



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες σε Γυναίκες μετά από
Επείγουσα και Προγραμματισμένη Καισαρική Τομή. Συχνότητα
Εμφάνισης και Περιγεννητικοί Παράγοντες Κινδύνου.**

Προοπτική Μελέτη

Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή:

Αντωνίου Ευαγγελία

Γεώργιος Ιατράκης

Μαρία Δάγλα

ΕΙΡΗΝΗ ΟΡΟΒΟΥ

ΑΘΗΝΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2022

Τριμελής Επιτροπή

- 1. Αντωνίου Ευαγγελία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Μαιευτικής
ΠΑ.Δ.Α**

- 2. Λυκερίδου Αικατερίνη, Καθηγήτρια, Πρόεδρος Τμήματος Μαιευτικής
ΠΑ.Δ.Α**

- 3. Δάγλα Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Μαιευτικής
ΠΑ.Δ.Α**

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Ειρήνη Οροβού του Στέφανου, υποψήφια διδάκτορας του Τμήματος Μαιευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας και δικαιούχος των πνευματικών δικαιωμάτων επί της διατριβής και δεν προσβάλλω πνευματικά δικαιώματα τρίτων. Για τη συγγραφή της διδακτορικής μου διατριβής δεν χρησιμοποίησα ολόκληρο ή μέρος έργου άλλου δημιουργού ή τις ιδέες και αντιλήψεις άλλου δημιουργού χωρίς να γίνεται αναφορά στην πηγή προέλευσης (βιβλίο, άρθρο από εφημερίδα ή περιοδικό, ιστοσελίδα κ.λπ.). Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του διδακτορικού διπλώματος μου».

Η Δηλούσα

Ειρήνη Οροβού



Εξεταστική Επιτροπή

- 4. Αντωνίου Ευαγγελία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Μαιευτικής ΠΑ.Δ.Α**
- 5. Λυκερίδου Αικατερίνη, Καθηγήτρια, Πρόεδρος Τμήματος Μαιευτικής ΠΑ.Δ.Α**
- 6. Δάγλα Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Μαιευτικής ΠΑ.Δ.Α**
- 7. Σαραντάκη Αντιγόνη, Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Μαιευτικής ΠΑ.Δ.Α**
- 8. Βλάχος Νικόλαος, Καθηγητής Γυναικολογίας & Μαιευτικής, Ιατρική Σχολή, Διευθυντής Β΄ Μαιευτικής- Γυναικολογικής Κλινικής ΕΚΠΑ**
- 9. Ζέρβας Ιωάννης, Καθηγητής Ψυχιατρικής και Ψυχοσωματικής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ**
- 10. Κανελλοπούλου Βασιλική Λύσση, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Ψυχολογίας, ΕΚΠΑ**

Copyright © Ειρήνη Οροβού – 2022

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας διατριβής, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της διατριβής για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Η έγκριση διδακτορικής διατριβής από το Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής δεν δηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα.

Στον άντρα μου Νίκο.

Στα παιδιά μου Βαλαντία, Σταύρο, Άννα.

Στην μνήμη του πατέρα μου Στέφανου,

που μου έμαθε ότι η παιδεία είναι

το πολυτιμότερο αγαθό, ενώ

συνεχίζει ως φάρος να φωτίζει

ακόμα τη ζωή μου

και τέλος στη μητέρα μου Αργυρώ.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΕΚΤ: Επείγουσα Καισαρική Τομή

ΕΟΠΥΥ: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

ΗΠΑ: Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

ΚΤ: Καισαρική Τομή

MENN: Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών

ΜΔΣ: Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες

ΟΟΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΥΠΕ: Υγειονομική Περιφέρεια

AIP: Adaptive Information Processing

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists

APA: American Psychiatric Association

ANMF: Association of Scientific Medical Societies in Germany

CAPS: Clinician-Administered PTSD Scale

CDC : Centers of Diseases Control and Prevention

DSM: Diagnostic and Statistical Manual

EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing

HELLP: Hemolysis, Elevated Liver enzymes and Low Platelets

IES: Impact of Event Scale

IVF: In Vitro Fertilization

LEC: Life Events Checklist

MINI-PTSD: Mini-International Neuropsychiatric Interview-Post-Traumatic Stress Disorder

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

NST: Non Stress Test

NWS: National Women's Study PTSD module

PCL: Posttraumatic Stress Checklist

PPQ: Perinatal PTSD Questionnaire

PSS-I: Post-traumatic Symptom Scale-Interview

PTSD: Posttraumatic Stress Disorder

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TES: traumatic event scale

T.O.L.A.C: Trial of Labor after Cesarean

VBAC: Vaginal Birth After Cesarean

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η εκπόνηση μιας διδακτορικής διατριβής, συνήθως, περιγράφεται από τον Υποψήφιο Διδάκτορα, ως ένα ταξίδι γνώσεων και εμπειριών μέχρι την άφιξη στον τελικό προορισμό του. Τώρα πια, που και το δικό μου ταξίδι έχει φτάσει στο τέλος του, θα μπορούσα, ως μαία, να το παρομοιάσω με το συναρπαστικό ταξίδι της εγκυμοσύνης που καταλήγει σε μια επιτυχή έκβαση τοκετού. Η εκπόνηση αυτής της διδακτορικής διατριβής όχι μόνο με βοήθησε να αποκτήσω σημαντικές γνώσεις σχετικά με το ψυχικό τραύμα των λεχωίδων με καισαρική τομή, αλλά μου έδωσε την ευκαιρία να συνεργαστώ με αξιόλογους ανθρώπους και να αποκομίσω σημαντικές εμπειρίες πάνω στο ερευνητικό αυτό πεδίο.

Πολλές ήταν οι στιγμές που λύγισα και απογοητεύτηκα κατά τη διάρκεια αυτού του ταξιδιού, όμως είχα την τύχη να έχω μια αξιόλογη καθηγήτρια ως επιβλέπουσα, η οποία στάθηκε στο πλάι μου ως πολύτιμος υποστηρικτής, αρωγός και σύμβουλος. Ως εκ τούτου, θα ήθελα πρωτίστως να εκφράσω τις ευχαριστίες μου και την ευγνωμοσύνη μου στην επιβλέπουσα μου, κύρια Ευαγγελία Αντωνίου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του τμήματος Μαιευτικής, για τον πολύτιμο χρόνο που διέθεσε και την προσπάθεια που κατέβαλε στο να με οδηγήσει, κρατώντας με από το χέρι, σε αυτή την υπέροχη ερευνητική εμπειρία. Επιπλέον, θα ήθελα να την ευχαριστήσω ιδιαίτερα σε προσωπικό επίπεδο, για τη συναισθηματική ενδυνάμωση και την υποκίνηση που μου παρείχε, για τις ατελείωτες ώρες που άκουγε τους προβληματισμούς μου, για την ψυχραιμία της και για την ικανότητα της να βρίσκει πάντα λύσεις σε γεγονότα που φαίνονταν αδιέξοδα. Είναι γεγονός, ότι χωρίς την πολύτιμη βοήθεια της, αυτή η διδακτορική διατριβή δεν θα είχε φτάσει στο τέλος της, εφόσον το βασικότερο συστατικό της συνεργασίας μας ήταν η ενσυναίσθηση και ο αλληλοσεβασμός. Πραγματικά, δεν έχω λόγια να εκφράσω μέσα σε λίγες γραμμές την ευγνωμοσύνη μου για εκείνη!

Θέλω να ευχαριστήσω επίσης θερμά, τον Καθηγητή κύριο Ιατράκη Γεώργιο, που είχα την τιμή να είναι στην τριμελή επιτροπή μου και να συνεργαστώ μαζί του. Υπήρξε πραγματικά, πολύτιμος δάσκαλος και εμπνευστής, ενώ σε ιδιαίτερες περιπτώσεις, η συμβολή του είχε πάντα καταλυτικό ρόλο. Παράδειγμα επιστημονικής αρτιότητας,

τον ευχαριστώ ιδιαίτερα για τον ευγενή χαρακτήρα του και την αγάπη του για την μετάδοση της γνώσης.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω θερμά την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, κυρία Μαρία Δάγλα, για την άψογη συνεργασία που είχαμε, τις εύστοχες παρατηρήσεις της και τα ουσιαστικά σχόλια της, όσον αφορά την πορεία της έρευνας, τα οποία βοήθησαν σημαντικά στη διαμόρφωση και την τελική εικόνα της διατριβής. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό και τιμητικό για μένα ότι είναι μέλος της τριμελούς μου επιτροπής.

Στο σημείο αυτό, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον Δρ. Δημήτρη Ξηροφώτο και την μαία Μαρούλα Παυλάτου για τη συμβολή τους στη μετάφραση των ψυχομετρικών εργαλείων, όπως επίσης και τον Γενικό ιατρό κ. Ορέστη Παπαζήση για την αντίστροφη μετάφραση των τελικών μορφών τους.

Οφείλω, επίσης, να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον σύζυγο μου Νίκο για την κατανόηση, την ενθάρρυνση και την υπομονή που έδειξε όλα αυτά τα χρόνια, γιατί μαλάκωνε την ψυχή μου σε κάθε απογοήτευση. Επίσης, θέλω να ευχαριστήσω τα παιδιά μου, Βαλαντία, Σταύρο και Άννα-Στεφάνια γιατί από πολύ μικρή ηλικία έδειξαν κατανόηση και σεβασμό στον αγώνα μου, ενώ η περηφάνεια που ένιωθαν για μένα, με έκανε να συνεχίσω αμείωτα το δύσκολο έργο μου.

Θα ήταν μεγάλη παράλειψη επίσης να μην ευχαριστήσω τις αγαπημένες μου φίλες, *Γαρυφαλλιά Ειρήνη, Κωνσταντίνα, Μάχη*, που υπήρξαν με τη συντροφιά τους και την αισιοδοξία τους ένα πολύτιμο στήριγμα και μια συναισθηματική ασφάλεια για μένα. Επίσης, οφείλω να ευχαριστήσω τους συναδέλφους μου, οι οποίοι κατά το χρονικό διάστημα εκπόνησης της διατριβής μου, στήριξαν την προσπάθειά μου υπομένοντας περισσότερο φόρτο εργασίας. Ένα μεγάλο ευχαριστώ επίσης, οφείλω στην προϊσταμένη μου *Δήμητρα Στάμου*, για την άψογη συνεργασία που είχα μαζί της και για την κατανόηση που έδειξε στις ιδιαίτερες απαιτήσεις της διατριβής μου. Οφείλω να ομολογήσω πως η ανθρωπιά της και οι ηγετικές της ικανότητες ήταν καταλυτικές στην δύσκολή αυτή προσπάθειά μου.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά, όλες εκείνες τις μητέρες, που με άφησαν να καθίσω στο κρεβάτι δίπλα τους και να αγγίξω την ψυχή τους, που μοιράστηκαν τις ανησυχίες τους, ξετύλιξαν τις δύσκολες πτυχές της ζωής τους και με εμπιστεύτηκαν

για τη διεξαγωγή αυτής της έρευνας. Η επικοινωνία με όλες αυτές τις μητέρες ήταν για μένα ένα πολύτιμο δώρο που με έμαθε να ακούω, να αντιλαμβάνομαι, να αξιολογώ και να συμπονώ τους ανθρώπους. Η εμπειρία της συνέντευξης και η επαφή με τον ψυχικό τραυματισμό, με έκαναν πιο ώριμο συναισθηματικά άνθρωπο.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Για αρκετά χρόνια η εμπειρία της γέννησης ενός παιδιού θεωρούνταν από τους επιστήμονες ως θετική εμπειρία για τη μητέρα. Τα τελευταία χρόνια όμως, ένας αυξανόμενος αριθμός μελετών σε γυναίκες με τραυματικές εμπειρίες γέννησης έχει αυξήσει το ερευνητικό ενδιαφέρον και είναι πλέον γνωστό ότι ορισμένες από αυτές τις εμπειρίες μπορεί να οδηγήσουν σε διαταραχές τραύματος. Μια εμπειρία γέννησης με καισαρική τομή μπορεί να αποτελέσει αίτιο ανάπτυξης μετατραυματικών διαταραχών για ένα ποσοστό γυναικών. Μέχρι στιγμής, δεν υπάρχουν δεδομένα σχετικά με τη συχνότητα και τα αίτια του επιλόχειου μετατραυματικού στρες στην Ελλάδα, ιδιαίτερα μετά από καισαρική τομή, ενώ αρκετές φορές συνδέεται με άλλες ψυχικές διαταραχές της λοχείας.

Σκοπός της παρούσας διδακτορικής διατριβής είναι να προσφέρει μια πληρέστερη κατανόηση της μετατραυματικής διαταραχής του στρες στη λοχεία σε γυναίκες μετά από επείγουσα και προγραμματισμένη καισαρική τομή. Οι στόχοι της μελέτης ήταν: α) να διερευνηθεί η σχέση, ανάλογα με το είδος της καισαρικής τομής και με του μετατραυματικού στρες, β) η διερεύνηση των περιγεννητικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων που διαμεσολαβούν στην ανάπτυξη του επιλόχειου μετατραυματικού στρες και γ) η μετάφραση και στάθμιση των ψυχομετρικών εργαλείων (Criterion A, PCL-5, LEC-5), στην ελληνική γλώσσα εφόσον, κανένα δεν έχει χρησιμοποιηθεί στην Ελλάδα, εκτός από την προηγούμενη έκδοση του PCL, δ) η ανάπτυξη ενός νέου ψυχομετρικού εργαλείου διάγνωσης περιγεννητικού στρες σε γυναίκες που υποβάλλονται σε καισαρική τομή, με βάση το Κριτήριο A του μετατραυματικού στρες του Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων θεωρήθηκε απαραίτητος ο σχεδιασμός και η εκπόνηση μιας προοπτικής μελέτης λεχωίδων, η οποία διεξήχθη στο τμήμα λεχωίδων του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου της Λάρισας από τον Ιούλιο του 2019 έως τον Οκτώβριο του 2020. Το τελικό δείγμα αποτελούταν από 538 λεχώνες δύο ομάδων, 200 λεχώνες που υποβλήθηκαν σε επείγουσα καισαρική τομή και 338 λεχώνες που υποβλήθηκαν σε προγραμματισμένη καισαρική τομή. Η έρευνα διεξήχθη σε δύο φάσεις: α) τη δεύτερη μέρα μετά την καισαρική τομή, κατά την οποία χορηγήθηκαν: 1) το ερωτηματολόγιο ιατρικών δημογραφικών δεδομένων, 2) η κλίμακα

τραυματικών γεγονότων ζωής (LEC-5) και 3) το περιγεννητικό Κριτήριο Α του μετατραυματικού στρες. Επιπλέον, πληροφορίες που αφορούσαν το ιατρικό ιστορικό χρησιμοποιήθηκαν από τον ιατρικό φάκελο της κάθε λεχώιδας, β) κατά την έκτη εβδομάδα λοχείας, μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας οι λεχώνες απάντησαν στην κλίμακα μετατραυματικού στρες (PCL-5) και τα αποτελέσματα αξιολογήθηκαν με βάση την πλήρη και τη μερική διαταραχή μετατραυματικού στρες στην λοχεία.

Για τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήσαμε το στατιστικό πακέτο επεξεργασίας δεδομένων SPSS 22.0 και το SPSS Amos 22.0. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στο σύνολο του δείγματος των 538 λεχωίδων η μετατραυματική διαταραχή του στρες εμφανίστηκε με συχνότητα 11,5% και η μερική μετατραυματική διαταραχή του στρες εμφανίστηκε με συχνότητα 7,6%. Στην ομάδα των λεχωίδων με επείγουσα καισαρική τομή, το μετατραυματικό στρες εμφανίστηκε με συχνότητα 26%, ενώ το μερικό μετατραυματικό στρες εμφανίστηκε με συχνότητα 11,5%. Η ομάδα των γυναικών με προγραμματισμένη καισαρική τομή εμφάνισε μετατραυματικό στρες σε ποσοστό 3%, ενώ το μερικό μετατραυματικό στρες σε ποσοστό 5,3%. Τα ευρήματα δείχνουν υψηλό επιπολασμό της πλήρους και της μερικής μετατραυματικής διαταραχής του στρες, υψηλότερο από αντίστοιχες έρευνες άλλων χωρών. Άλλοι σημαντικοί επιβαρυντικοί παράγοντες ανάπτυξης μετατραυματικού στρες ήταν: το ψυχιατρικό ιστορικό, η παθολογία κύησης, οι περιγεννητικές απειλητικές καταστάσεις για τη ζωή της μητέρας ή του εμβρύου/νεογνού, η νοσηλεία στη μονάδα νεογνών, η απουσία θηλασμού και η ανεπαρκής υποστήριξη από τον σύντροφο.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης ερμηνεύονται και δείχνουν την ανάγκη αντιμετώπισης του προβλήματος μέσω της ανάπτυξης κατάλληλων πολιτικών υγείας και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, όχι μόνο κατά την διάρκεια της λοχείας αλλά σε όλη την περιγεννητική περίοδο. Έτσι λοιπόν, τα ευρήματα μας αξιοποιούνται μέσω της διατύπωσης προτάσεων για τη διεξαγωγή μελλοντικών ερευνών στο συγκεκριμένο πεδίο και τον σχεδιασμό πρακτικών και παρεμβάσεων, οι οποίες εκτός από την αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου ανάπτυξης μετατραυματικού στρες στην λοχεία, έχουν ως στόχο την καθοδήγηση και ενίσχυση των γυναικών στην ενδεχόμενη αντιμετώπιση μιας τραυματικής εμπειρίας γέννησης.

Λέξεις κλειδιά: μετατραυματική διαταραχή του στρες, μερική μετατραυματική διαταραχή του στρες, επιλόχειο μετατραυματικό στρες, τραυματική εμπειρία γέννησης, επείγουσα καισαρική τομή, προγραμματισμένη καισαρική τομή.

ABSTRACT

For several years, the experience of the birth of a child was considered by scientists as a positive experience for the mother. In recent years, however, an increasing number of studies in women with traumatic birth experiences have increased research interest and it is now known that some of these experiences can lead to trauma disturbances. A cesarean delivery experience can be a cause of post-traumatic stress disorder in a percentage of women. So far, there is no data on the frequency and causes of post-traumatic stress after birth in Greece, especially after cesarean, while it is often associated with other mental disorders of the postpartum period.

The aim of this dissertation is to provide a more complete understanding of Post Traumatic Stress Disorder in women after an emergency and elective cesarean section. The objectives of the study were: a) to investigate the relationship, depending on the type of cesarean section, with posttraumatic stress, b) to investigate the perinatal and psychosocial factors that mediate the development of postpartum posttraumatic stress and c) the translation and validation of psychometric tools (Criterion A, PCL-5, LEC-5), in the Greek language since, none has been used in Greece, except of the previous version of PCL, d) the development of a new psychometric tool for diagnosing perinatal stress in women undergoing cesarean section, based on the Criterion A of posttraumatic stress of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

In order to achieve the above objectives, it was considered necessary to design and prepare a prospective study of postpartum women, which was conducted in the Midwifery Department of the University Hospital of Larissa, from July 2019 to October 2020. The final sample consisted of 538 postpartum women of two groups. Two hundred postpartum women who underwent an emergency cesarean section and 338 postpartum women who underwent an elective cesarean section. The research was conducted in two phases: a) on the second day after the cesarean section, during which: 1) the medical and demographic data questionnaire was administered, 2) the Life Events Checklist (LEC-5) and 3) the perinatal Criterion A of post-traumatic stress. Additional information regarding the medical history was used from the medical file of each women, b) during the sixth week postpartum, the women

responded by telephone to the Posttraumatic Stress Checklist (PCL-5) and the results were evaluated on the basis of complete and partial (profile) Posttraumatic Stress Disorder Postpartum.

For the statistical analysis of the results, we used the statistical data processing package SPSS 22.0 and SPSS Amos 22.0. The results showed that in the total sample of 538 postpartum women, posttraumatic stress disorder occurred with a frequency of 11.5% and partial post-traumatic stress disorder occurred with a frequency of 7.6%. In the group of women with emergency cesarean section, posttraumatic stress occurred with a frequency of 26%, while partial post-traumatic stress occurred with a frequency of 11.5%. The group of women with elective cesarean section showed posttraumatic stress in a percentage of 3%, while the partial posttraumatic stress in a percentage of 5.3%. The findings show a high prevalence of complete and partial posttraumatic stress disorder, higher than similar studies in other countries. Other important risk factors of posttraumatic stress were: psychiatric history, pathology of gestation, perinatal life-threatening conditions of the mother or fetus / newborn, hospitalization in the neonatal intensive care unit, lack of breastfeeding and lack of support from the partner.

The findings of the present study are interpreted and show the need to address the problem through the development of appropriate health policies and psychosocial interventions, not only during postpartum period, but throughout the perinatal period.

Thus, our findings are utilized through the formulation of proposals for conducting future research in this field and the design of practices and interventions, which in addition to addressing the risk factors for postpartum posttraumatic stress, aim to guide and enhance women in dealing with a traumatic birth experience.

Keywords: posttraumatic stress disorder, partial or profile posttraumatic stress disorder, postpartum posttraumatic stress, traumatic birth experience, emergency cesarean section, elective cesarean section.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα διδακτορική διατριβή αποτελεί μια ευρύτερη προσπάθεια κατανόησης των παραγόντων που συμβάλλουν στην ανάπτυξη μετατραυματικού στρες σε γυναίκες μετά από επείγουσα και προγραμματισμένη καισαρική τομή, με απώτερο σκοπό το σχεδιασμό κατάλληλων μαιευτικών παρεμβάσεων για την πρόληψη και την έγκαιρη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων.

Ο κίνδυνος έκθεσης σε ψυχικό τραύμα αποτελεί μέρος της ανθρώπινης φύσης σε όλες τις φάσεις εξέλιξης του είδους. Ο Ερρίκος IV του Σαίξπηρ φαίνεται να πληροί πολλά, αν όχι όλα, τα διαγνωστικά κριτήρια του μετατραυματικού στρες, όπως και πολλοί άλλοι ήρωες και ηρωίδες σε ολόκληρη την παγκόσμια λογοτεχνία. Η «μετατραυματική νεύρωση» ήταν ο όρος που χρησιμοποιήθηκε στη Βρετανία για πάνω από διακόσια χρόνια και τα συμπτώματα περιγράφηκαν ακόμη νωρίτερα, π.χ. στη λογοτεχνία και σε άλλες μορφές τέχνης. Για παράδειγμα, τα συμπτώματα που έμοιαζαν με αυτά του μετατραυματικού στρες περιγράφηκαν μεταξύ των στρατιωτών από τον Αυστριακό γιατρό Josef Leopold, ο οποίος τα ονόμασε τότε «νοσταλγία». Οι στρατιώτες ανέφεραν κατά την περίοδο που έλειπαν από το σπίτι τους, συναισθήματα θλίψης, προβλήματα ύπνου και άγχος. Αυτό το μοντέλο ψυχολογικού τραυματισμού έδειχνε να επιμένει στον εμφύλιο πόλεμο των ΗΠΑ, ενώ για πολλά χρόνια μετά το τέλος του πολέμου της Κριμαίας (1853-1856), συνέχιζε να αναγνωρίζεται το σύνδρομο «Da Costa» ή «σύνδρομο προσπάθειας» στους τραυματισμένους βετεράνους στρατιώτες. Η κατανόηση ότι ένα τραυματικό γεγονός μπορούσε να προκαλέσει ψυχικό τραυματισμό εκτός από σωματικό, αναφέρθηκε το 1860 από τον Άγγλο χειρουργό Frederick Erichsen, ο οποίος έκανε λόγο για το σύνδρομο «σπονδυλικής στήλης», πιστεύοντας ότι η διάσειση της σπονδυλικής στήλης ήταν η κύρια αιτία του φόβου και του ψυχικού τραυματισμού των επιζώντων σιδηροδρομικών ατυχημάτων.

Το «ψυχικό τραύμα» ήταν ένας όρος που προτάθηκε από τον Eulenberg το 1878 για το ψυχικό σοκ που οδηγεί σε διάσειση του εγκεφάλου και το 1882 ο Jean-Martin Charcot από τη Γαλλία, κάνει χρήση των όρων «Traumatic Neurosis» and «Traumatic Hysteria» για την κατάταξη ασθενών με μετατραυματικά συμπτώματα. Το 1889, τα μετατραυματικά συμπτώματα ονομάζονται από τον George Miller Beard ως

«νευρασθένεια» που χρησιμοποιούνται και για να περιγράψουν μετατραυματικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια του Α' παγκοσμίου πολέμου. Κατά τη διάρκεια του Β' παγκοσμίου πολέμου υπήρξαν και περιγραφές αμάχων όπως π.χ. ψυχικές αντιδράσεις σε βομβαρδισμούς, αιχμαλωσίες σε στρατόπεδα συγκέντρωσης, πολιτικές διώξεις, βασανιστήρια, εκτελέσεις και επιπτώσεις από την στρατιωτική κατοχή, π.χ. γερμανική κατοχή άλλων χωρών. Σε γενικές γραμμές, ο αντίκτυπος του μαζικού τραύματος στους πολίτες και τους στρατιώτες ήταν σε πολλές περιπτώσεις οδυνηρός.

Το 1980 δημοσιεύτηκε για πρώτη φορά, στο Diagnostic and Statistical Manual 3rd Edition, η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες ως ξεχωριστή οντότητα στην κατηγορία Διαταραχών Άγχους, στην οποία παραμένει στην επόμενη Edition (4th), ενώ το 2013, στο Diagnostic and Statistical Manual 5th Edition, η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες μετακινείται από την ενότητα Διαταραχών Άγχους στη ενότητα των Διαταραχών που σχετίζονται με το Τραύμα και το Στρες.

Η έννοια του επιλόχειου μετατραυματικού στρες δεν έχει ακόμη πλήρως μελετηθεί. Υπάρχει ένας αριθμός μελετών, όμως, που αναφέρει συμπτώματα μετατραυματικού στρες σε γυναίκες μετά από τραυματική εμπειρία γέννησης· παρόμοια με αυτά που παραδοσιακά αναφέρονταν σε βετεράνους πολέμου. Συγκεκριμένα, η καισαρική τομή και ιδιαίτερα η επείγουσα μορφή της, φαίνεται μέσα από τη διεθνή βιβλιογραφία ότι αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τη μετατραυματική συμπτωματολογία των λεχωίδων. Επομένως, το επιλόχειο μετατραυματικό στρες φαίνεται ότι απασχολεί τις γυναίκες σήμερα περισσότερο από ποτέ, εφόσον, τα ποσοστά καισαρικών τομών έχουν ξεπεράσει κατά πολύ τα προτεινόμενα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας που κυμαίνονται μεταξύ 10-15% σε παγκόσμιο και εθνικό επίπεδο.

Τις περισσότερες φορές τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες μπορεί να μπερδεύονται με τα συμπτώματα κατάθλιψης και έτσι να περιπλέξουν τη θεραπεία της μητέρας. Τα μετατραυματικά, όμως, συμπτώματα που δεν εντοπίζονται και δεν αντιμετωπίζονται μπορεί να δυσκολέψουν την πορεία της επιλόχειας διαταραχής και να επιδεινώσουν τυχόν συμπτώματα κατάθλιψης. Έτσι, οι μακροπρόθεσμες συνέπειες του επιλόχειου μετατραυματικού στρες μπορεί να είναι καταστροφικές για τη μητέρα και την οικογένειά της.

Ο μηχανισμός ανάπτυξης μετατραυματικού στρες είναι περίπλοκος, αλλά πολύ συχνά έχει να κάνει με τις προσδοκίες της γυναίκας για τον τοκετό της. Οι μητέρες συχνά δεν μπορούν να προβλέψουν έναν δύσκολο τοκετό ή μια καισαρική τομή, οπότε όταν συμβούν, συνήθως αφήνουν μόνιμα ψυχολογικά σημάδια μετατρέποντας την περίοδο της λοχείας σε μετατραυματική περίοδο.

Η παρούσα διδακτορική διατριβή έχει σκοπό να διερευνήσει σε βάθος το φαινόμενο του μετατραυματικού στρες στη λοχεία, ως μια έννοια νεοεισαγόμενη ερευνητικά στην Ελλάδα, με σκοπό να αναγνωρίζεται και να αντιμετωπίζεται ως διαταραχή του φάσματος των επιλόχειων ψυχικών διαταραχών. Μέσα από τα παρακάτω κεφάλαια, παρουσιάζεται η συχνότητα του επιλόχειου μετατραυματικού στρες και οι παράγοντες (περιγεννητικοί, ψυχοκοινωνικοί, ιατρικοί) που επιδρούν στην εμφάνιση του.

Πιο αναλυτικά, στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το ερευνητικό υπόβαθρο, δηλαδή η καισαρική τομή και η διαχρονική εξέλιξή της, το μετατραυματικό στρες, η ανάπτυξη του επιλόχειου μετατραυματικού στρες, το μερικό μετατραυματικό στρες, καθώς και οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή τους. Στο δεύτερο κεφάλαιο, γίνεται η παρουσίαση της βιβλιογραφικής ανασκόπησης για τις υπό μελέτη μεταβλητές σε γυναίκες που υποβλήθηκαν σε επείγουσα και προγραμματισμένη καισαρική τομή. Στο τρίτο κεφάλαιο, παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας, ο σκοπός και οι στόχοι, η διαδικασία συλλογής δεδομένων και τα εργαλεία συλλογής δεδομένων. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της έρευνας. Στο πέμπτο κεφάλαιο σχολιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης μας και τέλος στο έκτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται τα συμπεράσματά μας, περιγράφοντας τα κυριότερα ευρήματά, τους περιορισμούς και τα πλεονεκτήματα της μελέτης μας, τις προτάσεις μας για μελλοντικές ερευνητικές δραστηριότητες και τέλος, με βάση τα αποτελέσματά μας, προτείνουμε νέες πολιτικές προς τους επαγγελματίες υγείας, όσον αφορά την πρόληψη και την αντιμετώπιση του επιλόχειου μετατραυματικού στρες.

Πίνακας περιεχομένων

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	6
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	8
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	11
ABSTRACT.....	14
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	16
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	24
ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Εισαγωγή στις βασικές έννοιες και ορισμούς της Καισαρικής Τομής και της Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες	29
1.1. Η Καισαρική Τομή.....	29
1.1.1. Ιστορική αναδρομή μέχρι σήμερα	29
1.1.2. Καισαρική Τομή. Η Παγκόσμια Σημερινή Πραγματικότητα	31
1.1.3. Ενδείξεις Καισαρικής Τομής	33
Απόλυτες Ενδείξεις Καισαρικής Τομής.....	33
Σχετικές Ενδείξεις Καισαρικής τομής.....	34
1.1.4. Καισαρική Τομή Κατόπιν Αιτήματος της Μητέρας.....	36
Ευκολία Προγραμματισμού.....	38
Τοκοφοβία	39
1.1.5. Κατηγοριοποίηση της Καισαρικής Τομής.....	40
Επείγουσα Καισαρική τομή.....	41
Προγραμματισμένη Καισαρική Τομή	42
1.1.6. Παράγοντες που Επηρεάζουν την Λήψη Απόφασης για Καισαρική Τομή	43
Η Λάθος Διάγνωση της Αδυναμίας Εξέλιξης Τοκετού	43
Αποτυχία Πρόκλησης Τοκετού.....	44
Συνεχόμενη Καρδιοτοκογραφία	46
Μέθοδοι Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής	46
Η Ηλικία της Γυναίκας	47
Οι Προηγούμενες Καισαρικές Τομές.....	48
Οικονομικοί Παράγοντες.....	49
1.1.7. Επιπτώσεις της Καισαρικής Τομής	50
Επιπλοκές της Καισαρικής Τομής στη Μητέρα	50

Επιπλοκές της Καισαρικής Τομής στο παιδί	51
1.1.8. Κολπικός Τοκετός μετά από Καισαρική Τομή	52
1.1.9. Μέθοδοι Αναισθησίας στην Καισαρική Τομή	54
1.2. Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες	55
1.2.1. Το Τραύμα και η Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες.....	55
1.2.2. Θεωρίες Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες.....	58
1.2.3. Παράγοντες που επιδρούν στην Εμφάνιση Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες	60
Το Γυναικείο Φύλο	61
Ο ρόλος των Τραυματικών Γεγονότων Ζωής και του Ψυχιατρικού Ιστορικού ..	62
Τα Συστήματα Κοινωνικής Υποστήριξης	64
1.3. Μερική Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες (Προφίλ Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες)	65
1.4. Η Καισαρική τομή ως Τραυματικό Γεγονός	66
1.5. Η Αντιμετώπιση του Επιλόχειου Μετατραυματικού Στρες.....	68
1.5.1. Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία.....	68
1.5.2. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).....	68
Κεφάλαιο 2. Παρουσίαση Εμπειρικών Δεδομένων για τις υπό Μελέτη Μεταβλητές σε Γυναίκες με Επείγουσα και Προγραμματισμένη Καισαρική Τομή	70
2.1. Σχεδιασμός Συστηματικής Ανασκόπησης.....	70
2.1.1. Κριτήρια Επιλογής και Αποκλεισμού Μελετών	70
2.1.2. Στρατηγική Αναζήτησης Μελετών	71
2.1.3. Αξιολόγηση της Μεθοδολογικής Ποιότητας των υπό μελέτη άρθρων. 75	
2.2. Αποτελέσματα Συστηματικής Ανασκόπησης.....	77
2.2.1. Δεδομένα που Σχετίζονται με τη Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες και την Επείγουσα ή Προγραμματισμένη Καισαρική τομή	77
2.2.2. Δεδομένα που Σχετίζονται με την Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες και τους Περιγεννητικούς Παράγοντες Κινδύνου	84
2.2.3. Δεδομένα που Σχετίζονται με την Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες και τα Τραυματικά Γεγονότα Ζωής	86
2.2.4. Δεδομένα που Σχετίζονται με την Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες και τις Ψυχοκοινωνικές Μεταβλητές	87
2.2.5. Δεδομένα που Σχετίζονται με την Μερική Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες	88
Κεφάλαιο 3. Μεθοδολογία Έρευνας.....	91

3.1. Σκοπός και στόχοι της έρευνας	91
3.3. Ερευνητικές Υποθέσεις.....	92
3.4. Τήρηση Κανόνων Βιοηθικής.....	96
3.5. Σχεδιασμός και Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων.....	96
3.6. Τα Περιγραφικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος των Λεχωίδων.....	99
3.7. Πηγές και Εργαλεία Συλλογής Δεδομένων	107
3.7.1. Ο Ιατρικός Φάκελος	108
3.7.2. Ερωτηματολόγιο Ιατρικών και Κοινωνικό-δημογραφικών Δεδομένων...108	
3.7.3. Ψυχομετρικά Εργαλεία	109
Η κλίμακα γεγονότων ζωής (Life Events Checklist LEC-5) for DSM-5.....	109
Το Κριτήριο Α	110
Η Κλίμακα Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες (Posttraumatic Stress Checklist PCL-5) for DSM-5.....	112
3.8. Ψυχομετρικές Ιδιότητες των εργαλείων.....	113
3.8.1. Ψυχομετρικές ιδιότητες της Κλίμακας Γεγονότων Ζωής (Life Events Checklist LEC-5) for DSM-5	113
3.8.2. Ψυχομετρικές Ιδιότητες της Κλίμακας Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες (Posttraumatic Stress Checklist PCL-5) for DSM-5	113
3.9. Μετάφραση και προσαρμογή των ψυχομετρικών εργαλείων στις Λεχωίδες με ΚΤ στην Ελλάδα.....	114
3.10. Μέθοδοι Στατιστικής Ανάλυσης και Έλεγχος Δεδομένων	116
3.10.1. Μέγεθος Δείγματος.....	116
3.10.2. Διαχείριση Δεδομένων.....	117
3.10.3. Διερεύνηση Συσχετίσεων μεταξύ των Μεταβλητών	117
3.10.4. Ψυχομετρικές Ιδιότητες των Εργαλείων.....	118
Κεφάλαιο 4. Αποτελέσματα	119
4.1. Συχνότητες Μετατραυματικού Στρες και Μερικού Μετατραυματικού Στρες	119
4.2. Κατανομές Συχνότητας της Κλίμακας Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες και Δείκτες Κεντρικής Τάσης και Διασποράς.....	122
4.3. Διερευνητικές και Επιβεβαιωτικές Αναλύσεις Παραγόντων	126
4.3.1. Κλίμακα Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες για το DSM-5 (PCL-5)	126
4.3.2. Κλίμακα Μετατραυματικής Διαταραχής του για το DSM-5 (PCL-5) και το Κριτήριο Α.....	134
4.3.3. Κλίμακα Γεγονότων Ζωής για το DSM-5 (LEC-5)	140

4.4. Απαντήσεις Ερευνητικών Ερωτημάτων.....	142
4.4.1. Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες και Παράγοντες Εγκυμοσύνης και Καισαρικής Τομής	142
4.4.2. Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες και τα Κριτήρια A1 και A2.....	144
4.4.3. Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες και Μερική Μετατραυματική Διαταραχή τους Στρες	145
4.4.4. Κριτήριο A και ο Τύπος της Καισαρικής Τομής	146
4.4.5. Αναμενόμενες Προσδοκίες Γέννησης και ο Τύπος της Καισαρικής Τομής	147
4.4.6. Εμπειρία Γέννησης και ο Τύπος της Καισαρικής Τομής.....	148
4.4.7. Εμπειρία Γέννησης και Αναμενόμενες Προσδοκίες	149
4.4.8. Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες και Αναμενόμενες Προσδοκίες του Τοκετού	150
4.4.9. Μετατραυματική διαταραχή του στρες και τραυματικά γεγονότα ζωής.	150
4.4.9. Μετατραυματική διαταραχή του στρες και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες	158
4.3.10. Μετατραυματική διαταραχή του στρες και περιγεννητικοί παράγοντες	160
4.4.11. Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες και ο Τύπος της Καισαρικής Τομής.....	166
Κεφάλαιο 5. Συζήτηση.....	169
5.1. Ερμηνεία των Ευρημάτων.....	169
5.1.1. Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες και Επείγουσα Καισαρική Τομή	169
5.1.2. Μερική Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες και Επείγουσα Καισαρική Τομή	170
5.1.3. Περιγεννητικοί Παράγοντες κινδύνου και Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες.....	171
5.1.4. Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες και Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες	176
5.1.5. Τραυματικά Γεγονότα Ζωής και Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες	178
5.1.6. Οι Προσδοκίες της Γυναίκας για τον Τρόπο Γέννησης ως Προγνωστικός Δείκτης Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες	180
5.1.7. Οι Προσδοκίες των Γυναικών για τον Τρόπο Γέννησης ως Προγνωστικός Δείκτης Τραυματικής Καισαρικής Τομής	181
5.1.8. Οι Προσδοκίες των Γυναικών που υποβλήθηκαν σε Επείγουσα Καισαρική Τομή	181

5.1.9. Επείγουσα Καισαρική Τομή, Προσδοκίες και Τραυματική Εμπειρία Γέννησης.....	182
5.1.10. Επείγουσα Καισαρική Τομή και Κριτήριο Α.....	182
5.1.11. Κριτήριο Α και Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες.....	183
5.1.12. Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες και Μερική Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες.....	184
5.2. Ψυχομετρικές Ιδιότητες των Εργαλείων	185
5.2.1. PCL-5 (DSM-5).....	185
5.2.2. Το Κριτήριο Α.....	186
5.2.3. LEC-5 (DSM-5).....	186
Κεφάλαιο 6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	188
6.1. Περιορισμοί και Πλεονεκτήματα της Μελέτης.....	190
6.1.2. Περιορισμοί της Μελέτης	190
6.1.3. Πλεονεκτήματα της Μελέτης.....	191
6.1.4. Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα	193
6.1.5. Προτάσεις προς Επαγγελματίες Υγείας.....	195
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	199
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	230
1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	230
2. ΑΔΕΙΕΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	243
3. ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΩΝ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΣΕ ΔΙΕΘΝΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ	250
4. ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ ΣΕ ΔΙΕΘΝΗ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	254

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 2.1.	Αξιολόγηση της μεθοδολογικής ποιότητας της συστηματικής ανασκόπησης	Σελ 74
Πίνακας 2.2.	Έρευνες που συμπεριλήφθησαν στην συστηματική ανασκόπηση	Σελ 76
Πίνακας 3.1.	Δημογραφικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος	Σελ 99
Πίνακας 3.2.	Ιατρικά και Ψυχοκοινωνικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος	Σελ 101
Πίνακας 3.3	Χαρακτηριστικά της Κύησης, της Καισαρικής τομής και της Λοχείας	Σελ 103
Πίνακας 4.1.	Συχνότητα μετατραυματικού στρες στο σύνολο του δείγματος	Σελ 117
Πίνακας 4.2.	Συχνότητα μερικού μετατραυματικού στρες στο σύνολο του δείγματος	Σελ 117
Πίνακας 4.3.	Συχνότητα μετατραυματικού στρες σε επείγουσα και προγραμματισμένη καισαρική τομή	Σελ 118
Πίνακας 4.4.	Συχνότητα μερικού μετατραυματικού στρες σε επείγουσα και προγραμματισμένη καισαρική τομή	Σελ 118
Πίνακας 4.5.	Έλεγχος Κανονικότητας Κατανομών (Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk τεστ) της Κλίμακας Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες (PCL-5) και των επιμέρους της υποκλιμάκων	Σελ 120
Πίνακας 4.5.1.	Απόλυτες συχνότητες της κλίμακας PCL-5	Σελ 122
Πίνακας 4.6.	Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις, Ελάχιστη και Μέγιστη απάντηση, Ασυμμετρία και Κύρτωση των μεταβλητών της Κλίμακας Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες (PCL-5)	Σελ 123
Πίνακας 4.7.	Διερευνητική ανάλυση παραγόντων για τις 20 ερωτήσεις της Κλίμακας Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες (PCL-5)	Σελ 126
Πίνακας 4.8.	Επιβεβαιωτική Ανάλυση Παραγόντων της Κλίμακας Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες (PCL-5)	Σελ 129
Πίνακας 4.9.	Διερευνητική ανάλυση παραγόντων για τις 20 ερωτήσεις της Κλίμακας Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες (PCL-5) και 2 ερωτήσεις του Κριτηρίου A	Σελ 133
Πίνακας 4.10.	Επιβεβαιωτική Ανάλυση Παραγόντων της Κλίμακας Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες (PCL-5) και του Κριτηρίου A (Σχήμα 4.2.)	Σελ 137
Πίνακας 4.11.	Διερευνητική ανάλυση παραγόντων για τις 17 ομάδες (clusters) της Κλίμακας Γεγονότων Ζωής (LEC-5)	Σελ 139
Πίνακας 4.12.	Υπόδειγμα ανάλυσης διχοτομικής λογιστικής παλινδρόμησης με τη ΜΔΣ ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με τα Κριτήρια A1 και A2	Σελ 142
Πίνακας 4.13.	Έλεγχος Mann-Whitney U με τη ΜΔΣ ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με τη Μερική ΜΔΣ	Σελ 143
Πίνακας 4.14.	Έλεγχος Mann-Whitney U με το Κριτήριο A ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με τον Τύπο Καισαρικής Τομής	Σελ 144
Πίνακας 4.15.	Έλεγχος Mann-Whitney U με τις Αναμενόμενες	Σελ 145

	Προσδοκίες για την ΚΤ ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με τον Τύπο Καισαρικής Τομής	
Πίνακας 4.16.	Έλεγχος Mann-Whitney U με την Εμπειρία Γέννησης ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με τον Τύπο Καισαρικής Τομής	Σελ 146
Πίνακας 4.17.	Έλεγχος Mann-Whitney U τεστ με την Εμπειρία Γέννησης ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με τις Αναμενόμενες Προσδοκίες	Σελ 147
Πίνακας 4.18.	Έλεγχος Mann-Whitney U με τη ΜΔΣ ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με τις Αναμενόμενες Προσδοκίες της Γέννησης	Σελ 148
Πίνακας 4.19.	Στατιστικό κριτήριο χ τετράγωνο της ΜΔΣ σε σχέση με τα Τραυματικά Γεγονότα Ζωής (Κλίμακα LEC-5)	Σελ 150
Πίνακας 4.19.1.	Στατιστικό κριτήριο χ τετράγωνο της ΜΔΣ σε σχέση με τα Τραυματικά Γεγονότα Ζωής	Σελ 153
Πίνακας 4.20.	Υπόδειγμα ανάλυσης της διχοτομικής λογιστικής παλινδρόμησης με τη ΜΔΣ ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με τα Τραυματικά Γεγονότα Ζωή	Σελ 155
Πίνακας 4.21.	Υπόδειγμα ανάλυσης της διχοτομικής λογιστικής παλινδρόμησης με τη ΜΔΣ ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με το Ψυχιατρικό Ιστορικό	Σελ 156
Πίνακας 4.22.	Έλεγχος Mann-Whitney U με τη ΜΔΣ ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με την Υποστήριξη από Σύντροφο	Σελ 157
Πίνακας 4.22.1.	Έλεγχος Kruskal Wallis H με τη ΜΔΣ ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με την Πρωτοτόκια/Αριθμό Τοκετών	Σελ 157
Πίνακας 4.23.	Έλεγχος Mann-Whitney U με τη ΜΔΣ ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με το Θηλασμό	Σελ 158
Πίνακας 4.24.	Έλεγχος Mann-Whitney U με τη ΜΔΣ ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με τις Επιπλοκές Τοκετού	Σελ 159
Πίνακας 4.25.	Υπόδειγμα ανάλυσης διχοτομικής λογιστικής παλινδρόμησης με τη ΜΔΣ ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με τους Λογούς για Νοσήλια σε MENN	Σελ 160
Πίνακας 4.26.	Υπόδειγμα ανάλυσης διχοτομικής λογιστικής παλινδρόμησης με τη ΜΔΣ ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με τις Αιτίες της ΚΤ	Σελ 161
Πίνακας 4.27.	Υπόδειγμα ανάλυσης διχοτομικής λογιστικής παλινδρόμησης με τη ΜΔΣ ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με τον Τύπο Προηγούμενου Τοκετού	Σελ 162
Πίνακας 4.28.	Υπόδειγμα ανάλυσης διχοτομικής λογιστικής παλινδρόμησης με τη ΜΔΣ ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με την Παθολογία Κύησης	Σελ 163
Πίνακας 4.28.1.	Υπόδειγμα ανάλυσης διχοτομικής λογιστικής παλινδρόμησης με τη ΜΔΣ ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με το Γυναικολογικό Ιστορικό	Σελ 164
Πίνακας 4.29.	Έλεγχος Mann-Whitney U με τη ΜΔΣ ως εξαρτημένη	Σελ 165

	μεταβλητή σε σχέση με τον Τύπο Καισαρικής Τομής	
Πίνακας 4.30.	Έλεγχος Mann-Whitney U με τη Μερική ΜΔΣ ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με τον Τύπο Καισαρικής Τομής	Σελ 165

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 2.1.	Διάγραμμα ροής της στρατηγική αναζήτησης άρθρων	Σελ 72
Σχήμα 3.1.	Το υποθετικό μοντέλο της ΜΔΣ	Σελ 93
Σχήμα 3.2.	Διαδικασία επιλογής του τελικού δείγματος της έρευνας	Σελ 97
Σχήμα 4.1.	Ιστόγραμμα και γράφημα (plot) του της κλίμακας PCL-5	Σελ 121
Σχήμα 4.2.	Γραφική αναπαράσταση του υποδείγματος παραγόντων της κλίμακας PCL-5	Σελ 131
Σχήμα 4.3.	Γραφική αναπαράσταση του υποδείγματος παραγόντων της κλίμακας PCL-5 και του Κριτηρίου Α	Σελ 138

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Εισαγωγή στις βασικές έννοιες και ορισμούς της Καισαρικής Τομής και της Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρως

Στο κεφάλαιο αυτό, παρουσιάζονται αναλυτικά οι βασικές έννοιες των υπό μελέτη μεταβλητών της έρευνας μας. Στόχος της ανάλυσης αυτής είναι να αναδειχθεί το πρόβλημα των Καισαρικών Τομών (ΚΤ) στην Ελλάδα και παγκοσμίως, να αποσαφηνιστούν τα αίτια λήψης απόφασης για ΚΤ, καθώς και οι παράγοντες που επηρεάζουν τη λήψη αυτής της απόφασης. Στο κεφάλαιο αυτό, επίσης, παρουσιάζονται οι άμεσες και οι μακροχρόνιες επιπλοκές της ΚΤ για τη μητέρα και το παιδί, διευκολύνοντας, έτσι, τη μετάβαση στην επιλόχεια Μετατραυματική Διαταραχή Στρως (ΜΔΣ), που αποτελεί το αντικείμενο μελέτης της παρούσας έρευνας. Στόχος αυτού του κεφαλαίου, επίσης, είναι να αναδειχθεί η αναγκαιότητα της ένταξης της επιλόχειας ΜΔΣ ως μιας νέας νοσολογικής οντότητας στον τομέα των επιλόχειων ψυχικών διαταραχών στην Ελλάδα αλλά και της επιλόχειας Μερικής ΜΔΣ, που αποτελεί μια εξίσου σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή.

