



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών:

Προαγωγή Ψυχικής Υγείας-Πρόληψη Ψυχιατρικών Διαταραχών

Α΄ Ψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο

Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία

**« Συγχρονική μελέτη διερεύνησης παραγόντων που
συσχετίζονται με τη λοχειακή κατάθλιψη και τη μητρική
αυτοπεποίθηση»**

Παπαγιάννη Αφροδίτη

ΑΕΜ: 20180982

Επιβλέπων καθηγητής: Ι.Μ Ζέρβας

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Ι.Μ Ζέρβας

Α. Σπυροπούλου

Β. Πομίνι

Πίνακας περιεχομένων

1. Περίληψη	7
Abstract	8
2. Εισαγωγή	9
3. Θεωρητικό υπόβαθρο	11
3.1 Το Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο	11
3.2 Λοχειακή κατάθλιψη : επιδημιολογικά δεδομένα	13
3.3 Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση λοχειακής κατάθλιψης	14
3.4 Κοινωνική υποστήριξη : Ορισμοί, μορφές και η σχέση της με την λοχειακή κατάθλιψη	16
3.5 Μητρική αυτοπεποίθηση και λοχειακή κατάθλιψη	24
3.6 Συζυγική ικανοποίηση και λοχειακή κατάθλιψη	30
4. Μεθοδολογία	32
4.1 Δείγμα	32
4.2 Μέσα Συλλογής Δεδομένων	32
4.2.1 Ερωτηματολόγιο Κοινωνικής Υποστήριξης- Σύντομη Μορφή (Short Form Social Support Questionnaire [SSQ-6])	32
4.2.2 Ερωτηματολόγιο Συζυγικής Ικανοποίησης (ENRICH Couple Scales)	33
4.2.3 Κλίμακα Λοχειακής Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (Edinburg Postnatal Depression Scale [EPDS])	34
4.2.4 Κλίμακα μητρικής αυτοπεποίθησης LIPS (Lips Maternal Self-Confidence scale)	35
4.2.5 Δημογραφικά στοιχεία και ιστορικό ψυχικής υγείας	36
4.3 Στατιστική ανάλυση	36
5. Αποτελέσματα	38
5.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων	38
5.2 Στοιχεία σχετικά με την εγκυμοσύνη και τον θηλασμό	40
5.3 Ιατρικό ιστορικό των συμμετεχόντων	41
5.4 Κλίμακα εκτίμησης της μεταγεννητικής κατάθλιψης: Edinburgh Perinatal/Postnatal Depression Scale (EPDS)	43
5.5 Κλίμακα εκτίμησης της συζυγικής ικανοποίησης: ENRICH Couple Scale	44

5.6 Κλίμακα Κοινωνικής Υποστήριξης: <i>Short Form Social Support Questionnaire, SSQ-6</i>	45
5.7 Κλίμακα μητρικής Αυτοπεποίθησης: <i>Lips Maternal Self- Confidence Scale</i>	45
5.8 Συσχέτιση της κλίμακας <i>LIPS</i> με τις κλίμακες <i>ENRICH</i> και <i>SSQ-6</i>	48
5.9 Συσχέτιση της κλίμακας <i>LIPS</i> με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και το ιατρικό ιστορικό των συμμετεχόντων	51
5.10 Συσχέτιση της κλίμακας <i>EPDS</i> με τις κλίμακες <i>ENRICH, SSQ-6</i> και <i>LIPS</i>	54
5.11 Συσχέτιση της κλίμακας <i>EPDS</i> με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και το ιατρικό ιστορικό των συμμετεχουσών	58
6. Συμπεράσματα & Συζήτηση	62
7. Βιβλιογραφία	66

Ευχαριστίες

Πρωτίστως θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή και υπεύθυνο του Ειδικού Ιατρείου Ψυχικής Υγείας Γυναικών της Α' Ψυχιατρικής Κλινικής, Ιωάννη Ζέρβα, για την ευκαιρία που μου έδωσε να εργαστώ δίπλα του και να γίνω μέλος της υπέροχης ομάδας που έχει δημιουργήσει. Αισθάνομαι ευγνώμων για τη μέγιστη εμπιστοσύνη που μου έδειξε καθώς και για την πολύτιμη καθοδήγηση.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τις ψυχιάτρους Αρετή Σπυροπούλου και Αγγελική Λεονάρδου για όλες τις γνώσεις που μου μετέφεραν καθώς και για το ενδιαφέρον που έδειξαν όλο αυτό το διάστημα. Ευχαριστώ επίσης την κα. Ειρήνη Παπαθανασίου που ήταν εκεί να με διευκολύνει σε κάθε πρόβλημα που ανέκυπτε και τη φίλη μου Χρυσή Παρασκευοπούλου που έκανε την διανομή των ερωτηματολογίων στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Δεν θα μπορούσα να παραλείψω την Ψυχολόγο Παναγιώτα Γιαννούλη και την Ψυχίατρο Δέσποινα Αντωνοπούλου που με την γλυκιά τους στάση με ενθάρρυναν και με στήριζαν από την πρώτη στιγμή. Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω όλη την ομάδα του Ιατρείου Ψυχικής Υγείας Γυναικών και ιδιαιτέρως την Ψυχολόγο Ελισάβετ Φώσκολου για την σημαντική συμβολή της στην μετάφραση της κλίμακας LIPS.

Ολοκληρώνοντας, οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην γλυκιά μου μανούλα, που στέκεται δίπλα μου σε κάθε μου βήμα και σε κάθε μου επιλογή.

*Στην ξαδέλφη μου Ε. και στην φίλη μου Μ.
που σε λίγο καιρό θα γίνουν μανούλες...*

Περίληψη

Η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη και οι φτωχές συζυγικές σχέσεις συμπεριλαμβάνονται μεταξύ των παραγόντων κίνδυνου για την εμφάνιση κατάθλιψης, κατά τη διάρκεια της λοχείας. Επιπλέον οι γυναίκες με λοχειακή κατάθλιψη φαίνεται να εμφανίζουν χαμηλή αυτοπεποίθηση. Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των παραπάνω ψυχοκοινωνικών παραγόντων, οι οποίοι σχετίζονται με την λοχειακή κατάθλιψη. Δεδομένα συλλέχτηκαν ηλεκτρονικά από 100 γυναίκες (N=100). Για την μέτρηση της κατάθλιψης, έγινε χρήση της κλίμακας Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Λαμβάνοντας υπόψη ως κατώφλι την τιμή 11, το 21% των συμμετεχόντων φάνηκε να εμφανίζει έντονα συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης. Η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχουσών και η συζυγική τους ικανοποίηση βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη μητρική τους αυτοπεποίθηση. Συγκεκριμένα, οι παντρεμένες γυναίκες είχαν μικρότερη βαθμολογία στην κλίμακα LIPS, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ενώ όσο πιο ικανοποιημένες ήταν από το σύζυγό τους τόσο αυξανόταν και η μητρική τους αυτοπεποίθηση. Οι γυναίκες, οι οποίες εργάζονται, παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές στην κλίμακα EPDS, σε σχέση με αυτές, οι οποίες είναι αυτοαπασχολούμενες, άνεργες ή ασχολούνται με τα οικιακά. Επίσης, φαίνεται ότι υπάρχει σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας EPDS με το χρονικό διάστημα, το οποίο πέρασε έως ότου επιστρέψουν οι γυναίκες στην εργασία τους μετά τον τοκετό. Επιπλέον βρέθηκε ότι υψηλότερη συζυγική ικανοποίηση, μητρική αυτοπεποίθηση, ικανοποίηση από την κοινωνική υποστήριξη και το μορφωτικό επίπεδο σχετιζόταν με σημαντικά λιγότερα συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης.

Λέξεις κλειδιά: λοχειακή κατάθλιψη, κοινωνική υποστήριξη, μητρική αυτοπεποίθηση, συζυγική ικανοποίηση

Abstract

Low social support and poor marital relationships are considered risk factors for postpartum depression. Moreover, women with postpartum depression tend to have impairments in their maternal self-confidence. This study aims to investigate the associations between psychosocial factors and postpartum depression. Data were obtained online from 100 mothers (N=100). Postpartum depression was identified by Edinburgh Postnatal Depression Scale. The prevalence of postpartum depression was 21% with an EPDS cut off point of 11 or higher. The marital status of the participants and their marital satisfaction were found to be independently related to their maternal self-confidence. Married women scored lower on self confidence , compared to the rest, while the more satisfied they were with their husbands, the more their maternal self-confidence increased. Employed women scored significantly lower on the EPDS scale than those who were self-employed or unemployed. There also appears to be a significant positive correlation between the overall EPDS score, and the time elapsed for women to return to work after giving birth. In addition, it was found that higher marital satisfaction, maternal self-confidence, satisfaction with social support and educational level were associated with significantly fewer symptoms of postpartum depression.

Key words : postpartum depression, social support, maternal self confidence, marital satisfaction

Εισαγωγή

Η γέννηση ενός βρέφους, ενώ συνήθως είναι ένα ευχάριστο γεγονός δεν παύει να θεωρείται ψυχοπιεστικό (Holmes & Rahe, 1967). Η περίοδος μετά τον τοκετό είναι αναγνωρισμένο ότι σχετίζεται με αυξημένη ευαισθησία στην εκδήλωση συναισθηματικών διαταραχών, με πιο συνηθισμένη την κατάθλιψη (Gavinetal., 2005), αλλά και τις αγχώδεις διαταραχές (Ross & McLean, 2006). Παρά την συμβολή ορμονικών μεταβολών (Bloch, Daly & Rubinow, 2003) υπάρχουν και ψυχολογικοί-κοινωνικοί παράγοντες, οι οποίοι φαίνεται να σχετίζονται με την εμφάνιση συμπτωματολογίας, καθώς και παράγοντες κίνδυνου. Στην Ελλάδα δεν είναι γνωστό να έχουν διενεργηθεί μελέτες σχετικές με την προσλαμβανόμενη κοινωνική στήριξη, την ικανοποίηση από την συζυγική σχέση και τη μητρική αυτοπεποίθηση γυναικών κατά την λοχεία. Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτουν ερωτήματα, τα οποία δύναται να διερευνηθούν περαιτέρω στον συγκεκριμένο πληθυσμό.

Όσον αφορά την προσλαμβανόμενη κοινωνική στήριξη, φαίνεται να λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας στην εμφάνιση επιλόχειας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Collins, Dunkel-Schetter, Lobel & Scrimshaw 1993·Li, Long, Cao & Cao, 2017·Ohara etal., 2017·Tani & Castagna, 2016)με σημαντικό ρόλο στην γενικότερη έκβαση της εγκυμοσύνης (Cobb, 1979). Επιπλέον, έρευνα σε αφροαμερικανές λεχώνες έδειξε ότι υψηλότερα επίπεδα προσλαμβανομένης στήριξης σχετίζονται με καλύτερη αίσθηση μητρικής ικανότητας και ικανοποίησης (Brown etal., 2016) Αξίζει βέβαια να αναφερθεί ότι η προσλαμβανόμενη κοινωνική στήριξη θεωρείται προστατευτικός παράγοντας στην εμφάνιση κατάθλιψης σε οποιαδήποτε στιγμή της ζωής (Gariéry, Honkaniemi & Quesnel-Vallée, 2016).

Όσον αφορά την ικανοποίηση από την συζυγική σχέση, σύμφωνα με μελέτες φαίνεται, επίσης, να σχετίζεται με την εμφάνιση κατάθλιψης κατά την επιλόχεια περίοδο. Οι λεχώνες, οι οποίες δεν είναι ικανοποιημένες από την ποιότητα της συζυγικής τους σχέσης φαίνεται να εμφανίζουν αυξημένης σοβαρότητας καταθλιπτική συμπτωματολογία (Maľusetal., 2016).

Μετά τον ερχομό ενός βρέφους ακολουθεί η μετάβαση στον μητρικό ρόλο. Ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η μητρική αυτοεκτίμηση (maternal self-confidence) ή αλλιώς μητρική αυτοαποτελεσματικότητα (maternal self-efficacy), όροι, οι οποίοι στην διεθνή βιβλιογραφία χρησιμοποιούνται συνήθως ως συνώνυμοι (Reck et al., 2012). Η μητρική αυτοαποτελεσματικότητα αναφέρεται στον βαθμό στον οποίο η νέα μητέρα θεωρεί ότι είναι ικανή να ανταποκριθεί επιτυχώς στον μητρικό ρόλο (Teti & Gelfand, 1991) και διαθέτει αυτοπεποίθηση ως προς την ικανότητά της να παρέχει την απαραίτητη φροντίδα στο βρέφος (Zahr, 1991). Σύμφωνα με τον Bandura(1989), η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητας είναι στενά συνδεδεμένη με την συναισθηματική κατάσταση του ατόμου. Σύμφωνα με αυτήν την υπόθεση, η μητρική αυτοεκτίμηση-αυτοαποτελεσματικότητα φαίνεται να σχετίζεται σε κάποιο βαθμό με την καταθλιπτική συμπτωματολογία (Cutrona & Troutman,1986· Reck et al., 2012).

Βασικός σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι να αναδειχτούν οι τυχόν συσχετίσεις μεταξύ των επίπεδων προσλαμβανομένης κοινωνικής στήριξης, της ικανοποίησης από την συντροφική σχέση και της μητρικής αυτοπεποίθησης γυναικών κατά τη λοχεία και περαιτέρω να αναζητηθούν οι πιθανές συσχετίσεις τους με την λοχειακή κατάθλιψη .

Η σπουδαιότητα της συγκεκριμένης μελέτης έγκειται στην συλλογή δεδομένων, τα οποία θα συμβάλουν στον μετέπειτα σχεδιασμό και την υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης με ενίσχυση των προστατευτικών παραγόντων ενάντια στην εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Θεωρητικό υπόβαθρο

3.1 Το Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο

Το Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο για την ασθένεια, αποτελεί συγχρόνως έναν τρόπο σκέψης, ο οποίος σχετίζεται με την κλινική φροντίδα, καθώς και έναν πρακτικό κλινικό οδηγό (Borrrell-Carrío, 2004). Σε αντίθεση με το κλασσικό βιοϊατρικό μοντέλο, είναι δυνατόν να χαρακτηριστεί ως μια πιο ολιστική προσέγγιση της ασθένειας (και της υγείας), καθώς λαμβάνει υπόψη του την επίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων.

Το παραδοσιακό βιοϊατρικό μοντέλο, το οποίο κυριάρχησε για αιώνες στον χώρο της υγείας φαίνεται να έχει τις ρίζες του, μεταξύ άλλων, στις φιλοσοφικές θεωρίες του αναγωγισμού και του δυϊσμού. Ο χαρακτηρισμός του ως αναγωγικό, σχετίζεται με την θεώρηση ότι οποιαδήποτε διεργασία, η οποία συμβάλλει στην εμφάνιση μίας ασθένειας, δύναται να γίνει κατανοητή, αν αναλυθεί στα απλούστερα και βασικότερα συστατικά στοιχεία της, όπως, παραδείγματος χάριν, ένας εισβάλλον παθογόνος παράγοντας. Παράλληλα, ο χαρακτηρισμός του μοντέλου ως δυϊκό προκύπτει από την θεώρηση ότι οι σωματικοί και οι ψυχολογικοί παράγοντες είναι ανεξάρτητοι οι μεν από τους δε, οδηγώντας, κατά συνέπεια, στην αδυναμία του συγκεκριμένου μοντέλου να ερμηνεύσει το ρόλο, τον οποίο διαδραματίζουν οι κοινωνικές και οι ψυχολογικές διαδικασίες στην εμφάνιση και την εξέλιξη μιας νόσου (DiMatteo & Martin, 2011).

Ο ψυχίατρος George Engel (1977, 1980), ασκώντας κριτική στο τότε επικρατούν βιοϊατρικό μοντέλο, επισήμανε την ανάγκη δημιουργίας ενός νέου μοντέλου, το οποίο θα συνέβαλε στην ανάδειξη μιας περισσότερο ολιστικής κατανόησης της υγείας και της ασθένειας. Σύμφωνα με τον Engel (1977), η «κρίση» της σύγχρονης του ιατρικής πήγαζε από την εξής πεποίθηση: δεδομένου ότι η ασθένεια ορίζεται μόνο από και με βάση σωματικές παραμέτρους, η ενασχόληση των κλινικών ιατρών με ψυχολογικές παραμέτρους δεν είναι αναγκαία και υπερβαίνει των καθηκόντων και των αρμοδιοτήτων τους. Ο ίδιος, αναφέρθηκε, επίσης, στο δύσκολο έργο επέκτασης του μοντέλου, ώστε να συμπεριλαμβάνει τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, χωρίς ωστόσο, να «θυσιαστούν» τα πλεονεκτήματα της βιοϊατρικής προσέγγισης. Γίνεται, επομένως, κατανοητό ότι ο ίδιος ο Engel δεν αρνήθηκε την σπουδαιότητα των βιολογικών παραγόντων, εξ ου και το όνομα του μοντέλου ως

«Βιοψυχοκοινωνικό». Πρόκειται, δηλαδή, για ένα μοντέλο, το οποίο θα λαμβάνει υπόψη τη σημασία τόσο των βιολογικών όσο και των ψυχοκοινωνικών παραγόντων, καθώς και της μεταξύ τους αλληλεπίδρασης.

Με σκοπό την ενίσχυση της συγκεκριμένης υπόθεσης, χρησιμοποιήθηκαν παραδείγματα όχι μόνο από τον κλάδο της ψυχιατρικής αλλά και από ευρύτερα επιστημονικά πεδία (Engel, 1980). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ένας ασθενής με οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, στην περίπτωση του οποίου ακόμη και απλά δεδομένα, όπως η ηλικία, το φύλο, ο τόπος κατοικίας, η συζυγική και οικογενειακή κατάσταση, καθώς και το επάγγελμα του ασθενή, πιθανόν να θεωρηθούν ιδιαίτερα χρήσιμα για τη βελτίωση του θεραπευτικού σχεδιασμού. Ψυχολογικοί παράγοντες, όπως η αυτοπεποίθηση του ασθενή, το αίσθημα εμπιστοσύνης στο ιατρικό προσωπικό και η αποδοχή της ασθένειας, καθώς και κοινωνικοί παράγοντες, οι οποίοι σχετίζονται με την οικογένειά του και τις αλλαγές, λόγω της ασθένειας, στον ρόλο του μέσα σε αυτή, φάνηκαν να επηρεάζουν την κατάστασή του, την συμπεριφορά και τις αποφάσεις του. Στο σημείο αυτό θα ήταν δυνατό να μελετηθεί η περίπτωση ενός ασθενή, ο οποίος πρόκειται να υποβληθεί σε μια αρκετά δύσκολη ιατρική διαδικασία, ακολουθούμενη από μία μακρά και επίπονη περίοδο ανάρρωσης. Σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, θα πρέπει να ελεγχθεί η ύπαρξη ενός καλού υποστηρικτικού συστήματος, η απουσία του οποίου ίσως αποβεί ιδιαίτερα επιβαρυντική για την γενικότερη πορεία της υγείας του ασθενούς. Είναι, επομένως, μάλλον απαραίτητη η εξέταση της αλληλεπίδρασης μεταξύ σώματος και ψυχισμού, ώστε να επιτευχθεί η μεγίστη δυνατή ανάρρωση του ασθενούς.

Όσον αφορά την συγκεκριμένη ερευνητική προσπάθεια, η μελέτη των ψυχοκοινωνικών παραγόντων, όπως η προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη, η ικανοποίηση από τη συζυγική σχέση, καθώς και η μητρική αυτοπεποίθηση των γυναικών κατά την περίοδο της λοχείας, είναι ιδιαίτερα σημαντική και πιθανόν να δώσει στοιχεία τα οποία μπορούν να συμβάλουν σε καλύτερο θεραπευτικό σχεδιασμό, λαμβάνοντας υπόψη όχι μόνο την συμβολή ορμονικών μεταβολών, αλλά και άλλων παραγόντων, οι οποίοι σχετίζονται με την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

3.2 Λοχειακή κατάθλιψη : επιδημιολογικά δεδομένα

Η κατάθλιψη αποτελεί μία από τις συχνότερες ασθένειες, οι οποίες εμφανίζονται κατά την λοχειακή περίοδο. Συμπεριλαμβάνεται στην 5^η έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5)] της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας ως μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο με περιγεννητική έναρξη, αν τα συμπτώματα εμφανίζονται κατά την κύηση ή εντός των πρώτων 4 εβδομάδων από τον τοκετό. Στην κλινική πρακτική και έρευνα, η λοχειακή κατάθλιψη συχνά ορίζεται ως η κατάθλιψη, η οποία εμφανίζεται έως και 12 μήνες μετά τον τοκετό (Stewart&Vigod, 2016).

Η λοχειακή κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική διάθεση, διαταραχές στον ύπνο, ευερεθιστότητα, ανορεξία, αισθήματα ενοχής, κόπωση και, σε ορισμένες περιπτώσεις, αυτοκτονικό ιδεασμό. Οι O'Hara & Swain (1996) βασιζόμενοι σε δεδομένα από πολλαπλές μελέτες, υπολόγισαν στο 13% τον επιπολασμό στο γενικό πληθυσμό. Οι Stewart & Vigod (2016) σε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, αναφέρουν ότι ο επιπολασμός κυμαίνεται από 6.5 ως 12.9%, ή και ακόμη υψηλότερα σε χώρες μεσαίου και χαμηλού εισοδήματος. Στον ελληνικό πληθυσμό, στους 2 μήνες λοχειακά η συνολική επικράτηση μείζονος και ελάσσονος κατάθλιψης βρέθηκε στο 12.4%, για το δείγμα των Ελληνίδων γυναικών που εξετάστηκαν (Λεονάρδου, 2008).

3.3 Παράγοντες κίνδυνου για την εμφάνιση λοχειακής κατάθλιψης

Ποικίλες ερευνητικές προσπάθειες έχουν επιβεβαιώσει την σημασία ψυχοκοινωνικών παραγόντων για την έναρξη λοχειακής κατάθλιψης. Βέβαια, όπως έχει προαναφερθεί, καθώς το μοντέλο που επικρατεί σε ζητήματα ψυχικής υγείας είναι βιοψυχοκοινωνικό, μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον έχει δοθεί και στην αναζήτηση της σημασίας των ορμονικών μεταβολών της λοχειακής περιόδου, στις οποίες δεν εστιάζει η παρούσα μελέτη.

Στην παρούσα μελέτη, επίκεντρο του ενδιαφέροντος αποτέλεσαν οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, οι οποίοι, κατά πάσα πιθανότητα, συντελούν στην εμφάνιση λοχειακής κατάθλιψης. Σύμφωνα με μετά-ανάλυση των O'Hara&Swain (1996), ισχυρότεροι προγνωστικοί παράγοντες ήταν οι εξής:

- (α) Προηγούμενο ιστορικό ψυχοπαθολογίας
- (β) Δυσκολίες ψυχολογικής φύσεως κατά την κύηση
- (γ) Πτωχές-κακές συζυγικές σχέσεις
- (δ) Μειωμένη κοινωνική υποστήριξη
- (ε) Στρεσογόνα γεγονότα ζωής

Σε μεταγενέστερη συστηματική ανασκόπηση (Robertson et al., 2004), η κατάθλιψη ή/και το άγχος, κατά την διάρκεια της κύησης, το προηγούμενο ιστορικό ψυχοπαθολογίας, τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής, η κοινωνική υποστήριξη και οι κακές συζυγικές σχέσεις, συμπεριελήφθησαν, επίσης, στους παράγοντες κινδύνου.

Ειδικότερα, η κατάθλιψη κατά την διάρκεια της κύησης φαίνεται να αυξάνει σημαντικά το ενδεχόμενο εμφάνισης της νόσου κατά την περίοδο της λοχείας (Robertson et al., 2004), ενώ γυναίκες με έντονα λοχειακά συμπτώματα (maternity blues) φάνηκε να βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης λοχειακής κατάθλιψης (Cox, Connor & Kendell, 1982).

