



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
Εθνικό και Καποδιστριακό  
Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΗ ΓΥΝΑΙΚΕΙΑ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΔΕΣΜΟΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΝΕΟΓΝΟΥ  
ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΕΤΑΙ ΣΕ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ  
ΝΕΟΓΝΩΝ»

Φοιτήτρια: ΚΑΡΑΜΑΝΟΥ ΑΡΙΣΤΕΑ

Επιβλέπουσα: Δελτσίδου Άννα

Καθηγήτρια

Αθήνα, 2019

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η δημιουργία δεσμού ή προσκόλλησης με τη μητέρα αποτελεί βασικό αναπτυξιακό ορόσημο για τα βρέφη. Ωστόσο, μέχρι στιγμής η βιβλιογραφία έχει παρουσιάσει ασαφή στοιχεία σχετικά με την ποιότητα των σχέσεων προσκόλλησης των πρόωρων βρεφών και τις διαφορές μεταξύ τελειόμηνων και πρόωρων βρεφών.

**Σκοπός μελέτης:** Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνηθεί η σχέση και ο συναισθηματικός δεσμός μητέρας-πρόωρου βρέφους μέσα στο άτυπο πλαίσιο της MENN. Επίσης, να διερευνηθούν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης των μητέρων και το κατά πόσο αυτά σχετίζονται με τη σχέση και τον συναισθηματικό δεσμό μητέρας-πρόωρου βρέφους.

**Μεθοδολογία:** Για το σκοπό αυτό διεξήχθη ποσοτική έρευνα σε δείγμα 188 μητέρων, εκ των οποίων οι 100 μητέρες είχαν το νεογνό κοντά τους από την γέννησή του και 88 μητέρες των οποίων το νεογνό νοσηλεύθηκε στη MENN. Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα εργαλεία Mother Bonding Infant Scale, Postpartum Bonding Questionnaire και HADS-Hospital Anxiety Depression Scale.

**Αποτελέσματα:** Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μητέρων που το νεογνό τους νοσηλεύτηκε στη M.E.N.N και των μητέρων που είχαν το νεογνό κοντά τους ως προς την κλίμακα δεσμού μητέρας-νεογνού ( $t(162)=-2.696$ ,  $p=0.008<0.05$ ). Από τον έλεγχο  $\chi^2$  προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά τόσο στα επίπεδα κατάθλιψης ( $\chi^2(2)=28.588$ ,  $p=0.000<0.05$ ) όσο και ως προς τα επίπεδα άγχους ( $\chi^2(2)=12.366$ ,  $p=0.002<0.05$ ) μεταξύ των δύο ομάδων γυναικών. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι μητέρες των οποίων τα νεογνά νοσηλεύονται στην M.E.N.N, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν σοβαρά συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης.

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα της μελέτης υποδεικνύουν ότι το άγχος και η κατάθλιψη συσχετίζεται με χειρότερη σχέση μητέρας-νεογνού. Ο δεσμός της μητέρας με το πρόωρο νεογνό της που νοσηλεύεται στη M.E.N.N. είναι ανεπτυγμένος σε μικρότερο βαθμό σε σχέση με τον δεσμό που αναπτύσσεται μεταξύ της μητέρας και του τελειόμηνου νεογνού της.

**Λέξεις κλειδιά:** Συναισθηματικός δεσμός, πρόωρη γέννηση, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Νεογνών

# Abstract

**Introduction:** The creation of a bond or attachment to the mother is a major developmental milestone for infants. However, so far the literature has revealed vague data on the quality of pre-infant attachment relationships and the differences between normal pregnancy and preterm infants.

**Purpose of this study:** The purpose of this research was to investigate the relationship and emotional bond of mother-premature infant in the informal framework of the MENN. In addition, maternal anxiety and depression levels were investigated and whether they relate to maternal-premature infant relationship and emotional bond.

**Methodology:** For this purpose, a quantitative survey was carried out on a sample of 188 mothers, 100 mothers who were close to the infant from birth and then 88 mothers who had their infant hospitalized in the Intensive Care Unit. Mother Bonding Infant Scale was used to record the data. Postpartum Bonding Questionnaire and HADS-Hospital Anxiety Depression Scale.

**Results:** Analysis of the data revealed that there were statistically significant differences between the neonates treated with M.E.N.N and the mothers who had the newborn near the maternal-neonatal commitment scale ( $t(162)=-2.696$ ,  $p=0.008<0.05$ ). The  $\chi^2$  test showed that there was a statistically significant difference in both depression ( $\chi^2(2)=28.588$ ,  $p=0.000<0.05$ ) and anxiety levels between the two groups of women ( $\chi^2(2)=12.366$ ,  $p=0.002<0.05$ ). In particular, it has been observed that mothers whose newborns are hospitalized with M.E.N.N are more likely to have severe symptoms of anxiety and depression.

**Conclusions:** The results of the study indicate that anxiety and depression are associated with a worse mother-to-child relationship. Mother's bond with her preterm newborn hospitalized at M.E.N.N is less developed than the bond that develops between the mother and her full-term offspring.

**Key words:** Emotional bond, premature birth, Neonatal Intensive Care Unit

# Πίνακας Περιεχομένων

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	<b>II</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>III</b>
<b>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ</b> .....	<b>VI</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	<b>1</b>
Οριοθέτηση προβλήματος προς μελέτη .....	3
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΔΕΣΜΟΣ</b> .....	<b>5</b>
1.1 Θεωρία προσκόλλησης και συναισθηματικού δεσμού.....	5
1.2 Είδη προσκόλλησης .....	5
1.3 Σύστημα φροντίδας .....	10
1.4 Εννοιολογική προσέγγιση της σχέσης γονέα-παιδιού.....	11
1.5 Μοντέλο οικολογικών συστημάτων.....	14
1.6 Σύνοψη κεφαλαίου .....	17
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΔΕΣΜΟΣ ΜΗΤΕΡΑΣ-ΝΕΟΓΝΟΥ</b> .....	<b>19</b>
2.1 Ο ρόλος της ωκυτοκίνης στο συναισθηματικό δεσμό.....	20
2.2 Η προσκόλληση μητέρας-νεογνού .....	21
2.3 Σημασία και οφέλη της πρώιμης προσκόλλησης .....	24
2.4 Προώθηση της προσκόλλησης .....	25
2.5 Εμπόδια στην προσκόλληση μητέρας νεογνού .....	32
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΣΧΕΣΗ ΜΗΤΕΡΑΣ-ΝΕΟΓΝΟΥ ΣΤΗΝ ΜΕΝΝ</b> .....	<b>36</b>
3.1 Η πρόωρη γέννηση και η ΜΕΝΝ ως πλαίσιο για την αναδυόμενη σχέση μητέρων-παιδιών .....	36
3.2 Ο αντίκτυπος της πρόωρης γέννησης στην ψυχική υγεία των μητέρων και η εσωτερική εκπροσώπηση του εαυτού ως μητέρα .....	36
3.3 Προκλήσεις που παρουσιάζονται από ένα πρόωρο βρέφος .....	39
3.4 Το περιβάλλον της ΜΕΝΝ .....	40
3.5 Συστατικά των σχέσεων γονέων-βρεφών μέσα στη ΜΕΝΝ .....	42
3.6 Συμπέρασμα .....	47
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</b> .....	<b>50</b>
4.1 Σκοπός της μελέτης .....	50
4.2 Ερευνητικά ερωτήματα .....	50
4.3 Επιλογή Ερευνητικής Μεθοδολογίας .....	50
4.4 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων και ερευνητικό εργαλείο .....	52
4.5 Συμμετέχοντες.....	53
4.6 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων .....	54
4.7. Περιορισμοί της έρευνας.....	55
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b> .....	<b>56</b>
5.1 Δημογραφικά στοιχεία .....	56
5.2 Στοιχεία σχετικά με τον τοκετό.....	57
5.3 Ικανοποίηση από τη μονάδα και μετάβαση στο σπίτι.....	59
5.4 Αποτελέσματα Κλίμακας μέτρησης δεσμού μητέρας - νεογνού.....	60
5.5 Αποτελέσματα Κλίμακας δεσμού μετά τον τοκετό.....	61
5.6 Αποτελέσματα Κατάθλιψης και Άγχους .....	66
5.7 Συσχέτιση Άγχους και Κατάθλιψης με τον δεσμό μετά το τοκετό στις μητέρες που το νεογνό τους νοσηλεύεται στη Μ.Ε.Ν.Ν .....	70
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b> .....	<b>72</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b> .....	<b>74</b>

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>76</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....</b>	<b>88</b>
Mother Bonding Infant Scale .....	88
Postpartum Bonding Questionnaire.....	88
Κλίμακα HADS.....	89

## Κατάλογος πινάκων

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά .....	56
Πίνακας 2. Ηλικία γονέων .....	57
Πίνακας 3. Άλλες πληροφορίες σχετικά με την γέννα.....	58
Πίνακας 4. Σύγκριση κλίμακας δεσμού μητέρας-νεογνού μεταξύ των μητέρων που το νεογνό τους νοσηλεύτηκε στη Μ.Ε.Ν.Ν και των μητέρων που είχαν το νεογνό κοντά τους.....	61
Πίνακας 5. Σύγκριση διαστάσεων κλίμακας δεσμού μετά τον τοκετό μεταξύ των μητέρων που το νεογνό τους νοσηλεύτηκε στη Μ.Ε.Ν.Ν και των μητέρων που είχαν το νεογνό κοντά τους.....	66
Πίνακας 6. Επίπεδα άγχους και κατάθλιψης.....	68
Πίνακας 7. Σύγκριση επιπέδων άγχους και κατάθλιψης μεταξύ των μητέρων που το νεογνό τους νοσηλεύτηκε στη Μ.Ε.Ν.Ν και των μητέρων που είχαν το νεογνό κοντά τους.....	69
Πίνακας 8. Συσχέτιση άγχους και κατάθλιψης με τις διαστάσεις του δεσμού μετά τον τοκετό για τις μητέρες που είχαν το νεογνό κοντά τους.....	70
Πίνακας 9. Συσχέτιση άγχους και κατάθλιψης με τις διαστάσεις του δεσμού μετά τον τοκετό για τις μητέρες που είχαν το νεογνό στη Μ.Ε.Ν.Ν .....	71

## Εισαγωγή

Κάθε χρόνο, μισό εκατομμύριο βρέφη γεννιούνται πρόωρα στις Ηνωμένες Πολιτείες (Hoyert, Mathews, Menacker, Strobino, & Guyer, 2006), που ισοδυναμεί με μια αύξηση 30% από το 1983 (Martin et al., 2005). Με τις ιατρικές και τεχνολογικές εξελίξεις τις τελευταίες δεκαετίες, τα βρέφη που γεννήθηκαν στις 23-25 εβδομάδες πλέον έχουν πιθανότητα επιβίωσης 40-60% (Raju, 2006; Walsh & Fanaroff, 2006). Ωστόσο, πολύ μικρά και επιβαρυσμένα νεογνά έχουν παρατεταμένη διαμονή στο νοσοκομείο στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN), η οποία μπορεί να προκαλέσει σημαντική πίεση στην αναπτυσσόμενη σχέση γονέα-παιδιού.

Τα παιδιά κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής διαμορφώνουν αυτό που ο Bowlby ανέφερε ως μοντέλα εσωτερικής αναπαράστασης (Internal Working Models, IWMs) των προσώπων προσκόλλησης, δηλαδή αναπτύσσουν μια εσωτερική αίσθηση της ύπαρξης αυτών των ατόμων, καθώς και της σχέσης που έχουν διαμορφώσει μαζί τους (Schaffer, 1996; Sherman, et al., 2015). Η πρόωρη γέννηση ενός παιδιού έχει αναγνωριστεί από καιρό ως κίνδυνος για την ακεραιότητα της σχέσης γονέα-παιδιού. Πρώτον, το βρέφος που γεννιέται πρόωρα παρουσιάζεται με τις δικές του ευπάθειες, καθώς αγωνίζεται να επιτύχει φυσιολογική ομοιοστασία και ετοιμότητα για αλληλεπίδραση με το περιβάλλον. Δεύτερον, το περιβάλλον σε μια μονάδα MENN επιβάλλει φυσικό διαχωρισμό και περιορίζει την ικανότητα της μητέρας να λαμβάνει αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα υγείας του παιδιού. Τρίτον, δεδομένου ότι η πρόωρη γέννηση είναι αποτέλεσμα βραχύτερης εγκυμοσύνης, οι θεωρητικοί πρότειναν ότι τα μοντέλα εσωτερικής αναπαράστασης των μητέρων (Internal working models-IWMs) και του παιδιού μπορεί επίσης να είναι πρόωρα και ελλιπή (Stern, Bruschiweiler-Stern & Freeland, 1998). Επιπλέον, το περιβάλλον της MENN περιορίζει την αλληλεπίδραση, και μπορεί να διαταράξει περαιτέρω την ικανότητα της μητέρας να επεξεργαστεί το IWM της για το παιδί της και για τον εαυτό της ως μητέρα.

Η πρόωρη γέννηση αποτελεί μια δύσκολη μετάβαση στην γονεϊκότητα (parenthood) και έχει αναφερθεί ως μια «συναισθηματική κρίση» (Caplan, Mason & Kaplan, 1965) που συνήθως προκαλεί συναισθήματα θλίψης και απώλειας (Macey,

Harmon & Easterbrooks, 1987; Shaw, Deblois, Ikuta, Ginzburg, & Fleisher, 2006). Οι μητέρες, ειδικότερα, βιώνουν μια αίσθηση αμφιθυμίας, ντροπής, ενοχής και αποτυχίας (Shin, 2004). Επιπλέον, αυτά τα συναισθήματα μπορούν να συνεχιστούν ακόμη και μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο (Kersting, Dorsch, & Wesselmann, 2004; Muller-Nix et al., 2004; Pierrehumbert, Nicole, Muller-Nix, Forcada-Guex, & Ansermet, 2003; Singer, Guo, Collin, Lilien, & Baley, 1999).

Επιπλέον, όχι μόνο οι μητέρες αλλά και οι πατέρες βιώνουν μια σειρά συναισθημάτων που περιλαμβάνουν την ανησυχία τους για το ιατρικά εύθραυστο βρέφος τους, οι γονείς επίσης αισθάνονται θλίψη από την απώλεια του ρόλου τους ως γονέων (Callery, 2002). Οι γονείς μπορεί να αισθάνονται την αίσθηση της αδυναμίας σε αυτή την κατάσταση. Οι πατέρες, ιδίως, αδυνατούν να προστατεύσουν το βρέφος από τα προβλήματα του, να ανακουφίσουν τον πόνο της μητέρας (Lundqvist, Westas, & Hallstrom, 2007) και να ελέγξουν τι συμβαίνει στη MENN (Arockiasamy, Holsti, & Albersheim, 2008).

Η δημιουργία δεσμού ή προσκόλλησης αποτελεί βασικό αναπτυξιακό ορόσημο για τα βρέφη. Ωστόσο, μέχρι στιγμής η βιβλιογραφία έχει παρουσιάσει ασαφή στοιχεία σχετικά με την ποιότητα των σχέσεων προσκόλλησης των πρόωρων βρεφών και τις διαφορές μεταξύ τελειόμηνων βρεφών και πρόωρων βρεφών. Συγκεκριμένα, στη βιβλιογραφία αναφέρονται αντιφατικά ευρήματα για την ποιότητα προσκόλλησης πολύ μικρών και εξαιρετικά ελλιποβαρών πρόωρων βρεφών (Sherman, et al., 2015).

Για παράδειγμα, οι ακόλουθες μελέτες σημείωσαν μια παρόμοια κατανομή της ποιότητας προσκόλλησης των βρεφών (ασφαλής, ανασφαλής-αποφευχθείσα και ανασφαλής-αμφίρροπη) μεταξύ πρόωρων βρεφών και τελειόμηνων βρεφών (Brisch et al., 2005; Minde, Corter, & Goldberg, 1985; Rode, Change, Nian, Fisch, & Sroufe, 1981). Άλλες μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι τα πρόωρα βρέφη χαμηλού κινδύνου (που νοσηλεύθηκαν για λιγότερο από ένα μήνα) δεν διέφεραν από τα τελειόμηνα βρέφη κανονικά (Plunkett, Meisels, Stiefel, Pasick & Roloff, 1986). Φαίνεται ότι τα πρόωρα βρέφη υψηλού κινδύνου (όπως το μικρότερο βάρος κατά τη γέννηση, γέννηση πριν από τις 30 εβδομάδες κύησης και μειωμένη αναπνευστική ικανότητα) έχουν υψηλότερο ποσοστό ανασφαλούς συναισθηματικού δεσμού από τα πρόωρα βρέφη με χαμηλού κινδύνου (Plunkett, Klein & Meisels, 1988; Plunkett et. al., 1986).



Ουσιαστικά ένας ακόμη παράγοντας που επηρεάζει τον συναισθηματικό δεσμό σε βρέφη που γεννήθηκαν πρόωρα είναι τα διάφορα συνοδά ιατρικά προβλήματα.

Πρόσφατα, οι Brisch et al. (2005) προσπάθησαν να εξηγήσουν την ποιότητα προσκόλλησης των νεογνών με πολύ χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση (very low birth weight -VLBW) μέσω της κατάστασης της ποιότητας της προσκόλλησης των μητέρων στους γονείς τους. Υπολόγισαν ότι τα πρόωρα βρέφη με πολύ χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση μπορεί να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης ανασφαλούς προσκόλλησης/δεσμού ως αποτέλεσμα της μητρικής ανησυχίας σχετικά με την κατάσταση της υγείας και της ανάπτυξης του πρόωρου βρέφους. Στη μελέτη αυτή εξετάστηκαν τόσο η κατάσταση προσκόλλησης των μητέρων όσο και των βρεφών στους 6 και 14 μήνες αντίστοιχα. Οι ερευνητές βρήκαν ότι τα βρέφη με πολύ χαμηλό βάρος κατά τη γέννηση που έπασχαν από νευρολογική δυσλειτουργία ήταν πιο πιθανό να συνδέονται ανασφαλώς με τις μητέρες.

Η προσκόλληση στον πρόωρο βρεφικό πληθυσμό έχει μελετηθεί κυρίως από την προοπτική του βρέφους ή μέσω της προσκόλλησης της μητέρας στους γονείς της. Ωστόσο, μελέτες δείχνουν ότι η διαδικασία προσκόλλησης των μητέρων στα βρέφη τους είναι σε κίνδυνο όταν υπάρχει περίπτωση πρόωρης γέννησης (Borghini et al., 2006). Εκτός από τις προκλήσεις που παρουσιάζει ο φυσικός διαχωρισμός της μητέρας και του βρέφους, οι μητέρες μπορεί να υποφέρουν από τραύμα μετά την εμπειρία της πρόωρης γέννησης που μπορεί να επηρεάσει τα συναισθήματα και την ανταπόκρισή τους στο βρέφος τους (Kersting et al., 2004; Singer et al., 1999). Μελέτες έχουν δείξει ότι οι αλληλεπιδράσεις μητέρας-πρόωρου βρέφους διαφέρουν από εκείνες των τελειόμηνων βρεφών. Οι μητέρες των πρόωρων βρεφών έχει διαπιστωθεί ότι είναι ανήσυχες (Forcada-Guex, Pierrehumbert, Borghini, Moessinger, & Muller-Nix, 2006). Επιπλέον, τα πρόωρα βρέφη είναι πιο ευάλωτα σε προσοχής και νευροανάπτυξης, θέτοντας έτσι τον δεσμό μητέρας και βρέφους σε κίνδυνο για περαιτέρω δυσκολίες αλληλεπίδρασης

### **Οριοθέτηση προβλήματος προς μελέτη**

Οι σχέσεις γονέα-παιδιού αποτελούνται από εξωτερικές και εσωτερικές συνιστώσες. Η εξωτερική συνιστώσα είναι η αλληλεπίδραση συμπεριφοράς μεταξύ μητέρας και παιδιού, ενώ η εσωτερική συνιστώσα είναι οι προσδοκίες που κάθε

μέλος της σχέσης/δεσμού έχει τόσο για τη σχέση όσο και για το άλλο άτομο, ειδικά όσον αφορά την ανταπόκριση και τη φροντίδα (Kersting et al., 2004).

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης και του συναισθηματικού δεσμού μητέρας-πρόωρου βρέφους μέσα στο άτυπο πλαίσιο της MENN

# Κεφάλαιο 1. Συναισθηματικός δεσμός

## 1.1 Θεωρία προσκόλλησης και συναισθηματικού δεσμού

Η θεωρία προσκόλλησης (attachment theory) έχει χρησιμοποιηθεί ως ένα εννοιολογικό πλαίσιο για την κατανόηση της πολυπλοκότητας των σχέσεων των γονέων (που γίνονται για πρώτη φορά γονείς)-παιδιού και την αιτιολόγηση των διαφόρων παρεμβάσεων για την αναδυόμενη σχέση. Στο βιβλίο *Attachment and Loss*, ο Bowlby (1969/1982) όρισε τη σχέση γονέα-παιδιού ως μέρος ενός συμπεριφορικού συστήματος φροντίδας και προσκόλλησης που αντιπροσωπεύει τα θεμέλια της ψυχολογικής ανάπτυξης του παιδιού. Το σύστημα προσκόλλησης είναι ένα σύστημα "φροντίδας-αναζήτησης", έτσι ώστε οι συμπεριφορές του βρέφους να οργανώνονται ώστε αυτές να παραμένουν κοντά στον φροντιστή του (Cassidy, 2001). Το αμοιβαίο σύστημα ενηλίκων (reciprocal adult system) είναι ένα σύστημα φροντίδας, το οποίο οργανώνει τις συμπεριφορές των μητέρων γύρω από τον πρωταρχικό στόχο της διατήρησης της εγγύτητας του βρέφους ώστε να εξασφαλίζεται η ασφάλεια του (Solomon & George, 1996). Ο Bowlby (1969/1982) αναγνώρισε τις ευαίσθητες αντιδράσεις του πρωταρχικού φροντιστή (μητέρας) στο βρέφος της ως μία από τις συνθήκες που επηρεάζουν την ανάπτυξη μιας ασφαλούς σχέσης προσκόλλησης βρέφους-φροντιστή. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, βρέφη οι μητέρες των οποίων ανταποκρίνονται άμεσα και ευαισθητοποιημένα στις ανάγκες τους μαθαίνουν ότι μπορούν να υπολογίζουν στις μητέρες τους όταν χρειάζονται βοήθεια. Παρόλο που οι συμπεριφορές προσκόλλησης του βρέφους οδηγούνται αρχικά βιολογικά, καθώς το βρέφος ωριμάζει και αρχίζει να έρχεται σε επαφή με τους άλλους, η συμπεριφορά του τελικά οδηγείται στο γνωστικό επίπεδο με εσωτερικές αναπαραστάσεις ή με εσωτερικά μοντέλα εργασίας της προσκόλλησης (Cassidy, 2001).

## 1.2 Είδη προσκόλλησης

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970, πραγματοποιήθηκε μια σημαντική ανακάλυψη όσον αφορά την ικανότητα μέτρησης του στυλ προσκόλλησης των

βρεφών. Δημιούργησε μια κατάσταση αξιολόγησης που ονομάζεται Strange Situation (SS). Κατά τη διάρκεια ενός τμήματος της SS, το παιδί παρατηρείται για περίπου 20 λεπτά, κατά τη διάρκεια του οποίου ο γονέας του είναι παρών, αλλά τελικά το αφήνει για λίγα λεπτά και στη συνέχεια ένας ξένος μπαίνει στο δωμάτιο. Αυτό το πρότυπο αποσκοπεί στην τόνωση της συμπεριφοράς προσκόλλησης του παιδιού. Το αποτέλεσμα της επανασύνδεσης του παιδιού με τον γονέα πιστεύεται ότι αντιπροσωπεύει την ασφάλεια της προσκόλλησης του παιδιού στον γονέα του ή σε άλλο κύριο φροντιστή. Η βαθμολογία της κατάστασης αξιολόγησης SS ταξινομείται στη συνέχεια σε ασφαλή, ανασφαλή αμφιλεγόμενη, ανασφαλή αποφευκτική-αμυντική προσκόλληση, αποδιοργανωμένο προφίλ (Ainsworth et al., 1978).

Τα *ασφαλώς συνδεδεμένα παιδιά* εξερευνούν ελεύθερα το δωμάτιο ενώ πραγματοποιούν οπτική ή σωματική επαφή με τη μητέρα τους. Όταν ένα άγνωστο άτομο μπαίνει στο δωμάτιο, ένα ασφαλές παιδί μπορεί να αισθάνεται άνετα να αλληλοεπιδρά με τον ξένο σε παρουσία της μητέρας του, αλλά όχι όταν είναι μόνο του. Όταν η μητέρα τους επιστρέψει, το ασφαλώς προσκολλημένο παιδί θα αναζητήσει παρηγοριά από αυτήν. Πιστεύεται ότι το παιδί μπορεί να αισθάνεται παρηγοριά από τη μητέρα του επειδή ήταν ευαίσθητο στις ανάγκες του στο παρελθόν και έχει την προσδοκία ότι θα το ανακουφίσει και θα το ηρεμήσει. Τα ασφαλώς συνδεδεμένα παιδιά είναι στη συνέχεια σε θέση να επιστρέψουν στο παιχνίδι και στην εξερεύνηση, αισθάνονται την ασφάλεια γνωρίζοντας ότι μπορούν να επιστρέψουν στην ασφαλή βάση τους (η μητέρα τους ή άλλος φροντιστής) για να αναζητήσουν παρηγοριά εάν αναστατωθούν ξανά (Solomon & George, 1999b).

Αντίθετα, τα *παιδιά με ανασφαλή αμφιλεγόμενη προσκόλληση* (anxious-resistant (insecure) attachment) είναι ανήσυχα όταν τους δίνεται η ευκαιρία να παίζουν ακόμα και όταν η μητέρα τους είναι παρούσα. Η παρουσία της δεν του παρέχει την αίσθηση της ασφάλειας που απαιτείται για να εξερευνήσει τα παιχνίδια που διατίθενται σε αυτό το νέο περιβάλλον. Όταν η μητέρα αναχωρήσει, το παιδί είναι πολύ αναστατωμένο και όταν επιστρέψει, μπορεί να προσκολληθεί σε αυτήν ή να παραμείνει κοντά της, αλλά μπορεί να είναι δυσαρεστημένο ή μπορεί να συμπεριφέρεται θυμωμένα, να την χτυπήσει και να την ωθήσει. Το ανησυχητικό προσκολλημένο παιδί μπορεί επίσης να αντισταθεί στις προσπάθειες της μητέρας του να το καταπραΰνει. Αυτός ο τρόπος αλληλεπίδρασης συχνά αναπτύσσεται από την ασυνεπή φροντίδα και την ανυπαρξία στις ανάγκες του παιδιού (Zeanah et al., 1999).

Ένα παιδί με *αποφευκτική ανασφάλεια* (avoidant insecure attachment) θα παρουσιάσει μικρή συναισθηματική αλλαγή όταν ο φροντιστής το αφήσει μόνο του στο δωμάτιο με τα παιχνίδια και θα αποφύγει ή θα αγνοήσει τη μητέρα του όταν επιστρέψει. Μπορεί να συμπεριφερθεί στον ξένο με τον ίδιο τρόπο που συμπεριφέρεται στη μητέρα του. Μπορεί επίσης να τρέξει μακριά από τη μητέρα του όταν το πλησιάζει ή προσπαθεί να το παρηγορήσει. Τα παιδιά με αυτό το στυλ προσκόλλησης πιστεύεται ότι έχουν λάβει ένα αποσυνδεδεμένο ή ακόμη περισσότερο ένα απορριπτικό στυλ γονικής μέριμνας. Το παιδί δεν έχει την προσδοκία ότι οι επικοινωνιακές του προσπάθειες θα έχουν ανταπόκριση (Solomon & George, 1999b).

Τέλος, ένα παιδί με *αποδιοργανωμένη προσκόλληση* δεν επιδεικνύει μια συνεκτική στρατηγική προσκόλλησης όταν ο γονέας το αφήνει και στη συνέχεια επιστρέφει. Αυτό εκδηλώνεται με εξαιρετικά ποικίλους τρόπους, συμπεριλαμβανομένης της "οξείας και μερικές φορές παράξενης συμπεριφοράς σύγκρουσης προσέγγισης-αποφυγής, τη διακοπή ή τις εσφαλμένες και ασυμβίβαστες, στερεότυπες ή άσχετες συμπεριφορές, τον αποπροσανατολισμό και τη σύγχυση και φόβο προς τον γονέα (Solomon & George, 1999a). Έχουν προταθεί διάφορες αιτιολογίες για την αποδιοργάνωση της προσκόλλησης: (1) η εμπειρία του παιδιού από παρατεταμένο ή επαναλαμβανόμενο διαχωρισμό από τον γονέα του (Solomon & George, 1999b), (2) η γονική απόρριψη - καθώς αυτές οι συμπεριφορές ενεργοποιούν το σύστημα προσκόλλησης του παιδιού και εμποδίζουν το παιδί να επιτύχει μια απόφαση (Solomon & George, 1999a), (3) το πιθανό βίωμα/εμπειρία του παιδιού από τον γονέα από τον οποίο έχει τρομοκρατηθεί ή/και φοβηθεί (Main & Hesse, 1990), και (4) η απώλεια ενός γονέα κατά τη διάρκεια της πρώιμης παιδικής ηλικίας (Zeanah et al., 1999).

Οι Main και Goldwyn (1984) επέκτειναν την αξιολόγηση της συμπεριφοράς προσκόλλησης ώστε να συμπεριλάβουν τα στυλ προσκόλλησης ενηλίκων των ίδιων των γονέων του συμμετέχοντα μέσω της συνέντευξης προσκόλλησης ενηλίκων (Adult Attachment Interview-AAI). Το AAI είναι μια αξιολόγηση που βασίζεται σε συνέντευξη που ταξινομεί την κατάσταση του γονέα σε σχέση με τη γονική του προσκόλληση. Οι Main, Kaplan και Cassidy (1985) βρήκαν μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των γονικών βαθμολογιών AAI και της συμπεριφοράς του παιδιού προς αυτόν τον γονέα κατά τη διάρκεια της SS. Αυτή ήταν η πρώτη φορά που οι εσωτερικές αναπαραστάσεις θεωρήθηκαν ως πιθανός διαμεσολαβητής των διαφορών στη

συμπεριφορά των γονέων (Hesse, 1999). Το AAI περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις που διερευνούν τις εμπειρίες των ατόμων με τους γονείς τους και άλλες μορφές προσκόλλησης, απώλειες ή τραύματα και εμπειρίες με τα παιδιά τους. Η συνέντευξη μεταγράφεται και στη συνέχεια κωδικοποιείται από εκπαιδευμένο επαγγελματία ο οποίος έχει ελεγχθεί για την αξιοπιστία του μετά από περίπου 18 μήνες δοκιμασίες. Η διαδικασία βαθμολόγησης περιλαμβάνει την αξιολόγηση της αφήγησης του ατόμου για συνοχή, ειλικρίνεια και συνάφεια. Από την ανάλυση των δεδομένων AAI, τα πρότυπα εσωτερικών αναπαραστάσεων μπορούν να βρεθούν ανάλογα με τη συμπεριφορά των παιδιών στην SS. Αυτά τα πρότυπα δεν εκδηλώνονται με τον τρόπο που οι ενήλικες περιγράφουν τα γεγονότα στη ζωή τους, αλλά με τον τρόπο που αυτά τα γεγονότα θυμούνται και οργανώνονται.

Οι Main et al. (1985) περιέγραψαν αρχικά τρία πρότυπα προσκόλλησης ενηλίκων: *την αυτονομία, την απορρόφηση και την απόρριψη*. Οι αυτόνομοι ενήλικες, όπως τα ασφαλή βρέφη, μπορούν να αναζητούν άνεση και να επικοινωνούν σε καταστάσεις θλίψης με σαφή τρόπο. Έχουν πρόσβαση σε θετικές και αρνητικές συνιστώσες των πρώιμων εμπειριών προσκόλλησης και έτσι είναι σε θέση να κατανοήσουν αυτές τις εμπειρίες με ισορροπημένο τρόπο, εκτιμώντας τα δυνατά σημεία και τις προκλήσεις της ανατροφής τους. Ενώ οι ενήλικες που ανήκουν στην κατηγορία της «*απορρόφησης*» είναι συγκλονισμένοι από τις επιπτώσεις που συνδέονται με τις πρώτες εμπειρίες προσκόλλησης. Όπως τα ανασφαλή βρέφη, δεν είναι σε θέση να ρυθμίζουν τα συναισθήματά τους, προκειμένου να εκφράζουν με σαφήνεια την ανάγκη παρηγοριάς. Η *απόρριψη* των ενηλίκων, αντιθέτως, περιγράφει τις πρώιμες εμπειρίες προσκόλλησης κατά τρόπο αντιφατικό. Μπορούν να εξιδανικεύσουν την εμπειρία της πρώιμης σχέσης και να περιγράψουν τα οδυνηρά γεγονότα με απομακρυσμένο τρόπο.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η ανασφαλής προσκόλληση σε ένα παιδί δεν προβλέπει πάντα μια ανασφαλή προσκόλληση στην ενηλικίωση (Main & Goldwyn, 1984). Οι ενήλικες που ανέπτυξαν μια ασφαλή προσκόλληση κατάφεραν να σκεφτούν κριτικά την παιδική τους ηλικία απομακρύνοντας και θεωρώντας τις δικές τους γνωστικές διαδικασίες ως αντικείμενα σκέψης και οργανώνοντας τις εμπειρίες του παρελθόντος με συνεκτικό και συνεργατικό τρόπο. Φαίνεται ότι αυτοί οι ενήλικες αξιοποιούν ένα μέσο «*μεταγνωστικής παρακολούθησης*» (meta-cognitive monitoring) είτε μέσω της θεραπείας είτε μέσω ενός άλλου μέσου αυτο-αντανάκλασης και

ανάλυσης, στο οποίο είναι σε θέση να κατασκευάσουν ή να ανακατασκευάσουν μια ισορροπημένη αναπαράσταση διατηρώντας τόσο τα θετικά όσο και τα αρνητικά συστατικά του παρελθόντος.

Επιπλέον, η ποιότητα ή η ασφάλεια των αναπαραστάσεων ενός ατόμου από τους ίδιους τους γονείς έχει συνδεθεί με την προσκόλληση του παιδιού σ' αυτούς (Benoit & Parker, 1994; Main et al., 1985; Ward & Carlson, 1995) καθώς και με την συνεχιζόμενη σχέση με το παιδί. Καθώς ο γονέας ενημερώνεται από τις δικές του αναπαραστάσεις, το παιδί αναπτύσσει σταδιακά ένα λειτουργικό μοντέλο προσκόλλησης που βασίζεται στο πώς το φροντίζει ο γονέας του. Κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής, τα μοντέλα εργασίας σταθεροποιούνται καθώς αναπτύσσονται οι προσδοκίες για το πώς λειτουργούν οι σχέσεις και τι μπορεί κανείς να αναμένει από άλλους ανθρώπους όσον αφορά την ανταπόκριση και τη φροντίδα. Μέσω αυτής της εμπειρίας, το νεαρό παιδί αναπτύσσει επίσης ένα μοντέλο εαυτού, με το οποίο εσωτερικεύει τις υποθέσεις σχετικά με το πόσο αποτελεσματικό είναι στη χρήση σχέσεων, πόσο αξιόλογο είναι και πόσο αξίζει να λαμβάνει φροντίδα (Benoit & Parker, 1994).

