



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ- ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»
ΕΠΙΣΤ.ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: Δ. ΔΑΜΙΓΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Η έκβαση της σχέσης του ζευγαριού μετά την εμπειρία της αυτόματης αποβολής και του ενδομήτριου θανάτου

Σπουδάστρια:

Σπανού Δήμητρα, Νοσηλεύτρια (Α.Μ. 144)

Επιβλέπων καθηγητής:

Ιωάννης Δημολιάτης, Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης:

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ευαγγέλου Άγγελος, Ομότιμος Καθηγητής Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
Καλφακάκου Βασιλική: Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ιωάννινα, 2011

Copyright © Σπανού Δήμητρα, 2011

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «*Αντιμετώπιση του Πόνου*» της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων του τμήματος Ιατρικής Ψυχολογίας. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Με απεριόριστη αγάπη και ευγνωμοσύνη ...

στους γονείς μου, Λεωνίδα & Κατερίνα,

*στο σύντροφο της ζωής μου Λυκούργο,
στο παιδί μας που έφυγε και σ' εκείνο που έρχεται*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	7
Πρόλογος.....	9
Κεφάλαιο 1ο: Ανασκόπηση της βιβλιογραφία.....	10
1.Εισαγωγή.....	11
1.1. Ορισμοί.....	11
1.2. Αυτόματη αποβολή.....	13
1.2.1 Αιτιολογία αυτόματης αποβολής.....	13
1.2.2 Επιδημιολογικά στοιχεία της αυτόματης αποβολής.....	13
1.3 Ενδομήτριος θάνατος.....	14
1.3.1 Αιτιολογία ενδομήτριου θανάτου	15
1.3.2 Επιδημιολογικά στοιχεία του ενδομήτριου θανάτου.....	15
1.3. Πένθος και απώλεια	16
1.4.1 Ορισμοί πένθους και απώλειας	16
1.4.2 Θεωρίες για το πένθος.....	17
1.4.3 Στάδια του πένθους.....	17
1.4.4 Φυσιολογικό- Παθολογικό Πένθος.....	18
1.5 Δεσμός γονιών και εμβρύου.....	20
1.6 Συμβίωση, γάμος και παιδί.....	21
1.7 Σχέση γονέων μετά από ένα στρεσογόνο γεγονός ζωής όπως ο θάνατος παιδιού..	22
1.8 Πένθος γονέων μετά την απώλεια της εγκυμοσύνης.....	23
1.9 Σκοπός.....	24
Κεφάλαιο 2: Μέθοδος.....	25
2. Μεθοδολογία έρευνας συστηματικής ανασκόπησης.....	26
2.1 Στρατηγική ανασκόπησης - Αλγόριθμος αναζήτησης.....	26
2.2 Μέθοδος επιλογή των ερευνών.....	27
2.2.1 Κριτήρια επιλογής-απόρριψης.....	27
2.3 Εξαγωγή δεδομένων.....	28
Κεφάλαιο 3: Αποτελέσματα.....	30

3.1 Αποτελέσματα στρατηγικής ανασκόπησης.....	31
3.2 Περιγραφή μελετών.....	33
3.2.1 Σχεδιασμός μελετών.....	33
3.2.2 Περιγραφή δείγματος.....	34
3.3 Μελέτες που απορρίφθηκαν.....	37
3.4 Αποτελέσματα υπό-ανάλυση μελετών.....	38
Κεφάλαιο 4: Συζήτηση- Συμπεράσματα.....	48
4. Συμπεράσματα.....	49
4.1 Χαρακτηριστικά μελετών.....	49
4.2 Η ικανοποίηση από τη σχέση/γάμο.....	50
4.3 Η διάλυση της σχέσης/διαζύγιο.....	52
4.4 Συζήτηση.....	53
4.5 Περιορισμοί.....	56
Βιβλιογραφία.....	58

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή

Το πένθος και οι προεκτάσεις του στους γονείς μετά την απώλεια του παιδιού τους είναι ένα θέμα το οποίο έχει τύχει της προσοχής αρκετών συγγραμμάτων τα τελευταία 20 χρόνια. Η βιβλιογραφία, όμως, έχει ελάχιστα ασχοληθεί με τις συνέπειες στους γονείς από την απώλεια ενός εμβρύου. Είναι πιθανό ότι η περιγεννητική απώλεια αποτελεί σημαντικό ψυχολογικό τραύμα για τους γονείς με σημαντικές συνέπειες, βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες, τόσο για τους ίδιους όσο και για τις οικογένειές τους. Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να χειριστούν με σύνεση, σεβασμό και κυρίως γνώση, τους ανθρώπους σε αυτή τη δύσκολη περίοδο της ζωής τους.

Στόχος

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να προσδιοριστεί εάν η απώλεια, της αυτόματης αποβολής και του ενδομήτριου θανάτου, επηρεάζουν τη σχέση των γονέων, έτσι όπως έχει παρατηρηθεί από τις υπάρχουσες μελέτες. Έχοντας τη γνώση της έκβασης της σχέσης και των πιθανών άλλων μεταβλητών που εμπλέκονται σε αυτή, οι επαγγελματίες υγείας θα διαθέτουν ένα γνώμονα καλής πρακτικής περιπτώσεων γονεϊκού πένθους, που θα μπορούσε να λανθάνει της προσοχής τους ή να υποτιμηθεί η σημασία και οι συνέπειες του.

Υλικό – μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων της Pubmed, από τον Αύγουστο έως το Σεπτέμβριο του 2011, μελετών που καλύπτουν την τελευταία 20ετή βιβλιογραφία (1990-2011). Επίσης έγινε αναζήτηση και στη βιβλιογραφία των μελετών που ανακτήθηκαν σε πλήρες κείμενο. Τα κριτήρια αποδοχής και απόρριψης των ερευνών ήταν προκαθορισμένα. Οι έρευνες έπρεπε να είναι μελέτες παρατήρησης και να είναι δημοσιευμένες στην Αγγλική γλώσσα. Ο πληθυσμός των μελετών έπρεπε να αποτελείται από τουλάχιστον 50 άτομα. Οι έρευνες να αφορούν δείγμα ανδρών ή γυναικών ή ζευγαριών που έχουν βιώσει απώλεια κύησης, συγκεκριμένα αυτόματα

αποβολή ή ενδομήτριο θάνατο. Συμπεριλαμβάνονται οι έρευνες που αναφέρουν στα αποτελέσματα τους μετρήσεις που αφορούν τη σχέση του ζευγαριού, παντρεμένου ή σε συμβίωση.

Αποτελέσματα

Συνολικά ανακτήθηκαν σε πλήρες κείμενο και αναγνώστηκαν 11 άρθρα από τα οποία 6 επιλέχθηκαν για περαιτέρω ανάλυση, ενώ 5 δεν πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής. Ο μεγαλύτερος αριθμός στα δείγματα ήταν γυναίκες, η διάρκεια της παρακολούθησης κυμαινόταν από μήνες έως 15 χρόνια. Μελετήθηκαν συνολικά 1752 περιπτώσεις απώλειας εγκυμοσύνης από τις οποίες 23.3 % ήταν ενδομήτριοι θάνατοι και 76.7% αυτόματες αποβολές.

Συμπεράσματα

Από τις 4 μελέτες που ασχολήθηκαν με την ικανοποίηση στο γάμο/σχέση, οι μισές δεν εντόπισαν σημαντική συσχέτιση μεταξύ απώλειας και σχέσης, ενώ οι άλλες μισές βρήκαν ότι η αυξημένη σύγκρουση και η χαμηλή ικανοποίηση στη σχέση/γάμο σχετίζονται σημαντικά με την απώλεια της κύησης. Από τις 2 μελέτες που ασχολήθηκαν με το γάμο και οι 2 βρήκαν θετική συσχέτιση μεταξύ της διάλυσης της σχέσης και της απώλειας, βρίσκοντας μάλιστα και σχετικούς παράγοντες πρόβλεψης ή παράγοντες κινδύνου. Τα συμπεράσματα αυτά όμως δεν μπορούν να γενικευθούν λόγω προβλημάτων της μεθοδολογικής ποιότητας των ερευνών.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η απώλεια είναι συνυφασμένη με την ανθρώπινη ύπαρξη, όπως είναι η γέννηση και ο θάνατος. Η απώλεια εκφράζεται στον άνθρωπο με το πένθος, δηλαδή με συναισθήματα, πράξεις, συλλογισμούς, που εκφράζουν τον πόνο του απέναντι στο αντικείμενο που έχασε. Όσο πιο πολύ αγαπάμε, είμαστε δεμένοι με αυτό που χάνουμε, τόσο πιο πολύ πενθούμε, πονάμε. Αν και δεν είναι μέγεθος συγκρίσιμο, ωστόσο, ο μεγαλύτερος πόνος για έναν άνθρωπο είναι να «χάσει» το παιδί του. Αυτός ο πόνος, η θλίψη, η οδύνη των γονιών είναι κοινωνικά αναγνωρίσιμη, έχουν γραφτεί γι' αυτήν επιστημονικά βιβλία και λογοτεχνικά κείμενα. Υπάρχει όμως και ο πόνος των γονιών που είναι πιο «βουβός». Αυτός της απώλειας ενός παιδιού που δεν έχει «υπάρξει» δεν έχει γεννηθεί, δεν έχει καταγραφεί σε ληξιαρχεία, δεν έχει όνομα. Οι γονείς θα έχουν πάντα στη μνήμη τους το γεγονός μιας απώλειας εγκυμοσύνης, θα αναρωτηθούν γιατί τους συνέβη, πως θα ήταν το παιδί εάν συνέχιζε να υπάρχει, θα επαναπροσδιορίσουν τη σχέση τους και ανάλογα με την προσωπικότητά τους θα αξιοποιήσουν ή όχι, θετικά το γεγονός. Άραγε ο πόνος από αυτή την απώλεια δεν είναι ο πόνος του γονιού που χάνει το παιδί του; Δεν επηρεάζει καθοριστικά και μόνιμα τη ζωή του ζευγαριού; Δεν επιφέρει κρίση στην οικογένεια, τους δεσμούς, τους ρόλους;

Έχοντας παρατηρήσει αυτή τη «ξεχωριστή» απώλεια γεννήθηκε η ιδέα για την παρούσα εργασία. Τα ερωτήματα πολλά και διαφορετικά, και κατέληξαν στο ίδιο πάντα βασικό: η σχέση του ζευγαριού επηρεάζεται ή όχι;

Έχοντας θέσει ως Ιθάκη την υλοποίηση αυτής της ανασκόπησης, υπήρχαν πολλές συμπληγάδες και σειρήνες στο ταξίδι, που τελικά μας άφησαν το ίδιο πάλι αίσθημα. Χωρίς το «παίδεμα» δεν θα υπήρχε η απόλαυση από την κατάκτηση του στόχου.

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στον επιβλέποντα καθηγητή κύριο Ιωάννη Δημολιάτη για τη σοφή του καθοδήγηση, στη Φιλιά Πανέλλη για την πολύτιμη βοήθειά της καθώς και όλους όσους ήταν αρωγοί σε αυτή την προσπάθεια.

Κεφάλαιο 1^ο

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

«Όλες οι αλλαγές εμπεριέχουν την απώλεια, όπως και όλες οι απώλειες απαιτούν την αλλαγή».
(Neimeyer Robert, 2006)

1. Εισαγωγή

Το πένθος και οι προεκτάσεις του στους γονείς μετά την απώλεια του παιδιού τους είναι ένα θέμα το οποίο έχει τύχει της προσοχής αρκετών συγγραμμάτων τα τελευταία 20 χρόνια. Η βιβλιογραφία, όμως, έχει ελάχιστα ασχοληθεί με τις συνέπειες στους γονείς από την απώλεια ενός εμβρύου. Είναι πιθανό ότι η περιγεννητική απώλεια αποτελεί ένα ψυχολογικό τραύμα για τους γονείς με σημαντικές συνέπειες, βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες, τόσο για τους ίδιους όσο και για τις οικογένειές τους. Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να χειριστούν με σύνεση, σεβασμό και κυρίως γνώση, τους ανθρώπους σε αυτή τη δύσκολη περίοδο της ζωής τους.

Στο κεφάλαιο αυτό δίνονται οι ορισμοί για την αυτόματη αποβολή και τον ενδομήτριο θάνατο ενώ αναφέρονται οι σημαντικότερες αιτίες και τα επιδημιολογικά στοιχεία. Στη συνέχεια προσεγγίζεται το πένθος, επισημαίνονται οι κυριότερες θεωρίες και τα στάδια όπως καταγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία ενώ διευκρινίζονται οι διαφορές ανάμεσα στο παθολογικό και το φυσιολογικό πένθος. Εν κατακλείδι, αναφέρονται ο δεσμός του πατέρα και της μητέρας με το έμβρυο, οι αλλαγές που σηματοδοτεί η ύπαρξη του παιδιού στη σχέση του ζευγαριού και την οικογένεια, η σχέση των γονέων μετά από ένα στρεσογόνο γεγονός ζωής όπως ο θάνατος παιδιού και το πένθος τους μετά την απώλεια εγκυμοσύνης.

1.1 Ορισμοί

Η ύπαρξη κλινικά μιας εγκυμοσύνης (clinical pregnancy) διαγιγνώσκεται με την υπερηχογραφική απεικόνιση ενός ή περισσότερων εμβρυικών σάκκων ή με τον καθορισμό κλινικών συμπτωμάτων της εγκυμοσύνης (WHO & ICMART, 2009). Στις περιπτώσεις αυτές περιλαμβάνεται και η έκτοπη κύηση (ectopic pregnancy), δηλαδή η εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου εκτός της κοιλότητας της μήτρας.

Η έκβαση μιας εγκυμοσύνης (pregnancy outcome) δύναται να είναι πλήρως φυσιολογική ή μη και ορίζεται ως η κλινική κατάσταση που σχετίζεται με τη γέννηση και το νεογνό (Πατελάρου & Βιβιλάκη, 2010).

Ως ζωντανή γέννηση (live birth) ορίζεται η ολοκληρωμένη έξοδος από τη μητέρα οργανισμού, που προέρχεται από γονιμοποίηση, ανεξάρτητα από τη χρονική διάρκεια του τοκετού, ο οποίος αναπνέει ή έχει οποιαδήποτε άλλη ένδειξη ζωής, όπως καρδιακό χτύπο, σφυγμό στον ομφάλιο λώρο, κίνηση των επικουρικών μυών, ανεξάρτητα από το αν έχει κοπεί ο ομφάλιος λώρος ή έχει αφαιρεθεί ο πλακούντας (WHO & ICMART, 2009).

Η αποβολή του κυήματος διακρίνεται σε τρεις τύπους: αυτόματη (spontaneous abortion, miscarriage), προκλητή (induced abortion) και καθ' έξιν αποβολή (recurrent spontaneous abortion/miscarriage).

Σύμφωνα με τον Κρεατσά (1998) ως αυτόματη αποβολή (spontaneous abortion, miscarriage) ορίζεται η ημερολογιακή διακοπή μιας κύησης πριν από την 20^η εβδομάδα, με βάρος εμβρύου μικρότερο από 500 gr.

Οι WHO & ICMART (2009) ορίζουν ως προκλητή διακοπή της κύησης (induced abortion) αυτή που γίνεται με ιατρική παρέμβαση, πριν από τη συμπλήρωση της 20ης εβδομάδας (18 εβδομάδες μετά τη γονιμοποίηση) ή εάν η ηλικία κύησης είναι άγνωστη, όταν το έμβρυο έχει βάρος λιγότερο από 400gr. Η προκλητή διακοπή της εγκυμοσύνης μπορεί να είναι παράνομη ή νόμιμη (Bernabé-Ortiz et al., 2009), ενώ οι λόγοι που οδηγούν σε αυτή είναι προσωπικοί, κοινωνικοί, οικονομικοί αλλά και ιατρικοί.

Ως κατά συνήθεια ή επαναλαμβανόμενες εκτρώσεις/αποβολές (recurrent spontaneous abortion/miscarriage) ορίζονται εκείνες που συμβαίνουν σε μια γυναίκα περισσότερο από δυο φορές (WHO & ICMART, 2009).

Ως ενδομήτριος θάνατος (fetal death/ stillbirth) ορίζεται ο θάνατος του εμβρύου-το οποίο είναι προϊόν γονιμοποίησης - πριν την έξοδο από τη μήτρα, μετά την 20η εβδομάδα της κύησης. Ο θάνατος αποδεικνύεται από το γεγονός ότι μετά την έξοδο από τη μήτρα το έμβρυο δεν αναπνέει και απουσιάζει οποιαδήποτε ένδειξη ζωής, όπως καρδιακοί παλμοί, κίνηση των επικουρικών μυών, σφυγμός στον ομφάλιο λώρο (WHO & ICMART, 2009; Kowaleski, 1997; Harter, Starzyk & Frost, 1986).

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν οι όροι miscarriage, spontaneous abortion, stillbirth, pregnancy loss. Στην απόδοσή τους στην ελληνική γλώσσα και έτσι

όπως συναντούνται στην ελληνική ιατρική βιβλιογραφία οι δύο πρώτοι όροι ταυτίζονται με την αυτόματη αποβολή, ο όρος stillbirth αποδίδεται ως ενδομήτριος θάνατος και ο τελευταίος όρος ως απώλεια της εγκυμοσύνης.

1.2 Αυτόματη αποβολή

Ο ορισμός που αναφέρθηκε παραπάνω από τους WHO & ICMART (2009) για την αυτόματη αποβολή χρησιμοποιείται από την πλειονότητα των επιδημιολογικών μελετών με εξαίρεση κάποιες έρευνες (Πατελάρου & Βιβιλάκη, 2010) οι οποίες έχουν συμπεριλάβει στον όρο αυτό και τις κυήσεις που χάθηκαν έως την 24η ή και την 28η εβδομάδα. Η αυτόματη αποβολή μπορεί να είναι απειλούμενη, αναπόφευκτη, ατελής, τελεία ή παλίνδρομος (Κρεατσάς, 1998).

1.2.1 Αιτιολογία αποβολής

Τα αίτια των αυτόματων αποβολών κατατάσσονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: τα οφειλόμενα στο έμβρυο και τα προερχόμενα από τη μητέρα (Κρεατσάς, 1998). Οι συνηθέστερες αιτίες που σχετίζονται με το έμβρυο αφορούν ανωμαλίες ανάπτυξης του εμβρύου (σε ποσοστό 50-60% επί του συνόλου των αυτόματων αποβολών), του γονιμοποιημένου ωαρίου και του πλακούντα. Οι κυριότερες αιτίες που σχετίζονται με παθολογικές καταστάσεις της μητέρας είναι : λοιμώξεις, χρόνια νοσήματα, ενδοκρινολογικές παθήσεις, κακή διατροφή, χρόνια έκθεση και εθισμός σε φάρμακα, περιβαλλοντικοί και επαγγελματικοί παράγοντες, ανοσολογικοί παράγοντες, θρομβοφιλία και άλλες διαταραχές πήξης του αίματος, ηλικία γεννητικών κυττάρων, κοιλιακές επεμβάσεις, τραυματισμοί από ατυχήματα, παθήσεις της μήτρας, ανεπάρκεια του έσω τραχηλικού στομίου κ.α. (Κρεατσάς, 1998 ; García-Enguידanos et al, 2002).

