

Δρ. Καλλιόπη Λ Κουντή , Κλινική Κοινωνική Λειτουργός,
Ειδικό Εργαστηριακό Διδακτικό Προσωπικό, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών,
Α΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ειδικό Ιατρείο Ψυχικής Υγείας Γυναικών,
Αιγινήτειο Νοσοκομείο

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- Ενσωμάτωση της προοπτικής του φύλου στις πολιτικές υγείας
- Ορισμός Ψυχικής Υγείας
- Φύλο και Ψυχική Υγεία
- Ψυχικές διαταραχές σχετιζόμενες με την αναπαραγωγική λειτουργία των Γυναικών
- ✓ Προεμμηνορρυσιακό σύνδρομο
- ✓ Ψυχικές διαταραχές κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης
- ✓ Επιλόχειες διαταραχές
- ✓ Υπογονιμότητα
- ✓ Εμμηνόπαυση

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

«Η πρόοδος των γυναικών και η επίτευξη της ισότητας μεταξύ γυναικών και ανδρών είναι ζήτημα ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ευκαιρία για κοινωνική δικαιοσύνη και δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μεμονωμένο θέμα των γυναικών. Αυτός είναι ο μόνος τρόπος να δομηθεί μία βιώσιμη, δίκαιη και αναπτυγμένη κοινωνία. Η ενδυνάμωση των γυναικών και η ισότητα μεταξύ γυναικών και ανδρών είναι προαπαιτούμενα για την επίτευξη πολιτικής, κοινωνικής, πολιτιστικής και περιβαλλοντικής ασφάλειας μεταξύ των ανθρώπων» ΠΕΚΙΝΟ 1995, 4η Παγκόσμια Συνδιάσκεψη Ενωμένων Εθνών για τις Γυναίκες

Ενσωμάτωση της προοπτικής του φύλου στις πολιτικές υγείας

Η υγεία είναι ένα αγαθό που θα έπρεπε να είναι ίσο μοιρασμένο σε όλους. Η δίκαιη κατανομή του όμως, εξαρτάται, μεταξύ άλλων και από την αναγνώριση, εκ μέρους των

επίσημων φορέων υγείας, των διαφορετικών αναγκών των πληθυσμών που εξυπηρετούνται. Αυτός ο ορισμός περιλαμβάνει και την παροχή υπηρεσιών υγείας στα δύο φύλα. Οι άνδρες και οι γυναίκες διαφέρουν τόσο ως προς το φύλο (sex), όσο και ως προς την ταυτότητα του φύλου (gender).

Το φύλο αναφέρεται στη βιολογία, ενώ η ταυτότητα του φύλου αφορά τους διαφορετικούς κοινωνικούς και οικονομικούς ρόλους που η κοινωνία και η οικογένεια προσδίδουν στο κάθε φύλο. Τόσο το φύλο όσο και η ταυτότητα του φύλου επηρεάζουν τους παράγοντες κινδύνους για την υγεία, την συμπεριφορά αναζήτησης υγείας και την πρόσβαση στα συστήματα υγείας, και για τα δύο φύλα. Ο κόσμος και η κοινωνική πραγματικότητα των γυναικών έχει αλλάξει, αλλάζει και θα συνεχίσει να αλλάζει.

Παρατηρείται έντονο ενδιαφέρον για την αύξηση των γνώσεων γύρω από θέματα των γυναικών, το διπλό και συγκρουόμενο ρόλο τους ως εργαζόμενες και μητέρες, τα κοινωνικά και πολιτικά τους δικαιώματα και την άρση της άνισης κατανομής της εξουσίας στα κέντρα λήψης αποφάσεων.

Δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην εφαρμογή κοινωνικών πολιτικών και στην επίδρασή τους στην πραγματικότητα των γυναικών. *ΟΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΣΤΗ ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΕΛΛΑΔΑ: ΨΥΧΟ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ:ΚΕΘΙ.2003*

Επειδή, οι ανισότητες πιο συχνά επιβαρύνουν τις γυναίκες, η ανάλυση του φύλου έχει χρησιμοποιηθεί μέχρι στιγμής περισσότερο για να εξηγήσει και να αντιμετωπίσει τα προβλήματα υγείας των γυναικών

Ορισμός της Ψυχικής Υγείας

Η ψυχική υγεία δεν θεωρείται πλέον η «απουσία ασθένειας ή η αδυναμία», αλλά «η κατάσταση πλήρους φυσικής, κοινωνικής και ψυχικής ευεξίας»

Οι έννοιες της ψυχικής υγείας και της ψυχικής νόσου γίνονται αντιληπτές ως δύο πόλοι του ίδιου συνεχούς, ενώ δεν υπάρχει απόλυτη ομοφωνία ανάμεσα στους ειδικούς ως προς την κατηγοριοποίηση, την αιτιολογία και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Οι έννοιες της ψυχικής υγείας και νόσου διέπονται παράλληλα από την επίδραση του πολιτισμικού πλαισίου

Φύλο και Ψυχική Υγεία

Το κοινωνικό φύλο αποτελεί κατασκευή που στόχο έχει τον προσδιορισμό των «κοινωνικών ρόλων των γυναικών και των ανδρών, οι οποίοι αποτελούν αντικείμενο μάθησης, αλλάζουν στη διάρκεια του χρόνου, αλλά και διαφέρουν μέσα στα πολιτισμικά πλαίσια και μεταξύ αυτών» Επιπρόσθετα, το βιολογικό φύλο αφορά στις βιολογικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Η σύγχυση και η χρήση των εννοιών του κοινωνικού και βιολογικού φύλου ως ταυτώσεων συχνά εννοιολογικών όρων, είναι δυνατόν να οδηγήσουν στη δημιουργία διαστρεβλωμένων αντιλήψεων και προκαταλήψεων, με αποτέλεσμα η αλληλεπίδραση των βιολογικών και κοινωνικών παραγόντων που καθορίζουν την

ανθρώπινη συμπεριφορά να μην διερευνάται με επάρκεια. Αξίζει να σημειωθεί ότι από όλες τις δημογραφικές μεταβλητές σε επιδημιολογικές έρευνες, η διάσταση του φύλου αποτελεί την ισχυρότερη συσχέτιση κινδύνου για τους διαφορετικούς τύπους ψυχικών διαταραχών. Παρά την αυτοδυναμία της συσχέτισης αυτής, «το φύλο» καθεαυτό συνιστά πληρεξούσιο όρο για ένα σύμπλεγμα βιολογικών, συμπεριφορικών και ψυχο-κοινωνικών μεταβλητών και διαδικασιών, οι οποίες παραμένουν ακόμα ατελώς κατανοημένες .

Οι περισσότερες έρευνες στο γενικό πληθυσμό συχνά αποτυγχάνουν να λάβουν υπόψη τη σημασία των κοινωνικών ρόλων αναφορικά με το φύλο. Για παράδειγμα, δεδομένου ότι περισσότεροι άνδρες από ό,τι γυναίκες εργάζονται εκτός σπιτιού, το αποτέλεσμα των συγκρίσεων μεταξύ των δύο φύλων μπορεί να είναι συγκεχυμένα, εξαιτίας των διαφορών στην εργασία. Οι εμπειρίες των γυναικών διαφέρουν από αυτές των ανδρών σε πολλά επίπεδα, συμπεριλαμβανομένων της ανατροφής και διαπαιδαγώγησης των παιδιών, τις «διπλές βάρδιες» των γυναικών στο σπίτι και τον εργασιακό χώρο και την έλλειψη εξουσίας στις προσωπικές, εργασιακές, οικονομικές, κοινωνικές, επαγγελματικές και πολιτικές σχέσεις.

Οι εμπειρίες αυτές έχουν άμεση επιρροή στην αυτο-εκτίμηση των γυναικών, στην αίσθηση ελέγχου και στη διάθεσή τους.

