

Maternal Well-Being during Pregnancy after One and Three Months from Delivery

Fiorentino Nicoletta¹ and Nardi Emanuele²

¹ Sapienza University Rome Italy

Received: 10 December 2019 Accepted: 31 December 2019 Published: 15 January 2020

Abstract

Post-delivery depression damages neo-mothers, children and families alike. The specifically organized perinatal interventions are still few. Objective: Evaluating the maternal well-being inside an Innovative Training during Pregnancy and Post-Delivery, and comparing EPDS and PHQ9 tests among Italian women. Materials and Methods: An innovative training was experimented upon a randomized, controlled group of Italian women between 2011-2013. The results were measured with structured interviews, clinical folders, tests: SF36, EPDS, PHQ9. Results: SF36 gives out significant domains. EPDS and PHQ9 are relevant within 3 months in the Training group and in the comparison among Italian women. Clinical analysis underlines convenient differences between the two groups. Conclusions: The Training had a positive influence on the Post-Delivery Depression, suggesting new aid mods.

Index terms— well-being, pregnancy, postnatal depression, training, EPDS, PHQ9, SF36.

Il filosofo tedesco non è stato l'unico a pensare una tale armonia, ma gran parte della più venerabile tradizione del pensiero antico (classico) e moderno (Nietzsche) concorda con lui su questo punto.

L'attento osservatore scientifico della realtà avverte che spesso l'essere umano agisce in diretta contraddizione con questa Verità, procurando così infelicità a se stesso ed imprecisione nei propri schemi di conoscenza.

I motivi di questa condotta sono molteplici, e non sono solo sussumibili al moralismo ma anche alla limitatezza della mente umana, costretta dalla sua finitudine a selezionare ed analizzare solo una limitata quantità del mare di informazioni con cui l'ambiente naturale la circonda, e a derivare verso la settorializzazione di nozioni e sapienza, al fine di cercare delle risposte alle nuove richieste derivanti dalla dinamicità della vita organica.

Se essa è davvero presente, è chiaro che la Verità riguardo la nostra natura, biologica o psicologica che sia, non può che pervenire a noi tramite un lungo e periglioso lavoro di ricerca e verifica, di dubbio e sperimentazione, di fatica e di vittoria innanzitutto sulla nostra limitata conoscenza.

In questa ricerca è stata effettuata l'analisi di importanti autori della letteratura scientifica, per verificare l'attendibilità delle fonti di base di questa sperimentazione, partendo dalla seguente domanda: quanto può influire il versante psico cognitivo coniugato con una controllata attività fisica sul benessere materno fetale e sull'evento nascita in quanto tale?

Nel rispondere a questa domanda, è inevitabile porre il proprio sguardo indagatore verso uno dei sintomi più evidenti della mancanza di benessere nella donna del periodo perinatale, ovvero la depressione.

Ed in questo complesso ambito di studi, già Hendrick (1998) affermava che la depressione post natale fosse il risultato di interazioni fra fattori fisici (cambiamenti ormonali, vulnerabilità genetica) e fattori psico-cognitivi (stress ambientali, "grandi eventi della vita" individuale della paziente). Tante altre voci si sono levate nel mondo scientifico per evidenziare il fatto che, nei Paesi in cui la depressione post natale è più alta (Brasile, Corea, Italia) la maggiore vulnerabilità biologica delle donne risulta strettamente connessa a fattori transculturali, psico-sociali e socio-economici. Tutti fattori extra-biologici, che insieme a quelli strettamente biologici influenzano il complesso processo della maternità.

Ciò premesso, una figura assistenziale, come l'ostetrica animata da autentica volontà di aiuto interpersonale, deve indirizzare il proprio sforzo verso le donne non solo in senso tecnico ed esecutivo, in quanto sostenuta dalle

proprie conoscenze e competenze per influire sulla macchina biologica, ma con uno sforzo a tutto tondo, fornendo un supporto personalizzato e adeguato alla singola donna, teso a rafforzarle l'autostima ed a sorreggerne il senso di sicurezza, e facilitare così l'intenso e laborioso evento della nascita.

Questo studio rimarca e dimostra che è possibile integrare sincreticamente l'attenzione ad aspetti definiti qualitativamente con elementi quantitativi, offrendo così una completezza assistenziale. Dopotutto, l'inferenza di fattori psicologicocomportamentali all'interno della depressione post natale sono oramai noti da tempo: fra di essi non vi sono solamente lo stress da accudimento ed il temperamento del neonato, ma anche altri elementi come ad esempio la stabilità dei rapporti di coppia, o altre caratteristiche contingenti.

Questi stessi fattori, adeguatamente studiati attraverso questionari come SF36, EPDS e PHQ9 e messi in relazione con le singole condizioni cliniche, si sono dimostrati fondamentali nello stabilire lo stato psico-fisico della gravida prima e neo-mamma dopo.

Questo studio vuole dimostrare il sorprendente potere lenitivo e di empowerment di strategie di sostegno specialistico non invasive sul benessere fisico della donna, pre e post partum, e sperimentare direttamente metodologie innovative di azione sulla depressione già in gravidanza.

La dimostrazione scientifica di queste asserzioni è lasciata al prosieguo della lettura di questo articolo; cionondimeno, risulta essenziale riportare la isometria tra la tesi di questo testo e l'espressione letterario-filosofica di specifiche immagini tratte da alcuni tra i più grandi capolavori della letteratura mondiale, e ciò per una semplice ragione: esse costituiscono un preventivo studio qualitativo della questione, e possono facilitare agevolmente la mente del lettore nella comprensione delle conseguenze operative inerenti la concezione di un assistenzialismo ostetrico/scientifico più empatico e psicologico, "su misura".

Il modello scelto ad esempio per una visione assistenziale più vicina alla condizione umana della gravida, è rintracciabile nel romanzo "Gli Indemoniati" (1868) di Fëdor Dostoevskij.

In questo romanzo a sfondo politico di grande intensità, accade che, sebbene al termine della trama, uno dei protagonisti, il contadino Satov, riceva nel cuore della notte una visita inattesa: sua moglie Marija Ignatijevna, che lo aveva precedentemente abbandonato in favore delle più affascinanti lusinghe del nobile Nikolaj Stavrogin, carissimo amico di lui. Ella si ritrova a chiedergli ospitalità per la notte, con il fare aggressivo ed affilato di chi pretende un favore ad un individuo pur consapevole che questi potrebbe legittimamente chiedergli soddisfazione per un torto passato.

Ed infatti la vergogna viene a malapena nascosta dalla fierezza dei forti lineamenti di Marija, mentre ribadisce al marito che la disturberà per poco tempo, e che passato il gelo della notte se ne andrà, da sola, a cercare un impiego nella misera, anonima città russa zarista in cui è ambientata la vicenda. Ma Satov nota subito qualcosa che non va: ella è affaticata, malferma nei passi e di estrema debolezza in tutto il suo muoversi, suda freddo. Improvvisamente, la Verità balza agli occhi dell'uomo: ella sta per dare alla luce il figlio illegittimo dell'amico Stavrogin, proprio lì in casa sua! Marija crede che egli andrà in collera, sentendosi truffato e gabbato al contempo, ma non è così: anni di studi universitari in Svizzera hanno sviluppato la già grande sensibilità di Satov, che riconosce nel parto il mistero cristiano ortodosso della nascita, ed in se stesso la figura imprescindibile e capitale di marito e di neo padre del nascituro.

Ma Satov non è solo un romantico idealista: e così l'uomo, in fretta e furia, vende quel poco che ha di valore nella sua stamberga per potersi permettere i servizi di Arina Pròchorovna, l'ostetrica del luogo, rinomata per la sua eccellenza nella scienza medica ed, al contempo, il suo carattere spietatamente caustico e sarcastico nei confronti delle gravide, che si diverte a dileggiare proprio nei cruciali momenti del travaglio e del parto.

Arina accorre in casa di Satov, e fa il lavoro per cui è stata pagata: con la sua usuale boria ed il suo carattere oltremodo difficile, aiuta la povera Marija ad espletare il proprio compito biologico. Ma finito il momento dell'azione, l'ostetrica si ferma ad osservare il puro, sincero amore di Satov nel prendersi cura della sua nuova famiglia; tale visione di schietta solidarietà provoca in lei, per contrapposto, una sprezzante reazione di scherno, ed un malriposto senso di superiorità che la induce a restituire il compenso nelle mani di Satov, sbeffeggiandolo per la sua ingenuità. La scena si chiude con l'acida ostetrica che, sghignazzante, se ne torna a casa propria, mentre, indaffarato ma felicissimo, il contadino provvede con inusitata energia al fabbisogno della propria ritrovata famiglia. 2 La descrizione di una tra le parti più coinvolgenti dell'intera opera dostoevskiana non può lasciare indifferenti, così come non può che risultare evidente la profonda pragmaticità scientifica del messaggio morale ivi espresso. Infatti, la figura della beffarda Arina, con il proprio sapere specificatamente tecnico, non viene unilateralmente sminuita da Dostoevskij, che, al contrario, ne mette in mostra la precisa efficienza e l'incrollabile sangue freddo come virtù operative fondamentali all'atto della nascita. Tuttavia, pari dignità letteraria e semantica viene riservata allo stesso Satov, il quale, quasi comprovando con la sua condotta la tesi di questo studio, migliora sensibilmente l'ambiente perinatale, aiutando in ogni modo la propria moglie prima con la solerzia del suo intervento economico, e poi con la calda fermezza del suo affetto coniugale che, quasi da solo, riesce a riscaldare un freddo stambugio russo ed a trasformarlo, con zelo ed ingegnosa perizia, in un ambiente atto ad accogliere la venuta di una nuova vita.

Un conseguimento che, nelle tragiche condizioni socio-economiche della Russia zarista, possiede un che di meraviglioso e sorprendente, e che per il realismo dell'immagine trasmessaci non può che farci domandare se questo evidente "progresso" inerente la nascita e l'accudimento parentale non sia a maggior ragione possibile e desiderabile nelle prassi assistenziali del nostro odierno, "progredito" Occidente.

1 II.

2 Introduzione

La maternità è caratterizzata da una complessa transizione biologica, emotiva e sociale.

Essa si rivela come un'esperienza soddisfacente e psicologicamente positiva nella maggior parte delle donne ??Fleming, et al., 1990; Green e Kafetsios, 1997).

Tuttavia, a volte risultano aumentati anche l'avvilimento, le frustrazioni, l'ansia, la confusione, (Born, et al., 2004) che, nel post partum, possono sfumare in multiformi varietà di sindromi emotive e/o in importanti malattie psichiatriche (Ugarizza e Robinson, 1997; Suri e Burt, 1997).

In Italia, le donne che sviluppano ogni anno una depressione perinatale sono 90.000, e circa il 40% delle donne che presentano depressione post partum hanno manifestato stati depressivi durante la gravidanza 3 Nel mondo occidentale, si ritiene che la DPN colpisca fra il 10 e il 15% delle donne che partoriscono . Precisata da Cox e Holden nel 2008, la definizione "depressione postnatale" (DPN), adottata anche in questa ricerca, è più ampia, in quanto descrive qualsiasi disturbo depressivo privo di aspetti psicotici nell'arco temporale compreso nel primo anno dopo il parto. Importante è distinguerlo dal Maternity blues, disturbo puerperale nelle primissime fasi successive al parto che coinvolge l'80% delle donne, (Gale & Harlow, 2003) ??Arnold et al., 1999). Tuttavia, la prevalenza globale e l'ampiezza della DPN non sono sempre diagnosticati (Fisher, et al., 2012) e possono essere anche maggiori ??Halbreich & Karkun, 2006).

La DPN è un obiettivo di intervento di Salute Pubblica sia per i danni che procura alle neo-mamme, sia per gli effetti negativi -immediati e/o a lungo termine -che ricadono sulla prole ??Murray et al., 2003; ??race et al., 2003; Kavanaugh et al., 2006) e sull'intera struttura familiare ??Martell, 1990; ??oath et al., 1998).

Tuttavia, la DPN risulta ancora sottostimata, con conseguenti difficoltà nella rilevazione e nel trattamento ??Parry, 2004).

Le difficoltà sono inoltre accentuate dalla scarsa richiesta spontanea di aiuto da parte della donna, che nonostante l'elevato livello di contatto con gli operatori sanitari durante gravidanza, parto e puerperio, non si interrelaziona come sarebbe auspicabile con i servizi offerti.

Dati recenti suggeriscono che la depressione è comune anche durante la gravidanza, non solo ne costituisce un fattore predittivo di DPN (Bowen, Muhajarine 2006; Dennis, Mc Queen, 2009) ma ne può rappresentare anche il logico continuum.

I disturbi mentali non vengono adeguatamente riconosciuti e trattati neppure durante la gravidanza (Marcus et al., 2003; ??lynn et al., 2006 ?? Marcus, 2009) e non sono coniugati con i fattori di rischio che sono sia biologici che psicosociali.

La letteratura scientifica annovera un cospicuo numero di ricerche tese a identificare i disturbi in gravidanza e post partum riferiti all'area psichica e psichiatrica; tuttavia pochi studi hanno orientato la loro attenzione nell'identificare interventi non invasivi, tesi cioè a favorire il benessere materno attraverso la promozione di corretti stili di vita e volti ad una continuità assistenziale che abbracci tutto il periodo perinatale.

Nella DPN, studi di efficacia hanno testato l'utilizzo della terapia cognitivo-comportamentale sia a livello individuale che di gruppo ??Dennis & Hodnet, 2007; ??ilgrom et al., 2005; ??ilgrom et al., 2003; ??raig et al., 2005; ??eager & Milgrom, 1996).

L'attività fisica regolare ha dimostrato di portare benefici segnalati per la madre e per il feto ??Meltzer et al., 2010). Nonostante ciò, pochi interventi perinatali organizzati includono una attività fisica controllata ed abbinata alle normali cure assistenziali offerte.