1.1. Η Καισαρική Τομή

1.1.1. Ιστορική αναδρομή μέχρι σήμερα

Λέγοντας Καισαρική Τομή (ΚΤ) εννοούμε την επέμβαση κατά την οποία το έμβρυο εξέρχεται από τη μήτρα και τα κοιλιακά τοιχώματα της μητέρας μέσω της διενέργειας μιας χειρουργικής τομής (1). Η προέλευση του όρου ΚΤ έχει διερευνηθεί εδώ και αρκετούς αιώνες διεξοδικά. Η λέξη ΚΤ προέρχεται από το λατινικό ρήμα *caedere*, που σημαίνει κόπτω. Ο ισχυρισμός, ότι ο Ιούλιος Καίσαρας γεννήθηκε με αυτόν τον τρόπο και αποδόθηκε το όνομά του στη χειρουργική αυτή τεχνική, έχει απορριφθεί από τους ιστορικούς, οι οποίοι υποστηρίζουν ότι το όνομα αποδόθηκε από το βασιλιά Numa Pompilius (715–673 π.Χ.) και εκτελούνταν σε νεκρές έγκυες κατά τις τελευταίες εβδομάδες κύησης. Έτσι, το *Lex Regia* μετονομάστηκε σε *Lex Caesarea*, κατά τη διάρκεια της βασιλείας του Ιούλιου Καίσαρα, αποδίδοντας το σημερινό όνομα της επέμβασης ως «Καισαρική Τομή». Στην αρχαιότητα, ένας κοιλιακός τοκετός μπορούσε να πραγματοποιηθεί από την ίδια την επίτοκο, από το

σύζυγο της, τη μαία και από χειρουργούς ιθαγενείς κατά τη διάρκεια επιπλοκών ενός φυσιολογικού τοκετού ή ακόμα και τυχαία μετά από πληγές στην κοιλιακή χώρα της εγκύου από τα κέρατα άγριων ζώων (2).

Ιστορικά, η ΚΤ εκτείνεται χρονικά σε τέσσερις αιώνες. Από τον 16^ο αιώνα χρησιμοποιήθηκε για να σώσει τη ζωή ενός νεογνού μετά το θάνατο της επιτόκου. Κατά τη διάρκεια όμως του 17^{ου} και 18^{ου} αιώνα, παρά το υψηλό ποσοστό αιμορραγιών, είχε ως αποτέλεσμα τις γεννήσεις ζωντανών νεογνών μετά την εκτέλεση της σε ζωντανές επίτοκες. Τον 19^ο αιώνα με την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης, αναγνωρίζεται η λοίμωξη και όχι μόνο η αιμορραγία, ως κύριες αιτίες θνησιμότητας στις λεχωίδες. Το 1882 εισάγεται από το γυναικολόγο Max Sänger, η χρήση διπλού στρώματος ραμμάτων για την συρραφή της κάθετης τομής της μήτρας, ενώ η διατήρηση της μετά την ΚΤ, χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο (3). Μέχρι το τέλος, όμως, του αιώνα, λόγω του υψηλού ποσοστού θνησιμότητας, οι ΚΤ συνήθως αποφεύγονταν (4).

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα με την απουσία αντιβιοτικών, η εξωπεριτοναϊκή ΚΤ θεωρείται βέλτιστη τεχνική. Επίσης, η χρήση ειδικού αντισηπτικού διαλύματος, η σωστή αξιολόγηση των επιτόκων που πρέπει να υποβληθούν σε χειρουργείο και επίσης, η σωστή επιλογή του είδους της επέμβασης, μείωσε τη μητρική θνησιμότητα κατά 1-2% (4). Η μέθοδος της χαμηλής αμβλείας τομής εισήχθη στις αρχές το 1926 από τον John Martin Munro Kerr, γνωστή ως μέθοδος Pfannenstiel – Kerr και έκτοτε έγινε η τυπική μέθοδος ΚΤ για τα επόμενα 50 χρόνια (5). Μέχρι το 1970 σημειώνεται μεγάλη πρόοδος των αντιβιοτικών φαρμάκων, η εξωπεριτοναϊκή ΚΤ σπάνια εκτελείται, ενώ η κάθετη τομή επίσης εκτελείται σε ειδικές περιπτώσεις. Έτσι, μέχρι το τέλος της περιόδου αυτής η συχνότητα εμφάνισης των ΚΤ στις ΗΠΑ αυξήθηκε από 2,5% το 1932 σε 8% το 1970, μειώνοντας ταυτόχρονα την περιγεννητική θνησιμότητα από 9,8% σε 2,9% (4). Μετά το 1970 παρατηρείται ραγδαία αύξηση των ΚΤ. Έτσι, το 1980 στις ΗΠΑ το 16,5% των γεννήσεων αφορά ΚΤ ενώ δικαιολογείται την εποχή εκείνη από τη βελτίωση των δεικτών περιγεννητικής θνησιμότητας (6). Ταυτόχρονα, οι νέες εξελίξεις στις χειρουργικές τεχνικές αμφισβήτησαν την μέθοδο Pfannenstiel – Kerr και η εγκάρσια τομή του Joel-Cohen, η οποία διέφερε μόνο στη μέθοδο ανοίγματος της κοιλιάς (7), (8) έγινε ο ακρογωνιαίος λίθος για την εισαγωγή νέων τεχνικών ΚΤ, όπως αυτή του Misgav–Ladach (9) και των τροποποιημένων τεχνικών της. Έτσι, χρησιμοποιούνται όσο το δυνατόν λιγότερα τέμνοντα εργαλεία

για τη διάνοιξη των ιστών πέραν του δέρματος, ενώ πλέον διαφέρει η μέθοδος διάνοιξης της κοιλιάς. Οι νέες τεχνικές προσέφεραν τα πλεονεκτήματα του μικρότερου χρόνου επέμβασης, λιγότερες επιπλοκές όπως αιμορραγίες, λιγότερο μετεγχειρητικό πόνο, μικρότερο χρόνο νοσηλείας και ανάρρωσης και λιγότερο οικονομικό κόστος (10). Τα ευρήματα αυτά, οδήγησαν στη διδασκαλία νεώτερων χειρουργικών τεχνικών με λιγότερα χειρουργικά βήματα που άρχισε να εφαρμόζεται στα μεγάλα μαιευτικά κέντρα στις ΗΠΑ και παγκοσμίως. Η σύγχρονη λοιπόν τεχνική, αμφισβητεί τη χρησιμότητα της περιτοναϊκής σύγκλεισης και έτσι, αρχίζει πλέον να εγκαταλείπεται (11).

Στην Ελλάδα, η πρώτη ΚΤ πραγματοποιείται το 1893 από το Γυναικολόγο Χατζηγιάννη, ενώ η διάδοσή της οφείλεται στον καθηγητή Κ. Λούρο, που δίδαξε την κάθετη εξωπεριτοναϊκή ΚΤ. Το 1967, εφαρμόζεται από τον Καθηγητή κ. Μανταλενάκη, η χαμηλή εγκάρσια ΚΤ (12).

Με δεδομένο ότι μετά από μια ΚΤ υπάρχει η δυνατότητα της επιτυχούς επόμενης σύλληψης, οι επαναλαμβανόμενες ΚΤ στο ίδιο άτομο αποτελούν, πλέον, συνηθισμένο φαινόμενο. Έτσι, ο κίνδυνος ρήξης της μήτρας σε επόμενη εγκυμοσύνη μέσω της προηγούμενης ουλής κατά τη διάρκεια ενός φυσιολογικού τοκετού, παρέμεινε για πολλά χρόνια πρόκληση στην μαιευτική και οδήγησε στο ρητό «Μια φορά Καισαρική, πάντα Καισαρική» (13). Βέβαια, ο κίνδυνος ρήξης της μήτρας κυμαίνεται μεταξύ 0,15-0,5% σε χαμηλή εγκάρσια τομή και μπορεί να μειωθεί περισσότερο με τη σωστή επιλογή των εγκύων που πληρούν τις απαραίτητες προϋποθέσεις για κοιλικό τοκετό (14).

1.1.2. Καισαρική Τομή. Η Παγκόσμια Σημερινή Πραγματικότητα

Η ΚΤ είναι μια σημαντική χειρουργική επέμβαση που σώζει ζωές όταν προκύψουν επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του τοκετού. Ωστόσο, σχετίζεται με άμεσες μητρικές και νεογνικές επιπλοκές, καθώς και μακροχρόνιες επιπτώσεις που ακόμα διερευνώνται (15).

Τις τελευταίες τρεις δεκαετίες ο παγκόσμιος ρυθμός αύξησης της ΚΤ γίνεται με συχνότητα μεγαλύτερη του ποσοστού που θεωρείται ασφαλές για την υγεία της

μητέρας και του νεογνού, ιδιαίτερα σε χώρες υψηλού και μεσαίου εισοδήματος, παρά τις συστάσεις του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) που προτείνει ασφαλή ποσοστά ΚΤ μεταξύ 10-15% (16). Αντίθετα, σε χώρες χαμηλού εισοδήματος με μειωμένη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και ελλείψεις μαιευτικές εγκαταστάσεις, συχνά παρατηρούνται ποσοστά ΚΤ χαμηλότερα από το προτεινόμενο εύρος του ΠΟΥ (17).

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2015, από τις 140,6 εκατομμύρια γεννήσεις ζώντων νεογνών σε παγκόσμιο επίπεδο, 29,7 εκατομμύρια (21,1%) γεννήθηκαν με ΚΤ. Μια αύξηση (9%) σε σχέση με τις γεννήσεις ζώντων το 2000 (12,1%) και ετήσιο ρυθμό αύξησης 3,7%. Κατά τη διάρκεια λοιπόν της περιόδου 2000-2015, παρατηρήθηκε αύξηση στα ποσοστά ΚΤ σε όλες τις χώρες με ταχύτερη αύξηση στις περιοχές της Κεντρικής Ασίας και της Ανατολικής Ευρώπης (ετήσιος ρυθμός αύξησης 5,5%) και της Νότιας Ασίας (6,1%). Στην Αφρική, ο ρυθμός αύξησης των ΚΤ έγινε με πιο αργούς ρυθμούς (2,0%), αλλά μέχρι το 2015 παρέμεινε κάτω από τα επιτρεπτά τιμές που ορίζει ο ΠΟΥ (3,0-6,2%) (18), (19).

Το 2018, σε έκθεση του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) για τα ποσοστά ΚΤ μεταξύ των χωρών μελών του, η Τουρκία προηγείται με ποσοστό (55%) και ακολουθούν, Κορέα (45,2%), Πολωνία (38,9%), Ουγγαρία (38%), Ιταλία (33,2%), ΗΠΑ (32%), Ελβετία (31,6%), Λουξεμβούργο (30%), Γερμανία (29,6%), Σλοβακία (29,3%), Αυστρία (29%), Ηνωμένο Βασίλειο (28,5%), Καναδάς (27,7%), Ισπανία (24,5%), Λετονία (24,1%), Σλοβενία (22%), Βέλγιο (21%), Γαλλία (19,5%), Λιθουανία (19%), Εσθονία (18,6%), Σουηδία (17%), Φιλανδία και Ισλανδία (16%), Νορβηγία (15,8) και το Ισραήλ (14,8%) (20).

Η Ελλάδα, μαζί με την Ισλανδία, το Μαυροβούνιο, την Πορτογαλία και τη Σλοβακία ανήκει στις χώρες που δεν παρέχουν επίσημα δεδομένα για τα ποσοστά των ΚΤ σε διεθνείς οργανισμούς (21). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, πάνω από τις μισές γεννήσεις στην Ελλάδα πραγματοποιούνται με ΚΤ, κατατάσσοντας τη χώρα μεταξύ αυτών με τα υψηλότερα ποσοστά παγκοσμίως. Το 2016, η έναρξη ενός διαλόγου ανάμεσα στην Ελλάδα και τον ΠΟΥ βρίσκει σύμφωνη τη χώρα στην ανάγκη ανεύρεσης λύσεων για τη μείωση του ποσοστού των ΚΤ και έτσι, η χώρα δεσμεύεται να ακολουθήσει τα διεθνή πρωτοκόλλα και τις πιο πρόσφατες πρακτικές που θα την βοηθήσουν στην επίτευξη του στόχου της (22). Στην Ελλάδα λοιπόν, η εκτιμώμενη συχνότητα ΚΤ

βασίζεται, κυρίως, σε αναδρομικές μελέτες ιατρικών αρχείων και σε συγχρονικές μελέτες. Σε έρευνα που δημοσιεύτηκε το 2005 σχετικά με τα ποσοστά των ΚΤ στην Ελλάδα, φαίνεται πως τα ποσοστά ΚΤ σε δημόσιο Μαιευτήριο της Αθήνας ήταν 41,6%, ενώ 53% σε Ιδιωτικό Μαιευτήριο (23). Επίσης, σε μια μελέτη κοόρτης που διεξήχθη στην Κρήτη το 2007, το 48% των γυναικών υποβλήθηκε σε ΚΤ, εκ των οποίων το 55% προέρχονταν από ιδιωτικές κλινικές (24). Το 2020, σύμφωνα με τα αποτελέσματα συγχρονικής μελέτης που διεξήχθη σε Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, το ποσοστό ΚΤ είναι 58%, γεγονός που υποδηλώνει τη σημαντικότητα του προβλήματος για την Ελλάδα και την ανάγκη άμεσης ανεύρεσης λύσης (25).

1.1.3. Ενδείξεις Καισαρικής Τομής

Τα τελευταία χρόνια μετά τη ραγδαία αύξηση των ΚΤ παγκοσμίως, πολλοί παράγοντες εξετάστηκαν ως υπεύθυνοι γι' αυτό το φαινόμενο. Ωστόσο, η αύξηση των ΚΤ δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται μεμονωμένα, καθώς αντικατοπτρίζει τις αλλαγές στην εξέλιξη του προφίλ της κάθε κοινωνίας. Έτσι, ιατρικοί, κοινωνικό-οικονομικοί και πολιτισμικοί παράγοντες, σε συνδυασμό με την αντίληψη του κοινού ότι η ΚΤ είναι μια ασφαλής και σύντομη διαδικασία, συμβάλλουν στην αύξηση του αριθμού των ΚΤ (26). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, θα πρέπει να υπάρχει σοβαρή ένδειξη ώστε να παρέμβουμε στη φυσιολογική πορεία του τοκετού (27). Η απόφαση, λοιπόν, για την εκτέλεση μιας ΚΤ πρέπει να βασίζεται σε κάποιες απόλυτες ή σε ειδικές περιπτώσεις, σε σχετικές ενδείξεις. Οι απόλυτες ενδείξεις συνήθως ευθύνονται για ποσοστά ΚΤ μικρότερα από το 10%, ενώ στην πλειοψηφία τους οι ΚΤ φαίνεται ότι εκτελούνται για σχετικές ενδείξεις (26). Η προγραμματισμένη ή επιλεκτική ΚΤ που εκτελείται κατόπιν επιθυμίας της μητέρας, χωρίς ιατρικό λόγο, θεωρείται ξεχωριστή ένδειξη.

Απόλυτες Ενδείξεις Καισαρικής Τομής

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (27), τις οδηγίες του Association of Scientific Medical Societies in Germany (AWMF) (28), του National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (29), της Ένωσης Μαιευτήρων Γυναικολόγων Ελλάδος (ΕΜΓΕ)

(1) και του Αμερικανικού Κολλεγίου Μαιευτήρων-Γυναικολόγων (30), απόλυτες ενδείξεις ΚΤ είναι οι:

1. *Κεφαλοπυελική δυσαναλογία.* Σε απόλυτη δυσαναλογία ο τοκετός δεν εξελίσσεται.
2. *Χοριοαμνιονίτιδα.* Λοίμωξη του εμβρύου και του πλακούντα κατά την οποία απαιτείται άμεση γέννηση του νεογνού.
3. *Δυσπλασίες ή όγκοι της πύελου.* Καθιστούν αδύνατο τον κοιλικό τοκετό.
4. *Εκλαμψία ή Σύνδρομο HELLP.* Απειλητικές επιπλοκές για τη ζωή της μητέρας ή του νεογνού.
5. *Εμβρυϊκή ασφυξία.* Απειλητική κατάσταση για τη ζωή του εμβρύου που οδηγεί σε εμβρυϊκή υποξία.
6. *Προβολή ή Πρόπτωση του ομφαλίου Λώρου.* Απειλητική επιπλοκή για την ζωή του εμβρύου.
7. *Ανώμαλες θέσεις πλακούντα.* Προδρομικός ή επιποματικός πλακούντας, διαγνωσμένος μετά την 32^η εβδομάδα κύησης, καθιστά αδύνατο τον κοιλικό τοκετό.
8. *Ανώμαλα σχήματα και προβολές εμβρύου.* Καθιστούν αδύνατη τη γέννηση από τον κόλπο
9. *Υποπη μακροσωμία εμβρύου.* Πάνω από 5 kg σε κυήσεις μη επιπλεγμένες με σακχαρώδη διαβήτη κύησης ή >4.500gr σε εγκύους με διαβήτη.
10. *Πρόωρη αποκόλληση πλακούντα.* Απαιτείται άμεση γέννηση του νεογνού.
11. *Ρήξη μήτρας.* Οξεία κατάσταση, ιδιαίτερα απειλητική για τη ζωή της μητέρας και του εμβρύου. Απαιτείται άμεση ΚΤ.

Σχετικές Ενδείξεις Καισαρικής τομής

Σύμφωνα με τις οδηγίες του Association of Scientific Medical Societies in Germany (AWMF) (28), του National Institute for Health and Care Excellence (NICE)(29), της Ένωσης Μαιευτήρων Γυναικολόγων Ελλάδος (ΕΜΓΕ) (1) και του Αμερικανικού Κολλεγίου Μαιευτήρων-Γυναικολόγων (30) σχετικές ενδείξεις ΚΤ είναι οι:

1. *Αδυναμία εξέλιξης τοκετού.* Η εξέλιξη του τοκετού πολλές φορές προχωράει με ρυθμό βραδύτερο από ότι ιστορικά έχει αναφερθεί. Πιο συγκεκριμένα, η μετάβαση από τη λανθάνουσα φάση τοκετού στην ενεργή δεν είναι τα 3 εκατοστά, όπως παλιά αναφερόταν, αλλά τα 6 εκατοστά. Επιπλέον, στην περίπτωση της παρατεταμένης λανθάνουσας φάσης (> από 20 ώρες στην πρωτοτόκο και > από 14 ώρες στην πολύτοκο) μπορεί να καθυστερήσει η απόφαση της ΚΤ αν ο εμβρυϊκός καρδιακός ρυθμός είναι φυσιολογικός. Στην περίπτωση της παρατεταμένης ενεργούς φάσης, η ΚΤ πρέπει να εκτελείται όταν δεν υπάρχει εξέλιξη μετά από τεχνητή ρήξη υμένων και έχουν περάσει 6 ώρες χορήγησης ενδοφλεβίως ωκυτοκίνης.
2. *Υποψία κεφαλοπυελικής δυσαναλογίας.*
3. *Ισχιακή προβολή.* Η ΚΤ εφαρμόζεται σε αποτυχία ή μη εφαρμογή εξωτερικού μετασχηματισμού στην 36^η εβδομάδα κύησης, σε παρουσία κολπικής αιμόρροιας ή προεκλαμψίας.
4. *Μυωπία.* Ο βαθμός της μυωπίας δεν παίζει ρόλο στον τρόπο που θα διεξαχθεί ο τοκετός. Αυτό που πρέπει να εκτιμηθεί στο τέλος της κύησης, είναι η πίεση στους οφθαλμούς και το πάχος του κερατοειδούς χιτώνα με τη βυθοσκόπηση.
5. *Λοιμώξεις (HIV, Έρπης γεννητικών οργάνων, Ηπατίτιδες)*
 - *HIV.* Αν η έγκυος δεν λαμβάνει αντι-ρετροϊκή θεραπεία και το ιϊκό φορτίο είναι <50 αντίγραφα ανά ml, η πιθανότητα μετάδοσης της λοίμωξης στο νεογνό είναι η ίδια σε κολπικό τοκετό και σε ΚΤ.
 - *Ηπατίτιδα Β.* Η κάθετη μετάδοση της περιορίζεται σημαντικά με τον εμβολιασμό του νεογνού με ανοσοσφαιρίνες. Επίσης, δεν υπάρχουν στοιχεία που υποδεικνύουν ότι η ΚΤ μειώνει τις πιθανότητες κάθετης μετάδοσης.
 - *Ηπατίτιδα C.* Ο κίνδυνος κάθετης μετάδοσης δεν περιορίζεται με την ΚΤ. Αντίθετα, πρέπει να εκτελείται σε ταυτόχρονη λοίμωξη *HIV* και *Ηπατίτιδας C*, γιατί μειώνεται ο κάθετος κίνδυνος μετάδοσης και των δύο ιών.
 - *Έρπης γεννητικών οργάνων.* Η ΚΤ προγραμματίζεται όταν εμφανίζεται ως πρωτογενής λοίμωξη στο τρίτο τρίμηνο κύησης, συμβάλλοντας έτσι στο μειωμένο κίνδυνο μετάδοσης στο νεογνό.

Δεν υπάρχουν, όμως, ενδείξεις ότι μειώνεται η πιθανότητα λοίμωξης του νεογνού σε περίπτωση υποτροπής και όχι σε πρωτοπαθή λοίμωξη.

6. *Προηγηθείσα ΚΤ*. Σε ιστορικό χαμηλής εγκάρσιας τομής (ενός ή δύο χειρουργείων), χωρίς επιπλοκές και με φυσιολογική παρούσα κύηση δεν είναι απόλυτη ένδειξη η ΚΤ.
7. *Πολύδυμη κύηση*. Αποτελεί ένδειξη ΚΤ, όταν το πρώτο έμβρυο δε βρίσκεται σε κεφαλική προβολή, υπάρχει σημαντική διαφορά βάρους εμβρύων σε περισσότερα των δύο έμβρυα ή όταν συνυπάρχουν μαιευτικές επιπλοκές.
8. *Διαβήτης κύησης*. Ο μη ρυθμισμένος διαβήτης κύησης είναι υπεύθυνος για τη μακροσωμία εμβρύου. Επομένως, σε μικρού βαθμού σακχαρώδη διαβήτη και βάρος γέννησης νεογνού μικρότερο από 4500 kg δεν προτείνεται ΚΤ.
9. *Παράταση κύησης*. Μετά την 42^η εβδομάδα κύησης και σε αποτυχία πρόκλησης τοκετού.
10. *Χαμηλή πρόσφυση πλακούντα*. Όταν η διάγνωση παραμένει μετά την 32^η – 34^η εβδομάδα κύησης και καλύπτεται πλήρως ή μερικώς το έσω τραχηλικό στόμιο πρέπει να εκτελείται ΚΤ.
11. *Πρόωρος τοκετός*. Η ΚΤ δεν φαίνεται να έχει θετική επίδραση στο περιγεννητικό αποτέλεσμα και η εκτέλεση της αμφισβητείται.
12. *Νεογνά μικρότερα για την ηλικία κύησης*. Εκτελείται μετά από διαπιστωμένη σοβαρού βαθμού ενδομήτρια υπολειπόμενη ανάπτυξη, συνοδευόμενη από εμβρυϊκή ασφυξία.
13. *Ανωμαλίες εμβρυϊκού ρυθμού*. Είναι γεγονός ότι η συνεχόμενη καρδιοτοκογραφία κατά τον τοκετό σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα εκτέλεσης ΚΤ. Πρέπει να εκτελείται, όμως, σε παρουσία σοβαρών καρδιοτοκογραφικών αλλοιώσεων που υποδηλώνουν εμβρυϊκή δυσχέρεια.
14. *Αυξημένη ηλικία μητέρας*.
15. *Παχυσαρκία*. Θα πρέπει να αποφεύγεται ακόμα και αν ο δείκτης μάζας σώματος είναι > 50

1.1.4. Καισαρική Τομή Κατόπιν Αιτήματος της Μητέρας

Η ΚΤ ως ένδειξη «μητρικής επιθυμίας» ορίζεται η εκλεκτική χειρουργική επέμβαση χωρίς την παρουσία ιατρικών ή μητρικών ενδείξεων για την εκτέλεση της (31).

Η ΚΤ που εκτελείται κατόπιν αιτήματος της μητέρας δεν αποτελεί επαρκώς αναγνωρισμένη κλινική οντότητα, ωστόσο, αποτελεί το συχνότερα αναφερόμενο λόγο για την αύξηση της συχνότητας των ΚΤ και των επιπλοκών τους. Έτσι, ενώ ορισμένες έγκυες επικρίνουν έντονα την ιατροκοποίηση του τοκετού, άλλες επιδιώκουν σθεναρά να αποφύγουν μια φυσική εμπειρία γέννησης και νιώθουν συναισθηματική ασφάλεια με μια εκλεκτική Κ.Τ (31).

Τα τελευταία χρόνια, η αύξηση της μητρικής επιθυμίας για ΚΤ φαίνεται να γίνεται βάση των υποτιθέμενων πλεονεκτημάτων της ΚΤ έναντι του κοιλιακού τοκετού (π.χ. την προστασία από την μελλοντική ακράτεια ούρων, την πρόπτωση γεννητικών οργάνων και τη σεξουαλική δυσλειτουργία), τα οποία βέβαια δεν τεκμηριώνονται επιστημονικά (26).

Στις χώρες της Βόρειας Ευρώπης, περίπου 6-8% όλων των πρωτογενών ΚΤ πραγματοποιείται κατόπιν αιτήματος της μητέρας (32), ενώ στην πλειοψηφία τους αφορούν την πρώτη κύηση (1). Στις ΗΠΑ, το ποσοστό κυμαίνεται στο 11% (33), ενώ στην Αυστραλία το 17% των ΚΤ εκτελείται κατόπιν μητρικού αιτήματος (34). Στην Ελλάδα, λόγω της έλλειψης τυχαιοποιημένων μελετών για τις ΚΤ, τα αποτελέσματα είναι πιο περιορισμένα. Ωστόσο, σε μια πρόσφατη συγχρονική μελέτη για τα αίτια των ΚΤ στην Ελλάδα, το 18% αυτών εκτελέστηκε λόγω μητρικής επιθυμίας (25).

Όταν μια γυναίκα αιτείται ΚΤ, θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά συγκεκριμένοι παράγοντες κινδύνου, όπως η ηλικία, ο δείκτης μάζας σώματος, η ακριβής ηλικίας κύησης, τα σχέδια αναπαραγωγής, οι προσωπικές αξίες και το πολιτισμικό πλαίσιο. Ελλείψει μητρικών ή εμβρυϊκών ενδείξεων για ΚΤ, ένα πλάνο κοιλιακού τοκετού είναι ασφαλές και κατάλληλο και θα πρέπει να συνιστάται. Θα πρέπει να γίνεται, επίσης, διερεύνηση των λόγων που αφορούν αυτό το αίτημα και να ακολουθεί συζήτηση σχετικά με τους κινδύνους και τα οφέλη, πριν ληφθεί από τη γυναίκα η τελική απόφαση για ΚΤ. Δεδομένου του υψηλού ποσοστού επαναλαμβανόμενων ΚΤ, οι γυναίκες θα πρέπει να ενημερώνονται για τους κινδύνους του προδρομικού πλακούντα και της υστερεκτομής που αυξάνονται με κάθε επόμενη ΚΤ (31). Σε πολλές περιπτώσεις, τα αίτια που συνδέονται με το μητρικό αίτημα για εκλεκτική ΚΤ, αφορούν ειδικές προσωπικές καταστάσεις, όπως ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, προηγούμενες αρνητικές εμπειρίες τοκετού και συγκεκριμένους φόβους ή άγχος για τον επερχόμενο κοιλιακό τοκετό. Σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, η συνεκτίμηση των

ιδιαίτερων προσωπικών συνθηκών των γυναικών και η αποδοχή του τοκετού με ΚΤ είναι πιο ωφέλιμη από το να υποβληθεί η γυναίκα στη διαδικασία κολπικού τοκετού παρά τη θέλησή της (35).

Ευκολία Προγραμματισμού

Μέχρι πρόσφατα, οι γυναίκες αναμενόταν να γεννήσουν κολπικά εάν η εγκυμοσύνη τους θεωρούνταν χαμηλού κινδύνου. Οι μαιευτήρες πραγματοποιούσαν ΚΤ μόνο σε παρουσία επιπλοκών στην εγκυμοσύνη ή κατά τη διάρκεια του τοκετού (36).

Τα τελευταία όμως χρόνια, η τάση υποστήριξης της συμμετοχής των ασθενών στις αποφάσεις που αφορούν την περίθαλψη τους, οδήγησε σε αύξηση του αριθμού των εγκύων που λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με την μαιευτική τους φροντίδα. Στις ΗΠΑ, οι κατευθυντήριες οδηγίες υπαγορεύουν ξεκάθαρα ότι κάθε έγκυος έχει το δικαίωμα να βασίζεται τις αποφάσεις της για τη φροντίδα μητρότητας σε ακριβείς, ενημερωμένες και κατανοητές πληροφορίες (37). Βέβαια, το γεγονός ότι όλο και περισσότερες γυναίκες με κήσεις χαμηλού κινδύνου λαμβάνουν αποφάσεις για μια εκλεκτική ΚΤ, έχει εξελιχθεί σε ένα αμφιλεγόμενο θέμα. Η διαδικασία όμως λήψης μιας τέτοιας απόφασης από την πλευρά των γυναικών είναι πιο περίπλοκη από ότι συνήθως παρουσιάζεται, καθώς μπορεί να σχετίζεται με την αντίληψη για τους σχετικούς κινδύνους και τον τρόπο με τον οποίο κοινοποιήθηκαν από το προσωπικό και την ικανότητα των γυναικών να ερμηνεύουν τις πληροφορίες που τους έχουν δοθεί και να αποδέχονται την ευθύνη της δική τους απόφασης (36).

Αναμφισβήτητα, στη σύγχρονη εποχή ο ρόλος της γυναίκας είναι πολυδιάστατος, ενώ συχνά προσπαθεί να ισορροπήσει μεταξύ μητρότητας και καριέρας. Επομένως, τα κίνητρα της ασφάλειας, της άνεσης χρόνου και της ευκολίας προγραμματισμού που της προσφέρονται, οδηγούν συχνά στην λύση της ΚΤ (36). Ωστόσο, κατά τη διαδικασία λήψης μια τέτοιας απόφασης πρέπει να παρέχεται στην έγκυο μια ακριβής και κατανοητή ενημέρωση από τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με το χρόνο της μετεγχειρητικής ανάρρωσης και τις αυξημένες πιθανότητες άμεσων και μακροχρόνιων επιπλοκών και, έπειτα, να ακολουθεί η συναίνεσή της στο συγκεκριμένο μοντέλο μαιευτικής φροντίδας (37), (38).

Τοκοφοβία

Αν και η εγκυμοσύνη αποτελεί ένα σημαντικό γεγονός με ψυχολογικές και κοινωνικές προεκτάσεις στην ζωή μιας γυναίκας, μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να αποτελέσει ένα ιδιαίτερα αγχωτικό γεγονός που εξελίσσεται με μια ψυχοπαθολογική διάσταση και καταλήγει σε ψυχική διαταραχή. Η πλειοψηφία των γυναικών διαχειρίζεται το άγχος και τις ανησυχίες για την εγκυμοσύνη και τον τοκετό μέσω της ενημέρωσης και της υποστήριξης από το κοινωνικό και μαιευτικό περιβάλλον αλλά ένα ποσοστό πάνω από 20% των εγκύων αναφέρουν υπέρμετρο φόβο που πλήττει τη λειτουργικότητα τους (39). Η τοκοφοβία, που περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Knauer το 1897 (40), αναφέρθηκε ως ένας παθολογικά υπερβολικός φόβος για την εγκυμοσύνη, ο οποίος μπορεί να καταλήξει σε αποφυγή τοκετού και μπορεί να χαρακτηριστεί ως πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής ή σαν συνοδό σύμπτωμα κάποιας αγχώδους διαταραχής ή κατάθλιψης (41).

Η πρωτοπαθής τοκοφοβία αναφέρεται στην παθολογική φοβία των γυναικών που δεν είχαν προηγούμενη εμπειρία εγκυμοσύνης και μπορεί να ξεκινήσει από την εφηβεία ή την αρχή της ενήλικης ζωής. Χαρακτηριστικό αυτής της περιόδου είναι η σχολαστική χρήση αντισυλληπτικών μεθόδων, αν και σε σπάνιες περιπτώσεις αποφεύγονται τελείως οι σεξουαλικές επαφές. Η δευτεροπαθής τοκοφοβία αναφέρεται στον παθολογικό φόβο που αναπτύσσεται μετά από μια προηγούμενη τραυματική εμπειρία τοκετού, μια αποβολή, μετά από θνησιγένεια ή ακόμα και από ένα φυσιολογικό τοκετό. Ως αποτέλεσμα, πολλές γυναίκες καταφεύγουν σε άμβλωση, ΚΤ ή υιοθεσία για να αποφύγουν αυτή την επίπονη διαδικασία. Γενικά, και στις δύο περιπτώσεις, η εγκυμοσύνη αποφεύγεται, λόγω φόβου του πόνου, φόβου θανάτου, φόβου γέννησης παιδιού με αναπηρίες, έλλειψης εμπιστοσύνης στους γιατρούς ή έλλειψης εμπιστοσύνης στον ίδιο τον εαυτό της γυναίκας (42). Πιθανοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη τοκοφοβίας, είναι το ιστορικό ψυχικών διαταραχών, τα τραυματικά γεγονότα ζωής, η κακοποίηση, η έλλειψη υποστήριξης από το οικογενειακό περιβάλλον, η ανεργία και οι πολιτισμικές πεποιθήσεις των γυναικών που μπορεί να επιδράσουν στον τρόπο εκδήλωσης του φόβου. Η τοκοφοβία μπορεί, επίσης, να δημιουργηθεί από αντικειμενικές καταστάσεις. Έτσι, ο έντονος φόβος είναι συχνότερος σε άτοκες γυναίκες, στο τρίτο τρίμηνο κύησης και σε γυναίκες μετά από

προηγούμενη ΚΤ ή τοκετό με εμβρυολικό ή μη διαχειρίσιμο / αφόρητο πόνο κατά τη διάρκεια του τοκετού (43).

Τέλος, η τοκοφοβία σχετίζεται με τη Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες (ΜΔΣ), καθώς και οι δύο αποτελούν απάντηση σε ένα τραυματικό γεγονός. Πιο συγκεκριμένα, η ΜΔΣ μπορεί να συνεπάγεται μιας τραυματικής εμπειρίας γέννησης, με αποτέλεσμα την δευτεροπαθή τοκοφοβία, συνεχίζοντας έναν φαύλο κύκλο με αρνητικές περιγεννητικές εμπειρίες και αρνητικές επιπτώσεις στον τοκετό και σε μελλοντικές εγκυμοσύνες (39). Συνεπώς, η ΜΔΣ θα μπορούσε να θεωρηθεί καθοριστικός παράγοντας της τοκοφοβίας σε πολύτοκες με τραυματικές εμπειρίες τοκετού (44).

1.1.5. Κατηγοριοποίηση της Καισαρικής Τομής

Το 2000, μια ταξινόμηση τεσσάρων κατηγοριών, προτάθηκε από τον DN Lucas (45) και η διαδικασία της αξιολόγησης αποτελούνταν από δύο μέρη. Αρχικά, δέκα υποθετικά μαιευτικά σενάρια βαθμολογήθηκαν για τον επείγοντα χαρακτήρα της ΚΤ, χρησιμοποιώντας τέσσερις διαφορετικές μεθόδους ταξινόμησης:

1. Άμεση απειλή για τη ζωή της εγκύου ή του εμβρύου.
2. Μητρική ή εμβρυϊκή δυσχέρεια (χωρίς να απειλείται άμεσα η ζωή του νεογνού ή της μητέρας).
3. Απουσία μητρικής ή εμβρυϊκής δυσχέρειας, σαφής όμως ανάγκη για άμεσο τοκετό.
4. Συγχρονισμός του χρόνου εκτέλεσης ΚΤ με την επιθυμία της μητέρας ή των επαγγελματιών υγείας.

Ο σκοπός αυτής της ταξινόμησης ήταν, η εξάλειψη της δυσκολίας στην κατανόηση του επείγοντος μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας και ο προσδιορισμός των περιπτώσεων που απαιτούσαν μια επείγουσα χειρουργική επέμβαση. Οι κατηγορίες 1 και 2 αφορούσαν τα επείγοντα χειρουργεία, ενώ οι κατηγορίες 3 και 4, τα προγραμματισμένα ή εκλεκτικά. Η ταξινόμηση αυτή των 4 κατηγοριών του επείγοντος είναι μια μεγάλη πρόοδος σε σχέση με την παλαιότερη ταξινόμηση σε «επείγουσα» και «προγραμματισμένη» απλώς ΚΤ (45).

Επείγουσα Καισαρική τομή

Η Επείγουσα Καισαρική Τομή (ΕΚΤ) είναι μια επέμβαση έκτακτης ανάγκης, η οποία εκτελείται σε καταστάσεις απειλητικές για τη ζωή της μητέρας ή του εμβρύου. Σύμφωνα με το Αμερικανικό Κολλέγιο Μαιευτήρων Γυναικολόγων (46), η περίοδος μεταξύ της απόφασης για ΕΚΤ μέχρι της γέννησης του νεογνού πρέπει να πραγματοποιείται εντός 30 λεπτών, ενώ η διαδικασία περιλαμβάνει την προετοιμασία της εγκύου και της χειρουργικής αίθουσας, το χρόνο αναισθησίας-τομής του δέρματος και, τέλος, την έξοδο του νεογνού. Επομένως, το εξατομικευμένο επιτρεπτό χρονικό περιθώριο μεταξύ της λήψης απόφασης για ΚΤ και της εκτέλεσης της, αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα (1). Στην κλινική πρακτική, βέβαια, πολλές περιπτώσεις της κατηγορίας 1, (Άμεση απειλή για τη ζωή της εγκύου ή του εμβρύου), δεν ήταν εφικτό να πραγματοποιηθούν εντός 30 λεπτών, ως συνέπεια της έλλειψης προσωπικού και σε αρκετές περιπτώσεις λόγω μη κατάλληλων μαιευτικών εγκαταστάσεων (47). Καθοριστικό ρόλο όμως, παίζει η ανάπτυξη μιας εξατομικευμένης προσέγγισης του μαιευτικού επείγοντος και του χρόνου λήψης απόφασης για ΚΤ, όπως, επίσης, και η σωστή επικοινωνία Μαιευτήρων και Αναισθησιολόγων, που θεωρείται κλειδί για τη διαχείριση των επειγόντων χειρουργείων (48).

Σύμφωνα με το Βασιλικό Κολλέγιο Μαιευτήρων και Γυναικολόγων, το Βασιλικό Κολλέγιο Μαιών, το Βασιλικό Κολλέγιο Αναισθησιολόγων και το Βασιλικό Κολλέγιο Παιδιάτρων (49), η ΚΤ πρέπει να εκτελείται πάντα με επείγοντα χαρακτήρα που να αντιστοιχεί στον κίνδυνο πιθανής βλάβης του νεογνού και στη διατήρηση της ασφάλειας της μητέρας. Βέβαια, το 2011, το NICE εξέφρασε την ανησυχία του σχετικά με την έλλειψη διάκρισης για το βέλτιστο χρόνο γέννησης μεταξύ της κατηγορίας 1 και 2, προτείνοντας πιο ευέλικτους χρόνους λήψης απόφασης-γέννησης στις αναθεωρημένες κατευθυντήριες οδηγίες που βασίστηκαν σε δέκα μαιευτικά σενάρια. Ο κύριος σκοπός αυτών των κατηγοριών ταξινόμησης, ήταν η διάκριση περιπτώσεων που χρειάζονται μια ΕΚΤ από μια πολύ ΕΚΤ. Οι δύο Κατηγορίες ΕΚΤ (32), (50) είναι:

1. *Κατηγορία 1. Άμεση Απειλή για τη ζωή της εγκύου ή του εμβρύου.* Αυτή η κατηγορία αναφέρεται στις πολύ επείγουσες μαιευτικές καταστάσεις, όπως πρόπτωση του ομφαλίου λώρου, εμβρυϊκή υποξία, εκλαμψία, αιμορραγία σε επιπωματικό πλακούντα, ή εμβρυϊκή βραδυκαρδία που δεν ανατάσσεται. Σε αυτή την κατηγορία επίσης, αν και σπάνια, σε καρδιοαναπνευστική ανακοπή της μητέρας, η ΚΤ απαιτεί ένα χρονικό διάστημα 5 λεπτών για την περάτωση της, όχι μόνο για την ανάνηψη της εγκύου αλλά και για την επιβίωση του νεογνού (48). Αυτές οι περιπτώσεις ΕΚΤ, είναι καλύτερα να πραγματοποιούνται το συντομότερο δυνατόν, ιδανικά μέσα σε 15 λεπτά. Σε ορισμένες περιπτώσεις όμως, ο στόχος των 15 λεπτών μπορεί να μην επιτευχθεί. Επομένως, ο στόχος είναι η επίτευξη του υπερεπείγοντος χειρουργείου μέσα στο λογικό πλαίσιο των 30 λεπτών αναλόγως του περιστατικού.
2. *Κατηγορία 2. Μητρική ή εμβρυϊκή δυσχέρεια (χωρίς να απειλείται άμεσα η ζωή του νεογνού ή της μητέρας).* Οι περισσότερες από αυτές τις περιπτώσεις εμπίπτουν σε καταστάσεις εμβρυϊκής δυσχέρειας. Η διάγνωση της εμβρυϊκής δυσχέρειας είναι πολύ ασαφής ενώ τις περισσότερες φορές δεν υπάρχει άμεση εμβρυϊκή απειλή που σχετίζεται με βλάβες σε περίπτωση αναβολής του χειρουργείου και αναμονής για φυσιολογικό τοκετό. Σε αυτή την κατηγορία, λοιπόν, προτείνεται ο χρόνος των 75 λεπτών μεταξύ λήψης απόφασης-γέννησης, με το σκεπτικό ότι δε θα αλλάξει η κατάσταση της υγείας του εμβρύου, εάν η ΚΤ ολοκληρωθεί σε μικρότερο χρόνο (51). Σε αυτή την περίπτωση, πολλοί άπειροι αλλά και κάποιοι έμπειροι Μαιευτήρες κατατάσσουν αυτά τα περιστατικά στην Κατηγορία 1.

Προγραμματισμένη Καισαρική Τομή

Σε ορισμένες περιπτώσεις, η ΚΤ μπορεί να είναι αποτέλεσμα μιας προγραμματισμένης διαδικασίας, ιδιαίτερα, όταν πληροί τις προϋποθέσεις των ενδείξεων και επομένως, αντενδείκνυται ο φυσιολογικός τοκετός. Ο προγραμματισμός της ΚΤ μπορεί να βασίζεται στην παρουσία προηγούμενων ΚΤ ή ακόμα στην επιθυμία της μητέρας. Στην περίπτωση της ΠΚΤ ως ένδειξη μητρικής

επιθυμίας, θα πρέπει να ακολουθήσει η απαραίτητη ενημέρωση της μητέρας σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της μεθόδου και έπειτα να ακολουθήσει η συναίνεση της. Σε γενικές γραμμές, η ΠΚΤ δεν πρέπει να εκτελείται πριν την 39^η εβδομάδα κύησης, εκτός αν ιατρικοί λόγοι το υποδεικνύουν, καθώς μετά από αυτή την εβδομάδα μειώνονται οι πιθανότητες νεογνικών επιπλοκών (1).

Οι δύο Κατηγορίες προγραμματισμένης Καισαρικής Τομής (ΠΚΤ) σύμφωνα με το NICE (32), (50) είναι:

1. *Κατηγορία 3. Απουσία μητρικής ή εμβρυϊκής δυσχέρειας, σαφής όμως ανάγκη για άμεσο τοκετό.* Η κατηγορία αυτή αφορά περιπτώσεις μη εξέλιξης τοκετού, ισχιακές προβολές, αιμορραγία που συνεχίζεται κατά τη διάρκεια του τοκετού και προεκλαμψία που απαιτεί άμεση επέμβαση. Σε κάποιες περιπτώσεις, η ΚΤ μπορεί να εξελιχθεί μέσα σε λίγες ώρες αφού σταθεροποιηθεί η κατάσταση, σε κάποιες άλλες όμως, απαιτείται γρηγορότερη χειρουργική παρέμβαση. Ως εκ τούτου, επειδή το χρονικό πλαίσιο λήψης απόφασής-γέννησης εξαρτάται από τη μοναδικότητα του κάθε περιστατικού, είναι ανέφικτη η εφαρμογή του.
2. *Κατηγορία 4. Συγχρονισμός του χρόνου εκτέλεσης ΚΤ με την επιθυμία της μητέρας ή των επαγγελματιών υγείας.* Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει την τυπική εκλεκτική ΚΤ και αποτελείται γενικότερα από τις περιπτώσεις όπου η ΚΤ προγραμματίζεται τουλάχιστον 24 ώρες νωρίτερα. Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει: μητρική επιθυμία, ιστορικό προηγούμενων ΚΤ, δίδυμος κύηση, εγκάρσιο σχήμα, προδρομικό πλακούντα, απόλυτη κεφαλοπυελική δυσαναλογία, λοιμώξεις κύησης και σακχαρώδη διαβήτη κύησης (30).

1.1.6. Παράγοντες που Επηρεάζουν την Λήψη Απόφασης για Καισαρική Τομή

Η Λάθος Διάγνωση της Αδυναμίας Εξέλιξης Τοκετού

Ο τοκετός ορίζεται ως τακτικές και επώδυνες συσπάσεις της μήτρας που προκαλούν προοδευτική διαστολή και εξάλειψη του τραχήλου της μήτρας. Ο φυσιολογικός τοκετός έχει ως αποτέλεσμα την κάθοδο και την τελική αποβολή του εμβρύου. Η

πολυτοκία επηρεάζει αυτή τη διαδικασία: Οι πολύτοκες με ιστορικό κολπικού τοκετού έχουν ταχύτερους τοκετούς από τους άτοκες γυναίκες. Αν και η διαπίστωση της φυσιολογικής εξέλιξης του τοκετού είναι βασικό συστατικό της φροντίδας στον τοκετό, ο προσδιορισμός του χρόνου έναρξής του, η εκτίμηση της προόδου του και η αξιολόγηση των μητρικών και εμβρυϊκών παραγόντων που επηρεάζουν την πορεία του, δεν καθορίζονται πάντα με ακρίβεια. Έτσι, η «μη εξέλιξη τοκετού» είναι ένας ανακριβής όρος, ο οποίος χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα πρότυπο τοκετού το οποίο αποκλίνει από αυτό που παρατηρείται στις περισσότερες επίτοκες, οι οποίες έχουν αυθόρμητους κολπικούς τοκετούς (52). Οι κυριότεροι παράγοντες κινδύνου για τη «μη εξέλιξη τοκετού» είναι η πρωτοτοκία, η πρόωρη ρήξη εμβρυϊκών υμένων, η πρόκληση τοκετού και η μεγαλύτερη σε ηλικία μητέρα (53).

Η διάγνωση της «μη εξέλιξης» του πρώτου ή του δεύτερου σταδίου τοκετού, πρέπει να διαχωρίζεται από την «μη πρόοδο τοκετού» (54). Σε αυτόματη έναρξη τοκετού είναι πολύ δύσκολο να τεθούν τα χρονικά διαχωριστικά όρια που σηματοδοτούν την παράταση της λανθάνουσας ή της ενεργούς φάσης, με δεδομένο ότι τις περισσότερες φορές η έναρξη γίνεται εκτός μαιευτηρίου. Όσον αφορά την ενεργό φάση του πρώτου σταδίου, η παύση του ορίζεται ως η απουσία τραχηλικής μεταβολής σε διαστολή ≥ 6 εκατοστά, μετά από ρήξη μεμβρανών σε \geq από 4 ώρες ικανοποιητικών συστολών και ≥ 6 ώρες ανεπαρκών συστολών. Η παύση του δεύτερου σταδίου ορίζεται ως η έλλειψη προόδου μετά από 4 ώρες σε πρωτοτόκες με επισκληρίδιο αναλγησία, μετά από 3 ώρες σε πρωτοτόκες χωρίς αναλγησία, μετά από 2 ώρες σε πολύτοκο χωρίς επισκληρίδιο αναλγησία και μετά από 3 ώρες με επισκληρίδιο αναλγησία. Σύμφωνα, λοιπόν, με όλα τα παραπάνω, η απόφαση για περαιτέρω παρέμβαση ή ΚΤ θα πρέπει να λαμβάνεται με βάση τα συγκεκριμένα χρονικά όρια (1), (54).

