



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Σχολή Επιστημών Υγείας

Ιατρική Σχολή

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Αντιμετώπιση Εξαρτήσεων- Εξαρτησιολογία»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Γνώσεις και στάσεις εγκύων γυναικών σχετικά με τους κινδύνους της χρήσης αλκοόλ
στο έμβρυο»

ΚΟΛΙΟΥ ΒΙΡΓΙΝΙΑ

A.M.: 20200571

Επιβλέπων: Παπαρρηγόπουλος Θωμάς, Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή,
ΕΚΠΑ

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή: Παπαρρηγόπουλος Θωμάς, Καθηγητής
Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Τριανταφύλλου Καλλιόπη, Ψυχολόγος, PHD

Φωτίου Αναστάσιος, Κοινωνιολόγος, PHD

ΑΘΗΝΑ,

Φεβρουάριος 2022

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	5
Περίληψη	6
Abstract.....	8
Εισαγωγή	10
Κεφάλαιο 1. Μελέτη της εξάρτησης από το αλκοόλ και της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ	
1.1. Εξάρτηση από το Αλκοόλ/Κατάχρηση Αλκοόλ.....	11
1.2. Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ	13
1.3. Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη.....	14
1.4. Χρήση αλκοόλ από έγκυες γυναίκες	16
1.5. Κοινωνιοδημογραφικά στοιχεία εγκύων που κάνουν χρήση αλκοόλ.....	17
1.6. Γνώσεις και αντιλήψεις εγκύων γυναικών σχετικά με την επικινδυνότητα της χρήσης αλκοόλ στο έμβryo	18
1.7. Συνέπειες της χρήσης αλκοόλ στο έμβryo	19
1.8. Εμβρυικό αλκοολικό σύνδρομο.....	20
1.9. Γενικότερες επιπτώσεις της χρήσης αλκοόλ στο έμβryo.....	21
Κεφάλαιο 2. Μεθοδολογία	
2.1. Δείγμα	24
2.2. Ερευνητική διαδικασία	24
2.3. Ερευνητικά εργαλεία	25
2.5. Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας.....	27
Κεφάλαιο 3. Στατιστική Ανάλυση	
3.1. Αποτελέσματα.....	29
3.2. Συζήτηση.....	44

3.3. Περιορισμοί έρευνας.....	47
3.4. Συμπεράσματα - Προτάσεις.....	47
Βιβλιογραφικές παραπομπές.....	49

Στον πατέρα μου και στον δικό του πατέρα,

Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εκπονήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών, με τίτλο «Αντιμετώπιση Εξαρτήσεων-Εξαρτησιολογία», του τμήματος Ιατρικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Καθηγητή Ιατρικής σχολής ΕΚΠΑ και επιβλέποντα της διπλωματικής μου εργασίας κ. Παπαρρηγόπουλο Θωμά, για την εμπιστοσύνη και την ευκαιρία που μου έδωσε να εκπονήσω την διπλωματική μου εργασία. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κα Τριανταφύλλου για την υποστήριξη της καθ' όλη τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας και συγγραφής της εργασίας.

Ευχαριστίες, ακόμη, απευθύνω σε όλες τις γυναίκες, που συμμετείχαν, αφιερώνοντας σημαντικό προσωπικό χρόνο για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, χωρίς την εμπλοκή των οποίων δεν θα ήταν δυνατή η διεκπεραίωση της συγκεκριμένης εργασίας.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω την οικογένεια και τους φίλους μου για την υποστήριξη τους σε όλα τα στάδια της εργασίας.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, χαρακτηρίζεται από σοβαρές αρνητικές συνέπειες τόσο στο έμβρυο, όσο και στην μετέπειτα ζωή του παιδιού.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας, ήταν η ανίχνευση της κατανάλωσης αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σε δείγμα εγκύων Ελληνίδων γυναικών. Παράλληλα, ερευνήθηκε η συσχέτιση της κατανάλωσης οινοπνεύματος τόσο με τις γνώσεις και αντιλήψεις των γυναικών σχετικά με την επικινδυνότητα χρήσης αλκοόλ στο έμβρυο, όσο και με τα κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά τους αλλά και τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης που παρουσίαζαν.

Μεθοδολογία: Το δείγμα αποτελούνταν από 448 έγκυες γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας τα 31,6 έτη. Οι συμμετέχουσες συμπλήρωσαν πέντε ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς (Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων, Εργαλείο αξιολόγησης AUDIT-C, Ερωτηματολόγιο γνώσεων και αντιλήψεων σχετικά με την επικινδυνότητα της χρήσης οινοπνεύματος, Κλίμακα του κέντρου Επιδημιολογικών Ερευνών για την Κατάθλιψη CES-D, Κλίμακα άγχους STAI).

Αποτελέσματα: Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι το 48,3% θεωρούσε πως η κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να είναι επιβλαβής για τις ίδιες και για το μωρό τους. Ακόμα, το 83,4% γνώριζε ή είχε ενημερωθεί, ότι το αλκοόλ προκαλεί προβλήματα στην εγκυμοσύνη και στο έμβρυο. Η μέση τιμή της βαθμολογίας των γνώσεων και των αντιλήψεων των γυναικών αναφορικά με τον ρόλο της κατανάλωσης αλκοόλ ήταν 42,9% (SD= 25,4%) ενώ μόνο το 6,8% είχε μηδενική γνώση και αντίληψη για την κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Όσον αφορά την κατανάλωση οινοπνεύματος, το 64,1% δεν κατανάλωνε ποτέ αλκοολούχο ποτό, ενώ το 5,2% των εγκυμονουσών κατανάλωνε υψηλή ποσότητα αλκοόλ. Παράλληλα, το 25,9% των συμμετεχουσών παρουσίαζε συμπτώματα κατάθλιψης. Ταυτόχρονα, η πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση ανέδειξε, ότι όσες γυναίκες είχαν προγραμματίσει την εγκυμοσύνη τους είχαν μικρότερη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης (CES-D), αλλά και κατά 3,67

χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα προσωρινού άγχους και κατά 4,11 χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα μόνιμου άγχους. Η έρευνα απέδειξε επίσης ότι, όσες γυναίκες κατανάλωναν αλκοόλ πριν επιβεβαιωθεί η εγκυμοσύνη τους αλλά και όσες γυναίκες κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ. Τέλος, όσο μεγαλύτερη η βαθμολογία γνώσεων και αντιλήψεων, τόσο μικρότερη η βαθμολογία της κλίμακας κατανάλωσης αλκοόλ.

Συμπεράσματα: Οι γνώσεις και αντιλήψεις των εγκύων γυναικών, σχετικά με τις αρνητικές επιπτώσεις της χρήσης αλκοόλ κατά τη διάρκεια της κύησης, το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, το κάπνισμα, αλλά και η κατανάλωση αλκοόλ από τους συντρόφους τους, ήταν οι κυριότεροι παράγοντες που συσχετιζόνταν με την κατανάλωση αλκοόλ από τις ίδιες.

Λέξεις κλειδιά: Κατανάλωση αλκοόλ, εγκυμοσύνη και αλκοόλ, άγχος, κατάθλιψη, γνώσεις και αντιλήψεις εγκύων γυναικών

Abstract

Introduction: Alcohol consumption during pregnancy is characterized by serious negative consequences both in the fetus and during the life of the child.

Purpose: The aim of this study was to detect alcohol consumption during pregnancy in a sample of pregnant Greek women. At the same time, it was attempted to clarify the correlation between alcohol consumption and perception regarding the risk of alcohol use in the fetus as well as the correlation with the socio-demographic characteristics of the women and the symptoms of anxiety and depression they presented.

Methodology: The final sample consisted of 448 pregnant women, with an average age of 31,6 years. The participants completed five self-report questionnaires (Demographics Questionnaire, AUDIT-C Assessment Tool, Knowledge and Perceptions of Alcohol Risk Questionnaire, Depression Scale CES-D, STAI Anxiety Scale).

Results: The statistical analysis showed that 48,3 % believed that drinking alcohol during pregnancy could be harmful for themselves and their baby. Also, 83,4% knew or had been informed that alcohol consumption during pregnancy causes health problems in the fetus. The average score of women's knowledge and perceptions regarding the role of alcohol consumption was 42,9% (SD=25,4%) while only 6,8% had zero knowledge and perception about alcohol consumption during pregnancy. Regarding alcohol consumption, 64,1% never consumed an alcoholic beverage, while 5,2% of pregnant women consumed a high amount of alcohol. At the same time, the multifactorial linear analysis showed that women who had planned their pregnancy had lower score on the depression scale (CES-D), but also a 3,67 lower score on the temporary anxiety scale and a 4,11 lower score on the permanent anxiety scale. The research also showed that women who consumed alcohol before their pregnancy was confirmed and women who smoked during their pregnancy had a higher score on the alcohol consumption scale. Finally, the higher the knowledge and perceptions score, the lower the alcohol consumption.

Conclusions: The knowledge and perceptions of pregnant women, regarding the negative effects of alcohol use during pregnancy, their educational level, smoking, but also the consumption of alcohol by their partners, were the main factors associated with alcohol consumption from the same.

Key words: Alcohol consumption, pregnancy and alcohol, anxiety, depression, knowledge and perceptions of pregnant women

Εισαγωγή

Πλήθος ερευνών έχει αποδείξει ότι η κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με πολλαπλούς κινδύνους για την υγεία του ανθρώπου. Η κατανάλωση αλκοόλ, φαίνεται πως είναι ένας αρνητικός προβλεπτικός παράγοντας για την εμφάνιση πολλών διαφορετικών προβλημάτων υγείας, όπως ηπατική νόσος, υπέρταση, καρδιακά προβλήματα, εγκεφαλικά επεισόδια, καρκίνος του μαστού, μειωμένη εγκεφαλική λειτουργικότητα, ανεπιθύμητοι τραυματισμοί, βία και εξάρτηση από το αλκοόλ (Centers for Disease Control & Prevention, 2013).

Η κατανάλωση αλκοόλ κατά την διάρκεια της κύησης, σχετίζεται τόσο με δυσμενείς τοκετούς όσο και μακροπρόθεσμες αρνητικές επιπτώσεις στο βρέφος (Jones, Bailey, & Sokol, 2013). Ορισμένες μόνο από τις επιπτώσεις, είναι το αλκοολικό εμβρυϊκό σύνδρομο με χαρακτηριστική δυσμορφία στο πρόσωπο, περιορισμένη ανάπτυξη, αναπτυξιακές καθυστερήσεις, νευροαναπτυξιακές διαταραχές αλλά και γενετικές ανωμαλίες σχετιζόμενες με το αλκοόλ (Jones, Bailey, & Sokol, 2013)

Σκοπός της παρούσας εργασίας, είναι η μελέτη της κατανάλωσης αλκοόλ από έγκυες γυναίκες και η συσχέτιση με τις γνώσεις και αντιλήψεις τους για την επικινδυνότητα της χρήσης αλκοόλ στο έμβryo. Στην αρχή της εργασίας, γίνεται ανάλυση εννοιών όπως η κατάχρηση και η εξάρτηση από το αλκοόλ αλλά και η υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος κατά την εγκυμοσύνη. Έπειτα, γίνεται αναφορά σε μελέτες που αφορούν την κατανάλωση αλκοόλ από έγκυες γυναίκες, περιγραφή των κοινωνιοδημογραφικών χαρακτηριστικών των συγκεκριμένων γυναικών, αλλά και των γνώσεων και αντιλήψεων τους σχετικά με την επικινδυνότητα της χρήσης αλκοόλ. Αναλύονται επίσης, οι αρνητικές επιπτώσεις της χρήσης αλκοόλ στο έμβryo αλλά και τα προβλήματα που εμφανίζονται σε μεταγενέστερα στάδια της ζωής του παιδιού. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται οι ερευνητικές υποθέσεις της εργασίας, η μεθοδολογία και η στατιστική ανάλυση, ακολουθούμενη από τα αποτελέσματα της έρευνας. Τέλος, η εργασία κλείνει με τη συζήτηση και τα τελικά συμπεράσματα που προκύπτουν μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση και την τρέχουσα έρευνα.

1.1. Εξάρτηση από το Αλκοόλ/ Κατάχρηση Αλκοόλ

Η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ, αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης διαταραχής χρήσης αλκοόλ, η οποία μπορεί να ποικίλει από επικίνδυνη και καταστροφική κατανάλωση, έως σοβαρή εξάρτηση από το αλκοόλ (Babor et al., 2001). Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5) 2013, εντάσσει τις διαταραχές κατάχρησης από το αλκοόλ και την εξάρτηση από το αλκοόλ, σε μια ευρύτερη κατηγορία γνωστή ως «Διαταραχές Χρήσης Αλκοόλ», οι οποίες ταξινομούνται ως ήπιες, μέτριες ή σοβαρές (Pataki et al., 2013). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ορίζει την επικίνδυνη χρήση, ως ένα μοτίβο πρόσληψης αλκοόλ, που θέτει το άτομο σε κίνδυνο και έχει αρνητικές συνέπειες στην υγεία του και την επιβλαβή χρήση, ως την πρόσληψη αλκοόλ που έχει επιζήμιες επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική του υγεία (Habtamu & Madoro, 2022).

Στην ταξινόμηση του DSM-5, η διάγνωση της εξάρτησης από το αλκοόλ, προϋποθέτει να πληρούνται από τον ασθενή τουλάχιστον τρία από τα επτά διαγνωστικά κριτήρια (American Psychology Association, 1994). Τα διαγνωστικά κριτήρια της κατάχρησης αλκοόλ, ακολουθούν εκείνα της εξάρτησης από το αλκοόλ, με την εξάρτηση να ορίζεται ως ένα δυσπροσαρμοστικό πρότυπο χρήσης, που οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση και δυσφορία (Hasin et al., 1997), η οποία εκδηλώνεται με τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα:

Για περίοδο τουλάχιστον δώδεκα μηνών: 1) ανοχή: ανάγκη για εξεσημασμένα αυξημένες ποσότητες οινοπνεύματος για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος ή της τοξίκωσης, εξεσημασμένα μειωμένο αποτέλεσμα με την χρήση της ίδιας ποσότητας οινοπνεύματος 2) στέρηση: χαρακτηριστικό στερητικό αλκοολικό σύνδρομο, λαμβάνεται η ίδια ή μια στενά σχετιζόμενη ουσία για να ανακουφιστεί το άτομο ή να αποφύγει τα στερητικά συμπτώματα , 3) η ουσία λαμβάνεται συχνά σε μεγαλύτερες ποσότητες ή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από το προβλεπόμενο, 4) επίμονη επιθυμία ή ανεπιτυχείς προσπάθειες για μείωση ή έλεγχο της χρήσης της ουσίας, 5) αφιερώνεται πολύς χρόνος σε δραστηριότητες που είναι απαραίτητες για την απόκτηση της ουσίας, ενώ χρησιμοποιείται για να ανακάμψει το άτομο από τις επιπτώσεις της και να ανακουφιστεί από τα συμπτώματα

στέρησης, 6) σημαντικές κοινωνικές, προσωπικές, ψυχαγωγικές ή επαγγελματικές δραστηριότητες εγκαταλείπονται ή μειώνονται λόγω της χρήσης ουσιών, 7) η χρήση της ουσίας συνεχίζεται παρά το γεγονός ότι έχει επίμονα ή υποτροπιάζοντα σωματικά ή ψυχολογικά προβλήματα που είναι πιθανό να έχουν προκληθεί ή επιδεινωθεί από το οινόπνευμα (Sher et al., 2011). Το σύνδρομο στέρησης, εμφανίζεται σε ασθενείς με εξάρτηση από το αλκοόλ, που μειώνουν απότομα ή διακόπτουν την κατανάλωση (Rakesh et al., 2022). Το πιο σοβαρό χαρακτηριστικό σύμπτωμα του συνδρόμου στέρησης είναι το τρομώδες παραλήρημα (delirium tremens) και οι επιληπτικές κρίσεις (Rakesh et al., 2022).

