

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**



**Ο πόνος σε γυναίκες με αυτόματη αποβολή κύησης**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**ΤΗΣ**  
**ΟΛΓΑΣ ΣΤΑΜΑΤΟΥΛΑΚΗ**  
**ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ: 2071**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΧΑΤΗΡΑ ΚΑΛΛΙΟΠΗ**  
**ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΡΕΘΥΜΝΟ**  
**ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ: 2011-2012**

**Ευχαριστώ θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου  
κυρία Καλλιόπη Χατήρα  
για την καθοδήγηση και την επικοινωνιακή συνεργασία της  
κατά τη διάρκεια της εκπόνησης αυτής της εργασίας.**

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Εισαγωγή: .....	4
I. Αυτόματη αποβολή κύησης	
1. Ορισμός.....	6
2. Είδη.....	7
3. Αιτίες.....	10
4. Κλινική εικόνα.....	15
5. Αντιμετώπιση.....	18
II. Ο πόνος σε γυναίκες με αυτόματη αποβολή κύησης	
1. Το φαινόμενο του πόνου.....	23
i. Η έννοια του πόνου	
ii. Τα είδη του πόνου	
iii. Θεωρίες του πόνου	
iv. Μέτρηση του πόνου	
2. Ο σωματικός πόνος σε γυναίκες με παλίνδρομη κύηση .....	28
3. Ο ψυχικός πόνος σε γυναίκες με παλίνδρομη κύηση.....	30
III. Επιπτώσεις	
1. Πρόλογος.....	36
2. Οι επιπτώσεις στα δύο φύλα.....	37
3. Οικονομικές επιπτώσεις.....	40
4. Κοινωνικές επιπτώσεις και κοινωνικό στίγμα.....	43
5. Οι επιπτώσεις στην ψυχική και φυσική (σωματική) υγεία.....	45
6. Συναισθηματικές επιπτώσεις.....	49
IV. Αντιμετώπιση – Προσαρμογή.....	54
V. Επίλογος.....	66
Βιβλιογραφικές αναφορές.....	68

## Εισαγωγή

Ο άνθρωπος διέρχεται από μια βιολογική δύναμη, που στοχεύει στη διαίωνιση και την επιβίωση του είδους. Όλα αυτά που δε μπόρεσαν οι γονείς να πετύχουν, όλες οι προσδοκίες που δεν εκπληρώθηκαν, θα πραγματοποιηθούν μέσω του παιδιού, συνεπώς η απόκτηση ενός παιδιού είναι συνυφασμένη με τη συνέχιση του κύκλου της ανθρώπινης ζωής. Η ανικανότητα τεκνοποίησης λοιπόν, έχει ως συνέπεια μια απροσδόκητη κρίση, για την οποία πολλά ζευγάρια ή άτομα είναι απροετοίμαστα. Η ζωή «μπαίνει σε αναμονή» και πολλές γυναίκες μένουν με μια βαθιά αίσθηση ενοχής, αυτοκατηγορίας και ανεπάρκειας. Η μητρότητα έχει ταυτιστεί κοινωνικά με τη θηλυκότητα, την ταυτότητα της γυναίκας και την αυτοεκτίμηση της και στις περιπτώσεις που προκύψει κάποιο εμπόδιο, η γυναίκα νιώθει ευάλωτη και ανήμπορη.

Οι έννοιες του δεσμού και της απώλειας είναι αναπόσπαστες με τον αγώνα της υπογονιμότητας. Ο δεσμός δημιουργείται με ένα παιδί που δεν έχει ακόμα υπάρξει, ή στο έμβρυο που κυοφορείται, και εντείνεται καθώς το άτομο προβάλλει στο μέλλον πώς αυτό το παιδί θα αλλάξει τη ζωή του, ποια θα είναι τα σωματικά του χαρακτηριστικά και πώς θα αλλάξει προς το καλύτερο η ζωή της πυρηνικής οικογένειας. Τέτοιες προβολές, μπορούν να παρουσιαστούν πολύ πριν από τη σύλληψη του παιδιού, στην παιδική ακόμα ηλικία, και σχετίζονται με την μελλοντική μητρότητα. Η διακοπή λοιπόν του συναισθηματικού δεσμού, με το «ονειρεμένο», φαντασιωσικό παιδί, μπορεί να είναι πολύ επίπονη.

Αυτή η απώλεια γονιμότητας ή η απώλεια ενός αγέννητου βρέφους, συνήθως δεν αναγνωρίζεται από την κοινωνία μας. Οι γονείς υφίστανται μια σιωπηρή απώλεια, βιώνοντας βουβή θλίψη χωρίς να λαμβάνουν την κοινωνική υποστήριξη που τόσο έχουν ανάγκη. Ο ρόλος του ειδικού, είναι να βοηθήσει τους γονείς να βιώσουν και να περάσουν από τα στάδια του πένθους, άρνηση, θυμός, διαπραγμάτευση, κατάθλιψη, και να φτάσουν στην αποδοχή. Είναι σημαντικό να λεκτικοποιήσουν τα έντονα συναισθήματα που συνοδεύουν την απώλεια. Με αυτό τον τρόπο, τα άτομα θα ενδυναμωθούν, θα υιοθετήσουν νέες δεξιότητες, ώστε να συνεχίσουν να απολαμβάνουν τις χαρές της ζωής ακόμα και παράλληλα με την προσπάθεια για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Ως συνεπεία των παραπάνω, στη συνέχεια θα ακολουθήσει μια προσπάθεια προσέγγισης του θέματος αυτού, αναφορικά με την ψυχική κατάσταση της γυναίκας μετά την αποβολή αλλά και τους ενδεδειγμένους τρόπους συμπεριφοράς και αντιμετώπισης του.

Η εκπόνηση της εργασίας αυτής, γίνεται στα πλαίσια των προπτυχιακών σπουδών μου, στο τμήμα Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Κρήτης. Το θέμα της είναι ο πόνος σε γυναίκες με αυτόματη αποβολή κύησης.

Στόχος της εργασίας αυτής, είναι αρχικά να παρουσιάσει το φαινόμενο της αυτόματης αποβολής κύησης, αναλύοντας όλες τις πτυχές του και στη συνέχεια να προβεί σε μία αναζήτηση ως προς τις στρατηγικές αντιμετώπισης, καθώς και ως προς τα ζητήματα της προσαρμογής του ζευγαριού.

Στο πρώτο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στο φαινόμενο της αυτόματης αποβολής κύησης. Συγκεκριμένα, παρουσιάζεται ο ορισμός, τα είδη, οι αιτίες που οδηγούν σε αυτόματη αποβολή κύησης και η κλινική της εικόνα. Επιπλέον, γίνεται μια αναφορά στο πώς μπορεί να αντιμετωπιστεί, με στόχο την περαιτέρω ανάλυση των στρατηγικών αντιμετώπισης.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, αναλύεται το φαινόμενο του σωματικού και του ψυχικού πόνου και πώς το βιώνουν οι γυναίκες με αυτόματη αποβολή.

Στο τρίτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται οι επιπτώσεις των αυτόματων αποβολών, στον άντρα και την γυναίκα, επιπτώσεις οικονομικές αλλά και κοινωνικές. Επιπλέον, γίνεται αναφορά σε έρευνες που επιχείρησαν να διερευνήσουν αυτές τις επιπτώσεις.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, γίνεται μια προσπάθεια σύνθεσης των στοιχείων των εμπειρικών ερευνών που αναφέρονται στις στρατηγικές αντιμετώπισης της παλίνδρομης κύησης. Επιπρόσθετα, θίγεται και ένα πολύ σημαντικό κομμάτι, αυτό της προσαρμογής του ζευγαριού σε όλα τα επίπεδα.

# Ι. Αυτόματη αποβολή κύησης

## 1. Ορισμός

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.- WHO), ως αυτόματη αποβολή ορίζει τη διακοπή της κύησης η οποία γίνεται χωρίς ιατρική παρέμβαση πριν από την 20η εβδομάδα, δηλαδή πριν από το στάδιο κατά το οποίο το κύημα μπορεί να θεωρηθεί βιώσιμο. Σύμφωνα με την άποψη του καθηγητή γυναικολογίας Δρακάκη (Μιχάλας 2000, σελ. 197), ο όρος «αυτόματη αποβολή» δεν αποτελεί ούτε διάγνωση ούτε ασθένεια, αλλά μία περιγραφή ενός γεγονότος, το οποίο επέρχεται ως αποτέλεσμα μιας ή περισσοτέρων διαταραχών. Ακόμα, οι αυτόματες αποβολές μπορεί να εμφανίζονται σποραδικά ή επανειλημμένα. Η σποραδική εμφάνιση επέρχεται σε μία από 6-10 κύσεις και είναι υπεύθυνη για το 93% των αποτυχημένων κύσεων. Επανειλημμένες αποβολές θεωρούνται όταν υπάρχουν 3 ή περισσότερες διαδοχικές εμβρυϊκές απώλειες και αυτό έχει περιγραφεί ως σύνδρομο. Η επίπτωση του συνδρόμου είναι περίπου 1% στα ζευγάρια που βρίσκονται σε ηλικία αναπαραγωγής και το σύνδρομο είναι υπεύθυνο για το 7% των αναγνωρισμένων εμβρυϊκών απωλειών.

Επιπρόσθετα, οι Κρεατσάς & Δενδρινός (2005), υποστηρίζουν ότι η συχνότητα εκδήλωσης των αυτόματων αποβολών και γενικότερα των εμβρυϊκών απωλειών ανέρχεται στο 40% περίπου των συλλήψεων. Όμως τα 2\3 των χαμένων αυτών κύσεων δεν επιβεβαιώνονται κλινικά με αποτέλεσμα το ποσοστό των εκδηλωμένων αυτόματων αποβολών να κυμαίνεται από 10-15%. Στις περισσότερες περιπτώσεις (80%), οι αποβολές συμβαίνουν μέχρι τη 12η εβδομάδα της κύησης, ενώ μελέτες δείχνουν πως η πιθανότητα γονιμοποιημένου ωαρίου να εξελιχθεί σε φυσιολογική κύηση ανέρχεται στο 23%.

Επιπλέον, όπως αναφέρει η Μηλιόρδου (2008), το ποσοστό των αυτομάτων εκτρώσεων καλύπτει το 12% - 15% των διαγνωσθέντων κύσεων. Τα ποσοστά, ίσως, στην πραγματικότητα να είναι μεγαλύτερα, λόγω του ότι πολλές πρώιμες αυτόματες εκτρώσεις διατρέχουν ασυμπτωματικά και είναι δύσκολο να διαγνωσθούν. Είναι ενδεικτικό το γεγονός ότι το ποσοστό των αυτομάτων εκτρώσεων αυξάνει σημαντικά όταν υπάρχει προηγούμενο ιστορικό μίας ή

περισσότερων εκτρώσεων. Εάν συμβεί για πρώτη φορά αυτόματη έκτρωση, οι πιθανότητες να συμβεί για δεύτερη φορά ανέρχονται στο 25%, ενώ για τρίτη στο 40% και για τέταρτη στο 70% περίπου.

Τέλος, ο Hutchon (1998) επισημαίνει ότι ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντικός ως προς τη διαχείριση του πένθους που βιώνει το ζευγάρι. Είναι απαραίτητη η πληροφόρηση, καθώς η θλίψη και ο πόνος που βιώνονται μπορεί να γίνουν βαθύτερα και εξαρτώνται από τον τρόπο αντιμετώπισης από το προσωπικό υγείας. Η εξεζητημένη ιατρική ορολογία επιδρά αρνητικά στο ζευγάρι με δυσάρεστες τις περισσότερες φορές συνέπειες. Για παράδειγμα η λέξη «έκτρωση» πρέπει να αποφεύγεται, ιδίως κατά τη συμβουλευτική διαδικασία, καθώς η συγκεκριμένη ορολογία έχει συνδεθεί με την ηθελημένη διακοπή της κύησης, ενώ η χρήση του όρου αυτόματη αποβολή κύησης, είναι αυτή που αρμόζει καλύτερα.

## **2. Είδη εκτρώσεων**

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, με την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων και ανάλογα με την εξέλιξη είναι δυνατόν να διακριθούν και να αναγνωρισθούν τα εξής είδη εκτρώσεων: 1. απειλούμενη, 2. αναπόφευκτη, 3. ατελής, 4. τελεία, 5. παλίνδρομη, 6. σύνδρομο «κενού σάκου», 7. σηπτική, 8. καθ' έξιν εκτρώσεις.

### **1) Απειλούμενη έκτρωση**

Ως απειλούμενη έκτρωση ορίζεται η αιμορραγία ενδομήτριας προέλευσης που παρατηρείται πριν την ολοκλήρωση της 20<sup>ης</sup> εβδομάδας της κύησης, με ή χωρίς συσπάσεις της μήτρας, χωρίς διαστολή του τραχήλου και χωρίς έξοδο των στοιχείων της κύησης ( Decherney & Nathan, 2005, σελ 319). Το χαρακτηριστικό σύμπτωμα της απειλούμενης έκτρωσης είναι η εμφάνιση αιμόρροιας. Συνήθως συνυπάρχει ήπιος άλγος στο υπογάστριο, αλλά το σημαντικότερο αντικειμενικό εύρημα είναι ότι το έσω τραχηλικό στόμιο παραμένει κλειστό, ενώ η μήτρα είναι διογκωμένη και αντιστοιχεί στην ηλικία της κύησης. Η κοιλική υπερηχογραφία βοηθά σημαντικά για την ακριβή εκτίμηση της κατάστασης του κυήματος και του έσω τραχηλικού στομίου. Είναι το μόνο είδος έκτρωσης, που η κύηση μπορεί να φθάσει στο τέρμα της σε ποσοστό περίπου 50%, ανεξάρτητα από τον τρόπο θεραπευτικής αντιμετώπισης της.

## **2) Αναπόφευκτη έκτρωση**

Ορίζεται η αιμορραγία ενδομήτριας προέλευσης που εμφανίζεται πριν την ολοκλήρωση της 20<sup>ης</sup> εβδομάδας της κύησης και συνοδεύεται από διαστολή του τραχήλου, χωρίς έξοδο των στοιχείων της κύησης. (Decherney & Nathan, 2005, σελ 319). Εάν επιταθούν τα συμπτώματα τα οποία υπάρχουν στην απειλούμενη έκτρωση, δηλαδή οι συσπάσεις γίνουν πιο έντονες, αρχίσει η διαστολή του τραχήλου της μήτρας και επιταθεί η αποκόλληση του πλακούντα και η αιμόρροια από τα γεννητικά όργανα, η έκτρωση πλέον καθίσταται αναπόφευκτη. Ο όρος αναπόφευκτη έκτρωση σημαίνει ότι οι μεταβολές του τραχήλου είναι μη αναστρέψιμες και οποιαδήποτε προσπάθεια διατήρησης της κύησης είναι ανώφελη.

## **3) Ατελής έκτρωση**

Κατά την ατελή έκτρωση παρατηρείται αποβολή μερικών αλλά όχι όλων των στοιχείων της κύησης. (Decherney & Nathan, 2005, σελ 319) Κύριο σύμπτωμα της μορφής αυτής είναι η έντονη αιμορραγία λόγω παραμονής στην κοιλότητα της μήτρας, εμβρυϊκών στοιχείων. Η απώλεια του αίματος μπορεί να είναι τόσο μεγάλη ώστε να οδηγήσει σε ολιγαϊμικό σοκ. Θεραπευτικά πρέπει να διενεργείται άμεση εκκένωση της μήτρας με απόξεση και σε περιπτώσεις υποογκαιμικού σοκ να χορηγούνται υγρά, πλάσμα και αίμα.

## **4) Τελεία έκτρωση**

Είναι η αποβολή όλων των στοιχείων της κύησης πριν από την ολοκλήρωση της 20ης εβδομάδας. (Decherney & Nathan, 2005, σελ 319). Χαρακτηρίζεται από έντονα συμπτώματα άλγους και αιμορραγίας με αποτέλεσμα την πλήρη έξοδο του εμβρύου και του πλακούντα. Επιβάλλεται ο επιμελής έλεγχος του κυήματος για να διαπιστωθούν τυχόν υπολείμματα εντός της μήτρας και να διεξαχθεί ιστολογική εξέταση.

## **5) Παλίνδρομη κύηση**

Στην περίπτωση της παλίνδρομης κύησης υπάρχει ενδομήτριος θάνατος του εμβρύου, χωρίς όμως αποβολή στοιχείων της κύησης (Decherney & Nathan, 2005, σελ 319). Πρόκειται δηλαδή, για την κατακράτηση του νεκρού εμβρύου εντός



της κοιλότητας της μήτρας. Κλινικά τα συμπτώματα της κύησης εξαφανίζονται, ενώ το μέγεθος της μήτρας δεν αντιστοιχεί στην ηλικία της κύησης. Η τιμή της β-χοριακή γοναδοτροπίνη (β-hCG) παρουσιάζει πτώση, ενώ το τεστ κύησης μπορεί να είναι αρνητικό. Θεραπευτικά πρέπει να διενεργείται απόξεση και εκκένωση του περιεχομένου της μήτρας. Πριν από οποιαδήποτε ενέργεια θα πρέπει να διενεργείται έλεγχος του πηκτικού μηχανισμού προς αποφυγή εγκατάστασης του συνδρόμου της ενδαγγειακής πήξης.

#### **6) «Σύνδρομο κενού σάκου»**

Το «Σύνδρομο κενού σάκου» ή «ανεμβρυϊκή» κύηση, υποδηλώνει την αποτυχία ανάπτυξης του εμβρύου, έτσι ώστε τελικά να είναι παρών μόνο ο σάκος της κύησης, με ή χωρίς την παρουσία λεκιθικού ασκού.

#### **7) Σηπτική έκτρωση**

Χαρακτηρίζει την οποιαδήποτε μορφή αποβολής που επιπλέκεται με λοίμωξη. Συνήθως προκαλείται από επιμόλυνση υπολειμμάτων του κύηματος μετά από ατελή αποβολή. Εκδηλώνεται με πυώδη κοιλιακή έκκριση, υψηλό πυρετό με ρίγος, κοιλιακό άλγος και ευαισθησία κατά την ψηλάφηση, ειδικά στην υπερηβική περιοχή. Σε καταστάσεις σηπτικού σοκ η κλινική εικόνα της ασθενούς μπορεί να επιπλακεί με υποθερμία, ολιγουρία και τελικώς να εμφανισθεί διάχυτη ενδαγγειακή πήξη. Οι συνηθέστεροι μικροβιακοί παράγοντες που απομονώνονται είναι τα αναερόβια βακτηρίδια, το κολοβακτηρίδιο, ο αιμόφιλος του κόλπου, το *Campylobacter* και ο στρεπτόκοκκος της ομάδας A. Θεραπευτικά επιβάλλεται η άμεση εισαγωγή της ασθενούς στο νοσοκομείο και η χορήγηση υγρών και ευρέως φάσματος αντιβιοτικών ενδοφλεβίως. Μετά την έναρξη της αντιβιοτικής αγωγής γίνεται εκκένωση της μήτρας από τα υπολείμματα της κύησης. Οι χειρισμοί θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί για αποφυγή διασποράς των μικροβίων μέσω της αιματικής οδού.

## **8) Καθ' έξιν εκτρώσεις**

Ο όρος καθ' έξιν εκτρώσεις χρησιμοποιείται σε περίπτωση που υπάρχουν τρεις ή και περισσότερες διαδοχικές αποβολές. Η πιθανότητα επιτυχούς κύησης μετά από δύο εκτρώσεις είναι περίπου 80%, ενώ μετά από τρεις 55%-75%. Αυτό σημαίνει ότι είναι αρκετά μεγάλη η πιθανότητα για νέα αποβολή, γεγονός που καθιστά απαραίτητο τον ενδελεχή έλεγχο του ζευγαριού για την ανεύρεση του αιτίου. Αιτιολογικά, οι καθ' έξιν αποβολές μπορεί να οφείλονται σε παθήσεις της μήτρας (συγγενείς ανωμαλίες, επίκτητες παθολογικές καταστάσεις όπως σύνδρομο Ashermann, ινομύματα, αδενομύωση, διαταραχές της αιμάτωσης της μήτρας, φλεγμονές του ενδομητρίου), σε ορμονικές και μεταβολικές διαταραχές (ανεπάρκεια ωχρινικής φάσης, σακχαρώδης διαβήτης, υποθυρεοειδισμός, κλπ.), σε γενετικούς παράγοντες, σε ανεπάρκεια του έσω τραχηλικού στομίου και τέλος σε ανοσολογικούς παράγοντες. Οι ανοσολογικοί παράγοντες φαίνεται ότι είναι οι πλέον συχνοί και σημαντικοί αιτιολογικοί παράγοντες των καθ' έξιν αποβολών. Παρ' όλη την εκτεταμένη έρευνα για τον ρόλο τους στις καθ' έξιν αποβολές δεν έχουν διευκρινισθεί πλήρως αρκετά σημεία στο θέμα αυτό.

## **3. Αιτίες εκτρώσεων**

Όπως αναφέρθηκε και νωρίτερα, το 1/3 από τις κυοφορήσεις, καταλήγει σε αυτόματη αποβολή κύησης. Η αιτιολογία του φαινομένου αυτού, παραμένει ανεξήγητη για το 50% των γυναικών. Οι πιο σημαντικοί παράγοντες κινδύνου, είναι: α) προηγούμενη αυτόματη αποβολή, β) μεγάλη ηλικία μητέρας και γ) μειωμένη ικανότητα για τη διατήρηση του εμβρύου στις ωοθήκες. Το 90% των μη ομαλών καρυοτυπικών εγκυμοσύνων, καταλήγουν σε αυτόματη αποβολή, ενώ η πλειοψηφία από τις ομαλές εγκυμοσύνες, συνεχίζονται. Δηλαδή, η αυτόματη αποβολή κύησης, μπορεί να ιδωθεί σαν μια φυσική διαδικασία επιλογής, καθώς το ποσοστό των μη ομαλών καρυότυπων, είναι περίπου 60% (Exalto 2005),.

Επιπλέον σύμφωνα με την άποψη των Laughlin & Knuppel, η οποία αναφέρεται στο βιβλίο των Decherney & Nathan (2005,σελ. 320), η ανευπλοειδία, δηλαδή ο μη φυσιολογικός αριθμός χρωμοσωμάτων, είναι υπεύθυνη για ένα μεγάλο ποσοστό πρώιμων αυτόματων εκτρώσεων, που μπορεί να φτάσει μέχρι και το 50%. Τρισωμίες των αυτοσωματικών χρωμοσωμάτων έχουν παρατηρηθεί για κάθε χρωμόσωμα, εκτός

από το νούμερο 1. Το σύνολο των τρισωμιών των αυτοσωματικών χρωμοσωμάτων είναι υπεύθυνο περίπου για το 50% όλων των αυτόματων εκτρώσεων, που οφείλονται σε ανευλοειδία. Η τρισωμία 16 είναι η πιο συχνά απαντωμένη τρισωμία στις αυτόματες εκτρώσεις.

Η μονοσωμία X ή σύνδρομο Turner είναι η πιο συχνή μεμονωμένη ανευλοειδία που εμφανίζεται στις αυτόματες εκτρώσεις και μπορεί να βρεθεί μέχρι και στο 20% αυτών των κυημάτων. Η πολυπλοειδία, συνήθως με τη μορφή της τριπλοειδίας, απαντάται περίπου στο 20% όλων των αυτόματων εκτρώσεων. Τα κνήματα που χαρακτηρίζονται από πολυπλοειδία συνήθως καταλήγουν σε σύνδρομο κενού σάκου, αλλά περιστασιακά, μπορεί να καταλήξουν και σε μερική μύλη κύηση.

Το υπόλοιπο 50% των κυημάτων που αποβάλλονται πρώιμα φαίνεται να έχουν φυσιολογικούς καρύτυπους. Από αυτά, το 20% παρουσιάζουν άλλες γενετικές ανωμαλίες που μπορεί να ευθύνονται για την απώλεια. Παράγοντες που ακολουθούν τους κανόνες κληρονομικότητας του Mendel ή πολυγονιδιακοί παράγοντες καταλήγουν σε ανατομικά ελλείμματα και μπορεί αυτοί να παίζουν κάποιο ρόλο, αλλά εμφανίζονται συχνότερα σε όψιμες εμβρυϊκές απώλειες.

Επιπλέον αιτιολογικοί παράγοντες που αναγράφονται από τους Laughlin & Knuppel (2005,σελ.320), αφορούν:

#### **α) Μητρικούς παράγοντες**

- Συστηματικά νοσήματα
  - Λοιμώξεις της μητέρας
  - Άλλες παθήσεις, όπως ενδοκρινολογικές και καρδιαγγειακές διαταραχές ή νοσήματα του συνδετικού ιστού
- Ελλείμματα της μήτρας: σε περίπτωση συγγενών ανωμαλιών όπου διαταράσσεται ή ελαττώνεται το μέγεθος της μητριάας κοιλότητας, όπως η μονόκερος ή δίκερως ή η μήτρα με διάφραγμα, η πιθανότητα αποβολής είναι 25-50%. Οι ανωμαλίες που έχουν σχέση με την έκθεση σε διαιθυλστυλβεστρόλη, όπως η υποπλαστική μήτρα ή μήτρα σε σχήμα T, σχετίζονται επίσης με αυξημένη πιθανότητα αποβολής.
- Ανοσολογικές διαταραχές, όπως η ασυμβατότητα ως προς την ομάδα αίματος λόγω των ABO, Rhesus και Kell

- Κακή θρέψη
  - Συναισθηματικές διαταραχές
- β) Τοξικοί παράγοντες
- γ) Τραύμα: άμεσο ή έμμεσο

Η Goldman και οι συνεργάτες της (2005), τονίζουν ότι η αυξημένη ηλικία της μητέρας, συσχετίζεται με την υπογονιμότητα, τις χρωμοσωμικές ανωμαλίες και την πολλαπλή κυφορία. Στόχος της έρευνας τους ήταν η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της εγκυμοσύνης σε αυξημένη ηλικία της μητέρας σε μεγάλο πληθυσμό. Τα υποκείμενα της έρευνας χωρίστηκαν σε 3 ηλικιακές ομάδες: α) μικρότερες των 35 ετών (28.398 άτομα), β) 35-39 ετών (6.294 άτομα) και γ) μεγαλύτερες των 40 ετών κατά τη στιγμή της σύλληψης (1364 άτομα) και διερευνήθηκαν οι ακόλουθες περιπτώσεις: α) απειλούμενη έκτρωση, β) αυτόματη αποβολή κύησης, γ) περιγεννητικός θάνατος, δ) χρωμοσωμικές ανωμαλίες, ε) εκ γενετής εμβρυϊκές- νεογνικές ανωμαλίες, στ) αρτηριακή πίεση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και ζ) προεκλαμψία. Οι παράγοντες που έλαβαν υπόψη οι ερευνητές, ως προς την πιθανή συσχέτιση των δύο μεταβλητών, ήταν η εθνικότητα, ο δείκτης μάζας-σώματος, η οικογενειακή κατάσταση, το κλινικό ιστορικό, όπως επίσης και οι ανωμαλίες σε προηγούμενη εγκυμοσύνη όπως και το αν υπήρχε ιστορικό υποβοηθούμενης εγκυμοσύνης. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι γυναίκες της τρίτης ηλικιακής ομάδας, άνω δηλαδή των 40 ετών, ήταν πιο επιρρεπείς στις επιπλοκές τόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όσο και περιγεννητικά. Η αρχική υπόθεση των ερευνητών ότι η τρίτη ηλικιακή ομάδα θα είναι ομάδα υψηλού κινδύνου για αυτόματη αποβολή, επαληθεύτηκε. Αντίθετα, δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των γυναικών άνω των 35 ετών και παραγόντων κινδύνου όπως απειλούμενη έκτρωση, αρτηριακή πίεση και προεκλαμψία.