Αποτυχία Πρόκλησης Τοκετού

Ο στόχος της πρόκλησης τοκετού είναι η επίτευξη ενός κολπικού τοκετού και ταυτόχρονα η διατήρηση της ασφάλειας για τη μητέρα και το έμβρυο, όταν υπάρχουν ιατρικές ενδείξεις που το απαιτούν. Η πιθανότητα κολπικού τοκετού μετά από πρόκληση είναι σε γενικές γραμμές χαμηλότερη από ότι σε αυθόρμητη έναρξη του - (ειδικά, όταν δεν υπάρχουν ευνοϊκές προϋποθέσεις από τον τράχηλο)- και η

διαδικασία καθίσταται περισσότερο στρεσογόνος και επώδυνη (54). Η λήψη απόφασης για πρόκληση τοκετού λαμβάνεται με βάση ιατρικές και μη ιατρικές ενδείξεις, την ωριμότητα του τραχήλου (Bishop score) ή τις επιλογές ωρίμανσης του, τα πρωτόκολλα έγχυσης ωκυτοκίνης και τα κριτήρια διάγνωσης της αποτυχημένης πρόκλησης τοκετού (54). Κάθε φορά που πραγματοποιείται πρόκληση τοκετού, θα πρέπει να είναι σαφές ότι ο στόχος είναι ο κολπικός τοκετός. Γενικότερα, η πρόκληση τοκετού δεν πρέπει να πραγματοποιείται σε ανώριμο τράχηλο εκτός εάν ο τοκετός ενδείκνυται για σαφή μητρικά ή εμβρυϊκά οφέλη. Επομένως, σε περιπτώσεις όπου ο τοκετός πρέπει να περατωθεί άμεσα, λόγω παθολογίας κύησης, το χαμηλό Bishop score μπορεί να αποτελέσει προγνωστικό παράγοντα για ΚΤ. Οι προϋποθέσεις, βέβαια, μπορεί να είναι ευνοϊκότερες με ένα υψηλό Bishop score, ωστόσο, επειδή η πρόκληση τοκετού εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, η επιτυχία ή η αποτυχία της μεθόδου δεν είναι εξασφαλισμένη (1). Σύμφωνα με το Αμερικανικό Κολέγιο Μαιευτήρων Γυναικολόγων (AOG), ως *παρατασική*, θεωρείται η εγκυμοσύνη που έχει ξεπεράσει τις 42 εβδομάδες και *όψιμη*, εκείνη που βρίσκεται μεταξύ 41^{ης} και 42^{ης} εβδομάδας κύησης (55). Ο επιπολασμός της παράτασης κύησης σε παγκόσμιο επίπεδο κυμαίνεται από 1-10% και εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού και τις διάφορες μαιευτικές πρακτικές της κάθε χώρας, ενώ ένας από τους σημαντικούς παράγοντες κινδύνου θεωρείται πως είναι η πρώτη εγκυμοσύνη (56). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (57), και άλλους διεθνείς οργανισμούς (55), (58), η πρόκληση τοκετού προτείνεται να πραγματοποιείται σε εγκυμοσύνες που, με βεβαιότητα, έχουν φτάσει στις 41 εβδομάδες (> 40 εβδομάδες + 7 ημέρες). Δεν συνίσταται, επίσης, πρόκληση τοκετού σε ανεπίπλεκτες εγκυμοσύνες μικρότερες των 41 εβδομάδων. Επομένως, σε κύηση μικρότερη των 41 εβδομάδων, η πρόκληση τοκετού μπορεί να οδηγήσει σε ΚΤ (57), (59). Οι περιπτώσεις, ωστόσο, πρόκλησης τοκετού για κοινωνικούς λόγους, παραμένουν ένα μαιευτικό δίλλημα (60).

Υπάρχουν, επίσης, αρκετές απόψεις σχετικά με το πόσο θα πρέπει να επιτρέπεται χρονικά η συνέχιση της πρόκλησης τοκετού, ιδιαίτερα αν η επίτοκος δεν παρουσιάζει εξέλιξη μετά από 12 ή περισσότερες ώρες πρόκλησης, αλλά παράλληλα δεν υφίσταται κάποιος ιδιαίτερος μητρικός ή εμβρυϊκός λόγος για άμεσο τοκετό με ΚΤ (54).

Συνεχόμενη Καρδιοτοκογραφία

Είναι πλέον γεγονός ότι η ηλεκτρονική παρακολούθηση του εμβρύου χρησιμοποιείται συνεχώς κατά τη διάρκεια του τοκετού για όλες τις επίτοκες, ανεξάρτητα από την κατάσταση κινδύνου (61). Συγκεκριμένα, η συνεχόμενη καρδιοτοκογραφία χρησιμοποιείται περισσότερο από το 85% των τοκετών χαμηλού κινδύνου (62). Κατά τη διάρκεια του τοκετού, η χρήση της συνεχόμενης καρδιοτοκογραφίας διαγιγνώσκει υπερβολικά τις αλλοιώσεις στους εμβρυϊκούς παλμούς, ωστόσο, η ακριβής ερμηνεία των ανιχνεύσεων της εμβρυϊκής καρδιακής λειτουργίας μεταξύ των μαιών/τών και των μαιευτήρων, είναι ασυνεπής. Αυτή η ασυνέπεια εξηγεί την αύξηση των γεννήσεων με ΚΤ, καθώς η μη καθησυχαστική ιχνηλάτηση της εμβρυϊκής καρδιάς είναι η δεύτερη πιο συχνή ένδειξη για ΚΤ μεταξύ των επιτόκων χαμηλού κινδύνου (63).

Διάφορες έρευνες έχουν δείξει ότι η εφαρμογή της συνεχόμενης καρδιοτοκογραφίας, ιδιαίτερα, κατά τη λανθάνουσα φάση του τοκετού, πυροδοτεί μια σειρά παρεμβάσεων που κορυφώνονται με την αύξηση ΚΤ (64). Σύμφωνα με μια αναδρομική μελέτη του 2020, (65), η συνεχόμενη καρδιοτοκογραφία έχει ως αποτέλεσμα αυξημένες παρεμβάσεις και ΚΤ. Σύμφωνα, λοιπόν, με τον ΠΟΥ, η καρδιοτοκογραφία ως ρουτίνα μαιευτικής πρακτικής δεν συνίσταται σε υγιείς γυναίκες με ανεπίπλεκτες κύσεις και αυθόρμητους τοκετούς. Αντίθετα, η διακεκομμένη ακρόαση παλμών μέσω της συσκευής υπερήχων Doppler ή του στηθοσκοπίου Pinard, συστήνεται ως ο καταλληλότερος τρόπος παρακολούθησης της εμβρυϊκής καρδιακής λειτουργίας κατά τη διάρκεια του τοκετού (27).

Μέθοδοι Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής

Η υπογονιμότητα, που ορίζεται ως η αδυναμία σύλληψης μετά από 12 ή περισσότερους μήνες τακτικής σεξουαλικής επαφής χωρίς προστασία, επηρεάζει το 12-15% των ζευγαριών (66). Επιπλέον, όλο και περισσότερες γυναίκες επιτυγχάνουν την πρώτη τους εγκυμοσύνη αργά στη ζωή τους. Όπως είναι γνωστό, η γονιμότητα μειώνεται με την ηλικία. Κατά συνέπεια, οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας θα χρησιμοποιούν περισσότερο τις τεχνολογίες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (67).

Οι μέθοδοι τεχνητής γονιμοποίησης αυξάνονται παράλληλα με την παγκόσμια αύξηση των ΚΤ, καταλαμβάνοντας ποσοστά μεταξύ 1-5% του συνόλου των γεννήσεων στις αναπτυγμένες χώρες (68). Τα ποσοστά ΚΤ είναι υψηλότερα μεταξύ των κήσεων που συλλαμβάνονται με μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ανεξαρτήτως τύπου, σε σύγκριση με τις αυτόματες συλλήψεις, υποδηλώνοντας έτσι την αύξηση της νεογνικής και μητρικής νοσηρότητας (69). Οι πιθανότητες είναι, επίσης, μεγαλύτερες για την εκλεκτική ΚΤ σε σύγκριση με τις αυθόρμητες συλλήψεις παρά για τις ΕΚΤ.

Αναφορικά με τα αίτια που οδηγούν σε τεχνικές αναπαραγωγής, σε μια έρευνα που διεξήχθη μεταξύ 2004 και 2010 στη Μασαχουσέτη, οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε εξωσωματική γονιμοποίηση ήταν μεγαλύτερες, μη Ισπανόφωνες, και είχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό ιδιωτική ασφάλιση, προηγούμενη χειρουργική επέμβαση στη μήτρα, διαβήτη κύησης, υπέρταση κύησης, αιμορραγία και ανωμαλίες του πλακούντα, από τις γόνιμες γυναίκες (70). Από τις βασικότερες αιτίες πραγματοποίησης ΚΤ μετά από τεχνητή γονιμοποίηση είναι οι πολύδυμες κήσεις (69), ενώ η ηλικία της μητέρας και η ανασφάλεια της για την έκβαση της εγκυμοσύνης, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο (71). Είναι αλήθεια πως μια θεραπεία υπογονιμότητας είναι αγχωτική για τα ζευγάρια. Οι γυναίκες που θα επιτύχουν εγκυμοσύνη για πρώτη φορά σε προχωρημένη ηλικία, υφίστανται ακόμη μεγαλύτερη πίεση και διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο επιπλοκών. Όλοι αυτοί οι στρεσογόνοι παράγοντες θα μπορούσαν να παίξουν ρόλο στην απόφαση της μητέρας και του γιατρού να προγραμματίσουν μια καισαρική τομή σε κατάλληλο χρόνο και για τους δύο. Στην πραγματικότητα όμως, μια κύηση μετά από υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, αν και θεωρείται «πολύτιμη κύηση» δε διαφέρει από τη φυσική (71). Επομένως, μέχρι τα δεδομένα της εγκυμοσύνης να υποστηρίξουν την ανάγκη για ΚΤ, η υπεράσπιση του κοιλιακού τοκετού ως τον βέλτιστο τρόπο γέννησης πρέπει να προβάλλεται και να υποστηρίζεται (66).

Η Ηλικία της Γυναίκας

Τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, ο αριθμός των γυναικών ηλικίας 35 ετών και άνω που τεκνοποιούν για πρώτη φορά αυξάνεται σταθερά, ιδιαίτερα σε χώρες υψηλού

εισοδήματος. Είναι γεγονός ότι πολλές γυναίκες καθυστερούν την τεκνοποίηση έως την ηλικία των 35 ετών ή και παραπάνω, επειδή δίνουν προτεραιότητα στην ολοκλήρωση των σπουδών τους, στην ανεύρεση έπειτα μιας καλής εργασίας και στην εξασφάλιση των κατάλληλων οικονομικών συνθηκών πριν τεκνοποιήσουν (72). Ωστόσο, οι μεγαλύτερες σε ηλικία έγκυες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν σακχαρώδη διαβήτη κύησης, να υποβληθούν σε ΚΤ και να γεννήσουν πρόωρο ή χαμηλού βάρους γέννησης ή με συγγενείς ανωμαλίες νεογνό (73).

Η αυξημένη ηλικία της μητέρας, λοιπόν, φαίνεται πως έχει ουσιαστικό ρόλο στα ποσοστά ΚΤ. Εδώ και αρκετά χρόνια, η εγκυμοσύνη σε γυναίκα άνω των 35 ετών, θεωρείται εγκυμοσύνη υψηλού κινδύνου. Είναι γεγονός ότι καθώς η ηλικία της μητέρας αυξάνεται, ο κίνδυνος σακχαρώδους διαβήτη, υπέρτασης ή ακόμα και συγγενών διαμαρτιών του εμβρύου, αυξάνεται παράλληλα. Ασφαλώς, όμως, η ηλικία από μόνη της δεν πρέπει να είναι ένδειξη για ΚΤ (74), η συνύπαρξη όμως παθολογίας κύησης σε αυτή την ηλικιακή ομάδα μπορεί να αποτελέσει σοβαρή ένδειξη (26). Σε έρευνα που διεξήχθη το 2012 στον Καναδά (75), τα αυξημένα ποσοστά ΚΤ έδειξαν να σχετίζονται θετικά με την αύξηση της μητρικής ηλικίας. Ωστόσο, οι συγγραφείς υποστήριξαν ότι ο λόγος αύξησης των ΚΤ δεν οφείλονταν αποκλειστικά στην παθολογία κύησης, εφόσον οι μητέρες νεαρότερης ηλικίας με τις ίδιες παθολογικές καταστάσεις κύησης, εμφάνισαν μικρότερα ποσοστά ΚΤ.

Οι Προηγούμενες Καισαρικές Τομές

Ο αυξανόμενος αριθμός ΚΤ οδηγεί σε μεγαλύτερο αριθμό επαναλαμβανόμενων ΚΤ, λόγω της πεποίθησης ότι «μία φορά καισαρική τομή, πάντα καισαρική τομή» (76). Η πεποίθηση αυτή ήταν ευρέως δημοφιλής στη μαιευτική πρακτική τον 20ο αιώνα και όπως φαίνεται, ακόμα υφίσταται στη ρουτίνα ενός μεγάλου αριθμού επαγγελματιών και υπηρεσιών μαιευτικής φροντίδας.

Βασικός παράγοντας της επαναλαμβανόμενης ΚΤ στις επόμενες εγκυμοσύνες είναι η ανασφάλεια γιατρών και γυναικών, η οποία είναι υπεύθυνη για τις επαναλαμβανόμενες ΚΤ. Έτσι, οι σπάνιες αλλά σοβαρές επιπλοκές που μπορεί να εμφανιστούν σε κοιλικό τοκετό μετά από ΚΤ αποτρέπονται με την επανάληψη μιας ΚΤ, η οποία αν και ενέχει κινδύνους, θεωρούνται λιγότερο σοβαροί από μία ρήξη

μήτρας (77). Τα μαιευτικά πρωτόκολλα, ωστόσο, συνιστούν πως οι γυναίκες με ιστορικό χαμηλής εγκάρσιας τομής πρέπει να είναι υποψήφιας για κοιλιακό τοκετό και να ενημερώνονται εκ των προτέρων γι αυτό. Σύμφωνα, λοιπόν, με το ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) (31), υποψήφιας για TOLAC (Trial Of Labor After Cesarean), είναι: α) οι γυναίκες με ιστορικό ενός ή δύο προηγούμενων εγκάρσιων τομών, β) με μια προηγούμενη ΚΤ με χαμηλή εγκάρσια τομή, γ) γυναίκες με ισχιακή προβολή και προηγούμενη χαμηλή εγκάρσια τομή και χαμηλό δείκτη νοσηρότητας.

Οικονομικοί Παράγοντες

Η ανησυχία που προκύπτει από την παγκόσμια αύξηση των ΚΤ, ενισχύεται από το οικονομικό κόστος και τις επιπλοκές που σχετίζονται με αυτή τη διαδικασία. Για παράδειγμα, στο Ηνωμένο Βασίλειο οι ΚΤ αυξάνουν σημαντικά το κόστος περίθαλψης, καθώς αναφέρεται ότι κοστίζουν δύο φορές περισσότερο από τον φυσιολογικό τοκετό (78). Κάποιες μελέτες σε λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες, αξιολόγησαν τον αντίκτυπο των ιδιωτικών νοσοκομείων, της ασφάλισης και του αριθμού των ιατρών στην αύξηση των ΚΤ. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά τους, παρατηρήθηκαν ότι υψηλότερα από τα προβλεπόμενα ποσοστά ΚΤ προβλέπονται σταθερά από την ιδιωτική ιατρική ασφάλιση ή τα ιδιωτικά νοσοκομεία,(79), (80).

Στην Ελλάδα, η ιδιωτικοποίηση των μαιευτικών υπηρεσιών είναι πλέον γεγονός και για πολλές γυναίκες η επιλογή αυτή, του ιδιωτικού μαιευτηρίου, αποτελεί μονόδρομο. Η αποζημίωση για την ΚΤ που εφαρμόζει ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) για τους ιδιώτες παρόχους μαιευτικών υπηρεσιών, φανερώνουν τη σημαντικότητα του προβλήματος. Η ΚΤ κοστολογείται κατά 66% υψηλότερα από τον κοιλιακό τοκετό, ενώ στην αμοιβή του παρόχου προστίθενται οι προσωπικές πληρωμές που είναι υψηλότερες για την ΚΤ. Έτσι, η αποζημίωση για ένα φυσιολογικό τοκετό είναι 600 €, ενώ για μια ΚΤ χωρίς επιπλοκές 1000 €, που μπορεί να φτάσει τα 1300 € με παρουσία επιπλοκών. Όσον αφορά τα δημόσια νοσοκομεία, ο ΕΟΠΥΥ δεν χρησιμοποιεί ένα ενιαίο σύστημα πληρωμών με αποτέλεσμα, το ποσό που αποδίδεται να είναι υψηλότερο στα ιδιωτικά νοσοκομεία. Επειδή, λοιπόν, ο ΕΟΠΥΥ, είναι ο κύριος πάροχος για τα έξοδα που βαρύνουν τον δημόσιο τομέα, έχει

κίνητρα να προωθεί τις συμβάσεις με τον ιδιωτικό τομέα, καθώς δεν είναι ο μοναδικός χρηματοδότης του. Επομένως, η αύξηση της ιδιωτικής μαιευτικής φροντίδας οδηγεί σε αύξηση όχι μόνο των ΚΤ, αλλά και των προσωπικών δαπανών υγείας (81).

1.1.7. Επιπτώσεις της Καισαρικής Τομής

Αν και η ΚΤ μπορεί να αποδειχθεί σωτήρια επέμβαση για τη ζωή της μητέρας ή του παιδιού, μπορεί να οδηγήσει ωστόσο σε άμεσες ή μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία και των δύο. Η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο η ΚΤ, ως είδος γέννησης μπορεί να επιφέρει άμεσες και μακροχρόνιες συνέπειες, είναι κριτικής σημασίας για τη λήψη αποφάσεων από την πλευρά των γυναικών, των γυναικολόγων και από τους υπεύθυνους χάραξης των πολιτικών Υγείας.

Επιπλοκές της Καισαρικής Τομής στη Μητέρα

Στις περισσότερες περιπτώσεις οι ΚΤ γίνονται με ασφάλεια και η μετεγχειρητική τους πορεία είναι ομαλή. Ωστόσο, η ΚΤ είναι μια ανοικτή επέμβαση κοιλιάς, ενώ πολλές φορές εκτελείται σε επείγουσες καταστάσεις. Γενικά, η συχνότητα επαναλαπαροτομίας μετά από ΚΤ είναι 0,12–1,04%(82). Ως εκ τούτου, υπάρχει μια σειρά άμεσων και μακροχρόνιων επιπλοκών ως αποτέλεσμα των ΚΤ (83).

Ο κίνδυνος μητρικού θανάτου αυξάνεται σε χώρες χαμηλού εισοδήματος και μειώνεται στις χώρες υψηλού. Ο κίνδυνος αυτός στις χώρες υψηλών οικονομικών πόρων, συνήθως, σχετίζεται με τις επαναλαμβανόμενες εκλεκτικές ΚΤ σε μια γυναίκα λόγω του αυξημένου κινδύνου ρήξης μήτρας ή των ανώμαλων θέσεων του πλακούντα (84), ενώ σε σχέση με την ΠΚΤ, η ΕΚΤ θεωρείται ότι σχετίζεται με μεγαλύτερα ποσοστά θνησιμότητας. Κάποιες μελέτες, μάλιστα, έχουν εκτιμήσει ότι ο κίνδυνος θανάτου μετά από μια ΕΚΤ είναι τέσσερις φορές υψηλότερος σε σχέση με τον κοιλιακό τοκετό (85), (86). Ως σοβαρή μητρική νοσηρότητα ορίζεται η παρουσία αιμορραγίας που απαιτεί μετάγγιση αίματος ή υστερεκτομή, η ρήξη μήτρας, η οξεία νεφρική ανεπάρκεια, τα θρομβοεμβολικά επεισόδια, το αιμάτωμα τραύματος ή οι

επιπλοκές που σχετίζονται με το είδος της αναισθησίας ή της αναλγησίας (87). Οι άμεσες επιπλοκές που συνοδεύουν μια ΕΚΤ ή ΠΚΤ θα πρέπει να συγκριθούν μεταξύ τους, όπως και με τις επιπλοκές που σχετίζονται με τον κοιλικό τοκετό. Σε σύγκριση, λοιπόν, με τον προγραμματισμένο κοιλικό τοκετό, η ΠΚΤ έχει σχετιστεί με μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας, αυξημένο κίνδυνο υστερεκτομής και μετεγχειρητικής αιμορραγίας ή καρδιακών επιπλοκών (26). Σε σύγκριση με την ΠΚΤ, η ΕΚΤ έχει σχετιστεί αντίστοιχα με μεγαλύτερα ποσοστά περιεγχειρητικής αιμορραγίας, αναιμίας και εμπύρετων λοιμώξεων (88), μετεγχειρητικής ημικρανίας και επανάληψης του χειρουργείου (89). Στην περίπτωση μιας ΕΚΤ, οι μητρικές επιπλοκές εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από το αίτιο που οδηγεί στο χειρουργείο (μητρικός ή εμβρυικός παράγοντας), καθώς και από την επιλογή του τρόπου αναισθησίας (88).

Ο κίνδυνος των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων της ΚΤ φαίνεται πως είναι τρεις έως έξι φορές μεγαλύτερος σε σχέση με τον κοιλικό τοκετό. Οι μακροχρόνιες επιπλοκές περιλαμβάνουν, μηνορραγία, δυσμηνόρροια, ακράτεια ούρων ή κοπράνων, πρόπτωση πυελικών οργάνων, χρόνια πυελικό άλγος, απόφραξη λεπτού εντέρου και τον κίνδυνο δευτερογενούς υπογονιμότητας λόγω συμφύσεων και σεξουαλική δυσλειτουργία (87), (90). Σε μία μήτρα, επίσης, με ουλές από προηγούμενες ΚΤ, αυξάνεται σε επόμενη εγκυμοσύνη ο κίνδυνος προδρομικού ή διεισδυτικού πλακούντα, ο πρόωρος τοκετός, η θνησιγένεια και η ρήξη μήτρας (90). Ο κίνδυνος ρήξης μήτρας αν και αποτελεί αρκετά σπάνιο συμβάν, περίπου 0,5-1%, είναι πιο σύνηθες να συμβεί μετά από ΚΤ (91).

Επιπλοκές της Καισαρικής Τομής στο παιδί

Η ΚΤ έχει βελτιώσει την περιγεννητική θνησιμότητα και τη σοβαρή νοσηρότητα που σχετίζεται με την περιγεννητική ασφυξία. Πρέπει, όμως, να αναγνωριστεί ότι ελλοχεύουν πολύ σοβαροί κίνδυνοι κατά τη διάρκεια της προγεννητικής περιόδου που επιφέρουν σημαντικές επιπτώσεις στην μελλοντική υγεία του βρέφους. Μια σύντομη υπόθεση για το πώς επηρεάζει ο τρόπος γέννησης τη μελλοντική υγεία των βρεφών ερμηνεύεται από το μικροβίωμα. Τα βρέφη που έχουν γεννηθεί με ΚΤ παρουσιάζουν μια μεταβολή της ανοσολογικής τους κατάστασης λόγω της

ανεπαρκούς μεταφοράς του μικροβιώματος από την μητέρα. Μια άλλη υπόθεση, είναι η μειωμένη έκθεση του εμβρύου σε ορμόνες του στρες από την παράκαμψη ερεθισμάτων που θα συνέβαιναν φυσιολογικά κατά τον κοιλικό τοκετό. Για παράδειγμα, η αύξηση των ορμονών του στρες είναι μείζονος σημασίας για την ανάπτυξη του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (92). Έτσι, μία ΠΚΤ στις 39 εβδομάδες κύησης θα μπορούσε να αυξήσει τον κίνδυνο αναπνευστικών διαταραχών και υπογλυκαιμικών επεισοδίων (87), παροδικής ταχύπνοιας ή συνδρόμου αναπνευστικής δυσχέρειας που μπορεί να οδηγήσει σε εισαγωγή του νεογνού στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) (26).

Όσον αφορά τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις, έχουν γίνει αρκετές συσχετίσεις μεταξύ ΚΤ και αλλεργικών αντιδράσεων, ατοπικής δερματίτιδας, άσθματος, μεταβολικού συνδρόμου (παχυσαρκία, σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1, υπέρταση), γαστρεντερικών και ηπατικών παθήσεων, αυτοάνοσων νοσημάτων, διαταραχών αυτιστικού φάσματος, διαταραχών συμπεριφοράς και μαθησιακών διαταραχών (87), (93). Η παχυσαρκία, το άσθμα και το έκζεμα έχουν συνδεθεί με την ΚΤ και συνδέονται με το μικροβίωμα (94).

1.1.8. Κοιλικός Τοκετός μετά από Καισαρική Τομή

Όπως έχει αναφερθεί και σε προηγούμενη ενότητα, το παλιό ρητό των εδώ και 30 περίπου ετών, «Μια φορά Καισαρική, πάντα Καισαρική» (13), δείχνει να αμφισβητείται, εφόσον σε πολλές περιπτώσεις έχει φανεί πως δεν είναι απαραίτητη η επανάληψη μιας ΚΤ σε επόμενη εγκυμοσύνη. Το TOLAC είναι η προσπάθεια επίτευξης κοιλικού τοκετού με προηγούμενη ΚΤ. Το ποσοστό επιτυχίας της μεθόδου αγγίζει το 60-80%. Το επιτυχές TOLAC οδηγεί σε VBAC (Vaginal Birth After Cesarean) (95). Με ένα επιτυχημένο TOLAC αποφεύγεται ένα επιπλέον χειρουργείο κοιλιάς με τις άμεσες και μακροχρόνιες επιπτώσεις που το συνοδεύουν, επιτυγχάνεται πιο γρήγορη αποκατάσταση στη γυναίκα, αποφεύγεται το ενδεχόμενο επανάληψης του χειρουργείου σε επόμενη εγκυμοσύνη και αυξάνεται η μητρική ικανοποίηση από την επίτευξη ενός φυσιολογικού τοκετού. Βέβαια, δε μπορούν να είναι όλες οι γυναίκες με προηγηθείσα ΚΤ υποψήφιες για TOLAC. Οι συστάσεις, λοιπόν, που

πρέπει να ακολουθούνται, αφορούν την έγκυο, τους επαγγελματίες υγείας και τις ιατρικές εγκαταστάσεις (96) :

1. Η χαμηλή εγκάρσια τομή προηγούμενης ΚΤ είναι ευνοϊκός παράγοντας.
2. Ευνοϊκότερες είναι, επίσης, οι συνθήκες σε γυναίκες με ιστορικό ΚΤ και φυσιολογικού τοκετού ή σε έγκυες με ιστορικό αυτόματης έναρξης τοκετού.
3. Σε περιπτώσεις που αντενδείκνυται το VBAC, θα μπορούσε να γίνει TOLAC. Ωστόσο, οι γυναίκες θα πρέπει να ενημερωθούν ότι έχουν μικρές πιθανότητες για VBAC και αυξημένες πιθανότητες επιπλοκών σε επανάληψη της ΚΤ.
4. Οι γυναίκες πρέπει να ενημερώνονται για την ύπαρξη σχετικών κινδύνων και επιπλοκών, όμως πρέπει και να γνωρίζουν ότι οι απόλυτοι κίνδυνοι είναι εξαιρετικά χαμηλοί. Ο βασικός κίνδυνος ρήξης μήτρας μετά από TOLAC είναι 0,47% σε γυναίκες με ιστορικό χαμηλής εγκάρσιας ΚΤ.
5. Αυξάνεται ο κίνδυνος ρήξης μήτρας σε εγκυμοσύνη με διάστημα < 18 μηνών από την προηγούμενη ΚΤ, σε μήτρα που έκλεισε με ένα μόνο ένα στρώμα ραμμάτων ή σε τομή Τ.
6. Οι γυναίκες με ιστορικό δύο ΚΤ έχουν τον ίδιο κοιλιακό τοκετό με εκείνες που έχουν μία ΚΤ. Οι γυναίκες με δύο ΚΤ πρέπει να ενημερώνονται για αύξηση του κινδύνου ρήξης μήτρας. Ωστόσο, υπάρχουν περιορισμένες μελέτες σχετικά με τα αποτελέσματα σε γυναίκες με ιστορικό δύο ή περισσότερων ΚΤ.
7. Η πρόκληση τοκετού δεν αντενδείκνυται. Οι γυναίκες, επίσης, πρέπει να ενημερώνονται ότι η πρόκληση τοκετού σχετίζεται με χαμηλά ποσοστά VBAC και αυξημένο κίνδυνο ρήξης μήτρας που αυξάνεται μετά τις 40 εβδομάδες κύησης και μετά τη χρήση ωκυτοκίνης.
8. Η μισοπροστόλη αντενδείκνυται για πρόκληση τοκετού σε TOLAC.
9. Δεν αποτελούν αντένδειξη η ισχιακή προβολή και η δίδυμος κύηση.
10. Η συνεχόμενη καρδιοτοκογραφική παρακολούθηση του εμβρύου είναι απαραίτητη γιατί οι αλλαγές στον καρδιακό ρυθμό του εμβρύου είναι από τους βασικούς δείκτες ρήξης μήτρας.
11. Για βέλτιστα μητρικά και νεογνικά αποτελέσματα, το TOLAC πρέπει να πραγματοποιείται σε νοσοκομεία που διαθέτουν τον κατάλληλο εξοπλισμό και το απαραίτητο προσωπικό (γυναικολόγοι, μαιές, αναισθησιολόγοι, παιδίατροι) για να διενεργηθεί μια ΕΚΤ.

1.1.9. Μέθοδοι Αναισθησίας στην Καισαρική Τομή

Οι τεχνικές αναισθησίας επιλέγονται βάσει κλινικής εικόνας της εγκύου, την επιθυμία της και την εμπειρία του αναισθησιολόγου. Ωστόσο, η μέθοδος αναισθησίας που θα χρησιμοποιηθεί για μια επέμβαση ΚΤ, είναι σημαντική για τη μητρική και τη νεογνική υγεία. Στις επεμβάσεις ΚΤ χρησιμοποιούνται δύο τύποι αναισθητικών μεθόδων: α) η γενική αναισθησία και β) η περιφερική αναισθησία (επισκληρίδιος, ραχιαία ή συνδυασμός επισκληριδίου και νωτιαία αναισθησίας) (97). Σε γενικές γραμμές η γενική αναισθησία, αν και χρησιμοποιείται ακόμα σε κάποιες περιπτώσεις, έχει συνδεθεί με λιγότερο ευνοϊκά μητρικά και νεογνικά αποτελέσματα. Είναι γεγονός, πως η αποτυχία μιας διασωλήνωσης είναι περισσότερο συχνή σε έγκυες ασθενείς λόγω των αλλαγών στο αναπνευστικό σύστημα κατά την εγκυμοσύνη που περιπλέκουν την διαχείριση των αεραγωγών. Παρά το γεγονός ότι η γενική αναισθησία παρέχει ένα συντομότερο σε χρονικό διάστημα χειρουργείο και άλλα σημαντικά πλεονεκτήματα που περιλαμβάνουν, τη διατήρηση του ανοικτού αεραγωγού και τον ελεγχόμενο αερισμό, υπάρχουν σημαντικές επιπλοκές όπως, η αποτυχημένη διασωλήνωση, ο αποτυχημένος αερισμός και η εισρόφιση γαστρικού περιεχομένου. Επίσης, αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι σε καισαρικές τομές που γίνονται υπό γενική αναισθησία, υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα αιμορραγίας σε σχέση με τις περιπτώσεις καισαρικών τομών που γίνονται με περιοχική αναισθησία (98). Ακόμη και σε καταστάσεις ΕΚΤ, η γενική αναισθησία δε σχετίζεται με καλύτερα νεογνικά αποτελέσματα (99). Από την άλλη πλευρά, η περιοχική αναισθησία θεωρείται ως η προτιμότερη μέθοδος για μια εκλεκτική ΚΤ, με λιγότερες επιπλοκές λόγω της αποφυγής χρήσης του αεραγωγού, του μειωμένου κινδύνου εισρόφισης και της ευκολότερης εκτέλεσης της (100). Ωστόσο, σε αποτυχία εκτέλεσης της, η γενική αναισθησία συνεχίζει να αποτελεί μέθοδο εκλογής για την περάτωση της ΚΤ. Μέσα στα μειονεκτήματα της περιοχικής αναισθησίας περιλαμβάνεται η υπόταση, η τοξικότητα του φαρμάκου, ο μετεγχειρητικός πονοκέφαλος και η νευρική βλάβη (101). Επομένως, η επιλογή της μεθόδου αναισθησίας, εκτός από την κρίση του αναισθησιολόγου και την επιθυμία της μητέρας, εξαρτάται επίσης από και τον βαθμό του επείγοντος για την εκτέλεση του χειρουργείου. Ασφαλώς, όμως, η εκτέλεση μιας περιοχικής αναισθησίας έχει περισσότερα πλεονεκτήματα για την επίτοκο. Όσον αφορά το νεογνό, τόσο η

περιοχική όσο και η γενική αναισθησία εγκυμονούν κινδύνους, εφόσον παρατηρείται νεογνική οξέωση μετά από περιοχική αναισθησία (102) και χαμηλότερο Apgar Score κατά το πρώτο λεπτό σε νεογνά μετά από γενική αναισθησία (103).

1.2. Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες

1.2.1. Το Τραύμα και η Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες

Στη ζωή ενός ανθρώπου, πολλά δυσάρεστα γεγονότα μπορούν να συμβούν λιγότερο ή περισσότερό σημαντικά, με διαφορετικό αντίκτυπο κάθε φορά στον ίδιο τον άνθρωπο και το περιβάλλον του. Πότε όμως ένα δυσάρεστο γεγονός μπορεί να χαρακτηριστεί ως τραυματικό; Τα χαρακτηριστικά που τοποθετούν ένα γεγονός στην κατηγορία του τραύματος αποτελούνται από: α) το αναπάντεχο του συμβάντος που αναστατώνει τον ψυχικό κόσμο του ατόμου, β) το ασυνήθιστο γεγονός που αιφνιδιάζει το άτομο, γ) τη μειωμένη ικανότητα ελέγχου του γεγονότος που κάνει φανερή την αίσθηση αδυναμίας του ατόμου και δ) τις μη αναστρέψιμες μακροχρόνιες συνέπειες, οι οποίες εξαντλούν τους ψυχικούς πόρους που διαθέτει ο άνθρωπος (104), (105). Συνεπώς, όταν ένα άτομο βιώσει ένα ασυνήθιστο και αναπάντεχο γεγονός το οποίο έχει μακροχρόνιες επιπτώσεις στη ζωή του, υπάρχει το ενδεχόμενο να εμφανίσει μακροχρόνιες ψυχικές και κοινωνικές δυσκολίες. Πιο συγκεκριμένα, ένα τραυματικό συμβάν μπορεί να προκαλέσει παρειασθητικές και μηρυκαστικές σκέψεις που ως στόχο έχουν την επεξεργασία των τραυματικών πληροφοριών. Η ψυχική απάντηση σε ένα τραυματικό συμβάν μπορεί να διαφέρει από άτομο σε άτομο και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες συμπεριλαμβανομένων των χαρακτηριστικών του ατόμου, των κοινωνικο-πολιτιστικών παραγόντων, καθώς και του τύπου του συμβάντος. Το τραύμα μπορεί να επηρεάσει τις αντιλήψεις του ατόμου και τις πεποιθήσεις του για το μέλλον μέσω της απελπισίας, της έλλειψης προσδοκιών, του φόβου της αιφνίδιας απώλειας της ζωής και την πρόβλεψη αφύσικων γεγονότων (105). Οι συμπεριφορικές αντιδράσεις ποικίλουν και μπορεί να περιλαμβάνουν εξάντληση, άγχος, θλίψη, ρηχό συναίσθημα, διέγερση, ακόμα και απόσυρση από τις καθημερινές δραστηριότητες και μπορεί να διαρκέσουν από εβδομάδες έως μήνες μέχρι να επανέλθει το άτομο στην πρότερη κατάστασή του. Επιπλέον, μπορεί να προκληθούν σεξουαλικές διαταραχές και άλλα οργανικά προβλήματα, όπως πονοκέφαλος, διάφορα σωματικά άλγη,

αίσθημα κόπωσης, γαστρεντερικές διαταραχές και επιθετική συμπεριφορά. Σε πιο σοβαρές περιπτώσεις, παρατηρείται συνεχιζόμενη δυσφορία χωρίς περιόδους ανάπαυσης, έντονα συμπτώματα διάσπασης και έντονη επαναβίωση του συμβάντος παρά την επιστροφή του ατόμου στην ασφάλεια. Τα σωματικά συμπτώματα αποτελούν μέρος των σοβαρών περιπτώσεων, είναι πιθανότερο να εμφανιστούν σε διαταραχές τραύματος και περιλαμβάνουν ψυχική δυσφορία μέσω ανησυχιών για υποτιθέμενες νόσους. Η σωματοποίηση των συμπτωμάτων δείχνει την αδυναμία έκφρασης της συναισθηματικής δυσφορίας και συνήθως είναι σημάδι σοβαρής ψυχικής νόσου (106). Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι κάποιοι ερευνητές, αποφεύγουν να αναφερθούν στον όρο *τραυματικά γεγονότα* αποφεύγοντας το στιγματισμό και προτιμούν να χρησιμοποιούν τους όρους *ακραία* ή *δυσμενή γεγονότα* (107). Βέβαια, η πλειοψηφία των ανθρώπων που βίωσαν ένα τραύμα αναφέρει ότι νιώθει καλύτερα, σταδιακά μετά το συμβάν. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι περισσότεροι άνθρωποι αναπτύσσουν τις κατάλληλες στρατηγικές αντιμετώπισης, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής υποστήριξης για την αντιμετώπιση των συνεπειών του τραυματικού συμβάντος (106). Αν όμως μετά την πάροδο του ενός μήνα, τα συμπτώματα χειροτερεύουν αντί να παρέρχονται, το άτομο μπορεί να πάσχει από κάποια Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες (ΜΔΣ) (108).

Ως ΜΔΣ ορίζεται η διαταραχή τραύματος που μπορεί να εμφανιστεί μετά από την εμπειρία σε διαφορετικές μορφές έκθεσης, ενός απειλητικού για τη ζωή γεγονότος. Πιο συγκεκριμένα, η ΜΔΣ είναι μια διαταραχή που μπορεί να εμφανιστεί ως απάντηση σε άτομα που έχουν βιώσει ένα τραυματικό συμβάν, όπως φυσική καταστροφή, σοβαρό ατύχημα, πόλεμος, τρομοκρατική ενέργεια, βιασμό ή άλλου είδους σεξουαλική βία ή απειλή θανάτου (108). Σύμφωνα με το Διαγνωστικό Στατιστικό Εγχειρίδιο (Diagnostic and Statistical Manual -5, DSM-5) (109), η ΜΔΣ ανήκει στις διαταραχές που συνδέονται με τραύμα και στρεσογόνους παράγοντες. Πιο συγκεκριμένα, τα οκτώ κριτήρια που πρέπει να πληρούνται για να τεθεί η διάγνωση ΜΔΣ σε ενήλικες και παιδιά μεγαλύτερα των 6 ετών είναι:

1. *Κριτήριο Α.* Το άτομο εκτέθηκε (βίωσε άμεσα, βίωσε ως μάρτυρας, πληροφορήθηκε ότι συνέβη δικό του άτομο, βιώνει μέσω της εργασίας του) σε ένα τραυματικό συμβάν πραγματικού ή επαπειλούμενου θανάτου ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας.

2. *Κριτήριο Β.* Το άτομο εμφανίζει συμπτώματα επαναβίωσης του τραυματικού γεγονότος που παρουσιάζονται με επαναλαμβανόμενα όνειρα, αναδρομές στο τραυματικό συμβάν (flashbacks) και ψυχική δυσφορία.
3. *Κριτήριο Γ.* Το άτομο εμφανίζει συμπτώματα αποφυγής ερεθισμάτων που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός μέσω της αποφυγής σκέψεων, συναισθημάτων ή εξωτερικών υπενθυμίσεων του τραυματικού συμβάντος.
4. *Κριτήριο Δ.* Το άτομο εμφανίζει μια αρνητική μεταβολή στη διάθεση και στις γνωστικές λειτουργίες μέσω της αποσυνδετικής αμνησίας, των επίμονων συγκινησιακών καταστάσεων, τη διαστρέβλωση των γνωστικών λειτουργιών όσον αφορά το αίτιο του τραυματικού συμβάντος, αισθήματα αποξένωσης και μειωμένο κοινωνικό ενδιαφέρον.
5. *Κριτήριο Ε.* Εμφάνιση υπερδιέγερσης και ευερεθιστότητας που σχετίζεται με το τραυματικό γεγονός και εκδηλώνεται με εκρήξεις θυμού, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, διαταραχές ύπνου, υπερεπαγρύπνηση, υπερβολική απάντηση στο ξάφνιασμα και δυσκολία συγκέντρωσης.
6. *Κριτήριο ΣΤ.* Η διάρκεια των παραπάνω συμπτωμάτων (κριτήρια Β, Γ, Δ, Ε) της ΜΔΣ, πρέπει να είναι μεγαλύτερη από ένα μήνα.
7. *Κριτήριο Ζ.* Η διαταραχή πρέπει να προκαλεί σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητα του ατόμου.
8. *Κριτήριο Η.* Τα συμπτώματα της ΜΔΣ να μην οφείλονται στη δράση κάποιων φαρμάκων, ουσίας ή σωματικής κατάστασης.

Για να τεθεί η διάγνωση της ΜΔΣ, πρέπει οπωσδήποτε να πληρούται το Κριτήριο Α, τουλάχιστον ένα στοιχείο του Κριτηρίου Β, τουλάχιστον ένα στοιχείο του Κριτηρίου Γ, δύο στοιχεία του Κριτηρίου Δ και δύο στοιχεία επίσης του Κριτηρίου Ε (109)

Η ΜΔΣ επηρεάζει κάθε χρόνο το 3.5% των ενηλίκων στις ΗΠΑ, με μία εκτίμηση ότι 1 στα 11 άτομα θα εμφανίσουν τη συγκεκριμένη διαταραχή στη ζωή τους (108). Οι γυναίκες έχουν διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν ΜΔΣ απ' ότι οι άνδρες (110) και αυτό αντικατοπτρίζει τις αγχώδεις καταστάσεις, τις ορμονικές μεταβολές, την ενδοοικογενειακή βία και τις τραυματικές εμπειρίες τοκετού από τις οποίες επηρεάζεται το γυναικείο φύλο.

1.2.2. Θεωρίες Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες

Πολλές προσεγγίσεις έγιναν σχετικά με τον μηχανισμό ανάπτυξης της ΜΔΣ. Σύμφωνα με τη θεωρία αντίδρασης στο στρες του Horowitz (111), το σοκ και η έντονη άρνηση του συμβάντος θεωρείται η πρωταρχική αντίδραση του ανθρώπου στο τραύμα. Αν και κάθε άνθρωπος εμφανίζει διαφορετική αντίδραση στο στρες, αναμένεται πως μετά από ένα τραυματικό συμβάν θα αντιδράσουν σε κάποιο βαθμό όλοι οι άνθρωποι. Τα συμπτώματα που θα εμφανιστούν σχετίζονται κυρίως με την επαναβίωση του συμβάντος και συμπεριφορά αποφυγής. Η αναβίωση λοιπόν του τραύματος σύμφωνα με την παραπάνω θεωρία, θεωρείται μηχανισμός άμυνας, ο οποίος με την τάση επανάληψης του ίδιου τραύματος, αποσυμφορίζει μέχρι αυτό να ενσωματωθεί στη γνωστική λειτουργία. Η μη ενσωμάτωση των νέων τραυματικών εμπειριών στις γνωστικές διαδικασίες οδηγεί σε μια κατάσταση ταλάντευσης μεταξύ υπερδιέγερσης και συμπεριφορών αποφυγής συμβάλλοντας στην ανάπτυξη της ΜΔΣ.

Οι Foa και Kozak το 1986 (112), ανέπτυξαν τη θεωρία της συναισθηματικής επεξεργασίας (emotional processing theory), (γνωστή και ως θεωρία επεξεργασίας πληροφοριών), σε μια προσπάθεια δημιουργίας μιας ενοποιητικής θεωρίας που θα καθοδηγούσε τη χρήση της έκθεσης στη θεραπεία αγχώδων διαταραχών. Σύμφωνα με τη θεωρία της συναισθηματικής επεξεργασίας πληροφοριών, η βασική έννοια της ανάπτυξης ΜΔΣ είναι η δομή φόβου. Η δομή του φόβου υπάρχει στη μνήμη και παρέχει πληροφορίες για το είδος του ερεθίσματος που προκάλεσε το φόβο και τις αντιδράσεις σε κάθε ερέθισμα. Όταν η δομή του φόβου ενεργοποιηθεί από παράγοντες που θυμίζουν το γεγονός, οδηγεί σε αυτόματες παρειασθηματικές σκέψεις. Οι προσπάθειες καταστολής αυτών των σκέψεων οδηγεί σε συμπεριφορές αποφυγής. Η φυσιολογική δομή φόβου-μνήμης προστατεύει από έναν υπαρκτό κίνδυνο, ενώ αντίθετα, η παθολογική δομή παρέχει διαστρέβλωση της πραγματικότητας και διαρκεί για αρκετό καιρό. Γενικότερα, η γνωστική αποφυγή οδηγεί το άτομο στην πεποίθηση ότι αυτό που φοβάται θα συμβεί. Από τη συγκεκριμένη θεωρία προκύπτουν οι τεχνικές έκθεσης στο τραυματικό ερέθισμα σε ελεγχόμενες συνθήκες, ώστε να μη συμβεί το δυσάρεστο αποτέλεσμα. Πιο συγκεκριμένα, η θεωρία της συναισθηματικής επεξεργασίας προτείνει ότι η έκθεση μπορεί να αλλάξει τη σχέση μεταξύ του δικτύου φόβου-μνήμης και για να συμβεί αυτό, πρέπει πρώτα να γίνει ενεργοποίηση του δικτύου και στη συνέχεια να κωδικοποιηθούν νέες πληροφορίες

που δεν είναι συμβατές με αυτές που υπάρχουν στο δίκτυο φόβου. Το γεγονός αυτό επιτυγχάνεται μέσω της εξοικείωσης.

Η ΜΔΣ είναι μια διαταραχή στην οποία το πρόβλημα είναι μια δυσάρεστη μνήμη για ένα γεγονός που έχει ήδη συμβεί. Έτσι λοιπόν, έχουμε ως δεδομένο ότι η ΜΔΣ εμφανίζεται μόνο όταν τα άτομα επεξεργάζονται τα τραυματικά συμβάντα με τρόπο που δημιουργεί την αίσθηση της άμεσης απειλής. Το γνωστικό μοντέλο (cognitive model of PTSD) (113), θεωρεί ως απειλή οποιοδήποτε τραύμα του παρελθόντος και εξηγεί την αλληλεπίδραση μεταξύ της γνωστικής επεξεργασίας του τραυματικού γεγονότος, τη μνήμη του συμβάντος και την αξιολόγηση του τραύματος από το άτομο. Τα χαρακτηριστικά του τραυματικού συμβάντος, η προϋπάρχουσα τραυματική εμπειρία και οι γνωστικές αντιλήψεις του ατόμου επηρεάζουν το μοντέλο αυτό κατά περίπτωση. Τα άτομα με αρνητικές αξιολογήσεις του τραύματος ωθούνται στην ανάπτυξη της ΜΔΣ μέσω της καταστροφολογίας, της υπεργενίκευσης και της αρνητικής αυτοκριτικής. Έτσι, το άτομο αντιλαμβάνεται ένα γεγονός ως σοβαρή απειλή και προσπαθεί να ελέγξει με μη λειτουργικές συμπεριφορές τις αρνητικές αξιολογήσεις συντηρώντας και εντείνοντας τη ΜΔΣ. Όταν ανακαλείται ένα συμβάν συνδέεται με προκατειλημμένες αντιδράσεις, ενώ πολλές φορές δε γίνεται αντιληπτό από το άτομο το ερέθισμα που προκαλεί το συγκεκριμένο συναίσθημα. Πιο συγκεκριμένα, η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι κάποια άτομα πιο ευάλωτα στο να αναπτύξουν ΜΔΣ αδυνατούν να οριοθετήσουν χρονικά το τραύμα με αποτέλεσμα εξαιτίας της ιδιοσυγκρασίας τους πολλές φορές, να γενικεύουν τις αρνητικές τους εμπειρίες. Ως αποτέλεσμα, αυτή η κατάσταση μπορεί να οδηγήσει σε συμπτώματα αναβίωσης, άρνησης και απώλειας του ελέγχου, ενώ αν το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου δείξει ότι προσπαθεί να αποφύγει σχετικές με το τραύμα συζητήσεις για να μειώσουν την ένταση του, αυτό μπορεί να εκληφθεί από το άτομο ως αδιαφορία και ίσως έμμεση απόδοση ευθυνών. Τα άτομα που βίωσαν ένα τραύμα φαίνεται ότι δυσκολεύονται πολλές φορές να ανασύρουν πλήρεις αναμνήσεις, με αποτέλεσμα να μη θυμούνται τις λεπτομέρειες του συμβάντος μέσω του μηχανισμού καταστολής της τραυματικής σκέψης και της αποφυγή επίπονων ερεθισμάτων. Με τους παραπάνω μηχανισμούς και μέσω του γνωστικού μηρυκασμού μπορεί να μειωθεί άμεσα η δυσφορία, αλλά σε βάθος χρόνου συντηρείται και ανατροφοδοτείται η ΜΔΣ

Σε μια άλλη θεωρία, γνωστή ως θεωρία της γνωστικής εκτίμησης (cognitive appraisal theory) (114), η Janoff-Bulman περιγράφει πως η ψυχική ανισορροπία που

προέρχεται από ένα τραυματικό συμβάν απορρέει από τη διάλυση των πεποιθήσεων του ατόμου ότι ο κόσμος είναι αγαθός και καλοπροαίρετος. Η δυσπροσάρμοστη απόκριση του ατόμου στο τραύμα, όπως η αυτοκατηγορία, είναι στην πραγματικότητα μια στρατηγική αποκατάστασης των ψευδαισθήσεων του για τον κόσμο ενώ οι διαφορετικές αντιδράσεις των θυμάτων προέρχονται από τη φύση του ίδιου του τραύματος. Επομένως, απαραίτητη προϋπόθεση για τη θεραπεία του τραύματος σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, είναι να ενσωματωθεί το τραυματικό γεγονός στην εμπειρία του ατόμου έτσι ώστε να γίνει λιγότερο απειλητικό.

