



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΝΗΠΙΑΓΩΓΩΝ



ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑ ΝΕΟΓΝΩΝ
ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΓΟΝΕΩΝ

ΙΩΑΝΝΑ ΙΩΑΝΝΟΥ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2023

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΓΩΓΗΣ
ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΝΗΠΙΑΓΩΓΩΝ

ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑ ΝΕΟΓΝΩΝ – ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΓΟΝΕΩΝ

ΙΩΑΝΝΑ ΙΩΑΝΝΟΥ

Διδακτορική Διατριβή

Υποβληθείσα στο Παιδαγωγικό Τμήμα Νηπιαγωγών της Σχολής Επιστημών Αγωγής, του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, για την εκπλήρωση των προϋποθέσεων απονομής διδακτορικού διπλώματος.

Τριμελής Συμβουλευτικής Επιτροπής:

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

- 1. Άρτεμις Γιώτσα,** Καθηγήτρια του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (Επιβλέπουσα).

Συνεπιβλέποντες Καθηγητές:

- 2. Βασίλειος Κούτρας,** Καθηγητής του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (Μέλος Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής).
- 3. Χαρίλαος Ζάραγκας,** Αναπληρωτής Καθηγητής του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (Μέλος Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής).

Επταμελής Εξεταστική Επιτροπή:

- 1. Άρτεμις Γιώτσα,** Καθηγήτρια του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (Επιβλέπουσα).
- 2. Βασίλειος Κούτρας,** Καθηγητής του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (Μέλος Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής).
- 3. Χαρίλαος Ζάραγκας,** Αναπληρωτής Καθηγητής του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (Μέλος Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής).
- 4. Νικόλαος Χαλιάσος,** Καθηγητής Παιδιατρικής και Παιδονεφρολογίας του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.
- 5. Θεοδώρα Μπούτσικου,** Αναπληρώτρια Καθηγήτρια της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.
- 6. Δημήτριος Σαρρής,** Αναπληρωτής Καθηγητής του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών, Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.
- 7. Αικατερίνη Λυκερίδου,** Καθηγήτρια του Τμήματος Μαιευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Η συλλογή και η επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που υποβάλλονται πραγματοποιείται σύμφωνα με τα οριζόμενα στις διατάξεις του Ν.4624/19 και του Κανονισμού (ΕΕ)2016/2019. Το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων συλλέγει και επεξεργάζεται τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα αποκλειστικά στο πλαίσιο της υλοποίησης του σκοπού της παρούσας διαδικασίας. Για το χρονικό διάστημα που τα προσωπικά δεδομένα θα παραμείνουν στη διάθεση του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων το υποκείμενο έχει τη δυνατότητα να ασκήσει τα δικαιώματά του σύμφωνα με τους όρους του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα 2016/679 (Ε.Ε.) και τα οριζόμενα στα άρθρα 34 και 35 Ν. 4624/2019.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ευκαιρία της ολοκλήρωσης της Διδακτορικής μου Διατριβής θα ήθελα να ευχαριστήσω πρώτα από όλους, την επιβλέπουσα Καθηγήτριά μου κυρία Άρτεμις Γιώτσα!!! Την ευχαριστώ από καρδιάς, αρχικά ως άνθρωπο, για την καλοσύνη της ψυχής της και την αμέριστη υποστήριξη από την αρχή της συνεργασίας μας και δεύτερον, ως καταξιωμένη επιστήμονα και ακαδημαϊκό για την διακριτική καθοδήγηση, υποστήριξη και συμπαράστασή της, που μου προσέφερε απλόχερα σε όλα τα στάδια της προσπάθειας αυτής. Η ουσιαστική επίβλεψη σε συνδυασμό με την εποικοδομητική κριτική της, συνέβαλαν ουσιαστικά στην ποιότητα της διατριβής μου από την αρχή έως την ολοκλήρωσή της. Ακόμη, θα ήθελα να την ευχαριστήσω για την ελευθερία που μου παρείχε για την ερευνητική κατεύθυνση της διατριβής και την εμπιστοσύνη που έδειξε στις ερευνητικές μου ικανότητες. Η ερευνητική και επιστημονική της σκέψη, η ειλικρίνεια και η καθαρότητα του πνεύματός της, αποτελεί παρακαταθήκη για την πορεία μου ως επαγγελματία και ως άνθρωπο.

Παράλληλα, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τα μέλη της τριμελούς επιτροπής, τον κύριο Βασίλειο Κούτρα, Καθηγητή του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και τον κύριο Χαρίλαο Ζάραγκα, Αναπληρωτή Καθηγητή του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, για την άμεση ανταπόκριση και καθοδήγηση κάθε φορά που ζητούσα την βοήθειά τους.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τα μέλη της επταμελούς εξεταστικής επιτροπής κύριο Νικόλαο Χαλιάσο, Καθηγητή Παιδιατρικής και Παιδονεφρολογίας του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, την κυρία Θεοδώρα Μπούτσικου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, τον κύριο Δημήτριο Σαρρή, Αναπληρωτή Καθηγητή του Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και την κυρία Αικατερίνη Λυκερίδου, Καθηγήτρια του Τμήματος Μαιευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής για τις συμβουλές και τις παρατηρήσεις τους.

Ιδιαίτερα, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κύριο Γεώργιο Λιόση Παιδίατρο – Νεογνολόγο – τέως Διευθυντή της Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) & Επιστημονικά Υπεύθυνο της Ειδικής Μονάδας Προαγωγής Μητρικού Θηλασμού – Τράπεζα Ανθρωπίνου Γάλακτος του Γ. Ν. Μαιευτηρίου «Ελενα Βενιζέλου», ο οποίος αποτέλεσε το επιστημονικό, πνευματικό και ηθικό έναυσμα, για την αναγνώριση της αναγκαιότητας της συγκεκριμένης μελέτης. Επίσης, υπήρξε πολύτιμος συνεργάτης και ο συνδεδετικός κρίκος

μεταξύ της παιδιατρικής και της ψυχολογίας, προκειμένου να βρεθώ στο άκρως ενδιαφέρον ακαδημαϊκό περιβάλλον.

Νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω την κυρία Παναγιώτα Βουρνά, Προϊσταμένη του τμήματος της Ειδικής Μονάδας Προαγωγής Μητρικού Θηλασμού – Τράπεζα Ανθρωπίνου Γάλακτος του Γ. Ν. Μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου», η οποία μου συμπαραστάθηκε και κατανόησε την προσπάθειά μου να εκπονήσω τη διδακτορική διατριβή παράλληλα με τα καθήκοντα μου στο τμήμα. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τις συναδέλφους μου μαίες για την υπομονή και συμπράσταση που έδειξαν καθ' όλη τη διάρκεια διεξαγωγής της μελέτης.

Οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην κυρία Καλλιόπη Δριτσάκου, Προϊσταμένη του τμήματος Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης του Γ. Ν. Μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου», για την άψογη συνεργασία, την αμέριστη στήριξη και την άμεση απόκρισή της σε θέματα που προέκυψαν κατά την διάρκεια της εκπόνησης της διδακτορικής μου διατριβής.

Αναγνωρίζοντας την συνεισφορά τους στην πραγματοποίηση αυτής της ερευνητικής μελέτης, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου προς όλους τους γονείς που συμμετείχαν σε αυτή. Οι γονείς αυτοί, παρόλο που βίωναν ένα πολύ σημαντικό αλλά συνάμα τραυματικό γεγονός της ζωής τους, μου εμπιστεύτηκαν χωρίς δεύτερη σκέψη τον ψυχοσυναισθηματικό τους κόσμο ταυτόχρονα με τη φροντίδα των νεογνών τους. Αναπτύξαμε σχέσεις στοργής και αγάπης, που θα μείνουν αναλλοίωτες στο χρόνο και βαθιά χαραγμένες στην καρδιά και την ψυχή μου.

Τέλος, θα ήθελα να αναφερθώ στην οικογένειά μου – τους δικούς μου ανθρώπους, που χωρίς αυτούς δεν θα βρισκόμουν εδώ που βρίσκομαι. Οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στη μητέρα μου για την υποστήριξη και την ενθάρρυνση της να ξεκινήσω το ταξίδι των σπουδών μου, που αργότερα έθεσε τις βάσεις για την επαγγελματική και ακαδημαϊκή μου εξέλιξη. Κυρίως όμως, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον σύζυγό μου Αλέξανδρο για την υπομονή, την αδιαπραγμάτευτη αγάπη, την ηθική και διαρκή συμπράστασή του. Οφείλω να παραδεχθώ ότι θα ήταν αδύνατη η ολοκλήρωση της διδακτορικής διατριβής χωρίς εκείνον στο πλευρό μου, είναι ο άνθρωπος που με ενθαρρύνει να εμπιστευτώ τον εαυτό μου και τις ικανότητες μου, ακόμη και όταν εγώ τις αμφισβητώ. Είναι για μένα ο καλύτερος συνοδοιπόρος που θα μπορούσα να φανταστώ. Όμως, το πιο τρυφερό ευχαριστώ το οφείλω στα παιδιά μας, Δήμητρα και Κωνσταντίνο για όλες εκείνες τις ημέρες που χρειάστηκε να λείπω από κοντά τους και την υπομονή που έδειξαν κατά την διάρκεια αυτού του ταξιδιού.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	σελ.
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	iv
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	1
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	5
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ	6
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	7
ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΩΝ	9
ΠΕΡΙΛΗΨΗ/ABSTRACT	12
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	16
1^ο ΜΕΡΟΣ – ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	19
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο</i>	20
ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑ	20
1.1 Ορισμός Πρόωρου Τοκετού	20
1.2 Επιδημιολογικά Δεδομένα του Πρόωρου Τοκετού	21
1.3 Αίτια και Παθογένεια του Πρόωρου Τοκετού	23
1.4 Παράγοντες Κινδύνου για Πρόωρο Τοκετό	24
<i>1.4.1 Χαρακτηριστικά της μητέρας ή/και του εμβρύου</i>	25
<i>1.4.2 Γυναικολογικό και Μαιευτικό Ιστορικό της μητέρας</i>	27
<i>1.4.3 Επιπλοκές Κήσης</i>	28
1.5 Επιπλοκές του Πρόωρου Τοκετού στο Νεογνό	29
<i>1.5.1 Επιπλοκές από το αναπνευστικό σύστημα</i>	30
<i>1.5.2 Επιπλοκές από το γαστρεντερικό σύστημα</i>	32
<i>1.5.3 Επιπλοκές από το κεντρικό νευρικό σύστημα</i>	33
<i>1.5.4 Επιπλοκές από άλλα συστήματα</i>	35

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	37
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ (MENN)	37
2.1 Ιστορική Αναδρομή	37
2.2 Προσδιορισμός της MENN	39
2.3 Το Νομικό Πλαίσιο της Λειτουργίας της MENN στην Ελλάδα	39
2.4 Επίπεδα Φροντίδας της MENN	41
2.5 Μηχανικός Εξοπλισμός της MENN	43
2.6 Το Προσωπικό της MENN	44
2.6.1 Το Ιατρικό Προσωπικό	45
2.6.2 Το Μαιευτικό/Νοσηλευτικό Προσωπικό	45
2.6.3 Λοιπό Προσωπικό	46
2.6.4 Συνεργασία με άλλες Κλινικές – Ειδικά Εργαστήρια	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	48
ΑΓΧΟΣ	48
3.1 Ορισμός του Άγχους	48
3.2 Θεωρίες του Άγχους	50
3.2.1 Η Ψυχαναλυτική Θεωρία	50
3.2.2 Τα Φαινομενολογικά Μοντέλα	51
3.2.3 Η Προσωποκεντρική Θεωρία ή Πολυκεντρική Θεωρία	51
3.2.4 Τα Γνωσιακά Μοντέλα	52
3.2.5 Η Βιολογική Θεωρία	54
3.2.6 Η Θεωρία του Παροδικού και Μόνιμου Άγχους	56
3.3 Τύποι Διαταραχών του Άγχους	57
3.4 Επιδημιολογία του Άγχους	58
3.5 Αιτιολογία του Άγχους	59
3.6 Συμπτωματολογία και Κλινική Εικόνα του Άγχους	60
3.7 Θεραπεία του Άγχους	61
3.7.1 Ατομική Ψυχοθεραπεία	62
3.7.2 Ομάδες Υποστήριξης	62

3.7.3 Φαρμακευτική Αγωγή	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο	64
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	64
4.1 Ορισμός της Κατάθλιψης	64
4.2 Θεωρίες της Κατάθλιψης	67
4.2.1 Ψυχαναλυτικές & Ψυχοδυναμικές Θεωρίες	68
4.2.2 Θεωρίες της Γνωστικής Συμπεριφοράς	70
4.2.3 Γενετική Θεωρία	71
4.2.4 Ιδιοπαθή Θεωρία	73
4.2.5 Βιολογική Θεωρία	73
4.3 Τύποι και Μορφές της Κατάθλιψης	74
4.4 Επιδημιολογία της Κατάθλιψης	83
4.5 Αιτιολογία της Κατάθλιψης	85
4.6 Συμπτωματολογία και Κλινική Εικόνα της Κατάθλιψης	87
4.7 Θεραπεία της Κατάθλιψης	90
4.7.1 Ψυχοθεραπεία	92
4.7.2 Φαρμακοθεραπεία	95
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο	97
Ο ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΚΟΣΜΟΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΗ ΜΕΝΝ	97
5.1 Το Περιβάλλον της ΜΕΝΝ	98
5.2 Η Παρουσία των Γονέων στη ΜΕΝΝ	100
5.3 Η Συμμετοχή των Γονέων στη ΜΕΝΝ	103
5.4 Ο Ρόλος των Λειτουργών Υγείας και το Υποστηρικτικό Περιβάλλον	106
5.5 Εξατομικευμένα Σχέδια Νοσηλείας	110
2^ο ΜΕΡΟΣ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	113
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο	114
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ – ΣΧΕΔΙΟ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ	114

6.1 Σκοπός της Παρούσας Μελέτης	114
6.2 Αναγκαιότητα της Μελέτης	114
6.3 Ερευνητικές Υποθέσεις	116
6.4 Σχέδιο Υλοποίησης – Μεθοδολογία	117
6.4.1 Σχεδιασμός	117
6.4.2 Ηθικά Ζητήματα	118
6.4.3 Πληθυσμός Αναφοράς και Τελικός Πληθυσμός – Κριτήρια Αποδοχής/Απόρριψης	118
6.4.4 Ερευνητικά Εργαλεία Συλλογής Δεδομένων	119
6.4.5 Αιτιολόγηση της Επιλογής της Ερευνητικής Ομάδας και των Συνεργαζόμενων Φορέων	128
6.5 Αποτελέσματα – Παρουσίαση Ευρημάτων	129
6.6 Συζήτηση	166
6.7 Συμπεράσματα	184
6.8 Προβλήματα και Περιορισμοί της Μελέτης	186
6.9 Μελλοντικές Ερευνητικές Προτάσεις	186
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	188
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	228

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

	σελ.
Γράφημα 1: Κατηγορίες Πρόωρου Τοκετού (Π.Τ.) βάσει της Αιτιοπαθογένειάς του (Πηγή: Martin J. A. et all, 2013)	24
Γράφημα 2: Προβλήματα Υγείας των Νεογνών κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους στη MENN	138
Γράφημα 3: Μέσες Τιμές, ως προς την Κατάθλιψη των Γονέων κατά τη διάρκεια νοσηλείας των νεογνών στη MENN	140
Γράφημα 4: Μεταβολή στη βαθμολογία της Κατάθλιψης των Μητέρων ανάλογα με την ύπαρξη Προβλημάτων Υγείας ή Όχι	143
Γράφημα 5: Μεταβολή στη βαθμολογία της Κατάθλιψης των Πατέρων ανάλογα με το Apgar Score στο 5 ^ο λεπτό ζωής των νεογνών	146
Γράφημα 6: Ποσοστά Κατάθλιψης των Μητέρων ανά μέτρηση κατά τη διάρκεια νοσηλείας των νεογνών στη MENN	148
Γράφημα 7: Ποσοστά Κατάθλιψης των Πατέρων ανά μέτρηση κατά τη διάρκεια νοσηλείας των νεογνών στη MENN	149
Γράφημα 8: Μεταβολή στη βαθμολογία του Άγχους Προδιάθεσης των Γονέων κατά τη διάρκεια νοσηλείας των νεογνών στη MENN	151
Γράφημα 9: Μεταβολή στη βαθμολογία του Άγχους Προδιάθεσης των Πατέρων ανάλογα με την ηλικία των Μητέρων	156
Γράφημα 10: Μεταβολή στη βαθμολογία του Άγχους Κατάστασης των Γονέων κατά τη διάρκεια νοσηλείας των νεογνών στη MENN	158
Γράφημα 11: Μεταβολή στη βαθμολογία του Άγχους Κατάστασης των Πατέρων κατά τη διάρκεια νοσηλείας των νεογνών στη MENN	163

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

	σελ.
Εικόνα 1 (A – B): Συχνότητα Πρόωρου Τοκετού Παγκοσμίως το Έτος 2010 (A) και για το Έτος 2014 (B) (Πηγή: Howson C. P. et all; Chawanpaiboon S. et all, 2019)	22
Εικόνα 2: Μωρό στη Θερμοκοιτίδα (www.talcmag.gr, 2022)	29
Εικόνα 3: Θερμοκοιτίδα του Benuse το 1975 (Πηγή: Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία, 2003)	37
Εικόνα 4: Εφαρμογή Kangaroo Care από Πατέρα Νεογνού στη MENN (Πηγή: Προσωπικό Αρχείο Ερευνήτριας)	103
Εικόνα 5: Εφαρμογή Kangaroo Care από Μητέρα Νεογνού στη MENN (Πηγή: Προσωπικό Αρχείο Ερευνήτριας)	104
Εικόνα 6: Virginia Apgar (Πηγή: Library of Congress Prints and Photographs Division, New York World-Telegram and the Sun Newspaper Photograph Collection, 1966)	124

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

	σελ.
Πίνακας 1 – 2: Ορισμός και Κατηγορίες Πρόωρου Τοκετού, Τελειόμηνης και Παρατασιακής Κύησης (Πηγή: Blencowe H. et all, 2013)	20
Πίνακας 3: Τεχνικές στη Θεραπεία Γνωστικής Συμπεριφοράς για την Κατάθλιψη (Πηγή: Baldwin D. S. & Britwistel J., 2002)	93
Πίνακας 4: Βαθμολογία Apgar Score (Πηγή: ACOG – American College of Obstetricians & Gynecologists, 2019)	125
Πίνακας 5: Αποτελέσματα Apgar Score (Πηγή: ACOG – American College of Obstetricians & Gynecologists, 2019)	125
Πίνακας 6: Δημογραφικά Στοιχεία των Μητέρων	130
Πίνακας 7: Δημογραφικά Στοιχεία των Πατέρων	131
Πίνακας 8: Περιγεννητικά Στοιχεία των Μητέρων	132
Πίνακας 9: Προβλήματα Υγείας των Μητέρων	134
Πίνακας 10: Καθημερινές Συνήθειες των Γονέων	135
Πίνακας 11: Περιγεννητικά Στοιχεία των Νεογνών	136
Πίνακας 12: Προβλήματα Υγείας των Νεογνών κατά την διάρκεια νοσηλείας τους στη ΜΕΝΝ	137
Πίνακας 13: Μέσες Τιμές και Στατιστικά Σημαντικές Διαφορές, ως προς την Κατάθλιψη των Γονέων κατά τη διάρκεια νοσηλείας των νεογνών στη ΜΕΝΝ	139
Πίνακας 14: Μέσες Τιμές και Στατιστικά Σημαντικές Διαφορές στη βαθμολογία της Κατάθλιψης των Μητέρων, ως προς κάποια χαρακτηριστικά τους	141
Πίνακας 15: Μέσες Τιμές και Στατιστικά Σημαντικές Διαφορές στη βαθμολογία της Κατάθλιψης των Πατέρων, ως προς κάποια χαρακτηριστικά των Μητέρων και των Νεογνών	144
Πίνακας 16: Επίπεδα Κατάθλιψης και Στατιστικά Σημαντικές Διαφορές των Γονέων, ως προς τη χρονική στιγμή της μέτρησης	147

Πίνακας 17: Μέσες Τιμές και Στατιστικά Σημαντικές Διαφορές στη βαθμολογία του Άγχους Προδιάθεσης των Γονέων κατά τη διάρκεια νοσηλείας των νεογνών στη MENN	150
Πίνακας 18: Μέσες Τιμές και Στατιστικά Σημαντικές Διαφορές στη βαθμολογία του Άγχους Προδιάθεσης των Μητέρων, ως προς κάποια χαρακτηριστικά τους	152
Πίνακας 19: Μέσες Τιμές και Στατιστικά Σημαντικές Διαφορές στη βαθμολογία του Άγχους Προδιάθεσης των Πατέρων, ως προς κάποια χαρακτηριστικά των Μητέρων και των Νεογνών	154
Πίνακας 20: Μέσες Τιμές και Στατιστικά Σημαντικές Διαφορές στη βαθμολογία του Άγχους Κατάστασης των Γονέων κατά τη διάρκεια νοσηλείας των νεογνών στη MENN	157
Πίνακας 21: Μέσες Τιμές και Στατιστικά Σημαντικές Διαφορές στη βαθμολογία του Άγχους Κατάστασης των Μητέρων, ως προς κάποια χαρακτηριστικά τους	159
Πίνακας 22: Μέσες Τιμές και Στατιστικά Σημαντικές Διαφορές στη βαθμολογία του Άγχους Κατάστασης των Πατέρων, ως προς κάποια χαρακτηριστικά των Μητέρων και των Νεογνών	161
Πίνακας 23: Συσχέτιση του Άγχους και της Κατάθλιψης των Γονέων με Ανεξάρτητες Μεταβλητές	164
Πίνακας 24: Επάγγελμα της Μητέρας	242
Πίνακας 25: Επάγγελμα του Πατέρα	243
Πίνακας 26: Τόπος Γέννησης της Μητέρας	244
Πίνακας 27: Τόπος Γέννησης του Πατέρα	245
Πίνακας 28: Τόπος Διαμονής της Μητέρας	246
Πίνακας 29: Τόπος Διαμονής του Πατέρα	246

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΩΝ

AAP	American Association of Pediatrics
ACOG	American College of Obstetricians & Gynaecologists
aOR	Adjusted odds ratio
BAT	Behavioural Activation Therapy
BDI	Beck Depression Inventory
BMI	Body Mass Index – Δείκτης Μάζας Σώματος
BPD	Bronchopulmonary Dysplasia - Βρογχοπνευμονική Δυσπλασία
BRIEF/COPE	Coping Orientation to Problems Experienced
CBT	Cognitive Behavioural Treatment
CES-D	Centre for Epidemiological Studies – Depression Symptomatology Scale
CLIP	Clinical Interview for Parents
DSES	Daily Spiritual Experience Scale
DSM	Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
FCC	Family Centered Care
FTI	Free thyroxine Index – Δείκτης Ελεύθερης Θυροξίνης
FT₄	Free Thyroxine – Ελεύθερη Θυροξίνη
GA	Gestational Age
GAP	General Anxiety Disorder – Γενικευμένη Διαταραχή Άγχους
GAS	General Adaptation Syndrome – Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής
GHQ	General Health Questionnaire
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
Hb	Hemoglobin – Αιμοσφαιρίνη
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICD	International Clarification of Diseases

IES-R	Impact of Event Scale Revised
IPT	Interpersonal Psychotherapy
IUGR	Intrauterine Growth Restriction – Ενδομήτρια Καθυστέρηση Ανάπτυξης
IVF	In Vitro Fertilisation – Εξωσωματική Γονιμοποίηση
IVH	Intraventricular Hemorrhage – Ενδοκοιλιακή Αιμορραγία
K₆	Kessler Emotional Distress Scale
MEPSS	Multidimensional Scale of Perceived Social Support
MP	Mean Prevalence – Διάμεσος Επιπολασμός
NICU	Neonatal Intensive Care Unit
PBQ	Postpartum Bonding Questionnaire
PHQ-9	Patient Health Questionnaire – 9
POMS	Profile of Mood State
PPROM	Preterm Premature Rupture of the Membranes
PSI	Parental Stress Index
PSS:NICU	Parental Stressor Scale:NICU
PSQ	Parental Stress Questionnaire
PTSD	Postnatal Post-traumatic Stress Disorder
PVL	Periventricular Leukomalacia - Περικοιλιακή Λευκομαλάκυνση
RDS	Respiratory Distress Syndrome – Βρογχοπνευμονική Δυσπλασία
RIA	Radio Immuno Assay
ROP	Retinopathy of Prematurity – Αμφιβληστροειδοπάθεια της Προωρότητας
SDS	Zung Self-Rating Depression Scale
SOC	Sense of Coherence
SSRIs	Εκλεκτοί Αναστολείς Επαναπρόσληψης Σεροτονίνης
STAI	Staitte – Trait Inventory Scale

TSH	Θυρεοειδοτρόπος Ορμόνη
T₃	Triiodothyronine – Τριωδοθυρίνη
T₄	Thyroxine – Θυροξίνη
VLBR	Very Low Birth Weight – Πολύ Χαμηλού Βάρους Νεογνά
WHO	World Health Organisation
ΑΝΣ	Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα
ΒΓ	Βάρος Γέννησης
ΒΔ	Βρογχοπνευμονική Δυσπλασία
ΔΕΠΥ	Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερικινητικότητας
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία
ΕΧΒΓ	Εξαιρετικά Χαμηλού Βάρους Γέννησης
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΚΝΣ	Κεντρικό Νευρικό Σύστημα
MENN	Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών
ΝΕΚ	Νεκρωτική Εντεροκολίτιδα
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΧΒΓ	Πολύ Χαμηλού Βάρους Γέννησης
ΣΑΔ	Σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας
ΣΔΚ	Σακχαρώδης Διαβήτης Κύησης
ΥΒΓ	Υψηλού Βάρους Γέννησης
ΦΒΓ	Φυσιολογικού Βάρους Γέννησης
ΧΒΓ	Χαμηλού Βάρους Γέννησης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ/ ABSTRACT

Περίληψη

Εισαγωγή: Η γέννηση ενός τελειόμηνου νεογνού επιφέρει στην οικογένεια μεγάλη χαρά αλλά ταυτόχρονα και άγχος, καθώς ανατρέπεται η ήδη υπάρχουσα ισορροπία και τα μέλη της καλούνται να επαναπροσδιορίσουν το ρόλο τους και να προσαρμοστούν στο νέο τρόπο ζωής τους. Επομένως, η γέννηση ενός πρόωρου νεογνού, το οποίο χρήζει εντατικής θεραπείας σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) μπορεί να προκαλέσει επιπλέον άγχος και να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης στους γονείς. Τα αρνητικά συναισθήματα, το στρες, η αγωνία και το αβέβαιο μέλλον για τα νεογνά τους, τους καθιστά εύθραυστους κάτι το οποίο μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη διαδικασία της γονικής σύνδεσης μαζί τους. Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες που μελέτησαν τις εμπειρίες των μητέρων με πρόωρα νεογνά στη MENN. Όμως, δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες που να εστιάζουν στο συναισθηματικό κόσμο των γονέων με πρόωρα νεογνά, και συγκεκριμένα με Βάρος Γέννησης (ΒΓ) < 1750 γραμμάρια και Ηλικία Κύησης (ΗΚ) < 34 εβδομάδες, τα οποία νοσηλεύτηκαν στη MENN. Παρά τις έρευνες που υποδεικνύουν ότι οι πατέρες των νεογέννητων σε κρίσιμη κατάσταση, αναλαμβάνουν κεντρικό ρόλο στη διατήρηση της οικογενειακής σταθερότητας κατά τη διάρκεια της περιόδου κρίσης, μόνο λίγες μελέτες έχουν επικεντρωθεί στην εμπειρία των πατέρων κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους και λίγο πριν το εξιτήριο από τη Μονάδα.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση των επιπέδων του άγχους και της κατάθλιψης και των δύο γονέων που γέννησαν πρόωρα νεογνά και νοσηλεύτηκαν στη MENN. Συγκεκριμένα, εκτιμήθηκαν τα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης των γονέων κατά τη διάρκεια νοσηλείας των νεογνών και την αναμονή τους μέχρι την έξοδο των νεογνών από τη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN).

Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για προοπτική επιδημιολογική μελέτη παρατήρησης – μελέτη κοόρτης (cohort study), η οποία διεξήχθη στο Γ.Ν. Μαιευτήριο «Ελενα Βενιζέλου» από το Δεκέμβριο του 2019 έως και το Δεκέμβριο του 2022. Το δείγμα αποτέλεσαν 60 ζευγάρια γονέων ελληνικής καταγωγής, τα οποία γέννησαν πολύ πρόωρα νεογνά με Βάρος Γέννησης (ΒΓ) < 1750 γραμμάρια και Ηλικία Κύησης (ΗΚ) < 34 εβδομάδες κύησης. Το πακέτο των ερωτηματολογίων που δόθηκε στους συμμετέχοντες της μελέτης ήταν: i) η κλίμακα Άγχους του C. D. Spielberger/ the State – Trait Anxiety Inventory – STAI, (1984) και ii) η κλίμακα

Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου/ the Edinburgh Postpartum Depression Scale – EPDS, (1987). Οι μετρήσεις έγιναν την 3^η – 4^η ημέρα ζωής των νεογνών (1^η μέτρηση), την 20^η – 25^η ημέρα ζωής τους (2^η μέτρηση) και τέλος λίγο πριν την έξοδο τους από τη ΜΕΝΝ (3^η μέτρηση). Για τη συλλογή των δημογραφικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε τυπικό ερωτηματολόγιο έρευνας. Τα επίπεδα σημαντικότητας ήταν αμοιβαρόπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,5. Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 26.0.

Αποτελέσματα: Βρέθηκε ότι το ποσοστό κατάθλιψης των μητέρων μειώθηκε σημαντικά στην 3^η μέτρηση (40,0%) σε σύγκριση με την 1^η και 2^η μέτρηση (73,3% και 56,7% αντίστοιχα). Επιπρόσθετα, το ποσοστό κατάθλιψης των πατέρων μειώθηκε στην 3^η μέτρηση (16,7%) σε σύγκριση με την 1^η μέτρηση (38,3%). Η βαθμολογία στο STAI για το άγχος κατάστασης στις μητέρες ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στην 1^η μέτρηση (Μέση τιμή±SD: 52,2±11,9) σε σχέση με τη 2^η (Μέση Τιμή: ±SD: 47,8±12) και την 3^η (Μέση Τιμή: 49±10,3). Παρόμοια ήταν η διακύμανση της βαθμολογίας για τις μητέρες στο STAI για το άγχος προδιάθεσης, όπου καταγράφηκε σημαντικά μεγαλύτερη στην 1^η μέτρηση (Μέση τιμή±SD: 46±14,6) σε σχέση με τη 2^η (Μέση τιμή±SD: 41,9±16) και την 3^η (Μέση τιμή±SD: 42,8±13), ($p < 0.05$). Το άγχος στην 3^η μέτρηση των μητέρων ήταν στα ίδια επίπεδα με την 2^η μέτρηση. Επίσης, το άγχος κατάστασης στους πατέρες ήταν σημαντικά μεγαλύτερο κατά την 3^η – 4^η ημέρα ζωής των νεογνών (Μέση τιμή±SD: 47,1±12,2) συγκριτικά με τις άλλες δύο μετρήσεις (2^η μέτρηση – Μέση τιμή±SD: 42±9,8) και (3^η μέτρηση – Μέση τιμή±SD: 41,7±9,1) αντίστοιχα, ($p < 0.01$), ενώ το άγχος προδιάθεσης δεν μεταβλήθηκε σημαντικά.

Συμπεράσματα: Από τα ευρήματα της μελέτης προκύπτει ότι η γέννηση ενός πρόωρου νεογνού αποτελεί στρεσογόνο παράγοντα και για τους δυο γονείς. Τα αρνητικά συναισθήματα, το άγχος, η αγωνία για το νεογνό τους, τους καθιστά ευάλωτους και ψυχικά ασταθείς. Εύρημα που καθιστά επιτακτική την θέσπιση Διεπιστημονικών Ομάδων Περιγεννητικής Υποστήριξης των γονέων αυτών, ώστε να αντιμετωπίζονται έγκαιρα τα συμπτώματα που αφορούν στην ψυχική τους υγεία. Με αποτέλεσμα να γεννιούνται υγιείς οικογένειες και κατ' επέκταση κοινωνίες.

Λέξεις κλειδιά: προωρότητα, ΜΕΝΝ, άγχος, επιλόχεια κατάθλιψη, γονείς, πρόωρα νεογνά.

Abstract

Title: Neonatal Prematurity – Parental Anxiety and Depression

Introduction: Giving birth of a full – term infant is a joyful but also stressful event for families, as the already existing balance is modified. Family members should redefine the “roles” and adapt to a new lifestyle. Especially, the preterm birth of an infant requiring intensive care in an NICU, that consists of early parent separation, may induce additional stress and increase the risk of postpartum depression in them. The negative emotions, stress, anxiety of an uncertain outcome for their infants makes them fragile, that can negatively affect the process of parental bonding, that certainly takes place during the neonatal period. The review of the literature showed that there are many studies that focused on experiences of mothers with premature newborns in NICU. However, there aren't enough studies that focus on the feelings of parents with premature infants and specifically with Birth Weight (BW) < 1750 gr and Gestational Age (GA) < 34 weeks and hospitalised in NICU. Despite research suggesting that fathers of critically ill newborns assume a central role in maintaining family stability during the crisis period, only a few studies have focused on fathers' experiences during hospitalization and just before discharge from the NICU.

Objective: The present study aimed to determine the anxiety and depression levels of parents with preterm infants, hospitalized in the NICU and define the related factors.

Method: This prospective observational epidemiology, follow up – cohort study was conducted at the NICU of “Helena Venizelou” Maternity Hospital, Athens between December 2019 to December 2022. The sample consisted of 60 parents, who gave birth to preterm infants with Birth Weight (BW) < 1750g and Gestational Age (GA) < 34 weeks. Data was collected using: i) the State – Trait Anxiety Inventory – STAI, (1984) to screen anxiety and ii) the Edinburgh Postpartum Depression Scale – EPDS, (1987) for symptoms of depression. The first assessment was conducted in 3rd – 4th day of labour, second in 20th – 25th day after infants' birth and finally third, just before infants discharged of the NICU. A standard survey questionnaire was used for purpose of collecting the demographic data. The levels of importance are bilateral, and the statistical importance was defined as 0,5. The results were analyzed using the SPSS 26.0 statistical programm.

Results: Our data showed that the rate of maternal depression decreased significantly in the 3rd timepoint (40.0%) compared to the 1st and 2nd assessments (73.3% and 56.7% respectively). In

addition, fathers' depression rate decreased in the 3rd assessment (16.7%) compared to the 1st assessment (38.3%). The STAI score for state anxiety in mothers was significantly higher in the 1st assessment (Mean±SD: 52.2±11.9) compared with the 2nd (Mean: ±SD: 47.8±12) and 3rd (Mean: 49±10.3). There was similar variation in the STAI score for trait anxiety, where it was recorded as significantly higher in the 1st assessment (Mean±SD: 46±14.6) compared to the 2nd (Mean±SD: 41.9±16) and the 3rd (Mean±SD: 42.8±13), ($p < 0.05$). The anxiety in the 3rd assessment of mothers was at the same level as the 2nd assessment. Also, the STAI score for state anxiety in fathers was significantly higher on the 3rd – 4th day of life of the newborns (Mean±SD: 47.1±12.2) compared to the other two assessments (2nd assessment – Mean±SD: 42±9.8) and (3rd timepoint – Mean±SD: 41.7±9.1) respectively, ($p < 0.01$), while trait anxiety was not significantly changed.

Conclusion: NICU may be a stressful experience for parents. It might be useful to establish and plan, as soon as possible, Interdisciplinary Perinatal Support Groups and Interventions to help parents through the experience of premature birth of their infants, to begin immediately adaptive mode of care, for healthy families and thus societies would be born.

Key words: prematurity, NICU, anxiety, postnatal depression, parents, preterm infants.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η δημιουργία οικογένειας θεωρείται ένα από τα πιο σημαντικά γεγονότα της ζωής των ανθρώπων, το οποίο προωθεί την ανάπτυξη των ενηλίκων και της κοινωνίας. Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης οι μελλοντικοί γονείς βιώνουν συνθέτες ψυχολογικές αλλαγές καθώς διαμορφώνουν τις προσδοκίες τους για το νέο βρέφος, προετοιμάζονται για την φροντίδα του και για τους νέους ρόλους που πρόκειται να αναλάβουν. Η γέννηση ενός νεογνού επιφέρει στην οικογένεια μεγάλη χαρά και συγκίνηση αλλά ταυτόχρονα και άγχος, καθώς ανατρέπεται η ήδη υπάρχουσα ισορροπία και τα μέλη της καλούνται να επαναπροσδιορίσουν το ρόλο τους και να προσαρμοστούν στο νέο τρόπο ζωής. Συγκεκριμένα, κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι περισσότεροι γονείς οραματίζονται έναν ιδανικό τοκετό και ένα τέλειο νεογνό, που θα αναπτυχθεί χωρίς προβλήματα. Επομένως, η γέννηση ενός πρόωρου νεογνού, το οποίο χρήζει εντατικής θεραπείας σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) μπορεί να προκαλέσει επιπλέον άγχος (Carson C. et all, 2015; Howe T. et all, 2014; Misund A, R. et all; 2016), και να διπλασιάσει τον κίνδυνο εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης στους γονείς (Carson C. et all, 2015).

Όλα συμβαίνουν γρήγορα κι απρόσμενα, με αποτέλεσμα οι γονείς να μην είναι έτοιμοι ψυχολογικά, σωματικά και συναισθηματικά για τον ερχομό του νεογνού τους και να αισθάνονται ανεπαρκείς για τον νέο τους ρόλο (Sisson H. et all, 2015; Spinelli M. et all, 2016). Οι γονείς αυτοί έρχονται αντιμέτωποι με το άγνωστο περιβάλλον της MENN (Aliabadi F. et all, 2014) κι επιπλέον τους κυριεύει ο φόβος της προβληματικής σωματικής και νοητικής εξέλιξης, ακόμα και του θανάτου του νεογνού τους (Schneider LA. et all, 2014). Οι οικογένειες αυτές είναι ψυχολογικά ευάλωτες και το στρες σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους. Αν και δεν παρουσιάζουν όλοι οι γονείς αυτού του τύπου την συμπτωματολογία, εκτιμάται ότι 20 – 30% των γονέων με πρόωρα παρουσιάζουν ψυχολογικά προβλήματα για ένα χρόνο μετά τον τοκετό (Hynan M. T. et all, 2015), όπως οξείες διαταραχές άγχους, μετατραυματικό στρες και επιλόχειο κατάθλιψη (Tahirkheli N. et all, 2014; Cherry A. et all, 2016). Το μεγαλύτερο μέρος της κλινικής και ερευνητικής προσοχής έχει εστιάσει στην επιλόχειο κατάθλιψη και στο επιλόχειο στρες της μητέρας, παραγκωνίζοντας το ψυχολογικό στρες και την κατάθλιψη του πατέρα (Treyvaud et all, 2014; Gonular D. et all, 2014; Candelori C. et all, 2015). Μια πρώτη μελέτη έγινε το 2010 στις ΗΠΑ, η οποία εξέτασε την επιλόχεια κατάθλιψη στον πατέρα μετά την εισαγωγή του νεογνού στη MENN (Mackley A. B. et all, 2010) ενώ δεν έχει εντοπιστεί κάποια μελέτη που να ασχολείται με τη ψυχολογική κατάσταση του πατέρα κατά την διάρκεια της παραμονής και μετά την έξοδο

του νεογνού από τη MENN. Τα τελευταία χρόνια η προσοχή των ερευνητών έχει στραφεί και προς το μέρος του πατέρα, μελετώντας την κατάθλιψη και το στρες ως μέσο αξιολόγησης την κλίμακα του Εδιμβούργου (1970) (EPDS) (Loscalzo Y. et all, 2015).

Οι γονείς αποτελούν το σημαντικότερο περιβάλλον στο οποίο το νεογνό αναπτύσσεται και επιβιώνει. Η γέννηση ενός νεογνού αποτελεί την έναρξη της χρονικής περιόδου κατά την οποία αναπτύσσεται ο δεσμός (bonding) νεογνού – γονέων, ο οποίος θα τους ακολουθήσει καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Η ανάπτυξη του δεσμού (bonding) αυτού αρχίζει από τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, διευκολύνει τους γονείς να αποδεχτούν τον ρόλο τους και γενικά επιδρά θετικά στην αποδοχή του γονεϊκού ρόλου τους, στην επιβίωση του νεογνού τους και στην προσαρμογή του στην εξωμήτρια ζωή. Αυτή η φυσική διαδικασία – της γονικής σύνδεσης διακόπτεται όταν το νεογνό γεννηθεί και νοσηλευτεί στη MENN, πόσο μάλλον όταν το νεογνό γεννηθεί πρόωρα (Ghadery–Sefat A. et all, 2016). Συνεπώς, οι γονείς με νεογνά που νοσηλεύονται στη MENN θα χρειαστούν απαραίτητως **ψυχολογική στήριξη** σε όλους τους τομείς.

Η προωρότητα δεν δημιουργηθεί μόνο πρόωρα νεογνά, αλλά και μη έτοιμους για τον **γονεϊκό ρόλο γονείς**. Τα αρνητικά συναισθήματα, το στρες, η αγωνία και το αβέβαιο μέλλον για τα νεογνά τους, τους καθιστά εύθραυστους κάτι το οποίο μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την επαφή και τη σχέση τους μαζί τους. Για τον λόγο αυτό, είναι απαραίτητο οι γονείς να στηρίζονται ψυχολογικά κατά την παραμονή του νεογνού στη MENN από εξειδικευμένο προσωπικό, το οποίο θα μπορούσε να προστατεύσει την ανάπτυξη της **«πρόωρης οικογένειας»**. Οι γονείς είναι απαραίτητο να προσαρμοστούν στους νέους τους ρόλους, ώστε να παρέχουν ένα ασφαλές περιβάλλον για τη φροντίδα του μωρού τους. Σε αυτή την διαδικασία, καλούνται να μάθουν πως να επικοινωνήσουν με τα νεογνά τους και να διαχειριστούν τα προβλήματά τους (Gonular D. et all, 2014). Μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε στην Κίνα το 2017, έδειξε ότι οι μητέρες που δέχτηκαν ψυχολογική υποστήριξη κατά την διάρκεια της νοσηλείας του πρόωρου νεογνού τους, είχαν λιγότερες ψυχολογικές δυσκολίες (Ying L. & Feng C., 2017). Παρόμοια αποτελέσματα είχαν οι Abdeyazdan Z. et all στη μελέτη τους το 2014, η οποία έδειξε ότι η υποστήριξη των γονέων έδρασε ευεργετικά στη σχέση τόσο των γονέων με τα νεογνά τους όσο και των γονέων με το προσωπικό της MENN. Τα νεογνά εξαρτώνται απόλυτα τόσο από τη νοσηλευτική φροντίδα όσο κι από τη γονική, ώστε σε περίπτωση που σπάσει ο κύκλος να υπάρξει «πρόβλημα» στην εύρυθμη λειτουργία του (Abdeyazdan Z. et all, 2014).

Εξαιρετικής σπουδαιότητας, επομένως, είναι να ιδρυθούν διεπιστημονικές ομάδες υποστήριξης περιγεννητικής υποστήριξης των γονέων με πρόωρα νεογνά και νεογνά που

εισήχθησαν στη MENN!!! Με στόχο την έγκαιρη διάγνωση των συμπτωμάτων που αφορούν στην ψυχική τους υγείας, ώστε να συμβάλλουν στην γέννηση μιας υγιούς οικογένειας και κατ' επέκταση κοινωνίας!!!

1^ο ΜΕΡΟΣ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΠΡΟΩΡΟΤΗΤΑ

1.1 Ορισμός Πρόωρου Τοκετού

Ως πρόωρος τοκετός, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας – ΠΟΥ (World Health Organisation – WHO), ορίζεται κάθε τοκετός που λαμβάνει χώρα πριν την συμπλήρωση 37 εβδομάδων κύησης ή λιγότερες από 259 ημέρες από την πρώτη ημέρα της τελευταίας εμμήνου ρήσεως (WHO, 1976). Αντίθετα το κατώτερο όριο ηλικίας κύησης, που χρησιμοποιείται με τον όρο πρόωρος τοκετός, δεν έχει οριστεί με σαφήνεια. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η 22^η εβδομάδα κύησης θεωρείται ως κατώτερο όριο, ενώ στις ΗΠΑ το όριο αυτό είναι η 20^η εβδομάδα κύησης. Στην Ελλάδα έχει γίνει κοινά αποδεκτό το όριο της 22^{ης} εβδομάδας κύησης ως το κατώτερο όριο (Εγκύκλιος Δ 1β. Οικ. 82821/ 29.10.2018).

Ο πρόωρος τοκετός ταξινομείται περαιτέρω στις παρακάτω κατηγορίες, βάσει της διάρκειας της κύησης (Howson C. P. et all, 2012):

1. Μετρίως ή Όψιμος πρόωρος τοκετός – διάρκεια κύησης 32 έως 37 εβδομάδες
2. Πολύ πρόωρος τοκετός – διάρκεια κύησης 28 έως 31⁺⁶ εβδομάδες
3. Εξαιρετικά πρόωρος – διάρκεια κύησης < 27⁺⁶ εβδομάδες

Η τελειόμηνη κύηση έχει διάρκεια από 37 έως 42 συμπληρωμένες εβδομάδες ή από 259 έως 293 ημέρες, ενώ η παρατασιακή κύηση έχει διάρκεια 42 συμπληρωμένες εβδομάδες ή 294 ημέρες (WHO, 1976), (Πίνακας 1 – 2).

Πίνακας 1

Κύηση							
	Β Τρίμηνο			Γ Τρίμηνο		Τοκετός	
Συμπληρωμένες Εβδομάδες	15	20	24	28	32	36	40

Πίνακας 2

ΕΥΡΟΣ ΠΡΟΩΡΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ					
Ζώσα κύηση	Πρόωρος Τοκετός < 37 Εβδομάδες Κύησης			Τελειόμηνη Κύηση	Παρατασιακή κύηση
	Εξ. Πρόωρος Τοκετός < 28 Εβδομάδες	Πολύ Πρόωρος Τοκετός 28 – 31 ⁺⁶ Εβδομάδες	Μετρίως ή Όψιμος Πρόωρος τοκετός 32 έως 37 Εβδομάδες	37 έως 41 ⁺⁶ Εβδομάδες	>42 Εβδομάδες

Πίνακες 1 – 2: Ορισμός & Κατηγορίες Πρόωρου Τοκετού, Τελειόμηνης & Παρατασιακής Κύησης. (Blencowe H. et all, 2013)

Ανέκαθεν, ο πρόωρος τοκετός καθορίζονταν σε συνδυασμό ποικίλων παραγόντων, οι οποίοι περιλάμβαναν την φυσική εξέταση του νεογνού, το ιστορικό της κύησης, καθώς και το βάρος γέννησης. Συγκεκριμένα, η ΠΟΥ (1948) όρισε τον πρόωρο τοκετό ως τον τοκετό με Βάρος Γέννησης του νεογνού – ΒΓ \leq 2500 γραμμαρίων (Ballantine J. W., 1909 – 1915).

Με κριτήριο το ΒΓ, τα νεογνά διακρίνονται στις παρακάτω κατηγορίες (WHO, 2004):

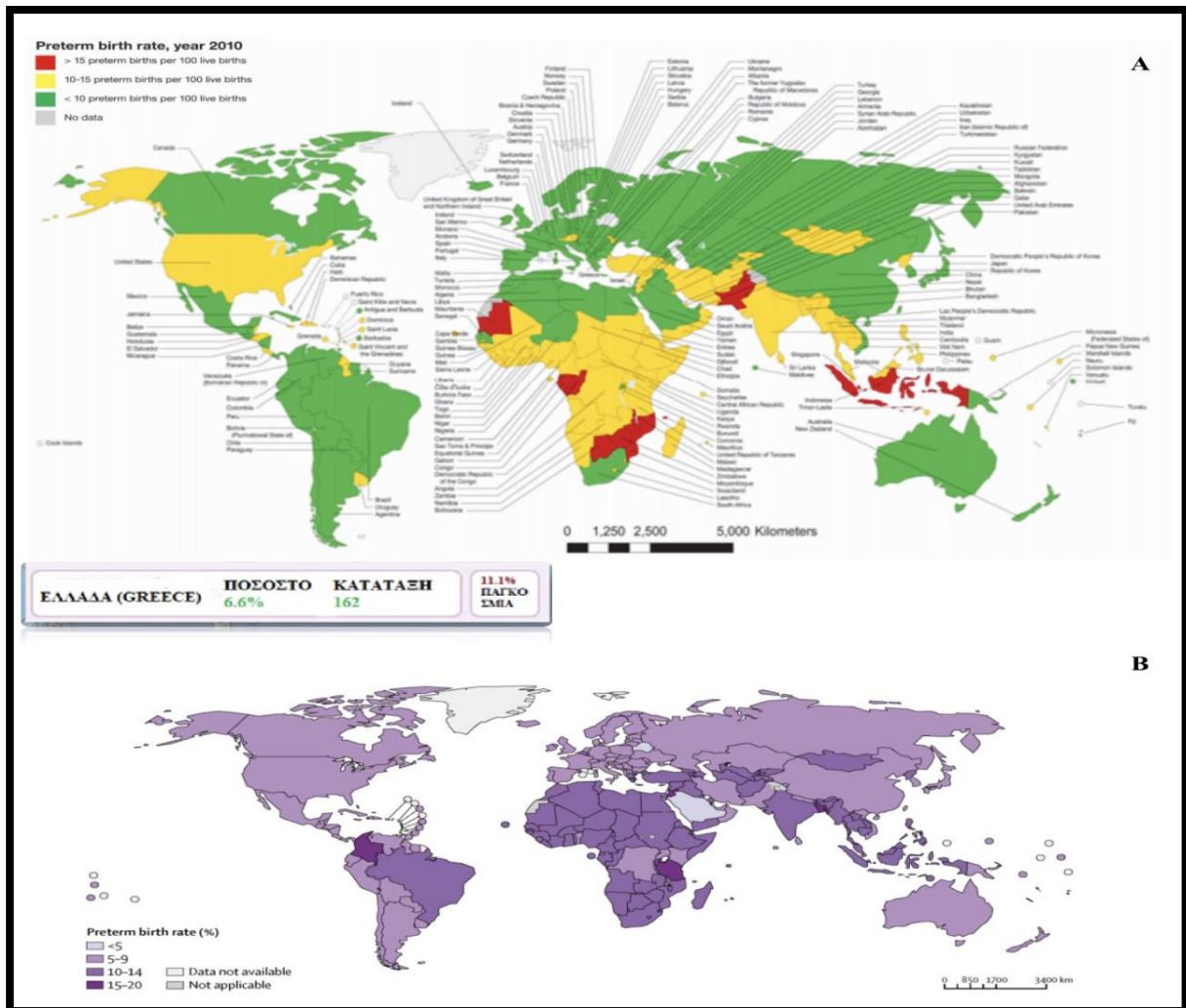
1. Εξαιρετικά Χαμηλού Βάρους Γέννησης (ΕΧΒΓ) – ΒΓ < 999 γραμμάρια
2. Πολύ Χαμηλού Βάρους Γέννησης (ΠΧΒΓ) – ΒΓ < 1499 γραμμάρια
3. Χαμηλού Βάρους Γέννησης (ΧΒΓ) – ΒΓ < 2499 γραμμάρια
4. Φυσιολογικού Βάρους Γέννησης (ΦΒΓ) – ΒΓ 2500 έως 3999 γραμμάρια
5. Υψηλού Βάρους γέννησης (ΥΒΓ) – ΒΓ > 4000 γραμμάρια

Το ΒΓ αρχικά χρησιμοποιήθηκε ως μοναδικό κριτήριο ορισμού του πρόωρου τοκετού, λόγω του ότι είναι αντικειμενικό και μετράται εύκολα. Ωστόσο, ο πρόωρος τοκετός φαίνεται να είναι αποτέλεσμα πληθώρας παραμέτρων πέραν της διάρκειας της κύησης. Για παράδειγμα, το χαμηλό βάρος γέννησης ενός νεογνού είναι αποτέλεσμα του πρόωρου τοκετού ή της ενδομήτριας καθυστέρησης της αύξησης αυτού (intrauterine growth restriction – IUGR) ή και των δύο (Fenton T. R., 2013). Παρόλα αυτά, ο ορισμός που χρησιμοποιείται παγκοσμίως και είναι ευρέως αποδεκτός είναι αυτός που περιγράφεται από τον ΠΟΥ – WHO (1976).

1.2 Επιδημιολογικά Δεδομένα του Πρόωρου Τοκετού

Τις τελευταίες δεκαετίες σε όλες τις αναπτυσσόμενες χώρες, όπως και στην χώρα μας, έχει αυξηθεί σημαντικά ο αριθμός των προώρων τοκετών. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ – WHO, κάθε χρόνο 1 στα 10 νεογνά γεννιέται πρόωρα. Με αποτέλεσμα 15.000.000 νεογνά να γεννιούνται πρόωρα και ο αριθμός αυτός συνεχώς να αυξάνεται (Liu L., et all, 2016). Κάνοντας μια σύντομη ιστορική αναδρομή, η συχνότητα του πρόωρου τοκετού παγκοσμίως έχει αυξηθεί από 9,8% το 2000 σε 11,1% το 2010 (Goldenberg R. L. et all, 2008; Chawanpaiboon S. et all, 2019). Συγκεκριμένα, για το έτος 2010, στις Ηνωμένες Πολιτείες την Αμερικής (ΗΠΑ), η συχνότητα του πρόωρου τοκετού ήταν 12 – 13%, ενώ σε αρκετές ευρωπαϊκές αλλά και άλλες ανεπτυγμένες χώρες ήταν περίπου 5 – 9%. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ – WHO, οι 15 χώρες στις οποίες καταγράφηκαν τα 2/3 των προώρων τοκετών για το 2010 είναι οι εξής: Ινδία, Κίνα, Νιγηρία, Πακιστάν, Ινδονησία, ΗΠΑ, Μπανγκλαντές, Φιλιπίνες, Κονγκό, Βραζιλία, Αιθιοπία, Τανζανία, Ουγκάντα, Σουδάν και Κένυα. Η χώρα μας, στην ανωτέρω κατάταξη, καταλαμβάνει την 162^η θέση, με το ποσοστό του πρόωρου τοκετού να ανέρχεται στο 6,6% (Εικόνα 1Α) (Howson C. P. et all, 2012).

Μια πρόσφατη μελέτη που αφορούσε στο έτος 2014 έδειξε ότι το ποσοστό του πρόωρου τοκετού σε παγκόσμια κλίμακα ανέρχεται στο 10,6%, με το υψηλότερο ποσοστό να καταγράφεται στην Βόρεια Αφρική (13,4%) και το χαμηλότερο στην Ευρώπη (8,75) (Εικόνα 1B) (Chawanpaiboon S. et all, 2019).



Εικόνα 1 (A – B) – Συχνότητα Πρόωρου Τοκετού παγκοσμίως το έτος 2010 (A) & για το έτος 2014 (B). (Howson C. P. et all, 2012, Chawanpaiboon S. et all, 2019)

Στα τέλη του 20^{ου} αιώνα παρατηρήθηκε μια σημαντική αύξηση των ποσοστών του πρόωρου τοκετού παγκοσμίως. Γεγονός που οφείλεται σε συνδυασμό παραγόντων όπως η αύξηση της ηλικίας των μητέρων, η συχνότερη εφαρμογή μεθόδων υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (in vitro fertilisation – IVF), η συχνότερη πρόκληση πρόωρου τοκετού (φυσιολογικού ή καισαρική τομή) για λόγους που αφορούν το έμβρυο ή/και τη μητέρα (προεκλαμψία, υπέρταση κύησης, IUGR, κ.α.) (Frey H. A. et all, 2016). Όλα τα παραπάνω σε συνδυασμό με την σημαντική βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας και την ανάπτυξη των

MENN οδήγησε στην αύξηση της επιβίωσης των πρόωρων νεογνών και επομένως στην μετέπειτα αύξηση του πληθυσμού (Chawanpraiboon S. et all, 2019; Frey H. A. et all, 2016).

Επιδημιολογικά δεδομένα που αφορούν στον πρόωρο τοκετό στην χώρα μας, δείχνουν αύξηση της συχνότητας της προωρότητας τα τελευταία χρόνια (ποσοστό έως 10% περίπου των γεννήσεων) (Baroutis G. et all, 2013). Συγκεκριμένα, σύμφωνα με δεδομένα που αφορούν τις γεννήσεις στην Ελλάδα για το χρονικό διάστημα 1980 – 2008, όπως καταγράφηκαν από την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΛΣΤΑΤ), από το σύνολο 3.218.463 γεννήσεων που μελετήθηκαν, σημειώθηκαν 151.594 πρόωρες γεννήσεις (ποσοστό 4,7%). Αντίστοιχα αποτελέσματα έδειξαν οι μελέτες της ΕΛΣΤΑΤ που πραγματοποιήθηκαν το 2010 και το 2019, στις οποίες σημειώθηκαν 12.831 (11,2% επί του συνόλου των γεννήσεων) και 9.951 πρόωρες γεννήσεις (11,9% επί του συνόλου των γεννήσεων) (ΕΛΣΤΑΤ, 2019).

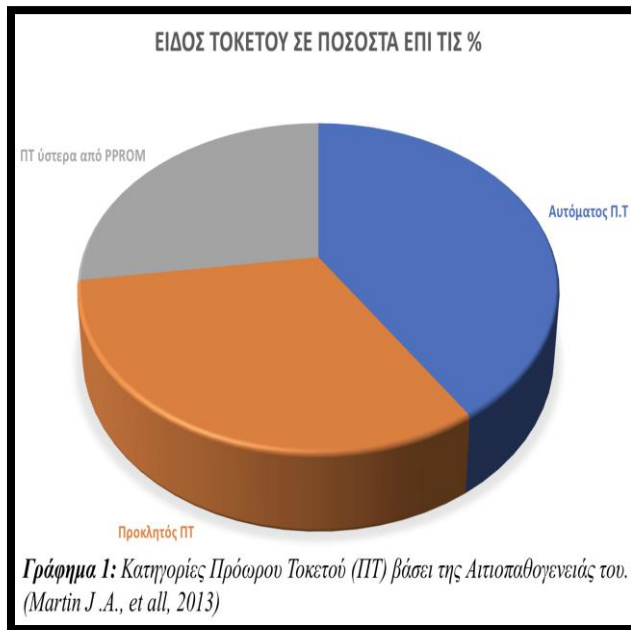
1.3 Αίτια και Παθογένεια του Πρόωρου Τοκετού

Ο πρόωρος τοκετός χαρακτηρίζεται ως μια πολυπαραγοντική κατάσταση. Διακρίνεται στις παρακάτω κατηγορίες ανάλογα με την αιτία που τον προκάλεσε:

1. Προκλητός Πρόωρος Τοκετός
2. Αυτόματος Πρόωρος Τοκετός (Spontaneous Preterm Labour)
3. Πρόωρος Τοκετός ύστερα από πρόωρη ρήξη των υμένων (Preterm Premature Rupture of the Membranes – PPRM)

Ο **προκλητός πρόωρος τοκετός** είναι ο τοκετός που διενεργήθηκε είτε φυσιολογικά είτε με καισαρική τομή εξαιτίας ενδείξεων που αφορούν την μητέρα ή/και το έμβρυο. Ο τοκετός αυτός οφείλεται σε παθολογικές καταστάσεις όπως: υπέρταση κύησης, προεκλαμψία, σακχαρώδης διαβήτης, πρόωρη αποκόλληση πλακούντα, βραδυκαρδίας του εμβρύου κ.α. (Goldenberg R. L. et all, 2008). Ο **αυτόματος πρόωρος τοκετός** φαίνεται να σχετίζεται με την πολύδυμη κύηση, τις αιμορραγίες 2^{ου} τριμήνου και το ιστορικό των προηγούμενων αυτόματων πρόωρων τοκετών. Ο **πρόωρος τοκετός ύστερα από πρόωρη ρήξη των υμένων** (πρόωρος τοκετός ύστερα από PPRM) είναι συνήθως άγνωστης αιτιολογίας, έχει αναγνωριστεί όμως ως εκλυτικός παράγοντας η πιθανή ενδομήτρια λοίμωξη (Romero R. et all, 1988).

Σε μελέτη, η οποία διενεργήθηκε από τους Goldenberg R. L. et all το 2008, έδειξε ότι το 30 – 35% των πρόωρων τοκετών αφορούν τον προκλητό πρόωρο τοκετό, το 40 – 45% τον αυτόματο πρόωρο τοκετό και τέλος το 25 – 30% τον πρόωρο τοκετό μετά από PPROM (Γράφημα 1) (Goldenberg R. L. et all, 2008).



Επίσης η εθνικότητα της εγκύου φαίνεται να έχει σχέση με την αιτιοπαθογένεια του πρόωρου τοκετού. Ο πρόωρος τοκετός ύστερα από PPROM φαίνεται να σχετίζεται περισσότερο με την μαύρη φυλή, ενώ στην λευκή ο αυτόματος πρόωρος τοκετός είναι συχνότερος (Ananth C. V. et all, 2006).

Η παθοφυσιολογία του πρόωρου τοκετού δεν είναι πλήρως κατανοητή, ακόμη και στις μέρες μας. Ωστόσο ο πρόωρος τοκετός αποτελεί μια πρώιμη ιδιοπαθή ενεργοποίηση της διαδικασίας του τοκετού ως επακόλουθο μιας σειράς παθολογικών γεγονότων. Παρ' όλα αυτά, τις τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί σημαντική αύξηση των πρόωρων τοκετών που διενεργούνται κατόπιν ιατρικής ένδειξης και οφείλονται σε παράγοντες που αφορούν είτε στη μητέρα είτε στο έμβρυο. Στην αύξηση αυτή συνέβαλλαν τόσο η συχνότερη εφαρμογή μεθόδων IVF, όσο και η αύξηση των πολύδυμων κύσεων (Goldenberg R. L. et all, 2008).

1.4 Παράγοντες Κινδύνου για Πρόωρο Τοκετό

Στους παράγοντες κινδύνου που αυξάνουν την πιθανότητα για πρόωρο τοκετό περιλαμβάνονται χαρακτηριστικά της μητέρας ή του εμβρύου – νεογνού, το γυναικολογικό – μαιευτικό ιστορικό της μητέρας, καθώς και οι επιπλοκές της κύησης. Ο εντοπισμός των παραγόντων αυτών είναι σημαντικός, εφόσον δίνει την δυνατότητα στους επιστήμονες να εντοπίσουν τις υποψήφιες έγκυες για πρόωρο τοκετό, και να έχουν τα εφόδια για την εφαρμογή προληπτικής ιατρικής. Ακολουθεί η ανάλυση των παραγόντων αυτών αναλυτικά παρακάτω.

1.4.1 Χαρακτηριστικά της μητέρας ή/και του εμβρύου

Ένα από τα χαρακτηριστικά της μητέρας που φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τη συχνότητα του πρόωρου τοκετού είναι η **φυλή – εθνικότητα**. Η φυλή αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα καθώς είναι γνωστό ότι στις ΗΠΑ και τη Μ. Βρετανία, οι μαύρες γυναίκες έχουν πρόωρο τοκετό σε ποσοστό 15 – 18% επί του συνόλου των πρόωρων γεννήσεων, υπερδιπλάσιο από εκείνο του λευκού, ασιατικού και ισπανικού πληθυσμού και παραμένει ανεξήγητο (Goldenberg R. L. et all, 2008). Στο ίδιο μήκος κύματος κινούνται προγενέστερες έρευνες που διενεργήθηκαν από το Frey H. A. et all το 2016 και το Center for Disease Control and Prevention το 2020, οι οποίες έδειξαν ότι η μη λατινόφωνη μαύρη φυλή της μητέρας φαίνεται να έχει τρεις έως τέσσερις φορές υψηλότερο κίνδυνο για πρόωρο τοκετό στις ΗΠΑ συγκριτικά με άλλες φυλές ή εθνικότητες (Frey H. A. et all, 2016; CDC, 2020), ενώ σχετική μετα-ανάλυση έδειξε ότι ο κίνδυνος πρόωρου τοκετού είναι χαμηλότερος εάν και οι δύο γονείς ανήκουν στη λευκή φυλή και σταδιακά αυξάνεται όταν ένας ή/και οι δύο γονείς ανήκουν στην μαύρη φυλή (Srinivasjois R. M. et all, 2012). Η επίδραση της φυλής – εθνικότητας έχει σχέση με το συνδυασμό και περιβαλλοντικών παραγόντων (κοινωνικοί, εκπαιδευτικοί, οικονομικοί κ.α.) (Frey H. A. et all, 2016).

Η **ηλικία** κατά την οποία έγινε η σύλληψη ενός εμβρύου παίζει πρωτεύοντα ρόλο για την εξέλιξη ενός τοκετού. Ο κίνδυνος για πρόωρο τοκετό αυξάνεται στο άνω και κάτω όριο των αναπαραγωγικών ετών μιας γυναίκας και συγκεκριμένα άνω των 35 ετών (Matrius J. A. et all, 1998) ή κάτω των 18 ετών (Goldenberg R. L. et all, 2008). Φυσιολογική ανωριμότητα και κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες φαίνεται ότι αυξάνουν την συχνότητα πρόωρου τοκετού στις έφηβες μητέρες, ενώ μετα-ανάλυση έδειξε ότι οι έφηβες κατά την 1^η τους εγκυμοσύνη έχουν υψηλότερο κίνδυνο για πρόωρο τοκετό μεταξύ των μητέρων των άλλων ηλικιών ανεξάρτητα την σειρά της κύησης (Kozuki N. et all, 2013).

Η **κληρονομικότητα και το γενετικό προφίλ** είναι ένας παράγοντας για την αιτιότητα του πρόωρου τοκετού, αλλά κανένα γονίδιο δεν έχει εντοπιστεί καθώς η πολυπλοκότητα της κύησης μπορεί να επηρεάζεται από πολυμορφικές γενετικές επιδράσεις (Winkvist A. et all, 1998; Battacharya S. et all, 2010). Ωστόσο, επιγενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στη συχνότητα του πρόωρου τοκετού από το γονότυπο της μητέρας. Επίσης, αυξημένη συχνότητα πρόωρου τοκετού εμφανίζουν μητέρες που έχουν οι ίδιες γεννηθεί πρόωρα ή σε μητέρες με συγγενή 1^{ου} βαθμού που έχει γεννηθεί πρόωρα (Boivin A., 2015).

Χρόνια νοσήματα της μητέρας, όπως η αρτηριακή υπέρταση, το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου I και II, η επιληψία, η αναιμία, ο συστηματικός ερυθριματώδης λύκος, η νεφρική ανεπάρκεια, η διπολική διαταραχή, καθώς επίσης και το στρες ενδέχεται να αυξήσουν τον κίνδυνο πρόωρου τοκετού (Viale L. et all, 2015; Weis S. et all, 2017). Συγκεκριμένα, μητέρες οι οποίες βιώνουν υψηλά επίπεδα ψυχολογικού ή κοινωνικού *στρες* έχουν περίπου διπλάσιο κίνδυνο για πρόωρο τοκετό, σε συνδυασμό με τις επιδράσεις ιατρικών, κοινωνικών, οικονομικών και συμπεριφορικών παραγόντων (Copper R. L. et all, 1996). Επίσης, μητέρες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ή/και με χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό υπόβαθρο φαίνεται, να έχουν αυξημένο κίνδυνο για πρόωρο τοκετό (Vos A. A. et all, 2014), όπως επίσης και οι μητέρες θύματα ενδοοικογενειακής βίας (Hill, A. et all, 2016). Συμπτώματα *κατάθλιψης* της μητέρας σημειώνονται στο 35% των κυήσεων, ενώ διάγνωση κατά την εγκυμοσύνη τίθεται σε 16% των υποψηφίων μητέρων. Αρκετές μελέτες έχουν συσχετίσει την κατάθλιψη με τον κίνδυνο για πρόωρο τοκετό, και μάλιστα η συσχέτιση αυτή φαίνεται να είναι ανεξάρτητη από την επίδραση του αλκοόλ ή του καπνίσματος που συνήθως συνυπάρχουν με το καταθλιπτικό συναίσθημα (Goldenberg R. L. et all, 2008).

Το *κάπνισμα* και η *χρήση αλκοόλ* καθώς και η *χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών* (κοκαΐνη, κάνναβη, κ. α.) στην περίοδο της κύησης αυξάνει τον κίνδυνο για πρόωρο τοκετό (Cnattingius S., 2004; Albertsen K. et all, 2004; Forray A. et all, 2016). Η νικοτίνη και το μονοξείδιο του άνθρακα που βρίσκονται στον καπνό θεωρούνται αγγειοσυσπαστικά και προκαλούν διαταραχή της μητροπλακουντιακής κυκλοφορίας, καταστροφή του πλακούντα με αποτέλεσμα να αυξάνεται ο κίνδυνος για υπολειπόμενη ανάπτυξη στο έμβρυο και για πρόωρο τοκετό.

Επίσης, η *διατροφή της μητέρας* παίζει σημαντικό ρόλο. Εξαιρετικά χαμηλός δείκτης μάζας σώματος της μητέρας προ εγκυμοσύνης (Virt J. et all, 2007) ενοχοποιείται για αυξημένο κίνδυνο πρόωρου τοκετού. Περαιτέρω, οι υποψήφιες μητέρες με κακή διατροφική κατάσταση μπορεί να έχουν έλλειψη σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία. Άρα οι υποψήφιες μητέρες με χαμηλές συγκεντρώσεις σιδήρου, φυλλικού οξέος ή/και ψευδαργύρου έχουν υψηλότερα ποσοστά πρόωρου τοκετού συγκριτικά με υποψήφιες μητέρες με φυσιολογικά επίπεδα αυτών κατά την κύηση (Goldenberg R. L. et all, 2008). Η *παχυσαρκία* δεν έχει ως άμεσο αποτέλεσμα στατιστική αύξηση του πρόωρου τοκετού, ωστόσο συνδέεται με το διαβήτη και την υπέρταση, οι οποίοι είναι παράγοντες κινδύνου από μόνοι τους (Goldenberg R. L. et all, 2008). Από διάφορες μελέτες διαφαίνεται ότι οι υποψήφιες μητέρες με βάρος πέραν του φυσιολογικού ή με κοντό ανάστημα, έχουν αυξημένο κίνδυνο για πρόωρο τοκετό (Marchi J. et all, 2015;

Kozuki N. et all, 2015). Η κατάλληλη διατροφή είναι ζωτικής σημασίας για την ανάπτυξη του εμβρύου και επομένως, μια διατροφή χαμηλή σε κορεσμένα λίπη και χοληστερόλη μπορεί να βοηθήσει στην μείωση του κινδύνου πρόωρου τοκετού (Hendler I. et all, 2005).

Η **οικογενειακή κατάσταση της μητέρας** συνδέεται και αυτή με τον κίνδυνο πρόωρου τοκετού, καθώς έχει βρεθεί ότι η μητρότητα εκτός γάμου αυξάνει την πιθανότητα πρόωρου τοκετού. Συγκεκριμένα, στον Καναδά ο κίνδυνος ήταν μικρότερος στις κήσεις των μητέρων που βρίσκονταν σε γάμο σε σχέση με τις κήσεις που βρίσκονταν εκτός γάμου, παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα στη Φινλανδία όπου ο κίνδυνος ήταν 20% μεγαλύτερος για τις εκτός γάμου κήσεις (Raatikainen K. et all, 2005; Luo Z. C. et all, 2004).

Συγγενείς ανωμαλίες του εμβρύου ή/και υπολειπόμενη ανάπτυξη αυτού, καθώς και το άρρεν φύλο του εμβρύου φαίνεται να σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για πρόωρου τοκετού (Purisch S. E. et all, 2008; Zeitlin J. et all, 2000; Ferrero D. M. et all, 2016).

1.4.2 Γυναικολογικό και Μαιευτικό Ιστορικό της Μητέρας

Το **γυναικολογικό και μαιευτικό ιστορικό** της μητέρας παίζει πρωτεύοντα ρόλο στην πιθανότητα πρόωρου τοκετού. Οι γυναίκες με **ιστορικό πρόωρου τοκετού** διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο για υποτροπή σε ποσοστό 15 – 50% ανάλογα με τον αριθμό των προηγούμενων συμβάντων και τη χρονική στιγμή που συνέβησαν. Στις μητέρες με ιστορικό αυτόματου πρόωρου τοκετού σε ηλικία 23 – 28 εβδομάδων κύησης, ο κίνδυνος αυτόματου πρόωρου τοκετού σε ηλικία ≤ 28 εβδομάδων σε επόμενη κύηση είναι περίπου 5%, ενώ σε μητέρες με ελεύθερο ιστορικό είναι 0,2% (Mercer B. M. et all, 1999). Εκτός από το ιστορικό του αυτόματου πρόωρου τοκετού και το ιστορικό προηγούμενου προκλητού τοκετού αποτελεί παράγοντα κινδύνου σε επόμενη κύηση. Πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι η συχνότητα πρόωρου τοκετού είναι 23% με ιστορικό προηγούμενου προκλητού τοκετού και 31,6% με ιστορικό αυτόματου πρόωρου τοκετού (Laughon S. K. et all, 2015).

Η **υπογονιμότητα** σχετίζεται με πρόωρο τοκετό καθώς τα ζευγάρια που έχουν προσπαθήσει περισσότερο από ένα χρόνο σε σχέση με εκείνα που έχουν δοκιμάσει για μικρότερο χρονικό διάστημα πριν την επίτευξη μιας σύλληψης έχουν ελαφρώς αυξημένο στατιστικά σημαντικό ποσοστό πιθανοτήτων πρόωρου τοκετού. Επίσης, κήσεις μετά από IVF έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι πρόωρες από τις φυσιολογικές συλλήψεις (Pinborg A. et all, 2012).

Το **χρονικό διάστημα μεταξύ των κήσεων** επηρεάζει και αυτό, καθώς οι γυναίκες με λιγότερο από 6 μήνες μεταξύ των κήσεων έχουν διπλάσια αύξηση της πιθανότητας πρόωρου τοκετού (Smith G. C. et all, 2003). Μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί για την σωματική

δραστηριότητα και τον τύπο εργασίας έχουν δώσει αντιφατικά αποτελέσματα, έχουν όμως ομοφωνία στο ότι η σκληρή και πολύωρη εργασία και οι στρεσογόνες συνθήκες είναι πιθανόν να συνηγορούν στο να συμβεί πρόωρος τοκετός (Goldenberg R. L. et all, 2008). Οι γυναίκες που έχουν ιστορικό προηγούμενων διακοπών κύησης, έχει αποδειχθεί ότι έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης πρόωρου τοκετού (κάτω των 37 εβδομάδων) και μάλιστα κάτω των 28 εβδομάδων (Moreau C. et all, 2005).

1.4.3 Επιπλοκές της Κύησης

Οι **πολύδυμες κύσεις** (δίδυμα, τρίδυμα, κ.τ.λ.) διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο πρόωρου τοκετού συγκριτικά με τις μονήρεις κύσεις (Qin J. et all, 2017). Συγκεκριμένα, οι πολύδυμες κύσεις αποτελούν το 17% των πρόωρων τοκετών με διάρκεια κύησης < 37 εβδομάδων και το 23% των πρόωρων τοκετών με διάρκεια κύησης < 32 εβδομάδων (Kiely J. L. et all, 1998). Η IVF αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για πρόωρο τοκετό (Vogel J. P. et all, 2018; Qin J. et all, 2017), ανεξάρτητα από το αν η κύηση είναι πολύδυμη ή μονήρης. Η χρήση των φαρμάκων γονιμότητας που διεγείρουν την ωοθήκη να απελευθερώσει πολλαπλά ωάρια και της IVF για εμβρυομεταφορά των πολλαπλών εμβρύων έχει ενοχοποιηθεί ως σημαντικός παράγοντας του πρόωρου τοκετού. Συνεπώς, η αύξηση της συχνότητας εφαρμογής IVF οδήγησε στην αύξηση των πολύδυμων κύσεων και κατά συνέπεια στην αύξηση της συχνότητας του πρόωρου τοκετού.

Η **παθολογία από την πλευρά της μητέρας** αυξάνει τον κίνδυνο πρόωρου τοκετού. Τέτοιες παθολογικές καταστάσεις εμπεριέχουν την **υψηλή αρτηριακή πίεση** (Goldenberg R. L. et all, 1998), το **σακχαρώδη διαβήτη κύησης** (Σ. Δ.) (Rosenberg T. J. et all, 2005) και **την προεκλαμψία** (Vogel J. P. et all, 2018). Ο πρόωρος τοκετός έχει, επίσης, συσχετιστεί με λοιμώξεις κατά την διάρκεια της κύησης, όπως είναι **η βακτηριακή κολπίτιδα, λοίμωξη από χλαμύδια** (chlamydia trachomatis), **χοριοαμνιονίτιδα, λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος, ηπατίτιδα C, σύφιλη ή λοίμωξη από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας** (human immunodeficiency virus – HIV). (Shankaran S., 2009; Shankaran S. et all, 2008; Stoll et all, 2011).

Άλλη επιπλοκή της κύησης που σχετίζεται με πρόωρο τοκετό είναι η **κολπική αιμορραγία** στους πρώτους μήνες αυτής. Κύσεις με αιμορραγία 1^{ου} τριμήνου σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για πρόωρο τοκετό μετά από PPROM, καθώς και με πρόωρο τοκετό < 34 εβδομάδων (Lykke J. A. et all, 2010). Σε γυναίκες που παρουσιάζουν **συγγενείς ή επίκτητες ανωμαλίες της μήτρας**, η ικανότητα της μήτρα να συγκρατήσει το έμβρυο που συνεχώς μεγαλώνει μπορεί να είναι περιορισμένη. Ακόμη, και **οι διαταραχές από τον πλακούντα**, όπως

η αποκόλληση πλακούντα, η πλακουντιακή ανεπάρκεια, ο επιωματικός πλακούντας, σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο πρόωρου τοκετού (Ananth C. V. et all, 1999; Fox N. S. et all, 2014; Chen Y. H. et all, 2009; Klatsky P. C. et all, 2008).

Τέλος, το **μήκος του τραχήλου** παίζει σημαντικό ρόλο για την επίτευξη μιας κύησης. Μερικές γυναίκες έχουν αδύναμο ή αβαθή τράχηλο (Goldenberg R. L. et all, 1998), με μικρό μήκος τραχήλου (ιδιαίτερα μήκος $\leq 25\text{mm}$), το οποίο εκτιμάται με διακολπικό υπερηχογράφημα και σχετίζεται σημαντικά με πρόωρο τοκετό (Barros – Silva J. et all, 2014). Η διάγνωση αυτή αποτελεί τον ισχυρότερο προγνωστικό παράγοντα για πρόωρο τοκετό (Romero et all, 2007).

1.5 Επιπλοκές του Πρόωρου Τοκετού στο Νεογνό

Η προωρότητα αποτελεί τη συχνότερη αιτία νεογνικού θανάτου παγκοσμίως, καθώς ευθύνεται για το 30% των ετήσιων νεογνικών θανάτων, ο οποίος ανέρχεται σε 3.1 εκατομμύρια νεογνά (Platt M. J., 2014), ενώ ταυτόχρονα αποτελεί την 2^η σε συχνότητα αιτία θανάτου σε παιδιά με ηλικία κάτω των 5 ετών παγκοσμίως (Blencowe H. et all, 2012). Η θνητότητα



Εικόνα 2: Μωρό στη Θερμοκοιτίδα (www.talcmag.gr)

στη νεογνική ηλικία είναι αντιστρόφως ανάλογη με την διάρκεια της κύησης, για παράδειγμα στις 1000 ζώσες γεννήσεις νεογνών οι 175 θάνατοι ήταν με διάρκεια κύησης < 32 εβδομάδων, ενώ οι 2.4 θάνατοι ήταν με διάρκεια κύησης 37 – 41 εβδομάδες (McCormick M. C. et all, 2011). Μελετώντας την θνητότητα στον πληθυσμό των πρόωρων, παρατηρούμε ότι οι νεογνικοί θάνατοι μειώνονται σημαντικά για κάθε επιπλέον εβδομάδα που προστίθεται στην διάρκεια της κύησης. Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα μελέτης που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ το 2017 και περιλάμβανε μεγάλο πλήθος δειγμάτων. Συγκεκριμένα, η θνητότητα των πρόωρων κατά την νεογνική ηλικία ήταν 188 θάνατοι ανά 1000 ζώσες γεννήσεις νεογνών με διάρκεια κύησης < 32 εβδομάδων, 21 θάνατοι ανά 1000 ζώσες γεννήσεις νεογνών με διάρκεια κύησης 32 – 33 εβδομάδες και 8,5 θάνατοι ανά 1000 ζώσες γεννήσεις νεογνών με διάρκεια κύησης 34 – 36 εβδομάδες (Ely D. M. & Driscoll A. K. 2019).

Τα νεογνά με διάρκεια κύησης ≤ 28 εβδομάδων (και ιδιαίτερα εκείνα των 26 εβδομάδων) έχουν υψηλότερη θνητότητα, που μπορεί να φτάσει και στο 50% (Stoll B. J. et all, 2015).

Παρ' όλα αυτά, τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί σημαντικά η επιβίωση και των εξαιρετικά χαμηλού βάρους προώρων νεογνών (< 26 εβδομάδων) (Σιαχανίδου Τ., 2014). Γεννήσεις κάτω των 24^{ωv} εβδομάδων κύησης, αποτελούν το 1% του συνόλου των γεννήσεων και ευθύνονται για το 20% της βρεφικής θνησιμότητας (Field D. et all, 2016). Σε αυτό συντέλεσε η καλύτερη κατανόηση της παθοφυσιολογίας του πρόωρου νεογνού, η εξέλιξη της τεχνολογίας και η δημιουργία περιγεννητικών και σύγχρονων νεογνολογικών μονάδων, στελεχωμένων από εξειδικευμένο προσωπικό (μαιευτήρες, νεογνολόγους και μαίες), ικανό να φροντίσει τόσο την μητέρα όσο και το νεογνό.

1.5.1 Επιπλοκές από το αναπνευστικό σύστημα

Ένα από τα πρωταρχικά και σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει το πρόωρο νεογνό όταν έρθει στη ζωή είναι η αδυναμία της αναπνοής, λόγω των ανώριμων πνευμόνων του (Gomela L. T., 2019). Οι αναπνευστικές κινήσεις του εμβρύου ξεκινούν στις 10 εβδομάδες κύησης και η εισπνοή και εκπνοή του αμνιακού υγρού, είναι καθοριστικής σημασίας για την ανάπτυξη αυτών. Τα πρόωρα έχουν υπανάπτυκτους πνεύμονες, πράγμα που σημαίνει ότι έχουν λιγότερες κυψελίδες, λιγότερο επιφανειοδραστικό παράγοντα και παχύτερο φραγμό αίματος – αερίων, κάτι το οποίο μειώνει την διάχυση του οξυγόνου και του διοξειδίου του άνθρακα στην αιματική κυκλοφορία. Στις 28 έως 30 εβδομάδες κύησης δεν έχει ολοκληρωθεί η ανάπτυξη των πνευμόνων, με αποτέλεσμα τα πρόωρα νεογνά να αναγκάζονται να αναπνέουν με τα τελικά βρογχόλια (Δελαγραμμάτικας Η. Δ., 1984). Για αυτό το λόγο, πολλά πρόωρα νεογνά χρειάζονται αναπνευστική υποστήριξη για την επιβίωση τους (Barton S. K., 2015). Η ολοκλήρωση της εμβρυϊκής ανάπτυξης των πνευμόνων ολοκληρώνεται στις 37 εβδομάδες κύησης (Gomela L. T., 2019).

Η προωρότητα σχετίζεται με βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπλοκές από το αναπνευστικό σύστημα, όπως είναι:

- *Το Σύνδρομο Αναπνευστικής Δυσχέρειας - ΣΑΔ (Respiratory Distress Syndrome – RDS)*
- *Η Βρογχοπνευμονική Δυσπλασία (Bronchopulmonary Dysplasia – BPD)*
- *Η Άπνοια της Προωρότητας*

Περίπου 24.000 νεογνά και 80% των πρόωρων που γεννιούνται πριν τις 27 εβδομάδες κύησης θα αναπτύξουν ΣΑΔ (RDS) (Δελαγραμμάτικας Η. Δ., 1984; Holme N. & Chetcutti P., 2012; Negi R., et all, 2015). Το ΣΑΔ (RDS) είναι ένα σύνδρομο που προκαλείται από την αναπτυξιακή ανεπάρκεια της παραγωγής του επιφανειοδραστικού ιστού και τη δομική ανωριμότητα των πνευμόνων. Επίσης, μπορεί να προκύψει από γενετικό πρόβλημα με την

παραγωγή των πρωτεϊνών που σχετίζονται με τον επιφανειοδραστικό ιστό. Αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου των πρόωρων νεογνών (Rodriguez R. G. et all, 2002) και η συχνότητα του μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας κύησης, από περίπου 50% σε νεογνά που γεννήθηκαν στις 26 – 28 εβδομάδες, σε περίπου 25% σε εκείνα που γεννήθηκαν στις 30 – 31 εβδομάδες.

Οι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης ΣΑΔ (RDS) είναι: το ιστορικό από τα αδέρφια, ο διαβήτης της μητέρας, η καισαρική τομή λόγω επιλογής, η περιγεννητική ασφυξία, η προγεννητική αιμορραγία, τα αρσενικά νεογνά και ο δευτερότοκος δίδυμος (Behrman R. E. et all, 2007). Παρουσιάζεται στα νεογνά λίγο μετά την γέννηση τους και είναι έκδηλη η ταχύπνοια, η ταχυκαρδία, οι εισολκές του θωρακικού τοιχώματος, το εκπνευστικό ρουθούνισμα και η κυάνωση κατά την διάρκεια των προσπαθειών αναπνοής. Το ΣΑΔ (RDS) είναι οξεία ασθένεια και αντιμετωπίζεται με αναπνευστική υποστήριξη ανάλογα με την περίπτωση, παρουσιάζει βελτίωση μέσα σε 2 – 4 ημέρες και υποχωρεί σε 7 – 14 ημέρες. Εξαιτίας της δυσκολίας στη διαφοροδιάγνωση μεταξύ ΣΑΔ (RDS) και πνευμονίας, χορηγούνται στα νεογνά αυτά και αντιβιοτικά (Δελαγραμμάτικας Η. Δ., 1984; Halliday H. L., et all, 1985; Behrman R. E. et all, 2007; Smith R. L. et all, 2016).

Η Βρογχοπνευμονική Δυσπλασία (ΒΔ) (Bronchopulmonary Dysplasia – BPD) είναι μια χρόνια ασθένεια των πνευμόνων που συνήθως έπεται του ΣΑΔ (RDS) στα πρόωρα νεογνά και προκύπτει από φλεγμονή, τραυματισμό και ουλώδη ιστό στους αεραγωγούς και τις κυψελίδες. Ο αερισμός θετικής πίεσης, οι υψηλές συγκεντρώσεις οξυγόνου και οι μολύνσεις, οδηγούν σε τραυματισμό του πνεύμονα, όμως η κύρια αιτία της ΒΔ (BPD) είναι η ανωριμότητα των πνευμόνων, ειδικά σε πρόωρα νεογνά γεννημένα πριν τις 28 – 30 εβδομάδες κύησης και βάρος γέννησης < 1500 γραμμάρια. Τα νεογνά αυτά αντιμετωπίζουν διατροφικά προβλήματα και προβλήματα με τα υγρά τους, έχουν δυσκολίες με τους αντιδραστικούς αεραγωγούς (συριγγός) και είναι επιρρεπή στις αναπνευστικές κυρίως λοιμώξεις (Halliday H. L., et all, 1985; Polin R. A., 2001 – 2007; Smith R. L. et all, 2016). Επίσης, η ΒΔ (BPD) σχετίζεται με την ανάπτυξη, την υγεία και τα νευροαναπτυξιακά προβλήματα στην παιδική ηλικία. Συγκεκριμένα, ένα στα τρία νεογνά που γεννιούνται με διάρκεια κύησης < 32 εβδομάδων αναμένεται να νοσηλευθεί λόγω αναπνευστικού προβλήματος, κυρίως λόγω λοιμώξεων, στα δύο πρώτα χρόνια της ζωής του. Επιπλέον, ο πληθυσμός των πρόωρων έχει τριπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης βρογχόσπασμου στην σχολική ηλικία συγκριτικά με τα τελειόμηνα (Priante E. et all, 2016).

Η Απνοια της προωρότητας ορίζεται ως η διακοπή της αναπνοής σε ένα πρόωρο νεογνό που διαρκεί για περισσότερο από 15 δευτερόλεπτα και/ή συνοδεύεται από υποξία ή βραδυκαρδία. Η αιτιολογία δεν είναι πλήρως κατανοητή, αλλά η ανωριμότητα των κέντρων

του εγκεφάλου και των χημικών υποδοχέων που είναι υπεύθυνα για την αναπνοή, μπορούν να προκαλέσουν ανώμαλο αναπνευστικό πρότυπο. Είναι απαραίτητη η άμεση και συνεχής παρακολούθηση των νεογνών αυτών, τα οποία σε γενικές γραμμές ανταποκρίνονται καλά στον αερισμό. Η συχνή άπνοια που δεν ανταποκρίνεται στη φαρμακευτική αγωγή, αντιμετωπίζεται με ρινική θετική πίεση ή μηχανικό αερισμό (Δελαγραμμάτικας Η. Δ., 1984; Halliday H. L., et all, 1985; Behrman R. E. et all, 2007; Smith R. L. et all, 2016; Polin R. A., 2001 – 2007; Gomela L. T., 2019).

Συνεπώς, στα πρόωρα νεογνά, θα είναι χρήσιμο να αναπτυχθούν πρωτόκολλα ή/και μηχανισμοί πρόληψης στοχεύοντας στην βέλτιστη υγεία αυτών.

1.5.2 Επιπλοκές από το γαστρεντερικό σύστημα

Το γαστρεντερικό σύστημα, είναι το σύστημα που χωνεύει και απορροφά την τροφή, αλλά ταυτόχρονα έχει ανοσολογικές και ενδοκρινείς λειτουργίες. Ο σχηματισμός του αρχίζει στις 4 εβδομάδες κύησης και τελειοποιείται στις 20 εβδομάδες, ενώ τα έντερα διπλασιάζουν το μήκος τους (274 εκατοστά ολοκληρωμένο) τις τελευταίες 15 εβδομάδες της κύησης (Gomela L. T., 2019). Η ανωριμότητα του πεπτικού σωλήνα των πρόωρων σχετίζεται με τη μειωμένη κινητικότητα αυτού, με δυσκολία στην εντερική σίτιση, καθώς και σοβαρές επιπλοκές, όπως είναι η **νεκρωτική εντεροκολίτιδα** (NEK). Η NEK τυπικά συμβαίνει τη 2^η με 3^η εβδομάδα ζωής και χαρακτηρίζεται από κάκωση στο παχύ ή στο λεπτό έντερο. Προσβάλλει κυρίως νεογνά γεννημένα πριν την 33^η εβδομάδα κύησης σε ποσοστό 3% και νεογνά με βάρος γέννησης (ΒΓ) < 1500 γραμμάρια σε ποσοστό 7% (Δελαγραμμάτικας Η. Δ., 1984; Behrman R. E. et all, 2007).

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της NEK είναι η αδυναμία του μητρικού θηλασμού και ο ανώριμος γαστρεντερικό σωλήνας, γεγονότα που καθιστούν δύσκολη την πέψη και κατά συνέπεια να απαιτείται η χορήγηση ολικής παρεντερικής διατροφής (total parenteral nutrition – TRN), η οποία σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών, όπως η λοίμωξη, η ατροφία του εντερικού βλεννογόνου, η χολόσταση, η ηπατική ανεπάρκεια και η θρόμβωση (Neu J., 2007). Η NEK θεωρείται η πιο σοβαρή επιπλοκή της προωρότητας από το γαστρεντερικό σύστημα και μπορεί να εξελιχθεί ταχύτατα από έναν ήπιο μετεωρισμό της κοιλιάς και άρνηση λήψης τροφής σε σηπτικό σοκ, νέκρωση εντέρου και θάνατο. Στις ΗΠΑ, η συχνότητα της υπολογίζεται 1/3 περιπτώσεις ανά 1000 ζώσες γεννήσεις (Stoll B. J. et all, 2015). Το 90% των περιπτώσεων NEK αφορούν νεογνά με ΠΧΒΓ (ΒΓ < 1500 γραμμάρια) και ηλικία κύησης < 32 εβδομάδες, ενώ η επίπτωση της αυξάνεται όσο μειώνεται η ηλικία κύησης. Η επίπτωση της NEK στα πρόωρα παγκοσμίως κυμαίνεται μεταξύ 2 – 7,5%, όπως αυτή εκτιμάται σε ικανό αριθμό MENN (Battersby C. et all, 2018; Han S. M.

et all, 2020). Η θνητότητα της NEK κυμαίνεται από 15 έως 30% και σχετίζεται επίσης αντίστροφα με τη διάρκεια της κύησης και το βάρος γέννησης, ενώ η νοσηρότητα της περιλαμβάνει εντερικές στενώσεις, συμφύσεις και το σύνδρομο του βραχέως εντέρου (Neu J., 2007; Fotz gibbons S. C. et all, 2009).