Σε πρόσφατη μελέτη σε πληθυσμό στην SriLanka, η ηλικία της μητέρας (άνω των 35 ετών), η ύπαρξη περισσότερων των 4 παιδιών και η ασθένεια της μητέρας,

πριν ή κατά την κύηση, φάνηκε να εμφανίζουν ισχυρή συσχέτιση με την εμφάνιση λοχειακής κατάθλιψης, ενώ η εργασιακή κατάσταση του συζύγου αναφέρθηκε ως προστατευτικός παράγοντας (Fan et al., 2020). Αντίστοιχα, σε μετά-ανάλυση Τουρκικών μελετών, η κακή οικονομική και εργασιακή κατάσταση του συζύγου συμπεριελήφθη, επίσης, μεταξύ των άλλων παραγόντων κινδύνου, οι οποίοι έχουν ήδη σημειωθεί (Özcan, Boyacıoğlu & Dinç, 2017).

3.4 Κοινωνική υποστήριξη : Ορισμοί, μορφές και η σχέση της με την λοχειακή κατάθλιψη

Η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης (socialsupport) έχει απασχολήσει το ενδιαφέρον πολλών επιστημονικών κλάδων, ενώ συγχρόνως παρατηρείται ότι έχουν προταθεί πολλοί διαφορετικοί ορισμοί, καθώς και ποικίλα είδη κοινωνικής υποστήριξης.

Ένας από τους σχετικούς ορισμούς είναι αυτός του Cobb (1976). Σύμφωνα με αυτόν, η κοινωνική υποστήριξη αποτελεί ένα σύνολο στοιχείων, τα οποία οδηγούν το άτομο στην πεποίθηση ότι το σέβονται και το εκτιμούν, ότι ανήκει σε ένα δίκτυο επικοινωνίας και αμοιβαίας υποχρέωσης, καθώς και ότι λαμβάνει φροντίδα και αγάπη. Κατά αυτόν τον τρόπο, και σύμφωνα με τον Cobb (1976), όντας το υποκείμενο άξιο εκτίμησης και σεβασμού επιβεβαιώνεται η αίσθηση της προσωπικής αξίας του.

Κατά την άποψη του Cobb, η κοινωνική στήριξη ξεκινά από την μήτρα, αναγνωρίζεται με το θηλασμό και επικοινωνείται με μια πληθώρα τρόπων, αλλά κυρίως από τον τρόπο, με τον οποίο ο φροντιστής κρατάει-στηρίζει το βρέφος. Κατά το πέρας της ζωής, το άτομο ξεκινά σταδιακά να λαμβάνει στήριξη από άλλα μέλη της οικογένειας, από συνεργάτες στον επαγγελματικό του χώρο, από άτομα στην κοινότητα, ακόμη και από ειδικούς επαγγελματίες, όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο. Κατά τη διάρκεια της τρίτης ηλικίας –στην δυτική κουλτούρα στην οποία αναφέρεται ο συγγραφέας- η κοινωνική στήριξη παρέχεται ξανά από τα μέλη της οικογένειας. Η κοινωνική στήριξη διευκολύνει την διαχείριση σε περιόδους κρίσης καθώς και την προσαρμογή σε αλλαγές (Cobb, 1976).

Οι Procidano & Heller (1983) κάνουν λόγο για την **αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη (perceived social support)**, η οποία δύναται να οριστεί ως ο βαθμός στον οποίο το άτομο πιστεύει ότι οι ανάγκες του για στήριξη, πληροφορίες και ανατροφοδότηση θα καλυφθούν, σε περίπτωση ανάγκης. Πρόκειται, επομένως, για την υποκειμενική αίσθηση ότι σε κρίσιμες περιόδους θα προσφερθεί βοήθεια από τους «σημαντικούς άλλους». Στην ίδια έρευνα, επιχειρείται ένας διαχωρισμός της αντιλαμβανόμενης στήριξης, σε αυτήν η οποία προέρχεται από την οικογένεια και στην προερχόμενη από το φιλικό περιβάλλον. Σύμφωνα με την έρευνά τους, παρά το

γεγονός ότι και οι δυο μορφές στήριξης φάνηκε να εμφανίζουν συσχέτιση με ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, η σχέση αυτή φάνηκε να είναι ισχυρότερη για την κοινωνική στήριξη, την προερχόμενη από την οικογένεια. Αντίθετα, η κοινωνική στήριξη, η οποία προέρχεται από τους φίλους φάνηκε να σχετίζεται στενότερα με την κοινωνική ικανότητα του ατόμου (social competence).

Άλλοι ερευνητές δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στις κοινωνικές ομάδες και την κοινότητα, ορίζοντας την κοινωνική στήριξη ως την στήριξη, η οποία είναι διαθέσιμη στο άτομο μέσω των κοινωνικών δεσμών με άλλα υποκείμενα, ομάδες, όπως και με την ευρύτερη κοινότητα (Lin, et al., 1979).

Με την σειρά τους οι Shumaker & Brownell (1984) ορίζουν την κοινωνική υποστήριξη ως μια διαδικασία ανταλλαγής πόρων μεταξύ δυο ατόμων και συμπληρώνουν ότι αυτή η διαδικασία αποσκοπεί στην αύξηση της ευημερίας του αποδέκτη.

Σύμφωνα με τον House (1981), όπως παρατίθεται από τους Brown et al., (2016), γίνεται λόγος για διαφορετικούς τύπους κοινωνικής στήριξης. Η **συναισθηματική στήριξη (emotional support)** ορίζεται ως η παροχή βοήθειας, εστιασμένης στην φροντίδα, την έγνοια, τον σεβασμό και την εμπιστοσύνη. Η **πληροφοριακή ή ενημερωτική στήριξη (informational support)**, εν συνεχεία, αποτελεί την παροχή πληροφοριών, οι οποίες θα βοηθήσουν το άτομο να ανταπεξέλθει, και συμπεριλαμβάνει συμβουλές, συστάσεις και οδηγίες. Όσον αφορά την **χειροπιαστή-πρακτική στήριξη (tangible support)**, πρόκειται για την παροχή βοήθειας με εργασία, χρήματα ή/και χρόνο.

Οι Brown et al. (2016) μελετούν και την περίπτωση προβληματικής στήριξης (problematic support) αναφερόμενοι σε μη βοηθητικές συμπεριφορές, συγκρούσεις ή/και στέρηση βοήθειας από τον πάροχό της.

Στην αρνητική πλευρά της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, η οποία συχνά αγνοείται, αναφέρθηκε και η Rook (1984). Όσον αφορά την κοινωνική στήριξη, αναφέρει ότι τα άτομα πιθανόν να έχουν υποστηρικτικούς κοινωνικούς δεσμούς, οι οποίοι παρέχουν συντροφικότητα, συναισθηματική υποστήριξη και πρακτική βοήθεια. Πρόκειται, δηλαδή, για άτομα τα οποία μπορούν να εμπιστευτούν για προσωπικά τους ζητήματα και στα οποία δύνανται να στραφούν για πρακτική

βοήθεια, σε περιόδους ασθένειας ή οικονομικών δυσκολιών. Στον αντίποδα, υφίστανται οι προβληματικοί κοινωνικοί δεσμοί, οι οποίοι διέπονται από εντάσεις, εκμετάλλευση, αθέτηση υποσχέσεων καθώς και από καταπάτηση της ιδιωτικότητας. Βέβαια, δεν θεωρείται αμελητέα η πιθανή ύπαρξη κοινωνικών δεσμών με διττή φύση, περιπτώσεις δηλαδή, στις οποίες η υποστηρικτική και η προβληματική στήριξη προέρχονται από το ίδιο άτομο/ πάροχο.

Ο Barrera (1986) αναφέρει 3 μορφές κοινωνικής στήριξης: την κοινωνική ενσωμάτωση, την αντιλαμβανόμενη κοινωνική στήριξη και την ληφθείσα στήριξη. Συγκεκριμένα, η **κοινωνική ενσωμάτωση (social embeddedness)** αναφέρεται στους δεσμούς, τους οποίους αναπτύσσουν τα άτομα με τους σημαντικούς άλλους (σύζυγο, φίλους, αδέρφια καθώς και άτομα στην κοινότητα), οι οποίοι είναι δυνατόν και να χαρακτηριστούν ως πηγές κοινωνικής στήριξης. Βέβαια, η ύπαρξη και μόνο «σημαντικών άλλων» δεν συνεπάγεται απαραίτητα και παροχή στήριξης. Η **αντιλαμβανόμενη-προσδοκώμενη κοινωνική στήριξη (perceived social support)** σχετίζεται με το αίσθημα διαθεσιμότητας και επάρκειας κοινωνικών δεσμών. Πρέπει να σημειωθεί ότι διαφοροποιείται από την κοινωνική ενσωμάτωση, καθώς δεν εστιάζει στον αριθμό των παρόχων στήριξης, αλλά στην υποκειμενική αίσθηση του ατόμου, ότι σε περίπτωση ανάγκης θα υπάρχει διαθέσιμη βοήθεια. Τέλος, η **ληφθείσα στήριξη (enacted support)** διαφέρει από την διαθέσιμη στήριξη, καθώς πρόκειται για την στήριξη, η οποία έχει ήδη ληφθεί. Με άλλα λόγια, μας ενδιαφέρει ποια/πόσα άτομα έχουν όντως παράσχει στήριξη και όχι αυτά, τα οποία το άτομο υποκειμενικά θεωρεί ότι θα του προσφέρουν στήριξη σε μελλοντικές δυσκολίες.

Η Kenkel (1986) σε άρθρο της για τον σχεδιασμό δράσεων πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας σε αγροτικές κοινότητες, επισημαίνει τις «**ανεπίσημες**» ή **αλλιώς «άτυπες» πηγές κοινωνικής στήριξης** στις περιοχές αυτές. Σύμφωνα με το πόνημά της, σε αγροτικές περιοχές υπάρχει μικρότερη διαθεσιμότητα επίσημων πηγών στήριξης από ειδικούς, καθώς και έλλειψη ειδικών προγραμμάτων, ενώ οι κάτοικοι φαίνεται να εξαρτώνται περισσότερο από άλλες πηγές στήριξης, όπως, παραδείγματος χάριν, γείτονες, συγγενείς και μέλη της κοινότητας, οι οποίοι χωρίς να έχουν μία επίσημη θέση, αποκτούν τον ρόλο του σύμβουλου, παρέχοντας στήριξη και βοήθεια. Σύμφωνα με την Kenkel (1986) το

δεδομένο αυτό μπορεί να αξιοποιηθεί κατά τον σχεδιασμό προγραμμάτων προαγωγής και πρόληψης σε αγροτικές περιοχές.

Όπως φαίνεται, λοιπόν, η κοινωνική στήριξη αποτελεί μια πολυπαραγοντική έννοια με πολλαπλές και ποικίλες διαστάσεις. Όσον αφορά κρίσιμες καταστάσεις αναφέρεται ότι διαφορετικά είδη κοινωνικής στήριξης είναι κατάλληλα και χρήσιμα σε διαφορετικές χρονικές στιγμές (Jacobson, 1986). Σε περιόδους κρίσεων για το άτομο, φαίνεται να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη η συναισθηματική υποστήριξη, η οποία δημιουργεί ένα αίσθημα καθησυχασμού, ότι οι άλλοι είναι κοντά του και πρόθυμοι να τον στηρίξουν. Κατά τις περιόδους μετάβασης, η γνωστική υποστήριξη είναι χρήσιμη, καθώς συντελεί στην νοηματοδότηση της κατάστασης. Με την σειρά της, η πρακτική υποστήριξη είναι ιδιαίτερα βοηθητική σε καταστάσεις μετά από κρίση, ειδικότερα αν υπάρχουν ελλείμματα. Συμπερασματικά, διαφορετικά είδη κοινωνικής στήριξης είναι κατάλληλα σε διαφορετικές κρίσιμες και στρεσογόνες καταστάσεις. Βέβαια, σύμφωνα με τον Weiss (1976) (όπως παρατίθεται από Jacobson, 1986) η συναισθηματική υποστήριξη φαίνεται να είναι κατάλληλη σε κάθε πιθανή στρεσογόνα κατάσταση.

Ο Cutrona (1984), χρησιμοποιώντας το μοντέλο του Weiss (1974), το οποίο περιγράφει τα διάφορα αγαθά και εφόδια, τα οποία δύνανται να αποκτηθούν μέσω των σχέσεων με άλλους, δημιουργεί τον δικό του ορισμό για την κοινωνική υποστήριξη. Το προαναφερθέν μοντέλο αναφέρεται σε σχέσεις οι οποίες παρέχουν στο άτομο μια αίσθηση σταθερότητας και ασφάλειας, επικοινωνούν έγνοια, επικυρώνουν την αξία του ατόμου και το διευκολύνουν, παρέχοντας πληροφορίες και καθοδήγηση. Πρόκειται, επομένως, για αξιόπιστες σχέσεις, στις οποίες το άτομο μπορεί να στραφεί για βοήθεια υπό οποιαδήποτε συνθήκη. Παρά το γεγονός ότι το μοντέλο του Weiss για τα εφόδια, τα οποία αποκομίζει το υποκείμενο από τις στενές σχέσεις (1974) δεν δημιουργήθηκε ως μια θεωρία κοινωνικής στήριξης, φαίνεται σύμφωνα με τον Cutrona (1984), να ενσωματώνει όλα τα στοιχεία των τρεχουσών θεωριών.

Οι Barth, Schneider & von Känel, (2010) διακρίνουν σε μετά-ανάλυσή τους, δύο ευρύτερες κατηγορίες κοινωνικής στήριξης: την **λειτουργική (functional)** και την **δομική (structural)**. Η λειτουργική στήριξη, αφορά την βοήθεια και ενίσχυση, οι οποίες παρέχονται στο άτομο από τα κοινωνικά δίκτυα. Σαν έννοια, περιλαμβάνει

ποικίλες υποκατηγορίες, όπως η πρακτική στήριξη (instrumental support) με βοήθεια για την ολοκλήρωση διαφόρων εργασιών, η πληροφοριακή στήριξη (informational support), η οικονομική στήριξη (financial support) καθώς και η συναισθηματική στήριξη (emotional support). Όσον αφορά την έννοια της δομική στήριξης (structural support), αναφέρεται στα χαρακτηριστικά του κοινωνικού δικτύου του ατόμου. Η συγκεκριμένη κατηγορία συμπεριλαμβάνει τον αριθμό των μελών του υποστηρικτικού δικτύου, την συχνότητα των επαφών, την συμμετοχή του ατόμου σε κοινωνικές ομάδες, καθώς και την οικογενειακή-συζυγική του κατάσταση.

Ένα ακόμα είδος κοινωνικής στήριξης, το οποίο αξίζει να σημειωθεί είναι αυτό της **αόρατης στήριξης (invisible support)**. Πρόκειται για την στήριξη που είναι μεν βοηθητική, αλλά δεν γίνεται αντιληπτή από τον αποδεκτή, με τους Bolger, Zuckerman & Kessler, (2000) να αναφέρουν ότι αυτός ο τύπος στήριξης πιθανόν να προάγει την προσαρμογή σε στρεσογόνες καταστάσεις.

Οι Fiore, Becker & Coppel, (1983) εστιάζουν, μετά από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, σε πέντε αλληλεπικαλυπτόμενες διαστάσεις κοινωνικής στήριξης, οι οποίες εμφανίζονται συχνά, εξίσου, σε θεωρητικά και ερευνητικά κείμενα. Ως πρώτη αναφέρουν την Γνωστική καθοδήγηση (**cognitive guidance**), η οποία ορίζεται ως η ανάγκη για πληροφορίες, καθοδήγηση και συμβουλές. Σύμφωνα με τους Hirsch & Hirsch (1980), η ικανοποίηση των ατόμων από τη ληφθείσα γνωστική καθοδήγηση φάνηκε να αποτελεί την μόνη κατηγορία κοινωνικής στήριξης, η οποία παρουσίαζε σημαντική συσχέτιση με λιγότερα ψυχιατρικά συμπτώματα και καλύτερη διάθεση σε νεαρές χήρες και μεγαλύτερες γυναίκες, οι οποίες επιστρέφουν στον Κολλέγιο. Δεύτερη αναφέρεται η συναισθηματική στήριξη (**emotional support**), η οποία σχετίζεται με την πεποίθηση ότι σε αγαπούν και σε νοιάζονται και με την ανάγκη για δυνατές αξιόπιστες σχέσεις. Κατόπιν σημειώνεται η κοινωνικοποίηση (**socializing**), η οποία ορίζεται ως η αίσθηση κοινωνικής ενσωμάτωσης. Πρόκειται, δηλαδή, για το αίσθημα του «ανήκειν» σε ένα σύστημα επικοινωνίας και την ύπαρξη φίλων, οι οποίοι δυνητικά μοιράζονται κοινά ενδιαφέροντα με το υποκείμενο. Στην έρευνα των Hirsch & Hirsch (1980), η οποία προαναφέρθηκε, η διάσταση της κοινωνικοποίησης φάνηκε να σχετίζεται με την αυτοπεποίθηση των γυναικών του δείγματος (self-esteem). Εν συνεχεία, σημαίνουσα είναι η πρακτική βοήθεια (**tangible assistance**), η αίσθηση, δηλαδή, ότι υφίστανται άτομα, τα οποία είναι ικανά να ανταποκριθούν σε

περιπτώσεις ανάγκης και να συμβάλλουν πρακτικά. Αξιοσημείωτη είναι, επιπρόσθετα, η διαθεσιμότητα ατόμων, τα οποία είναι άξια εμπιστοσύνης και πρόθυμα να προβούν σε αυτό-αποκαλύψεις (availability of someone to self-disclose or to confide in). Οι Fiore, Becker & Coppel (1983) τονίζουν την ανάγκη ποιότητας έναντι ποσότητας, όσον αφορά την κοινωνική υποστήριξη.

Από τα παραπάνω, επομένως, καθίσταται σαφές ότι δεν υπάρχει απόλυτη συμφωνία μεταξύ των ερευνητών, σχετικά με τις διάφορες μορφές κοινωνικής στήριξης, ενώ, ταυτόχρονα, παρατηρείται μια αλληλοεπικάλυψη μεταξύ των ποικίλων θεωριών. Αποτελεί, εν κατακλείδι, κοινό τόπο ότι πρόκειται για μια πολύπλοκη και πολυπαραγοντική έννοια στον χώρο των κοινωνικών επιστήμων.

Μέσα από την πληθώρα των ερευνητικών εργασιών, η κοινωνική στήριξη φαίνεται να έχει προστατευτική και ευεργετική δράση σε πολλαπλές παθολογικές και μη καταστάσεις, όπως η έκβαση μιας εγκυμοσύνης, η ανάρρωση από ασθένεια, η απεξάρτηση από το αλκοόλ και η διαχείριση του πένθους (Cobb, 1976). Η κοινωνική υποστήριξη έχει μελετηθεί και συχνά συσχετίζεται με την ποιότητα ζωής ασθενών, οι οποίοι νοσούν από καρκίνο (Eom et al., 2013· Kroenke et al., 2006· Maunsell, Brisson & Deschênes, 1995). Βέβαια, οι περισσότερες έρευνες επικεντρώνονται περισσότερο στη επίδραση της κοινωνικής στήριξης στην προσαρμογή και την ποιότητα ζωής των ασθενών, παρά στην θνησιμότητα.

Η κοινωνική στήριξη έχει μελετηθεί και σε άτομα, τα οποία νοσούν από άλλες ασθένειες πέρα των νεοπλασματικών νόσων. Συγκεκριμένα, έρευνες, σχετικές με την κοινωνική στήριξη, έχουν πραγματοποιηθεί σε ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις (π.χ Bucholz et al., 2014 · Bennett et al., 2001), σακχαρώδη διαβήτη (Schjøtz et al., 2012 · Gao et al., 2013), καθώς και αυτοάνοσα νοσήματα (Benka et al., 2011· (Krokanova et al., 2008). Στην περίπτωση των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη, φαίνεται ότι η κοινωνική στήριξη σχετίζεται με καλύτερη έκβαση και μείωση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων (Schjøtz et al., 2012 · Strom & Egede, 2012), καθώς και με την γενικότερη διαχείριση της νόσου (Stopford et al., 2013· Gao et al., 2013). Γίνεται, επομένως, αντιληπτό ότι πρόκειται για έναν παράγοντα, ο οποίος προσελκύει το ενδιαφέρον ερευνητών, προερχόμενων από διαφορετικούς κλάδους στο τομέα της υγείας.

Δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι ο παράγων «κοινωνική υποστήριξη» έχει μελετηθεί αρκετά στα πλαίσια μιας πληθώρας ψυχιατρικών διαταραχών, όπως η κατάθλιψη, η διπολική διαταραχή (Johnson et al., 2003), οι ψυχωτικές (Norman et al., 2005) (Howard, Leese & Thornicroft, 2000) αλλά και οι αγχώδεις διαταραχές. Αρκετές μελέτες, έχοντας πάντα ως θεωρητική βάση το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο για την υγεία και την ασθένεια, μελέτησαν την κοινωνική υποστήριξη σε μια προσπάθεια ανάδειξης της πιθανής προστατευτικής της επίδρασης.

Αρκετές έρευνες, οι οποίες εξετάζουν τον παράγοντα της κοινωνικής υποστήριξης φαίνεται να έχουν πραγματοποιηθεί και σε δείγμα ασθενών με κατάθλιψη, καθώς και σε γυναίκες κατά την διάρκεια της κύησης και της λοχείας. Σε μετά-ανάλυση (Beck, 2001), η κοινωνική υποστήριξη συμπεριλήφθηκε ανάμεσα στους προβλεπτικούς παράγοντες για εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης.

Έρευνα σε γενικό πληθυσμό στηρίζει την θεωρία ότι η άμεση επαφή με φίλους και οικογένεια και η συμμετοχή σε ομάδες συντελεί στην καλύτερη αντίληψη των ατόμων για την διαθέσιμη κοινωνική υποστήριξη, ενώ, συγχρόνως, η αντιλαμβανόμενη κοινωνική στήριξη φάνηκε να σχετίζεται αρνητικά με την κατάθλιψη (Peirce et al., 2000). Επιπλέον, τα στρεσογόνα γεγονότα και οι πόροι από το κοινωνικό περιβάλλον (resources in the social environment) επιδρούν στα καταθλιπτικά συμπτώματα (Ensel & Lin, 1991).

Σε προοπτική μελέτη των Brown et al., (1986), σε 400 γυναίκες με παιδιά, αξιολογήθηκε η αυτοεκτίμηση και η κοινωνική υποστήριξη γυναικών, με σκοπό την πρόβλεψη του ενδεχόμενου ρίσκου για εμφάνιση κατάθλιψης, μετά από ψυχοπαιστικό γεγονός. Μέσω της μελέτης, φάνηκε ότι η αρνητική αξιολόγηση του εαυτού και η έλλειψη υποστήριξης σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση κατάθλιψης.

Όσον αφορά την εμφάνιση επιλόχειας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, η προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη φαίνεται να δρα ως προστατευτικός παράγοντας (Tani & Castagna, 2016• Li et al., 2017• Collins et al., 1993), με σημαντικό ρόλο στην γενικότερη έκβαση της εγκυμοσύνης (Cobb, 1976).

Παράγοντες όπως η ποσότητα και η ποιότητα κοινωνικής υποστήριξης, καθώς και οι πόροι από τα κοινωνικά δίκτυα (network resources) μελετήθηκαν σε εγκύους

με σκοπό να αναδειχθεί η πιθανή τους συσχέτιση με το σωματικό βάρος του βρέφους, την διαδικασία του τοκετού, καθώς και την επιλόχειο κατάθλιψη. Σύμφωνα με την συγκεκριμένη μελέτη, οι γυναίκες, οι οποίες λάμβαναν περισσότερη κοινωνική υποστήριξη είχαν καλύτερες εμπειρίες τοκετού και οι γυναίκες με ποιοτικά καλύτερη κοινωνική υποστήριξη, κατά την κύηση, βίωσαν λιγότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά την λοχεία. Επιπλέον, οι γυναίκες με μεγαλύτερα κοινωνικά δίκτυα φάνηκε ότι απέκτησαν βρέφη με μεγαλύτερο σωματικό βάρος. Αυτό που παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον είναι ότι τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι γυναίκες, οι οποίες λάμβαναν περισσότερη πρακτική υποστήριξη είχαν την τάση να είναι λιγότερο καταθλιπτικές μετά τον τοκετό (Collins et al., 1993).

