

Ψυχικά Υγιείς Μητέρες - Γερά Θεμέλια Νέας Γενιάς. Αξιολόγηση ψυχοκοινωνικών παραγόντων κινδύνου σε έγκυες γυναίκες και αποτελεσματικές πρόωρες παρεμβάσεις, σε Δημόσια Μαιευτικά τμήματα της Κύπρου

Healthy mothers - Happy children: Prenatal assessment for psychosocial factors in public hospitals of Cyprus Republic

Authors: Χατζηγεωργίου Ελένη¹, Κολιανδρή Γιάννα², Σπυρίδου Άντρια³

1. PhD, Εκπαιδύτρια Μαιευτικής, Συντονίστρια Μεταπτυχιακού προγράμματος Μαιευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

2. PhD(c), Ψυχολόγος, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

3. PhD, Ψυχολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι εξελίξεις στο χώρο της περιγεννητικής έρευνας και ψυχολογίας καταδεικνύουν ότι υπάρχει μια σειρά ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία της εγκύου και του εμβρύου - νεογνού.

Σκοπός: Να διερευνήσει τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης που μπορεί να επηρεάσουν την υγεία της μητέρας και την υγεία και ανάπτυξη του εμβρύου-νεογνού. Παράλληλα, να αξιολογήσει τη χρησιμότητα του ερωτηματολογίου KINDEX.

Μέθοδος: Μικτή μεθοδολογική προσέγγιση. Χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο KINDEX έγινε συνέντευξη σε 301 έγκυες γυναίκες στα πέντε δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. Μετά από την ολοκλήρωση των συνεντεύξεων οι ερευνήτριες έγραψαν ανα- στοχαστικά ημερολόγια, τα οποία αναλύθηκαν με θεματική ανάλυση.

Αποτελέσματα: Το άθροισμα KINDEX ήταν σημαντικά υψηλότερο στις έγκυες γυναίκες που είχαν φόβο των οικονομικών δυσκολιών και στις έγκυες γυναίκες που βίωναν βία από το σύντροφο τους (IPV). Από την ποιοτική ανάλυση, προέκυψαν τρία θέματα: I: Χρήσιμος ο εντοπισμός των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία των εγκύων και των εμβρύων/νεογνών. II: Η προγεννητική φροντίδα στην Κύπρο χρειάζεται βελτίωση. III: Εταιρική σχέση μεταξύ εγκύων γυναικών και επαγγελματιών υγείας.

Συμπέρασμα: Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να έχουν ειδική εκπαίδευση στη ψυχολογία της μητρότητας και την ευκαιρία να χρησιμοποιούν ειδικά αξιόπιστα εργαλεία ελέγχου. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής θα πρέπει να δημιουργήσουν στρατηγικές για την προώθηση της ψυχοκοινωνικής ευημερίας των μητέρων. Το ερωτηματολόγιο KINDEX είναι ένα έγκυρο προγεννητικό εργαλείο.

Λέξεις κλειδιά: Maternal mental health, prenatal, psychosocial risk assessment, midwives, KINDEX, pregnancy

Abstract

Introduction: The developments in the area of perinatal research and psychology indicate that there are a number of psychosocial factors that affect the health of the pregnant woman and the fetus-newborn.

Aim: To explore the psychosocial risk factors that may affect the health of the pregnant women and fetus/newborn and examine the feasibility of the KINDEX Mum- Screen for the early detection of pregnant women at risk.

Methods: Mixed-methods study. Using the KINDEX questionnaire N=301 pregnant women were interviewed in five public hospitals of Cyprus by 14 midwives and student midwives. Upon conclusion of the interviews the midwives wrote reflective diaries, and thematic analysis was conducted.

Results: The quantitative data suggest that the perceived stress and the KINDEX sum score was significantly higher in women with fears of financial difficulties in the future and in women experiencing intimate partner violence (IPV). From the analysis of the qualitative data, three main themes emerged: I: Identification of psychosocial factors that affect the health of pregnant women and embryos/newborns is useful. II: The perinatal care need improvement. III: Partnership between women and health professionals.

Conclusion: Health professionals should have the opportunity to use a screening tools and provide evidence based, cost effective, and human rights oriented mental health and social care services. Policy makers should create strategies for promotion of psychosocial well-being of mothers during pregnancy. KINDEX questionnaire is a valid prenatal screening tool for identification of psychosocial risks.

Keywords: Maternal mental health, prenatal, psychosocial risk assessment, midwives, KINDEX, pregnancy

Εισαγωγή

Η καλή σωματική και ψυχική υγεία μιας εγκύου γυναίκας είναι απαραίτητη για την καλή υγεία και τη φυσιολογική ανάπτυξη του εμβρύου/νεογνού (Lukasse et al., 2011). Η Ψυχική υγεία των μητέρων κατά την περίοδο της λοχείας έχει μελετηθεί πολύ περισσότερο σε σύγκριση με τη ψυχική υγεία των μητέρων στη προγεννητική περίοδο. Η έρευνα των επιπτώσεων των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία της εγκύου και του εμβρύου/νεογνού και συμπεριφορά των νηπίων/παιδιών είναι ελάχιστη (Satyanarayana et al., 2011). Παγκόσμια, η αντιμετώπιση των ψυχικών προβλημάτων υγείας που βιώνουν οι μητέρες αποτελεί σημαντική πρόκληση για τη δημόσια υγεία. Στις πλούσιες χώρες 1 στις 10 μητέρες αναπτύσσει επιλόχεια κατάθλιψη ενώ στις αναπτυσσόμενες χώρες 1 στις 5 μητέρες (Lukasse et al., 2011). Επιπρόσθετα, στα έμβρυα / νεογνά υπάρχει άμεσος κίνδυνος διότι η ανάπτυξη εγκεφάλου αρχίζει τους πρώτους μήνες μετά από τη σύλληψη (Field et al., 2003; Teicher et al., 2002, 2003).

Οι βασικότεροι ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες κινδύνου που έχουν τεκμηριωθεί ότι κατά τη διάρκεια της προγεννητικής περιόδου αυξάνουν τον κίνδυνο ανεπιθύμητων μαιευτικών, νεογνικών και μεταγεννητικών επιπλοκών είναι:

Εφηβική Εγκυμοσύνη, Οι πολύ νεαρές μητέρες, κάτω των 21 ετών, αντιμετωπίζουν περισσότερα οικονομικά προβλήματα και έχουν προβλήματα προσκόλλησης μετά τη γέννα (Ekeus, 2004; Siegel 2014). Εκτιμάται ότι το 11% όλων των γεννήσεων παγκοσμίως είναι από γυναίκες 15 έως 19 ετών (WHO 2018). Η εφηβική εγκυμοσύνη είναι ένας από τους παράγοντες κινδύνου διότι προκαλεί ανεπιθύμητα σωματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα, συμπεριλαμβανομένης και της ψυχικής ασθένειας (Torres 2017).

Οικονομικές δυσκολίες: οι οικονομικές δυσκολίες έχουν άμεσο αντίκτυπο στην υγεία της εγκύου και στην ανάπτυξη του παιδιού (Adams et al., 1994). Η έλλειψη κοινωνικής στήριξης και η χαμηλή κοινωνικοοικονομική τάξη είναι παράγοντες κινδύνου διότι οι έγκυες γυναίκες έχουν αυξημένα επίπεδα άγχους (Fowler et al., 2012; Nagahawatte et al., 2008). Αντίθετα οι έγκυες γυναίκες που έχουν ουσιαστική κοινωνική υποστήριξη έχουν λιγότερα ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα (Glazier et al., 2004). Οι ανύπαντρες μητέρες είναι πιο επιρρεπείς στην ανάπτυξη επιλόχειας κατάθλιψης και άγχους (Elsenbruch et al., 2006).

Μετανάστευση: οι έγκυες γυναίκες μετανάστριες έχουν μικρότερο υποστηρικτικό δίκτυο και αντιμετωπίζουν περισσότερα οικονομικά προβλήματα (Gaebel 2006), και περισσότερα περιγεννητικά προβλήματα Mallin and Gissler (2009). Τα προβλήματα οφείλονται σε ανεπαρκή προγεννητική φροντίδα, εφηβική εγκυμοσύνη, χαμηλότερα επίπεδα γονικής εκπαίδευσης (Gould et al., 2013). Επίσης, οι μετανάστριες λόγω του αντιληπτού κοινωνικού αποκλεισμού και των διακρίσεων βιώνουν περισσότερο άγχος, με δυσμενή αποτελέσματα στον τοκετό (Gibson et al., 2015; Giscombe et al., 2005; Pulhussery 2016).