Η θεωρία της διπλής εκπροσώπησης (dual representation theory), περιγράφει ότι τα τραύματα που βιώθηκαν στην πρώιμη παιδική ηλικία δημιουργούν δύο είδη μνήμης (λεκτικής και αυτόματης πρόσβασης). Η θεωρία εξηγεί πως οι εμπειρίες της αναβίωσης του τραύματος και η συναισθηματική επεξεργασία μπορούν να εξηγήσουν την φαινομενολογία των συμπτωμάτων και τελικά, η ΜΔΣ είναι μια αποτυχία του ατόμου να προσαρμοστεί στο τραύμα (115).

Τέλος, η θεωρία της γνωστικής επεξεργασίας (cognitive processing model) (116), σχετίζεται με τις θεωρίες του δικτύου του φόβου και υποστηρίζει ότι για να θεραπευτεί το τραύμα πρέπει να ενεργοποιηθεί το συγκεκριμένο δίκτυο. Με την επιτυχή ενεργοποίηση του δικτύου το άτομο κατακλύζεται από παρεισφρητικές σκέψεις που το αποφορτίζουν και το οδηγούν σε καλύτερη προσαρμογή.

1.2.3. Παράγοντες που επιδρούν στην Εμφάνιση Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες

Παρότι είναι απαραίτητη η εμφάνιση του Κριτηρίου Α στην ανάπτυξη ΜΔΣ (117), η έκθεση σε ένα τραυματικό συμβάν δε σημαίνει απαραίτητα ότι θα αναπτυχθεί η διαταραχή. Επομένως, η παρουσία κάποιων παραγόντων (προσωπικών ή κοινωνικών), καθιστά το άτομο περισσότερο ευάλωτο στο ψυχικό τραύμα όπως: το ιστορικό προηγούμενης έκθεσης σε τραύμα (κυρίως το ιστορικό κακοποίησης), το ιστορικό ψυχιατρικών διαταραχών κυρίως κατάθλιψης, το ιστορικό κατάχρησης ουσιών, το χρόνιο στρες, ιδιαίτερα όταν υπάρχει από μικρή ηλικία, η ανεπαρκής οικογενειακή υποστήριξη και το γυναικείο φύλο (118).

Το Γυναικείο Φύλο

Όσον αφορά τη συχνότερη εμφάνιση ΜΔΣ στο γυναικείο φύλο, το Εθνικό Κέντρο Μετατραυματικού Στρες στην Αμερική (119), αναφέρει πως λίγο παραπάνω από το ήμισυ όλων των γυναικών θα αναπτύξουν τη διαταραχή (10% για τις γυναίκες, 4% για τους άνδρες). Οι συνηθέστερες τραυματικές εμπειρίες που βιώνουν οι γυναίκες είναι η σεξουαλική παρενόχληση ή ο βιασμός και η σεξουαλική κακοποίηση ως παιδιά (120). Περίπου μια στις τρεις γυναίκες εκτιμάται ότι θα υποστεί σεξουαλική επίθεση στη ζωή της ενώ είναι πιο πιθανό για τις γυναίκες να κακοποιηθούν ή να παραμεληθούν ως παιδιά ή να βιώσουν ενδοοικογενειακή βία, ως παιδιά ή ενήλικες. Σύμφωνα με έρευνα του Centers of Diseases Control and Prevention (CDC) (121), σχετικά με τη σεξουαλική βία που διεξήχθη το 2010, μία στις πέντε γυναίκες (18.3%), στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ) έχει βιαστεί κάποια στιγμή στη ζωή της.

Μετά από ένα τραυματικό γεγονός οι γυναίκες κατηγορούν τον εαυτό τους πιο συχνά απ' ότι οι άνδρες, με αποτέλεσμα να έχουν αυξημένες πιθανότητες να βιώσουν καταθλιπτικά συναισθήματα, να γίνουν θύματα εξαρτήσεων (ναρκωτικά, αλκοόλ) ή να αναπτύξουν ΜΔΣ. Επομένως, οι παράγοντες που επηρεάζουν το γυναικείο φύλο να αναπτύξει ΜΔΣ εκτός από τη σεξουαλική επίθεση είναι το ιστορικό μιας ψυχικής διαταραχής (κατάθλιψη - άγχος), ο τραυματισμός κατά τη διάρκεια μιας εκδήλωσης, η έντονη αντίδραση κατά τη στιγμή του γεγονότος, οι στρεσογόνες εμπειρίες που ακολουθούν το συμβάν και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης. Η εμφάνιση των συμπτωμάτων ΜΔΣ επίσης, διαφέρει μεταξύ ανδρών και γυναικών. Έτσι, οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να είναι περισσότερο ανατρεπτικές, να βιώνουν πιο έντονα συναισθήματα και να αποφεύγουν οτιδήποτε τους θυμίζει το τραύμα σε σχέση με τους άνδρες. Οι άνδρες με τη σειρά τους, μπορεί να αισθάνονται περισσότερο θυμό και να αντιμετωπίσουν προβλήματα με τη διαχείριση του σε σχέση με τις γυναίκες που κατακλύζονται περισσότερο από καταθλιπτικά συναισθήματα. Από την άλλη πλευρά, οι γυναίκες λόγω του έντονα συναισθηματικού και εκδηλωτικού χαρακτήρα τους μοιράζονται πιο εύκολα τα συναισθήματα τους με άλλους, και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αναζητούν γρηγορότερα βοήθεια και να ανταποκρίνονται καλύτερα στη θεραπεία σε σχέση με τους άνδρες (122). Ωστόσο, η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων δεν μπορεί να εξηγήσει πλήρως την διαφορετικότητα στον επιπολασμό της ΜΔΣ, καθώς οι γυναίκες φαίνεται να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν

την διαταραχή ακόμα και αν εκτεθούν στα ίδια τραύματα με τους άνδρες (123). Μια λογική εξήγηση για τη διαφορά μεταξύ των φύλων, φαίνεται να είναι το γεγονός ότι οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς σε νοσήματα ψυχικής υγείας και είναι περισσότερο εκτεθειμένες στο χρόνιο τραύμα μέσα από τις διαπροσωπικές τους σχέσεις, σε αντίθεση με τους άνδρες. Για παράδειγμα, το φαινόμενο της ενδοοικογενειακής βίας αποτελεί ένα συνεχόμενο τραυματικό γεγονός που πλήττει σε μεγαλύτερο βαθμό τις γυναίκες (124), (125).

Ο ρόλος των Τραυματικών Γεγονότων Ζωής και του Ψυχιατρικού Ιστορικού

Η οποιαδήποτε προηγούμενη εμπειρία ΜΔΣ, είναι γεγονός πως μπορεί να επηρεάσει την εκ νέου εμφάνιση του. Αρκετές μελέτες κάνουν αναφορά στην ύπαρξη τουλάχιστον ενός έως τεσσάρων τραυματικών εμπειριών σε άτομα που νόσησαν από ΜΔΣ (126). Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί μέσα από το μοντέλο της «ευαισθητοποίησης» της συμπεριφορικής απόκρισης του ατόμου. Στο μοντέλο της «ευαισθητοποίησης» εξηγείται η αύξηση της συμπεριφορικής αντιδραστικότητας με την ίδια δόση διεγερτικού ερεθίσματος κατά την πάροδο του χρόνου. Η αντίδραση αυτή χαρακτηρίζεται από υπερκινητικότητα, ένταση και στερεότυπη συμπεριφορά (127). Το επαναλαμβανόμενο στρες, επίσης, μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη συμπεριφορική ανταπόκριση στα ψυχοκινητικά διεγερτικά (αμφεταμίνες, κοκαΐνη) και αντίστροφα η χορήγηση αμφεταμινών μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη συμπεριφορική αντίδραση στο στρες. Ο μηχανισμός αυτός περιγράφηκε το 1988 από τον Antelman και είναι γνωστός ως «διασταυρούμενη ευαισθητοποίηση» (128).

Πολλά παρελθόντα τραυματικά γεγονότα ζωής έχουν, συνήθως, μεγαλύτερο αντίκτυπο απ' ότι ένα, ενώ τα άτομα που βίωσαν κακοποίηση στην παιδική ηλικία είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν τραύμα στην ενήλικη ζωή (129). Μάλιστα, όσο πιο σοβαρά και όσο περισσότερα είναι τα τραυματικά συμβάντα του παρελθόντος, τόσο μεγαλύτερη αναμένεται να είναι η ανάπτυξη των συμπτωμάτων ΜΔΣ (130). Επίσης, σε μία έρευνα μεταξύ ατόμων με και χωρίς παρελθούσες τραυματικές εμπειρίες, φάνηκε πως ένα τραυματικό γεγονός μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο ανάπτυξης ΜΔΣ μετά από έκθεση σε νέο τραύμα. Έτσι, τα άτομα που είχαν βιώσει μια τραυματική εμπειρία στο παρελθόν και ανέπτυξαν ΜΔΣ είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο για μια εκ

νέου ανάπτυξη της διαταραχής μέσω της ευαισθητοποίησης (131). Επομένως, τραύματα του παρελθόντος που αφορούν βία στην παιδική ηλικία ή μεταγενέστερα, καθώς και η παρουσία πολλαπλών τραυμάτων, πενταπλασιάζουν την πιθανότητα να αναπτύξει ένα άτομο ΜΔΣ, αν εκτεθεί σε ένα νέο τραυματικό γεγονός (129).

Το ιστορικό ψυχιατρικών διαταραχών φαίνεται να έχει μια αμφίδρομη σχέση με τα τραυματικά γεγονότα ζωής και μαζί παίζουν έναν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη ΜΔΣ. Έτσι, οι ψυχιατρικές διαταραχές μπορεί να ευθύνονται για την έκθεση σε τραύμα, αλλά και η έκθεση σε τραύμα μπορεί να ευθύνεται για την ανάπτυξη μιας ψυχιατρικής διαταραχής. Για παράδειγμα, τα τραύματα και οι αντιξοότητες της παιδικής ηλικίας όπως ο βιασμός, οι φυσικές καταστροφές, το διαζύγιο των γονέων ή ακόμα και η κατάθλιψη που βιώνει η μητέρα (132), μπορεί να οδηγήσουν σε ψυχικές διαταραχές στην ενήλικη ζωή του ατόμου. Σύμφωνα μάλιστα με έρευνα των Brown et al (133), η ευπάθεια στις αγχώδεις διαταραχές προέρχεται από εμπειρίες της παιδικής ηλικίας. Μια εξήγηση που θα μπορούσε να δοθεί πάνω σε αυτά τα δεδομένα έχει να κάνει με το κοινωνικό περιβάλλον του παιδιού. Επομένως, τα περιβάλλοντα που σχετίζονται με υψηλό κίνδυνο τραυματικών γεγονότων στην παιδική ηλικία, σχετίζονται με μειωμένη ικανότητα αντιμετώπισης τραυματικών γεγονότων στην ενήλικη ζωή (129).

Η μείζων κατάθλιψη, όπως και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, σχετίζονται τόσο με την έκθεση στο τραύμα όσο και με την επαναλαμβανόμενη έκθεση στο τραύμα. Έτσι, τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχιατρική διαταραχή ενδέχεται να θυμούνται περισσότερο τις αρνητικές εμπειρίες σε σχέση με τα άτομα που δεν πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή, τα οποία μπορεί να μην αποδώσουν κάποια αιτιώδη σημασία στο συμβάν (134). Επίσης, σημαντικό ρόλο εκτός από το ατομικό ιστορικό κατάθλιψης και της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, παίζουν και κάποια άλλα τρωτά σημεία της προσωπικότητας του ατόμου όπως οι νευρώσεις, το ιστορικό κατάχρησης ουσιών αλλά και το οικογενειακό ιστορικό ψυχικής νόσου. Οι παραπάνω παράγοντες θεωρούνται σύμφωνα με έρευνες σε δείγματα πολιτών, ως τα ισχυρότερα προγνωστικά μιας ψυχιατρικής αντίδρασης από ότι η σοβαρότητα του τραύματος (135), (136), (137). Όσον αφορά και το οικογενειακό ιστορικό ψυχοπαθολογίας και το ιστορικό κατάχρησης ουσιών, φαίνεται ότι τα άτομα αυτά εμφανίζουν και μεγαλύτερη περιτραυματική δυσφορία, καθώς εκτέθηκαν σε ένα τραυματικό γεγονός (137).

Τα Συστήματα Κοινωνικής Υποστήριξης

Στη σχέση μεταξύ τραυματικής εμπειρίας και ανάπτυξης ΜΔΣ πολύ συχνά μεσολαβούν τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, η ΜΔΣ αναπτύσσεται αντιστρόφως ανάλογα με την παροχή κοινωνικής υποστήριξης στο άτομο, ακόμα και με την αρνητική αντίληψη που μπορεί να έχει το άτομο σχετικά με το κοινωνικό δίκτυο (138), (139). Οι ερευνητές εδώ και καιρό έχουν αναγνωρίσει τη σημασία του περιβάλλοντος στην ανάπτυξη της προσωπικότητας και της αυτοαντίληψης (140), (141), στην κοινωνική ευημερία, στην πρόληψη της κατάθλιψης και της εξουθένωσης, όπως και στην πρόληψη ΜΔΣ (142). Κάποιες μελέτες θεωρούν την κοινωνική υποστήριξη ως ρυθμιστή άγχους: επομένως καταλήγουν ότι έχει θετική επίδραση στην πρόληψη ΜΔΣ (143), ενώ σύμφωνα με τον Hobfoll (μοντέλο διατήρησης των πόρων) (144), η κοινωνική υποστήριξη θα μπορούσε να αντικαταστήσει άλλους πόρους για να γίνει ανεκτό το άγχος. Ένας άλλος καθοριστικός παράγοντας ανάπτυξης ΜΔΣ μετά από ψυχικό τραυματισμό φαίνεται πως είναι οι γνωστικές λειτουργίες του ατόμου, οι στάσεις και οι αντιλήψεις του, καθώς και οι αντιλήψεις της κοινωνικής ομάδας στην οποία ανήκει (97), (145). Η αποκάλυψη των συναισθημάτων και των σκέψεων στους άλλους παρέχει την δυνατότητα αφομοίωσης του τραύματος και συμβάλλει στην διαχείριση των αρνητικών σκέψεων και στη μείωση της μετατραυματικής δυσφορίας (111). Όσον αφορά την επίδραση της ΜΔΣ στην κοινωνική υποστήριξη, η ψυχική δυσφορία του πάσχοντος θεωρείται ότι επιδρά αρνητικά και με δυσάρεστα αποτελέσματα στο άτομο και το περιβάλλον του (θεωρία κοινωνικής επιλογής) (146). Αυτό δεν είναι δύσκολο να γίνει κατανοητό αν λάβουμε υπ όψιν ότι το άτομο που πάσχει από ΜΔΣ αντιμετωπίζει δυσκολίες, οι οποίες συνδέονται με τις διαπροσωπικές σχέσεις που δημιουργούνται από τις παραμορφωμένες αντιλήψεις των ατόμων σχετικά με την υποστήριξη τους (147). Επομένως, η πλήρης κατανόηση των επιπτώσεων των διαφορετικών πηγών υποστήριξης απαιτεί διαπολιτισμική προοπτική, με δεδομένο ότι το πολιτισμικό υπόβαθρο (ατομικό- συλλογικό) μπορεί να επηρεάσει τους τρόπους με τους οποίους τα άτομα αντιλαμβάνονται το πρόβλημα ή αναζητούν κοινωνική υποστήριξη (142).

1.3. Μερική Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες (Προφίλ Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες)

Από τότε που η μετατραυματική διαταραχή εισήχθη ως νοσολογική κατηγορία στο DSM-III το 1980 (148) μέχρι την αναθεωρημένη έκδοση του σήμερα (109), η έννοια του μετατραυματικού στρες παραμένει ακόμα ένα φλέγον αντικείμενο συζήτησης. Ένα θέμα όμως που προέκυψε, αφορούσε τον ελάχιστο αριθμό συμπτωμάτων για τη θετική διάγνωση του μετατραυματικού στρες. Όπως είδαμε παραπάνω, για να τεθεί η διάγνωση της ΜΔΣ, είναι απαραίτητο να υπάρχει το Κριτήριο Α, ένα τουλάχιστον στοιχείο από Κριτήριο αναβίωσης, ένα τουλάχιστον στοιχείο από το Κριτήριο αποφυγής, δύο τουλάχιστον στοιχεία από το Κριτήριο αρνητικής μεταβολής του συναισθήματος και δύο τουλάχιστον στοιχεία από το Κριτήριο υπερδιέγερσης. Τα συμπτώματα όμως, πρέπει να διαρκούν τουλάχιστον ένα μήνα και να επηρεάζουν σοβαρά την κοινωνική ζωή του ατόμου (109), (149). Αυτός βέβαια ο κανόνας είναι αρκετά περιοριστικός, καθώς ορισμένα άτομα αν και μπορεί να υποφέρουν από ενοχλητικά συμπτώματα, δεν πληρούν όλα τα κριτήρια του μετατραυματικού στρες του DSM-5. Για να αντιμετωπιστεί, λοιπόν, αυτό το πρόβλημα, κάποιοι συγγραφείς (150), (151), (152), πρότειναν την έννοια του Μερικού μετατραυματικού στρες ή προφίλ ή υποσυνδρόμου. Αν και έχουν αναφερθεί υψηλά ποσοστά του Μερικού μετατραυματικού στρες (153), (154), ο επιπολασμός του διαφέρει μεταξύ των διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων (153).

Συνεπώς, η κατηγορία αυτή του Μερικού μετατραυματικού στρες χρήζει της ίδιας προσοχής με τη ΜΔΣ, καθώς ένας μεγάλος αριθμός θυμάτων εκτεθειμένων σε τραύμα αποκλείεται από τη διάγνωση και ως κατά συνέπεια, από την ειδική θεραπεία. Η Μερική ΜΔΣ σχετίζεται με επίπεδα υψηλής κοινωνικής και εργασιακής νοσηρότητας (συχνή απουσία στο χώρο εργασίας), αυτοκτονικό ιδεασμό, χρήση αλκοόλ και αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, επιφέροντας σημαντική έκπτωση στην κοινωνική ζωή του ατόμου (155). Αν και τα συμπτώματα της Μερικής ΜΔΣ μοιάζουν αρκετά με την ΜΔΣ, υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις ότι τα δύο σύνδρομα διαφέρουν μεταξύ τους. Σε μια έρευνα που διεξήχθη το 1995 (156), αναφέρθηκε ότι το πλήρες και μερικό σύνδρομο μπορεί να χρησιμοποιούν διαφορετικούς αμυντικούς μηχανισμούς. Για παράδειγμα, και τα δύο σύνδρομα

εμφανίζουν προβολή, σωματοποίηση και μετατροπή, αλλά οι πάσχοντες της Μερικής ΜΔΣ, εμφανίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό καταστολή, άρνηση και διάσπαση.

Εάν η διάγνωση της Μερικής ΜΔΣ είχε προστεθεί στο DSM-5, θα είχε μια παρόμοια σχέση με την πλήρη ΜΔΣ, όπως για παράδειγμα η δυσθυμία σχετίζεται με την κατάθλιψη και η κυκλοθυμία με τη διπολική διαταραχή. Η Μερική ΜΔΣ είναι μια περίπλοκη διαταραχή γιατί δεν έχει σαφή ορισμό. Η έλλειψη, λοιπόν, σαφήνειας των διαγνωστικών κριτηρίων ευθύνεται για την μη ένταξη μέχρι στιγμής της διαταραχής στο DSM-5 (157).

1.4. Η Καισαρική τομή ως Τραυματικό Γεγονός

Η υποβολή της γυναίκας σε ΚΤ μπορεί να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην ψυχική της υγεία. Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα τρεις μήνες μετά τη γέννηση, οι λεχώνες με επεμβατικό κοιλικό τοκετό ή ΚΤ είχαν υψηλότερα ποσοστά σωματοποίησης του άγχους, ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής και κατάθλιψης σε σχέση με τις λεχώνες που γέννησαν φυσιολογικά. Επιπλέον, οι γυναίκες που γέννησαν με ΕΚΤ εμφάνισαν περισσότερα ψυχιατρικά συμπτώματα και ΜΔΣ σε σχέση με τις λεχώνες που είχαν κοιλικό τοκετό ή ΠΚΤ (158). Η ΜΔΣ στη μαιευτική, χρησιμοποιήθηκε αρχικά τον Menage το 1993 (159) και αφορούσε γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μαιευτικές και γυναικολογικές επεμβάσεις. Τα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας έδειξαν μια νέα αιτία μετατραυματικού στρες που δεν είχε αναφερθεί προηγουμένως, η οποία αρχίζει να αμφισβητεί τις μέχρι τότε πρακτικές στη μαιευτική και γυναικολογία, συμπεριλαμβανομένων της συναισθηματικής αδυναμίας των γυναικών κατά τη διάρκεια του τοκετού, της προσωπικής εμπειρίας του πόνου, της έλλειψης παρεχόμενων πληροφοριών και της συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας. Το 1995 μια δεύτερη δημοσίευση από τους Ballard et al (160), αναλύει τα συμπτώματα τεσσάρων λεχωίδων 48 ώρες μετά από ένα στρεσογόνο τοκετό και αναφέρει συμπτώματα μετατραυματικού στρες με δυσκολία στην ανάπτυξη δεσμού μητέρας-παιδιού και καταθλιπτική διάθεση. Ότι η ΕΚΤ μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα ΜΔΣ είναι γνωστό από την έρευνα της Lena Ryding το 1997 (161), στην οποία το 1/3 των γυναικών εμφάνισε σημαντικά συμπτώματα και αντιδράσεις ΜΔΣ, ενώ σε έρευνα των Ryding et al το 1998 (162), η ΕΚΤ ευθύνεται για τις τραυματικές

εμπειρίες γέννησης για περισσότερες από τις μισές λεχώιδες της έρευνας. Η εμπειρία, βέβαια, της ΚΤ αποτελεί ένα τραυματικό γεγονός που διαφέρει από τα κοινά οξέα τραυματικά γεγονότα στις παρακάτω παραμέτρους:

1. *Το Κριτήριο Α (ο βασικός στρεσογόνος παράγοντας)*. Αν και η εμπειρία της γέννησης αποτελεί για τη γυναίκα μια μοναδική εμπειρία, στην περίπτωση της ΕΚΤ, μιλάμε για ένα απροσδόκητο γεγονός που πραγματοποιείται γιατί κινδυνεύει άμεσα η ζωή της μητέρας ή του εμβρύου (163). Στην περίπτωση αυτή, το Κριτήριο Α περιλαμβάνει την άμεση έκθεση σε έναν επαπειλούμενο θάνατο ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας (αιμορραγίες, προεκλαμψία, εκλαμψία), αλλά και την έκθεση της μητέρας ως μάρτυρα γεγονότων που αφορούν το έμβρυο ή το νεογνό (εμβρυϊκή υποξία, προωρότητα, αναπνευστική δυσχέρεια) (164).
2. *Τα αναπόφευκτα συμπτώματα δυσφορίας*. Η ΚΤ είναι ένα μεγάλο χειρουργείο. Συνήθως υπάρχουν επιπλοκές τις αναισθησίας τις πρώτες ώρες, περισσότερος πόνος και δυσφορία ενώ δυσχεραίνεται και η κινητικότητα της λεχώιδας (165). Ανεξάρτητα από το είδος ΚΤ, έχουν παρατηρηθεί αυξημένα ποσοστά επιπλοκών της τομής και αυξημένα, επίσης, ποσοστά της εκ νέου νοσηλείας (166). Επομένως, μετά από μία ΚΤ, εκτός από την σωματική δυσφορία της μητέρας, υπάρχει και η ψυχική δυσφορία που προέρχεται είτε από την ύπαρξη του απροσδόκητου γεγονότος, είτε από τα αναπόφευκτα συμπτώματα του χειρουργείου και της ανάρρωσης από αυτό (163).
3. *Τα συμπτώματα υπερδιέγερσης*. Τα παραπάνω συμπτώματα λοχείας θυμίζουν κατά πολύ τα συμπτώματα του Κριτηρίου Ε (συμπτώματα υπερδιέγερσης) της ΜΔΣ. Η περίοδος της λοχείας χαρακτηρίζεται από μια κατάσταση αστάθειας στα συναισθήματα και στη διάθεση, όπως άγχος, αϋπνία, μειωμένη όρεξη και ευερεθιστότητα. Η μείωση, επίσης, του επιπέδου των οιστρογόνων και της προγεστερόνης και οι αλλαγές στα επίπεδα της μελατονίνης, έχουν ως επακόλουθο την αλλαγή στους κirkάδιους ρυθμούς και την ευερεθιστότητα της μητέρας (167).

1.5. Η Αντιμετώπιση του Επιλόχειου Μετατραυματικού Στρες

1.5.1. Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία

Η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία, βοηθά στη συνειδητοποίηση των αρνητικών μοτίβων και επεξεργάζεται τις δυσάρεστες μνήμες με μια έκθεση σε αυτά από μια διαφορετική πλευρά. Ο αρχικός στόχος σχεδιασμού αυτού του μοντέλου θεραπείας ήταν η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες που σχετίζονται με τη σεξουαλική κακοποίηση. Επιπλέον, είχε ως στόχο να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα κατάθλιψης, διάφορα προβλήματα συμπεριφοράς (συμπεριλαμβανομένης της επιθετικότητας και ιδιαίτερων σεξουαλικών συμπεριφορών) και, επίσης, συναισθημάτων που απορρέουν από την κακοποίηση, όπως ενοχές και ντροπή. Στη συνέχεια, το μοντέλο προσαρμόστηκε για τη θεραπεία διαφόρων τύπων κακοποίησης και άλλων ψυχικών τραυματισμών, όπως η έκθεση σε σωματική ή συναισθηματική κακοποίηση ή παραμέληση και η έκθεση σε ενδοοικογενειακή βία (ως θύμα ή ως μάρτυρας) και οι τραυματικές απώλειες πολέμου και φυσικών καταστροφών (168). Η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία φαίνεται αποτελεσματική για ορισμένες περιπτώσεις επιλόχειου μετατραυματικού στρες (169), όμως, απαιτείται περισσότερο εξειδικευμένη έρευνα πάνω στο συγκεκριμένο πεδίο (170), (171).

1.5.2. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Το EMDR ή αλλιώς απευαισθητοποίηση και επανεπεξεργασία μέσω Οφθαλμικών κινήσεων, είναι μια ψυχοθεραπευτική μέθοδος, η οποία βοηθά τον άνθρωπο να αντιμετωπίσει τη συναισθηματική δυσφορία που σχετίζεται με τραυματικές εμπειρίες του παρελθόντος, αντιξοότητες του παρόντος και ανησυχίες του μέλλοντος. Η θεραπεία EMDR καθοδηγείται από το μοντέλο AIP (Adaptive Information Processing) και βασίζεται στο φυσικό σύστημα αυτοϊασης του ανθρώπου. Το AIP θεωρεί ότι οι τραυματικές εμπειρίες δημιουργούν παθογόνες μνήμες, οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα δυσφορικά συμπτώματα (172). Πιο συγκεκριμένα, το EMDR είναι μια τυποποιημένη ψυχολογική θεραπεία οκτώ φάσεων που περιλαμβάνει μια αμφοτερόπλευρη σωματική διέγερση (κινήσεις ματιών, χτυπήματα), ενώ εστιάζει σε

μια συγκεκριμένη τραυματική εμπειρία. Με αυτό τον τρόπο, προωθείται η επανεπεξεργασία και η ενσωμάτωση των πληροφοριών του τραύματος ως προσαρμοστικό τραύμα (173).

Η θεραπευτική παρέμβαση μέσω EMDR έχει ως στόχο την ενδυνάμωση και τη θετικότερη στάση στη ζωή του ανθρώπου, η οποία έχει υποστηριχθεί για την αποτελεσματικότητα από δεκάδες ελεγχόμενες έρευνες και αναγνωρίζεται πλέον ως από τις πιο αποτελεσματικές μορφές θεραπείας (174), (175).

Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα της θεραπείας στην επιλόχεια περίοδο, η μετατραυματική συμπτωματολογία σε λεχώνες βελτιώθηκε μετά από μια μόνο συνεδρία, σύμφωνα με την Chioiino και τους συνεργάτες της το 2019, σε μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή (176), υποδηλώνοντας ότι μια σύντομη παρέμβαση EMDR, θα μπορούσε να συμβάλλει στη θεραπεία του μετατραυματικού στρες μετά από μια τραυματική εμπειρία γέννησης.

Οι αναλύσεις στο παρόν κεφάλαιο έδειξαν τη ραγδαία αύξηση των ΚΤ σε παγκόσμιο επίπεδο και ανέδειξαν το πρόβλημα του επιλόχειου ΜΔΣ που απορρέει από αυτή την κατάσταση. Το ψυχικό τραύμα που συνεπάγεται μιας ΚΤ, ιδιαίτερα, όταν είναι επείγουσα, αποτελεί έναν προγνωστικό δείκτη επιλόχειου ΜΔΣ, με όλες τις σοβαρές επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή της μητέρας και εν γένει του βρέφους και της οικογένειας. Η αύξηση των ΚΤ, όπως φάνηκε από αυτό το κεφάλαιο, αποτελεί ένα όλο και πιο ανησυχητικό φαινόμενο για τους παγκόσμιους φορείς και ιδιαίτερα για την Ελλάδα, η οποία βρίσκεται ανάμεσα στις χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά ΚΤ και, επομένως, με έντονη την ανάγκη λήψης μέτρων.

Στο επόμενο κεφάλαιο θα ασχοληθούμε με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση των υπό μελέτη μεταβλητών σε γυναίκες με ΕΚΤ και ΠΚΤ με σκοπό την διερεύνηση των αιτιωδών σχέσεων.

Κεφάλαιο 2. Παρουσίαση Εμπειρικών Δεδομένων για τις υπό Μελέτη Μεταβλητές σε Γυναίκες με Επείγουσα και Προγραμματισμένη Καισαρική Τομή

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της συστηματικής ανασκόπησης της διεθνούς βιβλιογραφίας, με σκοπό να διαπιστώσουμε αν το θεωρητικό υπόβαθρο των υπό μελέτη μεταβλητών, υποστηρίζει κάποια αιτιώδη σχέση μεταξύ της ΚΤ (επείγουσας και προγραμματισμένης) και της επιλόχειας ΜΔΣ. Στη διεθνή βιβλιογραφία έχει μελετηθεί αρκετά το επιλόχειο μετατραυματικό στρες σε σχέση με όλα τα είδη του τοκετού όμως είναι λίγες οι έρευνες που μελέτησαν το επιλόχειο ΜΔΣ σε ομάδες λεχωίδων με ΚΤ. Πιο συγκεκριμένα, στο παρόν κεφάλαιο αναμένεται να μελετηθούν τα δεδομένα που σχετίζονται με την επιλόχεια ΜΔΣ και το είδος της ΚΤ, τους περιγεννητικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, τα τραυματικά γεγονότα ζωής και τέλος, δεδομένα που σχετίζονται με τη Μερική ΜΔΣ.

2.1. Σχεδιασμός Συστηματικής Ανασκόπησης

2.1.1. Κριτήρια Επιλογής και Αποκλεισμού Μελετών

Σύμφωνα με τους στόχους της διδακτορικής διατριβής, ορίστηκαν κάποια κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού ερευνών, ώστε να παρουσιαστούν με σαφήνεια όλα τα εμπειρικά δεδομένα που αφορούν τις υπό μελέτη μεταβλητές. Πιο συγκεκριμένα, στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση περιλήφθηκαν μόνο ποσοτικές έρευνες που παρείχαν πληροφορίες σχετικά με την εμφάνιση μετατραυματικού στρες μετά από ΚΤ και επομένως, το δείγμα της κάθε μελέτης αφορούσε μόνο γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ΕΚΤ ή ΠΚΤ, ενώ υπήρχε follow up τουλάχιστον ένα μήνα μετά την ΚΤ. Επειδή οι έρευνες που αφορούσαν τους δύο τύπους ΚΤ και τη ΜΔΣ ήταν λίγες, χρησιμοποιήθηκαν και οι μελέτες που εξέταζαν τις μεταβλητές που μας ενδιέφεραν μέσα από ένα γενικότερο δείγμα λεχωίδων. Οι έρευνες που εντάχθηκαν στην συγκεκριμένη ανασκόπηση, έπρεπε να εξετάζουν έναν ή περισσότερους από τους περιγεννητικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες σχετικούς με την ανάπτυξη ΜΔΣ μετά την ΚΤ που θα διερευνηθούν στην παρούσα μελέτη. Επίσης, μελέτες που δημοσιεύτηκαν σε άλλη γλώσσα πέραν της αγγλικής αποκλείστηκαν, όπως επίσης και

μελέτες που δημοσιεύτηκαν πριν το 1997 που δημοσιεύτηκε η πρώτη έρευνα πάνω στα συμπτώματα μετατραυματικού στρες μετά από ΕΚΤ (161). Στην παρούσα ανασκόπηση εντάξαμε έρευνες που είχαν χρησιμοποιήσει το ευρέως γνωστό διαγνωστικό εργαλείο ΜΔΣ, Posttraumatic Stress Checklist-5th edition (PCL-5) (177). Το συγκεκριμένο ψυχομετρικό εργαλείο μπορεί να παρέχει μια προσωρινή διάγνωση ΜΔΣ και μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο ως μέθοδος ελέγχου, όσο και κατά τη διάρκεια της θεραπείας ατόμων με ΜΔΣ για παρακολούθηση των αλλαγών στα συμπτώματα. Επιπλέον, το PCL-5 έχει χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο για τη διάγνωση του επιλόχειου μετατραυματικού στρες (178). Εκτός από το συγκεκριμένο εργαλείο εντάξαμε, επίσης, έρευνες που είχαν χρησιμοποιήσει και άλλα σταθμισμένα ψυχομετρικά εργαλεία για την ΜΔΣ όπως το PCL-C (179), την κλίμακα Impact of Event Scale (IES-15) (180), The City Birth Trauma Scale (181), The Perinatal PTSD Questionnaire (PPQ) (182), The National Women's Study PTSD module (NWS) (183), The Clinician-Administered PTSD Scale CAPS (184), The Post-traumatic Symptom Scale-Interview (PSS-I) (136), The Mini-International Neuropsychiatric Interview-Post-Traumatic Stress Disorder (MINI-PTSD) (185), The traumatic event scale (TES) (186).

2.1.2. Στρατηγική Αναζήτησης Μελετών

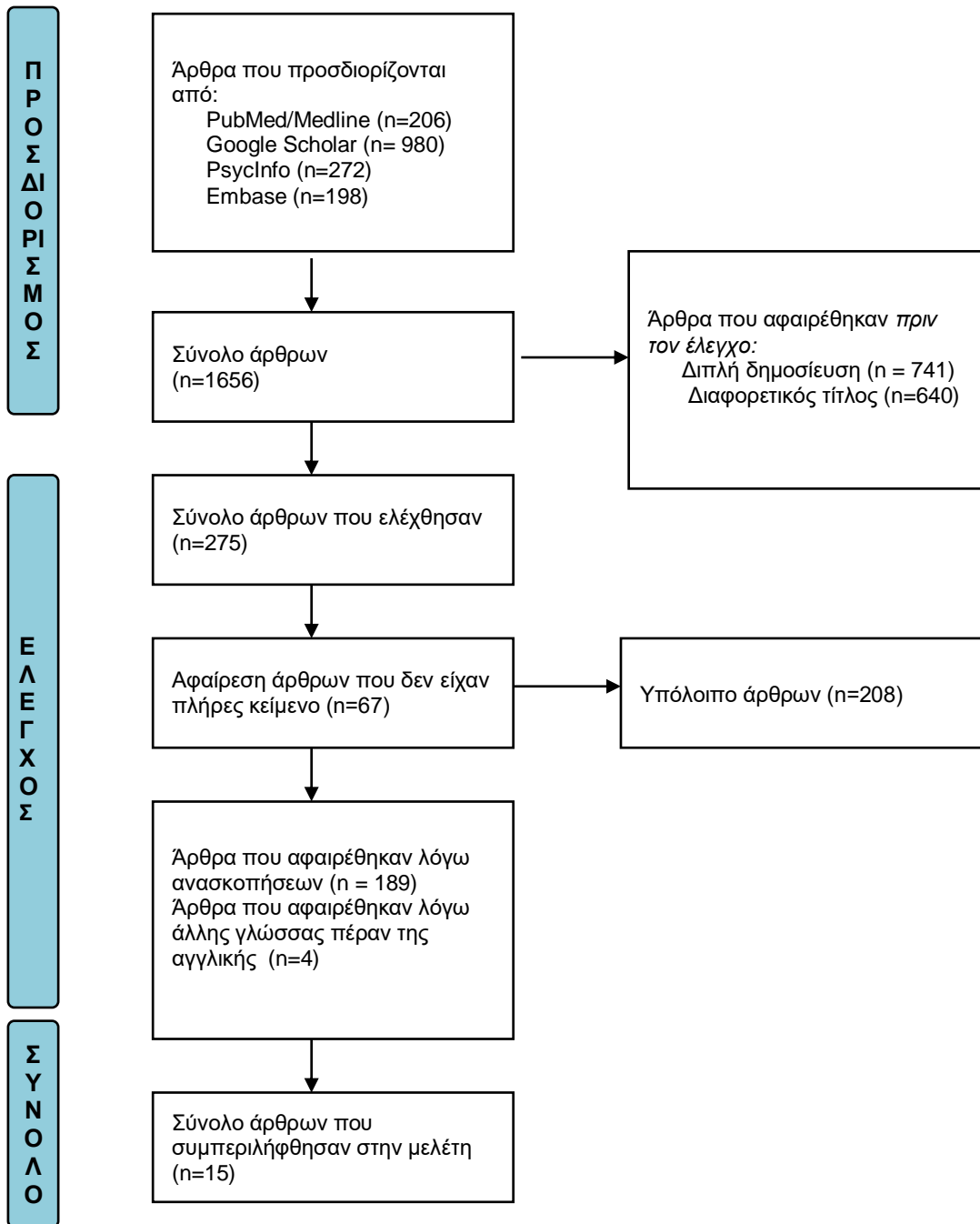
Για τον εντοπισμό των κατάλληλων ερευνών και την ένταξη τους στη συστηματική ανασκόπηση, έγινε αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων (PubMed/Medline, PsycINFO, Google Scholar και Embase) για άρθρα που διερεύνησαν την σχέση της ΜΔΣ με την ΚΤ, ενώ το χρονικό πλαίσιο αναζήτησης ήταν από το 1997 έως το 2020. Οι λέξεις κλειδιά που καταλήξαμε να χρησιμοποιήσουμε ήταν όλες οι πιθανές για την αναζήτηση των μεταβλητών που οδηγούν σε ΜΔΣ μετά από ΚΤ όπως: birth, postpartum mental health, birthtrauma, posttraumatic stress disorder, emergency cesarean section, elective cesarean section, perinatal factors, psychosocial factors. Η περίοδος της αναζήτησης των άρθρων ήταν μεταξύ Ιανουαρίου 2021 και Σεπτεμβρίου 2021. Πιο συγκεκριμένα, οι συνδυασμοί των λέξεων-κλειδιά για την κάθε βάση δεδομένων ήταν:

1. PubMed/Medline: “PTSD OR Posttraumatic stress disorder and postpartum period”, “PTSD OR Posttraumatic stress disorder and cesarean section OR cesarean delivery”, “PTSD OR Posttraumatic stress disorder and emergency cesarean section OR emergency cesarean delivery”, PTSD OR Posttraumatic stress disorder and elective cesarean section OR elective cesarean delivery OR planned cesarean delivery OR planned cesarean section”, “PTSD OR Posttraumatic stress disorder and psychosocial factors OR psychological and social factors”, “PTSD OR Posttraumatic stress disorder and prenatal factors”, “PTSD OR Posttraumatic stress disorder and postnatal factors OR postpartum factors”, “PTSD OR Posttraumatic stress disorder and perinatal factors”, “PTSD OR Posttraumatic stress disorder and mode OR kind of delivery OR risk group”
2. Google Scholar: “Posttraumatic stress disorder and postpartum period”, “Posttraumatic stress disorder and cesarean section”, “Posttraumatic stress disorder and emergency cesarean section”, “Posttraumatic stress disorder and elective cesarean section”, Posttraumatic stress disorder and prenatal factors”, “Posttraumatic stress disorder and postnatal factors”, “Posttraumatic stress disorder and perinatal factors”, Posttraumatic stress disorder and kind of delivery”, “Posttraumatic stress disorder and risk group”
3. PsycINFO/Embase: “PTSD OR Posttraumatic stress disorder and postpartum period”, “PTSD OR Posttraumatic stress disorder and cesarean section OR cesarean delivery”, “PTSD OR Posttraumatic stress disorder and emergency cesarean section OR emergency cesarean delivery”, PTSD OR Posttraumatic stress disorder and elective cesarean section OR elective cesarean delivery OR planned cesarean delivery OR planned cesarean section”, “PTSD OR Posttraumatic stress disorder and psychosocial factors OR psychological and social factors”, “PTSD OR Posttraumatic stress disorder and prenatal factors”, “PTSD OR Posttraumatic stress disorder and postnatal factors OR postpartum factors”, “PTSD OR Posttraumatic stress disorder and perinatal factors”, “PTSD OR Posttraumatic stress disorder and mode OR kind of delivery OR risk group”

Από το σύνολο των 1.656 άρθρων που βρέθηκαν από τη συστηματική αναζήτηση των παραπάνω βάσεων δεδομένων αφαιρέθηκαν: 741 άρθρα λόγω διπλής δημοσίευσης,

640 άρθρα από τον τίτλο λόγω διαφορετικού ερευνητικού αντικειμένου, 4 άρθρα λόγω μη αγγλικής γλώσσας συγγραφής, 67 άρθρα που περιείχαν μόνο περιλήψεις και 189 ανασκοπήσεις, συστηματικές ανασκοπήσεις και μετά-αναλύσεις. Επομένως, το τελικό δείγμα της συστηματικής ανασκόπησης αποτελείται από 15 έρευνες σχετικές με τα ερευνητικά ερωτήματα και τις μεταβλητές της μελέτης μας και απεικονίζονται σύμφωνα με της οδηγίες του PRISMA 2021 (187) στο (Σχήμα 2.1).

ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΩΝ ΜΕΣΩ ΤΩΝ ΒΑΣΕΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ



Σχήμα 2.1. Διάγραμμα ροής της στρατηγική αναζήτησης άρθρων

2.1.3. Αξιολόγηση της Μεθοδολογικής Ποιότητας των υπό μελέτη άρθρων

Όλες οι μητέρες που έλαβαν μέρος στις συμπεριλαμβανόμενες μελέτες, υποβλήθηκαν σε έλεγχο συμπτωμάτων ΜΔΣ τουλάχιστον ένα μήνα μετά την ΚΤ με κάποιο ειδικό ψυχομετρικό εργαλείο. Σχετικά με την μεθοδολογική ποιότητα των άρθρων, χρησιμοποιήθηκαν 3 κριτήρια για την αξιολόγηση τους σύμφωνα με την εκτίμηση ποιότητας NOC (188) (Πίνακας 2.1.). Το πρώτο κριτήριο αφορά την επιλογή του δείγματος, α) αντιπροσωπευτικό δείγμα έκθεσης, β) επιλογή μη εκτεθειμένων, γ) διαπίστωση έκθεσης, δ) η έκβαση να μην προϋπάρχει της μελέτης. Το δεύτερο κριτήριο αφορά τη συγκρισιμότητα των υπό μελέτη ομάδων όσον αφορά το βασικό παράγοντα εξέτασης της έρευνας. Το τρίτο κριτήριο αφορά την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της κάθε μελέτης, α) τον επαρκή χρόνο παρακολούθησης για τη διάγνωση του αποτελέσματος β) το επαρκές δείγμα παρακολούθησης και γ) την κατάλληλη στατιστική ανάλυση. Το αντιπροσωπευτικό δείγμα έκθεσης πληρούνταν από όλα τα άρθρα της μελέτης. Η επιλογή μη εκτεθειμένων δεν καλύφθηκε από κανένα άρθρο, εφ' όσον το δείγμα αποτελούνταν από πληθυσμό λεχωίδων εκτεθειμένων σε ΚΤ. Η διαπίστωση της έκθεσης πληρούνταν από όλα τα άρθρα εκτός από 2 των οποίων η έρευνα διεξήχθη από το διαδίκτυο και, επομένως, δεν μπορούσε να τεκμηριωθεί (158), (189). Σε όλες τις έρευνες το αποτέλεσμα δεν προϋπήρχε της μελέτης. Σχετικά με το δεύτερο κριτήριο, την συγκρισιμότητα, πληρούνταν από όλες τις μελέτες, εφ' όσον η κάθε μία εξέταζε τον βασικό παράγοντα της μελέτης μας και ελέγχθηκαν εξίσου οι παράγοντες σύγχυσης, εκτός από 3 που αποτελούταν μόνο από γυναίκες με ΕΚΤ και 2 που η έρευνα διεξήχθη από το διαδίκτυο (158), (161), (162), (189), (190).

Όσον αφορά το τρίτο κριτήριο, την αξιολόγηση του αποτελέσματος, πληρούνταν από όλα τα άρθρα εκτός από 2 που βασίζονταν σε αυτοαναφορές στο διαδίκτυο (158), (189). Επιπλέον, υπήρχε επαρκής χρόνος παρακολούθησης σε όλες τις μελέτες κοόρτης, τα αποτελέσματα τεκμηριώθηκαν με κλίμακες μέτρησης και στατιστική ανάλυση και δεν χάθηκε μεγάλο ποσοστό του δείγματος στο follow-up. Στις συγχρονικές μελέτες χρησιμοποιήθηκαν τα κατάλληλα ψυχομετρικά εργαλεία και οι κατάλληλες στατιστικές μέθοδοι για τη διεξαγωγή συμπερασμάτων, εκτός από μία μελέτη (161), διότι στη συγκεκριμένη δεν ήταν επαρκές το δείγμα της. Επιπλέον, οι

συγχρονικές μελέτες αξιολογήθηκαν με 1 βαθμό λιγότερο εάν και τα αποτελέσματα είχαν βασιστεί σε αυτοαναφορές.

Πίνακας 2.1. Αξιολόγηση της μεθοδολογικής ποιότητας της συστηματικής ανασκόπησης

Συγγραφείς	Επιλογή	Συγκρισιμότητα	Αποτέλεσμα	Σύνολο
1. Oronou et al., 2020 (164)	***	**	***	8
2. Bayri Bingol et al., 2020(191)	***	**	***	8
3. Dekel et al., 2019(158)	**	*	**	5
4. Feeley et al., 2017 (192)	***	**	***	8
5. Lopez et al., 2017 (155)	***	**	***	8
6. Mahmoodi et al., 2016 (193)	***	**	***	8
7. Modarres et al., 2012(194)	***	**	***	8
8. Rowlands et al., 2012 (189)	**	*	**	5
9. Adewuya et al., 2006 (195)	***	**	***	8
10. Gamble et al., 2005 (196)	***	**	***	8
11. Soderquist et al., 2002 (197)	***	**	***	8
12. Ryding et al., 1998(198)	***	**	***	8
13. Tham et al., 2007 (190)	**	*	**	5
14. Ryding et al., 1998 (162)	**	*	**	5
15. Ryding et al., 1997 (161)	**	*	*	4

Σημειώσεις: 1. Επιλογή (αντιπροσωπευτικότητα εκτεθειμένης ομάδας, επιλογή μη εκτεθειμένων, διαπίστωση της έκθεσης, το αποτέλεσμα δεν προϋπήρχε της μελέτης). 2. Συγκρισιμότητα (των ομάδων με βάση το σχέδιο και την ανάλυση, χρησιμοποίηση κατάλληλων μεθόδων για την ανάδειξη του παράγοντα κινδύνου ή έλεγχοι για επιπρόσθετο παράγοντα) 3. Αποτέλεσμα (αξιολόγηση του αποτελέσματος, επαρκής χρόνος follow-up, κατάλληλη στατιστική ανάλυση, επαρκές δείγμα follow-up για τις κοόρτες).