Μεταγενέστερη έρευνα, η οποία μελέτησε την επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην επιλόχειο κατάθλιψη, υποστηρίζει, επίσης, την υπόθεση ότι η κοινωνική υποστήριξη, την οποία λαμβάνουν οι γυναίκες κατά την κύηση είναι ιδιαίτερα σημαντική. Σύμφωνα με την μελέτη των Tani & Castagna (2016), η κοινωνική υποστήριξη, την οποία λαμβάνει η εγκυμονούσα από τον σύντροφο, τους φίλους και την οικογένεια φαίνεται να σχετίζεται με καλύτερο τοκετό, ενώ, συγχρόνως, αποτελεί προστατευτικό παράγοντα για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης, άμεσα καθώς και έμμεσα, μέσω της μεσολαβητικής της δράσης στην ποιότητα του τοκετού.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα ευρήματα διαχρονικής μελέτης των Li et al., (2017), σύμφωνα με τα οποία η κοινωνική υποστήριξη φαίνεται να αλλάζει κατά την διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου, δρώντας ως προστατευτικός παράγοντας έναντι της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

Επιπλέον έρευνα σε αφροαμερικανές λεχώνες έδειξε ότι τα υψηλότερα επίπεδα προσλαμβανομένης στήριξης σχετίζονται με καλύτερη αίσθηση μητρικής ικανότητας και ικανοποίησης (Brown et al., 2016). Είναι, βέβαια, αξιοσημείωτο ότι η προσλαμβανόμενη κοινωνική στήριξη θεωρείται προστατευτικός παράγοντας στην εμφάνιση κατάθλιψης σε οποιαδήποτε στιγμή της ζωής (Gariépy, Honkaniemi & Quesnel-Vallée, 2016).

3.5 Μητρική αυτοπεποίθηση και λοχειακή κατάθλιψη

Μετά τον ερχομό ενός βρέφους ακολουθεί η μετάβαση στον μητρικό ρόλο. Ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η έννοια της μητρικής αυτοπεποίθησης (maternal self-confidence), καθώς και αυτή της μητρικής αυτεπάρκειας (maternal self-efficacy), όροι, οι οποίοι στην διεθνή βιβλιογραφία δεν έχουν πλήρως διαχωριστεί και χρησιμοποιούνται συχνά ως συνώνυμοι (Reck et al., 2012). Η γονεϊκή αυτεπάρκεια είναι μια πολυδιάστατη έννοια, η οποία ορίζεται ως οι γονεϊκές πεποιθήσεις ή η εμπιστοσύνη των ατόμων, σχετικά με τις ικανότητές τους να ολοκληρώσουν επιτυχώς το γονεϊκό έργο. Αποτελεί μια έννοια, η οποία βασίζεται στην θεωρία της αυτεπάρκειας του Albert Bandura. Η γονεϊκή αυτοπεποίθηση αποτελεί την πεποίθηση ενός γονέα, σχετικά με την ικανότητά του να αναλάβει και να ολοκληρώσει με επιτυχία έργα, τα οποία αφορούν την γονεϊκότητα. Παρά το γεγονός ότι ορισμένοι ερευνητές συζητούν για διαφορά μεταξύ αυτών των όρων, η εξέταση των δεδομένων, καθώς και των εργαλείων, τα οποία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγησή τους, δεν φανερώνουν έναν ξεκάθαρο διαχωρισμό. Συμπερασματικά, στην μέχρι τώρα έρευνα, οι όροι αυτοί δεν φαίνεται να διαφέρουν ιδιαίτερα (Vance & Brandon, 2017).

Η έννοια της αυτεπάρκειας, όπως αυτή προτάθηκε από τον Albert Bandura, αναφέρεται στην κρίση του ατόμου σχετικά με την ικανότητά του να δράσει αποτελεσματικά σε διάφορες περιστάσεις. Σύμφωνα με τον Bandura (1982), η αντίληψη ενός υποκειμένου σχετικά με την αυτεπάρκειά του δεν λειτουργεί μόνο ως προβλεπτικός παράγοντας μελλοντικής δράσης. Ο τρόπος με τον οποίο αξιολογεί κανείς τις ικανότητές του να ανταπεξέλθει, επηρεάζει την συμπεριφορά του, τις σκέψεις του καθώς και τις συναισθηματικές του αντιδράσεις σε ορισμένες καταστάσεις. Όπως ο ίδιος αναφέρει, στην καθημερινή τους ζωή οι άνθρωποι λαμβάνουν συνεχώς αποφάσεις σχετικά με τον τρόπο δράσης τους. Επομένως, οι κρίσεις τους σχετικά με την αυτεπάρκειά τους, είτε ορθές είτε λανθασμένες, επηρεάζουν τις επικείμενες αποφάσεις τους. Συμπληρώνει, ότι τα άτομα είναι πιθανό να αποφεύγουν δραστηριότητες, οι οποίες θεωρητικά υπερβαίνουν τις δυνατότητές τους, ενώ συγχρόνως αναλαμβάνουν αυτές, τις οποίες, κατά την κρίση τους, είναι ικανοί να φέρουν εις πέρας (Bandura, 1982).

Στο προτεινόμενο μοντέλο του Bandura (1977), οι προσδοκίες αυτεπάρκειας του ατόμου σχηματίζονται μέσω πληροφοριών, οι οποίες προέρχονται από τέσσερις βασικές πηγές:

1. **Απόδοση/ επίδοση (performance accomplishments).** Πηγή πληροφοριών αποτελεί, πρωτίστως, η ίδια η εμπειρία του ατόμου. Οι καλές προσδοκίες αυτεπάρκειας δημιουργούνται μετά από επιτυχίες, ενώ οι συνεχείς αποτυχίες μειώνουν τις προσδοκίες αυτεπάρκειας του ατόμου. Βέβαια, όταν το άτομο έχει καλές προσδοκίες αυτεπάρκειας μετά από συνεχείς επιτυχίες, η αρνητική επίδραση περιστασιακών αποτυχιών μειώνεται, πιθανόν ενδυναμώνοντας την πίστη του ατόμου ότι ακόμα και τα δυσκολότερα εμπόδια είναι δυνατόν να ξεπεραστούν, μέσω συστηματικής προσπάθειας. Σαφώς, η επίδραση των αποτυχιών στην αίσθηση αυτεπάρκειας του ατόμου φαίνεται να εξαρτάται από την χρονική στιγμή κατά την οποία το άτομο αποτυγχάνει. Αν συνεχείς αποτυχίες προκύψουν κατά τις αρχικές προσπάθειες του ατόμου, τότε είναι πιο πιθανό αυτές να επιδράσουν αρνητικά στην αίσθηση αυταρκειάς του.

2. **Έμμεση εμπειρία (vicarious experience).** Πρόκειται για πληροφορίες, οι οποίες προκύπτουν από την παρατήρηση των επιδόσεων τρίτων προσώπων. Μέσω της κοινωνικής σύγκρισης, το άτομο πείθει τον εαυτό του ότι, αν άλλοι μπορούν να δράσουν με ένα συγκεκριμένο τρόπο, τότε πιθανόν μπορεί και το ίδιο. Βέβαια, οι προσδοκίες αυτεπάρκειας, τις οποίες αποκτά το άτομο χάρη σε αυτή την πηγή πληροφόρησης πιθανόν να είναι περισσότερο αδύναμες και ευμετάβλητες.

3. **Λεκτική-κοινωνική πειθώς (verbal/social persuasion).** Στην προκειμένη περίπτωση, βασική πηγή πληροφορίας είναι οι υποδείξεις και οι συστάσεις των άλλων. Πρόκειται για έναν τρόπο ενδυνάμωσης των πεποιθήσεων αυτεπάρκειας, μέσω συμβουλών και παροτρύνσεων. Το άτομο φθάνει στην πεποίθηση ότι δύναται να ανταπεξέλθει επιτυχώς σε μια κατάσταση, χάρη της παρότρυνσης από σημαντικούς άλλους. Είναι προφανές ότι οι προσδοκίες αυτεπάρκειας, οι οποίες δημιουργούνται καθ' αυτόν τον τρόπο είναι πιθανόν περισσότερο αδύναμες, σε σχέση με αυτές οι οποίες προκύπτουν μέσω των προσωπικών επιτευγμάτων.

4. **Συναισθηματική διέγερση (emotional arousal).** Στρεσογόνες και απαιτητικές καταστάσεις συνήθως οδηγούν σε μια συναισθηματική διέγερση του ατόμου, η οποία, ανάλογα με τις συνθήκες, ίσως να έχει πληροφοριακή αξία σχετικά με την προσωπική επάρκεια. Τα άτομα αναμένουν μεγαλύτερη επιτυχία σε

καταστάσεις, οι οποίες δεν τους δημιουργούν αρνητική συναισθηματική διέγερση, παρά σε αυτές, οι οποίες τους προκαλούν ταραχή και ανησυχία. Ο Bandura (1989) στηριζόμενος στην θεωρία του Bower (1983), σύμφωνα με την οποία προηγούμενες επιτυχίες και αποτυχίες αποθηκεύονται ως αναμνήσεις μαζί με την επίδρασή τους, διατυπώνει την άποψη ότι η αίσθηση της αυτεπάρκειας φαίνεται να είναι στενά συνδεδεμένη με την συναισθηματική κατάσταση του ατόμου. Όπως ο ίδιος εξηγεί, διαφορετικά υποσύνολα αναμνήσεων ενεργοποιούνται ανάλογα με την διάθεση του ατόμου. Όταν η διάθεση του ατόμου είναι κακή, ενεργοποιούνται υποσύνολα αναμνήσεων, τα οποία σχετίζονται με αποτυχίες, ενώ, αντιστοίχως, όταν είναι καλή ανακαλούνται αναμνήσεις, οι οποίες σχετίζονται με επιτυχίες. Κατ' αυτόν τον τρόπο, σύμφωνα με τους Teti & Gelfand (1991), οι γυναίκες με κατάθλιψη αναμένεται να έχουν χαμηλότερα αισθήματα μητρικής αυτεπάρκειας σε σχέση με μη καταθλιπτικές μητέρες.

Η μητρική αυτεπάρκεια (maternal self-efficacy) αναφέρεται στον βαθμό στον οποίο η νέα μητέρα θεωρεί ότι είναι ικανή να ανταποκριθεί επιτυχώς στον μητρικό ρόλο, με τους Teti & Gelfand (1991) να αναφέρουν ότι οι γυναίκες με αίσθημα μητρικής αυτεπάρκειας αναμένεται να επιτύχουν στην δημιουργία μια θερμής και αρμονικής σχέσης με τα βρέφη τους. Από την άλλη, αναφέρουν ότι μητέρες, οι οποίες δεν νιώθουν ικανές να ανταποκριθούν στον μητρικό ρόλο, αναμένεται να αντιμετωπίσουν δυσκολίες στην διαχείριση των βρεφών τους. Σύμφωνα με την θεωρία του Bandura, η κοινωνική-συζυγική στήριξη πιθανόν να επηρεάσει την μητρική αυτεπάρκεια μέσω της κοινωνικής πειθούς στην οποία αναφερθήκαμε προηγουμένως, με φίλους και συγγενείς να καθησυχάζουν την γυναίκα, λέγοντας της ότι είναι όντως καλή μητέρα. Τα αποτελέσματα της έρευνας των Teti & Gelfand (1991) υποδεικνύουν ότι η αίσθηση μητρικής αυτεπάρκειας δύναται να καθορίσει σε ένα βαθμό την γονεϊκή συμπεριφορά.

Οι Cutrona και Troutman (1986) δημιούργησαν ένα μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο η κοινωνική υποστήριξη και η βρεφική ιδιοσυγκρασία ασκούν επίδραση στην καταθλιπτική συμπτωματολογία, ενώ η μητρική αυτεπάρκεια φαίνεται να έχει διαμεσολαβητικό ρόλο. Στο μοντέλο τους για την επιλόχειο κατάθλιψη, η δύσκολη ιδιοσυγκρασία βρέφους θεωρήθηκε στρεσογόνος παράγοντας, ενώ οι υποστηρικτικές διαπροσωπικές σχέσεις θεωρήθηκαν προστατευτικός παράγοντας. Η ιδιοσυγκρασία βρέφους φάνηκε να ασκεί άμεση επίδραση στην καταθλιπτική συμπτωματολογία,

αλλά και έμμεση μέσω της μητρικής αυτεπάρκειας. Σύμφωνα με το μοντέλο των Cutrona & Troutman (1986), οι μητέρες των οποίων τα βρέφη χαρακτηρίζονται ως δύσκολα, θα νιώθουν λιγότερο ικανές να ανταποκριθούν στον μητρικό ρόλο και συνεπώς, θα βιώνουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα. Συγχρόνως, υψηλά επίπεδα κοινωνικής στήριξης κατά την κύηση δρουν προστατευτικά μειώνοντας τις επιπτώσεις της δύσκολης βρεφικής ιδιοσυγκρασίας στην αυτοπεποίθηση της μητέρας και κατά συνέπεια, ασκώντας επίδραση στην καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Στον διαμεσολαβητικό ρόλο της μητρικής αυτεπάρκειας αναφέρθηκαν σε νεότερη μελέτη οι Haslam et al., (2006). Διερευνώντας τις σχέσεις μεταξύ κοινωνικής υποστήριξης, μητρικής αυτεπάρκειας και επιλόχειας κατάθλιψης βρήκαν ότι υψηλότερα επίπεδα υποστήριξης και μητρικής αυτεπάρκειας σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κατά την λοχεία. Βέβαια αυτό, το οποίο παρουσιάζει ενδιαφέρον στην συγκεκριμένη μελέτη είναι ο διαχωρισμός της υποστήριξης, η οποία προέρχεται από γονείς σε σχέση με αυτήν, η οποία προέρχεται από τον σύντροφο. Ο διαχωρισμός αυτός να σημειωθεί ότι δεν συναντάται στην έρευνα των Cutrona & Troutman (1986) .

Στα ευρήματα νεότερης έρευνας (Haslam et al.,2006) φάνηκε ότι η κοινωνική υποστήριξη προερχόμενη από γονείς μειώνει την καταθλιπτική συμπτωματολογία, μέσω της ενίσχυσης της μητρικής αυτεπάρκειας. Βέβαια, η υποστήριξη του συντρόφου δεν φάνηκε να σχετίζεται με την μητρική αυτεπάρκεια, αλλά ούτε και με την ένταση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Η υποστήριξη προερχόμενη από γονείς είναι πιθανό να αυξάνει την αίσθηση αυτεπάρκειας της νέας μητέρας, μέσω ενθάρρυνσης, καθώς και μέσω πληροφοριακής και πρακτικής στήριξης, η οποία της προσφέρει την δυνατότητα να αναπτύξει τις απαραίτητες ικανότητες, για να λειτουργήσει αποτελεσματικά ως γονέας (δηλαδή μέσω συμβουλών αλλά και πληροφοριών για το πώς να φροντίσει το βρέφος) .

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, η μητρική αυτεπάρκεια έχει συσχετιστεί με την κατάθλιψη, την ποιότητα της συζυγικής σχέσης, την κοινωνική υποστήριξη καθώς και με την ιδιοσυγκρασία των βρεφών. Βέβαια, όπως παρατηρείται (Gross et al., 1994), αυτές οι μεταβλητές συσχετίζονται, επίσης, μεταξύ τους, δημιουργώντας μια δυσκολία στον καθορισμό των παραγόντων, οι οποίοι επηρεάζουν την μητρική αυτεπάρκεια. Οι Gross et al. (1994), μέσω έρευνάς τους με δείγμα μητέρες νηπίων,

δημιουργούν ένα μοντέλο συσχετίσεων μεταξύ γονεϊκής αυτεπάρκειας, κατάθλιψης και ιδιοσυγκρασίας βρέφους. Σύμφωνα με το μοντέλο:

(1) Όσο πιο έντονα είναι τα συναισθήματα κατάθλιψης της μητέρας, τόσο πιθανότερο είναι να αξιολογήσει την ιδιοσυγκρασία του βρέφους της ως δύσκολη.

(2) Όσο πιο δύσκολη αξιολογείται η ιδιοσυγκρασία του βρέφους τόσο χαμηλότερη αξιολογεί η μητέρα την γονεϊκή της αυτεπάρκεια.

(3) Όσο χαμηλότερη είναι η μητρική αυτεπάρκεια, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα κατάθλιψης.

Σχέση μεταξύ ψυχοπαθολογίας και μητρικής αυτοπεποίθησης βρέθηκε και στην έρευνα των Reck et al. (2012). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, γυναίκες με προηγούμενο ιστορικό ή τρέχουσα αγχώδη διαταραχή ή κατάθλιψη εμφάνιζαν μειωμένη μητρική αυτοπεποίθηση. Υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα EPDS φάνηκε να συνοδεύεται με μικρότερη βαθμολογία σε κλίμακες μητρικής αυτοπεποίθησης. Αξίζει να σημειωθεί ότι πρόκειται για μια από τις ελάχιστες μελέτες, οι οποίες εκτός από την κατάθλιψη συμπεριέλαβαν και τις αγχώδεις διαταραχές. Όσον αφορά την επίδραση του προηγούμενου ιστορικού ψυχικής διαταραχής, τα αποτελέσματα φαίνεται να αντικρούουν αυτά της έρευνας των Logsdon, Wisner & Hanusa (2009), στην οποία η ύφεση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σχετίστηκε με σημαντικά οφέλη στην γενικότερη λειτουργικότητα και στην ικανοποίηση από τον μητρικό ρολό. Συμπερασματικά, σύμφωνα με τα ευρήματα των Reck et al. (2012), ακόμα και στην περίπτωση πλήρους ύφεσης των συμπτωμάτων, το προηγούμενο ιστορικό φαίνεται να οδηγεί σε αρνητικότερες αυτό-αξιολογήσεις των μητέρων.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα ευρήματα διαχρονικής έρευνας για την σχέση μεταξύ ψυχοπαθολογίας και μητρικής αυτοπεποίθησης. Σε μετρήσεις, οι οποίες έγιναν περίπου 5 έτη μετά την γέννηση των παιδιών, οι γυναίκες, οι οποίες νόσησαν από επιλόχεια διαταραχή, εμφάνισαν χαμηλότερη αυτοπεποίθηση, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, μόνο εάν κατά το παρόν εξακολουθούσαν να πληρούν τα κριτήρια για αγχώδη διαταραχή ή κατάθλιψη. Αυτό το εύρημα οδήγησε τους ερευνητές στο συμπέρασμα ότι οι διαφορές μεταξύ των γυναικών στην ομάδα ελέγχου και των γυναικών με επιλόχεια κατάθλιψη ή αγχώδη διαταραχή πιθανόν

απορρέουν από την τρέχουσα συμπτωματολογία (Zietlow et al., 2014). Οι αρνητικές γνωσίες στην κατάθλιψη είναι συνηθισμένες, με τον Beck (1979) να μιλάει για την αρνητική τριάδα της κατάθλιψης με αρνητικές σκέψεις για (1) τον εαυτό, (2) τον κόσμο και (3) το μέλλον σε καταθλιπτικούς ασθενείς. Είναι δυνατόν, επομένως, να προκύψει η υπόθεση ότι μια γυναίκα με καταθλιπτική συμπτωματολογία πιθανόν να έχει αρνητικές γνωσίες, οι οποίες σχετίζονται με την ικανότητά της να παρέχει μητρική φροντίδα. Από την επισκόπηση της βιβλιογραφίας, φαίνεται να υπάρχει σχέση μεταξύ καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και μητρικής αυτοπεποίθησης.

3.6 Συζυγική ικανοποίηση και λοχειακή κατάθλιψη

Όπως σημειώνεται από τον Π. Κορδούτη (2012), «Δεν υφίσταται ούτε μια στιγμή που ο άνθρωπος να μην βρίσκεται έμμεσα ή άμεσα, νοερά ή μη, εντός μιας η περισσότερων σχέσεων. Ερχόμαστε στον κόσμο λόγω μιας σχέσης και χάρη σ' αυτήν κάνουμε τα πρώτα μας βήματα. Ο περαιτέρω βίος μας δεν είναι παρά ένα ταξίδι μέσα από τις σχέσεις...» (σελ. 11) (Hendrick & Hendrick, 2012).

Τα προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις και οι σχέσεις τους με την καταθλιπτική συμπτωματολογία έχουν μελετηθεί αρκετά, ενώ η μετάβαση στην γονεϊκότητα φαίνεται να δοκιμάζει την συζυγική σχέση. Σύμφωνα με το μοντέλο συζυγικής διχόνοιας για την κατάθλιψη (Marital Discord Model of Depression), οι συγκρούσεις και οι ασυμφωνίες μεταξύ των ζευγαριών αποτελούν σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Beach et al., 1990).

Αξιολογώντας την ικανοποίηση από την συζυγική σχέση, λαμβάνονται υπόψη αρκετοί παράμετροι, όπως η διαχείριση διαφωνιών, η επικοινωνία, η προσωπικότητα του/της συζύγου, κοινά ενδιαφέροντα και συμφωνία σε θέματα τα οποία αφορούν την γονεϊκότητα, καθώς και την ικανοποίηση από τις σεξουαλικές σχέσεις (Fowers & Olson, 1989).

Όπως έχει προαναφερθεί, οι κακές συζυγικές σχέσεις συγκαταλέγονται στους παράγοντες κίνδυνου για την εμφάνιση λοχειακής κατάθλιψης. Σύμφωνα με μία παλαιότερη μετά-ανάλυση (O'Hara & Swain, 1996) καθώς και με μία μεταγενέστερη (Beck, 2001) γίνεται γνωστό ότι η ποιότητα της συζυγικής σχέσης αποτελεί προγνωστικό παράγοντα εμφάνισης λοχειακής κατάθλιψης.

Σύμφωνα με τους Kumar & Robson (1984), οι συζυγικές συγκρούσεις και οι αμφιβολίες σχετικά με την απόκτηση παιδιού φάνηκε να σχετίζονται με την εμφάνιση λοχειακής κατάθλιψης. Αντίστοιχα σε μελέτη των Watson, Elliott & Brough (1984) η έλλειψη ικανοποίησης από την συζυγική σχέση φάνηκε να παρουσιάζει ισχυρή συσχέτιση με συναισθηματικές διαταραχές, κατά την λοχεία. Σύμφωνα με τους Mistri et al. (2000), η συμμετοχή του συζύγου σε ψυχο-εκπαιδευτικές συναντήσεις, είχε ευεργετική επίδραση με τις γυναίκες της συγκεκριμένης ερευνητικής ομάδας να

εμφανίζουν σημαντική μείωση στην καταθλιπτική τους συμπτωματολογία, σε σχέση με όσες συμμετείχαν σε συνεδρίες ψυχο-εκπαίδευσης χωρίς την συνοδεία του συζύγου τους.

Η ενδοοικογενειακή βία, είτε ψυχολογική είτε σωματική, κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης φάνηκε να σχετίζεται θετικά με την εμφάνιση λοχειακής κατάθλιψης (Ludermir et al., 2010).

