



# ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

## ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΑΙ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»

### Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

«Διερεύνηση των Φόβων των Εγκύων Γυναικών για την Εξέλιξη  
της Εγκυμοσύνης και του Τοκετού»

Σταμούλη Φωτεινή

ΑΜ: 20059

Επιβλέπουσα

Πατελάρου Ευριδίκη

Αθήνα, Μάρτιος, 2022



**UNIVERSITY OF WEST ATTICA**

**SCHOOL**

**DEPARTMENT**

**TITLE OF POSTGRADUATE PROGRAM (MSc/MBA)**

**Diploma Thesis**

**Investigating the fears of pregnant women about the development  
of pregnancy and childbirth**

**Student name and surname:**

**Stamouli Foteini**

**Registration Number:**

**20059**

**Supervisor name and surname:**

**Patelarou Evridiki**

**Athens, March 2022**



# ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

## «Διερεύνηση των Φόβων των Εγκύων Γυναικών για την Εξέλιξη της Εγκυμοσύνης και του Τοκετού»

### Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής Διπλωματικής Εργασίας

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

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Πατελάρου Ευριδίκη	Καθηγήτρια	
2	Γουρουντή Κλεάνθη	Αν. Καθηγήτρια	
3	Σαραντάκη Αντιγόνη	Επίκουρη καθηγήτρια	

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Σταμούλη Φωτεινή του Χρήστου, με αριθμό μητρώου 20059 φοιτητής/τρια 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 ..... και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.*

Ο/Η Δηλών/ούσα

ΣΤΑΜΟΥΛΗ ΦΩΤΕΙΝΗ

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια των μεταπτυχιακών μου σπουδών στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής. Ευχαριστώ θερμά την καθηγήτρια μου, για τις συμβουλές και την πολύτιμη καθοδήγηση της στην εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας, καθώς και τους γονείς μου για την στήριξη και συμπαράστασή τους για την ολοκλήρωση των σπουδών μου.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία ασχολήθηκε με την διερεύνηση του φαινομένου της τοκοφοβίας. Με τον όρο αυτόν περιγράφεται ο υπέρμετρος φόβος των γυναικών για την διαδικασία της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Η τοκοφοβία παρουσιάζει ορισμένα συμπτώματα, τα πιο χαρακτηριστικά εκ των οποίων είναι οι διαταραχές του ύπνου, οι δυσκολίες στη συγκέντρωση για την πραγματοποίηση καθημερινών καθηκόντων και ασχολιών, η αποχή από την οικογενειακή και κοινωνική ζωή με τάσεις απομόνωσης. Η γυναίκα μπορεί να βιώσει ψυχοσωματικά συμπτώματα, κρίσεις πανικού, να παρουσιάσει απότομες διακυμάνσεις σε διάθεση και συμπεριφορά και άλλα συμπτώματα.

Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση, καταγραφή, αξιολόγηση και ιεράρχηση των ψυχολογικών και μαιευτικών παραγόντων που προκαλούν φόβο στην εγκυμοσύνη και στον τοκετό. Η έρευνα διεξήχθη σε 120 εγκυμονούσες που συμμετείχαν οικειοθελώς στην συμπλήρωση ερωτηματολογίου 38 ερωτήσεων κλειστού τύπου προκειμένου να διερευνηθούν οι παράγοντες που συσχετίζονται με την τοκοφοβία. Η δειγματοληψία έγινε με δειγματοληψία ευκολίας ώστε να υπάρχει η δυνατότητα εύκολης πρόσβασης, διαθεσιμότητα και εύλογος χρόνος συλλογής των δεδομένων. Η συλλογή των δεδομένων έγινε στο Γενικό Νοσοκομείο της Λαμίας.

Από την έρευνα καταδεικνύεται η ανάγκη αντιμετώπισης του φαινομένου της τοκοφοβίας, καθώς εμφανίζεται σε μικρότερο ή μεγαλύτερο ποσοστό σε μέρος του πληθυσμού. Από την εξέταση των παραγόντων, η κατάθλιψη, η έλλειψη ενημέρωσης από τον γιατρό, ο προγραμματισμός ή όχι της εγκυμοσύνης, η υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον, η εμφάνιση ή όχι προβλημάτων κατά τη διάρκεια της κύησης διαδραματίζουν ρόλο στην εμφάνιση της τοκοφοβίας.

## **ABSTRACT**

The present study was related with the investigation of the phenomenon of tokophobia. This term describes the excessive fear of women about the process of pregnancy and childbirth. Tokophobia has some symptoms, the most characteristic of which are sleep disorders, difficulty concentrating to perform daily tasks and activities, abstinence from family and social life with tendencies of isolation. The woman may experience psychosomatic symptoms, panic attacks, abrupt fluctuations in mood and behavior and other symptoms.

The purpose of this study was to investigate, record, evaluate and prioritize the psychological and obstetric factors that cause fear in pregnancy and childbirth. The research was conducted on 120 pregnant women who voluntarily participated in the completion of a questionnaire of 38 closed-ended questions in order to investigate the factors associated with tokophobia. Sampling was done by convenience sampling so that there is easy access, availability and a reasonable time of data collection. The data were collected at the General Hospital of Lamia.

The research demonstrated the need to address the phenomenon of tokophobia, as it occurs to a greater or lesser extent in part of the population. From the examination of the factors, depression, lack of information from the doctor, the planning or not of the pregnancy, the support from the family environment, the appearance or not of problems during pregnancy played a role in the occurrence of tokophobia.

**Key words: psychosocial factors, tokophobia**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### **1ο Κεφάλαιο: Εισαγωγή**

1.1 Ορισμός της τοκοφοβίας.....	10
1.2 Παράγοντες κινδύνου της τοκοφοβίας.....	13
1.3 Συμπτώματα τοκοφοβίας.....	15
1.4 Επιπτώσεις τοκοφοβίας.....	17
1.5 Τρόποι αντιμετώπισης τοκοφοβίας.....	18

### **2ο Κεφάλαιο: Μέθοδοι**

2.1 Σκοπός και υποθέσεις της έρευνας.....	22
2.2 Πληθυσμός Μελέτης και δειγματοληψία.....	23
2.3 Ερευνητικό ερωτηματολόγιο και συλλογή δεδομένων.....	23
2.4 Στατιστική ανάλυση.....	26
2.5 Ζητήματα Ηθικής και Δεοντολογίας.....	28

### **3ο Κεφάλαιο: Ερευνητικά αποτελέσματα**

3.1 Περιγραφική στατιστική ανάλυση.....	30
3.2 Δείκτης αξιοπιστίας για τις κατηγορίες των απαντήσεων.....	40
3.3 Μονοπαραγοντική ανάλυση.....	41
3.3.1 Συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και άγχους, κατάθλιψης και τοκοφοβίας.....	41
3.3.2 Συσχετίσεις μεταξύ των στοιχείων της κύησης και άγχους, κατάθλιψης και τοκοφοβίας.....	44
3.3.3 Συσχετίσεις των διαφορετικών σκορ μεταξύ τους.....	46
3.4 Πολυπαραγοντική ανάλυση.....	47

### **4ο Κεφάλαιο: Συζήτηση**

4.1 Κύρια ευρήματα.....	50
4.2 Συζήτηση κυριότερων ευρημάτων.....	51
4.3 Πλεονεκτήματα και περιορισμοί της έρευνας.....	56



4.4 Μελλοντικές προοπτικές έρευνας.....	57
4.5 Συμπέρασμα.....	58
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>62</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>	
Παράρτημα Ι: Ερωτηματολόγιο.....	64

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

#### 1.1 Ορισμός της τοκοφοβίας

Η εγκυμοσύνη συνοδεύεται με την αναμονή της απόκτησης παιδιού και είναι συνήθως μια χαρμόσυνη περίοδος, καθώς η λήξη της οδηγεί στην εκπλήρωση της μητρότητας. Δεν ισχύει όμως αυτή η εκδοχή για όλες τις μέλλουσες μητέρες. Ορισμένες υποφέρουν από παθολογικό φόβο και άγχος για την διαδικασία της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Μια μερίδα από τις μέλλουσες ή εν δυνάμει μητέρες ξεπερνούν τον φόβο με τη βοήθεια των συντρόφων, της οικογένειας, των φίλων και όσων ανθρώπων ενδιαφέρονται για αυτές (Bhatia, M. S., & Jhanjee, A., 2012). Υπάρχουν όμως και οι μέλλουσες ή εν δυνάμει μητέρες που καταβάλλονται από την ένταση του παθολογικού φόβου και άγχους και είναι εύκολα αντιληπτό πως, όταν μια γυναίκα εισέρχεται στην εγκυμοσύνη υπό αυτές τις συνθήκες, η πορεία κρύβει κινδύνους για την ίδια και το έμβρυο.

Η τοκοφοβία είναι όρος που χρησιμοποιείται διεθνώς στην Ιατρική επιστήμη. Είναι μια λέξη σύνθετη, με την πρώτη λέξη να είναι «τόκος» (από τον τοκετό) και η δεύτερη λέξη φόβος. Η τοκοφοβία είναι μια κατάσταση έντονου άγχους ή φόβου για την εγκυμοσύνη και τον τοκετό που οδηγεί ορισμένες γυναίκες να αποφεύγουν εντελώς την εγκυμοσύνη και τον τοκετό (Roland-Price, A., & Chamberlain, Z. 2012). Ως φαινόμενο εμφανίζεται περισσότερο στις γυναίκες που μένουν έγκυες για πρώτη φορά παρά στις δευτεροτόκες ή τριτοτόκες (Melender HL. 2002).

Το φαινόμενο δεν είναι τωρινό και ήδη από το 1858 ο Γάλλος ψυχίατρος Louis Victor Marcé προχώρησε στην έκδοση μιας εκτενούς

μονογραφίας με τίτλο «*Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, et considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet*». Στη συγκεκριμένη μελέτη συγκέντρωσε τις γνώσεις για τις ψυχιατρικές διαταραχές των γυναικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά την εγκυμοσύνη (Trede, K, Baldessarini, R J., Viguera, A C, Bottéro, A. 2009). Στη μελέτη του έδωσε μια πρώτη περιγραφή του φαινομένου της τοκοφοβίας χωρίς βέβαια να δώσει ορισμό. Για τον Marcé «Αν είναι πρωτότοκες, η προσδοκία του άγνωστου πόνου τις απασχολεί πέρα από κάθε μέτρο και τις ρίχνει σε μια κατάσταση απερίγραπτου άγχους. Αν είναι ήδη μητέρες, τρομοκρατούνται από τη μνήμη του παρελθόντος και την προοπτική του μέλλοντος».

Από προηγούμενες δεκαετίες ήταν γνωστό πως η περίοδος της εγκυμοσύνης μπορεί να κυριαρχείται από αξιοσημείωτο άγχος, το οποίο κορυφώνεται στο τρίτο τρίμηνο (Lubin, B., Gardiner, S. H. & Roth, A. 1975). Τη δεκαετία του '90 έρευνες έδειχναν πως οι γυναίκες υπέφεραν από τον φόβο του θανάτου κατά τη διάρκεια του τοκετού (Fava, G. A., Grandi, S., Michelacci, L., et al 1990). Ως όρος η τοκοφοβία εισήχθη το 2000 σε μελέτη των Hofberg & Brockington με τίτλο «*Tokophobia: An unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases*». Η τοκοφοβία διακρίνεται σε πρωτογενή και δευτερογενή.

Η πρωτογενής τοκοφοβία είναι όταν υφίσταται πριν την πρώτη γέννα. Μπορεί να εμφανιστεί από την εποχή της εφηβείας επηρεάζοντας σε τέτοιο βαθμό τις άτοκες γυναίκες, ώστε μερικές δεν κάνουν ποτέ παιδί. Ο παθολογικός τρόμος έχει οδηγήσει αυτές τις γυναίκες να αποφεύγουν την εγκυμοσύνη από φόβο μήπως πεθάνουν, παρά το γεγονός πως μπορεί να επιθυμούν σε μεγάλο ή υπερβολικό βαθμό την απόκτηση παιδιού. Πολλές από τις γυναίκες δεν καταφέρνουν να ξεπεράσουν αυτόν τον φόβο και χρησιμοποιούν μία ή πολλές μεθόδους αντισύλληψης ταυτόχρονα για να

αποφύγουν το ενδεχόμενο εγκυμοσύνης (Hofberg KM, Brockington IF. Tokophobia: A morbid dread of childbirth. 2001).

Παρά το γεγονός πως ένας μικρός αριθμός γυναικών παραμένουν άτεκνες, άλλες προχωρούν στην υιοθέτηση ενός παιδιού. Ενίοτε η πρωτογενής τοκοφοβία συνδέεται πολιτισμικά με τα αρνητικά συναισθήματα απέναντι στη γέννα να περνούν από μητέρα σε κόρη ή να είναι αποτέλεσμα μιας σεξουαλικής επίθεσης. Ανεξαρτήτως του γεγονότος αυτού, ορισμένες γυναίκες, εξαιτίας της σφοδρής τους επιθυμίας να γίνουν μητέρες, προχωρούν στην εγκυμοσύνη παρόλο που έχουν τη φοβία. Ο φόβος αυτός τους οδηγεί είτε στην απόφαση διακοπής της εγκυμοσύνης (Hofberg K, Ward M. 2003) είτε στην διαδικασία της καισαρικής τομής ως τη μόνη εναλλακτική (Hofberg K, Brockington I. 2000).

Η δευτερογενής τοκοφοβία σχετίζεται με τον φόβο των γυναικών που έχουν ήδη υποβληθεί σε τουλάχιστον μία εγκυμοσύνη, η οποία μπορεί να ήταν φυσιολογική ή μη φυσιολογική από ιατρικούς όρους. Διαφορετικά διατυπωμένο, η δευτερογενής τοκοφοβία μπορεί να προκύψει έπειτα από έναν φυσιολογικό τοκετό ή έναν τραυματικό τοκετό, όπως αποβολή, διακοπή εγκυμοσύνης ή θνησιγένεια (Bhatia, M. S., & Jhanjee, A., 2012).

Τα τελευταία χρόνια έχουν διεξαχθεί ενδιαφέρουσες μελέτες σχετικά με το ποσοστό των γυναικών που πάσχουν από τοκοφοβία. Ενδεικτικά αναφέρουμε την έρευνα της Melender το 2002, στην οποία το 78% των ερωτηθέντων γυναικών (δείγμα 329 γυναικών) εξέφρασαν φόβο για την εγκυμοσύνη, την γέννα ή και για τα δυο (Melender HL. 2002) , την έρευνα των Bhatia & Jhanjee, το 2012 στην οποία πάνω από το 20% των εγκύων αναφέρουν φόβο, ένα ποσοστό 13% αναφέρει πως αποφεύγει την εγκυμοσύνη λόγω του φόβου, ενώ σε ένα ποσοστό 6% επηρεάζεται η λειτουργικότητά τους λόγω του φόβου (Bhatia, M. S., & Jhanjee, A., 2012). Αξίζει να σημειωθεί και η έρευνα των Demšar, Svetina, Verdenik, Tul,

Blickstein & Globevnik Velikonja του 2014 στην οποία το 75% των εγκυμονουσών βίωναν χαμηλή ή μέτρια τοκοφοβία ενώ το 25% υψηλή ή πολύ υψηλή (Demšar, K., Svetina, M., Verdenik, I., Tul N., Blickstein I., and Globevnik Velikonja V. 2018).

## 1.2 Παράγοντες κινδύνου της τοκοφοβίας

Υπάρχουν διάφορες αιτίες για την ύπαρξη της τοκοφοβίας. Βασική αιτία είναι η αίσθηση της απώλειας της ιδιωτικότητας, της αξιοπρέπειας και του ελέγχου που βιώνουν οι γυναίκες. Η προηγούμενη ψυχολογική νοσηρότητα και ένας μεγάλος αριθμός καθημερινών στρεσογόνων παραγόντων εκθέτουν μια γυναίκα σε μεγάλο κίνδυνο φόβου για τον τοκετό. Ο φόβος του τοκετού δεν είναι ένα μεμονωμένο πρόβλημα, αλλά σχετίζεται με τα προσωπικά χαρακτηριστικά της γυναίκας και τη δυσαρέσκεια με τη σχέση τους (Terhi Saisto & Erja Halmesmaki 2003). Άλλοι παράγοντες είναι η ηλικία, ισότητα, χαμηλή εκπαίδευση και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, προηγούμενη δυσμενή περιγεννητική έκβαση.