Έλλειψη κοινωνικής στήριξης και άγχος: μπορεί να προκαλέσει προβλήματα υγείας καθώς έχουν και αντίκτυπο στη ψυχολογία της μητέρας (Bergman et al., 2007). Το Προγεννητικό άγχος και η έλλειψη κοινωνικής στήριξης έχουν μια συνδυασμένη αρνητική επιρροή στη συναισθηματική κατάσταση της εγκύου και σχετίζονται με την ηλικία, την εκπαίδευση, και το εισόδημα της οικογένειας

(Glazier et al., 2004). Το άγχος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σχετίζεται με μεταβολές των επιπέδων κορτιζόλης πλάσματος της μητέρας και του αμνιακού υγρού (Bergman et al., 2012; Painter et al., 2012). Αυτές οι αλλαγές σχετίζονται με προβλήματα στο τοκετό και στη νοητική και συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών (Barbazarova et al., 2013).

Κακοποίηση από σύντροφο/σύζυγο: Intimate Partner violence (IPV)

Η Βία από το σύντροφο (IPV) κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης προκαλεί σωματικά τραύματα στη μητέρα, έχει σοβαρές ψυχολογικές συνέπειες, σχετίζεται με περιγεννητικές επιπλοκές (Chisholm et al., 2017) και προβλήματα με το μητρικό θηλασμό (Rodrigues et al., 2008; Lau and Chan 2007). Η Βία από το σύντροφο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει συσχετιστεί με κατάθλιψη, άγχος και μετατραυματική αγχώδη διαταραχή (PTSD) κατά την περιγεννητική περίοδο (Howard et al., 2013). Επιπλέον, τα παιδιά των οποίων οι μητέρες εκτέθηκαν σε βία από το σύντροφο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι πιθανότερο να υποφέρουν σωματική βία κατά τη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας (Chan et al., 2012).

Τραυματικές εμπειρίες της μητέρας κατά την παιδική ηλικία όπως για παράδειγμα ενδοοικογενειακή βία και σεξουαλική κακοποίηση επηρεάζουν αρνητικά την υγεία της μητέρας και του βρέφους (Mezey 2005). Η παιδική κακοποίηση της μητέρας και η μετατραυματική αγχώδης διαταραχή της μητέρας σχετίζονται με τη μεταγεννητική κατάθλιψη, προβληματικό δεσμό μητέρας νεογνού και βεβαρυσμένη ψυχική υγεία στην εγκυμοσύνη (Mezey et al., 2005; Seng et al., 2003). Η παιδική κακοποίηση της μητέρας σχετίζεται με την κακή συμπεριφορά των παιδιών και αρνητικά γεγονότα στην παιδική τους ηλικία, όπως η σωματική κακοποίηση, διαχωρισμός από τους γονείς (Collishaw et al., 2007). Επίσης η μητέρα μπορεί να κάνει κατάχρηση ουσιών και να θυματοποιεί τα παιδιά της και ο φαύλος κύκλος της βίας να συνεχίζεται (Appleyard et al., 2011). Η παιδική σεξουαλική κακοποίηση της μητέρας σχετίζεται με άγχος και κατάθλιψη στην εφηβεία (Gilson et al., 2008; Roberb et al., 2004), να γίνουν έφηβες μητέρες και να γεννήσουν θνησιγενή νεογνά (Hillis et al., 2004).

Ιατρικοί παράγοντες κινδύνου: επιπλοκές σε προηγούμενη και στη παρούσα εγκυμοσύνη και χρόνιες παθήσεις της εγκύου επηρεάζουν την ομαλή έκβαση του τοκετού και την υγεία της μητέρας, εμβρύου/νεογνού (Lydon et al., 2012).

Ψυχοπαθολογία: ιστορικό ψυχολογικών διαταραχών και ιστορικό λήψης ψυχοτρόπων φαρμάκων. Η ψυχοπαθολογία, ιδιαίτερα η κατάθλιψη, είναι ένας από τους πιο γνωστούς ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου που επηρεάζει την υγεία της εγκύου και του εμβρύου/νεογνού (Davis et al., 2007). Η ψυχοπαθολογία, έχει συσχετιστεί με ιατρικά προβλήματα της μητέρας και επιβαρύνεται με άλλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου, όπως το άγχος και την ενδοοικογενειακή βία (Melville et al., 2010). Οι καταθλιπτικές έγκυες γυναίκες είναι πιθανότερο να έχουν πρόωρο τοκετό (Smith et al., 2011), επιπλοκές στο τοκετό και τα νεογνά τους να γεννηθούν με χαμηλό βάρος γέννησης και να γίνουν εισαγωγής στη μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών (Perry et al., 2011).

Προγεννητική Προσκόλληση: Μητέρες που δεν είχαν δυνατή προγεννητική προσκόλληση δείχνουν να έχουν πιο αδύνατο

συναισθηματικό δεσμό με το νεογνό τους μετά τον τοκετό (Allhusen 2008).

Κατάχρηση ουσιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης: Επηρεάζεται η φυσιολογική ανάπτυξη του εμβρύου και βρίσκεται σε αυξημένο κίνδυνο για σοβαρά προβλήματα υγείας Andres and Day (2000). Η χρήση εθιστικών ουσιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι βασικός παράγοντας κινδύνου και έχει αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία του εμβρύου/νεογνού και της μητέρας. Το κάπνισμα σχετίζεται με πρόωρα και χαμηλού βάρους νεογνά (Leonardi-Bee 2008) και το σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου νηπίων (Keegan et al., 2010). Η μητρική κατανάλωση οινοπνεύματος, έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ανάπτυξη του εμβρύου, όπως το σύνδρομο του αλκοολισμού (Lydon et al., 2012) και πρόωρο τοκετό (Chiodo et al., 2009).

Η χρήση ναρκωτικών ουσιών κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης σχετίζεται με υπολειπόμενη ενδομήτρια ανάπτυξη και ενδομήτριο θάνατο (Keegan et al., 2010). Η χρήση της κάνναβης από έγκυες γυναίκες σχετίζεται με σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής και μαθησιακά προβλήματα (Iner et al., 2012).

Ερευνητικά δεδομένα στον τομέα της περιγεννητικής ψυχολογίας και της ανάπτυξης του παιδιού τεκμηριώνουν ότι μέσα από διεπιστημονική συνεργασία χρειάζεται να αναπτυχθούν και να χρησιμοποιηθούν κατάλληλα εργαλεία ελέγχου, και παρεμβάσεων για βελτίωση της περιγεννητικής φροντίδας.

Μέθοδος

Μικτή μεθοδολογική προσέγγιση. Τα ποσοτικά δεδομένα έχουν συλλεγεί με τη χρήση του ερωτηματολογίου KINDEX και τα ποιοτικά δεδομένα με τη χρήση αναστοχαστικών ημερολογίων διότι ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι διπλός. Πρώτον, να διερευνήσει τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των εγκύων γυναικών χρησιμοποιώντας το KINDEX ερωτηματολόγιο. Δεύτερον, να εξετάσει τη χρησιμότητα του ερωτηματολογίου KINDEX στην παρεχόμενη περιγεννητική φροντίδα.

Ερωτηματολόγιο MUM KINDEX

Μεταξύ 2010 και 2015, αναπτύχθηκε το MUM KINDEX από το πανεπιστήμιο Konstanz από τις Leuschner και Schauer και χρησιμοποιήθηκε σε μελέτες στην Ισπανία (Spyridou et al., 2014) Ελλάδα (Spyridou et al., 2015) και το Περού (Spyridou et al., 2016). Το KINDEX είναι ένα σύντομο ερωτηματολόγιο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως δομημένη συνέντευξη για τον προσδιορισμό των ψυχοκοινωνικών παραγόντων κινδύνου που επηρεάζουν την υγεία των εγκύων και εμβρύων/νεογνών. Το KINDEX αξιολογεί έντεκα ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνους (Spyridou et al., 2015) .

Διαδικασία Μετάφρασης του ερωτηματολογίου KINDEX

Η διαδικασία μετάφρασης βασίστηκε στις κατευθυντήριες οδηγίες της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO 2018). Μια ομάδα εμπειρογνομόνων από ψυχολόγους και μαιείς εξέτασε το εργαλείο για την εγκυρότητα του περιεχομένου.

Δείγμα

Οι συμμετέχουσες (N = 301) ήταν έγκυες γυναίκες που παρευρέθηκαν στην τακτική προγεννητική εξέτάσή τους στο τμήμα

περιγεννητικής φροντίδας και στα έξι δημόσια νοσοκομεία της Κυπριακής Δημοκρατίας.