Σε μελέτη της Α. Λεονάρδου (2008) σε ελληνικό πληθυσμό στην πολυπαραγοντική ανάλυση των παραγόντων κίνδυνου για την εμφάνιση λοχειακής κατάθλιψης, σε μοντέλο, στο οποίο συμπεριλήφθησαν ως παράγοντες κινδύνου η ηλικία, η σχέση με το σύντροφο, η σχέση με τους γονείς, τα έτη εκπαίδευσης, η εργασία και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, βρέθηκε ότι οι γυναίκες με κακή σχέση με το σύντροφό τους είναι 19,96 φορές πιθανότερο να νοσήσουν από κατάθλιψη σε σχέση με αυτές οι οποίες διατηρούν καλές σχέσεις με το σύντροφό τους. Συγχρόνως, σε μοντέλο, στο οποίο συμπεριελήφθησαν ως πιθανοί παράγοντες κίνδυνου η ηλικία, η σχέση με το σύντροφο, τα έτη εκπαίδευσης, η εργασία, τα έτη εργασίας, ο αριθμός των παιδιών, το φύλο του παιδιού, το βάρος γέννησης και το επιθυμητό της εγκυμοσύνης, φάνηκε ότι γυναίκες με κακή συζυγική σχέση είναι 21,21 φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν κατάθλιψη, σε σχέση με αυτές οι οποίες έχουν καλές σχέσεις με το σύντροφό τους.

4.Μεθοδολογία

4.1 Δείγμα

Στην έρευνα συμμετείχαν 100 γυναίκες (N=100), οι οποίες συμπλήρωσαν ηλεκτρονικά τα ερωτηματολόγια, τα οποία είχαν αναρτηθεί σε ομάδες ενός μέσου κοινωνικής δικτύωσης (Facebook). Οι συγκεκριμένες διαδικτυακές ομάδες αποτελούνταν από γυναίκες, οι οποίες ήθελαν να μάθουν περισσότερα σχετικά με την εγκυμοσύνη, την μητρότητα και τον θηλασμό. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονταν ηλεκτρονικά μέσω Google forms και οι απαντήσεις αποθηκεύονταν σε φύλλο εργασίας της Google. Κριτήριο αποτελούσε οι γυναίκες να έχουν γεννήσει τους τελευταίους 12 μήνες. Λεπτομερής περιγραφή του δείγματος ακολουθεί στην ενότητα 5.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Αξίζει να σημειωθεί πως το ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο είχε συμπληρωθεί συνολικά από 166 συμμετέχουσες εκ των οποίων οι 66 δεν συμπεριελήφθησαν καθώς δεν πληρούσαν τα κριτήρια.

4.2 Μέσα Συλλογής Δεδομένων

4.2.1 Ερωτηματολόγιο Κοινωνικής Υποστήριξης- Σύντομη Μορφή (Short Form Social Support Questionnaire [SSQ-6])

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε για να αξιολογήσει την υποκειμενική αντίληψη της κοινωνικής υποστήριξης, και την ικανοποίηση από την προσφερόμενη κοινωνική υποστήριξη.

Αναπτύχθηκε από τους Sarason και συνεργάτες (1987) ως μια συντομότερη εκδοχή της αρχικής κλίμακας, η οποία αποτελούταν από 27 σημεία.

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αναφοράς, το οποίο αποτελείται από δυο μέρη. Στο πρώτο μέρος οι συμμετέχοντες αναφέρουν τον αριθμό των ατόμων του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος στα οποία μπορούν να στραφούν για στήριξη σε έξι διαφορετικές περιοχές. Για κάθε ερώτημα δίνεται μια απάντηση από το 0 (κανένα άτομο για υποστήριξη) έως το 9 (ο συμμετέχων καταγράφει τα αρχικά των ονομάτων των ατόμων). Το δεύτερο μέρος της κλίμακας μετρά τον βαθμό της

ικανοποίησης από την υποστήριξη που παρέχεται σε αυτές τις έξι περιοχές-ερωτήματα, σε ομοβάθμια κλίμακα η οποία κυμαίνεται από το 1 (καθόλου ικανοποιημένος) έως το 6 (πολύ ικανοποιημένος).

Όσον αφορά τον τρόπο βαθμολόγησης, εξάγονται δυο βαθμολογίες. Στην πρώτη υπολογίζεται αθροιστικά ο αριθμός των ατόμων που παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη και η τελική βαθμολογία σε αυτό το σκέλος κυμαίνεται από 0 έως 54 και μπορεί να διαιρεθεί με τον αριθμό των ερωτημάτων για να αποδοθεί ο μέσος όρος. Στην δεύτερη κλίμακα υπολογίζεται αθροιστικά ο βαθμός ικανοποίησης για τις 6 διαφορετικές περιοχές. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η Ελληνική έκδοση του Καφέτσιο (2006). Σύμφωνα με τον Καφέτσιο, ο δείκτης Cronbach's α για το πρώτο μέρος βρέθηκε ίσος με 0,92 και για το δεύτερο μέρος ίσος με 0,89.

4.2.2 Ερωτηματολόγιο Συζυγικής Ικανοποίησης (ENRICH Couple Scales)

Η μέτρηση της ικανοποίησης από την συζυγική/συντροφική σχέση έγινε με την χρήση 2 κλιμάκων του Ερωτηματολογίου Συζυγικής Ικανοποίησης (Evaluating and Nurturing Relationship Issues, Communication and Happiness, ENRICH Marital Inventory), των Olson και συν. (1983)-Προσαρμογή: Κ. Γουρουντή & Φ., Αναγνωστόπουλος (2011).

Το Ερωτηματολόγιο Συζυγικής Ικανοποίησης περιλαμβάνει 20 κλίμακες. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν οι αυτοσυμπληρούμενες κλίμακες μέτρησης της συζυγικής ικανοποίησης (Marital Satisfaction) και της συζυγικής επικοινωνίας (Marital Communication). Η κλίμακα μέτρησης της συζυγικής ικανοποίησης εκτιμά συνολικά την ποιότητα ενός γάμου και την ικανοποίηση από την επικοινωνία, την επίλυση προβλημάτων, την οικονομική διαχείριση, την σεξουαλική σχέση και την διαχείριση του προσωπικού χρόνου. Η κλίμακα της συζυγικής επικοινωνίας επικεντρώνεται στην ικανοποίηση από την επικοινωνία. Η κάθε κλίμακα περιλαμβάνει 10 προτάσεις-δηλώσεις και μπορεί να χορηγηθεί ανεξάρτητα από τις άλλες. Πρόκειται, επομένως, για αυτόνομες κλίμακες, οι οποίες μπορούν να χορηγηθούν μεμονωμένα. Οι συμμετέχοντες δηλώνουν τον βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας για κάθε μια από τις προτάσεις-δηλώσεις μέσω πενταβάθμιας κλίμακας από 1 (διαφωνώ απόλυτα) έως 5 (συμφωνώ απόλυτα). Στις κλίμακες

χρησιμοποιούνται και αντεστραμμένες προτάσεις. Οι βαθμοί του κάθε συμμετέχοντα αθροίζονται προκειμένου να υπολογιστεί η συνολική τιμή και οι αρνητικές-αντεστραμμένες προτάσεις αντιστρέφονται κατά τον υπολογισμό της τελικής βαθμολογίας. Το σκορ της κάθε κλίμακας κυμαίνεται από 10 έως 50. Όσο μεγαλύτερη η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερος ο βαθμός ικανοποίησης.

Σύμφωνα με τους κατασκευαστές του ερωτηματολογίου, η αξιοπιστία εσωτερικής εγκυρότητας της κλίμακας της «συζυγικής ικανοποίησης» ήταν 0.86 και της «συζυγικής επικοινωνίας» ήταν 0.90. Σύμφωνα με τους κατασκευαστές (Fowers & Olson, 1989), οι μέσες φυσιολογικές τιμές του γενικού πληθυσμού είναι: για την κλίμακα συζυγικής ικανοποίησης 32.2 (T.A. 8.6) και για τη κλίμακα συζυγικής επικοινωνίας είναι 31.6 (T.A. 9.2).

Η στάθμιση των κλιμάκων συμπεριέλαβε την μέτρηση εσωτερικής συνέπειας και τον έλεγχο συγκλίνουσας εγκυρότητας. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας για τις κλίμακες ήταν ικανοποιητική. Ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας ήταν για την κλίμακα μέτρησης της συζυγικής ικανοποίησης 0.72, και για την κλίμακα μέτρησης της συζυγικής επικοινωνίας 0.69. Η κλίμακα σταθμίστηκε στα ελληνικά από την Κ. Γουρουντή (2011).

4.2.3 Κλίμακα Λοχειακής Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (Edinburg Postnatal Depression Scale [EPDS])

Σκοπός της κλίμακας είναι η διαλογή της λοχειακής κατάθλιψης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Πρόκειται για μια σύντομη αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα, η οποία αποτελείται από 10 προτάσεις. Προτείνεται να χορηγείται κυρίως κατά τον πρώτο ή δεύτερο μήνα της λοχείας, αν και έχει χορηγηθεί για ερευνητικούς και κλινικούς σκοπούς και μεταγενέστερα αλλά και σε άλλες περιόδους της ζωής των γυναικών. Οι ερωτήσεις αφορούν τις προηγούμενες 7 ημέρες, δηλαδή η συμμετέχουσα καλείται να απαντήσει σχετικά με το πώς ένιωσε την εβδομάδα που πέρασε. Η βαθμολόγηση κάθε πρότασης κυμαίνεται από το 0 έως το 3, με το 3 να δηλώνει το πιο σοβαρό σύμπτωμα. Η τελική βαθμολογία προκύπτει από την άθροιση των επιμέρους βαθμολογιών. Οι ερωτήσεις διερευνούν δυσφορία, άγχος, ιδέες ενοχής

και αναξιότητας καθώς και αυτοκτονικό ιδεασμό. Η συγκεκριμένη κλίμακα, όπως αναφέρεται, φαίνεται να υπερτερεί έναντι άλλων περισσότερο πολύπλοκων και χρονοβόρων κλιμάκων, λόγω της απλότητας της εφαρμογής, η οποία ανεβάζει το ποσοστό συνεργασιμότητας (compliance) των συμμετεχόντων. Στον έλεγχο εγκυρότητας της μεταφρασμένης στα ελληνικά κλίμακας, βρέθηκε το 11/12 ως διαχωριστικό όριο, πάνω από το οποίο παρέχεται ευαισθησία 90% και ειδικότητα 97,22 % για τον εντοπισμό λοχειακής κατάθλιψης. Η περιοχή κάτω από την καμπύλη είναι 0,99 (95% Δ.Ε 0,98-1). Ο δείκτης Cronbach's α για το σύνολο των προτάσεων της κλίμακας ήταν ίσος με 0,90. Η κλίμακα δημιουργήθηκε από Cox et al., (1987) και σταθμίστηκε στα ελληνικά από Leonardou et al., (2009).

4.2.4 Κλίμακα μητρικής αυτοπεποίθηση LIPS (Lips Maternal Self-Confidence scale)

Πρόκειται για μια κλίμακα για την μέτρηση της μητρικής αυτοπεποίθησης. Η κλίμακα είναι αυτοσυμπληρούμενη και αποτελείται από 24 προτάσεις-δηλώσεις. Οι συμμετέχουσες δηλώνουν τον βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας για κάθε μια από τις προτάσεις-δηλώσεις μέσω εξαβάθμιας κλίμακας από 1 (συμφωνώ απόλυτα) έως 6 (διαφωνώ απόλυτα). Η κλίμακα περιλαμβάνει, επίσης, άλλα δυο λήμματα, τα οποία επιτρέπουν στον συμμετέχοντα να δηλώσει άμεσα την πιθανή αλλαγή στην αυτοπεποίθησή του, καθώς και να αναφέρει συνοπτικά ορισμένα πιθανά γεγονότα, τα οποία την επηρέασαν (Lips & Bloom, 1993).

Έχει υψηλή αξιοπιστία ($r=0.876$). Ο δείκτης Cronbach's α για το σύνολο των προτάσεων της κλίμακας ήταν υψηλός και στις δυο μετρήσεις ($r=0.877$ και $r=0.910$). Η συγκεκριμένη κλίμακα μεταφράστηκε στα ελληνικά μετά από έγκριση των κατασκευαστών της. Η μεταφραστική διαδικασία, η οποία ακολουθήθηκε περιλάμβανε (1) μετάφραση στα Ελληνικά από έναν μεταφραστή, (2) έλεγχο από δίγλωσσο ειδικό, για να εκτιμήσει την ορθότητα στην διατύπωση (στην περίπτωση μας αυτό έγινε από τον καθηγητή Ι. Ζέρβα) (3) αντίστροφη μετάφραση (στην περίπτωση μας έγινε από την κα. Φώσκολου) (4) έλεγχος αποδοχής αυτής της μετάφρασης με χορήγηση σε μικρό αριθμό ασθενών του Ειδικού Ιατρείου Ψυχικής Υγείας Γυναικών του Αιγινήτειου Νοσοκομείου.

4.2.5 Δημογραφικά στοιχεία και ιστορικό ψυχικής υγείας

Εκτός από τα ανωτέρω ψυχομετρικά εργαλεία, στα άτομα του δείγματος δόθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο περιλάμβανε ερωτήσεις για τα δημογραφικά στοιχεία τους (οικογενειακή κατάσταση, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση και διαμονή), καθώς και δημογραφικά στοιχεία του συζύγου-συντρόφου τους (ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης). Συγχρόνως οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο σχετικά με το ιστορικό ψυχικής υγείας τους (διάγνωση, πιθανές νοσηλείες, ψυχικές διαταραχές σε συγγενείς).

4.3 Στατιστική ανάλυση

Για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση (TA), καθώς και η ενδιάμεση τιμή με το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, ενώ για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η απόλυτη (N) και η σχετική συχνότητα (%). Για τη σύγκριση της κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο κατηγοριών χρησιμοποιήθηκε το t-test για δύο ανεξάρτητα δείγματα (Independent samples t-test). Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή, όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια, όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5, και υψηλή, όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise model selection) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις διάφορες κλίμακες από την οποία προέκυψαν οι συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE).. Όλοι οι έλεγχοι, οι οποίοι πραγματοποιήθηκαν ήταν αμφίπλευροι, και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο επίπεδο $\alpha= 0,05$. Για την στατιστική ανάλυση και την

παρουσίαση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS v. 22.0.

5.Αποτελέσματα

5.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, καθώς και των συντρόφων τους. Σχεδόν όλες οι γυναίκες (πλην μίας) είναι Ελληνίδες και η συντριπτική τους πλειοψηφία είναι παντρεμένες (88,0%). Επίσης, τουλάχιστον 4 στις 10 γυναίκες διαμένουν σε δικό τους σπίτι (43,4%), ενώ αντίστοιχα υψηλό είναι και το ποσοστό των γυναικών που διαμένουν σε κάποιο ενοικιασμένο σπίτι ή δωμάτιο (47,5%). Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσής τους, σχεδόν 7 στις 10 γυναίκες έχουν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση (68,0%), κάτι το οποίο όμως δεν φαίνεται να ισχύει για τους συντρόφους τους, καθώς το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται στο 48,5%. Όσον αφορά στην επαγγελματική τους κατάσταση, η πλειοψηφία των γυναικών είναι πλήρως ή μερικώς απασχολούμενες (63,0%), ενώ το 6% των γυναικών είναι αυτοαπασχολούμενες. Τέλος, το 56% των συμμετεχόντων δηλώνει ότι θεωρεί ότι βρίσκεται σε πολύ κακή έως και μέτρια οικονομική κατάσταση, κάτι το οποίο φαίνεται ότι αποτελεί την κύρια πηγή άγχους για το 67,0% των γυναικών.

		Πλήθοςσυμμετεχόντω n (N)	Ποσοστό(%)
Εθνικότητα	Ελληνική	99	99,0
	Άλλη (Σερβική)	1	1,0
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμη	88	88,0
	Άγαμη σε σχέση	5	5,0
	Άγαμη χωρίς σχέση	1	1,0
	Συμβίωση με σύντροφο	2	2,0
	Σύμφωνο συμβίωσης	4	4,0
	Σε δικόμου σπίτι	43	43,4
Τόποςδιαμονής	Σε νοικιασμένο σπίτι/ δωμάτιο	47	47,5
	Με τους γονείςμου	3	3,0
	Με τους γονείς του συντρόφου μου	2	2,0
	Φιλοξενούμε σε φίλους	0	,0
	Είμαι άστεγη	0	,0
	Άλλο	1	1,0
	Με τον σύντροφό μου/ Σε δικό του σπίτι	3	3,0
	Με τον σύντροφό μου/ Σε δικό του σπίτι	3	3,0
Μορφωτικό επίπεδο	Πρωτοβάθμια	1	1,0
	Δευτεροβάθμια	31	31,0
	Τριτοβάθμια	48	48,0
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	20	20,0
Επαγγελματική	Πλήρης απασχόληση	50	50,0

κατάσταση	Μερική απασχόληση	13	13,0
	Αυτοαπασχολούμενη	6	6,0
	Άνεργη	19	19,0
	Οικιακά	12	12,0
Μορφωτικό επίπεδο συντρόφου/συζύγου	Πρωτοβάθμια	5	5,1
	Δευτεροβάθμια	46	46,5
	Τριτοβάθμια	37	37,4
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	11	11,1
Τρέχουσα οικονομική κατάσταση	Πολύ κακή	2	2,0
	Κακή	3	3,0
	Μέτρια	51	51,0
	Καλή	38	38,0
	Πολύ καλή	6	6,0
Το οικονομικό είναι κύρια πηγή άγχους για εσάς;	Όχι	33	33,0
	Ναι	67	67,0

Όπως παρουσιάζεται στον επόμενο πίνακα, η μέση ηλικία των συμμετεχουσών ανήλθε στα 33 περίπου έτη (τυπική απόκλιση= 4,99 έτη), ενώ η ηλικία των συντρόφων τους ισούταν με τα 36 έτη περίπου (τυπική απόκλιση= 6,22 έτη). Επίσης, όσες γυναίκες βρίσκονται σε σχέση φαίνεται να δηλώνουν ότι βρίσκονται σε αυτή για 8 περίπου έτη κατά μέσο όρο (τυπική απόκλιση= 5,64 έτη), ενώ όσες γυναίκες είναι έγγαμες φαίνεται να δηλώνουν πως είναι παντρεμένες με το σύντροφό τους για 4,5 περίπου έτη κατά μέσο όρο (τυπική απόκλιση= 4,08 έτη). Όσον αφορά στη δομή της οικογένειάς τους, το 50% των γυναικών διαμένει σε οικογένειες με το πολύ 3 μέλη (Ενδιάμεση τιμή= 3 μέλη) και με το πολύ 1 παιδί (Ενδιάμεση τιμή= 1 παιδί).

	Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	Ενδιάμεση τιμή (Ενδοτεταρτημοριακό εύρος)
Ηλικία	32,56 (4,99)	33,00 (29,00-36,00)
Ηλικία συντρόφου/συζύγου	36,17 (6,22)	36,00 (32,00-40,00)
Έτη σχέσης	8,23 (5,64)	7,50 (4,00-12,00)
Έτη έγγαμου βίου	4,45 (4,08)	3,00 (1,00-7,00)
Πλήθος παιδιών στην οικογένεια	1,52 (,67)	1,00 (1,00-2,00)
Πλήθος μελών στην οικογένεια	3,62 (,89)	3,00 (3,00-4,00)

5.2 Στοιχεία σχετικά με την εγκυμοσύνη και τον θηλασμό

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα περιγραφικά μέτρα σχετικά με την εγκυμοσύνη των συμμετεχουσών και την διαδικασία του θηλασμού. Όπως φαίνεται, το 59% των γυναικών γέννησαν το τελευταίο τους παιδί με καισαρική τομή, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχουσών γυναικών δήλωσε ότι έχει γεννηθεί με φυσιολογικό τοκετό. Επίσης, όλες οι γυναίκες δήλωσαν ότι η μητέρα τους τις συνέλαβε με φυσικό τρόπο, ενώ μόλις 1 γυναίκα δήλωσε ότι είναι υιοθετημένη. Όσον αφορά το θηλασμό των βρεφών τους, το 89% των συμμετεχουσών δήλωσε ότι έχουν θηλάσει το παιδί τους στο παρελθόν, ενώ το 61% δήλωσε ότι το θηλάζει ακόμα. Τέλος, μόλις 1 στις 4 γυναίκες περίπου δήλωσαν ότι έχουν επιστρέψει στην εργασία τους έπειτα από τον τοκετό.

		Πλήθος συμμετεχόντων (N)	Ποσοστό(%)
Τρόπος γέννησης του τελευταίου παιδιού	Φυσικός τοκετός	41	41,0
	Καισαρική τομή	59	59,0
Τρόπος γέννησης της ιδίας	Με φυσιολογικό τοκετό	81	81,0
	Με καισαρική τομή	15	15,0
	Με επεμβατικό τοκετό (βεντούζα, κουτάλες κλπ)	3	3,0
	Δεν γνωρίζω	1	1,0
Τρόπος σύλληψης της ίδιας από τη μητέρα της	Με φυσική σύλληψη	100	100,0
	Με υποβοηθούμενη αναπαραγωγή	0	0,0
Είστε υιοθετημένη;	Όχι	98	99,0
	Ναι	1	1,0
Θηλασμός του βρέφους στο παρελθόν	Όχι	11	11,0
	Ναι	89	89,0
Θηλασμός του βρέφους στο παρόν	Όχι	39	39,0
	Ναι	61	61,0
Επιστροφή στην εργασία μετά τον τοκετό	Όχι	69	75,8
	Ναι	22	24,2

Επιπροσθέτως, όπως παρουσιάζεται και στον παρακάτω πίνακα, το 50% των γυναικών φαίνεται ότι θηλάσαν το βρέφος τους για 6 μήνες, ενώ παράλληλα οι μισές γυναίκες εργάστηκαν μέχρι και τον 6^ο μήνα της εγκυμοσύνης τους. Τέλος, το 50% των

γυναικών που δήλωσαν ότι επέστρεψαν στην εργασία τους, φαίνεται ότι επέστρεψαν σε αυτήν ως και 7 μήνες μετά τον τοκετό.

	Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	Ενδιάμεση τιμή (Ενδοτεταρτημοριακό εύρος)
Έως ποιο μήνα θηλάσατε το βρέφος σας;	8 (11,31)	6,00 (3,00-9,00)
Μέχρι ποιο μήνα εγκυμοσύνης εργαστήκατε;	6 (2,85)	6,00 (3,00-8,00)
Ποιόν μήνα επιστρέψατε στην εργασία σας μετά τον τοκετό;	6 (3,25)	7,00 (2,00-9,00)

5.3 Ιατρικό ιστορικό

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα περιγραφικά μέτρα σχετικά με το ιατρικό ιστορικό των γυναικών, οι οποίες συμμετείχαν στην μελέτη. Όπως φαίνεται, μόλις το 38% των συμμετεχουσών έχουν ήδη επισκεφθεί κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας, το 76,3% εκ των οποίων, έχουν επισκεφθεί κάποιον ψυχολόγο. Επίσης, το 9% των συμμετεχουσών έχει διαγνωσθεί με κάποια ψυχική διαταραχή, ενώ παράλληλα, το 7% (3/7 γυναίκες λάμβαναν αντικαταθληπτικά/ ηρεμιστικά, 1/7 γυναίκες λάμβανε μυοχαλαρωτικά και αγχολυτικά, 1/7 γυναίκες λάμβανε SSRI, 1/7 γυναίκες λάμβανε φλουοξετίνη, 1/7 γυναίκες λάμβανε κάποια άγνωστη φαρμακευτική αγωγή) και το 2% (½ γυναίκες λαμβάνει Ladose και ½ γυναίκες λαμβάνει SSRI) των γυναικών, είχε λάβει στο παρελθόν ή λαμβάνει στο παρόν κάποια ψυχιατρική φαρμακευτική αγωγή, αντιστοίχως. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί, ότι σχεδόν οι μισές γυναίκες (45%) δήλωσαν πως συνέβη κάποιο γεγονός κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, το οποίο επηρέασε αρνητικά την ψυχική τους κατάσταση (πχ. θάνατος συγγενικού προσώπου, αιμορραγία, ακινησία λόγω επιπλοκής).

