

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Β' ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: Καθηγητής Ε. Δεληγεώρογλου

**ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΥΗΣΗΣ
ΛΟΓΩ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΑΝΩΜΑΛΙΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΤΡΙΜΗΝΟ
ΚΥΗΣΗΣ**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Ελισσάβετ Μανιατέλλη,

Μαία, MSc

Αθήνα 2017



ΟΡΚΟΣ ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ

ΟΜΝΥΜΙ ΑΠΟΛΛΟΝΑ ΗΓΙΟΝ
Ν ΚΑΙ ΔΣΚΛΗΠΙΟΝ ΚΑΙ Υ-
ΓΙΕΙΑΝ ΚΑΙ ΠΑΝΑΚΕΙΑΝ
ΚΑΙ ΘΕΟΥΣ ΠΑΝΤΑΣ ΤΕ ΚΑΙ
ΠΑΣΑΣ ΙΣΤΟΡΑΣ ΠΟΙΕΥΜΕΝΟΣ
ΕΠΙΤΕΛΕΑΠΟΙΗΣΙΝ ΚΑΤΑ ΔΥ-
ΝΑΜΙΝ ΚΑΙ ΚΡΙΣΙΝ ΕΜΗΝ
ΟΡΚΟΝ ΤΟΝΔΕ ΚΑΙ ΣΥΓΓΡΑΦΗΝ
ΤΗΝΔΕ ΗΓΗΣΑΣΘΑΙ ΜΕΝ ΤΟΝΔΙΔΑΣΗΝΤΑ ΜΕΤΗΝ ΤΕΧΝΗΝ
ΤΑΥΤΗΝ ΙΣΑ ΓΕΜΕΤΗΣΙΝ ΕΜΟΙΣΙ ΚΑΙ ΒΙΟΝ ΚΟΙΝΟΣΑΣΘΑΙ
ΚΑΙ ΧΡΕΟΝ ΧΡΗΖΟΝΤΙ ΜΕΤΑΔΟΣΙΝ ΠΟΙΗΣΑΣΘΑΙ ΚΑΙ ΤΕ-
ΝΟΣ ΤΟ ΕΞ ΟΥΤΕΟΝ ΑΔΕΛΦΟΙΣ ΙΣΟΝ ΕΠΙΚΡΙΝΕΣΙΝ ΑΡΡ-
ΣΙ ΚΑΙ ΔΙΔΑΣΞΙΝ ΤΗΝ ΤΕΧΝΗΝ ΤΑΥΤΗΝ ΗΝ ΧΡΗΖΟΣΙ
ΜΑΝΘΑΝΕΙΝ ΑΝΕΥ ΜΙΣΟΟΝ ΚΑΙ ΣΥΓΓΡΑΦΗΣ ΠΑΡΑΓΓΕ-
ΛΗΣ ΤΕ ΚΑΙ ΑΚΡΟΗΣΙΟΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΛΟΙΠΗΣ ΔΡΑΣΗΣ ΜΑ-
ΘΗΣΙΟΣ ΜΕΤΑΔΟΣΙΝ ΠΟΙΗΣΑΣΘΑΙ ΥΙΟΙΣΙ ΤΕ ΕΜΟΙΣΙ ΚΑΙ
ΤΟΙΣΙ ΤΟΥ ΕΜΕ ΔΙΔΑΣΚΑΝΤΟΣ ΚΑΙ ΜΑΘΗΤΑΙΣΙ ΣΥΓΓΕΓΡΑ-
ΜΕΝΟΙΣΙ ΤΕ ΚΑΙ ΟΡΚΙΣΜΕΝΟΙΣ ΝΟΜΟ ΙΗΤΡΙΚΟ ΑΛΛΟ ΔΕ
ΟΥΔΕΝΙ ΔΙΑΙΤΗΜΑΣΙ ΤΕ ΧΡΗΣΟΜΑΙ ΕΠ' ΟΦΕΛΕΙΗ ΚΑΜ-
ΝΟΝΤΟΝ ΚΑΤΑ ΔΥΝΑΜΙΝ ΚΑΙ ΚΡΙΣΙΝ ΕΜΗΝ ΕΠΙΘΗ-
ΣΕΙ ΔΕ ΚΑΙ ΑΔΙΚΗΝ ΕΙΡΞΕΙΝ ΟΥ ΔΟΣΟ ΔΕ ΟΥΔΕ ΥΠΕΡ-
ΣΟΜΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΗΝ ΤΟΙΗΝΔΕ ΟΜΟΙΟΣ ΔΕ ΟΥΔΕ ΓΥΝΑΙ-
ΚΙ ΠΕΣΣΟΝ ΘΟΟΡΙΟΝ ΔΟΣΟ ΔΓΝΟΣ ΔΕ ΚΑΙ ΟΣΙΘΣ ΔΙΑ-
ΤΗΡΗΣΟ ΒΙΟΝ ΤΟΝ ΕΜΟΝ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΝ ΤΗΝ ΕΜΗΝ ΟΥ-
ΤΕ ΜΕΡ ΔΕ ΟΥΔΕ ΜΗΝ ΛΙΟΙΟΝΤΑΣ ΕΚΧΟΡΗΣΟ ΔΕ ΕΡΓΑ-
ΤΗΣΙ ΑΝΔΡΑΣΙ ΠΡΗΣΙΟΣ ΤΗΣ ΔΕ ΕΣ ΟΙΚΙΑΣ ΔΕ ΟΚΟΣΟΣ
ΑΝ ΕΣΙΩ ΕΣΕΛΕΥΟΜΑΙ ΕΠ' ΟΦΕΛΕΙΗ ΚΑΜΝΟΝΤΟΝ ΕΚ-
ΤΟΣ ΕΟΝ ΠΑΣΗΣ ΑΔΙΚΗΣ ΕΚΟΥΣΙΗΣ ΚΑΙ ΦΘΟΡΙΣΤΗΣ
ΤΕ ΑΛΛΗΣ ΚΑΙ ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΝ ΕΡΓΟΝ ΕΠΙ ΤΕ ΓΥΝΑΙΚΕΙ
ΟΝ ΣΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΔΡΩΝ ΕΛΕΥΘΕΡΩΝΤΕ ΚΑΙ
ΔΟΥΛΟΝ Δ Δ ΑΝ ΕΝ ΟΕΡΑΠΗΗ ΚΑΙ ΙΑΩ Η ΔΚΟΥΣΩ
Η ΚΑΙ ΑΝΕΝ ΟΕΡΑΠΗΗΣ ΚΑΤΑ ΒΙΟΝ ΑΝΟΡΩΠΟΝ ΑΜΗ-
ΧΡΗ ΠΟΤΕ ΕΚΛΑΛΕΞΘΑΙ ΕΞΟ ΣΙΓΗΣΟΜΑΙ ΑΡΡΗΤΑ ΗΓΕ-
ΜΕΝΟΣ ΕΙΝΑΙ ΤΑ ΤΟΙΑΥΤΑ ΟΡΚΟΝ ΜΕΝ ΟΥΝ ΜΟΙ ΤΟΥ
ΔΕ ΕΠΙΤΕΛΕΑ ΠΟΙΕΟΝΤΙ ΚΑΙ ΜΗ ΣΥΓΧΕΟΝΤΙ ΕΙΗ ΕΠΑ-
ΡΑΣΘΑΙ ΚΑΙ ΒΙΟΥ ΚΑΙ ΤΕΧΝΗΣ ΔΟΞΑΖΟΜΕΝΟ ΠΑΡΑ-
ΤΑΣΙΝ ΑΝΟΡΩΠΟΙΣ ΕΙΣ ΤΟΝ ΔΙΕΙ ΧΡΟΝΟΝ ΠΑΡΑ-
ΒΑΙΝΟΝΤΙ ΔΕ ΚΑΚ' ΕΠΙΟΡΚΟΥΝΤΙ ΤΑΝΑΝΤΙΑ
ΤΟΥΤΕΟΝ

«Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα Ν. 5343/32, άρθρο 202, παράγραφος»

Ημερομηνία αιτήσεως της υποψηφίας: 10/03//2013

Ημερομηνία ορισμού Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 06/06/2013

Ημερομηνία 1^{ης} Έκθεσης Προόδου: 16/06/14

Ημερομηνία 2^{ης} Έκθεσης Προόδου: 02/06/15

Ημερομηνία 3^{ης} Έκθεσης Προόδου: 07/06/16

Ημερομηνία ορισμού του θέματος: 31/07/13

Ημερομηνία κατάθεσης της διδακτορικής διατριβής: 10/04/17

Ημερομηνία ορισμού Επταμελούς Επιτροπής:

Τα μέλη της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής

Νικόλαος Σαλάκος, Αναπληρωτής Καθηγητής Μαιευτικής – Γυναικολογίας Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών (επιβλέπον μέλος)

Ιωάννης Ζέρβας, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών

Παναγιώτης Χαλβατσιώτης, Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών

Τα μέλη της Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής

Νικόλαος Σαλάκος, Αναπληρωτής Καθηγητής Μαιευτικής – Γυναικολογίας Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών

Ιωάννης Ζέρβας, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών

Παναγιώτης Χαλβατσιώτης, Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών

Κωνσταντίνος Πανουλής, Αναπληρωτής Καθηγητής Μαιευτικής – Γυναικολογίας Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών

Ευθύμιος Δελιγεώρογλου, Καθηγητής Μαιευτικής – Γυναικολογίας Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών

Λέων Αραβαντινός, Επίκουρος Καθηγητής Μαιευτικής – Γυναικολογίας Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών

Χαράλαμπος Χρέλιας, Αναπληρωτής Καθηγητής Μαιευτικής – Γυναικολογίας Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Όρκος Ιπποκράτους

Βιογραφικό σημείωμα

Ευχαριστίες

Παρουσιάσεις που αφορούν τη διδακτορική διατριβή

Δημοσιευμένη μελέτη

Ελληνική περίληψη

Αγγλική περίληψη (Abstract)

1. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.1 Εισαγωγή	1
1.2. Επιδημιολογικά δεδομένα	2
1.3 Ορισμοί	4
1.4. Αίτια διακοπής της κύησης	9
1.5. Μέθοδοι διακοπής της κύησης	15
1.5.1 Συστάσεις για τη φαρμακευτική και χειρουργική διακοπή της κύησης	16
1.5.2 Χαρακτηριστικά της φαρμακευτικής και χειρουργικής διακοπής της κύησης	18
1.6. Κλίμακες μέτρησης κινδύνου	19
1.6.1 Perinatal grief scale (PGS)	20
1.6.1.1 Η δημιουργία της κλίμακας PGS	24
1.6.1.2 Η στάθμιση της κλίμακας σε διάφορες χώρες	25
1.6.2. Edinburgh postnatal depression scale (EPDS)	27
1.6.3 State-trait anxiety inventory (STAI)	28
1.6.4. Hospital anxiety and depression scale (HADS)	30

1.6.5 Impact of events scale-revised (IES-R)	32
1.6.6 Dyadic adjustment scale (DAS)	33
1.7. Κύριες ψυχολογικές αντιδράσεις μετά από αυτόματη ή εκλεκτική διακοπή της κύησης	35
1.7.1 Εισαγωγή	35
1.7.2 Κατάθλιψη	36
1.7.3 Αγχώδης διαταραχή	39
1.7.4. Μετατραυματική διαταραχή στρες	42
1.7.5 Περιγεννητική θλίψη	47
1.7.5.1 Η διαφορετικότητα της εκλεκτικής διακοπής της κύησης	50
1.7.5.2 Η χρονικότητα της απώλειας της κύησης	52
1.7.5.3 Η ψυχολογική προσαρμογή μετά απο απώλεια κύησης	54
1.7.5.4 Η ποιότητα της συντροφικής σχέσης ως προγνωστικός παράγοντας της ψυχολογικής έκβασης	56
2. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
2.1 Εισαγωγή	60
2.2 Σκοπός της μελέτης	60
2.3 Μέθοδος συλλογής των δεδομένων	62
2.3.1 Η ερευνητική και μεθοδολογική προσέγγιση	62
2.3.2 Τα χαρακτηριστικά του δείγματος	69
2.3.3 Ηθικά ζητήματα	70
2.3.4 Η συλλογή του δείγματος	71

2.3.5 Τα μεθοδολογικά εργαλεία	72
2.3.5.1 Περιγραφικά στοιχεία των κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν	73
2.4 Μετάφραση και έλεγχος αξιοπιστίας της PGS	76
2.4.1 Μετάφραση της κλίμακας	76
2.4.2 Πιλοτική έρευνα	77
2.4.3 Έλεγχος αξιοπιστίας/εγκυρότητας	79
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	
3.1 Έλεγχος αξιοπιστίας και επικυρωποίηση της PGS	81
3.1.1 Στατιστική ανάλυση αξιοπιστίας	81
3.1.2 Αποτελέσματα	82
3.1.2.1 Περιγραφική στατιστική δείγματος	82
3.1.2.2 Αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής	83
3.1.2.3 Αποτελέσματα από την επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση	83
3.1.2.4 Συγκλίνουσα εγκυρότητα	83
3.1.2.5 Διακύμανση αλλαγής	84
3.1.2.6 Συσχέτιση της PGS με την ηλικία κύησης κατά τον τερματισμό της, την αιτιολογία διακοπής της κύησης και των αριθμό προηγούμενων αποβολών	84
3.2 Αποτελέσματα έρευνας	90
3.2.1 Στατιστική ανάλυση	91
3.2.2 Χαρακτηριστικά του δείγματος	91
3.2.3 Μεταβολές στις κλίμακες της μελέτης όπως αποτιμήθηκαν στις τρεις χρονικές περιόδους	94
3.2.4 Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβολών των κλιμάκων της μελέτης	98

3.2.5 Συσχετίσεις μεταξύ των αρχικών μετρήσεων στις κλίμακες της μελέτης	106
3.2.6 Συσχέτιση των αρχικών μετρήσεων με δημογραφικά και άλλα στοιχεία των συμμετεχουσών.	114
3.2.7 Συσχέτιση των μεταβολών των βαθμολογιών κατάθλιψης, άγχους και περιγεννητικής θλίψης με δημογραφικά και άλλα στοιχεία των συμμετεχουσών.	147
3.2.7.1 Βαθμολογία επιλόχειας κατάθλιψης	147
3.2.7.2 Κλίμακα προσωρινού άγχους	148
3.2.7.3 Κλίμακα μόνιμου άγχους	149
3.2.7.4 Κλίμακα άγχους (HADS)	149
3.2.7.5 Υποκλίμακα «Ενεργή Θλίψη» της PGS	150
3.2.7.6 Υποκλίμακα «Δυσκολία Αντιμετώπισης» της PGS	152
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	
4.1 Συζήτηση των αποτελεσμάτων	154
4.2 Περιορισμοί	175
4.3 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	175
4.4 Η συμβολή της μελέτης στους επαγγελματίες υγείας	176
4.5 Συμπεράσματα	178
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	181
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	

ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Επώνυμο: Μανιατέλλη

Όνομα: Ελισσάβετ

Ημερομηνία γέννησης: 31 Μαΐου 1976

Τόπος γέννησης: Αθήνα

Επάγγελμα: Μαία, MSc

Διεύθυνση: Κριεζή 37, Χαλάνδρι, 15233

Τηλέφωνο: 6972243433

E – Mail: elissavet@hotmail.co.uk

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

1. Σεπτέμβριος 2002 – 2003: Παρακολούθησα στο University of Surrey, το Master of Science (MSc) με θέμα: Advanced Midwifery Practice. Θέμα Πτυχιακής Εργασίας: “The emotional, social and marital consequences of infertility and assisted reproductive technology treatments for Greek women”.
2. Σεπτέμβριος 1994 – Νοέμβριος 1998: Απόκτηση Πτυχίου Μαιευτικής από τα Τ.Ε.Ι Αθηνών. Βαθμός Πτυχίου: 7/10. Θεωρείται ‘Λίαν Καλώς’. Πτυχιακή εργασία ‘Ενδείξεις και Μέθοδοι Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής’. Βαθμός Πτυχιακής: 10/10. Θεωρείται ‘Άριστα’.

ΞΕΝΕΣ ΓΛΩΣΣΕΣ

Ιούνιος 1992: Απόκτηση του Cambridge First Certificate in English.

Αγγλικά: Άριστα. Master of Science (MSc) στη Μ. Βρετανία.

ΥΠΟΤΡΟΦΙΕΣ

Μάιος 2000: Υποτροφία του Ιδρύματος Κρατικών Υποτροφιών (ΙΚΥ) για μεταπτυχιακές σπουδές σε επίπεδο Master of Science (MSc) στο εξωτερικό.

ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

1. 23 Μαρτίου 2000: Παρακολούθηση του Σεμιναρίου Βασικής Καρδιοαναπνευστικής Ανάνηψης του σωματείου 'ΠΝΟΗ-Φίλοι Εντατικής Θεραπείας Παιδιού'.
2. 13 Οκτωβρίου 2003: Παρακολούθηση της Ημερίδας 'Κατανόηση του Καρδιοτοκογραφήματος' του University College London Hospital
3. 29 Ιανουαρίου 2004: Παρακολούθηση της Ημερίδας 'Ιατρικά Προβλήματα στην Αίθουσα Τοκετών' του University College London Hospital
4. 5 Μαΐου 2006: Παρακολούθηση της Ημερίδας 'Καρδιοαναπνευστική Ανάνηψη Ενήλικα' του University College London Hospital
5. Απρίλιος 2005: Παρακολούθηση του θεωρητικού και πρακτικού μαθήματος 'Ανάνηψη Νεογνού' (NLS) του Resuscitation Council (U.K).
6. Νοέμβριος 2005: Παρακολούθηση της Ημερίδας 'Υπερηχογραφική Εξέταση 11-13+6 / 18-23 Εβδομάδων, Εκτίμηση τραχήλου της μήτρας στην εγκυμοσύνη, Εμβρυομητρικά Doppler και Εμβρυική Θεραπεία' του Fetal Medicine Foundation.
7. Φεβρουάριος 2005 – Απρίλιος 2005: Παρακολούθησα και πιστοποίηση 'Προετοιμασία για Μέντορας' στο City University of London.
8. 27 Απριλίου 2006: Παρακολούθηση της Ημερίδας 'Τοκετός σε ασφαλή χέρια – τεχνικές Μασάζ'. του Royal College of Midwives.
9. 6 Ιουνίου 2006: Παρακολούθηση της Ημερίδας 'Τοκετός στο νερό' της Dianne Garland, International Water birth Lecturer.
10. Απρίλιος 2003, 2004, 2005, 2006: Παρακολούθηση των Ημερίδων 'Μαιευτικά Επείγοντα' του University College London Hospital, (Ισχιακή Προβολή, Δυστοκία Ωμων, Αιμορραγία 3^{ου} Σταδίου Τοκετού).
11. 23 Φεβρουαρίου – 6 Μαρτίου 2009: Παρακολούθηση του προγράμματος Εισαγωγικής Εκπαίδευσης 'Κωδικοποίηση σε ενιαίο κείμενο των διατάξεων της κείμενης νομοθεσίας, που διέπουν το Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης του Ε.Κ.Δ.Δ.Α.
12. 2 -6 Νοεμβρίου 2009: Παρακολούθηση του 25^ο Εκπαιδευτικό Σεμινάριο για τη δημιουργία στελεχών εκπαίδευσης στο Μητρικό Θηλασμό
13. 3 Μαρτίου 2012: Παρακολούθηση του BLS/AED Provider Course

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

1. Ιανουάριος 2007 – Έως σήμερα: Εργάζομαι στο Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο σαν Μαία στα Τμήματα: Αίθουσα Τοκετών, Λεχωίδων και Θάλαμο Βρεφών.
2. Νοέμβριος 2006 – Ιανουάριος 2007: Εργάστηκα στο Ιδιωτικό Μαιευτικό και Γυναικολογικό Νοσοκομείο 'ΜΗΤΕΡΑ' σαν Μαία στο Χειρουργείο.
3. Σεπτέμβριος 2003 – Ιούλιος 2006: Εργάστηκα στην Αγγλία στο University College London Hospital, Elizabeth Garrett Anderson and Obstetric Hospital σαν F Grade Μαία. Εργάστηκα στα Εξωτερικά Μαιευτικά για 6 μήνες. Ένα από τα καθήκοντα μου ήταν και η διεξαγωγή των μαθημάτων Ανώδυνου Τοκετού. Για 4 μήνες εργάστηκα στην ομάδα 'Κύηση Υψηλού Κινδύνου'. Για 1 χρόνο εργάστηκα στην Αίθουσα Τοκετών. Για 6 μήνες εργάστηκα σαν Κοινοτική Μαία. Τέλος για 5 μήνες εργάστηκα στο τμήμα Εμβρυομητρικής Ιατρικής κοντά στο Καθηγητή C. Rodeck.
4. Ιούλιος 2005 – Φεβρουάριος 2006: Εργάστηκα σαν Μαία Προγεννητικού Ελέγχου στο Fetal Medicine Centre του Καθηγητή Κ.Η. Νικολαΐδη.
5. Μαΐος 1999 – Αύγουστος 2002: Εργάστηκα στο Ιδιωτικό Μαιευτικό και Γυναικολογικό Νοσοκομείο 'ΛΗΤΩ' σαν Μαία στο Τμήμα Προώρων Νεογνών.
6. Σεπτέμβριος 1997 – Ιούνιος 1998: Πραγματοποίησα την Πρακτική Άσκηση στο Περιφεριακό Γενικό Νοσοκομείο 'ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ'.

ΔΙΔΑΚΤΙΚΟ ΕΡΓΟ

1. Μάιος 2017: Συμμετοχή στη διδασκαλία του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών «Προηγμένη και Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα» του Τμήματος Μαιευτικής. Παρουσίαση με τίτλο «Διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας στην Κοινότητα».
2. Οκτώβριος 2006 – Ιούλιος 2015: Εργάστηκα στα ΤΕΙ Αθηνών, στο Τμήμα Μαιευτικής ως ωρομίσθια εργαστηριακή συνεργάτης.
3. Σεπτέμβριος 2003 – Ιούλιος 2006: Στα πλαίσια των καθηκόντων μου στο University College London Hospital, Elizabeth Garrett Anderson and Obstetric Hospital σαν F Grade Μαία συμμετείχα στην εκπαίδευση φοιτητών Ιατρικής, Μαιευτικής και Νοσηλευτικής ως Μέντορας.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΚΑΙ ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ ΣΕ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

1. E. MANIATELLI “Τοκετός στο νερό – Η πρακτική του University College London Hospitals”, 6^ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Ελληνικής Μαιευτικής και Ψυχοπροφυλακτικής Εταιρίας, 2005
2. E. MANIATELLI ‘Μητρικός Θηλασμός στις διάφορες χώρες’, 7^η Ημερίδα Μητρικού Θηλασμού, 2007
3. E. MANIATELLI ‘Διατροφή της θηλάζουσας μητέρας’, 8^η Ημερίδα Μητρικού Θηλασμού, 2008
4. E. MANIATELLI « Συναισθηματικές, κοινωνικές και ενδοοικογενειακές επιπτώσεις στις γυναίκες που υποβάλλονται σε μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής» Μαθήματα Νοσηλευτικού προσωπικού Αρεταίειο Νοσοκομείο, 2008
5. E. MANIATELLI, BIKY XAROY ‘Φυματίωση και Μητρικός Θηλασμός’, 9^η Ημερίδα Μητρικού Θηλασμού, 2009
6. E. MANIATELLI ‘Μετανάστευση: παράγοντες και συνέπειες στο Μητρικό Θηλασμό, 6^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Οικογενειακού Προγραμματισμού
7. ΕΛΙΣΑΒΕΤ ΜΑΝΙΑΤΕΛΛΗ «Αιμορραγίες 3^{ου} σταδίου τοκετού» 1^ο Επιστημονικό Νοσηλευτικό Συνέδριο Ιδιωτικού Τομέα Υγείας με θέμα: «Οι Νοσηλευτές Πρωτοπόροι στην Ασφάλεια των Ασθενών. Το JCI στην Ελληνική Πραγματικότητα», 2010
8. E. MANIATELLI ‘1^ο Βήμα. Ύπαρξη γραπτής πολιτικής και τακτική μετάδοση της πολιτικής αυτής σε όλο το υγειονομικό προσωπικό’, 10^η Ημερίδα Μητρικού Θηλασμού, «Μητρικός θηλασμός – Τα 10 Βήματα!», 2010
9. MANIATELLI E, VRACHNIS N, “Water birth: A systematic review”, 8th Congress on Women’s Health & Disease, 2011
10. ΣΑΡΤΖΕΤΑΚΗΣ Ν, ΜΑΝΙΑΤΕΛΛΗ Ε «Μητρικό γάλα και αντισύλληψη», 11^η Ημερίδα Μητρικού Θηλασμού, «Το μητρικό γάλα στην επιστημονική επικαιρότητα», 2011
11. E. MANIATELLI « Οι συναισθηματικές επιπτώσεις γυναικών που υποβάλλονται σε μεθόδους Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής» 12^ο Πανελλήνιο Συνέδριο στη Μαιευτική & Γυναικολογία , 2012
12. ΣΤΑΘΗ Ε., ΜΑΝΙΑΤΕΛΛ Ε. Η « Πρόληψη ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων στη μαιευτική φροντίδα» 12^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιών-Μαιευτών «Η Μαία στην καθ’ήμερα πράξη», 2012

13. ΚΟΚΚΟΣΗ Ε., ΜΑΝΙΑΤΕΛΛΗ Ε. «Εκλεκτική διακοπή κύησης ύστερα από τη διάγνωση εμβρυϊκών ανωμαλιών στο 1ο και 2ο τρίμηνο: Ο ρόλος της Μαίας» 12^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιών-Μαιευτών «Η Μαία στην καθ' ημέρα πράξη»
14. ΜΑΝΙΑΤΕΛΛΗ Ε., Παλιάτσου Σ. «Ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του παιδιού που θηλάζει», 12^η Ημερίδα Μητρικού Θηλασμού, «Κατανοώντας το παρελθόν, σχεδιάζοντας το μέλλον», 2013
15. Ε. ΜΑΝΙΑΤΕΛΛΗ: "Το συναισθηματικό προφίλ των γυναικών που υποβάλλονται σε διακοπή κύησης μετά από διάγνωση χρωμοσωμικών ανωμαλιών στο έμβρυο κατά το 1ο και 2ο τρίμηνο της κύησης", 1ο Πανελλήνιο συνέδριο ψυχικής υγείας στην Π.Φ.Υ.Ε., 2013
16. Β. ΒΙΒΙΑΚΗ, Ε. ΜΑΝΙΑΤΕΛΛΗ, Γ. ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΣ "Διαχείριση περαστικού perimortem caesarean section: βιβλιογραφική ανασκόπηση", 13ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιών – Μαιευτών, 2014
17. ΜΑΝΙΑΤΕΛΛΗ Ε., ΒΙΒΙΑΚΗ Β., Ν. ΒΡΑΧΝΗΣ, Γ. ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΣ Perimortem caesarean section and maternal mortality: review of the literature, The 9th Congress in Women's Health & Disease, 2014
18. ΜΑΝΙΑΤΕΛΛΗ Ε., ΧΑΣΙΑΚΟΣ Δ., ΜΑΣΤΟΡΑΚΟΣ Γ., ΗΛΒΑΤΣΙΟΤΗΣ Π., ΖΕΡΒΑΣ Ι. Psychological impact on women undergoing termination of pregnancy due to fetal anomalies during the first and second trimester of pregnancy: a review. The 9th Congress in Women's Health & Disease, 2014
19. ΜΑΝΙΑΤΕΛΛΗ Ε., ΒΙΒΙΑΚΗ Β., ΒΡΑΧΝΗΣ Ν., ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Perimortem caesarean section and maternal mortality: review of the literature, The 9th Congress in Women's Health & Disease, 2014
20. Ζ. ΗΛΙΟΔΡΟΜΙΤΗ, Ν. ΒΛΑΧΑΔΗΣ, Κ. ΝΤΑΦΟΠΟΥΛΟΣ, Ε. ΜΑΝΙΑΤΕΛΛΗ, Α. ΓΛΗΝΟΥ, Ν. ΒΡΑΧΝΗΣ «Η εξέλιξη της συμβολής των γεννήσεων από πολύδυμες κύσεις στις γεννήσεις προώρων νεογνών στην Ελλάδα (1996-2010)», 40^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, 2014
21. Ν. ΒΛΑΧΑΔΗΣ, Ζ. ΗΛΙΟΔΡΟΜΙΤΗ, Κ. ΝΤΑΦΟΠΟΥΛΟΣ, Ε. ΜΑΝΙΑΤΕΛΛΗ, Μ. ΜΠΟΥΡΟΥΤΖΟΓΛΟΥ, Ν. ΒΡΑΧΝΗΣ «Η συμβολή της αύξησης των γεννήσεων από πολυδυμες κύσεις στην αύξηση των προώρων γεννήσεων κατά βαθμό προωροτητας στην Ελλάδα(1996-2010)», 40^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, 2014
22. ΜΑΝΙΑΤΕΛΛΗ Ε., ΧΑΣΙΑΚΟΣ Δ., ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ Π., ΖΕΡΒΑΣ Ι. «Περιγεννητική θλίψη μετά από επιβεβλημένη διακοπή κύησης» 13^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιών – Μαιευτών, 2014
23. ΜΑΝΙΑΤΕΛΛΗ Ε., ΖΕΡΒΑΣ Ι., ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ Π., ΣΑΛΑΚΟΣ Ν. «Συσχέτιση της περιγεννητικής θλίψης και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας μετά την διακοπή κύησης λόγω συγγενών ανωμαλιών του εμβρύου ή άλλων ιατρικών παραγόντων.» 13ου Πανελλήνιου Συνεδρίου Μαιευτικής και Γυναικολογίας, 2015

24. E. MANIATELLA «Κατανοώντας την θλίψη μετά από περιγεννητική απώλεια» 7^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Οικογενειακού Προγραμματισμού « Η Ολιστική Θεώρηση του Οικογενειακού Προγραμματισμού στη Σύγχρονη Κοινωνία», 2015
25. E. MANIATELLA «Περιγεννητική απώλεια κατά την διάρκεια της κύησης» 3^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Ψυχοπροφυλακτικής Εταιρίας, 2016
26. Diamanti A., Vivilaki V., Tsoukaraki A., Efthimiou M., Lykeridou K., Maniattelli E., Katsaounou P. “ Midwives’ Knowledge on the effects of smoking in the perinatal Period and their role in smoking cessation in Greece” The 10th Congress in Women's Health & Disease, 2016
27. Diamanti A., Vivilaki V., Tzeli M, Lykeridou K, Maniattelli E, Katsaounou P. “Pregnant women beliefs and attitude towards active and passive smoking during the perinatal period” The 10th Congress in Women's Health & Disease, 2016
28. Maniattelli E., Halvatsiotis P., Zervas I, Salakos N “ The psychological impact of perinatal loss in Greek women during the 1st and 2nd trimester of pregnancy” The 10th Congress in Women's Health & Disease, 2016

ΠΡΟΕΔΡΕΙΑ ΣΕ ΣΥΝΕΔΡΙΑ

1. 10/2012: 12^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιών-Μαιευτών «Η Μαία στην καθ’ ημέρα πράξη»

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΕΣ ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ

1. 12/ 2009: 9^η Ημερίδα Μητρικού Θηλασμού ‘ Θηλασμός και Λοιμώξεις’
2. 11/2010: 10^η Ημερίδα Μητρικού Θηλασμού, «Μητρικός θηλασμός – Τα 10 Βήματα!»
3. 10/2015: 7^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Οικογενειακού Προγραμματισμού « Η Ολιστική Θεώρηση του Οικογενειακού Προγραμματισμού στη Σύγχρονη Κοινωνία»
4. 03/2017: Διημερίδα με θέμα: «Μεταναστευτικό και Προαγωγή – Αγωγή Υγείας»

ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΣΕ ΔΙΕΘΝΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

Elissavet Maniatielli, Yiannis Zervas, Panagiotis Halvatsiotis, Eirini Tsartsara, Chara Tzavara, Despina D. Briana & Nikolaos Salakos (2017): Translation and validation of the Perinatal Grief Scale in a sample of Greek women with perinatal loss during the 1st and 2nd trimester of pregnancy, The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, DOI: 10.1080/14767058.2016.1274303

Συντ. απήχησης: 1.674

ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

1. Ελισάβετ Μανιατέλλη “Εκφοβισμός στο χώρο εργασίας”, Ελευθώ, 1:32-35. 2007
2. Ελισάβετ Μανιατέλλη “Ψυχολογικές επιπτώσεις της εκλεκτικής διακοπής εγκυμοσύνης μετά από ανεύρεση συγγενών ανωμαλιών στο 1^ο και 2^ο τρίμηνο”, Ελευθώ, 4:149-152. 2007

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΒΙΒΛΙΑ

Βιβιλάκη Β. (2016) ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ, Κεφάλαιο: «Διαχείριση της περιγεννητικής απώλειας στη κοινότητα», Εκδ. Πασχαλίδης

ΓΝΩΣΕΙΣ Η/Υ

1. Πιστοποιητικό από ιδιωτική σχολή (ΕΛΚΕΠ) για διοίκηση γραφείου, Word Processing, Windows 98 & 2000, EXCEL, Power Point, Internet Explorer
2. ECDL (Word Processing, Windows, EXCEL, Internet Explorer)

ΜΕΛΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΛΛΟΓΩΝ

1. Μέλος συντακτικής επιτροπής του επίσημου περιοδικού ‘Ελευθώ’ του ΣΕΜΜΑ

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ

1. Αντιπρόεδρος του Σωματείου Εργαζομένων Αρεταιείου Νοσοκομείου

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Καταρχήν, θα ήθελα από καρδιάς να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα της διδακτορικής αυτής διατριβής, τον Αναπληρωτή Καθηγητή του Πανεπιστημίου Αθηνών Νικόλαο Σαλάκο. Θα ήθελα να εκφράσω την απεριόριστη ευγνωμοσύνη μου για την ανεκτίμητη συμπαράσταση, καθοδήγηση και εμπιστοσύνη που μου δείχνει όλα αυτά τα χρόνια, για την ουσιαστική του βοήθεια και ενθάρρυνση σε όλη την πορεία της διδακτορικής διατριβής, καθώς και για τις ευκαιρίες που μου έδωσε να συμμετέχω σε σημαντικές επιστημονικές εκδηλώσεις. Η πολύτιμη συμβολή του ήταν και είναι καθοριστική τόσο στην επαγγελματική, όσο και στην προσωπική μου πορεία μέχρι σήμερα.

Επίσης, θέλω να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στα υπόλοιπα μέλη της τριμελούς Εισηγητικής Επιτροπής:

Τον Αναπληρωτή Καθηγητή Ιωάννη Ζέρβα για τις εποικοδομητικές παρατηρήσεις του και τις δημιουργικές σκέψεις του.

Τον Επίκουρο Καθηγητή Παναγιώτη Χαλβατσιώτη γιατί υπήρξε ένας πολύτιμος καθοδηγητής σε όλη την πορεία της μελέτης.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Καθηγητή και πρώην Διευθυντή της Β΄ Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Γεώργιο Κρεατσά, που μου έδωσε την ευκαιρία να εκπονήσω αυτή τη διδακτορική διατριβή.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στον χαρισματικό επιστήμονα και άνθρωπο, εκλιπόντα Καθηγητή Δημήτριο Χασιάκο, γιατί ως ο επιβλέπων της αρχικής ομάδας που διατύπωσε το ερευνητικό ερώτημα αυτής της διδακτορικής διατριβής με εμπιστεύτηκε και με στήριξε σε κάθε στάδιο της. Χωρίς εκείνον δεν θα είχε καταστεί εφικτή η δημοσίευση των αποτελεσμάτων αυτής της εργασίας.

Ξεχωριστό ευχαριστώ στον Καθηγητή και Διευθυντή της Β΄ Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. Ευθύμιο Δελιγεώρογλου,

γιατί πέρα από τη συμπαράσταση του, η επαφή μαζί του μού έδωσε, ένα απόσταγμα εμπειρίας και γνώσεων ετών.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τη βιοστατιστικό Χάρα Τζαβάρα, που χωρίς τη δική της γνώση και καθοδήγηση και δε θα είχα καταφέρει να ολοκληρώσω αυτή την εργασία.

Δε θα μπορούσα να παραλείψω να ευχαριστήσω τους «αφανείς ήρωες» (Μαίες και Γυναικολόγους) των δυο μαιευτηρίων από όπου άντλησα το δείγμα αυτής της μελέτης.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στις γυναίκες εκείνες, που παρά το βουβό τους πόνο, εμπιστεύτηκαν την προσπάθειά μου και δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, ανοίγοντάς μου την ψυχή τους.

Κλείνοντας, θα ήθελα να εκφράσω ένα ξεχωριστό ευχαριστώ, στους καθημερινούς μου τροφοδότες δύναμης και αγάπης, το σύζυγο μου Μάνο, για την υπομονή και την αισιοδοξία του και φυσικά τους γονείς μου, οι οποίοι μπορεί να έχουν λίγα αλλά μου δίνουν πολλά όλα αυτά τα χρόνια...

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

1. Maniatelli E., Chasiakos D., Mastorakos G., Halvatsiotis P, Zervas I. Psychological impact on women undergoing termination of pregnancy due to fetal anomalies during the first and second trimester of pregnancy: A review. The 9th Congress in Women's Health & Disease, 2014
2. ΜΑΝΙΑΤΕΛΛΗ Ε. «Κατανοώντας την θλίψη μετά από περιγεννητική απώλεια», 7^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Οικογενειακού Προγραμματισμού « Η Ολιστική Θεώρηση του Οικογενειακού Προγραμματισμού στη Σύγχρονη Κοινωνία», 2015
3. Μανιατέλλη Ε. , Ζέρβας Ι., Χαλβατσιώτης Π., Σαλάκος Ν. "Συσχέτιση της περιγεννητικής θλίψης και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας μετά την διακοπή κύησης λόγω συγγενών ανωμαλιών του εμβρύου ή άλλων ιατρικών παραγόντων", 13ου Πανελλήνιου Συνεδρίου Μαιευτικής και Γυναικολογίας, 2015
4. ΜΑΝΙΑΤΕΛΛΗ Ε «Περιγεννητική απώλεια κατά την διάρκεια της κύησης», 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Ψυχοπροφυλακτικής Εταιρίας, 2016
5. Μανιατέλλη Ε: "Ψυχολογικές μεταβολές σε γυναίκες με περιγεννητική απώλεια στο 1ο και 2ο τρίμηνο της κύησης: Πιλοτική μελέτη", 9ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εμβρυομητρικής Ιατρικής, 2016
6. Maniatelli E., Halvatsiotis P., Zervas I, Salakos N “ The psychological impact of perinatal loss in Greek women during the 1st and 2nd trimester of pregnancy” The 10th Congress in Women's Health & Disease, 2016

ORIGINAL ARTICLE

Translation and validation of the Perinatal Grief Scale in a sample of Greek women with perinatal loss during the 1st and 2nd trimester of pregnancy

Elissavet Maniati^a, Yiannis Zervas^b, Panagiotis Halvatsiotis^c, Eirini Tsartsara^b, Chara Tzavara^d, Despina D. Briana^e and Nikolaos Salakos^a

^a2nd Department of Obstetrics and Gynecology, National and Kapodistrian University of Athens, Aretaieon Hospital, Athens, Greece;

^b1st Department of Psychiatry, National and Kapodistrian University of Athens, Eginition Hospital, Athens, Greece; ^c2nd Department of Internal Medicine-Propaedeutic and Diabetes Center, National and Kapodistrian University of Athens, Attikon University General Hospital, Athens, Greece; ^dDepartment of Hygiene, Epidemiology and Medical Statistics, Centre for Health Services Research, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece; ^e1st Department of Pediatrics, Neonatal Unit, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

ABSTRACT

Objective: To translate and validate the Perinatal Grief Scale (PGS) (short version) in a sample of Greek women with perinatal loss during the first and second trimester of pregnancy.

Methods: One hundred seventy-six women were approached a few hours after the loss. Along with the PGS, three more questionnaires were completed: the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), in order to assess the convergent validity of the PGS.

Results: Total sample mean age was 34.1 years (SD = 5.2). Mean values and Cronbach's alpha coefficients for PGS subscales exceeded the minimum reliability standard of 0.70. Mean score for "Active grief" was 31.47 (SD = 9.31), for "Difficulty Coping" was 23.13 (SD = 7.54) and for "Despair" was 21.07 (SD = 7.07). By applying Pearson's correlation coefficients, PGS subscales positively correlated with scores on EPDS, STAI and HADS.

Conclusions: The PGS Greek version is a reliable instrument in terms of internal consistency and the Cronbach's alpha coefficients are high. The Greek version of PGS can be a useful instrument for the detection of the psychological impact after a perinatal loss and it has implications for both scientific research and clinical routine.

ARTICLE HISTORY

Received 4 November 2016
Accepted 15 December 2016

KEYWORDS

Perinatal loss; grief; translation; validation; Perinatal Grief Scale

Introduction

Pregnancy loss, including miscarriage, induced termination of pregnancy and stillbirth, is a very laborious process on a physical and psychological level. It is likely to lead to such a traumatic experience for the woman to even cause the onset of intense psychological responses [1–3]. It affects ~15–20% of women in the first trimester. The overall prevalence is 15–27% for women aged between 25 and 29, increasing to 75% in women older than 45 years [4]. Stillbirth, or the loss of a pregnancy prior to delivery after the 20th week (USA) or 24th week (UK) of gestation due to natural causes, is estimated to occur in nearly 1 in 200 pregnancies [1].

Although, many longitudinal studies, mainly from the USA and UK, have repeatedly confirmed the negative impact of perinatal loss on pregnant women [2,5,6], in Greece there is a lack of research in

that area. The absence of a validated instrument for perinatal loss in the Greek population emerged the need for translation and validation of the Perinatal Grief Scale (PGS) into the Greek language, in order to measure the impact after a perinatal loss during pregnancy. The PGS has provided researchers in different countries with a standard measure to assess grief, following a variety of types of pregnancy loss. It has been translated and validated in many countries so far such as Sweden, Czech Republic and China [7–9].

The short version of the PGS has been used in a number of studies over the last 30 years [10]. It is a 33-item questionnaire, easy to complete, that was constructed especially for women undergoing a perinatal loss. It consists of three subscales; each subscale consists of 11 items: the first subscale, "Active Grief", includes items regarding sadness, missing the baby and crying for the baby. The second subscale, "Difficulty Coping", includes items suggesting difficulty

CONTACT Elissavet Maniati  Elissavet@hotmail.co.uk  2nd Department of Obstetrics and Gynecology, National and Kapodistrian University of Athens, Aretaieon Hospital, 37, Kriezis Street, 15233, Halandri, Athens, Greece

© 2017 Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group

in dealing with normal activities and with other people; it appears to indicate withdrawal and depression. The third subscale, "Despair", represents feelings of worthlessness and hopelessness. The total scale consists of 33 items with a possible range of 33–165. The three subscales consist of the sum of the scores of 11 items each, with a possible range of 11–55 [11]. A total score above 91 indicates a high degree of grief [10].

In this study, we aimed to translate and validate the PGS (short version) in a sample of Greek women with perinatal loss during the first and second trimester of pregnancy.

Methods

Sample characteristics

The settings of the study were two Maternity Hospitals (one public and one private) in the city of Athens. Each of these units serves not only Athens but also a great proportion of the Greek countryside and, therefore, the sample represents the Greek population as a whole [12]. The study was conducted from March 2014 to January 2016.

The criteria of inclusion were: (1) above 18 years of age, (2) able to read and write in Greek language, (3) single pregnancy and (4) participants were unknown to the researcher.

Demographic data, as well as maternal and pregnancy history were recorded. The translated, culturally adapted versions of the scales EPDS, the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and HADS, as well as the PGS Greek version were administered.

Before participation in the study, women had the chance to discuss any concerns regarding their loss and they were informed verbally and then in written about the aim of the study in a private room, as privacy can affect accuracy of the data collection [13]. The participants were encouraged to be sincere about their feelings. If they agreed to participate, they signed the informed consent and completed the questionnaires. All participants were informed verbally and in written that they were free to withdraw at any time during the study.

Finally, 190 participants were identified and recruited. The non-response rate was 9%, due to refusal of the women to participate in the study. The final sample included 176 women, which was adequate for an accurate confirmatory factor analysis (CFA). In the majority of studies, researchers performed analyses with subject to item ratios of 10:1 or less, which is an early and still prevalent rule-of-thumb many researchers use for determining *a priori* sample

size [14]. In our study the ratio was five participants per item.

Translation of the instrument

The PGS short version was first published by Potvin et al. in 1988 [15]. Before the conduct of the back-translation, permission has been taken from Lori J. Toedter, one of the authors of PGS. The translation process is in accordance with the international methodological recommendations for the linguistic and cultural adaptation of health related quality of life (QoL) measures [16]. The researcher, who first translated the PGS in Greek, is a midwife, who is fluent in the two languages and has lived and studied for four years in the UK. A bilingual expert panel consisted of an Associated Professor in Psychiatry and a psychologist, PhD holder in the field of perinatal loss, so that the questionnaire could appropriately be modified in aspects of grammar, linguistics and cultural differences. Although there was a consensus in the three versions, item one has been slightly altered, in order to minimize misunderstandings concerning terminology. Finally, the Greek version of the scale was translated back to English, by a female professional translator in English. The Greek translation was considered to be correct and equivalent to the English version.

A pilot study was conducted to ensure that the questionnaire was valid and reliable. The participants were 10 women with different demographic characteristics, who had a perinatal loss at any stage of their pregnancy. The questionnaire of the pilot study was completed and afterwards the participants were asked about any word or expression that they found difficult to understand or offensive. No alteration has been made in the Greek version. SPSS version 19.0 (SPSS Inc., Chicago, IL) was used to perform the statistical analysis of the pilot study.

Measures

Instruments

In order to validate the Greek version of PGS, we have used three other instruments to assess the concurrent validity of the PGS. All these instruments have been previously validated for the Greek population showing good reliability and validity.

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) is a 10-item self-report scale that was developed to identify women at risk for perinatal depression [17].

The Greek version of the EPDS [18] that is used in the study is a valid and reliable instrument for the detection of postnatal depression. The cutoff point 11/12 for the use of the scale by clinicians is optimal, in order to detect postpartum depression.

State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

The STAI is a self-administered questionnaire that is used to diagnose trait and state anxiety [19]. It has 20 items for assessing trait anxiety and 20 for state anxiety. All items are rated on a 4-point scale. Scores for each subscale range from 20 to 80 and high scores are indicative of greater anxiety. The Greek translation of the STAI-form Y that has been used in this study is both reliable and valid, with psychometric properties close to those reported in the international literature [20].

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) is commonly used by doctors to determine the levels of anxiety and depression in patients [21]. The HADS is a 14-item scale. Seven of the items relate to anxiety and seven relate to depression. Each item on the questionnaire is scored from 0 to 3 and can score between 0 and 21 for either anxiety or depression. The systematic review of Bjelland et al. [22] identified a cutoff point of 8/21 for anxiety or depression. The validated Greek version of the HADS that is used in the study showed good psychometric properties, in order to assess anxiety and depression in general hospital patients [23].

Perinatal grief scale (PGS)

The short version of the PGS is a 33-item scale focusing on grief after perinatal loss [15]. The PGS has been used for all types of pregnancy loss. The three subscales are: "Active grief", "Difficulty in coping" and "Despair". Each subscale has 11-items. Each item is answered on a Likert scale, ranged from 1 to 5. The minimum value on each subscale is 11 and the maximum 55. The sum of all three subscales in PGS ranged between 33 and 165 [11]. Higher scores reflect higher levels of grief [24].

Procedure

Ethics

This study was conducted according to the ethical guidelines of the Declaration of Helsinki [25]. Approval for the research was obtained from the Clinical Research Ethics Committee of the University and the

Private Maternity Hospital. A consent form and an information sheet were attached with the questionnaires, which informed the participants about the aim of the study, commitment for confidentiality and anonymity, the right to withdraw and contact information.

Statistical analysis

Continuous variables are presented with mean and standard deviation (SD) or with median and interquartile range (IQR). Quantitative variables are presented with absolute and relative frequencies. A CFA with maximum likelihood procedure was conducted in order to test how well the PGS model fits the data. The variance of the latent constructs was fixed at one during parameter estimation and the factors were allowed to be correlated. The fit of the CFA model was assessed using the chi square (χ^2), the comparative fit index (CFI), the goodness of fit index (GFI) and the root mean square error of approximation (RMSEA) [26]. For the CFI and GFI indices, values close to or greater than 0.95 are taken to reflect a good fit to the data [27]. RMSEA values of less than 0.05 indicate a good fit and values as high as 0.08 indicate a reasonable fit [27]. Scale internal consistency reliability was determined by the calculation of Cronbach's α coefficient. Scales with reliabilities equal to or greater than 0.70 were considered acceptable. Validity was further examined with the correlations (Pearson's r) of PGS dimensions with the STAI, HADS and EPDS scales. Correlation coefficient between 0.1 and 0.3 are considered low, between 0.31 and 0.5 moderate and over 0.5 high. Differences on PGS scales between two groups were evaluated by the use of Student's t -test, while differences between more than two groups were evaluated by analysis of variance (ANOVA). In order to control for multiple testing Bonferroni correction was used in ANOVA. Spearman correlation coefficient was used to explore the association of PGS scales with gestational age at termination, etiology of termination and number of previous miscarriages. p Values reported are two-tailed. Statistical significant level was set at 0.05 and analysis was conducted, by using SPSS and AMOS (SPSS Inc., Chicago, IL) Statistical Software.

Results

Sample

Data from 176 women were analyzed. Sample characteristics are shown in Table 1. Total sample mean age was 34.1 (SD = 5.2). Most of the participants were married (92%). The median number of previous

Table 1. Sample characteristics.

No. of previous pregnancies, median (IQR)	1 (0–2)
No. of previous miscarriages, median (IQR)	0 (0–1)
Conception	
Natural	162 (92.0)
Assisted (IVF)	14 (8.0)
Gestational age (weeks)	
≤12	105 (59.7)
>12	71 (40.3)
Gestational age (weeks), mean (SD)	12.5 (6.7)
Etiology of termination	
1st trimester miscarriage	92 (52.3)
Chromosomal abnormality	30 (17.0)
Congenital abnormality	19 (10.8)
2nd trimester miscarriage	35 (19.9)

Table 2. Descriptive statistics of PGS subscales and Cronbach's alpha coefficients.

	Minimum	Maximum	Mean	SD	Cronbach's alpha
Active grief	11.00	51.00	31.47	9.31	0.90
Difficulty coping	11.00	41.00	23.13	7.54	0.82
Despair	11.00	41.00	21.07	7.07	0.88

pregnancies was one and 60 women (34.0%) had a previous miscarriage.

Internal consistency reliability

Mean values and Cronbach's alpha coefficients for PGS scales are presented in Table 2. All the scales of PGS exceeded the minimum reliability standard of 0.70. Mean score for "Active grief" was 31.47 (SD = 9.31), for "Difficulty Coping" was 23.13 (SD = 7.54) and for "Despair" was 21.07 (SD = 7.07).

Results from CFA

As defined from the results of CFA the 3-dimensional model fitted the data well. The RMSEA, CFI and GFI values were 0.054, 0.953 and 0.931, respectively. None of the item cross loadings exceeded the item loadings on the intended latent construct. Factors loadings were high and ranged from 0.61 to 0.88, indicating a strong association between the latent factors and their respective items.

Convergent validity

Pearson's correlation coefficients between PGS subscales and scores on EPDS, STAI and HADS are presented in Table 3. A statistically significant positive correlation was found between PGS subscales and scores on EPDS, STAI and HADS. Thus, more symptoms of perinatal grief are associated with more symptoms of depression. Similarly, more symptoms of temporary and permanent anxiety were associated with more

Table 3. Correlations of PGS with STAI, HADS and EPDS scales.

	Active grief	Difficulty coping	Despair
EPDS score	0.48	0.53	0.43
STATE score	0.57	0.61	0.47
TRAIT score	0.34	0.47	0.43
Depression score (HADS)	0.50	0.65	0.48
Anxiety score (HADS)	0.34	0.51	0.41

All coefficients had $p < 0.001$.

symptoms of perinatal grief. Also, more symptoms of depression or anxiety based on HADS scale were associated with more symptoms of perinatal grief.

Discussion

The aim of this study was to translate and validate the short version of PGS, in order to enable researchers and clinicians to measure women's reactions following perinatal loss. The results suggested that the Greek version of PGS is a reliable and valid instrument to assess the three dimensions of grief after a perinatal loss: "Active Grief", "Despair" and "Difficulty Coping". The PGS Greek version is a reliable instrument in terms of internal consistency and the Cronbach's alpha coefficients are high, based on our research and other studies [7,8]. In terms of convergent validity, Pearson's correlation coefficients showed a significantly positive correlation between PGS subscales and scores on EPDS, STAI and HADS. Therefore, more symptoms of perinatal grief are associated with more symptoms of depression and anxiety.

There is an association of PGS with gestational age at termination and etiology of termination. Scores on all PGS dimensions were significantly greater, when the gestational age at termination was more than 12 weeks. In pregnancies with gestational age ≤12 weeks, "Active Grief" was 28.82 (SD 8.78), "Despair" 21.01 (SD 6.55) and "Difficulty Coping" 19.73 (SD 5.80). In pregnancies with gestational age >12 weeks, "Active Grief" was 35.13 (SD 8.80) "Despair" 26.16 (SD 7.86) and "Difficulty Coping" 22.89 (SD 8.19). Davies et al. [5], demonstrated that second trimester termination is more stressful, compared to first trimester. In second trimester, mothers have experienced fetal movements and the termination involves an induction of labor, whereas first trimester termination mothers have not experienced fetal movements and the termination is under general anesthesia [5]. The studies of Korenromp et al. [28] and Lasker and Toedter [29] also supported that advanced gestational age is associated with significantly higher scores for grief.

Additionally, all PGS dimensions displayed significantly greater scores in cases of chromosomal

abnormality ["Active Grief" 36.23 (SD 8.89) "Despair" 26.1 (SD 9.13) and "Difficulty Coping" 23.53 (SD 8.5)] or second trimester miscarriage ["Active Grief" 36.37 (SD 7.73) "Despair" 26.59 (SD 6.01) and "Difficulty Coping" 23.71 (SD 8.06)], as compared with cases that had first trimester miscarriage ["Active Grief" 28.09 (SD 9.05) "Despair" 20.64 (SD 6.73) and "Difficulty Coping" 19.08 (SD 5.67)]. As mentioned above, second trimester termination is more stressful, compared to first trimester [5] and is associated with significant higher scores for grief [28,29]. Regarding the psychological outcomes in women having termination due to chromosomal abnormality, many studies have similar results [5,28,30], mainly because guilt over the decision has an effect on grief symptomatology, usually leading to particularly high scores in all PGS dimensions.

One limitation of the study is that the sample selection was limited to women who had a perinatal loss up to 26 weeks. In this study, that lasted two years, questionnaires were administered to nine women who had experienced a perinatal loss after 28 weeks. However, three of them declined to participate and six of the participants who consented, were excluded, because the sample size was too small to extract any representative measurements. Another limitation is that, we did not take our sample from maternity hospitals all over Greece, but from two Maternity Hospitals (one public and one private) in the city of Athens. However, in Athens lives approximately half of the Greek population and each of these units serve not only Athens, but also a great proportion of the Greek rural areas, giving a relatively homogeneous cultural background of Greeks.

Perinatal loss has a negative psychological impact on the life of women and their families. As mentioned above, there is a lack of research in this field in Greece. The Greek version of PGS can be a useful instrument for the detection of psychological impact after a perinatal loss and it has implications for both scientific research and clinical routine. It offers great advantages, compared to other instruments that measure depression and anxiety, as it specifically focuses on dimensions concerning a perinatal loss.

Disclosure statement

The authors report no declarations of interest.

References

- Blackmore ER, Côté-Arsenault D, Tang W, et al. Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety. *Br J Psychiatry* 2011;198:373–8.
- Swanson KM, Chen HT, Graham JC, et al. Resolution of depression and grief during the first year after miscarriage: a randomized controlled clinical trial of couples-focused interventions. *J Womens Health (Larchmt)* 2009;18:1245–57.
- Hutti MH, de Pacheco M, Smith M. A study of miscarriage: development and validation of the Perinatal Grief Intensity Scale. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1998;27:547–55.
- Robinson GE. Dilemmas related to pregnancy loss. *J Nerv Ment Dis* 2011;199:571–4.
- Davies V, Gledhill J, McFadyen A, et al. Psychological outcome in women undergoing termination of pregnancy for ultrasound-detected fetal anomaly in the first and second trimesters: a pilot study. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005;25:389–92.
- Iles S, Gath D. Psychiatric outcome of termination of pregnancy for foetal abnormality. *Psychol Med* 1993;23:407–13.
- Ratislavová K, Kalvas F, Beran J. Validation of the Czech version of the Perinatal Grief Scale. *Cent Eur J Nurs Midw* 2015;6:191–200.
- Adolfsson A, Larsson PG. Translation of the short version of the Perinatal Grief Scale into Swedish. *Scand J Caring Sci* 2006;20:269–73.
- Yan E, Tang CS, Chung T. Validation of the Perinatal Grief Scale for use in Chinese women who have experienced recent reproductive loss. *Death Stud* 2010;34:151–71.
- Lasker JN, Toedter LJ. Predicting outcomes after pregnancy loss: results from studies using the Perinatal Grief Scale. *Illn Crisis Loss* 2000;8:350–72.
- Toedter LJ, Lasker JN, Janssen HJ. International comparison of studies using the perinatal grief scale: a decade of research on pregnancy loss. *Death Stud* 2001;25:205–28.
- Abbott P, Sapsford R. Research methods for nurses and the caring professions. 2nd ed. Buckingham: Open University Press; 1998.
- Robinson J. Ethics of questionnaires-again. *Br J Midwifery* 2002;10:743.
- Costello AB, Jason WO. Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for getting the most from your analysis. *Pract Assess Res Eval* 2005;10:1–9.
- Potvin L, Lasker J, Toedter L. Measuring grief: a short version of the Perinatal Grief Scale. *J Psychopathol Behav Assess* 1989;11:29–42.
- Acquadro C, Jambon B, Ellis D, et al. Languages and translation issues. In: Spilker B, ed. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 2nd ed. Philadelphia (PA): Lippincott-Raven; 1996:575–85.
- Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782–6.
- Leonardou A, Zervas YM, Papageorgiou CC, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and prevalence of postnatal depression at two months postpartum in a sample of Greek mothers. *J Reprod Infant Psychol* 2009;27:28–39.

19. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, et al. Manual for the state-trait anxiety inventory. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press; 1983.
20. Fountoulakis KN, Lykouras LS. Trait anxiety inventory (form - Y) (self - evaluation questionnaire). Thessaloniki: Rotonda Publishing; 2009.
21. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.
22. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the hospital anxiety and depression scale. An updated literature review. *J Psychosom Res* 2002;52:69-77.
23. Michopoulos I, Kalkavroua C, Michalopoulou P, et al. Hospital anxiety and depression scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. *Psychiatriki* 2007;18:217-24.
24. Lafarge C, Mitchell K, Fox P. Perinatal grief following a termination of pregnancy for foetal abnormality: the impact of coping strategies. *Prenat Diagn* 2013;33:1173-82.
25. Polit DF, Hungler BP. Nursing research: principles and methods. 6th ed. Philadelphia (PA): Lippincott; 1999.
26. Mueller R. Basic principles of structural equation modeling. New York (NY): Springer; 2000.
27. Hu L, Bentler P. Cut off criteria for fit indices in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Modeling* 1999;6:1-55.
28. Korenromp MJ, Christiaens GC, van den Bout J, et al. Long-term psychological consequences of pregnancy termination for fetal abnormality: a cross-sectional study. *Prenat Diagn* 2005;25:253-60.
29. Lasker JN, Toedter LJ. Acute versus chronic grief: the case of pregnancy loss. *Am J Orthopsychiatry* 1991;61:510-22.
30. Nazare B, Fonseca A, Canavarro MC. Trauma following termination of pregnancy for fetal abnormality: is this the path from guilt to grief? *J Loss and Trauma* 2014;19:244-61.

Ελληνική Περίληψη

Εισαγωγή: Η ψυχολογική επιβάρυνση μετά από απώλεια κύησης (αυτόματη αποβολή 1^{ου} και 2^{ου} τριμήνου, εκλεκτική διακοπή λόγω συγγενών ή χρωμοσωμικών ανωμαλιών) είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο, η συχνότητα του οποίου έχει αναγνωριστεί από ένα συνεχώς αυξανόμενο αριθμό μελετών. Δεδομένης της μεγάλης συχνότητας και των βραχυπρόθεσμων όσο και μακροπρόθεσμων συνεπειών της, τόσο για την γυναίκα όσο και για την οικογένεια, ο έγκαιρη αναγνώριση της περιγεννητικής θλίψης οδηγεί σε ταχύτερη αντιμετώπιση της. Η σύντομη εκδοχή της Κλίμακας Περιγεννητικής Θλίψης (Perinatal Grief Scale /PGS, 33 – Item Short Version), έχει χρησιμοποιηθεί σε ένα μεγάλο αριθμό μελετών σε όλο τον κόσμο κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ετών, για τον εντοπισμό της περιγεννητικής θλίψης. Η απουσία αυτού του ψυχομετρικού εργαλείου στην Ελλάδα, αποτελούσε επιστημονικό κενό ως προς την ανάδειξη του φαινομένου, με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν στοιχεία σε αυτόν το τομέα.