Πολλές εξ' αυτών έχουν μελετήσει λεπτομερώς τον τοκετό ή έχουν συγκεντρώσει πληροφορίες από συζητήσεις με γυναίκες που έχουν γεννήσει. Υπάρχει η πιθανότητα να φοβούνται πως θα κυριευτούν από τον πόνο του τοκετού ή ότι θα χάσουν τον έλεγχο κατά τη διάρκεια του. Παρατηρήθηκε ότι γυναίκες με τοκοφοβία ανέφεραν ως αιτία της παθολογικής αυτής φοβίας την έλλειψη εμπιστοσύνης στην μαιευτική ομάδα, την έλλειψη αυτοπεποίθησης και αυτοαποτελεσματικότητας και τον φόβο για τον θάνατο (Sjogren et al., 1997). Μερικές γυναίκες δεν περιμένουν από την ιατρική ομάδα να κατανοήσει τον πόνο τους, να τους δώσει επαρκή έλεγχο του πόνου ή να τις εμπλέξει στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τον τοκετό, με αποτέλεσμα την γέννηση φόβου για την ίδια τη διαδικασία του

τοκετού. Υπάρχουν και οι γυναίκες που βιώνουν το αίσθημα απώλειας της ιδιωτικής ζωής, καθώς πρέπει να υποκύψουν στην έκθεση της περιγεννητικής περιοχής κατά τον τοκετό.

Η γένεση της τοκοφοβίας μπορεί να προκύψει από ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης, βιασμού ή κακοποίησης στην παιδική ηλικία (Hofberg and Ward 2003). Σε αυτή την κατηγορία γυναικών υπάρχουν έντονα αισθήματα γύμνιας ή απειλής όταν πρέπει να εκθέσουν τις γεννητικές τους περιοχές και όταν υποβάλλονται σε κολπικές εξετάσεις κατά τη διάρκεια ενός φυσιολογικού τοκετού. Είναι πολύ πιθανό κατά τη διάρκεια αυτών των διαδικασιών να επανέρχονται στη μνήμη επώδυνες εικόνες και στιγμές.

Βασικός παράγοντας για τη γέννηση της τοκοφοβίας είναι ο φόβος για την πρόκληση παροδικής ή μόνιμης βλάβης. Ορισμένες γυναίκες, σε νεαρή ηλικία συνήθως, έχουν ακούσει ιστορίες, έχουν γίνει μάρτυρες γέννησης ή έχουν παρακολουθήσει βίντεο από επώδυνους ή τραυματικούς τοκετούς, χωρίς να λάβουν όμως επαρκή εξήγηση. Η μετάδοση επίσης από γενιά σε γενιά όπου η μητέρα τους περιγράφει τον τοκετό ως δυσάρεστη τραυματική εμπειρία (Uddenberg, 1974). Το αποτέλεσμα είναι να αισθάνονται έντονο φόβο πως μπορεί να έχουν μια αντίστοιχη τραυματική εμπειρία. Φοβούνται επίσης για χρόνιες ασθένειες όπως η ακράτεια ούρων και η κολπική χαλάρωση.

Φόβος υπάρχει και για πιθανές βλάβες στο παιδί κατά τη διάρκεια ενός εγχειρητικού τοκετού, για αυτό και ορισμένες γυναίκες προτιμούν μια προγραμματισμένη καισαρική τομή. Υπάρχουν και οι γυναίκες που γενικά έχουν χαμηλές αντοχές στον πόνο, με αποτέλεσμα να φοβούνται πως δεν θα αντέξουν στον πόνο του κολπικού τοκετού. Οι παράγοντες αυτοί λειτουργούν κυρίως στην πρωτοπαθή τοκοφοβία.

Υπάρχουν παράγοντες που σχετίζονται με τις ορμόνες και την ψυχολογία των γυναικών. Η ανισορροπία των νευροχημικών ουσιών και των

ορμονών μπορεί να είναι υπεύθυνη για το άγχος που βιώνουν οι γυναίκες που πάσχουν από τοκοφοβία. Είναι η λεγόμενη διαταραχή της νευροορμονικής ομοιόστασης ή αλλιώς διαταραχή στους ρυθμιστικούς μηχανισμούς του άγχους (Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. 2000). Υπάρχουν ψυχολογικοί παράγοντες όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση σε συνδυασμό με την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, η κατάθλιψη που οδηγούν σε αυξημένες πιθανότητες τοκοφοβίας. Μια μερίδα γυναικών που πάσχουν από ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και έχουν την έντονη ανάγκη τα πάντα γύρω τους να είναι τέλεια, έχουν έντονη τοκοφοβία καθώς ο τοκετός είναι μια διαδικασία στην οποία δεν έχουν τον απόλυτο έλεγχο και μπορεί στην πορεία να μην εξελιχθεί όπως το έχουν σχεδιάσει.

Ο τοκετός επηρεάζει τον επακόλουθο τοκετό. Μια επείγουσα καισαρική τομή ή ο κοιλιακός τοκετός με όργανα αυξάνει τον φόβο του τοκετού σε μια επόμενη εγκυμοσύνη (Areskog B, Uddenberg N, 1983). Η δευτερογενής τοκοφοβία είναι πιο πιθανό να εμφανιστεί σε γυναίκες που βίωσαν τραυματικό κοιλιακό τοκετό, θνησιγένεια, αποβολή, διακοπή κύησης ή κατάθλιψη κατά τη παρούσα κύηση (Hofberg K, Ward MR Postgrad Med J. 2003). Επίσης υπάρχει περίπτωση γυναίκες που βίωσαν απροσδόκητα έντονο ή εκτός ελέγχου πόνο κατά την διάρκεια της πρώτης γέννας, να αρνηθούν ή να αντισταθούν στον ενδεχόμενο μιας δεύτερης γέννας.

### **1. 3 Συμπτώματα τοκοφοβίας**

Οι γυναίκες που εγκυμονούν για πρώτη φορά, καθώς και αυτές που είναι ξανά εγκυμονούσες, πολλές φορές εμφανίζουν παρόμοια συμπτώματα τοκοφοβίας. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να είναι συμπεριφορικά, συναισθηματικά και σωματικά. Ο φόβος των γυναικών αυτών είναι τόσο έντονος, που πολλές φορές τους αναγκάζει να ζητήσουν καισαρική τομή

χωρίς να υπάρχει ιατρικός λόγος ή έστω ένδειξη (Hofberg, K., & Ward, M. R., 2003) , καθώς ο φυσιολογικός τοκετός τους είναι τρομακτικός ως ιδέα.

Αν και το μεγαλύτερο χαρακτηριστικό της τοκοφοβίας είναι ένας έντονος, ψυχολογικός φόβος για τον τοκετό, δεν είναι το μόνο σύμπτωμα. Πολλά από τα συμπτώματα της τοκοφοβίας παρουσιάζουν αλληλεπικάλυψη με καταθλιπτικές διαταραχές και γενικευμένες αγχώδεις διαταραχές και μπορούν να επηρεάσουν πολλές πτυχές της ζωής των γυναικών, από τον ύπνο μέχρι τη διατροφή και τη συνολική διάθεση (Hofberg K, Ward M. 2003).

Τα κοινά συμπτώματα της τοκοφοβίας περιλαμβάνουν αύξηση των συμπτωμάτων άγχους όπως κόπωση, θυμό, νευρικότητα, παράλογη ανησυχία ή πονοκεφάλους και αλλαγές διάθεσης. Παρατηρούνται συμπτώματα κατάθλιψης, όπως κόπωση, πόνος στο σώμα, μειωμένη όρεξη και μειωμένη ή ανύπαρκτη ερωτική διάθεση με αποφυγή σεξουαλικής επαφής (Lubin, B., Gardiner, S. H. & Roth A. 1975). Οι γυναίκες χάνουν το ενδιαφέρον τους για αγαπημένες δραστηριότητες και υποφέρουν από αϋπνία ή εφιάλτες.

Ορισμένες από τις γυναίκες καταβάλλουν κάθε δυνατή προσπάθεια για να αποφύγουν την εγκυμοσύνη, όπως με διπλασιασμό ή τριπλασιασμό μεθόδων αντισύλληψης και σε οριακές περιπτώσεις αποφεύγουν κάθε σεξουαλική επαφή ώστε να αποκλείσουν το ενδεχόμενο εγκυμοσύνης (Bhatia, M.S & Jhanjee, A 2012). Επίσης υπάρχει η τακτική της καθυστέρησης ή της αποφυγής της εγκυμοσύνης παρά την έντονη επιθυμία για την απόκτηση παιδιού.

Επίσης κοινό σύμπτωμα είναι ο φόβος που μπορεί να φτάσει σε επίπεδα εμμονής πως η εγκυμοσύνη δεν θα προχωρήσει ομαλά, με αποτέλεσμα την αποβολή ή την εμφάνιση γενετικών ανωμαλιών και επιπλέον πως κατά την διαδικασία του τοκετού μπορεί να προκύψει θάνατος της μητέρας ή του παιδιού ή και των δύο. Οι κρίσεις πανικού είναι ένα κοινό



σύμπτωμα τοκοφοβίας που μπορεί να προκληθούν από σκέψεις, εικόνες ή υπενθυμίσεις του τοκετού.

Είναι σημαντικό να τονιστεί πως τα συμπτώματα αυτά δεν είναι παροδικά, καθώς μπορεί να διαρκέσουν ως έξι μήνες και πως οι ίδιες οι γυναίκες αντιλαμβάνονται πως ο φόβος τους είναι παράλογος ή υπερβολικός, χωρίς όμως να μπορούν να αντισταθούν αποτελεσματικά σε αυτόν. Όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό, τα συμπτώματα ανήκουν σε διάφορες συμπεριφορικές, ψυχολογικές, συναισθηματικές και σωματικές κατηγορίες και ο βαθμός έντασης και διάρκειας τους ποικίλλει.

#### **1.4 Επιπτώσεις τοκοφοβίας**

Η τοκοφοβία έχει μια σειρά από επιπτώσεις για την μητέρα και για το παιδί της. Οι κίνδυνοι για την μητέρα είναι αυπνία, κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, επιλόχεια κατάθλιψη, αυξημένη πιθανότητα επεμβατικού τοκετού, αναποτελεσματική αναλγησία και μειωμένη σύνδεση με το νεογέννητο. Αυτά μπορούν να συμβάλλουν στην κακή πορεία της εγκυμοσύνης και του νεογνού με πρόωρο τοκετό ή IUGR νεογνό, αυξημένη πιθανότητα νοσηλείας σε Μονάδα νεογνών, κακή ανάπτυξη δεσμού μητέρας εμβρύου και αδυναμία ή καθυστέρηση ανάπτυξης δεσμού με το βρέφος στη λοχεία (Teixeira JMA et al 1999). Επίσης η γυναίκα μπορεί να προβεί σε αποφάσεις όπως αποφυγή επόμενης εγκυμοσύνης ή μεγάλα μεσοδιαστήματα ανάμεσα σ'αυτές ακόμη και σε στειροποίηση.

Η ευρύτερη βιβλιογραφία για τον «φόβο του τοκετού» υποδηλώνει παγκόσμια επικράτηση 14% (O'Connell et al., 2017) και συσχετίσεις με μεγαλύτερο σε διάρκεια τοκετό, αυξημένο άγχος, αίτημα για καισαρική τομή και διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD) (Alder et al. , 2011· Ayers, 2014· Blackmore et al., 2016· Nieminen et al., 2009· Reck et al., 2013· Wiklund et al., 2007).

Ο φόβος για τα νοσοκομεία μπορεί να εμποδίσει τις γυναίκες να έχουν πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και να επηρεάσει τις επιλογές σχετικά με τις μεθόδους τοκετού (Ashwin, 2016), η οποία με τη σειρά της έχει επιπτώσεις στην υγεία των γυναικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και τόσο της μητέρας όσο και του μωρού στη μεταγεννητική περίοδο. Συζήτηση για το δικαίωμα της γυναίκας να επιλέξει τον τρόπο τοκετού βρίσκεται σε εξέλιξη στην μαιευτική βιβλιογραφία, ελάχιστη όμως είναι η συζήτηση για τις δυνατότητες να τις βοηθήσουν να ξεπεράσουν τον φόβο του κολπικού τοκετού (Terhi Saisto & Erja Halmesmaki 2003).

### **1.5 Τρόποι αντιμετώπισης τοκοφοβίας**

Η τοκοφοβία μπορεί να αντιμετωπιστεί και να αντιμετωπιστεί μέσω της θεραπείας, με φαρμακευτική αγωγή, κοινωνική υποστήριξη και αλλαγές στον τρόπο ζωής ή συνδυασμό αυτών των επιλογών (Hofberg KM, Brockington IF.2001). Η τοκοφοβία, όπως και άλλοι τύποι φοβιών, είναι μια κατάσταση που θεραπεύεται και είναι σημαντικό οι γυναίκες που πάσχουν από τοκοφοβία να ζητήσουν βοήθεια, καθώς είναι πολύ πιθανό να εμφανίσουν μείωση των συμπτωμάτων τους. Επιπροσθέτως οι γυναίκες που αναρρώνουν από την τοκοφοβία, μπορεί να αισθάνονται λιγότερο άγχος για τον τοκετό συνολικά και είναι λιγότερο πιθανό να καταφύγουν στην διαδικασία της καισαρικής τομής.

Η θεραπεία βοηθά τις γυναίκες να αντιμετωπίσουν το άγχος τους για την εγκυμοσύνη. Μέσω θεραπευτικών μεθόδων η γυναίκα αντιλαμβάνεται καλύτερα την φοβία της, τον τρόπο ανάπτυξης της και πως επηρεάζει την ζωή και την καθημερινότητα της. Επιπρόσθετα μέσω της θεραπείας, η γυναίκα αναπτύσσει άμυνες και δεξιότητες αντιμετώπισης του άγχους. Διαδεδομένοι τρόποι θεραπείας είναι η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία

(CBT), η ψυχοδυναμική θεραπεία και η απευαισθητοποίηση και επανεπεξεργασία κινήσεων των ματιών (EMDR).

Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (CBT) είναι μια αποτελεσματική θεραπεία για τη θεραπεία της τοκοφοβίας (Striebich, S., Mattern, E., & Ayerle, G. M. 2018). Η CBT εστιάζει στις σκέψεις ενός ατόμου και στο πώς μπορούν αυτές οι σκέψεις να προκαλούν ή να ενισχύουν αρνητικά αισθήματα, όπως το άγχος. Η CBT βοηθά ένα άτομο στο να εντοπίζει και να αλλάζει αυτές τις αρνητικές σκέψεις, μέσω του ορθολογισμού και της ευελιξίας της σκέψης. Επιπρόσθετα, η CBT περιλαμβάνει επίσης τη διδασκαλία δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση του άγχους και του στρες, όπως τεχνικές βαθιάς αναπνοής και ενσυνειδητότητας.

Η ψυχοδυναμική θεραπεία είναι επίσης ένας τύπος θεραπείας της τοκοφοβίας (Striebich, S., Mattern, E., & Ayerle, G. M. 2018). Η ψυχοδυναμική θεραπεία εστιάζει στον τρόπο που οι ασυνείδητες σκέψεις και τα αισθήματα επηρεάζουν τη συναισθηματική κατάσταση ενός ατόμου. Κατά τη διάρκεια αυτής της θεραπείας, τα άτομα ενθαρρύνονται να εκφράσουν ελεύθερα τις σκέψεις και τα αισθήματά τους. Βάσει των λεγομένων τους ο θεραπευτής οδηγείται σε ερμηνείες που θα βοηθήσουν το άτομο να κατανοήσει καλύτερα το ασυνείδητό του. Στην τοκοφοβία, ο φόβος απώλειας του ελέγχου είναι έντονος. Μέσω της ψυχοδυναμικής θεραπείας μπορεί η γυναίκα να αυξήσει τα επίπεδα αυτογνωσίας και κατανόησης και να ελέγξει καλύτερα το άγχος της.

Για περιπτώσεις δευτερογενούς τοκοφοβίας μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέθοδος θεραπείας η απευαισθητοποίηση και η επανεπεξεργασία των κινήσεων των ματιών (EMDR) (Klabbbers, G. A., van Bakel, H. J., van den Heuvel, M., & Vingerhoets, A. J. 2016). Σε αυτόν τον τύπο θεραπείας ο θεραπευτής ενθαρρύνει τις γρήγορες κινήσεις των ματιών κάνοντας συγκεκριμένες κινήσεις των χεριών μπροστά στο πρόσωπο του

ατόμου που αναπολεί ένα τραυματικό γεγονός,. Χρειάζεται ένας θεραπευτής να είναι ειδικά εκπαιδευμένος στην EMDR για να την ασκήσει και δυνητικά η τεχνική αυτή, βοηθά το άτομο να απελευθερώσει αρνητικά συναισθήματα που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός.