Όταν τα αρνητικά μοντέλα εργασίας παραμορφώνουν την αντίληψη του γονέα για το μικρό παιδί του, μπορεί να δημιουργηθεί ένας κύκλος μέσω του οποίου οι υποκειμενικοί αυτοί παράγοντες αλληλοεπιδρούν με τα χαρακτηριστικά του παιδιού δημιουργώντας αλληλεπιδράσεις που διαμορφώνουν τη συμπεριφορά του παιδιού (Cramer & Stern, 1988). Τα μικρά παιδιά είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα στις επιπτώσεις αυτών των διαστρεβλωμένων αλληλεπιδράσεων, καθώς δεν έχουν ακόμα άλλες εμπειρίες ζωής ή ακόμα και τη γνωστική ικανότητα να αμφισβητούν την εγκυρότητα των εντυπώσεων των γονιών τους ή να αμφισβητούν την καταλληλότητα της συμπεριφοράς των γονιών τους. Ως αποτέλεσμα, τα μικρά παιδιά μπορούν να αποφασίσουν ότι οι αρνητικές αναπαραστάσεις των γονιών τους είναι αληθινές και ότι η κατάχρηση, η απόρριψη ή η κακή συμπεριφορά των γονιών τους έναντι αυτών είναι κάτι που τους αξίζει. Επιπρόσθετα, μπορεί να αναπτύξουν άμυνες για να προστατευθούν από αυτή την κατάσταση (Cassidy, 2001). Αυτές οι ψυχολογικές άμυνες, οι οποίες προσαρμόζονται στην προστασία του παιδιού από την απογοήτευση και τον πόνο που προκαλείται από την έλλειψη διαθεσιμότητας, είναι ακατάλληλες όταν χρησιμοποιούνται σε μεταγενέστερες καταστάσεις σχέσεων όπου ασφαλείς στρατηγικές θα ήταν πιο αποτελεσματικές. Προκειμένου να διατηρηθούν αυτές οι

στρατηγικές, ένα άτομο πρέπει να οικοδομήσει διαφοροποιημένα μοντέλα εργασίας και να υιοθετήσει στρατηγικές αναποτελεσματικής ρύθμισης των επιπτώσεων, οι οποίες ενδέχεται να παρεμποδίσουν την επακόλουθη ανάπτυξη και να παρεμποδίσουν τις προσπάθειες δημιουργίας στενής σχέσης (Mikulincer & Shaver, 2008).

### 1.3 Σύστημα φροντίδας

Όπως αναφέρθηκε στην προηγούμενη ενότητα, οι σχέσεις περιέχουν τόσο εξωτερικές (παρατηρήσιμες συμπεριφορές) όσο και εσωτερικές συνιστώσες. Η εσωτερική συνιστώσα της σχέσης έχει ονομαστεί σύστημα παροχής φροντίδας (caregiving system). Σύμφωνα με τους Solomon & George (1996), το σύστημα φροντίδας είναι αμοιβαίο με το σύστημα προσκόλλησης για το βρέφος. Μέσα στο σύστημα προσκόλλησης, πιστεύεται ότι το βρέφος αναζητά τον φροντιστή του σε περιόδους άγχους ή φόβου ως ασφαλή βάση. Στο πλαίσιο του συστήματος φροντίδας, ο γονέας ή ο φροντιστής αναζητούν το βρέφος για να τον προστατεύσουν. Η φροντίδα είναι ένα από τα πολλά κίνητρα των γονικών (ή άλλων φροντιστών) συστημάτων και μπορεί να μην επικαλύπτεται πάντα με το σύστημα προσκόλλησης του βρέφους. Για παράδειγμα, η μητέρα δεν είναι ο μόνος ρόλος που προσπαθεί να εκπληρώσει μια γυναίκα, μπορεί επίσης να είναι γυναίκα, κόρη, υπάλληλος, φίλη και μέλος της κοινότητας. Ως εκ τούτου, οι φροντιστές αναζητούν ισορροπία μεταξύ της ανάγκης τους να προστατεύουν και να γαλουχήσουν το παιδί τους και την ανάγκη τους να επιδιώκουν άλλους στόχους, ακριβώς όπως τα βρέφη επιδιώκουν να εξισορροπήσουν την εξερεύνηση με την αίσθηση της ασφάλειας μέσω του φροντιστή τους. Ως αποτέλεσμα της μοναδικής συμβολής των οικογενειακών πλαισίων, του πολιτισμού και των ατομικών αναγκών και επιθυμιών, ο τρόπος με τον οποίο ο γονέας φροντίζει για το παιδί του θα διαφέρει από γονέα σε γονέα, από παιδί σε παιδί και από οικογένεια σε οικογένεια. Επιπροσθέτως, οι κοινωνικές πιέσεις, οι κοινωνικές ενισχύσεις, οι απαιτήσεις ενός συγκεκριμένου παιδιού και οι δικές του εμπειρίες προσκόλλησης μπορεί να επηρεάσουν την αντίληψή του για κίνδυνο ή ασφάλεια και έτσι να μεταβάλλουν τη συμπεριφορά φροντίδας (Mikulincer & Shaver, 2008).

Επομένως, το σύστημα φροντίδας είναι ευαίσθητο στο πλαίσιο στο οποίο ζει η μητέρα. Για παράδειγμα, η υποστήριξη μπορεί να βοηθήσει τη μητέρα να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις φροντίδας για ένα μικρό παιδί. Η υποστήριξη μπορεί να



παρέχεται μέσω συνομιλιών με φίλους ή μέσω της στήριξης της οικογένειας ή μέσω της ανακούφισης των φυσικών απαιτήσεων της φροντίδας, όπως η ανάπαυση της μητέρας ενώ κάποιος άλλος κάνει τις δουλειές του σπιτιού ή φροντίζει το βρέφος. Χωρίς υποστήριξη και με την έκθεση σε ένα αγχωτικό περιβάλλον όπως μια απαιτητική εργασία, οικονομικές ανησυχίες, μια επικίνδυνη κοινότητα, οικογενειακή βία ή υποστήριξη ενός παιδιού με ειδικές ανάγκες, μπορεί να επηρεαστεί η ανάγκη της μητέρας να προστατεύσει ή να στηρίξει το βρέφος (Slade & Cohen, 1996).

Οι αναπαραστάσεις της μητέρας σχετίζονται με εσωτερικά μοντέλα εργασίας του βρέφους καθώς και με εσωτερικά μοντέλα εργασίας του συστήματος φροντίδας. Οι σχέσεις πρώιμης προσκόλλησης της μητέρας επηρεάζουν όχι μόνο το εσωτερικό μοντέλο εργασίας του παιδιού της, αλλά και τα εσωτερικά μοντέλα της δικής της φροντίδας. Επομένως, η μητέρα θα έχει προσδοκίες από τον ίδιο της τον εαυτό ως μητέρα, αυτό που αισθάνεται ότι είναι ο ρόλος της στη φροντίδα του παιδιού της, πώς αντιδρά στο παιδί της, αυτό που αντιλαμβάνεται ως επικίνδυνο και τι περιμένει από το παιδί της. Επιπλέον, ορισμένοι ερευνητές θεωρούν την ανάπτυξη των εσωτερικών αναπαραστάσεων του παιδιού ως εγγενή στην ανάπτυξη των εσωτερικών παραστάσεων της φροντίδας (ή της γονικής μέριμνας) και της σχέσης γονέα-παιδιού (Bretherton, Biringen, Ridgeway, Maslin & Sherman, 1989; Zeanah, Benoit, Barton, & Regan, 1995).

#### **1.4 Εννοιολογική προσέγγιση της σχέσης γονέα-παιδιού**

Κάθε σχέση είναι πολύπλοκη και προέρχεται από τις παρούσες και τις προηγούμενες εμπειρίες του κάθε ατόμου. Όταν παρατηρείται μια αλληλεπίδραση μεταξύ γονέα και παιδιού, ένας ξένος είναι μόνο σε θέση να παρατηρήσει τη συμπεριφορική αλληλεπίδραση, δηλαδή την εξωτερική συνιστώσα της σχέσης. Ωστόσο, η συμπεριφορική αλληλεπίδραση καθοδηγείται επίσης από την εσωτερική συνιστώσα, η οποία παρέχει νόημα στη δεδομένη συμπεριφορά (Stern, 1995).

Ακριβώς όπως και ο γονέας και το παιδί συνεισφέρουν στοιχεία συμπεριφοράς σε μια αλληλεπίδραση, κάθε μέλος της σχέσης παρουσιάζει επίσης εσωτερικές αναπαραστάσεις και προσδοκίες για τον άλλο (Stern, 1995). Οι Stern-Bruschweiler & Stern (1989) παρουσίασαν ένα βασικό μοντέλο για τον χαρακτηρισμό της σχέσης νηπίου-γονέα, εστιάζοντας σε τέσσερα συστατικά της

σχέσης. Τα συστατικά είναι: (1) οι συμπεριφορές αλληλεπίδρασης του βρέφους, (2) η ανοικτή διαδραστική συμπεριφορά της μητέρας - παρουσιάζοντας έτσι με τις δύο πλευρές μια αμοιβαία αλληλεπίδραση, (3) η εκπροσώπηση της μητέρας σε αυτή την αλληλεπίδραση και (4) η εκπροσώπηση του βρέφους σε αυτή την αλληλεπίδραση. Μέσα σε αυτό το μοντέλο, η σχέση θεωρείται ως ένα ανοιχτό σύστημα, έτσι ώστε αυτά τα τέσσερα στοιχεία να επηρεάζουν το ένα το άλλο.

Η εξωτερική (συμπεριφορική) συνιστώσα της σχέσης αποδεικνύεται από επαναλαμβανόμενα πρότυπα αλληλεπίδρασης συμπεριφοράς μεταξύ γονέα και παιδιού, όπως ο τρόπος που η μητέρα ανταποκρίνεται στο κλάμα του βρέφους της, τον τρόπο με τον οποίο ταΐζει το βρέφος και τον τρόπο με τον οποίο αλληλοεπιδρά με το βρέφος. Αντίθετα, η εσωτερική συνιστώσα της σχέσης αποδεικνύεται από επαναλαμβανόμενα πρότυπα υποκειμενικής εμπειρίας που μπορούν να επηρεαστούν από τον τρόπο που η μητέρα κατανοεί το βρέφος της, τον οποίο το θυμάται το βρέφος και πώς αισθάνεται τη σχέση τους (Stern-Bruschweiler & Stern, 1989).

Οι εσωτερικές αναπαραστάσεις αφορούν τον τρόπο με τον οποίο οι εμπειρίες έχουν κωδικοποιηθεί στο μυαλό και έχουν περιγραφεί στο πλαίσιο διαφόρων θεωρητικών πλαισίων. Οι εσωτερικές αναπαραστάσεις θεωρούνται ως «μοντέλα εσωτερικής αναπαράστασης» στη θεωρία προσκόλλησης, «ψυχικές παραστάσεις» στην ψυχαναλυτική θεωρία, «σχηματικές δομές» (Piaget & Inhelder, 1969) ή «σενάρια» (Fivush, 1997) στην γνωστική και αναπτυξιακή ψυχολογία ή "παραστάσεις αλληλεπίδρασης που έχουν γενικευθεί (RIG)" στην αναπτυξιακή κλινική θεωρία του Stern. Τα μοντέλα εσωτερικής αναπαράστασης (IWMs) είναι διανοητικές αναπαραστάσεις συγκεκριμένες για τις σχέσεις και την κοινωνική συναισθηματική λειτουργία, ενώ τα σχήματα ή τα σενάρια σχετίζονται με τη γνωστική λειτουργία. Αυτή η διαφορά είναι σημαντική, καθώς το μοντέλο ενός ατόμου ή η εκπροσώπηση των σχέσεων είναι συχνά πιο επιρρεπής στην επιρροή των συναισθημάτων όπως η αγάπη, το μίσος, η αγωνία και η ντροπή και είναι επίσης ευάλωτη στην καταστολή και την οικοδόμηση άμυνας σε κάποιες καταστάσεις άγχους (Karen, 1998). Σε αντίθεση με τον Stern (2000) οι «απεικονίσεις αλληλεπίδρασης που έχουν γενικευτεί (Interaction that have been Generalized /RIGs)», έχουν διαφορετικό μέγεθος και σειρά από ένα μοντέλο εσωτερικής αναπαράστασης, τα RIG είναι τα δομικά στοιχεία από τα οποία κατασκευάζονται τα μοντέλα εσωτερικής αναπαράστασης. Το RIG είναι μια αναπαράσταση ενός

συγκεκριμένου τύπου αλληλεπίδρασης, ενώ τα μοντέλα εσωτερικής αναπαράστασης είναι μια μεγαλύτερη αντιπροσώπευση, ένας μέσος όρος πολλών καταστάσεων ή συγκεκριμένων αλληλεπιδράσεων. Για παράδειγμα, ένα RIG μπορεί να αντιπροσωπεύει πολλές συγκεκριμένες εμπειρίες (όπως τη σίτιση, την αλλαγή πάνας, το παιχνίδι και ούτω καθεξής) που λαμβάνουν χώρα μεταξύ μητέρας και παιδιού, ενώ τα μοντέλα εσωτερικής αναπαράστασης μπορεί να αντιπροσωπεύουν τη σχέση μεταξύ μητέρας και παιδιού (Stern, 2000).

Τα εσωτερικά μοντέλα εργασίας χρησιμοποιούνται για να δομήσουν την ερμηνεία των κοινωνικών πληροφοριών ενός ατόμου, έτσι ώστε οι πεποιθήσεις και οι προσδοκίες των επακόλουθων σχέσεων να χρωματίζονται από την προηγούμενη εμπειρία της υπεύθυνης ή μη υπεύθυνης φροντίδας (Bretherton & Munholland, 1999). Αυτά τα εσωτερικά μοντέλα αναπαράστασης επηρεάζουν τη συμπεριφορά των γονέων στις σχέσεις φροντίδας των παιδιών. Οι γονείς επηρεάζονται με τα δικά τους εσωτερικά μοντέλα αναπαράστασης μεμονωμένα καθώς δημιουργούν το πλαίσιο των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων με τα δικά τους παιδιά. Το εσωτερικό μοντέλο αναπαράστασης της ίδιας της μητέρας επηρεάζει την αντίληψή της για το δικό της παιδί και συνεπώς την αλληλεπίδρασή της με το παιδί, επηρεάζοντας έτσι το εσωτερικό πρότυπο αναπαράστασης του ίδιου του παιδιού της (Ainsworth & Eichberg, 1991; Fonagy, Steele, & Steele, 1991; Main & Goldwyn, 1990).

Περαιτέρω, όταν οι πρώιμες σχέσεις γονέα-παιδιού υποφέρουν από διαταραχές ή σημαντικές προκλήσεις, η διαχείριση μπορεί να στοχεύει σε παραστάσεις ή / και στην συμπεριφορά. Αυτά τα εσωτερικά και εξωτερικά συστατικά της γονικής σχέσης παιδιών μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως βασικές αρχές στην ψυχοθεραπεία (Sameroff, 2004). Οι διαταραχές της σχέσης συχνά εκδηλώνονται σε ρυθμιστικά ζητήματα της παιδικής ηλικίας, προβλήματα διατροφής, υπερβολικό κλάμα, θλίψη, μειωμένο επίπεδο δραστηριότητας και / ή δυσκολία στον ύπνο. Οι γονείς μπορεί να υποφέρουν από κατάθλιψη, άγχος, άλλες ψυχολογικές προκλήσεις ή / και διαταραγμένα εσωτερικά μοντέλα αναπαράστασης σχέσεων. Το παρελθόν τους χρωματίζει την αναπτυσσόμενη σχέση με το παιδί τους καθώς συνεχίζει να διαμορφώνει την εικόνα του βρέφους για τον εαυτό του και την εμπειρία του να είναι σε μια σχέση (Sameroff, 2004).

Τα εσωτερικά μοντέλα αναπαράστασης των γονέων που αναπτύχθηκαν κατά τη δική τους παιδική ηλικία, αναπτύχθηκαν πριν από τη γλωσσική επάρκεια.

Επομένως, αυτές οι εσωτερικεύσεις των πρώιμων σχέσεων συχνά επεξεργάζονται ως παραστάσεις, κανόνες και μοντέλα που δεν μπορούν να προσπελασθούν προφορικά χωρίς υποστήριξη (Wallin, 2007b). Μέσω της θεραπείας, ένα άτομο μπορεί αναθεωρήσει αυτό που αρχικά είχε μάθει στις πρώιμες σχέσεις του και με αυτόν τον τρόπο μπορεί να κατασκευαστεί ένα νέο εσωτερικό μοντέλο αναπαράστασης των σχέσεων.

Η θεραπεία μπορεί επίσης να στοχεύει σε εμφανείς συμπεριφορικές συνιστώσες της πρώιμης σχέσης. Για παράδειγμα, οι κλινικοί γιατροί μπορεί να υποστηρίξουν τους γονείς στις στρατηγικές διαχείρισης μαθησιακών συμπεριφορών που είναι πιο αποτελεσματικές, παρέχοντας οδηγίες για τη διατροφή ή το παιχνίδι. Με αυτή την προσέγγιση η συμπεριφορική αλληλεπίδραση (και όχι το εσωτερικό μοντέλο αναπαράστασης) πιστεύεται ότι είναι η άμεση αιτία δυσκολίας στη σχέση. Ωστόσο, με βάση την τρέχουσα έρευνα δεν φαίνεται να υπάρχουν διαφορές μεταξύ των αποτελεσμάτων του κάθε τύπου παρέμβασης (McDonough, 2004).

### **1.5 Μοντέλο οικολογικών συστημάτων**

Κατά την εξέταση της σχέσης των πρώιμων σχέσεων γονέων-παιδιού είναι επίσης σημαντικό να εξεταστεί το ευρύτερο πλαίσιο. Κάθε άτομο ενσωματώνεται και επηρεάζεται από τις οικογενειακές σχέσεις, τον πολιτισμό, την κοινότητα, την κοινωνική υποστήριξη, τους κοινοτικούς πόρους, την οικονομία και την πολιτική. Στο βιβλίο του "Η Οικολογία της Ανθρώπινης Ανάπτυξης" του 1979, ο Bronfenbrenner υπογράμμισε τη σημασία του αναπτυξιακού πλαισίου για την ανθρώπινη ανάπτυξη. Ο γονέας και το παιδί μέσα σε αυτό το σύστημα είναι μέρη πολλών αλληλένδετων οικολογικών επιπέδων (συστήματα φωλιάσματος), τα οποία έχουν σημαντικό αντίκτυπο στο παιδί, τον γονέα, την οικογένεια και στην ποιότητα ζωής στην κοινωνία:

*«Όπως ένα σύνολο κούκλων, τα πλαίσια της ανθρώπινης ανάπτυξης λειτουργούν με έντονο τρόπο, καθένα από τα οποία επεκτείνεται αλλά περιέχει το μικρότερο. Ο καθένας επηρεάζει ταυτόχρονα και επηρεάζεται από τους άλλους. Έτσι το πλαίσιο της οικογένειας ταιριάζει με αυτό της γειτονιάς, το πλαίσιο της γειτονιάς στο ευρύτερο πλαίσιο της πόλης, της εργασίας και της κυβέρνησης και όλα τα πλαίσια στο*

*μεγαλύτερο πλαίσιο του πολιτισμού. Όποιοι και αν είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν οποιοδήποτε ευρύτερο πλαίσιο φίλτρου μπορούν να επηρεάσουν και την εσωτερική μονάδα, την οικογένεια (Bronfenbrenner, 2005, σελ. 261)»*

Αυτά τα συστήματα φωλιάσματος περιγράφονται επίσης ως το μικροσύστημα, το μεσοσύστημα, το εξωσύστημα και το μακροσύστημα. Στο κέντρο του συστήματος φωλιάσματος βρίσκεται ο αναπτυσσόμενος άνθρωπος. Η οικολογία της ανθρώπινης ανάπτυξης περιλαμβάνει την «επιστημονική μελέτη της προοδευτικής, αμοιβαίας αλληλεπίδρασης μεταξύ ενός ενεργού, αναπτυσσόμενου ανθρώπου και των μεταβαλλόμενων ιδιοτήτων των άμεσων ρυθμίσεων στις οποίες ζει ο αναπτυσσόμενος άνθρωπος, καθώς αυτή η διαδικασία επηρεάζεται από τις σχέσεις μεταξύ αυτών των συνθηκών και από τα ευρύτερα περιβάλλοντα στα οποία ενσωματώνονται οι ρυθμίσεις» (Bronfenbrenner, 1979, σελ. 21). Στον ορισμό αυτό, ο Bronfenbrenner σημειώνει ότι το παιδί δεν θεωρείται κενό, θεωρεί την ανάπτυξη ως μια δυναμική, αμοιβαία αλληλεπίδραση μεταξύ της βιολογίας και του περιβάλλοντος. Αποσαφηνίζει περαιτέρω μέσω της περιγραφής των διαφόρων συστημάτων φωλιάσματος ότι το περιβάλλον δεν περιορίζεται σε ένα μόνο, άμεσο περιβάλλον αλλά επεκτείνεται ώστε να ενσωματώνει τις διασυνδέσεις μεταξύ αυτών των ρυθμίσεων καθώς και τις εξωτερικές επιρροές που προέρχονται από το μεγαλύτερο περιβάλλον. Το μικροσύστημα σχετίζεται με το άμεσο περιβάλλον του ατόμου (περιβάλλον) και τις δραστηριότητες, τους ρόλους και τις διαπροσωπικές σχέσεις στις οποίες εμπλέκεται. Ένα μεσοσύστημα αφορά ένα σύνολο μικροσυστημάτων μέσα στην αναπτυξιακή θέση ενός ατόμου κατά τη διάρκεια ενός δεδομένου χρονικού σημείου. Το εξωσύστημα σχετίζεται με περιστατικά που εμπεριέχουν έμμεσα το παιδί, όπως το έργο των γονέων του, το σχολείο στο οποίο συμμετείχαν οι μεγάλοι αδελφοί, το δίκτυο φίλων των γονέων, οι δραστηριότητες του τοπικού σχολικού συμβουλίου κ.ο.κ. Το μακροσύστημα αναφέρεται στο "ανώτερο επίπεδο της οικολογίας της ανθρώπινης ανάπτυξης". Είναι το επίπεδο που περιλαμβάνει τον πολιτισμό, τα μακροοικονομικά όργανα (όπως η κυβέρνηση) και τη δημόσια πολιτική. Το μακροσύστημα επηρεάζει τη φύση της αλληλεπίδρασης σε όλα τα άλλα επίπεδα της οικολογίας της ανθρώπινης ανάπτυξης (Lerner, Dowling, & Chaudhuri, 2005).

Το μοντέλο του Bronfenbrenner (1979) μας επιτρέπει να κατανοήσουμε καλύτερα πώς και γιατί το αναπτυξιακό πλαίσιο κάθε ατόμου είναι μοναδικό και ως

αποτέλεσμα, η εμπειρία κάθε ατόμου σε αυτόν τον κόσμο είναι μοναδική. Ως αποτέλεσμα, κάθε γονέας και κάθε οικογένεια θα μεγαλώσει το παιδί του διαφορετικά, δεδομένων της δυναμικής επίδρασης των συστημάτων φωλιάσματος. Επιπλέον, το μακροσύστημα έχει τη δύναμη να επηρεάζει όλα τα επίπεδα φωλιάσματος. Ο πολιτισμός είναι ένα στοιχείο αυτού του συστήματος που έχει ένα μοναδικό ρόλο όχι μόνο να επηρεάζει όλα τα επίπεδα φωλιάσματος αλλά και να επηρεάζει τη συμπεριφορά καθώς και τον τρόπο ερμηνείας των πληροφοριών. Ο πολιτισμός είναι, στην πραγματικότητα, αυτό που δίνει νόημα στην ανθρώπινη συμπεριφορά.

Ο ανθρωπολόγος Edward T. Hall (1977) δήλωσε, «δεν υπάρχει μια πτυχή της ανθρώπινης ζωής που δεν την επηρεάζει και δεν μεταβάλλεται από τον πολιτισμό» (σελ. 16). Οι πολιτισμικοί κανόνες επηρεάζουν τις αρχές των γονέων σχετικά με την ανατροφή των παιδιών καθώς και τις προσδοκίες για τη συμπεριφορά του παιδιού τους. Ως αποτέλεσμα, η ικανότητα του παιδιού να εκφράζεται συναισθηματικά επηρεάζεται έντονα από τα πρότυπα σχετικά με τη φύση της συναισθηματικής ζωής που κατέχουν οι ενήλικες στην κοινωνική του σφαίρα (Miller & Sperry, 1987). Μέσω της διαδικασίας ανατροφής των παιδιών, οι γονείς μεταδίδουν τα δικαιώματα και τα λάθη της κοινωνίας και άλλες γνώσεις που θεωρούν σημαντικές για τα παιδιά τους. Αυτή η διαδικασία ξεκινά από τη γέννηση και μεταδίδεται μέσω ενός οικογενειακού συστήματος που ενσωματώνεται σε ένα ευρύτερο κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο (Garcia-Coll & Meyer, 1993, σελ. 56). Αυτή η διαδικασία επηρεάζεται περαιτέρω από την πολύπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ των εμπειριών της ζωής ενός γονέα και των πεποιθήσεών του ή αξιών που επηρεάζουν την ερμηνεία της συμπεριφοράς στο πλαίσιο και τη συναισθηματική κοινωνικοποίηση. Περαιτέρω, τα εσωτερικά μοντέλα αναπαράστασης των φροντιστών επηρεάζονται επίσης από αυτά που ανέφεραν οι Garcia-Coll et al. (1996) ως ένα ενοποιητικό μοντέλο για αναπτυξιακές δεξιότητες στα παιδιά μειονοτήτων. Το μοντέλο επικεντρώνεται σε τρεις πτυχές του περιβάλλοντος: (1) την κοινωνική θέση (φυλή, κοινωνική τάξη, εθνικότητα, φύλο), (2) το ρατσισμό, την προκατάληψη, τις διακρίσεις και την καταπίεση και (3) το διαχωρισμό. Για τα παιδιά που είναι μειονότητες, αυτές οι οδοί μπορούν να εργαστούν σε συνεργασία για να δημιουργήσουν διαφορετικές και ακόμη και εχθρικές εμπειρίες που τελικά επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο τα παιδιά αναπτύσσονται. Περαιτέρω, ο Ogbu (1981) υποδεικνύει ότι οι γονείς έχουν επίγνωση

αυτών των πλαισίων και ότι μεγαλώνουν τα παιδιά τους με τις δεξιότητες που είναι απαραίτητες για την πλοήγηση στο μοναδικό περιβάλλον τους. Ως εκ τούτου, είναι σαφές ότι διαφορετικά περιβάλλοντα απαιτούν διαφορετικές δεξιότητες και ότι δεν υπάρχει καθολική βέλτιστη στρατηγική ανατροφής.

## 1.6 Σύνοψη κεφαλαίου

Συνοπτικά, οι σχέσεις μεταξύ των μικρών παιδιών και των φροντιστών τους είναι σύνθετες, δυναμικές και ισχυρές. Έχουν την ικανότητα να υποστηρίζουν ή να παρεμβαίνουν στην αναπτυσσόμενη αυτοεκτίμηση του παιδιού, στην ικανότητά του να αναζητά και να διατηρεί αμοιβαία ικανοποιητικές στενές σχέσεις και στην παροχή ενός υποστηρικτικού συναισθηματικού περιβάλλοντος για τους ίδιους τους απογόνους του. Έχει γίνει προσπάθεια να ερμηνευθεί η πολύπλευρη φύση αυτών των πρώιμων σχέσεων μέσω της εφαρμογής τόσο της θεωρίας της προσκόλλησης όσο και του οικολογικού μοντέλου της ανθρώπινης ανάπτυξης (Fonagy, Steele, & Steele, 1991; Main & Goldwyn, 1990).

Η θεωρία προσκόλλησης, μαζί με το σύστημα φροντίδας, εξηγεί τη σχέση από πλευράς εσωτερικών και εξωτερικών συνιστωσών. Η αλληλεπίδραση συμπεριφοράς μεταξύ της μητέρας και του μικρού παιδιού θεωρείται ως θεωρία προσκόλλησης ως αναζήτηση και εξερεύνηση της εγγύτητας του παιδιού. Το παιδί αναζητά τον φροντιστή του για να αισθάνεται ασφαλές και υποστηριζόμενο. Το παιδί επιθυμεί επίσης να μάθει για το περιβάλλον του και τους γύρω του και θα αναζητήσει τον φροντιστή του όταν αυτός απομακρυνθεί. Αν και το σύστημα φροντίδας είναι κίνητρο για την προστασία του παιδιού, οι στόχοι του δεν είναι πάντοτε σύμφωνοι με τους στόχους προσκόλλησης του παιδιού. Ένα παιδί μπορεί να δει μια ευκαιρία να εξερευνήσει, ενώ ο γονιός μπορεί να αντιληφθεί τον κίνδυνο. Επιπλέον, οι γονείς πρέπει να εξισορροπήσουν αυτόν τον στόχο με άλλες προτεραιότητες όπως η πληρωμή λογαριασμών, καθαρισμός του σπιτιού, μαγείρεμα, εργασία έξω από το σπίτι, άλλες κοινωνικές σχέσεις, θρησκευτικές υποχρεώσεις, άλλες ευθύνες κ.ο.κ. Η συμπεριφορά τόσο του παιδιού όσο και του ενήλικα διέπεται από τις δικές του εσωτερικές αναπαραστάσεις του εαυτού του, του άλλου και της σχέσης τους. Στην πραγματικότητα, αυτές οι διανοητικές αναπαραστάσεις ή εσωτερικά μοντέλα αναπαράστασης φιλτράρουν τον τρόπο με τον οποίο κάποιος λαμβάνει πληροφορίες,

ποιες πληροφορίες γίνονται αντιληπτές ως σημαντικές, πώς βλέπει κανείς τον εαυτό του και πώς συμπεριφέρεται κάποιος ή ενεργεί σε αυτές τις πληροφορίες. Για ένα μικρό παιδί, αυτά τα εσωτερικά μοντέλα αναπαράστασης σχηματίζονται στις πρώιμες σχέσεις του και παραμένουν ισχυρή επιρροή στην κοινωνική και συναισθηματική του ανάπτυξη (Lerner, Dowling, & Chaudhuri, 2005).

Τέλος, οι γονικές πρακτικές διαμορφώνονται από πολιτισμικούς κανόνες. Το οικολογικό μοντέλο ανθρώπινης ανάπτυξης του Bronfenbrenner δείχνει περαιτέρω πώς το αναπτυξιακό πλαίσιο κάθε ατόμου είναι μοναδικό μέσω της αμοιβαίας αλληλεπίδρασης μεταξύ των μεμονωμένων βιολογικών προδιαγραφών και του περιβάλλοντος. Το περιβάλλον χαρακτηρίζεται ως σχέση γονέα-παιδιού μέσα στο οικογενειακό σύστημα, το οποίο είναι ένθερμο στη γειτονιά που ζει η οικογένεια. Η γειτονιά επηρεάζει περαιτέρω την πόλη στην οποία βρίσκεται η γειτονιά, τη χώρα στην οποία βρίσκεται η πόλη, καθώς και τους κανόνες και τους κανονισμούς της κυβέρνησης, καθώς και τον πολιτισμό με τον οποίο αναγνωρίζεται αυτή η οικογένεια (Garcia-Coll et al., 1996).



## Κεφάλαιο 2. Συναισθηματικός δεσμός μητέρας-νεογνού

Αρκετοί είναι οι παράγοντες κατά την πρώιμη περίοδο μετά τον τοκετό που μπορεί να έχουν μεγάλη επίδραση στον συναισθηματικό δεσμό που συμβαίνει κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Η ωκυτοκίνη παίζει ζωτικό ρόλο στην χημική πλευρά του συναισθηματικού δεσμού και τα αποτελέσματά της μπορούν να ενισχυθούν με μια ποικιλία τεχνικών. Οι ψυχολογικές θεωρίες όπως η θεωρία της προσκόλλησης του John Bowlby (1982) και της Mary Ainsworth (1978) και το αναπτυξιακό στάδιο της εμπιστοσύνης έναντι της δυσπιστίας των Erikson και Erikson (1998) μπορούν να εφαρμοστούν στη διαδικασία του συναισθηματικού δεσμού. Τα άφθονα οφέλη από τη σύνδεση τόσο για τη μητέρα όσο και για το νεογέννητο έχουν μεγάλη σημασία. Οι μαίες και το προσωπικό τοκετού μπορούν να προωθήσουν τον δεσμό μεταξύ μητέρας και νεογνού μέσω της ενθάρρυνσης της επαφής με το δέρμα, του θηλασμού, της επαφής με τα μάτια και του μασάζ του νεογέννητου κατά την πρώτη μετά τον τοκετό ώρα. Τα κοινά εμπόδια στη διαδικασία συναισθηματικού δεσμού μητέρας-νεογέννητου περιλαμβάνουν την πρόωρη γέννηση, την έλλειψη υποστήριξης, την κόπωση της μητέρας, τη γέννηση με καισαρική τομή και το συναισθηματικό άγχος. Οι προσωπικές μαρτυρίες από οικογένειες που έχουν βιώσει αυτά τα εμπόδια μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να αξιολογηθούν οι στρατηγικές για την υπέρβαση αυτών των φραγμών με τρόπο που να προωθείται ο συναισθηματικός δεσμός. Συνιστάται στα νοσοκομειακά πρωτόκολλα να συμπεριλαμβάνεται μία ώρα αδιάλειπτης επαφής δέρμα με δέρμα μητέρας και νεογνού μετά από φυσιολογικούς και χαμηλού κινδύνου γεννήσεις με καισαρική τομή, προκειμένου να προωθηθεί η βέλτιστη σύνδεση μητέρων-νεογέννητων (Erikson & Erikson, 1998).