Η αντιμετώπιση της NEK γίνεται με την χρήση αντιβιοτικών, ξεκούραση του εντέρου και την χορήγηση παρεντερικά υγρών (Behrman R. E. et all, 2007). Μελέτη η οποία διενεργήθηκε στην Ελλάδα το 2016, έδειξε ότι η έναρξη σίτισης του πρόωρου νεογνού με γάλα της μητέρας του από την 1^η κιόλας ώρα ζωής του, έχει ευεργετικές ιδιότητες. Συγκεκριμένα, τα νεογνά που πήραν γάλα της μητέρας τους παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα εμφάνισης NEK και μικρότερη διάρκεια νοσηλείας στη MENN. Η σίτιση των πρόωρων νεογνών με γάλα της ίδιας της μητέρας ή γάλα δοτριών, φαίνεται να είναι σε θέση να μειώσει την συχνότητα της NEK πιο αποτελεσματικά με την εξάλειψη του παθογόνου βακτηριακή αποικισμού, προωθώντας την ανάπτυξη μη παθογόνου χλωρίδας, καθώς και την ωρίμανση του εντερικού φραγμού, αλλά και την ωρίμανση της φλεγμονώδους απόκρισης (Dritsakou K. et all, 2016).

1.5.3 Επιπλοκές από το κεντρικό νευρικό σύστημα

Ο πρόωρος τοκετός έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με επιπλοκές από το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ), όπως **η ενδοκοιλιακή αιμορραγία** (intraventricular hemorrhage – IVH), **η περικοιλιακή λευκομαλάκωση** (periventricular leukomalacia - PVL) και άλλες **διαταραχές της λευκής ουσίας**. Οι επιπλοκές αυτές εμφανίζονται σε ποσοστό 20 – 25% σε νεογνά με ΠΧΒΓ. Επίσης, η αμφιβληστροειδοπάθεια της προωρότητας (retinopathy of prematurity – ROP), αποτελεί συχνή επιπλοκή της προωρότητας και οφείλεται στην ανώμαλη ανάπτυξη της αγγείωσης του αμφιβληστροειδούς χιτώνα των προώρων. Μάλιστα, αν δεν θεραπευτεί έγκαιρα, οδηγεί σε τύφλωση (McCormick M. C. et all, 2011).

Οι **νευροαναπτυξιακές διαταραχές** των προώρων αποδίδονται στη δυσμενή επίδραση βλαπτικών παραγόντων στην ανάπτυξη και ωρίμανση του εγκεφάλου πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τον τοκετό, όπως λοίμωξη, στρες, υποξία, κ.α. Οι νευροαναπτυξιακές διαταραχές που σχετίζονται με τον πρόωρο τοκετό είναι οι παρακάτω:

- *Διαταραχές αντίληψης (ήπιες και σοβαρές – νοητική στέρηση)*
- *Διαταραχές κινητικότητας (ήπιες και σοβαρές – εγκεφαλική παράλυση)*
- *Διαταραχές όρασης ή/και ακοής (τύφλωση, στραβισμός, αμφοτερόπλευρη ή ετερόπλευρη κόφωση, βαρηκοΐα αγωγιμότητας, διαθλαστικές ανωμαλίες)*
- *Διαταραχές συμπεριφοράς*

Μελέτες έχουν δείξει ότι το 35 – 50% των παιδιών σχολικής ηλικίας που έχουν γεννηθεί πρόωρα με διάρκεια κύησης < 32 εβδομάδων εμφανίζουν μία ή περισσότερες από τις παραπάνω διαταραχές, οι οποίες παραμένουν μέχρι την ενήλικη ζωή τους, και γι' αυτό τα προγράμματα διαχρονικής παρακολούθησης (follow – up) εστιάζουν στην νευροαναπτυξιακή εξέλιξη τους (Luo T. M. et all, 2017).

Οι σοβαρές νευροαναπτυξιακές διαταραχές που σχετίζονται με την προωρότητα είναι η σοβαρή διαταραχή της αντίληψης (νοητική στέρηση), η εγκεφαλική παράλυση και οι σοβαρές νευροαισθητήριες διαταραχές (τύφλωση ή/και κώφωση). Η **διαταραχή της αντίληψης** είναι η συχνότερη νευροαναπτυξιακή διαταραχή των προώρων νεογνών. Μετα-αναλύσεις που διενεργήθηκαν τα τελευταία χρόνια έδειξαν ότι τα πολύ πρόωρα νεογνά ή/και τα πολύ χαμηλού βάρους γέννησης έχουν νοητικό πηλίκιο (IQ score) χαμηλότερο κατά 10.9 έως 13.9 μονάδες σε ηλικιακό εύρος 5 – 20 ετών, σε σύγκριση με τα άτομα της αντίστοιχης ηλικίας που ήταν τελειόμηνα νεογνά (Wolke D. et all, 2019). Η **εγκεφαλική παράλυση** σχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με τον πρόωρο τοκετό. Η συχνότητα της διαφέρει μεταξύ των μελετών, με την σπαστική διπληγία (προσβάλλονται τα τέσσερα άκρα, με τα κάτω σε μεγαλύτερο βαθμό) να είναι η συχνότερη μορφή στον συγκεκριμένο πληθυσμό (50% των περιπτώσεων εγκεφαλικής παράλυσης). Η PVL, η σοβαρή IVH και το άρρεν φύλο φαίνεται να μην σχετίζονται με την εμφάνιση εγκεφαλικής παράλυσης (Glass H. C. et all, 2015). Τέλος, οι σοβαρές (τύφλωση ή αμφοτερόπλευρη κώφωση) ή ήπιες (διαθλαστικές ανωμαλίες, στραβισμός, ετερόπλευρη κώφωση και βαρηκοΐα αγωγιμότητας) νευροαισθητήριες διαταραχές σχετίζονται με πρόωρο τοκετό και επηρεάζουν την ανάπτυξη του λόγου, την αντίληψη και τη μάθηση.

Οι ήπιες νευροαναπτυξιακές διαταραχές που εμφανίζουν τα πρόωρα περιλαμβάνουν τις ήπιες κινητικές διαταραχές, τις ήπιες διαταραχές αντίληψης, τα μαθησιακά προβλήματα και τις διαταραχές συμπεριφοράς. Αρχικά, οι ήπιες κινητικές διαταραχές περιλαμβάνουν διαταραχές του μυϊκού τόνου, διαταραχές της βάδισης, της ισορροπίας και του συντονισμού, καθώς και διαταραχές στην λεπτή κινητικότητα και στην οπτικοκινητική δεξιότητα (Wolke D. et all, 2019). Οι ήπιες διαταραχές αντίληψης που εμφανίζουν τα πρόωρα αφορούν στη λεκτική ικανότητα, την οπτική αντίληψη και τις διαταραχές μνήμης, οι οποίες έχουν επιπτώσεις στην σχολική ή/και ακαδημαϊκή επίδοση αυτών. Μάλιστα, μετα-αναλύσεις έδειξαν ότι ο πρόωρος τοκετός σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο διαταραχής ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), κατάθλιψης, αγχωδών διαταραχών, καθώς και διαταραχών αυτιστικού φάσματος (Wolke D. et all, 2019; Johnson S. et all, 2011). Αυτές οι διαταραχές γίνονται εμφανείς στην προσχολική και σχολική περίοδο της ζωής των παιδιών που

γεννήθηκαν πρόωρα. Η ψυχοκινητική ανάπτυξη του παιδιού αποτελεί θεμέλιο λίθο στον οποίο δομείται η προσωπικότητά τους. Με οπτικές, ακουστικές και απτικές διεργασίες, με κιναισθητικούς και χειροτεχνικούς μηχανισμούς, το παιδί οργανώνει το περιβάλλον και δομεί τον ενδιάθετο κόσμο του. Διάφορες μαθησιακές δυσκολίες στην περίοδο αυτή μπορεί να συνδέονται με ανεπάρκειες στην κινητική ανάπτυξη (Ζάραγκας Χ., 2020). Από τα δεδομένα της έρευνας των Gkatzoyia D., Zaraga H. & Koutra V. et all, (2018), φάνηκε ότι τα χαμηλά επίπεδα κινητικών δεξιοτήτων και οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα παιδιά με αυτισμό στην νηπιακή ηλικία, τα οδηγεί στην επιλογή ατομικών δραστηριοτήτων και σε μοναχικό παιχνίδι, με αποτέλεσμα να απομονώνονται από τον περίγυρο τους. Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα της μελέτης παιδιών με διαταραχή του φάσματος του αυτισμού στον Ελλαδικό χώρο (Σαρρής Δ. και συν., 2019).

1.5.4 Επιπλοκές από τα άλλα συστήματα

Η προωρότητα σχετίζεται με ανωριμότητα του **ανοσοποιητικού συστήματος** και εκτεταμένη έκθεση σε θεραπευτικές επεμβάσεις: όπως ο μηχανικός αερισμός, ενδοαγγειακοί καθετήρες, κ.α., αυξάνοντας έτσι την επιρρέπεια των πρόωρων σε λοιμώξεις. Οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ του ανοσοποιητικού της μητέρας και του εμβρύου είναι συνθέτες. Πολλά από τα αντισώματα της μητέρας μεταφέρονται, μέσω του πλακούντα, στο αναπτυσσόμενο έμβρυο, αρχίζοντας από τις 20 εβδομάδες κύησης και φτάνοντας στη μέγιστη μεταφορά στο 3^ο τρίμηνο της κύησης. Τα πρόωρα νεογνά έχουν ανώριμο ανοσοποιητικό σύστημα, ανεπαρκές να καταπολεμήσει τα βακτήρια και τους ιούς που προκαλούν λοιμώξεις (Melville J. M. et all, 2013). Οι πιο σοβαρές και συχνότερες λοιμώξεις στα πρόωρα είναι η πνευμονία, η σήψη, η μηνιγγίτιδα και οι λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος (Taeusch H. W. et all, 1998; Polin R. A., 2001 – 2007; Behrman R. E. et all, 2007). Μάλιστα, η επίπτωση της νεογνικής σήψης (early-onset sepsis) είναι 10 φορές μεγαλύτερη στα νεογνά με ΠΧΒΓ, συγκριτικά με τα ΦΒΓ νεογνά (Cloherty J. P. et all, 2008).

Τα πρόωρα νεογνά μπορούν να αντιμετωπίσουν μια ποικιλία **καρδιαγγειακών διαταραχών**, όπως είναι οι διαταραχές του ρυθμού, ο ανοιχτός βοτάλειος πόρος, η υπογκαιμία (η κατάσταση που σχετίζεται με μειωμένο όγκο αίματος), η υπόταση κ.α. Από την 20^η ημέρα της εμβρυϊκής ζωής τα κύτταρα της καρδιάς αρχίζουν να διαφοροποιούνται. Η πρώτη καρδιά ξεκινάει να χτυπάει στις 4^{ες} εβδομάδες κύησης και είναι πλήρως σχηματισμένη στο τέλος της 6^{ης} εβδομάδας. Η ανταλλαγή των αερίων στην εμβρυϊκή ζωή γίνεται μέσω του πλακούντα, ώστε η αιματική ροή να παρακάμπτει τους πνεύμονες μέσω του βοτάλειου πόρου. Όσο προχωράει η κύηση, το μυϊκό τείχος του βοτάλειου πόρου αντιδρά καλύτερα στα ερεθίσματα

της υψηλής πίεσης (Behrman R. E. et all, 2007). Στα πρόωρα ο βοτάλειος πόρος τείνει να κλείνει αργότερα και λιγότερο αποτελεσματικά σε σχέση με τα τελειόμηνα νεογνά, κάτι το οποίο προκαλεί διαφυγή αίματος από την αορτή στην πνευμονική αρτηρία. Έτσι προκαλείται υπερφόρτωση όγκου στις δεξιές κοιλότητες και ταυτόχρονα διατείνεται η αριστερή κοιλία, με αποτέλεσμα ο βοτάλειος πόρος να παραμένει ανοιχτός και να χρειάζεται θεραπεία για να κλείσει (Acien P., 1993; Baker J. P., 2000; Behrman R. E. et all, 2007).

Η αιμοποίηση στο αναπτυσσόμενο έμβρυο ξεκινάει περίπου στις 2 εβδομάδες μετά την σύλληψη. Ξεκινάει από τον αμνιακό σάκο, αλλά όσο αναπτύσσονται τα όργανα, την αιμοποίηση αναλαμβάνουν η σπλήνα και το ήπαρ. Αυτό συνεχίζεται μέχρι το τέλος του 2^{ου} τριμήνου, όπου σχηματίζεται ο μυελός των οστών και αρχίζει να παράγει κύτταρα. Μέχρι την μέση του 3^{ου} τριμήνου ο μυελός των οστών έχει αναλάβει την αιμοποίηση (Behrman R. E. et all, 2007; Polin R. A. et all, 2007). Ο πρόωρος τοκετός σχετίζεται με διαταραχές από το **αιμοποιητικό σύστημα** με συχνότερη την αναιμία της προωρότητας, η οποία αντιμετωπίζεται είτε φαρμακευτικά είτε με μετάγγιση.

Μακροπρόθεσμη επιπλοκή της προωρότητας αποτελεί η επίδραση της στην **νεφρική λειτουργία**. Συγκεκριμένα, μελέτες έχουν δείξει ότι η οξεία νεφρική ανεπάρκεια κατά τη νεογνική ηλικία σε νεογνά γεννημένα πρόωρα ή IUGR σχετίζεται με μικρότερο μέγεθος των νεφρών και χαμηλότερο ρυθμό σπειραματικής διήθησης κατά την σχολική ηλικία. Επιπλέον, ο πρόωρος τοκετός φαίνεται να σχετίζεται με διαταραχές του μεταβολισμού, όπως παχυσαρκία, αντίσταση στην ινσουλίνη και διαταραχές των λιπιδίων (Luu T. M., 2017).

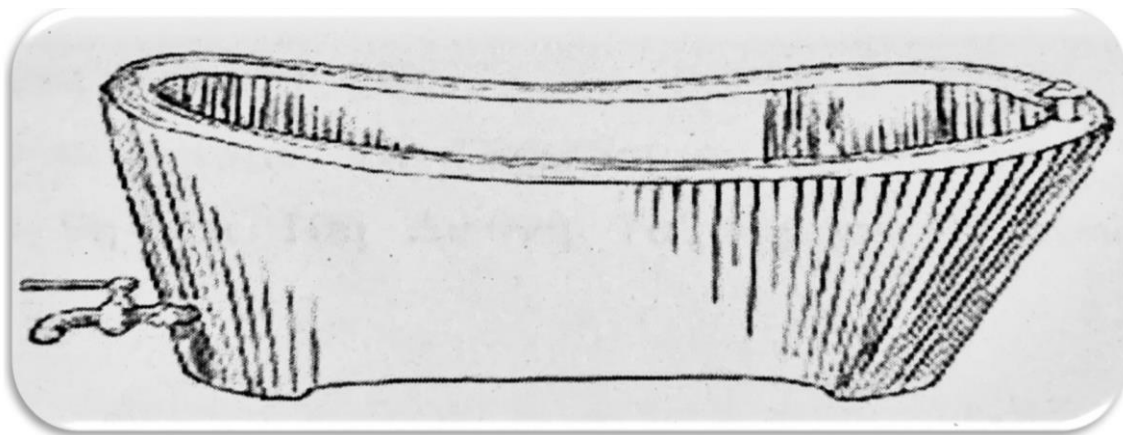
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΝΕΟΓΝΩΝ (MENN)

2.1 Ιστορική Αναδρομή

Η νοσοκομειακή περίθαλψη των πρόωρων νεογνών έχει αλλάξει σημαντικά κατά τον τελευταίο αιώνα. Οι MENN αποτελούν ένα σύγχρονο φαινόμενο, μια νέα μορφή οργάνωσης των μονάδων παροχής εντατικής φροντίδας.

Για πρώτη φορά στα χρονικά, αναφέρεται η ύπαρξη θερμοκοιτίδας στην αρχαία Αλεξάνδρεια, όπου την χρησιμοποιούσαν για την επώαση των αυγών (Gluckman D. P. et al, 1996). Από το εύρημα αυτό πιθανολογείται ότι υπήρχαν παρόμοιες συσκευές για την περίθαλψη των πρόωρων νεογνών. Από τα συγγράμματα του Ιπποκράτη προκύπτει ότι «το παιδί που γεννιέται πριν τον έβδομο μήνα της κύησης δεν μπορεί να σωθεί με κανέναν τρόπο» (Kurjak A., 1998). Τα χρόνια που μεσολάβησαν ως το 1857 δεν έχει γραφτεί τίποτε για την αντιμετώπιση της πρόωρης γέννησης. Μια πρώτη αναφορά γίνεται από τον καθηγητή χειρουργικής παιδών και ορθοπαιδικής, Jean Luis Paul Denise (1824 – 1889) στη Γαλλία, ο οποίος πρώτος περιέγραψε τη χρήση της θερμοκοιτίδας σε καταπονημένα και πρόωρα νεογνά. Υπάρχει όμως και η αντίθετη άποψη από τον Ρώσο Clementovsky το 1873, η οποία υποστηρίζει την κατασκευή θερμοκοιτίδας στην Αγία Πετρούπολη από το Ruhl (McIntosh N. et al, 2008).



Εικόνα 3: Θερμοκοιτίδα του Benuse το 1875. (Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία, 2003).

Στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, η ιατρική κοινότητα αγνοούσε την επιστήμη της νεογνολογίας. Εκείνη την περίοδο οι γέννες γίνονταν στα σπίτια και καμία επίτοκος που είχε την δυνατότητα δεν καταδέχονταν να γεννήσει σε νοσοκομείο ή να νοσηλευτεί τον παιδί της

σε αυτό (Crandall F. M, 1987). Δεν υπήρχαν ιδρύματα αφιερωμένα στην φροντίδα των νεογνών, με αποτέλεσμα τα υψηλά ποσοστά θνησιμότητας των νεογνών. Αυτά τα ποσοστά σε συνδυασμό με τις μειωμένες γεννήσεις οδήγησαν στην δημιουργία του Κινήματος «Βρεφικής Πρόνοιας» (Infant Welfare Movement – IWM), στην Ευρώπη. Στόχος του κινήματος αυτού ήταν η διατήρηση όλων των νεογνών στην ζωή, ακόμη και των προώρων. Αυτή ήταν η αφορμή για την δημιουργία των πρώτων θερμοκοιτίδων, επέκταση των μονάδων και τελικά την διαμόρφωση της επιστήμης της νεογνολογίας (McCleary G., 1933). Μάλιστα, η ιστορία της νεογνολογίας ξεκινά με την καινοτόμο δράση Γαλλίδων μαιών και μαιευτήρων και όχι από παιδίατρος (Toubas P. & Nelson R., 2002).

Με το ερχομό του 20^{ου} αιώνα, έγιναν μεγάλες αλλαγές και στην νεογνική φροντίδα. Σημαντικό βήμα στην εξέλιξη της νεογνολογίας ήταν η ίδρυση του Κέντρου Προωρότητας στο νοσοκομείο Sarah Morris (1920), της 1^{ης} μονάδας για πρόωρα νεογνά. Στην συνέχεια διαδραματίστηκαν μεγάλες καινοτομίες σε κλινικές δοκιμασίες και στην αντιμετώπιση των ιατρογενών παθήσεων. Πλέον το 90% των γεννήσεων γίνονταν στα νοσοκομεία των μεγάλων πόλεων, κάνοντας αναγκαία την δημιουργία MENN.

Η δεκαετία του 1960 θεωρείται η αρχή της μοντέρνας πρακτικής στην νεογνολογίας με την ίδρυση της 1^{ης} Αμερικανικής MENN (NICU – Neonatal Intensive Care Unit), σχεδιασμένη από τον Louis Cluck, η οποία άρχισε την λειτουργία της τον Οκτώβριο του 1960 στο νοσοκομείο Γέιλ – Νιου Χέβεν στο Κονέκτικατ, και την καθιέρωση των όρων νεογνολογία και νεογνολόγος (Schaffer A. J., 1977). Περίπου την ίδια περίοδο εμφανίστηκαν οι πρώτοι αναπνευστήρες, που είχαν ως βάση αυτούς των ενηλίκων. Αρκετά χρόνια αργότερα το Αμερικανικό Κολέγιο των Μαιευτήρων και Γυναικολόγων (American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG) δημοσίευσε την 1^η έκδοση του «Κατευθυντήριες Γραμμές στην Περιγεννητική Φροντίδα», το 1983 (American Academy of Pediatrics & American College of Obstetricians & Gynecologists, 2002). Η Αμερικανική Ένωση Παιδιάτρων (American Association of Pediatrics – AAP) και η Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία εισήγαγαν την προηγμένη νεογνική υποστήριξη της ζωής με στόχο να έχουν εξειδικευμένο προσωπικό στην νεογνική ανάνηψη.

Στα τέλη πια του 20^{ου} αιώνα μιλάμε για βελτιωμένη περιγεννητική φροντίδα, νέες τεχνολογίες, εξελιγμένη διαχείριση της διατροφής και συνεχή βελτίωση της αναπνευστικής διαχείρισης. Το αποτέλεσμα αυτών είναι: η σημαντική μείωση του ποσοστού της νεογνικής θνησιμότητας από 90% στις αρχές του 1930 σε ένα ποσοστό της τάξης του 4 – 6% (Μπούρας Γ., 2011). Στην Ανατολή του 21^{ου} αιώνα άνοιξε ένα νέο κεφάλαιο για τη νεογνολογία, τη νεογνική περίθαλψη, άλλα και τη γονική φροντίδα με νέες προκλήσεις.

2.2 Προσδιορισμός της MENN

Ο όρος «*Εντατική Νοσηλεία*» σημαίνει εξάντληση όλων των θεραπευτικών δυνατοτήτων για παροδική αναπλήρωση διαταραγμένων ή ανεσταλμένων ζωτικών λειτουργιών, με σκοπό την επαναφορά τους, ώστε να είναι αυτόνομα συμβατές με τη ζωή (Ρούσσος Γ., 1997).

Η *Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών – Neonatal Intensive Care Unit (MENN – NICU)*, σύμφωνα με το Αμερικανικό Εθνικό Κέντρο Στατιστικής (Martin J. A. & Menacker F., 2007), ορίζεται ως μία νοσοκομειακή εγκατάσταση ή μονάδα στελεχωμένη και εξοπλισμένη για να παρέχει συνεχή μηχανική υποστήριξη σε ένα νεογέννητο βρέφος.

Η MENN είναι ένας ειδικά διαμορφωμένος και εξοπλισμένος χώρος ενός νοσοκομείου ή μιας μονάδας υγειονομικής περίθαλψης, ο οποίος απευθύνεται σε νεογνά με σοβαρές ή απειλητικές για τη ζωή ασθένειες, τραυματισμούς ή επιπλοκές. Τα νεογνά αυτά χρήζουν συνεχούς φροντίδας, στενής παρακολούθησης με εξοπλισμό υποστήριξης ζωής και φαρμακευτική αγωγή για την εξασφάλιση των φυσιολογικών λειτουργιών (Peng N. H., 2009; Αναγνωστάκου Μ., 2009). Η μονάδα αποτελείται από εξειδικευμένο προσωπικό, ώστε να παρέχεται η καλύτερη δυνατή φροντίδα στα νεογνά. Η λειτουργία της διέπεται από συγκεκριμένα πρωτόκολλα και προδιαγραφές, που εξασφαλίζουν την λειτουργία της σύμφωνα με τη νομοθεσία και την ηθική δεοντολογία. Για την βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών, διενεργούνται προγράμματα συνεχούς έρευνας και εκπαίδευσης του προσωπικού, που αφορούν στην φροντίδα των νεογνών στη MENN, αλλά και δεξιότητες επικοινωνίας, υποστήριξης της ψυχικής υγείας του προσωπικού κ.α. Μερικές από τις πιο συχνές παθήσεις και κρίσιμες κλινικές καταστάσεις που προσβάλλουν τα νεογνά που νοσηλεύονται στη MENN είναι η προωρότητα, που από μόνη της αποτελεί μια κλινική οντότητα, το χαμηλό βάρος γέννησης, η περιγεννητική ασφυξία, οι σημαντικές γενετικές ανωμαλίες, το σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας, η νεκρωτική εντεροκολίτιδα, η σήψη, ο νεογνικός ίκτερος, η ενδοκρανιακή αιμορραγία, η χρόνια βρογχοπνευμονική δυσπλασία κ.α.

Η MENN αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στην περιγεννητική περίθαλψη και στη μείωση της νεογνικής θνησιμότητας, καθώς επίσης καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τη μετέπειτα πορεία των νεογνών και την ποιότητα ζωής, που θα έχουν σαν ενήλικες.

2.3 Το Νομικό Πλαίσιο της Λειτουργίας της MENN στην Ελλάδα

Η ελληνική νομοθεσία που αφορά τις MENN, είναι πλήρως εναρμονισμένη με τη διεθνή, είναι όμως και προσαρμοσμένη στις ελληνικές συνθήκες με άρθρα που αφορούν στις

ελληνικές ανάγκες. Η νομοθεσία ρυθμίζει και ασχολείται με τις κατασκευαστικές αρχές, τη λειτουργική και οργανωτική δομή, τις σχέσεις μεταξύ του προσωπικού, τον τρόπο πρόσληψης του προσωπικού, την εκπαίδευση του, καθορίζει τις προσφερόμενες υπηρεσίες, τη διοίκηση και την εποπτεία της μονάδας και του προσωπικού, ασχολείται με δεοντολογικά θέματα και καλείται με νέα άρθρα να απαντήσει στις ανάγκες και τα προβλήματα που προκύπτουν. Επίσης, ασχολείται με τα οικονομικά στοιχεία της μονάδας, τα κόστη, τα φάρμακα, τον εξοπλισμό κτλ.

Σύμφωνα με τη νομοθεσία, οι MENN εντάσσονται υποχρεωτικά σε Γενικές και Μεικτές Κλινικές, άνω των ογδόντα (80) κλινών που αναπτύσσουν και το Μαιευτικό σκέλος του Τμήματος Μαιευτικής – Γυναικολογίας, και σε Μαιευτικές Κλινικές και Παιδιατρικές άνω των (80) κλινών, με ελάχιστη δυνατότητα τέσσερις (4) κλίνες και μέγιστη δεκαπέντε (15).

Το νομικό πλαίσιο που διέπει τις MENN είναι διάσπαρτο σε διαφορά νομοθετήματα, με τα οποία κατά καιρούς ρυθμίστηκαν θέματα του Τομέα Υγείας ανά την Ελληνική Επικράτεια.

Τα κυριότερα από αυτά είναι:

- Το Προεδρικό Διάταγμα 87/1987 (ΦΕΚ 32Α/1986), για το «Ενιαίο Πλαίσιο Οργάνωσης Νοσοκομείων», σύμφωνα με το οποίο θεσμοθετήθηκε ένα ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας των νοσοκομειακών μονάδων όλης της χώρας.
- Ο Νόμος 2071/1992, για τον «Εκσυγχρονισμό και Οργάνωση του Συστήματος Υγείας (ΦΕΚ 123 Α/1992).
- Ο Νόμος 4316/2014 (ΦΕΚ Α 270/24.12.2014), για την «Ίδρυση παρατηρητηρίου άνοιας, τη βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας, τις ρυθμίσεις θεμάτων αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις».
- Το Προεδρικό διάταγμα 517/1991 (ΦΕΚ 202 Α/1991), που ρυθμίζει «Τεχνικές προδιαγραφές, ιατρικό εξοπλισμό, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και τη συμπλήρωση του υπ' αριθμό 247/91 Προεδρικού Διατάγματος «όροι και προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση Ιδιωτικών Κλινικών» και το συναφές Προεδρικό Διάταγμα 235/2005 (ΦΕΚ 199 Α/2005), με τα οποία τίθενται οι όροι και οι προϋποθέσεις λειτουργίας των MENN για ιδιωτικούς φορείς παροχών υπηρεσιών υγείας.

Από τη μελέτη του νομοθετικού πλαισίου, προκύπτει το γενικό συμπέρασμα ότι η MENN αποτελεί Ειδική Μονάδα που εντάσσεται στον Παθολογικό Τομέα και στην

Παιδιατρική ή Νεογνολογική Κλινική ενός Νοσοκομείου, εφόσον υπάρχει (Ηλεκτρον. Τράπεζα Νομικών Πληροφοριών – Νόμος, <https://lawdb.intrasoftnet.com>).

2.4 Επίπεδα Φροντίδας της MENN

Η MENN είναι μία πολυδιάστατη μονάδα που αποτελείται από διαφορετικά επίπεδα νοσηλείας. Η παροχή υπηρεσιών φροντίδας γίνεται σε τρία επίπεδα, τα οποία είναι:

- 1. Εντατική Νοσηλεία ή Τριτοβάθμια Φροντίδα – Επίπεδο III*
- 2. Ενδιάμεση Νοσηλεία ή Δευτεροβάθμια Φροντίδα – Επίπεδο II*
- 3. Απλή Νοσηλεία ή Πρωτοβάθμια Φροντίδα – Επίπεδο I*

Ο διαχωρισμός αυτός επινοήθηκε το 1970 από την Επιτροπή Περιγεννητικής Υγείας των ΗΠΑ για τη βελτίωση της μέριμνας των πρόωρων νεογνών που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας (Αναγνωστάκου Μ., 2009). Αυτή η κατηγοριοποίηση προκύπτει από διάφορες παραμέτρους όπως η εβδομάδα και το βάρος γέννησης, η κατάσταση της υγείας του νεογνού καθώς επίσης και κάποιες παθήσεις της μητέρας. Επιπλέον στη μονάδα υπάρχει ο θάλαμος Εντατικής Απομόνωσης, στον οποίο νοσηλεύονται κυρίως νεογνά με μεταδοτικές παθήσεις. Τέλος αναπόσπαστο κομμάτι του όλου αυτού συνόλου είναι η Τράπεζα Ανθρώπινου Γάλακτος (Human Milk Bank), ο κύριος σκοπός της οποίας είναι η διαχείριση του γάλακτος της ίδιας της μητέρας και των δοτριών προς όφελος των νεογνών που νοσηλεύονται.

1. Εντατική Νοσηλεία ή Τριτοβάθμια Φροντίδα – Επίπεδο III.

Η εντατική νοσηλεία αφορά στη νοσηλεία πρόωρων νεογνών με ΒΓ < 1500 γραμμάρια που παρουσιάζουν βαριά αναπνευστικά προβλήματα, σοβαρό ίκτερο, χειρουργικά προβλήματα κλπ. Βασική προϋπόθεση για τη λειτουργία τις συγκεκριμένης μονάδας είναι να εκτελούνται στο Μαιευτήριο στο οποίο ανήκει τουλάχιστον 4000 τοκετοί το χρόνο. Η δύναμη του επιπέδου III είναι δέκα (10) θερμοκοιτίδες επιπέδου III και δεκαπέντε έως είκοσι (15 – 20) θερμοκοιτίδες επιπέδου II.

Ο ρόλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στο επίπεδο αυτό, είναι περισσότερο ουσιαστικός, εφόσον νοσηλεύονται αρκετά σοβαρά περιστατικά που χρειάζονται συνεχή παρακολούθηση, αξιολόγηση και εργαστηριακές εξετάσεις. Επίσης, απαιτείται να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο για τη φροντίδα των νεογνών αυτών και να έχει τις κατάλληλες γνώσεις που αφορούν στη χρήση και λειτουργία των μηχανημάτων της μονάδας. Το προσωπικό του επιπέδου αυτού, αποτελείται από μαιές – μαιευτές, νοσηλεύτριες με εξειδίκευση στη φροντίδα πρόωρων νεογνών και νεογνολόγους. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι υπεύθυνο για τη φροντίδα των νεογνών και καλύπτει την λειτουργία του τμήματος με

βάρδιες σε κυκλικό ωράριο. Το ιατρικό προσωπικό καλύπτει με εικοσιτετράωρες συνήθως εφημερίες τη MENN και ο διευθυντής της κλινικής με τον εφημερεύοντα κάνουν ημερήσια επίσκεψη για την παρακολούθηση και την εκτίμηση της πορείας των νεογνών.

Το νοσηλευτικό προσωπικό του επιπέδου αυτού, είναι υπεύθυνο για την παρακολούθηση των μηχανημάτων και τη γενική φροντίδα των νεογνών. Οι νεογνολόγοι είναι υπεύθυνοι για τον έλεγχο της υγείας των νεογνών και για τη διεξαγωγή ιατρικών παρεμβάσεων και εργαστηριακών εξετάσεων για τη βελτίωση της υγείας αυτών. Ως τμήμα είναι ιδιαίτερα στρεσογόνο σε σύγκριση με τα άλλα δύο επίπεδα φροντίδας, καθώς μπορούν να εμφανιστούν επείγουσες καταστάσεις ανά πάσα στιγμή. Παρ' όλα αυτά, η επίσκεψη των γονέων είναι εφικτή τις ώρες του επισκεπτηρίου (ανάλογα με το πρωτόκολλο της MENN), λαμβάνοντας τα απαραίτητα μέτρα για την πρόληψη της μετάδοσης μικροβίων (Browne J., 2007; Lissauer T. & A. Fanoroff A. A., 2010).

2. Ενδιάμεση Νοσηλεία ή Δευτεροβάθμια Φροντίδα – Επίπεδο II.

Η ενδιάμεση νοσηλεία αφορά στη νοσηλεία των πρόωρων νεογνών με ηπιότερα προβλήματα. Κάποια από αυτά είναι το ΒΓ < 1500 γραμμάρια, τα ελαφρά αναπνευστικά προβλήματα και οι απλές λοιμώξεις. Βασική προϋπόθεση για τη λειτουργία της μονάδας αυτής είναι να εκτελούνται, στο Μαιευτήριο στο οποίο ανήκει, τουλάχιστον 1500 τοκετοί τον χρόνο. Η μονάδα χωροθετείται, όπως και οι άλλες δύο (Επίπεδο I & III), και αποτελείται από οκτώ έως δέκα (8 – 10) θερμοκοιτίδες Επίπεδο II και από δέκα έως δώδεκα (10 – 12) κουνάκια Επίπεδο I. Τα νεογνά που βρίσκονται σε θερμοκοιτίδες είναι γυμνά και φοράνε μόνο πάνες, καθώς προστατεύονται από το θερμικό περιβάλλον της θερμοκοιτίδας. Το νοσηλευτικό προσωπικό και στο επίπεδο αυτό, είναι απαραίτητο να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο για τη φροντίδα των νεογνών αυτών και να έχει τις κατάλληλες γνώσεις που αφορούν στη χρήση και λειτουργία των μηχανημάτων της μονάδας. Ο ρόλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στο επίπεδο αυτό, είναι επίσης ουσιαστικός, εφόσον νοσηλεύονται σοβαρά περιστατικά που χρειάζονται συνεχή παρακολούθηση, αξιολόγηση και εργαστηριακές εξετάσεις. Η επίσκεψη των γονέων είναι δυνατή τις ώρες επισκεπτηρίου (ανάλογα με το πρωτόκολλο της MENN), τις ώρες θηλασμού για τις μητέρες και τις ώρες για καγκουρό και για τους δύο γονείς (kangaroo – care), ακολουθώντας τις οδηγίες του προσωπικού για τη συμπεριφορά απέναντι στο νεογνό, άλλα και για την πρόληψη των λοιμώξεων (πχ πλύσιμο χεριών, και κατάλληλη ενδυμασία) (Browne J., 2007; Lissauer T. & A. Fanoroff A. A., 2010).

3. Απλή Νοσηλεία ή Πρωτοβάθμια Φροντίδα – Επίπεδο I.

Στο επίπεδο αυτό νοσηλεύονται τα υγιή τελειόμηνα νεογνά ή ΥΒΓ πρόωρα νεογνά (ΒΓ < 2500 γραμμάρια), τα οποία εμφανίζουν προβλήματα υγείας, όπως ο νεογνικός ίκτερος, το

χαμηλό σάκχαρο και οι τοπικές λοιμώξεις. Σε αυτό το επίπεδο μεταφέρονται τα υγιή νεογνά που νοσηλεύονταν στο II & III επίπεδο νοσηλείας και πλέον προετοιμάζονται για την έξοδό τους. Η μονάδα λειτουργεί υποχρεωτικά σε Μαιευτικές Κλινικές με αριθμό γεννήσεων < 1000 το χρόνο ή μπορεί να είναι ενσωματωμένη στις μονάδες νοσηλείας επιπέδου II & III. Η δύναμη των κλινών της είναι δώδεκα έως δεκαέξι (12 – 16) νεογνικά κρεβάτια – κουνάκια. Τα νεογνά φιλοξενούνται σε κουνάκια και όχι σε θερμοκοιτίδες και είναι ντυμένα με ρούχα για τη θερμορύθμισή τους. Επίσης στο χώρο αυτό, υπάρχει πρόσβαση στους γονείς για επίσκεψη καθημερινά στο νεογνό τους στις ώρες του επισκεπτηρίου (ανάλογα με το πρωτόκολλο της MENN), ενώ οι μητέρες έχουν τη δυνατότητα να θηλάσουν ή σιτίσουν τα νεογνά με μπιμπερό με την επίβλεψη και καθοδήγηση του προσωπικού (Browne J., 2007; Lissauer T. & Fanoroff A. A., 2010).

2.5 Μηχανικός Εξοπλισμός της MENN

Μία σύγχρονη MENN περιλαμβάνει εξελιγμένα μηχανήματα που είναι ικανά να διατηρήσουν στη ζωή το νεογνό (αναπνευστήρες) ή ακόμα και να το θεραπεύσουν (λάμπες φωτοθεραπείας). Ορισμένα μηχανήματα είναι υπεύθυνα για τη συνεχή παρακολούθηση και καταγραφή της θερμοκρασίας του σώματος, της αναπνοής, της καρδιακής λειτουργίας, της οξυγόνωσης, και της εγκεφαλικής δραστηριότητας.

Θερμοκοιτίδες

Η θερμοκοιτίδα μπορεί να περιγράψει ως ένα πλαστικό «κουτί», που διαθέτει εξοπλισμό ελέγχου της θερμοκρασίας και της υγρασίας. Είναι ειδικά σχεδιασμένες για τη διατήρηση του ουδέτερου θερμικού περιβάλλοντος και επομένως την πρόληψη αποβολής θερμότητας καθώς και για τον περιορισμό της έκθεσης σε μικρόβια και την πρόληψη μεταφοράς μικροβίων από νεογνό σε νεογνό. Σε θερμοκοιτίδες μπορούν να φιλοξενηθούν νεογνά κάθε ηλικίας, από πολύ πρόωρα μέχρι και τελειόμηνα.

Αναπνευστήρες

Ο αναπνευστήρας είναι μια μηχανή αναπνοής που διοχετεύει αέρα στους πνεύμονες του νεογνού. Υπάρχουν είδη αναπνευστήρων που προσαρμόζονται στις αναπνευστικές ανάγκες του νεογνού.

Monitors

Τα monitors είναι μηχανήματα για την παρακολούθηση και την καταγραφή των ζωτικών σημείων του νεογνού, όπως οι σφίξεις, οι αναπνοές, η θερμοκρασία του σώματος, η αρτηριακή πίεση, και ο κορεσμός του οξυγόνου. Διαθέτουν αυτόματες ηχητικές ειδοποιήσεις σε περίπτωση υπέρβασης των φυσιολογικών ορίων των ζωτικών σημείων.

Λάμπες φωτοθεραπείας

Οι λάμπες φωτοθεραπείας χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του νεογνικού ίκτερου. Εκπέμπουν ψυχρό λευκό ή κυανό φως. Το φως αυτό έχει τη δυνατότητα να διασπά τη χολερυθρίνη σε άλλες πιο αβλαβείς ουσίες.

Συμπερασματικά, η MENN είναι ένα τμήμα που βασίζεται στη χρήση πολλών μηχανημάτων για τη σωστή λειτουργία της και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών της. Για το λόγο αυτό ένας ολοκληρωμένος θάλαμος κύριας νοσηλείας πρέπει να περιλαμβάνει:

1. Μία (1) θερμοκοιτίδα ανά νεογνό
2. Ένα (1) αναπνευστήρα ανά θερμοκοιτίδα
3. Μία (1) ανοιχτή θερμοκοιτίδα μικροεπεμβάσεων
4. Μία (1) αναρρόφηση φορητή
5. Ένα (1) λαρυγγοσκόπιο
6. Μία (1) συσκευή ενδοφλέβιων εγχύσεων υγρών ανά κλίνη
7. Μία (1) συσκευή φωτοθεραπείας ανά τέσσερις (4) θερμοκοιτίδες, με ελάχιστο αριθμό μέσα στη Μονάδα δύο (2) συσκευές
8. Ένα (1) αναλυτή αερίων αίματος πολλαπλών παραμέτρων
9. Μία συσκευή αναμείξεως οξυγόνου ανά θερμοκοιτίδα
10. Μία συσκευή θέρμανσης αίματος (NICU Equipment, 2016).

2.6 Το Προσωπικό της MENN

Η MENN επανδρώνεται από συγκεκριμένες κατηγορίες προσωπικού που απασχολείται με συγκεκριμένες δραστηριότητες. Ο ρόλος όλων των εργαζομένων στη μονάδα είναι πολύ σημαντικός, μιας και η επιτυχής έκβαση του κάθε περιστατικού βασίζεται στην ομαδική εργασία του ιατρικού, του νοσηλευτικού και του λοιπού προσωπικού της μονάδας.

Η σύνθεση του προσωπικού περιλαμβάνει :

- Έναν Παιδίατρο με διετή (2) εξειδίκευση στη Νεογνολογία, ως Επιστημονικά Υπεύθυνο.

- Έναν Παιδίατρο με δμηνη τουλάχιστον εξειδίκευση στη Νεογνολογία, επί 24ώρου βάσεως.
- Έναν παιδίατρο επιπλέον, ανά δέκα (10) θερμοκοιτίδες.
- Ένα νοσηλεύτη (-τρια) Τ.Ε.Ι. ισότιμων σχολών της Ημεδαπής ή Αλλοδαπής, ως Προϊστάμενο.
- Έναν νοσηλεύτη (-τρια) Τριετούς ή Διετούς φοιτήσεως ανά πέντε (5) θερμοκοιτίδες, επί 24ώρου βάσεως.

2.6.1 Το Ιατρικό προσωπικό

Το ιατρικό προσωπικό διακρίνεται σε μόνιμο με πλήρη και αποκλειστική απασχόληση στο περιβάλλον της ΜΕΝΝ και σε εκπαιδευόμενους ιατρούς, που έχει την πλήρη και αποκλειστική ευθύνη για το σύνολο των νεογνών. Για κάθε ένα από αυτά και για όσο χρόνο παραμένουν στη ΜΕΝΝ ορίζεται κατά περίπτωση ένας ιατρός ως θεράπων. Ο θεράπων ιατρός είναι υπεύθυνος για τη φαρμακευτική αγωγή και τις ιατρικές πράξεις που εκτελούνται στο νεογνό. Ιατροί άλλων ειδικοτήτων καλούνται κατά περίπτωση από τον θεράποντα, ο οποίος έχει την ευχέρεια και την ευθύνη να ακολουθήσει μερικά ή στο σύνολο ή καθόλου τις οδηγίες του συμβούλου. Το ιατρικό προσωπικό της ΜΕΝΝ καθορίζει τα κριτήρια εισόδου και εξόδου των νεογνών στη Μονάδα. Επίσης, αναλαμβάνει την καθημερινή ενημέρωση των γονέων, συμμετέχει στις οργανωμένες δραστηριότητες του τμήματος ενώ είναι δυνατόν όταν κληθεί από τον θεράποντα ιατρό άλλου τμήματος να καθοδηγήσει ως προς τις προτεραιότητες της αντιμετώπισης του νεογνού και να συμβάλει στην χάραξη θεραπευτικής στρατηγικής.

2.6.2 Το Μαιευτικό/Νοσηλευτικό Προσωπικό

Το μαιευτικό και νοσηλευτικό προσωπικό είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης στη ΜΕΝΝ και μπορεί να αποτελείται από μαίες ή νοσηλεύτριες. Το καθηκοντολόγιο περιλαμβάνει την παρακολούθηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων με τη χρήση του κατάλληλου εξοπλισμού, την εκτέλεση των ιατρικών οδηγιών, τον έλεγχο επάρκειας και καταλληλότητας του φαρμακευτικού αποθέματος και υλικών και την εργασία σύμφωνα με τα νοσηλευτικά πρωτόκολλα (Brittingham L. A. & Guglielmo K. C., 2013).

2.6.3 Λοιπό Προσωπικό

Για τη λειτουργία της ΜΕΝΝ απαιτείται η συμβολή βοηθητικού προσωπικού μόνιμης ή περιοδικής απασχόλησης. Απαραίτητη κρίνεται η συμβολή της ειδικής ομάδας καθαρισμού

των χώρων της MENN, εξοικειωμένη με τα πρωτόκολλα πρόληψης των λοιμώξεων, της ξεχωριστής συλλογής των μολυσματικών και αιχμηρών αντικειμένων και με γνώση των ιδιαιτεροτήτων της ασφαλούς, τόσο για τους ίδιους όσο και για τις ηλεκτρονικές συσκευές, φροντίδας των ιατρικών μηχανημάτων. Ουσιαστική συμβολή στο έργο της MENN έχουν οι βοηθοί θαλάμου και οι τραυματιοφορείς, οι οποίοι είναι επιθυμητό να είναι αποκλειστικής απασχόλησης στον χώρο.

2.6.4 Συνεργασία Με Άλλες Κλινικές – Ειδικά Εργαστήρια

Η MENN, παρ' όλο που είναι ένα αυτόνομο λειτουργικά τμήμα, συνεργάζεται συστηματικά με άλλες κλινικές και ειδικά εργαστήρια. Η συνεργασία αυτή βασίζεται στην αναγκαιότητα για συμπληρωματικό έλεγχο των νεογνών (οφθαλμολογικός έλεγχος, προκλητά δυναμικά κ.α.), για την εξειδικευμένη εκτίμηση της κατάστασης ενός νεογνού (ηλεκτροεγκεφαλογράφημα) και για την εξειδικευμένη χειρουργική αντιμετώπιση σοβαρότερων προβλημάτων (υδροκέφαλος, ομφαλοκήλη, γαστρόσχιση κ.α.). Συγκεκριμένα, η MENN συνεργάζεται με τα παρακάτω τμήματα:

Οφθαλμολογική Κλινική. Ειδικός Παιδοοφθαλμίατρος εξετάζει όλα τα πρόωρα νεογνά με βάρος γέννησης μικρότερο από 1500 γραμμάρια και διάρκεια κύησης μικρότερης των 32 εβδομάδων, βάσει του ειδικού πρωτοκόλλου για τον έλεγχο οπισθοφακικής ινοπλασίας. Επίσης εξετάζονται όλα τα νεογνά που χρήζουν οφθαλμολογικού ελέγχου λόγω κάποιας πάθησής τους.

Παιδιατρική Κλινική. Είναι απαραίτητη η συνεργασία των δύο κλινικών τόσο σε κλινικό επίπεδο για τη φροντίδα νεογνών με ειδικά προβλήματα όσο και σε ερευνητικό επίπεδο.

Ορθοπαιδική Κλινική. Ειδικός ορθοπαιδικός που ασχολείται με παιδιατρικά προβλήματα είναι πάντα διαθέσιμος σε περιπτώσεις που προκύπτουν προβλήματα της αρμοδιότητάς του (συγγενές εξάρθρωμα ισχίων, συγγενείς ανωμαλίες οστών, οστεομυελίτιδες, αρθρίτιδες).

Παιδοχειρουργική Κλινική. Υπάρχει συνεχής συνεργασία με την Παιδοχειρουργική Κλινική για τα νεογνά που χρήζουν χειρουργικής επέμβασης. Μετά τη χειρουργική επέμβαση, τα νεογνά μεταφέρονται στη MENN όπου και νοσηλεύονται. Οι νεογνολόγοι συνεργάζονται με τους παιδοχειρουργούς για την καλύτερη δυνατή έκβαση του περιστατικού.

Εργαστήριο Κλινικής Νευροφυσιολογίας. Στο εργαστήριο αυτό, γίνονται ηλεκτροεγκεφαλογραφήματα και προκλητά δυναμικά στα νεογνά με νευρολογικά προβλήματα, μετά από συνεννόηση με τους ειδικούς παιδονευρολόγους.

Νευροχειρουργική Κλινική. Για τη χειρουργική αντιμετώπιση των νευροχειρουργικών προβλημάτων (υδροκέφαλος, μηνιγγιομυελοκήλες και άλλες συγγενείς δυσπλασίες).

Ειδικά Εργαστήρια. Αιματολογικό, Βιοχημικό, Μεταβολικό, Γενετικής, Ανοσολογικό. Σε αυτά τα εργαστήρια γίνονται εργαστηριακές εξετάσεις που χρειάζονται για τον έλεγχο των νεογνών.

Φυσιοθεραπευτές. Ειδικός φυσιοθεραπευτής για τα νεογνά βρίσκεται σε συνεχή συνεργασία με τη ΜΕΝΝ και ασχολείται τόσο με τα νεογνά που νοσηλεύονται σε αυτή, όσο και μ' αυτά που παρακολουθούνται στα εξωτερικά ιατρεία.

Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι σε πολύ ειδικές περιπτώσεις, και όταν το Νοσοκομείο όπου στεγάζεται η ΜΕΝΝ δεν διαθέτει κάποιο από αυτά τα τμήματα, υπάρχει η δυνατότητα συνεργασίας της μονάδας με κάποιο άλλο Νοσοκομείο πλήρως εξοπλισμένο (Δρόσου – Αγακίδου Β., 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΆΓΧΟΣ

Τα τελευταία χρόνια έχει διαπιστωθεί ότι η λέξη άγχος είναι μία από τις έννοιες που αναφέρονται αρκετά συχνά όχι μόνο στη σύγχρονη παθολογία, αλλά και στην καθημερινή ζωή των ανθρώπων. Όλο και περισσότεροι επιστημονικοί κλάδοι στρέφονται στη μελέτη αυτού του φαινομένου, μιας και συνδέεται με την εκδήλωση συμπτωμάτων – ενδείξεων σε οργανικό και ψυχολογικό επίπεδο. Δεν είναι τυχαίο ότι του έχει αποδοθεί ο τίτλος του «σύγχρονου επιδημικού φαινομένου» (Goldstein D. & Korin I., 2007). Παράλληλα αρκετές επιστήμες, όπως η ιατρική, η ψυχολογία και η βιολογία έχουν βάλει ως στόχο την ανάλυση και κατανόηση των μηχανισμών της δημιουργίας, ανταπόκρισης και αντιμετώπισής του. Η λέξη άγχος δεν αντιπροσωπεύει για όλους το ίδιο φαινόμενο. Έτσι με τον συγκεκριμένο όρο κάποιοι αναφέρονται σε συγκεκριμένα συμπτώματα, άλλοι σε αίτια και άλλοι ως διαδικασία και ανταπόκριση. Επίσης, ο κάθε επιστημονικός κλάδος ορίζει διαφορετικά το άγχος με αποτέλεσμα να καθιστά ακόμη πιο συνθέτη την προσέγγιση του όρου.

3.1 Ορισμός του Άγχους

Στην ενότητα αυτή θα προσπαθήσουμε να δώσουμε έναν ορισμό στο άγχος μέσω της βιβλιογραφική ανασκόπησης, ο οποίος θα είναι κατανοητός από όλους, πριν δούμε πως μεταφράζεται και εκδηλώνεται στους γονείς κατά την περίοδο αμέσως μετά την γέννηση του πρόωρου νεογνού τους και την περίοδο της νοσηλείας του στη ΜΕΝΝ. Το άγχος είναι μία φυσιολογική ανθρώπινη εμπειρία που συντροφεύει τον άνθρωπο από την εποχή της ύπαρξής του. Υπάρχει σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής του και μπορεί να έχει ψυχογενή προέλευση ή να είναι αποτέλεσμα κάποιας σωματικής πάθησης.

Η λέξη άγχος συναντάται, γραπτώς για πρώτη φορά στον Όμηρο, και είναι η πρώτη εννοιολογική σύλληψη της πίεσης σε όρους φυσικής κατάστασης του υποκειμένου σε ζυγό. Συγκεκριμένα η λέξη αναφέρεται στο στίχο 371, ραψωδία Γ. Ο στίχος συγκεκριμένα αναφέρει: *Άγχε μην μιάς υπό δειρήν*. Η σκηνή (Γ. 371 – 391) θέλει το λουρί της περικεφαλαίας του Πάρη, καθώς ο Μενέλαος τον σέρνει στο Τρωικό πεδίο της μάχης, να σφίγγει το λαιμό του τόσο, ώστε να του προκαλεί δυσκολία να αναπνεύσει και να τον κάνει να αγκομαχεί και να αισθάνεται ότι πνίγεται. Στη συνέχεια η λέξη άγχος «πέρασε» στο λατινικό ρήμα *ageo* και από αυτού περιήλθε σε κοινή πλέον χρήση από όλες τις λατινογενείς γλώσσες *angst* (στη γερμανική

γλώσσα), angoise (στη γαλλική), και anxiety (στην αγγλική) (Zygouris N. C. et all, 2018). Σύμφωνα με το λεξικό της αρχαίας ελληνικής γλώσσας, η λέξη άγχος προέρχεται από το αρχαίο ελληνικό ρήμα άγχω που σημαίνει σφίγγω πιεστικά ιδίως στο λαιμό, σχετίζεται με το ρήμα άγχομαι, δηλαδή πνίγομαι – αυτοκτονώ με αγχόνη, ενώ παράλληλα υπάρχει το ουσιαστικό αγχόνη, δηλαδή βρόγχος – σκοινί για απαγχονισμό, κρέμασμα, πνίξιμο (Montanari F., 2013). Στη σύγχρονη ελληνική γλώσσα, η λέξη άγχος δεν παραπέμπει ετυμολογικά σε πολλές έννοιες. Συγκεκριμένα, άγχος στα νέα ελληνικά σημαίνει συγκινησιακή κατάσταση, όπως αυτή του φόβου, της αγωνίας και της ανασφάλειας (Ινστ. Νεοέλ. Σπουδών, 2009). Επίσης, το άγχος σύμφωνα με το λεξικό του Robert, είναι «μια κακοδιαθεσία σωματική και ψυχική» (Vellay P., 1984). Το άγχος αναφέρεται και από τον Ιπποκράτη, ο οποίος είχε περιγράψει περιπτώσεις φόβου και ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής (Ornato J. P. & Hand M. M., 2001). Ο Αριστοτέλης πίστευε ότι η καρδιά είναι το κέντρο της νόησης και των συναισθημάτων. Στη συνέχεια βέβαια η επιστημονική έρευνα έδειξε ότι το κέντρο της νόησης και των συναισθημάτων είναι ο εγκέφαλος του ανθρώπου, ενώ η καρδιά και το κυκλοφορικό σύστημα αντανακλούν τις ψυχοσυναισθηματικές διεργασίες (Δρίτσας Α., 2003). Ο Robert Burton το 17^ο αιώνα διέκρινε τους παθολογικούς φόβους από τους φυσιολογικούς στο σύγγραμμά του «Η Ανατομία της Μελαγχολίας» (Αλεβίζος Β., 1997). Ο Soren Kierkegaard, το 1844 στο βιβλίο του «Η έννοια της αγωνίας» (The concept of the Dread), ανέλυσε πρώτος το άγχος ως «μια αόριστη, διάχυτη ανησυχία, διαφορετική από το φόβο, λόγω της απουσίας συγκεκριμένου κινδύνου, χωρίς δυνατότητα διαφυγής» (Kierkegaard S., 1980). Επίσης, ο Andre Malreaux έγραψε «Τι παράξενη αίσθηση το άγχος, αισθάνεται κανείς στο ρυθμό της καρδιάς του ότι δεν αναπνέει καλά» (Vellay P., 1984). Ο H. Hey, το 1941, έδωσε έναν ορισμό που έχει την αξία του ακόμη και σήμερα: «το άγχος είναι ένα σύνολο από σωματικές διαταραχές, που συνεργούν στο να δώσουν στον αγχωμένο την εντύπωση πως είναι σφιγμένος με ένα σιδερένιο στεφάνι, πως τον πνίγουν, πως τον στραγγαλίζουν, πως βρίσκεται στα πρόθυρα του θανάτου» (Vellay P., 1984).

Συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω, **το άγχος αποτελεί μία δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση, η οποία περιλαμβάνει αισθήματα έντασης ή φόβου, ως απόκριση σε απειλή της οποίας η πηγή σε μεγάλο βαθμό είναι άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Το άγχος αποτελεί μια κοινή αντίδραση, η οποία συναντάται σε αρκετούς ανθρώπους σε κάποιο βαθμό, ως υπερβολική αντίδραση σε ήπιες στρεσογόνες καταστάσεις** (Μάνος Ν., 1997).

Οι ψυχολόγοι και οι μελετητές διακρίνουν **δύο μορφές άγχους: το φυσιολογικό και το παθολογικό**. Η 1^η μορφή είναι ένα «σινιάλο» προειδοποίησης για έναν επερχόμενο κίνδυνο. Στην πραγματικότητα, η απόδοση του ανθρώπου βελτιώνεται όταν υπάρχει μέτριος βαθμός

άγχους, αποτελώντας δημιουργικό και κινητήριο παράγοντα για τη ζωή στις δύσκολες στιγμές (Βάρβογλη Λ., 2006). Αντίθετα η 2^η μορφή παρουσιάζεται είτε σε στιγμές που δεν υπάρχει πραγματική απειλή, είτε συνεχίζεται για πολύ ακόμη μετά την παρέλευση του παράγοντα που την προκάλεσε. Είναι πιο έντονη ή πιο συχνή από εκείνη που κατά γενική ομολογία θεωρείται φυσιολογική, αφού δεν αποτελεί μια φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού στο στρες ή στα καθημερινά προβλήματα (Χάντφιλντ Τ., 1991).

Πολλές φορές το άγχος συγχέεται με το φόβο και το στρες και είναι πολύ πιθανό να θεωρηθούν ως δύο όμοιες έννοιες, ενώ ουσιαστικά δεν είναι. Ο φόβος ορίζεται ως ένα συναίσθημα άρρηκτα συνδεδεμένο με το στρες, που αφορά μια ρεαλιστική, παρά απροσδιόριστη όπως το άγχος εντύπωση απειλής και ανησυχίας απέναντι σε έναν πραγματικό κίνδυνο (Παλαιολόγου Α. Μ., 2001). Επομένως, σύμφωνα με τη θεωρία του Cannon, είναι απαραίτητο να γίνει διάκριση του άγχους από το φόβο, στον οποίο το άτομο είναι σε θέση να αντιληφθεί τον κίνδυνο, να αναγνωρίσει δηλαδή την πηγή του φόβου του, να προετοιμάσει τη δράση του και να επεξεργαστεί ενδόμυχα της συνέπειες της. Αντιθέτως, το άγχος δεν έχει συγκεκριμένο αντικείμενο, αναφέρεται σε αόρατη απειλή, σε μελλοντικό και αναμενόμενο κίνδυνο τον οποίο το άτομο δεν γνωρίζει και συνεπώς δεν είναι σε θέση να προετοιμαστεί για δράση (Cannon W. B. & Britton S. W., 1925).

3.2 Θεωρίες του Άγχους

Οι θεωρίες άγχους είναι αρκετές και διαφορετικές, αλλά όλες συμφωνούν ότι τα άτομα που το παρουσιάζουν αισθάνονται με κάποιο τρόπο απειλούμενα από καθημερινές και αβλαβείς καταστάσεις.

3.2.1. Η Ψυχαναλυτική Θεωρία

Ο πρώτος που εισηγήθηκε τον καίριο ρόλο, που παίζει το άγχος στο σχηματισμό νευρωτικών και ψυχοσωματικών καταστάσεων, ήταν ο Freud. Ο Sigmund Freud ήταν ο θεμελιωτής την **Ψυχαναλυτικής Θεωρίας**, άρα και της ψυχανάλυσης, μιας κλινικής μεθόδου ψυχοθεραπείας διαμέσου του διαλόγου μεταξύ ασθενούς και ψυχιάτρου. Για τον ίδιο, το άγχος ήταν «**το θεμελιακό φαινόμενο και το κεντρικό πρόβλημα της νεύρωσης**». Το άγχος είναι αποτέλεσμα του σήματος ότι το Εγώ απειλείται (Freud S., 1926), και για αυτό το λόγο έχει τη δυνατότητα να θέσει σε λειτουργία μηχανισμούς άμυνας. Υπάρχουν ποικίλα είδη άγχους. Συγκεκριμένα, το **ηθικό άγχος** το οποίο δημιουργείται από τις απαιτήσεις του Υπερεγώ και τις παραβιάσεις των εσωτερικοποιημένων γονεϊκών αρχών. Παρόμοιο είναι το **νευρωτικό**

άγχος, το οποίο προκαλείται από τις πραγματικές ή φανταστικές συγκρούσεις με τους γονείς ή άλλες μορφές που ασκούν έλεγχο στις παρορμήσεις μας. Το άγχος αυτό συνδέεται με τις εμπειρίες από αδιάφορους ή σκληρούς γονείς και το φόβο ότι δεν είναι δυνατόν να ελεγχθούν οι εσωτερικές παρορμήσεις. Μια ακόμη μορφή άγχους είναι το **άγχος της πραγματικότητας** που δημιουργείται από την επιδίωξη αντιτιθέμενων στόχων και σχετίζεται με την αντίληψη της πραγματικότητας (Hall C. S. & Lindsey G., 1985; Weiner B., 1985; Κωσταρίδου – Ευκλείδη Α., 1995).

3.2.2 Τα Φαινομενολογικά Μοντέλα

Τα *φαινομενολογικά μοντέλα* και ειδικά οι ανθρωπιστικές/επικεντρωμένες στον πελάτη προσεγγίσεις και ο υπαρξισμός είναι κάτι περισσότερο από θεωρίες της προσωπικότητας και της ψυχολογικής προσαρμογής. Αυτά τα μοντέλα θεωρούνται φιλοσοφίες ζωής ή κατευθυντήριες αρχές, με βάση τις οποίες ζει ένας άνθρωπος τη ζωή του. Ο ανθρωπισμός και ο υπαρξισμός είναι φαινομενολογικές θεωρίες, με δεδομένο ότι σε αυτές η κεντρική έννοια είναι η προσωπική εμπειρία του ατόμου ή του πελάτη. Τα φαινομενολογικά μοντέλα απορρίπτουν την αιτιοκρατική θεώρηση της ανθρώπινης φύσης. Η συμπεριφορά του ατόμου, δεν είναι αποτέλεσμα ασυνείδητων επιλογών και περιβαλλοντικών παραγόντων, αλλά είναι αποτέλεσμα των επιλογών του, σχετικά με το πώς θα συμπεριφερθεί και θα βιώσει τον κόσμο. Η προσωποκεντρική θεωρία είναι ένα παράδειγμα αυτής της θεωρητικής προσέγγισης (Μητρούση Σ. και συν., 2017).

3.2.3 Η Προσωποκεντρική Θεωρία ή Πολυκεντρική Θεωρία

Η *προσωποκεντρική θεωρία ή πολυκεντρική θεωρία* είναι ένα θεωρητικό ρεύμα που προέκυψε από την εξέλιξη της προσέγγισης του Carl Rogers (1942, 1951, 1961) για την ατομική ψυχοθεραπεία. Η θεωρία αυτή μαζί με άλλες ανάλογα προσανατολισμένες προσεγγίσεις συγκροτούν το ουμανιστικό κίνημα, το οποίο χαρακτηρίζεται ως η «τρίτη δύναμη» στην ψυχολογία. Οι θεωρίες αυτές στοχεύουν να δώσουν απαντήσεις σε κύρια ψυχολογικά ζητήματα, έχοντας αφετηρία την ανθρώπινη τάση για αυτοπραγμάτωση, αξιοποίηση των ανθρώπινων δυνατοτήτων, συνειδητοποίηση και διερεύνηση της εμπειρίας. Σύμφωνα με αυτές, ο άνθρωπος δεν πρέπει να αποτελεί αντικείμενο μελέτης και παρατήρησης για την ψυχολογική θεωρία και το ψυχοθεραπευτικό έργο. Αντίθετα, οποιαδήποτε ψυχολογική έρευνα οφείλει να βασίζεται στον ιδιαίτερο τρόπο που τα άτομα αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους και τον κόσμο. Επιπλέον, στόχος είναι η θεώρηση και η αξιολόγηση της ζωής με τον τρόπο που βιώνεται καθολικά από το άτομο, δίχως η ανθρώπινη προσωπικότητα να

τεμαχίζεται σε διαφορετικά μέρη ή να υποβιβάζεται σε αρχές και νόμους. Πρόκειται με άλλα λόγια, για μια φαινομενολογική έμφαση που αναφέρεται στο «εδώ και στο τώρα» και δεν επιχειρεί αναδρομές στα αρχικά στάδια ανάπτυξης του ατόμου ή σε τραυματικές εμπειρίες της παιδικής και της εφηβικής ζωής του (Ποταμιάνος Α. Γ., 1999). Αν όμως το «εδώ και το τώρα», έρχεται σε μεγάλη ασυμφωνία με την έννοια του εαυτού, η ισορροπία της έννοιας του εαυτού διαταράσσεται. Στην περίπτωση αυτή το αποτέλεσμα μπορεί να είναι η εκδήλωση άγχους ή η αποδιοργάνωση της δομής του εαυτού (Καλαντζή – Αζίζι Α. & Αναγνωστόπουλος Φ., 1999).

Ακόμη, οι άνθρωποι αντιμετωπίζονται ως κύριοι του εαυτού τους, ικανοί να λάβουν αποφάσεις αυτόνομα και υπεύθυνα. Κατά την άποψη του κύριου εκφραστή της Mallow G. Abraham, ο άνθρωπος έχει «κληρονομήσει» τεράστιες δυνατότητες, τις οποίες καλείται να αξιοποιήσει και να υλοποιήσει. Μεταξύ άλλων μπορεί κανείς να διακρίνει ότι, αντίθετα με την ψυχανάλυση που δίνει έμφαση στις ενορμήσεις, το ασυνείδητο, τη libido και τα αρχικά στάδια της ζωής του ανθρώπου, η φαινομενολογική προσέγγιση του Rogers υποστηρίζει ότι η προσωπικότητα του ανθρώπου αποκαλύπτεται σε ότι εκφράζει το άτομο την εκάστοτε χρονική στιγμή (Ποταμιάνος Α. Γ., 1999).

3.2.4 Τα Γνωσιακά Μοντέλα

Τα *Γνωσιακά μοντέλα* αποτελούν μια ακόμη θεωρία του άγχους. Ο Hoehn – Saric & McLeod (1988) και ο Freeman (1990) περιγράφουν το άγχος ως μια παγκόσμια γνωστική εμπειρία, που λειτουργεί σαν μηχανισμός προειδοποίησης (ασφάλειας). Ο μηχανισμός αυτός εκπέμπει προειδοποιητικά σήματα σε καταστάσεις κινδύνου που έχουν σχέση με αβεβαιότητα, ενώ φαίνεται να δυσλειτουργεί σε έναν αριθμό περιπτώσεων, όπως όταν: α) το άγχος είναι εξαιρετικά έντονο, β) διαρκεί περισσότερο από την έκθεση σε κάποιο κίνδυνο, γ) εκδηλώνεται σε καταστάσεις οι οποίες αντικειμενικά δεν εμπεριέχουν κίνδυνο ή απειλή, ή δ) παρουσιάζεται χωρίς κανένα ιδιαίτερο λόγο. Μετά τις θεωρίες των Lazarus R. S., (1966) & Bandura A., (1977), το γνωσιακό μοντέλο του Aaron Tim Beck (Beck A. T. & Emery G., 1985) παρουσιάζεται ως ένα καλά επεξεργασμένο μοντέλο κλινικού άγχους (Clark D. M. & Beck A.T., 1988). Το μοντέλο αυτό υποστηρίζει ότι υφίσταται μια σχέση μεταξύ συναισθημάτων και σκέψης στις διαταραχές του άγχους, οι οποίες ορίζονται αρχικά ως διαταραχές σκέψης (Blackburn I. & Davidson K., 1990). Σε αυτό το μοντέλο η έμφαση τοποθετείται στην ερμηνεία των γεγονότων και των καταστάσεων από τους ανθρώπους, παρά στα γεγονότα αυτά καθαυτά. Οι ερμηνείες αυτές, συμβάλλουν στη δημιουργία αρνητικών συναισθημάτων, όπως άγχος, θυμό, θλίψη, που σύμφωνα με το κλινικό άγχος χαρακτηρίζονται από: α) μη ρεαλισμό, β) υπερεκτίμηση της πιθανότητας παρουσίασης και της σφοδρότητας των άσχημων

καταστάσεων, και γ) υποτίμηση των τρόπων που υπάρχουν για την αντιμετώπιση και την επίλυση των καταστάσεων (Clark D. M. & Beck A.T., 1988).

Οι Clark D. M. & Beck A.T. (1988), παρουσιάζουν ένα πρόγραμμα άγχους (anxiety program) το οποίο τίθεται σε λειτουργία αυτόματα από τη στιγμή που μια κατάσταση εκλαμβάνεται ως επικίνδυνη. Το πρόγραμμα αυτό θεωρείται ως εξέλιξη ενός πρωτόγονου μηχανισμού του ανθρώπου που έχει ως σκοπό να τον προστατέψει από κινδύνους. Έτσι συμβαίνουν οργανικές, συμπεριφοριστικές και γνωσιακές αλλαγές: (α) στο αυτόνομο νευρικό σύστημα (ΑΝΣ) με την ετοιμότητα για φυγή ή επίθεση, (β) στη διακοπή της συγκεκριμένης συμπεριφοράς και στην αντικατάστασή της από κάποια άλλη η οποία συνήθως δεν είναι το ίδιο αποτελεσματική, και (γ) σε ένα διαρκή έλεγχο του περιβάλλοντος για άλλους κινδύνους ή απειλές. Οι ίδιοι οι δημιουργοί παρατηρούν ότι στην πρωτόγονη εποχή, το πρόγραμμα άγχους θα βοηθούσε, όπως και στη σημερινή εποχή, στην προστασία του ατόμου από πραγματικούς κινδύνους. Ωστόσο όταν ο κίνδυνος δεν είναι πραγματικός (δηλαδή δεν απειλεί τη ζωή του ατόμου), αλλά είναι μια λανθασμένη ερμηνεία μιας κατάστασης ή κάποιας υπερβολικής εκτίμησης ως προς το μέγεθος του κινδύνου, το παραπάνω πρόγραμμα για την αντιμετώπιση του άγχους είναι ακατάλληλο. Επιπλέον, τα συμπτώματα του άγχους εκλαμβάνονται ως περαιτέρω απειλές, οδηγώντας σε μια σειρά από φαύλους κύκλους οι οποίοι διατηρούν και ενισχύουν την ένταση του άγχους.

Το γνωσιακό μοντέλο των Blackburn I. & Davidson K. (1990) περιλαμβάνει τρία μέρη: το ερέθισμα, τη μεσολάβηση και την αντίδραση (σχήμα: stimulus – mediation – response). Σαν ερέθισμα θεωρείται κάθε ανάμνηση, σκέψη, κατάσταση, εμπειρία, κ.α., σαν αντίδραση εκλαμβάνεται κάθε εκδήλωση άγχους, συμπτωμάτων από το ΑΝΣ κ.α. Μεσολάβηση είναι το στάδιο ανάμεσα σε ένα ερέθισμα και μιας αντίδρασης, η οποία αντιπροσωπεύει την αλληλεπίδραση των ενεργών γνωσιακών σχημάτων και διαδικασιών με τις αυτόματες σκέψεις. Σύμφωνα με τους Blackburn I. & Davidson K. (1990), ο αρνητικός τρόπος με τον οποίο ένα άτομο αντιλαμβάνεται ή σκέφτεται τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον ορίζει την αγχογενή τριάδα (anxiogenic cognitive triad), βάσει της οποίας τα άτομα με άγχος θεωρούν:

- Τον εαυτό τους ευάλωτο (στο άγχος, στην κατάθλιψη, παρουσιάζουν έλλειψη αυτοπεποίθησης, αποφυγή και αυξημένη εξάρτηση)
- Τον κόσμο απειλητικό (συμπτώματα από το ΑΝΣ, ταραγμένος ύπνος, έλλειψη αυθορμητισμού και χαμηλή αυτοσυγκέντρωση) και
- Το μέλλον απρόβλεπτο (συνεχής επαγρύπνηση)

Η θεραπεία του άγχους σύμφωνα με τη γνωσιακή θεωρία, έχει ως στόχο της την ανακάλυψη των αυτόματων αρνητικών σκέψεων, την αναγνώριση των πιθανών συνεπειών και

την προσπάθεια αντικατάστασης αυτών των σκέψεων με άλλες πιο λειτουργικές (ρεαλιστικές, λογικές) σκέψεις (Beck A.T., 1976). Μετά από αυτή τη διαδικασία, είναι απαραίτητη η κατάλληλη επεξεργασία και αξιολόγηση, ώστε να καθοριστεί η ορθότητα των νέων σκέψεων (Καλπάκογλου Θ., 1998).

3.2.5 Η Βιολογική Προσέγγιση

Η **Βιολογική Προσέγγιση** του Hans Selye (1950, 1956, 1975), για το άγχος είναι η επικρατέστερη όλων. Στην προσέγγιση αυτή το άγχος εκλαμβάνεται ως φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού, η ένταση της οποίας εξαρτάται αποκλειστικά από αυτή των ερεθισμάτων που την προκαλούν. Στην περίπτωση αυτή το άγχος είναι η δύναμη ή οι δυνάμεις που υπάρχουν έξω από το άτομο και που ασκούν πίεση. Το άγχος εδώ βασίζεται στη μέτρηση της έντασης των εξωτερικών ερεθισμάτων, στην εκτίμηση του βαθμού πίεσης που ασκούν τα διάφορα γεγονότα της ζωής. Στη θεωρία αυτή δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην ένταση της απαίτησης για προσαρμογή στις συνθήκες του περιβάλλοντος και όχι στο αν το ερέθισμα είναι ευχάριστο ή δυσάρεστο. Η προσέγγιση του Selye ανέπτυξε το μοντέλο της αντίδρασης του ατόμου στα στρεσογόνα ερεθίσματα, το οποίο είναι γνωστό ως «**Σύνδρομο Γενικής Προσαρμογής**» (General Adaptation Syndrome – GAS), το οποίο αναγνωρίζει τα εξής τρία στάδια αντίδρασης: (α) το στάδιο αντίδρασης συναγερμού, (β) το στάδιο αντίστασης και (γ) το στάδιο εξάντλησης. Σύμφωνα με αυτό το σύνδρομο GAS, η συνηθέστερη αντίδραση προσαρμογής για ένα άτομο, όταν εκτίθεται σε μια απειλή είναι η αντίδραση πάλης και/ή φυγής. Ο οργανισμός προκειμένου να πετύχει μια τέτοια αντίδραση τροποποιεί κάποιες φυσιολογικές λειτουργίες του, ώστε να αυξήσει την ενέργεια που είναι διαθέσιμη για έκτακτες περιστάσεις (στάδιο αντίδρασης συναγερμού). Εφόσον επιτευχθεί η αντίδραση πάλης ή φυγής, ο οργανισμός επανέρχεται σε ισορροπία. Στην αντίθετη περίπτωση, ο οργανισμός δεν παραιτείται, αλλά συνεχίζει την προσπάθεια μέχρι να πετύχει (στάδιο αντίστασης). Στην περίπτωση που ο οργανισμός δεν καταφέρει να αντιμετωπίσει την απειλή, τότε επέρχεται το τρίτο στάδιο (της εξάντλησης), όπου τα σημάδια εξάντλησης του οργανισμού είναι εμφανή, εξαιτίας της παρατεταμένης προσπάθειας και υπερδιέγερσής του (Αντώνιου Α. Σ., 2002).

Προσεγγίσεις που συμφωνούν με την προηγούμενη, παρουσιάζονται από τους Elliot G. R. & Eisdorfer C. (1982), τον Weick K. E. (1970) και άλλους. Μερικοί, μάλιστα αναφέρονται στις τραυματικές, ακραίες ή κρίσιμες αλλαγές της ζωής των ανθρώπων, όπως για παράδειγμα ένας πόλεμος, ο θάνατος, μια πανδημία κ.τ.λ., που προκαλούν άγχος, ανεξαρτήτως της αντίληψης, του φύλου, της ηλικίας, της κοινωνικής κατάστασης, της εκπαίδευσης κ.τ.λ. των ατόμων (Aldwin C. M. et all, 1989; Freedy J. R. et all, 1993). Η προσέγγιση των κρίσιμων

γεγονότων ζωής, αν και έχει εν μέρει τροποποιηθεί, δέχθηκε αρκετή κριτική, κυρίως λόγω των μονοδιάστατων αντικειμενικών της παραδοχών. Οι διάφορες κλίμακες κρίσιμων γεγονότων ζωής χαρακτηρίστηκαν ως απλοϊκές και μονοδιάστατες, με χαμηλούς δείκτες εγκυρότητας. Καμία από αυτές, για παράδειγμα, δεν δίνει έγκυρα στοιχεία για την πρόβλεψη της ψυχοσωματικής κατάστασης του ατόμου στο μέλλον (Dohrenwend B. S. & Dohrenwend B. P., 1974; Μητρούση Σ. και συν., 2017). Μερικοί από τους βασικότερους παράγοντες που θεωρείται ότι αγνοούνται εντελώς στην προσέγγιση των κρίσιμων γεγονότων ζωής είναι οι εξής:

1. Οι διαμεσολαβητικοί παράγοντες που σχετίζονται με την υποκειμενική αντίληψη (π.χ. ενός ατόμου με νοητική καθυστέρηση), την προσωπικότητα και τις ατομικές διαφορές γενικότερα.
2. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η οικονομική κατάσταση, το επάγγελμα κ.α.
3. Η αναδρομική επίδραση της μνήμης στις επαναληπτικές έρευνες.
4. Οι αμφισημίες, όσον αφορά το τι επιδρά σε τι, (π.χ. δυσκολίες στην ξεκάθαρη διαφοροποίηση μεταξύ ενός στρεσογόνου γεγονότος ζωής και του υποτιθέμενου αποτελέσματός του). Για παράδειγμα, το διαζύγιο θεωρείται αιτία για την ανάπτυξη κατάθλιψης, αλλά η κατάθλιψη σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να είναι παράγοντας που συμβάλει στη επιδείνωση της κατάστασης όσον αφορά το διαζύγιο.
5. Οι παράγοντες που σχετίζονται με την κοινωνικοοικονομική διαστρωμάτωση και εθνικότητα (ταξικές και εθνικές διαφορές), σε ότι αφορά στην επιλογή του δείγματος και στην ανάλυση των δεδομένων, οι Dohrenwend B. S. & Dohrenwend, B. P. (1969), σε έρευνά τους παρουσίασαν δεδομένα που υποστηρίζουν ότι υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ της τάξης και της εθνικότητας των ατόμων και του τρόπου που βιώνουν τα κρίσιμα γεγονότα ζωής.

Μερικοί ερευνητές, ασκώντας κριτική στην προσέγγιση των κρίσιμων γεγονότων ζωής, εστίασαν την προσοχή τους στα καθημερινά στρεσογόνα μικρογεγονότα ζωής των ατόμων (daily hassles) και στις επιδράσεις τους με τα πράγματα και τους άλλους (Lazarus R. S., 1984; Delongis A., 1988). Η προσέγγιση των καθημερινών στρεσογόνων μικρογεγονότων, αν και αύξησε το βαθμό εγκυρότητας των χρησιμοποιούμενων κλιμάκων μέτρησης του στρες (Kanner D. H. et all, 1981; Zika S. & Chamberlain K. C., 1987), δεν έλυσε πολλά από τα προβλήματα που αναφέρθηκαν πιο πάνω (Βασιλακάκη Ε. και συν., 2001).

3.2.6 Η Θεωρία του Παροδικού και του Μόνιμου Άγχους – Θεωρία του Spielberger

Ο Spielberger (1966) ήταν αυτός που μίλησε για τη *θεωρία του Παροδικού και Μόνιμου* άγχους, αν και η διάκριση ανάμεσα τους ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας αναδύθηκε το 1950. Για τον Spielberger, το *παροδικό άγχος (state anxiety)* αναφέρεται σε μία υπάρχουσα ή άμεση συναισθηματική κατάσταση που ως χαρακτηριστικό έχει την ανησυχία και ένταση. Αντιθέτως, το *άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (trait anxiety)* αναφέρεται στην προδιάθεση να αντιλαμβάνεται κανείς καταστάσεις ως απειλητικές και να αντιδρά σε αυτές με διάφορα επίπεδα παροδικού άγχους. Το *άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας – μόνιμο άγχος* είναι μια αποκτημένη συμπεριφορική προδιάθεση που κάνει το άτομο να αντιλαμβάνεται ένα σύνολο αντικειμενικά μη απειλητικών καταστάσεων ως απειλητικές και να αντιδρά σε αυτές με *άγχος* δυσανάλογο στην ένταση σε σχέση με το μέγεθος του αντικειμενικού κινδύνου (Μητρούση Σ. και συν., 2017).

Η θεωρία του Spielberger (1972) για το μόνιμο και παροδικό άγχος, βασίζεται στις παρακάτω υποθέσεις:

1. Τα εσωτερικά ή τα εξωτερικά ερεθίσματα για ένα άτομο που γίνονται αντιληπτά ως απειλητικά για την ίδια του τη ζωή προκαλούν εκδηλώσεις παροδικού άγχους. Μέσω μηχανισμών (γνωστικών και αισθητηριακών) ανατροφοδότησης τα επίπεδα του παροδικού άγχους βιώνονται ως δυσάρεστα.
2. Όσο μεγαλύτερη και πιο έντονη είναι η ένταση της απειλής που γίνεται αντιληπτή, τόσο πιο μόνιμες και έντονες είναι οι αντιδράσεις του παροδικού άγχους.
3. Σε αντιδιαστολή με τα άτομα που χαρακτηρίζονται από χαμηλού επιπέδου μόνιμο άγχος, τα άτομα με υψηλό επίπεδο, αντιλαμβάνονται τις περισσότερες καταστάσεις ως απειλητικές, απαντούν με πιο έντονες αντιδράσεις παροδικού ή/και μόνιμου άγχους. Επίσης, για τα άτομα με μόνιμο άγχος, οι καταστάσεις που ενέχουν τον κίνδυνο απειλής της αυτοεκτίμησης ή αποτυχίας είναι πιθανότερο να αποτελέσουν πηγές απειλής από ότι είναι οι καταστάσεις που μπορούν να απειλήσουν τη σωματική υγεία.
4. Τα υψηλά επίπεδα παροδικού άγχους εμπεριέχουν τέτοια ώθηση, ώστε να εκδηλώνονται στη συμπεριφορά ή να κινητοποιούν τους ψυχολογικούς μηχανισμούς που έχουν υπάρξει ικανοί κατά το παρελθόν στη μείωση του παροδικού άγχους.
5. Η συχνή έκθεση σε στρεσογόνες καταστάσεις μπορεί να οδηγήσει το άτομο στην ανάπτυξη συγκεκριμένων ψυχολογικών μηχανισμών άμυνας, με σκοπό τη μείωση του παροδικού άγχους.

Με βάση την συγκεκριμένη θεωρία γίνεται ξεκάθαρο ότι είναι απαραίτητο η προσοχή να επικεντρώνεται στο ερέθισμα που προκαλεί το παροδικό άγχος, στις γνωστικές διαδικασίες

που ερμηνεύουν το ερέθισμα ως απειλητικό και στις συμπεριφορές που εκδηλώνονται σαν απάντηση στην εκάστοτε αντιλαμβανόμενη απειλή (Martens R. et all, 1990; Μητρούση Σ. και συν., 2017).

3.3 Τύποι Διαταραχών του Άγχους

Οι τύποι των διαταραχών του άγχους είναι ποικίλοι, οι κυριότεροι εκ των οποίων είναι οι παρακάτω (Bandelow B. et all, 2017):

Η *Γενικευμένη Διαταραχή του Άγχους* (General Anxiety Disorder – GAD), ορίζεται ως «η παρουσία υπερβολικού άγχους και ανησυχίας για ποικίλα θέματα, γεγονότα ή δραστηριότητες που έχει να φέρει εις πέρας. Η παρουσία της ανησυχίας αυτής εμφανίζεται πιο συχνά από ότι η απουσία της, για τουλάχιστον 6 μήνες, και είναι σαφώς υπερβολική» (American Psychiatric Association, 2013). Οι ασθενείς με GAD υποφέρουν από συμπτώματα άγχους, όπως η ναυτία, η ζάλη, το τρέμουλο, οι παλμοί και η μυϊκή ένταση, και από ψυχικά συμπτώματα όπως η νευρικότητα, η διαρκής ανησυχία, η δυσκολία συγκέντρωσης και η αμνησία (Hogan A., 2012; Bandelow B. et all, 2017).

Η *Διαταραχή Πανικού* (Panic Disorder – PD), είναι η επαναλαμβανόμενη, συχνά αναπάντεχη εμπειρία επιθέσεων πανικού που σχετίζονται με την επίμονη ανησυχία για την ύπαρξη επόμενης επίθεσης (Faro A. & Eaton W. W., 2020). Χαρακτηρίζεται από προσβολές έντονου άγχους, δυσφορίας, εφίδρωσης και τρόμο των άκρων. Τα παραπάνω σημεία διαρκούν περίπου μία ώρα, αλλά κορυφώνονται σε δέκα λεπτά περίπου. Συνοδεύονται με ταχυκαρδία και αίσθημα παλμών. Τα άτομα εκδηλώνουν κρίσεις πανικού σε οποιαδήποτε κατάσταση ανεξάρτητα από το αν αυτή είναι εύκολα αντιμετωπίσιμη ή όχι (Μασδράκης Β. & Βαϊδακης Ν., 2007).

Η *Διαταραχή Κοινωνικού Άγχους ή Κοινωνική Φοβία* (Social Anxiety Disorder or Social Phobia), στη μορφή αυτή τα άτομα φοβούνται καταστάσεις στις οποίες βρίσκονται οι ίδιοι στο κέντρο της προσοχής και ενδέχεται να δεχθούν κριτική, όπως είναι οι δημόσιες ομιλίες, οι συζητήσεις με ανώτερα στελέχη στην εργασία τους ή οι συζητήσεις με άτομα του αντιθέτου φύλου (Bandelow B. et all, 2017).

Μεμονωμένες ή Ειδικές φοβίες (Specific Isolated Phobias), αφορούν ένα σύνολο φοβιών που περιορίζονται σε συγκεκριμένες καταστάσεις, και σχετίζονται συχνά με διαφορά ζώα ή έντομα ή αλλά φυσικά φαινόμενα, όπως είναι το ύψος, το αίμα και το βαθύ νερό.

Η **Αγοραφοβία** (Agoraphobia) ορίζεται ως οι υπερβολικές εκρήξεις άγχους και θυμού σε ανοιχτούς ή κλειστούς χώρους ή σε καθημερινές καταστάσεις, όπως το να είναι κανείς σε πλήθος ή σε ουρά (Faro A. & Eaton W. W., 2020).

Η **Επιλεκτική Αλαλία** (Selective Mutism) ισοδυναμεί με τη συνεπή αποτυχία ομιλίας σε κοινωνικές περιστάσεις, στις οποίες αναμένεται το άτομο να μιλήσει, για παράδειγμα το σχολείο, παρόλο που το άτομο μιλάει σε διαφορετικές καταστάσεις (Bandelow B. et all, 2017).

Η **Αγχώδης Διαταραχή Διαχωρισμού της Παιδικής Ηλικίας** (Separation Anxiety Disorder of Childhood), είναι μία διαταραχή που διαγιγνώσκεται μόνο σε παιδιά και ισοδυναμεί με τον ακατάλληλο και υπερβολικό φόβο του άγχους που αφορά στον αποχωρισμό από τα άτομα στα οποία είναι δεμένος ο πάσχων (Bandelow B. et all, 2017).

Η **Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες** (Posttraumatic Stress Disorder – PTSD) είναι μία διανοητική διαταραχή που μπορεί να αναπτυχθεί μετά την έκθεση του ατόμου σε ένα τραυματικό συμβάν, όπως η σεξουαλική κακοποίηση, η πολεμική σύγκρουση, τα τροχαία ατυχήματα, η παιδική κακοποίηση ή άλλες απειλές κατά της ζωής του. Τα συμπτώματα ενδεχομένως να περιλαμβάνουν ενοχλητικές σκέψεις, συναισθήματα ή όνειρα που σχετίζονται με γεγονότα, διανοητική ή σωματική δυσφορία σε συναισθήματα που σχετίζονται με τραύματα, προσπάθειες αποφυγής συνθηκών τραύματος, αλλοιώσεις στον τρόπο σκέψης και συναισθήματος ενός ατόμου και αύξηση του συναισθήματος φυγής. Τα συμπτώματα διαρκούν περισσότερο από έναν μήνα μετά το συμβάν. Τα μικρά παιδιά είναι λιγότερο πιθανό να παρουσιάσουν δυσφορία, αλλά αντ' αυτού μπορούν να εκφράσουν τις αναμνήσεις τους μέσω του παιχνιδιού. Το άτομο με PTSD διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας και εσκεμμένου αυτοτραυματισμού.

3.4 Επιδημιολογία του Άγχους

Οι διαταραχές του άγχους είναι οι συχνότερες ψυχιατρικές διαταραχές και σχετίζονται με υψηλό φορτίο ασθένειας. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το 31% όλων των ενηλίκων θα βιώσουν κάποια διαταραχή άγχους κάποια στιγμή στη ζωή τους (Ένωση Άγχους & Κατάθλιψης Αμερικής – ADAA, 2020). Εκτιμάται ότι 264.000.000 (3,6%) ενήλικες σε όλο τον κόσμο έχουν άγχος (ΠΟΥ, 2017), από αυτούς, 179.000.000 είναι γυναίκες (63%) και 105.000.000 είναι άνδρες (37%). Επίσης, περίπου 792.000.000 άνθρωποι παγκοσμίως ζουν με κάποια ψυχική διαταραχή, δηλαδή λίγο περισσότερο από ένα στα δέκα άτομα (10,7%). Στην κορυφή αυτών των μετρήσεων τις πρώτες θέσεις καταλαμβάνουν οι αγχώδεις διαταραχές (3,8%) και η κατάθλιψη (3,4%), ενώ σύμφωνα με τις ίδιες εκτιμήσεις για την Ελλάδα αυτή την περίοδο, το

ποσοστό ήταν 5,8% για τις αγχώδεις διαταραχές και 4,2% για την κατάθλιψη (Ritchie H. and Roser M., 2018). Σε μελέτη που διενεργήθηκε από την ερευνητική ομάδα του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων το 2013 και αφορούσα στα επιδημιολογικά δεδομένα των ψυχικών διαταραχών στη χώρα μας, έδειξε ότι η συχνότερη ψυχική διαταραχή στον Ελληνικό πληθυσμό ήταν η Διαταραχή Γενικευμένου Άγχους (GAD) με ποσοστό εμφάνισης 4,1% (Skaripinakis P. et al, 2013).

Σε ότι αφορά στο φύλο, εκτιμάται ότι οι διαταραχές άγχους είναι συχνότερες στις γυναίκες παρά στους άνδρες παγκοσμίως (NIMH, 2017). Διαπιστώνεται μια αυξημένη νοσηρότητα στο γυναικείο φύλο ως προς τους άνδρες, με αναλογία 2 προς 1 (ADAA, 2020). Παρόμοια αποτελέσματα είχε και έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα, η οποία έδειξε ότι το άγχος στις γυναίκες είναι πιο συχνό, με ποσοστό 5,62% έναντι 2,55% των ανδρών, ενώ στο 47,8% του δείγματος παρατηρήθηκε ότι η διαταραχή αυτή εξακολουθούσε να υπάρχει και μετά την έλευση ενός έτους από την εμφάνιση της (Skaripinakis P. et al, 2013). Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (π.χ. σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική ηλικία και χρόνια στρεσογόνοι παράγοντες), αλλά και γενετικοί και νευροβιολογικοί παράγοντες, έχουν συζητηθεί ως πιθανές αιτίες για τον υψηλότερο επιπολασμό στις γυναίκες (Bandelow B. & Michaelis S., 2015).