Με τη δημιουργία του DSM-4, ο ορισμός της κατάχρησης από το αλκοόλ διαφοροποιήθηκε πιο ξεκάθαρα από την εξάρτηση από το αλκοόλ, καθώς συμπεριέλαβε δυο επιπλέον διαγνωστικά κριτήρια (Hasin et al., 1997). Η κατάχρηση από το αλκοόλ, ορίζεται ως ένα δυσπροσαρμοστικό πρότυπο χρήσης που οδηγεί σε κλινικά σημαντική βλάβη (Hasin et al., 1997), η οποία εκδηλώνεται με ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα:

Για περίοδο τουλάχιστον δώδεκα μηνών: 1) επαναλαμβανόμενη χρήση ουσιών με αποτέλεσμα την αδυναμία εκπλήρωσης σημαντικών υποχρεώσεων στην εργασία, στο σχολείο ή στο σπίτι, 2) συνέχιση χρήσης οινοπνεύματος σε καταστάσεις που ενέχουν σωματικό κίνδυνο (οδήγηση, χειρισμός μηχανημάτων), 3) συνεχής χρήση οινοπνεύματος που έχει ως συνέπεια προβλήματα με το νόμο που συνδέονται με την κατανάλωση αλκοόλ, 4) συνέχιση της χρήσης της ουσίας παρά την ύπαρξη επίμονων ή επαναλαμβανόμενων κοινωνικών ή διαπροσωπικών προβλημάτων που προκαλούνται ή επιδεινώνονται από τις επιπτώσεις της ουσίας (Sher et al., 2011). Σύμφωνα με το DSM-3, άτομα που πληρούν τα κριτήρια για την εξάρτηση από το αλκοόλ, δεν λαμβάνουν διάγνωση κατάχρησης αλκοόλ καθώς η εξάρτηση θεωρείται η πιο σοβαρή από τις δυο διαταραχές (Sher et al., 2011).

1.2. Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ

Ο όρος «binge drinking», εντοπίζεται αρχικά στο Αγγλικό Λεξικό της Οξφόρδης, και ορίζεται ως βαριά κατανάλωση οινοπνεύματος. Η λέξη «binge», σημαίνει μουλιάζω, μουσκεύω (ξύλινο δοχείο) και καταγράφεται πρώτη φορά το 1854 στο γλωσσάρι λέξεων και φράσεων Northamptonshire της Miss Anne E Baker's (Herring et al., 2008). Στην βιβλιογραφία, ο όρος «binge drinking» έχει προσδιοριστεί με διαφορετικούς τρόπους. Στην αρχή, περιεγράφηκε ως: «ένα μοτίβο βαριάς κατανάλωσης οινοπνεύματος, που εμφανίζεται για μια παρατεταμένη χρονική περίοδο, για παραπάνω από μια ημέρα κατανάλωσης αλκοόλ. Το άτομο πίνει συνήθως με αυτή τη συχνότητα και διάρκεια, η οποία διακόπτεται και από περιόδους αποχής» (World Health Organization, 2007). Επίσης, έχει οριστεί ως η κατανάλωση πέντε ή περισσότερων αλκοολούχων ποτών σε μια συνθήκη, ή αλλιώς πέντε αλκοολούχα ποτά για τους άντρες και τέσσερα για τις γυναίκες (Clapp et al. 2000). Τέτοιες συμπεριφορές αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης αρνητικών επιπτώσεων όπως κεφαλαλγίες, τσακωμοί, οδήγηση υπό την επήρεια μέθης, βανδαλισμοί κ.α. (Clapp et al. 2000).

Το «binge drinking», χρησιμοποιείται επίσης για να περιγράψει μια μεμονωμένη περίπτωση κατανάλωσης οινοπνεύματος, η οποία οδηγεί στην τοξίκωση και μπορεί να μετρηθεί, εάν το άτομο έχει υπερβεί την κατανάλωση συγκεκριμένου αριθμού οινοπνευματωδών ποτών (Herring et al., 2008). Ο παραπάνω ορισμός θεωρήθηκε αρκετά γενικός, καθώς αναφέρεται σε μια μορφή υψηλής κατανάλωσης που οδηγεί στην τοξίκωση, χωρίς όμως να προσδιορίζει ακριβώς το επίπεδο της πρόσληψης που απαιτείται για να συμβεί αυτό (Herring et al., 2008). Από ορισμένους ερευνητές, έγινε προσπάθεια προσδιορισμού των μονάδων κατανάλωσης οινοπνεύματος που αντιστοιχούν στο «binge drinking», χωρίς όμως να λαμβάνονται υπόψιν οι παράγοντες που παρεμποδίζουν την χρήση αντικειμενικών διαγνωστικών κριτηρίων. Για παράδειγμα, η επιτρεπτικότητα κατανάλωσης αλκοόλ διαφοροποιείται ανάλογα με την χώρα, γεγονός που δυσκολεύει τις έρευνες διαπολιτισμικού χαρακτήρα, ενώ τα όρια που αντιπροσωπεύουν οι μονάδες οινοπνεύματος θεωρήθηκαν αρκετά απλουστευτικά, εφόσον δεν λάμβαναν υπόψιν άλλους

σημαντικούς παράγοντες όπως το βάρος, την κατανάλωση φαγητού κ.α. (Herring et al., 2008).

Στην προσπάθεια προσδιορισμού του «binge drinking» το GHS (General Household Survey), το οποίο χρησιμοποιεί τον όρο «βαριά κατανάλωση οινοπνεύματος» έναντι του όρου «binge drinking», έθεσε τα όρια ως εξής: παραπάνω από 8 μονάδες αλκοόλ για τους άντρες και παραπάνω από 6 μονάδες αλκοόλ για τις γυναίκες (>8/>6). Από την άλλη το HSE (Health Survey for England), χρησιμοποιεί οκτώ ή παραπάνω και έξι ή παραπάνω μονάδες αντίστοιχα ($\geq 8/\geq 6$).

Η θεωρία της κοινωνικής μάθησης, εστιάζει, στο πως το υποκείμενο αξιολογεί τις εξωτερικές επιρροές από το περιβάλλον, ενώ παράλληλα έχει την ικανότητα να κρίνει ποια συμπεριφορά είναι αποδεκτή και επωφελής κάθε φορά (Guo et al. 2015). Το «binge drinking» φαίνεται να ερμηνεύεται από τα άτομα ως μια αποδεκτή κοινωνικά συμπεριφορά από τους ομότιμους και έτσι ενδεχομένως καλλιεργείται στο πλαίσιο της κοινωνικής αλληλεπίδρασης με ομότιμους που επίσης καταναλώνουν αλκοόλ (Guo et al. 2015). Βιβλιογραφικά, το «binge drinking» παρουσιάζεται ως ζήτημα που αφορά κυρίως νεότερες ηλικίες παρόλο που ορισμένες έρευνες έχουν αποδείξει πως είναι ένα φαινόμενο που συναντάται και σε ενήλικες και επομένως δεν αφορά μόνο τους νέους. Αντίθετα φαίνεται πως η νεολαία, μπορεί να καταναλώνει αλκοόλ σε πολλά διαφορετικά πλαίσια και σε μεγάλες ποσότητες, αλλά αρκετές φορές φροντίζει να μειώσει την πιθανότητα πρόκλησης βλάβης στον εαυτό με στρατηγικές όπως: παίρνω ταξί για να επιστρέψω σπίτι, ξεχωρίζω το ποτό μου κ.α. (Herring et al., 2008).

1.3. Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη

Μια γυναίκα που καταναλώνει μεγάλες ποσότητες αλκοόλ, ακολουθώντας στη συνέχεια περιόδους αποχής, μπορεί να θέσει σε κίνδυνο ένα αναπτυσσόμενο έμβρυο, εξαιτίας υψηλών συγκεντρώσεων αλκοόλ στο αίμα, ενώ αυξάνεται και ο κίνδυνος για θάνατο του βρέφους, εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο και Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (Centers for Disease Control & Prevention, 2013).

Μεταξύ των γυναικών που καταναλώνουν αλκοόλ, η συχνότητα του «binge drinking» είναι 3.2 επεισόδια το μήνα, με 5.7 μονάδες οινοπνεύματος ανά περίπτωση. Είναι φαινόμενο πιο σύνηθες σε νεότερης ηλικίας γυναίκες, 18-24 (24.2%) και 24-34 (19.9%), ενώ μειώνεται όσο αυξάνεται η ηλικία (Centers for Disease Control & Prevention, 2013). Από τα στοιχεία προκύπτει, ότι οι γυναίκες που καταναλώνουν αλκοόλ το κάνουν συστηματικά, τουλάχιστον τρεις φορές τον τελευταίο μήνα, ενώ σε κάθε μια από αυτές τις περιπτώσεις κατανάλωναν μεγάλες ποσότητες, πέντε με έξι μονάδες οινοπνεύματος (CDC, 2013). Οι γυναίκες αυτές, θέτουν τον εαυτό τους σε μεγαλύτερο κίνδυνο για την εμφάνιση προβλημάτων υγείας σε σχέση με εκείνες που δεν είχαν καταναλώσει αλκοόλ τον τελευταίο μήνα. Παρατηρείται ακόμη, μια μορφή συσχέτισης ανάμεσα στην κατανάλωση αλκοόλ από ενήλικες γυναίκες και την κατανάλωση από ανήλικες κοπέλες, γεγονός που ίσως αναδύει το ζήτημα της επιρροής και μίμησης της συμπεριφοράς των γονέων από τα νεαρά παιδιά (Centers for Disease Control & Prevention, 2013).

Κατά την διάρκεια των ετών 2011-2013, 1 στις 10 έγκυες γυναίκες, δήλωσαν πως είχαν καταναλώσει αλκοόλ τις τελευταίες 30 ημέρες και 1 στις 33, ανέφεραν επεισόδιο binge drinking (Cheryl et al. 2015). Ανάμεσα σε όλες τις γυναίκες που δήλωσαν συχνή κατανάλωση υψηλών ποσοτήτων αλκοόλ, οι έγκυες γυναίκες είχαν μεγαλύτερη συχνότητα κατανάλωσης σε σχέση με τις γυναίκες που δεν ήταν έγκυες (Cheryl et al. 2015). Πιθανότατα, το φαινόμενο αυτό, οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες που καταναλώνουν αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, έχουν περισσότερες πιθανότητες να πάσχουν από διαταραχή χρήσης αλκοόλ και επομένως να κάνουν έτσι και αλλιώς περισσότερη χρήση. Σε συμφωνία με παλαιότερες έρευνες, μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να κάνουν γυναίκες χαμηλότερης εκπαίδευσης σε σχέση με εκείνες που είχαν πτυχίο, γεγονός που ενδεχομένως σχετίζεται και με μεγαλύτερη οικονομική ευχέρεια από την πλευρά των γυναικών υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου (Cheryl et al. 2015).

Κάθε χώρα διαφοροποιείται ανάλογα με το ηλικιακό επιτρεπτό όριο κατανάλωσης αλκοόλ, τη διαθεσιμότητα, την τιμή και την προσβασιμότητα, ενώ

παράλληλα θρησκευτικοί και πολιτισμικοί παράγοντες, διαμορφώνουν τις κοινωνικές νόρμες και τις κοινωνικά αποδεκτές συμπεριφορές (CDC, 2013). Οι παράγοντες αυτοί, είναι καθοριστικής σημασίας, ως προς τη συμπεριφορά των ανηλίκων και την πιθανότητα κατανάλωσης αλκοόλ από πλευράς τους. Επιστημονικά έχει αποδειχθεί η αρνητική προβλεπτική ισχύς των παραγόντων που προαναφέρθηκαν, αλλά παρόλα αυτά η κοινωνία καθιστά εύκολη την πρόσβαση στο αλκοόλ σε νεαρά κορίτσια και αγόρια, υιοθετώντας στρατηγικές προσέγγισης τους μέσω διαφήμισης και έκθεσης σε δελεαστικά ερεθίσματα που αφορούν το αλκοόλ (CDC, 2013). Παρόλο που οι άντρες είναι στατιστικά περισσότερο επιρρεπείς στο «binge drinking», οι γυναίκες που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ, έχουν υψηλότερο ρίσκο εμφάνισης προβλημάτων υγείας σχετιζόμενα με το αλκοόλ, σε ένα βαθμό επειδή η φυσιολογία του οργανισμού τους διαφοροποιείται από αυτή των αντρών και ο οργανισμός τους απαντά διαφορετικά στην κατανάλωση οινοπνεύματος, αφού στα ίδια επίπεδα κατανάλωσης οι γυναίκες συγκεντρώνουν υψηλότερα επίπεδα αλκοόλ στο αίμα (CDC, 2013).

Άλλες έρευνες δείχνουν, πως οι περισσότερες γυναίκες που καταναλώναν αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το έκαναν πριν συνειδητοποιήσουν ότι κυοφορούσαν, συνθήκη πιο συνήθης σε ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες (27.6%) (Strandberg-Larsen et al. 2008). Παράλληλα, γυναίκες ηλικίας 24-29 ετών ήταν πιο πιθανό να καταναλώναν αλκοόλ, ενώ ήταν έγκυες και χωρίς να το γνωρίζουν, σε σχέση με μικρότερες ή μεγαλύτερες ηλικίες, όπως και οι γυναίκες της ίδιας ηλικίας που γίνονταν για πρώτη φορά μητέρες. Αντίθετα, εκείνες που προσπαθούσαν να μείνουν έγκυες για περισσότερο από ένα χρόνο είχαν λιγότερες πιθανότητες να καταναλώνουν αλκοόλ ακόμη και πριν συνειδητοποιήσουν ότι κυοφορούν (Strandberg-Larsen et al. 2008).

