factors Associated with Anxiety and Depression among African American and White Women.*ISRN Psychiatry* 2012: 2012:432321.



Τόμος 01, Τεύχος 03, 4^η Περίοδος

DOI:

- Wichman, C., & Stern, T. Diagnosing and Treating Depression During Pregnancy. *Prim Care Companion CNS Disord* 2015; 17(2): 10.4088/PCC.15f01776.
- Woods, SM., Melville, JL., Guo, Y., Fan, MY., & Gavin, A. Psychosocial stress during pregnancy. *AJOG* 2010; 202(1):61.
- Zimmerman, M., Martinez, JH., Young, D., Chelminski, I., Dalrymple, K. Severity classification on the Hamilton Depression Rating Scale. *J Affect Disord* 2013 Sep 5; 150(2):384-8.
- Μπρατιδου Σ. Ψυχοπροφυλακτική. Ψυχοσωματική προετοιμασία στην κύηση και τοκετό 2000: 29-31. Skourlas C., Sgouropoulou C., Belsis P., Pantziou P., Sfikas C., & Fosses N. (2007) Learner profiles in the Higher Educational Context, *Proceedings of e-Ra 2nd International Conference Information Technology to Science, Economy, Society and Education*, Athens.

Νέα σειρά Johnson's® cottontouch™

Μια αγκαλιά φροντίδας από την 1η ημέρα!



Με αγνό
βαμβάκι

100%
φροντίδα
0% χρωστικές,
θειικά άλατα
& parabens

Το Johnson's® πρωτοπορεί στην παγκόσμια επιστημονική
έρευνα για τη φροντίδα της βρεφικής επιδερμίδας.



Υποαλλεργική* σύνθεση,
με ισορροπημένο pH
για την επιδερμίδα



Ενισχύει το άγγιγμα
και ενεργοποιεί
τις αισθήσεις του μωρού



Με συστατικά
φυσικής προέλευσης

η δύναμη  της φροντίδας

*Σύνθεση που ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο αλλεργιών