Κριτήρια εισόδου

1. Όλες οι συμμετέχουσες ήταν χαμηλού κινδύνου και κυοφορούσαν ένα φυσιολογικό έμβρυο.
2. Όλες οι συμμετέχουσες είχαν καλή κατανόηση της ελληνικής ή αγγλικής γλώσσας.
3. Ήταν διαφορετικών εθνικοτήτων και η ηλικία τους κυμαινόταν από 15 έως 44 ετών.
4. Ήταν πολίτες της Κυπριακής Δημοκρατίας για τους τελευταίους 12 μήνες.

Κριτήρια αποκλεισμού

1. Έγκυες γυναίκες με πολύδυμες κυήσεις.
2. Έγκυες γυναίκες με σοβαρά ιατρικά προβλήματα και δεν ήταν σε θέση να κατανοήσουν το σκοπό της μελέτης.

Ερευνητική ομάδα

Στην ερευνητική ομάδα συμμετείχαν δύο ψυχολόγοι, μια εκπαιδύτρια Μαιευτικής, μαιείς και νοσηλεύτριες/φοιτήτριες του Μεταπτυχιακού προγράμματος Μαιευτικής . Όλοι οι επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στη συλλογή δεδομένων είχαν ειδική εκπαίδευση για τη χρήση του KINDEX σε συνεντεύξεις με έγκυες γυναίκες. Είχαν οδηγίες ότι εάν μια έγκυος γυναίκα ήταν υψηλού κινδύνου, θα γινόταν παραπομπή σε ειδικό ψυχολόγο.

Ηθικά Θέματα

Η μελέτη έχει πάρει έγκριση από την Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου (EB: 0323/2015), την επιτροπή έρευνας του υπουργείου υγείας (ΥΥ: 5.34.01.7.16), από τον επίτροπο προστασίας προσωπικών δεδομένων και τους διευθυντές των νοσοκομείων. Η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα διασφαλίστηκε διότι όλες οι συνεντεύξεις έλαβαν χώρα σε ένα ήσυχο, ιδιωτικό δωμάτιο. Όλες οι γυναίκες που συμφώνησαν να συμμετάσχουν στη μελέτη αφού ενημερωθήκαν και έδωσαν γραπτή συγκατάθεση. Ενημερωμένη συναίνεση του νόμιμου κηδεμόνα παραλήφθηκε για ανηλικές συμμετέχοντες.

Συλλογή δεδομένων

Ποσοτικά δεδομένα. Η συλλογή δεδομένων έγινε χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο KINDEX στην προγεννητική κλινική όπου οι έγκυες πηγαίνουν για προγεννητικό έλεγχο. Σε φυσιολογική εγκυμοσύνη, στην αρχή της εγκυμοσύνης μέχρι τη 32η βδομάδα κάθε μήνα, από τις 32-36 κάθε δυο βδομάδες και 36 και άνω κάθε βδομάδα.

Ποιοτικά δεδομένα. Η συλλογή δεδομένων έγινε με την ανάλυση των αναστοχαστικών ημερολογίων των ερευνητριών. Οι ερευνήτριες που είχαν χρησιμοποιήσει το ερωτηματολόγιο KINDEX είχαν γράψει αναστοχαστικό ημερολόγιο.

Ανάλυση Δεδομένων Στατιστική Ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του SPSS-22. Περιγραφικές στατιστικές πραγματοποιήθηκαν για να διερευνηθεί η συχνότητα των παραγόντων κινδύνου όπως αναφέρθηκαν από τις συμμετέχουσες. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε το Kolmogorov-Smirnov τεστ κανονικής κατανομής (normality test) για το KINDEX και το PSS 4. Τόσο το KINDEX [D (107) = .17; p= .00] όσο και το PSS 4 [D (107) = .07; p=.12] είχαν μη κανονική κατανομή. Λαμβάνοντας την μη-κανονική κατανομή, χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό τεστ Mann-Whitney για την

διερεύνηση των ομαδικών διαφορών μεταξύ γυναικών που παρουσίαζαν παράγοντες κινδύνου και αυτών που δεν παρουσιάζουν.

Ποιοτική ανάλυση

Τα αναστοχαστικά ημερολόγια αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας την ποιοτική Θεματική ανάλυση Brawn and Clark (2006). Η σαφήνεια της διαδικασίας είναι σημαντική και περιγράφεται στα ακόλουθα έξι βήματα. Πρώτον, ο ερευνητής εξοικειώνεται με τα δεδομένα. Δεύτερον, Δημιουργεί τους αρχικούς κώδικες, Τρίτο ψάχνει για θέματα, Τέταρτο, εξετάζει τα θέματα, Πέμπτο τα καθορίζει και Έκτο ονομάζει τα θέματα.

Δυο ερευνητές με γνώσεις ποιοτικής μεθοδολογίας είχαν αναλύσει τα δεδομένα ανεξάρτητα και στη συνέχεια τα ευρήματα συζητήθηκαν μεταξύ τους μέχρι να επιτευχθεί συναίνεση.

Αποτελέσματα

Στη μελέτη συμμετείχαν N=301 έγκυες γυναίκες από 18 χώρες. Από την Κύπρο συμμετείχαν N=225, N=Ρουμανία (n=18), Ελλάδα(=14), Ηνωμένο Βασίλειο(n=9), Ρωσία (n=7), Γεωργία(=7) και Βουλγαρία (n=7). Επίσης συμμετείχαν 2 γυναίκες από Λίβανο, Συρία, Αρμενία, Ολλανδία, Φιλιππίνες, Αυστραλία και Ουκρανία (Figure 1). Η ηλικία των εγκύων γυναικών κυμάνθηκε μεταξύ 15 και 45 ετών.

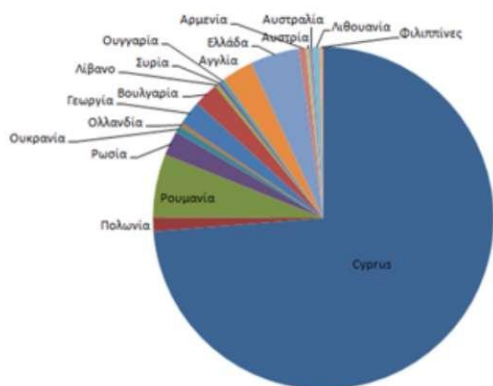


Figure 1. Χώρα καταγωγής μητέρας Ποσοτική ανάλυση δεδομένων

Ο Πίνακας 2 παρουσιάζει τα αποτελέσματα από τη σύγκριση μεταξύ της ομάδας των εγκύων γυναικών που αναφέρουν παράγοντες κινδύνου και των εγκύων γυναικών που δεν ανέφεραν κανέναν, σε σχέση με το συνολικό αποτέλεσμα KINDEX.

Σημαντικές διαφορές παρατηρούνται σε όλες τις κατηγορίες κινδύνου, ενώ παρατηρούνται λιγότερες διαφορές σε σχέση με το αντιλαμβανόμενο επίπεδο άγχους όπως μετρήθηκε από το PSS-4. Σημαντικές διαφορές στο PSS 4 παρατηρήθηκαν σε σχέση με τους παράγοντες χρόνιων ιατρικών επιπλοκών, όπου οι έγκυες γυναίκες που ανέφεραν αυτόν τον παράγοντα κινδύνου είχαν υψηλότερο

μέσο όρο στο PSS-4 (M= 180,31) από τις έγκυες γυναίκες που δεν ανέφεραν ιατρικές επιπλοκές (M= 148,23), (U= 2813, p<.001). Οι έγκυες γυναίκες που ανέφεραν επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη τους παρουσιάζουν επίσης υψηλότερα επίπεδα τρέχοντος στρες (M=161,64) από τις έγκυες γυναίκες που δεν ανέφεραν επιπλοκές σχετικές με την εγκυμοσύνη (U=8904, p<.005). Οι έγκυες γυναίκες που ανέφεραν ότι φοβούνται για την παρουσίαση οικονομικών προβλημάτων παρουσιάζουν επίσης υψηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενου άγχους (M=15,73) από τις έγκυες γυναίκες χωρίς φόβους (M= 143,23), (U=9774, p<.005). Οι έγκυες γυναίκες που καταγγέλλουν σεξουαλική κακοποίηση στην παιδική τους ηλικία έχουν επίσης υψηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενου στρες (M= 180,31) από τις γυναίκες που δεν αναφέρουν καμία τέτοια εμπειρία (M=149,68), (U= 1491, p <.05). Οι γυναίκες που ανέφεραν έντονους καυγάδες με το σύντροφο τους τις τελευταίες 8 εβδομάδες έχουν επίσης υψηλότερο αντιλαμβανόμενο άγχος (M= 165,84) από τις γυναίκες που δεν είχαν καθόλου (M= 147,90), (U= 5702, p<:.01). Οι γυναίκες που αναφέρουν ότι είχαν χρησιμοποιήσει ψυχοτρόπα φάρμακα κάποια στιγμή της ζωής τους, αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενου στρες (M=181,03) από τις έγκυες γυναίκες που δεν χρησιμοποίησαν ποτέ (M= 149,31) (U= 1799, p<.01). Οι έγκυες γυναίκες που είχαν προηγουμένως λάβει ψυχολογική βοήθεια αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενου άγχους (M = 171,63) από τις γυναίκες που δεν είχαν ποτέ (M= 147,84) (U= 4395, p<.005).