Στον τομέα της εκπαίδευσης, τα Ηνωμένα Έθνη με έκθεσή τους υποδεικνύουν ότι στο συνολικό ποσοστό των αναλφάβητων παγκοσμίως (900.000.000), οι γυναίκες έχουν διπλάσια ποσοστά από ό,τι οι άνδρες. Η ανισότητα αυτή είναι ιδιαίτερα οξεία στη Βόρεια και Νότια Αφρική (σε 22 κράτη) και στην Ασία (9 κράτη), όπου το ποσοστό των αγοριών προς τα κορίτσια που εγγράφονται σε σχολεία, είναι περισσότερο από 80% προς 20% αντίστοιχα. Η εκπαίδευση είναι απαραίτητη συνθήκη για την απόκτηση γνώσης και παράλληλα επιτρέπει στις γυναίκες να αποκτήσουν συνείδηση του φύλου τους και ισχυροποιεί την ικανότητά τους για λήψη αποφάσεων.

Πρόσφατα, έγινε προσπάθεια να ερευνηθεί η διάσταση του φύλου στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών στα δύο φύλα, λαμβάνοντας παράγοντες που είναι δυνατόν να επηρεάσουν τη ψυχική υγεία, όπως ο προσανατολισμός του φύλου αναφορικά με τους ρόλους, οι οικιακές υπευθυνότητες, το είδος του επαγγέλματος και το περιβάλλον εργασίας. Η οικονομική ευαλωτότητα – και επομένως το στρες που προκύπτει από την τελευταία – σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση ψυχικών νόσων, καθώς η εργασία στις γυναίκες έχει συνδεθεί με την προστασία από την ψυχική ασθένεια.

Η Καταθλιπτική Διαταραχή αποτελεί την πρωταρχική αιτία ανικανότητας παγκοσμίως για τις γυναίκες και αναφέρεται ως η πρώτη σε συχνότητα διαταραχή για τις γυναίκες σε ηλικία τεκνοποίησης.

Στην κατάθλιψη οφείλεται το δεύτερο μεγαλύτερο μέρος της παγκόσμιας επιβάρυνσης που προέρχεται από ψυχολογικές και νευρολογικές διαταραχές.

Συγχρόνως, η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή αποτελεί την επικρατέστερη ψυχική διαταραχή, από την οποία υποφέρει ο γυναικείος πληθυσμός, καθώς εμφανίζεται δυο

φορές συχνότερα στις γυναίκες από ό,τι στους άνδρες και είναι η ψυχική νόσος που παρουσιάζει τις μεγαλύτερες διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα. Ακόμη και όταν τα δυο φύλλα εξισωθούν ως προς διάφορες τρίτες μεταβλητές, όπως το εισόδημα, η εκπαίδευση και το επάγγελμα, η κατάθλιψη είναι συχνότερα απαντώμενη ψυχική νόσος στις γυναίκες, τόσο σε δείγματα κλινικού, όσο και γενικού πληθυσμού, σε όλες τις φυλετικές ομάδες και κοινωνικές τάξεις. Οι Διαταραχές της Διάθεσης που συνδέονται με την αναπαραγωγή, όπως η Προεμμηνορροϊκή Δυσφορική Διαταραχή, η Επιλόχεια Κατάθλιψη ή η Περιεμμηνοπαυσιακή Κατάθλιψη, είναι δυνατόν να προκαλέσουν σημαντική δυσλειτουργικότητα στις γυναίκες. Γενετικοί, ορμονικοί, στρεσογόνοι και άλλοι ψυχολογικοί παράγοντες, εμφανίζεται να παίζουν ρόλο στην καταγωγή και εξέλιξη των Διαταραχών αυτών

Οι γυναίκες επίσης βιώνουν μεγάλο άγχος και πίεση σε σχέση με θέματα αναπαραγωγικής υγείας.

Τα ψυχοπαθολογικά αυτά φαινόμενα που συνδέονται με το αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας, σχετίζονται άμεσα με άλλους ψυχολογικούς ή κοινωνικούς συντελεστές, όπως η ιδιοσυγκρασία της ίδιας της γυναίκας, ο τρόπος και οι συνθήκες ζωής της, το κοινωνικό της περιβάλλον, η σχέση της με το σύντροφό της και άλλους κοινωνικούς παράγοντες.