Τη συσχέτιση της ηλικίας του πατέρα με την αυτόματη αποβολή κύησης, μελέτησαν ο Kleinhaus και οι συνεργάτες του (2006). Οι ερευνητές, ορμώμενοι από το γεγονός, ότι ο κύριος όγκος της έρευνας έχει εστιάσει στην ηλικία της μητέρας, αποφάσισαν να μελετήσουν το αν και το πώς συσχετίζεται και η ηλικία του πατέρα. Προηγούμενες μελέτες, έχουν ερευνήσει τη συσχέτιση μεταξύ της αυτόματης αποβολής και των περιστασιακών εκθέσεων των αντρών σε παρασιτοκτόνα, διοξίνες και σουλφοναμίδιο. Στόχος της παρούσας έρευνας, ήταν να μελετήσει τη συσχέτιση

μεταξύ της ηλικίας του πατέρα και της αυτόματης αποβολής ανεξάρτητα από την ηλικία της μητέρας ή από άλλους παράγοντες. Τα υποκείμενα της έρευνας ήταν γυναίκες των οποίων η εγκυμοσύνη είχε καταλήξει σε αυτόματη αποβολή (πριν τον 5<sup>ο</sup> μήνα κύησης), ενώ η ομάδα ελέγχου αποτελούνταν από γυναίκες με ομαλή εγκυμοσύνη και γέννα. Οι πατέρες, χωρίστηκαν στις εξής ηλικιακές ομάδες: α) μικρότεροι των 25 ετών, β) 25-29 ετών, γ) 30-34 ετών, δ) 35-39 ετών και ε) άνω των 40 ετών. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι γυναίκες των οποίων οι σύντροφοι ήταν άνω των 35 ετών, είχαν 3 φορές περισσότερες πιθανότητες η εγκυμοσύνη τους να καταλήξει σε αυτόματη αποβολή, σε σύγκριση με τις γυναίκες οι οποίες κατά τη σύλληψη, οι σύντροφοι τους ήταν κάτω των 25 ετών. Η συσχέτιση αυτή, είναι στατιστικά σημαντική, καθώς τα δεδομένα προέρχονται από έρευνες που διεξήχθησαν με διαφορά 8-10 έτη. Τα ευρήματα είναι ανεξάρτητα από την ηλικία των γυναικών και δεν εξηγούνται από σακχαρώδη διαβήτη, κάπνισμα ή προηγούμενη αυτόματη αποβολή κύησης.

Άλλη πιθανή εξήγηση ως προς την αιτιολογία της αυτόματης αποβολής, προσπάθησαν να δώσουν ο Ticconi και οι συνεργάτες του (2011). Οι συγκεκριμένοι ερευνητές, μελέτησαν τον ρόλο των αντιθυροειδικών αυτοαντισωμάτων στην αυτόματη αποβολή κύησης. Το δείγμα αποτελούνταν από 160 γυναίκες με αυτόματη αποβολή, ενώ η ομάδα ελέγχου από 100 υγιείς γυναίκες. Τα αποτελέσματα, έδειξαν ότι οι γυναίκες στην πειραματική ομάδα, είχαν υψηλότερη συγκέντρωση αντιθυροειδικών αυτοαντισωμάτων από τις γυναίκες στην ομάδα ελέγχου. Η παρουσία των αντιθυροειδικών αυτοαντισωμάτων, δεν σχετιζόταν με προηγούμενη κακή λειτουργία του θυροειδούς και παρά το γεγονός ότι τα αντιθυροειδικά αυτοαντισώματα δεν προκαλούν περαιτέρω ορμονική δυσλειτουργία, παρεμβαίνουν στην ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης.

Η πρωταρχική έρευνα, ανήκει στον Pratt και τους συνεργάτες του (1993), όπου το δείγμα αποτελούνταν από 45 γυναίκες, με αυτόματη αποβολή κύησης, οι οποίες εμφάνισαν αντιθυροειδικά αντισώματα. Παρόμοια έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Roberts και τους συνεργάτες του (1996) και αξιολογούσε την ύπαρξη αντιθυροειδικών αντισωμάτων σε πέντε διαφορετικές ομάδες γυναικών: α) ομάδα ελέγχου με 10 γυναίκες που δεν ήταν έγκυες, β) 11 υγιείς έγκυες γυναίκες, γ) 10 γυναίκες με επιλεκτική διακοπή κύησης (έκτρωση) και δ) 11 γυναίκες με αυτόματη αποβολή κύησης. Αν και το δείγμα της συγκεκριμένης έρευνας είναι μικρό, είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι 4 από τις 11 γυναίκες της τελευταίας ομάδας, είχαν

αντιθυρεοειδικά αντισώματα. Η μεγαλύτερη έρευνα σε αυτόν τον τομέα, οφείλεται στον Reznifoff-Etievant και τους συνεργάτες τους (1999), η οποία διενεργήθηκε στο Παρίσι, όπου αξιολογήθηκαν 678 γυναίκες. Δεν υπήρχε ομάδα ελέγχου και τα αυτοαντισώματα που εξετάστηκαν ήταν τα αντιφωσφολιπίδια, τα αντιπυρηνικά και τα αντιθυρεοειδικά αντισώματα. Το 34% των γυναικών ήταν θετικές σε ένα από τα παραπάνω αυτοαντισώματα, ενώ μόνο το 2,9% ήταν θετικές στα αντιθυρεοειδικά αντισώματα. Μια ακόμα αξιόλογη δουλειά, ήταν αυτή του Dendrinos και των συνεργατών του (2000), η οποία έγινε στην Αθήνα, όπου οι 30 γυναίκες της πειραματικής ομάδας, εμφάνισαν την ίδια εικόνα, σε αντίθεση με τις 15 γυναίκες της ομάδας ελέγχου.

Οι Okon, Laird, Tuckerman, & Li (1998) συνέκριναν τη συγκέντρωση ανδρογόνων στο πλάσμα σε γυναίκες με αυτόματη αποβολή κύησης και σε γυναίκες της ομάδας ελέγχου. Πιο συγκεκριμένα, για να διερευνηθεί ο ρόλος της LH και των ανδρογόνων στην αυτόματη αποβολή, οι μελετητές συνέκριναν τη συγκέντρωση στο πλάσμα της LH, της ανδροστενεδιόνης, της τεστοστερόνης και της γλομπουλίνης, την ορμόνη που σχετίζεται με το φύλο. Το δείγμα της έρευνας αποτελούσαν 43 γυναίκες, οι οποίες πληρούσαν συγκεκριμένες προϋποθέσεις, όπως το να έχουν ήδη τρεις ή περισσότερες συνεχείς αυτόματες αποβολές κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου κύησης, να είναι ηλικίας 20 έως 40 ετών, να έχουν κύκλο 25 - 35 ημέρες και ομαλή ανατομία μήτρας, ενώ την ομάδα ελέγχου αποτελούσαν 18 γυναίκες. Από την πειραματική ομάδα, οι 10 από τις 43 γυναίκες, είχαν πολυκυστικές ωοθήκες. Οι ερευνητές ξεκινώντας από την 7η μέρα του κύκλου έλαβαν δείγμα από το αίμα και τα ούρα. Τα επίπεδα συγκέντρωσης της τεστοστερόνης ήταν υψηλότερα στις γυναίκες της πειραματικής ομάδας, ανεξάρτητα από το αν είχαν πολυκυστικές ωοθήκες ή όχι. Το ίδιο παρατηρήθηκε και με τα επίπεδα της ανδροστενεδιόνης. Επομένως, τα επίπεδα των ανδρογόνων σε γυναίκες με αυτόματη αποβολή κύησης, είναι υψηλότερα από την ομάδα ελέγχου και άρα ασκούν αναπόφευκτα αποτελέσματα στην ενδομήτρια λειτουργικότητα.

Τέλος, ως προς τη λειτουργία των αντιθυρεοειδικών αντισωμάτων στην αυτόματη αποβολή κύησης οι Stagnaro-Green & Glinoeer δημοσίευσαν μια βιβλιογραφική ανασκόπηση προηγούμενων μελετών (2004).

Άλλοι παράγοντες που μπορούν να θεωρηθούν υπεύθυνοι, είναι οι περιβαλλοντικοί και η έκθεση σε τοξικά, όπως υπέδειξαν οι Silbergeld & Patrick (2005). Δηλαδή, το οικογενειακό περιβάλλον, μπορεί να είναι πηγή έκθεσης σε

τοξικά, όπως παρασιτοκτόνα, σπρέυ και διάφορα απορρυπαντικά, τα οποία έχουν χημικά. Η έκθεση της γυναίκας σε αυτό το περιβάλλον μπορεί να επηρεάσει την εγκυμοσύνη, δημιουργώντας ορμονολογικές δυσλειτουργίες.

#### **4. Κλινική εικόνα**

Σε προηγούμενη ενότητα αναφέρθηκαν τα είδη της αυτόματης αποβολής κύησης, τα οποία βασίζονται σε συγκεκριμένο κλινικό ιστορικό, όπως κολπική αιμορραγία ή ανοικτό τραχηλικό στόμιο. Οι Bottomley & Bourne (2009), συντάξαν ένα άρθρο με ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, όπου αναφέρουν τον τρόπο διάγνωσης της αυτόματης αποβολής καθώς και την κλινική της εικόνα. Όπως αναφέρεται στο άρθρο τους, πρώτος ο Donald τη δεκαετία του 1960 ανέφερε τη διάγνωση της αυτόματης αποβολής μέσω του υπέρηχου, ο οποίος χρησιμοποιήθηκε στην κλινική πράξη τη δεκαετία του 1980.

Έτσι, οι συγγραφείς αναφέρουν ότι ο όρος "κενός σάκος", χρησιμοποιείται όταν στον υπέρηχο ο θύλακας εμφανίζεται με μέση διάμετρο μεγαλύτερη των 20 χιλιοστών, αλλά χωρίς το έμβρυο να είναι εμφανές. Ακόμα, ο όρος "εμβρυϊκός θάνατος", αντιστοιχεί στην κλινική εικόνα όπου στον υπέρηχο το έμβρυο είναι μεγαλύτερο των 6 χιλιοστών, αλλά δεν εμφανίζει καρδιακή λειτουργία. Έπειτα, όταν το έμβρυο είναι μικρότερο των 6 χιλιοστών και δεν είναι ορατή η καρδιακή του λειτουργία μετά από επανάληψη του υπέρηχου με την πάροδο τουλάχιστον 7 ημερών, έχουμε "πρόωρη διακοπή της εγκυμοσύνης". Στη συνέχεια, η "τελεία έκτρωση", συντελείται όταν στον υπέρηχο εμφανίζεται μια άδεια μήτρα, ενώ έχει προηγηθεί ένα θετικό τεστ εγκυμοσύνης, ακολουθούμενο από ραγδαία αύξηση των επιπέδων της β-hGG στο αίμα. Τέλος, "ατελή έκτρωση", υφίσταται όταν υπάρχουν ακανόνιστοι ετερογενείς ήχοι στην ενδομήτρια κοιλότητα.

Σύμφωνα με τους Laughlin & Knuppel (Decherney & Nathan 2005), τα κλινικά ευρήματα στα διάφορα είδη εκτρώσεων είναι: α) απειλούμενη έκτρωση: τουλάχιστον το 20% των εγκύων αναφέρει κάποιου βαθμού αιμορραγία στη διάρκεια του πρώτου τριμήνου. Στις περισσότερες περιπτώσεις πιστεύεται ότι αυτή αντιπροσωπεύει μια αιμορραγία λόγω της εμφύτευσης. Ο τράχηλος παραμένει κλειστός και μπορεί να αναφερθεί μια ήπια αιμόρροια, με ή χωρίς άλγος στο υπογάστριο, β) αναπόφευκτη έκτρωση: κοιλιακός ή οσφυϊκός πόνος μαζί με αιμορραγία και διαστολή του τραχήλου υποδηλώνουν εξελισσόμενη αυτόματη έκτρωση. Η έκτρωση θεωρείται

αναπόφευκτη, όταν υπάρχουν εξάλειψη και διαστολή του τραχήλου ή και ρήξη των εμβρυϊκών υμένων, γ) ατελής έκτρωση: τα στοιχεία της κύησης έχουν μερικώς μόνο αποβληθεί από τη μητριάια κοιλότητα. Σε κύσεις μικρότερες της 10<sup>ης</sup> εβδομάδας, το έμβρυο και ο πλακούντας συνήθως αποβάλλονται μαζί. Μετά τη 10<sup>η</sup> εβδομάδα μπορεί να αποβληθούν χωριστά και ένα τμήμα των στοιχείων της κύησης να παραμείνει μέσα στη μητριάια κοιλότητα. Η διαδικασία αυτή συνήθως συνοδεύεται από αίσθηση κράμπας στην περιοχή της μήτρας και από αιμορραγία που γενικά, είναι επίμονη και συχνά ιδιαίτερα βαριά, δ) τελεία έκτρωση: χαρακτηρίζεται από αποβολή ολόκληρου του κυήματος. Η ήπια αιμόρροια μπορεί να επιμένει για μικρό χρονικό διάστημα, παρόλο που ο πόνος συνήθως υποχωρεί και ε) παλίνδρομη κύηση: η κύηση συνεχίζεται μετά το θάνατο του εμβρύου, χωρίς να είναι γνωστό γιατί δεν αποβάλλεται από τη μητριάια κοιλότητα. Είναι πιθανόν ότι η παραγωγή προγεσταγόνου από τον πλακούντα συνεχίζεται φυσιολογικά, σε αντίθεση με τα επίπεδα των οιστρογόνων που πέφτουν και αυτό μπορεί να ελαττώσει τη συσταλτικότητα της μήτρας.

Παρόμοια έχει εργαστεί και η Quenby (2007), όπου σε άρθρο της αναφέρεται σε όλες τις διαστάσεις της αυτόματης αποβολής, όπως αιτιολογία, κλινική εικόνα και παρεμβάσεις. Η Quenby επισημαίνει δύο κατηγορίες αυτόματης αποβολής κύησης: α) αυτή που συμβαίνει κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου της κύησης και β) κατά τη διάρκεια του δεύτερου τριμήνου. Κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου, η κλινική εικόνα μπορεί να είναι: i) κενός σάκος, όπως έχει ήδη αναφερθεί, όπου υπάρχει ανάπτυξη τροφοβλάστη χωρίς παράλληλη ανάπτυξη του εμβρύου, η κύηση είναι μικρότερη των 12 εβδομάδων και ο θύλακας έχει διάμετρο μικρότερη των 20 χιλιοστών και δεν παρουσιάζει καμία αλλαγή σε υπέρηχο που γίνεται με την παρέλευση 7 ημερών, ii) εμβρυϊκή απώλεια πριν την έναρξη της λειτουργίας της καρδιάς, όπου η κύηση είναι μικρότερη των 8 εβδομάδων και το έμβρυο είναι μεγαλύτερο των 5 χιλιοστών χωρίς να εμφανίζει καρδιακή λειτουργία και iii) εμβρυϊκή απώλεια μεταξύ της 8<sup>ης</sup> και της 12<sup>ης</sup> εβδομάδας κύησης.

Έπειτα, κατά τη διάρκεια του δεύτερου τριμήνου, η κλινική εικόνα παρουσιάζεται ως εξής: i) εμβρυϊκή απώλεια κατά τη διάρκεια της 12<sup>ης</sup> και 24<sup>ης</sup> εβδομάδας κύησης, όπου το έμβρυο δεν παρουσιάζει πλέον καρδιακή δραστηριότητα και ii) αναπάντεχη απώλεια εμβρύου, κατά το ίδιο χρονικό διάστημα, η οποία σχετίζεται με αυτόματη διαστολή του τραχήλου της μήτρας.



Μία ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα έρευνα, διεξήχθη από την Gracia και τους συνεργάτες της (2005), στόχος της οποίας ήταν να διερευνήσει τη συσχέτιση μεταξύ της αυτόματης αποβολής και εύρους κλινικών συμπτωμάτων σε γυναίκες, οι οποίες κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης παρουσιάζουν πόνο ή αιμορραγία. Την πειραματική ομάδα αποτελούσαν 1.192 γυναίκες, που είχαν διαγνωσθεί με αυτόματη αποβολή, ενώ στην ομάδα ελέγχου, συμμετείχαν 834 γυναίκες, από τις οποίες οι 367 είχαν διαγνωσθεί με εξωμήτριο κύηση. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας, έδειξε ότι γυναίκες ηλικίας 25 έως 30 ετών έχουν τις λιγότερες πιθανότητες για αυτόματη αποβολή, ενώ γυναίκες κάτω των 20 ετών, είχαν διπλάσιες πιθανότητες, όπως και οι γυναίκες άνω των 35. Επιπλέον, υψηλή είναι η συσχέτιση της αιμορραγίας με την αυτόματη αποβολή. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες της πειραματικής ομάδας, είχαν 18 φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν εμφανίσει αιμορραγία, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Σε αντίθεση με την αρχική υπόθεση των ερευνητών, η ύπαρξη πόνου συσχετιζόταν αρνητικά με την αυτόματη αποβολή, καθώς αν οι γυναίκες ένιωθαν πόνο, ήταν περισσότερο πιθανό να εμφάνιζαν κάτι άλλο. Η εξήγηση που έδωσαν οι μελετητές, ήταν ότι ο πόνος, συσχετιζόταν θετικά με την εξωμήτριο κύηση.

Στη συνέχεια, αξίζει να αναφερθεί η έρευνα του Nepomnaschy και των συνεργατών του (2006), οι οποίοι ασχολήθηκαν με το στρες που βιώνουν οι γυναίκες, το οποίο αποτελεί έναν ιδιαίτερα σημαντικό και πιθανό παράγοντα κινδύνου για την αυτόματη αποβολή κύησης. Σε αυτόν τον τομέα, η ερευνητική δραστηριότητα είναι μικρή, καθώς οι περισσότερες έρευνες έχουν εστιάσει σε κύηση μεγαλύτερη των 6 εβδομάδων, ενώ οι αυτόματες αποβολές συντελούνται πριν την 5<sup>η</sup> εβδομάδα. Στόχος της συγκεκριμένης έρευνας, είναι η αναζήτηση της συσχέτισης μεταξύ της αυτόματης αποβολής και των επιπέδων κορτιζόλης στα ούρα της μητέρας κατά τη διάρκεια των πρώτων 3 εβδομάδων μετά τη σύλληψη. Η ύπαρξη κορτιζόλης αποτελεί δείκτη στρες, καθώς η παραγωγή της από το φλοιό των επινεφριδίων, τείνει να αυξάνεται ως αποτέλεσμα δυναμικών, ανοσολογικών και ψυχολογικών προκλήσεων. Οι ερευνητές παρακολούθησαν 22 γυναίκες, από τις οποίες οι 9 γέννησαν φυσιολογικά, ενώ οι 13 απέβαλλαν. Το μέσο χρονικό διάστημα μεταξύ της ωορρηξίας και της απώλειας του εμβρύου ήταν 16 μέρες, ενώ τα μέσα επίπεδα κορτιζόλης ήταν υψηλότερα στις γυναίκες που απέβαλλαν. Η έκθεση των γυναικών σε αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης βρέθηκε ότι συσχετίζεται με 2.7% περισσότερες πιθανότητες να καταλήξει σε αυτόματη αποβολή. Πιο συγκεκριμένα, το ποσοστό των αυτόματων αποβολών με

αυξημένα επίπεδα κορτιζόλης, ανέρχεται στο 90%, ενώ για τις γυναίκες με φυσιολογικά επίπεδα, η πιθανότητα ήταν μόνο 33%.

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθούν τα αποτελέσματα της έρευνας του Pedersen και των συνεργατών του (2008), στόχος της οποίας είναι να αξιολογηθεί η συσχέτιση μεταξύ του μεγέθους της ανάπτυξης του εμβρύου μεταξύ του πρώτου και του δεύτερου τριμήνου και των επακόλουθων αρνητικών αποτελεσμάτων της κύησης. Το δείγμα αποτελούνταν από 7.642 γυναίκες, οι οποίες κυοφορούσαν για πρώτη φορά και τα δεδομένα ελήφθησαν από υπερήχους στην 11<sup>η</sup> - 14<sup>η</sup> εβδομάδα και στην 17<sup>η</sup> - 21<sup>η</sup> εβδομάδα. Μετά τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αργή ανάπτυξη της αμφιπλευρικής διαμέτρου του εμβρύου, μεταξύ του πρώτου και του δεύτερου τριμήνου της εγκυμοσύνης, είναι ένας ισχυρός αρνητικός προγνωστικός παράγοντας για τον εμβρυικό θάνατο πριν την 34<sup>η</sup> εβδομάδα.

## 5. Αντιμετώπιση

Όπως έχει ήδη σημειωθεί, η αυτόματη αποβολή κύησης επηρεάζει περίπου μία στις έξι εγκυμοσύνες. Μεγάλη είναι η ερευνητική δραστηριότητα με βάση την ποσοτική μέθοδο, ως προς τη διερεύνηση των συνεπειών της στους γονείς, ενώ από τις περιορισμένες ποιοτικές έρευνες που έχουν διεξαχθεί καμία δεν έχει μελετήσει τις εμπειρίες των γυναικών ως προς τις στρατηγικές αντιμετώπισης της συγκεκριμένης κατάστασης.

Οι Smith et al.(2006) προσπάθησαν να αξιολογήσουν το πώς επηρεάζουν, σε κοινωνικό και προσωπικό επίπεδο, οι διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης τις γυναίκες που έχουν βιώσει αυτόματη αποβολή κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Στόχος της έρευνας ήταν να καταγράψει τις εμπειρίες των γυναικών σε 4 διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης: α) χειρουργική αντιμετώπιση, κατά την οποία γίνεται γενική αναισθησία και μια σύντομη επέμβαση, ώστε να καθαρίσει η μήτρα, β) ιατρική αντιμετώπιση, όπου χορηγούνται φάρμακα με στόχο τη συστολή και τον καθαρισμό της μήτρας, γ) "αναμενόμενη" αντιμετώπιση, όπου αναμένεται η αυτόματη αποβολή από τη μήτρα, και δ) Για τη διεξαγωγή της έρευνας πραγματοποιήθηκαν ημι-δομημένες συνεντεύξεις σε ένα δείγμα 47 γυναικών. Οι συνεντεύξεις έγιναν σε 2 διαφορετικές χρονικές στιγμές, 8 εβδομάδες μετά την

αυτόματη αποβολή, ενώ η επόμενη διεξήχθη 6-12 μήνες μετά και είχαν διάρκεια από 30' έως 2,5 ώρες. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η πλειοψηφία των γυναικών προτιμούσαν την τελευταία στρατηγική αντιμετώπισης, ως την πιο φυσική διαδικασία, κάτι που έγινε πιο αισθητό στην ομάδα των γυναικών όπου έγινε χειρουργική αντιμετώπιση. Ακόμα, κάποιες υποστήριξαν ότι το θεωρούσαν προνόμιο να βιώσουν συνειδητά τη διαδικασία, καθώς με αυτόν τον τρόπο θα μπορούσαν να θρηνηθούν και για το παιδί τους. Επιπλέον, καταγράφηκε ένας γενικευμένος φόβος για τις δύο πρώτες παρεμβάσεις και ιδιαίτερα όσον αφορά τη γενική αναισθησία. Ως προς τον πόνο, βιώθηκε πιο έντονα από τις γυναίκες στη δεύτερη και τρίτη ομάδα, οι οποίες επίσης ανέφεραν και το ζήτημα της αιμορραγίας. Ένα ακόμα θέμα που τονίστηκε μέσα από τις συνεντεύξεις, ήταν η έλλειψη πληροφοριών, καθώς οι γυναίκες και των τριών ομάδων ένιωθαν ότι δεν ήξεραν τι να περιμένουν. Επιπρόσθετα, μια μικρή κατηγορία γυναικών των δύο πρώτων ομάδων ένιωσαν ότι είχαν ελλιπή φροντίδα από το προσωπικό, ενώ οι γυναίκες της τρίτης ομάδας, ανέφεραν ότι ένιωθαν ασφάλεια στο σπίτι τους.

Άλλη μία έρευνα με στόχο την εξαγωγή συμπερασμάτων ως προς τις προτιμήσεις των γυναικών σε σχέση με τις στρατηγικές αντιμετώπισης της αυτόματης αποβολής, διεξήχθη από τους Petrou & McIntosh (2009). Το δείγμα αποτελούνταν από 630 γυναίκες οι οποίες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια με βάση την στρατηγική αντιμετώπισης στην οποία είχαν υποβληθεί και τις μεταβλητές της αντιμετώπισής τους. Μελετήθηκε: i) ο χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ii) η ένταση του πόνου, iii) ο αριθμός των ημερών που διήρκεσε η αιμορραγία μετά τη θεραπεία, iv) το χρονικό διάστημα που χρειάστηκε, ώστε η γυναίκα να επιστρέψει στην καθημερινότητα της, v) το κόστος της θεραπείας και vi) οι πιθανότητες ύπαρξης επιπλοκών. Τα αποτελέσματα της έρευνας, έδειξαν ότι όλες οι γυναίκες επιθυμούσαν να μειωθούν τα επίπεδα και των 6 μεταβλητών που εξετάζαν τα ερωτηματολόγια, ενώ σε ιεράρχηση των παραπάνω μεταβλητών, η ένταση του πόνου και το χρονικό διάστημα επιστροφής στην καθημερινότητα, ήταν σε πρώτη προτεραιότητα. Επιπρόσθετα, οι γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε ιατρική ή «αναμενόμενη» αντιμετώπιση, ιεράρχησαν υψηλότερα τη χειρουργική αντιμετώπιση, ενώ αντίστροφα, οι γυναίκες με χειρουργική αντιμετώπιση, ιεράρχησαν υψηλότερα την ιατρική από την «αναμενόμενη».

Πέραν όμως του ποια στρατηγική αντιμετώπισης ακολουθείται, πόσο σημαντική είναι η ψυχολογική στήριξη, ποια μορφή πρέπει να έχει και πότε είναι η κατάλληλη

χρονική στιγμή; Τα παραπάνω ερωτήματα προσπάθησε να απαντήσει η έρευνα των Sejourne , Callahan, & Chabrol (2010). Η συγκεκριμένη μελέτη, βασίστηκε σε αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών, τα αποτελέσματα των οποίων, αποκάλυψαν μια γενική δυσαρέσκεια των γυναικών μετά την εμπειρία της αυτόματης αποβολής, σε σχέση με την ψυχολογική στήριξη που έλαβαν από τους επαγγελματίες της υγείας. Δηλαδή, οι γυναίκες έδωσαν έμφαση κυρίως στην έλλειψη συναισθηματικής στήριξης και ευαισθησίας, στην ανάγκη τους για πιο δομημένες παρεμβάσεις και πιο συγκεκριμένες πληροφορίες για τις ενδεχόμενες επιπλοκές της αυτόματης αποβολής. Επιπλέον, όπως αναφέρουν η Sejourne και οι συνεργάτες της (2010), έρευνα του Garel και των συνεργατών του (1992), έδειξε ότι το 43% των γυναικών θα ήθελαν να είχε αναγνωρισθεί και εκτιμηθεί διαφορετικά η θλίψη που ένιωθαν, ενώ το 32% ένιωθαν την ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη. Τέλος, πιο πρόσφατες έρευνες, δείχνουν ότι οι ψυχολογικές παρεμβάσεις που στόχο είχαν να βοηθήσουν τις γυναίκες μετά την αυτόματη αποβολή, έδειξαν θετικά αποτελέσματα.

Το εργαλείο που χρησιμοποίησε η Sejourne και οι συνεργάτες της, ήταν ένα ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε μέσω διαδικτύου σε διάφορα φόρουμ σχετικά με το αντικείμενο. Το ερωτηματολόγιο αυτό, συμπληρώθηκε από 305 γυναίκες ηλικίας 18 έως 43 ετών, ενώ το 63% του δείγματος είχαν τουλάχιστον μία αυτόματη αποβολή και στο 81% από αυτές τις γυναίκες, είχε συμβεί τους τελευταίους 12 μήνες. Στην έρευνα αυτή οι γυναίκες εξέφραζαν τις απόψεις τους σχετικά με την ψυχολογική στήριξη, αξιολογούσαν τα διάφορα είδη θεραπείας, όπως επίσης και τις πληροφορίες που τους δίνονταν, τις δυσκολίες που αντιμετώπιζαν και στο τέλος απαντούσαν στο πώς τα κατάφεραν να αντιμετωπίσουν την αυτόματη αποβολή με τη χρήση 8 πιθανών στρατηγικών αντιμετώπισης. Οι πιθανές στρατηγικές αντιμετώπισης περιελάμβαναν: α) ενημερωτικό φυλλάδιο για την αυτόματη αποβολή, β) σε βάθος συζήτηση με το γιατρό, γ) τακτικά ραντεβού επαναξιολόγησης με ψυχολόγο ή ψυχίατρο, δ) ονόματα και διευθύνσεις ψυχολόγων-ψυχιάτρων για παραπομπή, ε) ομαδική θεραπεία με άλλες γυναίκες που έχουν βρεθεί σε παρόμοια θέση, στ) συστηματικές συμβουλευτικές συνεδρίες, ζ) βελτίωση των ιατρικών υπηρεσιών που προσφέρονται και η) επαφή με τους ειδικούς οποιαδήποτε ώρα της ημέρα, μέσω διαδικτύου ή τηλεφώνου. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων, έδειξε ότι το 87% των γυναικών έκρινε ότι η πιο αποτελεσματική παρέμβαση ήταν η σε βάθος συζήτηση με το γιατρό, το 70% η επαφή με τους ειδικούς οποιαδήποτε ώρα της ημέρας, το 64% η ομαδική θεραπεία, ενώ το 48% τα τακτικά ραντεβού με ψυχολόγο ή ψυχίατρο. Τέλος,

ως προς την καταλληλότητα της χρονικής στιγμής της παρέμβασης, το 63% των γυναικών ένιωσαν ότι αν η ψυχολογική στήριξη παρεχόταν αμέσως μετά τη διάγνωση, θα ήταν πολύ πιο βοηθητική. Η λιγότερο βοηθητική στιγμή, βρέθηκε να είναι πριν τη διάγνωση για το 30% των γυναικών ή αμέσως μετά την απαραίτητη ιατρική παρέμβαση για το 23%. Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι το 48% των γυναικών θεώρησαν ότι η καταλληλότερη χρονική στιγμή για να λάβουν ψυχολογική στήριξη, είναι λίγες μέρες μετά, ενώ το 34% λίγες εβδομάδες μετά.