Ποιοτική ανάλυση δεδομένων

Οι εμπειρίες των Μαιών από τη χρήση του ερωτηματολογίου KINDEX για εντοπισμό των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία των εγκύων γυναικών και των εμβρύων/ νεογνών συνοψίστηκαν σε 3 βασικά θέματα.

Θέμα I: Χρήσιμος ο εντοπισμός των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία των εγκύων και των εμβρύων/νεογνών.

Οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα οι μαιές έχουν κεντρικό ρόλο στην προγεννητική φροντίδα και θα ήταν χρήσιμο στη βασική και συνεχιζόμενη εκπαίδευση τους να παρακολουθούν ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα για τη ψυχική υγεία των εγκύων γυναικών.

"Οι μαιές πρέπει να γνωρίζουμε πώς να εντοπίζουμε τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την υγεία των γυναικών και των μωρών τους στη προγεννητική περίοδο (με πειθώ). Σε περίπτωση που αντιμετωπίσουμε δύσκολες υποθέσεις, μπορούμε να τις παραπέμψουμε έγκαιρα σε ψυχολόγο ή στο Ψυχίατρο" Ερευνήτρια 6.

Όσον αφορά τη χρήση του KINDEX για προσδιορισμό των παραγόντων, οι ερευνήτριες το χαρακτήρισαν, ως ένα χρήσιμο και εύχρηστο εργαλείο.

Table 2. Group Differences between participants reporting risk factors and those who are not in relation to the KINDEX Mum Screen score.

<Load Factors	Item	N, Mean of Ranks	N, Mean of ranks	Mann-Whitney U	Statistics
Adolescent pregnancy	Age in Years	12 (216.2)	289 (148.2)	951.5	<.005
Migration	Mother	79 (184.4)	222 (139.1))	6129	0
	Father	75 (190.1)0	226 (138.02)	5541	0
Single Parent	Not living with the father	22 (232.2)	279 (144.4)	1127,5	0
Financial Worries	Housing index < 0,5 (Room / Person)	23 (191.8)	278 (147.6)	2257,5	<.005
	Financial Worries	187 (169.2)	114 (121.1)	7256	0
Physical Complaints and Medical risk factors	Pregnancy Complications	98 (189,7)	203 (132.3)	6148,5	0
	Hospitalizations for ruises/injuries/burns	49 (193.0)	252 (142.8)	5115	0
	Medical Risk factors for the pregnancy	14 (221.5)	287 (147.5)	1021,5	<.005
	Chronic Illnesses	26 (208,7)	275 (145.5)	2073,5	0
Prenatal Bonding	Unplanned Pregnancy	157 (154.5)	144 (147.1)	10745	ns
	Joy Mother (0 to 10)	7 (235.6)	294 (149.0)	43801,5	<.005
	Worries Mother (0 to 10)	154 (181.1)	147 (119.4)	6672	0
	Joy Father (0 to 10)	12 (233.4)	289 (147,6)	42649,5	<.001
	Worries Father (0 to 10)	131 (177.2)	170 (130.8)	7702,5	0
Stress	PSS-4 Sum Score	34 (220.9)	267 (142.1)	2163,5	0
Abuse in Childhood	Physical Maltreatment	35 (229.2)	266 (140.7)	1919	0
	Sexual Abuse	13 (270.2)	288 (145.6)	41938,5	0
Intimate Partner Conflict and Violence	Increase in Conflicts (past 8 weeks)	44 (217.5)	257 (139.6)	2727,5	0
	Vociferous Conflicts (past 8 weeks)	52 (224.4)	249 (135.7)	2656	0
	Physical Violent Conflict (past 8 weeks)	5 (274.8)	296 (148.9)	121	<.001
	Ever violent intimate partner relationship	19 (251.4)	282 (144.2)	772	0
Nicotine, Alcohol and Drugs	Smoking (pregnant)	35 (195.7))	266 (145.1)	3090,5	<.001
	Alcohol (pregnant)	12 (221.4)	289 (148.1)	889,0	<.005
	Illegal Drug Consumption	2 (249)	299 (150.3)	103,00	<.05
	Smoking (father)	175 (164.3)	126 (132.5)	8700,5	<.005
	Alcohol (father)	32 (204.7)	269 (144,6)	2584	0
	Drug consumption (father)	37 (247.1)	264 (137,5)	1327	0
Psychiatric History	Ever psychiatric Diagnosis	37 (247.1)	264 (147.5)	1327	0
	Ever Psychotropic medicine	16 (243.2)	285 (145.8)	805,0	0
	Ever inpatient psychiatric treatment	2 (300.5)	299 (150)	106,0	<.05
	Ever sought psychological help	40 (227.6)	261 (139.2)	2156,5	0

Note: Non parametric Mann-Whitney Test, N number, ns: non significant,

"Βρήκα το KINDEX εύκολο στη χρήση του, περιέχει πολλές απλές ερωτήσεις, που εντοπίζουν τους παράγοντες με σωστή και αποτελεσματική μέθοδο..." "Ερευνήτρια 2.

Τρεις ερευνήτριες χαρακτήρισαν το ερωτηματολόγιο KINDEX χρήσιμο αλλά η ερώτηση που διερευνούσε τη βία κατά τη παιδική ηλικία και τη βία από το σύντροφο ένοιωσαν ότι προκαλούσαν αναστάτωση σε μερικές έγκυες γυναίκες και απαντούσαν με δυσκολία. Ακολουθεί χαρακτηριστικό απόσπασμα:

"Έδωσα όλες τις απαραίτητες πληροφορίες στη Μαρία (ψευδώνυμο) και άρχισα ... απαντούσε με ηρεμία τις ερωτήσεις και όταν τη ρώτησα αν κατά τη διάρκεια της παιδικής της ηλικίας είχε εμπειρία σεξουαλικής κακοποίησης, με κοίταξε έντονα, έγινε χλωμή και μου είπε ότι πρέπει να σταματήσει. Αισθάνθηκα πολύ άσχημα..." "Ερευνήτρια 3.

Δύο ερευνήτριες δήλωσαν ότι η αξιολόγηση με τη χρήση του KINDEX θα ήταν χρήσιμο να γίνεται στην πρώτη επίσκεψη για να εντοπίζονται οι έγκυες γυναίκες που χρειάζονται βοήθεια και να γίνονται οι κατάλληλες παρεμβάσεις. Οι ερευνήτριες δήλωσαν ότι ο τόπος και το είδος παροχής προγεννητικής φροντίδας δεν βοηθούν τις έγκυες γυναίκες να εκφράσουν τα θέματα που τους προβληματίζουν.

Θέμα II: Η προγεννητική φροντίδα χρειάζεται βελτίωση

Οι ερευνήτριες αποφάνθηκαν ότι ο τόπος που παρέχεται η προγεννητική φροντίδα και το είδος φροντίδας χρειάζονται άμεση βελτίωση. Συγκεκριμένα, είχαν περιγράψει το χώρο αναμονής των εγκύων γυναικών ως ακατάλληλο. Οι έγκυες γυναίκες περιμένουν σε μια μικρή, ακατάλληλη αίθουσα, τα καθίσματα είναι λιγότερα από τα αναμενόμενα και δεν έχουν θέση για να καθίσουν. Τα γραφεία εξέτασης των γυναικολόγων/μαιευτήρων και των μαιών είναι μικρά παγωμένα, χωρίς μόνωση, χωρίς διακόσμηση, με ακατάλληλα έπιπλα και δεν παρέχουν στις έγκυες την ηρεμία που χρειάζονται. Μια ερευνήτρια είχε περιγράψει με δυσάρεσκια:

"Η συνέντευξη πρώτης επίσκεψης πραγματοποιείται σε μικρό γραφείο με πολύ παλιά έπιπλα και πολλά φυλλάδια, χαρτιά ...είναι αφιλόξενο μέρος". "Ερευνήτρια 4.

