



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΑΙ**  
**ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»**  
**ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**

***ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:***

***«Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΑΝΗΣΥΧΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ***  
***ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΥ ΔΕΣΜΟΥ ΜΕΤΑΞΥ ΛΕΧΩΪΛΟΣ ΚΑΙ ΝΕΟΓΝΟΥ»***

**ΠΟΛΥΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΥ ΘΕΟΔΟΥΛΑ**

**ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ: 19030**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΔΑΓΛΑ ΜΑΡΙΑ / ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ-  
ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ**

**ΑΘΗΝΑ 2022**



**UNIVERSITY OF WEST ATTICA**  
**FACULTY OF HEALTH & CARING SCIENCES**  
**DEPARTMENT OF MIDWIFERY**  
**MSc in ADVANCED & EVIDENCE BASED MIDWIFERY CARE**

**Diploma Thesis**

**“THE EFFECT OF POSTPARTUM ANXIETY ON THE DEVELOPMENT OF  
EMOTIONAL BOND BETWEEN MOTHER AND NEWBORN”**

**POLYCHRONOPOULOU THEODOULA**

**Registration Number: 19030**

**Supervisor:**

**DAGLA MARIA, ASSOCIATE PROFESSOR**

**Athens 2022**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΑΙ**  
**ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»**  
**ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**

***«Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΑΝΗΣΥΧΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ***  
***ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΥ ΔΕΣΜΟΥ ΜΕΤΑΞΥ ΛΕΧΩΪΔΟΣ ΚΑΙ ΝΕΟΓΝΟΥ»***

**Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή**

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

<b>A/a</b>	<b>ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ</b>	<b>ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ</b>
1	ΔΑΓΛΑ ΜΑΡΙΑ (ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ)	ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	
2	ΛΥΚΕΡΙΔΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	
3	ΣΑΡΑΝΤΑΚΗ ΑΝΤΙΓΟΝΗ	ΕΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΑΔΑ 2022

#### ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη ΠΟΛΥΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΥ ΘΕΟΔΟΥΛΑ του Ηλία, με αριθμό μητρώου 19030 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών, Προηγμένη και Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα του Τμήματος Μαιευτικής της Σχολής ΣΕΥΠ του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου». Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι τρεις μήνες από την ημερομηνία δημοσίευσης της και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα

ΠΟΛΥΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΥ ΘΕΟΔΟΥΛΑ

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια των μεταπτυχιακών μου σπουδών στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής. Πρωτίστως, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στην επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κ. Δάγλα Μαρία, για την αμέριστη και σημαντική συμβολή της στην εκπόνηση και ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας, καθώς και για την καθοδήγηση της καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μου. Στο σημείο αυτό θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την μητέρα μου για την συμπαράσταση της και την στήριξη της στην μέχρι τώρα πορεία μου. Η συναισθηματική και η ηθική της συμπαράσταση αποτέλεσε αξία ανεκτίμητη στην ολοκλήρωση των σπουδών μου. Αυτή η διπλωματική εργασία είναι αφιερωμένη στην μητέρα μου Γεωργία.

# **ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ**

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b> .....	7
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	8
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ο ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΔΕΣΜΟΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΝΕΟΓΝΟΥ- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ</b>	
1.1 Η μετάβαση στην μητρότητα.....	9
1.2 Ο συναισθηματικός δεσμός μητέρας και νεογνού.....	13
1.3 Η συμβολή του άνδρα στον δεσμό μητέρας και νεογνού.....	15
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΜΕΤΑΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΑΝΗΣΥΧΙΑ- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ</b>	
2.1 Η εμφάνιση της μεταγεννητικής ανησυχίας κατά τη διάρκεια της λοχείας .....	18
2.2 Η σύνδεση της μεταγεννητικής ανησυχίας με την εμφάνιση κατάθλιψης στη διάρκεια της λοχείας .....	19
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΣΥΝΔΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΑΝΗΣΥΧΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΔΕΣΜΟΥ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΝΕΟΓΝΟΥ</b> .....	23

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ο ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ</b> .....	25
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ</b>	
5.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	26
5.2 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ.....	27
5.3 ΗΘΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	28
5.4 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	29
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ</b> .....	31
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b> .....	54
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ</b> .....	57
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b> .....	62

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η μεταπτυχιακή εργασία πραγματεύεται τις επιδράσεις της μεταγεννητικής ανησυχίας των μητέρων και πώς αυτές επηρεάζουν τον συναισθηματικό δεσμό με το παιδί τους. Παρατηρείται ότι η αντίδραση της μητέρας στην εικόνα του παιδιού της είναι απροσδιόριστη και επηρεάζεται τόσο από τις εμπειρίες της όσο και από την συναισθηματική της κατάσταση εκείνη τη στιγμή. Στη συγκεκριμένη διπλωματική εργασία δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στις ανησυχίες των μητέρων, οι οποίες αφορούν τη μετάβαση των γυναικών στη μητρότητα και τον γονεϊκό ρόλο. Η μητέρα καλείται να συγκρίνει τον εαυτό της με το παρελθόν και να αντικρύσει στον εαυτό της στο ρόλο της μητέρας. Η περίοδος της λοχείας είναι μια περίοδος, κατά την οποία αναδεικνύεται η προσωπική δύναμη της μητέρας και του πατέρα προς τη μετάβαση του γονεϊκού τους ρόλου. Η μητέρα μαθαίνει να φροντίζει το παιδί της και προσπαθεί να αναπτύξει έναν μοναδικό δεσμό μαζί του. Η γονεϊκή ιδιότητα επαναφέρει μια πιο στοργική και ανιδιοτελή εικόνα της γυναίκας. Στην περίοδο αυτή μπορεί να υπάρξουν καταστάσεις που ενδέχεται να αποδιοργανώσουν την μητέρα. Σ' αυτήν την περίοδο η μητέρα θα πρέπει να μάθει να προσαρμόζεται και να φροντίζει τόσο τον εαυτό της όσο και τις σχέσεις με το παιδί της και την οικογένειά της. Έτσι, είναι σωστό να προσφέρεται καθοδήγηση στις νέες μητέρες από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό και να παρέχεται μια πλήρη υποστηρικτική συμβουλευτική.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η απόκτηση ενός παιδιού είναι ένα σημαντικό μεταβατικό γεγονός ειδικά για τις γυναίκες που αποκτούν το πρώτο τους παιδί. Περιλαμβάνει αλλαγές στις σχέσεις μεταξύ των ζευγαριών και της οικογένειας και συνήθως προκαλεί άγχος και ανησυχία. Τα αγχωτικά συμβάντα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή πρώιμα αγχωτικά συμβάντα μετά τον τοκετό είναι ένας ισχυρός προγνωστικός παράγοντας των μεταγεννητικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η μητρική συναισθηματική εμπλοκή με το νεογνό κατά την περιγεννητική περίοδο έχει αναγνωρισθεί και ονομάζεται δεσμός και έχει συζητηθεί σε σχέση με την μεταγεννητική κατάθλιψη. Ορισμένες μητέρες διατηρούν θετικές στάσεις απέναντι στα νεογέννητα τους και ένα ποσοστό μητέρων βιώνουν σοβαρές διαταραχές της αγάπης απέναντι τους. Ο δεσμός μητέρας και νεογνού σημαίνει την ανάπτυξη της βασικής σχέσης μητέρας και νεογνού. Η διαδικασία σύνδεσης συμβαίνει τόσο στο νεογνό όσο και στη μητέρα ή και στον πατέρα και έχει τεράστιες επιπτώσεις στη μελλοντική ανάπτυξη του παιδιού. Η στάση των μητέρων απέναντι στα παιδιά τους ταξινομείται ως ακολούθως: καταθλιπτικές μητέρες με φυσιολογική σχέση μητέρας και νεογνού, εκείνες με ήπιες διαταραχές της σχέσης και εκείνες με παθολογικό θυμό ή απόρριψη του νεογνού. Η γυναίκα με κατάθλιψη στη περιγεννητική περίοδο αντιμετωπίζει επίσης τις προκλήσεις της προγεννητικής μετάβασης στη μητρότητα και την ευθύνη της φροντίδας του νεογνού της. Η υποστηρικτική μέριμνα είναι ένας από τους ισχυρότερους δείκτες πρόβλεψης καλών αποτελεσμάτων για τα παιδιά.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ο ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΔΕΣΜΟΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΝΕΟΓΝΟΥ –ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

## 1.1 Η ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΣΤΗ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ

Η εμπειρία της μετάβασης προσδιορίζεται από τις αναπαραστάσεις, τις προσδοκίες και τα γεγονότα τα οποία προηγούνται της σύλληψης, καθώς επίσης τις συνειδητές και ασυνειδήτες επιθυμίες που συνοδεύουν την απόκτηση απογόνου. Η σημασία της περιόδου αυτής είναι διπλή. Αποτελεί ένα στάδιο στην ανάπτυξη των γονέων ως άτομα και της οικογένειας ως συστήματος και ένα στάδιο στην εξέλιξη του παιδιού. Ένα πλήθος μελετών έχει εξετάσει ένα ερώτημα κατά πόσο η μετάβαση στην γονεϊκότητα μπορεί να χαρακτηριστεί ως φαινόμενο κρίσης. Η κρίση μπορεί να λειτουργεί σαν αποδιοργάνωση αλλά και σαν ώθηση για εξέλιξη, ανάπτυξη και διαφοροποίηση. Ακολουθώντας, η μετάβαση στη γονική ιδιότητα είναι μια κρίση κατά την οποία το Εγώ εξελίσσεται και γίνεται μεταποιημένο και ισχυροποιημένο (Τσιαντής, Δραγανά, 1999). Για την πλειονότητα των μητέρων και των συντρόφων τους, η μετάβαση στη γονεϊκότητα θεωρείται ευκαιρία και όχι περίοδος κινδύνου. Η βιβλιογραφία έχει προτείνει διάφορα πλαίσια για να διευκρινιστεί η σχέση μεταξύ γονεϊκότητας και ικανοποίησης ζωής.

➤ *Η θεωρία καθορισμένου σημείου.* Σύμφωνα μ' αυτήν, οι γονείς προσαρμόζονται στη νέα κατάσταση και επέρχονται στο επίπεδο βασικής γραμμής. Αυτό το βασικό επίπεδο ζωής αλλάζει με την πάροδο του χρόνου (Heady and Wearing 1989). Η γέννηση ενός παιδιού κατά συνέπεια μπορεί να επηρεάσει την ικανοποίηση της γονεϊκής ζωής.

➤ *Το οικονομικό κόστος.* Η οικονομική προσέγγιση δίνει έμφαση στο οικονομικό κόστος της μητρότητας τόσο στο χρηματοοικονομικό κόστος, όσο και στο κόστος γενικότερα. Το κόστος της παιδικής μέριμνας μπορεί να είναι σημαντικό ιδιαίτερα σε χώρες όπου η κρατική υποστήριξη για τους γονείς είναι περιορισμένη. Η μητρότητα σ' αυτήν την προσέγγιση αναφέρεται σε απώλεια εισοδήματος λόγω διακοπής της εργασίας της μητέρας και ταυτόχρονα στην επιδείνωση των ευκαιριών σταδιοδρομίας μετά την απόκτηση του παιδιού (Becker, 1991).

➤ *Εργασία και οικογενειακή σύγκρουση.* Οι γυναίκες έχουν την τάση να βιώνουν ισχυρότερη οικογενειακή σύγκρουση σε σχέση με την εμπειρία των ανδρών. Ιδιαίτερα

σε γυναίκες με προοπτικές υψηλότερης εκπαίδευσης και σταδιοδρομίας η ικανοποίηση τους επηρεάζεται αρνητικά σε σχέση με τις γυναίκες με χαμηλότερη εκπαίδευση (Gatrell et al. 2013, Greenhaus et al. 2003, Currie, Eveline 2011).

➤ *Ψυχολογικές Ανταμοιβές.* Η θεωρία των ψυχολογικών ανταμοιβών υποδηλώνει ότι το οικονομικό κόστος της μητρότητας αντισταθμίζεται από ψυχολογικές ανταμοιβές (αυτοεκτίμηση, γονική ικανοποίηση και αυτοαποτελεσματικότητα). Η ικανοποίηση αυξάνεται όταν οι άνθρωποι γίνονται γονείς και ιδίως κατά τη διάρκεια της φροντίδας του παιδιού και μειώνεται αντίστοιχα όταν ξεκινά η σχολική ηλικία του παιδιού, όπου οι συνομήλικοι αποκτούν σημασία στη ζωή ενός παιδιού. Τότε η συναισθηματική οικειότητα μεταξύ γονέα και παιδιού μειώνεται (Nomaguchi, 2012).

➤ *Η «γέυση» για τις ατομικές προτιμήσεις των παιδιών.* Αυτός είναι ένας άλλος παράγοντας που διαμορφώνει δυνητικά την ικανοποίηση της γονικής ζωής (Kravdal, 2014). Οι προσωπικές προτιμήσεις και εμπειρίες από την απόκτηση ενός παιδιού παίζει σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση της γονικής ζωής. Έχοντας περισσότερα παιδιά μπορεί να υποδηλώνει ισχυρότερη προτίμηση για την γονεϊκότητα, ως εκ τούτου οι άνθρωποι που έχουν περισσότερα παιδιά αντλούν περισσότερη ικανοποίηση, από άτομα που έχουν λιγότερα παιδιά. Επίσης, εάν οι γυναίκες έχουν περισσότερο έλεγχο όσον αφορά την γονιμότητα τους αυτό συμβάλλει σημαντικά στη θετική επίδραση της μητρότητας και στην ικανοποίηση της ζωής των μητέρων (Kravdal, 2014).

Το δέσιμο μητέρας και νεογνού είναι μια βιολογική και προσαρμοστική διαδικασία, η οποία δικαιολογεί την ικανοποίηση των αναγκών του παιδιού για προστασία και ανατροφή. Η ευαισθησία της μητέρας όσον αφορά τα ερεθίσματα που λαμβάνει από το παιδί, καθώς και η γρήγορη ανταπόκριση της σ' αυτά, βοηθάει το παιδί να αναπτύξει ένα αίσθημα εμπιστοσύνης στον κόσμο και αργότερα στις κοινωνικές του σχέσεις. Σύμφωνα με τον Bolby, η ανάπτυξη των κοινωνικών σχέσεων είναι συνεχής. Οι εμπειρίες της μητέρας επηρεάζουν έντονα την ικανότητα της στον νέο της ρόλο της μητέρας και την ικανότητα της να αναπτύξει έναν στοργικό δεσμό με το παιδί της. (Bolby, 1980).

Η μητέρα θεωρείται ασφαλές καταφύγιο. Η δημιουργία δεσμού μεταξύ μητέρας και παιδιού παρέχει άνεση και προστασία στο νεογνό. Η θεωρία της προσκόλλησης υποδηλώνει ότι υπάρχει μια ανθρώπινη ανάγκη, από την εμβρυική περίοδο για συναισθηματικό δεσμό. Η ποιότητα του δεσμού μεταξύ μητέρας και νεογνού ασκεί άμεση επίδραση στην ψυχική υγεία του παιδιού. Η σχέση μητέρας και νεογνού πρέπει να είναι ζεστή, οικεία, συνεχής και στοργική παρέχοντας ευχαρίστηση και ικανοποίηση

και στους δύο. Η προσκόλληση ξεκινάει κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, κατά την οποία το έμβρυο γίνεται μέρος της καθημερινότητας της εγκύου πιο έντονα. Η αλληλεπίδραση μητέρας και παιδιού επηρεάζει τη δομή του συναισθηματικού δεσμού και ως εκ τούτου είναι σημαντικό να αξιολογείται η ποιότητα αυτής της σχέσης ειδικότερα τον πρώτο χρόνο ζωής του παιδιού προκειμένου να εντοπιστούν πιθανές διαταραχές σ' αυτό το δέσιμο και να αποτραπούν μελλοντικές συνέπειες στην ψυχική υγεία τόσο της μητέρας, όσο και του παιδιού (Carmona et al. 2013).

Ο δεσμός μεταξύ της μητέρας και του παιδιού της έχει γοητεύσει τους ανθρώπους για αιώνες. Οι ερευνητές προσπαθούν να διερευνήσουν και να κατανοήσουν τις διαδικασίες που πραγματοποιούνται κατά τους πρώτους μήνες της ζωής ενός βρέφους. Είναι γνωστό ότι τα θεμέλια του δεσμού της μητέρας και του παιδιού της σχηματίζονται κατά τη διάρκεια ή ακόμη και πριν την εγκυμοσύνη. Οι διαδικασίες που συμβαίνουν σε μια γυναίκα αλλάζουν την ψυχολογία της και αποτελούν τη βάση για το πώς αντιλαμβάνεται τον εαυτό της ως μητέρα και πώς επηρεάζεται ο δεσμός με το παιδί της (Bowlby, 1977).

Η σύνδεση μητέρας και βρέφους είναι μια ανάπτυξη αμοιβαίας σχέσης. Άλλοι όροι που χρησιμοποιούνται για την περιγραφή της σχέσης αυτής είναι η *προσκόλληση* με το βρέφος και η *μητρική- βρεφική εξάρτηση*. Ένας από τους κορυφαίους θεωρητές, ο John Bowlby καθορίζει τη συμπεριφορά της προσκόλλησης από την πρώιμη ηλικία που αποκτά το άτομο και χαρακτηρίζει το ον από την κούνια μέχρι και πολλά χρόνια αργότερα. Οι φιγούρες προσκόλλησης του ατόμου από πολύ νωρίς στη ζωή του το ακολουθούν και τον διαμορφώνουν στην τρέχουσα ηλικία του, στις εμπειρίες του, ακόμη και σε διάφορες περιστάσεις της ζωής του (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2010).

Η γυναίκα όταν ετοιμάζεται να υποδεχθεί ένα παιδί έρχεται αντιμέτωπη όχι μόνο με τις ανάγκες του παιδιού της, αλλά και με τις αναμνήσεις της σχέσης της με την δική της μητέρα. Αυτό την βοηθάει να κατανοήσει τις ανάγκες του βρέφους και να παρέχει τη μητρική φροντίδα. Η σχέση μεταξύ της γυναίκας και της μητέρας της είναι εξαιρετικά σημαντική για την ικανότητα για μητρότητα. Το πώς θυμάται μια γυναίκα τη μητέρα της είναι πολύ σημαντικό, όπως επίσης και η εμπειρία της φροντίδας που έλαβε από αυτήν. Η προσαρμογή της μητέρας περιλαμβάνει πολλά στοιχεία. Περιλαμβάνει την εκμάθηση νέων δεξιοτήτων, την αύξηση της αυτοπεποίθησής της, καθώς και τη φροντίδα του νέου μέλους της οικογένειας (Τσιαντής, Δραγωνά, 1999).