Από τη στιγμή που μια νέα μητέρα ακούει το πρώτο κλάμα του νεογέννητου, μια κρίσιμη διαδικασία δέσμευσης που άρχισε κατά τη σύλληψη αρχίζει να αποκτά μια εντελώς νέα σημασία. Ανεξάρτητα από τη φυλή, το φύλο, τον πολιτισμό ή την εθνικότητα, ο δεσμός μεταξύ ενός νεογέννητου και μιας μητέρας είναι μια όμορφη, φυσική διαδικασία που έχει συμβεί από την αρχή του χρόνου κήσης. Η δύναμη των πρώτων εντυπώσεων είναι γνωστή και καμία δεν μπορεί να είναι πιο σημαντική από

τις πρώτες εμπειρίες ενός νεογέννητου που βγαίνει από τη μήτρα μιας μητέρας (Phillips, 2013). Αυτό που συμβαίνει κατά την πρώιμη περίοδο μετά τον τοκετό μπορεί να έχει συνέπειες για όλη τη ζωή τόσο για τη μητέρα όσο και για το νεογέννητο. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να εφαρμοστούν παρεμβάσεις για να ενισχυθεί η διαδικασία συναισθηματικού δεσμού και να ξεπεραστούν τα εμπόδια που μπορεί να αποτρέψουν την εμφάνισή του (Phillips, 2013).

## **2.1 Ο ρόλος της ωκυτοκίνης στο συναισθηματικό δεσμό**

Για να είναι πιο αποτελεσματική η ενδυνάμωση του συναισθηματικού δεσμού της μητέρας και του νεογέννητου, είναι σημαντικό να κατανοηθεί η διαδικασία του δεσμού σε χημικό επίπεδο (Palmer, 2013). Οι ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις που αντιμετωπίζει ένα νεογέννητο κατά την πρώιμη περίοδο μετά τον τοκετό παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των συστημάτων ορμονικού ελέγχου του νεογέννητου και στη μόνιμη οργάνωση των συναισθημάτων του εγκεφάλου. Ένα μεγάλο μέρος της εμπειρίας του δεσμού μπορεί να αποδοθεί στον ρόλο της ωκυτοκίνης. Ως εκ τούτου, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να μεγιστοποιηθεί η απελευθέρωση της ωκυτοκίνης κατά τη διάρκεια του τοκετού και κατά τη διάρκεια της περιόδου μετά τον τοκετό προκειμένου να αρχίσει η διαδικασία δέσμευσης και προσκόλλησης στον εγκέφαλο του νεογέννητου (Palmer, 2013).

Η ωκυτοκίνη είναι το πιο άφθονο νευροπεπτίδιο που βρίσκεται στον εγκέφαλο και παρέχει τη βάση για την ικανότητα ανάπτυξης στενών σχέσεων με άλλους (Feldman, Gordon, & Zagoory-Sharon, 2011). Αναζωπυρώνεται από τα υψηλά επίπεδα οιστρογόνων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, γεγονός που πολλαπλασιάζει σημαντικά την ευαισθησία της μητέρας στην παρουσία ωκυτοκίνης και προάγει την συμπεριφορά της (Palmer, 2013). Η πρώτη μεγάλη αύξηση της ωκυτοκίνης συμβαίνει κατά τη διάρκεια του τοκετού. Αυτή η αύξησή της παίζει ρόλο στην προετοιμασία της γυναίκας για τη μητρότητα. Η ωκυτοκίνη απελευθερώνεται από την οπίσθια υπόφυση και συμβάλλει στη μείωση τυχόν αρνητικών συμπτωμάτων που μπορεί να εμφανίσουν νέες μητέρες, όπως άγχος ή κατάθλιψη μετά τον τοκετό (Feldman et al., 2011). Αυτό βοηθά στην ενίσχυση του δεσμού μεταξύ της μητέρας και του νεογέννητου μετά τον τοκετό, παρόλο που η μητέρα μπορεί να έχει κάποιο άγχος μετά από μια παρατεταμένη διαδικασία τοκετού. Αυτό εξηγείται από το

γεγονός ότι η ωκυτοκίνη δημιουργεί μια επιθυμία για περαιτέρω επαφή μεταξύ των ατόμων (Palmer, 2013). Η ωκυτοκίνη βοηθά στη δημιουργία μιας αίσθησης άνεσης για το νεογέννητο, διευκολύνοντας επίσης την κατάλληλη ανταπόκριση της μητέρας στην αγάπη και προσοχή (Feldman et. al., 2011). Το αυξημένο επίπεδο ωκυτοκίνης βοηθά τη μητέρα να χειριστεί το άγχος της ως νέα μητέρα. Η ωκυτοκίνη μπορεί επίσης να απελευθερωθεί κατά τη διάρκεια του θηλασμού, γεγονός που ενισχύει τη διαδικασία του συναισθηματικού δεσμού. Μια μελέτη από τους Gordon, Zagoory-Sharon και Leckman (2010) έδειξε ότι τα υψηλά επίπεδα ωκυτοκίνης που σχετίζονται με τον θηλασμό συσχετίζονται με τα ένστικτα της μητέρας, όπως οι συμπεριφορές γονεϊκής συμπεριφοράς, ο ήπιος και καταπραϋντικός φωνητικός τόνος και η στοργική επαφή. Διαπίστωσαν ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ μιας γυναίκας που συνδέεται ισχυρά με το βρέφος της και των επιπέδων ωκυτοκίνης στο αίμα της (Gordon, Zagoory-Sharon και Leckman, 2010).

Στη μελέτη διαπιστώθηκε ότι μετά το θηλασμό, τα επίπεδα ωκυτοκίνης ήταν υψηλότερα και τα ένστικτα της μητέρας ήταν πιο εμφανή. Το άγγιγμα των χεριών του νεογέννητου στη θηλή της μητέρας έχει βρεθεί ότι αυξάνει τα επίπεδα ωκυτοκίνης λίγο μετά τη γέννηση (Himani, Kaur, & Kumar, 2011). Αυτό συμπληρώνει περαιτέρω τους φυσιολογικούς, ανοσολογικούς και συμπεριφορικούς μηχανισμούς που συμβάλλουν στη δέσμευση μητέρων-νεογνών. Αυτές οι στιγμές μητρότητας υποστηρίζουν περαιτέρω την παραγωγή και απελευθέρωση της ωκυτοκίνης. Αυτή η αύξηση των επιπέδων ωκυτοκίνης έχει ως αποτέλεσμα η μητέρα να γίνει πιο εξοικειωμένη με τη μοναδική μυρωδιά του νεογέννητου. Η ανταπόκριση από τη μητέρα θέτει το θεμέλιο για πολλές μελλοντικές εξελίξεις των δεσμών και των προσκολλήσεων που καθιστούν τον πρώιμο αυτό δεσμό μια από τις πιο σημαντικές συνδέσεις που μπορεί να κάνει ένα βρέφος (Himani, Kaur, & Kumar, 2011).

## **2.2 Η προσκόλληση μητέρας-νεογνού**

Πολλές θεωρίες παρέχουν περιγραφές για το πώς η προσκόλληση κατά τη διάρκεια της πρώτης μετά τον τοκετό ώρας θέτει τα θεμέλια της διαδικασίας προσκόλλησης που συνεχίζεται καθ' όλη την παιδική ηλικία (Feldman et al., 2011). Η έρευνα σχετικά με την προσκόλληση μητέρων-νεογέννητων άρχισε να αυξάνεται σε δημοτικότητα γύρω στη δεκαετία του 1970. Ο John Bowlby, βρετανός ψυχίατρος, και

η Mary Ainsworth δημιούργησαν τη θεωρία της προσκόλλησης, η οποία περιγράφει τη δέσμευση ως μια συνεχή διαδικασία κατά την οποία το παιδί δημιουργεί μια προσκόλληση στη μητέρα. Αυτή η προσκόλληση που ξεκίνησε κατά τη διάρκεια της βρεφικής ηλικίας ακολουθεί το ζευγάρι καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Ο Bowlby αναγνώρισε ότι η αρχική διαδικασία προσκόλλησης στις αρχές της μετά τον τοκετό περίοδο παρέχει τις αναγκαίες βάσεις για πολλά μελλοντικά συναισθηματικά, αναπτυξιακά και κοινωνικά ορόσημα (Young, 2013).

Η προσκόλληση μπορεί να οριστεί ως "μια ισχυρή διάθεση να αναζητηθεί εγγύτητα και επαφή με ένα συγκεκριμένο πρόσωπο και να το πράξει σε ορισμένες καταστάσεις, ιδίως όταν φοβάται, όταν είναι κουρασμένος ή άρρωστος" (Zeanah, Berlin, & Boris, 2011, σ. 819). Επομένως, αν και η μητέρα μπορεί να δεσμεύεται με το νεογέννητό της, δεν θεωρείται προσκολλημένη στο νεογέννητο, επειδή δεν αποκομίζει ασφάλεια, προστασία ή φροντίδα από το νεογέννητό της (Hazan & Campa, 2013). Ως εκ τούτου, ο δεσμός προσκόλλησης του νεογέννητου με τη μητέρα θεωρείται μονόδρομος και κατηγοριοποιείται ξεχωριστά από τη σχέση του δεσμού που δημιουργείται από τη μητέρα στο νεογέννητο, η οποία είναι αμοιβαία. Το φαινόμενο του δεσμού της μητέρας με το νεογέννητο είναι μια διαδικασία που ερευνήθηκε εδώ και δεκαετίες. Ο John Bowlby ήταν ένας από τους πρώτους που διερεύνησε εκτενώς τον συναισθηματικό δεσμό μεταξύ ενός νεογέννητου και ενός γονέα. Ο Bowlby (1982) αξιολόγησε την ψυχαναλυτική θεωρία που πρότεινε ότι ο συναισθηματικός δεσμός του παιδιού με τον γονέα αναδύεται και επιμένει κυρίως επειδή η μητέρα ικανοποιεί τις ανάγκες του παιδιού όπως η παροχή τροφής. Ο Bowlby αξιολόγησε αυτή τη θεωρία αφού παρακολούθησε ορφανά παιδιά που τους έλειπαν οι αποθανόντες γονείς τους. Ακόμα και αρκετά χρόνια μετά το θάνατο των γονιών τους, τα παιδιά δεν κατάφεραν να δημιουργήσουν νέους δεσμούς με άλλους ενήλικες που προσέφεραν τις φυσιολογικές τους ανάγκες (Bowlby, 1982).

Μέσω πειραμάτων με αρουραίους, ο Bowlby ανακάλυψε όταν οι μητέρες συνδέονται ενεργά με το νεογέννητο τους κατά τη διάρκεια της πρώτης περιόδου μετά τον τοκετό, μέσω επαφής με το δέρμα, ο εκλυτικός παράγοντας απελευθέρωσης της κορτικοτροπίνης (CRF) παρεμποδίζεται. Ο εκλυτικός παράγοντας απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης στοχεύει τους υποδοχείς γλυκοκορτικοειδών, στους υποδοχείς του ιππόκαμπου και του γ-αμινοβουτυνικού οξέος στην αμυγδαλή για τη μεσολάβηση της ανταπόκρισης στο στρες και το άγχος. Επιπλέον, οι μητέρες

χρησιμεύουν ως ρυθμιστές του συστήματος που αφορά το στρες του νεογέννητου. Αυτοί οι ρυθμιστές της ανταπόκρισης του νεογέννητου στο στρες μπορεί να περιλαμβάνουν το άγγιγμα, το μασάζ, την κοντινή επαφή με το σώμα και την οπτική επαφή. Αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι υπάρχουν κρυφοί ρυθμιστές στο δεσμό μητέρας-νεογέννητου που συμβάλλουν στην ανάπτυξη προσκόλλησης κατά την πρώιμη περίοδο μετά τον τοκετό. Μέσω αυτών των κρυφών ρυθμιστικών μηχανισμών, η επανειλημμένη μείωση του στρες που βιώνει το νεογέννητο με την παρουσία της μητέρας θα μπορούσε να είναι μερικώς υπεύθυνη για την προσκόλληση του νεογέννητου λόγω της συσχέτισης της μητέρας του με ένα ασφαλές καταφύγιο και την ασφάλεια. Παρόλο που τα νεογέννητα δεν γεννιούνται με αυτή την προσκόλληση, η ανάπτυξή της αρχίζει κατά την περίοδο μετά τον τοκετό καθώς το νεογέννητο αρχίζει να εξοικειώνεται με τη μυρωδιά και τον ήχο της μητέρας του (Zeanah et al., 2011).

Το πρωταρχικό στάδιο ανάπτυξης κατά τη διάρκεια της νηπιακής ηλικίας είναι η εμπιστοσύνη έναντι της δυσπιστίας, κατά την οποία το νεογέννητο αποκτά την ικανότητα να εμπιστεύεται τους άλλους και αναπτύσσει ένα αίσθημα αξιοπιστίας και ελπίδας (Kneisl, 2013). Τα νεογέννητα πρέπει να αναπτύξουν την αίσθηση της εμπιστοσύνης ότι η διατροφή τους, η άνεση, η διέγερση και οι ανάγκες φροντίδας θα ικανοποιηθούν (Wilson, 2013). Ο Erikson (1998) αναγνώρισαν ότι ένα νεογέννητο που έχει αναπτύξει εμπιστοσύνη θα μπορεί να βιώσει ένα αίσθημα σωματικής άνεσης και ασφάλειας που το βοηθά να βιώνει άγνωστες και νέες καταστάσεις με ελάχιστο φόβο. Όταν ο γονέας αναζητεί την επαφή δέρμα με δέρμα με το νεογέννητο, συνοδευόμενο από άλλες πράξεις θαλπωρής, τα επίπεδα της κορτιζόλης του βρέφους μειώνονται ως αποτέλεσμα της αύξησης της ωκυτοκίνης (Palmer, 2013). Έχει αποδειχθεί ότι το επίπεδο της ωκυτοκίνης επιδρά σε μεγάλο βαθμό στο τμήμα του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνο για το στρες του νεογέννητου, προάγοντας έτσι ένα ασφαλές ή ανασφαλές στυλ προσκόλλησης το οποίο μπορεί να μεταφερθεί στην εφηβεία και στην ενηλικίωση. Εάν σχηματιστεί μια ανασφαλής προσκόλληση κατά τη διάρκεια αυτού του πρώιμου σταδίου, το νεογέννητο είναι πιθανό να αντιμετωπίσει αποξένωση και απόσυρση από άλλα πιθανά στοιχεία προσκόλλησης (Palmer, 2013).

Ως εκ τούτου, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να προωθηθεί η βέλτιστη προσκόλληση κατά την περίοδο μετά τον τοκετό.

### 2.3 Σημασία και οφέλη της πρώιμης προσκόλλησης

Πριν την προσπάθεια προώθησης της δέσμευσης/προσκόλλησης μητέρας-νεογέννητου, πρέπει πρώτα να διερευνηθεί η σημασία και τα οφέλη της προσκόλλησης (Young, 2013). Η πρώτη ώρα της ζωής μετά τη γέννηση είναι γνωστή ως η βέλτιστη ευκαιρία για να συμβεί η προσκόλληση μητέρας-νεογέννητου. Ωστόσο, αυτό το κρίσιμο παράθυρο του χρόνου συχνά παρακάμπτεται από διάφορες ιατρικές και νοσηλευτικές διαδικασίες, όπως η λήψη του βάρους του νεογέννητου, η λήψη κάποιων μετρήσεων και κάποιες αξιολογήσεις που διαταράσσουν τη διαδικασία προσκόλλησης. Οι συμπεριφορές του νεογέννητου και οι υποσυνείδητες σκέψεις μπορούν να επηρεαστούν από την πρώιμη περίοδο μετά τον τοκετό (Phillips, 2013). Ως εκ τούτου, είναι πολύ σημαντικό για όλους όσους εμπλέκονται στη διαδικασία τοκετού, συμπεριλαμβανομένων των γονέων, του νοσηλευτικού προσωπικού και των γιατρών να γνωρίζουν τη σημασία της προσκόλλησης μητέρας-νεογέννητου.

Σύμφωνα με νέα έρευνα (Chamberlain, 2013) ένας άλλος σημαντικός λόγος για να προωθηθεί ο δεσμός μεταξύ μητέρας-νεογέννητου είναι ότι τα νεογέννητα είναι ικανά να σχηματίσουν αναμνήσεις που παραμένουν στις υποσυνείδητες σκέψεις τους για τη ζωή τους. Στο πρωτοποριακό του βιβλίο με τίτλο *Babies Remember Birth*, ο Δρ. David Chamberlain συνέκρινε τις ιστορίες γέννησης 10 μητέρων με τις αναμνήσεις γέννησης των παιδιών τους. Κατά τη διάρκεια ξεχωριστών συνεδριών υπό ύπνωση, ζητήθηκε από τις μητέρες και τα παιδιά τους να περιγράψουν τη διαδικασία της γέννησης. Παρόλο που τα παιδιά δεν είχαν ενημερωθεί για το ιστορικό γέννησής τους, οι αναμνήσεις τους για τα γεγονότα αναφορικά με τη γέννησή τους περιείχαν πολλές από τις μοναδικές και συγκεκριμένες λεπτομέρειες που ήταν κοινές με τις αναμνήσεις της μητέρας. Το νεότερο βιβλίο του Dr. Chamberlain με τίτλο *Windows to the Womb* τεκμηριώνει μεγάλα ερευνητικά κενά που διερευνούν τους διάφορους τρόπους με τους οποίους τα νεογέννητα και ακόμη και τα έμβρυα είναι σε θέση να επιδείξουν ικανότητες για μάθηση και μνήμη. Αυτές οι πληροφορίες είναι σημαντικές από πολλές απόψεις. Εάν τα νεογέννητα θυμούνται υποσυνείδητα τις πρώτες στιγμές εκτός της μήτρας, τότε το πώς αντιμετωπίζονται κατά τη γέννηση και τις πρώτες ώρες που ακολουθούν έχουν πολύ μεγαλύτερη

επίδραση στα μεταγενέστερα χρόνια της ζωής από ό, τι οι περισσότεροι συνειδητοποιούν (Chamberlain, 2013).

Δεδομένου ότι αυτός ο δεσμός γονέα-παιδιού είναι η βάση για τις μελλοντικές εμπειρίες προσκόλλησης, η σημασία έγκειται στη μέγιστη ποιότητα της αρχικής εμπειρίας δέσμευσης (Young, 2013). Η ποιότητα της σχέσης μητέρας-νεογέννητου κατά τις πρώτες στιγμές μετά τον τοκετό μπορεί να έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία της μητέρας και στην ευημερία, ανάπτυξη και προσαρμογή του νεογέννητου καθ' όλη τη ζωή του (Johnson, 2013). Η μοναδική και μακροχρόνια συναισθηματική ισορροπία που αρχίζει με την πρώτη επαφή μεταξύ της μητέρας και του νεογέννητου συνεχίζει να αναπτύσσεται καθ' όλη τη διάρκεια της μετά τον τοκετό περιόδου. Επομένως, μια ανεπαρκής σχέση μητέρας-νεογέννητου μπορεί να έχει μακροπρόθεσμες συνέπειες για το παιδί, συμπεριλαμβανομένης της γνωσιακής και κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης, των σωματικών ανισοτήτων υγείας και των δυσκολιών στις προσωπικές σχέσεις (Johnson, 2013).

Η σύνδεση μητέρας-νεογέννητου μπορεί επίσης να είναι επωφελής λόγω της δυνατότητάς της να ενισχύσει την ανάπτυξη του εγκεφάλου του νεογέννητου (Phillips, 2013). Όταν ένα νεογέννητο γεννιέται, ο ανώριμος εγκέφαλός του είναι μόνο περίπου το 25% του μεγέθους που θα είναι στην ενηλικίωση. Κατά τον Trigoboff (2013) η ωρίμανση της αμυγδαλής υφίσταται μια κρίσιμη περίοδο ανάπτυξης που ξεκινά από τη γέννηση και συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια των δύο πρώτων μηνών της ζωής. Η έρευνα του Dr. Schore διακηρύσσει ότι η επαφή του δέρματος με το δέρμα μετά τη γέννηση ενεργοποιεί την αμυγδαλή. Αυτή η ενεργοποίηση συμβάλλει στην ωρίμανση της αμυγδαλής. Η αμυγδαλή είναι μέρος του περιοριστικού συστήματος που εμπλέκεται στη συναισθηματική μάθηση, καθώς και στην αναζήτηση αγάπης και στη διατήρηση μακροχρόνιων συναισθηματικών αναμνήσεων (Trigoboff, 2013). Όταν αυτές οι μακροχρόνιες συναισθηματικές μνήμες καθιερώνονται λόγω του σωστού δεσμού μητέρας-νεογέννητου, η σχέση μεταξύ μητέρας και παιδιού μπορεί να ενισχυθεί.

#### **2.4 Προαγωγή της προσκόλλησης**

Έρευνες έδειξαν ότι η πρώτη ώρα μετά τη γέννηση είναι η ισχυρότερη βάση για την προσκόλληση (Young, 2013). Ως εκ τούτου, το προσωπικό της αίθουσας του τοκετού πρέπει να είναι σε θέση να γνωρίζει πώς να στηρίζει την προσκόλληση κατά

τη διάρκεια αυτού του κρίσιμου χρονικού παραθύρου (Henry, Richard-Yris, Tordjman, & Hausberger, 2009). Κατά τη διάρκεια της πρώτης ώρας της ζωής, το νεογνό είναι πιο επιφυλακτικό και φυσικά επιδιώκει τόσο το θηλασμό όσο και την επαφή του δέρματος με το δέρμα. Επομένως, όταν τα νεογέννητα διαχωρίζονται από τη μητέρα τους κατά τη διάρκεια της πρώτης ώρας της ζωής, το ζεύγος (μητέρα-νεογνό) είναι πιο πιθανό να παρουσιάσει μια ασθενέστερη αρχική προσκόλληση μεταξύ τους. Οι μαίες μπορούν να προωθήσουν μια θετική εμπειρία δεσμού και προσκόλλησης ενθαρρύνοντας την επαφή μεταξύ της μητέρας και του νεογέννητου, διευκολύνοντας έτσι μια θετική συναισθηματική διάθεση (Henry, Richard-Yris, Tordjman, & Hausberger, 2009).

Ο θηλασμός κατά τη διάρκεια της πρώτης ώρας μετά τον τοκετό είναι ένας από τους καλύτερους τρόπους για την προώθηση του δεσμού της μητέρας-νεογέννητου (McLeod, 2009). Η συμπεριφορική θεωρία της προσκόλλησης υποδηλώνει ότι ένα νεογέννητο σχηματίζει προσήλωση στον φροντιστή που του παρέχει τροφή και συναισθηματική άνεση. Όταν γεννιέται ένα νεογέννητο, δεν έχει άμεση προσκόλληση στη μητέρα του. Ωστόσο, όταν θηλάζει, αρχίζει να μαθαίνει να συσχετίζει τη μητέρα του με την άνεση να τρέφεται. Η ύπαρξη κοντά στο στήθος της μητέρας δημιουργεί επίσης μια αίσθηση άνεσης για το νεογέννητο που μπορεί να βοηθήσει στη διαδικασία προσκόλλησης. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι το παιδί γεννιέται γνωρίζοντας τη μυρωδιά του αμνιακού υγρού που είναι παρόμοια με τη μυρωδιά του μαστού της μητέρας (Palmer, 2013). Επομένως, μέσω της διαδικασίας της κλασικής προετοιμασίας, το νεογέννητο βρίσκει την επαφή με τη μητέρα του ως ανακούφιση (McLeod, 2009).

Ο πρώιμος θηλασμός μπορεί επίσης να βοηθήσει στην απελευθέρωση της ωκυτοκίνης με την ενίσχυση του αντανακλαστικού του θηλασμού, το οποίο μπορεί να συμβάλει στην επιτυχία της πρώτης προσπάθειας θηλασμού. Ο θηλασμός ενός νεογνού κατά τη διάρκεια της πρώτης ώρας προκαλεί αύξηση των επιπέδων της ωκυτοκίνης. Επομένως, όταν ο θηλασμός καθυστερεί ή δεν ξεκινά ποτέ, το ζεύγος (μητέρα-νεογνό) χάνει μέρος της κορύφωσης των ορμονών που λαμβάνει χώρα αμέσως μετά τη γέννηση (Palmer, 2013). Όταν το νεογέννητο έρχεται σε επαφή με το στήθος της μητέρας κατά τη διάρκεια της σίτισης, η μητέρα απελευθερώνει περισσότερη ωκυτοκίνη η οποία ενισχύει περαιτέρω τη διαδικασία προσκόλλησης (Phillips, 2013). Η ωκυτοκίνη μεταφέρεται επίσης στο νεογέννητο μέσω του



μητρικού γάλακτος, η οποία προάγει τη συνεχή χαλάρωση και την εγγύτητα τόσο για τη μητέρα όσο και για το νεογνό (Palmer, 2013). Η Johnson (2013) διαπίστωσε ότι οι μητέρες που άρχισαν τον θηλασμό μέσα στις δύο πρώτες ώρες μετά τη γέννηση έδειξαν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση στις γονεϊκές τους ικανότητες ένα χρόνο μετά τη γέννηση. Η συγκίνηση και η αγάπη που αναπτύχθηκαν κατά τις πρώτες αυτές στιγμές έδειξαν ότι ενισχύουν σημαντικά τον δεσμό της μητέρας-νεογέννητου (Bussel, Spitz, & Demyttenaere, 2010). Όταν οι ορμόνες ωκυτοκίνη και προλακτίνη απελευθερώνονται κατά τη διάρκεια του θηλασμού, η μητέρα είναι πιθανό να έχει χαμηλότερα επίπεδα στρες και ενισχυμένο δεσμό με το νεογέννητο (Liu, Leung, & Yang, 2014).

Οι Himani, Kaur & Kumar (2011) διερεύνησαν την επίδραση της έναρξης του θηλασμού εντός μίας ώρας από τη γέννηση στην προσκόλληση μητέρας-νεογνού. Συνολικά συμμετείχαν 218 ζεύγη (νεογνά-μητέρες) στη μελέτη τους. Η συγκριτική ομάδα περιελάμβανε 109 ζεύγη που άρχισαν τον θηλασμό σε χρονικό διάστημα περισσότερο της μιας ώρας από τη γέννηση. Η πειραματική ομάδα περιελάμβανε 109 ζεύγη (νεογνά-μητέρες) που άρχισαν το θηλασμό μέσα σε μία ώρα από τη γέννηση. Κατά τη διάρκεια του πειράματος, οι μητέρες δεν εξαναγκάστηκαν να ξεκινήσουν άμεσα τον θηλασμό ούτε να καθυστερήσουν την έναρξη για χάρη του πειράματος. Αντ' αυτού, οι μητέρες ήρθαν σε επαφή μία ώρα μετά την παράδοση του νεογέννητου και τους ρώτησαν όταν άρχισαν το θηλασμό. Οι μητέρες που είχαν ξεκινήσει τον θηλασμό εντός μιας ώρας από την παράδοση του νεογέννητου τοποθετήθηκαν στην πειραματική ομάδα. Αυτές που είχαν ξεκινήσει τον θηλασμό αργότερα της μίας ώρας από την παράδοση του νεογνού, τοποθετήθηκαν στην ομάδα ελέγχου. Η προσκόλληση μητέρας-νεογνού αξιολογήθηκε στις 24 και 48 ώρες μετά την παράδοση του νεογνού χρησιμοποιώντας την κλίμακα Maternal Postnatal Attachment Scale.

Η Κλίμακα Μεταγεννητικής Προσκόλλησης (Maternal Postnatal Attachment Scale) αναπτύχθηκε από τους John Condon και Carolyn Corkindale (Condon & Corkindale, 1998). Το ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς περιλαμβάνει 19 ερωτήματα που αφορούν τις περιοχές δεσμού και προσκόλλησης όπως "ευχαρίστηση στην εγγύτητα, αποδοχή, ανεκτικότητα και ικανότητα ως γονέας" (Condon & Corkindale, 1998, σελ. 57). Χρησιμοποιώντας την κλίμακα, η ομάδα ελέγχου είχε μέση βαθμολογία προσκόλλησης 73,6, ενώ η πειραματική ομάδα είχε μέση βαθμολογία

σύνδεσης 81,1 στις 24 ώρες μετά την παράδοση του νεογνού (Himani et al., 2011). Στις 48 ώρες μετά τον τοκετό, η ομάδα ελέγχου είχε μέση βαθμολογία προσκόλλησης 74,5 και η πειραματική ομάδα είχε μέση βαθμολογία σύνδεσης 83,3. Αναγνωρίζεται ότι η ποσοτικοποίηση του δεσμού μητέρας-νεογέννητου είναι μια δύσκολη προσέγγιση για τους ερευνητές επειδή περιλαμβάνει την ψυχολογική διερεύνηση της μητέρας και την προσκόλλησή της στο νεογνό. Κατά την ανάλυση των αποτελεσμάτων, διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των βαθμολογιών δεσμού μητέρων-νεογνών της ομάδας ελέγχου και αυτών της πειραματικής ομάδας.

Η ερευνητική ομάδα προτείνει να ξεκινά ο θηλασμός εντός μίας ώρας από την γέννηση, εφ' όσον το επιτρέπει η κατάσταση της μητέρας και του νεογέννητου, προκειμένου να προωθηθεί η βέλτιστη προσκόλληση μητέρων-νεογνών. Η καθιέρωση του πρώιμου θηλασμού μπορεί να ενθαρρύνει μια υψηλής ποιότητας προσκόλληση μητέρας-νεογέννητου κατά τη διάρκεια της νηπιακής ηλικίας. Επομένως, όταν τα νεογνά θηλάζουν κατά την πρώτη ώρα μετά την γέννηση, η μητέρα και το νεογέννητο μπορούν να επωφεληθούν από αυτόν τον χρόνο και να ενισχύσουν σε σημαντικό βαθμό την προσκόλληση μεταξύ τους. Όχι μόνο τα νεογνά είναι ιδιαίτερα επιφυλακτικά και ικανά να θηλάσουν κατά τη διάρκεια της πρώτης ώρας μετά τον τοκετό, αλλά και οι νέες μητέρες είναι επίσης ιδιαίτερα ευαίσθητες κατά την αμέσως μετά τον τοκετό περίοδο. Επομένως, η πρώτη πρώιμη επαφή της μητέρας και του νεογέννητου φαίνεται να βελτιστοποιεί την προσκόλληση και τη σύνδεση της μητέρας με το νεογέννητο (Himani, Kaur & Kumar, 2011).

Οι Himani et al. (2011) διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ της έγκαιρης έναρξης του θηλασμού και της μακροχρόνιας επιτυχίας του θηλασμού. Η μελέτη περιελάμβανε 111 πρωτοτόκες γυναίκες που σκόπευαν να θηλάσουν τα νεογνά τους. Αυτές οι γυναίκες τοποθετήθηκαν σε ομάδες παρόμοιες ως προς την κοινωνική τάξη και την ηλικία. Το δείγμα χωρίστηκε σε δύο ομάδες, ενώ οι μισές γυναίκες θήλαζαν μέσα σε 10 λεπτά από τη γέννηση και οι υπόλοιπες άρχισαν να θηλάζουν τέσσερις έως έξι ώρες μετά τη γέννηση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες της ομάδας που άρχισαν να θηλάζουν μέσα σε λίγα λεπτά από την παράδοση, θήλασαν τα νεογέννητά τους κατά μέσο όρο 161 ημέρες, ποσοστό κατά 40% υψηλότερο από τις γυναίκες της ομάδας που άρχισαν τον θηλασμό αρκετές ώρες μετά τη γέννηση. Αυτή είναι μια διαφορά περίπου 96 ημερών. Ως εκ τούτου, συνιστάται να προωθείται η έγκαιρη επαφή μεταξύ μητέρων και νεογνών προκειμένου να μεγιστοποιηθεί η

προσκόλληση κατά τη διάρκεια αυτής της ευαίσθητης περιόδου. Οι Himani et al. (2011) καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι «ο παρατεταμένος θηλασμός φαίνεται να είναι ένα από τα αποτελέσματα της προώθησης της πρώιμης επαφής των μητέρων με τα νεογνά τους» (σ. 101).

Ένας επιπλέον τρόπος για την προώθηση της προσκόλλησης είναι η ενθάρρυνση της επαφής με τα μάτια μεταξύ της μητέρας και του νεογέννητου κατά την πρώτη ώρα μετά τη γέννηση (Davidson, London, & Ladewig, 2012). Μετά τη γέννηση, η νέα μητέρα πρέπει να αυξήσει το ποσοστό του χρόνου που ξοδεύει με το νεογέννητο. Η ενδεδειγμένη θέση μεταξύ μητέρας και νεογνού περιλαμβάνει άμεση επαφή πρόσωπο με πρόσωπο και μάτι με μάτι μεταξύ της μητέρας και του νεογέννητου. Όταν τα μάτια του νεογέννητου είναι ανοιχτά, η μητέρα ενστικτωδώς ενθουσιάζει το νεογέννητο και μιλάει σε υψηλούς τόνους σε αυτόν ή αυτήν. Αυτά είναι σημάδια ότι λαμβάνει χώρα η ενεργή προσκόλληση. Η μαία μπορεί να διαδραματίσει ζωτικό ρόλο στην προώθηση των αποτελεσμάτων αυτής της επαφής πρόσωπο με πρόσωπο μετά τη γέννηση. Για παράδειγμα, οι μαίες μπορούν να καθυστερήσουν τη χορήγηση της Ερυθρομυκίνης στα μάτια του νεογέννητου έως ότου περάσει αυτή η κρίσιμη ώρα, προκειμένου να αποφευχθεί η θολότητα της όρασης του νεογέννητου (Davidson, London, & Ladewig, 2012).

Η προσκόλληση μητέρας-νεογέννητου μπορεί επίσης να ενισχυθεί από τις στιγμές της μητέρας με το νεογνό μέσω επαφής όπως το μασάζ κατά την πρώτη μετά τον τοκετό ώρα (Feldman et al., 2011). Οι μητέρες μπορούν να ενθαρρυνθούν να χρησιμοποιήσουν το μασάζ ως τρόπο αύξησης της διαδικασίας προσκόλλησης και χαλάρωσης κατά τη διάρκεια της περιόδου μετά τον τοκετό (Arivabene, 2010). Σε μια μελέτη που έγινε από τους Field, Diego και Hernandez-Reif (2010), διερευνήθηκαν οι επιδράσεις του μασάζ κατά την περίοδο μετά τον τοκετό. Κατά τη διάρκεια του πειράματος, νεογέννητα νεογνά κατανεμήθηκαν τυχαία σε ομάδα θεραπείας μασάζ ή σε ομάδα ελέγχου. Στην πειραματική ομάδα που χρησιμοποιούσε θεραπεία μασάζ γινόταν τρία μασάζ 15 λεπτών κάθε μέρα για πέντε συνεχόμενες ημέρες. Το μασάζ συνίστατο σε μέτρια άσκηση πίεσης στους ώμους, στην πλάτη, στο κεφάλι, στα πόδια και στους βραχίονες καθώς και στις ασκήσεις που περιλαμβάνουν έκταση και κάμψη των άκρων. Τα αποτελέσματα μελέτη έδειξαν ότι οι συμπεριφορές και η ένταση του άγχους των νεογέννητων μειώθηκαν σημαντικά, γεγονός που υποδεικνύει ότι το μασάζ βοηθάει στη μείωση του στρες στα νεογέννητα. Αυτό μπορεί να βοηθήσει

ευεργετικά τη διαδικασία προσκόλλησης επειδή μπορεί να ανακουφίσει κάπως από την πίεση και το άγχος που συνοδεύει την γέννηση. Ως μέρος του μασάζ μετά τον τοκετό, η μαία μπορεί να ενθαρρύνει τη μητέρα να εξοικειωθεί με το νεογέννητο με τη βοήθεια των δακτύλων, εξερευνώντας το νεογέννητο από το κεφάλι μέχρι τα δάκτυλα (Davidson et al., 2012). Η μητέρα μπορεί επίσης να εξοικειωθεί με το νεογέννητο μέσω της αίσθησης της όρασης, της αφής και της ακοής. Οι μητέρες που συμμετέχουν στο μασάζ των βρεφών είναι πιο πιθανό να ανταποκριθούν προφορικά σε όλους τους ήχους που εκπέμπονται από το νεογέννητο, όπως κραυγές, βήχας, φτάρνισμα και οργή. Αυτές οι λεκτικές αντιδράσεις υποδεικνύουν ενεργό συμμετοχή στη διαδικασία δεσμού-προσκόλλησης.