Ένα πρόβλημα που αναφέρθηκε σχετικά με το τόπο ήταν ο θόρυβος και ο συνωστισμός που βίωναν οι έγκυες. Ως εκ τούτου, σύμφωνα με τις ερευνήτριες ορισμένες γυναίκες ένοιωθαν ανησυχία/φόβο για την ιδιωτικότητά τους και δίσταζαν να μιλήσουν ή μιλούσαν πολύ σιγά ή τελικά κουράζονταν και δεν μπορούσαν να επικοινωνήσουν. Το μεγαλύτερο εμπόδιο για αποτελεσματική συνέντευξη ήταν ο μεγάλος χρόνος αναμονής και ο περιορισμένος χρόνος που τους αφιέρωναν οι επαγγελματίες υγείας.

"Οι γυναίκες είχαν δηλώσει ότι περιμένουν πάρα πολλή ώρα για το προγεννητικό έλεγχο και τελικά ο γιατρός τους αφιερώνει ελάχιστο χρόνο" ερευνήτρια 5.

Οι ερευνήτριες ευχήθηκαν το Υπουργείο Υγείας να βελτιώσει τα τμήματα προγεννητικής φροντίδας, να δημιουργήσει μεγαλύτερες και φιλόξενες αίθουσες και μεγαλύτερα σωστά επιπλωμένα γραφεία. Επιπρόσθετα, δήλωσαν ότι με τις συνθήκες που

επικρατούν στα δημόσια τμήματα προγεννητικής φροντίδας οι επαγγελματίες υγείας έχουν δυσκολίες να δημιουργήσουν μια ωραία εταιρική σχέση με τις γυναίκες.

Θέμα III: Εταιρική σχέση μεταξύ γυναικών και επαγγελματιών υγείας.

Η χρήση του ερωτηματολογίου KINDEX, τους έδωσε την ευκαιρία να συνειδητοποιήσουν ότι οι περισσότερες από τις γυναίκες επιθυμούν να μιλήσουν για τον εαυτό τους. Το ερωτηματολόγιο ήταν το μέσο που τους έδωσε την ευκαιρία να μιλήσουν περισσότερο με τις γυναίκες, να περάσουν περισσότερο χρόνο και οι γυναίκες το εκτίμησαν αυτό.

"Οι γυναίκες επιθυμούν να μιλήσουν και θέλουν οι επαγγελματίες της υγείας να τους προσφέρουν την ευκαιρία... αυτό το ερωτηματολόγιο τους έδωσε την ευκαιρία να μιλήσουν και να εκφράσουν τις ανησυχίες τους..." "Ερευνήτρια 2

Η υποστελέχωση αναφέρθηκε ως ένα μεγάλο εμπόδιο για την αποτελεσματική επικοινωνία με τις γυναίκες και παροχή φροντίδας σύμφωνα με τις ανάγκες τους. Βασική επισήμανση ήταν η ανάγκη για δημιουργία διεπιστημονικής ομάδας με μαία ψυχικής υγείας, ψυχολόγο μητρότητας και ψυχίατρο.

Συζήτηση

Η φροντίδα της ψυχικής υγείας της μητέρας αποκτά αυξημένο ερευνητικό ενδιαφέρον από όλους τους επαγγελματίες υγείας που προσφέρουν περιγεννητική φροντίδα και απασχολεί τα συστήματα υγείας σε πολλές χώρες στον κόσμο. Οι επαγγελματίες υγείας είναι χρήσιμο να εντοπίζουν τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία της μητέρας και κατά συνέπεια του εμβρύου/ νεογνού κατά τη προγεννητική περίοδο, όπως αναδεικνύουν μελέτες σε άλλες ανεπτυγμένες χώρες (Carroll 2005) (Spyridou et al., 2014, 2015) αλλά και στις αναπτυσσόμενες χώρες αποτελεί μια μεγάλη πρόκληση (Mathibe-Neke et al., 2014) (Spyridou et al., 2016). Οι στόχοι βιώσιμης ανάπτυξης (SDGs) των Ηνωμένων εθνών 2013-2020 τονίζουν τη σημασία της μητρικής ψυχικής υγείας. Οι WHO και UNFPA, σχετικά με τη μητρική ψυχική υγεία, την υγεία των εμβρύων/νεογνών και την ανάπτυξη των παιδιών, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα ψυχικά προβλήματα υγείας που βιώνουν οι έγκυες γυναίκες και οι μητέρες είναι ένα σοβαρό αλλά υποβαθμισμένο πρόβλημα δημόσιας υγείας, που συμβάλλει σημαντικά στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα μητέρων και νηπίων.

Αυτή είναι η πρώτη μελέτη που διεξάγεται στην Κύπρο, μια μικρή χώρα που βρίσκεται στη διαδικασία να αναβαθμίσει το σύστημα υγείας της. Η χρήση του KINDEX για εντοπισμό των παραγόντων που επηρεάζουν τη ψυχική υγεία της μητέρας και εμβρύου/νεογνού είναι μια σημαντική και απαραίτητη πολιτική υγείας. Η μικτή μεθοδολογία της παρούσας μελέτης έχει αξιολογήσει τη χρησιμότητα και αποτελεσματικότητα του KINDEX και έχει τεκμηριώσει ότι το KINDEX είναι ένα χρήσιμο εργαλείο το οποίο θα φέρει βελτίωση της περιγεννητικής υγείας στην Κύπρο. Η καλή δομή του

KINDEX, εντοπίζει με ευαισθησία και αποτελεσματικότητα τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.

Στην Κύπρο το 2017 είχαν καταχωρηθεί 13.637 γεννήσεις από τις οποίες το 60% στις ιδιωτικές κλινικές και 45 % στα δημόσια νοσοκομεία (Eurostat 2018). Η συλλογή δεδομένων από τα 5 νοσοκομεία Λευκωσία, Λεμεσό, Λάρνακα, Αμμόχωστο και Πάφο είναι εύστοχη διότι γίνεται εντοπισμός ερευνητικών στοιχείων από όλο το πληθυσμό. Επιπρόσθετα, στο δείγμα υπάρχει καλή εκπροσώπηση των μεταναστών (25%), που αντιστοιχεί στην απογραφή του πληθυσμού το 2017, όπου το 18% ήταν μετανάστες (Eurosta 2018).

Η σεξουαλική κακοποίηση κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, είναι παράγοντας κινδύνου για τη ψυχοκοινωνική υγεία των εγκύων/ μητέρων και εμβρύων/νεογνών και πρόσφατα ερευνητικά πορίσματα τεκμηριώνουν ότι αυτό αποτελεί πρόβλημα και για τη Κυπριακή κοινωνία, όπου 1 στα 5 παιδιά δήλωσαν ότι είχαν βιώσει σεξουαλική κακοποίηση (Karayianni et al., 2017). Η σωματική κακοποίηση που βιώνεται στην παιδική ηλικία είναι επίσης σοβαρός ψυχοκοινωνικός παράγοντας κινδύνου που εντοπίστηκε και στη παρούσα μελέτη (Karayianni et al., 2017). Τα ευρήματα αυτά οδηγούν στο συμπέρασμα ότι χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για την παιδική κακοποίηση, καθώς πρόκειται για μια "γκρίζα" περιοχή έρευνας στην Κύπρο (World Health Organization 2013). Τα βιώματα κακοποίησης στη παιδική ηλικία σχετίζεται με μια αλυσίδα επιπλοκών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τοκετό και λοχεία (Seng et al., 2013).

Όσον αφορά τις εμπειρίες των εγκύων γυναικών από βία από τους συντρόφους τους IPV δεν έχει εντοπιστεί καμία προηγούμενη μελέτη. Παρ' όλα αυτά στη παρούσα μελέτη εντοπίστηκε ένα υψηλό ποσοστό (17,4%). Ένα σημαντικό ποσοστό των εγκύων γυναικών είχαν αναφέρει ότι κάποια στιγμή στη ζωή τους είχαν βιώσει κακοποίηση από το σύντροφο τους και αυτό το αποτέλεσμα είναι συμβατό με έρευνα της ΕΕ που περιγράφει ότι υπάρχει βία με βάση το φύλο (16%) (Chisholm et al., 2017). Εξίσου ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι ένα υψηλό ποσοστό του δείγματος (62,1%), αναφέρει ανησυχίες σχετικά με τα οικονομικά προβλήματα που θα έχουν στο μέλλον, μόλις γεννηθεί το μωρό τους και αυτό σχετίζεται με τα υψηλά επίπεδα αντίληψης του άγχους, όπως αξιολογήθηκε από την PSS-4. Αυτό το εύρημα σχετίζεται με την οικονομική κρίση που υφίσταται η Κύπρος από το 2013. Επίσης το γεγονός ότι πολλοί από τους μετανάστες πολίτες προτιμούν να γεννήσουν σε δημόσια νοσοκομεία και όχι ιδιωτικές κλινικές λόγω της οικονομικής τους κατάστασης.