Την τελευταία δεκαετία, σημειώθηκε αύξηση κατά 13% στις παθήσεις ψυχικής υγείας και στις διαταραχές χρήσης ουσιών, ενώ περίπου το 20% των παιδιών και των εφήβων στον κόσμο έχουν κάποια διαταραχή ψυχικής υγείας, με την αυτοκτονία να αποτελεί τη 2^η κύρια αιτία θανάτου στις ηλικίες μεταξύ 15 – 29 ετών (Eurostast, 2020). Το 3,7% όλων των θανάτων στην Ευρώπη το 2016 προήλθαν από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, ενώ το 2018 περίπου το 13,5% όλων των νοσοκομειακών κρεβατιών ήταν κρεβάτια ψυχιατρικής φροντίδας (WHO, 2019).

3.5 Αιτιολογία του Άγχους

Στα πλαίσια της θεωρητικής προσέγγισης του άγχους, είναι αναγκαίο να αναφερθούμε στα αίτια που μπορεί να προκαλούν άγχος στους ανθρώπους. Σύμφωνα με τις περισσότερες θεωρίες γύρω από τα αίτια του άγχους, αναφέρεται ότι υπάρχει ένα πολυπαραγοντικό σύστημα αποτελούμενο από βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Οι γενετικές συνιστώσες ή αλλιώς γενετικές επιβαρύνσεις ή αλλιώς κληρονομικότητα ευθύνεται για ένα μέρος του άγχους που εμφανίζουν οι άνθρωποι ακόμη και κατά τη νεαρή τους ηλικία. Έτσι δυσμενείς εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία, όπως η εγκατάλειψη κάποιου γονέα, μια σοβαρή

νόσος κάποιου συγγενικού προσώπου ή ακόμα και αδιαφορία μέσα στον οικογενειακό κύκλο, μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνιση παθολογικού στρες. Στην ενήλικη ζωή γεγονότα όπως ο γάμος, μια συνέντευξη για δουλειά ή μια απόλυση μπορούν να οδηγήσουν σε αγχώδεις νόσους. Επίσης, σημαντικό ρόλο έχει και ο τρόπος αντίδρασης σε κάποια γεγονότα αλλά και η αντίληψη ή επανάληψη που υπάρχει για συγκεκριμένα θέματα. Είναι αναγκαίο να καταστήσουμε σαφές ότι οι αιτίες αυτές είναι υποκειμενικοί παράγοντες.

Ως παράγοντες άγχους μπορούν να οριστούν οι καταστάσεις ή τα γεγονότα που έχουν την δυνατότητα να επηρεάσουν την υγεία του ατόμου. Σε γενικές γραμμές, οι αιτίες που προκαλούν άγχος έχουν ταξινομηθεί σε δύο κύρια είδη απειλών:

1. **Απειλές που αφορούν στη βιολογική ακεραιότητα:** πραγματική ή πιθανή παρεμπόδιση των βασικών ανθρώπινων αναγκών, όπως η ανάγκη για τροφή και
2. **Απειλές που αφορούν στην ασφάλεια του εαυτού:**
 - A) Ανεκπλήρωτες προσδοκίες σημαντικές για την ακεραιότητα του εαυτού.
 - B) Ανεκπλήρωτες ανάγκες για κοινωνική αναγνώριση και κύρος.
 - Γ) Αναμενόμενη αποδοκιμασία από τους σημαντικούς άλλους.
 - Δ) Αδυναμία να κερδίσει κανείς ή να ενισχύσει την αυτοεκτίμηση του ή να κερδίσει αναγνώριση από τρίτους.
 - E) Ενοχή ή ασυμφωνία μεταξύ της ιδανικής εικόνας του εαυτού και τις πραγματικής συμπεριφοράς.

Συνοψίζοντας, πηγές άγχους μπορούμε να εντοπίσουμε μέσα στον ίδιο τον εαυτό (φύλο, ηλικία) και στην οικογένεια, στον χώρο σπουδών και εργασίας, στο κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον (Σούρας Δ., 2007; Τούκας Δ. & Τούκα Α., 2011).

3.6 Συμπτωματολογία και Κλινική Εικόνα του Άγχους

Η έκφραση της συμπτωματολογίας του άγχους μπορεί να λάβει χώρα με πολλούς και διάφορους τρόπους. Οι επιπτώσεις των στρεσογόνων παραγόντων στη σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων γίνονται αντιληπτές μέσω σωματικών, ψυχικών όσο και συμπεριφορικών ενδείξεων. Οι ενδείξεις αυτές εμφανίζονται είτε αυτούσιες είτε σε συνδυασμό.

Οι κυριότερες σωματικές ενδείξεις είναι: η δύσπνοια, το αίσθημα πνιγμού ή κόμπου στο λαιμό, ο πόνος στο στήθος, το αίσθημα παλμών, η λιποθυμική τάση, η ξηροστομία, η ανορεξία, η ναυτία, ο ίλιγγος, η κόπωση, η αδυναμία, η ζάλη, οι εφιδρώσεις, η συχνοουρία και η κεφαλαλγία τάσεως.

Οι κυριότερες ψυχικές ενδείξεις είναι: η ανησυχία, η ανυπομονησία, το αίσθημα αορίστου φόβου, η νευρικότητα, η διάσπαση προσοχής, η δυσκολία συγκέντρωσης, το αίσθημα μειωμένης αντιληπτικής ικανότητας, οι αρνητικές αντιδράσεις, η προσμονή αόριστης απειλής, η αδυναμία ανταπόκρισης στις καθημερινές δραστηριότητες, η συμπεριφορά αποφυγής και ο αυξημένος τόνος του ΑΝΣ.

Οι κυριότερες συμπεριφορικές ενδείξεις είναι: η παραμέληση ατομικού χρόνου για ξεκούραση και αναψυχή, η επιλογή πολύωρης εργασίας, η απομόνωση, η κακή επικοινωνία με το υποστηρικτικό δίκτυο, η παρουσία εξάρτησης από οινόπνευματώδη, ηρεμιστικά, κάπνισμα και καφεΐνη (Πολυκανδριώτη Μ. & Κουτσοπούλου Β., 2014; Γουδέλη Β., 2017).

Τα σωματικά συμπτώματα, εκλαμβάνονται ως απειλή για την υγεία με αποτέλεσμα η όλη κατάσταση να αποτελεί φαύλο κύκλο, καθώς η ανησυχία για την υγεία επιτείνει το άγχος, το οποίο συνεπάγεται περισσότερα σωματικά συμπτώματα (Αλεβίζος Β., 2008; Brown E. H., 2009).

3.7 Θεραπεία του Άγχους

Το άγχος, όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενη ενότητα οφείλεται σε ποικίλους αιτιολογικούς παράγοντες, οπότε και η αντιμετώπιση τους απαιτείται να είναι ανάλογη. Λόγω αυτού του χαρακτηριστικού του, η αντιμετώπιση του χρειάζεται να έχει πολυδιάστατο χαρακτήρα με σκοπό την μείωση των συμπτωμάτων, αλλά και την καταστολή της έκφρασής του.

Κατά τους Lazarus & Folkman (1984), η αντιμετώπιση των καταστάσεων που προκαλούν άγχος (coping) είναι «η διαδικασία που χρησιμοποιεί το άτομο στην προσπάθειά του να χειριστεί και να ρυθμίσει απαιτήσεις (εξωτερικές ή εσωτερικές) που θεωρεί ότι δοκιμάζουν ή υπερβαίνουν τις δυνάμεις του». Οι μέθοδοι αντιμετώπισης που ενεργοποιεί το άτομο για να καταστείλει το άγχος και να χειριστεί τις απαιτήσεις μιας αγχώδους κατάστασης διακρίνονται σε δύο κατηγορίες:

A) Στις στρατηγικές που επικεντρώνονται στην επίλυση του προβλήματος &

B) Στις στρατηγικές που αποβλέπουν στη ρύθμιση των συναισθημάτων του (Lazarus R. S. & Folkman S., 1984).

Επίσης, η αποτύπωση του άγχους στο άτομο αφορά τη σωματική, την ψυχική και την συμπεριφορική του υπόσταση. Επομένως, η αντιμετώπιση του άγχους θα πρέπει να στοχεύει σε αυτά τα πεδία.

3.7.1 Ατομική Ψυχοθεραπεία, η μέθοδος αυτή έχει ως στόχο την αναγνώριση της κατάστασης καθώς και τον προσδιορισμό της. Έχει παρατηρηθεί ότι άτομα με διαταραχές άγχους έχουν άγνοια της κατάστασης καθώς αγνοούν ή παραβλέπουν τα πρώιμα προειδοποιητικά σημάδια. Ένας ακόμη παράγοντας παραμέλησης αυτών των σημείων είναι ο φόβος του κοινωνικού στίγματος. Στη φάση αυτή αναλαμβάνει δράση η ατομική ψυχοθεραπεία, που συντονίζεται από ψυχολόγο και αποσκοπεί στην αναγνώριση της κατάστασης και της βαρύτητάς της. Η διαδικασία που ακολουθείται περιλαμβάνει τη συζήτηση προσωπικών εμπειριών, την αυτοκριτική και την ανάλυση των συναισθημάτων με σκοπό την αυτοδιαχείριση των επεισοδίων του άγχους (Ευθυμίου Κ. και συν., 2007).

3.7.2 Οι Ομάδες υποστήριξης, αφορούν στη δημιουργία οργανωμένων ομάδων που στη θέση του συντονιστή είναι ο ψυχολόγος, ο οποίος συμβάλει στη σωστή λειτουργία της ομάδας καθώς και στη διατήρηση της ατομικότητας κάθε μέλους. Ο ρόλος του συντονιστή είναι αρκετά σημαντικός, μιας και φροντίζει για την απουσία εσωτερικών επιρροών μεταξύ των μελών καθώς και για την εύρυθμη λειτουργία της θεραπευτικής ομάδας. Οι συζητήσεις και η θεματολογία στις ομάδες αυτές μοιάζουν με αυτές της ατομικής ψυχοθεραπείας, με τη διαφορά στην ύπαρξη διαφορετικών γνώμων και εμπειριών που οφείλονται στα μέλη της ομάδας (Burnard P. et all, 2008).

3.7.3 Η Φαρμακευτική αγωγή, έχει ως στόχο την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, την επαναφορά της λειτουργικότητας του ατόμου κατά το μέγιστο δυνατό και την πρόληψη των επεισοδίων υποτροπής. Η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής γίνεται από το ψυχίατρο. Το παραδοσιακό σχήμα θεραπείας που ακολουθείται, βασίζεται στη χορήγηση βενζοδιαζεπινών (benzodiazepines), οι οποίες ανήκουν στην κατηγορία των ναρκωτικών. Συνίσταται η χορήγησή τους για μικρό χρονικό διάστημα (περίπου για δύο εβδομάδες), διότι η συστηματική χορήγησή τους οδηγεί στην ανάπτυξη ανθεκτικότητας στο συγκεκριμένο φάρμακο. Η βουσπιρόνη (buspirona), αποτελεί μια ακόμη επιλογή, για την αντιμετώπιση του άγχους, η οποία δρα στον υποδοχέα της σεροτονίνης. Και σε αυτή την περίπτωση, συνίσταται η χορήγηση για δύο εβδομάδες, λόγω της ανάπτυξης ανθεκτικότητας στο φάρμακο. Αντίθετα, η χρήση της αντισταμινικής υδροξυζίνης (antihistamine hydroxyzine) σε συνδυασμό με τα τυπικά αντιψυχωσικά φάρμακα έχει παρατηρηθεί πως σε βάθος χρόνου φέρει εξαιρετικά αποτελέσματα. Η αντισταμινική υδροξυζίνη προσδένεται σε έναν συγκεκριμένο ορότυπο στο κανάλι ασβεστίου του εγκεφάλου. Βέβαια έρευνες που βασίζονται στην αντιμετώπιση του άγχους με τη χορήγηση placebo φαρμάκων έρχονται να συγκρουστούν με τις τυπικές θεραπείες

αντιμετώπισής του. Συγκεκριμένα σε έρευνα που διεξήχθη από τον Baldwin το 2006 παρατηρήθηκε πως το 40% των ασθενών τους οποίους χορηγήθηκε placebo για ένα διάστημα δώδεκα εβδομάδων εμφάνισαν μείωση των συμπτωμάτων, ενώ το 30% παρέμειναν ασυμπτωματικοί και με βελτιωμένη λειτουργικότητα (National Collaborating Center for Mental Health, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα στον τομέα της δημόσιας υγείας (Hasin S. D. et all, 2006). Πρόκειται για μία νόσο σοβαρή με επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική λειτουργικότητα του ατόμου, χειρότερες από τις επιπτώσεις πολλών χρόνιων παθήσεων (American Psychiatric Association, 1994). Σύμφωνα με στοιχεία του ΠΟΥ (WHO), υπολογίζεται ότι πάνω από το 4% που αντιστοιχεί σε περίπου 322.000.000 ανθρώπους σε παγκόσμια κλίμακα πάσχει, ανά πάσα στιγμή, από κλινικά αναγνωρίσιμα επίπεδα κατάθλιψης. Επιπλέον εκτιμάται ότι σε ένα ποσοστό, που κυμαίνεται μεταξύ 10% & 20% του γενικού πληθυσμού θα παρουσιάσει κάποια στιγμή στη ζωή του ξεκάθαρα συμπτώματα κατάθλιψης. Τις τελευταίες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα παρατηρήθηκε η εγκατάλειψη της εποχής του άγχους (ο 20^{ος} αιώνας είχε χαρακτηριστεί από τον φιλόσοφο Albert Camus ως ο αιώνας του φόβου, και από τον ψυχολόγο Rollo May ως ο αιώνας του άγχους) και η αύξηση του ενδιαφέροντος για την κατάθλιψη και τις άλλες διαταραχές διάθεσης (Μπλούμφιλντ Χ. Χ. & Μακ Γ. Π., 1997). Σε αυτό συμφωνεί και ο Klerman (1978, 1987), αποκαλώντας αυτή τη στροφή του ενδιαφέροντος τόσο των ειδικών όσο και του κοινού, ανάδυση μιας νέας «εποχής της μελαγχολίας», σε αντίθεση με την «εποχή του άγχους», που όπως υποστηρίζει ακολούθησε των Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο (Klerman G. L., 1990). Για όλους τους παραπάνω λόγους και πολλούς ακόμη, ακολουθεί εκτεταμένη ανάλυση της έννοιας της κατάθλιψης.

4.1 Ορισμός της Κατάθλιψης

Η κατάθλιψη αποτελεί μια ψυχική διαταραχή γνωστή από τους αρχαίους χρόνους (Κλεφτάρας Γ., 1998). Στην αρχαιότητα λαμβάνουν χώρα οι πρώτες απόπειρες περιγραφής των ψυχικών ασθενειών. Στην Παλαιά Διαθήκη γίνεται αναφορά στα επεισόδια κρίσης του Σαούλ και τις ιδιάζουσες κατάστασης του Βαβυλώνιου βασιλιά Ναβουχοδονόσορα. Συγκεκριμένα στην περικοπή Ά Σαμ16, 14 – 23 αναγράφεται ότι ένα «κακό πνεύμα» απεσταλμένο από κάποια δαιμονική οντότητα κυριεύσε τον Σαούλ, με αποτέλεσμα να του προκαλέσει παροδική μελαγχολία, έντονο φόβο και ανικανότητα. Μόνο η λύρα του Δαβίδ μπορούσε να καταπραΰνει τα σημεία.

Οι τραγικοί ποιητές περιγράφουν την μελαγχολία του Οιδίποδα και της ψυχωσικής μορφής κρίση του μητροκτόνου Ορέστη. Επίσης, αν και περιγραφές της μελαγχολικής συνδρομής βρέθηκαν σε σουμερικά και αιγυπτιακά κείμενα του 2600 π.Χ. (Χριστοδούλου Γ.

N., 1998), ο Ιπποκράτης και ο Αρεταίος τον 4^ο αιώνα π.Χ. περιέγραψαν με λεπτομέρεια τόσο την κατάθλιψη (μελαγχολία) όσο και την μανία (Κλεφτάρας Γ., 1998). Ωστόσο ο όρος μανία αντιστοιχούσε γενικώς στις λειτουργικές ψυχώσεις, ενώ ο όρος μελαγχολία φαίνεται ότι αναφερόταν στις χρόνιες ψυχικές διαταραχές εν γένει και όχι στη νοσολογική έννοια της κατάθλιψης όπως έχει διαμορφωθεί σήμερα. Κατά τον Ιπποκράτη η βάση της παθολογίας των ψυχικών ασθενειών επάγεται στη δράση και στην αλληλεπίδραση τεσσάρων χυμών, του αίματος, της κίτρινης χολής, της μαύρης χολής και του φλέγματος. Ήταν ο πρώτος που διεκδίκησε από τους ιερείς και τα Ασκληπιεία τους ψυχικά αρρώστους. Στην αρχαιότητα η κατάθλιψη ορίζεται ως μελαγχολία, την οποία θεράπευαν με γυμναστική και μουσική (Μπλούμφιλντ Χ. Χ. & Μακ Γ. Π., 1997). Μάλιστα, ο Tellnbach συμφωνεί ότι πρώτοι ανέφεραν την μέλαινα χολή (τύπο μελαγχολικό) ο Ιπποκράτης και ο Αριστοτέλης – με μια ξεχωριστή ιδιοσυγκρασία – που ήταν επιρρεπής να υποκύψει σε μελαγχολική νόσο. Συγκεκριμένα, στους αφορισμούς του βιβλίου IV του Ιπποκράτη αναφέρεται ότι «Εάν η δυσθυμία και ο φόβος έχουν μεγάλη διάρκεια, μια τέτοια κατάσταση είναι μελαγχολική» (23^ο αφορισμός). Συσχέτισαν, δηλαδή, αυτή την πνευματική και ψυχική νόσο με μακροχρόνιες φοβίες θεωρώντας ότι οφείλεται στην υπερβολική παραγωγή χολής στον σπλήνα.

Περνώντας στην περίοδο ακμής της ελληνορωμαϊκής ψυχιατρικής συναντάμε τον Γαληνό (130 – 200 μ.Χ.), ο οποίος δίνει έμφαση στη σημασία των ψυχολογικών παραγόντων για τη δημιουργία σωματικών συμπτωμάτων και μάλιστα μπορεί να θεωρηθεί ότι εισήγαγε την ψυχοσωματική αντίληψη στον χώρο του ψυχιατρικού προβληματισμού. Το κεφάλαιο της αρχαιότητας κλείνει με την σημαντική προσφορά του Αγίου Αυγουστίνου (354 – 430 μ.Χ.), όπου στο έργο του «Εξομολογήσεις» διαφαίνεται η προσπάθειά του να συσχετίσει τον ρόλο των πρώιμων εμπειριών και των συναισθηματικών επιδράσεων στη διαμόρφωση του ψυχισμού. Στο Μεσαίωνα κυριαρχούσαν οι θρησκευτικές, δαιμονικές και μαγικές ιδέες. Πίστευαν ότι οι πνευματικά ασθενείς κατέχονταν από κακά πνεύματα, που έπρεπε να καταστραφούν. Η αντίληψη αυτή είχε δραματικές συνέπειες στην αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών. Πίστευαν ότι πρέπει να καταστραφεί, να αφανιστεί ο δαίμονας που κατέλαβε τον δυστυχισμένο άνθρωπο και αυτό θα επιχειρηθεί με κάθε αγριότητα και απάνθρωπη συμπεριφορά. Την κυρίαρχη αυτή περί «τρέλας» άποψη, την βρίσκουμε κωδικοποιημένη στις σελίδες του βιβλίου των Γερμανών μοναχών Sprenger & Kramer, που δημοσιεύτηκε το 1487 με τίτλο Malleus Maleficatum (Η Σφύρα των Μαγισσών). Το βιβλίο αυτό εγκρίθηκε από τον Πάπα, και αποτέλεσε για την Ιερά Εξέταση, τον οδηγό για την αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχιατρικές διαταραχές. Στο Βυζάντιο, η αντίστοιχη περίοδος υπήρξε λιγότερο σκοτεινή. Η

ελληνιστική παράδοση κράτησε για περισσότερο διάστημα την «τρέλα» στα αντικείμενα της ιατρικής πριν αυτή παραδοθεί στη δαιμονολογία. Τον 11^ο αιώνα, με το έργο του φιλόσοφου Μιχαήλ Ψελλού (1018 – 1078), γίνεται αποδεκτό ότι οι δαίμονες παρενοχλούν τη λειτουργία της ψυχής. Το 705 μ.Χ. ιδρύεται στη Βαγδάτη το πρώτο ψυχιατρικό άσυλο, όπου εφαρμόζονται ανθρωπιστικές μέθοδοι θεραπείας.

Ο όρος κατάθλιψη χρησιμοποιείται για πρώτη φορά κατά τον 19^ο αιώνα και από τότε θεωρείται επίσημα μία από τις πιο γνωστές ψυχικές νόσους (Ευθυμίου Κ. και συν., 2006). Ο σωματικός προσανατολισμός στην ψυχιατρική απώθησε τις προηγούμενες θεωρίες. Οι σπουδαιότεροι αντιπρόσωποι αυτής της πεποιθήσεως είναι ο Meynert (1833 – 1892) ένας ανατόμος και νευροπαθολόγος, του οποίου μαθητής ήταν ο Sigmund Freud, ο Griesinger (1817 – 1868) ένας νευρολόγος ψυχίατρος και ο Wernicke (1848 – 1905) ένας Γερμανός γιατρός, ανατόμος, ψυχίατρος και νευροπαθολόγος. Η ανατομική παθολογική έρευνα του εγκεφάλου έκανε μεγάλες προόδους. Την περίοδο αυτή διαπίστωσαν ότι ένα μεγάλο μέρος των ψυχικών νόσων ήταν οργανικής προέλευσης (Fakhoury W. & Priebe S., 2007; Chow W. S. & Priebe S., 2013). Παρά το γεγονός ότι η κατάθλιψη είναι ένα σχετικά συχνό φαινόμενο, ο ορισμός της δεν είναι εύκολος. Ακόμη και οι ειδικοί δεν συμφωνούν σχετικά με τη φύση της, ούτε έχουν καταλήξει σχετικά με τον εάν πρόκειται ουσιαστικά για ένα βιολογικό ή ψυχολογικό φαινόμενο (Schwartz R. M., 1993). Σε ένα σημείο εντούτοις υπάρχει ομοφωνία: η κατάθλιψη παρουσιάζεται σαν παγκόσμιο χαρακτηριστικό της ανθρώπινης φύσης, από την παροδική θλίψη που μπορεί να συμβεί στον καθένα μέχρι την βαριά κατάθλιψη.

Η κατάθλιψη μπορεί να οριστεί ως η ψυχική διαταραχή που μπορεί να προκαλέσει αλλαγές στη διάθεση, τις σκέψεις, τη συμπεριφορά, τη σωματική υγεία των ατόμων που τη βιώνουν, καθώς και μειωμένη ενέργεια και απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης. Επομένως, το καταθλιπτικό άτομο μπορεί να εμφανίσει αδυναμία, μείωση της ενέργειάς του, έκπτωση της αυτοπεποίθησής και αυτοεκτίμησής του, έλλειψη της συγκέντρωσής του, διαταραχές ύπνου, ανεπαρκή πρόσληψη τροφής, αισθήματα ενοχής και αυτοκτονικό ιδεασμό. Αποτελεί μία κοινή, αλλά σοβαρή νόσο που μπορεί να επηρεάσει το άτομο στο να απολαμβάνει τη ζωή και να αναλάβει ακόμα και τα πιο απλά καθήκοντα της καθημερινής του ζωής. Επίσης, μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών και να επηρεαστεί η παραγωγικότητάς τους και κατά συνέπεια να έχει αντίκτυπο στην οικονομική τους ευμάρεια. Τα άτομα με κατάθλιψη μπορεί να απουσιάζουν συχνά από την εργασία τους και ενδεχομένως να μειώνονται οι αποδοχές τους (Gherardi – Donato E. C. et all, 2015). Τα συμπτώματα που είναι σχετικά με την καταθλιπτική διαταραχή μπορεί να είναι χρόνια ή να επαναλαμβάνονται καθώς και να είναι δυνητικά αμείλικτα για τη ζωή (Σαρίδη Μ., 2014; WHO, 2012). Ο Bunge

E. L. (2017) περιγράφει την κατάθλιψη δίνοντας ένα παράδειγμα: «Φαντάσου ότι έχεις ένα κόμμα βαμβάκι στο χέρι σου, το οποίο το βρέχεις βουτώντας το σε ένα διάλυμα. Ανάλογα με το χρώμα του διαλύματος το βαμβάκι θα χρωματιστεί ανάλογα. Πάντα όμως θα είναι βρεγμένο».

Η κατάθλιψη ως έννοια χρησιμοποιείται για μεγάλη γκάμα συναισθηματικών καταστάσεων, οι οποίες μπορεί να είναι φυσιολογικές ή παθολογικές (Robert S. & Lamontagne Y., 1977; Silverman C., 1968). Έτσι λοιπόν η κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί:

α) Ένα φυσιολογικό συναίσθημα ή φυσιολογική διαταραχή, όπως είναι για παράδειγμα η απώλεια ή ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου.

β) Ένα σύμπτωμα, στην περίπτωση που η κατάθλιψη εκδηλώνεται ως μία μορφή αντίδρασης στο στρες ή ως μία δευτερογενής αντίδραση στους ασθενείς που συντρέχουν οργανικά ή ψυχιατρικά θέματα.

γ) Ένα σύνδρομο ή ψυχοπαθολογική διαταραχή, όπως είναι η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, η Δυσθυμική Διαταραχή ή οι Διπολικές Διαταραχές που μεταξύ άλλων κατατάσσονται, τόσο σύμφωνα με το ICD – 10 (International Clarification of Diseases) όσο και με το DSM – V (Diagnostic and Statistical Manual Disorders), στις «Διαταραχές Διάθεσης» (American Psychiatric Association, 2013; Garber J. & Rao U., 2014). Παλιότερα, ο όρος «Συναισθηματικές Διαταραχές» αναφέρονταν σε κάποιες κλινικές καταστάσεις που είχαν ως κύριο χαρακτηριστικό τους τη διαταραχή της διάθεσης και συνοδεύονταν με γνωστικές, ψυχοκινητικές, ψυχοφυσιολογικές και διαπροσωπικές δυσκολίες. Λόγω της έλλειψης ενός λειτουργικού και γενικά αποδεκτού ορισμού, η κατάθλιψη ορίζεται κατά κύριο λόγο από ψυχολογικές, συμπεριφορικές, γνωστικές και βιολογικές εκδηλώσεις (Κλεφτάρας Γ., 1998).

4.2 Θεωρίες της Κατάθλιψης

Οι ψυχολογικές θεωρίες διατυπώνουν τεκμηριωμένες εξηγήσεις για το πως οι άνθρωποι σκέφτονται, συμπεριφέρονται και αισθάνονται. Οι παράγοντες της ιστορίας και των πρώτων εμπειριών της προσωπικότητας και οι διαπροσωπικές σχέσεις θεωρούνται σημαντικοί για την πρόκληση και εμφάνιση της κατάθλιψης. Η ψυχολογία δεν αποτελεί ένα πραγματικά ενοποιημένο πεδίο, υπάρχουν ακόμη και σήμερα πολλές διαφωνίες ως προς το που είναι σημαντικό να επικεντρωθεί κανείς και τι μεθόδους είναι καλύτερο να ακολουθήσει για τη μελέτη της κατάθλιψης. Με αποτέλεσμα να υπάρχουν διαφορετικές σχολές στην ψυχολογία, οι οποίες έχουν αναπτύξει τις δικές τους θεωρίες ως προς το γιατί κάποιος γίνεται καταθλιπτικός (Goldman H., 2000).

4.2.1 Ψυχαναλυτικές και Ψυχοδυναμικές Θεωρίες

Η ψυχανάλυση είναι μια επιστήμη ιδιαίτερης μεθοδολογίας, που αποτέλεσε την κυρίαρχη σχολή σκέψης της ψυχιατρικής και ενός μεγάλου μέρους της κλινικής ψυχολογίας κατά την διάρκεια του πρώτου του 20^{ου} αιώνα. Η επιστήμη αυτή θεμελιώθηκε από τον γιατρό Sigmund Freud και παραμένει ακόμη και σήμερα άρρηκτα συνδεδεμένη με το όνομά του. Αποτελεί την πρώτη σημαντική πρόταση για μια ολοκληρωμένη θεωρία της προσωπικότητας, η οποία δεν περιορίστηκε στη διερεύνηση της ψυχοπαθολογίας, αλλά ασχολήθηκε εν γένει με τη φυσιολογική ψυχική λειτουργία. Η ψυχανάλυση επικεντρώνεται σε τρεις τομείς και καθιερώθηκε:

1. **Σαν τεχνική** – μεθοδολογία που ανακάλυψε ο Freud για να διερευνήσει το ασυνείδητο χρησιμοποιώντας, μεταξύ των άλλων, τους ελεύθερους συνειρμούς.
2. **Σαν θεραπεία**, η οποία βασίζεται στην εν λόγω τεχνική κατά την αντιμετώπιση των νευρωτικών κυρίως διαταραχών.
3. **Σαν συγκρότηση μιας θεωρίας ψυχικού οργάνου**, η οποία προκύπτει από την αξιοποίηση των μηχανισμών άμυνας όπως εκδηλώνονται μέσω της μεταβίβασης (Ποταμιάνος Α. Γ., 1999).

Σαν θεωρία και θεραπευτική μέθοδος υπόκειται σε τροποποιήσεις ακόμα και σε ριζικές αναθεωρήσεις, σαν μεθοδολογία όμως – κατά τον Freud – θα παραμείνει αναλλοίωτη. Οι ελεύθεροι συνειρμοί, τα όνειρα, οι φαντασιώσεις, οι παραδρομές του λόγου, η συναισθηματική σχέση ανάμεσα στον αναλυτή και τον αναλυμένο, αποτελούν τα βασικότερα στοιχεία, που συνθέτουν αυτή τη μεθοδολογία.

Το **Φροϋδικό Ψυχικό Όργανο** κατέχει την κεντρική θέση στην ψυχαναλυτική θεωρία. Αποτελεί το σύνολο υποθετικών δομών, που σχετίζεται άμεσα με τις βιολογικές διαδικασίες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) και παρά ταύτα διαρθρώνεται σε λειτουργικά επίπεδα και αναπτύσσεται σταδιακά, υποκείμενο στην επίδραση εξωτερικών (οικογενειογενών, κοινωνιογενών) και εσωτερικών μεταβλητών. Υποτίθεται ότι το περιεχόμενο του «ψυχικού οργάνου» (κίνητρα, σκέψεις, συναισθήματα) καταλαμβάνει χώρο. Έτσι διακρίνουμε με αυτό τον τρόπο:

α. Το Συνειδητό: βρίσκεται στη συνειδησιακή επιφάνεια και περιλαμβάνει όλα όσα εμπίπτουν στην επίγνωση του ατόμου κάθε στιγμή.

β. Το Προσυνείδητο: κατέχει μια ενδιάμεση θέση ανάμεσα στο συνειδητό και το ασυνείδητο, αποτελεί στην ουσία διάδρομο επικοινωνίας συνειδητού – ασυνείδητου. Το υλικό που βρίσκεται σε αυτό το διάδρομο ανακαλείται στον χώρο του συνειδητού με βουλητική προσπάθεια.

γ. Το Ασυνείδητο: καταλαμβάνει το μεγαλύτερο χώρο και κατασκηνώνει στο βάθος (ψυχολογία του βάθους = η μελέτη του ασυνείδητου), μακριά από τη συνειδησιακή επιφάνεια. Ό,τι περιέχει δεν το γνωρίζει το άτομο (ενστικτώδεις τάσεις, ορμές και απωθημένο από τη συνείδηση υλικό) (Οικονόμου Φ., 1992).

Από το 1920 και έπειτα ο Freud, θέλοντας να αναδιατάξει, τις ψυχικές διαδικασίες, επεξεργάστηκε μια νέα υπόθεση για το «ψυχικό όργανο». Η δεύτερη τοπική θεωρία του περιλαμβάνει τρεις δομές, λειτουργικά συνδεδεμένες μεταξύ τους: **α) Το Αυτό ή Προεγώ (Id), β) Το Εγώ (Ego) και γ) Το Υπερεγώ (Superego).**

α) Το «Αυτό» ή «Προεγώ» (Id): θεωρείται ο κυριότερος χώρος στον οποίο συγκεντρώνονται τα αποθέματα της ψυχικής ενέργειας. Περιλαμβάνει τις ορμές, τις ενστικτώδεις τάσεις και ότι συνδέεται με τις κυριότερες βιολογικές ανάγκες του ατόμου. Είναι έμφυτο, ενυπάρχει με τη γένεση και δεν επηρεάζεται με την εμπειρία. Συνεπώς δεν λογαριάζει συνέπειες και είναι έξω από κάθε ηθικό ή κοινωνιογενή περιορισμό.

β) Το «Εγώ» (Ego): δημιουργείται και αναπτύσσεται σταδιακά, με την επίδραση της συσσωρευμένης εμπειρίας. Περιλαμβάνει όλες τις συνειδησιακές λειτουργίες, αλλά και τις ασυνείδητες, π.χ. τους μηχανισμούς άμυνας του Εγώ. Θα μπορούσε να λεχθεί ότι είναι ένα είδος εκτελεστικής εξουσίας που προσπαθεί να εναρμονίσει τις αντιφατικές απαιτήσεις ανάμεσα στον εξωτερικό κόσμο, το Υπερεγώ και το Αυτό. Δρα με βάση την αρχή της πραγματικότητας. Έχει διακριτικές ικανότητες και αναπτύσσει λογική σκέψη, ώστε να αντιζυγίζει την ηδονή με το τίμημα των συνεπειών.

γ) Το Υπερεγώ (Superego): περιέχει τις θετικές αξίες για τη ζωή και την ηθική συνείδηση, δηλαδή το πλέγμα των απαγορεύσεων και των αρνητικών αξιών της ζωής. Αναπτύσσεται σαν αποτέλεσμα της επίδρασης, που ασκούν οι γονείς, τα πρόσωπα κύρους και γενικά το μικροκοινωνικό περιβάλλον στο άτομο. Ο Freud του αποδίδει την αυτοπαρατήρηση, τη συνείδηση και τη λειτουργία του ιδανικού Εγώ. Ο ρόλος του Υπερεγώ αναφέρεται στη λογοκρισία του Εγώ, του ονείρου και της αντίστασης. Θεωρείται μάλιστα ο κληρονόμος του Οιδιπόδειου Συμπλέγματος, αφού σχηματίζεται με τη λήξη του. Αν το Οιδιπόδειο δεν ξεπεραστεί πλήρως, η ισχύς του Υπερεγώ αποδυναμώνεται (Οικονόμου Φ., 1992; Ποταμιάνος Α. Γ., 1999; Linden D., 2006).

Αρχικά οι ψυχαναλυτές πίστευαν ότι η κατάθλιψη προκαλείται από τον θυμό, ο οποίος μετατρέπεται σε μίσος για τον εαυτό – οργή που στρέφεται προς τα μέσα. Η ψυχοδυναμική θεωρία έχει εξελιχθεί και πολλές παραλλαγές της αρχικής θεωρίας είναι διαθέσιμες σήμερα. Μια δημοφιλή θεωρία είναι αυτή των αντικειμενοτρόπων σχέσεων (object–relations theory), που ασχολείται με το πώς οι άνθρωποι κατανοούν και διανοητικά αντιπροσωπεύουν τις σχέσεις

τους με τους άλλους. Τα «αντικείμενα» στη θεωρία αυτή, είναι αναπαραστάσεις των ανθρώπων (το πως οι άλλοι άνθρωποι βιώνονται, εκπροσωπούνται και απομνημονεύονται από το πρόσωπο που κάνει την αντικειμενοποίηση). Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, οι διαθέσεις και τα συναισθήματα των ανθρώπων μπορούν να κατανοηθούν σωστά με φόντο τις σχέσεις που οι άνθρωποι έχουν βιώσει. Η κατάθλιψη προκαλείται από προβλήματα που οι άνθρωποι εμφανίζουν κατά την ανάπτυξη αναπαραστάσεων των υγιών σχέσεων. Αποτελεί συνέπεια του συνεχιζόμενου αγώνα, που οι καταθλιπτικοί άνθρωποι υπομένουν για να προσπαθήσουν και να διατηρήσουν συναισθηματική επαφή με τα επιθυμητά σε αυτούς αντικείμενα (Hollon S. et all, 2005). Στις ψυχοδυναμικές θεωρίες ασκήθηκε έντονη κριτική για την έλλειψη εμπειρισμού (για την αδιαφορία των επιστημόνων να υποβάλλουν τις θεωρίες σε επιστημονικές δοκιμές). Ωστόσο, η στάση αυτή της αδιαφορίας έχει αρχίσει να αλλάζει πρόσφατα.

Μια άλλη σύγχρονη θεωρία είναι η διαπροσωπική θεωρία του Coyne για την κατάθλιψη, η οποία έχει μελετηθεί εκτενώς και αποτελεί τη βάση μιας πολύ αποτελεσματικής θεραπευτικής επιλογής που είναι γνωστή ως Διαπροσωπική Θεραπεία. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, οι αρνητικές διαπροσωπικές συμπεριφορές ενός καταθλιπτικού ατόμου οδηγούν τους άλλους ανθρώπους να τις απορρίψουν. Σε έναν κλιμακούμενο κύκλο, οι καταθλιπτικοί άνθρωποι, που θέλουν απεγνωσμένα τη διαβεβαίωση από τους άλλους, αρχίζουν να αυξάνουν τον αριθμό των αιτημάτων για διαβεβαίωση/επιβεβαίωση και οι άλλοι άνθρωποι (προς αυτούς που γίνονται τα αιτήματα) αρχίζουν αν αξιολογούν αρνητικά, να αποφεύγουν και να απορρίπτουν τα καταθλιπτικά άτομα (ή να γίνονται καταθλιπτικοί οι ίδιοι). Τα συμπτώματα των καταθλιπτικών ανθρώπων τότε αρχίζουν να επιδεινώνονται ως αποτέλεσμα της απόρριψης και της αποφυγής τους από τους άλλους ανθρώπους. Η Διαπροσωπική Θεωρία έχει ως στόχο να βοηθήσει τα άτομα με κατάθλιψη να ξεφύγουν από αυτό το «αρνητικό σπирάλ» (DeMello M. et all, 2005).

4.2.2 Θεωρίες της Γνωστικής Συμπεριφοράς

Κατά την δεκαετία του 1960, σημειώθηκε η Γνωστική Επανάσταση στην Ψυχολογία. Η έναρξη αυτής της επανάστασης δεν είναι τυχαία. Έχει τις ρίζες της στην αδυναμία των συμπεριφοριστών να λάβουν στα σοβαρά υπόψη τους τις σκέψεις και τα συναισθήματα των ανθρώπων. Ωστόσο, η θεωρία αυτή δεν απορρίπτει τις αρχές της συμπεριφοράς. Αντίθετα, η ιδέα πίσω από το γνωστικό κίνημα ήταν η ενσωμάτωση των ψυχικών εκδηλώσεων στα πλαίσια της συμπεριφοράς. Ονομάζονται γνωστικές θεωρίες, επειδή η αντιμετώπιση των ψυχικών γεγονότων γίνεται στα πλαίσια της θεωρίας της μάθησης που αποτέλεσε τη βάση της συμπεριφοριστικής θεωρίας. Η θεωρία της γνωστικής συμπεριφοράς είναι πολύ δημοφιλής

ακόμη και στις μέρες μας και αποτελεί τη δεσπόζουσα μορφή ψυχοθεραπείας που είναι η γνωστική – συμπεριφορική Θεραπεία (Beck S. J., 2013).

Οι εκπρόσωποι της γνωστικής συμπεριφοράς υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη προκύπτει από δυσπροσάρμοστα, ελαττωματικά ή παράλογα γνωστικά σχήματα, που έχουν τη μορφή διαστρεβλωμένων σκέψεων και αποφάσεων. Τα καταθλιπτικά γνωστικά σχήματα εντυπώνονται στο άτομο παρατηρητικά, όπως για παράδειγμα όταν τα παιδιά που μεγαλώνουν σε μια δυσλειτουργική οικογένεια, παρακολουθούν τους γονείς τους να αδυνατούν να αντιμετωπίσουν με επιτυχία αγχογόνες εμπειρίες ή τραυματικά γεγονότα. Τα καταθλιπτικά γνωστικά σχήματα μπορεί να προκύψουν από την έλλειψη εμπειριών που διευκολύνουν την ανάπτυξη των προσαρμοστικών δεξιοτήτων αντιμετώπισης (Clark A. D. & Beck T. A., 2011).

Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, οι καταθλιπτικοί άνθρωποι σκέφτονται διαφορετικά από τους μη καταθλιπτικούς και είναι αυτή η διαφορά στον τρόπο σκέψης που τους αναγκάζει να γίνουν καταθλιπτικοί. Με αποτέλεσμα, οι καταθλιπτικοί άνθρωποι να τείνουν να παρερμηνεύουν τα γεγονότα με αρνητικό τρόπο και να κατηγορούν τον εαυτό τους για κάθε ατυχία που τους συμβαίνει. Αυτή η αρνητική σκέψη και κρίση λειτουργεί ως αρνητική προκατάληψη, καθιστώντας εύκολο τους καταθλιπτικούς ανθρώπους να δουν τις καταστάσεις ως πολύ χειρότερες από ότι πραγματικά είναι και αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καταθλιπτικών συμπτωμάτων ως απάντηση στις στρεσογόνες καταστάσεις που βιώνουν (Gelder M. et all, 2009).

4.2.3 Γενετική Θεωρία

Τα γονίδια που κληρονομεί κάθε άτομο από τους γονείς του καθορίζουν πολλά πράγματα για το ίδιο, όπως το φύλο, το χρώμα των μαλλιών και του δέρματός του. Τα γονίδια επίσης καθορίζουν σε ποιες ασθένειες μπορεί το άτομο να είναι ευάλωτο σε κάποια στιγμή στη ζωή του (Joyce P., 2009). Όπως είναι γνωστό, οι ίδιες καταθλιπτικές ασθένειες μπορεί να εμφανιστούν στα μέλη μιας οικογένειας. Μέχρι πρόσφατα, δεν ήταν πλήρως γνωστό αν οι άνθρωποι κληρονομούν μια ευπάθεια σε αυτές τις ασθένειες ή αν κάποιος άλλος παράγοντας, όπως το περιβάλλον, είναι ο παράγοντας που ενοχοποιείται για την εμφάνιση τους. Από τις έρευνες διαφαίνεται ότι το άτομο μπορεί να κληρονομήσει μια ευπάθεια στην κατάθλιψη. Αυτό σημαίνει ότι αν το άτομο έχει στενούς συγγενείς, οι οποίοι πάσχουν από κλινική κατάθλιψη, τότε το ίδιο το άτομο μπορεί να κληρονομήσει την τάση να αναπτύξει την ασθένεια. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι το άτομο είναι προορισμένο να γίνει καταθλιπτικό (American Psychiatric Association, 2000).

Η έρευνα της κληρονομικότητας της κατάθλιψης στις οικογένειες δείχνει ότι κάποια άτομα είναι περισσότερο πιθανόν να αναπτύξουν την ασθένεια από κάποια άλλα. Εάν το άτομο έχει ένα γονέα ή αδελφό που πάσχει από κατάθλιψη, τότε μπορεί να έχει 1,5 έως 3 φορές περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσει την ασθένεια σε σύγκριση με εκείνα που δεν έχουν κάποιο συγγενή με αυτή την πάθηση. Επίσης, έχει περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξει διπολική διαταραχή. Επειδή οι στενοί συγγενείς των ατόμων με κλινική κατάθλιψη εμφανίζουν οι ίδιοι μια τέτοια ευπάθεια στην ανάπτυξη κατάθλιψης, αυτό υποδηλώνει σαφώς ότι η κατάθλιψη μπορεί είναι μια κληρονομική ασθένεια (Andrews G. et all, 2005). Η διπολική διαταραχή έχει μια ισχυρή γενετική επιρροή. Από τα άτομα με διπολική διαταραχή, περίπου το 50% έχει έναν γονέα με ιστορικό κλινικής κατάθλιψης. Όταν μια μητέρα ή ένας πατέρας πάσχει από διπολική διαταραχή, το παιδί έχει 25% πιθανότητα να αναπτύξει κάποιας μορφής κλινική κατάθλιψη. Στην περίπτωση που και οι δύο γονείς έχουν διπολική διαταραχή, η πιθανότητα να αναπτύξει το παιδί διπολική διαταραχή είναι 50 έως 75%. Τα αδέλφια των ατόμων με διπολική διαταραχή μπορεί να έχουν 8 έως 18 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν διπολική διαταραχή και 2 έως 10 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν μείζονα καταθλιπτική διαταραχή από τα άτομα χωρίς αδέλφια με διπολική διαταραχή (WHO, 2012).

Η έρευνα για τις γενετικές αιτίες της κλινικής κατάθλιψης προσπάθησε να προσδιορίσει ένα ή περισσότερα ειδικά γονίδια που μπορεί να οδηγήσουν στην ανάπτυξη μιας καταθλιπτικής ασθένειας. Αν και υπήρξε μια σειρά από μελέτες που φαίνεται να αναφέρουν ένα γονίδιο ως ένοχο, ωστόσο υπήρξε μικρή συνοχή των αποτελεσμάτων των μελετών αυτών. Παρόλα αυτά, τα αποτελέσματα κάποιων ερευνών έχουν δείξει ότι μπορεί να υπάρχουν συγκεκριμένα γονίδια που σε κάποιες οικογένειες προκαλούν κατάθλιψη ενώ σε άλλες όχι (Ancibure F. et all, 2010). Στις μέρες μας υπάρχουν πολλά ακόμη που δεν ξέρουμε για το γονιδίωμα και πως μπορεί αυτό να προδιαθέτει ένα άτομο σε μια καταθλιπτική ασθένεια. Φαίνεται ότι είναι πιθανό ένας αριθμός γονιδίων, που δρουν από κοινού, να μπορεί να προκαλέσει ένα άτομο να γίνει ευάλωτο στην κατάθλιψη (Gelder M. et all, 2009). Ωστόσο, επειδή ένα άτομο κληρονομεί ένα γονίδιο που δημιουργεί προδιάθεση για κατάθλιψη, αυτό δεν σημαίνει ότι το άτομο είναι προορισμένο να γίνει καταθλιπτικό. Πιστεύεται ότι η γενετική επιρροή είναι εν μέρει υπεύθυνη για την πρόκληση της κατάθλιψης και ότι και άλλοι παράγοντες μπορούν επίσης να συμβάλουν κατά κάποιο τρόπο (Γαρύφαλλος Γ., 2008).

4.2.4 Ιδιοπαθή Θεωρία

Η ιδιοπαθή θεωρία της κατάθλιψης σχετίζεται τις περισσότερες φορές με τα ιδιοπαθή σύνδρομα του χρόνιου πόνου, μιας και οι καταθλιπτικές διαταραχές έχουν ορισμένους κοινούς παθογενετικούς μηχανισμούς. Αν και η έρευνα στον τομέα αυτό δεν έχει ολοκληρωθεί, ωστόσο υπάρχουν ενδείξεις συσχέτισης τους. Τα σύνδρομα χρόνιου πόνου αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά με αντικαταθλιπτικά, ενώ υπάρχουν εντυπωσιακές ομοιότητες μεταξύ των συνδρομών αυτών και των καταθλιπτικών συνδρομών. Ωστόσο, υπάρχουν και σημαντικές διαφορές καθώς οι οικογενειακές μελέτες μέχρι τώρα έχουν δείξει ότι οι συναισθηματικές διαταραχές είναι κοινές σε συγγενείς πρώτου βαθμού των ασθενών με ιδιοπαθή σύνδρομα πόνου, αλλά είναι αδύνατον να συμπεράνει κανείς από αυτό ότι οι γενετικοί παράγοντες έχουν σημασία. Παράγοντες που είναι κοινοί και στα δύο σύνδρομα περιλαμβάνουν κοινά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, περισσότερες ταχείες κινήσεις των ματιών στο ηλεκτροκαρδιογράφημα του ύπνου, υπερκορτιζολαιμία και παθολογικές δοκιμασίες καταστολής με δεξαμεθαζόνη, χαμηλά επίπεδα μελατονίνης στα ούρα και υψηλά επίπεδα ενδορφινών στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Ένας σημαντικός κοινός παθογενετικός μηχανισμός φαίνεται να είναι οι διαταραχές στο σεροτονινεργικό σύστημα (Joyce P., 2009).

4.2.5 Βιολογική Θεωρία

Τα βιολογικά αίτια της κλινικής κατάθλιψης συνεχίζουν να μελετώνται εκτενώς. Μεγάλη πρόοδος έχει σημειωθεί στην κατανόηση της λειτουργίας του εγκεφάλου, την επίδραση των νευροδιαβιβαστών και ορμονών και άλλες βιολογικές διαδικασίες, καθώς και το πώς αυτές μπορούν να σχετίζονται με την ανάπτυξη της κατάθλιψης (Golden N. R. & Janowsky S. D., 1990). Ο εγκέφαλος αποτελεί το «κέντρο εντολής» του ανθρώπινου οργανισμού και ελέγχει τις βασικές λειτουργίες του μέσω των κινήσεων, των σκέψεων, των συναισθημάτων. Οι ερευνητές που μελετούν την κλινική κατάθλιψη έχουν την τάση να εξετάζουν διάφορες πτυχές της λειτουργίας του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένων των δομών του μεταιχμιακού συστήματος και τη λειτουργία των νευροδιαβιβαστών εντός των νευρώνων.

Τα ευρήματα και οι αποδείξεις ότι η κατάθλιψη σχετίζεται με τη γενετική και τη βιολογία έχουν αυξηθεί πρόσφατα, καθώς όλο και περισσότερες έρευνες διενεργούνται για να εξετάσουν το ρόλο που παίζουν ο εγκέφαλος και η κληρονομικότητα στην πιθανότητα ένα άτομο να αναπτύξει κατάθλιψη. Επίσης, ιατρικά ευρήματα που υποστηρίζουν το βιολογικό μοντέλο της κατάθλιψης είναι η εμφάνιση υψηλότερων από το κανονικό ποσοτήτων απόρριψης κορτιζόλης στα επινεφρίδια των καταθλιπτικών και η εκκεντρική μορφή των

εγκεφαλικών κυμάτων, όπως αυτή φαίνεται από τα ηλεκτροεγκεφαλογραφήματα (Linden D., 2006).

Οι επικριτές του βιολογικού μοντέλου υποστηρίζουν ότι αυτό αγνοεί τους περιβαλλοντικούς παράγοντες όταν αναζητείται η σχέση κατάθλιψης στις οικογενειακές μελέτες που διεξάγονται και το ποσοστό αντιστοιχίας στις μελέτες των πανομοιότυπων δίδυμων δεν είναι εκατό τοις εκατό. Αν η κατάθλιψη είναι κληρονομική, οι επικριτές υποστηρίζουν ότι και τα πανομοιότυπα δίδυμα πρέπει να την κληρονομήσουν. Οι υποστηρικτές της βιολογικής θεωρίας επισημαίνουν ότι η προδιάθεση της κατάθλιψης κληρονομείται και όχι η ίδια η ασθένεια. Ακόμη και τα πανομοιότυπα δίδυμα δεν αντιμετωπίζουν τα ίδια γεγονότα και καταστάσεις στη ζωή τους (Schwartz A. & Schwartz R. M., 1993).

4.3 Τύποι και Μορφές της Κατάθλιψης

Η επίσημη κατηγοριοποίηση και διάκριση των ψυχολογικών διαταραχών και των συμπτωμάτων τους γίνεται κυρίως μέσα από δύο ταξινομικά συστήματα: το DSM IV & DSM – IV – TR και το ICD – 10. Πρόκειται για τις πιο πρόσφατες εξελιγμένες μορφές εγχειριδίων, οι οποίες ενημερώνονται συχνά, ανάλογα με τα νέα δεδομένα που προκύπτουν. Το πρώτο εγχειρίδιο είναι το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) που έχει δημιουργηθεί από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία και το δεύτερο είναι το εγχειρίδιο Διεθνούς Ταξινόμησης των Νόσων – International Clarification of Diseases – ICD του WHO (DSM – 5, 2018; ICD – 10 – CM - International Clarification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification, 2020).

Η κατάθλιψη και τα συμπτώματά της μπορούν να εξελιχθούν με διάφορους τρόπους στον καθένα και πολλές φορές είναι δύσκολο για τους ασθενείς να αποσαφηνιστεί που τελειώνει μια φυσιολογική αντίδραση σε ένα ερέθισμα και που αρχίζει η καταθλιπτική διαταραχή. Επίσης, τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορεί να συνοδεύουν άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, μπορεί να είναι αποτέλεσμα ασθενειών, όπως η ηπατίτιδα ή νευρολογικών διαταραχών, ενώ μπορεί να είναι αποτέλεσμα φαρμακοθεραπείας όπως παραδείγματος χάρη η λήψη στεροειδών. Τότε η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται ως «δευτερεύουσα» και διαχωρίζεται από τη διαταραχή. Για τους λόγους αυτούς είναι απαραίτητο να τεθούν κάποια κριτήρια για την επίσημη αναγνώριση της διαταραχής και το διαχωρισμό των τύπων της (Cowen J. P. et all, 2018).

Η κατάθλιψη εμφανίζεται με τις παρακάτω μορφές:

Μείζων Κατάθλιψη – Major Depressive Disorder. Η μείζων κατάθλιψη είναι η πιο συχνή έκφραση της καταθλιπτικής διαταραχής. Χαρακτηρίζεται από μία άσχημη διάθεση, η οποία δεν αλλάζει ακόμη και όταν συμβαίνει κάτι ευχάριστο. Σύμφωνα με το DSM – IV, τα κριτήρια είναι τα εξής:

- Καταθλιπτική διάθεση την περισσότερη διάρκεια της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα, η οποία υποδηλώνεται από την υποκειμενική αναφορά ή από παρατήρηση άλλων.
- Σημαντική μείωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης για όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες, την περισσότερη διάρκεια της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα (υποκειμενική αναφορά ή παρατήρηση άλλων).
- Μεγάλη απώλεια βάρους, χωρίς δίαιτα ή αύξηση βάρους (π.χ. αλλαγή άνω του 5% του σωματικού βάρους σε ένα μήνα), ή μείωση/αύξηση της όρεξης σχεδόν κάθε μέρα.
- Αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν κάθε μέρα (υποκειμενική αναφορά ή παρατήρηση άλλων).
- Απώλεια ενέργειας ή κόπωση σχεδόν κάθε μέρα.
- Αισθήματα αναξιοσύνης ή υπερβολικής ενοχής (που μπορεί να είναι παραπλανητική) σχεδόν καθημερινά.
- Μείωση της ικανότητας σκέψης ή συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητα, σχεδόν κάθε μέρα (υποκειμενική αναφορά ή παρατήρηση άλλων).
- Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου (όχι μόνο φόβος θανάτου) ή αυτοκτονικού ιδεασμού χωρίς σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας.

Πέντε ή περισσότερα από τα παραπάνω συμπτώματα χρειάζεται να εμφανίζονται κατά τη διάρκεια μιας περιόδου δύο εβδομάδων και να αντιπροσωπεύει μια αλλαγή στο πως λειτουργεί το άτομο. Τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα να είναι η καταθλιπτική διάθεση ή απώλεια ενδιαφέροντος. Όπως και η γρίπη, η μείζων κατάθλιψη έχει αρχικό, μεσαίο και τελευταίο στάδιο. Αντίθετα από τη γρίπη, η μείζων κατάθλιψη πολλές φορές διαρκεί για πολλούς μήνες. Αν δεν αντιμετωπιστεί, έχει την τάση να εμφανίζεται ξανά. (Baldwin D. S. & Birtwistle J., 2002; Cowen J. P. et all, 2018).

Άτυπη Κατάθλιψη – Atypical Depression. Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται για διαταραχές που εμφανίζουν μέτριας σοβαρότητας κλινικά συμπτώματα. Σύμφωνα με το DSM – IV – TR για να διαγνωστεί ένας ασθενής με άτυπη κατάθλιψη, είναι απαραίτητο να εμφανίσει δύο τουλάχιστον από τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- Μεταβαλλόμενη καταθλιπτική διάθεση με αντιδραστικότητα σε θετικά γεγονότα.
- Υπερφαγία και υπερυπνία.
- Έντονη κόπωση και αίσθηση βαρύτητας στα άκρα.

- Έντονο στρες.
- Ευαισθησία στην απόρριψη.

Η διάγνωση της άτυπης κατάθλιψης είναι συχνά δύσκολη λόγω των ήπιων συμπτωμάτων που εμφανίζει, τα οποία τείνουν να θεωρούνται στοιχεία του χαρακτήρα του ασθενούς. Ακόμη, μπορεί να συνυπάρχει με όλες τις συναισθηματικές διαταραχές, ενώ εμφανίζεται συχνότερα σε ασθενείς με διπολική διαταραχή και εποχική κατάθλιψη. Τείνει, να είναι συχνότερη στις νεαρότερες ηλικίες και στις γυναίκες (Cowen J. P. et all, 2018; Benazzi F., 2006).

Διπολική Διαταραχή ή Μανιοκατάθλιψη – Bipolar Depression or Manic – depressive Psychosis). Στην περίπτωση αυτή, η «κάτω βόλτα» της κατάθλιψης μπορεί να εναλλάσσεται με μέρες ή εβδομάδες μανίας – υπερβολική έξαρση, αδικαιολόγητες μεγαλεπήβολες σκέψεις, που πολλές φορές, συνοδεύεται από ακραίες ή επικίνδυνες ως καταστροφικές πράξεις. Στο παρελθόν ο τύπος αυτός ονομάζονταν μανιοκατάθλιψη, ενώ σήμερα έχει επικρατήσει ο όρος διπολική διαταραχή. Η επικράτηση αυτού του όρου οφείλεται στο ότι το μανιοκαταθλιπτικό άτομο κυμαίνεται μεταξύ του καταθλιπτικού πόλου (κάτω) και του αντιθέτου ευφορικού πόλου (πάνω), με απρόβλεπτες, γρήγορες μεταστροφές. Αντίθετα η μείζων κατάθλιψη είναι μονοπολική και δίνει έμφαση μόνο στον έναν πόλο – τον κάτω. Κάποιες φορές η διπολική διαταραχή εμφανίζει ψυχωτικά χαρακτηριστικά, όπως η αλλαγή διάθεσης μέσα στη διάρκεια της ημέρας και υπερυπνία, ενώ κατά τα άλλα τα συμπτώματα δεν διαφέρουν από τη μονοπολική κατάθλιψη. Ο διαχωρισμός αυτών των τύπων, παρά τις μικρές τους διαφορές είναι σημαντικός και χρήζουν διαφορετικής αντιμετώπισης (Baldwin D. S. & Birtwistle J., 2002; Benazzi F., 2006; Cowen J. P. et all, 2018).

Διαταραχή Δυσθυμίας – Dysthymic Disorder. Ο τύπος αυτός χαρακτηρίζεται ως μία επιμονή κατάθλιψη χαμηλού βαθμού, που προκαλεί σημαντική δυσφορία και διαταραχή της καθημερινής ζωής του ασθενούς. Η Διαταραχή της Δυσθυμίας μοιάζει πολύ με Μείζονα Κατάθλιψη, με τη διαφορά ότι εδώ τα συμπτώματα είναι πιο ήπια, αλλά πολύ μεγαλύτερης διάρκειας, γεγονός που δυσχεραίνει την διάγνωσή της. Τα κριτήρια διάγνωσης πρέπει να περιλαμβάνουν δύο από τα παρακάτω τουλάχιστον συμπτώματα, χωρίς την εμφάνιση κάποιου σοβαρό καταθλιπτικού επεισοδίου ή ιστορικού μανίας/υπομανίας, κυκλοθυμίας ή μικτής διαταραχής.

- Καταθλιπτική διάθεση τουλάχιστον δύο χρόνια.
- Αύξηση/μείωση όρεξης.
- Αϋπνία/υπερυπνία.
- Χαμηλή ενέργεια και αυτοπεποίθηση.

- Δυσκολία συγκέντρωση και λήψης αποφάσεων.
- Απελπισία.

Η Διαταραχή της Δυσθυμίας είναι δύσκολο να διαγνωστεί, συχνά συνοδεύεται από επικαλυπτόμενη Μείζονα Κατάθλιψη και εμφανίζει νευροφυτικά συμπτώματα. Χαρακτηρίζεται από πρόωμη έναρξη (πριν τα 21), αλλά πιο συχνή είναι στις μεγαλύτερες ηλικίες. Επίσης, η αναλογία γυναικών ασθενών προς τους άνδρες είναι 2:1. Εμφανίζεται και στην περίοδο που η γυναίκα γίνεται μητέρα, γνωστή ως δυσθυμία της μητρότητας ή μελαγχολία της λοχείας. Πρόκειται για παροδικές διαταραχές διάθεσης, που παρατηρούνται τυπικά στο 2^ο μισό της πρώτης εβδομάδας της λοχείας. Παρατηρούνται μεταξύ του 50% & 70% των μητέρων και δεν γνωρίζουμε πως και γιατί συμβαίνουν. Είναι ενδιαφέρουσες γιατί υπάρχουν υποψίες ότι μπορούν να δώσουν σοβαρότερες επιπλοκές, όπως κατάθλιψη στην εγκυμοσύνη, στη λοχεία και ψυχώσεις (Kumar R., 1987; Baldwin D. S. & Birtwistle J., 2002; Benazzi F., 2006).

Ψυχωσική Κατάθλιψη – Psychotic Depression. Η συστηματική μελέτη των ψυχώσεων άρχισε με τον Esquirol στα 1845 και τον Marce το 1858. Ο Esquirol διέκρινε τέσσερις τύπους ψύχωσης, την «άνοια», τη «μανία», τη «λυπομανία» (**lypomania**), που προφανώς αναφέρεται σε γρήγορες μεταπτώσεις του ατόμου από κατάθλιψη σε μανία και αντίστροφα, και τη «μονομανία». Ενώ ο Marce μίλησε για τη «μανία», τη «μελαγχολία», τη **μερική τρέλα (partial insanity)** και την «παροδική πνευματική εξασθένηση» (**transitory intellectual enfeeblement**). Οι παραπάνω έννοιες αν και δεν είναι ταυτόσημες με τις σημερινές, καλύπτουν σε γενικές γραμμές τις ίδιες νοσολογικές οντότητες (Δημητρίου Χ. Ε., 1995). Η Ψυχωσική Κατάθλιψη αποτελεί ένα από τους σοβαρότερους καταθλιπτικούς τύπους. Με τα παρακάτω χαρακτηριστικά τη διακρίνουμε από τις αλλαγές μορφές, τα οποία είναι:

- Πλήρης απώλεια λειτουργίας στον κοινωνικό και επαγγελματικό τομέα.
- Αμέλεια βασικής υγιεινής και επαρκούς διατροφής.
- Ψυχοκινητική επιβράδυνση, η οποία καθιστά τη λειτουργία του ασθενή αδύνατη.
- Αυταπάτες.
- Παραισθήσεις.

Οι ψυχώσεις καλό είναι να αντιμετωπίζονται άμεσα, λόγω του κινδύνου αυτοκτονίας του ασθενούς (Βιδάλης Α. και συν., 2001; Cowen J. P. et al, 2018).

Ελάσσων Καταθλιπτική Διαταραχή – Minor Depressive Disorder. Τα κριτήρια για τη διάγνωση της Ελάσσονος Καταθλιπτικής Διαταραχής είναι τα ίδια που ισχύουν και για τη Μείζονα Κατάθλιψη, με τη διαφορά ότι απαιτούνται τουλάχιστον δύο, αλλά λιγότερα από πέντε κριτήρια, για να γίνει η διάγνωσή της, χωρίς να εμφανίζονται συμπτώματα άλλης

διαταραχής ή άλλου τύπου. Ο τύπος αυτός εμφανίζει περισσότερα γνωστικά συμπτώματα και συμπτώματα διάθεσης, αλλά όχι νευροφυτικά (Benazzi F., 2006).

Εποχική Συναισθηματική Διαταραχή – Seasonal Affective Disorder. Αυτός ο τύπος μοιάζει να είναι συνδεδεμένος με τη μείωση της διάρκειας της ημέρας κατά τον χειμώνα. Πολλοί ασθενείς εμφανίζουν συμπτώματα καταθλιπτικής διαταραχής κάθε χρόνο την ίδια εποχή, όπως προαναφέραμε, συνήθως φθινόπωρο και χειμώνα, τα οποία υποχωρούν πλήρως την άνοιξη και το καλοκαίρι. Αυτό το μοτίβο θα πρέπει να επαναληφθεί για δύο χρόνια για να διαγνωστεί επίσημα ως Εποχιακή Συναισθηματική Διαταραχή ή αλλιώς Κατάθλιψη Εποχής. Οι εποχές του φθινοπώρου και του χειμώνα συνήθως σηματοδοτούν αυξημένες εργασιακές απαιτήσεις, άγχος, αλλαγή του καιρού που περιλαμβάνει λιγότερες ώρες με φως του ήλιου και αυξημένες βροχοπτώσεις. Επιπλέον συμπτώματα είναι η αύξηση του ύπνου και της όρεξης, με ιδιαίτερα αυξημένη κατανάλωση υδατάνθρακα και απογευματινή κατάπτωση.

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα εμφανίζονται πιο ήπιας σοβαρότητας σε σχέση με άλλους τύπους της διαταραχής. Λόγω της σύνδεσης των συμπτωμάτων με τη μειωμένη έκθεση στον ήλιο, η φωτοθεραπεία προτείνεται συχνά σε αυτούς τους ασθενείς. Η επικράτηση της διαταραχής κυμαίνεται μεταξύ του 1% και 10% και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις εποχικές καιρικές συνθήκες κάθε περιοχής, επομένως το ποσοστό είναι μικρότερο σε πιο ζεστές και ηλιόλουστες χώρες και το αντίθετο. Όπως και άλλοι τύποι, εμφανίζεται περισσότερο στις γυναίκες και σε νεαρές ηλικίες. Η θεραπεία μπορεί να είναι τόσο απλή όσο και η εγκατάσταση στο σπίτι και στο χώρο εργασίας λαμπτήρων άπλετου φωτισμού (ιδιαίτερα σε χώρες που δεν έχουν τόσο πολύ φως όπως η Ελλάδα) (Μπλούμφιλντ Χ. Χ. & Μακ Γ. Κ., 1997; Baldwin D. S. & Birtwistle J., 2002; Benazzi F., 2006; Cowen J. P. et al., 2018).

Κατάθλιψη μετά από απώλεια – Depression after Bereavement. Ως απώλεια στη ζωή ενός ανθρώπου μπορεί να θεωρηθεί, εκτός από το θάνατο, μια τερματική διάγνωση, η απόλυση, το διαζύγιο, μια σοβαρή εγχείρηση ή ο ακρωτηριασμός κάποιου μέλους του σώματος. Μια τέτοια απώλεια επιφέρει πένθος, ψυχολογική αγωνία, κατάθλιψη, άγχος, αϋπνία, σωματικά συμπτώματα, ακόμα και ψευδαισθήσεις. Παρόλα αυτά, θεωρείται σημαντικό, έως απαραίτητο ένας άνθρωπος να αντιδράσει με κάποιον τρόπο σε αυτές τις απώλειες, ως μέρος του πένθους.

Γενικότερα οι άνθρωποι που έχουν αντιμετωπίσει ένα τέτοιο δυσμενές γεγονός κατά τη διάρκεια της ζωής τους έχουν αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσουν αυτόν τον τύπο. Επίσης, έχουν υψηλότερο κίνδυνο θανάτου και χρήσης ουσιών, μέχρι και δύο χρόνια μετά το συμβάν. Συνήθως τα συμπτώματα υποχωρούν σταδιακά μετά τους πρώτους έξι μήνες, χωρίς κάποια παρέμβαση, ενώ η ηλικία φαίνεται να σχετίζεται με τη σοβαρότητα και τη διάρκεια των

συμπτωμάτων. Οι μεγαλύτερες ηλικίες τείνουν να αντιμετωπίζουν καλύτερα την απώλεια, όπως και οι γυναίκες, σύμφωνα με έρευνες (Baldwin D. S. & Birtwistle J., 2002).

Μελαγχολία – Melancholic Depression. Δεν έχει διευκρινιστεί ακόμη αν η Μελαγχολία είναι ένας ξεχωριστός τύπος ή αναπαριστά ένα σημείο έναρξης κάποιου άλλου σοβαρότερου τύπου της κατάθλιψης. Το DSM – IV ονομάζει τη διαταραχή Μείζων Κατάθλιψη με Μελαγχολία, ενώ το ICD – 10 Καταθλιπτικό Επεισόδιο με σωματικά συμπτώματα.

Σύμφωνα με το DSM – IV τα συμπτώματα που πρέπει να εμφανίζει ένας ασθενής είναι:

- Απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης σε συνήθεις δραστηριότητες.
- Έλλειψη αντίδρασης σε ευχάριστα ερεθίσματα.

Και τουλάχιστον τρία από τα ακόλουθα:

- Πρωινή επιδείνωση της διάθεσης.
- Ξύπνημα νωρίς το πρωί.
- Ψυχοκοινωνική διέγερση ή επιβράδυνση.
- Σημαντική ανορεξία ή απώλεια βάρους.
- Υπερβολική ενοχή.
- Σημαντική απώλεια λίμπιντο.
- Δυσκοιλιότητα & Αμηνόρροια, σύμφωνα με το ICD – 10.

Η Μελαγχολία εμφανίζει μεγαλύτερη συσχέτιση με τη Διπολική Διαταραχή, από ότι με τη Μείζονα Κατάθλιψη και μικρή ανταπόκριση στα εικονικά φάρμακα (placebo). Επιπλέον, τείνει να προσβάλλει τις μεγαλύτερες ηλικίες με οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης και να προκαλεί νευρολογικές διαταραχές, όπως μειωμένη καθυστέρηση στον ύπνο ταχείων οφθαλμικών κινήσεων (decreased latency to rapid eye movement sleep) και υπερέκκριση κορτιζόλης (Benazzi F., 2006; Cowen J. P. et all, 2018).

Η **Μικτή Κατάθλιψη – Mixed Depression** ορίζεται σαν ένας συνδυασμός κατάθλιψης και μανιακών/υπομανιακών συμπτωμάτων, χωρίς να συμπεριλαμβάνεται το σύμπτωμα της ευφορικής διάθεσης. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς με Μικτή Κατάθλιψη πληρούν τα κριτήρια ώστε να διαγνωστούν με Μείζων Κατάθλιψη, με επιπρόσθετα δύο ή παραπάνω μανιακά/υπομανιακά συμπτώματα που συνυπάρχουν. Δεν υπάρχουν κριτήρια για την αναγνώριση αυτού του τύπου κατάθλιψης στο DSM – IV, αλλά εμφανίζεται σε έρευνες για τη Διπολική Διαταραχή τύπου I και II και τη Μείζονα Κατάθλιψη. Στο ICD – 10 είναι καταγεγραμμένη ως Μικτή Αγχώδης Διαταραχή και Κατάθλιψη (MADD) και αναγνωρίζεται

ως μία διαταραχή που περιλαμβάνει συμπτώματα Αγχώδους Διαταραχής και Κατάθλιψης, τα οποία από μόνα τους δεν είναι αρκετά για να διαγνωστεί ο ασθενής με κάποια από τις δύο ασθένειες αντίστοιχα.

Βασικά συμπτώματα είναι η ευερεθιστότητα, η ψυχική υπερδραστηριότητα (ιδεοφυγή, καλπάζουσες σκέψεις) και η συμπεριφορική υπερδραστηριότητα (ψυχοκινητική διέγερση, υπερβολική ομιλία). Επιπλέον, έχουν παρατηρηθεί διαφορετικές εκφάνσεις της Μικτής Κατάθλιψης, σχετιζόμενες με το αν ο ασθενής έχει λάβει ή όχι θεραπεία, καθώς η θεραπεία μπορεί να καταστείλει τα μανιακά/υπομανιακά συμπτώματα. Γενικότερα, υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της Διπολικής Διαταραχής και της Μικτής Κατάθλιψης, τόσο στο ποσοστό που συνυπάρχουν σε έναν ασθενή, όσο και στο οικογενειακό του ιστορικό (Baldwin D. S. & Birtwistle J., 2002; Benazzi F., 2006).

Σύντομη Επαναλαμβανόμενη Κατάθλιψη – Brief Recurrent Depression. Κάποιοι άνθρωποι εμφανίζουν επαναλαμβανόμενα καταθλιπτικά συμπτώματα μικρής διάρκειας, δύο έως επτά ημερών, με συχνότητα περίπου μία φορά το μήνα, για ένα χρόνο τουλάχιστον, τα οποία δεν επαρκούν για να διαγνωσθούν με Μείζονα Κατάθλιψη. Τα συμπτώματα αυτά, παρά τη μικρή τους διάρκεια, είναι αρκετά σοβαρά, συνδέονται με το αίσθημα απελπισίας, επαγγελματικές διαταραχές, αυτοκτονικό ιδεασμό ή απόπειρα, ενώ στις γυναίκες δε συνδέονται με τον εμμηνορρυσιακό κύκλο. Ο τύπος αυτός δε συνδέεται με τη Διπολική Διαταραχή, εμφανίζει ποσοστό επικράτησης 10 – 16% και ποσοστό απόπειρας αυτοκτονίας 14%, ενώ είναι πιθανό να εξελιχθεί σε Μείζονα Κατάθλιψη. Σε άλλα χαρακτηριστικά, όπως την ηλικία έναρξης, την ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού και το επίπεδο διαταραχής καθημερινών λειτουργιών μοιάζει πολύ με τη Μείζονα Κατάθλιψη και οι ασθενείς αναζητούν θεραπεία στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (Baldwin D. S. & Birtwistle J., 2002; Benazzi F., 2006; Cowen J. P. et al, 2018).

Επιλόχειος Κατάθλιψη. Ο τύπος αυτός της κατάθλιψης σύμφωνα με το DSM – V, αποτελεί ένα επεισόδιο μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, που εκδηλώνεται στην περίοδο της εγκυμοσύνης ή και μέχρι 6 μήνες μετά τον τοκετό. Συχνά αποτελεί ένα αθόρυβο πρόβλημα υγείας της περιγεννητικής περιόδου, το οποίο είναι σημαντικό, λόγω της υψηλής συχνότητας και των σημαντικών επιπτώσεών του. Εμφανίζεται στο 10 – 15% των γυναικών και ανάλογα με τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωσή της, το ποσοστό μπορεί να φτάσει και το 30% (O'Hara W. M. & McCabe E. J., 2013; Brummelte S. & Galea, L., 2016; Frieder A. et al, 2019). Συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης μπορεί να βιώσουν και οι άνδρες. Εκείνοι με τη σειρά τους μπορεί να βιώσουν τόσο έντονο άγχος, ώστε να εκδηλώσουν καταθλιπτικό επεισόδιο. Εμφανίζεται στο 8 – 10% των ανδρών εντός 3 – 6 μηνών μετά τον τοκετό.

Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις γύρω στο 5%, όπου οι άνδρες εμφανίζουν αρκετά συμπτώματα κατάθλιψης σε διάστημα ενός έτους από τη γεννά και όχι τις πρώτες τέσσερις εβδομάδες της λοχείας, χωρίς εμφανή συμπτώματα. Αναφέρεται επίσης, ότι εάν η μητέρα έχει επιλόχειο κατάθλιψη, ο πατέρας έχει 50 – 75% περισσότερες πιθανότητες να νοσήσει από περιγεννητική ψυχική ασθένεια (Wee K. Y. et all, 2011; Cameron E. E. et all, 2016; Perez C. F. & Brahm M. P., 2017; Scarf R. J., 2019).

Τα συμπτώματά της μοιάζουν με αυτά της μείζονος κατάθλιψης, έχοντας ως μοναδική διαφορά ότι τα πρώτα ξεκινούν κατά την περίοδο της κύησης ή μέχρι και 4 εβδομάδες μετά τον τοκετό, ενώ τα δεύτερα μπορούν να εμφανισθούν οποιαδήποτε άλλη στιγμή της ζωής. Τα παρακάτω συμπτώματα παρουσιάζονται σχεδόν κάθε μέρα για τουλάχιστον 2 εβδομάδες στις γυναίκες μετά τον τοκετό:

1. Καταθλιπτική διάθεση
2. Διαταραχή της όρεξης
3. Διαταραχή του ύπνου
4. Απώλεια ενεργητικότητας
5. Ψυχοκινητική διέγερση ή καθυστέρηση
6. Αίσθημα ενοχής και ανικανότητας
7. Δυσκολία συγκέντρωσης
8. Μείωση ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που πριν ευχαριστούσαν το άτομο.
9. Αυτοκτονικές τάσεις (Thurgood S. M. et all, 2009; Norhayati M. et all, 2015; Βιβιλάκη Β., 2016; Suhana Yahya N. et all, 2021).

Η επιλόχεια κατάθλιψη θεωρείται πολυπαραγοντική, καθώς στην εμφάνισή της εμπλέκονται οι αρκετοί παράγοντες όπως: ψυχολογικοί, μαιευτικοί, κοινωνικοί και βιολογικοί. Συγκεκριμένα, πολλοί είναι οι ψυχολογικοί παράγοντες στους οποίους οφείλεται η εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης αλλά και μετά τη γέννηση του νεογνού. Οι γυναίκες οι οποίες έχουν προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης της νόσου συγκριτικά με τις υπόλοιπες γυναίκες. Πέρα από το ιστορικό κατάθλιψης, το προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο, τα αρνητικά συναισθήματα απέναντι στην εγκυμοσύνη, το ενδεχόμενο σεξουαλικής κακοποίησης στο παρελθόν, οι αγχωτικές καταστάσεις όπως ο θάνατος συγγενικού προσώπου και η μειωμένη αυτοεκτίμηση παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνισή της (Ghaedrahmati M. et all, 2017). Μαιευτικοί παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να θεωρηθούν επικίνδυνοι και να προκαλέσουν την επιλόχεια κατάθλιψη είναι η νοσηλεία κατά τη περίοδο της κύησης, το ιστορικό αποβολής στο παρελθόν και η επείγουσα

καισαρική τομή. Καθώς και επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν στον τοκετό όπως η πρόπτωση του ομφάλιου λώρου, οι αιμορραγίες, το χαμηλό βάρος του νεογνού, η γέννησή του πρόωρα ακόμα και η διάγνωσή του με κάποια ασθένεια, επηρεάζουν αρνητικά την ψυχολογία της μητέρας. Πολλοί είναι οι κοινωνικοί παράγοντες πρόκλησης της επιλόχειας κατάθλιψης, όπως στην περίπτωση που οι ανύπαντρες μητέρες δεν έχουν τη στήριξη του πατέρα του παιδιού τους αλλά ούτε της οικογένειάς τους λόγω μη αποδοχής της εγκυμοσύνης τους. Επίσης, η κακοποιητική συμπεριφορά του συζύγου, η έλλειψη κοινωνικής, οικονομικής και συναισθηματικής υποστήριξης από τον σύζυγο ή τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας όπως οι γονείς αλλά και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο επηρεάζουν αρνητικά την ψυχολογική κατάσταση της γυναίκας. Τέλος, η επαγγελματική απασχόληση και το ανεπαρκές εισόδημα σχετίζονται με την αυξημένη συχνότητα εμφάνισης της επιλόχειας κατάθλιψης (Norhayati M. et all, 2015; Ghaedrahmati M. et all, 2017).

Κατά τη μετάβαση από την κύηση στη λοχεία, στον γυναικείο οργανισμό συμβαίνουν και βιολογικές μεταβολές. Στην κύηση τόσο τα οιστρογόνα όσο και η προγεστερόνη αυξάνονται, ενώ μετά τον τοκετό επανέρχονται στις φυσιολογικές τους τιμές. Αυτή η απότομη αλλαγή των ορμονών επηρεάζει τη συναισθηματική κατάσταση των γυναικών και ευνοεί την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης. Επίσης, αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης παρουσιάζουν οι γυναίκες που τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα τους είναι υψηλά σε σύγκριση με τις υπόλοιπες γυναίκες. Σε ορισμένες γυναίκες, οι θυρεοειδικές δυσλειτουργίες όπως της θυρεοειδίτιδας σχετίζονται με την επιλόχεια κατάθλιψη καθώς επηρεάζουν τα επίπεδα της σεροτονίνης (Yim I. et all, 2015; Ghaedrahmati M. et all, 2017). Επίσης, η μονοαμινοξειδάση A ενισχύει την ενζυμική αποδόμηση των νευροδιαβιβαστών όπως της ντοπαμίνης, της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης, οι οποίες είναι υπεύθυνες για τη ρύθμιση της διάθεσης και των συναισθημάτων. Στη μελέτη των Sacher et all, σε γυναίκες μετά τον τοκετό με σκοπό να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ των αλλαγών στα επίπεδα οιστραδιόλης και του ενζύμου μονοαμινοξειδάσης στον εγκέφαλο, αποδείχθηκε ότι τα επίπεδα μονοαμινοξειδάσης A ήταν κατά 43% αυξημένα τις πρώτες 4 – 6 μέρες μετά τον τοκετό. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι νευροδιαβιβαστές να εξαντλούνται γρηγορότερα και έτσι να ευνοείται η εμφάνιση της μελαγχολίας της λοχείας και της επιλόχειας κατάθλιψης (O'Hara W. M. & Wisner L. K., 2013).

4.4 Επιδημιολογία της Κατάθλιψης

Στην κλινική οντότητα της «κατάθλιψης» περιλαμβάνονται όλοι οι τύποι των συναισθηματικών διαταραχών διάθεσης, όπως έχει καθιερωθεί. Η κατάθλιψη από πλευράς νοσολογίας δεν είναι ενιαία, αλλά έχει ευρύ φάσμα κλινικών τύπων όπως είδαμε προηγουμένως. Από επιδημιολογικής κοινωνιοψυχιατρικής πλευράς εμφανίζει σημαντικό ενδιαφέρον η διερεύνηση των διαστάσεων όλων των κλινικών οντοτήτων, αφού αρκετές από αυτές εμπεριέχουν στοιχεία σοβαρής ψυχοπαθολογίας (Χριστοδούλου Γ. Ν., 1998). Επιπλέον η έλλειψη ενός γενικά αποδεκτού ορισμού και η ύπαρξη διαφορετικών συστημάτων ταξινόμησης καθιστούν την εκτίμηση της συχνότητας της κατάθλιψης ακόμη πιο δύσκολη. Κάποια άλλα στοιχεία, επίσης, που υποθάλπουν την ποιότητα των επιδημιολογικών δεδομένων, αφορούν στον τρόπο συλλογής των δεδομένων του δείγματος. Έτσι συχνά οι ερευνητές που δουλεύουν με μεγάλα δείγματα αναγκάζονται να καταφύγουν σε ατελείς τρόπους συλλογής δεδομένων ή σε συνεντεύξεις που διεξάγονται από ερευνητές οι οποίοι δεν είναι κλινικοί. Αντίθετα πάλι, οι ερευνητές που χρησιμοποιούν δομημένες κλινικές συνεντεύξεις είναι υποχρεωμένοι να δουλέψουν με μικρά δείγματα, γεγονός που δυσχεραίνει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων τους στον υπό μελέτη πληθυσμό.

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται μία διαρκής αύξηση του παγκόσμιου επιπολασμού της κατάθλιψης και των συμπτωμάτων της (Vos T. et all, 2016). Το 2015, οι καταθλιπτικές διαταραχές εκτιμήθηκε ότι ήταν η 3^η αιτία αναπηρίας παγκοσμίως και ότι θα κατατάσσεται 1^η έως το 2030 (WHO, 2017). Η κατάθλιψη αποτελεί μια κοινή ψυχική διαταραχή. Σε παγκόσμιο επίπεδο, υπολογίζεται ότι 5% των ενηλίκων και 5,7% των ενηλίκων άνω των 69 ετών πάσχει από κατάθλιψη. Λαμβάνοντας υπόψιν τον WHO (2017), το ποσοστό των ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη παγκοσμίως αυξήθηκε κατά 18,4% μεταξύ του 2005 και 2015. Περίπου 280.000.000 άνθρωποι στον κόσμο έχουν κατάθλιψη, η οποία είναι διαφορετική από τις συνηθισμένες διακυμάνσεις της διάθεσης και τις συναισθηματικές αντιδράσεις στις προκλήσεις της καθημερινής ζωής. Ειδικά όταν υποτροπιάζει με μέτρια ή σοβαρή ένταση, μπορεί να γίνει σοβαρή κατάσταση υγείας. Μπορεί να επηρεάσει το πάσχον άτομο, ώστε να μην μπορεί να ανταπεξέλθει στη δουλειά του, στο σχολείο και στην οικογένεια του (Institute of Health Metrics and Evaluation, 2021). Οι ασθενείς με συναισθηματικές διαταραχές έχουν τάσεις αυτοκτονικές. Αναφορικά με την κατάθλιψη το ποσοστό 15% των ασθενών θα προβεί στην αυτοχειρία και από όσους θα αυτοκτονήσουν το 50 – 70% πάσχει από κατάθλιψη (Αναγνωστόπουλου, 2014). Πάνω από 700.000 άνθρωποι πεθαίνουν λόγω αυτοκτονίας κάθε χρόνο. Η αυτοκτονία είναι η 4^η κύρια αιτία θανάτου στις ηλικίες 15 – 29

ετών (Kathem S. H. et all, 2021). Επιπλέον, αποτελεί καθοριστικός παράγοντας της ποιότητας ζωής του ατόμου και της επιβίωσής του, καθώς αντιπροσωπεύει το 50% των επισκέψεων σε ψυχιατρικές νοσηλευτικές μονάδες και το 12% όλων των εισαγωγών στα νοσοκομεία (Kuo D. C. et all, 2015). Περίπου το 85% των ασθενών με κατάθλιψη βιώνουν επίσης σημαντικό άγχος, ενώ η συννοσηρή κατάθλιψη εμφανίζεται έως και στο 90% των ασθενών με αγχώδεις διαταραχές (Tiller J. W., 2013). Αν και σήμερα υπάρχουν αποτελεσματικές θεραπείες για τις ψυχικές διαταραχές, το 50% των ατόμων με κατάθλιψη δεν κατορθώνουν να λάβουν αντικαταθλιπτική αγωγή (WHO, 2017). Ενώ περισσότερο από το 75% των ανθρώπων σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος δεν λαμβάνουν καμία θεραπεία (Evans – Lacko S. et all, 2018). Τα εμπόδια στην αποτελεσματική φροντίδα περιλαμβάνουν έλλειψη πόρων, εκπαιδευμένων παροχών υγειονομικής περίθαλψης και το κοινωνικό στίγμα που σχετίζεται με τις ψυχικές διαταραχές (WHO, 2023).

Μια σειρά μελετών δείχνουν σταθερά ότι οι γυναίκες υποφέρουν από καταθλιπτικά συμπτώματα σε πολύ υψηλότερα επίπεδα από ότι οι άνδρες. Φαίνεται λοιπόν, ότι οι γυναίκες έχουν διπλάσιες πιθανότητες να βιώσουν κλινική κατάθλιψη από ότι οι άνδρες. Αυτή η διαφορά οφείλεται στο γεγονός ότι οι περισσότεροι άνδρες δεν αναγνωρίζουν την κατάθλιψη ως ασθένεια, αλλά όταν αναζητούν βοήθεια, τα καταθλιπτικά τους συμπτώματα είναι σοβαρά (Boyd J. H. & Weissman M. M., 1981; Nolen – Hoeksema S., 1987, 1990; Escalera – Chávez M. E. et all, 2021). Σύμφωνα με δεδομένα που υπάρχουν ο επιπολασμός της στη διάρκεια της ζωής κυμαίνεται από 20 – 25% στις γυναίκες και από 7 – 12% στους άντρες (Kuo D. C. et all, 2015). Οι διαπιστωμένες διαφορές μεταξύ των ανδρών και γυναικών ως προς τη συχνότητα της κατάθλιψης δεν φαίνεται να οφείλεται σε μεθοδολογικά λάθη (Nolen – Hoeksema S., 1990). Κάποιοι από τους ερευνητές θεωρούν ότι αυτές οι διάφορες είναι πραγματικές και οφείλονται σε διαφορές τόσο σε ψυχολογικό όσο και βιολογικό επίπεδο. Άλλοι πάλι ισχυρίζονται ότι πρόκειται για πραγματικά ευρήματα που οφείλονται στις διαφορές των γυναικών ως προς την απασχόληση, την εργασία, την εκπαίδευση, την αμοιβή και την υποστήριξη (Golding M. G., 1988; Κλεφτάρας Γ, 1998).

Επίσης, η καταθλιπτική διαταραχή φαίνεται να συνυπάρχει με αρκετές σωματικές διαταραχές ή σωματικές νόσους, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου, το μεταβολικό σύνδρομο, η στεφανιαία νόσος και ο χρόνιος πόνος (Slavich G. M. & Sacher J., 2019). Άλλες έρευνες τη συνδέουν με την υπέρταση, το διαβήτη, το άσθμα, την αρθρίτιδα, χρόνιες αναπνευστικές διαταραχές και καρδιαγγειακές νόσους. Η βιβλιογραφία αναδεικνύει, πως η κατάθλιψη, εκτός από το ότι σχετίζεται με όλες αυτές τις ασθένειες,

επιηρεάζει αρνητικά την πρόγνωση τους και την ανταπόκριση σε φαρμακευτικές θεραπείες (Jesulola E. et all, 2018).

4.5 Αιτιολογία της Κατάθλιψης

Η έναρξη και η εξέλιξη της κατάθλιψης έχει απασχολήσει πολλούς από τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με τα αίτια που την πυροδοτούν. Συγκεκριμένα, η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται ως πολυπαραγοντική, εφόσον δεν έχει προσδιοριστεί με σαφήνεια η ακριβής αιτιολογία της, έτσι ώστε να δικαιολογείται η ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Παρά το γεγονός αυτό, η αλληλεπίδραση των γενετικών, βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων λειτουργούν ως εναρκτήρια δύναμη για την παρουσία της νόσου. Συχνά χαρακτηρίζεται ως «νόσος του εγκεφάλου», που οφείλεται σε εγκεφαλική δυσλειτουργία, ανεξάρτητα από την πιθανή συμμετοχή άλλων παραγόντων στην αιτιοπαθογένειά της (Giamouzis G. et all, 2008).

A. Γενετικοί Παράγοντες. Πρόκειται για κληρονομικούς παράγοντες, που σχετίζονται με το οικογενειακό περιβάλλον του ατόμου, ιδιαίτερα όταν υπάρχει ιστορικό με σοβαρά και χρόνια καταθλιπτικά επεισόδια. Με βάση τη γενετική αιτιολογία της νόσου, έχει θεωρηθεί ότι διάφορα γονίδια εμπλέκονται στη μεταφορά, τόσο των βιολογικών χαρακτηριστικών, όσο και των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας. Κατά την ολιγογονιαδική θεωρία, προτάθηκε η πιθανότητα ύπαρξης ενός μείζονος αυτόσωμου επικρατικού γονιδίου με ατελή διεισδυτικότητα και εκφραστικότητα, καθώς και φυλοσύνδετης μεταβίβασης με το χρωματόσωμα X. Κατά την πολυγονιαδική θεωρία μεγάλος αριθμός γονιδίων μαζί με τυχαίους περιβαλλοντικούς παράγοντες, δρουν αθροιστικά στην παραγωγή ευαισθησίας για νόσηση, άποψη που θεωρείται προς το παρόν η επικρατέστερη από τους περισσότερους ερευνητές. Τελικά, προτάθηκε ένα μεικτό μοντέλο μεταβίβασης, στο οποίο ενοχοποιούνται και οι δύο θεωρίες (Χριστοδούλου Γ. Ν., 1998). Επομένως, οι γενετικοί παράγοντες οδηγούν σε αύξηση της προδιάθεσης του ατόμου να εμφανίσει κατάθλιψη, σε σύγκριση με άλλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην εμφάνιση αυτής (Πολυκανδριώτη Μ. & Στεφανίδου Σ., 2013).