Οι ψυχοκοινωνικοί και συναισθηματικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν ικανότητα της μητέρας να σχηματίσει έναν υγιή δεσμό με το παιδί της. Ο δεσμός

παρουσιάζει προκλήσεις και συνήθως η αναφορά της μητέρας για το παιδί της, καθώς και για τα συναισθήματα, τα οποία τις προκαλούνται αποτελούν πρωταρχικό δείκτη του δεσμού μητέρας και νεογνού (Bicking et al. 2013).

Υπάρχουν τέσσερα στάδια στην προσαρμογή του ρόλου της μητέρας κατά τον Mercer (2004). Το πρώτο στάδιο είναι η προσκόλληση με το αγέννητο παιδί και η προετοιμασία της γυναίκας για τον τοκετό. Το δεύτερο στάδιο αφορά την εξοικείωση με το νεογέννητο παιδί της και την εκμάθηση της φροντίδας του, ενώ το τρίτο και το τέταρτο στάδιο αφορούν την επίτευξη της μητρικής ταυτότητας καθώς και τη μετάβαση σε μια φυσιολογική κατάσταση μετά τον τοκετό. Δεν βιώνεται η μετάβαση στη μητρότητα με τον ίδιο τρόπο από όλες τις γυναίκες. Οι γυναίκες περιγράφουν μια στέρηση των ονείρων τους σχετικά με το εργασιακό τους μέλλον. Η γυναίκα συγκρίνει τον εαυτό της με το παρελθόν και προσπαθεί να αντικρύσει τον εαυτό της ως μητέρα. Είναι ευρέως αποδεκτό ότι η ανάπτυξη της σχέσης μητέρας και παιδιού χρησιμεύει ως πρότυπο για όλες τις μελλοντικές σχέσεις. Ορισμένες φορές αν υπάρχει κάποιο πρόβλημα στην προσκόλληση ανάμεσα σε μητέρα και νεογνό μπορούν να εμφανιστούν μορφές συναισθηματικής δυσφορίας, ακόμη και επιθετικότητα ή συναισθηματική απόσπαση. Η καλύτερη προετοιμασία είναι η παρακολούθηση περιγεννητικών μαθημάτων (Spinner, 1978). Η ενεργή συμμετοχή στα περιγεννητικά μαθήματα μπορεί να βοηθήσει τη γυναίκα να κατανοήσει και να απαντήσει σε ερωτήματα που τυχόν τις έχουν προκύψει όσον αφορά την προσαρμογή της στη μητρότητα. Είναι σημαντικό οι γυναίκες να καταλάβουν ότι είναι φυσιολογικό να νιώθουν κόπωση και συναισθηματική φόρτιση τους πρώτους μήνες της γονεϊκότητας. Μέσων των περιγεννητικών μαθημάτων θα έρθουν σε επαφή και με άλλα ζευγάρια που αντιμετωπίζουν τις ίδιες δυσκολίες προς τη μετάβαση της γονεϊκότητας. Η υποστήριξη της μητέρας από επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να συνεχίζεται μετά τον τοκετό, με σκοπό την καθοδήγηση και την αντίληψη τυχόν προβλημάτων αν υπάρχουν στα γονεϊκά καθήκοντα (Spinner, 1978).

Υποστηρίζοντας τους γονείς μέσω προγεννητικών μαθημάτων, έχει αναγνωριστεί ως μια σημαντική πρόληψη και παρέμβαση στρατηγικής (Department of Health, 2011). Έχει υπογραμμιστεί η ανάγκη για να δοθεί σε έγκυες η ευκαιρία να παρακολουθούν προγεννητικά μαθήματα και τα τελευταία χρόνια υπήρξε μια αυξανόμενη προσδοκία για τους άνδρες, ώστε να διαδραματίσουν πιο ενεργό ρόλο στα προγεννητικά μαθήματα (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2018). Όταν οι γονείς

αποφασίζουν να κάνουν ένα παιδί αρχίζει να αλλάζει ο τρόπος που αντιμετωπίζουν και επενδύουν στη ζωή και προετοιμάζουν τον ψυχικό χώρο για το παιδί που έρχεται. Αυτή η διεργασία είναι η συνάρτηση της ποιότητας με τον τρόπο που οι ίδιοι οι γονείς είχαν βιώσει ως παιδιά τη θέση τους στο οικογενειακό σύστημα (Τσιαντής, Δραγωνά, 1999)

## **1.2 Ο ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΔΕΣΜΟΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΝΕΟΓΝΟΥ**

Ο συναισθηματικός δεσμός μιας μητέρας, η οποία φροντίζει το βρέφος της είναι ένα αίσθημα δέσμευσης και ονομάζεται μητρική προσκόλληση. Αυτή η προσκόλληση και η αλληλεπίδραση μεταξύ τους αποτελούν καθοριστικό παράγοντα για την κοινωνική και ενδεχομένως ψυχική ανάπτυξη του βρέφους στην μετέπειτα ζωή του (Abuhammad et al. 2016). Τα χαρακτηριστικά ενός βρέφους και η ιδιοσυγκρασία του διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ποιότητα της αλληλεπίδρασης με την μητέρα του. Αυτό συμβαίνει γιατί η ιδιοσυγκρασία του βρέφους και η μητρική προσκόλληση συνδέονται έντονα μεταξύ τους και το βρέφος χρειάζεται αμοιβαία συναισθηματική αλληλεπίδραση με την μητέρα του, έτσι ώστε να αναπτύξει μια θετική συμπεριφορά στο μέλλον και μια καλή συμπεριφοριστική και γνωστική ανάπτυξη (Ren et al.2018) (Solmeyer at al. 2011).

Η σύνδεση μητέρας με το βρέφος είναι η ανάγκη αμοιβαίας σχέσης και αμοιβαίας αποστολής μητέρας και παιδιού. Για την περιγραφή αυτής της σχέσης έχει χρησιμοποιηθεί και ο όρος προσκόλληση και εξάρτηση. Τα μοτίβα του δεσμού μητέρας και νεογνού επηρεάζουν μετέπειτα την τρέχουσα ηλικία του παιδιού και τις διάφορες περιστάσεις. Είναι ευρέως αποδεκτό ότι η ανάπτυξη του δεσμού μητέρας και νεογνού χρησιμεύουν πολύ για τις μελλοντικές σχέσεις. Πολλές μορφές συναισθηματικής δυσφορίας ή διαταραχή στην προσωπικότητα του παιδιού, όπως είναι η επιθετικότητα, η κατάθλιψη ή η συναισθηματική απόσπαση μπορούν να δικαιολογηθούν μετά από τη διακοπή σύνδεσης ή προσκόλλησης μητέρας και νεογνού (Ranson, Urichuk, 2008).

Για το παιδί, η ανάπτυξη μια σχέσης μ' έναν ενήλικα είναι μια μακρά και συνεχής διαδικασία που αποτελεί σημαντικό ορόσημο για την παιδική του ηλικία. Σε πρώτο στάδιο αναπτύσσει μια εξατομίκευση και τις οπτικές του αντιλήψεις. Σε δεύτερο στάδιο, το βρέφος αποκτά κοινωνική ανταπόκριση και διακρίνει τους ανθρώπους από άψυχα αντικείμενα. Σε τρίτο στάδιο, το παιδί αρχίζει να ανταποκρίνεται στο κοινωνικό

του περιβάλλον και να αποκτά νέα ερεθίσματα. Σ' αυτό το στάδιο, το παιδί αρχίζει να εξοικειώνεται με άτομα με τα οποία εκτίθεται και δημιουργεί ισχυρές κοινωνικές σχέσεις. Σε τέταρτο στάδιο, το παιδί δημιουργεί προσδοκίες και εμπιστοσύνη (Bolby, 1969).

Ο δεσμός μητέρας και νεογνού είναι ένα από τα πιο σημαντικά συστατικά του μητρικού ρόλου και βοηθάει αρκετά στη διαδικασία και την προσαρμογή της γυναίκας στη μητρότητα. Η σύνδεση της μητέρας και του νεογνού ξεκινάει από τη γέννηση (Cran-ley, 1981). Το άγχος ή η κατάθλιψη εάν προκύψουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή την περίοδο μετά τον τοκετό εμποδίζει τις γυναίκες να συμορφωθούν στο νέο τους ρόλο (Kumar, 1997) (O'Keana et Marsh, 2007). Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες κινδύνου που μπορούν να επηρεάσουν τον δεσμό μητέρας και νεογνού, όπως μια ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη ή επώδυνη αποβολή εμβρύου στο παρελθόν ή ύπαρξη προηγούμενων παιδιών με ασθένειες ή ακόμη και ο θάνατος προηγούμενου παιδιού. Κάποιοι από αυτούς τους παράγοντες μπορεί να προκαλέσουν άγχος στη μητέρα και να επηρεάσουν την ιδιοσυγκρασία της και τα παιδιά να οδηγηθούν σε μια συναισθηματική παραμέληση (Brockington, 2004).

Οι γυναίκες πρέπει να προετοιμάζονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για να προσαρμόζονται στις νέες αλλαγές που συμβαίνουν. Οι αλλαγές αυτές είναι ψυχολογικές και κοινωνικές και ευθύνονται για συναισθηματική δυσφορία. Οι ορμόνες που απελευθερώνονται μπορεί να ωθήσουν τη γυναίκα σε σοβαρά συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, κυρίως στην πρώτη εγκυμοσύνη (Stocky et Lynch, 2000). Η πρόωμη μητρική κατάθλιψη μπορεί επίσης να δημιουργήσει αρνητική επίπτωση στη γνωστική και συναισθηματική ανάπτυξη των βρεφών (Kumar, 1997).

Η απουσία στοργής, το μίσος, η απόρριψη, η παραμέληση ή η παρόρμηση για βλάβη στον εαυτό τους ή στο παιδί είναι ένα σοβαρό σημάδι ότι υπάρχει διαταραχή στο δεσμό μητέρας και νεογνού. Οι καταθλιπτικές μητέρες βιώνουν διαταραχές αγάπης ως προς τα βρέφη τους (Kumar, 1997). Η μητέρα πρέπει να έχει κοινωνική υποστήριξη και στηρίγματα. Τα στηρίγματα πρέπει να την βοηθούν από τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για να μειώσουν το άγχος. Επίσης, μετά τον τοκετό θα πρέπει σ' όλες τις περιπτώσεις να διευκολύνεται η προσκόλληση μητέρας και νεογνού με την έγκαιρη και στενή επαφή της μητέρας και του νεογνού (Kumar, 1997). Η ρύθμιση των συναισθημάτων επηρεάζει κάθε πτυχή ψυχικής και σωματικής υγείας και τις σχέσεις που δημιουργούνται μεταξύ των μελών της οικογένειας. Τα ζευγάρια πλοηγούνται σε πολλές προκλήσεις όταν γίνονται γονείς.

Η περιγεννητική περίοδος είναι μια περίοδος πρόκλησης για τις μητέρες και οι ψυχικές διαταραχές που μπορεί να εμφανιστούν είναι μια συχνή επιπλοκή και σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και την μητρότητα. Η εμπειρία ψυχικού τραύματος αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό ζήτημα για την δημοσία υγεία και επηρεάζει όχι μόνο την λειτουργία των μητέρων αλλά και τη γονεϊκή συμπεριφορά (Dubber et al. 2015).

### **1.3 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΑΝΔΡΑ ΣΤΟΝ ΔΕΣΜΟ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΝΕΟΓΝΟΥ**

Οι πατέρες έχουν βρεθεί να είναι εξίσου ανήσυχοι με τις μητέρες όσον αφορά την φροντίδα του βρέφους. Οι δεξιότητες των ανδρών στην φροντίδα του βρέφους λειτουργούν ισοδύναμα μ' αυτές των μητέρων. Οι αντιλήψεις του πατέρα και της μητέρας, όπως και η ιδιοσυγκρασία τους μπορεί να συσχετίζονται, αλλά όχι πολύ. Οι μητέρες μπορεί να είναι πιο ευαίσθητες και να επηρεάζεται η προσωπικότητά τους. Οι πατέρες ευαισθητοποιούνται περισσότερο όταν προκύπτει μια ταλαιπωρία στο παιδί τους. Η γονική ανταπόκριση έχει επίσης αποδειχθεί ότι εξαρτάται και από το πόσο συμμετέχουν οι πατέρες στην βρεφική φροντίδα (Kaitz, Lapidot et al. 1992).

Σε μια σημαντική μελέτη κατάταξης της προσκόλλησης των μητέρων και των πατέρων με το παιδί ανέλυσαν τις διαφορές ανάμεσα στους πατέρες και τις μητέρες. Δεν βρέθηκε καμία διαφορά όσον αφορά την εμπειρία. Τόσο οι έμπειροι πατέρες όσο και οι άπειροι πατέρες είχαν την ίδια ένταση προσκόλλησης και καταδείχθηκε ότι οι σχέσεις αγάπης που δημιουργούνται με τα βρέφη είναι στον ίδιο βαθμό όπως και με τα προηγούμενα παιδιά αν υπάρχουν στο ζευγάρι (Kaitz, Lapidot et al. 1992).

Η μετάβαση στην πατρότητα διαμορφώνεται σε φάσεις. Σε πρώτη φάση οι άνδρες έχουν την ανάγκη να συνδεθούν έντονα με το παιδί τους. Πολλοί επιθυμούν να μεγαλώσουν το παιδί τους διαφορετικά και αποζητούν έντονα συναισθήματα (Goodman, 2005).

Σε δεύτερη φάση, τις πρώτες εβδομάδες μετά τη γέννηση ο πατέρας συνειδητοποιεί τον ρόλο του. Έρχεται αντιμέτωπος με τις προσδοκίες του και την πραγματικότητα. Βιώνει συναισθήματα αμφιθυμίας, απογοήτευσης, αγωνίας και ανησυχίας που μπορεί να οφείλονται στο γεγονός ότι δεν συμμετέχουν μερικές φορές ενεργά στη φροντίδα του βρέφους. Οι μητέρες συνήθως έχουν να αντιμετωπίσουν τη δική τους μετάβαση

στην γονεϊκότητα, και γι' αυτόν τον λόγο οι άνδρες αισθάνονται μοναξιά ορισμένες φορές (Goodman, 2005).

Σε τρίτη φάση, οι άνδρες διαμορφώνουν τον ρόλο του πατέρα. Οι άνδρες αρχίζουν να εξοικειώνονται με τη φροντίδα του παιδιού τους και να οργανώνουν τη μελλοντική τους πορεία ως γονείς. Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης ο πατέρας χρειάζεται τη στήριξη τόσο της γυναίκας του όσο και του οικείου περιβάλλοντος. Η τελική φάση είναι η φάση της αμοιβαίας επικοινωνίας με το νεογνό. Η έντονη κοινωνικότητα του νεογνού αυξάνει την σχέση με τον πατέρα. Οι έμφυτες φυσικές διαφορές μεταξύ του πατέρα και της μητέρας μπορεί να είναι αρκετά ενθαρρυντικές ως προς το βρέφος. Συνήθως, οι πατέρες έχουν μεγαλύτερο μέγεθος, βαθύτερη φωνή, πιο χονδρό δέρμα και συνήθειες που προσφέρουν μια ξεχωριστή προσκόλληση του παιδιού μαζί τους και αυξάνουν την κοινωνικότητα τους με το περιβάλλον (Goodman, 2005).

Οι πατέρες πρέπει να περνούν αρκετό χρόνο με το παιδί τους, να επικοινωνούν μαζί του και να απολαμβάνουν την ανταπόκριση μαζί του. Όταν ένας άνδρας αντικρύσει για πρώτη φορά το παιδί του αισθάνεται μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση και νιώθει πιο δυνατός για το μέλλον. Η μετάβαση στην πατρότητα συνεπάγεται ταυτόχρονα και μια παραίτηση και απώλεια. Βλέποντας το νεογνό ο πατέρας προσπαθεί ασυνείδητα να καλύψει τις δικές του ανάγκες και πιθανόν να βιώνει μια αίσθηση απογοήτευσης ή θυμού (Deater-Deckard et al. 1994).

Γι' αυτόν τον λόγο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης πρέπει ο πατέρας να ξεκινάει και να εργάζεται στην ανάπτυξη του συναισθηματικού δεσμού του με το έμβρυο και στην πορεία με το νεογνό. Σ' αυτό μπορεί να ωφεληθούν και αλλαγές στον τρόπο ζωής του και στην οριοθέτηση εκ νέου των αναγκών του. Οι ανάγκες του πρέπει να συμβαδίζουν με την πατρότητα (Deater-Deckard et al. 1994). Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να προετοιμάζουν έναν άνδρα ως προς τη μετάβαση του στον γονεϊκό ρόλο. Να τον αξιολογούν και να συμβάλλουν στην πρόοδο του. Ο ρόλος του πατέρα είναι σημαντικός και έχει πολύ σημαντικά μακροπρόθεσμα οφέλη και για την σύντροφο του και για το παιδί του (Lowdermilk, Perry, Cashion, 2010).



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΜΕΤΑΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΑΝΗΣΥΧΙΑ – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

### **2.1 Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΑΝΗΣΥΧΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ**

Η περίοδος μετά τον τοκετό είναι ιδιαίτερα φορτισμένη. Το 70-80 % των γυναικών βιώνουν μια έντονη ψυχική αναστάτωση και μεταγεννητική ανησυχία. Η ψυχική αναστάτωση αναφέρεται ως παροδική και εμφανίζεται τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό ανάμεσα στην τρίτη και την πέμπτη ημέρα. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου μελαγχολίας οι γυναίκες εμφανίζουν συναισθηματική αστάθεια και σημαντικές συναισθηματικές μεταπτώσεις. Χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι επίσης η απελπισία, η απάθεια, η αίσθηση ανικανότητας, η αδυναμία ακόμη και το ξέσπασμα σε κλάματα χωρίς να υπάρχουν εμφανή αίτια (Kumar, 1982). Ψυχολογικοί, βιοχημικοί και κοινωνικοί λόγοι έχουν επισημανθεί ως σημαντικές αιτίες για τη μεταγεννητική ανησυχία και καταθλιπτική κατάσταση στη λοχεία. Στη σύγχρονη δυτική κοινωνία, η γυναίκα δεν έχει αρκετό χρόνο στη διάθεση της να συνέλθει μετά τον τοκετό, δέχεται ένα καταγισμό νέων πληροφοριών και οδηγιών και δεν μπορεί να προσαρμοστεί εύκολα στο νέο της ρόλο. Ο ρόλος της μητρότητας γίνεται αμφίσημος. Από τη μία εξιδανικευμένος και από την άλλη υποτιμημένος. Ορισμένες μητέρες αισθάνονται άσχημα για τη μητρότητα ή θρηνούν για την λήξη αυτής της περιόδου (Oakley, 1980).