Το ερωτηματολόγιο KINDEX SUM-score είναι το άθροισμα όλων των παραγόντων κινδύνου που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση του επιπέδου των ψυχοκοινωνικών παραγόντων κινδύνου. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο περισσότερο είναι το φορτίο κινδύνου. Με την ποσοτική ανάλυση αξιολογήθηκε αν οι γυναίκες αναφέρουν διαφορετικούς ψυχοκοινωνικούς κινδύνους από το KINDEX. Με βάση τα αποτελέσματα των προηγούμενων μελετών

που είχαν χρησιμοποιήσει το KINDEX, ήταν αναμενόμενο οι γυναίκες που αναφέρουν αρκετούς παράγοντες κινδύνους να έχουν μια συνολική υψηλότερη βαθμολογία στο KINDEX (Spyridou et al., 2015, 2016), αναφέροντας υψηλότερο κοινωνικό κίνδυνο. Ομοίως, ορισμένοι από τους κινδύνους που αναφέρθηκαν σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα αντίληψης του άγχους, όπως περιγράφεται από την PSS-4. Η μετανάστευση είναι ένας από τους κινδύνους που θεωρείται ότι συνδέεται με την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και τις οικονομικές δυσκολίες Lu and Halfon (2003). Ομοίως, οι μετανάστριες και οι έγκυες γυναίκες με σύζυγο μετανάστη παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα στο ποσοστό KINDEX Sum, καταδεικνύοντας ότι αυτές οι έγκυες γυναίκες μπορεί να αντιμετωπίζουν περισσότερους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους από τις Κύπριες έγκυες. Η μετανάστευση έχει συνδεθεί με την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και στη συνέχεια και οι δύο συνδέονται με υψηλά επίπεδα άγχους και επιπλοκές κατά τον τοκετό (Gibson-Helm et al., 2015).

Υπάρχουν σημαντικές ανισότητες μεταξύ των γυναικών που αναφέρουν τέτοιους παράγοντες κινδύνου, και των γυναικών που δεν έχουν σχέση με το εργαλείο KINDEX. Οι γυναίκες που έχουν βιώσει δύο ή περισσότερους κινδύνους βρίσκονται σε ευάλωτη κατάσταση καθώς τείνουν να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους. Η παρουσία της παιδικής σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης, IPV (Howard et al., 2013) και επικίνδυνων συμπεριφορών μεταξύ των εγκύων γυναικών όπως το κάπνισμα, (11,6%) (Vielwerth et al., 2007), μαζί με τα υψηλά ποσοστά ακούσιων κυήσεων (51,8%) (Bahk et al., 2015) καταδεικνύουν ότι υπάρχει αλληλοσυσχέτιση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων και αποδεικνύεται ότι είναι επιβλαβής για τη μητρική ψυχική υγεία (Barrios et al., 2015), το τοκετό και ανάπτυξη του παιδιού (Tegethoff et al., 2010).

Η ποιοτική ανάλυση δεδομένων τεκμηριώνει ότι η χρήση του ερωτηματολογίου είχε βοηθήσει τις ερευνήτριες όχι μόνο να εντοπίσουν τους παράγοντες που επηρεάζουν τη ψυχοκοινωνική υγεία των εγκύων γυναικών αλλά να έχουν ποιοτικότερη επικοινωνία. Οι (Teefelen et al., 2010) είχαν διερευνήσει τις απόψεις των εγκύων γυναικών για το ρόλο που διαδραματίζουν οι μαίες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, και δήλωσαν ότι ο ρόλος τους είναι σημαντικός για την ομαλή μετάβαση τους στη μητρότητα, αλλά θα ήθελαν να τους παρέχουν περισσότερες πληροφορίες και ψυχοσυναισθηματική υποστήριξη.

Οι ερευνήτριες είχαν καταγράψει τη δυσκολία που συναντούσαν να ρωτήσουν «δύσκολες ερωτήσεις» που είχαν σχέση με κάθε μορφή βίας. Τα ίδια ευρήματα έχουν εντοπιστεί και στη μελέτη των (Eustace et al., 2016), όπου τεκμηριώθηκε ότι είναι δύσκολο να μιλάς για θέματα βίας. Η έλλειψη προσωπικού, ο συνωστισμός ο μειωμένος χρόνος για εξέταση των εγκύων και η πίεση που βιώνουν οι μαίες είχε καταγραφεί σε όλα τα ανα-στοχαστικά ημερολόγια (Menon et al., 2010). Περαιτέρω, μερικές ερευνήτριες είχαν αναφέρει ότι οι συνθήκες εργασίας των επαγγελματιών υγείας

στα τμήματα προγεννητικής φροντίδας φοβούνται ότι θα τους οδηγήσει να είναι λιγότερο ευαίσθητοι στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες των γυναικών.

Ο σωστός χρόνος και ο κατάλληλος χώρος είναι βασικοί παράμετροι για να να εξασφαλίσουν την εμπιστευτικότητα και το αίσθημα ευθύνης σε περίπτωση που μια έγκυος θα ήθελε να μιλήσει για κακοποίηση. Παρ' όλα αυτά, κέρδισαν την εμπιστοσύνη των γυναικών και τους αποκάλυψαν ευαίσθητες πληροφορίες, συμπεριλαμβανομένης σεξουαλικής και σωματικής κακοποίησης, καθώς και βία από το σύντροφο IPV.

Η βέλτιστη μητρική ψυχική υγεία πρέπει να προωθείται κατά τη διάρκεια της προγεννητικής περιόδου, θέτοντας σε εφαρμογή πολιτικές που περιλαμβάνουν τον οικογενειακό προγραμματισμό και τη ψυχοκοινωνική υποστήριξη κατά την εγκυμοσύνη και τη μετάβαση στη μητρότητα. Στην Κύπρο κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου, είναι πρόκληση οι μαίες να είναι συνήγοροι των εγκύων γυναικών στο ιατρικοποιημένο περιβάλλον φροντίδας μητρότητας (Hadjigeorgiou et al., 2012). Αυτή η πρόκληση μπορεί να επιτευχθεί αν οι μαίες εκπαιδευτούν κατάλληλα, είναι ενδυναμωμένες και παρέχουν εξατομικευμένη μαιευτική φροντίδα (Raisler et al., 2004).

Περιορισμοί

Οι μαίες στα δημόσια νοσοκομεία δεν έχουν τη δυνατότητα να αφιερώνουν στις γυναίκες το χρόνο που χρειάζονται λόγω υποστελέχωσης και αυτό τις οδήγησε να χρησιμοποιήσουν μόνο το ερωτηματολόγιο KINDEX για αξιολόγηση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων .

Συμπέρασμα

Η τεκμηρίωση της σχέσης μεταξύ της μητρικής ψυχικής υγείας, της έκβασης της εγκυμοσύνης, του τοκετού και η διαχείριση του άγχους νωρίς στην εγκυμοσύνη είναι ζωτικής σημασίας. Το ερωτηματολόγιο KINDEX είναι ένα πολύτιμο εργαλείο ανίχνευσης των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που έχουν αντίκτυπο στην ψυχοκοινωνική ευημερία της εγκύου γυναίκας και στην ανάπτυξη εμβρύου/νεογνού. Θα πρέπει να αναπτυχθεί διεπιστημονική συνεργασία για δημιουργία εκπαιδευτικού προγράμματος με στόχο: 1. Οι επαγγελματίες υγείας να εκπαιδευτούν στον εντοπισμό των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία της εγκύου και εμβρύου/νεογνού. 2. Η περιγεννητική φροντίδα θα πρέπει να ικανοποιεί τις φυσικές, συναισθηματικές, κοινωνικές, πνευματικές και ψυχολογικές ανάγκες των εγκύων για να θεωρηθεί ποιοτική. 3. Οι μαίες, ιδιαίτερα σε χώρες που επικρατεί το ιατρικό μοντέλο, θα πρέπει να ενδυναμωθούν μέσω της εκπαίδευσής τους, προκειμένου να βλέπουν τους εαυτούς τους ως δύναμη κινητοποίησης για μια βιώσιμη αλλαγή στη πολιτική κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής φροντίδας.

Η ψυχοκοινωνική αξιολόγηση θα πρέπει να γίνεται σε ένα κατάλληλο χώρο και οι επαγγελματίες υγείας να αφιερώνουν το σωστό χρόνο. Τα μαθήματα προετοιμασίας για γονεϊκότητα θα ήταν χρήσιμο να περιέχουν θέματα ψυχικής ευημερίας και ψυχικής

υγείας. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, οι παραπομπές σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να είναι διαθέσιμες και εύκολα προσβάσιμες για έγκυες γυναίκες και μητέρες σε όλη την εγκυμοσύνη.