1.4. Χρήση αλκοόλ στις έγκυες γυναίκες

Τις τελευταίες δεκαετίες, έχει αυξηθεί η κατανάλωση αλκοόλ από γυναίκες. Συγκεκριμένα, περισσότερες γυναίκες καταναλώνουν αλκοόλ, το καταναλώνουν με μεγαλύτερη συχνότητα αλλά και σε μεγαλύτερες ποσότητες (Jarvinen & Olafsdottir,

1984). Η υγεία των γυναικών επηρεάζεται σημαντικά, καθώς λόγω της συχνής χρήσης αλκοόλ, μπορεί να προκληθούν σεξουαλικώς μεταδιδόμενες μολύνσεις και ασθένειες, ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, αποβολές και πρόωρος τοκετός (Centers for Disease Control & Prevention, 2013).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1980, συνέλεξε πληροφορίες για την κατανάλωση αλκοόλ από έγκυες γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, σχετικά με το είδος και την ποσότητα οινοπνεύματος που καταναλώναν (Walpole et al., 1980). Μέσω της μελέτης διαπιστώθηκε πως το 49% ήταν γυναίκες που απήχαν ή έπιναν ελαφρά (<0.1 ποτά/ημέρα), το 38% έκανε μέτρια κατανάλωση (0.1<2 ποτά/ημέρα), ενώ το 13% θεωρήθηκε ότι έπινε πολύ (2 ή περισσότερα ποτά/ημέρα).

Σε μια πιο πρόσφατη μελέτη, με έγκυες Αυστραλιανές γυναίκες, ηλικίας 18-23 ετών, το 24% δεν καταναλώνει αλκοόλ, το 49% έπινε σπάνια, το 24% έπινε σε επίπεδα χαμηλού κινδύνου ενώ το 2% έπινε σε επίπεδα υψηλού κινδύνου (Young et al., 2005). Άλλες μελέτες έδειξαν, πως το 50% γυναικών σε πρώιμο στάδιο εγκυμοσύνης και 36% σε προχωρημένη εγκυμοσύνη καταναλώναν αλκοόλ κατά τη διάρκεια της κύησης. Η μέση ποσότητα κατανάλωσης ήταν 0.146 oz αλκοόλ την ημέρα (1/3 και 1/4 ποτήρι/ημέρα ή 2 ποτήρια/εβδομάδα) σε πρώιμο στάδιο εγκυμοσύνης και 0.074 oz (1/7 ποτήρι/ημέρα ή 1 ποτήρι/εβδομάδα) σε προχωρημένη εγκυμοσύνη (O'Callaghan et al., 2003). Παράλληλα, επεισόδια «binge drinking», σημειώθηκαν σε ποσοστό 20% των γυναικών σε τουλάχιστον μια περίπτωση (O'Callaghan et al., 2003)

1.5. Κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά εγκύων που κάνουν χρήση αλκοόλ

Η κατανάλωση αλκοόλ, στις γυναίκες που γνώριζαν ότι ήταν έγκυες, δεν φαίνεται να σχετίζεται με την ηλικία. Οι γυναίκες που είχαν ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες ήταν πιο πιθανό να συνεχίσουν να καταναλώνουν αλκοόλ, όπως επίσης και εκείνες που ασχολούνταν με χειρωνακτικές εργασίες ή είχαν υπάρξει άνεργες για τουλάχιστον ένα χρόνο (Strandberg-Larsen et al. 2008). Γυναίκες με παραπάνω βάρος ήταν πιο πιθανό να καταναλώνουν αλκοόλ εν γνώσει της εγκυμοσύνης τους σε σχέση

με εκείνες που είχαν κανονικό βάρος ή εκείνες που ήταν λιποβαρείς. Τέλος, γυναίκες με ψυχικές διαταραχές ή κάποια μορφή νευρώσεως είχαν επίσης περισσότερες πιθανότητες να καταναλώνουν αλκοόλ (Strandberg-Larsen et al. 2008)

Από τα παραπάνω προέκυψε, ότι οι γυναίκες που έκαναν χρήση αλκοόλ στα πρώτα στάδια της εγκυμοσύνης, χωρίς να γνωρίζουν πως είναι έγκυες ήταν σε περισσότερο πλεονεκτική θέση καθώς συνήθως ήταν γυναίκες με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και καλές θέσεις εργασίας, ενώ οι γυναίκες που έκαναν χρήση αλκοόλ, εν γνώσει της εγκυμοσύνης τους ήταν συνήθως υπέρβαρες, είχαν νευρώσεις ή ψυχικές διαταραχές, ήταν ανειδίκευτες και άνεργες για μεγάλο χρονικό διάστημα (Strandberg-Larsen et al. 2008)

1.6. Γνώσεις και αντιλήψεις γυναικών σχετικά με την επικινδυνότητα της χρήσης αλκοόλ στο έμβρυο

Κατά τη διάρκεια του 1990, οι περισσότερες χώρες στον Δυτικό Κόσμο, επίσημα συνέστησαν στις έγκυες γυναίκες να απέχουν από την χρήση αλκοόλ (American Academy of Pediatrics Committee on Substance Abuse, 1993; Danish National Board of Health, 1997; Joint statement, 1996; Norwegian National Board of Health, 1995). Σε έρευνα που έγινε το 1997, μεταξύ εγκύων γυναικών, βρέθηκε ότι η γνώση σχετικά με την επικινδυνότητα κατανάλωσης αλκοόλ, δεν ήταν συνδεδεμένη με το επίπεδο της κατανάλωσης πριν και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Cornelius et al., 1997). Όπως είχε επισημανθεί και από τον Green (1999), η ενημέρωση δεν μπορεί απαραίτητα να εξισωθεί με την κατανόηση. Άλλες μελέτες υποστηρίζουν, ότι ορισμένες μορφές πληροφόρησης είναι πιο αποτελεσματικές από άλλες, σε ότι αφορά την λήψη αποφάσεων σχετικά με την κατανάλωση οινοπνεύματος από εγκύους και πως η προσωπική επαφή και επικοινωνία είναι ίσως ο καλύτερος τρόπος επικοινωνίας και ενημέρωσης για το αλκοόλ (Kaskutas, 2000).

Παρόλο που η γνώση σχετικά με την επικινδυνότητα της κατανάλωσης αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι πολύ υψηλή, στους ενήλικες, υπάρχουν πολύ σημαντικές λανθασμένες αντιλήψεις σχετικά με το εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο και το ρίσκο της μέτριας κατανάλωσης οινοπνεύματος

(MacKinnon, 1995). Προηγούμενοι ερευνητές, εξέτασαν τις συμπεριφορές των εγκύων γυναικών σχετικά με το αλκοόλ και βρήκαν, ότι το 76% των εγκύων γυναικών, θεωρεί την κατανάλωση κάποιας ποσότητας αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, αποδεκτή, ενώ το 46% ανέφερε συγκεκριμένα, την εβδομαδιαία κατανάλωση αλκοόλ, αποδεκτή (Kesmodel, 2002). Μόνο το 24% υποστήριξε πως κατά την εγκυμοσύνης, συνίσταται πλήρης αποχή από το αλκοόλ. Πρόκειται για γυναίκες οι οποίες ήταν πιο πιθανό να απέχουν από την κατανάλωση οινοπνεύματος. Επιπλέον, σχεδόν το 95% των συμμετεχουσών, θεωρούσε αποδεκτή την κατανάλωση αλκοόλ από τον σύντροφο κατά τη διάρκεια της κύησης τους και μόνο το 4% δεν την θεωρούσε αποδεκτή (Kesmodel, 2002).

1.7. Συνέπειες της χρήσης αλκοόλ στο έμβρυο

Περιγραφές των βλαβερών επιπτώσεων της κατανάλωσης αλκοόλ στο έμβρυο, έχουν εμφανιστεί πολύ νωρίς ιστορικά, αν και η πρώτη επιστημονική μελέτη που τεκμηριώνει τις βλαβερές συνέπειες, δημοσιεύεται το 1968 (Taylor, 1993). Το εμβρυικό αλκοολικό σύνδρομο (FAS), που χαρακτηρίζεται από προγεννητική και μεταγεννητική καθυστέρηση, δυσμορφία του προσώπου και ανωμαλίες στη λειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος αναγνωρίστηκε το 1973, ως συνέπεια της χρόνιας έκθεσης στο αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Taylor, 1993). Έκτοτε, ορισμένες επιπλέον δυσπλασίες, αποβολές, μειωμένο βάρος νεογνού, νοητική καθυστέρηση, ανωμαλίες χαρακτηριστικών του προσώπου, προβλήματα μνήμης και μάθησης, προβλήματα όρασης και ακοής, προβλήματα συμπεριφοράς, είναι μερικές μόνο από τις πολλές επιπτώσεις που αναφέρθηκαν βιβλιογραφικά, ως αποτέλεσμα της χρήσης αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Abel et al., 1986). Το εμβρυικό αλκοολικό σύνδρομο, δεν είναι το μόνο ρίσκο για τα παιδιά των εγκύων, που καταναλώνουν αλκοόλ. Συγκεκριμένα, υψηλότερη προγεννητική θνησιμότητα, χαμηλότερο βάρος γέννησης και χαμηλότερο IQ, έχουν επίσης αναφερθεί ως συνέπειες, σε μελέτες παιδιών, χωρίς απαραίτητα να συνυπάρχουν με το εμβρυικό αλκοολικό σύνδρομο (Kesmodel et al., 2002). Η καθημερινή κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, μπορεί να προκαλέσει,

πρόωρο τοκετό, θνησιγένεια (Kesmodel et al., 2002) αλλά και σε βάθος χρόνου μαθησιακές δυσκολίες ή υπερκινητικότητα (Jacobson et al., 2002).

Μέχρι το 1981, στην ιατρική βιβλιογραφία, είχαν περιγραφεί τουλάχιστον 450 διαφορετικές περιπτώσεις εμβρικού αλκοολικού συνδρόμου από διαφορετικές χώρες. Το σύνδρομο έχει εμφανιστεί σε όλες τις φυλές και ηλικίες από την νεογνική περίοδο μέχρι και τη νεαρή ενηλικίωση (Little & Streissguth, 1981).

1.8. Εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο

Η ενδομήτρια έκθεση του εμβρύου σε αιθανόλη, μπορεί να προκαλέσει ένα νευροτοξικό σύνδρομο, το οποίο οδηγεί, είτε σε εμβρυϊκές αλκοολικές επιδράσεις (FAE-fatal alcohol effects), είτε σε εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο (FAS-fetal alcohol syndrome), ανάλογα με την σοβαρότητα (Ikonomidou et al., 2000). Το FAS είναι συνεπώς μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή, ως αποτέλεσμα επίκτητης εγκεφαλικής βλάβης μετά από προγεννητική έκθεση στο αλκοόλ. Τα πιο συχνά χαρακτηριστικά του εμβρικού αλκοολικού συνδρόμου είναι νευρωτικές διαταραχές ή διαταραχές συμπεριφοράς που κυμαίνονται από υπερκινητικότητα και μαθησιακές δυσκολίες μέχρι ψύχωση και κατάθλιψη (Ikonomidou et al., 2000). Παρόλο που ο αριθμός και η σοβαρότητα των αρνητικών επιπτώσεων της χρήσης αλκοόλ στο έμβryo, ποικίλει από πιο ήπιες σε πιο σοβαρές, συνήθως διαρκούν για όλη τη ζωή (Bertrand, Floyd, Weber, 2005). Ο εγκέφαλος θεωρείται ότι είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος στις επιδράσεις της αιθανόλης κατά την περίοδο της συναπτογένεσης, γνωστή και ως περίοδος ανάπτυξης του εγκεφάλου, η οποία πραγματοποιείται στους ανθρώπους και τους αρουραίους το τρίτο τρίμηνο της κύησης (Goodlett & West, 1992). Αποτελέσματα ερευνών που έγιναν σε αρουραίους, απέδειξαν, ότι σε όσους χορηγήθηκε αιθανόλη κατά τη διάρκεια του αναπτυξιακού σταδίου της συναπτογένεσης, προκλήθηκαν νευροεκφυλιστικές αντιδράσεις, οι οποίες διέγραψαν μεγάλο αριθμό νευρώνων, σε κύριες περιοχές του αναπτυσσόμενου εγκεφάλου (Ikonomidou et al., 2000).

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, βασικά διαγνωστικά κριτήριά του Εμβρυϊκού Αλκοολικού Συνδρόμου είναι η δυσμορφία στο πρόσωπο, τα αναπτυξιακά προβλήματα και οι ανωμαλίες στη λειτουργία του κεντρικού νευρικού συστήματος

(Connor et al., 2000). Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι η μικροκεφαλία με πολλαπλές ανωμαλίες του προσώπου: επίπεδη ρινική γέφυρα, έλλειψη εντομής ανάμεσα στο χείλος και τη μύτη, μικρά μάτια με στενή σχισμή και μικρογναθισμός ο οποίος σχετίζεται με υποπλασία της κάτω γνάθου. Τα παιδιά αυτά, συχνά εμφανίζουν καθυστερημένη ανάπτυξη, υπερδραστηριότητα και μαθησιακές δυσκολίες, ενώ μπορεί να έχουν συμπτώματα στέρησης από το αλκοόλ μερικές ημέρες μετά την γέννηση τους (Connor et al., 2000). Συχνά τα χαρακτηριστικά του προσώπου διαφοροποιούνται με την πάροδο του χρόνου και είναι πιο δύσκολα ανιχνεύσιμα (Streissguth, 1997).

1.9. Γενικότερες επιπτώσεις της χρήσης αλκοόλ στο έμβρυο

Τα παιδιά με εμβρυικό αλκοολικό σύνδρομο, αντιπροσωπεύουν ένα ποσοστό των επιπτώσεων της κατανάλωσης αλκοόλ κατά την περίοδο της κύησης. Τα παιδιά που ως έμβρυα εκτέθηκαν στο αλκοόλ, αντιμετωπίζουν δυσκολίες, οι οποίες ανήκουν στο ευρύτερο φάσμα των γενικότερων επιπτώσεων του αλκοόλ στο έμβρυο και ποικίλουν ως προς το είδος και την σοβαρότητα (Kesmodel et al., 2002).

Μειωμένη ανάπτυξη: Στις γυναίκες που καταναλώνουν οινόπνευμα κατά την κύηση, παρατηρείται καθυστερημένη ενδομήτρια ανάπτυξη και μειωμένο βάρος γέννησης μέχρι και 493 gr σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (Russell et al., 1977). Ορισμένες έρευνες, στις οποίες συμμετείχαν «κοινωνικοί πότες» απέδειξαν πως και στα δικά τους νεογέννητα βρέφη, υπήρχε σημαντικά μειωμένο βάρος γέννησης. Για παράδειγμα, μειωμένο βάρος γέννησης κατά 160 gr, ανεξάρτητα από το στάδιο της κύησης, βρέθηκε στα βρέφη γυναικών που καταλάωναν κατά μέσο όρο δυο ποτά την ημέρα, σε σύγκριση με τα βρέφη των οποίων οι μητέρες δεν έπιναν (Little et al., 1977). Στις περισσότερες έρευνες ενδομήτριας επιβράδυνσης της ανάπτυξης, λαμβάνεται υπόψιν ο ρόλος που έχουν και άλλες μεταβλητές, όπως για παράδειγμα το κάπνισμα (Kesmodel et al., 2002).