1.2.2 Επιδημιολογικά στοιχεία της αυτόματης αποβολής

Η επίπτωση των κλινικά καταγεγραμμένων αποβολών πριν την 20 εβδομάδα σε μελέτες στο γενικό πληθυσμό αναφέρονται σε ποσοστό 12-15% (Regan, Braude & Trembath, 1989). Τα μεγαλύτερα ποσοστά συμβαίνουν πριν τη 12η εβδομάδα ενώ τις επόμενες εβδομάδες αγγίζουν μόλις το 1-2% των κυήσεων (Regan & Rai, 2000; Cramer

& Wise, 2000). Σύμφωνα με τον Αραβαντινό (1989) η συχνότητα εμφανίσεως αυτόματων εκτρώσεων κυμαίνεται μεταξύ του 10-12% επί του συνόλου των κήσεων και ένα ποσοστό 75% συμβαίνει πριν από την 16^η εβδομάδα. Σε πιο πρόσφατη έρευνα το ποσοστό των αποβολών σε διεγνωσμένες κήσεις ανέρχεται στο 15%–20% (Hemminki & Forssas, 1999).

Τα παραπάνω ποσοστά αυξάνονται εάν λάβουμε υπόψη τις αποβολές που συμβαίνουν πριν οι κήσεις διαγνωστούν κλινικά, 14 ημέρες δηλαδή μετά τη σύλληψη, γύρω στην ημερομηνία έναρξης της επόμενης έμμηνου ρύσης όταν τα συμπτώματα μιας αποβολής μπορεί να συγχέονται με αυτά της έμμηνο-αιμορραγίας. Η επίπτωση αυτών των περιπτώσεων κυμαίνεται στο 17–22% (Elish et al, 1996; Everett, 1997).

Ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την αυτόματη αποβολή είναι η ηλικία της μητέρας. Σε έρευνα που πραγματοποίησαν οι Smith & Buyalos (1996) (όπως αναφέρεται στους Brigham, Conlon & Farquharson, 1999) οι αυτόματες αποβολές σε γυναίκες ηλικίας μικρότερης των 30 ετών ήταν 2.1%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τις γυναίκες άνω των 40 ετών ήταν 20%. Επιπλέον σύμφωνα με τους Templeton et al. (1996) (όπως αναφέρεται στους Brigham et al., 1999) η ηλικία της μητέρας αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης για την επιτυχή έκβαση της κήσης. Οι έκτοπες κήσεις, η συχνότητα των οποίων τριπλασιάστηκε ανάμεσα στο 1970 και 1986, σήμερα συμβαίνουν σε ποσοστό 2% επί του συνόλου των κήσεων (Leon, 2008).

1.3 Ενδομήτριος θάνατος

Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας (WHO) ορίζει, όπως είδαμε παραπάνω, τον ενδομήτριο θάνατο ως το θάνατο του εμβρύου στην προχωρημένη εγκυμοσύνη αλλά κάθε χώρα ξεχωριστά προσδιορίζει την ηλικία κήσης στην οποία η αυτόματη αποβολή γίνεται ενδομήτριος θάνατος. Η περιγεννητική περίοδος ορίζεται στις 22 εβδομάδες ή περισσότερο (154 days) ή εάν η ηλικία κήσης είναι άγνωστη περιλαμβάνει έμβρυα με βάρος γέννησης 500gr ή περισσότερο και τελειώνει 7 ημέρες μετά τη γέννηση. Προκειμένου να υπάρχει ένας ορισμός ο οποίος θα χρησιμοποιείται διεθνώς ο WHO (2001 & 2006) όρισε ως ενδομήτριο θάνατο το έμβρυο που γεννιέται χωρίς σημεία ζωής, μετά την 20η εβδομάδα. Παρόλο που αυτός ο ορισμός είναι χρήσιμος, πολλές ανεπτυγμένες χώρες καταγράφουν τον ενδομήτριο θάνατο σε αρκετά μικρότερη εβδομάδα κήσης, ακόμα και στην 16η, με ελάχιστο βάρος του εμβρύου τα 350gr

(Kowaleski, 1997). Το μεγαλύτερο ποσοστό των χωρών ορίζουν τον ενδομήτριο θάνατο από την 20η εβδομάδα κύησης και έπειτα (Kowaleski, 1997; Harter et al., 1986). Οι ενδομήτριοι θάνατοι διακρίνονται σε πρώιμους όταν συμβαίνουν μεταξύ 20^η-28^η εβδομάδα κύησης και όψιμους, μετά την 28^η εβδομάδα (Smith & Fretts, 2007).

1.3.1 Αιτιολογία ενδομήτριου θανάτου

Οι κυριότερες αιτίες ενδομήτριου θανάτου είναι οι εξής : υπερτασική νόσος της κύησης, εκλαμψία, σοβαρή αναιμία (αιμοσφαιρίνη<6g.dL), αιμορραγία προ του τοκετού, πρόδρομος πλακούντας, ρήξη του πλακούντα, προωρότητα, καθυστερημένος τοκετός, συγγενείς δυσπλασίες, πρόπτωση ομφάλιου λώρου, ρήξη μήτρας, σακχαρώδης διαβήτης, χολόσταση της εγκύου, λοιμώξεις, επιληψία, υπερθυρεοειδισμός και σε ένα μεγάλο ποσοστό είναι άγνωστης αιτιολογίας (Vaishali & Pradeep, 2008; Hovatta et al. 1983; Κρεατσάς, 1998). Ο Fretts (2005) σε μελέτη του που αξιοποίησε στοιχεία από το Πανεπιστήμιο McGill στον Καναδά, διαπίστωσε διαφορές στην αιτιολογία του ενδομήτριου θανάτου ανάλογα με την ηλικία της κύησης. Σε αυτή την έρευνα αξιολογήθηκαν 709 ενδομήτριοι θάνατοι ανάμεσα σε 88,651 γεννήσεις, από την 24^η έως και την 27^η εβδομάδα κύησης και εντοπίστηκε ότι οι πιο συχνές αιτίες είναι η μόλυνση (19%), η αποκόλληση του πλακούντα (14%) και οι ανωμαλίες του εμβρύου (14%). Μετά την 28^η εβδομάδα ο πιο συχνός τύπος ενδομήτριου θανάτου, είναι αυτός της άγνωστης αιτιολογίας, ο οποίος δεν εξηγείται σε σχέση με το έμβρυο, τον πλακούντα, τη μητέρα ή μαιευτικούς παράγοντες και αντιπροσωπεύει το 25- 60% όλων των ενδομήτριων εμβρυικών θανάτων (Huang et al., 2000; Fretts, 2005). Οι Robinson, Baker & Nackerud (1999) αναφέρουν ότι η περιγεννητική θνησιμότητα επηρεάζει τις γυναίκες και τις οικογένειες από όλες τις δημογραφικές ομάδες, από τις έφηβες εγκύους μέχρι τις πιο ηλικιωμένες, τις φυσιολογικές ή με τεχνητή γονιμοποίηση συλλήψεις, και σε όλο το φάσμα, υψηλό ή χαμηλό, της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης .

1.3.2 Επιδημιολογικά στοιχεία ενδομήτριου θανάτου

Το ποσοστό του ενδομήτριου θανάτου (Perinatal Mortality Rate, PNMR) στις υπό-ανάπτυξη χώρες είναι 3 με 5 φορές μεγαλύτερο σε σύγκριση με τις αναπτυγμένες χώρες (Lawn, Cousens, & Zupan, 2005). Στην Ινδία αναφέρεται ότι στις 1000 γεννήσεις

οι 35.1 είναι ενδομήτριοι θάνατοι, ενώ σύμφωνα με τους μελετητές οι περισσότεροι από αυτούς θα μπορούσαν να προληφθούν με τη χρήση των σύγχρονων μέσων που διαθέτει η ιατρική (Korde-Nayak & Gaikwad, 2008). Σε έρευνα των Stanton et al. (2006), σε καταγεγραμμένα στοιχεία 190 χωρών για το έτος 2000, βρέθηκε ότι στις 1000 γεννήσεις οι ενδομήτριοι θάνατοι είναι 5 στις πλούσιες χώρες έναντι 32 στις φτωχές. Τα ποσοστά αυτά μπορεί να είναι μεγαλύτερα δεδομένου ότι οι ερευνητές (Setel, Sankoh, & Rao, 2005) επισημαίνουν ότι στις υπό ανάπτυξη χώρες είναι πολύ δύσκολο να καταγραφεί με ακρίβεια ο αριθμός των ενδομήτριων θανάτων μιας και οι περισσότερες γεννήσεις λαμβάνουν χώρα στο σπίτι, ενώ σε κάποιες απομονωμένες περιοχές δεν είναι καταγεγραμμένο κανένα σχετικό στοιχείο.

1.4 Πένθος και απώλεια

Στα 1970 η βιβλιογραφία της ιατρικής και της ψυχολογίας έδειχνε ελάχιστο ενδιαφέρον για τις επιπτώσεις της προγεννητικής θνησιμότητας στην οικογένεια. Η πρώτη μεγάλη μελέτη για τις επιπτώσεις που έχει ο προγεννητικός θάνατος στους γονείς πραγματοποιήθηκε από τους Peppers & Knapp το 1980, οι οποίοι έδωσαν ώθηση στη διεθνή βιβλιογραφία να ασχοληθεί περισσότερο με το μέχρι τότε παραγκωνισμένο αυτό θέμα (Lasker & Toedter, 1991). Οι σύγχρονοι ειδικοί για το πένθος αναγνωρίζουν την ποικιλότητα και τη ρευστότητα της εμπειρίας αυτής, η οποία διαφέρει σημαντικά σε ένταση και διάρκεια ανάμεσα σε κοινωνικοπολιτισμικές ομάδες αλλά και από άνθρωπο σε άνθρωπο (Zisook & Shear, 2009).

1.4.1 Ορισμοί πένθους και απώλειας

Το πένθος είναι η αντίδραση του ανθρώπου στην απώλεια, στη στέρηση δηλαδή αγαπημένου, πρόσωπου ή αντικειμένου, με το οποίο υπάρχει μια μορφή δεσμού. Οι αντιδράσεις στην απώλεια, αγγίζουν όλη την ανθρώπινη οντότητα, και εκφράζονται ψυχολογικά, σωματικά, συμπεριφορικά (Dimatteo & Martin, 2006).

Ο Αγγλοσάξωνες έχουν τρία διαφορετικά ουσιαστικά για να εκφράσουν την ψυχολογική κατάσταση που προκαλείται από το θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου: bereavement, grief και mourning (Baque, 2004). Ο όρος bereavement και grief χρησιμοποιείται στη βιβλιογραφία περιγράφοντας είτε την κατάσταση του να έχει χαθεί

κάποιος από θάνατο ή την αντίδραση σε αυτή την απώλεια. Οι Zisook & Shear (2009) υποστηρίζουν ότι εφόσον ο όρος bereavement αναφέρεται στο γεγονός της απώλειας, τότε ο όρος grief χρησιμοποιείται για να περιγράψει όλες εκείνες τις συναισθηματικές, γνωστικές, λειτουργικές και συμπεριφοριστικές αντιδράσεις στο θάνατο. Ο όρος mourning χρησιμοποιείται εναλλακτικά με τον όρο bereavement και grief, συνήθως για να περιγράψει όλες τις εκδηλώσεις συμπεριφοράς του πένθους, που έχουν διαμορφωθεί σύμφωνα με τις κοινωνικές και θρησκευτικές τελετουργίες, όπως είναι οι κηδείες ή άλλα εθιμοτυπικά (Zisook & Shear, 2009).

1.4.2 Θεωρίες για το πένθος

Σύμφωνα με τον Καραδήμα (2005) η βιβλιογραφία δεν έχει παρουσιάσει έναν ικανό ορισμό της έννοιας του πένθους. Υπάρχουν ωστόσο κάποιες θεωρίες για το πένθος και τη λειτουργία που αυτό επιτελεί.

Για τον Freud το πένθος είναι «η αντίδραση στην απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου ή μιας αφηρημένης ιδέας που το υποκαθιστά» (Bacque, 2004) ή η «αποκάθεξη», η διαδικασία, δηλαδή, λύσης των συναισθηματικών δεσμών με το νεκρό πρόσωπο (Καραδήμας, 2005). Ο Bowlby διατύπωσε τη θεωρία του δεσμού (attachment theory) σαφώς επηρεασμένος από τις ψυχοδυναμικές θέσεις (Καραδήμας, 2005). Από την άλλη ο Worden πιστεύει ότι τα άτομα χρειάζεται να εκπληρώσουν μια ομάδα υποχρεώσεων, οι οποίες σχετίζονται άμεσα με το θρήνο, παρότι ο θρήνος προέρχεται από τη λύση του συναισθηματικού δεσμού με το νεκρό (Worden, 2009). Ο Parkes περιγράφει το θάνατο ως μια «ψυχοσυναισθηματική μετάβαση» προς μια νέα πραγματικότητα (Καραδήμας, 2005).

1.4.3 Στάδια του πένθους

Ο Bowlby διακρίνει τα εξής στάδια στο πένθος: το μούδιασμα, τον αιφνιδιασμό, την αναζήτηση και το θυμό, την αποδιοργάνωση και την απελπισία και τέλος την επαναδιοργάνωση (Kirkley-Best & Kellner, 1982). Ο Parkes αναφέρει τρία βασικά στάδια α) παρατεταμένη ενασχόληση με το νεκρό (β) επαναλαμβανόμενη αναβίωση της εμπειρίας της απώλειας και (γ) προσπάθεια ερμηνείας της απώλειας και νοηματοδότησης του θανάτου (Καραδήμας 2005; Kirkley-Best & Kellner, 1982). Ο

Worden (2009) περιγράφει τέσσερα βασικά στάδια: (α) η αποδοχή της πιθανότητας της απώλειας (β) η επεξεργασία του πόνου του πένθους, (γ) η προσαρμογή στο νέο και διαφορετικό περιβάλλον και (δ) ο επαναπροσδιορισμός συναισθηματικά της σχέσης με το νεκρό και η συνέχιση της ζωής. Η πιο γνωστή θεωρία για το πένθος είναι της Kubler-Ross (1969). Σύμφωνα με αυτή τη προσέγγιση, η αντίδραση του ατόμου μπροστά στο θάνατο/την απώλεια περιλαμβάνει πέντε στάδια: (α) το στάδιο της άρνησης, (β) του θυμού, (γ) της διαπραγματεύσεως, (δ) της κατάθλιψης και (ε) το στάδιο της αποδοχής (Kubler-Ross & Kessler, 2005).

1.4.4 Φυσιολογικό Πένθος- Παθολογικό Πένθος

Η διαφοροποίηση του φυσιολογικού από το παθολογικό πένθος (complicated grief) δεν είναι πάντα εύκολη. Οι τρεις συχνοί δείκτες που το διαφοροποιούν είναι η ένταση, η διάρκεια και η επικράτηση των συμπτωμάτων, περιλαμβανομένων σκέψεων, συναισθημάτων, ενεργειών ή και η απουσία αυτών. Το παθολογικό πένθος είναι τόσο διάχυτο και διαπεραστικό που επηρεάζει την καθημερινή ζωή του ατόμου και παρατηρείται από τα πρόσωπα του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος, από ειδικούς αλλά και από τον ίδιο τον πενθούντα (McCall, 2004). Το άτομο που βιώνει το παθολογικό πένθος αδυνατεί να επανακτήσει την ψυχική του ηρεμία και να ανταπεξέλθει ικανοποιητικά στην καθημερινότητα. Το μη λυμένο ή το τραυματικό πένθος είναι ένα σύνδρομο εκτενούς και έντονου πένθους το οποίο σχετίζεται με ουσιαστική δυσλειτουργία στην εργασία, στην υγεία και στην κοινωνική ζωή (Zisook & Shear, 2009).

Οι εκδηλώσεις του φυσιολογικού πένθους σύμφωνα με την Baque (2004: 43-46) (μελέτη του W. M. Strobe, 1987) είναι:

Συναισθηματικές εκδηλώσεις: κατάθλιψη, άγχος, ενοχή, θυμός και εχθρότητα, αποχή από την ηδονή, μοναξιά.

Σωματικές εκδηλώσεις: διαταραχές του ύπνου, διαταραχές της όρεξης, απώλεια ενέργειας, σωματικές ενοχλήσεις

Διανοητικές διαταραχές: νοητική επιβράδυνση, κάμψη της προσοχής και της ικανότητας συγκέντρωσης, διαταραχές της μνήμης

Συμπεριφορά του πενθούντα απέναντι στον εαυτό του, στο νεκρό και στο περιβάλλον: αυτοκατηγορίες, χαμηλή αυτοεκτίμηση, απελπισία και αδυναμία

αποδοχής βοήθειας, απώλεια της αίσθησης της πραγματικότητας, καχυποψία, διαπροσωπικές εντάσεις, σωματικά συμπτώματα ταύτισης με το νεκρό, χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, αξιοσημείωτη ευαισθησία σε ασθένειες.

Το παθολογικό πένθος χαρακτηρίζεται από την επιμονή των παρακάτω συμπτωμάτων, έξι μήνες μετά την απώλεια (Baque, 2004: 57):

- Άρνηση αποδοχής θανάτου
- Έντονη αναζήτηση εκλιπόντα
- Λαχτάρα και διακαής επιθυμία για το χαμένο πρόσωπο
- Έμμομη προσήλωση σε ότι αφορά στο νεκρό
- Ανικανότητα συνειδητοποίησης της απώλειας
- Αίσθημα διαρκούς έκπληξης και αποχαύνωσης εξαιτίας του μοιραίου
- Ακατάσχετο κλάμα

Οι ψυχολογικές επιπλοκές του πένθους είναι (Baque, 2004: 58):

A. Σε σχέση με το χρόνο

Αναβλητικό πένθος: το άτομο συνεχίζει τη ζωή του σε μια κατάσταση ψευδαίσθησης στην οποία συμπεριφέρεται σαν να μην έχει αλλάξει τίποτα. Ανεσταλμένο πένθος: εκδηλώνεται κυρίως με σωματικές ενοχλήσεις, είναι συνηθέστερο στα παιδιά. Χρόνιο πένθος: χαρακτηρίζεται από χρόνια κατάθλιψη και ατέρμονη αναζήτηση του νεκρού.

B. Η βαριά αντιδραστική κατάθλιψη στο πένθος που χαρακτηρίζεται από την επιμονή των συμπτωμάτων 2 μήνες μετά την απώλεια: υποχονδρία, απάθεια, επίμονη αϋπνία, παθολογικό άγχος, τάσεις αυτοκτονίας, ενοχή, αίσθημα μοναξιάς, δυσθυμία, ψυχοκινητική αναστολή, εχθρότητα, απομόνωση, χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Γ. Το παθολογικό πένθος.

Τα συμπτώματά του αναφέρθηκαν παραπάνω.

Η Baque (2004) αναφέρει και το ψυχιατρικό πένθος, το οποίο εκδηλώνεται στα άτομα που δεν είχαν πριν την απώλεια κάποια διανοητική διαταραχή και εξαρτάται από τη δομή της προσωπικότητας του ατόμου. Διακρίνεται σε νευρωτικό, υστερικό, ψυχαναγκαστικό ενώ σπανιότεροι τύποι είναι: ψυχωτικό, μανιακό ή μελαγχολικό και μανίες καταδίωξης.