Σκοπός: Ο σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνήσει την ψυχολογική επιβάρυνση των γυναικών μετά από διακοπή κύησης στο 1^ο και 2^ο τρίμηνο της κύησης, καθώς και των μεταβλητών που την επηρεάζουν. Παράλληλα, έγινε μετάφραση και στάθμιση στην ελληνική γλώσσα της κλίμακας PGS.

Μέθοδος: Το δείγμα αποτέλεσαν 176 γυναίκες, οι οποίες προέρχονταν από ένα δημόσιο και ένα ιδιωτικό μαιευτήριο της Αθήνας που είχαν βιώσει απώλεια κύησης μέχρι τις 26 εβδομάδες, μεταξύ των ετών 2014 και 2016. Η εκτίμηση της ψυχολογικής επιβάρυνσης έγινε την ημέρα της διακοπής της κύησης, στις 6 εβδομάδες και στους 6 μήνες μετά. Οι συμμετέχουσες συμπλήρωσαν τα παρακάτω αυτοσυμπληρούμενα και σταθμισμένα στην ελληνική γλώσσα ερωτηματολόγια: την Κλίμακα Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (Edinburgh Postpartum Depression Scale /EPDS), την Κλίμακα Μέτρησης του Άγχους του Spielberger (State-Trait Anxiety Inventory /STAI), την Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης στο Γενικό Νοσοκομείο (Hospital Anxiety and Depression Scale /HADS), την Κλίμακα Δυναδικής Προσαρμογής (Dyadic Adjustment Scale /DAS), την Κλίμακα

Μετατραυματικής Διαταραχής Άγχους (Impact of Events Scale-revised /IES-R) και την Κλίμακα Περιγεννητικής Θλίψης (PGS) .

Αποτελέσματα: Οι συντελεστές εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τις υποκλίμακες της PGS ήταν, για την «Ενεργή Θλίψη» 0.90, για τη «Δυσκολία Αντιμετώπισης» 0.82, για την «Απόγνωση» 0.88 και για το σύνολο της κλίμακας 0.94. Υπήρξε σημαντική μεταβολή στις βαθμολογίες των κλιμάκων από την αρχική μέτρηση μέχρι τους 6 μήνες, με μόνη εξαίρεση τη βαθμολογία στην υποκλίμακα «Απόγνωση» της κλίμακας PGS, η οποία δε μεταβλήθηκε καθόλου στο χρόνο παρακολούθησης. Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας DAS και των υπόλοιπων κλιμάκων. Οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση μετά τις 12 εβδομάδες είχαν υψηλότερες βαθμολογίες σε όλες τις κλίμακες, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση πριν τις 12 εβδομάδες. Εκείνες που διέκοψαν την κύηση λόγω συγγενούς ανωμαλίας, είχαν υψηλότερες βαθμολογίες, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση λόγω αυτόματης αποβολής 1^{ου} τριμήνου. Τέλος, όσο καλύτερη ήταν ποιοτικά η σχέση του ζευγαριού τόσο περισσότερο μειώνονταν τα συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, μετατραυματικού στρες και περιγεννητικής θλίψης.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματά μας, τα οποία αναφέρονται για πρώτη φορά σε ελληνικό πληθυσμό, είναι παρεμφερή με αυτά που έχουν βρεθεί σε προγενέστερες μελέτες που διεξήχθησαν σε άλλες χώρες. Σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για την εκδήλωση κατάθλιψης, άγχους, μετατραυματικού στρες και περιγεννητικής θλίψης, φάνηκαν να είναι η ποιότητα της συντροφικής σχέσης, η ηλικία κύησης και η διακοπή κύησης λόγω συγγενών ανωμαλιών. Τέλος, η ελληνική PGS αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο για τον εντοπισμό της περιγεννητικής θλίψης.

Αγγλική Περίληψη (Abstract)

Introduction: The psychological impact after pregnancy loss (either 1st or 2nd trimester trimester miscarriage, termination due to congenital or chromosomal abnormalities) is a multifactorial phenomenon. This phenomenon is of great concern in modern day scientific literature, due to its high frequency and the short and long term consequences for the woman and the family. The early detection of perinatal grief leads to faster resolving of its great implications. The short version (33 - Item Short Version) of the Perinatal Grief Scale (PGS) has been used in a large number of studies around the world during the last 30 years, to identify perinatal grief. The PGS scale self-completed questionnaire has not been validated up to now for the Greek population.

Purpose: The primary aim of this study was to identify the psychological outcomes and predictors for adverse outcome in women after termination of pregnancy in the 1st and 2nd trimester. The secondary aim of this study was to translate the PGS into the Greek language, assess its reliability and validate its use for measuring perinatal grief.

Method: The sample comprised 176 women from a public and a private maternity hospital in Athens who had experienced perinatal loss of pregnancy up to 26 weeks of gestation between 2014 and 2016. The assessment of psychological impact was assessed in the date of loss, at 6 weeks and at 6 months after the loss. The participants completed the validated self-completed questionnaires, Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Dyadic Adjustment Scale (DAS), Impact of Events Scale-revised (IES-R) and the PGS.

Results: The PGS was validated, by using confirmation factor analysis while its reliability was assessed by using Cronbach's alpha coefficient. The Cronbach's alpha coefficients for the subscales of the PGS were for the "Active Grief" 0.90, for the "Difficulty Coping" 0.82, for "Despair" 0.88 and for the total scale 0.94. There was a decrease in scores of scales from baseline to 6 months, with the only exception the

dimension "Despair" in PGS, which is not altered at all during the assessment. There was a significant positive correlation between the DAS scale and other scales. The participants who had terminated the pregnancy after 12 weeks had higher scores compared with participants who had terminated the pregnancy before 12 weeks. Those who had terminated the pregnancy due to congenital anomaly had higher scores, compared with the participants who terminated the pregnancy due to 1st trimester miscarriage. Also, the better the relationship of the couple, the more reduced the symptoms of depression, anxiety, posttraumatic stress and perinatal grief.

Conclusions: Our results, applying for the first time to a Greek population, are similar to those that have been found in previous studies, performed in other countries. Significant prognostic factors for the manifestation of depression, anxiety, posttraumatic stress and perinatal grief, seemed to be the quality of the partnership, the gestational age and the termination of pregnancy due to congenital abnormalities. Finally, the Greek PGS is a reliable tool for identifying perinatal grief intensity.

“Η μνήμη όπου και να την αγγίζεις πονεί.”

Γ. Σεφέρης

Στις γυναίκες της έρευνας που ένιωσαν ότι χάνουν ένα κομμάτι του εαυτού τους...

1.ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), πάνω από 130 εκατομμύρια παιδιά γεννιούνται ετησίως, και περίπου 6,3 εκατομμύρια περιγεννητικοί θάνατοι σημειώνονται ανά έτος (Beck et al, 2010). Οι ενδομήτριοι θάνατοι αποτελούν πάνω από το μισό των περιγεννητικών θανάτων. Μεταξύ 15 και 20% των κλινικά αναγνωρισμένων κυήσεων καταλήγουν σε αποβολή. Η απώλεια μιας ενδομήτριας κύησης που οφείλεται σε φυσικά αίτια, εκτιμάται ότι θα συμβεί σε περίπου 1 στα 200 κύσεις (Robertson et al, 2011). Οι θάνατοι αυτοί προκύπτουν είτε αυτομάτως λόγω παραγόντων που επιδρούν στην ανάπτυξη του εμβρύου και τερματίζουν την κύηση, ή αφορούν τερματισμό κυήσεων, οι οποίες οφείλονται σε ιατρικούς λόγους. Η απώλεια του εμβρύου, ανεξαρτήτως της αιτίας ή του τρόπου με τον οποίο επέρχεται, επιδρά σημαντικά στην ψυχολογία και τη διάθεση της μητέρας, σε διαφορετικό βαθμό και με διαφορετικό τρόπο ανά περίπτωση. Επίσης, η επιστημονική έρευνα αποκαλύπτει ότι διάφοροι κοινωνικοί, οικογενειακοί και προσωπικοί παράγοντες μπορεί να έχουν προγνωστικό χαρακτήρα για την επίπτωση του εμβρυϊκού θανάτου στη μητέρα.

Για αυτόν το λόγο, έχουν αναπτυχθεί διάφορες κλίμακες μέτρησης του κινδύνου ανάπτυξης διαφόρων ψυχολογικών επιπλοκών μετά από κάποιο επιβαρυντικό ή τραυματικό συμβάν. Στη βιβλιογραφία, λίγες από αυτές τις κλίμακες έχουν αξιολογηθεί σε γυναίκες που βίωσαν κάποια αυτόματη απώλεια κύησης ή εκούσιο τερματισμό της κύησης (Farren et al., 2016; Davies et al., 2005; Korenromp et al., 2009, Kersting et al., 2007; Geerinck-Vercammen & Kanhai, 2003). Ο σκοπός αυτής της μελέτης θα είναι να μελετήσει μία σειρά γυναικών με καταγεγραμμένη απώλεια κύησης και θα αξιολογήσει τον κίνδυνο εμφάνισης κάποιας ψυχολογικής

επιπλοκής καθώς και ορισμένες μεταβλητές που επιδρούν στην εμφάνιση περιγεννητικής θλίψης, καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, άγχους και μετατραυματικού στρες, χρησιμοποιώντας διάφορες, διεθνώς αναγνωρισμένες κλίμακες μέτρησης κινδύνου. Για το σκοπό αυτό, μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα και αξιολογήθηκε για αξιοπιστία και εγκυρότητα η Perinatal Grief Scale (PGS) (33-Item Short Version) όσον αφορά την ανίχνευση περιγεννητικής θλίψης. Παράλληλα, μελετήθηκε η ευαισθησία της κλίμακας και των υπολοίπων ψυχομετρικών εργαλείων στην ανίχνευση της περιγεννητικής θλίψης και το συσχετισμό τους με τους υπόλοιπους παράγοντες κινδύνου.

1.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Το χρονικό διάστημα που ορίζεται ως περιγεννητική περίοδος έχει αποτελέσει σημείο επιστημονικής διαμάχης με τα όρια να κυμαίνονται ανά χώρα και ήπειρο. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η περιγεννητική περίοδος αναφέρεται στο χρονικό διάστημα μεταξύ την 22^η εβδομάδα της κύησης και 7 ημέρες μετά τη γέννηση (WHO, 2017). Στον τομέα της περιγεννητικής απώλειας, η διεθνής επιστημονική κοινότητα έχει πια συναινέσει στο ότι πρόκειται για το χρονικό διάστημα από την αρχή της κύησης (Lasker & Toedter, 2000). Με τον όρο περιγεννητική απώλεια, εννοούμε την αυτόματη ή εκλεκτική διακοπή της κύησης, από τη σύλληψη, κατά τη διάρκεια της κύησης και μέχρι τις 28 ημέρες από τη γέννηση του νεογνού (Woods & Woods, 1997). Σε αυτή περιλαμβάνονται η έκτοπη κύηση, η αυτόματη αποβολή 1^{ου} τριμήνου, η αυτόματη αποβολή < 22 εβδομάδων, τα θνησιγενή και τα νεογνά μέχρι την 28 ημέρα από τη γέννηση. Η εκλεκτική διακοπή κύησης λόγω εμβρυικών δυσπλασιών διαφέρει ως προς τις προηγούμενες απώλειες δεδομένου ότι οι μέλλοντες γονείς πρέπει να πάρουν την απόφαση να διακόψουν τη κύηση (Kowalski, 1987).

Η απώλεια της κύησης στο 1ο τρίμηνο επηρεάζει το 25% των γυναικών που είναι έγκυες στην ηλικία των 39 και αποτελεί το 12-20% του συνόλου των κυήσεων (Beck et al, 2010). Οι αυτόματες αποβολές μπορεί να εμφανιστούν σποραδικά ή επανειλημμένα και πρόκειται για την πιο συχνή επιπλοκή της κύησης καθώς το 70% από όλα τα κυήματα αποβάλλονται. Το ποσοστό των αυτόματων αποβολών αυξάνει σημαντικά όταν υπάρχει προηγούμενο ιστορικό μιας ή περισσότερων αποβολών. Εάν συμβεί για πρώτη φορά, οι πιθανότητες να συμβεί και μια δεύτερη ανέρχονται στο 25%, για τρίτη στο 40%, και για τέταρτη στο 70%. Περίπου 5% από όλα τα ζευγάρια που τεκνοποιούν έχουν 2 αποβολές, και 2% έχουν 3 ή και περισσότερες (Beck et al, 2010). Το 75% περίπου των αυτόματων αποβολών συμβαίνουν στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης (Κρεατσάς, 2009). Υπολογίζεται ότι οι τέλειες αποβολές αφορούν ποσοστό έως 50% με 60% των συλλήψεων και 10-15% των διαπιστωμένων κυήσεων. Επίσης, το 60% των εγκύων που νοσηλεύονται για αντιμετώπιση αιμορραγίας έχουν ατελή αποβολή (Likis et al, 2013). Απειλούμενες αποβολές συμβαίνουν σε ποσοστό 30% με 40% των εγκύων γυναικών (Symods & Arulkumaran, 2013)

Περίπου το ένα τρίτο των κυήσεων που διακόπτονται εμφανίζουν ως αιτία κάποια χρωμοσωμική ανωμαλία, με ποιο συνηθισμένη την Τρισωμία 21 (σύνδρομο Down) (Μαρούλης, 2007). Παράλληλα, οι δομικές ανωμαλίες (με κυριότερες εκείνες του νευρικού συστήματος και του μυοσκελετικού) αποτελούν το 16% των παλίνδρομων κυήσεων το 2006, στη Μεγάλη Βρετανία (CEMACH, 2008). Για την Αγγλία και την Ουαλία, 1308 (66%) διακοπές κυήσεων πραγματοποιήθηκαν πριν από τις 20 εβδομάδες κύησης λόγω εμβρυϊκής ανωμαλίας. Οι 309 (16%) διεξήχθησαν κατά τις πρώτες 12 εβδομάδες. Οι διακοπές κυήσεις που εκτελεστήκαν πάνω από 24

εβδομάδες για την εμβρυϊκή ανωμαλία παρέμειναν σταθερές στα 124 με 137 / έτος μεταξύ 2002 και 2008 (RCOG, 2010).

1.3. ΟΡΙΣΜΟΙ

Εμβρυϊκός/Ενδομήτριος θάνατος (stillbirth/fetal death)

Ο ενδομήτριος θάνατος αναφέρεται σε έμβρυα τα οποία δεν παρουσιάζουν κανένα σημείο ζωής μέσα στη μήτρα, ενώ γέννηση θνησιγενούς εμβρύου είναι η γέννηση ενός νεογνού το οποίο είναι νεκρό, μετά την 24η εβδομάδα κύησης και ο θάνατος αποδεικνύεται από το γεγονός ότι μετά από αυτήν την απομάκρυνση, το έμβρυο δεν αναπνέει ή δεν εμφανίζει κανένα άλλο σημείο ζωής, όπως σφύζουσα καρδιά, σφυγμούς στον ομφάλιο λώρο ή οριστική κίνηση των εκούσιων μυών (Symonds & Arulkumaran, 2013). Η γέννηση θνησιγενούς εμβρύου συμβαίνει σε 1 / 200 γεννήσεις με το 1/3 των περιπτώσεων να αφορά μικρά για την ηλικία κύησης μωρά (Fretts, 2005). Στην Ελληνική νομοθεσία, σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 37 του Ν.344/1976, «Ως γέννηση νεκρού θεωρείται το νεογνό, το οποίο αμέσως μετά την έξοδο από το σώμα της μητέρας του, δεν ανέπνευσε ούτε έδειξε άλλα σημεία ζωής, όπως είναι ο καρδιακός χτύπος ή η φανερή κίνηση των ελεγχόμενων μυών, και ο θάνατος του εμβρύου επήλθε μετά από κύηση 25 πλήρων εβδομάδων και άνω πριν από την πλήρη έξοδο και τον αποχωρισμό του από τη μητέρα» (Υπουργείο Εσωτερικών, 2016).

Αυτόματη αποβολή

Ως αυτόματη αποβολή ορίζεται η αυτόματη διακοπή της κύησης πριν από την 20η συμπληρωμένη εβδομάδα της κύησης στις αναπτυγμένες και πριν την 24^η εβδομάδα για τις αναπτυσσόμενες χώρες, όπως αυτή υπολογίζεται από την ημερομηνία της έναρξης της τελευταίας εμμηνορρυσίας, με συνολικό βάρος κυήματος κάτω από 500 γραμμάρια (Κρεατσάς, 2009). Η 24η εβδομάδα της κύησης θεωρείται ως όριο βιωσιμότητας ή όταν το έμβρυο έχει τη δυνατότητα να επιβιώσει στο εξωμήτριο περιβάλλον. Το ποσοστό των κυήσεων του πρώτου τριμήνου που καταλήγουν σε αυτόματη αποβολή υπολογίζεται στο 15-40% (Κρεατσάς, 2009). Η πλειονότητα (πάνω από το 90%) των αυτόματων αποβολών συμβαίνουν πριν από την 8η εβδομάδα κύησης (Annas & Elias, 2007). Σε αυτή τη χρονική περίοδο, η προσκόλληση του χορίου με τον βασικό φθαρτό είναι σχετικά χαλαρή και εύκολα μπορεί να διαταραχτεί. Ο σχηματισμός μικρού αιματώματος που μπορεί να σχηματιστεί κατά την αρχόμενη αποκόλληση, επιτείνει περαιτέρω την αποκόλληση και καταλήγει σε αποβολή του κυήματος (Symonds & Arulkumaran, 2013).

Η πιο συχνή αιτία των αυτόματων αποβολών κατά το πρώτο τρίμηνο είναι οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες του εμβρύου, ευθυνόμενες για τουλάχιστον το 60% των αποβολών, με συχνότερη τη τρισωμία 16 (Κρεατσάς, 2009). Άλλες αιτίες περιλαμβάνουν αγγειακές παθήσεις όπως ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος (ΣΕΛ), το σακχαρώδη διαβήτη, λοιμώξεις και ανωμαλίες της μήτρας (Schorge et al, 2008). Τα διαφορετικά αίτια διακοπής μίας κύησης περιγράφονται παρακάτω αναλυτικότερα.

Έκτοπος κύηση

Η έκτοπος κύηση αποτελεί μία επιπλοκή της κύησης, όπου το γονιμοποιημένο ωάριο προσαρτάται σε θέση εκτός της μήτρας. Το ποσοστό έκτοπης κύησης στο γενικό πληθυσμό είναι περίπου 19-21 ανά 1.000 κυήσεις (RCOG, 2011). Η πλειοψηφία των περιπτώσεων (93%-97%) εντοπίζονται εντός του φαλλοπιανού πόρου. Έως και 10% των γυναικών με έκτοπο κύηση δεν εμφανίζουν συμπτώματα, και μόνο ένα τρίτο εμφανίζουν κλινικά σημεία. Σε πολλές περιπτώσεις, τα συμπτώματα έχουν χαμηλή ειδικότητα, και μπορεί να είναι παρόμοια με τα συμπτώματα άλλων ουρολογικών, γυναικολογικών ή γαστρεντερικών διαταραχών, όπως οξεία σκωληκοειδίτιδα, σαλπινγίτιδα, συστροφή ωοθήκης ή ουρολοίμωξη. Η κλινική εκδήλωση της έκτοπης κύησης σημειώνεται από 4 έως 8 εβδομάδες μετά την τελευταία φυσιολογική έμμηνο ρήση. Τα σημεία και συμπτώματα περιλαμβάνουν συνήθως αυξημένη χοριακή γοναδοτροπίνη (hCG), κοιλική αιμορραγία, αιφνίδιο άλγος στην κάτω κοιλία, πυελικό άλγος, ευαισθησία στον τράχηλο της μήτρας, μία ψηλαφητή ωοθηκική μάζα ή ευαισθησία στην ψηλάφηση των ωοθηκών (Annas & Elias, 2007). Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες κινδύνου για την επιπλοκή αυτή, αλλά σε 30%-50% των περιπτώσεων δεν ανιχνεύεται συγκεκριμένος παράγοντας κινδύνου. Ορισμένοι τέτοιοι παράγοντες περιλαμβάνουν, πυελική φλεγμονώδη νόσο, υπογονιμότητα, κάπνισμα, ενδομητρίωση και άλλα. Λόγω του κινδύνου για ρήξη και πιθανή αιμορραγία, που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή της μητέρας, οι έκτοπες κυήσεις αντιμετωπίζονται φαρμακευτικά ή χειρουργικά. Η χορήγηση ουσιών, όπως η μεθοτρεξάτη, οδηγεί σε τερματισμό της ανάπτυξης του εμβρύου, προκαλώντας αποβολή. Επί εγκατεστημένης αιμορραγίας, η χειρουργική αντιμετώπιση είναι απαραίτητη, συνήθως με τη λαπαροσκοπική τεχνική (Annas & Elias, 2007; Μαρούλης, 2007).

Παλίνδρομος κύηση

Είναι η νέκρωση και κατακράτηση του κυήματος εντός της μήτρας, χωρίς την παρουσία άλγους ή αίματος, για αρκετές εβδομάδες, με το τραχηλικό στόμιο να παραμένει κλειστό. Υπάρχει παύση των συμπτωμάτων της κύησης, και η διάγνωση τίθεται υπερηχογραφικά, όταν το μέγεθος της μήτρας δε μεταβάλλεται και δεν παρατηρείται καρδιακή λειτουργία στο έμβρυο (Μαρούλης, 2007).

Σηπτική αποβολή

Είναι μια σοβαρή επιπλοκή που συμβαίνει, συνήθως μετά από μια ατελή ή παλίνδρομο αποβολή, και οφείλεται στην επιμόλυνση του περιεχομένου της ενδομήτριας κοιλότητας από διάφορους μικροοργανισμούς (π.χ. *Escherichia coli*, είδη σταφυλοκόκκων, αναερόβια μικρόβια, είδη *Proteus* και άλλα) (Κρεατσάς, 2009). Εκτός από τα κοινά συμπτώματα της αποβολής, η γυναίκα μπορεί να παρουσιάζει αδιαθεσία, πονοκέφαλο, ναυτία, πυρετό και ευαισθησία στη κοιλιά. Η κολπική αιμορραγία που μπορεί να είναι ήπια ή σοβαρή, είναι συνήθως δύσσομη. Σε καθυστέρηση της θεραπευτικής αγωγής, η λοίμωξη μπορεί να είναι εντοπισμένη στις σάλπιγγες και στην μητρική κοιλότητα ή να εμφανιστεί με την μορφή γενικής σηψαιμίας και περιτονίτιδας (Eschenbach, 2015; Κρεατσάς, 2009).

Επαναλαμβανόμενες/ Καθ' έξιν αποβολές

Αποτελούν μια ξεχωριστή κατηγορία αποβολών και χαρακτηρίζουν τις περιπτώσεις με ιστορικό τουλάχιστον 3 αυτόματων ή παλίνδρομων εκτρώσεων. Πρόκειται για εμβρυϊκές απώλειες σε ηλικία κύησης μικρότερη από 20 εβδομάδων και με έμβρυα που ζυγίζουν το καθένα κάτω από 500 γραμμάρια (Beck et al, 2010). Η διάκριση των επανειλημμένων αυτόματων αποβολών σε πρωτοπαθείς (3 ή περισσότερες συνεχόμενες αποβολές με τον ίδιο σύντροφο) και δευτεροπαθείς (3 ή περισσότερες συνεχόμενες αποβολές με τον ίδιο σύντροφο μετά από την γέννηση ενός παιδιού ή ενδομήτριο θάνατο) έχει σημασία σε ορισμένες κυρίως περιπτώσεις, όπως στις αποβολές ανοσολογικής αιτιολογίας. Γυναίκες με ιστορικό συνεχών αποβολών δευτέρου τριμήνου έχουν αυξημένη πιθανότητα για πρόωρο τοκετό. Αίτια μπορεί να είναι γενετικές ανωμαλίες των γονέων, ορμονικές διαταραχές, ανατομικές ανωμαλίες της μήτρας, όπως ανεπάρκεια τραχηλικού στομίου ή συγγενείς ανωμαλίες της μήτρας, συστηματικά νοσήματα, ανοσολογική ασυμβατότητα, φλεγμονές και άλλες ανεξήγητες αιτίες (Ford & Schust, 2009).

Θεραπευτική / Προκλητή διακοπή της κύησης

Η θεραπευτική διακοπή της κύησης έχει σκοπό την προστασία της μητέρας ή την αποφυγή γέννησης παιδιού με σοβαρές γενετικές ανωμαλίες (Κρεατσάς, 2009). Τα αίτια για μία προκλητή διακοπή της κύησης χαρακτηρίζονται συνήθως ως θεραπευτικά ή κατ'επιλογήν. Μία διακοπή της κύησης χαρακτηρίζεται ως θεραπευτική όταν διενεργείται για να σωθεί η ζωή της μητέρας, να αποτρέψει κάποια βλάβη στη φυσική ή νοητική υγεία της μητέρας, να διακόψει μία κύηση, όπου υπάρχει πολύ μεγάλη πιθανότητα για πρόωρη θνητότητα ή θνησιμότητα ή για

αναπηρία του βρέφους. Η διακοπή της κύησης ονομάζεται κατ'επιλογήν, όταν διενεργείται μετά από αίτημα της μητέρας για μη ιατρική αιτία (Phillips & Swift, 2016).

Εκτιμάται ότι περισσότερο από το 2% των κυήσεων επηρεάζονται από γενετικά προβλήματα του εμβρύου (Iles & Gath, 1993). Μία προκλητή διακοπή κύησης μπορεί να γίνει με διάφορες μεθόδους, που καθορίζεται συχνά με βάση την ηλικία του εμβρύου. Συγκεκριμένες επεμβάσεις επιλέγονται συχνά ανάλογα με αυτό που υπαγορεύει ο νόμος, τη διαθεσιμότητα ανά περιοχή, τον ιατρό-θεράποντα, αλλά και την προτίμηση της ίδιας της μητέρας (Phillips & Swift, 2016).

1.4. ΑΙΤΙΑ ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Τα αίτια που μπορούν να προκαλέσουν μια αποβολή είναι πολυάριθμα και μπορεί να προέρχονται είτε από την ίδια τη μητέρα (μητρικά αίτια) είτε από το έμβρυο (εμβρυϊκά αίτια) ή σπανιότερα και από τον πατέρα.

Μητρικά αίτια

i) Γενικά

α) Μη ρυθμιζόμενες παθήσεις ενδοκρινών

- Υποθυρεοειδισμός. Πρόσφατα δεδομένα υποδηλώνουν ότι ακόμα και ο υποκλινικός υποθυρεοειδισμός μπορεί να συνδέεται με αυξημένη επίπτωση αυτόματων αποβολών (Wang et al, 2012).

- Σακχαρώδης Διαβήτης. Ευθύνεται για σοβαρές συγγενείς ανωμαλίες, και είναι ένα από τα κύρια αίτια αυτόματων εκτρώσεων (McGrogan et al, 2014)
- Υπερανδρογοναιμία (Madhappan et al, 2003).
- Ανεπάρκεια έκκρισης προγεστερόνης από το ωχρό σωματίο. Η αναποτελεσματική έκκριση προγεστερόνης από το ωχρό σωματίο και τον πλακούντα έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει το ποσοστό των αποβολών. Υψηλά ενδομητρικά επίπεδα της φλοιοτρόπου ορμόνης ανιχνεύτηκαν σε γυναίκες με ιστορικό δύο τουλάχιστον αυτόματων αποβολών (Madhappan et al, 2003).

β) Οξείες και χρόνιες παθήσεις

Αφορούν χρόνιες καρδιαγγειακές νόσοι που σχετίζονται με υπερτασική ή νεφρική νόσο, συστηματικός ερυθηματώδης λύκος (ΣΕΛ). Η ύπαρξη ΣΕΛ, καθώς και αντισωμάτων έναντι του λύκου ή καρδιολιπίνης έχουν συσχετιστεί με υποτροπιάζουσες αυτόματες αποβολές, ενώ η νεφρίτιδα από ΣΕΛ και τα αντιφωσφολιπιδικά αντισώματα με υπέρταση και πρόωρους τοκετούς (Smyth et al, 2010). Η υπέρταση επίσης δεν φαίνεται να προκαλεί συχνά αποβολές πριν τις 20 εβδομάδες, αλλά μάλλον μπορεί να οδηγήσει σε γέννηση νεκρού εμβρύου και πρόωρο τοκετό (Smyth et al, 2010).

γ) Θρομβοφιλίες

Γενετικά καθορισμένες - ανεπάρκεια πρωτεινών C και S, ανεπάρκεια αντιθρομβίνης III, μετάλλαξη του παράγοντα Leiden (πρώιμη και όψιμη εμβρυϊκή ανωμαλία), μετάλλαξη του παράγοντα G20210A (πρώιμη εμβρυϊκή απώλεια), μετάλλαξη της MTHFR (C677T) και Επίκτητες - παθολογική αύξηση των

αιμοπεταλίων, αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο, αντιπηκτικό λύκου, καρδιολιπίνες, νόσοι κολλαγόνου, διάχυτη ενδαγγειακή πήξη (Simcox et al, 2015).

δ) Έντονη σωματική καταπόνηση, διατροφή και χρήση ουσιών (McDonald et al, 2007; Κρεατσάς, 2009)

ε) Έντονες ψυχολογικές και ψυχικές αντιδράσεις της εγκύου

Υπάρχουν στοιχεία ότι το στρες μέσω των επιδράσεων του, στον φλοιό και στην συνέχεια στον υποθάλαμο και την υπόφυση, είναι δυνατόν να επηρεάσει την ορμονική ισορροπία και να διαταράξει τελικά την ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης (Plana-Ripoll et al, 2016)

στ) Λοιμώξεις της μητέρας

Αναφέρονται σε σύφιλη, τοξοπλάσμωση, χλαμύδια, έρπητας, μυκόπλασμα, ουρεόπλασμα, γονόκοκκος, λοίμωξη από μεγαλοκυτταροΐο. Μερικές χρόνιες λοιμώξεις είναι αποδεδειγμένο ότι συμβάλλουν στην εμφάνιση αποβολών. Υπάρχουν επίσης στοιχεία ότι τα *Chlamydia trachomatis* ή διάφοροι ιοί συνδέονται με αποβολές. Το σύμπλεγμα των ερπητοϊών έχει συσχετιστεί με ένα αυξημένο ποσοστό εμφάνισης αποβολών, το οποίο προέρχεται από τη λοίμωξη των γεννητικών οργάνων κατά το πρώτο ήμισυ της εγκυμοσύνης (Gencay et al, 2000; Κρεατσάς, 2009)

ζ) Ηλικία της γυναίκας

Ιδιαίτερα οι γυναίκες ηλικίας άνω των 40 ετών εμφανίζουν τον υψηλότερο κίνδυνο για επιπλοκές από την κύηση και εμβρυϊκό θάνατο (Haavaldsen et al., 2010).

ii) Φάρμακα και περιβαλλοντολογικοί παράγοντες:

α) Καπνός

Για τις γυναίκες που καπνίζουν πάνω από 14 τσιγάρα την ημέρα, ο κίνδυνος είναι δύο φορές πιο μεγάλος από το γενικό πληθυσμό και ανεξάρτητος από την ηλικία της γυναίκας και την λήψη αλκοόλ. Ο κίνδυνος αυξάνεται εάν συνδυάζεται με υψηλό σωματικό βάρος της μητέρας (Morales-Suárez-Varela et al, 2016).

β) Αλκοόλ

Οι αυτόματες αποβολές δείχνουν να αυξάνονται ακόμα και με τη μέτρια λήψη αλκοόλ (Andersen et al, 2012).

γ) Καφεΐνη

Η κατανάλωση καφέ δείχνει να αυξάνει τον κίνδυνο αποβολής. Με βάση συγκεντρωτικά δεδομένα, ο κίνδυνος απώλειας του εμβρύου αυξάνει κατά 19% για κάθε αύξηση 150mg/ημέρα στην πρόσληψη καφεΐνης και κατά 8% για κάθε αύξηση κατά δύο κούπες καφέ ανά ημέρα (Li et al, 2015)

δ) Ραδιενέργεια

Σε σημαντικές δόσεις η ραδιενέργεια είναι ένα αναγνωρισμένο εκτρωτικό (Doyle et al, 2000)

στ) Περιβαλλοντικές τοξίνες

Τα πτητικά αναισθητικά έχουν ενοχοποιηθεί σαν αιτιολογικοί παράγοντες πρόκλησης αποβολών. Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν υπάρχουν αρκετές πληροφορίες βάση των οποίων θα μπορούσε να ενοχοποιηθεί κάποιος περιβαλλοντολογικός παράγοντας. Ωστόσο, το αρσενικό, ο μόλυβδος, η φορμαλδεΰδη, η βενζίνη και το αιθυλένιο μπορεί να οδηγήσουν σε αποβολή. Τα

μικροκύματα και οι υπέρηχοι δε δείχνουν να επιδρούν αρνητικά και να προκαλούν αποβολές (White et al, 1988).

iii) Ανατομικά

- Ανωμαλίες διάπλασης μήτρας. Οι ανατομικές ανωμαλίες της μήτρας αποτελούν μια μεγάλη ομάδα με διαφορετικές παθολογικές περιπτώσεις των οποίων η σημασία για τις επανειλημμένες αποβολές διαφέρει ανάλογα με το είδος της ανωμαλίας. Η διθάλαμη μήτρα σχετίζεται με το υψηλότερο ποσοστό αποβολών, το οποίο φτάνει από 26% έως και 94%. Το ποσοστό για τη μονόκερο μήτρα φτάνει μέχρι και το 47%, αλλά ελαττώνεται σημαντικά όσο αυξάνεται ο αριθμός των κύσεων. Το ίδιο ισχύει και για τη δίκερο μήτρα. Οι τελευταίες αυτές ανωμαλίες σχετίζονται κυρίως με όψιμες αποβολές (2ου τριμήνου) ή πρόωρους τοκετούς (Perez-Medina et al, 2009).
- Τοπογραφικές ανωμαλίες της μήτρας (οπίσθια κλίση και κάμψη) (Symonds & Arulkumaran 2013; Μαρούλης, 2007)
- Ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου (συγγενής ή μετά από αποξέσεις) (Symonds & Arulkumaran 2013; Μαρούλης, 2007).
- Ενδομητρικές συμφύσεις επειδή το ανεπαρκές ενδομήτριο δεν μπορεί να υποστηρίξει την κύηση, οι οποίες προήλθαν από τεχνητές εκτρώσεις (Symonds & Arulkumaran 2013; Μαρούλης, 2007).
- Ινομύωματα (Υποβλενογόνια, Ενδοτοιχωματικά), Πολύποδες (Symonds & Arulkumaran 2013; Μαρούλης, 2007).

- Εγκατάσταση του εμβρύου στο κατώτερο τμήμα της μήτρας (Symonds & Arulkumaran 2013; Μαρούλης, 2007).
- Τραύματα που μπορεί να προκληθούν από επεμβάσεις (λαπαροτομία), εξωτερικές κακώσεις, ιδιαίτερα στην περιοχή των γεννητικών οργάνων, από βία ή ατύχημα ή προσπάθεια να προκληθεί έκτρωση ή δύσκολους τοκετούς, που συνεπάγονται ανεπάρκεια του τραχηλικού στομίου (Symonds & Arulkumaran 2013; Μαρούλης, 2007).
- Ο θηλασμός, όταν η γυναίκα που θηλάζει είναι συγχρόνως και έγκυος, μπορεί να προκαλέσει αυτόματη έκτρωση από τις συσπάσεις του μυομητρίου, από το αντανακλαστικό του θηλασμού (Perrillat et al, 2002).
- Πολυτεκνία, βραχύ μεσοδιάστημα μεταξύ διαδοχικών κυήσεων και πολύδυμος κύηση (Symonds & Arulkumaran 2013; Μαρούλης, 2007).

Εμβρυϊκά αίτια

- Ανώμαλος καρύοτυπος του εμβρύου, ανώμαλη ανάπτυξη του ζυγωτού και μεγάλη ηλικία γεννητικού κυττάρου. Το πιο κοινό μορφολογικό εύρημα στην αυτόματη αποβολή είναι μια ανωμαλία στην ανάπτυξη του ζυγωτού και σε μερικές περιπτώσεις και του πλακούντα (Yang et al, 2016).
- Ανευπλοειδή έμβρυα: Οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες είναι πολύ συχνές ανάμεσα στα έμβρυα που αποβάλλονται αυτόματα και αποτελούν τον επικρατέστερο αιτιολογικό παράγοντα διακοπής εγκυμοσύνης. Έως και 50-60% των αυτόματων αποβολών σχετίζονται με χρωμοσωμικές ανωμαλίες του εμβρύου (Κρεατσάς, 2009).

- Ευπλοειδική αποβολή: Τα 3/4 των ανευπλοειδικών κυήσεων αποβάλλονται πριν την 8η εβδομάδα ενώ οι ευπλοειδικές αποβολές είναι πιο συχνές γύρω στην 13η εβδομάδα (Romero et al, 2015).
- Δυσπλασίες του εμβρύου, λόγω ανώμαλης χρωμοσωμικής σύνθεσης του γονιμοποιημένου ωαρίου έως και 50% του συνόλου των αυτόματων εκτρώσεων (τρισωμίες συχνότερη η 16, 21 ή σύνδρομο Down και 22, η μονοσωμία X, η τριπλοειδία, τετραπλοειδία, οι μετατοπίσεις, ο μωσαϊκισμός και η πολυπλοειδωση) (Yang et al, 2016; Romero et al, 2015)

Πατρικά αίτια

Λίγα πράγματα είναι προς το παρόν γνωστά για την συμβολή του πατέρα σαν αιτία αποβολής. Βέβαια η χρωμοσωμική ανωμαλία σπέρματος μπορεί να αποτελέσει κάποιο αιτιολογικό παράγοντα, καθώς επίσης και η προχωρημένη ηλικία του. Πρόσφατα δεδομένα αναδεικνύουν την επίδραση της ηλικίας του πατέρα ή ακόμα και της παρουσίας θρομβοφιλικών παραγόντων στον πατέρα στην πιθανή απώλεια του εμβρύου (Udry et al, 2014).

1.5. ΜΕΘΟΔΟΙ ΤΕΡΜΑΤΙΣΜΟΥ ΚΥΗΣΗΣ

Υπάρχουν δύο κύριες μέθοδοι τερματισμού της κύησης, η φαρμακευτική και η χειρουργική. Η φαρμακευτική μέθοδος άρχισε να αποτελεί επιλογή μετά τη δεκαετία του 1970, με τη διαθεσιμότητα των αναλόγων προσταγλανδίνης και αργότερα με το αντιπρογεσταγόνο μifeπριστόνη. Τα πιο συνήθη φαρμακευτικά

σχήματα σήμερα για το τερματισμό της κύησης του πρώτου τριμήνου περιλαμβάνουν τη μifeπριστόνη σε συνδυασμό με ένα ανάλογο προσταγλανδίνης (μisoπροστόλη ή γεμepρόστη) (Kulier et al, 2011; ACOG, 2014). Τα σχήματα μifeπριστόνης-μisoπροστόλης δρουν ταχύτερα και είναι πιο αποτελεσματικά από τους άλλους συνδυασμούς, ενώ τα συνδυαστικά σχήματα είναι πιο δραστικά από τη μisoπροστόλη μόνη της (ACOG, 2014). Αυτό το σχήμα είναι αποτελεσματικό και στο δεύτερο τρίμηνο της κύησης (Kahn et al, 2000)

Έως τη 15^η εβδομάδα κύησης, η αναρρόφηση (με εφαρμογή κενού) αποτελεί την πιο συνήθη χειρουργική μέθοδο προκλητής διακοπής κύησης και περιλαμβάνει την απομάκρυνση του εμβρύου, του πλακούντα και μεμβρανών. Η διαστολή και εκκένωση (dilatation and curettage [D+C] ή dilatation and evacuation [D+E]) είναι μία τέτοια μέθοδος που περιλαμβάνει τη διάνοιξη του τραχήλου της μήτρας και την εκκένωσή της με χειρουργικά εργαλεία (curettes) και αναρρόφηση (White et al, 2015). Μετά τη 15^η εβδομάδα κύησης και έως την 26^η εβδομάδα, άλλες μέθοδοι πρέπει να χρησιμοποιηθούν. Κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου, μπορεί να είναι απαραίτητη μία υστεροτομή υπό γενική αναισθησία (White et al, 2015).

1.5.1 Συστάσεις για τη φαρμακευτική και χειρουργική διακοπή της κύησης

Στον Πίνακα I, παρατίθενται οι πρόσφατες συστάσεις του Royal College of Obstetricians and Gynaecologists για φαρμακευτική διακοπή της κύησης (RCOG, 2015).

Πίνακας 1. Πρόσφατες συστάσεις του Royal College of Obstetricians and Gynaecologists για προκλητή διακοπή της κύησης (RCOG, 2015).

Για κύσεις μικρότερες των 14 εβδομάδων

Εάν η μifeπριστόνη είναι διαθέσιμη, καλύτερα να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με τη μισοπροστόλη, καθώς μειώνει τις ανεπιθύμητες ενέργειες και μειώνει το ποσοστό συνεχιζόμενης κύησης. Αποτελεσματικά σχήματα περιλαμβάνουν:

- Έως 63 ημερών κύηση, μifeπριστόνη 200mg από το στόμα, και μετά από 24-48 ώρες μισοπροστόλη 800μg χορηγούμενη διακολπικά, υπογλώσσια ή δια στόματος.
 - Από 64 ημέρες έως 13 εβδομάδες και 6 ημέρες κύηση, μifeπριστόνη 200mg από το στόμα, και μετά από 24-48 ώρες μισοπροστόλη 800μg χορηγούμενη διακολπικά, υπογλώσσια ή δια στόματος, ακολουθούμενη από μισοπροστόλη 400μg κάθε 3 ώρες εωσότου επιτευχθεί ο τερματισμός.
 - Εάν δεν είναι διαθέσιμη μifeπριστόνη, και για όλες τις κύσεις έως 13 εβδομάδες και 6 ημέρες, μισοπροστόλη 800μg χορηγούμενη διακολπικά, υπογλώσσια ή δια στόματος, ακολουθούμενη από μισοπροστόλη 400μg κάθε 3 ώρες έως ότου επιτευχθεί ο τερματισμός.
- ❖ Προετοιμασία του τραχήλου της μήτρας για τη χειρουργική διακοπή. Προετοιμασίας θα πρέπει να θεωρείται σε όλες τις περιπτώσεις. Τα ακόλουθα δοσολογικά σχήματα συνιστώνται μέχρι και 14 εβδομάδες κυοφορίας:
- Μισοπροστόλη 400 μικρογραμμάρια που χορηγείται κολπικώς 3 ώρες πριν από την χειρουργική επέμβαση ή υπογλώσσια 2-3 ώρες πριν από την χειρουργική επέμβαση (ACOG, 2014).

Για κύσεις 14 εβδομάδων ή περισσότερο

Εάν η μifeπριστόνη είναι διαθέσιμη, θα πρέπει να χορηγείται σε συνδυασμό με τη μισοπροστόλη. Τα σχήματα είναι τα ακόλουθα:

- Μifeπριστόνη 200mg από το στόμα, και μετά από 12-48 ώρες μισοπροστόλη 800μg χορηγούμενη διακολπικά, ακολουθούμενη από μισοπροστόλη 400μg από το στόμα ή διακολπικά κάθε 3 ώρες εωσότου επιτευχθεί ο τερματισμός. Εάν μετά από 24 ώρες δεν επιτευχθεί ο τερματισμός, μifeπριστόνη μπορεί να επαναληφθεί 3 ώρες μετά από την τελευταία δόση της μισοπροστόλης, και 12 ώρες μετά μπορεί να χορηγηθεί πάλι μισοπροστόλη.

1.5.2 Χαρακτηριστικά της φαρμακευτικής και χειρουργικής διακοπής της κύησης

i) Χειρουργικά διακοπή (ACOG, 2014)

- Περιλαμβάνει επεμβατική διαδικασία. Για την εκλεκτική διακοπή της κύησης του 1^{ου} τριμήνου χρησιμοποιείται κυρίως η χειρουργική διακοπή της κύησης που επιτυγχάνεται με τη διαστολή τραχήλου με τη χρήση κηρίων Hegar και, στη συνέχεια εκκένωση της κοιλότητας της μήτρας μέσω της χρήσης αναρρόφησης ή ξέστρων καθώς και η παράλληλη χορήγηση μισοπροστόλης per os ή διακολπικά (Κρεατσάς, 2009).
- Περιλαμβάνει τη χρήση αναισθησίας
- Προβλέψιμη σε χρονική περίοδο
- Υψηλό ποσοστό επιτυχίας (99%)
- Αιμορραγία συνήθως ελαφριά
- Δεν απαιτεί παρακολούθηση, στις περισσότερες περιπτώσεις
- Μικρή συμμετοχή των ασθενών

ii) Φαρμακευτική διακοπή (ACOG, 2014)

- Συνήθως αποφεύγετε η επεμβατική διαδικασία.
- Διαρκεί αρκετές ώρες για να ολοκληρωθεί
- Υψηλό ποσοστό επιτυχίας (περίπου 95%)
- Η αιμορραγία συνήθως δεν είναι ελαφριά. Οι ιατρικές διαδικασίες που πραγματοποιούνται στη θεραπευτική διακοπή του 2^{ου} τριμήνου της κύησης έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο επιπλοκών και περισσότερες ψυχολογικές

επιπτώσεις για τη γυναίκα σε σχέση με τις διαδικασίες στο 1ο τρίμηνο (Elder & Laurence, 1991; RCOG, 2010).

- Απαιτεί παρακολούθηση για να διασφαλιστεί η ολοκλήρωση της
- Απαιτεί συμμετοχή των ασθενών σε ολόκληρη την διαδικασία
- Οι ιατρικές διαδικασίες που πραγματοποιούνται στη θεραπευτική διακοπή του 2^{ου} τριμήνου της κύησης καθιστούν τον τερματισμό της εγκυμοσύνης ως μια πιο παρατεταμένη κι επίπονη εμπειρία για τη γυναίκα σε σύγκριση με τις ιατρικές επεμβάσεις του 1^{ου} τριμήνου. (Elder & Laurence, 1991).

1.6. ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Οι περισσότερες μελέτες σχετικά με την απώλεια του εμβρύου εξετάζουν μία ποικιλία παραγόντων που θεωρείται ότι επηρεάζουν τη θλίψη, με βάση παλαιότερες μελέτες καθώς και την κλινική εμπειρία. Παρόλα αυτά, υπάρχει μεγάλος βαθμός διαφωνίας όσον αφορά τη βαρύτητα όλων αυτών των παραγόντων.

Διάφοροι ερευνητές έχουν αναπτύξει μία σειρά μοντέλων από τη δεκαετία του 1980 με σκοπό την κατανόηση της επίδρασης του τραυματικού γεγονότος στην καλή κατάσταση του ατόμου. Τέτοιοι συγγραφείς, όπως οι Lazarus και Folkman (1984), αλλά και οι Hultsch και Plemons (1979), προσέγγισαν το πρόβλημα διερευνώντας τη ζωή του κάθε ατόμου τόσο πριν όσο και μετά από το συμβάν, καθώς και την ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται (Lazarus & Folkman, 1984; Hultsch & Plemons, 1979). Άλλοι, όπως ο Pearlin (1989) ανέπτυξαν μία κοινωνιολογική προσέγγιση στη μελέτη της διαδικασίας του στρες, δίνοντας έμφαση στους τρόπους που οι δομικές σχέσεις, μέσα στις οποίες είναι ενταγμένο το άτομο (π.χ. το φύλο του,

η ηλικία του, η φυλή του και η κοινωνική του τάξη) επηρεάζουν τις τρεις κύριες παραμέτρους της διαδικασίας – τον/τους παράγοντα/ες του στρες, τους μεσολαβητές του στρες και τα αποτελέσματα του στρες (Pearlin, 1989). Σε τέτοια μοντέλα, η προσαρμογή και η κοινωνική υποστήριξη αποτελούν τους κυριότερους μεσολαβητές ενδιαφέροντος.

Τα διάφορα μοντέλα αυτά συμφωνούν σε ένα μεγάλο βαθμό στο να περιλαμβάνουν χαρακτηριστικά του παράγοντα στρες, δημογραφικά χαρακτηριστικά του ατόμου, και ένα μέτρο αποτελέσματος (κατάθλιψη, θλίψη), με μία ποικιλία παραγόντων να μεσολαβούν στην εμπειρία του ατόμου και έτσι να επηρεάζουν το αποτέλεσμα. Παρακάτω παρουσιάζονται οι βασικότερες κλίμακες μέτρησης του κινδύνου εμφάνισης ψυχολογικών επιπλοκών, οι οποίες και χρησιμοποιούνται και στη μεθοδολογία της μελέτης μας.

1.6.1 Perinatal Grief Scale (PGS)

Δεδομένης της μεγάλης συχνότητας και των βραχυπρόθεσμων όσο και μακροπρόθεσμων συνεπειών της, για την γυναίκα και το οικογενειακό σύστημα, ο έγκαιρος εντοπισμός της περιγεννητικής θλίψης οδηγεί σε ταχύτερη αντιμετώπισή της. Η έγκαιρη αναγνώριση της κρίνεται αναγκαία, τόσο για την μετέπειτα εξέλιξη της αναπαραγωγικής δυνατότητας του ζευγαριού, όσο και για τον αντίκτυπο της στην επομένη εγκυμοσύνη η οποία θα χαρακτηρίζεται από άγχος (RCOG, 2010).

Για τον έγκαιρο εντοπισμό της περιγεννητικής θλίψης δημιουργήθηκε το 1988 η Perinatal Grief Scale (PGS), που αναπτύχθηκε αρχικά σε συνδυασμό με τη μελέτη Perinatal Loss Study στο Πανεπιστήμιο Lehigh και χρησιμοποιείται σε διάφορα

προγράμματα στις ΗΠΑ και σε άλλες χώρες (Toedter et al, 1988). Η κλίμακα αυτή κατασκευάστηκε με σκοπό να ενσωματώσει τις πολλές διαστάσεις της θλίψης. Η αρχική κλίμακα αποτελείτο από 104 τύπου Likert ερωτήματα, των οποίων οι απαντήσεις κυμαίνονταν από Συμφωνώ έντονα (Βαθμός 1) έως Διαφωνώ έντονα (Βαθμοί 5). Το μέτρο κατασκευάστηκε με βάση στοιχεία που χρησιμοποιούσαν και άλλοι ερευνητές της περιγεννητικής απώλειας, μερικές ερωτήσεις από το Texas Inventory of Grief, και άλλα στοιχεία που κατασκευάστηκαν για να ταιριάζουν με τις διαστάσεις περιγεννητικής θλίψης που βασίζονταν σε προηγούμενη έρευνα (Zisook et al, 1982). Τελικά η κλίμακα των 104 στοιχείων περιορίστηκε σε μία μεγάλη έκδοση των 84 στοιχείων (Cronbach's alpha = 0.97) και μία μικρή έκδοση των 33 στοιχείων (Cronbach's alpha = 0.95). Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η μικρή έκδοση της κλίμακας είναι πιο χρήσιμη, λόγω του μικρότερου μήκους και είναι τόσο πλήρης και αξιόπιστη όσο η μεγαλύτερη έκδοση των 84 στοιχείων (Potvin et al, 1989).

Παραγοντική ανάλυση του PGS οδήγησε σε μία δομή τριών παραγόντων, με τρεις υποκλίμακες που αποτελούνταν από 11 στοιχεία, το καθένα μέσα στη μικρή έκδοση. Η πρώτη υποκλίμακα ονομάστηκε Active Grief (Ενεργή Θλίψη), καθώς εμπεριέχει στοιχεία σχετικά με τη λύπη, την ανάμνηση του βρέφους και το κλάμα για το βρέφος. Η δεύτερη υποκλίμακα, Difficulty Coping (Δυσκολία Διαχείρισης), περιλαμβάνει στοιχεία που υποδηλώνουν δυσκολία στη διαχείριση των φυσιολογικών δραστηριοτήτων και άλλων ατόμων. Φαίνεται να υποδηλώνει την απόσυρση και κατάθλιψη. Η τρίτη υποκλίμακα, Despair (Απόγνωση), αντιπροσωπεύει το αίσθημα ότι τίποτα δεν έχει νόημα και ότι δεν υπάρχει ελπίδα (Lasker & Toedter, 2000).

Η συνολική βαθμολογία του PGS υπολογίζεται αντιστρέφοντας όλα τα στοιχεία εκτός από το στοιχείο 11 και 33. Η βαθμολόγηση για κάθε στοιχείο είναι η εξής: Συμφωνώ έντονα (1), Συμφωνώ (2), Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ (3),

Διαφωνώ (4) και Διαφωνώ έντονα (5). Αντιστρέφοντας τα στοιχεία, τα υψηλότερα σκορ αντικατοπτρίζουν πιο έντονη θλίψη. Έπειτα προστίθενται οι βαθμολογίες μαζί, και το αποτέλεσμα αποτελεί μία συνολική κλίμακα που αποτελείται από 33 στοιχεία, με ένα πιθανό εύρος από 33 ως 165. Οι τρεις υποκλίμακες αποτελούνται από ένα άθροισμα βαθμολογιών 11 στοιχείων η κάθε μία, με ένα πιθανό εύρος από 11 ως 55. Μία βαθμολογία που ξεπερνά το 34 για την Ενεργή Θλίψη, 30 για τη Δυσκολία Αντιμετώπισης, 27 για την Απελπισία και 91 για τη γενική θλίψη υποδηλώνει σημαντικό βαθμού θλίψη (Toedter et al, 2001).

Σε μία ανασκόπηση μελετών που χρησιμοποίησαν αυτήν την κλίμακα μέτρησης της θλίψης (Lasker & Toedter, 2000), οι συγγραφείς συγκέντρωσαν διαφορετικούς παράγοντες που συνδέθηκαν με υψηλότερου βαθμού θλίψη, χαμηλότερου βαθμού θλίψη ή δε συσχετίστηκαν καθόλου με τη θλίψη. Ο Πίνακας 2 παρατάσσει συγκεντρωτικά όλους αυτούς τους παράγοντες, καθώς και τον αριθμό των μελετών που αυτοί αξιολογήθηκαν. Οι παράγοντες ταξινομήθηκαν σε 5 κατηγορίες: Χαρακτηριστικά της απώλειας, Δημογραφικά χαρακτηριστικά, Ιστορικά γεγονότα, Προσωπικά αποθέματα και Αποδόσεις. Συνολικά αναγνωρίστηκαν 17 μεταβλητές, από τις οποίες μόνο μία – οι παρεμβάσεις – εμφάνισαν αντικρουόμενα ευρήματα τόσο θετικής όσο και αρνητικής συσχέτισης με τη θλίψη στις διαφορετικές μελέτες. Αυτό θα μπορούσε να αποδοθεί στις διαφορές στον τύπο της παρέμβασης (συμβουλευτική από ειδικό, συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης ή εφαρμογή τελετουργικών). Οι υπόλοιπες μελέτες ανέδειξαν ότι χαμηλότερα σκορ θλίψης συσχετίστηκαν με το ανδρικό φύλο, με τη μεγαλύτερη ηλικία, τη βραχύτερη κύηση, το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από την απώλεια, την καλή ψυχική υγεία, την καλή έγγαμη σχέση και την καλή κοινωνική υποστήριξη (Lasker & Toedter, 2000).

Πίνακας 2. Προγνωστικοί παράγοντες και η σχέση τους με τη Θλίψη: Μία περίληψη μελετών (Lasker & Toedter, 2000).

	Υψηλότερη Θλίψη	Χαμηλότερη Θλίψη	Μη σημαντική σχέση
1. Χαρακτηριστικά της απώλειας			
Ηλικία κύησης	7		4
Τύπος απώλειας			2
2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά			
Εκπαίδευση		1	2
Ηλικία του γονέα		3	3
Κοινωνική τάξη		2	2
Φύλο (θηλυκό)	6		2
3. Ιστορικά γεγονότα			
Ζώντα τέκνα		2	4
Προηγούμενη απώλεια	2		6
Χρόνος από την απώλεια		6	2
Επακόλουθη κύηση		3	
Επακόλουθη απώλεια			1
Παρεμβάσεις	2	2	2
4. Προσωπικά αποθέματα			
Πτωχή νοητική υγεία	9		
Στρατηγικές προσαρμογής	2		
(καμία, εστιασμένο συναίσθημα)		4	
Καλή συζυγική σχέση		7	
Κοινωνική υποστήριξη			1
5. Αποδόσεις (κατηγορία του εαυτού, θέλημα Θεού)	2		1

1.6.1.1 Η δημιουργία της κλίμακας PGS

Όπως προαναφέρθηκε, η PGS δημιουργήθηκε το 1988 για τον έγκαιρο εντοπισμό της περιγεννητικής θλίψης σε συνδυασμό με τη μελέτη Perinatal Loss Study στο Πανεπιστήμιο Lehigh (Toedter et al, 1988). Προκειμένου οι ερευνητές να καταλήξουν στη μικρή έκδοση (33- Item Short Version) της PGS (Potvin et al, 1989), στην έρευνα συμμετείχαν 138 γυναίκες με περιγεννητική απώλεια (αυτόματη αποβολή, έκτοπη κύηση, εμβρυϊκό θάνατο, και θάνατο του νεογνού). Οι απαντήσεις και η ανάλυση τους προήλθαν από δυο συνεντεύξεις στις 6 έως 8 εβδομάδες μετά την απώλεια και 1 χρόνο αργότερα. Στις γυναίκες που είχαν συμφωνήσει να συμμετάσχουν στη μελέτη, εκτός από την συνέντευξη που περιλάμβανε ανοικτού τύπου ερωτήσεις, δόθηκε και κλίμακα με ερωτήσεις κλειστού τύπου, που κάλυπταν το περιστατικό της απώλειας, την ιστορία της γονιμότητας, την ποιότητα της συζυγικής σχέσης, τη κατάσταση της ψυχικής υγείας της γυναίκας, τη κοινωνικής υποστήριξης, το άγχος για τα γεγονότα της ζωής, τη θρησκευτικότητα, τις συνέπειες για τα παιδιά, και δημογραφικές μεταβλητές. Από τις 138 γυναίκες που συμμετείχαν στη μελέτη, 112 μπόρεσαν να δώσουν συνέντευξη για δεύτερη φορά.

Η αξιοπιστία των επαναληπτικών μετρήσεων και οι συσχετίσεις μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης μέτρησης για κάθε μια από τις τρεις υποκλίμακες και για το συνολικό εύρος της κλίμακα σύμφωνα με το συντελεστή Cronbach's alpha, κυμαίνονταν από 0,59 έως 0,66 και με επίπεδο σημαντικότητας <0.01 . Η συνολική κλίμακα είχε υψηλή τιμή του δείκτη Cronbach's alpha ($\alpha = 0,95$). Η τιμή για κάθε υποκλίμακα ήταν μεγαλύτερη από 0,85 (0,92 για την Active Grief, 0,89 για Difficulty Coping, και 0,88 για Despair) υποδεικνύοντας τη μεγάλη αξιοπιστία των υποκλίμακων (Potvin, et al, 1989). Στην επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση (CFA),

ο δείκτης συγκριτικής τακτοποίηση (CFI) ήταν 0.779, και η ρίζα του μέσου τετραγωνικού σφάλματος της προσέγγισης (RMSEA) ήταν 0,092. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της κλίμακας με την πάροδο του χρόνου, αλλά αντισταθμίζουν επίσης το γεγονός ότι οι μέσες βαθμολογίες ήταν χαμηλότερες κατά το χρόνο της δεύτερης συνέντευξης από ό, τι στο πρώτη, υποδεικνύοντας ότι το επίπεδο της θλίψης μειώνεται με το χρόνο (Toedter et al., 2001).