Συγκεκριμένες φοβίες όπως η τοκοφοβία έχουν καλή πρόγνωση, δηλαδή τα άτομα με τοκοφοβία που αναζητούν θεραπεία συχνά βιώνουν βελτίωση στα συμπτώματά τους. Σε ορισμένες περιπτώσεις αυτό μπορεί να συμβεί μετά από μία συνεδρία θεραπείας, αλλά συχνά μπορεί να χρειαστούν αρκετές συνεδρίες για να παρατηρηθούν αλλαγές (Wolitzky-Taylor, K. B., Horowitz, J. D., Powers, M. B., & Telch, M. J. 2008). Το χρονικό διάστημα που θα χρειαστεί για να ξεπεράσει κάποιος τη φοβία του, θα εξαρτάται από το μέγεθος της σοβαρότητας και σε κάθε περίπτωση το χρονοδιάγραμμα θεραπείας σχετίζεται άμεσα με την έκταση και την ένταση των συμπτωμάτων.

Οι γυναίκες με τοκοφοβία είναι σημαντικό να λάβουν κοινωνική υποστήριξη, είτε με τη συμμετοχή σε μια ομάδα υποστήριξης είτε με τη σύνδεση με άλλο άτομο ένας προς έναν. Οι ομάδες υποστήριξης επιτρέπουν στην γυναίκα να συνδεθεί με άλλες γυναίκες που μοιράζονται παρόμοια συναισθήματα σχετικά με τον τοκετό και την εγκυμοσύνη. Τα μέλη της ομάδας μπορούν να μοιραστούν τις εμπειρίες τους και να δώσουν και να λάβουν συμβουλές. Οι ομάδες υποστήριξης μπορεί να διευθύνονται από επαγγελματία ψυχικής υγείας ή άλλη γυναίκα που έχει αναρρώσει από τοκοφοβία. Επίσης η παροχή συμβουλών από τις μαίες, μπορεί να αυξήσει την αυτοπεποίθησή τους στον τοκετό, γεγονός που τις κάνει να νοιώθουν πιο ασφαλείς με θετική επίδραση στην εμπειρία του τοκετού (Larsson, Hildingsson, Ternström, Rubertsson, & Karlström, 2019).

Για τις γυναίκες χωρίς πρόσβαση σε ομάδα υποστήριξης για τοκοφοβία, η συζήτηση με την οικογένεια, τους φίλους ή άλλες γυναίκες για

τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους και η ανταλλαγή πληροφοριών και συμβουλών μπορεί να βοηθήσουν στο αίσθημα της υποστήριξης (Melender HL, 2002). Οι ομάδες υποστήριξης και η ατομική υποστήριξη μπορεί να είναι χρήσιμες όταν συνδυάζονται με θεραπεία ή, σε περιπτώσεις ήπιας τοκοφοβίας, από μόνες τους.

Τα φάρμακα κατόπιν συνταγογράφησης, μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν για τη θεραπεία συγκεκριμένων φοβιών όπως η τοκοφοβία. Τα αντικαταθλιπτικά και τα φάρμακα κατά του άγχους, είναι τα πιο συχνά συνταγογραφούμενα φάρμακα για το άγχος (National Institute of Mental Health. 2016). Τα αντικαταθλιπτικά είναι αποτελεσματικά στη θεραπεία τόσο της κατάθλιψης όσο και του άγχους. Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) είναι ο πιο κοινός τύπος αντικαταθλιπτικών. Αυτά τα φάρμακα αυξάνουν τα επίπεδα σεροτονίνης στον εγκέφαλο, η οποία μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του άγχους. Τα φάρμακα κατά του άγχους περιλαμβάνουν βενζοδιαζεπίνες, οι οποίες βοηθούν στην ανακούφιση των σοβαρών συμπτωμάτων άγχους και κρίσης πανικού. Αυτά τα φάρμακα μπορούν να λαμβάνονται ανάλογα με τις ανάγκες και όχι κάθε μέρα. Οι βενζοδιαζεπίνες συνήθως συνταγογραφούνται για σύντομες χρονικές περιόδους.

Εάν μια γυναίκα είναι ήδη έγκυος, χρειάζεται να ληφθούν ειδικές αποφάσεις υπάρχουν ειδικές σκέψεις πριν συνταγογραφηθούν φάρμακα για το άγχος. (Womersley, K., Ripullone, K., & Agius, M. 2017). Ορισμένα φάρμακα μπορεί να είναι επιβλαβή για το έμβρυο και μπορεί να οδηγήσουν σε επιπλοκές κατά τη γέννηση ή γενετικές ανωμαλίες. Τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα μιας εγκύου γυναίκας που παίρνει φάρμακα πρέπει να εξετάζονται προσεκτικά. Οι έγκυες γυναίκες που σκέφτονται να λάβουν φάρμακα θα πρέπει να συμβουλευτούν έναν ψυχίατρο ή ψυχίατρο που ειδικεύεται στην εργασία με την περιγεννητική ψυχική υγεία.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΜΕΘΟΔΟΙ

#### 2.1 Σκοπός και υποθέσεις της έρευνας.

Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση, καταγραφή, αξιολόγηση και ιεράρχηση των ψυχολογικών και μαιευτικών παραγόντων που προκαλούν φόβο για την περίοδο της κύησης και του τοκετού.

Ειδικότερα, στους επιμέρους στόχους της έρευνας περιλαμβάνονται:

1. Η καταγραφή της συχνότητας τοκοφοβίας στον πληθυσμό μελέτης.
2. Η συσχέτιση της τοκοφοβίας με τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Ο στόχος αυτός συσχετίζεται με την ερευνητική υπόθεση πως οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, υψηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου και εργαζόμενες αναμένεται να παρουσιάζουν μικρότερα επίπεδα τοκοφοβίας.
3. Η συσχέτιση της τοκοφοβίας με ψυχολογικούς παράγοντες. Ο στόχος αυτός συσχετίζεται με την ερευνητική υπόθεση πως οι γυναίκες με υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους αναμένεται να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα τοκοφοβίας.
4. Η συσχέτιση της τοκοφοβίας με την επιλογή του τρόπου γέννησης. Ο στόχος αυτός συσχετίζεται με την ερευνητική υπόθεση πως οι γυναίκες που επιλέγουν την καισαρική τομή, ενδέχεται να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα τοκοφοβίας (Harvolsen et al., 2010) καθώς η τοκοφοβία αποτελεί έναν από τους κύριους παράγοντες που οδηγεί τις σύγχρονες μητέρες να επιλέξουν να γεννήσουν με καισαρική τομή.
5. Η συσχέτιση της τοκοφοβίας με το ιατρικό ιστορικό. Ο στόχος αυτός συσχετίζεται με την ερευνητική υπόθεση πως γυναίκες που έχουν

βιώσει αποβολή ή έχουν προχωρήσει σε έκτρωση παλιότερα αναμένεται να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα τοκοφοβίας.

## **2.2. Πληθυσμός Μελέτης και δειγματοληψία**

Η έρευνα διεξάχθηκε σε 120 έγκυες που συμμετείχαν οικειοθελώς στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου προκειμένου να διερευνηθούν οι παράγοντες που συσχετίζονται με την τοκοφοβία. Η δειγματοληψία έγινε με δειγματοληψία ευκολίας ώστε να υπάρχει η δυνατότητα εύκολης πρόσβασης, διαθεσιμότητα και εύλογος χρόνος συλλογής των δεδομένων. Η συλλογή των δεδομένων έγινε στο Γενικό Νοσοκομείο της Λαμίας. Η μόνη προϋπόθεση για τη συμμετοχή υπήρξε η επαρκής γνώση της ελληνικής γλώσσας ώστε να γίνουν αντιληπτά τα ερωτήματα και να μπορούν ν' απαντηθούν.

Η προσέγγιση έγινε σε 140 γυναίκες (πληθυσμός μελέτης) από τις οποίες 20 δεν δέχθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, επικαλούμενες έλλειψη χρόνου ή διάθεσης. Οι απαντήσεις και τα δεδομένα ελήφθησαν από τις υπόλοιπες 120 έγκυες που αποτέλεσαν και το μέγεθος του δείγματος με δειγματοληπτική μονάδα την εκάστοτε εγκυμονούσα.

## **2.3 Ερευνητικό ερωτηματολόγιο και συλλογή δεδομένων**

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας απαρτίζεται από 38 ερωτήσεις κλειστού τύπου, για την συμπλήρωση των οποίων απαιτούνται 10 λεπτά.

Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε πέντε μέρη:

Α Μέρος: 6 ερωτήσεις που σχετίζονται με δημογραφικά, κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων (Ηλικία, Σπουδές, Επάγγελμα, Οικογενειακό μηνιαίο εισόδημα, Οικογενειακή κατάσταση, άλλα παιδιά στην οικογένεια).

Β Μέρος: 10 ερωτήσεις που αφορούν το ιστορικό και την επιλογή του τρόπου γέννησης. Υπάρχουν 4 ερωτήσεις που σχετίζονται με τον μήνα εγκυμοσύνης, τον αριθμό των παιδιών που κυοφορούνται, εάν ήταν προγραμματισμένη η εγκυμοσύνη ή αν προέκυψε μέσω εξωσωματικής και δυο ερωτήσεις σχετικά με το εάν παλιότερα η εγκυμονούσα είχε περιστατικό αποβολής ή έκτρωσης. Επιπλέον δυο ερωτήσεις αφορούν στο αν είναι φυσιολογική ως τώρα η εγκυμοσύνη και αν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εμφανίστηκε κάποιο πρόβλημα υγείας. Η ομάδα αυτή κλείνει με δυο ερωτήσεις με το αν υπάρχει αναλυτική ενημέρωση από τον γιατρό κατά τη διαδικασία τοκετού και αν επιθυμεί να γεννήσει η γυναίκα με φυσιολογικό τοκετό ή καισαρική τομή.

Γ Μέρος: Σχηματίστηκε ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης για το άγχος (State - Trait Anxiety Inventory, Spielberger, 1983), αποτελούμενο από 10 ερωτήσεις, με σκοπό να εντοπίσει τα επίπεδα άγχους της εγκυμοσύνης. Στην συνολική του μορφή το εν λόγω ερωτηματολόγιο έχει δύο υποκλίμακες. Η πρώτη υποκλίμακα μελετάει την συναισθηματική κατάσταση του ατόμου κατά την χρονική στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (A-State), δηλαδή το παροδικό άγχος και η δεύτερη υποκλίμακα μελετάει τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου γενικά, δηλαδή το μόνιμο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (A-Trait). Στη παρούσα εργασία χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο που αφορά στο παροδικό άγχος.

Οι συμμετέχουσες κλήθηκαν να δηλώσουν τον βαθμό στον οποίο τις χαρακτηρίζουν οι περιγραφές του κάθε θέματος τη δεδομένη χρονική στιγμή που συμπληρώνουν το ερωτηματολόγιο. Οι απαντήσεις βαθμολογούνται σε 4βάθμια κλίμακα τύπου Likert, από 1=«καθόλου», έως 4=«πάρα πολύ». Το ερωτηματολόγιο εξάγει μια βαθμολογία για κάθε υποκλίμακα, η οποία προκύπτει ως άθροισμα των επιμέρους ερωτήσεων και έναν δείκτη εκτίμησης του άγχους ως άθροισμα όλων των απαντήσεων. Η βαθμολογία



κάθε κλίμακας κυμαίνεται από 20 έως 80 ενώ ο δείκτης εκτίμησης του άγχους κυμαίνεται από 40 έως 160. Το άγχος είναι ανάλογο του σκορ, δηλαδή όσο μεγαλύτερο είναι το σκορ στην υποκλίμακα τόσο μεγαλύτερο είναι το παροδικό άγχος. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί στα Ελληνικά από τους Λιάκος Α., & Γιαννίτση Σ. (1984) αλλά ο έλεγχος της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας έγινε αργότερα από τους Αναγνωστοπούλου & Κιοσέογλου το 2002 και έκτοτε χρησιμοποιείται ευρέως σε διάφορες ελληνικές έρευνες.

Δ Μέρος: Ερωτηματολόγιο κατάθλιψης. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από πέντε ερωτήσεις που αφορούν στον τελευταίο μήνα. Κάθε μία ερώτηση βαθμολογείται με 1 (καθόλου), 2 (λιγότερο από τις μισές μέρες), 3 (περισσότερο από τις μισές μέρες), 4 (σχεδόν κάθε μέρα). Όσο ψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο περισσότερα είναι τα συμπτώματα κατάθλιψης. Η παρούσα εργασία χρησιμοποίησε μια παραλλαγή της ελληνικής μετάφρασης του ερωτηματολογίου το οποίο βρίσκεται διαθέσιμο στο διαδίκτυο, με ελεύθερη πρόσβαση ([www.phqscreeners.com](http://www.phqscreeners.com)).

Ε Μέρος: Το ερωτηματολόγιο ολοκληρώνεται με τη διερεύνηση πιθανής τοκοφοβίας αποτελούμενο από 7 ερωτήσεις. Κάθε ερώτηση βαθμολογείται με 1 (καθόλου), 2 (σπάνια), 3 (μερικές φορές), 4 (συχνά) και 5 (συνέχεια) ως προς το βαθμό ανησυχίας κάθε εγκύου. Όσο υψηλότερο τόσο εντονότερος ο φόβος της γυναίκας για τον τοκετό. Επιπλέον, το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο προσπαθεί να αποτυπώσει το βαθμό ανησυχίας της εγκύου, σχετικά με τρεις διαστάσεις του τοκετού, (α) τη διαδικασία του τοκετού, (β) την υγεία του μωρού που πρόκειται να γεννήσει και (γ) την εμφάνισή της (Sjogren,1997).

## 2.4 Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των απαντήσεων πραγματοποιήθηκε με την χρήση του λογισμικού SPSS v. 23 (SPSS Inc., 2003, Chicago, USA). Υπήρξε καταγραφή, εξέταση και ανάλυση των περιγραφικών δεικτών των εξεταζόμενων μεταβλητών. Για την περιγραφή και ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των στοιχείων κήσης, χρησιμοποιήθηκαν βασικά μέτρα θέσης και διασποράς (Μέση Τιμή, Διάμεσος, Επικρατούσα Τιμή, Διακύμανση, Τυπική Απόκλιση).

Υπολογίστηκε ο συντελεστής Cronbach's alpha για την αξιοπιστία των απαντήσεων των συμμετεχουσών στις ερωτήσεις που συνθέτουν την ολική κλίμακα αυτοεκτίμησης του άγχους, της ολικής κλίμακας κατάθλιψης, το ολικό σκορ τοκοφοβίας, αλλά και τις επιμέρους υποκλίμακες του σκορ που προσδιορίζουν συγκεκριμένα το είδος του φόβου/ανησυχίας: 1) φόβος για τη γέννα, 2) ανησυχία σχετικά με τη γέννηση παιδιού με αναπηρία και 3) ανησυχία σχετικά με τη δική τους εμφάνιση.

Ο συντελεστής Cronbach's alpha είναι ίσως ο πιο σημαντικός συντελεστής αξιοπιστίας και ο ευρύτερα χρησιμοποιούμενος. Ο συντελεστής Cronbach's alpha είναι ένας δείκτης της «εσωτερικής συνέπειας» ενός τεστ. Με τον όρο «εσωτερική συνέπεια» εννοείται κυρίως η εσωτερική ομοιογένεια των ερωτήσεων του τεστ, όπως αυτή αντικατοπτρίζεται στα αποτελέσματα που δίνει μια εξέταση. Όσο πιο ομοιογενείς είναι οι απαντήσεις στις ερωτήσεις, και όσο πιο κοντά βρίσκεται η επίδοση σε κάθε ερώτηση με την επίδοση στο τεστ, τόσο πιο υψηλός είναι ο δείκτης της ανωτέρω συσχέτισης. Αντιθέτως, όσο πιο ανομοιογενείς είναι οι απαντήσεις στις ερωτήσεις, τόσο πιο χαμηλός είναι ο δείκτης αξιοπιστίας (Δημητρόπουλος. 1989).