1.5 Δεσμός γονιών και εμβρύου

Ο δεσμός που αναπτύσσεται ανάμεσα τους γονείς και το έμβρυο είναι ένας καθοριστικός παράγοντας επιρροής του πένθους που οι γονείς βιώνουν μετά την απώλεια. Παράλληλα με την εξέλιξη της εγκυμοσύνης αναπτύσσεται από τους γονείς μια σχέση με το αγέννητο παιδί που είναι μοναδική (Lumley, 1982). Η σχέση αυτή γίνεται πιο δυνατή με την πάροδο του χρόνου. Οι γονείς πλάθουν εικόνες για το αγέννητο παιδί τους, το φαντάζονται (Salisbury et al., 2003) και έχουν αντίληψη για την προσωπικότητα του (π.χ. δραστηριότητα, ρυθμικότητα, προσαρμοστικότητα και διάθεση) (Leon, 2008). Σύμφωνα με τους Lerum & LoBiondo-Wood (1989) το ποσοστό και ο βαθμός του δεσμού επηρεάζονται από την ηλικία της εγκυμοσύνης, τις κινήσεις του εμβρύου, το ιστορικό της εγκυμοσύνης και την προσωπικότητα των γονέων.

Οι Peppers & Knapp (1980) (όπως αναφέρεται στους Robinson et al., 1999) στις μελέτες τους για το δεσμό μητέρας εμβρύου αναφέρουν: «αυτό που οι άνθρωποι δεν συνειδητοποιούν είναι ότι για τη μητέρα, αυτό το έμβρυο είναι ένα δικό της κομμάτι από τη σύλληψη. Το γνωρίζει με ένα τρόπο που κανείς άλλος δεν μπορεί». Οι Robinson et al. (1999) συμπληρώνουν: «η μητρική αγάπη, από όπου και εάν πηγάζει, φτάνει βαθιά στα αρχικά στάδια της εγκυμοσύνης και συνδέεται άρρηκτα με το έμβρυο». Οι Peppers & Knapp (1980) (όπως αναφέρεται στους Robinson et al., 1999) ανέπτυξαν 9 στάδια κατά τα οποία διαμορφώνεται ο δεσμός μητέρας εμβρύου: (a) ο σχεδιασμός της εγκυμοσύνης, (b) η επιβεβαίωση της εγκυμοσύνης, (c) η αποδοχή της εγκυμοσύνης, (d) η αίσθηση των κινήσεων του εμβρύου, (e) η αποδοχή του εμβρύου ως άτομο, (f) ο τοκετός, (g) βλέποντας το μωρό, (h) άγγιγμα του μωρού και (i) φροντίδα του μωρού. Ο Cranley (1981) (όπως αναφέρεται στον Lindgren, 2001) περιγράφει το δεσμό μητέρας-εμβρύου (maternal –fetal attachment, MFA) ως «η έκταση στην οποία οι γυναίκες συμμετέχουν σε συμπεριφορές που αποτελούν μια συνεργασία και αλληλεπίδραση με το αγέννητο έμβρυο».

Οι άντρες καθυστερούν σε σχέση με τις γυναίκες να αναπτύξουν κάποια σχέση με το έμβρυο. Σύμφωνα με την προσέγγιση του Gordon (όπως αναφέρεται στους Habib & Lancaster, 2006) ο δεσμός πατέρα εμβρύου είναι μια υποκειμενική κατάσταση που διακατέχεται από συναισθήματα αγάπης για το αγέννητο παιδί και σιγά, σιγά πλάθεται στην καρδιά ενός άντρα (ή μιας γυναίκας) η εμπειρία της πρόωρης άσκησης του γονεϊκού ρόλου. Δύο διαστάσεις αυτού του δεσμού έχουν αναδειχθεί: η ποιότητα του

δεσμού, η οποία αναφέρεται στη φύση της συναισθηματικής εμπειρίας, όταν ο πατέρας σκέφτεται το έμβρυο και η ένταση της ενασχόλησης του με το έμβρυο. Ο δεσμός πατέρα-εμβρύου θα μπορούσε να θεωρηθεί μια πρόιμη μορφή πατρότητας, όπου ο άντρας αρχίζει να συνειδητοποιεί το νέο του ρόλο.

1.6 Συμβίωση (cohabitation), γάμος (marriage) και παιδί

Αν και οι γεννήσεις εκτός γάμου κυμαίνονται μεταξύ 40% και 55.4% των συνολικών γεννήσεων στις Σκανδιναβικές χώρες, σε άλλες δυτικές χώρες καλύπτουν το 30-40%. Στην Ελλάδα και την Κύπρο καταγράφονται τα χαμηλότερα ποσοστά γεννήσεων εκτός γάμου που κυμαίνονται στο 4.9% και 3.3% αντίστοιχα (Μπαλούρδος, 2006). Πολλοί αποδίδουν την αύξηση των παιδιών εκτός γάμου στα πλεονεκτήματα που παρέχονται στις ανύπαντρες μητέρες στις χώρες αυτές.

Περίπου το 40% των ζευγαριών που συμβιώνουν στις ΗΠΑ, χωρίς να έχουν επισημοποιήσει τη σχέση τους (Brown, 2004) έχουν αποκτήσει ήδη παιδί, ενώ το 11% του συνόλου των γεννήσεων είναι από γονείς σε συμβίωση (Bumpass & LU, 2000). Η συμβίωση και η απόκτηση ενός παιδιού μέσα σε αυτή προσομοιάζει με την οικογένεια που διαμορφώνεται στα πλαίσια του γάμου (Wu & Musick, 2008). Παρά τις ομοιότητες όμως, υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν ότι οι οικογένειες σε συμβίωση είναι λιγότερο σταθερές σε σύγκριση με τις παντρεμένες οικογένειες στις ΗΠΑ (Manning, Smock & Majumdar, 2004), στον Καναδά (Le Bourdais et al., 2000) και την Ευρώπη (Hauveline, Timberlake & Furstenberg, 2003). Η απόκτηση ενός παιδιού επιφέρει στη σχέση των γονιών σημαντικές αλλαγές, όπως η ανάγκη για δημιουργία νέων ρόλων και επαναπροσδιορισμό των παλαιότερων. Μεταξύ της τεκνοποίησης και της συμβίωσης μπορεί να υπάρξουν τρεις πιθανές εκδοχές: η γέννηση του παιδιού να έχει θετική επίδραση στη σταθερότητα της σχέσης των γονιών, να έχει αρνητική επίδραση και να μην έχει καμιά επίδραση (Manning, 2004). Σύμφωνα με τους Wu & Musick (2008) η συμβίωση, ο γάμος και ο ερχομός ενός παιδιού στη σχέση δεν σχετίζονται με τη σταθερότητα του δεσμού. Αυτός ο ισχυρισμός μπορεί να ενισχυθεί εάν ληφθούν υπόψη άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τη σχέση συμβίωσης. Για παράδειγμα, τα ζευγάρια σε συμβίωση αναφέρουν λιγότερο συχνά, σε σύγκριση με τα παντρεμένα, ότι οι κηύσεις ήταν προγραμματισμένες (Musick, 2002), γεγονός το οποίο αποδεικνύει ότι δεν ήθελαν να αποκτήσουν παιδί τόσο γρήγορα ή με τον συγκεκριμένο σύντροφο (Wu & Musick,

2008). Σε αυτές τις περιπτώσεις η πιθανή διάλυση μια σχέσης δεν θα ήταν αποτέλεσμα του ερχομού ενός παιδιού αλλά των επιλογών των γονέων και της προηγούμενης κακής ποιότητας της σχέσης.

Από την άλλη, υπάρχουν διάφορες θεωρίες που υποστηρίζουν ότι οι γάμοι με παιδιά δύσκολα διαλύονται και ότι η μικρή ηλικία των παιδιών σχετίζεται με χαμηλές πιθανότητες διαζυγίου. Ο Becker (όπως αναφέρεται στο Manning, 2004) στηρίζει την προηγούμενη άποψη αναφέροντας, ότι τα παιδιά που γεννιούνται σε ένα ζευγάρι είναι παράγωγα του γάμου, και γι αυτό τον σταθεροποιούν, αυξάνουν την αξία του και αντιπροσωπεύουν ένα μεγάλο κόστος για την απόφαση για διαζύγιο, που δύσκολα θα ληφθεί. Και αυτή η θέση όμως θα μπορούσε να αμφισβητηθεί δεδομένης της ύπαρξης πληθώρας παραγόντων που σχετίζονται με τη διατήρηση του γάμου όπως ο χρόνος, η ποιότητα της σχέσης πριν το παιδί, κοινωνικοοικονομικές συνθήκες κ.α. Υπάρχουν μελέτες που δεν εντόπισαν αρνητικές επιπτώσεις στο γάμο από τη γέννηση των παιδιών (Heaton, 1990). Οι Power & Parke (1984) υποστηρίζουν ότι όταν οι σύντροφοι σέβονται ο ένας τις ανάγκες του άλλου και προσαρμόζονται στις αλλαγές στη σχέση τους όπως αυτές συμβαίνουν με την πάροδο του χρόνου, έχουν λιγότερες πιθανότητες να βιώσουν μια κρίση μετά τη γέννηση του παιδιού.

1.7 Σχέση γονέων μετά από ένα στρεσογόνο γεγονός ζωής όπως ο θάνατος παιδιού

Ο Erikson περιγράφοντας τα 8 στάδια ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του ανθρώπου δίνει έμφαση στην ουσιαστική σημασία που έχει για τον ενήλικα η αναπαραγωγή του είδους του, ανάγκη που ικανοποιείται με την ανάληψη του γονεϊκού ρόλου (Cooper & Pervin, 1998).

Η απώλεια ενός παιδιού αλλάζει δραματικά τη ζωή ολόκληρης της οικογένειας, του ζευγαριού, των ατόμων. Οι άνθρωποι επαναπροσδιορίζουν τις σχέσεις, τους ρόλους τους, το πώς αντιμετωπίζουν τον εαυτό τους, το νόημα και το σκοπός τη ζωής, ο καθένας με τον δικό του ιδιαίτερο τρόπο, με βάση τις εμπειρίες του.

Στρεσογόνα γεγονότα ζωής, όπως η γέννηση ενός παιδιού με ειδικές ανάγκες ή ο θάνατος ενός παιδιού, οδηγούν το γάμο, μακροπρόθεσμα σε μια αρνητική περίοδο, ή αυξάνουν το δέσιμο και βελτιώνουν την ποιότητα της σχέσης (Najman et all, 1993). Ένας γάμος στο πλαίσιο του οποίου υπάρχει καλή επικοινωνία μπορεί να

ισχυροποιηθεί. Εντούτοις, όχι σπάνια, οι γάμοι καταρρέουν υπό την πίεση που ασκεί ένα τόσο σοβαρό γεγονός.

Τα προβλήματα που προκύπτουν στη σχέση του ζευγαριού ποικίλουν. Αρνητική έκβαση στη σχέση πιθανόν να υπάρχει όταν οι γονείς έχοντας διαφορετικούς τρόπους να εκφράσουν την οδύνη τους, αδυνατούν να κατανοήσουν και να συμπαρασταθούν ουσιαστικά ο ένας στον άλλο. Επιπλέον δύναται να απουσιάζει ο διάλογος, να καλύπτεται η εξέλιξη του πένθους, ενώ γεννιούνται αναπάντητα ερωτήματα και αμφισβητείται η πίστη. Οι γυναίκες έχουν την τάση να εκφράζουν τη θλίψη τους με κλάματα και με εμφανή κατάθλιψη, ενώ οι άντρες εκδηλώνουν περισσότερο θυμό, φόβο και απώλεια του ελέγχου, ενώ προσπαθούν να αποκρύψουν τα συναισθήματά τους. Ωστόσο με αυτή τη στάση τους μπορεί να δίνουν στις συζύγους την εντύπωση ότι είναι ψυχροί και καθόλου υποστηρικτικοί ή ότι δεν τους έχει επηρεάσει η απώλεια του παιδιού (Dyregrov & Matthiesen, 1987). Κάποιοι γονείς μπορεί να καταφεύγουν στη χρήση ουσιών, όπως το αλκοόλ για να αντιμετωπίσουν τον εσωτερικό τους πόνο. Η απόσυρση εκ μέρους του άντρα μπορεί να εκδηλώνεται με την υπερβολική ενασχόληση με τη δουλειά. Όλα αυτά δημιουργούν θυμό, εντείνουν τη θλίψη και πολλές φορές δημιουργούν διαμάχες μέσα στη σχέση (Beutel et al., 1996)

1.8 Πένθος γονέων μετά την απώλεια εγκυμοσύνης

Το πένθος γύρω από την κύηση και τη γέννηση μπορεί να είναι ίδιο σε ένταση και διάρκεια με αυτό από άλλους θανάτους αλλά έχει μια μοναδικότητα: υπάρχει ταυτόχρονα μια γέννηση και ένας θάνατος (Kirkley-Best & Kellner, 1982), ενώ η στιγμή της απώλειας αναμενόταν ως στιγμή χαράς και ευτυχίας (Moore, Parrish, & Black, 2011). Οι γονείς, χωρίς να έχουν προλάβει να δημιουργήσουν αναμνήσεις από το μωρό, υποφέρουν από την στέρηση του μέλλοντος που είχαν ονειρευτεί μαζί με το παιδί τους (Moore et al., 2011). Η οικογένεια έχει ήδη εντάξει το έμβρυο στη ζωή της, το έχουν δει στον υπερηχογραφικό έλεγχο, έχουν αισθανθεί τις κινήσεις του, έχουν συζητήσει γι' αυτό, ονειρευτεί πως θα είναι η εξωτερική του εμφάνιση, σε ποιον θα μοιάζουν τα χαρακτηριστικά του, έχουν ετοιμάσει το χώρο που θα το φιλοξενήσει, έχουν προετοιμάσει το/τα αδέρφια για τον ερχομό του και ίσως αποφασίσει τι όνομα θα του δώσουν (Beutel et al., 1996).

Ενώ οι γονείς βιώνουν το πένθος τους αντιμετωπίζουν μια ακόμα μεγάλη δυσκολία, το πρόβλημα της κοινωνικής ανυπαρξίας του παιδιού. Το πένθος στην προγεννητική και περιγεννητική απώλεια δεν έχει κοινωνική υπόσταση, το έμβρυο που χάνεται δεν έχει προλάβει 'καν να υπάρξει' (Bacque, 2004). Η ανυπαρξία αυτή είναι και ένας από τους λόγους που οι φίλοι του ζευγαριού και ο ευρύτερος, κοινωνικός και οικογενειακός περίγυρος δεν αναγνωρίζει το μέγεθος της απώλειας τους - γνωστό ως μη αναγνωρισμένο πένθος (disenfranchised grief) - και κάποιες φορές δεν τους παρέχει την αναγκαία συμπόνια και συμπαράσταση, εντείνοντας ακόμη περισσότερο τα αρνητικά συναισθήματα. (Kirkley-Best & Kellner, 1982; Moore et al., 2011; Lewis, 1979).

Οι γονείς βλέπουν τους συνομηλίκους τους να συνεχίζουν τη ζωή τους, να αποκτούν παιδιά σε αντίθεση με τους ίδιους, που αισθάνονται ότι παραμένουν στάσιμοι, καθηλωμένοι (Leon, 2008). Τη στασιμότητα αυτή την ερμηνεύουν ως ανικανότητα, οδυνηρή απογοήτευση, ότι δεν μπορούν να γίνουν γονείς (Leon, 2008) με αποτέλεσμα να αποφεύγουν την επαφή με άλλες οικογένειες που έχουν μωρά.

Οι Thapar & Thapar (1992) υποστηρίζουν ότι η ύπαρξη άλλου παιδιού στην οικογένεια πολλές φορές μπορεί να δρα προστατευτικά, και να βοηθά τους γονείς να αποφύγουν την κατάθλιψη. Ο Leon, 2008 επισημαίνει ότι, συχνά, η θλίψη και το πένθος παρατείνονται έως και τη μεγάλη ηλικία για τους γονείς χωρίς απογόνους, όταν πια συνειδητοποιούν το μεγάλο κενό στη ζωή τους και θυμούνται την απώλεια.

1.9 Σκοπός

Η παρούσα ερευνητική εργασία έχει ως αντικείμενο μελέτης το βαθμό και τον τρόπο που επηρεάζει την ικανοποίηση στο γάμο ή στη συμβίωση, η αρνητική έκβαση της εγκυμοσύνης. Ο τύπος της απώλειας της κύησης που μελετάται είναι η αυτόματη αποβολή (η ακούσια διακοπή της κύησης < 20 εβδομάδες) και ο ενδομήτριος θάνατος (θάνατος του εμβρύου ≥ 20 εβδομάδες). Ως ζευγάρι προσδιορίζεται η σχέση δύο ετερόφυλων ατόμων που διατηρούν σταθερή συναισθηματική σχέση, είτε σε συμβίωση, είτε σε γάμο. Υπό τους προσδιορισμούς αυτούς, η απώλεια θα μπορούσε να επηρεάσει τη σχέση θετικά, αρνητικά ή να την αφήσει ουδέτερη.

Κεφάλαιο 2ο

ΜΕΘΟΔΟΣ

«Η τραγωδία δεν είναι ότι η ζωή είναι μικρή, αλλά ότι συνήθως αντιλαμβανόμαστε εκ των υστέρων τι πραγματικά συμβαίνει».

(Elisabeth Kubler-Ross, 2002).

2. Μεθοδολογία έρευνας συστηματικής ανασκόπησης

2.1 Στρατηγική ανασκόπησης – Αλγόριθμος αναζήτησης

Η παρούσα ερευνητική εργασία, μελετά πως η αρνητική έκβαση της εγκυμοσύνης επηρεάζει την ικανοποίηση στο γάμο ή στη συμβίωση. Ο γάμος σε κάθε χώρα μπορεί να ορίζεται διαφορετικά, στην έρευνα αυτή χρησιμοποιήθηκε ο αγγλικός όρος “marriage” και για την ικανοποίηση στο γάμο ο όρος “marital satisfaction”. Η συμβίωση ερευνήθηκε με τον όρο “cohabitation”, ενώ η σχέση του ζευγαριού ως “spouse” ή “couple”. Η αυτόματη αποβολή αναζητήθηκε με τον όρο “spontaneous abortion” και “abortion” (είναι πιο γενικός όρος αλλά κρίθηκε σκόπιμη η χρήση του για να προληφθεί η απώλεια άρθρων) και “miscarriage” ενώ ο ενδομήτριος θάνατος με τον όρο “stillbirth”. Για να περιληφθούν όλες οι περιπτώσεις απώλειας της εγκυμοσύνης χρησιμοποιήθηκε ο πιο γενικός όρος “pregnancy loss”. Ο συσχετισμός των δυο καταστάσεων, της απώλειας της κύησης και της σχέσης του ζευγαριού, ορίστηκε από τις λέξεις “impact”, “relationship” και “effects”.

Πραγματοποιήθηκε εκτενής έρευνα στη βάση δεδομένων Pubmed το διάστημα Αύγουστος - Σεπτέμβριος 2011. Η τελευταία αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στις 20 Σεπτεμβρίου. Οι αλγόριθμοι που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση ήταν: ("spontaneous abortion"[All Fields] OR ("abortion, spontaneous"[MeSH Terms] OR ("abortion"[All Fields] AND "spontaneous"[All Fields]) OR "spontaneous abortion"[All Fields] OR "miscarriage"[All Fields]) OR ("stillbirth"[MeSH Terms] OR "stillbirth"[All Fields]) OR "pregnancy loss"[All Fields]) AND (effects[All Fields] OR relationship[All Fields] OR impact[All Fields]) AND ("couple"[All Fields] OR "cohabitation"[All Fields] OR "spouse"[All Fields] OR "marriage"[All Fields] OR "marital satisfaction"[All Fields])). Η αναζήτηση ανέσυρε 160 άρθρα.