Το ερώτημα αν υπάρχει δυνατότητα για πρόγνωση της αυτόματης αποβολής, προσπάθησε να απαντήσει η Qureshi (2009) με άρθρο της, κάνοντας ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Η Qureshi αναγνωρίζει το γεγονός ότι η αυτόματη αποβολή είναι στρεσογόνος κατάσταση και για τη γυναίκα και για τον σύντροφο της και μπορεί να επιφέρει κατάθλιψη, άγχος και θυμό. Συνεπώς, υπάρχει μια ξεκάθαρη ιατρική ανάγκη για πρόληψη όπου φυσικά είναι εφικτή. Η συγγραφέας του άρθρου, αναφέρει ότι οι τεχνικές που χρησιμοποιούνται ευρύτατα, είναι η παραμονή στο κρεβάτι και η ωχρινική υποστήριξη με προγεστερόνη ή β-hCG. Παρά το γεγονός ότι η παραμονή στο κρεβάτι συστήνεται ευρύτατα από τους γιατρούς, δεν υπάρχουν αρκετά στατιστικά δεδομένα που να αποδεικνύουν την αξία της. Αντίθετα, έχει βρεθεί ότι η φυσική δραστηριότητα σπάνια συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο για αυτόματη αποβολή, ενώ η έλλειψη κίνησης, μπορεί να οδηγήσει σε άλλες επιπλοκές, όπως θρομβώσεις, πόνους στη μέση και μυϊκή ατροφία. Επιπλέον, οι γυναίκες μπορεί να βιώσουν συναισθηματικό, οικογενειακό και οικονομικό στρες, καθώς και να κατηγορούν τον εαυτό τους αν δεν καταφέρουν να ακολουθήσουν τους κανόνες και αυτό να έχει ως αποτέλεσμα την αυτόματη αποβολή.

Όσον αφορά τον ρόλο της προγεστερόνης που εκκρίνεται από το ωχρό σωματίο, είναι βασική για την καλή έκβαση της εγκυμοσύνης καθώς η έλλειψη του ωχρού σωματίου πιθανόν να είναι υπεύθυνη για κάποιες περιπτώσεις αυτόματης αποβολής. Τέλος, υπάρχουν ενδείξεις από κλινικές μελέτες ότι η προγεστερόνη και η διδρογεστερόνη μπορούν να μειώσουν τις πιθανότητες για αυτόματη αποβολή, αν και είναι απαραίτητα επιπλέον δεδομένα για να το επιβεβαιώσουν.

Σύμφωνα με την άποψη των Laughlin & Knuppel (Decherney & Nathan 2005), πρόληψη μπορεί να γίνει με έγκαιρη μαιευτική φροντίδα, με σωστή αντιμετώπιση κάποιων παθήσεων της μητέρας, όπως είναι ο διαβήτης και η υπέρταση, με προστασία της εγκύου από περιβαλλοντικούς και λοιμογόνους παράγοντες, καθώς και οι πιθανές επιπλοκές, μπορεί να είναι πολύ σοβαρές. Για παράδειγμα, η βαριά και

επίμονη αιμορραγία στη διάρκεια ή αμέσως μετά την αυτόματη έκτρωση μπορεί μέχρι και να απειλήσει τη ζωή του ασθενούς. Όσο πιο προχωρημένη είναι η κύηση, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα για αυξημένη απώλεια αίματος. Η μόλυνση, η δημιουργία ενδομήτριων συμφύσεων και η υπογονιμότητα είναι κάποιες άλλες πιθανές επιπλοκές της έκτρωσης. Στη διάρκεια μιας απόξεσης μπορεί να συμβεί διάτρηση του τοιχώματος της μήτρας, επειδή αυτό είναι ιδιαίτερα μαλακό και ασαφώς αφορισμένο, ενώ αυτό το ατύχημα μπορεί να συνοδεύεται από τραυματισμό του εντέρου και της ουροδόχου κύστης, αιμορραγία, λοίμωξη και σχηματισμό συριγγίου.

Ακόμη και στις πολύ πρώιμες αποβολές, η απώλεια του εμβρύου μπορεί να έχει σημαντική επίδραση στην οικογένεια και το γεγονός ότι οι περισσότερες από αυτές τις απώλειες είναι μη αναμενόμενες μεγαλώνει ακόμα περισσότερο τη θλίψη. Κάθε άτομο αντιδρά διαφορετικά στη τραγωδία. Είναι ευθύνη του ιατρού να βοηθήσει τους γονείς στο πένθος τους, καταλαβαίνοντας τον πόνο της απώλειας και υποδεικνύοντας διάφορες μεθόδους υποστήριξης.

## II. Ο πόνος σε γυναίκες με αυτόματη αποβολή κύησης

### 1. Το φαινόμενο του πόνου

#### i. Η έννοια του πόνου

Σε γενικές γραμμές, ο πόνος ορίζεται ως μία συναισθηματική και αισθητηριακή ενόχληση που σχετίζεται συνήθως, όχι πάντα, με την καταστροφή ιστών του σώματος. Πιο αναλυτικά και σύμφωνα με το Merriam Webster's Medical Desk Dictionary (1996), όπως αναφέρεται στο βιβλίο Robin & Martin (2006, σελ.429), ο πόνος ορίζεται ως: «Μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από την απουσία ευεξίας σε σωματικό, συναισθηματικό ή διανοητικό επίπεδο ή... μια ενόχληση που κυμαίνεται από την ήπια δυσφορία ή την ελαφρά ανησυχία έως την οξεία ή αφόρητη αγωνία και το μαρτύριο. Ενδέχεται να είναι γενικευμένος και διάχυτος ή να εντοπίζεται σε συγκεκριμένο σημείο και να είναι απόρροια ενός σωματικού ή ψυχικού τραύματος. Συνήθως προκαλεί την επιθυμία αποφυγής, διαφυγής ή εξάλειψης του αιτιολογικού παράγοντα που τον προκαλεί, αλλά και των συνεπειών του».

#### ii. Τα είδη του πόνου

Όπως αναφέρεται στο βιβλίο των Robin & Martin (2006,σελ.430) και σύμφωνα με τον (Charman, 1984), όταν τραυματίζεται το ανθρώπινο σώμα, σήματα που ξεκινούν από τον ιστό που υπέστη βλάβη μεταφέρονται ως ώσεις από τους προσαγωγούς (κεντρομόλους) νευρώνες του περιφερικού νευρικού συστήματος αρχικά στο οπίσθιο κέρασ του νωτιαίου μυελού και στη συνέχεια σε διάφορες περιοχές του εγκεφάλου, του υποθαλάμου και του εγκεφαλικού φλοιού. Οι απολήξεις των νευρώνων που ανταποκρίνονται στα ερεθίσματα πόνου, ονομάζονται αλγούποδοχείς. Όταν ενεργοποιούνται αυτές οι νευρικές απολήξεις παράγουν ώσεις, οι οποίες κατευθύνονται προς το κεντρικό νευρικό σύστημα. Οι περιφερικές νευρικές ίνες που μεταδίδουν τις ώσεις πόνου, είναι οι εμμύελες A-δ και οι αμύελες C ίνες. Οι εμμύελες ίνες, έχουν απολήξεις που εντοπίζονται κυρίως στο δέρμα και μεταφέρουν τις ώσεις πολύ γρήγορα, στέλνοντας τα σήματα τους στον εγκεφαλικό φλοιό μέσω του θαλάμου. Αυτά τα σήματα συνδέονται με το αίσθημα του σύντομου, οξύ και διαξιφιστικού πόνου, γι' αυτό το λόγο προκαλούν την άμεση προσοχή του ατόμου και την ανάληψη δράσης προς αποφυγή της αιτίας που το προκαλεί. Οι αμύελες ίνες C,

έχουν απολήξεις που βρίσκονται διασκορπισμένες σε διάφορους ιστούς, όπως οι μύες, τα οστά και οι αρθρώσεις, μεταφέρουν τις ώσεις με πιο αργό ρυθμό και στέλνουν τα σήματα τους στο εγκεφαλικό στέλεχος και στα κατώτερα στρώματα του πρόσθιου εγκεφάλου. Ο ερεθισμός αυτών των ινών προκαλεί πόνο, ο οποίος είναι παρατεταμένος, υπόκωφος, βύθιος, διάχυτος ή ασαφής και όχι καλά εντοπισμένος και φαίνεται ότι επηρεάζουν την ψυχική διάθεση, τη γενική συναισθηματική κατάσταση και τα κίνητρα.

Βέβαια, σύμφωνα με τους Melzack & Wall, η οποία αναφέρεται στο βιβλίο των Robin & Martin (2006, σελ.431), η αντίληψη του πόνου δεν είναι πάντα άμεση. Ο αντανακλαστικός πόνος, αναφέρεται στον πόνο που οφείλεται σε βλάβη κάποιου ιστού σε μια περιοχή του σώματος, ο οποίος όμως γίνεται αντιληπτός σα να προέρχεται από κάποια άλλη. Όταν δηλαδή, διαφορετικές αισθητηριακές ώσεις μεταδίδονται προς τον νωτιαίο μυελό μέσω των ίδιων νευρικών οδών, τότε το άτομο που αισθάνεται ότι πονά, είναι πιθανό να προβεί σε λανθασμένη εκτίμηση της πραγματικής προέλευσης αυτού του αισθήματος. Ο πόνος μπορεί να είναι οξύς, χρόνιος, χρόνιος υποτροπιάζων, χρόνιος ανθεκτικός μη προοδευτικός πόνος ή χρόνιος κλιμακούμενος. Ο οξύς πόνος είναι προσωρινός, διαρκεί λιγότερο από έξι μήνες και είναι δυνατό να προκαλέσει έντονο άγχος και δυσφορία, τα οποία όμως υποχωρούν όταν λήξει η κατάσταση που τον προκαλεί. Ο χρόνιος πόνος είναι ασυνεχής, διαλείπων ή διαρκής, ελαφρύς ή σφοδρός. Ο χρόνιος υποτροπιάζων, αφορά επεισόδια έντονου πόνου, τα οποία ακολουθούνται από περιόδους ύφεσης. Ο χρόνιος ανθεκτικός μη προοδευτικός πόνος, είναι πάντα παρών, αλλά δε σχετίζεται με κάποια κατάσταση που εξελίσσεται προοδευτικά. Τέλος, ο χρόνιος κλιμακούμενος πόνος, δημιουργεί συνεχή ενόχληση και γίνεται προοδευτικά πιο έντονος όσο επιδεινώνεται η κατάσταση που τον προκαλεί.

### iii. Θεωρίες του πόνου

Οι θεωρίες που έχουν προταθεί για το φαινόμενο του πόνου είναι οι εξής (Robin & Martin, 2006, σελ. 432-437):

Η θεωρία της εξειδίκευσης: Προτάθηκε στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα, θεωρώντας ότι ένα συγκεκριμένο σύστημα του ανθρώπινου σώματος ευθύνεται για την αντίληψη του πόνου και ότι ο πόνος είναι μια ανεξάρτητη αίσθηση, όπως η αφή ή η αίσθηση του θερμού και του ψυχρού. Παράλληλα, υποστηρίχθηκε ότι εξειδικευμένοι υποδοχείς



του δέρματος είχαν την ικανότητα να αντιδρούν σε συγκεκριμένα ερεθίσματα και ότι κάποιες συγκεκριμένες νευρικές οδοί στο κεντρικό νευρικό σύστημα για τη μεταβίβαση ώσεων και συγκεκριμένα εγκεφαλικά κέντρα ήταν υπεύθυνα αποκλειστικά για την καταγραφή και την ερμηνεία του πόνου.

- Η θεωρία των προτύπων: Υποστηρίζει ότι ο πόνος είναι αποτέλεσμα της μορφής, της έντασης και της ποιότητας των ερεθισμάτων, τα οποία προέρχονται από τις περιφερικές απολήξεις. Για παράδειγμα, σε μια συγκεκριμένη περιοχή του σώματος, ένας ήπιος ερεθισμός ενδέχεται να προκαλέσει την αίσθηση της αφής, αλλά ένας έντονος είναι πιθανό να προκαλέσει την αίσθηση του πόνου. Σύμφωνα με την θεωρία, οι αισθήσεις είναι δυνατό να προστεθούν μεταξύ τους και οι νευρικές ώσεις που μεταβιβάζονται προς τη σπονδυλική στήλη καταλήγουν στον εγκέφαλο, αφού φτάσουν πρώτα ένα συγκεκριμένο όριο (τον ουδό του πόνου).
- Η θεωρία του συναισθήματος: Αναφέρει ότι το θυμικό και τα συναισθήματα επηρεάζουν την αντίληψη όλων των αισθητηριακών εμπειριών. Έτσι, ο πόνος προσδιορίζεται από ένα αρνητικό χαρακτηριστικό, το οποίο ωθεί το άτομο σε δράση που στοχεύει στη διακοπή του ερεθίσματος που τον προκαλεί. Όμως, αυτή η θεωρία δεν προσφέρει πρόσθετες πληροφορίες, όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο το νευρικό σύστημα προσλαμβάνει τα οδυνηρά ερεθίσματα και τον τρόπο με τον οποίο ο εγκέφαλος αντιδρά σε αυτά.
- Η θεωρία της πύλης ελέγχου του πόνου: Η θεωρία αυτή, αναγνωρίζει την ύπαρξη εξειδικευμένων υποδοχέων και νευρικών οδών για τη μεταβίβαση του πόνου, όπως επίσης τη σημασία των προτύπων και της άθροισης των νευρικών ώσεων. Ταυτόχρονα, αναγνωρίζει το ρόλο των ψυχολογικών παραγόντων και διεργασιών στο βίωμα και στον έλεγχο του πόνου. Υποστηρίζει ότι οι ώσεις πόνου δε μεταβιβάζονται κατευθείαν από τις νευρικές απολήξεις στον εγκέφαλο, αλλά ότι τα νευρικά σήματα αλγαισθησίας ρέουν από το περιφερικό νευρικό σύστημα προς το κεντρικό νευρικό σύστημα, μέσω των οπίσθιων κεράτων του νωτιαίου μυελού, όπου και διαμορφώνονται βάσει ενός νευρωνικού μηχανισμού της «πύλης ελέγχου». Συνοπτικά, η θεωρία της πύλης ελέγχου, υποστηρίζει ότι τρεις παράγοντες εμπλέκονται στον καθορισμό της έντασης του πόνου που γίνεται αισθητός: α) η δραστηριότητα στις νευρικές ίνες τύπου A-δ και C, οι οποίες είναι μικρής διαμέτρου και μεταβιβάζουν τις ώσεις

του πόνου, β) ο βαθμός ενεργοποίησης της μεγάλης διαμέτρου A-β κλείνει την πύλη και αναστέλλει την αντίληψη του πόνου και γ) τα κατιόντα σήματα που προέρχονται από τον εγκέφαλο κλείνουν την πύλη και αναστέλλουν τη μεταβίβαση των σημάτων πόνου.

- Η θεωρία της νευρωνικής μήτρας: Οι τέσσερις θεμελιώδεις αρχές αυτής της θεωρίας είναι: (1) οι περιοχές του εγκεφάλου που αντιστοιχούν σε συγκεκριμένα μέρη του σώματος υπάρχουν και είναι ενεργές, είτε δέχονται ερεθίσματα από το σώμα, είτε όχι, (2) τα νευρωνικά πρότυπα, τα οποία αποτελούν τη βάση της «εμπειρίας», εδράζονται στα νευρωνικά δίκτυα του εγκεφάλου, (3) η εμπειρία του «εαυτού» ως μιας οντότητας ξεχωριστής από το υπόλοιπο περιβάλλον οφείλεται σε διεργασίες του κεντρικού νευρικού συστήματος και όχι στα εισερχόμενα ερεθίσματα που προέρχονται από το περιφερικό νευρικό σύστημα ή τον νωτιαίο μυελό και (4) αυτές οι νευρωνικές διεργασίες, παρόλο που τροποποιούνται από την εμπειρία, είναι ενδογενείς. Η θεωρία της νευρωνικής μήτρας υποστηρίζει ότι κάθε άτομο διαθέτει ένα ενδογενές, γενετικά προκαθορισμένο νευρωνικό δίκτυο (που ονομάζεται «νευρωνική μήτρα»), το οποίο αποτελείται από κυκλώματα ανατροφοδότησης μεταξύ του θαλάμου και του φλοιού και μεταξύ του φλοιού και του μεταχιακού συστήματος του εγκεφάλου. Αυτά τα κυκλώματα είναι δυνατό να τροποποιηθούν από το βίωμα του πόνου. Όταν λαμβάνονται αισθητηριακά ερεθίσματα, αυτά εισέρχονται στο δίκτυο, μετασχηματίζονται βάσει κυκλικών διεργασιών και συντίθενται δημιουργώντας ένα μοναδικό πρότυπο (νευροϋπογραφή). Συνεπώς, όλα τα αισθητηριακά ερεθίσματα αποτυπώνονται στη νευρωνική μήτρα με τη μορφή νευροϋπογραφών, οι οποίες προβάλλονται σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου γνωστές ως «αισθητικο-αντιληπτικός νευρωνικός κόμβος», όπου γίνεται η ενσυνείδητη επεξεργασία τους.

#### iv. Μέτρηση του πόνου

Οι κλινικοί και οι ερευνητές έχουν αναπτύξει διάφορες τεχνικές αξιολόγησης, καθεμία από τις οποίες έχει προτερήματα, αλλά και περιορισμούς (Robin & Martin, 2006, σελ.459). Οι τεχνικές μέτρησης του πόνου είναι δυνατόν να ενταχθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες: (1) ψυχοφυσιολογικές μετρήσεις, όπως η μέτρηση της

αρτηριακής πίεσης, των καρδιακών παλμών και του ρυθμού της αναπνοής, (2) συμπεριφορικές μετρήσεις, όπως η παρατήρηση των συμπεριφορών πόνου (πχ. μορφασμοί, αναστεναγμοί και παράπονα) και (3) τεχνικές αυτοαναφοράς, όπως η γραπτή ή η προφορική περιγραφή του είδους και της έντασης του πόνου από τον ίδιο τον ασθενή. Οι κλινικοί επιστήμονες βασίζονται περισσότερο στις δύο τελευταίες κατηγορίες τεχνικών.

Σύμφωνα με τον Lykken, και όπως αναφέρεται στο βιβλίο των Robin & Martin (2006, σελ.460), οι ψυχοφυσιολογικές τεχνικές μέτρησης αξιολογούν τον πόνο βάσει των αλλαγών που παρατηρούνται στη δραστηριότητα του υπό εξέταση ατόμου σε επίπεδο φυσιολογίας. Μία μέθοδος μέτρησης είναι το ηλεκτρομυογράφημα (ΗΜΓ), το οποίο καταγράφει την ηλεκτρική δραστηριότητα των μυών, υπολογίζοντας το επίπεδο της τάσης τους. Επίσης, η δραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος, όπως ο καρδιακός παλμός, ο ρυθμός της αναπνοής, η αρτηριακή πίεση και η αγωγιμότητα του δέρματος χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της γενικευμένης διέγερσης (η οποία μπορεί να οφείλεται στον πόνο ή σε άλλα ερεθίσματα). Όπως επισημαίνει ο Charman (1985), στο βιβλίο των Robin & Martin (2006,σελ. 460) η μέτρηση της δραστηριότητας του αυτόνομου νευρικού συστήματος θεωρείται μία από τις πιο χρήσιμες τεχνικές για την αξιολόγηση των συναισθηματικών συνιστωσών του πόνου. Επιπλέον, το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ) μετράει τις ηλεκτρικές αλλαγές που παρατηρούνται στον εγκέφαλο. Συγκεκριμένα, τα επώδυνα ερεθίσματα προκαλούν προκλητά δυναμικά, τα οποία συσχετίζονται με την υποκειμενική περιγραφή του πόνου. Οι αλλαγές στο ΗΕΓ αυξάνονται με την έντονη και επώδυνη διέγερση και μειώνονται όταν το υπό εξέταση άτομο λαμβάνει αναλγητικά φάρμακα. Στις συμπεριφορικές μετρήσεις του πόνου, περιλαμβάνεται η παρατήρηση του ασθενούς όταν εκδηλώνει συμπεριφορές πόνου, τόσο στο φυσικό περιβάλλον του όσο και σε ειδικά διαμορφωμένες κλινικές συνθήκες. Σε αυτές τις συμπεριφορές περιλαμβάνονται: μη λεκτικές εκφράσεις (κυρίως οι εκφράσεις του προσώπου και οι φωνητικές ενδείξεις πόνου), παραμορφωμένες κινήσεις και στάσεις του σώματος, ευερεθιστότητα και περιορισμός των δυνατοτήτων. Στη διαδικασία μέτρησης περιλαμβάνεται συνήθως η καταγραφή του χρόνου παραμονής στο κρεβάτι λόγω του πόνου, του αριθμού των παραπόνων που εκφράζονται από τον ασθενή ή του βαθμού στον οποίο οι κινήσεις γίνονται διστακτικές, συγκρατημένες και προσεκτικές όταν σκύβει. Τέλος, οι γιατροί και το ευρύ κοινό βασίζονται κατά κύριο λόγο στις μεθόδους και τις τεχνικές αυτοαναφοράς

για την εκτίμηση του πόνου. Η αυτοαναφορά περιλαμβάνει τη λεκτική (ή τη γραπτή) περιγραφή του είδους και της έντασης του πόνου, όπως τα βιώνει το άτομο. Στις τεχνικές αυτοαναφοράς, εντάσσονται οι συνεντεύξεις (στις οποίες περιγράφεται λεκτικά), οι ειδικές κλίμακες μέτρησης (στις οποίες ο ασθενής καλείται να ποσοτικοποιήσει το μέγεθος του πόνου του) και τα ερωτηματολόγια (τα οποία περιέχουν ερωτήσεις για πολλές διαστάσεις του πόνου, συμπεριλαμβανομένης της συναισθηματικής).

Όμως, η εμπειρία του πόνου δεν εξαρτάται μόνο από την ένταση του, αλλά και από τη φύση, την ποιότητα και τη συναισθηματική επιρροή που ασκεί στο άτομο. Έτσι, σύμφωνα με τους Melzack & Torgerson, η οποία αναφέρεται στο βιβλίο του Robin & Martin, 2006, σελ.461), οι περιγραφικοί όροι που αφορούν τον πόνο, μπορούν να διαιρεθούν σε τρεις κατηγορίες: (1) περιγραφικοί όροι αισθητηριακής ποιότητας (πχ. «διάχυτος», «διαπεραστικός», «καυστικός»), (2) περιγραφικοί όροι συναισθηματικής ποιότητας (πχ. «εξαντλητικός», «τρομακτικός», «φρικτός»), (3) περιγραφικοί όροι αξιολόγησης της έντασης της εμπειρίας (πχ. «βασανιστικός», «σφοδρός» και «μαρτυρικός»). Ιδιαίτερα όσον αφορά τις αισθητηριακές και συναισθηματικές συνιστώσες του πόνου, αυτές όχι μόνο αθροίζονται, αλλά και συνδυάζονται μεταξύ τους, αποκτώντας έτσι σημαντική βαρύτητα.

## **2. Ο σωματικός πόνος σε γυναίκες με παλίνδρομη κύηση**

Στόχος αυτής της ενότητας, είναι η διερεύνηση του πόνου στις γυναίκες με παλίνδρομη κύηση. Όπως είδαμε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, υπάρχουν 3 τρόποι αντιμετώπισης: η χειρουργική, η ιατρική και η αναμενόμενη. Όμως, πώς βιώνεται ο σωματικός πόνος από τις γυναίκες; Την παραπάνω ερώτηση προσπάθησε να απαντήσουν οι Sur & Raine-Fenning (2009), συγκρίνοντας τους παραπάνω τρόπους αντιμετώπισης.

Έτσι, τα πλεονεκτήματα της "αναμενόμενης", είναι ότι αποφεύγεται η γενική αναισθησία και η γυναίκα αισθάνεται ότι έχει τον έλεγχο της κατάστασης. Στον αντίποδα αυτών των πλεονεκτημάτων, υπάρχει η πιθανότητα για μη αναμενόμενη έκβαση και αβέβαιο χρονοδιάγραμμα της κατάστασης. Επιπλέον, η αιμορραγία,

μπορεί να είναι σοβαρή και επίπονη, ενώ εάν η αποβολή δε μπορεί να συντελεστεί αυτόματα, η χειρουργική αντιμετώπιση, μπορεί να είναι αναπόφευκτη. Ως προς την ιατρική αντιμετώπιση, όπως ισχύει και με την "αναμενόμενη", οι γυναίκες αποφεύγουν τη γενική αναισθησία, όπως και τους κινδύνους που συνεπάγεται μία επέμβαση. Επιπλέον, σε αντίθεση με την αναμενόμενη, η αποβολή ολοκληρώνεται ταχύτερα. Τα μειονεκτήματα αυτής της μεθόδου, είναι ότι απαιτείται η χρήση περισσότερων αναλγητικών για την αντιμετώπιση του πόνου, η αιμορραγία έχει μεγαλύτερη διάρκεια, οι γυναίκες αντιμετωπίζουν περισσότερες γαστρεντερικές παρενέργειες εξαιτίας της χρήσης της προσταγλανδίνης, ενώ η χειρουργική αντιμετώπιση είναι απαραίτητη στο 36% των περιπτώσεων. Τέλος, η χειρουργική αντιμετώπιση, είναι προβλέψιμη, το ποσοστό επικινδυνότητας είναι μικρότερο του 5% καθώς δε χρειάζεται περαιτέρω θεραπεία, ενώ η αιμορραγία διαρκεί πολύ μικρότερο χρονικό διάστημα. Τα μειονεκτήματα αυτής της αντιμετώπισης, είναι ότι συνήθως απαιτεί γενική αναισθησία και ο κίνδυνος για μετεγχειρητικές επιπλοκές, όπως διάτρηση και τραυματισμός του τραχήλου της μήτρας είναι αυξημένος.

Μία ενδιαφέρουσα εθνογραφική μελέτη που ερευνά τον πόνο, πραγματοποιήθηκε από τους Murphy & Philpin (2010). Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 8 γυναίκες, στις οποίες έγιναν εις βάθος συνεντεύξεις. Οι αναφορές όλων των γυναικών, ξεκινούσαν με ζωντανές περιγραφές των σωματικών συμπτωμάτων που βίωναν. Η παρουσία της κοιλιακής αιμορραγίας αποτελούσε τον πιο σημαντικό δείκτη για τις γυναίκες, καθώς σήμαινε το τέλος της εγκυμοσύνης και πάντα θεωρούνταν μία σοβαρή ένδειξη για την ύπαρξη κάποιου προβλήματος. Οι εμπειρίες των γυναικών ως προς την αιμορραγία κυμαίνονταν από μικρές κηλίδες αίματος, έως πολύ σοβαρή αιμορραγία. Επιπλέον, για κάποιες γυναίκες η απώλεια αίματος σήμαινε ότι είναι αβοήθητες, ενώ άλλες το θεωρούσαν επικίνδυνο και για την ίδια τους τη ζωή, καθώς έπρεπε να εισαχθούν στα επείγοντα περιστατικά του νοσοκομείου. Επιπρόσθετα, δε βίωσαν όλες οι γυναίκες πόνο, αλλά για ορισμένες, ήταν ένα δύσκολο κομμάτι της εμπειρίας τους. Το πιο ενδιαφέρον όμως, είναι ότι στις συνεντεύξεις που έδωσαν στο νοσηλευτικό προσωπικό οι γυναίκες, σπάνια αναφέρονταν στις σωματικές παραμέτρους της αυτόματης αποβολής, δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στην ψυχολογική στήριξη που χρειάζονταν.