Για τη διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των στοιχείων κήσης των γυναικών του δείγματος με

τις κλίμακες άγχους, κατάθλιψης και τοκοφοβίας, υπολογίστηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson  $r$  & Spearman  $\rho$  και εφαρμόστηκε ο παραμετρικός έλεγχος σύγκρισης 2 μέσων τιμών  $t$ -test για ανεξάρτητα δείγματα. Για τη διερεύνηση της συσχέτισης των σκορ μεταξύ τους υπολογίστηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson  $r$ .

Ο δείκτης συσχέτισης  $r$  του Pearson αποτελείται από τρία στοιχεία:

1) Από ένα θετικό ή αρνητικό πρόσημο

- Όταν αυξάνεται η μια μεταβλητή και ταυτόχρονα αυξάνεται και η άλλη, τότε έχουμε θετική συσχέτιση (θετικό πρόσημο)

- Όταν μειώνεται η μια μεταβλητή και μειώνεται και η άλλη, τότε έχουμε θετική συσχέτιση (θετικό πρόσημο)

- Όταν αυξάνεται η μια μεταβλητή και μειώνεται η άλλη, τότε έχουμε αρνητική συσχέτιση (αρνητικό πρόσημο)

2) Από μια Αριθμητική τιμή που κυμαίνεται από -1.00 έως 1.00

3) Από το επίπεδο σημαντικότητας

- Για να είναι στατιστικά σημαντική μια σχέση θα πρέπει το  $p < .05$  ή  $p < .001$  (Sig 2-tailed)

- Εάν  $p > .05$ , τότε λέμε ότι ΔΕΝ υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των εξεταζόμενων μεταβλητών (Παπαϊωάννου & Ζουρμπάνος, 2014, Ρούσσοσ & Τσαούσης, 2011, σελ. 186)

Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή, μέτρια ή υψηλή βάσει του δείκτη συσχέτισης  $r$  του Pearson:

- ΠΟΛΥ ΧΑΜΗΛΗ:  $r$  του Pearson κυμαίνεται από 0 - .19

- ΧΑΜΗΛΗ:  $r$  του Pearson κυμαίνεται από .20 - .39

- ΜΕΤΡΙΑ:  $r$  του Pearson κυμαίνεται από .40 - .59

- ΥΨΗΛΗ:  $r$  του Pearson κυμαίνεται από .60 - .79

- ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΗ:  $r$  του Pearson κυμαίνεται από .80 - 1.00 (Evans, 1996)

Η έρευνα ολοκληρώνεται με το υπόδειγμα πολλαπλής γραμμικής εξάρτησης με εξαρτημένη μεταβλητή το ολικό σκορ τοκοφοβίας, λαμβάνοντας ταυτόχρονα υπόψη τους *δημογραφικούς παράγοντες* (ηλικία, σπουδές, επάγγελμα, οικογενειακό εισόδημα, γάμος, ύπαρξη άλλων παιδιών στην οικογένεια), *παράγοντες κύησης* (μήνας εγκυμοσύνης, προγραμματισμένη ή μη εγκυμοσύνη, εξωσωματική, αποβολή, έκτρωση, προβλήματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης) και *ψυχολογικοί παράγοντες* (άγχος, κατάθλιψη). Οι παράγοντες που θα χρησιμοποιηθούν στο υπόδειγμα θα προκύψουν έπειτα από μονοπαραγοντικούς ελέγχους (συντελεστής συσχέτισης Pearson, t-test, p-value) με σκοπό την στατιστική σημαντικότητα αυτών των παραγόντων. Όλοι οι έλεγχοι που πραγματοποιήθηκαν είναι παραμετρικοί, αφού η κατανομή όλων των κλιμάκων ακολουθεί την κανονική κατανομή. Τα αναφερόμενα p-value, βασίζονται σε αμφίπλευρους ελέγχους. Τα p-value με τιμή χαμηλότερη από 0,05 θεωρήθηκαν ως στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα και με τιμή χαμηλότερη από 0,10 ενδεικτικά.

Με τα αποτελέσματα της στατιστικής έρευνας θα υπάρξει διασύνδεση της θεωρητικής προσέγγισης με τις απαντήσεις των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα και θα εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα για το φαινόμενο της τοκοφοβίας στην Ελλάδα. Βάσει των συμπερασμάτων αυτών, θα γίνουν προτάσεις για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του φαινομένου.

## **2.5 Ζητήματα Ηθικής και Δεοντολογίας**

Η έρευνα ακολούθησε πλήρως τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας όσον αφορά τα προσωπικά δεδομένα. Άδεια έγκρισης για την διεξαγωγή της έρευνας λήφθηκε από το Επιστημονικό συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας. Η κάθε συμμετέχουσα ενημερώθηκε αρχικά για τον σκοπό της

μελέτης και την διαδικασία της έρευνας. Έπειτα μέσω ενός εντύπου συναίνεσης το οποίο και συμπλήρωνε, έδινε την έγγραφη συγκατάθεση της.

Τα ερωτηματολόγια έχουν τα στοιχεία της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας και η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γινόταν σε χρόνους και με τρόπο που δεν εμπόδιζε τις απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις και διαδικασίες. Δόθηκε η διαβεβαίωση στις συμμετέχουσες πως οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και στατιστική ανάλυση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

#### 3.1 Περιγραφική στατιστική ανάλυση

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα στατιστικά μέτρα των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των στοιχείων κήσης των εγκύων και συνθέτουν το τυπικό προφίλ της εγκύου που λαμβάνει μέρος στην παρούσα μελέτη. Η μέση ηλικία τους είναι σχεδόν στα 30 έτη (29,99) με τυπική απόκλιση (ΤΑ) τα 6 έτη (6,07). Η μέγιστη τιμή του ερωτηματολογίου ήταν στα 44 έτη ενώ η ελάχιστη τιμή τα 18.

**Πίνακας 1.** Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Δημογραφικά χαρακτηριστικά	Περιγραφικό μέτρο
Ηλικία (μέση τιμή, ΤΑ: έτη)	29.99 (6.07)
Σπουδές (%)	
<i>Γυμνάσιο</i>	1,67%
<i>Λύκειο</i>	36,67%
<i>ΑΕΙ/ΤΕΙ</i>	50%
<i>Μεταπτυχιακό</i>	11,67%
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα ( %: ευρώ)	
<i>0-500</i>	10
<i>501 – 1.000</i>	30
<i>1.001 – 1.500</i>	16,67%
<i>1.501 – 2.000</i>	20%
<i>2.001- 2500</i>	15%

	<i>2.501-3000</i>	8,33%
Επαγγελματική κατάσταση (%)		
	<i>Άνεργη</i>	15,83%
	<i>Ελεύθερη επαγγελματίας</i>	13,33%
	<i>Ιδιωτική υπάλληλος</i>	29,17%
	<i>Δημόσιος υπάλληλος</i>	16,67%
	<i>Οικιακά</i>	16,67%
	<i>Φοιτήτρια</i>	5%
	<i>Άλλο</i>	3,33%
Γάμος (%)		
	<i>Όχι</i>	15%
	<i>Ναι</i>	85%
Άλλα παιδιά στην οικογένεια (%)		
	<i>Όχι</i>	44,17%
	<i>Ναι</i>	55,83%

Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης το 1,67% είναι απόφοιτοι Γυμνασίου, το 36,67% απόφοιτοι Λυκείου, το 50% κάτοχοι πτυχίου ΑΕΙ/ΤΕΙ και το 11,67% κάτοχοι μεταπτυχιακού. Ουσιαστικά οι απόφοιτοι ανώτατης εκπαίδευσης υπερτερούν καθώς είναι στο σύνολο 61,67% έναντι 38,33% της δευτεροβάθμιας και πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Υπάρχει διασπορά στην επαγγελματική κατάσταση των κυοφορούντων καθώς το 15,83% είναι άνεργες, το 13,33% ελεύθερες επαγγελματίες, το 29,17% ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 16,67% δημόσιοι υπάλληλοι, το 16,67% δηλώνουν οικιακά, 5% φοιτήτριες και 3,33% άλλο επάγγελμα.

Σχετικά με το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα το 10% δηλώνει εισόδημα 0-500 ευρώ, το 30% 501-1000 ευρώ, το 16,67% 1001-1500 ευρώ, το 20% 1501-2000 ευρώ, το 15% 2001-2500 ευρώ και το 8,33% 2500-3000 ευρώ. Παρατηρούμε πως στα χαμηλά εισοδήματα συγκεντρώνονται οι περισσότερες εγκυμονούσες καθώς το 56,67% δηλώνει εισόδημα οικογενειακό από 0-1500 ευρώ ενώ το 44,33% από 1501-3000 ευρώ. Η

συντριπτική πλειοψηφία είναι παντρεμένες με ποσοστό 85% έναντι του 15% που δηλώνουν ανύπαντρες. Το 55,83% έχουν και άλλα παιδιά στην οικογένεια σε αντίθεση με το 44,17% που περιμένουν το πρώτο τους παιδί.

Αναφορικά με τα στοιχεία κύησης, η μέση τιμή του μήνα εγκυμοσύνης είναι κοντά στους 6 μήνες (5,96) με τυπική απόκλιση (T.A) τους 2 μήνες (2,07), γεγονός που φανερώνει πως έχει περάσει αρκετό διάστημα από την σύλληψη και έχουν γίνει οι απαραίτητες πρώτες εξετάσεις και ενημερώσεις. Η συντριπτική πλειοψηφία σε ποσοστό 93,33% κυοφορεί ένα έμβρυο έναντι του 6,67% που κυοφορεί δύο έμβρυα. Το 56,66% των συμμετεχουσών δήλωσε πως πρόκειται για προγραμματισμένη εγκυμοσύνη. Μικρό είναι το ποσοστό της εξωσωματικής. Στο 9,16% των περιπτώσεων η εγκυμοσύνη προέκυψε μέσω εξωσωματικής.

Μικρό είναι το ποσοστό των εκτρώσεων καθώς μόνο το 8,33% έχει προβεί σε έκτρωση ενώ μεγαλύτερο το ποσοστό των αποβολών, καθώς το 23,33% έχει αποβάλλει τουλάχιστον μια φορά. Είναι εντυπωσιακό το ποσοστό (93,33%) που δηλώνει πως η εγκυμοσύνη είναι ως τώρα φυσιολογική. Το 20% δηλώνει πως έχει εμφανίσει κάποιο πρόβλημα υγείας. Υπάρχει ικανοποιητική ενημέρωση καθώς το 75,83% έχει ενημερωθεί αναλυτικά από τον γιατρό τους. Στον τρόπο γέννησης, υπερτερεί η επιθυμία για φυσιολογική γέννα καθώς το 58,33% δηλώνει πως θέλει να γεννήσει με φυσιολογικό τοκετό και 41,67% με καισαρική. Τα αποτελέσματα αποτυπώνονται στον πίνακα 2.



**Πίνακας 2.** Στοιχεία κύησης

Στοιχεία κύησης	Περιγραφικό μέτρο
Μήνας Εγκυμοσύνης (μέση τιμή, ΤΑ: έτη)	5.96 (2.07)
Πόσα παιδιά κυοφορείτε (%)	
1	93,33%
2	6,67%
Προγραμματισμένη εγκυμοσύνη (%)	
Ναι	56,67%
Όχι	43,33%
Εξωσωματική (%)	
Ναι	9,17%
Όχι	91,83%
Έκτρωση (%)	
Ναι	8,33%
Όχι	91,67%
Αποβολή (%)	
Ναι	23,33%
Όχι	76,67%
Φυσιολογική εγκυμοσύνη (%)	
Ναι	93,33%
Όχι	6,67%
Πρόβλημα υγείας κατά τη διάρκεια της κύησης	
Ναι	20%
Όχι	80%
Αναλυτική ενημέρωση από τον γιατρό	
Ναι	75,83%
Όχι	24,17%
Επιθυμία γέννησης	

ΦΤ	58,33%
ΚΤ	41,67%

### Αποτελέσματα στην κλίμακα αυτοεκτίμησης του άγχους

Το Ερωτηματολόγιο αυτοεκτίμησης για το άγχος (State - Trait Anxiety Inventory, Spielberger, 1983), αποτελούνταν από 10 ερωτήσεις, με σκοπό τον εντοπισμό των επιπέδων άγχους της εγκύου. Οι απαντήσεις βαθμολογούνται σε 4βάθμια κλίμακα τύπου Likert, από 1=«καθόλου», έως 4=«πάρα πολύ». Όσο μεγαλύτερο είναι το σκορ τόσο μεγαλύτερο είναι το παροδικό άγχος. Η Μέση Τιμή είναι **25,51** με Τυπική Απόκλιση **3,50**. Το μεγαλύτερο σκορ ήταν το **35** και το μικρότερο το **17**. Το 25,51 στις 10 ερωτήσεις αντιστοιχεί σε ένα αποτέλεσμα 2,51 στην κλίμακα Likert και βρίσκεται στη μέση από τις κατηγορίες «Κάπως» (2) και «Μέτρια» (3). Συνεπώς το επίπεδο άγχους μιας εγκυμονούσας βρίσκεται σε χαμηλά ως μεσαία επίπεδα. Τα αποτελέσματα ανά ερώτηση, ποσοστό, μέση τιμή και απόκλιση παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 3.

### Πίνακας 3. Κλίμακα άγχους

ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΓΧΟΥΣ	Περιφερικό μέτρο
<b>Ολικό Σκορ</b> (μέση τιμή, ΤΑ) (Ελάχιστη τιμή, Μέγιστη)	<b>25.51</b> (3.5) (17-35)
<b>1) Αισθάνομαι ασφαλής</b> (μέση τιμή, ΤΑ)	<b>2.89</b> (0.83)
1: Καθόλου (%)	4,17%
2: Κάπως (%)	28,33%
<b>3: Μέτρια (%)</b>	<b>41,67%</b>
4: Πάρα πολύ (%)	25,83%
<b>2) Έχω αγωνία</b> (μέση τιμή, ΤΑ)	<b>2,85</b> (0,89)
1: Καθόλου (%)	6,67%

2: Κάπως (%)	28,33%
<b>3: Μέτρια (%)</b>	<b>37,50%</b>
4: Πάρα πολύ (%)	27,50%
<b>3) Αισθάνομαι άνετα</b> (μέση τιμή, ΤΑ)	<b>2,8 (0,85)</b>
1: Καθόλου (%)	5,00%
2: Κάπως (%)	33,33%
<b>3: Μέτρια (%)</b>	<b>38,33%</b>
4: Πάρα πολύ (%)	23,33%
<b>4) Αισθάνομαι αναστατωμένη</b> (μέση τιμή, ΤΑ)	<b>1,92 (0,93)</b>
<b>1: Καθόλου (%)</b>	<b>40,83%</b>
2: Κάπως (%)	32,50%
3: Μέτρια (%)	20,00%
4: Πάρα πολύ (%)	6,67%
<b>5) Αισθάνομαι άγχος</b> (μέση τιμή, ΤΑ)	<b>2,58 (0,97)</b>
1: Καθόλου (%)	15,83%
2: Κάπως (%)	30,00%
<b>3: Μέτρια (%)</b>	<b>34,17%</b>
4: Πάρα πολύ (%)	20,00%
<b>6) Αισθάνομαι ήρεμη</b> (μέση τιμή, ΤΑ)	<b>2,51 (0,84)</b>
1: Καθόλου (%)	9,17%
<b>2: Κάπως (%)</b>	<b>44,17%</b>
3: Μέτρια (%)	32,50%
4: Πάρα πολύ (%)	14,17%
<b>7) Βρίσκομαι σε διέγερση</b> (μέση τιμή, ΤΑ)	<b>1,75 (0,83)</b>
<b>1: Καθόλου (%)</b>	<b>45,83%</b>
2: Κάπως (%)	36,67%
3: Μέτρια (%)	13,33%
4: Πάρα πολύ (%)	4,17%
<b>8) Είμαι χαλαρωμένη</b> (μέση τιμή, ΤΑ)	<b>2,39 (0,86)</b>
1: Καθόλου (%)	15,00%

<b>2: Κάπως (%)</b>	<b>41,67%</b>
3: Μέτρια (%)	32,50%
4: Πάρα πολύ (%)	10,83%
<b>9) Αισθάνομαι ικανοποιημένη (μέση τιμή, ΤΑ)</b>	<b>3,05 (0,75)</b>
1: Καθόλου (%)	1,67%
2: Κάπως (%)	20,83%
<b>3: Μέτρια (%)</b>	<b>48,33%</b>
4: Πάρα πολύ (%)	29,17%
<b>10) Ανησυχώ (μέση τιμή, ΤΑ)</b>	<b>2,74 (0,94)</b>
1: Καθόλου (%)	10,00%
2: Κάπως (%)	30,83%
<b>3: Μέτρια (%)</b>	<b>34,17%</b>
4: Πάρα πολύ (%)	25,00%

#### Αποτελέσματα στην κλίμακα κατάθλιψης

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από πέντε ερωτήσεις που αφορούν στον τελευταίο μήνα. Κάθε μία ερώτηση βαθμολογείται με 1 (καθόλου), 2 (λιγότερο από τις μισές μέρες), 3 (περισσότερο από τις μισές μέρες), 4 (σχεδόν κάθε μέρα). Όσο ψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο περισσότερα είναι τα συμπτώματα κατάθλιψης. Η μέση τιμή του ολικού σκορ κατάθλιψης ήταν **9,2** με τυπική απόκλιση **2,93**, με μεγαλύτερο σκορ που καταγράφηκε το 20 και μικρότερο το 5. Το 9,2 στις 5 ερωτήσεις αντιστοιχεί σε 1,84, γεγονός που δείχνει ότι τον τελευταίο μήνα η εγκυμονούσα είχε κατάθλιψη λιγότερο από τις μισές μέρες. Τα αποτελέσματα ανά ερώτηση, ποσοστό, μέση τιμή και απόκλιση παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 4.