Τέλος, η επαφή με το δέρμα, γνωστή και ως φροντίδα καγκουρό (kangaroo care), μεταξύ της μητέρας και του νεογνού έχει αποδειχθεί ότι συνδέεται με μια μεγάλη ποικιλία φυσικών και ψυχολογικών πλεονεκτημάτων τόσο για το νεογέννητο όσο και για τη μητέρα (Brimdyr, 2011). Όταν σε ένα νεογέννητο επιτρέπεται να έχει αδιάκοπη επαφή δέρμα με δέρμα με την μητέρα του μετά τη γέννησή του, το νεογέννητο περνά εννέα ενστικτώδη στάδια κατά τη διάρκεια της πρώτης μετά τον τοκετό ώρας που προωθούν το δεσμό και την προσκόλληση. Το *πρώτο στάδιο* περιλαμβάνει το κλάμα της γέννησης (πρώτο κλάμα που οδηγεί στην έκπτυξη των πνευμόνων του νεογέννητου). Το *δεύτερο στάδιο* συνίσταται στη χαλάρωση όταν το νεογέννητο δείχνει λίγες κινήσεις. Ακολουθεί το *στάδιο της αφύπνισης* που συμβαίνει συνήθως ενώ το νεογέννητο είναι τριών έως οκτώ λεπτών. Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου, το νεογέννητο εμφανίζει μικρές κινήσεις ώθησης του κεφαλιού και του ώμου. Το *τέταρτο στάδιο* είναι το στάδιο δραστηριότητας ενώ παράλληλα αυξάνουν οι κινήσεις του στομάχου και ο μη διατροφικός θηλασμός (το πιπίλισμα). Ακολουθεί το *στάδιο ανάπαυσης*, κατά το οποίο το νεογέννητο είναι πιθανό να κοιμηθεί. Το *έκτο στάδιο* γενικά συμβαίνει 35 λεπτά μετά τη γέννηση και το νεογέννητο κάνει κίνηση προς το στήθος για να φτάσει στη θηλή. Το *έβδομο στάδιο* αρχίζει περίπου 45 λεπτά μετά τη γέννηση όπου το νεογέννητο δείχνει εξοικειωμένο με τη μητέρα, κάνει μασάζ το στήθος της και επεξεργάζεται τη θηλή. Αυτό το στάδιο μπορεί να διαρκέσει έως και 20 λεπτά. Ακολουθεί το *όγδοο στάδιο*, κατά τη διάρκεια του οποίου το νεογέννητο θηλάζει. Αυτή είναι μια ζωτικής σημασίας πρώιμη εμπειρία της μάθησης για θηλασμό. Μέσα σε 1,5-2 ώρες μετά τη γέννηση, το νεογέννητο θα μπει στο ένατο στάδιο που είναι το στάδιο του ύπνου. Εάν σε οποιοδήποτε σημείο κατά τη διάρκεια

της πρώτης μετά τον τοκετό ώρας το νεογέννητο απομακρυνθεί από το μαστό της μητέρας, το νεογέννητο θα νιώσει απογοήτευση, θα αποπροσανατολισθεί και θα πρέπει να ξαναρχίσει τα εννέα ενστικτώδη στάδια, τα οποία θα καθυστερήσουν την επιτυχία του θηλασμού (Phillips, 2013). Επομένως, εάν το νεογέννητο δεν έρθει σε επαφή δέρμα-με-δέρμα κατά την πρώτη ώρα μετά τη γέννηση, θα χαθεί μια ευκαιρία για προώθηση της προσκόλλησης.

Η επαφή δέρμα με δέρμα έχει πολλά οφέλη που συμβάλλουν στην ενίσχυση της προσκόλλησης μητέρας και νεογνών κατά τη διάρκεια της επιλόχειας περιόδου (Phillips, 2013). Ένα σχετικό όφελος της επαφής δέρμα με δέρμα μετά από ένα φυσιολογικό τοκετό είναι τα αναλγητικά αποτελέσματα που μπορεί να έχει για τη μητέρα. Η χρονική περίοδος αμέσως μετά από ένα φυσιολογικό/ κολπικό τοκετό μπορεί να είναι αρκετά οδυνηρή για τη μητέρα λόγω του άγχους που βίωσε ή πιθανών τραυματισμών που συνέβησαν στην περιγεννητική περιοχή κατά την διαδικασία του τοκετού. Ωστόσο, η διαδικασία κατά την οποία το νεογέννητο θηλάζει και βρίσκεται στην αγκαλιά της μητέρας μετά τη γέννηση είναι μια εξαιρετικά χρήσιμη διαδικασία που αποσπά την προσοχή της μητέρας από τον πόνο που μπορεί να βιώνει.

Μελέτες του Arivabene (2010) έδειξαν ότι όταν η μητέρα έχει άμεση επαφή με το δέρμα του νεογέννητου κατά τη διάρκεια της πρώτης ώρας μετά τον τοκετό, τα νεογέννητα παρουσίασαν μειωμένα επίπεδα κορτιζόλης σε σύγκριση με τα νεογνά που δεν είχαν παρόμοια δέρμα με δέρμα επαφή με την μητέρα. Η κορτιζόλη είναι μια ορμόνη που απελευθερώνεται από τον φλοιό των επινεφριδίων ως μέρος της φυσικής αντίδρασης του σώματος στο άγχος (Lewis & Retherford, 2011). Όταν υπάρχει αύξηση άγχους, τα επίπεδα της κορτιζόλης αναμένεται να αυξηθούν. Επομένως, αυτό το μειωμένο επίπεδο κορτιζόλης που εμφανίζεται μετά την επαφή δέρμα με δέρμα αντιπροσωπεύει την μείωση των επιπέδων στρες που βιώνει το νεογέννητο. Επιπλέον, η επαφή έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει την εμπιστοσύνη της μητέρας στις ικανότητές της να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του νεογέννητου (Arivabene, 2010). Ο Bowlby (1982) υποστήριξε ότι το καθοριστικό χαρακτηριστικό μιας ασφαλούς προσκόλλησης είναι η εμπιστοσύνη του νεογέννητου και η ανταπόκριση της μητέρας όταν υπάρχει ανάγκη (Hazan & Campa, 2013). Ως εκ τούτου, η «φροντίδα καγκουρό» μπορεί να βοηθήσει σε αυτή τη διαδικασία προσκόλλησης.

Παρόλο που πολλά οφέλη από την επαφή δέρμα με δέρμα είναι γνωστά στους επαγγελματίες υγείας, πολλές νέες μητέρες δεν γνωρίζουν τα οφέλη που έχει αυτή η

επαφή (ICEA, 2013). Η Διεθνής Ένωση Παιδικής Εκπαίδευσης (ICEA) τάσσεται υπέρ των προγραμμάτων επιμόρφωσης για την επιμόρφωση των νέων μητέρων και να περιλαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με τα οφέλη και τις πρακτικές της φροντίδας και της επαφής δέρμα με δέρμα κατά την περίοδο μετά τον τοκετό. Αυτά τα οφέλη κυμαίνονται από τη σταθεροποίηση ζωτικών σημείων του βρέφους έως την προώθηση της προσκόλλησης. Κατά τη διάρκεια μαθημάτων, οι εκπαιδευτικοί μπορούν να διδάξουν σχετικά με τα οφέλη που μπορεί να προσφέρει η φροντίδα και επαφή δέρμα με δέρμα τόσο για τη μητέρα όσο και για το νεογέννητο, συμπεριλαμβανομένης της βέλτιστης προσαρμογής κατά τις πρώτες ώρες της ζωής. Μια νέα μητέρα είναι πιο πιθανό να συμμορφωθεί με την προτεινόμενη επαφή με το δέρμα, αν γνωρίζει όλα τα φυσικά οφέλη που μπορεί να προσφέρει για το νεογέννητο. Ως εκ τούτου, σε μια προσπάθεια προώθησης της προσκόλλησης μητέρας-νεογέννητου, οι μαίες μπορούν να εκπαιδεύσουν τη μητέρα για τα φυσιολογικά οφέλη της επαφής δέρμα με δέρμα.

## **2.5 Εμπόδια στην προσκόλληση μητέρας νεογνού**

Μερικοί παράγοντες που έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν αρνητικά τη διαδικασία προσκόλλησης περιλαμβάνουν την έλλειψη υποστήριξης, την επικινδυνότητα της εγκυμοσύνης, την κόπωση της μητέρας, τη γέννηση με καισαρική τομή και την έλλειψη εμπιστοσύνης στις γονεϊκές ικανότητες (Ross, 2012). Εάν μια γυναίκα στερείται εμπιστοσύνης στις μητρικές της ικανότητες, είναι λιγότερο πιθανό να αναφέρει ένα θετικό συναισθηματικό δεσμό με το βρέφος της. Η έρευνα που διεξήγαγε ο Ross ανέφερε ότι οι γυναίκες με κύηση υψηλού κινδύνου είναι επίσης πιο πιθανό να έχουν έλλειψη εμπιστοσύνης και δύσκολη προσκόλληση σε σύγκριση με τις γυναίκες με υγιή εγκυμοσύνη. Κατά την αξιολόγηση των εμποδίων στη προσκόλληση, είναι σημαντικό να προσδιοριστούν οι πεποιθήσεις και τα αντιληπτά εμπόδια που κατέχουν τόσο οι μαίες όσο και οι μητέρες (Davidson et al., 2012).

Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, η έλλειψη εμπιστοσύνης μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη διαδικασία προσκόλλησης μητέρας-νεογέννητου. Η περίοδος υποδοχής περιλαμβάνει τη νέα μητέρα που αισθάνεται κάπως παθητική και εξαρτάται από τη φροντίδα του νεογέννητου. Η μαία μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο κατά τη διάρκεια αυτών των περιόδων για να προωθήσει τη μητρική εμπιστοσύνη. Ως εκ

τούτου, η μαία πρέπει να εκπαιδεύσει τη νέα μητέρα ότι κάποιες καταστάσεις δεν πρέπει να θεωρούνται ως αποτυχία, αλλά ως ένα κοινό γεγονός. Η εμπιστοσύνη των γονέων μπορεί επίσης να εξαντληθεί εάν βλέπουν άλλους γονείς να χειρίζονται το νεογέννητο ικανοποιητικά και με αυτοπεποίθηση, ενώ εξακολουθούν να αισθάνονται αβέβαιοι λόγω έλλειψης εμπειρίας στα νεογέννητα. Η μαία μπορεί να ενθαρρύνει τη μητέρα και να την ενημερώσει ότι η εμπιστοσύνη θα έρθει με το χρόνο. Η μαία μετά τον τοκετό θα πρέπει να γνωρίζει τη μοναδική κατάσταση του κάθε ασθενή και τις ικανότητες γονέων. Η εκπαίδευση και η γνώση σχετικά με τη φροντίδα του νεογέννητου θα ποικίλλουν επίσης σημαντικά από ασθενή σε ασθενή. Ορισμένες μητέρες θα έχουν ισχυρά οικογενειακά συστήματα υποστήριξης και άλλες όχι. Είναι επίσης σύνηθες για τις γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή να αισθάνονται θυμωμένες ή απογοητευμένες που δεν ήταν σε θέση να γεννήσουν φυσιολογικά (Weisman et al., 2010).

Ορισμένες γυναίκες αισθάνονται απογοητευμένες και αντιλαμβάνονται την καισαρική ως καταστροφική απώλεια εάν το ιδανικό σχέδιο του τοκετού τους περιελάμβανε έναν κολπικό τοκετό (Udy, 2009). Έχει αποδειχθεί ότι οι γυναίκες που έκαναν καισαρική τομή έχουν υψηλότερο ποσοστό εκούσιας δευτερογενούς υπογονιμότητας με σκοπό την πρόληψη μιας άλλης εγκυμοσύνης. Αυτό οφείλεται συχνά στην αποφασιστικότητά τους ότι το σωματικό και συναισθηματικό τραύμα θεωρήθηκε υπερβολικό για να επαναληφθεί. Μια μελέτη έδειξε ότι οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή κατά την πρώτη τους κύηση ήταν 12% λιγότερο πιθανό να αποφασίσουν να γεννήσουν ακόμα ένα παιδί σε σύγκριση με τις γυναίκες που γέννησαν κολπικά. Οι γυναίκες επίσης συχνά απογοητεύονται όταν δεν μπορούν να κρατήσουν και να θηλάσουν το νεογέννητο αμέσως μετά τον τοκετό (Phillips, 2013). Αυτά τα συναισθήματα επηρεάζουν αρνητικά την προσκόλληση κατά την περίοδο μετά τον τοκετό. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό για τη μαία και τους φροντιστές να ενθαρρύνουν τη λεχῶδα κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου και να την ενημερώσουν ότι έχοντας γεννήσει με καισαρική τομή σε καμία περίπτωση δεν σημαίνει ότι είναι ανίκανες, αλλά ότι μάλλον ήταν η ασφαλέστερη απόφαση για την υγεία της και του νεογέννητου. Όταν απαιτείται καισαρική τομή, η μαία μπορεί να εφαρμόσει διάφορες στρατηγικές για να προωθήσει μια βέλτιστη εμπειρία προσκόλλησης. Πολλές μονάδες τοκετού γνωρίζουν ότι η επαφή δέρμα με δέρμα μετά τον τοκετό προσφέρει ένα ευρύ φάσμα οφελών τόσο για τη μητέρα όσο και για

το νεογέννητο. Ωστόσο, λίγα νοσοκομεία έχουν εφαρμόσει επαφή δέρμα με δέρμα στο χειρουργείο μετά την καισαρική τομή. Παρόλα αυτά, όσο η μητέρα και το νεογέννητο είναι ιατρικά σε σταθερή κατάσταση, υπάρχουν λίγες περιπτώσεις όπου η επαφή με το δέρμα δεν πρέπει να εφαρμοστεί. Οι αναισθησιολόγοι έχουν αναφέρει πόσο εκπληκτικό είναι το αποτέλεσμα της επαφής δέρμα με δέρμα μετά τον τοκετό στη σταθεροποίηση της συναισθηματικής και σωματικής κατάστασης της μητέρας. Όταν μια νέα μητέρα έχει το νεογέννητο στο στήθος της, η αντίληψή της για τον πόνο μειώνεται και το επίπεδο άγχους μειώνεται σημαντικά, με αποτέλεσμα την αυξημένη σταθερότητα του καρδιακού ρυθμού και της αρτηριακής πίεσης. Επιπλέον, προάγει τη σταθερότητα της θερμοκρασίας για το νεογέννητο, γεγονός που μειώνει την πίεση που μπορεί να προκαλέσει η υποθερμία. Όταν τόσο η μητέρα όσο και το νεογέννητο είναι σε σταθερή κατάσταση ιατρικά, η επαφή δέρμα με δέρμα μπορεί να είναι μια στρατηγική που χρησιμοποιείται για την προώθηση της προσκόλλησης μετά από καισαρική τομή.

Μια πρόσθετη σειρά εμποδίων στη διαδικασία προσκόλλησης συμβαίνει όταν ένα νεογέννητο γεννιέται πρόωρα ή με προβλήματα υγείας (Fegran, Helseth, & Fagermoen, 2008). Τα νεογνά που χρειάζονται άμεση φροντίδα σε μια θερμοκοιτίδα εντατικής θεραπείας συχνά διαχωρίζονται από τη μητέρα αμέσως μετά τη γέννηση. Ως εκ τούτου, τα πρόωρα νεογνά θεωρούνται ότι διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να έχουν αρνητική εμπειρία προσκόλλησης, κυρίως λόγω του γεγονότος ότι τα περισσότερα πρόωρα νεογνά πρέπει να περάσουν τις πρώτες λίγες μέρες ζωής τους σε μονάδες εντατικής φροντίδας νεογνών. Αυτός ο διαχωρισμός μπορεί να επηρεάσει τη φυσιολογική διαδικασία δεσμού μητέρας-νεογέννητου (Davidson et al., 2012). Όταν οι πρώτες ώρες ζωής περιλαμβάνουν τη διασωλήνωση, την αναζωογόνηση και την οξυγονοθεραπεία, το νεογέννητο και η μητέρα χάνουν σημαντικό χρόνο της προσκόλλησης κατά την πρώτη ώρα μετά τη γέννηση. Όταν η υγεία της μητέρας ή του νεογνού εμποδίζει την συχνή επαφή δέρμα με δέρμα κατά την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό, μπορούν να πραγματοποιηθούν και άλλες διαδικασίες με σκοπό την ενίσχυση της προσκόλλησης. Πολλές μητέρες πρόωρων νεογέννητων είναι σε θέση να έχουν επαφή δέρμα με δέρμα με το νεογέννητο τους για σύντομες χρονικές περιόδους, ενώ το νεογέννητο είναι σε μονάδα εντατικής θεραπείας. Ωστόσο, αν το νεογέννητο βρίσκεται σε θερμοκοιτίδα και δεν μπορεί να υπάρχει αυτού του είδους η



επαφή λόγω ιατρικής αστάθειας, η μητέρα μπορεί να ενθαρρυνθεί να αγγίξει το χέρι, το πόδι ή το μάγουλο του νεογνού.

Οι μαίες που φροντίζουν τα ζευγάρια με νεογέννητο σε M.E.N.N. θα πρέπει να εξετάσουν τρόπους να φέρουν σε επαφή τη μητέρα με το νεογέννητο το συντομότερο δυνατό (Davidson et al., 2012). Εάν η υγεία της μητέρας την αποτρέψει από την μετακίνηση της στη M.E.N.N., η μαία μπορεί να προσφερθεί να τραβήξει φωτογραφίες ή / και βίντεο κλιπ του νεογέννητου και να τα δείξει στη μητέρα για να τη διαβεβαιώσει για την κατάσταση του νεογέννητου. Αυτός ο συνδυασμός εκπαίδευσης, υποστήριξης και δημιουργικότητας μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να προωθήσει μια εμπειρία προσκόλλησης όσο το δυνατόν βέλτιστη τόσο για τη μητέρα όσο και για το νεογέννητο. Οι μαίες μετά τον τοκετό θα πρέπει να γνωρίζουν ενδεχόμενα εμπόδια στην προσκόλληση και να είναι έτοιμες να αξιολογήσουν τα σημεία της εξασθένησης της προσκόλλησης της μητέρας με το νεογέννητο. Ορισμένες ενδείξεις που πρέπει να αναζητήσουν οι μαίες περιλαμβάνουν την έλλειψη λεκτικής επικοινωνίας με το νεογέννητο, μια διστακτική ανταπόκριση στο νεογέννητο όταν κλαίει, μια προφανής δυσφορία στο φύλο του νεογέννητου ή συγγενή ανωμαλία. Εάν παρατηρηθεί κάποιο από αυτά τα σημεία, η μαία μπορεί να παρέμβει με καθησυχαστική εκπαίδευση, εκπαίδευση ασθενών ή προσοχή προσομοίωσης ρόλων προκειμένου να προωθηθεί η προσκόλληση. Ωστόσο, η μαία πρέπει να έχει κατά νου ότι τα χαρακτηριστικά, όπως οι αξίες, οι πεποιθήσεις και τα πολιτισμικά έθιμα, μπορεί να επηρεάσουν τη διαδικασία προσκόλλησης.

## **Κεφάλαιο 3. Σχέση μητέρας-νεογνού στην Μ.Ε.Ν.Ν.**

### **3.1 Η πρόωρη γέννηση και η Μ.Ε.Ν.Ν. ως πλαίσιο για την αναδυόμενη σχέση μητέρων-παιδιών**

Αυτή τη στιγμή υπάρχει περιορισμένη έρευνα σχετικά με το πώς οι μητρικές αναπαραστάσεις επηρεάζονται από την πρόωρη γέννηση. Ωστόσο, η πρόωρη γέννηση αναγνωρίστηκε ως κίνδυνος για την ποιότητα της σχέσης γονέα-παιδιού. Οι οικογένειες αντιμετωπίζουν πολλές προκλήσεις σε αυτό το άτυπο πλαίσιο. Πρώτον, η εμπειρία της μητέρας να διακόψει την εγκυμοσύνη και τα συναισθήματα που μπορεί να προκαλέσει μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για μητρική κατάθλιψη και άγχος (Davis, Edwards, Mohay, & Wollin, 2003; Singer et al., 1999). Δεύτερον, το πρόωρο βρέφος παρουσιάζει τα δικά του τρωτά σημεία, καθώς αγωνίζεται να επιτύχει φυσιολογική ομοιόσταση και ετοιμότητα για αλληλεπίδραση με το περιβάλλον. Τρίτον, το περιβάλλον της Μ.Ε.Ν.Ν. επηρεάζει τη νευροαισθητηριακή ανάπτυξη του βρέφους, την προσβασιμότητα του γονέα στο νοσηλευόμενο νεογέννητο, την αίσθηση γονικής ικανότητας του γονέα ως γονέα και τελικά τη σχέση γονέα-παιδιού.

### **3.2 Ο αντίκτυπος του πρόωρου τοκετού στην ψυχική υγεία των μητέρων και η εσωτερική εκπροσώπηση του εαυτού ως μητέρα**

Η εγκυμοσύνη έχει θεωρηθεί ως προετοιμασία για τη μητρότητα, ένας δείκτης στη ζωή μιας γυναίκας καθώς και μια διαδικασία ταυτότητας (Rubin, 1975). Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αρχίζει να λαμβάνει χώρα μια σημαντική οργάνωση σε όλα τα επίπεδα: φυσιολογική, βιολογική, γνωστική και συναισθηματική. Όταν μια εγκυμοσύνη δεν πηγαίνει όπως αναμενόταν και είναι προκαθορισμένο να είναι «σε κίνδυνο», οι γυναίκες μπορεί να χρειαστεί να τοποθετηθούν σε μια κατάσταση μακροχρόνιας ανάπαυσης στο κρεβάτι ή ακόμη και σε νοσοκομείο. Αυτές οι εμπειρίες μπορούν να οδηγήσουν σε μια αίσθηση πλήξης, μοναξιάς και αδυναμίας (Merkatz, Budd, & Merkatz, 1978). Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, οι γυναίκες μπορεί να αισθάνονται την ανησυχία τους για την επιβίωση των βρεφών τους, για την υγεία τους και για άλλα παιδιά στο σπίτι (Loos & Julius, 1988). Επιπλέον, και οι δύο γονείς μπορεί να αισθάνονται

συναισθηματικές αστάθειες σε όλη την εγκυμοσύνη υψηλού κινδύνου: (1) ευπάθεια - η συνειδητοποίηση ότι η έκβαση της εγκυμοσύνης ήταν σε κίνδυνο, (2) αυξημένο άγχος - η μετάβαση από τις φυσιολογικές δραστηριότητες σε ανάπαυση στο κρεβάτι και νοσηλεία σε νοσοκομείο και (3) αίσθημα αναπόφευκτου - η επικείμενη πρόωρης γέννησης ενός βρέφους (McCain & Deatrick, 1994).

Όταν η εγκυμοσύνη διακόπτεται και το βρέφος γεννιέται πρόωρα, η μητέρα είναι πιθανό να αντιμετωπίσει πολλές ψυχολογικές προκλήσεις όπως ενοχή, άγχος ή κατάθλιψη (Maloni, Kane, Suenm, & Wang, 2002), συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες (DeMier et al., 2000), θυμό, αδυναμία, απελπισία, τρόμο και η αμφιθυμία για την επιβίωση του μωρού (Easterbrooks, 1988). Παρόλο που ο αντίκτυπος της πρόωρης γέννησης στη συναισθηματική ευημερία της μητέρας μπορεί να ποικίλει ως αποτέλεσμα της ιατρικής κατάστασης, της εξέλιξης και της ηλικίας του παιδιού (Singer, Salvator, Guo, Collin, Lilien, & Baley, 1999) φαίνεται ότι το άγχος και η αβεβαιότητα γύρω από την πρόωρη γέννηση αυξάνει την ανάγκη για κοινωνική υποστήριξη στις περισσότερες μητέρες (Davis et al., 2003; Easterbrooks, 1988; Lau & Morse, 2001). Η υποστήριξη κατά τη νοσηλεία σε M.E.N.N., επηρεάζει όχι μόνο την κατάσταση της μητέρας, αλλά μπορεί να επηρεάσει την αίσθηση της επιτυχίας της ως μητέρα κατά τη διάρκεια του θηλασμού και σε άλλα καθήκοντα φροντίδας (Crnic et al., 1983; Crnic, Greenberg, & Slough, 1986; Flacking, Ewald, Nyqvist, & Starrin, 2005). Επιπλέον, το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να έχει ισχυρό αντίκτυπο στις μητέρες κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Ωστόσο, η υποστήριξη από την πλευρά της νοσηλευτικής μπορεί να είναι θετική ή αρνητική. Για παράδειγμα, οι μαίες μπορούν να παρέχουν στις μητέρες πληροφορίες για το παιδί τους και μπορούν να ενθαρρύνουν και να στηρίζουν τις μητέρες κατά τη διάρκεια των καθηκόντων φροντίδας και να τους δίνουν την ευκαιρία να εκφράσουν τις ανησυχίες τους. Μπορούν επίσης να παρέχουν πληροφορίες με τρόπο που είναι δύσκολο για την οικογένεια να κατανοήσει, να παρέχει περιορισμένο ικρίωμα κατά τη διάρκεια των καθηκόντων φροντίδας ή να κρίνει τις μητέρες ως "κακές" ή "ανίκανες". Υψηλότερα επίπεδα μητρικής εκπαίδευσης και αυξημένη μητρική αντίληψη της κοινωνικής υποστήριξης από το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να μειώσει τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Davis et al., 2003). Σε γενικές γραμμές, οι άνθρωποι φαίνεται να διαφέρουν ως προς τον τύπο υποστήριξης που θεωρούν χρήσιμο. Ωστόσο, ακόμη και απλά μέτρα όπως η παροχή πληροφοριών με συμπόνια μπορούν να

διευκολύνουν σημαντικά τη συναισθηματική εμπειρία των γονέων στο NICU (Dyer, 2005).

Παρόλο που η υποστήριξη είναι η ανάγκη των γονέων όταν το παιδί τους είναι νοσηλευόμενο, οι αλληλεπιδράσεις με την ιατρική ομάδα μπορεί να παρεμποδίσουν ή να ενισχύσουν την ικανότητα της μητέρας να φροντίσει το παιδί της και τον εαυτό της ενώ βρίσκεται στη Μ.Ε.Ν.Ν. Χρησιμοποιώντας μια θεωρητική προσέγγιση, οι Fenwick, Barclay και Schmied (2001) πήραν συνέντευξη από 28 μητέρες στην Αυστραλία οι οποίες είχαν βιώσει πρόωρο τοκετό και τα βρέφη τους είχαν νοσηλευτεί στο Μ.Ε.Ν.Ν. Διαπίστωσαν ότι οι μαίες είτε διευκόλυναν είτε παρενέβαιναν στην σχέση γονέα-παιδιού. Αντίθετα, η "κουβέντα" με το νοσηλευτικό προσωπικό βοηθούσε τους γονείς να κερδίσουν την εμπιστοσύνη που χρειάζονταν για τη φροντίδα των βρεφών.

Τα στοιχεία μεταξύ γονέων και νοσηλευτικού προσωπικού αξιολογήθηκαν περαιτέρω μέσω των συνεντεύξεων των Lupton και Fenwick (2001) με 31 μητέρες και 20 ατόμων από το νοσηλευτικό προσωπικό νεογνικών τμημάτων σε δύο Μ.Ε.Ν.Ν. της Αυστραλίας. Τα στοιχεία έδειξαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό και οι μητέρες είχαν διαφορετικές αντιλήψεις για το τι κάνει μια καλή μητέρα στο πλαίσιο της ΜΕΝΝ. Οι μητέρες σκέφτηκαν ότι ήταν σημαντικό να έχουν σωματική επαφή και να θηλάζουν, ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί ότι είναι σημαντικό να είναι οι μητέρες παρούσες με φυσική παρουσία και έτοιμες να μάθουν για την ιατρική κατάσταση του βρέφους. Οι μητέρες θεώρησαν ότι έπρεπε να ζητήσουν άδεια για να αγγίξουν ή να κρατήσουν τα βρέφη τους και ότι οι προσπάθειές τους για σίτιση ήταν σαν μια διαδικασία αξιολόγησης των ικανοτήτων τους. Επιπρόσθετα, οι νέες μητέρες βίωσαν τον παρατεταμένο φυσικό διαχωρισμό από τα βρέφη τους με άγχος και συναισθηματική διαταραχή, ενώ οι έμπειρες μητέρες είχαν γνώση και εμπιστοσύνη στη φροντίδα των βρεφών καθώς είχαν ήδη δημιουργήσει ταυτότητα ως μητέρες.

Αν και οι εμπειρίες από τη γονεϊκή φροντίδα φαίνεται να αποτελούν βασικό χαρακτηριστικό της εμπειρίας από τη Μ.Ε.Ν.Ν. για ορισμένους γονείς, άλλες ποιοτικές μελέτες τονίζουν πώς οι γονείς προσαρμόστηκαν στο μοναδικό πλαίσιο της γονεϊκής φροντίδας, στη Μ.Ε.Ν.Ν. Για παράδειγμα, σε μια μελέτη 12 Αμερικανών μητέρων (Hurst, 2001a, 2001b) διαπιστώθηκε ότι οι μητέρες προσέχουν την ασφάλεια του βρέφους τους και συγχρόνως φοβούνται ότι θα χαρακτηριστούν από την ιατρική ομάδα ως «δύσκολη μητέρα». Οι ενέργειες των μητέρων στην Μ.Ε.Ν.Ν. χαρακτηρίστηκαν από τα ακόλουθα θέματα: (1) διαπραγματευτική δράση με τους παρόχους υγειονομικής

περίθαλψης, (2) συνετή χρήση της απαιτητικής θεσμικής εξουσίας, (3) χρήση θεσμικών γνώσεων για την αμφισβήτηση της εξουσίας του θεσμικού οργάνου, (4) οικοδόμηση υποστηρικτικών σχέσεων με άλλες μητέρες στη Μ.Ε.Ν.Ν, και (5) συγκέντρωση υποστήριξης από σύζυγο / συντρόφους, οικογένειες και φίλους.

### **3.3 Προκλήσεις που παρουσιάζονται από ένα πρόωρο βρέφος**

Ενώ η μητέρα του πρόωρου βρέφους μπορεί να υποφέρει σωματικά και ψυχικά μετά από πρόωρη γέννηση, τα πρόωρα βρέφη δίνουν τους δικούς τους «αγώνες», καθώς τα σώματά τους προσπαθούν να κάνουν τη μετάβαση σε μια εξωμήτρια ζωή. Αυτό είναι ένα τεράστιο έργο δεδομένου ότι έχουν ανώριμα όργανα και ένα ανώριμο σώμα, ένα καθήκον που τα θέτει σε σημαντικό κίνδυνο για επιπλοκές. Ως αποτέλεσμα, πολλά πρόωρα βρέφη δεν είναι σε θέση να επιβιώσουν χωρίς εξειδικευμένη εντατική φροντίδα με αποτέλεσμα έναν παρατεταμένο φυσικό διαχωρισμό μεταξύ μητέρας και βρέφους. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στη μονάδα εντατικής θεραπείας νεογνών (Μ.Ε.Ν.Ν.), τα βρέφη χρειάζονται συχνά τη βοήθεια ενός αναπνευστήρα για να τα βοηθήσει αναπνευστικά για ημέρες έως εβδομάδες μετά τη γέννηση. Μπορεί να έχουν πρόβλημα ρύθμισης της θερμοκρασίας του σώματός τους και συνεπώς μπορεί να νοσηλεύονται σε θερμοκοιτίδα. Μπορεί να έχουν πρόβλημα με τη σίτιση από το στόμα και μπορεί να χρειαστούν σίτιση με καθετήρα σιτίσεως. Επιπλέον, η προσεκτική παρακολούθηση της ιατρικής κατάστασης των νεογνών απαιτεί να υποβάλλονται συχνά σε δυσάρεστες ιατρικές διαδικασίες (Dyer, 2005).

Κατά τη διάρκεια αυτών των αγχωτικών διαδικασιών και κατά τη διάρκεια αυτού του χρόνου, το βρέφος χρειάζεται τη μητέρα του περισσότερο για να αποκτήσει τη βέλτιστη τροφή, να ρυθμίσει τη θερμοκρασία του και να αναπτυχθεί κατάλληλη η συναισθηματική σύνδεση και προσκόλληση. Στην πραγματικότητα, οι μητρικές δραστηριότητες με πρόωρα βρέφη, όπως ο θηλασμός, οι αλλαγές της πάνας και άλλες ευθύνες που σχετίζονται με τη φροντίδα, έχουν συσχετιστεί με θετικά αποτελέσματα στην ευημερία των μητέρων (Affleck, Tennen, & Rowe, 1991), την αυξημένη σύνδεση με το βρέφος (Heermann et al., 2005), και εγγύτητα με το βρέφος (Nystrom & Axelsson, 2002). Ωστόσο, πολλοί γονείς αισθάνονται συγκλονισμένοι από τα βλέμματα και τους ήχους της Μ.Ε.Ν.Ν. καθώς και από την εμφάνιση του βρέφους τους (Heermann et al.,

2003; Jackson et al., 2003). Ανάλογα με το βαθμό της πρόωρης γέννησης, η εμφάνιση του βρέφους μπορεί να επηρεαστεί σημαντικά. Το μέγεθός του μπορεί να είναι μικρότερο σε μήκος, το σώμα του μπορεί να φαίνεται χοντρό, και το δέρμα του μπορεί να είναι ημιδιαφανές, ενώ, άλλα μέρη του σώματος, όπως οι πτυχές του δέρματος και ο χόνδρος του αυτιού μπορεί να μην έχουν αναπτυχθεί πλήρως. Επιπλέον, το βρέφος μπορεί να συνδεθεί με έναν αναπνευστήρα και άλλο εξοπλισμό για να βοηθήσει στην επιβίωση του. Ως αποτέλεσμα αυτού, οι μητέρες μπορεί να αισθάνονται άβολα αγγίζοντας τα βρέφη τους και σε ορισμένες περιπτώσεις οι μητέρες μπορεί να μην επιτρέπεται να τα κρατούν. Τέλος, δεδομένης της εκτεταμένης μετάβασης που πρέπει να ακολουθήσουν τα πρόωρα βρέφη για να προσαρμοστούν στην εξωμήτρια ζωή, συχνά υπάρχει περιορισμένος χρόνος για φυσική επαφή και πρέπει να αλληλοεπιδρούν με τους γονείς τους μέσω της επαφής με τα μάτια, της σίτισης και του βλέμματος (Als, 1982).