Οι Hasan et al.(2009) διερεύνησαν τη συσχέτιση μεταξύ της αιμορραγίας στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και της παλίνδρομης κύησης. Το δείγμα αποτελούνταν από 4.510 γυναίκες, ηλικίας 18 έως 45 ετών, οι οποίες έδωσαν

συνεντεύξεις με αυτοαναφορές κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου κύησης. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν το συνολικό αριθμό επεισοδίων αιμορραγίας, ενώ οι λεπτομέρειες που έδωσαν, αφορούσαν στο πότε συνέβη, πόσο σοβαρό ήταν, το χρώμα του, τη χρονική του διάρκεια, και αν περιελάμβαναν πόνο τα τρία πρώτα επεισόδια. Αν η αιμορραγία σταματούσε για τουλάχιστον δύο μέρες και μετά ξαναξεκινούσε, τότε υπολογιζόταν σαν δύο ξεχωριστά επεισόδια. Η στατιστική ανάλυση, έδειξε ότι το 12% των γυναικών βίωσαν παλίνδρομο κύηση και ότι η αιμορραγία στην εγκυμοσύνη δεν συσχετιζόταν με στατιστικά σημαντικό υψηλό κίνδυνο για αυτόματη αποβολή. Όμως, το 24% των γυναικών που είχαν σοβαρής μορφής αιμορραγία, κατέληξαν σε παλίνδρομο κύηση και όπως φαίνεται, είναι υψηλής επικινδυνότητας. Η σοβαρότητα της μορφής της αιμορραγίας και ο πόνος που βίωναν οι γυναίκες, φαίνεται να ήταν τα δύο πιο σημαντικά χαρακτηριστικά που μπορούν να προβλέψουν την παλίνδρομο κύηση.

### **3. Ο ψυχικός πόνος σε γυναίκες με παλίνδρομη κύηση**

Στο βιβλίο της με τίτλο «Ψυχαναλυτική θεώρηση του πόνου» η Κανελλοπούλου (2009), αναφέρει ότι στον ψυχικό πόνο, η διαδικασία είναι παρόμοια με το σωματικό, ακόμα και αν δεν υπάρχει προσβολή των ιστών. Ο ψυχικός πόνος είναι κι αυτός η αντίληψη που έχει το εγώ για μια ρήξη και έναν εσωτερικό κλονισμό. Η ρήξη, ο τραυματισμός, δεν εντοπίζεται στο προστατευτικό πρόβλημα του εγώ, αλλά στη σχέση αγάπης με τον άλλον και ο τραυματισμός, είναι τραυματισμός του ισχυρού δεσμού αγάπης με τον άλλον. Ακόμα, επισημαίνει ότι σε περίπτωση τραύματος (απώλεια), η μαζική είσοδος ενέργειας κατακλύζει το εγώ. Το εγώ θα επενδύσει όχι πια το ρήγμα ή την αναπαράσταση του μέρους του σώματος, όπως γίνεται στο σωματικό πόνο, αλλά την ψυχική αναπαράσταση του άλλου. Το εγώ δηλαδή αμύνεται στο τραύμα υπερεπενδύοντας την εικόνα του αγαπημένου άλλου, η οποία βρίσκεται μέσα μας. Συνεπώς, ο πόνος είναι η αμυντική αντίδραση του εγώ που έχει κλονιστεί. Η άμυνα αυτή συνίσταται στην προσπάθεια του εγώ να διατηρήσει πάση θυσία ζωντανή την εικόνα του άλλου, επενδύοντας όλη του την ενέργεια σε αυτή την εικόνα, σα να θέλει να αναπληρώσει την πραγματική απουσία του άλλου τιμώντας την εικόνα του. Επομένως, η αντίδραση του εγώ στον κλονισμό που υπέστη από την απώλεια, έχει δύο σκέλη: το εγώ αποεπενδύει απότομα όλες σχεδόν τις

αναπαραστάσεις του, για να υπερεπενδύσει τη μόνη αναπαράσταση του αγαπημένου που δεν υπάρχει πια. Και οι δύο αυτές κινήσεις προκαλούν πόνο (Κανελλοπούλου, 2009, σελ. 43) .

Σύμφωνα με την άποψη του Nasio (Κανελλοπούλου 2009), ο ψυχικός πόνος είναι το συναίσθημα που εκφράζει την εξάντληση του εγώ που είναι απασχολημένο μόνο με το να αγαπά απελπισμένα την εικόνα του αγαπημένου που χάθηκε. Ο μαρασμός και η αγάπη συγχωνεύονται σε καθαρό πόνο. Αυτό που πονά, δεν είναι η απώλεια αυτού που αγαπάμε, αλλά η δυνατότερη αγάπη που τρέφουμε για αυτόν, ενώ ξέρουμε ότι δεν υπάρχει πια.

Οι Carter et al.(2007) υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες που έχουν βιώσει την παλίνδρομη κύηση, εμφανίζουν συχνά αντιδράσεις πένθους, όπως λύπη, θυμό, ενοχές, άγχος, συνεχής ανεύρεση νοήματος και μειωμένο ενδιαφέρον. Οι συγγραφείς, επισημαίνουν δε, ότι παρά το γεγονός ότι για τις περισσότερες γυναίκες οι αντιδράσεις αυτές μειώνονται με το πέρασ του χρόνου, ένα σημαντικό ποσοστό αναπτύσσουν μακροπρόθεσμα ψυχιατρικές διαταραχές.

Όπως αναφέρουν οι Carter, Misri & Tomfohr (2007), έρευνα της Klier και των συνεργατών της (2000), έδειξε ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι πιο έντονα σε γυναίκες που δεν έχουν παιδιά καθώς και σε εκείνες που είχαν βιώσει και προηγούμενα καταθλιπτικά επεισόδια. Σε έρευνα με δείγμα 174 γυναίκες, οι οποίες βίωσαν αυτόματη αποβολή κύησης 20 εβδομάδες νωρίτερα, βρέθηκε ότι οι γυναίκες με υψηλό κίνδυνο κατάθλιψης, είχαν έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και χρησιμοποιούσαν παθητικές στρατηγικές αντιμετώπισης, οι οποίες ήταν εστιασμένες στο συναίσθημα και όχι στο πρόβλημα.

Επιπλέον, έρευνες έχουν δείξει αυξημένα επίπεδα άγχους μετά την αυτόματη αποβολή με έναρξη κυρίως μετά το γεγονός και με φθίνουσα πορεία μετά τους έξι μήνες και κυρίως μετά τον 1<sup>ο</sup> χρόνο. Όμως, μία επισκόπηση της βιβλιογραφίας, δείχνει ότι το άγχος προϋπάρχει της αυτόματης αποβολής και δεν είναι αποτέλεσμα αυτής.

Σε μια άλλη έρευνα, ο Neugebauer (2003), διερεύνησε τον ψυχικό πόνο σε γυναίκες με αυτόματη αποβολή κύησης. Ο ερευνητής πήρε συνεντεύξεις από 114 γυναίκες οι οποίες είχαν παλίνδρομο κύηση 6 έως 8 μήνες πριν, καθώς και από 328 γυναίκες που δεν είχαν μείνει πρόσφατα έγκυες. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα αξιολογήθηκαν με την κλίμακα Epidemiologic Studies Depression. Οι επιπτώσεις της αυτόματης αποβολής στα καταθλιπτικά συμπτώματα μετά από 6 - 8 εβδομάδες, ήταν

σημαντικά μεγαλύτερες στις νεότερες γυναίκες και πιθανές σε γυναίκες με προηγούμενο κλινικό ιστορικό, ενώ σε άλλες περιπτώσεις δεν είχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές λαμβάνοντας υπόψη την οικογενειακή κατάσταση, την εθνικότητα ή το εκπαιδευτικό επίπεδο.

Επιπρόσθετα, μια ακόμα σημαντική έρευνα, είναι αυτή των Lok, Yip, Lee, Sahota, & Chung (2010), οι οποίοι σε βάθος ενός χρόνου μελέτησαν τις επιπτώσεις της αυτόματης αποβολής κύησης. Στην έρευνα συμμετείχαν 280 γυναίκες με αυτόματη αποβολή κύησης και 150 γυναίκες που δεν είχαν μείνει έγκυες. Η αξιολόγηση των ψυχολογικών επιπτώσεων έγινε με την General Health Questionnaire-12, το οποίο χρησιμοποιείται για να αξιολογήσει τον ψυχικό πόνο που βιώνουν οι γυναίκες, και το Beck Depression Inventory, σε 4 διαφορετικές χρονικές περιόδους: α) αμέσως μετά την αυτόματη αποβολή, β) μετά από 3 μήνες, γ) μετά από 6 μήνες και δ) μετά από 1 χρόνο. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι το 55% των γυναικών αμέσως μετά την αυτόματη αποβολή, είχε υψηλά σκορ στο ψυχομετρικό εργαλείο που αξιολογεί τον ψυχικό πόνο, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για τους 3 μήνες ήταν στο 25%, για τους 6 μήνες στο 17.8% και για τον 1 χρόνο στο 10.8%. Όσον αφορά την κλίμακα του Beck ως προς την κατάθλιψη, τα αποτελέσματα έδειξαν μια αντίστοιχη εικόνα. Δηλαδή, αμέσως μετά το γεγονός, το ποσοστό των γυναικών με κατάθλιψη ήταν 26.8%, στους 3 μήνες 18.4%, στους 6 μήνες 16.4%, ενώ στον 1 χρόνο έπεσε στο 9.3%. Επιπλέον, μια πολύ σημαντική διαπίστωση ήταν το ότι οι γυναίκες που αρχικά βίωναν μεγάλο ψυχικό πόνο, συνέχιζαν να σκοράρουν υψηλά και στα δύο ψυχομετρικά εργαλεία σε όλα τα χρονικά διαστήματα. Τέλος, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην πειραματική ομάδα σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, οι οποίες όμως έπαψαν να είναι στατιστικά σημαντικές μετά από 1 χρόνο.

Όπως αναφέρουν οι Serrano & Lima (2006) έρευνα των Janssen, Cuisinier, de Graauw, & Hoogduin, (1997), έδειξε ότι η αυτόματη αποβολή, είναι πιθανόν να οδηγήσει σε αυξημένα επίπεδα ψυχικού πόνου και ότι η διαδικασία του πένθους μπορεί να διαρκέσει από 4 μήνες, μέχρι και μερικά χρόνια. Επιπλέον, οι συγγραφείς αναφέρονται και στην έρευνα των Beutel, Willner, Deckardt, Von Rad και Weiner (1996), όπου το δείγμα αποτελούνταν από 56 ζευγάρια και η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι τα επίπεδα πένθους που βίωναν οι γυναίκες ήταν υψηλότερα από τα αντίστοιχα των αντρών.

Στο ίδιο άρθρο των Serrano & Lima (2006), αναφέρεται και η έρευνα του Toedter και των συνεργατών του (1988), η οποία παρά το γεγονός ότι πραγματοποιήθηκε



πολλά χρόνια πριν, εξάγει ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Έτσι, μετά την αυτόματη αποβολή, οι γυναίκες βιώνουν πολλές ενοχές και τείνουν να κατηγορούν τον εαυτό τους, κάτι που εντείνει το πένθος. Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε και μια άλλη έρευνα, τονίζοντας ότι η θλίψη και το άγχος που βιώνονται συνθέτουν ένα πολύπλοκο φαινόμενο.

Σε ανασκόπηση των Geller, Kerns & Klier (2004), παρουσιάζονται μελέτες που διερευνούν τις αγχώδεις διαταραχές που παρατηρούνται μετά την αυτόματη αποβολή κύησης. Το 1.3% των γυναικών λαμβάνουν διάγνωση για αγχώδη διαταραχή, ενώ το 6% για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Επιπλέον, οι γυναίκες έχουν οκτώ φορές περισσότερες πιθανότητες να λάβουν διάγνωση για ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή, ακόμα και αν δεν είχαν κλινικό ιστορικό άγχους ή κατάθλιψης. Ως προς τη διαταραχή πανικού, οι έρευνες δε δείχνουν να υπάρχει συσχέτιση, κάτι που φαίνεται να ισχύει και με την κοινωνική φοβία. Σχετικά με την μετατραυματική διαταραχή, τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι οι γυναίκες ανήκουν στην ομάδα κινδύνου και ενδέχεται να διαγνωστούν με τη συγκεκριμένη διαταραχή ένα μήνα μετά την απώλεια.

Μια ακόμα σημαντική παράμετρος του ψυχικού πόνου που βιώνουν οι γυναίκες, διερευνήθηκε από τους Callander, Brown, Tata, & Regan (2007). Οι ερευνητές, θεώρησαν ότι η διερεύνηση των γνωστικών παραγόντων που παρεμβάλλονται στην συναισθηματική αντίδραση στην αυτόματη αποβολή κύησης, πιθανόν να μπορούν να εξηγήσουν το πώς οι γυναίκες επεξεργάζονται και το πώς προσαρμόζονται σε αυτή την εμπειρία. Έτσι, η μεταβλητή που μετρήθηκε ως γνωστικός παράγοντας που παρεμβάλλεται, είναι η "αντιπαραδειγματική" σκέψη, η οποία θεωρείται στοχαστική διαδικασία. Η "αντιπαραδειγματική" σκέψη, περιλαμβάνει την προσομοίωση του γεγονότος, ως κάτι που θα μπορούσε να είχε γίνει διαφορετικά. Αυτό το είδος σκέψης, σύμφωνα με τους ερευνητές έχει τις εξής κατηγορίες:

- a) Σκέψεις από πάνω προς τα κάτω, όπου η προσομοίωση του αποτελέσματος να είναι καλύτερη από αυτό που πραγματικά έγινε, καθώς και σκέψεις από κάτω προς τα πάνω, όπου η προσομοίωση του αποτελέσματος είναι χειρότερη από την πραγματικότητα. Η πρώτη μορφή, περιλαμβάνει σκέψεις τύπου: «Αν είχα κόψει το κάπνισμα δε θα είχα αυτόματη αποβολή», ενώ η δεύτερη μορφή: «Τουλάχιστον η αυτόματη αποβολή έγινε στην αρχή της κύησης».

- b) Σκέψεις που εστιάζουν στον εαυτό, όπως: «Μακάρι να μη δούλευα τόσες πολλές ώρες» όπως επίσης και σκέψεις που εστιάζουν σε άλλα πρόσωπα: «Μακάρι ο άντρας μου να μη μου φώναζε».
- c) Προσθετικές, όπου το άτομο προσθέτει κάτι στην προσομοίωση, όπως για παράδειγμα: «Μακάρι να ξεκουραζόμουν περισσότερο», ή αφαιρετικές, όπως: «Μακάρι να μην είχα πει αυτό το κρασί».

Στόχος της συγκεκριμένης έρευνας ήταν να μελετήσουν τις γνωστικές και συναισθηματικές διεργασίες που ακολουθούν της αυτόματης αποβολής και να κατανοήσουν τον τρόπο λειτουργίας τους. Το δείγμα αποτελούνταν από 62 γυναίκες, ηλικίας 22 έως 44 ετών, οι οποίες είχαν βιώσει από 2 έως 18 αυτόματες αποβολές. Το χρονικό διάστημα που είχε περάσει από την πιο πρόσφατη εμπειρία τους, κυμαινόταν από 1 έως 36 μήνες. Τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, ήταν το Hospital Anxiety and Depression Scale, μια κλίμακα με 14 στοιχεία που αξιολογεί το άγχος και την κατάθλιψη, δοκιμασίες που αξιολογούν τη δυνατότητα και τις σκέψεις γενικού περιεχομένου, τις «αντιπαραδειγματικές» σκέψεις και τα μελλοντικά σχέδια μετά την αυτόματη αποβολή και τέλος δοκιμασίες που αξιολογούν το νόημα που αποδίδει κάθε γυναίκα στο γεγονός, αν κατηγορεί τον εαυτό της ή αν βρίσκει κάτι θετικό στην εμπειρία αυτή. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ των σκέψεων που γίνονται από πάνω προς τα κάτω και του άγχους, ενώ δε βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ των σκέψεων που γίνονται από κάτω προς τα πάνω και της κατάθλιψης. Τέλος, τα σχέδια για το μέλλον δεν σχετίζονταν με μειωμένη θλίψη, ενώ βρέθηκε ότι το ψάξιμο για ανεύρεση νοήματος, είχε αρνητική σχέση με τη θλίψη.

Αξίζει να αναφέρουμε και την έρευνα των Seng, Oakley, Sampsel, Killion, Graham-Bermann, & Liberzon (2001). Οι ερευνητές, ήθελαν να αξιολογήσουν τη συσχέτιση μεταξύ συγκεκριμένων επιπλοκών της κύησης και της μετατραυματικής διαταραχής άγχους. Στην κλινική του Michigan, 2.219 γυναίκες που κυοφορούσαν, είχαν μετατραυματική διαταραχή άγχους, σύμφωνα με το ICD-9, ενώ από αυτές, το 20% είχαν επιπλοκές στην εγκυμοσύνη. Οι ερευνητές, χρησιμοποίησαν πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης για να διερευνήσουν τη συσχέτιση ανάμεσα στις επιπλοκές στην εγκυμοσύνη και στη μετατραυματική διαταραχή άγχους. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων, έδειξε ότι οι γυναίκες με μετατραυματική διαταραχή άγχους, είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες για εκτοπική έκτρωση, αυτόματη αποβολή κύησης και υπεραιμία.

Ο ψυχικός πόνος που βιώνουν οι γυναίκες, τις επηρεάζει και στον τρόπο που διαχειρίζονται τα συναισθήματά τους σε επόμενη εγκυμοσύνη. Οι Anderson, Nilsson & Adolfsson (2011), διεξήγαγαν συνεντεύξεις σε 16 γυναίκες, οι οποίες βρίσκονταν σε επόμενη εγκυμοσύνη, έχοντας ήδη βιώσει μία ή περισσότερες απώλειες. Η συνέντευξη ήταν μη-δομημένη και οι ερευνητές έκαναν μία και μόνο ερώτηση:

« Ήσουν και στο παρελθόν έγκυος. Μπορείς να μου πεις πώς διαχειρίζεσαι τα συναισθήματά σου, τώρα σε αυτή την εγκυμοσύνη;». Η συνέντευξη είχε διάρκεια 12-60' και στο τέλος οι ερευνητές ρωτούσαν τη γυναίκα αν είχε κάτι να προσθέσει. Η ποιοτική ανάλυση των δεδομένων, έδειξε να υπάρχουν πέντε τρόποι διαχείρισης των συναισθημάτων: αποστασιοποίηση από την εγκυμοσύνη, εστίαση στα συμπτώματα της εγκυμοσύνης, αναζήτηση για επιβεβαιωτικές πληροφορίες, αίτημα για υπέρηχο και αναζήτηση της βοήθειας από ειδικό, αλλά και κοινωνικής υποστήριξης.

Ως προς την αποστασιοποίηση, οι γυναίκες δεν επιτρέπουν στον εαυτό τους να φανταστούν ότι αγκαλιάζουν το μωρό τους, αποφεύγουν να κάνουν ψώνια για το μωρό και κάποιες φορές δεν το ανακοινώνουν σε συγγενείς και φίλους. Επιπλέον, εστιάζουν στα συμπτώματα της εγκυμοσύνης και τα συγκρίνουν με όσα είχαν βιώσει στην προηγούμενη κατάσταση. Έτσι, ελέγχουν συνέχεια για παρουσία αίματος και όταν αισθάνονται ναυτίες ή ζαλάδες το θεωρούν ενδείξεις καλής εγκυμοσύνης. Επιπρόσθετα, ο υπέρηχος τις βοηθάει στον έλεγχο του άγχους, καθώς επιβεβαιώνει την καλή πορεία της κύησης, ενώ η αναζήτηση πληροφοριών από βιβλία, περιοδικά ή το διαδίκτυο λειτουργεί καθησυχαστικά.

Οι γυναίκες που έχουν βιώσει την απώλεια, τείνουν να βιώνουν αντιφατικά συναισθήματα. Φαίνεται ότι αρχικά επιδιώκουν να αποστασιοποιηθούν από την εγκυμοσύνη, σαν αμυντικός μηχανισμός από την προηγούμενη απογοήτευση που βίωσαν, όμως παράλληλα επιδιώκουν να την υποστηρίξουν από τους ειδικούς, μιλώντας για την απώλεια που βίωσαν, αλλά και για τις ανησυχίες και τα ερωτηματικά τους για την τωρινή κύηση.

### III. Επιπτώσεις

#### 1. Πρόλογος

Σύμφωνα με την Μηλιόρδου (2008) η αποβολή αντιμετωπίζεται ως μια σημαντική απώλεια, η οποία περιέχει ένα σύνολο μικρότερων απωλειών. Ένα κομμάτι αφορά την απώλεια του παιδιού που θα γεννιόταν και των ονείρων, προσδοκιών και επιθυμιών που σχετίζονταν με αυτή τη γέννηση. Επίσης, είναι ένα απροσδόκητο γεγονός, το οποίο αντιστρέφει τον ατομικό και οικογενειακό προγραμματισμό σε μεγάλο βαθμό. Παράλληλα, ο σωματικός πόνος που συνυπάρχει, καθώς και η εικόνα του αίματος, που συνήθως μένει χαραγμένη στη μνήμη, δυσκολεύουν ακόμα περισσότερο την προσπάθεια. Παρόλο, που υπάρχει η δυνατότητα μιας νέας σύλληψης, το γεγονός της αποβολής είναι αυτό καθαυτό μη αναστρέψιμο. Παράλληλα, ενεργοποιεί το άγχος μιας επόμενης αποβολής και αδυναμίας ολοκλήρωσης των σταδίων μιας φυσιολογικής εγκυμοσύνης. Αυτό επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό και την αυτοεκτίμηση της γυναίκας, καθώς στην κοινωνία μας η ολοκλήρωση του γυναικείου ρόλου προϋποθέτει και την απόκτηση τέκνων.

Δυστυχώς, συνήθως δε δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην γυναίκα που έχει βιώσει μια αποβολή, καθώς δεν υπάρχει επαρκής ενημέρωση του κοινού (ακόμα και κάποιων ειδικών), σχετικά με τις συνέπειές της στην ψυχοσωματική υγεία της. Παράλληλα, επειδή η απώλεια ως έννοια δυσκολεύει σε μεγάλο βαθμό αρκετούς ανθρώπους, προτιμούν να μη συζητούν καθόλου αυτό το θέμα και να το αποφεύγουν. Επίσης, ο κοινωνικός περίγυρος με την σκέψη ότι θα έρθει μια νέα εγκυμοσύνη, περιμένει από τη γυναίκα να πενήσει την απώλεια σύντομα και όχι έντονα.

Η αντίδραση της γυναίκας στο γεγονός της αποβολής ποικίλλει και εξαρτάται από πληθώρα παραγόντων. Ένας απ'αυτούς είναι οι αντιλήψεις της για την εγκυμοσύνη και την απώλεια, ο βαθμός του δεσμού που είχε δημιουργηθεί αλλά και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως η ύπαρξη ή η απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος και η κουλτούρα της περιοχής που ζει. Οι πιο συνηθισμένες ψυχολογικές επιπτώσεις είναι η άρνηση του γεγονότος, η απογοήτευση και ο θυμός, το αίσθημα της απώλειας ελέγχου, συναισθήματα ανεπάρκειας, η αυτομομφή, ο φόβος και η θλίψη.

Η αποβολή και οι ψυχολογικές επιπτώσεις της στη γυναίκα αποτελούν παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών. Στο διάστημα των πρώτων έξι μηνών μετά από αυτή, οι γυναίκες παρουσιάζουν 2,5 φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν συμπτώματα μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής απ'ότι αυτές του γενικού πληθυσμού.

Συνεπώς, στόχος της ενότητας αυτής είναι η απάντηση στα ερωτήματα που σχετίζονται με τις στρατηγικές αντιμετώπισης της αυτόματης αποβολής και την προσαρμογή του ζευγαριού μετά την απώλεια. Ενδεικτικά ερωτήματα προς απάντηση σχετίζονται με το ποιες οι πιο ενδεδειγμένες στρατηγικές αντιμετώπισης και ποιες οι πιο αποτελεσματικές σύμφωνα με τις έρευνες, πώς μπορεί να βοηθηθεί το ζευγάρι για την καλύτερη προσαρμογή του μετά την απώλεια, όπως επίσης και ποιες είναι οι πιο εποικοδομητικές στρατηγικές προσαρμογής που χρησιμοποιεί το ζευγάρι.

## **2. Οι επιπτώσεις στα δύο φύλα**

Οι Rinehart & Kiselica (2010), έκαναν μια επισκόπηση της βιβλιογραφίας ως προς τις αντιδράσεις των συζύγων σε αυτή την απώλεια. Οι συγγραφείς τονίζουν ότι το πώς βιώνουν και το τι συναισθήματα έχουν οι άντρες, έχει διερευνηθεί ελάχιστα, όμως η στήριξη που παρέχουν οι σύντροφοι στις γυναίκες τους μετά την αυτόματη αποβολή, είναι εξαιρετικής σημασίας για το πώς θα διαχειριστεί η γυναίκα την απώλεια. Δεν βρέθηκαν ποιοτικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς τη θλίψη που βιώνουν μετά την αυτόματη αποβολή, αν και οι άνδρες τείνουν να είναι πιο εσωστρεφείς στην εκδήλωση των συναισθημάτων τους.

Οι μελέτες που διερευνούν τις επιπτώσεις στα δύο φύλα, είναι τόσο ποσοτικές, όσο και ποιοτικές. Τα ποιοτικά δεδομένα, έχουν εξαχθεί από ομάδες στήριξης, από συνεντεύξεις, από γραπτές αναφορές σε ερωτηματολόγια ή και από το συνδυασμό των τριών αυτών μεθόδων. Τα ποσοτικά δεδομένα, έχουν εξαχθεί από την κλίμακα Perinatal Grief Scale, η οποία ποσοτικοποιεί το πένθος που βιώνει το άτομο, βασισμένο σε προσωπικές αναφορές για τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις του.

Οι βασικοί άξονες που έχουν προκύψει από τις ποιοτικές μελέτες, περιλαμβάνουν τα εξής θέματα: α) το σοκ και την έκπληξη, β) την αίσθηση της απώλειας, γ) το πένθος (κλιμακούμενο από την έντονη θλίψη, μέχρι την κατάθλιψη), δ) τη σύγχυση

και το θυμό και δ) την αποξένωση και την περιθωριοποίηση. Επιπλέον, οι Rinehart & Kiselica (2010), αναφέρουν έρευνες σύμφωνα με τις οποίες, η αυτόματη αποβολή, είναι μια απώλεια όχι μόνο της εγκυμοσύνης, αλλά των μελλοντικών προσδοκιών και της ελπίδας. Απειλεί τη φυσική διαδικασία του να γίνει κάποιος πατέρας και να αποκτήσει οικογένεια. Αυτή η αίσθηση της απώλειας εντείνεται αν το ζευγάρι, έχει πει για την εγκυμοσύνη σε φίλους και συγγενείς και ιδιαίτερα, αν έχει γίνει και ο πρώτος υπέρηχος. Έχει φανεί από τις έρευνες, ότι όταν οι γονείς έχουν δει το μωρό μέσω του υπερήχου, έχει ήδη ξεκινήσει να δημιουργείται δεσμός μεταξύ των γονέων και του βρέφους. Τέλος, οι στατιστικές αναλύσεις των ποσοτικών ερευνών, κατέληξαν σε παρόμοια αποτελέσματα, όπου φαίνεται ότι οι άντρες βιώνουν στον ίδιο βαθμό με τις γυναίκες το πένθος, με τη διαφορά ότι η χρονική διάρκεια για τους άντρες είναι σαφώς μικρότερη.