Επεξήγηση: Οι αστερίσκοι αντιστοιχούν στον αριθμό των χαρακτηριστικών του κάθε κριτηρίου. Ενδεικτικά στην πρώτη μελέτη, πληρούνται τα τρία από τα τέσσερα χαρακτηριστικά του πρώτου κριτηρίου.

2.2. Αποτελέσματα Συστηματικής Ανασκόπησης

2.2.1. Δεδομένα που Σχετίζονται με τη Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες και την Επείγουσα ή Προγραμματισμένη Καισαρική τομή

Η συγκεκριμένη συστηματική ανασκόπηση περιλαμβάνει 15 άρθρα που δημοσιεύτηκαν μεταξύ 1997 και 2020 εκ των οποίων, 9 κοόρτες/προοπτικές μελέτες, 1 περιγραφική και 5 συγχρονικές μελέτες (Πίνακας 2.2.). Οι περισσότερες έρευνες διεξήχθησαν στην Σουηδία και ακολουθεί με 2 έρευνες το Ιράν, ενώ οι υπόλοιπες έρευνες είχαν διεξαχθεί σε Ελλάδα, Τουρκία, ΗΠΑ, Καναδά, Αυστραλία, Ελβετία, Αγγλία και Νιγηρία. Επιπλέον, όλες οι διαγνώσεις της ΜΔΣ σε όλες τις έρευνες έγιναν με βάση τα DSM-III-R, DSM-IV και DSM-5 κριτήρια, αναλόγως της χρονολογίας διεξαγωγής της κάθε έρευνας. Σε όλες τις μελέτες επίσης, ο ελάχιστος χρόνος που μεσολάβησε από τη διενέργεια της ΚΤ μέχρι την αξιολόγηση με το κατάλληλο ψυχομετρικό εργαλείο ήταν ένας μήνας, εκτός από την έρευνα των Ryding et al., 1998 (162), που μελέτησε μόνο το κριτήριο A της ΜΔΣ. Όλες οι έρευνες μελέτησαν τη ΜΔΣ, ενώ οι έρευνες των Ryding και των συνεργατών του που διεξήχθησαν το 1997 (161) και το 1998 (162), μελέτησαν τα συμπτώματα της ΜΔΣ και τα κριτήρια της διαταραχής αντίστοιχα. Το δείγμα της πλειοψηφίας των ερευνών αποτελούνταν από ένα γενικό δείγμα λεχωίδων από το οποίο χρησιμοποιήθηκαν για τις ανάγκες της ανασκόπησης μόνο οι κατηγορίες της Ε.ΚΤ και ΠΚΤ. Τρεις έρευνες μόνο (155), (164) (198), μελέτησαν την συσχέτιση ΕΚΤ και ΠΚΤ με τη ΜΔΣ, ενώ οι έρευνες του Tham το 2007 (190) και της Ryding το 1997 (161) και το 1998 (162), μελέτησαν μόνο λεχωίδες που εκτέθηκαν σε ΕΚΤ.

Πίνακας 2.2. Έρευνες που συμπεριλήφθησαν στην συστηματική ανασκόπηση

Συγγραφείς	Σχεδιασμός μελέτης	Έναρξη-λήξη έρευνας	Χώρα	Τόπος	Μέτρο	Έλεγχος μετά την ΚΤ	Παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης ΜΑΣ	Αρ. περιστατικών ανά είδος ΚΤ	ΜΑΣ περιστατικών ανά είδος ΚΤ
1. Oronou et al.,2020 (164)	Προοπτική	Ιούλιος-Νοέμβριος. 2019	Ελλάδα	Πανεπ. Νοσοκομ.	PCL-5	6 ^η εβδ.	ΕΚΤ, έλλειψη υποστήριξης από τον σύντροφο, νοσηλεία νεογνού, προωρότητα, έλλειψη θηλασμού, Τραυματικά γεγονότα ζωής	ΕΚΤ=63 ΠΚΤ=97	ΕΚΤ=20(31,7%) ΠΚΤ=1(1%) Προφίλ ΕΚΤ=9(14,3%) ΠΚΤ=4(4,1%)
2.Bayri Bingol et al., (2020) (191)	Περιγραφική	Αύγουστος-Οκτώβριος 2018	Τουρκία	Κέντρα Υγείας Οικογ.	The City Birth Trauma Scale	6 ^{ος} μήνας	ΕΚΤ, ανεπάρκεια οικονομικών πόρων, ιστορικό κακοποίησης, λήψη ψυχ. φαρμάκων πριν την κύηση, αυξημένες μαιευτικές παρεμβάσεις, έλλειψη θηλασμού, προβλήματα νεογνού, ο ρόλος του προσωπικού υγείας	ΕΚΤ=40 ΠΚΤ=140	ΕΚΤ= 19.27 ± 14.48 % ΠΚΤ=12.32 ± 12.02%
3.Dekel et al., 2019 (158)	Συγχρονική	Νοέμβριος 2016 Απρίλιος 2017	ΗΠΑ	Ιστότοποι-διαδίκτυο	PCL-5	3 ^{ος} μήνας	ΕΚΤ	ΕΚΤ=114 ΠΚΤ=132	ΕΚΤ= 36 (41,2%) ΠΚΤ=15(17,4%)
4. Feeley et al., 2017 (192)	Κοόρτη	2011-2014	Καναδάς	Νοσοκομείο	1. PPQ 2. NWS	5 ^η ,8 ^η , 26 ^η εβδ.	Νοσηλεία νεογνού	ΕΚΤ=83 ΠΚΤ=62	(PPQ) ΕΚΤ 26 ^η εβδ=4 ΠΚΤ 26 ^η =1 (NWS) ΕΚΤ 26 ^η =2 ΠΚΤ 26 ^η =1
5.Lopez et al., 2017 (155)	Κοόρτη	2008-2011	Ελβετία	Πανεπιστ. νοσοκομείο.	1. PCLS 2. CAPS	6 ^η εβδ	Επιπλοκές αναισθησίας, ανύπαντρες μητέρες, τραυματικά περιγεννητικά γεγονότα, τραυματικά γεγονότα ζωής	ΕΚΤ=90 ΠΚΤ=81	ΕΚΤ=2(33,3%) ΠΚΤ=0 Προφίλ ΕΚΤ=13(65%) ΠΚΤ=0
6.Mahmood i et al., 2016 (193)	Προοπτική	Δεκέμβριος 2012 Μάιος 2013	Ιράν	Μαιευτήρια	PSS	6-8 ^η εβδ.	ΕΚΤ, Έλλειψη υποστήριξης από τον σύντροφο, κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, τοκοφοβία	ΕΚΤ=154 ΠΚΤ=86	ΕΚΤ=13 ΠΚΤ=4
7.Modarres	Συγχρονική	Ιούλιος-	Ιράν	Κέντρα	PSS-I	6-8 ^η	ΕΚΤ, χαμηλό	ΕΚΤ=67	ΕΚΤ=35

et al., 2012 (194)		Σεπτέμβριος 2009		μεταγεννητική φροντίδας		εβδ.	μορφωτικό επίπεδο, προωρότητα, επιπλοκές εγκυμοσύνης, ελλιπής περιγεν. Φροντίδα	ΠΚΤ=60	ΠΚΤ=19
8. Rowlands et al., 2012 (189)	Συγχρονική	Ιανουάριος 2010	Αγγλία	Εθνική Έρευνας Μητρότητας Διαδίκτυο	Συμπτώματα ΜΔΣ	10 ^η μέρα 1 ^{ος} μήνας 3 ^{ος} μήνας	ΕΚΤ	ΕΚΤ=675 ΠΚΤ=630	ΕΚΤ (1 ^{ος} μήνας)=50 ΠΚΤ(1 ^{ος} μήνας)=4 ΕΚΤ (3 ^{ος} μήνας)=21 ΠΚΤ (3 ^{ος} μήνας)=17
9. Adewuya et al., 2006 (195)	Συγχρονική	Ιανουάριος-Ιούλιος 2004	Νιγηρία	Κέντρα μεταγεννητικής φροντίδας Κέντρα εμβολιασμού ύβρεφών	MINI-PTSD	6 ^η εβδ.	ΕΚΤ, επιπλοκές εγκυμοσύνης	ΕΚΤ=100 ΠΚΤ=41	ΕΚΤ=16 ΠΚΤ=2
10. Gamble et al., 2005 (196)	Κοόρτη	Απρίλης 2001 Φεβρουάριος 2002	Αυστραλία	Πανεπιστ. νοσοκομείο	MINI-PTSD	3 ^η μέρα 4-6 ^η εβδ.	ΕΚΤ, ιστορικό ΜΔΣ	ΕΚΤ=44 ΠΚΤ=35	ΕΚΤ=32 ΠΚΤ=9
11. Soderquist et al., 2002 (197)	Κοόρτη	Δεκέμβριος 1994 Ιανουάριος 1995	Σουηδία	Μαιευτήριο	TES	4 ^η εβδ.	ΕΚΤ, ιστορικό ψυχιατρικών διαταραχών, πρωτοτοκία	ΕΚΤ=75 ΠΚΤ=70	ΕΚΤ=6 ΠΚΤ=1
12. Ryding et al., 1998 (198)	Κοόρτη	Ιανουάριος 1992 Μάρτιος 1993	Σουηδία	Μαιευτήριο	IES	2 ^η μέρα 1 ^{ος} μήνας	ΕΚΤ	ΕΚΤ=71 ΠΚΤ=70	ΕΚΤ=4 ΠΚΤ=1
13. Tham et al., 2007 (190)	Προοπτική	Μάιος-Δεκέμβριος 2003	Σουηδία	Μαιευτήριο	IES	3 ^{ος} μήνας 6 ^{ος} -7 ^{ος} μήνας	Χαμηλή αίσθηση συνοχής, ιστορικό τοκοφοβίας, επικείμενη εμβρυϊκή ασφυξία	ΕΚΤ= 122	n= 11 (9%)
14. Ryding et al., 1998 (162)	Συγχρονική	1998	Σουηδία	Μαιευτήριο	Κριτ. Α DSM-III-R	1 ^η -5 ^η μέρα	Κριτήριο Α	Ε.Κ.Τ=53	Κριτήριο Α, n= 29 (55%)
15. Ryding et al., 1997 (161)	Προοπτική	1997	Σουηδία	Μαιευτήριο	Κριτήρια ΜΔΣ DSM-III-R	1 ^η -9 ^η μέρα 1 ^{ος} -2 ^{ος} μήνας.	Κριτήριο Α	ΕΚΤ=25	Κριτήριο Α, n=19 (76%) ΜΔΣ συμπτώματα n= 13(52%) σοβαρά συμπτώματα n=8 (32%)

Σημειώσεις: Posttraumatic Stress Checklist-5th edition (PCL-5) (177), The Impact of Event Scale (IES-15) (180), The City Birth Trauma Scale (181), The Perinatal PTSD Questionnaire (PPQ) (182), The National Women's Study PTSD module (NWS) (183), The Clinician-Administered PTSD Scale CAPS (184), The Post-traumatic Symptom Scale-Interview (PSS-I) (136), The Mini-International Neuropsychiatric Interview-Post-Traumatic Stress Disorder (MINI-PTSD) (185), the traumatic event scale (TES) (186)

Τα ευρήματα της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης υπέδειξαν ότι ο βασικός προγνωστικός παράγοντας ανάπτυξης επιλόχειας ΜΔΣ είναι η ΕΚΤ. Πιο συγκεκριμένα, στην μελέτη της Ορονου (164), που συσχέτισε το είδος της ΚΤ με την ανάπτυξη ΜΔΣ με το ψυχομετρικό εργαλείο PCL-5, DSM-5, οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ένα επείγον χειρουργείο είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν ΜΔΣ στη λοχεία σε σχέση με τις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μια προγραμματισμένη ΚΤ. Συγκεκριμένα, από τις 63 γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ΕΚΤ, οι 20 ανέπτυξαν ΜΔΣ στη λοχεία, ενώ από τις 97 γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ΠΚΤ, μόνο μία ανέπτυξε επιλόχεια ΜΔΣ. Η μεγάλη διαφορά μεταξύ των 2 ομάδων λεχωίδων φαίνεται πως οφείλεται στην επείγουσα φύση του χειρουργείου. Η ΕΚΤ είναι μια απροσδόκητη χειρουργική επέμβαση και μια δυσάρεστη εμπειρία γέννησης που βρίσκει ψυχικά απροετοίμαστη τη γυναίκα. Οι λεχώνες της ΠΚΤ αυτού του άρθρου, υποβλήθηκαν σε ένα προγραμματισμένο χειρουργείο λόγω προηγούμενης ΚΤ ή λόγω συνθηκών και καταστάσεων στην εγκυμοσύνη που θεωρούνταν σκόπιμο το χειρουργείο, προετοιμάζοντάς τες ψυχικά γι' αυτήν την επέμβαση από την εγκυμοσύνη, ή σε κάποιες περιπτώσεις πριν από αυτή. Τα παραπάνω ευρήματα συμφωνούν με την έρευνα των Ryding et al., 1998 (198), η οποία αποτελεί την πρώτη κοόρτη που μελέτησε τη συσχέτιση των δύο ειδών ΚΤ με την ανάπτυξη ΜΔΣ Στην συγκεκριμένη μελέτη που διεξήχθη στην Σουηδία, από το δείγμα των 141 λεχωίδων που γέννησαν με ΚΤ (ΕΚΤ =71, ΠΚΤ=70), 4 άτομα ΕΚΤ και 1 άτομο ΠΚΤ ανέπτυξαν ΜΔΣ, ύστερα από αξιολόγηση τους μετά το πέρας του 1^{ου} μήνα με την κλίμακα IES, υποδεικνύοντας ότι το επείγον χειρουργείο αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη της μετατραυματικής διαταραχής στην λοχεία.

Μια πρόσφατη έρευνα (191), που διεξήχθη στη Τουρκία το 2020 με τη βοήθεια του The City Birth Trauma Scale, απέδειξε ότι οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ΕΚΤ, είχαν κατά μέσο όρο μεγαλύτερα ποσοστά ΜΔΣ σε σχέση με τις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ΠΚΤ κατά τον 6^ο μήνα μετά το χειρουργείο (ΕΚΤ=19.27 ± 14.48 %, ΠΚΤ=12,32 ± 12,02%). Σύμφωνα με την συγχρονική μελέτη του Dekel και των συνεργατών του, (158) που διεξήχθη το 2019, σε γενικό πληθυσμό λεχωίδων στις ΗΠΑ, η ΕΚΤ φάνηκε να είναι βασικός παράγοντας για την ανάπτυξη ΜΔΣ στη λοχεία. Πιο αναλυτικά, μετά από περίπου 3 μήνες από την ΚΤ, οι γυναίκες συμπλήρωσαν μέσω ειδικών ιστότοπων στο διαδίκτυο την κλίμακα PCL-5. Από το σύνολο των 246 γυναικών που υποβλήθηκαν σε ΚΤ (ΕΚΤ=114, ΠΚΤ=132), το 41,1%

(n=36) των γυναικών με ΕΚΤ και το 19,3% (n=17) των γυναικών με ΠΚΤ εμφάνισαν ΜΔΣ. Έτσι, σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης, η ΕΚΤ αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη ΜΔΣ στη λοχεία.

Σε αντίθεση με την πλειοψηφία των άρθρων που επιβεβαιώνουν ότι το είδος της ΚΤ επηρεάζει την ανάπτυξη ΜΔΣ στην λοχεία, η κοόρτη της Lopez και των συνεργατών της το 2017 (155), που διεξήχθη μεταξύ 2 ομάδων γυναικών μετά από ΚΤ στην Ελβετία. Στη συγκεκριμένη μελέτη, μόνο 2 από τα 90 περιστατικά ΕΚΤ ανέπτυξαν ΜΔΣ και κανένα από τα 81 περιστατικά ΠΚΤ δεν ανέπτυξαν ΜΔΣ, μετά από αξιολόγηση με το PCLS και CAPS την 6^η εβδομάδα λοχείας, αποδεικνύοντας ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του είδους ΚΤ και της ανάπτυξης ΜΔΣ μεταγενέστερα. Ωστόσο, ακόμα και σε αυτή την έρευνα που η σχέση της ΜΔΣ με κάθε είδος ΚΤ δεν ήταν στατιστικά σημαντική, τα 2 περιστατικά επιλόχειας ΜΔΣ που παρατηρήθηκαν αφορούσαν αποκλειστικά λεχώνες μετά από ΕΚΤ. Στην ίδια κατεύθυνση σε σχέση με την προηγούμενη έρευνα κινήθηκε και η κοόρτη του Feeley και των συνεργατών του το 2017 (192), κατά την οποία υποστηρίχθηκε ότι η επιλόχεια ΜΔΣ επηρεάζεται από άλλους παράγοντες και όχι από το είδος της ΚΤ. Τα αποτελέσματα της έρευνας σύμφωνα με τα 2 ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν έδειξαν ότι οι γυναίκες μετά από ΕΚΤ δεν διαφέρουν όσον αφορά τα συμπτώματα ΜΔΣ στη λοχεία σε σχέση με αυτά των γυναικών μετά από ΠΚΤ (PPQ ΕΚΤ n=4, ΠΚΤ n=1), (NWS, ΕΚΤ n=2, ΠΚΤ n=1). Πάραυτα, τα περιστατικά ΜΔΣ των γυναικών με ΕΚΤ είναι ελαφρώς μεγαλύτερα από εκείνων μετά από ένα προγραμματισμένο χειρουργείο, όπως στην έρευνα της Lopez (155).

Την άποψη ότι η ΕΚΤ αποτελεί προγνωστικό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη ΜΔΣ, υποστηρίζεται και από την έρευνα του Mahmoodi (193). Κατά τη συγκεκριμένη μελέτη, που διεξήχθη σε μαιευτήρια του Ιράν το 2016, με τη βοήθεια του PSS, οι λεχώνες μετά από ΕΚΤ φάνηκε να έχουν μεγαλύτερα ποσοστά ΜΔΣ την 6^η με 8^η εβδομάδα λοχείας σε σχέση με την ομάδα των γυναικών με ΠΚΤ. Πιο αναλυτικά, από το δείγμα των 154 γυναικών με ΕΚΤ, οι 13 ανέπτυξαν ΜΔΣ, ενώ από το δείγμα των 81 γυναικών με ΠΚΤ, ανέπτυξαν ΜΔΣ μόνο 4 γυναίκες. Τα ευρήματα της συγκεκριμένης έρευνας συμφωνούν με μια παλαιότερη συγχρονική μελέτη που διεξήχθη στο Ιράν από τον Modarres και τους συνεργάτες του το 2012 (194). Η μελέτη υποστηρίζει μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της ΕΚΤ και της επιλόχειας ΜΔΣ, εφόσον από το δείγμα των 67 λεχωϊδων που υποβλήθηκαν σε ένα

επείγον χειρουργείο, ανέπτυξαν ΜΔΣ 35 γυναίκες, ενώ από το δείγμα των ΠΚΤ ανέπτυξαν τελικά ΜΔΣ οι 19. Το δείγμα της συγχρονικής μελέτης του Rowlands και των συνεργατών του το 2012 (189), ήταν σαφώς μεγαλύτερο και αποτυπώνει πολύ καθαρά τη συσχέτιση της ΕΚΤ με τη ΜΔΣ. Παρότι η έρευνα διεξήχθη μέσα από το διαδίκτυο, οι λεχόνες κλήθηκαν να απαντήσουν για τα παρόντα και τα αναδρομικά συμπτώματα ΜΔΣ. Σύμφωνα, λοιπόν, με τις αυτοαναφορές των γυναικών σχετικά με την παρουσία συμπτωμάτων ΜΔΣ τον 1^ο μήνα, οι 50 από τις 675 γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ΕΚΤ ανέφεραν συμπτώματα ΜΔΣ, ενώ από τις 630 που υποβλήθηκαν σε ΠΚΤ οι 4 εμφάνισαν τα συμπτώματα της διαταραχής. Τα πράγματα όμως φάνηκαν να αλλάζουν τον τρίτο μήνα, με τις 2 ομάδες να ισορροπούν όσον αφορά τα συμπτώματα ΜΔΣ γεγονός που δείχνει την εξασθένηση των έντονων συμπτωμάτων ή την αναβίωση κάποιων άλλων με το πέρασμα του χρόνου. Βέβαια, αν και το δείγμα της μελέτης ήταν μεγάλο, τα αποτελέσματα στηρίχθηκαν στις αναδρομικές αναφορές των γυναικών και αυτό ήταν το βασικό μειονέκτημα της μελέτης. Ωστόσο, η ομοιότητα των συγκεκριμένων αποτελεσμάτων με εκείνα των υπόλοιπων ερευνών, ενισχύει τα συμπεράσματα μας.

Σε μια άλλη συγχρονική μελέτη του Adewuya και των συνεργατών το 2006 (195) που έλαβε χώρα στην Νιγηρία, η ΕΚΤ ταυτοποιήθηκε ως σημαντικός παράγοντας κινδύνου ανάπτυξης ΜΔΣ στην λοχεία. Σύμφωνα, λοιπόν, με τα αποτελέσματα της έρευνας από τις 141 γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ΚΤ (ΕΚΤ=100, ΠΚΤ =41), 18 ανέπτυξαν ΜΔΣ (ΕΚΤ=16, ΠΚΤ=2), επιβεβαιώνοντας το σημαντικό ρόλο που παίζει στην ψυχική υγεία της γυναίκας ο κίνδυνος απώλειας της ζωής της ή της ζωής του εμβρύου κατά τη διάρκεια ενός επείγοντος χειρουργείου. Η άποψη αυτή ενισχύεται από την κοόρτη του Gamble (196), που διεξήχθη το 2005 σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Αυστραλίας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, που έγινε με το MINI την 4^η με 6^η εβδομάδα λοχείας, ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών ανέπτυξε ΜΔΣ (n=32) από το σύνολο των 44 που υποβλήθηκαν σε ΕΚΤ. Από την άλλη πλευρά, το ποσοστό ΜΔΣ ήταν μικρότερο για τις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ΠΚΤ (n=9), από το σύνολο των 35 ατόμων. Την πολυπλοκότητα του ΜΔΣ κατά τη διαδικασία της ΚΤ έδειξε και η μελέτη κοόρτης του Soderquist και των συνεργατών του (197), που διεξήχθη το 2002 στην Σουηδία. Τα αποτελέσματα της μελέτης ταυτοποίησαν την ΕΚΤ ως σημαντικό παράγοντα κινδύνου, εφόσον οι 6 από τις 75 γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ένα επείγον χειρουργείο ανέπτυξαν ΜΔΣ, τη στιγμή

που μόνο 1 περιστατικό ΜΔΣ από τα 70 που υποβλήθηκαν σε προγραμματισμένο χειρουργείο ανέπτυξαν την διαταραχή.

Σύμφωνα με τις παραπάνω έρευνες, είναι πλέον γεγονός ότι η ΕΚΤ μπορεί να αποτελέσει τραυματική εμπειρία γέννησης και ευθύνεται σε μεγάλο ποσοστό για την επιλόχεια ΜΔΣ. Φαίνεται, λοιπόν, πως αν και η φιλοσοφία της ΕΚΤ είναι να σώσει άμεσα την ζωή της μητέρας ή του νεογνού, το αίσθημα αδυναμίας που νιώθουν οι γυναίκες μπροστά στην άμεση απόφαση ενός χειρουργείου, η εσπευσμένη είσοδος στην χειρουργική αίθουσα και η μη δυνατότητα επιλογής της μεθόδου αναισθησίας μπορεί κάποιες φορές να επιφέρει ένα ψυχικό τραύμα εκτός από το σωματικό, ακόμα και αν το νεογνό γεννηθεί με ασφάλεια (199). Επομένως, ήταν πολύ σημαντικό να προσθέσουμε στην συγκεκριμένη συστηματική ανασκόπηση 3 πολύ σημαντικά άρθρα των οποίων το δείγμα αποτελούταν μόνο από γυναίκες εκτεθειμένες σε ΕΚΤ, οι οποίες ωστόσο, αποτελούν έρευνες σταθμούς στη μελέτη της ΜΔΣ μετά από ΕΚΤ. Οι μελέτες αυτές προχώρησαν στην ανάλυση του συγκεκριμένου είδους ΚΤ λαμβάνοντας ως δεδομένο ότι οι γυναίκες που υποβάλλονται σε ΕΚΤ πληρούν το κριτήριο Α της ΜΔΣ, την εμπειρία δηλαδή του επικείμενου θανάτου ή των σοβαρών επιπλοκών στη μητέρα ή το νεογνό. Πιο αναλυτικά, η κοόρτη του Tham που έλαβε χώρα στη Σουηδία το 2007 (190), περιέλαβε στο δείγμα της μελέτης μόνο γυναίκες με ΕΚΤ. Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα, από τις 122 γυναίκες που γέννησαν με ΕΚΤ, το 25% ανέφερε συμπτώματα μετατραυματικού στρες σε μέτριο βαθμό ενώ το 9% των γυναικών είχε υψηλού βαθμού συμπτώματα 3 μήνες μετά το χειρουργείο. Έτσι, δεδομένου ότι στη Σουηδία πραγματοποιήθηκαν το 2003, 6.638 ΕΚΤ, οι συγγραφείς υπολόγισαν ότι περίπου 2.260 γυναίκες θα υπέφεραν από συμπτώματα ΜΔΣ στους επόμενους 3 μήνες. Ότι η ΕΚΤ συνεπάγεται ως επί το πλείστον μια τραυματική εμπειρία γέννησης, φαίνεται καθαρά από τα αποτελέσματα της έρευνας που έλαβε χώρα στην Σουηδία από την Ryding και τους συνεργάτες της το 1998 (162). Η συγκεκριμένη πιλοτική μελέτη που διεξήχθη σε μαιευτήριο της Σουηδίας, εξέτασε εάν οι λεχώνες πληρούσαν στο 1^ο-5^ο 24ωρο μετά το χειρουργείο, το κριτήριο Α της ΜΔΣ. Τα αποτελέσματα, λοιπόν, έδειξαν ότι από το δείγμα των 53 γυναικών οι 29 (54,7%) πληρούσαν το βασικό κριτήριο του μετατραυματικού στρες. Οι λεχώνες ανέφεραν σε γενικές γραμμές ότι τα συναισθήματα τους μεταβλήθηκαν από αυτοπεποίθηση σε φόβο μέσα στην αίθουσα ωδινών. Η απόφαση για ΚΤ έφερε μια προσωρινή αίσθηση ανακούφισης αλλά αντικαταστάθηκε πολύ γρήγορα με φόβο

καθώς πλησίαζε η επέμβαση. Οι σκέψεις των γυναικών κατά τη διάρκεια του χειρουργείου ήταν επικεντρωμένες στο νεογνό και υπήρχε έντονο άγχος μέχρι τη στιγμή της γέννησης του που συνήθως ακολουθούσε ανακούφιση και ευτυχία. Βέβαια, ακόμα και αν η πρώτη συνάντηση της μητέρας με το βρέφος κατακλύζεται από συναισθήματα ευτυχίας, τα αρνητικά συναισθήματα, όπως ο φόβος και ο θυμός, μπορεί να κυριαρχήσουν στις αναμνήσεις από την ΚΤ. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνεται από παλαιότερο άρθρο της Ryding (161) το 1997, κατά το οποίο το δείγμα των 25 γυναικών που γέννησαν με ΕΚΤ σε μαιευτήριο της Σουηδίας, εμφάνισε αυξημένα ποσοστά συμπτωμάτων ΜΔΣ. Πράγματι, το κριτήριο A πληρούσαν οι 19 (76%), συμπτώματα ΜΔΣ εμφάνισαν οι 13 (52%) και σοβαρά συμπτώματα εμφάνισαν οι 8 (32%) του συνόλου των λεχιδών του δείγματος. Το γεγονός ότι καμία από τις λεχόνες δεν ανέπτυξε την πλήρη διαταραχή αλλά αυξημένα συμπτώματα, ίσως οφείλεται στην ανεπάρκεια του DSM-III-R να διαγνώσει το επιλόχειο μετατραυματικό στρες σε σχέση με την ευαισθησία του DSM-IV και πολύ περισσότερο με του DSM-5 λόγω της προσθήκης επιπλέον κριτηρίων που αύξησαν περισσότερο την ευαισθησία του.

2.2.2. Δεδομένα που Σχετίζονται με την Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες και τους Περιγεννητικούς Παράγοντες Κινδύνου

Τα ευρήματα της παρούσας ανασκόπησης συμφωνούν πως διάφοροι περιγεννητικοί παράγοντες μπορεί να ευθύνονται για την ανάπτυξη ΜΔΣ. Για παράδειγμα, οι επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αυξάνουν το άγχος της εγκύου (155), (194), (195) και μπορεί να την οδηγήσουν στον τοκετό με επιβαρυσμένη ψυχολογία, ιδιαίτερα αν έχει υπάρξει νοσηλεία κατά την εγκυμοσύνη για αυτές τις επιπλοκές (195). Αναφορικά με την παθολογία κύησης, σημαντικός παράγοντας για την ανάπτυξη της, ενδεχομένως να είναι και η ελλιπής παρακολούθηση της εγκυμοσύνης από ειδικούς, που φαίνεται να αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου (194). Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που φαίνεται να δημιουργεί μια επιπρόσθετη συναισθηματική επιβάρυνση στις μητέρες, είναι η συμπεριφορά του προσωπικού υγείας (191). Φαίνεται, πως η έλλειψη ιδιωτικότητας και η ανεπαρκής φροντίδα από τις μαίες κυρίως, οδηγεί πιο γρήγορα τις γυναίκες σε αισθήματα απογοήτευσης και

απελπισίας. Οι αυξημένες όμως ιατρικές παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια του τοκετού και πριν την ΚΤ αυξάνουν, επίσης, το άγχος της επιτόκου και συμβάλλουν εξίσου στην ανάπτυξη αρνητικών συναισθημάτων (191), τονίζοντας πως τόσο η αδιαφορία από το προσωπικό υγείας, όσο και η αυξημένη παρέμβαση από τη μεριά τους δημιουργούν καταστάσεις ανισορροπίας με τις ανάλογες ψυχικές επιπτώσεις στις μητέρες. Ένας επιπλέον παράγοντας κινδύνου μπορούμε να πούμε ότι είναι οι επιπλοκές αναισθησίας μετά το χειρουργείο (155). Πράγματι, η μέθοδος αναισθησίας που χρησιμοποιείται στις ΚΤ, ραχιαία, συνδυασμός επισκληριδίου και ραχιαίας και γενική αναισθησία μπορεί να συντελέσουν στην περαιτέρω ψυχική δυσφορία της επιτόκου. Μια αποτυχημένη ραχιαία αναισθησία συνεπάγεται πόνο για την επίτοκο, ενώ οδηγεί σε γενική αναισθησία στερώντάς της την δυνατότητα να βιώσει τη γέννηση του παιδιού της. Επιπλέον, οι επιπλοκές που έπονται μετά από μια μέθοδο αναισθησίας, όπως ναυτία ή πονοκέφαλος αυξάνουν τη δυσφορία και φαίνεται πως συμβάλλουν στην ανάπτυξη ΜΔΣ. Μια πιθανή εξήγηση για αυτό το φαινόμενο θα μπορούσε να είναι η ύπαρξη ενός δυνητικά τραυματικού περιγεννητικού γεγονότος, το οποίο σε συνδυασμό με τις επιπλοκές της αναισθησίας, αυξάνει τον βαθμό ψυχικής δυσφορίας και δημιουργεί με αυτό τον τρόπο ένα ευνοϊκό περιβάλλον για την ανάπτυξη ΜΔΣ.

Μια επιπλέον μεταβλητή που βρέθηκε να σχετίζεται ιδιαίτερα με το μετατραυματικό στρες στις λεχωίδες είναι οι επιπλοκές που σχετίζονται με το νεογνό. Οι επιπλοκές αυτές που αφορούν συνήθως την προωρότητα, την νοσηλεία στη ΜΕΝΝ πρόωρου ή τελειόμηνου νεογνού και η έλλειψη θηλασμού που- στις περισσότερες των περιπτώσεων- αφορά νεογνικούς παράγοντες, φάνηκε να σχετίζονται θετικά με τη μετατραυματική συμπτωματολογία (164), (191), (192), (194), (155). Σύμφωνα με τον Phillips et al., 2013 (200), υπογραμμίζεται η σημασία της «μαγικής ώρας» δηλαδή των πρώτων λεπτών αμέσως μετά τη γέννηση στο δεσμό μητέρας - βρέφους. Η διατήρηση αυτής της επαφής μετά τη γέννηση διευκολύνει αυτό τον δεσμό και αποτρέπει την ανάπτυξη επιλόχειας ΜΔΣ. Δεδομένης της παραπάνω υπόθεσης, ο σεβασμός της μαγικής αυτής ώρας ο οποίος συμβάλλει στην πρόληψη ψυχικών διαταραχών στη λοχεία, πρέπει να τηρείται με ακρίβεια από τους επαγγελματίες υγείας ακόμα και σε ιδιαίτερα δύσκολες συνθήκες.

Επιπλέον, οι καταστάσεις αυξημένου περιγεννητικού στρες που πληρούν το κριτήριο Α του μετατραυματικού στρες και σχετίζονται όπως είδαμε παραπάνω με την ΕΚΤ

(161), (162), (190) αποτελούν την αρχή μιας σύνθετης διαδικασίας ανάπτυξης της ΜΔΣ. Η έκθεση, λοιπόν, σε ένα ιδιαίτερα τραυματικό γεγονός γέννησης και η συνύπαρξη διάφορων επιβαρυντικών παραγόντων που παρουσιάζονται στις παρακάτω ενότητες, επιφέρουν διακυμάνσεις στην ένταση των συμπτωμάτων τραύματος με επιζήμιες επιπτώσεις, τελικά, στην ψυχική υγεία της μητέρας.

2.2.3. Δεδομένα που Σχετίζονται με την Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες και τα Τραυματικά Γεγονότα Ζωής

Η έκφραση «τραυματικό γεγονός» περιγράφεται πολύ συχνά από τους ανθρώπους, με μια γενική έννοια, ως ένα πολύ αγχωτικό γεγονός. Η Αμερικάνικη Ψυχολογική Εταιρεία (201), ορίζει το «τραύμα» ως την εξαιρετικά ενοχλητική απάντηση ενός ατόμου σε ένα εξαιρετικά στρεσογόνο γεγονός, που μπορεί να προκαλέσει φόβο, διάσπαση, σύγχυση ή άλλα αρκετά έντονα αρνητικά συναισθήματα αρκετά έντονα, ώστε να επιφέρουν μακροχρόνιες αρνητικές επιδράσεις στη ζωή του ατόμου. Οι πιο μακροχρόνιες επιδράσεις περιλαμβάνουν αναδρομές, συναισθηματική ένταση και σωματικά συμπτώματα. Αυτά τα συναισθήματα αν και μέχρι ενός σημείου είναι φυσιολογικά, πολλοί άνθρωποι δυσκολεύονται να τα διαχειριστούν με την πάροδο του χρόνου και όπως είδαμε σε παραπάνω κεφάλαια, αντί να εξατμιστεί η ανάμνηση του τραυματικού γεγονότος, αναζωπυρώνεται με κάποιο άλλο γεγονός.

Κάποια από τα περιληφθέντα άρθρα της μελέτης μας κάνουν αναφορά στα παρελθόντα τραυματικά γεγονότα των γυναικών ταυτοποιώντας τα ως παράγοντες κινδύνου για το μετατραυματικό στρες (155), (164), (191), (196). Στις έρευνες αυτές βρίσκει εφαρμογή το μοντέλο της «ευαισθητοποίησης» (όπως είδαμε στο προηγούμενο κεφάλαιο), η αύξηση δηλαδή της συμπεριφορικής αντιδραστικότητας του ατόμου που εκτίθεται σε ένα επαναλαμβανόμενο τραύμα (127). Το νέο ψυχικό τραύμα της ΚΤ δημιουργεί αυξημένη ένταση στη μητέρα και η στερεότυπη συμπεριφορά που ακολουθεί, ενεργοποιεί τους μηχανισμούς μιας νέας ΜΔΣ. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι η προηγούμενη θυματοποίηση της γυναίκας μπορεί να σχετιζόταν με χαμηλή αυτοεκτίμηση και κατά συνέπεια με μη ορθολογικές συμπεριφορές αντιμετώπισης (202). Στα συγκεκριμένα άρθρα, κάποια από τα αναγνωρισμένα τραυματικά γεγονότα ήταν το ιστορικό κακοποίησης, η αποβολή και

το ιστορικό προηγούμενης ΜΔΣ. Σύμφωνα, λοιπόν, με την υπόθεση ότι μετά από μια τραυματική εμπειρία γέννησης μπορεί να υπάρξει αυξημένη αντιδραστικότητα, πρέπει να αναφερθεί και η υπόθεση του «υπολειπόμενου άγχους», η οποία υποστηρίζει ότι η έκθεση σε στρεσογόνα γεγονότα αφήνει κατάλοιπα (203). Επομένως, η παρουσία πολλαπλών τραυμάτων του παρελθόντος, πολλαπλασιάζει την πιθανότητα ενός νέου μετατραυματικού στρες μετά από έκθεση σε ένα νέο τραυματικό γεγονός (129).

2.2.4. Δεδομένα που Σχετίζονται με την Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες και τις Ψυχοκοινωνικές Μεταβλητές

Μια κατηγορία μεταβλητών που φάνηκε ότι σχετίζονται με τη ΜΔΣ στη λοχεία είναι οι ψυχοκοινωνικές μεταβλητές. Πιο συγκεκριμένα, στη μελέτη μας φάνηκε πως το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο είναι παράγοντας εμφάνισης μετατραυματικού στρες (194). Μια πιθανή εξήγηση γι' αυτό το φαινόμενο, είναι ότι οι μητέρες με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο ενδέχεται να έχουν λιγότερα συναισθηματικά και γνωστικά εφόδια να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες μιας τραυματικής εμπειρίας, σε σχέση με τις περισσότερο πνευματικά καλλιεργημένες γυναίκες. Σε μια έρευνα του 1995 (204), φάνηκε πως το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο αλλά και το χαμηλό εισόδημα μπορεί να αποτελέσουν παράγοντες κινδύνου για ΜΔΣ. Όσον αφορά την ανεπάρκεια οικονομικών πόρων, τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι σχετίζεται θετικά με την εμφάνιση μετατραυματικού στρες (191). Αναφορικά με αυτό το εύρημα, το «μοντέλο των πόρων» (205), αναφέρει ότι μετά από μια επαπειλούμενη ή πραγματική απώλεια πόρων μπορεί να επέλθει το στρες. Επίσης, τις περισσότερες φορές, μαζί με τους χαμηλούς οικονομικούς πόρους μπορεί να συνυπάρχει και χαμηλό μορφωτικό επίπεδο.

Μια σπουδαία κοινωνική μεταβλητή που αποτελεί παράγοντα κινδύνου για ΜΔΣ, είναι η έλλειψη υποστήριξης από το σύντροφο (164), (193), όπως επίσης οι ανύπαντρες μητέρες φαίνεται να κινδυνεύουν περισσότερο από τις έγγαμες (155). Φαίνεται λοιπόν, πως η υποστήριξη της ψυχικής υγείας της μητέρας από το σύντροφο είναι βασικής σημασίας, με απαραίτητη προϋπόθεση την καλή ψυχική υγεία του ίδιου (206), (207). Ακόμη, η πρωτοτοκία ταυτοποιήθηκε ως παράγοντας κινδύνου στην

συγκεκριμένη μελέτη (197). Βέβαια, αν και η πολυτοκία μπορεί να σχετίζεται με περισσότερες τραυματικές εμπειρίες γέννησης, η πρωτοτοκία συνδέεται συνήθως με υψηλότερα ποσοστά άγχους, φόβου για τη ζωή και ψυχική δυσφορία (208).

Σχετικά με τις ψυχιατρικές διαταραχές, διαπιστώθηκε πως σε κάποιες περιπτώσεις, είχαν έναν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη μετατραυματικού στρες. Όπως, είδαμε σε παλαιότερο κεφάλαιο, οι ψυχιατρικές διαταραχές έχουν μια σχέση αμφίδρομη με το τραύμα, επομένως, διάφορες ψυχικές διαταραχές μπορεί να προέρχονται από παλαιότερο ψυχικό τραυματισμό. Μερικές περιληφθείσες έρευνες αναφέρουν ως παράγοντα κινδύνου το ψυχιατρικό ιστορικό και συγκεκριμένα, το ιστορικό τοκοφοβίας (190), την τοκοφοβία στην παρούσα κύηση, την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές (193), το ιστορικό λήψης ψυχιατρικών φαρμάκων (191) και το οικογενειακό ιστορικό ψυχιατρικών διαταραχών (197). Τα οικογενειακά ιστορικά ψυχοπαθολογίας συγκεκριμένα, αποτελούν παράγοντες ευπάθειας για την αντιμετώπιση μιας μεγαλύτερης περιτραυματικής δυσφορίας μετά από έκθεση σε κρίσιμα γεγονότα (137). Σύμφωνα, λοιπόν, με αυτή την παραδοχή, οι γυναίκες που βιώνουν τραυματικές εμπειρίες γέννησης, με ιστορικό ψυχιατρικού ιστορικού ή ατομικό ψυχιατρικό ιστορικό, βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης μετατραυματικού στρες.

2.2.5. Δεδομένα που Σχετίζονται με την Μερική Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες

Η μερική ΜΔΣ, αν και είναι μια διαταραχή που δεν πληροί όλα τα κριτήρια της πλήρους διαταραχής, οι ασθενείς, όμως, υποφέρουν από σοβαρά και ενοχλητικά συμπτώματα, με αποτέλεσμα να υπάρχει δυσλειτουργία στην καθημερινότητά τους (209). Σε 2 μελέτες της ανασκόπησης μας αναλύθηκαν τα ποσοστά μερικής μετατραυματικής διαταραχής. Στην πρώτη περιληφθείσα έρευνα (164), τα ποσοστά της μερικής μετατραυματικής διαταραχής είναι μεγαλύτερα στις μητέρες με ΕΚΤ ($n=9$), (14,3%) σε σχέση με τις μητέρες μετά από ΠΚΤ ($n=4$), (4,1%). Στην άλλη περιληφθείσα έρευνα (155), οι γυναίκες που εμφάνισαν μερική ΜΔΣ μετά από ΕΚΤ ήταν 13 (65%), ενώ κανένα περιστατικό μετά από ΠΚΤ δεν παρατηρήθηκε. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι η ΕΚΤ είναι παράγοντας κινδύνου τόσο για τη ΜΔΣ

όσο και για τη μερική ΜΔΣ. Επειδή, όμως, οι μηχανισμοί που διέπουν τις δύο αυτές κατηγορίες ΜΔΣ είναι διαφορετικοί, παραμένει άγνωστος ο βαθμός σύγκρισής μεταξύ των δύο ομάδων ΚΤ, των παραπάνω ερευνών. Τέλος, το κριτήριο Α της ΜΔΣ αποδείχθηκε σημαντικός προγνωστικός δείκτης της ΜΔΣ και της μερικής ΜΔΣ, επιβεβαιώνοντας το μοντέλο του Andersen (210), που κάνει λόγο για την υποκειμενική δυσφορία και το φόβο που βιώνει η μητέρα για τη ζωή του μωρού και για τη ζωή τη δική της.

Σε αυτό το κεφάλαιο της συστηματικής ανασκόπησης, μελετήσαμε όλα τα δεδομένα που σχετίζονταν με τις υπό μελέτη μεταβλητές μας, που αφορούσαν την εμφάνιση της ΜΔΣ στη λοχεία. Είδαμε ότι η πλειοψηφία των ερευνητών υποστήριξε την ΕΚΤ ως βασικό προγνωστικό παράγοντα επιλόχειου ΜΔΣ. Επίσης, σύμφωνα με τα παραπάνω ευρήματα, είδαμε πως οι παθολογικές καταστάσεις της κύησης, η μέθοδος αναισθησίας κατά την ΚΤ, οι επιπλοκές που αφορούν το νεογνό (προωρότητα, εισαγωγή σε ΜΕΝΝ) και η έλλειψη θηλασμού, φάνηκε πως σχετιζόταν θετικά με τη ΜΔΣ.

Παρουσιάσαμε, επίσης, τις συνέπειες των τραυματικών γεγονότων ζωής μιας γυναίκας (προηγούμενο ιστορικό ΜΔΣ, ιστορικό κακοποίησης), αλλά και τον καταλυτικό ρόλο του ψυχιατρικού ιστορικού στην ανάπτυξη μετατραυματικού στρες στη λοχεία. Τέλος, παρουσιάσαμε ενδελεχώς τη συσχέτιση του Κριτηρίου Α με την τραυματική εμπειρία γέννησης, την ΕΚΤ και την ανάπτυξη ΜΔΣ στη λοχεία.

Στο επόμενο κεφάλαιο ακολουθεί η παρουσίαση της μεθοδολογίας της παρούσης έρευνας, ο σκοπός, οι στόχοι και οι ερευνητικές υποθέσεις, με σκοπό να διαπιστωθεί η έκταση του προβλήματος του επιλόχειου ΜΔΣ, καθώς και των περιγεννητικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων κινδύνου σε μητέρες μετά από ΕΚΤ και ΠΚΤ στην Ελλάδα.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 3. Μεθοδολογία Έρευνας

Η συστηματική ανασκόπηση που προηγήθηκε ανέδειξε τους πιο σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη του επιλόχειου μετατραυματικού στρες μετά από ΕΚΤ ή ΠΚΤ. Αυτοί οι παράγοντες αφορούν την ΕΚΤ, παθολογικές καταστάσεις της κύησης, περιγεννητικές απειλητικές καταστάσεις για τη ζωή της μητέρας ή του παιδιού, την έλλειψη θηλασμού, και την ύπαρξη ψυχοκοινωνικών καταστάσεων και τραυματικών γεγονότων ζωής.

Με βάση, λοιπόν, τους παράγοντες αυτούς, θελήσαμε να διερευνήσουμε το κατά πόσο στην Ελλάδα με τα δεδομένα ποσοστά ΚΤ, η ΜΔΣ υφίσταται, σε ποιο βαθμό και ποιοι παράγοντες σχετίζονται θετικά με την ανάπτυξή του.

3.1. Σκοπός και στόχοι της έρευνας

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση των εμπειρικών δεδομένων αναφορικά με τους περιγεννητικούς παράγοντες που σχετίζονται με τη ΜΔΣ στις γυναίκες με ΕΚΤ και ΠΚΤ, καθώς επίσης και την πιθανή συμβολή διάφορων ψυχοκοινωνικών μεταβλητών, υπέδειξε την αναγκαιότητα της διεξαγωγής μιας προοπτικής έρευνας, η οποία θα μελετήσει πιο εμπεριστατωμένα τους παράγοντες και τους μηχανισμούς εμφάνισης της επιλόχειας ΜΔΣ σε γυναίκες μετά από ΚΤ.

Οι βασικοί στόχοι της παρούσας έρευνας είναι:

1. Να εντοπίσει ποια από τις δύο ομάδες γυναικών με ΚΤ (ΕΚΤ-ΠΚΤ) έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξει ΜΔΣ στη λοχεία.
2. Να εντοπίσει τους περιγεννητικούς παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τη ΜΔΣ σε γυναίκες μετά από ΕΚΤ και ΠΚΤ.
3. Να εξετάσει ποιοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες σχετίζονται με τη ΜΔΣ σε γυναίκες μετά από ΕΚΤ και ΠΚΤ.

4. Να διερευνήσει αν τα παρελθόντα τραυματικά γεγονότα ζωής των γυναικών με ΕΚΤ και ΠΚΤ, σχετίζονται με την ανάπτυξη ΜΔΣ στη λοχεία.
5. Να εντοπίσει ποιες είναι οι στρεσογόνες συνθήκες του κριτηρίου Α που επηρεάζουν τις μητέρες με ΚΤ οι οποίες αποτελούν υπόβαθρο για την ανάπτυξη ΜΔΣ στην λοχεία.
6. Να μεταφράσει και να προσαρμόσει στην ελληνική γλώσσα την κλίμακα μετατραυματικού στρες PCL-5.
7. Να μεταφράσει και να προσαρμόσει στην ελληνική γλώσσα το κριτήριο Α του μετατραυματικού στρες.
8. Να μεταφράσει και να προσαρμόσει στην ελληνική γλώσσα το ερωτηματολόγιο τραυματικών γεγονότων ζωής LEC-5.

Ο σκοπός, επομένως, της παρούσας έρευνας είναι να προσφέρει μια ολοκληρωμένη προσέγγιση της ψυχολογίας των γυναικών μετά από ΕΚΤ και ΠΚΤ, αναγνωρίζοντας τους παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε ΜΔΣ στη λοχεία. Θεωρούμε, πως η κατανόηση της σχέσης των παραπάνω μεταβλητών αναφορικά με την ψυχική υγεία της μητέρας θα συμβάλλει στην καλύτερη προσαρμογή της γυναίκας στην μητρότητα κατά την περίοδο της λοχείας. Ελπίζουμε πως τα αποτελέσματά μας θα συμβάλλουν στον σχεδιασμό κατάλληλων ψυχοεκπαιδευτικών προγραμμάτων και εξειδικευμένων μαιευτικών παρεμβάσεων που θα προάγουν την ψυχική υγεία των γυναικών, οι οποίες υποβάλλονται σε ΚΤ.