Το νεογνό μαζί του δεν φέρνει μόνο συναισθήματα χαράς και ευτυχίας, αλλά και μονοτονία και αίσθημα σκλαβιάς (Welburn, 1980). Δυστυχώς, τις περισσότερες φορές, η μελαγχολία της λοχείας δεν αναγνωρίζεται από τους τρίτους και αυτή η αφάνεια που επικρατεί οδηγεί στη δημιουργία μιας κλινικής κατάθλιψης. Η αιτιολογία της μελαγχολίας της λοχείας είναι ασαφής. Υπάρχουν πολλές θεωρίες συμπεριλαμβανομένων των μειωμένων επίπεδων οιστρογόνων, κάποια δυσλειτουργία του άξονα υποθάλαμου και υπόφυσης, δυσλειτουργίας του θυρεοειδούς ή κάποια γενετική προδιάθεση. Μερικοί παράγοντες κινδύνου σχετίζονται με ανάπτυξη μεταγεννητικής ανησυχίας, όπως είναι όταν η μητέρα είναι άγαμη ή έχει γεννήσει με καισαρική τομή και συνέβη περιγεννητική επιπλοκή. Ιστορικό άγχους και κατάθλιψης στο παρελθόν, οικογενειακό ιστορικό ψυχιατρικών παθήσεων ιδίως αν έχει η δική της

μητέρα ή αδελφή. Εάν έχει περάσει αγχωτικό γεγονός κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή κοντά στο διάστημα του τοκετού. Ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης ή αν έχει ένα μη υποστηρικτικό σύζυγο (Brockington et al. 2006).

Η μελαγχολία της λοχείας είναι πολύ συχνή κυρίως στις δυτικές χώρες λόγω της έλλειψης οικογενειακής υποστήριξης σε ποσοστό 40 με 85 %. Τα συμπτώματα κορυφώνονται μέχρι την πέμπτη ημέρα. Γενικά, η μελαγχολία που εμφανίζεται στη λοχεία δεν επηρεάζει την επαγγελματική και κοινωνική λειτουργία των γυναικών. Αυτό που απαιτείται στην περίπτωση αυτή είναι η άμεση παρέμβαση και η συμβολή της οικογένειας στην πρόληψη και την αντιμετώπιση αν ξεφύγει από τα επιτρεπτά όρια. Αν τα συμπτώματα της μελαγχολίας κρατήσουν περισσότερο από δύο εβδομάδες μπορεί να κάνουν ευάλωτες τις γυναίκες και να έχουν μια σοβαρότερη μορφή ψυχικής διαταραχής (O' Hara, Zekoski, 1988).

Αμέσως μετά τον τοκετό οι περισσότερες μητέρες βιώνουν ένα κύμα στοργής για το παιδί τους και αρχίζουν να θηλάζουν διατηρώντας στην πορεία τον μητρικό θηλασμό. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις, η μητέρα βιώνει συναισθήματα αποστροφής ως προς το παιδί και δεν είναι σε θέση να προσφέρει επαρκή μητρική φροντίδα. Οι προτεινόμενοι παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν: η μητέρα να είναι ανύπαντρη, άνεργη ή ακόμη και οι αντιλήψεις της να επηρεάζονται από τις αντιλήψεις και τα βιώματα της παιδικής της ηλικίας. Οι γυναίκες έχουν δυσκολία να παραδεχθούν τα μελαγχολικά τους συναισθήματα οικιοθελώς και αποφεύγουν την παραδοχή από αμηχανία και φόβο (O'Hara et al. 2018).

## **2.2 Η ΣΥΝΔΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΑΝΗΣΥΧΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ**

Η κατάθλιψη της λοχείας χαρακτηρίζεται από μια συναισθηματική αστάθεια που μπορεί να εξελιχθεί σε σοβαρή κατάσταση ακόμη και από την μελαγχολία της λοχείας. Τα αισθήματα ανησυχίας, απογοήτευσης, άγχους, φόβου, θυμού και συναισθηματικής αστάθειας, τα οποία εξακολουθούν να υπάρχουν λίγες εβδομάδες μετά την γέννηση του παιδιού μπορεί να οδηγήσουν στην κατάθλιψη. Η παρουσία της μελαγχολίας αμέσως μετά τον τοκετό βρέθηκε ότι σχετίζεται με την επακόλουθη εξέλιξη της κατάθλιψης μετά τον τοκετό, αλλά δεν υπήρξε ορμονική συσχέτιση (Harris, 1993).

Αυξημένο ποσοστό μεταγεννητικής κατάθλιψης εμφανίζουν γυναίκες με ιστορικό καταθλιπτικής διαταραχής ή ιστορικό επιπλοκών μετά τον τοκετό.

Η εμφάνιση αγχωτικών γεγονότων, η ανεργία, η παρουσία συζυγικών συγκρούσεων και η απουσία υποστήριξης από τον σύζυγο, την οικογένεια και τους φίλους βρέθηκε να αυξάνει τον κίνδυνο κατάθλιψης μετά τον τοκετό. Επίσης, το ψυχιατρικό ιστορικό και ιδιαίτερα το ιστορικό καταθλιπτικής διαταραχής αυξάνει τον κίνδυνο κατάθλιψης μετά τον τοκετό (Robertson, Grace et al. 2004). Η πρόβλεψη της επιλόχειας κατάθλιψης θα μπορούσε να βελτιωθεί εάν ληφθούν υπόψη ορισμένοι μεταγεννητικοί παράγοντες. Η μεταγεννητική κατάθλιψη επηρεάζει περίπου το 10 % των γυναικών τις πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό με επεισόδια τα οποία συνήθως διαρκούν δύο με έξι μήνες (Beck, 2001). Οι γυναίκες με κατάθλιψη επίσης αναφέρουν υπνηλία, ενώ σε κάθε θόρυβο που προκαλεί το νεογνό δεν μπορούν να ξαναβρούν την επιθυμία τους για ύπνο. Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό είναι και η ευερεθιστότητα. Η ευερεθιστότητα υφίσταται ξαφνικά χωρίς λόγο και μπορεί να οδηγήσει τις γυναίκες σε ανεξέλεγκτο κλάμα με λυγμούς. Γυναίκες με καταθλιπτικά συμπτώματα εκδηλώνουν άγχος, κρίσεις πανικού και ένα αίσθημα ενοχής για αυτά τους τα καταθλιπτικά συναισθήματα σε μια περίοδο της ζωής τους που θα έπρεπε να είναι χαρούμενες και ευτυχισμένες (Dennis, McQueen, 2007).

Τα συμπτώματα της μείζονος κατάθλιψης διαφέρουν μετά τον τοκετό. Οι γυναίκες δεν αναφέρουν αίσθημα θλίψης αλλά έχουν αισθήματα ενοχής ή έλλειψη απόλαυσης και ενδιαφέροντος για δραστηριότητες. Η μειωμένη ενέργεια και ο διαταραγμένος ύπνος είναι δύσκολο να διαφοροποιηθούν από τα συμπτώματα κατάθλιψης. Η ερώτηση αν η μητέρα μπορεί να κοιμηθεί όταν το παιδί της κοιμάται μπορεί να μας δώσει σημαντικά συμπεράσματα. Μια με τέσσερις από τις χίλιες γυναίκες χωρίς ιστορικό προγεννητικών ψυχώσεων ή διπολικών επεισοδίων θα βιώσουν μετά τον τοκετό ψύχωση, ενώ το 4,5-9,3 % μπορεί να εμφανίσουν ψύχωση μετά τον τοκετό εάν είχαν διπολικές διαταραχές ή προγεννητικές ψυχωτικές διαταραχές στην εγκυμοσύνη ή πιο πριν (Goyal, Gay et al. 2009). Το οικογενειακό ιστορικό ψύχωσης είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου. Η ψύχωση μπορεί να γίνει ταχεία και να εμφανιστεί τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό. Στα συμπτώματα της ψύχωσης περιλαμβάνονται: η διέγερση, η σύγχυση, η απελπισία, η ντροπή, η αϋπνία, η παράνοια, οι ψευδαισθήσεις, οι παραισθήσεις, η υπερκινητικότητα, η γρήγορη ομιλία και οι εμμονές. Οι αυταπάτες κυρίως εστιάζουν

στην ύπαρξη του παιδιού και στην ανάγκη μερικές φορές να απαλλαγθούν από αυτό. Αυτή η διαταραχή απαιτεί άμεση ιατρική φροντίδα (Sit, Rothschild et al. 2006).

Η κατάθλιψη και το άγχος της μητέρας σχετίζεται με δυσμενείς περιγεννητικές εκβάσεις και η επικράτηση τους μπορεί να έχει δυσμενείς επιπτώσεις τόσο για τη μητέρα όσο και για την υγεία του παιδιού. Το περιγεννητικό άγχος μπορεί να οδηγήσει ακόμη και σε ανασφαλή προσκόλληση μητέρας και νεογνού. Η βελτίωση της υγείας της μητέρας αντιπροσωπεύει ένα πολύ σημαντικό ζήτημα (Leight, Fitelson et al. 2010).

Υπάρχουν πολλά διαγνωστικά εργαλεία για την ανίχνευση της κατάθλιψης στην περίοδο της λοχείας. Η κλίμακα κατάθλιψης της λοχείας του Εδιμβούργου (Edinburgh Postnatal Depression Scale- EPDS), η κλίμακα Postpartum Depression Predictors Inventory, η κλίμακα Postpartum Depression screening scale –CPDSS και η κλίμακα Postpartum Specific Anxiety scale. Η γυναίκα καλείται να απαντήσει σε ερωτήματα σχετικά με τα συμπτώματα της κατάθλιψης και να δώσει την πιο συμβατή απάντηση με τα συναισθήματα της κατά τη διάρκεια της λοχείας. Όταν υπάρχει η υποψία κατάθλιψης μέσω των ερωτηματολογίων, η μαία οφείλει να κάνει προσυμπτωματικό έλεγχο και να προσδιορίσει εάν η γυναίκα χρειάζεται εκτίμηση από ψυχίατρο ή ψυχολόγο (Hanusa, Scholle et al. 2008).

Όταν κριθεί απαραίτητη η φαρμακευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνονται αντικαταθλιπτικά και αγχολυτικά φάρμακα ενώ ακόμη έχουν συστηθεί βότανα, συμπληρώματα διατροφής ακόμη και βελονισμός (Weier, Beal, 2004). Επίσης, προτείνεται η ψυχοθεραπεία η οποία επικεντρώνεται στους φόβους και τις ανησυχίες της μητέρας σχετικά με τον νέο της ρόλο και τις νέες ευθύνες της που προκύπτουν. Η καλή έκβαση της ψυχολογικής κατάστασης της γυναίκας εξαρτάται και από το καλό υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον. Σε περίπτωση ψύχωσης στην περίοδο της λοχείας συνιστάται επείγουσα φαρμακευτική κάλυψη με αντιψυχωσικά φάρμακα και μπορεί να απαιτηθεί αναλόγως με την κατάσταση ακόμη και νοσηλεία (Lowdermilk, Perry, Cashion 2010).

Μετά την αποδρομή της οξείας ψύχωσης η γυναίκα πρέπει να συνεχίσει την ψυχοθεραπεία της. Η θηλάζουσα γυναίκα πρέπει να έχει επίγνωση των επιπτώσεων από μια αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή και να ζητήσει τη γνώμη του ιατρού της. Όταν μια γυναίκα ξεκινά ένα αντικαταθλιπτικό φάρμακο μετά τον τοκετό συνιστάται να ξεκινήσει με χαμηλές δόσεις και να αυξάνει τη δόση σταδιακά και αργά,

ενώ παρακολουθεί το βρέφος για ανεπιθύμητες ενέργειες. Πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες από τα βρέφη που θηλάζουν περιλαμβάνουν: ευερεθιστότητα, καταστολή, κακή αύξηση βάρους ή αλλαγή στην ώρα της σίτισης (Lowdermilk, Perry, Cashion 2010).

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΣΥΝΔΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΑΝΗΣΥΧΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΥ ΔΕΣΜΟΥ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΝΕΟΓΝΟΥ**

Η εγκυμοσύνη και η γέννηση του παιδιού είναι μια υπαρκτική εμπειρία για την πλειοψηφία των γυναικών. Η έναρξη αυτού του καινούριου σταδίου αντιπροσωπεύει μια ευάλωτη φάση και βαθιές αλλαγές στη ζωή μιας γυναίκας. Η μετάβαση στη μητρότητα απαιτεί μια προσαρμογή της γυναίκας στη σχέση με τον σύντροφο της σε μια τριάδα και απαιτεί μια προσαρμογή των αναγκών της. Σ' αυτήν την φάση λαμβάνουν χώρα οι βιογραφικές επιρροές της πρώιμης παιδικής ηλικίας της γυναίκας και παίζουν σημαντικό ρόλο στην έκφραση της μεταγεννητικής της ανησυχίας, η οποία μπορεί άλλοτε να εκδηλωθεί αμέσως και άλλοτε σταδιακά. Οι ψυχικές ασθένειες στη μητέρα μπορούν να επηρεάσουν τον δεσμό με το παιδί της, την αντίληψη της και την μητρική της συμπεριφορά. Το παιδί μπορεί να επιδείξει κοινωνικούς και συναισθηματικούς φραγμούς χρόνια αργότερα (Reulbach et al. 2009).

Το διάστημα το οποίο χαρακτηρίζεται baby blues αναφέρεται σαν μια σύντομη ψυχολογική αστάθεια τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό, η οποία δεν πρέπει να αξιολογείται σαν παθολογική αλλά σαν αποτέλεσμα ορμονικής προσαρμογής μετά τον τοκετό. Η έναρξη της γίνεται μεταξύ 2<sup>ης</sup> και 5<sup>ης</sup> ημέρας μετά τον τοκετό και σ' αυτό το διάστημα έχουμε συμπτώματα με κυρίαρχο τη μεταγεννητική ανησυχία. Η μητέρα εκτός των άλλων παρουσιάζεται ασταθής, αγχωμένη, εξαντλημένη και εκνευρισμένη (Reck et al.2004).

Αυτή η έλλειψη μητρικής ενσυναίσθησης και ο επηρεασμός του συναισθηματικού δεσμού μητέρας νεογνού μπορεί να οδηγήσει το παιδί σε αυξημένη ευερεθιστότητα, μειωμένη ικανότητα αυτορρύθμισης και στη συνέχεια στη δημιουργία μη ασφαλούς δεσμού με τη μητέρα του. Σε έρευνες έχουν αναφερθεί ακόμη αποφυγή επαφής μητέρας και νεογνού όπως επίσης και χαμηλό επίπεδο οπτικής επαφής με τη μητέρα του. Μια τέτοια εμπειρία σε μια μητέρα η οποία βρίσκεται σε κατάθλιψη επιβεβαιωμένη μπορεί να έρθει αντιμέτωπη με ενοχικά συναισθήματα και με αισθήματα έντονης αποτυχίας του μητρικού της ρόλου (Bremner, 2005) (Weaver et al. 2004).

Κατά το προγεννητικό στάδιο της εγκυμοσύνης αναφέρεται σημαντική μείωση του άγχους και της κατάθλιψης με εξειδικευμένη ψυχοθεραπεία που υποστηρίζεται από μαίες. Οι μαίες εμπνέουν εμπιστοσύνη και συναισθηματική υποστήριξη στις γυναίκες. Συγγραφείς αναφέρουν μειωμένη κατάθλιψη και μειωμένο άγχος στις γυναίκες που υποστηρίζονται από μαίες. Οι μαίες δημιουργούν έναν συμπονετικό δεσμό με τη μητέρα και επιτρέπουν στη νέα μητέρα να αποδεχθεί το νέο της ρόλο και να αποκτήσει μια κοινωνική ανεξαρτησία (Schmied, Langdon et al . 2016).

Η μαία οφείλει να παρακολουθεί τη μητέρα για τυχόν κλάματα και σε περίπτωση που αντιληφθεί κάτι στην συμπεριφορά της που την ανησυχεί να κάνει περαιτέρω έλεγχο. Η κατάθλιψη στη λοχεία πρέπει να αναλύεται από τις μαίες και να βοηθούν στην επίλυση προβλημάτων που μπορούν να προκύψουν κατά τη διάρκεια της (Bilszta, Erickken et al. 2010). Όταν η νέα μητέρα λαμβάνει εξιτήριο από το μαιευτήριο, η μαία οφείλει να δίνει στη μητέρα την κατάλληλη συμβουλευτική βοήθεια, έτσι ώστε η νέα μητέρα ή το οικογενειακό περιβάλλον της αν χρειαστεί ψυχολογική βοήθεια να μπορεί να τη ζητήσει. Οι επισκέψεις κατά την περίοδο της λοχείας μπορούν να μειώσουν την πιθανότητα επιπλοκών από τις ψυχολογικές διακυμάνσεις της λοχείας. Οι γυναίκες οι οποίες είναι απρόθυμες να συνεργαστούν με εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας για χιλιάδες λόγους συμπεριλαμβανομένων του φόβου, του στίγματος της ψυχικής νόσο, των προσωπικών αξιών και των πεποιθήσεων τους απευθύνονται πιο εύκολα σε μια μαία. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος θα είναι πολύ χρήσιμος και αποτελεσματικός στον εντοπισμό των γυναικών που κινδυνεύουν από προβλήματα ψυχικής υγείας. Ενώ οι γυναίκες αναφέρουν ότι οι ανάγκες τους για συμβουλευτική βοήθεια σε θέματα ψυχικής υγείας παραμένουν ανεκμετάλλευτες (Bayrampour, Hapsari et al. 2018).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>0</sup>

### Ο ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η καταγραφή του ποσοστού της μεταγεννητικής ανησυχίας σε ένα δείγμα λεχωίδων και η διερεύνηση της επίδρασης της στην ανάπτυξη του αρχικού συναισθηματικού δεσμού μεταξύ μητέρας και νεογέννητου.