Οι Carter et al (2007), σε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, διερεύνησαν τις αντιδράσεις των συντρόφων στην απώλεια. Οι συγγραφείς, αναφέρουν ότι το πένθος που βιώνουν οι άντρες είναι πιο έντονο όσο πιο προχωρημένη είναι η κύηση, ενώ νιώθουν άβολα όταν μοιράζονται τα συναισθήματα τους. Ακόμα, έρευνες έχουν δείξει ότι οι άντρες είναι πιο επιρρεπείς στη χρήση αλκοόλ, ώστε να μπορέσουν να διαχειριστούν τα συναισθήματα της απώλειας.

Ιδιαίτερη σημασία παρουσιάζει η μελέτη 332 συζύγων εγκύων γυναικών, από τις οποίες οι 68, κατέληξαν σε αυτόματη αποβολή. Όταν η εγκυμοσύνη έφτανε στο τέλος της, είτε κατέληγε σε γέννα, είτε σε αυτόματη αποβολή, τα επίπεδα άγχους, ανησυχίας και κατάθλιψης, αυξάνονταν. Σε σύγκριση με τις γυναίκες, οι άντρες ήταν πιο απρόθυμοι στο να μιλήσουν για τα συναισθήματα τους και συχνά επέστρεφαν στην καθημερινότητα τους πιο γρήγορα. Το παραπάνω, είχε ως αποτέλεσμα οι γυναίκες να αισθάνονταν εγκαταλελειμμένες και ένοχες, καθώς ένιωθαν ότι το αντίκτυπο για εκείνες, ήταν μεγαλύτερο, τόσο σε σωματικό, όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο.

Οι Serrano & Lima (2006), διεξήγαγαν μια σημαντική μελέτη, στόχος της οποίας ήταν να διερευνήσει: α) τις επιπτώσεις της απώλειας στη σχέση του ζευγαριού και πιο συγκεκριμένα στο πόσο ικανοποιημένοι είναι από την επικοινωνία και τη σεξουαλική τους ζωή και β) τις διαφυλικές διαφορές ως προς τη στάση και την ένταση του πένθους που βιώνεται. Το δείγμα αποτελούνταν από 30 ζευγάρια, με τουλάχιστον 3 συνεχόμενες αυτόματες αποβολές κύησης, τα οποία δεν είχαν κάποιο άλλο παιδί. Το χρονικό διάστημα που συλλέχθηκαν τα δεδομένα, ήταν το λιγότερο 3 μήνες μετά την

αποβολή, ενώ ο μέσος χρόνος που τα ζευγάρια είχαν σχέση ήταν τα 6.66 έτη. Για την αξιολόγηση των επιπτώσεων τόσο σε ψυχολογικό επίπεδο, όσο και στο επίπεδο της σχέσης, χρησιμοποιήθηκαν δύο ψυχομετρικά εργαλεία που μετρούν τον ψυχικό πόνο: α) Impact of Events Scale και β) Perinatal Grief Scale, καθώς επίσης και άλλα δύο που μετρούν την ποιότητα ζωής στη σχέση του ζευγαριού: α) Intimate Relationship Scale και β) Partnership Questionnaire. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων, έδειξε ότι οι άντρες βιώνουν πένθος, αλλά λιγότερο έντονα από τις γυναίκες. Γενικά, οι γυναίκες παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα θλίψης από τους άντρες. Ακόμα, παρά το γεγονός ότι η σχέση των ζευγαριών δεν φάνηκε να επηρεάζεται τόσο δραματικά από την αυτόματη αποβολή, τα ζευγάρια περιέγραψαν αλλαγές στη σεξουαλική τους ζωή. Οι άντρες εξέφραζαν μεγαλύτερη επιθυμία για σεξουαλική επαφή από τις γυναίκες, ενώ το 33.3% των γυναικών και μόνο το 23.3% των ανδρών ανέφεραν πτώση στη συχνότητα της σεξουαλικής δραστηριότητας μετά την αυτόματη αποβολή.

Ιδιαίτερη σημασία παρουσιάζει η έρευνα των Seng et al. (2001). Οι ερευνητές ήθελαν να αξιολογήσουν τη συσχέτιση μεταξύ συγκεκριμένων επιπλοκών της κύησης και της μετατραυματικής διαταραχής άγχους, χρησιμοποιώντας πολλαπλά ανάλυση παλινδρόμησης. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων, έδειξε ότι οι γυναίκες με μετατραυματική διαταραχή άγχους, είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες για εκτοπική έκτρωση, αυτόματη αποβολή κύησης και υπεραιμία.

Τέλος, πολύ σημαντική είναι η προοπτική μελέτη σε βάθος ενός χρόνου των Kong, Chung, Lai & Lok (2010). Στόχος της έρευνας ήταν η διερεύνηση των ψυχολογικών αντιδράσεων των αντρών έναν χρόνο μετά την απώλεια, καθώς και η σύγκριση τους με αυτές των συζύγων τους. Το δείγμα αποτελούνταν από 83 ζευγάρια και η ερευνητική διαδικασία διεξήχθη σε τέσσερις διαφορετικές χρονικές στιγμές: αμέσως μετά την απώλεια, στους 3 μήνες, στους 6 μήνες και στον 1 χρόνο. Τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, ήταν το General Health Questionnaire (GHQ-12) και το Beck Depression Inventory (BDI), ενώ κανένας από τους συμμετέχοντες δεν είχε ιστορικό κάποιας ψυχικής νόσου. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι το διάστημα αμέσως μετά την αποβολή, το 43,4% των ανδρών υπέφεραν από έντονη ψυχολογική δυσφορία, ενώ τρεις μήνες αργότερα, μόλις 7% των ανδρών ανέφεραν αυτό το επίπεδο δυσφορίας και ένα χρόνο μετά το ποσοστό ήταν 5%. Όσον αφορά τις γυναίκες, ποσοστό 52% αντιμετώπιζαν σημαντική ψυχολογική δυσφορία αμέσως μετά την αποβολή, τρεις μήνες αργότερα το ποσοστό ήταν υψηλότερο του 20%, έξι μήνες αργότερα το ποσοστό ήταν 14% ενώ ένα χρόνο

μετά το ποσοστό ήταν 8%. Τα ευρήματα ήταν παρόμοια και για την κλίμακα της κατάθλιψης. Αμέσως μετά την αποβολή 26% των γυναικών και 17% των ανδρών εμφάνιζαν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης, τρεις μήνες αργότερα 12% των γυναικών και 7% των ανδρών εμφάνιζαν κατάθλιψη. Ένα χρόνο αργότερα το ποσοστό συμπτωμάτων κατάθλιψης για τις γυναίκες ήταν 10% ενώ για τους άνδρες 7%.

Οι γυναίκες σε πιο προβληματικούς γάμους ήταν πιθανότερο να έχουν κατάθλιψη μετά από μια αποβολή, όπως επίσης και εκείνες που είχαν προλάβει να ακούσουν τον καρδιακό παλμό του εμβρύου πριν από την αποβολή. Ωστόσο, ο μοναδικός παράγοντας που μπορούσε να προβλέψει εάν ένας άνδρας θα εμφάνιζε συμπτώματα κατάθλιψης ανεξαρτήτως, ήταν το γεγονός εάν η εγκυμοσύνη ήταν προγραμματισμένη ή όχι. Μια προγραμματισμένη εγκυμοσύνη αποτελούσε σημαντικό παράγοντα κινδύνου για υψηλά επίπεδα κατάθλιψης αμέσως μετά την αποβολή. Η μελέτη επίσης αποκαλύπτει ότι οι άνδρες ήταν πολύ πιο αισιόδοξοι για το ενδεχόμενο μιας μελλοντικής εγκυμοσύνης από ότι ήταν οι γυναίκες. Σύμφωνα με τους ερευνητές, αυτό μπορεί να οφείλεται στα χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικού φόρτου.

Καθώς και οι δύο σύντροφοι εμφάνιζαν υψηλά επίπεδα δυσφορίας αμέσως μετά την αποβολή, είναι σημαντικό οποιεσδήποτε παρεμβάσεις έχουν ως στόχο να βοηθήσουν αυτά τα ζευγάρια θα πρέπει να πραγματοποιούνται σύντομα μετά την αποβολή.

### **3. Οικονομικές επιπτώσεις**

Οι Petrou , Trinder, Brocklehurst, & Smith (2006), διεξήγαγαν έρευνα για να συγκρίνουν τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας των διαφόρων τρόπων αντιμετώπισης της αυτόματης αποβολής. Το δείγμα, αποτελούνταν από 1200 γυναίκες, οι οποίες είχαν βιώσει αυτόματη αποβολή σε λιγότερο από τις 13 εβδομάδες κύησης. Οι γυναίκες, συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια, που αφορούσαν, α) το χρονικό διάστημα παραμονής στο νοσοκομείο για χειρουργική ή ιατρική αντιμετώπιση, β) τον αριθμό και τη διάρκεια των εισαγωγών στα επείγοντα περιστατικά του νοσοκομείου, γ) το είδος και την ποσότητα των παυσίπονων, την ποσότητα του αίματος που ήταν απαραίτητη για μετάγγιση, το είδος της αναισθησίας (ολική ή τοπική) και τη διάρκεια της, τη διάρκεια του χειρουργείου, καθώς επίσης και



τις επιπλοκές από την επέμβαση. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων, έδειξε ότι το κόστος για τις γυναίκες που επέλεξαν την «αναμενόμενη» μέθοδο, ήταν 1086.20 £, για τις γυναίκες με την ιατρική μέθοδο 1410.40 £, ενώ με τη χειρουργική 1585.30 £. Η «αναμενόμενη» αντιμετώπιση είχε πιθανότητα 97.8% να είναι πιο αποτελεσματική και λιγότερο δαπανηρή, ενώ η αντίστοιχη πιθανότητα για τη χειρουργική, ήταν 2.2%. Έτσι, η «αναμενόμενη» και η ιατρική αντιμετώπιση της αυτόματης αποβολής του πρώτου τριμήνου κύησης, βρέθηκε να έχει, εκτός των άλλων πλεονεκτημάτων που αναφέρθηκαν σε προηγούμενη ενότητα, και οικονομικά πλεονεκτήματα.

Οι Harris, Dalton, & Johnson (2007), δημοσίευσαν ένα άρθρο, όπου αναφέρονται στα βήματα που έχουν γίνει από το πανεπιστήμιο του Michigan, ώστε οι γυναίκες να καταφεύγουν λιγότερο στη λύση της χειρουργικής αντιμετώπισης και περισσότερο στις άλλες μεθόδους. Σε βάθος χρόνου, οι ερευνητές βρήκαν ότι η χειρουργική αντιμετώπιση, κόστιζε διπλάσια από τις δύο άλλες μεθόδους, όπου η πρώτη αντιστοιχούσε σε 1965 \$, ενώ οι άλλες στα 968 \$. Ακόμα, τα στοιχεία ως προς την ικανοποίηση των γυναικών, την ασφάλεια και το πώς θα δαπανηθούν λιγότερα χρήματα, ήταν εξαιρετικής σημασίας για την προτίμηση των άλλων δύο μεθόδων.

Οι You & Chung (2005), διεξήγαγαν έρευνα, με στόχο να αναλύσουν το κόστος της «αναμενόμενης» προσέγγισης, της θεραπείας με μισοπροστόλη και της χειρουργικής αντιμετώπισης. Η μισοπροστόλη, είναι ένα ασφαλές και ανέξοδο ανάλογο της προσταγλανδίνης, με τη βοήθεια της οποίας μπορούν να αποφευχθούν επιπλοκές που σχετίζονται, τόσο με τη χειρουργική αντιμετώπιση, όσο και με την αβεβαιότητα της «αναμενόμενης» αντιμετώπισης. Μετά τη στατιστική ανάλυση, φάνηκε ότι η θεραπεία με μισοπροστόλη, ήταν η λιγότερο δαπανηρή εναλλακτική λύση. Αμέσως μετά, ακολουθεί η «αναμενόμενη» προσέγγιση και μετά η χειρουργική. Έτσι, η χρήση της μισοπροστόλης σαν μια εναλλακτική προσέγγιση της χειρουργικής αντιμετώπισης, έδειχνε ότι θα μείωνε σε ποσοστό 50% το συνολικό κόστος της θεραπείας, ενώ σε σύγκριση με την «αναμενόμενη», η αντίστοιχη μείωση θα ήταν στο 15%, κάτι που φαίνεται να ενισχύεται και από την έρευνα των Doyle και των συνεργατών του (2004), όπως αναφέρουν οι You & Chung (2005).

Άλλη μία ενδιαφέρουσα μελέτη, από τους Dalton, Harris, Weisman, Guire, Castleman, & Lebovic (2006), διερευνά την οικονομική επιβάρυνση της αυτόματης αποβολής και κυρίως πώς οι ασθενείς μπορούν να ωφεληθούν χωρίς να μπουν στο χειρουργείο. Το δείγμα αποτελούνταν από 115 γυναίκες που επέλεξαν την

αντιμετώπιση της αυτόματης αποβολής στο γραφείο του ιατρού και 50 γυναίκες που επέλεξαν τη χειρουργική αντιμετώπιση. Όπως αναμενόταν, η αντιμετώπιση στο γραφείο του ιατρού, κατέληξε σε 1000 \$ λιγότερο κόστος. Το χειρουργείο, περιελάμβανε μεγαλύτερο κόστος καθώς και χρήση πολλών περισσότερων εργαλείων και η διαδικασία ήταν 80% πιο χρονοβόρα.

Ως προς τις οικονομικές επιπτώσεις, είναι αξιοσημείωτη και η έρευνα των Dosiou, Sanders, Araki & Crago (2008). Στην ενότητα για την αιτιολογία των αυτόματων αποβολών κύησης, αναφέρθηκε και ο ρόλος των αντιθυροειδικών αντισωμάτων. Στόχος των ερευνητών, ήταν να εξετάσουν το κόστος-αποτελεσματικότητας του ελέγχου εγκύων γυναικών για αυτοάνοσο θυροειδική νόσο. Το δείγμα των γυναικών που πήρε μέρος στην έρευνα ήταν ηλικίας 15 έως 45 ετών, χωρίς υπάρχον ιστορικό θυροειδούς κατά το πρώτο τρίμηνο κύησης. Στο δείγμα εφαρμόστηκαν και συγκρίθηκαν 3 στρατηγικές: α) καθόλου έλεγχος, β) έλεγχος για ύπαρξη αντιθυροειδικών αντισωμάτων και γ) έλεγχος της TSH. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο έλεγχος κατά το πρώτο τρίμηνο κύησης της TSH, ήταν λιγότερο δαπανηρός συγκρινόμενο με την έλλειψη ελέγχου. Αντιθέτως, ο έλεγχος για την ύπαρξη αντιθυροειδικών αντισωμάτων ήταν λιγότερο δαπανηρός από τον έλεγχο της TSH, εξαιτίας του ότι ήταν πιο πιθανή η διάγνωση υποθυροειδισμού στις γυναίκες.

Σε άρθρο των Barber και των συνεργατών του (2010) γίνεται αναφορά, ως προς το πώς τα ζευγάρια μπορεί να προβούν σε εξετάσεις για διερεύνηση της τυχόν ύπαρξης χρωμοσωμικών ανωμαλιών και πώς αυτές μπορεί να τους βοηθήσουν ή όχι. Τα δεδομένα, εξήχθησαν από εργαστηριακά αποτελέσματα των τελευταίων 30 ετών ζευγαριών, τα οποία έκαναν τις απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις για χρωμοσωμικές ανωμαλίες, λόγω αυτόματης αποβολής κύησης. Από τα 20.432 άτομα που προσήλθαν για εξετάσεις, μόνο τα 406, δηλαδή το 1.9% εμφάνισαν χρωμοσωμικές ανωμαλίες. Επομένως, δεδομένου του μεγάλου κόστους των παραπάνω εξετάσεων και λαμβάνοντας υπόψη τη χαμηλή συσχέτιση τους με την αυτόματη αποβολή κύησης, οι ερευνητές αντιτίθενται στην εφαρμογή τους.

#### 4. Κοινωνικές επιπτώσεις και κοινωνικό στίγμα

Η εγκυμοσύνη και ο τοκετός για τις περισσότερες γυναίκες είναι μια απολαυστική εμπειρία, τόσο για τις ίδιες, όσο και για τις οικογένειες τους. Όμως, όπως είδαμε, αυτό δε συμβαίνει σε όλες τις περιπτώσεις. Οι Earle, Komaromy, Foley, & Lloyd (2007), δημοσίευσαν ένα άρθρο με ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, όπου αναφέρονται στις κοινωνικές επιπτώσεις που έχει η αυτόματη αποβολή κύησης στις γυναίκες και τις οικογένειες τους. Στο άρθρο τους, αναφέρουν ότι οι κοινωνιολόγοι συμφωνούν με το ότι όλες οι μορφές της αποβολής, συνιστούν τόσο ένα βιολογικό, όσο και ένα κοινωνικό φαινόμενο, καθώς η εγκυμοσύνη των γυναικών που δεν έχει καλή έκβαση, είναι συχνά κοινωνικοοικονομικά καθορισμένη. Η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός παραμένουν οι πιο σημαντικοί παράγοντες, οι οποίοι καθορίζουν την αναπαραγωγική υγεία της γυναίκας. Η ευκολία στην πρόσβαση σε φορείς υγείας και κυρίως στους φορείς που σχετίζονται με την αναπαραγωγή, καθορίζεται επίσης από κοινωνικούς παράγοντες.

Όπως αναφέρουν οι Earle και συν.(2007), σύμφωνα με την πιο πρόσφατη έρευνα (CEMACH, 2007), οι παράγοντες κινδύνου για τις αυτόματες αποβολές είναι η κοινωνική απομόνωση, η εθνικότητα και η ηλικία της μητέρας. Για παράδειγμα, οι γυναίκες που μένουν σε πιο απομονωμένες περιοχές, έχουν διπλάσιες πιθανότητες για μια αυτόματη αποβολή από τις υπόλοιπες.

Ως προς τις κοινωνικές επιπτώσεις της αυτόματης αποβολής, αναφέρθηκαν και οι Murphy & Philpin (2010) στην έρευνα τους. Μετά την αυτόματη αποβολή, υπάρχει μια ασάφεια, η οποία έγκειται στο ότι οι γυναίκες που βιώνουν την απώλεια, δε μπορούν να διασαφηνίσουν την κατάσταση, καθώς είχαν νιώσει το μωρό, χωρίς όμως να έχουν μπορέσει να το οπτικοποιήσουν. Σύμφωνα με την κοινωνική ανθρωπολογία, η ασάφεια, με την κυριολεκτική έννοια του όρου, αναφέρεται σε κάτι που μπορεί να ερμηνευτεί με δύο τρόπους. Στη δεδομένη περίπτωση, η αυτόματη αποβολή, συνδέεται και με την απώλεια και με την περιθωριοποίηση. Για να εξηγήσουν πιο καλά αυτή την ασάφεια που βιώνεται από τις γυναίκες, χρησιμοποίησαν τις ανθρωπολογικές θεωρίες μετάβασης, οι οποίες βασίζονται στη θεωρία του van Gennep (1909). Η θεωρία αυτή, περιγράφει το πώς οι άνθρωποι χρησιμοποιούν «τελετουργίες» για τη μετάβαση από τη μία φάση ζωής στην άλλη. Έτσι, σύμφωνα με την ανάλυση που έκανε ο van Gennep, υπάρχει μια ακολουθία τριών σταδίων κοινωνικής μετάβασης, καθώς οι άνθρωποι κινούνται από τη μια κοινωνική

κατάσταση στην άλλη: α) ιεροτελεστία του αποχωρισμού, β) της μετάβασης και γ) της ενσωμάτωσης. Όπως αναφέρουν οι Murphy & Philpin (2010), έρευνα των Murphy & Merrelli (2009), έδειξε ότι τα αρχικά σωματικά συμπτώματα της αυτόματης αποβολής κύησης, μπορούν να ειπωθούν σαν μία μεταβατική κατάσταση μεταξύ του να είναι μια γυναίκα έγκυος και να μην είναι. Η γυναίκα είναι επιρρεπής στα σωματικά αποτελέσματα της εκτεταμένης αιμορραγίας και το έμβρυο φυσικά κινδυνεύει.

Αξιοσημείωτη είναι η έρευνα της Couto και των συνεργατών της (2009), στόχος της οποίας είναι να συγκρίνει την ποιότητα ζωής και την ύπαρξη συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης μεταξύ γυναικών που είχαν αυτόματη αποβολή κύησης σε προηγούμενη εγκυμοσύνη και σε γυναίκες χωρίς τέτοιο ιστορικό. Τα κριτήρια με βάση τα οποία έγινε η συλλογή του δείγματος, ήταν οι γυναίκες να είναι ηλικίας 15 έως 40 ετών και η ηλικία κύησης το χρονικό διάστημα της έρευνας να είναι 18 έως 24 εβδομάδες. Η πειραματική ομάδα αποτελούνταν από 120 γυναίκες, οι οποίες είχαν μία ή περισσότερες αποβολές, ενώ η ομάδα ελέγχου, αποτελούνταν από 120 γυναίκες χωρίς προηγούμενο κλινικό ιστορικό. Στην αρχή, χορηγήθηκε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο περιελάμβανε δημογραφικές και κοινωνικές πληροφορίες, όπως ηλικία της μητέρας, εθνικότητα, κοινωνική κατάσταση, αριθμός προηγούμενων εγκυμοσύνων και αποβολών, εκπαιδευτικές πληροφορίες, οικογενειακό εισόδημα καθώς και ύπαρξη αλκοολισμού και εθισμού στα ναρκωτικά. Επίσης, χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα ψυχομετρικά εργαλεία: το Short-Form 36, το Hospital Anxiety and Depression Scale, ενώ για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, το Health Insurance Experience και το Medical Outcomes Study. Το Short-Form 36, χρησιμοποιήθηκε για να αξιολογήσει το πώς αντιλαμβάνεται το άτομο την ποιότητα ζωής του και περιλαμβάνει τομείς υγείας: σωματική λειτουργικότητα, σωματικούς περιορισμούς, γενική υγεία, ευεξία, κοινωνική λειτουργικότητα και ψυχική υγεία. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι οι γυναίκες στην πειραματική ομάδα, σκόραραν χαμηλά στην κλίμακα για την ποιότητα ζωής και υψηλά στις κλίμακες για το άγχος και την κατάθλιψη. Η αυτόματη αποβολή κύησης, συνεπάγεται προσωπική και οικογενειακή προσαρμογή και απαιτεί την εφαρμογή νέων στρατηγικών σε απρόβλεπτα γεγονότα. Αυτόματα, πολλαπλασιάζεται το άγχος κατά τη διάρκεια μιας μελλοντικής εγκυμοσύνης και επηρεάζεται η ποιότητα ζωής των γονέων. Επιπλέον, το ψυχολογικό και συναισθηματικό στρες, έχουν βρεθεί ως οι πιο σημαντικοί παράγοντες για την ποιότητα ζωής. Επιπρόσθετα, η απώλεια αυτή έχει

και μακροπρόθεσμες συνέπειες, καθώς συμβαίνει σε ένα χρονικό διάστημα, όπου υπάρχει η προσδοκία για την άφιξη μιας νέας ζωής. Αυτό, έχει σαν αποτέλεσμα ότι η κοινωνία ίσως δεν αναγνωρίζει τη σημασία αυτής της απώλειας για τους γονείς. Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες με ιστορικό αυτόματης αποβολής, εμφάνιζαν χαμηλή σωματική λειτουργικότητα και υψηλά επίπεδα σωματικού πόνου, σε σύγκριση με τις γυναίκες στην ομάδα ελέγχου.

Σε άρθρο της Inhorn (1994) η απώλεια από την αυτόματη αποβολή παρουσιάζεται σαν απειλή για την ταυτότητα της γυναίκας, την κοινωνική της κατάσταση, αλλά και την οικονομική της κατάσταση. Ως προς τον άντρα, αποτελεί απειλή για την ικανότητα του να τεκνοποιήσει και για τη συνέχιση της γενιάς του, αλλά και ως προς την οικογένεια, απειλή για τη συνοχή της και την αρμονία της. Έρευνες όπως αναφέρει η συγγραφέας, δείχνουν ότι οι γυναίκες είναι συχνά υποκείμενες στιγματισμού και κοινωνικού εξοστρακισμού.

## **5. Οι επιπτώσεις στην ψυχική και φυσική (σωματική) υγεία**

Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενη ενότητα, η αυτόματη αποβολή κύησης, έχει επιπτώσεις τόσο στη φυσική (σωματική), όσο και στην ψυχική υγεία. Η αιμορραγία που παρουσιάζεται στις γυναίκες το πρώτο τρίμηνο κύησης, είναι μία από τις πιο κοινές επιπλοκές στην εγκυμοσύνη σε ποσοστό 15- 25%. Οι μισές από αυτές τις περιπτώσεις θα καταλήξουν σε αυτόματη αποβολή το πολύ μέχρι την 20<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης, ενώ οι υπόλοιπες γυναίκες έχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν επιπλοκές αργότερα στην εγκυμοσύνη.

Οι Lykke, Dideriksen, Lidgaard, & Langhoff-Roos (2010), διεξήγαγαν έρευνα, στόχος της οποίας ήταν να αξιολογήσουν τη συσχέτιση μεταξύ της αιμορραγίας στο πρώτο τρίμηνο κύησης και στις επιπλοκές που εμφανίζονται είτε στην ίδια εγκυμοσύνη, είτε σε μια δεύτερη κύηση. Το δείγμα αποτελούνταν από δύο ομάδες: α) 782.287 γυναίκες ηλικίας 15 έως 50 ετών, οι οποίες ήταν στην πρώτη τους εγκυμοσύνη και β) 536.419 γυναίκες που ήταν σε δεύτερη εγκυμοσύνη. Οι γυναίκες της πρώτης ομάδας είχαν κατά μέσο όρο ηλικία 26.8 έτη, ενώ της δεύτερης ομάδας 25.9 έτη. Για τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων εφαρμόστηκε η πολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης. Οι ερευνητές, βρήκαν ότι η αιμορραγία πρώτου τριμήνου στην πρώτη κύηση, έχει την τάση να επαναλαμβάνεται και στη δεύτερη εγκυμοσύνη

και επιπλέον ενέχει κινδύνους για περαιτέρω επιπλοκές. Επιπλέον, ο πρόωρος τοκετός και η αποκόλληση του πλακούντα στην πρώτη εγκυμοσύνη αποτελεί κίνδυνο για τη δεύτερη εγκυμοσύνη.

Μία ακόμα αξιοσημείωτη έρευνα στην οποία έχει γίνει αναφορά και σε προηγούμενη ενότητα, και αντικατοπτρίζει πάρα πολύ καλά τις επιπτώσεις στην φυσική (σωματική) υγεία, είναι αυτή των Smith, Frost, Levitas, Bradley, & Garcia (2006). Οι ερευνητές στο άρθρο τους, εκτός από την ποιοτική ανάλυση των αποτελεσμάτων που παρουσίασαν, συμπεριέλαβαν και αποσπάσματα από τις συνεντεύξεις των γυναικών, τα οποία είναι χαρακτηριστικά, καθώς παρουσιάζουν τις προσωπικές εμπειρίες τους. Έτσι, μια γυναίκα αναφέρει ότι δεν ήθελε καθόλου τη χειρουργική μέθοδο αντιμετώπισης, καθώς σύμφωνα με την ίδια: «Ξέρω πως ακούγεται κάπως ανόητο, καθώς το βρέφος είναι ήδη νεκρό, αλλά δε συμφωνώ με την έκτρωση καθώς για μένα ήταν το ίδιο πράγμα. Ήθελα να γίνει πιο φυσικά». Να σημειωθεί πως η συγκεκριμένη γυναίκα, υπέστη τη χειρουργική μέθοδο. Ακόμα, μια άλλη γυναίκα, η οποία τελικά προτίμησε την «αναμενόμενη» μέθοδο, αναφέρει: «Παρά το γεγονός ότι ήταν στενόχωρο και επώδυνο, δεν ήθελα να επισπεύσω τη διαδικασία, δεν ήθελα αυτό το μη φυσικό και χημικό τρόπο». Ως προς τον πόνο που βιώθηκε και τις επιπτώσεις στο σώμα, μια άλλη γυναίκα τονίζει: «Δε θυμάμαι ακριβώς, ήταν μια χρονική περίοδος πόνου και είχα και ασυνήθιστους πόνους στη μέση. Νομίζω ότι είχα ένα ζεστό μπουκάλι νερό... χρειαζόμουν κάτι ζεστό πάνω στην κοιλιά μου». Μια άλλη περιγραφή γυναίκας για τον πόνο αναφέρει χαρακτηριστικά: «Μου είχαν πει ότι θα ήταν κάτι σαν συσπάσεις, αλλά δεν ήταν καθόλου έτσι... ήταν μια πολύ δυνατή περίοδος πόνου, κάτι που το παρομοίασα με τότε που είχε ξεκινήσει η έμμηνος ρύση, όταν ήμουν 13 ετών». Ακόμα, μια άλλη γυναίκα περιγράφει: «Δεν αισθάνθηκα προετοιμασμένη για αυτό που ερχόταν, καθώς όταν ένα Σάββατο «ήρθε» η αυτόματη αποβολή, είχα πόνους από συσπάσεις, οι οποίοι ήταν τόσο δυνατοί, όσο και αυτοί του τοκετού».