### **3.4 Το περιβάλλον της M.E.N.N.**

Το περιβάλλον και το προσωπικό της M.E.N.N. μπορούν επίσης να θέσουν σε κίνδυνο την ανάπτυξη της σχέσης γονέα-παιδιού. Το ίδιο το περιβάλλον υπάρχει προκειμένου να διατηρηθεί η ζωή. Ως εκ τούτου, τα βρέφη όχι μόνο συνδέονται με μηχανές και τοποθετούνται σε θερμοκοιτίδες, αλλά η μονάδα περιέχει πολλά βρέφη στο ίδιο δωμάτιο με ηχητικά μηχανήματα, φάρμακα και διαδικασίες που τηρούνται, καθώς και παρακολούθηση των μελών του προσωπικού (Heermann et al., 2005).

Η M.E.N.N. επιβάλλει έναν έντονο φυσικό διαχωρισμό μεταξύ των μητέρων και των βρεφών τους. Επιπλέον, η παραδοσιακή δομή της M.E.N.N. διαχωρίζει περαιτέρω τα βρέφη από τις οικογένειές τους καθώς το σύστημα είναι χτισμένο σε ένα αυταρχικό ιατρικό μοντέλο, με τους γιατρούς να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με τη ζωή του βρέφους στο νοσοκομείο (Heermann et al., 2005).

*Παρόλο που οι οικογένειες έχουν τεράστια ευθύνη για μεγάλη διάρκεια και ευρύ περιθώριο για το παιδί τους η κύρια δουλειά της M.E.N.N. είναι να θεραπεύει το βρέφος για τα πρωτογενή ιατρικά του προβλήματα και να το απαλλάσσει το συντομότερο δυνατόν. Η σύνδεση της M.E.N.N. με το βρέφος, τότε, είναι σχετικά σύντομης διάρκειας ... Ενώ το βρέφος βρίσκεται στην επιμέλεια της M.E.N.N., οι υπάλληλοι της M.E.N.N. και όχι οι γονείς λαμβάνουν τις αποφάσεις. Η δουλειά της M.E.N.N. περιλαμβάνει τόσο την ιατρική φροντίδα όσο και τη μη ιατρική ειδική φροντίδα που απορρέει από τις ιατρικές ανάγκες του*

παιδιού (π.χ. ειδικά πρωτόκολλα διατροφής). Μερικές από αυτές τις φροντίδες μπορούν να γίνουν από μη ειδικούς όπως οι γονείς, αλλά οι προσωπικότητες της Μ.Ε.Ν.Ν. είναι αυτοί που αποφασίζουν ποιος θα συμμετάσχει και πώς στη φροντίδα για τον ασθενή τους ... Πολλές αποφάσεις σχετικά με την πορεία της θεραπείας του ασθενή ... λαμβάνονται σχεδόν μηχανικά από τα πρότυπα φροντίδας που επιβάλλουν συγκεκριμένες θεραπείες για συγκεκριμένα προβλήματα, με σημαντικές τροποποιήσεις και προσαρμογές ώστε να λαμβάνονται υπόψη οι αντιδράσεις του ασθενούς στις παρεμβάσεις (Heimer & Staffen, 1998, σελ. 146-147).

Δυστυχώς, το παραδοσιακό μοντέλο φροντίδας στη Μ.Ε.Ν.Ν. αφήνει στην ιατρική ομάδα λίγο χρόνο ή ευκαιρία να επικεντρωθεί στην οικογένεια του βρέφους. Ο διαχωρισμός του βρέφους από τη μητέρα του είναι μια τραυματική εμπειρία και για τα δύο άτομα. Το βρέφος χρειάζεται τη μητέρα του για να αποκτήσει τη βέλτιστη τροφή, να ρυθμίσει το σώμα του και για συναισθηματική σύνδεση. Αυτές οι ανάγκες μεγεθύνονται σε ένα άγνωστο αγχωτικό περιβάλλον όπου συχνά εκτίθεται σε δυσάρεστες ιατρικές διαδικασίες, σε ένα μη υποστηρικτικό περιβάλλον για τον ύπνο και την ανάπτυξη του. Στην πραγματικότητα, το σώμα της μητέρας είναι το φυσικό περιβάλλον του βρέφους - δημιουργήθηκε για να επιβιώσει σε συνύπαρξη με το σώμα της (Jackson et al., 2003).

Δυστυχώς, οι μητέρες συχνά έχουν περιορισμένες ευκαιρίες να ασχοληθούν με τη φροντίδα των βρεφών τους στη ΜΕΝΝ. Επιπλέον, μια μητέρα μπορεί να χρειαστεί να αντιμετωπίσει πολλές άλλες προκλήσεις για να φτάσει στη ΜΕΝΝ, όπως η διαπραγμάτευση των θεμάτων μεταφοράς και της φροντίδας των παιδιών (εάν έχει άλλα παιδιά). Όταν επισκέπτεται τη ΜΕΝΝ, βιώνει την επιστήμη της φροντίδας για πρόωρα βρέφη, παρά τη φροντίδα της μητέρας. Η εκμάθηση πώς να φροντίσει το βρέφος της μέσω της δικής της δοκιμής και των εμπειριών σφάλματος με το παιδί της δεν είναι προτεραιότητα στη ΜΕΝΝ. Μπορεί να παρακολουθεί τις μαίες και τα άλλα μέλη του προσωπικού στη ΜΕΝΝ να διαχειρίζονται το βρέφος της με τρόπο που να μην τον αντιλαμβάνεται καλά (Wigert, Johansson, & Berg, 2006).

Στην πραγματικότητα, η ενστικτώδης επιθυμία του βρέφους για ασφάλεια και διατροφή παρέχεται κατά τεκμήριο από σωστά καταρτισμένους γονείς (Levine, 1974). Όλες αυτές οι εμπειρίες μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά την ταυτότητα της μητέρας ως «αρκετά καλή» μητέρα και την εικόνα της για τον εαυτό της ως φροντιστή. Σε αυτό το πλαίσιο ειδικότερα, η μητέρα έχει ανάγκη από ένα "περιβάλλον στήριξης" για να την

υποστηρίζει, ώστε να μπορεί να διαπραγματευτεί τις απαιτήσεις της Μ.Ε.Ν.Ν. και να βρει τρόπους για να στηρίξει το βρέφος της καθ' όλη τη διάρκεια της παραμονής του.

Τέλος, το νοσηλευτικό και το άλλο ιατρικό προσωπικό μπορούν να έχουν ισχυρό αντίκτυπο βοηθώντας τη μητέρα να αισθάνεται ευπρόσδεκτη στη Μ.Ε.Ν.Ν. (Lupton & Fenwick, 2001; Wigert, Johansson, & Berg, 2006). Η διαδικασία της ιατρικής φροντίδας είναι απαραίτητη για το ρόλο της μητέρας και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις αλληλεπιδράσεις μιας γυναίκας με το βρέφος της σε ένα κοινωνικό περιβάλλον (Rubin, Owens, & Golden, 1998). Ωστόσο, ακόμη και η διαδικασία της αλληλεπίδρασης μητέρας-βρέφους φαίνεται διαφορετική επειδή πολλά πρόωρα βρέφη δεν είναι νευρολογικά αρκετά ώριμα για να διατηρήσουν επαφή με τα μάτια ή παρατεταμένη δέσμευση. Επιπλέον, το ξένο περιβάλλον στη ΜΕΝΝ, το οποίο ενσαρκώνει την πρόοδο της ιατρικής τεχνολογίας, μπορεί να συμβάλλει περαιτέρω στην συναίσθηση της γυναίκας για ανεπάρκεια ή αποσύνδεση από το βρέφος της.

### **3.5 Συστατικά των σχέσεων γονέων-βρεφών μέσα στη Μ.Ε.Ν.Ν.**

#### **3.5.1 Εξωτερικά στοιχεία**

Το εξωτερικό στοιχείο της σχέσης γονέα-παιδιού αποτελείται από αλληλεπίδραση συμπεριφοράς. Η περιγραφή του πλαισίου Μ.Ε.Ν.Ν. υπογραμμίζει τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει το νεογέννητο παιδί. Ως αποτέλεσμα αυτών των προκλήσεων, το ρεπερτόριο συμπεριφοράς επηρεάζεται σημαντικά, καθώς το βρέφος είναι περιορισμένο όσον αφορά το φάσμα των διαδραστικών συμπεριφορών που μπορεί να προσφέρει. Επιπλέον, η ενέργεια και η σταθερότητά του για κοινωνική αλληλεπίδραση μπορεί επίσης να επηρεαστούν. Οι γονείς περιορίζονται επίσης στον αριθμό των συμπεριφορών φροντίδας που μπορούν να συμμετάσχουν. Καθώς η διαθεσιμότητα των γονέων για φροντίδα μπορεί να επηρεαστεί από το επίπεδο άνεσης και την αποδοχή ενός ιατρικά εξαρτώμενου παιδιού και τη διαθεσιμότητα των γονέων να επισκεφθούν το νοσοκομείο και να λάβουν ειδική εκπαίδευση για να φροντίσουν το βρέφος κατά τη διάρκεια των πολλών δυσάρεστων και συχνά επώδυνων διαδικασιών που πρέπει να αντιμετωπίσει. Τέλος, το ίδιο το περιβάλλον Μ.Ε.Ν.Ν. μπορεί να επηρεάσει την ποσότητα και την ποιότητα της αλληλεπίδρασης που συμβαίνει μεταξύ γονέα και παιδιού. Για παράδειγμα, το περιβάλλον της Μ.Ε.Ν.Ν. μπορεί να είναι τόσο θορυβώδες ώστε το βρέφος να έχει



υπερδιεγερθεί και έτσι να μην μπορεί να εμπλακεί σε κοινωνική αλληλεπίδραση με τους γονείς του (Johnson, 2008). Οι γονείς μπορεί να μην λαμβάνουν επαρκή κατάρτιση και ανατροφοδότηση από το νοσηλευτικό προσωπικό ή μπορεί να μην λαμβάνουν σαφείς πληροφορίες από την ιατρική ομάδα, επηρεάζοντας έτσι την ικανότητά τους να αλληλεπιδρούν αποτελεσματικά με το βρέφος (Fenwick, 2001; Hurst, 2001a, 2001b).

Η κοινωνική αλληλεπίδραση μεταξύ βρεφών και γονέων τους απαιτεί και οι δύο εταίροι να παρέχουν ένα φάσμα επικοινωνιακής συμπεριφοράς και να ανταποκριθούν μεταξύ τους κατάλληλα. Τα πρόωρα βρέφη χρειάζονται πρόσθετη υποστήριξη για να ενθαρρύνουν την κοινωνική αλληλεπίδραση. Με την ανάγνωση των συμπεριφοριστικών παραγόντων των παιδιών με οργανωμένη ή αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και με την παρατήρηση του τρόπου με τον οποίο το περιβάλλον επηρεάζει το βρέφος, ο γονέας μπορεί να βοηθήσει το βρέφος στη νευρο-συμπεριφορική οργάνωση και έτσι να διευκολύνει την προσοχή των βρεφών για κοινωνική αλληλεπίδραση, διατροφή ή ύπνο (Als, Gilkerson, Duffy, McAnulty, & Buehler, 2003). Ωστόσο, μια τέτοια λεπτομερής ανάλυση της επικοινωνίας και της συμπεριφοράς των βρεφών μπορεί να μην είναι διαισθητική για τους γονείς χωρίς πρόσθετη κατάρτιση και υποστήριξη. Περαιτέρω, αυτή η βέλτιστη αλληλεπίδραση μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολη για οικογένειες με πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου (π.χ. χαμηλό εισόδημα, περιορισμένη εκπαίδευση, προκλήσεις ψυχικής υγείας).

Μέχρι σήμερα, λίγες μελέτες έχουν ασχοληθεί με την αλληλεπίδραση γονέα-παιδιού στην M.E.N.N. Σε μια πρόσφατη μελέτη, οι Ιταλοί ερευνητές Coppola και Cassibba (2010) διερεύνησαν τις κοινωνικές συμπεριφορές 20 μητέρων πρόωρων βρεφών που νοσηλεύθηκαν στη M.E.N.N. μέχρι και τρεις μήνες μετά το εξιτήριο προκειμένου να επαληθεύσουν εάν αυτές οι πρώιμες συμπεριφορές προέβλεπαν αργότερα συναισθηματική διαθεσιμότητα. Οι ερευνητές εξέτασαν επίσης την προγνωστική αξία της προσκόλλησης της μητέρας στον δικό της γονέα και την αντίδρασή της στην πρόωρη γέννηση και στο πρόωρο βρέφος της στο νοσοκομείο. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, η αλληλεπίδραση γονέα-παιδιού βιντεοσκοπήθηκε σε τρία χρονικά σημεία και αργότερα χωρίστηκε σε δύο διαφορετικές κατηγορίες: *κατεύθυνση βλέμματος και επικοινωνιακή συμπεριφορά*. Όταν το βρέφος ήταν τριών μηνών, οι μητέρες βιντεοσκοπούσαν παίζοντας με τα βρέφη τους κατά τη διάρκεια μιας επίσκεψης στο σπίτι. Τα βίντεο κωδικοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας τις κλίμακες συναισθηματικής διαθεσιμότητας (EAS, Biringen, Robinson, & Emde, 2000). Η συμπεριφορά της μητέρας

στη Μ.Ε.Ν.Ν. συνδέθηκε με τον τρόπο με τον οποίο οι μητέρες βίωσαν την πρόωρη γέννηση. Για παράδειγμα, η σοβαρότητα της ασθένειας του βρέφους επηρέασε τον τρόπο με τον οποίο συμπεριφέρθηκαν οι μητέρες κατά τη γέννηση (π.χ., επιθεώρηση του βρέφους αντί του αγγίγματος). Επίσης, κατά τη διάρκεια της παραμονής του βρέφους στη Μ.Ε.Ν.Ν., οι μητέρες με πολύ άρρωστα βρέφη παρουσίασαν λιγότερη λεκτική έκφραση.

Μελέτες μετά την έξοδο από τη ΜΕΝΝ έδειξαν αντικρουόμενα αποτελέσματα: ορισμένα ευρήματα δεν έδειξαν μεγάλες διαφορές μεταξύ των γονέων πρόωρων βρεφών και γονέων τελειόμηνων βρεφών, ενώ άλλες μελέτες έδειξαν ότι οι μητέρες των πρόωρων βρεφών είναι πιο ελεγχόμενες, πιο κατευθυνόμενες και λιγότερο τρυφερές.

Άλλες μελέτες προσκόλλησης πρόωρων βρεφών και γονέων τους έδειξαν ότι τα πρόωρα βρέφη είναι εξίσου πιθανό να αναπτύξουν ασφαλείς σχέσεις με τους γονείς τους σε σύγκριση με τα τελειόμηνα βρέφη (Easterbrooks, 1989) και ότι οι μητέρες των πρόωρων βρεφών είναι εξίσου πιθανό να αναπτύξουν ασφαλείς αναπαραστάσεις στο παιδί τους σε σύγκριση με τις μητέρες τελειόμηνων βρεφών (Korja et al., 2010). Επειδή πολλές μελέτες έχουν βρει διαφορές στα βρέφη στην ηλικία των έξι μηνών (Schmucker et al., 2005), αλλά καμία διαφορά στην ομάδα 18 (Muller-Nix et al., 2004) ή 24 μηνών (Greenberg & Crnic, 1988) φαίνεται εύλογο ότι οι διαφορές των διαφορετικών ηλικιακών ομάδων ελαχιστοποιούνται με την πάροδο του χρόνου καθώς τα βρέφη ωριμάζουν και ίσως οι μητέρες να ανακάμπτουν από το άγχος της περίπλοκης γέννησης και των πρώιμων εμπειριών της ζωής του βρέφους. Άλλοι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι οι μητέρες των πρόωρων βρεφών παρέχουν στα βρέφη τους επιπλέον υποστήριξη, όπως η λεκτική επικοινωνία, η επαφή πρόσωπο με πρόσωπο και η επαφή με το βρέφος. Εντούτοις, οι μητέρες έδειξαν επίσης λιγότερη ζεστασιά χαρακτηριζόμενη από χαμηλότερη αλληλεπίδραση και λιγότερη χαμογελαστή και στοργική φυσική επαφή (DiVitto & Goldberg, 1979; Minde, Perrotta, & Marton, 1985, Schmucker et al., 2005). Οι μητέρες των πρόωρων βρεφών τείνουν να αλληλεπιδρούν με τα παιδιά τους ασθενέστερα από τις μητέρες τελειόμηνων βρεφών (Greenberg & Crnic, 1988) και οι αλληλεπιδράσεις τους εμφανίζονται πιο δομημένες και ελεγχόμενες (Gerner, 1999, Muller-Nix et al., 2004). Επιπλέον, οι διαφορές στη μητρική συμπεριφορά ήταν πιο εμφανείς κατά τη διάρκεια των τριών πρώτων μηνών της ζωής του βρέφους (Minde et al., 1985), αλλά παρέμειναν για δύο χρόνια (Minde, 2000).

Με βάση τις παραπάνω μελέτες, φαίνεται ότι η σοβαρότητα της κατάστασης του βρέφους επηρεάζει τη μητρική αλληλεπίδραση. Οι Muller-Nix et al. (2004) εξέτασαν

περαιτέρω το ρόλο του έντονου στρες ή τραύματος, των περιγεννητικών παραγόντων κινδύνου για βρέφη και της ποιότητας της αλληλεπίδρασης μητέρας-βρέφους στους έξι και στους 18 μήνες (διορθωμένο ως προς την ηλικία κύησης). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η σοβαρότητα της κατάστασης του βρέφους επηρέασε την ποιότητα της αλληλεπίδρασης στην ηλικία των έξι μηνών αλλά όχι στους 18 μήνες. Στη συνέχεια, ο αντίκτυπος του μητρικού στρες στην αλληλεπίδραση γονέα-παιδιού εκτιμήθηκε με τη μέτρηση του Post-traumatic Stress Disorder Questionnaire (PPQ) και ακολούθως διαχωρίστηκαν τα υποκείμενα σε πρόωρα με υψηλό στρες, πρόωρα με χαμηλό στρές, και τελειόμηνα βρέφη. Η αλληλεπίδραση γονέα- παιδιού μετρήθηκε μέσω του δείκτη Care (Crittenden, 1988). Επίσης, αν και τα βρέφη κατέδειξαν ασήμαντες διαφορές στην αλληλεπίδραση γονέα-παιδιού στους έξι μήνες, κατά τους 18 μήνες τα πρόωρα βρέφη της ομάδας του υψηλού άγχους εμφάνισαν υψηλότερο ποσοστό συμμόρφωσης-καταναγκασμού και παθητικότητας. Οι συγγραφείς επισημαίνουν την σχέση μεταξύ του ελέγχου της μητρικής συμπεριφοράς και συμμορφούμενης παιδικής συμπεριφοράς όπως έχει ήδη καταγραφεί στη βιβλιογραφία (Crittenden, 1988). Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι μπορεί να υπάρχει μια μακροχρόνια επίδραση των μητρικών τραυμάτων κατά την περιγεννητική περίοδο στην αλληλεπίδραση γονέα-παιδιού και ότι η επιρροή αυτή δεν μπορεί να καταγραφεί στην συμπεριφορά του βρέφους πριν τους 18 μήνες. Περαιτέρω ανάλυση έδειξε ότι η τραυματική εμπειρία της μητέρας, όπως μετρήθηκε από το PPQ, αντιπροσώπευε διαμεσολαβητικό παράγοντα για την αλληλεπίδραση της μητέρας με το βρέφος μέχρι την ηλικία των έξι μηνών.

### **3.5.2 Εσωτερικά στοιχεία**

Υπάρχουν μόνο τέσσερις μελέτες για αναπαραστάσεις μητρικής προσκόλλησης σε πρόωρα βρέφη και στις μητέρες τους (Borghini et al., 2006; Korja et al., 2010; Korja et al., 2009; Meijssen et al., 2011). Καμία από αυτές τις μελέτες δεν εξέτασε τις μητρικές αναπαραστάσεις κατά τη διάρκεια εγκυμοσύνης υψηλού κινδύνου ή όταν τα πρόωρα βρέφη ήταν στη M.E.N.N. Αντίθετα, οι μελέτες εξέτασαν τις μητρικές αναπαραστάσεις πρόωρων βρεφών όταν τα βρέφη ήταν 6, 12 ή 18 μηνών (μετά την ηλικία της κύησης). Οι Borghini et al. (2006) διαπίστωσαν ότι μόνο το 20% των μητέρων πρόωρων βρεφών είχαν ασφαλείς (ισορροπημένες) αναπαραστάσεις προσκόλλησης όταν τα παιδιά ήταν 18 μηνών έναντι 53% της ομάδας ελέγχου (μητέρες τελειόμηνων βρεφών). Αντίθετα, οι

Meijssen et al. (2011) μελέτησαν επίσης ιταλικό πληθυσμό με παρόμοιο δημογραφικό προφίλ και διαπίστωσαν ότι το 70% των μητέρων πρόωρων βρεφών είχαν ασφαλείς (ισορροπημένες) αναπαραστάσεις προσκόλλησης όταν τα παιδιά ήταν 18 μηνών αλλά στην συγκεκριμένη έρευνα δεν είχαν ομάδα ελέγχου με τελειόμηνα βρέφη. Το 30% των μητέρων επέδειξαν μη ισορροπημένες παραστάσεις προσκόλλησης. Η ποιοτική ανάλυση του περιεχομένου των επιλεγμένων ερωτήσεων που μπορεί να είναι συγκεκριμένες για την πρόωρη γέννηση έδειξε ότι τα αρνητικά συναισθήματα όταν βλέπουν το βρέφος τους για πρώτη φορά και τα αρνητικά ή αμφιλεγόμενα συναισθήματα τις πρώτες εβδομάδες στο σπίτι συσχετιζόνταν με μη ισορροπημένες αναπαραστάσεις προσκόλλησης.

Οι Korja et al. (2010) εξέτασαν στη συνέχεια τη σχέση μεταξύ των εσωτερικών αναπαραστάσεων της μητρικής προσκόλλησης και της ποιότητας της αλληλεπίδρασης μητέρας-παιδιού (που εκτιμήθηκε μέσω του Parent Child Early Relational Assessment/PCERA) σε πρόωρα βρέφη και τελειόμηνα βρέφη. Τα αποτελέσματα αυτά φαίνονται ασαφή: η μελέτη των Borghini et al. (2006) διαπίστωσε μεγάλες διαφορές στην ασφαλή προσκόλληση, ενώ ο Korja (2009) δεν το απέδειξε. Μια σημαντική σημείωση είναι ότι η ομάδα των πρόωρων στη μελέτη των Borghini et al. (2006) προήλθε από ένα χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό στρώμα από την ομάδα ελέγχου (τελειόμηνα βρέφη). Η χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για προβλήματα στη σχέση μητέρων-παιδιών (Wille, 1991). Στις μελέτες των Korja et al. (2009, 2010) που διεξήχθησαν σε ένα φινλανδικό νοσοκομείο, διαπιστώθηκε ότι το υψηλό ποσοστό των ισορροπημένων αναπαραστάσεων προσκόλλησης των μητέρων και η καλή ποιότητα αλληλεπίδρασης των νηπίων με τη μητέρα τους στην ομάδα των πρόωρων μπορεί να σχετίζεται με το βαθμό γονικής υποστήριξης που παρέχεται στη M.E.N.N., την ενεργό συμμετοχή του γονέα στη φροντίδα των βρεφών κατά τη διάρκεια της περιόδου στην M.E.N.N. και την ενσωμάτωση της καθημερινής επαφής δέρματος με δέρμα (φροντίδα καγκουρό) μεταξύ μητέρας και πρόωρου βρέφους. Έχει τεκμηριωθεί ότι η φροντίδα καγκουρό μπορεί να διευκολύνει την μητρική ευαισθησία καθώς η στενή σωματική επαφή μπορεί να βοηθήσει τις μητέρες να μάθουν τις ανάγκες των πρόωρων βρεφών και να αναλάβουν ενεργό ρόλο στη φροντίδα των βρεφών (Feldman, Weller, Sirota, & Eidelman, 2003). Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι και οι τέσσερις μελέτες διεξήχθησαν σε ευρωπαϊκές χώρες, όπου οι πολιτικές για τις οικογενειακές άδειες είναι πιο γενναιοδωρες και οι ρυθμίσεις παιδικής φροντίδας (για τη φροντίδα για τα άλλα παιδιά της μητέρας που

βρίσκεται στο νοσοκομείο με άρρωστο νεογέννητο) είναι πιο υποστηρικτικές από αυτές στην Ελλάδα.

### 3.6 Συμπέρασμα

Συνοπτικά, οι αναπαραστάσεις της μητέρας ή τα εσωτερικά μοντέλα εργασίας είναι ένα χρήσιμο στοιχείο για την κατανόηση των πρώιμων σχέσεων γονέα-παιδιού. Τα εσωτερικά μοντέλα αναπαράστασης έχουν εξελιχθεί από τη θεωρία προσκόλλησης του Bowlby και σχετίζονται με την ικανότητα του ατόμου να αναζητά υποστήριξη και να νιώθει ασφάλεια στο πλαίσιο των σχέσεων, να ερμηνεύει τις προθέσεις και τις αντιδράσεις του άλλου και να εκτιμά την αίσθηση του εαυτού. Τα εσωτερικά μοντέλα αναπαράστασης των γονέων πιστεύεται ότι οδηγούν συμπεριφορές γονέων, οι οποίες με τη σειρά τους διαμορφώνουν την ποιότητα της προσκόλλησης του παιδιού στον γονέα. Για ένα μικρό παιδί με περιορισμένη εμπειρία του κόσμου, η αντίληψή του για τον κόσμο συνδέεται πλήρως με την εμπειρία του στις σχέσεις του με τους φροντιστές. Όταν οι φροντιστές δεν είναι διαθέσιμοι, καταχρηστικοί ή ασυνεπείς, το παιδί αντιλαμβάνεται αυτή τη συμπεριφορά ως αντανάκλαση του εαυτού του. Για παράδειγμα, μπορεί να υποθέσει ότι ο γονέας συμπεριφέρεται αρνητικά επειδή είναι εγγενώς κακό, υπερβολικά απαιτητικό ή δεν αξίζει αγάπη και υποστήριξη. Εάν αυτά τα πρότυπα παραμείνουν, το παιδί είναι πιθανό να αναπτύξει μια αρνητική άποψη για τον εαυτό του και έτσι το στάδιο αυτό μπορεί να επηρεάσει αρνητικά μεταγενέστερες σχέσεις. Παρόλο που η εμπειρική έρευνα δεν συνδέει άμεσα έναν κατάλογο αιτίων με την ανάπτυξη εσωτερικών παραστάσεων, φαίνεται ότι τα εσωτερικά μοντέλα της μητέρας επηρεάζονται από την ποιότητα των σχέσεών της τόσο στο παρελθόν όσο και στο παρόν, την ψυχική υγεία, τα συστήματα υποστήριξης, την αλληλεπίδραση με το βρέφος της και την ιδιοσυγκρασία του.

Μια άλλη πρόκληση, που μπορεί να επηρεάσει την εσωτερική εκπροσώπηση της μητέρας, είναι η εγκυμοσύνη υψηλού κινδύνου, η πρόωρη γέννηση και η επακόλουθη νοσηλεία του βρέφους στη Μ.Ε.Ν.Ν. Αυτή τη στιγμή υπάρχει έλλειψη έρευνας σχετικά με τις μητρικές εσωτερικές αναπαραστάσεις των νεογέννητων πρόωρων βρεφών. Είναι κατανοητό ότι η προγεννητική προσκόλληση βαθαίνει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Berryman & Windridge, 1996; Bloom, 1995, Wayland & Tate, 1993),

ιδιαίτερα όταν ολοκληρώνεται το δεύτερο τρίμηνο και γίνονται αισθητές οι πρώτες εμβρυϊκές κινήσεις (Klaus & Klaus, 1985). Είναι γνωστό, επίσης, ότι οι εβδομάδες κύησης μεταξύ 24-32 είναι μια κρίσιμη περίοδος για την ανάπτυξη των μητρικών αναπαραστάσεων (Ammaniti et al., 1992), καθώς οι γυναίκες έχουν αναπτύξει μια σαφή εκπροσώπηση των εαυτών τους ως μητέρες, διαφορετικές από το έμβρυο τους. Η πρόωρη γέννηση διακόπτει την εσωτερική ανάπτυξη της μητρικής αναπαραστάσης του παιδιού και του εαυτού της ως μητέρα. Επομένως, η νοητική αντιπροσώπευση της μητέρας του τελειόμηνου βρέφους και του πρόωρου βρέφους διαφέρει συχνά (Stern et al., 1995). Περαιτέρω, ως αποτέλεσμα της ιατρικά ασθενούς κατάστασης του βρέφους, οι γονείς μπορούν να τοποθετηθούν σε μια "αδύνατη κατάσταση στην οποία δεν μπορούν να επεξεργαστούν μια σημαντική δομή αναπαραστάσης του μέλλοντος. Είναι σε ένα κενό αναπαραστάσης - όταν δεν μπορούν να φανταστούν το μέλλον και δεν μπορούν να αξιολογήσουν το παρόν (Stern, 1995, σελ. 39).

Επιπλέον, η έλλειψη στενών επαφών μεταξύ των γονέων και των βρεφών τους στη Μ.Ε.Ν.Ν., μαζί με τη φροντίδα που βασίζεται σε πρωτόκολλο, εμποδίζει τους γονείς να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με σχεδόν όλες τις καθημερινές εργασίες φροντίδας του νεογνού, όπως είναι οι χρόνοι σίτισης, ο τρόπος διατροφής, οι αλλαγές της πάνας. Μόλις τα βρέφη εξέλθουν από τη Μ.Ε.Ν.Ν., οι γονείς μπορούν να αναλάβουν την κυριότητα του βρέφους τους. Παρόλα αυτά, τα βρέφη ενδέχεται να συνεχίσουν να αντιμετωπίζουν δυσκολίες να είναι διαθέσιμα στο φυσικό περιβάλλον για αλληλεπίδραση ή να αντιμετωπίζουν δυσκολίες αυτορρύθμισης (Wolf, Koldewijn, Beelan, Hedlund, & deGroot, 2002). Οι γονείς μπορούν να συνεχίσουν να εμφανίζουν αυξημένο άγχος και περιορισμένη εμπιστοσύνη στις ικανότητες φροντίδας κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους ζωής τους (Cmic et al., 1983; Corter & Minde, 1987). Μελέτες σχετικά με την αλληλεπίδραση γονέα-παιδιού δείχνουν αντικρουόμενα αποτελέσματα ενώ άλλοι περιγράφουν τη συμπεριφορά των μητέρων ως προς τα βρέφη τους ως προσαρμοστικές και αναγκαίες (Miles & Holditch-Davis, 1995).

Από την άποψη των εσωτερικών αναπαραστάσεων των μητέρων των πρόωρων βρεφών, τα αποτελέσματα είναι ασαφή. Οι Borghini et al. (2006) διαπίστωσαν αυξημένη επίπτωση ανασφαλούς προσκόλλησης, ενώ ο Kotja (2009) δεν το έκανε. Ωστόσο, βρήκαν ότι η κατάθλιψη της μητέρας συνδέεται με παραμορφωμένες μητρικές αναπαραστάσεις του παιδιού. Επιπλέον, αυτή τη στιγμή υπάρχει έλλειψη έρευνας

σχετικά με την ποιότητα των μητρικών παραστάσεων των βρεφών που νοσηλεύονται στη Μ.Ε.Ν.Ν.

## **Κεφάλαιο 4. Μεθοδολογία**

### **4.1 Σκοπός της μελέτης**

Ο κύριος σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας και της εμπειρικής έρευνας που διεξήχθη ήταν η διερεύνηση των ιδιαιτεροτήτων του συναισθηματικού δεσμού μεταξύ της μητέρας και του νεογνού της που νοσηλεύεται σε Μ.Ε.Ν.Ν. Δευτερεύων σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της εμφάνισης άγχους και κατάθλιψης σε μητέρες νεογνών που νοσηλεύονται στην Μ.Ε.Ν.Ν. και κατά πόσο αυτά τα συμπτώματα σχετίζονται με τον δεσμό τους με το νεογνό.

### **4.2 Ερευνητικά ερωτήματα**

Τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης ήταν:

- ✓ Ο δεσμός μητέρας- νεογνού διαφέρει μεταξύ μητέρων με νεογνά στη Μ.Ε.Ν.Ν. και μητέρων με νεογνά φυσιολογικής ανάπτυξης;
- ✓ Το επίπεδο άγχους και κατάθλιψης των μητέρων με νεογνά στη Μ.Ε.Ν.Ν. διαφέρει σημαντικά από το αντίστοιχο των μητέρων με νεογνά φυσιολογικής ανάπτυξης;
- ✓ Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης που βιώνει η μητέρα και του δεσμού της με το νεογνό;

### **4.3 Επιλογή Ερευνητικής Μεθοδολογίας**

Η μεθοδολογία της έρευνας περιέχει μια ακολουθία από σειρά επιλογών από τον ερευνητή. Αρχικά, πρέπει ο ερευνητής να καταλήξει στο αν τα ερευνητικά του ερωτήματα μπορούν να απαντηθούν μέσω ποιοτικής ή ποσοτικής έρευνας. Στην συνέχεια ο ερευνητής πρέπει να καταλήξει στο είδος των δεδομένων που θα χρησιμοποιήσει (πρωτογενή ή δευτερογενή) και τέλος να ορίσει το κατάλληλο εργαλείο με το οποίο θα συλλέξει τα δεδομένα και μέσω του οποίου θα απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα και θα εξαχθούν τα συμπεράσματα (Robson, 2002).



### **4.3.1 Ποσοτική Έναντι Ποιοτικής Έρευνας**

Στο πεδίο των κοινωνικών επιστημών υπάρχουν δύο βασικές προσεγγίσεις/μεθοδολογίες που μπορούν να υιοθετηθούν για την διεξαγωγή μιας έρευνας. Οι δύο αυτές προσεγγίσεις είναι η ποσοτική έρευνα κι η ποιοτική έρευνα. Σύμφωνα με τον Robson (2002) ο ερευνητής αρχικά πρέπει να καταλήξει στο αν θα επιλέξει μία από τις δύο προσεγγίσεις ή συνδυασμό αυτών. Η επιλογή έχει άμεση σύνδεση με τα ερευνητικά ερωτήματα και την φύση και τα χαρακτηριστικά της έρευνας. Κάθε προσέγγιση έχει τα δικά της πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα (Δαφέρμος, 2011).