**Πίνακας 4.** Κλίμακα άγχους

<b>ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΓΧΟΥΣ</b>	<b>Περιγραφικό μέτρο</b>
<b>Ολικό Σκορ</b> (μέση τιμή, ΤΑ) (Ελάχιστη τιμή, Μέγιστη)	<b>9,2</b> (2,93) (5-20)
<b>1) Νιώθετε κούραση ή μικρή ενέργεια</b> (μέση τιμή, ΤΑ)	<b>2,24</b> (0,93)
<i>1: καθόλου (%)</i>	24,17%
<b>2: λιγότερο από τις μισές μέρες (%)</b>	<b>38,33%</b>
<i>3: περισσότερο από τις μισές μέρες (%)</i>	26,67%
<i>4: σχεδόν κάθε μέρα (%)</i>	10,83%
<b>2) Νιώθετε κατάθλιψη ή απελπισία</b> (μέση τιμή, ΤΑ)	<b>1,35</b> (0,73)
<b>1: καθόλου (%)</b>	<b>77,50%</b>
<i>2: λιγότερο από τις μισές μέρες (%)</i>	13,33%
<i>3: περισσότερο από τις μισές μέρες (%)</i>	5,83%
<i>4: σχεδόν κάθε μέρα (%)</i>	3,33%
<b>3) Έχετε μικρή όρεξη ή υπερβολική όρεξη σε σχέση με το παρελθόν</b> (μέση τιμή, ΤΑ)	<b>2,14</b> (0,89)
<i>1: καθόλου (%)</i>	27,50%
<b>2: λιγότερο από τις μισές μέρες (%)</b>	<b>37,50%</b>
<i>3: περισσότερο από τις μισές μέρες (%)</i>	28,33%
<i>4: σχεδόν κάθε μέρα (%)</i>	6,67%
<b>3) Κοιμάστε ελάχιστα ή υπερβολικά σε σχέση με το παρελθόν</b> (μέση τιμή, ΤΑ)	<b>2,13</b> (0,95)
<i>1: καθόλου (%)</i>	30,83%
<b>2: λιγότερο από τις μισές μέρες (%)</b>	<b>34,17%</b>
<i>3: περισσότερο από τις μισές μέρες (%)</i>	25,83%
<i>4: σχεδόν κάθε μέρα (%)</i>	9,17%
<b>1) Νιώθετε άσχημα ή απογοήτευση από τον εαυτό σας</b> (μέση τιμή, ΤΑ)	<b>1,33</b> (0,59)
<b>1: καθόλου (%)</b>	<b>72,50%</b>

2: λιγότερο από τις μισές μέρες (%)	22,50%
3: περισσότερο από τις μισές μέρες (%)	4,17%
4: σχεδόν κάθε μέρα (%)	0,83%

### Αποτελέσματα στην κλίμακα τοκοφοβίας

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από επτά ερωτήσεις. Κάθε ερώτηση βαθμολογείται 1 (Καθόλου), 2 (Σπάνια), 3 (Μερικές φορές), 4 (Συχνά) και 5 (Συνέχεια). Όσο ψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο περισσότερα είναι τα συμπτώματα τοκοφοβίας. Η μέση τιμή του ολικού σκορ τοκοφοβίας ήταν 16,84 με τυπική απόκλιση 4,48, με μεγαλύτερο σκορ που καταγράφηκε το 28 και μικρότερο το 9. Το 16,84 στις 7 ερωτήσεις αντιστοιχεί σε 2,40, γεγονός που δείχνει η εγκυμονούσα είχε συμπτώματα μεταξύ του σπάνια (2) και μερικές φορές (3). Τα αποτελέσματα ανά ερώτηση, ποσοστό, μέση τιμή και απόκλιση παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 5.

### Πίνακας 5. Κλίμακα τοκοφοβίας

ΚΛΙΜΑΚΑ ΤΟΚΟΦΟΒΙΑΣ	Περιγραφικό μέτρο
<b>Ολικό Σκορ</b> (μέση τιμή, ΤΑ) (Ελάχιστη τιμή, Μέγιστη)	<b>16,84</b> (4,48) (9-28)
<b>1) Νιώθω άγχος για τον τοκετό/ την γέννα</b> (μέση τιμή, ΤΑ)	
1: Καθόλου (%)	4,17%
2: Σπάνια (%)	18,33%
<b>3: Μερικές φορές (%)</b>	<b>30,83%</b>
<b>4: Συχνά (%)</b>	<b>30,83%</b>
5: Συνέχεια (%)	15,83%
<b>2) Νιώθω ανησυχία για τον πόνο της γέννας</b> (μέση τιμή, ΤΑ)	
1: Καθόλου (%)	11,67%
2: Σπάνια (%)	20,00%

<b>3: Μερικές φορές (%)</b>	<b>30,83%</b>
4: Συχνά (%)	24,17%
5: Συνέχεια (%)	15,83%
<b>3) Νιώθω ανησυχία πως θα χαλάσει το σώμα μου μετά τον τοκετό (μέση τιμή, ΤΑ)</b>	
<b>1: Καθόλου (%)</b>	<b>37,50%</b>
2: Σπάνια (%)	30,83%
3: Μερικές φορές (%)	24,17%
4: Συχνά (%)	5,83%
5: Συνέχεια (%)	1,67%
<b>4) Νιώθω ανησυχία για την μεγάλη αύξηση του βάρους μου (μέση τιμή, ΤΑ)</b>	
1: Καθόλου (%)	30,83%
<b>2: Σπάνια (%)</b>	<b>33,33%</b>
3: Μερικές φορές (%)	23,33%
4: Συχνά (%)	10,83%
5: Συνέχεια (%)	1,67%
<b>5) Νιώθω φόβο πως θα γεννηθεί το μωρό με σωματική ανωμαλία ή νοητική υστέρηση (μέση τιμή, ΤΑ)</b>	
1: Καθόλου (%)	29,17%
<b>2: Σπάνια (%)</b>	<b>35,00%</b>
3: Μερικές φορές (%)	18,33%
4: Συχνά (%)	13,33%
5: Συνέχεια (%)	4,17%
<b>6) Νιώθω πως θα χάσω τον έλεγχο την ώρα του τοκετού (μέση τιμή, ΤΑ)</b>	
1: Καθόλου (%)	<b>34,17%</b>
2: Σπάνια (%)	26,67%
3: Μερικές φορές (%)	23,33%
4: Συχνά (%)	13,33%
5: Συνέχεια (%)	2,50%
<b>7) Φοβάμαι πως δεν θα έχω υποστήριξη από τον γιατρό/μαία (μέση τιμή, ΤΑ)</b>	

1: Καθόλου (%)	51,67%
2: Σπάνια (%)	32,50%
3: Μερικές φορές (%)	15,83%
4: Συχνά (%)	0,00%
5: Συνέχεια (%)	0,00%

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται συγκεντρωτικά τα περιγραφικά των διαφόρων σκορ.

**Πίνακας 6**

Ολικό Σκορ	Μέση τιμή	ΤΑ	Μέγιστη	Ελάχιστη
Άγχους	25,51	3,5	35	17
Κατάθλιψη	9,2	2,93	20	5
Τοκοφοβίας	16,84	4,48	28	9

### 3.2 Δείκτης αξιοπιστίας για τις κατηγορίες των απαντήσεων

Ο συντελεστής άλφα του Cronbach είναι ίσως ο πιο σημαντικός συντελεστής αξιοπιστίας (η ισοδυναμία κατά τον Cronbach) και ο πιο ευρέως χρησιμοποιούμενος. Ο συντελεστής α του Cronbach είναι ένας δείκτης της «εσωτερικής συνέπειας» ενός τεστ. Με τον όρο «εσωτερική συνέπεια» εννοείται κυρίως η εσωτερική ομοιογένεια των ερωτήσεων του τεστ, όπως αυτή αντικατοπτρίζεται στα αποτελέσματα που δίνει μια εξέταση. Όσο πιο ομοιογενείς , είναι οι απαντήσεις στις ερωτήσεις και όσο πιο κοντά βρίσκεται η επίδοση σε κάθε ερώτηση με την επίδοση στο τεστ, τόσο πιο υψηλός είναι ο δείκτης των παραπάνω.

Οι δείκτες είναι από 0,650 ως 0,740 γεγονός που δείχνει καλή αξιοπιστία και μια επαρκή εσωτερική συνέπεια των τριών ολικών σκορ.



**Πίνακας 7**

<b>Ολικό Σκορ</b>	<b>Cronbach's Alpha</b>	<b>Αριθμός Ερωτήσεων</b>
Άγχους	0,650	10
Κατάθλιψης	0,740	5
Τοκοφοβίας	0,709	7

### **3.3 Μονοπαραγοντική ανάλυση**

#### **3.3.1 Συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και άγχους, κατάθλιψης και τοκοφοβίας**

Ξεκινάμε να εξετάσουμε αν υπάρχει συσχέτιση θετική ή αρνητική μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των ολικών σκορ άγχους, κατάθλιψης και τοκοφοβίας. Η ανάλυση έγινε με το SPSS (Superior Performance Software System) που είναι το πιο διαδεδομένο πρόγραμμα για τη στατιστική ανάλυση δεδομένων. Για την ηλικία χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης του Pearson.

**Πίνακας 8**

<b>Δημογραφικά χαρακτηριστικά</b>	<b>Ολικό σκορ (μέση τιμή)</b>		
	<b>Άγχους</b>	<b>Κατάθλιψης</b>	<b>Τοκοφοβίας</b>
Ηλικία (έτη)	0,007	-0,032	-0,127

Γνωρίζουμε πως αν οι τιμές του συντελεστή Pearson είναι  $-0,3 \leq r < 0,3$  δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση. Παρατηρούμε πως οι τιμές είναι ανάμεσα σε αυτό το πεδίο, συνεπώς δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση μεταξύ της

ηλικίας και των τριών σκορ. Χρησιμοποιήσαμε εφαρμογή t-test για ανεξάρτητα δείγματα, για να δούμε αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή του άγχους, της κατάθλιψης και της τοκοφοβίας ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Αν η πιθανότητα σφάλματος είναι μικρότερη από 5% ( $p < 0.05$ ) τότε υπάρχει στατιστική σημαντικότητα. Τα αποτελέσματα παρατηρούνται στον παρακάτω πίνακα.

**Πίνακας 9**

Δημογραφικά χαρακτηριστικά	Ολικό σκορ (μέση τιμή, ΤΑ)		
	Άγχους	Κατάθλιψης	Τοκοφοβίας
Εκπαίδευση			
<i>Δευτεροβάθμια</i>	25,8913 (3,68919)	9,3696 (3,69600)	16,8043 (4,74046)
<i>Ανώτατη</i>	25,3014 (3,43869)	9,0137 (2,29428)	16,8904 (4,40820)
<i>p-value</i>	0,377	0,518	0,920
Γάμος			
<i>Άγαμη</i>	26,3889 (3,44945)	9,2222 (3,04004)	18,0556 (3,73335)
<i>Έγγαμη</i>	25,3627 (3,52864)	9,1961 (2,94181)	16,6275 (4,60934)
<i>p-value</i>	0,256	0,972	0,216
Άλλα παιδιά στην οικογένεια			
<i>Όχι</i>	25,7612 (3,68078)	9,2985 (2,88158)	17,8955 (4,28576)
<i>Ναι</i>	25,2075 (3,31870)	9,0755 (3,04359)	15,5094 (4,45759)
<i>p-value</i>	0,395	0,682	0,004

Από την παράθεση του πίνακα παρατηρείται ένα αξιοσημείωτο φαινόμενο. Μόνο η ύπαρξη ή μη παιδιών στην οικογένεια είναι στατιστικά σημαντική για το ολικό σκορ τοκοφοβίας. Φαίνεται πως η ύπαρξη και άλλου παιδιού στην οικογένεια μειώνει σημαντικά την εμφάνιση συμπτωμάτων τοκοφοβίας. Όλα τα άλλα δημογραφικά χαρακτηριστικά είναι στατιστικά ασήμαντα, κάτι που μπορεί να γίνει εύκολα αντιληπτό από την σύγκριση των μέσων τιμών και μόνο. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι τιμές παρουσιάζουν απειροελάχιστες διαφορές.

Ολοκληρώνοντας την μονοπαραγοντική ανάλυση χρησιμοποιούμε τον συντελεστή συσχέτισης spearman για να δούμε την συσχέτιση μεταξύ μηνιαίου εισοδήματος και των τριών σκορ και αν είναι στατιστικά σημαντικός. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 10. Στην παρένθεση εμφανίζεται η p-value. Και εδώ παρατηρείται η επίδραση του μηνιαίου εισοδήματος να είναι στατιστικά ασήμαντη στο άγχος, την κατάθλιψη και την τοκοφοβία.

**Πίνακας 10**

Δημογραφικά χαρακτηριστικά	Ολικό σκορ (μέση τιμή)		
	Άγχους	Κατάθλιψης	Τοκοφοβίας
Μηνιαίο εισόδημα	0,044 (0,631)	-0,039 (0,670)	-,150 (0,102)

### 3.3.2 Συσχετίσεις μεταξύ των στοιχείων της κήσης και άγχους, κατάθλιψης και τοκοφοβίας

Χρησιμοποιώντας την εφαρμογή t-test για ανεξάρτητα δείγματα προχωρούμε στην εξέταση της συσχέτισης μεταξύ των στοιχείων της κήσης και άγχους, κατάθλιψης και τοκοφοβίας. Τα στοιχεία παρουσιάζονται στον πίνακα 11.