Ως προς τη φροντίδα που έλαβαν από τους ειδικούς στο νοσοκομείο, οι περισσότερες γυναίκες ένιωθαν πολύ δυσάρεστα. Για παράδειγμα: «Ξέρετε, κανείς δεν ήρθε να δείξει λίγη φροντίδα, εκτός από τη στιγμή της επέμβασης», «...και το μίσησα! Όλο το γεγονός ήταν «κρύο»! Ήταν τόσο παγερά και τόσο φρικτά! Δε θα το ξεχάσω ποτέ», «...ένιωσα σα να είμαι σε έναν ιμάντα μεταφοράς και αυτοί έβαλαν με δύναμη τη μάσκα στο πρόσωπο μου και ήταν σα στρατιωτικές οδηγίες: ξάπλωσε κάτω, μη μιλάς για να μπορούμε να ολοκληρώσουμε τη διαδικασία».

Ως προς τις επιπτώσεις στην ψυχική υγεία, σημαντικές είναι οι πληροφορίες που εξάγονται από το άρθρο των Lok, Yip, Lee, Sahota, & Chung (2010). Η έρευνα αυτή, είναι από τις πιο σημαντικές μελέτες, η οποία περιγράφει τις επιπτώσεις στην ψυχική υγεία μετά την αυτόματη αποβολή και σε βάθος ενός χρόνου, χρησιμοποιώντας διεθνώς αναγνωρισμένα ψυχομετρικά εργαλεία. Έτσι, σύμφωνα με το άρθρο, ένα μεγάλο ποσοστό από τις γυναίκες εμφανίζει συνοσηρότητα μετά την αυτόματη αποβολή, η οποία μειώνεται σε βάθος χρόνου. Η ένταξη της ομάδας ελέγχου στην έρευνα, με γυναίκες οι οποίες δεν είχαν βιώσει αυτή την εμπειρία, ώθησε τους ερευνητές στο συμπέρασμα ότι η συνοσηρότητα αυτή είναι αποκλειστικό επόμενο της αυτόματης αποβολής. Όμως, παρά το γεγονός ότι οι τιμές στα ψυχομετρικά εργαλεία μειώνονταν με το πέρασμα του χρόνου, οι διαφορές στα επίπεδα θλίψης και συμπτωμάτων κατάθλιψης ήταν υψηλότερες και στατιστικά σημαντικές στην πειραματική ομάδα από την ομάδα ελέγχου. Επιπλέον, στις γυναίκες που αρχικά είχαν υψηλότερα επίπεδα άγχους και θλίψης, ήταν πιο εμφανείς οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και διαρκούσαν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας, συμφωνούν με αυτά του Neugebauer (2003). Στις συνεντεύξεις των γυναικών, οι οποίες διεξήχθησαν 6 - 8 μήνες μετά την απώλεια, τα καταθλιπτικά συμπτώματα εμφανίζονταν στατιστικώς σημαντικά υψηλότερα σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Επιπλέον, οι γυναίκες στο ψυχομετρικό εργαλείο CES-D, το οποίο αξιολογεί τις συναισθηματικές και τις σωματικές πλευρές της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, καθώς και την αυτοεκτίμηση, φάνηκε να έχουν πολύ μεγαλύτερη συμπτωματολογία από την ομάδα ελέγχου. Τέλος, σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι η μελέτη μεταβλητών όπως η οικογενειακή κατάσταση, η εθνικότητα και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, δεν μετρίασαν τις επιπτώσεις της αυτόματης αποβολής στην καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Πολύ ενδιαφέρον είναι και το άρθρο των Betz & Thorngren (2006), οι οποίοι ανέλυσαν τις απώλειες τις οποίες υφίσταται μια οικογένεια, τις οποίες αποκαλούν διαφορούμενες καθώς και τη διαδικασία του πένθους. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, υπάρχουν αμέτρητες απώλειες που βιώνουν οι οικογένειες σε καθημερινή βάση, οι οποίες δεν αναγνωρίζονται ή περιθωριοποιούνται από την κοινωνία. Κάποιες απώλειες, δεν είναι τόσο εύκολα διακριτές όπως ο θάνατος, καθώς δεν είναι καν σίγουρο τι έχει χαθεί. Τέτοιες απώλειες μπορεί να είναι ένα διαζύγιο ή το τέλος μιας σχέσης, η αυτόματη αποβολή κύησης, η έκτρωση, η ανεργία, η μετανάστευση, η σεξουαλική κακοποίηση και η χρόνια ασθένεια ή αναπηρία. Για τις οικογένειες που

βιώνουν τέτοιες διφορούμενες απώλειες, η κατάσταση είναι στρεσογόνος και μερικές φορές και βίαιη, καθώς το μαρτύριο δεν έχει τέλος. Καθώς η απώλεια είναι απροσδιόριστη και αβέβαιη, η διαδικασία του πένθους για τα μέλη της οικογένειας περιπλέκεται. Για παράδειγμα γνωστικά, είναι δύσκολη η διαδικασία του να καταλάβει η οικογένεια τι έχει συμβεί και γιατί συνέβη. Όταν έρχονται αντιμέτωποι με την απώλεια, τα μέλη της οικογένειας μπορεί να «κολλήσουν» στους ίδιους ρόλους ή να μην ξέρουν πια τι απαιτεί ο ρόλος τους. Επίσης, μπορεί να νιώθουν αβοήθητοι και να φοβούνται να εκφραστούν συναισθηματικά, να νιώθουν παγιδευμένοι και στην περίπτωση της αυτόματης αποβολής να νιώθει η γυναίκα ότι απέτυχε στο να επιτελέσει το ρόλο της ως μητέρα. Επιπρόσθετα, η γυναίκα νιώθει αδύναμη για το παρόν και ανασφαλής για το μέλλον, ενώ αναρωτιέται συνέχεια αν η ίδια έκανε κάτι λάθος, ενώ το οικογενειακό της περιβάλλον, αλλά και η κοινωνία γενικότερα, δεν καταλαβαίνει ή δεν αναγνωρίζει το πόσο δυνατή υπήρξε η απώλεια για την ίδια, η οποία περιλαμβάνει τόσο το θάνατο του εμβρύου, όσο και το τελείωμα ενός ονείρου και την ανεκπλήρωτη επιθυμία να γίνει μητέρα. Σχόλια από δικούς της ανθρώπους όπως: «μπορείς να ξαναπροσπαθήσεις», ή «ήταν γραφτό να γίνει», ακυρώνει την εμπειρία αυτή σαν μια σημαντική απώλεια. Η διαδικασία του πένθους συχνά ενέχει μια επαναξιολόγηση των αξιών και των πιστεύω των μελών της οικογένειας και ιδίως της μητέρας. Εάν δεν αντιμετωπιστεί η απώλεια αυτή, το στρες που βιώνει η οικογένεια, μπορεί να επιδεινωθεί επικίνδυνα. Ακόμα, όταν η απώλεια δεν τυγχάνει κοινωνικής αναγνώρισης, τα μέλη της οικογένειας συνήθως νιώθουν ότι δεν έχουν δικαίωμα να πενθούν. Αυτή η ακύρωση που υφίστανται, αποτρέπει τα άτομα να κατανοήσουν την απώλεια και να ζητήσουν βοήθεια.

Οι Betz & Thorngren (2006), παρουσιάζουν διάφορες έρευνες (Boss 1999; Weiner 1999), σύμφωνα με τις οποίες, αυτό το ατελείωτο μαρτύριο υποκρύπτει σωματικές, γνωστικές, συμπεριφοριστικές και συναισθηματικές συνέπειες για τα άτομα που το βιώνουν. Σωματικά, βιώνουν κόπωση, αϋπνία, πονοκεφάλους ή πόνους στο στομάχι. Γνωστικά υπάρχει μια ενασχόληση με την απώλεια ή το τελείως αντίθετο «αμνησία». Συμπεριφοριστικά, μπορεί να έχουν πολυλογία, να κλαίνε, να είναι υπερκινητικοί ή αδρανείς, να αποσύρονται, να είναι εξαρτημένοι ή αποφευκτικοί. Συναισθηματικά βιώνουν μοναξιά, άγχος, κατάθλιψη, φόβο, ευερεθιστότητα ή απάθεια. Η οικογένεια μπορεί να νιώθει ενοχές και να είναι ανίκανη να παίρνει αποφάσεις, φοβούμενη ότι πάλι μπορεί να πάρει τη λάθος



επιλογή, ενώ τα μέλη της βιώνουν αντιφατικά συναισθήματα: αγάπης και μίσους, ελπίδας και απόγνωσης, χαράς και θλίψης, οργής και ματαιώσης.

Τέλος, η οικογένεια και κυρίως η γυναίκα, αναμένεται ότι πρέπει να προχωρήσει με τη ζωή της μετά την απώλεια, όμως με τις διαφορούμενες απώλειες, αδυνατεί. Η ανημπόρια της οικογένειας να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά την κατάσταση, δεν είναι αποτέλεσμα της αποτυχίας της, αλλά η ίδια η απώλεια τους αφήνει αποδυναμωμένους.

## **6. Συναισθηματικές επιπτώσεις**

Οι συναισθηματικές επιπτώσεις της αυτόματης αποβολής κύησης, δεν είχαν διερευνηθεί αρκετά από τους ερευνητές μέχρι τη δεκαετία του 1990, κάτι το οποίο μάλλον οφείλεται στην πεποίθηση που είχαν τότε οι επιστήμονες ότι οι γυναίκες δεν είχαν προλάβει να δημιουργήσουν δεσμό και να προσκολληθούν με το έμβρυο, καθώς η διακοπή της εγκυμοσύνης γινόταν σε πρώιμο στάδιο. Οι Lok & Neugebauer (2007) αναφέρουν ότι τις τελευταίες δύο δεκαετίες, τα ερευνητικά δεδομένα έχουν δείξει ότι η αυτόματη αποβολή κύησης, σχετίζεται με σημαντικές συναισθηματικές επιπτώσεις, οι οποίες διαρκούν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ο ψυχικός πόνος, η κατάθλιψη και το άγχος, είναι από τα πιο κοινές ψυχολογικές αντιδράσεις που αναφέρονται μετά την αυτόματη αποβολή. Τα κυριότερα συμπτώματα που αναφέρονται στον ψυχικό πόνο, είναι η θλίψη, το πένθος για το χαμένο παιδί, η επιθυμία να εκφραστούν για την απώλεια και η αναζήτηση ανεύρεσης του νοήματος της. Περίπου το 40% των γυναικών αναφέρουν συμπτώματα ψυχικού πόνου αμέσως μετά την αυτόματη αποβολή. Οι έρευνες αναφέρουν διαφορετικά αποτελέσματα ως προς το πόσο χρονικό διάστημα διαρκούν τα συμπτώματα, με τη μικρότερη διάρκεια στους 3-4 μήνες και τη μεγαλύτερη 1-2 χρόνια μετά την απώλεια. Οι ενοχές που βιώνουν οι γυναίκες και το γεγονός ότι κατηγορούν τον εαυτό τους, φάνηκε ότι είναι το κυριότερο χαρακτηριστικό του πένθους. Όμως, παρά το γεγονός ότι μπορεί η θλίψη και το πένθος να είναι μια φυσιολογική και προσαρμοστική αντίδραση στην απώλεια, υπάρχει και το ενδεχόμενο να γίνει παθολογικό. Το παθολογικό πένθος, χαρακτηρίζεται από απελπισία, δυνατό το συναίσθημα του αβοήθητου, δυσκολία στη διεκπεραίωση των καθημερινών δραστηριοτήτων, καθώς και με την επαφή με άλλα άτομα.

Ως προς τα καταθλιπτικά συμπτώματα, το 20-55% των γυναικών, αναφέρουν τέτοια συμπτώματα αμέσως μετά την αυτόματη αποβολή, τα οποία ελαττώνονται μετά τον 1 χρόνο από την απώλεια. Όπως αναφέρουν οι Lok & Neugebauer (2007), έρευνα των Butel και των συνεργατών του (1995), με δείγμα 125 γυναικών και σε βάθος 12 μηνών, έδειξε ότι παρά τη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, η πειραματική ομάδα φάνηκε να έχει στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Όμως είναι ιδιαίτερα σημαντικό αν τα καταθλιπτικά αυτά συμπτώματα μεταφράζονται σε διαγνώσιμες καταθλιπτικές διαταραχές. Οι μελέτες που έχουν ασχοληθεί με αυτό το πεδίο, εμφανίζουν διαφορετικά αποτελέσματα. Ακόμα, αναφέρεται από τους Lok & Neugebauer (2007) και η έρευνα του Neugebauer (1997), όπου το ποσοστό των μείζονων καταθλιπτικών διαταραχών ανέρχεται στο 10.9% σε ένα δείγμα 229 γυναικών τους πρώτους 6 μήνες μετά την απώλεια, ενώ το ποσοστό των δυσθυμικών διαταραχών στο 5.2%. Γενικά το ποσοστό των μείζονων καταθλιπτικών διαταραχών που διαγιγνώσκεται στις γυναίκες μετά την αυτόματη αποβολή κύησης, ανέρχεται στο 10-50%, ενώ συγκρινόμενο με την ομάδα ελέγχου, παραμένει υψηλό μετά την παρέλευση των 6 μηνών και επιστρέφει σε φυσιολογικά επίπεδα μετά τον 1 χρόνο. Το άγχος βιώνεται εξαιτίας του ξαφνικού χαρακτήρα της αυτόματης αποβολής και ιδίως όταν υπάρχει σοβαρός πόνος, αιμορραγία, έκτακτη διακομιδή στο νοσοκομείο και εγχείριση. Τα συμπτώματα άγχους, αναφέρθηκαν από το 20-40% των γυναικών και σχετίζονται με συμπτώματα που αφορούν την εγκυμοσύνη και συχνά σωματοποιούνται. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τις συναισθηματικές επιπτώσεις σε μία αυτόματη αποβολή κύησης, είναι οι εξής: α) κοινωνικο-δημογραφικοί: η ηλικίας της μητέρας και η οικογενειακή της κατάσταση, β) χαρακτηριστικά της κύησης και ιατρικό ιστορικό: διάρκεια κύησης πριν την αυτόματη αποβολή, αν υπάρχουν άλλα παιδιά, ιστορικό γονιμότητας, ο ρόλος του υπερηχογραφήματος, καθώς και οι στρατηγικές αντιμετώπισης της αυτόματης αποβολής, γ) η κοινωνική υποστήριξη και η σχέση της με το σύντροφο, δ) η ύπαρξη ψυχιατρικού ιστορικού και ε) η στάση της γυναίκας στην εγκυμοσύνη.

Μία άλλη πολύ σημαντική έρευνα, διεξήχθη από τους Swanson και συν. (2003) και στόχο είχε: α) να περιγράψει τις αντιλήψεις των γυναικών για τις επιπτώσεις της αυτόματης αποβολής κύησης τόσο στις διαπροσωπικές, όσο και στις σεξουαλικές σχέσεις του ζευγαριού και β) βασισμένη στη θεωρία του Lazarus για τα συναισθήματα και την προσαρμογή, να αξιολογήσει, μετά το πέρας του 1 έτους τις διαφορές σε γυναίκες των οποίων οι σεξουαλικές και διαπροσωπικές σχέσεις ήταν πιο

καλές ή πιο απόμακρες 1 χρόνο μετά την αυτόματη αποβολή. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας όπως αναφέρουν οι ερευνητές, δείχνει ότι ενώ κάποιες γυναίκες αναφέρονται στην αυτόματη αποβολή κύησης σαν μία γενική απώλεια (μιας υγιούς εγκυμοσύνης, των σχεδίων ή ακόμα και του μέλλοντος), οι περισσότερες το θεωρούν ιδιαίτερα στρεσογόνο γεγονός, καθώς έχουν ήδη αρχίσει να προσκολλούνται με το έμβryo. Αυτό, έχει σαν αποτέλεσμα οι γυναίκες να βιώνουν πένθος, κατάθλιψη, θυμό, άγχος, σύγχυση, καθώς και μετατραυματική διαταραχή. Στις γυναίκες που μεσολαβεί μεγάλο χρονικό διάστημα μεταξύ της απώλειας και μιας επόμενης εγκυμοσύνης, βιώνεται μεγαλύτερη απελπισία και δυσκολίες προσαρμογής.

Αντίθετα, έρευνες που έχουν επικεντρωθεί στις αντιδράσεις των συντρόφων των γυναικών, δείχνουν ότι η κυριότερη ανησυχία των ανδρών είναι η καλή σωματική και ψυχική υγεία των συντρόφων τους, ενώ οι αντιδράσεις τους στην απώλεια ποικίλλουν. Οι αντιδράσεις των αντρών κυμαίνονται σε ένα ευρύ φάσμα, από το να νιώθουν βαθιά θλίψη, μέχρι το να νιώθουν ότι δεν τους αγγίζει συναισθηματικά η απώλεια.

Σχετικά με την εξέλιξη των συναισθηματικών επιπτώσεων των γυναικών, σημαντικός προγνωστικός δείκτης έχει φανεί να είναι η κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν οι γυναίκες. Η χαμηλού βαθμού κοινωνική υποστήριξη, φαίνεται ότι μειώνει την ψυχική δύναμη των γυναικών, αυξάνει την τάση τους για παθητική ανταπόκριση στην καθημερινή ζωή καθώς επίσης, βιώνουν πιο έντονα συναισθήματα. Ειδικότερα, η υποστήριξη από τον σύντροφο, δείχνει να είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας, για την προσαρμογή των γυναικών. Όταν δεν την εισπράττει η γυναίκα, είτε το χρονικό διάστημα της αυτόματης αποβολής, είτε σε βάθος 2 χρόνων, είτε ακόμα και σε μια επόμενη εγκυμοσύνη, έχει βρεθεί ότι συσχετίζεται με έντονες συναισθηματικές επιπτώσεις. Ακόμα, μετά την απώλεια, το 85% των ζευγαριών μοιράζονται τα συναισθήματα τους σε ένα πολύ μικρό βαθμό, αν όχι καθόλου. Στο χρονικό διάστημα των 6 μηνών μετά την απώλεια, γυναίκες που παρουσιάζουν ακόμα καταθλιπτικά συμπτώματα, είναι εκείνες των οποίων ο σύντροφος τους έχει δυσκολία στο να εξωτερικεύει τα συναισθήματα του στη γυναίκα του. Αντίθετα, τα ζευγάρια με μεγαλύτερη ευκολία στην αυτο-αποκάλυψη, εμφανίζουν καλύτερη προσαρμογή στον έγγαμο βίο.

Η έρευνα των Swanson, Karmali, Powell, & Pulvermakher (2003), αποτελεί μία δευτερογενή ανάλυση των στοιχείων που συλλέχθηκαν σε τέσσερις διαφορετικές χρονικές περιόδους από 185 γυναίκες: α) 1 εβδομάδα μετά την απώλεια, β) 6

εβδομάδες μετά, γ) 16 εβδομάδες μετά και δ) 52 εβδομάδες μετά. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων, έδειξε τρία διαφορετικά μοτίβα σχέσεων των ζευγαριών: i) πιο στενή σχέση από την περίοδο πριν την απώλεια, ii) καμία διαφορά, iii) πιο απόμακρη σχέση. Μετά την πάροδο του 1 έτους, το 23% των γυναικών είχε πιο στενές διαπροσωπικές σχέσεις και μόνο το 6% πιο στενές σεξουαλικές σχέσεις με τον σύντροφο τους, το 44% δεν είχε καμία διαφορά στις διαπροσωπικές και το 55% στις σεξουαλικές, ενώ το 32% είχαν πιο απόμακρες διαπροσωπικές σχέσεις και το 39% πιο απόμακρες σεξουαλικές σχέσεις. Έτσι, το ποσοστό των γυναικών των οποίων τόσο οι διαπροσωπικές, όσο και οι σεξουαλικές σχέσεις παρέμεναν όπως και πριν, είχαν λιγότερο παθητική προσαρμογή και βίωναν πιο ήπιες συναισθηματικές επιπτώσεις. Επιπλέον, ήταν πιο πιθανόν αυτή η κατηγορία γυναικών να είχε σε πρώιμο στάδιο αυτόματη αποβολή κύησης, έπειτα να κυοφορούσε ξανά και να βίωνε λιγότερα αρνητικά γεγονότα. Επιπρόσθετα, το ποσοστό των γυναικών που είχαν πιο στενές, τόσο διαπροσωπικές, όσο και σεξουαλικές σχέσεις, είχαν λιγότερα διαταραγμένα συναισθήματα, μεγαλύτερη ψυχική δύναμη και συντρόφους που παρείχαν μεγαλύτερη στήριξη και φροντίδα καθώς και αμοιβαία εξωτερικευση των συναισθημάτων τους.

Έρευνα που διεξήχθη από τους Tsartsara & Johnson (2006) αξιολογεί τις επιπτώσεις που βιώνουν οι γυναίκες, οι οποίες έχουν ένα ιστορικό αυτόματης αποβολής σε σχέση με το άγχος της εγκυμοσύνης και τα συναισθήματα για το δεσμό που αναπτύσσεται προγεννητικά μεταξύ μητέρας και βρέφους κατά τη διάρκεια του 1<sup>ου</sup> και του 3<sup>ου</sup> τριμήνου της επόμενης εγκυμοσύνης. Το δείγμα αποτελούνταν από 35 γυναίκες σε εγκυμοσύνη, από τις οποίες οι 10 είχαν ιστορικό αυτόματης αποβολής κύησης. Τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το Pregnancy Outcome Questionnaire (POQ), το οποίο είναι κλίμακα τύπου Likert και αξιολογεί το άγχος και τις ανησυχίες που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη, καθώς και το Maternal Attachment Scale (MAAS), το οποίο αξιολογεί τα συναισθήματα που αναπτύσσονται με το δεσμό της μητέρας με το αγέννητο παιδί και περιλαμβάνει τη μέτρηση δύο μεταβλητών: α) την ποιότητα των μητρικών συναισθημάτων και την αλληλεπίδραση με το βρέφος και β) την ένταση της ενασχόλησης της μητέρας με το βρέφος, όπως το πόσο συχνά το σκέφτεται, του μιλάει ή το ονειρεύεται. Από το αρχικό δείγμα των γυναικών, μόνο οι 24 από αυτές συμμετείχαν στον επανέλεγχο κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου της κύησης. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι οι γυναίκες με προηγούμενο ιστορικό αυτόματης αποβολής, είχαν στατιστικά

σημαντικές διαφορές ως προς το άγχος που βίωναν κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου της κύησης, από τις γυναίκες χωρίς τέτοιο ιστορικό. Όλες οι γυναίκες, ανεξαρτήτως κλινικού ιστορικού, είχαν παρόμοια σκορ στην κλίμακα του MAAS, ενώ κατά τη διάρκεια του 3<sup>ου</sup> τριμήνου κύησης, οι γυναίκες που προσήλθαν για επανέλεγχο, εμφάνισαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα άγχους και εντονότερα συναισθήματα δεσμού με το έμβρυο.

Συμπερασματικά, βλέπουμε ότι ένα ιστορικό αυτόματης αποβολής, δεν είναι απαραίτητο να έχει συναισθηματικές επιπτώσεις που διαρκούν σε βάθος χρόνου, ως προς την ψυχολογική προσαρμογή της γυναίκας σε επόμενη εγκυμοσύνη.

## IV. Αντιμετώπιση – Προσαρμογή

Τέλος, δύο πολύ σημαντικά θέματα που είναι απαραίτητο να αναφερθούν, είναι τα ζητήματα της αντιμετώπισης και της προσαρμογής των γυναικών. Το ζήτημα της αντιμετώπισης, έχει ήδη θιγεί ακροθιγώς σε προηγούμενο κεφάλαιο. Εδώ, θα γίνει λεπτομερέστερη αναφορά στις στρατηγικές αντιμετώπισης της αυτόματης αποβολής κύησης, τόσο σε σωματικό επίπεδο, όσο και σε ψυχολογικό. Στη συνέχεια, θα γίνει αναφορά σε έρευνες που σχετίζονται με τους παράγοντες που συμβάλλουν στην προσαρμογή των γυναικών.

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης της αυτόματης αποβολής, όπως έχει ήδη αναφερθεί, και σύμφωνα με τους Sur & Raine-Fenning (2009) είναι τρεις: α) η «αναμενόμενη», β) η ιατρική και γ) η χειρουργική. Το 60% των γυναικών που επιλέγουν την «αναμενόμενη» αντιμετώπιση, μόλις γίνει η διάγνωση για αυτόματη αποβολή, περιμένουν μέχρι η εγκυμοσύνη τους να διακοπεί αυτόματα. Το χρονικό διάστημα της αναμονής, μπορεί να διαρκέσει όσο περισσότερο χρειαστεί, αρκεί να μην υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης και η γυναίκα να είναι προετοιμασμένη ότι ίσως η διάρκεια του να είναι μέχρι και 8 εβδομάδες. Η επιτυχία αυτής της μορφής αντιμετώπισης, εξαρτάται από κάποιους παράγοντες όπως: το είδος της αυτόματης αποβολής, αν υπάρχει αιμορραγία καθώς και η ύπαρξη μειωμένων βιοχημικών δεικτών. Όμως, εξαιτίας του απρόβλεπτου χαρακτήρα του συγκεκριμένου τρόπου αντιμετώπισης, είναι σημαντικό να εξασφαλισθεί η συνεχής υποστήριξη και φροντίδα της γυναίκας και η τακτική εξω-νοσοκομειακή παρακολούθηση. Ακόμα, απαραίτητο είναι να υπάρχει ένα χρονοδιάγραμμα ως προς το αν ή ποτέ θα είναι αναγκαία η χειρουργική αντιμετώπιση.

Το 20% των γυναικών, επιλέγουν τον ιατρικό τρόπο αντιμετώπισης, ο οποίος περιλαμβάνει διαφορετικές μεθόδους αγωγής, η αποτελεσματικότητα των οποίων εξαρτάται από το είδος της αυτόματης αποβολής και τη δοσολογία των χορηγούμενων φαρμάκων. Γενικά, η ιατρική αντιμετώπιση, εφαρμόζεται επιτυχώς για το 70-96% των περιπτώσεων ατελούς έκτρωσης, με τη χρήση προσταγλανδίνων και μισοποροστόλης. Το ποσοστό της επιτυχίας αυτής της μεθόδου, εξαρτάται ακόμα, τόσο από τη διάρκεια του επανελέγχου, όσο και από το χρονικό διάστημα μέχρι να είναι απαραίτητη η χειρουργική αντιμετώπιση. Το παραπάνω, θα συμβεί αν δεν έχει γίνει η αποβολή εντός 8 ωρών από τη λήψη των φαρμάκων.

Η χειρουργική αντιμετώπιση, αναφέρεται στη διαστολή του τραχήλου της μήτρας, ώστε να διευκολυνθεί η πρόσβαση στην κοιλότητα της μήτρας και να αφαιρεθούν τα «προϊόντα» της, είτε με τη βοήθεια συσκευής αναρρόφησης, είτε με την απόξεση της μήτρας. Τα ποσοστά επιτυχίας είναι υψηλά και με τους δύο τρόπους και αγγίζουν το 95-100%, ενώ η αναρρόφηση είναι λιγότερο επώδυνη διαδικασία και με λιγότερη απώλεια αίματος.