B. Βιολογικοί Παράγοντες. Τα βιολογικά αίτια της κατάθλιψης είναι άμεσα συνδεδεμένα με τη λειτουργία του εγκεφάλου και συγκεκριμένα τις περιοχές που ρυθμίζουν το συναίσθημα. Αντικείμενο της βιολογικής κατεύθυνσης είναι η διαταραχή στους νευροδιαβιβαστές του νευρικού συστήματος, της σεροτονίνης, της νοραδρεναλίνης και της ντοπαμίνης, η απεικόνιση του εγκεφάλου και των λειτουργιών του μέσω της μαγνητικής τομογραφίας, η εξέταση της λειτουργίας του ενδοκρινικού συστήματος και ο ρόλος των

ορμονών στη διάθεση. Έτσι, η μείωση των επιπέδων της σεροτονίνης στο μετασυναπτικό χώρο, η οποία αρχικά ενοχοποιήθηκε για πρόκληση κατάθλιψης, συνδέεται και με μείωση των επιπέδων νοραδρεναλίνης, καθώς και με αύξηση των επιπέδων ντοπαμίνης, μεταβολές που επίσης θεωρούνται υπεύθυνες για τα συμπτώματα της κατάθλιψης (Delgado P. L. & Moreno F. A., 2000; Nutt D. J., 2008). Σαν πιθανή αίτια κατάθλιψης έχει επίσης αναφερθεί η υπερλειτουργία του άξονα υποθάλαμο – υπόφυση – επινεφρίδια. Όταν αυτός ο άξονας υπερλειτουργεί, δημιουργείται μια κατάσταση που μοιάζει με νευρο–ενδοκρινική απάντηση στο stress. Ο ρόλος των οιστρογόνων στην κατάθλιψη είναι επίσης ένα ενδιαφέρον θέμα, καθώς η συχνότητα της κατάθλιψης στις γυναίκες είναι αυξημένη μετά την εφηβεία, στην περιγεννητική περίοδο, οπότε και τα επίπεδα των οιστρογόνων είναι αυξημένα, και μειώνεται μετά την εμμηνόπαυση, οπότε τα επίπεδα των οιστρογόνων είναι μειωμένα (Μελισσά – Χαλικοπούλου Χ., 1996; Cutter W. J., 2003).

Επίσης, υπάρχουν και κάποιες μη ψυχιατρικές παθήσεις που δευτερογενώς είναι ικανές να οδηγήσουν σε κατάθλιψη. Επηρεάζουν κι εκείνες τις ίδιες περιοχές του εγκεφάλου με τους νευροδιαβιβαστές. Οι παθήσεις αυτές είναι:

- ❖ Παθήσεις του Κ.Ν.Σ. όπως, η νόσος Πάρκινσον, η σκλήρυνση κατά πλάκας.
- ❖ Ενδοκρινικές και μεταβολικές παθήσεις, όπως ο υποθυρεοειδισμός.
- ❖ Λοιμώξεις που δρουν στο Κ.Ν.Σ., όπως το AIDS και η λοιμώδης μονοπυρήνωση.
- ❖ Συστηματικές διαταραχές, όπως η αναιμία και ο μεταστατικός καρκίνος.
- ❖ Διάφορα φάρμακα, όπως η κορτιζόνη, αντί – υπερτασικά και το αλκοόλ.

Γ. Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί αφορούν την υπόσταση του ατόμου καθώς και τον κοινωνικό περίγυρο στον οποίο δραστηριοποιείται. Τα αίτια αυτά χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:

α) Παράγοντες που δρουν από νωρίς στη ζωή του ατόμου: γεγονότα τα οποία έχουν λάβει χώρα στην παιδική ηλικία και συνοδεύονται από μεγάλο συναισθηματικό φόρτο, όπως ο θάνατος γονέα ή κηδεμόνα, το διαζύγιο των γονέων και η παραμέληση. Όλα τα παραπάνω αυξάνουν τις πιθανότητες καταθλιπτικής συμπεριφοράς στην ενήλικη ζωή.

β) Παράγοντες που δρουν αργότερα στην ενήλικη ζωή του ατόμου: όπως η αλληλεπίδραση ψυχολογικών, κοινωνικών, οικονομικών και ψυχοκοινωνικών μεταβολών. Συγκεκριμένα, ο θάνατος συγγενικού προσώπου, το διαζύγιο από το σύντροφο, η απώλεια της εργασίας, η αναζήτηση εργασίας, οι συνθήκες διαμονής, το οικονομικό υπόβαθρο και οι συχνές αλλαγές της μόνιμης κατοικίας (Palazidou E., 2012).

Η προσωπικότητα του κάθε ανθρώπου παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση και την πορεία της κατάθλιψης (Donald M. et all, 2001). Ο Αμερικανός ψυχίατρος Aaron T. Beck

ανέπτυξε τη δεκαετία του 1960 τη γνωσιακή θεωρία για την κατάθλιψη. Πρότεινε την γνωσιακή τριάδα: αρνητική εικόνα εαυτού, αρνητική ερμηνεία της εμπειρίας και αρνητικές προσδοκίες για το μέλλον, ως τη βάση πάνω στην οποία εμφανίζεται η κατάθλιψη (Beck A. T., 1979). Επομένως, είναι ξεκάθαρο στη βιβλιογραφία ότι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες σε συνδυασμό με τους βιολογικούς, φυσιολογικούς και γενετικούς, έχουν καίρια σημασία στην εκδήλωση της διαταραχής (Cowan J. P. et all, 2018).

4.6 Συμπτωματολογία και Κλινική Εικόνα της Κατάθλιψης

Η κατάθλιψη ορίζεται κυρίως από τα συμπτώματά της, που είναι ποικίλα και συχνά εκδηλώνονται τόσο με τρόπο σωματικό, όσο και ψυχολογικό. Βέβαια όλα τα συμπτώματα δεν χρειάζεται να είναι παρόντα για να διαγνωστεί η κατάθλιψη. Πολλά από αυτά εξαρτώνται από την ένταση, τη σοβαρότητα και τη διάρκειά τους. Στην υπάρχουσα βιβλιογραφία περιγράφονται πολυάριθμα συμπτώματα. Η κατανόηση και η καταπολέμηση αυτής της ασθένειας είναι σημαντική, διότι η έγκαιρη αναγνώριση των πρώτων σημείων οδηγεί στην έγκαιρη αντιμετώπισή της.

Σε γενικές γραμμές τα συμπτώματα μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής:

Από τη σωματική σφαίρα εμφανίζονται:

1. Διαταραχές ύπνου (αϋπνία, υπνηλία σε κάθε δυσκολία)
2. Ανορεξία ή βουλιμία
3. Κόπωση, εξάντληση (απώλεια ενέργειας)
4. Ελάττωση της ψυχοσεξουαλικής διάθεσης
5. Ψυχοκινητική διέγερση
6. Σωματικά παράπονα και δυσφορία

Από την ψυχική σφαίρα εμφανίζονται:

1. Αυτοϋποτίμηση του Εγώ και βαθμιαία απώλεια της εμπιστοσύνης έναντι του εαυτού
2. Σκέψης θανάτου και αυτοκτονίας
3. Άγχος και ανηδονία
4. Κατάθλιψη (το πιο κλασικό σύμπτωμα) (Pinheiro M. B. et all, 2016; Speed M. S. et all, 2019).

Ο Klerman (1988), λαμβάνοντας υπόψιν όλα όσα είχαν γραφτεί συνέταξε έναν αναλυτικό κατάλογο συμπτωμάτων, τα οποία δεν διαφέρουν από τα σημερινά:

Καταθλιπτική διάθεση (το πιο κλασικό σύμπτωμα). Το άτομο που βρίσκεται σε καταθλιπτική διαταραχή συνήθως περιγράφει τη διάθεσή του συχνά σαν καταθλιπτική, λέγοντας ότι νιώθει θλίψη, λύπη, απελπισία, απογοήτευση κτλ. Η καταθλιπτική διάθεση κυριαρχεί στη ζωή του και διαρκεί τις περισσότερες ώρες της ημέρας και σχεδόν καθημερινά, για διάστημα τουλάχιστον 2 εβδομάδων. Αρκετές φορές τα παραπάνω συμπτώματα φαίνονται παράλογα στους τρίτους. Το άτομο, για παράδειγμα, που αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως ανίκανο και αποτυχημένο μπορεί να φαίνεται στα μάτια των άλλων το ίδιο ικανό και αποτελεσματικό όπως πριν την εμφάνιση των συμπτωμάτων (Οικονόμου Φ., 1992; Βιδάλης Α. και συν., 2001; Δρακάκη Α., 2021).

Μείωση του ενδιαφέροντος. Το άτομο αδυνατεί να απολαύσει και να εκτελέσει κάποιες δραστηριότητες που στο παρελθόν το ευχαριστούσαν. Βρίσκεται σε μια συνεχή αδράνεια, γιατί το καθετί το λαμβάνει ως ασήμαντο. Πολλές φορές αυτός ο τρόπος συμπεριφοράς γίνεται αντιληπτός τόσο από το οικογενειακό περιβάλλον όσο και από το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου (Bethan A., 2008; Δρακάκη Α., 2021).

Διαταραχές ύπνου. Το σύμπτωμα αυτό παρουσιάζεται με πολλές μορφές, γιατί ο ασθενής αντιδρά διαφορετικά. Επίσης, αποτελεί ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των συναισθηματικών διαταραχών. Η αϋπνία μπορεί να συνίσταται σε δυσκολία του ατόμου να κοιμηθεί (αρχική αϋπνία), σε αφύπνιση στη διάρκεια της νύχτας και δυσκολία να ξανακοιμηθεί (μέση αϋπνία), και σε αφύπνιση νωρίς το πρωί (τελική αϋπνία), που είναι ιδιαίτερα ενοχλητική καθώς το άτομο ξυπνά στις τέσσερις, πέντε ή έξι το πρωί και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί. Η αρχική αϋπνία συνδέεται περισσότερο με το άγχος, παρά με την κατάθλιψη. Σε μερικές περιπτώσεις η διαταραχή του ύπνου παίρνει τη μορφή υπερυπνίας, κατά την οποία μπορεί το άτομο να κοιμάται 15 και πλέον ώρες (Μάνος Ν., 1997; Κλεφτάρας Γ., 1998; Ευθυμίου Κ., 2006; Brosan L. & Hogan B., 2018).

Διαταραχές στην όρεξη. Συνήθως το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων με κατάθλιψη παρουσιάζει μειωμένη όρεξη για φαγητό, με πιθανό επακόλουθο την απώλεια βάρους – όταν δεν βρίσκονται σε δίαιτα. Ωστόσο μπορεί σε μικρότερη συχνότητα να παρατηρηθεί το αντίθετο σύμπτωμα, δηλαδή αύξηση της όρεξης για φαγητό και αύξηση του σωματικού βάρους καθώς και κρίσεις βουλιμίας με υπερφαγικά επεισόδια (π.χ. η μεταβολή του βάρους να είναι μεγαλύτερη από το 5% του βάρους του σώματος σε ένα μήνα) (Ευθυμίου Κ., 2006; Δρακάκη Α., 2021).

Κόπωση, εξάντληση (απώλεια ενέργειας). Οι καταθλιπτικοί ασθενείς νιώθουν μεγάλη κούραση, αδράνεια αλλά και νωχελικότητα. Το άτομο νιώθει πως το έχουν εγκαταλείψει οι δυνάμεις του, κυριαρχεί απραξία σε τέτοιο βαθμό που πολλές φορές θυμίζει παράλυση. Απουσιάζει ο σκοπός για προοδευτική κίνηση και ενεργητικότητα. Τα παραπάνω αισθήματα πολλές φορές είναι ανυπόφορα, μπορεί να παρακολουθεί τις ημερήσιες διακυμάνσεις της συναισθηματικής διάθεσης, οπότε χαρακτηριστικά μπορεί να παρατηρείται μεγαλύτερη κατάθλιψη και κόπωση – εξάντληση το πρωί και βελτίωση και των δύο καθώς προχωράει η μέρα. Η έλλειψη κινήτρων που χαρακτηρίζει το άτομο, συνήθως συνοδεύεται από έλλειψη ενέργειας και δυσκολία να ξεκινήσει μια δραστηριότητα και να την ολοκληρώσει (Costello C., 1993; Μάνος Ν., 1997; Δρακάκη Α., 2021).

Ελάττωση της ψυχοσεξουαλικής διάθεσης (libido) – Ψυχρότητα κυρίως στις γυναίκες. Μπορεί να είναι το μοναδικό σύμπτωμα που να υποδηλώνει την εμφάνιση της διαταραχής. Η απώλεια ενδιαφέροντος για την ερωτική δραστηριότητα και η παντελής έλλειψη σεξουαλικής ζωής είναι άμεσα συνδεδεμένη με την εξάντληση, την απώλεια ενέργειας και την ανηδονία που χαρακτηρίζει γυναίκες και άνδρες με κατάθλιψη. Αποτελεί ένα συνηθισμένο σύμπτωμα της κατάθλιψης, το οποίο είναι συχνά υποτιμημένο. Οι γυναίκες ασθενείς αποδίδουν συχνότερα αυτήν τη σεξουαλική εξασθένηση, κυρίως στην ψυχική τους ασθένεια, ενώ οι άνδρες κυρίως στο φάρμακο που λαμβάνουν. Το ποσοστό των πασχόντων από κατάθλιψη, που δεν λαμβάνουν αντικαταθλιπτικά φάρμακα, αναφέρει κάποια σεξουαλική διαταραχή σε ποσοστό 86%. Η σεξουαλική διαταραχή μπορεί να είναι ένα ή κάποιος συνδυασμός, από τα εξής τρία πιθανά προβλήματα: μειωμένη σεξουαλική επιθυμία, μειωμένη σεξουαλική διέγερση και δυσκολία στον οργασμό (Costello C., 1993; Βιδάλης Α. και συν., 2001; Burri A., 2009).

Αυτοϋποτίμηση του Εγώ και βαθμιαία απώλεια της εμπιστοσύνης έναντι του εαυτού. Συχνά, αυτά τα συμπτώματα αποτελούν το κύριο χαρακτηριστικό της κατάθλιψης. Το άτομο μοιάζει να παραιτείται από τη ζωή. Αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως προβληματικό σε σχέση με εκείνες τις ιδιότητες και τα χαρακτηριστικά που το ίδιο αξιολογεί ως σημαντικά (νόηση, ομορφιά, υγεία...). Συνήθως εκφράζει ενοχές και τύψεις για λάθη που έκανε τώρα ή στο παρελθόν του. Μερικές φορές μάλιστα υπερβάλλει σε τέτοιο βαθμό για τις αποτυχίες ή τα λάθη του, ώστε να δίνει την εντύπωση ότι ψάχνει στο περιβάλλον για αποδεικτικά στοιχεία προβλημάτων που το ίδιο το άτομο έχει δημιουργήσει. Ειδικότερα σε ότι αφορά τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και εμπιστοσύνη στο εαυτό του, εκδηλώνεται με την πεποίθησή του ότι είναι και θα συνεχίσει να είναι μια «αποτυχία» και μια «απογοήτευση». Οι ειδικοί διαφωνούν για το αν η χαμηλή αυτοεκτίμηση είναι η αιτία ή το αποτέλεσμα της κατάθλιψης. Τα δύο αυτά

παρουσιάζονται σχεδόν πάντα μαζί και είναι δύσκολο να γίνει διάκριση μεταξύ τους (Κλεφτάρας Γ, 1998; Δρακάκη Α., 2021).

Σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας. Η πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή των καταθλιπτικών διαταραχών είναι οπωσδήποτε η αυτοκτονία. Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς σκέπτονται το θάνατο και έχουν επαναλαμβανόμενες ιδέες θανάτου και αυτοκτονίας. Συχνά λένε: «Θα ήθελα να ξεφύγω από όλα αυτά», «Δεν έχω λόγους να θέλω να ζω», «Εύχομαι να μην είχα γεννηθεί ποτέ», «Θα ήθελα να είχα πεθάνει». Βέβαια, μόνο ένα μικρό ποσοστό επιχειρεί να αυτοκτονήσει και αυτό συνήθως συμβαίνει 6 με 9 μήνες μετά τη βελτίωση των συμπτωμάτων. Αν και αυτό φαίνεται παράδοξο, οφείλεται κατά πάσα πιθανότητα ότι η/ο ασθενής έχει αποκτήσει αρκετή ενεργητικότητα για να ολοκληρώσει ένα σχέδιο αυτοκτονίας, ενώ δεν έχει αλλάξει σημαντικά η θεώρηση της/του, που τη θεωρεί αρκετά αρνητική ώστε να θέλει έντονα να αυτοκτονήσει. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται όταν ένα άτομο αναφέρει την αυτοκτονία, γιατί, αντίθετα από ότι πιστεύεται, πολλοί από αυτούς που επιχειρούν να αυτοκτονήσουν μιλούν για τις προθέσεις τους πριν το κάνουν (Μάνος Ν., 1997; Κλεφτάρας Γ, 1998; Βιδάλης Α. και συν., 2001; Δρακάκη Α., 2021).

Άγχος. Το άγχος είναι επίσης συχνή ψυχολογική απόκριση του καταθλιπτικού ασθενούς. Αυτό συμβαίνει υποσυνείδητα, γιατί πιστεύει ότι επίκειται κάποια απειλή προς την υγεία του (Mackinnon M. et all, 2006). Συνήθως ο καταθλιπτικός ασθενής νιώθει άγχος με τη μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου, αισθήματος επικείμενου κινδύνου, ευερεθιστότητας ή ακόμα και προσβολών πανικού που συνδέονται με συμπτώματα από το φυτικό νευρικό σύστημα όπως: ιδρώτας, αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία κτλ. (Μάνος Ν., 1997; Δρακάκη Α., 2021). Τα συμπτώματα της κατάθλιψης προκαλούν σημαντική ενόχληση κι επηρεάζουν όλους τους τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου, όπως είναι οι προσωπικές, οικογενειακές, επαγγελματικές ή κοινωνικές σχέσεις. Μπορεί το άτομο να είναι λιγότερο ή περισσότερο λειτουργικό, ανάλογα με την ένταση και τη συχνότητα των συμπτωμάτων.

4.7 Θεραπεία της Κατάθλιψης

Η πρόληψη της κατάθλιψης, όπως και οποιασδήποτε κατάστασης, είναι πολλές φορές αποτελεσματικότερη από την ίδια τη θεραπεία. Η πρόληψη της κατάθλιψης είναι περισσότερο πολύπλοκη από την πρόληψη άλλων ανθρώπινων ασθενειών. Με τον όρο πρόληψη εννοούμε την αποφυγή της χρόνιας κατάθλιψης και των παγίδων που ο χρόνια καταθλιπτικός μπορεί να στήσει. Η κατάθλιψη θεωρείται πρόβλημα υγείας και η πρόληψή της χωρίζεται σε **τρεις βαθμούς** φροντίδας στον **πρώτο**, το **δεύτερο** και τον **τρίτο**. Όσον αφορά την πρόληψη **τρίτου**

βαθμού, απαιτεί μια σειρά διεργασιών με σκοπό το άτομο που γιατρεύτηκε να μην «ξαναπέσει» σε αυτήν. Ο ασθενής επιλέγει να αγνοεί τη φροντίδα δύσκολων ή δυσάρεστων καταστάσεων. Για το λόγο αυτό χρειάζεται ένα ήρεμο και συνεργάσιμο περιβάλλον. Συνήθως η επαφή με άτομα που πάσχουν από την ίδια διαταραχή μπορεί να λειτουργήσει, ως θετικός παράγοντας για τον ασθενή. Η **δευτεροβάθμια πρόληψη** ασχολείται με την επιμόρφωση των επιστημόνων υγείας που ασχολούνται με τους καταθλιπτικούς ασθενείς. Απαραίτητη είναι η αφύπνιση του κοινού για τη φύση της κατάθλιψης, ώστε εκείνοι που χρειάζονται βοήθεια να την λαμβάνουν άμεσα. Το σημαντικότερο πρόβλημα της θεραπείας δεύτερου βαθμού είναι η έλλειψη των απαιτούμενων γνώσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, οι οποίοι χρειάζονται συνεχή επιμόρφωση τόσο για τις μεθόδους ψυχοθεραπείας όσο και τη γνώση των κριτηρίων για την επιλογή των κατάλληλων αντικαταθλιπτικών και ηρεμιστικών φαρμάκων. Η **πρωτοβάθμια πρόληψη** στοχεύει πρώτον να αυξήσει την επίγνωση του κοινού για την καλύτερη αντιμετώπιση των καταθλιπτικών ασθενών και δεύτερον να διδάξει στα καταθλιπτικά άτομα, πως να αποφεύγουν τη χρόνια κατάθλιψη ή τη συνεχή τριβή με ένα καταθλιπτικό περιβάλλον. Παράγοντες που συμβάλλουν στην ομαλή εκμάθηση είναι το υποστηρικτικό δίκτυο, το μορφωτικό επίπεδο του ατόμου και η επικοινωνία τόσο με το ίδιο όσο και με το οικογενειακό του περιβάλλον.

Η κατάθλιψη αποτελεί μια αρκετά σοβαρή ψυχική διαταραχή που σε σχέση με τις υπόλοιπες είναι περισσότερο ιάσιμη. Επομένως, σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να παραγκωνίζεται η θεραπεία της, η οποία εξαρτάται από τη σοβαρότητα της κατάθλιψης του ατόμου, καθώς και μορφές που οδηγούν τον πάσχοντα στην παρακολούθηση από ψυχίατρο, αλλά και στη νοσοκομειακή περίθαλψη, όταν κριθεί αναγκαίο. Οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται περιλαμβάνουν την ψυχοθεραπεία και τη φαρμακοθεραπεία. Οι θεραπείες αυτές, άλλοτε χρησιμοποιούνται μεμονωμένες και άλλοτε συνδυαστικά (Flach F., 2002).

Στο 50% περίπου των ασθενών η κατάθλιψη αντιμετωπίζεται ανεπαρκώς, καθώς είναι απαραίτητο να ακολουθηθεί μια τακτική δοκιμής των διαθέσιμων φαρμακευτικών παρεμβάσεων, μέχρι να βρεθεί η καταλληλότερη. Αυτό σημαίνει, ότι για περιόδους οι ασθενείς λαμβάνουν αναποτελεσματική, για αυτούς, θεραπεία και ακόμα και όταν βρεθεί η κατάλληλη θεραπεία είναι πιθανό να αναπτύξουν αντίσταση σε αυτή με την πάροδο του χρόνου. Αυτό συμβαίνει, γιατί δυστυχώς, δεν υπάρχουν ακριβείς δείκτες και οδηγίες για το ποια θεραπεία ενδείκνυται, για κάθε διαφορετική έκφραση της διαταραχής. Όσο περίπλοκη είναι η αιτιολογία, η φυσιολογία και η εκδήλωση της νόσου, τόσο περίπλοκη είναι και η αντιμετώπισή της (Akil H. et all, 2018).

Ένα ποσοστό 30% των καταθλιπτικών ασθενών δεν αποκρίνονται σε κανενός είδους θεραπεία (Cuijpers P. et all, 2019). Για να αναπτυχθούν αποτελεσματικές θεραπείες πρέπει να υπάρξει μια ολιστική κατανόηση της παθοφυσιολογίας της κατάθλιψης. Επομένως, μιας και η κατάθλιψη δεν έχει αποκρυπτογραφηθεί πλήρως, είναι αρκετά λογικό, μέρος των παρεμβάσεων, να μην έχουν αποτέλεσμα στους ασθενείς. Έχει προταθεί ότι σε πολλές περιπτώσεις μη ανταπόκρισης στη θεραπεία δεν έχει δοκιμαστεί ο συνδυασμός φαρμάκων και ψυχοθεραπείας (Jesulola E. et all, 2018).

4.7.1 Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία ορίζεται ως η ενημερωμένη και σκόπιμη εφαρμογή κλινικών μεθόδων και διαπροσωπικών στάσεων που προέρχονται από καθιερωμένες ψυχολογικές αρχές με σκοπό να βοηθήσουν τους ανθρώπους να τροποποιήσουν τις συμπεριφορές τους, τις γνώσεις, τα συναισθήματα και/ή άλλα προσωπικά χαρακτηριστικά σε κατευθύνσεις που οι συμμετέχοντες θεωρούν επιθυμητές. Υπάρχουν αρκετοί διαφορετικοί τύποι ψυχοθεραπείας. Οι περισσότερο μελετημένοι τύποι για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι:

1. Η Γνωστική ή Γνωσιακή Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία (Cognitive Behavioral Treatment – CBT)
2. Η Διαπροσωπική Θεραπεία (Interpersonal Psychotherapy – IPT)
3. Η Θεραπεία Συμπεριφορικής Ενεργοποίησης (Behavioral Activation Therapy – BAT)
4. Η Θεραπεία Επίλυσης Προβλημάτων (Cuijpers P. et all, 2019).

Η *Γνωστική ή Γνωσιακή Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία (CBT)*, είναι αποτέλεσμα σύνθεσης συμπεριφοριστικών και γνωσιακών προσεγγίσεων και αποτελεί μία από τις ευρέως αποδέκτες ψυχολογικές θεραπείες για την κατάθλιψη. Βασίζεται στην υπόθεση ότι η διαταραχή προκαλείται, διατηρείται και διαιωνίζεται από τις παραμορφωμένες πεποιθήσεις και δυσλειτουργικές σκέψεις/συμπεριφορές του ασθενή για τον ίδιο του τον εαυτό, το περιβάλλον που ζει και το μέλλον του. Για παράδειγμα, παρατηρείται η επιλεκτική απώθηση πτυχών μιας εμπειρίας και η ενθύμηση μόνο των αρνητικών πτυχών της, η εξαγωγή αυθαιρέτων συμπερασμάτων με ανεπαρκή στοιχεία και η υπεργενίκευση. Ο τρόπος αντιμετώπισης της διαταραχής, σύμφωνα με τη Γνωστική Συμπεριφορική Θεραπεία, είναι η αναγνώριση και η προσεκτική εξέταση των παραπλανητικών και δυσλειτουργικών πεποιθήσεων – σκέψεων – συμπεριφορών του ασθενή, με σκοπό να μπορέσει να τις αποδημήσει και να τις αναδιαρθρώσει, ώστε να είναι πιο ακριβής. Κύριος στόχος είναι η άμεση τροποποίηση της γνώσης και της συμπεριφοράς για τη δημιουργία κλινικών αλλαγών. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω

διαφόρων τεχνικών (Πίνακας 3) που ο ασθενής καλείται να εκτελέσει και μόνος του σαν μια μορφή «εργασίας για το σπίτι» και η θεραπεία επιτυγχάνεται μέσω ενός συνόλου δομημένων συνεδριών διάρκειας 15 – 20 λεπτών (Baldwin D. S. & Birtwistle J., 2002; Ευσταθίου Γ., 2003; Dimidjian S. & Davis J. K., 2009).

<i>Πίνακας 3</i>
1. Διατήρηση ενός καθημερινού αρχείου δραστηριοτήτων και αρνητικών σκέψεων
2. Παρακολούθηση αρνητικών σκέψεων που σχετίζονται με την επιδείνωση της διάθεσης
3. Αμφισβήτηση αρνητικών σκέψεων
4. Χρήση φαντασίας για «επανάληψη» γεγονότων
5. Αμφισβήτηση των παραδοχών που οδηγούν σε αρνητικές σκέψεις
6. Σχεδίαση δραστηριοτήτων ανταμοιβής καθ' όλη την διάρκεια της ημέρας
7. Έπαινος για επιτεύγματα
8. Διαίρεση πολύπλοκων εργασιών
9. Πρόβλεψη απόδοσης σε δύσκολες καταστάσεις

***Πίνακας 3:** Τεχνικές στη Θεραπεία Γνωστικής Συμπεριφοράς για την Κατάθλιψη (Baldwin D. S. & Birtwistle J., 2002)*

Η **Διαπροσωπική Θεραπεία (IPT)**, έχει ως βάση την παραδοχή ότι τα συναισθηματικά προβλήματα είναι αποτέλεσμα προβληματικών διαπροσωπικών σχέσεων κατά την παιδική του ηλικία μεταξύ του παιδιού και των γονέων, μεταξύ αδελφών ή μεταξύ του παιδιού και των σημαντικών άλλων. Οι προβληματικές διαπροσωπικές σχέσεις οδηγούν στην ανάπτυξη δυσπροσαρμοστικών ή ακατάλληλων μηχανισμών αντιμετώπισης της ζωής, σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση. Στόχος της θεραπείας είναι η αντιμετώπιση των προβλημάτων των καταθλιπτικών ασθενών που σχετίζονται με τη μη φυσιολογική αντίδραση θρήνου, τη διαμάχη διαπροσωπικών ρόλων (interpersonal role disputes), τις δύσκολες μεταβάσεις ρόλων (π.χ. αλλαγή εργασίας, μητρότητα) και τα διαπροσωπικά ελλείμματα (π.χ. ανεπαρκείς κοινωνικές δεξιότητες). Οι συνεδρίες που διενεργούνται είναι πλήρως τυποποιημένες, με διάρκεια 15 – 20 λεπτών, κατά τις οποίες γίνεται παρακολούθηση της προόδου, καθορίζονται σαφείς στόχοι και

αναλύονται τεχνικές που ο ασθενής θα εξασκήσει μόνος του σαν «εργασία για το σπίτι» (Baldwin D. S. & Birtwistle J., 2002).

Η **Θεραπεία Συμπεριφορικής Ενεργοποίησης (BAT)** είναι μια σύντομη, δομημένη θεραπευτική προσέγγιση που χρησιμοποιείται, κυρίως ενάντια στην οξεία κατάθλιψη. Μέσω της θεραπείας γίνεται προσπάθεια ο ασθενής να υιοθετήσει μια πιο ενεργή συμπεριφορά, δηλαδή να δρα (να βγαίνει έξω, να κάνει καινούρια πράγματα) και να έρχεται σε επαφή με άλλους ανθρώπους, κάτι που έρχεται σε αντίθεση με την αδράνεια/αποφυγή/απόσυρση που εμφανίζουν οι καταθλιπτικοί ασθενείς. Αυτές οι δράσεις γίνονται πηγές ανταμοιβής και έτσι ο ασθενής εκτίθεται προοδευτικά περισσότερο σε περιβάλλοντα που ενισχύουν αυτή την ανταμοιβή, μειώνοντας την απόσυρση. Επακόλουθα βελτιώνεται η σκέψη και η ποιότητα ζωής, με τα καταθλιπτικά συμπτώματα να εξασθενούν. Η πρακτική αυτή έχει επικυρωθεί ως αποτελεσματική για την κατάθλιψη και έχει χρησιμοποιηθεί σε μεγάλο αριθμό ασθενών με διαφορετικά συμπτώματα και προβλήματα (Dimidjian S. & Davis J. K., 2009; Hopko R. D. et al, 2011).

Η **Θεραπεία Επίλυσης Προβλημάτων** είναι μια σχετικά νέα ψυχολογική παρέμβαση για την κατάθλιψη, η οποία είναι πρακτική και αποδεδειγμένα αποτελεσματική ενάντια στην οξεία κατάθλιψη. Βάση της θεραπείας είναι ότι τα αγχωτικά γεγονότα ζωής, τα οποία οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν ικανοποιητικά, προκαλούν κατάθλιψη. Επομένως, αυτού του είδους η θεραπεία δίνει στον ασθενή σαφείς τεχνικές επίλυσης των προβλημάτων αυτών, με σκοπό την μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης μετά την ανακούφισή τους από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Χορηγείται από ψυχολόγους, γενικούς ιατρούς ή και νοσοκόμους, σε ένα σύνολο έξι συνεδριών σε διάστημα 12 εβδομάδων. Η θεραπεία αυτή μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματική μακροχρόνια καθώς οι τεχνικές που κατακτούν οι ασθενείς μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε κάθε πρόβλημα που εμφανίζεται, προστατεύοντάς τους από μετέπειτα υποτροπές (Baldwin D. S. & Birtwistle J., 2002).

Η ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματική κατά της κατάθλιψης. Σε σύγκριση με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα έχει ανάλογα αποτελέσματα βραχυπρόθεσμα και πιθανώς καλύτερα μακροπρόθεσμα. Όταν ακολουθείται όμως, συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής υπάρχουν καλύτερα αποτελέσματα, από ότι όταν ακολουθείται μία από τις δύο μεθόδους. Η πλειονότητα των ασθενών προτιμούν την ψυχοθεραπεία, ως πιο αποδεκτή από τη φαρμακοθεραπεία για κοινωνικούς λόγους που αφορούν το στίγμα των φαρμάκων σχετικά με τις ψυχικές ασθένειες (Cuijpers P. et al, 2019).

4.7.2 Φαρμακοθεραπεία

Τα πρώτα αντικαταθλιπτικά που δημιουργήθηκαν ήταν οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟΙ), οι οποίοι δρουν αναστέλλοντας την έκκριση του ενζύμου μονοαμινοξειδάση. Το ένζυμο αυτό αποσυνθέτει τους σεροτονινικούς και νορεπινεφρικούς νευροδιαβιβαστές, επομένως η αναστολή τους αφήνει περισσότερους νευροδιαβιβαστές ελεύθερους στο νευρικό σύστημα, με αποτέλεσμα τη βελτίωση της διάθεσης. Αυτός ο τύπος αντικαταθλιπτικών δε χρησιμοποιείται πια, λόγω των πολλών παρενεργειών που έχει, ειδικότερα σε συνδυασμό με άλλα φάρμακα, με άλλες ασθένειες αλλά και με συγκεκριμένα τρόφιμα.

Στη συνέχεια εμφανίστηκαν τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAS), τα οποία, αρχικά προορίζονταν για τη θεραπεία αλλεργιών, αλλά ανακαλύφθηκε ότι βοηθούν στη βελτίωση της διάθεσης καταθλιπτικών ασθενών. Δρουν σταματώντας την επαναπρόσληψη σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης, καταλήγοντας στην αύξηση των ελεύθερων νευροδιαβιβαστών. Ούτε αυτά τα φάρμακα χρησιμοποιούνται πια επίσημα, λόγω της σύνδεσής τους με καρδιακά προβλήματα, ενώ σε υψηλές δόσεις μπορούν να είναι θανάσιμες, κάτι το οποίο αποτελεί ισχυρή αντένδειξη για ασθενείς που πολύ συχνά εμφανίζουν αυτοκτονικές τάσεις (Sabella D., 2018).

Ένα από τα πιο πρόσφατα και ευρέως χρησιμοποιούμενα αντικαταθλιπτικά αυτή τη στιγμή είναι οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), οι οποίοι δρουν με τον ίδιο τρόπο με τα τρικυκλικά, αλλά μόνο για τη σεροτονίνη. Ένα θετικό των SSRIs είναι ότι υπάρχουν πολλά διαφορετικά σκευάσματα, οπότε οι ασθενείς μπορούν να δοκιμάσουν και να αποφασίσουν, ποιο δεν τους προκαλεί παρενέργειες. Αυτός ο τύπος φαρμάκων δεν έχει τόσο σοβαρές αντενδείξεις και χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση και άλλων διαταραχών, όπως το μετατραυματικό στρες, η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και οι αγχώδεις διαταραχές (Ramsey L. B. et all, 2019; Sabella D., 2018).

Επιπλέον, υπάρχουν τα φάρμακα εκλεκτικής αναστολής επαναπρόσληψης σεροτονίνης – νορεπινεφρίνης (SNRIs), νορεπινεφρίνης – ντοπαμίνης (NDRIs) και σεροτονίνης – αναστολής σεροτονινικών υποδοχέων 2A (SARIs), αλλά και τα νοραδρενεργικά και ειδικά σεροτονινεργικά αντικαταθλιπτικά (NaSSAs) (Sabella D., 2018). Όλα τα παραπάνω φάρμακα δρουν με σκοπό την αύξηση των επιπέδων των νευροδιαβιβαστών στις συνάψεις. Φαίνεται, ότι τα επίπεδα μονοαμινών αυξάνονται σχεδόν αμέσως μετά την εκκίνηση της αγωγής, ωστόσο τα αποτελέσματα αργούν να επηρεάσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης περίπου για τρεις εβδομάδες. Επίσης, όπως έχει αναφερθεί, πολλοί ασθενείς δεν ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική αγωγή (Monteggia L. M. et all, 2014).

Η φυσική άσκηση προτείνεται, επίσης, ως αποτελεσματική δράση κατά της κατάθλιψης, καθώς διεγείρει την έκκριση αυξητικών παραγόντων, μειώνει τις προφλεγμονώδεις αντιδράσεις, προάγει τη διατήρηση της νευρογένεσης αγγείων και συνάψεων και καταπολεμά το άγχος (Gulyaeva V. V. et all, 2019).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

Ο ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΚΟΣΜΟΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΗ ΜΕΝΝ

Η δημιουργία οικογένειας θεωρείται ένα από τα πιο σημαντικά γεγονότα της ζωής των ανθρώπων, το οποίο προωθεί την ανάπτυξη των ενηλίκων και της κοινωνίας. Αδιαμφισβήτητα, το ταξίδι της κυοφορίας και την γέννησης ενός παιδιού αποτελεί κομβικό σημείο της κοινής πορείας ενός ζευγαριού, στο οποίο καλείται να προσαρμοστεί στο νέο του ρόλο και κατά κάποιο τρόπο να μεταμορφωθεί (Stern D. N. & Bruschiweiler – Stern N., 1998; Ionio C. et all, 2016). Την περίοδο της εγκυμοσύνης, οι περισσότεροι γονείς βιώνουν πολλά και ανάμεικτα συναισθήματα, οραματίζονται έναν ιδανικό τοκετό και ένα τέλειο νεογνό, που θα αναπτυχθεί φυσιολογικά. Όταν όμως η άφιξη του νεογνού συνδυάζεται με την προωρότητα, τότε διαταράσσονται οι φυσιολογικές διεργασίες και η προετοιμασία για την γονεϊκότητα (Als H., 1986; Arockiasamy V. et all, 2008; Cano Gimenez E. and Sanchez – Luna M., 2015; Gutiérrez S. S. R., et all, 2020). Τα πρόωρα νεογνά και ιδιαίτερα τα πολύ πρόωρα νεογνά χρειάζονται εξειδικευμένη φροντίδα, μηχανική υποστήριξη και νοσηλεία στη ΜΕΝΝ (Ncube R. K. et all., 2016; Ireland S. et all, 2019). Όλα συμβαίνουν γρήγορα κι απρόσμενα, ώστε οι γονείς να μην έχουν προετοιμαστεί ψυχολογικά, σωματικά και συναισθηματικά για τον ερχομό του νεογνού τους και να αισθάνονται ανεπαρκείς για τον γονεϊκό τους ρόλο (Sisson H. et all, 2015; Spinell M. et all, 2016; Yang Y. Y. et all, 2017; Gutiérrez S. S. R., et all, 2020). Η απότομη διακοπή του ρόλου αυτού, καταβάλει τους γονείς, οι οποίοι διακατέχονται από συναισθήματα ενοχής, ανικανότητας, θυμού, άγχους και απογοήτευσης. Πρόκειται για μια πρωτόγνωρη και δύσκολη εμπειρία τόσο για τους ίδιους, αλλά και για ολόκληρη την οικογένεια (Woodroffe I., 2007; Ireland S. et all, 2019; Mengesha E. W. et all, 2021). Από μητέρες αναφέρονται συχνά συναισθήματα ενοχής, αποτυχίας, ανησυχίας, κατάθλιψης, φόβου, μειωμένης αυτοεκτίμησης και πένθους, εφόσον δεν κατάφεραν να ολοκληρώσουν την αποστολή τους – *«Την Εγκυμοσύνη»* και να έχουν ένα υγιές νεογνό στο σπίτι τους (Reihani T., et all, 2014; Gutiérrez S. S. R., et all, 2020; Yu X. et all, 2020).

Οι επαγγελματίες υγείας στη ΜΕΝΝ δεν έχουν ως κύριο μέλημά τους μόνο την παροχή φροντίδας στο πρόωρο νεογνό, αλλά έχουν και ως καθήκον τη υποστήριξη, την κατανόηση, την ενδυνάμωση και την καθοδήγηση της νέας οικογένειας που δημιουργείται κάτω από ιδιαίτερες συνθήκες (Adama E. A. et all, 2021).

5.1 Το Περιβάλλον της MENN

Η προωρότητα συνεπάγεται την εισαγωγή του νεογνού στη MENN, και κατά συνέπεια οι γονείς του να αντιμετωπίζουν ένα άγνωστο περιβάλλον γι' αυτούς (Aliabadi F., et all, 2014; Galeano S. P. O. & Maya A. M. S., 2021). Το ίδιο το περιβάλλον της MENN μπορεί να αποτελέσει τον κύριο παράγοντα που συμβάλλει στην αβεβαιότητα και την αγωνία τους (Ramezani T. et all, 2014; Galeano S. P. O. & Maya A. M. S., 2021). Οι στρεσογόνες καταστάσεις που βιώνουν οι γονείς είναι τέσσερις, οι οποίες εντοπίστηκαν και περιγράφονται με κάθε λεπτομέρεια από τους Miles M. S. et all, από το 1993 και είναι οι παρακάτω:

1. Ο παράγοντας «Εικόνες και Ήχοι»

Ο παράγοντας αυτός περιγράφηκε ως το φυσικό περιβάλλον, συμπεριλαμβανομένων των μηχανημάτων, του εξοπλισμού, των φώτων, των διάφορων ήχων, τη θέα των νεογνών τους και του προσωπικού, με το οποίο οι γονείς έρχονταν σε επαφή (Miles M. S. et all, 1993). Το περιβάλλον της MENN έχει δυνατούς θορύβους, έντονο φωτισμό, πολύ κόσμος και πολλά μηχανήματα (Affleck G. et all, 1991). Μέσα σε είκοσι τέσσερις ώρες καταγράφονται 4994 έντονοι θόρυβοι, το 90% από αυτούς οφείλονται στον ανθρώπινο παράγοντα. Οι δυνατοί θόρυβοι οφείλονται για τις αλλαγές στις φυσιολογικές ζωτικές λειτουργίες των νεογνών, όπως είναι η ταχυκαρδία, ταχύπνοια, άπνοια, αύξηση αρτηριακής πίεσης, διαταραχές ύπνου, ικανοί να ταραξούν τόσο το νεογνό όσο και να προκαλέσουν ενδοκρανιακή αιμορραγία στα πολύ πρόωρα νεογνά (Robertson A., et all, 1999; Restin T. et all, 2021). Ο διαρκής δυνατός φωτισμός όλο το 24ωρο στις MENN επηρεάζει το φυσιολογικό σωματικό ρυθμό των νεογνών. Έρευνες έχουν δείξει ότι στις MENN που χρησιμοποιείται ο νυχτερινός φωτισμός, τα νεογνά εξελίσσουν πιο γρήγορα την κατάσταση ύπνου – αφύπνισης, για το λόγο αυτό όλες οι MENN θα πρέπει να έχουν περιβάλλον ελεγχόμενου φωτισμού, σκεπάζοντας τις θερμοκοιτίδες με καλύμματα ώστε το φως να μην χτυπάει συνέχεια το πρόσωπο των νεογνών (Nair M. N. G. et all, 2003; European Foundation for Care of Newborn Infants – EFCNI, 2021). Παρόμοια, μελέτες των Darlow A. B. et all (2005), που πραγματοποιήθηκαν σε MENN στην Αυστραλία και στη Νέα Ζηλανδία και αφορούσαν στον προσδιορισμό του άγχους των γονέων στο συγκεκριμένο περιβάλλον, παρατήρησαν ότι οι μητέρες ήταν περισσότερο αγχώδεις από τους πατέρες. Χρησιμοποίησαν επίσης την κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους STAI προκειμένου να διερευνήσουν τα επίπεδα άγχους και νευρικότητας που βιώνουν εκείνη τη δεδομένη χρονική στιγμή συγκριτικά με την κλινική εικόνα του νεογνού. Από τα δεδομένα της μελέτης βρέθηκαν ότι τα επίπεδα άγχους ήταν υψηλότερα ($2.0 + 0.07, p=0.033$) σε γονείς με νεογνά κάτω των 33

εβδομάδων γέννησης, ωστόσο δεν καταγράφηκε αξιοσημείωτη διαφορά εμφάνισης άγχους στους γονείς με νεογνά ηλικίας κύησης μεταξύ 33 – 42 εβδομάδες γέννησης (33-35 w 1.8+0.05, 36-42 w 1.8+0.04).

2. Ο παράγοντας «Εμφάνιση και Συμπεριφορά του Νεογνού»

Ο παράγοντα αυτός περιγράφηκε ως ο τρόπος εμφάνισης και συμπεριφοράς του νεογνού, όταν οι γονείς επισκέπτονταν τη ΜΕΝΝ, συνήθως διαφορετικός από ένα υγείες νεογέννητο νεογνό εξαιτίας της προωρότητας. Καθώς επίσης, και μερικές θεραπείες που παρακολουθούσαν οι γονείς να εφαρμόζονται στο νεογνό τους όταν ήταν παρόντες. Σύμφωνα με την ηλικία κύησης τα πρόωρα νεογνά έχουν ειδικά μορφολογικά χαρακτηριστικά. Το δέρμα τους είναι διαφανές, λεπτό, με βαθύ κόκκινο χρώμα, παρουσιάζει έντονη διαγραφή των αγγείων και αυξημένο χνούδι. Οι δερματικές πτυχές στα πέλματα είναι ατελώς ανεπτυγμένες, τα περύγια των αυτιών παρουσιάζουν ατελή ελίκωση, τα γεννητικά τους όργανα είναι υποπλαστικά, η θηλή με τη θηλαία άλω ελάχιστα διακρίνονται και ο μυϊκός τόνος εμφανίζεται αρχικά στα κάτω άκρα και προοδευτικά προς τα άνω. Ουδεμία σχέση έχουν με τα τελειόμηνα νεογνά και ιδιαίτερα με εκείνα που φαντάζονται και προσδοκούν οι γονείς (Morse S. B. et all, 2009; Gurka M. J. et all, 2010; Gkentzi D. & Dimitriou G., 2014).

3. Ο παράγοντας «Σχέση Γονέων – Νεογνού και Γονεϊκός ρόλος» (Miles M. S., 2002).

Περιγράφηκε ως η αλλοίωση της συνηθισμένης σχέσης γονέα – βρέφους και γονεϊκού ρόλου, λόγω ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν και είναι κύριοι φροντιστές των νεογνών αυτών. Με την πρόωρη γέννηση, οι γονείς δεν έχουν προλάβει να ολοκληρώσουν τις ψυχολογικές διεργασίες προετοιμασίας για τη γέννηση και το νεογνό. Η νοσηλεία του νεογνού στη ΜΕΝΝ είναι μια έκτακτη κατάσταση για τους γονείς, που ο γονεϊκός τους ρόλος ξεκινά και συνεχίζει να εξελίσσεται σε ένα πλαίσιο ιατροκεντρικό, χωρίς ιδιωτικότητα (Zabielski M. T., 1994). Επιπλέον, ο αποχωρισμός γονέων – νεογνού γίνεται με τη γέννηση, άλλα και κατά τη νοσηλεία του. Η φροντίδα του νεογνού από το νοσηλευτικό προσωπικό έχει ως αποτέλεσμα οι γονείς να μην εξοικειώνονται με το νεογνό τους, να χάνουν τον έλεγχο της φροντίδας με συνέπεια η διαδικασία διαμόρφωσης του γονικού ρόλου να δυσχεραίνει σε σύγκριση με τους γονείς των τελειόμηνων νεογνών.

4. Ο παράγοντας «Προσωπικό».

Περιγράφηκε ως η επικοινωνία, η συμπεριφορά και η ενημέρωση που παρέχεται από το αρμόδιο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στους γονείς για την ασθένεια, τη θεραπεία και την

εξέλιξη της υγείας του παιδιού τους (Miles M. S. et all, 1993). Ο λιγότερο αγχωτικός παράγοντας για τους γονείς, σύμφωνα με τις μελέτες των Affonso D. D., 1992, των Tommiska V. et all, 2002 & των Agrawal R. & Gaur A., 2016, αφορούσε στη συμπεριφορά και στην επικοινωνία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Οι γονείς ήταν δύσκολο να εκτιμήσουν τις συμπεριφορές του προσωπικού και την επικοινωνία σε μια περίοδο που το νεογνό τους ήταν σοβαρά άρρωστο και υπό τη φροντίδα του, παρόλα αυτά εκτιμήθηκε η επαρκής επικοινωνία που πραγματικά συνέβαινε, επιβεβαιώνοντας έτσι την υψηλή ποιότητα παροχής υπηρεσιών. Σύμφωνα με τις παραπάνω μελέτες, οι γονείς ένιωθαν λιγότερο άγχος γνωρίζοντας ότι το προσωπικό εργάζεται με κοινό στόχο τη βελτίωση της υγείας του νεογνού τους. Ακόμη, η κατάλληλη αλληλεπίδραση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με τους γονείς σχετικά με τη διάγνωση και τη θεραπεία των νεογνών τους, αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα μείωσης του άγχους των γονέων (Agrawal R. & Gaur A., 2016).

5.2 Η Παρουσία των Γονέων στη MENN

Οι γονείς αποτελούν τα σημαντικότερα άτομα για την φροντίδα και τη μέριμνα του παιδιού. Όταν αυτό νοσηλεύεται στη MENN, αρχικά τρομάζουν και χάνουν το κουράγιο τους. Επιπλέον τους κυριεύει ο φόβος της προβληματικής σωματικής και νοητικής εξέλιξης, ακόμα και του θανάτου του νεογνού τους (Schneider L. A., et all, 2014). Η νοσηλεία του νεογνού κάνει τους γονείς να νιώθουν ανίσχυροι και ανίκανοι μπροστά στο αναπάντεχο γεγονός του αποχωρισμού από το αδύναμο μωρό τους και τη φροντίδα του να την αναλάβει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της MENN (Ionio C. et all, 2016). Οι οικογένειες αυτές είναι ψυχολογικά ευάλωτες και το στρες σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους. Αν και δεν παρουσιάζουν όλοι οι γονείς αυτού του τύπου την συμπτωματολογία, εκτιμάται ότι 20 – 30% των γονέων με πρόωρα & πολύ πρόωρα νεογνά παρουσιάζουν ψυχολογικά προβλήματα για ένα χρόνο μετά τον τοκετό (Hynan M. T. et all, 2015), όπως οξείες διαταραχές άγχους, μετατραυματικό στρες και επιλόχειο κατάθλιψη (Tahirkheli N., et all, 2014; Cherry A., et all, 2016). Στην τελευταία περίπτωση οι τιμές μπορούν να φτάσουν το 70% στις μητέρες (Woodward L. et all, 2014).

Το μεγαλύτερο μέρος της κλινικής και ερευνητικής προσοχής έχει εστιάσει στην επιλόχειο κατάθλιψη και στο επιλόχειο στρες της μητέρας, παραγκωνίζοντας το ψυχολογικό στρες και την κατάθλιψη του πατέρα (Treyvaud K. et all, 2014; Gonular D. et all, 2014; Candelori C. et all, 2015). Μία πρώτη μελέτη έγινε το 2010 στις ΗΠΑ, η οποία εξέτασε την επιλόχεια κατάθλιψη στον πατέρα μετά την εισαγωγή του νεογνού στη MENN (Mackley A.

B. et all, 2010) ενώ δεν έχει εντοπιστεί κάποια μελέτη που να ασχολείται με την ψυχολογική κατάσταση του πατέρα μετά την έξοδο του νεογνού από αυτή. Τα τελευταία χρόνια η προσοχή των ερευνητών έχει στραφεί και προς το μέρος του πατέρα, μελετώντας την κατάθλιψη και το στρες ως μέσο αξιολόγησης την κλίμακα του Εδιμβούργου (EPDS) (Loscalzo Y. et all, 2015). Επίσης οι Dutta S. et all (2016), στη μελέτη τους που αφορά στο στρες των πατέρων που είχαν πρόωρα νεογνά έδειξαν ότι οι πατέρες αντιμετώπιζαν το ίδιο ποσοστό στρες με τις μητέρες, λόγω των ιδιαιτεροτήτων της MENN. Σε αντίθεση, προηγούμενες μελέτες έδειξαν ότι οι μητέρες βίωσαν υψηλότερα ποσοστά άγχους από τους πατέρες μετά την γέννηση των πρόωρων νεογνών τους (Gonular D., et all, 2014; Ionio C., et all, 2016). Μια νέα έρευνα στις ΗΠΑ το 2017 έρχεται να δείξει ότι οι πατέρες με νεογνά που εισήχθησαν στη MENN βίωσαν συμπτώματα κατάθλιψης, στρες, φόβου, άγχους και χαμηλής αυτοεκτίμησης, τόσο κατά τη νοσηλεία του νεογνού όσο και μετά την έξοδο του από τη MENN (Lyn C. et all, 2017). Οι Alkozei et all το 2014 και οι Carmen C. et all το 2016 διαπίστωσαν ότι, οι πατέρες – σύζυγοι για να έχουν υποστηρικτικό ρόλο προς τις συζύγους τους καταστέλλουν τα δικά τους αρνητικά συναισθήματα όπως είναι το άγχος και η κατάθλιψη. Οι ίδιοι έχουν ως στόχο, να βοηθήσουν τις συζύγους τους να διαχειριστούν τα συναισθήματα τους (άγχος και κατάθλιψη), και να σκεφτούν τη δυάδα που απαρτίζεται από τη μητέρα και το νεογνό, δίνοντας τους κατάλληλη υποστήριξη.

Σύμφωνα με τη μελέτη των Lasiuk et all το 2013 και οι δύο γονείς περιγράφουν την εμπειρία της πρόωρης γέννησης ως στρεσογόνο και τραυματική. Επίσης, οι μητέρες αναφέρουν ότι κατά την διάρκεια της παραμονής των νεογνών τους στη MENN χρειάστηκε **«να βάλουν την ζωή τους στην αναμονή»**, να καταστείλουν συναισθήματα όπως ο φόβος για την επιβίωση του νεογνού τους, ο θυμός απέναντι στο αγενές προσωπικό ή η ντροπή για τα συναισθήματα απόρριψης που βίωναν, ώστε να αποφύγουν διαπληκτισμούς με το προσωπικό και να συντηρήσουν την εικόνα της «καλής μητέρας», αλλά και κατ' επέκταση να ελέγξουν ως ένα βαθμό τα συναισθήματα και την εμπειρία τους. Οι πατέρες από την άλλη, φαίνεται ότι προσπαθούν να στηρίζουν τις συζύγους – συντρόφους τους, παραμελώντας συχνά τις ανάγκες τους και καταπιέζοντας τα συναισθήματα τους, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι και οι ίδιοι δεν έχουν ανάγκη προσοχής και φροντίδας. Αναφέρουν έντονα αισθήματα ενοχής, επειδή εκείνοι χρειάζεται να ασχοληθούν με την ρουτίνα του σπιτιού, τα υπόλοιπα παιδιά της οικογένειας όταν υπάρχουν, την εργασία τους, με αποτέλεσμα να μένουν μακριά από το πρόωρο νεογνό τους για περισσότερο χρόνο απ' όσο εκείνοι επιθυμούσαν (Hagen et all, 2016).

Το άγχος, η κατάθλιψη και η κόπωση επηρεάζουν την συμπεριφορά και την αντίληψη των γονέων (Lee S. Y. & Kimble L. P., 2009). Οι γονείς είναι πιθανόν να μην μπορούν

προσωρινά να επεξεργαστούν τις πληροφορίες και να φαίνονται μη δεκτικοί στο να δεχτούν υποστήριξη (Hynan M. T. et all, 2005). Μάλιστα σε έρευνα των Lindberg B. & Ohrling K. (2008), μητέρες ανέφεραν αδυναμία να κατανοήσουν τις πληροφορίες που τους δίνονταν τόσο για την κατάσταση του νεογνού όσο και τη φροντίδα του. Αντίστοιχα οι πατέρες, περιγράφουν τις πρώτες μέρες ως ιδιαίτερα δύσκολες, στη διάρκεια των οποίων τα πάντα φαντάζουν πάνω και πέρα από την πραγματικότητα και οι ίδιοι αδυνατούν να κατανοήσουν την κατάσταση. Για κάποιες μητέρες, ο δεσμός της αγάπης που άρχισε να δημιουργείται την περίοδο της κύηση και ανέμεναν να κορυφωθεί στη γέννηση, τώρα αναστέλλεται μέχρι να σταθεροποιηθεί η υγεία του νεογνού και να απομακρυνθεί το ενδεχόμενο του θανάτου. Η ίδια περίοδος φαίνεται να βιώνεται από άλλες μητέρες ως ασυνέχεια του παρελθόντος και του παρόντος (Black et all, 2009; Spinelli M. et all, 2016).

Η εμπειρία της MENN συνδέεται και με μακροχρόνιες επιδράσεις στα συναισθήματα των γονέων. Έρευνα των Miles M. S. et all το 2007, υποδηλώνει ότι οι απαντήσεις των γονέων δεν περιορίζονταν στην περίοδο της νοσηλείας του νεογνού στη MENN και επιπλέον ότι η συγκεκριμένη εμπειρία συνδέεται με διαταραχές: όπως η οξεία διαταραχή του άγχους και αυτή του μετατραυματικού άγχους (Postnatal Post-traumatic Stress Disorder – PTSD). Στην ίδια μελέτη, αν και τα συμπτώματα κατάθλιψης στις μητέρες μειώθηκαν μετά την έξοδο του νεογνού από τη MENN, το 13% αυτών παρέμενε με κατάθλιψη είκοσι – επτά (27) μήνες μετά τον τοκετό. Σε άλλη μελέτη του 2010, το 15% των μητέρων και το 8% των πατέρων έδειξε διαταραχή μετατραυματικού άγχους, στην αξιολόγηση που έλαβε χώρα, τριάντα (30) ημέρες μετά την εισαγωγή του νεογνού στη MENN. Οι μητέρες με χαμηλά εισοδήματα, που είχαν τα νεογνά τους στη MENN έδειξαν αυξημένο ποσοστό οξείας διαταραχής άγχους, συγκριτικά με τις μητέρες με χαμηλά εισοδήματα των υγιών νεογνών. Τα στοιχεία δείχνουν ότι το συναισθηματικό άγχος δεν μειώνεται με την πάροδο του χρόνου και ότι οι γονείς κινδυνεύουν με καθυστερημένη απάντηση (Busse M. et all, 2013).

Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα της μελέτης των Jeffcoate J. A. et all, που διενεργήθηκε αρκετά χρόνια πριν (1979), τα αποτελέσματα της οποίας έδειξαν ότι η κατάθλιψη των μητέρων μετά τον τοκετό διήρκεσε περισσότερο από 1 εβδομάδα για τις μητέρες των νεογνών που νοσηλεύονταν στη MENN, σε αντίθεση με λιγότερο από 1 εβδομάδα για τις μητέρες των τελειόμηνων νεογνών. Σε μελέτη των Carter J. D. et all το 2005, ένας μεγαλύτερος αριθμός γονέων νεογνών που νοσηλεύονταν στη MENN είχε κλινικά σχετική ανησυχία και κατάθλιψη όταν αξιολογήθηκαν μέσα σε τρεις εβδομάδες από την εισαγωγή των νεογνών σε σύγκριση με μία ομάδα ελέγχου γονέων τελειόμηνων νεογνών. Κατά τη διάρκεια του μήνα που ακολουθεί τη γέννηση του νεογνού, οι μητέρες των νεογνών που νοσηλεύονταν

στη MENN, σε σύγκριση με τις μητέρες της ομάδας ελέγχου, βαθμολόγησαν υψηλότερα τα εξής: δυσκολία λήψης αποφάσεων, κατάθλιψη, άγχος και ιδεοψυχαναγκαστικές συμπεριφορές. Επιπλέον, σε 1 – 3 χρόνια μετά τη γέννηση του νεογνού τους, τα επίπεδα του άγχους που βίωσαν οι γονείς των νηπίων που είχαν νοσηλευθεί στη MENN ήταν σημαντικά υψηλότερα σε σύγκριση με τα άτομα της ομάδα ελέγχου (Singer L. T. et all, 1999). Επίσης πρόσφατες μελέτες συσχέτισαν το άγχος κατάστασης (trait anxiety) και την κατάθλιψη των γονέων με τις ημέρες νοσηλείας του νεογνού στη MENN. Οι Barreto M. T. et all (2020), Ionio C. et all (2016) & Cherry S. A. et all (2016), αναφέρουν σημαντικές συσχετίσεις του μετατραυματικού στρες των γονέων, με τη μακρόχρονη παραμονή του νεογνού στη MENN σε συνδυασμό με το περιβάλλον της, την εικόνα του πρόωρου νεογνού, το είδος του τοκετού, τη χρήση ουσιών και την αλλαγή του γονικού ρόλου. Ένας ακόμη παράγοντας που επηρεάζει τον συναισθηματικό κόσμο των γονέων με νεογνά που νοσηλεύονται για αρκετό καιρό στη MENN είναι η έλλειψη της υποστήριξης από τον κοινωνικό περίγυρο.

Με βάση τα προαναφερθέντα, η αξιολόγηση των γονέων κατά την διάρκεια της νοσηλείας των νεογνών στη MENN είναι απαραίτητη, ώστε να εκτιμηθεί έγκαιρα η συναισθηματική τους κατάσταση και να εντοπιστούν εκείνοι που διατρέχουν κίνδυνο για εκτεταμένες σωματικές και συναισθηματικές συνέπειες.

5.3 Η Συμμετοχή των Γονέων στη MENN

Από τη δεκαετία του 1950 κι έπειτα, αρκετοί ερευνητές υποστήριξαν ότι παράλληλα με την επιστημονική εξέλιξη στον τομέα της νεογνολογίας, είναι απαραίτητη η διατήρηση της επαφής του πρόωρου νεογνού με τους γονείς του (Prugh D. G., 1953; Klaus H. M. & Kennell H. J., 1976; Bell J. E., 1969). Οι γονείς ανταποκρίθηκαν θετικά στην εξέλιξη αυτή και κατά επέκταση στο νέο ενεργό τους ρόλο (O' Connor S. et all, 1980; Silberman S. L., 1990; Temkin



Εικόνα 4: Εφαρμογή Kangaroo Care Πατέρα Νεογνού στη MENN (Προσωπικό Αρχείο Ερευνήτριας).

E., 2002). Επίσης το 1980, είχε καταγράψει από τον Γάλλο μαιευτήρα Pierre Budin ότι οι μητέρες που δεν συμμετείχαν στη φροντίδα των νεογνών τους που νοσηλεύονταν, συχνά τα εγκατέλειπαν (Gay G. & Frank L. S., 1998). Παρ' όλα αυτά, για αρκετές δεκαετίες, οι γονείς δεν μπορούσαν να συμμετέχουν στη φροντίδα του νεογνού τους μπροστά στον φόβο των λοιμώξεων, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται ακόμη περισσότερο η ψυχολογική τους κατάσταση. Το 1992 αναπτύχθηκε η

φιλοσοφία της Φροντίδας με Επίκεντρο την Οικογένεια – Family Centered Care (FCC) στις MENN, η οποία έχει ως σκοπό να προωθή τη συνεχή και στενή εμπλοκή της οικογένειας του νεογνού καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του (Harrison H., 1993; Van Riper M., 2001). Αποτελέσματα μελετών, τα μετέπειτα χρόνια, έδειξαν ότι με την εφαρμογή της φιλοσοφίας αυτής, σημειώθηκαν σημαντικές βελτιώσεις στη ζωή και στη σχέση των γονέων, ακόμη και στις σχέσεις τους με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της MENN.

Η συμμετοχή των γονέων στη μέθοδο με δερματική επαφή – skin to skin & kangaroo care, έχει αποδειχθεί ότι βοηθά στη βελτίωση της κατάστασης των νεογνών, στη μείωση του άγχους και στην προσαρμογή στη νέα πραγματικότητα που έχουν να αντιμετωπίσουν οι ίδιοι οι γονείς (Mu P. F. et all, 2020). Αξίζει να σημειωθεί ότι οι γονείς που ενθαρρύνθηκαν να ακουμπήσουν και να πάρουν αγκαλιά τα πρόωρα νεογνά τους (εκείνα που η κατάσταση την υγείας τους το επέτρεπε) είχαν μικρότερα ποσοστά άγχους, από εκείνους που καθυστέρησαν να έρθουν σε επαφή με μαζί τους (Woodward L. et all, 2014; Wormald F. et all, 2015).

Στις περιπτώσεις όπου περιορίζεται η επαφή των μητέρων με τα νεογνά τους, εκείνες με τη σειρά τους αναφέρουν αισθήματα απομάκρυνσης και αποσύνδεσης από εκείνα. Επίσης, νιώθουν ότι δεν συμμετέχουν στη φροντίδα του νεογνού και ότι δυσκολεύονται σε μεγάλο βαθμό με τους συνεχείς επιβαλλόμενους αποχωρισμούς κατά την παραμονή του νεογνού τους στη MENN (Spinelli M. et all, 2016). Επιπλέον, δυσκολίες φαίνεται να αντιμετωπίζουν εξαιτίας της απαγόρευσης του επισκεπτηρίου και της υπόλοιπης οικογένειας στη μονάδα, με τις μητέρες να επιζητούν τη συμμετοχή τους στο συγκεκριμένο χώρο και να αναφέρουν συναισθήματα μοναξιάς και διχασμού μεταξύ της ανάγκης να μείνουν κοντά στο πρόωρο νεογνό τους και να μην παραμελήσουν τα άλλα παιδιά που ενδεχομένως τις περιμένουν στο σπίτι (Lindberg B. & Ohrling K., 2008). Οι γονείς έτσι έχουν την ευκαιρία να επισκέπτονται τα νεογνά τους περισσότερες φορές και να συμμετέχουν όλο και περισσότερο στη φροντίδα τους, ώστε να προετοιμαστούν καλύτερα για τη μετάβαση τους στο σπίτι (Sellan V. A. et all, 2016; Mushataq A. & Kazi F., 2019; Neu M. et all, 2020).

Οι γονείς αποτελούν το σημαντικότερο περιβάλλον στο οποίο το νεογνό αναπτύσσεται κι επιβιώνει. Η γέννηση ενός νεογνού αποτελεί της έναρξη της χρονικής περιόδου κατά την οποία αναπτύσσεται ο δεσμός (bonding) νεογνού – γονέων, ο οποίος θα τους ακολουθήσει καθ' όλη την διάρκεια της ζωής τους. Η ανάπτυξη του δεσμού (bonding) αυτού αρχίζει από τη



Εικόνα 5: Εφαρμογή Kangaroo Care από Μητέρα Νεογνού στη MENN (Προσωπικό Αρχείο Ερευνήτριας).

διάρκεια της εγκυμοσύνης και διευκολύνει τους γονείς να αποδεχτούν το ρόλο τους και γενικά επιδρά θετικά στην αποδοχή του γονεϊκού ρόλου τους, στην επιβίωση του νεογνού τους και στην προσαρμογή του στην εξωμήτρια ζωή. Αυτή η φυσική διαδικασία – της γονικής σύνδεσης διακόπτεται όταν το νεογνό γεννηθεί και νοσηλευτεί στη MENN (Ghadery – Sefat A. et all, 2016). Σε μελέτη των Ncube R. K. et all. το 2016, η οποία μελέτησε τις εμπειρίες των μητέρων πρόωρων νεογνών, αναφέρει ότι οι μητέρες σοκαρίστηκαν από την ξαφνική γέννηση του νεογνού τους και διαπίστωσαν ότι το τρομακτικό περιβάλλον της MENN επιδείνωσε τις ανησυχίες τους. Το γεγονός αυτό αύξησε το φόβο και την ανησυχία τους με αποτέλεσμα να καθυστερήσουν να αναπτύξουν το δεσμό με τα νεογνά τους. Επίσης, σε άλλη μελέτη των Yu X. et all το 2020, που αφορούσε και στους δύο γονείς, εκείνοι ανέφεραν ότι η ελάχιστη πρόσβαση που είχαν στις καθημερινές δραστηριότητες της φροντίδας του νεογνού τους στη MENN είχε ως αποτέλεσμα να μην έχουν αυτοπεποίθηση να φροντίσουν τα νεογνά τους και να νιώθουν ανίκανοι ως γονείς. Το στρες των γονέων κατά την διάρκεια της νοσηλείας του νεογνού στην MENN μπορεί να επηρεάσει την εξέλιξη της πορείας της υγείας του, καθώς και την ψυχοσυναισθηματική του ανάπτυξη (Howe T. et all, 2014). Μελέτες που έχουν γίνει με σκοπό να εξετάσουν την επίδραση της κατάθλιψης της μητέρας στη διαδραστική σχέση με το νεογνό της, έδειξαν ότι υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της νοητικής, συναισθηματικής και αναπτυξιακής καθυστέρησης του νεογνού (Schneider L. A. et all, 2014). Η επιλόχεια κατάθλιψη έχει τεκμηριωθεί ευρέως ως σημαντικός παράγοντας κινδύνου τόσο για την υγεία της μητέρας, όσο και για την ανάπτυξη του νεογνού και την ποιότητα του δεσμού (bonding) μητέρας – νεογνού (Pratt M. et all, 2015). Η αδυναμία των γονέων να είναι συνέχεια δίπλα στα νεογνά τους και να τα φροντίζουν, όπως εκείνοι θέλουν, μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα μακροχρόνιες επιπτώσεις τόσο στη νευροσυμπεριφορά και στην ψυχολογική ευεξία των νεογνών όσο και στην ψυχική κατάσταση των γονέων (Shoemark H. et all, 2015). Τόσο η θεωρία όσο και η κλινική έρευνα φανερώνουν ότι το 1^ο έτος της ζωής των νεογνών παίζει ιδιαίτερο και κρίσιμο ρόλο στη θεμελίωση της ικανότητας για εμπιστοσύνη και ενσυναίσθηση, από τις οποίες θα εξαρτηθεί όλη η μεταγενέστερη συναισθηματική τους ανάπτυξη (Γιώτσα Α., 2017). Σε αυτή τη διαδικασία, καλούνται να μάθουν πως να επικοινωνήσουν με τα νεογνά τους και πως να διαχειριστούν τα προβλήματά τους (Gonular D. et all, 2014). Η δυνατότητα των γονέων να αντιλαμβάνονται και ερμηνεύουν τα μηνύματα των νεογνών τους αλλά και να ανταποκρίνονται κατάλληλα, έχει σημαντική επίδραση στη συμπεριφορά και στην ανάπτυξη των νεογνών τους, αλλά και των ίδιων (Borghini A. et all, 2014).

Η ημέρα που το νεογνό παίρνει εξιτήριο, αναφέρεται από τις μητέρες ως «*Η Καλύτερη Στιγμή*» από τη στιγμή της γέννησης του μωρού τους (Griffin J. B. & Pickler R. H., 2011). Το εξιτήριο από τη μονάδα, δεν αποτελεί απόδειξη ότι όλα τα «θέματα» είναι λυμένα (Vasquez E., 1995), ενώ ταυτόχρονα προσπαθούν να προσαρμοστούν στη νέα κατάσταση. Τις περισσότερες φορές, η έξοδος από το νοσοκομείο και η μετάβαση στο σπίτι ακολουθούνται από συναισθήματα απομόνωσης (Bass L. S., 1991). Οι γονείς με τον καιρό συνειδητοποιούν τις ευθύνες τους (Black B. P., 2009), ενώ ταυτόχρονα προσπαθούν να καταλάβουν τις ανάγκες των νεογνών τους (Garel M. et al., 2007; Vasquez E., 1995). Τα βιώματα των γονέων περιγράφονται από τους Murdoch M. R. & Frank L. S. (2012), ως μία μετάβαση από την ανησυχία στην εμπιστοσύνη. Διαφαίνεται ότι οι γονείς ανησυχούν για την εύθραυστη υγεία του νεογνού τους, εφόσον έχουν χάσει την στήριξη του προσωπικού της MENN. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι οι γονείς που βίωσαν όλη αυτή την εμπειρία, αναφέρουν τη συμβολή της στην προσωπικότητά τους (Lindberg B. & Ohrling K., 2008) ως μια ανανεωμένη αίσθηση δύναμης και σκοπού (Thomson G. & Downe S., 2013), καθώς και σαν μια νέα αντίληψη για τη ζωή (Griffin J. B. & Pickler R. H., 2011).

5.4 Ο Ρόλος των Λειτουργιών Υγείας και το Υποστηρικτικό Περιβάλλον

Η προωρότητα δεν δημιουργηθεί μόνο πρόωρα νεογνά, αλλά και μη έτοιμους για τον **γονεϊκό ρόλο γονείς**. Τα αρνητικά συναισθήματα, το στρες, η αγωνία και το αβέβαιο μέλλον για τα νεογνά τους, τους καθιστά εύθραυστους κάτι το οποίο μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την επαφή και τη σχέση τους μαζί τους. Για τον λόγο αυτό, είναι απαραίτητο οι γονείς να στηρίζονται ψυχολογικά κατά την διάρκεια της νοσηλείας του νεογνού από διεπιστημονική ομάδα με εξειδικευμένο προσωπικό, το οποίο θα μπορούσε να προστατεύσει την ανάπτυξη της «**πρόωρης οικογένειας**» (Gonular D. et al., 2014). Πολλές φορές το προσωπικό αποκτά γονεϊκό ρόλο, αφού είναι το πρώτο περιβάλλον στο οποίο εισέρχεται το νεογνό και είναι εκείνο που πρωταγωνιστεί στη φροντίδα του. Το προσωπικό προφέρει προστασία, είναι ο αμερόληπτος γονιός που ανοίγει την αγκαλιά του σε όλους, μοιάζει με έναν γονιό – «εργαζόμενο μηχάνημα» που πασχίζει για την ανάκτηση της ζωής.

Η δυσκολία έγκειται πολλές φορές στην επικοινωνιακή σχέση και προσέγγιση με τους γονείς. Οι γονείς είναι απαραίτητο να προσαρμοστούν στους νέους τους ρόλους, ώστε να παρέχουν ένα ασφαλές περιβάλλον για τη φροντίδα του μωρού τους. Σε αυτή την διαδικασία, καλούνται να μάθουν πως να επικοινωνήσουν με τα νεογνά τους και πως να διαχειριστούν τα προβλήματά τους (Gonular D. et al., 2014). Η επιτυχία της επικοινωνιακής σχέσης συνάδει με

την πληροφορία. Οι γονείς έχουν απαιτήσεις, προσδοκίες στη ποιότητα παροχής υπηρεσιών, και δικαίωμα στη γνώση και στην ενημέρωση. Η διαχείριση της ενημέρωσης και ο τρόπος προσέγγισης των γονέων σηματοδοτούν την έναρξη για μια σχέση εμπιστοσύνης, ασφάλειας, ηρεμίας και ικανοποίησης προς την παροχή υπηρεσιών στη MENN. Επίσης, η επιτυχία της σωστής ενημέρωσης συνδέεται άμεσα με τη διαχείριση του ελέγχου. Με άλλα λόγια οι γονείς νιώθουν πιο ήρεμοι και ασφαλείς όταν το προσωπικό τους ενημερώνει με απλή, κατανοητή γλώσσα για την πραγματική κατάσταση του νεογνού. Ο βομβαρδισμός ιατρικής ορολογίας και δυσνόητων ερμηνειών τους καθιστά ευάλωτους και ψυχικά ασταθείς. Η παρουσία και η επεξήγηση των γονιών στις ιατρικές και νοσηλευτικές πράξεις οδηγούν στη διαφάνεια του ιατρικού – νοσηλευτικού προσωπικού, αλλά και του ίδιου του περιστατικού. Ταυτόχρονα συμβάλλει και στην εξοικείωση των γονέων με το απρόσωπο περιβάλλον της μονάδας, την πραγματική κλινική εικόνα του μωρού τους, τα μηχανήματα και τον τρόπο λειτουργίας αυτών, τη συμμετοχή και την προσφορά τους στη φροντίδα του νεογνού. Αποδεικνύεται σημαντικό για τους γονείς το προσωπικό της MENN να τους αφιερώνει χρόνο και να τους παρέχει όλες τις πληροφορίες για το μωρό τους (Mengesha E. W. et all, 2021). Επίσης, επιτυγχάνεται η εξοικείωση με το άγγιγμα σε κάτι που οι γονείς αποκαλούν «εύθραυστο» και φοβούνται μη σπάσει (Wigert H. et all, 2007). Η συνεχής υποστηρικτική επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας προς τις μητέρες, προάγει την αυτοπεποίθηση και την ικανότητά τους να φροντίζουν τα πρόωρα νεογνά τους, γεγονός που με τη σειρά του προάγει το δεσμό μητέρας – νεογνού (Ncube R. K. et all., 2016). Η μητέρες θεώρησαν ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι πολύτιμη πηγή συναισθηματικής υποστήριξης (Yang Y. Y. et all, 2017).

Από την άλλη μεριά, σε μελέτη των Dadkhahthrami T. et all το 2017, η οποία διερεύνησε τις εμπειρίες των πατέρων με πρόωρα νεογνά, οι πατέρες ανέφεραν ότι δεν εμπιστεύονταν την ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών που πρόσφερε το προσωπικό της MENN, γιατί το θεωρούσαν ανεπαρκές για τη φροντίδα του νεογνού τους. Οι περισσότεροι δήλωσαν δυσαρεστημένοι ως προς τη συμπεριφορά του τόσο απέναντι στους ίδιους, αλλά και στα νεογνά τους. Συγκεκριμένα ανέφερα ότι οι επαγγελματίες υγείας ήταν απρόσεκτοι και αδιάκριτοι ως προς τον τρόπο που τους μιλούσαν, αλλά και αναίσθητοι προς τα νεογνά, εφόσον σύμφωνα με τα λεγόμενα τους αγνοούσαν το νεογνό όταν έκλαιγε. Επίσης, σε άλλη μελέτη των Noergaard B. et all την ίδια χρόνια, οι πατέρες ανέφεραν ότι είχαν άνηση μεταχείριση από τους επαγγελματίες υγείας, εφόσον έδιναν περισσότερη σημασία στο νεογνό και στη μητέρα. Οι πατέρες ανέφεραν ότι δεν είχαν πλήρη ενημέρωση για την κλινική κατάσταση του νεογνού και ενημερώνονταν από της συζύγους/συντρόφους τους. Ακόμη, ανέφεραν ότι ήθελαν να εμπλακούν περισσότερο στη φροντίδα του νεογνού τους, αλλά οι ίδιοι δεν εμπιστεύονταν τις

δικές τους ικανότητες. Χρειάζονταν περισσότερη καθοδήγηση από το προσωπικό για να μπορούν να συμμετέχουν στη φροντίδα του μωρού τους, αλλά και πάλι ένιωθαν ότι έρχονταν σε δεύτερη μοίρα απέναντι στις μητέρες και τα νεογνά. Οι πατέρες, πολλές φορές, δηλώναν ότι ένιωθαν παραμελημένοι, αφού το προσωπικό της MENN δεν ενδιαφέρονταν για το πως ένιωθαν οι ίδιοι, εστιάζοντας πρώτιστος στο πρόωρο νεογνό και ακολούθως στη μητέρα (Gutiérrez S. S. R. et all, 2020).

Τα νεογνά εξαρτώνται απόλυτα τόσο από τη νοσηλευτική όσο κι από τη γονική φροντίδα, ώστε σε περίπτωση που σπάσει ο κύκλος να υπάρξει «πρόβλημα» στην εύρυθμη λειτουργία του (Abdeyazdan Z. et all, 2014). Αρκετές έρευνες στο παρελθόν εστιάζουν κυρίως σε εκπαιδευτικά προγράμματα για τους γονείς (φροντίδας των πρόωρων νεογνών) χωρίς να εστιάζουν στη συναισθηματική στήριξη τους. Εντούτοις, η συναισθηματική στήριξη των γονέων μπορεί να τους βοηθήσει να διαχειριστούν την περίοδο αυτή καλύτερα. Επιπλέον, η συζήτηση με τους γονείς είναι πιθανόν να δημιουργήσει ένα ασφαλές περιβάλλον μέσα στο οποίο θα εκφράσουν τα συναισθήματα, το θυμό, την ανησυχία, το φόβο, τη λύπη τους, αλλά και θα εκτονώσουν την έντασή τους και τα μεταβαλλόμενα συναισθήματα ανάλογα με τη μεταβολή της κατάστασης της υγείας του εύθραυστου νεογνό τους (Abdeyazdan Z. et all, 2014; Osborne S., 2015; Ghadery – Sefat A. et all, 2016).

Από ευρήματα πρόσφατων μελετών καταδεικνύεται η σημασία της υποστήριξης των «προώρων» γονέων και από γονείς που βιώνουν μια παρόμοια κατάσταση. Η επικοινωνία με άλλους γονείς προώρων νεογνών φαίνεται να έχει θετικό αντίκτυπο στους γονείς που νοσηλεύονται τα νεογνά τους στη MENN. Για παράδειγμα, οι μητέρες ανέφεραν ότι η επικοινωνία και η συναισθηματική υποστήριξη από άλλες μητέρες της MENN τις βοήθησε και μείωσε τα αισθήματα ενοχής που ένιωθαν, αφού αναρωτιόταν που έκαναν λάθος και που απέτυχαν ως μητέρες. Επίσης, αυτή η στήριξη από τις άλλες μητέρες, τις βοήθησε να ξεπεράσουν τους φόβους τους και να αναπτύξουν το συναισθηματικό δεσμό με τα μωρά τους (Gutiérrez S. S. R. et all, 2020; Ncube R. K. et all., 2016). Παρόμοιες αναφορές υπάρχουν και σε άλλη έρευνα και από τους δύο γονείς, οι οποίοι δήλωσαν ότι λάμβαναν υποστήριξη από τους άλλους γονείς με πρόωρα παιδιά, απλά και μόνο με το να μοιράζονται την εμπειρία και τα συναισθήματά τους και εξήγησαν ότι ήταν χρήσιμο να λαμβάνουν πληροφορίες και συμβουλές από αυτούς (Yu X. et all, 2020).

Οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν τον βασικό πυλώνα φροντίδας του πρόωρου νεογνού, αλλά και των γονέων, προσφέροντας έκτος από συνεχή υποστηρικτική επικοινωνία και συναισθηματική υποστήριξη (Gutiérrez S. S. R. et all, 2020). Προκειμένου να διατηρήσουν τη ψυχική τους υγεία και να διατηρήσουν τον γονικό τους ρόλο, αυτοί οι γονείς χρειάζονταν

περισσότερη επαγγελματική υποστήριξη από το προσωπικό της MENN, αφού συχνά θεωρείται ως η πιο αξιόπιστη πηγή πληροφοριών και καθοδήγησης (Ncube R. K. et all., 2016; Yang Y. Y. et all, 2017). Μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε στην Κίνα το 2017, έδειξε ότι οι μητέρες που δέχτηκαν ψυχολογική υποστήριξη κατά την διάρκεια της νοσηλείας του πρόωρου νεογνού τους, είχαν λιγότερες ψυχολογικές δυσκολίες (Ying L. & Feng C., 2017). Παρόμοια αποτελέσματα είχαν οι Abdeyazdan Z., et all στην μελέτη τους το 2014, η οποία έδειξε ότι η υποστήριξη των γονέων έδρασε ευεργετικά στη σχέση τόσο των γονέων με τα νεογνά τους όσο και των γονέων με το προσωπικό της MENN που φρόντιζε τα πρόωρα νεογνά τους.

Σε γενικές γραμμές οι στρατηγικές που αναπτύσσονται στις MENN σε Ευρωπαϊκό επίπεδο έχουν να κάνουν με τα πρωτόκολλα, τις προδιαγραφές και τα στάνταρντ που εφαρμόζει η εκάστοτε μονάδα αυτοτελή. Σε μια συγκριτική μελέτη οχτώ Ευρωπαϊκών χωρών περιγράφησαν οι διαφορετικές πολιτικές που εφαρμόστηκαν σχετικά με την επίσκεψη των γονέων, τη συμμετοχή σε ηθικά διλήμματα και αποφάσεις που τίθενται και στην ενημέρωση. Η μελέτη έδειξε ότι η Αγγλία, το Λουξεμβούργο, η Σουηδία και η Δανία παρέχουν ελεύθερο επισκεπτήριο, είναι πιο ανεκτικοί ακόμα και στην επίσκεψη συγγενών και παππούδων καθώς επίσης οι γονείς είναι παρόντες σε οποιαδήποτε ιατρική παρέμβαση και νοσηλευτική διεργασία. Αντιθέτως η Γερμανία, Γαλλία, Ιταλία, Ισπανία και η Ελλάδα τηρούν αυστηρά το ωράριο μόνο για ορισμένο χρονικό διάστημα της ημέρας και αποδεικνύονται πιο συντηρητικοί, διότι απαγορεύουν στους γονείς να παρευρίσκονται κατά τη διάρκεια οποιασδήποτε ιατρικής πράξης. Όσο αναφορά για την ενημέρωση καθώς και για την εξέλιξη της πορείας που συνδέεται άμεσα με τη πρόγνωση και τη διάγνωση έχουν βρεθεί διαφορές από χώρες σε χώρες. Πιο συγκεκριμένα στη Γερμανία, Γαλλία, Δανία, Ισπανία η ενημέρωση γίνεται από τον υπεύθυνο γιατρό του εκάστοτε νεογνού που το έχει αναλάβει μέρα παρά μέρα, στη Ιταλία και την Αγγλία δε οι γονείς ενημερώνονται από τον διαθέσιμο γιατρό της εφημερίας, ενώ οι νοσηλεύτριες της Γαλλίας μπορούν επίσης να ενημερώσουν τους γονείς για την κατάσταση του νεογνού τους.

Σχετικά με την πρόγνωση και τη διάγνωση και όταν συμβεί κάποια αλλαγή στο νεογνό στην Ιταλία και στη Γερμανία η ενημέρωση γίνεται μόνο από το Διευθυντή του τμήματος, στην Ιταλία μάλιστα γίνεται και σε συγκεκριμένη προγραμματισμένη ώρα. Η Ελλάδα εφαρμόζει την πολιτική της Γερμανίας, όπου η ενημέρωση γίνεται μόνο από τον Διευθυντή, βέβαια ο εφημερεύων γιατρός μπορεί και ο ίδιος να δώσει πληροφορίες για την παρούσα κατάσταση του νεογνού την συγκεκριμένη στιγμή ενώ οι νοσηλεύτριες δεν έχουν καμία αρμοδιότητα σε εξειδικευμένη πληροφόρηση και περιορίζονται στο δικό τους νοσηλευτικό αντικείμενο (Cuttini K. et all, 2001).

Εν κατακλείδι, από όλα τα παραπάνω διαφαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας των ΜΕΝΝ δεν πρέπει να έχουν ως μέλημα τους μόνο την παροχή φροντίδας στο πρόωρο νεογνό, αλλά να έχουν και ως καθήκον τους την υποστήριξη, την κατανόηση, την ενδυνάμωση και την καθοδήγηση αυτών των γονέων (Adama E. A. et all, 2021).

5.5. Εξατομικευμένα Σχέδια Νοσηλείας

Τις τελευταίες δεκαετίες, έχει παρατηρηθεί ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας, η οποία σε συνδυασμό με τις εξελίξεις στην περιγεννητική ιατρική έχουν βελτιώσει τη θεραπευτική αντιμετώπιση των πρόωρων νεογνών στη ΜΕΝΝ, γεγονός που οδηγεί σε υψηλότερα ποσοστά επιβίωσης των νεογνών αυτών, μείωση της θνησιμότητας, αλλά και αύξηση της νοσηρότητας (Amorism M. et all, 2018). Τα αυξημένα ποσοστά επιβίωσης των πρόωρων νεογνών, καθιστούν απαραίτητη τη ρύθμιση των συναισθημάτων των γονέων, διότι είναι εκείνοι που θα φροντίσουν το νεογνό μετά την έξοδό του από τη μονάδα (Heidari H. et all, 2017). Γεγονός που καθιστά επιτακτική ανάγκη για εξατομικευμένα σχέδια νοσηλείας στις ΜΕΝΝ, ανάλογα με τις ανάγκες των γονιών κάθε φορά. Η Case – Smith J. από το 1993 διαπίστωσε ότι η διαδικασία της παρέμβασης είναι απαραίτητο να ξεκινά αμέσως με τον εντοπισμό των οικογενειακών ανησυχιών. Η διαπίστωση αυτή, υποδεικνύει ότι είναι σημαντικό για τους επαγγελματίες υγείας να προσδιορίσουν με μεγαλύτερη ακρίβεια ποιοι ακριβώς είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν τους γονείς, ώστε τα πρωτόκολλά τους να είναι εξατομικευμένα και να στοχεύουν στις ανάγκες τους (π.χ. στη μείωση του άγχους, στην εκπαίδευση τους για τη φροντίδα του νεογνού, κτλ.).

Σύμφωνα με την μελέτη των Ireland S. et all, (2019) οι γονείς, κατά τη φροντίδα του νεογνού στη ΜΕΝΝ, αντλούσαν δύναμη από τη «δύναμη» που τους προσέδιδε ο ρόλος του γονέα. Συγκεκριμένα αναφέρθηκαν στο γεγονός ότι έκαναν ότι μπορούσαν για να βοηθήσουν, όπως το να βρίσκονται κοντά στο νεογνό τους, να το φροντίζουν αλλά και να το υπερασπίζονται όταν χρειαζόταν. Είχαν την ελπίδα ότι το νεογνό τους θα τα κατάφερνε και είχαν εσωτερική ανθεκτικότητα και έκαναν αυτό που πρέπει να κάνουν ως γονείς. Επιπλέον, ανέφεραν ότι αντλούσαν δύναμη από τη θρησκεία και τη πίστη τους προς το Θεό και από την υποστήριξη που λάμβαναν από την οικογένεια, τον κοινωνικό περίγυρο αλλά και από τους υπόλοιπους γονείς της ΜΕΝΝ. Σημαντική βοήθεια για τους γονείς ήταν και οι πρακτικές που χρησιμοποιούσαν στη ΜΕΝΝ, όπως η διοργάνωση μικρών εορτασμών για την πρόοδο του νεογνού, το kangaroo care, η συμμετοχή τους σε πρόγραμμα όπου τους δινόταν η ευκαιρία να συμμετέχουν σε δραστηριότητες που αφορούσαν τη νοσηλεία του νεογνού, αλλά και το

γεγονός ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν χαμογελαστό και ειλικρινές προς τους γονείς ακόμη και για ακούσια λάθη που μπορεί να συνέβαιναν και επιβάρυναν την υγεία του νεογνού (Ireland S. et all, 2019).

Στην Ελλάδα, μελέτη η οποία διεξήχθη σε ένα από τα μεγαλύτερα δημόσια μαιευτήρια της Αθήνας από τους Fotiou et all το 2016, είχε ως σκοπό την διερεύνηση της επίδρασης των τεχνικών χαλάρωσης και της ενημέρωσης με βάση την πληροφορία στο άγχος και την κατάθλιψη των γονέων με πρόωρα νεογνά στη MENN έως και τρεις μήνες μετά την έξοδο του νεογνού από αυτή. Η μελέτη περιλάμβανε 59 γονείς με νεογνά που γεννήθηκαν κάτω από 37 εβδομάδες κύησης και νοσηλεύτηκαν στη MENN, οι οποίοι τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες. Η 1^η ομάδα περιλάμβανε 31 γονείς (ομάδα παρέμβασης) και η 2^η ομάδα από 28 γονείς (ομάδα ελέγχου). Η ψυχομετρική αξιολόγηση κατά την έναρξη ήταν συγκρίσιμη μεταξύ των δύο ομάδων. Η ομάδα παρέμβασης έδειξε σημαντική μείωση του άγχους ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου τρεις μήνες μετά το εξιτήριο από τη MENN.

Επί του παρόντος, δεν υπάρχει οργανωμένη, στοχευμένη παρέμβαση για την υποστήριξη των γονέων των πρόωρων νεογνών στη δύσκολη φάση της νοσηλείας τους στη MENN. Όταν όμως γίνεται κάποια παρέμβαση, το κλειδί για την επιτυχία της αποτελεί η έγκαιρη παρέμβαση, καθώς είναι πολύ δύσκολο να γίνουν αλλαγές μετά την εμφάνιση διαταραχών επικοινωνίας μεταξύ γονέων και νεογνών στη MENN (Mianaei S. J. et all, 2014). Τα αποτελέσματα της μελέτης των Howell et all (2015) σχετικά με τις επιδράσεις των πηγών στήριξης, έδειξαν ότι οι παρεμβάσεις με κέντρο την οικογένεια, εκτός από την ψυχολογική υποστήριξη, μπορούν να βοηθήσουν στην αποτελεσματική αντιμετώπιση και την ανακούφιση του άγχους των γονέων αυτών.

Η νοσηρότητα και η διάρκεια παραμονής του νεογνού στη MENN μπορούν να μειωθούν, παρέχοντας στους γονείς κατάλληλη στήριξη ώστε να προσαρμοστούν όσο το δυνατόν καλύτερα σε αυτή την περίοδο κρίσης για αυτούς. Συγκεκριμένα η στήριξη αυτή μπορεί να περιλαμβάνει:

- **Τη φροντίδα της μητέρας.** Η μητέρα θα πρέπει να ενθαρρύνεται από την πρώτη στιγμή να διατηρήσει την γαλουχία με τεχνητά μέσα, ώστε το μωρό της να σιτίζεται από την πρώτη στιγμή με το δικό της γάλα. Σε αυτή τη φάση η άντληση του γάλακτος για το νεογνό, προσφέρει στη μητέρα την ικανοποίηση ότι συμμετέχει στη φροντίδα του νεογνού της, έστω και από μακριά με τον καλύτερο τρόπο.