Διανοητικές, κινητικές και συμπεριφορικές επιδράσεις: Η κατανάλωση αλκοόλ σε μέτριες και μεγάλες ποσότητες, σχετίζεται με την υποτονία, την νευρικήτητα, την μειωμένη εξοικείωση με συγκεκριμένα ερεθίσματα, το τρέμουλο και το μειωμένο

σωματικό σθένος (Quellette et al., 1977). Παράλληλα, μειωμένη ικανότητα μάθησης, παρατηρήθηκε σε βρέφη γυναικών που κάπνιζαν και έπιναν πολύ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Μικρές αλλά σημαντικές επιπτώσεις στην κινητική και νοητική ανάπτυξη των παιδιών σημειώθηκαν σε περιπτώσεις γυναικών που έπιναν μέτρια όσο κυοφορούσαν (2 ή περισσότερα ποτά ημερησίως) (Streissguth et al., 1980). Σε ηλικία τεσσάρων ετών παρατηρείται μειωμένη προσοχή και κοινωνική συμμόρφωση, αλλά και αυξημένη νευρικότητα στα παιδιά γυναικών που έκαναν μέτρια κατανάλωση αλκοόλ. (Streissguth et al., 1980).

Εμβρυικός προγεννητικός θάνατος: Η αποβολή εμφανίζεται πολύ συχνά μεταξύ γυναικών που κάνουν μέτρια χρήση αλκοόλ στην εγκυμοσύνη. Οι έρευνες στις περισσότερες πολιτείες της Αμερικής, συμφωνούν ότι ένα ή δυο ποτά καθημερινά, σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο αποβολής (Harlap & Shiono 1980). Αυξημένος κίνδυνος εμβρυικού θανάτου, αναφέρθηκε σε μελέτες γυναικών που κατανάλωναν τρία ποτά ημερησίως ή πολύ μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλ (Harlap & Shiono 1980). Η θνησιγένεια, στις περισσότερες περιπτώσεις, οφείλονταν στην αποκόλληση του πλακούντα (Kesmodel et al., 2002).

Στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση, έγινε προσπάθεια να προσδιοριστούν οι αρνητικές επιπτώσεις της υπερβολικής κατανάλωσης οινοπνεύματος, στη λειτουργία του εγκεφάλου και να αποσαφηνιστούν τα χαρακτηριστικά των εγκύων γυναικών που, ενώ γνωρίζουν ότι είναι έγκυες, επιλέγουν να κάνουν χρήση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ακόμη, έγινε αναφορά στις νευρολογικές και αναπτυξιακές βλάβες που μπορεί να προκληθούν στο έμβρυο εξαιτίας της κατανάλωσης αλκοόλ. Από τις σχετικές μελέτες, προέκυψε πως οι γυναίκες που επιλέγουν να κάνουν χρήση αλκοόλ, εν γνώσει της εγκυμοσύνης τους έχουν συγκεκριμένα κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με το επίπεδο εκπαίδευσης τους, την ψυχική τους υγεία και την επαγγελματική αποκατάσταση. Επιπροσθέτως, ορισμένα πολιτισμικά χαρακτηριστικά που αφορούν την προσβασιμότητα στο αλκοόλ, την επιτρεπτικότητα κατανάλωσης, επίσης επηρεάζουν τις συμπεριφορές των γυναικών σχετικά με το αλκοόλ.

Λαμβάνοντας υπόψιν τα παραπάνω, κρίνεται, πως η μελέτη των χαρακτηριστικών των εγκύων γυναικών στην Ελλάδα που κάνουν χρήση αλκοόλ, είναι ένα φαινόμενο που χρήζει επιστημονικής διερεύνησης, όπως επίσης και η καταγραφή των γνώσεων και αντιλήψεων των εγκύων γυναικών σχετικά με την επικινδυνότητα κατανάλωσης οινοπνεύματος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Δεν φαίνεται να υπάρχει μέχρι στιγμής κάποια πρόσφατη έρευνα που να αφορά την κατανάλωση αλκοόλ και την συσχέτιση με τις γνώσεις και αντιλήψεις των εγκύων γυναικών στη χώρα μας.

Καταλήγοντας, οι ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας εργασίας διαμορφώνονται ως εξής:

1. Η κατανάλωση αλκοόλ είναι πιο συχνή στα πρώτα στάδια της εγκυμοσύνης, όπου οι γυναίκες δεν γνωρίζουν πως κυοφορούν.

2. Γυναίκες χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού, μορφωτικού επιπέδου και μικρότερης ηλικίας είναι πιο πιθανόν να καταναλώνουν αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

3. Οι γυναίκες που καταναλώνουν αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, δεν γνωρίζουν ή υποτιμούν τις αρνητικές επιπτώσεις που έχει η κατανάλωση στο έμβρυο, σε αντίθεση με τις γυναίκες οι οποίες δεν καταναλώνουν αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

4. Οι γυναίκες που σκοράρουν υψηλά στην κλίμακα του άγχους και της κατάθλιψης είναι πιο πιθανόν να καταναλώνουν αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

2. Μεθοδολογία

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο, θα ακολουθήσει η περιγραφή του δείγματος, της ερευνητικής διαδικασίας αλλά και των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν για την διεκπεραίωση της έρευνας. Επιπλέον, θα γίνει αναφορά σε θέματα ηθικής και δεοντολογίας, όπως επίσης και στην στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων.

2.1. Δείγμα

Συνολικά συμμετείχαν στην έρευνα 448 έγκυες γυναίκες ηλικίας 18 έως 45 ετών. Οι βασικές προϋποθέσεις συμμετοχής στην έρευνα ήταν η συμμετέχουσα: α) να είναι ενήλικη, β) να έχει επαρκή ικανότητα κατανόησης, ανάγνωσης και γραφής της ελληνικής γλώσσας, γ) να είναι έγκυος κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας. Παράλληλα κριτήρια αποκλεισμού από την έρευνα ήταν η μη συμπερίληψη γυναικών που ήταν: α) ανήλικες, β) έπασχαν από κάποια ασθένεια γ) δεν ήταν έγκυες κατά την διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας.

2.2. Ερευνητική διαδικασία

Πριν την έναρξη συλλογής του δείγματος, πραγματοποιήθηκε πιλοτική χορήγηση ερωτηματολογίων σε δύο γυναίκες, οι οποίες πληρούσαν τα απαραίτητα κριτήρια, ώστε να εκτιμηθεί ο χρόνος συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Ο χρόνος συμπλήρωσης, ορίστηκε στα είκοσι πέντε λεπτά (25').

Η επιχείρηση έναρξης συλλογής του δείγματος ξεκίνησε στις 10 Οκτωβρίου του 2021, με την επίσκεψη της ερευνήτριας σε δημόσια μαιευτήρια στην Αθήνα. Ο αρχικός σκοπός ήταν η πραγματοποίηση δια ζώσης έρευνας και η χορήγηση έντυπων ερωτηματολογίων. Η έλλειψη συνεργασίας όμως, με το προσωπικό των νοσοκομείων κατέστησε αδύνατη τη συνέχιση της δια ζώσης έρευνας. Για αυτό το λόγο, δημιουργήθηκε ηλεκτρονική μορφή ερωτηματολογίων, μέσω διαδικτυακής εφαρμογής. Η προώθηση της ηλεκτρονικής φόρμας ξεκίνησε στις 11 Δεκεμβρίου του 2021 και ολοκληρώθηκε στις 31 Ιανουαρίου του 2022. Η έρευνα προωθήθηκε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και επίσης δημοσιεύτηκε σε σχετικές ομάδες στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (ομάδες για εγκύους, νέες μητέρες, ομάδες που αφορούσαν την παιδική και βρεφική διατροφή κ.α.)

2.3. Ερευνητικά εργαλεία

Για τη δημιουργία του τελικού ερωτηματολογίου, χρησιμοποιήθηκε ένας συνδυασμός ερωτήσεων από σταθμισμένα και αξιόπιστα ερωτηματολόγια:

1) Ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων, περιλαμβάνει δημογραφικά στοιχεία όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση γονέων, εκπαιδευτικό επίπεδο γονέων κτλ. Επιπλέον, περιλαμβάνει πρόσθετες ερωτήσεις που αφορούν αν η γυναίκα βρίσκεται σε περίοδο εγκυμοσύνης ή θηλασμού, εάν έχει παιδιά ή εάν προσπαθεί την συγκεκριμένη περίοδο να μείνει έγκυος.

2) Το εργαλείο αξιολόγησης AUDIT-C (Χρήση αλκοόλ του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας-Δοκιμή ανίχνευσης διαταραχών-Κατανάλωση), (Bush et al., 1998) χρησιμοποιείται για την παροχή μιας γρήγορης εκτίμησης του πόσο και πόσο συχνά πίνει μια γυναίκα αλκοόλ. Το AUDIT-C αποτελείται από τρία ερωτήματα και μετρά την κατανάλωση αλκοόλ με μία κλίμακα από 0 ως 12, η οποία προκύπτει από το άθροισμα της βαθμολογίας των απαντήσεων των τριών ερωτήσεων. Σε κάθε ερώτηση από τις τρεις, μηδενική κατανάλωση λαμβάνει 0 βαθμούς, ενώ η μέγιστη κατανάλωση λαμβάνει 4 βαθμούς (Bush et al., 1998; Levola & Aalto, 2015).

3) Ερωτηματολόγιο γνώσεων και αντιλήψεων, το οποίο έχει κατασκευαστεί και σταθμιστεί ως προς την αξιοπιστία του από την Σωτηρία Καλογιάννη, απόφοιτη μεταπτυχιακή φοιτήτρια του τμήματος «Αντιμετώπιση Εξαρτήσεων και Εξαρτησιολογία» του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Το ερωτηματολόγιο εξετάζει τις γνώσεις και αντιλήψεις των γυναικών σχετικά με την επικινδυνότητα κατανάλωσης οινοπνεύματος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης με ερωτήματα όπως: «Γνωρίζετε ή έχετε ενημερωθεί αν το αλκοόλ προκαλεί προβλήματα στην εγκυμοσύνη ή το έμβρυο;» και «Θεωρείτε ότι η κατανάλωση κρασιού κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης: σε οποιαδήποτε ποσότητα είναι επιβλαβής, μια φορά το μήνα δεν είναι επιβλαβής, μια φορά την εβδομάδα δεν είναι επιβλαβής κτλ.»

4) Η κλίμακα του Κέντρου Επιδημιολογικών Ερευνών για την Κατάθλιψη, (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale - CES-D). Πρόκειται για ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς αποτελούμενο από 20 ερωτήσεις, το οποίο μετρά το επίπεδο της κατάθλιψης (Radloff, 1977, Hann et al., 1999). Για τον ελληνικό πληθυσμό, μια τιμή μεγαλύτερη του 9,03 είναι ενδεικτική της κατάθλιψης του ατόμου (Fountoulakis et al., 2001). Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη υψηλότερου επιπέδου κατάθλιψης. Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και εγκυρότητα κριτηρίου. Επιπρόσθετα, η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας εμφανίζεται υψηλή (τιμές εύρους 0,84 έως 0,90) (Hann et al., 1999).

5) Η Κλίμακα Άγχους (State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Spielberger;1970). Για την αξιολόγηση του άγχους, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα State-Trait Anxiety Inventory (STAI) που κατασκευάστηκε από τον Spielberger το 1970. Αποτελείται από 40 διαπιστώσεις, οι οποίες αναφέρονται σε 2 υποκλίμακες: α) τη συναισθηματική κατάσταση του εξεταζόμενου κατά τη χρονική στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (δηλ. παροδικό άγχος ως αποτέλεσμα της παρούσης κατάστασης), και β) τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου γενικότερα (δηλ. μόνιμο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται στη βάση μιας τετράβαθμης κλίμακας τύπου Likert (1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτει ένας γενικός δείκτης εκτίμησης του άγχους με την άθροιση όλων των προτάσεων. Το ερωτηματολόγιο έχει ήδη προσαρμοστεί στον Ελληνικό πληθυσμό και παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, καθώς και ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και επαναληπτικών μετρήσεων (Λιάκος & Γιαννίτση, 1984; Γκούβα, 2003; Gouva et al., 2008).

2.4. Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας

Πριν την έναρξη συμπλήρωσης των δημογραφικών στοιχείων και των ερωτηματολογίων, οι συμμετέχουσες συμπλήρωναν το έντυπο ενυπόγραφης συγκατάθεσης συμμετοχής στη μελέτη. Με αυτό τον τρόπο, ενημερώνονταν για τον σκοπό της έρευνας και τα δεοντολογικά ζητήματα που ισχύουν κατά τη διάρκεια της μελέτης, όπως η ανωνυμία, η εθελοντική συμμετοχή στην έρευνα, το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων. Παράλληλα, οι συμμετέχουσες, είχαν την δυνατότητα να επικοινωνήσουν με την ερευνήτρια αλλά και τον Υπεύθυνο Καθηγητή, σε περίπτωση που χρειάζονταν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την έρευνα. Στην ηλεκτρονική μορφή του ερωτηματολογίου, οι συμμετέχουσες διάβαζαν σχετικά με τον σκοπό και τα δεοντολογικά ζητήματα και στην συνέχεια πατώντας την επιλογή «ΝΑΙ» ή «ΟΧΙ», δήλωναν την συμμετοχή τους στην έρευνα. Ακόμα, η επεξεργασία των απαντήσεων από την ερευνήτρια, έγινε συνολικά και όχι τμηματικά, με σκοπό να αποφευχθεί οποιαδήποτε πιθανή ταυτοποίηση ερωτηματολογίου και συμμετέχουσας. Τέλος, οι απαντήσεις της ηλεκτρονικής μορφής, βρίσκονται σε ηλεκτρονικό υπολογιστή με κωδικό στον οποίο έχει πρόσβαση μόνο η ερευνήτρια.

3. Στατιστική Ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές συχνότητες (%) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann – Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσοτέρων από δυο ομάδων ο μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal-Wallis. Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι $0,05/k$ (k = αριθμός των συγκρίσεων). Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός ο μη παραμετρικός του Spearman (ρ). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις διαστάσεις των κλιμάκων της μελέτης από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standarderrors=SE). Οι αναλύσεις πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης έγιναν με τη χρήση λογαριθμικού μετασχηματισμού της εξαρτημένης μεταβλητής σε περιπτώσεις μη ύπαρξης κανονικότητας. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0.

3.1. Αποτελέσματα

Το δείγμα μας αποτελείται από 448 εγκυμονούσες γυναίκες με μέση ηλικία τα 31,6 έτη (SD=5,1 έτη), τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των οποίων παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 1.

Κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

		N	%
Ηλικία, Μέση τιμή (SD)		31,6 (5,1)	
Τόπος κατοικίας:	Αθήνα	161	36,0
	Θεσσαλονίκη	63	14,1
	Μεγάλο αστικό κέντρο (200.000 κάτοικοι και πάνω)	34	7,6
	Πόλη (50.000-200.000)	88	19,7
	Χωριό (μέχρι 50.000)	76	17,0
	Εξωτερικό	25	5,6
Εκπαίδευση:	Δημοτικό	1	0,2
	Γυμνάσιο	6	1,3
	Λύκειο	81	18,1
	Μεταλυκειακές Σπουδές	86	19,2
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	172	38,5
	Μεταπτυχιακές σπουδές	101	22,6
Οικογενειακή κατάσταση:	Άγαμη	26	5,8
	Έγγαμη	354	79,2
	Συμβίωση	61	13,6
	Διαζευγμένη	5	1,1
	Χήρα	1	0,2
Επαγγελματική κατάσταση	Άνεργη	75	16,7
	Δημόσια Υπάλληλος	54	12,1
	Ιδιωτική Υπάλληλος	216	48,2
	Ελεύθερη Επαγγελματίας	52	11,6
	Οικιακά	44	9,8
	Φοιτήτρια	7	1,6
Ετήσιο εισόδημα:	Από 0-7000 ευρώ	151	33,9
	Μέχρι 10.000 ευρώ	111	24,9
	Μέχρι 15.000 ευρώ	110	24,7
	Μέχρι 20.000 ευρώ	35	7,9
	Πάνω από 20.000 ευρώ	38	8,5

Το 36% των γυναικών κατοικούσε στην Αθήνα και το 38,5% είχε αποφοιτήσει από κάποιο ΤΕΙ ή ΑΕΙ. Η οικογενειακή κατάσταση για το 79,2% των συμμετεχουσών ήταν έγγαμη, ενώ η επαγγελματική κατάσταση για το 48,2% ήταν εκείνη του

ιδιωτικού υπαλλήλου. Ως προς το ετήσιο εισόδημα, για το 33,9% των γυναικών που έλαβε μέρος στη μελέτη ήταν κάτω από 7.000 ευρώ.

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται στοιχεία σχετικά με την εγκυμοσύνη των συμμετεχουσών.

Πίνακας 2.

Κατανομή δείγματος ως προς τα στοιχεία της κύησης

		N	%
Αριθμός προηγούμενων κυήσεων, Μέση Τιμή (SD), Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)		0,8 (1)	1 (0 – 1)
Περίοδος κύησης:	<i>1ο τρίμηνο</i>	90	21,0
	<i>2ο τρίμηνο</i>	141	32,9
	<i>3ο τρίμηνο</i>	197	46,0
Σε ποια εβδομάδα κύησης επιβεβαιώθηκε η εγκυμοσύνη σας , Μέση Τιμή (SD), Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)		5,6 (3,3)	5 (4 – 6)
Προγραμματισμένη εγκυμοσύνη;		261	58,7
Έχει διακοπεί κάποια εγκυμοσύνη σας πρόωρα;		124	27,8
Καπνίζετε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (έστω και ελάχιστα);		103	23,1
Σας παρακολουθεί συστηματικά γυναικολόγος;		439	98,2
Καταναλώνετε αλκοόλ πριν επιβεβαιωθεί η εγκυμοσύνη σας;		344	77,7
Ο σύζυγος/σύντροφος καταναλώνει αλκοόλ;	Ποτέ	36	8,1
	Μια φορά το μήνα ή σπανιότερα	186	41,7
	2-4 φορές το μήνα (έως μια φορά την εβδομάδα)	150	33,6
	2-3 φορές την εβδομάδα	51	11,4
	4 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα	18	4,0
	Χωρίς σύζυγο/σύντροφο	5	1,1

Το 46% των συμμετεχουσών βρισκόταν στο 3^ο τρίμηνο της κύησης τους και το 50% είχε γεννήσει ακόμα μια φορά στη ζωή τους. Η διάμεση εβδομάδα κύησης που επιβεβαιώθηκε η εγκυμοσύνη ήταν η 5^η και το 58,7% είχε συνεννοηθεί με το γιατρό του να γεννήσει σε προγραμματισμένη ημερομηνία. Πρόωρα είχε διακοπεί κάποια εγκυμοσύνη για το 27,8% ενώ το 23,1% κάπνιζε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έστω και ελάχιστα. Το 98,2% παρακολουθούταν συστηματικά από γυναικολόγο. Το 77,7% κατανάλωνε αλκοόλ πριν επιβεβαιωθεί η εγκυμοσύνη του, ενώ ο σύζυγος/σύντροφος για το 41,7% των συμμετεχουσών κατανάλωνε αλκοόλ μόλις μια φορά το μήνα ή σπανιότερα. Στον επόμενο πίνακα δίνονται τα αποτελέσματα των

ερωτήσεων σχετικά με τις γνώσεις και τις αντιλήψεις των γυναικών που συμμετείχαν στη μελέτη αναφορικά με την κατανάλωση αλκοόλ.

Πίνακας 3.

Γνώσεις και αντιλήψεις εγκύων για τους κινδύνους χρήσης αλκοόλ στο έμβρυο

		N	%
Θεωρείτε ότι η κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να είναι επιβλαβής για εσάς ή για το μωρό σας;	Ναι, για το μωρό	131	29,3
	Ναι, για εμένα	0	0,0
	Ναι, για εμένα και για το μωρό	216	48,3
	Ναι, μόνο εάν κάνω κατάχρηση	94	21,0
	Όχι	4	0,9
	Δε γνωρίζω	2	0,4
Τα προβλήματα που προκύπτουν από την κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρουσιάζονται:	Μόνο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης	12	2,7
	Μόνο κατά τη γέννηση	1	0,2
	Κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού	26	5,8
	Για πολλά χρόνια	30	6,7
	Σε όλη τη ζωή του παιδιού	225	50,3
	Δε γνωρίζω	153	34,2
Τι ρόλο πιστεύετε ότι παίζει η συχνότητα και η ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ κατά την εγκυμοσύνη;	Η κατανάλωση αλκοόλ λιγότερο από μια φορά το μήνα δεν είναι επιβλαβής	165	36,9
	Η κατανάλωση αλκοόλ λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα δεν είναι επιβλαβής	60	13,4
	Η κατανάλωση μικρής ποσότητας κάθε μέρα δεν είναι επιβλαβής	3	0,7
	Η κατανάλωση αλκοόλ όσο συχνά θέλει ένα άτομο, δεν είναι επιβλαβής	1	0,2
	Οποιαδήποτε ποσότητα είναι επιβλαβής	193	43,2
	Δε γνωρίζω	25	5,6
Θεωρείτε ότι η κατανάλωση ισχυρών οινοπνευματωδών ποτών (ουίσκι, βότκα, ρούμι, μόνα τους ή σε κοκτέιλ) κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης:	Σε οποιαδήποτε ποσότητα είναι επιβλαβής	361	80,9
	Μια φορά το μήνα δεν είναι επιβλαβής	47	10,5
	Μια φορά την εβδομάδα δεν είναι επιβλαβής	4	0,9
	Μια μικρή ποσότητα την ημέρα δεν είναι επιβλαβής	2	0,4
	Δε γνωρίζω	32	7,2
Θεωρείτε ότι η κατανάλωση μπίρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης:	Σε οποιαδήποτε ποσότητα είναι επιβλαβής	145	32,5
	Μια φορά το μήνα δεν είναι επιβλαβής	180	40,4
	Μια φορά την εβδομάδα δεν είναι επιβλαβής	73	16,4
	Μια μικρή ποσότητα την ημέρα δεν είναι επιβλαβής	6	1,3
	Δε γνωρίζω	42	9,4
Θεωρείτε ότι η κατανάλωση κρασιού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης:	Σε οποιαδήποτε ποσότητα είναι επιβλαβής	126	28,3
	Μια φορά το μήνα δεν είναι επιβλαβής	199	44,6
	Μια φορά την εβδομάδα δεν είναι επιβλαβής	85	19,1
	Μια μικρή ποσότητα την ημέρα δεν είναι επιβλαβής	8	1,8
	Δε γνωρίζω	28	6,3
Γνωρίζετε ή έχετε ενημερωθεί αν το αλκοόλ προκαλεί προβλήματα στην εγκυμοσύνη ή στο έμβρυο;		372	83,4

Το 48,3% θεωρούσε ότι η κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να ήταν επιβλαβής για τις ίδιες και για το μωρό τους. Τα προβλήματα που προκύπτουν από την κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρουσιάζονται σε όλη τη ζωή του παιδιού υποστήριζε το 50,3% ενώ το 43,2% θεωρούσε ότι οποιαδήποτε ποσότητα αλκοόλ κατά την εγκυμοσύνη θα ήταν επιβλαβής. Το 80,9% θεωρούσε ότι η κατανάλωση ισχυρών οινοπνευματωδών ποτών (ουίσκι, βότκα, ρούμι, μόνα τους ή σε κοκτέιλ) σε οποιαδήποτε ποσότητα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης θα ήταν επιβλαβής, ενώ ως προς την κατανάλωση μύρας και κρασιού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης το 40,4% και το 44,6% αντίστοιχα θεωρούσε ότι μια φορά το μήνα δεν είναι επιβλαβής. Το 83,4% γνώριζε ή είχε ενημερωθεί ότι το αλκοόλ προκαλεί προβλήματα στην εγκυμοσύνη ή στο έμβρυο.

Από τις παραπάνω ερωτήσεις δημιουργήθηκε μια ποσοστιαία βαθμολογία γνώσεων και αντιλήψεων των εγκυμονουσών συμμετεχουσών αναφορικά με τον ρόλο της κατανάλωσης αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η βαθμολογία παίρνει τιμές από 0 έως 100 και τα περιγραφικά της αποτελέσματα παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα. *Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη γνώση και αντίληψη για την κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.*

Πίνακας 4.

Μέση τιμή γνώσεων και αντιλήψεων

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)
Ποσοστιαία βαθμολογία γνώσεων και αντιλήψεων	0	100	42,9 (25,4)	42,9 (28,6 – 71,4)

Τριάντα γυναίκες (6,8%) είχαν μηδενική βαθμολογία, υποδηλώνοντας μηδενική γνώση και αντίληψη για την κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μόνο μια (0,2%) είχε βαθμολογία 100%, υποδηλώνοντας τη μέγιστη δυνατή γνώση και αντίληψη. Η μέση τιμή της βαθμολογίας γνώσεων και αντιλήψεων των εγκυμονουσών συμμετεχουσών αναφορικά με τον ρόλο της κατανάλωσης αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ήταν 42,9% (SD=25,4%).

Στον επόμενο πίνακα δίνονται τα αποτελέσματα του τρόπου με τον οποίο έχουν ενημερωθεί οι συμμετέχουσες ότι το αλκοόλ προκαλεί προβλήματα στην εγκυμοσύνη και στο έμβρυο.

Πίνακας 5.

Κατανομή γυναικών σύμφωνα με τον τρόπο ενημέρωσης

Με ποιον τρόπο έχετε ενημερωθεί;	N	%
M.M.E (εφημερίδες, τηλεόραση, ραδιόφωνο και Internet)	152	33,9
Ημερίδες - Καμπάνιες - Εκστρατείες ενημέρωσης	47	10,5
Ιατρικά άρθρα, βιβλία	167	37,3
Οικογενειακό / φιλικό περιβάλλον	78	17,4
Γυναικολόγο/Μαία	328	73,2
Οικογενειακό Γιατρό	30	6,7
Σπουδές/Εκπαίδευση	3	0,7
Δεν έχω ενημερωθεί	2	0,4

Το 73,2% είχε ενημερωθεί μέσω του γυναικολόγου ή της μαίας του ενώ μόλις ένα 0,4% δεν είχε λάβει ποτέ του καμία ενημέρωση για αυτό το θέμα.

Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζεται ο τρόπος με τον οποίο κατανέμονται οι συμμετέχουσες σύμφωνα με το πως έχουν ενημερωθεί.

Κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ (AUDIT-c)

Αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχουσών στις ερωτήσεις που αφορούν την κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ (AUDIT-c) δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 6.

Κατανάλωση αλκοόλ σύμφωνα με την κλίμακα AUDIT-c

		N	%
Πόσο συχνά καταναλώνετε ένα αλκοολούχο ποτό;	Ποτέ	286	64,1
	Μια φορά το μήνα ή σπανιότερα	110	24,7
	2-4 φορές το μήνα (έως μια φορά την εβδομάδα)	47	10,5
	2-3 φορές την εβδομάδα	3	0,7
	4 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα	0	0,0
Πόσα αλκοολούχα ποτά καταναλώνετε μια συνηθισμένη ημέρα;	Καθόλου/1-2 ποτά	445	99,6
	3-4 ποτά	1	0,2
	5-6 ποτά	0	0,0
	7-9 ποτά	1	0,2
	10 ποτά ή περισσότερα	0	0,0
Πόσο συχνά πίνετε 6 ή περισσότερα ποτά σε μια περίπτωση;	Ποτέ	386	86,4
	Σπανιότερα από μια φορά το μήνα	55	12,3
	Μια φορά το μήνα ή περισσότερο	4	0,9
	Μια φορά την εβδομάδα ή περισσότερο	1	0,2
	Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά	1	0,2

Το 64,1% δεν καταναλώνει ποτέ αλκοολούχο ποτό ενώ το 99,6% καταναλώνει από καθόλου έως ένα με δυο ποτά μια συνηθισμένη ημέρα. Σε μια περίπτωση δεν πίνει ποτέ 6 ή περισσότερα ποτά το 86,4% των εγκυμονουσών γυναικών.

Στον πίνακα που ακολουθεί περιγράφεται η κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ (AUDIT - c). Η κλίμακα παίρνει τιμές από 0 έως 12 μονάδες. *Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν περισσότερη κατανάλωση αλκοόλ.*

Πίνακας 7.

Μέση τιμή βαθμολογίας κλίμακας AUDIT-c

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)
Κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ (AUDIT-c)	0	6	0,6 (1)	0 (0 – 1)

Η κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ (AUDIT-c) κυμαίνεται από 0 έως 6 μονάδες με μέση τιμή τις 0,6 μονάδες (SD=1 μονάδα).

Στον πίνακα που ακολουθεί περιγράφεται ο τρόπος που κατανέμονται οι συμμετέχουσες ως προς το αν καταναλώνουν υψηλές ποσότητες αλκοόλ.

Πίνακας 8.

Κατανομή γυναικών σύμφωνα με την βαθμολογία τους στην κλίμακα AUDIT-c

Επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ	N	%
Φυσιολογική κατανάλωση αλκοόλ	423	94,8
Υψηλή κατανάλωση αλκοόλ	23	5,2

Το 5,2% των εγκυμονουσών συμμετεχουσών της μελέτης φαίνεται να καταναλώνουν υψηλή ποσότητα αλκοόλ.

Κλίμακα κατάθλιψης (CES-D)

Στον πίνακα που ακολουθεί περιγράφεται η κλίμακα κατάθλιψης (CES - D). Η κλίμακα παίρνει τιμές από 0 έως 60 μονάδες. Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν εντονότερα συμπτώματα κατάθλιψης.

Πίνακας 9.