		Πλήθος συμμετεχόντων (N)	Ποσοστό(%)
Έχετε επισκεφτεί ποτέ κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας	Όχι	62	62,0
	Ναι	38	38,0
Τι ειδικό επισκεφτήκατε;	Ψυχίατρος	9	23,7
	Ψυχολόγος	29	76,3
	Ψυχοθεραπευτής	0	0,0
	Άλλο	0	0,0
Έχετε διαγνωστεί με κάποια ψυχική διαταραχή ;	Όχι	91	91,0
	Ναι	9	9,0
Ακολουθήσατε στο παρελθόν κάποια ψυχιατρική φαρμακευτική αγωγή;	Όχι	93	93,0
	Ναι	7	7,0

Ακολουθείτε κατά το παρόν κάποια ψυχιατρική φαρμακευτική αγωγή;	Όχι	98	98,0
	Ναι	2	2,0
Έχετε νοσηλευτεί ποτέ σε ψυχιατρική κλινική;	Όχι	99	99,0
	Ναι	1	1,0
Συνέβη κάποιο γεγονός κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης που επηρέασε αρνητικά την ψυχική σας κατάσταση;	Όχι	33	55,0
	Ναι	27	45,0
Έχει αντιμετωπίσει πρόσφατα ή στο παρελθόν κάποιο μέλος της οικογένειάς σας κάποια από τις παρακάτω ψυχικές διαταραχές;	Κατάθλιψη	28	62,2
	Διπολική διαταραχή	3	6,7
	Αγχώδης διαταραχή	9	20,0
	Ψύχωση	3	6,7
	Αυτοκτονικότητα	0	0,0
	Χρήση αλκοόλ/ ουσιών	0	0,0
	Ψυχικές δυσκολίες μη διεγνωσμένες	0	0,0
	Εξάρτηση από τοδιαδίκτυο	0	0,0
	Εξάρτηση από τυχερά παιχνίδια	0	0,0
	Κρίσεις πανικού	2	4,4

5.4 Κλίμακα εκτίμησης της μεταγεννητικής κατάθλιψης: Edinburgh Perinatal/Postnatal Depression Scale (EPDS)

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα περιγραφικά μέτρα για το συνολικό score του εργαλείου EPDS, το οποίο εκτιμά την μεταγεννητική κατάθλιψη. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη πιθανότητα ύπαρξης περιγεννητικής κατάθλιψης.

	EPDS score
Μέση τιμή	7,91
Τυπική απόκλιση	5,59
Ελάχιστη τιμή	0,00
Μέγιστη τιμή	26,00
Ενδιάμεση τιμή	8
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	3,00-10,50

Η βαθμολογία κυμαινόταν από 0 μέχρι 26 μονάδες με την μέση τιμή να ισούται με 7,91 μονάδες (τυπική απόκλιση= 5,59 μονάδες) και το 50% των συμμετεχουσών να έχει βαθμολογία μικρότερη ή ίση με 8 μονάδες.

Λαμβάνοντας υπόψη ως κατώφλι την τιμή 11, όπως φαίνεται και στον πίνακα που ακολουθεί, το 21% των συμμετεχόντων φάνηκε ότι πάσχει από μεταγεννητική κατάθλιψη.

5.5 Κλίμακα εκτίμησης της συζυγικής ικανοποίησης: ENRICH Couple Scale

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα περιγραφικά μέτρα για τις δύο υποκλίμακες (Συζυγική ικανοποίηση, Συζυγική επικοινωνία) του εργαλείου ENRICH Couple Scale, οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη. Όσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία, τόσο πιο μεγάλος ο βαθμός ικανοποίησης των συμμετεχουσών από την συζυγική ικανοποίηση και από την συζυγική επικοινωνία.

	Συζυγική Ικανοποίηση	Συζυγική Επικοινωνία
Μέση τιμή	37,40	35,83
Τυπική απόκλιση	6,24	9,59
Ελάχιστη τιμή	23,00	14,00
Μέγιστη τιμή	50,00	50,00
Ενδιάμεση τιμή	38,00	37,00
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	33,00-42,50	28,50-44,00

Η βαθμολογία στην κλίμακα «Συζυγική ικανοποίηση» κυμαινόταν από 23 μέχρι 50 μονάδες με την μέση τιμή να ισούται με 37,40 μονάδες (τυπική απόκλιση= 6,24) και το 50% των συμμετεχουσών να έχει βαθμολογία μικρότερη ή ίση από 38 μονάδες. Η βαθμολογία στην κλίμακα «Συζυγική επικοινωνία» κυμαινόταν από 14 μέχρι 50 μονάδες, με την μέση τιμή να ισούται με 35,83 μονάδες (τυπική απόκλιση= 9,59) και το 50% των συμμετεχουσών να έχει βαθμολογία μικρότερη ή ίση από 37 μονάδες.

5.6 Κλίμακα Κοινωνικής Υποστήριξης: Short Form Social Support Questionnaire, SSQ-6

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα περιγραφικά μέτρα για τις δύο υποκλίμακες («Άτομα», «Ικανοποίηση») της μικρής κλίμακας κοινωνικής υποστήριξης, οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη.

	«Άτομα»	«Ικανοποίηση»
Μέση τιμή	14,58	33,24
Τυπική απόκλιση	9,99	5,23
Ελάχιστη τιμή	3,00	6,00
Μέγιστη τιμή	54,00	36,00
Ενδιάμεση τιμή	12,50	36,00
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	6,00-20,00	32,00-36,00

Η βαθμολογία στην κλίμακα «Άτομα» κυμαινόταν από 3 μέχρι 54 μονάδες με την μέση τιμή να ισούται με 14,58 μονάδες (τυπική απόκλιση= 9,99 μονάδες) και το 50% των συμμετεχουσών να έχει βαθμολογία μικρότερη ή ίση από 12,50 μονάδες. Η βαθμολογία στην κλίμακα «Ικανοποίηση» κυμαινόταν από 6 μέχρι 36 μονάδες με την μέση τιμή να ισούται με 33,24 μονάδες (τυπική απόκλιση= 5,23 μονάδες) και το 50% των συμμετεχουσών να έχει βαθμολογία μικρότερη ή ίση από 36 μονάδες.

5.7 Κλίμακα μητρικής Αυτοπεποίθησης: Lips Maternal Self-Confidence Scale

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα περιγραφικά μέτρα για το συνολικό score του εργαλείου LIPS Maternal Self- Confidence, το οποίο εκτιμά την αυτοπεποίθηση της μητέρας. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση.

	LIPS score
Μέση τιμή	108,79
Τυπική απόκλιση	14,06
Ελάχιστη τιμή	65,00
Μέγιστη τιμή	139,00
Ενδιάμεση τιμή	106,00
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	99,00-119,50

Η βαθμολογία κυμαινόταν από 65 μέχρι 139 μονάδες με την μέση τιμή να ισούται με 108,79 μονάδες (τυπική απόκλιση= 14,06 μονάδες) και το 50% των συμμετεχουσών να έχει βαθμολογία μικρότερη ή ίση με 106 μονάδες.

Επιπλέον, υπολογίστηκε και ο συντελεστής για την εκτίμηση της εσωτερικής συνοχής του συγκεκριμένου εργαλείου (Cronbach α), ο οποίος βρέθηκε ίσος με 0,877. Παρ' όλα αυτά, θα πρέπει να σημειωθεί ότι όταν αφαιρέθηκε η ερώτηση «*Χρειάζομαι πολλές συμβουλές για την φροντίδα του παιδιού μου*» (στην αντίστροφη μορφή της), ο συγκεκριμένος συντελεστής μεγιστοποιήθηκε και βρέθηκε να ισούται με 0,902. Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζεται η τιμή του Cronbach α , έπειτα από την διαδοχική αφαίρεση των ερωτήσεων που περιλαμβάνονται στο εργαλείο.

Ερώτηση:	Τιμή του Cronbach α, έπειτα από την αφαίρεση της συγκεκριμένης ερώτησης
<i>Είμαι καλή μητέρα (ανεστραμμένη)</i>	0,872
<i>Νιώθω νευρική και αβέβαιη με τον εαυτό μου όταν ασχολούμαι με το παιδί μου</i>	0,872
<i>Δεν νομίζω πως έχω αρκετή υπομονή όταν ασχολούμαι με το μωρό μου.</i>	0,868
<i>Το να παρέχω μητρική φροντίδα μου είναι εύκολο (ανεστραμμένη)</i>	0,874
<i>Νιώθω πανικόβλητη όταν το παιδί μου αρχίζει να κλαίει.</i>	0,877
<i>Δεν είμαι σίγουρη αν μπορώ να είμαι η μητέρα που θεωρώ ότι θα έπρεπε να είμαι.</i>	0,865
<i>Δεν κάνω πολύ καλή δουλειά σαν μητέρα.</i>	0,866
<i>Είμαι σίγουρη ότι μπορώ να μάθω τις ικανότητες που χρειάζονται για να κάνω καλή δουλειά στην ανατροφή του παιδιού μου (ανεστραμμένη)</i>	0,873
<i>Είμαι αδέξια και ατσούμπαλη όταν φροντίζω το μωρό μου.</i>	0,874
<i>Είμαι ο τύπος του ανθρώπου που μπορεί να είναι καλή μητέρα (ανεστραμμένη)</i>	0,871
<i>Άλλοι άνθρωποι πιστεύουν ότι είμαι καλή μητέρα (ανεστραμμένη)</i>	0,873
<i>Γενικότερα, νιώθω σίγουρη και με αυτοπεποίθηση όσον αφορά το να είμαι μητέρα (ανεστραμμένη)</i>	0,868
<i>Κάποιες φορές η ευθύνη του να είμαι γονέας φαντάζει περισσότερη από όσο μπορώ να ανταπεξέλθω.</i>	0,864
<i>Ανησυχώ αρκετά για το αν κάνω το καλύτερο για το παιδί μου.</i>	0,872
<i>Είμαι περήφανη για τον τρόπο που μπορώ να ηρεμήσω το παιδί μου όταν είναι αναστατωμένο (ανεστραμμένη)</i>	0,874
<i>Ξέρω ότι θα είμαι ικανή να μάθω στο παιδί μου πολλά</i>	0,872

<i>(ανεστραμμένη)</i>	
<i>Συνήθως μπορώ να καταλάβω τι θέλει το παιδί μου όταν είναι αναστατωμένο (ανεστραμμένη)</i>	0,873
<i>Το να είμαι μητέρα μου αποσπά περισσότερη ενέργεια από αυτή που διαθέτω μερικές φορές.</i>	0,877
<i>Νιώθω δυνατή και προστατευτική όταν είμαι με το παιδί μου (ανεστραμμένη)</i>	0,872
<i>Από όταν έγινα μητέρα, νιώθω λες και είμαι άρρωστη τον περισσότερο καιρό.</i>	0,871
<i>Πολλές από τις φίλες μου είναι καλύτερες μητέρες από εμένα.</i>	0,870
<i>Χρειάζομαι πολλές συμβουλές για την φροντίδα του παιδιού μου (ανεστραμμένη)</i>	0,902
<i>Η μητρότητα είναι δυσκολότερη από όσο περίμενα.</i>	0,871
<i>Είμαι ήρεμη και χαλαρή όταν είμαι με το παιδί μου (ανεστραμμένη)</i>	0,870

Σημειώνεται ότι τιμές του συντελεστή Cronbach α οι οποίες ξεπερνούν το 0.70, κρίνονται ικανοποιητικές.

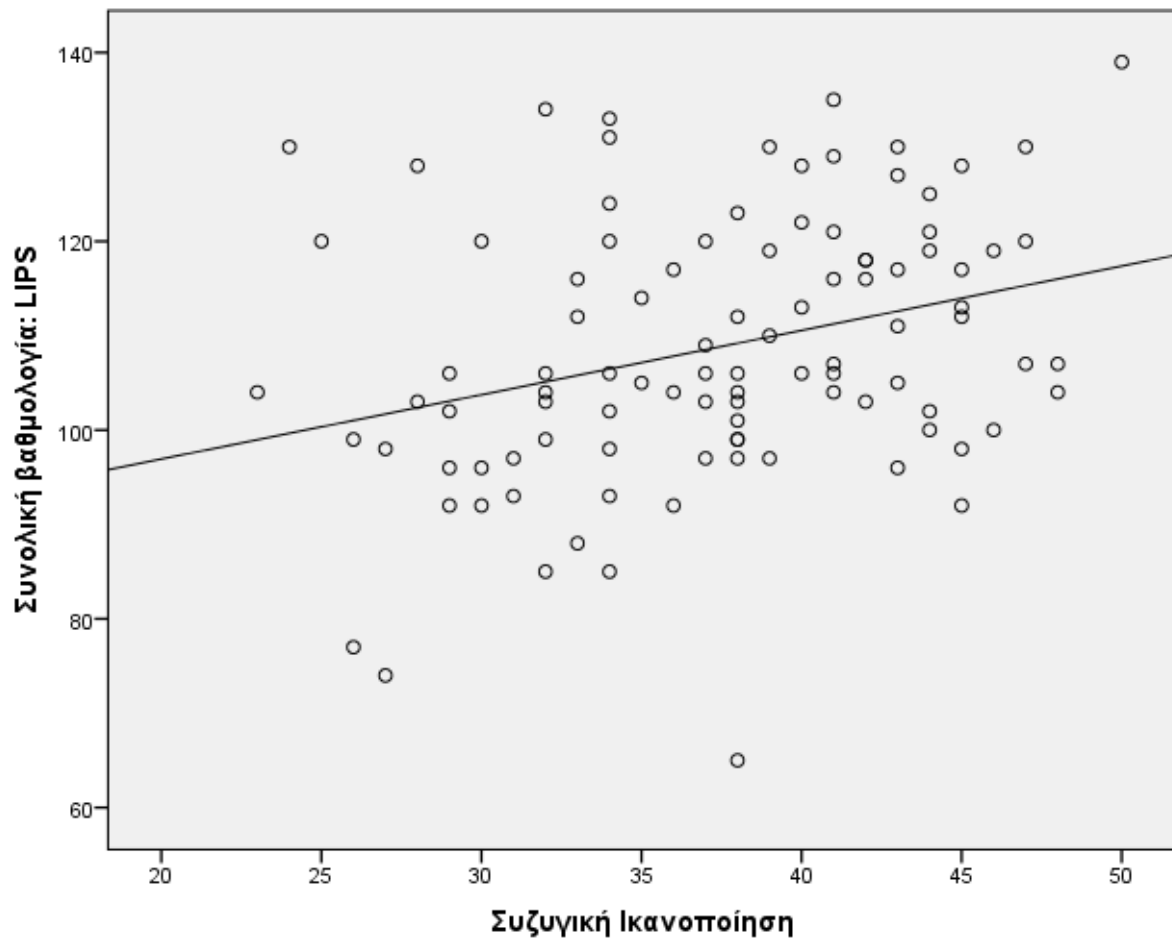
5.8 Συσχέτιση της κλίμακας LIPS με τις κλίμακες ENRICH και SSQ-6

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman, μεταξύ του συνολικού score της κλίμακας LIPS με το score των δύο υποκλιμάκων του εργαλείου SSQ-6 και του εργαλείου ENRICH.

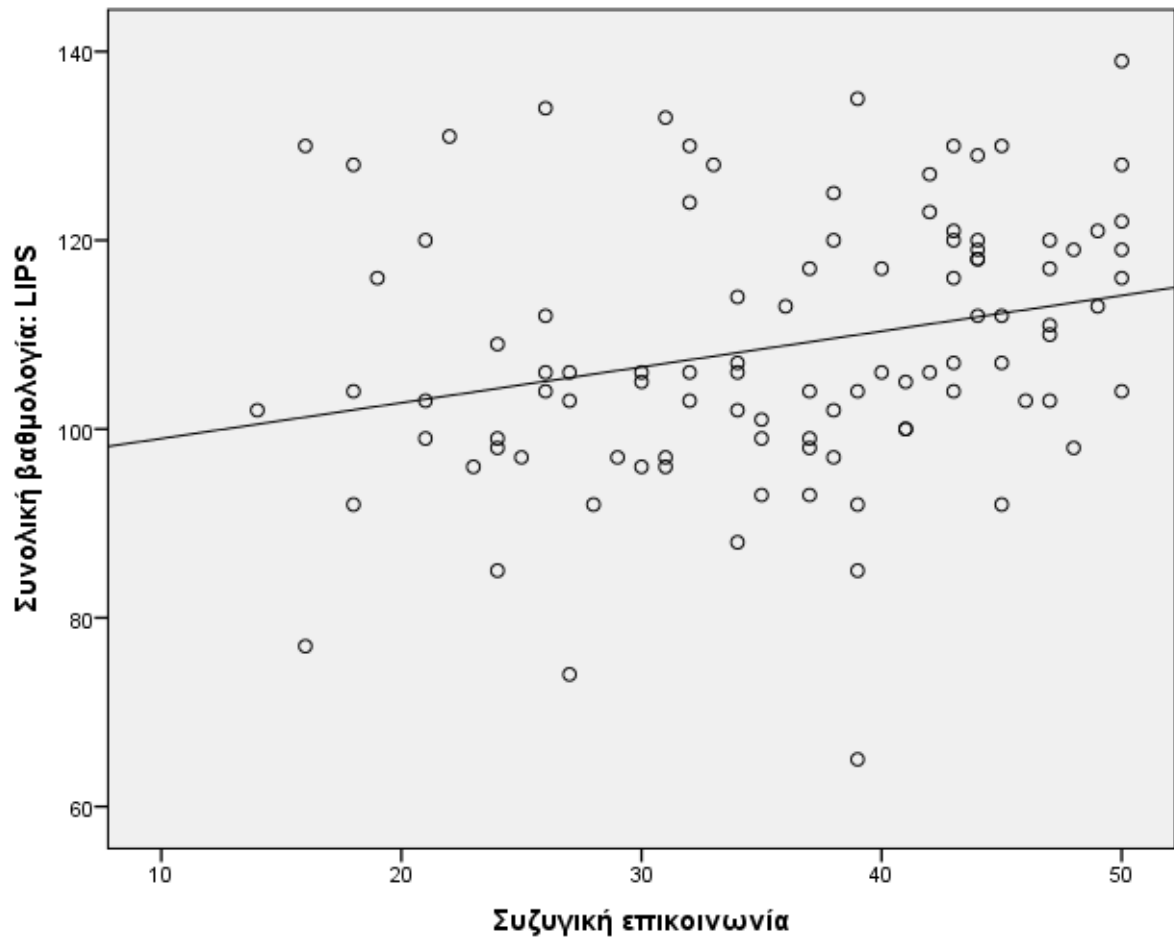
Όπως φαίνεται, η συνολική βαθμολογία των συμμετεχουσών στο εργαλείο εκτίμησης της αυτοπεποίθησης της μητέρας, βρέθηκε ότι συσχετίζεται σημαντικά και θετικά με τις δύο υποκλίμακες του εργαλείου ENRICH, καθώς και με την υποκλίμακα «Ικανοποίηση» του εργαλείου SSQ-6, υποδεικνύοντας ότι μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση των μητέρων σχετίζεται σημαντικά με υψηλότερη συζυγική ικανοποίηση και επικοινωνία, καθώς και με υψηλότερες τιμές στην κλίμακα «Ικανοποίηση» του εργαλείου SSQ-6.

		«Συζυγική Ικανοποίηση»	«Συζυγική Επικοινωνία»	«Άτομα» (SSQ-6)	«Ικανοποίηση» (SSQ-6)
Συνολική βαθμολογία: LIPS	r	0,32	0,31	0,09	0,38
	p	0,001	0,002	0,379	<0,001

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας των κλιμάκων LIPS και «Συζυγική Ικανοποίηση».



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας των κλιμάκων LIPS και «Συζυγική Επικοινωνία».



5.9 Συσχέτιση της κλίμακας LIPS με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και το ιατρικό ιστορικό των συμμετεχόντων

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα LIPS, ανάλογα με τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά.

		Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	Ενδιάμεση τιμή (Ενδοτεταρτημοριακό εύρος)	P Student's t-test
Οικογενειακή κατάσταση	Άλλο	117,33 (17,74)	124,50 (106,00-130,50)	0,024
	Έγγαμη	107,63 (13,17)	106,00 (99,00-118,00)	
Διαμονή στο δικό μου σπίτι	Όχι	108,16 (16,09)	105,00 (98,00-121,00)	0,583
	Ναι	109,67 (11,18)	110,00 (103,00-119,00)	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Πρωτοβάθμια/ Δευτεροβάθμια	109,75 (14,82)	106,50 (102,50-119,50)	0,642
	>Τριτοβάθμια	108,34 (13,77)	106,00 (98,50-119,50)	
Εργασιακή απασχόληση	Άλλο	109,05 (17,39)	104,00 (99,00-122,00)	0,897
	Πλήρης/ Μερική απασχόληση	108,63 (11,82)	106,00 (100,00-118,00)	
Επίπεδο εκπαίδευσης συντρόφου	Πρωτοβάθμια/ Δευτεροβάθμια	111,02 (14,23)	109,00 (101,00-121,00)	0,123
	>Τριτοβάθμια	106,65 (13,72)	106,00 (98,50-116,50)	
Το οικονομικό είναι κύρια πηγή άγχους για εσάς;	Όχι	110,06 (16,52)	107,00 (99,00-127,00)	0,529
	Ναι	108,16 (12,76)	106,00 (99,00-119,00)	
Τρόπος γέννησης τελευταίου παιδιού	Φυσικός τοκετός	108,98 (14,62)	106,00 (99,00-120,00)	0,913
	Καισαρική τομή	108,66 (13,77)	106,00 (99,00-119,00)	
Τρόπος γέννησης (ιδίας)	Άλλος τρόπος	113,79 (14,08)	117,00 (97,00-129,00)	0,085
	Με φυσιολογικό τοκετό	107,62 (13,88)	106,00 (99,00-118,00)	
Θηλασμός βρέφους στο παρελθόν	Όχι	111,09 (11,38)	116,00 (103,00-119,00)	0,568
	Ναι	108,51 (14,38)	106,00 (99,00-120,00)	
Θηλασμός βρέφους στο παρόν	Όχι	106,92 (13,96)	104,00 (97,00-119,00)	0,291
	Ναι	109,98 (14,10)	107,00 (100,00-120,00)	
Επιστροφή στην εργασία μετά τον τοκετό	Όχι	110,16 (14,27)	107,00 (102,00-120,00)	0,131
	Ναι	105,09 (10,97)	103,00 (97,00-116,00)	

Σύμφωνα με τα παραπάνω ευρήματα, φαίνεται ότι οι παντρεμένες γυναίκες παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές στην κλίμακα LIPS, πράγμα το οποίο υποδηλώνει ότι έχουν μικρότερη αυτοπεποίθηση, σε σχέση με τις υπόλοιπες γυναίκες (άγαμες σε σχέση, άγαμες χωρίς σχέση, συμβίωση με σύντροφο, σύμφωνο συμβίωσης).

Τέλος, όσον αφορά στα υπόλοιπα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, όπως φαίνεται και στον ακόλουθο πίνακα, δεν σημειώθηκε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

	Συνολική βαθμολογία-LIPS	
	r	p
Ηλικία	-0,05	0,612
Ηλικία συντρόφου/συζύγου	-0,16	0,109
Αν είστε σε σχέση, αναφέρετε πόσα χρόνια	0,18	0,080
Αν είστε έγγαμη αναφέρετε πόσα χρόνια	-0,02	0,848
Αριθμός τέκνων;	-0,06	0,565
Πόσα άτομα μένετε στην παρούσα κατοικία;	-0,10	0,345
Τρέχουσα οικονομική κατάσταση	0,08	0,413
Έως ποιο μήνα θηλάσατε το βρέφος σας;	0,10	0,515
Μέχρι ποιο μήνα εγκυμοσύνης εργαστήκατε;	-0,07	0,527
Αν ναι, ποιον μήνα μετά τον τοκετό επιστρέψατε;	-0,24	0,283

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα LIPS, ανάλογα με ορισμένα χαρακτηριστικά του ιατρικού ιστορικού τους, όπου φαίνεται ότι δεν υπάρχει καμία στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών ως προς τα χαρακτηριστικά τους αυτά.

		Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	Ενδιάμεση τιμή (Ενδοτεταρτημοριακό εύρος)	P Student's t-test
Έχετε επισκεφτεί ποτέ κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας;	Όχι	108,81 (14,43)	106,50 (100,00-120,00)	0,988
	Ναι	108,76 (13,62)	106,00 (98,00-119,00)	
Συνέβη κάποιο γεγονός κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης που επηρέασε αρνητικά την ψυχική σας κατάσταση;	Όχι	111,82 (13,47)	107,00 (104,00-120,00)	0,146
	Ναι	106,56 (14,09)	104,00 (97,00-120,00)	

Σημειώνεται ότι οι συγκρίσεις με τα υπόλοιπα στοιχεία του ιατρικού ιστορικού των συμμετεχουσών δεν ήταν εφικτές, καθώς το μέγεθος δείγματος δεν επαρκούσε για να αιτιολογήσει τέτοιου είδους συγκρίσεις με επαρκή ισχύ.

Μέσω της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης, η οποία πραγματοποιήθηκε με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα LIPS, και ανεξάρτητες τις κλίμακες ENRICH,SSQ-6καθώς και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχουσών, αλλά και τα στοιχεία σχετικά με το ιατρικό ιστορικό τους. Η ανάλυση έγινε με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method), τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

	Συντελεστής εξάρτησης (β)	Τυπικό σφάλμα	P
Οικογενειακή κατάσταση (Εγγαμη VS Άλλη κατάσταση)	-9,83	4,04	0,017
«Συζυγική Ικανοποίηση»	0,69	0,21	0,002

Η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχουσών και η συζυγική τους ικανοποίηση βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στην κλίμακα LIPS. Συγκεκριμένα:

- οι παντρεμένες γυναίκες είχαν κατά 9,83 μονάδες μικρότερη βαθμολογία στην κλίμακα LIPS, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες γυναίκες (άγαμες σε σχέση, άγαμες χωρίς σχέση, συμβίωση με σύντροφο, σύμφωνο συμβίωσης).
- Όσο πιο ικανοποιημένες ήταν από το σύζυγό τους τόσο αυξάνεται και η βαθμολογία τους στην κλίμακα LIPS.

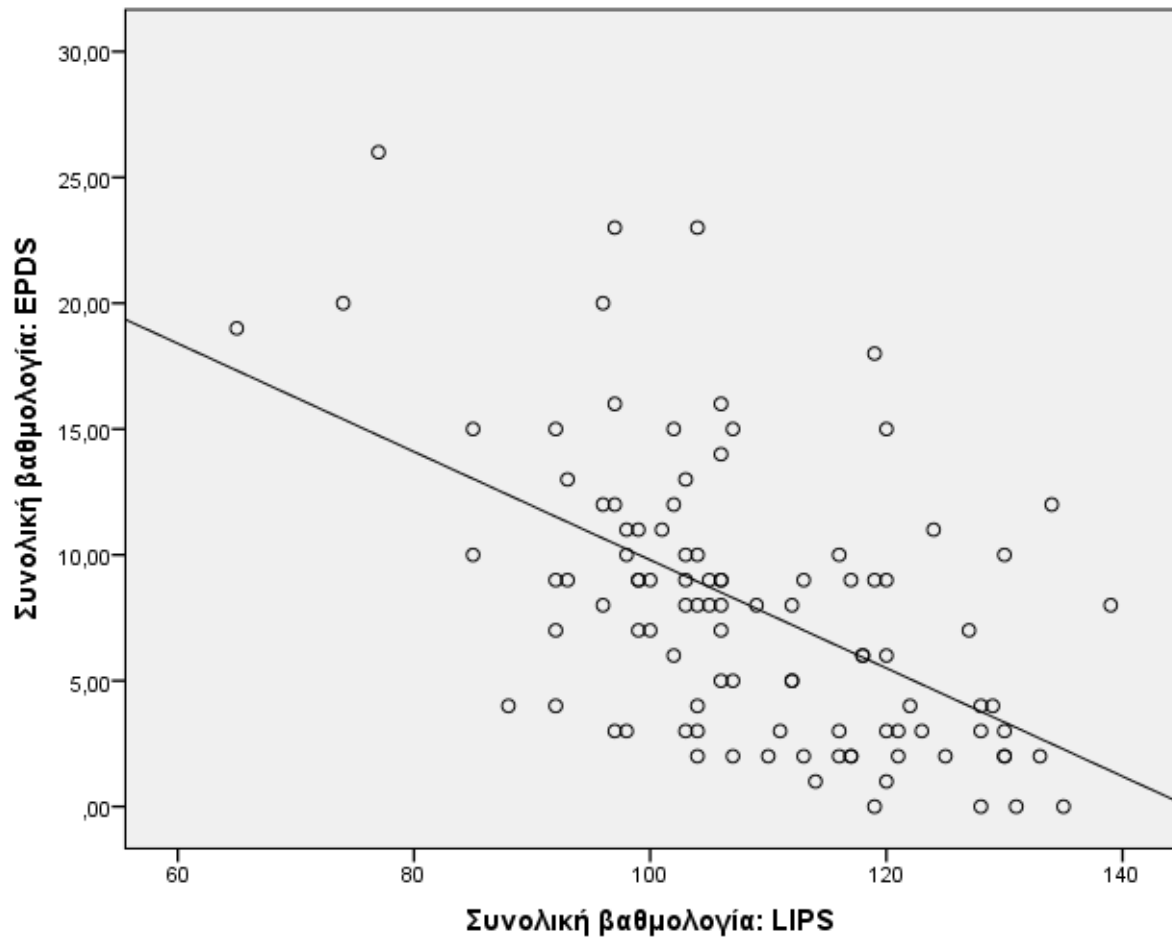
5.10 Συσχέτιση της κλίμακας EPDS με τις κλίμακες ENRICH, SSQ-6 και LIPS

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνεται ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman, μεταξύ του συνολικού score των κλιμάκων EPDS και LIPS, καθώς και με το score των δύο υποκλιμάκων του εργαλείου SSQ-6 και του εργαλείου ENRICH.

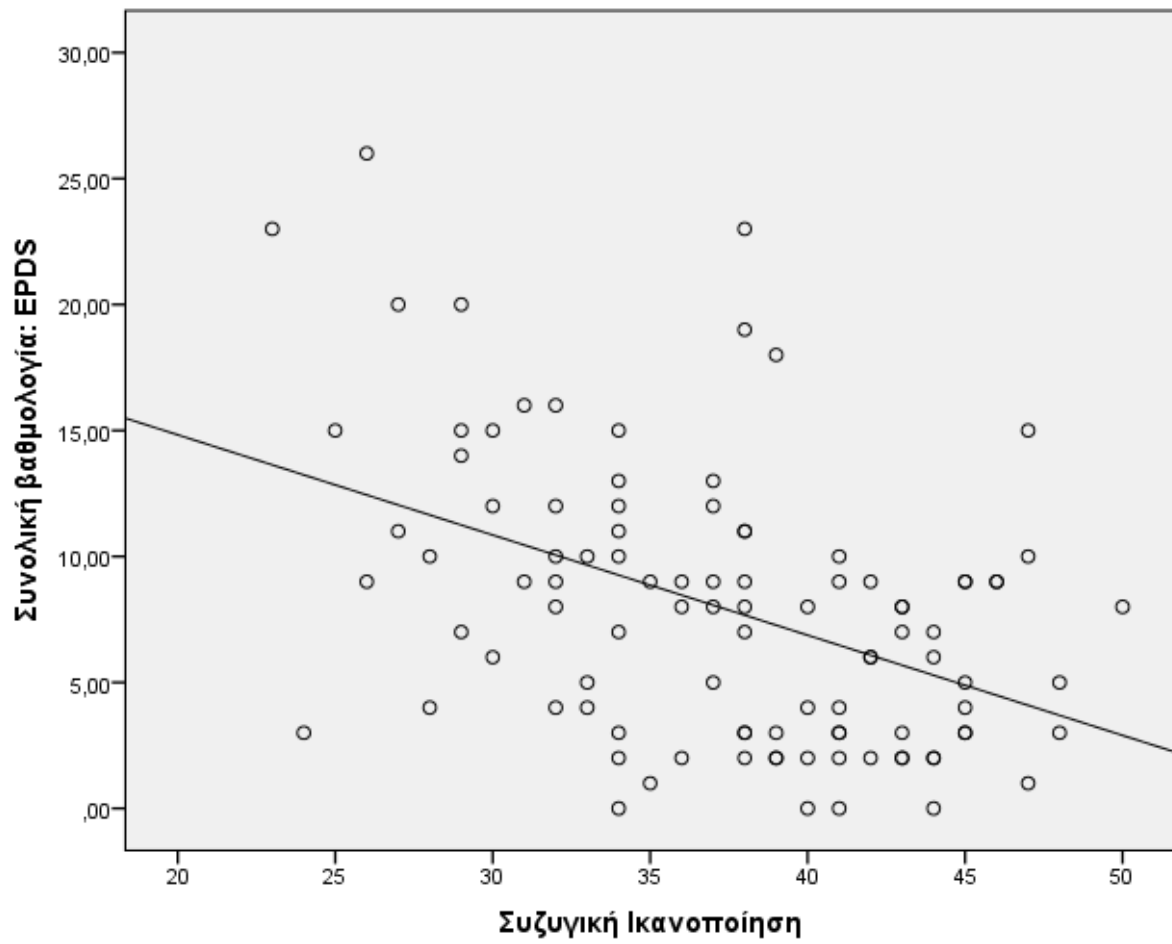
Όπως φαίνεται, η συνολική βαθμολογία των συμμετεχουσών στο εργαλείο εκτίμησης της μεταγεννητικής κατάθλιψης EPDS, βρέθηκε ότι συσχετίζεται σημαντικά και αρνητικά με όλες τις εξεταζόμενες κλίμακες, υποδεικνύοντας ότι υψηλότερες τιμές στην κλίμακα EPDS, δηλαδή μεγαλύτερη πιθανότητα για μεταγεννητική κατάθλιψη, συνδέεται με χαμηλότερη αυτοπεποίθηση, χαμηλότερη συζυγική ικανοποίηση και επικοινωνία, καθώς και με χαμηλότερες τιμές στις κλίμακες «Άτομα» και «Ικανοποίηση» του εργαλείου SSQ-6.

		Συνολικό score- LIPS	«Συζυγική Ικανοποίηση»	«Συζυγική Επικοινωνία»	«Άτομα» (SSQ-6)	«Ικανοποίηση» (SSQ-6)
Συνολικό score- EPDS	r	-0,52	-0,42	-0,39	-0,36	-0,53
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

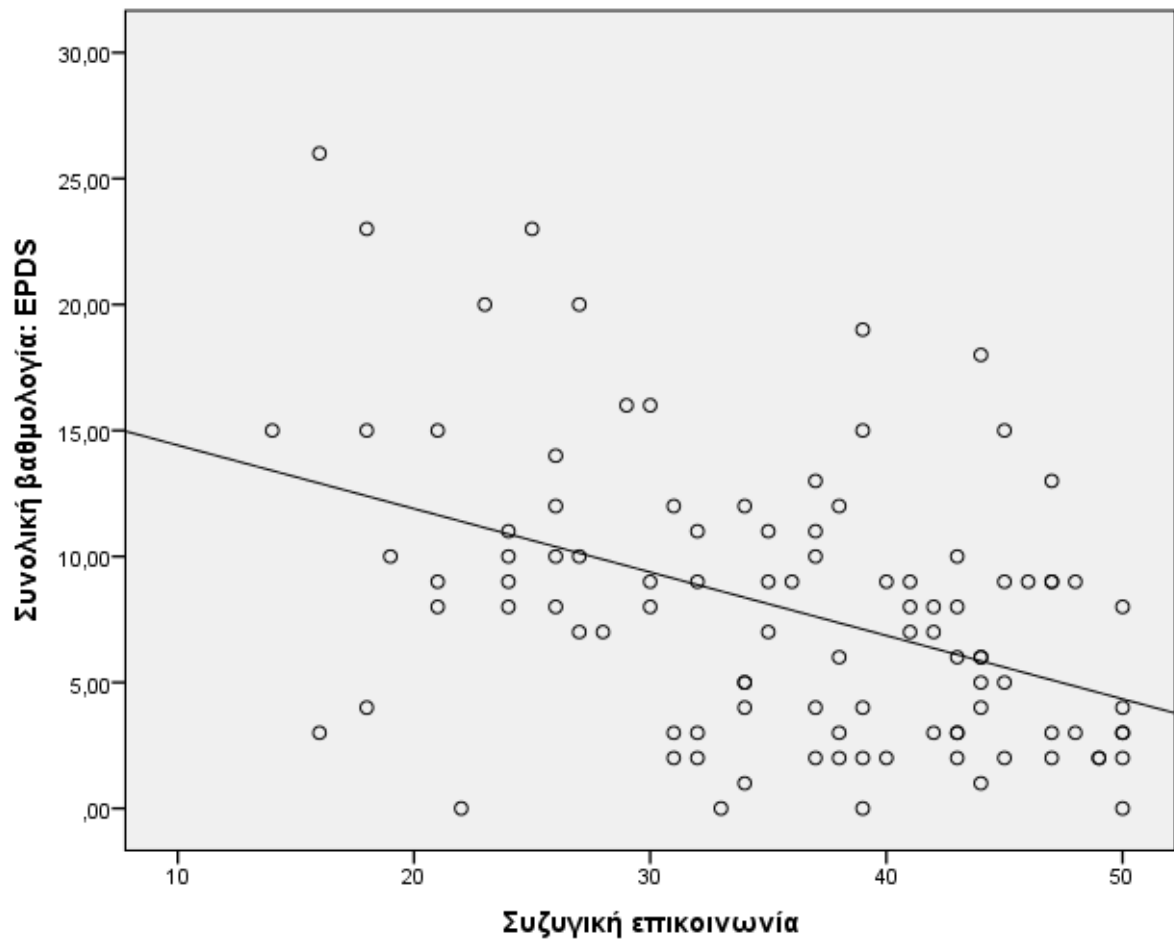
Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας των κλιμάκων EPDS και LIPS.



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας των κλιμάκων EPDS και «Συζυγική Ικανοποίηση».



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η συσχέτιση μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας των κλιμάκων EPDS και «Συζυγική Επικοινωνία».



5.11 Συσχέτιση της κλίμακας EPDS με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και το ιατρικό ιστορικό των συμμετεχουσών

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα EPDS, ανάλογα με τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά.

		Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	Ενδιάμεση τιμή (Ενδοτεταρτημοριακό εύρος)	P Student's t-test
Οικογενειακή κατάσταση	Άλλο	7,08 (7,20)	5,50 (2,00-9,50)	0,587
	Έγγαμη	8,02 (5,37)	8,00 (3,00-11,00)	
Διαμονή στο δικό μου σπίτι	Όχι	8,43 (6,08)	8,50 (3,00-12,00)	0,296
	Ναι	7,23 (4,94)	7,00 (3,00-9,00)	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Πρωτοβάθμια/ Δευτεροβάθμια	10,03 (6,23)	9,00 (7,50-11,50)	0,009
	>Τριτοβάθμια	6,91 (5,00)	6,00 (3,00-10,00)	
Εργασιακή απασχόληση	Άλλο	9,46 (6,57)	8,00 (4,00-12,00)	0,033
	Πλήρης/ Μερική απασχόληση	7,00 (4,75)	7,00 (3,00-9,00)	
Επίπεδο εκπαίδευσης συντρόφου	Πρωτοβάθμια/ Δευτεροβάθμια	7,92 (6,26)	7,00 (3,00-11,00)	0,945
	>Τριτοβάθμια	8,00 (4,85)	8,50 (3,50-10,00)	
Το οικονομικό είναι κύρια πηγή άγχους για εσάς;	Όχι	6,45 (5,69)	5,00 (2,00-9,00)	0,067
	Ναι	8,63 (5,44)	9,00 (3,00-12,00)	
Τρόπος γέννησης τελευταίου παιδιού	Φυσιικός τοκετός	8,00 (5,25)	8,00 (4,00-10,00)	0,894
	Καισαρική τομή	7,85 (5,85)	7,00 (3,00-12,00)	
Τρόπος γέννησης (ιδίας)	Άλλος τρόπος	8,16 (6,04)	8,00 (3,00-12,00)	0,831
	Με φυσιολογικό τοκετό	7,85 (5,52)	8,00 (3,00-10,00)	
Θηλασμός βρέφους στο παρελθόν	Όχι	9,91 (4,01)	9,00 (8,00-12,00)	0,210
	Ναι	7,66 (5,72)	7,00 (3,00-10,00)	
Θηλασμός βρέφους στο παρόν	Όχι	9,15 (4,99)	9,00 (7,00-12,00)	0,075
	Ναι	7,11 (5,84)	6,00 (3,00-9,00)	
Επιστροφή στην εργασία μετά τον τοκετό	Όχι	7,61 (5,78)	7,00 (3,00-10,00)	0,480
	Ναι	8,59 (5,20)	9,00 (4,00-11,00)	

Σύμφωνα με τα παραπάνω ευρήματα, φαίνεται ότι οι γυναίκες, οι οποίες έχουν ολοκληρώσει τουλάχιστον την τριτοβάθμια εκπαίδευση, καθώς και αυτές οι οποίες εργάζονται με μερική ή με πλήρη απασχόληση, παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές στην κλίμακα EPDS, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι έχουν σημαντικά λιγότερα συμπτώματα μεταγεννητικής κατάθλιψης, σε σχέση με τις γυναίκες, οι οποίες έχουν ολοκληρώσει την πρωτοβάθμια ή τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, καθώς και σε σχέση με αυτές οι οποίες είναι αυτοαπασχολούμενες, άνεργες ή ασχολούνται με τα οικιακά.

Επίσης, σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα, φαίνεται ότι υπάρχει σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας EPDS, με το χρονικό διάστημα το οποίο πέρασε έως ότου επιστρέψουν οι γυναίκες στην εργασία τους μετά τον τοκετό, υποδεικνύοντας ότι όσο περισσότερο καθυστέρησαν να επιστρέψουν στην εργασία τους, τόσο υψηλότερη ήταν και η βαθμολογία τους, δηλαδή τόσο υψηλότερη ήταν η πιθανότητά τους να αντιμετωπίζουν μεταγεννητική κατάθλιψη.

	Συνολική βαθμολογία-EPDS	
	r	p
Ηλικία	-0,05	0,626
Ηλικία συντρόφου/συζύγου	0,07	0,495
Αν είστε σε σχέση, αναφέρετε πόσα χρόνια	-0,14	0,170
Αν είστε έγγαμη αναφέρετε πόσα χρόνια	0,06	0,572
Αριθμός τέκνων;	0,12	0,225
Πόσα άτομα μένετε στην παρούσα κατοικία;	0,13	0,190
Τρέχουσα οικονομική κατάσταση	-0,19	0,062
Έως ποιο μήνα θηλάσατε το βρέφος σας;	0,03	0,844
Μέχρι ποιο μήνα εγκυμοσύνης εργαστήκατε;	-0,01	0,919
Αν ναι, ποιον μήνα μετά τον τοκετό επιστρέψατε;	0,63	0,002

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζεται η βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα EPDS, ανάλογα με ορισμένα χαρακτηριστικά του ιατρικού ιστορικού τους, όπου φαίνεται ότι δεν υπάρχει καμία στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της βαθμολογίας των συμμετεχουσών ως προς τα χαρακτηριστικά τους αυτά.

		Μέση τιμή (Τυπική απόκλιση)	Ενδιάμεση τιμή (Ενδοτεταρτημοριακό εύρος)	P Student's t-test
Έχετε επισκεφτεί ποτέ κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας;	Όχι	7,35 (5,80)	7,50 (2,00-10,00)	0,206
	Ναι	8,82 (5,17)	8,00 (5,00-12,00)	
Συνέβη κάποιο γεγονός κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης που επηρέασε αρνητικά την ψυχική σας κατάσταση;	Όχι	6,88 (5,26)	7,00 (3,00-10,00)	0,110
	Ναι	9,22 (5,93)	9,00 (3,00-11,00)	

Σημειώνεται ότι οι συγκρίσεις με τα υπόλοιπα στοιχεία του ιατρικού ιστορικού των συμμετεχουσών δεν ήταν εφικτές, καθώς το μέγεθος δείγματος δεν επαρκούσε για να αιτιολογήσει τέτοιου είδους συγκρίσεις με επαρκή ισχύ.

Μέσω της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης, η οποία πραγματοποιήθηκε με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία των συμμετεχουσών στην κλίμακα EPDS, και ανεξάρτητες όλες τις κλίμακες ENRICH, SSQ-6, LIPS, καθώς και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχουσών, αλλά και τα στοιχεία σχετικά με το ιατρικό ιστορικό τους. Η ανάλυση έγινε με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise method), τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

	Συντελεστής εξάρτησης (β)	Τυπικό σφάλμα	P
Συζυγική Ικανοποίηση	-0,15	0,08	0,048
LIPS	-0,18	0,03	<0,001
«Ικανοποίηση» (SSQ-6)	-0,19	0,09	0,041
«Άτομα»(SSQ-6)	-0,10	0,04	0,029
Επίπεδο εκπαίδευσης (> Τριτοβάθμια VSI Πρωτοβάθμια/ Δευτεροβάθμια)	-2,43	0,89	0,007

Οι βαθμολογίες στις κλίμακες Συζυγική Ικανοποίηση, LIPS, «Ικανοποίηση» (SSQ-6), «Άτομα» (SSQ-6) και το επίπεδο εκπαίδευσης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στην κλίμακα EPDS. Συγκεκριμένα:

- Υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα Συζυγικής Ικανοποίησης σχετιζόταν με σημαντικά λιγότερα συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης.
- Υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα LIPS σχετιζόταν με σημαντικά λιγότερα συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης.
- Υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Ικανοποίηση» της κλίμακας SSQ-6 σχετιζόταν με σημαντικά λιγότερα συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης.
- Υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Άτομα» της κλίμακας SSQ-6 σχετιζόταν με σημαντικά λιγότερα συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης.
- Οι συμμετέχουσες που ήταν τουλάχιστον τριτοβάθμιας εκπαίδευσης είχαν κατά 2,43 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που ήταν πρωτοβάθμιας/ δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

6. Συμπεράσματα & Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη διενεργήθηκε με στόχο την διερεύνηση ψυχοκοινωνικών παραγόντων, οι οποίοι σε διεθνείς μελέτες φαίνεται να συσχετίζονται με την λοχειακή κατάθλιψη. Στην ελληνική βιβλιογραφία δεν φαίνεται να έχει πραγματοποιηθεί προηγουμένως άλλη μελέτη η οποία να εξετάζει τη μητρική αυτοπεποίθηση, την κοινωνική υποστήριξη και τη συζυγική ικανοποίηση γυναικών κατά την περίοδο της λοχείας. Εξάιρεση αποτελεί η μελέτη της Α. Λεονάρδου (2008) κατά την οποία διερευνήθηκε η συζυγική ικανοποίηση γυναικών, η οποία όταν ήταν χαμηλή, φάνηκε να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση λοχειακής κατάθλιψης.