1.6.1.2 Η στάθμιση της κλίμακας σε διάφορες χώρες

Η σύντομη εκδοχή των PGS έχει χρησιμοποιηθεί σε ένα μεγάλο αριθμό μελετών σε όλο τον κόσμο κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ετών (Lasker & Toedter, 2000). Έχει ήδη μεταφραστεί και ελεγχθεί η αξιοπιστία της σε πάρα πολλές γλώσσες (γερμανικά, ολλανδικά, ισπανικά, σουηδικά, κινέζικα και τσέχικα) ώστε να μπορεί να μελετηθεί διαπολιτισμικά η περιγεννητική απώλεια λόγω διαφόρων αιτιών, συνεισφέροντας έτσι στη διαπίστωση ομοιοτήτων και διαφορών γύρω από αυτή (Adolfsson και Larsson, 2006; Beutel et al, 1995; Capítulo et al, 2010; Ratislavoná et al, 2015; Yan et al, 2010). Παρά το γεγονός ότι, πολλές διαχρονικές μελέτες, κυρίως από οι ΗΠΑ και το Ηνωμένο Βασίλειο, έχουν επανειλημμένα επιβεβαιώσει τις αρνητικές επιπτώσεις της περιγεννητικής απώλεια στις εγκύους (Davies et al, 2005; Ples & Gath, 1993), η απουσία αυτού του ψυχομετρικού εργαλείου στην ελληνικό χώρο αποτελεί επιστημονικό κενό ως προς την ανάδειξη του φαινομένου. Μέσω αυτής της κλίμακας, η μελέτη αυτή μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερη γνώση γύρω από τη περιγεννητική θλίψη, καθώς και σε πληρέστερη διερεύνηση της αιτιολογίας της.

Στην έρευνα των Yan και συνεργατών το 2010, ο πρωταρχικός στόχος της μελέτης ήταν να επικυρωποιήσει την σύντομη εκδοχή της PGS στον κινεζικό πληθυσμό. Η κινέζικη PGS χορηγήθηκε σε ένα δείγμα Κινέζων γυναικών που είχαν βιώσει περιγεννητική απώλεια ($N = 314$). Στην επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση (CFA) αποδείχτηκε καλή εσωτερική συνοχή και ο δείκτης Cronbach's alpha ήταν ίσος με 0,86, 0,83, και 0,90 αντίστοιχα, για τις τρεις υποκλίμακες του Active Grief, Difficulty Coping, και Despair και 0,95 για το σύνολο της. Για τον έλεγχο της καλής προσαρμογής, χρησιμοποιήθηκε ο CFI που ήταν μεγαλύτερος από 0,826 και η RMSEA που ήταν κάτω από 0.093.

Η μετάφραση και ο έλεγχος αξιοπιστίας στην Τσέχικη Δημοκρατία έγινε από τους Ratislavova και συνεργάτες το 2015. Το δείγμα αποτελούνταν από 87 γυναίκες που υπέφεραν από την περιγεννητική απώλεια (θνησιγένεια ή πρόωρο νεογνικό θάνατο). Έγινε επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση (CFA) της PGS ακολουθώντας το μοντέλο που πρότειναν προηγούμενες μελέτες (Capítulo et al, 2010; Potvin et al, 1989; Yan et al, 2010). Η αξιοπιστία του εργαλείου, όπως καθορίστηκε από το δείκτη Cronbach's alpha ($\alpha = 0,9545$) ήταν υψηλή.

Παράγοντες όπως η γλώσσα και η κουλτούρα έχουν σημαντική επίδραση στα υψηλά επίπεδα εσωτερικής συνοχής, αξιοπιστία και συγκλίνουσας εγκυρότητας των διάφορων ψυχομετρικών εργαλείων. Η μετάφραση μιας τέτοιας κλίμακας σε μια άλλη γλώσσα αποτελεί μια σημαντική και πολύπλοκη διαδικασία, ο οποία είναι απαραίτητη για την αξιόπιστη εφαρμογή της σε ένα διαφορετικό λαό, μια διαφορετική γλώσσα και κουλτούρα (Butcher & Pancheri, 1976). Εκτενής αναφορά για τη μετάφραση και τη στάθμιση της κλίμακας στην ελληνική γλώσσα γίνεται στο ειδικό μέρος και τα αποτελέσματα της μελέτης.

1.6.2. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Η κλίμακα Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) αποτελεί ένα από τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα όργανα για την αξιολόγηση συμπτωμάτων περιγεννητικής κατάθλιψης και άγχους (Kozinszky & Dudas, 2015). Εκτιμά τις συναισθηματικές εμπειρίες των τελευταίων επτά ημερών χρησιμοποιώντας δέκα στοιχεία κλίμακας Likert (Shrestha et al, 2016). Αυτό το όργανο αυτοαναφοράς σχεδιάστηκε αρχικά στο Ηνωμένο Βασίλειο από τους Cox και τους συνεργάτες το 1987 (Cox & Holden, 1994). Εμφανίζει ευαισθησία 86%, ειδικότητα 78% και θετική προγνωστική αξία 73%, στην αρχική Αγγλική μελέτη αξιολόγησης του οργάνου (Cox et al, 1987). Όμως, τα ποικίλα όρια (cut-offs) των βαθμολογιών της κλίμακας έχουν εκδοθεί από διαφορετικές χώρες και φύλα. Αντίθετα, μία πρόσφατη μετα-ανάλυση ανέδειξε μία μεγάλη ετερογένεια ανάμεσα στις μελέτες που χρησιμοποιούσαν την κλίμακα, το οποίο μπορεί να αποδοθεί σε διαφορές στη μεθοδολογία των μελετών, στη γλώσσα και τα διαγνωστικά κριτήρια (Gibson et al, 2009).

Η κλίμακα αυτή έχει εξίσου μεταφραστεί και αξιολογηθεί στα Ελληνικά (Leonardou et al., 2009). Στην ελληνική της έκδοση, η κλίμακα εκτιμήθηκε σε μία ομάδα 109 γυναικών μετά τον τοκετό, από τις οποίες 95 συμφώνησαν να συμμετάσχουν στη μελέτη. Η πρώτη αξιολόγηση έγινε τη δεύτερη ημέρα μετά τον τοκετό και η επανεκτίμηση την 8^η εβδομάδα μετά τον τοκετό. Το σημείο cut-off βρέθηκε να είναι 11/12, με υψηλή ευαισθησία (76,66%) μαζί με μία ικανοποιητική θετική προγνωστική αξία (70,76%). Στη μελέτη αυτή χρησιμοποιήθηκαν και τα κριτήρια του DSM-III για να εκτιμηθεί και η μείζονα και ελάσσονα κατάθλιψη. Συνολικά 12,4% των γυναικών διαγνώστηκαν με κατάθλιψη 2 μήνες μετά τον τοκετό, με 5% να εμφανίζουν μείζονα κατάθλιψη (Leonardou et al., 2009).

Πίνακας 3. Υποδείξεις για τη συμπλήρωση της κλίμακας Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (Cox et al, 1987).
Βαθμολογία Ερωτήσεις 1,2 και 4: βαθμολογούνται 0,1,2 ή 3, με το ανώτερο πλαίσιο να βαθμολογείται με 0 και το κατώτερο με 3. Ερωτήσεις 3 και 5-10: βαθμολογούνται αντιστρόφως, με το ανώτερο πλαίσιο να βαθμολογείται με 3 και το κατώτερο με 0. Μέγιστη βαθμολογία: 30 Πιθανή κατάθλιψη: 10 ή υψηλότερο Πάντα ελέγξτε την ερώτηση #10, που υποδηλώνει αυτοκτονικές σκέψεις.

1.6.3 State-Trait Anxiety Inventory (STAI)

Η κλίμακα State-Trait Anxiety Inventory (STAI) αποτελεί μία ψυχολογική κλίμακα που αποτελείται από 40 στοιχεία αυτοαναφοράς, που αξιολογεί την επίδραση του άγχους (Spielberger et al, 1983). Σχεδιάστηκε αρχικά από τους Spielberger και τους συνεργάτες του, με βάση τη διάκριση ανάμεσα στην κατάσταση και το χαρακτηριστικό (state-trait) που είχε προταθεί από τον Cattell το 1961 (Cattell & Scheier, 1961). Ο στόχος ήταν να συγκεντρωθεί μία ομάδα στοιχείων που θα μπορούσαν να μετρήσουν το άγχος και στους δύο πόλους της φυσιολογικής καμπύλης επίδρασης (κατάσταση έναντι χαρακτηριστικού). Η κλίμακα αυτή σκοπεύει να μετρήσει τη συνειδητή αντίληψη κάποιου σε δύο άκρα της επίδρασης του άγχους,

που ονομάζονται κατάσταση άγχους (Anxiety-state) και χαρακτηριστικό άγχους (Anxiety-trait), αντίστοιχα. Υψηλότερες βαθμολογίες STAI ισοδυναμούν με υψηλότερα επίπεδα άγχους.

Η State μπορεί να οριστεί ως φόβος, νευρικότητα, δυσφορία και ενεργοποίηση του αυτόνομου νευρικού συστήματος που παρατηρείται προσωρινά σε καταστάσεις, οι οποίες θεωρούνται επικίνδυνες. Η Trait μπορεί να οριστεί ως μία σχετικά διαρκής διάθεση να νιώσει κάποιος στρες, ανησυχία και δυσφορία (Spielberger & Sydeman, 1994). Η κάθε μία από τις ανωτέρω κλίμακες αποτελείται από 20 στοιχεία, που βαθμολογούνται με μία κλίμακα 4 σημείων τύπου Likert (1-4). Οι βαθμολογίες κυμαίνονται από 20 έως 80, με τις υψηλότερες να υποδηλώνουν μεγαλύτερα επίπεδα άγχους. Χαμηλές βαθμολογίες υποδηλώνουν ήπιο άγχος, ενδιάμεσες βαθμολογίες υποδηλώνουν μέτριο άγχος, ενώ υψηλές βαθμολογίες ισοδυναμούν με σοβαρό άγχος (Spielberger & Sydeman, 1994).

Η κλίμακα έχει αξιολογηθεί και στα Ελληνικά, όπου η παραγοντική ανάλυση βρέθηκε να συνάδει με τη βιβλιογραφία (Fountoulakis et al, 2006). Στη μελέτη αυτή από τους Φουντουλάκη και συνεργάτες, 121 υγιείς ασθενείς και 22 ασθενείς με κατάθλιψη αξιολογήθηκαν, όπου βρέθηκε το State score να είναι για τους υγιείς $34,30 \pm 10,79$ και για τους ασθενείς με κατάθλιψη $36,07 \pm 10,47$, ενώ τα αντίστοιχα scores για τους ασθενείς με κατάθλιψη ήταν $56,22 \pm 8,86$ και $53,83 \pm 10,87$ (Fountoulakis et al, 2006). Ο συντελεστής Cronbach's alpha για το State ήταν 0,93 και για το Trait ήταν 0,92. Η συμμεταβλητή συσχέτισης Pearson για τις υποκλίμακες State και Trait ήταν 0,79. Η παρούσα μελέτη επιβεβαίωσε την αξιοπιστία και ισχύ της ελληνικής μετάφρασης της STAI-form Y.

Ο Πίνακας 4 υποδηλώνει τη μορφή των απαντήσεων στη κλίμακα STAI (Spielberger & Sydeman, 1994).

Πίνακας 4. Η μορφή απαντήσεων της κλίμακας State-Trait Anxiety Inventory (STAI). (Spielberger & Sydeman, 1994).
Η κλίμακα 4 σημείων State είναι η ακόλουθη: 1. Καθόλου 2. Κάπως 3. Μέτρια 4. Πολύ. Η κλίμακα 4 σημείων Trait είναι η ακόλουθη: 1. Σχεδόν ποτέ 2. Μερικές φορές 3. Συχνά 4. Σχεδόν πάντα.

1.6.4. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Η κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) σχεδιάστηκε το 1983 από το Zigmond και τους συνεργάτες, στα πλαίσια των εξωτερικών ιατρείων ενός γενικού νοσοκομείου (Zigmond & Snaith, 1983) Περίληπτικά, οι ασθενείς

συμπλήρωναν ένα ερωτηματολόγιο σχετικά με γενικευμένο άγχος ή κατάθλιψη, με την τελευταία να συναποτελείται σε μεγάλο βαθμό από αντανάκλασεις της κατάστασης ανηδονίας. Το ερωτηματολόγιο περιορίστηκε σε μόνο επτά στοιχεία που να αντανάκλουν το άγχος (HADS-A) και επτά που αντανάκλουν την κατάθλιψη (HADS-D). Κάθε στοιχείο λαμβάνει μία απάντηση 4 βαθμών (0-3), με αποτέλεσμα η πιθανή βαθμολογία να κυμαίνεται από 0 έως 21 για το άγχος και 0 έως 21 για την κατάθλιψη. Περαιτέρω ανάλυση της κλίμακας αυτής κατέληξε ότι μία βαθμολογία 0-7 για κάθε υποκλίμακα μπορεί να θεωρηθεί φυσιολογική, μία βαθμολογία 11 και άνω ότι υποδηλώνει πιθανή παρουσία της διαταραχής διάθεσης, ενώ μία βαθμολογία από 8 έως 10 ότι είναι μόνο ενδεικτική της παρουσίας της εκάστοτε κατάστασης (Snaith, 2003). Σε μία πρόσφατη μετα-ανάλυση που εξέταζε την αξιοπιστία της κλίμακας HADS, ανέδειξε μία ευαισθησία και μία ειδικότητα της τάξεως του 80%, τόσο για το HADS-A όσο και για το HADS-D (Bjelland et al, 2002).

Η κλίμακα έχει και αυτή αξιολογηθεί στα Ελληνικά, όπου έδειξε καλές ψυχομετρικές παραμέτρους και ικανοποιητική εσωτερική σταθερότητα (Michopoulos et al, 2008). Στη μελέτη αυτή από τον Μιχόπουλο και συνεργάτες, η HADS αξιολογήθηκε σε 521 άτομα (246 ασθενείς και 275 μάρτυρες). Η HADS παρουσίασε υψηλή εσωτερική συνοχή (δείκτης Cronbach's $\alpha = 0,884$) και αξιοπιστία (test-retest Intraclass Correlation Coefficient = 0,944). Η κλίμακα αυτή συγκρίθηκε και με τα ερωτηματολόγια STAI και BDI (Beck Depression Inventory), όπου οι δείκτες συσχέτισης ήταν και με αυτά υψηλή, δηλαδή 0,758 και 0,749 αντίστοιχα (Michopoulos et al, 2008). Στο παραρτημα IV, απεικονίζεται το ερωτηματολόγιο με την ακριβή βαθμολογία για κάθε απάντηση.

1.6.5 Impact of Events Scale-revised (IES-R)

Η κλίμακα Impact of Events Scale-revised (IES-R) αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, που είναι το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο μέτρο για την εκτίμηση συμπτωμάτων μετατραυματικής διαταραχής στρες στην έρευνα αποτελεσμάτων εντατικής φροντίδας (Horowitz et al, 1979). Η αρχική κλίμακα IES μετρούσε μόνο συμπτώματα «εισβολής/αναβίωσης» (π.χ. αναμνήσεις, εφιάλτες ή αναλαμπές) καθώς και συμπτώματα αποφυγής/παράλυσης (π.χ. αποφυγή τοποθεσιών ή θεμάτων, αίσθημα μουδιάσματος σχετικά με το συμβάν), ενώ δεν κατέγραφε συμπτώματα υπερδιέγερσης που παρατηρούνται στο μετατραυματικό στρες (π.χ. δυσκολία ύπνου ή ευερεθιστότητα) (Horowitz et al, 1979). Για αυτόν το λόγο, η αναθεωρημένη μορφή IES-R τροποποιήθηκε από τους συγγραφείς και προστέθηκαν έξι στοιχεία υπερδιέγερσης και ένα ακόμα στοιχείο αναβίωσης (Weiss et al, 1997).

Ο ασθενής πρέπει να βαθμολογήσει τη συχνότητα σε μία κλίμακα 4 βαθμών, με την οποία ένα σύμπτωμα εμφανίστηκε την προηγούμενη εβδομάδα. Οι 4 βαθμοί είναι: 0 (καθόλου), 1 (σπάνια), 3 (μερικές φορές) και 5 (συχνά). Οι συνολικές βαθμολογίες κυμαίνονται από 0 έως 35 για την εισβολή, 0 έως 40 για την αποφυγή, και 0 έως 75 για το σύνολο των ερωτημάτων. Η συνολική βαθμολογία μπορεί να ερμηνευτεί σύμφωνα με τις ακόλουθες διαστάσεις των συμπτωμάτων: 0 έως 8 (υποκλινικό φάσμα), 9 έως 25 (ήπιο φάσμα), 26 έως 43 (ενδιάμεσο φάσμα), 44+ (φάσμα μεγάλης βαρύτητας) (Weiss et al, 1997).

Η κλίμακα έχει μεταφραστεί και αξιολογηθεί και στα Ελληνικά σε καρκινοπαθείς ασθενείς από τους Μυστακίδου και συνεργάτες (Mystakidou et al, 2007). Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε δύο φορές με απόσταση μίας εβδομάδας σε 82 ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο, και συγκρίθηκε και με την κλίμακα HADS. Η

κλίμακα IES-R επέδειξε Cronbach's alpha τιμές για την εισβολή, την αποφυγή και τα υπερδιεγερτικά συμπτώματα 0,72 , 0,77 και 0,85 αντίστοιχα, ενώ η συνολική αξιοπιστία test-retest ήταν ικανοποιητική σε $P < 0,0005$.

1.6.6 Dyadic Adjustment Scale (DAS)

Η κλίμακα Dyadic Adjustment Scale (DAS) αποτελεί ένα μέτρο 32 στοιχείων που δημιουργήθηκε αρχικά με σκοπό την εκτίμηση της ποιότητας σχέσης ανάμεσα σε συντρόφους (Spanier, 1976). Εμπεριέχει στοιχεία σε μία κλίμακα τύπου Likert, όπου οι αποκρινόμενοι πρέπει να αναδείξουν το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας με το/τη σύντροφό τους για κάθε στοιχείο. Η κλίμακα αποτελείται από 32 στοιχεία-ερωτήματα και διαιρείται σε 4 υποκλίμακες:

1. Dyadic consensus – βαθμός στον οποίο ο αποκρινόμενος συμφωνεί με το σύντροφο
2. Dyadic satisfaction – βαθμός στον οποίο ο αποκρινόμενος αισθάνεται ικανοποιημένος με το σύντροφο
3. Dyadic cohesion – βαθμός στον οποίο ο αποκρινόμενος και ο σύντροφος συμμετέχουν σε κοινές δραστηριότητες
4. Affectional expression – βαθμός στον οποίο ο αποκρινόμενος συμφωνεί με το σύντροφο σχετικά με τη συναισθηματική στοργή.

Οι ανωτέρω απαντήσεις μπορεί να συγκριθούν με ζευγάρια που δεν αναγνωρίζονται ειδικά ως έχοντα κάποιο διαγνωσμένο πρόβλημα ή με άτομα που οι γάμοι τους έχουν λήξει. Οι χαμηλότερες τιμές του DAS υποδηλώνουν κάποιο

πρόβλημα, ενώ οι υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν μικρό ή και κανένα πρόβλημα. Όσον αφορά τη βαθμολόγηση, τα στοιχεία 1-15, 18,19 23,24 και 32 αντιστρέφονται, ενώ τα υπόλοιπα όχι, με αποτέλεσμα η μικρότερη βαθμολόγηση (0) να συγκρίνεται με διαφωνία και αρνητικό αποτέλεσμα, ενώ η υψηλότερη βαθμολογία να συνδέεται με συμφωνία. Στο παραρτημα IV, απεικονίζεται το ερωτηματολόγιο με την ακριβή βαθμολογία για κάθε απάντηση.

Το 1982, οι δημιουργοί της κλίμακας αξιολόγησαν πάλι την κλίμακα αναθεωρώντας την παραγοντική δομή της και τις υποκλίμακες χρησιμοποιώντας μία μέγιστης πιθανότητας, επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση (Spanier & Thompson, 1982). Η ανάλυση αυτή επιβεβαίωσε μία υψηλή αξιοπιστία για τη συνολική κλίμακα. Η αξιοπιστία για κάθε υποκλίμακα είναι ως εξής: Dyadic consensus (0.90), Dyadic satisfaction (0.94), Dyadic cohesion (0.81), Affectional expression (0.73). Σε μία πρόσφατη μετα-ανάλυση (Graham, et al, 2006), εκτιμήθηκε η αξιοπιστία της γενίκευσης, και οι 3 από τις 4 υποκλίμακες έδειξαν αποδεκτή εσωτερική συνοχή, αν και ήταν χαμηλότερη από εκείνη αναφέρθηκε αρχικά από τον Spanier (Spanier, 1976).

Η κλίμακα έχει μεταφραστεί και αξιολογηθεί και σε ελληνικά ζευγάρια από τις Πατεράκη και Ρούσση (Πατεράκη & Ρούσση, 2011). Στη μελέτη αυτή, 95 έγγαμα ζευγάρια συμπεριλήφθηκαν, με μέση ηλικία έγγαμου βίου τα 17 έτη. Βασικές παράμετροι που μελετήθηκαν ήταν οι εξής: καταθλιπτικά συμπτώματα, ικανοποίηση από το γάμο, συζυγική υποστήριξη και υποστήριξη εκτός γάμου. Η αξιοπιστία της κλίμακας DAS στην έρευνα αυτή βρέθηκε να είναι υψηλή (Cronbach alpha = 0,94). Επίσης, βρέθηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στα καταθλιπτικά συμπτώματα και στη διάρκεια του γάμου αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στα καταθλιπτικά συμπτώματα και

στην ικανοποίηση από το γάμο, τόσο για τις γυναίκες όσο και για τους άντρες (Πατεράκη & Ρούσση, 2011).

1.7 ΚΥΡΙΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΑΥΤΟΜΑΤΗ Η΄ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

1.7.1 Εισαγωγή

Οι ερευνητές που έχουν μελετήσει την ψυχολογικές συνέπειες της περιγεννητικής απώλεια για περισσότερο από 40 χρόνια, έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι απώλεια μιας κύησης είναι ένα από τα πιο στρεσογόνα γεγονότα για μια γυναίκα (Brier, 2008; Wing et al., 2001). Μπορεί να προκαλέσει οξεία αντίδραση πένθους, συχνά ανάλογη με αυτή που νιώθει κάποιος στο θάνατο του συντρόφου, του γονέα ή του τέκνου του (Seller et al, 1993). Πέρα από το αναμενόμενο πένθος, οι μητέρες μπορεί να εμφανίσουν υψηλά επίπεδα άγχους (Armstrong et al, 2009), κατάθλιψης (Gausia et al 2011; Gold et al., 2010) μετατραυματικής διαταραχής στρες (Armstrong et al., 2009), θλίψης (Lasker & Toedter, 2000) και ο θυμού προς τον εαυτό της, το σύζυγο, την οικογένεια και το ευρύ κοινωνικό περιβάλλον (Nikcevic et al., 1999; Adler et al, 1992).

Η περιγεννητική απώλεια είναι μια πολύ επίπονη διαδικασία σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο. Οι ψυχολογικές αντιδράσεις που παρουσιάζουν οι γυναίκες ύστερα από το τερματισμό μιας κύησης διαφέρουν από άτομο σε άτομο και εναλλάσσονται στο χρόνο. Συνήθως είναι μια μακροχρόνια διεργασία που μπορεί να διαρκέσει για μήνες ή χρόνια (Hollins Martin & Forrest, 2013; Korenromp et al.,

2007). Οι αντιδράσεις για την απώλεια περιλαμβάνουν συχνά προσωρινή δυσλειτουργία μέρα με την μέρα, απομόνωση από τις κοινωνικές δραστηριότητες, ενοχλητικές σκέψεις που μπορεί να συνεχιστούν για μεγάλο χρονικό διάστημα (Nikcevic et al.,1999). Παρά το γεγονός ότι η θλίψη είναι φυσικό, μη παθολογικό φαινόμενο, η περιγεννητική απώλεια σχετίζεται με σημαντική ψυχολογική νοσηρότητα που μπορεί να οδηγήσει σε επιπλεγμένη θλίψη, όπου τα συμπτώματα είναι πιο έντονα και έχουν μακρά διάρκεια σε σχέση με την «κανονική» θλίψη (Blackmore et al, 2011). Αυτό είναι ιδιαίτερα πιθανό, αν η απώλεια συμβεί με ξαφνικό ή βίαιο ή τραυματικό τρόπο.

Τα τελευταία 30 χρόνια η διεθνής βιβλιογραφία έχει επιδείξει ολοένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη περιγεννητική θλίψη (επιδημιολογία, αιτιολογία, επιπτώσεις, οργάνωση υπηρεσιών κα). Στην Cochrane Library αναζητήθηκαν συστηματικές ανασκοπήσεις, μετά-αναλύσεις και ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές ενώ στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων MEDLINE εντοπίστηκαν παλαιότερες αλλά κυρίως πρόσφατες μελέτες στο τομέα της περιγεννητικής απώλειας στη διάρκεια της κύησης. Στην Ελλάδα, δεν υπάρχουν δεδομένα πάνω σε αυτό το τομέα λόγω του ότι αγνοείται συχνά από τους επαγγελματίες (γυναικολόγοι, μαίες), που εμπλέκονται σε αυτό το επιστημονικό πεδίο.

1.7.2 Κατάθλιψη

Πρόσφατα συγκεντρωτικά στοιχεία έχουν δείξει ότι γυναίκες που έχουν βιώσει κάποια αποβολή νιώθουν φόβο για την κοινωνική κριτική, την αυτοκριτική και μία ανάγκη να κρατούν μυστικά (Hanschmidt et al, 2016). Το τελευταίο συναίσθημα έχει συσχετιστεί με αυξημένη ψυχολογική δυσφορία και κοινωνική

απομόνωση, το οποίο αυξάνει την πιθανότητα για την εμφάνιση «στίγματος λόγω έκτρωσης» και συνεπακόλουθα κατάθλιψη (Hanschmidt et al, 2016). Τα συμπτώματα κατάθλιψης φαίνεται να είναι υψηλότερα στο τρίτο τρίμηνο. Ενώ σε μερικές χώρες της Δύσης το ποσοστό κατάθλιψης μετά από αυτόματη αποβολή κυμαίνεται μεταξύ 40-50%, μία ανασκόπηση μετά τη δεκαετία του 1990 ανέφερε χαμηλότερα ποσοστά περί του 20% (Bradshaw & Slade, 2003). Οι διάφοροι κοινωνικοπολιτιστικοί παράγοντες φαίνεται να επηρεάζουν την επίπτωση της κατάθλιψης στο γενικό πληθυσμό. Οι γυναίκες με μη επιθυμητές κήσεις μπορεί να εμφανίζουν μεγαλύτερη κατάθλιψη, λόγω των πιθανών σχετικών οικονομικών και κοινωνικών ζητημάτων και της φτώχεις υποστήριξης από το σύντροφο ή το περιβάλλον (Kulathilaka et al, 2016). Η μητέρα ανησυχεί για διάφορα ζητήματα, όπως η αναμονή για την επιστροφή του έμμηνου κύκλου, η επιθυμία για νέα σύλληψη, ο κίνδυνος για υποτροπιάζουσες αποβολές και φόβοι για την αναπαραγωγική τους ικανότητα. Επιπλέον, η απώλεια του εμβρύου είναι συνήθως απότομη και μη αναμενόμενη, με αποτέλεσμα οι γυναίκες να μην έχουν κοινοποιήσει το γεγονός ότι κυοφορούν, με αποτέλεσμα να θρηνούν μόνες τους, να απομονώνονται περισσότερο και να αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης (Vance et al, 1995). Ενώ σημειώνεται σταδιακή μείωση του άγχους και της κατάθλιψης με την πάροδο του χρόνου, ακόμα και μετά από 30 μήνες, μερικοί ασθενείς συνεχίζουν να εμφανίζουν διπλάσια επίπεδα ψυχολογικής δυσφορίας σε σύγκριση με ομάδες ελέγχου (Vance et al, 1995).

Σύμφωνα με τα κριτήρια της κλίμακας DSM για την κατάθλιψη, υπάρχουν δύο βαθμίδες, η ελάχιστο και μείζονα κατάθλιψη (American Psychiatric Association, 2000). Η ελάχιστο κατάθλιψη ορίζεται ως η παρουσία τουλάχιστον 2, αλλά λιγότερων από 5, καταθλιπτικών συμπτωμάτων (1 σύμπτωμα πρέπει να είναι είτε καταθλιπτική διάθεση ή απώλεια ενδιαφέροντος) κατά την ίδια περίοδο των 2

εβδομάδων, αλλά χωρίς κανένα ιστορικό κάποιου μείζονος επεισοδίου κατάθλιψης ή δυσθυμίας. Αντίθετα η μείζονα κατάθλιψη ορίζεται ως η παρουσία είτε καταθλιπτικής διάθεσης ή απώλειας ενδιαφέροντος ή ευερεθιστότητας (σε ηλικίες 18 ετών και κάτω), με 5 ή περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, διάρκειας τουλάχιστον 2 εβδομάδων, χωρίς ιστορικό επεισοδίου μανίας, υπομανίας ή μικτής εικόνας. Η επίπτωση της ελάσσονος κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της ζωής κυμαίνεται από 4,5% έως και 10,9% στη βιβλιογραφία, επειδή υπάρχουν διαφορές στον ορισμό της υποκλινικής κατάθλιψης στις διάφορες μελέτες (Fils et al, 2010). Φαίνεται ότι υπάρχουν αρκετές ομοιότητες ανάμεσα στις δύο αυτές μορφές, όπως το οικογενειακό ιστορικό ψυχικής νόσου και το ιστορικό θεραπείας. Επίσης υπάρχουν και αρκετές διαφορές, όπως η μεγαλύτερη ψυχιατρική δυσφορία και η φτωχότερη ψυχοκοινωνική λειτουργία σε ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη. Αυτά τα στοιχεία υποδεικνύουν ότι τελικά οι δύο αυτές ομάδες ασθενών δεν αντιπροσωπεύουν δύο ξεχωριστές κλινικές οντότητες, αλλά αφορούν διαφορές στη βαρύτητα της ίδιας νόσου (Fils et al, 2010).

Σε μία μεγάλη μελέτη των Hogue και συνεργατών (2015), 275 γυναίκες με αυτόματη αποβολή συγκρίθηκαν με 522 με επιτυχή κύηση. Η κλίμακα Edinburgh Depression Scale χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της πιθανής κατάθλιψης. Στην ομάδα των γυναικών με αποβολή εμφάνισε κατάθλιψη το 14,8%, ενώ στην ομάδα με επιτυχή κύηση μόνο το 8,3%. Το ιστορικό κατάθλιψης αύξησε την ισχύ συσχέτισης ανάμεσα στην αποβολή και στο EDS score >12, εντός 6-36 μηνών. Ανάμεσα στις γυναίκες χωρίς ιστορικό κατάθλιψης (76,4% του συνόλου), 13,1% εκείνων με αποβολή είχαν EDS score > 12, σε σύγκριση με 5% των γυναικών με φυσιολογική κύηση (Hogue et al, 2015).

Σε μία άλλη μεγάλη μελέτη των Kolte και των συνεργατών (2015), συγκρίθηκαν 301 γυναίκες με υποτροπιάζουσα απώλεια κύησης και 1813 γυναίκες που προσπαθούσαν να κυοφορήσουν φυσιολογικά. Χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Major Depression Index (MDI) για την εκτίμηση της κατάθλιψης. Από τις γυναίκες με υποτροπιάζουσα απώλεια κύησης, 26 (8,6%) εμφάνισαν μέτρια/σοβαρή κατάθλιψη, ενώ μόνο 40 (2,2%) της ομάδας ελέγχου εμφάνισαν αντίστοιχα μέτρια/σοβαρή κατάθλιψη (Kolte, et al, 2015).

Αντίστοιχα στη μελέτη των Broen και συνεργατών, (2005) 120 γυναίκες αξιολογήθηκαν συνολικά (40 με αυτόματη αποβολή και 80 με προκλητή διακοπή). Σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, οι γυναίκες που είχαν αποβολή εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες κατάθλιψης στις 10 ημέρες μετά τον τερματισμό της κύησης, αλλά όχι στους 6 μήνες, 2 και 5 έτη μετά (Broen et al., 2005).

Προηγούμενες μελέτες που αξιολόγησαν τις άμεσες ψυχολογικές επιπτώσεις μιας αποβολής έχουν δείξει ότι ένα σημαντικό ποσοστό των γυναικών πληρούσε τα κριτήρια για κατάθλιψη (27%) και άγχος (28-41%). Τα συμπτώματα μειώνονται με το χρόνο, σε επίπεδα αντίστοιχα μιας γυναίκας μη εγκύου μέσα σε 1 χρόνο (Cordle & Prettyman, 1994; Janssen et al, 1997).

1.7.3 Αγχώδης διαταραχή

Ο όρος της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής (Generalized Anxiety Disorder - GAD) έχει εξελιχθεί μετά από την πρώτη εμπεριστατωμένη περιγραφή του χρόνιου άγχους από τον Freud πάνω από έναν αιώνα πριν (Freud, 1959). Μετά τη θέσπιση των κριτηρίων Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder –

έκδοση τρίτα (DSM-III) το 1980, η νόσος αυτή εξελίχθηκε σε μία ξεκάθαρη ψυχιατρική νόσο. Τα κριτήρια αυτά αναθεωρήθηκαν με την πάροδο των ετών, εωσότου σήμερα να ισχύει η πέμπτη έκδοση των κριτηρίων, DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). Όμως, παρά τη συχνή εκδήλωση της GAD κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου, τα κριτήρια DSM αναφέρονται στην «έναρξη την περίοδο πριν και μετά τον τοκετό (peripartum)» μόνο για διαταραχές του θυμικού και όχι για αγχώδεις διαταραχές.

Η επίπτωση της GAD κατά τη διάρκεια της κύησης ποικίλει ανάμεσα σε 8,5% και 10,5%, η οποία είναι υψηλότερη από το γενικό πληθυσμό (1,2% - 6,4%) (Misri et al, 2015). Αν και συγκεκριμένοι παράγοντες κινδύνου δεν έχουν ταυτοποιηθεί, στην κλινική πράξη η νόσος φαίνεται να εκδηλώνεται σε γυναίκες που είναι υπερβολικά αγχώδεις, έχουν ένα θετικό οικογενειακό ιστορικό αγχωδών διαταραχών, και υποφέρουν από άλλες διαταραχές άγχους ή θυμικού. Πρόσφατα συγκεντρωτικά στοιχεία αναδεικνύουν διάφορους επιπρόσθετους παράγοντες που σχετίζονται με το άγχος κατά τη διάρκεια της κύησης: έλλειψη συντρόφου ή κοινωνικής υποστήριξης, ιστορικό βίας, ιστορικό καπνίσματος και χαμηλή αυτοεκτίμηση (Biaggi et al, 2016).

Τα φυσικά συμπτώματα της GAD όπως καταβολή, ευερεθιστότητα, δυσκολίες συγκέντρωσης και αϋπνία μπορεί να θωρηθούν ως φυσιολογικές εκδηλώσεις της κύησης ή της λοχείας. Τα συμπτώματα αυτά προκαλούν περισσότερη ανησυχία εάν είναι υποτροπιάζοντα ή εμμένοντα, έχουν μεγάλη διάρκεια ή σχετίζονται με παραλογισμό. Το άγχος αυτό μπορεί να σχετίζεται με: (1) φόβο για την υγεία του εμβρύου, (2) την υγεία της μητέρας, (3) ασθένεια του συντρόφου, και (4) θνητότητα του γονέα. Εάν επιμείνουν αυτά τα συμπτώματα για μεγάλο διάστημα, μπορεί να προκαλέσουν λειτουργικές διαταραχές στην καθημερινή ζωή της μητέρας (Weisberg & Paquette, 2002).

Το άγχος έχει συσχετιστεί με επιπλοκές και ανεπιθύμητη έκβαση στην κύηση, όπως αποβολή, προεκλαμψία, πρόωρο τοκετό και χαμηλό βάρους εμβρύου. Επιπλέον, το περιγεννητικό άγχος αποτελεί ισχυρό προγνωστικό παράγοντα για την εμφάνιση περιγεννητικής κατάθλιψης, ακόμα και μετά τον έλεγχο των επιπέδων κατάθλιψης προ της κύησης (Fairbrother et al, 2015). Η περιγεννητική απώλεια έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης και άγχους τους πρώτους 4 μήνες μετά την απώλεια (Robertson, 2011). Ακόμα και η απόκτηση ενός παιδιού δεν έχει δείξει ότι προστατεύει ενάντια στο άγχος σε γυναίκες με ιστορικό αποβολών. Ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι το άγχος είναι σημαντικά υψηλότερο εντός 10 ημερών από την αποβολή, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, αλλά δεν υπάρχει κάποια διαφορά εντός 6 μηνών, 2 ετών ή 5 ετών. Αντίθετα, μπορεί να αναγνωριστούν παρατεταμένα και έντονα συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης σε γυναίκες με περιγεννητική απώλεια περίπου 3 έτη πριν (Bhat & Byatt, 2016). Σε γενικές γραμμές πάντως, το άγχος είναι πιο έντονο από ό, τι η κατάθλιψη (Nikcevic et al, 1998).

Στη μελέτη του Gold και των συνεργατών (2014), συνολικά 609 γυναίκες συμπεριελήφθησαν, από τις οποίες 232 γυναίκες είχαν επιτυχή κύηση και 377 περιγεννητική απώλεια. Για την εκτίμηση της αγχώδους διαταραχής, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα GAD-7, σύμφωνα με το οποίο μία βαθμολογία 10 ή υψηλότερη υποδήλωνε μέτρια ή βαριά αγχώδη συνδρομή. Από τις 377 γυναίκες με απώλεια, οι 70 (19%) ήταν θετικές για μέτρια ή σοβαρή αγχώδη διαταραχή, 164 (44%) για κοινωνική φοβία, και 47 (12%) για διαταραχή πανικού. Αντίθετα, οι γυναίκες με επιτυχή κύηση εμφάνιζαν σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά διαταραχών. Οι γυναίκες με απώλεια συνδέθηκαν με έναν προσαρμοσμένο κίνδυνο 2,39 (1,10-5,18) για την εμφάνιση αγχώδους διαταραχής. Μετά από 9 μήνες από το θάνατο του εμβρύου, οι γυναίκες φαίνεται να εμφανίζουν διπλάσιες πιθανότητες για αγχώδη

διαταραχή και κοινωνική φοβία, ακόμα και μετά από προσαρμογή των δεδομένων για δημογραφικούς παράγοντες, σύγχρονη κατάθλιψη και παρελθούσες ψυχιατρικές διαταραχές (Gold et al, 2014).

1.7.4. Μετατραυματική διαταραχή στρες

Η οντότητα του μετατραυματικού στρες μετά από απώλεια κύησης δεν έχει πλήρως αναγνωριστεί, παρά την αυξανόμενη καταγραφή των ανεπιθύμητων ψυχολογικών καταστάσεων που σχετίζονται με απώλειες κύησης (Daugirdaitė et al, 2015). Η εκλεκτική διακοπή της κύησης μπορεί να μην έχει αναγνωριστεί ως ένα τραυματικό γεγονός από κάποιες γυναίκες, επειδή ακριβώς δεν επιθυμούσαν τη συνέχεια της κύησης. Όμως, μερικές από αυτές τις γυναίκες συνεπακόλουθα μετανιώνουν που προχώρησαν σε αυτή την απόφαση και μπορεί να το βιώσουν ως τραύμα (Daugirdaitė et al, 2015).

Σύμφωνα με τα κριτήρια της τέταρτης έκδοσης του Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV), το μετατραυματικό στρες περιλαμβάνει μία τυπική υποκειμενική απάντηση όπως έντονο φόβο, αίσθημα έλλειψης βοήθειας ή τρόμου (Broen et al, 2005). Το μετατραυματικό στρες αποτελείται, σύμφωνα και με την 5^η και τελευταία αναθεώρηση των κριτηρίων DSM, από τέσσερις ομάδες συμπτωμάτων: υπερδιέγερση, εμμένουσα αναβίωση της τραυματικής εμπειρίας, αποφυγή σχετιζομένων με τραύμα ερεθισμάτων και αρνητικές μεταβολές στην αντίληψη και το θυμικό (Weston, 2014). Το μετατραυματικό στρες αποτελεί μία ετερογενή διαταραχή, και υπάρχουν αρκετοί υπότυποι. Ο ένας υπότυπος χαρακτηρίζεται από υπερδιέγερση και ευερεθιστότητα, και ο δεύτερος από διάσχιση, αιμωδίες και φυσιολογική μη ανταπόκριση, με αναφερόμενη επίπτωση 70% και 30%

αντίστοιχα. Η μορφή της υπερδιέγερσης περιλαμβάνει συνήθως δυσκολία στον ύπνο και στη συγκέντρωση, ευερεθιστότητα, θυμό, νευρικότητα, ακόμα και πανικό. Η αναβίωση της τραυματικής εμπειρίας μπορεί να περιλαμβάνει εφιάλτες, έντονες μνήμες, αναλαμπές, ακόμα και επαναληπτική εκδήλωση σωματικών συμπτωμάτων. Τέλος, οι αιμωδίες και το αίσθημα «μουδιάσματος» εκδηλώνεται με την αποσύνδεση από τα αισθήματα, την απώλεια ενδιαφέροντος για τη ζωή και τους ανθρώπους, την απελπισία, την απομόνωση, την απόσυρση, την κατάθλιψη και την συναισθηματική αναισθησία (Marshall et al, 2006; Lanius et al, 2010).

Η περιτραυματική υπερδιέγερση, που αποτελεί και την πιο συνήθη μορφή, υποστηρίζεται από την πλειοψηφία των ευρημάτων όσον αφορά τη συμπεριφορά και την κλινική εικόνα. Σύμφωνα με θεωρητικά μοντέλα, η αμυγδαλή στον εγκέφαλο εμπλέκεται σημαντικά στη συμπτωματολογία του συνδρόμου, και αυτό αποδεικνύεται και από νευροφυσιολογικές μελέτες. Αυξημένα επίπεδα στρεσογόνων ορμονών επίσης επηρεάζουν τη δραστηριότητα της αμυγδαλής. Η αμυγδαλή που επεξεργάζεται και ενεργοποιεί τη διέγερση, μπορεί να ενεργοποιείται σε αυτές τις περιπτώσεις με σχετικές αναπαραστάσεις και συγκεκριμένα ερεθίσματα. Η υπερδιέγερση που παρατηρείται στο σύνδρομο είναι αυτόματη, ακούσια, και βαριάς μορφής, ακόμα και σε συνθήκες μη υπαρκτού κινδύνου ή άλλης πρόκλησης. Η αναφορά οπτικών αναλαμπών μπορεί να αποτελεί αποτέλεσμα της ενεργοποίησης και του οπτικού φλοιού, μίας περιοχής που και αυτή τροποποιείται από την αμυγδαλή. Επιπλέον, ο ιππόκαμπος φαίνεται να είναι διαταραγμένος στο σύνδρομο, προκαλώντας διαταραχή της μνήμης σχετικά με σημαντικές πτυχές της τραυματικής εμπειρίας (Weston, 2014; Etkin & Wager, 2007).

Υπάρχουν λίγα στοιχεία που σχετίζονται με το μετατραυματικό στρες και αποβολή. Σε μια προοπτική μελέτη στην οποία συμμετείχαν 113 γυναίκες, το 25%

πληρούσε τα κριτήρια σύμφωνα με την αυτοσυμπληρώμενη κλίμακα συμπτωμάτων για μετατραυματικό στρες σε ένα μήνα, και το 7% 4 μήνες μετά την αυτόματη αποβολή (Bjelland et al, 2002). Πρόσφατα συγκεντρωτικά δεδομένα αποκαλύπτουν ότι μία ποικιλία παραγόντων παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του μετατραυματικού στρες (Broen, 2005). Μελέτες που έχουν εξετάσει την επίδραση κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών και την εμπειρία προηγούμενου τραύματος έχουν καταλήξει ότι δημογραφικοί παράγοντες όπως η ηλικία της μητέρας, η ηλικία του εμβρύου, η χαμηλότερη εκπαίδευση και το ιστορικό προηγούμενου φυσικού ή σεξουαλικού τραύματος, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση στρες μετά την απώλεια. Το προηγούμενο ιστορικό προβλημάτων ψυχικής υγείας και η ύπαρξη κατάθλιψης ή άγχους, η αρνητική συμπεριφορά έναντι στην διακοπή και η κύηση να είναι ύψιστης σημασίας για τη γυναίκα, αποτελούν επίσης παράγοντες κινδύνου (Carter et al, 1997; Farren et al., 2016). Βάσει αυτών των παραγόντων μπορούν να αναγνωριστούν οι γυναίκες που βρίσκονται σε κίνδυνο εμφάνισης μετατραυματικού στρες και κατάθλιψης μετά από μια περιγεννητική απώλεια (Carter et al, 1997).

Αντίθετα, ο χρόνος φαίνεται ότι είναι ο προστατευτικός παράγοντας με τη μεγαλύτερη επίδραση στη μείωση των επιπέδων του μετατραυματικού στρες. Τέλος, η τοκοφοβία, η αίσθηση της κοινωνικής υποστήριξης και η μη προγραμματισμένη κύηση αποτελούν επιπρόσθετους προγνωστικούς δείκτες (Furuta et al, 2012). Αν και το γεγονός της όψης του εμβρύου συνδέεται πολλές φορές με εφιάλτες, αναδρομές στο γεγονός και σκέψεις που συνδέονται με την εμπειρία αυτή (Slade et al, 1998) Επιπλέον, μπορεί να περιλαμβάνει την αποφυγή άλλων εγκύων γυναικών ή και γυναικών με νεογέννητα. Κάτι τέτοιο προκαλεί δυσλειτουργία στις διαπροσωπικές σχέσεις με φίλους ή και με συγγενείς (Carter et al, 2007).

Η μετατραυματική διαταραχή στρες μπορεί να αναπτυχθεί σε απάντηση μιας πραγματικής ή αντιληπτής απειλής θανάτου ή η έκθεση σε κάποιο τραυματισμό (Farren et al., 2016). Στο πλαίσιο της αποβολής 1ου τριμήνου, η απειλή ενός σοβαρού τραυματισμού, η θέαση του αίματος ή των εμβρυϊκών ιστών, ακόμα και η υποκειμενική αντίληψη του θανάτου ενός μωρού, μπορεί να είναι αρκετά τραυματική εμπειρία που να οδηγήσει σε μετατραυματικό στρες (Farren et al., 2016). Οι γυναίκες έχουν αξιολογήσει την αποβολή 1ου τριμήνου, ως τη χειρότερη έκθεση της ζωής τους σε τραύμα (Farren, 2016). Η μετατραυματική διαταραχή στρες έχει σημαντικές επιπτώσεις όχι μόνο στην ποιότητα ζωής, τη σωματική υγεία και τις σχέσεις, αλλά έχει επίσης συνέπειες στη μελλοντική κύηση, συμπεριλαμβανομένης τη προωρότητα και ζητήματα δεσμού με το βρέφος (Klier et al., 2002).

Όσον αφορά τη διαφορά ανάμεσα σε γυναίκες που τεκνοποίησαν φυσιολογικά και σε εκείνες που υπεβλήθησαν σε υποβοηθούμενη γονιμοποίηση, οι Cheung και συνεργάτες συνέκριναν 75 γυναίκες της μίας ομάδας με 75 γυναίκες της άλλης (Cheung et al, 2013). Οι γυναίκες αυτές απάντησαν δύο ερωτηματολόγια: το General Health Questionnaire (GHQ-12) και το Revised Impact of Events Scale (IES-R), στους 1, 4 και 12 μήνες μετά τη διάγνωση απώλειας κύησης πρώτου τριμήνου. Οι υπογόνιμες γυναίκες που υπεβλήθησαν σε υποβοηθούμενη γονιμοποίηση εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, καθώς και βίωσαν μεγαλύτερο μετατραυματικό στρες, σε σύγκριση με εκείνες που είχαν φυσιολογική σύλληψη. Αυτό θα μπορούσε να δικαιολογηθεί εν μέρει, επειδή οι γυναίκες που έχουν υπογονιμότητα και υποβάλλονται σε διαδικασίες υποβοηθούμενης γονιμοποίησης είναι ήδη αγχωμένες και βρίσκονται υπό στρες όσον αφορά την επιτυχία της γονιμοποίησης.

Πρέπει να επισημάνουμε ότι στην περίπτωση τερματισμού της κύησης λόγω συγγενών ανωμαλιών μετά από θεραπεία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, οι ψυχολογικές αντιδράσεις είναι πιθανά ακόμα πιο έντονες, αφού α) η σύλληψη δεν έχει καταστεί με φυσικό τρόπο, β) προστίθεται το άγχος της αποτυχίας σε επακόλουθη προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης, γ) η ενοχοποίηση της μεθόδου αυτής καθαυτής, και δ) η ανασφάλεια της αποτυχίας και της ατεκνίας (Cheung et al, 2013).

Στην πρόσφατη προοπτική μελέτη των Farren και συνεργατών (2016), ως πρωταρχικό στόχος ήταν να αξιολογήσουν τα συμπτώματα της μετατραυματικής διαταραχής στρες, άγχους και κατάθλιψης σε γυναίκες μετά από αποβολή 1ου τριμήνου σε σύγκριση με μία ομάδα ελέγχου γυναικών με βιώσιμες κυήσεις. Στις γυναίκες που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο μετά το τερματισμό της κύησης ζητήθηκε να συμπληρώσουν ερωτηματολόγια σε 3 και 9 μήνες μετά τη διάγνωση. Συμπεριλήφθηκαν 114 γυναίκες που ήταν διαγνωσμένες με αποβολή 1^{ου} τριμήνου και 50 που ήταν στην ομάδα ελέγχου. Η μετατραυματική διαταραχή στρες μετρήθηκε χρησιμοποιώντας την κλίμακα Post-traumatic Diagnostic Scale (PTSD), ενώ το άγχος/κατάθλιψη με την κλίμακα Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Η ψυχολογική θνησιμότητα ήταν υψηλότερη στην ομάδα των γυναικών με αποβολή 1^{ου} τριμήνου, με το 28% να πληρεί τα κριτήρια της μετατραυματικής διαταραχής στρες, 32% τα κριτήρια του άγχους και 16% της κατάθλιψης στον ένα μήνα, και 38%, 20% και 5%, αντιστοίχως, στους 3 μήνες. Αντίθετα στην ομάδα ελέγχου, μόνο 10% διαγνώστηκαν με άγχος/κατάθλιψη και καμία γυναίκα με νόσο μετατραυματικού στρες. Τέλος, δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ των γυναικών με έκτοπο κύησης και εκείνων με αποβολή όσον αφορά την επίπτωση μετατραυματικού στρες, άγχους ή κατάθλιψης. Η αναβίωση της εμπειρίας ήταν η πιο συχνή εκδήλωση. Ακολουθεί η

αποφυγή και, στη συνέχεια η υπερδιέγερση. Στους 3 μήνες, η αναβίωση της εμπειρίας παρέμεινε η πιο συχνή εκδήλωση. Η αποφυγή είχε μειωθεί από 50/69 (72%) σε 22/44 (50%). Τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης στον 1 μήνα ήταν 22/69 (32%) με τις οι γυναίκες να πληρούν τα κριτήρια για μέτριο έως σοβαρό άγχος, σε σύγκριση με 2/20 (10%) στην ομάδα ελέγχου. Αυτό μειώθηκε με το χρόνο στην ομάδα με αποβολή 1^{ου} τριμήνου 9/44 (20%) σε 3 μήνες. Ο επιπολασμός της μέτριας και σοβαρής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ήταν παρόμοιος και στις δύο ομάδες για όλα τα χρονικά σημεία: 11/69 (16%) για γυναίκες με αποβολή 1^{ου} τριμήνου σε σύγκριση με 2/20 (10%) της ομάδας ελέγχου. Συμπερασματικά, τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης μειώθηκαν μεταξύ 1 και 3 μήνες, αλλά τα συμπτώματα που συνδέονται με την μετατραυματική διαταραχή στρες συνεχίστηκαν κατατάσσοντας τη εξίσου σημαντική και πιο συχνή από ό, τι το άγχος και τη κατάθλιψη (Farren et al, 2016).

1.7.5 Περιγεννητική θλίψη

Η απώλεια ενός εμβρύου αναγνωρίζεται ως μία πολύ δύσκολη εμπειρία, η οποία συχνά μπορεί να προκαλέσει επιπλεγμένες αντιδράσεις θλίψης, που μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τη φυσική και ψυχολογική υγεία της μητέρας (Stroebe et al, 2007). Ενώ οι γονείς δεν έχουν αναπτύξει κάποια σχέση διάρκειας με το έμβρυο, η θλίψη μετά την απώλεια κύησης δε διαφέρει σημαντικά σε ένταση από άλλου τύπου απώλειες. Με βάση διάφορες έρευνες, τα συμπτώματα θλίψης συνήθως μειώνονται σε ένταση μέσα στους επόμενους 12 μήνες (Janssen et al, 1997; Toedter et al, 2001).

Η θλίψη γενικά αποτελεί μία βαθιά προσωπική διαδικασία, η οποία παρόλα αυτά ακολουθεί μία σχετικά προβλέψιμη πορεία. Οι αντιδράσεις στην απώλεια ενός σημαντικού προσώπου συχνά περιλαμβάνουν μείωση της καθημερινής

λειτουργικότητας, απόσυρση από κοινωνικές δραστηριότητες, αρνητικές σκέψεις και αισθήματα αιμωδιών, που μπορεί να συνεχιστούν για διάφορα διαστήματα χρονικά. Αν και η θλίψη αποτελεί ένα φυσικό, μη παθολογικό φαινόμενο, μπορεί να οδηγήσει σε επιπλεγμένη θλίψη, όπου τα συμπτώματα είναι πιο ενοχλητικά, έντονα ή μακράς διάρκειας, σε σύγκριση με τη φυσιολογική αντίδραση θλίψης (Kersting & Wagner, 2012).

Οι αντιδράσεις αυτές μετά από απώλεια εμβρύου μπορεί να περιλαμβάνουν ένα εμμένον αίσθημα θλίψης και μία απόδοση ευθυνών στον ίδιο τον εαυτό, που παρατείνει τη φυσιολογική διαδικασία θλίψης (Kersting & Wagner, 2012). Πολλές γυναίκες νιώθουν ότι το σώμα τους έχει αποτύχει και ότι η θηλυκότητά τους είναι κατώτερη των περιστάσεων (Frost & Condon, 1996). Επιπλέον, μπορεί να αποτελεί δυνητική απειλή για την προσδοκία απόκτησης οικογένειας (Farren et al., 2016). Η απώλεια μιας κύησης είναι μια εμπειρία που προκαλεί έντονη δυσφορία στους γονείς οι οποίοι έκαναν σχέδια και περίμεναν ένα φυσιολογικό, υγιές νεογνό. Η απώλεια αυτή σημαίνει την απώλεια της ταυτότητάς τους ως γονείς και την απώλεια των ονείρων που έκαναν σε σχέση με το γονεϊκό τους ρόλο.

Μερικές φορές, η γυναίκα εμφανίζει ένα αίσθημα «ζήλιας απέναντι σε παιδιά», και συχνά αποφεύγουν να συνάψουν επαφή με φίλους οι οποίοι έχουν παιδιά ή με άλλες έγκυες (Kersting & Wagner, 2012). Η έλλειψη αναγνώρισης της σοβαρότητας, όσον αφορά την απώλεια του ζευγαριού από τους φίλους, την οικογένεια και τους επαγγελματίες υγείας μπορεί να επιδεινώσει τον πόνο της γυναίκας αναπτύσσοντάς της το αίσθημα της απομόνωσης (Robinson, 2011).

Σε αντίθεση με άλλες απώλειες, δεν υπάρχουν τα συνήθει τελετουργικά ενός πένθους ώστε να διαχειριστεί τη θλίψη, με αποτέλεσμα συχνά να μην υπάρχει φυσική

εκδήλωση της απώλειας για να πενθήσουν (Farren et al., 2016). Συγκεκριμένα, στα πρώιμα στάδια της κύησης, δεν τελείται κάποια νεκρώσιμος τελετή ή οποιαδήποτε άλλη τελετουργία, και έτσι δεν εκδηλώνεται το αίσθημα απώλειας από την οικογένεια και το φιλικό περιβάλλον, το οποίο θα είχε κάποια θετική επίδραση στη μητέρα. Κοινωνικές νόρμες μπορεί επίσης να ενθαρρύνουν την ιδιωτικότητα μιας τέτοιας απώλειας, η οποία μπορεί να μεταφραστεί σε λιγότερη υποστήριξη από τους φίλους ή συναδέλφους. (Farren et al., 2016). Η διαδικασία αυτή τελικά επιπλέκει περαιτέρω τη διαδικασία της θλίψης και αυξάνει το αίσθημα της απομόνωσης στη μητέρα (Wijngaards-de Meij et al, 2008).

Τέλος διάφορες μεταβλητές φαίνεται να έχουν προγνωστικό χαρακτήρα σχετικά με τις αντιδράσεις επιπλεγμένης θλίψης μετά από μία απώλεια εμβρύου. Η πτωχή κοινωνική υποστήριξη φαίνεται να σχετίζεται με τέτοιου τύπου αντιδράσεις. Επιπρόσθετα, η έλλειψη υποστήριξης από κάποιο σύντροφο και οι φτωχές συζυγικές σχέσεις έχουν περιγραφεί ότι σχετίζονται με έντονη θλίψη (Toedter et al, 2001). Αντίθετα, η ένταξη και συμμετοχή σε μία θρησκευτική κοινότητα φαίνεται να είναι ωφέλιμη, ως μία άλλη μορφή κοινωνικής υποστήριξης (McIntosh et al, 1993). Η ύπαρξη ενός άλλου ζώντος παιδιού αποτελεί έναν επιπρόσθετο προγνωστικό παράγοντα της έντασης της θλίψης. Οι μητέρες που δεν έχουν άλλα παιδιά, εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα θλίψης, σε σχέση με γυναίκες που έχουν άλλα παιδιά (Adolfsson & Larsson, 2006). Η προσωπικότητα της ίδιας της μητέρας αποτελεί έναν ακόμα σημαντικό παράγοντα, με τις γυναίκες που εμφανίζουν περισσότερα χαρακτηριστικά νευρωτικής προσωπικότητας πριν από την κύηση, να είναι πιθανότερο να αναπτύξουν εντονότερες αντιδράσεις θλίψης μετά το θάνατο του εμβρύου (Janssen et al, 1997).

Σε μία πρόσφατη μελέτη από τους Kulathilaka και συνεργάτες (2016), η περιγεννητική θλίψη εκτιμήθηκε σε γυναίκες που βίωσαν αυτόματη απώλεια εμβρύου. Η περιγεννητική θλίψη εκτιμήθηκε με την κλίμακα PGS. Από 137 συνολικά γυναίκες, 67 γυναίκες πληρούσαν τα κριτήρια για θλίψη, και από αυτές το 26,6% πληρούσε και τα κριτήρια για επεισόδιο κατάθλιψης, 6-10 εβδομάδες μετά την αυτόματη αποβολή (Kulathilaka et al, 2016).

Σε μία άλλη μελέτη των Prommanart και συνεργατών (2004), 132 γυναίκες εκτιμήθηκαν μετά από μία προκλητή διακοπή κύησης όσον αφορά τη θλίψη. Συνολικά, 7 γυναίκες εμφάνισαν βαριά θλίψη (5,3%), 50 μέτριας βαρύτητας θλίψη (37,9%) και 75 ήπια θλίψη (56,8%). Στη μελέτη αυτή, το χαμηλό εισόδημα, η διάρκεια της κύησης > 16 εβδομάδες και η μέθοδος διακοπής συσχετίστηκαν με τη βαθμολογία στην κλίμακα PGS (Prommanart et al, 2004).

1.7.5.1 Η διαφορετικότητα της θεραπευτικής διακοπής της κύησης

Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να ξεχωρίσουμε την εμπειρία της αυτόματης αποβολής με την θεραπευτική διακοπή της κύησης ανά τρίμηνο. Αν και τα δυο γεγονότα αποδίδουν παρόμοιες ανταποκρίσεις, η γυναίκα που υποβάλλεται σε θεραπευτική διακοπή έρχεται αντιμέτωπη με την λήψη της απόφασης μέσω μιας διαλογιστικής διαδικασίας που αφορά τη συνέχιση ή τη διακοπή της κύησης (Carter et al, 2007; Kowalski, 1987). Η διακοπή της εγκυμοσύνης λόγω χρωμοσωμικών ή συγγενών ανωμαλιών, είναι δυνατό να αποτελέσει μία τόσο τραυματική εμπειρία για τη γυναίκα, ώστε να προκαλέσει ακόμα και την εκδήλωση έντονων ψυχολογικών

αντιδράσεων, παρόμοιων με εκείνων που εμφανίζονται μετά από απώλεια βιώσιμου εμβρύου (Kolker & Burke, 1993; Salvesen et al, 1997).