Μέση τιμή βαθμολογίας κλίμακας κατάθλιψης CES-D

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)
Κλίμακα κατάθλιψης (CES-D)	0	49	17,6 (10,4)	17 (9,5 – 24)

Η κλίμακα κατάθλιψης (CES-D) κυμαίνονταν από 0 έως 49 μονάδες με μέση τιμή τις 17,6 μονάδες (SD=5 μονάδες).

Στον πίνακα που ακολουθεί περιγράφεται ο τρόπος που κατανέμονται οι συμμετέχουσες ως προς το αν παρουσιάζουν κατάθλιψη (CES-D).

Πίνακας 10.

Κατανομή γυναικών σύμφωνα με την βαθμολογία τους στην κλίμακα CES-D

Κατάθλιψη	N	%
Όχι	323	74,1
Ναι	113	25,9

Το 25,9% των εγκυμονουσών συμμετεχουσών της μελέτης φαίνεται να παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης.

Κλίμακα προσωρινού και μόνιμου άγχους (State – Trait Anxiety)

Στον πίνακα που ακολουθεί περιγράφεται η κλίμακα προσωρινού και μόνιμου άγχους (State – Trait Anxiety). Οι κλίμακες παίρνουν τιμές από 20 έως 80 μονάδες. *Υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν εντονότερο προσωρινό και μόνιμο άγχος.*

Πίνακας 11.

Μέση τιμή βαθμολογιών κλίμακας μόνιμου και προσωρινού άγχους STAI

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)
Κλίμακα προσωρινού άγχους (StateAnxiety)	22	76	45,4 (11,4)	45 (37 – 53)
Κλίμακα μόνιμου άγχους (TraitAnxiety)	21	73	44,1 (11,4)	43,5 (36 – 51)

Η μέση τιμή στην κλίμακα προσωρινού άγχους (StateAnxiety) ήταν 45,4 μονάδες (SD=11,4 μονάδες) και οι τιμές της κυμαίνονταν από 22 έως 76 μονάδες. Οι τιμές της κλίμακας μόνιμου άγχους κυμαίνονταν από 21 έως 73 μονάδες ενώ η διάμεσος τιμή της ήταν 43,5 μονάδες (Ενδ. Εύρος = 36 – 51 μονάδες).

Συσχέτιση της κλίμακας κατανάλωσης αλκοόλ με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχουσών στην κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ ανάλογα με τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά.

Πίνακας 12.

Κατανάλωση αλκοόλ βάσει των κοινωνιοδημογραφικών χαρακτηριστικών

		Κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ (AUDIT-c)		
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)	P Kruskal WallisTest
Τόπος κατοικίας:	Αθήνα	0,6(0,97)	0 (0 - 1)	0,548
	Θεσσαλονίκη/Μεγάλο αστικό κέντρο (200.000 κάτοικοι και πάνω)	0,68(0,96)	0 (0 - 1)	
	Πόλη (50.000-200.000)	0,72(0,88)	0 (0 - 1)	
	Χωριό (μέχρι 50.000)	0,69(1,08)	0 (0 - 1)	
	Εξωτερικό	0,44(0,65)	0 (0 - 1)	
Εκπαίδευση:	Δημοτικό/Γυμνάσιο/Λύκειο	0,67(0,99)	0 (0 - 1)	0,036
	Μεταλυκειακές Σπουδές	0,62(0,85)	0 (0 - 1)	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	0,77(1,06)	0 (0 - 1)	
	Μεταπτυχιακές σπουδές	0,43(0,77)	0 (0 - 1)	
Οικογενειακή κατάσταση:	Άγαμη/Διαζευγμένη/Χήρα	0,75(0,98)	0,5 (0 - 1)	0,370+
	Έγγαμη/Συμβίωση	0,64(0,95)	0 (0 - 1)	
Επαγγελματική κατάσταση	Άνεργη/Οικιακά/Φοιτήτρια	0,72(1,09)	0 (0 - 1)	0,856
	Δημόσια Υπάλληλος	0,61(0,92)	0 (0 - 1)	
	Ιδιωτική Υπάλληλος	0,63(0,9)	0 (0 - 1)	
	Ελεύθερη Επαγγελματίας	0,54(0,85)	0 (0 - 1)	
Ετήσιο εισόδημα:	Από 0-7000 ευρώ	0,76(1,07)	0 (0 - 1)	0,323
	Μέχρι 10.000 ευρώ	0,63(0,93)	0 (0 - 1)	
	Μέχρι 15.000 ευρώ	0,59(0,9)	0 (0 - 1)	
	Πάνω από 15.000 ευρώ	0,49(0,77)	0 (0 - 1)	

+ Mann – Whitney tes

Η εκπαίδευση βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με την κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ (AUDIT-c). Ειδικότερα με από την διόρθωση Bonferroni βρέθηκε ότι όσες από τις συμμετέχουσες είχαν αποφοιτήσει από ΑΕΙ/ΤΕΙ είχαν σημαντικά ($p=0,004$) μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ (AUDIT-c) σε σχέση με τις συμμετέχουσες που είχαν στην κατοχή τους κάποιο τίτλο μεταπτυχιακών σπουδών.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχουσών στην κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ ανάλογα με στοιχεία που αφορούν την εγκυμοσύνη τους.

Πίνακας 13.

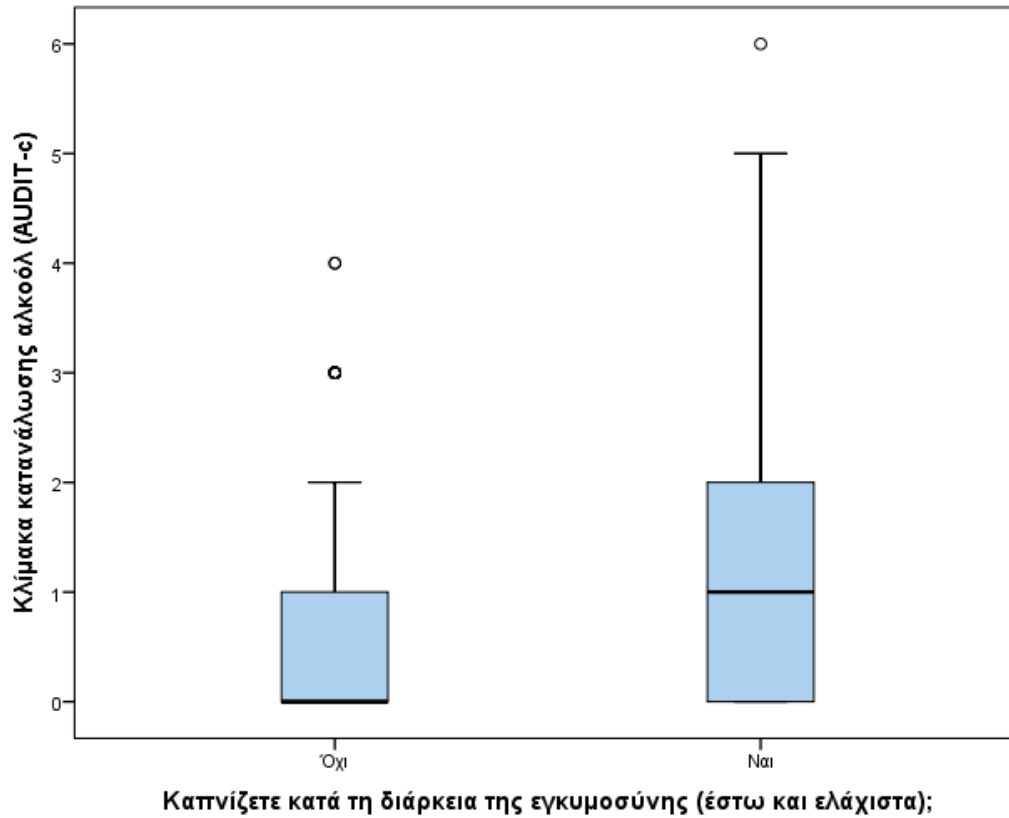
Κατανάλωση αλκοόλ βάσει των στοιχείων εγκυμοσύνης

		Κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ (AUDIT-c)		
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. Εύρος)	P Mann – Whitney test
Περίοδος κύησης:	1ο τρίμηνο	0,59(0,9)	0 (0 - 1)	0,933+
	2ο τρίμηνο	0,62(0,94)	0 (0 - 1)	
	3ο τρίμηνο	0,64(0,93)	0 (0 - 1)	
Προγραμματισμένη εγκυμοσύνη;	Όχι	0,76(1,07)	0 (0 - 1)	0,074
	Ναι	0,56(0,86)	0 (0 - 1)	
Έχει διακοπεί κάποια εγκυμοσύνη σας πρόωρα;	Όχι	0,69(1)	0 (0 - 1)	0,228
	Ναι	0,52(0,8)	0 (0 - 1)	
Καπνίζετε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (έστω και ελάχιστα);	Όχι	0,54(0,85)	0 (0 - 1)	<0,001
	Ναι	0,97(1,17)	1 (0 - 2)	
Σας παρακολουθεί συστηματικά γυναικολόγος;	Όχι	1,25(1,39)	1 (0 - 2)	0,125
	Ναι	0,63(0,94)	0 (0 - 1)	
Καταναλώνετε αλκοόλ πριν επιβεβαιωθεί η εγκυμοσύνη σας;	Όχι	0,26 (0,55)	0 (0 - 0)	<0,001
	Ναι	0,75 (1,01)	0 (0 - 1)	

+ Kruskal-Wallis Test

Το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, έστω και ελάχιστα, καθώς και το αν καταναλώναν οι συμμετέχουσες αλκοόλ πριν επιβεβαιωθεί η εγκυμοσύνη τους φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με την κατανάλωση αλκοόλ (AUDIT-c). Πιο συγκεκριμένα, όσες από τις συμμετέχουσες κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους (έστω και ελάχιστα) είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ (AUDIT-c) σε σχέση με τις γυναίκες που δεν κάπνιζαν καθόλου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους. Επιπλέον, όσες γυναίκες καταναλώναν αλκοόλ πριν επιβεβαιωθεί η εγκυμοσύνη τους είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ (AUDIT-c) σε σχέση με τις γυναίκες που δεν καταναλώναν.

Στο γράφημα που ακολουθεί παρουσιάζεται η βαθμολογία της κλίμακας κατανάλωσης αλκοόλ (AUDIT-c) ανάλογα με το αν καπνίζουν οι συμμετέχουσες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους έστω και ελάχιστα.



Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman (ρ) μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ (AUDIT-c) και της ηλικίας, του αριθμού των προηγούμενων κύησεων, της εβδομάδας κύησης που επιβεβαιώθηκε η εγκυμοσύνη τους και την ποσότητα αλκοόλ που καταναλώνει ο σύζυγος/σύντροφος των συμμετεχουσών.

Πίνακας 14.

Συσχέτιση κατανάλωσης αλκοόλ με ηλικία, αριθμό προηγούμενων κυήσεων, εβδομάδα κύησης και κατανάλωση αλκοόλ από τους συντρόφους των εγκύων

		Κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ (AUDIT-c)
Ηλικία	rho	-0,05
	P	0,343
Αριθμός προηγούμενων κυήσεων	rho	-0,02
	P	0,668
Σε ποια εβδομάδα κύησης επιβεβαιώθηκε η εγκυμοσύνη σας;	rho	-0,05
	P	0,302
Πόσο αλκοόλ καταναλώνει ο σύζυγος/σύντροφος	rho	0,16
	P	0,001

Φαίνεται να υπάρχει μια θετική σημαντική συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ (AUDIT-c) και της ποσότητας αλκοόλ που καταναλώνει ο σύζυγος/σύντροφος των συμμετεχουσών. Ειδικότερα όσο περισσότερο αλκοόλ καταναλώνει ο σύζυγος/σύντροφος των εγκυμονουσών συμμετεχουσών τόσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία στην κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ (AUDIT-c) για τις συμμετέχουσες.

Στον παρακάτω πίνακα δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Spearman (rho) μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ (AUDIT-c) και της κλίμακας της κατάθλιψης, του προσωρινού και μονίμου άγχους καθώς και της ποσοστιαίας βαθμολογίας γνώσεων και αντιλήψεων αναφορικά με τον ρόλο της κατανάλωσης αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Πίνακας 15.

Συσχέτιση κατανάλωσης αλκοόλ με βαθμολογία κλίμακας CES-D και βαθμολογία γνώσεων και αντιλήψεων

		Κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ (AUDIT-c)
Κλίμακα κατάθλιψης (CES-D)	rho	-0,02
	P	0,700
Κλίμακα προσωρινού άγχους (StateAnxiety)	rho	-0,01
	P	0,857
Κλίμακα μόνιμου άγχους (TraitAnxiety)	rho	-0,07
	P	0,178
Ποσοστιαία βαθμολογία γνώσεων και αντιλήψεων	rho	-0,38
	P	<0,001

Φαίνεται να υπάρχει μια αρνητική σημαντική συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας των συμμετεχουσών στην κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ (AUDIT-c) και της ποσοστιαίας βαθμολογίας γνώσεων και αντιλήψεων αναφορικά με τον ρόλο της κατανάλωσης αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Πιο συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη γνώση και αντίληψη φαίνεται να έχει κάποια γυναίκα από τις συμμετέχουσες σχετικά με τον ρόλο που παίζει η κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τόσο μικρότερη είναι η βαθμολογία στην κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ (AUDIT-c) για τις συμμετέχουσες.

Στη συνέχεια εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία της κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ (AUDIT – c). Η ανάλυση έγινε με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης - αφαίρεσης και τα αποτελέσματα της παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 16.

Συσχέτιση κατανάλωσης αλκοόλ με την κατανάλωση αλκοόλ πριν την εγκυμοσύνη, το κάπνισμα και την βαθμολογία γνώσεων και αντιλήψεων

	β+	SE++	P
Καταναλώνετε αλκοόλ πριν επιβεβαιωθεί η εγκυμοσύνη σας;			
Όχι (αναφορά)			
Ναι	0,23	0,05	<0,001
Καπνίζετε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (έστω και ελάχιστα);			
Όχι (αναφορά)			
Ναι	0,13	0,05	0,012
Ποσοστιαία βαθμολογία γνώσεων και αντιλήψεων	-0,01	0,001	<0,001

Σημείωση. Η ανάλυση έγινε με τη χρήση λογαριθμικού μετασχηματισμού

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή

Η κατανάλωση αλκοόλ πριν επιβεβαιωθεί η εγκυμοσύνη, το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και η ποσοστιαία βαθμολογία γνώσεων και αντιλήψεων αναφορικά με τον ρόλο της κατανάλωσης αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την βαθμολογία της κλίμακας κατανάλωσης αλκοόλ (AUDIT – c).

Πολυπαραγοντική ανάλυση κλίμακας κατάθλιψης (CES-D)

Επιπλέον εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία της κλίμακας της κατάθλιψης (CES-D). Η ανάλυση έγινε με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης - αφαίρεσης και τα αποτελέσματα της παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 17.