**Πίνακας 11**

Στοιχεία κήσης	Ολικό σκορ (μέση τιμή, ΤΑ)		
	Άγχους	Κατάθλιψης	Τοκοφοβίας
Επιθυμία γέννησης			
Με φυσιολογικό τρόπο	25,4000 (3,47413)	9,1143 (3,16934)	16,4286 (4,26163)
Με καισαρική τομή	25,6800 (3,61652)	9,3200 (2,62204)	17,4200 (4,80684)
<i>p-value</i>	0,670	0,708	0,236
Προγραμματισμένη εγκυμοσύνη			
Ναι	25,2500 (3,68290)	8,9423 (3,32792)	15,7308 (4,48140)
Όχι	25,7206 (3,40695)	9,3971 (2,62104)	17,6912 (4,36491)
<i>p-value</i>	0,471	0,404	<b>0,017</b>
Εξωσωματική			
Ναι	25,4727 (3,46863)	9,2455 (3,02341)	16,6545 (4,42975)
Όχι	26,0000 (4,24264)	8,7000 (1,88856)	18,9000 (5,04315)
<i>p-value</i>	0,652	0,577	0,132

Έκτρωση			
<i>Ναι</i>	25,5818 (3,51767)	9,1636 (2,97860)	16,6909 (4,59107)
<i>Όχι</i>	24,8000 (3,67575)	9,6000 (2,63312)	18,5000 (3,10018)
<i>p-value</i>	0,504	0,655	0,225
Αποβολή			
<i>Ναι</i>	25,5435 (3,47491)	10,1071 (3,16625)	17,0109 (4,51492)
<i>Όχι</i>	25,4286 (3,73600)	8,9239 (2,83322)	16,2857 (4,50397)
<i>p-value</i>	0,881	0,062*	0,458
Φυσιολογική			
<i>Ναι</i>	25,4444 (2,65100)	9,6667 (3,24037)	16,5676 (4,50378)
<i>Όχι</i>	25,5225 (3,59253)	9,1622 (2,93115)	20,2222 (2,99073)
<i>p-value</i>	0,949	0,623	<b>0,019</b>
Πρόβλημα στη διάρκεια της κύησης			
<i>Ναι</i>	25,5417 (3,66180)	10,3333 (3,03124)	16,7604 (4,50904)
<i>Όχι</i>	25,4167 (2,96232)	8,9167 (2,86785)	17,1667 (4,56515)
<i>p-value</i>	0,877	<b>0,034</b>	0,694
Αναλυτική ενημέρωση από τον γιατρό			
<i>Ναι</i>	23,9310 (3,03469)	8,5862 (2,62566)	16,1379 (4,07715)
<i>Όχι</i>	26,0220 (3,53075)	9,3956 (3,02537)	17,0659 (4,63034)
<i>p-value</i>	<b>0,005</b>	0,199	0,336

Από την παράθεση των στοιχείων του πίνακα προκύπτουν ορισμένα σημαντικά αποτελέσματα σε επίπεδο στατιστικό. Από τα στοιχεία της κύησης η αναλυτική ενημέρωση από τον γιατρό επηρεάζει σημαντικά τα επίπεδα του άγχους. Όσο πιο αναλυτική είναι η ενημέρωση τόσο μικρότερα είναι τα επίπεδα άγχους. Το αν εμφανίζεται ή όχι πρόβλημα στην διάρκεια της κύησης επηρεάζει σημαντικά τα επίπεδα κατάθλιψης. Εάν δεν εμφανίζεται τα επίπεδα κατάθλιψης είναι μικρότερα. Σε επίπεδο σημαντικότητας 10% είναι στατιστικά σημαντικό και το αν υπήρξε παλιότερα επεισόδιο αποβολής. Αν υπήρξε τότε τα επίπεδα κατάθλιψης είναι μεγαλύτερα. Σε επίπεδο τοκοφοβίας στατιστικά σημαντικοί είναι δυο παράγοντες. Ο πρώτος σχετίζεται με την προγραμματισμένη εγκυμοσύνη. Οι κοπέλες που η εγκυμοσύνη δεν είναι προγραμματισμένη εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα τοκοφοβίας. Ο δεύτερος παράγοντας σχετίζεται με το αν εξελίσσεται ομαλά η πορεία της εγκυμοσύνης. Οι εγκυες που αντιμετωπίζουν προβλήματα αναπτύσσουν μεγαλύτερα επίπεδα τοκοφοβίας. Τα αποτελέσματα που παρουσιάσαμε ως στατιστικά σημαντικά ακολουθούν τις λογικές υποθέσεις και είναι αναμενόμενα.

### **3.3.3 Συσχετίσεις των διαφορετικών σκορ μεταξύ τους**

Στη συνέχεια ακολουθούν τα αποτελέσματα της συσχέτισης των διαφορετικών σκορ όπως μετρήθηκαν από τα ερωτηματολόγια της παρούσας εργασίας, μεταξύ τους. Από τον Πίνακα 12 προκύπτει ότι υπάρχει θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του άγχους και της κατάθλιψης. Αυτό σημαίνει πως όσο μεγαλύτερα είναι τα επίπεδα άγχους, τόσο μεγαλύτερα είναι και τα επίπεδα κατάθλιψης. Αυτή που είναι στατιστικά σημαντικότερη, σε επίπεδο 1% είναι η θετική συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και τοκοφοβίας. Όσο μεγαλύτερη είναι η τοκοφοβία, τόσο μεγαλύτερη είναι και η κατάθλιψη.

**Πίνακας 12**

<b>Συσχέτιση ολικού σκορ άγχους με:</b>	<b>Συντελεστής συσχέτισης Pearson r  (p-value)</b>
ολικό σκορ κατάθλιψης	0,209* (0,022)
ολικό σκορ τοκοφοβίας	0,130 (0,156)
<b>Συσχέτιση ολικού σκορ τοκοφοβίας με:</b>	<b>Συντελεστής συσχέτισης Pearson r  (p-value)</b>
ολικό σκορ κατάθλιψης	0,393** (0,000)

\* Επίπεδο σημαντικότητας 5%, \*\* Επίπεδο σημαντικότητας 1%

### **3.4 Πολυπαραγοντική ανάλυση**

Για την πολυπαραγοντική ανάλυση ακολουθούν τα αποτελέσματα της εφαρμογής μοντέλου πολλαπλής γραμμικής εξάρτησης με εξαρτημένη μεταβλητή το ολικό σκορ τοκοφοβίας, λαμβάνοντας ταυτόχρονα υπόψη το ολικό σκορ κατάθλιψης, τα άλλα παιδιά στην οικογένεια και το αν η εγκυμοσύνη είναι φυσιολογική. Αυτοί οι παράγοντες είναι οι ανεξάρτητες μεταβλητές.

Το μοντέλο της πολλαπλής παλινδρόμησης έχει τη μορφή:

**Ολικό σκορ τοκοφοβίας=15,081+0,609 ολικό σκορ κατάθλιψης-2,243 άλλα παιδιά στην οικογένεια-3,029 φυσιολογική εγκυμοσύνη+ε.**

Το 15,081 είναι η σταθερά της γραμμικής παλινδρόμησης και είναι η μέση τιμή που λαμβάνει το ολικό σκορ τοκοφοβίας, όταν οι ανεξάρτητες μεταβλητές είναι μηδενικές.

Από την εφαρμογή του μοντέλου προκύπτει ότι:

1) για 1 μονάδα αύξησης στο ολικό σκορ της κατάθλιψης, οι έγκυες νιώθουν περισσότερο φόβο για τη διαδικασία του τοκετού κατά μέσο όρο 0,609 μονάδες με διατηρώντας τις υπόλοιπες μεταβλητές του μοντέλου σταθερές.

2) οι γυναίκες που είχαν και άλλα παιδιά στην οικογένεια αναμένεται να έχουν κατά 2,243 μονάδες χαμηλότερες στο σκορ τοκοφοβίας σε σχέση με όσες δεν είχαν, διατηρώντας τις υπόλοιπες μεταβλητές του μοντέλου σταθερές.

3) Οι γυναίκες που είχαν φυσιολογική εγκυμοσύνη αναμένεται να έχουν κατά 3,029 μονάδες χαμηλότερες στο σκορ τοκοφοβίας σε σχέση με όσες δεν είχαν, διατηρώντας τις υπόλοιπες μεταβλητές του μοντέλου σταθερές.

Όλες οι μεταβλητές που εισήχθησαν στο μοντέλο διαδραματίζουν στατιστικά σημαντικό ρόλο στην μεταβολή του σκορ τοκοφοβίας ( $p\text{-value} < 0,05$ ). Παράλληλα, το σκορ κατάθλιψης εξακολουθεί να συσχετίζεται με την τοκοφοβία, έχοντας λάβει υπόψη την ταυτόχρονη επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των στοιχείων κύησης των γυναικών.

Τα αποτελέσματα εφαρμογής του μοντέλου παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 13. Σημειώνεται ότι ο προσαρμοσμένος συντελεστής προσδιορισμού του μοντέλου που εφαρμόστηκε είναι  $R^2_{adj} = 0,245$ . Συνεπώς, οι μεταβλητές που λήφθηκαν υπόψη εξηγούν το 24,5% της συνολικής μεταβλητότητας του σκορ τοκοφοβίας.



**Πίνακας 13**

<b>Μοντέλο</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>p-value</b>
<b>Σκορ κατάθλιψης</b>	0,609	<b>0,000</b>
<b>Άλλα παιδιά στην οικογένεια</b>	-2,243	<b>0,003</b>
<b>Φυσιολογική εγκυμοσύνη</b>	-3,029	<b>0,029</b>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

#### 4.1 Κύρια ευρήματα

Σκοπός της εργασίας ήταν να διερευνηθούν, καταγραφούν, αξιολογηθούν και να ιεραρχηθούν οι ψυχολογικοί και μαιευτικοί παράγοντες που προκαλούν την τοκοφοβία. Για αυτόν τον λόγο 120 εγκυμονούσες στο Νοσοκομείο της Λαμίας απάντησαν ένα ερωτηματολόγιο 5 κατηγοριών που περιλάμβανε συνολικά 38 ερωτήσεις. Οι απαντήσεις βοήθησαν στο να αποκρυπτογραφηθεί το δημογραφικό προφίλ και να γίνει μια πλήρης καταγραφή και στατιστική ανάλυση της σημαντικότητας των παραγόντων που σχετίζονται με την τοκοφοβία. Στο παρόν κεφάλαιο θα εξεταστούν, κατά πόσο τα ευρήματα σχετίζονται με τις ερευνητικές υποθέσεις που έγιναν στο δεύτερο κεφάλαιο και ευρήματα από διεθνή βιβλιογραφία.

Η μέση ηλικία είναι σχεδόν 30 έτη, γεγονός που αποδεικνύει πως οι κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες επηρέασαν την ηλικία εγκυμοσύνης. Ενδιαφέρον στοιχείο είναι πως το εύρημα μη προγραμματισμένης εγκυμοσύνης, σχετίζεται με την έλλειψη κουλτούρας οικογενειακού προγραμματισμού στην χώρα μας. Ενθαρρυντικό δημογραφικό στοιχείο ήταν το ποσοστό δεύτερης κύησης.

Χαμηλό είναι το ποσοστό έκτρωσης, γεγονός που σχετίζεται με την γεωγραφική περιοχή του δείγματος. Ανησυχητικά είναι τα ποσοστά αποβολής, καθώς μια στις τέσσερις γυναίκες δήλωσε πως βίωσε περιστατικό αποβολής. Ο φυσιολογικός τοκετός υπερτερεί ελαφρά της καισαρικής τομής, που είναι πάντως σε υψηλά επίπεδα. Δυο στις πέντε γυναίκες προτιμούν να γεννήσουν με καισαρική.

Τα επίπεδα άγχους βρέθηκαν να είναι σε μέτρια επίπεδα, καταδεικνύοντας πως οι απαντήσεις κινήθηκαν μεταξύ του “κάπως” και “μέτρια” στην 4βάθμια κλίμακα Likert.

Αναφορικά με την κατάθλιψη τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά, καθώς δείχνουν πως τα συμπτώματα κατάθλιψης εμφανίζονται στις εγκυμονούσες λιγότερο από τις μισές μέρες.

Αναφορικά με την τοκοφοβία, τα επίπεδα ήταν μέτρια, γεγονός που φανερώνει πως η έγκυος είχε συμπτώματα τοκοφοβίας μεταξύ του “σπάνια” και “μερικές φορές”.

Αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και τοκοφοβίας αξίζει να σημειωθεί πως ο μόνος στατιστικά σημαντικός παράγοντας που επηρέασε την τοκοφοβία και μόνο, ήταν η ύπαρξη άλλου παιδιού, καθώς όσες γυναίκες δεν είχαν άλλο παιδί σημείωσαν σημαντικά υψηλότερη τιμή, έναντι αυτών που ήδη είχαν τουλάχιστον ένα.

#### **4.2 Συζήτηση κυριότερων ευρημάτων**

Σε αυτή την ενότητα θα συζητήσουμε τα κυριότερα ευρήματα της έρευνας τόσο σε σχέση με τις αρχικές υποθέσεις εργασίας που έγιναν στο δεύτερο κεφάλαιο, όσο και με τα ευρήματα στην διεθνή βιβλιογραφία. Η εξέταση των ευρημάτων και η αντιπαραβολή τους με τις υποθέσεις και τη διεθνή βιβλιογραφία, θα συμβάλλουν στην αποκάλυψη των παραγόντων της τοκοφοβίας.

Η πρώτη ερευνητική υπόθεση ήταν πως το εκπαιδευτικό επίπεδο και η ηλικία μειώνουν τα επίπεδα τοκοφοβίας. Παρατηρείται όντως μια αρνητική επίδραση της ηλικίας στην τοκοφοβία, δηλαδή όσο μεγαλύτερη είναι η γυναίκα στην ηλικία τόσο μειώνεται το επίπεδο τοκοφοβίας. Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί με το επίπεδο ωριμότητας ή διαχείρισης δύσκολων

πρότερων καταστάσεων. Το εύρημα συμφωνεί και με εργασία των Makara-Studzińska, Zaręba, Kawa, Dorota Matuszyk του 2022<sup>1</sup> στην Πολωνία. Στη δική μας περίπτωση βέβαια η επίδραση είναι στατιστικά ασήμαντη. Στο εκπαιδευτικό επίπεδο σημειώνεται μια αξιοσημείωτη ισότητα σε όλα τα σκορ, γεγονός που αναιρεί την υπόθεσή μας πως το μεγαλύτερο εκπαιδευτικό επίπεδο μειώνει τα επίπεδα εκπαίδευσης.

Δεύτερη ερευνητική υπόθεση ήταν πως οι γυναίκες με υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους, αναμένεται να παρουσιάσουν υψηλότερα επίπεδα τοκοφοβίας. Ο στατιστικός έλεγχος έδειξε πως υπάρχει στατιστικά σημαντικότερη θετική συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και τοκοφοβίας. Θετική συσχέτιση υπάρχει και μεταξύ άγχους και τοκοφοβίας, αλλά όχι στατιστικά σημαντική. Τα ευρήματα της έρευνας συμφωνούν με ευρήματα ερευνών σε διεθνές επίπεδο. Ενδεικτικά αναφέρουμε τις έρευνες των Hall WA et al., 2009<sup>2</sup>, Bhatia και Jhanjee (2012)<sup>3</sup>, Poggi, L.,Goutaudier N., Séjourné N. &Chabrol H. (2018)<sup>4</sup>.

Η τρίτη ερευνητική υπόθεση ήταν πως οι γυναίκες που επιλέγουν την καισαρική τομή, ενδέχεται να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα τοκοφοβίας (Harvolsen et al., 2010). Η ερευνητική υπόθεση μπορεί να επαληθεύεται σε επίπεδο σκορ, καθώς όσες επέλεξαν καισαρική τομή εμφανίζουν σκορ

---

1 Makara-Studzińska M., Zaręba K., Kawa N., Matuszyk D. (2022), Tokophobia and Anxiety in Pregnant Women during the SARS-CoV-2 Pandemic in Poland—A Prospective Cross-Sectional Study, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19(2), 714

2. Hall, Wendy A., Hauck Yvonne L., Carty, Elaine M., Hutton, Eileen K., Fenwick Jennifer, Stoll Kathrin, (2009) Childbirth Fear, Anxiety, Fatigue, and Sleep Deprivation in Pregnant Women, *JOGNN VOLUME 38, ISSUE 5, P567-576*,

3.Bhatia M.Si.and jhanjee A. (2012) Tokophobia: A dread of pregnancy, *Ind Psychiatry J.* 2012 Jul-Dec; 21(2): 158–159.

4.Poggi, L., Goutaudier N., Séjourné N. &Chabrol H. (2018), When Fear of Childbirth is Pathological: The Fear Continuum, *Maternal and Child Health Journal volume 22, pages772–778*

υψηλότερο από τις γυναίκες που επέλεξαν φυσιολογική γέννα (17,42 έναντι 16,42) αλλά αυτή η διαφορά είναι στατιστικά ασήμαντη και συνεπώς σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας, δεν μπορούμε να θεωρήσουμε τον τρόπο επιλογής γέννας ως σημαντικό παράγοντα για την τοκοφοβία.

Υπήρχε μια ερευνητική υπόθεση που κάναμε, πως γυναίκες που έχουν προβεί παλιότερα σε έκτρωση ή είχαν περιστατικό αποβολής θα παρουσιάσουν υψηλότερα επίπεδα τοκοφοβίας. Είναι γεγονός πως και στις δυο κατηγορίες τα σκορ τοκοφοβίας ήταν υψηλότερα, ειδικά στην έκτρωση (18,50 έναντι 16,69) αλλά δεν ήταν στατιστικά σημαντικά. Αυτό βέβαια μπορεί να οφείλεται και στο γεγονός πως το ποσοστό έκτρωσης στο δείγμα ήταν εξαιρετικά χαμηλό (8,33%). Θα είχε ενδιαφέρον μια παρόμοια έρευνα με δειγματοληψία στοχευμένη να καταδείξει αν όντως υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση της έκτρωσης στα επίπεδα τοκοφοβίας.