3 III.

4 Scopo Della Ricerca a) Obiettivo primario

Valutare l'influenza sul benessere materno e sui disturbi riferibili a depressione, di un Training innovativo in gravidanza e post partum (ad un mese e a tre mesi dal parto), e confrontarla con il gruppo di controllo.

5 b) Obiettivi secondari

Eseguire l'analisi fattoriale dei test EPDS e PHQ 9, e fare la loro comparazione su donne italiane durante la gravidanza, ad 1 mese e 3 mesi dal parto.

6 c) Ipotesi di ricerca

In questo studio viene verificata l'ipotesi che partecipare ad un Training innovativo ante e post partum possa migliorare l'esito (outcome) riguardo ai disturbi riferibili a DPN, (depressione post natale) e migliorare quindi il benessere materno.

IV.

7 Materiali e Metodi

Sono state reclutate 260 donne in gravidanza in un ambulatorio medico della provincia di Roma (Italia), tra aprile 2011 e maggio 2013.

Criterio di inclusione: gravidanza tra la 22 a e 24 a settimana di gestazione, in assenza di patologia materna e/o fetale.

Criteri di esclusione: età materna inferiore a 18 anni; presenza di disturbo di tipo depressivo e/o psichiatrico pregresso o in corso; gravidanza gemellare.

Le donne che hanno soddisfatto sia i criteri di inclusione che quelli di esclusione sono state 251. Nove donne (3,5%) sono state escluse dallo studio.

La valutazione dello stato di salute e della sintomatologia riferibile a depressione è stata effettuata: in gravidanza tra la 21 a e 24 a settimana di gestazione, ad 1 mese dal parto, e a 3 mesi dal parto, mediante la somministrazione dei seguenti questionari: SF 36 (Short-Form 36 items Health Survey), EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) ed il PHQ 9 (Patient Health Questionnaire).

Attraverso una intervista individuale, sono stati reperiti i dati demografici, dalle cartelle i dati clinici della gravidanza, poi quelli del parto e del puerperio.

Le 251 gravide del campione sono state distribuite in due gruppi attraverso la randomizzazione.

Il gruppo di intervento denominato Gruppo A, costituito dal 44% di donne, ha ricevuto una conduzione medica della gravidanza ed il Training.

Il gruppo di controllo denominato Gruppo B, costituito dal 56% delle donne, ha seguito l'iter assistenziale standard con la sola gestione medica.

8 a) Raccolta dati dai questionari

Al momento dell'intervista, a 22-24 settimane di gravidanza, sono stati consegnati a tutte le donne iscritte alla ricerca i questionari SF 36, EPDS e PHQ 9.

Lo stesso procedimento è stato ripetuto ad 1 mese dal parto (in occasione della visita ginecologica di controllo), e successivamente a 3 mesi (in coincidenza della 1 a vaccinazione dei neonati).

Per valutare l'incidenza del Maternity blues è stata effettuata un'indagine pilota su un campione casuale del 10% indagato a 3-4 gg. dal parto utilizzando gli stessi strumenti e le stesse modalità del campione finale.

9 b) Descrizione degli strumenti

Le misure di qualità di vita relative alla salute vengono sempre più utilizzate nella ricerca ma anche nelle indagini sulla popolazione generale, nella pratica clinica e nelle valutazioni di politica sanitaria (Ware & Sherbourne, 1992).

I fattori che hanno favorito il loro utilizzo come indicatori sanitari scaturiscono dai cambiamenti avvenuti con l'evoluzione della medicina, che ha trasformato il decorso di diverse malattie da acuto a cronico, andando ad influire sul tempo delle cure, prolungandolo e inevitabilmente protrando anche il contatto del paziente con la struttura sanitaria e gli operatori sanitari. Alle misure negative quali mortalità, morbosità o misure fisiopatologiche, si sono aggiunte lo stato di salute generale e quello percepito a livello individuale, la qualità di vita, il grado di soddisfazione delle cure ricevute e l'appropriatezza degli interventi sanitari.

Inoltre, dagli ultimi dieci anni di ricerca e applicazione pratica di questi strumenti, da una parte si è colto il punto di vista del soggetto come fonte unica ed attendibile di dati; e dall'altra è aumentata la disponibilità di strumenti validati, sempre più precisi ed accurati, capaci di raccogliere e trasformare l'opinione del paziente in informazioni preziose sia per il clinico che per il ricercatore.

La scelta degli strumenti si è orientata fra quelli validati e maggiormente utilizzati nella letteratura scientifica di riferimento, sono state ritenute particolarmente importanti per la agevole somministrazione a più soggetti contemporaneamente, la semplicità e brevità dei questionari, e per la siglatura e scoring facili da effettuare.

10 V. IL Questionario Short-form 36 Items

Health Survey (SF 36)

L'SF36 è un questionario psicometrico multidimensionale che misura la Qualità di vita correlata alla Salute ??Garra et al. 2002). E' dimostrato (Stewart et al., 1989) che c'è coerenza interna per l'SF 36 sia nella popolazione generale (α di Cronbach $>0,80$), che nei sottogruppi svantaggiati ($> 0,70$) e nelle donne dopo il parto ($> 0,70$).

L'SF 36 è stato convalidato nelle donne in gravidanza e ha dimostrato di essere uno strumento affidabile sin dai primi mesi di gravidanza (Jomeen & Martin, 2005 AF-misura in cui la salute interferisce con diverse attività fisiche;

RSF-valuta i problemi con il lavoro/attività quotidiane a causa della salute fisica;

DF-valuta l'entità del dolore fisico e le limitazioni relative;

11 SG-è la valutazione personale di salute generale;

VT-fornisce la percezione del grado di stanchezza o di energia;

AT-indica la misura in cui la salute interferisce con le normali attività sociali;

RSE-riflette i problemi con il lavoro o altre attività a causa di problemi emotivi.

SM-riflette l'umore generale, il benessere psicologico, o l'angoscia. Tutte le domande dell'SF 36, tranne una (item n°11), si riferiscono ad un periodo di quattro settimane antecedenti alla compilazione del questionario e le risposte alle domande sono segnate su una scala a 5 punti.

Questi punteggi assoluti, vengono poi trasformati in un punteggio (tra 0 e 100); i valori più alti indicano un livello superiore di benessere, il valore 100 rappresenta una salute ottimale.

In Italia, il questionario è stato tradotto ed adattato culturalmente a metà degli anni '90 nell'ambito del progetto International Quality Of Life Assessment (IQOLA).

Per avere uno strumento più sensibile a cambiamenti più recenti nello stato di salute, è stato elaborato un nuovo format, SF 36 acuto, modificando dalla forma standard il periodo di richiamo per sei delle otto scale [RSF, DF, VT, AS, RSE e SM] da "quattro settimane fa" a "la settimana scorsa" ed eliminando il periodo di richiamo nelle scale AF e SG.

Tutti gli altri elementi tra il modello acuto e standard sono rimasti identici.

Confronti e verifiche tra SF 36 acuto e SF 36 standard sono stati indagati e descritti ed hanno confermato che le risposte all'SF 36 acuto tendevano ad essere più reattive, con punteggi medi più elevati e correlati in base alla gravità della malattia.

In questo studio il format SF 36 acuto è stato utilizzato per il campione Maternity blues, di donne a 3-4 gg. dal parto adattando ulteriormente il periodo di richiamo "alla settimana in corso" ed eliminando il periodo di richiamo nelle scale AF e SG.

12 VI. L'edimburgh Postnatal Depression Scale (epds)

L'EPDS è stato ideato da John Cox e collaboratori nel 1987. Questionario di auto-valutazione di 10 item, è utilizzato in tutto il mondo per lo screening dei soggetti che presentano sintomi depressivi sia nei mesi successivi al parto che in gravidanza.

Il punteggio di codifica va da 0 a 3; e il riferimento temporale è l'ultimo mese.

Come suggerito da più lavori (Matthey, 2006) il cut-off è rappresentato dal punteggio ?13 il quale indica la presenza di probabili sintomi depressivi.

Compilato dalle donne in pochi minuti; necessita della assenza di interferenze familiari o del ricercatore che possano influenzare le risposte della donna.

Lo scoring dell'EPDS, semplice e veloce, non richiede particolari conoscenze psichiatriche per l'interpretazione, pertanto, si presta molto per un uso di screening.

13 a) Analisi Fattoriale EPDS

Recentemente, diversi autori hanno studiato la struttura dell'EPDS e nonostante Cox e Holden (2003) affermino che il test EPDS non è stato progettato per misurare l'ansia, hanno trovato che questo strumento misura non solo la depressione post natale ma anche altre dimensioni, inclusa l'ansia. Tuttavia non c'è accordo sul numero e sull'identificazione dei fattori o sulle capacità delle varie dimensioni dello strumento di identificare le donne a rischio di DPN.

Al momento della definizione del disegno di ricerca e dopo la revisione della letteratura non sono stati reperiti studi di questo tipo effettuati su campioni di donne italiane.

14 VII. IL Patient Health Questionnaire 9 (phq 9)

Il Patient Health Questionnaire (PHQ 9) basato sui criteri del DSM-IV, viene usato sia in clinica che nella ricerca; sia come strumento diagnostico sia per valutare l'andamento dei sintomi in risposta ai trattamenti utilizzati.

Il PHQ9, elaborato nel 1990 possiede una validità diagnostica paragonabile a quella originale del PRIME-MD (valutazione delle cure primarie dei disturbi mentali) ma possiede una maggiore efficienza; è di facile e veloce compilazione, può essere utilizzata considerando la somma dei punteggi ottenuti ai vari item, e come scala per valutare la gravità della sintomatologia depressiva (Spitzer, Kroenke, Williams, 2001).

Il PHQ 9 è validato in campioni post partum (Gjerdingen et al., 2009; Weobong et al., 2009) lo hanno trovato altamente sensibile e specifico (92%).

Inoltre, un importante studio americano randomizzato controllato il TRIPPD, (Yawn et al., 2009), ha rilevato che il PHQ 9 risulta altrettanto valido dell'EPDS possedendo una buona concordanza nel rilevare le donne non a rischio di DPN.

Usato nel presente studio, ed al momento, non essendo stati reperiti ulteriori studi comparativi fra PHQ 9 ed EPDS, nella popolazione italiana, si è proceduto a raggiungere l'obiettivo secondario ovvero, confrontare i punteggi EPDS e PHQ 9.

A tale scopo si è utilizzata la tabella punteggi ed interpretazione dei due test reperita in letteratura dallo studio di Yawn, et al., 2009 per determinare in ogni donna la concordanza o discordanza negli EPDS e PHQ 9 (Tabella 3).

Intendendo per concordanti quando entrambi i punteggi sono "normali" o che entrambi i punteggi sono nelle singole categorie elevate; e discordanti quando uno è collocato nel range elevato e l'altro nel "normale". L'intervento condotto dal ricercatore-caregiver, si è sviluppato mediante l'azione su due ambiti di attività interconnessi: interventi psico educativi durante l'attività fisica.

L'intervento effettuato ha previsto un incontro settimanale di gruppo della durata di 1 ora, le donne che hanno partecipato hanno iniziato gli incontri tra la 22 a -24 a settimana di gravidanza e li hanno protratti fino al parto.

Durante il percorso, ed in base alla stagione, oltre agli incontri settimanali, ogni gruppo si è incontrato almeno una volta insieme ai propri mariti/compagni, e al caregiver-ricercatore in incontri organizzati al mare o a merenda o a cena.

A termine di gravidanza e durante il mese successivo al parto, tutte hanno potuto usufruire di consulenze telefoniche di sostegno da parte del caregiver-ricercatore.

Successivamente, dalla visita di controllo ad 1 mese dal parto, le donne hanno seguito 4 incontri al mese della durata di un'ora per un totale di 8 incontri fino al 3° mese dopo il parto, a cui partecipavano anche i neonati.

Il numero di donne partecipanti agli incontri non ha mai superato le 10 unità a seduta.

L'esercizio fisico è stato un importante mediatore fra le convinzioni/consuetudini popolari e personali nei confronti del benessere in gravidanza soprattutto in relazione alle barriere opposte allo sport, alle credenze popolari sull'alimentazione e riguardo alla suscettibilità percepita nei confronti della DPN e della sua rilevanza.

E' stato utilizzato come attrezzo di ginnastica dolce una palla personale, la palla svizzera, ed un tappetino personale.

Gli esercizi aerobici hanno riguardato la postura e il distretto del pavimento pelvico con esercizi di propriocezione riferiti alla loro funzione in gravidanza, durante il parto, nel post partum e nella vita quotidiana. L'obiettivo in gravidanza era mantenere il benessere fisico allenando i muscoli del pavimento pelvico a contenere e sostenere l'aumento ponderale della gravidanza.

Attraverso l'inserimento semplificato di elementi legati alla fisiologia della gravidanza, è stata suggerita l'interpretazione delle modificazioni fisiche come la naturale evoluzione della maternità fatta di cambiamenti necessari, modulabili dalla donna e contemporanei alla costruzione dell'assetto materno [1]. Le donne sono orientate ad una maggiore consapevolezza del proprio status, a non subirlo come un evento ineluttabile ed estraneo alla propria volontà, o addirittura dannoso per il proprio fisico.

Dalla 32 a settimana gli esercizi fisici erano tesi a far acquisire maggiori conoscenze sui tempi del travaglio-parto, sulle strutture coinvolte dal "transito" del feto; a riguardo le donne eseguivano degli esercizi fisici che coinvolgevano la muscolatura vaginale anche attraverso l'astrazione mentale.

In questo periodo si è fatta molta leva sull'assetto materno delle gravide stimolato e costruito durante la gravidanza.

Nel post partum l'orientamento degli esercizi fisici era di tipo riabilitativo, svolti in funzione della modalità di parto espletata.

Tecnicamente e come da protocollo strutturato, in gravidanza gli interventi hanno previsto una partecipazione attiva delle donne che settimanalmente avevano il compito di mantenere un Diario del Peso e della Pressione arteriosa, delle ore e del tipo di attività fisica svolta e l'annotazione di eventuali episodi importanti ("life stress event") rilevati nel corso della settimana.