Είναι γεγονός ότι με την εξέλιξη των τεχνικών προγεννητικής διάγνωσης (βιοψία τροφοβλάστης, αμνιοπαρακέντηση κ.α), η διακοπή της εγκυμοσύνης λόγω ανίχνευσης χρωμοσωμικών ή συγγενών ανωμαλιών, απαντάται σε μεγαλύτερη συχνότητα απ'ότι παλαιότερα. Μετά το αρχικό σοκ της γνωστοποίησης της διάγνωσης, αρχίζει μια περίοδος αβεβαιότητας και άγχους για το ζευγάρι (McCoyd, 2007). Ακολουθεί μια σειρά από επισκέψεις σε εξειδικευμένους ιατρούς στο τομέα της εμβρυομητρικής ιατρικής καθώς επίσης και συζητήσεις σχετικά με την απόφαση του ζευγαριού για την συνέχιση ή τη διακοπή μιας ήδη προχωρημένης κύησης. Οι ενοχές είναι πολύ έντονες σ' εκείνες τις γυναίκες που πιστεύουν στο Θεό και έχουν ισχυρές ηθικές αναστολές γιατί θεωρούν την άμβλωση ως αμαρτία. Συχνό επίσης είναι το άγχος, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που η γυναίκα υποβάλλεται για πρώτη φορά σε διακοπή κύησης, η αγωνία και ο φόβος για πιθανές επιπτώσεις στην υγεία της, και ιδιαίτερα για μια πιθανή μελλοντική αδυναμία της για νέα σύλληψη (Συμεωνίδου-Καστανίδου, 1984). Μετά τον τερματισμό της κύησης εμφανίζονται υψηλά επίπεδα χαμηλής αυτοεκτίμησης και αμφιβολίας, ωστόσο, μόνο το 2,7% των συμμετεχόντων σε δυο έρευνες με σκοπό την ανάδειξη των μακροχρόνιων συνεπειών της θεραπευτικής διακοπής της κύησης εξέφρασαν τη λύπη τους για αυτή τους την απόφαση (Korenromp et al., 2009; Kersting et al., 2007). Στη μελέτη των Kersting και συνεργατών διαπίστωσαν πως μετά από 14 μήνες από την απώλεια το 14 % των γυναικών πληρούσαν πλήρως τα κριτήρια της επιλεγμένης θλίψης (Kersting et al., 2007). Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώθηκαν από τους Korenromp και συνεργάτες, οι

οποίοι τεκμηριώνουν ότι το 20% των γυναικών πάσχουν μέχρι και 1 έτος από επιπλεγμένη θλίψη μετά από μια τέτοια διαδικασία (Korenromp et al., 2009).

Στην έρευνα των Elder και Laurence (1991) το 80% του δείγματος των γυναικών που διέκοψε την εγκυμοσύνη στο 2^ο τρίμηνο βίωσε περιγεννητική θλίψη και το 25% δεν κατάφερε να ξεπεράσει την θλίψη ακόμα και μετά 6 μήνες από την διακοπή (Elder & Laurence, 1991). Οι περισσότεροι γονείς αισθάνονται αποτυχημένοι για τη σύλληψη ενός παιδιού με συγγενή δυσπλασία (Kolker & Burke, 1993). Παράγοντες που μπορεί να επιδεινώσουν τη θλίψη τους είναι, η απόφαση να ενημερώσουν τα πρόσωπα του άμεσου περιβάλλοντος, η οδύνη ότι στο διπλανό δωμάτιο της Αίθουσας Τοκετών, μια άλλη γυναίκα φέρνει στο κόσμο ένα υγιές παιδί, οι ώρες αναμονής μέχρι να ξεκινήσει ο τοκετός, οι παρενέργειες από τα φάρμακα πρόκλησης της θεραπευτικής διακοπής και τέλος, η πιθανότητα να χρειαστεί απόξεση της μήτρας λόγω παραμονής υπολειμμάτων της κύησης (Neidhardt, 1986). Σε ορισμένες περιπτώσεις, η κατάσταση αυτή ενδεχομένως να επιδεινωθεί τόσο, ώστε να οδηγήσει σε ψυχική νοσηρότητα (Zeanah et al, 1993).

1.7.5.2 Η χρονικότητα της απώλειας της κύησης

Ο τερματισμός της κύησης στο 2^ο τρίμηνο μπορεί να προκαλέσει ακόμα πιο έντονες ψυχολογικές αντιδράσεις σε σχέση με το τερματισμό κατά το 1^ο τρίμηνο. Στο πρώτο τρίμηνο οι γυναίκες δεν έχουν συνήθως βιώσει κινήσεις του εμβρύου, και η σχέση με το μωρό είναι μικρότερης διάρκειας από ό, τι στο δεύτερο τρίμηνο (Davies et al, 2005). Η πλειοψηφία των γυναικών περιγράφουν ως ιδιαίτερα συναισθηματικά

οδυνηρή εμπειρία την γέννηση κολπικά ενός νεκρού εμβρύου (Radestad et al, 1998; McCoyd, 2007). Σε έρευνα των Edler και συνεργατών το 1989, φάνηκε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών που υποβάλλονται σε θεραπευτική έκτρωση κατά το 2^ο τρίμηνο έρχεται αντιμέτωπο με αντιδράσεις έντονης θλίψης (78%). Από τις γυναίκες αυτές, το 20% διαπίστωσε ότι 6 μήνες μετά τη διακοπή της κύησης δεν είχε αντιμετωπίσει τα συναισθήματά του ενώ το 22% τα είχε αντιμετωπίσει εντελώς.

Παρόλα αυτά, το πένθος μετά την απώλεια δεν είναι αναγκαίο να είναι ανάλογα με τη διάρκεια της κύησης και του χρόνου που έχει επενδύσει η γυναίκα στην κύηση (Robinson et al., 1999). Πλέον, με την εισαγωγή των υπέρηχων, το έμβρυο γίνεται αντιληπτό ως ένα μωρό παρά ως ένα έμβρυο (Klier et al., 2002; Brier, 2008). Η θεωρία της προσκόλλησης μπορεί να δώσει εξηγήσεις ως προς τις ψυχολογικές αντιδράσεις σε αυτή τη περίπτωση (Seller et al, 1993). Βάσει της θεωρίας της προσκόλλησης του Bowlby (1982) που αναφέρεται στο συναισθηματικό δεσμό ανάμεσα στο βρέφος και το κύριο πρόσωπο που το φροντίζει, η αλυσίδα αυτή ξεκινάει από τη μητέρα, μεταβαίνει στους κοντινούς της ανθρώπους και προχωράει στο ευρύτερο περιβάλλον. Συνεπώς, κατά τη διακοπή της κύησης φανερώνεται το τέταρτο διακριτικό σημείο της θεωρίας της προσκόλλησης του Bowlby που είναι το άγχος του διαχωρισμού (Seperation Distress) (Bowlby, 1982). Τέλος, σημαντικό θα ήταν να αναφερθεί ότι το πένθος των γυναικών ορισμένες φορές ενδέχεται να είναι μια αντίδραση στην έλλειψη της ικανότητας των γυναικών για αναπαραγωγή κι εξέλιξη της οικογένειας (Robinson et al., 1999).

1.7.5.3 Η ψυχολογική προσαρμογή μετά απο απώλεια κήσης

Η θλίψη, η καταθλιπτική διάθεση, η ευερεθιστότητα, το άγχος και αλλαγές στη διατροφή και στις του συνήθειες ύπνου θεωρούνται όλα να είναι μέρος μιας φυσιολογικής αντίδρασης στη θλίψη (Farren et al., 2016). Τα συμπτώματα της οξείας θλίψης συνήθως υποχωρούν με το χρόνο και για τις περισσότερες γυναίκες, η ένταση έχει μειωθεί σημαντικά από 6 έως 12 μήνες μετά την απώλεια (Korenromp et al., 2007). Οι παθολογικές αντιδράσεις στο πένθος περιλαμβάνουν μείζονα κατάθλιψη, μετατραυματική διαταραχή στρες και επιπλεγμένη θλίψη (Stroebe et al., 2008). Τέτοιες ανταποκρίσεις στη θλίψη είναι πιο πιθανό να συμβούν σε γυναίκες με προϋπάρχουσα ψυχοπαθολογία. Έχει επανειλημμένα διαπιστωθεί ότι διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο επιπλεγμένης θλίψης (Hughes & Riches 2003; Korenromp et al., 2007; Radestad et al., 1998).

Προσαρμογή μετά το πένθος, εμπειρικά, φαίνεται να συμβαίνει μέσω μιας σειράς σταδίων (Maciejewski et al., 2007). Στη διαχρονική (longitudinal) μελέτη των Maciejewski και συνεργατών (2007), φάνηκε ότι υπό κανονικές συνθήκες πένθους, η θλίψης και η κατάθλιψη κορυφώνονται μέσα περίπου σε έξι μήνες από την απώλεια. Τα υψηλά επίπεδα της ενοχής μετά από αποβολή συχνά συμβάλλουν στην ανάπτυξη κατάθλιψης (Hall et al., 1987). Οι γυναίκες ίσως να αισθάνονται, ότι το σώμα τους απέτυχε και ότι η θηλυκότητά της υπομονεύεται (Frost & Condon, 1996). Η ενοχή μπορεί επίσης να είναι έντονη εάν μια μητέρα πιστεύει ότι τιμωρείται για κάποιο άσχετο γεγονός, όπως κάποια προηγούμενη άμβλωση.

Αυξημένα συμπτώματα άγχους μετά από αποβολή αναφέρονται σε διάφορες μελέτες (Janssen et al., 1996; Garel et al., 1992) ωστόσο το επίπεδο του άγχους μειώνεται

σταδιακά σε μια περίοδο 6 μηνών και είναι πιθανό να εξαλειφθεί σε περίπου 1 χρόνο μετά την απώλεια (Janssen et al., 1997). Πρόσφατα δεδομένα αποκαλύπτουν ότι περίπου 20% των γυναικών που υποβάλλονται σε προκλητή διακοπή κύησης εμφανίζουν σχετικές, μακροπρόθεσμες ψυχολογικές επιπλοκές όπως διαταραχή άγχους, κατάθλιψη και μετατραυματική διαταραχή στρες (Sz Makó, 2014).

Οι ψυχολογικές διαταραχές που σημειώνονται πριν και μετά την απώλεια κύησης φαίνεται να είναι σοβαρές ή να επιμένουν σε μια μειονότητα του 10% περίπου των γυναικών. Οι διαταραχές αυτές αποτελούνται κυρίως από το άγχος και την κατάθλιψη (Zolese et al, 1992). Οι ψυχώσεις είναι ασυνήθεις αφού σημειώνονται στο 0,0003% μόνο των περισσότερων των οποίων είναι καταγεγραμμένο προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό (Zolese et al, 1992). Η προχωρημένη κύηση και η απουσία ζωντανών παιδιών είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για εντονότερες αντιδράσεις θλίψης (Jansen et al., 1997). Γυναίκες με ψυχιατρικό ιστορικό, εκείνες με φτωχή κοινωνική / συντροφική στήριξη, ή εκείνες που ανήκουν σε κοινωνικοπολιτικές ομάδες κατά της άμβλωσης, είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο για δυσμενής ψυχολογικές αντιδράσεις σε σχέση με τις υπόλοιπες (Zolese et al, 1992).

1.7.5.4 Η ποιότητα της συντροφική σχέση ως καθοριστικός παράγοντας της ψυχολογικής έκβασης

Η απώλεια μιας κύησης σαφώς προκαλεί ψυχολογικό αντίδραση στη μητέρα, αλλά μπορεί επίσης να έχει και ξεχωριστό ψυχολογικό αντίκτυπο στον πατέρα, ασκώντας έτσι πίεση στη σχέση του ζευγαριού. Είναι μια περίοδος κατά την οποία η σχέση δοκιμάζεται και μπορεί να οδηγήσει σε οικογενειακή διάσταση και το διαζύγιο (Gold et al., 2010; Lang et al., 2011).

Το ζευγάρι βιώνει έντονα συναισθήματα που έχουν διάφορους τρόπους έκφρασης. Παραδοσιακά, οι άντρες δεν ενθαρρύνονται να εκφράζουν τα συναισθήματα τους τόσο ανοιχτά όσο οι γυναίκες. Για τη γυναίκα είναι κοινωνικά πιο αποδεκτό να ζητήσει υποστήριξη από την οικογένεια ή φίλους, σε αντίθεση με τον άντρα που το θεωρεί πιο δύσκολο να μιλήσει για αυτή τη κατάσταση και τα συναισθήματα του. Έτσι, καθίσταται ευερέθιστος και απόμακρος από τη σύντροφο του μη μπορώντας να μοιραστεί μαζί της τη θλίψη του (Robinson et al., 1999). Το στερεότυπο του πατέρα είναι αυτό του προστατευτικού οικογενειάρχη. Είναι αυτός που θα πρέπει να παραμένει αλώβητος, προστατευτικός και να φροντίζει για τα καθημερινά ζητήματα (McCoyd, 2007). Ο άντρας τις περισσότερες φορές αισθάνεται ένοχος και θυμωμένος γιατί δεν έχει τον έλεγχο για αυτό που συμβαίνει στο αγέννητο παιδί του και επίσης νιώθει ότι δεν έχει τη δύναμη να απαλύνει το πόνο της συντρόφου του (McCoyd, 2007). Συχνά, επειδή η προσοχή πέφτει στη μητέρα, είναι πιθανό ο πατέρας να αισθάνεται παραμελημένος, σε ότι αφορά τις δικές του ανησυχίες και συναισθήματα (Kolker & Burke, 1993). Μερικοί άντρες, αντιμετωπίζουν τον θρήνο τους μέσω της σιωπής, εξαγριώνοντας πολλές φορές τις συντρόφους τους. Φοβούμενοι ότι μπορεί

να πουν το λάθος πράγμα, πολλοί καταφεύγουν στο να μην πούνε τίποτα (Puddifoot and Johnson, 1997; Murphy, 1998)

Μια σειρά από ποσοτικές μελέτες συνέκριναν απαντήσεις σχετικά με τις αντιδράσεις θλίψης στους άντρες και στις γυναίκες μετά από περιγεννητική απώλεια και βρέθηκαν χαμηλότερα επίπεδα της θλίψης στους πατέρες. (Stinson et al., 1992; Wing et al, 2001; Beutel et al, 1996). Ο Beutel και συνεργάτες (1996), διαπίστωσαν ότι οι άνδρες θρηνούν λιγότερο σε ένταση και για μικρότερο χρονικό διάστημα σε σχέση με τη σύντροφό τους. Τα συμπτώματα του πένθους στους άντρες βρέθηκαν να είναι παρόμοια με εκείνα των γυναικών, σε αντίθεση όμως με τις γυναίκες οι άνδρες αναφέρουν ότι κλαίνει λιγότερο και έχουν μικρότερη ανάγκη να μιλήσουν για την απώλεια. Η έρευνα του Stinson και συνεργατών (1991) υποστηρίζει ότι οι υψηλότερες βαθμολογίες για την «Ενεργό θλίψη» στη κλίμακα PGS στις γυναίκες δείχνει ότι ο θρήνος (θλίψη, κλάμα) είναι πιο πολιτισμικά κατάλληλος για εκείνες, ενώ οι άνδρες που εκφράζουν τη θλίψη τους για την απώλεια μέσω της άρνησης είχαν υψηλότερες βαθμολογίες στην υποκλίμακα «Απόγνωση». Οι μηχανισμοί αντιμετώπισης της θλίψης διαφέρει ανάμεσα στο ζευγάρι και αυτό μπορεί να οδηγήσει σε σύγκρουση μέσα στη σχέση.

Φαίνεται ότι ο μεγαλύτερος κίνδυνος για μια σχέση μετά από περιγεννητική απώλεια παρουσιάζεται λόγω της «άνισης» συναισθηματικής αντίδρασης σχετικά με την απώλεια μεταξύ του ζευγαριού (Hutti et al., 1988; White-van Mourik et al, 1992). Οι γυναίκες ήταν πιο πιθανό να δουν την αποβολή ως την απώλεια ενός προσώπου ενώ οι άνδρες το αντιλαμβάνονταν απλά ως ένα λυπηρό γεγονός, αλλά όχι ως θάνατο. Η μεγαλύτερη ανησυχία των ανδρών μετά από την αποβολή τείνει να είναι η ευημερία των συντρόφου τους (Zeanah et al., 1995).

Στην έρευνα των Lauzon και συνεργατών (2000), εξετάστηκαν οι ψυχολογικές επιπτώσεις της θεραπευτικής διακοπής κύησης του 1^{ου} τριμήνου στα ζευγάρια. Οι παράγοντες που φάνηκαν να επηρεάζουν την αρνητική ψυχολογική έκβαση των ανδρών ήταν ο φόβος για τυχόν αρνητικές επιπτώσεις στη σχέση τους με τη σύντροφο και το άγχος που δημιουργεί ο πόνος μετά την επέμβαση στη σύντροφό τους (Lauzon et al, 2000).

Ο σκοπός της τυχαιοποιημένης ελεγχόμενης κλινικής δοκιμής της Swanson και συνεργατών (2008) ήταν να εξετάσει τη κατάθλιψη και της θλίψη κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους μετά από μια αποβολή και τις επιπτώσεις τριών παρεμβάσεων σε 301 ζευγάρια. Οι περισσότερες γυναίκες εξέφρασαν την επιθυμία να συζητήσουν την απώλεια της κύησης με τους συντρόφους τους, αλλά το 85% των ζευγαριών το κατάφερε σε περιορισμένο βαθμό. Η διαπροσωπική και η σεξουαλική απόσταση 1 χρόνο μετά την απώλεια έχει συσχετιστεί με την αποτυχία των ζευγαριών να μοιράζονται αμοιβαία τα συναισθήματα τους για το συμβάν (Swanson et al, 2008). Η έλλειψη υποστήριξης, τόσο γύρω από το χρόνο της αποβολής και μέχρι 2 χρόνια αργότερα, έχει συνδεθεί με αυξημένα επίπεδα άγχους στις γυναίκες (Toedter et al, 1988). Επιπλέον, η έλλειψη υποστήριξης από το κοινωνικό περιβάλλον και από τον σύντροφο σχετίζεται με πιο έντονη περιγεννητική θλίψη (Cuisinier et al., 1993; Lasker & Toedter, 1991).

Η McCoyd (2007), προκειμένου να εξετάσει εις βάθος τη σχέση των δυο φύλων μετά από περιγεννητική απώλεια, διεξήγαγε 30 συνεντεύξεις από γυναίκες που είχαν τερματίσει τη κύηση για διάφορους λόγους. Η συντριπτική πλειοψηφία εξέφρασε συναισθήματα έντονης θλίψης και ενοχής, τα όποια κορυφώθηκαν στις 3-6 εβδομάδες μετά την επέμβαση. Όσον αφορά τις αντιδράσεις των δύο φύλων, οι ρόλοι ήταν διακριτοί, με τους συντρόφους τους να έχουν ελάχιστη συναισθηματική

έκφραση, με κίνδυνο την αποξένωση αφού ο σύζυγος τους δεν ανταποκρίνονταν στις ανάγκες τους (McCoyd, 2007).

2. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχολογική επιβάρυνση μετά από απώλεια κύησης είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο, η συχνότητα του οποίου έχει αναγνωριστεί από ένα συχνά αυξανόμενο αριθμό μελετών (Hutti et al., 1998; Swanson et al., 2009). Η περίοδος από τη στιγμή που διαγιγνώσκεται έως τον τερματισμό της και το χρονικό διάστημα μετά την απώλεια, χαρακτηρίζεται από ποικίλες ψυχολογικές αντιδράσεις που έχουν αντίκτυπο τόσο στη γυναίκα όσο και στο ευρύτερο περιβάλλον της (Carter et al, 2007). Αρκετές έρευνες διεθνώς έχουν μελετήσει τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που σχετίζονται με την εκδήλωση της (Lasker and Toedter, 2000, Davies et al., 2005; Korenromp et al., 2009, Kersting et al., 2007; Geerinck-Vercammen & Kanhai, 2003). Παρόλα αυτά στην Ελλάδα δεν έχει μελετηθεί και δεν υπάρχουν στοιχεία σε αυτόν το τομέα.

2.2 Σκοπός της μελέτης

Ο σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνήσει την ψυχολογική επιβάρυνση των γυναικών μετά από διακοπή κύησης λόγω συγγενών ανωμαλιών, ανάλογα με το τρίμηνο κύησης, καθώς και η στάθμιση στην ελληνική γλώσσα της κλίμακας Perinatal Grief Scale (PGS).

Στόχοι της μελέτης είναι:

1. Να σταθμίσει και να εφαρμόσει στην ελληνική γλώσσα το αυτοσυμπληρώμενο ψυχομετρικό εργαλείο PGS για την ανίχνευση περιγεννητικής θλίψης.
2. Να μελετηθεί η ευαισθησία της κλίμακας PGS και των υπολοίπων ψυχομετρικών εργαλείων στην ανίχνευση της περιγεννητικής θλίψης και το συσχετισμό τους με τους υπόλοιπους παράγοντες κινδύνου.
3. Να εξετάσει τους παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με την περιγεννητική θλίψη (κοινωνικοοικονομικοί, βιολογικοί, σχετικοί με το μαιευτικό ιστορικό, ποιότητα της συντροφικής σχέσης, καταθλιπτική συμπτωματολογία κ.α)
4. Να εξετάσει το ρόλο διαφόρων παραγόντων κινδύνου, μέσω των αυτοσυμπληρούμενων ψυχομετρικών εργαλείων στην ανάπτυξη περιγεννητικής θλίψης, κατάθλιψης, άγχους και μετατραυματικής διαταραχής στρες.
5. Να εκτιμήσει την ψυχολογική επιβάρυνση σε τρεις διαφορετικές χρονικά φάσεις, α)την ημέρα της απώλειας, β)στις 6 εβδομάδες και γ)στους 6 μήνες μετά την απώλεια.

Ερευνητικά ερωτήματα

- Ποιοί παράγοντες διαδραματίζουν το σημαντικότερο ρόλο στην εκδήλωση περιγεννητικής θλίψης;
- Πόση είναι η ψυχολογική επιβάρυνση ανάλογα με το τρίμηνο κύησης;
- Ποιά είναι η διαφοροποίηση στις ψυχολογικές αντιδράσεις μέσα στο χρόνο;

2.3 ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

2.3.1 Η ερευνητική και μεθοδολογική προσέγγιση

Όπως έχει ήδη αναφερθεί η απώλεια κύησης είναι μια πολύ επίπονη διαδικασία σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο ώστε είναι δυνατόν να προκαλέσει ακόμα και την εκδήλωση έντονων ψυχολογικών μεταπτώσεων. Οι ψυχολογικές αντιδράσεις διαφέρουν από άτομο σε άτομο και εναλλάσσονται στο χρόνο (Korenromp et al., 2005; Iles & Gath, 1993). Η PGS έχει ελεγχθεί ως προς την εγκυρότητά της σαν εργαλείο διαλογής για τον εντοπισμό της περιγεννητικής θλίψης σε πολυάριθμες μελέτες στη διάρκεια των τελευταίων 30 ετών (Toedter et al., 2001). Στην Ελλάδα η απουσία ως τώρα κάποιας μελέτης με σκοπό τον έλεγχο εγκυρότητας και στάθμιση της κλίμακας αυτής στον ελληνικό πληθυσμό καθώς και τον προσδιορισμό των παραγόντων που επιδρούν στην εκδήλωση περιγεννητικής θλίψης, καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, άγχους και μετατραυματικής διαταραχής στρες μετά από απώλεια κύησης περιόριζε σημαντικά τη μελέτη και ανάδειξη του φαινομένου.

Στην παρούσα μελέτη, ο σχεδιασμός της έρευνας προέκυψε από τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης, από το προσωπικό υπόβαθρο της ερευνήτριας και από το πλήθος των ερευνών στον τομέα αυτό (Polit & Hungler, 1999). Βασική προϋπόθεση της ερευνήτριας ήταν η παρατήρηση του φαινομένου που εμφανίζονταν φυσικά, χωρίς καμία παρέμβαση. Προκειμένου να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα επιλέχθηκε η θετικιστική προσέγγιση (Polit & Hungler, 1999). Το συγκεκριμένο επιστημολογικό ρεύμα αποβλέπει στη συλλογή σταθερών και προβλέψιμων γνώσεων, ικανών να εξηγήσουν τον εξωτερικό κόσμο. Κατασκευάζει θεωρίες

αποτελούμενες από γενικές προτάσεις, που εκφράζουν κανονικότητες για τις οποίες έχει διαπιστωθεί ότι διέπουν τον κόσμο (νόμοι) (Κουζέλης & Ψυχοπαίδης, 1996). Ο ρόλος του ερευνητή περιορίζεται στη συλλογή και την ερμηνεία δεδομένων μέσω αντικειμενικής προσέγγισης με ελάχιστη αλληλεπίδραση με τους συμμετέχοντες στην έρευνα κατά τη διεξαγωγή της. Επίσης, τα ευρήματα της έρευνας είναι συνήθως παρατηρήσιμα και μετρήσιμα. Με άλλα λόγια, οι μελέτες με θετικιστική μοντέλο βασίζεται μόνο σε πραγματικά περιστατικά και να εξετάσει τον κόσμο να είναι εξωτερική και αντικειμενική (Polit & Hungler, 1999). Σκοπός της μέτρησης είναι η καταγραφή της κατανομής συγκεκριμένων παραμέτρων (μεταβλητές) και η αλληλοσυσχέτισή τους στη βάση της συχνότητας εμφάνισής τους. Για να είναι δυνατή μια τέτοια συσχέτιση που θα καταλήξει σε γενικεύσεις και σε αιτιακές σχέσεις, τόσο η συλλογή του υλικού όσο και η επεξεργασία του οφείλουν να πραγματοποιούνται κάτω από "αντικειμενικές" και "ουδέτερες" συνθήκες (Κουζέλης & Ψυχοπαίδης 1996).

Οι βασικές αρχές του θετικισμού μπορεί να συνοψιστεί ως εξής (Κουζέλης & Ψυχοπαίδης, 1996; Polit & Hungler, 1999):

- Η έρευνα θα πρέπει να εξηγήσει και να προβλέψει.
- Ύπαρξη μιας ενιαίας και σαφώς παρατηρήσιμης πραγματικότητας.
- Η πραγματικότητα αυτή μπορεί να γίνει γνωστή (να ανακαλυφθεί) με τη χρήση των κατάλληλων μέσων και εργαλείων.
- Σαφής διαχωρισμός μεταξύ παρατηρητή και παρατηρούμενου κόσμου. Θεωρεί πως η υποκειμενικότητα του ερευνητή δεν έχει θέση στην έρευνα, όταν, δε, υπεισέρχεται έχει διαστρεβλωτικές συνέπειες.

- Η επιστημονική έρευνα μπορεί και πρέπει να είναι απαλλαγμένη αξιών και θα πρέπει να κριθεί μόνο από τη λογική
- Η εξήγηση ενός γεγονότος πραγματοποιείται στον βαθμό που μπορούμε να δείξουμε πως το γεγονός αυτό αποτελεί περίπτωση ενός νόμου.
- Να εξασφαλίζεται η αξιοπιστία (reliability): η σταθερότητα του αποτελέσματος σε επαναληπτικές μετρήσεις υπό παρόμοιες συνθήκες.

Ακολουθώντας το έργο πολλών προγενέστερων ερευνητών σε αρκετές χώρες ανά τον κόσμο (Adolfsson & Larsson, 2006; Farren et al., 2016; Kersting et al., 2009), σχεδιάσαμε μια προοπτική μελέτη (prospective study) συλλογής δεδομένων η οποία ,μέσω επαναλαμβανόμενων μετρήσεων μίας ομάδας ανθρώπων (cohort) μας επέτρεψε να διαπιστώσουμε την αλλαγή του υπό έρευνα φαινομένου. Η έρευνα διεξάγεται σε πραγματικές συνθήκες, στο χώρο δράσης του φυσικού ή κοινωνικού φαινομένου και παρακολουθείται ως προς την εμφάνιση ή μη εμφάνιση συγκεκριμένων καταληκτικών σημείων ή μετρήσεων (Burnard & Morrison, 1994). Το είδος της επιστημονικής έρευνας επιλέχτηκε με βάση τη καταλληλότητα του να απαντήσει τα ερευνητικά ερωτήματα. Στη παρούσα έρευνα, η επιλογή του περιγραφικού τύπου μελέτης βασίστηκε στο ότι η περιγραφική έρευνα έχει ως κύριο σκοπό την περιγραφή φαινομένων και όχι την εξήγηση τους. Επίσης μας βοηθά να καθορίσουμε την συχνότητα με την οποία παρουσιάζεται ένα φαινόμενο και να κατατάξουν σε κατηγορίες τα στοιχεία που συγκεντρώνονται. Τα διαφορετικά ερευνητικά ερωτήματα εμπλέκουν το χρόνο και η ίδια πληροφορία συλλέγεται από μια ομάδα ανθρώπων σε διαφορετικές περιόδους (Polit & Hungler, 1999).

Ο σχεδιασμός επιλέχθηκε από τη γνώση της ερευνήτριας και το σύνολο των προηγούμενων ερευνών στο θέμα. Μετά την αναζήτηση οι περισσότερες έρευνες στον τομέα είχαν χρησιμοποιήσει μια ποσοτική προσέγγιση αντί της ποιοτικής (Burnard & Morrison, 1994). Η παράμετρος να διεξαχθεί μια ποιοτική έρευνα απορρίφθηκε διότι, η συλλογή δεδομένων και αναλυτικές διαδικασίες βασίζονται σε υποκειμενικές κρίσεις. Αυτό το είδος έρευνας συνήθως μειονεκτούν από την άποψη της αξιοπιστίας και της γενίκευσης των αποτελεσμάτων (Polit & Hungler, 1999).

Ο ορισμός της ποσοτικής προσέγγισης έχει μερικά από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά (Polit & Hungler, 1999):

- Υιοθετεί τη φιλοσοφία του θετικισμού
- συγκεντρώνει πληροφορίες για μια επιστημονική μελέτη (θετικιστική προσέγγιση)
- αναζητά σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών
- μετρά τα πράγματα και χρησιμοποιεί τα στατιστικά στοιχεία για να βγάλουν νόημα από τα δεδομένα που συγκεντρώνονται
- χρησιμοποιεί ψυχομετρικά εργαλεία και δομημένα τεστ και τελικά χρησιμοποιεί δοκιμές αξιοπιστίας.

Όπως και όλα τα είδη των προσεγγίσεων και των σχεδίων, η ποσοτική προσέγγιση έχει πλεονεκτήματα και τις αδυναμίες. Τα βασικά πλεονεκτήματα των ποσοτικών προσεγγίσεων είναι η γενίκευση, δεδομένου ότι συλλέγει ένα ευρύ φάσμα δεδομένων από μεγάλο αντιπροσωπευτικό δείγμα, η ακρίβεια και ο έλεγχος των εξωγενών μεταβλητών (Burnard & Morrison, 1994). Από την άλλη πλευρά, δυο από τα βασικά μειονεκτήματα είναι ότι με τη θέσπιση αυστηρών αντικειμενικών μετρήσεων, παρέχει

μόνο μια μερική άποψη των φαινομένων που διερευνήθηκαν (Polit & Hungler, 1999) και μερικές φορές όλοι εκείνοι που θα επιλεγούν δεν είναι βέβαιο ότι θα συμμετάσχουν, με το ποσοστό μη ανταπόκρισης να είναι περισσότερο από 10% (Gomm & Davies, 2000).

Η ποσοτική έρευνα αποσκοπεί στην συλλογή δεδομένων τα οποία μπορούν να ποσοτικοποιηθούν έτσι ώστε στη συνέχεια να καταστεί δυνατό να συγκριθούν με άλλα δεδομένα. Η στρωματοποιημένη δειγματοληψία επιδιώκει τη μεγαλύτερη αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος ως προς ορισμένα χαρακτηριστικά και έτσι επιτρέπει την γενίκευση των αποτελεσμάτων στον εκπροσωπούμενο πληθυσμό της έρευνας (Polit & Hungler, 1999). Στο στάδιο σχεδιασμού της έρευνας ο πληθυσμός χωρίστηκε σε στρώματα (strata). Τα στρώματα αυτά αποτελούν υποσύνολα του πληθυσμού μελέτης με συγκεκριμένες ιδιότητες. Από κάθε στρώμα έγινε μια ανεξάρτητη δειγματοληψία έτσι ώστε το τελικό δείγμα της έρευνας να περιέχει εκπροσώπους από κάθε διαφορετικό υποπληθυσμό (Burnard & Morrison, 1994). Προκειμένου να εξασφαλιστεί όσο το δυνατόν περισσότερο έγκυρων και αξιόπιστων πληροφοριών, η επιλογή των συμμετεχουσών έγινε από δυο διαφορετικά νοσοκομεία, ένα δημόσιο και ένα ιδιωτικό νοσοκομείο της Αθήνας και στη συνέχεια πάρθηκε ένα δείγμα των γυναικών εντός αυτών των νοσοκομείων. Σε μια δειγματοληπτική έρευνα, η επιλογή του δείγματος έχει ως κύριο σκοπό να αντιπροσωπεύσει τον πληθυσμό του ενδιαφέροντος (Sapsford & Abbott, 1994). Αυτα τα δυο νοσοκομεία ήταν στην Αθήνα, πρωτεύουσα της Ελλάδας, όπου συγκεντρώνεται το ήμισυ του ελληνικού πληθυσμού. Κάθε μία από αυτές τις μονάδες δεν εξυπηρετούν μόνο την Αθήνα, αλλά και ένα μεγάλο μέρος από την ελληνική επαρχία, συνεπώς, όποια είναι η αλήθεια του δείγματος θα είναι αληθινή και στο

σύνολο του πληθυσμού (Sapsford & Abbott, 1994). Το δείγμα της έρευνας κρίθηκε αντιπροσωπευτικό όσον αφορά τις δημογραφικές και ιατρικές παραμέτρους.

Με βάση το σχεδιασμό της έρευνας έγινε μια παραγοντική ανάλυση (Factor Analysis), η οποία ανήκει στην ευρύτερη ομάδα των πολυμεταβλητών στατιστικών μεθόδων. Πρόκειται για μια ευρέως διαδομένη τεχνική με εφαρμογές τόσο στην ψυχομετρία όσο στις κοινωνικές επιστήμες γενικότερα. Η παραγοντική ανάλυση έχει ως πρωταρχικό στόχο τον προσδιορισμό της βασικής δομής των συσχετίσεων ενός μεγάλου συνόλου μεταβλητών και τη δημιουργία υποσυνόλων αλληλένδετων μεταβλητών, που ονομάζονται παράγοντες (factors) και συγκεντρώνουν το μεγαλύτερο δυνατό κομμάτι πληροφορίας του συνόλου (Costello & Osborne, 2005). Στη παρούσα μελέτη έγινε επιβεβαιωτική (confirmatory) παραγοντική ανάλυση για τους παρακάτω λόγους (Stevens, 1996):

- Η επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση χρησιμοποιεί την ήδη υπάρχουσα γνώση από προηγούμενες έρευνες για τις σχέσεις των μεταβλητών και διερευνά αν οι παράγοντες προσαρμόζονται σωστά στην υπάρχουσα θεωρία.
- Για να επικυρώσει μία κλίμακα καθώς είναι πιο αξιόπιστη στη αξιολόγηση της εγκυρότητας εννοιολογικής κατασκευής της κλίμακας.
- Για να επιλεγεί από ένα μεγάλο σύνολο ένα υποσύνολο μεταβλητών, στο οποίο οι αρχικές μεταβλητές έχουν τις υψηλότερες συσχετίσεις με τους παράγοντες των κύριων συνιστωσών.
- Για να εντοπίσει ομάδες περιπτώσεων ή/και ακραίες τιμές.

- Για να ορίσει ομάδες δικτύωσης, καθορίζοντας ποια σύνολα ατόμων ομαδοποιούνται μαζί.

Δεν υπάρχει επιστημονική απάντηση στην ερώτηση πόσες περιπτώσεις απαιτούνται για την εκτέλεση παραγοντικής ανάλυσης, καθώς οι απόψεις δίστανται. Για τον υπολογισμό του μεγέθους του δείγματος στις περιπτώσεις των σταθμίσεων των ερωτηματολογίων υιοθετήθηκαν εμπειροτεχνικοί κανόνες (rules of thumb) που έχουν δημιουργηθεί από έμπειρους στατιστικούς που έχουν ασχοληθεί με την πολυπαραγοντική ανάλυση (Costello & Osborne, 2005). Από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας προκύπτει ότι θα πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον 10 περιπτώσεις για κάθε μια ερώτηση της κλίμακας που χρησιμοποιείται (αναλογία ατόμων/μεταβλητές) το οποίο εξακολουθεί να είναι ένας διαδεδομένος κανόνας που πολλοί ερευνητές χρησιμοποιούν εκ των προτέρων για τον προσδιορισμό του μέγεθους του δείγματος (Costello & Osborne, 2005). Η αναλογία ατόμων προς μεταβλητές δεν πρέπει είναι μικρότερη από 5:1 (Ραφτόπουλος & Θεοδοσοπούλου, 2002). Στη συγκεκριμένη μελέτη όπως και στη πλειοψηφία των μελετών οι ερευνητές πραγματοποίησαν αναλύσεις με την αναλογία συμμετέχοντα ανά ερώτηση 5:1 (Toedter et al., 2001; Adolfsson και Larsson, 2006; Yan et al., 2010; Korenromp et al., 2009, Kersting et al., 2007; Geerinck-Vercammen & Kanhai, 2003) και η οποία θεωρείται ικανοποιητική. Κατ'επέκταση το μέγεθος της παρούσας έρευνας κρίνεται αρκετό για την διεξαγωγή επιβεβαιωτικής πολυπαραγοντικής ανάλυσης.

2.3.2 Τα χαρακτηριστικά του δείγματος

Οι συμμετέχουσες της έρευνα προέρχονταν απο ενα δημόσιο (Αρεταίειο Νοσοκομείο) και ένα ιδιωτικό νοσοκομείο (Μαιευτήριο PEA) της Αθήνας, πρωτεύουσα της Ελλάδας. Το Αρεταίειο Νοσοκομείο και το Μαιευτήριο PEA, δεν εξυπηρετούν μόνο γυναίκες από την Αθήνα, αλλά και ένα μεγάλο μέρος γυναικών από την ελληνική επαρχία. Η μελέτη διεξήχθη από το Μάρτιο του 2014 έως τον Ιανουάριο του 2016.

Τα κριτήρια ένταξης ήταν:

- 1) ηλικία άνω των 18 ετών
- 2) να διαβάζουν και να γράφουν στην ελληνική γλώσσα
- 3) μονήρης κύηση
- 4) οι συμμετέχουσες ήταν άγνωστες στην ερευνήτρια
- 5) γυναίκες χωρίς μείζονα κοινωνικοοικονομικά, ιατρικά και ψυχιατρικά προβλήματα.

Γυναίκες που δεν ήταν Ελληνίδες αποκλείστηκαν από την έρευνα, δεδομένου ότι στόχος ήταν ο έλεγχος εγκυρότητας της κλίμακας στον Ελληνικό πληθυσμό, και οι πολιτισμικοί παράγοντες έχουν καθοριστική σημασία στις μελέτες ελέγχου αξιοπιστίας ψυχιατρικών εργαλείων διαλογής (Λεονάρδου, 2009).

Η αιτιολογία διακοπής της κύησης ήταν:

1. Αυτόματη αποβολή 1ου τριμήνου
2. Χρωμοσωμική ανωμαλία του εμβρύου
3. Συγγενής ανωμαλία του εμβρύου
4. Αυτόματη αποβολή 2ου τριμήνου

Ο τερματισμός της κύησης έγινε σύμφωνα με τα πρωτόκολλα της κάθε κλινικής.

Ανάλογα με τη κλινική περίπτωση τους προσφέρθηκε:

1. Προκλητή / Φαρμακευτική διακοπή κύησης (σε κυήσεις >12 εβδομάδων): Χορηγήθηκε μισοπροστόλη 800μg διακολπικά, υπογλώσσια ή δια στόματος, ακολουθούμενη από μισοπροστόλη 400μg κάθε 3 ώρες έως ότου επιτευχθεί η διακοπή.
2. Χειρουργική διακοπή κύησης (σε κυήσεις <12 εβδομάδων): Χορηγήθηκε κολπικώς 3 ώρες ή υπογλώσσια 2-3 ώρες πριν από την χειρουργική επέμβαση μισοπροστόλη 400 μικρογραμμάρια και ακλούθησε απόξεση και αναρρόφηση υπό γενική αναισθησία.

2.3.3 Ηθικά ζητήματα

Ένα από τα σημαντικότερα σημεία μίας έρευνας είναι να συλλέξει στοιχεία έχοντας σαν κύριο μέλημα τον σεβασμό και την αξιοπρέπεια καθώς και την προστασία των συμμετεχόντων (Smith, 1998). Η μελέτη διεξήχθη σύμφωνα με τους γενικούς κανόνες αρχών Ηθικής και Δεοντολογίας της Διακήρυξης του Helsinki (Polit &

Hungler, 1999). Το ερευνητικό πρωτόκολλο υποβλήθηκε στα 2 προαναφερθέντα μαιευτήρια, και εγκρίθηκε από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Αρετাইείου Νοσοκομείου Αθηνών και την Επιστημονική Επιτροπή του Ιδιωτικού Μαιευτηρίου ΡΕΑ.

Ένα έντυπο συγκατάθεσης και μια φόρμα ενημερωμένης επισυνάπτονταν μαζί με τα ερωτηματολόγια, τα οποία ενημέρωναν τις συμμετέχουσες για το σκοπό της μελέτης, τη δέσμευση για την εμπιστευτικότητα και την ανωνυμία, το δικαίωμα υπαναχώρησης και στοιχεία επικοινωνίας της ερευνήτριας. Το έντυπο συγκατάθεσης υπέγραφε κάθε γυναίκα που δέχονταν να συμμετάσχει στην έρευνα (Παράρτημα Ι).

2.3.4 Η Συλλογή του Δείγματος

Η συλλογή του δείγματος έγινε σε διάστημα 2 ετών (03/2013-02/2015). Ο πληθυσμός στόχος αποτελούνταν από γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε τερματισμό της κύησης σε οποιοδήποτε στάδιο της εγκυμοσύνης. Αρχικά προσεγγίστηκαν 190 γυναίκες, τη πρώτη μέρα τερματισμού της κύησης. Το ποσοστό μη ανταπόκρισης ήταν 9% και οφείλεται πρώτον, στην άρνηση των γυναικών να συμμετέχουν στη μελέτη και δεύτερον, 9 από τις γυναίκες που εντοπίστηκαν, 3 γυναίκες είχαν έκτοπη κύηση και 6 γυναίκες ήταν πέραν των 26 εβδομάδων κύησης, δείγμα μη αντιπροσωπευτικό για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Το τελικό δείγμα ήταν 176 γυναίκες, που είχαν υποβληθεί σε τερματισμό της κύησης μέχρι τις 26 εβδομάδες κύησης και το οποίο ήταν επαρκές.

2.3.5 Τα μεθοδολογικά εργαλεία

Χρησιμοποιήθηκαν ψυχομετρικά εργαλεία που έχουν χρησιμοποιηθεί για την ανίχνευση της επιλόχειας κατάθλιψης, άγχους (προσωρινό και μόνιμο), μετατραυματικού στρες και δυαδικής σχέσης (ποιότητα συντροφικής σχέσης) προκειμένου να προσδιοριστούν οι παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση περιγεννητικής θλίψης. Τα συγκεκριμένα ψυχομετρικά εργαλεία χρησιμοποιούνται συχνά σε μελέτες που αφορούν την ψυχολογική επιβάρυνση σε γυναίκες που βιώνουν απώλεια κύησης.

Πιο συγκεκριμένα, από κάθε συμμετέχουσα ζητήθηκε να συμπληρώσει τα παρακάτω επτά αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια:

1. το ερωτηματολόγιο με τα βασικά δημογραφικά στοιχεία, καθώς και ιατρικό, γυναικολογικό-μαιευτικό και ψυχιατρικό ιστορικό
2. τη Κλίμακα Επιλόχειας Κατάθλιψης Εδιμβούργου (EPDS) (Cox et al 1987).
3. τη Κλίμακα μέτρησης του άγχους του Spielberger (STAI) (Spielberger, 1987)
4. τη Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης στο Γενικό Νοσοκομείο (HADS) (Zigmond and Snaith, 1983)
5. τη Κλίμακα Δυαδικής Προσαρμογής (DAS) (Spanier, 1976),
6. τη Κλίμακα Μετατραυματικής Διαταραχής Άγχους (IES-R) (Weiss and Marmar, 1996)
7. τη Κλίμακα Περιγεννητικής Θλίψης (PGS) (Toedter et al, 1988).

Οι κλίμακες EPDS (Leonardou et al, 2009), STAI (Fountoulakis and Lykouras, 2009), HADS (Michopoulos et al, 2008), DAS (Πατεράκη & Ρούσση, 2011), και IES-R (Mystakidou et al, 2007) είναι μεταφρασμένες και πολιτισμικά προσαρμοσμένες στον ελληνικό πληθυσμό, δείχνοντας καλή αξιοπιστία (Παραρτήματα III, IV & V).

2.3.5.1 Περιγραφικά στοιχεία των κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν

Τα συγκεκριμένα ψυχομετρικά εργαλεία χρησιμοποιούνται συχνά σε μελέτες του εξωτερικού που αφορούν την ψυχολογική επιβάρυνση σε γυναίκες που βιώνουν απώλεια της κύησης (Davies et al, 2005; Korenromp et al, 2009; Kersting et al, 2007; Geerinck-vercammen & Kanhai, 2003). Τα βασικά πλεονεκτήματα της χρήσης αυτοσυμπληρώμενων ψυχομετρικών εργαλείων είναι ότι η διαδικασία είναι λιγότερο χρονοβόρα, δίνεται η δυνατότητα επιλογής μεγάλων δειγμάτων και η διαδικασία αξιολόγησης των στοιχείων δεν απαιτεί από τον ερευνητή να έχει ειδικές γνώσεις ψυχιατρικής (Kerlinger, 1986). Ωστόσο, υπάρχει ένα μειονέκτημα της χρήσης αυτοσυμπληρώμενων ψυχομετρικών εργαλείων δεδομένου ότι ο ερωτώμενος μπορεί να μην ερμηνεύσει επαρκώς το περιεχόμενο των ερωτήσεων και να απαντήσει σύμφωνα με ότι κατάλαβε χωρίς να αντιλαμβάνεται επακριβώς την ερώτηση (Tsuang et al, 1995). Επιπλέον, μπορεί να απαντήσουν σε μια ερώτηση χωρίς να κατανοήσουν το περιεχόμενο τους, μη θέλοντας με το τρόπο αυτό να δείξουν την άγνοια τους (Bradburn et al., 2004).

Προκειμένου να ελαχιστοποιήσουμε το σφάλμα των προκατειλημμένων απαντήσεων που προκύπτει από τη κλίση του ατόμου να παρουσιάζει τον εαυτό του σε ευνοϊκότερη θέση από αυτήν που βρίσκεται (Bradburn et al., 2004), τα ανώνυμα ψυχομετρικά εργαλεία χρησιμοποιήθηκαν μετά το τερματισμό της κύησης κατά την διάρκεια παραμονή των γυναικών στο τμήμα λεχωίδων. Επιπλέον μεταφέρονταν σε ένα ιδιωτικό δωμάτιο όπου πριν τη συμμετοχή τους στην έρευνα οι γυναίκες ενθαρρύνθηκαν από τη μαία που διεξήγε την έρευνα να εκφράσουν οποιαδήποτε ανησυχία και να είναι ειλικρινής για τα συναισθήματα τους. Κατόπιν ενημερώθηκαν

πλήρως προφορικά και γραπτώς σχετικά με το σκοπό της μελέτης, τα κριτήρια για την επιλογή των συμμετεχόντων, τα πιθανά οφέλη, τη δέσμευση για την εμπιστευτικότητα και ανωνυμία, το δικαίωμα υπαναχώρησης και τα στοιχεία επικοινωνίας. Εάν συμφωνούσαν να συμμετάσχουν, υπέγραφαν την εν γνώσει συναίνεση, την παρέδιδαν στην ερευνήτρια και συνέχιζαν τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων χωρίς τη παρουσία κάποιου. Κατόπιν, τοποθετούσαν τα ερωτηματολόγια σε ένα φάκελο και τον έριχναν σε ένα σφραγισμένο κουτί στο γραφείο της προϊσταμένης του τμήματος. Αυτή η στρατηγική συλλογής των ερωτηματολογίων (έμμεση) βελτίωσε το ποσοστό ανταπόκρισης (Barker, 1996).

Όλα τα δεδομένα που συλλέχθηκαν προστάτευαν την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα των γυναικών που συμμετέχουν σε αυτή τη μελέτη. Η ανωνυμία ήταν εγγυημένη ωστόσο, επειδή έπρεπε να επανεκτιμηθούν στις 6 εβδομάδες και 6 μήνες μετά την απώλεια, τους ζητήθηκε να συμπληρώσουν στο ερωτηματολόγιο των δημογραφικών το μικρό τους όνομα, το τηλέφωνο και το e-mail τους. Η τηλεφωνική υπενθύμιση έγινε με σκοπό την παρακίνηση των συμμετεχόντων να απαντήσουν τα ερωτηματολόγια και τελικά την αύξηση του ποσοστού ανταπόκρισης (Barker, 1996). Οι γυναίκες ρωτήθηκαν αν είχε υπάρξει οποιαδήποτε αλλαγή στην κατάσταση της συντροφικής σχέσης ή αν είχαν προσπαθήσει να συλλάβουν ή αν ήταν και πάλι έγκυες. Μετά το τέλος της εξάμηνης εκτίμησης, τα παραπάνω προσωπικά δεδομένα διαγράφονταν από τη βάση δεδομένων.

Η απώλεια της κύησης είναι μια διαδικασία με αβέβαιη τροχιά. Η επίδραση της απώλειας μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου (Farren et al., 2016 Korenromp et al., 2007). Έχοντας σαν γνώμονα το πόσο σημαντικός είναι ο χρόνος, για να έχουμε

έγκυρες μετρήσεις από τη μελέτη, συμπεριλάβαμε γυναίκες αμέσως μετά το τερματισμό της κύησης και παρέμεναν στο νοσοκομείο. Τα χρονικά σημεία (6 εβδομάδες και 6 μήνες μετά) επιλέχθηκαν ώστε για τις μετρήσεις να αποφευχθεί η πιθανή ημερομηνία τοκετού (το οποίο συνήθως είναι για το 1ο τρίμηνο μετά από 6-8 μήνες και για το 2ο τρίμηνο 3-4 μήνες) και η επέτειος της ημέρας της απώλειας, δύο εκ των οποίων ημερομηνιών αναμένεται ότι θα μπορούσε να επιδεινώσει την εκδήλωση συναισθηματικών αντιδράσεων (Hollins Martin & Forrest, 2013; Farren et al, 2016). Για την επανεκτίμηση προσεγγίσαμε τις ίδιες γυναίκες στις 6 εβδομάδες και 6 μήνες μετά την απώλεια, πρώτα τηλεφωνικά και κατόπιν αποστολή των ίδιων ερωτηματολογίων με την αρχική μέτρηση μέσω e-mail όπως είχε συζητηθεί και είχαν συναινέσει αρχικά. Τα ποσοστά συμμετοχής στις 6 εβδομάδες, ήταν 50% (88/176) και τους 6 μήνες, ανταποκρίθηκε το 27% (48/176) των γυναικών. Οι γυναίκες αρνήθηκαν την περαιτέρω συμμετοχή τους, κυρίως επικαλούμενες έλλειψη χρόνου και στο ότι δεν ήθελαν καμιά υπενθύμιση του γεγονότος. Η στατιστική ανάλυση που ακολούθησε δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των συμμετεχουσών και του ποσοστό υπαναχώρησης, ως προς βασικά δημογραφικά δεδομένα και τα σκορ των αρχικών κλιμάκων.

Οι χαμένες απαντήσεις (missing values) είναι ένα συνηθισμένο φαινόμενο στα δεδομένα, το οποίο μπορεί να προκληθεί από την άρνηση του ερωτώμενου να απαντήσει σε ορισμένες ερωτήσεις ή από λάθος κατά την καταχώρηση των απαντήσεων στην βάση δεδομένων. Προκειμένου να αντιμετωπιστεί αυτή η πρόκληση, προσδιορίστηκε η μορφή των σχέσεων που χαρακτηρίζουν το σύνολο των χαμένων τιμών κάνοντας μία προσπάθεια όσο το δυνατόν καλύτερης προσέγγισης της

αρχικής κατανομής εφαρμόζοντας τις κατάλληλες διορθώσεις έτσι ώστε να μην επηρεαστεί η γενίκευση των αποτελεσμάτων (Mueller, 2000) .

2.4 ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ ΚΑΙ ΈΛΕΓΧΟΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΤΗΣ PGS

2.4.1 Μετάφραση της κλίμακας

Η PGS εκδόθηκε για πρώτη φορά από τους Potvin και συνεργάτες το 1988 (Potvin et al., 1989). Πριν από τη διεξαγωγή της μετάφρασης, άδεια είχε ληφθεί από την Lori J. Toedter, ένας από τους δημιουργούς της PGS. Η διαδικασία της μετάφρασης έγινε σύμφωνα με τις διεθνείς μεθοδολογικές συστάσεις για τη γλωσσική και πολιτιστική προσαρμογή κλιμάκων σχετικών με την ποιότητα της ζωής (Acquadro et al., 1996) και ακολουθώντας τη μεθοδολογία που εφάρμοσαν άλλοι ερευνητές στην στάθμιση της κλίμακας σε διάφορες γλώσσες (Adolfsson and Larsson, 2006; Ratislavoná et al., 2015; Yan et al., 2010). Τα βήματα στη διαδικασία της μετάφρασης ήταν τα ακόλουθα:

1. Η πρώτη μετάφραση στην ελληνική γλώσσα έγινε από την ερευνήτρια, η οποία γνωρίζει άπταιστα αγγλικά και έχει εργαστεί και σπουδάσει για τέσσερα χρόνια στην Αγγλία, σε συνεργασία με μια ψυχολόγο, κάτοχο διδακτορικού διπλώματος στην Αγγλία, στο πεδίο της περιγεννητικής απώλειας και γνωρίζει άπταιστα αγγλικά.
2. Η τελική μετάφραση έγινε από έναν Αναπληρωτή Καθηγητή Μαιευτικής και Γυναικολογίας και η μετάφραση διαμορφώθηκε κατόπιν κοινής συναίνεσης.
3. Ένας Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής, που γνωρίζει άπταιστα την Αγγλική γλώσσα, και έχει επίσης ζήσει και εργαστεί στο εξωτερικό (Αμερική), μετέφρασε τη κλίμακα προκειμένου να τροποποιηθούν πτυχές της

γραμματικής, της γλωσσολογίας και των πολιτιστικών διαφορών στη διατύπωση των ερωτήσεων.

4. Η ελληνική έκδοση της κλίμακας μεταφράστηκε πίσω στα αγγλικά (αντίστροφη μετάφραση), από μια επαγγελματία μεταφράστρια στην αγγλική γλώσσα και αποστάλθηκαν σχόλια και παρατηρήσεις προκειμένου να ενσωματωθούν στη 2η εκδοχή του ελληνικού ερωτηματολογίου.
5. Τέλος, η ελληνική μετάφραση θεωρήθηκε ότι είναι σωστή και ισοδυναμεί με την αγγλική έκδοση.
6. Ακολούθησε πιλοτική έρευνα για τον έλεγχο αποδοχής αυτής της μετάφρασης με χορήγησή της σε λίγες γυναίκες για τις οποίες και έχει σχεδιαστεί.

2.4.2 Πιλοτική έρευνα

Η πιλοτική μελέτη διεξήχθη με σκοπό να εξασφαλιστεί ότι το ερωτηματολόγιο ήταν έγκυρο και αξιόπιστο. Μια πιλοτική μελέτη θα επιτρέψει τη δοκιμή του εργαλείου συλλογής δεδομένων (ερωτηματολόγιο) και προεπισκόπηση του είδους των δεδομένων που η μέθοδος θα συλλέξει πριν να χορηγηθεί στο κυρίως δείγμα. Στόχος της πιλοτικής έρευνας ήταν ο έλεγχος της αξιοπιστίας της κλίμακας PGS, ο εντοπισμός προβλημάτων που πιθανόν παρουσιάζει και η διερεύνηση της καταλληλότητας του σχεδίου έρευνας (Burnard & Morrison, 1994). Το δείγμα της πιλοτικής έρευνας ήταν 10 γυναίκες με διαφορετικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, οι οποίες είχαν βιώσει τερματισμό της κύησης σε οποιοδήποτε στάδιο της εγκυμοσύνης. Κατά την πιλοτική μελέτη χορηγήθηκαν στις γυναίκες τα εξής ερωτηματολόγια: α) το ερωτηματολόγιο με τα βασικά δημογραφικά στοιχεία, καθώς

και ιατρικό, γυναικολογικό και μαιευτικό ιστορικό β) τη κλίμακα EPDS, γ) τη κλίμακα STAI, γ) τη κλίμακα HADS, δ) τη κλίμακα DAS, ε) τη κλίμακα IES-R και στ) τη κλίμακα PGS.

Μετά τη συλλογή του υλικού, ζητήθηκε από τις συμμετέχουσες να αναφέρουν οποιαδήποτε λέξη ή έκφραση βρήκαν δύσκολο να κατανοήσουν ή τους φάνηκε προσβλητική. Επίσης, τους ζητήθηκε να κρίνουν τη σειρά χορήγησης των ερωτηματολογίων έτσι ώστε να εξασφαλιστεί όσο το δυνατόν λιγότερη κόπωση στη ρόη συμπλήρωσης τους. Αλλαγές πραγματοποιήθηκαν στο ερωτηματολόγιο με τα βασικά δημογραφικά στοιχεία, καθώς και ιατρικό, γυναικολογικό και μαιευτικό ιστορικό με στόχο να γίνουν πιο κατανοητές οι ερωτήσεις. Δεν έγινε καμία αλλαγή στην ελληνική έκδοση της PGS. Γενικότερα, από την πιλοτική έρευνα φάνηκε ότι ο αριθμός των ερωτηματολογίων που χορηγήθηκαν ήταν μεγάλος και η συμπλήρωση τους ορισμένες φορές κουραστική. Ωστόσο, στην κυρίως έρευνα αποφασίστηκε να μην παραλειφθεί καμία κλίμακα, καθώς βάση του αρχικού σχεδιασμού, θα υπήρχε η μέγιστη δυνατή αξιολόγηση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων κινδύνου.

Για την στατιστική ανάλυση και τον έλεγχο αξιοπιστίας της κλίμακας PGS της πιλοτικής μελέτης χρησιμοποιήθηκε το SPSS 19.0. Οι συντελεστές αξιοπιστίας (Cronbach's alpha coefficients) είχαν ως εξής: για τη συνολική κλίμακα ήταν ($\alpha = 0.88$) ενώ για τις τρεις υποκλίμακες ήταν: Ενεργή Θλίψη ($\alpha = 0.93$), Δυσκολία Αντιμετώπισης ($\alpha = 0.85$) και Απόγνωση ($\alpha = 0.91$).

2.4.3 Έλεγχος αξιοπιστίας/εγκυρότητας

Ο έλεγχος αξιοπιστίας/εγκυρότητας (validation) μιας κλίμακας περιλαμβάνει την αξιολόγηση της ευαισθησίας και της ειδικότητάς της. Η υψηλή ευαισθησία ενός τεστ σημαίνει ότι το τεστ αυτό δε χάνει περιπτώσεις πασχόντων, ενώ υψηλή ειδικότητα είναι ο αριθμός των ατόμων που σωστά ταυτοποιήθηκαν από την κλίμακα ως υγιή (Λεονάρδου, 2009).

Αξιοπιστία στην έρευνα σημαίνει συλλογής δεδομένων με τον ίδιο τρόπο από κάθε συμμετέχοντα (Burnard & Morrison, 1994). Για να επιτευχθεί αυτή η παράμετρος, θα πρέπει να διανεμηθεί το ίδιο ερωτηματολόγιο σε όλους τους συμμετέχοντες (σειρά των ερωτήσεων, επιλογές κλπ). Υπάρχει μια σειρά από διαφορετικές απόψεις στη στατιστική που σχετίζονται με την αξιοπιστία. Ένα από τα κύρια ζητήματα αφορά την εσωτερική συνοχή της κλίμακας. Αυτό αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο τα στοιχεία που συνθέτουν την κλίμακα "κολλάνε μαζί» (Pallant, 2001). Ένας από τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενους δείκτες εσωτερικής συνοχής είναι ο συντελεστής άλφα του Cronbach (Cronbach's alpha coefficient). Ο συντελεστής Cronbach's alpha για μια κλίμακα θα πρέπει να είναι πάνω από 0,7 (Pallant, 2001).