Αναλυτικότερα οι Ψυχικές διαταραχές σχετιζόμενες με την αναπαραγωγική λειτουργία των Γυναικών:

- ✓ Προεμμηνορροϊκό σύνδρομο
- ✓ Ψυχιατρικές διαταραχές κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης
- ✓ Επιλόχειες διαταραχές

✓ Εμμηνόπαυση



ΠΡΟΕΜΜΗΝΟΥΡΥΣΙΑΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

- Άγχος, ευερεθιστότητα, κατάθλιψη, κεφαλαλγία, κοιλιακό φούσκωμα, ευαισθησία στο στήθος, κατακράτηση υγρών και αύξηση βάρους
- Μετά την ωορρηξία
- Υφίεται στο πρώτο 24ωρο από την έναρξη της εμμήνου ρύσεως

❖ Προεμμηνουρσιακή Δυσφορική Διαταραχή:

Τουλάχιστον πέντε από τα παρακάτω συμπτώματα:

- ✓ πεσμένη διάθεση, ευμετάβλητη διάθεση, ένταση, ευερεθιστότητα, μείωση ενδιαφερόντων, δυσκολία συγκέντρωσης, κόπωση, μεταβολές σε όρεξη/ύπνο, σωματικά συμπτώματα *Διαγνωστικά κριτήρια (DSM-IV)* Έναρξη των συμπτωμάτων 1-2 εβδομάδες πριν έμμηνο ρύση(Ε.Ρ.)Τουλάχιστον ένα σύμπτωμα να αφορά τη

διάθεση και να μειώνουν τη λειτουργικότητα

2% - 8% γυναικών

- ✓ Ηλικία έναρξης λίγο πριν τα τριάντα

- ✓ 1400–2800 συμπτωματικές μέρες (3-8 χρ.)
- ✓ Πιθανότατα χειροτερεύει με την ηλικία

Σχέση της Προεμμηνορρυσιακής Δυσφορικής Διαταραχής με την Κατάθλιψη Σχεδόν 30% γυναικών με ΠΕΔΔ έχουν ιστορικό μείζονος κατάθλιψης. Γυναίκες με ΠΕΔΔ έχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν μείζονα κατάθλιψη στο μέλλον Αναφέρεται ότι ψυχιατρικές νοσηλείες και απόπειρες αυτοκτονίας αυξάνουν κατά την προεμμηνορρυσιακή και την εμμηνορρυσιακή φάση του κύκλου

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ.

Παλιότερα επικρατούσε η αντίληψη ότι η εγκυμοσύνη ασκούσε προφυλακτική επίδραση στις γυναίκες, πιο ευάλωτες είναι γυναίκες με: προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, ενδοψυχική σύγκρουση, νέες, ανύπανδρες γυναίκες, γυναίκες με περιορισμένη κοινωνική υποστήριξη, μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη, κακή συντροφική σχέση

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Η συχνότητα της κατάθλιψης στην κύηση είναι 10% (αντίστοιχο με μη εγκύων γυναικών ίδιας ηλικίας) Η συχνότητα σοβαρού καταθλιπτικού επεισοδίου στην κύηση παρόμοια με τη συχνότητα στις μη εγκυμονούσες (3.6-6.1%). Εμφανίζεται σε όλα τα τρίμηνα, αν και περισσότερο στο 1ο και 3ο. Γυναίκες με προηγούμενο ιστορικό συναισθηματικής διαταραχής που διακόπτουν τη φαρμακευτική αγωγή έχουν αυξημένο κίνδυνο υποτροπής. Το 60% γυναικών διακόπτουν τη φάρμακακευτική αγωγή κοντά στην σύλληψη ή κατά την κύηση και οι μισές από αυτές αναγκάζονται να την ξαναρχίσουν.

Η λοχεία ως περίοδος αλλαγών: Βιολογικών, Ψυχολογικών, Διαπροσωπικών

Η γέννηση ενός παιδιού και η προσαρμογή στο νέο μητρικό ρόλο αποτελούν μείζονες στρεσογόνους παράγοντες. Στην περίοδο που ακολουθεί τον τοκετό η μητέρα πρέπει να ανταπεξέλθει σε μεγάλες ψυχοκοινωνικές αλλαγές σε όλους σχεδόν τους τομείς της ζωής της, με ποικίλες επιβαρύνσεις, αλλαγές ρόλων, σύγκρουση ρόλων, απώλειες και αμφιθυμίες. Έτσι το πέρασμα στη μητρότητα, εκτός από μια βιολογικά στρεσογόνα κατάσταση, μπορεί να αποτελεί ένα μείζονα ψυχοκοινωνικό στρεσογόνο παράγοντα. Ίσως σε αυτό να βρίσκεται και η εξήγηση, γιατί η ψύχωση στη λοχεία εμφανίζεται συχνότερα σε πρωτοτόκες, πιθανά και σαν συνέπεια αυτών των ψυχοκοινωνικών στρες, που είναι περισσότερα για τις γυναίκες που γίνονται για πρώτη φορά μητέρες