- **Την προώθηση του γονικού δεσμού.** Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αναπτυχθεί ο δεσμός των γονέων με το νεογνό τους. Οι γονείς θα πρέπει να ενθαρρύνονται να τηρούν τις ώρες επισκεπτηρίου, να αγγίζουν το νεογνό τους ακόμα κι όταν είναι διασωληνωμένο.
- **Την ενεργή φροντίδα των γονέων.** Οι γονείς να ενθαρρύνονται να εμπλακούν στη φροντίδα του μωρού τους. Ακόμη και στην περίπτωση του 3^{ου} επιπέδου της εντατικής νοσηλείας, είναι απαραίτητο να συμμετέχουν στην περιποίηση, φροντίδα και σίτιση του νεογνού. Να ενθαρρύνονται να είναι παρόντες στις νοσηλευτικές διεργασίες, ώστε καθησυχάζουν και να παρηγορούν το νεογνό τους όταν κλαίει. Όσο πιο σταθερή είναι η κατάσταση του νεογνού τόσο πρέπει να αυξάνεται η συμμετοχή των γονέων στη φροντίδα του νεογνού τους.
- **Την οικειοποίηση της θερμοκοιτίδας.** Οι γονείς θα πρέπει να νιώθουν οικεία στην εμφάνιση της θερμοκοιτίδας, αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την εκπαίδευση τους στο χειρισμό της, με την τοποθέτηση φωτογραφιών της οικογένειας, ειδικά κουκλάκια για πρόωρα που να έχουν τη μυρωδιά των γονιών πάνω τους, θρησκευτικών αντικειμένων κτλ.
- **Την παροχή χρόνου.** Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να διευκολύνει τους γονείς να μένουν μόνοι με το μωρό τους για όσο χρόνο εκείνοι το έχουν ανάγκη. Ο χρόνος σε αυτές τις περιπτώσεις μόνο θετικά μπορεί να λειτουργήσει στον συναισθηματικό κόσμο των γονέων και των νεογνών.

Η ενημέρωση, η υποστήριξη και η συμβουλευτική αποτελούν το βασικό συστατικό για τη διαχείριση της κρίσης που βιώνει το ζευγάρι, έχοντας το νεογέννητο μωρό του στη MENN. Η υποστήριξη των γονέων προϋποθέτει την ευαισθησία του προσωπικού της μονάδας. Η δυναμική προσέγγιση, η διευκόλυνση και η υποστήριξη αποτελούν τα βασικά δομικά στοιχεία μιας υγιούς σχέσης με τους γονείς. Η συμβουλευτική των γονέων προϋποθέτει την ύπαρξη εξειδικευμένου προσωπικού – διεπιστημονικής ομάδας ιδιαίτερα όσον αφορά στην αντιμετώπιση της «οικογενειακής κρίσης» (Howland L. C., 2007). Ειδικοί ψυχολόγοι και ψυχοθεραπευτές σε συνεργασία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό προωθούν την ανάλυση της πορείας του νεογνού, συζητούν κοινά προβλήματα και προσδιορίζουν τη στρατηγική που θα ακολουθηθεί προς όφελος του νεογνού και κατά συνέπεια της νέας οικογένειας.

2^ο ΜΕΡΟΣ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

ΣΧΕΔΙΟ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ

6.1 Σκοπός της Παρούσας Μελέτης

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση των επιπέδων του άγχους και της κατάθλιψης των γονέων κατά τη διάρκεια νοσηλείας των πρόωρων νεογνών τους στη ΜΕΝΝ. Συγκεκριμένα εκτιμήθηκαν τα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης αμέσως μετά την γέννηση ενός πρόωρου νεογνού με Βάρος Γέννησης (ΒΓ) < 1750 γραμμάρια και Ηλικία Κύησης (ΗΚ) < 34 εβδομάδες, κατά την εισαγωγή, τη διάρκεια της νοσηλείας του στη ΜΕΝΝ και τέλος στο διάστημα λίγο πριν την έξοδο του νεογνού από τη μονάδα.

Επιμέρους στόχοι ήταν να αναδειχθούν:

1. Η συσχέτιση των επιπέδων του άγχους και της κατάθλιψης που βίωσαν οι γονείς με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.
2. Η συσχέτιση των επιπέδων του άγχους και της κατάθλιψης που βίωσαν οι γονείς με την κλινική βαρύτητα της κατάστασης του/των νεογνού/νεογνών.
3. Η συσχέτιση των επιπέδων του άγχους και της κατάθλιψης που βίωσαν οι γονείς σε σχέση με τη διάρκεια νοσηλείας του/των νεογνού/νεογνών.

6.2 Αναγκαιότητα της Έρευνας

Η διενέργεια της παρούσας ερευνητικής μελέτης θεωρείται επιτακτική ανάγκη για όλους όσους έρχονται σε επαφή με τους γονείς των νεογνών που γεννιούνται πρόωρα. Συμβάλλει αποτελεσματικά στην αποτύπωση της πραγματικότητας καθώς κατατίθενται τα συναισθήματα των γονέων που γέννησαν πρόωρα και μέσω αυτού οι συνθήκες που «γεννιέται» η νέα οικογένεια. Η σημασία της μελέτης γίνεται εμφανής κι από το γεγονός ότι από αυτή διεξάγονται συμπεράσματα και διενεργείται γόνιμος διάλογος τόσο από την πλευρά των γονέων όσο και από την πλευρά του τελικού αποδεκτή την επιστημονική κοινότητα.

Η δημιουργία οικογένειας θεωρείται ένα από τα πιο σημαντικά γεγονότα της ζωής των ανθρώπων. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης οι μελλοντικοί γονείς βιώνουν συνθέτες ψυχολογικές αλλαγές καθώς διαμορφώνουν τις προσδοκίες τους για το νέο βρέφος, προετοιμάζονται για την φροντίδα του και για τους νέους ρόλους που πρόκειται να αναλάβουν. Η γέννηση ενός νεογνού επιφέρει στην οικογένεια μεγάλη χαρά και συγκίνηση αλλά

ταυτόχρονα και άγχος, καθώς ανατρέπεται η ήδη υπάρχουσα ισορροπία. Συγκεκριμένα, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι περισσότεροι γονείς οραματίζονται έναν ιδανικό τοκετό και ένα τέλειο νεογνό, που θα αναπτυχθεί χωρίς προβλήματα. Στην περίπτωση ενός πρόωρου τοκετού όλα συμβαίνουν γρήγορα κι απρόσμενα, ώστε οι γονείς να αισθάνονται ανέτοιμοι ψυχολογικά, σωματικά και συναισθηματικά για τη γέννηση του νεογνού τους και ανεπαρκείς για τον γονεϊκό τους ρόλο (Sisson H. et all, 2015; Spinell M. et all, 2016; Yang Y. Y. et all, 2017; Gutiérrez S. S. R. et all, 2020). Το άγχος των γονέων κατά την διάρκεια της νοσηλείας του νεογνού στη ΜΕΝΝ μπορεί να επηρεάσει την εξέλιξη της πορείας της υγείας του νεογνού, καθώς και την ψυχοσυναισθηματική του ανάπτυξη (Howe T. et all, 2014). Μελέτες που έχουν γίνει με σκοπό να εξετάσουν την επίδραση της κατάθλιψης της μητέρας στην διαδραστική σχέση με το νεογνό της, έδειξαν ότι υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της νοητικής, συναισθηματικής και αναπτυξιακής καθυστέρησης του νεογνού (Schneider L. A. et all, 2014). Η επιλόχεια κατάθλιψη έχει τεκμηριωθεί ευρέως ως σημαντικός παράγοντας κινδύνου τόσο για την υγεία της ίδιας της μητέρας, όσο και για την ανάπτυξη του νεογνού και την ποιότητα του δεσμού (bonding) μητέρας – νεογνού (Pratt M. et all, 2015). Παρά τις έρευνες που υποδεικνύουν ότι οι πατέρες των νεογνών σε κρίσιμη κατάσταση, αναλαμβάνουν κεντρικό ρόλο στη διατήρηση της οικογενειακής σταθερότητας κατά τη διάρκεια της περιόδου κρίσης, μόνο λίγες μελέτες έχουν επικεντρωθεί στην εμπειρία των πατέρων κατά την διάρκεια νοσηλείας των πρόωρων νεογνών στη ΜΕΝΝ και λίγο πριν την έξοδο τους από αυτή. Η αδυναμία των γονέων να είναι δίπλα στα νεογνά τους και να τα φροντίζουν όπως εκείνοι επιθυμούν, μπορεί να έχει μακροχρόνιες επιπτώσεις στην ψυχολογική ευεξία και νευροσυμπεριφορά των νεογνών, καθώς επίσης και στην ψυχική κατάσταση των γονέων (Shoemark H. et all, 2015). Σε αυτή τη διαδικασία καλούνται να ανακαλύψουν τον τρόπο επικοινωνίας με τα νεογνά τους και να διαχειριστούν τα «θέματα» που μπορεί να προκύψουν κατά την παραμονή τους στη ΜΕΝΝ (Gonular D. et all, 2014). Η δυνατότητα των γονέων να αντιλαμβάνονται και ερμηνεύουν τα μηνύματα των νεογνών τους, αλλά και να ανταποκρίνονται κατάλληλα έχει σημαντική επίδραση στη συμπεριφορά και στην ανάπτυξη των νεογνών τους, αλλά και των ίδιων (Borghini A. et all, 2014).

Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες που μελέτησαν τις εμπειρίες των μητέρων με πρόωρα νεογνά στη ΜΕΝΝ. Όμως, δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες που να εστιάζουν στο συναισθηματικό κόσμο των γονέων που τα νεογνά τους εισήχθησαν στη ΜΕΝΝ και νοσηλεύτηκαν σε αυτή. Είναι πολύ σημαντικό το γεγονός ότι, στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, δόθηκε για πρώτη φορά έμφαση και στους δύο γονείς, των οποίων τα νεογνά γεννήθηκαν πρόωρα, συγκεκριμένα με Ηλικία Κύησης (ΗΚ) < 34 εβδομάδων και

Βάρος Γέννησης (ΒΓ) < 1750 γραμμάρια και χρειάστηκαν εντατική θεραπεία και μακροχρόνια νοσηλεία σε ΜΕΝΝ. Επιπλέον, δόθηκε έμφαση στη συσχέτιση των διαφόρων παραγόντων, όπως είναι τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος, η κατάσταση υγείας του νεογνού και η κατάσταση της υγείας της μητέρας με το άγχος και την κατάθλιψη των γονέων στη ΜΕΝΝ.

Την τελευταία δεκαετία, διαφαίνεται ότι υπάρχει ένα σημαντικό επίπεδο ψυχικής νοσηρότητας των γονέων στις ΜΕΝΝ και επιπλέον ότι ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας σχετικά με τη φροντίδα τους στην περίοδο μετά τον τοκετό ενός πρόωρου νεογνού διαφαίνεται ότι είναι ελλιπής, ώστε να επηρεάζεται σημαντικά η ανάρρωση των νεογνών και η διαδικασία προσαρμογής των γονέων αυτών στους νέους τους ρόλους (Als H., 1986; Arockiasamy V. et al, 2008; Hynan M. T. et al, 2015; Sisson H. et al, 2015; Ionio C. et al, 2016; Spinell M. et al, 2016; Yang Y. Y. et al, 2017; Gutiérrez S. S. R. et al, 2020). Για τους λόγους αυτούς, η αναγκαιότητα και η πρωτοτυπία της παρούσας διατριβής αποκτά ακόμη μεγαλύτερη αξία.

6.3 Ερευνητικές Υποθέσεις

Οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάστηκαν στην παρούσα μελέτη ήταν οι ακόλουθες:

- ***Παρουσιάζεται μεταβολή του συναισθηματικού κόσμου των γονέων κατά την εισαγωγή, νοσηλεία και το διάστημα πριν την έξοδο του νεογνού από τη ΜΕΝΝ, συγκεκριμένα αναμένονταν:***
 1. Οι γονείς των πρόωρων νεογνών που νοσηλεύονται στη ΜΕΝΝ να βιώσουν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης.
 2. Οι γονείς να έχουν αυξημένα ποσοστά άγχους, λίγο πριν την μετάβαση τους από τη μονάδα στο σπίτι.
 3. Οι μητέρες να εμφανίσουν υψηλότερα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης σε σχέση με τους πατέρες.
 4. Η σοβαρότητα της κατάστασης του νεογνού να σχετίζεται αρνητικά με το άγχος και την κατάθλιψη.
 5. Η διάρκεια νοσηλείας του νεογνού να επηρεάσει αρνητικά το άγχος και την κατάθλιψη των γονέων.
- ***Τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία αναμένονταν να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο συναισθηματικό κόσμο των γονέων στη ΜΕΝΝ, δηλαδή:***
 1. Το μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο των γονέων αναμένονταν να συσχετιστεί αρνητικά με τα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης των γονέων.

2. Η οικογενειακή κατάσταση αναμένονταν να συσχετιστεί αρνητικά με τα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης των γονέων.
3. Η ηλικία των γονέων αναμένονταν να συσχετιστεί αρνητικά με το άγχος και την κατάθλιψη.

6.4 Σχέδιο Υλοποίησης – Μεθοδολογία

6.4.1 Σχεδιασμός

Η έρευνα διενεργήθηκε στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών του Γενικού Νοσοκομείου Μαιευτηρίου «Έλενα Βενιζέλου», από το Δεκέμβριο του 2019 έως και το Δεκέμβριο του 2022. Πρόκειται για προοπτική επιδημιολογική μελέτη παρατήρησης – μελέτη κοόρτης (cohort study). Μελετήθηκαν διαχρονικά γονείς που τα νεογνά τους γεννήθηκαν πρόωρα και νοσηλεύτηκαν στη MENN. Η μελέτη διήρκησε από τη γέννηση έως και την έξοδο του νεογνού από τη Μονάδα. Η διανομή των ερωτηματολογίων έγινε σε τρεις φάσεις στο ίδιο δείγμα, με την αξιολόγηση των γονέων να γίνεται την 4^η – 5^η ημέρα ζωής του νεογνού, την 20^η – 25^η ημέρα γέννησης του νεογνού και στη συνέχεια λίγο πριν την έξοδο του νεογνού από τη MENN. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από εκπαιδευμένη ομάδα παρακολούθησης, στην οποία συμμετείχαν μαία, ψυχολόγος και νεογνολόγος.

Η πρώτη επαφή με τους γονείς (4^η – 5^η ημέρα ζωής του νεογνού) λάμβανε χώρα στην Ειδική Μονάδα Προαγωγής Μητρικού Θηλασμού – Τράπεζα Ανθρωπίνου Γάλακτος (τμήμα της MENN του νοσοκομείου), όπου οι γονείς προσεγγίζονταν και πραγματοποιούνταν η συνέντευξη. Κατά τη διάρκειά της, καταγράφονταν τα δημογραφικά στοιχεία τους και κατόπιν της επεξήγησης του περιεχομένου των ερωτηματολογίων, δίνονταν οδηγίες για τη συμπλήρωσή τους. Σε όλους τους γονείς τα ερωτηματολόγια δόθηκαν από την ερευνήτρια.

Η δεύτερη επαφή με τους γονείς (20^η – 25^η ημέρα γέννησης του νεογνού) πραγματοποιούνταν αμέσως μετά την επίσκεψη των γονέων στη MENN, στην Ειδική Μονάδα Προαγωγής Μητρικού Θηλασμού – Τράπεζα Ανθρωπίνου Γάλακτος. Με την επικοινωνία αυτή συζητούνταν η πορεία της νοσηλείας του νεογνού, τα ζητήματα που τους απασχολούσαν, η συναισθηματική και σωματική τους κατάσταση και τέλος τους δίνονταν τα ερωτηματολόγια προς συμπλήρωση.

Η τρίτη επαφή με τους γονείς και τελική φάση (λίγο πριν την έξοδο του νεογνού από τη MENN – διαφορετικός χρόνος για κάθε ζευγάρι γονέων/νεογνών), γίνονταν στην Ειδική Μονάδα Προαγωγής Μητρικού Θηλασμού – Τράπεζα Ανθρωπίνου Γάλακτος. Σε αυτή τη συνάντηση συζητούνταν οι ανησυχίες και οι απορίες των γονέων για τη φροντίδα του νεογνού

στο σπίτι, η συναισθηματική και σωματική τους κατάσταση, ενώ ταυτόχρονα συμπληρώνονταν τα ερωτηματολόγια.

6.4.2 Ηθικά ζητήματα

Σε κάθε επιστημονική μελέτη είναι απαραίτητο να εφαρμόζονται και να τηρούνται αυστηρά οι αρχές δεοντολογίας, οι οποίες διασφαλίζουν και καθορίζουν τους ηθικούς άξονες μέσα στα πλαίσια των οποίων ολοκληρώνεται μια μελέτη, για να αποτραπεί κάθε πιθανότητα εμφάνισης χειρισμών που θα μπορούσαν να βλάψουν τα συμμετέχοντες. Στη συγκεκριμένη μελέτη τηρήθηκαν όλες οι δεοντολογικές αρχές που διέπουν την έρευνα σε ανθρώπους. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα εγκρίθηκε από τις Επιτροπές Ηθικής και Δεοντολογίας των συνεργαζόμενων φορέων και συγκεκριμένα από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Γενικού Νοσοκομείου Μαιευτηρίου «Ελενα Βενιζέλου» (1/12/2019) καθώς επίσης και από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (25/1/2021). Αρχικά, όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το είδος και το σκοπό της μελέτης, την πιθανή χρησιμότητα των αποτελεσμάτων, τη σημασία και τη σπουδαιότητα της συμμετοχής τους σε αυτή. Διαβεβαιώθηκαν για τη διασφάλιση της ανωνυμίας τους και για την επεξεργασία των δεδομένων κατά τρόπο, ώστε να μην υπάρξει η πιθανότητα ταυτοποίησης ή αναγνώρισης τους. Επίσης, οι γονείς ενημερώθηκαν ότι δεν θα υπάρξει καμία απολύτως δέσμευση για τη συμμετοχή τους στη μελέτη και ότι οποιαδήποτε στιγμή επιθυμούσαν μπορούσαν να αποχωρήσουν. Μετά τη συναίνεση τους, τους δίνονταν πληροφορίες για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Κάθε ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τον κάθε γονέα ξεχωριστά. Τα δεδομένα αποθηκεύτηκαν σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων με αυστηρά κριτήρια πρόσβασης και ασφάλειας αυτών. Στις επιστημονικές παρουσιάσεις και δημοσιεύσεις δεν υπήρξε δυνατότητα αναγνώρισης των ατομικών στοιχείων.

6.4.3 Πληθυσμός Αναφοράς και Τελικός Πληθυσμός

Κριτήρια Αποδοχής/Απόρριψης

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτέλεσαν 60 γονείς, των οποίων τα νεογνά γεννήθηκαν και νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΝΝ. Η επιλογή του δείγματος έγινε με τυχαία δειγματοληψία εφόσον πληρούνταν οι απαραίτητες προϋποθέσεις.

Πρώτη προϋπόθεση της έρευνας ήταν οι γονείς να είναι Έλληνες ή άλλης εθνικότητας που γεννήθηκαν στην Ελλάδα και τελείωσαν το δημοτικό σχολείο στην Ελλάδα, ώστε:

- Να μιλούν και να κατανοούν απταιστώως την ελληνική γλώσσα.
- Να μην προέρχονται από διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο.

- Να είναι άνω των 18 ετών, ώστε να είναι ενήλικες.

Δεύτερη σημαντική προϋπόθεση ήταν τα νεογνά να έχουν γεννηθεί πρόωρα, δηλαδή να έχουν ΒΓ κάτω από 1750 γραμμάρια και ΗΚ κάτω των 34^{ων} εβδομάδων.

Τρίτη προϋπόθεση ήταν τα νεογνά να είναι εν ζωή.

Τέταρτη προϋπόθεση ήταν τα νεογνά να νοσηλεύονται στη ΜΕΝΝ του Γενικού Νοσοκομείου Μαιευτηρίου «Ελενα Βενιζέλου», και να μην έχουν μεταφερθεί σε άλλη ΜΕΝΝ για λόγους υγείας ή λόγω έλλειψης κατάλληλης θέσης για τη νοσηλεία τους.

Πέμπτη προϋπόθεση ήταν οι γονείς να μην πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο.

Έκτη προϋπόθεση ήταν οι γονείς να επιθυμούν να συμμετέχουν στην έρευνα και να έχουν δώσει έγγραφη συγκατάθεση.

6.4.4 Ερευνητικά Εργαλεία Συλλογής Δεδομένων

Το πακέτο των ερωτηματολογίων που δόθηκαν στους γονείς στις τρεις φάσεις της έρευνας, αποτελούνταν από την κλίμακα Αυτοεκτίμησης C. D. Spielberger STAI και την κλίμακα Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS) (Spielberger et al, 1970; Tildon, 2008; Cox J. et al, 1987).

Οι πρώτες συνοδευτικές σελίδες (παράρτημα) περιλάμβαναν τα απαραίτητα για την έρευνα δημογραφικά στοιχεία που αφορούσαν στην ηλικία, στην εθνικότητα, στο ακαδημαϊκό επίπεδο, στο επάγγελμα, στο οικογενειακό εισόδημα και στην οικογενειακή κατάσταση. Επίσης, στις σελίδες αυτές περιλαμβάνονταν το περιγεννητικό ιστορικό της μητέρας, στο οποίο συμπληρώνονταν: ο τρόπος σύλληψης, το είδος του τοκετού, το είδος της αναισθησίας, ο αριθμός των εμβρύων, τα προβλήματα υγείας της μητέρας, η λήψη φαρμάκων καθώς και οι συνήθειες του ζευγαριού όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση καφεϊνούχων ποτών κτλ. Το περιγεννητικό ιστορικό του νεογνού περιλάμβανε την ημερομηνία γέννησης και εισαγωγής του στη μονάδα, το φύλο, την ηλικία γέννησης, την καταγραφή των σωματομετρικών στοιχείων, τη θερμοκρασία εισαγωγής, το Apgar Score, τα αέρια αίματος, τα προβλήματα υγείας του νεογνού κατά τη νοσηλεία του στη ΜΕΝΝ και την εκτίμηση της κλινικής βαρύτητάς του (CRIB Score II).

Κλίμακα Αυτοεκτίμησης του Άγχους του Spielberger C. D. (State – Trait Anxiety Inventory – STAI)

Η κλίμακα άγχους Spielberger C. D. (1972) είναι ένα από τα πιο διαδεδομένα ερωτηματολόγια για τη μέτρηση της κατάστασης του άγχους και των συστατικών αυτού (Lankeit M. & Konstantinides S., 2011). Αποτελεί το δεύτερο πιο συχνά χρησιμοποιούμενο

εργαλείο για την αξιολόγηση του άγχους (Ibrahim A. K. & Abdelreheem M. H., 2015; Dyrbye L. N. et al, 2006; Knight R. G. et al, 1983). Έρευνα στη βάση δεδομένων PsycINFO για τη STAI αποκάλυψε πάνω από 400 άρθρα περιοδικών, γεγονός που δηλώνει την εγκυρότητα και αξιοπιστία της στην ψυχολογική έρευνα (Gros D. F. et al, 2007). Η κλίμακα προέρχεται από το MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory – Πολυφασικό Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας της Μινεσότα) χρησιμοποιείται δε ευρέως, για τη μέτρηση του άγχους.

Έχει αποδειχθεί ότι διαθέτει εξαιρετικές ψυχομετρικές ιδιότητες με καλή αξιοπιστία (Barnes L. B. L. et al, 2002) και εγκυρότητα (Kabacoff R. I. et al, 1997). Το ερωτηματολόγιο STAI μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη διάγνωση του άγχους τόσο σε υγιείς πληθυσμούς όσο και σε κλινικούς καθώς και για τη διάκριση του από καταθλιπτικά σύνδρομα. Επίσης, έχει ευρύτατα χρησιμοποιηθεί στην έρευνα ως δείκτης δυσφορίας του φροντιστή, ως μέσο για την αξιολόγηση της κατάστασης κλινικού άγχους σε περιστατικά σε νοσοκομεία (π.χ. ασθενείς που έχουν χειρουργηθεί, ψυχοσωματικά περιστατικά, ψυχιατρικούς ασθενείς), αλλά και σε μαθητές σε κολέγιο πριν την διενέργεια σημαντικών εξετάσεων, σε στρατιώτες που ήταν νεοσύλλεκτοι με σκοπό να εξεταστεί και να αποκλειστεί η πιθανότητα οι τελευταίοι να πάσχουν από αγχώδη διαταραχή (Oei P. S. T. et al, 1990; Greene J. et al, 2017; Ugalde A. et al, 2014). Ερευνητές έχουν αποδείξει ότι οι άνθρωποι που έχουν υψηλότερη βαθμολογία στις κλίμακες του STAI είναι πιο επιρρεπείς στο να βιώσουν την εμπειρία του άγχους και πιο ευάλωτοι στις διαταραχές άγχους (Champers A. J. et al, 2004). Κατά τον Spielberger C. D. (1972) τα άτομα που έχουν ως βασικό στοιχείο του χαρακτήρα τους το άγχος, πρόκειται να βιώσουν με μεγαλύτερη ένταση την ανησυχία στην αντιμετώπιση μιας στρεσογόνου και απειλητικής κατάστασης και να ερμηνεύσουν ως απειλητικές διάφορες καταστάσεις, που από άλλους ανθρώπους αντιμετωπίζονται ως απλά γεγονότα της ζωής.

Η κλίμακα περιλαμβάνει δύο υπό κλίμακες την (STAI-X-I) & (STAI-X-II), η οποία καταφέρνει να κάνει διάκριση μεταξύ του παροδικού άγχους και της προδιάθεσης της προσωπικότητας στο άγχος. Η πρώτη υποκλίμακα (State Anxiety – έντυπο STAI-X-I) που εξετάζει το άγχος ως παρούσα κατάσταση αποτελείται από είκοσι (20) διαφορετικές προτάσεις – δηλώσεις με σκοπό να αξιολογήσει πώς αισθάνεται το άτομο που απαντάει **«αυτή την στιγμή»**, χρησιμοποιώντας αντικείμενα που μετρούν υποκειμενικά συναισθήματα ανησυχίας, έντασης, νευρικότητας, ενεργοποίησης και διέγερσης του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Η υποκλίμακα αυτή (State Anxiety), μπορεί ακόμα να χρησιμοποιηθεί ως κλίμακα που μετράει το άγχος του ατόμου σε μια κατάσταση που βίωσε στο πολύ κοντινό παρελθόν ή ακόμα πώς θα αισθανόταν σε μια συγκεκριμένη υποθετική κατάσταση που θα συνέβαινε στο πολύ κοντινό μέλλον. Η δεύτερη υποκλίμακα (Trait Anxiety – έντυπο STAI-X-II) εξετάζει σταθερές πτυχές,

δηλαδή χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που είναι επιρρεπή στο άγχος, συμπεριλαμβανομένων γενικών καταστάσεων ηρεμίας, εμπιστοσύνης και ασφάλειας (Julian L. J., 2011). Αποτελείται και αυτή από είκοσι (20) διαφορετικές προτάσεις – δηλώσεις που σκοπεύουν να αξιολογήσουν «**πώς αισθάνεται γενικά**» το άτομο που απαντάει. Η καθεμία υποκλίμακα του ερωτηματολογίου Spielberg C. D., όπως αναφέρθηκε, αποτελείται από είκοσι (20) ερωτήσεις – απαντήσεις που βαθμολογούνται σε κλίμακα Likert τεσσάρων επιπέδων (1, 2, 3, 4) με πιθανή βαθμολογία από είκοσι (20) έως ογδόντα (80) βαθμούς. Το εύρος των απαντήσεων κυμαίνεται από καθόλου (1), κάπως (2), μέτρια (3), πάρα πολύ (4) για την υποκλίμακα που εξετάζει το άγχος ως κατάσταση, και σχεδόν ποτέ (1), μερικές φορές (2), συχνά (3), σχεδόν πάντα (4) για την υποκλίμακα που εξετάζει το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Στο τέλος, υπολογίζεται το σύνολο των συγκεντρωμένων βαθμών της κάθε υποκλίμακας ξεχωριστά, αλλά και σε συνδυασμό των δύο υποκλιμάκων. Ο μέσος όρος για την πρώτη κλίμακα είναι 43,21, για τη δεύτερη κλίμακα 42,79 και για τη συνολική κλίμακα 86,01 (Αναγνωστοπούλου Τ. & Κιοσέογλου Γ., 2002).

Η κλίμακα STAI είναι απλή, συμπληρώνεται εύκολα, απευθύνεται σε ενήλικες που έχουν μαθησιακό επίπεδο τουλάχιστον έκτης δημοτικού και ο χρόνος που απαιτείται για τη συμπλήρωση του είναι δέκα λεπτά. Γεγονός που αυξάνει το ποσοστό συνεργασιμότητας (compliance) (Julian L. J., 2011). Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί διεθνώς και έχει μεταφραστεί σε διάφορες γλώσσες. Συγκεκριμένα, έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί σε 48 γλώσσες συμπεριλαμβανομένης και της ελληνικής γλώσσας. Η κλίμακα STAI είναι αξιόπιστη και έγκυρη για τη μέτρηση του άγχους, έχει σταθμιστεί σε ελληνικό δείγμα από τους Λιάκο Α. & Γιαννίτη Σ. το 1984. Οι Λιάκος Α. & Γιαννίτης Σ. (1984), απευθύνθηκαν σε δύο ανεξάρτητους μεταφραστές για τη μετάφραση από την αγγλική γλώσσα στην ελληνική, γεγονός αναγκαίο όσο και σημαντικό ώστε να αποδοθεί το ακριβές νόημα. Αργότερα, οι Αναγνωστοπούλου Τ. & Κιοσέογλου Γ. (2002) στάθμισαν σε μεγαλύτερο δείγμα κλινικού και υγειούς πληθυσμού το ερωτηματολόγιο, ώστε να διασφαλιστεί η εγκυρότητα και αξιοπιστία του. Έκτοτε χρησιμοποιείται ευρέως σε πολλές ελληνικές έρευνες, αλλά και στην κλινική πράξη. Οι υποκλίμακες State & Trait παρουσιάζουν εξαιρετική εσωτερική συνέπεια με συντελεστές Cronbach's alpha 0,938 και 0,905 αντίστοιχα. Επίσης, οι Foudoulakis et all (2006), σε μελέτη τους εξέτασαν την αξιοπιστία και εγκυρότητα της κλίμακας του άγχους STAI τόσο σε υγιή άτομα όσο και σε ασθενείς με κατάθλιψη. Ανέφεραν μέσο όρο για το υγιές δείγμα 34,30 για το παροδικό άγχος και 36,07 για το άγχος προδιάθεσης της προσωπικότητας. Όσον αφορά στο δείγμα των ασθενών με κατάθλιψη τα αποτελέσματα ήταν 56,22 και 53,83 αντίστοιχα. Ο δείκτης Cronbach's alpha βρέθηκε να είναι 0,93 για την υποκλίμακα του

παροδικού άγχους και 0,92 για την υποκλίμακα του άγχους προδιάθεσης. Τέλος, η μέθοδος αξιοπιστίας με επανεξέταση έδειξε συσχέτιση 0,96 για την υποκλίμακα του παροδικού άγχους και 0,98 για την υποκλίμακα του άγχους προδιάθεσης.

Κλίμακα Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS)

Υπάρχουν ήδη αρκετά ερωτηματολόγια διαλογής για τον εντοπισμό ψυχιατρικών νόσων γενικά (Goldberg D. et al, 1970; Goldberg D. & Williams P., 1988), καθώς και συγκεκριμένα για τον εντοπισμό της κατάθλιψης (Beck et al, 1961). Ωστόσο απουσίαζαν ερωτηματολόγια αξιόπιστα για τον εντοπισμό της κατάθλιψης σε πληθυσμούς γυναικών κατά την περίοδο της λοχείας (Broockington I., 1998). Για παράδειγμα η κλίμακα κατάθλιψης του Beck, έδειξε να έχει χαμηλή αξιοπιστία όταν χρησιμοποιήθηκε σε γυναίκες κατά την περίοδο της λοχείας. Έτσι διάφορες μελέτες έδειξαν ευαισθησία 0,70, 0,75, 0,86, 0,88 και ειδικότητα 0,73, 0,80, 0,48 & 0,68 (Harris et al, 1989; Hopkins et al, 1989; O’Hara et al, 1991; Whiffen V., 1988). Η Beck Depression Inventory (BDI) εμφανίζονταν με χαμηλή ειδικότητα όταν εφαρμόστηκε στις λεχωίδες, δεδομένου ότι συγκεκριμένα λήμματα της BDI, τα οποία μετρούν: ευερεθιστότητα, ανησυχία για την εξωτερική εμφάνιση, δυσκολία στην εργασία, αϋπνία και κόπωση αναφέρθηκαν συχνά σε λεχωίδες που δεν ήταν σε κατάθλιψη. Επίσης, το ερωτηματολόγιο General Depression Questionnaire (GHQ) ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο διαλογής για τον εντοπισμό ψυχικής νόσου, βρέθηκε να έχει χαμηλή ειδικότητα στις λεχωίδες. Για παράδειγμα, στη μελέτη των Nott P. & Cuttd S. (1982) σε 200 λεχωίδες που εξετάστηκαν την 8^η – 14^η εβδομάδα μετά τον τοκετό βρέθηκαν 89 γυναίκες με σκορ πάνω από 5, ενώ μετά την κλινική συνέντευξη που έγινε σε αυτές τις γυναίκες, μόνο οι 37 έπασχαν από ψυχική διαταραχή. Με αποτέλεσμα η ειδικότητα του ερωτηματολογίου είναι μόνο 0,68.

Στην προσπάθεια να αντιμετωπιστούν αυτά τα προβλήματα, σχεδιάστηκε από τον Cox J. et. al, (1987) η κλίμακα Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS) (Cox, Holden & Sagovsky, 1987; Cox, Chapman, Murray & Jora, 1996). Έκτοτε έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες κι έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως μιας που αποτελεί και το μοναδικό εργαλείο για την ανίχνευση της επιλόχειας κατάθλιψης ή ως μέτρο βελτίωσης της ψυχοπαθολογίας μετά τις απαραίτητες παρεμβάσεις. Σύμφωνα με τους δημιουργούς της κλίμακας (Cox J. et al, 1987) πρέπει να χορηγείται σε τρεις περιόδους από την 5^η – 8^η εβδομάδα μετά τον τοκετό, την 10^η – 14^η και τέλος την 20^η – 26^η εβδομάδα. Το ερωτηματολόγιο αυτό, έχει σταθμιστεί σε ελληνικό δείγμα από τους Σταλικά, Δραγώνα και

Γαλανάκη το 2009 και από τότε προτιμάται σε πολλές ελληνικές έρευνες, αλλά και στην κλινική πράξη.

Στην EPDS οι συμμετέχοντες καλούνται να βαθμολογήσουν την διάθεσή τους, και τα αισθήματα ενοχής, άγχους, τις πιθανές σκέψεις αυτοκτονίας κλπ. Η κλίμακα αυτή, αποτελεί ένα απλό αυτοσυμπληρούμενο εργαλείο με δέκα ερωτήσεις με τέσσερις πιθανές απαντήσεις, τις οποίες τις συμπληρώνει ο συμμετέχων, σύμφωνα με το πώς ένιωθε τις τελευταίες επτά (7) ημέρες. Η κάθε απάντηση της ερώτησης βαθμολογείται με κλίμακα από το μηδέν (0) έως το τρία (3), ανάλογα με τη βαρύτητα του συμπτώματος (με το μηδέν (0) να αντιπροσωπεύει την πιο θετική απάντηση και το τρία (3) την πιο αρνητική απάντηση, αλλά σε ορισμένες από τις ερωτήσεις που μαρκάρονται με αστερίσκο η βαθμολογία είναι αντίστροφη). Πέντε από τις ερωτήσεις διερευνούν δυσφορική διάθεση, δύο άγχος, μία διερευνά ιδέες ενοχής, μία ιδέες αυτοκαταστροφής και μία αισθήματα αναξιοτήτας. Κατά συνέπεια η μέγιστη βαθμολογία του ερωτηματολογίου να είναι το τριάντα (30), ενώ το screening είναι θετικό αν οι λεχωίδες απαντήσουν θετικά στην ερώτηση δέκα (10) που ελέγχει τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Χαρακτηριστικό της κλίμακας είναι ότι αποκλείει λήμματα που περιγράφουν σωματική δυσφορία και συγχέονται με τα φυσιολογικά σωματικά ενοχλήματα που συνδέονται με τις φυσιολογικές αλλαγές ή τις αλλαγές του τρόπου ζωής της λοχείας.

Οι συγγραφείς προτείνουν σαν όριο το 12/13 (μέγιστο σκορ 30), πάνω από το οποίο το άτομο είναι πολύ πιθανό να πάσχει από κατάθλιψη, και κατά συνέπεια θα πρέπει να γίνει περαιτέρω ψυχιατρική εκτίμηση. Η κλίμακα αυτή ανιχνεύει αγχώδεις νευρώσεις, φοβίες ή διαταραχές της προσωπικότητας. Επίσης κατέδειξαν καλή αξιοπιστία, ευαισθησία και ειδικότητα της κλίμακας. Εξάλλου σε μεταγενέστερη σύγκριση στη λοχειακή περίοδο της EPDS με άλλες πιο πολύπλοκες και χρονοβόρες κλίμακες, όπως η Raskin 3 Area Scale και η Montgomery Asberg Depression Rating Scale, βρέθηκε ότι η EPDS να είναι ισάξια με αυτές, ενώ βρέθηκε να υπερτερεί έναντι της BDI. Η EPDS υπερτερεί έναντι των κλιμάκων αυτών ως προς την απλότητα εφαρμογής της, η οποία ανεβάζει το ποσοστό συνεργασιμότητας (compliance) σε 92%. Ακόμη, βρέθηκε να έχει υψηλότερη ευαισθησία στον εντοπισμό της λοχειακής κατάθλιψης όταν συγκρίθηκε με τη συνηθισμένη συμβουλευτική επίσκεψη στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (Hearn G. et all, 1998).

Η έρευνα των Leonardou A. et all (2008) κατέδειξε ως βέλτιστο διαχωριστικό όριο το 11/12, στο οποίο η ευαισθησία της είναι 90% και η ειδικότητα είναι 97,22%, ενώ η θετική προγνωστική αξία της κλίμακας σε αυτό το διαχωριστικό όριο είναι 81,82% και η αρνητική προγνωστική αξία είναι 98,59%. Ο Cronbach's alpha για όλη την κλίμακα ήταν 0,903. Επίσης, οι Vivilaki V. et all τον επόμενο χρόνο (2009) προτείνουν ως βέλτιστο διαχωριστικό όριο το

8/9, ώστε οι βαθμολογίες πάνω από αυτό το όριο να θεωρούνται θετικές για αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης επιλόχειας κατάθλιψης. Με την συγκεκριμένη βαθμολογία ως όριο, οι συγγραφείς αναφέρουν ότι η ευαισθησία του μοντέλου έφτασε στο 76,7%, ενώ η ειδικότητά του έφτασε το 68,3%. Το ερωτηματολόγιο EPDS σύμφωνα με τους κατασκευαστές του έχει δείκτη Cronbach's alpha 0,87 (Cox J. et all, 1987). Αντίθετα έως το 2008, συμβατικά χρησιμοποιημένο διαχωριστικό όριο ήταν το 12/13, όμως στη μελέτη των Leonardou A. et all, βρέθηκε ότι η ειδικότητα αυτού του διαχωριστικού ορίου ήταν καλή (98,61%), αλλά η ευαισθησία της κλίμακας έπεσε στο 80%, γεγονός που δείχνει ότι αρκετές πάσχουσες γυναίκες διέφευγαν της διαλογής.

Η κλίμακα έχει ήδη μεταφραστεί και εκτιμηθεί η αξιοπιστία της σε παρά πολλές χώρες και σε όλες τις ηπείρους, όπως ΗΠΑ (Roy et all, 1993; O'Hara J., 1994), Αυστραλία (Boyce et all, 1993), Ολλανδία (Pop et all, 1992), Ισλανδία (O'Hara J., 1994), Σουηδία (Bagedaki – Strindund & Monson Borjesson 1998, Lundh & Gyllang 1993, Wickberg & Hwang 1996), Ιταλία (Benvenuti et all, 1999), Νορβηγία (Berle et all, 2003), Ισπανία (Asxaso et all, 2003), Γερμανία (Bergant et all, 1998), Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα (Ghubash et all, 1997), Ελλάδα (Leonardou A. et all., 2008, Vivilaki V. et all., 2009), Καναδάς, Μαλαισία, Βιετνάμ, Νεπάλ, Γαλλία, Πορτογαλία και άλλου.

Βαθμολογία Apgar – Apgar Score



Εικόνα 6: Virginia Apgar. (Library of Congress Prints and Photographs Division, New York World – Telegram and the Sun Newspaper Photograph Collection, 1966).

Η βαθμολογία Apgar είναι ένα σύστημα βαθμολόγησης που σχεδιάστηκε από την αναισθησιολόγο Virginia Apgar το 1952 για την εκτίμηση του καρδιακού ρυθμού, της αναπνοής, του μυϊκού τόνου, της απάντησης στα ερεθίσματα και της χροιάς του δέρματος όλων των νεογνών στο 1^ο και στο 5^ο λεπτό μετά τη γέννηση και επαναλαμβάνονται έως ότου η κατάσταση του νεογνού να σταθεροποιηθεί, ως απάντηση στην ανάνηψη. Περιγράφει την κατάσταση του νεογέννητου αμέσως μετά τη γέννηση και την ανταπόκριση του νεογέννητου στην ανάνηψη, εάν αυτή χρειάζεται (Apgar V., 1953). Σήμερα οι κατηγορίες που αναπτύχθηκαν από την Apgar παραμένουν σε μεγάλο βαθμό οι ίδιες με το 1952, αν και ο τρόπος εφαρμογής και χρήσης τους έχει εξελιχθεί με τα χρόνια (Simon V. et all, 2022).

Ο κάθε παράγοντας λαμβάνει την βαθμολογία 0, 1 ή 2 και το συνολικό σκορ ανέρχεται εώς το 10. Στον παρακάτω πίνακα 4 φαίνεται η βαθμολογία Apgar.

Βαθμολογία της Apgar (Apgar Score)

Βαθμολογία	Μηδέν - 0	Ένα - 1	Δύο - 2
Χρώμα Δέρματος <i>Appearance</i> (<i>Skin Colour</i>)	Γενικευμένη Κυάνωση Κυανό Χρώμα	Ροδαλό με κυανά άκρα	Ροδαλό
Καρδιακή Συχνότητα <i>Pulse</i> (<i>Heart Rate</i>)	Απούσα	< από 100/min	> από 100/min
Απάντηση σε Ερεθίσματα <i>Grimace</i> (<i>Reflex Irritability</i>)	Απούσα	Μορφασμοί	Βήχας ή Φτέρνισμα
Μυϊκός Τόνος <i>Activity</i> (<i>Tone</i>)	Απόν	Κάμψη Άκρων	Αυτόματη Κινητικότητα
Αναπνευστική Προσπάθεια (<i>Respiration</i>)	Απούσα	Άρρυθμη	Ζωηρό Κλάμα

Πίνακας 4: Βαθμολογία Apgar (*The American College of Obstetricians & Gynaecologists, 2019*)

Βαθμολογίες μεταξύ των τιμών 0 – 3 που αντιπροσωπεύουν βαριά ασφυξία και βαθμολογίες μεταξύ 4 – 6 που αντιπροσωπεύουν μέτρια ασφυξία χρήζουν άμεσης παρέμβασης – συνήθως αναπνευστικής υποστήριξης. Τέλος, οι βαθμολογίες μεταξύ των 7 – 10 που σημαίνουν καθόλου ασφυξία, θεωρούνται ως φυσιολογικές, γεγονός που δηλώνει ότι δεν υπάρχει καμία δυσκολία προσαρμογής του νεογνού στην εξωμήτριο ζωή (Πίνακας 5).

Αποτελέσματα Βαθμολογίας

Βαθμολογία	Διαγνώση
0 – 3	Βαριά Ασφυξία
4 – 6	Μέτρια Ασφυξία
7 – 10	Καθόλου Ασφυξία

Πίνακας 5: Αποτελέσματα Βαθμολογίας Apgar Score, ACOG – American College of Obstetricians & Gynecologists, 2019)

Χαμηλό Apgar Score στα 5 λεπτά και κυρίως πάνω από 10 λεπτά ζωής σχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο, για μόνιμες νευρολογικές βλάβες (Ανδρέου Α., 2001). Το Apgar Score αποτελεί ένα ευρέως διαδεδομένο για την αξιολόγηση του κινδύνου στα νεογνά αμέσως μετά τη γέννηση, αλλά μπορεί να μην είναι αξιόπιστος δείκτης για την κατηγορία των προώρων. Το σκορ σε αυτά τα νεογνά μπορεί να είναι χαμηλότερο εξαιτίας της προωρότητας, το οποίο έχει σαν επακόλουθο την ανομοιογένεια στην ταξινόμηση των προώρων, ακόμη και όταν είναι υγιή. Το διαχωριστικό όριο του δείκτη αυτού ορίζεται από διάφορους μελετητές στο 6 για το 5^ο λεπτό, πάνω από το οποίο τα νεογνά έχουν λιγότερες πιθανότητες νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η ευαισθησία του δείκτη ανέρχεται 45,5% και ειδικότητα 18,2% για τη νοσηρότητα και 37,7% και 16,7% για τη θνησιμότητα, αντίστοιχα (Catlin E. A. et al, 1986; Hegyi T. et al, 1998; Ehrenstein V. 2009; Lie K. K. et al, 2010; Li F. et al, 2013).

Δείκτης Κλινικού Κινδύνου Νεογνών – Clinical Risk Index for Babies – CRIB II

Οι γεννήσεις πολύ πρόωρων και πολύ χαμηλού βάρους γέννησης νεογνών αποτελούν την κυρία αιτία νεογνικής νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκόσμια. Τα πρόωρα νεογνά κινδυνεύουν να αποβιώσουν 40 φορές περισσότερο από τα τελειόμηνα νεογνά (Kliegman R. M. et al, 2019; Dallili H. et al, 2020). Τα ποσοστά θνησιμότητας των πρόωρων νεογνών ανέρχονται σε 20,6% και 60,7% τις πρώτες 24 ώρες και την πρώτη εβδομάδα της ζωής τους, αντίστοιχα (Patrick S. W. et al, 2013; Ashrafzadeh M. et al, 2019). Το επίπεδο κινδύνου για αυτά τα νεογνά μπορεί να καθοριστεί με βάση την κλινική τους κατάσταση, λόγω της ανωριμότητας των ζωτικών και λειτουργικών οργάνων (Patrick S. W. et al, 2013; Ghaffari Saravi V. et al, 2009; Ashrafzadeh M. et al, 2019). Η πιθανότητα του νεογνικού θανάτου ή επιβίωσης στη MENN εξαρτάται από περιγεννητικούς παράγοντες και από τις φυσιολογικές συνθήκες κατά την εισαγωγή, οι οποίες μπορούν να αξιολογηθούν μέσω συστημάτων βαθμολόγησης.

Ένα από αυτά τα συστήματα είναι ο Δείκτης Κλινικού Κινδύνου για Μωρά – Clinical Risk Index for Babies (CRIB Score), ο οποίος δημιουργήθηκε και χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από το International Neonatal Network στο Ηνωμένο Βασίλειο το 1993 και αναθεωρήθηκε το 2003, από τότε είναι ένας αξιόπιστος δείκτης για την αξιολόγηση των ποσοστών νοσηρότητας και θνησιμότητας στα νοσοκομεία, ο οποίος αποκλείει τη συσχέτιση των πιθανών προβλημάτων με τη χρήση φαρμάκων ή ανθρώπινων σφαλμάτων. Το CRIB Score εφαρμόζεται σε πρόωρα νεογνά με βάρος γέννησης κάτω των 1500 γραμμαρίων και ηλικία κύησης κάτω των 32 εβδομάδων. Ο δείκτης αυτός, λαμβάνει υπόψιν μεταβλητές όπως: το βάρος γέννησης, την ηλικία κύησης, τη θερμοκρασία εισαγωγής, την περίσσεια βάσης (BE) στα

αέρια αίματος και το φύλο του νεογνού εντός των πρώτων 12 ωρών της ζωής του (Ghaffari Saravi V. et all, 2009). Η μέτρηση αυτού του δείκτη είναι εξαιρετικά απλή και εξοικονομεί χρόνο, μιας και όλες οι παραπάνω μεταβλητές έχουν καταγραφεί στον έλεγχο ρουτίνας κατά την εισαγωγή του νεογνού στη MENN (Parry G. et all, 2003; Patrick S. W. et all, 2013; Lee S. M. et all, 2019).

Σύμφωνα με το CRIB II Score τα νεογνά ταξινομούνται σε τέσσερις ομάδες:

- ***Επίπεδο 1 – CRIB II Score από 1 έως 5***
- ***Επίπεδο 2 – CRIB II Score από 6 έως 10***
- ***Επίπεδο 3 – CRIB II Score από 11 έως 15***
- ***Επίπεδο 4 – CRIB II Score πάνω από 16***

Οι δημιουργοί του συγκεκριμένου δείκτη προτείνουν σαν διαχωριστικό όριο το 8,5 πάνω από το οποίο τα νεογνά έχουν αυξημένο κίνδυνο νοσηρότητας και θνησιμότητας με ευαισθησία 75% και ειδικότητα 78% με θετική προβλεπτική αξία 54,9% και αρνητική 89,6%. Πολλές έρευνες που ακολούθησαν τα μετέπειτα χρόνια χρησιμοποίησαν διαφορά διαχωριστικά όρια. Συγκεκριμένα, μελέτη των Gagliardi L. et all, το 2004 σε MENN της Βόρειας Ιταλίας, χρησιμοποίησε ως διαχωριστικό όριο – cut off το 13 με ευαισθησία 94,9% και ειδικότητα 82%. Παρόμοια, μελέτη των Khosravi N. & Khosravi K. το 2014 σε MENN του Ιράν χρησιμοποίησε ως διαχωριστικό όριο – cut off το 13, με ευαισθησία 82% και ειδικότητα 50% με θετική προγνωστική αξία 65% και αρνητική προγνωστική αξία 72%. Το 2014 επίσης, η έρευνα των Ezz – Eldin M. Z. et all το 2015, η οποία διενεργήθηκε σε MENN του Καΐρου, κατέδειξε ως βέλτιστο όριο – cut off point ≥ 11 , το οποίο είχε την καλύτερη ευαισθησία (94,9%) και ειδικότητα (82,4%) και προβλεπτική αξία (74%). Το 2019 στη Βεγγάλη της Ασίας κατέδειξαν ως βέλτιστο διαχωριστικό – cut off $> 9,5$ με ευαισθησία 97,5% και ειδικότητα 50% (Patra K. & Karmakar C. B., 2019). Επίσης, την ίδια χρόνια οι Monteiro C. S. et all (2019), πρότειναν ως βέλτιστο διαχωριστικό το όριο – cut off > 9 με υψηλότερη ευαισθησία 81,8%, ειδικότητα 54,5% και προβλεπτική αξία 80%. Αργότερα, το 2020 σε έρευνά τους οι Motlagh J. A. et all, βασίστηκαν στο διαχωριστικό όριο – cut off $> 6,5$ με ευαισθησία 85,7% και ειδικότητα 75%. Πρόσφατη μελέτη του 2021 από τους Phatak A. et all, χρησιμοποιήθηκε το διαχωριστικό όριο cut off ≥ 9 με μέγιστη ευαισθησία 95,65%, ειδικότητα 95,77% και προβλεπτική αξία 95,65%. Τέλος, νέα μελέτη των Qasim S., et all το 2022 στο Πακιστάν, χρησιμοποίησαν τη μέση τιμή του δείκτη, η οποία ήταν Mean CRIB II score $10,95 \pm 2,79$ και η ευαισθησία αυτού ήταν 92,68%, η ειδικότητα 90,48, η θετική προβλεπτική αξία 96,15% και η αρνητική προβλεπτική αξία 96,15%.

Ο δείκτης CRIB II score αποτελεί έναν αξιόπιστο δείκτη πρόγνωσης της νοσηρότητας και θνησιμότητας των πολύ πρόωρων και πολύ χαμηλού βάρους γέννησης νεογνών στη MENN. Ο δείκτης αυτός θα πρέπει να εφαρμόζεται στη ρουτίνα της φροντίδας σε όλες τις MENN.

6.4.5 Αιτιολόγηση της Επιλογής της Ερευνητικής Ομάδας και των Συνεργαζόμενων Φορέων

Την ερευνητική ομάδα συνέθεσαν οι παρακάτω επαγγελματίες: μαία, ψυχολόγος, νεογνολόγος, διοικητικό προσωπικό και βιοστατιστικός. Η συνεργασία των ειδικοτήτων αυτών κρίθηκε απαραίτητη για την υλοποίηση και επιτυχή έκβαση της ερευνητικής μελέτης. Οι συνεργαζόμενοι φορείς ήταν ιδανικά επιλεγμένοι για την υλοποίηση της παρούσας μελέτης: Το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων και συγκεκριμένα το Παιδαγωγικό Τμήμα Νηπιαγωγών της Σχολής Επιστημών Αγωγής, ανέλαβε την επιστημονική και τεχνική επίβλεψη της ερευνητικής μελέτης. Η MENN και η Ειδική Μονάδα Προαγωγής Μητρικού Θηλασμού – Τράπεζα Ανθρώπινου Γάλακτος του Γενικού Νοσοκομείου Μαιευτηρίου «Ελενα Βενιζέλου», όπου νοσηλεύτηκαν τα νεογνά και πραγματοποιήθηκε η συλλογή του δείγματος. Τέλος, η βιοστατιστικός, η οποία ερμήνευσε μέσω των αριθμών τα αποτελέσματα των ερευνητικών εργαλείων. Οι προτεινόμενοι συνεργάτες είχαν την απαιτούμενη εμπειρία και εξειδίκευση για να φέρουν εις πέρας το συγκεκριμένο πρόγραμμα.

6.5 Αποτελέσματα – Παρουσίαση Ευρημάτων

Με τη χρήση του κριτηρίου Kolmogorov – Smirnov ελέγχθηκαν οι κατανομές των ποσοτικών μεταβλητών ως προς την κανονικότητα της κατανομής τους. Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation = SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Τα ποσοστά κατάθλιψης μεταξύ μητέρων και πατέρων και μεταξύ των τριών μετρήσεων συγκρίθηκαν με McNemar test. Η ανάλυση διασποράς για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (ANOVA) χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να ελεγχθούν διαφορές στις κλίμακες κατάθλιψης και άγχους χρονικά, μεταξύ των γονέων αλλά και ανάλογα με διάφορα υπό μελέτη χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Επίσης, με την ανωτέρω μέθοδο εκτιμήθηκε εάν ο βαθμός μεταβολής στο χρόνο των κλιμάκων κατάθλιψης και άγχους διέφερε ανάλογα με τα διάφορα υπό μελέτη χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων στο χρόνο χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι $0,05/k$ (k = αριθμός των συγκρίσεων). Προκειμένου να βρεθούν οι ανεξάρτητοι παράγοντες που σχετίζονταν με τις κλίμακες κατάθλιψης και άγχους ανά χρονική στιγμή έγιναν μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 26.0.

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 60 γονείς. Στον παρακάτω πίνακα δίνονται τα δημογραφικά στοιχεία της μητέρας.

Πίνακας 6: Δημογραφικά Στοιχεία των Μητέρων

		N	%
Ηλικία Μητέρας, μέση τιμή (SD)		33,6 (6,7)	
Βάρος πριν την Εγκυμοσύνη, μέση τιμή (SD)		66,4 (13)	
Βάρος μετά την Εγκυμοσύνη, μέση τιμή (SD)		74,8 (13,8)	
Εθνικότητα μητέρας	Αλβανική	3	5,0
	Ελληνική	57	95,0
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	0	0,0
	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	13	21,7
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	45	75,0
	Μεταπτυχιακό	2	3,3
	Διδακτορικό	0	0,0
Ασφάλιση μητέρας	Όχι	0	0,0
	Ναι	60	100,0
Αν Ναι, Ποιο Ασφαλιστικό Ταμείο	ΙΚΑ	52	86,7
	Δημόσιο	3	5,0
	ΟΓΑ	0	0,0
	Απορίας	0	0,0
	Άλλο	5	8,3
Αν άλλο, τι	ΓΕΣ	1	1,7
	ΕΦΚΑ	1	1,7
	ΛΙΜΕΝΙΚΟ ΣΩΜΑ	1	1,7
	ΤΕΒΕ	2	3,3
Έχετε Ιδιωτική Ασφάλιση	Όχι	60	100,0
	Ναι	0	0,0
Οικογενειακό Εισόδημα	<12.000 ευρώ	14	23,3
	12.000 - 23.999 ευρώ	33	55,0
	24.000 - 35.999 ευρώ	12	20,0
	35.000 - 47.999 ευρώ	1	1,7
	> 48.000 ευρώ	0	0,0
Οικογενειακή Κατάσταση	Παντρεμένη	51	85,0
	Ανύπαντρη	3	5,0
	Διαζευγμένη/Σε διάσταση	0	0,0
	Χήρα	0	0,0
	Συμβίωση/Ελεύθερη σχέση	6	10,0

Η μέση ηλικία των μητέρων ήταν 33,6 έτη (SD=6,7 έτη), με μέσο βάρος πριν την κύηση 66,4 κιλά (SD=13 κιλά) και μέσο βάρος μετά την κύηση 74,8 κιλά (SD=13,8 κιλά). Το 95% των γυναικών ήταν Ελληνίδες, όλες είχαν ασφάλιση, αλλά καμία δεν είχε ιδιωτική ασφάλιση. Το 75% των γυναικών ήταν πτυχιούχοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, το 55,0% είχε οικογενειακό εισόδημα 12.000 - 23.999 € και το 85% ήταν παντρεμένες. Επίσης, η πλειονότητα των μητέρων ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι (46,7%), είχε γεννηθεί στην Αθήνα (46,7%) και έμενε στην Αθήνα (76,7%) (βλ. παράρτημα). Στον παρακάτω πίνακα δίνονται τα δημογραφικά στοιχεία του πατέρα.

Πίνακας 7: Δημογραφικά Στοιχεία των Πατέρων

		N	%
Ηλικία Πατέρα, μέση τιμή (SD)		37,2 (5,6)	
Βάρος Πατέρα, μέση τιμή (SD)		84,5 (8,8)	
Εθνικότητα	Αλβανική	5	8,3
	Ελληνική	55	91,7
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Πρωτοβάθμια εκπαίδευση	2	3,3
	Δευτεροβάθμια εκπαίδευση	23	38,3
	Τριτοβάθμια εκπαίδευση	35	58,3
	Μεταπτυχιακό	0	0,0
	Διδακτορικό	0	0,0
Ασφάλιση πατέρα	Όχι	2	3,3
	Ναι	58	96,7
Αν Ναι, Ποιο Ασφαλιστικό Ταμείο	ΙΚΑ	44	74,6
	Δημόσιο	5	8,5
	ΟΓΑ	0	0,0
	Απορίας	0	0,0
	Άλλο	9	15,3
Αν άλλο, τι	ΓΕΣ	1	1,7
	ΕΦΚΑ	1	1,7
	NAT	1	1,7
	TEBE	5	8,3
	ΤΣΕΜΕΔΕ	1	1,7
Έχετε Ιδιωτική Ασφάλιση	Όχι	60	100,0
	Ναι	0	0,0
Οικογενειακή Κατάσταση	Παντρεμένος	51	85,0
	Ανύπαντρος	3	5,0
	Διαζευγμένος/Σε διάσταση	0	0,0
	Χήρος	0	0,0
	Συμβίωση/Ελεύθερη σχέση	6	10,0
	Άλλο	0	0,0

Η μέση ηλικία των πατέρων ήταν 37,2 έτη (SD=8,8 έτη) και το μέσο βάρος ήταν 84,5 κιλά (SD=8,8 κιλά). Το 91,7% των πατέρων ήταν Έλληνες, το 58,3% είχε τριτοβάθμια εκπαίδευση, το 96,7% είχε ασφάλιση ενώ κανένας δεν είχε ιδιωτική ασφάλιση. Ακόμα, το 85% των πατέρων ήταν παντρεμένοι. Επίσης, η πλειονότητα των πατέρων ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι (36,7%), είχε γεννηθεί στην Αθήνα (58,3%) και έμενε στην Αθήνα (75%) (βλ. παράρτημα).

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται στοιχεία που αφορούν στο ιστορικό της μητέρας καθώς και στην παρούσα εγκυμοσύνη και στον τοκετό.

Πίνακας 8: Περιγεννητικά Στοιχεία των Μητέρων

		N	%
Κυήσεις	1	39	65,0
	2	12	20,0
	3	7	11,7
	4	2	3,3
Πρωτότοκες	Όχι	16	26,7
	Ναι	44	73,3
Αριθμός Παιδιών	1	36	60,0
	2	17	28,3
	3	4	6,7
	4	3	5,0
Βάρος 1ου παιδιού, μέση τιμή (SD)		1631,2 (873,3)	
Βάρος 2ου παιδιού, μέση τιμή (SD)		1458 (751,7)	
Βάρος 3ου παιδιού, μέση τιμή (SD)		1747,2 (791,5)	
Βάρος 4ου παιδιού, μέση τιμή (SD)		1115 (329,1)	
Ηλικία κύησης 1ου παιδιού, μέση τιμή (SD)		31,7 (4,5)	
Ηλικία κύησης 2ου παιδιού, μέση τιμή (SD)		31,2 (4,3)	
Ηλικία κύησης 3ου παιδιού, μέση τιμή (SD)		31 (4,5)	
Ηλικία κύησης 4ου παιδιού, μέση τιμή (SD)		29,1 (3,1)	
Έχετε εμπειρία νοσηλείας σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) από προηγούμενο νεογνό	Όχι	54	90,0
	Ναι	6	10,0
Προσδιορίστε	Η 1η κύηση παλινδρόμηση	1	1,7
	Η 2η κύηση αποβολή	1	1,7
	Το 1ο απεβίωσε	1	1,7
	το 2ο απεβίωσε	3	5,0
	το 2ο ενδομήτριος θάνατος	1	1,7
Τρόπος σύλληψης	Φυσιολογική σύλληψη	51	85,0
	Εξωσωματική γονιμοποίηση	9	15,0

	Σπερματέγχυση	0	0,0
Αριθμός εξωσωματικών	1	4	44,4
	2	2	22,2
	3	1	11,1
	4	1	11,1
	5	1	11,1
Είδος τοκετού	Φυσιολογικός τοκετός	6	10,0
	Αναρροφητική Εμβρυουλκία	0	0,0
	Καισαρική τομή	54	90,0
Είδος Αναισθησίας	Τοπική	4	6,8
	Γενική	4	6,8
	Ραχιαία	42	71,2
	Επισκληρίδειος	4	6,8
	Καμία	2	3,4
	Γενική & Ραχιαία	3	5,1
Αριθμός Εμβρύων	Μονήρης κύηση	46	76,7
	Δίδυμος κύηση	12	20,0
	Πολύδυμη κύηση	2	3,3

Το 65,0% των συμμετεχουσών είχε 1 κύηση και το 20% 2 κυήσεις. Επίσης, το 73,3% των συμμετεχουσών ήταν πρωτότοκες και το 90% των γυναικών δεν είχε εμπειρία νοσηλείας σε MENN. Στο 85% των περιπτώσεων η σύλληψη έγινε με φυσιολογικό τρόπο, ενώ για τις γυναίκες που έκαναν εξωσωματική, το 44,4% είχε κάνει μία και το 22,2% είχε κάνει 2. Το 90% των γυναικών γέννησε με καισαρική τομή, ενώ το 71,2% υποβλήθηκε σε ραχιαία αναισθησία. Επιπλέον, το 76,7% των γυναικών είχε μονήρη κύηση.

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται στοιχεία από το ιστορικό των γυναικών.

Πίνακας 9: Προβλήματα Υγείας των Μητέρων

		N	%
Πρόβλημα υγείας	Όχι	43	71,7
	Ναι	17	28,3
Προσδιορίστε	ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ	1	1,7
	ΕΠΙΛΗΨΙΑ	1	1,7
	ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΤΙΔΑ ΧΩΡΙΣ ΑΓΩΓΗ	1	1,7
	ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ	1	1,7
	ΣΑΚΧ. ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 1, ΘΡΟΜΒΟΦΙΛΙΑ	1	1,7
	ΥΠΕΡΤΑΣΗ	1	1,7
	ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ	7	11,7
	HASSIMOTO	3	5,0
Λαμβάνετε κάποια αγωγή		15	88,2
Αν ναι, τι	ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ	0	0,0
	ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ	0	0,0
	ΣΙΔΗΡΟ	0	0,0
	ΑΣΒΕΣΤΙΟ	0	0,0
	ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ	0	0,0
	Άλλο	15	100,0
	Αν άλλο, τι	ΚΟΡΤΙΖΟΝΗ	1
ΜΕΘΟΤΡΕΞΑΤΗ		1	1,7
T4		5	8,3
ALDOMET 250 mg		1	1,7
LEVEMIR, NOVORAPID, CLEXAN		1	1,7
T4		2	3,3
THIROCID		3	5,0
TRILEPTAL		1	1,7

Το 28,3% των γυναικών είχε κάποιο πρόβλημα υγείας και το 88,2% αυτών λάμβανε κάποια αγωγή.

Οι συνήθειες των μητέρων και των πατέρων δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 10: Καθημερινές Συνήθειες των Γονέων

		N	%
ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΜΗΤΕΡΑΣ	ΌΧΙ	48	80,0
	Ναι	11	18,3
	Ατμίζει	1	1,7
Αν Ναι, Πόσα τσιγάρα περίπου την ημέρα		5,4 (5,5)	4 (1 – 6)
ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΠΑΤΕΡΑ	ΌΧΙ	30	50,0
	Ναι	30	50,0
Αν Ναι, Πόσα τσιγάρα περίπου την ημέρα		16,2 (8,5)	17,5 (10 – 20)
ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΚΑΦΕΪΝΟΥΧΩΝ ΡΟΦΗΜΑΤΩΝ (αναψυκτικά πχ. Coca-Cola, καφές κτλ.)	Όχι	9	15,0
	Ναι	51	85,0

Επίσης, το 18,3% των γυναικών κάπνιζε όπως και το 50% των συντρόφων τους. Το 85% των γυναικών καταναλώνει καφεϊνούχα ροφήματα (Coca-Cola, καφές κλπ.).

Συνολικά συλλέχθηκαν στοιχεία από 72 νεογνά, τα οποία δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 11: Περιγεννητικά Στοιχεία των Νεογνών

		N	%
Φύλο Νεογνού	Άρρεν	34	47,2
	Θήλυ	38	52,8
Ηλικία κύησης κατά τον τοκετό, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		29,5 (2,3)	29,7 (28,3 – 31,1)
Περίμετρος Κεφαλής, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		26,8 (2,5)	27 (25 – 28,3)
Βάρος Γέννησης του νεογνού, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		1230 (335)	1280 (990 – 1459,5)
Ύψος, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		35,6 (5,7)	36 (32 – 40)
CRIB II SCORE, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		6,9 (3,7)	6,5 (3 – 9,5)
Apgar Score (1min), μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		6,2 (1,6)	7 (5 – 7)
Apgar Score (5min), μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		7,8 (1,2)	8 (7 – 9)
Διάρκεια νοσηλείας (ημέρες), μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		63,8 (27,7)	60 (44 – 80)
Βάρος γέννησης²		1194,2 (331,3)	1235 (967,5 – 1432,5)
CRIB II SCORE¹		7,3 (3,8)	7 (4 – 10)
Apgar score 1²		6,1 (1,7)	7 (5 – 7)
Apgar score 5²		7,8 (1,2)	8 (7 – 8)
Διάρκεια νοσηλείας¹		67,3 (27,6)	62 (46 – 83,5)

¹υπολογίστηκαν στο σύνολο των κήσεων (N=60) και σε περίπτωση πολλαπλής κήσης λήφθηκε υπόψη η μεγαλύτερη τιμή από τα νεογνά ²υπολογίστηκαν στο σύνολο των κήσεων (N=60) και σε περίπτωση πολλαπλής κήσης λήφθηκε υπόψη η μικρότερη τιμή από τα νεογνά.

Το 52,8% των νεογνών ήταν κορίτσια. Η μέση ηλικία κύησης κατά τον τοκετό ήταν 29,5 εβδομάδες (SD=2,3 εβδομάδες). Το μέσο βάρος γέννησης ήταν 1230 γρ (SD=335 γρ). Η διάμεση τιμή του CRIP II Score ήταν 6,5 (ενδ. εύρος: 3 – 9,5), του Apgar Score στο 1' ήταν 7 (ενδ. εύρος: 5 – 7) και του Apgar Score στα 5' ήταν 8 (ενδ. εύρος: 7 – 9). Η μέση διάρκεια νοσηλείας στη MENN ήταν 63,8 ημέρες (SD=27,7 ημέρες).

Τα προβλήματα υγείας των νεογνών στη MENN δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

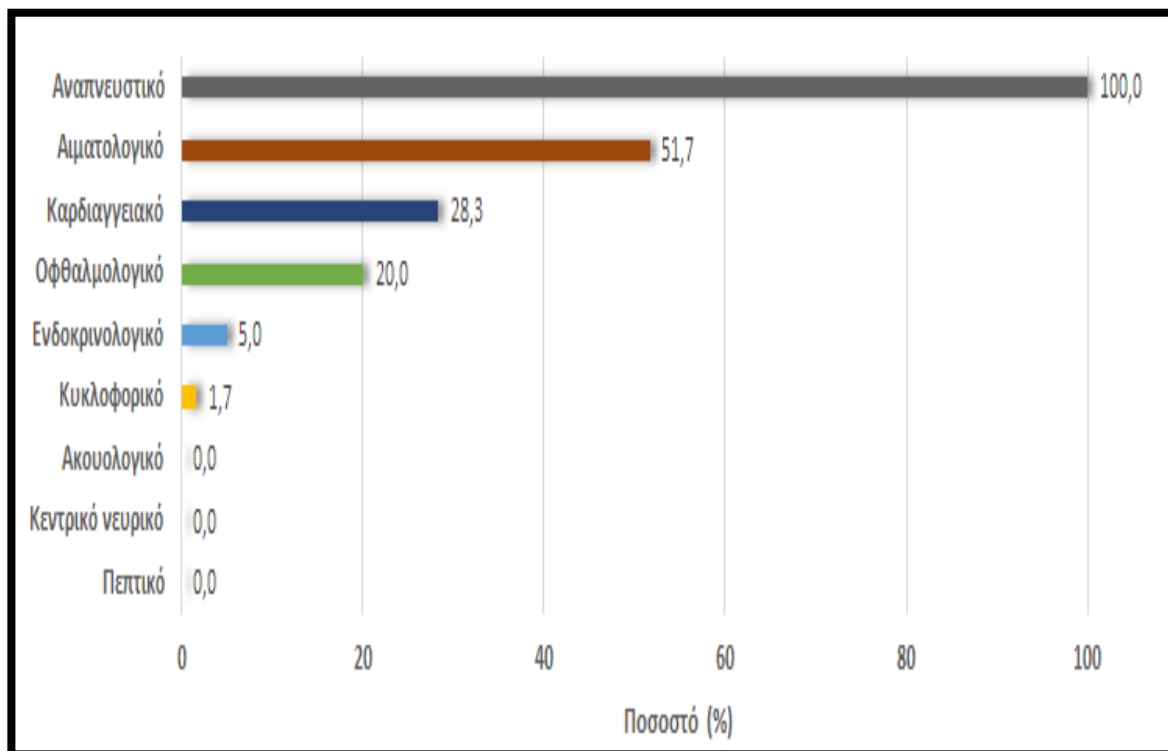
Πίνακας 12: Προβλήματα Υγείας των Νεογνών κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους στη MENN

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ ΣΤΗ MENN	N	%
<i>Αναπνευστικό</i>	60	100,0
<i>Πεπτικό</i>	0	0,0
<i>Κυκλοφορικό</i>	1	1,7
<i>Κεντρικό νευρικό</i>	0	0,0
<i>Αιματολογικό</i>	31	51,7
<i>Καρδιαγγειακό</i>	17	28,3
<i>Οφθαλμολογικό</i>	12	20,0
<i>Ακουστικό</i>	0	0,0
<i>Ενδοκρινολογικό</i>	3	5,0

Όλα τα νεογνά αντιμετώπιζαν κάποιο αναπνευστικό πρόβλημα στη MENN και το 51,7% αντιμετώπιζε και καρδιολογικό πρόβλημα.

Τα προβλήματα υγείας των νεογνών στη ΜΕΝΝ δίνονται στο γράφημα που ακολουθεί με φθίνουσα σειρά.

Γράφημα 2: Προβλήματα Υγείας των Νεογνών κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους στη ΜΕΝΝ



Κλίμακα Κατάθλιψης (EPDS)

Η βαθμολογία (Μέση Τιμή) κατάθλιψης των μητέρων και των πατέρων δίνεται στον πίνακα που ακολουθεί κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης.

Πίνακας 13: Μέσες Τιμές και Στατιστικά Σημαντικές Διαφορές, ως προς την Κατάθλιψη των Γονέων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των νεογνών στη MENN

	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ			P ²	P ³	
	1 ^η Εβδομάδα	1 ^{ος} Μήνας	Έξοδος			
	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση Τιμή (SD)	1 ^η Εβδομάδα vs 1 ^{ος} Μήνας	1 ^η Εβδομάδα vs Έξοδος	1 ^{ος} Μήνας vs Έξοδος
Μητέρα	14,9 (5,9)	12,4 (6,2)	10,3 (5,9)	0,004	<0,001	0,002
Πατέρας	10,3 (5,8)	8,2 (5,1)	6,4 (5,2)	0,001	<0,001	<0,001
P¹	<0,001	<0,001	<0,001			

¹p-value για διαφορά μεταξύ των ομάδων ²p-value για διαφορά μεταξύ των μετρήσεων ³p-value από επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

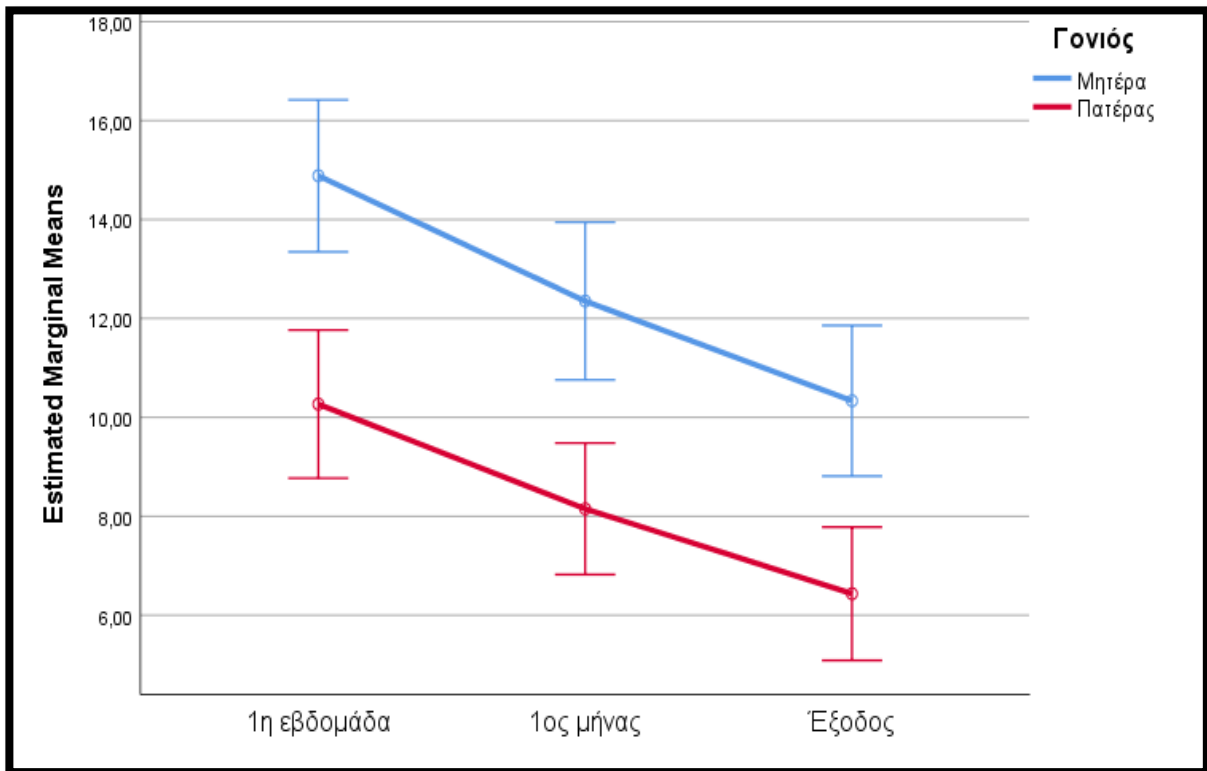
Στο σύνολο των μητέρων, η βαθμολογία κατάθλιψης μειώθηκε σημαντικά από την 1^η εβδομάδα μέχρι τον 1^ο μήνα, από τον 1^ο μήνα μέχρι την έξοδο, αλλά και συνολικά από την 1^η εβδομάδα μέχρι την έξοδο, υποδηλώνοντας σημαντική μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης.

Στο σύνολο των πατέρων, η βαθμολογία κατάθλιψης μειώθηκε σημαντικά από την 1^η εβδομάδα μέχρι τον 1^ο μήνα, από τον 1^ο μήνα μέχρι την έξοδο, αλλά και συνολικά από την 1^η εβδομάδα μέχρι την έξοδο, υποδηλώνοντας σημαντική μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης.

Συγκρίνοντας μητέρες και πατέρες, βρέθηκε ότι σε όλες τις μετρήσεις οι μητέρες είχαν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης σε σύγκριση με τους πατέρες. Επίσης, ο βαθμός μείωσης των συμπτωμάτων κατάθλιψης ήταν παρόμοιος σε πατέρες και μητέρες.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη βαθμολογία κατάθλιψης των μητέρων και των πατέρων.

Γράφημα 3: Μέσες Τιμές, ως προς την Κατάθλιψη των Γονέων κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των νεογνών στη ΜΕΝΝ



Η βαθμολογία κατάθλιψης των μητέρων δίνεται στον πίνακα που ακολουθεί κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των νεογνών στη ΜΕΝΝ, ανάλογα με κάποια χαρακτηριστικά τους.

Πίνακας 14: Μέσες Τιμές και Στατιστικά Σημαντικές Διαφορές, στη βαθμολογία της Κατάθλιψης των Μητέρων, ως προς κάποια χαρακτηριστικά τους.

		ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΜΗΤΕΡΑΣ				P ²		P ³
		1 ^η Εβδομάδα	1 ^{ος} Μήνας	Έξοδος				
		Μέση Τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση Τιμή (SD)	1 ^η Εβδομάδα vs 1 ^{ος} Μήνας	1 ^η Εβδομάδα vs Έξοδος	1 ^{ος} Μήνας vs Έξοδος	
Ηλικία Μητέρας	<33 έτη	15,2 (5,4)	13,6 (5,8)	11,6 (5,9)	0,389	0,005	0,049	0,263
	≥33 έτη	14,6 (6,6)	11 (6,4)	8,9 (5,7)	0,006	<0,001	0,036	
	P ¹	0,680	0,111	0,075				
Πρωτότοκες	Όχι	15,7 (6,8)	14,5 (7,9)	12,1 (7,2)	>0,999	0,057	0,087	0,484
	Ναι	14,6 (5,7)	11,6 (5,3)	9,7 (5,3)	0,003	<0,001	0,019	
	P ¹	0,532	0,104	0,173				
Μονήρης κύηση	Όχι	13,4 (7)	10,6 (6,2)	8,6 (6)	0,250	0,013	0,274	0,965
	Ναι	15,3 (5,6)	12,9 (6,1)	10,9 (5,8)	0,020	<0,001	0,008	
	P ¹	0,277	0,221	0,204				
Τρόπος σύλληψης	Φυσιολογική σύλληψη	15,7 (5,7)	13 (6,1)	11 (5,8)	0,005	<0,001	0,005	0,787
	Εξωσωματική γονιμοποίηση	10,1 (5,3)	8,6 (5,7)	6,4 (5,4)	>0,999	0,218	0,455	
	P ¹	0,008	0,044	0,031				
Διάρκεια νοσηλείας	<62 ημέρες	15,1 (6,9)	12 (6,5)	10 (5,9)	0,019	<0,001	0,049	0,649
	≥62 ημέρες	14,7 (5)	12,7 (5,9)	10,6 (5,9)	0,192	0,001	0,036	
	P ¹	0,784	0,675	0,676				
Βάρος γέννησης	<1235γρ	14,6 (6)	12,2 (6,3)	10 (6)	0,091	<0,001	0,023	0,951
	≥1235γρ	15,1 (6)	12,5 (6,2)	10,6 (5,9)	0,050	<0,001	0,074	
	P ¹	0,748	0,885	0,697				
CRIB 2 SCORE	<7	14 (6,6)	11,7 (6,5)	9,5 (6)	0,145	0,001	0,039	0,939
	≥7	15,6 (5,3)	12,9 (5,9)	11 (5,8)	0,031	<0,001	0,044	
	P ¹	0,282	0,443	0,337				
Apgar score 1'	<7	15 (6,2)	11,7 (6,1)	10,4 (5)	0,015	<0,001	0,304	0,551
	≥7	14,8 (5,8)	12,9 (6,2)	10,3 (6,6)	0,216	<0,001	0,004	
	P ¹	0,922	0,460	0,977				
Apgar score 5'	<8	14,5 (6,4)	12 (6,9)	11 (5,6)	0,154	0,025	0,871	0,471
	≥8	15,1 (5,8)	12,6 (5,8)	10 (6,1)	0,031	<0,001	0,001	
	P ¹	0,734	0,718	0,555				
Πρόβλημα υγείας μητέρας	Όχι	14,5 (5,7)	13 (5,8)	10,8 (6,1)	0,260	<0,001	0,005	0,047
	Ναι	15,9 (6,6)	10,8 (7)	9,2 (5,4)	0,001	<0,001	0,458	
	P ¹	0,418	0,214	0,369				

¹p-value για διαφορά μεταξύ των ομάδων ²p-value για διαφορά μεταξύ των μετρήσεων ³p-value από επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

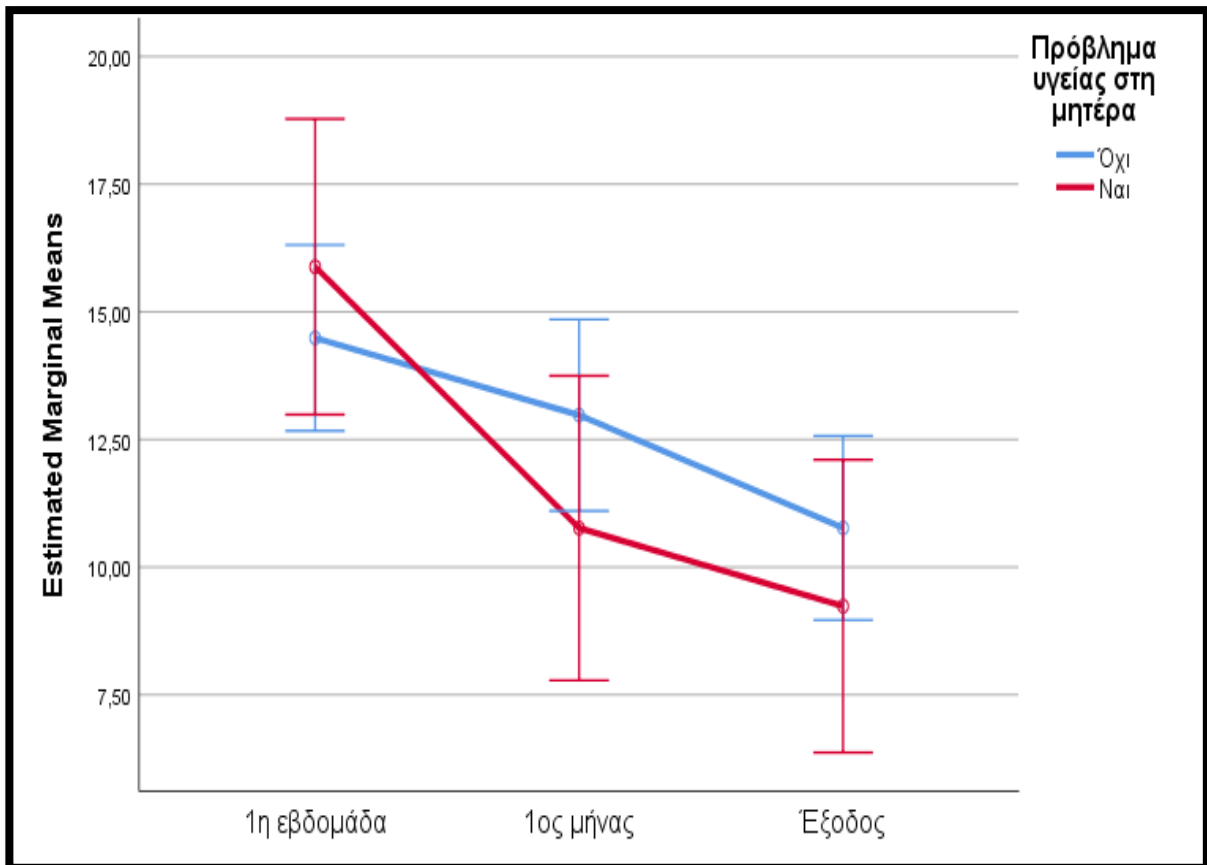
Διαφορές ανάλογα με τα χαρακτηριστικά ανά μέτρηση: Τόσο κατά την 1^η εβδομάδα, όσο και κατά τον 1^ο μήνα και την έξοδο, η βαθμολογία κατάθλιψης βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά μόνο με τον τρόπο σύλληψης, όπου οι γυναίκες με φυσιολογική σύλληψη είχαν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης σε σύγκριση με τις γυναίκες που συνέλαβαν με εξωσωματική. Με τα υπόλοιπα στοιχεία του πίνακα δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στα συμπτώματα κατάθλιψης σε καμία από τις μετρήσεις.

Διαφορές μεταξύ των μετρήσεων: Στις γυναίκες που ήταν κάτω των 33 ετών, στις περιπτώσεις που το νεογνό ήταν το πολύ 1235 γρ, με CRIP II score ≥ 7 , με Apgar Score 1' ≥ 7 , με διάρκεια νοσηλείας τουλάχιστον 62 ημερών καθώς και στις γυναίκες χωρίς κάποιο πρόβλημα υγείας, η βαθμολογία κατάθλιψης κατά την έξοδο ήταν σημαντικά χαμηλότερη σε σύγκριση με την 1^η εβδομάδα και τον 1^ο μήνα. Στις γυναίκες που ήταν τουλάχιστον 33 ετών, στις μονήρεις κυήσεις, στις πρωτότοκες γυναίκες, στις γυναίκες με φυσιολογική σύλληψη, στις περιπτώσεις, με CRIP II score ≥ 7 , με Apgar score 5' ≥ 8 και με διάρκεια νοσηλείας λιγότερο από 62 ημέρες, η βαθμολογία κατάθλιψης μειώθηκε σημαντικά από την 1^η εβδομάδα μέχρι τον 1^ο μήνα, από τον 1^ο μήνα μέχρι την έξοδο, αλλά και συνολικά από την 1^η εβδομάδα μέχρι την έξοδο. Στις μη μονήρεις κυήσεις και στις περιπτώσεις με Apgar score 5' < 8 , τα συμπτώματα κατάθλιψης μειώθηκαν σημαντικά από την 1^η εβδομάδα μέχρι την έξοδο. Ακόμα, στις περιπτώσεις που το νεογνό ήταν τουλάχιστον 1235 γρ, στις περιπτώσεις με Apgar score 1' < 7 και στις γυναίκες με κάποιο πρόβλημα υγείας, τα συμπτώματα κατάθλιψης την 1^η εβδομάδα ήταν σημαντικά περισσότερα σε σύγκριση με τον 1 μήνα μετά και την έξοδο.

Ο βαθμός μείωσης των συμπτωμάτων κατάθλιψης διέφερε σημαντικά ανάλογα με την ύπαρξη κάποιου προβλήματος υγείας των μητέρων. Συγκεκριμένα, στις γυναίκες με κάποιο πρόβλημα υγείας τα συμπτώματα κατάθλιψης μειώθηκαν σημαντικά στον 1^ο μήνα ενώ στις γυναίκες χωρίς κάποιο πρόβλημα υγείας τα συμπτώματα κατάθλιψης μειώθηκαν σημαντικά στην έξοδο.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη βαθμολογία κατάθλιψης της μητέρας ανάλογα με το αν είχε κάποιο πρόβλημα υγείας ή όχι.

Γράφημα 4: Μεταβολή στη βαθμολογία της Κατάθλιψης των Μητέρων ανάλογα με την ύπαρξη Προβλημάτων Υγείας ή Όχι.



Η βαθμολογία κατάθλιψης των πατέρων δίνεται στον πίνακα που ακολουθεί κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και ανάλογα με κάποια χαρακτηριστικά τους.