Η εγκυρότητα αναφέρεται στο εάν ή όχι μια μέθοδος μετρά αυτό που καθορίζεται να μετρά και η αξιοπιστία αναφέρεται στο κατά πόσον ή όχι μια μέθοδος μετρήσεων λειτουργεί με συνέπεια στην παραγωγή παρόμοιων αποτελεσμάτων σε παρόμοιες καταστάσεις (Burnard & Morrison, 1994).). Σύμφωνα με τους Polit και Hungler (1999) η αξιοπιστία και η εγκυρότητα δεν είναι εντελώς ανεξάρτητες ιδιότητες του οργάνου. Ένα εργαλείο μέτρησης που είναι αναξιόπιστο δεν μπορεί να είναι έγκυρο.

Η αξιολόγηση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας του εργαλείου όσον αφορά την ανίχνευση περιγεννητικής θλίψης εξετάστηκε με την χρήση επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης (CFA). Λεπτομερής περιγραφή γίνεται στο κεφάλαιο των αποτελεσμάτων.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1 ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΥΡΩΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ PGS

3.1.1 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 τον έλεγχο της καλής προσαρμογής της κλίμακας PGS στα δεδομένα χρησιμοποιήθηκε επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση (CFA) με διαδικασία μέγιστης πιθανοφάνειας. Η διακύμανση των latent constructs ήταν μονάδα και επιτράπηκε η συσχέτιση των παραγόντων. Χρησιμοποιήθηκαν πολλές προσεγγίσεις για την εκτίμηση της προσαρμογής των μοντέλων της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης, συμπεριλαμβανομένων των δεικτών καλής προσαρμογής CFI (comparative fit index), GFI (goodness of fit index), chi-square (χ^2) goodness of fit test και RMSEA (root mean square error of approximation) (Muller, 2000). Οι δείκτες CFI και GFI μπορούν να πάρουν τιμές από 0 έως 1, και θεωρείται ότι υπάρχει καλή προσαρμογή στα δεδομένα όταν είναι πάνω από 0,95 (Hu & Bentler, 1999). Τιμές του δείκτη RMSEA μικρότερες από 0.05 δείχνουν καλή προσαρμογή και τιμές μέχρι 0.08 δείχνουν αποδεκτή προσαρμογή (Hu & Bentler, 1999). Η εσωτερική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's α , με το 0,7 σαν όριο αποδεκτής αξιοπιστίας. Η εγκυρότητα ελέγχθηκε επίσης με τους

συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων του PGS και των κλιμάκων STAI, HADS και EPDS. Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η μεταβολή των διαστάσεων της PGS ελέγχθηκε με τη χρήση μεικτών γραμμικών μοντέλων (linear mixed models). Για τη σύγκριση των διαστάσεων της PGS μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test, ενώ μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA). Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι $0,05/\kappa$ (κ = αριθμός των συγκρίσεων). Για τον έλεγχο της σχέσης των διαστάσεων της PGS με τον αριθμό των προηγούμενων αποβολών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0 και το AMOS.

3.1.2 Αποτελέσματα

3.1.2.1 Περιγραφική στατιστική δείγματος

Τα δεδομένα από 176 γυναίκες αναλύθηκαν. Τα χαρακτηριστικά δείγματος φαίνονται στον πίνακα 1. Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 34,1 (SD = 5.2). Οι περισσότερες από τις συμμετέχουσες ήταν παντρεμένες (92%). Ο διάμεσος αριθμός των προηγούμενων κύσεων ήταν μια και 60 γυναίκες (34,0%) είχαν μια προηγούμενη αυτόματη αποβολή 1^{ου} τριμήνου.

3.2.2 Αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής

Οι μέσες τιμές και ο συντελεστής εσωτερικής συνάφειας Cronbach's alpha coefficients για τις υποκλίμακες PGS παρουσιάζονται στον Πίνακα 2. Όλες οι υποκλίμακες της PGS, υπερέβησαν το ελάχιστο πρότυπο αξιοπιστίας των 0,70. Η μέση βαθμολογία για "Active Grief" ήταν 31,47 (SD = 9.31), για "Difficulty Coping" ήταν 23,13 (SD = 7.54) και για "Despair" ήταν 21.07 (SD = 7.07).

3.2.3 Αποτελέσματα από την επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση

Όπως ορίζεται από τα αποτελέσματα της επιβεβαιωτικής παραγοντικής ανάλυσης η 3-διαστάσεων μοντέλο τοποθετηθεί τα δεδομένα καλά. Οι τιμές RMSEA, CFI και GFI ήταν 0.054, 0.953 και 0.931, αντίστοιχα. Οι παραγοντικές φορτίσεις ήταν υψηλές και κυμαίνονται από 0,61 - 0,88 υποδεικνύοντας μία ισχυρή σύνδεση μεταξύ των λανθανόντων παραγόντων και των αντίστοιχων στοιχείων τους.

3.2.4 Συγκλίνουσα εγκυρότητα

Ο συντελεστή συσχέτισης Pearson μεταξύ των σκορ των υποκλιμάκων της PGS και των σκορ των κλιμάκων EPDS, STAI και HADS παρουσιάζονται στο πίνακα 3. Διαπιστώθηκε μια σημαντική και θετική συσχέτιση μεταξύ όλων των προαναφερθέντων υποκλιμάκων. Συνεπώς, περισσότερα συμπτώματα περιγεννητικής θλίψη συνδέονται με περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης. Ομοίως, περισσότερα συμπτώματα προσωρινού και μόνιμου άγχους σχετίζονται με περισσότερα συμπτώματα περιγεννητικής θλίψη. Επίσης, περισσότερα συμπτώματα

κατάθλιψης ή άγχους με βάση κλίμακα HADS συσχετίζονται με περισσότερα συμπτώματα περιγεννητικής θλίψης.

3.2.5 Διακύμανση αλλαγής

Οι αλλαγές στην PGS κλίμακες κατά τη διάρκεια της περιόδου παρακολούθησης παρουσιάζονται στον πίνακα 4. Το "Active Grief" σκορ και «Difficulty Coping " σκορ είχαν μειωθεί σημαντικά κατά τη διάρκεια της περιόδου παρακολούθησης των έξι μηνών. Πιο συγκεκριμένα, "Active Grief" σκορ και «Difficulty Coping” σκορ μειώθηκαν σημαντικά από τις πρώτες έξι εβδομάδες. Η κλίμακα “Despair” παρέμεινε αμετάβλητη κατά τους έξι μήνες παρακολούθησης.

3.2.6 Συσχέτιση της PGS με την ηλικία κύησης κατά τον τερματισμό της, την αιτιολογία διακοπής της κύησης και των αριθμό προηγούμενων αποβολών

Ο Πίνακας 5 παρουσιάζει τη συσχέτιση της PGS με την ηλικία κύησης κατά τον τερματισμό της, την αιτιολογία διακοπής της κύησης και των αριθμό προηγούμενων αποβολών. Τα σκορ σε όλες τις PGS υποκλίμακες ήταν σημαντικά μεγαλύτερα όταν η ηλικία κύησης κατά τον τερματισμό της ήταν περισσότερο από 12 εβδομάδες. Επίσης, το "Active Grief" σκορ συσχετιζόταν θετικά με τον αριθμό των προηγούμενων αποβολών. Επιπλέον, όλοι οι PGS υποκλίμακες είχαν σημαντικά μεγαλύτερα σκορ στις περιπτώσεις που η διακοπή γίνονταν λόγω χρωμοσωμικής ανωμαλίας ή αυτόματης αποβολής 2ου τριμήνου σε σύγκριση με τις περιπτώσεις αυτόματης αποβολής 1ου τριμήνου.

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά του δείγματος

	N (%)
Ηλικία, mean (SD)	34.1 (5.2)
Οικογενειακή κατάσταση	
Μη παντρεμένος / Διαζευγμένος	14 (8.0)
Παντρεύτηκε	162 (92.0)
Εκπαιδευτικό επίπεδο	
Πρωτοβάθμια / Δευτεροβάθμια	43 (24.4)
ΙΕΚ	37 (21.0)
Τριτοβάθμια / Μεταπτυχιακές Σπουδές	96 (54.5)
Δεν προηγούμενων κυήσεων, median(IQR)	1 (0 - 2)
Δεν προηγούμενων αποβολών, median(IQR)	0 (0 - 1)
Σύλληψη	
Φυσική	162 (92.0)
Υποβοηθούμενη	14 (8.0)
Ηλικία κύησης (εβδομάδες)	
<=12	105 (59.7)
>12	71 (40.3)

Ηλικία κύησης (εβδομάδες), mean (SD)	12.5 (6.7)
--------------------------------------	------------

Αιτιολογία διακοπής κύησης

Αυτόματη Αποβολή 1ο τρίμηνο	92 (52.3)
-----------------------------	-----------

Χρωμοσωμική Ανωμαλία	30 (17.0)
----------------------	-----------

Συγγενής Ανωμαλία	19 (10.8)
-------------------	-----------

Αυτόματη Αποβολή 2ο τρίμηνο	35 (19.9)
-----------------------------	-----------

Πίνακας 2. Περιγραφικά στατιστικά της PGS υποκλίμακες και οι συντελεστές Cronbach α

	Minimum	Maximum	Mean	SD	Cronbach's a
Active grief	11.00	51.00	31.47	9.31	0.90
Difficulty Coping	11.00	41.00	23.13	7.54	0.82
Despair	11.00	41.00	21.07	7.07	0.88

Πίνακας 3. Συσχετίσεις της PGS και των σκορ των κλιμάκων EPDS, STAI και HADS κλίμακες

	Active grief	Difficulty Coping	Despair
EPDS score	0.48	0.53	0.43
STATE score	0.57	0.61	0.47
TRAIT score	0.34	0.47	0.43
Depression score (HADS)	0.50	0.65	0.48
Anxiety score (HADS)	0.34	0.51	0.41
Σημείωση: Όλοι οι συντελεστές είχαν $p < 0.001$			

Πίνακας 4. Αλλαγές της PGS κλίμακας κατά τη διάρκεια της περιόδου παρακολούθησης

	1 ^η μέτρηση ^A	6 εβδομάδες ^B	6 μήνες ^C	Αλλαγή				
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	P*	P*	P*	P**
					A vs B	B vs C	A vs C	
Active grief	31.47 (9.31)	27.25 (11.07)	26.68 (11.21)	-4.79 (9.34)	<0.001	0.018	<0.001	<0.001
Difficulty Coping	23.13 (7.54)	19.59 (7.06)	20 (7.57)	-3.13 (7.67)	<0.001	0.141	<0.001	<0.001
Despair	21.07 (7.07)	19.48 (8.36)	21.09 (9.45)	0.02 (8.00)	0.439	0.742	0.340	0.243

Πίνακας 5. Συσχέτιση της PGS με την ηλικία κύησης κατά τον τερματισμό της, την αιτιολογία διακοπής της κύησης και των αριθμό προηγούμενων αποβολών

		Active grief		Difficulty Coping		Despair	
		Μέση τιμή (SD)	P	Μέση τιμή (SD)	P	Μέση τιμή (SD)	P
Αιτιολογία διακοπής κύησης	Αυτόματη Αποβολή 1ο τρίμηνο	28.09 (9.05)	<0.001*	20.64 (6.73)	<0.001*	19.08 (5.67)	0.001*
	Χρωμοσωμική Ανωμαλία	36.23 (8.89)		26.1 (9.13)		23.53 (8.5)	
	Συγγενής Ανωμαλία	30.00 (6.73)		23.63 (6.99)		21.05 (5.81)	
	Αυτόματη Αποβολή 2ο τρίμηνο	36.37 (7.73)		26.59 (6.01)		23.71 (8.06)	
Αριθμός προηγούμενων αποβολών, r (P)		0.22 (0.004)	0.004**	0.07 (0.385)	0.385**	0.07 (0.379)	0.379**
Ηλικία κατά τον τερματισμό της (εβδομάδες)	≤12	28.82 (8.78)	<0.001***	21.01 (6.55)	<0.001***	19.73 (5.80)	0.004***
	>12	35.13 (8.80)		26.16 (7.86)		22.89 (8.19)	

*ANOVA, **Spearman's r, ***Student's t-test

3.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.2.1 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 τον έλεγχο της σχέσης μεταξύ των διαφόρων κλιμάκων κατά την αρχική μέτρηση χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5 (Hu & Bentler, 1999). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις διάφορες κλίμακες κατά την αρχική μέτρηση από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE) (Muller, 2000). Η συμμεταβολή των κλιμάκων στο χρόνο παρακολούθησης καθώς και η μεταβολή των κλιμάκων λαμβάνοντας υπόψη το χρόνο, τα δημογραφικά και άλλα στοιχεία των συμμετεχουσών καθώς και τις υπόλοιπες κλίμακες ελέγχθηκε με τη χρήση μεικτών γραμμικών μοντέλων (linear mixed models) από τα οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Ελέγχθηκε και η αλληλεπίδραση χρόνου και λοιπών παραγόντων. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν τα στατιστικά προγράμματα SPSS 19.0 και STATA 11.0.

3.2.2 Χαρακτηριστικά του δείγματος

Το δείγμα αποτελείται από 176 γυναίκες με μέση ηλικία τα 34,1 έτη (SD=5,2 έτη).

Στον πίνακα 6 δίνονται δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών.

Πίνακας 6. Δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών

		N	%
Ηλικία, μέση τιμή (SD)		34,1 (5,2)	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμη	12	6,8
	Έγγαμη	133	75,6
	Σε σχέση συμβίωσης	29	16,5
	Σε διάσταση	1	0,6
	Διαζευγμένη	1	0,6
Εκπαίδευση	Πρωτοβάθμια	1	0,6
	Δευτεροβάθμια	42	23,9
	IEK	37	21,0
	Τριτοβάθμια	77	43,8
	Μεταπτυχιακές σπουδές	19	10,8
Επαγγελματική κατάσταση	Δημόσιος Υπάλληλος	57	32,4
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	55	31,3
	Ελ. Επαγγελματίας	13	7,4
	Οικιακά	13	7,4
	Άνεργη	35	19,9
	Άλλο	3	1,7
Αριθμός παιδιών, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		0,7 (0,9)	0 (0 - 1)

Το 75,6% των συμμετεχουσών ήταν έγγαμες. Ακόμα, το 43,8% ήταν τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και το 32,4% ήταν δημόσιοι υπάλληλοι. Ο διάμεσος αριθμός παιδιών ήταν 0 (0-1). Στον πίνακα 7 δίνονται τα στοιχεία που αφορούν στο γυναικολογικό ιστορικό των συμμετεχουσών.

Πίνακας 7. Στοιχεία που αφορούν στο γυναικολογικό ιστορικό των συμμετεχουσών.

		N	%
Αριθμός προηγούμενων κύσεων, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		1,4 (1,3)	1 (0 - 2)
Αριθμός προηγούμενων αποβολών, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		0,5 (0,9)	0 (0 - 1)
Αριθμός προηγούμενων εκτρώσεων, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		0,3 (0,7)	0 (0 - 0)
Αίτιο προηγούμενων διακοπών κύησης	Ανεπιθύμητη κύηση	32	36,0
	Συγγενείς ανωμαλίες	1	1,1
	Παλινδρομη κύηση	56	62,9
Κύηση προγραμματισμένη	Όχι	62	35,2
	Ναι	114	64,8
Σύλληψη	Φυσική	162	92,0
	Υποβοηθούμενη	14	8,0
Εβδομάδες κύησης, μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)		12,5 (6,7)	10 (8 - 16)
Μέθοδος διακοπής κύησης	Χειρουργική	100	56,8
	Προκλητή	76	43,2
Η διακοπή κύησης έγινε σε	Ιδιωτικό μαιευτήριο	34	19,3
	Δημόσιο μαιευτήριο	142	80,7
Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ποιά προβλήματα αντιμετωπίσατε	Υπερέμεση	4	2,3
	Ναυτία	63	35,8
	Διαβήτης κύησης	1	0,6
	Υπέρταση κύησης	0	0,0
	Αποκόλληση πλακούντα	9	5,1
	Συσπάσεις μήτρας	18	10,2
	Λοίμωξη	7	4,0
	Κανένα πρόβλημα	101	57,4
Χρειαστήκατε ποτέ υποστήριξη από ψυχολόγο / ψυχίατρο για κάποιο πρόβλημα σας στο παρελθόν	Όχι	145	82,4
	Ναι	31	17,6
Εάν ναι τι είδους ψυχολογικό πρόβλημα είχατε	Άγχος	19	61,3
	Κατάθλιψη	8	25,8
	Άλλο	4	12,9
Έχετε λάβει ποτέ φαρμακευτική αγωγή για άγχος / κατάθλιψη ή άλλο ψυχολογικό πρόβλημα	Όχι	164	93,2
	Ναι	12	6,8
Αιτιολογία διακοπής κύησης	Αυτόματη Αποβολή 1ο τρίμηνο	92	52,3
	Χρωμοσωμική Ανωμαλία	30	17,0
	Συγγενής Ανωμαλία	19	10,8
	Αυτόματη Αποβολή 2ο τρίμηνο	35	19,9

Το 50,0% των συμμετεχουσών είχε τουλάχιστον 1 προηγούμενη κύηση. Το 62,9% των συμμετεχουσών είχαν διακόψει την προηγούμενη κύηση λόγω αυτόματης αποβολής 1^{ου} τριμήνου. Στο 64,8% των περιπτώσεων η κύηση ήταν προγραμματισμένη και στο 92,0% η σύλληψη ήταν φυσική. Η μέση διάρκεια κύησης ήταν 12,5 εβδομάδες (SD=6,7 εβδομάδες). Στο 56,8% των περιπτώσεων η διακοπή της κύησης έγινε χειρουργικά και στο 80,7% των περιπτώσεων έγινε σε δημόσιο νοσοκομείο. Το συχνότερο πρόβλημα που αντιμετώπισαν κατά την εγκυμοσύνη ήταν η ναυτία σε ποσοστό 35,8% και ακολουθούν οι συσπάσεις της μήτρας σε ποσοστό 10,2%. Οι περισσότερες (57,4%) δεν αντιμετώπισαν κανένα πρόβλημα. Το 17,6% των συμμετεχουσών είχαν χρειαστεί υποστήριξη από ψυχολόγο/ψυχίατρο και το 6,8% είχε λάβει φαρμακευτική αγωγή για άγχος/κατάθλιψη ή άλλο ψυχολογικό πρόβλημα. Στο 52,3% των περιπτώσεων διεκόπη η κύηση εξαιτίας αυτόματης αποβολής 1ου τριμήνου και στο 19,9% έγινε αυτόματη αποβολή 2ου τριμήνου.

3.2.3 Μεταβολές στις κλίμακες της μελέτης όπως αποτιμήθηκαν στις τρεις χρονικές περιόδους

Στον πίνακα 8 που ακολουθεί δίνονται οι μεταβολές στις κλίμακες της μελέτης.

Πίνακας 8. Οι μεταβολές στις κλίμακες της μελέτης.

	Αρχική μέτρηση ^A	6 εβδομάδες ^B		6 μήνες ^Γ	Μεταβολή συνολική	P*	P*	P*	P**
	Μέση τιμή (SD)	Μέση (SD)	τιμή	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	A vs B	B vs Γ	A vs Γ	
Βαθμολογία κατάθλιψης (EPDS)	10,26 (5,90)	8,25 (6,29)		6,88 (5,15)	-3,38 (5,96)	0,045	<0,001	<0,001	<0,001
STAI									
Κλίμακα προσωρινού άγχους (STATE)	50,87 (11,37)	47,87 (15,81)		47,09 (10,63)	-3,78 (14,71)	0,238	0,188	0,002	0,004
Κλίμακα μόνιμου άγχους (TRAIT)	42,78 (7,33)	41,79 (7,95)		41,64 (7,84)	-1,14 (8,59)	0,625	0,069	0,014	0,011
HADS									
Βαθμολογία κατάθλιψης	6,08 (4,19)	5,79 (4,36)		4,96 (3,2)	-1,12 (4,56)	0,805	<0,001	<0,001	<0,001
Βαθμολογία άγχους	6,55 (4,52)	6,6 (4,72)		5,96 (4,66)	-0,59 (5,18)	0,963	0,078	0,068	0,062
IES-r									
Avoidance (IES-r)	1,64 (0,90)	1,20 (1,09)		1,35 (1,24)	-0,29 (1,06)	<0,001	0,281	<0,001	<0,001
Intrusion (IES-r)	1,77 (1,00)	1,38 (1,13)		1,36 (1,06)	-0,41 (1,16)	<0,001	0,041	<0,001	<0,001
Hyperarousal (IES-r)	1,37 (1,03)	0,80 (1,02)		0,96 (1,13)	-0,41 (1,11)	<0,001	0,016	<0,001	<0,001
Κλίμακα περιγεννητικής θλίψης (PGS)									
Ενεργή Θλίψη	31,47 (9,31)	27,25 (11,07)		26,68 (11,21)	-4,79 (9,34)	<0,001	0,018	<0,001	<0,001
Δυσκολία Αντιμετώπισης	23,13 (7,54)	19,59 (7,06)		20,00 (7,57)	-3,13 (7,67)	<0,001	0,141	<0,001	<0,001
Απόγνωση	21,07 (7,07)	19,48 (8,36)		21,09 (9,45)	0,02 (8,00)	0,439	0,742	0,340	0,243
DAS									
Dyadic consensus	54,09 (6,18)	54,39 (6,27)		51,73 (6,34)	-2,36 (6,21)	0,472	0,343	0,133	0,121
Affectional expression	10,06 (1,59)	9,21 (1,60)		9,12 (1,56)	-0,94 (2,37)	<0,001	0,970	<0,001	<0,001
Dyadic satisfaction	39,30 (5,14)	39,07 (5,28)		37,88 (5,75)	-1,42 (5,91)	0,057	0,927	0,136	0,217
Dyadic cohesion	17,33 (3,87)	17,46 (3,68)		17,19 (3,62)	-0,14 (4,29)	0,913	0,355	0,319	0,275
DAS total score	120,51 (13,31)	120,14 (14,28)		116,24 (13,76)	-4,27 (15,24)	0,055	0,994	0,218	0,306

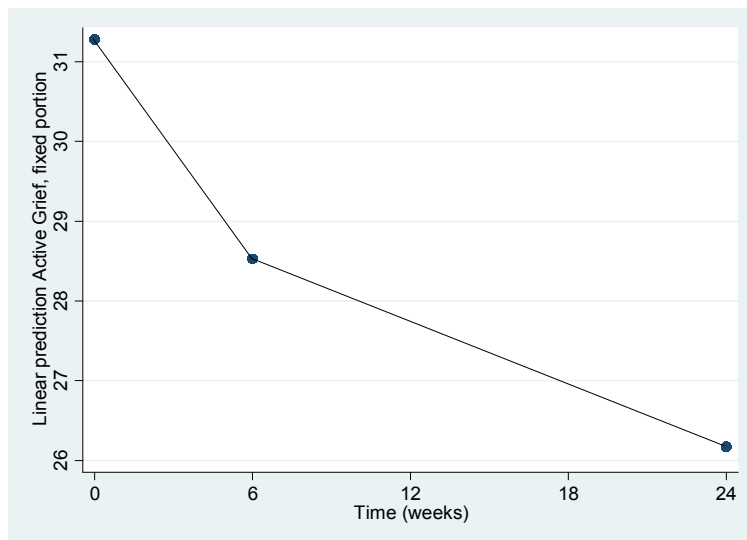
Υπήρξε σημαντική μεταβολή στην κλίμακα επιλόχειας κατάθλιψης από την αρχική μέτρηση μέχρι τους 6 μήνες. Συγκεκριμένα, η βαθμολογία ήταν σημαντικά χαμηλότερη στους 6 μήνες, που υποδηλώνει λιγότερα συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης, συγκριτικά τόσο με την αρχική μέτρηση όσο και με τη μέτρηση στις 6 εβδομάδες. Επίσης, οι βαθμολογίες στις κλίμακες προσωρινού και μόνιμου άγχους μειώθηκαν σημαντικά από την αρχική μέτρηση μέχρι τους 6 μήνες. Η βαθμολογία κατάθλιψης (HADS) μειώθηκε σημαντικά από τις 6 εβδομάδες στους 6 μήνες καθώς και από την αρχική μέτρηση μέχρι τους 6 μήνες. Η βαθμολογία άγχους (HADS) δεν μεταβλήθηκε σημαντικά στην πορεία του χρόνου.

Ακόμα, υπήρξε σημαντική μεταβολή σε όλες τις διαστάσεις του ερωτηματολογίου IES-R. Συγκεκριμένα, η βαθμολογία στη διάσταση «Avoidance» μειώθηκε σημαντικά από την αρχική μέτρηση μέχρι τις 6 εβδομάδες καθώς και από την αρχική μέτρηση μέχρι τους 6 μήνες. Οι βαθμολογίες στις διαστάσεις «Intrusion» και «Hyperarousal» μειώθηκαν σημαντικά τόσο μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων όσο και από την αρχική μέτρηση μέχρι τους 6 μήνες.

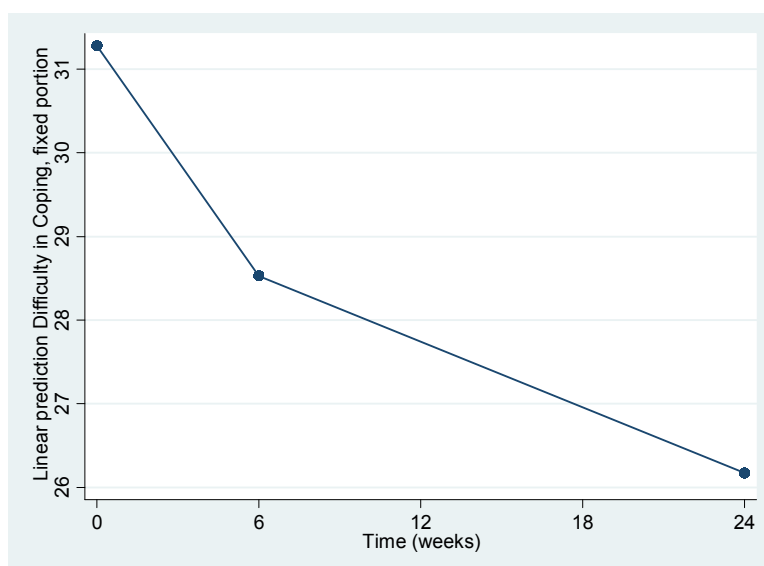
Όμοια, η βαθμολογία στη διάσταση «Ενεργή Θλίψη» μειώθηκε σημαντικά τόσο μεταξύ των διαδοχικών μετρήσεων όσο και από την αρχική μέτρηση μέχρι τους 6 μήνες, που υποδηλώνει μείωση της ενεργής θλίψης. Η βαθμολογία στη διάσταση «Δυσκολία Αντιμετώπισης» μειώθηκε σημαντικά από την αρχική μέτρηση μέχρι τις 6 εβδομάδες καθώς και από την αρχική μέτρηση μέχρι τους 6 μήνες ενώ δεν υπήρξε σημαντική διαφορά μεταξύ των μετρήσεων στις 6 εβδομάδες και στους 6 μήνες. Η βαθμολογία στη διάσταση «Απόγνωση» δε μεταβλήθηκε καθόλου στο χρόνο παρακολούθησης.

Αναφορικά με την κλίμακα DAS, βρέθηκε σημαντική μεταβολή μόνο στη διάσταση «Affectional expression», στην οποία σημειώθηκε σημαντική μείωση από την αρχική μέτρηση μέχρι τις 6 εβδομάδες καθώς και από την αρχική μέτρηση μέχρι τους 6 μήνες ενώ δεν υπήρξε σημαντική διαφορά μεταξύ των μετρήσεων στις 6 εβδομάδες και στους 6 μήνες.

Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη βαθμολογία της κλίμακας «Ενεργή Θλίψη» στο χρόνο παρακολούθησης.



Στο γράφημα που ακολουθεί δίνεται η μεταβολή στη βαθμολογία της κλίμακας «Δυσκολία Αντιμετώπισης» στο χρόνο παρακολούθησης.



3.2.4 Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβολών των κλιμάκων της μελέτης

Οι συµµεταβολές της κλίµακας επιλόχειας κατάθλιψης µε τις υπόλοιπες κλίµακες της µελέτης, δίνονται στον πίνακα 9.

Πίνακας 9. Οι συµµεταβολές της κλίµακας επιλόχειας κατάθλιψης µε τις υπόλοιπες κλίµακες της µελέτης.

	Βαθμολογία ε κατάθλιψης (EPDS)
	β (SE) ⁺
STAI	
Κλίµακα προσωρινού άγχους (STATE)	0,24 (0,02)***
Κλίµακα μόνιμου άγχους (TRAIT)	0,39 (0,04)***
HADS	
Βαθμολογία κατάθλιψης (HADS)	0,94 (0,07)***
Βαθμολογία άγχους (HADS)	0,89 (0,05)***
ISE-R	
Avoidance (IES-r)	2,91 (0,30)***
Intrusion (IES-r)	3,83 (0,27)***
Hyperarousal (IES-r)	3,71 (0,27)***
Κλίµακα περιγεννητικής θλίψης (PGS)	
Ενεργή Θλίψη	0,41 (0,03)***
Δυσκολία Αντιμετώπισης	0,51 (0,04)***
Απόγνωση	0,43 (0,04)***
DAS	
Dyadic consensus	-0,18 (0,05)**
Affectional expression	0,18 (0,19)
Dyadic satisfaction	-0,47 (0,05)***
Dyadic cohesion	-0,51 (0,08)***
DAS total score	-0,15 (0,02)***

⁺ συντελεστής εξάρτησης (τυπικό σφάλμα) **p<0,010, ***p<0,001

Όσο περισσότερο μειώνεται το άγχος (μόνιμο ή προσωρινό) βάσει της κλίμακας STAI τόσο περισσότερο μειώνεται και η επιλόχεια κατάθλιψη που ένιωθαν οι συμμετέχουσες. Επίσης, όσο περισσότερο μειώνεται η κατάθλιψη και το άγχος βάσει της κλίμακας HADS τόσο περισσότερο μειώνεται και η επιλόχεια κατάθλιψη που ένιωθαν οι συμμετέχουσες. Ακόμα, όσο περισσότερο αυξάνονται ήταν τα γεγονότα ζωής των συμμετεχουσών τόσο περισσότερο μειώνεται η επιλόχεια κατάθλιψη που ένιωθαν οι συμμετέχουσες. Επίσης, θετική ήταν η συµµεταβολή των διαστάσεων των κλιμάκων ISE-R και περιγεννητικής θλίψης µε την κλίμακα επιλόχειας κατάθλιψης. Αντίθετα αρνητική ήταν η συµµεταβολή της κλίμακας επιλόχειας κατάθλιψης µε σχεδόν όλες τις διαστάσεις της κλίμακας DAS. Οπότε όσο λιγότερο χειροτέρευε η σχέση του ζευγαριού τόσο περισσότερο μειώνονται τα συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συµµεταβολές των διαστάσεων µόνιµου και προσωρινού άγχους µε τις υπόλοιπες κλίμακες της µελέτης.

Πίνακας 10. Οι συµµεταβολές των διαστάσεων µόνιµου και προσωρινού άγχους µε τις υπόλοιπες κλίµακες της µελέτης.

	Κλίµακα προσωρινού άγχους (STATE)	Κλίµακα µόνιµου άγχους (TRAIT)
	β (SE)⁺	β (SE)⁺
HADS		
Βαθµολογία κατάθλιψης (HADS)	1,89 (0,15)***	1,20 (0,09)***
Βαθµολογία άγχους (HADS)	1,78 (0,12)***	1,21 (0,07)***
ISE-r		
Avoidance (IES-r)	6,99 (0,59)***	3,31 (0,43)***
Intrusion (IES-r)	7,53 (0,54)***	4,12 (0,41)***
Hyperarousal (IES-r)	7,54 (0,53)***	4,46 (0,34)***
Κλίµακα περιγεννητικής θλίψης (PGS)		
Ενεργή Θλίψη	0,84 (0,06)***	0,42 (0,04)***
Δυσκολία Αντιµετώπισης	1,05 (0,07)***	0,55 (0,05)***
Απόγνωση	0,92 (0,08)***	0,55 (0,05)***
DAS		
Dyadic consensus	-0,50 (0,11)***	-0,45 (0,07)***
Affectional expression	-0,40 (0,41)	-0,84 (0,26)**
Dyadic satisfaction	-1,00 (0,12)***	-0,82 (0,08)***
Dyadic cohesion	-1,06 (0,18)***	-0,93 (0,12)***
DAS total score	-0,35 (0,05)***	-0,33 (0,03)***

⁺ συντελεστής εξάρτησης (τυπικό σφάλµα)*p<0.050, **p<0.010, ***p<0.001

Όσο περισσότερο µειώνεται η κατάθλιψη και το άγχος βάσει της κλίµακας HADS τόσο περισσότερο µειώνεται και το άγχος (µόνιµο ή προσωρινό) που ένιωθαν οι συµµετέχουσες. Ακόµα, όσο περισσότερο αυξάνονται τα γεγονότα ζωής των

συμμετεχουσών τόσο περισσότερο μειώνεται το άγχος (μόνιμο ή προσωρινό) που ένιωθαν. Επίσης, θετική ήταν η συμμεταβολή των διαστάσεων των κλιμάκων IES-R και περιγεννητικής θλίψης με διαστάσεις μόνιμου και προσωρινού άγχους. Αντίθετα αρνητική ήταν η συμμεταβολή των διαστάσεων μόνιμου και προσωρινού άγχους με σχεδόν όλες τις διαστάσεις της κλίμακας DAS. Οπότε όσο λιγότερο χειροτέρευε η σχέση του ζευγαριού τόσο περισσότερο μειώνονταν τα συμπτώματα άγχους (μόνιμου ή προσωρινού).

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συμμεταβολές των διαστάσεων κατάθλιψης και άγχους (HADS) με τις υπόλοιπες κλίμακες της μελέτης.

Πίνακας 11. Οι συµµεταβολές των διαστάσεων κατάθλιψης και άγχους (HADS) µε τις υπόλοιπες κλίµακες της µελέτης.

	Βαθµολογία κατάθλιψης (HADS)	Βαθµολογία άγχους (HADS)
	β (SE)⁺	β (SE)⁺
IES-r		
Avoidance (IES-r)	1,96 (0,20)***	2,16 (0,23)***
Intrusion (IES-r)	2,39 (0,19)***	2,70 (0,22)***
Hyperarousal (IES-r)	2,29 (0,18)***	2,93 (0,20)***
Κλίµακα περιγεννητικής θλίψης (PGS)		
Ενεργή Θλίψη	0,24 (0,02)***	0,27 (0,02)***
Δυσκολία Αντιµετώπισης	0,34 (0,02)***	0,42 (0,03)***
Απόγνωση	0,29 (0,02)***	0,36 (0,03)***
DAS		
Dyadic consensus	-0,20 (0,04)***	-0,21 (0,04)***
Affectional expression	0,02 (0,13)	-0,42 (0,16)**
Dyadic satisfaction	-0,33 (0,04)***	-0,39 (0,05)***
Dyadic cohesion	-0,34 (0,06)***	-0,46 (0,07)***
DAS total score	-0,12 (0,01)***	-0,15 (0,02)***

⁺ συντελεστής εξάρτησης (τυπικό σφάλµα) **p<0.010, ***p<0.001

Θετική ήταν η συµµεταβολή των διαστάσεων των κλιµάκων IES-R και περιγεννητικής θλίψης µε διαστάσεις κατάθλιψης και άγχους, που υποδηλώνει ότι µεγαλύτερη µείωση στον αντίκτυπο από την διακοπή της κύησης και µεγαλύτερη µείωση της περιγεννητικής θλίψης σχετίζονται µε µεγαλύτερη µείωση στα συµπτώµατα κατάθλιψης και άγχους. Αντίθετα αρνητική ήταν η συµµεταβολή των

διαστάσεων κατάθλιψης και άγχους με σχεδόν όλες τις διαστάσεις της κλίμακας DAS. Οπότε όσο λιγότερο χειροτέρευε η σχέση του ζευγαριού τόσο περισσότερο μειώνονταν τα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους των συμμετεχουσών.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συµµεταβολές των διαστάσεων της κλίμακας IES-R με τις υπόλοιπες κλίμακες της μελέτης.

Πίνακας 12. Οι συµµεταβολές των διαστάσεων της κλίμακας IES-R με τις υπόλοιπες κλίμακες της μελέτης.

	Avoidance (IES-r)	Intrusion (IES-r)	Hyperarousal (IES-r)
	β (SE)⁺	β (SE)⁺	β (SE)⁺
Κλίμακα περιγεννητικής θλίψης (PGS)			
Ενεργή Θλίψη	0,06 (0,01)***	0,08 (0,004)***	0,07 (0,01)***
Δυσκολία Αντιμετώπισης	0,07 (0,01)***	0,10 (0,01)***	0,10 (0,01)***
Απόγνωση	0,07 (0,01)***	0,09 (0,01)***	0,09 (0,01)***
DAS			
Dyadic consensus	-0,04 (0,01)***	-0,03 (0,01)**	-0,02 (0,01)
Affectional expression	0,04 (0,03)	0,11 (0,03)***	0,09 (0,03)**
Dyadic satisfaction	-0,05 (0,01)***	-0,05 (0,01)***	-0,04 (0,01)***
Dyadic cohesion	-0,06 (0,01)***	-0,07 (0,01)***	-0,05 (0,01)**
DAS total score	-0,02 (0,004)***	-0,02 (0,004)***	-0,01 (0,004)**

⁺ συντελεστής εξάρτησης (τυπικό σφάλμα), **p<0.010, ***p<0.001

Θετική ήταν η συµµεταβολή µεταξύ των διαστάσεων των κλιµάκων IES-R και περιγεννητικής θλίψης, που υποδηλώνει ότι όσο περισσότερο µειωνόταν ο αντίκτυπος από την διακοπή της κύησης τόσο περισσότερο µειωνόταν η περιγεννητική θλίψη. Αντίθετα αρνητική ήταν η συµµεταβολή των διαστάσεων τις κλίµακας IES-R µε σχεδόν όλες τις διαστάσεις της κλίµακας DAS. Οπότε όσο λιγότερο χειροτέρευε ήταν η σχέση του ζευγαριού τόσο περισσότερο µειωνόταν ήταν ο αντίκτυπος από την διακοπή της κύησης.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συµµεταβολές των διαστάσεων της κλίµακας περιγεννητικής θλίψης µε τις διαστάσεις της κλίµακας DAS.

Πίνακας 13. Οι συµµεταβολές των διαστάσεων της κλίµακας περιγεννητικής θλίψης µε τις διαστάσεις της κλίµακας DAS.

	Ενεργή θλίψη	Δυσκολία στην αντιμετώπιση	Απόγνωση
	β (SE) ⁺	β (SE) ⁺	β (SE) ⁺
DAS			
Dyadic consensus	-0,41(0,08)***	-0,11 (0,06)	-0,28 (0,06)***
Affectional expression	0,06 (0,27)	0,39 (0,22)	-0,08 (0,22)
Dyadic satisfaction	-0,58 (0,08)***	-0,37 (0,07)***	-0,46 (0,07)***
Dyadic cohesion	-0,97 (0,12)***	-0,52 (0,10)***	-0,69 (0,10)***
DAS total score	-0,24 (0,03)***	-0,11 (0,03)***	-0,18 (0,03)***

⁺ συντελεστής εξάρτησης (τυπικό σφάλμα), ***p<0.001

Υπήρξε σημαντική αρνητική συµµεταβολή των διαστάσεων περιγεννητικής θλίψης µε σχεδόν όλες τις διαστάσεις της κλίµακας DAS. Οπότε, όσο περισσότερο μειωνόταν η περιγεννητική θλίψη που ένιωθαν οι συµµετέχουσες τόσο λιγότερο χειροτέρευε η σχέση τους µε το σύντροφό τους.

3.2.5 Συσχετίσεις μεταξύ των αρχικών μετρήσεων στις κλίμακες της μελέτης

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των αρχικών μετρήσεων της κλίμακας επιλόχειας κατάθλιψης και των υπολοίπων κλιμάκων της μελέτης.

Πίνακας 14. Οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των αρχικών μετρήσεων της κλίμακας επιλόχειας κατάθλιψης και των υπολοίπων κλιμάκων της μελέτης.

	Βαθμολογία επιλόχειας κατάθλιψης (EPDS)
STAI	
Κλίμακα προσωρινού άγχους (STATE)	0,37***
Κλίμακα μόνιμου άγχους (TRAIT)	0,38***
HADS	
Βαθμολογία κατάθλιψης (HADS)	0,66***
Βαθμολογία άγχους (HADS)	0,60***
IES-r	
Avoidance (IES-r)	0,43***
Intrusion (IES-r)	0,55***
Hyperarousal (IES-r)	0,52***
Κλίμακα περιγεννητικής θλίψης (PGS)	
Ενεργή Θλίψη	0,48***
Δυσκολία Αντιμετώπισης	0,53***
Απόγνωση	0,43***
DAS	
Dyadic consensus	-0,09
Affectional expression	0,01
Dyadic satisfaction	-0,42***
Dyadic cohesion	-0,26**
DAS total score	-0,33***

*p<0,05, **p<0,010, ***p<0,001

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της κλίμακας επιλόχειας κατάθλιψης με τις κλίμακες προσωρινού και μόνιμου άγχους (STAI), κατάθλιψης και άγχους (HADS), τις διαστάσεις αντίκτυπου της διακοπής της κύησης και τις διαστάσεις περιγεννητικής θλίψης. Οπότε, περισσότερα συμπτώματα προσωρινού και μόνιμου άγχους, περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, μεγαλύτερος αντίκτυπος της διακοπής της κύησης και περισσότερα συμπτώματα περιγεννητικής θλίψης σχετίζονται με περισσότερα συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης. Αντίθετα, υψηλότερες τιμές στις διαστάσεις «Dyadic satisfaction», «Dyadic cohesion» και στη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα DAS σχετίζονται με λιγότερα συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων μόνιμου και προσωρινού άγχους και των υπόλοιπων κλιμάκων της μελέτης.

Πίνακας 15. Οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων μόνιμου και προσωρινού άγχους και των υπόλοιπων κλιμάκων της μελέτης.

	Κλίμακα προσωρινού άγχους (STATE)	Κλίμακα μόνιμου άγχους (TRAIT)
HADS		
Βαθμολογία κατάθλιψης (HADS)	0,41***	0,36***
Βαθμολογία άγχους (HADS)	0,49***	0,44***
IES-r		
Avoidance (IES-r)	0,52***	0,34***
Intrusion (IES-r)	0,58***	0,39***
Hyperarousal (IES-r)	0,54***	0,52***
Κλίμακα περιγεννητικής θλίψης (PGS)		
Ενεργή Θλίψη	0,57***	0,34***
Δυσκολία Αντιμετώπισης	0,61***	0,47***
Απόγνωση	0,47***	0,43***
DAS		
Dyadic consensus	-0,06	-0,19*
Affectional expression	0,04	-0,11
Dyadic satisfaction	-0,27**	-0,38***
Dyadic cohesion	-0,27**	-0,29***
DAS total score	-0,25**	-0,37***

*p<0,05, **p<0,010, ***p<0,001

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της κλίμακας προσωρινού άγχους με τις κλίμακες κατάθλιψης και άγχους (HADS) και τις διαστάσεις περιγεννητικής θλίψης. Οπότε, περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, μεγαλύτερος αντίκτυπος

της διακοπής της κύησης και περισσότερα συμπτώματα περιγεννητικής θλίψης σχετίζονται με περισσότερα συμπτώματα προσωρινού άγχους. Αντίθετα, υψηλότερες τιμές στις διαστάσεις «Dyadic satisfaction», «Dyadic cohesion» και στη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα DAS σχετίζονται με λιγότερα συμπτώματα προσωρινού άγχους.

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της κλίμακας μόνιμου άγχους με τις κλίμακες κατάθλιψης και άγχους (HADS), τις διαστάσεις αντίκτυπου της διακοπής της κύησης και τις διαστάσεις περιγεννητικής θλίψης. Οπότε, περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, μεγαλύτερος αντίκτυπος της διακοπής της κύησης και περισσότερα συμπτώματα περιγεννητικής θλίψης σχετίζονται με περισσότερα συμπτώματα μόνιμου άγχους. Αντίθετα, υψηλότερες τιμές στις διαστάσεις «Dyadic consensus», «Dyadic satisfaction», «Dyadic cohesion» και στη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα DAS σχετίζονται με λιγότερα συμπτώματα μόνιμου άγχους.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων κατάθλιψης και άγχους (HADS) και των υπόλοιπων κλιμάκων της μελέτης.

Πίνακας 16. Οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων κατάθλιψης και άγχους (HADS) και των υπόλοιπων κλιμάκων της μελέτης.

	Βαθμολογία κατάθλιψης (HADS)	Βαθμολογία άγχους (HADS)
ISE-r		
Avoidance (ISE-r)	0,47***	0,37***
Intrusion (ISE-r)	0,58***	0,43***
Hyperarousal (ISE-r)	0,48***	0,41***
Κλίμακα περιγεννητικής θλίψης (PGS)		
Ενεργή Θλίψη	0,50***	0,34***
Δυσκολία Αντιμετώπισης	0,65***	0,51***
Απόγνωση	0,48***	0,41***
DAS		
Dyadic consensus	-0,31***	-0,20*
Affectional expression	-0,09	-0,24**
Dyadic satisfaction	-0,30***	-0,37***
Dyadic cohesion	-0,23**	-0,39***
DAS total score	-0,38***	-0,45***

*p<0,05, **p<0,010, ***p<0,001

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της κλίμακας κατάθλιψης με τις διαστάσεις αντίκτυπου της διακοπής της κύησης και τις διαστάσεις περιγεννητικής θλίψης. Οπότε, μεγαλύτερος αντίκτυπος της διακοπής της κύησης και περισσότερα συμπτώματα περιγεννητικής θλίψης σχετίζονται με περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης. Αντίθετα, υψηλότερες τιμές στις διαστάσεις «Dyadic consensus», «Dyadic satisfaction», «Dyadic cohesion» και στη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα DAS σχετίζονται με λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης.

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της κλίμακας άγχους με τις διαστάσεις αντίκτυπου της διακοπής της κύησης και τις διαστάσεις περιγεννητικής θλίψης. Οπότε, μεγαλύτερος αντίκτυπος της διακοπής της κύησης και περισσότερα συμπτώματα περιγεννητικής θλίψης σχετίζονται με περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης. Αντίθετα, υψηλότερες τιμές σε όλες τις διαστάσεις της κλίμακας DAS σχετίζονται με λιγότερα συμπτώματα άγχους.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας IES-R και των υπόλοιπων κλιμάκων της μελέτης.

Πίνακας 17. Οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας IES-R και των υπόλοιπων κλιμάκων της μελέτης

	Avoidance (IES-r)	Intrusion (IES-r)	Hyperarousal (IES-r)
Κλίμακα περιγεννητικής θλίψης (PGS)			
Ενεργή Θλίψη	0,63***	0,80***	0,66***
Δυσκολία Αντιμετώπισης	0,58***	0,72***	0,70***
Απόγνωση	0,46***	0,59***	0,58***
DAS			
Dyadic consensus	-0,29***	-0,12	-0,12
Affectional expression	0,02	0,11	0,04
Dyadic satisfaction	-0,25**	-0,28**	-0,28**
Dyadic cohesion	-0,33***	-0,21*	-0,23**
DAS total score	-0,34***	-0,26**	-0,27**

*p<0,05, **p<0,010, ***p<0,001

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση όλων των διαστάσεων της κλίμακας IES-R με όλες τις διαστάσεις περιγεννητικής θλίψης. Συνεπώς μεγαλύτερος αντίκτυπος από τη διακοπή της κύησης σχετίζεται με περισσότερα συμπτώματα περιγεννητικής θλίψης. Ακόμα, υπήρξαν σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων της

κλίμακας IES-R με κάποιες από τις διαστάσεις της κλίμακας DAS. Άρα, καλύτερη σχέση των συμμετεχουσών με τον σύντροφό τους σχετίζονται με χαμηλότερο αντίκτυπο από τη διακοπή της κύησης.

Στον πίνακα που ακολουθεί δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας περιγεννητικής θλίψης και των διαστάσεων της κλίμακας DAS.

Πίνακας 19. Οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας περιγεννητικής θλίψης και των διαστάσεων της κλίμακας DAS.

	Ενεργή θλίψη	Δυσκολία στην αντιμετώπιση	Απόγνωση
DAS			
Dyadic consensus	-0,12	-0,18*	-0,11
Affectional expression	0,14	0,01	-0,02
Dyadic satisfaction	-0,14	-0,34***	-0,28**
Dyadic cohesion	-0,22**	-0,35***	-0,30***
DAS total score	-0,21*	-0,36***	-0,32***

*p<0,05, **p<0,010, ***p<0,001

Υπήρξαν σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων της κλίμακας περιγεννητικής θλίψης και των διαστάσεων της κλίμακας DAS. Συνεπώς, περισσότερα συμπτώματα περιγεννητικής θλίψης σχετίζονται με χειρότερες σχέσεις των συμμετεχουσών με τους συντρόφους τους.

3.2.6 Συσχέτιση των αρχικών μετρήσεων με δημογραφικά και άλλα στοιχεία των συμμετεχουσών.

Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία επιλόχειας κατάθλιψης, ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 20. Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία επιλόχειας κατάθλιψης, ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης

				β^*	SE**	P
Έχετε λάβει ποτέ φαρμακευτική αγωγή για άγχος / κατάθλιψη ή άλλο ψυχολογικό πρόβλημα	Όχι			0,00 ⁺		
	Ναι			7,12	1,44	<0,001
Εκπαίδευση	Τριτοβάθμια/ Μεταπτυχιακές σπουδές			0,00		
	Πρωτοβάθμια/ Δευτεροβάθμια			2,61	1,02	0,012
	IEK			4,52	0,97	<0,001
Σύλληψη	Φυσική			0,00		
	Υποβοηθούμενη			6,20	1,41	<0,001
Ναυτία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης	Όχι			0,00		
	Ναι			3,38	0,79	<0,001
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμη/ Σε διάσταση/ Διαζευγμένη			0,00		
	Έγγαμη/ Σε σχέση συμβίωσης			-5,12	1,66	0,002
Μέθοδος διακοπής κύησης	Χειρουργική			0,00		
	Προκλητή			3,92	1,65	0,019
Αιτιολογία διακοπής κύησης	Αυτόματη Αποβολή 1ο τρίμηνο			0,00		
	Χρωμοσωμική Ανωμαλία			0,96	1,72	0,575
	Συγγενής Ανωμαλία			-0,42	1,80	0,817
	Αυτόματη Αποβολή 2ο τρίμηνο			-4,35	1,93	0,026

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα (Standard Error) συντελεστή εξάρτησης

⁺υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Η λήψη φαρμακευτικής αγωγής για άγχος/κατάθλιψη ή άλλο ψυχολογικό πρόβλημα, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η μέθοδος σύλληψης, η ναυτία κατά την εγκυμοσύνη, η οικογενειακή κατάσταση, η μέθοδος διακοπής της κύησης καθώς και η αιτιολογία διακοπής βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία επιλόχειας κατάθλιψης. Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχουσες που είχαν λάβει φαρμακευτική αγωγή για άγχος/κατάθλιψη ή άλλο ψυχολογικό πρόβλημα είχαν κατά 7,12 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, δηλαδή περισσότερα συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που δεν είχαν λάβει τέτοια αγωγή.
- Οι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας/δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης είχαν κατά 2,61 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τις απόφοιτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.
- Οι απόφοιτοι ΙΕΚ είχαν κατά 4,52 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τις απόφοιτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.
- Οι συμμετέχουσες που είχαν συλλάβει υποβοηθούμενα είχαν κατά 6,20 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν συλλάβει φυσιολογικά.
- Οι συμμετέχουσες που είχαν ναυτία κατά την εγκυμοσύνη είχαν κατά 3,38 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που δεν είχαν ναυτία.

- Οι συμμετέχουσες που ήταν έγγαμες/ σε συμβίωση είχαν κατά 5,12 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που ήταν άγαμες, διαζευγμένες ή σε διάσταση.
- Οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Προκλητή μέθοδο είχαν κατά 3,92 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Χειρουργική μέθοδο.
- Οι συμμετέχουσες που είχαν αυτόματη αποβολή στο 2^ο τρίμηνο είχαν κατά 4,35 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν αυτόματη αποβολή στο 1^ο τρίμηνο.

Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη *βαθμολογία στην κλίμακα προσωρινού άγχους (STATE)*, ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 21. Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη *βαθμολογία στην κλίμακα προσωρινού άγχους (STATE)*, ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης

			β^*	SE**	P
Μέθοδος	διακοπής	Χειρουργική	0,00 ⁺		
κύησης		Προκλητή	8,66	1,66	<0,001

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα (Standard Error) συντελεστή εξάρτησης

⁺υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Μόνο η μέθοδος διακοπής της κύησης βρέθηκε να σχετίζεται με την κλίμακα προσωρινού άγχους. Συγκεκριμένα, Οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Προκλητή μέθοδο είχαν κατά 8,66 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, που υποδηλώνει μεγαλύτερο άγχος, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Χειρουργική μέθοδο.

Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα μόνιμου άγχους (TRAIT), ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 22. Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα μόνιμου άγχους (TRAIT), ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης

		β^*	SE**	P
Σύλληψη	Φυσική	0,00+		
	Υποβοηθούμενη	5,12	2,03	0,013
Αριθμός προηγούμενων κυήσεων		-1,16	0,43	0,008
Συσπάσεις μήτρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης	Όχι	0,00		
	Ναι	4,48	1,82	0,015

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα (Standard Error) συντελεστή εξάρτησης

⁺υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Η μέθοδος σύλληψης, ο αριθμός προηγούμενων κυήσεων και η ύπαρξη συσπάσεων της μήτρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την κλίμακα μόνιμου άγχους. Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχουσες που είχαν συλλάβει υποβοηθούμενα είχαν κατά 5,12 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, που υποδηλώνει περισσότερο μόνιμο άγχος, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν συλλάβει φυσιολογικά.
- Όσο περισσότερες κυήσεις είχαν στο παρελθόν οι συμμετέχουσες τόσο λιγότερο ήταν το μόνιμο άγχος που ένιωθαν.
- Οι συμμετέχουσες που είχαν συσπάσεις στη μήτρα κατά την εγκυμοσύνη είχαν κατά 4,48 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που δεν είχαν συσπάσεις στη μήτρα.

Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης (HADS), ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 23. Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης (HADS), ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης

		β*	SE**	P
Κανένα πρόβλημα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης	Όχι	0,00 ⁺		
	Ναι	-1,91	0,56	0,001
Χρειαστήκατε ποτέ υποστήριξη από ψυχολόγο / ψυχίατρο για κάποιο πρόβλημα σας στο παρελθόν	Όχι	0,00		
	Ναι	3,67	0,79	<0,001
Έχετε λάβει ποτέ φαρμακευτική αγωγή για άγχος / κατάθλιψη ή άλλο ψυχολογικό πρόβλημα	Όχι	0,00		
	Ναι	3,33	1,19	0,006
Αιτιολογία διακοπής κύησης	Αυτόματη Αποβολή 1ο τρίμηνο	0,00		
	Χρωμοσωμιακή Ανωμαλία	4,03	0,75	<0,001
	Συγγενής Ανωμαλία	2,19	0,89	0,015
	Αυτόματη Αποβολή 2ο τρίμηνο	-0,13	0,72	0,862

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα (Standard Error) συντελεστή εξάρτησης

⁺υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Η ύπαρξη προβλημάτων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η υποστήριξη από ψυχολόγο / ψυχίατρο στο παρελθόν, η λήψη φαρμακευτικής αγωγής για άγχος / κατάθλιψη ή άλλο ψυχολογικό πρόβλημα και η αιτιολογία διακοπής της κύησης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την κλίμακα κατάθλιψης.

- Οι συμμετέχουσες που δεν είχαν κανένα πρόβλημα κατά την εγκυμοσύνη είχαν κατά 1,91 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν κάποιο πρόβλημα κατά την εγκυμοσύνη.
- Οι συμμετέχουσες που χρειάστηκαν υποστήριξη από ψυχολόγο/ ψυχίατρο στο παρελθόν είχαν κατά 3,67 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που δεν χρειάστηκαν υποστήριξη από ψυχολόγο/ ψυχίατρο στο παρελθόν.
- Οι συμμετέχουσες που είχαν λάβει φαρμακευτική αγωγή για άγχος/κατάθλιψη ή άλλο ψυχολογικό πρόβλημα είχαν κατά 3,33 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που δεν είχαν λάβει τέτοια αγωγή.
- Οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση λόγω χρωμοσωμικής ανωμαλίας είχαν κατά 4,03 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που τη διέκοψαν λόγω αυτόματης αποβολής 1^{ου} τριμήνου.
- Οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση λόγω συγγενούς ανωμαλίας είχαν κατά 2,19 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που τη διέκοψαν λόγω αυτόματης αποβολής 1^{ου} τριμήνου.

Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα άγχους (HADS), ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 24. Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα άγχους (HADS), ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης

		β*	SE**	P
Η διακοπή κύησης έγινε σε	Ιδιωτικό μαιευτήριο	0,00+		
	Δημόσιο μαιευτήριο	-2,67	0,77	0,001
Ναυτία	Όχι	0,00		
	Ναι	1,78	0,65	0,007
Συσπάσεις μήτρας	Όχι	0,00		
	Ναι	3,56	1,08	0,001
Χρειαστήκατε ποτέ υποστήριξη από ψυχολόγο / ψυχίατρο για κάποιο πρόβλημα σας στο παρελθόν	Όχι	0,00		
	Ναι	3,25	0,81	<0,001
Αιτιολογία διακοπής κύησης	Αυτόματη Αποβολή 1ο τρίμηνο	0,00		
	Χρωμοσωμική Ανωμαλία	2,13	0,85	0,013
	Συγγενής Ανωμαλία	3,37	1,01	0,001
	Αυτόματη Αποβολή 2ο τρίμηνο	-1,49	0,85	0,080

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα (Standard Error) συντελεστή εξάρτησης

⁺υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Ο τόπος διακοπής της κύησης, η ύπαρξη ναυτίας και συσπάσεων μήτρας κατά την εγκυμοσύνη, η υποστήριξη από ψυχολόγο / ψυχίατρο στο παρελθόν και η αιτιολογία διακοπής της κύησης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την κλίμακα άγχους.

Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση σε δημόσιο μαιευτήριο είχαν κατά 2,67 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση σε ιδιωτικό μαιευτήριο.
- Οι συμμετέχουσες που είχαν ναυτία κατά την εγκυμοσύνη είχαν κατά 1,78 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που δεν είχαν ναυτία κατά την εγκυμοσύνη.
- Οι συμμετέχουσες που είχαν συσπάσεις στη μήτρα κατά την εγκυμοσύνη είχαν κατά 3,56 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που δεν είχαν συσπάσεις στη μήτρα κατά την εγκυμοσύνη.
- Οι συμμετέχουσες που χρειάστηκαν υποστήριξη από ψυχολόγο/ ψυχίατρο στο παρελθόν είχαν κατά 3,25 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που δεν χρειάστηκαν υποστήριξη από ψυχολόγο/ ψυχίατρο στο παρελθόν.
- Οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση λόγω χρωμοσωμικής ανωμαλίας είχαν κατά 2,13 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που τη διέκοψαν λόγω αυτόματης αποβολής 1^{ου} τριμήνου.
- Οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση λόγω συγγενούς ανωμαλίας είχαν κατά 3,37 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που τη διέκοψαν λόγω αυτόματης αποβολής 1^{ου} τριμήνου.

Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην διάσταση «Avoidance (IES-r)», ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 25. Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην διάσταση «Avoidance (IES-r)», ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης

			β^*	SE**	P
Εκπαίδευση	Τριτοβάθμια/ Μεταπτυχιακές σπουδές		0,00+		
	Πρωτοβάθμια/ Δευτεροβάθμια		-0,27	0,16	0,086
	IEK		0,72	0,16	<0,001
Μέθοδος διακοπής κύησης	Χειρουργική		0,00		
	Προκλητή		0,47	0,13	<0,001
Αριθμός αποβολών προηγούμενων			0,23	0,07	0,002

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα (Standard Error) συντελεστή εξάρτησης

⁺υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Το εκπαιδευτικό επίπεδο, η μέθοδος διακοπής κύησης και ο αριθμός προηγούμενων αποβολών βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στην διάσταση «Avoidance (IES-r)». Συγκεκριμένα:

- Οι απόφοιτες ΙΕΚ είχαν κατά 0,72 υψηλότερη βαθμολογία, που υποδηλώνει περισσότερη αποφυγή, σε σύγκριση με τις απόφοιτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.
- Οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Προκλητή μέθοδο είχαν κατά 0,47 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Χειρουργική μέθοδο.
- Όσο περισσότερες αποβολές είχαν στο παρελθόν οι συμμετέχουσες τόσο υψηλότερη ήταν η βαθμολογία τους.

Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην διάσταση «Intrusion (IES-r)», ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 26. Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην διάσταση «Intrusion (IES-r)», ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης

		β^*	SE**	P
Μέθοδος διακοπής κύησης	Χειρουργική	0,00 ⁺		
	Προκλητή	0,69	0,14	<0,001
Αριθμός προηγούμενων αποβολών		0,23	0,08	0,005
Σύλληψη	Φυσική	0,00		
	Υποβοηθούμενη	0,79	0,24	0,002
Έχετε λάβει ποτέ φαρμακευτική αγωγή για άγχος / κατάθλιψη ή άλλο ψυχολογικό πρόβλημα	Όχι	0,00		
	Ναι	0,84	0,26	0,002
Ναυτία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης	Όχι	0,00		
	Ναι	0,31	0,14	0,037

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα (Standard Error) συντελεστή εξάρτησης

⁺υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Η μέθοδος διακοπής κύησης, ο αριθμός προηγούμενων αποβολών, ο τρόπος σύλληψης, η λήψη φαρμακευτικής αγωγής για άγχος / κατάθλιψη ή άλλο ψυχολογικό

πρόβλημα και η ναυτία κατά την εγκυμοσύνη βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στην διάσταση «Intrusion (IES-r)». Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Προκλητή μέθοδο είχαν κατά 0,69 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Χειρουργική μέθοδο.
- Όσο περισσότερες αποβολές είχαν στο παρελθόν οι συμμετέχουσες τόσο υψηλότερη ήταν η βαθμολογία τους.
- Οι συμμετέχουσες που είχαν συλλάβει υποβοηθούμενα είχαν κατά 0,79 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν συλλάβει φυσιολογικά.
- Οι συμμετέχουσες που είχαν λάβει φαρμακευτική αγωγή για άγχος / κατάθλιψη ή άλλο ψυχολογικό πρόβλημα είχαν κατά 0,84 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που δεν είχαν λάβει τέτοια αγωγή.
- Οι συμμετέχουσες που είχαν ναυτία κατά την εγκυμοσύνη είχαν κατά 0,31 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που δεν είχαν ναυτία κατά την εγκυμοσύνη.

Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην διάσταση «Hyperarousal (IES-r)», ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 27. Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην διάσταση «Hyperarousal (IES-r)», ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης

			β*	SE**	P
Εκπαίδευση	Τριτοβάθμια/ Μεταπτυχιακές σπουδές		0,00 ⁺		
	Πρωτοβάθμια/ Δευτεροβάθμια		-0,03	0,19	0,869
	IEK		0,71	0,19	<0,001
Μέθοδος κύησης	διακοπής	Χειρουργική	0,00		
		Προκλητή	0,40	0,15	0,007
Ναυτία διάρκεια εγκυμοσύνης	κατά τη της	Όχι	0,00		
		Ναι	0,39	0,15	0,012
Σύλληψη	Φυσική		0,00		
	Υποβοηθούμενη		1,09	0,27	<0,001

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα (Standard Error) συντελεστή εξάρτησης

⁺υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Το εκπαιδευτικό επίπεδο, η μέθοδος διακοπής κύησης, ο τρόπος σύλληψης και η ναυτία κατά την εγκυμοσύνη βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στην διάσταση «Hyperarousal (IES-r)». Συγκεκριμένα:

- Οι απόφοιτες ΙΕΚ είχαν κατά 0,71 υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις απόφοιτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.
- Οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Προκλητή μέθοδο είχαν κατά 0,40 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Χειρουργική μέθοδο.
- Οι συμμετέχουσες που είχαν ναυτία κατά την εγκυμοσύνη είχαν κατά 0,39 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που δεν είχαν ναυτία κατά την εγκυμοσύνη.
- Οι συμμετέχουσες που είχαν συλλάβει υποβοηθούμενα είχαν κατά 1,09 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν συλλάβει φυσιολογικά.

Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην διάσταση «Ενεργή Θλίψη», ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 28. Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην διάσταση «Ενεργή Θλίψη», ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης

		β*	SE**	P
Μέθοδος διακοπής κύησης	Χειρουργική	0,00 ⁺		
	Προκλητή	6,79	1,26	<0,001
Αριθμός προηγούμενων αποβολών		2,37	0,76	0,002
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμη/ Σε διάσταση/ Διαζευγμένη	0,00		
	Έγγαμη/ Σε σχέση συμβίωσης	-8,04	2,45	0,001
Σύλληψη	Φυσική	0,00		
	Υποβοηθούμενη	6,75	2,28	0,004

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα (Standard Error) συντελεστή εξάρτησης

⁺υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Η μέθοδος διακοπής κύησης, ο αριθμός προηγούμενων αποβολών, η οικογενειακή κατάσταση και ο τρόπος σύλληψης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στην διάσταση «Ενεργή Θλίψη». Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Προκλητή μέθοδο είχαν κατά 6,79 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, που υποδηλώνει μεγαλύτερη ενεργή θλίψη, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Χειρουργική μέθοδο.
- Όσο περισσότερες αποβολές είχαν στο παρελθόν οι συμμετέχουσες τόσο υψηλότερη ήταν η βαθμολογία τους.
- Οι συμμετέχουσες που ήταν έγκυες/ σε συμβίωση είχαν κατά 8,04 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που ήταν άγαμες, διαζευγμένες ή σε διάσταση.
- Οι συμμετέχουσες που είχαν συλλάβει υποβοηθούμενα είχαν κατά 6,75 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν συλλάβει φυσιολογικά.

Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην διάσταση «Δυσκολία στην αντιμετώπιση», ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 29. Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην διάσταση «Δυσκολία στην αντιμετώπιση», ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης

		β*	SE**	P
Μέθοδος διακοπής κύησης	Χειρουργική	0,00 ⁺		
	Προκλητή	6,00	0,99	<0,001
Η διακοπή κύησης έγινε σε	Ιδιωτικό μαιευτήριο	0,00		
	Δημόσιο μαιευτήριο	-6,01	1,29	<0,001
Χρειαστήκατε ποτέ υποστήριξη από	Όχι	0,00		
ψυχολόγο / ψυχίατρο για κάποιο	Ναι	4,15	1,32	0,002
πρόβλημα σας στο παρελθόν				
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμη/ Σε διάσταση/ Διαζευγμένη	0,00		
	Έγγαμη/ Σε σχέση συμβίωσης	-5,33	1,81	0,004

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα (Standard Error) συντελεστή εξάρτησης

⁺υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Η μέθοδος διακοπής κύησης, ο τόπος διακοπής της κύησης, η υποστήριξη από ψυχολόγο/ ψυχίατρο στο παρελθόν και η οικογενειακή κατάσταση βρέθηκαν να

σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στην διάσταση «Δυσκολία στην αντιμετώπιση». Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Προκλητή μέθοδο είχαν κατά 6,00 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, που υποδηλώνει μεγαλύτερη δυσκολία στην αντιμετώπιση, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Χειρουργική μέθοδο.
- Οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση σε δημόσιο μαιευτήριο είχαν κατά 6,01 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση σε ιδιωτικό μαιευτήριο.
- Οι συμμετέχουσες που χρειάστηκαν υποστήριξη από ψυχολόγο/ ψυχίατρο στο παρελθόν είχαν κατά 4,15 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που δεν χρειάστηκαν υποστήριξη από ψυχολόγο/ ψυχίατρο στο παρελθόν.
- Οι συμμετέχουσες που ήταν έγγαμες/ σε συμβίωση είχαν κατά 5,33 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που ήταν άγαμες, διαζευγμένες ή σε διάσταση.

Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην διάσταση «Απόγνωση», ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 30. Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην διάσταση «Απόγνωση», ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης

		β^*	SE**	P
Έχετε λάβει ποτέ φαρμακευτική αγωγή για άγχος / κατάθλιψη ή άλλο ψυχολογικό πρόβλημα	Όχι	0,00 ⁺		
	Ναι	7,94	1,95	<0,001
Αίτιο προηγούμενων διακοπών κύησης	Ανεπιθύμητη κύηση	0,00		
	Συγγενείς ανωμαλίες/ Παλίνδρομη κύηση	2,52	0,62	<0,001
Η διακοπή κύησης έγινε σε	Ιδιωτικό μαιευτήριο	0,00		
	Δημόσιο μαιευτήριο	-7,67	1,44	<0,001
Αιτιολογία διακοπής κύησης	Αυτόματης Αποβολή 1ο τρίμηνο.	0,00		
	Χρωμοσωμική Ανωμαλία	3,73	1,56	0,019
	Συγγενής Ανωμαλία	-1,03	2,10	0,623
	Αυτόματη Αποβολή 2ο τρίμηνο	4,23	1,48	0,005

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα (Standard Error) συντελεστή εξάρτησης

⁺υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Η λήψη φαρμακευτικής αγωγής για άγχος / κατάθλιψη ή άλλο ψυχολογικό πρόβλημα, η αιτία διακοπής προηγούμενης και παρούσας κύησης καθώς και ο τρόπος της διακοπής βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στην διάσταση «Απόγνωση». Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχουσες που είχαν λάβει φαρμακευτική αγωγή για άγχος / κατάθλιψη ή άλλο ψυχολογικό πρόβλημα είχαν κατά 7,94 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που δεν είχαν λάβει τέτοια αγωγή.
- Οι συμμετέχουσες που είχαν διακόψει προηγούμενη κύηση λόγω συγγενών ανωμαλιών ή παλίνδρομης κύησης είχαν κατά 2,52 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που την είχαν διακόψει επειδή ήταν ανεπιθύμητη.
- Οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση σε δημόσιο μαιευτήριο είχαν κατά 7,67 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση σε ιδιωτικό μαιευτήριο.
- Οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την παρούσα κύηση λόγω χρωμοσωμικής ανωμαλίας είχαν κατά 3,73 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που την διέκοψαν λόγω αυτόματης αποβολής 1^{ου} τριμήνου.
- Οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την παρούσα κύηση λόγω αυτόματης αποβολής στο 2ο τρίμηνο είχαν κατά 4,23 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που την διέκοψαν λόγω αυτόματης αποβολής 1^{ου} τριμήνου.

Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην διάσταση «Dyadic consensus», ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 31. Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην διάσταση «Dyadic consensus», ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης

		β*	SE**	P
Εκπαίδευση	Τριτοβάθμια/ Μεταπτυχιακές σπουδές	0,00 ⁺		
	Πρωτοβάθμια/ Δευτεροβάθμια	2,93	1,12	0,010
	IEK	-2,09	1,13	0,066
Σύλληψη	Φυσική	0,00		
	Υποβοηθούμενη	6,86	1,66	<0,001
Κύηση προγραμματισμένη	Όχι	0,00		
	Ναι	-2,76	0,98	0,005
Η διακοπή κύησης έγινε σε	Ιδιωτικό μαιευτήριο	0,00		
	Δημόσιο μαιευτήριο	2,66	1,12	0,019
Έχετε λάβει ποτέ φαρμακευτική αγωγή για άγχος / κατάθλιψη ή άλλο ψυχολογικό πρόβλημα	Όχι	0,00		
	Ναι	-5,22	1,65	0,002

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα (Standard Error) συντελεστή εξάρτησης

⁺υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Το εκπαιδευτικό επίπεδο, ο τρόπος σύλληψης, ο προγραμματισμός της κύησης, ο τόπος διακοπής της κύησης και η λήψη φαρμακευτικής αγωγής για άγχος/κατάθλιψη ή άλλο ψυχολογικό πρόβλημα βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στην διάσταση «Dyadic consensus». Συγκεκριμένα:

- Οι απόφοιτες πρωτοβάθμιας/δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης είχαν κατά 2,93 υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις απόφοιτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.
- Οι συμμετέχουσες που είχαν συλλάβει υποβοηθούμενα είχαν κατά 6,86 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν συλλάβει φυσιολογικά.
- Στις περιπτώσεις που η κύηση ήταν προγραμματισμένη η βαθμολογία ήταν κατά 2,76 μονάδες χαμηλότερη σε σύγκριση με τις περιπτώσεις που δεν ήταν προγραμματισμένη η κύηση.
- Οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση σε δημόσιο μαιευτήριο είχαν κατά 2,66 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση σε ιδιωτικό μαιευτήριο.
- Οι συμμετέχουσες που είχαν λάβει φαρμακευτική αγωγή για άγχος / κατάθλιψη ή άλλο ψυχολογικό πρόβλημα είχαν κατά 5,22 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που δεν είχαν λάβει τέτοια αγωγή.

Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην διάσταση «Affectional expression», ανεξάρτητες τα

δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 32. Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην διάσταση «Affectional expression», ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης

		β*	SE**	P
Η διακοπή κύησης έγινε σε	Ιδιωτικό μαιευτήριο	0,00+		
	Δημόσιο μαιευτήριο	1,64	0,28	<0,001
Αριθμός παιδιών		-0,51	0,14	0,001
Συσπάσεις μήτρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης	Όχι	0,00		
	Ναι	-1,49	0,37	<0,001
Σύλληψη	Φυσική	0,00		
	Υποβοηθούμενη	1,30	0,41	0,002
Αιτιολογία διακοπής κύησης	Αυτόματης Αποβολή 1ο τρίμηνο.	0,00		
	Χρωμοσωμική Ανωμαλία	0,56	0,30	0,067
	Συγγενής Ανωμαλία	-0,91	0,35	0,010
	Αυτόματη Αποβολή 2ο τρίμηνο	0,59	0,30	0,046

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα (Standard Error) συντελεστή εξάρτησης

+υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Ο τόπος διακοπής της κύησης, ο αριθμός των παιδιών, η ύπαρξη συσπάσεων της μήτρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ο τρόπος σύλληψης και η αιτιολογία διακοπής της παρούσας κύησης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στην διάσταση «Affectional expression». Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση σε δημόσιο μαιευτήριο είχαν κατά 1,64 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση σε ιδιωτικό μαιευτήριο.
- Όσο περισσότερα παιδιά είχαν τόσο χαμηλότερη ήταν η βαθμολογία τους.
- Οι συμμετέχουσες που είχαν συσπάσεις κατά την εγκυμοσύνη είχαν κατά 1,49 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που δεν είχαν συσπάσεις κατά την εγκυμοσύνη.
- Οι συμμετέχουσες που είχαν συλλάβει υποβοηθούμενα είχαν κατά 1,30 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν συλλάβει φυσιολογικά.
- Οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την παρούσα κύηση λόγω συγγενούς ανωμαλίας είχαν κατά 0,91 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που την διέκοψαν λόγω αυτόματης αποβολής 1ου τριμήνου.
- Οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την παρούσα κύηση λόγω αυτόματης αποβολής στο 2ο τρίμηνο είχαν κατά 0,59 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που την διέκοψαν λόγω αυτόματης αποβολής 1ου τριμήνου.

Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην διάσταση «Dyadic satisfaction», ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 33. Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην διάσταση «Dyadic satisfaction», ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης

				β*	SE**	P
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμη/ Σε διάσταση/ Διαζευγμένη			0,00+		
	Έγγαμη/ Σε σχέση συμβίωσης			9,48	1,45	<0,001
Η διακοπή κύησης έγινε σε	Ιδιωτικό μαιευτήριο			0,00		
	Δημόσιο μαιευτήριο			3,52	0,79	<0,001
Κανένα πρόβλημα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης	Όχι			0,00		
	Ναι			3,79	0,69	<0,001
Αριθμός παιδιών				-1,73	0,43	<0,001
Εβδομάδες κύησης				-0,13	0,06	0,047
Αιτιολογία διακοπής κύησης	Αυτόματη τρίμηνο	Αποβολή	1ο	0,00		
	Χρωμοσωμική Ανωμαλία			-2,85	0,97	0,004
	Συγγενής Ανωμαλία			-5,48	1,18	<0,001
	Αυτόματη τρίμηνο	Αποβολή	2ο	-0,36	1,11	0,746

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα (Standard Error) συντελεστή εξάρτησης

⁺υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Η οικογενειακή κατάσταση, ο τόπος διακοπής της κύησης, η ύπαρξη προβλημάτων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ο αριθμός των παιδιών, η ηλικία κύησης και η αιτιολογία διακοπής της παρούσας κύησης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στην διάσταση «Dyadic satisfaction». Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχουσες που ήταν έγκυμες/ σε συμβίωση είχαν κατά 9,48 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που ήταν άγαμες, διαζευγμένες ή σε διάσταση.
- Οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση σε δημόσιο μαιευτήριο είχαν κατά 3,52 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση σε ιδιωτικό μαιευτήριο.
- Οι συμμετέχουσες που δεν είχαν κανένα πρόβλημα κατά την εγκυμοσύνη είχαν κατά 3,79 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν κάποιο πρόβλημα.
- Όσο περισσότερα παιδιά είχαν τόσο χαμηλότερη ήταν η βαθμολογία τους.
- Όσο περισσότερες ήταν οι εβδομάδες κύησης τόσο χαμηλότερη ήταν η βαθμολογία τους.
- Οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την παρούσα κύηση λόγω χρωμοσωμικής ανωμαλίας είχαν κατά 2,85 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που την διέκοψαν λόγω αυτόματης αποβολής 1ου τριμήνου.
- Οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την παρούσα κύηση λόγω συγγενούς ανωμαλίας είχαν κατά 5,48 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που την διέκοψαν λόγω αυτόματης αποβολής 1ου τριμήνου.

Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην διάσταση «Dyadic cohesion», ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 34. Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην διάσταση «Dyadic cohesion», ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης

		β^*	SE**	P
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμη/ Σε διάσταση/ Διαζευγμένη	0,00+		
	Έγγαμη/ Σε σχέση συμβίωσης	2,97	1,26	0,020
Εκπαίδευση	Τριτοβάθμια/ Μεταπτυχιακές σπουδές	0,00		
	Πρωτοβάθμια/ Δευτεροβάθμια	2,62	0,65	<0,001
	IEK	-1,16	0,68	0,088
Η διακοπή κύησης έγινε σε	Ιδιωτικό μαιευτήριο	0,00		
	Δημόσιο μαιευτήριο	2,82	0,68	<0,001
Αριθμός κυήσεων	προηγούμενων	-0,67	0,20	0,001

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα (Standard Error) συντελεστή εξάρτησης
⁺υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Η οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, ο τόπος διακοπής της κύηση και ο αριθμός προηγούμενων κυήσεων βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στην διάσταση «Dyadic cohesion». Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχουσες που ήταν έγκυες/ σε συμβίωση είχαν κατά 2,97 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που ήταν άγαμες, διαζευγμένες ή σε διάσταση.
- Οι απόφοιτες πρωτοβάθμιας/δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης είχαν κατά 2,62 υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις απόφοιτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.
- Οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση σε δημόσιο μαιευτήριο είχαν κατά 2,82 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση σε ιδιωτικό μαιευτήριο.
- Όσο περισσότερες κυήσεις είχαν τόσο χαμηλότερη ήταν η βαθμολογία τους.

Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα DAS, ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 35. Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα DAS, ανεξάρτητες τα δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών και με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης

		β*	SE**	P
Εκπαίδευση	Τριτοβάθμια/ Μεταπτυχιακές σπουδές	0,00 ⁺		
	Πρωτοβάθμια/ Δευτεροβάθμια	5,29	2,20	0,018
	IEK	-4,70	2,25	0,039
Η διακοπή κύησης έγινε σε	Ιδιωτικό μαιευτήριο	0,00		
	Δημόσιο μαιευτήριο	8,10	2,27	<0,001
Αριθμός προηγούμενων κυήσεων		-2,36	0,65	<0,001
Έχετε λάβει ποτέ φαρμακευτική αγωγή για άγχος / κατάθλιψη ή άλλο ψυχολογικό πρόβλημα	Όχι	0,00		
	Ναι	-9,66	3,15	0,003
Κανένα πρόβλημα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης	Όχι	0,00		
	Ναι	5,13	1,84	0,006
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμη/ Σε διάσταση/ Διαζευγμένη	0,00		
	Έγγαμη/ Σε σχέση συμβίωσης	13,79	4,32	0,002

*συντελεστής εξάρτησης **τυπικό σφάλμα (Standard Error) συντελεστή εξάρτησης

⁺υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Το εκπαιδευτικό επίπεδο, ο τόπος διακοπής της κύησης, ο αριθμός προηγούμενων κυήσεων, η λήψη φαρμακευτικής αγωγής για άγχος / κατάθλιψη ή άλλο ψυχολογικό πρόβλημα, η ύπαρξη προβλημάτων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και η οικογενειακή κατάσταση βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη συνολική βαθμολογία στην κλίμακα DAS. Συγκεκριμένα:

- Οι απόφοιτες πρωτοβάθμιας/δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης είχαν κατά 5,29 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις απόφοιτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.
- Οι απόφοιτες ΙΕΚ είχαν κατά 4,70 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις απόφοιτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.
- Οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση σε δημόσιο μαιευτήριο είχαν κατά 8,10 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση σε ιδιωτικό μαιευτήριο.
- Όσο περισσότερες κυήσεις είχαν τόσο χαμηλότερη ήταν η βαθμολογία τους.
- Οι συμμετέχουσες που είχαν λάβει φαρμακευτική αγωγή για άγχος / κατάθλιψη ή άλλο ψυχολογικό πρόβλημα είχαν κατά 9,66 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που δεν είχαν λάβει τέτοια αγωγή.
- Οι συμμετέχουσες που δεν είχαν κανένα πρόβλημα κατά την εγκυμοσύνη είχαν κατά 5,13 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν κάποιο πρόβλημα.
- Οι συμμετέχουσες που ήταν έγγαμες/ σε συμβίωση είχαν κατά 13,79 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που ήταν άγαμες, διαζευγμένες ή σε διάσταση.

3.2.7 Συσχέτιση των μεταβολών των βαθμολογιών κατάθλιψης, άγχους και περιγεννητικής θλίψης με δημογραφικά και άλλα στοιχεία των συμμετεχουσών.

Στη συνέχεια έγιναν πολυπαραγοντικά μεικτά γραμμικά μοντέλα παλινδρόμησης (mixed linear model) έχοντας σαν εξαρτημένες μεταβλητές τις βαθμολογίες κατάθλιψης, άγχους και περιγεννητικής θλίψης και σαν ανεξάρτητες το χρόνο, δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών, στοιχεία από το γυναικολογικό τους ιστορικό, τις αλληλεπιδράσεις τους με το χρόνο και τις υπόλοιπες κλίμακες της μελέτης (IES-R και DAS). Με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise) βρέθηκαν τα παρακάτω αποτελέσματα.

3.2.7.1 Βαθμολογία επιλόχειας κατάθλιψης

Η μεταβολή στη βαθμολογία επιλόχειας κατάθλιψης βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη μέθοδο διακοπής κύησης, με την υποστήριξη από ψυχολόγο στο παρελθόν και τις κλίμακες γεγονότων ζωής και DAS. Συγκεκριμένα:

- Η βαθμολογία μειώθηκε σημαντικά περισσότερο στις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Προκλητή μέθοδο σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Χειρουργική μέθοδο ($\beta=-0,15$, $SE=0,04$, $p=0,001$).

- Η βαθμολογία μειώθηκε σημαντικά περισσότερο στις συμμετέχουσες που είχαν υποστήριξη από ψυχολόγο/ψυχίατρο στο παρελθόν σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που δεν είχαν ποτέ τέτοια υποστήριξη ($\beta=-0,11$, $SE=0,05$, $p=0,043$).
- Όσο λιγότερο χειροτέρευε η σχέση του ζευγαριού τόσο περισσότερο μειώνονται τα συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης ($\beta=-0,11$, $SE=0,02$, $p<0,001$).

3.2.7.2 Κλίμακα προσωρινού άγχους

Η μεταβολή στη βαθμολογία προσωρινού άγχους βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη μέθοδο διακοπής κύησης, την οικογενειακή κατάσταση και την κλίμακα DAS. Συγκεκριμένα:

- Η βαθμολογία μειώθηκε σημαντικά περισσότερο στις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Προκλητή μέθοδο σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη μέθοδο Χειρουργική ($\beta=-0,49$, $SE=0,10$, $p<0,001$).
- Η βαθμολογία μειώθηκε σημαντικά περισσότερο στις συμμετέχουσες που ήταν έγγαμες/ σε συμβίωση σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που ήταν άγαμες/ σε διάσταση/ διαζευγμένες ($\beta=-1,01$, $SE=0,23$, $p<0,001$).
- Όσο λιγότερο χειροτέρευε η σχέση του ζευγαριού τόσο περισσότερο μειώνονται τα συμπτώματα προσωρινού άγχους ($\beta=-0,34$, $SE=0,04$, $p<0,001$).

3.2.7.3 Κλίμακα μόνιμου άγχους

Η μεταβολή στη βαθμολογία μόνιμου άγχους βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη μέθοδο διακοπής κύησης, την οικογενειακή κατάσταση και την κλίμακα DAS. Συγκεκριμένα:

- Η βαθμολογία μειώθηκε σημαντικά περισσότερο στις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Προκλητή μέθοδο σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Χειρουργική μέθοδο ($\beta=-0,17$, $SE=0,06$, $p=0,005$).
- Η βαθμολογία μειώθηκε σημαντικά περισσότερο στις συμμετέχουσες που ήταν έγγαμες/ σε συμβίωση σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που ήταν άγαμες/ σε διάσταση/ διαζευγμένες ($\beta=-0,30$, $SE=0,15$, $p=0,042$).
- Όσο λιγότερο χειροτέρευε η σχέση του ζευγαριού τόσο περισσότερο μειώνονται τα συμπτώματα μόνιμου άγχους ($\beta=-0,33$, $SE=0,03$, $p<0,001$).

3.2.7.4 Κλίμακα άγχους (HADS)

Η μεταβολή στη βαθμολογία άγχους της κλίμακας HADS βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη μέθοδο διακοπής κύησης, την οικογενειακή κατάσταση, τη μέθοδο σύλληψης και την κλίμακα DAS. Συγκεκριμένα:

- Η βαθμολογία μειώθηκε σημαντικά περισσότερο στις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Προκλητή μέθοδο σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Χειρουργική μέθοδο ($\beta=-0,09$, $SE=0,03$, $p=0,009$).
- Η βαθμολογία μειώθηκε σημαντικά περισσότερο στις συμμετέχουσες που ήταν έγκυες/ σε συμβίωση σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που ήταν άγκυες/ σε διάσταση/ διαζευγμένες ($\beta=-0,53$, $SE=0,08$, $p<0,001$).
- Η βαθμολογία μειώθηκε σημαντικά περισσότερο όταν η σύλληψη έγινε υποβοηθούμενη σε σύγκριση με όταν έγινε φυσιολογικά ($\beta=-0,53$, $SE=0,08$, $p<0,001$).
- Όσο λιγότερο χειροτέρευε η σχέση του ζευγαριού τόσο περισσότερο μειώνονται τα συμπτώματα άγχους ($\beta=-0,14$, $SE=0,02$, $p<0,001$).

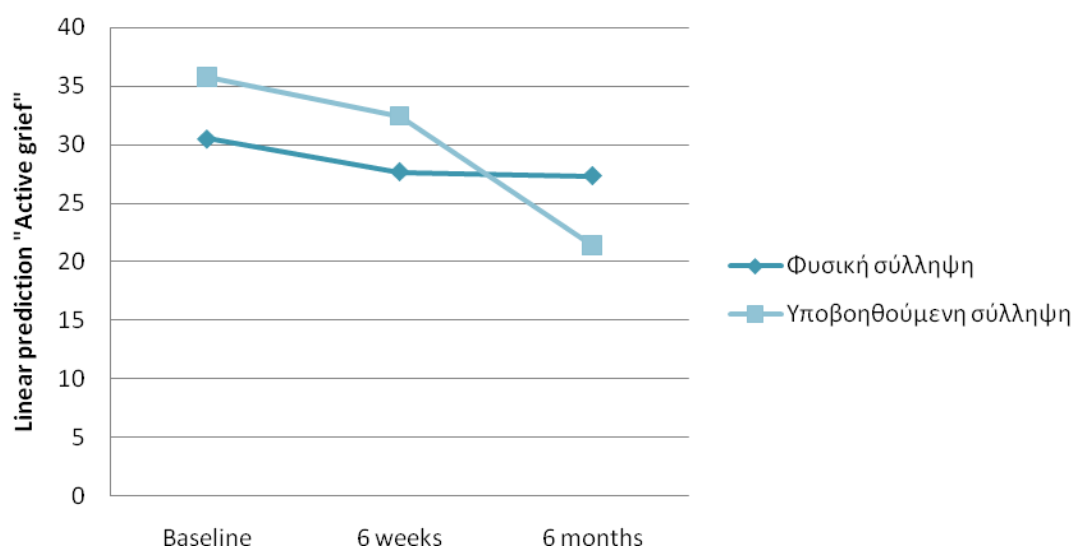
3.2.7.5 Υποκλίμακα «Ενεργή Θλίψη»

Η μεταβολή στη βαθμολογία της διάστασης «Ενεργή Θλίψη» βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη μέθοδο διακοπής κύησης, την οικογενειακή κατάσταση, τη μέθοδο σύλληψης και DAS. Συγκεκριμένα:

- Η βαθμολογία μειώθηκε σημαντικά περισσότερο στις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Προκλητή μέθοδο σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Χειρουργική μέθοδο ($\beta=-0,17$, $SE=0,06$, $p=0,008$).

- Η βαθμολογία μειώθηκε σημαντικά περισσότερο στις συμμετέχουσες που ήταν έγγαμες/ σε συμβίωση σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που ήταν άγαμες/ σε διάσταση/ διαζευγμένες ($\beta=-0,45$, $SE=0,15$, $p=0,002$).
- Η βαθμολογία μειώθηκε σημαντικά περισσότερο όταν η σύλληψη έγινε υποβοηθούμενη σε σύγκριση με όταν έγινε φυσιολογικά ($\beta=-0,30$, $SE=0,11$, $p=0,009$).
- Όσο λιγότερο χειροτέρευε η σχέση του ζευγαριού τόσο περισσότερο μειώνονται τα συμπτώματα «Ενεργής Θλίψης» ($\beta=-0,18$, $SE=0,04$, $p<0,001$).

Στο παρακάτω γράφημα δίνονται οι μεταβολές στις εκτιμώμενες τιμές της υποκλίμακας «Ενεργή Θλίψη» ανάλογα με τη μέθοδο σύλληψης.

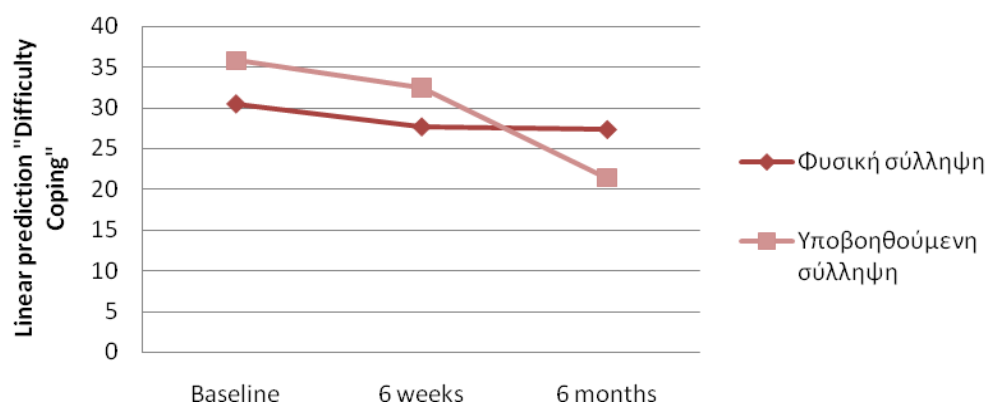


3.2.7.6 Υποκλίμακα «Δυσκολία Αντιμετώπισης»

Η μεταβολή στη βαθμολογία της υποκλίμακας «Δυσκολία Αντιμετώπιση» βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη μέθοδο διακοπής κύησης, τη μέθοδο σύλληψης και την κλίμακα DAS. Συγκεκριμένα:

- Η βαθμολογία μειώθηκε σημαντικά περισσότερο στις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Προκλητή μέθοδο σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Χειρουργική μέθοδο ($\beta=-0,21$, $SE=0,06$, $p<0,001$).
- Η βαθμολογία μειώθηκε σημαντικά περισσότερο όταν η σύλληψη έγινε υποβοηθούμενη σε σύγκριση με όταν έγινε φυσιολογικά ($\beta=-0,27$, $SE=0,11$, $p=0,012$).
- Όσο λιγότερο χειροτέρευε η σχέση του ζευγαριού τόσο περισσότερο μειώνονται τα συμπτώματα δυσκολίας στην αντιμετώπιση ($\beta=-0,11$, $SE=0,03$, $p<0,001$).

Στο παρακάτω γράφημα δίνονται οι μεταβολές στις εκτιμώμενες τιμές της υποκλίμακας «Δυσκολία Αντιμετώπισης» ανάλογα με τη μέθοδο διακοπής της κύησης.



Για τη βαθμολογία κατάθλιψης (HADS) και την υποκλίμακα «Απόγνωση» δεν έγιναν παρόμοιες αναλύσεις καθότι δεν βρέθηκαν να μεταβάλλονται στο χρόνο παρακολούθησης.

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

4.1 Συζήτηση των αποτελεσμάτων

Η παρούσα μελέτη ακολούθησε τον μεθοδολογικό σχεδιασμό προγενέστερων ερευνητών σε διάφορες χώρες ανά τον κόσμο. Ένα δείγμα από 176 Ελληνίδες που βίωσε απώλεια της κύησης, είτε λόγω αυτόματης αποβολής 1^{ου} ή 2^{ου} τριμήνου, είτε εκλεκτικής διακοπής λόγω συγγενών ή χρωμοσωμικών ανωμαλιών, δέχθηκε να συμμετάσχει, προκειμένου να διερευνηθεί η ψυχολογική επιβάρυνση μετά το τερματισμό της κύησης καθώς και τους παράγοντες που συντελούν στην εκδήλωση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, άγχους, μετατραυματικής διαταραχής στρες και περιγεννητικής θλίψης. Όπως ήδη αναφέρθηκε, η εκτίμηση των γυναικών έγινε την ημέρα του τερματισμού της κύησης, στις 6 βδομάδες και στους 6 μήνες μετά την απώλεια. Επιπλέον, μεταφράστηκε και σταθμίστηκε η κλίμακα PGS στα Ελληνικά ώστε να αποτελεί ένα αξιόπιστο ερευνητικό ψυχομετρικό εργαλείο για τον έγκαιρο εντοπισμό της περιγεννητικής θλίψης.

Σε αυτή τη μελέτη μεταφράστηκε και σταθμίστηκε η σύντομη έκδοση της PGS, προκειμένου να επιτρέψει στους ερευνητές να μετρήσουν τις αντιδράσεις των γυναικών μετά από περιγεννητική απώλεια. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ελληνική έκδοση της PGS είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο για την αξιολόγηση των τριών διαστάσεων της θλίψης μετά από περιγεννητική απώλεια, «Ενεργή Θλίψη», «Απελπισία» και «Δυσκολία Αντιμετώπισης». Η ελληνική PGS είναι ένα αξιόπιστο εργαλείο όσον αφορά την εσωτερική συνοχή και οι συντελεστές Cronbach's alpha είναι υψηλοί, σε συνάρτηση με άλλες μελέτες (Ratislavova et al., 2015; Adolfsson &

Larsson, 2006). Όσον αφορά την συγκλίνουσα εγκυρότητα, οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson έδειξαν μια σημαντικά θετική συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων της PGS και των σκορ στις κλίμακες EPDS, STAI και HADS. Ως εκ τούτου, περισσότερα συμπτώματα περιγεννητική θλίψη συνδέονται με περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης και το άγχους.

Υπάρχει μια συσχέτιση της PGS με την ηλικία κύησης κατά τον τερματισμό και την αιτιολογία της διακοπής. Οι βαθμολογίες σε όλες τις υποκλίμακες PGS ήταν σημαντικά μεγαλύτερες, όταν η ηλικία κύησης κατά τον τερματισμό της ήταν πάνω από 12 εβδομάδες. Σε κύσεις με ηλικία <12 εβδομάδες, η «Ενεργή Θλίψη» ήταν 28,82 (SD 8,78), η «Απελπισία» 21.01 (SD 6,55) και η «Δυσκολία Αντιμετώπισης» 19.73 (SD 5,80). Σε κύσεις με ηλικία > 12 εβδομάδων, η «Ενεργή Θλίψη» ήταν 35.13 (SD 8,80) η «Απελπισία» 26.16 (SD 7,86) και η «Δυσκολία Αντιμετώπισης» 22.89 (SD 8,19). Ένα τέτοιο εύρημα καταδεικνύει ότι ο τερματισμός στο δεύτερο τρίμηνο έχει περισσότερο άγχος, σε σύγκριση με το πρώτο τρίμηνο (Davies et al., 2005). Στο δεύτερο τρίμηνο, οι μητέρες έχουν βιώσει ήδη τις κινήσεις του εμβρύου και ο τερματισμός της κύησης γίνεται με φαρμακευτική πρόκληση, ενώ στο πρώτο τρίμηνο οι μητέρες δεν έχουν βιώσει τις κινήσεις του εμβρύου και ο τερματισμός γίνεται χειρουργικά υπό γενική αναισθησία (Davies et al., 2005). Οι μελέτες των Korenromp και συνεργατών (2005) και Lasker και Toedter (1991) επίσης υποστηρίζουν ότι η προχωρημένη ηλικία κύησης σχετίζεται με σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες περιγεννητικής θλίψης (Korenromp et al., 2005; Lasker & Toedter, 1991).

Επιπλέον, όλες οι υποκλίμακες της PGS εμφανίζουν σημαντικά μεγαλύτερες βαθμολογίες σε περιπτώσεις τερματισμού της κύησης λόγω χρωμοσωμικών ανωμαλιών [«Ενεργή Θλίψη» 36.23 (SD 8,89) «Απελπισία» 26.1 (SD 9,13) και «Δυσκολία Αντιμετώπισης» 23,53 (SD 8,5)] ή αποβολή δευτέρου τριμήνου [«Ενεργή Θλίψη» 36.37 (SD 7,73) «Απελπισία» 26.59 (SD 6,01) και «Δυσκολία Αντιμετώπισης» 23.71 (SD 8,06)], σε σύγκριση με τις αποβολές πρώτου τριμήνου [«Active θλίψη» 28,09 (SD 9.05) «Απελπισία» 20.64 (SD 6,73) και «Δυσκολία Αντιμέτωποι» 19.08 (SD 5,67)]. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ο τερματισμός στο δεύτερο τρίμηνο έχει περισσότερο άγχος, σε σύγκριση με το πρώτο τρίμηνο (Davies et al., 2005) και σχετίζεται με σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία περιγεννητικής θλίψης (Korenromp et al., 2005; Lasker & Toedter, 1991). Όσον αφορά τα αποτελέσματα στις γυναίκες που είχαν τερματισμό λόγω χρωμοσωμικών ανωμαλιών, πολλές μελέτες έχουν παρόμοια αποτελέσματα (Davies et al., 2005; Korenromp et al., 2005; Nazare et al., 2014), κυρίως λόγω της ενοχής που ακολουθεί την απόφαση να διακόψουν τη κύηση. Η ενοχή έχει επίδραση στη συμπτωματολογία της περιγεννητικής θλίψης, οδηγώντας συνήθως σε ιδιαίτερα υψηλές βαθμολογίες σε όλες τις υποκλίμακες της PGS.

Στη παρούσα μελέτη διεξαγάγαμε πολυπαραγοντική ανάλυση των πιθανών παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, άγχους, μετατραυματικού στρες και περιγεννητικής θλίψης. Φάνηκε ότι υπήρξε σημαντική μεταβολή στις κλίμακες EPDS, STAI, DAS, HADS, IES-R και PGS από την αρχική μέτρηση μέχρι τους 6 μήνες με μόνες εξαιρέσεις τη βαθμολογία κατάθλιψης της κλίμακας HADS και τη βαθμολογία της υποκλίμακας «Απόγνωση» της κλίμακας PGS που δεν βρέθηκαν να μεταβάλλονται στο χρόνο παρακολούθησης.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, τα οποία αναφέρονται για πρώτη φορά σε ελληνικό πληθυσμό, είναι παρεμφερή με τις μελέτες διεθνώς, όπως των διαχρονικών μελετών των Janssen και συνεργατών (1997) και Lasker & Toedter (1991), όπου τα συμπτώματα περιγεννητικής θλίψης μειώνονται σε ένταση κατά τη διάρκεια των πρώτων 12 μηνών (Janssen et al, 1997; Lasker & Toedter, 1991) Στις περισσότερες διαχρονικές μελέτες, διαπιστώθηκε ότι συνολική ψυχολογική επιβάρυνση μειώθηκε στους πρώτους μήνες μετά το συμβάν (Hunfeld et al., 1997; Iles & Gath, 1993; Salvesen et al., 1997; Korenromp, 2005). Λαμβάνοντας υπόψην τη διαδικασία του πένθους, στην μελέτη των Kesrting και συνεργατών (2007), η βαθμολογία περιγεννητικής θλίψης μειώθηκε σημαντικά κατά την περίοδο της έρευνας και σε διάστημα 14 μηνών (Kesrting et al, 2007). Ετερογενή αποτελέσματα έχουν αναφερθεί στην έρευνα σχετικά με τη διακοπή κύησης λόγω συγγενών ανωμαλιών των Geerinck-Vercammen και Kanhai (2003) που ερεύνησαν 89 ζευγάρια έξι εβδομάδες και έξι μήνες μετά τη διακοπή και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες είχαν βιώσει άγχος κατά τη διάρκεια της περιόδου μετά τη διακοπή και τις επόμενες εβδομάδες, αλλά εξαφανίστηκε μετά από έξι μήνες (Geerinck-Vercammen & Kanhai, 2003)

Ένας αριθμός από πρόσφατες μελέτες έχουν αποκαλύψει ότι η απώλεια ενός αγέννητου παιδιού μετά την ανακάλυψη σοβαρών χρωμοσωμικών ανωμαλιών και δυσπλασιών του εμβρύου κατά τη διάρκεια της κύησης μπορεί να αποβεί σε ένα τραυματικό γεγονός στη ζωή των γονέων με υψηλό ψυχολογικό αντίκτυπο, ιδιαίτερα αν αυτό συμβεί κατά το 2^ο τρίμηνο της κύησης (Korenromp et al., 2005; Kersting et al., 2007; Iles & Gath, 1993).

Στη συγκεκριμένη μελέτη φάνηκε ότι οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση λόγω χρωμοσωμικής ανωμαλίας είχαν κατά 4,03 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία κατάθλιψης στη κλίμακα HADS καθώς και οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση λόγω συγγενούς ανωμαλίας είχαν κατά 2,19 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία κατάθλιψης στη κλίμακα HADS σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που τη διέκοψαν λόγω αυτόματης αποβολής 1^{ου} τριμήνου. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι μία γυναίκα νιώθει σε μεγάλο βαθμό υπεύθυνη για το θάνατο του παιδιού της, όταν λαμβάνει την απόφαση να τερματίσει ενεργά την κύηση και είναι δυνατόν να προκαλέσει αρκετές σοβαρές μακροπρόθεσμες ψυχολογικές επιπλοκές, σε σύγκριση με μία αυτόματη αποβολή (Frost & Condon, 1996). Μία γυναίκα που βιώνει μία αυτόματη αποβολή δεν έχει λάβει η ίδια την απόφαση να τερματίσει την κύηση, με αποτέλεσμα αυτό να έχει θετική επίδραση όσον αφορά τις αντιδράσεις (Salvesen et al, 1997).

Οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση λόγω χρωμοσωμικής ανωμαλίας είχαν κατά 2,13 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία άγχους στη κλίμακα HADS καθώς και οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση λόγω συγγενούς ανωμαλίας είχαν κατά 3,37 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία άγχους στη κλίμακα HADS σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που τη διέκοψαν λόγω αυτόματης αποβολής 1^{ου} τριμήνου. Το εύρημα αυτό είναι παρεμφερές με αυτό των Kersting και συνεργατών (2007). Στη συγκεκριμένη έρευνα οι γυναίκες που είχαν μια διακόψει τη κύησης λόγω συγγενών ανωμαλιών του εμβρύου, είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να υποφέρουν από μια ποικιλία ψυχιατρικών διαταραχών όπως το άγχος για έως και 14 μήνες μετά την απώλεια, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (Kersting, 2007). Σε αυτή την ομάδα, οξείες διαταραχές άγχους, όπως μετατραυματική διαταραχή στρες, ως επί το πλείστον επιλύθηκαν σε 14 μήνες μετά την απώλεια. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα της

διαχρονικής μελέτης με επικυρωμένα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια (ICG, PTS, EPDS, IES, SCL-90) των Korenromp και συνεργατών (2009) που μελέτησαν τα ψυχολογικά αποτελέσματα και τους προγνωστικούς παράγοντες για την δυσμενή ψυχολογική έκβαση σε 147 γυναίκες στους 4, 8, και 16 μήνες μετά τη διακοπή της κύησης λόγω εμβρυικών δυσπλασιών. Τέσσερις μήνες μετά τον τερματισμό 46% των γυναικών έδειξαν παθολογικά επίπεδα των μετατραυματικών συμπτωμάτων άγχους, τα οποία μειώθηκαν στο 20,5% μετά από 16 μήνες. Όσον αφορά την κατάθλιψη, τα στοιχεία αυτά ήταν 28% στους τέσσερις μήνες και 13% μετά από 16 μήνες (Korenromp et al, 2009).

Οι περισσότερες μελέτες των γυναικών που υποβάλλονται σε διακοπή κύησης για χρωμοσωμικές ή συγγενείς ανωμαλίες του εμβρύου αναφέρουν σημαντική θλίψη μέσα στους πρώτους τέσσερις έως έξι μήνες. Παρά το γεγονός ότι η πλειοψηφία των γυναικών αυτών θα προσαρμοστούν καλά, η ομάδα αυτή είναι σε αυξημένο κίνδυνο επιπλεγμένης θλίψης (Kersting et al., 2004; Korenromp et al., 2005; Zeanah et al., 1993). Αντίθετα με αυτές τις έρευνες, στην παρούσα μελέτη δε φάνηκε να υπάρχει σημαντική διαφορά στα ποσοστά της περιγεννητικής θλίψης. Οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την παρούσα κύηση λόγω χρωμοσωμικής ανωμαλίας είχαν κατά 3,73 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στην υπολίμακα «Απόγνωση» της κλίμακας PGS σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που την διέκοψαν λόγω αυτόματης αποβολής 1^{ου} τριμήνου. Το εύρημα αυτό δεν είναι σε διάσταση με τα αποτελέσματα των Zeanah και συνεργατών (1993) όπου στην έρευνα τους συγκρίνοντας τη θλίψη των γονέων που επέλεξαν να τερματίσουν μια κύηση μετά από τη διάγνωση εμβρυϊκών ανωμαλιών σε σύγκριση με τους γονείς που είχαν υποστεί μια αυτόματη αποβολή δεν βρήκαν διαφορές στη θλίψη. Αυτό πιθανόν να είναι σχετικό με τα συγκεκριμένα ζητήματα που σχετίζονται με θλίψη μετά από εκλεκτική διακοπή κύησης,

συμπεριλαμβανομένων των δραστικών αποφάσεων, την ενοχή και την ντροπή (Hes & Gath ,1993). Οι γυναίκες αυτές, συχνά περιγράφουν μεγάλη ‘καταπίεση’ από τους ιατρούς τους μετά το αποτέλεσμα του προγεννητικού ελέγχου να διακόψουν την κύηση, καθώς τους δίνεται ένα μικρό χρονικό διάστημα για να αποφασίσουν και η πληροφόρηση που τους δίνεται είναι συνήθως πολύ φτωχή (Zeanah et al, 1993). Συνέπεια αυτού, πολλές γυναίκες μάχονται για την αντιμετώπιση της ενοχής που δημιουργεί η κυοφορία ενός παιδιού με δυσμορφία και η απόφαση να τερματίσουν μια επιθυμητή κύηση (Zolse & Blacker, 1992). Επιπλέον η απόγνωση μπορεί να οφείλεται στη σύγκρουση αξιών και τις πεποιθήσεων των γυναικών που αναμένουν ότι θα γεννηθεί ένα υγιές μωρό και δεν έχουν φανταστεί ότι θα έχουν έναν ενεργό ρόλο στο να παρθεί μια τέτοια οριστική απόφαση (Kersting et al., 2005).

Η ψυχολογική αντίδραση μετά από διακοπή μιας επιθυμητής κύησης σαφώς διαφέρει ανάμεσα στο ζευγάρι και αυτό μπορεί να ασκήσει πίεση στη σχέση του ζευγαριού (Stinson et al.,1991). Στη παρούσα μελέτη, οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την παρούσα κύηση λόγω συγγενούς ανωμαλίας είχαν κατά 0,91 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση “Affectional expression” της κλίμακας DAS σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που την διέκοψαν λόγω αυτόματης αποβολής 1ου τριμήνου. Επιπρόσθετα, οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την παρούσα κύηση λόγω συγγενούς ανωμαλίας είχαν κατά 5,48 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση “Dyadic satisfaction” της κλίμακας DAS και οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την παρούσα κύηση λόγω χρωμοσωμικής ανωμαλίας είχαν κατά 2,85 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στη διάσταση “Dyadic satisfaction” της κλίμακας DAS σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που την διέκοψαν λόγω αυτόματης αποβολής 1ου τριμήνου.

Αυτά τα αποτελέσματα μπορεί να οφείλονται στις πιθανές διαφορές μεταξύ των δυο φύλων καθώς οι γυναίκες είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στην ενοχή μετά από διακοπή

κύησης λόγω εμβρυικών δυσπλασιών (Nazare et al, 2014). Οι περισσότεροι άντρες, αντιμετωπίζουν τον θρήνο τους μέσω της σιωπής, με αποτέλεσμα οι γυναίκες να το εκλαμβάνουν σαν ελλιπή ανταπόκριση των αναγκών τους (Puddifoot and Johnson, 1997; Murphy, 1998). Φοβούμενοι ότι μπορεί να πουν κάτι λάθος, πολλοί καταφεύγουν στο να μην πουν τίποτα με κίνδυνο την αποξένωση (McCoyd, 2007).

Στην προοπτική μελέτη των Janssen και Cuisinier (1992) βρέθηκε ότι η εκπαίδευση ήταν άσχετη με θλίψη. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν οι Toedter και συνεργάτες το 1988, με την κοινωνική κατάσταση, να μην θεωρείτε ως ισχυρός προγνωστικός δείκτης της έντασης της θλίψης (Toedter et al, 1988). Στη συγκεκριμένη μελέτη φάνηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο ποσοστό εκδήλωσης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και εκπαίδευσης, με αποτέλεσμα οι απόφοιτες πρωτοβάθμιας/δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης να έχουν κατά 2,61 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στη κλίμακα EPDS, σε σύγκριση με τις απόφοιτες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Το εύρημα αυτό συνάδει με το αποτέλεσμα των Korenromp και συνεργατών (2005), όπου γυναίκες χαμηλού μορφωτικού επιπέδου να παρουσιάζουν υψηλότερες βαθμολογίες άγχους και κατάθλιψης (Korenromp et al, 2005). Κατά δεύτερον, οι ίδιοι ερευνητές δυο χρόνια μετά, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι γυναίκες με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης είχαν καλύτερη ψυχολογική έκβαση (Korenromp et al, 2007).

Θα μπορούσε να υποθέσει κάποιος ότι οι μεγαλύτερης ηλικίας (>35) γυναίκες θα είχαν υψηλότερες βαθμολογίες στις κλίμακες της έρευνας αφού επικρατεί η πεποίθηση ότι η παρούσα κύηση ίσως να ήταν η τελευταία ευκαιρία τους να

αποκτήσουν παιδί (Hes and Gath, 1993). Παρόλα αυτά, στη παρούσα έρευνα δεν υπήρξε συσχέτιση της ηλικίας ως προγνωστικός παράγοντα ψυχολογικής επιβάρυνσης. Αυτό επιβεβαιώνετε και σε προγενέστερες έρευνες που με βάση την υπόθεση ότι οι μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες, θα είχαν αυξημένα επίπεδα θλίψης ως αποτέλεσμα της των περιορισμένων διαθέσιμων χρόνων αναπαραγωγικής ηλικίας, απέτυχαν να το αποδείξουν. Σε αντίθεση με την υπόθεση, οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας είχαν χαμηλότερες βαθμολογίες PGS σε σχέση με τις νεότερες γυναίκες και μπορεί να σχετίζεται με το γεγονός ότι οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας έχουν ήδη άλλα παιδιά και έτσι μπορούν να αντιμετωπίσουν καλύτερα την απώλεια (Toedter et al., 1988; Lasker & Toedter, 1991; Zeanah et al., 1993).

Μπορεί η ηλικία στη παρούσα έρευνα να μην συσχετίζεται με το βαθμό της ψυχολογικής επιβάρυνσης, ωστόσο, η ύπαρξη παιδιών ή όχι φάνηκε να είναι προγνωστικός δείκτης της έντασης του άγχους και όχι περιγεννητικής θλίψης, αφού όσο περισσότερες κυήσεις είχαν στο παρελθόν οι συμμετέχουσες τόσο λιγότερο ήταν το μόνιμο άγχος που ένιωθαν. Αυτό το εύρημα δεν έρχεται σε διάσταση με άλλες έρευνες που δεν βρήκαν καμία συσχέτιση μεταξύ της παρουσίας ζωντανών παιδιών και το αποτέλεσμα της θλίψης (Heikkinen ,1995; Johnson & Puddifoot, 1996). Η μελέτη των Toedter και συνεργατών (1988), διαπιστώθηκε ότι οι γονείς που είχαν ήδη παιδιά κατά τη στιγμή της απώλειας είχαν χαμηλότερα επίπεδα της θλίψης στις τρεις υποκλίμακες καθώς και το σύνολο των PGS στους δύο μήνες μετά την απώλεια. Η ύπαρξη μιας αρνητικής σχέσης μεταξύ θλίψης και της παρουσίας παιδιών, οφείλεται στο γεγονός ότι οι γονείς έχουν άλλο παιδί ή παιδιά για να παρηγορηθούν και να αποσπάσουν την προσοχή τους (Toedter et al, 1988).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί πολλοί παράγοντες μπορεί να συντελούν στην ψυχολογική επιβάρυνση μετά από απώλεια κύησης. Η ποιότητα της συζυγικής σχέσης αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα στην αντιμετώπιση της απώλειας (LaRoche et al, 1984; Hollins Martin & Forrest, 2013). Το εύρημα της ποιότητας της συζυγίας συμφωνεί με τα ως τώρα δεδομένα πολλών μελετών, όπου έχει βρεθεί ότι η δυσαρμονική σχέση με το σύντροφο αποτελεί επιβαρυντικό προγνωστικό παράγοντα για την εμφάνιση κατάθλιψης, άγχους και περιγεννητικής απώλειας (Lasker & Toedter, 1991; Kersting & Wagner, 2012).

Στη συγκεκριμένη μελέτη φάνηκε ότι όσο καλύτερη η σχέση του ζευγαριού τόσο περισσότερο μειώνονται τα συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης, του προσωρινού άγχους, του μόνιμου άγχους και τα συμπτώματα «Ενεργής Θλίψης» και «Δυσκολία Αντιμετώπισης». Τα ευρήματα αυτά είναι παρεμφερή με τα αποτελέσματα προγενέστερων μελετών που διαπίστωσαν ότι μια ισχυρή συζυγική σχέση έχει βρεθεί να σχετίζεται αρνητικά με τη συνολική βαθμολογία PGS, συμπεραίνοντας ότι η ποιότητα της συζυγικής σχέσης είναι προάγγελος της θλίψης (Zeanah et al., 1995; Lasker & Toedter, 1991; Cuisinier et al, 1993; Janssen & Cuisinier, 1992). Σε μια αναδρομική μελέτη, οι Cuisinier και συνεργάτες (1993) διαπίστωσαν ότι η ποιότητα της συζυγικής σχέσης (όπως μετρήθηκε από την Interpersonal Problem Solving Inventory) είχε αρνητική σχέση με το σύνολο της βαθμολογίας της PGS, καθώς και ως προς τις τρεις υποκλίμακες ξεχωριστά. Τέλος, η ανεπαρκής υποστήριξη του συντρόφου φαίνεται να είναι ένας σημαντικός επιβαρυντικός παράγοντας όσον αφορά τις αρνητικές ψυχολογικές αντιδράσεις μετατραυματικού στρες και κατάθλιψης που παρουσιάζουν οι γυναίκες μετά την απώλεια κύησης στο 1^ο και 2^ο

τρίμηνο όπως αποδείχτηκε στην έρευνα των Korenromp και συνεργατών (Korenromp et al, 2007).

Παρά τις προβλέψεις ότι η ενοχή, η επίρριψη ευθυνών, καθώς και τα αισθήματα θυμού προς το σύντροφο μετά την απώλεια, μπορεί να έθεταν μεγάλη πίεση στη τη σχέση, από τα ευρήματα φάνηκε ότι στη κλίμακα DAS δε βρέθηκε σημαντική μεταβολή παρά μόνο στη διάσταση «Affectional expression», στην οποία σημειώθηκε σημαντική μείωση από την αρχική μέτρηση μέχρι τις 6 εβδομάδες, ενώ δεν υπήρξε σημαντική διαφορά μεταξύ των μετρήσεων στις 6 εβδομάδες και στους 6 μήνες. Όσον αφορά την συζυγική προσαρμογή των ζευγαριών οι Zolese και Blacker (1992), κατέδειξαν μια αξιοσημείωτη εξέλιξη στην προσαρμογή των ζευγαριών 3 μήνες μετά από θεραπευτική διακοπή της κύησης. Διαπιστώθηκε ότι συνήθως δεν προκύπτει καμιά άμβλυνση ή όξυνση των αλλαγών της έγγαμης ζωής. Οι σχέσεις σε ποσοστό 75% περιγράφονται ως ικανοποιητικές και πριν και μετά τον τερματισμό της κύησης, με το 96% των ζευγαριών μετά την θεραπευτική διακοπή να επιστρέφει στις φυσιολογικές ημερήσιες του εργασίες (Zolese & Blacker, 1992).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ευρήματα που καταδεικνύουν ότι η έγγαμη και η συμβιωτική σχέση, δρουν προστατευτικά ως προς την εκδήλωση αρνητικών ψυχολογικών αντιδράσεων. Έτσι λοιπόν φαίνεται ότι οι συμμετέχουσες που ήταν έγγαμες/ σε συμβίωση είχαν κατά 13,79 μονάδες υψηλότερη συνολική βαθμολογία στη κλίμακας DAS, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που ήταν άγαμες, διαζευγμένες ή σε διάσταση. Η βαθμολογία προσωρινού και μόνιμου άγχους της κλίμακας STAI και η βαθμολογία άγχους της κλίμακας HADS μειώθηκε σημαντικά περισσότερο στις συμμετέχουσες που ήταν έγγαμες/ σε συμβίωση σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που ήταν άγαμες/ σε διάσταση/ διαζευγμένες. Επιπλέον, οι

συμμετέχουσες που ήταν έγκυες/ σε συμβίωση είχαν κατά 5,12 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στη κλίμακα EPDS, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που ήταν άγαμες, διαζευγμένες ή σε διάσταση. Τέλος, οι συμμετέχουσες που ήταν έγκυες/ σε συμβίωση είχαν κατά 8,04 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα «Ενεργή Θλίψη» καθώς και κατά 5,33 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα «Δυσκολία Αντιμετώπισης» της PGS, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που ήταν άγαμες, διαζευγμένες ή σε διάσταση. Θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι κοινωνικοί παράγοντες όπως ο γάμος και η συμβίωση παίζουν σημαντικό προφυλακτικό ρόλο στη συναισθηματική στήριξη μεταξύ των συντρόφων (Janssen και Cuisinier 1992). Η έλλειψη υποστήριξης της γυναίκας από το σύντροφο οδηγεί στη ανεπαρκή αντιμετώπιση των αρνητικών ψυχολογικών αντιδράσεων της γυναίκας έως και 6 μήνες μετά τα διακοπή της κύησης σε ποσοστό του 25% (Elder and Laurence, 1991). Αδύναμες συντροφικές σχέσεις συνδέονται με πιο έντονη πειγεννητική θλίψη και άγχος είναι πιθανό να επηρεάσει αρνητικά τη δυναμική και την ικανοποίηση στη σχέση μεταξύ των συντρόφων οδηγώντας ακόμη και σε χωρισμό (Lasker & Toedter, 1991; Kersting & Wagner, 2012).