Κατά τον Singh (2007) η ποσοτική μεθοδολογία δίνει την δυνατότητα στον ερευνητή να αναλύσει την ποσότητα ή συχνότητα εμφάνισης για ένα φαινόμενο το οποίο έχει τεθεί ως το χαρακτηριστικό που μελετάει μια έρευνα. Αντίθετα, η ποιοτική μεθοδολογία έχει σκοπό να καταγράψει το είδος και τα χαρακτηριστικά του μελετώμενου φαινομένου.

Στην παρούσα διπλωματική κρίθηκε καταλληλότερη η διεξαγωγή μιας ποσοτικής έρευνας καθώς αυτή η μεθοδολογία επιτρέπει την χρήση αριθμητικών δεδομένων και την πιο εύκολη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων με χρήση λογισμικών ανάλυσης ποσοτικής δεδομένων όπως το SPSS. Σύμφωνα με τον Singh (2007) μια ποσοτική έρευνα είναι μια στρατηγική στην οποία ο ερευνητής σε πρώτο στάδιο καθορίζει το θέμα και θέτει τα ερευνητικά ερωτήματα. Στην συνέχεια ορίζει το κατάλληλο εργαλείο (ερωτηματολόγιο) το οποίο περιέχει ερωτήσεις που απαντούν στα ερευνητικά του ερωτήματα, συλλέγει τα δεδομένα από κατάλληλο δείγμα και τελικά διεξάγει την ανάλυση των δεδομένων και βγάζει τα αντίστοιχα συμπεράσματα. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιούνται οι τεχνικές της επαγωγικής και περιγραφικής στατιστικής. Επιπλέον, στην ποσοτική έρευνα ο ερευνητής μπορεί να θέσει πρωταρχικά υποθέσεις και μέσω της ανάλυσης των δεδομένων μπορεί να τις απορρίψει ή να τις επιβεβαιώσει (Singh, 2007).

### **4.3.2 Πρωτογενή Έναντι Δευτερογενών Δεδομένων**

Ο ερευνητής πρέπει να καθορίσει το αν θα κάνει χρήση πρωτογενών ή δευτερογενών δεδομένων. Τα δευτερογενή δεδομένα είναι δεδομένα που έχουν

χρησιμοποιηθεί από άλλες έρευνες ή υπάρχουν σε βάσεις δεδομένων και τις μετρήσεις δεν τις έχει κάνει ο ίδιος ο ερευνητής (Γναρδέλλης, 2003). Τα πρωτογενή δεδομένα είναι δεδομένα που τα συλλέγει ο ερευνητής, δεν υπάρχουν προηγουμένως και η συλλογή γίνονται αποκλειστικά για την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων της έρευνας. Τα πρωτογενή δεδομένα είναι συνήθως πιο χρήσιμα σε μια ποσοτική έρευνα καθώς έχουν κάποια πλεονεκτήματα όπως ότι συλλέγονται με αποκλειστικό σκοπό τις ανάγκες της έρευνας, συλλέγονται τη χρονική στιγμή που διεξάγεται η έρευνα και ανταποκρίνονται στην τωρινή κατάσταση του φαινομένου που μελετάται, είναι εφικτό να μετρηθεί η εγκυρότητα και η αντικειμενικότητα τους και είναι ομοιογενή (Γναρδέλλης, 2003). Στην παρούσα έρευνα έγινε αποκλειστικά χρήση πρωτογενών δεδομένων τα οποία συλλέχθηκαν από τον ερευνητή με κύριο σκοπό την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων.

#### **4.4 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων και ερευνητικό εργαλείο**

Για να διερευνηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας ο ερευνητής επέλεξε ως καταλληλότερο μέσο το ερωτηματολόγιο. Σύμφωνα με τον Singh (2007) το ερωτηματολόγιο παρέχει σε μια έρευνα ευκολία στην συλλογή, ταχύτητα και εξοικονόμηση πόρων. Επιπλέον, ο ερευνητής μπορεί να συλλέξει δεδομένα από μεγάλο δείγμα άμεσα.

##### **4.4.1 Παρουσίαση ερωτηματολογίου**

Λαμβάνοντας υπόψη τα ερευνητικά ερωτήματα που παρουσιάστηκαν σε προηγούμενη παράγραφο επελέγησαν ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν σε παρόμοιες έρευνες.

Το ερωτηματολόγιο Mother Bonding Infant Scale (Κλίμακα μέτρησης δεσμού μητέρας - νεογνού) (Taylor, Atkins, Kumar, Adams & Glover, 2005), το οποίο μεταφράστηκε από τα αγγλικά στα ελληνικά. Η κλίμακα αποτελείται από οκτώ δηλώσεις που βαθμολογούνται σε κλίμακα τύπου Likert από 0 (πάρα πολύ) ως 3 (καθόλου). Κάθε δήλωση είναι μια μόνο λέξη η οποία περιγράφει ένα συναίσθημα που αισθάνεται η μητέρα προς το νεογνό της. Τρία συναισθήματα είναι θετικά (χαρά, αγάπη) και πέντε είναι αρνητικά (δυσάρεσκεια, αντιπάθεια). Η εσωτερική αξιοπιστία της κλίμακας σύμφωνα με τους δημιουργούς της είναι  $\alpha=0,71$ .

Η δεύτερη κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε είναι η Postpartum Bonding Questionnaire (Brockington et al, 2001), ερωτηματολόγιο δεσμού μετά τον τοκετό, η οποία, επίσης, μεταφράστηκε από τα αγγλικά στα ελληνικά από δυο ανεξάρτητους ερευνητές μετά από άδεια που ελήφθη από τους συγγραφείς, και η οποία στοχεύει κυρίως στον εντοπισμό σημείων που υποδεικνύουν την προσκόλληση μεταξύ μητέρας και νεογνού. Περιέχει 25 δηλώσεις που βαθμολογούνται σε κλίμακα τύπου Likert από 0 «πάντα» σε 5 «ποτέ».

Η τρίτη κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε είναι η HADS-Hospital Anxiety Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1993), η οποία μετρά το άγχος και την κατάθλιψη, η οποία έχει χρησιμοποιηθεί σε μεγάλο βαθμό διεθνώς αλλά και στον ελληνικό χώρο (Michopoulos et al., 2008). Η HADS αποτελείται από 14 δηλώσεις που βαθμολογούνται σε κλίμακα τύπου Likert από το 0 «πολύ σπάνια» έως το 4 «συχνά» ή αντίστροφα αναλόγως τη δήλωση.

Τέλος χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε ερωτήσεις κοινωνικοδημογραφικού χαρακτήρα, όπως ηλικία, τόπο κατοικίας, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο σπουδών και άλλα. Επίσης περιελάμβανε ερωτήσεις συγκεκριμένα για την εμπειρία που έχει αποκομίσει η μητέρα από τη MENN (3 ερωτήσεις), το χρόνο που περνά σε αυτή (2 ερωτήσεις), και την ετοιμότητά της για την επιστροφή στο σπίτι (4 ερωτήσεις). Παράδειγμα ερώτησης αποτελεί «Πόσο ικανοποιημένη είστε με τις παροχές που προσφέρονται από τη Μονάδα;».

Από τον έλεγχο του δείκτη αξιοπιστίας προέκυψε ότι η κλίμακα Mother Bonding Infant Scale παρουσιάζει πολύ υψηλή αξιοπιστία ( $\alpha=0.818$ ) ενώ υψηλή αξιοπιστία παρατηρήθηκε και στο εργαλείο Postpartum Bonding Questionnaire ( $\alpha=0.861$ ). Τέλος, υψηλή αξιοπιστία προέκυψε και για τις κλίμακες άγχους ( $\alpha=0.781$ ) και κατάθλιψης ( $\alpha=0.802$ ) του εργαλείου HADS.

#### **4.5 Συμμετέχοντες**

Όσον αφορά την διαδικασία επιλογής δείγματος στην παρούσα έρευνα επιλέχθηκε να γίνει επιλογή δείγματος ευκολίας καθώς αυτό έχει τα πολύ βασικά πλεονεκτήματα του μικρού κόστους και της γρήγορης διεξαγωγής της έρευνας. Με αυτού του είδους δειγματοληψία ουσιαστικά το δείγμα απαρτίζεται από άτομα που είναι εύκολα προσβάσιμα και έχουν τη πλεονέκτημα της άμεσης συμμετοχής (Visser et al, 2000). Βέβαια αυτή η τεχνική επιλογής δείγματος εγείρει κινδύνους ως προς

την εγκυρότητα της έρευνας και το κατά πόσο τα συμπεράσματα είναι γενικεύσιμα σε όλον τον πληθυσμό. Παρόλο που η αντιπροσωπευτικότητα μιας τέτοιας τεχνικής μπορεί να τεθεί υπό αμφισβήτηση η συγκεκριμένη τεχνική έχει μεγάλη απήχηση στις κοινωνικές επιστήμες (Kingery et al., 1989). Τέλος, τα αποτελέσματα που θα προκύψουν από έρευνα που βασίζεται σε δείγμα ευκολίας μπορούν να γενικευθούν σε αντίστοιχους πληθυσμούς που έχουν όμοια χαρακτηριστικά με αυτά του δείγματος.

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 188 μητέρες, 100 μητέρες που βρίσκονταν κοντά στο νεογνό από την γέννηση και μετά και 88 μητέρες που το νεογνό τους νοσηλεύτηκε στη Μ.Ε.Ν.Ν. Οι μητέρες προσεγγίστηκαν στο χώρο της μονάδας, ενημερώθηκαν σε αδρές γραμμές – για να αποφευχθεί η πιθανότητα δημιουργίας προκατάληψης (bias) – για το σκοπό της έρευνας, και θα τους ζητηθεί να συμμετάσχουν. Όσες συμφώνησαν, υπέγραψαν έντυπο συγκατάθεσης για τη συμμετοχή τους, το οποίο διαβεβαιώνει για τη διατήρηση της ανωνυμίας τους και του απόρρητου των δεδομένων τους. Η διαδικασία συλλογής δεδομένων διήρκησε από τον Ιούλιο του 2017 ως τον Σεπτέμβριο του 2017.

#### **4.6 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων**

Για την ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν από την χρήση των ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό SPSS v.23 αφού πρώτα τα δεδομένα κωδικοποιήθηκαν και καταχωρήθηκαν με κατάλληλο τρόπο στο λογισμικό. Στο πλαίσιο της έρευνας που διεξήχθη έγινε χρήση επαγωγικής στατιστικής και περιγραφικής στατιστικής. Η περιγραφική στατιστική α) με χρήση συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων για τις ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής και β) με χρήση συχνοτήτων και σχετικών συχνοτήτων καθώς και με χρήση τιμών θέσης και βαθμού διασποράς (μέση τιμή και τυπική απόκλιση) για τις ερωτήσεις σε κλίμακα Likert έδωσε τα περιγραφικά αποτελέσματα σχετικά με τα φαινόμενα που μελετώνται στην παρούσα εργασία.

Τέλος, για να διερευνηθεί κατά πόσο υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ των μητέρων της ομάδας ελέγχου και των μητέρων που τα νεογνά τους βρίσκονταν στην Μ.Ε.Ν.Ν. χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος t-test για δύο ανεξάρτητα

δείγματα. Ενώ για να διερευνηθεί κατά πόσο υπάρχουν συσχετίσεις μεταξύ των υπό μελέτη μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος συσχέτισης του Pearson και η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης.

Τέλος, πρέπει να τονισθεί ότι ως επίπεδο σημαντικότητας στην έρευνα ορίστηκε η τιμή  $\alpha=0.05$  (95% επίπεδο εμπιστοσύνης).

#### **4.7. Περιορισμοί της έρευνας**

Ένας σημαντικός περιορισμός της έρευνας είναι ότι το επιλεγθέν δείγμα είναι δεσμευτικό (από μια συγκεκριμένη περιοχή- δείγμα ευκολίας). Βέβαια αυτό δεν είναι πολύ σημαντικό πρόβλημα με την έννοια ότι ο σκοπός της έρευνας δεν είναι η γενίκευση των συμπερασμάτων σε όλο τον πληθυσμό. Όπως προαναφέρθηκε σε προηγούμενη παράγραφο είναι εφικτή η εξαγωγή κάποιων συμπερασμάτων στους πληθυσμούς οι οποίοι είναι όμοιοι ως προς τα χαρακτηριστικά τους με το δείγμα που μελετάται. Επίσης, ο Singh (2007) αναφέρει ότι αυτός ο περιορισμός παρότι είναι σημαντικός μπορεί να παρακαμφθεί καθώς τέτοιου είδους έρευνες μπορούν να έχουν κάποια χρησιμότητα σε έρευνες που θα γίνουν μελλοντικά με παρόμοια θεματολογία.

## Κεφάλαιο 5. Αποτελέσματα

### 5.1 Δημογραφικά στοιχεία

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχουσών μητέρων. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι το 52.9% (n=98) των συμμετεχουσών γέννησε κορίτσι και το 47.1% (n=88) γέννησε αγόρι. Επιπλέον, το 88.7% (n=165) των μητέρων του δείγματος ήταν έγγαμες, το 5.4% (n=10) συμβίωναν με τον πατέρα, το 4.3% (n=8) ήταν άγαμες και το 1.6% (n=3) ήταν διαζευγμένες. Τέλος, το 35.2% (n=64) ήταν απόφοιτες Λυκείου, το 28% (n=51) ήταν απόφοιτες ΤΕΙ και το 18.1% (n=33) ήταν απόφοιτες ΑΕΙ. Ενώ μικρότερο ποσοστό παρατηρήθηκε από κατόχους μεταπτυχιακού (n=13, 7.1%), απόφοιτες Γυμνασίου (n=13, 7.1%), απόφοιτες Δημοτικού (n=7, 3.8%) και κατόχους διδακτορικού (n=1, 0.5%).

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

		n	%
<b>Φύλο νεογνού</b>	Αγόρι	88	47.1%
	Κορίτσι	99	52.9%
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>	Έγγαμη	165	88.7%
	Άγαμη	8	4.3%
	Συμβίωση με τον πατέρα του παιδιού	10	5.4%
	Διαζευγμένη	3	1.6%
<b>Εκπαιδευτικό Επίπεδο</b>	Δημοτικό	7	3.8%
	Γυμνάσιο	13	7.1%
	Λύκειο	64	35.2%
	ΤΕΙ	51	28.0%
	ΑΕΙ	33	18.1%
	Μεταπτυχιακό	13	7.1%
	Διδακτορικό	1	0.5%

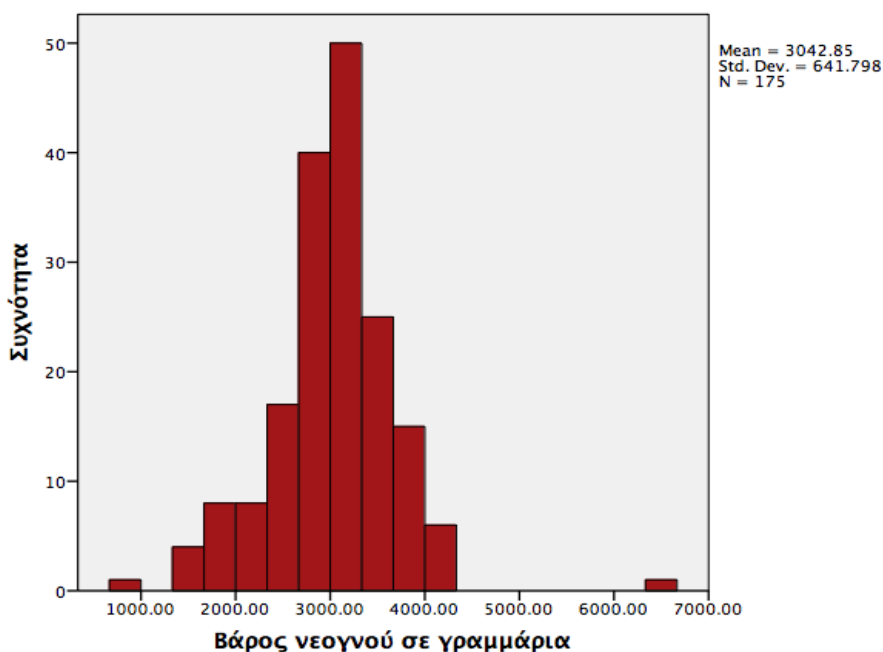
Η μέση ηλικία των μητέρων ήταν τα 31.74 έτη (TA=5.40) και η μέση ηλικία των πατέρων ήταν τα 35.27 έτη (TA=6.16) (Πίνακας 2).

**Πίνακας 2. Ηλικία γονέων**

	Μέση Τιμή (MT)	Τυπική Απόκλιση (TA)
<b>Ηλικία μητέρας</b>	31.74	5.40
<b>Ηλικία πατέρα</b>	35.27	6.16

## 5.2 Στοιχεία σχετικά με τον τοκετό

Αναφορικά με το βάρος του νεογνού παρατηρείται ότι το μέσο βάρος ήταν ίσο με 3042.85 γραμμάρια (TA=641.79), ενώ υπήρχαν περιπτώσεις νεογνών με ασυνήθιστα μικρό (1000 γραμμάρια) ή ασυνήθιστα μεγάλο (7000 γραμμάρια) βάρος. Η κατανομή του βάρους των νεογνών φαίνεται να προσεγγίζει ικανοποιητικά την κανονική κατανομή (Διάγραμμα 1).



**Διάγραμμα 1. Κατανομή βάρους νεογνού**

Από τον Πίνακα 3 προκύπτει ότι το 7.1% (n=13) των μητέρων ακολούθησε κάποια θεραπεία για να μείνει έγκυος σε αυτήν ή σε κάποια προηγούμενη εγκυμοσύνη. Επιπλέον, το 93.5% (n=173) δήλωσε ότι αυτή η εγκυμοσύνη ήταν επιθυμητή και το 99.5% (n=1) δήλωσε ευχαριστημένο με το φύλο του παιδιού.

Όσον αφορά τον τρόπο που γέννησαν προέκυψε ότι το 66.5% (n=123) γέννησαν με καισαρική τομή, το 31.4% (n=58) γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό και το 2.2% (n=4) γέννησαν με εμβρυουλκία.

Τέλος, από τις απαντήσεις των μητέρων προέκυψε ότι το 56% (n=103) είχαν κάποιον μαζί τους την ώρα του τοκετού και το 85.7% (n=156) δήλωσαν ότι σκοπεύουν να θηλάσουν.

**Πίνακας 3. Άλλες πληροφορίες σχετικά με τον τοκετό**

		n	%
<b>Ακολουθήσατε θεραπεία για να μείνετε έγκυος, σε αυτήν η σε κάποια προηγούμενη εγκυμοσύνη</b>	Όχι	171	92.9%
	Ναι	13	7.1%
<b>Ήταν επιθυμητή αυτή η εγκυμοσύνη</b>	Όχι	12	6.5%
	Ναι	173	93.5%
<b>Είστε ικανοποιημένη με το φύλο του παιδιού</b>	Όχι	1	0.5%
	Ναι	184	99.5%
<b>Με ποιο τρόπο γεννήσατε</b>	Φυσιολογικό τοκετό	58	31.4%
	Καισαρική τομή	123	66.5%
	Εμβρυουλκία (βεντούζα)	4	2.2%
<b>Ήταν κάποιος μαζί σας τις ώρες του τοκετού</b>	Όχι	81	44.0%
	Ναι	103	56.0%
<b>Θα θηλάσετε</b>	Όχι	26	14.3%
	Ναι	156	85.7%

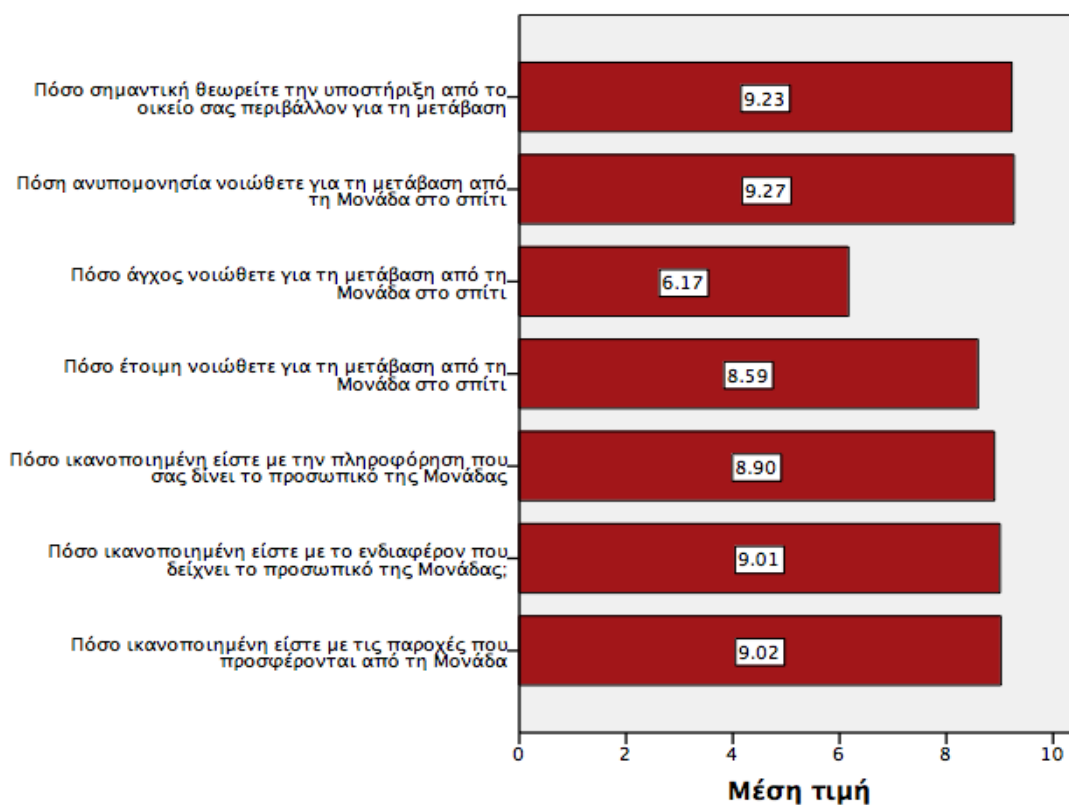


### 5.3 Ικανοποίηση από τη μονάδα και μετάβαση στο σπίτι

Οι επόμενες 7 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αφορούσαν την ικανοποίηση των μητέρων από τη διαμονή τους στην μονάδα καθώς και το κατά πόσο είναι έτοιμες να μεταβούν στο σπίτι. Οι ερωτήσεις ήταν σε 10βάθμια κλίμακα τύπου Likert και τα αποτελέσματα δίνονται με την μορφή μέσης τιμής (Διάγραμμα 2).

Από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων προκύπτει ότι οι μητέρες είναι πάρα πολύ ικανοποιημένες από τις παροχές που προσφέρονται στη μονάδα (MT=9.02, TA=1.78), είναι πάρα πολύ ικανοποιημένες από το ενδιαφέρον που δείχνει το προσωπικό (MT=9.01, TA=1.63) και από την πληροφόρηση που λαμβάνουν από το προσωπικό (MT=8.90, TA=1.92).

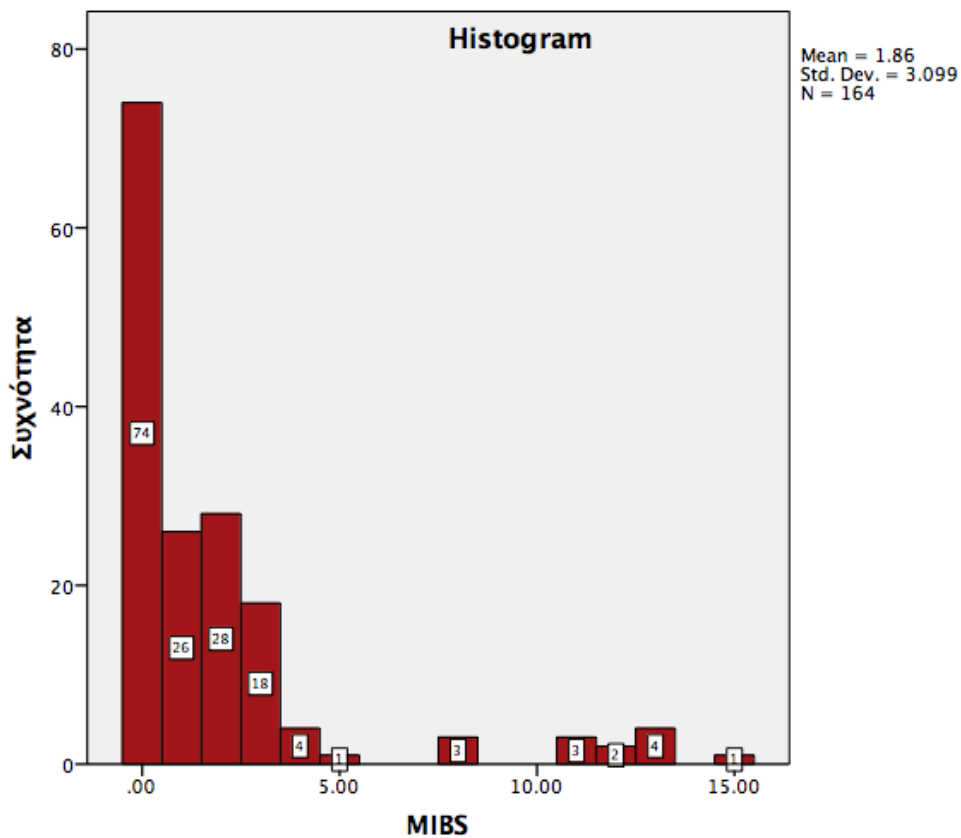
Επιπλέον, παρατηρείται ότι οι μητέρες αισθάνονται πολύ έτοιμες για τη μετάβαση από τη μονάδα στο σπίτι (MT=8.59, TA=1.19) και αισθάνονται μέτριο άγχος για τη μετάβαση από τη μονάδα στο σπίτι (MT=6.17, TA=2.24). Τέλος, οι μητέρες αισθάνονται σε πολύ μεγάλο βαθμό ανυπόμονες για τη μετάβαση από τη μονάδα στο σπίτι (MT=9.27, TA=1.29) και θεωρούν πάρα πολύ σημαντική την υποστήριξη από το οικείο τους περιβάλλον για την ομαλή μετάβαση (MT=9.23, TA=1.76).



Διάγραμμα 2. Αποτελέσματα ικανοποίησης από τη μονάδα και μετάβασης στο σπίτι

#### 5.4 Αποτελέσματα Κλίμακας μέτρησης δεσμού μητέρας - νεογνού

Η κλίμακα μέτρησης του δεσμού μητέρας-νεογνού (MIBS) μπορεί να πάρει τιμές από 0 έως 24 ανάλογα με τις απαντήσεις των μητέρων στις 8 ερωτήσεις που απαρτίζουν την κλίμακα. Μεγαλύτερο σκορ υποδηλώνει χειρότερο δεσμό μεταξύ μητέρας και νεογνού. Από την μορφή του ιστογράμματος διαπιστώνεται ότι η κατανομή της κλίμακας εμφανίζει θετική ασυμμετρία (ουρά προς τα δεξιά) ενώ η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών εκφράζει πάρα πολύ μεγάλο βαθμού δεσμό με το νεογνό (τιμές μεταξύ 0 και 5). Επιπλέον, παρατηρείται ότι ελάχιστες μητέρες έχουν μετρίου βαθμού δεσμό με το νεογνό. Τέλος, η μέση τιμή της κλίμακας είναι ίση με 1.86 ( $TA^1=3.10$ ) (Διάγραμμα 3).



Διάγραμμα 3. Κατανομή κλίμακας MIBS

<sup>1</sup> TA=Τυπική Απόκλιση

Από τον έλεγχο t-test προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μητέρων που το νεογνό τους νοσηλεύτηκε στη Μ.Ε.Ν.Ν. και των μητέρων που είχαν το νεογνό κοντά τους ως προς την κλίμακα δεσμού μητέρας-νεογνού ( $t(162)=-2.696$ ,  $p=0.008<0.05$ ). Πιο συγκεκριμένα παρατηρείται ότι οι μητέρες που είχαν τα νεογνά κοντά τους στην κλινική (ΜΤ=1.22, ΤΑ=1.98) εκφράζουν υψηλότερο δεσμό με το νεογνό σε σύγκριση με τις μητέρες που το νεογνό τους νοσηλεύονταν στην Μ.Ε.Ν.Ν. (ΜΤ=2.5, ΤΑ=3.82). Τα αποτελέσματα αυτά υποδεικνύουν ότι η νοσηλεία στη Μ.Ε.Ν.Ν. επιφέρει στατιστικά σημαντική μείωση του αναπτυσσόμενου δεσμού μεταξύ μητέρας και νεογνού (Πίνακας 4).

**Πίνακας 4. Σύγκριση μέσων τιμών του δεσμού μητέρας-νεογνού μεταξύ των μητέρων που το νεογνό τους νοσηλεύτηκε στη Μ.Ε.Ν.Ν. και των μητέρων που είχαν το νεογνό κοντά τους**

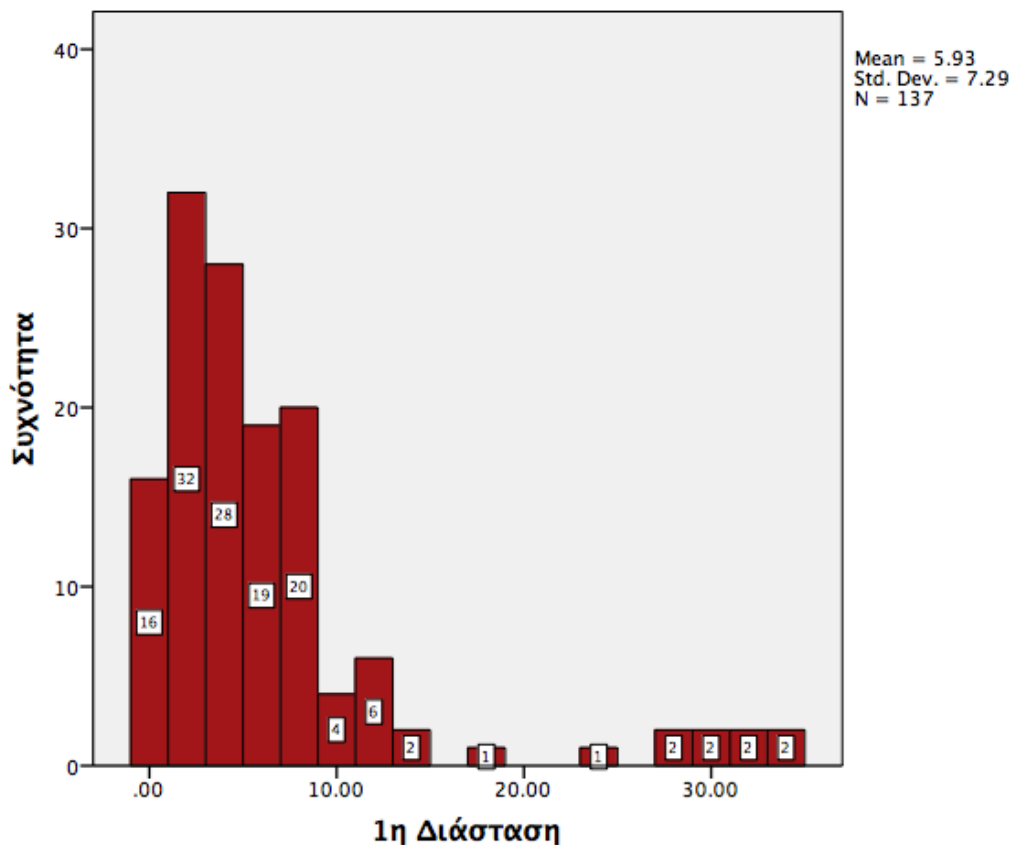
<b>Ομάδα</b>	<b>ΜΤ</b>	<b>ΤΑ</b>	<b>t(162)</b>
<b>Νεογνά κλινικής κοντά στη μάνα</b>	1.22	1.98	
<b>Νεογνά που νοσηλεύονται στη μονάδα</b>	2.50	3.82	<b>0.008</b>

### **5.5 Αποτελέσματα Κλίμακας δεσμού μετά τον τοκετό**

Η κλίμακα μέτρησης του δεσμού μετά τον τοκετό αποτελείται από 25 ερωτήσεις οι οποίες δημιουργούν 4 διαστάσεις του δεσμού μετά τον τοκετό (Brockington et al., 2001). Η πρώτη διάσταση αποτελείται από 12 ερωτήσεις με μέγιστο σκορ το 60 και αξιολογεί την σχέση μητέρας νεογνού μετά τον τοκετό, η δεύτερη διάσταση αποτελείται από 7 με μέγιστο σκορ το 35 και αξιολογεί την πιθανή σοβαρή διαταραχή στη σχέση μητέρας-βρέφους. Η τρίτη διάσταση αποτελείται από 4 ερωτήσεις με μέγιστο σκορ το 20 και μετρά το άγχος που σχετίζεται με τα βρέφη. Τέλος, η τέταρτη διάσταση αποτελείται από 2 ερωτήσεις με μέγιστο σκορ το 10 και σκοπός αυτής της διάστασης είναι η ταυτοποίηση επικίνδυνων μητέρων.