Πίνακας 15: Μέσες Τιμές και Στατιστικά Σημαντικές Διαφορές, στη βαθμολογία της Κατάθλιψης των Πατέρων, ως προς κάποια χαρακτηριστικά των Μητέρων και των Νεογνών

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΠΑΤΕΡΑ				P ²	P ³			
	1 ^η Εβδομάδα	1 ^{ος} Μήνας	Έξοδος					
	Μέση Τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	1 ^η Εβδομάδα vs 1 ^{ος} Μήνας	1 ^η Εβδομάδα vs Έξοδος	1 ^{ος} Μήνας vs Έξοδος		
Ηλικία Μητέρας	<33 έτη	10,6 (5,4)	9,2 (5,3)	7,8 (5,2)	0,191	0,002	0,060	0,096
	≥33 έτη	9,9 (6,2)	7 (4,8)	5 (4,9)	0,001	<0,001	0,003	
	P¹	0,668	0,105	0,034				
Πρωτότοκες	Όχι	10,6 (6,1)	8,4 (6,3)	7,5 (6,2)	0,136	0,024	0,742	0,556
	Ναι	10,2 (5,7)	8 (4,7)	6 (4,8)	0,004	<0,001	<0,001	
	P¹	0,814	0,797	0,344				
Μονήρης κύηση	Όχι	8,6 (6)	8,1 (6,1)	6,4 (5,8)	>0,999	0,191	0,158	0,136
	Ναι	10,8 (5,7)	8,2 (4,9)	6,5 (5,1)	<0,001	<0,001	0,002	
	P¹	0,214	0,949	0,951				
Τρόπος σύλληψης	Φυσιολογική σύλληψη	10,5 (5,8)	8,3 (5,1)	6,5 (5)	0,001	<0,001	0,001	0,859
	Εξωσωματική γονιμοποίηση	9,1 (6,1)	7,6 (5,6)	5,8 (6,5)	0,796	0,088	0,317	
	P¹	0,521	0,710	0,686				
Διάρκεια νοσηλείας	<62 ημέρες	10 (5,5)	7,7 (5,3)	5,9 (5,4)	0,009	<0,001	0,015	0,800
	≥62 ημέρες	10,5 (6,2)	8,6 (5)	6,9 (5,1)	0,045	<0,001	0,017	
	P¹	0,767	0,476	0,446				
Βάρος γέννησης	<1235γρ	10,1 (5,5)	8,7 (5,1)	6,5 (4,9)	0,181	<0,001	0,001	0,383
	≥1235γρ	10,4 (6,2)	7,6 (5,2)	6,4 (5,6)	0,001	<0,001	0,118	
	P¹	0,826	0,441	0,961				
CRIB II SCORE	<7	10,1 (6,2)	7,6 (5,3)	5,9 (5,6)	0,009	<0,001	0,029	0,760
	≥7	10,4 (5,5)	8,6 (5)	6,8 (4,9)	0,043	<0,001	0,009	
	P¹	0,818	0,452	0,500				
Apgar score 1'	<7	10,4 (6)	8,4 (5,5)	6,8 (4,9)	0,036	<0,001	0,039	0,897
	≥7	10,2 (5,7)	8 (4,9)	6,1 (5,6)	0,013	<0,001	0,006	
	P¹	0,876	0,773	0,629				
Apgar score 5'	<8	10,3 (6,4)	7,6 (5,2)	7,7 (5,1)	0,012	0,022	>0,999	0,043
	≥8	10,2 (5,5)	8,4 (5,2)	5,8 (5,2)	0,026	<0,001	<0,001	
	P¹	0,949	0,562	0,181				
Πρόβλημα υγείας μητέρας	Όχι	10,6 (5,9)	8,9 (5)	6,7 (5,4)	0,031	<0,001	<0,001	0,230
	Ναι	9,5 (5,5)	6,2 (5,1)	5,8 (4,8)	0,005	0,003	>0,999	
	P¹	0,540	0,069	0,537				

¹p-value για διαφορά μεταξύ των ομάδων ²p-value για διαφορά μεταξύ των μετρήσεων ³p-value από επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

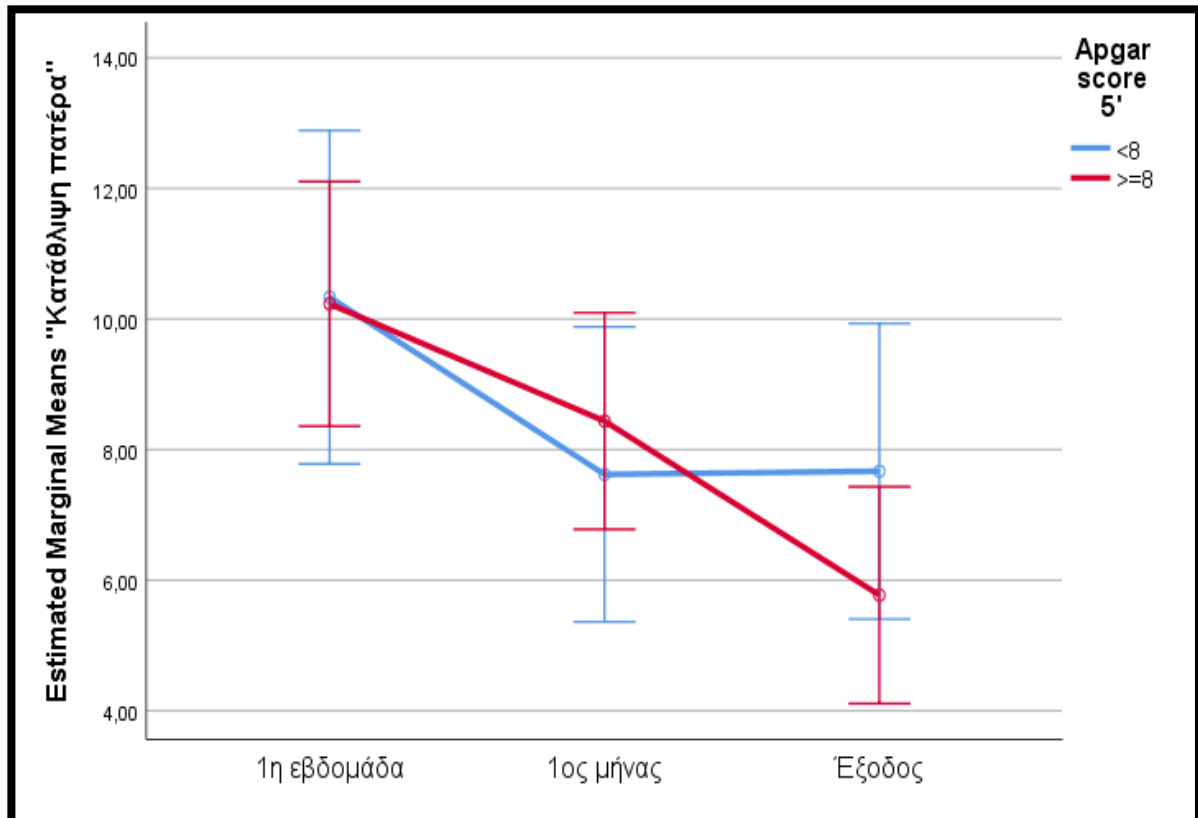
Διαφορές ανάλογα με τα χαρακτηριστικά ανά μέτρηση: Η βαθμολογία κατάθλιψης κατά την έξοδο βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά μόνο ανάλογα με την ηλικία της μητέρας, όπου στις περιπτώσεις που η μητέρα ήταν άνω των 33 ετών, οι πατέρες είχαν σημαντικά λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης. Με τα υπόλοιπα στοιχεία του πίνακα δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στα συμπτώματα κατάθλιψης σε καμία από τις μετρήσεις.

Διαφορές μεταξύ των μετρήσεων: Στις περιπτώσεις που το νεογνό ήταν μικρότερο από 1235 γραμμαρίων η βαθμολογία κατάθλιψης κατά την έξοδο ήταν σημαντικά χαμηλότερη σε σύγκριση με την 1^η εβδομάδα και τον 1^ο μήνα. Στις περιπτώσεις που οι μητέρες ήταν τουλάχιστον 33 ετών, στις μονήρεις κυήσεις, στις πρωτότοκες γυναίκες, στις γυναίκες με φυσιολογική σύλληψη, με CRIB II score ≥ 7 , με CRIB II score < 7 , με Apgar score 1' < 7 , με Apgar score 1' ≥ 7 , με Apgar score 5' ≥ 8 , με διάρκεια νοσηλείας λιγότερο από 62 ημέρες, με διάρκεια νοσηλείας τουλάχιστον 62 ημέρες καθώς και στις περιπτώσεις που οι μητέρες δεν είχαν κάποιο πρόβλημα υγείας, η βαθμολογία κατάθλιψης των πατέρων μειώθηκε σημαντικά από την 1^η εβδομάδα μέχρι τον 1^ο μήνα, από τον 1^ο μήνα μέχρι την έξοδο, αλλά και συνολικά από την 1^η εβδομάδα μέχρι την έξοδο. Ακόμα, στις περιπτώσεις που το νεογνό ήταν τουλάχιστον 1235 γρ, σε αυτές με Apgar score 5' < 8 και στις περιπτώσεις που οι μητέρες είχαν κάποιο πρόβλημα υγείας, τα συμπτώματα κατάθλιψης την 1^η εβδομάδα ήταν σημαντικά περισσότερα σε σύγκριση με τον 1^ο μήνα μετά και την έξοδο. Στις περιπτώσεις που η μητέρα ήταν μέχρι 33 ετών και σε αυτές που ήταν μη πρωτότοκη, τα συμπτώματα κατάθλιψης μειώθηκαν σημαντικά από την 1^η εβδομάδα μέχρι την έξοδο.

Ο βαθμός μείωσης των συμπτωμάτων κατάθλιψης διέφερε σημαντικά μόνο ανάλογα με το Apgar score 5'. Συγκεκριμένα, στις περιπτώσεις με Apgar score 5' < 8 η βαθμολογία μειώθηκε από την 1^η εβδομάδα μέχρι τον 1^ο μήνα, όπου και παρέμεινε σε παρόμοια επίπεδα μέχρι την έξοδο, ενώ στις περιπτώσεις με Apgar score 5' > 8 η βαθμολογία μειωνόταν συνεχώς μέχρι την έξοδο.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη βαθμολογία κατάθλιψης του πατέρα ανάλογα με το Apgar score 5' του νεογνού.

Γράφημα 5: Μεταβολή στη βαθμολογία της Κατάθλιψης των Πατέρων ανάλογα με το Apgar score στο 5^ο λεπτό των Νεογνών



Τα επίπεδα κατάθλιψης μητέρων και πατέρων δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί ανά μέτρηση.

Πίνακας 16: Επίπεδα Κατάθλιψης και Στατιστικά Σημαντικές Διάφορες στη βαθμολογία της Κατάθλιψης των Γονέων, ως προς τη χρονική στιγμή της μέτρησης

		1 ^η Εβδομάδα		1 ^{ος} Μήνας		Έξοδος		P+ 1 ^η Εβδομάδα vs 1 ^{ος} Μήνας	P+ 1 ^η Εβδομάδα vs Έξοδος	P+ 1 ^{ος} Μήνας vs έξοδος
		N	%	N	%	N	%			
Κατάθλιψη Μητέρων	<i>Όχι</i>	16	26,7	26	43,3	36	60,0	0,013	<0,001	0,013
	<i>Ναι</i>	44	73,3	34	56,7	24	40,0			
Κατάθλιψη Πατέρων	<i>Όχι</i>	37	61,7	46	76,7	50	83,3	0,012	<0,001	0,125
	<i>Ναι</i>	23	38,3	14	23,3	10	16,7			

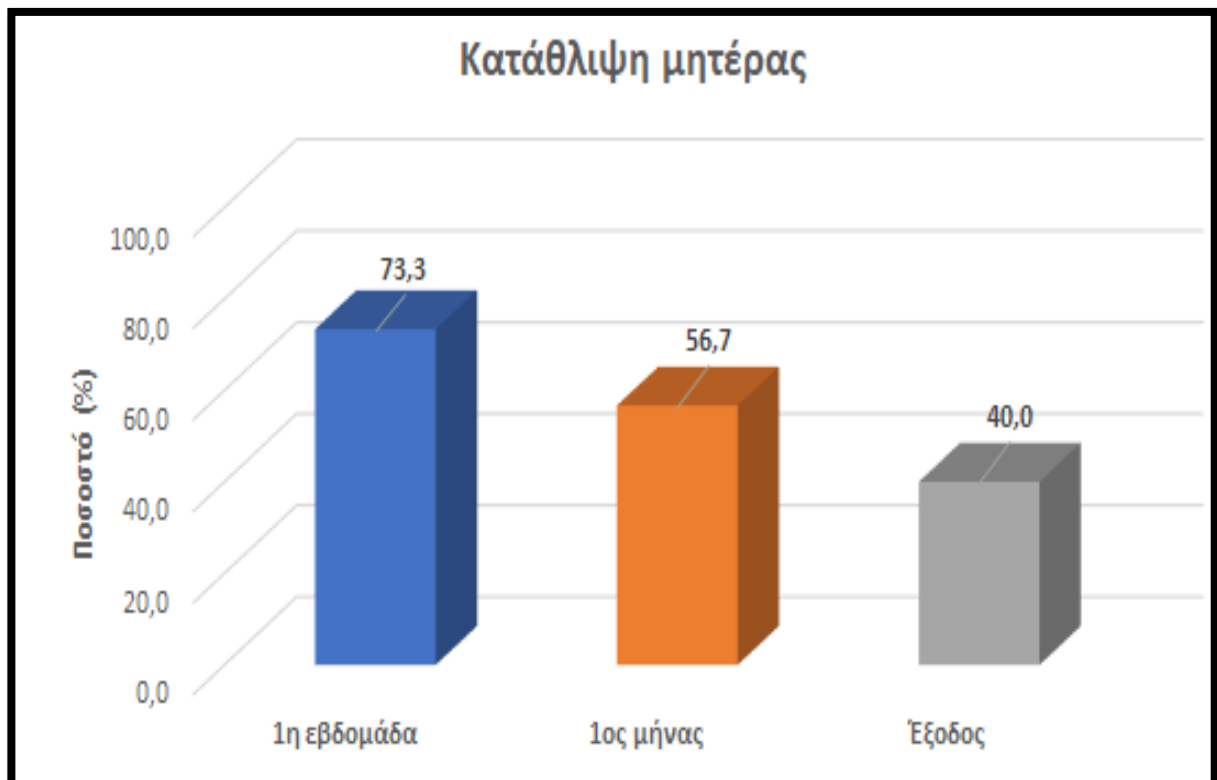
+McNemar test

Το ποσοστό κατάθλιψης των μητέρων μειώθηκε σημαντικά από την 1^η εβδομάδα μέχρι τον 1^ο μήνα, από τον 1^ο μήνα μέχρι την έξοδο, αλλά και συνολικά από την 1^η εβδομάδα μέχρι την έξοδο. Το ποσοστό κατάθλιψης των πατέρων μειώθηκε σημαντικά από την 1^η εβδομάδα μέχρι τον 1^ο μήνα αλλά και συνολικά από την 1^η εβδομάδα μέχρι την έξοδο, ενώ μεταξύ 1^{ου} μήνα και εξόδου δεν υπήρξε σημαντική μεταβολή.

Συγκρίνοντας τα ποσοστά κατάθλιψης πατέρων και μητέρων ανά χρονική στιγμή, βρέθηκε ότι τα ποσοστά των μητέρων ήταν σημαντικά υψηλότερα κατά την 1^η εβδομάδα ($p = 0,001$), κατά τον 1^ο μήνα ($p = 0,001$) αλλά και κατά την έξοδο ($p = 0,004$).

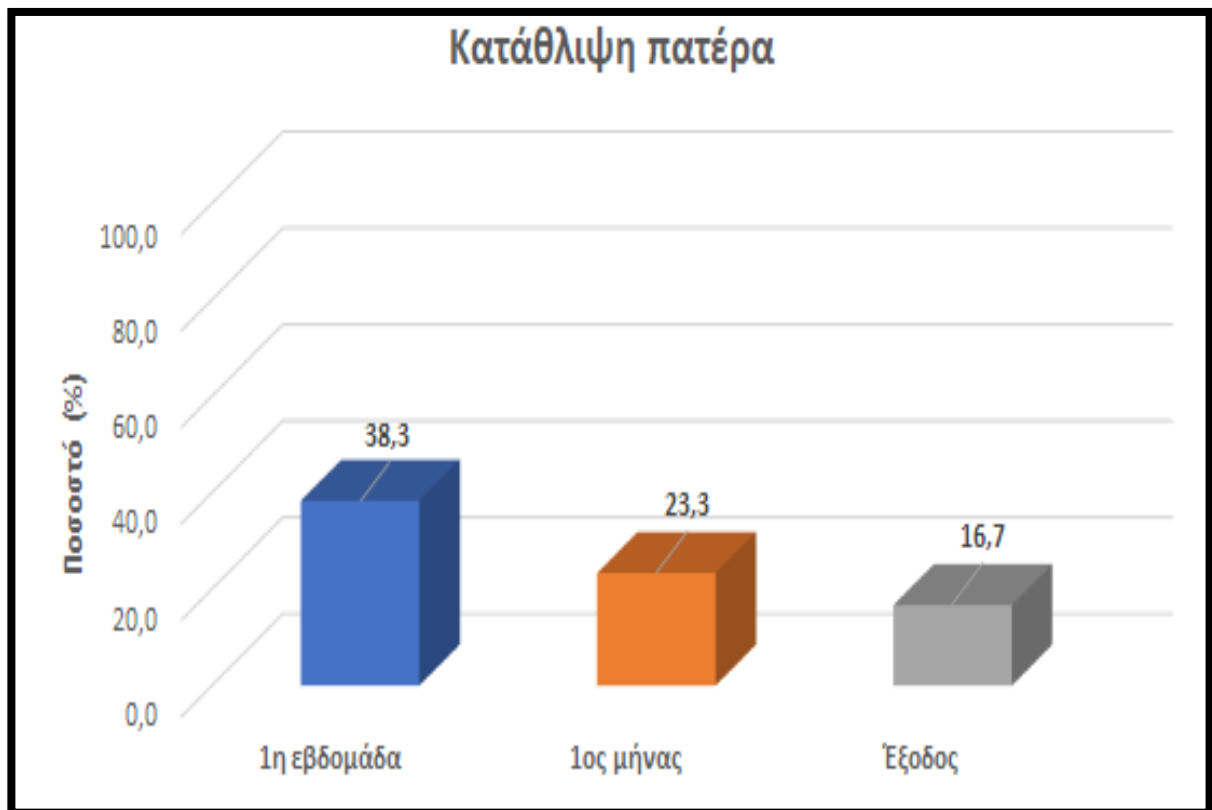
Τα ποσοστά κατάθλιψης των μητέρων ανά μέτρηση δίνονται στο γράφημα που ακολουθεί.

Γράφημα 6: Ποσοστά Κατάθλιψης των Μητέρων ανά μέτρηση κατά τη διάρκεια νοσηλείας των νεογνών στη ΜΕΝΝ



Τα ποσοστά κατάθλιψης των πατέρων ανά μέτρηση δίνονται στο γράφημα που ακολουθεί.

Γράφημα 7: Ποσοστά Κατάθλιψης των Πατέρων ανά μέτρηση, κατά τη διάρκεια νοσηλείας των Νεογνών στη ΜΕΝΝ



Κλίμακα Άγχους (STAI)

Η βαθμολογία για το άγχος προδιάθεσης των μητέρων και των πατέρων δίνεται στον πίνακα που ακολουθεί κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης.

Πίνακας 17: Μέσες Τιμές και Στατιστικά Σημαντικές Διαφορές, στη βαθμολογία του Άγχους Προδιάθεσης των Γονέων, κατά τη διάρκεια νοσηλείας των νεογνών στη MENN

	ΑΓΧΟΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗΣ						P ³
	1 ⁿ	1 ^{ος}	Έξοδος	P ²			
	Εβδομάδα	Μήνας		1 ⁿ Εβδομάδα	1 ⁿ Εβδομάδα	1 ^{ος} Μήνας	
	Μέση Τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	vs 1 ^{ος} Μήνας	vs Έξοδος	vs Έξοδος	
Μητέρα	46,6 (14,6)	41,9 (14)	42,8 (13)	0,001	<0,001	0,871	0,002
Πατέρας	36,9 (10,4)	36,6 (9,7)	36,5 (10,8)	>0,999	>0,999	>0,999	
P¹	<0,001	0,002	<0,001				

¹p-value για διαφορά μεταξύ των ομάδων ²p-value για διαφορά μεταξύ των μετρήσεων ³p-value από επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

Στο σύνολο των μητέρων, η βαθμολογία του άγχους προδιάθεσης μειώθηκε σημαντικά από την 1ⁿ εβδομάδα μέχρι τον 1^ο μήνα και συνολικά από την 1ⁿ εβδομάδα μέχρι την έξοδο, υποδηλώνοντας σημαντική μείωση των συμπτωμάτων του άγχους προδιάθεσης.

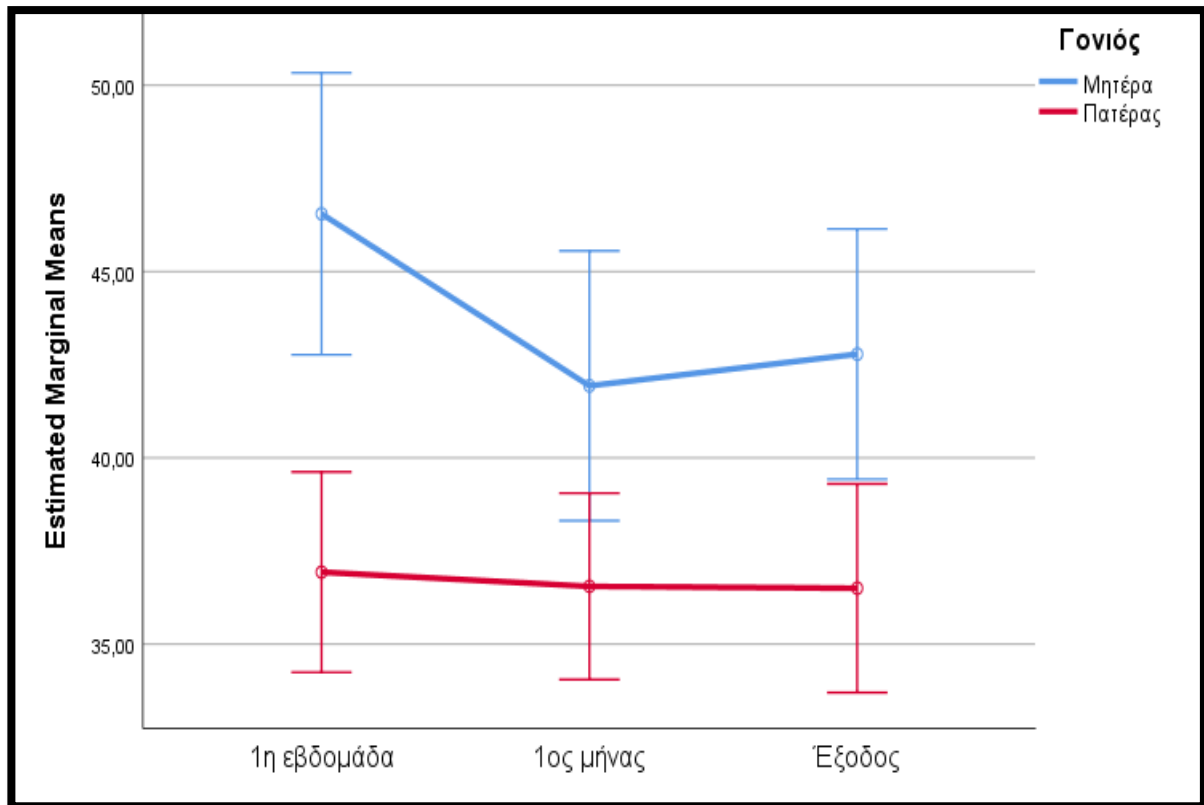
Στο σύνολο των πατέρων, η βαθμολογία του άγχους προδιάθεσης δεν μεταβλήθηκε σημαντικά καθ' όλη τη διάρκεια παρακολούθησης.

Συγκρίνοντας το Άγχος Προδιάθεσης των μητέρων και των πατέρων, βρέθηκε ότι σε όλες τις μετρήσεις οι μητέρες είχαν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα άγχους προδιάθεσης σε σύγκριση με τους πατέρες.

Επίσης, ο **βαθμός μείωσης των συμπτωμάτων** του άγχους προδιάθεσης διέφερε σημαντικά μεταξύ πατέρων και μητέρων, με τις μητέρες να παρουσιάσουν μείωση ενώ οι πατέρες έχουν παρόμοιο άγχος καθ' όλη τη διάρκεια της παρακολούθησης.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη βαθμολογία του άγχους προδιάθεσης των μητέρων και των πατέρων.

Γράφημα 8: Μεταβολή της βαθμολογίας του Άγχους Προδιάθεσης των Γονέων κατά τη διάρκεια νοσηλείας των Νεογνών στη ΜΕΝΝ



Η βαθμολογία του άγχους προδιάθεσης των μητέρων δίνεται στον πίνακα που ακολουθεί κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και ανάλογα με κάποια χαρακτηριστικά τους.

Πίνακας 18: Μέσες Τιμές και Στατιστικά Σημαντικές Διαφορές, στη βαθμολογία του Άγχους Προδιάθεσης των Μητέρων, ως προς κάποια χαρακτηριστικά τους

		ΑΓΧΟΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ				p ²		p ³
		1 ^η Εβδομάδα	1 ^{ος} Μήνας	Έξοδος				
		Μέση Τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση Τιμή (SD)	1 ^η εβδομάδα vs 1ος μήνας	1 ^η εβδομάδα vs έξοδος	1ος μήνας vs έξοδος	
Ηλικία Μητέρας	<33 έτη	47,7 (13)	44,1 (12,5)	45,1 (11,1)	0,077	0,070	>0,999	0,411
	≥33 έτη	45,3 (16,4)	39,7 (15,4)	40,3 (14,5)	0,004	<0,001	>0,999	
	P¹	0,519	0,226	0,162				
Πρωτότοκες	Όχι	50,1 (14,7)	46,8 (14,6)	48,4 (12,7)	0,433	0,881	0,897	0,387
	Ναι	45,3 (14,6)	40,2 (13,5)	40,7 (12,6)	0,001	<0,001	>0,999	
	P¹	0,259	0,104	0,041				
Μονήρης κύηση	Όχι	47,1 (16,7)	42,1 (14,9)	43,1 (14,1)	0,125	0,074	>0,999	0,953
	Ναι	46,4 (14,2)	41,9 (13,9)	42,7 (12,8)	0,004	0,001	>0,999	
	P¹	0,881	0,967	0,926				
Τρόπος σύλληψης	Φυσιολογική σύλληψη	47,2 (14)	42,6 (13,9)	43,9 (12,8)	0,002	0,001	0,450	0,461
	Εξωσωματική γονιμοποίηση	42,8 (18,2)	38,1 (15,1)	36,7 (13)	0,375	0,018	>0,999	
	P¹	0,407	0,379	0,127				
Διάρκεια νοσηλείας	<62 ημέρες	45,2 (14,6)	41,8 (14,6)	42,8 (13,4)	0,143	0,154	>0,999	0,273
	≥62 ημέρες	47,8 (14,8)	42 (13,6)	42,7 (12,8)	0,002	<0,001	>0,999	
	P¹	0,486	0,956	0,980				
Βάρος γέννησης	<1235 γρ	46,1 (14,2)	41,5 (12,8)	41,8 (12,4)	0,021	0,002	>0,999	0,775
	≥1235 γρ	47 (15,3)	42,4 (15,4)	43,7 (13,7)	0,020	0,023	>0,697	
	P¹	0,814	0,813	0,576				
CRIB II SCORE	<7	45,1 (15)	40,8 (14,4)	41,7 (13,1)	0,048	0,027	>0,999	0,884
	≥7	47,8 (14,5)	42,9 (13,9)	43,7 (13)	0,008	0,002	>0,999	
	P¹	0,485	0,568	0,565				
Apgar score 1'	<7	45,9 (13,6)	40,7 (12,7)	41,6 (11,5)	0,010	0,003	>0,999	0,786
	≥7	47,2 (15,7)	43 (15,2)	43,8 (14,3)	0,035	0,015	>0,999	
	P¹	0,735	0,521	0,517				
Apgar score 5'	<8	49,5 (14,7)	43,2 (14)	45,1 (12)	0,006	0,009	0,488	0,403
	≥8	44,9 (14,6)	41,2 (14,1)	41,5 (13,5)	0,035	0,005	>0,999	
	P¹	0,252	0,601	0,306				
Πρόβλημα υγείας μητέρας	Όχι	46,7 (15,1)	42,6 (13,8)	43,4 (13,3)	0,011	0,004	>0,999	0,614
	Ναι	46,2 (13,9)	40,4 (14,8)	41,2 (12,5)	0,029	0,008	>0,999	
	P¹	0,902	0,587	0,556				

¹p-value για διαφορά μεταξύ των ομάδων ²p-value για διαφορά μεταξύ των μετρήσεων ³p-value από επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

Διαφορές ανάλογα με τα χαρακτηριστικά ανά μέτρηση: Η βαθμολογία του άγχους προδιάθεσης κατά την έξοδο βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά μόνο ανάλογα με το αν ήταν πρωτότοκες ή όχι οι μητέρες, όπου στις περιπτώσεις που η μητέρα ήταν πρωτότοκη είχε σημαντικά λιγότερα συμπτώματα του άγχους προδιάθεσης. Με τα υπόλοιπα στοιχεία του πίνακα δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στα συμπτώματα του άγχους προδιάθεσης σε καμία από τις μετρήσεις.

Διαφορές μεταξύ των μετρήσεων: Τα συμπτώματα του άγχους προδιάθεσης των μητέρων μειώθηκαν σημαντικά κατά τον 1^ο μήνα και κατά την έξοδο σε σύγκριση με την 1^η εβδομάδα, ανεξάρτητα από το βάρος γέννησης του νεογνού, το CRIP II Score, το Apgar score 1', το Apgar score 5' και την ύπαρξη ή μη προβλήματος υγείας στις ίδιες τις μητέρες. Επίσης, τα συμπτώματα του άγχους προδιάθεσης των μητέρων μειώθηκαν σημαντικά κατά τον 1^ο μήνα και κατά την έξοδο σε σύγκριση με την 1^η εβδομάδα, στις γυναίκες που ήταν τουλάχιστον 33 ετών, στις πρωτότοκες, στις μονήρεις κυήσεις, στις περιπτώσεις με φυσιολογική σύλληψη και στις περιπτώσεις που η διάρκεια νοσηλείας ήταν τουλάχιστον 62 ημέρες. Τα συμπτώματα του άγχους προδιάθεσης μειώθηκαν σημαντικά στις γυναίκες με εξωσωματική σύλληψη από την 1^η εβδομάδα μέχρι την έξοδο.

Ο **βαθμός μείωσης** των συμπτωμάτων του άγχους προδιάθεσης δεν διέφερε σημαντικά με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Η βαθμολογία του άγχους προδιάθεσης των πατέρων δίνεται στον πίνακα που ακολουθεί κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και ανάλογα με κάποια χαρακτηριστικά τους.

Πίνακας 19: Μέσες Τιμές και Στατιστικά Σημαντικές Διαφορές, στη βαθμολογία του Άγχους Προδιάθεσης των Πατέρων, ως προς κάποια χαρακτηριστικά των Μητέρων και των Νεογνών

		ΑΓΧΟΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗΣ ΠΑΤΕΡΑ			p ²			p ³
		1 ^η Εβδομάδα	1 ^{ος} Μήνας	Έξοδος	1 ^η Εβδομάδα	1 ^η Εβδομάδα	1 ^{ος} Μήνας	
		Μέση Τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	1 ^η Εβδομάδα vs 1 ^{ος} Μήνας	1 ^η Εβδομάδα vs Έξοδος	1 ^{ος} Μήνας vs Έξοδος	
Ηλικία Μητέρας	<33 έτη	37 (9,7)	39,1 (10,7)	38,9 (11,6)	0,344	0,443	>0,999	0,007
	≥33 έτη	36,8 (11,3)	33,8 (7,7)	33,9 (9,5)	0,086	0,096	>0,999	
	P¹	0,940	0,032	0,076				
Πρωτότοκες	Όχι	38,8 (11,1)	40,4 (12)	40,4 (13,5)	>0,999	>0,999	>0,999	0,256
	Ναι	36,3 (10,2)	35,2 (8,4)	35,1 (9,5)	>0,999	0,881	>0,999	
	P¹	0,419	0,065	0,095				
Μονήρης κύηση	Όχι	35,8 (10,6)	35,8 (9,5)	36,8 (11,4)	>0,999	>0,999	>0,999	0,579
	Ναι	37,3 (10,4)	36,8 (9,8)	36,4 (10,8)	>0,999	>0,999	>0,999	
	P¹	0,641	0,739	0,911				
Τρόπος σύλληψης	Φυσιολογική σύλληψη	36,9 (10,2)	37 (10,1)	37,1 (11)	>0,999	>0,999	>0,999	0,155
	Εξωσωματική γονιμοποίηση	37,2 (11,9)	34 (7,1)	32,9 (9,8)	0,634	0,242	>0,999	
	P¹	0,929	0,396	0,282				
Διάρκεια νοσηλείας	<62 ημέρες	36,2 (10)	36,3 (9,2)	35,6 (10,7)	>0,999	>0,999	>0,999	0,671
	≥62 ημέρες	37,6 (10,9)	36,7 (10,3)	37,3 (11,1)	>0,999	>0,999	>0,999	
	P¹	0,622	0,875	0,548				
Βάρος γέννησης	<1235γρ	37,6 (10,1)	38,1 (9,8)	38,2 (10,6)	>0,999	>0,999	>0,999	0,403
	≥1235γρ	36,3 (10,8)	35 (9,5)	34,8 (11)	>0,999	0,852	>0,999	
	P¹	0,624	0,218	0,228				
CRIB II SCORE	<7	36 (10,9)	34,8 (9,6)	34,4 (11)	>0,999	0,844	>0,999	0,437
	≥7	37,7 (10,1)	38 (9,7)	38,2 (10,6)	>0,999	>0,999	>0,999	
	P¹	0,534	0,202	0,186				
Apgar score 1'	<7	38,3 (10,9)	37,7 (9,7)	38,6 (9,8)	>0,999	>0,999	0,798	0,507
	≥7	35,8 (9,9)	35,6 (9,8)	34,7 (11,6)	>0,999	>0,999	0,732	
	P¹	0,363	0,403	0,168				
Apgar score 5'	<8	39,5 (11,9)	38,2 (10,4)	39,9 (10,7)	>0,999	>0,999	0,204	0,326
	≥8	35,6 (9,4)	35,7 (9,3)	34,7 (10,6)	>0,999	>0,999	0,431	
	P¹	0,167	0,340	0,078				
Πρόβλημα υγείας μητέρας	Όχι	37,4 (10,6)	37,2 (10,4)	37,1 (11,5)	>0,999	>0,999	>0,999	0,846
	Ναι	35,8 (10,1)	34,9 (7,6)	34,9 (9,2)	>0,999	>0,999	>0,999	
	P¹	0,607	0,406	0,472				

¹p-value για διαφορά μεταξύ των ομάδων ²p-value για διαφορά μεταξύ των μετρήσεων ³p-value από επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

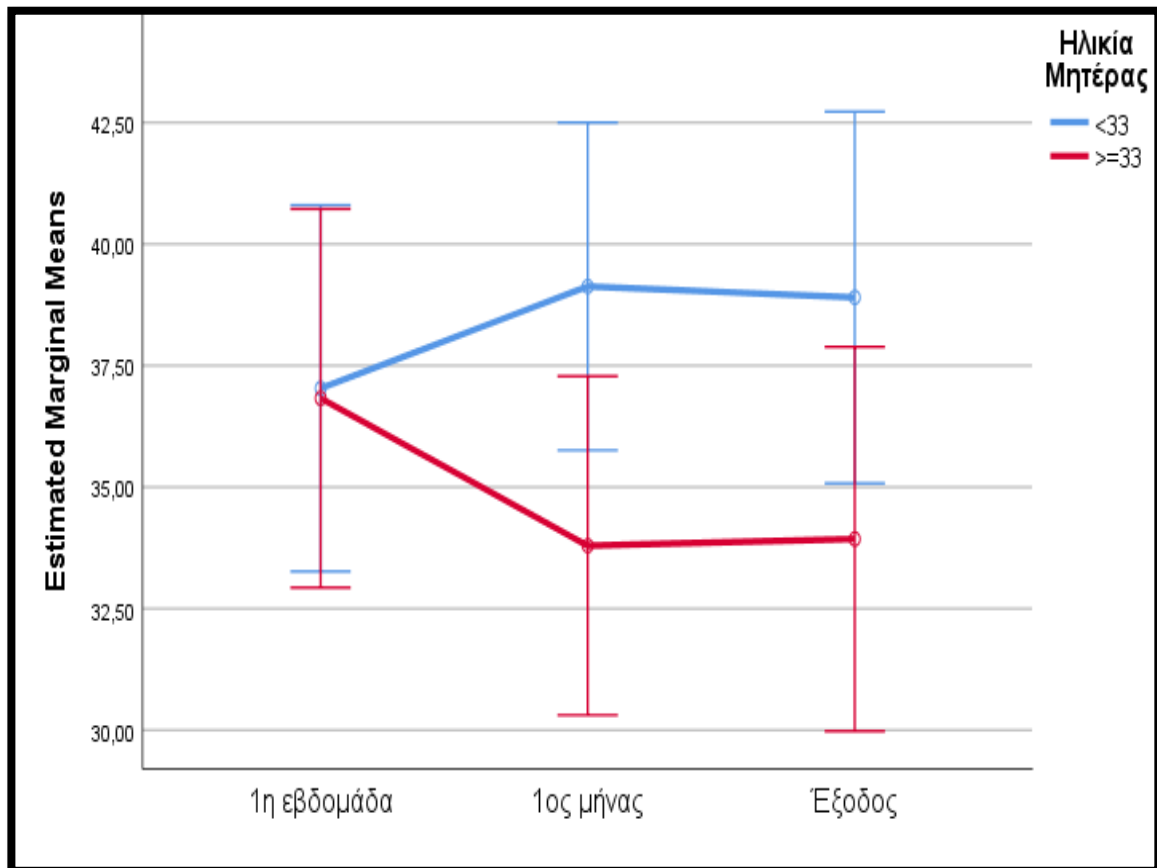
Διαφορές ανάλογα με τα χαρακτηριστικά ανά μέτρηση: Η βαθμολογία του άγχους προδιάθεσης τον 1^ο μήνα βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά μόνο ανάλογα με την ηλικία των μητέρων, όπου στις περιπτώσεις που η μητέρα ήταν το πολύ 33 ετών, οι πατέρες είχαν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα άγχους προδιάθεσης. Με τα υπόλοιπα στοιχεία του πίνακα δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στα συμπτώματα μόνιμου άγχους σε καμία από τις μετρήσεις.

Διαφορές μεταξύ των μετρήσεων: η βαθμολογία του άγχους προδιάθεσης δεν μεταβλήθηκε σημαντικά ανάλογα με τα διάφορα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Ο **βαθμός μεταβολής** των συμπτωμάτων του άγχους προδιάθεσης διέφερε σημαντικά μόνο ανάλογα με την ηλικία της μητέρας. Συγκεκριμένα, όταν η μητέρα ήταν το πολύ 33 ετών τα συμπτώματα του άγχους προδιάθεσης των πατέρων αυξάνονταν (χωρίς η αύξηση να είναι σημαντική), ενώ όταν η μητέρα ήταν τουλάχιστον 33 ετών τα συμπτώματα του άγχους προδιάθεσης των πατέρων μειώνονταν (χωρίς η μείωση να είναι σημαντική).

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη βαθμολογία του άγχους προδιάθεσης του πατέρα ανάλογα με την ηλικία της μητέρας.

Γράφημα 9: Μεταβολή στη βαθμολογία του Άγχους Προδιάθεσης των Πατέρων ανάλογα με την ηλικία των Μητέρων



Η βαθμολογία του παροδικού άγχους – άγχος κατάστασης των μητέρων και των πατέρων δίνεται στον πίνακα που ακολουθεί κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης.

Πίνακας 20: Μέσες Τιμές και Στατιστικά Σημαντικές Διαφορές, στη βαθμολογία του Άγχους Κατάστασης των Γονέων κατά τη διάρκεια νοσηλείας των νεογνών στη ΜΕΝΝ

	ΑΓΧΟΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ						P ³
	1 ^η		1 ^{ος}		P ²		
	Εβδομάδα	Μήνας	Έξοδος				
	Μέση Τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	1 ^η Εβδομάδα vs 1 ^{ος} Μήνας	1 ^η Εβδομάδα Έξοδος	1 ^{ος} Μήνας Έξοδος	
Μητέρα	52,2 (11,9)	47,8 (12)	49 (10,3)	0,013	0,039	0,862	0,310
Πατέρας	47,1 (12,2)	42,1 (9,8)	41,7 (9,1)	<0,001	<0,001	>0,999	
P¹	0,020	0,001	<0,001				

¹p-value για διαφορά μεταξύ των ομάδων ²p-value για διαφορά μεταξύ των μετρήσεων ³p-value από επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

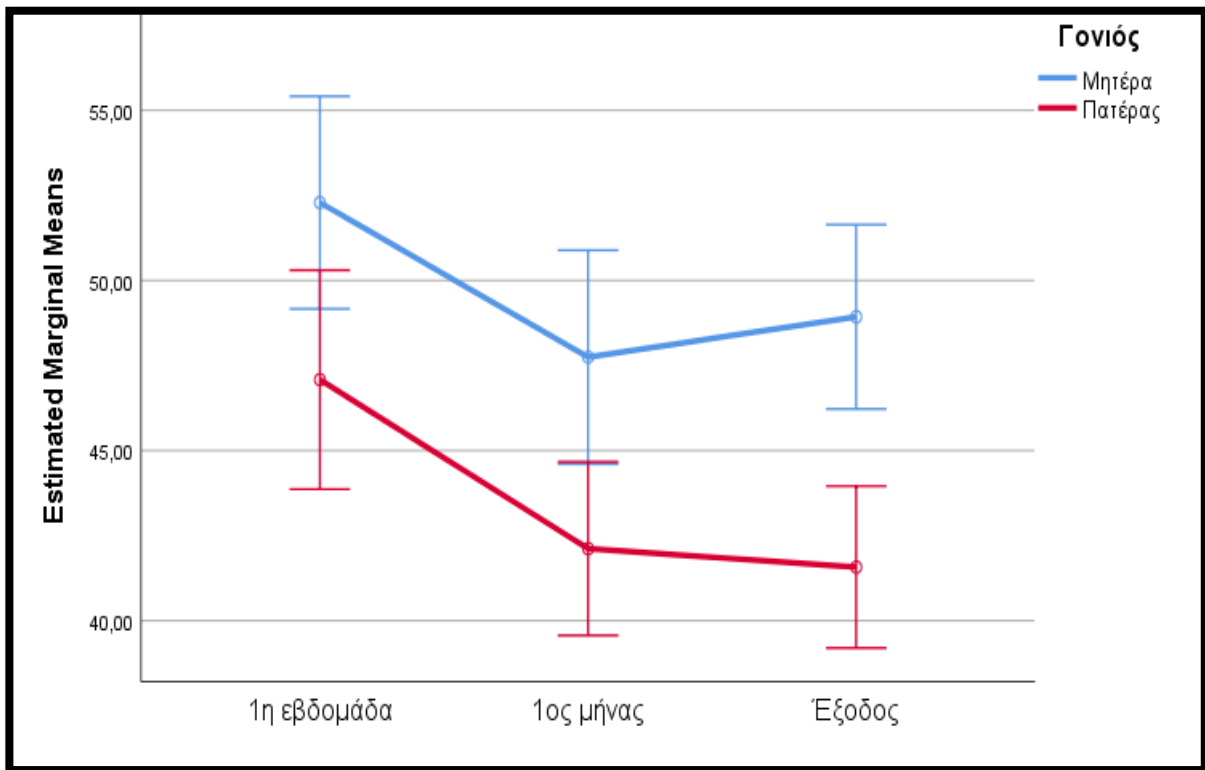
Στο σύνολο των μητέρων, η βαθμολογία άγχους κατάστασης μειώθηκε σημαντικά από την 1^η εβδομάδα μέχρι τον 1^ο μήνα και συνολικά από την 1^η εβδομάδα μέχρι την έξοδο, υποδηλώνοντας σημαντική μείωση των συμπτωμάτων προσωρινού άγχους.

Στο σύνολο των πατέρων, η βαθμολογία άγχους κατάστασης μειώθηκε σημαντικά από την 1^η εβδομάδα μέχρι τον 1^ο μήνα και συνολικά από την 1^η εβδομάδα μέχρι την έξοδο, υποδηλώνοντας σημαντική μείωση των συμπτωμάτων άγχους κατάστασης.

Συγκρίνοντας μητέρες και πατέρες, βρέθηκε ότι σε όλες τις μετρήσεις οι μητέρες είχαν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα άγχους κατάστασης σε σύγκριση με τους πατέρες. Επίσης, ο **βαθμός μείωσης** των συμπτωμάτων άγχους κατάστασης δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ πατέρων και μητέρων.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη βαθμολογία άγχους κατάστασης των μητέρων και των πατέρων.

Γράφημα 10: Μεταβολή στη βαθμολογία του Άγχους Κατάστασης των Γονέων κατά την διάρκεια νοσηλείας των νεογνών στη MENN



Η βαθμολογία άγχους κατάστασης των μητέρων δίνεται στον πίνακα που ακολουθεί κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και ανάλογα με κάποια χαρακτηριστικά τους.

Πίνακας 21: Μέσες Τιμές και Στατιστικά Σημαντικές Διαφορές, στη βαθμολογία του Άγχους Κατάστασης των Μητέρων, ως προς κάποια χαρακτηριστικά τους

		ΑΓΧΟΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ						
		1 ⁿ	1 ^{ος}	Έξοδος	P ²		P ³	
		Εβδομάδα	Μήνας		1 ⁿ Εβδομάδα vs	1 ⁿ Εβδομάδα vs	1 ^{ος} Μήνας	
		Μέση	Μέση	Μέση τιμή	1 ^{ος} Μήνας	Έξοδος	vs	
		Τιμή	Τιμή	(SD)			Έξοδος	
		(SD)	(SD)					
Ηλικία Μητέρας	<33 έτη	52,8 (11,3)	49,8 (10,8)	50,2 (9,8)	0,497	0,424	>0,999	0,478
	≥33 έτη	51,7 (12,7)	45,6 (12,9)	47,8 (10,9)	0,020	0,117	0,562	
	P¹	0,719	0,171	0,387				
Πρωτοτόκες	Όχι	51,9 (14,9)	49,3 (14,1)	50,6 (9,8)	>0,999	>0,999	>0,999	0,600
	Ναι	52,4 (10,8)	47,2 (11,2)	48,5 (10,6)	0,015	0,029	>0,999	
	P¹	0,889	0,555	0,477				
Μονήρης κύηση	Όχι	52,4 (14,5)	47,6 (11,8)	47,1 (11,8)	0,398	0,147	>0,999	0,647
	Ναι	52,2 (11,2)	47,8 (12,2)	49,6 (9,9)	0,045	0,228	0,576	
	P¹	0,965	0,940	0,439				
Τρόπος σύλληψης	Φυσιολογική σύλληψη	53,3 (10,9)	48,5 (12)	50 (9,9)	0,013	0,060	0,647	0,731
	Εξωσωματική γονιμοποίηση	46,1 (15,8)	44 (11,7)	43,3 (11,6)	>0,999	>0,999	>0,999	
	P¹	0,094	0,308	0,072				
Διάρκεια νοσηλείας	<62 ημέρες	50,9 (11,7)	47,5 (11,8)	48,8 (9,4)	0,376	0,768	>0,999	0,649
	≥62 ημέρες	53,5 (12,1)	48 (12,3)	49,2 (11,3)	0,036	0,053	>0,999	
	P¹	0,404	0,869	0,883				
Βάρος γέννησης	<1235 γρ	52,2 (13)	48,3 (11,2)	47,4 (11,5)	0,215	0,024	>0,999	0,235
	≥1235 γρ	52,3 (10,9)	47,3 (12,9)	50,7 (8,9)	0,072	>0,999	0,118	
	P¹	0,983	0,757	0,215				
CRIB II SCORE	<7	49,6 (12)	46,4 (12,5)	47,9 (9,9)	0,501	>0,999	>0,999	0,503
	≥7	54,4 (11,5)	48,9 (11,6)	49,9 (10,8)	0,026	0,030	>0,999	
	P¹	0,115	0,425	0,458				
Apgar score 1'	<7	52,6 (12,4)	47,2 (11,3)	48,5 (10,2)	0,054	0,093	>0,999	0,759
	≥7	51,9 (11,6)	48,3 (12,7)	49,5 (10,6)	0,256	0,486	>0,999	
	P¹	0,822	0,734	0,730				
Apgar score 5'	<8	54,4 (12,4)	48 (12)	51,9 (9,9)	0,047	0,723	0,163	0,332
	≥8	51,1 (11,6)	47,6 (12,1)	47,5 (10,3)	0,213	0,079	>0,999	
	P¹	0,308	0,901	0,121				
Πρόβλημα υγείας μητέρας	Όχι	52,6 (12,8)	49 (11,8)	49,1 (10,8)	0,142	0,073	>0,999	0,381
	Ναι	51,4 (9,6)	44,8 (12,2)	48,8 (9,3)	0,070	0,837	0,209	
	P¹	0,740	0,232	0,922				

¹p-value για διαφορά μεταξύ των ομάδων ²p-value για διαφορά μεταξύ των μετρήσεων ³p-value από επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

Διαφορές ανάλογα με τα χαρακτηριστικά ανά μέτρηση: Η βαθμολογία του άγχους κατάστασης δεν βρέθηκε να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα σε καμία από τις μετρήσεις.

Διαφορές μεταξύ των μετρήσεων: Τα συμπτώματα του άγχους κατάστασης των μητέρων μειώθηκαν σημαντικά κατά τον 1^ο μήνα και κατά την έξοδο σε σύγκριση με την 1^η εβδομάδα, στις πρωτότοκες γυναίκες, στις περιπτώσεις και σε εκείνες με CRIB II score ≥ 7 . Τα συμπτώματα του άγχους κατάστασης των μητέρων μειώθηκαν σημαντικά από την 1^η εβδομάδα μέχρι την έξοδο στις περιπτώσεις που το νεογνό ήταν τουλάχιστον 1235 γρ. Τα συμπτώματα του άγχους κατάστασης των μητέρων μειώθηκαν σημαντικά από την 1^η εβδομάδα μέχρι τον 1^ο μήνα στις περιπτώσεις που η μητέρα ήταν τουλάχιστον 33 ετών, στις μονήρεις κυήσεις, στις περιπτώσεις που η σύλληψη έγινε φυσιολογικά, στις περιπτώσεις με διάρκεια νοσηλείας τουλάχιστον 62 ημερών και σε εκείνες με Apgar score $5' < 8$.

Ο βαθμός μείωσης των συμπτωμάτων του άγχους κατάστασης δεν διέφερε σημαντικά με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Η βαθμολογία του άγχους κατάστασης των πατέρων δίνεται στον πίνακα που ακολουθεί κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και ανάλογα με κάποια χαρακτηριστικά τους.

Πίνακας 22: Μέσες Τιμές και Στατιστικά Σημαντικές Διαφορές, στη βαθμολογία του Άγχους Κατάστασης των Πατέρων, ως προς κάποια χαρακτηριστικά των Μητέρων και των Νεογνών

		ΑΓΧΟΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΠΑΤΕΡΑ			p ²			p ³
		1 ^η Εβδομάδα	1 ^{ος} Μήνας	Έξοδος	1 ^η Εβδομάδα	1 ^η Εβδομάδα	1ος Μήνας	
		Μέση τιμή (SD)	Μέση Τιμή (SD)	Μέση Τιμή (SD)	vs 1 ^{ος} Μήνας	vs Έξοδος	vs Έξοδος	
Ηλικία Μητέρας	<33 έτη	48,6 (11,5)	44,8 (9,5)	43,9 (9,8)	0,044	0,030	>0,999	0,458
	≥33 έτη	45,5 (13)	39,1 (9,4)	39,2 (7,7)	0,001	0,003	>0,999	
	P¹	0,332	0,025	0,035				
Πρωτότοκες	Όχι	47,2 (12,3)	43,4 (11,9)	44,5 (9,7)	0,225	0,802	>0,999	0,270
	Ναι	47 (12,4)	41,7 (9)	40,6 (8,7)	<0,001	<0,001	0,669	
	P¹	0,969	0,552	0,134				
Μονήρης κύηση	Όχι	44,8 (14,4)	40,8 (9,8)	40,8 (9,4)	0,243	0,387	>0,999	0,688
	Ναι	47,8 (11,6)	42,5 (9,9)	41,9 (9,1)	<0,001	<0,001	>0,999	
	P¹	0,430	0,564	0,714				
Τρόπος σύλληψης	Φυσιολογική σύλληψη	47,6 (11,1)	42,9 (9,8)	42,7 (8,9)	0,001	0,002	>0,999	0,412
	Εξωσωματική γονιμοποίηση	44,2 (17,9)	37,9 (9,1)	35,4 (7,6)	0,084	0,025	0,730	
	P¹	0,455	0,161	0,027				
Διάρκεια νοσηλείας	<62 ημέρες	47,8 (11,7)	43 (9,1)	41,9 (9,3)	0,010	0,005	>0,999	0,825
	≥62 ημέρες	46,4 (12,9)	41,3 (10,5)	41,4 (9)	0,005	0,017	>0,999	
	P¹	0,653	0,501	0,793				
Βάρος γέννησης	<1235γρ	47,4 (11,9)	43,4 (9,2)	42,5 (9,1)	0,043	0,022	>0,999	0,599
	≥1235γρ	46,8 (12,8)	40,8 (10,3)	40,8 (9,1)	0,001	0,004	>0,999	
	P¹	0,859	0,309	0,529				
CRIB II SCORE	<7	46,2 (13,3)	40,9 (10,2)	39,9 (9,2)	0,006	0,004	>0,999	0,752
	≥7	47,8 (11,5)	43,1 (9,5)	43,1 (8,8)	0,008	0,020	>0,999	
	P¹	0,626	0,395	0,204				
Apgar score 1'	<7	48,9 (12,3)	43 (9,7)	43,5 (8,6)	0,001	0,014	>0,999	0,560
	≥7	45,5 (12,2)	41,4 (10)	40 (9,3)	0,023	0,007	0,614	
	P¹	0,287	0,547	0,150				
Apgar score 5'	<8	49,1 (12,1)	42,5 (10,6)	44 (8,5)	0,002	0,050	0,985	0,360
	≥8	46 (12,3)	41,9 (9,5)	40,4 (9,2)	0,010	0,002	0,385	
	P¹	0,350	0,832	0,172				
Πρόβλημα υγείας μητέρας	Όχι	47,5 (12,1)	43,7 (9,6)	42,2 (9,7)	0,010	0,002	0,399	0,198
	Ναι	46,1 (12,9)	38 (9,2)	40,2 (7,4)	0,001	0,041	0,719	
	P¹	0,684	0,048	0,369				

¹p-value για διαφορά μεταξύ των ομάδων ²p-value για διαφορά μεταξύ των μετρήσεων ³p-value από επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

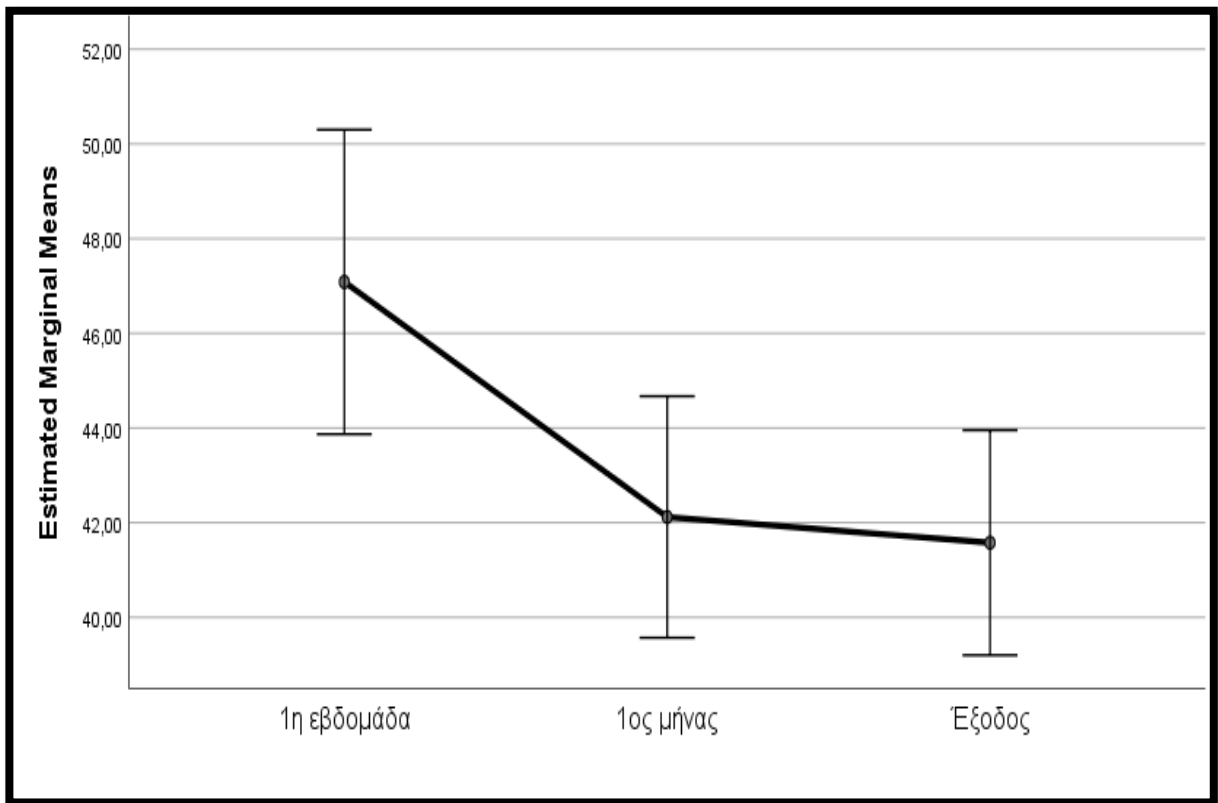
Διαφορές ανάλογα με τα χαρακτηριστικά ανά μέτρηση: Η βαθμολογία άγχους κατάστασης των πατέρων ήταν σημαντικά υψηλότερη τόσο κατά τον 1^ο μήνα όσο και κατά την έξοδο στις περιπτώσεις που η μητέρα ήταν κάτω των 33 ετών σε σύγκριση με τις περιπτώσεις που η μητέρα ήταν τουλάχιστον 33 ετών. Επίσης, το άγχος κατάστασης του πατέρα κατά την έξοδο ήταν σημαντικά μεγαλύτερο στις περιπτώσεις με φυσιολογική σύλληψη, σε σύγκριση με τις περιπτώσεις με εξωσωματική γονιμοποίηση. Κατά τον 1^ο μήνα, το άγχος κατάστασης του πατέρα ήταν χαμηλότερο στις περιπτώσεις που η μητέρα είχε κάποιο πρόβλημα υγείας. Με τα υπόλοιπα στοιχεία του παραπάνω πίνακα, δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές στα συμπτώματα του άγχους κατάστασης του πατέρα.

Διαφορές μεταξύ των μετρήσεων: Τα συμπτώματα του άγχους κατάστασης των πατέρων μειώθηκαν σημαντικά κατά τον 1^ο μήνα και κατά την έξοδο σε σύγκριση με την 1^η εβδομάδα ανεξάρτητα από την ηλικία της μητέρας, τη διάρκεια νοσηλείας, το βάρος γέννησης, το CRIP II score, το Apgar score 1', το Apgar score 5' και την ύπαρξη ή μη κάποιου προβλήματος της μητέρας. Επίσης, τα συμπτώματα του άγχους κατάστασης των πατέρων μειώθηκαν σημαντικά κατά τον 1^ο μήνα και κατά την έξοδο σε σύγκριση με την 1^η εβδομάδα, στις περιπτώσεις που η μητέρα ήταν πρωτότοκη και σε εκείνες που έγινε φυσιολογική σύλληψη. Τα συμπτώματα άγχους κατάστασης των πατέρων μειώθηκαν σημαντικά από την 1^η εβδομάδα μέχρι την έξοδο στις περιπτώσεις που η σύλληψη έγινε με εξωσωματική.

Ο **βαθμός μείωσης** των συμπτωμάτων του άγχους κατάστασης δεν διέφερε σημαντικά με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη βαθμολογία του άγχους κατάστασης του πατέρα στο σύνολο του δείγματος.

Γράφημα 11: Μεταβολή στη βαθμολογία του Άγχους Κατάστασης των Πατέρων κατά τη διάρκεια νοσηλείας των νεογνών στη ΜΕΝΝ



Πολυπαραγοντικές αναλύσεις

Έγιναν πολυπαραγοντικές αναλύσεις με εξαρτημένες μεταβλητές τις κλίμακες κατάθλιψης και άγχους των μητέρων και των πατέρων ανά χρονική στιγμή. Σαν ανεξάρτητες μεταβλητές εισήχθησαν τα δημογραφικά στοιχεία των μητέρων, των πατέρων, τα στοιχεία από το ιστορικό των μητέρων, οι καπνιστικές τους συνήθειες, τα στοιχεία που αφορούσαν στην κύηση, στον τοκετό και στα νεογνά. Οι αναλύσεις έγιναν με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης – αφαίρεσης (stepwise method) και τα αποτελέσματα δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 23: Συσχετίσεις του Άγχους και της Κατάθλιψης των Γονέων με Ανεξάρτητες Μεταβλητές

<i>Εξαρτημένες μεταβλητές</i>	<i>Ανεξάρτητες μεταβλητές</i>			
	<i>β+</i>	<i>SE++</i>	<i>P</i>	
Κατάθλιψη μητέρας (έξοδος)	Τρόπος σύλληψης			
	Φυσιολογική σύλληψη (αναφορά)			
	Εξωσωματική γονιμοποίηση	-4,58	2,06	0,031
Κατάθλιψη πατέρα (έξοδος)	Ηλικία Μητέρας			
	<33 (αναφορά)			
	≥33	-2,84	1,31	0,034
Άγχος Προδιάθεσης πατέρα (έξοδος)	Επίπεδο Εκπαίδευσης πατέρα	-6,55	2,37	0,008
Άγχος Κατάστασης πατέρα (έξοδος)	Ηλικία Μητέρας			
	<33 (αναφορά)			
		≥33	-4,13	2,11
	Επίπεδο Εκπαίδευσης πατέρα	-4,35	1,98	0,032
Άγχος Προδιάθεσης μητέρας (έξοδος)	Βάρος πριν την Εγκυμοσύνη	0,26	0,13	0,047
Άγχος Προδιάθεσης πατέρα (1ος μήνας)	Επίπεδο Εκπαίδευσης πατέρα	-6,00	2,11	0,006

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα συντελεστή

Με τη βαθμολογία κατάθλιψης των μητέρων κατά την έξοδο βρέθηκε μόνο ο τρόπος σύλληψης να σχετίζεται σημαντικά. Συγκεκριμένα, οι μητέρες που συνέλαβαν με εξωσωματική είχαν κατά 4,58 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή σημαντικά λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης κατά την έξοδο, σε σύγκριση με τις μητέρες που συνέλαβαν φυσιολογικά.

Με τη βαθμολογία κατάθλιψης των πατέρων κατά την έξοδο βρέθηκε μόνο η ηλικία της μητέρας να σχετίζεται σημαντικά. Συγκεκριμένα, όταν η μητέρα του νεογνού ήταν τουλάχιστον 33 ετών, οι πατέρες είχαν κατά 2,84 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή σημαντικά λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης κατά την έξοδο.

Με το μόνιμο άγχος των πατέρων τόσο κατά τον 1^ο μήνα όσο και κατά την έξοδο, βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά μόνο το εκπαιδευτικό τους επίπεδο. Συγκεκριμένα, υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο σχετιζόταν με σημαντικά λιγότερα συμπτώματα μόνιμου άγχους τόσο κατά τον 1^ο μήνα όσο και κατά την έξοδο.

Με το προσωρινό άγχος των πατέρων κατά την έξοδο, βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά το εκπαιδευτικό τους επίπεδο και η ηλικία των μητέρων. Συγκεκριμένα, υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο σχετιζόταν με σημαντικά λιγότερα συμπτώματα προσωρινού άγχους κατά την έξοδο. Επίσης, όταν η μητέρα του νεογνού ήταν τουλάχιστον 33 ετών, οι πατέρες είχαν κατά 4,13 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή σημαντικά λιγότερα συμπτώματα προσωρινού άγχους κατά την έξοδο.

Με το μόνιμο άγχος των μητέρων κατά την έξοδο, βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά μόνο το βάρος που είχαν πριν την εγκυμοσύνη. Συγκεκριμένα, μεγαλύτερο βάρος πριν την εγκυμοσύνη σχετιζόταν με σημαντικά περισσότερο μόνιμο άγχος κατά την έξοδο.

6.6 Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε ήδη κατακτηθείσα γνώση, αλλά και καινοτόμα συμπεράσματα σε κάποια από τα πεδία του ερευνητικού ενδιαφέροντος. Η εμπειρία της εγκυμοσύνης και της γέννησης ενός παιδιού αποτελεί σημείο καμπής στη ζωή ενός ζευγαριού, κατά το οποίο τίθεται το επιστέγασμα για τη δημιουργία μιας ολοκληρωμένης οικογένειας. Οι γονείς καλούνται να προσαρμοστούν στους νέους τους ρόλους και κατά κάποιο τρόπο να μεταμορφωθούν (Stern D. N. & Bruschiweiler – Stern N., 1998; Ionio C. et all, 2016). Την περίοδο της εγκυμοσύνης, οι περισσότεροι γονείς οραματίζονται έναν ιδανικό τοκετό και ένα τέλειο νεογνό, που θα αναπτυχθεί φυσιολογικά. Όταν όμως η άφιξη του νεογνού συνδυάζεται με την προωρότητα, τότε οι φυσιολογικές διεργασίες για τη μετάβαση στη γονεϊκότητα διαταράσσονται (Als H., 1986; Arockiasamy V. et all, 2008; Cano Gimenez E. and Sanchez – Luna M., 2015; Gutiérrez S. S. R., et all, 2020). Πρόσφατη μελέτη έχει δείξει ότι οι γονείς σε αυτές τις περιπτώσεις καλούνται να διαχειριστούν αντικρουόμενα συναισθήματα (Galeano S. P. O. & Maya A. M. S., 2021). Αφενός μεν, αισθάνονται χαρά και ευτυχία για το γεγονός ότι απέκτησαν παιδί, αφετέρου δε πλημμυρίζονται με αρνητικά συναισθήματα για το γεγονός της εισαγωγής του στη ΜΕΝΝ. Ο αποχωρισμός, η έκβαση της υγείας του νεογνού, η ανάγκη για σωματική επαφή και δημιουργία σχέσης γονέα – νεογνού, αλλά και η ανάγκη να ασκήσουν σωστά το γονεϊκό τους ρόλο, τους φέρνει αντιμέτωπους με δύσκολα συναισθήματα όπως το άγχος, το φόβο για το άγνωστο, την άρνηση, τη λύπη, τις ενοχές, την ανασφάλεια, τη στεναχώρια, την κατάθλιψη καθώς και διαταράσσει τις φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού όπως τον ύπνο, την έμμηνο ρήση, τη λειτουργία του εντέρου, την διατροφή κτλ. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι οι γονείς με πρόωρα νεογνά έχουν αυξημένες πιθανότητες να βιώσουν καταθλιπτικό επεισόδιο ή αγχώδη διαταραχή (Doering L. V. et all, 1999, Holditch – Davis D. et all, 2006, Ionio C. et all, 2016). Η εμπειρία της πρόωρης γέννησης φαίνεται να αποτυπώνεται πολύ χαρακτηριστικά στη μνήμη των γονέων και να αποτελεί έναν πολύ σημαντικό γεγονός στη ζωή τους που δύσκολα λησμονούν. Η μελέτη των Ireland S. et all το 2019, έδειξε ότι οι γονείς θυμούνται αυτή την εμπειρία που βίωσαν από τρία έως επτά χρόνια αργότερα και τη χαρακτηρίζουν ως μία αρνητική εμπειρία.

Τις τελευταίες δεκαετίες αναδεικνύεται η ανάγκη ύπαρξης μελετών με σκοπό την πρόληψη και βελτίωση της ψυχικής και σωματικής υγείας των γονέων. Στη βιβλιογραφική ανασκόπηση υπάρχουν πολλές έρευνες που διερευνούν τη συναισθηματική κατάσταση των γονέων με νεογνά στη ΜΕΝΝ, όμως δεν υπάρχει κάποια που να αφορά στη συγκεκριμένη ομάδα νεογνών της μελέτης για τους Έλληνες γονείς.

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση των επιπέδων του άγχους και της κατάθλιψης των γονέων που γέννησαν πρόωρα νεογνά καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας των νεογνών στη MENN. Οι γονείς με την εισαγωγή του νεογνού τους στη MENN έρχονται αντιμέτωποι με νέες καταστάσεις, τις οποίες δεν έχουν τη δυνατότητα να ελέγξουν. Τα αποτελέσματα, σύμφωνα με την αρχική μας υπόθεση, έδειξαν ότι οι γονείς είχαν αυξημένα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης αμέσως μετά τη γέννηση του πρόωρου νεογνού τους. Η προωρότητα του νεογνού έχει ένα τεράστιο συναισθηματικό κόστος για τους γονείς. Η ψυχολογική επιβάρυνση των γονέων που βιώνουν την προωρότητα είναι αβάσταχτη, τη στιγμή που χρειάζεται να είναι οπλισμένοι με υπομονή, γενναιοδωρία και θετική σκέψη. Οι περισσότεροι γονείς βιώνουν την εισαγωγή του νεογνού τους στη MENN με αυξημένο άγχος εύρημα που συμφωνεί με τη συστηματική ανασκόπηση των Ionio C. et all που έλαβε χώρα στην Ιταλία το 2016, στην οποία συμμετείχαν 21 γονείς (21 μητέρες και 19 πατέρες) με πρόωρα νεογνά (HK <37 εβδομάδων) και 29 γονείς (29 μητέρες και 19 πατέρες) με τελειόμηνα νεογνά (HK ≥37 εβδομάδων). Οι εν λόγω ερευνητές, χρησιμοποίησαν εργαλεία όπως τα παρακάτω: The Impact of Event Scale Revised (IES-R), Profile of Mood State (POMS), The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MEPSS), Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ) and Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS:NICU) για την αξιολόγηση του άγχους και των αρνητικών συναισθημάτων των γονέων στο περιβάλλον της MENN. Με βάση τα ευρημάτων τους, οι μητέρες των πρόωρων νεογνών βίωσαν αυξημένο άγχος (Mean ± 53,79), θυμό (Mean ± 51,57), κούραση (Mean ± 52,90) και κατάθλιψη (Mean ± 49,43) σε σύγκριση με τις μητέρες των τελειόμηνων νεογνών που βίωσαν μειωμένο άγχος (Mean ± 45,97), θυμό (Mean ± 43,48), κούραση (Mean ± 47,41) και κατάθλιψη (Mean ± 43,62). Οι πατέρες των πρόωρων νεογνών ήταν λιγότερο δραστήριοι σε σχέση με τους πατέρες των τελειόμηνων νεογνών (Mean ± 54,26 & Mean ± 63,43), ενώ εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα θυμού σε σχέση με τους πατέρες των τελειόμηνων νεογνών (Mean ± 51,00 & Mean ± 63,43). Επομένως, οι γονείς των πρόωρων νεογνών είναι εμφανώς περισσότερο θυμωμένοι, κουρασμένοι και αδύναμοι από τους γονείς των τελειόμηνων νεογνών. Τα προαναφερόμενα συναισθήματα των γονέων έχουν συσχετιστεί με πολλούς παράγοντες ευαλωτότητας, όπως είναι η προσαρμογή στην ύπαρξη ενός εύθραυστου νεογνού, το άγχος του περιβάλλοντος της MENN, η σωματική και συναισθηματική απομόνωση από το μωρό, καθώς και το σύνθητες άγχος του γονικού ρόλου.

Γεγονός που επιβεβαιώνεται και από άλλες μελέτες, οι οποίες έδειξαν ότι το ίδιο το περιβάλλον της MENN μπορεί να αποτελέσει τον κύριο παράγοντα που συμβάλλει στην αβεβαιότητα και την αγωνία τους. Συγκεκριμένα, η έρευνα των Agrawal R. & Gaur A. (2016),

στην οποία χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα PSS:NICU σε 400 γονείς πρόωρων νεογνών. Τα αποτελέσματά της έδειξαν ότι το περιβάλλον της MENN αποτελεί στρεσογόνο παράγοντα και για τους δύο γονείς [Μητέρες: Mean (SD)=2,73 ± 0,334 & Πατέρες: Mean (SD)=2,37 ± 0,292], υποδηλώνοντας ότι το άγχος που βίωσαν οι γονείς είναι μέτριο προς αυξημένο. Στα ίδια συμπεράσματα καταλήγει και η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας των Obeidat H. M. et all (2009), η οποία αφορούσε το διάστημα από το 1998 έως το 2008. Συλλέχθηκαν 14 άρθρα που αναφέρονταν σε ποιοτικές μελέτες, τα οποία στην πλειονότητα τους έγιναν με συνεντεύξεις και περιέγραφαν τις εμπειρίες των γονέων με νεογνά στη MENN. Οι ερευνητές κατέληξαν στο γεγονός ότι οι γονείς όσο και οι οικογένειές τους βίωσαν μια ιδιαίτερα αγχωτική κατάσταση, όπου έπρεπε να αντιμετωπίσουν το περιβάλλον της MENN και τις απαιτήσεις του. Πρόσφατα, οι Galeano S. P. O. & Maya A. M. S. το 2021 πραγματοποίησαν τηλεφωνικές συνεντεύξεις σε 12 ζευγάρια γονέων με νεογνά που νοσηλεύτηκαν στη MENN για περίπου τρεις μήνες με ηλικία κύησης μικρότερη των 37 εβδομάδων. Οι γονείς περιέγραψαν ότι αφενός μεν ένιωθαν χαρά και ευτυχία για το γεγονός ότι έγιναν γονείς, αφετέρου δε ένιωθαν στεναχώρια και φόβο για την νοσηλεία του νεογνού τους στη MENN. Πιο συγκεκριμένα ανέφεραν ότι ο αποχωρισμός από το νεογνό προκαλεί άγχος, πανικό και λύπη, ενώ η στιγμή της επανασύνδεσης φέρει χαρά και ολοκλήρωση.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, τα συναισθήματα του άγχους και της κατάθλιψης φαίνεται να βελτιώνονται αισθητά την περίοδο λίγο πριν την έξοδο του νεογνού από τη μονάδα. Παρ' όλα αυτά, δεν έχουν μηδενιστεί και παραμένουν σε σημαντικά επίπεδα. Συγκεκριμένα, τα επίπεδα του άγχους κατάστασης των μητέρων κατά την 1^η εβδομάδα ήταν αυξημένα [Mean (SD)=52,2 (11,9)] ενώ στη έξοδο ήταν μειωμένα [Mean (SD)=49 (10,3)]. Σε ότι αφορά τους πατέρες τα επίπεδα του άγχους κατάστασης κατά την 1^η εβδομάδα ήταν αυξημένα [Mean (SD)=47,1 (12,2)] ενώ στη έξοδο ήταν μειωμένα [Mean (SD)=41,7 (9,1)]. Επίσης, παρόμοια πορεία είχε και το άγχος προδιάθεσης των μητέρων, κατά την 1^η εβδομάδα ήταν αυξημένα [Mean (SD)=46,6 (14,6)] και στην έξοδο μειωμένα [Mean (SD)=42,8 (13)]. Από την άλλη το άγχος προδιάθεσης των πατέρων δεν μεταβλήθηκε σημαντικά. Τα επίπεδα της κατάθλιψης για τις μητέρες και τους πατέρες κατά την 1^η μέτρηση ήταν αυξημένα [(Μητέρες: Mean (SD)=14,9 (5,9) & Πατέρες: Mean (SD)=10,3 (5,8)] ενώ στη έξοδο ήταν μειωμένα [(Μητέρες: Mean (SD)=10,3 (5,9) & Πατέρες: Mean (SD)=6,4 (5,2)]. Πρόσφατες συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις, έδειξαν ότι περίπου το 17% των μητέρων και το 10% των πατέρων πληρούσαν τα κριτήρια για περιγεννητικό άγχος και κατάθλιψη μετά τη γέννηση των νεογνών τους, με αυξημένο επιπολασμό κατά τους πρώτους 3 – 6 μήνες (Cameron E. E. et all, 2016; Shorey S. et all, 2018). Επίσης, μελέτη που διεξήχθη

στην Τουρκία το 2014, με δείγμα 68 γονείς των οποίων τα νεογνά νοσηλεύτηκαν στη MENN περισσότερο από έξι εβδομάδες και οι μεν μητέρες συμπλήρωσαν την EPDS οι δε πατέρες την BDS scale, την 2^η και 6^η εβδομάδα μετά τον τοκετό, έδειξε ότι κατά τη 2^η εβδομάδα η συχνότητα κατάθλιψης της μητέρας ήταν 38,3% με μέση βαθμολογία (Mean \pm SD=10,97 \pm 6,93) και κατά την 6^η εβδομάδα ήταν 33,3% και μέση βαθμολογία (Mean \pm SD=9,57 \pm 5,78). Η συχνότητα της κατάθλιψης για τον πατέρα ήταν 11,7% με μέση βαθμολογία (Mean \pm SD=7,13 \pm 7,35) την 2^η εβδομάδα και 10% με μέση βαθμολογία (Mean \pm SD=6,50 \pm 5,79) την 6^η εβδομάδα. Η μέση βαθμολογία των μητέρων μειώθηκε σημαντικά την 6^η εβδομάδα σε σύγκριση με τη 2^η ($p=0.023$), ενώ η κατάθλιψη των πατέρων δεν μεταβλήθηκε σημαντικά αλλά ήταν σε χαμηλά επίπεδα ($p=0.428$) (Gonulal D. et al, 2014).

Πρόσφατη μελέτη διεξήχθη στις ΗΠΑ το 2018 και αφορά σε 146 πατέρες νεογνών με μέση ηλικία κύησης 31,9 εβδομάδες που το 88% παρέμεινε στη MENN για 3 εβδομάδες ή περισσότερο. Οι πατέρες αυτοί, μελετήθηκαν διαχρονικά κατά την εισαγωγή των νεογνών στη MENN (1^η μέτρηση), τη διάρκεια της 2^{ης} εβδομάδας νοσηλείας των νεογνών (2^η μέτρηση) κατά την έξοδο (3^η μέτρηση) και δύο μήνες μετά την έξοδο του βρέφους από τη μονάδα (4^η μέτρηση). Χρησιμοποιώντας την EPDS και την PSS, διαπίστωσαν ότι οι πατέρες με νεογνά που εισήχθησαν στη MENN παρουσίασαν συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, φόβου, άγχους και χαμηλής αυτοεκτίμησης κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης των νεογνών τους. Συγκεκριμένα, το 12% των πατέρων ανέφεραν υψηλά επίπεδα άγχους στην 1^η μέτρηση, το 8% στη 3^η και το 13% στην 4^η. Οι συνολικές βαθμολογίες EPDS βελτιώθηκαν με την πάροδο του χρόνου ($p = 0.000$). Αναλυτικότερα, από την 1^η μέτρηση στην 4^η, το ποσοστό των πατέρων με άγχος και ελαφρά συμπτώματα κατάθλιψης μειώθηκε από το 41% σε 10% και με συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης από 16% σε 2%. Καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι το άγχος και τα συμπτώματα της κατάθλιψης παρέμεναν σε ορισμένους πατέρες από την εισαγωγή του νεογνού στη MENN ακόμη και δύο μήνες μετά την έξοδο του νεογνού από το νοσοκομείο (Cyr - Alves H. et al, 2018). Παρομοίως, άλλη μελέτη με σκοπό τη διερεύνηση του επιπολασμού και των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με τα καταθλιπτικά συμπτώματα των γονέων κατά την έξοδο από τη MENN και τον καθορισμό των σχέσεων μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, του στρες και της κοινωνικής υποστήριξης, έδειξε ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα και στους δύο γονείς είναι υψηλά κατά τη έξοδο. Στη συγκεκριμένη μελέτη, αξιολογήθηκαν 300 γονείς με νεογνά που νοσηλεύτηκαν στη MENN κατά μέσο όρο 35 ημέρες και με ηλικία κύησης κάτω από 37 εβδομάδες. Η κλίμακα του Κέντρου Επιδημιολογικών Μελετών (CESD-10) χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της κατάθλιψης και η κλίμακα PSS:NICU για το άγχος. Οι μελετητές διαπίστωσαν ότι λίγο πριν την έξοδο από τη MENN, το

45% των γονέων ανέφεραν καταθλιπτικά συμπτώματα και το 43% ανέφεραν αυξημένο άγχος (Soghier M. L. et all, 2020). Στα προηγούμενα έρχεται να συμπληρώσει η μελέτη των Kathari A. et all (2022) στην Αυστραλία, η οποία έδειξε ότι οι πατέρες είχαν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης κατά την έξοδο αλλά και δύο μήνες μετά τον τοκετό. Μελετήθηκαν διαχρονικά 28 πατέρες με νεογνά στη MENN, στις 2 – 3 εβδομάδες (μέτρηση 1^η), και 2 – 4 μήνες (μέτρηση 2^η) μετά τον τοκετό, μέσω της EPDS για την κατάθλιψη και της IER-S για το άγχος. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν υψηλά συνολικά ποσοστά στην EPDS για 16/27 (59.3%) πατέρες στην 1^η μέτρηση και 6/15 πατέρες (40%) στη 2^η μέτρηση. Όσον αφορά την IER-S, έδειξε υψηλά συνολικά ποσοστά για 12/26 (46.2%) πατέρες στην 1^η μέτρηση και 4/15 πατέρες (26.7%) στη 2^η μέτρηση.

Από την άλλη, μελέτη που έλαβε χώρα στην Ιταλία, έδειξε ότι ο πρόωρος τοκετός και η νοσηλεία του νεογνού στη MENN επηρέασε αρνητικά το συναισθηματικό κόσμο των μητέρων. Το δείγμα αποτέλεσαν 62 μητέρες πρόωρων νεογνών (GA < 37) σε MENN, το οποίο διαχωρίστηκε σε δύο ομάδες, ανάλογα με την ηλικία κύησης και τον χρόνο τοκετού. Η 1^η ομάδα περιλάμβανε μητέρες των οποίων τα βρέφη γεννήθηκαν πριν από την 32^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης – η 2^η ομάδα περιλάμβανε μητέρες των οποίων τα βρέφη γεννήθηκαν μετά την 32^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Μια εβδομάδα μετά τον τοκετό, οι μητέρες συμπλήρωναν δύο ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς: το EPDS και το STAI. Όταν η ιατρική κατάσταση των νεογνών τους σταθεροποιήθηκε, πραγματοποιούνταν οι κλινικές συνεντεύξεις με τις μητέρες για γονείς νεογνών υψηλού κινδύνου–Clinical Interview for Parents (CLIP). Τα αποτελέσματά τους έδειξαν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και στις δύο ομάδες (Mean (SD)=13,05 (5,25) vs Mean (SD)=11,33 (5,78), αντίστοιχα). Η χορήγηση του CLIP κατά τη διάρκεια της παραμονής στη MENN έδειξε ότι οι μητέρες δεν ήταν έτοιμες για το εξιτήριο των βρεφών και τα καταθλιπτικά συμπτώματα βρίσκονται σε σημαντικά επίπεδα. Μπορούμε να υποθέσουμε ότι, σε περίπτωση πρόωρου τοκετού, οι επισφαλείς συνθήκες του βρέφους, το αποστειρωμένο και μη φιλικό περιβάλλον της MENN, ο παρατεταμένος αποχωρισμός μεταξύ μητέρων – βρεφών και η ασάφεια του μητρικού ρόλου στο νοσοκομείο, καθιστούν τις μητέρες πιο ευάλωτες σε καταθλιπτικά συμπτώματα (Trumbello C. et all, 2018).

Ένας άλλος στόχος της μελέτης μας ήταν η παρακολούθηση της συναισθηματικής αλληλεπίδρασης των γονέων, ως ξεχωριστές οντότητες με το περιβάλλον της MENN. Τα αποτελέσματά μας, σύμφωνα με την αρχική μας υπόθεση, έδειξαν ότι οι μητέρες εμφάνισαν μεγαλύτερα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης σε σχέση με τους πατέρες, σε όλες τις φάσεις της παρακολούθησης. Για παράδειγμα, τα επίπεδα τους άγχους κατάστασης στις τρεις διαδοχικές μετρήσεις για τις μητέρες ήταν: 1^η μέτρηση: Mean (SD)=52,2 (11,9), 2^η μέτρηση: Mean (SD)

= 47,8 (12) & 3^η μέτρηση: Mean (SD) = 49 (10,3). Σε ότι αφορά τους πατέρες ήταν αντίστοιχα: Mean (SD)=47,2 (12,2), Mean (SD)=42,1 (9,8) & Mean (SD)=41,7 (9,1). Τα επίπεδα τους άγχους προδιάθεσης στις τρεις διαδοχικές μετρήσεις για τις μητέρες ήταν τα εξής: 1^η μέτρηση: Mean (SD)=46,6 (14,6), 2^η μέτρηση: Mean (SD)=41,9 (14) & 3^η μέτρηση: Mean (SD)=42,8 (13). Για τους πατέρες ήταν αντίστοιχα: Mean (SD)=36,9 (10,4), Mean (SD)= 36,6 (9,7) & Mean (SD)= 36,6 (110,8). Επίσης, τα επίπεδα τις κατάθλιψης στις τρεις διαδοχικές μετρήσεις για τις μητέρες ήταν τα εξής: 1^η μέτρηση: Mean (SD)=14,9 (5,9), 2^η μέτρηση: Mean (SD)=12,4 (6,2) & 3^η μέτρηση: Mean (SD)=10,3 (5,9). Σε ότι αφορά τους πατέρες ήταν αντίστοιχα: Mean (SD)=10,3 (5,8), Mean (SD)=8,2 (5,1) & Mean (SD)=6,4 (5,2). Τα ευρήματα αυτά, είναι συνεπή με τα αποτελέσματα αντίστοιχων ερευνών που έχουν γίνει, όπως είναι η διαχρονική μελέτη των Ionio C., et all (2016), στην οποία συμμετείχαν 21 γονείς (21 μητέρες και 19 πατέρες) με πρόωρα νεογνά (HK <37 εβδομάδων) και 29 γονείς (29 μητέρες και 19 πατέρες) με τελειόμηνα νεογνά (HK ≥37 εβδομάδων). Οι ερευνητές, χρησιμοποιώντας την κλίμακα PSS:NICU, μεταξύ άλλων, προσπάθησαν να αξιολογήσουν το άγχος των μητέρων σε σχέση με εκείνο των πατέρων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στις υποκατηγορίες «μεταβολή του γονικού ρόλου» και «νεογνική εμφάνιση» είχαν υψηλότερα ποσοστά οι μητέρες σε σύγκριση με τους πατέρες [Μητέρες: Mean (SD)=3,06 (0,86) & Mean (SD)=3,73 (0,94) αντίστοιχα & Πατέρες: Mean (SD)=2,48 (0,79) & Mean (SD)=2,76 (1,28) αντίστοιχα].

Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε η μελέτη των Gonulal D. et all το 2014 στην Τουρκία, οι οποίοι είχαν ως σκοπό να ανιχνεύσουν τη συχνότητα της επιλόχειας κατάθλιψης και τους παράγοντες κινδύνου στους γονείς στη MENN. Μελέτησαν 68 ζευγάρια γονέων κατά την 2^η και 6^η εβδομάδα νοσηλείας των νεογνών τους. Χρησιμοποίησαν την EPDS για τις μητέρες και την BDI για τους πατέρες. Τα επίπεδα τις κατάθλιψης στις δύο διαδοχικές μετρήσεις για τις μητέρες ήταν: 1^η μέτρηση: Mean=10,97±6,93 & 2^η μέτρηση Mean=9,57±5,78. Ενώ για τους πατέρες ήταν αντίστοιχα: Mean=7,13±7,35, Mean=6,50±5,79. Από τις τιμές συμπεραίνουμε ότι τα σκορ της κατάθλιψης για τις μητέρες ήταν σημαντικά περισσότερα από εκείνα των πατέρων. Παρομοίως, οι Carter D. J. et all (2005), μελετώντας 447 γονείς (242 μητέρες και 205 πατέρες) νεογνών με μέση ηλικία κύησης τις 35.1 εβδομάδες και μέσο βάρος γέννησης τα 2.477 γραμμάρια με την κλίμακα EPDS κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι μητέρες των πολύ πρόωρων νεογνών (BΓ <33 εβδομάδων) εμφάνισαν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης από τους πατέρες [Mean (SD)=8.5 (5.1) & Mean (SD)=6.1 (4.0)]. Όπως και περισσότερα συμπτώματα άγχους, μέσω της κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), συγκεκριμένα οι μητέρες είχαν Mean (SD)=12.6 (6.4) και οι πατέρες Mean (SD)=9.6 (6.4). Στα παραπάνω αποτελέσματα συμφωνεί και η μελέτη των Apostolopoulou P. et all το 2018

στην Ελλάδα, η οποία είχε ως σκοπό να καταγράψει το άγχος προδιάθεσης και κατάστασης, καθώς επίσης και την κατάθλιψη των γονέων που γέννησαν πρόωρα νεογνά (GA <36 εβδομάδες) και νοσηλεύτηκαν στη MENN. Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποίησαν ήταν η κλίμακα STAI για το άγχος και για την κατάθλιψη η Zung Self-Rating Depression Scale (SDS). Το δείγμα τους αποτέλεσαν 200 γονείς (124 μητέρες και 76 πατέρες). Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι μητέρες βιώνουν μεγαλύτερα ποσοστά άγχους κατάστασης και προδιάθεσης, όπως και ποσοστά κατάθλιψης από του πατέρες ($p=0.04$, $p<0.001$, $p=0.001$, αντίστοιχα).

Η μετάβαση στη μητρότητα αποτελεί αναμφίβολα μια από της σημαντικότερες πτυχές στη ζωή των γυναικών. Η εμπειρία της τεκνοποιίας είναι τελείως διαφορετική από οποιαδήποτε εμπειρία των ανδρών (Wellon V. E., 1997). Η εγκυμοσύνη και ο τοκετός είναι πολυσύνθετα γεγονότα, που συνυπάρχουν ταυτόχρονα με βιολογικές, κοινωνικές και συναισθηματικές αλλαγές. Παρόλο που τις περισσότερες φορές συνοδεύονται από αισθήματα χαράς και ικανοποίησης, μπορεί κάποιες φορές να προκαλέσουν συναισθηματικές δυσκολίες με επίδραση στην προσαρμογή στο γονεϊκό ρόλο (O' Hara M. W. & Swain A. M., 1996). Οι μητέρες – γυναίκες από τη φύση τους είναι πιο ευαίσθητες και αδύναμες ψυχολογικά από τους άνδρες και ανταποκρίνονται στο άγχος διαφορετικά. Έτσι έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κατάθλιψη που να οφείλεται στο άγχος. Οι μητέρες θρηνούν για την απώλεια ενός υγιούς νεογνού, που έρχεται σε αντίθεση με την εικόνα που αντιμετωπίζουν στη MENN, με τα νεογνά τους να είναι αδύναμα και γυμνά ανάμεσα σε ηλεκτρόδια ή συνδεδεμένα με άγνωστα για αυτούς μηχανήματα (Davis L. et all, 2003). Επίσης, μια σειρά από πιθανές εξηγήσεις για τις διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα παραθέτουν πολλοί ερευνητές όπως οι Affleck G. et all, 1991; Bell P., 1997; Franck L. S. et all, 2005 & Miles et all, 1993. Μια πρώτη εξήγηση αφορά στο γεγονός ότι οι πατέρες χρησιμοποιούν αποτελεσματικότερες στρατηγικές αντιμετώπισης για να μειωθεί το άγχος τους. Σε αντίθεση με τις μητέρες που χρησιμοποιούν την αντιμετώπιση της απόδρασης, που σχετίζεται με αρνητική διάθεση, οι πατέρες χρησιμοποιούν την πρακτική αντιμετώπισης, που σχετίζεται με τη θετική διάθεση. Μια δεύτερη εξήγηση είναι ότι οι μητέρες έχουν μεγαλύτερο άγχος που μπορεί να οφείλεται σε αρνητικές αξιολογήσεις των δυσκολιών του βρέφους, ενώ οι πατέρες δεν αντιλαμβάνονται την κατάσταση του πρόωρου νεογνού με τον ίδιο βαθμό (Levy – Shiff R. & Mogilner M. B., 1989).

Σε αντίθεση επόμενες μελέτες, που αφορούν στο άγχος των πατέρων που είχαν πρόωρα νεογνά έδειξαν ότι οι πατέρες αντιμετώπιζαν το ίδιο ποσοστό άγχους με τις μητέρες, λόγω των ιδιαιτεροτήτων της MENN. Συγκεκριμένα, οι Aamir M. et all το 2013 διεξήγαγαν στη Χαριάτη της Ινδίας μια προοπτική μελέτη παρατήρησης, με σκοπό να προσδιορίσουν τους

κοινωνικοδημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες που προκαλούν άγχος στους γονείς των νεογνών που νοσηλεύτηκαν στη MENN. Το δείγμα τους αποτέλεσαν 49 γονείς με νεογνά μέσης ηλικίας 36 εβδομάδες κύησης, η κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε ήταν η PSS:NICU. Τα αποτελέσματα της έδειξαν ότι δεν υπήρξε σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ του άγχους των μητέρων και των πατέρων στις υποκλίμακες όπως: «εμφάνιση του νεογνού», «ήχοι και εικόνα της MENN», «διαδικασίες», «συμπεριφορά του προσωπικού», «γονικός ρόλος» και «συμπεριφορά και συναισθήματα» ($p=0.95$, $p=0.17$, $p=0.30$, $p=0.99$, $p=0.07$ & $p=0.36$, αντίστοιχα). Επίσης, η μελέτη των Dutta S. et al (2016) στην Ινδία, χρησιμοποιώντας την Parental Stress Questionnaire in Hindi language (PSQ) μελέτησαν διαχρονικά 80 πατέρες την 7^η, 17^η και 27^η ημέρα της νοσηλείας των νεογνών, με μέση ηλικία κύησης τις 31 εβδομάδες κύησης και μέσο βάρος γέννησης τα 1194.5 γραμμάρια. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι πατέρες με νεογνά χαμηλού βάρους γέννησης βίωσαν αυξημένο άγχος σε όλες τις μετρήσεις, που οφείλονταν κυρίως στην οικονομική επιβάρυνση [Mean=45.8 (21.9, 70.8), Mean=62.5 (16.7, 79.2), Mean=66.7 (29.2, 83.3)], στην αλλαγή του πατρικού ρόλου [Mean=44.4 (27.8, 72.2), Mean=30.6 (11.1, 50), Mean=37.5 (16.7, 55.6)], και στη φροντίδα του σπιτιού και των άλλων παιδιών εάν υπάρχουν [Mean=29.2 (4.2, 48.9), Mean=33.3 (16.7, 66.7), Mean=33.3 (21.9, 91.7)]. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε η έρευνα των Malliarou M. et al (2021), που έλαβε χώρα σε MENN της κεντρικής Ελλάδας, σύμφωνα με την οποία τα αποτελέσματα της μελέτης απέτυχαν να προσδιορίσουν διαφορές μεταξύ των μητέρων και των πατέρων των πρόωρων νεογνών. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 82 γονείς (41 μητέρες και 41 πατέρες) πολύ πρόωρων νεογνών με μέση ηλικία κύησης τις 32 εβδομάδες και μέσο βάρος γέννησης τα 1626.5 γραμμάρια. Οι κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η PSS:NICU, η Coping Orientation to Problems Experienced (BRIEF/COPE) & Daily Spiritual Experience Scale (DSES). Μετά την ανάλυση των δεδομένων τα αποτελέσματα για την PSS:NICU ήταν για τις μητέρες: Total score PSS:NICU – Mean (SD)=3.44 (1,31) και για τους πατέρες Mean (SD)=3.5 (1,3), παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα των άλλων κλιμάκων.