Το ζευγάρι μετά την απώλεια της εγκυμοσύνη μεταβαίνει σε μια κατάσταση πένθους η οποία επηρεάζει καθοριστικά τη σχέση. Κατά συνέπεια αυτού του συλλογισμού, δημιουργήθηκε ο προβληματισμός για την προσθήκη των όρων

“grief”(θρήνος) ή “bereavement”(πένθος) ή “mourning”(πενθηφορία). Ο νέος αλγόριθμος που προέκυψε ήταν: ("abortion, spontaneous"[MeSH Terms] OR ("abortion"[All Fields] AND "spontaneous"[All Fields]) OR "spontaneous abortion"[All Fields] OR "miscarriage"[All Fields]) OR ("stillbirth"[MeSH Terms] OR "stillbirth"[All Fields]) OR "pregnancy loss"[All Fields]) AND (effects[All Fields] OR relationship[All Fields] OR impact[All Fields]) AND ("couple"[All Fields] OR "cohabitation"[All Fields] OR "spouse" [All Fields] OR "marriage"[All Fields] OR "marital satisfaction"[All Fields]) AND (“grief” [All Fields] OR “bereavement” [All Fields] OR “mourning” [All Fields]). Αυτός ο αλγόριθμος είχε ως αποτέλεσμα 13 άρθρα. Τα άρθρα αναγνώστηκαν σε επίπεδο τίτλου και διαπιστώθηκε ότι συμπεριλαμβάνονταν στον πρώτο, γενικότερο αλγόριθμο. Επίσης προστέθηκε ο όρος divorce (διαζύγιο) και ο αλγόριθμος διαμορφώθηκε ως εξής: ("spontaneous abortion"[All Fields] OR ("abortion, spontaneous"[MeSH Terms] OR ("abortion"[All Fields] AND "spontaneous"[All Fields]) OR "spontaneous abortion"[All Fields] OR "miscarriage"[All Fields]) OR ("stillbirth"[MeSH Terms] OR "stillbirth"[All Fields]) OR "pregnancy loss"[All Fields]) AND (effects[All Fields] OR relationship[All Fields] OR impact[All Fields]) AND ("couple"[All Fields] OR "cohabitation"[All Fields] OR "spouse"[All Fields] OR "marriage"[All Fields] OR "marital satisfaction"[All Fields] OR “divorce” [All Fields]). Από τον αλγόριθμο αυτό δεν προέκυψε κάποιο νέο άρθρο από τα αρχικά 160, ωστόσο λόγω του μεγαλύτερου εύρους αναζήτησης που καλύπτει κρίθηκε ως ο καταλληλότερος.

2.2 Μέθοδος επιλογής των ερευνών

2.2.1 Κριτήρια επιλογής- απόρριψης

Ως κριτήρια επιλογής ορίστηκαν τα εξής:

Είδος μελέτης: Αποδεκτές έγιναν οι μελέτες παρατήρησης ή μη πειραματικές.

Πληθυσμός μελέτης: Οι έρευνες έπρεπε να αφορούν δείγμα που έχει εμπειρία απώλειας της κύησης από την κλινική της διάγνωση μέχρι και τη γέννηση του εμβρύου. Το δείγμα να είναι άντρες ή γυναίκες, που είναι γονείς.

Μέτρηση έκβασης: Συμπεριλαμβάνονται οι μελέτες που αναφέρουν στα αποτελέσματα τους μετρήσεις οι οποίες αφορούν τη σχέση του ζευγαριού, παντρεμένου ή σε συμβίωση.

Γλώσσα συγγραφής μελετών: Το πλήρες κείμενο να είναι γραμμένο στην Αγγλική ή την Ελληνική γλώσσα.

Ως κριτήρια απόρριψης ορίστηκαν τα εξής:

1. Δεν συμπεριλαμβάνονται τα άρθρα που μελετούν το θάνατο του εμβρύου – νεογνού μετά τη γέννηση. Εάν αναφέρεται στην έρευνα και ο θάνατος κατά τη γέννηση (stillbirth) ή στη διάρκεια της εγκυμοσύνης θα πρέπει να είναι σαφής ο διαχωρισμός της μέτρησης του συσχετισμού του ενδομήτριου θανάτου με την έκβαση της σχέσης του ζευγαριού.
2. Δεν συμπεριλαμβάνονται οι έρευνες που μελετούν διακοπή της κύησης εκούσια ή προκλητή, που συντελείται είτε για κοινωνικοοικονομικούς ή προσωπικούς ή ιατρικούς λόγους. Στους τελευταίους προστίθεται και η περίπτωση εκείνη που η απώλεια έχει προέλθει από ιατρική πράξη όπως είναι οι αποβολές μετά από αμνιοπαρακέντηση.
3. Δεν συμπεριλαμβάνονται έρευνες με πολύδυμες κυήσεις.
4. Δεν συμπεριλαμβάνονται έρευνες που το δείγμα έχει βιώσει μόνο καθ' έξιν αποβολές ή έκτοπες κυήσεις.
5. Οι συστηματικές ανασκοπήσεις, οι μετα-αναλύσεις.
6. Δεν συμπεριλαμβάνονται μελέτες με δείγμα πληθυσμού μικρότερο από 50

2.3 Εξαγωγή δεδομένων

Τα δεδομένα που εξήχθησαν από τις μελέτες περιελάμβαναν:

- ▶ Το όνομα του πρώτου συγγραφέα,
- ▶ Το έτος δημοσίευσης,
- ▶ Τη χώρα διεξαγωγής της μελέτης,
- ▶ Το είδος σχεδιασμού της μελέτης,
- ▶ Το συνολικό δείγμα,
- ▶ Τη μέση ηλικία ή το εύρος της ηλικίας των συμμετεχόντων,

- ▶ Μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση της σχέσης του ζεύγους των γονέων,
- ▶ Παράγοντες που επηρεάζουν την σχέση του ζευγαριού και την αντίδρασή τους στο θρήνο της απώλειας,
- ▶ Καθώς και συμπεράσματα του άρθρου όσον αφορά την επίδραση της απώλειας της κήσης στη σχέση του ζευγαριού.

Κεφάλαιο 3^ο
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

«Πόσο σημαντικό είναι, αλήθεια, να φυλάμε στη μνήμη μας τις ωραίες στιγμές, γιατί αυτές θα μας βοηθήσουν να ξεπεράσουμε τις πιο κακές αναμνήσεις. Και πόσο ανεκτίμητο είναι να ζούμε το παρόν, όταν είναι παρόν και όχι όταν έχει γίνει ανάμνηση ... Η αξία των ανθρωπίνων σχέσεων δεν έχει να κάνει με τη διάρκειά τους αλλά με το βάθος στο οποίο μπορούν να φτάσουν».

(Dame Cicely Saunders, 1998).

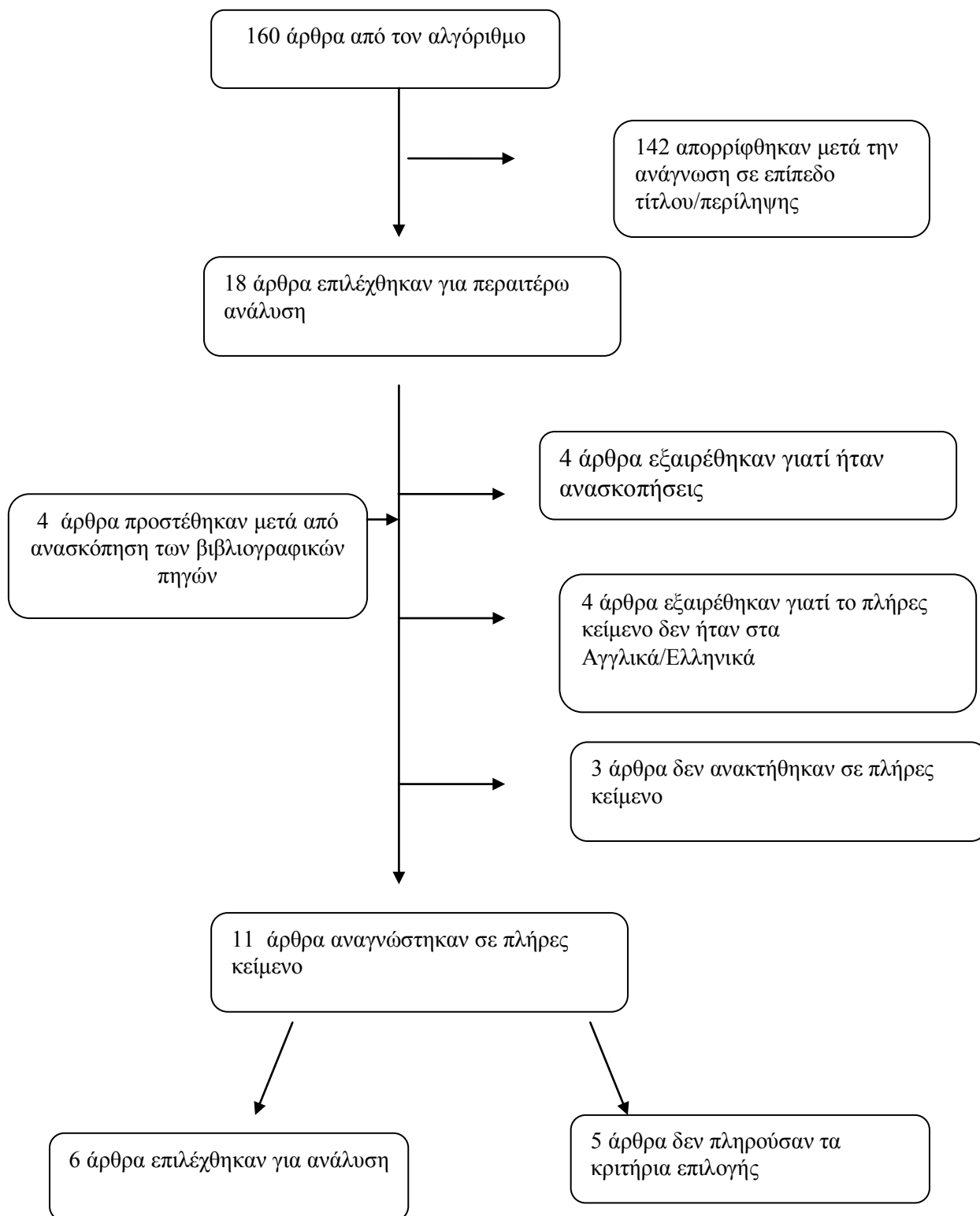
3.1 Αποτελέσματα στρατηγικής ανασκόπησης

Επόμενο στάδιο της έρευνας ήταν το διάβασμα σε επίπεδο τίτλου/ περιλήψεων των 160 άρθρων και η τελική επιλογή, σύμφωνα με τα προκαθορισμένα κριτήρια αποδοχής ή απόρριψης, εκείνων που θα αναλυθούν.

Χρησιμοποιήθηκε ο εξής αλγόριθμος: ("spontaneous abortion"[All Fields] OR ("abortion, spontaneous"[MeSH Terms] OR ("abortion"[All Fields] AND "spontaneous"[All Fields]) OR "spontaneous abortion"[All Fields] OR "miscarriage"[All Fields]) OR ("stillbirth"[MeSH Terms] OR "stillbirth"[All Fields]) OR "pregnancy loss"[All Fields]) AND (effects[All Fields] OR relationship[All Fields] OR impact[All Fields]) AND ("couple"[All Fields] OR "cohabitation"[All Fields] OR "spouse"[All Fields] OR "marriage"[All Fields] OR "marital satisfaction"[All Fields] OR "divorce" [All Fields]), από τον οποίο προέκυψαν 160 άρθρα.. Τα άρθρα αναγνώστηκαν σε επίπεδο τίτλου/περίληψης και κρίθηκαν 142 ως μη σχετικά αφήνοντας 18 άρθρα για περαιτέρω αξιολόγηση.

Από τα 18 άρθρα τα 4 ήταν ανασκοπήσεις οπότε εξαιρέθηκαν. Από τα 14 που επιλέχθηκαν να αναγνωστούν σε πλήρες κείμενο τα 4 ήταν γραμμένα σε άλλη γλώσσα εκτός Αγγλικών οπότε απορρίφθηκαν. Έμειναν 10 άρθρα εκ των οποίων 3 δεν ανακτήθηκαν σε πλήρες κείμενο λόγω μη επιτρεπόμενης πρόσβασης από τα συγγράμματα που τα δημοσίευαν. Στη συνέχεια αναγνώστηκαν σε πλήρες κείμενο 7 άρθρα και οι βιβλιογραφικές τους πηγές. Από τη βιβλιογραφία βρέθηκαν σχετικά και διαθέσιμα σε πλήρες κείμενο 4 άρθρα τα οποία προστέθηκαν στον τελικό αριθμό προς επεξεργασία ο οποίος διαμορφώθηκε στα 11. Σύμφωνα με τα κριτήρια επιλογής/απόρριψης επιλέχθηκαν τελικά 6 άρθρα για την ανάλυση (Εικόνα 3.1 Διάγραμμα ροής)

Εικόνα 3.1 Διάγραμμα ροής



3.2. Περιγραφή των μελετών

3.2.1. Σχεδιασμός μελετών

Στην ανασκόπηση μελετήθηκαν 6 έρευνες. Τα χαρακτηριστικά των ερευνών περιγράφονται αναλυτικά στον πίνακα 3.1

A/A	ΠΡΩΤΟΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ	ΤΙΤΛΟΣ	ΕΤΟΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ	ΧΩΡΑ	ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ	ΤΥΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ
1.	Turton et al.	Psychological impact of stillbirth on fathers in the subsequent pregnancy and puerperium	2006	Μεγάλη Βρετανία	British Journal of Psychiatry	Διαχρονική
2.	Mekosh-Rosenbaum et al.	Effects of Pregnancy Outcomes on Marital Satisfaction: A Longitudinal Study of Birth and Loss	1995	ΗΠΑ	Infant Mental Health Journal	Διαχρονική
3	Beutel et al.	Similarities and differences in couples' grief reactions following a miscarriage: results from a longitudinal study.	1996	Γερμανία	Journal of Psychosomatic Research	Διαχρονική
4	Turton et al.	Long-term psychosocial sequelae of stillbirth: phase II	2009	Μεγάλη Βρετανία	Archives Womens Mental Health	Διαχρονική
5	Gold et al.	Marriage and Cohabitation Outcomes After Pregnancy Loss	2010	ΗΠΑ	Pediatrics	Διαχρονική
6	Najman et al.	The impact of a child death on marital adjustment	1993	Αυστραλία	Social Science & Medicine	Διαχρονική

Πίνακας 3.1 Τύπος μελετών

Η έκβαση της εγκυμοσύνης και το είδος της σχέσης του ζευγαριού περιγράφονται στον πίνακα 3.2

A/A	ΠΡΩΤΟΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ	ΣΧΕΣΗ ΖΕΥΓΑΡΙΟΥ	ΕΚΒΑΣΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ
1	Turton et al. (2006)	Αναφέρεται ο όρος «Ζευγάρι» χωρίς να αποσαφηνίζεται εάν είναι σε συμβίωση ή σε γάμο ή και τα δύο	Ενδομήτριος θάνατος
2	Mekosh-Rosenbaum et al.	Γάμος, σταθερή σχέση	Απώλεια εγκυμοσύνης (νεογνικός & εμβρυικός θάνατος, έκτοπη κύηση, αυτόματη αποβολή)
3	Beutel et al.	Συμβίωση και γάμος	Αυτόματη αποβολή (αποβολή του εμβρύου έως 22 ^η εβδομάδα κύησης)
4	Turton et al. (2009)	Συμβίωση και γάμος	Ενδομήτριος θάνατος (από την 18η εβδομάδα κύησης)
5	Gold et al.	Συμβίωση και γάμος	Υγιής γέννηση, Αυτόματη αποβολή (<20 εβδομάδες), και ενδομήτριος θάνατος (≥20 εβδομάδες)
6	Najman et al.	Συμβίωση και γάμος	Ενδομήτριος θάνατος, σύνδρομο αιφνιδίου θανάτου, νεογνικός θάνατος

Πίνακας 3.2 Έκβαση της εγκυμοσύνης και τύπος σχέσης ζευγαριού

3.2.2. Περιγραφή δείγματος

Σε όλες τις μελέτες συμμετείχαν ομάδες απώλειας και ομάδες ελέγχου. Σημειώνουμε ότι στα άρθρα των Najman et al. (1993) και Gold et al. (2010) δεν αναφέρεται ο πληθυσμός και τα χαρακτηριστικά του ξεχωριστά για τις δύο ομάδες, λόγω του ότι οι συγγραφείς τα μελέτησαν ενοποιημένα στην ομάδα ελέγχου. Ο αριθμός των συμμετεχόντων κυμαίνεται από 52 έως 3707 για την ομάδα απώλειας και 51 έως 215 για την ομάδα ελέγχου. Το δείγμα προς μελέτη είχε ληφθεί από κλινικές προγεννητικού ελέγχου ή μαιευτικές/γυναικολογικές και το γενικό πληθυσμό. Στους πίνακες που ακολουθούν περιγράφονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (πίνακας 3.3, πίνακας 3.4, πίνακας 3.5).