Επιμέρους Στόχοι:

- ❖ Η καταγραφή του ποσοστού της μεταγεννητικής ανησυχίας που παρουσιάζεται σε λεχωίδες κατά τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό.
- ❖ Καταγραφή του συναισθηματικού δεσμού που αναπτύσσεται μεταξύ μητέρας και νεογνού τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό.
- ❖ Διερεύνηση των παραγόντων που συνδέονται με την εμφάνιση αυξημένης μεταγεννητικής ανησυχίας, τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό.
- ❖ Διερεύνηση των παραγόντων που συνδέονται θετικά ή αρνητικά με την πρόωμη ανάπτυξη του ψυχοσυναισθηματικού δεσμού μητέρας και νεογέννητου.
- ❖ Διερεύνηση της επίδρασης της μεταγεννητικής ανησυχίας στην ανάπτυξη του πρόωμου συναισθηματικού δεσμού μητέρας και νεογέννητου.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>0</sup>

### 5.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Πραγματοποιήθηκε μια σύγχρονη μελέτη (cross- sectional study). Το δείγμα μελέτης αποτελείται από 137 μητέρες ενός ιδιωτικού νοσοκομείου. Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε σαν κύριο ερευνητικό εργαλείο προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι και οι σκοποί της παρούσας έρευνας. Το ερωτηματολόγιο περιέχει ερωτήσεις κλειστού τύπου. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τρία ερωτηματολόγια προκειμένου να επιτευχθούν οι σκοποί και οι στόχοι της έρευνας. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν το διάστημα Ιανουάριος 2021 – Μάρτιος 2021. Οι μελετώμενοι προσδιοριστές προέκυψαν από την συστηματική βιβλιογραφία και περιλάμβαναν τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- ❖ Ηλικία
- ❖ Μορφωτικό επίπεδο
- ❖ Οικογενειακή κατάσταση
- ❖ Επαγγελματική αποκατάσταση
- ❖ Στοιχεία παρούσας κύησης (Ηλικία κύησης, προηγούμενοι τοκετοί, παρακολούθηση σεμιναρίου, νοσηλεία κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, είδος τοκετού)
- ❖ Μητρικός Θηλασμός

Τα κριτήρια εισδοχής που τέθηκαν στην παρούσα έρευνα ήταν:

- ❖ Να μιλούν την ελληνική γλώσσα
- ❖ Να μπορούν να διαβάσουν και να κατανοήσουν την ελληνική γλώσσα
- ❖ Να υπάρχει ενυπόγραφη συγκατάθεση

## 5.2 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Για την συγκέντρωση των πληροφοριών σχετικά με τους προσδιοριστές της μεταγεννητικής ανησυχίας και τον επηρεασμό του συναισθηματικού δεσμού χρησιμοποιήθηκαν τα κάτωθι ερωτηματολόγια.

A) Ερωτηματολόγιο για τον συναισθηματικό δεσμό μητέρας και νεογνού. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε βασίστηκε στην κλίμακα Postpartum Bonding scale που δημιουργήθηκε από τον Brogkington και περιέχει 25 ερωτήσεις σχετιζόμενες με τον πρώιμο συναισθηματικό δεσμό των μητέρων με τα νεογνά τους (Brogkington et al. 2006). Έπειτα η βαθμολόγηση της κάθε ερώτησης μετρούνταν με τετραβάθμια κλίμακα Likert:

- Καθόλου=0
- Λίγο=1
- Μέτρια=2
- Αρκετά=3
- Πολύ=4

Σε κάθε ερωτηματολόγιο υπολογίζεται η συνολική βαθμολογία που ορίζεται από 0 έως 4. Η αύξηση της βαθμολόγησης κάθε ερώτησης ισοδυναμεί με μεγαλύτερη βαθμολογία που ισοδυναμεί με περισσότερες πιθανότητες συναισθηματικού δεσμού μητέρας και νεογνού. Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στις 25 ερωτήσεις.

B) Κλίμακα Μεταγεννητικού άγχους.

Για την διερεύνηση του μεταγεννητικού άγχους τις πρώτες ημέρες στο μαιευτήριο χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που βασίστηκε στην κλίμακα The Postpartum Specific Anxiety Scale (PSAS) και δημιουργήθηκε από την Dr Vicky Fallon και τον Sergio A. Silverio (Fallon et al. 2018). Οι λεχωίδες καλούνταν να συμπληρώσουν 49 ερωτήσεις σχετικές με την επίδραση της μεταγεννητικής ανησυχίας τις πρώτες ημέρες στο μαιευτήριο. Έπειτα η βαθμολόγηση της κάθε ερώτησης μετρούνταν με τετραβάθμια κλίμακα Likert:

- Καθόλου=0
- Λίγο=1
- Μέτρια=2

- Αρκετά=3
- Πολύ=4

Σε κάθε ερωτηματολόγιο υπολογίζεται η συνολική βαθμολογία που ορίζεται από 0 έως 4. Η αύξηση της βαθμολόγησης κάθε ερώτησης ισοδυναμεί με μεγαλύτερη βαθμολογία που ισοδυναμεί με περισσότερες πιθανότητες μεταγεννητικής ανησυχίας. Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων στις 49 ερωτήσεις.

Γ) Ερωτηματολόγιο με δημογραφικά και περιγεννητικά στοιχεία που δηλώνουν τους σκοπούς της παρούσας έρευνας (Παράρτημα).

### **5.3 ΗΘΙΚΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Κάθε μητέρα ενημερώθηκε σε πρώτη φάση για τους σκοπούς και τη μεθοδολογία της παρούσας μελέτης και για τα ζητήματα που αφορούσαν την τήρηση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των πληροφοριών που θα συλλέγονταν. Στη συνέχεια κάθε μητέρα που συμφωνούσε να συμμετάσχει συμπλήρωνε το έντυπο συγκατάθεσης. Επίσης, πραγματοποιήθηκε κωδικοποίηση των ονομάτων των συμμετεχόντων και ελήφθη η απαραίτητη άδεια από το επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου στο οποίο διεξήχθη η έρευνα (Παράρτημα).

### **5.4 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ**

Βασικά περιγραφικά μέτρα υπολογίστηκαν για τις κατηγορικές μεταβλητές μέσω των απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων καθώς και για τις συνεχείς μεταβλητές μέσω της μέσης τιμής, της τυπικής απόκλισης, της ελάχιστης και μέγιστης τιμής. Στη συνέχεια, για κάθε ερώτηση που έχει το αντίθετο αντίκτυπο στην γενική κατεύθυνση μιας κλίμακας εφαρμόστηκε αντίστροφη κωδικοποίηση των δυνατών απαντήσεων, έτσι ώστε να διατηρηθεί η ομοιογένεια του σκορ. Για την αξιολόγηση της συνάφειας των απαντήσεων στις δύο κλίμακες του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Cronbach's alpha με 0.7 το όριο για την αποδεκτή αξιοπιστία.

Στη συνέχεια, ελέγχθηκε η υπόθεση της κανονικότητας για τις ποσοτικές μεταβλητές, καθώς η επιλογή των κατάλληλων στατιστικών ελέγχων καθορίζεται με βάση την ισχύ ή όχι της συγκεκριμένης υπόθεσης. Ο έλεγχος της υπόθεσης κανονικότητας των μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με τη χρήση των ελέγχων Shapiro-Wilk, για δείγματα

κάτω των 30 πειραματικών μονάδων, και Kolmogorov-Smirnov, για δείγματα άνω των 30. Οι υποθέσεις που ελέγχθηκαν είναι της ακόλουθης μορφής:

**H<sub>0</sub>:** Η κατανομή των δεδομένων δε διαφέρει από την κανονική κατανομή

**H<sub>1</sub>:** Η κατανομή των δεδομένων διαφέρει από την κανονική κατανομή

Αν το p-value είναι μικρότερο του 0.05 ( $p < 0.05$ ), απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση και η κατηγορία της ερώτησης δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή, ενώ αν το p-value είναι μεγαλύτερο του 0.05 ( $p > 0.05$ ), τότε η κατηγορία της ερώτησης ακολουθεί την κανονική κατανομή. Για τον έλεγχο της σχέσης μεταξύ δύο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman ( $r$ ), ο οποίος εφαρμόστηκε στην περίπτωση όπου οι μεταβλητές δεν ακολουθούν κανονική κατανομή. Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης ( $r$ ) κυμαίνεται από 0.1 έως 0.3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0.3 έως 0.5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0.5.

Για τον έλεγχο της ισότητας των μέσων τιμών δύο δειγμάτων χρησιμοποιήθηκε η μη παραμετρική διαδικασία Mann-Whitney, η οποία δεν προϋποθέτει την κανονικότητα των δεδομένων. Χρησιμοποιήθηκε, επιπλέον, ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis, ο οποίος δεν απαιτεί την υπόθεση της κανονικότητας των μεταβλητών, για να αξιολογηθούν πιθανές διαφορές στις μέσες τιμές τριών και πάνω δειγμάτων καθώς και ο post hoc έλεγχος Bonferroni για διόρθωση πολλαπλών συγκρίσεων.

Τέλος, εφαρμόστηκε απλή και πολλαπλή γραμμική ανάλυση παλινδρόμησης για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ μεταγεννητικού άγχους και συναισθηματικού δεσμού μητέρας-νεογνού, που αποτελούσε και το κύριο ερευνητικό ερώτημα, εφαρμόστηκε πολλαπλό μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης. Η στατιστική ανάλυση στο πλαίσιο της παρούσας διπλωματικής εργασίας πραγματοποιήθηκε στο στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS Statistics 25.0. Επιπλέον, ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας χρησιμοποιήθηκε το  $p < 0.05$ .

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>0</sup>

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το μέγεθος του δείγματος αποτελούνταν από 137 συμμετέχουσες. Η μέση ηλικία προσδιορίστηκε στα 33 έτη, ενώ η μέση ηλικία κύησης στις 38 εβδομάδες. Η πλειονότητα των λεχώνων είχε πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (54%, N=74), ήταν έγγαμες (88.3%, N=121) και εργαζόντουσαν ως ιδιωτικοί υπάλληλοι (54.7%, N=75), ενώ μόλις το 4.4% (N=6) δήλωσαν άνεργες. Παρόμοιες συχνότητες παρατηρήθηκαν μεταξύ καισαρικής τομής και φυσιολογικού τοκετού με 67 (48.9%) και 63 (46%) γυναίκες αντίστοιχα. Μόλις το 19% (N=26) των γυναικών δήλωσε ότι είχε παρακολουθήσει σεμινάριο προετοιμασίας γονέων. Επιπλέον, 11 (8%) γυναίκες είχαν νοσηλευτεί κατά τη διάρκεια της κύησης τους. Ως προς την επιλογή του θηλασμού κατά την 1 ημέρα, το 57.7% (N=79) επέλεξε αποκλειστικό θηλασμό, ενώ κατά την τελευταία μέρα στο μαιευτήριο το 55.5% (N=76) επέλεξε μεικτό μητρικό. Τέλος, οι γυναίκες είχαν κατά μέσο όρο περίπου έναν προηγούμενο τοκετό (Πίνακας 1) (Γράφημα 1-Γράφημα 6).

**Πίνακας 1** Δημογραφικά χαρακτηριστικά και στοιχεία παρούσας κύησης του δείγματος

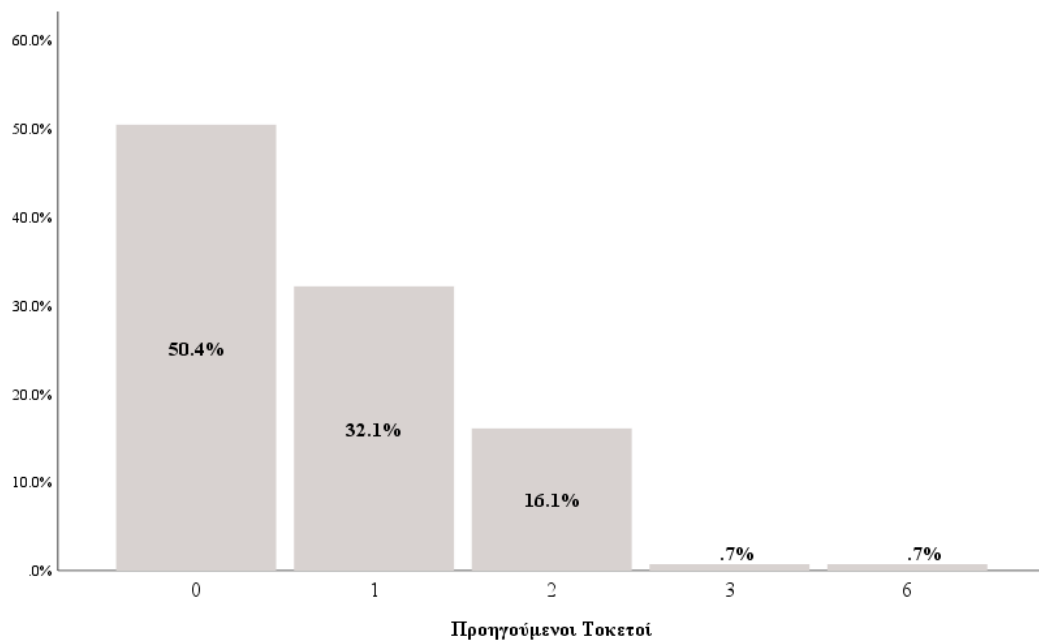
	N	%
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>		
Γυμνάσιο	8	5.8%
Λύκειο	43	31.4%
Τριτοβάθμια	74	54.0%
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	12	8.8%
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		
Έγγαμη	121	88.3%
Άγαμη	16	11.7%
<b>Επάγγελμα</b>		

Δημόσιος Υπάλληλος	19	13.9%
Ιδιωτικός Υπάλληλος	75	54.7%
Ελεύθερος Επαγγελματίας	15	10.9%
Οικιακά	22	16.1%
Ανεργος	6	4.4%
<b>Σεμινάριο προετοιμασίας γονέων</b>		
Ναι	26	19.0%
Όχι	111	81.0%
<b>Νοσηλεία κατά την κύηση</b>		
Ναι	11	8.0%
Όχι	126	92.0%
<b>Είδος τοκετού</b>		
Φυσιολογικός τοκετός	67	48.9%
Αναρροφ. Εμβρυουλκός	7	5.1%
Καισαρική τομή	63	46.0%
<b>Θηλασμός 1η ημέρα</b>		
Αποκλειστικός μητρικός	79	57.7%
Τεχνητή διατροφή	20	14.6%
Μεικτός	38	27.7%
<b>Θηλασμός την τελευταία μέρα στο μαιευτήριο</b>		
Αποκλειστικός μητρικός	46	33.6%
Τεχνητή διατροφή	15	10.9%
Μεικτός μητρικός	76	55.5%
<b>Ηλικία</b>		
Mean (SD)	32.99(5.53)	
Min-Max	21-47	
<b>Ηλικία κύησης (Σε εβδομάδες)</b>		
Mean (SD)	38.05(1.55)	

Min-Max	33-41
<b>Αριθμός προηγούμενων τοκετών</b>	
Mean (SD)	0.71(0.89)
Min-Max	0-6

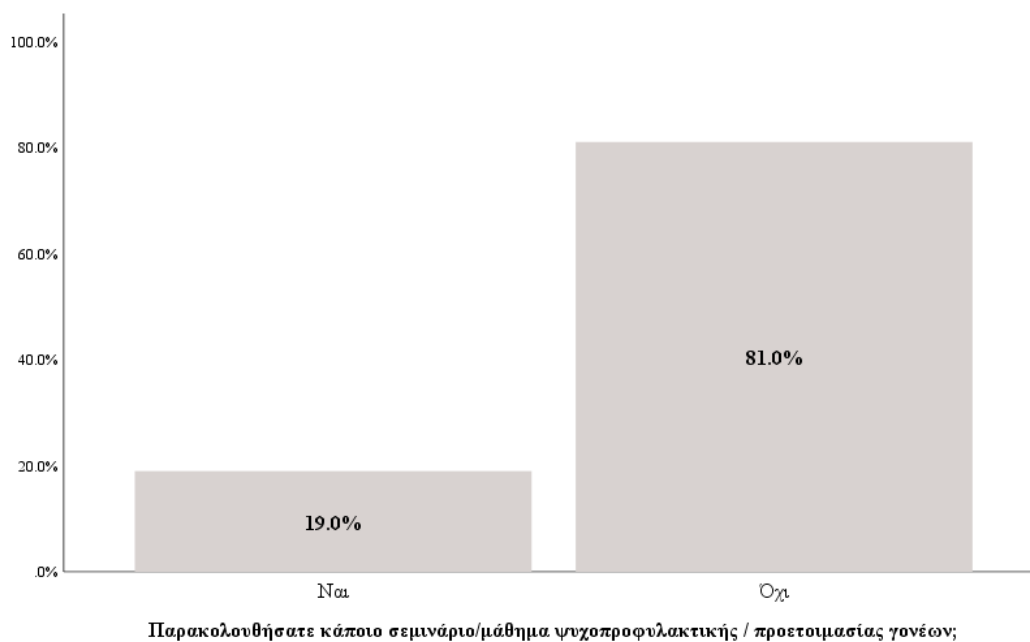
---

Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζεται η κατανομή των μητέρων ανάλογα με το ιστορικό προηγούμενων τοκετών τους. Όπως φαίνεται το 50.4% ήταν πρωτοτόκες, το 32,1 % είχε ήδη ένα παιδί, το 16,1% δύο παιδιά και από 3 έως 6 παιδιά αντίστοιχα το 7% των μητέρων.



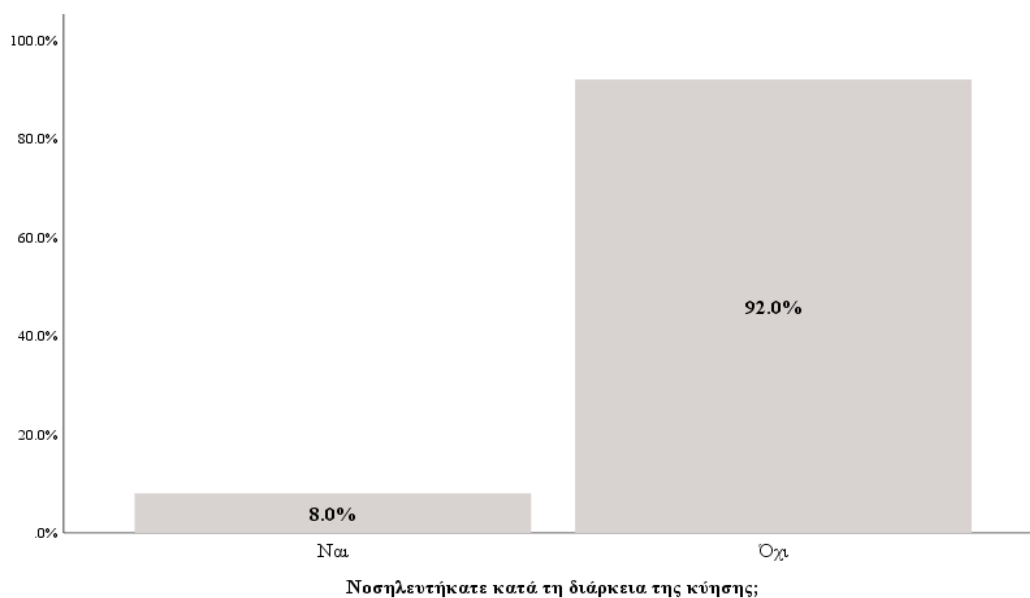
Γράφημα 1: Αριθμός προηγούμενων τοκετών

Στο επόμενο γράφημα παρουσιάζεται το ποσοστό των γυναικών που παρακολούθησαν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους σεμινάρια προετοιμασίας γονεϊκότητας. Το 19% είχε παρακολουθήσει σεμινάρια ψυχοπροφυλακτικής κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενώ το 81% δεν είχαν παρακολουθήσει.