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 100 γυναίκες, οι οποίες συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια τα οποία είχαν αναρτηθεί στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Παίρνοντας ως cut-off point την τιμή 11 στην κλίμακα EPDS φάνηκε ότι το 21% των γυναικών, οι οποίες συμμετείχαν στην έρευνα εμφάνιζε συμπτώματα λοχειακής κατάθλιψης. Με βάση τα δεδομένα από την διεθνή βιβλιογραφία, τα οποία υπολογίζουν τον επιπολασμό περίπου στο 13% (O' Hara & Swain, 1996), καθώς και δεδομένα της ελληνικής βιβλιογραφίας, τα οποία τον υπολογίζουν στο 12.4% (Λεονάρδου, 2008), το ποσοστό στην συγκεκριμένη μελέτη φαίνεται σχετικά υψηλό και συνάδει με τα αποτελέσματα από άλλες μελέτες, τα οποία δείχνουν υψηλότερο επιπολασμό σε γυναίκες χωρών μεσαίου και χαμηλού εισοδήματος (Segre et al., 2007). Αξίζει να αναφερθεί πως οι Halbreich & Karkun (2006), αξιοποιώντας δεδομένα από 143 διεθνείς μελέτες, συμπεραίνουν ότι ο συνήθης επιπολασμός μεταξύ 10-15% δεν είναι αντιπροσωπευτικός του παγκόσμιου επιπολασμού και σχολιάζουν ότι οι έντονες διαβαθμίσεις μπορεί να οφείλονται σε κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, καθώς και πολιτισμικούς, όπως οι διαφορετικές αντιλήψεις σχετικά με την ψυχική υγεία και το στίγμα. Βέβαια, το υψηλό ποσοστό το οποίο προέκυψε στην παρούσα μελέτη μπορεί να οφείλεται στους περιορισμούς του ερευνητικού σχεδιασμού. Περεταίρω έρευνα σε γενικό πληθυσμό απαιτείται, ώστε να οδηγηθούμε σε επιπλέον συμπεράσματα.

Η κλίμακα Lips για την μέτρηση της μητρικής αυτοπεποίθησης φάνηκε αξιόπιστη με εσωτερική συνοχή $\alpha = 0,877$. Αξίζει να σημειωθεί ότι πρόκειται για την πρώτη φορά που γίνεται μετάφραση και χορήγηση της συγκεκριμένης κλίμακας σε ελληνικό πληθυσμό. Ο ικανοποιητικός cronbach α ανοίγει τον δρόμο για μια μελλοντική

στάθμιση της συγκεκριμένης κλίμακας. Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, φαίνεται ότι οι παντρεμένες γυναίκες παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές στην κλίμακα LIPS, πράγμα το οποίο υποδηλώνει πως έχουν μικρότερη μητρική αυτοπεποίθηση, σε σχέση με τις υπόλοιπες γυναίκες (άγαμες σε σχέση, άγαμες χωρίς σχέση, συμβίωση με σύντροφο, σύμφωνο συμβίωσης). Όσον αφορά στα υπόλοιπα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, δεν σημειώθηκε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Αντίστοιχο εύρημα υπήρξε και σε έρευνα των Maehara et al., (2016) με τις ελεύθερες μητέρες να εμφανίζουν υψηλότερη μητρική αυτοπεποίθηση σε σχέση με τις παντρεμένες. Πρόκειται για ένα εύρημα το οποίο χρήζει περαιτέρω μελέτης.

Στην παρούσα μελέτη, η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχουσών και η συζυγική τους ικανοποίηση βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στην κλίμακα LIPS. Συγκεκριμένα, οι παντρεμένες γυναίκες είχαν μικρότερη βαθμολογία στην κλίμακα LIPS, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες γυναίκες (άγαμες σε σχέση, άγαμες χωρίς σχέση, συμβίωση με σύντροφο, σύμφωνο συμβίωσης), ενώ όσο πιο ικανοποιημένες ήταν από το σύζυγό τους τόσο αυξανόταν και η βαθμολογία τους στην κλίμακα LIPS. Σε μελέτη των Haslam et al. (2006), η υποστήριξη του συντρόφου δεν φάνηκε να σχετίζεται με την μητρική αυτεπάρκεια, αλλά ούτε και με την ένταση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Βέβαια, η προαναφερθείσα μελέτη δεν εξέτασε την γενικότερη ικανοποίηση από την συζυγική σχέση, αλλά μόνο την υποστήριξη από το σύζυγο. Τα ευρήματα της έρευνας των Frank et al. (1986), φαίνεται να συνάδουν περισσότερο με τα δικά μας, καθώς σύμφωνα με την μελέτη τους, η συζυγική αρμονία αναφέρθηκε ως προβλεπτικός παράγοντας υψηλότερης γονεϊκής αυτοεκτίμησης, ενώ οι καλές συζυγικές σχέσεις προέβλεπαν μεγαλύτερη αίσθηση ελέγχου όσον αφορά τον γονεϊκό ρόλο.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα ευρήματα που σχετίζονται με το μορφωτικό επίπεδο και την εργασιακή κατάσταση των γυναικών. Στην παρούσα μελέτη φαίνεται ότι οι γυναίκες, οι οποίες είχαν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση, καθώς και αυτές, οι οποίες εργάζονταν, παρουσίαζαν σημαντικά λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης, σε σχέση με όσες είχαν ολοκληρώσει την πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια εκπαίδευση και ήταν άνεργες ή αυτοαπασχολούμενες. Φαίνεται, λοιπόν, ότι το μορφωτικό επίπεδο, καθώς και η επιστροφή στην εργασία δρουν προστατευτικά έναντι της λοχειακής κατάθλιψης. Επίσης, φαίνεται ότι υπάρχει σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας EPDS, με το χρονικό διάστημα, το οποίο πέρασε έως ότου επιστρέψουν οι γυναίκες στην εργασία τους

μετά τον τοκετό, υποδεικνύοντας ότι όσο περισσότερο καθυστέρησαν να επιστρέψουν στην εργασία τους, τόσο υψηλότερη ήταν και η βαθμολογία τους. Η πιθανή προστατευτική δράση της επιστροφής στην εργασία εμφανίζεται ως εύρημα και σε ιαπωνική μελέτη (Miyake et al., 2011) καθώς και σε μεταγενέστερη ευρωπαϊκή (Lewis et al., 2017). Αντίθετα, η ανεργία λειτουργεί ως παράγοντας κινδύνου (Lane et al., 1997). Όσον αφορά το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, συχνά χρησιμοποιείται ως δείκτης του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, το οποίο όταν είναι χαμηλό έχει συσχετιστεί με αυξημένο ρίσκο εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών, όπως η κατάθλιψη (Lorant, 2003). Το εύρημα της παρούσας μελέτης συνάδει με αυτό πρόσφατης, στην οποία φάνηκε ότι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των γυναικών αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση λοχειακής κατάθλιψης (Matsumura et al., 2019). Βέβαια, αξίζει να σημειωθεί ότι ορισμένες μελέτες δεν επιβεβαιώνουν το εύρημα ότι το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα κατάθλιψης (Molarius & Granström, 2018).

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και οι σχέσεις, οι οποίες εντοπίστηκαν μεταξύ των ψυχοκοινωνικών παραγόντων και της λοχειακής κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι οι γυναίκες, οι οποίες εμφάνιζαν υψηλότερη ικανοποίηση από την συζυγική τους σχέση, υψηλότερη μητρική αυτοεκτίμηση και υψηλότερη ικανοποίηση από την κοινωνική υποστήριξη που λάμβαναν εμφάνιζαν σημαντικά λιγότερα συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης. Τα παραπάνω ευρήματα δεν προκαλούν έκπληξη, καθώς συνάδουν με την τρέχουσα βιβλιογραφία και επιβεβαιώνουν την πιθανή προστατευτική δράση των συγκεκριμένων παραγόντων. Ειδικότερα, η μειωμένη κοινωνική υποστήριξη συγκαταλέγεται μεταξύ των ισχυρότερων παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση κατάθλιψης στην λοχεία (O'Hara & Swain, 1996), ενώ η προστατευτική της δράση έχει, επίσης, μελετηθεί και καταδειχτεί (Tani & Castagna, 2016 • Li et al., 2017 • Collins et al., 1993). Αντιστοίχως, η ποιότητα της συζυγικής σχέσης φαίνεται, επίσης, να λειτουργεί προστατευτικά, σύμφωνα με δεδομένα διεθνών (Beck, 2001) καθώς και ελληνικών μελετών (Λεονάρδου, 2008). Στηριζόμενοι στην τρέχουσα βιβλιογραφία δεν εκπλήσσει το γεγονός ότι οι γυναίκες, οι οποίες ήταν ικανοποιημένες στην σχέση τους εμφάνιζαν σημαντικά λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης σε σχέση με όσες ήταν λιγότερο ικανοποιημένες.

Όσον αφορά την μητρική αυτοπεποίθηση, βρέθηκε ότι υψηλότερα σκορ στην κλίμακα LIPS σχετίζονται με χαμηλότερα σκορ στην κλίμακα EPDS και, κατά συνέπεια, με την εμφάνιση λιγότερων καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Το παραπάνω

εύρημα είναι συναφές με αυτό της έρευνας των Reck et al. (2012), στην οποία υψηλότερη βαθμολογία EPDS φάνηκε να συνοδεύεται με μικρότερη βαθμολογία στην κλίμακα LIPS. Χαμηλή μητρική αυτοπεποίθηση σε γυναίκες με λοχειακή κατάθλιψη έχει βρεθεί και σε παλαιότερες μελέτες (Haslam et al., 2006). Βέβαια, σε αυτό που δεν δύναται να απαντήσει η παρούσα μελέτη είναι αν η χαμηλή μητρική αυτοπεποίθηση προκαλείται από την τρέχουσα καταθλιπτική συμπτωματολογία ή αν η χαμηλή μητρική αυτοπεποίθηση αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση της. Μοναδικό μας εύρημα είναι ότι οι γυναίκες με περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα εμφανίζουν χαμηλότερη μητρική αυτοπεποίθηση.

Η συγκεκριμένη μελέτη είχε αρκετούς περιορισμούς, οι οποίοι οφείλουν να ληφθούν υπόψη. Για λόγους σχετικούς με την πανδημία (Covid-19), στάθηκε αδύνατη η συλλογή ικανοποιητικού δείγματος από ασθενείς του Ιατρείου Ψυχικής Υγείας Γυναικών. Επομένως, η έρευνα βασίστηκε μόνο σε δείγμα, το οποίο συλλέχτηκε ηλεκτρονικά, χωρίς την δυνατότητα λήψης αναλυτικού ψυχιατρικού ιστορικού ή κλινικής συνέντευξης. Ο ερευνητικός σχεδιασμός δεν έδινε την δυνατότητα να απαντηθούν περεταίρω ερωτήματα σχετικά με την επίδραση των υπό μελέτη παραγόντων στην έκβαση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Επιπλέον, κρίνεται σημαντική η μελλοντική στάθμιση της ελληνικής εκδοχής της κλίμακας LIPS, ώστε να εξεταστεί αν είναι ικανή να ανιχνεύσει προβλήματα μητρικής αυτοεκτίμησης, τα οποία πιθανόν να αξιοποιούνται κλινικά.

Παρά τους αρκετούς περιορισμούς, η παρούσα μελέτη έδωσε σημαντικά δεδομένα τα οποία δύνανται να αξιοποιηθούν μελλοντικά. Τα δεδομένα αυτά είναι δυνατό να συμβάλουν στο σχεδιασμό δράσεων πρόληψης, καθώς και θεραπευτικών προγραμμάτων, όπως προγράμματα με στόχο την ενίσχυση της μητρικής αυτοπεποίθησης και την βελτίωση των συζυγικών σχέσεων κατά την περίοδο της λοχείας.

7. Βιβλιογραφία

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.84.2.191>
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.37.2.122>
- Bandura, A. (1989). Regulation of cognitive processes through perceived self-efficacy. *Developmental Psychology*, 25(5), 729-735. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.5.729>
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal Of Community Psychology*, 14(4), 413-445. doi: 10.1007/bf00922627
- Barth, J., Schneider, S., & von Känel, R. (2010). Lack of Social Support in the Etiology and the Prognosis of Coronary Heart Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine*, 72(3), 229-238. doi: 10.1097/psy.0b013e3181d01611
- Beach, S., Sandeen, E., & O'Leary, K. (1990). *Depression in marriage*. Guilford Pr.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, C. (2001). Predictors of Postpartum Depression. *Nursing Research*, 50(5), 275-285. doi: 10.1097/00006199-200109000-00004
- Benka, J., Nagyova, I., Rosenberger, J., Calfova, A., Macejova, Z., & Middel, B. et al. (2011). Social support and psychological distress in rheumatoid arthritis: a 4-year prospective study. *Disability And Rehabilitation*, 34(9), 754-761. doi: 10.3109/09638288.2011.619618
- Bennett, S., Perkins, S., Lane, K., Deer, M., Brater, D., & Murray, M. (2001). *Quality Of Life Research*, 10(8), 671-682. doi: 10.1023/a:1013815825500
- Bloch, M., Daly, R., & Rubinow, D. (2003). Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Comprehensive Psychiatry*, 44(3), 234-246. doi: 10.1016/s0010-440x(03)00034-8
- Bolger, N., Zuckerman, A., & Kessler, R. (2000). Invisible support and adjustment to stress. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 79(6), 953-961. doi: 10.1037/0022-3514.79.6.953

Borrell-Carrio, F. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *The Annals Of Family Medicine*, 2(6), 576-582. doi: 10.1370/afm.245

Bower, G. (1983). Affect and cognition. *Philosophical Transactions Of The Royal Society Of London. B, Biological Sciences*, 302(1110), 387-402. <https://doi.org/10.1098/rstb.1983.0062>

Brown, G., Andrews, B., Harris, T., Adler, Z., & Bridge, L. (1986). Social support, self-esteem and depression. *Psychological Medicine*, 16(4), 813-831. doi: 10.1017/s0033291700011831

Brown, S., Hudson, D., Campbell-Grossman, C., Kupzyk, K., Yates, B., & Hanna, K. (2016). Social Support, Parenting Competence, and Parenting Satisfaction Among Adolescent, African American, Mothers. *Western Journal Of Nursing Research*, 40(4), 502-519. doi: 10.1177/0193945916682724

Brown, S., Hudson, D., Campbell-Grossman, C., Kupzyk, K., Yates, B., & Hanna, K. (2016). Social Support, Parenting Competence, and Parenting Satisfaction Among Adolescent, African American, Mothers. *Western Journal Of Nursing Research*, 40(4), 502-519. doi: 10.1177/0193945916682724 5

Bucholz, E., Strait, K., Dreyer, R., Geda, M., Spatz, E., & Bueno, H. et al. (2014). Effect of Low Perceived Social Support on Health Outcomes in Young Patients With Acute Myocardial Infarction: Results From the Variation in Recovery: Role of Gender on Outcomes of Young AMI Patients (VIRGO) Study. *Journal Of The American Heart Association*, 3(5). doi: 10.1161/jaha.114.001252

Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314. doi: 10.1097/00006842-197609000-00003

Collins, N., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M., & Scrimshaw, S. (1993). Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 65(6), 1243-1258. doi: 10.1037//0022-3514.65.6.1243

Cox, J., Connor, Y., & Kendell, R. (1982). Prospective Study of the Psychiatric Disorders of Childbirth. *British Journal Of Psychiatry*, 140(2), 111-117. doi: 10.1192/bjp.140.2.111

Cox, J., Holden, J. and Sagovsky, R., (1987). Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150(6), pp.782-786.

Cutrona, C. (1984). Social support and stress in the transition to parenthood. *Journal Of Abnormal Psychology*, 93(4), 378-390. doi: 10.1037/0021-843x.93.4.378

- Cutrona, C., & Troutman, B. (1986). Social Support, Infant Temperament, and Parenting Self-Efficacy: A Mediational Model of Postpartum Depression. *Child Development*, 57(6), 1507. <https://doi.org/10.2307/1130428>
- DiMatteo, R., & Martin, L. (2011). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. doi: 10.1126/science.847460
- Engel, G. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal Of Psychiatry*, 137(5), 535-544. doi: 10.1176/ajp.137.5.535
- Ensel, W., & Lin, N. (1991). The Life Stress Paradigm and Psychological Distress. *Journal Of Health And Social Behavior*, 32(4), 321. doi: 10.2307/2137101
- Eom, C., Shin, D., Kim, S., Yang, H., Jo, H., & Kweon, S. et al. (2012). Impact of perceived social support on the mental health and health-related quality of life in cancer patients: results from a nationwide, multicenter survey in South Korea. *Psycho-Oncology*, 22(6), 1283-1290. doi: 10.1002/pon.3133
- Fan, Q., Long, Q., De Silva, V., Gunarathna, N., Jayathilaka, U., & Dabrera, T. et al. (2020). Prevalence and risk factors for postpartum depression in Sri Lanka: A population-based study. *Asian Journal Of Psychiatry*, 47, 101855. doi: 10.1016/j.ajp.2019.101855
- Fiore, J., Becker, J., & Coppel, D. (1983). Social network interactions: A buffer or a stress. *American Journal Of Community Psychology*, 11(4), 423-439. doi: 10.1007/bf00894057
- Fowers, B. J., & Olson, D. H. (1993). ENRICH Marital Satisfaction Scale: A brief research and clinical tool. *Journal of Family Psychology*, 7(2), 176–185. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.7.2.176>
- Fowers, B., & Olson, D. (1989). Enrich marital inventory: a discriminant validity and cross-validation assessment. *Journal Of Marital And Family Therapy*, 15(1), 65-79. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1989.tb00777.x>
- Frank, S., Hole, C., Jacobson, S., Justkowski, R., & Huyck, M. (1986). Psychological predictors of parents' sense of confidence and control and self- versus child-focused gratifications. *Developmental Psychology*, 22(3), 348-355. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.22.3.348>
- Gao, J., Wang, J., Zheng, P., Haardörfer, R., Kegler, M., Zhu, Y., & Fu, H. (2013). Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. *BMC Family Practice*, 14(1). doi: 10.1186/1471-2296-14-66

- Gariépy, G., Honkaniemi, H., & Quesnel-Vallée, A. (2016). Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *British Journal Of Psychiatry*, 209(4), 284-293. doi: 10.1192/bjp.bp.115.169094
- Gavin, N., Gaynes, B., Lohr, K., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal Depression. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5, Part 1), 1071-1083. doi: 10.1097/01.aog.0000183597.31630.db
- Gross, D., Conrad, B., Fogg, L., & Wothke, W. (1994). A longitudinal model of maternal self-efficacy, depression, and difficult temperament during toddlerhood. *Research In Nursing & Health*, 17(3), 207-215. <https://doi.org/10.1002/nur.4770170308>
- Halbreich, U., & Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal Of Affective Disorders*, 91(2-3), 97-111. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.12.051>
- Haslam, D., Pakenham, K., & Smith, A. (2006). Social support and postpartum depressive symptomatology: The mediating role of maternal self-efficacy. *Infant Mental Health Journal*, 27(3), 276-291. <https://doi.org/10.1002/imhj.20092>
- Hendrick, C., & Hendrick, S. (2012). *Στενές Σχέσεις*. Αθήνα : Εκδοσεις Gutenberg.
- Hirsch, B., & Hirsch, B. (1980). Natural support systems and coping with major life changes. *American Journal Of Community Psychology*, 8(2), 159-172. doi: 10.1007/bf00912658
- Holmes, T., & Rahe, R. (1967) The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218
- Howard, L., Leese, M., & Thornicroft, G. (2000). Social networks and functional status in patients with psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(5), 376-385. doi: 10.1034/j.1600-0447.2000.102005376.x
- Jacobson, D. (1986). Types and Timing of Social Support. *Journal Of Health And Social Behavior*, 27(3), 250. doi: 10.2307/2136745
- Johnson, L., Lundstrom, O., Aberg-Wistedt, A., & Mathe, A. (2003). Social support in bipolar disorder: its relevance to remission and relapse. *Bipolar Disorders*, 5(2), 129-137. doi: 10.1034/j.1399-5618.2003.00021.x
- Kafetsios, K., (2006). Social Support and Well-Being in Contemporary Greek Society: Examination of Multiple Indicators at Different Levels of Analysis. *Social Indicators Research*, 76(1), pp.127-145.

- Kenkel, M. (1986). Stress-coping-support in rural communities: A model for primary prevention. *American Journal Of Community Psychology*, 14(5), 457-478. doi: 10.1007/bf00935353
- Kroenke, C., Kubzansky, L., Schernhammer, E., Holmes, M., & Kawachi, I. (2006). Social Networks, Social Support, and Survival After Breast Cancer Diagnosis. *Journal Of Clinical Oncology*, 24(7), 1105-1111. doi: 10.1200/jco.2005.04.2846
- Krokavcova, M., van Dijk, J., Nagyova, I., Rosenberger, J., Gavelova, M., & Middel, B. et al. (2008). Social support as a predictor of perceived health status in patients with multiple sclerosis. *Patient Education And Counseling*, 73(1), 159-165. doi: 10.1016/j.pec.2008.03.019
- Kumar, R., & Robson, K. (1984). A Prospective Study of Emotional Disorders in Childbearing Women. *British Journal Of Psychiatry*, 144(1), 35-47. doi: 10.1192/bjp.144.1.35
- Lane, A., Keville, R., Morris, M., Kinsella, A., Turner, M., & Barry, S. (1997). Postnatal depression and elation among mothers and their partners: Prevalence and predictors. *British Journal Of Psychiatry*, 171(6), 550-555. <https://doi.org/10.1192/bjp.171.6.550>
- Leonardou, A., Zervas, Y., Papageorgiou, C., Marks, M., Tsartsara, E., Antsaklis, A., Christodoulou, G. and Soldatos, C., (2009). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and prevalence of postnatal depression at two months postpartum in a sample of Greek mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(1), pp.28-39.
- Lewis, B., Billing, L., Schuver, K., Gjerdingen, D., Avery, M., & Marcus, B. (2017). The relationship between employment status and depression symptomatology among women at risk for postpartum depression. *Women's Health*, 13(1), 3-9. <https://doi.org/10.1177/1745505717708475>
- Li, Y., Long, Z., Cao, D., & Cao, F. (2017). Social support and depression across the perinatal period: A longitudinal study. *Journal Of Clinical Nursing*, 26(17-18), 2776-2783. doi: 10.1111/jocn.13817
- Lin, N., Ensel, W., Simeone, R., & Kuo, W. (1979). Social Support, Stressful Life Events, and Illness: A Model and an Empirical Test. *Journal Of Health And Social Behavior*, 20(2), 108. doi: 10.2307/2136433
- Lips, H. M., & Bloom, K. (1993). Psychometric evaluation of a new scale to measure maternal self-confidence. Unpublished manuscript
- Logsdon, M., Wisner, K., & Hanusa, B. (2009). Does Maternal Role Functioning Improve with Antidepressant Treatment in Women with Postpartum Depression?. *Journal Of Women's Health*, 18(1), 85-90. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0635>

- Lorant, V. (2003). Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. *American Journal Of Epidemiology*, 157(2), 98-112. <https://doi.org/10.1093/aje/kwf182>
- Ludermir, A., Lewis, G., Valongueiro, S., de Araújo, T., & Araya, R. (2010). Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *The Lancet*, 376(9744), 903-910. doi: 10.1016/s0140-6736(10)60887-2
- Maehara, K., Mori, E., Tsuchiya, M., Iwata, H., Sakajo, A., & Tamakoshi, K. (2016). Factors affecting maternal confidence and satisfaction in older Japanese primiparae during postpartum hospital stay. *International Journal Of Nursing Practice*, 22, 14-21. <https://doi.org/10.1111/ijn.12435>
- Małus, A., Szyluk, J., Galińska-Skok, B., & Konarzewska, B. (2016). Incidence of postpartum depression and couple relationship quality. *Psychiatria Polska*, 50(6), 1135-1146. doi: 10.12740/pp/61569
- Matsumura, K., Hamazaki, K., Tsuchida, A., Kasamatsu, H., & Inadera, H. (2019). Education level and risk of postpartum depression: results from the Japan Environment and Children's Study (JECS). *BMC Psychiatry*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2401-3>
- Maunsell, E., Brisson, J., & Deschênes, L. (1995). Social support and survival among women with breast cancer. *Cancer*, 76(4), 631-637. doi: 10.1002/1097-0142(19950815)76:4<631::aid-cncr2820760414>3.0.co;2-9
- Misri, S., Kostaras, X., Fox, D., & Kostaras, D. (2000). The Impact of Partner Support in the Treatment of Postpartum Depression. *The Canadian Journal Of Psychiatry*, 45(6), 554-558. <https://doi.org/10.1177/070674370004500607>
- Miyake, Y., Tanaka, K., Sasaki, S., & Hirota, Y. (2011). Employment, income, and education and risk of postpartum depression: The Osaka Maternal and Child Health Study. *Journal Of Affective Disorders*, 130(1-2), 133-137. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.10.024>
- Molarius, A., & Granström, F. (2018). Educational differences in psychological distress? Results from a population-based sample of men and women in Sweden in 2012. *BMJ Open*, 8(4), e021007. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021007>
- Norman, R., Malla, A., Manchanda, R., Harricharan, R., Takhar, J., & Northcott, S. (2005). Social support and three-year symptom and admission outcomes for first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 80(2-3), 227-234. doi: 10.1016/j.schres.2005.05.006
- O'hara, M., & Swain, A. (1996). Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International Review Of Psychiatry*, 8(1), 37-54. doi: 10.3109/09540269609037816