Συσχέτιση κατάθλιψης με προγραμματισμένη ή μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη

	β+	SE++	P
Προγραμματισμένη εγκυμοσύνη			
Όχι (αναφορά)			
Ναι	-0,18	0,07	0,009

Σημείωση. Η ανάλυση έγινε με τη χρήση λογαριθμικού μετασχηματισμού

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα συντελεστή

Η προγραμματισμένη εγκυμοσύνη των συμμετεχουσών βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με την βαθμολογία της κλίμακας της κατάθλιψης (CES-D). Συγκεκριμένα, όσες από τις συμμετέχουσες είχαν προγραμματίσει την εγκυμοσύνη είχαν μικρότερη βαθμολογία στην κλίμακα της κατάθλιψης (CES-D), δηλαδή λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης, σε σχέση με τις γυναίκες που δεν την είχαν προγραμματίσει.

Πολυπαραγοντική ανάλυση κλίμακας προσωρινού και μόνιμου άγχους (State & Trait Anxiety)

Επιπλέον εφαρμόστηκε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένες μεταβλητές τις βαθμολογίες των κλιμάκων του προσωρινού και μόνιμου άγχους (State & Trait Anxiety). Η ανάλυση έγινε με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης - αφαίρεσης και τα αποτελέσματα της παρουσιάζονται στη συνέχεια.

Στον επόμενο πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης που σαν εξαρτημένη μεταβλητή είχε την κλίμακα του προσωρινού άγχους (State Anxiety).

Πίνακας 18.

Συσχέτιση προσωρινού άγχους με προγραμματισμένη ή μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη

	β	SE	P
Προγραμματισμένη εγκυμοσύνη			
Όχι (αναφορά)			
Ναι	-3,67	1,17	0,002

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα συντελεστή

Η προγραμματισμένη εγκυμοσύνη των συμμετεχουσών βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με την βαθμολογία της κλίμακας του προσωρινού άγχους (State Anxiety). Συγκεκριμένα, όσες από τις συμμετέχουσες είχαν προγραμματίσει την εγκυμοσύνη είχαν κατά 3,67 χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα προσωρινού άγχους, δηλαδή λιγότερα συμπτώματα προσωρινού άγχους, σε σχέση με τις γυναίκες που δεν την είχαν προγραμματίσει.

Στον επόμενο πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης που σαν εξαρτημένη μεταβλητή είχε την κλίμακα του μόνιμου άγχους (TraitAnxiety).

Πίνακας 19.

Συσχέτιση μόνιμου άγχους με προγραμματισμένη ή μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη

	β+	SE++	P
Προγραμματισμένη εγκυμοσύνη			
<i>Οχι (αναφορά)</i>			
<i>Ναι</i>	-4,11	1,16	<0,001

⁺συντελεστής εξάρτησης ⁺⁺τυπικό σφάλμα συντελεστή

Η προγραμματισμένη εγκυμοσύνη των συμμετεχουσών βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με την βαθμολογία της κλίμακας του μόνιμου άγχους (TraitAnxiety). Συγκεκριμένα, όσες από τις συμμετέχουσες είχαν προγραμματίσει την εγκυμοσύνη είχαν κατά 4,11 χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα μόνιμου άγχους, δηλαδή λιγότερα συμπτώματα μόνιμου άγχους, σε σχέση με τις γυναίκες που δεν την είχαν προγραμματίσει.

3.2. Συζήτηση

Τα τελευταία χρόνια το ζήτημα της κατανάλωσης αλκοόλ από έγκυες γυναίκες έχει απασχολήσει ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα, στοχεύοντας στην καλύτερη κατανόηση αυτού του φαινομένου. Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, η κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αποτελεί ένα συχνό φαινόμενο. Μια έγκυος γυναίκα που καταναλώνει μεγάλες ποσότητες αλκοόλ, μπορεί να θέσει σε κίνδυνο ένα αναπτυσσόμενο έμβρυο, αυξάνοντας τον κίνδυνο για μειωμένη ανάπτυξη βρέφους, εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο, Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας ή και θάνατο του βρέφους. (Centers for Disease Control & Prevention, 2013).

Σκοπός της παρούσας εργασίας, ήταν να ερευνηθεί η υπόθεση, ότι οι Ελληνίδες γυναίκες που καταναλώνουν αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, δεν γνωρίζουν ή υποτιμούν τις αρνητικές επιπτώσεις που έχει η κατανάλωση στο έμβρυο, σε αντίθεση με τις γυναίκες οι οποίες δεν καταναλώνουν αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Πράγματι, επιβεβαιώθηκε ότι όσο μεγαλύτερη γνώση και αντίληψη είχαν οι συμμετέχουσες σχετικά με τον αρνητικό ρόλο που παίζει η κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τόσο μικρότερη ήταν η βαθμολογία στην κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ (AUDIT-c).

Αρχικά από το δείγμα των 448 εγκύων γυναικών, βρέθηκε ότι το 5,2% καταναλώνει υψηλή ποσότητα αλκοόλ. Παρά το γεγονός ότι αυτό το ποσοστό, παρουσιάζει σημαντική απόκλιση από προηγούμενες έρευνες, συμφωνεί με την μελέτη των Young et al. 2005, στην οποία βρέθηκε ότι σε έγκυες Αυστραλιανές γυναίκες, ηλικίας 18-23 ετών, το 2% έπινε σε επίπεδα υψηλού κινδύνου.

Παράλληλα βρέθηκε, ότι η πλειοψηφία των γυναικών θεωρεί επικίνδυνη την κατανάλωση οινοπνεύματος, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σε οποιαδήποτε ποσότητα. Συγκεκριμένα, το 80,9% θεωρεί ότι η κατανάλωση ισχυρών οινοπνευματωδών ποτών σε οποιαδήποτε ποσότητα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης θα ήταν επιβλαβής, ενώ το 44,6 % και το 40,4% θεωρεί πως η κατανάλωση κρασιού και μπύρας αντίστοιχα, μια φορά τον μήνα δεν είναι επιβλαβής.

Αντίστοιχα, σε έρευνα του Kesmodel το 2002, βρέθηκε ότι το 46% των συμμετεχουσών θεωρούσε την εβδομαδιαία κατανάλωση αλκοόλ, αποδεκτή.

Η πλειοψηφία των γυναικών, είχε επίσης ενημερωθεί για τα προβλήματα που προκαλεί στο έμβρυο η κατανάλωση οινοπνεύματος, γεγονός που επιβεβαιώνεται από την μέση τιμή της βαθμολογίας γνώσεων και αντιλήψεων των εγκυμονουσών συμμετεχουσών αναφορικά με τον ρόλο της κατανάλωσης αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, η οποία ήταν 42,9% (SD=25,4%). Το 73,2% είχε ενημερωθεί μέσω του γυναικολόγου ή της μαίας του, ενώ μόλις ένα 0,4% δεν είχε λάβει ποτέ του καμία ενημέρωση για αυτό το θέμα.

Επιπλέον σκοπός της έρευνας ήταν να μελετηθεί πως τα κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών, μεταξύ των οποίων το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, επηρεάζουν την κατανάλωση οινοπνεύματος στην εγκυμοσύνη. Μέσω της ανάλυσης βρέθηκε, ότι όσες από τις συμμετέχουσες είχαν αποφοιτήσει από ΑΕΙ/ΤΕΙ είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ (AUDIT-c) σε σχέση με τις συμμετέχουσες που είχαν στην κατοχή τους κάποιο τίτλο μεταπτυχιακών σπουδών. Προγενέστερες μελέτες δείχνουν πως μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να κάνουν γυναίκες χαμηλότερης εκπαίδευσης, σε σχέση με εκείνες που είχαν πτυχίο (Cheryl et al. 2015). Ακόμα, σύμφωνα με άλλες έρευνες, γυναίκες που ασχολούνταν με χειρωνακτικές εργασίες ή είχαν υπάρξει άνεργες για τουλάχιστον ένα χρόνο, είναι πιο πιθανόν να συνεχίσουν να καταναλώνουν αλκοόλ κατά την εγκυμοσύνη τους (Strandberg-Larsen et al. 2008). Όσες από τις συμμετέχουσες κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους (έστω και ελάχιστα), είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ (AUDIT-c) σε σχέση με τις γυναίκες που δεν κάπνιζαν καθόλου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους. Σε συμφωνία με προγενέστερες έρευνες, μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ κατά την εγκυμοσύνη, σχετίζεται με ταυτόχρονα μεγαλύτερη κατανάλωση καπνού (Powers et al., 2013).

Παράλληλα, όσες γυναίκες κατανάλωναν αλκοόλ πριν επιβεβαιωθεί η εγκυμοσύνη τους, είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ (AUDIT-c) σε σχέση με τις γυναίκες που δεν κατανάλωναν. Ευρήματα προηγούμενων ερευνών, επιβεβαιώνουν ότι προγνωστικός παράγοντας χρήσης αλκοόλ κατά την εγκυμοσύνη, είναι η κατανάλωση αλκοόλ πριν την εγκυμοσύνη και τα συμπτώματα άγχους (Avlík et al., 2006). Τέλος, όσο περισσότερο αλκοόλ καταναλώνει ο σύζυγος/σύντροφος των εγκυμονουσών, τόσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία στην κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ (AUDIT-c) για τις συμμετέχουσες. Στην έρευνα του Kesmodel το 2002, βρέθηκε ότι σχεδόν το 95% των συμμετεχουσών, θεωρούσε αποδεκτή την κατανάλωση αλκοόλ από τον σύντροφο κατά τη διάρκεια της κύησης τους και μόνο το 4% δεν την θεωρούσε αποδεκτή (Kesmodel, 2002).

Μέσω της στατιστικής ανάλυσης, αποδείχθηκε, ότι μεγάλο ποσοστό των συμμετεχουσών παρουσιάζει συμπτώματα κατάθλιψης. Συγκεκριμένα το 25,9% εμφάνισε καταθλιπτική συμπτωματολογία με τις γυναίκες που είχαν προγραμματισμένη εγκυμοσύνη, να παρουσιάζουν μικρότερη βαθμολογία στην κλίμακα της κατάθλιψης (CES-D), δηλαδή λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης, σε σχέση με τις γυναίκες που δεν την είχαν προγραμματίσει. Η προγραμματισμένη εγκυμοσύνη βρέθηκε να σχετίζεται επίσης σημαντικά, με την βαθμολογία της κλίμακας του προσωρινού και μόνιμου άγχους (StateAnxiety). Συγκεκριμένα, όσες από τις συμμετέχουσες είχαν προγραμματίσει την εγκυμοσύνη τους, είχαν κατά 3,67 χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα προσωρινού άγχους και κατά 4,11 χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα μόνιμου άγχους. Προγενέστερες μελέτες επιβεβαιώνουν πως οι γυναίκες με ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες, έχουν περισσότερο άγχος και στρες, με την διαφορά να είναι πιο σημαντική στην κλίμακα του στρες (Brajenočić-Milić et al., 2010).

Η κατανάλωση αλκοόλ πριν επιβεβαιωθεί η εγκυμοσύνη, το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και η ποσοστιαία βαθμολογία γνώσεων και αντιλήψεων αναφορικά με την επίδραση της κατανάλωσης αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την βαθμολογία της κλίμακας κατανάλωσης αλκοόλ (AUDIT – c). Συγκεκριμένα:

- Όσες από τις συμμετέχουσες κατανάλωναν αλκοόλ πριν επιβεβαιωθεί η εγκυμοσύνη είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ (AUDIT – c) σε σχέση με τις γυναίκες που δεν κατανάλωναν.
- Όσες από τις συμμετέχουσες κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα κατανάλωσης αλκοόλ (AUDIT – c) σε σχέση με τις γυναίκες που δεν κάπνιζαν.
- Όσο αυξάνεται η ποσοστιαία βαθμολογία γνώσης και αντίληψης αναφορικά με τον ρόλο της κατανάλωσης αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τόσο μειώνεται και η βαθμολογία της κλίμακας κατανάλωσης αλκοόλ (AUDIT – c).

3.3. Περιορισμοί έρευνας

Παρά το γεγονός ότι η παρούσα εργασία στοχεύει στην καλύτερη κατανόηση των παραγόντων που αυξάνουν την πιθανότητα κατανάλωσης αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, παρουσιάζει παράλληλα και περιορισμούς.

Βασικός περιοριστικός παράγοντας, ήταν ότι τα αποτελέσματα βασίστηκαν σε δειγματοληψία μέσω διαδικτυακής πλατφόρμας και έτσι δεν μπορούν να θεωρηθούν αντιπροσωπευτικά για το σύνολο της κοινωνίας. Ενδεχομένως, η διαδικτυακή έρευνα να ευνόησε την εγκυρότητα των απαντήσεων, αφού οι συμμετέχουσες μπορεί να αισθάνθηκαν ότι προστατευόταν η ταυτότητα τους και κατ'επέκταση η ανωνυμία των απαντήσεων τους. Μέσω της στατιστικής ανάλυσης, προέκυψε πως ορισμένα στοιχεία που είχαν αρχικά θεωρηθεί σημαντικά στις ερευνητικές υποθέσεις, δεν έπαιζαν καθοριστικό ρόλο στην κατανάλωση οινοπνεύματος, όπως το στάδιο της

κύησης στο οποίο βρίσκονταν οι γυναίκες αλλά και τα συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης που εμφάνιζαν. Από την άλλη πλευρά όμως, ορισμένα στοιχεία αποδείχθηκε πως συσχετίζονται περισσότερο με την κατανάλωση αλκοόλ, από ότι είχε εξαρχής προβλεφθεί, όπως το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ από τους συντρόφους των γυναικών.

3.4. Συμπεράσματα - Προτάσεις

Οι γνώσεις και αντιλήψεις των εγκύων γυναικών, σχετικά με τις αρνητικές επιπτώσεις της χρήσης αλκοόλ κατά τη διάρκεια της κύησης, το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, το κάπνισμα, αλλά και η κατανάλωση αλκοόλ από τους συντρόφους τους, ήταν οι κυριότεροι παράγοντες που συσχετίζονταν με την κατανάλωση αλκοόλ από τις ίδιες. Το γεγονός ότι η κατανάλωση οινοπνεύματος από τους συζύγους των συμμετεχουσών, συσχετιζόταν θετικά με την κατανάλωση οινοπνεύματος των ίδιων των γυναικών, δημιουργεί πρόσφορο έδαφος για μεταγενέστερες έρευνες, σχετικά με την επιρροή που ασκούν οι συνήθειες των συντρόφων στην κατανάλωση αλκοόλ από τις έγκυες γυναίκες.

Το ποσοστό των γυναικών της έρευνας, που δεν είχαν ενημερωθεί σχετικά με την επικινδυνότητα της χρήσης αλκοόλ ήταν πάρα πολύ μικρό. Η ενημέρωση των γυναικών, αφενός αποτρέπει σε ένα βαθμό την κατανάλωση αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και αφετέρου συνεισφέρει στην υιοθέτηση πιο υγιών προτύπων και μοτίβων συμπεριφοράς. Το γεγονός αυτό, επιβεβαιώνει την σημασία της γνώσης και της πληροφόρησης και την επιρροή που ασκεί στις συμπεριφορές που επηρεάζουν την υγεία μας και την υγεία του εμβρύου.