Γράφημα 2: Κατανομή απαντήσεων της ερώτησης που αφορά την παρακολούθηση σεμιναρίου

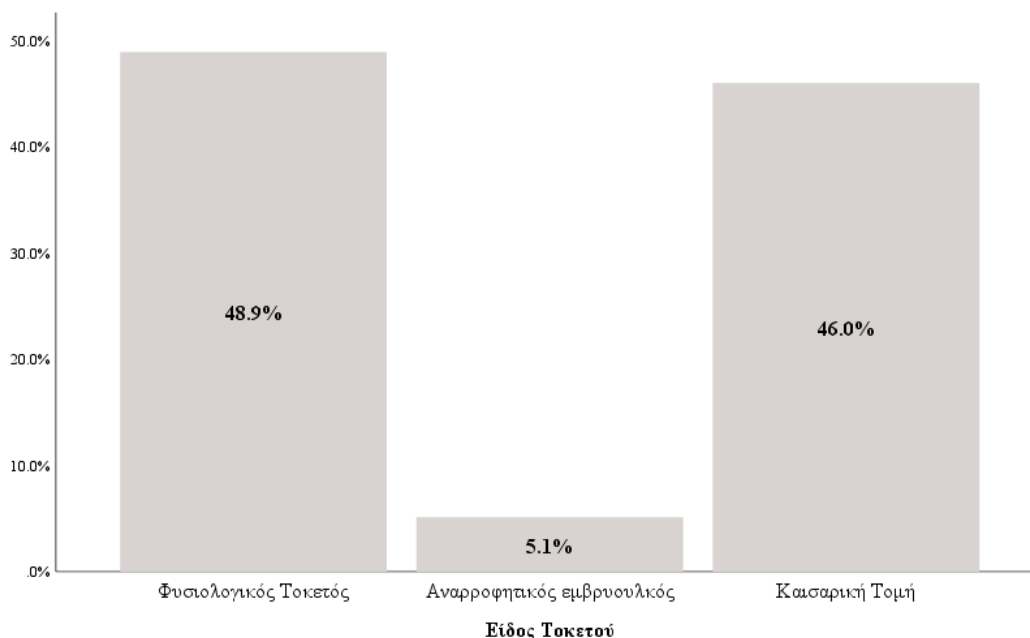
Στο επόμενο γράφημα αναφέρεται το ποσοστό των γυναικών οι οποίες είχαν νοσηλευτεί στην εγκυμοσύνη. Το 92% δεν χρειάστηκε να νοσηλευτεί κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης του και σ' ένα ποσοστό 8% είχαν νοσηλευτεί στο νοσοκομείο.



Γράφημα 3: Κατανομή απαντήσεων της ερώτησης που αφορά τη νοσηλεία κατά την κύηση

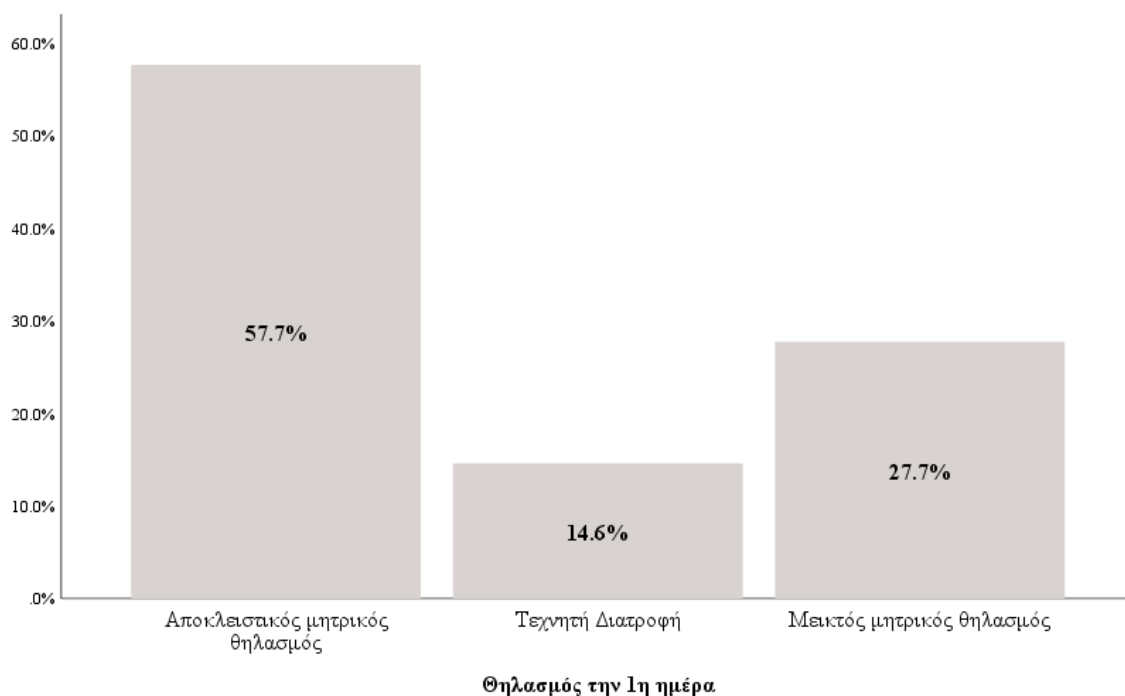


Στο γράφημα που ακολουθεί φαίνεται το είδος του τοκετού που πραγματοποιήθηκε. Το 48,9% γέννησε με φυσιολογικό τοκετό, το 46% με καισαρική τομή και σε ποσοστό 5,1% χρησιμοποιήθηκε αναρροφητικός εμβρυουλκός.



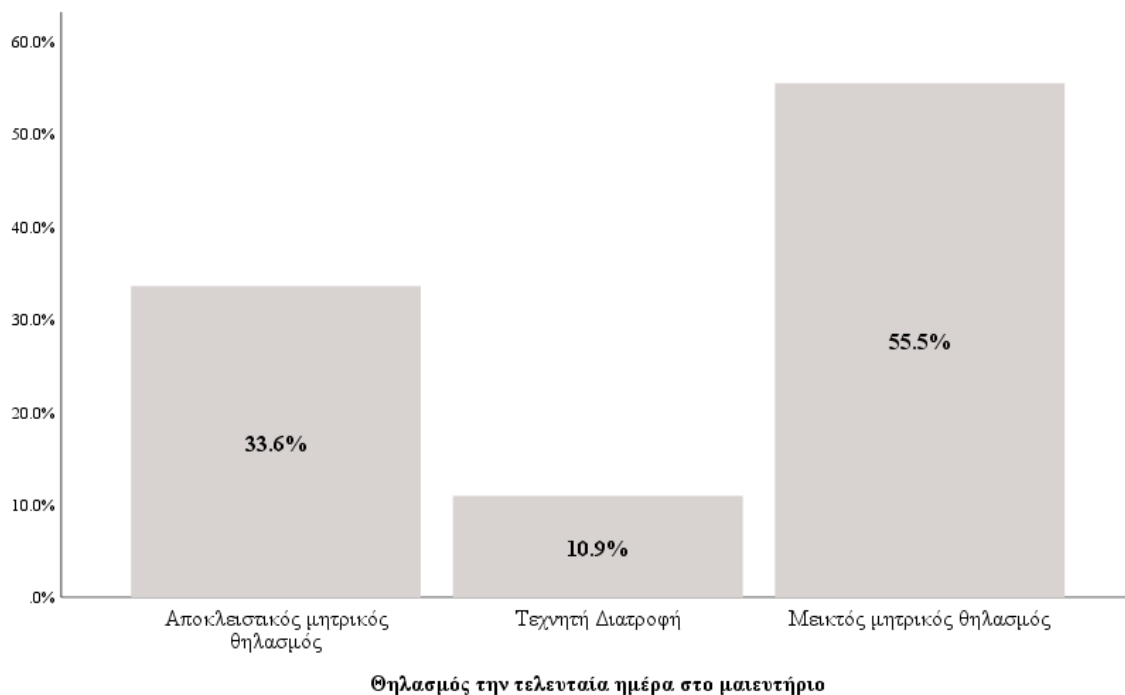
Γράφημα 4: Κατανομή του είδους τοκετού

Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζεται η κατανομή του θηλασμού την πρώτη ημέρα στο μαιευτήριο. Την πρώτη ημέρα στο μαιευτήριο το 57,7% θήλαζε αποκλειστικά, σε ποσοστό 27,7% γινόταν μεικτός θηλασμός και το ποσοστό 14,6 % ακολουθούσε τεχνητή διατροφή.



Γράφημα 5: Κατανομή του θηλασμού κατά την 1<sup>η</sup> ημέρα στο μαιευτήριο

Στο τελευταίο γράφημα φαίνεται η κατανομή του θηλασμού την τελευταία ημέρα στο μαιευτήριο. Σε ποσοστό 33,6% θήλαζαν αποκλειστικά οι μητέρες, ενώ το 55,5% πραγματοποιούσε μεικτό μητρικό θηλασμό και σ' ένα ποσοστό 10,9% ακολούθησαν τεχνητή διατροφή.



Γράφημα 6: Κατανομή του θηλασμού την τελευταία ημέρα στο μαιευτήριο

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζεται ο δείκτης Cronbach's alpha για τα δύο αξιολογητικά εργαλεία της μελέτης. Η κλίμακα του συναισθηματικού δεσμού μητέρας-νεογνού είχε συντελεστή αξιοπιστίας alpha 0.843 και η κλίμακα του μεταγεννητικού άγχους 0.929, συνεπώς η αξιοπιστία των δύο κλιμάκων κρίνεται αποδεκτή και υψηλή, καθώς οι δείκτες είναι άνω του 0.7.

**Πίνακας 2** Αξιολόγηση εσωτερικής συνέπειας

	Mean (SD)	Items	Cronbach's alpha
Συναισθηματικός δεσμός μητέρας-νεογνού	3.22 (0.53)	25	0.843
Μεταγεννητικό άγχος	82.06 (20.23)	49	0.929

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζεται ο έλεγχος Kruskal-Wallis, προκειμένου να αξιολογηθούν πιθανές διαφορές της κλίμακας συναισθηματικού δεσμού σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο των μητέρων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κλίμακα συναισθηματικού δεσμού μεταξύ των γυναικών διαφορετικού μορφωτικού επιπέδου (Kruskal Wallis = 5.537,  $p = 0.136$ ) καθώς όλες οι γυναίκες, ανεξαρτήτως μορφωτικού επιπέδου, δήλωσαν πως είναι αρκετά συνδεδεμένες με το βρέφος τους.

**Πίνακας 3** Αξιολόγηση της κλίμακας συναισθηματικού δεσμού σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο

	Μορφωτικό Επίπεδο	N	Διάμεσος	Kruskal-Wallis H	p
<b>Συναισθηματικός Δεσμός</b>	Απόφοιτος γυμνασίου	8	2.70	5.537	0.136
	Απόφοιτος λυκείου	43	3.16		
	Κάτοχος πτυχίου τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	74	3.36		
	Κάτοχος μεταπτυχιακού/ διδακτορικού τίτλου	12	3.52		

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζεται ο έλεγχος Mann-Whitney, προκειμένου να αξιολογηθούν πιθανές διαφορές της κλίμακας συναισθηματικού δεσμού σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση των μητέρων. Αναλυτικότερα, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των έγγαμων και άγαμων ως προς τη σύνδεση τους με το νεογνό ( $z = -1.630$ ,  $p = 0.103$ ). Βρέθηκε, ότι οι γυναίκες και των δύο ομάδων είναι αρκετά συνδεδεμένες με το βρέφος τους.

**Πίνακας 4** Αξιολόγηση της κλίμακας συναισθηματικού δεσμού σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

	<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>	<b>N</b>	<b>Διάμεσος</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
<b>Συναισθηματικός Δεσμός</b>	Έγγαμη	121	3.32	-1.630	0.103
	Άγαμη	16	2.98		

Στη συνέχεια, εξετάστηκε κατά πόσο η κλίμακα του συναισθητικού δεσμού διαφέρει σύμφωνα με το επάγγελμα της μητέρας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal-Wallis που εφαρμόστηκε, δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στο δεσμό μητέρας-νεογνού καθώς βρέθηκε ότι ανεξαρτήτως επαγγέλματος οι μητέρες δήλωσαν πως είναι αρκετά συνδεδεμένες με το βρέφος (Kruskal Wallis = 4.409,  $p = 0.353$ ). Οι άνεργες μητέρες βρέθηκε πως είχαν τη μικρότερη σύνδεση παρόλα αυτά λόγω του μικρού μεγέθους δείγματος δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις (Πίνακας 5).

**Πίνακας 5** Αξιολόγηση της κλίμακας συναισθηματικού δεσμού σε σχέση με το επάγγελμα

	<b>Επάγγελμα</b>	<b>N</b>	<b>Διάμεσος</b>	<b>Kruskal-Wallis H</b>	<b>p</b>
<b>Συναισθηματικός Δεσμός</b>	Δημόσιος Υπάλληλος	19	3.04	4.409	0.353
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	75	3.36		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	15	3.32		
	Οικιακά	22	3.26		
	Ανεργος	6	2.66		

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζεται ο έλεγχος Mann-Whitney, με σκοπό να διερευνηθεί κατά πόσο η προετοιμασία που έχουν κάνει κάποιες μητέρες μέσω σεμιναρίων σχετίζεται με το επίπεδο του συναισθηματικού δεσμού μητέρας-νεογνού. Παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις της κλίμακας συναισθηματικού δεσμού ( $z = -2.628$ ,  $p = 0.009$ ), με τις μητέρες οι οποίες δεν είχαν παρακολουθήσει κάποιο σεμινάριο για νέους γονείς να έχουν υψηλότερο μέσο σκορ συναισθηματικού δεσμού, άρα και καλύτερη σχέση με το νεογνό τους συγκριτικά με τις μητέρες οι οποίες είχαν προετοιμαστεί.

**Πίνακας 6** Αξιολόγηση της κλίμακας συναισθηματικού δεσμού σε σχέση με το σεμινάριο προετοιμασίας

	<b>Σεμινάριο προετοιμασίας γονέων</b>	<b>N</b>	<b>Διάμεσος</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
<b>Συναισθηματικός Δεσμός</b>	Ναι	26	2.96	-2.628	<b>0.009</b>
	Όχι	111	3.32		

Επιπλέον, εξετάστηκε εάν η νοσηλεία κατά τη διάρκεια της κύησης επηρεάζει την κλίμακα του συναισθηματικού δεσμού. Στον Πίνακα 7 παρουσιάζεται ο έλεγχος Mann-Whitney και πιο συγκεκριμένα βρέθηκε πως δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές είτε οι μητέρες είχαν νοσηλευτεί είτε όχι, καθώς παρατηρείται δυνατός δεσμός και στις δύο ομάδες ( $z = -0.424$ ,  $p = 0.672$ ).

**Πίνακας 7** Αξιολόγηση της κλίμακας συναισθηματικού δεσμού σε σχέση με τη νοσηλεία

	<b>Νοσηλεία κατά την κύηση</b>	<b>N</b>	<b>Διάμεσος</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
<b>Συναισθηματικός Δεσμός</b>	Ναι	11	3.08	-0.424	0.672
	Όχι	126	3.30		

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal-Wallis που πραγματοποιήθηκε με σκοπό να βρεθεί εάν τα επίπεδα του συναισθηματικού δεσμού διαφέρουν ανάλογα με το είδος του τοκετού, δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στο δεσμό μητέρας-νεογνού καθώς βρέθηκε ότι ανεξαρτήτως τοκετού, οι μητέρες δήλωσαν πως είναι αρκετά συνδεδεμένες με το βρέφος ( $F = 0.786$ ,  $p = 0.458$ ) (Πίνακας 8)

**Πίνακας 8** Αξιολόγηση της κλίμακας συναισθηματικού δεσμού σε σχέση με το είδος τοκετού

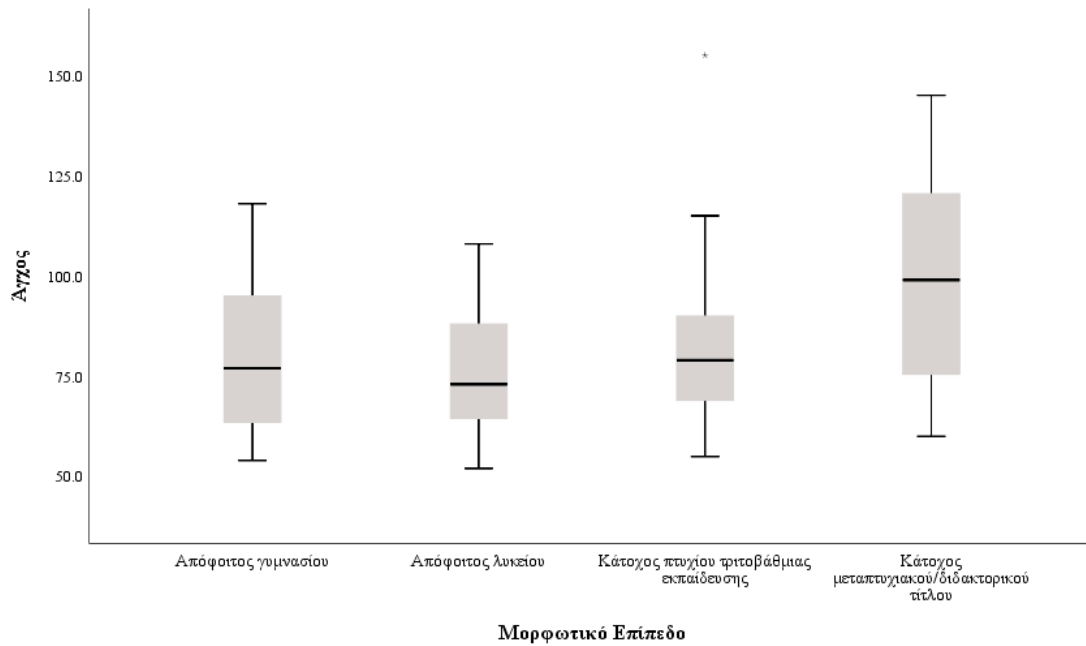
	<b>Είδος τοκετού</b>	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>F-statistic</b>	<b>p</b>
<b>Συναισθηματικός Δεσμός</b>	Φυσιολογικός Τοκετός	67	3.16	0.54	0.786	0.458
	Αναρροφητικός εμβρυολκός	7	3.26	0.47		
	Καισαρική Τομή	63	3.28	0.53		

Στη συνέχεια, εξετάστηκε αν η κλίμακα του μεταγεννητικού άγχους διαφοροποιείται μεταξύ των επιπέδων μόρφωσης. Το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να σχετίζεται με την

ύπαρξη μεταγεννητικού άγχους, καθώς παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στις διαμέσους του σκορ άγχους ανά επίπεδο μόρφωσης (Kruskal Wallis = 10.213,  $p = 0.017$ ). Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι οι μητέρες κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου (Διάμεσος = 99.00) έχουν μεγαλύτερο άγχος συγκριτικά με τις μητέρες που έχουν αποφοιτήσει από το λύκειο (Διάμεσος = 73.00). Στις γυναίκες κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος έχουν μεγαλύτερη διάμεσο στο σκορ του άγχους σε σχέση με τις υπόλοιπες συμμετέχουσες (Πίνακας 9).