Προηγούμενοι ρόλοι εγκαταλείπονται, με αποτέλεσμα να απαιτείται από τη γυναίκα, σε μια περίοδο που είναι τόσο από τους γύρω της όσο και από την ίδια -ιδίως όταν

πρόκειται για εγκυμοσύνη επιθυμητή και προγραμματισμένη-χρωματισμένη με ζωηρά και χαρμόσινα χρώματα, να πενήσει για την απώλειά τους. Παράλληλα νέοι ρόλοι, με πρώτον αυτόν της μητρότητας, έρχονται να διεκδικήσουν από τη γυναίκα σε αυτή τη φάση της ζωής της να προσαρμοστεί και να τους εκπληρώσει με επάρκεια.

ΕΠΙΛΟΧΕΙΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ: Λοχειακή Δυσφορία (Postpartum blues), Επιλόχεια Κατάθλιψη, Επιλόχεια Ψύχωση

- ✓ **ΛΟΧΕΙΑΚΗ ΔΥΣΦΟΡΙΑ (POSTPARTUM BLUES):** Παροδική, αυτοπεριοριζόμενη διαταραχή, 50-70% λεχωίδων, συμβαίνει μέσα στις πρώτες 10 ημέρες από τον τοκετό, συνήθως: 3^η-5^η ημέρα, συνήθως δεν χρειάζεται ειδική παρέμβαση τα χαρακτηριστικά της συμπτώματα είναι: κλάμα, ευσυγκινησία, ευμετάβλητη διάθεση, ευερεθιστότητα, καταθλιπτικά συμπτώματα, ανησυχία για την ικανότητα φροντίδας του βρέφους.
- ✓ **ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ:** Συμβαίνει στο 10-15% των νέων μητέρων και η έναρξη της είναι συνήθως 6-8 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Ιδιαιτερότητες της κατάθλιψης στη λοχειακή περίοδο: Ως προς το περιεχόμενο της κατάθλιψης: Συναισθηματική αστάθεια, Συχνά αίσθημα ενοχής (όχι αρκετά καλή μητέρα,) ιδεοληψίες ότι μπορεί να βλάψουν το παιδί, παράλογες ανησυχίες για την υγεία του παιδιού, απουσία θετικών συναισθημάτων για το νεογέννητο (τις κάνει να ζητούν βοήθεια) Οι Παράγοντες κινδύνου για την επιλόχεια κατάθλιψη είναι: τα ψυχοπαισιολογικά γεγονότα ζωής, το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, η νεαρή ηλικία της μητέρας, η κακή συζυγική σχέση, η απουσία κοινωνικής στήριξης. Οι επιπτώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης είναι: Στο συναισθηματικό δεσμό μητέρας-βρέφους, οι καταθλιπτικές μητέρες δεν απαντούν με κατάλληλο τρόπο στα μωρά τους, είναι αποσυρμένες ή επιθετικές, αυτό έχει μακροχρόνιες επιδράσεις στην ανάπτυξη του παιδιού. Δέσιμο μητέρας-βρέφους επηρεάζεται από κατάθλιψη: δεν μπορούν λόγω της κατάθλιψης να δεθούν με το παιδί, αυτό τις ενοχοποιεί και επιδεινώνει την κατάθλιψη, έτσι δημιουργείται φαύλος κύκλος, στην ψυχική υγεία των πασχουσών γυναικών και σε όλο το οικογενειακό σύστημα. Τουλάχιστον τα 2/3 των λοχειακών καταθλίψεων δεν αναγνωρίζονται γιατί δε συνειδητοποιούν ότι πάσχουν από κάποια αρρώστια, νιώθουν ντροπή και ότι απέτυχαν σαν μητέρες και έχουν φόβους στιγματισμού ή ότι θα χωριστούν από το παιδί επίσης οι οικείοι δεν το καταλαβαίνουν, οι ειδικοί δεν έχουν την εκπαίδευση ή τα μέσα να το αναγνωρίσουν (απόδοση των συμπτωμάτων σε 'φυσιολογική' κόπωση από τον τοκετό και τη φροντίδα του παιδιού).

ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΨΥΧΩΣΗ: Θορυβώδης συμπτωματολογία, αϋπνία, σύγχυση – διαταραχές μνήμης, ευμετάβλητη συμπεριφορά, ψευδαισθήσεις, παραλήρημα (συνήθως διωκτικό,)κίνδυνος αυτοκτονίας, αλλά και βρεφοκτονίας

- ✓ Η Λοχειακή Ψυχική Διαταραχή είναι: Προβλέψιμη, αναγνωρίσιμη, θεραπεύσιμη. Αναγκαιότητα η πρόληψη της.

Όλα τα παραπάνω καθιστούν αναγκαία την ύπαρξη μεθόδων και υπηρεσιών, που:

- ✚ Θα εντοπίζουν έγκαιρα τις γυναίκες υψηλού κινδύνου
- ✚ Α βάρθμια Περίθαλψη: Μαιές, Γυναικολόγοι, Παιδίατροι, Επισκέπτες υγείας, Κοινωνικοί Λειτουργοί αλλά και γενικοί ιατροί)
- ✚ Β βάρθμια Περίθαλψη: Εκπαίδευση ψυχιάτρων και άλλων ειδικών στην ειδική αντιμετώπιση
- ✚ Γ βάρθμια Περίθαλψη Ειδικές δομές για αντιμετωπίζουν τα ειδικά προβλήματα αυτής της περιόδου (Ιατρεία ψυχικής υγείας γυναικών, κέντρα ημέρας για ειδικούς πληθυσμούς, μονάδες νοσηλείας μητέρας – βρέφους)

Η φυσιολογική σχέση

. «Η μητρική αγάπη στην βρεφική και την παιδική ηλικία είναι τόσο σημαντική για την ψυχική υγεία όσο οι βιταμίνες και οι πρωτεΐνες για την σωματική υγεία»

John Bowlby

«Ποιος αμφιβάλλει ότι όσο περισσότερο και όσο ωραιότερα χαμογελάει το βρέφος τόσο περισσότερο το αγαπούν και το φροντίζουν; Είναι ευτύχημα για την επιβίωσή τους που η φύση έχει φτιάξει έτσι τα μωρά ώστε να μαγεύουν και να σκλαβώνουν τις μητέρες τους»

ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ -Αίτια υπογονιμότητας

- 30% ανδρικός παράγοντας,30% γυναικείος παράγοντας, 30% αφορά και στους δύο, 10% δεν ανευρίσκεται αίτιο. Τι σημαίνει για ένα ζευγάρι να μην μπορεί να κάνει παιδιά; Πλήγμα στην αυτοεκτίμηση: απειλείται η ύπαρξη, η συνέχιση της ζωής, η σχέση, Κινητοποίηση διεργασίας πένθους, ντροπή και ενοχή. **Ψυχικές επιπτώσεις της εξωσωματικής γονιμοποίησης (IVF) Άγχος, διαταραχές στη σεξουαλική ζωή του ζεύγους, επί αποτυχίας αντιδράσεις πένθους, αίσθημα ότι τους πρόδωσε το σώμα τους, αυτομομφή, υποτίμηση εαυτού, θυμός, κλπ,εισαγωγή του τρίτου προσώπου στη σεξουαλική ζωή .**

Ο ρόλος του Επαγγελματία Ψυχικής Υγείας : Αξιολόγηση του ζευγαριού (χωριστά και μαζί) και θεραπευτικές παρεμβάσεις

- ✚ ενημέρωση του ζευγαριού (ακόμη καλύτερα αν μπορεί να γίνει από τον θεράποντα ή τη μαιά)
- ✚ υποστήριξη απέναντι στα αισθήματα ντροπής, ενοχής ή θυμού
- ✚ ολοκλήρωση του πένθους ή διευκόλυνση της διεργασίας
- ✚ πιο ειδικές θεραπείες: ατομική, ζεύγους ή ομαδική