Αντιθέτως, προηγούμενη μελέτη των Howe et al στην Taiwan το 2014 σε 297 γονείς πρόωρων νεογνών με την κλίμακα Parental Stress Index (PSI), που είχε ως σκοπό την διερεύνηση του τύπου και του βαθμού του άγχους των γονέων των πρόωρων νεογνών με χαμηλό βάρος γέννησης κατά τα δύο πρώτα χρόνια της ζωής τους, έδειξε ότι το άγχος των πατέρων με πρόωρα νεογνά ήταν υψηλότερο σε σύγκριση με των μητέρων, αλλά δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0.88$, $p=0.62$ & $p=0.98$, αντίστοιχα). Μελέτη που διενεργήθηκε στις ΗΠΑ το 2018 έρχεται να επιβεβαιώσει τα αποτελέσματα της προηγούμενης μελέτης. Συγκεκριμένα, το δείγμα αποτέλεσαν 146 πατέρες νεογνών με μέση ηλικία κύησης

τις 31.9 εβδομάδες και το 88% παρέμενε στη MENN για 3 εβδομάδες ή περισσότερο. Μελετήθηκαν διαχρονικά τη 2^η εβδομάδα νοσηλείας του νεογνού, στην έξοδο και δύο μήνες μετά την έξοδο του από τη μονάδα. Χρησιμοποιώντας την κλίμακα EPDS διαπίστωσαν ότι οι πατέρες με νεογνά που εισήχθησαν στη MENN βίωσαν συμπτώματα κατάθλιψης, στρες, φόβου, άγχους και χαμηλής αυτοεκτίμησης, στην διάρκεια της παρακολούθησης των νεογνών τους. Αναλυτικότερα, στην 1^η μέτρηση το σκορ της EPDS ήταν υψηλότερο (Mean=7.7), ενώ στη 2^η και 3^η μειώθηκε (Mean=7.7 & Mean=4.4, αντίστοιχα) (Cyr – Alves H. et all, 2018).

Ένα από τα ευρήματα της μελέτης μας ήταν ότι το άγχος προδιάθεσης των πατέρων τον 1^ο μήνα και η κατάθλιψη τους στην έξοδο βρέθηκαν να διαφέρουν σημαντικά ανάλογα με την ηλικία των μητέρων. Συγκεκριμένα, στις περιπτώσεις που οι μητέρες ήταν το πολύ 33 ετών, οι πατέρες είχαν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα άγχους προδιάθεσης [Ηλικία μητέρας <33 έτη – Mean (SD)=39.1 (10.7) vs Ηλικία μητέρας ≥33 έτη – Mean (SD)=33.8 (7.7)]. Επίσης, η βαθμολογία της κατάθλιψης βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με την ηλικία της μητέρας. Συγκεκριμένα, όταν η μητέρα του νεογνού ήταν το πολύ 33 ετών, οι πατέρες είχαν κατά 2.84 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή σημαντικά λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης κατά την έξοδο. Από τα ευρήματα φαίνεται ότι οι πατέρες με νεότερες συζύγους, είχαν αυξημένο το αίσθημα της προστασίας απέναντι τους, λόγω ίσως της απειρίας τους που συνάδει με το νεαρό της ηλικίας τους. Στην διαπίστωση αυτή έρχονται να προσθέσουν οι Alkozei et all το 2014 και οι Carmen C., et all το 2016, οι οποίοι κατέγραψαν ότι, οι πατέρες – σύζυγοι είχαν υποστηρικτικό ρόλο απέναντι στις συζύγους τους, με αποτέλεσμα να καταστέλλουν τα δικά τους αρνητικά συναισθήματα όπως είναι το άγχος και η κατάθλιψη. Οι ίδιοι είχαν ως στόχο, να βοηθήσουν τις συζύγους τους να διαχειριστούν τα συναισθήματα τους (άγχος και κατάθλιψη), και να σκεφτούν τη δυνάδα που απαρτίζεται από τη μητέρα και το νεογνό, δίνοντας τους κατάλληλη υποστήριξη. Στο ίδιο πόρισμα κατέληξαν και οι Hagen et all (2016), οι οποίοι πραγματοποίησαν μια ποιοτική ερευνητική προσέγγιση σε γονείς που τα νεογνά τους νοσηλεύονταν σε MENN της Νορβηγίας. Η μελέτη έγινε μέσω συνεντεύξεων σε οκτώ πατέρες με μέση ηλικία τα 36 έτη και οκτώ μητέρες με μέση ηλικία τα 34 έτη, παρόμοια με την ηλικία του δείγματος της παρούσας μελέτης. Τα νεογνά του δείγματος είχαν μέση ηλικία κύηση τις 30 εβδομάδες κύησης και μέσο βάρος γέννησης τα 1500 γραμμάρια. Οι δυσκολίες που προέκυψαν από τα δεδομένα των συνεντεύξεων ήταν: «η επαφή με το νεογνό», «τα χαοτικά συναισθήματα», «η συντροφιά» και «ο ρόλος του γονέα». Εστιάζοντας στο ρόλο των πατέρων, στην προσπάθειά τους να στηρίξουν τις συντρόφους τους, παραμελούσαν συχνά τις δικές τους ανάγκες καταπιέζοντας τα συναισθήματα τους, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι και οι ίδιοι δεν είχαν ανάγκη προσοχής και φροντίδας. Στις περιπτώσεις που η κατάσταση των

μητέρων ήταν σοβαρή μετά τον τοκετό, εκείνοι ανησυχούσαν περισσότερο για τις συζύγους τους παρά για το νεογνό τους, ενώ οι ίδιες οι μητέρες ανησυχούσαν περισσότερο για το νεογνό. Η παρουσία των πατέρων δίπλα στις μητέρες και τα νεογνά στη MENN δρούσε ευεργετικά για τις μητέρες, οι οποίες όπως ανέφεραν στις περιπτώσεις που ήταν μόνες βίωναν αυξημένο άγχος. Τέλος, οι πατέρες ανέφεραν έντονα αισθήματα ενοχής, επειδή χρειάζονταν να ασχοληθούν με την ρουτίνα του σπιτιού, τα υπόλοιπα παιδιά της οικογένειας όταν υπήρχαν, την εργασίας τους, με αποτέλεσμα να μην επισκέπτονται το πρόωρο νεογνό τους για όσο χρόνο επιθυμούσαν.

Επίσης, στη μελέτη μας φάνηκε ότι ο βαθμός μείωσης των συμπτωμάτων της κατάθλιψης στις μητέρες διέφερε σημαντικά ανάλογα με την ύπαρξη κάποιου προβλήματος υγείας (υποθυρεοειδισμός, σακχαρώδης διαβήτης κύησης, αναιμία κτλ.) στις ίδιες. Συγκεκριμένα, στις μητέρες με κάποιο πρόβλημα υγείας τα συμπτώματα κατάθλιψης μειώθηκαν σημαντικά στον 1^ο μήνα [1^η μέτρηση: Mean (SD)=15,9 (6,6), 2^η μέτρηση: Mean (SD)=10,8 (7) & (p=0,001)] ενώ σε εκείνες που δεν είχαν κάποιο πρόβλημα υγείας τα συμπτώματα κατάθλιψης μειώθηκαν σημαντικά στην έξοδο [1^η μέτρηση: Mean (SD)=14,5 (5,7), 3^η μέτρηση: Mean (SD)=10,8 (6.1) & (p<0,001)]. Αυτό που διαφαίνεται είναι ότι οι μητέρες με προβλήματα υγείας είχαν ήδη επιβαρυσμένο συναισθηματικό κόσμο, γεγονός που δεν οφείλεται τόσο στην πρόωρη γέννηση. Αντίθετα, εκείνες που ήταν υγιείς είχαν λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης με την εισαγωγή του νεογνού στη MENN, τα οποία επέμεναν καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης, φτάνοντας μάλιστα μετά τον 1^ο μήνα να είναι υψηλότερα από τις μητέρες με προβλήματα υγείας. Τα συμπτώματα αυτά, μειώθηκαν σημαντικά μόνο με το εξιτήριο του νεογνού. Η δυσλειτουργία του θυρεοειδούς συμβάλει στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Παροδικός υποθυρεοειδισμός μπορεί να συμβεί στο 5% των γυναικών εντός του πρώτου χρόνου μετά τον τοκετό, έχοντας μεγαλύτερη πιθανότητα να συμβεί μεταξύ 4^{ου} – 5^{ου} μήνα, κάτι το οποίο έχει φανεί πως σχετίζεται με την κατάθλιψη (Abou-Saleh et all, 1998). Σύμφωνα με τον O'Hara O. (1997), ο υποθυρεοειδισμός αποτελεί αιτία της επιλόχειας κατάθλιψης ιδιαίτερα, όταν ξεκινάει μετά τη 2^η εβδομάδα μεταγεννητικά. Επίσης, τα ερευνητικά δεδομένα της Μωραΐτου Μ. (2004) δείχνουν, ότι τα επίπεδα θυροξίνης (T₄) μειώνονται σε όλες τις λεχωίδες από την 3^η μεταγεννητική εβδομάδα, περίοδο όπου μπορεί να προκύψει θεραπευτικό όφελος από τη χορήγηση T₄ στις γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη.

Επίσης, μελέτη των Petersen A. C., et all (2007) στις ΗΠΑ, έδειξε ότι η θυρεοειδική λειτουργία στην περίοδο της κύησης μπορεί να παίζει ρόλο στην εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης. Το δείγμα τους αποτέλεσαν 31 έγκυες με μέση ηλικία τα 32 έτη. Οι μετρήσεις

των επιπέδων του θυρεοειδούς έγιναν το τελευταίο τρίμηνο της κύησης, ενώ η μελέτη της κατάθλιψης έγινε την ίδια περίοδο και μεταξύ τις 2^{ης} και 24^{ης} εβδομάδας μετά τον τοκετό. Οι κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν ήταν η EPDS και BDI. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι οι έγκυες με επίπεδα της T₄ και ελεύθερης θυροξίνης (FT₄) στα χαμηλότερα όρια του φυσιολογικού βρέθηκαν να έχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης. Παρόμοια ήταν τα ευρήματα πρόσφατης μελέτης των Kanti V. et all το 2022, η οποία έδειξε ότι η δυσλειτουργία του θυρεοειδούς στο 3^ο τρίμηνο της κύησης έχει θετική συσχέτιση με την επιλόχειο κατάθλιψη. Το δείγμα τους αποτέλεσαν 28 έγκυες γυναίκες μεταξύ 30 – 36 εβδομάδες κύησης. Η κλίμακα EPDS χρησιμοποιήθηκε για τη μελέτη της επιλόχειας κατάθλιψης και τα επίπεδα των ορμονών του θυρεοειδούς [T₄, τριωδοθυρονίνης (T₃), θυρεοειδοτρόπος – TSH] μετρήθηκαν με τη ραδιοανοσολογική δοκιμασία (Radio Immuno Assay – RIA). Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι μόνο τα επίπεδα της T₄ σχετίζονται ασθενώς θετικά με το σκορ της EPDS και η στατιστική σημαντικότητα ήταν p<0.005. Γεγονός που υποδηλώνει ότι εάν αυξάνονται τα επίπεδα της T₄, τότε οι γυναίκες έχουν πιθανότητα να εμφανίσουν επιλόχεια κατάθλιψη. Ως εκ τούτου, ο έλεγχος του θυρεοειδή κατά την περίοδο της κύησης μπορεί να αποβεί χρήσιμος για τη διαπίστωση συσχέτισης των επιπέδων του θυρεοειδούς και την επιλόχειας κατάθλιψης. Αντιθέτως, μελέτη των Keshavarzi F., et all το 2011 στο Ιράν (με δείγμα 113 λεχωίδες και την κλίμακα EPDS), που είχε ως σκοπό να διερευνήσει εάν η λειτουργία του θυρεοειδούς διαφέρει στις γυναίκες με επιλόχειο κατάθλιψη σε σχέση με τις γυναίκες χωρίς επιλόχειο κατάθλιψη έδειξε ότι δεν υπήρξε στατιστική σημαντική διαφορά μεταξύ των τεστ του θυρεοειδούς και της επιλόχειας κατάθλιψης.

Ένα άλλο πρόβλημα υγείας που αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για επιλόχεια κατάθλιψη, αποτελούν οι διαταραχές του μεταβολισμού της γλυκόζης κατά τη διάρκεια της κύησης. Διαπίστωση που επιβεβαιώνεται από την έρευνα των Katon W. et all το 2014 στην Ουάσιγκτον, οι οποίοι πραγματοποίησαν μια προοπτική μελέτη κοόρτης, κατά την οποία μελέτησαν 3.039 γυναίκες, από τις οποίες οι 1.423 παρουσίαζαν συμπτώματα κατάθλιψης και οι 1616 δεν παρουσίαζαν συμπτώματα. Η στρατολόγηση έγινε τον 4^ο και 8^ο μήνα της κύησης, περίοδο όπου γίνεται η δοκιμασία γλυκόζης – «καμπύλη σακχάρου». Η κλίμακα Patient Health Questionnaire–9 (PHQ–9) χρησιμοποιήθηκε για την επιλόχειο κατάθλιψη (cut off ≥10). Οι λεχωίδες με επιλόχειο κατάθλιψη σε σύγκριση με εκείνες χωρίς επιλόχειο κατάθλιψη ανέφεραν υψηλότερα ποσοστά σακχαρώδη διαβήτη (14.5% vs 6.9%, p=0.02), ημικρανιών (29.6% vs 13.2%, p=0.0001), τάση για υπέρταση (12.0% vs 6.3%, p=0.06), και νευρολογικές παθήσεις (4.9% vs 1.8%, p=0.07) στη διάρκεια της κύησης. Νεότερη μελέτη των Mak K. L. J. et all το 2019 στην δυτική Κίνα, έδειξε ότι οι γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη κύησης (ΣΔΚ)

είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης από εκείνες που δεν είχαν ΣΔΚ, παρ' όλο που τα καταθλιπτικά συμπτώματα μειώνονταν στη διάρκεια της λοχείας. Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν 1449 έγκυες και μετέπειτα λεχώιδες, η δοκιμασία γλυκόζης – «καμπύλη σακχάρου» έγινε στις 24 – 28 εβδομάδες κύησης με 75g γλυκόζης, στην 1^η ώρα και στη 2^η μετά τη λήψη της από του στόματος. Μετά τα αποτελέσματα των αιματολογικών εξετάσεων 229 έγκυες είχαν ΣΔΚ και 1220 δεν είχαν. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα μελετήθηκαν με την κλίμακα EPDS στις 32 – 37 εβδομάδες κύησης, στον 1^ο μήνα και στον 3^ο μήνα μετά τον τοκετό. Οι μέσες τιμές της EPDS στην διάρκεια της κύησης δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων, αντιθέτως καταγράφηκαν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα στον 1^ο μήνα και στον 3^ο μήνα μετά τον τοκετό μεταξύ τους (1^ο μήνα – Mean=4.3±3.6 vs Mean=3.6±3.5, p=0.020 & 3^ο μήνα – Mean=2.1±2.3 vs Mean=1.5±2.0, p<0.001).

Επιπλέον, η ανεπάρκεια σιδήρου και η αναιμία – hemoglobin (Hb) κατά την κύηση και μετά τον τοκετό μπορεί να μειώσει τη μνήμη και τη συγκέντρωση καθώς και να προκαλέσει σύγχυση. Έρευνα των Corwin J. E., et all (2003) σε πολιτεία της Πενσυλβάνια, έρχεται να επιβεβαιώσει την παραπάνω άποψη. Το δείγμα της αποτέλεσαν 37 υγιείς γυναίκες, από τις οποίες οι 8 παρουσίασαν αναιμία (Hb ≤ 120g/dL) και οι 29 παρουσίασαν φυσιολογικές τιμές αιμοσφαιρίνης (Hb >120g/dL). Η παρακολούθηση για την αναιμία έγινε την 7^η, 14^η & 28^η ημέρα μετά τον τοκετό χωρίς επιλοκές, ενώ για την κατάθλιψη έγινε την 28^η. Για την επιλόχειο κατάθλιψη χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Center for Epidemiological Studies– Depressive Symptomatology Scale (CES–D), και για την αιμοσφαιρίνη λαμβάνονταν δείγμα αίματος σε κάθε επίσκεψη. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι γυναίκες με αναιμία (Hb ≤120g/dL) την 7^η ημέρα της λοχείας, εμφάνισαν συμπτώματα κατάθλιψης την 28^η ημέρα μετά τον τοκετό σε αντίθεση με εκείνες που δεν είχαν αναιμία (Mean=16.4±3.34 vs Mean=6.90±1.04, p<0.001). Ενώ η αναιμία την 14^η & 28^η ημέρα δεν σχετίστηκε σημαντικά με την επιλόχειο κατάθλιψη. Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα της μελέτης κοόρτης των Xu F., et all (2018) στην Αυστραλία, η οποία διήρκεσε εννέα χρόνια και το δείγμα της ήταν περίπου 80.000 μητέρες. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι λεχώιδες που είχαν αναιμία σε μια περίοδο έξι ετών (3 χρόνια πριν τον τοκετό και τρία χρόνια μετά) είχαν περισσότερες πιθανότητες να νοσηλευτούν για κατάθλιψη (aOR=2.01, 95% CI=1.70-2.38), σε σχέση με εκείνες που δεν είχαν αναιμία. Σε αντίθεση των προηγούμενων ερευνών, μελέτη των Armony – Sivan R. et all το 2012 στην Κίνα με την κλίμακα EPDS, έδειξε ότι τα επίπεδα του σιδήρου στην κύηση και τις τρεις πρώτες ημέρες της λοχείας δεν σχετίστηκαν με επιλόχειο κατάθλιψη. Συγκεκριμένα, έγινε μια πιλοτική μελέτη με δείγμα 137 υγιείς μητέρες και 567 μητέρες με

αναιμία, με μονήρη κύηση, τελειόμηνα νεογνά και ελεύθερο ιστορικό. Τα επίπεδα του σιδήρου μετρήθηκαν, την στο 2^ο & 3^ο τρίμηνο της κύησης και την 3^η ημέρα της λοχείας, ενώ η EPDS 24 – 48 ώρες μετά τον τοκετό και 6 εβδομάδες αργότερα. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι το σκορ της EPDS των μητέρων με αναιμία και των μητέρων χωρίς αναιμία δεν διέφεραν και στα δύο δείγματα, ανεξάρτητα από τη χρονική στιγμή της μέτρησης της αναιμίας και της EPDS.

Μια άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στον Ελλαδικό χώρο το 2020, έδειξε ότι το ιστορικό γυναικολογικών και άλλων προβλημάτων υγείας στο παρελθόν, αλλά και κατά την διάρκεια της κύησης, συμβάλλουν στη μεταβολή των επιπέδων της επιλόχειας κατάθλιψης. Οι ερευνητές διενέργησαν μία συγχρονική ποιοτική μη παρεμβατική έρευνα σε 102 λεχωίδες. Τα ερευνητικά εργαλεία αποτέλεσαν η EPDS και η κλίμακα αίσθησης συνεκτικότητας – Sense of Coherence (SOC). Ειδικότερα, ισχυρή σημαντικότητα παρατηρήθηκε μεταξύ των γυναικολογικών και άλλων προβλημάτων στο παρελθόν και στην κύηση. Οι λεχωίδες που εμφάνισαν γυναικολογικά προβλήματα κατά τον τοκετό είχαν υψηλότερες τιμές στη SOC από τις λεχωίδες που δεν εμφάνισαν προβλήματα υγείας (Mean=4.34 vs Mean=4.79, $p=0.020$). Καθώς και στην EPDS, οι λεχωίδες που εμφάνισαν προβλήματα υγείας είχαν αυξημένο σκορ [Mean (SD)=13.60 (6.23)], γεγονός που υποδηλώνει αυξημένα συμπτώματα κατάθλιψης (Μηνά Χ. και συν., 2020). Ομοίως τα παραπάνω προβλήματα στην περιγεννητική περίοδο συνδέθηκαν με καταθλιπτική συμπτωματολογία δύο μήνες μετά τον τοκετό, χρησιμοποιώντας την κλίμακα EPDS και στην έρευνα των Blom E. A. et all (2010) στη Σουηδία. Πρόκειται για μια μελέτη κοόρτης με δείγμα 4.941 γυναίκες. Κάποιες περιγεννητικές επιπλοκές σχετίζονται σημαντικά με επιλόχεια κατάθλιψη, όπως είναι η προεκλαμψία (προσαρμοσμένη αναλογία πιθανοτήτων – adjusted odds ratio – aOR=2.58, 95% CI 1.30–5.14) και η νοσηλεία κατά την περίοδο της κύησης (aOR=2.25, 95% CI 1.19–4.26). Σύμφωνα με τους μελετητές, ο κίνδυνος επιλόχειας κατάθλιψης αυξάνεται σημαντικά με τον αριθμό των προβλημάτων υγείας ($p<0.001$). Οι γυναίκες με τέσσερα ή πέντε προβλήματα υγείας έχουν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης από αυτές που είχαν ένα, δύο & τρία αντίστοιχα (aOR=5.47, 95% CI 2.25-13.3 vs aOR=2.36, 95% CI 1.45-3.83, aOR=2.93, 95% CI 1.75-4.93, aOR=4.55, 95% CI 2.46-8.40). Σχετικά με τις ενδείξεις εμπλοκής των προβλημάτων υγείας στην παθογένεια της επιλόχειας κατάθλιψης, οι έρευνες παραμένουν αντιφατικές. Όλα τα παραπάνω στοιχεία, καταδεικνύουν την πολυπλοκότητα της συσχέτισης των βιολογικών παραγόντων με την επιλόχεια κατάθλιψη, γεγονός που απαιτεί συμπληρωματική έρευνα.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης ανέδειξαν τη σημαντική σχέση του τρόπου σύλληψης των νεογνών με τη βαθμολογία της κατάθλιψης των μητέρων. Συγκεκριμένα, οι

μητέρες που συνέλαβαν με εξωσωματική γονιμοποίηση (IVF) είχαν 4,58 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, δηλαδή σημαντικά λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης κατά την έξοδο, σε σύγκριση με τις μητέρες που συνέλαβαν φυσιολογικά. Μετά από θεραπεία για υπογονιμότητα, όταν επιτευχθεί η σύλληψη, η κύηση αυτή θεωρείται πολύτιμη, ανεκτίμητη και επισφαλής. Ένα ζευγάρι κατά την διαδικασία της IVF έχει ξοδέψει πολύ χρόνο, ενέργεια, χρήματα και συναισθήματα. Η συγκεκριμένη διαδικασία, απαιτεί ψυχικές, διαπροσωπικές, σωματικές αλλαγές, εσωτερική αναδιαμόρφωση και αναθεώρηση της ταυτότητας και των δύο μελών του ζευγαριού. Η σχέση των δύο συζύγων κατά την περίοδο αυτή διαδραματίζει σημαντικό ρόλο. Μελέτη που πραγματοποιήθηκε στον Ελλαδικό χώρο από τους Gourounti K, Lykeridou K. & Vaslamatzis G (2012), έδειξε ότι η κακή συζυγική σχέση μπορεί να αποτελέσει πηγή άγχους και κατάθλιψης για τις υπογόνιμες γυναίκες. Η γυναίκα που είναι έγκυος μετά από το διάστημα της υπογονιμότητας και στη συνέχεια γεννάει το μωρό της, αισθάνεται ότι είναι τόσο μεγάλο το «δώρο» αυτό, που δε θέλει να παραπονιέται για τίποτα. Δεν εκφράζει τους φόβους της, δεν γκρινιάζει και θεωρεί ότι δεν της επιτρέπεται να παραπονιέται για οτιδήποτε. Όσο διάστημα βρισκόταν στην προσπάθεια να μείνει έγκυος, εξέφραζε τους προβληματισμούς της και τώρα θεωρεί πως δεν έχει πια το δικαίωμα να σκεφτεί ή να νιώσει κάτι αρνητικό. Αντίθετα, οι γυναίκες που συλλαμβάνουν φυσιολογικά δεν βιώνουν όλο αυτό το συναισθηματικό φορτίο της προσπάθειας και πολλές φορές της αποτυχίας. Επίσης, ονειρεύονται ένα υγιές και τέλειο μωρό χωρίς να έχουν προετοιμαστεί για την εμφάνιση προβλημάτων κατά τη διάρκεια της κύησης ή για το αναπάντεχο γεγονός μιας πρόωρης γέννησης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να είναι ανέτοιμες για το ενδεχόμενο μιας ανατροπής στην πορεία της εγκυμοσύνης και του τοκετού τους, με αποτέλεσμα να είναι ευάλωτες ψυχικά.

Έχουν πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες κατά τις οποίες μελετήθηκε η σχέση της IVF και της επιλόχειου κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα είναι αντικρουόμενα. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης έρχεται να συμπληρώσει η μελέτη των Vikstrom J. et all (2017) στη Σουηδία, η οποία είχε ως σκοπό να διερευνήσει την επιλόχειο κατάθλιψη (σύμφωνα με το σύστημα ICD-10) σε γυναίκες που έκαναν IVF (3.532) σε σχέση με εκείνες που συνέλαβαν φυσιολογικά (8.553) και έδειξε ότι οι γυναίκες που συνέλαβαν φυσιολογικά είχαν περισσότερα συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης σε σύγκριση με τις γυναίκες με IVF (0.8% vs 0.4%, $p=0.04$). Αντιθέτως, τα αποτελέσματα των Lee S. H. et all (2011), οι οποίοι χρησιμοποίησαν την κλίμακα του BDI για την κατάθλιψη σε ένα δείγμα 62 γυναικών που έκαναν IVF, έδειξαν ότι το ποσοστό ανάπτυξης της διαταραχής επηρεάστηκε και ανήλθε στο 25%. Επίσης, ο αριθμός των IVF σχετίστηκε σημαντικά με την επιλόχειο κατάθλιψη, οι γυναίκες που είχαν επανειλημμένες IVF (>13) είχαν αυξημένο σκορ στη BDI σε σχέση με εκείνες που είχαν μία

IVF [Mean (SD)=14.54±8.68 vs Mean (SD)=9.05±4.83 $r=0.21$, $p=0.09$]. Παρομοίως, μελέτη των Lynch D. C. & Prasad R. M. το 2014 στο Οχάιο, η οποία μελέτησε 40.337 γυναίκες που έκαναν IVF, έδειξε ότι συνολικά 13.3% αυτών ανέφεραν αισθήματα λύπης ή κατάθλιψης και/ή απελπισίας. Γενικά, η IVF φαίνεται να έχει πολύπλοκη και μοναδική ψυχολογική επιρροή, ακόμη κι αν δεν αυξάνει αυτό καθαυτό το ποσοστό της επιλόχειου κατάθλιψης (Covington S. N., 2006).

Επίσης πρόσφατες μελέτες συσχέτισαν το άγχος κατάστασης (state anxiety) και την κατάθλιψη των γονέων με τις ημέρες νοσηλείας του νεογνού στη MENN. Οι Ionio C. et all με μελέτη που έλαβε χώρα στην Ιταλία το 2016, η οποία έχει αναφερθεί προηγουμένως, χρησιμοποιώντας την POMS αναφέρει σημαντικές συσχετίσεις της μακρόχρονης νοσηλείας των νεογνών με το άγχος (POMS=0.373) και την κατάθλιψη των γονέων (POMS=0.414), γεγονός που υποδηλώνει ότι το άγχος και η κατάθλιψη των γονέων είναι αυξημένα όταν το νεογνό νοσηλεύεται μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στη MENN ($p<0,005$). Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα της μελέτης των Sousa F. P. & Santos C. A. M. (2022), στην οποία συμμετείχαν 52 γονείς πρόωρων νεογνών που νοσηλεύτηκαν στη MENN, το 57,7% ήταν μητέρες και το 42,3% πατέρες. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν την 2^η και 14^η ημέρα από τον τοκετό, με την κλίμακα Neonatal Unit Parental Stress – Portuguese Version (NUPS – PT), η οποία καλύπτει τέσσερις διαστάσεις της MENN: «περιβάλλον και ήχου» (PES), «εμφάνιση του νεογνού» (ILBT), «γονικός ρόλος και ανάπτυξη δεσμού με το νεογνό» (PRIPR) και «οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις» (FSR). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η διαφοροποίηση των επιπέδων της MENN και κατά συνέπεια η διάρκεια παραμονής των νεογνών σε αυτή, επηρέασαν τη απόκριση των γονέων στο άγχος στις δύο από τις παραπάνω διαστάσεις που θεωρούνται πηγή άγχους, στη διάσταση «περιβάλλον και ήχου» – PES score ($F(2,49)=4.625$; $p=0.01$; $\eta^2=0.159$) και στη διάσταση «γονικός ρόλος και ανάπτυξη δεσμού με το νεογνό» – PRIPR score ($F(2,49)=3.882$; $p=0.03$; $\eta^2=0.137$). Αντιθέτως, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση της βαθμολογίας του άγχους και της κατάθλιψης των πατέρων με τη διάρκεια παραμονής των νεογνών στη MENN σε συνδυασμό με τη βαρύτητα της κατάστασης του νεογνού που εκτιμήθηκε με το CRIB II Score. Όμως, σε ότι αφορά στις μητέρες φάνηκε ότι τα συμπτώματα του άγχους κατάστασης μειώθηκαν σημαντικά από την 1^η μέτρηση (3^η – 4^η ημέρα) μέχρι το μήνα (20^η – 25^η ημέρα) στις περιπτώσεις που τα νεογνά είχαν διάρκεια νοσηλείας τουλάχιστον 62 ημέρες στη MENN. Οι μητέρες της συγκεκριμένης μελέτης, φάνηκε ότι στην πορεία της παραμονής στη MENN ξεπέρασαν το πρώτο σοκ της εισαγωγής των νεογνών στη MENN, προσαρμόστηκαν στα νέα δεδομένα και προσπάθησαν να εμπλακούν στην φροντίδα των νεογνών τους. Οι γονείς κατά

τη διάρκεια της παρακολούθησης βίωσαν έντονα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης κατά την εισαγωγή του νεογνού στη MENN. Στην πορεία της μελέτης τα ποσοστά της κατάθλιψης μειώθηκαν σημαντικά για τους γονείς, ενώ τα ποσοστά του άγχους μειώθηκαν, αν και έμειναν σε σημαντικά επίπεδα.

Εν συνεχεία μέσα από τις απαντήσεις των πατέρων φάνηκε σημαντική συσχέτιση στο Apgar Score στο 5^ο λεπτό και του βαθμού μείωσης των συμπτωμάτων της κατάθλιψης από τη μία μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων ($p=0,043$). Συγκεκριμένα, στις περιπτώσεις που τα νεογνά βαθμολογήθηκαν με Apgar Score στο 5^ο λεπτό <8 η βαθμολογία μειώθηκε από την 1^η μέτρηση μέχρι τη 2^η, όπου παρέμεινε σε παρόμοια επίπεδα μέχρι την έξοδο. Ενώ στις περιπτώσεις με Apgar Score στο 5^ο λεπτό >8 η βαθμολογία μειώνονταν συνεχώς μέχρι την έξοδο. Οι πατέρες είναι οι πρώτοι που βλέπουν το πρόωρο νεογνό, μιας και οι μητέρες στην πλειοψηφία τους έχουν κάνει καισαρική τομή και παραμένουν κλινήρεις την 1^η μέρα μετά την επέμβαση. Οι πατέρες είναι εκείνοι που επισκέπτονται το νεογνό τους λίγο μετά τον τοκετό, εφόσον του παρασχεθούν οι πρώτες βοήθειες από το προσωπικό της μονάδας και έρχονται αντιμέτωποι με την κρισιμότητα της κατάστασής του. Γεγονός που μπορεί να επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την ψυχολογία τους. Χαμηλό Apgar Score στα 5 λεπτά και κυρίως πάνω από τα 10 λεπτά ζωής του νεογνού σχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο, για μόνιμες νευρολογικές βλάβες (Ανδρέου Α., 2001). Επίσης, ο συνδυασμός – χαμηλού Apgar Score στο 1^ο και 5^ο λεπτό, ιδίως όταν και τα δύο σκορ είναι χαμηλά, σχετίζεται με μακροχρόνια νευρολογική νοσηρότητα (Leinonen E. et all, 2018). Το Apgar Score αποτελεί ένα ευρέως διαδεδομένο για την αξιολόγηση του κινδύνου στα νεογνά αμέσως μετά τη γέννηση, αλλά μπορεί να μην είναι αξιόπιστος δείκτης για την κατηγορία των προώρων. Το σκορ σε αυτά τα νεογνά μπορεί να είναι χαμηλότερο εξαιτίας της προωρότητας, το οποίο έχει σαν επακόλουθο την ανομοιογένεια στην ταξινόμηση των προώρων, ακόμη και όταν είναι υγιή. Για το λόγο αυτό, ο βαθμός της επικινδυνότητας της κατάστασης του νεογνού κρίνεται από την εκτίμηση και άλλων παραγόντων όπως είναι το CRIB II score που συνδυάζει το φύλο του νεογνού, το βάρος γέννησης, την ηλικία κύησης, την έλλειψη βάσης στα αέρια αίματος και τη θερμοκρασία του νεογνού κατά την εισαγωγή. Όλα τα παραπάνω στοιχεία, καταδεικνύουν την πολυπλοκότητα της συσχέτισης του Apgar Score του 5^ο λεπτό με την κατάθλιψη των πατέρων, γεγονός που απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση.

Κάποια από τα δημογραφικό-οικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος της μελέτης μας φάνηκε να επηρεάζουν σημαντικά το άγχος και την κατάθλιψη των γονέων. Εύρημα στο οποίο συμφωνούν και άλλοι ερευνητές, όπως για παράδειγμα οι Aamir M. et all το 2013 στη Χαριάτη της Ινδίας, οι οποίοι διεξήγαγαν μία προοπτική μελέτη παρατήρησης, με δείγμα 49

γονείς και νεογνά μέσης ηλικίας 36 εβδομάδες κύησης. Οι ερευνητές, συγκρίνοντας την υποκλίμακα PSS:NICU για το άγχος των γονέων με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, διαπίστωσαν ότι μόνο οι γονείς με υψηλότερο εισόδημα επηρεάστηκαν σημαντικά από τις παρεμβάσεις που γίνονταν στο νεογνό τους ($p=0.048$). Ενώ τα υπόλοιπα δημογραφικά χαρακτηριστικά δεν σχετίστηκαν σημαντικά με το άγχος των γονέων. Εν αντιθέσει, έρευνα των Garfield F. G. et all (2021) μέσω μελέτης κοόρτης με την κλίμακα EPDS σε δείγμα 431 γονέων, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα δημογραφικά στοιχεία των γονέων δεν επηρέασαν σημαντικά την ψυχοσυναισθηματική συμπεριφορά αυτών κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης.

Στην παρούσα μελέτη διαφάνηκε ότι το άγχος προδιάθεσης (trait anxiety) των μητέρων κατά την έξοδο σχετίζονταν σημαντικά μόνο με το βάρος που είχαν πριν την εγκυμοσύνη. Συγκεκριμένα, υψηλότερο βάρος πριν την εγκυμοσύνη φάνηκε να σχετίζεται με σημαντικά υψηλότερο άγχος προδιάθεσης κατά την έξοδο του νεογνού από τη MENN ($\beta=0,26$, $SE=0,13$ & $P=0,047$). Η εικόνα του σώματος συνδέεται στενά με την αυτοεκτίμηση του ατόμου, ιδιαίτερα στη γυναίκα και χαμηλή αυτοεκτίμηση αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση κατάθλιψης και κατ' επέκταση άγχους. Υπάρχουν πολλές έρευνες που προσπαθούν να συσχετίσουν την επιλόχειο κατάθλιψη και το άγχος με το αυξημένο σωματικό βάρος. Για παράδειγμα, συστηματική ανασκόπηση των Nagl M. et all (2015), που είχε ως στόχο τη συσχέτιση μεταξύ του άγχους και του αυξημένου βάρους πριν τη σύλληψη, κατέγραψε 13 άρθρα, στα οποία η πλειονότητα των μελετών που συμπεριλήφθηκαν υποδήλωναν ότι οι παχύσαρκες έγκυες γυναίκες μπορεί να αποτελούν μια υποομάδα που είναι ιδιαίτερα ευάλωτη στο άγχος και έχει ανάγκη από στοχευμένη ψυχολογική υποστήριξη. Επιπρόσθετα, συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση των Molyneaux E. et all (2014), οι οποίοι συνέλεξαν 4.687 άρθρα από τα οποία τα 62 αφορούσαν το θέμα της μελέτης τους, έδειξε ότι οι γυναίκες με παχυσαρκία ή αυξημένο βάρος κατά τη σύλληψη, είχαν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν προγεννητική και επιλόχειο κατάθλιψη από τις γυναίκες που είχαν φυσιολογικό βάρος (παχυσαρκία $OR=1.43$, 95% CI 1.27–1.61 vs υπέρβαρες $OR=1.19$, 95% CI 1.09–1.31, Διάμεσος Επιπολασμός για την παχυσαρκία – $MP = 33.0\%$, υπέρβαρες =28.6%, φυσιολογικό βάρος =22.6%) και κατάθλιψη (παχυσαρκία $OR=1.30$, 95% CI 1.20–1.42 vs υπέρβαρες $OR=1.09$, 95% CI 1.05 – 1.13, παχυσαρκία – $MP=13.0\%$, υπέρβαρες=11.8%, φυσιολογικό βάρος=9.9%). Επίσης, οι Jani R. et all (2020) στην Αυστραλία, σε μελέτη κοόρτης που διενέργησαν σε 16.528 γυναίκες, ώστε να προσδιορίσουν τη σχέση της παχυσαρκίας, με την επιλόχειο κατάθλιψη, χρησιμοποίησαν την κλίμακα EPDS για την κατάθλιψη και το δείκτη μάζας σώματος (BMI) για την παχυσαρκία, κατέληξαν στο

συμπέρασμα ότι ο υψηλός BMI στην αρχή της κύησης συσχετιζόνταν με αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης περιγεννητικής κατάθλιψης (AOR 1.421, 95% CI, 1.191, 1.696, $p < 0.001$). Τέλος, ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας των Pavlik B. L. & Rosculet K. και των Johar H. et al (2020), έρχονται να επιβεβαιώσουν τα ευρήματα τόσο των προηγούμενων ερευνών όσο και της παρούσας μελέτης, ότι δηλαδή υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της επιλόχειας κατάθλιψης και της παχυσαρκίας. Ωστόσο, απαιτούνται περαιτέρω μελέτες υψηλής ποιότητας, ιδίως όταν πρόκειται για αγχώδεις διαταραχές.

Σε ότι αφορά τους πατέρες, μια σημαντική συσχέτιση φάνηκε να έχει το επίπεδο της εκπαίδευσης με το άγχος προδιάθεσης (trait anxiety) κατά τον 1^ο μήνα και κατά την έξοδο ($\beta = -6,00$, $SE = 2,11$, $p = 0,006$ & $\beta = -6,55$, $SE = 2,37$, $p = 0,008$, αντίστοιχα). Επίσης, συσχέτιση έχει και το άγχος κατάστασης (state anxiety) με το επίπεδο εκπαίδευσης του πατέρα ($\beta = -4,35$, $SE = 1,98$, $p = 0,0032$). Αναλυτικότερα, οι πατέρες που είχαν υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο εμφάνισαν σημαντικά λιγότερα συμπτώματα άγχους προδιάθεσης κατά τον 1^ο μήνα όσο και κατά την έξοδο του νεογνού από τη μονάδα, καθώς και λιγότερα συμπτώματα άγχους κατάστασης κατά την έξοδο του νεογνού από τη μονάδα. Συστηματική ανασκόπηση των Philpott F. L. et al (2019), η οποία είχε ως σκοπό να προσδιοριστούν ο επιπολασμός και τα επίπεδα άγχους στους πατέρες κατά την περιγεννητική περίοδο σε συνδυασμό με προδιαθεσικούς παράγοντες, κατέληξε σε 34¹⁵ μελέτες. Το συμπέρασμα της ήταν ότι οι πατέρες βίωσαν αυξημένο άγχος καθ' όλη την περιγεννητική περίοδο. Γεγονός που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ψυχολογική, τη σωματική υγεία και τις κοινωνικές σχέσεις των πατέρων. Ενδεικτικά από την συγκεκριμένη ανασκόπηση, αναφέρεται η μελέτη των Mahmoodi H. et al (2017) στο Ιράν, η οποία περιλάμβανε 124 γονείς με υγιή βρέφη 8 εβδομάδων, που συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο που αφορούσε στα δημογραφικά στοιχεία και ένα ερωτηματολόγιο γενικής υγείας (GHQ-28, cut off =23) για την ψυχολογική τους κατάσταση. Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των πατέρων, τα προσωπικά χαρακτηριστικά και ο τρόπος ζωής τους συνέβαλαν στο άγχος, στη συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Οι πατέρες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερο επιλόχειο άγχος σε σχέση με τους πατέρες με υψηλό μορφωτικό επίπεδο ($p = 0.038$). Επίσης, τα δημογραφικά στοιχεία αποτέλεσαν παράγοντες προδιάθεσης για άγχος την περίοδο της λοχείας, όπως για παράδειγμα: το επίπεδο της εκπαίδευσης, το μηνιαίο εισόδημα και ο αριθμός των παιδιών προέβλεψαν περίπου το 37% του άγχους και της αϋπνίας στους νέους πατέρες. Το επίπεδο της εκπαίδευσης και το μηνιαίο εισόδημα του πατέρα, σχετιζόνταν σημαντικά με την κοινωνική δυσλειτουργία του ($p = 0.047$, $p = 0.049$), καθώς και

το επίπεδο της εκπαίδευσης και η συγκατάθεση του πατέρα για την κύηση σχετίζονταν σημαντικά με την βαριά κατάθλιψη ($p=0.046$, $p=0.015$).

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνονται από τη μελέτη των Lara A. M. et al (2021) στο Μεξικό, η οποία κατέγραψε ότι το νεαρό της ηλικίας των πατέρων, το χαμηλό τους μορφωτικό επίπεδο και η επιλόχεια περίοδος αποτέλεσαν παράγοντες κινδύνου για σοβαρή συναισθηματική δυσφορία. Το δείγμα αποτέλεσαν 997 πατέρες, των οποίων οι σύζυγοι ήταν έγκυες ή είχαν γεννήσει πριν από 6 μήνες. Η κλίμακα Kessler Emotional Distress Scale (K6) χρησιμοποιήθηκε για την καταγραφή του ψυχολογικού κόσμου των πατέρων. Στην προσαρμοσμένη αναλογία επιπολασμού βρέθηκε ότι οι πατέρες με ηλικία 18 έως 29 ετών είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν άγχος και δυσφορία σε σύγκριση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία (40 έως 49) πατέρες (PR =5.59, CI= [1.26.21] vs PR=.10, CI=.01.79). Επίσης, εκείνοι που είχαν ένα ή περισσότερα παιδιά είχαν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν άγχος και δυσφορία σε σχέση με τους πατέρες που ήταν το πρώτο τους παιδί (PR =.16, CI= [.05, .55] or > 3 PR=.08, CI= [.01, .44]), ενώ οι πατέρες είχαν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν αυξημένα επίπεδα άγχους την επιλόχειο περίοδο PR =4.11, CI= [1.00, 16.78]) σε σχέση με την περίοδο της κύησης. Τα παραπάνω στοιχεία δεν μπορούν να αποτελέσουν έναν γενικευμένο κανόνα, λόγω της έλλειψης αρκετών ερευνών που να αφορούν στο συναισθηματικό κόσμο των πατέρων τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο, γεγονός που απαιτεί περαιτέρω έρευνα.

6.7 Συμπεράσματα

Λαμβάνοντας υπόψιν όσα ελέχθησαν προηγουμένως, η περίοδος μετά τη γέννηση ενός πρόωρου νεογνού είναι ιδιαίτερη!!! Περίοδος που θέτει αρκετές προκλήσεις στους ερευνητές, στους επαγγελματίες υγείας, στους ψυχολόγους, στους ίδιους τους γονείς και τον περίγυρο τους. Διαπιστώθηκε ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες που διακατέχουν την περίοδο αυτή, δεν είναι ευρέως γνωστοί και πολλά ακόμη μένουν να ανακαλυφθούν. Δεν είναι όμως απαραίτητο να αποτελούν μυστήριο...

Τα στοιχεία δείχνουν ξεκάθαρα ότι η δημιουργία οικογένειας θεωρείται ένα από τα πιο σημαντικά γεγονότα της ζωής των ανθρώπων. Η γέννηση ενός νεογνού επιφέρει στην οικογένεια μεγάλη χαρά και συγκίνηση αλλά ταυτόχρονα και άγχος, καθώς ανατρέπεται η ήδη υπάρχουσα ισορροπία και τα μέλη της καλούνται να επαναπροσδιορίσουν τους ρόλους τους. Συγκεκριμένα, κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι περισσότεροι γονείς οραματίζονται έναν ιδανικό τοκετό και ένα τέλειο νεογνό, που θα αναπτυχθεί χωρίς προβλήματα. Επομένως,

η γέννηση ενός πρόωρου νεογνού και ιδιαίτερα ενός πολύ πρόωρου και εξαιρετικά χαμηλού βάρους νεογνού (VLBW), το οποίο χρήζει εντατικής θεραπείας σε ΜΕΝΝ μπορεί να προκαλέσει επιπλέον άγχος (Carson C. et all, 2015; Howe T. et all, 2014; Misund A, R. et all; 2016), και να διπλασιάσει τον κίνδυνο εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης στους γονείς (Carson C. et all, 2015). Μέσα από την ανάλυση των αποτελεσμάτων και τη συζήτηση, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι τα νεογνά αγωνίζονται κάθε λεπτό για την επιβίωσή τους ταυτόχρονα με τους γονείς τους, καθώς εκείνοι βιώνουν έντονο συγκινησιακό φορτίο!!!

Είναι λογικό οι γονείς με πρόωρα νεογνά που νοσηλεύονται στη ΜΕΝΝ να βιώνουν άγχος και κατάθλιψη, ο καθένας για τους δικούς τους λόγους. Οι μεν μητέρες λόγω των σωματικών και ορμονικών αλλαγών που συμβαίνουν στην οντότητά τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας. Δεν υπάρχουν άλλα γεγονότα στη ζωή μιας γυναίκας που να προκαλούν τόσες νευροενδοκρινολογικές και ψυχοκοινωνικές αλλαγές όσες η κύηση, ο τοκετός και η λοχεία. Στη διάρκεια της φάσης αυτής η γυναίκα – μητέρα περνάει μια «αναπτυξιακή κρίση του εγώ», αφού καλείται να αναθεωρήσει τις αξίες της για τη ζωή, τους ρόλους και τις προσδοκίες που έχει επιλέξει για τον εαυτό της (Μελισσά – Χαλικοπούλου Χ., 1996). Οι δε πατέρες – σύζυγοι – σύντροφοι καταστέλλουν τα δικά τους συναισθήματα για να βοηθήσουν τις συζύγους τους να διαχειριστούν τα συναισθήματα τους (άγχος και κατάθλιψη), και να σκεφτούν τη δυάδα που απαρτίζεται από τη μητέρα και το νεογνό, δίνοντας τους κατάλληλη υποστήριξη (Alkozei A. et all, 2014; Carmen C. et all, 2016). Από τη μελέτη των Lasiuk et all το 2013, προκύπτει ότι και για τους δύο γονείς, η εμπειρία της πρόωρης γέννησης αποτελεί ενίοτε ένα στρεσογόνο γεγονός, το οποίο είναι ταυτόχρονα και μια τραυματική εμπειρία.

Προτείνεται λοιπόν, στην προσπάθεια της επιστράτευσης των μηχανισμών αντιμετώπισης που εφαρμόζουν οι γονείς, οι επαγγελματίες υγείας να δώσουν ιδιαίτερη σημασία στις ανάγκες τους. Η ενημέρωση, η υποστήριξη και η συμβουλευτική αποτελούν το βασικό συστατικό για τη διαχείριση της κρίσης που βιώνει το ζευγάρι, έχοντας το νεογέννητο μωρό του στη ΜΕΝΝ. Η υποστήριξη των γονέων προϋποθέτει την ευαισθησία του προσωπικού της μονάδας. Η δυναμική προσέγγιση, η διευκόλυνση και η υποστήριξη αποτελούν τα βασικά δομικά στοιχεία μιας υγιούς σχέσης με τους γονείς. Η συμβουλευτική των γονέων προϋποθέτει την ύπαρξη εξειδικευμένου προσωπικού – διεπιστημονικής ομάδας ιδιαίτερα όσον αφορά στην αντιμετώπιση της «οικογενειακής κρίσης». Ειδικοί ψυχολόγοι και ψυχοθεραπευτές σε συνεργασία με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να προωθούν την ανάλυση της πορείας του νεογνού, να συζητούν κοινά προβλήματα και να προσδιορίζουν τη στρατηγική που θα ακολουθηθεί προς όφελος του νεογνού.

Εν κατακλείδι, όσον αφορά τα ζητήματα της ψυχολογίας στην περίοδο μετά τη γέννηση ενός πρόωρου νεογνού, φαίνεται ότι μέχρι στιγμής δεν έχουν λάβει τη δέουσα προσοχή. Η βοήθεια και η στήριξη των γονέων αυτών κρίνεται αναγκαία. Εξίσου αναγκαία κρίνεται και η συνεχής κατάρτιση του προσωπικού που στελεχώνει τις ΜΕΝΝ, ώστε να αποφευχθούν οι δυσμενείς συνέπειες της νέας οικογένειας. Η ευθύνη αυτή αφορά όλους από την πολιτεία μέχρι τους επαγγελματίες υγείας και όσους έρχονται σε επαφή με τους γονείς από την εγκυμοσύνη έως και μετά το πέρας της λοχείας. Με τον τρόπο αυτό θα βρίσκονται δίπλα τους και θα συμβάλλουν στη γέννηση ενός υγιούς παιδιού προερχόμενο από υγιείς γονείς και κατ' επέκταση στη δημιουργία μιας υγιούς κοινωνίας!!!

6.8 Προβλήματα και Περιορισμοί της Μελέτης

Απαραίτητο θεωρείται να αναφερθούν οι περιορισμοί που προέκυψαν κατά την διεξαγωγή της ερευνητικής μελέτης, ώστε τα αποτελέσματά της να αντιμετωπιστούν αντικειμενικά μεν, με τις απαραίτητες επιφυλάξεις δε. Στην παρούσα μελέτη έγινε προσπάθεια να μελετηθεί το άγχος και η κατάθλιψη των γονέων που τα νεογνά τους γεννήθηκαν πρόωρα και νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΝΝ.

Βασικός περιορισμός της μελέτης ήταν ότι το δείγμα αποτέλεσαν ζευγάρια γονέων πρόωρων νεογνών, τα οποία ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες και κάποια από αυτά δεν κατάφεραν να επιβιώσουν, με αποτέλεσμα το δείγμα της έρευνας να μειωθεί αισθητά. Επίσης, τα πρόωρα νεογνά χρειάζονται εξειδικευμένη και ειδική φροντίδα με αποτέλεσμα πολλές φορές να μην υπάρχει ο εξοπλισμός, ώστε να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες τους. Στην περίπτωση αυτή, τα νεογνά μεταφέρθηκαν σε άλλη ΜΕΝΝ άλλου νοσοκομείου, γεγονός που είχε σαν επακόλουθο να χάνεται η καθημερινή επαφή με αυτούς τους γονείς και ένα σημαντικό μέρος του δείγματος να εξαιρείται από την μελέτη.

Παρόλο που το μαιευτήριο φιλοξενεί γονείς από αρκετά μέρη της Ελλάδας, τα αποτελέσματα της έρευνας δεν μπορούν να γενικευθούν στον ελληνικό πληθυσμό, λόγω του μεγέθους του δείγματος.

6.9 Μελλοντικές Ερευνητικές Προτάσεις

Θα μπορούσαν να πραγματοποιηθούν μελέτες που θα συμπεριλάβουν γονείς με διαφορετικά χαρακτηριστικά ως προς κοινωνικό, οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο. Επίσης, σημαντικό θα ήταν να διεξαχθούν μελέτες, οι οποίες να διερευνούν περισσότερο τις ψυχολογικές επιπτώσεις που βιώνουν αυτοί οι γονείς αλλά και τους παράγοντες οι οποίοι τις

πυροδοτούν. Ακόμη, ωφέλιμο θα ήταν να τεθούν υπό μελέτη οι εμπειρίες των επαγγελματιών υγείας που συμμετέχουν στη φροντίδα αυτών των νεογνών και πως βιώνουν και αντιμετωπίζουν την αλληλεπίδραση τους με αυτούς τους γονείς.

Ως προς τον σχεδιασμό της μελέτης, η διεξαγωγή συνεντεύξεων με τους ίδιους γονείς σε άμεση επαφή μαζί τους, σε ένα οικείο περιβάλλον για αυτούς, πιστεύεται ότι θα εμπλούτιζε περισσότερο τα δεδομένα και θα εμβάθυνε την κατανόηση μας στο παρόν θέμα.

Τέλος, μια μελέτη εθνογραφίας με παρατήρηση στο περιβάλλον της MENN θα μας βοηθούσε να κατανοήσουμε της εμπειρίες των γονέων και θα μας έδινε σημαντικά στοιχεία σχετικά με την αλληλεπίδραση με τα νεογνά τους αλλά και με τους επαγγελματίες υγείας που στελεχώνουν το χώρο της MENN με τους οποίους φαίνεται να αναπτύσσεται μια ιδιαίτερη σχέση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Aamir, M., Mittal, K., Kaushik, J., Kashyap, H. & Kaur, G. (2013). Predictors of stress among parents in pediatric intensive care unit: A prospective observation study. *Indian Journal of Pediatrics*. 81(11), 1167-1170.
- Abdeyazdan, Z., Shahkolahi, Z., Mehrabi, T., Hajiheidari, M. (2014). A family supportive intervention to reduce stress among parents of preterm infants in neonatal intensive care unit. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 19(4), 349-353.
- Abou-Saleh, M. T., Ghubash, R., Karim, L., Krymski, M. & Bhai, I. (1998). Hormonal aspects of postpartum depression. *Psychoneuro-endocrinology*. 23(5), 465-475.
- Acien, P (1993). "Reproductive performance of women with uterine malformations". *Human Reproduction*. 8(1), 122-126.
- Adama, E. A., Adua, E., Bayes, S. & Mörelius, E. (2021). Support needs of parents in neonatal intensive care unit: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*. 31(5-6), 532-54.
- Affleck, G. & Tennen, H. (1991). The effect of newborn intensive care on parents' psychological well – being. *Child Health Care*. 20(1), 6-14.
- Affonso, D. D. (1992). Stressors reported by mothers of hospitalized premature infants. *Neonatal Network*. 11(6), 3-78.
- Agrawal, R., & Gaur, A. (2016). Parent stress in neonatal intensive care unit: an unattended aspect in medical care. *International Journal of Contemporary Pediatrics*. 4(1), 148-53.
- Akil, H., Gordon, J. R., Javitch, J., Mayberg, H., McEwen, B., Meaney, M. J. & Nestler, E. J. (2018). Treatment resistant depression: A multi-scale, systems biology approach. *Neuroscience and biobehavioral reviews*. 84, pp. 272-288 doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.08.019
- Albertsen, K., Andersen, A. M. N., Olsen, J., Gronbaek, M. (2004). Consumption during Pregnancy and the Risk of Preterm Delivery. *Am Journal Epidemiol*. 159(2), 155-61.
- Aldwin, C. M., Levenson, M. R., Spiro, A. & Bosse, R. (1989). Does Emotionality Predict Stress? Findings From the Normative Aging Study. *Journal of Personality and Social Psychology*. 56(4), 618-627.

- Alkozei, A., McMahon, E., Lahaina, A. (2014). Stress levels and depression symptoms in NICU mothers in the early postpartum period. *The journal of maternal–fetal & neonatal medicine*. 27(17), 1738-1743.
- Aliabadi, F., Kamali, M., Borimnejad, L., Rassafiani, M., Rasta, M., Shafaroodi, N., Rafii, F., Askar–Kachoosanqi, R. (2014). Parental self-support: A study of parents confront strategy when giving birth to premature infants. *Med J Islam Iran*. 28(82). Ανακτήθηκε από <http://mjiti.iuums.ac.ir>
- Als, H. (1996). A systematic model of neonatal behavioural organisation: framework for the assessment of neurobehavioral in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*. 6(3-4), pp. 3-53. doi: 10.1080/J006v6n03_02
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 4th ed, Washington DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2000). Practise guidelines for the treatment of patients with major depressive disorders (revision). *Am J Psychiatry*. 157(4), 1-45.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Amorism, M., Silval, S., Irving, M. K. & Alves, E. (2018). Quality of life among parents of preterm infants: a scoping review. *Qual Life Res*. 27(5), 1119-1131.
- Ananth, C. V., Berkowitz, G. S., Savitz, D. A., Lapinski, R. H. (1999). Placental abruption and adverse perinatal outcomes. *JAMA*. 282(17), 1646–51.
- Ananth, C. V., Vintzileos, A. M. (2006). Epidemiology of preterm birth and its clinical subtypes. *Journal Matern-Fetal Neonatal Med*. 19(12), 773-82.
- Ancibure, F., Ancibure, M. G. & Sauret, M. J. (2010). *Κατάθλιψη*. Αθήνα. Νόβολι.
- Andrews, G., Poulton, R. & Skoog, I. (2005). Lifetime risk of depression: restricted to a minority or waiting for most? *British journal of Psychiatry*. 187, pp. 495-496. doi: 10.1037/0278-6133.24.2.225
- Apgar, V., (1953). A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. *Current Research in Anesthesia & Analgesia*. 32(4), 260-7.
- Apostolopoulou, P., Evagelou, E., Mpakoula–Tzoumaka, C. & Kyritsi–Koukoulari, E. (2018). Assessing anxiety and depression in parents of preterm infants. *Journal of Neonatal Nursing*. 24(5), 273-276.
- Arockiasamy, V., Holsti, L., Albersheim, S. (2008). Fathers’ experience in the neonatal intensive care unit: a search for control. *Pediatrics*. 121(20), pp. e215-22.

doi: 10.1542/peds.2007-1005

- Ashrafzadeh, M., Shirinabadi, Farahani, A., Rassouli, M., Shariat M., Nasiri, M. & Faridpor, F. (2019). The prediction of mortality risk in preterm infants hospitalized in the neonatal intensive care unit using SNAPPE – II score system. *J Compr. Ped.* 10(3), pp. e85983. doi: 10.5812/COMPREPED.8598
- Baker, J. P. (2000). "The incubator and the medical discovery of the premature infant". *Journal of perinatology—Official Journal of the California Perinatal Association.* 20(5), pp. 321-328. doi: 10.1038/sj.jp.7200377
- Ballantine, J. W. (1916). Antenatal clinics and pre prematernity practice at the Edinburgh Royal Maternity Hospital in the years 1909–1915. *Br Med Journal.* 1(2877), pp.275-7. doi: 10.1136/BMC.1.2877.275
- Baldwin, D. S. & Birtwistle, J. (2002). *An atlas of depression. The encyclopaedia of visual medicine.* New York: Parthenon Pub. Group.
- Badelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience.* 17(3), pp. 327–335. doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow
- Bandelow, B., Michaelis, S., Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in clinical neuroscience.* 19(2), pp. 3-107. doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow
- Bandura, A. (1977). Self–efficacy: towards a unifying theory of behavioural change. *Psychological review.* 84(2), pp. 191-215. doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191
- Bass, L. S. (1991). What do parents need when their infant is a patient in the NICU? *Neonatal Network.* 10(4), 25-33.
- Barnes, L. B. L., Harp, D. & Jung, S. W. (2002). Reliability Generalisation of Scores on the Spielberger State–Trait Anxiety Inventory. *Educational and Psychological Measurement.* 62(4), pp. 603-618. doi:10.1177/001316442062004005
- Baroutis, G., Mousiolis, A., Mesogitis, S., Costalos, C. & Antsaklis, A. (2013). Preterm birth trends in Greece, 1980 – 2008: a rising concern. *Acta Obstet. Scand.* 92(5), pp. 575-82. doi:10.1111/aogs.12089
- Barros-Silva, J., Pedrosa, A. C., Matias, A. (2014). Sonographic measurement of cervical length as a predictor of preterm delivery: a systematic review. *J Perinat Med.* 42(3), pp. 281-93. doi: 10.1515/jpm-2013-0115

- Barton, S. K., Tolcos, M., Miller, S. L., Schomlzer, G. M., Davis, P. G., et al. (2015). Unraveling the links between this initiation of ventilation and brain injury in preterm infants. *Frontiers in Pediatrics*. 3, pp. 1-9. doi: 10.3389/fped.2015.00097
- Battersby, C., Santhalingam, T., Costeloe, K., Modi, N. (2018). Incidence of neonatal necrotizing enterocolitis in high-income countries: a systematic review. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 103(2), pp. F182-F189. doi: 10.1136/archdischild-313880
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. New York: Basic Books.
- Beck, S. J. (2013). *Cognitive Behavior Therapy. Basics and beyond*. 2nd ed. New York: The Guildford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 4, pp. 561-571.
doi: 10.1001/archpsyc.017101200313004
- Behrman, R. E., Butlers, A. S. (2007). *Preterm birth: Causes, consequences and prevention*. Washington (DC): National Academy Press.
- Bell, J. E. (1969). *The family in the hospital: Lessons from developing countries*. Maryland: National Institute of Mental Health.
- Bell, P. (1997). Adolescent mothers' perceptions of the neonatal intensive care unit environment. *Journal of Perinatal and Neonatal nursing*. 11(1), 77-84.
- Benazzi, F. (2006). *Various forms of depression*. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 8(2), pp. 151-161. doi: 10.31887/DCNS.2006.8.2/fbezzani
- Bhattacharya, S., Amalraj, Raja, E., Ruiz, Mirazo, E., Campbell, D. M., Lee, A. J., Norman, J. E. (2010). "Inherited Predisposition to Spontaneous Preterm Delivery". *Obstetrics & Gynecology*. 115 (6), pp. 1125-1133. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181dffcd8
- Black, B. P., Holditch-Davis, D. & Miles, M. S. (2009). Life course theory as a framework to examine becoming a mother of a medically fragile preterm infant. *Research in nursing & health*. 32(1), pp. 38-49. doi: 10.1002/nur.20298
- Blackburn, I. & Davidson, K. (1990). *Cognitive therapy for depression and anxiety*. Oxford: Scientific Publications.

- Blencowe, H., Cousens, S., Chou, D., Oestergaard, M., Say L., Moller, A. B., et al. (2013). Born too Soon: The global epidemiology of 15 million preterm births. *Br Med Journal*. 10(1), S2. doi: 10.1186/1742-4755-10-S1-S2
- Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M. Z., Chou, D., Moller, A. B., Narwal, R., et al. (2012). National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *The Lancet*. 379(9832), pp. 2162–72. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60820-4
- Blom, E. A., Jansen, P. W., Verhulst, F. C. A., Raat, H., Jaddoe, V. W. V., Coolman, M., Steegers, E. A. P. & Tiemeier, H. (2010). Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study. *BJOG*. 117(11), pp. 1390-1398. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02660.x
- Boivin, A., Luo, Z. C., Audibert, F., Masse, B., Lefebvre, F., Tessier, R., et al. (2015). Risk for preterm and very preterm delivery in women who were born preterm. *Obstet Gynecol*. 125(5), pp. 1177-84. doi: 10.1097/AOG.0000000000000813
- Borghini, A. Habersaat, S., Forcada–Guex, M., Nessi, J., Pierrehubert, B., Ansermet, F. & Muller–Nix, C. (2014). Effects of an early intervention on maternal post-traumatic stress symptoms and the quality of mother-infant interaction: The case of preterm birth. *Infant Behaviour & Development*. 37(4), pp. 624–631. doi: 10.1016/j.infbeh.2014.08.003
- Boyd, J. H., & Weissman, M. M. (1981). Epidemiology of affective disorders: A reexamination and future directions. *Archives of General Psychiatry*. 38(9), pp. 1039-1046. doi: 10.1001/archpsyc.1981.01780340091011
- Brittingham, L. A., & Guglielmo, K. C. (2013). NANN Member Shares Reflections on the Neonatal Nurse Practitioner Profession. *Advances in Neonatal Care*. 13(2), pp. 85-86. doi: 10.1097/ANC.0b013e318288c371
- Brockington, I. (1998). *Motherhood and Mental Health*. Birmingham: Oxford University Press.
- Brosan, L. & Hogan, B. (2018). *An introduction to Coping with Depression*. 2nd ed. UK: Reading Well.
- Brown, E. H. (2009). *Νοσηλευτική στη Ψυχική Υγεία*, επιμέλεια Κυρίτση Ε. Αθήνα: Λαγός.
- Browne, J., Cicco, R., Erikson, D. (2007). *Report of the Seventh Consensus Conference on Newborn ICU Design*. Florida: Recommended Standards for Newborn ICU Design.

- Brummelte, S. & Galea, L. (2016). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior*. 77, pp. 153-166. doi: 10.1016/j.yhbeh.2015.08.008
- Bunge, E. L., Mandil A., Consoli, A. & Gomar, M. & Chorpita F. B. (2017). *CBT Strategies for Anxious and Depressed Children and Adolescents: A Clinician's Toolkit*. 1st ed. New York, London: The Guilford Press.
- Burri, A., Cherkas, M. L. & Spector, T. (2009). Emotional Intelligence and Its Association with Orgasmic Frequency in Women. *Journal of Sexual Medicine*. 6(7), pp. 1930-7. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01297.x
- Burnard, P., Edwards, D., Bennett, K., Thaibat, H., Tothova, V., Baldacchino, D. et al. (2008). A comparative, longitudinal study of stress in student nurses in five countries: Albania, Brunei the Czech Republic, Malta and Wales. *Nurse Education Today*. 28(2), pp. 134-145. doi: 10.1016/j.next.2007.04.002
- Busse, M., Stromgren, K., Thorngate, L. & Thomas, K. A. (2013). Parents' responses to stress in the neonatal intensive care unit. *Critical Care Nurse*. 33(4), pp. 52-59. doi: 10.4037/ccn2013715
- Cameron, E. E., Sedov I. D. & Tomfohr-Modsén, L. M. (2016). Prevalence of depression in pregnancy and parental depression in pregnancy and postpartum: An updated meta-analysis. *Journal Affect Disord*. 206, pp. 189-203. doi: 10.1016/j.jad.2016.07.044
- Candelori, C., Trymello, C., Babore, A., Karen, M. & Romanelli, R. (2015). The experience of premature birth for fathers: The application of the Clinical Interview for Parents of High-Risk Infants (CLIP) to an Italian sample. *Frontiers in Psychology*. 6, pp. 1444. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01444.
- Cannon, W. B. & Britton, S. W. (1925). «Ψευδοσυναισθηματική μυελοεπινεφριδική έκκριση». *American Journal of Physiology*. 72(2), pp. 283-294. doi : 10.1152/ajplegacy.1925.72.2.283
- Cano, Gimenez, E. and Sanchez-Luna, M. (2015). Parents in the neonatal intensive unit: how to prevent stress, anxiety and depression. *Infant*. 11(4), 112-14.
- Carmen, C. P., Spittle, A. J, Molesworth, C. M. L., Lee, K. J., Northam, E. A., Cheong, J. L. Y., et al. (2016). Evolution of Depression and Anxiety Symptoms in Parents of Very Preterm Infants During the Newborn Period. *JAMA Pediatrics*. 17(9), pp. 863-870. doi:10.1001/jamapediatrics.2016.0810

- Carson, C., Redshaw, M., Gray, R., Quigley, M. A. (2015). Risk of psychological distress in parents of preterm children in the first year: Evidence from the UK millennium cohort study. *BMJ Open*. 5(12), pp. e007942. doi: 10.1136/bmjopen-2015-007942
- Carter, J. D., Mulder, R. T., Bertram, A. F. & Darlow, B. A. (2005). Infants in a neonatal intensive care unit: parental response. *Archives of Disease in Childhood Fetal Neonatal Edition*. 90(2), pp. F109-13. doi: 10.1136/abc.2003.031641
- Case-Smith, J. (1993). Family-centered care in the neonatal intensive care unit. Στο E. Vergana (Ed.), *Foundations for practice in the neonatal intensive care unit and early intervention: A self-guided practice manual* (pp. 241-246). Rockville, MD: American Occupational Therapy Association.
- Catlin, E. A., Carpenter, M. W., Brann, B. S., Mayfield, S. R., Shaul, P. W., Goldstein, M., Oh, W. (1986). The Apgar score revisited: influence of gestational age. *J Pediatr*. 109(5), pp. 865-8. doi: 10.1016/s0022-3476(86)80715-6
- Centres for Disease Control and Prevention. Preterm Birth. (2020). Available from: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pretermbirth.htm>.
- Chambers, A. J., Powerb, G. K. & Durhama, C. R. (2004). The relationship between trait vulnerability and anxiety and depressive diagnoses at long-term follow-up of Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 18(5), pp. 587-607. doi: 10.1016/j.janxdis.2002.09.001
- Chawanpaiboon, S., Vogel, J. P., Moller, A. B., Lumbiganon, P., Petzold, M., Hogan, D., et al. (2019). Global, regional and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Glob. Health*. 7(1), pp. e37-e46. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30451-0
- Chen, Y. H., Lin, H. C., Chen, S. F., Lin, H. C. (2009). Increased risk of preterm births among women with uterine leiomyoma: a nationwide population – based study. *Hum Reprod Oxf Engl*. 24(12), pp. 3049-56. doi: 10.1093/humrep/dep320
- Chow, W. S. & Priebe, S. (2013). Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. *BMC Psychiatry*. 13(1), pp. 169-182. doi: 10.1186/1471-244X-13-169
- Clark, D. M. & Beck, A.T. (1988). Cognitive Approaches. Στο C. G. Last & M. Hersen (Ed.). *Handbook of Anxiety Disorders* (pp. 362-385). Oxford: Pergamon Press.
- Clark, A. D. & Beck, T. A. (2011). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*. New York. The Guildford Press.
- Cloherty, J. P., Eichenwald, E. C., Stark, A. R. (2008). *Manual of Neonatal Care*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

- Cnattingius, S. (2004). The epidemiology of smoking during pregnancy: smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy mechanisms. *J. Dev. Health Dis.* 6(2), S125-S140.
- Copper, R. L., Goldenberg, R. L., Das, A., Elder, N., Swain, M., Norman, G., et al. (1996). The preterm prediction study: maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks' gestation. National Institute of Child Health and Human Development Maternal – Fetal Medicine Units Network. *Am J. Obstet. Gynecol.* 175(5), pp. 1286-92. doi: 10.1016/s0002-9378(96)70042-x
- Corwin, J. E., Murray–Kolb, E. L. & Beard, L. J. (2003). Low Hemoglobin Level is a Risk Factor for Postpartum Depression. *The Journal of Nutrition.* 133(12), pp. 4139-4142. doi: 10.1093/Jen/133.12.4139
- Costello, C. (1993). *Symptoms of Depression*. USA: John Wiley & sons.
- Covington, S. N. (2006). Parenting after infertility. Στο S. N. Covington & Burns L. H. (Eds), *Infertility Counselling: A Comprehensive Handbook for Clinicians* (pp. 493-507). London: Cambridge University Press.
- Cowen, J. P., Trevor, S. & Lau, Y. F. J. (2018). *Behavioral Neurobiology of Depression and Its Treatment (Current Topics in Behavioral Neuroscience, 14)*. London: Springer.
- Cox, J., Holden J. & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression, Development of 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry.* 150, pp. 782-786. doi: 10.1192/bjp.150.6.782
- Crandall, F. M. (1987). Hospitalism. *Archives of Pediatrics.* 14(6), 448-454.
- Cuijpers, P., Quero, S., Dowrick, C. & Arroll, B. (2019). Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Current Psychiatry Reports.* 21(12), 129. doi: 10.1007/s11920-019-1117-x.
- Cutter, W. J., Norbury, R. & Murphy, D. G. (2003). Oestrogen, brain function and neuropsychiatric disorders. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 74(7), pp. 837-840. doi: 10.1136/jnnp.74.7.837
- Cuttini, K., Rebagliato, M., Bortoli, P., Hansen, G., Leeuw, de R., Lenore, S., et al. & (1999). Parental visiting, communications, and participation in ethical decisions: a comparison of neonatal unit policies in Europe. *Arch Dis Child fetal Neonatal Ed.* 81(2), pp. F84-F91. doi: 10.1136/fn.81.2.f84
- Cyr–Alves, H., Lynn, C. M. & Hyrkas, K. (2018). Depression Screening Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale for US Fathers of Critically III Infants. *JOGNN.* 47(2), 146-157. doi: 10.1016/j.jong.2017.12.006

- Dadkhahtehrani, T., Eskandari, N., Khalajinia, Z. & Tehran, H. A. (2017). Experiences of Fathers with Inpatient Premature Neonates: Phenomenological Interpretative Analysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 23(1), pp. 71-78. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR_21_17
- Dalili, H., Farrokhzad, N., Kavyani, Z., Sahebi, L., Habibelahi, A., Ashrafzadeh, M., et al. (2020). Determination of predictive power do CRIB–II and SNAPPE–II in mortality risk of low gestational age or birth weight neonates admitted to NICU. *Iran J. Neonatal*. 11(4), pp. 74-80. doi: 10.22038/IJN.2020.42513.1704
- Darlow, A. B., Hutchinson, L. J., Simpson, M. J., Henderson–Smart, J. D., Donoghue, A. d. & Evans, J. N. (2005). Variation in rates of severe retinopathy of prematurity among intensive care units in the Australian and New Zealand. *Br J Ophthalmol*. 89(12), pp. 1592-6. doi: 10.1136/bjo.2005.073650
- Davis, L., Edwards, H., Mohay, H. & Wollin, J. (2003). The impact of very premature birth on the psychological health of the mothers. *Early Human Development*. 73(1-2), pp. 61-70. doi: 10.1016/s0378-3782(03)00073-2
- Delgado, P. L. & Moreno, F. A. (2000). Role of norepinephrine in depression. *J Clin Psychiatry*. 61(1), 5-12.
- DeLongis, A., Folkman, S., Lazarus, R. S. (1988). The Impact of Daily Stress on Health and Mood: Psychological and Social Resources as Mediators. *Journal of Personality and Social Psychology*. 54(3), pp. 486-495. doi: 10.1037//0022-3514.54.3.486
- DeMello, M., De, Jesus, Mari, J., Bacaltchuk, J., Verdeli, H. & Neugebauer, R. (2005). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 255(2), pp. 75-82. doi: 10.1007/s00406-004-0542-x
- Dimidjian, S. & Davis, J. K. (2009). Newer variations of cognitive–behavioral therapy: behavioral activation and mindfulness–based cognitive therapy. *Curr Psychiatry Rep*. 11(6), pp. 453-8. doi: 10.1007/s11920-009-0069-y
- Dritsakou, K., Liosis, G., Valsami, G., Polychronopoulos, E., Skouroliahou, M. (2016). Improved outcomes of feeding low birth weight infants with predominantly raw human milk versus donor banked milk and formula. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 29(7), pp. 1131-8. doi: 10.3109/1467058.2015.1038232
- Doering, L. V., Dracup, K. & Moser, D. (1999). Comparison of psychosocial adjustment of mothers and fathers of high – risk infants in the neonatal intensive care unit. *J Perinatol*. 19(2), pp. 132-7. doi: 10.1038/so.up.7200083

- Dohrenwend, B. S. & Dohrenwend, B. P. (1974). *Stressful Life Events: Their natural and effects*. New York: John Wiley & Sons.
- Dohrenwend, B. S. & Dohrenwend, B. S. (1969). *Social Status and Psychological Disorder: A Causal Inquiry*. New York: Wiley Inter-science.
- Donald, M., Dower, J., Lucke, J. & Raphael, B. (2001). Prevalence of adverse life events, depression and suicidal thoughts and behaviour among a community sample of young people aged 15-24 years. *Aust N Z J Public Health*. 25(5), 426-432.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR) (2018). Ανακτήθηκε από <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- Dutta, S., Mahajan, R., Agrawal, K. S., Nehra, R. & Narang, A. (2016). Stress in Fathers of Premature Newborns Admitted in a Neonatal Intensive Care Unit. *Indian Pediatrics*. 53(12), pp. 311-313. doi: 10.1007/s13312-016-0843-y
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R. & Shanafelt, T. D. (2006). Systematic Review of Depression, Anxiety, and other Indicators of Psychological Distress among U. S. and Canadian Medical Students. *Acad Med*. 81(4), pp. 354-373. doi: 10.1097/00001888-200604000-00009
- Ehrenstein, V. (2009). Association of Apgar scores with death and neurologic disability. *Clin Epidemiol*. 1, pp. 45-53. doi: 10.2147/clip.s4782
- Elliot, G. R. & Eisdorfer, C. (1982). *Stress and Human Health*. New York: Springer.
- Ely, M. D., Driscoll, K. A. (2019). Infant Mortality in the United States, 2017: Data from the Period Linked Birth/Infant Death File. *Natl Vital Stat Rep*. 68(10), 1-20.
- Escalera-Chávez, M. E., Santana, J. C. & García-Santillán, A. (2021). Do coronavirus confinement measures cause anxiety, stress and depression in university students? *European Journal of Educational Research*. 10(2), pp. 55-864. doi: 10.12973/eu-jer.10.2.855
- Eurostat (2020). Ανακτήθηκε από <https://ec.europa.eu>
- Evans-Lacko, S, Aguilar-Gaxiola, S, Al-Hamzawi, A. et al. (2018). Socio – economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychol Med* 48(9), pp. 1560-1571. doi: 10.1017/S0033291717003336
- Ezz-Eldin, Z. M., Hamid, T. A., Youssef, M. R. & Nabil, H. E. (2015). Clinical risk index for babies (CRIB II) scoring system in prediction of mortality in premature babies. *J Clin Diagn Res*. 9(6), pp. SC08-11. doi: 10.7860/JCDR/2015)12248.6012

- Fanaroff, A. A., Martin, J. R., Walsh, C. M. (2010). *Fanaroff and Martin's Neonatal–Perinatal Medicine: Diseases of the Fetus and Infant (Current Therapy in Neonatal–Perinatal Medicine)*. 9th ed. United States: Mosby.
- Faro, A., Eaton, W.W. (2020). A diagnostic – oriented screening scale for anxiety disorders: The Center for Epidemiologic studies anxiety scale (CESA). *Frontiers in Psychology*. 11(957). doi: 10.3389/fpsyg.2020.00957
- Fakhoury, W. & Priebe, S. (2007). Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare. *Psychiatry*. 6(8), pp. 313-316. doi: 10.1016/j.mpps.2007.05.008
- Fenton, T. R., Kim, J. H. (2013). A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants. *BMC Pediatr*. 13, pp. 59. doi: 10.1186/1471-2431-13-59
- Ferrero, D. M., Larson, J., Jacobson, B., Di, Renzo, G. C., Norman, J. E., Martin, J. N, J., et al. (2016). Cross – Country Individual Participants Analysis of 4.1 million Singleton Births in 5 Countries with Very High Human Development Index Confirms Known Associations but Provides No Biologic Explanation for 2/3 of all Preterm Births. *Plos One*. 11(9), pp. e0162506. doi: 10.1371/journal.pone.0162506
- Field, D., Boyle, E., Draper E., Evans, A., Johnson, S., Khan, K., Manktelow, B., et al. (2016). *Towards reducing variations in infant mortality and morbidity: a population-based approach*. Southampton (UK): NIHR Journals Library.
- Fitzgibbons, S. C., Ching, Y., Yu D., Carpenter, J., Kenny, M., Weldon, C., et al. (2009). Mortality of necrotizing enterocolitis expressed by birth weight categories. *J Pediatr Surg*. 44(6), pp. 1072-5. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2009.02.013
- Flach, F. (2002). *The Secret Strength of Depression*. 3rd ed. New York: Hatherleigh Press.
- Flacking, R., Ewald, U. & Starrin, B. (2007). “I wanted to do a good job”: experiences of ‘becoming a mother’ and breastfeeding in mothers of very preterm infants after discharge from a neonatal unit. *Social science & medicine*. 64(12), pp. 2405-2416. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.03.008
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A Theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*. 46(4), pp. 839-852. doi: 10.1037//0022-3514.46.4.839
- Forray, A. (2016). Substance use during pregnancy. *F1000Res*. 5, pp. F1000. doi: 10.12688/f1000research.7645.1

- Fox, N. S., Roman, A. S., Stern, E. M., Gerber, R. S., Saltzman, D. H., Rebarber, A. (2014). Type of congenital uterine anomaly and adverse pregnancy outcomes. *J Matern–Fetal Neonatal Med.* 27(9), pp. 949–53. doi: 10.3109/14767058.2013.847082
- Forshee, B.A., & McCance, K.L. (2008). *Stress and disease.* In Huether, S., & McCance, K. (Eds.). Understanding pathophysiology .4 ed. St. Louis. MO: Mosby.
- Fotiou, C., Vlastarakos, P. V., Bakoula, C., Papagaroufalos, K., Bakoyannis, G., Darviri, C. & Chrousos, G. (2016). Parental stress management using relaxation techniques in a neonatal intensive care unit: A randomized controlled trial. *Intensive and Critical Care Nursing.* 32, pp. 20-28. doi: 10.1016/j.iccn.2015.08.006
- Foudoulakis, N. K., Papadopoulou, M., Kleanthous, S., Papadopoulou, A., Bizeli, V., Nimatoudis, I., Iacovides, A. & Kaprinis, S. G. (2006). Reliability and psychometric properties of the Greek translation of the State-Trait Anxiety Inventory Form Y: Preliminary data. *Annals of General Hospital Psychiatry.* 5(2). doi:10.1186/1475-2832-2-S1-S80
- Franck, L. Cox, S., Allen, A. & Winter, I. (2005). Measuring neonatal intensive care unit – related parental stress. *Journal of advanced nursing.* 49(6), pp. 608-615. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03336.x
- Freedly, J. R., Kilpatrick, D. G. & Resnick, H. S. (1993). Natural Disasters and Mental Health: Theory, Assessment and Intervention. *Journal of Social Behaviour and Personality.* 8(5), 49-103.
- Freud, S. (1926/1959). *Inhibitions, symptoms and anxiety.* London: The Hogarth Press.
- Frey, H. A., Klebanoff, M. A. (2016). The epidemiology, ethology and costs of preterm birth. *Semin Fetal Neonatal Med.* 21(2), pp. 68-73. doi: 10.1016/j.sing.2015.12.0111
- Frieder, A., Fersh, M., Hainline, R. & Deligiannidis, K. (2019). Pharmacotherapy of Postpartum Depression: Current Approaches and Novel Drug Development. *CNS Drugs.* 33(3), pp. 265-282. doi: 10.1007/s40263-019-00605-7
- Gagliardi, L., Cavazza, A., Brunelli, A., Battaglioli, M., Merazzi, D., Tandoi, F., et al. (2004). Assessing mortality risk in very low birthweight infants: a comparison of CRIB, CRIB – II and SNAPP – II. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 89(5), pp. F419-22. doi: 10.1136/add.2003.031286
- Galeano, S. P. O. & Maya, A. M. S. (2021). Experiences of Parents of Preterm Children Hospitalized Regarding Restrictions to Interact with Their Children Imposed Because of the COVID-19 Pandemic. *Investigation Education Enfermeria.* 39(2), pp. e10. doi: 10.17533/udea.iee.v39n2e10

- Garber, J. & Rao, U. (2014). Depression in children and adolescents. Στο M. Lewis & K. D. Rudolph (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology*. Boston: Springer.
- Garel, M., Dardennes, M. & Blondel, B. (2007). Mothers' psychological distress 1 year after preterm childbirth. Results of the EPIPAGE qualitative study. *Child: care, health and development*. 33(2), pp. 137-143. doi: 10.1111/j.1365-2214.2006.00663.x.
- Garfield, F. C., Lee, S. Y., Warner-Shifflett, L., Christie, R., Jackson, L. K., Miller, E. (2021). Maternal and Parental Depression Symptoms During NICU Stay and Transition Home. *Pediatrics*. 148(2), pp. e2020042747. doi: 10.1542/peds.2020-042747
- Gatzoyia, D., Soulis, D., Zaragas, H., Koutras, V. & Rapti, D. (2018). Developmental Coordination Disorder (DCD) and play behaviour in children with autism spectrum disorder. *Research and Method in Education*. 8(5), pp. 69-72. doi:109790/7388-0805056972
- Gay, G. & Frank, L. S. (1998). Towards a standard of care for parents of infants in the neonatal intensive care unit. *Critical Care Nurse*. 18(5), 62-4, 66-74.
- Gelder, M., Andreasen, N., Lopez-Ibor, J. & Geddes, J. (2009). *The New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Ghadery-Sefat, A., Abdeyazdan, Z., Badiie, Z., Zargham-Boroujeni, A. (2016). Relationship between parent - infant attachment and parental satisfaction with supportive nursing care. *Iranian journal of nursing and midwifery research*. 21(1), pp. 71-6. doi: 10.4103/1735-9066.174756
- Ghaedrahmati, M., Kazemi, A., Kheirabadi, G., Ebrahimi, A. & Bahrami, M. (2017). Postpartum depression risk factors: A narrative review. *J Educ Health Promot*. 6(60). doi: 10.4103/jehp.jehp_9_16
- Ghaffari, Saravi, V., Khani, S., Kosarian, M. & Zaeriaqamshhady, H. (2009). Predictive value of SNAPP-PE, SNAP, CRIB indices for prediction of disease severity and determination of death in infants admitted to NICU. *J Mazandaran Univ. Med Sci*. 19(73), 1-9.
- Gherardi-Donato, E. C., Cardoso, L., Teixeira, C. A. B., Pereira, S. de S. & Reisdorfer, E. (2015). Association between depression and work stress in nursing professionals with technical education level. *Rev Lat Am Enfermagem*. 23(4), pp. 733-740. doi: 10.1590/0104-1169.0069.2610
- Giamouzis, G., Giannakoulas, G., Tsarpalis, K., Agha, S. A., Georgiopoulou, V., Kalogeropoulos, A. et al. (2008). Natriuretic peptide-guided levosimendan therapy for

- heart failure: a promising new approach. *Int J Cardiol.* 128(1), pp. 91-3. doi: 10.1016/j.ijcard.2008.01.034.
- Gkentzi, D. & Dimitriou, G. (2014). Long-term outcomes of infants Born Late Preterm. *Current Pediatrics Reviews.* 10(4), pp. 1-6. doi: 10.2174/1573400510666141114224257
- Glass, H. C., Costarino, A. T., Stayer, S. A., Brett, C. M., Cladis, F., Davis, P. J. (2015). Outcomes for extremely premature infants. *Anesth Analg.* 120(6), pp. 1337–51. doi: 10.1213/ANE.0000000000000705
- Gluckman, D. P. & Heymann, A. M. (1996). *Pediatrics & Perinatology.* London–New York: Oxford University Press.
- Golden, N. R. & Janowsky, S. D. (1990). *Biological Theories of Depression. Depressive Disorders.* New York: Wiley.
- Goldenberg, D., Cooper, B., Eastwood, M., Kedward, H. & Shepherd, M. (1970). A standardised psychiatric interview for use in community surveys. *British Journal of Preventive Social Medicine.* 24(1), pp. 18-23. doi: 10.1136/jech.24.1.18
- Goldenberg, D. & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire.* Windsor: NFER Nelson.
- Goldenberg, R. L., Culhane, J. F., Iams, J. D. & Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *The Lancet.* 371(9606), pp. 75-84. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60074-4
- Goldenberg, R. L., Iams, J. D., Mercer, B. M., et al. (1998). "The preterm prediction study: the value of new vs standard risk factors in predicting early and all spontaneous preterm births. *NICHD MFMU Network*". *American Journal of Public Health.* 88(2), pp. 233-238. doi:10.2105/AJPH.88.2.233
- Golding, M. G. (1988). GENDER DIFFERENCES IN DEPRESSIVE SYMPTOMS. *Journal Psychology of Women Quarterly.* 12(1), pp. 61-74. doi: 10.1111/j.1471-6402.1988.tb00927.x
- Goldman, H. (2000). *Review of general Psychiatry.* New York/London: Lange Medical Books/McGraw – Hill.
- Goldstein, S. D., & Kopin, J. I. (2007). Evolution of concepts of stress. *Stress. The International Journal on the Biology of Stress.* 10(2), pp. 109-120. doi: 10.1080/10253890701288935

- Gomela, L. T., Eyal, G. F., Bany–Mohammed, F. (2019). *Gomella's Neonatology. Management, procedures, on-call problems, diseases and drugs*. 8th ed. China: Cenveo Publisher Services.
- Gonulal, D., Yalaz M., Althun - Koraglu O., Kultursay N. (2014). *Both parents of neonatal intensive care unit patients are at risk of depression*. Turkey J Pediatr. 56, 171-76.
- Gourounti, K., Lykeridou, K. & Vaslamatzis, G. (2012). Increased anxiety and depression in Greek infertile women's results from feelings of marital stress and poor marital communication. *Health Science Journal*. 6(1), 62-81.
- Greene, J., Cohen, D., Siskowski, C. & Toyinbo, P. (2017). The relationship between family caregiving and the mental health of emerging young adult caregivers. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. 44(4), pp. 551-5663. doi:10.1007/s11414-016-9526-7
- Griffin, J. B. & Pickler, R. H. (2011). Hospital–to–home transition of mothers of preterm infants. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*. 36(4), pp. 252-257. doi: 10.1097/NMC.0b13e31821770b8
- Gros, D. F., Antony, M. M., Simms, L. J. & McCabe, R. E. (2007). Psychometric properties of the State – Trait inventory for cognitive and somatic anxiety (STICSA): Comparison to the State – Trait anxiety inventory (STAI). *Psychological Assessment*. 19(4), pp. 369–381. doi:10.1037/1040-3590.19.4.369
- Gulyaeva, V. V., Zinchenko, M. I., Uryumtsev, D. Y., Krivoschekov, S. G. & Aftanas, L. I. (2019). Fizicheskaia nagruzka pri lechenii depressii. Fiziologicheskie mekhanizmy [Exercise for depression treatment. Physiological mechanisms]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 119(7), pp. 112-119. doi: 10.17116/jnevro2019119071112
- Gurka, M. J., Locasale–Crouch, J. & Blackman, J. A. (2020). Long–term cognition, achievement, socioemotional and behavioral development of healthy late–preterm infants. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 164(6), pp. 524-532. doi: 10.1001/archpediatrics.2011.83
- Gutiérrez, S. S. R. Garcia, E. P., Prellezo, S. A., Pauli, R. L., Del–Costillo, L. B. & Sanchez, B. R. (2020). Emotional support for parents with premature children admitted to a neonatal intensive care unit: a qualitative phenomenological study. *The Turkish Journal of Pediatrics*. 62(3), pp. 436-449. doi: 10.24953/turkjped.2020.03.011

- Hagen, I. H., Iversen, V. C. & Svindseth, M. F. (2016). Differences and similarities between mothers and fathers of premature children: a qualitative study of parents' coping experiences in neonatal intensive care unit. *BMC pediatrics*. 16(1), pp. 92. doi:10.1186/s12887-016-0631-9
- Hall, C. S. & Lindsey, G. (1985). *Introduction to theories of personality*. New York: Wiley.
- Halliday, H. L., McClure, G., Reid, M. (1985). *Handbook of neonatal intensive care*. 2nd ed. Great Britain: Bailliere Tynhall.
- Han, S. M., Hong, C. R., Knell, J., Edwards, E. M., Morrow, K. A., Soll, R. F., et al. (2020). Trends in incidence and outcomes of necrotizing enterocolitis over the last 12 years: A multicenter cohort analysis. *J Pediatr Surg*. 55, pp. 998-1001. doi: 10.1016/j.pedsurg.2020.02.046
- Harrison, H. (1993). The principles for family-centered neonatal care. *Pediatrics*. 92(5), 643-650.
- Hasin, S. D., Goodwin, D. R., Stinson, S. F. & Grant, F. B. (2006). Epidemiology of major depressive disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Arch. Gen. Psychiatry*. 62(10), pp. 1097-1106. doi: 10.1001/archpsyc.62.10.1097
- Hearn, G., Iliff, A. & Jones, I., Kirby, A., Ormiston, P., Parr, P., et al. (1998). Postnatal depression in the community. *Br J Gen Pract*. 48(428), 1064-1066.
- Heidari, H., Hasanpour, M. & Fooladi, M. (2017). Stress Management among Parents of Neonates Hospitalized in NICU: A Qualitative Study. *Journal of caring sciences*. 6(1), pp. 29-38. doi: 10.15171/jcs.2017.004
- Hegy, T., Carbone, T., Anwar, M., Ostfeld, B., Hiatt, M., Koons, A., et al. (1998). The Apgar score and its components in the preterm infant. *Pediatr*. 101(1 pt 1), pp. 77-81. doi: 10.1542/peds.101.1.77
- Hendler, I., Goldenberg, R. L., Mercer, B. M., et al. (2005). "The preterm prediction study: association between maternal body mass index (BMI) and spontaneous preterm birth". *American J. of Obstetrics & Gynecology*. 192(3), pp. 882-886. doi:10.1016/j.ajog.2004.09.021
- Hill, A., Pallitto, C., McCleary-Sills, J., Garcia-Moreno, C. (2016). A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and select birth outcomes. *Int. J. Gynecol. Obstet*. 133(3), pp. 269-76. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.10.023

- Hofmann–Larina, D. (2021). *Ευρωπαϊκά Πρότυπα Φροντίδας για τη Νεογνική Φροντίδα*. Μετάφραση: Λέλα Βαβουράκη. 2nd ed. Germany: European Foundation for Care of Newborn Infants – IFCNI.
- Hogan, A. (2012). *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας Ανασκοπήσεις & Αιτιολογήσεις*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Holditch–Davis, D., Bartlett, R., Blickman, A. & Miles, M. (2006). Posttraumatic Stress Symptoms in Mothers of Premature Infants. *JOGN nursing, journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 32(2), pp. 161-171.
doi: 10.1177/0884217503252035
- Hollon, S., Jarrett, R., Nierenberg, A., Thase, M., Trivedi, M. & Rush, A. (2005). Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combine treatment? *J Clin Psychiatry*. 66(4), pp. 455-468. doi: 10.4088/jcp.v66n0408
- Holme, N. & Chetcuti, P. (2012). The pathophysiology of respiratory distress syndrome in neonates. *Paediatrics and child health*. 22(12), pp. 507-512. doi: 10.1016/j.paed.2012.09.001
- Hopkins, J., Campbell, S. & Morgan, M. (2002). Postpartum symptoms as relative and attributable risk factors for postnatal depression. *Br J Clinical Psychology*. 41, 405-409.
- Hopko, R. D., Armento, E. A. M., Robertson, M. C. S., Reba, M. M., Carvalho, P. J., Colman, K. L., et al. (2011). Brief Behavioral Activation and Problem-Solving Therapy for Depressed Breast Cancer Patients: Randomized Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 79(6), pp. 834-849. doi: 10.1037/a0025450
- Howe, T., Shea, C. F., Wang, T. N., & Hsu, Y. W. (2014). Parenting stress in families with very low birth weight preterm infants in early infancy. *Research in Developmental Disabilities*. 35 (7), pp. 1748-1756. doi: 10.1016/j.ridd.2014.02.015
- Howland, L. C. (2007). Preterm birth: implications for family stress and coping. *Newborn and infant Nursing Reviews*. 7(1), pp. 14-19. doi: 10.1053/j.nainr.2006.12.008
- Huang, J., Zhong, Z., Wang, M., Chen, X., Tan, Y., Zhang, S., He, W., et al. (2015). Circadian modulation of dopamine levels and dopaminergic neuron development contributes to attention deficiency and hyperactive behavior. *The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience*. 35(6), pp. 2572-87. doi: 10.1523/JNEUROSCI.2551-14.2015

- Hynan, M. T. (2005). Supporting fathers during stressful times in the nursery: an evidence-based review. *Newborn and infant nursing review*. 5(2), pp. 87-92. doi: 10.1053/j.nair.2005.03.006.
- Hynan, M. T. & Hall, S. L. (2015). Psychosocial program standard for NICU parents. *Journal of Perinatology*. 35(Suppl 1), pp. S1-4. doi: 10.1035/j.p.2015.141.
- Ibrahim, M. B. & Abdelreheem, M. H. (2015). Prevalence of anxiety and depression among medical and pharmaceutical students in Alexandria University. *Alexandria Journal of Medicine. Alexandria University Faculty of Medicine*. 51(2), pp. 167-173. doi: 10.1016/j.ajme.2014.06.002.
- ICD–ICD–10–CM–*International Classification of Diseases, Tenth Revision, Clinical Modification*. (2020). Ανακτήθηκε από <https://www.cdc.gov/nchs/icd/icd10cm.htm>
- Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx). (2021, May 1). Ανακτήθηκε από <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019>
- Ionio, C., et al. (2016). Mothers and Fathers in NICU: The Impact of Preterm Birth on Parental Distress. *Europe's Journal of Psychology*. 12(4), pp. 604-621. doi: 10.5964/ejop.v12i4.1093
- Ireland, S., Ray, R. A., Larkins, S. & Woodward, L. (2019). Perspectives of time: a qualitative study of the experiences of parents of critically ill newborns in the neonatal nursery in North Queensland interviewed several years after the admission. *BMJ Open*. 5(9), pp. 1-11. doi: 10.1136/bmjopen-2018-026344
- Jani, R., Knight–Agarwal, R. C., Bloom, M. & Yuri, Takito, M. (2020). The Association Between Pre-Pregnancy Body Mass Index, Perinatal Depression and Maternal Vitamin D Status: Findings from an Australian Cohort Study. *International Journal of Women's Health*. 12, pp. 213-219. doi: 10.2147/IJWH.S239267
- Jackson, K., Ternstedt, B. M. & Schollin, J. (2003). From alienation to familiarity: experiences of mothers and fathers of preterm infants. *Journal of advanced nursing*. 43(2), pp. 120-129. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02686.x
- Jesulola, E., Micalos, P. & Baguley, J. I. (2018). Understanding the pathophysiology of depression: From monoamines to the neurogenesis hypothesis model - are we there yet? *Behavioural brain research*. 341, 79-90. doi: 10.1016/j.bbr.2017.12.025
- Johar, H., Hoffman, J., Gunther, J., Atasoy, S., Stecher, L., Spies, M., Hauner, H., Ladwig, H. K. (2020). Evaluation of antenatal risk factors for postpartum depression: a secondary cohort study analysis of the cluster randomised GeliS trial. *BMC Medicine*. 18(1), pp. 227. doi: 10.1186/s12916-020-01679-7

- Johnson, S., Marlow, N. (2011). Preterm birth and childhood psychiatric disorders. *Pediatr Res.* 69(5 Pt 2), pp. 11R-8R. doi: 10.1203/PDR.0b13e318212faa0
- Joyce, P. (2009). *Epidemiology of mood disorders*. In M. A–I. Gelder. *The New Oxford textbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford Press.
- Julian, L. J. (2011). Measures of anxiety: State–Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale–Anxiety (HADS–A). *Arthritis Care Research (Hoboken)*. 63 Suppl 11(0 11), pp. S467-72. doi: 10.1002/arc.20561
- Kabacoff, R. I., Segal, D. L., Hersen, M., Van, Hasselt, V. B. (1997). Psychometric properties and diagnostic utility of the Beck Anxiety Inventory and the State – Trait Anxiety Inventory with older adult psychiatric outpatients. *J Anxiety Disord.* 11(1), pp. 33-47. doi: 10.1016/s0887-6185(96)00033-3
- Kanner, D. H., Coyne, F., Schaefer, R. & Lazarus, R. S. (1981). Comparison of Two Modes of Stress Measurement: Daily Hassles and Uplifts Versus Major Life Events. *Journal of Behavioural Medicine.* 4(1), pp. 1-39. doi: 10.1007/BF00844845
- Kanti, V., Kumar, S., Potturi, G., Kumar, P. & Yadav, A. (2022). Correlation of third–trimester thyroid profile with postpartum depression in rural population. *Journal of pharmaceutical and Allied Sciences.* 11(2), pp. 3708-4711. doi: 10.55522/jmpas.V11I2.2223
- Kathem, S. H., Al–Jumail, A. A., Noor–Aldeen, M., Najah, N. & Khalid, D. A. (2021). Measuring depression and anxiety prevalence among Iraqi healthcare college students using hospital anxiety and depression scale. *Pharmacy practice.* 19(2), 2303. doi: 10.18549/PharmPract.2021.2.2303
- Keshavarzi, F., Yazdchi, K., Rahimi, M., Rezaei, M., Farnia, V., Davarinejad, O., Abdoli, N. & Jalili, M. (2011). Post Partum Depression and Thyroid Function. *Iranian J Psychiatry.* 6(3), 117-120.
- Kierkegaard, S., (1844). *The concept of the dread*. Princeton: Princeton University Press.
- Kiely, J. L. (1998). What is the population–based risk of preterm birth among twins and other multiples? *Clin Obstet Gynecol.* 41(1), pp. 3-11. doi: 10.1097/00003081-199803000-00005
- Khosravi, N. & Khosravi, N. (2014). Evaluation of clinical risk factors clinical risk index for babies in predictive survival of extremely low birth weight infants. *Razi J Med Sci.* 21(125), 104-9.