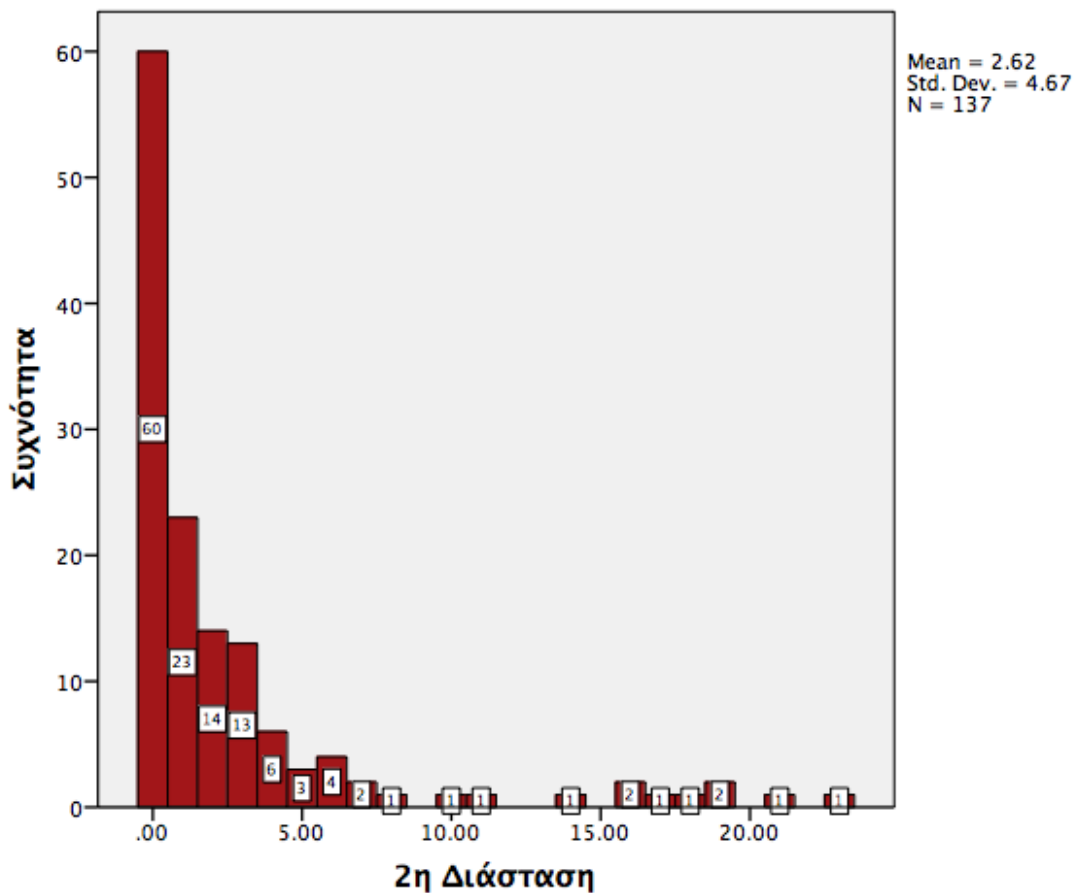
Από την στατιστική ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι η μέση τιμή της κλίμακας είναι ίση με 5.93 (ΤΑ=7.29) ενώ η κατανομή εμφανίζει θετική ασυμμετρία.

Η πλειοψηφία των μητέρων έχουν σκορ μεταξύ του 0-5, που υποδηλώνει μια πολύ καλή σχέση μεταξύ μητέρας και νεογνού, ενώ 10 μητέρες είχαν σκορ άνω του 12 που υποδηλώνει απειλούμενη απόρριψη του νεογνού από την μητέρα (Διάγραμμα 4).



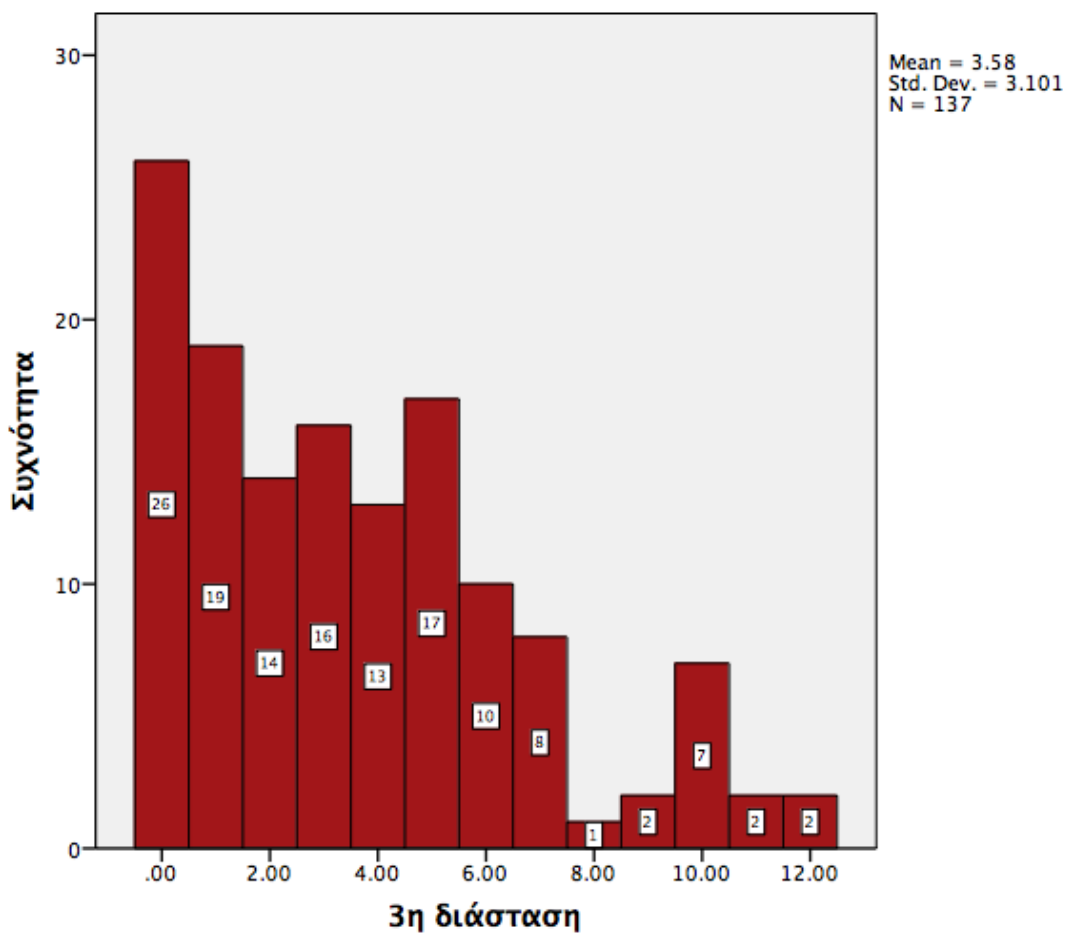
**Διάγραμμα 4. Κατανομή των απαντήσεων των υποκειμένων αναφορικά με την σχέση μητέρας- νεογνού μετά τον τοκετό**

Η μέση τιμή της κλίμακας που αφορά την πιθανή σοβαρή διαταραχή στη σχέση μητέρας-βρέφους είναι ίση με 2.62 (TA=4.67), ενώ η κατανομή εμφανίζει θετική ασυμμετρία. Η πλειοψηφία των μητέρων έχουν σκορ μεταξύ του 0-3 που υποδηλώνει ότι στην συντριπτική πλειοψηφία δεν εμφανίζονται διαταραχές στην σχέση μητέρας και νεογνού ενώ 8 μητέρες είχαν σκορ άνω του 10 που υποδηλώνει σοβαρές διαταραχές στην σχέση μεταξύ μητέρας και νεογνού (Διάγραμμα 5).



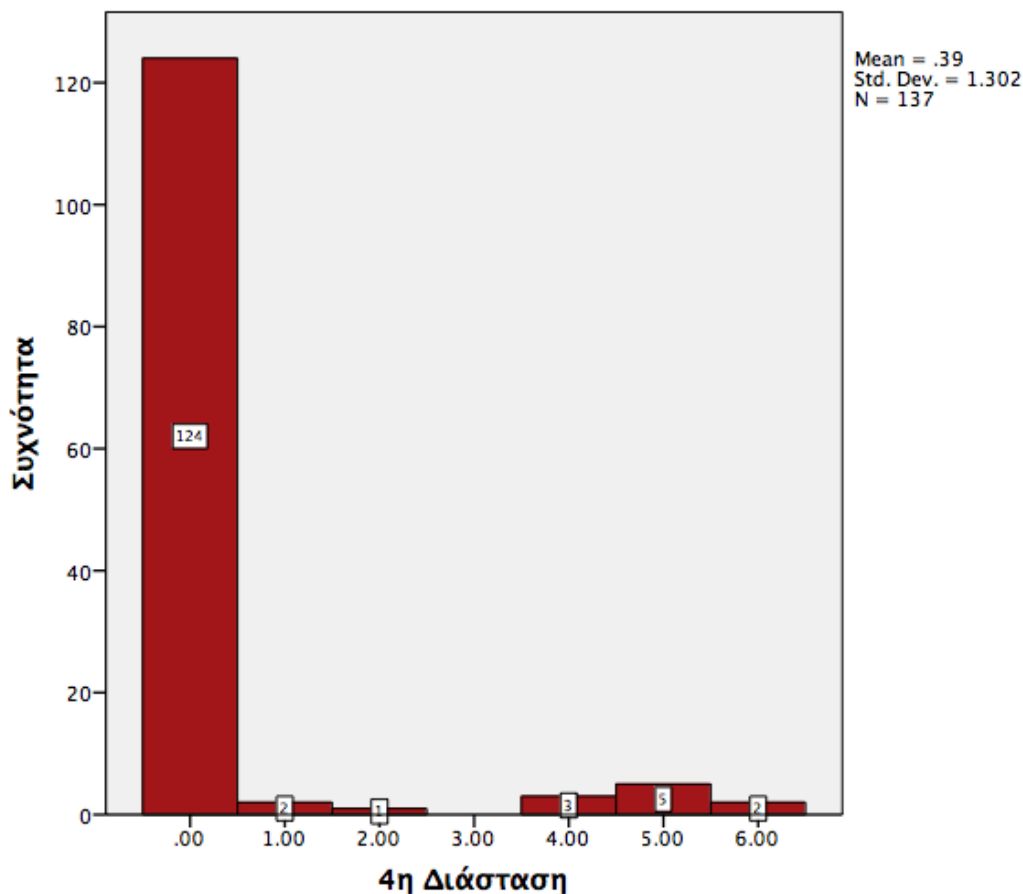
**Διάγραμμα 5. Κατανομή των απαντήσεων των υποκειμένων αναφορικά με την πιθανή διαταραχή της σχέσης μητέρας-βρέφους**

Η μέση τιμή της κλίμακας που μετρά το άγχος της μητέρας που οφείλεται στο νεογνό είναι ίση με 3.58 (TA=3.10) ενώ η κατανομή εμφανίζει θετική ασυμμετρία. Η πλειοψηφία των μητέρων έχουν σκορ μεταξύ του 0-6 που υποδηλώνει ότι στην συντριπτική πλειοψηφία δεν εμφανίζεται άγχος στις μητέρες λόγω του νεογνού ενώ 6 μητέρες είχαν σκορ άνω του 10 που υποδηλώνει ότι αυτές οι μητέρες είχαν αυξημένο άγχος που οφειλόταν στο νεογνό (Διάγραμμα 6).



**Διάγραμμα 6. Κατανομή των απαντήσεων των μητέρων αναφορικά με το άγχος που οφείλεται στο νεογνό**

Η μέση τιμή της κλίμακας αναφορικά με τον κίνδυνο μιας μητέρας να βλάψει το νεογνό της είναι ίση με 0.39 (TA=1.30) ενώ η κατανομή εμφανίζει θετική ασυμμετρία. Η συντριπτική πλειοψηφία των μητέρων έχουν σκορ 0 που υποδηλώνει ότι η συντριπτική πλειοψηφία των μητέρων δεν έχει σκοπό να βλάψει το νεογνό ενώ 10 μητέρες είχαν σκορ άνω του 3 που υποδηλώνει ότι αυτές οι μητέρες είχαν αυξημένο κίνδυνο να βλάψουν το νεογνό (Διάγραμμα 7).



**Διάγραμμα 7. Κατανομή των απαντήσεων των μητέρων αναφορικά με τον κίνδυνο να βλάψουν τα νεογνά τους**

Από τον έλεγχο t-test προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μητέρων που το νεογνό τους νοσηλεύθηκε στη Μ.Ε.Ν.Ν. και των μητέρων που είχαν το νεογνό κοντά τους ως προς την πρώτη διάσταση ( $t(147)=-3.126$ ,  $p=0.002<0.05$ ), την δεύτερη διάσταση ( $t(163)=-4.018$ ,  $p=0.000<0.05$ ) και την τέταρτη διάσταση ( $t(176)=-3.014$ ,  $p=0.003<0.05$ ). Αναλυτικότερα, διαπιστώνεται ότι οι μητέρες που είχαν τα νεογνά κοντά τους στην κλινική (ΜΤ=4.12, ΤΑ=3.69) εκφράζουν καλύτερη σχέση με το νεογνό σε σύγκριση με τις μητέρες που το νεογνό τους νοσηλευόταν στην Μ.Ε.Ν.Ν. (ΜΤ=7.66, ΤΑ=9.40). Επιπλέον, οι μητέρες που είχαν τα νεογνά κοντά τους στην κλινική (ΜΤ=2.29, ΤΑ=2.00) έχουν λιγότερες διαταραχές στην σχέση με το νεογνό σε σύγκριση με τις μητέρες που το νεογνό τους νοσηλευόταν στην Μ.Ε.Ν.Ν. (ΜΤ=4.00, ΤΑ=6.06). Τέλος, οι μητέρες που είχαν τα νεογνά κοντά τους στην κλινική (ΜΤ=0.09, ΤΑ=0.57) φαίνεται ότι εμφανίζουν μικρότερο κίνδυνο να

βλάβουν το νεογνό σε σύγκριση με τις μητέρες που το νεογνό τους νοσηλεύεται στην Μ.Ε.Ν.Ν. (MT=0.61, TA=1.57) (Πίνακας 5).

Τα αποτελέσματα αυτά υποδεικνύουν δείχνουν ότι η νοσηλεία στη Μ.Ε.Ν.Ν. έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στην σχέση μητέρας και νεογνού.

**Πίνακας 5. Σύγκριση διαστάσεων κλίμακας δεσμού μετά τον τοκετό μεταξύ των μητέρων που το νεογνό τους νοσηλεύθηκε στη Μ.Ε.Ν.Ν. και των μητέρων που είχαν το νεογνό κοντά τους**

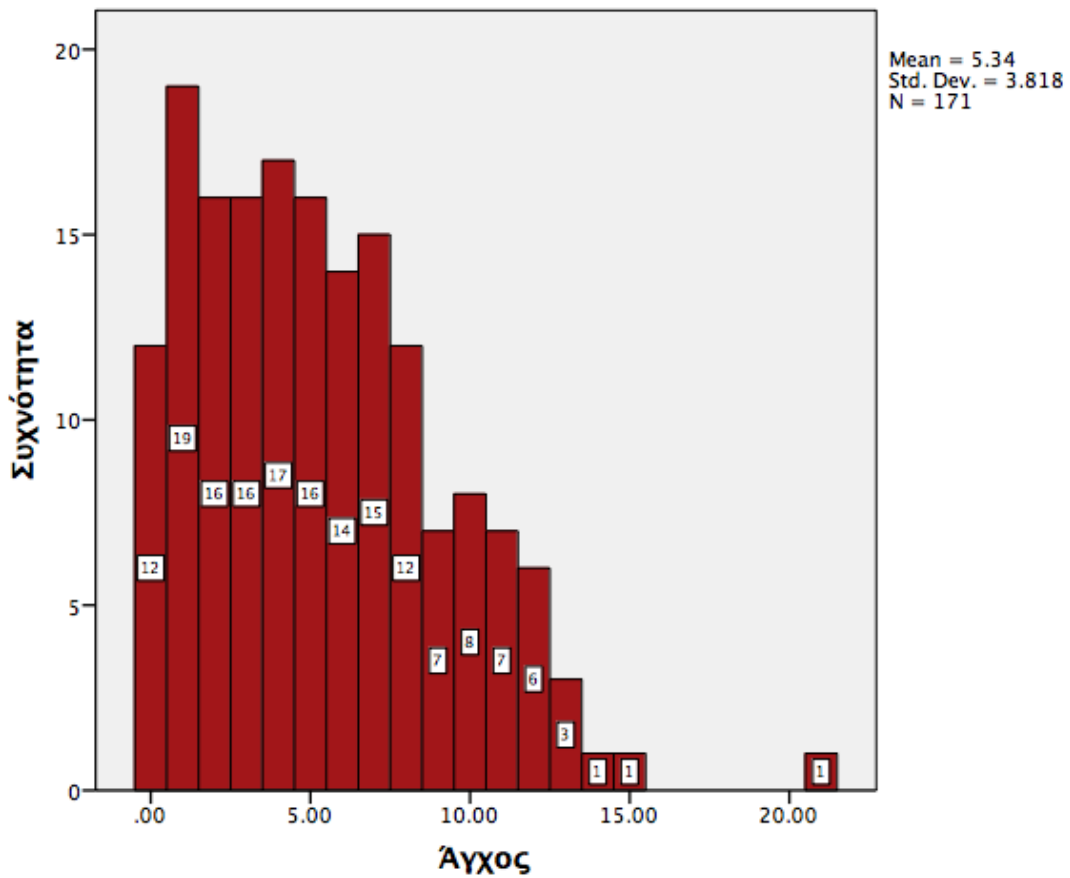
Διάσταση	Ομάδα				p
	Νεογνά κλινικής κοντά στη μάνα		Νεογνά που νοσηλεύονται στη μονάδα		
	MT	TA	MT	TA	
1	4.12	3.69	7.66	9.40	0.002
2	1.29	2.00	4.00	6.06	0.000
3	3.08	2.58	3.71	3.44	0.175
4	.09	.57	.61	1.57	0.003

## 5.6 Αποτελέσματα Κατάθλιψης και Άγχους

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με την κλίμακα Κατάθλιψης και Άγχους όπως αυτές προκύπτουν από τη χρήση του εργαλείου HADS. Η κλίμακα Κατάθλιψης αποτελείται από 7 ερωτήσεις με μέγιστο σκορ το 21 και η κλίμακα Άγχους αποτελείται από 7 ερωτήσεις με μέγιστο σκορ το 21. Υψηλότερο σκορ αναδεικνύει υψηλότερα προβλήματα άγχους και κατάθλιψης.

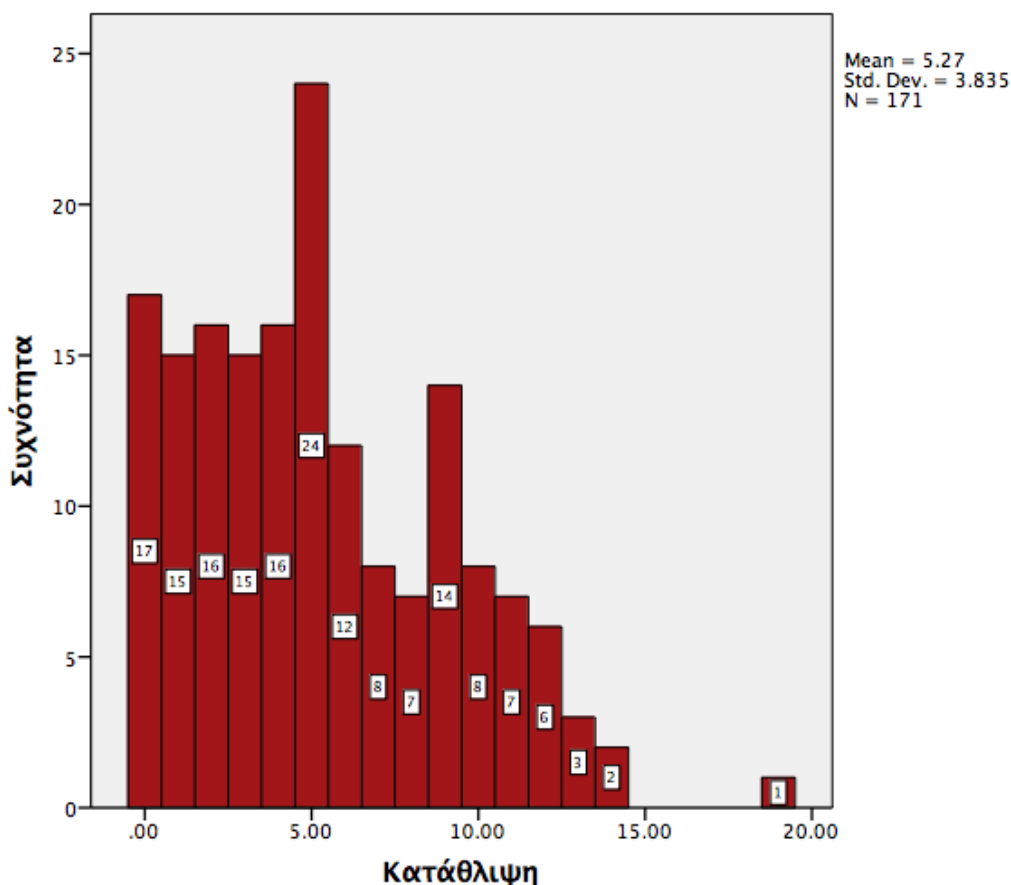
Στο Διάγραμμα 8 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αφορούν την κλίμακα Άγχους. Η μέση τιμή της κλίμακας είναι ίση με 5.34 (TA=3.82) ενώ η κατανομή εμφανίζει θετική ασυμμετρία. Η συντριπτική πλειοψηφία των μητέρων εμφανίζει σκορ μεταξύ 0 και 7 που υποδηλώνει ότι η συντριπτική πλειοψηφία των μητέρων δεν αντιμετωπίζει ιδιαίτερα προβλήματα άγχους.





**Διάγραμμα 8. Κατανομή σκορ Άγχους**

Η μέση τιμή της κλίμακας που μετρά την κατάθλιψη είναι ίση με 5.27 (TA=3.84) ενώ η κατανομή εμφανίζει θετική ασυμμετρία. Η συντριπτική πλειοψηφία των μητέρων έχουν σκορ μεταξύ 0 και 7 που υποδηλώνει ότι η συντριπτική πλειοψηφία των μητέρων δεν αντιμετωπίζει ιδιαίτερα προβλήματα κατάθλιψης (Διάγραμμα 9).



**Διάγραμμα 9. Κατανομή σκορ Κατάθλιψης**

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης όπως αυτά προκύπτουν από τη χρήση του εργαλείου HADS. Από τα αποτελέσματα παρατηρείται ότι μόνο το 11.4% (n=20) των μητέρων αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα άγχους και το 10.7% (n=19) των μητέρων αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα κατάθλιψης

**Πίνακας 6. Επίπεδα άγχους και κατάθλιψης**

	Φυσιολογικό επίπεδο (Σκορ 0-7)		Οριακά μη φυσιολογικό (Σκορ 8-10)		Μη φυσιολογικό (Σκορ 11-21)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Άγχος</b>	128	73.1%	27	15.4%	20	11.4%
<b>Κατάθλιψη</b>	127	71.8%	31	17.5%	19	10.7%

Τέλος, στον Πίνακα 7 παρουσιάζεται η σύγκριση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης μεταξύ των μητέρων που το νεογνό τους νοσηλεύθηκε στη Μ.Ε.Ν.Ν. και των μητέρων που είχαν το νεογνό κοντά τους. Από τον έλεγχο  $\chi^2$  προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά τόσο στα επίπεδα κατάθλιψης ( $\chi^2(2)=28.588$ ,  $p=0.000<0.05$ ) όσο και ως προς τα επίπεδα άγχους ( $\chi^2(2)=12.366$ ,  $p=0.002<0.05$ ). Αναλυτικότερα, παρατηρείται ότι οι γυναίκες που τα νεογνά τους νοσηλεύονται στην Μ.Ε.Ν.Ν. έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν σοβαρά συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης.

**Πίνακας 7. Σύγκριση επιπέδων άγχους και κατάθλιψης μεταξύ των μητέρων που το νεογνό τους νοσηλεύθηκε στη Μ.Ε.Ν.Ν. και των μητέρων που είχαν το νεογνό κοντά τους**

		Ομάδα				p
		Νεογνά κλινικής κοντά στη μητέρα τους		Νεογνά που νοσηλεύονται στη μονάδα		
		n	%	n	%	
Άγχος	Φυσιολογικό επίπεδο	76	83.5%	52	61.9%	<b>0.002</b>
	Οριακά μη φυσιολογικό	11	12.1%	16	19.0%	
	Μη φυσιολογικό	4	4.4%	16	19.0%	
Κατάθλιψη	Φυσιολογικό επίπεδο	84	88.4%	43	52.4%	<b>0.000</b>
	Οριακά μη φυσιολογικό	8	8.4%	23	28.0%	
	Μη φυσιολογικό	3	3.2%	16	19.5%	

### 5.7 Συσχέτιση Άγχους και Κατάθλιψης με τον δεσμό μετά το τοκετό στις μητέρες που το νεογνό τους νοσηλεύεται στη Μ.Ε.Ν.Ν.

Στην τελευταία ενότητα του κεφαλαίου παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με την πιθανή συσχέτιση άγχους και κατάθλιψης με τον δεσμό μετά τον τοκετό.

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με την συσχέτιση άγχους και κατάθλιψης με τις διαστάσεις του δεσμού μετά τον τοκετό για τις μητέρες που είχαν το νεογνό κοντά τους. Από την ανάλυση προέκυψε ότι το άγχος σχετίζεται με χειρότερη σχέση μητέρας-νεογνού ( $r=0.527$ ,  $p=0.000<0.05$ ) για τις μητέρες που είχαν τα νεογνά κοντά τους, με την πιθανή σοβαρή διαταραχή σχέσης μητέρας-βρέφους ( $r=0.427$ ,  $p=0.000<0.05$ ) και με το άγχος που σχετίζεται με τα βρέφη ( $r=0.539$ ,  $p=0.000<0.05$ ). Επιπλέον, η κατάθλιψη βρέθηκε ότι σχετίζεται με χειρότερη σχέση μητέρας-νεογνού ( $r=0.453$ ,  $p=0.000<0.05$ ), με την πιθανή σοβαρή διαταραχή σχέσης μητέρας-βρέφους ( $r=0.305$ ,  $p=0.004<0.05$ ) και με το άγχος που σχετίζεται με τα βρέφη ( $r=0.514$ ,  $p=0.000<0.05$ ).

**Πίνακας 8.** Συσχέτιση άγχους και κατάθλιψης με τις διαστάσεις του δεσμού μετά τον τοκετό για τις μητέρες που είχαν το νεογνό κοντά τους

Διάσταση		Άγχος	Κατάθλιψη
Σχέση μητέρας νεογνού	r	.527	.453
	p	.000	.000
διαταραχή σχέσης μητέρας-βρέφους	r	.427	.305
	p	.000	.004
άγχος που σχετίζεται με τα βρέφη	r	.539	.514
	p	.000	.000
ταυτοποίηση μητέρων με κίνδυνο να βλάψουν τα νεογνά τους	r	.089	.050
	p	.414	.636

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την συσχέτιση άγχους και κατάθλιψης με τις διαστάσεις του δεσμού μετά τον τοκετό για τις μητέρες που είχαν το νεογνό στη Μ.Ε.Ν.Ν. Από την ανάλυση προέκυψε ότι για τις μητέρες που είχαν τα νεογνά στη Μ.Ε.Ν.Ν. το άγχος φαίνεται να σχετίζεται με χειρότερη σχέση μητέρας-νεογνού ( $r=0.552$ ,  $p=0.000<0.05$ ), με την πιθανή σοβαρή διαταραχή σχέσης μητέρας-βρέφους ( $r=0.471$ ,  $p=0.000<0.05$ ), με το άγχος που σχετίζεται με τα βρέφη ( $r=0.589$ ,  $p=0.000<0.05$ ) και με την πιθανή σκέψη των μητέρων να βλάψουν το νεογνό ( $r=0.388$ ,  $p=0.004<0.05$ ). Επιπλέον, η κατάθλιψη φαίνεται να σχετίζεται με χειρότερη σχέση μητέρα-νεογνού ( $r=0.565$ ,  $p=0.000<0.05$ ), με την πιθανή σοβαρή διαταραχή σχέσης μητέρας-βρέφους ( $r=0.494$ ,  $p=0.000<0.05$ ), με το άγχος που σχετίζεται με τα βρέφη ( $r=0.605$ ,  $p=0.000<0.05$ ) και με την πιθανή σκέψη των μητέρων να βλάψουν το νεογνό ( $r=0.397$ ,  $p=0.000<0.05$ ).

**Πίνακας 9.** Συσχέτιση άγχους και κατάθλιψης με τις διαστάσεις του δεσμού μετά τον τοκετό για τις μητέρες που είχαν το νεογνό στη Μ.Ε.Ν.Ν

Διάσταση		Άγχος	Κατάθλιψη
Σχέση μητέρας νεογνού	r	.552	.565
	p	.000	.000
διαταραχή σχέσης μητέρας-βρέφους	r	.471	.494
	p	.000	.000
άγχος που σχετίζεται με τα βρέφη	r	.589	.605
	p	.000	.000
ταυτοποίηση μητέρων με κίνδυνο να βλάψουν τα νεογνά τους	r	.388	.397
	p	.000	.000

Ομάδα = Νεογνά στη Μ.Ε.Ν.Ν.

## Κεφάλαιο 6. Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των ιδιαιτεροτήτων του συναισθηματικού δεσμού μεταξύ της μητέρας και του νεογνού που νοσηλεύεται σε Μ.Ε.Ν.Ν. Δευτερεύων σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της εμφάνισης άγχους και κατάθλιψης σε μητέρες νεογνών που νοσηλεύονται στην Μ.Ε.Ν.Ν. και κατά πόσο αυτά τα συμπτώματα σχετίζονται με τον δεσμό με το νεογνό.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε ότι η νοσηλεία στη Μ.Ε.Ν.Ν. επιφέρει στατιστικά σημαντική μείωση του αναπτυσσόμενου δεσμού μεταξύ μητέρας και νεογνού. Επιπλέον, προέκυψε ότι οι μητέρες που το νεογνό τους νοσηλευόταν στην Μ.Ε.Ν.Ν. εκφράζουν χειρότερη σχέση με το νεογνό, έχουν περισσότερες διαταραχές στην σχέση με το νεογνό τους και εμφανίζουν μικρό κίνδυνο να βλάψουν το νεογνό. Τα αποτελέσματα αυτά υποδεικνύουν ότι η νοσηλεία στη Μ.Ε.Ν.Ν. έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στην σχέση μητέρας και νεογνού. Παρόμοια, παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες που τα νεογνά τους νοσηλεύονται στην Μ.Ε.Ν.Ν. έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν σοβαρά συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Στις μητέρες που έχουν τα νεογνά στη Μ.Ε.Ν.Ν. το άγχος φαίνεται να σχετίζεται με χειρότερη σχέση μητέρας-νεογνού, με την πιθανή σοβαρή διαταραχή σχέσης μητέρας-βρέφους, με το άγχος που σχετίζεται με τα βρέφη και με την πιθανή σκέψη να βλάψουν το νεογνό. Τέλος, η κατάθλιψη φαίνεται να σχετίζεται με χειρότερη σχέση μητέρας-νεογνού, με την πιθανή σοβαρή διαταραχή σχέσης μητέρας-βρέφους, με το άγχος που σχετίζεται με τα βρέφη και με την πιθανή σκέψη των μητέρων να βλάψουν το νεογνό.

Συμπερασματικά, πιθανόν η ικανότητα της μητέρας να αναπτύξει υγιή και σταθερό συναισθηματικό δεσμό με το βρέφος της, είναι από τα θεμελιώδη χαρακτηριστικά της ανθρώπινης εμπειρίας. Η προσκόλληση θεωρείται η κεντρική αναπτυξιακή δύναμη και παραμένει σημαντική σε όλη τη διάρκεια της ζωής (Bowlby, 1982). Οι γυναίκες αναπτύσσουν προσκόλληση προς το παιδί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η οποία συνεχίζει και αναπτύσσεται πληρέστερα μετά τη γέννηση του παιδιού (Wigert, Johansson, Berg, & Hellstrom, 2006). Οι μητέρες των βρεφών, που έχουν ανάγκη από ιδιαίτερη φροντίδα, ξεκινούν την εμπειρία τους με τη μητρότητα στο άγνωστο και κλινικό περιβάλλον της μονάδας εντατικής θεραπείας νεογνών (Μ.Ε.Ν.Ν.), το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε καθυστέρηση της μητρικής προσκόλλησης και της ανάπτυξης του συναισθηματικού δεσμού (Shin & White-Traut, 2007). Οι

Feldman et al. (1999) διαπίστωσαν ότι η φυσική κατάσταση των βρεφών και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας της μητέρας συμβάλλουν ανεξάρτητα στην ανάπτυξη της μητρικής προσκόλλησης. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι τα νεογνά που γεννιούνται με κάποιο πρόβλημα υγείας και αποχωρίζονται από τις μητέρες τους, καθώς και μητέρες που βιώνουν υψηλό άγχος ή κατάθλιψη, διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο για διαταραχές στην ανάπτυξη της μητρικής προσκόλλησης.

Κατά την εισαγωγή ενός βρέφους στη Μ.Ε.Ν.Ν., η μητέρα έρχεται αντιμέτωπη με το περιβάλλον της μονάδας εντατικής θεραπείας και όλες τις σχετικές απαιτήσεις του. Ο πρόωρος αποχωρισμός του βρέφους από τη μητέρα του αυξάνει την καταπόνηση της σχέσης μητέρας-βρέφους, ειδικά σε περίπτωση μακράς παραμονής στη Μ.Ε.Ν.Ν., επειδή η μητέρα πρέπει να είναι σε θέση να δει, να κρατήσει, και να αγγίξει το νεογέννητό της, προκειμένου να διευκολυνθεί η πρώιμη προσκόλληση και η βάση για την ανάπτυξη του συναισθηματικού δεσμού (Hall, 2005a, 2005b). Σύμφωνα με τον Shin (2004), οι μητέρες βιώνουν συναισθήματα αμφιθυμίας, ντροπής, ενοχής και αποτυχίας που σχετίζονται με την κοινωνική προκατάληψη. Οι μητέρες πιστεύουν ότι βρέφος τους στη Μ.Ε.Ν.Ν. θα έχει και μετέπειτα επιπλοκές στην ανάπτυξή του, και ότι είναι υπεύθυνες εκείνες για τη γέννηση παιδιού που ασθενεί. Η πιο συχνή απάντηση που δίνουν οι ίδιες οι μητέρες, αναφορικά με την τροποποίηση του μητρικού τους ρόλου, είναι η αδυναμία τους να προστατεύσουν το βρέφος από τον πόνο και την παροχή κατάλληλης διαχείρισης του πόνου. Επίσης, αναφέρουν ότι τις απασχολεί η απώλεια του ελέγχου, ο φόβος, η αβεβαιότητα και οι ανησυχίες για την πορεία του πρόωρου βρέφους (Callery, 2002; Gale et al., 2004). Είναι σημαντικό για τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας να κατανοήσουν τη μητρική εμπειρία όταν το βρέφος τους εισάγεται στη Μ.Ε.Ν.Ν., προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες και τις ανησυχίες τους και να συνεισφέρουν στην προαγωγή της ανάπτυξης της υγιούς προσκόλλησης και του συναισθηματικού δεσμού.

## Κεφάλαιο 7. Συμπεράσματα

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας ήταν να διερευνηθεί ο συναισθηματικός δεσμός μεταξύ της μητέρας και του νεογνού της που νοσηλεύεται σε Μ.Ε.Ν.Ν., ο βαθμός εμφάνισης άγχους και κατάθλιψης σε μητέρες νεογνών που νοσηλεύονται στην Μ.Ε.Ν.Ν. και κατά πόσο αυτά τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης σχετίζονται με τον δεσμό τους με το νεογνό.