A/A	ΠΡΩΤΟΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ	ΟΜΑΔΑ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΑΝΤΡΕΣ	ΟΜΑΔΑ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΟΜΑΔΑ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ	ΟΜΑΔΑ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ %
1	Turton et al. (2006)	38	38	76	50
2	Mekosh-Rosenbaum et al.	56	138	194	71
3	Beutel et al.	56	56	112	50
4	Turton et al. (2009)	-	52	52	100
5	Gold et al.	-	3707	3707	100
6	Najman et al.	423	511	934	54.7

Πίνακας 3.3 Περιγραφή δείγματος των ομάδων απώλειας

A/A	ΠΡΩΤΟΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ	ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΝΤΡΕΣ	ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ	ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ %
1	Turton et al (2006)	37	37	74	50
2	Mekosh-Rosenbaum et al	102	215	317	67.8
3	Beutel et al	56	56	112	50
4	Turton et al. (2009)	-	51	51	100
5	Gold et al	-	-	-	-
6	Najman et al	-	-	-	-

Πίνακας 3.4 Περιγραφή δείγματος των ομάδων ελέγχου

A/A	ΠΡΩΤΟΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ
1	Turton et al (2006)	Ζευγάρια τα οποία παρακολουθούνταν από κλινικές προγεννητικού Ελέγχου
2	Mekosh-Rosenbaum et al	Ιδιωτικές γυναικολογικές/μαιευτικές ιατρεία, 4 μαιευτικές κλινικές νοσοκομείου, ένα μαιευτήριο, και ένα ιατρείο για την υγεία στην πόλη
3	Beutel et al	Ασθενείς
4	Turton et al (2009)	Ζευγάρια τα οποία παρακολουθούνταν από κλινικές προγεννητικού ελέγχου σε 3 Γενικά Νοσοκομεία
5	Gold et al	Γενικός πληθυσμός
6	Najman et al	Νοσοκομεία

Πίνακας 3.5 Περιγραφή δείγματος –πληθυσμός μελέτης

A/A	ΠΡΩΤΟΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ	ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ	FOLLOW UP
1	Turton et al. (2006)	The Golombok Rust Inventory of Marital Satisfaction (GRIMS)	32η και 38η εβδομάδα κύησης 12 μήνες
2.	Mekosh-Rosenbaum et al.	The marital satisfaction instrument included 43 items from the ENRICH scale	2 μήνες 14-18 μήνες 25-29 μήνες
3	Beutel et al.	4-item self-report scale	1 εβδομάδα 6 μήνες 12 μήνες
4	Turton et al.(2009)	Structured Clinical Interview για το DSMIV (SCID)	7 χρόνια
5	Gold et al.	Συνέντευξη	7.8 έτη (μέσος χρόνος)
6	Najman et al.	Pre-coded question Spanier's Dyadic Adjustment Scale Additional global marital satisfaction item.	2 μήνες 6-8 μήνες

Πίνακας 3.6 Εργαλεία μέτρησης της σχέσης και follow up

A/A	ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ, ΕΤΟΣ	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΥΓΓΡΑΦΕΑΣ	ΧΩΡΑ	ΛΙΤΙΟ ΑΠΟΡΡΙΨΗΣ
1	Clinical Obstetrics and Gynecology (2007)	Psychologic Aspects of Early Pregnancy Loss	Cartel et al.	Καναδάς	Είναι βιβλιογραφική ανασκόπηση, στην περίληψη δεν αναφέρεται ο τύπος της έρευνας.
2	British Journal of Psychiatry (1995)	Gender differences in parental psychological distress following perinatal death or sudden infant death syndrome.	Vance et al.	Αυστραλία	Δεν έχει εργαλείο μέτρησης της σχέσης του ζευγαριού, δεν ξεχωρίζει τις αιτίες και την περίοδο απώλειας
3	Qualitative Health Research (2010)	The Unifying Difference: Dyadic Coping With Spontaneous Abortion Among Religious Jewish Couples	Hamama-Raz et al.	Ισραήλ	Το δείγμα του πληθυσμού είναι 5 άτομα. Δεν είναι μελέτη παρατήρησης
4	Psychosomatic Medicine (2003)	Miscarriage Effects on Couples' Interpersonal and Sexual Relationships During the First Year After Loss: Women's Perceptions	Swanson et al.	ΗΠΑ	Δεν αναφέρει μετρήσεις για τη σχέση των ζευγαριών.
5	Health Care Women International (2003)	The impact of ectopic pregnancy: a 16-year follow up study	Lasker & Toedter.	ΗΠΑ	Αναφέρεται αποκλειστικά στην έκτοπη κύηση

Πίνακας 3.7 Άρθρα που απορρίφθηκαν

3.3 Μελέτες που απορρίφθηκαν

Από την αρχική επιλογή των 11 άρθρων επιλέχθηκαν 6 προς ανάλυση ενώ 5 δεν πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής. Τα χαρακτηριστικά τους και οι αιτίες μη επιλογής παρατίθενται στον πίνακα 3.7.

3.4 Αποτελέσματα των υπο-ανάλυση μελετών

Στη συνέχεια του κεφαλαίου αναφέρονται αναλυτικά τα αποτελέσματα των μελετών. Οι περισσότερες από τις έρευνες αυτές έχουν συσχετίσει ποικιλία μεταβλητών με τη σχέση του ζευγαριού και την απώλεια. Υπήρξε ο προβληματισμός για να αναλυθούν εκτενώς οι μεταβλητές αυτές, διότι αφενός δεν είναι ο κεντρικός σκοπός της ανασκόπησης, αφετέρου δεν υπάρχει ομοιογένεια στις έρευνες ως προς την αναφορά και τις μετρήσεις των μεταβλητών. Ωστόσο θεωρήσαμε, ότι είναι πολύ σημαντικές και είναι σκόπιμο να αναφερθούν, παρόλο που δεν θα αναλυθούν, για να αποκτήσει ο αναγνώστης πιο πλήρη και σαφή εικόνα του θέματος και των προεκτάσεών του.

Οι Turton et al. (2006) πραγματοποίησαν στη Μεγάλη Βρετανία μια έρευνα κοορτών για να εκτιμήσουν την επίδραση της εμπειρίας του ενδομήτριου θανάτου στην ψυχική νοσηρότητα των αντρών και στη σχέση του ζευγαριού καθώς και να ανιχνεύσουν τους παράγοντες κινδύνου.

Η έρευνα μελετούσε ζευγάρια τα οποία διένυαν την περίοδο της επόμενης, μετά τον ενδομήτριο θάνατο, εγκυμοσύνης. Το δείγμα παρακολουθούταν σε κλινικές προγεννητικού ελέγχου. Η πρώτη ομάδα (ομάδα απώλειας-ενδομήτριου θανάτου) περιελάμβανε 38 ζευγάρια τα οποία είχαν βιώσει στο παρελθόν εγκυμοσύνη η οποία κατέληξε σε ενδομήτριο θάνατο και διένυαν κατά την έρευνα την περίοδο της νέας κύησης. Ο αριθμός αυτός των ζευγαριών μειώθηκε στα 35 στις 6 εβδομάδες (στην 2η συνέντευξη), στα 33 στους 6 μήνες (3η συνέντευξη) και στα 32 ζευγάρια στο 1-έτος (4η συνέντευξη). Ο μέσος όρος ηλικίας των ανδρών ήταν 34.84 έτη για την ομάδα του Ε.Θ και 35.58 έτη για την ομάδα ελέγχου. Ο μέσος όρος ηλικίας των γυναικών της ομάδας του Ε.Θ ήταν 32.66 έτη, ενώ για την ομάδα ελέγχου 33.08 έτη. Οι ομάδες δεν είχαν καμία σημαντική διαφορά στα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά εκτός από το ακαθάριστο ετήσιο εισόδημα που ήταν χαμηλότερο στην ομάδα του Ε.Θ. Στην έρευνα αναφέρεται ο όρος «ζευγάρι» χωρίς να είναι σαφές εάν είναι σε συμβίωση ή σε γάμο. Το χρονικό διάστημα μεταξύ του ενδομήτριου θανάτου και της αναμενόμενη ημερομηνίας τοκετού της κύησης που ακολουθούσε κυμάνθηκε από 11 έως 44 μήνες (μέση τιμή = 18.8, 18.8, SD = 8.7). Ένα αρκετά υψηλό ποσοστό γυναικών (68.4%) είχαν νέα σύλληψη εντός 1 έτους μετά τον ενδομήτριο θάνατο.

Πραγματοποιήθηκε εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης του ζευγαριού σε 4 φάσεις: κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, μεταξύ 32ης και 38ης εβδομάδας, και μετά

την υγιή γέννηση σε 6 εβδομάδες, 6 μήνες και 1 χρόνο. Η ικανοποίηση μέσα στο γάμο (marital satisfaction) εκτιμήθηκε την περίοδο της εγκυμοσύνης και στους 12 μήνες μετά τον τοκετό με το Golombok Rust Inventory of Marital Satisfaction (GRIMS).

Οι άντρες στην ομάδα της απώλειας είχαν υψηλότερη μέση βαθμολογία στο GRIMS, γεγονός που υποδεικνύει χαμηλότερα επίπεδα της συζυγικής ικανοποίησης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Αυτή η διαφορά με την ομάδα ελέγχου στις μετρήσεις υπήρχε, προ του τοκετού όσο και 1 έτος μετά. Οι διαφορές, ωστόσο, δεν είναι σημαντικές. Οι γενικότερες μετρήσεις, δήλωναν συνήθως υψηλά επίπεδα της συζυγικής ικανοποίησης. Δεν υπήρξε καμία πραγματική απόδειξη για μεγαλύτερο επιπολασμό των συζυγικών προβλημάτων στην ομάδα του ενδομήτριου θανάτου.

Επίσης μετρήθηκαν η κατάθλιψη (depression) στον πατέρα με το Beck Depression Inventory (BDI) και στη μητέρα με το Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Για τη μέτρηση των επιπέδων άγχους (anxiety) χρησιμοποιήθηκε το Spielberger State-Trait Inventory, ενώ για τη διαταραχή μετατραυματικού στρες (post-traumatic stress disorder) οι ερευνητές χρησιμοποίησαν τη συνέντευξη PTSD-I. Στη συνέντευξη μετά από 12 μήνες χρησιμοποιήθηκε μόνο το BDI για την κατάθλιψη σε άνδρες και γυναίκες και όχι το EPDS. Για το άγχος και τη διαταραχή μετατραυματικού στρες χρησιμοποιήθηκε το Spielberger State-Trait Inventory. Όσον αφορά τα επίπεδα της κατάθλιψης, ήταν υψηλότερα για τους άντρες στην ομάδα του Ε.Θ σε όλες τις μετρήσεις, ενώ βρέθηκε σημαντική αλληλεπίδραση του χρόνου και της ομάδας που επηρεάζουν σημαντικά το άγχος ($p = 0.022$). Στις συγκρίσεις με τις γυναίκες, οι άντρες εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής νοσηρότητας και εξακολουθούσαν να είναι ευάλωτοι σε σημαντικά επίπεδα σε συμπτώματα ενόχλησης, κυρίως άγχους και μετατραυματικού στρες.

Οι Mekosh-Rosenbaum & Lasker (1995) πραγματοποίησαν μελέτη στην οποία θέλησαν να συγκρίνουν τη συζυγική ικανοποίηση των ζευγαριών που βίωσαν την απώλεια κύησης (αυτόματη αποβολή, έκτοπη κύηση, εμβρυϊκός θάνατος) με εκείνη των ζευγαριών που είχαν επιτυχημένη εγκυμοσύνη και τοκετό. Η έρευνα διεξήχθη με τη συνεργασία του Πανεπιστημίου Lehigh στην Πενσυλβανία των ΗΠΑ. Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν συνεντεύξεις ημιδομημένες ανοικτού και κλειστού τύπου, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν από εκπαιδευμένες ερευνήτριες σε δύο ομάδες γυναικών.

Το υπό μελέτη δείγμα περιελάμβανε μια ομάδα γυναικών με ιστορικό απώλειας κύησης ($N=138$), τους συντρόφους τους ($N=56$), και μια ομάδα ελέγχου με γυναίκες σε

εγκυμοσύνη (N=215) και τους συντρόφους τους (N=102). Η ομάδα απώλειας είχε βιώσει 18 νεογνικούς θανάτους, 39 εμβρυϊκοί θανάτους, 18 έκτοπες κυήσεις και 63 αυτόματες αποβολές. Όλα τα ζευγάρια που συμμετείχαν στην έρευνα συμπλήρωναν τις ερωτήσεις, εάν είχαν σταθερή σχέση, ανεξάρτητα εάν ήταν σε γάμο ή όχι.

Για την μέτρηση της συζυγικής ικανοποίησης χρησιμοποιήθηκαν 43 στοιχεία από την κλίμακα Enrich. Η ψυχική διαταραχή εκτιμήθηκε με τροποποιημένη έκδοση του SCL-90, το πένθος με την Perinatal Grief Scale, η κοινωνική υποστήριξη με την Turner Provisions of Social Relationship Scale.

Για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων η μελέτη χωρίστηκε σε 3 κύκλους ως εξής:

Κύκλος 1: 6 εβδομάδες μετά το συμβάν για την ομάδα της απώλειας και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για την ομάδα ελέγχου.

Κύκλος 2: 1 έτος παρακολούθησης για την ομάδα της απώλειας, αλλά δεν υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία για την ομάδα της εγκυμοσύνης. Δεν αναλύθηκαν αναδρομικά στοιχεία.

Κύκλος 3: 2 ετών παρακολούθηση (25-29 μήνες μετά τη γέννηση ή την απώλεια) και για τις δύο ομάδες.

Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στη συζυγική ικανοποίηση μεταξύ της ομάδας ελέγχου και της ομάδας απώλειας στον κύκλο 1 ($t = 1.21$, n.s.) ή στον κύκλο 3 ($t = - 0.97$, n.s.).

Όταν η συζυγική ικανοποίηση συγκρίθηκε μεταξύ των ομάδων (εγκυμοσύνης και απώλειας) για άνδρες και γυναίκες χωριστά, δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ούτε στους άνδρες ούτε στις γυναίκες (γυναίκες, 1^{ος} κύκλος: $t = 0.84$, n.s. και 3^{ος} κύκλος, $t = - 1.41$, n.s) (άνδρες, 1^{ος} κύκλος: $t = 1.07$, n.s. και 3^{ος} κύκλος: $t = 0.70$, n.s.). Αν και η συζυγική ικανοποίηση αυξήθηκε σημαντικά για την ομάδα απώλειας μεταξύ του κύκλου 1 και του κύκλου 2, πιστοποιώντας μια περίοδο σταθερότητας για το γάμο, ($t = -1.74$, $p < .05$), υπήρξε σημαντική πτώση ανάμεσα στον κύκλο 2 και 3 ($t = 5.04$, $p < 0.001$).

Η ικανοποίηση στο γάμο στην πραγματικότητα μειώθηκε σημαντικά από τον 1^ο έως τον 3^ο κύκλο, τη χρονική περίοδο με τα χαμηλότερα επίπεδα συζυγικής ικανοποίησης, ($t = 2.23$, $p < 0.05$). Η ομάδα της εγκυμοσύνης ανέφερε επίσης μια σημαντική πτώση της συζυγικής ικανοποίησης μεταξύ των κύκλων 1 και 3 ($t =$

5.55, $p < 0.001$). Έτσι, η συζυγική ικανοποίηση μειώθηκε και για τις δύο ομάδες στον 3ο κύκλο της μελέτη.

Όταν η συζυγική ικανοποίηση εξετάστηκε στις ομάδες ανάλογα με το φύλο, τα αποτελέσματα για τις γυναίκες στην ομάδα της απώλειας ήταν διαφορετικά από εκείνα των ανδρών. Οι γυναίκες είχαν βιώσει αυξημένη ικανοποίηση από τον κύκλο 1 έως τον κύκλο 2 ($t = -1.95$, $p = 0.054$), ενώ σημαντικές μειώσεις υπήρξαν στους κύκλους 1 και 3, και 2 και 3, ($t = 2.04$, $p < 0.05$; $t = 4.31$, $p < 0.001$).

Για τους άνδρες στην ομάδα της απώλειας, η αύξηση που υπήρχε στις γυναίκες στον κύκλο 1 και 2 δεν βρέθηκε, ($t = -0.27$, n.s.). Έτσι, οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι ήταν οι βαθμολογίες των γυναικών που προκάλεσαν την αύξηση της συζυγικής ικανοποίησης του πρώτου έτους μετά την απώλεια. Καμία διαφορά επίσης δεν βρέθηκε για τους άνδρες από τον κύκλο 1 στον κύκλο 3 ($t = 0.90$, n.s.)

Ωστόσο, η ικανοποίηση των ανδρών μειώθηκε από το 2ο έως τον 3ο κύκλο ($t = 2.61$, $p = 0.014$). Αν και οι βαθμολογίες των ανδρών ήταν σημαντικά πιο σταθερές από ότι για τις γυναίκες, και τα δύο φύλα στις ομάδες απώλειας ήταν λιγότερο ικανοποιημένα από το γάμο τους 24 με 29 μήνες μετά την απώλεια σε σύγκριση με ένα χρόνο νωρίτερα. Οι μεταβολές στη συζυγική ικανοποίηση στην ομάδα της εγκυμοσύνης εξετάστηκαν για άνδρες και γυναίκες χωριστά, οι δύο ομάδες παρουσίασαν μια μείωση από την περίοδο της κύησης έως τους 25-29 μήνες μετά τον τοκετό (γυναίκες: $t = 4.50$, $p < 0.001$; άνδρες $t = 3.33$, $p < 0.01$.)

Όσον αφορά την οριστική διάλυση της σχέσης ή του γάμου καθώς προχωρούσε η μελέτη, 20 άτομα στην ομάδα της εγκυμοσύνης και 24 στην ομάδα της απώλειας ανέφεραν μια αλλαγή στη σχέση τους, οι περισσότεροι από τους οποίους ήταν παντρεμένοι. Τέσσερα ζευγάρια στην ομάδα της εγκυμοσύνης (3.67%) και έξι στην ομάδα της απώλειας (5.77%) ανέφεραν είτε χωρισμό ή διαζύγιο κατά το χρόνο της τελικής συνέντευξης.

Οι υψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα του πένθους σε όλους τους κύκλους της μελέτης σχετίστηκαν με τη χαμηλότερη συζυγική ικανοποίηση στην ομάδα της απώλειας ($p < 0.001$), (1ος Κύκλος: $r = -0.50$), (2ος κύκλος: $r = -0.44$), (3ος κύκλος: $r = -0.44$). Και για τις δυο ομάδες, η υψηλότερη συζυγική ικανοποίηση συσχετίστηκε με χαμηλότερη ψυχική διαταραχή [απώλειας ($r = -0.34$, $p < 0.001$) και εγκυμοσύνης ($r = -0.41$, $p < 0.001$)] και με μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη στον 1ο κύκλο, και για τις δύο ομάδες [απώλειας ($r = 0.24$, $p < 0.001$) και εγκυμοσύνης ($r = 0.40$, $p < 0.001$)]. Στην

ομάδα ελέγχου δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των προγραμματισμένων και μη, κήσεων και τις βαθμολογίες της ικανοποίησης στο γάμο ($t = - 0.55$, n.s.). Αντίθετα στην ομάδα απώλειας βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($t = - 2.74$, $p = 0.007$), με την υψηλότερη συζυγική ικανοποίηση να την έχουν τα άτομα που είχαν προγραμματίσει την κήση. Ωστόσο, διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δειγμάτων όσον αφορά τη μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη, με την ομάδα απώλειας να αναφέρει χαμηλότερη συζυγική ικανοποίηση ($t = 2.19$, $p < 0.05$).

Η ομάδα της απώλειας ($M = 87.73$, σε μήνες) διατηρούσε σχέση με το σύντροφο για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από την ομάδα ελέγχου ($M = 71.01$, σε μήνες). Η χρονική διάρκεια μιας σχέσης συσχετίστηκε θετικά με τη συζυγική ικανοποίηση, για την ομάδα απώλειας ($r = 0,18$, $p < 0.01$), αλλά δεν ήταν στατιστικά σημαντική για την ομάδα ελέγχου.

Από την ομάδα της απώλειας διαλύθηκαν 6 σχέσεις, τρεις από αυτές είχαν προγραμματίσει τις κήσεις, ενώ τρεις όχι. Η μέση ηλικία για τις γυναίκες σε αυτή την ομάδα απώλειας / χωρισμού ήταν 19,7 έτη, η οποία ήταν αισθητά χαμηλότερη από τη μέση ηλικία του δείγματος (28,5 έτη). Η μέση βαθμολογία για τη συζυγική ικανοποίηση για τον κύκλο 1 σε αυτή την ομάδα χωρισμού / διαζυγίου ($M = 122.57$) ήταν επίσης χαμηλότερη από τη μέση τιμή ($M = 140.16$). Στην α' συνέντευξη (αμέσως μετά την απώλεια), τα άτομα (από την ομάδα απώλειας) που τελικά η σχέση τους κατέληξε σε διάλυση, σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα του πένθους ($M = 115.86$) σε σύγκριση με την ομάδα απώλειας συνολικά ($M = 78.15$). Υψηλότερες ήταν και οι ψυχικές διαταραχές, όπως μετρήθηκαν με την τροποποιημένη κλίμακα SCL-90 ($M = 41.71$) σε σύγκριση με το δείγμα απώλειας συνολικά ($M = 28.33$). Η μέση διάρκεια της σχέσης για αυτή την υποομάδα χωρισμού/διαζυγίου ήταν 5.08 χρόνια, ενώ το σύνολο της ομάδας απώλειας είχε μέση χρονική διάρκεια σχέσης τα 7.31 έτη.