Αντίστοιχη είναι και η θεώρηση της Quenby (2007), η οποία με άρθρο της, συμφωνεί με τους Sur & Raine-Fenning (2009). Σύμφωνα με τη συγγραφέα, η χειρουργική μέθοδος είναι πρώτης προτεραιότητας όταν η αιμορραγία είναι εκτεταμένη, τα ζωτικά σημεία της γυναίκας ασταθή ή υπάρχει μολυσμένος ιστός στην κοιλότητα της μήτρας. Όμως, η χειρουργική μέθοδος έχει συσχετιστεί με επιπλοκές όπως αιμορραγία, διάτρηση μήτρας, ενδοκοιλιακό τραύμα, ενδομήτρια προσκόλληση, αλλά και με επιπλοκές που σχετίζονται με την αναισθησία. Επιπρόσθετα, το πλεονέκτημα της ιατρικής αντιμετώπισης, είναι ότι αποφεύγει τον κίνδυνο του χειρουργείου και της αναισθησίας. Παρά τα πλεονεκτήματα αυτά, οι γυναίκες βιώνουν έντονο κοιλιακό πόνο καθώς και σοβαρή αιμορραγία. Ακόμα, είναι σημαντικό ο ασθενής να μπορεί να έχει άμεση πρόσβαση σε εικοσιτετράωρη βάση σε κοντινό νοσοκομείο, για παρακολούθηση ή για εισαγωγή, καθώς το 1/3 των γυναικών αιμορραγούν ή αποβάλλουν στην πρώιμη φάση χορήγησης των φαρμάκων. Ως προς την «αναμενόμενη» μέθοδο, η συγγραφέας, παρά το γεγονός ότι αναγνωρίζει όλα τα πλεονεκτήματα της, τονίζει ότι οι γυναίκες είναι ιδιαίτερα σημαντικό να ενημερώνονται κατάλληλα για τη μεγάλη διάρκεια της διαδικασίας, καθώς και για το ότι ίσως χρειαστεί η προσφυγή στη χειρουργική μέθοδο.

Έρευνα που αξίζει να υπογραμμιστεί, είναι αυτή των Ngai και συν. (2001), οι οποίοι σύγκριναν την ιατρική μέθοδο αντιμετώπισης με τη χρήση της μισοπροστόλης με την «αναμενόμενη» μέθοδο. Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 60 γυναίκες με διάγνωση για αυτόματη αποβολή κύησης, οι οποίες πληρούσαν τα εξής κριτήρια: α) ήταν μεγαλύτερες των 16 ετών, β) δεν είχαν κάποιο κλινικό ιστορικό, γ) το τεστ εγκυμοσύνης τους ήταν θετικό, δ) η ηλικία κύησης μικρότερη ή ίση των 12 εβδομάδων και ε) ο υπέρηχος συνηγορούσε με την αρχική διάγνωση. Οι γυναίκες χωρίστηκαν με τυχαίο τρόπο σε δύο ομάδες: α) η πειραματική ομάδα, στην οποία θα χορηγούνταν κολπικά και όχι στοματικά η μισοπροστόλη, καθώς έχει φανεί ότι η κολπική χορήγηση είναι πιο αποτελεσματική και με λιγότερες παρενέργειες κατά τη διάρκεια του 2<sup>ου</sup> τριμήνου της κύησης και β) η ομάδα ελέγχου, στην οποία θα

εφαρμοζόταν η «αναμενόμενη» αντιμετώπιση. Από το αρχικό δείγμα, μόνο μία γυναίκα δεν έλαβε μέρος στην έρευνα, καθώς η ηλικία κύησης της ήταν μεγαλύτερη των 13 εβδομάδων. Ως προς τις παρενέργειες των δύο τρόπων αντιμετώπισης, η ναυτία και ο εμετός ήταν κοινές, αλλά ήταν υποφερτές και παροδικές. Ο αριθμός των γυναικών που δεν εμφάνισαν καθόλου παρενέργειες, ήταν ο ίδιος και για τις δύο ομάδες (8 για την πρώτη ομάδα και 9 για τη δεύτερη). Οι γυναίκες στις οποίες δεν απαιτήθηκε η διαδικασία της αναρρόφησης μέχρι τη χρονική στιγμή που επανήλθε η εμμηνορροια σε φυσιολογικά επίπεδα, θεωρήθηκε ότι η αντιμετώπιση ήταν επιτυχής. Όμως, το ποσοστό επιτυχίας στην ομάδα με τη χορήγηση της μισοπροστόλης, ήταν σημαντικά υψηλότερο από την ομάδα με την «αναμενόμενη» αντιμετώπιση.

Εκτός από τους τρόπους αντιμετώπισης, υπάρχουν κλινικοί παράγοντες με βάση τους οποίους μπορεί να προβλεφθεί η αυτόματη αποβολή κύησης; Οι Bottmley & Bougne (2009) αναφέρουν στο άρθρο τους κάποιες μεταβλητές, οι οποίες είναι βοηθητικές για την πρόγνωση της αυτόματης αποβολής, αλλά και για τη συμβουλευτική των γυναικών ως προς την έκβαση της εγκυμοσύνης και το σχεδιασμό της κατάλληλης αντιμετώπισης. Η ηλικία της μητέρας είναι η πιο σημαντική δημογραφική μεταβλητή για μια τέτοια πρόγνωση, καθώς γυναίκες άνω των 35 ετών, εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο σε ποσοστό 20%, ενώ για τις γυναίκες άνω των 42 ετών, το αντίστοιχο ποσοστό ανεβαίνει στο 55%. Τα παραπάνω υψηλά ποσοστά, οφείλονται στην αύξηση των χρωμοσωμικών ανωμαλιών με την αντίστοιχη αύξηση της ηλικίας της μητέρας. Άλλη σημαντική μεταβλητή για την πρόγνωση, είναι και η χρήση του υπερήχου. Υπάρχουν όμως και σημαντικές πιθανότητες να μη φανεί εξ αρχής, είτε λόγω του ότι η ενδομήτρια εγκυμοσύνη μπορεί να είναι μικρή και έτσι να μη μπορεί να εξακριβωθεί αν είναι βιώσιμη ή όχι, είτε επειδή αρχικά υπάρχει η ένδειξη της καρδιακής λειτουργίας του εμβρύου, αλλά στην πορεία της κύησης άλλοι παράγοντες επηρεάζουν την αρνητική έκβαση της. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να είναι εκτός από την ηλικία της μητέρας, μία προηγούμενη αυτόματη αποβολή, συγγενής υπογονιμότητα, υποβοηθούμενη κύηση, χαμηλός δείκτης μάζας-σώματος, συστηματική ή υψηλή κατανάλωση αλκοόλ, άγχος, όπως επίσης και μεγάλη ηλικία του πατέρα.

Ένα άλλο πολύ σημαντικό ερώτημα που εγείρεται, σχετίζεται με το αν υπάρχει κίνδυνος για αυτόματη αποβολή κύησης σε γυναίκες που δεν παρουσιάζουν κανένα σύμπτωμα και οι οποίες απευθύνονται για τον πρώτο τους προγεννητικό έλεγχο μεταξύ της 6<sup>ης</sup> και της 11<sup>ης</sup> εβδομάδας κύησης. Στόχος της έρευνας των Tong, Kaur,



Walker, Bryant, Onwude, & Permezel (2008), ήταν η διερεύνηση του κινδύνου της αυτόματης αποβολής σε ασυμπτωματικές γυναίκες. Το δείγμα αποτελούνταν από 696 γυναίκες, από τις οποίες το 80% βρίσκονταν σε ηλικία κύησης 8 - 10 εβδομάδες με μέσο όρο ηλικίας τα 31 έτη. Οι γυναίκες, όπως έχει ήδη αναφερθεί, προσήλθαν για προγεννητικό έλεγχο μεταξύ της 6<sup>ης</sup> και της 11<sup>ης</sup> εβδομάδας κύησης, από τον οποίο προέκυψαν ενδείξεις καρδιακής λειτουργίας του εμβρύου. Ο επανέλεγχος κατά την 20<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης, έδειξε ότι η επικινδυνότητα για αυτόματη αποβολή, ανερχόταν σε πολύ μικρό ποσοστό (1.6%). Το ποσοστό επικινδυνότητας εμφάνιζε αρνητική συσχέτιση με την ηλικία κύησης. Έτσι, με τη συμπλήρωση της 6<sup>ης</sup> εβδομάδας κύησης το ποσοστό επικινδυνότητας για αυτόματη αποβολή ήταν 9.4%, στις 7 εβδομάδες μειωνόταν στο 4.2%, στις 8 εβδομάδες εμφάνιζε ιδιαίτερα σημαντική πτώση (0.5%), ενώ στις 10 εβδομάδες το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 0.7%. Οι περισσότερες από τις γυναίκες του δείγματος που τελικά βίωσαν την αυτόματη αποβολή, έλαβαν τη διάγνωση με τη βοήθεια του υπερήχου, αρκετές εβδομάδες μετά την επίσκεψη τους, ενώ για το 45% των γυναικών η αντίστοιχη διάγνωση έγινε κατά τη διάρκεια του 2<sup>ου</sup> τριμήνου. Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι για τις γυναίκες που δεν εμφανίζουν την κλινική εικόνα για αυτόματη αποβολή, ο κίνδυνος να τη βιώσουν χωρίς να έχουν συμπτώματα, μετά τον προγεννητικό έλεγχο, είναι πολύ χαμηλός.

Σημαντικά δείγματα για την αντιμετώπιση σε ψυχολογικό επίπεδο, δίνει η έρευνα του Nikcevic (2003), στην οποία οι ερευνητές έλαβαν διάφορες πληροφορίες από γυναίκες με αυτόματη αποβολή, με στόχο την αξιολόγηση της στήριξης που είναι ανάγκη να παρασχεθεί. Στο άρθρο, δίνεται έμφαση στις γυναίκες που δεν έχουν παρουσιάσει κανένα σύμπτωμα πριν την αυτόματη αποβολή. Ακόμα, στην κλινική, εφαρμόζονται 3 στάδια παρέμβασης: α) παρέμβαση στο αρχικό στάδιο, β) παρέμβαση ως προς τις ψυχολογικές επιπτώσεις και γ) παρέμβαση κατά τη διάρκεια του επανελέγχου. Πολύ ενδιαφέροντα είναι τα στοιχεία που αναφέρονται στο τρίτο στάδιο, καθώς οι ερευνητές στην κλινική αποφάσισαν να διαχωρίσουν τα αποτελέσματα της συμβουλευτικής με στόχο τις ιατρικές πληροφορίες από αυτά της συμβουλευτικής με στόχο την ψυχολογική στήριξη. Όλες οι γυναίκες έκαναν ιατρική συμβουλευτική 5 εβδομάδες μετά και ενημερώθηκαν ως προς την αιτία της απώλειας και τα αποτελέσματα της, ενώ οι μισές από αυτές έλαβαν και ψυχολογική στήριξη. Επιπλέον, υπήρχε και μία ομάδα ελέγχου που δεν έλαβαν κανένα είδος συμβουλευτικής. Στόχος της ιατρικής συμβουλευτικής, ήταν εκτός από τη συζήτηση για τις αιτίες και τα αποτελέσματα, συζήτηση και για τους πιθανούς κινδύνους μιας

αυτόματης αποβολής στο μέλλον, όπως επίσης και η διαχείριση της προγεννητικής φροντίδας. Η διάρκεια αυτού του είδους συμβουλευτικής ήταν 20'.

Η συμβουλευτική για ψυχολογική υποστήριξη είχε διάρκεια 1 ώρα και βασιζόταν κυρίως στη γνωστική προσέγγιση. Οι κυριότεροι στόχοι της ήταν: α) ενθάρρυνση στην έκφραση των συναισθημάτων σε σχέση με την απώλεια, β) νορμαλοποίηση των εκπεφρασμένων συναισθημάτων, γ) έκθεση των γυναικών στις αναμνήσεις, όπως στις εικόνες από τον αρχικό υπέρηχο και στα γεγονότα που συνέβησαν μετά, κάνοντας ανασκόπηση και αναδιοργάνωση της εμπειρίας με τις διαθέσιμες πληροφορίες, δ) γνωστική αναδόμηση και ε) αναπλαισίωση και αναδιοργάνωση της εμπειρίας με τις διαθέσιμες πληροφορίες. Επιπλέον, συζητήθηκαν οι ανησυχίες των γυναικών ως προς τη γονιμότητα τους σε μια μελλοντική προσπάθεια.

Η υπόθεση των ερευνητών ήταν ότι μια τέτοια παρέμβαση θα οδηγούσε στη μείωση της θλίψης και συνεπώς σε μειωμένο κίνδυνο συνοσηρότητας, ενώ οι παρεμβάσεις έγιναν σε 3 διαφορετικές χρονικές περιόδους: στις 3, στις 7 και στις 16 εβδομάδες μετά την αυτόματη αποβολή. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων, έδειξε σημαντική πτώση κυρίως στις μεταβλητές: άγχος, κατάθλιψη, πένθος, αυτό-κατηγορία και ανησυχία για μια μελλοντική εγκυμοσύνη. Φάνηκε δηλαδή, να υπάρχει μια στατιστικώς σημαντική πτώση στα επίπεδα του πένθους, της αυτό-κατηγορίας και των ανησυχιών για μια μελλοντική εγκυμοσύνη στο χρονικό διάστημα κατά το οποίο οι γυναίκες έλαβαν και τα δύο είδη συμβουλευτικής. Η ομάδα που έλαβε συμβουλευτική μόνο για τα ιατρικά θέματα, δε φάνηκε να έχει στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, παρά μόνο στη μεταβλητή της αυτό-κατηγορίας, όπου και πάλι υπήρχε σημαντική πτώση. Επιπρόσθετα, στις γυναίκες για τις οποίες δε μπορούσε να βρεθεί η αιτία της αυτόματης αποβολής, τα επίπεδα άγχους παρέμεναν υψηλά στον 4<sup>ο</sup> μήνα αξιολόγησης σε σχέση με τις υπόλοιπες γυναίκες.

Ένα πολύ ενδιαφέρον κομμάτι, είναι το ότι οι ερευνητές ρώτησαν τις γυναίκες που είχαν λάβει συμβουλευτική μόνο για τα ιατρικά θέματα, αν πίστευαν ότι θα είχαν ωφεληθεί από τη στήριξη από έναν ψυχολόγο, η οποία θα είχε στόχο τη συζήτηση της συναισθηματικής πλευράς της απώλειας. Από τις 33 γυναίκες, το 66% απάντησε θετικά.

Μία ακόμη σημαντική ερώτηση που απαιτεί απάντηση ως προς την αντιμετώπιση των γυναικών με αυτόματη αποβολή κύησης, προσέγγισαν οι Shreffler, Greil & McQuillan (2011). Από τα αποτελέσματα της έρευνας με δείγμα 4.796 γυναικών ηλικίας 25 έως 45 ετών, φάνηκε ότι η θλίψη και ο ψυχικός πόνος, διαφέρει

σε κάθε γυναίκα και εξαρτάται, τόσο από τη δέσμευση και την προσκόλληση τους στην εγκυμοσύνη, όσο και από τη γενικότερη γονιμότητα τους. Ακόμα, σε σχέση με τη στήριξη από τους ειδικούς, φάνηκε ότι είναι δύσκολο να παρέμβουν μειώνοντας τις ψυχολογικές επιπτώσεις, αν δεν έχουν καταλάβει τους παράγοντες που διαμορφώνουν την εμπειρία, καθώς και το νόημα που δίνουν στην απώλεια οι γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες που είχαν προγραμματίσει την εγκυμοσύνη, είχαν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, ανεξαρτήτως του αν η αυτόματη αποβολή έγινε στο 1<sup>ο</sup> ή σε επόμενο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Όπως ήταν αναμενόμενο, οι γυναίκες με ηθελημένη εγκυμοσύνη, οι οποίες βίωσαν την απώλεια σε προχωρημένη εγκυμοσύνη, είχαν τα περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ το ίδιο συμβαίνει και για τις γυναίκες με αυτόματη αποβολή στα πρώτα στάδια. Ακόμα, πολλά καταθλιπτικά συμπτώματα έχουν και οι γυναίκες που γνωρίζουν την αιτία της αυτόματης αποβολής, έχουν βιώσει περισσότερες από μία απώλειες, θέλουν να κάνουν παιδί και αξιολογούν τη μητρότητα σαν κάτι ιδιαίτερα σημαντικό. Επιπλέον, το χρονικό διάστημα μετά την απώλεια, η γέννηση ενός άλλου παιδιού και η θεώρηση ότι η γυναίκα έχει περισσότερο τον έλεγχο της εγκυμοσύνης της, έχει σχετισθεί με λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα. Έτσι, οι ειδικοί που δουλεύουν με γυναίκες και ζευγάρια, μπορούν να παρέχουν πιο στοχευμένη στήριξη και πιο αποτελεσματική παρέμβαση, αν εστιάσουν στους παράγοντες: δέσμευση-προσκόλληση στην εγκυμοσύνη και στο νόημα που δίνει η γυναίκα στην απώλεια.

Οι Betz & Thorngren (2006), παραθέτουν σε άρθρο τους ένα μοντέλο συμβουλευτικής οικογενειών. Οι συγγραφείς τονίζουν ότι αν η οικογένεια δεν αντιμετωπίσει αποτελεσματικά το στρες που δημιουργείται από την απώλεια, αυτό θα επιδεινωθεί δραματικά. Σύμφωνα με τους ερευνητές και όπως αναφέρεται στη θεωρία του Hill (1958), το ABC-X, είναι μία μέθοδος για την αντιμετώπιση του στρες που βιώνει η οικογένεια. Το στρες δηλαδή που βιώνεται, αποτελείται από τρεις παραμέτρους: α) το κύριο στρεσογόνο γεγονός (A), β) τις διαθέσιμες πηγές για την αντιμετώπιση του (B) και γ) τις αντιλήψεις κάθε μέλους της οικογένειας για αυτό (C). Τα παραπάνω, αποτελούν μία εξίσωση, που ισούται με το βαθμό του βιούμενου στρες (X). Όμως, εξαιτίας της φύσης των διαφορούμενων απωλειών, δεν υπάρχει μία μέθοδος που να μπορεί να εφαρμοστεί στις οικογένειες. Επομένως, το πρώτο βήμα για την εφαρμογή του μοντέλου του Hill, είναι να διευκρινιστεί το κύριο στρεσογόνο γεγονός και να απαντηθούν ερωτήσεις του τύπου: Τι είδους απώλεια βιώνει η

οικογένεια; Πώς η απώλεια επαναπροσδιορίζει τις σχέσεις, τους ρόλους και τις ευθύνες των μελών της;

Για κάποιες οικογένειες, το να αναγνωρίσει ο ειδικός την εμπειρία ως απώλεια και το πένθος τους, μπορεί να είναι από μόνο του ανακουφιστικό. Εξαιτίας του ότι η απώλεια δεν είναι «τυπική», ίσως οι οικογένειες να μην έχουν επιτρέψει στον εαυτό τους το πένθος και τη θλίψη, στο βαθμό που θα γινόταν αν η απώλεια ήταν διευκρινίσιμη. Ο ειδικός πρέπει να διερευνήσει τις διαθέσιμες πηγές που έχουν οι οικογένειες για να ανταπεξέλθουν στην απώλεια. Το κάθε μέλος της οικογένειας με το δικό του τρόπο αντιμετωπίζει την απώλεια και κάνει πράγματα που το βοηθούν. Έτσι, συζητώντας μεταξύ τους, όχι μόνο ακούνε τι κάνει ο καθένας και αναπτύσσουν νέες ιδέες ως προς το πώς θα υποστηρίξουν ο ένας τον άλλον, αλλά και σέβονται και καταλαβαίνουν την εμπειρία των άλλων. Επιπλέον, ο ειδικός μπορεί να καταλάβει τις δυνατές και τις αδύναμες στρατηγικές αντιμετώπισης που χρησιμοποιούνται. Με αυτόν τον τρόπο ενισχύονται οι υγιείς τρόποι αντιμετώπισης, όπως η συναναστροφή με φίλους και αποθαρρύνονται άλλες μέθοδοι, όπως η χρήση ουσιών ή το να αγνοούν τα συναισθήματα τους.

Ως προς το ζήτημα της προσαρμογής, οι Maker & Ogden (2003), δημοσίευσαν μία ποιοτική μελέτη, η οποία περιελάμβανε συνεντεύξεις 13 γυναικών, 5 εβδομάδες και πλέον της αυτόματης αποβολής κύησης. Στόχος της ποιοτικής αυτής έρευνας, ήταν να περιγράψει λεπτομερώς την εμπειρία των γυναικών, που βίωσαν αυτόματη αποβολή κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου κύησης. Η πλειοψηφία των γυναικών, δεν είχε άλλη αυτόματη αποβολή, οι μισές από αυτές ανέφεραν ότι είχαν προγραμματίσει την εγκυμοσύνη, ενώ οι περισσότερες γυναίκες είχαν αντιμετωπιστεί με την "αναμενόμενη" μέθοδο. Οι γυναίκες ήταν ηλικίας 22 έως 43 ετών, με μέση ηλικία τα 34.4 έτη και το μόνο κριτήριο αποκλεισμού τους από την έρευνα ήταν η αυτόματη αποβολή να έχει γίνει τις πρώτες 14 εβδομάδες της κύησης. Λαμβάνοντας υπόψη τον κύριο στόχο της έρευνας, διεξήχθησαν ημι-δομημένες συνεντεύξεις, η διάρκεια των οποίων ήταν από 30' έως 1 ώρα. Η ποιοτική ανάλυση των αποτελεσμάτων, έδειξε ότι οι γυναίκες περιέγραφαν την εμπειρία τους ως δυναμική και όχι ως στατική και φάνηκε ότι μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε 3 στάδια: α) το στάδιο της αναστάτωσης της αυτόματης αποβολής, β) το στάδιο της προσαρμογής και γ) το στάδιο της «λύσης». Σε σχέση με το δεύτερο στάδιο, το οποίο αναφέρεται στην ενότητα μας, οι γυναίκες περιέγραψαν πολλές τεχνικές με τις οποίες προσπάθησαν να τονώσουν την αυτοπεποίθησή τους. Τα κυριότερα θέματα που αναδύθηκαν, ήταν οι

κοινωνικές συγκρίσεις, το «μοίρασμα» των εμπειριών και η προσπάθεια ανεύρεσης νοήματος. Οι κοινωνικές συγκρίσεις, αναφέρονται στις συγκρίσεις των γυναικών με άλλες που αντιμετώπιζαν παρόμοια προβλήματα και τους βοηθούσαν να επικεντρωθούν στα συναισθήματα των άλλων και όχι στα δικά τους. Επιπλέον, το να μοιράζονται τις εμπειρίες τους, σήμαινε για κάποιες γυναίκες τη βελτίωση των διαπροσωπικών τους σχέσεων, ενώ η ανεύρεση νοήματος, περιελάμβανε την ενσωμάτωση της αυτόματης αποβολής σε ευρύτερες εμπειρίες ζωής. Επιπρόσθετα, κάποιες γυναίκες ανέφεραν ιατρικούς λόγους για την αιτιολόγηση της αποτυχίας της εγκυμοσύνης τους, όμως κάποιες άλλες κατηγορούσαν τους εαυτούς τους, ότι δεν έδειξαν την πρέπουσα φροντίδα, καθώς κάπνιζαν ή έκαναν κατανάλωση αλκοόλ. Βέβαια, υπήρχαν και κάποιες που φιλοσοφούσαν την απώλεια, θέτοντας ζήτημα μοίρας ή πεπρωμένου. Στο τελευταίο στάδιο, οι γυναίκες περιγράφουν τη ζωή τους τώρα, λέγοντας ότι τα αρνητικά συναισθήματα έχουν μειωθεί, βλέπουν ότι αυτή η εμπειρία τους έμαθε πολλά πράγματα και κάνουν μία αξιολόγηση του παρελθόντος και του μέλλοντος. Σε σχέση με το τι τους έμαθε η εμπειρία, τονίζεται το γεγονός ότι οι γυναίκες δίνουν έμφαση στη θετική πλευρά και νιώθουν ότι έχουν ξανά τον έλεγχο, κάτι που τους κάνει να αισθάνονται όμορφα. Τέλος, η αξιολόγηση του μέλλοντος, περιλαμβάνει τις πιθανότητες απόκτησης άλλου παιδιού.

Μία ακόμα ενδιαφέρουσα ποιοτική έρευνα, είναι των Abboud & Liamputtong (2005). Στόχος της μελέτης αυτής, είναι η αξιολόγηση των τρόπων με τους οποίους οι γυναίκες και οι σύντροφοι τους αντιμετωπίζουν την αυτόματη αποβολή. Το δείγμα αποτελούνταν από 6 γυναίκες ηλικίας 22 έως 45 ετών, οι οποίες προσήλθαν με τους συντρόφους τους και ήταν διαφόρων εθνικοτήτων. Οι συνεντεύξεις ήταν μη-δομημένες και στόχο είχαν να καλύψουν τα εξής πεδία μελέτης: την προσωπική εμπειρία της γυναίκας, την εμπειρία του συντρόφου της, τον τρόπο με τον οποίο αντιμετώπισαν την αυτόματη αποβολή, την εμπειρία τους με τους ειδικούς, τις δικές τους στάσεις και πεποιθήσεις, καθώς και τις πεποιθήσεις των υπολοίπων μελών της οικογένειας. Τέλος, οι συνεντεύξεις των γυναικών και των συντρόφων τους πραγματοποιήθηκαν ξεχωριστά και η διάρκεια τους ήταν από 40' - 1 ώρα. Η ποιοτική ανάλυση, κατέταξε τα ευρήματα της έρευνας σε 3 τομείς: α) τις στρατηγικές αντιμετώπισης, β) το υποστηρικτικό δίκτυο και γ) τις εμπειρίες των γυναικών από τους ειδικούς. Ως προς το πρώτο θέμα που αναδύθηκε, κάποιες γυναίκες χρησιμοποίησαν σωματικούς τρόπους, όπως ξεκούραση, συνεχής απασχόληση με κάποια δραστηριότητα και φροντίδα των υπολοίπων παιδιών. Οι γυναίκες ανέφεραν

ότι η υποστήριξη από τον σύντροφο ήταν το βασικότερο μέσο για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της κατάστασης, καθώς εκείνοι τις ενθάρρυναν και τις υποστήριζαν σε καθημερινή βάση, καθώς επίσης και τους βοηθούσαν να αλλάξουν τις αρνητικές σκέψεις με μια πιο θετική προοπτική. Ακόμα, κάποιες γυναίκες αντιμετώπιζαν την απώλεια με το να προσπαθήσουν να πειστούν ότι δεν είναι οριστική και ότι το λάθος δεν ήταν δικό τους. Όλοι οι σύντροφοι ανέφεραν ότι ο ρόλος τους ήταν να υποστηρίζουν και να ενθαρρύνουν, καθώς οι γυναίκες τους βίωναν ένα τραυματικό γεγονός. Επιπλέον, προσπαθούσαν να μη μεγαλοποιούν αυτό που συνέβη, ενώ κάποιοι βρήκαν ιδιαίτερα βοηθητικό το χιούμορ σε εκείνη τη δύσκολη στιγμή της ζωής τους. Η επιστροφή στους καθημερινούς ρυθμούς, αναδύθηκε κυρίως από τις απαντήσεις των ανδρών και ήταν ένας τρόπος να συνεχιστεί από εκεί που σταμάτησε η ζωή τους και έτσι να μπορούν να οραματιστούν και το μέλλον.

Σχετικά με το δεύτερο θέμα που προέκυψε, φάνηκε ότι η οικογένεια, οι φίλοι και κάποιοι άλλοι άνθρωποι άγνωστοι μέχρι τότε για αυτούς στην κοινότητα, αποτελούσαν το βασικότερο υποστηρικτικό δίκτυο. Η οικογένεια και οι πιο κοντινοί συγγενείς ήταν ιδιαίτερα υποστηρικτικοί και τους βοηθούσαν με τον να είναι θετικοί για το γεγονός και για το μέλλον. Για τις γυναίκες, η υποστήριξη των φίλων περιελάμβανε μαγείρεμα και συχνές επισκέψεις, ενώ οι άντρες έδιναν έμφαση απλά και μόνο στην παρουσία τους και στο να ξέρουν ότι βρίσκεται κάποιος εκεί να τους ακούσει, να τους ανακουφίσει και να τους ενθαρρύνει. Τέλος, οι άνθρωποι στην κοινότητα που δεν είχαν πολλές επαφές με το ζευγάρι μέχρι τότε, τους βοήθησαν, τους ενθάρρυναν και τους συμπαραστάθηκαν.