Αναφορικά με τον πρώτο στόχο της έρευνας και το κατά πόσο ο δεσμός μητέρας- νεογνού διαφέρει μεταξύ μητέρων με νεογνά στη Μ.Ε.Ν.Ν. και μητέρων με νεογνά φυσιολογικής ανάπτυξης παρατηρήθηκε ότι οι μητέρες που είχαν τα νεογνά κοντά τους στην κλινική εμφάνισαν υψηλότερο δεσμό με το νεογνό σε σύγκριση με τις μητέρες που το νεογνό τους νοσηλευόταν στην Μ.Ε.Ν.Ν. Τα αποτελέσματα αυτά υποδεικνύουν ότι η νοσηλεία ενός νεογνού στη Μ.Ε.Ν.Ν. επιφέρει στατιστικά σημαντική μείωση του αναπτυσσόμενου δεσμού μεταξύ μητέρας και νεογνού. Επιπρόσθετα, οι μητέρες που είχαν τα νεογνά κοντά τους στην κλινική εξέφρασαν καλύτερη σχέση με το νεογνό, λιγότερες διαταραχές στην σχέση με το νεογνό και εμφάνιζαν μικρότερο κίνδυνο να βλάψουν το νεογνό σε σύγκριση με τις μητέρες που το νεογνό τους νοσηλευόταν στην Μ.Ε.Ν.Ν. Τα αποτελέσματα αυτά υποδεικνύουν ότι η νοσηλεία στη Μ.Ε.Ν.Ν. έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στην σχέση μητέρας και νεογνού.

Τα αποτελέσματα σχετικά με το δεύτερο στόχο της έρευνας για το κατά πόσο το επίπεδο άγχους και κατάθλιψης των μητέρων με νεογνά στη Μ.Ε.Ν.Ν. διαφέρει σημαντικά από το αντίστοιχο των μητέρων με νεογνά φυσιολογικής ανάπτυξης προέκυψε ότι οι γυναίκες που τα νεογνά τους νοσηλεύονται στην Μ.Ε.Ν.Ν. έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν σοβαρά συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης.

Αναφορικά με τον τελευταίο στόχο της έρευνας και το κατά πόσο υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης που βιώνει η μητέρα και του δεσμού της με το νεογνό για τις μητέρες που έχουν τα νεογνά στη Μ.Ε.Ν.Ν. το άγχος φαίνεται να σχετίζεται με χειρότερη σχέση μητέρας-νεογνού, με την πιθανή σοβαρή διαταραχή σχέσης μητέρας-βρέφους και με την πιθανή σκέψη των μητέρων να βλάψουν το νεογνό τους. Τέλος, η κατάθλιψη φαίνεται να σχετίζεται με χειρότερη σχέση μητέρα-



νεογνού, με την πιθανή σοβαρή διαταραχή σχέσης μητέρας-βρέφους και με την πιθανή σκέψη των μητέρων να βλάψουν το νεογνό τους.

## Βιβλιογραφία

- Affleck, G., Tennen, H., & Rowe, J. (1991). *Infants in crisis: How parents cope with newborn intensive care and its aftermath*. New York: Springer-Verlag.
- Ainsworth, M. D. S., & Eichberg, C. G. (1991). *Effects on infant-mother attachment of mother's unresolved loss of an attachment figure or other traumatic experiences*. In P. Marris, J. Stevenson-Hinde, & C. Parkes (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 160-183). New York: Routledge
- Ainsworth, M., Blehar, M. C., & Walters, E. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Als, H. (1982). Toward a synactive theory of development: Promise for the assessment and support of infant individuality. *Infant Mental Health Journal*, 3(4), 229-243
- Als, H., Gilkerson, L., Duffy, F. H., McAnulty, G. B., & Buehler, D. M. (2003). A three-center, randomized, controlled trial of individualized developmental care for very low birth weight preterm infants: medical, neurodevelopmental, parenting, and caregiving effects. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 24(6), 399-408.
- Ammaniti, M., Baumgartner, E., Candelori, C., Perucchini, P., Pola, M., Tambelli, R., & Zampino, F. (1992). Representations and narratives during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 13(2), 167-182
- Arivabene, J. &. (2010). Kangaroo mother method: Mothers' experiences and contributions to nursing. *Revista Latino-Americana De Enfermagem (RLAE)*, 18(2), 262-268
- Arockiasamy, V., Holsti, L., & Albersheim, S. (2008). Fathers' experiences in the neonatal intensive care unit: A search for control. *Pediatrics*, 121(2), e215-e223.
- Benoit, D., & Parker, K. C. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*, 65, 1444-1456.
- Berryman, J. C., & Windridge, K. C. (1996). Pregnancy after 35 and attachment to the fetus. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 14, 133-143.
- Biringen, Z., Robinson, J. L., & Emde, R. N. (2000). Appendix B: The Emotional Availability Scales (3rd ed.; an abridged Infancy/Early Childhood Version). *Attachment and Human Development*, 2, 256-270
- Bloom, K. C. (1995). The development of attachment behaviors in pregnant adolescents. *Nursing Research*, 44, 284-288.
- Borghini, A., Pierrehumbert, B., Miljkovitch, R., Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., & Ansermet, F. (2006). Mother's attachment representations of their premature infant at 6 and 18 months after birth. *Infant Mental Health Journal*, 27(5), 494- 508.

- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss*: Vol. 1. Attachment. New York: Basic Books.
- Bretherton, I., & Munholland, K. (1999). *Internal working models in attachment relationships: A construct revisited*. In J. Cassidy, & P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment* (pp. 89-111). New York: Guilford Press.
- Bretherton, I., Biringen, Z., Ridgeway, D., Maslin, C., & Sherman, M. (1989). Attachment: The parental perspective. *Infant Mental Health Journal*, 10, 203-221
- Brimdyr, K. (2011). The first hour after birth: A baby's 9 instinctive stages. Retrieved from The magical hour: <http://magicalhour.com/aboutus.html>
- Brisch, K.-H., Bechinger, D., Betzler, S., Heinemann, H., Kachele, H., Pohlandt, F., Buchheim, A. (2005). Attachment quality in very low-birthweight premature infants in relation to maternal attachment representations and neurological development. *Parenting: Science and Practice*, 5(4), 311-331.
- Brockington IF, Oates J, George S, Turner D, Vostanis P, Sullivan M, Loh CC, Murdoch C (2001) A screening questionnaire for mother- infant bonding disorders. *Archives of Womens Mental Health*, 3, 133–140
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Strengthening family systems*. In U. Bronfenbrenner (Ed.), *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development* (pp. 260-273). London: Sage Publications.
- Bussel, J. H., Spitz, B., & Demyttenaere, K. (2010). Three self-report questionnaires of the early mother-to-infant bond. *Archives of Women's Mental Health*, 13(5), 373- 384.
- Callery, P. (2002). Mothers of infants in neonatal nurseries had challenges in establishing feels of being a good mother. *Evidence-Based Nursing*, 5(1), 91-92.
- Caplan, G., Mason, E. A., & Kaplan, D. M. (1965). Four studies of crisis in parents of prematures. *Community Mental Health Journal*, 1(2), 149-161.
- Cassidy, J. (2001). Truth, lies and intimacy: An attachment perspective. *Attachment and Human Development*, 3(2), 121-155.
- Chamberlain, D. (2013). *Windows to the womb revealing the conscious baby from conception to birth*. Berkley, CA: North Atlanta Books.
- Condon, J., & Corkindale, C. (1998). The assessment of parent-to-infant attachment: development of a self-report questionnaire. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(1), 57-76
- Coppola, G., & Cassibba, R. (2010). Mothers' social behaviours in the NICU during newborns' hospitalisation: an observational approach. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(2), 200-211.

- Corter, C., & Minde, K. (1987). Impact of infant prematurity on family systems. *Advances in Developmental and Behavioral Pediatrics*, 8, 1-48
- Cramer, B., & Stern, D. (1988). Evaluation of changes in mother-infant brief psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 9(1), 20-45.
- Crittenden, P. (1988). *Relationships at risk*. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 136-174). London: Lawrence Erlbaum Associates
- Crnic, K., Greenberg, M. T., & Slough, N. M. (1986). Early stress and social support influences on mothers' and high-risk infants' functioning in late infancy. *Infant Mental Health Journal*, 7, 19-33.
- Crnic, K., Greenberg, M. T., Ragozin, A. S., Robinson, N. M., & Basham, R. B. (1983). Effects of stress and social support on mothers and premature and full-term infants. *Child Development*, 54, 209-217.
- Davidson, M., London, M., & Ladewig, P. (2012). *Postpartum family adaptation and nursing assessment*. In M. Davidson, M. London, & P. Ladewig, *Old's maternal- newborn nursing & women's health across the lifespan*, 9th edition (pp. 992- 1016). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc.
- Davis, L., Edwards, H., Mohay, H., & Wollin, J. (2003). The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. *Early Human Development*, 73, 61- 70.
- DeMier, R. L., Hynan, M. T., Hatfield, R. F., Varner, M. W., Harris, H. B., & Manniello, R. L. (2000). A measurement model of perinatal stressors: Identifying risk of postnatal emotional distress in mothers of high risk infants. *Journal of clinical psychology*, 56(1), 89-100.
- DiVitto, B., & Goldberg, S. (1979). *The effects of newborn medical status on early parent-infant interaction*. In T. M. Field (Ed.), *Infants born at risk* (pp. 311-332). Jamaica, NY: Spectrum.
- Dyer, K. A. (2005). Identifying, understanding, and working with grieving parents in the NICU, part II: strategies. *Neonatal Network*, 24(4), 27-40.
- Easterbrooks, M. A. (1988). *Effect of infant risk status on the transition to parenthood*. In G. Y. Michaels & W. A. Godlberg (Eds.), *The transition to parenthood: Current theory and research* (pp. 176-208). New York: Cambridge University Press.
- Erikson, E. H., & Erikson, J. (1998). *The life cycle completed* New York: Norton.
- Fegran, L., Helseth, S., & Fagermoen, M. (2008). A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 810-816

- Feldman, R., Gordon, I., & Zagoory-Sharon, O. (2011). Maternal and paternal plasma, salivary, and urinary oxytocin and parent-infant synchrony: Considering stress and affiliation components of human bonding. *Developmental Science*, 14(4), 752-761.
- Feldman, R., Weller, A., Leckman, F. J., Kuint, J., & Edelman, I. A. (1999). The nature of mother's tie to her infant: Maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 40(6), 929-939
- Feldman, R., Weller, A., Sirota, L., & Edelman, A. I. (2003). Testing a family intervention hypothesis: The contribution of mother infant skin-to-skin contact (Kangaroo Care) to family interaction, proximity and touch. *Journal of Family Psychology*, 17(1), 94-107
- Fenwick, J., Barclay, L., & Schmied, V. (2001). Struggling to mother: A consequence of inhibitive nursing interactions in the neonatal nursery. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 15(2), 49-64.
- Ferrarello, D., & Hatfield, L. (2014). Barriers to skin-to-skin care during the postpartum stay. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 39(1), 56-61.
- Field, T., Diego, M., & Hernandez-Reif, M. (2010). Preterm infant massage therapy research: A review. *Infant Behavior and Development*, 3(2), 115-124
- Fivush, R. (1997). *Event memory in early childhood*. In C. Hulme, & N. Cowan (Eds.), *The development of memory in childhood: Studies in developmental psychology* (pp. 139-161). Hove, England: Psychology Press
- Flacking, R., Ewald, U., Hedberg Nyqvist, K., & Starrin, B. (2006). Trustful bonds: A key to "becoming a mother" and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. *Social Science and Medicine*, 62, 70-80.
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62(5), 891-905.
- Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger, A., & Muller-Nix, C. (2006). Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics*, 118(1), 107-114.
- Gale, G., Franck, S. L., Kools, S., & Lynch, M. (2004). Parents' perceptions of their infant's pain experience in the NICU. *International Journal of Nursing Studies*, 41(1), 51-58.
- Garcia Coll, C. T., Lamberty, G., Jenkins, R., McAdoo, H. P., Crnic, K., Wasik, B. H., & Vazquez Garcia, H. (1996). An integrative model for the study of developmental competencies in minority children. *Child Development*, 67(5), 1891-1914.

- Garcia-Coll, C., & Meyer, E. C. (1993). *The sociocultural context of infant development*. In C. Zeanah (Ed.), *The handbook of infant mental health* (pp. 56-69). New York: Guilford.
- Gordon, I., Zagoory-Sharon, O., Leckman, J., & Feldman, R. (2010, August 15). Oxytocin and the development of parenting in humans. *Biological Psychiatry*, 68(4), 377-382
- Greenberg, M. T., & Crnic, K. (1988). Longitudinal predictors of developmental status and social interaction in premature and full-term infants at age two. *Child Development*, 59(3), 554-570
- Hall, E. (2005a). Being in an alien world: Danish parents' lived experiences when a newborn or small child is critically ill. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 179-185.
- Hall, E. (2005b). Danish parents' experiences when their newborn or critically ill small child is transferred to the PICU. *Nursing in Critical Care*, 10(2), 90-96.
- Hall, E. T. (1977). *Beyond culture*. Garden City, NY: Anchor Press.
- Hazan, C., & Campa, M. (2013). *Human bonding: The science of affectional ties*. New York: The Guilford Press
- Heermann, J. A., Wilson, M. E., & Wilhelm, P. A. (2005). Mothers in the NICU: Outsider to partner. *Pediatric Nursing*, 31(3), 176-181.
- Heimer, C., & Staffen, L. (1998). *For the sake of the children: The social organization of responsibility in the hospital and the home*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Henry, S., Richard-Yris, M., Tordjman, S., & Hausberger, M. (2009). Neonatal handling affects durably bonding and social development. *Plos ONE*, 4(4), 9.
- Hesse, E. (1999). *The Adult Attachment Interview: Historical and current perspectives*. In J. Cassidy, & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 395-433). New York: Guilford Press.
- Himani, Kaur, B., & Kumar, P. (2011). Effect of initiation of breast-feeding within one hour of the delivery. *Nursing and Midwifery Research Journal*, 7(3), 99-110
- Hoyert, D. L., Mathews, T. J., Menacker, F., Strobino, D. M., & Guyer, B. (2006). Annual Summary of Vital Statistics: 2004. *Pediatrics*, 117, 168-183.
- Hurst, I. (2001a). Mothers' strategies to meet their needs in the newborn intensive care nursery. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 15(2), 65-82.
- Hurst, I. (2001b). Vigilant watching over: Mothers' actions to safeguard their premature babies in the newborn intensive care nursery. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 15(3), 39-57.
- ICEA. (2013). Skin-to-skin contact. Retrieved from International childbirth education association

- Jackson, K., Ternestedt, B. M., & Schollin, J. (2003). From alienation to familiarity: Experiences of mothers and fathers of preterm infants. *Journal of Advanced Nursing*, 43(2), 120-129.
- Johnson, A. N. (2008). Engaging fathers in the NICU: *Taking down the barriers to the baby*. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 22(4), 302-306
- Johnson, K. (2013). Maternal infant bonding: A review of literature. *International Journal of Childbirth Education*, 28(3), 17-22
- Karen, R. (1998). *Becoming attached: First relationships and how they shape our capacity to love*. New York: Oxford University Press.
- Kersting, A., Dorsch, M., & Wesselmann, U. (2004). Maternal post-traumatic stress response after the birth of a very low birthweight infant. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(5), 473-476.
- Kingery, D. W., Bryant, L. D., Palmer, L. K., & Araghi, F. A. (1989). *A handbook of survey research*. Athens, GA: The University of Georgia, Survey Research Center, Institute for Behavioral Research.
- Klaus, M. H., & Klaus, P. H. (1985). *The amazing newborn: making the most of the first weeks of life*. Reading, MA: Addison-Wesley
- Kneisl, C. R. (2013). Theories for interdisciplinary care in psychiatry. In C. R. Kneisl, & E. Trigoboff, *Contemporary psychiatric-mental health nursing, 3rd edition* (pp. 72-85). Uppersaddle River: Pearson.
- Korja, R., Ahlqist-Bjorkroth, S., Savonlahti, E., Stolt, S., haataja, L., Lapinleimu, H., Lehtonen, L. (2010). Relations between maternal attachment representations and the quality of mother-infant interaction in preterm and full-term infants. *Infant Behavior and Development*, 33, 330-336
- Lau, R., & Morse, C. A. (2001). Parents' coping in the neonatal intensive care unit: a theoretical framework. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 22(1), 41-47.
- Lerner, R. M., Dowling, E., & Chaudhuri, J. (2005). *Methods of contextual assessment and assessing contextual methods: A developmental systems perspective*. In D. M. Teti (Ed.), *Handbook of research methods in developmental science*. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Levine, R. A. (1974). Parental goals: A cross-cultural view. *Teachers College Record*, 76, 226-239
- Lewis, S., & Retherford, C. S. (2011). *Stress and stress management*. In S. Lewis, S. Dirksen, M. Heitkemper, L. Bucher, & I. Camera, *Medical surgical nursing assessment and management of clinical problems, 8th edition* (p. 102). St. Louis: Elsevier Inc.

- Liu, J., Leung, P., & Yang, A. (2014). Breastfeeding and active bonding protects against children's internalizing behavior problems. *Nutrients*, 6(1), 76-89.
- Loos, C., & Julius, L. (1988). The client's view of hospitalization during pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 18, 52-56.
- Lundqvist, P., Westas, L., & Hallstrom, I. (2007). From distance toward proximity: Fathers' lived experience of caring for their preterm infants. *Journal of Pediatric Nursing*, 22(6), 490-497.
- Lupton, D., & Fenwick, J. (2001). 'They've forgotten that I'm the mum': Constructing and practicing motherhood in special care nurseries. *Social Science and Medicine*, 53, 1011-1021.
- Macey, T. J., Harmon, R. J., & Easterbrooks, M. (1987). Impact of premature birth on the development of the infant in the family. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(6), 846-852.
- Main, M., & Goldwyn, R. (1984). *Adult attachment scoring and classification system*. Unpublished Manuscript. University of California at Berkeley.
- Main, M., & Hesse, E. (1990). *Parents unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism?* In M. T. Greenberg, & D. Cicchetti (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 161-182). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation Growing points of attachment theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2), 66-104.
- Maloni, J. A., Kane, J. H., Suenm, L. J., & Wang, K. K. (2002). Dysphoria among high-risk pregnant hospitalized women on bed rest: A longitudinal study. *Nursing Research*, 51(2), 92-99.
- Martin, J. A., Hamiton, B. E., Sutton, P. D., Ventura, S. J., Menacker, F., & Munson, M. L. (2005). Births: Final data for 2003. *National Vital Statistics Reports*, 54(2), 1- 16.
- McCain, G. C., & Deatrick, J. A. (1994). The experience of high-risk pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 23(5), 421-427.
- McDonough, S. C. (2004). *Interaction guidance: Promoting and nurturing the caregiving relationship*. In A. J. Sameroff, S. C. McDonough, & K. L. Rosenblum (Eds.), *Treating parent-infant relationship problems: strategies for intervention* (pp. 79- 96). New York: Guilford Press.
- Meijssen, D., Wolf, M., van Bakel, H., Koldewijn, K., Kok, J., & van Baar, A. (2011). Maternal attachment representations after very preterm birth and the effect of early intervention. *Infant Behavior and Development*, 34(1), 72-80.



- Merkatz, R., Budd, K., & Merkatz, I. (1978). Psychologic and social implications of scientific care for pregnant diabetic women. *Seminars in Perinatology*, 2, 373- 381.
- Michopoulos, I., Douzenis, A., Kalkavoura, C., Christodoulou, C., Michalopoulou, P., Kalemi, G., Fineti, K., Patapis, P., Protopapas, K., Lykouras, L. (2008). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. *Annals of general psychiatry*, 7, 4.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2008). *Adult attachment and affect regulation*. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 503-531). New York: Guilford Press.
- Miles, M. S., & Holditch-Davis, D. (1995). Compensatory parenting: how mothers describe parenting their 3 year old prematurely born children. *Journal of Pediatric Nursing*, 10, 243-253
- Miller, P., & Sperry, L. (1987). The socialization of anger and aggression. *Merrill Palmer Quarterly*, 33(1), 1-31.
- Minde, K. (2000). *Prematurity and serious medical conditions in infancy: Implications for development, behavior and intervention*. In C. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (pp. 176-194). New York: Guilford Press.
- Minde, K., Corter, C., & Goldberg, S. (1985). *The contribution of twinship and health to early interaction and attachment between premature infants and their mothers*. In S. L. Friedman & M. D. Sigman (Eds.), *The psychological development of low- birthweight children: Advances in applied developmental psychology* (pp. 157- 185). Norwood, NJ: Ablex.
- Minde, K., Perrotta, M., & Marton, P. (1985). Maternal caretaking and play with full- term and preterm infants. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26(2), 231-244.
- Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Jaunin, L., Borghini, A., & Ansermet, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early Human Development*, 79(2), 145-158.
- Nystrom, K., & Axelsson, K. (2002). Mothers' experience of being separated from their newborns. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Neonatal Nursing*, 31(3), 275- 282.
- Ogbu, J. U. (1981). Origins of human competence: A cultural-ecological perspective. *Child Development*, 52(2), 413-429.
- Palmer, L. (2013). Bonding matters: The chemistry of attachment. *Attachment Parenting International*, 5(2). Retrieved from <http://www.pregnancy.org/article/bonding-matters-chemistry-attachment>
- Phillips, R. (2013). Uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 67-72.

- Piaget, J., & Inhelder, B. (1969). *The psychology of the child*. New York: Basic books.
- Pierrehumbert, B., Nicole, A., Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., & Ansermet, F. (2003). Parental post-traumatic reactions after premature birth: Implications for sleeping and eating problems in the infant. *Archives of Disease in Childhood Fetal Neonatal Edition*, 88(5), F400-F404.
- Plunkett, J. W., Klein, T., & Meisels, S. J. (1988). The relationship of preterm infant-mother attachment to stranger sociability at 3 years. *Infant Behavior and Development*, 11, 83-96.
- Plunkett, J. W., Meisels, S. J., Stiefel, G. S., Pasick, P. L., & Roloff, D. W. (1986). Patterns of attachment among preterm infants of varying biological risk. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25(6), 794-800.
- Raju, T. N. K. (2006). *From infant hatcheries to intensive care: Some highlights of the century of neonatal medicine*. In R. J. Martin, A. A. Fanaroff, & M. C. Walsh (Eds.), *Neonatal-perinatal medicine* (8th ed., Vol. 1, pp. 1-18). Philadelphia, PA: Mosby Elsevier.
- Robson, C. (2002). *Real World Research: A Resource for Social Scientists and Practitioner-Researchers*. Oxford: Blackwell
- Rode, S. S., Change, P., Nian, P., Fisch, R. O., & Sroufe, L. A. (1981). Attachment patterns of infants separated at birth. *Development Psychology*, 17, 188-191.
- Ross, E. (2012). Maternal-fetal attachment and engagement with antenatal advice. *British Journal of Midwifery*, 20(8), 566-575.
- Rubin, H. R., Owens, A. J., & Golden, G. (1998). *An investigation to determine whether the built environment affects patients' medical outcomes*. Report. Martinez, CA: Center for Health Design.
- Sameroff, A. (2004). *Ports of entry and the dynamics of mother-infant interventions*. In A. J. Sameroff, S. C. McDonough, & K. L. Rosenblum (Eds.), *Treating parent- infant relationship problems: strategies for intervention* (pp. 3-28). New York: Guilford Press
- Schaffer, R. (1996). *Η κοινωνικοποίηση του παιδιού κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του*. (Μτφρ. Παρασκευόπουλος, Ι.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Schmucker, G., Brisch, K.-H., Kohntop, B., Betzler, S., Osterie, M., Pohlandt, F., Buchheim, A. (2005). The influence of prematurity, maternal anxiety, and infant's neurobiological risk on mother-infant interactions. *Infant Mental Health Journal*, 26(5), 423-441.
- Shaw, R. J., Deblois, T., Ikuta, L., Ginzburg, K., & Fleisher, B. F. (2006). Acute stress disorder among parents of infants in the neonatal intensive care nursery. *Psychosomatics*, 47(3), 206-212.

- Sherman, L.J., Rice, K., Cassidy, J. (2015). Infant capacities related to building internal working models of attachment figures: A theoretical and empirical review. *Developmental Review*, 37, 109-141.
- Shin, H. J. (2004). Situational meaning and maternal self-esteem in mothers of high-risk newborns. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 34(1), 93-101.
- Shin, H., & White-Traut, R. (2007). The conceptual structure of transition to motherhood in the neonatal intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 8(1), 90–98.
- Singer, L. T., Guo, S., Collin, M., Lilien, L., & Baley, J. (1999). Maternal psychological distress and parenting stress after the birth of a very low birth weight infant. *JAMA*, 281, 799-805.
- Singh, K. (2007). *Quantitative social research methods*. New Delhi: Sage.
- Slade, A., & Cohen, L. J. (1996). The process of parenting and the remembrance of things past. *Infant Mental Health Journal*, 17(3), 217-238.
- Solomon, J., & George, C. (1996). Defining the caregiving system: Towards a theory of caregiving. *Infant Mental Health Journal*, 17, 183-197.
- Solomon, J., & George, C. (1999a). *Attachment disorganization*. New York: Guilford Press.
- Solomon, J., & George, C. (1999b). *The effects on attachment of overnight visitation in divorced and separated families: A longitudinal follow-up*. In J. Solomon, & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 265-290). New York: Guilford Press.
- Stern-Bruschweiler, N., & Stern, D. N. (1989). A model for conceptualizing the role of the mothers representational world in various mother-infant therapies. *Infant Mental Health Journal*, 10(3), 142-156.
- Stern, D. (2000). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stern, D. N. (1995). *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Stern, D., Bruschiweiler-Stern, N., & Freeland, A. (1998). *The birth of a mother: How the motherhood experience changes you forever*. New York: Basic Books.
- Taylor, A., Atkins, R., Kumar, R., Adams, D., & Glover, V. (2005). A New Mother-to-Infant Bonding Scale: Links with Early Maternal Mood. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 45-51
- Trigoboff, E. (2013). *The biological basis of behavioral and mental disorders*. In C. R. Kneisl, & E. Trigoboff, *Contemporary psychiatric-mental health nursing*, 3rd edition (pp. 88-111). Upper Saddle River: Pearson Education, Inc.

- Visser, P. S., Krosnick, J. A., & Lavrakas, P. J. (2000). *Survey research*. In H. T. Reis, & C. M. Judd (Eds.), *Handbook of research: Methods in social and personality psychology*. Cambridge, UK: Cambridge University Press
- Wallin, D. J. (2007a). *Fonagy and forward*. In D. J. Wallin (Ed.), *Attachment in psychotherapy* (pp. 43-58). New York: Guilford Press.
- Wallin, D. J. (2007b). *Nonverbal experience and the "unthought known": Accessing the emotional core of the self*. In: *Attachment in psychotherapy* (pp. 115-132). New York: Guilford Press.
- Walsh, M. C., & Fanaroff, A. A. (2006). *Epidemiology and Perinatal Services*. In R. J. Martin, A. A. Fanaroff, & M. C. Walsh (Eds.), *Neonatal-perinatal medicine: Diseases of the fetus and infant* (8th ed., Vol. 1, pp. 19-34). Philadelphia, PA: Mosby Elsevier.
- Ward, M. J., & Carlson, E. A. (1995). Associations among adult attachment representations, maternal sensitivity, and infant-mother attachment in a sample of adolescent mothers. *Child Development*, 66, 69-79.
- Weisman, O., Granat, A., Gilboa-Schechtman, E., Singer, M., Gordon, I., Azulay, H., & Feldman, R. (2010). The experience of labor, maternal perception of the infant, and the mother's postpartum mood in a low-risk community cohort. *Archive of Women's Mental Health*, 13(6), 505-513
- Wigert, H., Johansson, R., & Berg, M. (2006). Mothers' experiences of having their newborn child in a neonatal intensive care unit. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 20, 35-41.
- Wille, D. E. (1991). Relation of preterm birth with quality of mother-infant interaction at one year. *Infant Behavior and Development*, 14(227-240)
- Wilson, D. (2013). *Health promotion of the infant and family*. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson, *Wong's essentials of pediatric nursing* (pp. 308-320). St. Louis: Mosby.
- Wolf, M. J., Koldewijn, K., Beelan, A., Hedlund, R., & deGroot, I. J. (2002). Infants in early infancy. *Acta Paediatrica*, 91, 930-938.
- Young, R. (2013). The importance of bonding. *International Journal of Childbirth Education*, 28(3), 11.
- Zeanah, C. H., Benoit, D., Barton, M., & Regan, C. (1995). Representations of attachment in mothers and their one-year-old infants. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 32, 278-286.
- Zeanah, C., Berlin, L., & Boris, N. (2011). Practitioner review: Clinical applications of attachment theory and research for infants and young children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(8), 819-833.

- Zeanah, C., Danis, B., Hirshberg, L., Benoit, D., Miller, D. B., & Heller, S. S. (1999). Disorganized attachment associated with partner violence: A research note. *Infant Mental Health Journal*, 20, 77-86.
- Zigmond, AS. & Snaith, RP (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 67 (6): 361–370
- Γναρδέλης, Χ. (2003). *Εφαρμοσμένη στατιστική*. Αθήνα: Παπαζήσης
- Δαφέρμος, Β. (2011). *Κοινωνική Στατιστική και Μεθοδολογία Έρευνας με το SPSS*. Εκδόσεις ΖΗΤΗ, Θεσσαλονίκη.

# Παράρτημα

## Mother Bonding Infant Scale

	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	ΠΟΛΥ	ΛΙΓΟ	ΚΑΘΟΛΟΥ
Αγάπη				
Δυσαρέσκεια				
Ουδετερότητα				
Χαρά				
Αντιπάθεια				
Προστατευτικότητα				
Απογοήτευση				
Επιθετικότητα				

## Postpartum Bonding Questionnaire

		Πάντα	Πολύ συχνά	Συχνά	Κάποιες φορές	Σπάνια	Ποτέ
1	Νοιώθω κοντά στο παιδί μου						
2	Εύχομαι να μπορούσα να γυρίσω στις μέρες που δεν είχα ακόμα παιδί						
3	Νοιώθω απόμακρη από το παιδί μου						
4	Μου αρέσει να αγκαλιάζω το παιδί μου						
5	Μετανιώνω που έκανα αυτό το παιδί						
6	Δε νοιώθω σαν το παιδί να είναι δικό μου						
7	Το παιδί μου με εκνευρίζει						
8	Αγαπάω πάρα πολύ το παιδί μου						
9	Νοιώθω χαρούμενη όταν το παιδί μου χαμογελά ή γελάει						
10	Το παιδί μου με ενοχλεί						
11	Απολαμβάνω να παίζω με το παιδί μου						
12	Το παιδί μου κλαίει υπερβολικά						
13	Νοιώθω παγιδευμένη ως μητέρα						
14	Νοιώθω θυμωμένη με το παιδί μου						
15	Με δυσανασχετεί το παιδί μου						
16	Το παιδί μου είναι το πιο όμορφο παιδί στον κόσμο						
17	Εύχομαι με κάποιο τρόπο το παιδί μου να έφευγε						
18	Έχω κάνει βλαβερά πράγματα στο παιδί μου						
19	Το παιδί μου με κάνει να νοιώθω άγχος						
20	Φοβάμαι το παιδί μου						
21	Το παιδί μου με δυσκολεύει						
22	Νοιώθω αυτοπεποίθηση όταν περιποιούμαι το παιδί μου						
23	Νοιώθω ότι η μόνη λύση είναι να περιποιηθεί						

	το παιδί μου κάποιος άλλος						
24	Νοιώθω ότι θέλω να κάνω κακό στο παιδί μου						
25	Το παιδί μου ηρεμεί εύκολα						

### Κλίμακα HADS

<b>Νιώθω ανήσυχη ή τρομαγμένη</b>		<b>Νιώθω σαν να έχουν πέσει οι ρυθμοί μου</b>	
3	Τον περισσότερο καιρό	3	Σχεδόν όλο τον καιρό
2	Πολύ καιρό	2	Πολύ συχνά
1	Περιστασιακά	1	Μερικές φορές
0	Καθόλου	0	Καθόλου
<b>Εξακολουθώ να απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιζα να απολαμβάνω</b>		<b>Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να έχω «πεταλούδες» στο στομάχι μου</b>	
0	Σαφέστατα, στον ίδιο βαθμό	0	Καθόλου
1	Όχι στον ίδιο βαθμό	1	Περιστασιακά
2	Λίγο μόνο	2	Αρκετά συχνά
3	Καθόλου	3	Πολύ συχνά
<b>Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να πρόκειται κάτι τρομακτικό να συμβεί</b>		<b>Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνισή μου</b>	
3	Ακριβώς, μάλιστα σε σοβαρό βαθμό	3	Ακριβώς
2	Ναι, αλλά όχι τόσο σοβαρά	2	Δεν τη φροντίζω όσο θα έπρεπε
1	Ελάχιστα, αλλά δεν μ' ανησυχεί	1	Ίσως δεν την φροντίζω όσο θα έπρεπε
0	Καθόλου	0	Την φροντίζω όπως πάντοτε
<b>Μπορώ να γελώ και να βλέπω τη χαρωπή όψη των πραγμάτων</b>		<b>Νιώθω νευρική κι ανήσυχη, σαν να πρέπει συνέχεια να κινούμαι</b>	
0	Βεβαίως, έτσι όπως πάντα μπορούσα	3	Μάλιστα σε πολύ μεγάλο βαθμό
1	Μάλλον όχι τόσο, όπως στο παρελθόν	2	Σε αρκετά μεγάλο βαθμό
2	Σίγουρα όχι τώρα τόσο πολύ	1	Όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό
3	Καθόλου	0	Καθόλου
<b>Ανήσυχες σκέψεις περνούν από το μυαλό μου</b>		<b>Προσμένω με χαρά διάφορα πράγματα</b>	
3	Πάρα πολύ καιρό	0	Τόσο όπως και στο παρελθόν
2	Πολύ καιρό	1	Μάλλον λιγότερο από όσο συνήθιζα
1	Όχι τόσο συχνά	2	Σίγουρα λιγότερο από ότι συνήθιζα
0	Πολύ λίγο	3	Καθόλου
<b>Νιώθω κεφάτη</b>		<b>Αντιμετωπίζω αιφνίδια συναισθήματα πανικού</b>	
3	Ποτέ	3	Πράγματι πολύ συχνά
2	Όχι συχνά	2	Αρκετά συχνά
1	Μερικές φορές	1	Όχι τόσο συχνά
0	Τον περισσότερο καιρό	0	Καθόλου
<b>Μπορώ να κάθομαι άνετα και να νιώθω χαλαρωμένη</b>		<b>Μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ένα ραδιοφωνικό/τηλεοπτικό πρόγραμμα</b>	
0	Ακριβώς	0	Συχνά
1	Συνήθως	1	Μερικές φορές
2	Όχι συχνά	2	Όχι συχνά
3	Καθόλου	3	Πολύ σπάνια