Στο δείγμα του ελέγχου, οι τέσσερις οι οποίοι χώρισαν/πήραν διαζύγιο ανέφεραν μέση βαθμολογία συζυγικής ικανοποίησης 132.25 σε σύγκριση με την αντίστοιχη 141.71 του συνολικού δείγματος της εγκυμοσύνης. Οι SCL-90 βαθμολογίες τους ($M = 30.75$) ήταν παρόμοιες με της ομάδα εγκυμοσύνης ως σύνολο ($M = 29.32$).

Οι Beutel et al. (1996) πραγματοποίησαν ελεγχόμενη μελέτη παρακολούθησης θέλοντας να εντοπίσουν τις διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στους άντρες και στις γυναίκες στον τρόπο που αντιμετωπίζουν το θρήνο μετά την απώλεια της εγκυμοσύνης. Οι ερευνητές υπέθεσαν ότι: 1.Οι άντρες θρηνούν λιγότερο από τις γυναίκες 2. Οι

άντρες δεν εκφράζουν ανοιχτά το πένθος τους, το οποίο επιλύεται πιο γρήγορα 3. Οι άντρες αναπτύσσουν δεσμό με το αγέννητο παιδί λιγότερο δυνατό από ότι οι γυναίκες. 4. Το ενδιαφέρον του άντρα και οι τρόποι που το εκδηλώνει διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο για την καλή ψυχική κατάσταση της συντρόφου. Επιλέχθηκε αρχικά ένα δείγμα αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού με ζευγάρια τα οποία είχαν βιώσει την απώλεια της εγκυμοσύνης πριν την 20η εβδομάδα με τα εξής χαρακτηριστικά: η μέση ηλικία ανδρών και γυναικών ήταν 33 και 30 έτη αντίστοιχα, εργάζονταν όλοι και ανήκαν στη μεσαία κοινωνικοοικονομική τάξη, ο μέσος όρος ηλικίας της κύησης κατά την αποβολή ήταν 10 εβδομάδες (6-16 εβδομάδες), 48% των ζευγαριών είχαν και ένα άλλο παιδί ενώ το 18% των γυναικών είχαν ξαναπαντρευτεί.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 3 φάσεις μέσα σε χρονικό διάστημα ενός έτους, συγκεκριμένα 1 εβδομάδα, 6 και 12 μήνες μετά την αυτόματη αποβολή. Στο επιλεγμένο δείγμα πληθυσμού στάλθηκαν ταχυδρομικώς ερωτηματολόγια, στην αρχική φάση ανταποκρίθηκαν 56 ζευγάρια, στη δεύτερη φάση 47 και στην τρίτη 45. Τα ερωτηματολόγια περιελάμβαναν ερωτήσεις για τις συνθήκες στην εγκυμοσύνη, τη σχέση με το έμβρυο και την ποιότητα της σχέσης με το σύντροφο και άλλους. Τα ερωτηματολόγια ήταν σταθμισμένα και έγκυρα για τη μέτρηση της κατάθλιψης, του άγχους και των σωματικών ενοχλήσεων.

Για να ερευνηθεί η φύση και η έκταση της υποστήριξης του άντρα προς τη σύντροφό του μετά την απώλεια συμπληρώθηκε από τις γυναίκες που συμμετείχαν μια σύντομη, κλίμακα αυτοαναφοράς 4-στοιχείων (Cronbach $\alpha = 0,81$). Με την κλίμακα αυτή μετρήθηκε η κατανόηση και η διακριτικότητα του συντρόφου, και εάν η σχέση χαρακτηρίζεται από αμοιβαία εμπιστοσύνη και ικανοποίηση.

Στην α' συνέντευξη, το 75% των γυναικών ανέφεραν ότι οι σύντροφοί τους έδειχναν κατανόηση και διακριτικότητα στην αρχή, αλλά όχι και αργότερα. Ένα άλλο 14% παραπονέθηκε ότι οι σύντροφοί τους απέφευγαν να μιλούν για την απώλεια, ένας αριθμός που αυξήθηκε σε 29% και 27% μετά από 6 και 12 μήνες, αντίστοιχα. Προκειμένου να προσδιοριστεί η επίδραση της υποστήριξης των συντρόφων σχετικά με τις αντιδράσεις θλίψης και κατάθλιψης, τα αποτελέσματα σχετικά με την υποστήριξη χωρίστηκαν σε τεταρτημόρια. Συγκρίθηκαν τα κατώτατα και τα ανώτατα τεταρτημόρια με τα ακόλουθα αποτελέσματα: οι γυναίκες με τη μικρότερη υποστήριξη είχαν το υψηλότερο ποσοστό κατάθλιψης ($p \leq 0.05$) και άγχους ($p \leq 0.05$). Ωστόσο, η στήριξη αυτή δεν είχε καμία επίδραση στην ένταση των αντιδράσεων του πένθους. 41% εκατό

των γυναικών ένιωθαν απογοητευμένες από τις εκδηλώσεις συμπαράστασης των φίλων και της οικογένειας τους και παραπονέθηκαν για έλλειψη κατανόησης και ενδιαφέροντος.

Έξι μήνες αργότερα, οι γυναίκες που συνέχιζαν να εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης, ανέφεραν ότι οι σύντροφοί τους, απέφευγαν να μιλούν για την αμοιβαία απώλεια τους και ένιωθαν δυσαρεστημένες με την υποστήριξη από το σύντροφό τους ($p \leq 0.01$) πιο συχνά από τις γυναίκες που δεν είχαν κατάθλιψη ($p \leq 0.001$). Μετά από 12 μήνες, οι γυναίκες με κατάθλιψη συνέχισαν να αναφέρουν παράπονα σχετικά με τους συζύγους τους και ανέφεραν αυξημένη οικογενειακή σύγκρουση ($p \leq 0.01$).

Τον διαφορετικό τρόπο που αντιμετωπίζουν τα δύο φύλα την απώλεια στηρίζουν οι δηλώσεις των ανδρών, ότι αφενός δεν τους ωφελεί, αφετέρου δεν αισθάνονται την ανάγκη να συζητούν για το «γεγονός» ($p \leq 0.001$) και ότι είχαν λιγότερα άτομα να συζητήσουν εκτός της σχέσης τους ($p \leq 0.01$) ή να εμπιστευθούν ($p \leq 0.001$). Οι υψηλές βαθμολογίες του πένθους, μειώθηκαν σημαντικά και στους άνδρες και στις γυναίκες μετά από 6 μήνες, αλλά οι αρχικές διαφορές μεταξύ των φύλων στην κατάθλιψη ($p \leq 0.05$) και στο πένθος παρέμειναν ($p \leq 0.05$). Μετά από 12 μήνες, μόνο το επίπεδο του πένθους παρέμεινε υψηλότερο στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες ($p \leq 0.05$). Την ίδια περίοδο οι γυναίκες σκέφτονταν ($p \leq 0.01$) και μιλούσαν ($p \leq 0.01$) πιο συχνά για την αποβολή από ό, τι οι σύντροφοί τους. Οι άνδρες θυμούνταν την εμπειρία με λιγότερο πόνο από τις γυναίκες ($p \leq 0.01$) και θεωρούσαν ότι είχε μικρότερη επίπτωση ($p \leq 0.05$) στην τρέχουσα ζωή τους από ότι οι σύντροφοί τους.

Οι Turton et al. (2009) πραγματοποίησαν μια διαχρονική μελέτη, στη Μεγάλη Βρετανία, με σκοπό να εντοπίσουν τις μακροπρόθεσμες ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις από τον ενδομήτριο θάνατο και να αναγνωρίσουν τους παράγοντες εκείνους που σχετίζονται με τη δυσμενή έκβαση στη σχέση των ζευγαριών.

Ο πληθυσμός του δείγματος είχε παρακολουθηθεί στο παρελθόν από κλινικές προγεννητικού ελέγχου και είχε παιδιά ηλικίας 6-8 ετών. Το συνολικό δείγμα αποτελούνταν από 103 γυναίκες, από τις οποίες 52 είχαν βιώσει ενδομήτριο θάνατο (ομάδα Ε.Θ) και 51 όχι (ομάδα ελέγχου). Η μέση ηλικία της ομάδας Ε.Θ ήταν 37.4 έτη με εύρος από 27-53 ενώ στην ομάδα ελέγχου 37.9 έτη με εύρος 27-50.

Μετρήθηκαν η ψυχική νοσηρότητα και εάν οι γονείς ήταν ακόμα μαζί. Χρησιμοποιήθηκε η δομημένη διαγνωστική συνέντευξη (Structured Clinical Interview) για το DSMIV (SCID), ώστε να ανιχνευτούν πρόσφατα και παρελθόντα ψυχιατρικά

προβλήματα. Στην ομάδα του Ε.Θ. σχετίστηκαν τα αποτελέσματα από τις μετρήσεις του PTSD με τις περιπτώσεις εκείνες που α) η μητέρα είδε ή κράτησε το έμβρυο β) είχε υποστήριξη από το σύντροφό της γ) η σχέση διαλύθηκε.

Για να εξεταστούν οι διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες χρησιμοποιήθηκαν τα paired tests (Wilcoxon & McNemar). Εξετάστηκαν παράγοντες που σχετίζονται με τη διάλυση της σχέσης των γυναικών που βίωσαν ενδομήτριο θάνατο χρησιμοποιώντας τα μη-κατά ζεύγη tests (unpaired tests): Fisher' s Exact test .

Στην ομάδα του Ε.Θ. 19 (36.5%) από τις 52 μητέρες είχαν βιώσει διάλυση της σχέσης σε σύγκριση με 6 (11.8%) από τις 51 μητέρες της ομάδας ελέγχου ($p=0.005$).

Στην ομάδα ελέγχου δεν βρέθηκαν κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες που να σχετίζονται με το χωρισμό, πιθανόν γιατί μόνο έξι ζευγάρια είχαν χωρίσει στην ομάδα αυτή.

Ελέγχθηκαν οι διαφορές των γυναικών που χώρισαν με αυτές που όχι στην ομάδα του Ε.Θ. Η ηλικία της μητέρας (οι νεότερες), μέσος όρος 34έτη σε σύγκριση με τα 39 των γυναικών που δεν χώρισαν ($p=0.003$, Mann-Whitney test), η διάρκεια της σχέσης (μικρότερη), μέσος όρος 3έτη σε σύγκριση με τα 6 έτη των γυναικών που δεν χώρισαν ($p<0.001$ Mann-Whitney test), και τα κοινωνικά μειονεκτήματα 13 από αυτές που χώρισαν (68.4%) σε σύγκριση με 7 (21.2%) από αυτές που όχι ($p=0.001$, Fisher' s exact test), φαίνεται ότι μπορεί να έχουν κάποια σχέση με τη διάλυση του δεσμού του ζευγαριού.

Δεν βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ επόμενης απώλειας εγκυμοσύνης ή γέννησης δεύτερου παιδιού με τη διάλυση της σχέσης.

Το επίπεδο υπόθεσης του PTSD, 8 (42.1%) από την ομάδα απώλειας που χώρισαν έναντι 4 (12.1%) από την ομάδα απώλειας που δεν χώρισαν ($p=0.02$, Fisher' s exact test), αλλά όχι η κατάθλιψη 36.8% έναντι 24.2 αντίστοιχα ($p=0.53$, Fisher' s exact test,) σχετίστηκαν με τη διάλυση της σχέσης.

Από τις μεταβλητές που σχετίστηκαν με τον ενδομήτριο θάνατο και τη διάλυση του δεσμού/γάμου υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το αν οι γυναίκες αγκάλιασαν το νεκρό έμβρυο, από τις οποίες χώρισε το 78.9% ($p=0.02$, Fisher' s exact test) και από αυτές που ανέφεραν έλλειψη υποστήριξης από τον σύντροφο, από τις οποίες χώρισε το 55.6% ($p=0.001$, Fisher' s exact test).

Οι Al, Sen, & Hayward (2010) πραγματοποίησαν ανάλυση επιβίωσης με σκοπό να εξετάσουν τη συσχέτιση μεταξύ της έκβασης της εγκυμοσύνης και την

μετέπειτα επιβίωση της σχέσης. Χρησιμοποίησαν στοιχεία από National Survey of Family Growth (NSFG), η οποία πραγματοποίησε συγχρονική έρευνα σε εθνικά αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού, στις ΗΠΑ, αποτελούμενο από άνδρες και γυναίκες, ηλικίας 15 έως 44. Για τη συλλογή των δεδομένων σχετικά με το οικογενειακό και αναπαραγωγικό ιστορικό χρησιμοποιήθηκε η διαπροσωπική ή μέσω Η/Υ συνέντευξη.

Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης για την ανάλυση επιβίωσης ήταν 7.8 έτη. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο ανάλογων συναρτήσεων κινδύνου, COX. Μελετήθηκαν 7770 κυήσεις σε 3707 μητέρες από τις οποίες το 82% κατέληξε σε γεννήσεις ζώντων νεογνών, το 16% σε αυτόματες αποβολές και το 2% σε ενδομήτριο θάνατο. Η μέση ηλικία των γυναικών που είχαν υγιή γέννηση ήταν 21.5 έτη, αυτόματη αποβολή 22.3 έτη και ενδομήτριο θάνατο 22.4 έτη.

Ο έλεγχος για γνωστούς παράγοντες κινδύνου έδειξε ότι οι γυναίκες που είχαν αποβολές (hazard ratio: 1.22 [95% CI: 1.08–1.38], $p=0.001$) ή ενδομήτριο θάνατο (hazard ratio: 1.40 [95% CI: 1.10–1.79], $p=0.007$) είχαν σημαντικά μεγαλύτερο κίνδυνο για τον τερματισμό της σχέσης τους, σε σύγκριση με τις γυναίκες των οποίων οι εγκυμοσύνες κατέληξαν σε γεννήσεις ζώντων νεογνών.

Πλήθος μεταβλητών βρέθηκαν από τους ερευνητές ως στατιστικά σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για τη διάλυση της σχέσης: η χαμηλή ηλικία της μητέρας, η συγκατοίκηση (hazard ratio 3.15 [95% CI: 2.75–3.61], $p < 0.05$), η προηγούμενη βιώσιμη κύηση (hazard ratio: 1.24 [95% CI: 1.12–1.37], $p < 0.05$), η μαύρη φυλή (hazard ratio: 1.25 [95% CI: 1.10–1.45], $p < 0.05$), και η μικρότερη χρονική διάρκεια της σχέσης (hazard ratio: 0.99 [95% CI: 0.99–0.99], $p < 0.05$). Ο έλεγχος για συσχέτιση γνωστών παραγόντων κινδύνου με τη διάλυση της σχέσης είχε τα εξής αποτελέσματα: οι γυναίκες με αποβολή (hazard ratio: 1.22 [95% CI: 1.08–1.38], $p=0.001$) και ενδομήτριο θάνατο (hazard ratio: 1.40 [95% CI: 1.10–1.79], $p=0.007$) είχαν υψηλότερο κίνδυνο να τελειώσει η σχέση τους, σε σύγκριση με τις χωρίς προβλήματα κυήσεις.

Τα αποτελέσματα που σχετίζονταν με την αυτόματη αποβολή συνέβαιναν κυρίως 1.5 και 3 χρόνια μετά το γεγονός. Αντίθετα, τα αποτελέσματα από τον ενδομήτριο θάνατο επέμεναν ως και 9 ή 10 χρόνια μετά την απώλεια. Σύμφωνα με τους ερευνητές φαίνεται ότι η επίδραση του ενδομήτριου θανάτου στη σχέση του ζευγαριού ήταν πιο έντονη από αυτή της αποβολής.

Οι Najman et al. (1993) πραγματοποίησαν διαχρονική έρευνα σε γονείς που είχαν βιώσει απώλεια εμβρύου ή βρέφους και συγκεκριμένα: ενδομήτριο θάνατο (Stillbirth), νεογνικό θάνατο (Neonatal Death) και σύνδρομο αιφνιδίου θανάτου (Sudden Infant Death). Σκοπός τους ήταν να ανιχνεύσουν εάν οι τρεις αυτές περιπτώσεις απωλειών σχετίζονται με αλλαγές στη διάρκεια ή την ποιότητα της σχέσης του ζευγαριού, παντρεμένου ή σε συμβίωση. Οι συνεντεύξεις έγιναν τους 2 πρώτους μήνες μετά την απώλεια και 6-8 μήνες αργότερα.

Το δείγμα προήλθε από νοσοκομεία της περιοχής (South East Queensland, Australia). Συνολικά 934 γονείς είχαν συμπεριληφθεί στη μελέτη, 180 από τους οποίους είχαν βιώσει ενδομήτριο θάνατο. Οι γυναίκες ήταν 511 και οι άντρες 423, 809 ήταν παντρεμένοι, 80 σε συμβίωση και 45 χωρισμένοι. Στο άρθρο δεν αναφέρονται άλλα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία της ομάδας με τον ενδομήτριο θάνατο. Η ομάδα ελέγχου είχε επιτυχή έκβαση εγκυμοσύνης.

Η συζυγική ικανοποίηση καθορίστηκε από την απάντηση μιας προ-κωδικοποιημένης ερώτησης σε 2 φάσεις συλλογής δεδομένων, στους 2 και 6-8 μήνες μετά την απώλεια. Και στις 2 φάσεις χρησιμοποιήθηκαν 7 στοιχεία από τη Δυαδική Κλίμακα προσαρμογής του Spanier (Spanier 's Dyadic Adjustment Scale). Αυτά τα στοιχεία εστιάζουν σε μεγάλο βαθμό στο επίπεδο της διαφωνίας / σύγκρουσης στη σχέση.

Οι ερευνητές επισήμαναν ότι ο όρος δυαδική αναφέρεται στη συγκεκριμένη έρευνα σε μια σχέση στην οποία δύο άτομα συμβιώνουν, ανεξαρτήτως αν έχουν τελέσει γάμο. Οι συντελεστές αξιοπιστίας (Cronbach Alpha) για την πρώτη φάση ήταν 0,82 και για τη δεύτερη 0,83.

Οι μητέρες της ομάδας Ε.Θ (ενδομήτριου θανάτου) ανέφεραν 2 μήνες μετά την απώλεια ότι η σχέση τους χαρακτηρίζεται από κάποια διαφωνία ή σύγκρουση σε ποσοστό 12% σε σχέση με την ομάδα ελέγχου που το ποσοστό ήταν 6.5%, δηλαδή σχεδόν οι μισές ($p=0.04$). Στους άντρες τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 8% για την ομάδα Ε.Θ έναντι 5% για την ομάδα ελέγχου ($p=0.05$). 6-8 μήνες μετά οι μητέρες ανέφεραν σύγκρουση ή διαφωνία στη σχέση σε ποσοστό 16.4 % στην ομάδα του Ε.Θ σε σύγκριση με 14.9 στην ομάδα ελέγχου, δηλαδή τα ποσοστά αυξήθηκαν και για τις δυο ομάδες γυναικών. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους άντρες είναι 11.3% και 7% ($p=n.s$).

Κεφάλαιο 4^ο
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ

«Μπροστά στον ανθρώπινο πόνο, όλες οι επιστημονικές θεωρίες αποδεικνύονται ανίσχυρες, ενώ, αντίθετα, η συμπαράσταση ενός ανθρώπου, διατεθειμένου να ακούσει και να βοηθήσει τον πενθούντα, μπορεί να απαλύνει την τόσο επώδυνη κατάστασή του».