Προβληματισμοί - Ηθικά ζητήματα:

- Μητέρες που γεννούν παιδιά με ξένο γενετικό υλικό
- Ο φραγμός εμμηνόπαυσης μπορεί να παρακαμφθεί
- Τα κατεψυγμένα έμβρυα μπορεί να οδηγήσουν σε παιδιά που γεννιούνται από γονιό που έχει πεθάνει ή σε δίδυμα που γεννιούνται με διαφορά ηλικίας
- Οικογένειες με ομοφυλόφιλους γονείς
- Οικογένειες μονογονεϊκές
- Πολύδυμες κησείς και «μείωση»
- Φτωχοί δότες – Πλούσιοι λήπτες γαμετών
- Δανεικοί γαμέτες από συγγενικά πρόσωπα Γενετική επιλογή
- Παιδιά που γεννιούνται προβληματικά
- Τι λέμε στο παιδί και πότε;
- Το παιδί μπορεί να θελήσει να ερευνήσει το γενετικό υλικό από το οποίο προήλθε
- Μετά από τόσο κόπο και έξοδα , πόσο εύκολα μπορεί ένας γονιός να αφήσει αυτό το παιδί να μεγαλώσει και να πάρει το δρόμο του;
- Κι αν η αντικαταστάτρια μητέρα δεν θελήσει να δώσει το παιδί;
- Αίσθημα άρνησης του θανάτου, παντοδυναμίας, Θεού
- Κι αν η ψυχολογία του παιδιού ήδη επηρεάζεται από παράγοντες στην ενδομήτρια ζωή, τι γίνεται όταν η μητέρα είναι αντικαταστάτρια;

ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ

✚ Αύξηση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ευερεθιστότητας, αυπνίας

✚ Όχι ειδική νοσολογία

✚ Ορμονικές/ Κοινωνικές/ Οικογενειακές/ Επαγγελματικές αλλαγές

✚ Πιο ευάλωτες στην κατάθλιψη:

✚ Προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης

Πιθανοί αιτιολογικοί παράγοντες:

- Θεωρία απόσυρσης των οιστρογόνων,
- «Η θεωρία του Ντόμινο» (Cambell and Whitehead 1977): (Εξάψεις – διαταραχές του ύπνου- δυσφορία)
- Γεγονότα ζωής
- ✚ Αλλαγή σε οικογενειακούς ρόλους
- ✚ Το «σύνδρομο της άδειας φωλιάς»
- ✚ Αλλαγές στο κοινωνικό δίκτυο

- ✚ Επαγγελματικές αλλαγές (π.χ. Συνταξιοδότηση)
- ✚ Διαπροσωπικές απώλειες
- ✚ Τα φυσικά επακόλουθα του γήρατος

Συμπεράσματα:

Ειδική μέριμνα και σημασία θα πρέπει να δοθεί και στη σημαντικότητα των σχέσεων (οικογενειακών και άλλων), στη κοινωνική υποστήριξη και στα δίκτυα για τις γυναίκες, τα οποία επηρεάζουν τόσο τη ζωή τους, όσο και την ψυχική τους υγεία. Τα προγράμματα για την ψυχική υγεία των γυναικών θα πρέπει να αναπτυχθούν περαιτέρω. Η ψυχική υγεία θα πρέπει να αναγνωριστεί ως ένα πολύ σημαντικό θέμα στο πεδίο της δημόσιας υγείας. Η έμφαση είναι σκόπιμο να δοθεί στην προώθηση της υγείας, στην πρόληψη, στη πολιτική που χαράσσεται για την υγεία και γενικά στους ευρείς καθοριστικούς παράγοντες του συγκεκριμένου τομέα, παρά στην επικέντρωση αποκλειστικά στις υπηρεσίες υγείας. Δεδομένης της σημασίας της ψυχικής υγείας για την ευημερία του ατόμου και της κοινωνίας αφενός και αφετέρου των υψηλών και αυξανόμενων ποσοστών της ψυχικών διαταραχών, γίνεται εύκολα αντιληπτό πως η πρόληψη, η διάγνωση και η θεραπεία αποτελούν νευραλγικούς τομείς της κοινωνικής πρόνοιας.