Όλες οι μελέτες που περιλάμβαναν τη ψυχικής υγείας της γυναίκας ως μεταβλητή (Beutel et al, 1992; Hunfeld et al, 1997; Hunfeld et al, 1993; Toedter et al., 1988; Zeanah et al., 1995; Janssen et al, 1997) βρήκαν ότι αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς προγνωστικούς δείκτες ψυχολογικής επιβάρυνσης και συσχετίζεται με υψηλές βαθμολογίες PGS, κατάθλιψης, άγχους και μετατραυματικής διαταραχής στρες. Στη παρούσα έρευνα, τα ευρήματα είναι παρεμφερή με αυτά άλλων ερευνητών δεδομένου ότι, οι συμμετέχουσες που είχαν λάβει φαρμακευτική αγωγή για άγχος ή κατάθλιψη είχαν κατά 7,12 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία EPDS και κατά 3,33

μονάδες υψηλότερη βαθμολογία κατάθλιψης στη κλίμακα HADS σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που δεν είχαν λάβει τέτοια αγωγή.

Επιπλέον, οι συμμετέχουσες που χρειάστηκαν υποστήριξη από ψυχολόγο/ ψυχίατρο στο παρελθόν είχαν κατά 3,67 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία κατάθλιψης στη κλίμακα HADS καθώς και κατά 3,25 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία άγχους στη κλίμακα HADS σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που δεν χρειάστηκαν υποστήριξη από ψυχολόγο/ ψυχίατρο στο παρελθόν. Τέλος, οι συμμετέχουσες που χρειάστηκαν υποστήριξη από ψυχολόγο/ ψυχίατρο στο παρελθόν είχαν κατά 4,15 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στην υπολίμακα «Δυσκολία Αντιμετώπισης» της κλίμακας PGS και οι συμμετέχουσες που είχαν λάβει φαρμακευτική αγωγή για άγχος / κατάθλιψη είχαν κατά 7,94 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στην υπολίμακα «Απόγνωση» της κλίμακας PGS σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που δεν είχαν λάβει τέτοια αγωγή ή δεν χρειάστηκαν υποστήριξη από ψυχολόγο/ ψυχίατρο στο παρελθόν.

Τα ευρήματα αυτά είναι σύμφωνα με εκείνα των Toedter και συνεργατών (1988), οι οποίοι σε μια αναδρομική μελέτη αξιολόγησαν την πριν την απώλεια ψυχική υγεία των γυναικών χρησιμοποιώντας τη κλίμακα Symptom Checklist-90. Οι γυναίκες που είχαν προϋπάρχουσα ψυχοπαθολογία (κατάθλιψη ή αγχώδης διαταραχή), παρουσίασαν σημαντικά μεγαλύτερες βαθμολογίες περιγεννητικής θλίψης για το σύνολο της PGS και των τριών υποκλιμάκων, 2 μήνες μετά την απώλεια, καθώς και κατά τη διετή εκτίμηση (Toedter et al.,1988). Τα ίδια αποτελέσματα προέβλεψαν οι Toedter και Lasker (2001) οι οποίοι αξιολογώντας την ψυχική υγεία της γυναίκας πριν την απώλεια διαπίστωσαν ότι οι αντιδράσεις περιγεννητικής θλίψης επέμεναν στα 2 χρόνια της παρακολούθησης (Toedter & Lasker, 2001). Σε μια προοπτική μελέτη από τους Janssen και συνεργάτες (1997) διαπιστώθηκε σημαντική σχέση μεταξύ

περιγεννητικής θλίψης και κατάθλιψης, καθώς και συσχέτιση έντασης περιγεννητικής θλίψης και προϋπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Επιπλέον, βρέθηκε ότι 2,5 μήνες μετά την απώλεια, το ιστορικό ψυχικής υγείας ήταν στενά συνδεδεμένο με την υψηλή συνολική βαθμολογία PGS και τις βαθμολογίες στις τρεις υποκλίμακες (Janssen et al., 1997). Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα των Hunfeld και συνεργατών (1993; 1997) που αξιολόγησαν γυναίκες μετά από διακοπή κύησης λόγω συγγενών ανωμαλιών και αυτόματων αποβολών 2^{ου} τριμήνου. Οι γυναίκες που είχαν χαρακτηριστεί ως «ψυχολογικά ασταθείς» λόγω καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, παρουσίασαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία θλίψης για το σύνολο της PGS και των τριών υποκλιμάκων (Hunfeld et al., 1993; 1997). Τέλος, η υψηλότερη βαθμολογία στην υπολίμακα «Απόγνωση» της κλίμακας PGS στις συμμετέχουσες που είχαν λάβει φαρμακευτική αγωγή για κατάθλιψη ήταν αναμενόμενη δεδομένου ότι, η διάγνωση κατάθλιψης πριν την κύηση θεωρείται προγνωστικός παράγοντας ως προς στην βαθμολογία της υπολίμακας «Απόγνωση» (Lasker & Toedter, 1991).

Σαφώς, ένας από τους πιο σημαντικούς προγνωστικούς δείκτες στην επίδραση της απώλειας που εμφανίζεται στη βιβλιογραφία, είναι η ηλικία της κύηση κατά την οποία συνέβη (Beutel et al 1992; Zeanah et al 1995, Davies et al., 2005). Στη παρούσα μελέτη οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Προκλητή μέθοδο είχαν κατά 3,92 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία EPDS, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Χειρουργική μέθοδο. Επιπλέον, η μέθοδος διακοπής της κύησης βρέθηκε να σχετίζεται με την κλίμακα προσωρινού άγχους της κλίμακας STAI. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Προκλητή μέθοδο είχαν κατά 8,66 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία, που υποδηλώνει μεγαλύτερο άγχος, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που διέκοψαν την

κύηση με τη Χειρουργική μέθοδο. Τέλος, όσον αφορά την ένταση της περιγεννητικής θλίψης, οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Προκλητή μέθοδο είχαν κατά 6,79 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα «Ενεργη Θλίψη», κατά 6,00 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα «Δυσκολία Αντιμετώπισης» και κατά 4,23 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα «Απόγνωση» της κλίμακας PGS, που υποδηλώνει μεγαλύτερη περιγεννητική θλίψη σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Χειρουργική μέθοδο.

Το εύρημά μας είναι παρεμφερές με αυτά άλλων ερευνητών, (Lasker & Toedter, 1991; Beil, 1992; Cuisinier et al.,1993) που κατέδειξαν ότι η μεγαλύτερη κύηση συνοδεύετε από υψηλότερα επίπεδα θλίψης για το συνολικής βαθμολογία της PGS, καθώς και στις τρεις υποκλίμακες, προφανώς διότι σύμφωνα με την πλειοψηφία των γυναικών, στην ηλικία αυτή είχαν ήδη βιώσει το έμβρυο κινείται μέσα τους (Ritsher & Neugebauer,2002) και η εμπειρία της γέννησης κολπικά ενός νεκρού εμβρύου περιγράφετε ως ιδιαίτερα συναισθηματικά οδυνηρή (Radestad et al, 1998; McCoyd, 2007). Στην έρευνα των Korenromp και συνεργατών (2005), οι γυναίκες που είχαν συμπληρωμένες 14 εβδομάδες της κύησης είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογίες για θλίψη από ό,τι γυναίκες που η κύηση τους τερματίστηκε μετά τις 14 εβδομάδες (Korenromp et al, 2005).

Αντίθετα με τις παραπάνω έρευνες, στην παρούσα μελέτη η βαθμολογία EPDS μειώθηκε σημαντικά περισσότερο στις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Προκλητή μέθοδο σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Χειρουργική μέθοδο. Επιπλέον, η βαθμολογία προσωρινού και μόνιμου άγχους της κλίμακας STAI και η βαθμολογία άγχους της κλίμακας HADS μειώθηκε σημαντικά περισσότερο στις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Προκλητή μέθοδο

σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη μέθοδο Χειρουργική. Τα ευρήματα αυτά συνηγορούν στο ότι η διάρκεια της θλίψης μετά την απώλεια δεν είναι αναγκαίο να είναι ανάλογα με τη διάρκεια της κύησης και του χρόνου που έχει επενδύσει η γυναίκα στην κύηση (Stirtzinger and Robinson, 1989). Πλέον, με τη χρήση των υπέρηχων, το έμβρυο γίνεται αντιληπτό ως ένα μωρό παρά ως ένα έμβρυο (Klier, Geller & Ritsher, 2002; Brier, 2008) με αποτέλεσμα ο υπερυχογραφικός έλεγχος να επηρεάζει το βαθμό της προσκόλλησης (Hyde Bryar, 1997) και αυτό εκθέτει τη γυναίκα σε ακόμη μεγαλύτερο άγχος σε περιπτώσεις όπου πρέπει να ληφθούν αποφάσεις για το αν θα συνεχίσει την κύηση (McCoyd, 2007). Συμπερασματικά, σύμφωνα με τη θεωρία της προσκόλλησης του Bowlby και το άγχος του διαχωρισμού (Separation Distress) (Bowlby, 1982), ο βαθμός προσκόλλησης με την κύηση και το έμβρυο, σχετίζεται αλλά δεν καθορίζεται από τη διάρκεια της κύησης (Lasker et al, 2000). Η ηλικία της κύησης είναι σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης της έντασης της θλίψης ωστόσο, δεν είναι αξιόπιστος προγνωστικός δείκτης διάρκειας της θλίψης μετά από μια περιγεννητική απώλεια. (Hutti, 2013), διότι όπως έχει ήδη αναφερθεί το πένθος των γυναικών ορισμένες φορές ενδέχεται να είναι μια αντίδραση στην έλλειψη της ικανότητας για αναπαραγωγή κι εξέλιξη της οικογένειας (Stirtzinger and Robinson, 1989).

Σε σύγκριση με τον τερματισμό κατά το πρώτο τρίμηνο, το δεύτερο τρίμηνο μπορεί να συνδέεται με μεγαλύτερο κίνδυνο μετατραυματικής συμπτωματολογίας, (Ples & Gath, 1993). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των Korenromp και συνεργατών (2005) που βασίζονται στα δεδομένα από 196 γυναίκες, οι συμμετέχουσες που προχώρησαν σε τερματισμό της κύησης >14 εβδομάδες κύησης, είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες μετατραυματικού στρες σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση <14 εβδομάδων κύησης (Korenromp et al, 2005).

Οι συμμετέχουσες της έρευνας που διέκοψαν την κύηση με τη Προκλητή μέθοδο είχαν κατά 0,47 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Avoidance», κατά 0,69 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Intrusion» και κατά 0,40 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Hyperarousal» της κλίμακας ISE-R, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση με τη Χειρουργική μέθοδο. Τα αποτελέσματα από διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι η διακοπή κύησης στο δεύτερο τρίμηνο είναι ένα συναισθηματικά σημαντικό τραυματικό γεγονός ζωής που οδηγεί σε σοβαρές αντιδράσεις μετατραυματικού στρες ακόμα και χρόνια αργότερα (Kersting et al. 2005; Davies et al. 2005).

Μία προοπτική μελέτη κατέδειξε ότι η διακοπή της κύησης λόγω εμβρυϊκής ανωμαλίας στο δεύτερο τρίμηνο σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για μετατραυματική συμπτωματολογία σε σύγκριση με τη διακοπή της κύησης λόγω εμβρυϊκής δυσπλασίας κατά το πρώτο τρίμηνο (Davies et al. 2005). Προκειμένου οι ερευνητές να εξακριβώσουν και να συγκρίνουν τη ψυχολογική νοσηρότητα μεταξύ του 1^{ου} και 2^{ου} τριμήνου κύησης διεξήγαγαν μια μελέτη κοόρτης αποτελούμενη από 30 γυναίκες, 14 εκ των οποίων υποβλήθηκαν σε τερματισμό κύησης λόγω εμβρυϊκής δυσπλασίας στο πρώτο τρίμηνο και 16 στο δεύτερο τρίμηνο κύησης. Τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι κλίμακες BDI, PGS, IES και GHQ-28, στις 6 εβδομάδες, 6 μήνες και 12 μήνες μετά τον τερματισμό. Τα αποτελέσματα τους έδειξαν ότι σε σύντομο χρονικό διάστημα (6 εβδομάδων παρακολούθησης), ο τερματισμός της κύησης στο δεύτερο τρίμηνο μπορεί να προκαλέσει περισσότερο άγχος, κατάθλιψη και μετατραυματικό στρες σε σύγκριση με το πρώτο τρίμηνο. Ωστόσο, αυτή η διαφορά μεταξύ τους δεν ήταν στατιστικώς σημαντική στους 6 και 12 μήνες μετά το τερματισμό. (Davies et al., 2005).

Η υπογονιμότητα σε συνδυασμό με τη προχωρημένη ηλικία της μητέρας αυξάνει τη σημαντικότητα της κύησης (Hyde Bryar, 1997). Οι συμμετέχουσες της μελέτης που είχαν συλλάβει υποβοηθούμενα είχαν κατά 6,20 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία EPDS και κατά 5,12 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία μόνιμου άγχους της κλίμακας STAI σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν συλλάβει φυσιολογικά. Ωστόσο, η βαθμολογία άγχους της κλίμακας HADS μειώθηκε σημαντικά περισσότερο όταν η σύλληψη έγινε υποβοηθούμενη σε σύγκριση με όταν έγινε φυσιολογικά. Επιπλέον, οι συμμετέχουσες που είχαν συλλάβει υποβοηθούμενα είχαν κατά 0,79 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Intrusion» και κατά 1,09 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Hyperarousal» της κλίμακας IES-R, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν συλλάβει φυσιολογικά.

Παρομοια αποτελέσματα είχε η έρευνα των Cheung και συνεργατών που συνέκριναν 75 γυναίκες που υπεβλήθησαν σε υποβοηθούμενη γονιμοποίηση με 75 γυναίκες που συνέλαβαν φυσιολογικά (Cheung et al, 2013). Όσον αφορά τη διαφορά ανάμεσα σε γυναίκες που συνέλαβαν φυσιολογικά και σε εκείνες που υπεβλήθησαν σε υποβοηθούμενη γονιμοποίηση, οι γυναίκες αυτές απάντησαν δύο ερωτηματολόγια: το GHQ-12 και το IES-r, στους 1, 4 και 12 μήνες μετά τη διάγνωση απώλειας κύησης πρώτου τριμήνου. Οι υπογόνιμες γυναίκες που υπεβλήθησαν σε υποβοηθούμενη γονιμοποίηση εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, καθώς και βίωσαν μεγαλύτερο μετατραυματικό στρες, σε σύγκριση με εκείνες που είχαν φυσιολογική σύλληψη. Αυτό θα μπορούσε να δικαιολογηθεί εν μέρει, επειδή οι γυναίκες που έχουν υπογονιμότητα και υποβάλλονται σε διαδικασίες υποβοηθούμενης γονιμοποίησης είναι ήδη αγχωμένες και βρίσκονται υπό στρες όσον αφορά την επιτυχία της γονιμοποίησης (Cheung et al, 2013).

Επιπλέον, οι συμμετέχουσες που είχαν συλλάβει υποβοηθούμενα είχαν κατά 6,75 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στην υποκλίμακα «Ενεργή Θλίψη» της κλίμακας PGS, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν συλλάβει φυσιολογικά. Ωστόσο, η βαθμολογία της υποκλίμακας «Ενεργή Θλίψη» και η βαθμολογία της υποκλίμακας «Δυσκολία στην αντιμετώπιση» μειώθηκε σημαντικά περισσότερο όταν η σύλληψη έγινε υποβοηθούμενη σε σύγκριση με όταν έγινε φυσιολογικά. Πρέπει να επισημάνουμε ότι οι ψυχολογικές αντιδράσεις στην περίπτωση τερματισμού της κύησης μετά από θεραπεία υποβοηθούμενης αναπαραγωγής είναι πιθανά ακόμα πιο έντονες αφού α) η σύλληψη δεν έχει καταστεί με φυσικό τρόπο, β) προστίθεται το άγχος της αποτυχίας σε επακόλουθη προσπάθεια εξωσωματικής γονιμοποίησης, γ) η ενοχοποίηση της μεθόδου αυτής καθ'αυτής, και δ) η ανασφάλεια της αποτυχίας και της ατεκνίας (Cheung et al, 2013). Το εύρημα της σημαντικής μείωσης της βαθμολογίας στις υποκλίμακας αυτές σε σύγκριση με τις γυναίκες που η σύλληψη έγινε φυσιολογικά θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι οφείλετε στην εμπειρία της απώλειας της γονιμότητας που ήδη βιώνει μια γυναίκα που υποβάλλεται σε εξωσωματική και την προετοιμάζει καλύτερα για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες της παρούσας απώλειας (Lasker et al, 2000).

Από την άλλη το γεγονός ότι οι συμμετέχουσες που είχαν συλλάβει υποβοηθούμενα είχαν κατά 1,30 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Affectional expression» και 6,86 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία στη διάσταση «Dyadic consensus», σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που είχαν συλλάβει φυσιολογικά., δεν προκαλεί έκπληξη. Μερικά ζευγάρια παρά την έντονο άγχος στη σχέση, δείχνουν ότι η απώλεια τους έφερε «πιο κοντά» αυξάνοντας τη συνοχή της σχέσης με το 68%

των γυναικών να παρουσιάζουν επαρκή ή καλή υποστήριξη από το σύντροφο, βελτιώνοντας έτσι τα αποτελέσματα σε όλες τις μετρήσεις (Korenromp et al, 2009).

Δεν υπάρχουν ισχυρές μελέτες στον τομέα της περιγεννητικής απώλειας για τον προσδιορισμό της επίδρασης στις γυναίκες της παρεχόμενης φροντίδας. Σύμφωνα με τους Lasker & Toedter (1994), οι γυναίκες που διέκοψαν τη κύηση σε δημόσιο νοσοκομείο είχαν υψηλότερες βαθμολογίες περιγεννητικής θλίψης από εκείνες που πήγαν σε ιδιώτικες κλινικές, γεγονός που υποδηλώνει ότι η κοινωνική τάξη συσχετίζεται με τη περιγεννητική θλίψη (Lasker & Toedter 1994). Στη παρούσα μελέτη οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση σε δημόσιο μαιευτήριο είχαν κατά 6,01 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία της υποκλίμακας «Δυσκολία Αντιμετώπισης» και κατά 7,67 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία της υποκλίμακας «Απόγνωση» της κλίμακας PGS σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση σε ιδιωτικό μαιευτήριο. Επίσης, οι συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση σε δημόσιο μαιευτήριο είχαν κατά 2,67 μονάδες χαμηλότερη βαθμολογία άγχους της κλίμακας HADS σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που διέκοψαν την κύηση σε ιδιωτικό μαιευτήριο.

Όσον αφορά τη περιγεννητική θλίψη θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι γυναίκες του δημόσιου νοσοκομείου είχαν επαρκή υποστήριξη και τους δόθηκε η ευκαιρία να εκφράσουν τα συναισθήματά τους γεγονός που οδηγεί σε αξιοσημείωτα λιγότερο άγχος και κατάθλιψη (Nickevic et al, 1998). Σε αντίθεση, οι γυναίκες που δεν δέχθηκαν την ίδια υποστήριξη στο να συζητήσουν τα συναισθήματά τους, είχαν περισσότερο άγχος και θυμό, που συχνά προκαλείται από την ελλιπή φροντίδα του νοσοκομείου και την ελλιπή υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας (Stirtzinger & Robinson, 1989).

Σύμφωνα με τον Rich (1999), ο αριθμός των προηγούμενων απωλειών είναι ένας σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης της περιγεννητικής θλίψης στο σύνολο της PGS. Στη συγκεκριμένη μελέτη καθώς και στην έρευνα του Beil (1992), φάνηκε ότι όσο περισσότερες αποβολές είχαν στο παρελθόν οι συμμετέχουσες τόσο υψηλότερη ήταν η βαθμολογία τους στην υποκλίμακα «Ενεργή Θλίψη» της κλίμακας PGS. Το εύρημα αυτό (της υψηλής βαθμολογίας μόνο αυτής της υποκλίμακας) δεν αποτελεί έκπληξη αφού η εμπειρία μιας τέτοιας απώλειας στο παρελθόν προετοιμάζει τη γυναίκα καλύτερα για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες, τα σχόλια από τους άλλους ανθρώπους, τη δυναμική της σχέση, και ούτω καθεξής (Lasker et al, 2000).

Η αναβίωση της εμπειρίας και η αποφυγή είναι η πιο συχνή εκδήλωση μετά από αποβολές 1^{ου} τριμήνου (Farren et al, 2016) . Οι Kolte και συνεργάτες (2015) βρήκαν ότι οι γυναίκες με καθ' έξιν αποβολές, είχαν πέντε φορές υψηλότερη πιθανότητα μέτριας / σοβαρής κατάθλιψης και σημαντικά υψηλότερο άγχος από ό, τι σε μια ομάδα από γυναίκες που προσπαθούν να συλλάβουν με φυσικό τρόπο. Σε αυτή τη μελέτη φάνηκε ότι όσο περισσότερες αποβολές είχαν στο παρελθόν οι συμμετέχουσες τόσο υψηλότερη ήταν η βαθμολογία τους στις διαστάσεις «Avoidance & Intrusion» της κλίμακας IES-R. Στη βιβλιογραφία δεν υπάρχουν αναφορές σχετικά με το μετατραυματικό στρες και τις προηγούμενες απώλειες. Με βάση αυτό το εύρημα θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι, οι αναδρομές στο γεγονός αλλά και οι σκέψεις που συνδέονται με την επαναλαμβανόμενη εμπειρία αυτή, σε συνδυασμό με την πιθανή αποφυγή άλλων εγκύων γυναικών ή και γυναικών με νεογέννητα (Slade et al, 1998), κατατάσσουν την μετατραυματική διαταραχή στρες εξίσου σημαντική και πιο συχνή από ό, τι το άγχος και τη κατάθλιψη. Παρόλα ταύτα, αυτό απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση.

4.2 Περιορισμοί

Στη μελέτη συμπεριλάβαμε μεγάλο αριθμό γυναικών σε σχέση με άλλες μελέτες αυτού του επιστημονικού πεδίου. Ωστόσο, υπάρχουν κάποιοι περιορισμοί, οι οποίοι θα μπορούσαν να αποτελέσουν το στόχο μελλοντικών ερευνών στο συγκεκριμένο τομέα. Οι τρεις κύριοι περιορισμοί είναι:

1. Η μη ένταξη ομάδας γυναικών με τερματισμό της κύησης >26 εβδομάδων. Ο χαμηλός αριθμός των μόνο 6 γυναικών που εντοπίστηκαν πέραν των 26 εβδομάδων κύησης, αποτελεί δείγμα μη αντιπροσωπευτικό για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων και πιθανά να δυσχέραине τη ανάδειξη συσχετίσεων.
2. Το μεγάλο ποσοστό υπαναχώρησης από την έρευνα στις 6 εβδομάδες και στους 6 μήνες. Είναι πιθανό, οι γυναίκες που είχαν μια έντονη συναισθηματική αντίδραση μετά το τερματισμό της κύησης , να απάντησαν στα ερωτηματολόγια, ωστόσο είναι πολύ πιθανό οι γυναίκες αυτές να ήθελαν να αποφύγουν την εμπλοκή σε μια διαδικασία που θα τους ξανά θυμίσει τα συναισθήματά τους σχετικά με το συμβάν.
3. Η ένταξη δείγματός μόνο από την Αθήνα.

4.3 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Ο τομέας της περιγεννητικής απώλειας που άπτεται σε θέματα ψυχικής υγείας, αποτελεί διεθνώς ένα ερευνητικό πεδίο γεμάτο προκλήσεις. Θα μπορούσαμε, με οδηγό τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης να επεκτείνουμε την έρευνα με σκοπό

την εν τω βάθω κατανόηση της περιγεννητικής θλίψης και των προεκτάσεων της στη γυναίκα και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

Στόχος μιας μελλοντικής μας έρευνας θα είναι η διεύρυνση του δείγματος στο 3^ο τρίμηνο της κύησης τόσο για τον έλεγχο αξιοπιστίας της κλίμακας PGS σε αυτό το πληθυσμό, όσο και τον εντοπισμό περισσότερων παραγόντων που συμβάλλουν στην εκδήλωση περιγεννητικής θλίψης. Επίσης πολύ σημαντικό θα ήταν η διενέργεια της έρευνας να πραγματοποιηθεί και στην υπόλοιπη χώρα, λαμβάνοντας δείγμα όχι μόνο από τα μεγάλα αστικά κέντρα αλλά και από την επαρχία (ηπειρωτική και νησιωτική). Τέλος, πολύ σημαντικός θα ήταν ο σχεδιασμός μιας κλινικής δοκιμής ώστε να εκτιμηθεί η επίδραση των διαφορετικών τύπων παρεμβάσεων υποστήριξης για τις γυναίκες και τους γονείς που βιώνουν κάποια περιγεννητική απώλεια.

4.4 Η συμβολή της μελέτης στους επαγγελματίες υγείας

Η PGS αποτελεί διεθνώς ένα διαδεδомένο και αξιόπιστο εργαλείο για τον εντοπισμό της περιγεννητικής θλίψης. Με βάση τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, η χρήση της κλίμακας μπορεί γίνει σε κλινικό, και όχι μόνο σε ερευνητικό επίπεδο, από ερευνητές και επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε τέτοιες δομές, προκειμένου οι μεν πρώτοι να σχεδιάσουν προγράμματα και εξελίσσουν την έρευνα στον τομέα της περιγεννητικής απώλειας, οι δε επαγγελματίες υγείας να εντοπίσουν γυναίκες με μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης περιγεννητικής θλίψης και να τις παραπέμψουν σε ειδικευμένο επαγγελματία προκειμένου να αξιολογηθεί κλινικά.

Σε πολλές χώρες στην Ευρώπη, την Αμερική καθώς και την Αυστραλία έχουν δημιουργηθεί και αναπτύχτει εθνικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη πρόληψη και διαχείριση της περιγεννητικής θλίψης. Η παρούσα μελέτη θα μπορούσε να συμβάλλει στην καλύτερη διαχείριση των γυναικών που βιώνουν περιγεννητική απώλεια μέσα από το σχεδιασμό κατευθυντήριων οδηγιών εναρμονισμένων με τα διεθνή πρότυπα, ούτως ώστε, να διασφαλιστεί ότι όλες οι γυναίκες θα έχουν πρόσβαση σε μια ομοιόμορφη υπηρεσία υψηλής ποιότητας.

Η ανάγκη για υποστήριξη είναι σημαντική αν και πολύ συχνά υποτιμάται. Όλο το προσωπικό που συμμετέχει στην φροντίδα μιας γυναίκας ή ζευγαριού που αντιμετωπίζει μια πιθανή διακοπή της κύησης πρέπει να υιοθετήσει μια μη επικριτική και υποστηρικτική προσέγγιση, με βαθύ σεβασμό στην ατομικότητα και τη διαφορετικότητα της θλίψης. Η βελτίωση της κλινικής πρακτικής μπορεί να επιτευχτεί μέσα από επιμορφωτικά προγράμματα εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στα νέα δεδομένα που αφορούν την περιγεννητική απώλεια και θλίψη.

Η ανασκόπηση και τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης μπορούν να αποτελέσουν το έναυσμα για την ενημέρωση όχι μόνο των γυναικών αλλά και του γενικότερου πληθυσμού στο θέμα της περιγεννητικής απώλειας. Μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης ή των γυναικολογικών και μαιευτικών κλινικών όπου απευθύνονται οι γυναίκες το κοινό αλλά και εργαζόμενοι στην υγεία θα κατανοήσουν τα αίτια και τον αντίκτυπο που έχει μια απώλεια κύησης στη γυναίκα και το οικογενειακό σύστημα.

4.5 Συμπεράσματα

Σε αυτή την έρευνα μελετήθηκε η επίδραση ορισμένων μεταβλητών που επιδρούν στην εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, άγχους, μετατραυματικής διαταραχής στρες και περιγεννητικής θλίψης μετά από απώλεια της κύησης. Μεταφράστηκε και σταθμίστηκε στην ελληνική γλώσσα η σύντομη εκδοχή της Κλίμακας Περιγεννητικής Θλίψης (Perinatal Grief Scale /PGS, 33 – Item Short Version), σε συνδυασμό με επιλεγμένα ψυχομετρικά εργαλεία, σταθμισμένα στην ελληνική γλώσσα μέσω των οποίων έγινε και η εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου.

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα μας, συμπεραίνουμε ότι:

1. Η ελληνική PGS αποτελεί ένα αξιόπιστο ερευνητικό εργαλείο για τον έγκαιρο εντοπισμό της περιγεννητικής θλίψης. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να εντοπίσει τις γυναίκες που τείνουν να είναι πιο ευάλωτες μετά από περιγεννητική απώλεια. Το ψυχομετρικό εργαλείο αυτό μπορεί να εντοπίσει τις γυναίκες που βιώνουν μια εξαιρετικά υψηλή ένταση της θλίψης, ώστε να μπορούν να τους προσφερθούν παρεμβάσεις ή υποστήριξη από ιατρικά και κοινωνικά συστήματα.
2. Η ελληνική PGS μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να δημιουργηθεί μια διεθνή σύγκριση των αποτελεσμάτων περιγεννητικής θλίψης μεταξύ των άλλων χωρών.
3. Η χρήση της στην κλινική μαιευτική πρακτική θα πρέπει να συστήνεται ώστε να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα της υγειονομικής περίθαλψης στις γυναίκες μετά την περιγεννητική απώλεια.

4. Παρόλο που είναι δυνατόν να υπάρχουν και άλλες μεταβλητές που επηρεάζουν την εμφάνιση περιγεννητικής θλίψης, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης είναι πρωτότυπα και προσθέτουν στη διεθνή βιβλιογραφία δεδομένα για την περιγεννητική απώλεια στη κύηση αλλά και επιβεβαιώνουν παλαιότερες υποθέσεις.
5. Σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για την εκδήλωση κατάθλιψης, άγχους, μετατραυματικής διαταραχής στρες και περιγεννητικής θλίψης, φάνηκαν να είναι, η ποιότητα της συντροφικής σχέσης, η ηλικία κύησης και η διακοπή κύησης λόγω συγγενών ανωμαλιών.
6. Θα πρέπει να δοθεί προσοχή στην εξέταση όλων των γυναικών που έχουν υποστεί απώλεια κύησης ανεξάρτητα του τριμήνου για μετατραυματικό στρες και να αξιολογηθούν οι γυναίκες που διατρέχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο σοβαρών ψυχολογικών εκδηλώσεων, προκειμένου οι επαγγελματίες υγείας να κατευθύνουν καλύτερα , να διευκολύνουν την έγκαιρη παρέμβαση και την κατάλληλη θεραπεία.
7. Θα πρέπει να παρέχεται ψυχολογική υποστήριξη σε γυναίκες με παράγοντες «υψηλού κινδύνου» για τη πρόληψη ανάπτυξης επιπλεγμένης θλίψης και των επιπτώσεων της στην επόμενη κύηση. Η θεραπεία υποστήριξης θα πρέπει να καθορίζεται με βάση τις παραμέτρους, καθώς και το βαθμό της λειτουργικής έκπτωσης που έχει προκαλέσει στο άτομο.
8. Αν και υπάρχει μια γενική ομοφωνία στη βιβλιογραφία σχετικά με τον δυνητικά ισχυρό κοινωνικό και ψυχολογικό αντίκτυπο της περιγεννητικής απώλειας, υπάρχουν πολύ διαφορετικά ευρήματα σχετικά με τις μεταβλητές που επηρεάζουν τη περιγεννητική θλίψη. Τα αποτελέσματα των ερευνών

εξαρτώνται κυρίως από το δείγμα καθώς και από τα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της θλίψης. Σε περιπτώσεις που το δείγμα προέρχονταν κυρίως από τις ομάδες υποστήριξης και το διαδίκτυο, η βαθμολογία περιγεννητικής θλίψης ήταν σημαντικά υψηλότερη από ό, τι όταν οι γυναίκες καλούνταν να συμμετάσχουν από το γιατρό τους ή από το προσωπικό του νοσοκομείου. Επίσης τα δείγματα από τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής δείχνουν υψηλότερες μέσες βαθμολογίες από τα ευρωπαϊκά δείγματα. Τα διαφορετικά σκορ μεταξύ των αμερικάνικων και ευρωπαϊκών δειγμάτων θα μπορούσαν να αποδοθούν αφενός στις πολιτισμικές διαφορές στην έκφραση της θλίψης ή στα συστήματα υποστήριξης που διαθέτει κάθε χώρα στο τομέα της περιγεννητικής απώλειας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Acquadro, C., Jambon, B., Ellis, D. and Marquis, P. (1996) “Language and translation issues.” In: Spilker, B., (ed.) *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*, 2nd edition, Philadelphia, PA (USA): Lippincott-Raven, pp. 575-585.
2. Adolfsson, A. and Larsson, PG. (2006) Translation of the short version of the Perinatal Grief Scale into Swedish, *Scand J Caring Sci*, vol. 20, pp. 269-273.
3. Adolfsson, A., Berterö, C. and Larsson, P.G. (2006) Effect of a structured follow-up visit to a midwife on women with early miscarriage: a randomized study, *Acta Obstet Gynecol Scand*, vol. 85, no. 3, pp. 330-335.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists (2014) *Medical Management of First-Trimester Abortion*, no. 143, Practice Bulletin.
5. American Psychiatric Association. (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV-TR*, Washington, DC: American Psychiatric Association.
6. American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition, DSM-5*, Arlington, VA: American Psychiatric Association.
7. Andersen, A.M., Andersen, P.K., Olsen, J., Grønbaek, M. and Strandberg-Larsen, K. (2012) Moderate alcohol intake during pregnancy and risk of fetal death, *Int J Epidemiol*, vol. 41, no. 2, pp. 405-413.
8. Annas, G.J. and Elias S. (2007) “Pregnancy loss.” In: Gabbe, S.G., Niebyl, J.R. and Simpson, J.L., *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*, 5th edition, Churchill Livingstone Publishing.
9. Armstrong, D. S., Hutti, M. H., and Myers, J. (2009). The influence of prior perinatal loss on parents’ psychological distress after the birth of a subsequent healthy infant, *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, vol. 38, no. 6, pp. 654–666.

10. Ashok, P.W., Penney, G.C., Flett, G.M. and Templeton, A. (1998) An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases, *Hum Reprod*, vol. 13, pp. 2962–5.
11. Aubeny, E., Peyron, R., Turpin, C.L., Renault, M., Targosz, V., Silvestre, L., et al. (1995) Termination of early pregnancy (up to 63 days of amenorrhea) with mifepristone and increasing doses of misoprostol, *Int J Fertil Menopausal Stud*, vol. 40, no. 2, pp. 85–91 [published erratum appears in *Int J Fertil Menopausal Stud*, 1996, 41:56].
12. August, E., Salihu, H., Weldeselasse, H., Biroscak, B., Mbah, A. and Alio, A. (2011) Infant mortality and subsequent risk of stillbirth: a retrospective cohort study, *BJOG*, vol. 118, pp.1636-1645.
13. Barker, P.J. (1996) “The Interview.” In: Cormack, D.F.S. (ed) *The research process in nursing*, 3rd ed., Oxford, UK: Blackwell Scientific.
14. Barr, P. (2006) Relation between grief and subsequent pregnancy status 13 months after perinatal bereavement, *J Perinat Med*, vol. 34, pp. 207-211.
15. Beck, S., Wojdyla, D., Say, L., Betran, A.P., Merialdi, M., Requejo, J.H., Rubens, C., Menon, R. and Van Look, P.F. (2010) The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity, *Bull World Health Organ*, vol. 88, no. 1, pp. 31-38.
16. Beil, E. R. (1992) *Miscarriage: An examination of the influence of selected variables on grief*, Ph.D. diss., University of Maryland, College Park.
17. Benson, J., Clark, K.A., Gerhardt, A., Randall, L. and Dudley, S. (2003) Early abortion services in the United States: a provider survey, *Contraception*, vol. 67, pp. 287–94.
18. Beutel, M., Deckardt, R., Schaudig, K., Franke, S. and Zauner, R. (1992) Grief, depression, and fear after spontaneous abortion: Systematic inquiry into its determinants, *Psychother. Psychosom. med. Psychol.*, vol. 42, no. 5, pp. 158-66.
19. Beutel, M., Will, H., Volkl, K., Von Rad, M. and Weiner, H. (1995) Assessment of grief exemplified pregnancy loss: development and initial results on the validity of the Munich Grief Scale, *Psychother Psychosom Med Psychol*, vol. 45, no. 9–10, pp. 295–302.

20. Beutel, M., Willner, H., Deckardt, R., Von Rad, M. and Weiner, H. (1996) Similarities and differences in couples' grief reactions following a miscarriage: results from a longitudinal study, *J Psychosom Res*, vol. 40, pp. 245-253.
21. Bhat, A. and Byatt, N. (2016) Infertility and Perinatal Loss: When the Bough Breaks, *Current psychiatry reports*, vol. 18, no. 3, pp. 31.
22. Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S. and Pariante, C.M. (2016) Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review, *Journal of Affective Disorders*, vol. 191, pp. 62-77.
23. Bjelland, I., Dahl, A.A., Haug, T.T. and Neckelmann, D. (2002) The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review, *J Psychosom Res*, vol. 52, no. 2, pp. 69-77.
24. Blackmore, E., Côté-Arsenault, D., Tang, W., Glover, V., Evans, J., Golding, J. and O'Connor, T.G. (2011) Previous prenatal loss as a predictor of perinatal depression and anxiety, *British Journal of Psychiatry*, vol. 198, pp. 373-378.
25. Blum, J., Raghavan, S., Dabash, R., Ngoc, N., Chelli, H., Hajri, S., et al. (2012) Comparison of misoprostol-only and combined mifepristone-misoprostol regimens for home-based early medical abortion in Tunisia and Vietnam, *Int J Gynaecol Obstet*, Level I, vol. 118, pp. 166–71.
26. Bowlby, J. (1982) Attachment and Loss: retrospect and prospect, *American Journal Orthopsychiatry*, vol. 52, no. 4, pp. 664-678.
27. Bradshaw, Z. and Slade, P. (2003) The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: a critical review of the literature, *Clin Psychol Rev*, vol. 23, no. 7), pp. 929–958.
28. Brier, N. (2008) Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature, *J Women's Health*, 17, pp. 451-464.
29. Brodzinsky, A. (1992) *The relation of learned helplessness, social support and avoidance to grief and depression in women who have placed an infant for adoption*, Ph.D. diss., New York University.
30. Broen, A.N., Moum, T., Bødtker, A.S. and Ekeberg, Ø. (2005) The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study, *BMC Medicine*, 3, pp. 18.

31. Hyde Bryar, S. (1997) One Day You're Pregnant and One Day You're Not: Pregnancy Intewuption for Fetal Anomalies, *JOGNN*, 26, pp. 559-566.
32. Burnard, P. and Morrison, P. (1994) *Nursing Research in Action: Developing Basic Skills*, Basingstoke: Macmillan Press Ltd.
33. Butcher, J. and Pancheri, P. (1976) *Handbook of cross-national MMPI research*, Mineapolis: University of Minnesota Press.
34. Capitulo, K.L., Ramirez, M., Grigoroff-Aponte, B., Vahey, DC. (2010) Psychometric testing of the new Spanish short version of the Perinatal grief scale to measure perinatal grief in spanishspeaking parents. *Hispanic Health Care International*, vol. 8, no.3, pp.125–135.
35. Carter, D., Misri, S. and Tomforh, L., (2007) Psychologic Aspects of Early Pregnancy Loss, *Clinical Obstetrics and Gynecology*, vol. 50, no. 1, , pp. 154-165.
36. Cattell, R.B. and Scheier, I.H. (1961) *The meaning and measurement of neuroticism and anxiety*, New York, USA: Ronald Press.
37. Chai, J., Wong, C.Y. and Ho, P.C. (2013) A randomized clinical trial comparing the short-term side effects of sublingual and buccal routes of misoprostol administration for medical abortions up to 63 days' gestation, *Contraception*, Level I, vol. 87, pp. 480–5.
38. Cheung, C., Chan, C. and Ng, E. (2013) Stress and anxiety-depression levels following first-trimester miscarriage: a comparison between women who conceived naturally and women who conceived with assisted reproduction, *BJOG*, vol. 120, pp. 1090–1097.
39. Cleland, K., Creinin, M.D., Nucatola, D., Nshom, M. and Trussell, J. (2013) Significant adverse events and outcomes after medical abortion, *Obstet Gynecol*, vol. 121, pp. 166–71.
40. Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). (2008) Perinatal Mortality 2006: England, Wales and Northern Ireland. London, United Kingdom. Διαθέσιμο απο: www.cmace.org.uk/getdoc/09f3b39c-fd52-40db-8018-3e78167b9fb7/Perinatal-Mortality-2006.aspx. [01 Μαρτίου 2017]
41. Conway, K. and Russell, G. (2000) Couples' grief and experience of support in the aftermath of miscarriage, *Br J Med Psychol*, vol. 73, pp. 531–545.

42. Cordle, C.J. and Prettyman, R.J. (1994) A 2-year follow-up of women who have experienced early miscarriage, *J Reprod Infant Psychol*, vol. 12, pp. 37–43.
43. Costello, A.B. and Jason, W.O. (2005) Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis, Practical Assessment, *Research & Evaluation*, vol. 10., no. 7, pp. 1-9.
44. Cox, J. and Holden, J. (1994) *Perinatal Psychiatry: Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*, Britain: The Royal College of Psychiatrists.
45. Cox, J.L., Holden, J.M. and Sagovsky, R. (1987) Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale, *Br J Psychiatry*, vol. 150, pp. 782-786.
46. Coyle, C. and Enright, R. (1997) Forgiveness intervention with post abortion men, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 65, no. 6, pp. 1042-46.
47. Creinin, M.D. (2000) Medical abortion regimens: historical context and overview, *Am J Obstet Gynecol*, vol.183, pp. 3–9.
48. Creinin, M.D. (2000) Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion, *Contraception*, vol. 62, pp. 117–24.
49. Creinin, M.D. and Shulman, T. (1997) Effect of nonsteroidal anti-inflammatory drugs on the action of misoprostol in a regimen for early abortion, *Contraception*, vol. 56, pp. 165–8.
50. Creinin, M.D., Fox, M.C., Teal, S., Chen, A., Schaff, E.A. and Meyn, L.A. (2004) A randomized comparison of misoprostol 6 to 8 hours versus 24 hours after mifepristone for abortion, MOD Study Trial Group, *Obstet Gynecol*, vol. 103, pp. 851–9.
51. Creinin, M.D., Schreiber, C.A., Bednarek, P., Lintu, H., Wagner, M.S. and Meyn, L.A. (2007) Mifepristone and misoprostol administered simultaneously versus 24 hours apart for abortion: a randomized controlled trial. Medical Abortion at the Same Time (MAST) Study Trial Group, *Obstet Gynecol*, vol. 109, pp.885–94.

52. Cuisinier, M., Kuijpers, J. C., Hoogduin, C.A.L., deGraauw, C.P.H.M. and Janssen, H. (1993) Miscarriage and stillbirth: Time since loss, grief intensity, and satisfaction with care, *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, vol. 52, no. 3, pp. 163-68.
53. Daugirdaitė, V., van den Akker, O. and Purewal, S. (2015) Posttraumatic Stress and Posttraumatic Stress Disorder after Termination of Pregnancy and Reproductive Loss: A Systematic Review, *Journal of Pregnancy*, pp. 646345.
54. Davies, V., Gledhill, J., McFadyen, A., Whitlow, B. and Economides, D. (2005) Psychological outcome in women undergoing termination of pregnancy for ultrasound-detected fetal anomaly in the first and second trimesters: a pilot study, *Ultrasound Obstet Gynecol*, vol. 25, no.4, pp. 389-392.
55. Donnai, P., Charles, N. And Harris, R., (1981) Attitudes of patients after genetic termination of Pregnancy, *British Medical Journal*, vol. 181, pp. 621-622.
56. Doyle, P., Maconochie, N., Roman, E., Davies, G., Smith, P.G. and Beral, V. (2000) Fetal death and congenital malformation in babies born to nuclear industry employees: report from the nuclear industry family study, *Lancet*, vol. 356, no. 9238, pp. 1293-1299.
57. Elder, S.H. and Laurence, K.M. (1991) The impact of supportive intervention after second trimester termination of pregnancy for fetal abnormality, *Prenatal Diagnosis* Jan, vol. 11, no. 1, pp. 47-54.
58. Eschenbach, D.A. (2015) Treating spontaneous and induced septic abortions, *Obstet Gynecol*, vol. 125, no. 5, pp. 1042-1048.
59. Etkin, A. and Wager, T.D. (2007) Functional neuroimaging of anxiety: a meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia, *Am J Psychiatry*, vol. 164, no. 10, pp. 1476-1488.
60. Fairbrother, N., Young, A.H., Janssen, P., Antony, M.M. and Tucker, E. (2015) Depression and anxiety during the perinatal period, *BMC Psychiatry*, vol. 15, pp. 206.
61. Farren, J., Jalmbrant, M., Ameye, L., Joash, K., Mitchell-Jones, N., Tapp, S., Timmerman, D. and Bourne, T. (2016) Post-traumatic stress, anxiety and

- depression following miscarriage or ectopic pregnancy: a prospective cohort study, *BMJ Open*, vol. 6, e011864.
62. Fearn, J.Q., Hibbard, B.M, Laurence, K.M., Roberts, A. and Robinson J.O. (1982) Screening for Neural Tube Defects And Maternal Anxiety, *British Journal Obstet Gynaecol*, vol. 89, pp. 218-221.
 63. Fiala, C., Safar, P., Bygdeman, M. and Gemzell-Danielsson, K. (2003) Verifying the effectiveness of medical abortion; ultrasound versus hCG testing, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, vol. 109, pp. 190–5.
 64. Fils, J.M., Penick, E.C., Nickel, E.J., Othmer, E., DeSouza, C., Gabrielli, W. F., and Hunter, E.E. (2010) Minor Versus Major Depression: A Comparative Clinical Study, *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 12, no. 1, PCC.08m00752.
 65. Ford, H.B and Schust, D.J. (2009) Recurrent Pregnancy Loss: Etiology, Diagnosis, and Therapy, *Reviews in Obstetrics and Gynecology*, vol. 2, no. 2, pp. 76-83.
 66. Fountoulakis, K.N. and Lykouras, L. (2009) *Stait – Trait Anxiety Inventory (Form – Y) (Self – Evaluarion Questionnaire)*, Thessaloniki: Rotonda Publishing.
 67. Fountoulakis, K.N., Papadopoulou, M., Kleanthous, S., Papadopoulou, A., Bizeli, V., Nimatoudis, I., Iacovides, A. and Kaprinis, G.S. (2006) Reliability and psychometric properties of the Greek translation of the State-Trait Anxiety Inventory form Y: Preliminary data, *Annals of General Psychiatry*, vol. 5, pp. 2.
 68. Fretts, R.C. (2005) Etiology and prevention of stillbirth, *Am J Obstet Gynecol*, vol. 193, no. 6, pp. 1923-35.
 69. Freud, S. (1959) “Inhibitions, symptoms and anxiety” In: Strachey J. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, vol. 2, London: Hogarth Press, pp. 77–174.
 70. Frost, M. and Condon, J.T. (1996) The psychological sequelae of miscarriage: A critical view of the literature, *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 30, no. 1, pp. 54-62.

71. Furuta, M., Sandall, J. and Bick, D. (2012) A systematic review of the relationship between severe maternal morbidity and post-traumatic stress disorder, *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 12, pp. 125.
72. Garel, M., Blondel, B., Lelong, N. and Papin, C. (1992) Depressive reaction after miscarriage, *Contracept Fertil Sex*, vol. 20, pp. 75-81.
73. Garel, M., Gosme-Seguret, S., Kaminski, M. and Cuttini, M. (2002) Ethical decision-making in prenatal diagnosis and Termination of pregnancy: A qualitative Survey among Physicians and Midwives, *Prenatal Diagnosis*, vol. 22, no. 9, pp. 811-817.
74. Gausia, K., Moran, A. C., Ali, M., Ryder, D., Fisher, C. and Koblinsky, M. (2011) Psychological and social consequences among mothers suffering from perinatal loss: Perspective from a low income country, *BioMed Central Public Health*, vol. 11, pp. 451–460.
75. Geerinck-Vercammen, C.R. and Kanhai, H.H.H. (2003) Coping with TOP for fetal abnormality in a supportive environment, *Prenatal Diagnosis*, vol. 21, no. 7, pp. 543–548.
76. Gencay, M., Koskiniemi, M., Ammälä, P., Fellman, V., Närvänen, A., Wahlström, T., Vaheri, A. and Puolakkainen, M. (2000) Chlamydia trachomatis seropositivity is associated both with stillbirth and preterm delivery, *APMIS*, vol. 108, no. 9, pp. 584-588.
77. Gibson, J., McKenzie-McHarg, K., Shakespeare, J., Price, J. and Gray, R. (2009) A systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women, *Acta Psychiatr Scand*, vol. 119, no. 5, pp. 350-364.
78. Gold, K. J., Sen, A. and Hayward, R. A. (2010) Marriage and cohabitation outcomes after pregnancy loss, *Pediatrics*, vol. 125, no. 5, pp. 1202–1207.
79. Gold, K.J., Boggs, M.E., Muzik, M. and Sen, A. (2014) Anxiety disorders and obsessive compulsive disorder 9 months after perinatal loss, *Gen Hosp Psychiatry*, vol. 36, no. 6, pp. 650-654.
80. Gomm, R. and Daview, C. (2000) *Using Evidence in Health and Socila Care*, London: Sage Publications Ltd.

81. Gravanis, A., Schaison, G., George, M., de Brux, J., Satyaswaroop, P.G., Baulieu, E.E., et al. (1985) Endometrial and pituitary responses to the steroidal antiprogesterin RU 486 in postmenopausal women, *J Clin Endocrinol Metab*, vol. 60, pp. 156–63.
82. Green, J.M. (1995) Obstetricians views on prenatal diagnosis and Termination of pregnancy: 1980 compared with 1993, *British Journal of Obstet and Gynaecol*, vol. 102, no. 3, pp. 228-232.
83. Grossman, D. and Grindlay, K. (2011) Alternatives to ultrasound for follow-up after medication abortion: a systematic review, *Contraception*, vol. 83, pp. 504–10.
84. Haavaldsen, C., Sarfraz, A.A., Samuelsen, S.O. and Eskild, A. (2010) The impact of maternal age on fetal death: does length of gestation matter?, *Am J Obstet Gynecol*, vol. 203, no. 6, pp. 554.
85. Hakim-Elahi, E., Tovell, H.M. and Burnhill, M.S. (1990) Complications of first-trimester abortion: a report of 170,000 cases, *Obstet Gynecol*, vol. 76, pp. 129–35.
86. Hall, R.C., Beresford, T.P. and Quinones, J.E. (1987) Grief following spontaneous abortion, *Psychiatr Clin North Am*, vol. 10, pp. 405–20.
87. Hanschmidt, F., Linde, K., Hilbert, A., Riedel-Heller, S.G. and Kersting, A. (2016) Abortion Stigma: A Systematic Review, *Perspect Sex Reprod Health*, vol. 48, no. 4, pp. 169-177.
88. Harrigan, R., Naber, M. M., Jensen, K. A., Tse, A. and Peres, D. (1993) Perinatal grief: Response to the loss of an infant, *Neonatal Network*, vol. 12, no. 5, pp. 25-31.
89. Hayes, J.L., Achilles, S.L., Creinin, M.D. and Reeves, M.F. (2011) Outcomes of medical abortion through 63 days in women with twin gestations, *Contraception*, vol. 84, pp. 505–7.
90. Heikkinen, R. J. (1995) *The effect of attachment, attributions, maternal age, previous loss, and number of children on grief following spontaneous abortion*, Ph.D. diss., Kent State University, Manhattan, KS.
91. Henshaw, R.C., Naji, S.A., Russell, I.T. and Templeton, A.A. (1993) Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: women's preferences and acceptability of treatment, *BMJ*, vol. 307, pp. 714–7.

92. Ho, P.C. (2006) Women's perceptions on medical abortion, *Contraception*, vol. 74, pp. 11–5.
93. Hogue, C.J.R., Parker, C.B., Willinger, M., Temple, J.R., Bann, C.M., Silver, R.M., Dudley, D.J., Moore, J.L., Coustan, D.R., Stoll, B.J., Reddy, U.M., Varner, M.W., Saade, G.R., Conway, D. and Goldenberg, R.L, for the Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Stillbirth Collaborative Research Network Writing Group. (2015) The Association of Stillbirth with Depressive Symptoms 6–36 Months Post-Delivery, *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 29, pp. 131–143.
94. Hollins, Martin, C. and Forrest, E. (2013) *Bereavement Care for Childbearing Women and their Families*, Oxon: Routledge.
95. Honkanen, H., Piaggio, G., Hertzen, H., Bartfai, G., Erdenetungalag, R., Gemzell-Danielsson, K., et al. (2004) WHO multinational study of three misoprostol regimens after mifepristone for early medical abortion, WHO Research Group on Post-Ovulatory Methods for Fertility Regulation, *BJOG*, vol. 111, pp. 715–25.
96. Horowitz, M., Wilner, N. and Alvarez, W. (1979) Impact of Event Scale: a measure of subjective stress, *Psychosom Med*, vol. 41, no.3, pp. 209-218.
97. Horowitz, M.J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G.A., Milbrath, C. and Stinson, C.H. (1997) Diagnostic criteria for complicated grief disorder, *Am J Psychiat*, vol. 154, pp. 7904–7910.
98. Hu, L. and Bentler, P. (1999) Cut off criteria for fit indices in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives, *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, vol. 6, pp. 1-55.
99. Hughes, P. and Riches, S. (2003) Psychological aspects of perinatal loss, *Curr Opin Obstet Gynecol*, vol. 15, pp. 107-111.
100. Hultsch, D.F., and Plemons, J.K. (1979) “Life events and life span development” In: *Life-span development and behavior*, edited by Baltes, P.B. and Brim Jr, O.G., pp. 1-36, New York: Academic Press.
101. Hunfeld, J.A.M., Wladimiroff, J.W. and Passchier, J. (1997) Prediction and course of grief four years after perinatal loss due to congenital

- abnormalities: A follow-up study, *British Journal of Medical Psychology*, vol. 70, no. 1, pp. 85-91.
102. Hunfeld, J.A.M., Wladimiroff, J.W., Passchier, J., Venema-Van Uden, M.V., Frets, P. G. and Verhage, F. (1993) Reliability & validity of the Perinatal Grief Scale for women who experienced a late pregnancy loss, *British Journal of Medical Psychology*, vol. 66, pp. 295-98.
 103. Hutti, M.H. (1988) Miscarriage: the parents' point of view, *J Emerg Nurs.*, vol. 14, pp. 367-368.
 104. Hutti, M.H., Armstrong, D. S. and Myers, J. (2013) Evaluation of the Perinatal Grief Intensity Scale in the Subsequent Pregnancy After Perinatal Loss, *JOGNN*, vol. 42, pp. 697-706.
 105. Hutti, M.H., dePacheco, M. and Smith, M. (1998) A study of miscarriage: development and validation of the Perinatal Grief Intensity Scale, *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, vol. 27, pp. 547-555.
 106. Iles, S. and Gath, D. (1993) Psychiatric outcome of termination of pregnancy for foetal abnormality, *Psychol Med.*, vol. 23, no. 2, pp. 407-13.
 107. Jain, J.K., Dutton, C., Harwood, B., Meckstroth, K.R. and Mishell, D.R. Jr. (2002) A prospective randomized, double-blinded, placebo-controlled trial comparing mifepristone and vaginal misoprostol to vaginal misoprostol alone for elective termination of early pregnancy, *Hum Reprod*, vol. 17, pp. 1477-82.
 108. Janssen, H.J. and Cuisinier, M.C. (1992) *Predicting grief intensity, shortly following pregnancy loss*, Paper presented at the Second International Conference on Children & Death, Edinburgh, Scotland.
 109. Janssen, H.J., Cuisinier, M.C., de Graauw, K.P. and Hoogduin, K.A. (1997) A prospective study of risk factors predicting grief intensity following pregnancy loss, *Arch Gen Psychiatry*, vol. 54, no. 1, pp. 56-61.
 110. Johannisson, E., Oberholzer, M., Swahn, M.L. and Bygdeman, M. (1989) Vascular changes in the human endometrium following the administration of the progesterone antagonist RU 486, *Contraception*, vol. 39, pp. 103-17.

111. Johnson, M. P. and Puddifoot, J. E. (1996) The grief response in the partners of women who miscarry, *British Journal of Medical Psychology*, vol. 69, pp. 313-27.
112. Jones, O.W., Penn, N.E., Shuchter, S., Stafford, C.A., Richards, T., Kernahan, C. et al, (1988) Parental response to mid-trimester therapeutic abortion following amniocentesis, *Prenatal Diagnosis*, vol. 4, no.4, pp. 249-256.
113. Kahn, J.G., Becker, B.J., MacIsaac, L., Amory, J.K., Neuhaus, J., Olkin, I. and Creinin, M.D. (2000) The efficacy of medical abortion: a meta-analysis, *Contraception*, vol. 61, no.1, pp. 29-40.
114. Kerlinger, F.N. (1986) *Foundations of Behavioral Research*, 3rd ed, New York: CBS College Publishing.
115. Kersting, A. and Wagner, B. (2012) Complicated grief after perinatal loss, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, vol. 14, no. 2, pp. 187-194.
116. Kersting, A., Kroker, K., Steinhard, J., Hoernig-Franz, I., Wesselmann, U., Luedorff, K., Ohrmann, P., Arolt, V. and Suslow, T. (2009) Psychological impact on women after second and third trimester termination of pregnancy due to fetal anomalies versus women after preterm birth—a 14-month follow up study, *Arch Womens Ment Health*, vol. 12, pp. 193–201.
117. Kersting, A., Kroker, K., Steinhard, J., Lüdorff, K., Wesselmann, U., Ohrmann, P., Arolt, V. and Suslow, T. (2007) Complicated grief after traumatic loss. A 14-month follow up study, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, vol. 257, pp. 437–443.
118. Kirkley – Best, E. (1981). *Grief in response to perinatal loss: An argument for the earliest maternal attachment*, Ann Arbor, MI: University Microfilms.
119. Klier, C.M., Geller, P.A. and Ritsher, J.B. (2002) Affective disorders in the aftermath of miscarriage: a comprehensive review, *Arch Womens Ment Health*, vol. 5, pp. 129
120. Kolker, A. and Burke, B.M. (1993) Grieving the wanted child: ramifications of abortion after prenatal diagnosis of abnormality, *Health Care Women Int.*, vol. 14, no. 6, pp. 513-26.

121. Kolker, A., Burke, B.M. and Phillips, J.U. (1991) Attitudes about abortion of women who undergo prenatal diagnosis, *Res Sociol Health Care*, vol. 9, pp. 49-73.
122. Kolte, A.M., Olsen, L.R., Mikkelsen, E.M., Christiansen, O.B. and Nielsen, H.S. (2015) Depression and emotional stress is highly prevalent among women with recurrent pregnancy loss, *Hum Reprod*, vol. 30, pp. 777-782.
123. Korenromp, M. J., Page-Christiaens, G. C. M. L., van den Bout, J., Mulder, E. J. H., Hunfeld, J. A. M., Potters, C. M. A. A., Erwich, J. J. H. M., van Binsbergen, C. J. M., Brons, J. T. J., Beekhuis, J. R., Omtzigt, A. W. J. and Visser, G. H. A. (2007) A prospective study on parental coping 4 months after termination of pregnancy for fetal anomalies, *Prenat Diagn*, vol. 27, pp. 709–716.
124. Korenromp, M., Page-Christiaens, G., van den Bout, J., Mulder, E., Honfeld, J., Bilardo, C., Offermans, J. and Visser, G. (2005) Psychological consequences of TOP for fetal anomaly: similarities and differences between partners, *Prenat Diagn*, vol. 25, pp. 1226–1233.
125. Korenromp, M.J., Christiaens, G.C., van den Bout, J., Hunfeld, J.A., Bilardo, C.M., Offermans, J.P., Visser, G.H. (2005) Long-term psychological consequences of pregnancy termination for fetal abnormality: a cross-sectional study, *Prenat Diagn*, vol. 25, pp. 253-260.
126. Korenromp, M.J., Page-Christiaens, G.C., van den Bout, J., Mulder, E.J. and Visser, G.H. (2009) Adjustment to termination of pregnancy for fetal anomaly: a longitudinal study in women at 4, 8, and 16 months, *Am J Obstet Gynecol*, vol. 201, pp. 1-7.
127. Kowalski, K. (1987) "Perinatal loss and bereavement." In: Sonstegard, L., Kowalski, K. and Jennings, B. (editors) *Crisis and Illness in Childbearing (Women's Health)*, Vol. 3, New York: Grune and Stratton.
128. Kozinszky, Z. and Dudas, R.B. (2015) Validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale for the antenatal period, *J Affect Disord*, vol. 176, pp. 95-105.