Κλείνοντας, είναι σημαντικό να τονιστεί, ότι η συγκεκριμένη διπλωματική εργασία συνέβαλε στην μελέτη του φαινομένου της χρήσης αλκοόλ στην εγκυμοσύνη, δίνοντας το έναυσμα σε επόμενους ερευνητές να ασχοληθούν με αυτό το θέμα, καθώς είναι σίγουρα καίριας σημασίας τόσο η μελέτη του φαινομένου όσο και η πρόληψη του.

Βιβλιογραφικές παραπομπές

Abel, E. L. (1997). Maternal alcohol consumption and spontaneous abortion. *Alcohol and Alcoholism*, 32(3), 211-219.

Alvik, A., Heyerdahl, S., Haldorsen, T., & Lindemann, R. (2006). Alcohol use before and during pregnancy: a population-based study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 85(11), 1292-1298.

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *The alcohol use disorders identification test* (pp. 1-37). Geneva: World Health Organization.

Bertrand, J., Floyd, R. L., & Weber, M. K. (2005). Guidelines for identifying and referring persons with fetal alcohol syndrome. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*, 54(11), 1-CE.

Brajenović-Milić, B., Martinac Dorčić, T., Kuljanić, K., & Petrović, O. (2010). Stress and anxiety in relation to amniocentesis: do women who perceive their partners to be more involved in pregnancy feel less stressed and anxious?. *Croatian medical journal*, 51(2), 137-143.

Brown, S. A., Tapert, S. F., Granholm, E., & Delis, D. C. (2000). Neurocognitive functioning of adolescents: Effects of protracted alcohol use. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 24(2), 164-171.

Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D., Bradley, K. A., & Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of internal medicine*, 158(16), 1789-1795.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2004). Alcohol consumption among women who are pregnant or who might become pregnant--United States, 2002. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 53(50), 1178-1181.

Clapp, J. D., & McDonnell, A. L. (2000). The relationship of perceptions of alcohol promotion and peer drinking norms to alcohol problems reported by college students. *Journal of College Student Development*.

Clark, D. B., & Sayette, M. A. (1993). Anxiety and the development of alcoholism: Clinical and scientific issues. *American Journal on Addictions*, 2(1), 59-76.

Crews, F., He, J., & Hodge, C. (2007). Adolescent cortical development: a critical period of vulnerability for addiction. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 86(2), 189-199.

Crowe, R. R., Noyes, R., Pauls, D. L., & Slymen, D. (1983). A family study of panic disorder. *Archives of general psychiatry*, 40(10), 1065-1069.

Dixit, A. R., & Crum, R. M. (2000). Prospective study of depression and the risk of heavy alcohol use in women. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 751-758.

Goldman, M. S., Brown, S. A., Christiansen, B. A., & Smith, G. T. (1991). Alcoholism and memory: broadening the scope of alcohol-expectancy research.

Green, J. M. (1999). Optimizing alcohol ethoxylate surfactant activity at low doses. *Weed technology*, 13(4), 737-740.

Guo, S., Cao, B., Wang, W., Moulin, J. F., & Müller-Buschbaum, P. (2015). Effect of alcohol treatment on the performance of PTB7: PC71BM bulk heterojunction solar cells. *ACS applied materials & interfaces*, 7(8), 4641-4649.

Habtamu, E., & Madoro, D. (2022). Psychometric properties of Alcohol Use Disorder Identification Test screening tool among medical outpatients in Dilla University Referral Hospital, southern Ethiopia, 2020. *SAGE Open Medicine*, 10, 20503121221077568.

Hann, D., Winter, K., & Jacobsen, P. (1999). Measurement of depressive symptoms in cancer patients: evaluation of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D). *Journal of psychosomatic research*, 46(5), 437-443.

Harlap, S., & Shiono, P. H. (1980). Alcohol, smoking, and incidence of spontaneous abortions in the first and second trimester. *The Lancet*, 316(8187), 173-176.

- Hasin, D., Carpenter, K. M., McCloud, S., Smith, M., & Grant, B. F. (1997). The alcohol use disorder and associated disabilities interview schedule (AUDADIS): reliability of alcohol and drug modules in a clinical sample. *Drug and alcohol dependence, 44*(2-3), 133-141.
- Hayward, K., & Hobbs, D. (2007). Beyond the binge in 'booze Britain': Market-led liminalization and the spectacle of binge drinking. *The British journal of sociology, 58*(3), 437-456.
- Herring, N., Lokale, M. N., Danson, E. J., Heaton, D. A., & Paterson, D. J. (2008). Neuropeptide Y reduces acetylcholine release and vagal bradycardia via a Y2 receptor-mediated, protein kinase C-dependent pathway. *Journal of molecular and cellular cardiology, 44*(3), 477-485.
- Hesselbrock, M., Easton, C., Bucholz, K. K., Schuckit, M., & Hesselbrock, V. (1999). A validity study of the SSAGA-a comparison with the SCAN. *Addiction, 94*(9), 1361-1370.
- Heyman, R. B., Anglin, T. M., Copperman, S. M., Joffe, A., McDonald, C. A., Rogers, P. D., ... & Czechowicz, D. (1999). American Academy of Pediatrics. Committee on Substance Abuse. Marijuana: a continuing concern for pediatricians. *Pediatrics, 104*(4 Pt 1), 982-985.
- Hoffman, P. L., & Tabakoff, B. (1996). Alcohol dependence: a commentary on mechanisms. *Alcohol and Alcoholism, 31*(4), 333-340.
- Ikonomidou, C., Bittigau, P., Ishimaru, M. J., Wozniak, D. F., Koch, C., Genz, K., ... & Olney, J. W. (2000). Ethanol-induced apoptotic neurodegeneration and fetal alcohol syndrome. *Science, 287*(5455), 1056-1060.
- Jacobson, J. L., & Jacobson, S. W. (2002). Effects of prenatal alcohol exposure on child development. *Alcohol Research & Health, 26*(4), 282.
- Järvinen, M., & Ólafsdóttir, H. (1984). Nordiska kvinnors dryckesmönster. *Alkoholpolitik, 1*(4), 193-206.

- Jones, T. B., Bailey, B. A., & Sokol, R. J. (2013). Alcohol use in pregnancy: insights in screening and intervention for the clinician. *Clinical obstetrics and gynecology*, 56(1), 114-123.
- Kaskutas, L. A., & Graves, K. (2000). An alternative to standard drinks as a measure of alcohol consumption. *Journal of Substance Abuse*, 12(1-2), 67-78.
- Kesmodel, U., Wisborg, K., Olsen, S. F., Henriksen, T. B., & Secher, N. J. (2002). Moderate alcohol intake during pregnancy and the risk of stillbirth and death in the first year of life. *American journal of epidemiology*, 155(4), 305-312.
- Kvalvik, L. G., Nilsen, R. M., Skjærven, R., Vollset, S. E., Midttun, Ø., Ueland, P. M., & Haug, K. (2012). Self-reported smoking status and plasma cotinine concentrations among pregnant women in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *Pediatric research*, 72(1), 101-107.
- Lawrie, S. M., Abukmeil, S. S., Chiswick, A., Egan, V., Santosh, C. G., & Best, J. J. K. (1997). Qualitative cerebral morphology in schizophrenia: a magnetic resonance imaging study and systematic literature review. *Schizophrenia research*, 25(2), 155-166.
- Le Merrer, J., Becker, J. A., Befort, K., & Kieffer, B. L. (2009). Reward processing by the opioid system in the brain. *Physiological reviews*.
- Levola, J., & Aalto, M. (2015). Screening for at-risk drinking in a population reporting symptoms of depression: a validation of the AUDIT, AUDIT-C, and AUDIT-3. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 39(7), 1186-1192.
- Li, T. K., Yin, S. J., Crabb, D. W., O'Connor, S., & Ramchandani, V. A. (2001). Genetic and environmental influences on alcohol metabolism in humans. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25(1), 136-144.
- Little, R. E. (1977). Moderate alcohol use during pregnancy and decreased infant birth weight. *American Journal of Public Health*, 67(12), 1154-1156.
- Little, R. E., & Streissguth, A. P. (1981). Effects of alcohol on the fetus: impact and prevention. *Canadian Medical Association Journal*, 125(2), 159.

- McGuire, S. (2013). State indicator report on fruits and vegetables, 2013, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA. *Advances in nutrition*, 4(6), 665-666.
- Moselhy, H. F., Georgiou, G., & Kahn, A. (2001). Frontal lobe changes in alcoholism: a review of the literature. *Alcohol and alcoholism*, 36(5), 357-368.
- Nestle, M. (1996). Alcohol guidelines for chronic disease prevention: From prohibition to moderation. *The Social History of Alcohol Review*, 32(1), 45-59.
- O'May, F. P., Heather, B., Jan, G., Cheryl, R., Jonathan, C., & Mc, B. P. (2015). I don't Think there's Anything Else the Politicians can do: Alcohol Policy in Scotland from the Perspective of People with Alcohol-Related Harm. *J Alcohol Drug Depend*, 3(186), 2.
- O'Callaghan, F. V., O'Callaghan, M., Najman, J. M., Williams, G. M., & Bor, W. (2003). Maternal alcohol consumption during pregnancy and physical outcomes up to 5 years of age: a longitudinal study. *Early human development*, 71(2), 137-148.
- Pantazis, N. J., Dohrman, D. P., Luo, J., Goodlett, C. R., & West, J. R. (1992). Alcohol reduces the number of pheochromocytoma (PC12) cells in culture. *Alcohol*, 9(3), 171-180.
- Paschos, I., Perdikaris, C., Gouva, E., & Nathanailides, C. (2008). Surgeons in Greece: a review. *Journal of Applied Ichthyology*, 24(2), 131-137.
- Petersen, P. E. (2008). World Health Organization global policy for improvement of oral health-World Health Assembly 2007. *International dental journal*, 58(3), 115-121.
- Powers, J. R., McDermott, L. J., Loxton, D. J., & Chojenta, C. L. (2013). A prospective study of prevalence and predictors of concurrent alcohol and tobacco use during pregnancy. *Maternal and Child Health Journal*, 17(1), 76-84.
- Pincetl, S., Gillespie, T., Pataki, D. E., Saatchi, S., & Saphores, J. D. (2013). Urban tree planting programs, function or fashion? Los Angeles and urban tree planting campaigns. *GeoJournal*, 78(3), 475-493.
- Quellette, M. (1977). [Staple device, especially for flat pieces of sweets].[German].

- Quitkin, F. M., Rifkin, A., Kaplan, J., & Klein, D. F. (1972). Phobic anxiety syndrome complicated by drug dependence and addiction: a treatable form of drug abuse. *Archives of general psychiatry*, 27(2), 159-162.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement*, 1(3), 385-401.
- Russell, D. W., Smith, M., Williamson, V. M., & Young, E. T. (1983). Nucleotide sequence of the yeast alcohol dehydrogenase II gene. *Journal of Biological Chemistry*, 258(4), 2674-2682.
- Saatcioglu, O., Yapici, A., & Cakmak, D. (2008). Quality of life, depression and anxiety in alcohol dependence. *Drug and alcohol review*, 27(1), 83-90.
- Schildt, E. B., Eriksson, M., Hardell, L., & Magnuson, A. (1998). Oral snuff, smoking habits and alcohol consumption in relation to oral cancer in a Swedish case-control study. *International Journal of Cancer*, 77(3), 341-346.
- Schuckit, M. A., Hesselbrock, V., Tipp, J., Anthenelli, R., Bucholz, K., & Radziminski, S. (1994). A comparison of DSM-III-R, DSM-IV and ICD-10 substance use disorders diagnoses in 1922 men and women subjects in the COGA study. *Addiction*, 89(12), 1629-1638.
- Scribner, R. A., MacKinnon, D. P., & Dwyer, J. H. (1995). The risk of assaultive violence and alcohol availability in Los Angeles County. *American journal of public health*, 85(3), 335-340.
- Sher, K. J., Jackson, K. M., & Steinley, D. (2011). Alcohol use trajectories and the ubiquitous cat's cradle: cause for concern?. *Journal of abnormal psychology*, 120(2), 322.
- Spielberger, C. D. (1970). Anxiety, drive theory, and computer-assisted learning.
- Stephens, D. N., & Duka, T. (2008). Cognitive and emotional consequences of binge drinking: role of amygdala and prefrontal cortex. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1507), 3169-3179.

Strandberg-Larsen, K., Nielsen, N. R., Grønbaek, M., Andersen, P. K., Olsen, J., & Andersen, A. M. N. (2008). Binge drinking in pregnancy and risk of fetal death. *Obstetrics & Gynecology*, *111*(3), 602-609.

Streissguth, A. P. (1997). *Fetal alcohol syndrome: A guide for families and communities*. Paul H Brookes Publishing.

Tallman, J. F., & Gallager, D. W. (1985). The GABA-ergic system: a locus of benzodiazepine action. *Annual review of neuroscience*, *8*(1), 21-44.

Taylor, S. P., & Chermack, S. T. (1993). Alcohol, drugs and human physical aggression. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement*, (11), 78-88.

Townshend, J. M., & Duka, T. (2005). Binge drinking, cognitive performance and mood in a population of young social drinkers. *Alcoholism: Clinical and experimental research*, *29*(3), 317-325.

Vijay Rakesh Reddy, S., Sudhakar Rao, D. V., Sharma, R. R., Preethi, P., & Pandiselvam, R. (2022). Role of Ozone in Post-Harvest Disinfection and Processing of Horticultural Crops: A Review. *Ozone: Science & Engineering*, *44*(1), 127-146.

Wai, J. M., Grassetti, A., Slifstein, M., Matuskey, D., Nabulsi, N., Ropchan, J., ... & Martinez, D. (2019). Binge alcohol use is not associated with alterations in striatal dopamine receptor binding or dopamine release. *Drug and alcohol dependence*, *205*, 107627.

Whitebook, J. (1998). Requiem for a Selbstdenker: Cornelius Castoriadis (1992–1997). *Constellations*, *5*(2), 141-160.

Wilson, G. T. (1988). Alcohol and anxiety. *Behaviour research and therapy*, *26*(5), 369-381.

WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption, & World Health Organization. (2007). WHO Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption: Second Report (No. 944). World Health Organization.

Young, J. E., & Brown, G. (2005). Young schema questionnaire-short form; Version 3. *Psychological Assessment*.

Γκούβα, Μ. Ι. (2003). Συγκριτική μελέτη ψυχολογικών χαρακτηριστικών ασθενών με οξεία λευχαιμία και των οικογενειών τους.

Λιάκος, Α., & Γιαννίτση, Σ. (1984). Αξιοπιστία και εγκυρότητα της τροποποιημένης Ελληνικής κλίμακας άγχους του Spielberger. *Εγκέφαλος*, 21, 71-76.