Bacqué Marie-Frédérique (2007)

4. Συμπεράσματα

4.1. Χαρακτηριστικά μελετών

Οι μελέτες που αναλύθηκαν στην παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκαν σε ανεπτυγμένες χώρες, με υψηλό βιοτικό επίπεδο, 2 στις ΗΠΑ (Mekosh-Rosenbaum & Lasker, 1995; Gold et al., 2010) μία στη Γερμανία (Beutel et al., 1996), μία στην Αυστραλία (Najman et al., 1993) και 2 στη Μεγάλη Βρετανία (Turton et al., 2006; Turton et al., 2009). Το χρονικό διάστημα των ερευνών κυμαίνεται μεταξύ του 1993 και του 2010, καλύπτει δηλαδή την τελευταία 20ετή βιβλιογραφία.

Οι 5 από τις 6 έρευνες αναφέρονται σε πληθυσμό που έκανε χρήση των υπηρεσιών υγείας, γεγονός που αυξάνει την ομοιογένεια της προέλευσης του δείγματος, αλλά ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού πιθανόν να λανθάνει των μελετών, λόγω του ότι όσοι ανήκουν σε χαμηλή κοινωνικοοικονομική τάξη πιθανόν δεν κάνουν τόσο συχνά χρήση των υπηρεσιών υγείας. Αυτή η πιθανότητα ενισχύεται από το γεγονός ότι όλα τα δείγματα στις υπό ανάλυση έρευνες είναι μεσαίας κοινωνικοοικονομικής τάξης. Στο συνολικό δείγμα απώλειας οι άντρες είναι 573, οι γυναίκες 4502, το σύνολο του δείγματος 5075, δηλαδή το 12% είναι οι άντρες και το 88% είναι γυναίκες (πίνακας 3.3). Η μεγάλη διαφορά στο δείγμα ως προς τη συμμετοχή των δύο φύλων οφείλεται κυρίως στις έρευνες των Turton et al. (2009) και Gold et al. (2010), των οποίων το δείγμα απώλειας αποτελείται μόνο από γυναίκες, ενώ οι υπόλοιπες έρευνες χρησιμοποιούν ζευγάρια. Όλες οι υπό μελέτη ομάδες είναι σε γάμο ή σε συμβίωση, δηλαδή σε σταθερή σχέση που δεν έχει επισημοποιηθεί.

Μελετήθηκαν συνολικά 1752 περιπτώσεις απώλειας εγκυμοσύνης από τις οποίες 23.3% ήταν ενδομήτριοι θάνατοι και 76.7% αυτόματες αποβολές. Τον ενδομήτριο θάνατο μελέτησαν 2 έρευνες (Turton et al., 2006; Turton et al., 2009), 1 την αυτόματη αποβολή (Beutel et al., 1996), 1 έρευνα και τον ενδομήτριο θάνατο και την αυτόματη αποβολή (Gold et al., 2010), ενώ άλλες 2 έρευνες μελέτησαν την αποβολή ή

τον ενδομήτριο θάνατο μαζί με άλλες περιγεννητικές απώλειες (Mekosh-Rosenbaum & Lasker, 1995; Najman et al., 1993) (πίνακας 3.2).

Ο χρόνος παρακολούθησης στα άρθρα ποικίλει, κυμαίνεται από εβδομάδες έως και 15 έτη μετά την απώλεια (πίνακας 3.6).

Όλες οι έρευνες είναι διαχρονικές και χρησιμοποιούν ομάδες ελέγχου οι οποίες είχαν υγιή έκβαση κύησης.

Για την αξιολόγηση του γάμου χρησιμοποιήθηκαν διάφορα εργαλεία: το Golombok Rust Inventory of Marital Satisfaction (GRIMS) (Turton et al., 2006), η κλίμακα marital satisfaction instrument included 43 items from the ENRICH (Mekosh-Rosenbaum & Lasker, 1995), μια κλίμακα αυτοαναφοράς 4 στοιχείων (4-item self-report scale) (Beutel et al., 1996), δομημένη κλινική συνέντευξη (Structured Clinical Interview) για το DSMIV (SCID) (Turton et al., 2009), συνέντευξη (Gold et al., 2010) και δυαδική κλίμακα προσαρμογής του Spanier (Spanier's Dyadic Adjustment Scale) (Najman et al., 1993).

Στη συνέχεια πραγματοποιείται ανάλυση των μελετών με βάση δύο σκέλη: την ικανοποίηση στο γάμο ή την ύπαρξη συγκρούσεων στη σχέση και τα ποσοστά διάλυσης της σχέσης ή διαζυγίου.

4.2 Η ικανοποίηση από τη σχέση/γάμο.

Τέσσερις από τις μελέτες ερεύνουν την έκβαση της σχέσης ως «συζυγική ικανοποίηση» (marital satisfaction), χρησιμοποιώντας τον όρο αυτό και για τα ζευγάρια που συμβίωναν.

Οι Turton et al (2006) δεν εντόπισαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ομάδα της απώλειας σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου όσον αφορά τα συζυγικά προβλήματα. Δεν υπήρξε ισχυρή ένδειξη για το μεγαλύτερο επιπολασμό των προβλημάτων στις σχέσεις γονέων που έχουν βιώσει απώλεια κύησης και συγκεκριμένα ενδομήτριο θάνατο. Είναι σημαντικό, ωστόσο, ότι οι άντρες που είχαν βιώσει απώλεια είχαν μια ελαφρώς υψηλότερη μέση βαθμολογία στο GRIMS, που υποδεικνύει χαμηλότερα επίπεδα της συζυγικής ικανοποίησης, τόσο στη προ του τοκετού εκτίμηση όσο και 1 έτος μετά. Γενικά όμως οι βαθμολογίες στην έρευνα αυτή όσον αφορά τη συζυγική ικανοποίηση ήταν υψηλές. Αξίζει επίσης να αναφερθεί ότι δύο ζευγάρια στην ομάδα του ενδομήτριου θανάτου αποσύρθηκαν κατά τη διάρκεια της μελέτης και

επικαλέστηκαν δυσκολίες στο γάμο ενώ κανένα από τα ζευγάρια ελέγχου δεν αποσύρθηκε για το λόγο αυτό. Η έρευνα όμως αυτή εξετάζει την ικανοποίηση μετά από μια περίοδο χαράς που είναι η υγιής γέννηση ενός μωρού, και βραχυπρόθεσμα όχι μακροπρόθεσμα τα αποτελέσματα στο ζευγάρι. Επίσης ο μέσος όρος της ηλικίας των ζευγαριών είναι γύρω στα 34, μια ηλικία ωριμότητας και διαφορετικής αντιμετώπισης στρεσογόνων γεγονότων. Επιπλέον, οι ερευνητές δεν συσχετίζουν τα αποτελέσματα αυτά με την ύπαρξη άλλου παιδιού στην οικογένεια, με τη διάρκεια της σχέσης ή με άλλα στρεσογόνα γεγονότα που έχουν συμβεί στο παρελθόν και μπορεί να έχουν οδηγήσει τη σχέση σε άλλο επίπεδο.

Με τα αποτελέσματα της προηγούμενης έρευνας συγκλίνουν και αυτά των Mekosh-Rosenbaum & Lasker (1995), οι οποίοι δεν εντόπισαν σημαντικές διαφορές στη συζυγική ικανοποίηση ούτε όταν σύγκριναν τις ομάδες απώλειας και ελέγχου, ούτε τις ομάδες εσωτερικά, δηλαδή τους άντρες και τις γυναίκες. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι όσο προχωρούσε η μελέτη η συζυγική ικανοποίηση αυξήθηκε σημαντικά για την ομάδα απώλειας ένα χρόνο μετά, υποδεικνύοντας έτσι μια περίοδο σταθερότητας και ισορροπίας για τη σχέση. Έκπληξη προκαλεί το συμπέρασμα της έρευνας ότι στους 25-29 μήνες της μελέτης η συζυγική ικανοποίηση μειώθηκε και στις 2 ομάδες, γεγονός που αποδεικνύει ότι η γέννηση ενός παιδιού μπορεί να αποτελεί τόσο στρεσογόνο παράγοντα όσο και η απώλειά του ή ότι υπάρχουν και άλλοι καθοριστικοί παράγοντες στη ζωή ενός ζευγαριού, εξίσου σημαντικοί.

Σε αντίθεση με τις δύο προηγούμενες περιπτώσεις, οι γυναίκες στην έρευνα των Beutel et al. (1996) ανέφεραν αυξημένη συζυγική σύγκρουση 6 μήνες μετά την απώλεια (αυτόματη αποβολή), η οποία συνέχισε να κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα 1 χρόνο αργότερα. Αμέσως μετά την αυτόματη αποβολή, το 75% ήταν ικανοποιημένες με την κατανόηση και το ενδιαφέρον των συντρόφων τους, ενώ το 14% παραπονέθηκε για έλλειψη επικοινωνίας. Όσο περνούσε ο χρόνος αυξανόταν το ποσοστό των δυσαρεστημένων γυναικών αντί να μειώνεται σε 29% και 27% μετά από 6 και 12 μήνες, αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα όμως αυτά σχετίζονται με την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης στις γυναίκες ($p \leq 0.001$), οι οποίες δήλωναν δυσαρεστημένες από τη σχέση λόγω μειωμένης επικοινωνίας και υποστήριξης. Ένα χρόνο μετά, οι γυναίκες με κατάθλιψη συνέχισαν να αναφέρουν αυξημένη συζυγική σύγκρουση και έντονα παράπονα ($p \leq 0.01$). Ο αντίκτυπος στον άνδρα παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον εάν τον συγκρίνουμε με τις παράλληλες αντιδράσεις των γυναικών. Αν και

δεν υπάρχουν στοιχεία για τους άνδρες από τον 6ο μήνα και τον 1^ο χρόνο είναι στατιστικά σημαντικό ότι οι άντρες αμέσως μετά την αποβολή συνδέουν την ποιότητα της σχέσης με την κατάθλιψη ($p \leq 0.05$) και την ευερεθιστότητά ($p \leq 0.05$) των συντρόφων τους, ενώ εκδηλώνουν υψηλό ενδιαφέρον για την ψυχοσωματική υγεία των γυναικών ($p \leq 0.05$).

Τη θετική συσχέτιση μεταξύ απώλειας και χαμηλής συζυγικής ικανοποίησης βρήκαν και οι Najman et al. (1993), οι οποίοι όμως μελέτησαν τον ενδομήτριο θάνατο και άλλες απώλειες, ενώ οι Beutel et al. (1996) μόνο την αυτόματη αποβολή. Το ποσοστό των γυναικών στους Najman et al. (1993) που ανέφεραν ότι η σχέση τους είναι σε σύγκρουση ή διαφωνία είναι διπλάσιο (12%) από το ποσοστό των γυναικών που δεν είχαν βιώσει απώλειες (6.5%) ($p = 0.04$). Αυτή η στατιστικά σημαντική διαφορά υπήρχε στους 2 μήνες μετά την απώλεια, συνέχισε, ωστόσο, να ανιχνεύεται και στη δεύτερη συνέντευξη των δειγμάτων 6 μήνες μετά, χωρίς όμως να είναι στατιστικώς σημαντική. Συγκεκριμένα, 6 μήνες αργότερα, η ομάδα απώλειας ανέφερε διαφωνία στη σχέση σε ποσοστό 16.4% στην ομάδα του ενδομήτριου θανάτου, σε σύγκριση με 14.9% στην ομάδα ελέγχου ($p = n.s.$). Αυτό που διακρίνεται στα παραπάνω αποτελέσματα είναι ότι αυξήθηκαν ελάχιστα τα ποσοστά στην ομάδα του ενδομήτριου θανάτου (4.4 μονάδες) αλλά αυξήθηκαν πολύ τα ποσοστά στην ομάδα ελέγχου (8.4 μονάδες). Τα αποτελέσματα αυτά μάλλον υποδεικνύουν ότι έχει επιδεινωθεί η ποιότητα της συζυγικής σχέσης μεταξύ γονέων των οποίων το παιδί έχει επιζήσει και όχι ότι έχει βελτιωθεί η σχέση μεταξύ των οντων που το έμβρυο απεβίωσε.

Και στις 4 έρευνες που αναλύονται παραπάνω επισημαίνουμε ότι το χρονικό διάστημα παρακολούθησης είναι πολύ σύντομο (από εβδομάδες έως 2 έτη), γεγονός που δεν επιτρέπει να βγάλουμε ασφαλή συμπεράσματα για τις μακροπρόθεσμες συνέπειες στη σχέση, αφού η αναφορά μη ικανοποίησης μπορεί να συμπίπτει με μια προσωρινή, αναμενόμενη ίσως, περίοδο κρίσης, που τελικά όμως δεν οδηγεί σε οριστική διάλυση της σχέσης

4.3 Η διάλυση της σχέσης / διαζύγιο

Οι Turton et al. (2009) βρήκαν σημαντικά θετική συσχέτιση μεταξύ της εμπειρίας του ενδομήτριου θανάτου και της διάλυσης της σχέσης. Συγκεκριμένα στο 37% (19 από 52 μητέρες) της ομάδας του ενδομήτριου θανάτου, η σχέση ή ο γάμος

είχε διαλυθεί, σε σύγκριση μόλις με το 12% (6 από τις 51 μητέρες) της ομάδα ελέγχου. Τα ευρήματα αυτής της έρευνας προκύπτουν μετά από 7 έτη παρακολούθησης. Οι συγγραφείς για να ερμηνεύσουν το σημαντικό αυτό εύρημα ερεύνησαν πιθανούς παράγοντες πρόβλεψης διάλυσης της σχέσης, καταλήγοντας ότι σχετίζονται θετικά με τη διάλυση οι εξής: η ηλικία της μητέρας (οι νεότερες) ($p=0.003$), η διάρκεια της σχέσης (η βραχύτερη) ($p<.001$), τα κοινωνικά μειονεκτήματα ($p=0.001$), οι μητέρες που είδαν και κράτησαν το νεκρό έμβρυο ($p= 0.02$) και η απύσχα ή χαμηλή υποστήριξη από το σύντροφο ($p= 0.001$).

Οι Gold et al. (2010) συμπέραναν στη μελέτη τους ότι οι γυναίκες με αποβολή (hazard ratio: 1.22 [95% CI: 1.08–1.38], $p =0.001$) και ενδομήτριο θάνατο (hazard ratio: 1.40 [95% CI: 1.10–1.79]; $p = 0.007$) διέτρεχαν υψηλότερο κίνδυνο να διαλυθεί η σχέση τους, σε σύγκριση με τις κυήσεις που τελείωναν με ζωντανή γέννηση. Στα αποτελέσματα τους υπάρχει μια πτωτική τάση των ποσοστών των σχέσεων που επιβιώνουν στις γυναίκες που έχουν βιώσει απώλειες. Η δυσμενής έκβαση της σχέσης για τις γυναίκες με αυτόματη αποβολή συνέβαινε 1,5 με 3 χρόνια μετά, ενώ τα αποτελέσματα από τον ενδομήτριο θάνατο επέμεναν έως και 9 χρόνια μετά την απώλεια. Παρόλο που η σύνδεση μεταξύ των δύο γεγονότων, απώλειας κύησης και διάλυσης της σχέσης είναι πολύ ισχυρή, ο σχεδιασμός της μελέτης (ανάλυση επιβίωσης) δεν μπορεί να αποδείξει ότι το ένα γεγονός είναι αιτία του άλλου.

Επισημαίνουμε ότι οι 2 τελευταίες μελέτες (Gold et al. & Turton et al.) είναι οι μοναδικές από τις 6 που ερευνούν μόνο γυναίκες, και έχουν μεγάλο χρονικό διάστημα παρακολούθησης.

4.4 Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας επιστημονικής εργασίας ήταν να εντοπιστεί εάν η αυτόματη αποβολή και ο ενδομήτριος θάνατος επηρεάζει τη σχέση των ζευγαριών, σε γάμο ή συμβίωση. Υπήρχαν οι εξής υποθέσεις για τα αποτελέσματα: η απώλεια επηρεάζει αρνητικά τη σχέση και μπορεί να οδηγήσει σε οριστική διάλυση, η απώλεια δεν επηρεάζει τη σχέση, είναι ένα στρεσογόνο γεγονός ζωής, μια «κρίση» που μετά από αυτή η σχέση παραμένει όπως ήταν πριν, ή τέλος το ζευγάρι αξιοποιεί θετικά το γεγονός ζωής, επαναπροσδιορίζει τη σχέση και τη βελτιώνει.

Τα αποτελέσματα από την ανασκόπηση μας ποικίλουν. Από τις 4 μελέτες που ασχολήθηκαν με την ικανοποίηση στο γάμο/σχέση, οι δύο συμπεράναν ότι δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ απώλειας και σχέσης (Turton et al., 2006; Mekosh-Rosenbaum & Lasker, 1995) ενώ οι άλλες δύο βρήκαν ότι η αυξημένη σύγκρουση και η χαμηλή ικανοποίηση σχετίζονται σημαντικά με την απώλεια της κύησης. Από τις 2 μελέτες που ασχολήθηκαν με το γάμο και οι 2 (Turton et al., 2009; Gold et al., 2010) βρήκαν θετική συσχέτιση μεταξύ της διάλυσης της σχέσης και της απώλειας, ανιχνεύοντας μάλιστα και σχετικούς παράγοντες πρόβλεψης ή παράγοντες κινδύνου.

Τα αποτελέσματα μας δείχνουν ότι δεν μπορεί να αποδειχθεί μια αιτιολογική σχέση (Gold et al 2010) ανάμεσα στην απώλεια εγκυμοσύνης και την αρνητική έκβαση της σχέσης, ούτε αυξημένος επιπολασμός (Turton et al., 2006).

Από τις 3 αρχικές υποθέσεις μας σχετικά με τα αναμενόμενα αποτελέσματα των μελετών δεν συναντήσαμε στα υπό-ανάλυση άρθρα την 3^η υπόθεση, δηλαδή τη θετική έκβαση στο γάμο. Δηλαδή υπήρχαν 4 έρευνες (Beutel et al., 1996; Najman et al., 1993; Turton et al., 2009; Gold et al., 2010) που έδειξαν ότι η απώλεια επηρεάζει αρνητικά τη σχέση και άλλες 2 (Turton et al, 2006; Mekosh-Rosenbaum & Lasker, 1995) ότι την επηρεάζει ελάχιστα έως καθόλου αλλά δεν αναφέρθηκαν ή δεν μετρήθηκαν αποτελέσματα που να αναφέρουν θετική εξέλιξη στη σχέση. Η ερμηνεία που θα μπορούσαμε να δώσουμε είναι ότι δεν τέθηκαν ερωτήματα για τη θετική έκβαση - που να σχετίζεται με θετική αξιοποίηση του γεγονότος ζωής - στους συμμετέχοντες. Υποθέτουμε ότι αυτοί που θα είχαν απαντήσει – εάν υπήρχε μια σχετική ερώτηση - ότι η σχέση τους επηρεάστηκε θετικά, ανήκουν στα ποσοστά που δεν ανέφεραν αρνητική έκβαση.

Σχεδόν σε όλες τις έρευνες σχολιάζεται (Turton et al., 2006; Mekosh-Rosenbaum & Lasker, 1995; Beutel et al., 1996; Najman et al., 1993) η δυσκολία προσέγγισης των ανδρών ώστε να συμμετάσχουν στη μελέτη, οι οποίοι ήταν και η κύρια αιτία απόσυρσης των ζευγαριών από τις ομάδες κατά τη διεξαγωγή των ερευνών. Αυτός ίσως είναι και ένας από τους λόγους που η βιβλιογραφία είναι φτωχή σε έρευνες για τους άντρες και την απώλεια. Μπορούμε να υποστηρίξουμε με σιγουριά ότι άντρες βιώνουν πένθος όπως οι γυναίκες, αλλά το εκδηλώνουν με διαφορετικό τρόπο, έχουν υψηλά επίπεδα ανησυχίας για το σύντροφό τους και υιοθετούν διαφορετικές πρακτικές αντιμετώπισης της απώλειας (Beutel et al., 1996; Turton et al., 2006).