Καταληκτικά, το σύστημα υγείας της Κύπρου θα πρέπει να δημιουργήσει στρατηγικές για την προώθηση της ψυχοκοινωνικής ευημερίας, την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών των μητέρων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και το τοκετό και να ενισχυθεί η έρευνα σχετικά με τη ψυχική υγεία των μητέρων.

Βιβλιογραφία

1. Appleyard, K., Berlin, L.J., Rosanbalm, K.D., Dodge, K.A. (2011) Preventing Early Child Maltreatment: Implications from a Longitudinal Study of Maternal Abuse History, Substance Use Problems, and Offspring Victimization. *Prev Sci.* 12:139-49.
2. Baibazarova, E., van de Beek, C., Cohen-Kettenis, P.T., Buitelaar, J., Shelton, K.H., van Goozen, S.H.M. (2013) Influence of prenatal maternal stress, maternal plasma cortisol and cortisol in the amniotic fluid on birth outcomes and child temperament at 3 months. *Psychoneuroendocrinology.* 38:907-15.
3. Bahk, J., Yun, S-C., Kim, Y., Khang, Y-H. (2015) Impact of unintended pregnancy on maternal mental health: a causal analysis using follow up data of the Panel Study on Korean Children (PSKC). *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. [cited 2018 Mar 23];15:85. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0505-4>
4. Barrios, Y.V., Gelaye, B., Zhong, Q., Nicolaidis, C., Rondon, M.B., Garcia, P.J., et al. (2015) Association of Childhood Physical and Sexual Abuse with Intimate Partner Violence, Poor General Health and Depressive Symptoms among Pregnant Women. Elhai JD, editor. *PLOS ONE* [Internet]. [cited 2015 Oct 24];10:e0116609. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0116609>
5. Bergman, K., Sarkar, P., Glover, V., O'Connor, T.G. (2010) Maternal Prenatal Cortisol and Infant Cognitive Development: Moderation by Infant-Mother Attachment. *Biol Psychiatry.* 67:1026-32.
6. Bollini, P., Pampallona, S., Wanner, P., Kupelnick, B. (2009) Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature. *Soc Sci Med* [Internet]. [cited 2018 Feb 25];68:452-61. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953608005406>
7. Braun, V., Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* [Internet]. [cited 2018;3:77- 101. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qr0630a>
8. Carroll, J.C. (2005) Effectiveness of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) form in detecting

- psychosocial concerns: a randomized controlled trial. *Can Med Assoc J* [Internet]. [cited 2013 Feb 27];173:253-9. Available from: <http://www.cmaj.ca/cgi/doi/10.1503/cmaj.1040610>
9. Chan, K.L., Brownridge, D.A., Fong, D.Y.T, Tiwari, A., Leung, W.C., Ho, P.C. (2012) Violence against pregnant women can increase the risk of child abuse: a longitudinal study. *Child Abuse Negl.* 36:275-84.
 10. Chiodo, L.M., Janisse, J., Delaney-Black, V., Sokol, R.J., Hannigan, J.H. (2009) A Metric of Maternal Prenatal Risk Drinking Predicts Neurobehavioral Outcomes in Preschool Children. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. [cited 2013 Feb 27];33:634-44. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1530-0277.2008.00878.x>
 11. Chisholm, C.A., Bullock, L., Ferguson, J.E . (2017) Intimate partner violence and pregnancy: epidemiology and impact. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. [cited 2018 Feb 25];217:141-4. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937817306592>
 12. Chung ,T.K., Tze K. Lau, Yip. A.S, Chiu, H.F., Lee, D.T. (2001) Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes. *Psychosom Med.* 63:830-834.
 13. Collishaw, S., Dunn, J., O'Connor ,T.G., Golding, J. (2007) Avon Longitudinal Study of Parents and Children Study Team. Maternal childhood abuse and offspring adjustment over time. *Dev Psychopathol.* 19:367-83.
 14. Davis, E.P., Glynn, L.M, Schetter, C.D, Hobel, C., Chicodemet, A., Sandman, C.A. (2007) Prenatal Exposure to Maternal Depression and Cortisol Influences Infant Temperament. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. [cited 2018 Feb 24];46:737-46. Available from: [http://www.jaacap.com/article/S0890-8567\(09\)62153-5/abstract](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(09)62153-5/abstract)
 15. Elsenbruch, S., Benson, S., Rucke, M., Rose, M., Dudenhausen, J., Pincus-Knackstedt ,MK, et al. (2006) Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome. *Hum Reprod* [Internet]. [cited 2013 Jul 24];22:869-77. Available from: <http://www.humrep.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/humrep/del432>
 16. Escriba-AgQir, V., Royo-Marques, M., Artazcoz, L., Romito, P., Ruiz-Perez, I. (2012) Longitudinal study of depression and health status in pregnant women: incidence, course and predictive factors. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 263:143-51.
 17. Eurostat (2018) Population and population change. Available from: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_and_population_change_statistics#Population_change_at_a_national_level<http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/>
 18. Eustace, J., Baird, K., Saito, A.S., Creedy, D.K. (2016) Midwives' experiences of routine enquiry for intimate partner violence in pregnancy. *Women Birth* [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 25];29:503-10. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187151921630021X>
 19. Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M. (2006) Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. *Infant Behav Dev.* 29:445-55.
 20. Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., Yando, R., et al. (2003) Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: Effects on the fetus and neonate. *Depress Anxiety.* 17:140-51.
 21. Field, T., Diego, M.A., Dieter, J., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., et al. (2001) Depressed withdrawn and intrusive mothers' effects on their fetuses and neonates. *Infant Behav Dev.* 24:27-39.
 22. Fowles, E.R., Stang, J., Bryant, M., Kim, S. (2012) Stress, depression, social support, and eating habits reduce diet quality in the first trimester in low-income women: a pilot study. *J Acad Nutr Diet.* 112:1619-25.
 23. Gibson-Helm, M.E., Teede, H.J., Cheng, I-H., Block, A.A., Knight, M., East, C.E., et al. (2015) Maternal Health and Pregnancy Outcomes Comparing Migrant Women Born in Humanitarian and Nonhumanitarian Source Countries: A Retrospective, Observational Study. *Birth* [Internet]. 42:116-24. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/birt.12159/abstract>
 24. Gilson, K.J., Lancaster, S. (2008) Childhood sexual abuse in pregnant and parenting adolescents. *Child Abuse Negl.* 32:869-77.
 25. Giscombe, C.L., Lobel, M. (2005) Explaining disproportionately high rates of adverse birth outcomes among African Americans: the impact of stress, racism, and related factors in pregnancy. *Psychol Bull.* 131:662-83.
 26. Gould, J.B., Madan , A., Qin, C., Chavez, G. (2003) Perinatal outcomes in two dissimilar immigrant populations in the United States: a dual epidemiologic paradox. *Pediatrics.* 111:676-e682.
 27. Glazier, R., Elgar, F., Goel, V., Holzapfel, S. (2004) Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 25:247-55.
 28. Glazier, R., Elgar, F., Goel, V., Holzapfel, S. (2004) Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol* [Internet]. 25:247-55. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01674820400024406>