**Πίνακας 9** Αξιολόγηση της κλίμακας μεταγεννητικού άγχους σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο

Μορφωτικό Επίπεδο		N	Διάμεσος	Kruskal -Wallis H	p
<b>Μεταγεννητικό άγχος</b>	Απόφοιτος γυμνασίου	8	77.00	10.213	<b>0.017</b>
	Απόφοιτος λυκείου	4	73.00		
	Κάτοχος πτυχίου	7	79.00		
	τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	4			
	Κάτοχος μεταπτυχιακού/διδακτορικού τίτλου	1	99.00		
	2				



**Γράφημα 7:** Θηκόγραμμα μέσου άγχους ανά εκπαιδευτικό επίπεδο

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, εξετάστηκε κατά πόσο το μεταγεννητικό άγχος διαφοροποιείται μεταξύ των έγγαμων και άγαμων μητέρων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου Mann-Whitney, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο άγχος που βιώνουν οι έγγαμες και άγαμες μητέρες ( $z = -0.144$ ,  $p = 0.885$ ) (Πίνακα 10).

**Πίνακας 10** Αξιολόγηση της κλίμακας μεταγεννητικού άγχους σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

	Οικογενειακή Κατάσταση	N	Διάμεσος	Z	p
<b>Μεταγεννητικό άγχος</b>	Έγγαμη	121	78.00	-0.144	0.885
	Άγαμη	16	74.50		

Στη συνέχεια, εξετάστηκε κατά πόσο η κλίμακα του μεταγεννητικού άγχους διαφέρει σύμφωνα με το επάγγελμα της μητέρας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal-Wallis, δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις καθώς ανεξαρτήτως επαγγέλματος οι μητέρες είχαν παρόμοιο μεταγεννητικό άγχος (Kruskal Wallis = 7.887,  $p = 0.096$ ) (Πίνακας 11).



**Πίνακας 11** Αξιολόγηση της κλίμακας μεταγεννητικού άγχους σε σχέση με το επάγγελμα

	<b>Επάγγελμα</b>	<b>N</b>	<b>Διάμεσος</b>	<b>Kruskal-Wallis H</b>	<b>p</b>
<b>Μεταγεννητικό άγχος</b>	Δημόσιος Υπάλληλος	19	88.00	7.887	0.096
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	75	79.00		
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	15	69.00		
	Οικιακά	22	72.50		
	Άνεργος	6	77.00		

Στον Πίνακα 12 παρουσιάζεται ο έλεγχος Mann-Whitney, με σκοπό να διερευνηθεί κατά πόσο η προετοιμασία που έχουν κάνει οι μητέρες σχετίζεται με τα επίπεδα του μεταγεννητικού άγχους. Οι μητέρες οι οποίες δεν είχαν παρακολουθήσει κάποιο σεμινάριο για νέους γονείς είχαν υψηλότερο άγχος, χωρίς ωστόσο αυτή η διαφορά να βρέθηκε στατιστικά σημαντική ( $z = -1.672$ ,  $p = 0.095$ ).

**Πίνακας 12** Αξιολόγηση της κλίμακας μεταγεννητικού άγχους σε σχέση με το σεμινάριο προετοιμασίας

	<b>Σεμινάριο προετοιμασίας γονέων</b>	<b>N</b>	<b>Διάμεσος</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
<b>Μεταγεννητικό άγχος</b>	Ναι	26	71.00	-1.672	0.095
	Όχι	111	81.00		

Παρόμοια ευρήματα βρέθηκαν και για τη νοσηλεία κατά τη διάρκεια της κύησης, καθώς δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο άγχος σε σχέση με τη νοσηλεία ( $z = -0.606$ ,  $p = 0.544$ ) (Πίνακας 13).

**Πίνακας 13** Αξιολόγηση της κλίμακας μεταγεννητικού άγχους σε σχέση με τη νοσηλεία

	<b>Νοσηλεία κατά την κύηση</b>	<b>N</b>	<b>Διάμεσος</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
--	--------------------------------	----------	-----------------	----------	----------

<b>Μεταγεννητικό άγχος</b>	Ναι	11	73.00	-0.606	0.544
	Όχι	126	77.50		

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου Kruskal-Wallis που πραγματοποιήθηκε με σκοπό να βρεθεί εάν τα επίπεδα του μεταγεννητικού άγχους διαφέρουν ανάλογα με το είδος του τοκετού, δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στα επίπεδα άγχους σύμφωνα με το είδος τοκετού (Kruskal-Wallis = 1.170,  $p = 0.557$ ) (Πίνακας 14).

**Πίνακας 14** Αξιολόγηση της κλίμακας μεταγεννητικού άγχους σε σχέση με το είδος τοκετού

	<b>Είδος τοκετού</b>	<b>N</b>	<b>Διάμεσος</b>	<b>Kruskal-Wallis H</b>	<b>p</b>
<b>Μεταγεννητικό άγχος</b>	Φυσιολογικός Τοκετός	67	75.00	1.170	0.557
	Αναρροφητικός εμβρυουλκός	7	82.00		
	Καισαρική Τομή	63	81.00		

Η διερεύνηση των πιθανών γραμμικών συσχετίσεων μεταξύ του συναισθηματικού δεσμού και του μεταγεννητικού άγχους με την ηλικία, την ηλικία κύησης και τον αριθμό των προηγούμενων τοκετών, καθώς και μεταξύ των δύο κλιμάκων έγινε μέσω του συντελεστή συσχέτισης Spearman. Παρατηρήθηκε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση του συναισθηματικού δεσμού με την ηλικία, την ηλικία κύησης, τον αριθμό προηγούμενων τοκετών και το μεταγεννητικό άγχος. Επιπλέον, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση του μεταγεννητικού άγχους με την ηλικία κύησης και τον αριθμό προηγούμενων τοκετών. Αντίθετα, παρατηρήθηκε ότι το μεταγεννητικό άγχος σχετίζεται θετικά με την ηλικία ( $r = 0.210$ ,  $p = 0.014$ ), υποδηλώνοντας πως όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία της μητέρας τόσο πιο έντονο άγχος βιώνει. Τέλος, βρέθηκε πως ο αριθμός προηγούμενων τοκετών σχετίζεται με την ηλικία των γυναικών ( $r = 0.380$ ,  $p < 0.001$ ), υποδηλώνοντας πως όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία της μητέρας τόσο περισσότερους τοκετούς έχει κάνει (Πίνακας 15).

**Πίνακας 15** Αξιολόγηση της κλίμακας συναισθηματικού δεσμού και μεταγεννητικού άγχους σε σχέση με την ηλικία, την ηλικία κύησης και τον αριθμό προηγούμενων τοκετών

		Ηλικία	Ηλικία Κύησης	Προηγούμενοι Τοκετοί	Συναισθηματικός Δεσμός	Μεταγεννητικός Άγχος
Ηλικία	Spearman συντελεστής συσχέτισης	1.000				
	ρ					
Ηλικία Κύησης	Spearman συντελεστής συσχέτισης	0.006	1.000			
	ρ	0.948				
Προηγούμενοι Τοκετοί	Spearman συντελεστής συσχέτισης	0.380**	-0.045	1.000		
	ρ	0.000	0.604			
Συναισθηματικός Δεσμός	Spearman συντελεστής συσχέτισης	0.018	-0.102	-0.078	1.000	
	ρ	0.836	0.237	0.364		
Μεταγεννητικός Άγχος	Spearman συντελεστής συσχέτισης	<b>0.210*</b>	-0.050	0.104	0.004	1.000
	ρ	0.014	0.565	0.225	0.960	

\* $p < 0.05$

Ως προς το βασικό ερευνητικό ερώτημα, για την μελέτη της επίδρασης του μεταγεννητικού άγχους στον χαρακτηρισμό του δεσμού μητέρας-νεογνού, αρχικά εφαρμόστηκαν μονοπαραγοντικά γραμμικά μοντέλα παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το μέσο σκορ του δεσμού και με επεξηγηματικές μεταβλητές μια σειρά παραγόντων με κύρια εξ αυτών το μέσο σκορ του άγχους. Από τον

Πίνακας 16, παρατηρήσαμε ότι το επίπεδο μόρφωσης, η παρακολούθηση σεμιναρίου καθώς και ο τρόπος θηλασμού την τελευταία μέρα στο μαιευτήριο επιδρούν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό στην διαμόρφωση του μέσου σκορ για τον δεσμό μητέρας νεογνού ( $p < 0.05$ ). Αντίθετα η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το επάγγελμα, η ηλικία κύησης, ο αριθμός προηγούμενων τοκετών, η νοσηλεία κατά την κύηση, ο τύπος τοκετού, ο τρόπος θηλασμού την 1<sup>η</sup> ημέρα και το μέσο σκορ μεταγεννητικού άγχους δεν φαίνεται να επιδρούν στην υπό μελέτη μεταβλητή. Περαιτέρω διερεύνηση της μεταβλητότητας του συναισθηματικού δεσμού πραγματοποιήθηκε μέσω πολλαπλού μοντέλου παλινδρόμησης, χρησιμοποιώντας ως ανεξάρτητες μεταβλητές τις μεταβλητές που βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές στην μονοπαραγοντική ανάλυση. Προστέθηκε, επιπλέον, ως ανεξάρτητη μεταβλητή το μεταγεννητικό άγχος ως βασική μεταβλητή ενδιαφέροντος.

**Πίνακας 16** Σημαντικότητα μονοπαραγοντικών μοντέλων με εξαρτημένη μεταβλητή τον δεσμό μητέρας νεογνού

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Συντελεστής (β)	p	F (1, 135)	η <sup>2</sup>
Ηλικία	0.001	0.867	0.028	0.001
Μορφωτικό επίπεδο	0.150	<b>0.016</b>	5.903	0.049
Οικογενειακή κατάσταση	-0.201	0.152	2.072	0.015
Επάγγελμα	-0.033	0.303	1.067	0.042
Ηλικία κύησης	-0.036	0.213	1.567	0.011
Αριθμός προηγούμενων τοκετών	-0.031	0.549	0.362	0.003
Σεμινάρια προετοιμασίας γονέων	0.243	<b>0.034</b>	4.600	0.033
Νοσηλεία κατά την κύηση	0.022	0.895	0.017	0.001
Είδος Τοκετού	0.058	0.215	1.549	0.012
Θηλασμός την 1η ημέρα	-0.048	0.358	0.581	0.007
Θηλασμός την τελευταία ημέρα στο μαιευτήριο	-0.098	<b>0.045</b>	4.084	0.030
Μέσο σκορ άγχους	0.001	0.998	0.001	0.001

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το συναισθηματικό δεσμό μητέρας-νεογνού, ο συνολικός έλεγχος για το συγκεκριμένο μοντέλο ήταν στατιστικά σημαντικός [ $F(7, 137) = 2.148$ ,  $p = 0.043$ ]. Το  $R^2$  βρέθηκε ίσο με 0.10, συνεπώς οι ανεξάρτητες μεταβλητές εξηγούν το 10% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τα ευρήματα του μοντέλου, βρέθηκε πως όσες γυναίκες παρακολούθησαν σεμινάρια

προετοιμασίας γονέων είχαν μειωμένο σκορ συναισθηματικού δεσμού κατά 0.2 μονάδες περίπου συγκριτικά με εκείνες που δεν είχαν ανάλογη προετοιμασία ( $\beta = -0.269$ ,  $p = 0.025$ ). Το μορφωτικό επίπεδο και το μεταγεννητικό άγχος δε βρέθηκαν να συσχετίζονται με το συναισθηματικό δεσμό (Πίνακας 17).

**Πίνακας 17** Πολυπαραγοντικό μοντέλο με εξαρτημένη μεταβλητή τον δεσμό μητέρας νεογνού

Παράγοντες	Συντελεστής ( $\beta$ )	95% CI <sup>1</sup>	p
Μορφωτικό επίπεδο			
Απόφοιτος γυμνάσιου	-0.439	-0.918, 0.039	0.071
Απόφοιτος λυκείου	-0.190	-0.545, 0.164	0.290
Κάτοχος πτυχίου τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	-0.002	-0.334, 0.330	0.990
Κάτοχος μεταπτυχιακού/διδακτορικού τίτλου	—	—	
Σεμινάρια προετοιμασίας γονέων			
Ναι	-0.269	-0.504,- 0.034	<b>0.025</b>
Όχι	—	—	
Μέσο σκορ μεταγεννητικού άγχους	-0.001	-0.006, 0.003	0.532

<sup>1</sup>CI = Confidence Interval

### Έλεγχοι κανονικότητας

Αρχικά, ελέγχθηκε εάν η κλίμακα του συναισθηματικού δεσμού ακολουθεί την κανονική κατανομή σε κάθε κατηγορία των ανεξάρτητων μεταβλητών (σεμινάριο προετοιμασίας γονέων, νοσηλεία κατά την κύηση, είδος τοκετού, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση και επάγγελμα), καθώς η στατιστική συμπερασματολογία καθορίζεται από την ισχύ ή όχι της συγκεκριμένης υπόθεσης. Η αξιολόγηση της υπόθεσης κανονικότητας των μεταβλητών έγινε με τη χρήση των ελέγχων Kolmogorov – Smirnov (για δείγματα άνω των 30 πειραματικών μονάδων) και Shapiro – Wilk (για δείγματα κάτω των 30 πειραματικών μονάδων). Από τον Πίνακα 1, παρατηρείται ότι ο

συναισθηματικός δεσμός ακολουθεί την κανονική κατανομή σε κάθε κατηγορία του είδους τοκετού ( $p > 0.05$ ), με αποτέλεσμα να προβούμε σε παραμετρικούς στατιστικούς ελέγχους για την αξιολόγηση της συσχέτισης τους. Επιπλέον, ο συναισθηματικός δεσμός για τις κατηγορίες των υπολοίπων ανεξάρτητων μεταβλητών δεν ακολουθεί σε όλες τις κατηγορίες την κανονική κατανομή ( $p < 0.05$ ), με αποτέλεσμα να προβούμε σε μη παραμετρικούς στατιστικούς ελέγχους για την αξιολόγηση της συσχέτισης τους.

**Πίνακας 1** Αποτελέσματα ελέγχου κανονικότητας για το συναισθηματικό δεσμό με τις μεταβλητές ενδιαφέροντος

		<b>Tests of Normality</b>		
		<b>Kolmogorov-Smirnov/ Shapiro-Wilk</b>		
		<b>Statistic</b>	<b>df</b>	<b>P-value</b>
<b>Σεμινάριο προετοιμασίας γονέων</b>				
<b>Συναισθηματικός Δεσμός</b>	Ναι	0.941	26	0.140
	Όχι	0.094	111	0.017
<b>Νοσηλεία κατά την κύηση</b>				
<b>Συναισθηματικός Δεσμός</b>	Ναι	0.902	11	0.195
	Όχι	0.084	126	0.030
<b>Είδος Τοκετού</b>				
<b>Συναισθηματικός Δεσμός</b>	Φυσιολογικός Τοκετός	0.072	67	0.200
	Αναρροφητικός εμβρυουλκός	0.903	7	0.350
	Καισαρική Τομή	0.101	63	0.174
<b>Μορφωτικό Επίπεδο</b>				
<b>Συναισθηματικός Δεσμός</b>	Απόφοιτος γυμνασίου	0.943	8	0.637

	Απόφοιτος λυκείου	0.092	43	0.200
	Κάτοχος πτυχίου τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	0.115	74	0.016
	Κάτοχος μεταπτυχιακού/διδακτορικού τίτλου	0.896	12	0.139
	<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>			
<b>Συναισθηματικός Δεσμός</b>	Έγγαμη	0.087	121	0.025
	Άγαμη	0.950	16	0.488
	<b>Επάγγελμα</b>			
<b>Συναισθηματικός Δεσμός</b>	Δημόσιος Υπάλληλος	0.833	19	0.004
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	0.101	75	0.057
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	0.941	15	0.389
	Οικιακά	0.933	22	0.140
	Άνεργος	0.968	6	0.877

Στη συνέχεια, ελέγχθηκε εάν η ηλικία, η ηλικία κύησης, ο αριθμός προηγούμενων τοκετών, ο συναισθηματικός δεσμός και το μεταγεννητικό άγχος ακολουθούν την κανονική κατανομή. Η αξιολόγηση της υπόθεσης κανονικότητας των μεταβλητών έγινε με τη χρήση του ελέγχου Kolmogorov - Smirnov, ένας έλεγχος κατάλληλος για δείγματα με μέγεθος μεγαλύτερο των 30 πειραματικών μονάδων. Από τον Πίνακα 2, παρατηρείται ότι καμία μεταβλητή δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή ( $p < 0.05$ ), με αποτέλεσμα να προβούμε σε μη παραμετρικούς στατιστικούς ελέγχους για την αξιολόγηση της συσχέτισης τους.

**Πίνακας 2** Αποτελέσματα ελέγχου κανονικότητας για το συναισθηματικό δεσμό, το μεταγεννητικό άγχος, την ηλικία, την ηλικία κύησης και τον αριθμό των προηγούμενων τοκετών

<b>Tests of Normality</b>			
<b>Kolmogorov-Smirnov</b>			
	<b>Statistic</b>	<b>df</b>	<b>p</b>
Ηλικία	0.089	137	0.010
Ηλικία Κύησης (σε εβδομάδες)	0.173	137	<0.001
Προηγούμενοι Τοκετοί	0.290	137	<0.001
Συναισθηματικός Δεσμός	0.079	137	0.036
Μεταγεννητικό άγχος	0.102	137	0.001

Ελέγχθηκε, ακόμη, εάν η κλίμακα του μεταγεννητικού άγχους ακολουθεί την κανονική κατανομή σε κάθε κατηγορία των ανεξάρτητων μεταβλητών (σεμινάριο προετοιμασίας γονέων, νοσηλεία κατά την κύηση, είδος τοκετού, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση και επάγγελμα). Η αξιολόγηση της υπόθεσης κανονικότητας των μεταβλητών έγινε με τη χρήση των ελέγχων Kolmogorov – Smirnov και Shapiro – Wilk. Από τον Πίνακα 3, το μεταγεννητικό άγχος για τις κατηγορίες των ανεξάρτητων μεταβλητών δεν ακολουθεί σε όλες τις κατηγορίες την κανονική κατανομή ( $p < 0.05$ ), με αποτέλεσμα να προβούμε σε μη παραμετρικούς στατιστικούς ελέγχους για την αξιολόγηση της συσχέτισης τους.