- Ohara, M., Okada, T., Aleksic, B., Morikawa, M., Kubota, C., & Nakamura, Y. et al. (2017). Social support helps protect against perinatal bonding failure and depression among mothers: a prospective cohort study. *Scientific Reports*, 7(1). doi: 10.1038/s41598-017-08768-3
- Özcan, N., Boyacıoğlu, N., & Dinç, H. (2017). Postpartum Depression Prevalence and Risk Factors in Turkey: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives Of Psychiatric Nursing*, 31(4), 420-428. doi: 10.1016/j.apnu.2017.04.006
- Peirce, R., Frone, M., Russell, M., Cooper, M., & Mudar, P. (2000). A longitudinal model of social contact, social support, depression, and alcohol use. *Health Psychology*, 19(1), 28-38. doi: 10.1037/0278-6133.19.1.28
- Procidano, M., & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal Of Community Psychology*, 11(1), 1-24. doi: 10.1007/bf00898416
- Reck, C., Noe, D., Gerstenlauer, J., & Stehle, E. (2012). Effects of postpartum anxiety disorders and depression on maternal self-confidence. *Infant Behavior And Development*, 35(2), 264-272. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2011.12.005>
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26(4), 289-295. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006
- Rook, K. (1984). The negative side of social interaction: Impact on psychological well-being. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 46(5), 1097-1108. doi: 10.1037/0022-3514.46.5.1097
- Ross, L. E., & McLean, L. M. (2006). Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period: A Systematic Review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67(8), 1285-1298.
- Sarason, I., Sarason, B., Shearin, E. and Pierce, G., 1987. A Brief Measure of Social Support: Practical and Theoretical Implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4(4), pp.497-510
- Schiøtz, M., Bøgelund, M., Almdal, T., Jensen, B., & Willaing, I. (2012). Social support and self-management behaviour among patients with Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 29(5), 654-661. doi: 10.1111/j.1464-5491.2011.03485.x
- Segre, L., O'Hara, M., Arndt, S., & Stuart, S. (2007). The prevalence of postpartum depression. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 42(4), 316-321. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0168-1>
- Shumaker, S., & Brownell, A. (1984). Toward a Theory of Social Support: Closing Conceptual Gaps. *Journal Of Social Issues*, 40(4), 11-36. doi: 10.1111/j.1540-4560.1984.tb01105.x

Stewart, D., & Vigod, S. (2016). Postpartum Depression. *New England Journal Of Medicine*, 375(22), 2177-2186. doi: 10.1056/nejmcp1607649

Strom, J., & Egede, L. (2012). The Impact of Social Support on Outcomes in Adult Patients with Type 2 Diabetes: A Systematic Review. *Current Diabetes Reports*, 12(6), 769-781. doi: 10.1007/s11892-012-0317-0

Tani, F., & Castagna, V. (2016). Maternal social support, quality of birth experience, and post-partum depression in primiparous women. *The Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 30(6), 689-692. doi: 10.1080/14767058.2016.1182980

Teti, D., & Gelfand, D. (1991). Behavioral Competence among Mothers of Infants in the First Year: The Mediational Role of Maternal Self-Efficacy. *Child Development*, 62(5), 918. <https://doi.org/10.2307/1131143>

Vance, A., & Brandon, D. (2017). Delineating Among Parenting Confidence, Parenting Self-Efficacy, and Competence. *Advances In Nursing Science*, 40(4), E18-E37. <https://doi.org/10.1097/ans.0000000000000179>

Watson, J., Elliott, S., Rugg, A., & Brough, D. (1984). Psychiatric Disorder in Pregnancy and the First Postnatal Year. *British Journal Of Psychiatry*, 144(5), 453-462. doi: 10.1192/bjp.144.5.453

Weiss, R. S. (1974). The provisions of social relationships In Z Rubin (Ed), *Doing unto others* (pp 17-26) Englewood Cliffs, NJ Prentice-Hal

Zahr, L. (1992). The Relationship Between Maternal Confidence and Mother-Infant Behaviors in Premature Infants. *Dimensions Of Critical Care Nursing*, 11(2), 119. doi: 10.1097/00003465-199203000-00018

Zietlow, A., Schlüter, M., Nonnenmacher, N., Müller, M., & Reck, C. (2014). Maternal Self-confidence Postpartum and at Pre-school Age: The Role of Depression, Anxiety Disorders, Maternal Attachment Insecurity. *Maternal And Child Health Journal*, 18(8), 1873-1880. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1431-1>

Γουρουντή, Κ. (2011). Διερεύνηση της επίδρασης των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στο στρες της υπογονιμότητας και στην έκβαση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής καθώς και της επίδρασης του τρόπου σύλληψης στα επίπεδα στρες στη κύηση-προτάσεις υποστηρικτικής φροντίδας (Διδακτορική διατριβή). Πάντειο Πανεπιστήμιο

Λεονάρδου, Α. (2008). Έλεγχος εγκυρότητας (validation) του ερωτηματολογίου EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) για τον έγκαιρο εντοπισμό (screening) της λοχειακής κατάθλιψης. (Διδακτορική Διατριβή) doi: 10.12681/eadd/24060

(ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ)

ENRICH COUPLES SCALE

Σε κάθε μια από τις ερωτήσεις σημειώστε κατά πόσο συμφωνείτε/διαφωνείτε χρησιμοποιώντας την ακόλουθη κλίμακα:

1	2	3	4	5
Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ ως ένα βαθμό	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ ως ένα βαθμό	Συμφωνώ απόλυτα

_____ 15. Είμαι ικανοποιημένος/η από τον τρόπο που παίρνουμε αποφάσεις και επιλύουμε τις διαφωνίες μας με τον/την σύντροφό μου.

_____ 16. Δεν είμαι ικανοποιημένος/η από την επικοινωνία και την κατανόηση που υπάρχει στο γάμο μου.

_____ 17. Είμαι ικανοποιημένος/η που στον γάμο μου έχω καταφέρει να μοιράζω τις ευθύνες του σπιτιού.

_____ 18. Δεν είμαι ικανοποιημένος/η από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τα χόμπι/τις συνήθειες του/της συντρόφου μου.

_____ 19. Εύχομαι ο/η σύντροφός μου κι εγώ να μοιραζόμασταν περισσότερες δραστηριότητες που και οι δύο βρίσκουμε ευχάριστες.

_____ 20. Δεν είμαι ικανοποιημένος/η από την οικονομική μας κατάσταση και από τον τρόπο που διαχειριζόμαστε τα οικονομικά μας.

_____ 21. Δεν είμαι ικανοποιημένος/η από τις σχέσεις που έχω με τους γονείς ή /και τους φίλους του/της συντρόφου μου.

_____ 22. Νιώθω πολύ καλά από τον τρόπο που εκφράζουμε την πίστη μας στο Θεό.

_____ 23. Η σεξουαλική σχέση που έχω με τον/την σύντροφό μου με ικανοποιεί και με γεμίζει.

_____ 24. Είμαι ικανοποιημένος/η από τον τρόπο που μοιραζόμαστε τις ευθύνες για την ανατροφή των παιδιών μας.

_____ 25. Είναι πολύ εύκολο για μένα να εκφράζω στον/στην σύντροφό μου τα πραγματικά μου συναισθήματα.

1	2	3	4	5
Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ ως ένα βαθμό	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ ως ένα βαθμό	Συμφωνώ απόλυτα

____ 26. Όταν αντιμετωπίζουμε κάποιο πρόβλημα, ο/η σύντροφός μου συνήθως δεν θέλει να το συζητά μαζί μου.

____ 27. Ο/η σύντροφός μου κάποιες φορές κάνει σχόλια που με στεναχωρούν.

____ 28. Εύχομαι ο/η σύντροφός μου να ήταν περισσότερο πρόθυμος/η να μοιραστεί τα συναισθήματα του/της μαζί μου.

____ 29. Πολλές φορές αποφεύγω/φοβάμαι να ζητήσω στον/στην σύντροφό μου αυτά που επιθυμώ.

____ 30. Πολλές φορές δυσκολεύομαι να πιστέψω όλα όσα μου λέει ο/η σύντροφός μου.

____ 31. Ο/η σύντροφός μου είναι πάντα ένας/μία καλός/η ακροατής/τρια.

____ 32. Ο/η σύντροφός μου συχνά δεν καταλαβαίνει πώς αισθάνομαι.

____ 33. Είμαι πολύ ικανοποιημένος/η από τον τρόπο που εγώ και ο/η σύντροφός μου μιλάμε μεταξύ μας.

____ 34. Αποφεύγω να εκφράζω στον/στην σύντροφό μου τα αρνητικά συναισθήματα που έχω για εκείνον/η, διότι αυτό θα τον/την έκανε να νευριάσει.

LIPS MATERNAL SELF-CONFIDENCE SCALE (Lips & Bloom, 1987)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακαλώ απαντήστε σε κάθε ερώτηση κυκλώνοντας την απάντηση που ταιριάζει περισσότερο σε αυτό που νιώθετε.

1. Είμαι καλή μητέρα.

Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
--------------------	---------	---------------------	---------------------	---------	--------------------

2. Νιώθω νευρική και αβέβαιη με τον εαυτό μου όταν ασχολούμαι με το παιδί μου.

Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
--------------------	---------	---------------------	---------------------	---------	--------------------

3. Δεν νομίζω πως έχω αρκετή υπομονή όταν ασχολούμαι με το μωρό μου.

Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
--------------------	---------	---------------------	---------------------	---------	--------------------

4. Το να παρέχω μητρική φροντίδα μου είναι εύκολο.

Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
--------------------	---------	---------------------	---------------------	---------	--------------------

5. Νιώθω πανικόβλητη όταν το παιδί μου αρχίζει να κλαίει.

Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
--------------------	---------	---------------------	---------------------	---------	--------------------

6. Δεν είμαι σίγουρη αν μπορώ να είμαι η μητέρα που θεωρώ ότι θα έπρεπε να είμαι.

Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
--------------------	---------	---------------------	---------------------	---------	--------------------

7. Δεν κάνω πολύ καλή δουλειά σαν μητέρα.

Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
--------------------	---------	---------------------	---------------------	---------	--------------------

8. Είμαι σίγουρη ότι μπορώ να μάθω τις ικανότητες που χρειάζονται για να κάνω καλή δουλειά στην ανατροφή του παιδιού μου.

Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
--------------------	---------	---------------------	---------------------	---------	--------------------

9. Είμαι αδέξια και ατσούμπαλη όταν φροντίζω το μωρό μου.

Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
--------------------	---------	---------------------	---------------------	---------	--------------------

10. Είμαι ο τύπος του ανθρώπου που μπορεί να είναι καλή μητέρα.

Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
--------------------	---------	---------------------	---------------------	---------	--------------------

11. Άλλοι άνθρωποι πιστεύουν ότι είμαι καλή μητέρα.

Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
--------------------	---------	---------------------	---------------------	---------	--------------------

12. Γενικότερα, νιώθω σίγουρη και με αυτοπεποίθηση όσον αφορά το να είμαι μητέρα.

Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
--------------------	---------	---------------------	---------------------	---------	--------------------

13. Κάποιες φορές η ευθύνη του να είμαι γονέας φαντάζει περισσότερη από όσο μπορώ να ανταπεξέλθω.

Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
--------------------	---------	---------------------	---------------------	---------	--------------------

14. Ανησυχώ αρκετά για το αν κάνω το καλύτερο για το παιδί μου.

Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
--------------------	---------	---------------------	---------------------	---------	--------------------

15. Είμαι περήφανη για τον τρόπο που μπορώ να ηρεμήσω το παιδί μου όταν είναι αναστατωμένο.

Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
--------------------	---------	---------------------	---------------------	---------	--------------------

16. Ξέρω ότι θα είμαι ικανή να μάθω στο παιδί μου πολλά.

Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
--------------------	---------	---------------------	---------------------	---------	--------------------

17. Συνήθως μπορώ να καταλάβω τι θέλει το παιδί μου όταν είναι αναστατωμένο.

Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
--------------------	---------	---------------------	---------------------	---------	--------------------

18. Το να είμαι μητέρα μου αποσπά περισσότερη ενέργεια από αυτή που διαθέτω μερικές φορές.

Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
--------------------	---------	---------------------	---------------------	---------	--------------------

19. Νιώθω δυνατή και προστατευτική όταν είμαι με το παιδί μου.

Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
--------------------	---------	---------------------	---------------------	---------	--------------------

20. Από όταν έγινα μητέρα, νιώθω λες και είμαι άρρωστη τον περισσότερο καιρό.

Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
--------------------	---------	---------------------	---------------------	---------	--------------------

21. Πολλές από τις φίλες μου είναι καλύτερες μητέρες από έμένα.

Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
--------------------	---------	---------------------	---------------------	---------	--------------------

22. Χρειάζομαι πολλές συμβουλές για την φροντίδα του παιδιού μου.

Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
--------------------	---------	---------------------	---------------------	---------	--------------------

23. Η μητρότητα είναι δυσκολότερη από όσο περίμενα.

Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
--------------------	---------	---------------------	---------------------	---------	--------------------

24. Είμαι ήρεμη και χαλαρή όταν είμαι με το παιδί μου.

Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ Ελάχιστα	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
--------------------	---------	---------------------	---------------------	---------	--------------------

25. Η αυτοπεποίθησή σας σχετικά με τον μητρικό ρόλο έχει αλλάξει από τότε που γεννήθηκε το νεότερο παιδί σας;

- Ναι, έχει αυξηθεί
- Όχι, έχει παραμείνει υψηλή
- Όχι, έχει παραμείνει χαμηλή
- Ναι, έχει μειωθεί

26. Τι είδους εμπειρίες έχουν επηρεάσει την αυτοπεποίθησή σας σχετικά με τον μητρικό ρόλο;

ΣΤ. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ - ΣΥΝΤΟΜΗ ΜΟΡΦΗ (ΕΚΣ)

(Προσαρμογή: Καφέτσιος, 2000)

[SHORT FORM SOCIAL SUPPORT QUESTIONNAIRE (SSQ-6)]

Το επόμενο μέρος της έρευνας αποτελείται από 6 ερωτήματα που αναφέρονται σε άτομα του περιβάλλοντός σας που **σας βοηθούν και σας υποστηρίζουν στις δύσκολες στιγμές.**

Για κάθε ερώτημα:

α) στο πρώτο μέρος να αναφέρετε με τα αρχικά τους (π.χ. ΑΤ, ΒΜ) **όλα εκείνα τα άτομα** που μπορείτε να υπολογίζετε στην βοήθειά τους ότι μπορούν να σας υποστηρίξουν έτσι όπως περιγράφεται στην ερώτηση. Δίπλα σε κάθε αριθμό να γράψετε τα αρχικά ενός μόνο ατόμου.

β) στο δεύτερο μέρος κάθε απάντησης να γράψτε το πόσο ικανοποιημένοι είστε από τον βαθμό στον οποίο σας βοηθούν όλα τα άτομα αυτά, **χρησιμοποιώντας την παρακάτω κλίμακα.**

Ικανοποίηση:

6	5	4	3	2	1
6-πολύ ικανοπ	5-σχετικά ικανοπ.	4-λίγο ικανοπ.	3-λίγο ανικανοπ.	2-σχετικά ανικανοπ.	1-πολύ ανικανοπ.

Αν δεν υπάρχει κάποιο άτομο για κάποια από τις παρακάτω καταστάσεις, βάλτε 'χ' στο 'κανένας'. Το παρακάτω παράδειγμα θα σας βοηθήσει.

Όλες οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές και δεν έχει κανένας πρόσβαση εκτός από τον κύριο ερευνητή.

Παράδειγμα

A. Ποιοι είναι εκείνοι που μπορείτε να τους εμπιστευτείτε πληροφορίες που μπορεί να σας έφερναν σε δύσκολη θέση αν μαθεύονταν;

Κανένας __ 1 **ΑΡ** 2 **ΒΜ** 3 **ΓΚ** 4 __ 5 __ 6 __ 7 __ 8 __ 9 __

B. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την υποστήριξη τους:

6-πολύ ικανοπ **5-σχετικά
ικανοπ.** 4-λίγο ικανοπ. 3-λίγο
ανικανοπ. 2-σχετικά
ανικανοπ. 1-πολύ
ανικανοπ.

1. Ποιοι είναι εκείνοι που μπορείτε να εμπιστευτείτε πραγματικά ότι θα αποσπάσουν την προσοχή σας από προβλήματα που σας ανησυχούν και σας στρεσάρουν;

Κανένας ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___

Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την υποστήριξη τους:

6-πολύ ικανοπ	5-σχετικά ικανοπ.	4-λίγο ικανοπ.	3-λίγο ανικανοπ.	2-σχετικά ανικανοπ.	1-πολύ ανικανοπ.
---------------	----------------------	----------------	---------------------	------------------------	---------------------

2. Ποιοι είναι εκείνοι που μπορείτε να βασιστείτε ότι θα σας κάνουν να αισθανθείτε πιο χαλαρά όταν βρίσκεστε κάτω από πίεση;

Κανένας ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___

Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την υποστήριξη τους:

6-πολύ ικανοπ	5-σχετικά ικανοπ.	4-λίγο ικανοπ.	3-λίγο ανικανοπ.	2-σχετικά ανικανοπ.	1-πολύ ανικανοπ.
---------------	----------------------	----------------	---------------------	------------------------	---------------------

3. Ποιοι μπορούν να σας αποδεχτούν ολοκληρωτικά, και στις καλές και στις κακές σας στιγμές;

Κανένας ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___

Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από αυτό:

6-πολύ ικανοπ	5-σχετικά ικανοπ.	4-λίγο ικανοπ.	3-λίγο ανικανοπ.	2-σχετικά ανικανοπ.	1-πολύ ανικανοπ.
---------------	----------------------	----------------	---------------------	------------------------	---------------------

4. Ποιοι είναι εκείνοι που μπορείτε να βασιστείτε ότι θα σας φροντίσουν, άσχετα από το τι μπορεί να σας συμβαίνει;

Κανένας ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___

Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την στήριξη τους:

6-πολύ ικανοπ	5-σχετικά ικανοπ.	4-λίγο ικανοπ.	3-λίγο ανικανοπ.	2-σχετικά ανικανοπ.	1-πολύ ανικανοπ.
---------------	----------------------	----------------	---------------------	------------------------	---------------------

5. Ποιοι είναι εκείνοι που μπορείτε να βασιστείτε ότι θα σας κάνουν να νοιώσετε καλύτερα όταν αισθάνεστε πολύ άσχημα;

Κανένας ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___

Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την στήριξη τους:

6-πολύ ικανοπ	5-σχετικά ικανοπ.	4-λίγο ικανοπ.	3-λίγο ανικανοπ.	2-σχετικά ανικανοπ.	1-πολύ ανικανοπ.
---------------	----------------------	----------------	---------------------	------------------------	---------------------

6. Ποιοι είναι εκείνοι που μπορείτε να βασιστείτε ότι θα σας παρηγορήσουν όταν αισθάνεστε πολύ πεσμένος/η;

Κανένας ___ 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___ 6 ___ 7 ___ 8 ___ 9 ___

Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την στήριξη τους:

6-πολύ ικανοπ	5-σχετικά ικανοπ.	4-λίγο ικανοπ.	3-λίγο ανικανοπ.	2-σχετικά ανικανοπ.	1-πολύ ανικανοπ.
---------------	----------------------	----------------	---------------------	------------------------	---------------------

EPDS

Οδηγίες

Σας παρακαλούμε να σημειώσετε με ✓ την απάντηση που ταιριάζει περισσότερο στο πώς νιώσατε ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΠΟΥ ΠΕΡΑΣΕ, όχι μόνο στο πώς νιώθατε αυτή τη στιγμή.

Εδώ σας δίνουμε ένα παράδειγμα:

Ένωθα χαρούμενη:	
Ναι, συνεχώς	
Ναι, τον περισσότερο καιρό	✓
Όχι πολύ συχνά	
Όχι, καθόλου	

Αυτό σημαίνει: Ένωθα χαρούμενη τον περισσότερο καιρό, κατά τη διάρκεια της εβδομάδας που πέρασε.

Παρακαλούμε συμπληρώστε τις υπόλοιπες ερωτήσεις με τον ίδιο τρόπο.

ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΤΕΛΕΥΤΙΑΣ ΕΒΔΟΜΑΔΑΣ:

1. Μπορούσα να γελάω και να βλέπω την αστεία πλευρά των πραγμάτων

0. Τόσο, όσο μπορούσα πάντα	
1. Όχι πάρα πολύ πια	
2. Σίγουρα όχι και τόσο πια	
3. Καθόλου	

2. Προσδοκώσα διάφορα πράγματα με ευχαρίστηση

0. Τόσο, όσο μου συνέβαινε πάντα	
1. Κάπως λιγότερο από προηγουμένως	
2. Σίγουρα λιγότερο από προηγουμένως	
3. Σχεδόν καθόλου	

3. Κατηγορούσα χωρίς λόγο τον εαυτό μου για ό,τι πήγαινε στραβά

3. Ναι, τον περισσότερο καιρό	
2. Ναι, αρκετά συχνά	
1. Όχι πολύ συχνά	
0. Όχι, καθόλου	

4. Ήμουν αγχωμένη ή ανήσυχη χωρίς συγκεκριμένο λόγο

0. Όχι, καθόλου	
1. Σπάνια	

2. Ναι, μερικές φορές	
3. Ναι, πολύ συχνά	

5. Ένωθα φόβο ή πανικό χωρίς σπουδαίο λόγο

3. Ναι, πολύ συχνά	
2. Ναι, μερικές φορές	
1. Όχι πολύ	
0. Όχι, καθόλου	

6. Δεν μπορούσα να ανταποκριθώ στις υποχρεώσεις μου

3. Ναι, τον περισσότερο καιρό δεν μπορούσα καθόλου να ανταπεξέλθω	
2. Ναι, μερικές φορές δεν τα κατάφερα τόσο καλά όσο παλιά	
1. Όχι, τον περισσότερο καιρό τα κατάφερα αρκετά καλά	
0. Όχι, τα κατάφερα τόσο καλά όπως πάντα	

7. Ήμουν τόσο κακόκεφη που είχα δυσκολία στον ύπνο

3. Ναι, τον περισσότερο καιρό	
2. Ναι, μερικές φορές	
1. Όχι πολύ συχνά	
0. Όχι, καθόλου	

8. Ένωθα θλιμμένη ή δυστυχισμένη

3. Ναι, τον περισσότερο καιρό	
2. Ναι, αρκετά συχνά	
1. Όχι πολύ συχνά	
0. Όχι, καθόλου	

9. Ήμουν τόσο κακόκεφη που έκλαιγα

3. Ναι, τον περισσότερο καιρό	
2. Ναι, αρκετά συχνά	
1. Μόνο μερικές φορές	
0. Όχι, καθόλου	

10. Μου πέρασε η σκέψη να κάνω κακό στον εαυτό μου

3. Ναι, αρκετά συχνά	
2. Μερικές φορές	
1. Σχεδόν ποτέ	
0. Ποτέ	