L'approccio utilizzato nell'affrontare le diverse tematiche è stato volutamente intervallato da incontri strutturati ed incontri liberi e aperti alla personalizzazione; sempre associati ad attività fisica, ovvero durante lo svolgimento degli esercizi fisici le donne esprimevano i loro pensieri, le loro difficoltà e ne discutevano fra pari (counseling non direttivo).

Gli argomenti emersi, negli incontri successivi, venivano ricondotti alle indicazioni dettate dalla letteratura scientifica tramite un counseling direttivo da parte del caregiver-ricercatore a volte con l'ausilio di immagini e/o video.

Le donne, durante tutto il percorso sono sempre state invitate a verificare le fonti delle informazioni che ricevevano, ed esortate a valutarle non solo sulla loro esperienza personale ma in modo critico.

Il protocollo di intervento adottato per la sensibilizzazione a carattere psico educativo sulla [1] Daniel N. Stern, N. Bruschweiler-Stern, "Nascita di una madre, come l'esperienza della maternità cambia la vita di una donna", Mondadori, Milano, 2000. ISBN: 88-04-48121-8 depressione ante-e post natale è stato strutturato seguendo le indicazioni fornite dagli studi clinici, dalle linee guida di riferimento e da interventi manualizzati ad indirizzo cognitivo comportamentale già utilizzati nella popolazione italiana e pubblicato da Piacentini et al., 2011.

15 VIII.

16 Risultati

Dai dati anagrafici, il campione totale, costituito da 251 donne, risulta composto per il 97% da italiane, con mariti/compagni italiani nel 98% delle coppie.

L'80% delle donne sono coniugate, il 19% conviventi. Il restante 1% è 'single'.

L'età media delle donne è di 32,5 anni (D.S. 4,5), quella dei padri risulta di 36 anni (D.S. 5,8).

In dettaglio, le classi e le rispettive frequenze sono descritte in Tabella 6. Durante la gravidanza, il 12,7% delle donne ha eseguito 1-2 ecografie, il 69% 3-4 ecografie e il 18% 5-10 ecografie.

Il 48% delle donne ha assunto un integratore multivitaminico.

A fine gravidanza, le donne hanno avuto un aumento ponderale medio di 11,2 kg (D.S. 3,5). Nel 10% dei casi tale aumento era compreso tra 4 e 6,5 kg; nel 48%; tra 7 e 12,5 kg; nel 30% tra 13 e 15 kg, e nel 12,4% tra 16 e 22kg.

Il 19,9% delle secondipare e terzipare aveva seguito un corso di preparazione alla nascita durante la prima gravidanza.

Ha praticato attività sportiva suppletiva durante la gravidanza il 21% delle donne, non lo ha praticato il 72%; il 7% delle donne lo ha sospeso durante la gravidanza.

Il 45% del campione totale di gravide ha accettato di entrare nel gruppo di intervento tra la 24 a e la 26 a settimana di gravidanza.

b) Modalità di parto L'87% delle donne ha partorito nel punto nascita della Asl di appartenenza. Il 2% delle donne che hanno partorito in Asl diverse ha fatto ricorso alla parto analgesia.

I parti vaginali sono stati il 67,7% (operativi l'1,6%, con episiotomia il 61%) e i tagli cesarei sono stati il 32,3%.

L'età gestazionale media è stata di 39,4 settimane (D.S. 1,5); il 90% delle donne ha partorito tra la 36 a e la 41 a settimana, l'1,2% tra 33 a e 35 a e l'8,8% alla 42 a .

Il peso medio dei neonati era di 3,291 kg (D.S. 450); il 3,6% di essi aveva un peso compreso tra 1,890 e 2,470 kg; il 26,3% tra 2,500 e 3,050 kg; il 64% tra 3,060 e 3,980 kg; il 6% tra 4,000 e 5,090 kg.

Il 57,4% dei neonati era di sesso maschile, il 42,6%, di sesso femminile.

Gli indici di Apgar assegnati ai neonati e tratti dalle cartelle cliniche della gravidanza/parto sono riportati in Tabella 12. Le donne che hanno sospeso l'allattamento al seno hanno riferito le seguenti difficoltà (tra parentesi è riportata la frequenza): insufficiente produzione di latte (33%), problemi di salute materna (24%), difficoltà del neonato (14%), per scelta della donna (29%).

Nessuna delle donne del campione aveva mai sofferto di depressione (criterio di esclusione) mentre la depressione nei familiari (marito, madre, sorella/e, fratello/i, genitori, suoceri) era presente nel 5,4% (di questi, il 5,2% era in terapia).

17 c) Percezioni materne

Il 77% delle donne del campione totale dichiarano di aver "vissuto bene" la gravidanza, e il 23% "non bene"; il 78% di aver "vissuto positivamente" il travaglio e il parto e il 24% di aver avuto dei disagi.

Durante tutto il ricovero in ospedale, le donne hanno dichiarato di aver ricevuto il maggior sostegno dall'ostetrica nel 5,6% dei casi, dal ginecologo nel 13%, dall'intera equipe nel 6%, dai propri familiari nel 33%, mentre nel 42,6% non sono state percepite figure di rilievo ma la donna ha contato soprattutto su se stessa. Il 51% del campione totale delle donne ha segnalato 'life stress events' particolarmente rilevanti (Tabella 13).

Essi sono stati aggregati in 5 gruppi che comprendono: Nei Grafici 1-3 sono riportati i domini fisici, mentali e totali del campione totale a T0, nei Grafici 4-6 a T1, nei Grafici 7-9 a T2. ? ruolo e salute fisica (p=0,003), ? salute in generale (p=0,000).

18 Differenze SF 36 fra il Gruppo A e il Gruppo B a T2

Grafico 10: Domini fisici in base all'età -Gruppo A -a T2

Grafico 11: Domini fisici in base all'età -Gruppo B -a T2

A T2, nei Domini mentali le differenze fra i due gruppi erano nelle seguenti variabili: ? vitalità (p=0,000), ? attività sociali (p=0,000), ? ruolo e stato emotivo (p=0,000).

19 f) Test EPDS

Nel confrontare i punteggi EPDS in gravidanza (T0), ad 1 mese dal parto (T1) e a 3 mesi dal parto (T2) si è utilizzato il test non parametrico per campione singolo (Kolmogorov-Smirnov).

20 g) Risultati positivi globali

Nel campione totale di 251 donne (?) le percentuali del test EPDS positivo (cut-off ?13 = positivo), sono le seguenti:

21 Risultati Estratti Dalle Cartelle Cliniche Della Gravidanza

22 Confronto delle analisi chimico cliniche fra il Gruppo A e il Gruppo B durante la gravidanza

Per ciò che concerne le analisi effettuate durante la gravidanza, il confronto fra il Gruppo A e il Gruppo B di controllo è stato condotto utilizzando il test non parametrico U di Mann-Whitney a campioni indipendenti e ad un livello di significatività <0,05.

Si sono rilevate differenze tra i due gruppi nelle seguenti variabili: ? distribuzione della media del peso acquisito durante la gravidanza fra la 15-26 w (p=0,20); fra la 27-41 w (p=0,25).

23 Maternity Blues a) Introduzione

Durante la gravidanza e dopo il parto si verificano nella donna degli importanti cambiamenti emotivi. Il Maternity Blues (MB) è un cambiamento di umore transitorio che si verifica soprattutto tra il 1° e il 10° giorno di post-partum.

E' caratterizzato da tristezza, pianto improvviso, lieve stato d'ansia, paura.

Tali sintomi tendono a scomparire rapidamente, ma se permangono o peggiorano vengono inquadrati come depressione post-partum.

Diversi studi riportano la frequenza del MB compresa nel campo 4-80%.

Per determinare una eventuale loro correlazione con il MB, vengono studiati sia parametri biologici che psicosociali. Secondo la maggior parte degli autori, le informazioni su MB, maternità e supporto alla donna sono il modo migliore per affrontare il MB sia in via preventiva che terapeutica ??Beck CT et al., 1992;Gonidakis, 2007).

Uno studio di Boudou et al. (2007) identifica un'associazione tra l'intensità del dolore della nascita e l'intensità del MB considerandolo come forte predittore di depressione post-natale; questo dato è confermato anche in altre popolazioni, donne giapponesi incluse (Watanabe et al., 2008).

In Italia, Grussu e Quatraro (2013) in uno studio condotto tra il 1° e il 5° giorno dopo il parto su 36 primipare, hanno studiato sia i sintomi psicologici che i disturbi dell'umore di lieve entità; i sintomi somatici erano particolarmente acuti nei primi giorni dopo il parto.

24 b) Descrizione dell'indagine pilota

Al fine di conoscere il valore del Maternity blues, in un campione casuale, costituito dal 10% del totale delle donne (251), è stata effettuata un'indagine pilota con le stesse modalità e gli stessi strumenti della ricerca primaria.

Previo consenso informato, sono stati somministrati, a 3-4 giorni dal parto, i test EPDS, PHQ 9 e SF 36 ed è stata effettuata un'intervista strutturata tesa a far emergere i fattori di rischio sociodemografici/culturali/ambientali, psicologici e clinici già individuati dalla letteratura ??Beck, 2001; ?onti et al., 2006). c) Descrizione dei risultati EPDS: sono risultate positive n°10? -40% (cut-off ?9) PHQ 9: sono risultate positive, n°5? -20% (cut-off ?9) E' stato effettuato il test non parametrico U di Mann-Whitney a campioni indipendenti per verificare la differenza tra le due categorie (EPDS positivi/EPDS negativi) rispetto alle principali variabili rilevate tramite l'intervista.

Ad un livello di significatività di <0,05 si sono rilevate differenze tra le due categorie nelle seguenti variabili: a) settimana di gravidanza e b) episodi importanti ('life stress events') risultati in accordo con la letteratura scientifica.

25 d) Risultati SF36

La media dei risultati dei domini e degli indici sintetici dell'SF 36 (versione acuta) a 3-4 giorni dal parto è inserita nella Tabella 21 e nei Grafici 32-34.

26 Global

Tabella 23:Fattori PHQ 9 FATTORE1 FATTORE2 FATTORE3 PHQ 9 NEGATIVI 5,6,2,8 3,7 1,4 POSITIVI 4,3 5,2,6 1,8,7 XI.

Discussione I risultati ottenuti dalla ricerca nel campione totale di donne (251), mostrano che l'età media delle gravide è pari a 32,5 anni (21-42), quella paterna pari a 36 anni .

Il livello di scolarità del campione è medio-alto, 77% nelle donne e 73% nei mariti/compagni; la disoccupazione è maggiore fra le donne rispetto agli uomini (13% vs 5%) con una precarietà delle lavoratrici del 43%; le posizioni professionali gerarchicamente più elevate ricorrono nelle donne con frequenza dimezzata rispetto agli uomini (8% vs 16%).

Le coppie, hanno dichiarato una stabilità economica pari all'86% (con ciò suggerendo un target di popolazione di fascia media) ed una stabilità affettiva del 94%.

Il campione, costituito prevalentemente da donne in attesa del primo figlio (66,5%) ha scelto un'assistenza alla gravidanza di tipo privato (98%).

Le gravidanze sono risultate, per il loro decorso, per lo più a basso rischio (94%).

Il ricorso ad indagini strumentali ecografiche è stato per il 69% coerente con le raccomandazioni delle linee guida; le donne hanno avuto un aumento ponderale medio di 11,2 Kg. (4-22Kg); ha praticato attività sportiva il 21% di esse, mentre il 7,2% lo ha sospeso.

Delle pluripare (33,5% del campione), solo il 20% aveva seguito un corso di accompagnamento alla nascita alla prima gravidanza.

Il 45% del campione totale di gravide ha accettato di entrare nel gruppo di intervento tra la 22 a e la 24 a settimana di gravidanza; durante tutto l'intervento non si sono verificati abbandoni.

27 a) Discussione SF 36

Dall'analisi degli otto domini e dei due indici sintetici dell'SF 36 effettuata sul campione totale di 251 donne, emergono i dati che descrivono il benessere materno nella sfera fisica (PCS) attestandolo ad una media di 50,5 (su 100) in gravidanza (T0), a 45,5 ad un mese dal parto (T1) e a 53,6 a tre mesi dal parto (T2); si tratta di valori globalmente soddisfacenti, che comprensibilmente diminuiscono a T1 dopo l'evento parto, e che tornano ad aumentare a T2.

Nella sfera mentale (MCS) i valori risultano 51 a T0, 50 a T1 e 36,5 a T2. Si evidenzia il valore più basso a T2.

Le medie dei singoli domini e degli indici sintetici messi in relazione nei tre tempi alle quattro classi di età (anni 21-26; 27-32; 33-38; 39-42) indicano che:

A T0 -nel dominio dell'attività fisica, (range 86 e 91) e del ruolo e salute fisica (59-67) i valori alti sono delle donne più giovani (21-26 anni); il dolore fisico (85-91) più basso, indice di un benessere maggiore, e la salute in generale (67-72) più alta è fra le donne 33-38enni.

L'indice sintetico PCS, in tutte le categorie di età, risulta superiore a 50 con minime variazioni, (50-51).

Nei domini mentali: la vitalità (79,5-82,5) è più alta fra le 27 A T2 -nel dominio dell'attività fisica (88-93,5) e ruolo e salute fisica (63-68,7) i valori alti sono nelle più giovani, nel dolore fisico (75-78,5) i valori più bassi, e quindi un benessere maggiore, permane in tutti e tre i tempi (T0, T1, T2) fra le 33-38enni, mentre, per la salute in generale (60-66,7) i valori più alti si riscontrano fra le 27-32enni.

L'indice sintetico PCS, si attesta sopra a 50 in tutte le categorie d'età (53,5).