129. Kulathilaka, S., Hanwella, R., and de Silva, V.A. (2016) Depressive disorder and grief following spontaneous abortion, *BMC Psychiatry*, vol. 16, pp. 100.
130. Kulier, R., Kapp, N., Gülmezoglu, A.M., Hofmeyr, G.J., Cheng, L. and Campana, A. (2011) Medical methods for first trimester abortion, *Cochrane Database Syst Rev*, vol. 11, no. 11, CD002855.
131. La Roche, C., Laliner-Michaud, M., Enelsman, F. and Azima, R. (1984) Grief reactions to perinatal death: A follow-up study, *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 29, pp. 14-19.
132. Lafarge, C., Mitchell, K. and Fox, P. (2013) Perinatal grief following a termination of pregnancy for foetal abnormality: The impact of coping strategies, *Prenat Diagn*, vol. 33, pp. 1173-1182.
133. Lang, A., Fleiszer, A. R., Duhamel, F., Sword, W., Gilbert, K. R. and Corsini-Munt, S. (2011) Perinatal loss and perinatal grief: The challenge of ambiguity and disenfranchised grief, *Omega*, vol. 63, no. 2, pp. 183–196.
134. Lanius, R.A., Vermetten, E., Loewenstein, R.J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J.D. and Spiegel, D. (2010) Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype, *Am J Psychiatry*, vol. 167, no. 6, pp. 640-647.
135. Lasker, J. N. and Toedter L. J. (1994) Satisfaction with hospital care and interventions after pregnancy loss, *Death Studies*, vol. 18, pp. 41-64.
136. Lasker, J.N. and Toedter, L.J. (1991) Acute versus chronic grief: The case of pregnancy loss, *Am J Orthopsychiatry*, vol. 61, pp. 510-522.
137. Lasker, J.N. and Toedter, L.J. (2000) Predicting Outcomes after Pregnancy Loss: Results from Studies Using the Perinatal Grief Scale, *Illness Crisis & Loss*, vol. 8, no. 4, pp. 350-372.
138. Lauzon, P., Rogerv-Achim, D., Achim, A. and Boyer, R. (2000) Emotional Distress among Couples involved in first-trimester induced abortions, *Canadian Family Physician*, pp. 46.
139. Lazarus, R. and Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*, New York: Springer Publications.

140. Lee , D. A. , Scragg , P. and Turner , S. (2001) The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD, *British Journal of Medical Psychology*, vol. 74, pp. 451 – 466.
141. Leonardou, A.A., Zervas, Y.M., Papageorgiou, C.C., Marks, M.N., Tsartsara, E.C., Antsaklis, A. (2009) Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and prevalence of postnatal depression at two months postpartum in a sample of Greek mothers, *J Reprod Inf Psychology*, vol. 27, no. 1, pp. 28-39.
142. Li, J., Zhao, H., Song, J.M., Zhang, J., Tang, Y.L. and Xin, C.M. (2015) A meta-analysis of risk of pregnancy loss and caffeine and coffee consumption during pregnancy, *Int J Gynaecol Obstet*, vol. 130, no. 2, pp. 116-122.
143. Likis, F.E., Sathe, N.A., Carnahan, R. and McPheeters, M.L. (2013) A systematic review of validated methods to capture stillbirth and spontaneous abortion using administrative or claims data, *Vaccine*, vol. 31, no. 10, pp. 74-82.
144. Lin, S.X. and Lasker, J.N. (1996) Patterns of grief reaction after pregnancy loss, *Am J Orthopsychiatry*, vol. 66, pp. 262-271.
145. Livshits, A., Machtinger, R., David, L.B., Spira, M., Moshe-Zahav, A. and Seidman, D.S. (2009) Ibuprofen and paracetamol for pain relief during medical abortion: a double-blind randomized controlled study, *Fertil Steril*, vol. 91, pp. 1877–80.
146. Lorenzen, J. and Holzgreve, W. (1995) Helping parents to grieve after second trimester termination of pregnancy for fetopathic reasons., *Fetal Diagn Ther*, vol. 10, no. 3, pp. 147-156.
147. Maciejewski, P.K., Zhang, B., Block, S.D. and Prigerson, H.G. (2007) An empirical examination of the stage theory of grief, *JAMA*, vol. 297, pp.716.
148. Madhappan, B., Kempuraj, D., Christodoulou, S., Tsapikidis, S., Boucher, W., Karagiannis, V., Athanassiou, A. and Theoharides, T.C. (2003) High levels of intrauterine corticotropin-releasing hormone, urocortin, tryptase, and interleukin-8 in spontaneous abortions, *Endocrinology*, vol. 144, no. 6, pp. 2285-2290.

149. Marshall, G.N., Schell, T.L., Glynn, S.M. and Shetty, V. (2006) The role of hyperarousal in the manifestation of posttraumatic psychological distress following injury, *J Abnorm Psychol*, vol. 115, no. 3, pp. 624-628.
150. Martin, J.A., Kochanek, K.D., Strobino, D.M., Guyer, B. and MacDorman, M.F. (2005) Annual summary of vital statistics–2003, *Pediatrics*, vol. 115, pp. 619–34.
151. McCoyd, J.L.M. (2007) Pregnancy interrupted: loss of a desired pregnancy after diagnosis of fetal anomaly, *J Psychosom Obstet Gynaecol.*, vol. 28, no. 1, pp. 37-48.
152. McGrogan, A., Snowball, J. and de Vries, C.S. (2014) Pregnancy losses in women with Type 1 or Type 2 diabetes in the UK: an investigation using primary care records, *Diabet Med*, vol. 31, no. 3, pp. 357-365.
153. McIntosh, D.N., Silver, R.C. and Wortman, C.B. (1993) Religion's role in adjustment to a negative life event: coping with the loss of a child, *J Pers Soc Psychol*, vol. 65, no. 4, pp. 812-821.
154. Michopoulos, I., Douzenis, A., Kalkavoura, C., Christodoulou, C., Michalopoulou, P., Kalemi, G., Fineti, K., Patapis, P., Protopapas, K. and Lykouras, L. (2008) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample, *Ann Gen Psychiatry*, vol. 7, pp. 4.
155. Misri, S., Abizadeh, J., Sanders, S. and Swift, E. (2015) Perinatal Generalized Anxiety Disorder: Assessment and Treatment, *Journal of Women's Health*, vol. 24, no. 9, pp. 762-770.
156. Morales-Suárez-Varela, M., Nohr, E.A., Bech, B.H., Wu, C. And Olsen, J. (2016) Smoking, physical exercise, BMI and late foetal death: a study within the Danish National Birth Cohort, *Eur J Epidemiol*, vol. 31, no. 10, pp. 999-1009.
157. Morse, J.M. and Field, P.A. (1996) *Nursing Research: The application of qualitative approaches*, London: Chapman and Hall.

158. Moulder, C. (1994) Towards a preliminary framework for understanding pregnancy loss, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, vol. 12, pp. 65-67.
159. Mueller, L. (1991) Second-trimester termination of pregnancy: nursing care, *JOGNN Principles and Practice*, vol.20, no.4.
160. Mueller, R. (2000) *Basic principles of structural equation modelling*, New York (NY): Springer.
161. Murphy, F.A. (1998) The experience of early miscarriage from a male perspective, *J Clin Nurs*, vol.7, pp. 325- 332.
162. Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Galanos, A. and Vlahos, L. (2007) Psychometric properties of the Impact of Event Scale in Greek cancer patients, *J Pain Symptom Manage*, vol. 33, no. 4, pp. 454-461.
163. Nazare, B., Fonseca, A. and Canavarro, M.C. (2014) Trauma Following Termination of pregnancy for Fetal Abnormality: Is This the Path From Guilt to Grief?, *J Loss and Trauma*, vol. 19, no. 3, pp. 244-261.
164. Neidhardt, A. (1986) Why me? Second Trimester Abortion, *The American Journal of Nursing*, vol. 86, no. 10, pp. 1133-113
165. Nickevic, A.V., Tunkel, S.A. and Nicolaides, K.H. (1998) Psychological outcomes following missed abortions and provision of follow-up care, *Ultrasound Obstet Gynecol.*, vol. 11, no. 2, pp. 123-128.
166. Norman, M., Bradburn, Seymour, Sudman, Brian and Wansink (2004) *Asking questions : the definitive guide to questionnaire design—for market research, political polls, and social and health questionnaires*, CA: Jossey-Bass.
167. O’Leary, J. (2004) Grief and its impact on prenatal attachment in the subsequent pregnancy, *Arch Women Ment Health*, vol. 7, pp. 7–18.
168. Pallant, J. (2001) *SPSS Survival Manual*, Buckingham: Open University Press.
169. Paunovic, N. (1998) Cognitive factors in the maintenance of PTSD, *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, vol. 27, pp. 167 – 178.
170. Pearlin, L.I. (1989) The sociological study of stress, *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 30, pp. 241-256.

171. Perez-Medina, T., García-Andrade, C. and Bajo-Arenas, J. (2009) Advanced pregnancy loss in the rudimentary horn of an undiagnosed unicornuate uterus, *J Obstet Gynaecol Res*, vol. 35, no. 3, pp. 572-573.
172. Perriera, L.K., Reeves, M.F., Chen, B.A., Hohmann, H.L., Hayes, J. and Creinin, M.D. (2010) Feasibility of telephone follow-up after medical abortion, *Contraception*, vol. 81, pp.143–9.
173. Perrillat, F., Clavel, J., Jaussent, I., Baruchel, A., Leverger, G., Nelken, B., Philippe, N., Schaison, G., Sommelet, D., Vilmer, E. and Hémon, D. (2002) Breast-feeding, fetal loss and childhood acute leukaemia, *Eur J Pediatr*, vol. 161, no. 4, pp. 235-237.
174. Phillips. S. and Swift, S. (2016) Therapeutic abortion counseling and provision: Are Canadian family physicians opting out?, *Can Fam Physician*, vol. 62, no. 4, pp. 297-298.
175. Plana-Ripoll, O., Parner, E., Olsen, J. And Li, J. (2016) Severe stress following bereavement during pregnancy and risk of pregnancy loss: results from a population-based cohort study, *J Epidemiol Community Health*, vol. 70, no. 5, pp. 424-429.
176. Polit, D.F. and Hungler, B.P. (1999) *Nursing Research: Principles and Methods*, 6th ed, Philadelphia (PH): Lippincott.
177. Potvin, L., Lasker, J. N. and Toedter, L. J. (1989) Measuring grief:A short version of the Perinatal Grief Scale., *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, vol. 11, pp. 29-45.
178. Prommanart, N., Phatharayuttawat, S., Boriboonhirunsarn, D. and Sunsaneevithayakul, P. (2004) Maternal grief after abortion and related factors, *J Med Assoc Thai*, vol. 87, pp. 1275-1280.
179. Puddifoot, J.E. and Johnson, M.P. (1997) The legitimacy of grieving: The partner's experience at miscarriage, *Soc Sci Med*, vol. 45, pp. 837–845.
180. Radestad, I., Nordin, C., Steineck, G. and Sjögren, B. (1998) A comparison of women's memories of care during pregnancy, labour and delivery after stillbirth or live birth, *Midwifery*, vol. 14, no. 2, pp. 111-7.

181. Ratislavová, K., Kalvas, F. and Beran, J. (2015) Validation of the Czech version of the Perinatal Grief Scale Cent, *Eur J Nurs Midw*, vol. 6, pp. 191-200.
182. Raymond, E.G., Shannon, C., Weaver, M.A. and Winikoff, B. (2013) First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: a systematic review, *Contraception*, vol. 87, pp. 26–37.
183. Raymond, E.G., Weaver, M.A., Louie, K.S., Dean, G., Porsch, L., Lichtenberg, E.S., et al. (2013) Prophylactic compared with therapeutic ibuprofen analgesia in first-trimester medical abortion: a randomized controlled trial, *Obstet Gynecol*, vol. 122, pp. 558–64.
184. Reeves, M.F., Fox, M.C., Lohr, P.A. and Creinin, M.D. (2009) Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention, *Ultrasound Obstet Gynecol*, vol. 34, pp. 104–9.
185. Reeves, M.F., Kudva, A. and Creinin M.D. (2008) Medical abortion outcomes after a second dose of misoprostol for persistent gestational sac, *Contraception*, vol. 78, pp. 332–5.
186. Rempel, G.L., Cender, L.M., Lynan, M.J., Sandor, G.G. and Farquharson (2004) Parents prospectives on decision making after antenatal diagnosis of congenital heart disease, *Journal Obstet Gynecol Neonatal Nursing*, vol. 33, no. 1, pp. 64-70.
187. Rich, D. E. (1999) *The relationship between type and timing of post pregnancy loss services and grief outcome*, Ph.D. diss., University of Minnesota.
188. Ritsher, J.B. and Neugebauer, R. (2002) Perinatal Bereavement Grief Scale: distinguishing grief from depression following miscarriage, *Assessment*, vol. 9, pp. 31-40.
189. Robinson, G.E. (2011) Dilemmas related to pregnancy loss, *J Nerv Ment Dis*, vol. 199, pp. 571-574.
190. Robinson, J. (2002) Ethics of questionnaires – again, *Br J Midwifery*, vol. 10, pp. 734-743.
191. Robinson, M., Baker, L. and Nackerud, L. (1999) The relationship of attachment theory and perinatal loss, *Death Studies*, vol. 23, pp. 257-70.

192. Romero, S.T., Geiersbach, K.B., Paxton, C.N., Rose, N.C., Schisterman, E.F., Branch, D.W. and Silver, R.M. (2015) Differentiation of genetic abnormalities in early pregnancy loss, *Ultrasound Obstet Gynecol*, vol. 45, no. 1, pp. 89-94.
193. Rorbye, C., Norgaard, M. and Nilas, L. (2005) Medical versus surgical abortion: comparing satisfaction and potential confounders in a partly randomized study, *Hum Reprod, Level II-3*, vol. 20, pp. 834–8.
194. Royal College of Obstetricians and Gynecologists (2010) *Termination of Pregnancy for Fetal Abnormality in England, Scotland and Wales*, RCOG Press.
195. Royal College of Obstetricians and Gynecologists (2011) *The Care of Women Requesting Induced Abortion: Summary , Evidence – based Clinical Guideline Number 7*, RCOG Press.
196. Royal College of Obstetricians and Gynecologists (2016) *Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy (Green-top Guideline No. 21; Joint with the Association of Early Pregnancy Units)*, RCOG Press.
197. Salvesen, K.A., Oyen, L., Schmidt, N., Malt, U.F. and Eik-Nes, S.H. (1997) Comparison of long-term psychological responses of women after pregnancy termination due to fetal anomalies and after perinatal loss, *Ultrasound Obstet Gynecol*, vol. 9, no. 2, pp. 80-85.
198. Sanders, C. M. (1989) *Grief: The mourning after: Dealing with adult bereavement*, New York: Wiley.
199. Sapsford, R. and Abbot, P. (1994) *Research methods for nurses and the caring professions*, Buckingham: Open University press.
200. Schaff, E.A., Eisinger, S.H., Stadalius, L.S., Franks, P., Gore, B.Z. and Poppema, S. (1999) Low-dose mifepristone 200 mg and vaginal misoprostol for abortion, *Contraception*, vol. 59, pp. 1–6.
201. Schaff, E.A., Stadalius, L.S., Eisinger, S.H. and Franks, P. (1997) Vaginal misoprostol administered at home after mifepristone (RU486) for abortion, *J Fam Pract*, vol. 44, pp. 353–60.
202. Schorge, J.O., Schaffer, J.I., Halvorson, L.M., Hoffman, B.L., Bradshaw, K.D. and Cunningham, F.G. (2008) “First-Trimester Abortion.” In:

- Shaffer, J., Halvorson L., Hoffman B., Bradshaw K. and Schorge J., *Williams Gynecology*, 1st ed. McGraw-Hill Medical Publishing.
203. Seller, M., Barnes, C., Ross, S., Barby, T. and Cowmeadow, P. (1993) Grief mid-trimester fetal loss, *Prenatal Diadnosis*, vol. 13, no. 5, pp. 341-348.
 204. Shrestha, S.D., Pradhan, R., Tran, T.D., Gualano, R.C. and Fisher, J.R.W. (2016) Reliability and validity of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for detecting perinatal common mental disorders (PCMDs) among women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review, *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 16, pp. 72.
 205. Simcox, L.E., Ormesher, L., Tower, C. and Greer, I.A. (2015) Thrombophilia and Pregnancy Complications, *Int J Mol Sci*, vol. 16, no. 12, pp. 28418-28428.
 206. Sitrin, L. (1994) *Parental coping after miscarriage, stillbirth, neonatal and infant death*. Ph.D. diss., California School of Professional Psychology, Alameda.
 207. Sjoren, B., Udderberg, N., (1988) A questionnaire and interview study participating in prenatal diagnosis, *Prenatal Diagnosis*, vol. 8, no. 4, pp. 263-273.
 208. Skari, H., Malt, U.F., Bjornland, K., Egeland, T., Haugen, G., Skreden, M., Dalholt Björk, M., Bjornstad Ostensen, A. and Emblem, R. (2006) Prenatal diagnosis of congenital malformations and parental psychological distress--a prospective longitudinal cohort study, *Prenat Diagn*. vol. 26, no. 11, pp. 1001-9.
 209. Slade, P., Heke, S., Fletcher, J. and Stewart P. (1998) A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care, *British Journal Obstet Gynecol*, vol. 105, no. 2, pp. 1288-1295.
 210. Smith, P. (1998) *Nursing research: Setting New Agenda*, London: Arnold.
 211. Smyth, A., Oliveira, G.H., Lahr, B.D., Bailey, K.R., Norby, S.M. and Garovic, V.D. (2010) A systematic review and meta-analysis of pregnancy

- outcomes in patients with systemic lupus erythematosus and lupus nephritis, *Clin J Am Soc Nephrol*, vol. 5, no. 11, pp. 2060-2068.
212. Snaith, R.P. (2003) The Hospital Anxiety And Depression Scale, *Health and Quality of Life Outcomes*, vol. 1, pp. 29.
 213. Spanier, G.B. (1976) Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads, *Journal of Marriage and the Family*, vol. 38, pp. 15–28.
 214. Spanier, G.B. and Thompson, L. (1982) A confirmatory factor analysis of the Dyadic Adjustment Scale, *Journal of Marriage and Family*, vol. 44, pp. 731-738.
 215. Spielberger, C.D. and Sydeman, S.J. (1994) “State-Trait Anxiety Inventory and State-Trait Anger Expression Inventory.” In: Maruish, M.E. *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*, pp. 292-321, Hillsdale, NJ, USA: Lawrence Erlbaum Associates.
 216. Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R., Vagg, P.R. and Jacobs, G.A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, Palo Alto, California, USA: Consulting Psychologists Press.
 217. Spitz, I.M., Bardin, C.W., Benton, L. and Robbins, A. (1998) Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the United States, *N Engl J Med*, vol. 338, pp. 1241–7.
 218. Statham, H. (2002) Prenatal diagnosis of fetal abnormality: the decision to terminate the pregnancy and the psychological consequences, *Fetal and Maternal Medicine Review*, vol. 13, pp. 213-47.
 219. Stevens, J. (1996) *Applied multivariate statistics for the social sciences*, 3rd ed, Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates.
 220. Stinson, K. M., Lasker, J.N., Lohmann, J. and Toedter, L.J. (1991) Parents’ grief following pregnancy loss. *Family Relations*, vol. 40, pp. 1-6.
 221. Stirtzinger, R. and Robinson, G.E. (1989) The psychologic effects of spontaneous abortion, *CMAJ*, vol. 140, pp. 799-805.
 222. Stroebe, M., Schut, H. and Stroebe, W. (2007) Health outcomes of bereavement, *Lancet*, vol. 370, no. 9603, pp. 1960-1973.

223. Swahn, M.L. and Bygdeman, M. (1988) The effect of the antiprogestin RU 486 on uterine contractility and sensitivity to prostaglandin and oxytocin, *Br J Obstet Gynaecol*, vol. 95, pp. 126–34.
224. Swanson, K. M., Chen, H., Graham J.C., Wojnar, D.M. and Petras, A. (2009) Resolution of Depression and Grief during the First Year after Miscarriage: A Randomized Controlled Clinical Trial of Couples-Focused Interventions, *Journal of Women's Health*, Vol. 18, No. 8, pp. 1245-57.
225. Symonds, I. and Arulkumaran, S. (2013) *Essential Obstetrics and Gynaecology*, 5th Edition, Elsevier Publishing.
226. Syridou, G., Spanakis, N., Konstantinidou, A., Piperaki, E.T., Kafetzis, D., Patsouris, E., Antsaklis, A. and Tsakris, A. (2008) Detection of cytomegalovirus, parvovirus B19 and herpes simplex viruses in cases of intrauterine fetal death: association with pathological findings, *J Med Virol*, vol. 80, no. 10, pp. 1776-1782.
227. Sz Makó, H. (2014) Psychological perspectives of abortion care -- when, what and how can psychotherapeutic assistance help during pregnancy termination [Article in Hungarian], *Psychiatr Hung*, vol. 29, no. 4, pp. 418-425.
228. Toedter, L. J., Lasker, J. N. and Alhadeff, J. M. (1988) The Perinatal Grief Scale: Development and initial validation, *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 58, no. 3, pp. 435-49.
229. Toedter, L. J., Lasker, J. N. and Campbell, D. T. (1990) The comparison group problem in bereavement studies and the retrospective pretest, *Evaluation Review*, vol. 14, pp. 75-90.
230. Toedter, L.J., Lasker, J.N. and Janssen, H.J. (2001) International comparison of studies using the perinatal grief scale: a decade of research on pregnancy loss, *Death Stud*, vol. 25, no. 3, pp. 205-228.
231. Tsuang, M.T., Tohen, M. and Zahner, G.E., editors (1995) *Textbook in Psychiatric Epidemiology*, New York: John Wiley & Sons, Inc.
232. Udry, S., Aranda, F.M., Latino, J.O. and de Larrañaga, G.F. (2014) Paternal factor V Leiden and recurrent pregnancy loss: a new concept behind fetal genetics?, *J Thromb Haemost*, vol. 12, no. 5, pp. 666-669.

233. Vance, J.C., Boyle, F.M., Najman, J.M. and Thearle, M.J. (1995) Gender differences in parental psychological distress following perinatal death or sudden infant death syndrome, *Br J Psychiatry*, vol. 167, no. 6, pp. 806-811.
234. Vance, J.C., Najman, J.M., Thearle, M.J.G., Embelton, W.J., Foster, F. and Boyle, M. (1995) Psychological changes in parents months after the loss of an infant from stillbirth, neonatal death, or sudden infant death syndrome - a longitudinal study, *Pediatrics*, vol. 96, pp. 933-938.
235. Wagaarachchi, P.T., et al. (2002) Medical management of late intrauterine death using a combination of mifepristone and misoprostol, *BJOG*, vol. 109, no. 4, pp. 443-7.
236. Wang, S., Teng, W.P., Li, J.X., Wang, W.W. and Shan, Z.Y. (2012) Effects of maternal subclinical hypothyroidism on obstetrical outcomes during early pregnancy, *J Endocrinol Invest*, vol. 35, no. 3, pp. 322-325.
237. Weisberg, R.B. and Paquette, J.A. (2002) Screening and treatment of anxiety disorders in pregnant and lactating women, *Womens Health Issues*, vol. 12, no. 1, pp. 32-36.
238. Weiss, D.S., Marmar, C.R., Wilson, J.P. and Keane, T.M.. (1997) "The Impact of Event Scale-Revised." In eds. *Assessing Psychological Trauma and PTSD: a Practitioner's Handbook*, pp. 399-411, New York, USA: Guilford Press.
239. Weston, C.S.E. (2014) Posttraumatic Stress Disorder: A Theoretical Model of the Hyperarousal Subtype, *Frontiers in Psychiatry*, vol. 5, pp. 37.
240. White, F.M., Cohen, F.G., Sherman, G. and McCurdy, R. (1988) Chemicals, birth defects and stillbirths in New Brunswick: associations with agricultural activity, *CMAJ*, vol. 138, no.2, pp. 117-124.
241. White, K., Carroll, E. and Grossman, D. (2015) Complications from first-trimester aspiration abortion: a systematic review of the literature, *Contraception*, vol. 92, no. 5, pp. 422-438.

242. White-Van Mourik, M.C.A., Connor, J. M. and Ferguson-Smith, M.A. (1992) The psychosocial sequelae of a second-trimester termination of pregnancy for fetal abnormality, *Prenatal Diagnosis*, vol. 12, pp. 189 – 204.
243. Wiebe, E., Dunn, S., Guilbert, E., Jacot, F. and Lugtig, L. (2002) Comparison of abortions induced by methotrexate or mifepristone followed by misoprostol, *Obstet Gynecol*, vol. 99, pp. 813–9.
244. Wijngaards-de Meij, L., Stroebe, M., Stroebe, W., Schut, H., Van den Bout, J., Van Der Heijden, P.G. and Dijkstra, I. (2008) The impact of circumstances surrounding the death of a child on parents' grief, *Death Stud*, vol. 32, no. 3, pp. 237-252.
245. Wing, D.G., Burge-Callaway, K., Rose Clance, P. and Armistead, L. (2001) Understanding gender differences in bereavement following the death of an infant: Implications of or treatment, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, vol. 38, pp. 60.
246. Winikoff, B., Dzuba, I.G., Creinin, M.D., Crowden, W.A., Goldberg, A.B., Gonzales, J., et al. (2008) Two distinct oral routes of misoprostol in mifepristone medical abortion: a randomized controlled trial, *Obstet Gynecol*, vol. 112, pp. 1303–10.
247. Winikoff, B., Sivin, I., Coyaji, K.J., Cabezas, E., Xiao, B., Gu, S., et al. (1997) Safety, efficacy, and acceptability of medical abortion in China, Cuba, and India: a comparative trial of mifepristone-misoprostol versus surgical abortion, *Am J Obstet Gynecol*, vol. 176, pp. 431–7.
248. Wolf, J.R., Nielson, P.E. and Schiller, P. (1970) The emotional reaction to a stillbirth, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 108, pp. 73-77.
249. Woods, J.R. and Woods, J.L.E. (1997) *Loss During Pregnancy or in the Newborn Period: Principles of care with clinical cases and analyses*, Pitman, N.J., Jannetti.
250. World Health Organization (2017) Maternal and perinatal health, Διαθέσιμο από:http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/e [01 Μαρτίου 2017].

251. Yan, E., Tang, C.S. and Chung, T. (2010) Validation of the Perinatal Grief Scale for use in Chinese women who have experienced recent reproductive loss, *Death Stud*, vol. 34, pp. 151-171.
252. Yang, L., Tang, Y., Lu, M., Yang, Y., Xiao, J., Wang, Q., Yang, C., Tao, H. and Xiang, J. (2016) Novel rapid molecular diagnosis of fetal chromosomal abnormalities associated with recurrent pregnancy loss, *Acta Obstet Gynecol Scand*, vol. 95, no.12, pp. 1433-1440.
253. Zeanah, C., Dailey, J., Rosenblatt, M. and Devereux, N. S. (1993) Do women grieve after terminating pregnancies because of fetal anomalies? A controlled investigation, *Obstetrics and Gynecology*, vol. 82, no. 2, pp. 270-75.
254. Zeanah, C., Danis, B., Hirshberg, L. and Dietz, L. (1995) Initial adaptation in mothers and fathers following perinatal loss, *Infant Mental Health Journal*, vol. 16, no. 2, pp. 80-93.
255. Zigmond, A.S. and Snaith, R.P. (1983) The hospital anxiety and depression scale, *Acta Psychiatr Scand*, vol. 67, no. 6, pp. 361-370.
256. Zinaman, M., et al. (1996) Estimates of human fertility and pregnancy loss, *Fertil Steril*, vol. 65, no. 3, pp. 503-509.
257. Zisook, S., Devaul, R.A. and Click, Jr.M.A. (1982) Measuring symptoms of grief and bereavement, *American Journal of Psychiatry*, vol. 139, pp. 1590-1593.
258. Zolese, G. and Blacker, C.V.R. (1992) The psychological complications of therapeutic abortion, *British Journal of Psychiatry*, vol. 160, pp. 742-749.
259. Κουζέλης, Γ. και Ψυχοπαίδης, Κ. (1996) *Επιστημολογία των κοινωνικών επιστημών*, εκδόσεις Νήσος.
260. Κρεατσάς, Γ. Κ. (2009) *Σύγχρονη γυναικολογία και μαιευτική*, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
261. Λεονάρδου, Α. (2008) Έλεγχος εγκυρότητας (validation) του ερωτηματολογίου EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) για τον έγκαιρο εντοπισμό (screening) της λοχειακής καταθλιψης, Διδακτορική διατριβή.
262. Μαρούλης, Χ.Γ. (2007) *Μαιευτική και Γυναικολογία*, σελ. 190-195, Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης.

263. Μπέσιλα – Μακρίδη, Ν.Ε. (1992) *Η Συνταγματική προβληματική της άμβλωσης*, σελ 56-57, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα.
264. Πατεράκη, Ε. και Ρούσση, Π. (2011) *Η σχέση ανάμεσα στην ικανοποίηση από το γάμο και στην κατάθλιψη: Ο ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης στο ελληνικό πλαίσιο*, Hellenic J Psychology, τόμος 8, σελ. 146-147.
265. Ραφτοπουλος, Β. και Θεοδοσοπούλου, Θ. (2002) Μεθοδολογία στάθμισης μιας κλίμακας, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, τόμος 19, αριθμός 5, σελίδες 577–589.
266. Σαλαμαλέκης, Ε. (1998) «Επιπλοκές της Κύησης» στο βιβλίο: *Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική*, Τόμος 2, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
267. Συμεωνίδου-Καστανίδου, Ε. (1984) *Η άμβλωση ως πρόβλημα του ποινικού δικαίου*, Σάκκοι Αντ.
268. Υπουργείο Εσωτερικών (2005) Νόμος 344 της 9/11.6.1976: Περί ληξιαρχικών πράξεων. (Α' 143). Διαθέσιμο από: <http://www.ypes.gr/UserFiles/f0ff9297-f516-40ff-a70eeca84e2ec9b9/Nom344-1976lp.pdf> [01 Μαρτίου 2017].

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
Β' ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΑΡΕΤΑΙΕΙΟΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΝ
ΜΑΓΓΙΝΕΙΟΝ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ| ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Γ.Κ. ΚΡΕΑΤΣΑΣ

Συγκατάθεση Συμμετέχοντα

Η υπογράφουσα συμφωνώ να πάρω μέρος στην μελέτη με θέμα «Ψυχολογική επιβάρυνση μετά από διακοπή κύησης λόγω συγγενών ανωμαλιών ανάλογα με το τρίμηνο κύησης»

- Έχω διαβάσει και έχω κατανοήσει το φυλλάδιο με τις παρεχόμενες πληροφορίες. Μου δόθηκαν όλες οι εξηγήσεις από τον ερευνητή για τη φύση, το σκοπό, τη τοποθεσία, τη διάρκεια της μελέτης και για το τι αναμένεται να κάνω. Μου δόθηκε η ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις για τα θέματα της μελέτης και έχω καταλάβει τις πληροφορίες που δίνονται σαν αποτέλεσμα.
- Συμφωνώ να συμμορφωθώ με όλες τις οδηγίες που μου δόθηκαν κατά τη διάρκεια της μελέτης και να συνεργαστώ πλήρως με τον ερευνητή.
- Κατανοώ ότι όλα τα προσωπικά δεδομένα που σχετίζονται με τον εθελοντή θα τα χειριστεί με απόλυτη εμπιστευτικότητα και σύμφωνα με το νόμο περί προστασίας προσωπικών δεδομένων(1997). Συμφωνώ ότι δεν θα ζητήσω να απαγορευθεί η χρήση των αποτελεσμάτων στη μελέτη, κατανοώντας ότι θα διαφυλαχθεί η ανωνυμία.
- Κατανοώ ότι είμαι ελεύθερη να αποσυρθώ από τη μελέτη οποιαδήποτε στιγμή χωρίς να χρειάζεται να δικαιολογήσω την απόφαση μου και χωρίς προκατάληψη.
- Βεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και έχω κατανοήσει τα ανωτέρω, και αβίαστα δίνω τη συγκατάθεση μου να συμμετέχω στη μελέτη. Μου δόθηκε επαρκής χρόνος να αποφασίσω για τη συμμετοχή μου και συμφωνώ να ακολουθήσω τις οδηγίες και τους περιορισμούς της μελέτης.

Όνομα συμμετέχουσας
(ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

Υπογραφή

Ημερομηνία/...../.....

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΑΔΙΟ

Πανεπιστημιακή έρευνα για τη εκπόνηση Διδακτορικής διατριβής

Για ποιο λόγο γίνεται η έρευνα;

Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσει τη ψυχολογική επιβάρυνση μετά από διακοπή κύησης λόγω συγγενών ανωμαλιών ανάλογα με το τρίμηνο κύησης.

Πρέπει να πάρω μέρος στην έρευνα;

Το αν θα πάρετε μέρος η όχι στην έρευνα εξαρτάται αποκλειστικά από εσάς.

Επειδή η ερευνά θα διαρκέσει 6 μήνες, θα πρέπει να σας απασχολήσω στις 6 εβδομάδες, και στους 6 μήνες μετά τη διακοπή της κύησης σας. Ο συνολικός χρόνος που απαιτείται σε κάθε μια από τις τρεις συναντήσεις μας, είναι 20' περίπου.

Οι απαντήσεις από τα ερωτηματολόγια είναι εμπιστευτικές;

Για όλες τις πληροφορίες που θα υπάρχουν στα ερωτηματολόγια θα τηρηθεί ο Νόμος περί Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (1997). Όλα τα ερωτηματολόγια θα είναι ανώνυμα και η κάθε συμμετέχουσα θα φέρει ένα κωδικό ο οποίος θα αντικαθιστά το όνομα της. Στο μόνο έγγραφο που θα φαίνεται το όνομα και το επίθετο σας θα είναι στο έντυπο της συγκατάθεσης, το οποίο θα φυλάσσεται χωριστά. Τα ιστορικά μετά τη συλλογή τους θα αποθηκευτούν σε ασφαλές μέρος και μόνο η ερευνήτρια θα έχει πρόσβαση σε αυτά, όπως απαιτούν οι διεθνείς κανόνες για τέτοιου είδους έρευνες. Η έγκριση για την διεξαγωγή της μελέτης δόθηκε από την επιτροπή δεοντολογίας της Β Μαιευτικής & Γυναικολογικής Κλινικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Τι θα γίνουν τα αποτελέσματα της έρευνας;

Τα αποτελέσματα θα δημοσιευτούν σε επιστημονικά περιοδικά με απόλυτη ανωνυμία των ασθενών.

Ποιος είναι ο επιβλέπων της μελέτης;

Ο επιβλέπων είναι ο Κος Ν. Σαλάκος, Αναπληρωτής Καθηγητής Μαιευτικής και Γυναικολογίας.

Για οποιαδήποτε πληροφορία επικοινωνήστε με τη Μαία, Κα Ε. Μανιατέλλη στο 6972243433

Σας ευχαριστώ πολύ για το χρόνο σας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ

Θα θέλαμε να σας ευχαριστήσουμε για το χρόνο σας προκειμένου να απαντήσετε στα παρακάτω ερωτηματολόγια.

Ημερομηνία:

Όνομα:

Τόπος κατοικίας:

Τηλέφωνο:

Ηλικία:

Email:

Οικογενειακή κατάσταση:

1. Άγαμη
2. Έγγαμη
3. Σε σχέση συμβίωσης
4. Σε διάσταση
5. Διαζευγμένη
6. Χήρα

Εκπαίδευση:

1. Πρωτοβάθμια (Δημοτικό)
2. Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο- Λύκειο)
4. ΙΕΚ
3. Τριτοβάθμια (Τ.Ε.Ι.-Α.Ε.Ι)
4. Μεταπτυχιακές σπουδές

Επαγγελματική κατάσταση:

1. Πλήρης αμειβόμενη απασχόληση.
2. Μερική αμειβόμενη απασχόληση.
3. Οικιακά.
4. Άνεργη.
5. Συνταξιούχος
6. Άλλο, προσδιορίστε:

Αριθμός παιδιών:

Αριθμός κήσεων (εκτός της παρούσας):

Αριθμός αποβολών:

Αριθμός εκτρώσεων:

ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΥΗΣΗ:

Κύηση επιθυμητή: ναι όχι

Φυσική σύλληψη ναι όχι

Υποβοηθούμενη: ναι όχι

Εβδομάδα κύησης:

Μέθοδος διακοπής κύησης: 1. Χειρουργική 2. Προκλητή

Η διακοπή κύησης έγινε σε: 1. Ιδιωτικό μαιευτήριο 2. Δημόσιο μαιευτήριο

**Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης
παρουσιάσατε κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα:**

1. Υπερέμεση
2. Υπέρταση
3. Διαβήτης
4. Ναυτία
5. Εκλαμψία
6. Αποκόλληση πλακούντα
7. Νεφρική ανεπάρκεια
8. Μεταβολικές διαταραχές
9. Συσπάσεις
10. Άλλο, προσδιορίστε:

Χρησιμοποιήσατε ποτέ υποστήριξη από ψυχολόγο / ψυχίατρο για κάποιο πρόβλημα σας;

 ναι όχι

εάν ναι προσδιορίστε:

Έχετε λάβει ποτέ φαρμακευτική αγωγή για άγχος / κατάθλιψη ή άλλο ψυχολογικό πρόβλημα;

 ναι όχι

εάν ναι προσδιορίστε:

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Σας παρακαλούμε να σημειώσετε με X την απάντηση που ταιριάζει περισσότερο στο πως νιώθατε ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΠΟΥ ΠΕΡΑΣΕ, όχι μόνο στο πως νιώθετε αυτή τη στιγμή.

ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑΣ ΕΒΔΟΜΑΔΑΣ:

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

Τόσο όσο μπορούσα πάντα	
Όχι πάρα πολύ πια	
Σίγουρα όχι και τόσο πια	
Καθόλου	

2. Προσδοκούσα διάφορα πράγματα με ευχαρίστηση

Τόσο όσο μου συνέβαινε πάντα	
Κάπως λιγότερο από προηγουμένως	
Σίγουρα λιγότερο από προηγουμένως	
Σχεδόν καθόλου	

3. Κατηγορούσα χωρίς λόγο τον εαυτό μου για ότι μου πήγαινε στραβά

Ναι, τον περισσότερο καιρό	
Ναι αρκετά συχνά	
Όχι πολύ συχνά	
Όχι καθόλου	

4. Ήμουν αγχωμένη ή ανήσυχη χωρίς συγκεκριμένο λόγο

Όχι καθόλου	
Σπάνια	
Ναι, μερικές φορές	
Ναι, πολύ συχνά	

5. Ένιωθα φόβο ή πανικό χωρίς σπουδαίο λόγο

Ναι, πολύ συχνά	
Ναι, μερικές φορές	
Όχι πολύ	
Όχι καθόλου	

6. Δεν μπορούσα να ανταποκριθώ στις υποχρεώσεις μου

Ναι, τον περισσότερο καιρό	
Ναι μερικές φορές δεν τα κατάφερνα τόσο καλά όσο παλιά	
Όχι τον περισσότερο καιρό τα κατάφερνα αρκετά καλά	
Όχι τα κατάφερνα τόσο καλά όσο πάντα	

7. Ήμουν τόσο κακόκεφη που είχα δυσκολία στον ύπνο

Ναι, τον περισσότερο καιρό	
Ναι, μερικές φορές	
Όχι πολύ συχνά	
Όχι, καθόλου	

8. Ένιωθα θλιμμένη ή δυστυχισμένη

Ναι, τον περισσότερο καιρό	
Ναι, αρκετά συχνά	
Όχι πολύ συχνά	
Όχι, καθόλου	

9. Ήμουν τόσο κακόκεφη που έκλαιγα

Ναι, τον περισσότερο καιρό	
Ναι, αρκετά συχνά	
Μόνο μερικές φορές	
Όχι, καθόλου	

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

Ναι, αρκετά συχνά	
Μερικές φορές	
Σχεδόν ποτέ	
Ποτέ	

State-Trait Anxiety Inventory Y-1

Παρακάτω υπάρχουν φράσεις που οι άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε κάθε φράση και μετά σημειώστε με X την απάντηση που αντιπροσωπεύει καλύτερα το. ΠΩΣ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΤΩΡΑ.

	Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα πολύ
1. Αισθάνομαι ήρεμη				
2. Αισθάνομαι ασφαλής				
3. Νιώθω μια εσωτερική ένταση				
4. Αισθάνομαι ζορισμένη				
5. Αισθάνομαι ξέγνοιαστη				
6. Αισθάνομαι αναστατωμένη				
7. Ανησυχώ τώρα για ενδεχόμενες μελλοντικές ατυχίες				
8. Αισθάνομαι ικανοποιημένη				
9. Αισθάνομαι φοβισμένη				
10. Αισθάνομαι άνετα				
11. Νιώθω αυτοπεποίθηση				
12. Αισθάνομαι νευρικότητα				
13. Αισθάνομαι τα νεύρα μου τεντωμένα				
14. Αισθάνομαι αναποφάσιστη				
15. Αισθάνομαι χαλαρή				
16. Αισθάνομαι ευχαριστημένη				
17. Ανησυχώ				
18. Νιώθω μπερδεμένη				
19. Νιώθω ισορροπημένη				
20. Αισθάνομαι ευχάριστα				

State-Trait Anxiety Inventory Y-2

Διαβάστε κάθε φράση και μετά σημειώστε με X την απάντηση που αντιπροσωπεύει το ΠΩΣ ΑΙΣΘΑΝΕΣΤΕ ΣΥΝΗΘΩΣ στη ζωή σας.

	Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα πολύ
1. Αισθάνομαι ευχάριστα				
2. Αισθάνομαι νευρική και ανήσυχη				
3. Είμαι ικανοποιημένη με τον εαυτό μου				
4. Θα ήθελα να μπορούσα να γίνω τόσο ευτυχισμένη όσο δείχνουν και οι άλλοι				
5. Αισθάνομαι ότι έχω αποτύχει				
6. Αισθάνομαι ξεκούραστη				
7. Είμαι ήρεμη, ψύχραιμη και συγκεντρωμένη				
8. Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται έτσι ώστε να μην μπορώ να τις ξεπεράσω.				
9. Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία				
10. Είμαι ευτυχισμένη				
11. Έχω ενοχλητικές σκέψεις				
12. Μου λείπει η αυτοπεποίθηση				
13. Αισθάνομαι ασφαλής				
14. Παίρνω εύκολα αποφάσεις				
15. Αισθάνομαι ανεπαρκής				
16. Είμαι ικανοποιημένη				
17. Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί				
18. Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά ώστε δεν μπορώ να τις διώξω από τη σκέψη μου				
19. Είμαι σταθερός άνθρωπος				
20. Έρχομαι σε μια κατάσταση εντάσεως ή αναστατώσεως όταν αναλογίζομαι τα θέματα που με απασχολούν αυτόν τον καιρό				

DYADIC ADJUSTMENT SCALE (DAS)

Σημειώσατε με X το βαθμό που συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τον σύντροφό σας για το καθένα από τα παρακάτω ζητήματα.

	Συμφωνούμε πάντα	Συμφωνούμε σχεδόν πάντα	Συμφωνούμε καμιά φορά	Δεν συμφωνούμε συχνά	Δεν συμφωνούμε σχεδόν ποτέ	Δεν συμφωνούμε ποτέ
1. Διευθέτηση των οικονομικών ζητημάτων της οικογένειας						
2. Ζητήματα ψυχαγωγίας						
3. Θρησκευτικά ζητήματα						
4. Εκδηλώσεις στοργής						
5. Φίλοι						
6. Σεξουαλικές σχέσεις						
7. Τυπικότητα (σωστή ή αρμόζουσα συμπεριφορά)						
8. Φιλοσοφία ζωής						
9. Συμπεριφορά απέναντι σε γονείς ή πεθερικά						
10. Σκοποί, στόχοι και πράγματα που θεωρούνται σημαντικά						
11. Ποσότητα χρόνου που περνάτε μαζί						
12. Λήψη σοβαρών αποφάσεων						
13. Δουλειές του σπιτιού						
14. Ενδιαφέροντα και δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο						
15. Επαγγελματικές αποφάσεις						

Σημειώσατε με X την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει καλύτερα.

	Πάντα	Τις περισσότερες φορές	Συχνά	Μερικές φορές	Σχεδόν ποτέ	Ποτέ
16. Πόσο συχνά συζητάτε ή σκέφτεστε να πάρετε διαζύγιο, να χωρίσετε ή να δώσετε τέλος στη σχέση σας;						
17. Πόσο συχνά εσείς ή ο σύντροφός σας φεύγετε από το σπίτι μετά από έναν καυγά;						
18. Σε γενικές γραμμές, πόσο συχνά σκέφτεστε ότι η σχέση σας με το σύντροφο σας πάει καλά;						
19. Έχετε εμπιστοσύνη στο σύντροφό σας;						
20. Υπάρχουν στιγμές που μετανιώνετε για το γάμο σας ή τη συμβίωση σας;						
21. Πόσο συχνά τσακώνεστε με το σύντροφό σας;						
22. Πόσο συχνά εκνευρίζετε ο ένας τον άλλον;						

	Κάθε μέρα	Σχεδόν κάθε μέρα	Μερικές φορές	Σχεδόν ποτέ	Ποτέ
23. Φιλάτε το σύντροφό σας;					

	Σε όλες	Στις περισσότερες	Σε μερικές	Σε πολύ λίγες	Σε καμία
24. Παίρνετε μέρος μαζί με το σύντροφο σας σε δραστηριότητες εκτός σπιτιού;					

Πόσο συχνά:	Ποτέ	Λιγότερο από μια φορά το μήνα	Μια ή δυο φορές το μήνα	Μια ή δυο φορές τη βδομάδα	Μια φορά τη μέρα	Πιο συχνά
25. Έχετε μια ενδιαφέρουσα συζήτηση						
26. Γελάτε μαζί						
27. Συζητάτε ήρεμα ένα ζήτημα						
28. Συνεργάζεστε για κάτι που έχετε αναλάβει						

Αναφέρετε εάν τα παρακάτω αποτελούσαν πρόβλημα στη σχέση σας κατά τη διάρκεια των τελευταίων εβδομάδων (Σημειώστε ναι ή όχι)

- | | | |
|--|-----|-----|
| 29. Καμία διάθεση για σεξουαλική επαφή | ναι | όχι |
| 30. Έλλειψη εκδήλωσης αγάπης | ναι | όχι |

31. Οι παρακάτω φράσεις περιγράφουν διαφορετικούς βαθμούς ευτυχίας στη σχέση σας. Υπογραμμίστε τη φράση που σας εκφράζει.

- Πάρα πολύ δυστυχισμένη
- Δυστυχισμένη
- Λίγο δυστυχισμένη
- Ευτυχισμένη
- Πολύ ευτυχισμένη
- Πάρα πολύ ευτυχισμένη
- Πανευτυχής

32. Σημειώστε ποια από τις παρακάτω προτάσεις περιγράφει καλύτερα το πώς νιώθετε για το μέλλον της σχέσης σας.

- Θέλω απεγνωσμένα η σχέση μου να πετύχει και θα έκανα σχεδόν τα πάντα προκειμένου να συμβεί αυτό.
- Θέλω πάρα πολύ η σχέση μου να πετύχει και θα κάνω ότι μπορώ προκειμένου να συμβεί αυτό.
- Θέλω πάρα πολύ η σχέση μου να πετύχει και θα κάνω ότι μου αναλογεί προκειμένου να συμβεί αυτό.
- Θα μου άρεσε η σχέση μου να πετύχει, αλλά δεν μπορώ να κάνω τίποτα παραπάνω απ' όσα κάνω τώρα προκειμένου να τη στηρίξω.
- Θα μου άρεσε η σχέση μου να πετύχει, αλλά αρνούμαι να κάνω κάτι παραπάνω απ' όσα κάνω τώρα προκειμένου να συνεχιστεί.
- Η σχέση μου δεν πρόκειται να πετύχει ποτέ και δεν υπάρχει τίποτα άλλο που να μπορώ να κάνω προκειμένου να συνεχιστεί.

Νοσοκομειακή Μέτρηση Άγχους και Κατάθλιψης (HADS)

nferNelson
understanding potential

Οι κλινικοί ιατροί είναι σε επίγνωση ότι τα συναισθήματα παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στις περισσότερες ασθένειες. Αν ο/η κλινικός/ή ιατρός σας γνωρίζει σχετικά μ' αυτά τα συναισθήματα, θα είναι σε θέση να σας βοηθήσει περισσότερο.

Αυτό το ερωτηματολόγιο είναι σχεδιασμένο ώστε να βοηθήσει τον κλινικό ιατρό σας να γνωρίσει πως αισθάνεστε. Διαβάστε κάθε παρακάτω ερώτημα και υπογραμμίστε την απάντηση η οποία είναι πλησιέστερη στα συναισθήματά σας της προηγούμενης εβδομάδας. Αγνοείτε τους αριθμούς οι οποίοι είναι τυπωμένοι στο περιθώριο του ερωτηματολογίου.

Μην προβληματίζεστε πολύ για τις απαντήσεις σας, η άμεση ανταπόκρισή σας σε κάθε ένα από τα ερωτήματα θα είναι πιθανότατα αντιπροσωπευτικότερη από μία μακρόχρονη και αναλυμένη απάντηση.

ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΕΔΩ

ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΕΔΩ

A	D			A	D
		Νιώθω ανήσυχος ή τρομαγμένος	Νιώθω σαν να έχουν πέσει οι ρυθμοί μου		
3		Τον περισσότερο καιρό	Σχεδόν όλο τον καιρό		3
2		Πολύ καιρό	Πολύ συχνά		2
1		Από καιρό σε καιρό, περιστασιακά	Μερικές φορές		1
0		Καθόλου	Καθόλου		0
		Εξακολουθώ να απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιζα να απολαμβάνω	Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να έχω 'πεταλούδες' στο στομάχι μου		
0		Σαφέστατα, στον ίδιο βαθμό	Καθόλου		0
1		Όχι στον ίδιο βαθμό	Περιστασιακά		1
2		Λίγο μόνο	Αρκετά συχνά		2
3		Καθόλου	Πολύ συχνά		3
		Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να πρόκειται κάτι τρομακτικό να συμβεί	Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνισή μου		
3		Ακριβώς, μάλιστα σε σοβαρό βαθμό	Ακριβώς		3
2		Ναι, αλλά όχι τόσο σοβαρά	Δεν την φροντίζω όσο θα έπρεπε		2
1		Ελάχιστα, αλλά δεν μ' ανησυχεί	Ίσως δεν την φροντίζω όσο θα έπρεπε		1
0		Καθόλου	Την φροντίζω όπως πάντοτε		0
		Μπορώ να γελώ και να βλέπω την χαρωπή όψη των πραγμάτων	Νιώθω νευρικός κι ανήσυχος, σαν να πρέπει συνέχεια να κινούμαι		
0		Βεβαίως, έτσι όπως πάντα μπορούσα	Μάλιστα σε πολύ μεγάλο βαθμό		3
1		Μάλλον όχι τόσο, όπως στο παρελθόν	Σε αρκετά μεγάλο βαθμό		2
2		Σίγουρα όχι τώρα τόσο πολύ	Όχι σε τόσο μεγάλο βαθμό		1
3		Καθόλου	Καθόλου		0
		Ανήσυχες σκέψεις περνούν από το μυαλό μου	Προσμένω με χαρά διάφορα πράγματα		
3		Πάρα πολύ καιρό	Τόσο όπως και στο παρελθόν		0
2		Πολύ καιρό	Μάλλον λιγότερο από όσο συνήθιζα		1
1		Όχι τόσο συχνά	Σίγουρα λιγότερο από ότι συνήθιζα		2
0		Πολύ λίγο	Καθόλου		3
		Νιώθω κεφάτος	Αντιμετωπίζω αιφνίδια συναισθήματα πανικού		
3		Ποτέ	Πράγματι πολύ συχνά		3
2		Όχι συχνά	Αρκετά συχνά		2
1		Μερικές φορές	Όχι τόσο συχνά		1
0		Τον περισσότερο καιρό	Καθόλου		0
		Μπορώ να κάθομαι άνετα και να νιώθω χαλαρωμένος	Μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ένα ραδιοφωνικό/ τηλεοπτικό πρόγραμμα		
0		Ακριβώς	Συχνά		0
1		Συνήθως	Μερικές φορές		1
2		Όχι συχνά	Όχι συχνά		2
3		Καθόλου	Πολύ σπάνια		3

Τώρα ελέγξτε ότι έχετε απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις

ΣΥΝΟΛΟ

A D

--	--

IMPACT OF EVENTS SCALE-Revised (IES-R)

Ακολουθεί μια λίστα από δυσκολίες που έχουν οι άνθρωποι μετά από στρεσογόνα γεγονότα. Παρακαλώ διαβάστε καθεμία ερώτηση και σημειώστε πόσο οδυνηρή υπήρξε για εσάς η κάθε δυσκολία **ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ 7 ΗΜΕΡΩΝ** όσον αναφορά την απώλεια σας, πόση δυσφορία ή ενόχληση νιώσατε από αυτές;

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
Οποιαδήποτε ανάμνηση μου ξαναγεννούσε αισθήματα	0	1	2	3	4
Δυσκολευόμουν να παραμείνω κοιμισμένος/α	0	1	2	3	4
Άλλα πράγματα με έκαναν να το σκέφτομαι	0	1	2	3	4
Ένοιωθα εκνευρισμένος/η και θυμωμένος/η	0	1	2	3	4
Όποτε το σκεφτόμουν ή μου το θύμιζαν απέφευγα να αφήσω τον εαυτό μου να ταραζεται	0	1	2	3	4
Το σκεφτόμουν ακόμα και όταν δεν το ήθελα	0	1	2	3	4
Ένοιωθα σαν να μην συνέβη ή δεν ήταν πραγματικότητα	0	1	2	3	4
Απέφευγα ό,τι μου το θύμιζε	0	1	2	3	4
Εικόνες σχετικά με αυτό εμφανίζονταν στο μυαλό μου	0	1	2	3	4
Ήμουν ανήσυχος/η και Πεταγόμουν εύκολα	0	1	2	3	4
Προσπαθούσα να μην το σκέφτομαι	0	1	2	3	4
Γνώριζα ότι είχα ακόμη πολλά συναισθήματα γι' αυτό, αλλά δεν τα αντιμετώπιζα	0	1	2	3	4
Ένοιωθα μουνδιασμένος/η στη σκέψη του	0	1	2	3	4

Συνειδητοποίησα ότι δρούσα ή ένοιωθα σαν να ήμουν πίσω σε εκείνες τις στιγμές	0	1	2	3	4
Δυσκολευόμουν να κοιμηθώ	0	1	2	3	4
Είχα διακυμάνσεις έντονων συναισθημάτων σχετικά με αυτό	0	1	2	3	4
Προσπάθησα να το βγάλω από τη μνήμη μου	0	1	2	3	4
Δυσκολευόμουν να συγκεντρωθώ	0	1	2	3	4
Πράγματα που μου το θυμίζανε μου προκάλεσαν σωματικές αντιδράσεις, όπως εφίδρωση, δύσπνοια, ναυτία ή ταχυκαρδία	0	1	2	3	4
Είχα όνειρα σχετικά με αυτό	0	1	2	3	4
Ένοιωθα ότι ήμουν σε επιφυλακή	0	1	2	3	4
Προσπαθούσα να μην το συζητάω	0	1	2	3	4

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V

Perinatal Grief Scale (PGS)

Κλίμακα Περιγεννητικής Θλίψης

ΣΚΕΨΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ ΣΑΣ

Κάθε ένα από τα παρακάτω στοιχεία είναι μια δήλωση από τις σκέψεις και τα συναισθήματα που μερικοί άνθρωποι έχουν σχετικά με μια απώλεια, όπως τη δική σας. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις σε αυτές τις δηλώσεις. Για κάθε στοιχείο, σημειώσετε με X την απάντηση που αναφέρεται καλύτερα στο βαθμό τον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε την **παρούσα στιγμή**. Αν δεν είστε σίγουροι, χρησιμοποιήστε την κατηγορία «Ούτε». Παρακαλώ να χρησιμοποιήσετε αυτή την κατηγορία μόνο όταν πραγματικά δεν έχετε κάποια άποψη.

		Απόλυτα Συμφωνώ	Συμφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Απόλυτα Διαφωνώ
1	Νιώθω καταθλιπτικά					
2	Το βρίσκω δύσκολο να συναναστρέφομαι με τους ανθρώπους					
3	Νιώθω κενή					
4	Δεν μπορώ να συνεχίσω με τις καθημερινές μου δραστηριότητες					
5	Νιώθω την ανάγκη να μιλώ για το μωρό					
6	Θρηνώ για το μωρό					
7	Είμαι φοβισμένη					
8	Έχει περάσει από το μυαλό μου η αυτοκτονία μετά την απώλεια					
9	Παίρνω φάρμακα για τα νεύρα μου					
10	Μου λείπει πολύ το μωρό					
11	Νιώθω ότι έχω προσαρμοστεί καλά μετά την απώλεια					
12	Είναι οδυνηρό να ανακαλώ μνήμες της απώλειας					
13	Νευριάζω όταν σκέπτομαι το μωρό					
14	Κλαίω όταν σκέπτομαι το μωρό					
15	Νιώθω ενοχές όταν σκέπτομαι το μωρό					
16	Νιώθω σωματικά άρρωστη όταν σκέπτομαι το μωρό					

17	Νιώθω απροστάτευτη σε ένα κόσμο επικίνδυνο από τότε που πέθανε το μωρό					
18	Προσπαθώ να γελάσω αλλά τίποτα δεν μοιάζει αστείο πια					
19	Ο χρόνος κυλά τόσο αργά από τότε που πέθανε το μωρό					
20	Το καλύτερο κομμάτι του εαυτού μου πέθανε από τότε που πέθανε το μωρό					
21	Απογοητεύω τους ανθρώπους από τότε που πέθανε το μωρό					
22	Νιώθω άχρηστη από τότε που πέθανε το μωρό					
23	Κατηγορώ τον εαυτό μου για το θάνατο του μωρού					
24	Διαπληκτίζομαι με φίλους και συγγενείς περισσότερο από όσο πρέπει					
25	Κάποιες φορές νιώθω ότι χρειάζομαι ψυχολογική υποστήριξη να με βοηθήσει να ανακτήσω τη ζωή μου					
26	Νιώθω ότι απλά υπάρχω και όχι ότι πραγματικά ζω από τότε που πέθανε το μωρό					
27	Νιώθω τόσο μόνη από τότε που πέθανε το μωρό					
28	Νιώθω κάπως απομακρυσμένη ακόμα και ανάμεσα σε φίλους					
29	Είναι ασφαλέστερο να μην αγαπάς					
30	Μου είναι δύσκολο να πάρω αποφάσεις από τότε που πέθανε το μωρό					
31	Ανησυχώ για το πώς θα είναι το μέλλον μου					
32	Το να είσαι γονιός που πενθεί σημαίνει «Πολίτης Δεύτερης Κατηγορίας»					
33	Νιώθω υπέροχα που είμαι ζωντανή					

1. Toedter, L.J., Lasker, J.N., Alhadeff, J.M. (1988) The Perinatal Grief Scale: development and initial validation. Am J Orthopsychiatry. 1988 58(3): 435-449.
2. Maniattelli E., et al. Translation and validation of the Perinatal Grief Scale in a sample of Greek women with perinatal loss during the 1st and 2nd trimester of pregnancy. J Matern Fetal Neonatal Med. 2017 Jan 12:1-9.

Οδηγίες βαθμολόγησης

Η βαθμολόγηση για κάθε στοιχείο είναι η εξής: Απόλυτα συμφωνώ (1), Συμφωνώ (2), Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ (3), Διαφωνώ (4) και Απόλυτα διαφωνώ (5). Η συνολική βαθμολογία PGS προκύπτει αντιστρέφοντας όλες τα στοιχεία εκτός από την 11 και τη 33. Με την αντιστροφή των στοιχείων, υψηλότερες βαθμολογίες αντανακλούν τώρα πιο έντονη θλίψη. Το αποτέλεσμα της συνολικής κλίμακας έχει ένα πιθανό εύρος από 33-165. Οι τρεις υποκλίμακες αποτελούνται από ένα άθροισμα βαθμολογιών 11 στοιχείων η κάθε μία, με ένα πιθανό εύρος από 11 ως 55.

The three subscales consist of the sum of the scores of 11 items each, with a possible range of 11–55.

Subscale 1 <i>Active Grief</i>	Subscale 2 <i>Difficulty Coping</i>	Subscale 3 <i>Despair</i>
1	2	9
3	4	15
5	8	16
6	*11	17
7	21	18
10	24	20
12	25	22
13	26	23
14	28	29
19	30	31
27	*33	32

* Do not reverse.