3.3. Ερευνητικές Υποθέσεις

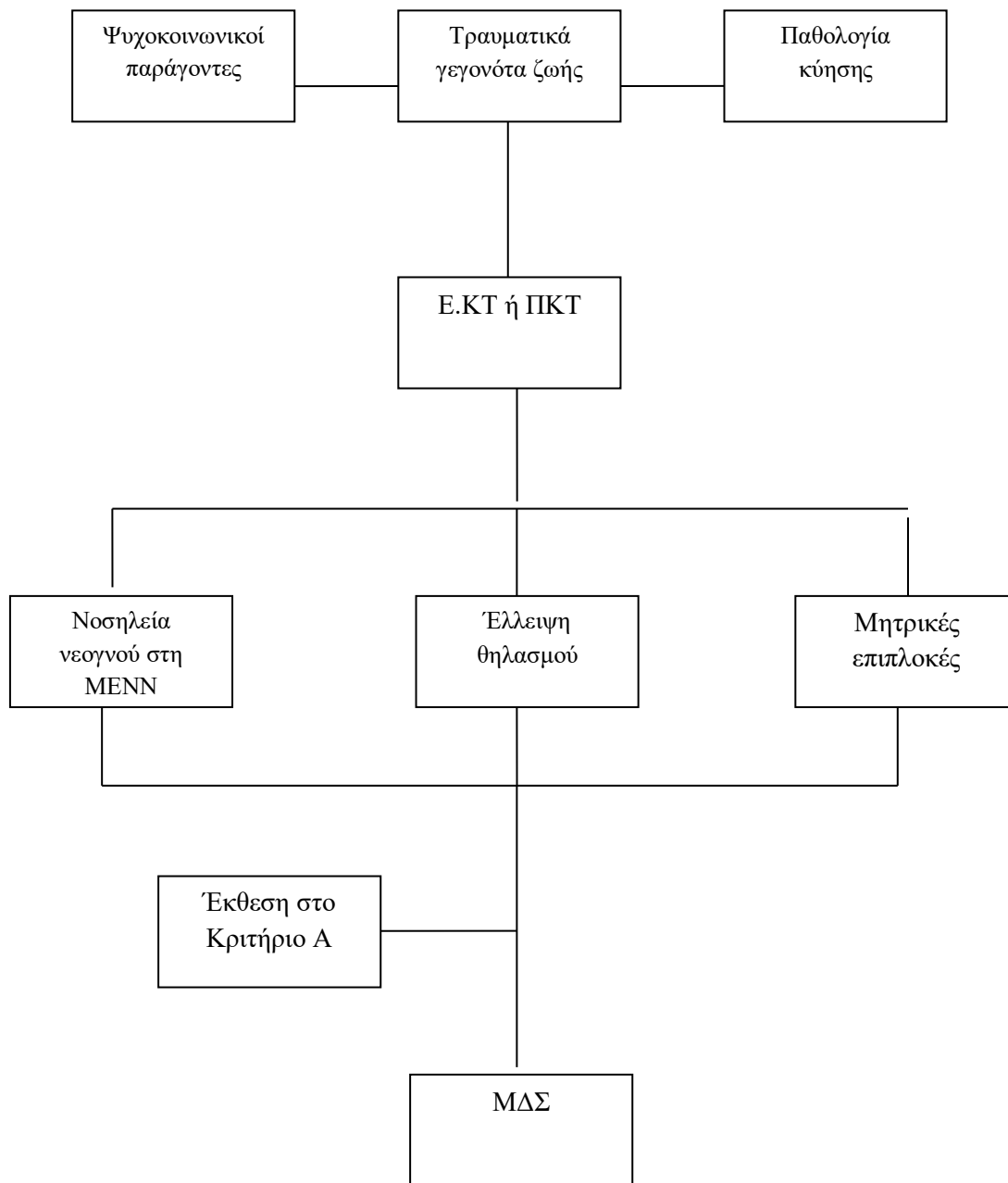
Ξεκινώντας με τους σκοπούς της έρευνας, με δεδομένα τα αποτελέσματα της συστηματικής ανασκόπησης, καταλήγουμε στην διατύπωση ορισμένων ερευνητικών υποθέσεων.

1. Οι γυναίκες που υποβάλλονται σε ΕΚΤ αναμένεται να αναπτύξουν σε μεγαλύτερο ποσοστό ΜΔΣ σε σχέση με τις γυναίκες που υποβάλλονται σε ΠΚΤ.

2. Οι γυναίκες που υποβάλλονται σε ΕΚΤ αναμένεται να αναπτύξουν σε μεγαλύτερο ποσοστό Μερική ΜΔΣ σε σχέση με τις γυναίκες που υποβάλλονται σε ΠΚΤ.
3. Οι περιγεννητικοί στατιστικά σημαντικοί παράγοντες που θα σχετίζονται με τη ΜΔΣ, αναμένεται να είναι: α) απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας, β) απειλητικές καταστάσεις που αφορούν τη ζωή του εμβρύου και απαιτούν την άμεση γέννηση του, γ) απειλητικές καταστάσεις που αφορούν τη ζωή του νεογνού και απαιτούν την εισαγωγή του στη ΜΕΝΝ, δ) καταστάσεις που εμποδίζουν την ανάπτυξη δεσμού μητέρας-βρέφους, όπως η έλλειψη θηλασμού, ε) παθολογία κύησης, στ) παθολογικό ιστορικό υγείας της μητέρας που επιδρά στην κύηση.
4. Οι ψυχοκοινωνικοί στατιστικά παράγοντες που υποθέτουμε ότι θα σχετίζονται με τη ΜΔΣ, αναμένεται να είναι: α) η πρωτοτοκία, β) η χαμηλή συμπαράσταση από το σύντροφο, και δ) το ιστορικό ψυχιατρικών διαταραχών (κυρίως των αγχωδών διαταραχών, της κατάθλιψης και το ιστορικό προηγούμενης επιλόχειας ψυχικής διαταραχής).
5. Τα τραυματικά γεγονότα ζωής αναμένεται να είναι στατιστικά σημαντικός παράγοντας στην ανάπτυξη ΜΔΣ και πιο συγκεκριμένα τα τραύματα άμεσης έκθεσης στο συμβάν.
6. Εκτός από τις παραπάνω σχέσεις, μια έμμεση μεταβλητή όπως η στάση και οι προσδοκίες της γυναίκας για τον τρόπο γέννησης, υποθέτουμε ότι θα αποτελέσει προγνωστικό δείκτη ΜΔΣ
7. Επίσης, οι προσδοκίες της γυναίκας για τον τοκετό τους, υποθέτουμε ότι θα αποτελέσουν προγνωστικό δείκτη για την εμπειρία τραυματικής ΚΤ.
8. Οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ΕΚΤ, αναμένεται να έχουν μια πιο τραυματική εμπειρία γέννησης σε σχέση με τις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ΠΚΤ.
9. Οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ΕΚΤ αναμένεται να μην ανταποκρίνεται στις προσδοκίες τους η ΚΤ, σε σχέση με τις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ΠΚΤ.
10. Οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ΕΚΤ αναμένεται να έχουν περισσότερες πιθανότητες να πληρούν το κριτήριο Α της ΜΔΣ, σε σχέση με τις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ΠΚΤ.

11. Επιπλέον, υποθέτουμε ότι η ΜΔΣ θα σχετίζεται με κάποιον τρόπο με τη Μερική ΜΔΣ
12. Οι γυναίκες, των οποίων η ζωή και η ζωή των παιδιών τους, κινδύνευαν κατά τη διάρκεια της ΚΤ ή είχαν και οι δυο επιπλοκές κατά τη διάρκεια ή μετά την ΚΤ, αναμένεται να αναπτύξουν σε μεγαλύτερο ποσοστό ΜΔΣ σε σχέση με τις μητέρες που δεν βίωσαν κάποιες από τις παραπάνω καταστάσεις.

Για τη δημιουργία ενός υποθετικού μοντέλου επιλόχειας ΜΔΣ, λάβαμε υπόψη το θεωρητικό μοντέλο του Andersen et al., 2012 (210), το οποίο αναφέρεται στην ψυχική δυσφορία και τον φόβο που νιώθει η μητέρα όταν εκτίθεται σε κίνδυνο η ζωής της ή η ζωή του παιδιού της. Τις περισσότερες φορές η ΚΤ, ιδιαίτερα η ΕΚΤ αποτελεί ένα στρεσογόνο γεγονός. Η απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η παθολογία κύησης ή το βεβαρυμμένο ατομικό ιστορικό υγείας, οι νεογνικές ή οι μητρικές επιπλοκές, τα παλαιότερα τραυματικά γεγονότα ζωής καθώς και οι διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες, αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο ανάπτυξης ΜΔΣ. Στο (Σχήμα 3.1), περιγράφεται το θεωρητικό μοντέλο ανάπτυξης ΜΔΣ σε λεχαιίδες μετά από ΕΚΤ και ΠΚΤ.



Σχήμα 3.1. Το υποθετικό μοντέλο της ΜΔΣ

3.4. Τήρηση Κανόνων Βιοηθικής

Στο πλαίσιο διεξαγωγής της έρευνας, ζητήθηκε άδεια διεξαγωγής έρευνας από την Επιτροπή Βιοηθικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας, και τη Διοικούσα Επιτροπή του ΠΑ.Δ.Α. Οι επιτροπές, αφού μελέτησαν το σκοπό και τους στόχους της έρευνας, τη μεθοδολογία της, το ερευνητικό πρωτόκολλο, το δελτίο ενημέρωσης και συγκατάθεσης και τα εργαλεία μέτρησης (Παράρτημα 1), χορήγησαν την άδεια διεξαγωγής έρευνας (Παράρτημα 2).

3.5. Σχεδιασμός και Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Για τις ανάγκες διεξαγωγής της παρούσας έρευνας, εφαρμόσαμε το σχεδιασμό της προοπτικής μελέτης (prospective study). Τα δεδομένα μας συγκεντρώθηκαν στη μαιευτική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας της Περιφέρειας Θεσσαλίας. Το δείγμα μας αποτελούνταν από γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ΕΚΤ και ΠΚΤ, των οποίων η παρακολούθηση στην εγκυμοσύνη είχε γίνει στο συγκεκριμένο νοσοκομείο. Την 2^η μέρα μετά την ΚΤ, χορηγήθηκαν στις λεχωίδες αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια, ενώ καταγράφηκαν στοιχεία που αφορούσαν το ιατρικό ιστορικό από τον ιατρικό φάκελο της κάθε γυναίκας. Ο χώρος προσέγγισης και επικοινωνίας με τις λεχωίδες ήταν το δωμάτιο νοσηλείας τους, σε ώρες που δεν είχε επισκεπτήριο και όταν δεν εκτελούνταν ιατρικές και νοσηλευτικές πράξεις, ενώ σε παρουσία πολλών λεχωίδων, η γυναίκα μεταφερόταν σε έναν πιο ήσυχο χώρο, όπως το δωμάτιο θηλασμού. Η ερευνήτρια εξέταζε αν οι λεχώνες πληρούσαν τα κριτήρια για συμμετοχή στην μελέτη όπως: α) να είχαν γεννήσει με ΕΚΤ ή ΠΚΤ, γεγονός που διαπιστωνόταν από το διάγραμμα νοσηλείας της κάθε γυναίκας και από τον ιατρικό φάκελο, β) να είχαν παρακολουθήσει σε όλη τη διάρκεια ή κατά το μεγαλύτερο μέρος της εγκυμοσύνης τους στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, ώστε να είναι πλήρης από πληροφορίες ο ιατρικός τους φάκελος, γ) η καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας, δ) το επαρκές νοητικό επίπεδο και ε) η απουσία λήψης ψυχοτρόπων φαρμάκων ή ουσιών την συγκεκριμένη περίοδο.

Στην συνέχεια, η ερευνήτρια ενημέρωνε προφορικά τις γυναίκες σχετικά με τη φύση της έρευνας, τους σκοπούς και τους στόχους και τη σπουδαιότητα της συμμετοχής

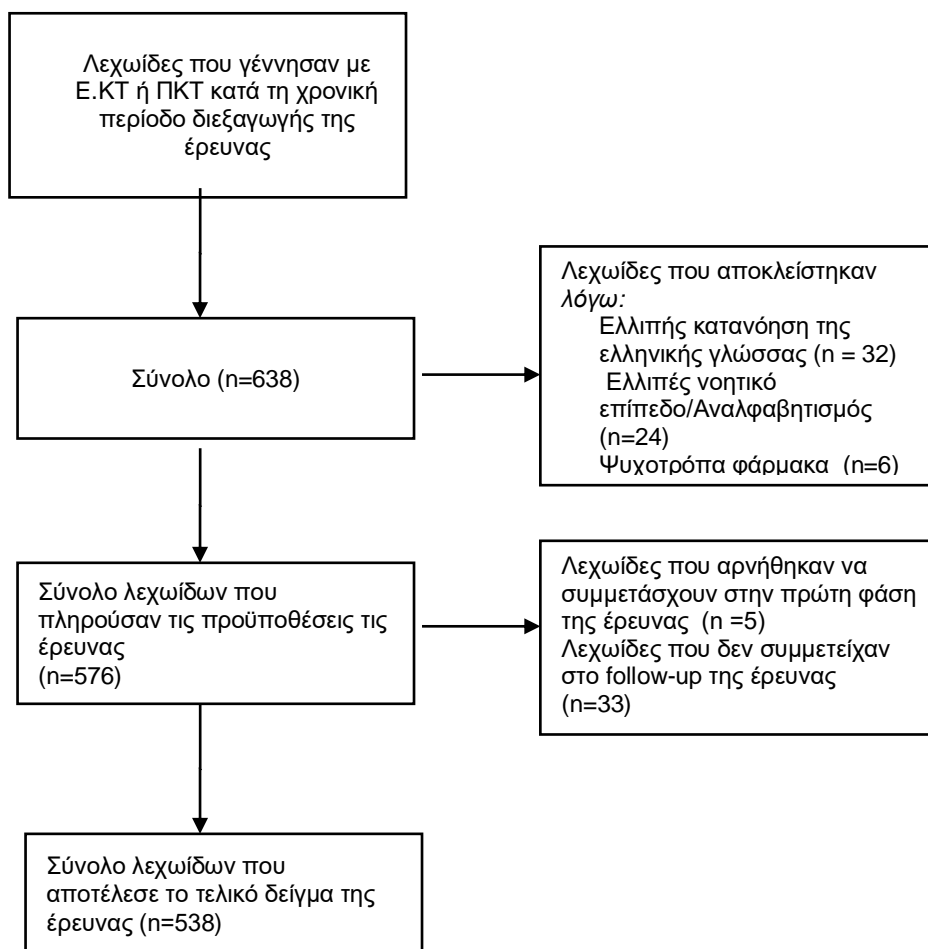
τους στην εξέλιξη της μαιευτικής φροντίδας, στοχεύοντας με αυτόν τον τρόπο στην εμπλοκή τους στην έρευνα μέσω της ανάπτυξης κινήτρων. Στην συνέχεια, δινόταν ένα έντυπο ενημέρωσης και συγκατάθεσης της κάθε λεχώνας στην μελέτη, το οποίο παρέδιδαν πίσω υπογεγραμμένο, δηλώνοντας έτσι τη συναίνεσή τους. Οι γυναίκες καλούνταν να απαντήσουν αυθόρμητα και με ειλικρίνεια σε 2 κλίμακες μέτρησης και ένα ιατρικό/δημογραφικό ερωτηματολόγιο, γνωρίζοντας ότι σε 6 εβδομάδες θα ακολουθήσει ένα τηλεφωνικό follow-up με την ερευνήτρια για τη διαπίστωση της ύπαρξης ή μη της ΜΔΣ.

Όσον αφορά την επικοινωνία του follow-up, οι γυναίκες ερωτήθηκαν για τυχόν συγκεκριμένες μέρες και ώρες κατά τις οποίες επιθυμούσαν να επικοινωνήσει μαζί τους η ερευνήτρια, έτσι ώστε η συμπλήρωση της κλίμακας μέτρησης να γίνει χωρίς την παρουσία άλλων ατόμων. Στις περιπτώσεις που δεν ήταν εφικτή η επικοινωνία με τη λεχώνα κατά τη διάρκεια της κλήσης λόγω της φροντίδας του νεογνού, επαναλαμβανόταν η τηλεφωνική επικοινωνία κάποια άλλη στιγμή την οποία όριζε η γυναίκα.

Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να αναφερθεί πως κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας, έλαβε χώρα η πανδημία του κορωνοϊού Covid-19, με πρωτόγνωρες και αρνητικές επιπτώσεις στην καθημερινότητα, στην εκπαίδευση και στη διεξαγωγή των ερευνητικών δραστηριοτήτων. Στην δική μας περίπτωση, η ασφάλεια των λεχωίδων και των βρεφών της κλινικής ήταν άμεση προτεραιότητα· συνεπώς, η τήρηση των προληπτικών μέτρων του Υπουργείου Υγείας ήταν επιτακτική ανάγκη για την πρόληψη της διασποράς του ιού. Έτσι, λοιπόν, από τη χρονική περίοδο 20 Μαρτίου 2020 έως 1 Ιουνίου 2020, η ερευνητική δραστηριότητα αναστάλη, λόγω της επιβολής σε πανελλήνιο επίπεδο των αναγκαστικών μέτρων προστασίας από την πανδημία του κορωνοϊού (Covid-19).

Κατά τη διάρκεια συλλογής των δεδομένων, η οποία πραγματοποιήθηκε χρονικά από τις 17 Ιουλίου του 2019 έως τις 24 Οκτωβρίου του 2020, έλαβαν χώρα 1311 γεννήσεις εκ των οποίων 549 με φυσιολογικό τοκετό και 750 με ΚΤ. Από το αρχικό αυτό δείγμα των ΚΤ, οι 112 γυναίκες γέννησαν κατά τη διάρκεια της καραντίνας και ως επακόλουθο αυτού, δεν ήταν εφικτό να συμμετάσχουν στην έρευνα. Συνεπώς, από το αρχικό δείγμα των 638 λεχωίδων που είχαμε πρόσβαση κατά την έρευνα, οι 576 (90, 2%), πληρούσαν τις προϋποθέσεις συμμετοχής. Πιο συγκεκριμένα, 32 άτομα

(5,5%) αποκλείστηκαν λόγω μη κατανόησης της ελληνικής γλώσσας, 24 άτομα (4,1%) λόγω αναλφαβητισμού και 6 άτομα (0,1%) λόγω χαμηλού νοητικού επιπέδου ή λήψης ψυχοτρόπων φαρμάκων. Από το δείγμα, λοιπόν, των 576 λεχωίδων, οι 571 (99,1 %) αποδέχτηκαν τη συμμετοχή τους και παρέλαβαν τα ερωτηματολόγια της πρώτης φάσης της έρευνας. Κατά τη διάρκεια του follow-up, που πραγματοποιήθηκε 6 εβδομάδες μετά την ΚΤ, 33 λεχωίδες (5,7%), χάθηκαν ή αρνήθηκαν τη συμμετοχή τους στη δεύτερη φάση της έρευνας. Επομένως, το τελικό δείγμα της μελέτης μας αποτελούνταν από 538 λεχωίδες (93,4%) με ΕΚΤ και ΠΚΤ (Σχήμα 3.2).



Σχήμα 3.2. Διαδικασία επιλογής του τελικού δείγματος της έρευνας

3.6. Τα Περιγραφικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος των Λεχωίδων

Αρχικά, ελέγξαμε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Το δείγμα μας αποτελούνταν από 538 γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ΕΚΤ και ΠΚΤ στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας και ελέγχθηκαν την 6^η εβδομάδα λοχείας για συμπτώματα ΜΔΣ. Η ηλικία του δείγματος κυμαινόταν από 18 έως 50 ετών. Ο (Πινάκας 3.1.) παρουσιάζει τις ηλικιακές κατηγορίες του δείγματος. Η επισκόπηση του δείγματος δείχνει ότι η πλειοψηφία των λεχωίδων (22,5%), κυμαίνεται ηλικιακά μεταξύ 33-35 ετών, ενώ ακολουθεί η ηλικιακή κατηγορία 31-34 ετών (20,8%) και έπειτα, τα άκρα της αναπαραγωγικής ηλικίας 18-22 ετών (7,8%) και αντίστοιχα από 41 ετών και άνω (5,8%). Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, φαίνεται ότι στην πλειοψηφία τους οι λεχώνες ήταν παντρεμένες

(88,8%). Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο, το 35,3% των λεχωίδων ήταν απόφοιτες πανεπιστημίου, ενώ η πλειοψηφία του δείγματος (41,6%) ήταν απόφοιτες λυκείου. Σχετικά με την επαγγελματική κατάσταση, το 29,7% ήταν δημόσιοι ή ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 25,7% νοικοκυρές, ενώ το 13,8% των γυναικών δήλωσαν άνεργες. Όσον αφορά την οικονομική τους κατάσταση, στην πλειοψηφία τους οι γυναίκες δήλωσαν μεσαία οικονομική κατάσταση (67.8%), το 29,4% χαμηλή και μόνο το 2,8% των γυναικών δήλωσε υψηλή. Αναφορικά με την εθνικότητα, το 90% των γυναικών ήταν Ελληνίδες, ενώ το 7,2% του δείγματος ανήκε σε μειονότητα. Ως θρήσκευμα, στη συντριπτική πλειοψηφία τους οι γυναίκες δήλωσαν Χριστιανές Ορθόδοξες (92,9%), ενώ ως τόπο διαμονής, το 78.1% των γυναικών δήλωσε ότι κατοικεί σε πόλη και το (21,9%) ότι κατοικεί σε χωριό. Σχετικά με τη γονεϊκότητα, το 42,6% των γυναικών ήταν πρωτοτόκες, το 37,9% είχε ήδη 1 παιδί, ενώ το 19,5% είχε ήδη 2 ή περισσότερα παιδιά.

Πίνακας 3.1. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος

Μεταβλητές	Συχνότητα	%	Έγκυρο ποσοστό	Συνολικό ποσοστό
Ηλικία				
18-22 χρονών	42	7.8	7.8	7.8
23-26 χρονών	53	9.9	9.9	17.7
27- 30 χρονών	100	18.6	18.6	36.2
31-34 χρονών	112	20.8	20.8	57.1
35-38 χρονών	121	22.5	22.5	79.6
39-40 χρονών	79	14.7	14.7	94.2
41 και πάνω	31	5.8	5.8	100.0
Οικογενειακή Κατάσταση				
Ελεύθερη	3	.6	.6	.6
Σε σχέση	45	8.4	8.4	8.9
Παντρεμένη	478	88.8	88.8	97.8
Σε διάσταση	8	1.5	1.5	99.3
Χωρισμένη	4	.7	.7	100.0
Εκπαιδευτικό Επίπεδο				
Δημοτικό	45	8.4	8.4	8.4
Γυμνάσιο	33	6.1	6.1	14.5
Λύκειο	224	41.6	41.6	56.1
Πανεπιστήμιο	190	35.3	35.3	91.4
Msc	38	7.1	7.1	98.5
PhD	8	1.5	1.5	100.0
Επάγγελμα				
Δημόσιος/Ιδιωτ. Υπαλλ.	160	29.7	29.7	29.7
Ελεύθερος επαγγελματίας	75	13.9	13.9	43.7
Επαγγελματίας Υγείας	43	8.0	8.0	51.7
Εκπαιδευτικός	48	8.9	8.9	60.6
Νοικοκυρά	138	25.7	25.7	86.2
Άνεργη	74	13.8	13.8	100.0
Οικονομική κατάσταση				
Χαμηλή	158	29.4	29.4	29.4
Μεσαία	365	67.8	67.8	97.2
Υψηλή	15	2.8	2.8	100.0
Εθνικότητα				
Ελληνική	484	90.0	90.0	90.0
Άλλη	54	10.0	10.0	100.0
Μειονότητα				
Όχι	499	92.8	92.8	92.8

Ναι	39	7.2	7.2	100.0
Θρήσκευμα				
Χριστιανή Ορθόδοξη	500	92.9	92.9	92.9
Άθρη	10	1.9	1.9	94.8
Μουσουλμάνα	20	3.7	3.7	98.5
Καθολική	8	1.5	1.5	100.0
Διαμονή				
Πόλη	420	78.1	78.1	78.1
Χωρίο	118	21.9	21.9	100.0
Γονεϊκότητα				
Όχι	229	42.6	42.6	42.6
1 παιδί	204	37.9	37.9	80.5
2 και παραπάνω παιδιά	105	19.5	19.5	100.0

Μαζί με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος συγκεντρώσαμε και πληροφορίες που αφορούσαν το ατομικό ιστορικό υγείας και το γυναικολογικό, μαιευτικό και ψυχιατρικό ιστορικό. Στον (Πίνακα 3.2), το 42,8% των γυναικών δεν είχε προηγούμενη εμπειρία τοκετού, το 8% είχε ιστορικό κολπικού τοκετού, το 47,4% είχε ιστορικό ΚΤ, ενώ μόνο το 1,9% είχε ιστορικό κολπικού τοκετού και ΚΤ. Από το δείγμα των 538 γυναικών επίσης, το 8,2% είχε επιτύχει εγκυμοσύνη με In Vitro Fertilization (IVF). Αναφορικά με το ατομικό ιστορικό υγείας, το 21,6% των γυναικών αναφέρει ένα γνωστό πρόβλημα υγείας, ενώ τα νοσήματα του θυρεοειδούς κατέλαβαν το μεγαλύτερο ποσοστό (11.5%) μεταξύ των λεχωίδων. Παθολογικό γυναικολογικό ιστορικό φάνηκε πως είχε το 11,7% των γυναικών, ενώ η πλειοψηφία αυτών (7,4%) είχαν εμπειρία ενδομήτριου θανάτου ή αποβολής ή καθ' έξιν αποβολών ή έκτοπης κύησης. Όσον αφορά το ψυχιατρικό ιστορικό, η επισκόπηση του πίνακα έδειξε ότι το 13,2% των γυναικών έπασχε από μια ψυχιατρική διαταραχή. Πιο συγκεκριμένα, το 7.2% των γυναικών έπασχε από διαγνωσμένη αγχώδης διαταραχή, ενώ το 3,5% του δείγματος είχε εμπειρία επιλόχειας ψυχικής διαταραχής σε προηγούμενη λοχεία.

Πίνακας 3.2. Ιατρικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος

Μεταβλητές	Συχνότητα	%	Έγκυρο ποσοστό	Συνολικό ποσοστό
Είδος Προηγούμενου Τοκετού				
Όχι προηγούμενη εμπειρία	230	42.8	42.8	42.8
Κολπικός τοκετός	43	8.0	8.0	50.7
Καισαρική τομή	255	47.4	47.4	98.1
Κολπικός τοκετός και καισαρική	10	1.9	1.9	100.0
Είδος Σύλληψης				
Φυσική	494	91.8	91.8	91.8
IVF	44	8.2	8.2	100.0
Ατομικό Ιστορικό Υγείας	4	.7	.7	100.0
Όχι	422	78.4	78.4	78.4
Νοσήματα θυρεοειδούς	62	11.5	11.5	90.0
Καρδιαγγειακά νοσήματα	12	2.2	2.2	92.2
Νευρολογικά νοσήματα	10	1.9	1.9	94.1
Αυτοάνοσα νοσήματα	10	1.9	1.9	95.9
Νεφρολογικά νοσήματα	2	.4	.4	96.3
Όγκοι	3	.6	.6	96.8
Μυωπία	6	1.1	1.1	98.0
Άλλα νοσήματα	11	2.0	2.0	100.0
Γυναικολογικό Ιστορικό				
Όχι	475	88.3	88.3	88.3
Ενδομήτριος θάνατος/ αποβολή/ καθ'έξην αποβολές / έκτοπη κύηση	40	7.4	7.4	95.7
Γυναικολογικοί καρκίνοι	3	.6	.6	96.3
Ανεπάρκεια ωοθηκών	2	.4	.4	96.7
Γυναικολογικά χειρουργεία	3	.6	.6	97.2
Γέννηση νεκρού νεογνού	9	1.7	1.7	98.9
Παθολογία μήτρας	6	1.1	1.1	100.0
Ψυχιατρικό Ιστορικό				
Όχι	467	86.8	86.8	86.8
Αγχώδης διαταραχή	39	7.2	7.2	94.1
Επιλόχεια ψυχική διαταραχή	19	3.5	3.5	97.6
Κατάθλιψη	9	1.7	1.7	99.3
Ψυχώσεις	4	.7	.7	100.0

Επιπλέον, συγκεντρώσαμε πληροφορίες, οι οποίες θα μας βοηθούσαν να σχηματίσουμε μια καλύτερη εικόνα για την πορεία της κάθε εγκυμοσύνης, τα αίτια της καισαρικής τομής, τη σχέση της γυναίκας με τον σύντροφό της, τη σχέση της με το νεογνό και τις προσδοκίες που είχε σχετικά με τον τοκετό της (Πίνακας 3.3). Από το δείγμα των 538 γυναικών οι 200 (37,2%) υποβλήθηκαν σε ΕΚΤ και οι 338 γυναίκες (62,8%) υποβλήθηκαν σε ΠΚΤ. Παθολογία κύησης εμφάνισε το 32,3% των λεχώνιδων, με το 11,5% να εμφανίζει προεκλαμψία ή σύνδρομο HELLP ή μητροπλακουντιακή ανεπάρκεια ή μονήρης ομφαλική αρτηρία και το 10,2% διαβήτη κύησης. Επίσης, η πλειοψηφία των κυήσεων (85,7%) ήταν τελειόμηνες. Όσον αφορά τα αίτια της ΚΤ, η πλειοψηφία των γυναικών (44,6%), υποβλήθηκε σε ΚΤ λόγω προηγηθείσας ΚΤ και ακολουθούν, οι αλλοιώσεις εμβρυϊκών παλμών (13%), η ανώμαλη θέση εμβρύου (10,8%) και η αδυναμία εξέλιξης τοκετού (9,9%). Σχετικά με τις επιπλοκές της ΚΤ, το 7,5% του συνόλου του δείγματος εμφάνισε κάποια επιπλοκή μετά το χειρουργείο, το 46,3% εκ των οποίων οφείλονταν σε αιμορραγία. Οι λεχώνες, επίσης, κλήθηκαν να απαντήσουν αν τις πρώτες 2 μέρες μετά την ΚΤ θήλασαν, με το 67,7% των γυναικών μόνο να αποκρίνεται θετικά. Όσον αφορά τη ΜΕΝΝ, το 78,1% των νεογνών δεν χρειάστηκε νοσηλεία, ενώ το 10,2% των νεογνών νοσηλεύτηκε λόγω προωρότητας. Όταν οι λεχώνες ερωτήθηκαν, αν είχαν συμπαράσταση από το σύντροφό τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το 13,2% απάντησε αρνητικά, ενώ το 52,0% του συνόλου του δείγματος, δήλωσε ότι ο τρόπος που γέννησε δεν ανταποκρίθηκε στις προσδοκίες του.

Πίνακας 3.3. Χαρακτηριστικά της Κύησης, της Καισαρικής τομής και της Λοχείας

Μεταβλητές	Συχνότητα	%	Έγκυρο ποσοστό	Συνολικό ποσοστό
Είδος Καισαρικής Τομής				
Επείγουσα	200	37.2	37.2	37.2
Προγραμματισμένη	338	62.8	62.8	100.0
Παθολογία Κύησης				
Θρομβοφιλία/ υπερέμμεση	8	1.5	1.5	69.5
Προεκλαμψία / Σύνδρομο HELLP, μητροπλακουντιακή ανεπάρκεια, μονήρης ομφαλική αρτηρία	62	11.5	11.5	81.0
Προδρομικός πλακούντας (type 4) / αποκόλληση/ αιμορραγία	21	3.9	3.9	84.9
Διαβήτης	55	10.2	10.2	95.2
Ανεπάρκεια τραχήλου	10	1.9	1.9	97.0
Λοίμωξη	6	1.1	1.1	98.1
Πρόωρες συστολές	10	1.9	1.9	100.0
Εβδομάδες Κύησης				
< 37	77	14.3	14.3	14.3
≥ 37	461	85.7	85.7	100.0
Αίτια Καισαρικής Τομής				
Προηγηθείσα ΚΤ	240	44.6	44.6	44.6
Ανώμαλη θέση εμβρύου	58	10.8	10.8	55.4
Δίδυμη / IVF κύηση	32	5.9	5.9	61.3
Επιθυμία μητέρας	29	5.4	5.4	66.7
Προδρομικός πλακούντας / αποκόλληση / αιμορραγία	19	3.5	3.5	70.3
Ατομικό ιστορικό, μυωπία, γυναικολογικό ιστορικό	15	2.8	2.8	73.0
Αδυναμία εξέλιξης τοκετού	53	9.9	9.9	82.9
Αλλοιώσεις εμβρυϊκών παλμών, παθολογικό NST-Doppler/ πρόωρη ρήξη υμένων/ πρόωρες συστολές, λοίμωξη	70	13.0	13.0	95.9
Προεκλαμψία	22	4.1	4.1	100.0
Επιπλοκές Καισαρικής Τομής				
Αιμορραγία	19	3.5	46.3	46.3

Λοίμωξη	6	1.1	14.6	61.0
Προεκλαμψία	7	1.3	17.1	78.0
Νευρολογικές/ψυχιατρικές	4	.7	9.8	87.8
Άλλες	5	.9	12.2	100.0
Θηλασμός				
Όχι	174	32.3	32.3	32.3
Ναι	364	67.7	67.7	100.0
MENN				
Όχι	420	78.1	78.1	78.1
Περιγεννητικό στρες	51	9.5	9.5	87.5
Λοίμωξη	4	.7	.7	88.3
Προωρότητα	55	10.2	10.2	98.5
IUGR	2	.4	.4	98.9
Άλλες διαταραχές (ίκτερος, σύνδρομο Down,κοινωνικοί λόγοι)	6	1.1	1.1	100.0
Υποστήριξη από τον Σύντροφο				
Όχι	71	13.2	13.2	13.2
Ναι	467	86.8	86.8	100.0
Προσδοκίες για τον Τοκετό				
Όχι	280	52.0	52.0	52.0
Ναι	258	48.0	48.0	100.0

3.7. Πηγές και Εργαλεία Συλλογής Δεδομένων

Για τις ανάγκες της συγκεκριμένης προοπτικής μελέτης, τα δεδομένα μας συλλέχθηκαν μέσω ενός ερωτηματολογίου κοινωνικό-δημογραφικών δεδομένων και συγκεκριμένων ψυχομετρικών εργαλείων. Τα εργαλεία που συμπληρώθηκαν ήταν 3 αυτοσυμπληρούμενα και 1 μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας με την ερευνήτρια. Επίσης, η χρήση του ιατρικού φακέλου ήταν απαραίτητη για την άντληση πληροφοριών του ιατρικού ιστορικού και της παρούσας κατάστασης. Όσον αφορά τις αυτοσυμπληρούμενες κλίμακες μέτρησης, αποφασίστηκε ότι ήταν η κατάλληλη μέθοδος χορήγησης για την 2^η μετεγχειρητική μέρα, διότι τα ερωτηματολόγια είναι πιο πρακτικά και εύκολα στη χρήση, δεν επηρεάζεται η εγκυρότητα και η αξιοπιστία τους σε μεγάλο βαθμό, διευκολύνουν την ανάλυση δεδομένων και επιτρέπουν τη σύγκριση με παλαιότερες έρευνες της συγκεκριμένης θεματολογίας. Τα πιθανά μειονεκτήματα που ελήφθησαν υπόψη ήταν η τυχόν έλλειψη ειλικρίνειας και η μη κατανόηση του θέματος των ερωτήσεων. Επομένως, για να περιοριστούν τα πιθανά μειονεκτήματα προχωρήσαμε στις παρακάτω ενέργειες: α) συγκεντρώσαμε έναν μεγάλο αριθμό δείγματος, β) συμπεριλάβαμε στο έντυπο ενημέρωσης και συγκατάθεσης της γυναίκας, πληροφορίες σχετικά με την έρευνα και το σκοπό της, την οποία και υπέγραψε, γ) παρείχαμε, επίσης, διευκρινήσεις στις συμμετέχουσες σχετικά με τις ερωτήσεις των ερωτηματολογίων, δ) ενθαρρύνουμε τις ειλικρινείς απαντήσεις, εφόσον η ανωνυμία και η εχεμύθεια ήταν εξασφαλισμένη, ε) βασιστήκαμε στην αμεσότητα της ερευνήτριας με τις λεχώιδες και τη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης και στ) οι λεχώνες συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια σε έναν προστατευμένο από τρίτα άτομα χώρο του νοσοκομείου στον οποίο εξασφαλιζόταν η ησυχία και η ατομικότητα τους.

Αναφορικά με την τηλεφωνική συμπλήρωση της κλίμακας στο follow-up, θεωρήθηκε ως η καταλληλότερη μέθοδος, διότι α) οι γυναίκες προέρχονταν από διαφορετικές πόλεις και νομούς επομένως, θα ήταν πολύ δύσκολο να επιστρέψουν στο νοσοκομείο για επανέλεγχο, β) τα δεδομένα έπρεπε να ληφθούν την 6^η εβδομάδα λοχείας, περίοδος κατά την οποία η μητέρα ασχολείται αποκλειστικά με τη φροντίδα του βρέφους, συνήθως έχοντας ακατάστατα ωράρια, γ) ήταν πιο βολική μέθοδος σε σχέση με την ταχυδρόμηση των ερωτηματολογίων που θα απαιτούσε από τη γυναίκα να απομακρυνθεί από το χώρο της ή να δώσει σε κάποιον τα ερωτηματολόγια να τα

ταχυδρομήσει, δ) υπήρξε το πλεονέκτημα της διαπροσωπικής επικοινωνίας με την ερευνήτρια, βασισμένο στην σχέση εμπιστοσύνης και σεβασμού που είχε ήδη δημιουργηθεί.

3.7.1. Ο Ιατρικός Φάκελος

Για την συλλογή των ιατρικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ο ατομικός φάκελος παρακολούθησης της κάθε γυναίκας μέσα από τον οποίο αντλήθηκαν πληροφορίες σχετικά με το ατομικό ιστορικό υγείας, το γυναικολογικό ιστορικό και το μαιευτικό ιστορικό της. Όσον αφορά την παρούσα κύηση, καταγράφηκαν πληροφορίες σχετικά με την πορεία της κύησης, την ύπαρξη παθολογίας, τη θεραπεία ή τις νοσηλείες, καθώς και τα αποτελέσματα βασικών εξετάσεων της εγκυμοσύνης.

3.7.2. Ερωτηματολόγιο Ιατρικών και Κοινωνικό-δημογραφικών Δεδομένων

Το πρώτο μέρος του αυτοσχέδιου ερωτηματολογίου περιελάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν την ηλικία, τον τόπο κατοικίας, την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο και το επάγγελμα, το θρήσκευμα, την υπηκοότητα και την ύπαρξη μειονοτήτων. Ο τόπος κατοικίας κατηγοριοποιήθηκε σε χωριό ή πόλη. Η οικογενειακή κατάσταση κατηγοριοποιήθηκε σε 5 επίπεδα (έγγαμη, αρραβωνιασμένη, σε σχέση, διαζευγμένη, ελεύθερη). Το εκπαιδευτικό επίπεδο κατηγοριοποιήθηκε σε 6 επίπεδα (δημοτικό, γυμνάσιο, λύκειο, πανεπιστήμιο, μεταπτυχιακό, διδακτορικό) και η οικονομική κατάσταση σε χαμηλή, μεσαία, υψηλή (με αυτοαξιολόγηση). Για την διασφάλιση της ανωνυμίας, χρησιμοποιήθηκε ένας κωδικός λεχρίδας ο οποίος αντιστοιχούσε στη σειρά εισαγωγής της συμμετέχουσας στην μελέτη, σύμφωνα με τους κανόνες του ερευνητικού πρωτοκόλλου.

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αφορούσε τη συλλογή δεδομένων σχετικά με τον αριθμό και το είδος των προηγούμενων τοκετών (φυσιολογικός τοκετός, ΚΤ ή και τα 2 είδη), το είδος της σύλληψης (φυσιολογική, IVF), το ατομικό ιστορικό υγείας (παθολογικό, ψυχιατρικό, γυναικολογικό, μαιευτικό), την παθολογία κύησης, το αίτιο και την εβδομάδα κύησης που έγινε η ΚΤ (τεκμηριωμένα από το διάγραμμα

νοσηλείας), το θηλασμό (αν υφίσταται ή μη), τη νοσηλεία και το αίτιο εισαγωγής του νεογνού στη ΜΕΝΝ και τέλος, την ύπαρξη συμπαράστασης από το σύντροφο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τέλος, στις περιπτώσεις επιπλεγμένης κύησης, βεβαρημένου ιστορικού υγείας ή νοσηλείας του νεογνού στη ΜΕΝΝ, επιπρόσθετες πληροφορίες λαμβάνονταν από τον ιατρικό φάκελο και το ιατρικό και μαιευτικό προσωπικό.

Στο τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου συγκεντρώθηκαν πληροφορίες σχετικά με: α) αν η ΚΤ ανταποκρίθηκε στις προσδοκίες των γυναικών και β) αν αντιλήφθηκαν την ΚΤ ως τραυματική εμπειρία. Οι δύο παραπάνω ερωτήσεις κατηγοριοποιήθηκαν σε ναι-όχι και σχετίζονται μεταξύ τους. Όσον αφορά στην τελευταία ερώτηση, η απάντησή της θεωρείται ότι είναι εκείνη που θα μας βοηθούσε να μεταβούμε στο επόμενο στάδιο της έρευνας και να κατηγοριοποιήσουμε τις μητέρες με τραυματική ΚΤ ή μη (Το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο παράρτημα 1).

3.7.3. Ψυχομετρικά Εργαλεία

Στην παρούσα προοπτική μελέτη χρησιμοποιήθηκαν τα εξής ερωτηματολόγια: 1) Η κλίμακα γεγονότων ζωής (Life Events Checklist for DSM-5, LEC-5) (211), το κριτήριο Α του μετατραυματικού στρες (Criterion A) και η κλίμακα μέτρησης μετατραυματικού στρες (Posttraumatic Stress Checklist for DSM-5, PCL-5) (212).

Η κλίμακα γεγονότων ζωής (Life Events Checklist LEC-5) for DSM-5

Η κλίμακα γεγονότων ζωής (LEC-5) του National Center for PTSD (211), είναι μια λίστα ελέγχου αυτοαναφοράς γεγονότων ζωής, η οποία σχεδιάστηκε για να προβάλλει τα τραυματικά γεγονότα ζωής ενός ατόμου. Το LEC-5 αξιολογεί την πιθανή έκθεση του ατόμου σε 16 τραυματικά γεγονότα που μπορεί να οδηγήσουν σε ψυχική δυσφορία ή ΜΔΣ, ενώ περιέχει ένα επιπλέον στοιχείο που αξιολογεί ένα ακόμη εξαιρετικά αγχωτικό συμβάν και το οποίο δεν αποτυπώνεται στα 16 πρώτα στοιχεία.

Το LEC έχει αποδείξει επαρκείς ψυχομετρικές ιδιότητες ως αυτόνομο εργαλείο εκτίμησης της έκθεσης σε τραυματικό γεγονός, ιδιαίτερα κατά την διάρκεια της αξιολόγησης των συνεπειών των γεγονότων που συνέβησαν αντικειμενικά σε ένα άτομο (213). Η παλαιότερη έκδοση του LEC που δημιουργήθηκε για το DSM-IV, απέδειξε συγκλίνουσα εγκυρότητα με άλλα μέτρα που αξιολογούσαν τα διάφορα επίπεδα έκθεσης σε δυνητικά τραυματικά γεγονότα και την ψυχοπαθολογία, που ως γνωστό σχετίζεται με έκθεση σε τραύμα. Οι αλλαγές μεταξύ του αρχικού LEC και της τωρινής έκδοσης είναι ελάχιστες. Μικρές αλλαγές έκφρασης σημειώθηκαν στο στοιχείο «15», ενώ προστέθηκε η κατηγορία απάντησης «Μέρος της δουλειάς μου». Επομένως, δεδομένου των ελάχιστων αναθεωρήσεων από την αρχική έκδοση του LEC, αναμένονται λίγες ψυχομετρικές διαφορές.

Το LEC-5 δεν έχει επίσημο πρωτόσκολο βαθμολόγησης, προσδιορίζει μόνο εάν ένα άτομο έχει βιώσει ένα ή περισσότερα από τα γεγονότα που αναφέρονται. Τα άτομα υποδεικνύουν διαφορετικά επίπεδα έκθεσης σε κάθε είδος δυνητικά τραυματικού γεγονότος που περιλαμβάνεται στην κλίμακα κατηγοριοποίησης 6 σημείων έτσι, οι ερωτηθέντες μπορεί να επιλέξουν πολλαπλά επίπεδα έκθεσης στον ίδιο τύπο τραύματος. Το LEC-5 δεν αποφέρει συνολική βαθμολογία (Η κλίμακα παρατίθεται στο παράρτημα 1).

Το Κριτήριο A

Το κριτήριο A (Criterion A) της ΜΔΣ, εκφράζει τον τύπο του τραυματικού συμβάντος από το οποίο, οι υπόλοιπες ομάδες συμπτωμάτων που αφορούν την αναβίωση, την αποφυγή, τις αρνητικές μεταβολές στη διάθεση και την υπερδιέγερση, ενδεχομένως να εμφανιστούν (214). Απαραίτητη προϋπόθεση για να πληρούται το κριτήριο A, είναι η έκθεση του ατόμου σε έναν πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, σοβαρό τραυματισμό ή σεξουαλική βία, μέσω ενός από τα διαφορετικά επίπεδα έκθεσης: 1) άμεση έκθεση, 2) έκθεση ως μάρτυρας του συμβάντος, 3) έκθεση μέσω της πληροφόρησης ότι το γεγονός συνέβη σε αγαπημένο πρόσωπο και 4) έκθεση σε δυσάρεστες λεπτομέρειες ενός συμβάντος.

Στο DSM-5 που αποτελεί την τελευταία αναθεωρημένη έκδοση, το δεύτερο μέρος του κριτηρίου A που καθόριζε στην παλαιότερη έκδοση (DSM-IV) ότι το άτομο

πρέπει να απαντήσει με φόβο ή φρίκη στο τραύμα αφαιρέθηκε, αναγνωρίζοντας το γεγονός ότι οι αντιδράσεις των εκτεθειμένων ατόμων σε ένα τραύμα μπορεί να ποικίλλουν σημαντικά (212). Αξίζει να σημειωθεί, ότι το κριτήριο A₄ που αφορά την ακραία έκθεση του ατόμου σε δυσάρεστες λεπτομέρειες του τραυματικού γεγονότος, δεν ισχύει για έκθεση μέσω ηλεκτρονικών μέσων, τηλεόρασης, ταινιών ή εικόνων, εκτός εάν αυτή η έκθεση σχετίζεται με την εργασία του ατόμου.

Το κριτήριο A αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της διάγνωσης της ΜΔΣ και κατά συνέπεια η σωστή διάγνωση του παίζει πολύ βασικό ρόλο στην πρόγνωση των υπόλοιπων κριτηρίων, διότι αν δεν υπάρχει έκθεση σε τραύμα με τις παραπάνω μορφές, δεν μπορούμε να κάνουμε λόγο για μετατραυματικό στρες. Συνεπώς, η κλίμακα αξιολόγησης του κριτηρίου A περιέχει ερωτήσεις που αποσκοπούν στη διάγνωση της έκθεσης του ατόμου σε σοβαρό τραυματισμό, σεξουαλική βία, θάνατο ή επαπειλούμενο θάνατο, με κάποια από τις προαναφερθείσες μορφές έκθεσης. Επομένως, οι ερωτήσεις αποσκοπούν να ανιχνεύσουν αν το συμβάν ήταν ατύχημα, φυσική καταστροφή, βίαιος θάνατος ή πράξη βίας. Επίσης, ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει σε ποια από τις μορφές έκθεσης βίωσε το συμβάν και αν κατά τη διάρκεια της ζωής του έχει βιώσει παρόμοια στρεσογόνο εμπειρία (212).

Για τις ανάγκες όμως της συγκεκριμένης μελέτης, το κριτήριο A έπρεπε να εξετάζει την έκθεση στον ειδικό πληθυσμό γυναικών μετά από ΕΚΤ και ΠΚΤ. Επομένως, αναπροσαρμόστηκε στις εξειδικευμένες απαιτήσεις με τη διατύπωση των κατάλληλων ερωτήσεων: 1) Κατά τη διάρκεια της ΚΤ νιώσατε πως τέθηκε η ζωή σας ή η ζωή του παιδιού σας σε κίνδυνο; Η ερώτηση δέχεται 4 απαντήσεις (μια καταφατική για τη ζωή της μητέρας, μια καταφατική για τη ζωή του παιδιού, μία αρνητική και μια αρνητική που αφορά τις ζωές και των δύο), 2) Υπήρξε κάποια σοβαρή επιλοκή στην υγεία σας ή στην υγεία του παιδιού σας; Η ερώτηση αυτή δέχεται, επίσης, 3 απαντήσεις (μια καταφατική για τη μητέρα, μια καταφατική για το παιδί και μία αρνητική). Το Κριτήριο A χωρίστηκε σε Κριτήριο A1, που αφορά απειλητικές καταστάσεις της ζωής της μητέρας ή του παιδιού κατά τη διάρκεια ή λίγο πριν την ΚΤ και Κριτήριο A2, που αφορά τις επιλοκές στη ζωή μητέρας-παιδιού. Η τελευταία ερώτηση διατηρήθηκε αυτούσια, διερευνώντας αν κάποιο ή περισσότερα από τα τραυματικά γεγονότα ζωής της λεχωίδας είχε την ίδια ένταση με το τραύμα της ΚΤ, ώστε να αξιολογήσουμε μια πιθανή αναβίωση τους (Η κλίμακα παρατίθεται στο παράρτημα 1).