Κατά συνέπεια, καθίσταται σαφές ότι τα ζητήματα της Ποιότητας Ζωής, καθώς και των καθοριστικών στοιχείων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας, απαιτούν περαιτέρω εμβάθυνση, ενώ το φύλο θα πρέπει να κατέχει εξέχουσα θέση τόσο στις μελέτες, όσο και στην πρόληψη, στην αντιμετώπιση και στη χάραξη πολιτικής σχετικά με την ψυχική υγεία.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. K. Koundi, G. Christodoulakos, I. Lambrinouadaki, I. Zervas, A. Spyropoulou, P. Fexi, P. Sakkas, C.Soldatos, G. Creatsas. .Quality of life and psychological symptoms in Greek postmenopausal women: Association with hormone therapy. *Gynecological Endocrinology*, December 2006; 22(12): 660–668.
2. Spyropoulou AC, Zervas IM, Christodoulakos G, Lambrinouadaki I, Rizos D, Koundi KL, Sanida E, Creatsas G, Soldatos CR:Irritability in Menopause: An Investigation of Its Relation to Menopausal, Hormonal and Physical Factors. *Psychotherapy and Psychosomatics* 2009;78:128-130
3. Zervas IM, Lambrinouadaki I, Spyropoulou AC, Koundi KL, Voussoura E, Tzavara C, Verdeli H, Aravantinos L, Creatsa M, Paparrigopoulos T. Additive effect of depressed mood and vasomotor symptoms on postmenopausal insomnia. *Menopause*.2009 Jul-Aug;16(4):837-42
4. I.Lambrinouadaki, A. Spyropoulou, I. Zervas, , K. Koundi, , A. Augoulea , E. Paparrigopoulos. The significance of depression for menopause – related insomnia. *Maturitas*. 2009 63(1),S101.
5. A.. Spyropoulou, I. Lambrinouadaki, G. Christodoulakos, D. Rizos, K. Koundi, A. Augoulea, E. Sanida, I.M. Zervas.The dimension of irritability in menopausal women *Maturitas* 2009 63(1),S101Voussoura, C. Tzavara, M.Antoniou, A.Tsitoura, Z. Dimitrakaki, T.
6. 14 Dennerstein L., Astbury J & Morse C. (1993). *Psychosocial and mental health aspects of women’s health*. Geneva: World Health Organization.
7. Eichler A, & Parron D. L. (1987). *Women’s mental health: Agenda for research*. Rockville MD: Unpublished Licentiate, Umea University.
8. Kumar RC 1997; 171: 175-181, *Br J Psychiatry*
9. Mastroianni A. C., Faden R & Federman S. (1994). *Women and Health Research: Ethical and Legal issues of including women in clinical studies*. Washington DC: Institute of Medicine, National Academy Press
10. Emslie C., et al, (2002). *Gender Differences in Mental Health: Evidence from Three Organizations*. *Social Science & Medicine*
11. Kessler R. C., et al. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*
12. . D.E., Rondon M.,et al. (2001). *International Psychosocial and Systemic Issues in Women’s Mental Health*. *Archives of Womens Mental Health*

13. Koblinsky M., et al (1993). *The Health of Women: A Global Perspective*. National Council for International Health, Westview Press.
14. . Gibbs J. & Fuery D (1994). *Mental Health and Well-being of Black Women: Towards Strategies of Empowerment*. American Journal of Community Psychology.
15. Murray J.L. & Lopez A. D. (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Summary*. Boston: Harvard School of Public Health, World Health Organization
16. Eichler A, & Parron D. L. (1987). *Women's mental health: Agenda for research*. Rockville MD: Unpublished Licentiate, Umea University.
17. Mastroianni A. C., Faden R & Federman S. (1994). *Women and Health Research: Ethical and Legal issues of including women in clinical studies*. Washington DC: Institute of Medicine, National Academy Press.
18. Dennerstein L., Astbury J & Morse C. (1993). *Psychosocial and mental health aspects of women's health*. Geneva: World Health Organization