29. Hadjigeorgiou, E., Kouta, C., Papastavrou, E., Martensson, L., Papadopoulos I. (2012) Women's Perceptions of Their Right to Choose the Place of Childbirth: A Qualitative Study. *INTERNATIONAL JOURNAL OF CHILDBIRTH*. 2, (4), 230-238.
30. Hillis, S.D., Anda, R.F., Dube, S.R., Felitti, V.J., Marchbanks, P.A., Marks, J.S. (2004) The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics*. 113:320-7.
31. Howard, L.M., Oram, S., Galley, H., Trevillion, K., Feder, G. (2013) Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 10:e1001452.
32. Irner, T.B., Teasdale, T.W., Nielsen, T., Vedal, S., Olofsson, M. (2012) Substance Use During Pregnancy and Postnatal Outcomes. *J Addict Dis* [Internet]. [cited 2013 Mar 5];31:19-28. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10550887.2011.642765>
33. Karayianni, E., Fanti, K.A., Diakidoy, I-A., Hadjicharalambous, M.Z., Katsimicha, E. (2017) Prevalence, contexts, and correlates of child sexual abuse in Cyprus. *Child Abuse Negl* [Internet]. [cited 2018 Mar 21];66:41-52. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014521341730056X>
34. Keegan, J., Parva, M., Finnegan, M., Gerson, A., Belden, M. (2010) Addiction in Pregnancy. *J Addict Dis* [Internet]. 29:175-91. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10550881003684723>
35. Kim, H.W., Jung, Y.Y. (2012) Effects of Antenatal Depression and Antenatal Characteristics of Pregnant Women on Birth Outcomes: A Prospective Cohort Study. *J Korean Acad Nurs*. 42:477.
36. Lau, Y., Chan, K. (2012) Influence of Intimate Partner Violence During Pregnancy and Early Postpartum Depressive Symptoms on Breastfeeding Among Chinese Women in Hong Kong. *J Midwifery Womens*. 52:e15-20.
37. Leonardi-Bee, J., Smyth, A., Britton, J., Coleman, T. (2008) Environmental tobacco smoke and fetal health: systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child - Fetal Neonatal Ed* [Internet]. 93:F351-61. Available from: <http://fn.bmj.com/cgi/doi/10.1136/adc.2007.133553>
38. Lydon, K., Dunne, F.P., Owens, L., Avalos, G., Sarma, K.M., O'Connor, C, et al. Psychological stress associated with diabetes during pregnancy: a pilot study. *Irish Medical Journal*, 105(5 suppl), 26-8. 2012;
39. Lukasse, M., Vangen, S., Olan, P., Schei, B. (2010) Fear of childbirth, women's preference for cesarean section and childhood abuse: a longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 90:33-40. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1600-0412.2010.01024.x>
40. Lu, M.C., Halfon, N. (2003) Racial and ethnic disparities in birth outcomes: a life-course perspective. *Matern Child Health J* [Internet]. 7:13-30. Available from: <http://www.springerlink.com/index/U818K1G6372G66T7.pdf>
41. Malin, M., Gissler, M. (2009) Maternal care and birth outcomes among ethnic minority women in Finland. *BMC Public Health* [Internet]. [cited 2018 Feb 25];9:84. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-84>
42. Mathibe-Neke, J.M., Rothberg, A., Langley, G. (2014) The perception of midwives regarding psychosocial risk assessment during antenatal care. *Health SA Gesondheid* [Internet]. 2014 [cited 2018 Apr 7];19. Available from: <http://www.hsag.co.za/index.php/HSAG/article/view/742>
43. Menon, J.A., Musonda, V.C.T, Glazebrook, C. (2010) Perception of care in Zambian women attending community antenatal clinics. *Educational Research*. 2010;1(9): 356362. (ISSN: 2141-5161)
44. Mezey, G., Bacchus, L., Bewley, S., White, S. (2005) Domestic violence, lifetime trauma and psychological health of childbearing women. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 112:197-204.
45. Melville, J.L., Gavin, A, Guo, Y, Fan, M-Y, Katon, WJ. (2010) Depressive Disorders During Pregnancy: Prevalence and Risk Factors in a Large Urban Sample. *Obstet Gynecol*. 116:1064-70.
46. Nagahawatte, T.N, Goldenberg, R.L. (2008) Poverty, Maternal Health, and Adverse Pregnancy Outcomes. *Ann N Y Acad Sci*. 1136:80-5.
47. Nagahawatte, T. N., Goldenberg, R.L. (2008) Poverty, Maternal Health, and Adverse Pregnancy Outcomes. *Ann N Y Acad Sci* [Internet]. [cited 2013 Jul 24];1136:80-5. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1196/annals.1425.016>
48. Perry, D.F, Ettinger, A.K., Mendelson, T, Le, H-N. (2011) Prenatal depression predicts postpartum maternal attachment in low-income Latina mothers with infants. *Infant Behav Dev*. ;34:339-50.
49. Painter, R.C, Roseboom, T.J., de Rooij, S.R. (2012) Long-term Effects of Prenatal Stress and Glucocorticoid Exposure. *Birth Defects Res Part C Embryo Today Rev*. ;96:315
50. Puthussery, S. (2016) Perinatal outcomes among migrant mothers in the United Kingdom: Is it a matter of biology, behaviour, policy, social determinants or access to health care? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. [cited 2018 Feb 25];32:39-49. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693415001650>
51. Raisler, J., Kennedy, H. (2004) Midwifery care of poor and vulnerable women, 1925-2003. *Journal of Midwifery and Women's Health*. 50(2): 113-121.

52. Rodrigues, T., Rocha, L., Barros, H. (2008) Physical abuse during pregnancy and preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol.*198:171.e1-171.e6.
53. Roberts , R, O'Connor, T, Dunn, J, Golding, J, (2004) AL-SPAC Study Team. The effects of child sexual abuse in later family life; mental health, parenting and adjustment of offspring. *Child Abuse Negl.* 28:525-45.
54. Sanctis, L., Memo, L., Pichini, S., Tarani, L., Vagnarelli, F. (2011) Fetal alcohol syndrome: new perspectives for an ancient and underestimated problem. *Journal of Maternal Fetal Neonatal Medicine.* 24(1):34-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21942588>
55. Satyanarayana ,V.A., Lukose, A., Srinivasan, K. (2011) Maternal mental health in pregnancy and child behavior. *Indian J Psychiatry* [Internet]. [cited 2018 Mar 22];53:351. Available from: <http://www.indianpsychiatry.org/article.asp?issn=0019-5545;year=2011;volume=53;issue=4;spage=351;epage=361;aulast=Satyanarayana;-type=0>
56. Seng, J.S., Sperlich, M., Low, L.K., Ronis, D.L., Muzik, M., Liberzon, I. (2013) Childhood Abuse History, Posttraumatic Stress Disorder, Postpartum Mental Health, and Bonding: A Prospective Cohort Study. *J Midwifery Womens Health.* 58:57-68.
57. Sethi D, World Health Organization, (2013) editors. European report on preventing child maltreatment. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe
58. Siegel, R.S., Brandon, A.R. (2014) Adolescents, Pregnancy, and Mental Health. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. [cited 2018 Feb 25];27:138-50. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1083318813002945>
59. Smith, M.V., Shao, L., Howell, H, Lin, H, Yonkers, KA. (2011) Perinatal Depression and Birth Outcomes in a Healthy Start Project. *Matern Child Health J.* 15:401-9.
60. Spyridou, A, Schauer, M, Ruf-Leuschner, M. (2014) Obstetric care providers assessing psychosocial risk factors during pregnancy: validation of a short screening tool - the KINDEX Spanish version. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* [Internet]. [cited 2015 Jan 26];8:30. Available from: <http://www.capmh.com/contenV8/V30/abstract>
61. Spyridou, A., Schauer, M., Ruf-Leuschner, M. (2015) Obstetric care providers are able to assess psychosocial risks, identify and refer high-risk pregnant women: validation of a short assessment tool - the KINDEX Greek version. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. [cited 2015 Mar 8];15:41. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/15/41/abstract>
62. Spyridou, A., Schauer, M., Ruf-Leuschner, M. (2016) Prenatal screening for psychosocial risks in a high risk-population in Peru using the KINDEX interview. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. [cited 2018 Feb 26];16. Available from: <https://kops.uni-konstanz.de/handle/123456789/33537>
63. Teicher, M.H., Andersen, S.L., Polcari, A, Anderson, C.M, Navalta CP. (2002) Developmental neurobiology of childhood stress and trauma *Psychiatric Clinics of North America* 25(2), 397-426.
64. Teicher , M.H., Andersen, S.L, Polcari, A, Anderson, C.M, Navalta, C.P, Kim, D.M. (2003) The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neurosci Biobehav Rev.*27(1-2):33-44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12732221>
65. Tegethoff, M., Greene,N., Olsen, J., Meyer, A.H., (2010) Meinschmidt G. Maternal Psychosocial Adversity During Pregnancy Is Associated With Length of Gestation and Offspring Size at Birth: Evidence From a Population-Based Cohort Study. *Psychosom Med* [Internet]. [cited 2013 Feb 27];72:419-26. Available from: <http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/doi/10.1097/PSY.0b013e3181d2f0b0>
66. Torres, R., Goyal, D., Burke-Aaronson, A.C., Gay, C.L, Lee, K.A. (2017) Patterns of Symptoms of Perinatal Depression and Stress in Late Adolescent and Young Adult Mothers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. [cited 2018 Feb 25];46:814-23. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S088421751730358>
67. Vielwerth, S.E, Jensen, R.B, Larsen, T., Greisen, G. (2007) Early Human Development - The impact of maternal smoking on fetal and infant growth. *Early Human Development.* 83(8), 491-495.
68. WHO (2008) Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/mmh_jan08_meeting_report.pdf?ua=1%20http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-
69. WHO (2018) Process of translation and adaptation of instruments [Internet]. WHO. [cited 2018 Feb 28]. Available from: http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en
70. WHO Adolescent pregnancy [Internet]. WHO. [cited 2018 Feb 25]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>