Η Κλίμακα Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες (Posttraumatic Stress Checklist PCL-5) for DSM-5

Η κλίμακα μέτρησης μετατραυματικού στρες (PTSD Posttraumatic Stress Checklist PCL-5) (212), χρησιμοποιήθηκε για την αναγνώριση συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες κατά τη διάρκεια του follow-up την 6^η εβδομάδα λοχείας και αναφερόταν σε συμπτώματα που αφορούσαν τον τελευταίο μήνα. Πρόκειται για μία κλίμακα 20 στοιχείων αυτοαναφοράς που αξιολογεί 20 συμπτώματα της ΜΔΣ σύμφωνα με το DSM-5. Το PCL-5 προσφέρει μια προσωρινή διάγνωση· επομένως, πρέπει να λαμβάνεται πολύ σοβαρά ο στόχος της αξιολόγησης του. Οι ερωτηθέντες, καλούνται να απαντήσουν με μια κλίμακα 5 διαβαθμίσεων: 0 (καθόλου), 1 (λίγο), 2 (μέτρια), 3 (αρκετά), 4 (πάρα πολύ). Η κλίμακα παρέχει 2 τρόπους βαθμολόγησης:

1. Με το αθροιστικό σύνολο βαθμολογίας των 20 στοιχείων (με εύρος από 0-80), ενώ ένα cut-point 31-33 φαίνεται να χρησιμοποιείται ως βάση διάγνωσης.
2. Αναγνώριση μόνο των στοιχείων που βαθμολογούνται από 2 (μέτρια) και υψηλότερα ως αποδεκτό σύμπτωμα, ακολουθώντας το διαγνωστικό κανόνα του DSM-5 που απαιτεί τουλάχιστον: 1 στοιχείο Κριτηρίου Β (ερωτήσεις 1-5), 1 στοιχείο Κριτήριο Γ (ερωτήσεις 6-7), 2 στοιχεία κριτηρίου Δ (ερωτήσεις 8-14), 2 στοιχεία κριτηρίου Ε (ερωτήσεις 15-20) (215).

Στην παρούσα έρευνα εφαρμόστηκαν και οι 2 τρόποι διάγνωσης, διότι από τη μία ο διαγνωστικός κανόνας του DSM-5 δείχνει ποια κριτήρια καλύπτονται και ποιο από αυτά υπερσχύει, από την άλλη πλευρά η βαθμολογία αντικατοπτρίζει τη σοβαρότητα της διαταραχής. Ωστόσο, επειδή σε όλες τις αντίστοιχες έρευνες εφαρμόστηκε ο κανόνας του DSM-5, τον ακολουθήσαμε κι εμείς, εφόσον μας παρείχε το πλεονέκτημα της μελέτης εμφάνισης των συμπτωμάτων (Β, Γ, Δ, Ε) σε γυναίκες που δεν νοσούσαν (Η κλίμακα παρατίθεται στο παράρτημα 1).

3.8. Ψυχομετρικές Ιδιότητες των εργαλείων

3.8.1. Ψυχομετρικές ιδιότητες της Κλίμακας Γεγονότων Ζωής (Life Events Checklist LEC-5) for DSM-5

Το LEC-5 είναι ένα μέτρο με πολύ καλές ψυχομετρικές ιδιότητες, με καλή αξιοπιστία, εγκυρότητα και εσωτερική συνέπεια (213). Εκτός από την αγγλική έκδοση, η κλίμακα της Κορέας (216) και της Πολωνίας (217) εμφάνισαν εξίσου πολύ καλή συνοχή και αξιοπιστία. Σε γενικές γραμμές, το LEC-5 είναι ένα μέτρο που κατασκευάστηκε για την αναγνώριση των τραυματικών γεγονότων ζωής, ωστόσο, πολύ λίγο φαίνεται να έχουν εξεταστεί οι ψυχομετρικές του ιδιότητες. Αν και οι πληροφορίες για τις ψυχομετρικές του ιδιότητες ήρθαν λίγο καθυστερημένα σε σχέση με τη διαδεδομένη χρήση του, το μέτρο φαίνεται να παρέχει αξιόπιστες πληροφορίες σχετικά με την έκθεση ενός ατόμου σε τραυματικό γεγονός. Το γεγονός, όμως, ότι δεν ήταν τεκμηριωμένη η εφαρμογή του σε διαφορετικούς πληθυσμούς, ιδιαίτερα σε πληθυσμούς λεχωίδων, αλλά με δεδομένα τα υπάρχοντα ενθαρρυντικά αποτελέσματα, ήταν μια πρόκληση για εμάς να προχωρήσουμε με την ανάλυση του σε αυτή την έρευνα. Το α του Cronbach της κλίμακας αυτής, σχετικά με το δικό μας δείγμα, είναι .69.

3.8.2. Ψυχομετρικές Ιδιότητες της Κλίμακας Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες (Posttraumatic Stress Checklist PCL-5) for DSM-5

Το PCL-5 έδειξε κατά την πρώτη αξιολόγηση του πάρα πολύ καλές ψυχομετρικές ιδιότητες (218). Ωστόσο, το μέτρο συνεχίζει να έχει πολύ καλές ψυχομετρικές ιδιότητες τόσο σε ομάδες στρατιωτών (219), όσο και σε ομάδες εγκύων (220) και λεχωίδων (221). Όσον αφορά την ειδική ομάδα λεχωίδων με ΚΤ, το PCL-5 έδειξε εξίσου άριστες ψυχομετρικές ιδιότητες. Πιο συγκεκριμένα, το α Cronbach's της κλίμακας αυτής στο δικό μας δείγμα είναι .97 (222).

3.9. Μετάφραση και προσαρμογή των ψυχομετρικών εργαλείων στις Λεχωίδες με ΚΤ στην Ελλάδα

Καμία από τις παραπάνω κλίμακες μέτρησης δεν ήταν μεταφρασμένη και προσαρμοσμένη στην ελληνική γλώσσα, εκτός από τις προηγούμενες εκδόσεις του PCL, οι οποίες μελετούσαν διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες. Επομένως, και οι τρεις κλίμακες χρειάστηκε να μεταφραστούν στην ελληνική γλώσσα πριν χρησιμοποιηθούν στην έρευνα μας. Στην διαπολιτισμική έρευνα, οι προσαρμογές των ερευνητικών εργαλείων είναι απαραίτητες, εφόσον τα περισσότερα ερευνητικά εργαλεία είναι στην αγγλική και έχουν χρησιμοποιηθεί σε διαφορετικές πολιτισμικές κουλτούρες. Επομένως, κρίνεται σκόπιμο, εκτός από τη μετάφραση, να γίνει και προσαρμογή των ερευνητικών εργαλείων στο διαφορετικό πολιτισμό του κάθε μελετώμενου πληθυσμού (223), (224), (225). Άρα, με βάση τα παραπάνω, προχωρήσαμε σε κάποιες ενέργειες ακολουθώντας κάποιους κανόνες:

1. Προσπαθήσαμε μέσα από αντίστοιχες έρευνες να καθορίσουμε τις νόρμες.
2. Προσδιόρισαμε το θέμα που καλείται το ψυχομετρικό εργαλείο να αξιολογήσει.
3. Εξασφαλίσαμε την απλοποίηση των ερωτήσεων, αφού λάβαμε υπόψη το εκπαιδευτικό επίπεδο του πληθυσμού.
4. Δώσαμε έμφαση στη σαφήνεια των ερωτήσεων και στην κατανόηση προτάσεων με δύσκολες έννοιες.

Η μεγάλη προσπάθεια από την ερευνητική ομάδα ήταν καταλυτικής σημασίας, προκειμένου να διατηρηθεί η ποιότητα της μετάφρασης και να επιτευχθούν οι παραπάνω στόχοι. Έτσι, χρειάστηκε να ακολουθήσουμε κάποια βήματα σύμφωνα με τον Brislin, 1970 (226), τα οποία αποτελούνταν από:

1. Δίγλωσση τεχνική μετάφρασης (bilingual technique).
2. Αξιολόγηση της μετάφρασης μέσω της ερευνητικής ομάδας (committee approach).
3. Αντίστροφη μετάφραση ερωτηματολογίων (back translation).
4. Προκαταρκτικός έλεγχος των ψυχομετρικών ιδιοτήτων των εργαλείων (pretest procedure).

Η διαδικασία της μετάφρασης του LEC-5, του κριτηρίου A και του PCL-5, ξεκίνησε έπειτα από την εξασφάλιση της συναίνεσης και της λήψης άδειας των δημιουργών των ψυχομετρικών εργαλείων, αν και προορίζονται χωρίς λήψη άδειας σε εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας και ερευνητές. Για τις ανάγκες της δικής μας έρευνας χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος van de Vijver & Leung (224), κατά την οποία 2 δίγλωσσοι ανεξάρτητοι επαγγελματίες μαιευτικής φροντίδας, μετέφρασαν τα ερωτηματολόγια από την αρχική έκδοση τους (αγγλική γλώσσα) στα ελληνικά. Στη συνέχεια, οι 2 εκδοχές συγκρίθηκαν μεταξύ τους και πραγματοποιήθηκαν ελάχιστες τροποποιήσεις ώστε να καταλήξουμε στην τελική μορφή των ψυχομετρικών εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα. Η τελική αυτή μορφή τους, μεταφράστηκε εκ νέου από ένα δίγλωσσο επαγγελματία υγείας (με αμερικανική και ελληνική υπηκοότητα), από την ελληνική γλώσσα στην αρχική αγγλική μορφή τους και στη συνέχεια, συγκρίθηκαν μεταξύ τους η τελική μορφή των μεταφρασμένων ερωτηματολογίων με τα πρωτότυπα, χωρίς την παρέμβαση μας. Συνεπώς, οι τελικές μορφές των μεταφρασμένων κλιμάκων που προέκυψαν από την παραπάνω διαδικασία, αποτέλεσαν τις κλίμακες μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνά μας.

Στην συνέχεια, το σύνολο των ερωτηματολογίων χορηγήθηκε πιλοτικά σε ένα δείγμα 23 λεχιδών πριν ξεκινήσει η βασική έρευνα. Ο στόχος της πιλοτικής χορήγησης των ερωτηματολογίων ήταν να ελεγχθεί ο βαθμός κατανόησης των ερωτήσεων από όλες τις λεχώνες ανεξαρτήτως ηλικίας, κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης και μορφωτικού επιπέδου. Η ερευνήτρια ζήτησε από τις συμμετέχουσες να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια χρονομετρώντας τις απαντήσεις τους, ενώ ζήτησε να την ενημερώσουν σχετικά με τον βαθμό δυσκολίας ή για φράσεις μη κατανοητές. Ακόμη, κρίθηκε σκόπιμο σε κάποια άτομα να συμπληρωθούν τα ερωτηματολόγια με μορφή συνέντευξης, δίνοντας τη δυνατότητα στην ερευνήτρια να εντοπίσει περαιτέρω τα ασαφή σημεία και να προβεί σε πιο διευκρινιστικές ερωτήσεις. Βάσει λοιπόν των παραπάνω ενεργειών, έγιναν οι απαραίτητες μικρές τροποποιήσεις στα δυσνόητα σημεία των ερωτηματολογίων που αντικαταστάθηκαν με συνώνυμες και απλούστερες λέξεις.

3.10. Μέθοδοι Στατιστικής Ανάλυσης και Έλεγχος Δεδομένων

3.10.1. Μέγεθος Δείγματος

Όσον αφορά το μέγεθος του δείγματος, είναι βασικό να καθορίζεται από τα πρώτα βήματα της έρευνας ώστε να πληρούνται οι βασικοί στόχοι της μελέτης. Πράγματι, ένας από τους βασικούς στόχους που θέτει ένας ερευνητής μιας δειγματοληπτικής έρευνας είναι το πλήθος των παρατηρήσεων που παρέχει το δείγμα, ώστε να εξασφαλίζεται σε μεγάλο βαθμό η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων, με σκοπό να μπορούν τα αποτελέσματα να γενικευτούν στον πληθυσμό. Η εκτίμηση του μεγέθους του δείγματος είναι το πιο κρίσιμο μεθοδολογικό μέρος της έρευνας διότι ένα πολύ μεγάλο δείγμα μπορεί να αποτελεί απλώς σπατάλη χρόνου και πόρων. Από την άλλη πλευρά, ένα πολύ μικρό δείγμα δεν μπορεί να προσφέρει αξιόπιστα αποτελέσματα. Όπως γίνεται λοιπόν κατανοητό, με την αύξηση του δείγματος, αυξάνεται ο βαθμός εγκυρότητας και αξιοπιστίας, αν και το σημαντικότερο μέτρο είναι η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος και όχι το μέγεθός του (227).

Το βασικό στοιχείο της συγκεκριμένης μελέτης ως προοπτική, είναι ότι παρακολούθησαμε 2 ομάδες γυναικών στο χρόνο με σκοπό να δούμε την εξέλιξή τους ως προς την ανάπτυξη ΜΔΣ, διερευνώντας με αξιόπιστο τρόπο τις αιτιολογικές σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών. Για να πετύχουμε όλα τα παραπάνω, εξασφαλίσαμε από τα αρχικά στάδια που τέθηκαν οι ερευνητικοί στόχοι, ότι το μέγεθος του δείγματος καλύπτει σε μεγάλο βαθμό την ανάλυση των μεταβλητών, μειώνει τους 2 τύπους σφάλματος (τύπου 1 και τύπου 2) και ανταποκρίνεται στον έλεγχο των υποθέσεων για το μετατραυματικό στρες μεταξύ των 2 ομάδων. Πιο συγκεκριμένα, ακολουθήσαμε κάποιους κανόνες με τους οποίους εξασφαλίσαμε ότι το μέγεθος του δείγματος ήταν ικανοποιητικό για να γίνουν οι απαραίτητες στατιστικές αναλύσεις που θα δείξουν την σχέση έκθεσης και έκβασης, καθώς και τον κίνδυνο εμφάνισης της έκβασης. Επειδή η μελέτη μας ήταν αμιγώς προοπτική και απαιτούσε να γίνει σύγκριση μεταξύ 2 ομάδων γυναικών με πιθανές απώλειες κατά τη διαδικασία του follow-up, εξασφαλίσαμε έναν ικανοποιητικό αριθμό δείγματος. Σύμφωνα με τους Gorsuch (228) και Kline (229), ο κανόνας των εκατό ατόμων δείγματος θεωρείται απαραίτητος για να γίνουν οι παραγοντικές στατιστικές αναλύσεις. Επίσης, σε μελέτη του ο Phillips το 1989 (230), θεωρεί ότι για τις προοπτικές μελέτες παραγόντων

κινδύνου, 400 άτομα είναι αρκετά για να καταστεί επαρκής η εκτίμηση των αποτελεσμάτων. Τέλος, το μέγεθος του δείγματος για μια προοπτική μελέτη σύμφωνα με την McNutt το 1988 (231), εξαρτάται από τη συχνότητα εμφάνισης της νόσου στον μη εκτεθειμένο πληθυσμό, κάτι το οποίο μπορούμε να διαπιστώσουμε από προηγούμενες μελέτες αντίστοιχου ερευνητικού αντικειμένου.

Λαμβάνοντας υπόψη τους παραπάνω κανόνες, η παρούσα έρευνα πληρούσε τις προϋποθέσεις μεγέθους δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, το δείγμα της έρευνας ήταν επαρκές και κατάλληλο ώστε να μειωθεί το σφάλμα, να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα, να διεξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα και να γενικευτούν τα αποτελέσματα στον πληθυσμό.

3.10.2. Διαχείριση Δεδομένων

Πριν την διερεύνηση των ερευνητικών υποθέσεων, διαχειριστήκαμε τα αριθμητικά περιληπτικά μέτρα της κάθε μεταβλητής. Έγινε η κωδικοποίηση της κάθε μεταβλητής, η βαθμολόγηση και η αξιολόγηση του εκάστοτε ψυχομετρικού εργαλείου και προχωρήσαμε με την περιγραφική ανάλυση των δεδομένων μας. Τα αριθμητικά περιληπτικά μέτρα που υπολογίσαμε διακρίνονται στα μέτρα διασποράς και κεντρικής τάσης. Επίσης, με τη χρησιμοποίηση των περιληπτικών μέτρων πληροφορηθήκαμε σχετικά με την κατανομή των μεταβλητών, δηλαδή την κύρτωση ή την ασυμμετρία.

3.10.3. Διερεύνηση Συσχετίσεων μεταξύ των Μεταβλητών

Ο περαιτέρω έλεγχος αφορούσε την απλή και την πολλαπλή συσχέτιση των μεταβλητών, εξετάζοντάς τες για γραμμικότητα ή μη. Εκτός από την ανάλυση της απλής συσχέτισης εφαρμόσαμε την ανάλυση της μερικής συσχέτισης. Επίσης, έγιναν αναλύσεις διχοτομικής λογιστικής παλινδρόμησης, αναλύσεις του στατιστικού κριτηρίου χ τετράγωνο για δύο ανεξάρτητα δείγματα, καθώς και του ελέγχου Mann-Whitney U , για να απαντηθούν τα ερωτήματα της έρευνας.

3.10.4. Ψυχομετρικές Ιδιότητες των Εργαλείων

Το επόμενο βήμα ήταν η ανάλυση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων των εργαλείων όσον αφορά την αξιοπιστία και την εγκυρότητα τους. Ένα ψυχομετρικό εργαλείο πρέπει να έχει εγκυρότητα, δηλαδή να μετράει την έννοια για την οποία κατασκευάστηκε. Στην μελέτη μας εκτιμήθηκε μέσω της εσωτερικής συνέπειας, η κλίμακα PCL-5 και το Κριτήριο Α κατά πόσο λειτουργούν επαρκώς για τις ελληνίδες μετά από ΚΤ, όπως προτείνεται από τους δημιουργούς τους. Η τιμή του Cronbach alpha (α) πρέπει να είναι $\geq .70$ για να είναι αποδεκτή, ομοίως, όμως, οι τιμές του (α) $\geq .65$ δηλώνουν μια αποδεκτή αξιοπιστία (232).

Στο παρόν κεφάλαιο αναλύσαμε το σκοπό και τους στόχους της μελέτης και τις ερευνητικές υποθέσεις της έρευνας, η οποία εξετάζει τη συχνότητα του επιλόχειου ΜΔΣ και τους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη του. Παρουσιάσαμε τη μεθοδολογία της προοπτικής έρευνας και τα ερευνητικά εργαλεία που επιλέχθηκαν κατά την κρίση μας και τα οποία χρησιμοποιήθηκαν για πρώτη φορά στην Ελλάδα, αφού μεταφράστηκαν και προσαρμόστηκαν σε πληθυσμό λεχωίδων. Στο επόμενο κεφάλαιο, ακολουθεί η ανάλυση των ποσοτικών δεδομένων, τα οποία προέκυψαν από την έρευνά μας.

Κεφάλαιο 4. Αποτελέσματα

Στο παρόν κεφάλαιο περιγράφονται αναλυτικά τα αποτελέσματα της έρευνας, όπως προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση δεδομένων του δείγματος. Για τις στατιστικές αναλύσεις χρησιμοποιήθηκαν, το στατιστικό πακέτο επεξεργασίας δεδομένων SPSS 22.0 και το SPSS Amos 22.0.

4.1. Συχνότητες Μετατραυματικού Στρες και Μερικού Μετατραυματικού Στρες

Τα ευρήματα μας έδειξαν ότι η συχνότητα του μετατραυματικού στρες στο σύνολο του δείγματος των 538 γυναικών (ΕΚΤ και ΠΚΤ) ήταν 11,5% (Πίνακας 4.1.). Επίσης, σύμφωνα με τα ευρήματα μας το μερικό μετατραυματικό στρες στο σύνολο του δείγματος (ΕΚΤ και ΠΚΤ) ήταν 7,6% (Πίνακας 4.2.).

Πίνακας 4.1. Συχνότητα μετατραυματικού στρες στο σύνολο του δείγματος

	Συχνότητα	%	Έγκυρο ποσοστό %	Συνολικό ποσοστό %
Όχι	476	88.5	88.5	88.5
Ναι	62	11.5	11.5	100.0
Σύνολο	538	100.0	100.0	

Πίνακας 4.2. Συχνότητα μερικού μετατραυματικού στρες στο σύνολο του δείγματος

	Συχνότητα	%	Έγκυρο ποσοστό %	Συνολικό ποσοστό %
Όχι	497	92.4	92.4	92.4
Ναι	41	7.6	7.6	100.0
Σύνολο	538	100.0	100.0	

Από το σύνολο των 200 γυναικών με ΕΚΤ, ένα ποσοστό 26% εμφάνισε την πλήρη διαταραχή μετατραυματικού στρες, ενώ από τις 338 γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ΠΚΤ, ένα ποσοστό 3% εμφάνισε μετατραυματικό στρες (Πίνακας 4.3.). Όσον αφορά τη συχνότητα του μερικού μετατραυματικού στρες μεταξύ των δύο ομάδων γυναικών, στην ομάδα της ΕΚΤ, το μερικό μετατραυματικό στρες εμφανίστηκε με συχνότητα 11,5%, ενώ στην ομάδα της ΠΚΤ, εμφανίστηκε με συχνότητα 5,3%.

Πίνακας 4.3. Συχνότητα μετατραυματικού στρες σε επείγουσα και προγραμματισμένη καισαρική τομή

Τύπος Καισαρικής τομής		Συχνότητα	%	Έγκυρο ποσοστό %	Συνολικό ποσοστό %
Επείγουσα	Όχι	148	74.0	74.0	74.0
	Ναι	52	26.0	26.0	100.0
	Σύνολο	200	100.0	100.0	
Προγραμματισμένη	Όχι	328	97.0	97.0	97.0
	Ναι	10	3.0	3.0	100.0
	Σύνολο	338	100.0	100.0	

Πίνακας 4.4. Συχνότητα μερικού μετατραυματικού στρες σε επείγουσα και προγραμματισμένη καισαρική τομή

Τύπος Καισαρικής τομής		Συχνότητα	%	Έγκυρο ποσοστό %	Συνολικό ποσοστό %
Επείγουσα	Όχι	177	88.5	88.5	88.5
	Ναι	23	11.5	11.5	100.0
	Σύνολο	200	100.0	100.0	
Προγραμματισμένη	Όχι	320	94.7	94.7	94.7
	Ναι	18	5.3	5.3	100.0
	Σύνολο	338	100.0	100.0	

Τα ευρήματα, ως προς τους περιγραφικούς δείκτες κεντρικής τάσης και διασποράς, θα παρουσιαστούν για την Κλίμακα Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες για το DSM-5 (Posttraumatic Stress Checklist-PCL-5 for DSM-5), της βασικής κλίμακας της έρευνας, η οποία αποτελείται από τέσσερις επιμέρους υποκλίμακες. Στη συνέχεια, μέσω επιβεβαιωτικών και διερευνητικών αναλύσεων παραγόντων για τη διερεύνηση των δομών των εργαλείων, παρουσιάζονται τα βασικά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά της ίδιας κλίμακας, άλλα και της επεκτεινόμενης της εκδοχής με τις ερωτήσεις του Κριτηρίου A, η οποία διαμορφώθηκε στην παρούσα έρευνα.

Επιπρόσθετα, θα πραγματοποιηθεί διερευνητική ανάλυση παραγόντων της Κλίμακας Γεγονότων Ζωής για το DSM-5 (Life Events Checklist- LEC-5, for DSM-5). Όσον αφορά στα ερωτήματα της έρευνας, τα ευρήματα παρουσιάζονται μέσω των αναλύσεων διχοτομικής λογιστικής παλινδρόμησης, του στατιστικού κριτηρίου χ^2 τετράγωνο για δύο ανεξάρτητα δείγματα, καθώς και του ελέγχου Mann-Whitney *U*.

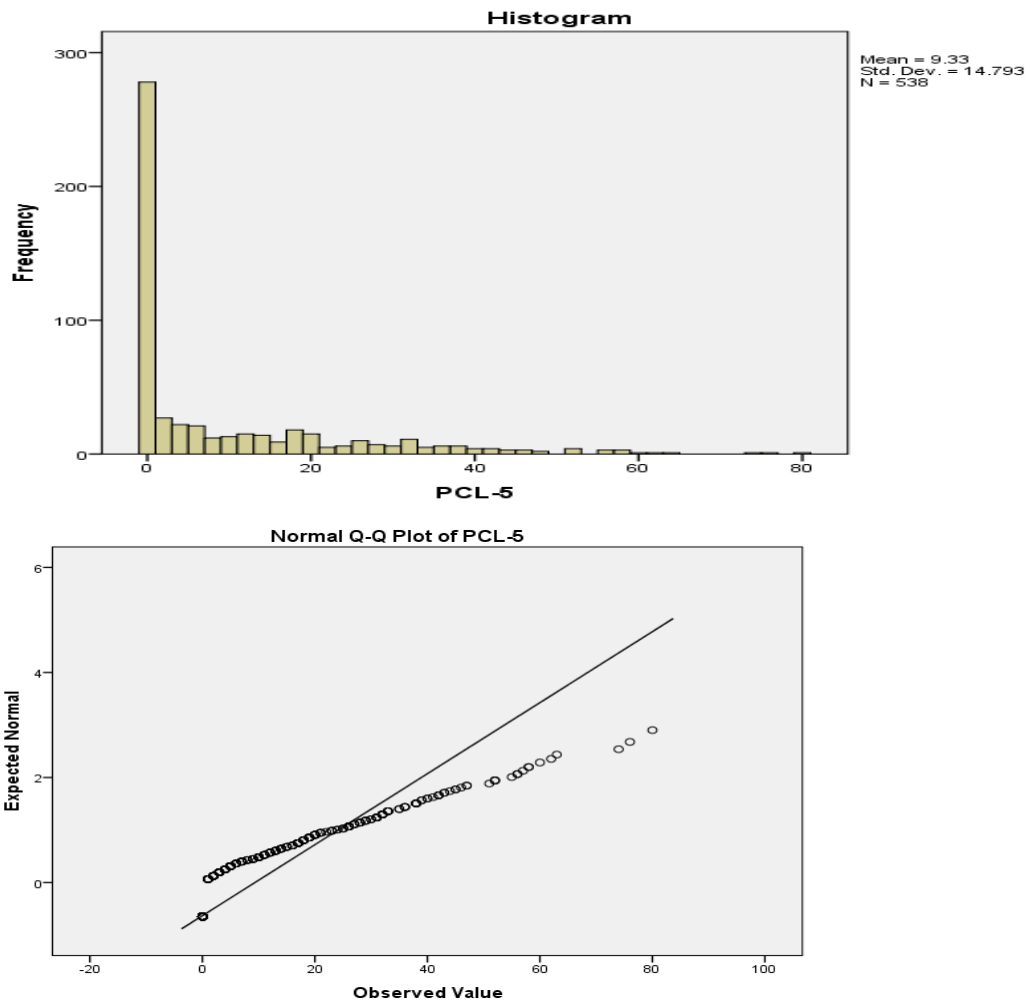
4.2. Κατανομές Συχνότητας της Κλίμακας Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες και Δείκτες Κεντρικής Τάσης και Διασποράς

Στον Πίνακα 4.5. αναγράφονται τα αποτελέσματα του ελέγχου κανονικότητας κατανομής για την Κλίμακα Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες (PCL-5) και τις υποκλίμακες της δηλαδή, οι έλεγχοι με τα κριτήρια Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk μαζί με τους βαθμούς ελευθερίας και τα επίπεδα σημαντικότητας.

Πίνακας 4.5. Έλεγχος Κανονικότητας Κατανομών (Kolmogorov-Smirnov και Shapiro-Wilk τεστ) της Κλίμακας Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες (PCL-5) και των επιμέρους της υποκλιμάκων

	<i>Kolmogorov-Smirnov</i>			<i>Shapiro-Wilk</i>		
	<i>Στατ. δείκτης</i>	<i>df</i>	<i>p<</i>	<i>Στατ. δείκτης</i>	<i>df</i>	<i>p<</i>
Διεισδυτικά Συμπτώματα	.32	538	.001	.67	538	.001
Αποφυγή Ερεθισμάτων	.39	538	.001	.65	538	.001
Αρνητικές Μεταβολές σε Γνωστικές Λειτουργίες και στη Διάθεση	.32	538	.001	.68	538	.001
Αλλαγές στη Διεγερσιμότητα και Αντιδραστικότητα	.34	538	.001	.63	538	.001
ΜΔΣ	.26	538	.001	.69	538	.001

Οι p τιμές μας δείχνουν ξεκάθαρα ότι πρόκειται για μη κανονικές κατανομές των απαντήσεων ($p < .05$). Παρατηρούνται, δηλαδή, ασύμμετρες κατανομές για την κλίμακα PCL-5, αλλά και για τις σχετικές υποκλίμακες της ίδιας κλίμακας (για το ιστόγραμμα και το γράφημα βλέπε - Σχήμα 4.1. και για τις απόλυτες συχνότητες βλέπε Πίνακα 4.5.1.).



Σχήμα 4.1. Ιστόγραμμα και γράφημα (plot) του της κλίμακας PCL-5

Πίνακας 4.5.1. Απόλυτες συχνότητες της κλίμακας PCL-5

	1. ερώτηση	2. ερώτηση	3. ερώτηση	4. ερώτηση	5. ερώτηση
Απαντήσεις	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
Καθόλου	367	417	396	381	395
Λίγο	49	53	60	63	66
Μέτρια	74	45	43	60	45
Αρκετά	23	10	19	14	17
Πάρα πολύ	25	13	20	20	15
Σύνολο	538	538	538	538	538
	6. ερώτηση	7. ερώτηση	8. ερώτηση	9. ερώτηση	10. ερώτηση
Απαντήσεις	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
Καθόλου	388	394	413	390	408
Λίγο	66	47	58	52	46
Μέτρια	51	61	38	58	55
Αρκετά	17	18	21	24	15
Πάρα πολύ	16	18	8	14	14
Σύνολο	538	538	538	538	538
	11. ερώτηση	12. ερώτηση	13. ερώτηση	14. ερώτηση	15. ερώτηση
Απαντήσεις	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
Καθόλου	425	413	402	401	379
Λίγο	48	43	59	55	49
Μέτρια	40	53	47	50	62
Αρκετά	17	21	18	22	29
Πάρα πολύ	8	8	12	10	19
Σύνολο	538	538	538	538	538
	16. ερώτηση	17. ερώτηση	18. ερώτηση	19. ερώτηση	20. ερώτηση
Απαντήσεις	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>
Καθόλου	477	414	434	428	446
Λίγο	30	53	44	41	42
Μέτρια	21	46	40	46	36
Αρκετά	6	12	9	14	9
Πάρα πολύ	4	13	11	9	5
Σύνολο	538	538	538	538	538

Στη συνέχεια, στον Πίνακα 4.6., παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά χαρακτηριστικά της κλίμακας PCL-5: οι μέσοι όροι, οι τυπικές τους αποκλίσεις και τα ελάχιστα και μέγιστα όρια των απαντήσεων. Αμέσως δίπλα καταγράφονται οι τιμές της ασυμμετρίας και της κύρτωσης κατανομών των απαντήσεων.

Πίνακας 4.6. Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις, Ελάχιστη και Μέγιστη απάντηση, Ασυμμετρία και Κύρτωση των μεταβλητών της Κλίμακας Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες (PCL-5)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Ελάχιστη Απάντηση</i>	<i>Μέγιστη Απάντηση</i>	<u>Ασυμμετρία</u>		<u>Κύρτωση</u>	
					<i>Στατ. δείκτης</i>	<i>SE</i>	<i>Στατ. δείκτης</i>	<i>SE</i>
Διεισδυτικά Συμπτώματα	2.69	4.45	0	20	1.91	.11	3.24	.21
Αποφυγή Ερεθισμάτων	1.07	1.85	0	8	1.80	.11	2.68	.21
Αρνητικές Μεταβολές σε Γνωστικές Λειτουργίες και στη Διάθεση	3.26	5.29	0	28	1.83	.11	3.20	.21
Αλλαγές στη Διεγερσιμότητα και Αντιδραστικότητα	2.31	4.18	0	24	2.16	.11	4.52	.21
ΜΔΣ	9.33	14.79	0	80	1.90	.11	3.48	.21

4.3. Διερευνητικές και Επιβεβαιωτικές Αναλύσεις Παραγόντων

Σε αυτή την ενότητα επιχειρούνται διερευνήσεις της παραγοντικής δομής των ψυχομετρικών μέσων, σχετικά με το δείγμα της έρευνας. Η συγκεκριμένη διαδικασία πραγματοποιήθηκε με στόχο την καλύτερη δυνατή αξιοπιστία των μετρήσεων των υπό μελέτη μεταβλητών.

Σε πρώτη φάση διενεργήθηκαν διερευνητικές αναλύσεις παραγόντων, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν για να ελεγχθούν οι παραγοντικές δομές, όπως προκύπτουν στο παρόν δείγμα. Επομένως, πριν προχωρήσουμε στις επιβεβαιωτικές αναλύσεις παραγόντων, με τις διερευνητικές αναλύσεις μελετήθηκε πώς συμπεριφέρονται και πώς φορτίζουν όλες οι ερωτήσεις στους υπό μελέτη παράγοντες και αν όλες είναι αξιόπιστες να συμπεριληφθούν στις αναλύσεις των ερευνητικών ερωτημάτων. Οι παράγοντες που εξήχθησαν σε κάθε κλίμακα είναι εκείνοι, οι οποίοι είχαν ιδιοτιμή (eigenvalue) μεγαλύτερη από 1, κριτήριο το οποίο θεωρείται πρωτεύον για τον καθορισμό του αριθμού των παραγόντων (κριτήριο Kaiser-Guttman). Επίσης, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία (233), (234), μία ερώτηση θεωρείται ότι ανήκει σε έναν παράγοντα εάν η φόρτισή της σε αυτόν είναι μεγαλύτερη του .40 και δεν παρατηρείται άλλη αξιόλογη δευτερεύουσα φόρτιση σε άλλον παράγοντα.

Στη συνέχεια, επιχειρήθηκαν και επιβεβαιωτικές αναλύσεις παραγόντων (235), με τη μέθοδο Μεγίστης Πιθανοφάνειας (Maximum Likelihood, ML), ενώ για την αξιολόγηση των δομικών υποδειγμάτων, χρησιμοποιήθηκαν διάφοροι δείκτες προσαρμογής (fitindices) (236).

4.3.1. Κλίμακα Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες για το DSM-5 (PCL-5)

Στην αρχή, στον Πίνακα 4.7. παρουσιάζονται τα φορτία της διερευνητικής ανάλυσης παραγόντων της Κλίμακας Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες (PCL-5). Στη διερευνητική αυτή ανάλυση χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Κύριων Συνιστωσών (Principal Component Analysis) με ορθογώνια περιστροφή των αξόνων, Varimax με Kaiser Normalization. Στην αρχή, για τον έλεγχο πιθανώς αδύναμων ερωτήσεων που δεν θα παρουσίαζαν ίσως καμία ικανοποιητική φόρτιση σε κάποιο παράγοντα,

πραγματοποιήθηκε μία διερευνητική ανάλυση παραγόντων, με τη μέθοδο «Ανάλυση Παραγόντων Κύριων Αξόνων» (Principal Axis Factoring) και δεν εξαιρέθηκε καμία ερώτηση.

Πίνακας 4.7. Διερευνητική ανάλυση παραγόντων για τις 20 ερωτήσεις της Κλίμακας Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες (PCL-5)

<i>Ερωτήσεις (N=538)</i>	<i>Παράγοντες</i>			
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
1. Επαναλαμβανόμενες και ανεπιθύμητες αναμνήσεις του τραυματικού γεγονότος που προκαλούν ανησυχία;	.748	.258	.277	.226
2. Επαναλαμβανόμενα ενοχλητικά όνειρα που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός;	.513	.377	.205	.376
3. Ξαφνικά αισθάνεστε και δράτε σαν να ξανασυμβαίνει το τραυματικό γεγονός, να ζωντανεύει ξανά και να το ζείτε;	.742	.336	.127	.314
4. Αναστατώνεστε και ταραζέστε όταν κάτι σας θυμίσει το τραυματικό γεγονός του παρελθόντος;	.791	.245	.299	.241
5. Νιώθετε πως έχετε περίεργες σωματικές αντιδράσεις όπως ταχυκαρδία, δυσκολία αναπνοής και ιδρώτα κάθε φορά που σκέφτεστε το τραυματικό γεγονός που ζήσατε;	.748	.275	.282	.250
6. Αποφεύγετε αναμνήσεις, σκέψεις ή συναισθήματα που σχετίζονται με το συγκεκριμένο τραυματικό γεγονός;	.548	.349	.417	.270
7. Αποφεύγετε να βρεθείτε σε καταστάσεις ή σε δραστηριότητες που ξυπνούν αναμνήσεις και σας θυμίζουν το τραυματικό γεγονός;	.646	.393	.242	.241
8. Υπάρχει κάποιο πρόβλημα στο να θυμηθείτε σημαντικά γεγονότα του τραυματικού γεγονότος που ζήσατε;	.489	.268	.441	.229
9. Έχετε αρνητική εντύπωση για τον εαυτό σας, για την επαφή σας με άλλους ανθρώπους και για τα γεγονότα που συμβαίνουν στον κόσμο; (πχ νιώθετε πως φταίτε για όλα, ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε κανέναν ή ότι ο κόσμος είναι επικίνδυνος;);	.236	.357	.777	.199
10. Νιώθετε αποξένωση από τον εαυτό σας και από τους άλλους ανθρώπους μετά από το τραυματικό γεγονός που βιώσατε;	.332	.217	.773	.305
11. Νιώθετε έντονα αρνητικά συναισθήματα όπως φόβο, τρόμο, θυμό, ενοχές ή ντροπή για το τραυματικό γεγονός που ζήσατε;	.496	.155	.515	.413
12. Έχετε χάσει το ενδιαφέρον σας για δραστηριότητες που συνηθίζατε στο παρελθόν;	.442	.597	.326	.238
13. Νιώθετε συναισθηματική απομάκρυνση ή αποξένωση από τα άτομα του περιβάλλοντος σας;	.273	.797	.241	.260
14. Νιώθετε συναισθηματική απάθεια ή έχετε δυσκολία να εκφράσετε συναισθήματα αγάπης προς τους κοντινούς σας ανθρώπους;	.286	.806	.186	.240
15. Νιώθετε πως έχετε ευερεθιστότητα, εκρήξεις θυμού ή έντονη επιθετικότητα;	.546	.539	.345	.130
16. Εκτίθεστε σε πολλούς κινδύνους ή κάνετε πράγματα που μπορούν να σας βλάψουν;	.138	.255	.153	.767
17. Νιώθετε πως είστε σε κατάσταση υπερβολικής εγρήγορσης, επαγρύπνησης και δεν μπορείτε να ησυχάσετε;	.496	.417	.326	.431
18. Νιώθετε να ξαφνιάζεστε εύκολα, να πετάγεστε από τη θέση σας απότομα ή να τρομάζετε εύκολα;	.544	.175	.389	.492
19. Επαναλαμβανόμενες και ανεπιθύμητες αναμνήσεις του τραυματικού γεγονότος που προκαλούν ανησυχία;	.452	.275	.259	.596
20. Επαναλαμβανόμενα ενοχλητικά όνειρα που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός;	.381	.168	.299	.661

Σύμφωνα με το κριτήριο Kaiser Meyer Olkin ($KMO = .96$) για την κλίμακα PCL-5 το παρόν δείγμα ήταν κατάλληλο για περαιτέρω ανάλυση, ενώ κατάλληλος ήταν και ο πίνακας ενδοσυναφειών των 20 ερωτήσεων, σύμφωνα με το κριτήριο Bartlett ($\chi^2 = 9194.67$, $df = 190$, $p < .001$). Αναδείχθηκαν τέσσερις παράγοντες, στους οποίους αποδίδεται το 73.27% της διακύμανσης. Ο πρώτος παράγοντας, «διδυμικά συμπτώματα», ο οποίος με βάση τη θεωρία συνίσταται από 5 ερωτήσεις, στο παρόν το δείγμα της μελέτης αποτελείται από 11 ερωτήσεις (5 ερωτήσεις του ίδιου παράγοντα, 2 ερωτήσεις του παράγοντα «αποφυγή ερεθισμάτων», 1 του παράγοντα «αρνητικές μεταβολές σε γνωστικές λειτουργίες και στη διάθεση» και 3 ερωτήσεις του παράγοντα «αλλαγές στη διέγερση και την αντιδραστικότητα»), και ερμηνεύει το 27.44% της συνολικής διακύμανσης. Ο δεύτερος παράγοντας «αρνητικές μεταβολές σε γνωστικές λειτουργίες και στη διάθεση I», ερμηνεύει το 16.54% της συνολικής διακύμανσης και αποτελείται από 3 ερωτήσεις, και όχι από τις 7 σχετικά με τη θεωρία αναμενόμενες. Το ίδιο, ο τρίτος παράγοντας, «αρνητικές μεταβολές σε γνωστικές λειτουργίες και στη διάθεση II», ο οποίος ερμηνεύει το 14.76% της συνολικής διακύμανσης, αποτελείται από 3 ερωτήσεις, ενώ ο τέταρτος, «αλλαγές στη διέγερση και την αντιδραστικότητα» ερμηνεύει το 14.52% της συνολικής διακύμανσης και συνίσταται από 3 ερωτήσεις και όχι από τις 6 με βάση τη θεωρία αναμενόμενες. Ωστόσο, φαίνεται ότι όλα τα στοιχεία φορτίζουν ικανοποιητικά, αλλά σε κάποιο βαθμό αναγνωρίστηκαν διαφορετικά από το παρόν ερευνητικό δείγμα, σε σχέση με την πρωτότυπη εκδοχή της κλίμακας, με τον παράγοντα «αποφυγή ερεθισμάτων», που θεωρητικά αποτελείται από 2 ερωτήσεις, να μην αναγνωρίζεται καθόλου ως ξεχωριστός παράγοντας, ενώ ο παράγοντας «αρνητικές μεταβολές σε γνωστικές λειτουργίες και τη διάθεση» χωρίζεται στους δύο διαφορετικούς παράγοντες.

Επιπροσθέτως, παρατηρήθηκε ότι η ερώτηση 6- «Αποφεύγετε αναμνήσεις, σκέψεις ή συναισθήματα που σχετίζονται με το συγκεκριμένο τραυματικό γεγονός;» φορτίζει και στον πρώτο και στον τρίτο παράγοντα με υψηλότερη τιμή κατά .18 στον πρώτο παράγοντα, και το ίδιο η ερώτηση 8 - «Υπάρχει κάποιο πρόβλημα στο να θυμηθείτε σημαντικά γεγονότα του τραυματικού γεγονότος που ζήσατε;», με υψηλότερη τιμή κατά .05 στον πρώτο παράγοντα. Στη συνέχεια, η ερώτηση 11 - «Νιώθετε έντονα αρνητικά συναισθήματα όπως φόβο, τρόμο, θυμό, ενοχές ή ντροπή για το τραυματικό γεγονός που ζήσατε;» φορτίζει στον πρώτο, στον τρίτο και στον τέταρτο παράγοντα, με υψηλότερη τιμή κατά .02 και .10 στον τρίτο παράγοντα. Έπειτα, η ερώτηση 12 -

«Έχετε χάσει το ενδιαφέρον σας για δραστηριότητες που συνηθίζατε στο παρελθόν;» φορτίζει και στον πρώτο και στο δεύτερο παράγοντα, με υψηλότερη τιμή κατά .15 στο δεύτερο παράγοντα, καθώς και η ερώτηση 15- «Νιώθετε πως έχετε ευερεθιστότητα, εκρήξεις θυμού ή έντονη επιθετικότητα;», με υψηλότερη τιμή κατά .01 στον πρώτο παράγοντα. Η ερώτηση 17- «Νιώθετε πως είστε σε κατάσταση υπερβολικής εγρήγορσης, επαγρύπνησης και δεν μπορείτε να ησυχάσετε;» φορτίζει στον πρώτο, στο δεύτερο και στον τρίτο παράγοντα, με υψηλότερη τιμή κατά .08 και .07 στον πρώτο παράγοντα. Τέλος, η ερώτηση 18- «Νιώθετε να ξαφνιάζεστε εύκολα, να πετάγεστε από τη θέση σας απότομα ή να τρομάζετε εύκολα;» φορτίζει και στον πρώτο και στον τέταρτο παράγοντα με υψηλότερη τιμή κατά .05 στον πρώτο παράγοντα, ενώ η ερώτηση 19- «Επαναλαμβανόμενα ενοχλητικά όνειρα που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός;» το ίδιο - με υψηλότερη τιμή κατά .14 στον τέταρτο παράγοντα. Ωστόσο, κρατήσαμε τις ερωτήσεις που φορτίζουν και στους δύο ή τρεις παράγοντες, διότι χωρίς αυτές φάνηκε, μετά τον έλεγχο, ότι το ποσοστό της ερμηνευόμενης διασποράς δεν αλλάζει σημαντικά (η διαφορά είναι .97%).

Στον Πίνακα 4.8. παρουσιάζονται οι τιμές για την επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων της κλίμακας PCL-5 και το υπόδειγμα που αντιστοιχεί στον πίνακα αυτό παρουσιάζεται παρακάτω (βλέπε Σχήμα 4.2.).

Όταν το ίδιο σύνολο δεδομένων χρησιμοποιείται για μια διερευνητική και για μια επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση, δημιουργείται μια αίσθηση κυκλικής ερευνητικής πρακτικής, αλλά αν η επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση δεν μπορεί να επιβεβαιώσει τα αποτελέσματα της διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης στα ίδια δεδομένα (που συμβαίνει συχνά), δεν μπορούμε να περιμένουμε ότι η επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση θα επιβεβαιώσει τα αποτελέσματα της διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης σε διαφορετικό δείγμα ή πληθυσμό (237). Για τους λόγους αυτούς, παρουσιάζονται εδώ τόσο τα αποτελέσματα των διερευνητικών όσο και των επιβεβαιωτικών αναλύσεων, με ιδιαίτερη έμφαση βεβαίως στην επιβεβαιωτική προσέγγιση.

Πίνακας 4.8. Επιβεβαιωτική Ανάλυση Παραγόντων της Κλίμακας Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες (PCL-5)

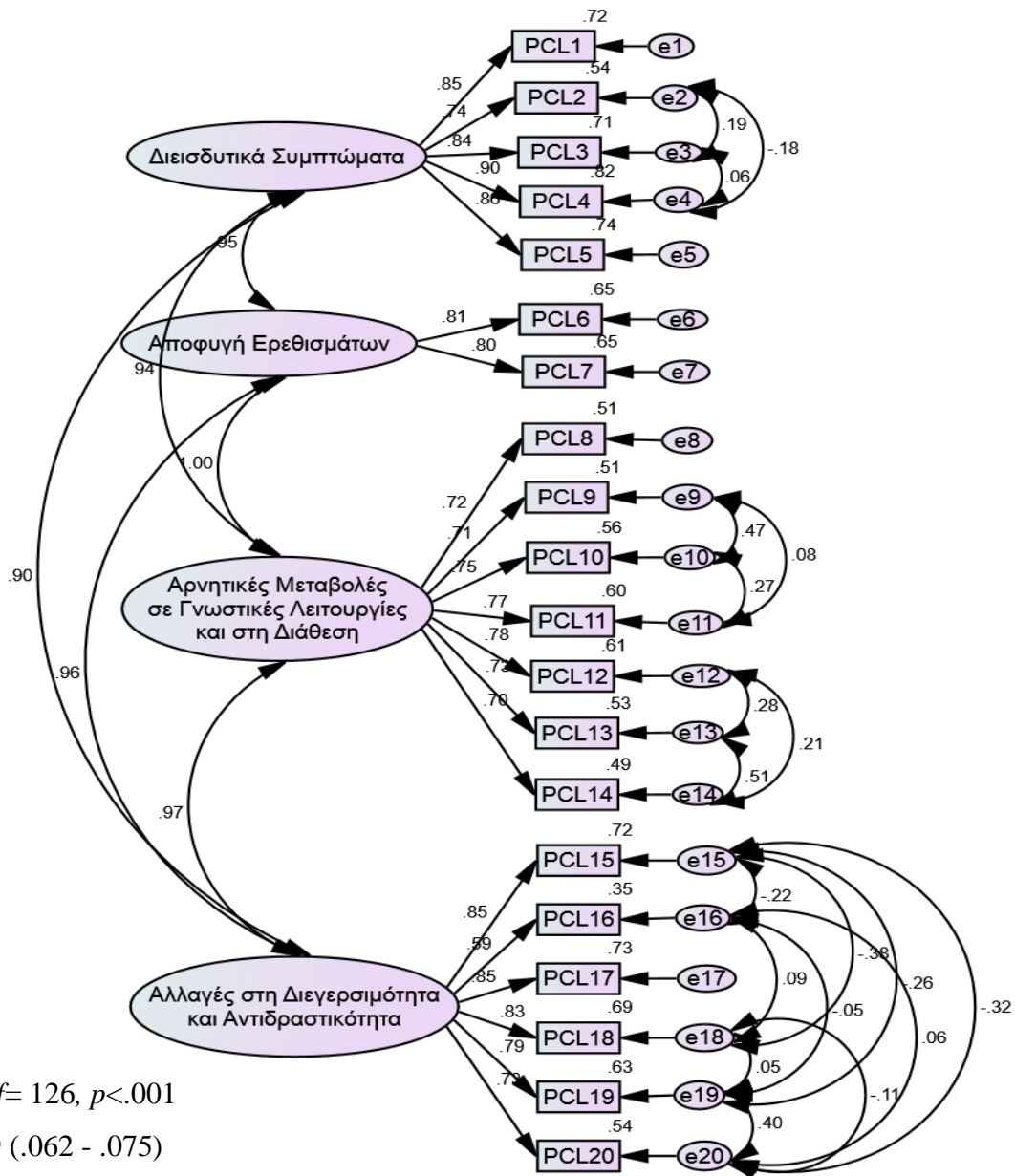
	<i>M1</i>	<i>M2</i>	<i>M3</i>
χ^2	9324.91	1056.66	510.876
<i>df</i>	190	164	145
<i>p</i>	$p < .001$	$p < .001$	$p < .001$
χ^2/df	49.08	6.44	3.52
RMSEA [90% CI]	.299 [.294, .304]	.101 [.095, .107]	.069 [.062, .075]
RMR	.518	.036	.025
GFI	.13	.83	.92
CFI	.000	.90	.96
TLI	.000	.88	.95
AIC	9364.91	8439.92	640.88
$\Delta\chi^2$		8268.25	9273.88
Δdf		26	64
<i>p</i>		$p < .001$	$p < .001$

Σημείωση: M1 – μηδενικό υπόδειγμα, M2 – αρχικό υπόδειγμα, M3 – τροποποιημένο υπόδειγμα.