Nei domini mentali: la vitalità (29,4-34,2) è più alta nelle più adulte; nelle attività sociali (70-80,8) e nel ruolo e stato emotivo (40-58,8) i punteggi maggiori si hanno tra le 27-32enni, e la salute mentale (53-56,4) è migliore fra le due categorie più adulte.

L'indice sintetico MCS è globalmente basso, inferiore a 50 (35-37,4); il valore migliore si riscontra tra le 27-32enni.

Questi risultati dimostrano come a T2 la globalità del campione dichiara una bassa vitalità e fornisce la percezione di un grado di stanchezza e di energia molto elevato esteso per lo più a tutte le classi d'età; questo aspetto non può non essere considerato nell'analisi del relativo indice sintetico mentale, anch'esso globalmente basso. Attraverso l'utilizzo del test non parametrico U di Mann-Whitney a campioni indipendenti e ad un livello di significatività $<0,05$ si è effettuato il confronto dell'SF 36 fra il Gruppo A e il Gruppo B a T0, T1 e T2. A T0 risulta significativa l'attività fisica ($p=0,007$).

A T1 risulta significativo ($p=0,013$) il dominio sintetico fisico PCS, insieme alla salute in generale ($p=0,000$), alla vitalità ($p=0,004$), alla salute mentale ($p=0,004$) e al dolore fisico ($p=0,036$).

A T2 nei domini fisici, le differenze fra i due gruppi erano presenti nelle seguenti variabili: ruolo e salute fisica ($p=0,003$) e salute in generale ($p=0,000$).

28 b) Discussione risultati EPDS

Come suggerito dalla letteratura scientifica in questo studio è stato utilizzato come 'cutpoint' positivo un EPDS ≥ 13 , capace cioè di identificare le donne a rischio per la depressione post-partum.

Utilizzando il test non parametrico per campione singolo (Kolmogorov-Smirnov), i risultati positivi EPDS del campione globale (251 ?), sono a T0 al 7%, a T1 al 9% e a T2 al 12%. Gli EPDS positivi a T0 sono stati nel Gruppo A del 6% vs 8% del Gruppo B; a T1 le percentuali sono risultate uguali al 9%, in entrambi i gruppi; mentre a T2 essere inclusi nel Gruppo A d'intervento incide positivamente con il 4% vs 18%.

29 Medical Research

Nel Gruppo A, inoltre, sono state effettuate le correlazioni fra le variabili socio-demografiche e cliniche e l'EPDS, pertanto risultano significative a livello 0,01 le seguenti correlazioni: ? Life stress events a T1 ? Avere familiari depressi a T1 e T2 ? Avere familiari depressi in terapia a T1 e T2 ? Tipo di allattamento a T1 Con una significatività a 0,05: Il praticare sport, a T0 ? Life events a T0 ? La condizione professionale materna a T1 e T2 ? Avere familiari depressi in terapia a T0 ? Tipo di allattamento a T2 c) Discussione risultati PHQ 9 I dati ottenuti dallo studio dell'EPDS sono confermati da un andamento coerente ottenuto anche dai test PHQ 9.

Riguardo al test PHQ 9, ad un 'cutpoint' positivo ≥ 11 , nel campione globale (251 ?), le percentuali sono state le seguenti: a T0 il 6%, a T1 il 10% e a T2 l'11%.

I PHQ 9 positivi a T0 sono stati nel Gruppo A il 5,4% vs 6,4% del Gruppo B; a T1 le percentuali sono risultate dell'8,1 vs 10,7%; mentre a T2 essere inclusi nel Gruppo A d'intervento incide positivamente con il 3,6% vs 16,4%.

I risultati indicano che, nelle donne che hanno partecipato all'intervento, c'è stata una diminuzione significativa nei punteggi relativi alla Edinburgh Postnatal Depression Scale e al Patient Health Questionnaire 9, a 3 mesi dal parto.

Infatti entrambi i gruppi sono partiti da un livello di benessere materno in gravidanza pressoché uguale; ad un mese dal parto, come era comprensibile è diminuito, ma a 3 mesi, l'aver continuato il training anche in puerperio, può spiegare come il Gruppo A abbia goduto di un evidente maggior benessere rispetto al gruppo B il quale, invece, ha visto a tre mesi dal parto un significativo incremento del disagio riferito a depressione post natale.

In questo studio, i dati ottenuti dallo studio dell'EPDS e del PHQ 9 mostrano un andamento coerente rilevato in entrambi i test, i quali indicano un'aderenza ed una partecipazione leale dei soggetti, con risposte non espresse a caso da parte delle donne.

30 d) Discussione risultati test di concordanza EPDS e PHQ 9

Come obiettivo secondario, la presente ricerca si proponeva di eseguire la comparazione dei test EPDS e PHQ 9, nonché di effettuare l'analisi fattoriale dei due test nel campione totale a T0, T1 e T2.

In base ai riferimenti tratti dallo studio di Yawn et al. (2009) negli USA, effettuato solo nel post-partum, con il test non parametrico U di Mann-Whitney a campioni indipendenti, anche nel presente studio risultano significativi ad un livello di 0,05 l'EPDS a T2 e il PHQ 9 a T2, confermandone la concordanza.

Inoltre, in questa tesi si sono rilevate le correlazioni tra i questionari EPDS e quelli PHQ 9 non solo ad un mese dal parto (T1) ma anche in gravidanza (T0), e a tre mesi dal parto (T2), trovando in tutti e tre i tempi di follow-up una significatività pari a 0,01.

Se ne deduce che anche nella popolazione italiana, tra i questionari EPDS e quelli PHQ 9, i rispondenti sono stati coerenti e che i questionari risultano pertanto equivalenti.

31 e) Discussione Analisi fattoriale EPDS

La struttura multifattoriale della scala EPDS è già stata suggerita da diversi studi condotti in Francia, Australia ed Inghilterra (Adouard, 2005; Chabrol, 2004; Matthey, 2008); parecchi autori hanno trovato una struttura a due ma anche a tre fattori con la comparsa frequente di una dimensione secondaria costituita da una sintomatologia ansiosa (Brouwers, 2001; Jomeen, 2005; Ross, 2003; Huoy, 2008). Peraltro, va detto che l'esatta identificazione dei fattori è diversa all'interno dei singoli studi. Tali differenze potrebbero essere dovute alle differenti popolazioni studiate, e alle diverse metodologie statistiche utilizzate.

L'unico studio italiano reperito (Petrozzi e Gagliardi, 2013) ha utilizzato per l'analisi fattoriale la rotazione obliqua ed ha identificato tre fattori: Fattore 1 -la depressione (item 7,8,9,10); Fattore 2-l'ansia (item 3,4,5,6), e infine Fattore 3-l'anedonia (item 1,2), con un risultato sostanzialmente in accordo con lo studio di Thuoy e McVey, (2008) effettuato però con un procedimento statistico diverso e su una popolazione diversa.

Nella seguente Tabella 24. sono elencati gli studi e gli item relativi ai fattori quanto statisticamente significativi. Gli item 1-2, sono stati aggregati spesso con la componente depressiva per la loro similarità sintomatologica, piuttosto che con la sintomatologia ansiosa, ma metodi analitici più raffinati permettono di distinguere l'anedonia dalla depressione e aggregano tali item come a sé stanti nel Fattore 3.

32 Medical Research

Tale aggregazione è rilevabile anche nel presente studio, nel Gruppo B in tutti e tre i tempi e nel Gruppo A a T1 e T2.

Gli item 3-5, in molti studi, sono stati trovati maggiormente aggregati al fattore 'ansia' e l'item 6 variabilmente associato agli item 3-5; dato analogo è stato rilevato anche nel presente studio in entrambi i gruppi.

Nella presente ricerca l'associazione quantitativa (loading) degli item nel Gruppo B risulta in linea con la letteratura internazionale e con il lavoro italiano precedentemente citato.

Nel Gruppo A il Fattore 1 risulta essere costituito a T0 e mantenuto a T1 e T2 dalla componente ansiosa, il Fattore 2 dalla componente depressiva e il Fattore 3 dall'anedonia (a T1 e T2).

Risultato che potrebbe spiegare come mai a T2 il Gruppo A ottiene un 'outcome' maggiormente positivo rispetto a quello del Gruppo B.

L'item 10 nel Gruppo A si colloca nel Fattore 3 e si associa con l'item 7, ma a T1 e T2 non si associa a nessuno dei tre fattori.

33 f) Discussione Analisi fattoriale PHQ 9

La struttura multifattoriale del test PHQ 9, è stata studiata soprattutto nell'ambito delle cure primarie, in diversi gruppi etnici ed in relazione a molti altri test utilizzati nella rilevazione della depressione (BDI, SCID, ecc.). In un recente studio effettuato su un campione di 2615 soldati della Guardia Nazionale dell'Ohio, Elhai et al., (2012) hanno esaminato la struttura fattoriale dei principali sintomi della depressione maggiore confrontando quattro modelli utilizzati in letteratura per l'analisi fattoriale del PHQ 9 (Tabella 25).

Essi hanno affermato che i sintomi di depressione maggiore sono meglio rappresentati distinguendo i Fattori Somatici (S) da quelli Nonsomatici (N-S), piuttosto che da un Fattore Unidimensionale, Depression (D).

Distinzione questa, che non risulterebbe essere solo interna allo strumento (PHQ 9), ma probabilmente rappresenterebbe rapporti differenziali con altri tipi di psicopatologia.

Fra i modelli presi in esame, da criteri statistici oggettivi relativi al campione in oggetto, il migliore risulterebbe essere il Modello 2b. Esso concettualizza l'item 1 'Anhedonia' come parte del Fattore Nonsomatico e l'item 7 'Concentration difficulties' come parte del Fattore Somatico. L'analisi fattoriale eseguita in questo studio attraverso la rotazione Varimax, mostra la presenza nel Gruppo A di ben tre Fattori con la presenza di elementi Non-somatici variamente associati con elementi Somatici; solo a T2, il Fattore 3, si delinea singolarmente nell'item 6 (Tabella 26.) Tabella 26: Analisi fattoriale PHQ 9

34 Medical Research

35 Fattore1

Fattore 2 Fattore 3

Gruppo A T0 2,9,

Questi risultati, non essendo un obiettivo primario della presente ricerca, sono stati esclusivamente osservati, pertanto per essere correttamente interpretati necessitano di maggiore approfondimento ed aprono nuovi ambiti di ricerca.

XII.

Conclusioni

Dallo studio effettuato è emerso che il training perinatale effettuato sul Gruppo A costituito da 111 donne e comparato con un Gruppo B (di controllo) di 140 donne, è risultato gradito dalle donne, tanto che l'indice di abbandono del training è stato pari a zero.

Questo dato sottolinea ed è concorde con lo studio di Hollins et al., 2013, che afferma che se le donne percepiscono il valore della formazione come fondamentale per il risultato della propria esperienza non mostrano barriere o resistenze e partecipano attivamente.

I risultati indicano che l'aver partecipato all'intervento ha influito positivamente sullo stato di benessere materno evidenziando una diminuzione significativa nei punteggi EPDS e PHQ 9 a 3 mesi dal parto (T2).

L'intervento ha prodotto un risultato statisticamente e significativamente positivo in più aree. Dall'analisi condotta sui dati estratti dalle cartelle cliniche della gravidanza, l'aver effettuato attività fisica controllata durante la gravidanza non è stato solo un importante mediatore nel veicolare interventi di tipo psicologico sulle donne, e quindi aver influito positivamente sulla sintomatologia depressiva, ma ha anche sortito un effetto positivo sul benessere fisico materno.

L'attività fisica, infatti, ha concorso a mantenere lo stato di benessere delle donne durante la gravidanza attraverso un aumento ponderale materno più contenuto e livelli glicemici e di pressione minima più bassi. Aumento ponderale ridotto e bassi livelli glicemici risultati da questa ricerca sono stati rilevati anche da Horan et al., 2013).

L'importanza dell'attività fisica e la sua associazione inversa con sintomi depressivi in gravidanza (Meltzer et al. Maternal Well-Being during Pregnancy after One and Three Months from Delivery la percezione della qualità della vita per tutto il corso della gravidanza e nel puerperio.

Il sostegno telefonico nell'immediato postpartum con il ricercatore/caregiver e gli incontri protratti fino al 3° mese di puerperio, hanno probabilmente influenzato il 'processo di empowerment' delle donne che si è concretizzato in un processo di "restituzione" attraverso il miglioramento del proprio stato emotivo e la netta diminuzione dei livelli depressivi a tre mesi (T2).

Un'altra ipotesi per questo risultato positivo a T2 potrebbe essere dovuto all'interazione costante con il neonato durante il training quale mitigatore della disregolazione emotiva dovuta all'ansia come suggerito da Lonstein, 2007 e al sostegno attuatosi nel gruppo, fra pari come rilevato da Dale et al., in una review Cochrane del 2008.

Come confermato anche da Jokhi R., 2013, per gli operatori sanitari che si occupano dei servizi di benessere materno infantile ed in particolare per le ostetriche/ci, è auspicabile prevedere una formazione specifica al fine di implementare le conoscenze e metterli in grado di poter rilevare l'eventuale presenza di sintomi depressivi e di contribuire a promuovere la sanità mentale nel periodo perinatale.

In linea con i dati provenienti da studi sperimentali e le conseguenti indicazioni delle linee guida NICE, questo studio ha valutato il benessere materno dalla gravidanza ai tre mesi dopo il parto sia nei due gruppi che nel campione totale di 251 donne.

Il test SF 36, che misura la qualità di vita, ed è comunemente utilizzato nella letteratura scientifica internazionale come misura di esito, ha descritto sia i domini fisici che mentali in associazione con i test EPDS e PHQ 9.

Globalmente l'SF 36 mostra che il benessere maggiore in gravidanza nella sfera fisica è a vantaggio di un benessere materno migliore nel Gruppo A.

Nel campione totale il valore basso della 'sfera mentale' (MCS) a T2, indica un momento di vulnerabilità della sfera mentale della donna e suggerisce l'importanza di una valutazione in tale epoca dello stato di benessere materno.