**Πίνακας 3** Αποτελέσματα ελέγχου κανονικότητας για το μεταγεννητικό άγχος με τις μεταβλητές ενδιαφέροντος

		<b>Tests of Normality</b>		
		<b>Kolmogorov-Smirnov/ Shapiro-Wilk</b>		
		<b>Statistic</b>	<b>df</b>	<b>p</b>
<b>Σεμινάριο προετοιμασίας γονέων</b>				
<b>Μεταγεννητικό άγχος</b>	Ναι	0.905	26	0.020
	Όχι	0.109	111	0.003
<b>Νοσηλεία κατά την κύηση</b>				
<b>Μεταγεννητικό άγχος</b>	Ναι	0.864	11	0.065
	Όχι	0.105	126	0.002
<b>Είδος Τοκετού</b>				
<b>Μεταγεννητικό άγχος</b>	Φυσιολογικός Τοκετός	0.144	67	0.002
	Αναρροφητικός εμβρυουλκός (βεντούζα)	0.970	7	0.899
	Καισαρική Τομή	0.121	63	0.022
<b>Μορφωτικό Επίπεδο</b>				
<b>Μεταγεννητικό άγχος</b>	Απόφοιτος γυμνασίου	0.952	8	0.728
	Απόφοιτος λυκείου	0.119	43	0.136
	Κάτοχος πτυχίου τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	0.120	74	0.011
	Κάτοχος μεταπτυχιακού/διδακτορικού τίτλου	0.936	12	0.451

		<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>		
<b>Μεταγεννητικό άγχος</b>	Έγγαμη	0.102	121	0.004
	Άγαμη	0.935	16	0.290
		<b>Επάγγελμα</b>		
<b>Μεταγεννητικό άγχος</b>	Δημόσιος Υπάλληλος	0.938	19	0.247
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	0.131	75	0.003
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	0.751	15	0.001
	Οικιακά	0.949	22	0.297
	Άνεργος	0.874	6	0.241

**Πίνακας 4** Αποτελέσματα ελέγχου κανονικότητας για το μεταγεννητικό άγχος και το συναισθηματικό δεσμό σε σχέση με την ηλικία κύησης

		<b>Tests of Normality</b>		
		<b>Kolmogorov-Smirnov/ Shapiro-Wilk</b>		
	<b>Ηλικία Κύησης</b>	<b>Statistic</b>	<b>df</b>	<b>p-value</b>
Δεσμός	Πρόωρη	0.908	23	0.037
	Φυσιολογική	0.075	114	0.158
Άγχος	Πρόωρη	0.814	23	0.001
	Φυσιολογική	0.108	114	0.002

Εξετάστηκε αν η κλίμακα του μεταγεννητικού άγχους διαφοροποιείται μεταξύ των γυναικών με πρόωρη ή φυσιολογική κύηση. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις των επιπέδων μεταγεννητικού άγχους ( $z = -0.573$ ,  $p = 0.566$ ), με τις μητέρες, ανεξαρτήτως εάν είχαν πρόωρη ή φυσιολογική κύηση, να εκδηλώνουν παρόμοια επίπεδα άγχους (Πίνακας 5).

**Πίνακας 5** Αξιολόγηση της κλίμακας μεταγεννητικού άγχους σε σχέση με την ηλικία κύησης

Ηλικία Κύησης		N	Διάμεσος	Z	p
<b>Μεταγεννητικό άγχος</b>	Πρόωρη	23	81.00	-0.573	0.566
	Φυσιολογική	114	77.00		

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζεται ο έλεγχος Mann-Whitney, με σκοπό να διερευνηθεί κατά πόσο η ηλικία κύησης σχετίζεται με το επίπεδο του συναισθηματικού δεσμού μητέρας-νεογνού. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις της κλίμακας συναισθηματικού δεσμού ( $z = -0.156$ ,  $p = 0.876$ ), με τις μητέρες, ανεξαρτήτως εάν είχαν πρόωρη ή φυσιολογική κύηση, να δηλώνουν αρκετά συνδεδεμένες με το βρέφος.

**Πίνακας 6** Αξιολόγηση της κλίμακας συναισθηματικού άγχους σε σχέση με την ηλικία κύησης

Ηλικία Κύησης		N	Διάμεσος	Z	p
<b>Συναισθηματικός δεσμός</b>	Πρόωρη	23	3.32	-0.156	0.876
	Φυσιολογική	114	3.20		

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>0</sup>

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ -ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα μας η μέση ηλικία των μητέρων ήταν στα 33 έτη και η μέση ηλικία εβδομάδας κύησης ήταν οι 38 εβδομάδες. Στην πλειονότητα τους οι μητέρες σε ποσοστό 54 % είχαν πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, ήταν έγγαμες σε ποσοστό 88,3% εργάζονταν ως ιδιωτικοί υπάλληλοι κατά 54,7% ενώ άνεργες ήταν σε ποσοστό 4,4 %. 67 μητέρες σε αριθμό είχαν προβεί σε καισαρική τομή και 63 αντίστοιχα σε φυσιολογικό τοκετό. Σεμινάριο προετοιμασίας γονεϊκότητας είχε παρακολουθήσει το 19 % των μητέρων, ενώ το 81% δεν είχε παρακολουθήσει μαθήματα προετοιμασίας γονεϊκότητας. Μια σειρά από μελέτες έχουν επισημάνει την ανάγκη για βελτίωση των προγεννητικών μαθημάτων (Deave et al. 2008) (Billingham, 2011) (Ahldén et al. 2012) (Gilmer et al. 2016) (Entsieh et al. 2016). Όσον αφορά τον μητρικό θηλασμό την πρώτη ημέρα στο μαιευτήριο σε ποσοστό 57,7% δήλωσε ότι πραγματοποιούσε αποκλειστικό μητρικό θηλασμό ενώ το 14,6% δήλωσε ότι ακολουθεί τεχνητή διατροφή και το 27,7% μεικτή διατροφή. Σε σχέση με την τελευταία ημέρα στο μαιευτήριο το 33,6 % αναφέρει ότι συνεχίζει τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό ενώ το 10,9 % ακολουθεί τεχνητή διατροφή και ένα 43,8 % μεικτή διατροφή.

Το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να επηρεάζει την εμφάνιση μεταγεννητικού άγχους καθώς παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στις διαμέσους του μέσου σκορ άγχους ανά μορφωτικό επίπεδο ( $p=0.017$ ). Στην βιβλιογραφία τα συμπεράσματα είναι αντικρουόμενα, όσον αφορά το επίπεδο μόρφωσης και κατά πόσο αυτό επηρεάζει το δεσμό μητέρας και νεογνού. Σε ορισμένες μελέτες φαίνεται η μόρφωση να μην επηρεάζει την προσκόλληση μητέρας και νεογνού (Akkoca, 2009) (Örün et al. 2013). Σε αντίθεση με άλλες μελέτες που αναφέρουν να αυξάνεται η προσκόλληση και το μεταγεννητικό άγχος αντίστοιχα όταν έχουμε ανώτερο μορφωτικό επίπεδο (Dubber et al. 2015).

Ένα από τα πιο σημαντικά σημεία της μελέτης είναι αν υπάρχει αξιοπιστία και αν κρίνεται αποδεκτή. Στη μελέτη μας η κλίμακα του συναισθηματικού δεσμού παρουσιάζει συντελεστή αξιοπιστίας alpha 0.843 και η κλίμακα μεταγεννητικού άγχους παρουσιάζει αντίστοιχα συντελεστή αξιοπιστίας 0.929. Στη μελέτη μας η αξιοπιστία είναι αποδεκτή και υψηλή. Σύμφωνα με τον Brockington οι διαταραχές ως

προς τον δεσμό μητέρας και νεογνού δεν σχετίζονται πάντα με την εμφάνιση της κατάθλιψης. Στην μελέτη μας δεν παρατηρείται να σχετίζονται. Σύμφωνα με άλλες μελέτες συναισθήματα άγχους που οδηγούν σε προβλήματα του δεσμού μητέρας και νεογνού παρατηρείται κυρίως σε πρωτότοκες μητέρες επειδή αντιμετωπίζουν σύγχυση με το νέο τους ρόλο.

Η οικογενειακή κατάσταση και το κοινωνικό περιβάλλον στην έρευνα μας δεν φαίνεται να σχετίζεται με το άγχος των λεχωϊδων. Σε παρόμοια μελέτη στην Ιαπωνία οι ιάπωνες μητέρες δείχνουν να επηρεάζονται από την κοινωνία η οποία εξιδανικεύει την έννοια της μητέρας και την έννοια της μητρότητας. Θεωρείται ότι η επιθυμία της γυναίκας για την μητρότητα θα πρέπει να ξεκινάει από μικρή ηλικία. Ο θυμός σε μια μητέρα λένε έρευνες ότι συνδέεται με την ανατροφή του παιδιού και μπορεί ο θυμός να οδηγήσει σε σοβαρή μορφή κατάθλιψης μετά τον τοκετό (Reck et al. 2004). Οι μητέρες οι οποίες περνούν αγχωτικές καταστάσεις μπορεί να οδηγηθούν σε δυσκολίες στον θηλασμό, σε αρνητικότητα και σε βαθμιαία κατάθλιψη πράγμα που στην δική μας έρευνα δεν συμβαίνει.

Στην ερευνάς μας παρατηρείται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση του συναισθηματικού δεσμού με την ηλικία της μητέρας, την ηλικία κύησης, τον αριθμό προηγούμενων τοκετών και το μεταγεννητικό άγχος. Παράλληλα, φάνηκε να μην υπάρχει σημαντική στατιστική σχέση του μεταγεννητικού άγχους με την ηλικία κύησης και τον αριθμό προηγούμενων τοκετών. Αντίθετα παρατηρείται ότι το μεταγεννητικό άγχος σχετίζεται θετικά με την ηλικία της μητέρας υποδηλώνοντας ότι όσο μεγαλύτερη σε ηλικία είναι μια μητέρα τόσο πιο έντονο άγχος βιώνει. Αυτό το συμπέρασμα συνηγορεί και με την βιβλιογραφία που αποδεικνύει ότι το επίπεδο προσκόλλησης μητέρας και νεογνού μειώνεται όσο αυξάνεται η ηλικία της μητέρας. (Yilmaz, Kizilkaya 2010). Επίσης σε άλλη έρευνα αναφέρεται να υπάρχει ισχυρή σχέση της ηλικίας της μητέρας και της ποιότητας προσκόλλησης (Hart, McMahon 2006).

Όσον αφορά τον μητρικό θηλασμό στην έρευνα μας, ο μητρικός θηλασμός την τελευταία ημέρα στο μαιευτήριο φάνηκε να επιδρά σε στατιστικά σημαντικό βαθμό στην διαμόρφωση του μέσου σκορ για τον δεσμό μητέρας και νεογνού, καθώς βρέθηκε ότι οι γυναίκες που θήλαζαν αποκλειστικά είχαν υψηλότερο σκορ συναισθηματικού δεσμού. Η απόφαση συνέχισης ή μη του μητρικού θηλασμού πρέπει να σταθμίζεται καλά από τις μητέρες. Η Αμερικάνικη Ακαδημία Παιδιατρικής, καθώς και ο

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συνιστούν αποκλειστικά το μητρικό γάλα του πρώτους έξι μήνες ζωής του νεογνού και επαρκή υποκατάστατα μόνο στα νεογνά που δεν μπορούν να θηλάσουν. Ο μητρικός θηλασμός διευκολύνει την προσκόλληση και το δεσμό μητέρας και νεογνού (Gartner et al. 2005) (Goldman et al. 2007).

Τέλος, στην έρευνα μας παρουσιάζεται ο αριθμός των προηγούμενων τοκετών να μην επηρεάζει τον συναισθηματικό δεσμό μητέρας και νεογνού όπως και την μεταγεννητική ανησυχία γεγονός που αναφέρεται και σ' άλλες έρευνες όπως στην έρευνα Muscat et al. το 2012 σύμφωνα με την οποία οι γυναίκες, οι οποίες είχαν παραπάνω από ένα παιδί δεν προστατεύονταν από την μεταγεννητική ανησυχία και τα αρχέγονα συμπτώματα της κατάθλιψης. Συμπερασματικά θα μπορούσαν να αναπτύξουν μεταγεννητική ανησυχία ή να επηρεαστεί ο δεσμός με το παιδί τους ανεξάρτητα της προηγούμενης εμπειρίας τους ή όχι.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Τσιαντής Γιάννης, Δραγώνα Θάλεια. *Ψυχαναλυτική Βιβλιοθήκη για το παιδί και τον έφηβο. Μωρά και Μητέρες. Ψυχοκοινωνική Ανάπτυξη και Υγεία στα δύο πρώτα χρόνια ζωής*. Εκδόσεις Καστανιώτη 1999.
- Headey. B. and Wearing. A. (1989). *Personality, life events, and subjective well-being: Toward a dynamic equilibrium model*. Journal of Personality and Social Psychology, 57(4), 731.
- Becker. G. S. (1991). *A treatise on the family (enlarged ed.)*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gatrell. C. J., Burnett. S. B., Cooper. C. L. and Sparrow. P. (2013). *Work-life balance and parenthood: A comparative review of definitions, equity and enrichment*. International Journal of management reviews, 15(3), 300–316.
- Greenhaus. J. H., Collins. K. M. and Shaw. J. D. (2003). *The relation between work–family balance and quality of life*. Journal of Vocational Behavior, 63(3), 510–531.
- Currie. J. and Eveline. J. (2011). *E-technology and work/life balance for academics with young children*. Higher Education, 62(4), 533–550.
- Nomaguchi. K. M. (2012). *Parenthood and psychological well-being: Clarifying the role of child age and parent-child relationship quality*. Social Science Research, 41(2), 489–498.
- Kravdal. (2014). *The estimation of fertility effects on happiness: Even more difficult than usually acknowledged*. European Journal of Population/Revue Européenne de Démographie, 30(3), 263–290.
- Bowlby. J. (1980). *Loss. Attachment and loss*, Vol. 3. Harmondsworth: Penguin.
- Carmona. EV, do Vale. IN, Ohara. C.V. and Abrão A.C. (2013). *Diagnóstico de enfermagem “conflito no desempenho do papel de mãe” em mães de recém-nascidos hospitalizados*. Rev Latino-Am Enfermagem. 21:1-8.
- Deixtra Leonard Lowdermilk, Shannon E. Perry, Kitty Cashion. *Maternity Nursing 8 th edition*. Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος 2010.
- Bowlby. J. (1977). *The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory*. Br J Psychiatry 130:201-210.

- Bicking. Kinsey. C. and Hupcey. J.E. (2013). *The state of the science of maternal-infant bonding: A principle-based concept analysis*. Midwifery. 29 (12):1314–1320. [PubMed: 23452661]
- Mercer. R. (2004). *Becoming a mother versus maternal role attainment*. Journal of Nursing Scholarship, 36 (3), 226-232.
- Spinner. M. R. (1978). *Maternal – Infant Bonding*. Can Fam Physician 24:1151-1153.
- Abuhammad. S., Khraisat. O., Joseph. R. and A.L. Khawaldeh. A. (2020). *Factors that predict infant temperament: Ajordanian study*. Journal of Pediatric Nursing, 51, e45-e49. (Pubmed)(Google Scholar).
- Ren. L. and Zhang. X. (2018). *Paternal parenting, child temperament and problem behaviour: An investigation among young Hong Kong children*. *Infant and Child Development*. 27 (2), e2065 10.1002/icd.2065 [[CrossRef](#)] [Google Scholar].
- Solmeyer. A. R. and Feinberg. M. E. (2011). *Mother and father adjustment during early parenthood: The roles of infant temperament and co-parenting relationship quality*. *Infant Behavior and Development*. 34(4), 504–514. 10.1016/j.infbeh.2011.07.006 [PMCFreearticle] [PubMed] [[CrossRef](#)] [Google Scholar].
- Ranson. E. and Urichuk. L.J. (2008). *The effect of parent - child relationships on child biopsychosocial outcomes: a review*. Early Child Dev Care 2: 129–52.
- Bolby. J. (1969). *Attachment and Loss*.Vol.1 Attachment. London: Hogarth Press.
- Cranley. M.S. (1981). *Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy*. Nursing Research. 30: 281-84.
- O'Keane. V. and Marsh. M.S. (2007). *Depression during pregnancy*. BMJ 334: 1003–5.
- Brockington. I. (2004). *Postpartum psychiatric disorders*. Lancet 363: 303–10.
- Kumar. R.C. (1997). *Anybody's child: Severe disorders of mother to infant bonding*. Br. J. Psychiatry. 171:17.
- Dubber. S., Reck. C., and Gawlik. S. (2015). *Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal–fetal bonding during pregnancy*. Arch. Women's Ment. Health.187–195.



- Kaitz. M., Lapidot. P., Bronner. R. and Eidelman. A.L. (1992). *Parturient women can recognize their infants by touch*. Dev Psychol.28:35–39.
- Goodman. J. (2005). *Becoming an involved father of an infant*. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing. 34 (2), 190-200.
- Deater-Deckard K., Scarr. S., McCartney. K. and Eisenberg. M. (1994). *Paternal separation anxiety: relationships with parenting stress, child-rearing attitudes, and maternal anxieties*. Psychol Sci.5:341–3.
- Kumar. R. (1982). *Neurotic disorders in childbearing women*, στο I.F. Brockington, R. Kumar (επιμ.) *Motherhood and Mental Illness*. London: Academic Press.
- Oakley. A. (1980). *Women Confined. Towards a Sociology of Childbirth*. Oxford University Press.
- Welburn. V. (1980). *Postnatal depression*. London: Fontana.
- O’ Hara. M.W. and Zekoski. E.M. (1988). *Postpartum depression: A comprehensive review*.
- Mercer. R. and Walker. L. (2006). *A review of nursing interventions to foster becoming a mother*. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 35 (5), 568-582.
- Ohara. M., Nakatochi. M., Okada. T., Aleksic. B., Nakamura. Y., Shiino. T., Yamauchi. A., Kubota. C., Morikawa. M., Murase. S., Goto. S., Kanai. A., Kato. R., Ando. M. and Ozaki N. (2018). *Impact of perceived rearing and social support on bonding failure and depression among mothers: a longitudinal study of pregnant women*. J. Psychiatr. Res. 105, 71–77.
- Harris. B. (1993). *A hormonal component to postnatal depression*. Br J Psychiatry.163:403-5.
- Robertson. E., Grace. S., Wallington. T. and Stewart. D.E. (2004). *Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature*. Gen Hosp Psychiatry.26:289–95. [PubMed: 15234824].
- Beck. C.T. and Gable. R.K. (2001). *Further validation of the Postpartum Depression Screening Scale*. Nurs Res.50:155–64 [PubMed: 11393637].
- Dennis. C.L. and McQueen. K. (2007). *Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes?* Acta Paediatr.96:590–4 [PubMed: 17391475].