Σε σχέση με τις εμπειρίες τους από τους ειδικούς, παρουσιάστηκαν δύο θέματα: η ικανοποίηση και η έλλειψη πληροφοριών. Οι απαντήσεις ως προς το πρώτο θέμα ήταν ανάμικτες, καθώς οι γυναίκες με ιδιωτική φροντίδα ήταν περισσότερο ικανοποιημένες και η σχέση που ανέπτυξαν με το γιατρό τους πολύ καλή και επικοινωνιακή μιας και εκείνος κατανόησε και επικεντρώθηκε στις ανάγκες τους. Αντίθετα, οι γυναίκες στα δημόσια νοσοκομεία δεν έμειναν καθόλου ευχαριστημένες και ένιωθαν μια ένταση στον τρόπο φροντίδας τους. Επιπρόσθετα, οι πληροφορίες που έλαβαν από το προσωπικό του νοσοκομείου, ήταν λιγιστές και ανεπαρκείς, μιας και πήραν μόνο ένα γενικό ενημερωτικό φυλλάδιο για να διαβάσουν χωρίς να ακολουθήσει κάποια προσωπική συζήτηση. Οι περισσότερες γυναίκες έπρεπε να ψάξουν μόνες τους για περαιτέρω ενημέρωση, κάτι που τους βοήθησε να αποκτήσουν

μία πηγή δύναμης που τους ώθησε να ανακτήσουν τον έλεγχο γνωρίζοντας τι να περιμένουν. Πολύ λίγες γυναίκες έλαβαν τις απαιτούμενες πληροφορίες, παίρνοντας μέρος στο SANDS (Stillbirth And Neonatal Death Support). Το SANDS, είναι μια ομάδα αυτό-βοήθειας που αποτελείται από γονείς που έχουν βιώσει αντίστοιχη εμπειρία και παρέχει άμεση και συνεχή υποστήριξη στους γονείς, την οικογένεια και τους φίλους.

Όμως, εκτός από τις στρατηγικές προσαρμογής που χρησιμοποιούν οι ίδιοι οι γονείς, είναι βοηθητική και η συμβουλευτική στήριξη από ειδικούς; Το παραπάνω ερώτημα, διερεύνησαν οι Nikcevic, Kuczmierczyk & Nicolaides (2007) σε έρευνα που διεξήγαγαν και δημοσίευσαν. Στην έρευνα συμμετείχαν 66 γυναίκες, οι οποίες κατά τη 10<sup>η</sup> – 14<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης, διαγνώστηκαν με αυτόματη αποβολή. Σε όλες τις γυναίκες διερευνήθηκε η αιτία της αυτόματης αποβολής και 5 εβδομάδες μετά τη διάγνωση έλαβαν ιατρική συμβουλευτική με στόχο τη συζήτηση των αποτελεσμάτων. Έπειτα, οι γυναίκες χωρίστηκαν σε 2 πειραματικές ομάδες: α) συμμετείχαν 33 γυναίκες και έλαβαν γνωσιακή συμβουλευτική από ψυχολόγο και β) οι γυναίκες της ομάδας αυτής έλαβαν μόνο συμβουλευτική για ιατρικά θέματα. Επιπλέον, υπήρχε και μια ομάδα ελέγχου, στην οποία συμμετείχαν γυναίκες που δεν έλαβαν κάποιο είδους συμβουλευτικής μετά την αυτόματη αποβολή. Όλες οι γυναίκες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια σε 3 διαφορετικές χρονικές στιγμές: αμέσως πριν την παρέμβαση, αμέσως μετά την παρέμβαση και 4 μήνες μετά κατά τη διάρκεια του επανελέγχου. Τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, μετρούσαν μεταβλητές όπως το πένθος, το άγχος και την κατάθλιψη, την αυτό-κατηγορία και το αίσθημα ευθύνης που βίωναν οι γυναίκες, τις ανησυχίες τους για μία μελλοντική εγκυμοσύνη και τις απόψεις τους για τις παρεμβάσεις και τη φροντίδα που έλαβαν. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων και για τις 3 χρονικές στιγμές χορήγησης των ψυχομετρικών εργαλείων, έδειξε ότι οι μελετώμενες μεταβλητές μειώθηκαν σε βάθος χρόνου. Πιο συγκεκριμένα, η ομάδα που έλαβε όλα τα είδη συμβουλευτικής, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, παρουσίασε σημαντική μείωση στα επίπεδα του πένθους, της αυτό-κατηγορίας και των ανησυχιών. Επιπλέον, συγκρινόμενη με την ομάδα που έλαβε συμβουλευτική μόνο για ιατρικά θέματα, εμφάνισε στατιστικά σημαντική διαφορά, μόνο στη μεταβλητή της αυτό-κατηγορίας. Τέλος, στις γυναίκες που εξακριβώθηκε η αιτία της αυτόματης αποβολής, εμφάνισαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα άγχους και αυτό-κατηγορίας σε σύγκριση με εκείνες για τις οποίες η αιτία ήταν άγνωστη. Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι η ομάδα των γυναικών με τη μεγαλύτερη

συμβουλευτική στήριξη σε όλα τα επίπεδα, προσαρμόστηκε και βοηθήθηκε καλύτερα από τις άλλες δύο ομάδες.

Όπως αναφέρουν οι Sejourne, Callahan, & Chabrol (2010), η πλειοψηφία των γυναικών, αναζητά ενεργά πληροφορίες, ώστε να μπορέσει να προσαρμοστεί καλύτερα μετά την αυτόματη αποβολή, κάνοντας χρήση του διαδικτύου και συμμετέχοντας σε διάφορα φόρουμ ή διαβάζοντας διάφορα εγχειρίδια. Επιπλέον, και εδώ η κοινωνική υποστήριξη φαίνεται να είναι πολύ βοηθητική, καθώς πολλές από τις γυναίκες αναφέρουν να έχουν μοιραστεί την εμπειρία τους και τα συναισθήματα τους με τους «σημαντικούς άλλους». Ιδιαίτερα δύσκολη, είναι η προσαρμογή για τις γυναίκες που έχουν βιώσει αλληπάλληλες αυτόματες αποβολές, μιας και είναι εκείνες που αναφέρουν τις πιο επώδυνες σωματικές επιπλοκές και φόβους για την επόμενη εγκυμοσύνη.

Ενδεικτικά για την προσαρμογή των γυναικών καθώς και για το άγχος και τη θλίψη που βιώνουν σε επόμενη εγκυμοσύνη, είναι τα αποτελέσματα της έρευνας των Woods-Giscombe, Lobel & Crandell (2010). Το δείγμα της έρευνας αποτελούσαν 363 έγκυες γυναίκες, οι οποίες ήταν χωρισμένες σε δύο ομάδες: α) 113 γυναίκες με προηγούμενη αυτόματη αποβολή και β) 250 χωρίς παρόμοιο κλινικό ιστορικό. Οι υποθέσεις των ερευνητών ήταν ότι οι γυναίκες της πρώτης ομάδας θα είχαν υψηλά επίπεδα άγχους και θλίψης και στα τρία τρίμηνα της εγκυμοσύνης τους. Τα δεδομένα της έρευνας, συλλέχθηκαν σε 3 διαφορετικές χρονικές στιγμές: α) στις 17 εβδομάδες κύησης, β) στις 26 εβδομάδες και γ) στις 34 εβδομάδες. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων, έδειξε υψηλή συσχέτιση μεταξύ άγχους και κλινικού ιστορικού. Δηλαδή, οι γυναίκες της πρώτης ομάδας είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο άγχος κατά τη διάρκεια του δευτέρου και τρίτου τριμήνου κύησης από τις γυναίκες της πρώτης ομάδας, ενώ για το πρώτο τρίμηνο κύησης, οι διαφορές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Η ηλικία και η επαγγελματική κατάσταση, ήταν στατιστικά σημαντικές προβλεπτικές μεταβλητές, μιας και οι νεότερες γυναίκες και εκείνες που δεν εργάζονταν βίωναν το υψηλότερο άγχος. Επιπλέον, δεν εμφανίστηκε συσχέτιση μεταξύ της θλίψης και του κλινικού ιστορικού. Θέλοντας να εξηγήσουν την υψηλή συσχέτιση άγχους και κλινικού ιστορικού μόνο κατά το δεύτερο και τρίτο τρίμηνο της κύησης, οι ερευνητές αναφέρουν ότι παρά το γεγονός ότι η εγκυμοσύνη αποτελεί ένα στρεσογόνο γεγονός για τις γυναίκες, το άγχος που βιώνουν, μειώνεται σε βάθος χρόνου, κάτι που δε συμβαίνει με τις γυναίκες με προηγούμενη αυτόματη αποβολή. Το παραπάνω εξηγείται από το ότι οι τελευταίες, επηρεάζονται από τις μνήμες τους



από την απώλεια. Ιδιαίτερα ενδιαφέρον είναι και το ότι οι γυναίκες που είχαν ήδη ένα παιδί, δεν βίωναν χαμηλότερα επίπεδα άγχους. Οι συγγραφείς επισημαίνουν ότι το παιδί δεν αντικαθιστά το έμβρυο που χάθηκε, ούτε μπορεί να εξουδετερώσει το προγεννητικό στρες που βιώνεται σε επόμενη εγκυμοσύνη.

Πολύ σημαντική σχετικά με την προσαρμογή των γυναικών, είναι η δημοσίευση της Franche (2001). Στόχος της έρευνας, ήταν να καθορίσει αν οι εννοιολογικές κατασκευές της αυτό-κριτικής και της προσαρμογής στο γάμο, σε συνδυασμό με γυναικολογικούς (ηλικία κύησης τη στιγμή της απώλειας, αριθμός αυτόματων αποβολών και χρονικό διάστημα μεταξύ της απώλειας και μιας νέας σύλληψης) και δημογραφικούς παράγοντες (ηλικία γυναίκας και πόσα παιδιά έχει), είναι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της θλίψης που βιώνουν οι γυναίκες σε επόμενη εγκυμοσύνη. Το δείγμα αποτελούνταν από 60 γυναίκες, οι οποίες βρίσκονταν μεταξύ της 10<sup>ης</sup> και της 19<sup>ης</sup> εβδομάδας κύησης, από τις οποίες οι 50 έλαβαν μέρος στην έρευνα με τον σύντροφο τους. Τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, ήταν: α) το Perinatal Grief Scale, το οποίο αξιολογεί συμπτώματα κατάθλιψης, τα οποία σχετίζονται με την αυτόματη αποβολή, β) το Depressive Experiences Questionnaire- Self-criticism, το οποίο αποτελείται από τις υποκλίμακες: εξάρτηση, αυτό-κριτική και αυτό-αποτελεσματικότητα και γ) το Abbreviated Dyadic Adjustment Scale, το οποίο είναι κλίμακα τύπου Likert και αξιολογεί την προσαρμογή στο γάμο. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων, έδειξε ότι η τάση αυτό-κριτικής φαίνεται να είναι μία σημαντική προβλεπτική μεταβλητή για την ένταση του πένθους, τόσο στους άντρες, όσο και στις γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα, η αυτό-κριτική, εξηγούσε σε ποσοστό 36% τις δυσκολίες αντιμετώπισης και προσαρμογής των γυναικών και σε ποσοστό 33% την απελπισία που βίωναν οι γυναίκες. Ακόμα για τους άντρες, οι πεποιθήσεις για καλύτερη προσαρμογή στο γάμο, συσχετιζόταν με λιγότερες δυσκολίες στο να ανταπεξέλθουν στις αντιξοότητες, ενώ για τις γυναίκες δεν ήταν σημαντικός προγνωστικός παράγοντας.

Καταληκτικά, πρέπει να αναφέρουμε ότι η αυτόματη αποβολή, μπορεί να συμβεί σε ποσοστό 12 έως 24% στις γυναίκες. Οι παρεμβάσεις των ειδικών μπορούν να αποβούν καίριες για την καλύτερη προσαρμογή των ειδικών, καθώς βοηθούν τις γυναίκες στη λεκτικοποίηση της εμπειρίας τους, στο να μειώσουν τις τύψεις και τη θλίψη που βιώνουν και τέλος να υιοθετήσουν καλύτερες στρατηγικές αντιμετώπισης.

## V. Επίλογος

Συμπερασματικά από τα παραπάνω, διαφαίνεται ότι η αυτόματη έκτρωση είναι η πιο συνηθισμένη επιπλοκή της κύησης. Αν και σε ένα σημαντικό ποσοστό, η αιτιολογία είναι άγνωστη, η συχνότητα της φαίνεται, να επηρεάζεται από την ηλικία της μητέρας καθώς και από ένα αριθμό παραγόντων όπως είναι οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες, οι ανατομικές ανωμαλίες, οι λοιμώξεις, και ενδοκρινικοί ή ανοσολογικοί παράγοντες.

Τα βασικά διαγνωστικά κριτήρια για την αυτόματη αποβολή κύησης είναι: Ο υπερηβικός πόνος, «κράμπες» στη μήτρα, κολπική αιμόρροια, διαστολή του τραχήλου, εκβολή των στοιχείων της κύησης, εξαφάνιση των συμπτωμάτων και των κλινικών σημείων της κύησης και τέλος η αρνητικοποίηση του τεστ κύησης ή ποσοτικός προσδιορισμός της β-hCG που δείχνει ότι δεν αυξάνεται ανάλογα και παθολογικά υπερηχογραφικά ευρήματα (πχ. κενός ενδομήτριος σάκος, απουσία εμβρυϊκής ανάπτυξης).

Η αντιμετώπιση της αυτόματης έκτρωσης εξαρτάται από το είδος το οποίο παρουσιάζεται. Όσο πιο έγκαιρα τεθεί η διάγνωση, τόσο και πιο επιτυχημένα αντιμετωπίζεται η εξέλιξη της.

Ωστόσο, παρόλο που η αποβολή κύησης είναι ένα ζήτημα που συμβαίνει σε ένα σημαντικό αριθμό κύησης, στην Ελλάδα οι μελέτες που αφορούν την ψυχική κατάσταση της γυναίκας μετά την αποβολή, δεν είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένες.

Η αυτόματη αποβολή κύησης αποτελεί ένα τραγικό γεγονός για τη γυναίκα, αλλά και για το ζευγάρι ως ενότητα. Από τη στιγμή που η γυναίκα λάβει ένα αποτέλεσμα θετικό για την εγκυμοσύνη της, θεωρεί ότι κυοφορεί. Συνεπώς, η αποβολή είναι μια απώλεια σε οποίο στάδιο κι αν συμβεί, είναι ουσιαστικά ένας θάνατος. Μαζί με το έμβρυο που χάνεται, το ζευγάρι χάνει και τα όνειρα που έχει κάνει για μια νέα ζωή, για μια νέα συνθήκη. Είναι φυσικό λοιπόν, ένα ζευγάρι που προσδοκά την γέννηση ενός μωρού και ονειρεύεται το μέλλον να θλίβεται μετά από μια κατάσταση. Μπορεί εκ φύσεως, η σύνδεση που νιώθει η γυναίκα με το έμβρυο που κυοφορεί να είναι εντονότερη από αυτήν που βιώνει ο άνδρας,

οπότε και η διαδικασία του πένθους να είναι το ίδιο έντονη για εκείνη, ωστόσο και οι άνδρες δυσκολεύονται αρκετά τα διαχειριστούν τα συναισθήματα της απώλειας αυτής.

Ο ψυχικός και ο σωματικός πόνος που βιώνεται από τις γυναίκες, επιφέρει ποικίλες συνέπειες που επηρεάζουν όλους τους τομείς της ζωής τους. Η εμπειρία ενός τέτοιου γεγονότος συνεπάγεται αλλαγές σε ψυχικό, σωματικό, αλλά και κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Ο ψυχικός πόνος, το άγχος, η θλίψη και οι ενοχές που βιώνουν οι γυναίκες αυτές, μπορεί να εξελιχθούν από φυσιολογικά χαρακτηριστικά του πένθους σε παθολογικά με αποτέλεσμα την εμφάνιση καταθλιπτικών διαταραχών. Παράλληλα, η χαμηλού βαθμού κοινωνικής υποστήριξης την οποία λαμβάνουν τα άτομα αυτά, επιτείνει την ήδη άσχημη συναισθηματική κατάσταση της γυναίκας και επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την αυτοεκτίμηση της, καθώς η κοινωνική επιταγή προστάζει την ολοκλήρωση του γυναικείου ρόλου με την απόκτηση των τέκνων. Επιπλέον το υποστηρικτικό περιβάλλον συγγενών και φίλων, πολλές φορές δυσκολεύεται να κατανοήσει την κατάσταση, οπότε δεν μπορεί και να βοηθήσει εφόσον θεωρεί ότι μια γυναίκα, η οποία έχει συνέλθει σωματικά έπειτα από μια αποβολή, είναι έτοιμη και να προχωρήσει.. Στην πραγματικότητα όμως αυτό δεν ισχύει γιατί το ψυχολογικό πλήγμα είναι ισχυρότερο και ο χρόνος που απαιτείται για την αντιμετώπιση του είναι πολύ περισσότερος.

Ολοκληρώνοντας τη διπλωματική εργασία ανασκόπησης, πρέπει να τονιστεί η σπουδαιότητα των στρατηγικών αντιμετώπισης της αυτόματης αποβολής με στόχο την προσαρμογή του ζευγαριού μετά την απώλεια. Ο ρόλος του ψυχολόγου είναι να ενδυναμώσει τα ζευγάρια, ώστε να ξεπεράσουν το έντονο στρες και να διαχειριστούν την κατάσταση, αλλά και την ένταση των συναισθημάτων τους με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Αποτελεί επιτακτική ανάγκη η αναγνώριση του πένθους των ζευγαριών, αλλά και η ανάγκη τους να μιλήσουν ανοικτά για την εμπειρία τους, τις σκέψεις τους και τις προσδοκίες τους για το μέλλον.

## Βιβλιογραφία

- Abboud, L., & Liamputtong, P. (2005). When pregnancy fails: coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23, 3-18.
- Andersson, I., Nilsson, S., Adolfsson, A. (2011). How women who have experienced one or more miscarriages manage their feelings and emotions when they become pregnant again – a qualitative interview study. *Scand J Caring Sci*, 1-9.
- Barber, J., Cockwell, A., Grant, E., Williams, S., Dunn, R., & Ogilvie, C. (2010). Is karyotyping couples experiencing recurrent miscarriage worth the cost? *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 117, 885-888.
- Betz, G., & Thorngren, J. (2006). Ambiguous loss and the family grieving process. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 14, 359-365.
- Bottomley, C., & Bourne, T. (2009). Diagnosing miscarriage. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 23, 463-477.
- Callander, G., Brown, G., Tata, P., & Regan, L. (2007). Counterfactual thinking and psychological distress following recurrent miscarriage. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25, 51-65.
- Carter, D., Misri, S., & Tomfohr, L. (2007). Psychologic aspects of early pregnancy loss. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 50, 154-165.
- Cleary-Goldman, J., Malone, F., Vidaver, J., Ball, R., Nyberg, D., Comstock, C., et al. (2005). Impact of maternal age on obstetric outcome. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 105, 983-990.
- Couto, E. R., Couto, E., Vian, B., Gregorio, Z., Nomura, M., Zaccaria, R., et al. (2009). Quality of life, depression and anxiety among pregnant women with previous adverse pregnancy outcomes. *Sao Paulo Med J.*, 127, 185-189.
- Dalton, V., Harris, L., Weisman, C., Guire, K., Castleman, L., & Lebovic, D. (2006). Patient preferences, satisfaction, and resource use in office evacuation of early pregnancy failure. *Obstetrics & Gynecology*, 108, 103-110.
- Dosiou, C., Sanders, G., Araki, S., & Crapo, L. (2008). Screening pregnant women for autoimmune thyroid disease: a cost-effective analysis. *Society of the European Journal of Endocrinology*, 158, 841-851.
- Earle, S., Komaromy, C., Foley, P., & Lloyd, C. (2007). The social dimensions of reproductive loss. *Practising Midwife*, 10, 28-34.
- Exalto, N. (2005). Recurrent miscarriage. *International Congress Series 1279*, 247-250.
- Franché, R. (2001). Psychologic and obstetric predictors of couples' grief during pregnancy after miscarriage or perinatal death. *Obstetrics & Gynecology*, 97, 597-602.
- Geller, P., Kerns, D., Klier, C., (2004). Anxiety following miscarriage and the subsequent pregnancy. A review of the literature and future directions. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 35-45.
- Gracia, C., Sammel, M., Chittams, J., Hummel, A., Shaunik, A., & Barnhart, K. (2005). Risk factors for spontaneous abortion in early symptomatic first-trimester pregnancies. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 106, 993-999.
- Haasan, R., Baird, D., Herring, A., Olshan, A., Funk, M., & Hartmann, K. (2009). Association between first-trimester vaginal bleeding and miscarriage. *Obstet Gynecol*, 114, 860-867.

- Harris, L., Dalton, V., & Johnson, T. (2007). Surgical management of early pregnancy failure: history, politics, and safe, cost-effective care. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 445-446.
- Hutchon, D. (1998). Understanding miscarriage or insensitive abortion: Time for more defined terminology? *Am J Obstet Gynecol*, 179, 397-398.
- Inhorn, M. (1994). Interpreting infertility: medical anthropological perspectives. *Soc. Sci. Med.*, 39, 459-461.
- Kleinhaus, K., Perrin, M., Friedlander, Y., Patiel, O., Malaspina, D., & Harlap, S. (2006). Paternal age and spontaneous abortion. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 108, 369-377.
- Kong, G., Chung, T., Lok, I. (2010). Gender comparison of psychological reaction after miscarriage- a 1-year longitudinal study. *BJOG*, 117, 1211-1219.
- Laughlin, D., & Knuppel, R. (2005). Κίνδυνοι της αρχόμενης κύησης. Στο A. Decherney, & L. Nathan, *Σύγχρονη Διάγνωση και Θεραπεία στη Μαιευτική και Γυναικολογία* (Μ. Μαμόπουλος, & Δ. Ρούσσο, Μεταφρ., 9η εκδ., 319-326). Θεσσαλονίκη: Σιώκης.
- Lok, I., & Neugebauer, R. (2007). Psychological morbidity following miscarriage. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21, 229-247.
- Lok, I., Yip, A., Lee, D., Sahota, D., & Chung, T. (2010). A 1-year longitudinal study of psychological morbidity after miscarriage. *Fertility and Sterility*, 93, 1966-1975.
- Lykke, J., Dideriksen, K., Lidegaard, O., & Langhoff-Roos, J. (2010). First-trimester vaginal bleeding and complications later in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 115, 935-944.
- Maker, C., & Ogden, J. (2003). The miscarriage experience: More than just a trigger to psychological morbidity? *Psychology and Health*, 18, 403-415.
- Murphy, F., & Philpin, S. (2010). Early miscarriage as 'matter out of place': An ethnographic study of nursing practice in a hospital gynaecological unit. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 534-541.
- Nepomnaschy, P., Welch, K., McConnell, D., Low, B., Strassmann, B., & England, B. (2006). Cortisol levels and very early pregnancy loss in humans. *The National Academy of Sciences of the USA*, 103, 2928-3942.
- Neugebauer, R. (2003). Depressive symptoms at two months after miscarriage: Interpreting study findings from an epidemiological versus clinical perspective. *Depression and Anxiety*, 17, 152-161.
- Ngai, S., Chan, Y., Tang, O., & Ho, P. (2001). Vaginal misoprostol as medical treatment for first trimester spontaneous miscarriage. *Human Reproduction*, 16, 1493-1496.
- Nikcevic, A. (2003). Development and evaluation of a miscarriage follow-up clinic. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 21, 207-217.
- Nikcevic, A., Kuczmierczyk, A., & Nicolaidis, K. (2007). The influence of medical and psychological interventions on women's distress after miscarriage. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 283-290.
- Okon, M., Laird, S., Tuckerman, E., & Li, T. (1998). Serum androgen levels in women who have recurrent miscarriages and their correlation with markers of endometrial function. *Fertility and Sterility*, 69, 682-690.
- Pedersen, N., Figueras, F., Wojdemann, K., Tabor, A., & Gardosi, J. (2008). Early fetal size and growth as predictors of adverse outcome. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 112, 765-771.

- Petrou, S., & McIntosh, E. (2009). Women's preferences for attributes of first-trimester miscarriage management: a stated preference discrete-choice experiment. *Value in Health* , 12, 551-559.
- Petrou, S., Trinder, J., Brocklehurst, P., & Smith, L. (2006). Economic evaluation of alternative management methods of first-trimester miscarriage based on results from the MIST trial. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* , 113, 879-889.
- Quenby, S. (2007). Recurrent Miscarriage. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine* , 17, 296-300.
- Qureshi, N. (2009). Treatment options for threatened miscarriage. *Maturitas* , 65, S35-S41.
- Rinehart, M., & Kiselica, M. (2010). Helping men with the trauma of miscarriage. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training* , 47, 288-295.
- Robin DiMatteo, M., & Martin, D. (2006). *Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας*. (Φ. Αναγνωστόπουλος, & Γ. Ποταμιάνος, Επιμ.) Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Sejourne, N., Callahan, S., & Chabrol, H. (2010). Support following miscarriage: what women want. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* , 28, 403-411.
- Seng, J., Oakley, D., Sampselle, C., Killion, C., Graham-Bermann, S., & Liberzon, I. (2001). Posttraumatic stress disorder and pregnancy complications. *Traumatic Stress and Pregnancy* , 97, 17-22.
- Serrano, F., & Lima, M. (2006). Recurrent miscarriage: Psychological and relational consequences for couples. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* , 79, 585-594.
- Shreffler, K., Greil, A., & McQuillan, J. (2011). Pregnancy loss and distress among U.S. women. *Family Relations* , 60, 342-355.
- Silbergeld, E., & Patrick, T. (2005). Environmental exposures, toxicologic mechanisms, and adverse pregnancy outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* , 192, S11-S21.
- Smith, L., Frost, J., Levitas, R., Bradley, H., & Garcia, J. (2006). Women's experiences of three early miscarriage management options. *British Journal of General Practice* , 56, 198-205.
- Stagnaro-Green, A., & Glinoe, D. (2004). Thyroid autoimmunity and the risk of miscarriage. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism* , 18, 167-181.
- Sur, S., & Raine-Fenning, N. (2009). The management of miscarriage. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* , 23, 479-491.
- Swanson, K., Karmali, Z., Powell, S., & Pulvermakher, F. (2003). Miscarriage effects on couples' interpersonal and sexual relationships during the first year after loss: Women's perceptions. *Psychosomatic Medicine* , 65, 902-910.
- Ticconi, C., Giuliani, E., Veglia, M., Pietropolli, A., Piccione, E., & Simone, N. (2011). Thyroid autoimmunity and recurrent miscarriage . *American Journal of Reproductive Immunology* , 1-7.
- Tong, S., Kaur, A., Walker, S., Bryant, V., Onwude, J., & Permezel, M. (2008). Miscarriage risk for asymptomatic women after a normal first-trimester prenatal visit. *Obstetrics & Gynecology* , 111, 710-714.
- Tsartsara, E., & Johnson, M. (2006). The impact of miscarriage on women's pregnancy-specific anxiety and feelings of prenatal maternal-fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy: An exploratory follow-up study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* , 27, 173-182.

- Woods-Giscombe, C., Lobel, M., & Crandell, J. (2010). The impact of miscarriage and parity on patterns of maternal distress in pregnancy. *Res Nurs Health* , 33, 316-328.
- Yeu, J., & Chung, T. (2005). Expectant, medical or surgical treatment for spontaneous abortion in first-trimester of pregnancy: a cost analysis. *Human Reproduction* , 20, 2873-2878.
- Δρακάκης, Π. (2000). Επανειλημμένες εκτρώσεις. Στο Σ. Π. Μιχάλας, *Επιτομή Μαιευτική και Γυναικολογία* (197-208). Αθήνα: Παρισσιανού Α.Ε.
- Κανελλοπούλου, Β. (2009). Ο ψυχικός πόνος. Στο Β. Κανελλοπούλου, *Ψυχαναλυτική θεώρηση του πόνου* (41-52). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κρεατσάς Κ., Δ. Σ. (2005). *Ιδεώδες Ασκληπιακό Πάρκο Ιατρικής Σχολής*. Ανάκτηση από [panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=411](http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=411)
- Μηλιόρδου, Κ. (2008). *pathfinder news*. Ανάκτηση από [www.psychologosglyfada.gr](http://www.psychologosglyfada.gr)