Questi risultati dimostrano come a T2 la globalità del campione dichiara una bassa vitalità e fornisce la percezione di un grado di stanchezza e di energia molto elevato ed esteso per lo più a tutte le classi d'età, e di questo va tenuto debito conto nell'analisi del relativo indice sintetico mentale, anch'esso globalmente basso.

Questo studio ha aggiunto, inoltre, una comparazione fra i due test di screening, dimostrandone la piena concordanza, aspetto questo che al momento non risulta essere stato studiato nella popolazione italiana ma solo in quella americana.

I fattori dell'EPDS analizzati rilevano le componenti relative agli stati ansiosi con risultati vicini allo studio italiano di Gagliardi e Petrozzi (2013) e viene dimostrata l'efficacia dell'intervento multidisciplinare a tre mesi dal parto.

I risultati di questo studio suggeriscono l'efficacia del training nonché l'estensione di intervento integrato tra attività fisica, sostegno psicologico e interventi sulla genitorialità, anche nei primi tre mesi di puerperio.

E' tuttavia necessario condurre altri studi per verificare e puntualizzare meglio gli interventi, ma a livello territoriale sarebbe auspicabile effettuare almeno una volta a trimestre uno screening per la depressione nelle gravide (ACOG, 2010).

Ridisegnare un periodo ante-e post-natale basando gli interventi sui bisogni fisici e psicologici individuali delle donne attraverso un sostegno e un accompagnamento al mantenimento o al raggiungimento di un corretto stile di vita permetterà l'estensione e l'influenza di tali acquisizioni in ogni momento della vita non solo della donna ma di tutta la famiglia.

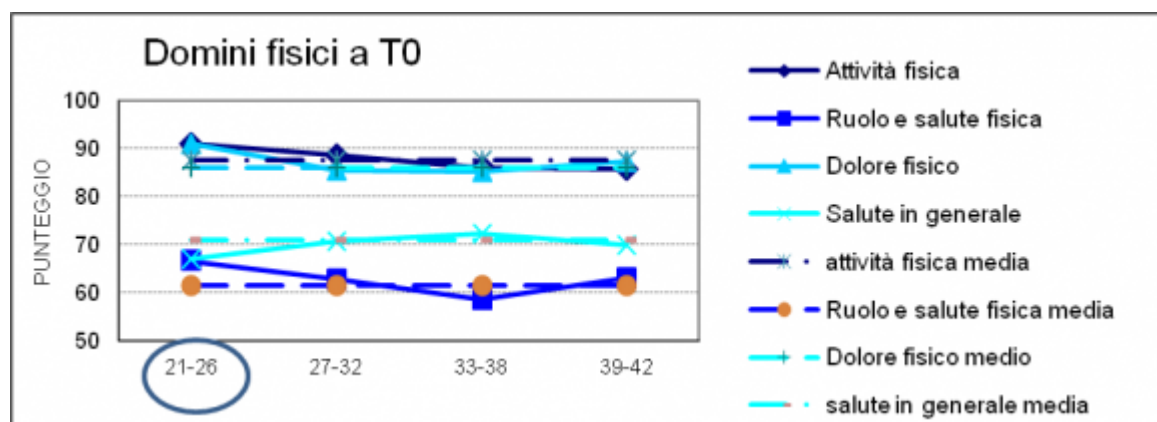


Figure 1:

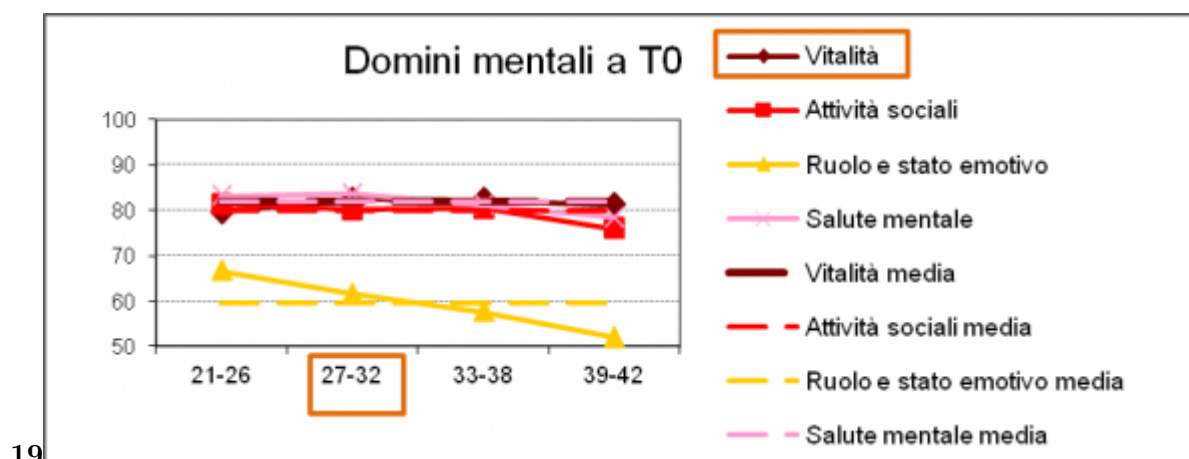


Figure 2: Grafico 1 :Grafico 9 :

¹Cfr. Fëdor Dostoevskij, Gli Indemoniati, Gherardo Casini Editore, Jugoslavia, 1990, pp. 535-548

²Depressione perinatale: Conference call dell'Osservatorio Nazionale sulla salute della donna, 28 ottobre 2013

³© 2020 Global JournalsMaternal Well-Being during Pregnancy after One and Three Months from Delivery

⁴19 86,25 11,10 86,67 10,33 Ruolo e salute fisica 42,86 47,25 43,75 40,06 62,50 41,08 Dolore fisico 75,71 13,19 70,17 24,64 50,33 18,05 Salute in generale 62,14 10,90 67,17 13,60 71,33 14,60 Vitalità 45,71 10,18 57,92 13,56 53,33 12,11 Attività sociali 39,29 15,19 43,75 19,58 33,33 15,14 Ruolo e stato emotivo 42,86 37,09 61,11 27,83 27,78 38,97 Salute mentale 59,43 13,55 65,00 19,00 58,67 18,36 PCS 48,29 5,57 47,56 6,84 50,11 5,36 MCS 35,52 8,27 41,00 9,48 33,21 9,16 Grafico 26: Risultati domini fisici SF 36 per classi d'età

16

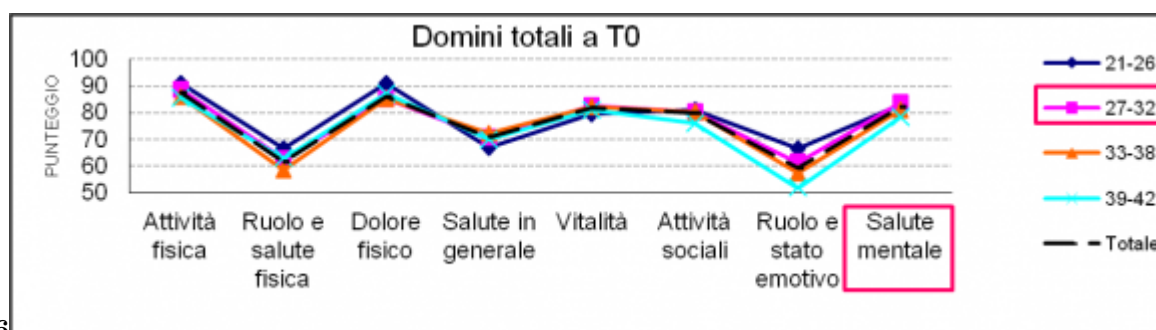


Figure 3: ?Grafico 16 :

17

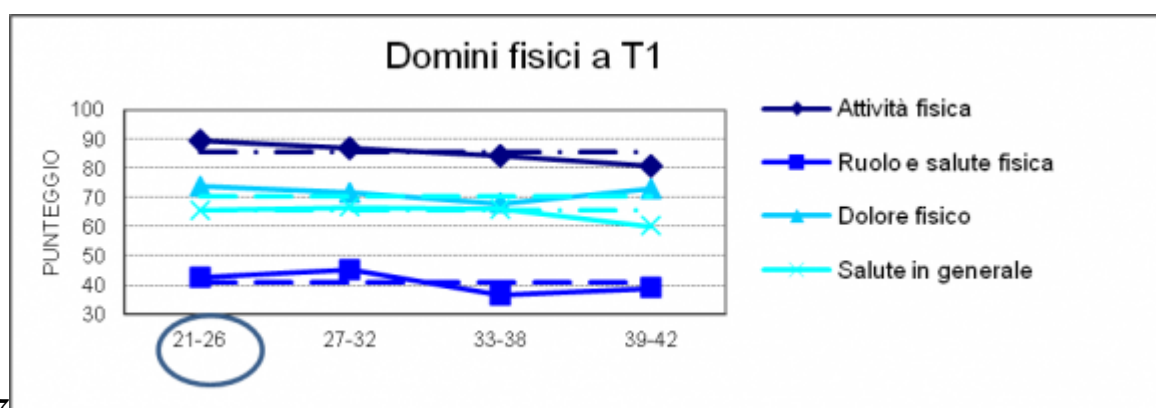


Figure 4: Grafico 17 :

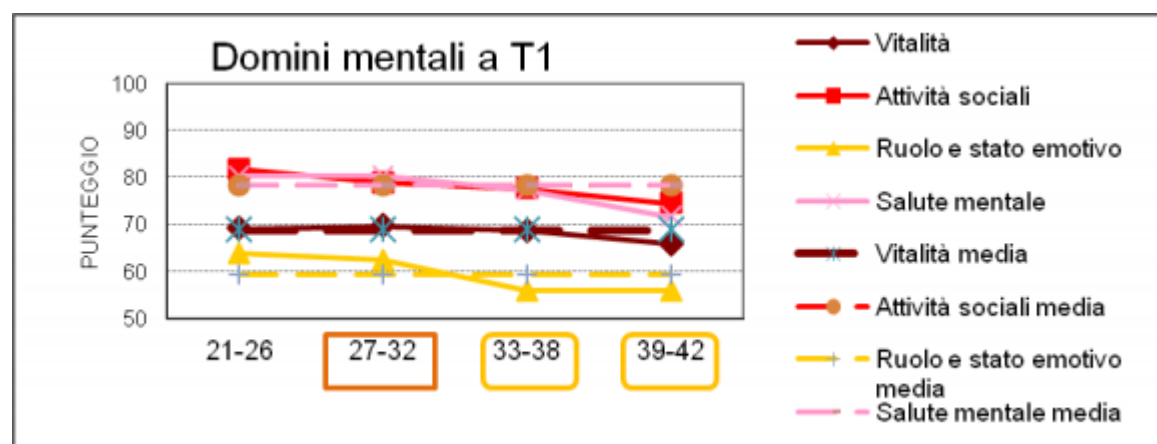


Figure 5:

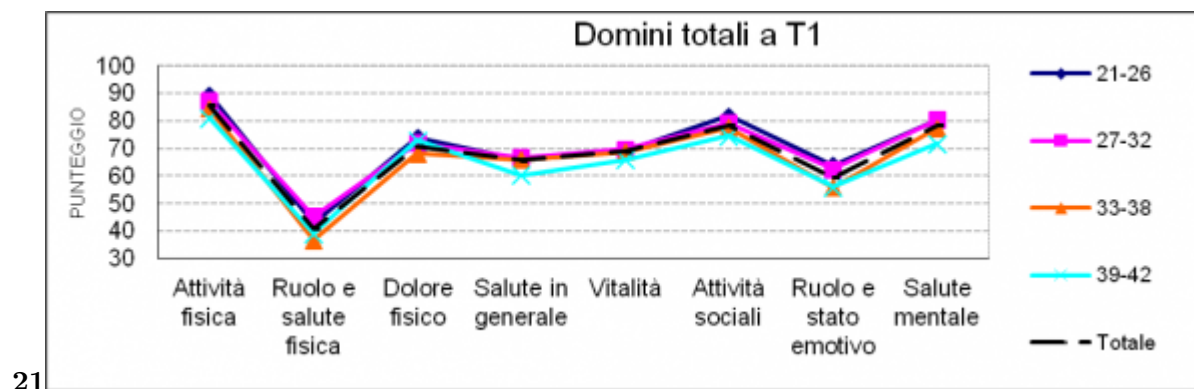


Figure 6: ?Grafico 21 :

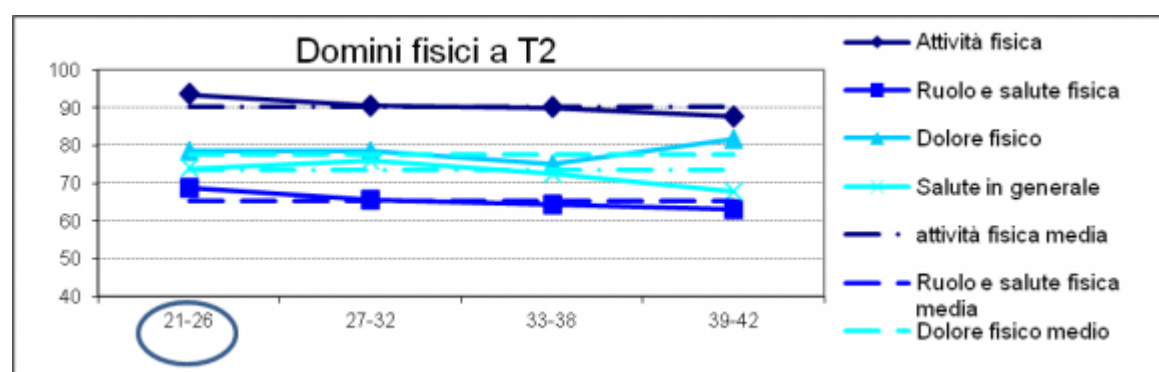


Figure 7:

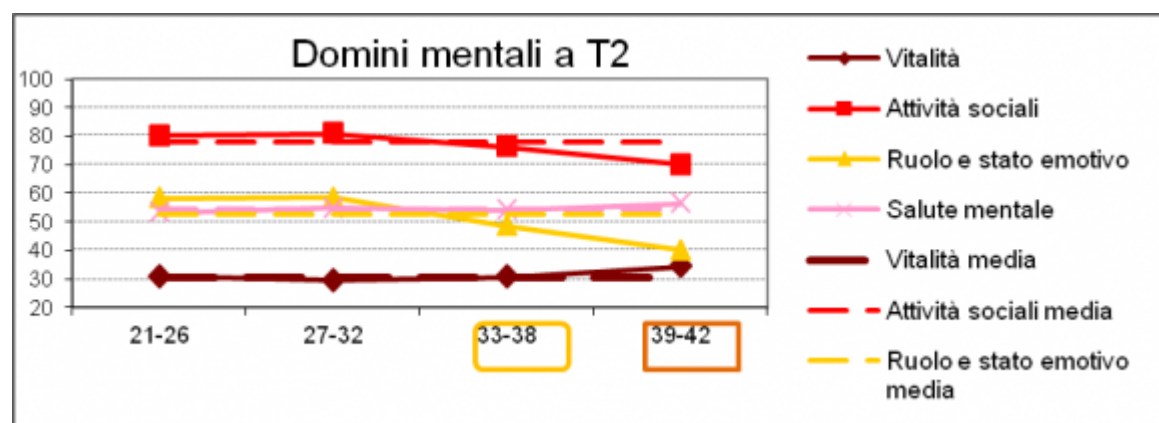


Figure 8:

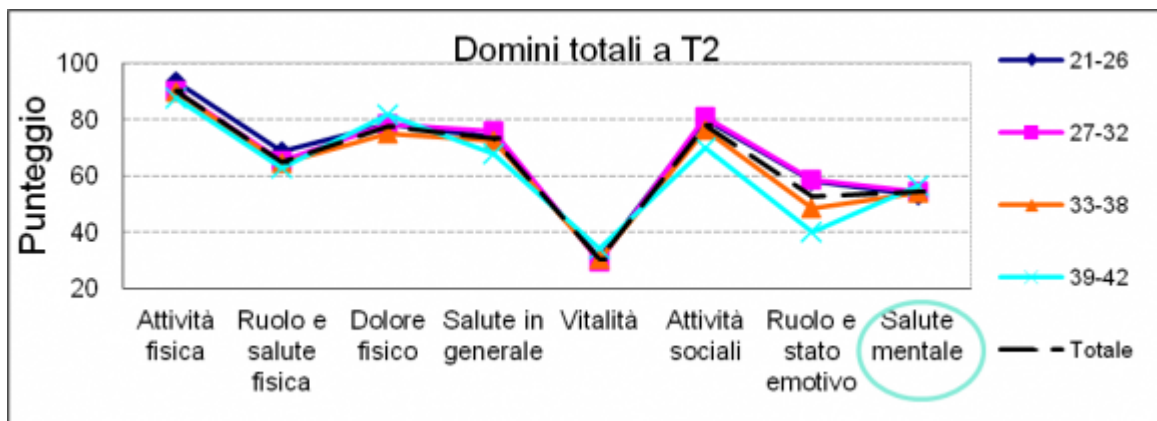


Figure 9:

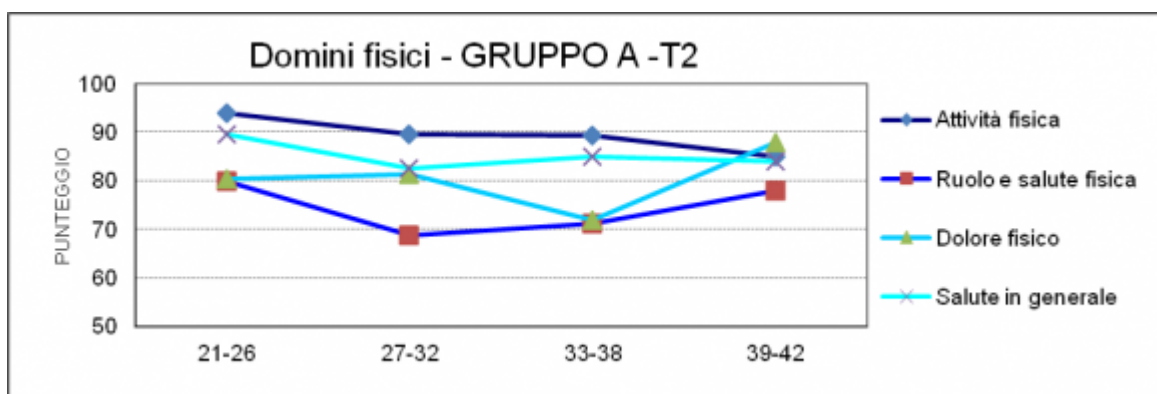


Figure 10:

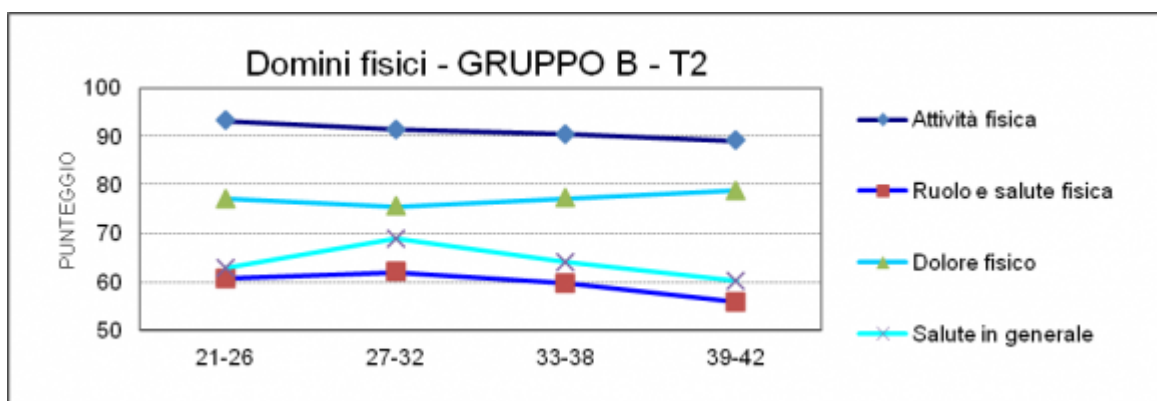


Figure 11:

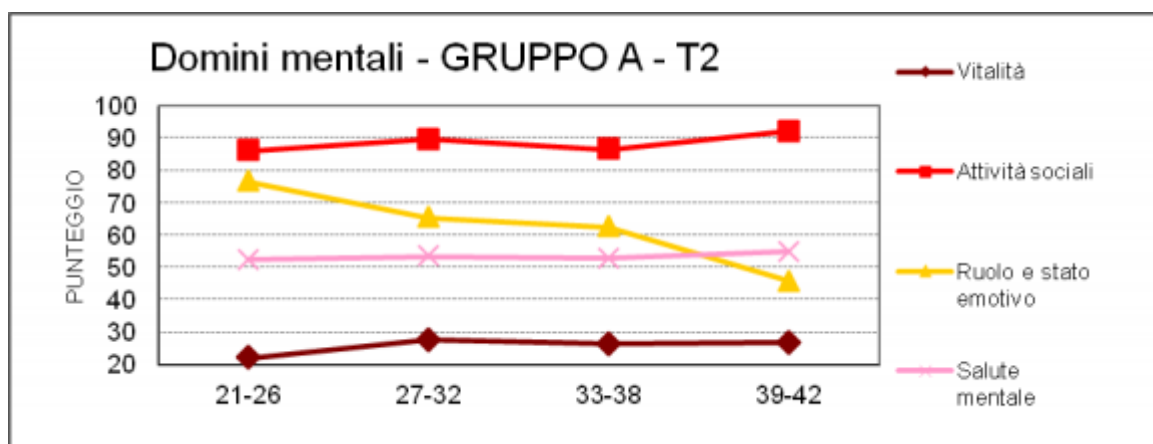


Figure 12:

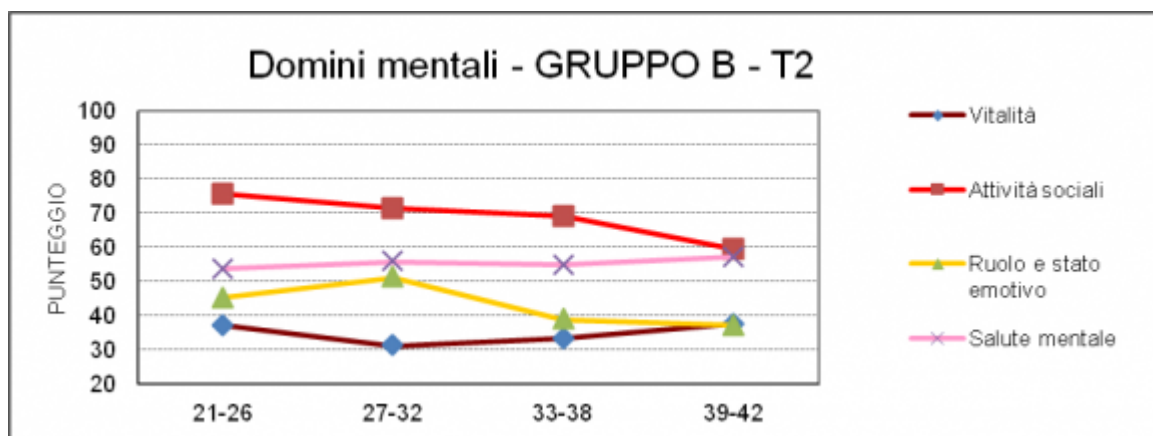


Figure 13:

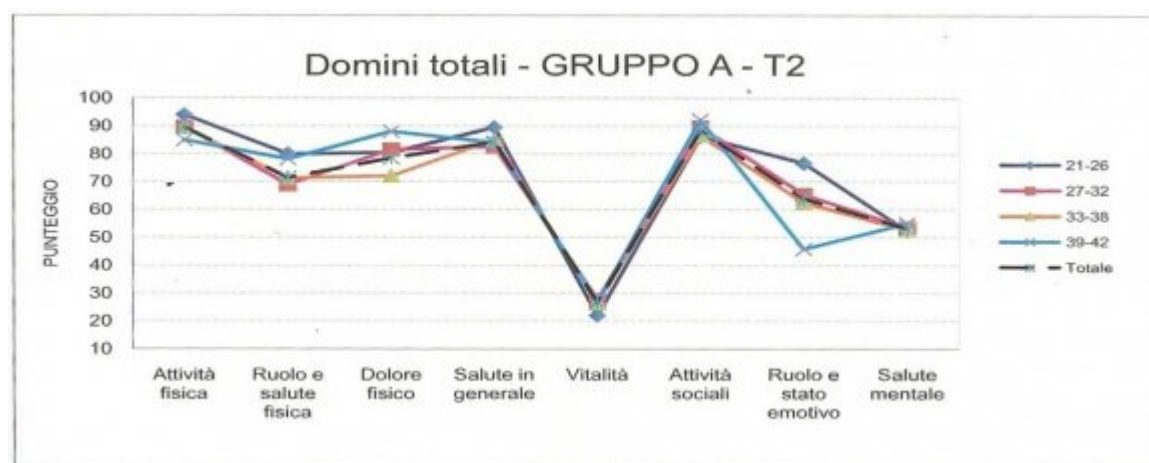


Figure 14:

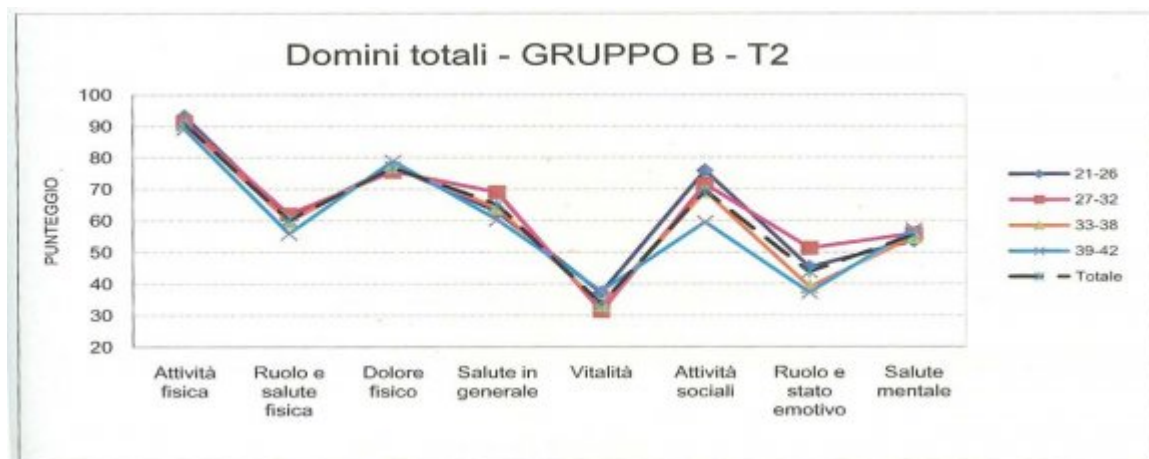


Figure 15:

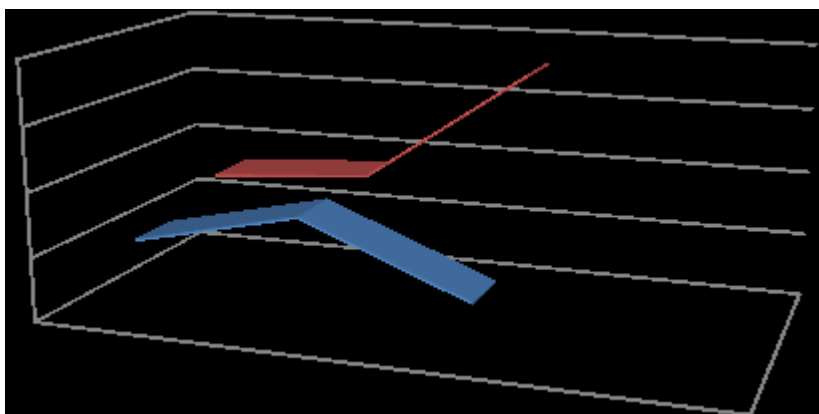


Figure 16:

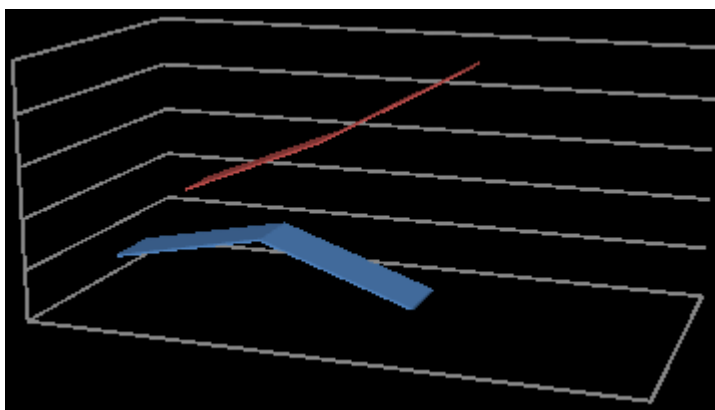


Figure 17:

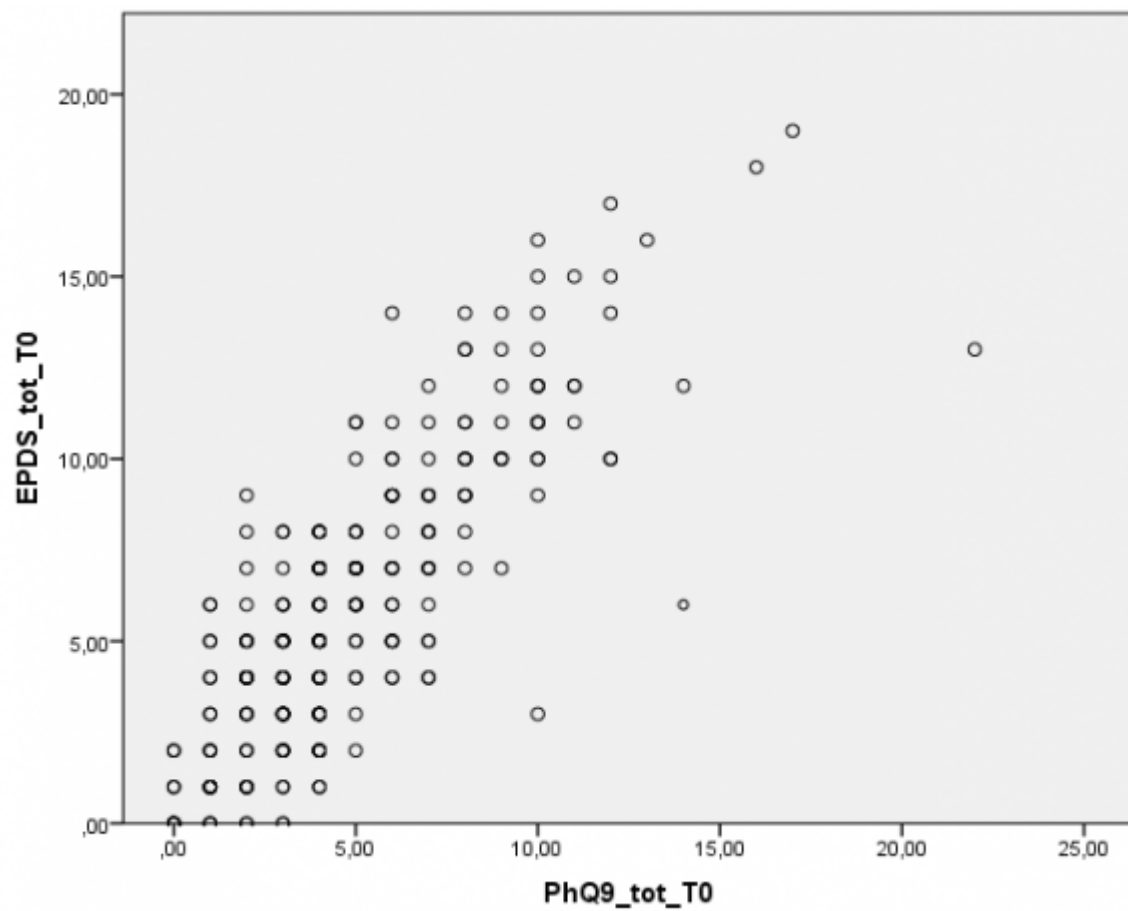


Figure 18:

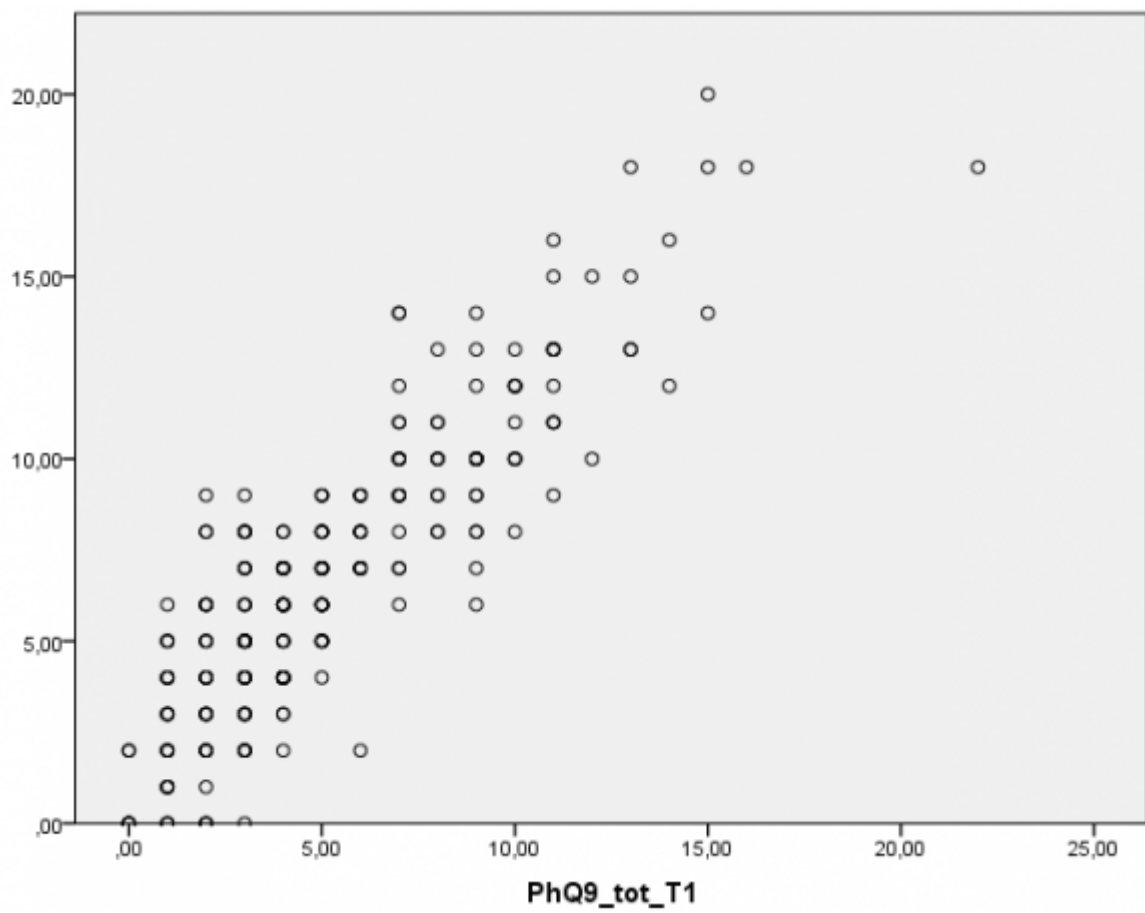


Figure 19:

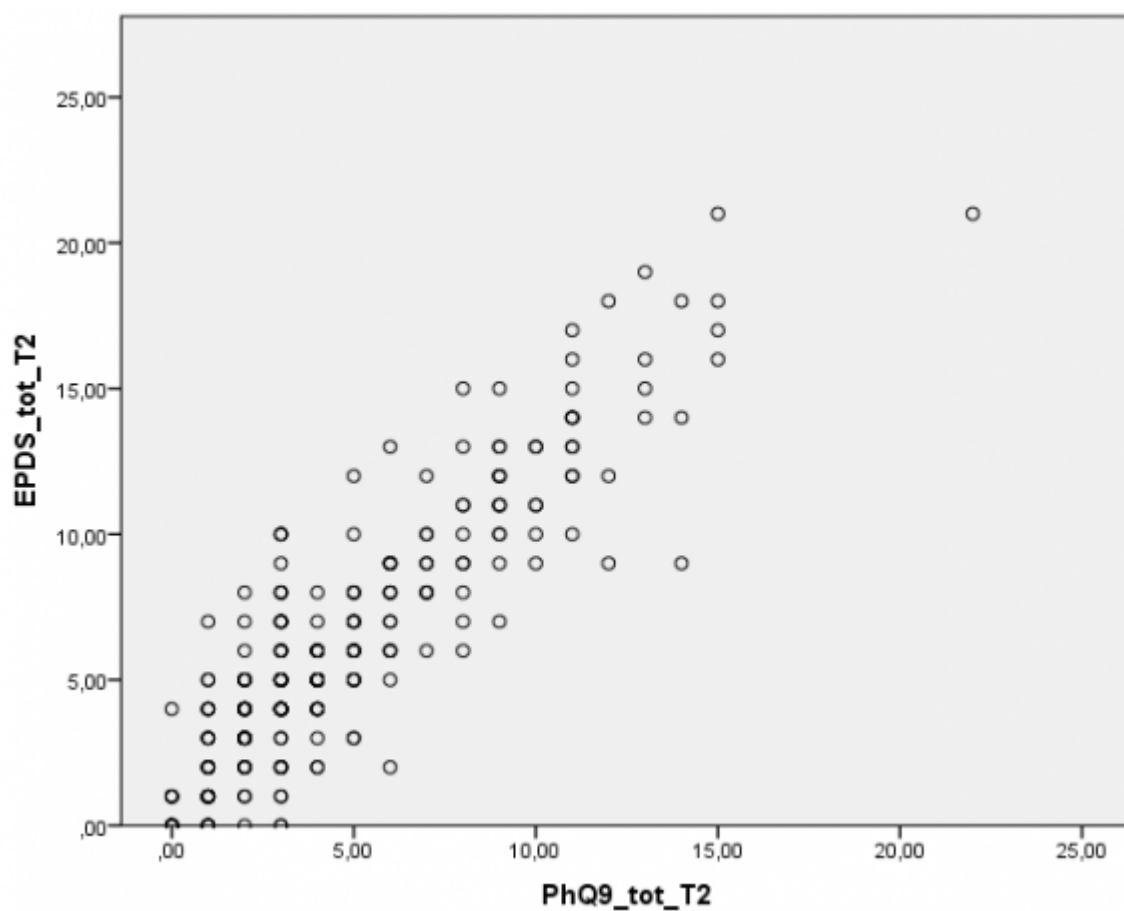


Figure 20:

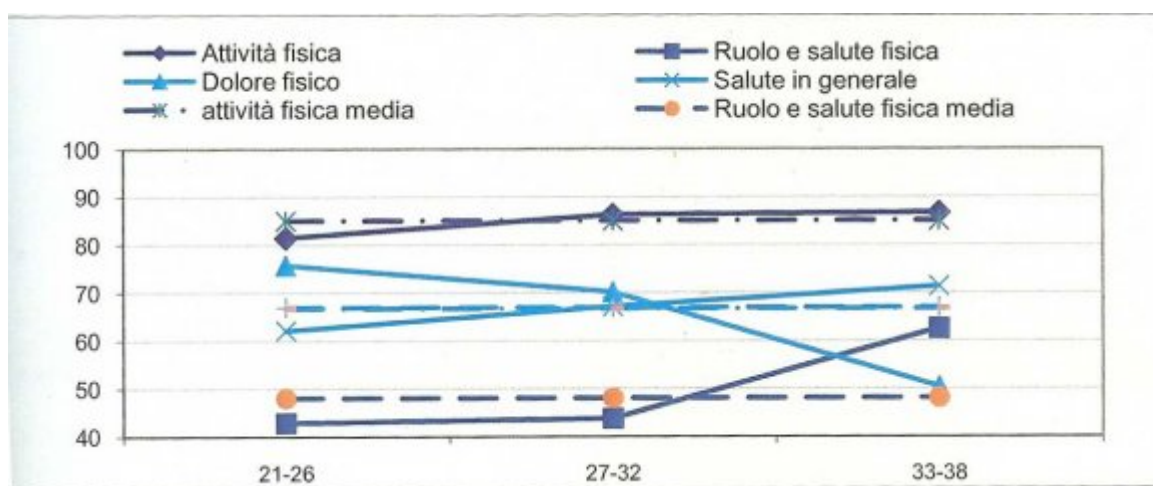


Figure 21:

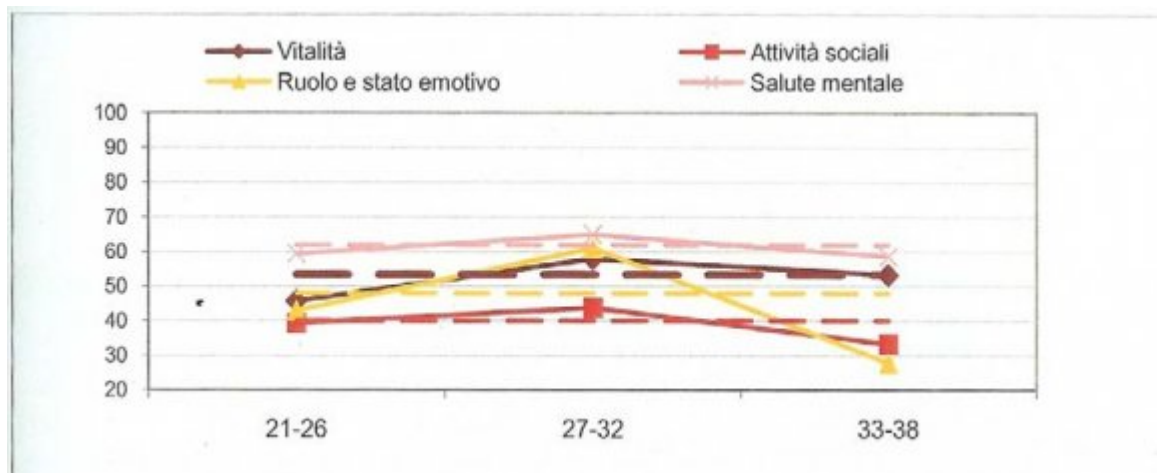


Figure 22:

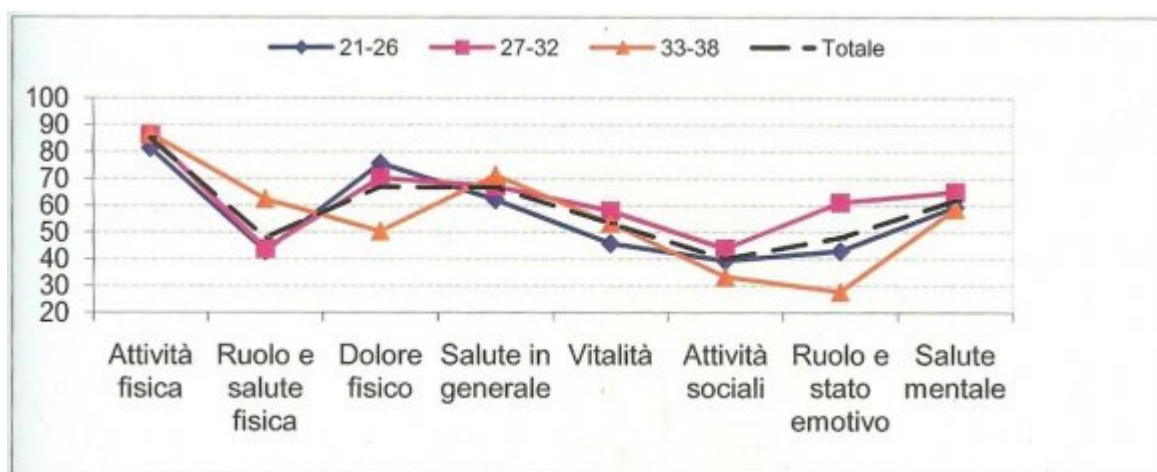


Figure 23:

Figure 24:

3

EPDS Punteggio

0-9
10, 11

"Rischio lievemente aumentato"

12-15

"Rischio aumentato"

? 16

"Probabile Depressione"

Le modalità di allattamento sono state indagate e classificate facendo riferimento alla classificazione sull'alimentazione infantile (Tabella 4.)

Year
2020

Definizioni

6

Volume
XX

Issue

VIII

Ver-
sion

I

D D D
D)

(

Medical

Re-

search

Global

Jour-

nal

of

a) Descrizione

dell'intervento

(sperimentale)

Figure 25: Tabella 3 :

Titolo di studio ?		Tabella 7 %?
Licenza elementare	0,4	Tabella 11: Tipologia di rischio
Licenza media	22,3	Tipologia di rischio in gravidanza 25,9
Diploma Scuola superiore	47	Patologia materna Patologia tale
Diploma universitario	4,4	Rottura prematura delle membrane (32w)
Laurea	25,1	Dottorato di ricerca Procreazione medicalmente assistita 15,5 0,8 Minaccia di parto
Totale	100	
Professione ?	Casalinga Operaia/colf	Commerciante/artigiana Impiegata/insegnante
Libera prof. sta / imprenditrice/dirigente	8	
Classe d' età?	21-26 anni	Disoccupata Studentessa Totale
27-32 anni	33-38 anni	39-42 anni
Occupazione ?	Stabile Precaria	Condizione non richiesta
Totale	Totale	100
Di seguito (Tabelle 7-10) sono riportate le frequenze delle variabili descrittive riferite al titolo di studio, alla professione, al tipo di occupazione, alla Co		
condizione economica e alla relazione affettiva delle coppie.		
Stabile	86	
Precaria	14	
Totale	100	

[Note: a)]

Figure 26:

Maternal Well-Being during Pregnancy after One and Three Months from Delivery

Campione totale per 60 classe Età a T2 40 Media 93,54 68,75 78,50
 Attività fisica Ruolo e salute fisica 20 Dolore
 fisico
 1. Condizioni economiche e sociali (lavoro precario, licenziamento, difficoltà economiche); Salute in gene
 12 2. Eventi legati alla gravidanza e al parto (minaccia di Tabella 13: 'life stress events' 'life stress events')
 Vol-
 ume
 XX
 Is-
 sue
 VIII
 Ver-
 sion
 I
 Year
 2020
 D Life stress events a T1 PCS 51,23
 D
 D
 D
)
 E
 (
 Medfam Familiari depressi a T1 e T2 Familiari depressi in terapia a T1 e T2 Tipo di allattamento a T1 MCS 51,
 Re-
 search
 Global Analisi questionario SF 36 0 10 20 30 MCS 40 50,92 46,35 80,33 Media 89,35 42,71 73,92 65,79 69,17
 Jour50 60 PCS 70 80 90 Salute mentale 100 Attività
 nal fisica Ruolo e salute fisica Dolore fisico Salute in
 of generale Vitalità Attività sociali Ruolo e stato
 emotivo

AF RSF

Grafico 1: Medie Domini SF 36 del campione totale

© 2020 Global Journals

Figure 27:

Tabella 24: Studi fattoriali EPDS			
	STUDIO	F2	F3
1. Adouard et al., 2005	1,2,7,8,9	3,4,5,6,10	
2. Matthey, 2008	1,2,6,7,8,9,10	3,4,5	
3. Lloyd-Williams et al., 2000	6,8,9,10	3,4, 6,7	
4. Brouwers et al., 2001	1, 2, 8, 9	3, 4, 5	10
5. Ross et al., 2003	1, 2, 8, 9	3, 4, 5	10
6. Chabrol & Teissendre, 2004	8, 9, 10	3, 4, 5, 6, 7	1, 2
7. Jomeen & Martin, 2005	1, 2, 6, 7, 8, 9	3, 4, 5	10
8. Montazeri et al., 2007	6, 7, 8, 9, 10	3, 4, 5	1, 2
9. Tuohy & McVey, 2008	7, 8, 9, 10	3, 4, 5	1, 2
10. Petrozzi & Gagliardi, 2013	7, 8, 9,10	3, 4, 5, 6	1, 2
11.	Gruppo A 5,6,4,3	9,8,7	1,2
del presente studio a T2			
12.	Gruppo B 8,9,10,7	4,5,6,3	2,1
del presente studio a T2			

D D D
D) E
(
© 2020
Global
Jour-
nals

Figure 28:

During pregnancy (22-24 weeks) GROUP B Usual care n° 140 P.W.
Group A n°111 W. Group B n°111 W.

.1 In one month after delivery

[Online J of Knowledge Synthesis for Nursing] , *Online J of Knowledge Synthesis for Nursing* 4 (6) .

[Agostini et al. ()] , F Agostini , F Monti , G Marano , F Lupi . 2005.

[18 mesi dopo il parto Psychofenia: ricerca e analisi psicologica] '18 mesi dopo il parto'. *Psychofenia: ricerca e analisi psicologica*, 9 p. .

[Jokhi ()] 'Antenatal depression: how midwives can help'. R Jokhi . *Pract. Midwifery* 2013. 16 (6) p. .

[Ugarriza and Robinson ()] *Assessment of postpartum depression: A review of the research*, D N Ugarriza , M K Robinson . 1997.

[Born et al. ()] 'Challenges in identifying and diagnosing postpartum disorders'. L Born , J Zinga , M Steiner . *Primary Psychiatry* 2004. 11 p. .

[Yawn et al. ()] 'Concordance of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and Patient Health Questionnaire (PHQ-9) to assess increased risk of depression among postpartum women'. B P Yawn , W Pace , P C Wollan . *J Am Board Fam Med* 2009. 22 p. .

[Marcus et al. ()] 'Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings'. S M Marcus , H A Flynn , F C Blow . *J Women's Health* 2003. 12 (4) p. .

[Stewart ()] 'Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the Medical Outcomes Study'. A L Stewart . *JAMA* 1989. 262 (7) p. .

[Hendrick et al. ()] 'Hormonal changes in the postpartum and implications for postpartum depression'. V Hendrick , L L Altshuler , R Suri . *Psychosomatics* 1998. 39 p. .

[Kavanaugh ()] 'Maternal depressive symptoms are adversely associated with prevention practices and parenting behaviors for preschool children'. M Kavanaugh . *Amb. Pediatr* 2006. 6 (1) p. .

[Gonidakis ()] 'Maternity Blues'. F Gonidakis . *Psychiatrik* 2007. 18 (2) p. .

[Watanabe et al. ()] 'Maternity blues as predictor of postpartum depression: a prospective cohort study among Japanese women'. M Watanabe , K Wada , Y Sakata , Y Aratake , N Kato , H Ohta , K Tanaka . *J Obstet Psychosom Gynaecol* 2008. 29 (3) p. .

[Grussu and Quatraro ()] 'Maternity blues in Italian primipara women: symptoms and mood states in the first fifteen days after childbirth'. P Grussu , R M Quatraro . *Health Care* 2013. 34 (7) p. .

[Melzer et al. ()] 'Physical activity and pregnancy: cardiovascular adaptations, recommendations and pregnancy outcomes'. K Melzer , Y Schutz , M Boulvain , B Kayser . *Sports Med* 2010. 40 (6) p. .

[Teychenne and York ()] 'Physical activity, sedentary behavior, and postnatal depressive symptoms: a review'. M Teychenne , R York . *Am J Prev Med* 2013. 45 (2) p. .

[Green and Kafetsios ()] 'Positive experiences of early motherhood: Predictive variables from a longitudinal study'. J M Green , K Kafetsios . *J of Reproductive and Infant Psychology* 1997. 15 p. .

[Gjerdingen et al. ()] 'Postpartum Depression Screening at Well-Child Visits: Validity of a 2-Question Screen and the PHQ-9'. D Gjerdingen , S Crow , P McGovern , M Miner , Bruce Center . *Ann Fam Med* 2009. 7 p. .

[Gale and Harlow ()] 'Postpartum mood disorders: A review of clinical and epidemiological factors'. S Gale , B L Harlow . *J Psychosom Obstet Gynecol* 2003. 24 p. .

[Fisher and De Mello ()] 'Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a sistematic review'. J Fisher , De Mello . *Bulletin of the World Health Organization* 0042- 9686. 2012. 90 (2) p. .

[Dennis and Hodnett ()] 'Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression'. C L Dennis , E Hodnett . *Cochrane Database Syst Rev* 2007. 17 p. D006116.

[Garratt et al. ()] 'Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures'. A Garratt , L Schmidt , A Mackintosh , R Fitzpatrick . *BMJ* 2002. 325 (7351) p. 1417.

[Schulz et al. ()] K F Schulz , D G Altman , D Moher . *The CONSORT Group: CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials*, 2010. 2010. 11 p. 32.

[Tuohy and Mcvey ()] 'Subscales measuring symptoms of non-specific depression, anhedonia, and anxiety in the Edinburgh Postnatal Depression Scale'. A Tuohy , C Mcvey . *Brit J of Clinical Psychology* 2008. 47 p. .

[Gagliardi et al. ()] 'Symptoms of maternal depression immediately after delivery predict unsuccessful breastfeeding'. L Gagliardi , A Petrozzi , F Rusconi . *Arch Dis Child* 2012. 97 (4) p. .

[Weobong et al. ()] 'The comparative validity of screening scales for postnatal common mental disorder in Kintampo'. B Weobong , B Akpalu , V Doku . *J Affect Disord* 2009. 113 p. .

- 684 [Jomeen and Martin ()] 'The factor structure of the SF-36 in early pregnancy'. J Jomeen , C R Martin . *J*
685 *Psychosom Res* 2005. 59 (3) p. .
- 686 [Apolone and Mosconi ()] 'The Italian SF-36 Health Survey: translation, validation and norming'. G Apolone ,
687 P Mosconi . *J Clin Epidemiol* 1998. 1998. 51 p. .
- 688 [Ware et al. ()] 'The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection'.
689 J E Ware , Jr , C D Sherbourne . *Med Care* 1992. 30 (6) p. .
- 690 [Dennis and Mcqueen ()] 'The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a
691 qualitative systematic review'. C L Dennis , K Mcqueen . *Pediatrics* 2009. 123 (4) p. .
- 692 [Matthey ()] 'Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale to screen for anxiety disorders'. S Matthey . *Depr*
693 *Anx* 2008. 25 p. .
- 694 [Matthey et al. ()] 'Variability in use of cut-off scores and formats on the Edinburgh Postnatal Depression Scale-
695 implications for clinical and research practice'. S Matthey , C Henshaw , S Elliott , B Barnett . *Archives of*
696 *Women's Mental Health* 2006. 9 (6) p. .
- 697 [Hollins Martin and Robb ()] 'Women's views about the importance of education in preparation for childbirth'.
698 C J Hollins Martin , Y Robb . *Nurse Educ Pract* 2013. 13 (6) p. .