- Goyal. D., Gay. C. and Lee. K. (2009). *Fragmented maternal sleep is more strongly correlated with depressive symptoms than infant temperament at three months postpartum*. Arch Women Mental Health.12 (4):229-237.
- Sit. D., Rothschild. A.J. and Wisner. K.L. (2006). *A review of postpartum psychosis*. J Women Health.15:352–68.
- Hanusa. B.H., Scholle. S.H., Haskett. R.F., Spadaro. K. and Wisner. K.L. (2008). *Screening for depression in the postpartum period: a comparison of three instruments*. J Women Health.17:585–96.
- Weir. K. and Beal. M. (2004). *Complementary therapies and adjuncts in the treatment of postpartum depression*. Journal of Midwifery, Women’s Health, 49(2), 96-104.
- Reulbach. U., Bleich. S. and Knörr. J. (2009). *Prä-, peri- und postpartale Depressivität*. FortschrNeurolPsychiatr.77:708–713.
- Reck. C. (2007). *Postpartale Depression: Mögliche Auswirkungen auf die frühe Mutter-Kind-Interaktion und Ansätze zur psychotherapeutischen Behandlung*. PraxKinderpsycholKinderpsychiatr. 56:234244.
- Bremner. J. D. (2005). *Effects of traumatic stress on brain structure and function: relevance to early responses to trauma*. J Trauma Dissociation.6:51–68.
- Weaver. I. C., Cervoni. N. and Champagne. F.A. (2004). *Epigenetic programming by maternal behavior*. Nat Neurosci. 7:847.
- Schmied. V., Langdon. R., Matthey. S., Kemp. L., Austin. M. P., and Johnson. M. (2016). *Antenatal psychosocial risk status and Australian women's use of primary care and specialist mental health services in the year after birth: A prospective study*. BMC Women's Health, 16, 69. <https://doi.org/10.1186/s12905-016-0344-0>.
- Bilszta. J., Erickken. J., Buist. A. and Milgrom. J. (2010). *Women's experience of postnatal depression – beliefs and attitudes as barriers to care*. Australian Journal of Advanced Nursing, 27(3), 44–45.
- Brockington. I.F., Fraser C. and Wilson D. (2006). *The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation*. Archives of Women's Mental Health volume 9, pages233–242.

- Fallon V., Halford., C. J. G., Bennet K. M. and Harrold J. A. (2018). *Postpartum-specific anxiety as a predictor of infant-feeding outcomes and perceptions of infant-feeding behaviours: new evidence for childbearing specific measures of mood*. Arch Womens Ment Health 21:181–191 DOI 10.1007/s00737-017-0775-0.
- Bayrampour. H., Hapsari. A. P. and Pavlovic. J. (2018). *Barriers to address ing perinatal mental health issues in midwifery settings*. Midwifery, 59, 47–58. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.020>
- Yılmaz., D.S. and Kızılkaya. B.N. (2010). *Levels of coping with stress, depression and prenatal attachment and affecting factors of pregnant women*. General Medical Journal; 20: 99-08.
- Hart. R. and McMahon. C.A. (2006). *Mood state and psychological adjustment to pregnancy*. Arch Womens Ment Health; 9:329–37.
- Gartner. L.M., Mortan. J., Lawrence. R.A., et al. (2005). *American Academy of Pediatrics Policy statement: breastfeeding and the use of human milk*. Pediatrics.; 115:496–506. [PubMed: 15687461].
- Goldman. A.S., Hopkinson. J.M. and Rassin. D.K. (2007). *Benefits and risks of breastfeeding*. Adv Pediatr.; 25:275–304. [PubMed: 17918475].
- Muscat. T., Thorpe. K., Obst. P. O (2012). *Disconfirmed expectations of infant behaviours and postnatal depressive symptoms among parents*. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 30(1): 51–61.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι εθελοντική και κατά την ανάλυση των αποτελεσμάτων θα τηρηθούν όλοι οι κανόνες της επιστημονικής έρευνας και της διατήρησης της ανωνυμίας των συμμετεχόντων. Σε περίπτωση αποριών παρακαλώ επικοινωνήστε στα email της ερευνήτριας [dsorolixronopoulou@hotmail.gr](mailto:dsorolixronopoulou@hotmail.gr). Σας ευχαριστούμε για το χρόνο σας.

### Μέρος Ι : Δημογραφικά Στοιχεία

1. Ηλικία :.....

2. Μορφωτικό Επίπεδο : (Σημειώστε με X το αντίστοιχο κουτάκι)

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ	
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ	
ΚΑΤΟΧΟΣ ΠΤΥΧΙΟΥ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	
ΚΑΤΟΧΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ/ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟΥ ΤΙΤΛΟΥ	
ΑΛΛΟ	

3. Οικογενειακή Κατάσταση :

- Έγγαμη
- Άγαμη
- Άλλο

4. Επάγγελμα:

- Δημόσιος Υπάλληλος
- Ιδιωτικός Υπάλληλος
- Ελεύθερος Επαγγελματίας

- Αγρότης
- Οικιακά
- Άνεργος
- Άλλο .....

## Μέρος II: Στοιχεία Παρούσας Κύησης

1. Ηλικία Κύησης: ..... (Σε εβδομάδες)
2. Προηγούμενοι Τοκετοί: ..... (Αριθμός)
3. Παρακολουθήσατε κάποιο σεμινάριο/μάθημα ψυχοπροφυλακτικής / προετοιμασίας γονέων? ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....
4. Νοσηλευτήκατε κατά τη διάρκεια της κύησης? ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

5. Είδος Τοκετού: (Σημειώστε με X στο αντίστοιχο κουτάκι)

<u>Φυσιολογικός Τοκετός</u>		<u>Αναρροφητικός εμβρυουλκός</u>	
		<u>(βεντούζα)</u>	
<u>Καισαρική Τομή</u>			

6. Θηλασμός την 1<sup>η</sup> ημέρα: Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός .... Τεχνητή Διατροφή.... Μεικτός μητρικός θηλασμός ....
7. Θηλασμός την τελευταία ημέρα στο μαιευτήριο: Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός .... Τεχνητή Διατροφή.... Μεικτός μητρικός θηλασμός...

*Σας Ευχαριστώ πολύ για τον χρόνο σας*

## ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

### **Ερωτηματολόγιο για την επίδραση της μεταγεννητικής ανησυχίας στην ανάπτυξη του συναισθηματικού δεσμού της μητέρας και του νεογνού**

Αγαπητή μητέρα, Το ερωτηματολόγιο αυτό δημιουργήθηκε με σκοπό να διερευνηθούν οι ανησυχίες και οι φόβοι των μητέρων και κατά πόσο επηρεάζουν τον δεσμό μητέρας και νεογνού. Οι απαντήσεις σας και οι απαντήσεις άλλων μητέρων θα χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση των ανησυχιών που βιώνεται κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο. Θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι η παρούσα έρευνα διεξάγεται στο πλαίσιο εκπόνησης της μεταπτυχιακής μου εργασίας στο Τμήμα Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αθήνας και οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν από εσάς θα είναι εμπιστευτικές και απόρρητες. Το ερωτηματολόγιο που σας ζητώ να συμπληρώσετε είναι ανώνυμο. Σας ευχαριστώ πολύ που συμμετέχετε στην παρούσα έρευνα μέσω της αποτύπωσης των απόψεων σας.

Η σπουδάστρια του Τμήματος Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αθήνας ,  
ΠΟΛΥΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΥ ΘΕΟΔΟΥΛΑ

## **ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ**

Η Ερευνήτρια Πολυχρονοπούλου Θεοδούλα, γνωστοποιεί στην υποψήφια συμμετέχουσα στο ερευνητικό πρωτόκολλο με τίτλο «Η επίδραση της μεταγεννητικής ανησυχίας στην ανάπτυξη του συναισθηματικού δεσμού λεχωϊδος και νεογνού» τα ακόλουθα:

1. Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η εκτίμηση του συναισθηματικού δεσμού της μητέρας με το νεογνό της και η αξιολόγηση της μεταγεννητικής ανησυχίας που προκύπτει. Το ερωτηματολόγιο θα χρησιμοποιηθεί σαν κύριο ερευνητικό εργαλείο και περιέχει ερωτήσεις ανοικτού και κλειστού τύπου. Κάθε συμμετέχουσα μητέρα πριν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα ενημερώνεται από την ερευνήτρια και θα συμπληρώνει ένα έντυπο συγκατάθεσης έτσι ώστε να προστατευτούν τα προσωπικά δεδομένα. Η έρευνα θα γίνει με την φυσική παρουσία της ερευνήτριας και θα διασφαλιστεί ένα ασφαλές περιβάλλον για την συμμετέχουσα. Κατά την ολοκλήρωση της ερευνητικής εργασίας η ερευνήτρια θα προχωρήσει στην ανωνυμοποίηση των προσωπικών δεδομένων που θα συλλεχθούν.

2. Η συμμετέχουσα ως προς την παροχή της συγκατάθεσης που ακολουθεί, έχει οποιαδήποτε στιγμή το δικαίωμα πρόσβασης στα απλά και ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα που επεξεργάζονται από τον Ερευνητή, εναντίωσης (προβολής αντιρρήσεων), περιορισμού της επεξεργασίας, δικαίωμα διόρθωσης, φορητότητας, διαγραφής των δεδομένων του καθώς και ανάκλησης της συγκατάθεσής του με σχετικά έγγραφη δήλωση στον Ερευνητή, εκτός εάν η τήρηση αυτή και επεξεργασία είναι κατά νόμο υποχρεωτική. Έχει επίσης δικαίωμα υποβολής καταγγελίας στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα σε περίπτωση παραβίασης των δεδομένων του.

3. Τα προσωπικά δεδομένα των συμμετεχόντων θα αποθηκευτούν για χρονικό διάστημα ενός έτους.

4. Τα απλά και ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα των συμμετεχόντων δεν θα διαβιβασθούν ή περιέλθουν σε γνώση τρίτων προσώπων.

5. Ο Ερευνητής επεξεργάζεται τα προσωπικά δεδομένα των συμμετεχόντων με βάση το άρ. 9 παρ. 2 ι' σε συνδυασμό με το άρ. 89 παρ. 1 ΓΚΠΔ.

6. Ο Ερευνητής λαμβάνει όλα τα κατάλληλα τεχνικά και οργανωτικά μέτρα, ώστε να διασφαλίζει ένα υψηλό επίπεδο προστασίας των δεδομένων.

7. Για οποιαδήποτε τυχόν πληροφορία ή την άσκηση οποιουδήποτε δικαιώματός της, η συμμετέχουσα μπορεί να επικοινωνεί με την Ερευνήτρια κ. Πολυχρονοπούλου Θεοδούλα ([6976267688/dorapolixronopoulou@hotmail.gr](mailto:6976267688@dorapolixronopoulou@hotmail.gr))

Η συμμετέχουσα ΔΗΛΩΝΩ ΟΤΙ:

ΝΑΙ ΟΧΙ 1) Ενημερώθηκα από τον Ερευνητή διεξοδικώς για τις λεπτομέρειες του ερευνητικού πρωτοκόλλου και την επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων

ΝΑΙ ΟΧΙ 2) Είχα το δικαίωμα να υποβάλλω πρόσθετες ερωτήσεις

ΝΑΙ ΟΧΙ 3) Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου στο ως άνω ερευνητικό

Δηλώνω ότι διάβασα με προσοχή την παρούσα Ενημέρωση και παρέχω τις ανωτέρω δηλώσεις.

Τόπος..... Ημερομηνία ....../..../2021

Υπογραφή



## ΕΓΚΡΙΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Dear Dora

Thanks for your email.

I am sharing the PSAS under a creative commons license so please state the following wording when using the questionnaire:

This questionnaire entitled PSAS is licensed by the creator, Vicky Fallon of the University of Liverpool and is licensed under the Creative Commons Attribution-Non Commercial-No Derivatives 4.0 International License (CC BY-NC-ND 4.0).

This means you can download the questionnaire and share it with others as long as they credit me, but you can't change it in any way (aside from the translation) or use it commercially. If you are looking to make it culturally appropriate to the Greek context, we would need to be involved in any discussions regarding the modification of items in the PSAS

I would like to introduce Sergio Silverio as well, he has been collaborating with me for a long time, specifically around the translation of the PSAS. During this period, we have come to develop a prescribed method which we use to translate the PSAS.

This method consists of ideally 3 people translating it into the language of choice independently of one another. Then Sergio and I check these translations for major inconsistencies in the language of choice.

When we approve these translations, an independent bilingual speaker (someone who was not involved in the initial translation from English into the language of choice) can be selected to back-translate the scale from the language of choice back into English. It is important at this stage that the back-translator makes a note of which of the two or three original translations they have used for the back translation as these will become the final items on the translated PSAS.

Sergio and I should then be consulted and we will check the back-translation for accuracy against the original PSAS.

Any discrepancies can be resolved through discussions.

Once the final back translation has been approved, the items selected for the back translation will make up the final translated PSAS, and the PSAS is therefore ready for use and validation in the new language.

We are very happy to be involved in this process, and some of the steps will require our direct input.

If you have any questions, please do not hesitate in contacting us.

Best Wishes

Vicky

-----  
**Dr Vicky Fallon, FHEA**

Lecturer, School of Psychology

Associate Lecturer, Dept of Psychological Sciences

WP and Athena Swan Lead

**Room 2.61**

Eleanor Rathbone Building

University of Liverpool

Tel: 0151 7941402

Email@ [vfallon@liverpool.ac.uk](mailto:vfallon@liverpool.ac.uk)

## ΕΓΚΡΙΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Dear Dora,

I hope this e-mails finds you well. As Vicky mentioned in her previous e-mail I have been collaborating with her for a long time, specifically around the ongoing development of the PSAS.

As I am the Principal Investigator for the PSAS in Europe, I will act as your main point of contact throughout your translation process.

Please do not hesitate to make contact when and if you need any advice or support.

With very best wishes,

Sergio A. Silverio

*Principal Investigator for the PSAS in Europe*

Sergio A. Silverio MPsycholSci (Hons) L'pool, MSc Brun, AFBPsS, FRSPH, FMHC, RSci

Research Associate in Social Science of Women's Health

Department of Women & Children's Health,

School of Life Course Sciences, Faculty of Life Sciences & Medicine,

King's College London

Office: Research Office 4, 10<sup>th</sup> Floor North Wing, St. Thomas' Hospital, London, SE1 7EH

Tel: (0044) 207 188 3637

Honorary Research Fellow

Elizabeth Garrett Anderson Institute for Women's Health, University College London

Honorary Fellow

Department of Psychology, University of Liverpool



**ΟΜΙΛΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ  
ΑΘΗΝΩΝ**  
Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

Μαρούσι, 25 Ιανουαρίου, 2021

**Προς:** Γενικό Διευθυντή  
**Από:** Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας

Αξιότιμε κύριε Γενικέ,

Σχετικά με την υποβληθείσα αίτηση από την κύρια ερευνήτρια κ. Πολυχρονοπούλου Θεοδούλα για την διεξαγωγή της μεταπτυχιακής εργασίας με αρ. πρωτοκόλλου **KM140732**, με θέμα «*Η επίδραση της μεταγεννητικής ανησυχίας στην ανάπτυξη του συναισθηματικού δεσμού μεταξύ λεχωίδος και νεογνού*», η Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας γνωμοδοτεί ότι δεν υπάρχει κώλυμα από πλευράς Ηθικής και Δεοντολογίας.

**Κοινοπ.:** Πρόεδρο ΔΣ  
Αντιπρόεδρο ΔΣ

Ο Πρόεδρος της Επιτροπής Ηθικής και  
Δεοντολογίας,

**Καθηγητής Σ.Δ. Μουλόπουλος**

[www.iatrikokentro.gr](http://www.iatrikokentro.gr)

Διστόμου 5 - 7, 151 25 Μαρούσι  
Τ 210 6198100 - 120  
F 210 6198555  
E [info@iatriko.gr](mailto:info@iatriko.gr)





ΟΜΙΛΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ  
ΑΘΗΝΩΝ

Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

Προς: Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας Ιατρικού Αθηνών  
Θέμα: Έγκριση πρωτοκόλλου μεταπτυχιακής εργασίας

Μαρούσι 30-11-2020

Αγαπητοί συνάδελφοι

Κατόπιν μελέτης του πρωτοκόλλου μεταπτυχιακής εργασίας με τίτλο «η επίδραση της μεταγεννητικής ανησυχίας στην ανάπτυξη του συναισθηματικού δεσμού μεταξύ λεχωϊδος και νεογνού» που κατατέθηκε από την μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Προηγμένη και τεκμηριωμένη μαιευτική φροντίδα» κ. Πολυχρονοπούλου Θεοδούλα και θα υλοποιηθεί στο ΓΑΙΑ,

ΕΓΚΡΙΝΕΤΑΙ

Στέργιος – Στυλιανός Καπαρός  
Ψυχίατρος

ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ Σ. ΚΑΠΑΡΟΣ  
ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ  
ΠΕΝΤΕΛΗΣ 15  
ΤΗΛ. 0023488 - Α.Φ.Μ. 000474861  
Δ.Ο.Υ. ΚΑΛΑΝΔΡΙΟΥ

[www.iatriko.gr](http://www.iatriko.gr)

Διατόμου 5 - 7, 151 25 Μαρούσι, Τ 210 6198100 - 120, F 210 6198555, E [info@iatriko.gr](mailto:info@iatriko.gr)

ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ Ε.Λ.Ε. / Αρ. ΓΕΜΗΕ 000356301000 / Διατόμου 5 - 7, Μαρούσι 15125

Μαρούσι, 19-11-2020

Προς: Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας Ιατρικού Αθηνών  
Θέμα: Έγκριση πρωτοκόλλου μεταπτυχιακής εργασίας

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Κατόπιν μελέτης του πρωτοκόλλου μεταπτυχιακής εργασίας με τίτλο «Η επίδραση της μεταγεννητικής ανησυχίας στην ανάπτυξη του συναισθηματικού δεσμού μεταξύ λεχωίδας και νεογνού» που κατατέθηκε από την μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Προηγμένη και τεκμηριωμένη μαιευτική φροντίδα» κ. Πολυχρονοπούλου Θεοδούλα, και θα υλοποιηθεί στο ΓΑΙΑ,

**ΕΓΚΡΙΝΕΤΑΙ**

από την Επιστημονική Διεύθυνση της ΓΑΙΑ Μαιευτικής - Γυναικολογικής.

Ο Επιστημονικός Διευθυντής  
ΓΑΙΑ Μαιευτικής - Γυναικολογικής



Λάμπρος Γιαννίκος

[www.gaiamaternity.gr](http://www.gaiamaternity.gr)

Διατόμιου 9  
151 25 Μαρούσι  
Τ 210 6991000, F 210 6991215  
E info@gaiamaternity.gr