Υπάρχουν πολλές προεκτάσεις του παρόντος θέματος που θα πρέπει να μελετηθούν σε μελλοντικές έρευνες για να αποσαφηνίσουν τις προκύπτουσες συγχύσεις από τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ διαφόρων μεταβλητών που επηρεάζουν τη σχέση δύο συντρόφων σε μια κατάσταση πένθους, προερχόμενο από την απώλεια κύησης. Για παράδειγμα, χαμηλότερη ποιότητα της σχέσης πριν από την απώλεια, μικρότερη ηλικία γονιών και εντονότερος θρήνος και αυξημένη ψυχική ένταση φαίνεται ότι σχετίζονται θετικά με τη μειωμένη ικανοποίηση στη σχέση. Είναι εύλογο ότι οι ψυχικές ασθένειες, η χρήση ουσιών, η οικογενειακή βία και οι χρόνιες σωματικές νόσοι μπορεί να ενέχουν ένα κίνδυνο τόσο για τη σχέση του ζευγαριού όσο και για την έκβαση της εγκυμοσύνης.

Επίσης, αν και από την παρούσα ανασκόπηση δεν μπορούσαν να εξαχθούν σχετικά συμπεράσματα, θα ήταν ενδιαφέρον να ερευνηθεί εάν διαλύεται ευκολότερα ή συχνότερα μια σχέση σε συμβίωση σε σύγκριση με το γάμο μετά από το στρεσογόνο γεγονός της απώλειας της κύησης, καθώς και οι διάφορες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ή πολιτισμικές και θρησκευτικές νόρμες που μπορεί να οδηγούν τα ζευγάρια στο να μην παίρνουν διαζύγιο ή να μην επιλέγουν τη συμβίωση.

Επιπλέον έρευνες είναι απαραίτητες για να αναγνωρίσουν τους συγκεκριμένους κινδύνους και προστατευτικούς παράγοντες που επηρεάζουν την επιβίωση της σχέσης και να αξιολογούν εάν συγκεκριμένες παρεμβάσεις μπορούν να βελτιώσουν μακροπρόθεσμα την έκβαση του γάμου και της συμβίωσης, μετά από αποβολή ή ενδομήτριο θάνατο. Επίσης θα ήταν πολύ ενδιαφέρον να υπάρξουν έρευνες για τις περιπτώσεις των γονέων που καλούνται να επιλέξουν να σταματήσουν την κυοφορία, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες όπου πολλά ηθικά διλήμματα εμπλέκονται και επιδεινώνουν την ήδη επιβαρυσμένη συναισθηματική κατάσταση.

Η υλοποίηση των προηγούμενων προτάσεων είναι καθοριστικής σημασίας καθώς θα συνδράμει στην πληρέστερη κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας. Αυτοί επωμίζονται την ευθύνη της ανακοίνωσης της απώλειας στους γονείς και τους συνοδεύουν στις ακόλουθες επώδυνες ψυχικά και σωματικά διαδικασίες. Η γνώση ότι απειλείται η σταθερότητα της σχέσης του ζευγαριού θα οδηγήσει σε υιοθέτηση καλύτερων πρακτικών και συμβουλών. Για τις περιπτώσεις εκείνες που η σταθερότητα της σχέσης ήταν τεχνητή, χωρίς να στηρίζεται σε γερά θεμέλια ή που τη συντηρούσε ψευδώς η ύπαρξη της κύησης, η απώλεια θα είναι μια αφορμή επαναπροσδιορισμού της σχέσης και η οριστική διάλυση, ίσως, αποτελεί την κατάλληλη επιλογή ζωής.

4.5 Περιορισμοί

Η παρούσα ανασκόπηση στηρίχτηκε σε 6 διαχρονικές μελέτες, των οποίων τα μειονεκτήματα και οι περιορισμοί παρατίθενται παρακάτω.

Οι Turton et al. (2006), έχουν περιορισμένο δείγμα μελέτης, από το οποίο υπήρχαν απώλειες κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, μειώνοντας τη στατιστική ισχύ των διαπιστώσεών τους. Επίσης η μελέτη φαίνεται να έχει σφάλμα επιλογής (selection bias) υπέρ των εύπορων οικογενειών λευκών.

Η έρευνα των Mekosh-Rosenbaum & Lasker (1995) ίσως έχει χαμηλή εγκυρότητα λόγω του συστηματικού σφάλματος ανταπόκρισης (response bias), της απώλειας δείγματος κατά την παρακολούθηση και της δυνατότητας για επεξεργασμένες-μεροληπτικές απαντήσεις που πρόσφερε η μέθοδος συλλογής δεδομένων.

Οι Beutel et al. (1996) χρησιμοποίησαν μικρή ομάδα μελέτης, από την οποία το ένα τρίτο χάθηκε στη συνέχεια. Λόγω της έλλειψης στοιχείων, τα αποτελέσματά τους ίσως δεν είναι αντιπροσωπευτικά ή δεν μπορούν να γενικευτούν.

Οι Turton et al. (2009) είχαν μικρό δείγμα μελέτης και συσχέτισαν πληθώρα μεταβλητών που εμποδίζουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων, λόγω πιθανότητας να είναι ψευδώς θετικές οι συσχετίσεις ή να υπάρχουν συγχυτικοί παράγοντες.

Τα ευρήματα στην έρευνα των Gold et al. (2010) βασίστηκαν σε έναν αναδρομικό σχεδιασμό και έχουν πιθανά συστηματικά σφάλματα ανάκλησης (recall bias) και ύπαρξη πολλών συγχυτικών παραγόντων.

Οι Najman et al. (1993) συγκρίνουν διαφορετικά είδη απωλειών που δεν τους επιτρέπει να έχουν ασφαλή συμπεράσματα και έχασαν ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος κατά την παρακολούθηση που μπορεί να στρέβλωσε τα αποτελέσματά τους.

Στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση τέθηκε από την αρχή ο ακριβής σκοπός, χρησιμοποιήθηκε συγκεκριμένος αλγόριθμος μετά από πολύ σκέψη και συνδυασμούς, πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στη Pubmed και στις βιβλιογραφικές πηγές των άρθρων που αναλύθηκαν, τέθηκαν κριτήρια επιλογής/απόρριψης των μελετών με σκοπό να αυξήσουν την εγκυρότητα της έρευνάς μας και τέλος έγινε προσπάθεια για αντικειμενική παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

Ωστόσο υπάρχουν τρία άρθρα που δεν αναγνώστηκαν σε πλήρες κείμενο, λόγω του ότι δεν ήταν ελεύθερη η πρόσβαση σε αυτά, και δεν γνωρίζουμε εάν πληρούν ή όχι

τα κριτήρια για να συμπεριληφθούν στην παρούσα ανάλυση. Πιθανόν τα κριτήρια επιλογής/απόρριψης να ήταν πολύ αυστηρά και να περιόρισαν τον αριθμό των μελετών που τελικά αναλύθηκαν. Επιπλέον, μια πιο εκτενής αναζήτηση, με τη πρόσθετη, ίσως, χρήση λέξεων-κλειδιά και σε άλλους τόπους δημοσιευμένων ή μη εργασιών να μείωνε την πιθανότητα για συστηματικό σφάλμα δημοσίευσης/παραπομπής (publication/citation bias).

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Bernabé-Ortiz, A., White, P.J., Carcamo, C.P., Hughes, J.P., Gonzales, M.A., Garcia, P.J., Garnett, G.P., Holmes, K.K. (2009). Clandestine induced abortion: prevalence, incidence and risk factors among women in a Latin American country. *CMAJ*, 180(3):298-304
2. Beutel, M., Willner, H., Deckardt, R., Von Rad., M.I. & Weineres, H., (1996). Similarities and differences in couples' grief reactions following a miscarriage results from a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 40(3): 245-253
3. Brigham, S.A., Conlon, C. & Farquharson, R.G.(1999). A longitudinal study of pregnancy outcome following idiopathic recurrent miscarriage. *Oxford Journals*, 14: 2868-2871
4. Brown, S.L. (2004).Moving from cohabitation to marriage: effects on relationship quality. *Social Science Research*, 33: 1–19
5. Bumpass, L. & LU, H-H. (2000) Trends in cohabitation and implications for children s family contexts in the United States". *Population Studies*, 54(1):29-41
6. Cramer, D.W. & Wise, L.A. (2000). The epidemiology of recurrent pregnancy loss. *Semin Reprod Med*, 18(4): 331-340
7. Dyregrov, A. & Matthiesen, S. B. (1987). Stillbirth, neonatal death and Sudden Infant Death (SIDS): parental reactions. *Scandinavian Journal of Psychology*, 28(2): 104–114
8. Elish, N.J., Saboda, K., O'Connor, J.O., Nasca, P.C., Stanek, E.J. & Boyle, C. (1996). A prospective study of early pregnancy loss. *Human Reproduction*, 11:406–12

9. Everett, C. (1997). Incidence and outcome of bleeding before the 20th week of pregnancy: prospective study from general practice. *British Medicine Journal*, 315:32–34
10. Fretts, R.C. (2005). Etiology and prevention of stillbirth. *Am J Obstet Gynecol*, 193: 1923–1935
11. García-Enguídanosa, A., Calle, M. E., Valero, J., Luna, S., Domínguez-Rojas, V. (2002). Risk factors in miscarriage: a review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biolog*, 102: 111-119
12. Habib, C., & Lancaster, S. (2006).The Transition to Fatherhood: Identity and Bonding in Early Pregnancy. *Fathering: A Journal of theory research and practice about men as fathers*, 4(3):235-253
13. Harter, L., Starzyk, P., & Frost, F., (1986). A comparative study of hospital fetal death records and Washington State fetal death certificates. *American Journal of Public Health*, 76:1333-1334
14. Hauveline, P., Timberlake, J. M., Furstenberg, F.F. (2003). Shifting child rearing to single mothers: Results from 17 Western nations. *Population and development review*, 29: 47-41
15. Heaton, T.B. (1990). Marital stability throughout the child-rearing years, *Demography*, 27(1): 55-63).
16. Hovatta, O., Lipasti, A., Rapola, J. & Karjalainen, O. (1983).Causes of stillbirth: a clinicopathological study of 243 patients. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 90(8): 691–696
17. Huang, D.Y., Usher, R.H., Kramer, M.S., Yang, H., Morin, L. & Fretts, R.C. (2000). Determinants of unexplained antepartum fetal deaths. *Obstet Gynecol*, 95: 215–221

18. Kirkley –Best, E. & Kellner, K., (1982). The forgotten grief: A Review of the Psychology of Stillbirth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(3): 420–429
19. Korde-Nayak, V.N. & Gaikwad, P. R. (2008). Causes of stillbirth. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 58(4): 314–318
20. Kowaleski, J. (1997). State definitions and reporting requirements for live births, fetal deaths, and induced terminations of pregnancy (1997 revision). Hyattsville, Maryland: National Center for Health Statistics.1997. Available at: <http://www.cdc.gov/nchs/data/misc/itop97.pdf>. Ημερομηνία πρόσβασης : 2/09/2011
21. Lasker, J. & Toedter, L. (1991). Acute versus chronic grief: The case of pregnancy loss. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61(4):510–522
22. Lawn, J.E., Cousens, S. & Zupan , J. (2005).4 million neonatal deaths: When? Where? Why?. *The Lancet*, 365 (9462): 891-900
23. Le Bourdais, C., Neill, G., & Vachon, N. (2000). Family disruption in Canada: Impact of the changing patterns of family formation and of female employment. *Canadian Studies in Population*, 27:85–105
24. Leon I. (2008). Helping families cope with perinatal loss. *Glob Lib Womens Med*. Διαθέσιμο στο : http://www.glowm.com/index.html?p=glowm.cml/section_view&articleid=417
Ημερομηνία πρόσβασης : 20/08/2011
25. Lerum, C.W. & LoBiondo, G. (1989).The Relationship of Maternal Age, Quickening, and Physical Symptoms of Pregnancy to the Development of Maternal-Fetal Attachment. *Birth*, 16(1): 13–17
26. Lewis, E. (1979). Mourning by the family after a stillbirth or neonatal death. *Archives of Disease in Childhood*, 54: 303-306

27. Lindgren, L. (2001). Relationships Among Maternal-Fetal Attachment, Prenatal Depression, and Health Practices in Pregnancy. *Research in Nursing & Health*, 24: 203-217
28. Lumley, J. M.(1982). Attitudes to the fetus among primigravidae. *Journal of paediatrics and chld health*,18(2) : 106-109
29. Manning, W.D. (2004). Children and the Stability of Cohabiting Couples. *Journal of Marriage and Family*, 66(3): 674–689
30. Manning, W. D., Smock, P. J., & Majumdar, D. (2004). The relative stability of cohabiting and marital unions for children. *Population Research and Policy Review*, 23:135–159.
31. Moore, T., Parrish, H., Black, B,P. (2011). Interconception Care for Couples After Perinatal Loss: a comprehensive review of the literature. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 25(1):44–5
32. Musick, K. (2002). Planned and unplanned childbearing among unmarried women. *Journal of Marriage and the Family*, 64: 915–929.
33. Najman, J.M., Vance, J. C., Boyle, F., Embleton, G., Foster, F. & Thearle, J. (1993). The impact of a child death on marital adjustment. *Social Science & Medicine*, 37(8): 1005-1010
34. Power T. G. & Parke R.D.(1984). Social network factors and the transition to parenthood. *Sex Roles*, 10 (11-12):949-972
35. Regan, L. & Rai, R. (2000). Epidemiology and the medical causes of miscarriage. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 14(5): 839-854

36. Regan, L., Braude, P.B. & Trembath, P.L. (1989). Influence of past reproductive performance on risk of spontaneous abortion. *British Medical Journal*, 299: 541-545
37. Robinson, M., Baker, B. & Nackerud, L. (1999). The relationship of attachment theory and perinatal loss. *Death Studies*, 23(3):257-270
38. Salisbury, A., Law, K., LaGasse, L. & Lester, B. (2003). Maternal-Fetal Attachment. *JAMA*, 289(13):1701
39. Setel, P.W., Sankoh, O. & Rao, C. (2005). Sample registration of vital events with verbal autopsy: a renewed commitment to measuring and monitoring vital statistics. *Bull World Health Organ*, 83: 611–617
40. Smith, G. & Fretts, R.(2007). Stillbirth. *The Lancet*, 370:1715-1725
41. Stanton, S., Lawn, J.E., Rahman, H., Wilczynska-Ketende, K. & Hill, K., (2006). Stillbirth rates: delivering estimates in 190 countries. *The Lancet*, 367(9521): 1487-1494
42. Thapar A. K. & Thapar A.(1992)."Psychological sequelae of miscarriage: a controlled study using the general health questionnaire and the hospital anxiety and depression scale. *Br J Gen Pract*, 42(356): 94–96.
43. Vaishali, K.N., Pradeep, R.G.(2008)."Causes of stillbirth", *J Obstet Gynecol India*, 58:316-317
44. Wu, L.L. & Musick, K. (2008). Stability of Marital and Cohabiting Unions Following a First Birth. *Population Research and Policy Review*, 27(6) : 713-727
45. Zegers-Hochschild, F., Adamson, G.D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., Sullivan, E. & van der Poel, S. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology; World Health

- Organization.(2009). The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology, 2009. *Hum Reprod*, 24(11):2683-7
46. Zisook, S. & Shear, K.(2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know.*USA World Psychiatry*, 8:67-74
47. World Health Organization Definitions and indicators in family planning maternal & child health and reproductive health, *WHO Press*, Geneva (2001)
48. World Health Organization Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates, *WHO Press*, Geneva (2006)
49. Πατελάρου, Ε. & Βιβιλάκη, Β. (2010). Προσδιορισμός της Εβδομάδας Κύησης και Έκβαση της Εγκυμοσύνης. *Νοσηλευτική*, 49(3): 220–224
50. Εθνικό κέντρο κοινωνικών ερευνών, Ινστιτούτο κοινωνικής πολιτικής. (2006). Η δημογραφική κατάσταση στην Ελλάδα. *Επίκαιρα Θέματα*. Αθήνα, Εθνικό κέντρο κοινωνικών ερευνών. Μπαλούρδος 2006
51. Baque, M. (2004). Πένθος και Υγεία άλλοτε και σήμερα. Αθήνα: Θυμάρι.
52. Cooper, C. & Pervin, L. (1998). "Personality: critical concepts in psychology", New York, Routledge. διαθέσιμο στο: <http://www.google.com/books?hl=el&lr=&id=QD5S-uoERRoC&oi=fnd&pg=PR12&dq=Cooper+C+,Pervin+L+%22Personality:+critical+concepts+in+psychology%22&ots=Q18yxUcsUa&sig=9WYkPC9nWqh4v9MeP4Y0Uz2MQv8#v=onepage&q&f=false>
53. Kübler-Ross, E. & Kessler, D., (2005). On grief and grieving: finding the meaning of grief through the five stages of loss. Scribner, New York. Διαθέσιμο στο

http://www.google.com/books?hl=el&lr=&id=0TltiT8Y9CYC&oi=fnd&pg=PR11&dq=K%C3%BCbler-Ross+stages+of+grief+articles&ots=S_cXXHK71V&sig=GKlOffQK649tVmP9SObzTqYbJuY#v=onepage&q&f=false

54. Dimatteo, R. & Martin, L. (2006). Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας. Αθήνα, Εκδόσεις: *Ελληνικά Γράμματα*.
55. McCall, J. B. (2004). Bereavement counseling and pastoral care for complicated grieving. *The Haworth Press*, New York, Διαθέσιμο στο :
http://books.google.gr/books?id=IBv-IUh_toYC&pg=PA101&lpg=PA101&dq=Bereavement+counseling+and+pastoral+care+for+complicated+grieving&source=bl&ots=CjOCbSXZIN&sig=RGUPE-9n_PY6XWlbnvXYBIYcqLG4&hl=el&ei=5ijFTtGKJcrsOe314esO&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=5&ved=0CEIQ6AEwBA#v=onepage&q=Bereavement%20counseling%20and%20pastoral%20care%20for%20complicated%20grieving&f=false
56. Worden, J. M. (2009). Grief Counseling and Grief Therapy: A handbook for the mental health practitioner, Fourth Edition, Springer publishing Company. Διαθέσιμο στο
http://books.google.gr/books?id=cRStL8oURqoC&pg=PA294&lpg=PA294&dq=Grief+counseling+and+grief+theory:+a+handbook+for+the+mental+health+practitioner&source=bl&ots=AiEi6_2lzu&sig=zxgytBCan_gcAxJxmOVC36leVec&hl=el&ei=RgPFTsrZDoKhOreepN0N&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=3&ved=0CCoQ6AEwAjsU#v=onepage&q&f=false
57. Αραβαντινός, Δ. (1989). Μαιευτική. Αθήνα, Εκδόσεις: *Παρισσιανού*.
58. Καραδήμας, Ε. (2005). Ψυχολογία της υγείας Θεωρία και κλινική πράξη. Αθήνα, Εκδόσεις: *Τυπώθητω*.

59. Κρεατσάς, Γ. (1998). Σύγχρονη Μαιευτική και Γυναικολογία. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις: *Π. Χ. Πασχαλίδης*