Δυο παράγοντες που αποδείχθηκαν στατιστικά σημαντικοί στην τοκοφοβία, ήταν η προγραμματισμένη εγκυμοσύνη και αν η εγκυμοσύνη εξελίσσεται φυσιολογικά. Όπως ήταν αναμενόμενο και οι δυο παράγοντες επηρεάζουν αρνητικά τα επίπεδα τοκοφοβίας. Συγκεκριμένα όσες είχαν προβεί σε προγραμματισμένη εγκυμοσύνη είχαν σκορ τοκοφοβίας 15,73 έναντι όσων η εγκυμοσύνη ήταν μη προγραμματισμένη (17,69). Ακόμα μεγαλύτερη ήταν η διαφορά στα σκορ των γυναικών που είχαν φυσιολογική εγκυμοσύνη έναντι αυτών που δεν είχαν (16,56 έναντι 20,22). Σε αυτό το σημείο, αξίζει να σημειωθεί η αξία του οικογενειακού προγραμματισμού στην ψυχολογία της γυναίκας και στην αντιμετώπιση της εγκυμοσύνης και της διαδικασίας της γέννας. Είναι ένα σημαντικό εύρημα, που αξίζει να ληφθεί υπόψη σε μελλοντικές έρευνες που εξετάζουν την σχέση του οικογενειακού προγραμματισμού με την γυναικεία ψυχολογία.

Οι παράγοντες όπως η κατάθλιψη, άλλα παιδιά στην οικογένεια και η φυσιολογική εγκυμοσύνη χρησιμοποιήθηκαν ως ανεξάρτητες μεταβλητές

για να ερμηνεύσουν την πορεία της τοκοφοβίας ως εξαρτημένης μεταβλητής σε μια πολυπαραγοντική ανάλυση. Υπήρξαν στατιστικά σημαντικές και οι τρεις, με τις αναμενόμενες επιδράσεις. Η φυσιολογική εγκυμοσύνη και τα άλλα παιδιά στην οικογένεια, μείωναν τα επίπεδα τοκοφοβίας σε αντίθεση με την κατάθλιψη που τα αύξανε.

Αναφορικά με τα επίπεδα άγχου, αξίζει να σημειωθεί η στατιστική σημαντικότητα του παράγοντα ενημέρωσης από τον γιατρό. Όσες εγκυμονούσες θεωρούσαν πως δεν είχαν αναλυτική ενημέρωση από τον γιατρό, εμφάνιζαν σημαντικότερα επίπεδα άγχους από όσες θεωρούσαν πως είχαν (26,02 έναντι 23,93). Αξίζει λοιπόν να επισημανθεί η κομβική σημασία επιλογής γυναικολόγου και η σχέση εμπιστοσύνης που θα χτίσει ο θεράπων ιατρός με την εγκυμονούσα σε μια δύσκολη ψυχολογική, πνευματική και σωματική περίοδο για την ίδια.

Η μη ενημέρωση από τον γιατρό, ήταν και ο παράγοντας που σημείωσε το υψηλότερο σκορ με 26,02. Οι υπόλοιποι δυο παράγοντες με υψηλό σκορ άγχους ήταν η εξωσωματική με 26 και η μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη με 25,72. Στον αντίποδα τις χαμηλότερες τιμές σημείωσαν η αναλυτική ενημέρωση από τον γιατρό (23,93), η μη έκτρωση (24,80) και η προγραμματισμένη εγκυμοσύνη (25,25). Παρατηρούμε λοιπόν πως οι παράγοντες κήσης που επηρεάζουν το άγχος είτε θετικά είτε αρνητικά σχετίζονται με τη σχέση της εγκύου με τον γιατρό, τον τρόπο και τον προγραμματισμό σύλληψης και το ιατρικό ιστορικό.

Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί πως το υψηλότερο σκορ άγχους έχει ένας δημογραφικός παράγοντας που είναι οι άγαμες (26,33). Παρατηρούμε λοιπόν, πως σε μια επαρχιακή περιοχή το επίπεδο άγχους στην εγκυμοσύνη σχετίζεται και με το αν υπάρχει έγγαμη ζωή. Οι άγαμες νιώθουν άγχος, είτε γιατί δεν έχουν σύντροφο να τις στηρίζει, είτε γιατί μένουν σε περιοχές που η εγκυμοσύνη χωρίς γάμο παραμένει κοινωνικά μη

αποδεκτή. Αντίστοιχα ο δημογραφικός παράγοντας με τη χαμηλότερη τιμή είναι η ύπαρξη παιδιού ή παιδιών. Παρατηρούμε λοιπόν, πως η ύπαρξη παιδιών πέρα από την τοκοφοβία μειώνει αρκετά και τα επίπεδα άγχους.

Αναφορικά με την κατάθλιψη, στατιστικά σημαντικός παράγοντας αποδείχθηκε η ύπαρξη ή μη προβλήματος κατά τη διάρκεια της κύησης. Όπως είναι αναμενόμενο, οι εγκυμονούσες που δεν παρουσίασαν πρόβλημα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σημειώνουν σημαντικά χαμηλότερα σκορ κατάθλιψης από αυτές που παρουσίασαν.

Τα υψηλότερα σκορ κατάθλιψης σημειώνουν οι παράγοντες κύησης όπως το πρόβλημα στη διάρκεια κύησης (10,33), η αποβολή (10,1) και παραδόξως όσες εγκυμονούσες δεν έχουν προβεί σε έκτρωση με 9,6. Αξίζει να σημειωθεί το παράδοξο πως όσες γυναίκες δεν έχουν προβεί σε έκτρωση, σημειώνουν ταυτόχρονα από τις χαμηλότερες τιμές άγχους και υψηλότερες κατάθλιψης. Το παράδοξο όμως μπορεί να εξηγηθεί και από το γεγονός πως στην έρευνα δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική σχέση άγχους με κατάθλιψη. Στον αντίποδα, τις χαμηλότερες τιμές σημείωσαν παράγοντες κύησης όπως η αναλυτική ενημέρωση από τον γιατρό (8,58), η εξωσωματική (8,70) και η μη ύπαρξη προβλήματος κατά την διάρκεια της κύησης (8,91). Παρατηρούμε πως η ενημέρωση από τον γιατρό εμφανίζεται να μειώνει την κατάθλιψη όπως και το άγχος, ενώ παράδοξο σημειώνεται με την εξωσωματική που σημειώνει από τις χαμηλότερες τιμές κατάθλιψης και υψηλότερες άγχους. Αυτή η παραδοξότητα έρχεται να προστεθεί σε αυτή της έκτρωσης, με τις τιμές της κατάθλιψης και του άγχους να παρουσιάζουν αντίστροφα υψηλά και χαμηλά. Είναι ένα στοιχείο που ενισχύει τη μη σημαντική στατιστική συσχέτιση άγχους και κατάθλιψης.

### 4.3 Πλεονεκτήματα και περιορισμοί της έρευνας

Αναμφίβολα το θέμα της τοκοφοβίας είναι σημαντικό και η σημαντικότητα ενισχύεται από το γεγονός πως η τρέχουσα επικαιρότητα προκαλεί επιπλέον ανησυχίες, εξαιτίας υγειονομικών παραγόντων όπως η πανδημία ή η γεωπολιτική αστάθεια και οι κοινωνικές-οικονομικές επιπτώσεις. Μια αναζήτηση της βιβλιογραφίας και των ερευνών σε διεθνές και εγχώριο επίπεδο θα καταδείξει πως υπάρχουν μεν εμπειρικές έρευνες όχι όμως στο εύρος που ένα τέτοιο φαινόμενο απαιτεί.

Σε αυτό το σημείο η παρούσα έρευνα έρχεται να συμβάλλει χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο που βασίστηκε στη χρήση αναγνωρισμένων ερωτηματολογίων. Τα αποτελέσματα όπως καταγράφηκαν και αναλύθηκαν, μπορούν να αποτελέσουν την βάση για περαιτέρω έρευνες ιατρικές και ακαδημαϊκές που συνδέουν τους δημογραφικούς, ψυχολογικούς παράγοντες αλλά και αυτούς της κήσης με την τοκοφοβία.

Σε κάθε περίπτωση η παρούσα έρευνα παρουσιάζει γεωγραφικούς και επιστημονικούς περιορισμούς. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν σε ένα νοσοκομείο μεσαίας επαρχιακής πόλης με συγκεκριμένα γεωγραφικά, οικονομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά. Προφανώς το δείγμα παρουσιάζει ποιοτικούς και ποσοτικούς περιορισμούς και προέρχεται μόνο από ένα νοσοκομείο, γεγονός που περιορίζει σημαντικά την αντιπροσωπευτικότητα των αποτελεσμάτων.

Επιπροσθέτως η έρευνα διεξήχθη σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και για μια φορά μόνο. Συνεπώς αποτελεί μια φωτογραφική απεικόνιση του φαινομένου της τοκοφοβίας και όχι μια δυναμική χρονική ανάλυση. Δεν υπάρχει η δυνατότητα επαναξιολόγησης των απαντήσεων της ίδιας εγκυμονούσας σε ένα χρονικό διάστημα μηνός ή τριμήνου ώστε να καταγραφεί και να αναλυθεί η δυναμική του φαινομένου σε ατομικό και



συλλογικό επίπεδο.

#### **4.4 Μελλοντικές προοπτικές έρευνας**

Παρουσιάσαμε τα ευρήματα της έρευνας, τα πλεονεκτήματα αλλά και τα μειονεκτήματα της. Έχει ήδη σημειωθεί η αναντιστοιχία του πλήθους των ερευνών που υπάρχουν σε σχέση με την έκταση αλλά και τη δυναμική του φαινομένου της τοκοφοβίας. Η συγκεκριμένη φοβία παρουσιάζει εξαιρετικό ενδιαφέρον και αποτελεί πρόσφορο πεδίο για μελλοντικές έρευνες.

Μια μεγαλύτερη και πληρέστερη έρευνα θα απαιτούσε ομάδα ερευνητών με πρόσβαση σε νοσοκομεία των μεγάλων αστικών κέντρων και με διαθεσιμότητα πόρων και χρόνου, η οποία θα μπορούσε να διεξάγει έρευνα σε μεγαλύτερο γεωγραφικό και χρονικό εύρος. Η έρευνα θα μπορούσε να περιλαμβάνει ερωτηματολόγια ανά τρίμηνα, με παρακολούθηση του δείγματος από την έναρξη της κύησης ως τον τοκετό. Αυτή η έρευνα θα μπορούσε να αποτυπώσει επαρκώς τη δυναμική του φαινομένου και τους παράγοντες που το επηρεάζουν στις διάφορες φάσεις. Εξαιρετικό ενδιαφέρον θα παρουσίαζε μια έρευνα που θα συσχέτιζε κατά πόσο αυξήθηκε η τοκοφοβία με την εμφάνιση του covid ή με σημαντικά γεγονότα όπως η διεξαγωγή πολέμου μεγάλης κλίμακας, ενδεχόμενο χρεοκοπίας και άλλους εξωγενείς παράγοντες. Θα μπορούσε μια τέτοια έρευνα να καταγράψει την στατιστική σημαντικότητα εξωγενών παραγόντων, όπως αναφέρθηκαν ήδη και ενδογενών όπως η ψυχοσύνθεση και το οικογενειακό περιβάλλον της εγκυμονούσας. Σε κάθε περίπτωση, το πλήθος των παραγόντων και το χρονικό διάστημα που θα καλύπτει το ερωτηματολόγιο είναι αντικείμενα προς μια μελλοντική έρευνα ενδεδειγμένη και πληρέστερη.

#### 4.5 Συμπέρασμα

Από την έρευνα καταδεικνύεται η ανάγκη αντιμετώπισης του φαινομένου της τοκοφοβίας, καθώς εμφανίζεται σε μικρότερο ή μεγαλύτερο ποσοστό σε μέρος του πληθυσμού. Από την εξέταση των παραγόντων, η κατάθλιψη, η έλλειψη ενημέρωσης από τον γιατρό, ο προγραμματισμός ή όχι της εγκυμοσύνης, η υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον, η εμφάνιση ή όχι προβλημάτων κατά τη διάρκεια της κύησης διαδραματίζουν ρόλο στην εμφάνιση της τοκοφοβίας. Συνεπώς είναι σημαντικό να εστιάσουμε σε αυτούς τους παράγοντες για την κατάθεση μιας δέσμης προτάσεων. Σε κάθε περίπτωση τονίζεται πως πέρα από προτάσεις σε συλλογικό επίπεδο, η κάθε γυναίκα θα πρέπει να αντιμετωπίζει την τοκοφοβία βάσει των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της.

Βάσει των αποτελεσμάτων, έμφαση πρέπει να δοθούν σε δυο πεδία αντιμετώπισης του φαινομένου: την διαχείριση και την προετοιμασία ενός σχεδίου γέννας. Στην διαχείριση της τοκοφοβίας, μπορεί να φανεί χρήσιμο να συζητηθούν οι φόβοι της γυναίκας, να διαλυθούν οι ψευδείς πεποιθήσεις που μπορεί να έχει μια εγκυμονούσα σχετικά με τον τοκετό και κυρίως να την καθησυχάσει ο γιατρός πως θα λάβει επαρκή υποστήριξη στον τοκετό.

Παρατηρήσαμε πως η επαρκής ενημέρωση από τον γιατρό είναι αποτελεσματικό μέσο αντιμετώπισης της τοκοφοβίας. Όσο πιο γρήγορη και γερή είναι η σχέση εμπιστοσύνης γιατρού-εγκύου, τόσο μικρότερη είναι η πιθανότητα να εμφανιστούν φαινόμενα τοκοφοβίας. Η έγκυος που γνωρίζει πως ο γιατρός είναι διαθέσιμος να απαντήσει σε κάθε ερώτηση της σχετικά με φόβους και ανησυχίες της για την ίδια, την διαδικασία τοκετού αλλά και την υγεία του εμβρύου, νιώθει λιγότερο άγχος και έχει χαμηλότερα επίπεδα τοκοφοβίας.

Έχει ήδη καταγραφεί πως ο φόβος της γυναίκας για τον φυσιολογικό κολπικό τοκετό μπορεί να οδηγήσει σε μεταγεννητική κατάθλιψη,

μετατραυματικό στρες και αποτυχία δεσίματος με το βρέφος. Απαιτείται ψυχιατρική αξιολόγηση μετά την ανίχνευση τέτοιου φόβου από τον μαιευτήρα, για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση και να διερευνηθούν τυχόν πιθανοί λόγοι για την πάθηση. Μια τέτοια αξιολόγηση θα βοηθήσει στην επιλογή της κατάλληλης θεραπείας, της απόφασης για τον τρόπο τοκετού, τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών αν κριθεί απαραίτητο και τον καταλληλότερο τύπο της μαιευτικής αναλγησίας, αποτρέποντας περαιτέρω τραύμα και πόνο.

Η ψυχιατρική αξιολόγηση και ψυχολογική υποστήριξη από ειδικούς είναι απαραίτητο βήμα για να καταπολεμηθεί η κατάθλιψη που είναι βασικός παράγοντας εμφάνισης τοκοφοβίας. Παρά τα βήματα προόδου που έχουν γίνει σε αυτόν τον τομέα, η ψυχική υγεία θεωρείται ταμπού για μεγάλο μέρος της κοινωνίας, ειδικότερα στην επαρχία. Δεν γίνονται έγκαιρες και σωστές διαγνώσεις, υποβαθμίζεται, αγνοείται ή αποσιωπάται το γεγονός της κατάθλιψης από την παθούσα ή τον περίγυρο, με αποτέλεσμα να αυξάνονται τα επίπεδα τοκοφοβίας και να επιβαρύνεται περαιτέρω η ψυχική της υγεία, με αποτελέσματα δυσάρεστα τόσο στην ίδια, όσο και στο έμβρυο.