- Klatsky, P. C., Tran, N. D., Caughey, A. B., Fujimoto, V. Y. (2008). Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 198(4), pp. 357-66. doi: 10.1016/j.ajog.2007.12.039
- Klaus, H. M. & Kennell, H. J. (1976). *Maternal–infant Bonding*. St. Louis: C. V. Mosby.
- Klerman, G. L. (1990). Treatment of recurrent unipolar major depressive disorder: Commentary on the Pittsburgh study. *Arch. Gen. Psychiatry.* 47(12), pp. 1158-62. doi: 10.1001/archpsyc.1990.01810240078012
- Kliegman, R. M., Behrman, R. E., Jenson, H. B. & Stanton, B. M. (2017). *Nelson Textbook of Pediatrics e–book*. 8th ed. Amsterdam, Netherlands: Elsevier Health Science.
- Knight, R. G., Waalmaning, H. J. & Spears, G. F. (1983). Some Norms and Reliability Data for the State Trait Anxiety Inventory and the Zung Self – Rating Depression Scale. *British Journal of Clinical Psychology.* 22(Pt 4), pp. 245-249. doi: 10.1111/j.2044-8260.1983.tb00610.x
- Kothari, A., Bruxner, G., Dulhunty, M. J., Ballard, E. & Callaway, L. (2022). Dads in Distress: symptoms of depression and traumatic stress in fathers following poor fetal, neonatal and maternal outcomes. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 22(1), pp. 956. doi: 10.1186/s12884-022-05288-5
- Kozuki, N., Katz, J., Lee, A. C. C., Vogel, J. P., Silveira, M. F., Sania, A., et al. (2015). Short Maternal Stature Increases Risk of Small-for-Gestational-Age and Preterm Births in Low- and Middle-Income Countries: Individual Participants Data Meta-analysis and Population Attributable Fraction. *Journal Nutr.* 145(11), pp. 2542-50. doi: 10.3945/jn.115.216374
- Kozuki, N., Lee, A. C. C., Silverado, M. F., Sania, A., Vogel, J. P., Adair, L., et al. (2013). The associations of parity and maternal age with small-for –gestational–age, preterm and neonatal and infant mortality: a meta-analysis. *BMC Public Health.* 13(Suppl.3), pp. S2. doi: 10.1186/1471-2458-13-S3-S2
- Kumar, R. (1987). Μητρότητα και ψυχικές νόσοι. Ο ρόλος της μαίας στην πρόληψη και τη θεραπεία. *Μαιευτικά Χρονικά.* 2, 8-14.
- Kuo, D. C., Tran, M., Shah, A. A., & Matorin, A. (2015). Depression and the suicidal patient. *Emergency Medicine Clinics.* 33(4), pp. 65-778. doi: 10.1016/j.emc.2015.07.005
- Kurjak, A. (1973). *Textbook of Pediatrics Medicine*. UK: The Parthenon Publishing group.
- Lara, A. M., Berenzon, S., Neto, L., Navarrete, L., Fleiz, C., Bustos, M., Villatoro, J. (2021). A population study on perinatal psychological distress in Mexican fathers. *Salud Ment.* 44(6), pp. 267-275. doi: 10.17111/SM.0185-3325.2021.035

- Lazarus, R. S. (1984). Puzzles in the Study of Daily Hassles. *Journal of Behavioural Medicine*. 7(4), pp. 375-39. doi: 10.1007/BF00845271
- Lankeit, M. & Konstantinides, S. (2011). Mortality risk assessment and the role of thrombolysis in pulmonary embolism. *Crit Care Clin*. 27(4), pp. 953-67. doi: 10.1016/j.ccc.2011.09.008
- Lasiuk, G. C., Comeau, T. & Newburn–Cook, C. (2013). Unexpected: an interpretive description of parental traumas associated with preterm birth. *BMC pregnancy and children*. 13(Suppl 1), pp. S13. doi: 10.1186/1471-2393-13-S1-S13
- Laughon, S. K., Albert, P. S., Leishear, K., Mendola, P. (2014). The NICHD Consecutive Pregnancies Study: recurrent spontaneous preterm delivery by subtype. *Am Journal Obstet. Gynecol*. 210(2), 131.e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2013.09.014
- Lee, S. M., Lee, M. H. & Chang, Y. S. (2019). The clinical risk index for babies II for prediction of time – dependent mortality and short–term morbidities in very low birth weight infants. *Neonatology*. 116(3), pp. 244-51. doi: 10.1159/000500270
- Lee, S. Y., & Kimble, L. P. (2009). Impaired sleep and well-being in mothers with low-birth-weight infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 38(6), pp. 676-685. doi: 10.1111/j.1552-6909.2009.01064.x
- Leinonen, E., Gissler, M., Haataja, L., Rahkonen, P., Anderson, S., Metsaranta, M. & Rahkonen, L. (2018). Low Apgar scores at both one and five minutes are associated with long-term neurological morbidity. *Acta Paediatr*. 107(6), pp. 942-951. doi: 10.1111/apa.14234
- Leonardou, A. A., Zervas, M. I., Papageorgiou, C. C., Marks, N. M., Tsatsara, I. E., Antsaklis, A. A., Christodoulou, N. G. & Soldatos, R. C. (2009). Validation of the Edinburg Postnatal Depression Scale in a sample of Greek mothers. *Journal Reproductive Infant Psychol*. 27(1), pp. 28-39. doi: 10.1080/02646830802004909
- Levy–Shiff, R. & Mogilner, M. B. (1989). Mothers' and fathers' interactions with their preterm infants during the initial period at home. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 7(1), pp. 25-37. doi: 10.1080/02646838908403568
- Li, F., Wu, T., Lei, X., Zhang, H., Mao, M. & Zhang, J. (2013). The Apgar score and infant mortality. *PLoS One*. 8(7), pp. e69072. doi: 10.1371/journal.pone.0069072
- Lie, K. K., Grøholt, E. K., Eskild, A. (2010). Association of cerebral palsy with Apgar score in low and normal birthweight infants: population-based cohort study. *BMJ*. 341, pp. c4990. doi: 10.1136/bmj.c4990

- Lindberg, B., Axelsson, K. & Ohrling, K. (2007). The birth of premature infants: experiences from the fathers' perspective. *Journal of Neonatal Nursing*. 13(4), pp. 142-149. doi: 10.1016/j.jnn.2007.05.004
- Linden, D. (2006). How psychotherapy changes the brain—the contribution of functional neuroimaging. *Mol Psychiatry*. 11(6), pp. 528-538. doi: 10.1038/sj.mp.4001816
- Lindberg, B. & Ohrling, K. (2008). Experience of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in northern Sweden. *International journal of circumpolar health*. 67(5), pp. 461-471. doi:10.3402/ijch.v67i5.18353
- Lissauer, T. & Fanaroff, A. (2010). *Νεογνολογία με μια ματιά*. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Σωτηρίου Σ. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου Α. Ε.
- Liu, L., Oza, S., Chu, Y., Perin, J., Zhu, J., et al. (2016). Global, regional and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet*. 388(10063), pp. 3027-35. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31593-8
- Loscalzo, Y., Giannini, M., Contena, B., Gorilla, A., Benvenuti, P. (2015). The Edinburgh postnatal depression scale for fathers: a contribution to the validation for a Italian sample. *General Hospital Psychiatry*. 37(3), pp. 251-256. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2015.02.002
- Luo, Z. C., Wilkins, R., Kramer, M. S. (2004). "Disparities in pregnancy outcomes according to marital status and cohabitation status". *Obstetrics and Gynecology*. 103(6), pp.1300-7. doi:10.1097/01.AOG.0000128070.44805.1f
- Luu, T. M., Rehman, Mian, M. O., Nuyt, A. M. (2017). Long-Term Impact of Preterm Birth: Neurodevelopmental and Physical Health Outcomes. *Clin Perinatol*. 44(2), pp. 305-14. doi: 10.1016/j.clp.2017.01.003
- Lykke, J. A., Dideriksen, K. L., Lidegaard, O., Langhoff-Roos, J. (2010). First-trimester vaginal bleeding and complications later in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 115(5), pp. 935-44. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181da8b38
- Martens, R., Vealey, R. S. & Burton, D. (1990). *Competitive anxiety in sport*. Illinois: Human Kinetics Publishers.
- Martin, J. A., Hamilton, B. E., Osterman, M. J., Curtin, S. C., Matthews, T. J. (2015). Births final data for 2013. *Nath Vital Stat Rep*. 64(1), 1-65.
- Mackinnon, M., Roger, A., Robert, M. & Buckley, J. P. (2006). *The Psychiatric Interview in Clinical practice*. 2nd ed. United States: American Psychiatric Association Publishing.

- Mackley, A., B., Locke, R. G., Spear, M. L., Joseph, R. (2010). Forgotten parents: NICU parental emotional response. *Advances in neonatal care*. 10(4), pp. 200-203. doi: 10.1097/ANC.0b013e3181e946f0
- Mahmoud, H., Golboni, F., Nadrian, H., Zareipour, M., Shirzadi, S. & Ghanei, Gheshlagh, R. (2017). Mother–Father Differences in Postnatal Psychological Distress and Its Determinants in Iran. *Macedonian Journal of Medical Sciences*. 5(1), pp. 91-96. doi: 10.3889/oamjms.2017.009
- Mak, K. L. J., Lee, H. A., Pham, M. N., Tang, L., Pan, X., Binns, W. C., Sun, X. (2019). Gestational diabetes and postnatal depressive symptoms: A prospective cohort study in Western China. *Women and Birth*. 32(3), pp. e427-e431. doi: 10.1016/j.wombi.2018.08.171
- Malliarou, M., Karadonta, A., Mitroulas, S., Paralikas, T., Kotrotsiou, S., Nikolentzos, A. & Sarafis, P. (2021). Preterm Parents' Stress and Coping Strategies in a Neonatal Intensive Care Unit in a University Hospital of Central Greece. *Mater Sociomed*. 33(4), pp. 244-249. doi: 10.5455/msm.2021.33.244-249
- Marchi, J., Berg, M., Dencker, A., Olander, E. K., Begley, C. (2015). Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: a systematic review of reviews. *Obes. Rev*. 16(8), pp. 621-38. doi: 10.1111/obr.12288
- Martius, J. A., Steck, T., Oehler, M. K., Wulf, K. H. (1998). "Risk factors associated with preterm (<math><37^{+0}</math> weeks) and early preterm birth (<math><32^{+0}</math> weeks): univariate and multivariate analysis of 10.6345 singleton births from the 1994 statewide perinatal survey of Bavaria". *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 80(2), pp. 183-189. doi:10.1016/S0301-2115(98)00130-4
- Mavreas, V. G., Beis, A., Mouyias, A., Rigoni, F. & Lyketsos, G. C. (1986). *Prevalence of Psychiatric Disorders in Athens*. *Soc Psychiatry*. 21(4), pp. 172-181. doi: 10.1007/BF00583997
- McCleary, G. (1933). *The early history of the infant welfare movement*. London: H. K. Lewis & Co. Ltd.
- McCormick, M. C., Litt, J. S., Smith, V. C., Zupancic, J. A. F. (2011). Prematurity: An Overview and Public Health Implications. *Annu Rev Public Health*. 32, pp. 367-79. doi: 10.1146/annurev-publhealth-090810-182459
- McIntosh, N., Helms, P. J., Smyth, R. L. & Logan, S. (2008). *Forfar and Arneil's Textbook of Pediatrics*. 7th ed. Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St Louis, Sydney, Toronto: Churchill Livingstone.

- Mengesha, E. W., Amare, D., & Getahun, A. F. (2021). Parental experiences in neonatal intensive care unit in Ethiopia: a phenomenological study. *Annals of Medicine*. 54(1), pp. 121-131. doi: 10.1080/07853890.2021.2004320
- Mercer, B. M., Goldenberg, R. L., Moawad, A.H., Meis, J. P., Iams, D. J., Das, F. A., et al. (1999). "The preterm prediction study: effect of gestational age and cause of preterm birth on subsequent obstetric outcome". National Institute of Child Health and Human Development Maternal–Fetal Medicine Units Network. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 181(5 Pt 1), pp. 1216-1221. doi:10.1016/S0002- 9378(99)70111-0
- Mianaei, S. J., Karahroudy, F. A., Rassouli, M. & Tafreshi, M. Z. (2014). The effect of Creating Opportunities for Parent Empowerment program on maternal stress, anxiety, and participation in NICU wards in Iran. *J Nurs Midwifery Res*. 19(1), 94-100.
- Miles, Margaret S. (2002). *Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit*. (Doctoral thesis). University of North Carolina Chapel Hill, NC, United States.
- Miles, M. S., Funk, S. G. & Carlson, J. (1993). Parental Stress Scale: Neonatal Intensive Care Unit. *Journal Nursing Research*. 42(3), 148-52.
- Miles, M. S., Holditch–Davis, D., Schwartz, A. T., Scher M. (2007). Depressive symptoms in mothers of prematurely born infants. *J Dev Behav Pediatr*. 28(1), pp. 36-44. doi: 10.1097/01.DBP.0000257517.52459.7a
- Misund, R. A., Braten, S., Nerdrum, P., Pripp, H. A., & Diseth, H. T. (2016). A Norwegian prospective study of preterm mothers-infant interactions at 6 and 18 months and the impact of maternal mental health problems, pregnancy and birth complications. *BMJ Open*. 6(5), pp. e009699. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009699
- Molyneaux, E., Poston, L., Ashurt–Williams, S. & Howard, M. L. (2014). Obesity and Mental Disorders During Pregnancy and Postpartum: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 123(4), pp. 857-867. doi: 10.1097/AOG.000000000000170
- Montanari, F. (2013). *Σύγχρονο Λεξικό της Αρχαίας Ελληνικής Γλώσσας*. 3rd ed. Αθήνα. Δημ. Ν. Παπαδήμας.
- Monteiro, C. S., Correia–Costa, L. & Proenca, E. (2019). Perfusion Index in preterm newborns: predictive value for morbimortality and association with APGAR Score at five minutes and CRIB II Score at five minutes and CRIB II Score. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*. 8(1), pp. e080104. doi: 10.7363/080104
- Monteggia, M. L., Malenka, C. R., & Deisseroth, K. (2014). Depression: the best way forward. *Nature*. 515(7526), pp. 200-201. doi: 10.1038/515200a

- Moreau, C., Kaminski, M., Ancel, P. Y., Bouyer, J., Escande, B., Thiriez, G., et al. (2005). "Previous induced abortions and the risk of very preterm delivery: results of the epipage study". *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynecology*. 112(4), pp. 430-7. doi:10.1111/j.1471-0528.2004.00478.x
- Morse, B. S., Zheng, H., Tang, Y. & Roth, J. (2009). Early school–age outcomes of late preterm infants. *Pediatrics*. 123(4), pp. e622-9. doi: 10.1542/peds.2008
- Motlagh, J. A., Asgary, R. & Kadir, K. (2020). Evaluation of Clinical Risk Index for Babies to Predict Mortality and Morbidity in Neonates Admitted to Neonatal Intensive Care Unit. *Electronic Journal of General Medicine*. 17(5), pp. em232. doi.org/10.29333/ejgm/7902
- Murdoch, M. R. & Frank, L. S. (2012). Gaining confidence and perspective: a phenomenological study of mothers' lived experiences caring for infants at home after neonatal until discharge. *Journal of advanced nursing*. 68(9), pp. 2008-2020. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05891.x.
- Mu, P. F., Lee, M. Y., Chen, Y. C., Yang, H. C., Yang, S. H. (2020). Experiences of parents providing kangaroo care to a premature infant: A qualitative systematic review. *Nursing & Health Sciences*. 22(2), pp. 149-161. doi:10.1111/nhs.12631
- Mushataq, A. & Kazi, F. (2019). Family–centered care in the NICU. *The Lancet–Child and Adolescent Health*. 3(5), pp. 295-296. doi: 10.1016/S2352-4642(19)30089-6
- Nagl, M., Linde, K., Stepan, H., Kersting, A. (2015). Obesity and anxiety during pregnancy and postpartum: A systematic review. *J Affect Disord*. 186, pp. 293-305. doi: 10.1016/j.jad.2015.06.054
- Nair, M. N. G., Gupta, G. & Jatana, S. K. (2003). NICU Environment: Can we be Ignorant? *Medical journal Armed Forces India*. 59(2), pp. 93-95. doi: 10.1016/S0377-1237(03)80046-1
- National, Collaborating, Center, for Mental, Health, (2013). *Social Anxiety Disorder: Recognition Assessment and Treatment*. United Kingdom: The British Psychological Society.
- Ncube, R. K., Barlow, H. & Mayers, P. M. (2016). A life uncertain – My baby's vulnerability: Mothers' lived experience of connection with their preterm infants in a Botswana neonatal intensive care unit. *Curationis*. 39(1), pp. 1-9. doi: 10.4102/curationis.v39i1.1575

- Negi, R., Pande, D., Karki, K., Kumar, A., Khanna, R. S., Khanna, H. D. (2015). A novel approach to oxidative stress in neonatal respiratory distress syndrome. *BBA clinical*. 3, pp. 65-69. doi: 10.1016/j.bbacli.2014.12.001
- Neu, J. (2007). Gastrointestinal development and meeting the nutritional needs of premature infants. *Am J Clin Nutr*. 85, pp. 629S-634S. doi: 10.1093/ajcn/85.2.629s
- Neu, M., Klawetter, S., Greenfield, C. J., Robal, K., Scott, L. J. & Hwarg, S. S. (2020). Mothers' Experiences in the Neonatal Intensive Care Unit Before Family-Centered and in the NICUs where it is the standard of care. *Adv. Neonatal Care*. 20(1), pp. 68-79. doi: 10.1097/ANC.0000000000000671
- NICU Equipment. (2016). Ormc.org. Retrieved 7 November 2016. Ανακτήθηκε από http://www.ormc.org/hospital_services/NICU_Equipment.aspx#
- NIMH-National Institute of Mental Health. Transforming the understanding and treatment of mental illness. (2017). Ανακτήθηκε από <https://www.nimh.nih.gov>
- Noergaard, B., Ammentorp, J., Fenger-Gron, J., Kofoed, E. P., Johannessen, H. & Thibeau, S. (2017). Fathers' Needs and Masculinity Dilemmas in a Neonatal Intensive Care Unit in Denmark. *Advances in Neonatal Care*, 17(4), pp. E13-E22. doi: 10.1097/ANC/0000000000000395
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*. 101(2), pp. 259-282. doi: 10.1037/0033-2909.101.2.259
- Norhayati, N. M., Nik, Hazlina, H. N., Asrenee, R. A. & Wan, Emilin, A. M. W. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *Journal of Affective Disorders*. 175, pp. 34-52. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.041
- Nott, P. & Cutts, S. (1982). Validation of 30-items General Health Questionnaire in postpartum women. *Psychol. Medicine*. 12, pp. 409-413. doi: 10.1017/s0033291700046742
- Nutt, J. D. (2008). Relationship of neurotransmitters to the symptoms of major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*. 69(Suppl E1), 4-7.
- Obeidat, H. M., Bond, E. A., & Callister, L. C. (2009). The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *The Journal of perinatal education*. 18(3), pp. 23-29. doi: 10.1624/105812409X461199
- O'Connor, S., Vietze, P. M., Sherrod, K. B., Sandler, H. M. & Altemeier, W. A. (1980). Reduced incidence of parenting inadequacy following rooming-in. *Pediatrics*. 66(2), 176-182.

- Oei, P. S. T., Evans, L. & Crook, M. G. (1990). Utility and validity of the STAI with anxiety disorder patients. *British Journal of Clinical Psychology*. 29(4), pp. 429-432. doi: 10.1111/j.2044-8260.1990.tb00906.x
- O'Hara, O. (1997). *The nature of postpartum depressive disorders*. Στο Murray L. & Cooper P. J. (Ed.), *Postpartum depression and child development* (pp. 3-31). New York: The Guildford Press.
- O'Hara, W. M. & McCabe, E. J. (2013). Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. *Annual Review of Clinical Psychology*. 9, pp. 379-407. doi: 10.1146/annurev-clipsy-050212-185612
- O'Hara, W. M., Schlechte, J., Lewis, D. & Varner, M. (1991). Controlled prospective study of postpartum mood disorders: psychological, environmental and hormonal variables. *J Abnorm Psychology*. 100(1), pp. 63-73. doi: 10.1037//0021-843x.100.1.63
- O'Hara, W. M. & Wisner, L. K. (2013). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 28(1), pp. 3-12. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002
- O'Hara, W. M. & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postnatal depression – a Meta-Analysis. *International Review of Psychiatry*. 8(1), pp. 37-54. doi: 10.3109/09540269609037816
- Ornato, J. P. & Hand, M. M. (2001). Warning signs of a heart attack. *Circulation*. 104(11), pp. 1212-3. doi: 10.1161/hc2501.093258
- Osborne, S. (2015). Early intervention of parent–infant interactions in preterm infants: A systematic review. Ανακτήθηκε από https://ro.ecu.edu.au/theses_hons/1483
- Palazidou, E. (2012). The neurobiology of depression. *British medical bulletin*. 101, pp. 127-145. doi: 10.1093/bmb/lds004
- Parascandalo, R. P. (2016). *Lived realities of NICU to home transition in Malta: The experiences of parents of preterm infants, and of neonatal staff*. (Doctoral thesis). University of Central Lancashire, Malta.
- Parry, G., Tucker, J. & Tarnow–Mordi, W., UK Neonatal Staffing Study Collaborative Group. (2003). CRIB – II: an updated of clinical risk index for babies' score. *Lancet*. 361(9371), pp. 1789-91. doi: 10.1016/S0140-6736(03)13397-1
- Patra, K. & Karmakar, B. C. (2019). Neonatal Mortality and Neurodevelopmental outcome of Very Low Birth Weight (VLBW) Newborns attending a Rural Tertiary Care Hospital, Predicted by Clinical Risk Index for Babies Score II (CRIBS II). *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*. 8(19), pp. 1521-1527. doi: 10.14260/jemds/2019/338

- Patrick, S. W., Schumacher, R. E. & Davis, M. M. (2013). Methods of mortality risk adjustment in the NICU: a 20-year review. *Pediatrics*. 131(Suppl 1), pp. S68-74. doi: 10.1542/peds.2012-1427h
- Pavlik, B. L. & Rosculet, K. (2020). Maternal Obesity and Perinatal Depression: An Updated Literature Review. *Cureus*. 12(12), pp. e10736. doi:10.7759/cureus.10736
- Pedersen, A. C., Johnson, L. J., Silva, S., Bunevicius, R., Meltzer–Brody, S., Hamer, M. R. Leserman, J. (2007). Antenatal thyroid correlates of postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology*. 32(3), pp. 235-245. doi: 10.1016/j.psyneuen.2006.12.010
- Pedersen, A. C., Stern R. A., Pate J., Senger M. A., Bowes W. A. & Mason G. A. (1993). Thyroid and adrenal measures during late pregnancy and puerperal in woman who have major depressed or who become dysphonic postpartum. *Journal of Affective Disorders*. 29(2-3), pp. 201-211. doi: 10.1016/0165-0327(93)90034-h
- Perez, C. F. & Brahm, M. P. (2017). Parental postpartum depression: Why is also important? *Per. Chil. Pediatr*. 88(5), pp. 582-585. doi: 10.4067/S0370-41062017000500002
- Peng, N. H., Bachman, J., Jenkins, R., Chen, C. H., Chang, Y. C., Chang, Y. S. & Wang, T. M. (2009). Relationships between environmental stressors and stress biobehavioral responses of preterm infants in NICU. *The Journal of perinatal & neonatal nursing*. 23(4), pp. 363-371. doi: 10.1097/JPN.0b013e3181bdd3fd
- Phatak, A., Niswade, A., Meshram, R. & Wathore. S. (2021). Does the CRIB II scoring system score well in mortality risk prediction in India? *BMJ Pediatrics Open*. 5(Suppl 1), pp. A73-A74. doi: 10.1136/bmjpo-2021-RCPCH.140
- Philpott, F. L., Savage, E., FitzGerald, S. & Leahy–Warren, P. (2019). Anxiety in fathers in the perinatal period: A systematic review. *Midwifery*. 76, pp. 54-101. doi: 10.1016/j.midw.2019.05.013
- Pinborg, A., Wennerholm, U. B. J., Romundstab L. B., Loft A., Aittomaki K., Soderstorm–Anttila V., et al. (2012). "Why do singletons conceived after assisted reproduction technology have adverse perinatal outcome? Systematic review and meta-analysis". *Human Reproduction Update*. 19(2), pp. 87-104. doi:10.1093/humupd/dms044
- Pinheiro, B. M., Ferreira, L. M., Refshauge, K., Maher, G. C., Ordoñana, J. R., Andrade, B. T., et al. (2016). Symptoms of depression as a prognostic factor for low back pain: a systematic review. *The Spine Journal*. 16(1), pp. 05-116. doi: 10.1016/j.spinee.2015.10.037
- Platt, M. J. (2014). Outcomes in preterm infants. *Public Health*. 128(5), pp. 399-403. doi: 10.1016/j.puhe.2014.03.010

- Polin, R. A. & Spintzer, A. R. (2001,2007). *Fetal & Neonatal secrets*, 2nd. China: MOSBY.
- Pratt, M. M. A., Apter–Levi, Y., Vakart, A. M. A., Feldman, M., Fishman, R. B. A., Feldman, F. B. A., Zagoory, S. O. & Feldman, R. (2015). Maternal depression and child oxytocin response; Moderation by oxytocin and relational behaviour. *Depression and Anxiety*. 32(9), pp. 635-646. doi: 10.1002/da.22392
- Purisch, E. S., DeFranco, E. A., Muglia, J. L., Odibo, O. A., Stamilio, M. D. (2008). Preterm birth in pregnancies complicated by major congenital malformations: a population–based study. *Am Journal Obstet. Gynecol.* 199(3), pp. 287.e1-288.e8. doi: 10.1016/j.ajog.2008.06.089
- Priante, E., Moschino, L., Mardegan, V., Manzoni, P., Salvadori, S., Baraldi, E. (2016). Respiratory Outcome after Preterm Birth: A Long and Difficult Journey. *Am J Perinatol.* 33(11), pp. 1040-2. doi: 10.1055/s-0036-1586172
- Prugh, D. G. (1953). Emotional problems of the premature infant’s parents. *Nursing Outlook*. 1(8), 461-4.
- Qasim, S., Zahid S., Islam, A., Anwar, M., Siddique, S. & Rafique, A. (2022). Clinical Risk Index Score (CRIB II) as a Predictor of Neonatal Mortality among Premature Babies. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences*. 16(8), pp. 70-71. doi: 10.53350/pjmhs2216870
- Qin, J. B., Sheng. X. Q., Wangm, H., Chen, G. C., Yang, J., Yu, H., et al. (2017). Worldwide prevalence of adverse pregnancy outcomes associated with in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection among multiple births: a systematic review and meta-analysis based on cohort studies. *Arch Gynecol Obstet.* 295(3), pp. 577-97. doi: 10.1007/s00404-017-4291-2
- Raatikainen, K., Heiskanen, N., Heinonen, S. (2005). "Marriage still protects pregnancy". *BJOG*. 112(10), pp. 1411–6. doi:10.1111/j.1471-0528.2005.00667.x
- Ramezani, T., Shirazi, H. Z., Servestni, S. R., Moattari, M. (2014). Family–centered care in neonatalintensive care unit: a concept analysis. *Int J community-based nurse midwife*. 2(4), 268-278.
- Ramsey, L. B., Bishop, J. R., & Strawn, J. R. (2019). Pharmacogenetics of treating pediatric anxiety and depression. *Pharmacogenomics*. 20(12), pp. 867-0870. doi: 10.2217/pts-2019-0088
- Reihani, T., Sekhavatpour, Z., Heidarzadeh, M., Mousavi, M., Mazlom, R. (2014). Investigating the effects of spiritual self-care training on psychological stress of mothers with preterm infants admitted in neonatal intensive care unit (Persian). *Iranian*

- Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 17(97), pp. 18-27. doi: 10.22038/IJODI.2014.2826
- Restin, T., Gaspar, M., Bassler, D., Kurtcuoglu, V., Scholkmann, F. & Haslbeck, B. F. (2021). Newborn Incubators Do Not Protect from High Noise Levels in the Neonatal Intensive Care Unit and Are Relevant Sources by Themselves. *Children*. 8(704), pp. 1-13. doi: 10.3390/children8080704
- Ritchie, H. & Roser, M. (2018, April 25). Mental Health. Published online at Our World in Data. Ανακτήθηκε από <https://ourworldindata.org/mental-health>
- Robert, S. & Lamontagne, Y. (1977). Depression. Στο R. LaDouceur, M. A. Bouchard & L. Cranger Ed. *Principles et Applications des Therapies Behaviorales*. St. Hyacinthe: Edisem.
- Robertson, A., Cooper–Peel, C. & Vos, P. (1999). Sound transmission into incubators in the neonatal intensive care unit. *J Perinatol*. 19(7), pp. 494-497. doi: 10.1038/sj.up.7200258
- Rodriguez, R. J., Martin, R. J., Fanaroff, A. A. (2002). Respiratory distress syndrome and its management. Στο Fanaroff and Martin, 7th ed. *Neonatal-perinatal medicine: Diseases of the fetus and infant*; (1001-1011). St. Louis: Mosby.
- Romero, R., Quintero, R., Oyarzun, E., Wu, K. Y., Sabo, V., Major, M., et al. (1988). Intraamniotic infection and the onset of labour in preterm premature rupture of the membranes. *Am Journal Obstet Gynecol*. 159(3), pp. 661-6. doi: 10.1016/s0002-9378(88)80030-9
- Rosenberg, T. J., Garbers, S., Lipkind, H., Chiasson, M. A. (2005). "Maternal obesity and diabetes as risk factors for adverse pregnancy outcomes: differences among 4 racial/ethnic groups". *American Journal of Public Health*. 95(9), pp. 1545–1551. doi:10.2105/AJPH.2005.065680
- Sabella, D. (2018). Antidepressant Medications. *The American journal of nursing*. 118(9), pp. 2-59. doi: 10.1097/01.NAJ.0000544978.56301.f6
- Schaff, R. J. (2019). Postpartum depression in Men. *Innov Clin Neurosci*. 16(5-6), 11-14.
- Schaffer, J. A. (1977). *Diseases of the Newborn*. UK: Saunders.
- Schwartz, R. M. (1993). The idea of balance and integrative psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*. 3(2), pp. 159-181. doi: 10.1037/h0101186
- Schwartz, A. & Schwartz, R. M. (1993). *Depression Theories and Treatments: Psychological, Biological and Social Perspectives*. New York: Columbia University Press.

- Schneider, L. A., Burns, N. R., Giles, L. C., Higgins, R. D., Nettelbeck, T. J., Ridding, M. C., et al. (2014). Cognitive abilities in preterm and term-born adolescence. *J Pediatric*. 165 (1), pp. 170-177. doi: 10.1016/j.jpeds.2014.03.030
- Sellan, V. A., Sellan-Soto, C. M., Diaz-Matrinez, L. M. (2016). Family-Centered Care: A Philosophy to be Developed. *Pediatric and Neonatal Nursing*. 5(1), pp. 1-5. doi: 10.17140/PNNOJ-5-126
- Serge, L. S., Mc Cabe, J. E., Chuffo-Siewert, R. & O' Hara, M. W. (2014). Depression and anxiety symptoms in mothers of newborns hospitalized on the neonatal intensive care unit. *Nurs Res*. 63(5), pp. 320-32. doi: 10.1097/NNR.0000000000000039
- Shankaran, S. (2009). Neonatal encephalopathy: treatment with hypothermia. *J Neurotrauma*. 26(3), pp. 437-443. doi: 10.1089/neu.2008.0678
- Shankaran, S., Pappas, A., Laptook, R. A., McDonald A.S., Ehrenkranz A. R., Tyson E. J., et al. (2008). Outcomes of safety and effectiveness in a multicenter randomized, controlled trial of whole-body hypothermia for neonatal hypoxic-ischemic encephalopathy. *Pediatrics*.122(4), pp. e791-798. doi: 10.1542/peds.2008-0456
- Shaw, J. R., John, St. N., Lilo, E., Jo, B., Benitz, W., Stevenson, K. D., Horwitz, M. S. (2014). Prevention of traumatic stress in mothers of preterms: 6-month outcomes. *Pediatrics*.134(2), pp. e481-8. doi: 10.1542/peds.2014-0529
- Shields-Poe, D. & Pinelli, J. (1997). Variables associated with parental stress in neonatal intensive care units. *Neonatal Network*. 16(1), 29-37.
- Shoemark, H., Abromeit, D., Stewart, L. (2015). Constructing optimal experience for the hospitalized newborn through neuro-based music therapy. *Frontiers in human neuroscience*. 9(487). doi: 10.3389/fnhum.2015.00487
- Silberman, S. L. (1990). Pioneering in family-centred maternity and infant care: Edith B. Jackson and the Yale rooming-in research project. *Bulletin of the History of Medicine*. 64(2), 262-87.
- Silverman, C. (1968). *The epidemiology of depression*. USA: Johns Hopkins U. Press.
- Simon, V. L. Hashmi, F. M. Bragg, N. B. (2022). *APGAR Score*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
- Singer, L. T., Salvator, A., Guo, A., Collin, M., Lilien, L. & Baley, J. (1999). Maternal psychological distress after the birth of a very low-birth-weight infant. *JAMA*. 3;281(9), pp. 799-805. doi: 10.1001/jama.281.9.799

- Sisson, H., Jones, C., Williams, R. & Lachanudis, L. (2015). Metaethographic synthesis of fathers' experiences of the neonatal intensive care unit environment during hospitalization of their premature infants. *Journal of obstetric, gynecologic & neonatal nursing*. 44 (4), pp. 471-480. doi: 10.1111/1552-6909.12662
- Sivan, R., Shan, J., Li M., Zhao, G., Zhao, Z., Xu, G., Z., et al. (2012). No Relation between Maternal Iron Status and Postpartum Depression in Two Samples in China. *Journal of Pregnancy*. 2012(2), pp. 521431. doi: 10.1155/2012/521431
- Skapinakis, P., Bellos, St., Koupidis, S., Grammatikopoulos, I., Theodorakis, P., Mavreas, V. (2013): Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry*. 13(1), pp.1-14. doi: 10.1186/1471-244X-13-163
- Slavich, G. M. & Sacher, J. (2019). Stress, sex hormones, inflammation, and major depressive disorder: Extending Social Signal Transduction Theory of Depression to account for sex differences in mood disorders. *Psychopharmacology*. 236(10), pp. 3063-3079. doi: 10.1007/s00213-019-05326-9
- Smith, G. C., Pell, J.P., Dobbie, R. (2003). "Interpregnancy interval and risk of preterm birth and neonatal death: retrospective cohort study". *British Medical Journal*. 327(7410), pp. 313. doi:10.1136/bmj.327.7410.313
- Smith, R. L., Lucas, R. (2016). Evaluation of nursing knowledge of early initiation of breastfeeding in preterm infants in a hospital setting. *Journal of Neonatal Nursing*. 22, pp. 138-143. doi: 10.1016/j.jnn.2015.07.009
- Soggier, M. L., Kritikos, I. K., Carty, L. C., Glass, P., Tuchman, K. L., Streisand, R., Fratantoni, R. K. (2020). Parental Depression Symptoms at Neonatal Intensive Care Unit Discharge and Associated Risk Factors. *The Journal of Pediatrics*. 227, pp. 163-169. doi: 10.1016/j.jpeds.2020.07.040
- Speed, M. S., Jefsen, O. H., Børglum, A. D., Speed, D., Østergaard, S. D. (2019). Investigating the association between body fat and depression via Mendelian randomization. *Translational psychiatry*. 9(1), pp. 184. doi: 10.1038/s41398-019-0516-4
- Spielberger, C. D. (1966b). Theory and research on anxiety. Anxiety and behavior. New York: Academic Press.
- Spielberger, C. D. (1972a). Anxiety as an emotional state. Στο C. D. Spielberger (ed), *Anxiety: Current Trends in Theory and Research* (pp. 23-49). New York: Academic Press. doi: 10.1016/B978-0-12-657401-2.50009-5

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (1970). *Manual for State–Trait Anxiety Inventory*. California: Consulting Psychologist Press.
- Spinelli, M., Frigerio, A., Fasolo, M., Spada, M. S., Mangilli, G. (2016). “I still have difficulties felling like a mother”: The transition to motherhood of preterms infants mothers. *Psychology & Health*. 31(2), pp. 184-204. doi: 10.1080/08870446.2015.1088015
- Srinivasjois, R. M., Shah, S., Shah, P. S. (2012). Biracial couples and adverse birth outcomes: a systematic review and meta-analyses. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 91(10), pp. 1134-46. doi: 10.1111/j.1600-0412.2012.01501.x
- Stern, D. N. & Bruschiweiler–Stern, N. (1998). *The birth of a mother: How the motherhood experience changes you forever*. New York: Basic Books.
- Stoll, B. J., Hansen, N. I., Bell, E. F., Walsh, M. C., Carlo, W. A., Shankaran, S., et al. (2015). Trends in Care Practices, Morbidity, and Mortality of Extremely Preterm Neonates, 1993-2012. *JAMA*. 314(10), pp. 1039-51. doi: 10.1001/jama.2015.10244
- Stoll, J. B., Hasen, I. N., Sanchez, J. P., Faix, G. R., Poindexter, B., B., Van Meurs, P. K., et al. (2011). Early onset neonatal sepsis: the burden of group B streptococcal and E. coli disease continues. *Pediatrics*. 127(5), pp. 817-826. doi: 10.1542/peds.2010-2217
- Suhana, Yahya, N., Teng, N., Das, S., Juliana, N. (2021). Postpartum depression among Neonatal Intensive Care Unit mothers and its relation to postpartum dietary intake: A review. *Journal of Neonatal Nursing*. 27(4), pp. 229-237. doi: 10.1016/j.jnn.2020.09.005
- Sousa, P. F. & Curado, A. M. (2022). Parental stress in the neonatology unit–The influence of hospital stay length and neonatal unit differentiation. *Pensar Enfermagem–Journal of Nursing Special Issue*. 26(Sup2022). doi: 10.56732/pensarenf.v26iSup.226
- Tausch, H. W., Avery, M. E. (1998). *Avery’s Diseases of the Newborn*. 7th ed. Philadelphia: Sanders.
- Tahircheli, N. N., Cherry, S. A., Tackett, P. A., Mc Caffree, M. A., Gillaspay R. S. (2014). Postpartum depression on neonatal intensive care unit: current perspectives. *Int. Journal Womens Health*. 24(6), pp. 975-87. doi:10.2147/IJWH.S.54666
- Temkin, E. (2008). Rooming–in: redesigning hospitals and motherhood in Cold War America. *Bulletin of the History of Medicine*. 76(2), pp. 271-298. doi:10.1353/bum.2002.0101
- Thurgood, S. M., Avery, D., Williamson, L. (2009). Postpartum Depression (PPD). *American Journal of clinical Medicine*. 6(2), pp. 17-22. doi: 10.1007/978-0-387-79061-9_5723
- Tielsch, J. M. (2015). Global Incidence of Preterm Birth. *Nestle Nutr Inst Workshop Ser*. 81, pp. 9-15. doi: 10.1159/000365798

- Tiller, J. W. (2013). Depression and anxiety. *The Medical journal of Australia*. 199(S6), pp. S28-S31. doi: 10.5694/mja12.10628
- Thomson, G. & Downe, S. (2013). A hero's tale of childbirth. *Midwifery*. 29(7), pp. 265-771. doi: 10.1016/j.midw.2012.07.008
- Tommiska, V., Östberg, M., Fellman, V. (2002). Parental stress in families of 2-year-old extremely low birthweight infants. *Archives of Disease in Childhood–Fetal and Neonatal Edition*. 86(3), pp. F161-F164. doi: 10.1136/fn.86.3.F161
- Toubas, P. & Nelson, R. (2002). The Role of the French Midwives in establishing the First Special Care Units for Sick Newborns. *Journal of Perinatology*. 22(1), pp. 75-77. doi: 10.1038/sj.jp.7210621
- Treyvaud, K., Lee, J. K., Doley, W. L., Anderson, J. P. (2014). Very preterm birth influences parental mental health and family outcomes seven years after birth. *Journal Pediatr*. 164(3), pp. 515-21. doi:10.1016/j.EPDS.2013.11.001
- Trumello, C., Candelari, C., Cofini, M., Cimino, S., Cerniglia, L., Paciello, M. Babore, A. (2018). Mothers' Depression, Anxiety and Mental Representations After Preterm Birth: A Study During the Infant's Hospitalization in a Neonatal Intensive Care Unit. *Frontiers in Public Health*. 6(359). doi: 10.3389/fpubh.2018.00359
- Ugalde, A., Krishnasamy, M., Schofield, P. (2014). The relationship between self-efficacy and anxiety and general distress in caregivers of people with advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*. 17(8), pp. 939-41. doi:10.1089/jpm.2013.0338
- Van Riper, M. (2001). Family-provider relationships and well-being in families with preterm infants in the NICU. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*. 30(1), pp. 74-84. doi:10.1067/mhl.2001.110625
- Vasquez, E. (1995). Creating Paths: Living with a Very-Low-Birth-Weight Infant. *Journal of Obstetrics, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 24(7), pp. 619-624. doi:10.1111/j.1552-6909.1995.tb02544.x
- Vellay, P. (1984). *Εγκυμοσύνη χωρίς Άγχος*. Αθήνα: Κώστας Δ. Πανόπουλος.
- Viale, L., Allotey, J., Cheong-See, F., Arroyo-Manzano, D., Mccorry, D., Bagary, M., et al. (2015). Epilepsy in pregnancy and reproductive outcomes: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 386(10006), pp. 1845-52. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00045-8
- Vikstrom, J., Sydsjo, G., Hammar, M., Bladh, M. Josefsson, A. (2017). Risk of postnatal depression or suicide after in vitro fertilisation treatment: a nationwide case-control

- study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 124(3), pp. 435-442. doi: 10.1111/1471-0528.13788
- Virk, J., Zhang, J., Olsen, J. (2007). "Medical Abortion and the Risk of Subsequent Adverse Pregnancy Outcomes". *New England Journal of Medicine*. 357(7), pp. 648-653. doi:10.1056/NEJMoa070445
- Vogel, J. P., Chawanpaiboon, S., Moller, A. B., Watananirun, K., Bonet, M., Lumbiganon, P. (2018). The global epidemiology of preterm birth. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 52, pp. 3-12. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2018.04.003
- Vos, A. A., Posthumus, A. G., Bonsel, G. J., Steegers, E. A. P., Denktas, S. (2014). Deprived neighbourhoods and adverse perinatal outcome: a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet. Gynecol. Scand*. 93(8), pp. 727-40. doi: 10.1111/aogs.1230
- Vos, T., Allen, C., Arora, M., Barber, R. M., Bhutta, Z. A., Brown, A., et al. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990 – 2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*. 388(10053), pp. 1545-1602. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31678-6
- Wee, K. Y., Skouteris H., Pier C., Richardson, B. & Milgrom, J. (2011). Correlates of ante and postnatal depression in fathers: a systematic review. *Journal Affect Disord*. 130(30), pp. 358-77. doi: 10.1016/j.jad.2010.06.019
- Wei, S., Lai, K., Yang, Z. & Zeng, K. (2017). Systematic lupus erythematosus and risk of preterm birth: a systematic review and meta-analysis of observation studies. *Lupus*. 26(6), pp. 563-71. Ddoi: 10.1177/0961203316686704
- Weiner, B. (1985). *Human motivation*. New York: Springer–Verla.
- Wellon, V. E. (1997). *Η σκοτεινή Πλευρά της Μητρότητας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Whiffen, V. (1988). Vulnerability to postpartum depression: a prospective multivariate study. *J Abnormal Psychology*. 97(4), pp. 467-474. doi: 10.1037/0021-843X.97.4.467
- WHO: (1976, October 14). Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1977(56), 247–53.
- WHO (2012, October 9). World Health Organisation. Mental Health Disorders Management– Depression. Ανακτήθηκε από [http:// www.who.int/mental_health /management/depression/definition/en](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en)

- WHO (2004, May 30). International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision. 2nd ed.
Ανακτήθηκε από <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42980>.
- WHO (2017, January 3). Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Ανακτήθηκε από <https://www.who.int/publications/i/item/depression-global-health-estimates>
- WHO (2023, May 31). Depression fact sheet. Ανακτήθηκε από <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Wickberg–Johansson, B., Erlandsson, B., Hwang C. (1996). Primary health care management of postnatal depression in Sweden. *J Reprod and Infant Psychology*. 14, 69-76.
Ανακτήθηκε 15 Μαρτίου, 2023, από: <https://doi.org/10.1080/02646839608405860>
- Wigert, H., Berg, M., Hellstrom, A. L. (2007). Health care professionals' experiences of parental presence and participation in NICU. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2(1), 45-54. Ανακτήθηκε 20 Απριλίου, 2023 από: <https://doi.org/10.1080/17482620600979195>
- Winkvist, A., Mogren, I., Hogberg, U. (1998). "Familiar patterns in birth characteristics: impact on individual and population risks". *International Journal of Epidemiology*. 27(2), pp. 248-254. doi:10.1093/ije/27.2.248
- Woodroffe, I. (2007). There be parts of me that you don't see because you don't look! *Neonatology Today*. 2(7), 1-5.
- Woodward, J. L., Bora, S., Clark, C. A. C., Montgomery–Honger, A., Pritchard, E. V., Spencer, C., Austin C. N. (2014). Very preterm birth: maternal experience of the neonatal intensive care environment. *Journal of Perinatology*. 34(7), pp. 555-561. doi: 10.1038/jp.2014.43
- Wolke, D., Johnson, S., Mendonça, M. (2019). The Life Course Consequences of Very Preterm Birth. *Annu Rev Dev Psychol*. 1, pp. 69-92. doi: 10.1146/annurev-devpsych-121318-084804
- Wormald, R., Tapia, J. L., Ganepa, P., Gonzales, A. M., Rodriguez, P. Escobar, M., et al. (2015). Estres en padres de recine nacidos prematuros de muy bajo peso hospitalizados en unidades de cuidados intensivos neonatales. Estudio multicentico. *Arch argen pediatr*. 113(4), pp. 303-9. doi: 10.5546/aap.2015.303
- Xu, F., Roberts, L., Binns, C., Sullivan, E., Homer, S. E. C. (2018). Anaemia and Depression before and after Birth: A Cohort Study based on linked population data. *BMC Psychiatry*. 18(1), pp. 224. doi: 10.1186/s12888-018-1796-6

- Yang, Y. Y., Hong–Gu, H., Soke, Y. L., Holroyd, E., Shorey, S., Koh, S. L. S. (2017). Perceptions of Parents with Preterm Infants Hospitalized in Singaporean Neonatal Intensive Care Unit. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 31(3), pp. 263-273. doi: 10.1097/JPN.0000000000000239
- Yim, I., Tanner–Stapleton, L., Guardino, C., Hahn–Holbrook, J., Dunkel–Schetter, C. (2015). Biological and Psychosocial Predictors of Postpartum Depression: Systematic Review and Call for Integration. *Annual Review of Clinical Psychology*. 11(1), pp. 99-137. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-101414-020426
- Ying, L. & Feng, C. (2017). The occurrence of depression and nursing intervention for mothers of preterm infants. *Biomedical Research–India*. 28(12), 5530-5534.
- Yu, X., Zhang, J., Yuan, L. (2020). Chinese Parents' Lived Experiences of having Preterm Infants in NICU: A Qualitative Study. *Journal of Pediatric Nursing*. 50, pp. e48-e54. doi: 10.1016/j.pedn.2019.11.002
- Zabielski, M. T. (1994). Recognition of maternal identity in preterm and full-term mothers. *Maternal–Child Nursing Journal*. 22(1), 32–36.
- Zeitlin, J., Ancel, P. Y., Saurel–Cubizolles, M. J., Papiernik, E. (2000). The relationship between intrauterine growth restriction and preterm delivery: an empirical approach using data from a European case – control study. *BJOG*. 107(6), pp. 750-8. doi: 10.1111/j.1471-0528.2000.tb13336.x
- Zika, S. & Chamberlain, K. C. (1987). Relation of Hassles and Personality to Subjective Well Being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 53, pp. 155-162. doi: 10.1037/0022-3514.53.1.155
- Zygouris, N. C., Avramidis, E., Karapetsas, A. V., Stamoulis, G. I. (2018). Differences in dyslexic students before and after a remediation program: a clinical neuropsychological and event related potential study. *Applied Neuropsychology: Child*. 7(3), pp. 235-244. doi: 10.1080/21622965.2017.1297710
- Αλεβίζος, Β. (1997). *Άγχος και αγχώδεις διαταραχές*. Αθήνα: Ιατρική Εταιρία Αθηνών.
- Αλεβίζος, Β. (2008). *Άγχος. Ιατρικές και Κοινωνικές Διαστάσεις*. Αθήνα: Βήτα.
- Αναγνωστάκου, Μ., Κόρπα, Τ., Μπούζα, Ε., & Λιακοπούλου, Μ. (2009). Η διασυνδεδετική ψυχιατρική στη μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών. *Δελτίο Ά Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών*. 56, σελ. 2-76.
- Αναγνωστοπούλου, Ο. (2014). *Διερεύνηση του επιπολασμού Μείζονος κατάθλιψης και κινδύνου αυτοκτονίας σε ασθενείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του νομού Καρδίτσας*. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα.

- Ανδρέου, Α. (2001). *Μαθήματα Νεογνολογίας*. Θεσσαλονίκη: Σύλλογος Μαιών – Μαιευτών Θεσσαλονίκης.
- Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης – Ινστιτούτο Νεοελληνικών Σπουδών. (2009). *Λεξικό της Κοινής Νεοελληνικής*. Θεσσαλονίκη: Ινστιτούτο Νεοελληνικών Σπουδών, Ίδρυμα Μανώλη Τριανταφυλλίδη.
- Βασιλάκη, Ε., Τριλίβα, Σ. & Μπεζεβέγκης, Η. (2001). *Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπιση τους*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Βάρβογλη, Λ. (2006). *Η νευροψυχολογία του Stress στην καθημερινή ζωή*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Γαρυφαλλος, Γ. (2008). Κατάθλιψη και συννοσηρότητα. Θεραπευτικές Οδηγίες. *Hellenic Psychiatry General Hospital*. 5(1), σελ. 37-46.
- Γιώτσα, Α. (2017). *Η Διάσταση της Συναισθηματικής Ζεστασιάς (Rohner R.)* Αθήνα: Gutenberg.
- Βιβιλάκη, Β. (2016). *Πρωτοβάθμια Μαιευτική Φροντίδα: Η μαία στην Π.Φ.Υ.* Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις – Πασχαλίδης.
- Βιδάλης, Α., Διδασκάλου, Θ. & Τσιλίκας, Σ. (2001). *Ψυχικές Διαταραχές κατά την εγκυμοσύνη. Θέματα Ψυχιατρικής στο Γενικό Νοσοκομείο*. Θεσσαλονίκη: Σύγχρονες Εκδόσεις.
- Γουδέλη, Β. (2017). *Άγχος–Θεωρητικές και Νοσηλευτικές Προσεγγίσεις*. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ηπείρου, Ιωάννινα.
- Δελαγραμμάτικας, Η. Δ. (1984). *Manual Νεογνολογίας*, 1^η εκδ. Αθήνα: Λίτσας.
- Δημητρίου, Χ. Ε., Βλάσης, Γ. & Καλογερόπουλος, Α. (1995). *Ψυχικές Διαταραχές της Λοχείας*. Θεσσαλονίκη: Σύγχρονες Εκδόσεις.
- Δρόσου–Αγακίδου, Β. (2009). *ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΣ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ (ΔΟΜΗ, ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΕΡΓΟ)*. Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
- Δρακάκη, Α. (2021, Ιανουάριος 19). Τα συμπτώματα της Κατάθλιψης. «30 ημέρες υγείας». 119. Ανακτήθηκε από <https://aretidrakaki.gr/symptomata-kai-therapeia-katathlipsis>
- Δρίτσας, Α. (2003). *Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κινδύνου της στεφανιαίας νόσου*. Στο Κοινωνία και υγεία II: επίκαιρα προβλήματα υγείας και η αντιμετώπισή τους. Αθήνα: Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών Ήλιος (ΕΙΕ).
- Εγκύκλιος, Προεδρικού, Διατάγματος,: *Ιβ. Οικ. 82821/ 29.10.2018*. Athens: Informatics Development Agency.
- ΕΛΣΤΑΤ, (2019). Γεννήσεις Ζώντων κατά Διάρκεια Κύησης, Βάρος Νεογνού και Τόπο Μόνιμης Κατοικίας της Μητέρας (Νομός) (1980–2019). Ανακτήθηκε από

<https://statistics.gr/el/statistics /-/publication/SPO03>

- Ευσθυμίου, Κ., Μαυροειδή, Σ., Παυλάτου, Ε. & Καλαντζή, Α. (2006). *Πρώτες Βοήθειες Ψυχικής Υγείας. Ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπισή τους*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ευσταθίου, Γ. (2003). Μέθοδοι και τεχνικές στη γνωσιακή–συμπεριφοριστική θεραπεία ενηλίκων. Στο Γ. Ευστάθιου και συν., *Γνωσιακή–Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία Διαταραχών της Προσωπικότητας–Θεωρία και ανάλυση κλινικών περιπτώσεων*. Αθήνα: Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς (ΙΕΘΣ).
- Ζάραγκας, Χ. (2020). *Κινητική Ανάπτυξη στην πρώιμη και όψιμη Παιδική Ηλικία Διαχρονικές Προσεγγίσεις* (Kalnrboer A., Korkins B. & Geuze R.). Αθήνα: Gutenberg.
- Ηλεκτρονική Τράπεζα Νομικών Πληροφοριών, *NOMOS*. <https://lawdb.intrasoftnet.com>
Ινστιτούτο Νεοελληνικών Σπουδών, 2009.
- Καλατζή–Αζίζι, Α. & Αναγνωστόπουλος, Φ. (1999). *Εισαγωγή στην Κλινική Ψυχολογία*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλπάκογλου, Θ. (1998). *Άγχος και Πανικός. Γνωσιακή Θεωρία και Θεραπεία*. 2^η εκδ. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κλεφτάρας, Γ. (1998). *Η Κατάθλιψη Σήμερα: Περιγραφή, Διάγνωση, Θεωρίες και Ερευνητικά Δεδομένα*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κωσταρίδου–Ευκλείδη, Α. (1995). *Ψυχολογία Κινήτρων*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Λιάκος, Α. & Γιαννίτση, Σ. (1984). Αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης Ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος*, 21, 71-76.
- Μάνος, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: Studio Press.
- Μασδράκης, Β. & Βαϊδακης, Ν. (2007). Συμπεριφορικές και γνωσιακές θεωρήσεις για την αιτιολογία και τη θεραπεία της διαταραχής πανικού με αγοραφοβία. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24, 203-215.
- Μελισσά–Χαλικοπούλου, Χ. (1996). *Η Εξελικτική και η Κλινική Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Θεσσαλονίκη: Μέλισσα.
- Μηνά, Χ., Τζιάλλας, Δ., Αλεξιάς, Γ. & Μάνδουλα–Κουσουνή, Μ. (2020). Επιλόχεια Κατάθλιψη: Ανάδειξη των παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνισή της. *Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδας*, 16(1), 25-32.
- Μητρούση, Σ., Τραυλός, Α., Κουκιά, Ε. & Ζυγά, Σ. (2017). Θεωρίες Άγχους: Μία Κριτική Ανασκόπηση. *Βιβλιογραφική Ανασκόπηση*, 6.(1), 21-27.
- Μπλούμφιλντ, Χ. Χ. & Μακ, Γ. Π. (1997). *Θεραπεύοντας την Κατάθλιψη*. Αθήνα: Θυμάρι.

- Μπούρας, Γ. (2011). Πρόωρη γέννηση: «Ιδιαιτερότητες και δυσκολίες στην ανάπτυξη της σχέσης μητέρας–νεογνού». Στο Ν. Παπαχριστόπουλος & Κ. Σαμαρτζή (Επιμ. Εκδ.), *Υγεία, ασθένεια και κοινωνικός δεσμός* (σελ. 735-742). Αθήνα: Opportuna.
- Οικονόμου, Φ. (1992). *Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής για τις ΜΤΕΝΣ*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Ορφανού, Ε. (2016). *Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην Κατάθλιψη*. ΤΕΙ Ηπείρου, Σχολή Επιστημών Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Άρτα.
- Παλαιολόγου, Α. Μ. (2001). *Προσανατολισμός Κλινικής Ψυχολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Πολυκανδριώτη, Μ. & Κουτσοπούλου, Β. (2014). Άγχος σε μη-ψυχιατρικούς ασθενείς. *Το βήμα του Ασκληπίου*. 12, 58-59.
- Πολυκανδριώτη, Μ. & Στεφανίδου, Σ. (2013). Κατάθλιψη σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς. *Το βήμα του Ασκληπείου*. 12, 401-403.
- Ποταμιάνος, Α. Γ. (1999). *Θεωρίες Προσωπικότητας και Κλινική Πρακτική*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ρούσσο, Γ. (1997). *Εντατική θεραπεία*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- Σαρίδη, Μ., Καρρά, Α., Σουλιώτης, Κ. (2016). Εργασιακό stress και επαγγελματίες υγείας σε περίοδο οικονομικής κρίσης. *Αρχ Ελλ Ιατρ*. 33, 73-83.
- Σαρρής, Δ., Ζακοπούλου, Β., Τσαμπαλάς, Ε., Ζάραγκας, Χ. & Στεργιούλης, Ι. (2019). Μελέτη περίπτωσης παιδιών με Διαταραχή του Φάσματος του Αυτισμού. Στο *1^ο Διεπιστημονικό Συνέδριο με τίτλο: Αθλητισμός και Τέχνη – Επιστημονικός και Καλλιτεχνικός Διάλογος* (σελ. 169-179). 5 – 7 Απριλίου, Ιωάννινα: Παιδαγωγικό Τμήμα Νηπιαγωγών.
- Σιαχινίδου, Τ. (2014). Νευροαναπτυξιακή έκβαση πρόωρων νεογνών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 31(3), 271-277.
- Σούρας, Δ. (2007). *Άγχος, 6^η σειρά ψυχολογίας*. Αθήνα: Κάκτος.
- Τούκας, Δ. & Τούκα, Α. (2011). Ανάλυση και Διαχείριση του Επαγγελματικού Άγχους στο Νοσοκομειακό Περιβάλλον (Από την Επιστημονική προσέγγιση στην Πρακτική Εφαρμογή). *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 28(1), 20-26.
- Χάντφιλντ, Τ. (1991). *Ψυχολογία και Ψυχική Υγεία*. Αθήνα: Θυμάρι.
- Χριστοδούλου, Γ. Ν. (1998). *Κατάθλιψη*. 2^η έκδ. Αθήνα. Βήτα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ



Ελληνική Δημοκρατία
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Σχολή Επιστημών Αγωγής
Τμήμα: Παιδαγωγικό Νηπιαγωγών



Γ. Ν. Μαιευτήριο
«Έλενα Βενιζέλου - Αλεξάνδρα»

Έντυπο Συγκατάθεσης Γονέων

Αγαπητοί γονείς,

Θα θέλαμε τη συμμετοχή σας στην έρευνά μας που μελετά τα συναισθήματα που βιώνουν οι γονείς μετά την γέννηση ενός πολύ πρόωρου νεογνού και την εισαγωγή αυτού στην Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN).

Με την συμπλήρωση των παρακάτω ερωτηματολογίων θα συμβάλλετε σημαντικά στην καταγραφή των εμπειριών που μόνο εσείς μπορείτε καλύτερα να περιγράψετε.

Σας διαβεβαιώνουμε ότι η έρευνα θα σεβαστεί απόλυτα το απόρρητο των προσωπικών σας στοιχείων και την ανωνυμία σας. Τα στοιχεία σας δεν θα χρησιμοποιηθούν για άλλους σκοπούς παρά μόνο για την επικοινωνία μαζί σας και οι απαντήσεις θα εκτιμηθούν με τη δέουσα διακριτικότητα και εμπιστευτικότητα, μόνο για την εξαγωγή των συμπερασμάτων της συγκεκριμένης έρευνας.

Επίσης σας επισημάνουμε ότι η συμμετοχή σας στην έρευνα δεν είναι δεσμευτική, μπορείτε να αποχωρήσετε οποιαδήποτε στιγμή επιθυμείτε. Σας ευχαριστούμε πολύ για την πολύτιμη βοήθειά σας και το χρόνο σας. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις.

Οι γονείς

Δημογραφικά Στοιχεία – Κοινωνικοοικονομικοί Παράγοντες



Δημογραφικά στοιχεία Μητέρας

Επώνυμο – Όνομα Μητέρας:.....

Επώνυμο νεογνού:.....

Διεύθυνση:.....

Τηλέφωνο:.....

Μαιευτήριο:.....

1. Ηλικία Μητέρας:.....

2. Βάρος πριν την Εγκυμοσύνη:.....

3. Βάρος μετά την Εγκυμοσύνη.....

4. Εθνικότητα:.....

5. Τόπος Γέννησης:.....

6. Τόπος Διαμονής:.....

7. Επίπεδο Εκπαίδευσης: α) Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση

β) Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση

γ) Τριτοβάθμια Εκπαίδευση

δ) Μεταπτυχιακό (MSC)

ε) Διδακτορικό (PHD)

8. Επάγγελμα:.....

9. Ασφάλιση: α) Ναι

β) Όχι

γ) Άλλο.....

9α. **Αν Ναι**. Ποιο Ασφαλιστικό Ταμείο;

- i. ΙΚΑ
- ii. ΔΗΜΟΣΙΟ
- iii. ΟΓΑ
- iv. ΑΠΟΡΙΑΣ
- v. ΑΛΛΟ.....

9β. Έχετε Ιδιωτική Ασφάλιση: α) Ναι

β) Όχι

γ) Άλλο.....

10. Οικογενειακό Εισόδημα: α) Κάτω από 12.000 €

β) 12.000 € - 23.999 €

γ) 24.000 € - 35.999 €

δ) 35.000 € - 47.999 €

ε) 48.000 € και άνω

στ) άλλο.....

11. Οικογενειακή Κατάσταση: α) Παντρεμένη

β) Ανύπαντρη

γ) Διαζευγμένη / Σε Διάσταση

δ) Χήρα

ε) Συμβίωση / Ελεύθερη σχέση

στ) Άλλο.....

Δημογραφικά στοιχεία Πατέρα

Επώνυμο - Όνομα Πατέρα:.....

12. Ηλικία Πατέρα:.....

13. Βάρος Πατέρα:.....

14. Εθνικότητα Πατέρα:.....

15. Τόπος Γέννησης Πατέρα:.....

16. Τόπος Διαμονής Πατέρα:.....

17. Επίπεδο Εκπαίδευσης Πατέρα: α) Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση

β) Δευτεροβάθμια Εκπαίδευσης

γ) Τριτοβάθμια Εκπαίδευση

δ) Μεταπτυχιακό (MSC)

ε) Διδακτορικό (PHD)

18. Επάγγελμα Πατέρα:.....

19. Ασφάλιση Πατέρα: α) Ναι

β) Όχι

γ) Άλλο.....

19α. Αν Ναι. Ποιο Ασφαλιστικό Ταμείο;

i. ΙΚΑ

ii. ΔΗΜΟΣΙΟ

iii. ΟΓΑ

iv. ΑΠΟΡΙΑΣ

v. ΑΛΛΟ.....

19β. Έχετε Ιδιωτική Ασφάλιση: α) Ναι

β) Όχι

γ) Άλλο

20. Οικογενειακή Κατάσταση: α) Παντρεμένος

β) Ανύπαντρος

γ) Διαζευγμένος / Σε Διάσταση

δ) Χήρος

ε) Συμβίωση/ Ελεύθερη σχέση

στ) Άλλο.....

Περιγεννητικά Στοιχεία

Περιγεννητικό Ιστορικό της Μητέρας

1. Κνήσεις:.....
2. Αριθμός Παιδιών:.....
3. Βάρος Γέννησης κάθε παιδιού:
1^{ου}) 2^{ου}) 3^{ου}) 4^{ου})
4. Ηλικία κνήσης που πραγματοποιήθηκε ο έκαστος τοκετός:
1^{ος}) 2^{ος}) 3^{ος}) 4^{ος})
5. Έχετε εμπειρία νοσηλείας σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) από προηγούμενο νεογνό;
α) Όχι
β) Ναι
γ) Προσδιορίστε.....
6. Τρόπος σύλληψης: α) Φυσιολογική σύλληψη
β) Εξωσωματική γονιμοποίηση
- Αριθμός Εξωσωματικών
γ) Σπερματέγχυση
7. Είδος τοκετού: α) Φυσιολογικός Τοκετός
β) Αναρροφητική Εμβρυουλκία
γ) Καισαρική Τομή
8. Είδος Αναισθησίας: α) Τοπική
β) Γενική
γ) Ραχιαία
δ) Επισκληρίδειος
ε) Καμία

στ) Άλλο.....

9. **Αριθμός Εμβρύων:** α) Μονήρης Κύηση

β) Δίδυμος Κύηση

γ) Πολύδυμη Κύηση

10. **Θα θέλατε να μου πείτε αν έχετε κάποιο πρόβλημα υγείας;**

α) Όχι

β) Ναι

γ) Προσδιορίστε.....

10 α. **Αν Ναι.** Θα μπορούσατε να μου πείτε αν λαμβάνετε κάποια αγωγή;

α) Ναι

β) Όχι

10 α 1. **Αν Ναι.** Τι φάρμακα λαμβάνετε;

I. Αντιβιοτικά

II. Αναλγητικά

III. Σίδηρο

IV. Ασβέστιο

V. Αντικαταθλιπτικά

VI. Άλλο.....

11. **Επίσης, θα μπορούσατε να μου πείτε αν καπνίζετε;**

α) Ναι

β) Όχι

γ) Άλλο.....

11α. **Αν Ναι.** Πόσα τσιγάρα περίπου την ημέρα;

12. Μπορείτε να μου πείτε αν καπνίζει ο πατέρας του νεογνού σας;

α) Ναι

β) Όχι

γ) Άλλο.....

12α. Αν Ναι. Πόσα τσιγάρα περίπου την ημέρα;

13. Κατανάλωση καφεϊνούχων ροφημάτων (αναψυκτικά πχ. Coca-Cola, καφές κτλ.)

α) Ναι

β) Όχι

Περιγεννητικό Ιστορικό του Νεογνού

14. Ημερομηνία γέννησης:.....

15. Ημερομηνία εισαγωγής στην ΜΕΝΝ:.....

16. Φύλο Νεογνού: α) Άρρεν

β) Θήλυ

17. Ηλικία Γέννησης του νεογνού:.....

18. Καταγραφή σωματομετρικών στοιχείων:

➤ Βάρος Γέννησης του νεογνού:.....

➤ Περίμετρος Κεφαλής:.....

➤ Ύψος :.....

19. Προβλήματα υγείας του νεογνού στην ΜΕΝΝ:

I. Αναπνευστικό

II. Πεπτικό

III. Κυκλοφορικό

IV. Κεντρικό νευρικό

V. Αιματολογικό

VI. Καρδιαγγειακό

VII. Οφθαλμολογικό

VIII. Ακουολογικό

IX. Ενδοκρινολογικό

20. Αέρια αίματος του νεογνού:

PH PCO2 PO2 HCO3 BEb.....

21. Θερμοκρασία Εισαγωγής:.....

22. Εκτίμηση της κλινικής βαρύτητας του νεογνού με το: CRIB II SCORE

(CLINICAL RISK INDEX FOR BABIES)

CRIB II SCORE

Predicted Rate Death:

23. Apgar Score: 1 min 5 min

Κλίμακα του Εδιμβούργου για Περιγεννητική / Επιλόχειο Κατάθλιψη (Edinburgh Perinatal / Postnatal Depression Scale – EPDS)

The Royal College of Psychiatrists 1987. From Cox, JL, Holden, JM, Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry.

Θα θέλαμε να μας περιγράψετε τα συναισθήματά σας, καθώς το μωρό σας έχει γεννηθεί. Τσεκάροντας με ένα ✓ την αντίστοιχη απάντηση που περιγραφεί καλύτερα πως αισθάνεστε τις **ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 7 ΗΜΕΡΕΣ**, όχι πως αισθάνεστε την σημερινή ημέρα μόνο.

Τις περασμένες 7 ημέρες:

1. Μπορούσα να γελάω και να βλέπω την ευχάριστη πλευρά των πραγμάτων:

- Τόσο, όπως πάντα
- Όχι τόσο πολύ, πλέον
- Σίγουρα όχι τόσο τώρα
- Καθόλου

2. Περίμενα με χαρά τα πράγματα:

- Τόσο, όπως πάντα
- Κάπως λιγότερο από ότι συνήθιζα
- Σίγουρα λιγότερο τώρα, από ότι συνήθιζα
- Σχεδόν ποτέ

3. Κατηγορούσα τον εαυτό μου χωρίς λόγο, όταν τα πράγματα πήγαιναν στραβά:

- Ναι, τις περισσότερες φορές
- Ναι, μερικές φορές
- Όχι πολύ συχνά
- Όχι ποτέ

4. Ήμουν αγχωμένη/ος ή ανήσυχη/ος χωρίς σοβαρό λόγο:

- Όχι, ποτέ
- Πολύ σπάνια
- Ναι, μερικές φορές
- Ναι, πολύ συχνά

5. Ένιωθα φοβισμένη/ος ή πανικοβλημένη/ος χωρίς ιδιαίτερο λόγο:

- Ναι, αρκετά συχνά
- Ναι, μερικές φορές
- Όχι σπάνια
- Όχι, ποτέ

6. Τα πράγματα με έπαιρναν από «κάτω»:

- Ναι, τις περισσότερες φορές δεν μπορούσα να τα βγάλω πέρα.
- Ναι, μερικές φορές δεν μπορούσα να τα βγάλω πέρα
- Όχι, τις περισσότερες φορές τα κατάφερα αρκετά καλά
- Όχι τα κατάφερα το ίδιο καλά όπως πάντα

7. Ήμουν τόσο λυπημένη/ος που είχα δυσκολία να κοιμηθώ:

- Ναι, τις περισσότερες φορές
- Ναι, μερικές φορές
- Όχι τόσο συχνά
- Όχι, καθόλου

8. Ένιωθα στεναχωρημένη/ος, χάλια:

- Ναι, τις περισσότερες φορές
- Ναι, μερικές φορές
- Όχι, τόσο συχνά
- Όχι, καθόλου

9. Ήμουν τόσο δυστυχημένη/ος που έκλαιγα:

- Ναι, τις περισσότερες φορές
- Ναι, μερικές φορές
- Μόνο περιστασιακά
- Όχι, καθόλου

10. Είχε περάσει από την σκέψη μου να κάνω κακό στον εαυτό μου:

- Ναι, αρκετά συχνά
- Μερικές φορές
- Σχεδόν ποτέ
- Ποτέ

Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης

C. D Spilberger

(Στάθμιση στα Ελληνικά Α. Λιάκου)

ΣΤΑΙ - Χ-1

Οδηγίες: Παρακάτω ακολουθεί ένας αριθμός προτάσεων που άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια επιλέξτε μια από τις επιλογές που ακολουθούν, σημειώνοντας ή μαυρίζοντας τον αντίστοιχο αριθμό, για να δείξετε πως αισθάνεστε τώρα, δηλαδή αυτή τη στιγμή. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε πρόταση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να ταιριάζει πιο καλά σε αυτό που αισθάνεστε τώρα.

①	②	③	④
Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα Πολύ

1.	Αισθάνομαι ήρεμος/η.	①	②	③	④
2.	Αισθάνομαι ασφαλής.	①	②	③	④
3.	Νιώθω μια εσωτερική ένταση.	①	②	③	④
4.	Είμαι στεναχωρημένος/η.	①	②	③	④
5.	Αισθάνομαι άνετα.	①	②	③	④
6.	Αισθάνομαι αναστατωμένος/η.	①	②	③	④
7.	Ανησυχώ αυτή τη στιγμή για ενδεχόμενες ατυχίες.	①	②	③	④
8.	Αισθάνομαι αναπαυμένος/η.	①	②	③	④
9.	Αισθάνομαι άγχος.	①	②	③	④
10.	Αισθάνομαι βολικά.	①	②	③	④
11.	Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση.	①	②	③	④
12.	Αισθάνομαι νευρικήτητα.	①	②	③	④
13.	Έχω μια νευρική τρεμούλα.	①	②	③	④
14.	Βρίσκομαι σε διέγερση.	①	②	③	④
15.	Είμαι χαλαρωμένος/η.	①	②	③	④
16.	Αισθάνομαι ικανοποιημένος.	①	②	③	④
17.	Ανησυχώ.	①	②	③	④
18.	Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή.	①	②	③	④
19.	Αισθάνομαι χαρούμενος/η.	①	②	③	④
20.	Αισθάνομαι ευχάριστα.	①	②	③	④

Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης

C.D Spilberger

STAI - X-2

Οδηγίες: Παρακάτω ακολουθεί ένας αριθμός προτάσεων που άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια επιλέξτε μια από τις επιλογές που ακολουθούν, σημειώνοντας ή μαυρίζοντας τον αντίστοιχο αριθμό, για να δείξετε πως αισθάνεστε τώρα, δηλαδή αυτή τη στιγμή. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε πρόταση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να περιγράφει πως αισθάνεστε γενικά.

①	②	③	④
Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα Πολύ

21.	Αισθάνομαι ευχάριστα.	①	②	③	④
22.	Κουράζομαι εύκολα.	①	②	③	④
23.	Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία.	①	②	③	④
24.	Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένος/η όσο φαίνονται να είναι οι άλλοι	①	②	③	④
25.	Μένω πίσω στις δουλειές μου γιατί δεν μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα.	①	②	③	④
26.	Αισθάνομαι αναπαυμένος.	①	②	③	④
27.	Είμαι ήρεμος/η, ψύχραιμος/η, και συγκεντρωμένος/η.	①	②	③	④
28.	Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μην μπορώ να τις ξεπεράσω.	①	②	③	④
29.	Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία.	①	②	③	④
30.	Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση.	①	②	③	④
31.	Έχω την τάση να βλέπω να πράγματα δύσκολα.	①	②	③	④
32.	Μου λείπει η αυτοπεποίθηση.	①	②	③	④
33.	Αισθάνομαι ασφαλής.	①	②	③	④
34.	Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή δυσκολίας.	①	②	③	④
35.	Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση.	①	②	③	④
36.	Είμαι ικανοποιημένος/η.	①	②	③	④
37.	Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και μ' ενοχλεί.	①	②	③	④
38.	Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά, ώστε δεν μπορώ να τις διώξω από τη σκέψη μου.	①	②	③	④
39.	Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας.	①	②	③	④
40.	Έρχομαι σε κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες ασχολίες και τα ενδιαφέροντά μου.	①	②	③	④

Δημογραφικά Στοιχεία των Γονέων

Πίνακας 24: Επάγγελμα της Μητέρας

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ	N	%
ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΣ	2	3,3
ΑΝΕΡΓΗ	3	5,0
ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΑΣ	1	1,7
ΒΟΗΘΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ	1	1,7
ΒΡΕΦΟΚΟΜΟΣ	1	1,7
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	3	5,0
ΔΙΚΗΓΟΡΟΣ	1	1,7
ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	1	1,7
ΙΑΤΡΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ	1	1,7
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	28	46,7
ΚΟΜΜΩΤΡΙΑ	2	3,3
ΛΟΓΙΣΤΡΙΑ	1	1,7
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ	4	6,7
ΟΙΚΙΑΚΑ	4	6,7
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΑΡΙΑ	1	1,7
ΣΕΦ	1	1,7
ΤΟΥΡΙΣΤΙΚΑ	1	1,7
ΥΠΑΞΙΩΜΑΤΙΚΟΣ ΛΙΜΕΝΙΚΟΥ	1	1,7
ΦΙΛΟΛΟΓΟΣ	1	1,7
ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΣ ΕΠΙΜΕΛΗΤΡΙΑ	1	1,7
ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΡΙΑ	1	1,7

Πίνακας 25: Επάγγελμα του Πατέρα

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΑΤΕΡΑ	N	%
ΑΝΕΡΓΟΣ	1	1,7
ΑΞΙΩΜΑΤΙΚΟΣ ΕΜΠΟΡΙΚΟΥ ΝΑΥΤΙΚΟΥ	1	1,7
ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΑΣ	1	1,7
ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΟΣ	2	3,3
ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΙΣΤΗΣ	1	1,7
ΓΥΜΝΑΣΤΗΣ	1	1,7
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	2	3,3
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	7	11,7
ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΑΣ	1	1,7
ΗΛΕΚΤΡΟΛΟΓΟΣ	1	1,7
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	22	36,7
ΚΟΜΜΩΤΗΣ	2	3,3
ΚΡΕΟΠΩΛΗΣ	1	1,7
ΜΗΧΑΝΙΚΟΣ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΩΝ	2	3,3
ΜΗΧΑΝΙΚΟΣ ΜΗΧΑΝΟΛΟΓΟΣ	1	1,7
ΟΔΗΓΟΣ	4	6,7
ΟΙΚΟΔΟΜΟΣ	1	1,7
ΠΥΡΟΣΒΕΣΤΗΣ	2	3,3
ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΟΣ	1	1,7
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ ΙΚΑ	1	1,7
ΤΟΥΡΙΣΤΙΚΑ	1	1,7
ΥΔΡΑΥΛΙΚΟΣ	1	1,7
ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΟΤΕ	1	1,7
ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΣ ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ	1	1,7
ΧΗΜΙΚΟΣ ΜΗΧΑΝΙΚΟΣ	1	1,7

Πίνακας 26: Τόπος Γέννησης της Μητέρας

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	N	%
ΑΒΛΩΝΑ	1	1,7
ΑΓΡΙΝΙΟ	2	3,3
ΑΘΗΝΑ	28	46,7
ΑΛΒΑΝΙΑ	6	10,0
ΑΡΤΑ	1	1,7
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ	1	1,7
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	1	1,7
ΓΙΑΝΙΤΣΑ	1	1,7
ΙΚΑΡΙΑ	1	1,7
ΚΑΖΑΚΣΤΑΝ	1	1,7
ΚΕΡΚΥΡΑ	1	1,7
ΚΟΡΙΝΘΟΣ	4	6,7
ΚΟΡΙΤΣΑ	1	1,7
ΚΥΠΡΟΣ	1	1,7
ΛΑΡΙΣΑ	1	1,7
ΜΥΤΙΛΗΝΗ	1	1,7
ΠΕΙΡΑΙΑΣ	1	1,7
ΠΥΡΓΟΣ	1	1,7
ΡΟΔΟΣ	2	3,3
ΣΠΑΡΤΗ	2	3,3
ΣΥΡΟΣ	1	1,7
ΤΟΡΟΝΤΟ - ΚΑΝΑΔΑ	1	1,7

Πίνακας 27: Τόπος Γέννησης του Πατέρα

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	N	%
ΑΓΡΙΝΙΟ	1	1,7
ΑΘΗΝΑ	35	58,3
ΑΛΒΑΝΙΑ	5	8,3
ΒΕΡΡΟΙΑ	1	1,7
ΓΥΘΕΙΟ	1	1,7
ΙΚΑΡΙΑ	1	1,7
ΚΑΖΑΚΣΤΑΝ	1	1,7
ΚΑΛΥΜΝΟ	1	1,7
ΚΑΤΕΡΙΝΗ	1	1,7
ΚΕΡΚΥΡΑ	3	5,0
ΚΟΡΙΝΘΟΣ	1	1,7
ΜΥΤΙΛΗΝΗ	1	1,7
ΝΑΞΟΣ	1	1,7
ΠΑΤΡΑ	1	1,7
ΠΕΙΡΑΙΑΣ	1	1,7
ΡΟΔΟΣ	2	3,3
ΡΩΣΙΑ	1	1,7
ΣΠΑΡΤΗ	1	1,7
ΣΥΡΟΣ	1	1,7

Πίνακας 28: Τόπος Διαμονής της Μητέρας

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	N	%
ΑΘΗΝΑ	46	76,7
ΓΥΘΕΙΟ	1	1,7
ΙΚΑΡΙΑ	1	1,7
ΚΕΡΚΥΡΑ	3	5,0
ΚΟΡΙΝΘΟΣ	2	3,3
ΝΑΞΟΣ	1	1,7
ΠΕΙΡΑΙΑΣ	1	1,7
ΡΟΔΟΣ	3	5,0
ΣΠΑΡΤΗ	1	1,7
ΣΥΡΟΣ	1	1,7

Πίνακας 29: Τόπος Διαμονής του Πατέρα

Τόπος Διαμονής	N	%
ΑΘΗΝΑ	45	75,0
ΓΥΘΕΙΟ	1	1,7
ΙΚΑΡΙΑ	1	1,7
ΚΕΡΚΥΡΑ	3	5,0
ΚΟΡΙΝΘΟΣ	2	3,3
ΝΑΞΟΣ	1	1,7
ΠΕΙΡΑΙΑΣ	2	3,3
ΡΟΔΟΣ	3	5,0
ΣΠΑΡΤΗ	1	1,7
ΣΥΡΟΣ	1	1,7



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Ιωάννινα, 25 Ιανουαρίου 2021
Αριθμ. Πρωτ.: 3997

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

τηλ. : 26510-07319
fax : 26510-07200
e-mail: ebonos@uoi.gr,
ederveni@uoi.gr

Προς

την κ. Ιωάννα Ιωάννου
Υποψήφια Διδάκτορα
Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών
Σχολής Επιστημών Αγωγής
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Αξιότιμη κυρία Ιωάννου,

Η Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων εξέτασε στην τελευταία Συνεδρίασή της στις 22 Ιανουαρίου 2021 την αίτησή σας καθώς και τις διευκρινίσεις σας στις προϋποθέσεις που έχουν τεθεί για την έγκριση της έρευνας. Έχει χορηγηθεί δεοντολογική έγκριση για την παρακάτω πρόταση:

Τίτλος: «Πρωρότητα Νεογνών- άγχος και Κατάθλιψη Γονέων».

Σας ευχόμαστε καλή επιτυχία στη διεξαγωγή της έρευνας.

Με εκτίμηση

Ελευθέριος Μπόνος

Αναπληρωτής Καθηγητής Τμήματος Γεωπονίας
Αντιπρόεδρος της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

Της 3^{ης} Τακτικής Συνεδρίασης του Επιστημονικού Συμβουλίου του ΓΝ «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ-ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ» Γ.Ν Έλενα Βενιζέλου της 28/2/2020, ημέρα Παρασκευή και ώρα 11:00

ΘΕΜΑ 12Η.Δ: Έγκριση εκπόνησης ερευνητικής μελέτης με θέμα: Άγχος και κατάθλιψη σε ζευγάρια που έχουν γεννήσει πολύ πρόωρα νεογνά.

Υποβάλλεται προς τα μέλη του Ε.Σ το υπ' αριθμ. πρωτ: 2022/30-1-20 έγγραφο Τμήματος Έλεγχου ποιότητας έρευνας και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης

Το Επιστημονικό Συμβούλιο

**λαμβάνοντας υπ' όψιν το ανωτέρω αίτημα
όπως αυτό αναφέρεται στα σχετικά συνημμένα έγγραφα
μετά από διαλογική συζήτηση
αποφασίζει & προτείνει**


Την έγκριση εκπόνησης ερευνητικής μελέτης με θέμα: Άγχος και κατάθλιψη σε ζευγάρια που έχουν γεννήσει πολύ πρόωρα νεογνά.

Υπεύθυνο για την επίβλεψη της εκπόνησης ερευνητικής μελέτης ορίζουμε τον Η.ΣΑΛΒΑΝΟ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ΙΑΤΡΟ ΕΣΥ ΝΕΟΓΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ

Θα διασφαλιστεί αυστηρά το απόρρητο και το Ε.Σ θα ενημερωθεί για τα αποτελέσματα της έρευνας, καθώς και της επιστημονικής συνεργασίας του τμήματος και του μελετητή επί των ανακοινώσεων και των δημοσιεύσεων της μελέτης.

Η μελέτη δε θα επιβαρύνει οικονομικά το Νοσοκομείο.

**Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ**



ΜΕΛΠΩ ΚΑΝΤΑΡΗ