Πέρα από τον προσωπικό ιατρό, θα μπορούσαν να υπάρχουν ειδικοί ψυχικής υγείας στα νοσοκομεία, ή έστω σε επιλεγμένα, που θα είναι επιφορτισμένοι με την παρακολούθηση και την αξιολόγηση των εγκύων σε σχέση με τα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και φόβου. Με αυτόν τον τρόπο θα παρέχεται το καλύτερο δυνατό επίπεδο ψυχολογικής υποστήριξης ή και θεραπείας σε όσες γυναίκες το έχουν ανάγκη. Η αποτελεσματική αντιμετώπιση του φαινομένου με προσωπικό στα νοσοκομεία, δεν αποτελεί πολυτέλεια καθώς οι ρυθμοί ζωής σε συνδυασμό με τα όσα συμβαίνουν το τελευταίο διάστημα, επιβαρύνουν την ψυχολογία των γυναικών. Είναι

καλύτερα να υπάρχει πρόληψη παρά να κληθούν οι γυναίκες και τα βρέφη να πληρώσουν τις συνέπειες αργότερα.

Πέρα από τη διαχείριση είναι σημαντικό να υπάρξει και προετοιμασία και οργάνωση ενός σχεδίου τοκετού ή εγκυμοσύνης. Η τοκοφοβία σε ορισμένες γυναίκες είναι τόσο ισχυρή που δεν καταπολεμάται με ψυχοθεραπεία ή ψυχολογική υποστήριξη. Συνήθως ο φόβος αυτός, εμφανίζεται σε όσες γυναίκες δεν έχουν γεννήσει ακόμα παιδί και καταγράφηκε και στην έρευνα, καθώς τα επίπεδα τοκοφοβίας ήταν σημαντικά υψηλότερα σε όσες δεν είχαν γεννήσει ακόμα παιδί. Αυτές οι γυναίκες μπαίνουν και στην διαδικασία να υποβληθούν σε καισαρική τομή, καθώς φοβούνται τον φυσιολογικό κοιλικό τοκετό. Αν για οποιοδήποτε λόγο αναγκαστούν να υποβληθούν σε κοιλικό τοκετό, μπορεί να στρεσαριστούν τόσο ώστε να αναπτύξουν διαταραχή μετατραυματικού στρες μετά τον τοκετό. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την ανάγκη ψυχιατρικής βοήθειας για την αντιμετώπιση της πάθησης.

Συνεπώς είναι απαραίτητη η ψυχολογική και μαιευτική φροντίδα τέτοιων ασθενών. Η αντιμετώπιση του φόβου μπορεί να γίνει μέσω της ενσυναίσθησης και της επαγγελματικής συμβουλευτικής που θα οδηγήσει τις γυναίκες να έχουν έναν ασφαλή και ικανοποιητικό κοιλικό τοκετό, χωρίς να βιώνουν τύψεις ή φόβο μετά τον τοκετό.

Οι γυναίκες που έχουν φόβο να μείνουν έγκυες, επειδή δεν μπορούν να περάσουν την διαδικασία του τοκετού, θα πρέπει να επισκεφθούν κάποιον ειδικό σε θέματα εγκυμοσύνης. Ο ειδικός θα είναι σε θέση να αναγνωρίσει την γνησιότητα και το βάθος των συναισθημάτων της γυναίκας χωρίς να τα απορρίψει ή να τα υποβαθμίσει. Απαντήσεις όπως “η εγκυμοσύνη είναι κάτι συνηθισμένο” και “όλες οι γυναίκες το κάνουν” ενισχύουν τις ενοχές και την κατάθλιψη μιας τοκοφοβικής γυναίκας αντί να

την ενισχύουν για να καταπολεμήσει τον φόβο με οποιοδήποτε βαθμό επιτυχίας.

Η ενημέρωση της γυναίκας είναι σημαντικός παράγοντας για την καταπολέμηση της τοκοφοβίας. Συνεπώς, είναι σημαντικό μέτρο η παρακολούθηση σεμιναρίων προγεννητικής υποστήριξης, στα οποία η γυναίκα μπορεί να ενημερωθεί για τη διαδικασία του τοκετού και τη διαχείριση των πόνων. Η ενημέρωση μπορεί να προέλθει από την παρακολούθηση έγκυρων ιστοσελίδων και ομάδων αυτοβοήθειας.

Η οικογενειακή υποστήριξη έχει εξαιρετικά θετικό αντίκτυπο στην ψυχολογία της εγκύου και μπορεί να συνδράμει μια τοκοφοβική γυναίκα να περάσει τον τοκετό χωρίς προβλήματα. Συνεπώς η ενημέρωση των οικείων μέσω σεμιναρίων ή ημερίδων θα τους δώσει τη δυνατότητα να παράσχουν ουσιαστική ψυχολογική βοήθεια στην έγκυο. Το υποστηρικτικό και ενημερωμένο οικογενειακό περιβάλλον συμβάλλει θετικά στο να αντιμετωπίσει η γυναίκα τις δυσκολίες της εγκυμοσύνης και της περιόδου μετά τον τοκετό και την θωρακίζει με εμπιστοσύνη αν κληθεί να αντιμετωπίσει ένα αινομενικά εχθρικό ή αδιάφορο ιατρικό προσωπικό.

Η έρευνα έδειξε πως ο προγραμματισμός ή μη της εγκυμοσύνης διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην τοκοφοβία. Η απόφαση για την εκκίνηση της εγκυμοσύνης είναι μεγάλο ζήτημα για μια γυναίκα με τοκοφοβία. Επιβάλλεται να υπάρξει συζήτηση μεταξύ των συντρόφων πριν προχωρήσει η γυναίκα σε εγκυμοσύνη. Μια σχέση εμπιστοσύνης και υποστήριξης μεταξύ της γυναίκας, του συντρόφου της και των παρόχων ιατρικής περίθαλψης είναι απαραίτητη για τη βέλτιστη αντιμετώπιση της τοκοφοβίας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αμπατζόγλου, Γ. & Ζηλίκης, Ν. (2003) *Θέματα Ψυχιατρικής Παιδιού και Εφήβου*. Πανεπιστημιακό Τυπογραφείο Α.Π.Θ. Τμήμα Εκδόσεων
2. Bhatia, M. S., & Jhanjee, A., (2012) *Tokophobia: A dread of pregnancy* *Ind Psychiatry J.* (2012) Jul-Dec; 21(2): 158–159.
3. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. (2000), *Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood*. *Journal of Affective Disorders*, 59(1), 31–40.
4. Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Εμπειρία τοκετού σε γυναίκες με και χωρίς προγεννητικό φόβο τοκετού. *Gynecol Obstet Invest* 1983; 16: 1-12
5. Demšar, K., Svetina, M., Verdenik, I., Tul N., Blickstein I., and Globevnik Velikonja V. (2018), *Tokophobia (fear of childbirth): prevalence and risk factors*, *J Perinat Med* 2018 Feb 23;46(2):151-154. doi: 10.1515/jpm-2016-0282.
6. Teixeira JMA, Fisk NM, Glover V. Συσχέτιση μεταξύ μητρικού άγχους στην εγκυμοσύνη και αυξημένου δείκτη αντίστασης αντίστασης της μητριάας αρτηρίας. *BMJ* 1999; 318: 153-7.
7. Fava, G. A., Grandi, S., Michelacci, L., et al (1990), *Hypochondriacal fears and beliefs in pregnancy*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Volume82, Issue1, July 1990, Pages 70-72.
8. Hofberg & Brockington (2000) *Tokophobia: An unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases*, *Nationally Library of Medicine* 2000 Jan;176:83-5.
9. Hofberg K, Ward M. (2003), *Fear of pregnancy and childbirth*. *Postgrad Med J.* 2003 Sep;79(935):505-10, quiz 508-10.
10. Klabbers, G. A., van Bakel, H. J., van den Heuvel, M., & Vingerhoets, A. J. (2016) *Severe fear of childbirth: Its features, assesment, prevalence, determinants, consequences and possible treatments*, *Psihologijske Teme* 25(1):107-127
11. Lubin, B., Gardiner, S. H. & Roth, A. (1975), *Mood and somatic symptoms during pregnancy*. *Psychosomatic Medicine*, 37(2), 136–146.
12. Melender H-L (2002). *Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in finland*, *Journal of Midwifery & Women's Health* Volume 47, Issue 4, July–August 2002, Pages 256-263

13. Roland-Price, A., & Chamberlain, Z. 2012, *Management of tocophobic women*. In: Arulkumaran S, editor. Preconceptional medicine Paula and David bloomer; 2002. p. 281-288
14. Stoppard M. (2009). *Σύλληψη-Εγκυμοσύνη- Τοκετός*. Αθήνα: Εκδόσεις Μίνωα.
15. Striebich, S., Mattern, E., & Ayerle, G. M. (2018), *Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia - A systematic review of approaches and interventions*, Midwifery. 2018 Jun; 61:97-115.
16. Trede, K, Baldessarini, R.J., Viguera, A C, Bottéro, A. (2009), *Treatise on insanity in pregnant, postpartum, and lactating women (1858) by Louis-Victor Marce´*: A commentary. Harvard Review of Psychiatry, 17(2), 157–165.
17. Wolitzky-Taylor, K. B., Horowitz, J. D., Powers, M. B., & Telch, M. J. (2008), *Psychological approaches in the treatment of specific phobias: a meta-analysis*, Clin Psychol Rev 2008 Jul;28(6):1021-37.
18. Womersley, K., Ripullone, K., & Agius, M. (2017), *What are the risks associated with different Selective Serotonin Re-uptake Inhibitors (SSRIs) to treat depression and anxiety in pregnancy? An evaluation of current evidence*, Psychiatr Danub 2017 Sep;29(Suppl 3):629-644.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Αγαπητή μέλλουσα μητέρα,

Καλείστε να συμμετάσχετε στη μελέτη που διεξάγεται στο πλαίσιο του προγράμματος Μεταπτυχιακών σπουδών 'Προηγμένη και Τεκμηριωμένη Φροντίδα' του τμήματος μαιευτικής του πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, με θέμα «Διερεύνηση των φόβων των εγκύων γυναικών για την εξέλιξη της εγκυμοσύνης και του τοκετού» και αποτελεί την διπλωματική μου εργασία, με επιβλέπουσα καθηγήτρια, την κα Ευριδίκη Πατελάρου.

Σκοπός της εν λόγω διπλωματικής εργασίας είναι να διερευνήσει τους φόβους των εγκύων γυναικών για την εξέλιξη της εγκυμοσύνης και του τοκετού.

Η συμμετοχή σας στη μελέτη είναι εθελοντική. Οι πληροφορίες που θα παρέχετε θα είναι αυστηρά απόρρητες και θα τηρηθεί ανωνυμία.

Η συμμετοχή σας είναι πολύ σημαντική για την ολοκλήρωση της μελέτης.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το χρόνο που θα διαθέσετε να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο.

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Ευριδίκη Πατελάρου

Φοιτήτρια:

Σταμούλη Φωτεινή, Μαία

Email: f.stam92@gmail.com

Παρακαλώ σημειώστε με ένα Χ εάν δέχεστε ή όχι να συμμετάσχετε στη μελέτη.

Δέχομαι να συμμετάσχω στη μελέτη

Δεν δέχομαι να συμμετάσχω στη μελέτη



## **A. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Κυκλώστε όποια απάντηση σας αντιπροσωπεύει. Στις υπόλοιπες ερωτήσεις συμπληρώνετε εσείς την απάντηση.

**1. Ηλικία:** .....

**2. Σπουδές:**

- |             |                 |
|-------------|-----------------|
| α. Δημοτικό | δ. ΑΕΙ/ΤΕΙ      |
| β. Γυμνάσιο | ε. Μεταπτυχιακό |
| γ. Λύκειο   | στ. Διδακτορικό |

**3. Επάγγελμα**

- α. Δημόσιος Υπάλληλος
- β. Ιδιωτική Υπάλληλος
- γ. Ελεύθερη Επαγγελματίας
- δ. Φοιτήτρια
- ε. Οικιακά
- στ. Άνεργη ☐ Άλλο.....

**4. Οικογενειακό Εισόδημα (μηνιαίο):**

- A. 0-500 Ευρώ   B. 501-1000€   Γ.1001-1500  
Δ. 1501-2000€   Ε. 2001-2500   ΣΤ. 2501-3000

**5. Είστε παντρεμένη;** ΝΑΙ   ΟΧΙ

6. Έχετε άλλα παιδιά; ΝΑΙ ΠΟΣΑ.....;

ΟΧΙ

## **B. ΙΣΤΟΡΙΚΟ/ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΡΟΠΟΥ ΓΕΝΝΗΣΗΣ**

Κυκλώστε όποια απάντηση σας αντιπροσωπεύει. Στις υπόλοιπες ερωτήσεις συμπληρώνετε εσείς την απάντηση.

1. Σε ποιο μήνα εγκυμοσύνης είστε; .....

2. Πόσα παιδιά κυοφορείτε; .....

3. Η εγκυμοσύνη σας ήταν προγραμματισμένη; ΝΑΙ ΌΧΙ

4. Η εγκυμοσύνη σας προέκυψε μέσω εξωσωματικής; ΝΑΙ ΌΧΙ

5. Έχετε κάνει ποτέ κάποια έκτρωση; ΝΑΙ ΌΧΙ

6. Είχατε ποτέ κάποια αποβολή; ΝΑΙ ΟΧΙ

7. Είναι φυσιολογική ως τώρα η εγκυμοσύνη σας; ΝΑΙ ΌΧΙ

**8. Κατά τη διάρκεια της κύησης**

έχετε εμφανίσει κάποιο πρόβλημα υγείας;

**ΝΑΙ    ΌΧΙ**

**9. Σας έχει ενημερώσει αναλυτικά ο γιατρός σας**

για τη διαδικασία τοκετού;

**ΝΑΙ    ΌΧΙ**

**10. Επιθυμείτε να γεννήσετε με :**

**ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΟΚΕΤΟ**

**ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ**

**Γ. Παρακαλώ, διαβάστε κάθε μια από τις φράσεις που ακολουθούν και κυκλώστε τον αντίστοιχο αριθμό στα δεξιά της φράσης για να εκφράσετε τα αισθήματά σας αυτή την στιγμή.**

	<b>Καθόλου</b>	<b>Κάπως</b>	<b>Μέτρια</b>	<b>Πάρα πολύ</b>
1. Αισθάνομαι ασφαλής	1	2	3	4
2. Έχω αγωνία	1	2	3	4
3. Αισθάνομαι άνετα	1	2	3	4
4. Αισθάνομαι αναστατωμένη	1	2	3	4
5. Αισθάνομαι άγχος	1	2	3	4
6. Αισθάνομαι ήρεμη	1	2	3	4
7. Βρίσκομαι σε διέγερση	1	2	3	4
8. Είμαι χαλαρωμένη	1	2	3	4
9. Αισθάνομαι ικανοποιημένη	1	2	3	4
10. Ανησυχώ	1	2	3	4

**Δ. Τον τελευταίο μήνα που διανύσατε, πόσο συχνά ενοχληθήκατε από τα παρακάτω προβλήματα;**

	Καθόλου	Λιγότερο από τις μισές μέρες	Περισσότερο από τις μισές μέρες	Σχεδόν κάθε μέρα
1.Νιώθετε κούραση ή μικρή ενέργεια	1	2	3	4
2.Νιώθετε κατάθλιψη ή απελπισία	1	2	3	4
3.Έχετε μικρή όρεξη ή υπερβολική όρεξη σε σχέση με το παρελθόν	1	2	3	4
4.Κοιμάστε ελάχιστα ή υπερβολικά σε σχέση με το παρελθόν	1	2	3	4
5.Νιώθετε άσχημα ή απογοήτευση από τον εαυτό σας	1	2	3	4

**Ε. Παρακαλώ, διαβάστε κάθε μια από τις φράσεις που ακολουθούν και κυκλώστε τον αντίστοιχο αριθμό στα δεξιά της φράσης για να εκφράσετε τον βαθμό ανησυχίας σας αυτή την στιγμή.**

	Καθόλου	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Συνέχεια
1.Νιώθω άγχος για τον τοκετό/την γέννα	1	2	3	4	5
2.Νιώθω ανησυχία για τον πόνο της γέννας	1	2	3	4	5
3.Νιώθω ανησυχία πως θα χαλάσει το σώμα μου μετά τον τοκετό	1	2	3	4	5
4.Νιώθω ανησυχία για την μεγάλη αύξηση του βάρους μου.	1	2	3	4	5
5.Νιώθω φόβο πως θα γεννηθεί το μωρό με σωματική ανωμαλία ή νοητική υστέρηση	1	2	3	4	5
6. Νιώθω πως θα χάσω τον έλεγχο την ώρα του τοκετού.	1	2	3	4	5
7. Φοβάμαι πως δεν θα έχω υποστήριξη από το γιατρο/μαία.	1	2	3	4	5

**Ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας!**