Φαίνεται πως το αρχικό δομικό υπόδειγμα, $\chi^2(164) = 1056.66$, $p < .001$, RMSEA = .101 (διαστήματα εμπιστοσύνης .095 – .107), RMR = .036, GFI = .83, CFI = .90, TLI = .88, δεν επιβεβαιώθηκε πλήρως από τα δεδομένα μας. Όμως, μετά την τροποποίηση του υποδείγματος, με 19 σφάλματα συνδιασποράς, τα οποία διαφέρουν από το 0 και αποκλειστικά στον ίδιο παράγοντα: ερ2-ερ3, ερ2-ερ4, ερ3-ερ4, ερ9-ερ10, ερ9-ερ11, ερ10-ερ11, ερ12-ερ13, ερ12-ερ14, ερ13-ερ14, ερ15-ερ16, ερ15-ερ18, ερ15-ερ19, ερ15-ερ20, ερ16-ερ18, ερ16-ερ19, ερ16-ερ20, ερ18-ερ19, ερ18-ερ20 και ερ19-ερ20, και τα οποία εντοπίστηκαν μέσω των δεικτών τροποποίησης, μπορούμε να πούμε ότι το υπόδειγμα αυτό επιβεβαιώθηκε, $\chi^2(145) = 510.88$, $p < .001$, με εξαίρεση της οριακής τιμής του δείκτη RMSEA = .069 (διαστήματα εμπιστοσύνης .062– .075), το οποίο, όμως, τείνει προς την επιβεβαίωση, RMR = .025, GFI = .92, CFI = .96, TLI = .95. Αυτό σημαίνει ότι οι 20της κλίμακας PCL-5 φορτίζουν σε τέσσερις παράγοντες, όπως στην πρωτότυπη εκδοχή της κλίμακας. Για το βέλτιστο υπόδειγμα, αποφασίστηκε να διαφέρουν τα προαναφερόμενα σφάλματα συνδιασποράς, καθώς η επιβεβαιωτική ανάλυση παραγόντων μπορεί να τα περιλαμβάνει (238).

Όπως ήταν αναμενόμενο, λόγω του μεγάλου μεγέθους του δείγματος, το κριτήριο χ τετράγωνο παρέμεινε στατιστικά σημαντικό. Όμως, τα RMSEA, RMR, AIC και χ^2/df μειώθηκαν σημαντικά, ενώ τα GFI, TLI και CFI αυξήθηκαν. Θα μπορούσαν να είχαν

αφαιρεθεί ορισμένες ερωτήσεις για να βελτιωθεί η συνοχή των παραγόντων και να μειωθούν τα επίπεδα σφαλμάτων, σταθεροποιώντας έτσι τη λύση, αλλά αυτό θα είχε αρνητικές επιπτώσεις στη θεωρητικά αναμενόμενη εγκυρότητα των παραγόντων. Ωστόσο, το PCL-5 επιβεβαιώνει τις αρχικές διαστάσεις που περιέχονται στην κλίμακα, όπως προτείνεται από τους δημιουργούς της κλίμακας (Σχήμα 4.2.). Με άλλα λόγια, αυτά τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η δομή των τεσσάρων παραγόντων του PCL-5 φαίνεται να λειτουργεί επαρκώς για το ελληνικό δείγμα γυναικών μετά την καισαρική τομή.



$\chi^2 = 510.876, df= 126, p<.001$

RMSEA = .069 (.062 - .075)

GFI = .92

CFI = .96

Σχήμα 4.2. Γραφική αναπαράσταση του υποδείγματος παραγόντων της κλίμακας PCL-5

4.3.2. Κλίμακα Μετατραυματικής Διαταραχής του για το DSM-5 (PCL-5) και το Κριτήριο A

Στη συνέχεια, στον Πίνακα 4.9. παρουσιάζονται τα φορτία της διερευνητικής ανάλυσης παραγόντων των ερωτήσεων της Κλίμακας Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες (PCL-5) με δύο επιπρόσθετες ερωτήσεις του Κριτηρίου A. Στην παρούσα διερευνητική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε ξανά η μέθοδος Κύριων Συνιστωσών (Principal Component Analysis) με ορθογώνια περιστροφή των αξόνων, Varimax με Kaiser Normalization. Και εδώ, πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος για ερωτήσεις που πιθανώς δε φορτίζουν σε κανέναν παράγοντα μέσω της "αυστηρής" διερευνητικής ανάλυσης παραγόντων με την μέθοδο των «Κύριων Αξόνων» (Principal Axis Factoring). Δεν εξαιρέθηκε καμία ερώτηση.

Πίνακας 4.9. Διερευνητική ανάλυση παραγόντων για τις 20 ερωτήσεις της Κλίμακας Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες (PCL-5) και 2 ερωτήσεις του Κριτηρίου Α

Ερωτήσεις (N=538)	Παράγοντες				
	1	2	3	4	5
1. Επαναλαμβανόμενες και ανεπιθύμητες αναμνήσεις του τραυματικού γεγονότος που προκαλούν ανησυχία;	.696	.327	.236	.185	.282
2. Επαναλαμβανόμενα ενοχλητικά όνειρα που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός;	.595	.165	.362	.374	.087
3. Ξαφνικά αισθάνεστε και δράτε σαν να ξανασυμβαίνει το τραυματικό γεγονός, να ζωντανεύει ξανά και να το ζείτε;	.764	.165	.319	.286	.164
4. Αναστατώνεστε και ταραζέστε όταν κάτι σας θυμίζει το τραυματικό γεγονός του παρελθόντος;	.743	.368	.226	.199	.236
5. Νιώθετε πως έχετε περίεργες σωματικές αντιδράσεις όπως ταχυκαρδία, δυσκολία αναπνοής και ιδρώτα κάθε φορά που σκέφτεστε το τραυματικό γεγονός που ζήσατε;	.662	.374	.254	.200	.291
6. Αποφεύγετε αναμνήσεις, σκέψεις ή συναισθήματα που σχετίζονται με το συγκεκριμένο τραυματικό γεγονός;	.417	.522	.333	.220	.288
7. Αποφεύγετε να βρεθείτε σε καταστάσεις ή σε δραστηριότητες που ξυπνούν αναμνήσεις και σας θυμίζουν το τραυματικό γεγονός;	.595	.319	.377	.202	.206
8. Υπάρχει κάποιο πρόβλημα στο να θυμηθείτε σημαντικά γεγονότα του τραυματικού γεγονότος που ζήσατε	.423	.509	.258	.192	.155
9. Έχετε αρνητική εντύπωση για τον εαυτό σας, για την επαφή σας με άλλους ανθρώπους και για τα γεγονότα που συμβαίνουν στον κόσμο; (πχ νιώθετε πως φταίτε για όλα, ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε κανέναν ή ότι ο κόσμος είναι επικίνδυνος;)	.202	.759	.351	.192	.070
10. Νιώθετε αποξένωση από τον εαυτό σας και από τους άλλους ανθρώπους μετά από το τραυματικό γεγονός που βιώσατε;	.296	.764	.209	.293	.099
11. Νιώθετε έντονα αρνητικά συναισθήματα όπως φόβο, τρόμο, θυμό, ενοχές ή ντροπή για το τραυματικό γεγονός που ζήσατε;	.483	.537	.144	.385	.117
12. Έχετε χάσει το ενδιαφέρον σας για δραστηριότητες που συνηθίζατε στο παρελθόν;	.426	.344	.585	.218	.162
13. Νιώθετε συναισθηματική απομάκρυνση ή αποξένωση από τα άτομα του περιβάλλοντος σας;	.234	.269	.785	.244	.184
14. Νιώθετε συναισθηματική απάθεια ή έχετε δυσκολία να εκφράσετε συναισθήματα αγάπης προς τους κοντινούς σας ανθρώπους;	.291	.203	.798	.228	.108
15. Νιώθετε πως έχετε ευερεθιστότητα, εκρήξεις θυμού ή έντονη επιθετικότητα;	.432	.440	.525	.085	.265
16. Εκτίθεστε σε πολλούς κινδύνους ή κάνετε πράγματα που μπορούν να σας βλάψουν;	.155	.151	.244	.764	.121
17. Νιώθετε πως είστε σε κατάσταση υπερβολικής εγρήγορσης, επαγρύπνησης και δεν μπορείτε να ησυχάσετε;	.402	.408	.399	.389	.284
18. Νιώθετε να ξαφνιάζεστε εύκολα, να πετάγεστε από τη θέση σας απότομα ή να τρομάζετε εύκολα;	.478	.448	.157	.453	.246
19. Επαναλαμβανόμενες και ανεπιθύμητες αναμνήσεις του τραυματικού γεγονότος που προκαλούν ανησυχία;	.377	.349	.257	.551	.246
20. Επαναλαμβανόμενα ενοχλητικά όνειρα που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός;	.339	.378	.155	.629	.141
21. Κατά τη διάρκεια της καισαρικής τομής νιώσατε να τέθηκε η ζωή σας ή η ζωή του παιδιού σας σε κίνδυνο;	.240	.088	.144	.103	.837
22. Υπήρξε κάποια σοβαρή επιπλοκή στην υγεία σας ή στην υγεία του παιδιού σας;	.174	.141	.140	.175	.845

Σχετικά με την κλίμακα PCL-5, μαζί με δύο ερωτήσεις του Κριτηρίου A, σύμφωνα με το κριτήριο Kaiser Meyer Olkin ($KMO = .96$) τον πίνακα ενδοσυναφειών των 22 τώρα ερωτήσεων και με το κριτήριο Bartlett ($\chi^2 = 9727.02$, $df = 231$, $p < .001$), το δείγμα μας ήταν κατάλληλο για περαιτέρω ανάλυση. Αναδείχθηκαν 5 παράγοντες, στους οποίους αποδίδεται το 74.23% διακύμανσης. Ο πρώτος παράγοντας, «διδυμικά συμπτώματα», ο οποίος σε σχέση με τη θεωρία, συνίσταται από 5 ερωτήσεις, στο παρόν δείγμα της μελέτης αποτελείται από 7 ερωτήσεις (5 ερωτήσεις του ίδιου παράγοντα, 1 ερώτηση του παράγοντα «αποφυγή ερεθισμάτων» και 1 ερώτηση του παράγοντα «αλλαγές στη διέγερση και την αντιδραστικότητα») και ερμηνεύει το 21.58% της συνολικής διακύμανσης. Ο δεύτερος παράγοντας «αρνητικές μεταβολές σε γνωστικές λειτουργίες και στη διάθεση I» ερμηνεύει το 16.48% της συνολικής διακύμανσης και αποτελείται από 6 ερωτήσεις (5 ερωτήσεις του ίδιου παράγοντα, 1 ερώτηση του παράγοντα «αποφυγή ερεθισμάτων» και 1 ερώτηση του παράγοντα «αλλαγές στη διέγερση και την αντιδραστικότητα»), και όχι από τις 7 σε σχέση με τη θεωρία αναμενόμενες. Ο τρίτος παράγοντας, «αρνητικές μεταβολές σε γνωστικές λειτουργίες και στη διάθεση II» ερμηνεύει το 14.34% της συνολικής διακύμανσης και αποτελείται από 4 ερωτήσεις, ενώ ο τέταρτος, «αλλαγές στη διέγερση και την αντιδραστικότητα» ερμηνεύει το 11.72% της συνολικής διακύμανσης και συνίσταται από 4 ερωτήσεις, και όχι από τις 6 σχετικά με τη θεωρία αναμενόμενες. Ο πέμπτος παράγοντας αποτελείται από τις 2 ερωτήσεις του Κριτηρίου A και ερμηνεύει το 11.72% της συνολικής διακύμανσης. Πάντως, και στην παρούσα παραγοντική ανάλυση, με τις δύο επιπρόσθετες ερωτήσεις του Κριτηρίου A, φαίνεται ότι όλα τα στοιχεία φορτίζουν ικανοποιητικά, αλλά έως ένα βαθμό και πάλι αναγνωρίστηκαν διαφορετικά από το παρόν ερευνητικό δείγμα, με τον παράγοντα «αποφυγή ερεθισμάτων» να μην αναγνωρίζεται καθόλου ως ξεχωριστός παράγοντας, ενώ και σε αυτή την εκδοχή της κλίμακας της παρούσας έρευνας, ο παράγοντας «αρνητικές μεταβολές σε γνωστικές λειτουργίες και τη διάθεση» χωρίζεται στους δύο διαφορετικούς παράγοντες. Ωστόσο, η διανομή των φορτίσεων σε συνδυασμό με τις 2 ερωτήσεις του Κριτηρίου A ήταν πιο κοντά στην πρωτότυπη εκδοχή της κλίμακας PCL-5, όσον αφορά στο παρόν δείγμα.

Στη συνέχεια, διακρίνεται ότι η ερώτηση 6 - «Αποφεύγετε αναμνήσεις, σκέψεις ή συναισθήματα που σχετίζονται με το συγκεκριμένο τραυματικό γεγονός;» φορτίζει

και στον πρώτο και στο δεύτερο παράγοντα, με υψηλότερη τιμή κατά .11 στο δεύτερο παράγοντα, και το ίδιο η ερώτηση 8 - «Υπάρχει κάποιο πρόβλημα στο να θυμηθείτε σημαντικά γεγονότα του τραυματικού γεγονότος που ζήσατε;», με υψηλότερη τιμή κατά .09 στον δεύτερο παράγοντα. Επιπλέον, η ερώτηση 11 - «Νιώθετε έντονα αρνητικά συναισθήματα όπως φόβο, τρόμο, θυμό, ενοχές ή ντροπή για το τραυματικό γεγονός που ζήσατε;» φορτίζει στον πρώτο και στο δεύτερο παράγοντα, με υψηλότερη τιμή κατά .05 στο δεύτερο παράγοντα. Έπειτα, η ερώτηση 12 - «Έχετε χάσει το ενδιαφέρον σας για δραστηριότητες που συνηθίζατε στο παρελθόν;» φορτίζει και στον πρώτο και στον τρίτο παράγοντα, με υψηλότερη τιμή κατά .16 στον τρίτο παράγοντα. Η ερώτηση 15 - «Νιώθετε πως έχετε ευερεθιστότητα, εκρήξεις θυμού ή έντονη επιθετικότητα;» φορτίζει στον πρώτο, στο δεύτερο και στον τρίτο παράγοντα, με υψηλότερη τιμή κατά .09 και .08 στον τρίτο παράγοντα, καθώς και ερώτηση 17- «Νιώθετε πως είστε σε κατάσταση υπερβολικής εγρήγορσης, επαγρύπνησης και δεν μπορείτε να ησυχάσετε;» που φορτίζει στον πρώτο και στο δεύτερο παράγοντα, με υψηλότερη τιμή κατά .01 στο δεύτερο. Η ερώτηση 18- «Νιώθετε να ξαφνιάζεστε εύκολα, να πετάγεστε από τη θέση σας απότομα ή να τρομάζετε εύκολα;» φορτίζει στον πρώτο, στο δεύτερο και στον τέταρτο παράγοντα με υψηλότερη τιμή κατά .03 και 02 στον πρώτο παράγοντα. Εντούτοις, κρατήσαμε τις ερωτήσεις που φορτίζουν και στους δύο ή τρεις παράγοντες, διότι χωρίς αυτές και εδώ φάνηκε, μετά τον έλεγχο, ότι το ποσοστό της ερμηνευόμενης διασποράς δεν αλλάζει σημαντικά (η διαφορά είναι .91%).

Στον Πίνακα 4.10. παρουσιάζονται οι τιμές της επιβεβαιωτικής ανάλυσης παραγόντων της Κλίμακας Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες (PCL-5) σε συνδυασμό με το Κριτήριο A (βλέπε Σχήμα 4.3.).

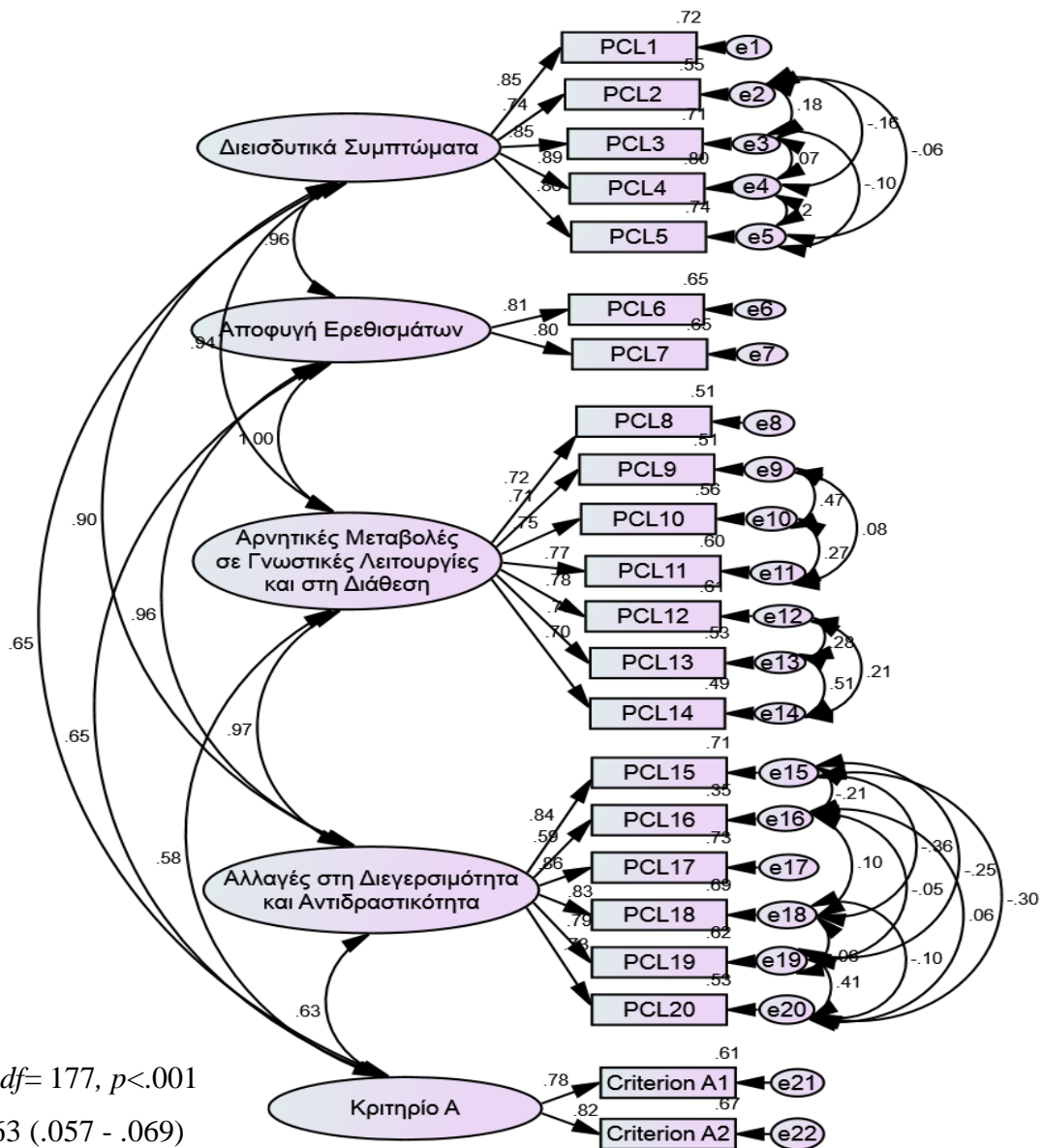
Πίνακας 4.10. Επιβεβαιωτική Ανάλυση Παραγόντων της Κλίμακας Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες (PCL-5) και του Κριτηρίου A (Σχήμα 4.3.)

	<i>M1</i>	<i>M2</i>	<i>M3</i>
χ^2	9877.23	1107.20	551.43
<i>df</i>	231	199	177
<i>p</i>	<i>p</i> <.001	<i>p</i> <.001	<i>p</i> <.001
χ^2/df	42.76	5.56	3.12
RMSEA [90% CI]	.279 [.274, .284]	.092 [.087, .098]	.063 [.057, .069]
RMR	.483	.033	.023
GFI	.13	.84	.92
CFI	.000	.91	.96
TLI	.000	.89	.95
AIC	9921.234	1215.20	703.43
$\Delta\chi^2$		8770.03	9325.80
Δdf		32	54
<i>p</i>		<i>p</i> <.001	<i>p</i> <.001

Σημείωση: M1 – μηδενικό υπόδειγμα, M2 – αρχικό υπόδειγμα, M3 – τροποποιημένο υπόδειγμα.

Φαίνεται πως το αρχικό δομικό υπόδειγμα, $\chi^2(199) = 1107.20$, $p < .001$, RMSEA = .092 (διαστήματα εμπιστοσύνης .088 – .098), RMR = .033, GFI = .84, CFI = .91, TLI = .89, δεν επιβεβαιώθηκε πλήρως από τα δεδομένα μας. Ωστόσο, μετά την τροποποίηση του υποδείγματος, με 22 σφάλματα συνδιασποράς, τα όποια διαφέρουν από το 0 και αποκλειστικά στον ίδιο παράγοντα: ερ2-ερ3, ερ2-ερ4, ερ2-ερ5, ερ3-ερ4, ερ3-ερ5, ερ4-ερ5, , ερ9-ερ10, ερ9-ερ11, ερ10-ερ11, ερ12-ερ13, ερ12-ερ14, ερ13-ερ14, ερ15-ερ16, ερ15-ερ18, ερ15-ερ19, ερ15-ερ20, ερ16-ερ18, ερ16-ερ19, ερ16-ερ20, ερ18-ερ19, ερ18-ερ20 και ερ9-ερ20, και τα οποία εντοπίστηκαν μέσω των δεικτών τροποποίησης, μπορούμε να πούμε ότι το υπόδειγμα αυτό επιβεβαιώθηκε, $\chi^2(177) = 551.43$, $p < .001$, με εξαίρεση της οριακής τιμής του δείκτη RMSEA = .063 (διαστήματα εμπιστοσύνης .057 – .069), το οποίο, όμως σχεδόν επιβεβαιώνεται, RMR = .023, GFI = .92, CFI = .96, TLI = .95. Πάντως, το PCL-5 επιβεβαιώνει τις διαστάσεις της κλίμακας (Σχήμα 4.2.). Επιπροσθέτως, το παρόν υπόδειγμα

παρουσιάζει καλύτερους δείκτες επιβεβαιώσεις, σε σχέση με το προηγούμενο υπόδειγμα του PCL-5 χωρίς το Κριτήριο Α. Αυτό σημαίνει ότι οι 20 ερωτήσεις της κλίμακας PCL-5 και οι 2 ερωτήσεις του Κριτηρίου Α φορτίζουν ικανοποιητικά σε πέντε παράγοντες (Σχήμα 4.3.). Με άλλα λόγια, αυτά τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η δομή πέντε παραγόντων, του συνδυασμού του PCL-5 με το Κριτήριο Α, φαίνεται να λειτουργεί επαρκώς για το ελληνικό δείγμα γυναικών μετά την καισαρική τομή.



Σχήμα 4.3. Γραφική αναπαράσταση του υποδείγματος παραγόντων της κλίμακας PCL-5 και του Κριτηρίου Α

4.3.3. Κλίμακα Γεγονότων Ζωής για το DSM-5 (LEC-5)

Ανεξάρτητα από το ότι οι ψυχομετρικές ιδιότητες της Κλίμακας Γεγονότων Ζωής (LEC-5) δεν έχουν αξιολογηθεί επίσημα (239), και μόνο μία μελέτη εξέτασε την παραγοντική της δομή (240), προχωρήσαμε σε μια διερευνητική παραγοντική ανάλυση προκειμένου να ελεγχθούν τα παραγοντικά φόρτια της κλίμακας, όσον

αφορά στο παρόν δείγμα μελέτης, της κλίμακας έκθεσης σε τραυματικά γεγονότα. Τα σχετικά φορτία παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.11.

Πίνακας 4.11. Διερευνητική ανάλυση παραγόντων για τις 17 ομάδες (clusters) της Κλίμακας Γεγονότων Ζωής (LEC-5)

Ομάδες τραυματικών γεγονότων (N=538)	Παράγοντες					
	1	2	3	4	5	6
1. Φυσική καταστροφή (π.χ. πλημμύρα, τυφώνας, σεισμός)	.328	-.038	.266	.058	.127	-.522
2. Φωτιά ή έκρηξη	.610	-.007	.163	-.043	.080	-.062
3. Ατύχημα με κάποιο μεταφορικό μέσο(τρένο, πλοίο, αυτοκίνητο)	.607	.043	.195	-.103	-.107	-.018
4. Σοβαρό ατύχημα στη δουλειά, στο σπίτι ή κατά τη διάρκεια διασκέδασης	.611	.026	.085	.214	-.102	-.009
5. Έκθεση σε τοξικές ουσίες (π.χ. επικίνδυνα χημικά, ραδιενέργεια)	.107	.014	.097	.778	.124	.069
6. Επίθεση μέσω χτυπήματος ή ξυλοδαρμού.	.693	.156	.017	.164	.119	.074
7. Επίθεση με φονικό μέσο ή απειλή με αυτό (π.χ. όπλο, μαχαίρι, βόμβα)	.495	.513	-.298	-.078	.147	-.131
8. Σεξουαλική επίθεση (βιασμός, απόπειρα βιασμού ή απειλή σωματικής βλάβης)	.162	.832	.016	.225	-.017	-.087
9. Άλλου είδους ανεπιθύμητη ή άβολη σεξουαλική εμπειρία	-.069	.758	.142	.119	.001	.097
10. Έκθεση σε εμπόλεμη ζώνη (ως στρατιώτης ή πολίτης)	-.006	.024	.081	.023	.791	.020
11. Αιχμαλωσία (π.χ. απαγωγή, ομηρία, αιχμάλωτος πολέμου)	.019	-.007	-.055	.056	.761	-.017
12. Απειλητική για τη ζωή ασθένεια ή τραυματισμός	.250	.453	.467	-.161	-.029	-.008
13. Σοβαρός ανθρωπίνος πόνος	.017	.318	.703	-.118	.092	.058
14. Βίαιος θάνατος (π.χ. φόνος, αυτοκτονία)	.133	-.092	.634	.233	.044	-.200
15. Αιφνίδιος θάνατος	.182	-.025	.530	.122	-.062	.086
16. Σοβαρός τραυματισμός, βαριά σωματική βλάβη ή θάνατος που προκάλεσατε σε κάποιον άλλον	.012	.214	.041	.760	-.028	-.045
17. Κάποιο άλλο τραυματικό γεγονός ή εμπειρία	.120	-.037	.129	.058	.080	.847

Για την LEC-5 σύμφωνα με το κριτήριο Kaiser Meyer Olkin (KMO = .66) το δείγμα ήταν κατάλληλο για περαιτέρω ανάλυση, ενώ κατάλληλος ήταν και ο πίνακας ενδοσυναφειών των 17 ομάδων (cluster) τραυματικών γεγονότων σύμφωνα με το κριτήριο Bartlett ($\chi^2 = 1325.23$, $df = 136$, $p < .001$). Στη διερευνητική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Κύριων Συνιστωσών (Principal Component Analysis) με ορθογώνια περιστροφή των αξόνων, Varimax με Kaiser Normalization, και για τον έλεγχο των αδύναμων ερωτήσεων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος «Ανάλυση Παραγόντων Κύριων Αξόνων» (Principal Axis Factoring), και δεν αποσύρθηκε καμία

ομάδα. Αναδείχθηκαν 6 παράγοντες, στους οποίους αποδίδεται το 56.44% της διακύμανσης. Ο πρώτος παράγοντας (ομάδες 2, 3, 4 και 6) ερμηνεύει το 12.46% της συνολικής διακύμανσης, ο δεύτερος (ομάδες 7, 8, 9 και 6) ερμηνεύει το 11.31% της συνολικής διακύμανσης, ο τρίτος (ομάδες 12, 13, 14 και 15) ερμηνεύει το 9.91% της συνολικής διακύμανσης, ο τέταρτος (ομάδες 5 και 16) ερμηνεύει το 8.58% της συνολικής διακύμανσης, ο πέμπτος (ομάδες 10 και 11) ερμηνεύει το 7.77 % της συνολικής διακύμανσης και ο εκτός παράγοντας (ομάδες 1 και 17) ερμηνεύει το 6.43% της συνολικής διακύμανσης. Επίσης, η ομάδα 7 «Επίθεση με φονικό μέσο ή απειλή με αυτό (π.χ. όπλο, μαχαίρι, βόμβα)» φορτίζει και στον πρώτο και στο δεύτερο παράγοντα, με υψηλότερη τιμή κατά .02 στο δεύτερο παράγοντα, ενώ, η ομάδα 12 «Απειλητική για τη ζωή ασθένεια ή τραυματισμός» φορτίζει στο δεύτερο και στον τρίτο παράγοντα, με υψηλότερη τιμή κατά .01 στον τρίτο. Τα φορτία της παρούσας παραγοντικής ανάλυσης διαφέρουν στη δομή από την προαναφερόμενη μελέτη (240), αλλά όχι στον αριθμό.

4.4. Απαντήσεις Ερευνητικών Ερωτημάτων

4.4.1. Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες και Παράγοντες Εγκυμοσύνης και Καισαρικής Τομής

Στην παρούσα ενότητα, θα επιχειρήσουμε να δώσουμε τις απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα που αφορούν στη σχέση μεταξύ διαφόρων παραγόντων της εγκυμοσύνης και της καισαρικής τομής με τον παράγοντα μετατραυματική διαταραχή του στρες, μεταβλητή, η οποία για το σκοπό της παρούσας έρευνας έχει διχότομη μορφή (παρουσίας και απουσίας μετατραυματικής διαταραχής του στρες). Ο έλεγχος των κατανομών των απαντήσεων (241) της Κλίμακας Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες (PCL-5) δεν μας επέτρεψε την εφαρμογή της παραμετρικής στατιστικής στις αναλύσεις που αφορούν στη σχετική κλίμακα. Επομένως, για να προκύψουν έγκυρα αποτελέσματα, εφαρμόστηκαν οι αναλύσεις της μη παραμετρικής στατιστικής, και συγκεκριμένα το Mann-WhitneyU, μη παραμετρικό έλεγχο της διαφοράς μέσω των τιμών δύο ανεξάρτητων δειγμάτων. Ο έλεγχος Mann-WhitneyU είναι ένας μη παραμετρικός έλεγχος για τη σύγκριση των μέσων τιμών δύο μη συζευγμένων ομάδων της ίδιας μεταβλητής -στην περίπτωση που οι τιμές της μεταβλητής δεν

ακολουθούν την κανονική κατανομή- και εξετάζει τις διαφορές ως προς την κατάταξη - κατανομή των δύο δειγμάτων.

Για τις υπόλοιπες αναλύσεις της έρευνας, που αφορούν κυρίως διχότομες μεταβλητές, χρησιμοποιήθηκαν οι αναλύσεις διχοτομικής λογιστικής παλινδρόμησης και το στατιστικό κριτήριο χ τετράγωνο (χ^2). Η λογιστική παλινδρόμηση ερευνά το μη γραμμικό αποτέλεσμα μιας εξαρτημένης κατηγορικής μεταβλητής αναφορικά με τη δράση ανεξάρτητων μεταβλητών. Στο εξεταζόμενο υπόδειγμα παλινδρόμησης εφαρμόζονται οι τεχνικές της άριστης επιλογής των υποψήφιων προς την ένταξη ανεξάρτητων μεταβλητών και τα διαγνωστικά κριτήρια εγκυρότητας και αξιοπιστίας του υποδείγματος. Χρησιμεύει στην περιγραφή της σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ μιας ή περισσότερων ανεξάρτητων μεταβλητών και μιας διχότομης εξαρτημένης μεταβλητής εκφρασμένης ως πιθανότητα δυνάμενη να πάρει μία από δύο τιμές.

Το στατιστικό κριτήριο χ^2 εξετάζει εάν υπάρχει διαφορά μεταξύ των δεδομένων που έχουν συλλεχθεί κατά τη διάρκεια της έρευνας (πραγματικές συχνότητες) και αυτών που θα περιμέναμε να εμφανιστούν (αναμενόμενες συχνότητες). Είναι μία καλή στατιστική διαδικασία προκειμένου να εκτιμηθεί με ακρίβεια το πού εντοπίζονται οι στατιστικώς σημαντικές διαφορές.

4.4.2.Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες και τα Κριτήρια A1 και A2

Στον Πίνακα 4.12. παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της διχοτομικής λογιστικής παλινδρόμησης αναλύσεων της σχέσης της μετατραυματικής διαταραχής του στρες με τα κριτήρια A1 και A2.

Πίνακας 4.12. Υπόδειγμα ανάλυσης διχοτομικής λογιστικής παλινδρόμησης με τη ΜΔΣ ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με τα Κριτήρια A1 και A2

<i>Κριτήριο A1</i>				
<i>Κινδύνευε η ζωή σας ή η ζωή του παιδιού σας;</i>	<i>B</i>	<i>S.E.</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>
Ναι, την ζωή του παιδιού μου	2.58	.43	.001	13.161
Ναι, τη δική μου ζωή	2.44	.71	.001	11.522
Ναι, τη δική ζωή και των δύο	3.65	.72	.001	38.508
<i>Κριτήριο A2</i>				
<i>Υπήρχαν επιπλοκές που αφορούν εσάς ή το παιδί σας;</i>				
Το παιδί μου είχε σοβαρές επιπλοκές	2.31	.43	.001	10.091
Εγώ είχα σοβαρές επιπλοκές	1.37	.72	.050	3.933
Είχαμε και οι δύο σοβαρές επιπλοκές (Σταθερά)	1.68	.88	.050	5.337
	-3.97	.33	.001	.019

Σημείωση: εκτίμηση της ερμηνευτικής ισχύος του υποδείματος- $R^2 = .525$, B = συντελεστής λογιστικής παλινδρόμησης, $S.E.$ = τυπικό σφάλμα εκτίμησης, p = στατιστική σημαντικότητα του υποδείματος συνολικά, $Exp(B)$ = εκθετικός συντελεστής (odds ratio - πιθανότητα).

Σε αυτή τη διχοτομική λογιστική παλινδρόμηση η εξαρτημένη μεταβλητή είναι μετατραυματική διαταραχή του στρες και οι δείκτες πρόβλεψης είναι η παρουσία κινδύνου για τη ζωή του παιδιού, η παρουσία κινδύνου για τη ζωή της γυναίκας, η παρουσία κινδύνου για τη ζωή και των δύο, η παρουσία επιπλοκών που αφορούν το παιδί, η παρουσία επιπλοκών που αφορούν τη γυναίκα και η παρουσία επιπλοκών που αφορούν και τους δύο. Το παρόν υπόδειγμα εξηγεί το 52.5% της συνολικής διακύμανσης της ΜΔΣ, με την παρουσία κινδύνου για τη ζωή του παιδιού ($p < .001$) να αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης της ΜΔΣ κατά πάνω από 13 φορές, και την παρουσία κινδύνου για τη ζωή της γυναίκας ($p < .001$) κατά πάνω από 11 φορές. Η παρουσία κινδύνου για τη ζωή και των δύο ($p < .001$) φαίνεται να αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης της ΜΔΣ κατά πάνω από 38 φορές. Στη συνέχεια, η παρουσία επιπλοκών που αφορούν το παιδί ($p < .001$) ενδέχεται να αυξάνει την πιθανότητα

ανάπτυξης της ΜΔΣ κατά 10 φορές, κατά σχεδόν 4 φορές σε περίπτωση της παρουσίας επιπλοκών που αφορούν τη γυναίκα ($p=.050$), καθώς και σε περίπτωση της παρουσίας επιπλοκών που αφορούν και τους δύο ($p=.050$), η πιθανότητα ανάπτυξης της ΜΔΣ φαίνεται να αυξάνεται κατά πάνω από 5 φορές. Συμπερασματικά, το παρόν υπόδειγμα δείχνει τα κριτήρια A1 και A2 πιθανώς να παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της ΜΔΣ στον πληθυσμό των γυναικών μετά την καισαρική, όπως προκύπτει από τις αναλύσεις του δείγματος της παρούσας έρευνας.

4.4.3. Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες και Μερική Μετατραυματική Διαταραχή τους Στρες

Στον Πίνακα 4.13. παρουσιάζονται οι τιμές του ελέγχου της σχέσης της μετατραυματικής διαταραχής του στρες (ΜΔΣ) και της μερικής μετατραυματικής διαταραχής του στρες (μερική ΜΔΣ).

Πίνακας 4.13. Έλεγχος Mann-Whitney U με τη ΜΔΣ ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με τη Μερική ΜΔΣ

Μερική ΜΔΣ	N	MeanRank	$p <$
Όχι	497	254.31	.001
Ναι	41	453.67	

Σημείωση: MeanRank = μέσο της κατάταξης, $U = 2637.50$, $p < .001$.

Στην παρούσα ανάλυση χρησιμοποιήθηκε μη παραμετρικός έλεγχος δύο ανεξάρτητων δειγμάτων (Mann-Whitney U) για να ερευνηθεί εάν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ΜΔΣ ως προς τη μερική ΜΔΣ των γυναικών που υποβλήθηκαν σε επείγουσα και προγραμματισμένη καισαρική τομή. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($U = 2637.50$, $p < .001$). Οι γυναίκες με τη μερική ΜΔΣ (MeanRank = 453.67) ενδέχεται να αναπτύξουν τη ΜΔΣ σε μεγαλύτερο ποσοστό, σε σχέση με

τις γυναίκες που δεν παρουσίασαν τη μερική ΜΔΣ ($MeanRank = 254.32$), κατά το παρόν δείγμα.

4.4.4. Κριτήριο Α και ο Τύπος της Καισαρικής Τομής

Οι τιμές του ελέγχου της σχέσης του Κριτηρίου Α και του τύπου της Καισαρικής Τομής, παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.14.

Πίνακας 4.14. Έλεγχος Mann-WhitneyU με το Κριτήριο Α ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με τον Τύπο Καισαρικής Τομής

Τύπος της Καισαρικής Τομής	N	MeanRank	p<
ΕΚΤ	200	335.54	.001
ΠΚΤ.	338	230.43	

Σημείωση: $MeanRank =$ μέσο της κατάταξης, $U = 20593.00$, $p < .001$.

Μη παραμετρικός έλεγχος δύο ανεξάρτητων δειγμάτων (Mann-WhitneyU) χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση πιθανής σχέσης μεταξύ του Κριτηρίου Α ως προς τον τύπο καισαρικής τομής, επείγουσα ή προγραμματισμένης. Αναδείχθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($U = 20593.00$, $p < .001$). Στο παρόν δείγμα, δηλαδή, εμφανίστηκε ότι οι γυναίκες μετά την επείγουσα καισαρική τομή ($MeanRank = 335.54$) είναι πιθανόν να πληρούν το Κριτήριο Α σε μεγαλύτερο ποσοστό, σε σχέση με τις γυναίκες μετά την προγραμματισμένη καισαρική τομή ($MeanRank = 230.43$).

4.4.5. Αναμενόμενες Προσδοκίες Γέννησης και ο Τύπος της Καισαρικής Τομής

Σχετικά αποτελέσματα για τη σχέση των αναμενόμενων προσδοκιών της γέννησης και τον τύπο της καισαρικής τομής παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.15.

Πίνακας 4.15. Έλεγχος Mann-Whitney U με τις Αναμενόμενες Προσδοκίες για την ΚΤ ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με τον Τύπο Καισαρικής Τομής

<i>Τύπος της Καισαρικής Τομής</i>	<i>N</i>	<i>MeanRank</i>	<i>p</i> <
ΕΚΤ.	200	194.30	.001
ΠΚΤ.	338	314.00	

Σημείωση: $MeanRank$ = μέσο της κατάταξης, $U = 18760.00$, $p < .001$.

Μέσω του μη παραμετρικού ελέγχου δύο ανεξάρτητων δειγμάτων (Mann-Whitney U) προβήκαμε στην ανάλυση πιθανής σχέσης μεταξύ των αναμενόμενων προσδοκιών της γέννησης ως προς τον τύπο καισαρικής τομής. Από την ανάλυση προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά ($U = 18760.00$, $p < .001$), με το οι γυναίκες μετά της προγραμματισμένης καισαρικής τομής ($MeanRank = 314.00$) στην ερώτηση «αν ο τρόπος που γέννησαν ανταποκρίθηκε στις προσδοκίες τους» να είχαν απαντήσει θετικά και, δηλαδή, σε σημαντικό βαθμό διαφορετικά από τις γυναίκες μετά από την επείγουσα καισαρική τομή ($MeanRank = 194.30$), των οποίων η εμπειρία της καισαρικής τομής δε φάνηκε εξίσου θετική, όσον αφορά στη σύγκριση των δυο δειγμάτων της παρούσας μελέτης.

4.4.6. Εμπειρία Γέννησης και ο Τύπος της Καισαρικής Τομής

Στον Πίνακα 4.16. παρουσιάζονται οι τιμές του ελέγχου της σχέσης της εμπειρίας της γέννησης και τον τύπο της καισαρικής τομής.

Πίνακας 4.16. Έλεγχος Mann-WhitneyU με την Εμπειρίας Γέννησης ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με τον Τύπο Καισαρικής Τομής

<i>Τύπος της Καισαρικής Τομής</i>	<i>N</i>	<i>MeanRank</i>	<i>p<</i>
ΕΚΤ.	200	348.86	.001
ΠΚΤ.	338	222.54	

Σημείωση: MeanRank= μέσο της κατάταξης, U = 17929.00, p<.001.

Στην παρούσα ανάλυση χρησιμοποιήθηκε μη παραμετρικός έλεγχος δύο ανεξάρτητων δειγμάτων (Mann-WhitneyU) για να ερευνηθεί εάν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά στην εμπειρία της γέννησης ως προς τον τύπο της καισαρικής τομής των γυναικών που υποβλήθηκαν σε επείγουσα και προγραμματισμένη καισαρική τομή. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($U = 17929.00, p < .001$) ανάμεσα σε αυτές τις δυο ομάδες γυναικών. Οι γυναίκες, μετά της ΕΚΤ. ($MeanRank = 348.86$) στην ερώτηση «αν η ΚΤ ήταν τραυματική εμπειρία» απάντησαν θετικά σε μεγαλύτερο ποσοστό, σε σχέση με τις γυναίκες μετά της ΠΚΤ. ($MeanRank = 222.54$). Άρα, κατά το παρόν δείγμα, η εμπειρία της γέννησης ήταν σε σημαντικό βαθμό περισσότερο τραυματική για τις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε επείγουσα καισαρική τομή.

4.4.7. Εμπειρία Γέννησης και Αναμενόμενες Προσδοκίες

Οι τιμές του ελέγχου της σχέσης της εμπειρίας της γέννησης και των αναμενόμενων προσδοκιών παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.17.

Πίνακας 4.17. Έλεγχος Mann-Whitney U τεστ με την Εμπειρία Γέννησης ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με τις Αναμενόμενες Προσδοκίες

Αναμενόμενες Προσδοκίες της Γέννησης	N	MeanRank	$p <$
Όχι	280	377.10	.001
Ναι	258	152.72	

Σημείωση: MeanRank= μέσο της κατάταξης, $U = 5992.00$, $p < .001$

Μη παραμετρικός έλεγχος δύο ανεξάρτητων δειγμάτων (Mann-Whitney U) χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση πιθανής σχέσης μεταξύ της εμπειρίας της γέννησης ως προς τις αναμενόμενες προσδοκίες της γέννησης. Αναδείχθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($U = 5992.00$, $p < .001$). Δηλαδή, οι γυναίκες, οι οποίες στην ερώτηση «αν ο τρόπος που γέννησαν ανταποκρίθηκε στις προσδοκίες τους» απάντησαν αρνητικά (MeanRank = 377.10), φαίνεται να είχαν σημαντικά πιο τραυματική εμπειρία της γέννησης από τις γυναίκες, των οποίων ο τρόπος της γέννησης ανταποκρίθηκε στις προσδοκίες τους (MeanRank = 152.72).

4.4.8. Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες και Αναμενόμενες Προσδοκίες του Τοκετού

Σχετικά αποτελέσματα όσον αφορά στη σχέση της μετατραυματικής διαταραχής του στρες και των αναμενόμενων προσδοκιών της γέννησης παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.18.

Πίνακας 4.18. Έλεγχος Mann-Whitney U με τη ΜΔΣ ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με τις Αναμενόμενες Προσδοκίες της Γέννησης

Αναμενόμενες Προσδοκίες της Γέννησης	N	$MeanRank$	$p <$
Όχι	280	297.10	.001
Ναι	258	239.54	

Σημείωση: $MeanRank =$ μέσο της κατάταξης, $U = 28391.00$, $p < .001$.

Ανάλογα με το μη παραμετρικό έλεγχο δύο ανεξάρτητων δειγμάτων (Mann-Whitney U) φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τη μετατραυματική διαταραχή του στρες ως προς τις αναμενόμενες προσδοκίες της γέννησης ($U = 28391.00$, $p < .001$). Οι γυναίκες των οποίων ο τρόπος της γέννησης δεν ανταποκρίθηκε στις προσδοκίες τους ($MeanRank = 297.10$) ενδέχεται να αναπτύξουν τη ΜΔΣ σε μεγαλύτερο ποσοστό, σε σχέση με τις γυναίκες που ο τρόπος της γέννησης ανταποκρίθηκε στις προσδοκίες τους ($MeanRank = 239.54$), όπως αναδείχθηκε στο παρόν δείγμα.

4.4.9. Μετατραυματική διαταραχή του στρες και τραυματικά γεγονότα ζωής

Στην παρούσα ενότητα θα αναλυθεί η σχέση της μετατραυματικής διαταραχής του στρες και των τραυματικών γεγονότων, όπως προκύπτουν από την Κλίμακα Γεγονότων Ζωής (LEC-5), με δύο τρόπους, μέσω μιας σειράς αναλύσεων με χρήση του στατιστικού κριτηρίου χ^2 για δύο ανεξάρτητα δείγματα, ξεχωριστά για την κάθε μια από τις 17 ομάδες (clusters) των τραυματικών γεγονότων, και έπειτα μέσω μίας ανάλυσης διχοτομικής λογιστικής παλινδρόμησης, έτσι ώστε να διερευνηθεί ενδεχόμενο ερευνητικό υπόδειγμα της σχετικής σχέσης της εξαρτημένης και των

ανεξαρτήτων μεταβλητών. Οι μεταβλητές των τραυματικών γεγονότων στις αναλύσεις αυτές είναι διχότομες, με όρους της άμεσης έκθεσης, η όχι, στα αναλυόμενα τραυματικά γεγονότα. Στον Πίνακα 4.19 παρουσιάζονται τα σχετικά αποτελέσματα των αναλύσεων μέσω του στατιστικού κριτηρίου χ^2 .

Πίνακας 4.19. Στατιστικό κριτήριο χ τετράγωνο της ΜΔΣ σε σχέση με τα Τραυματικά Γεγονότα Ζωής (Κλίμακα LEC-5)

<i>LEC 4 - Σοβαρό ατύχημα στη δουλειά, στο σπίτι ή κατά τη διάρκεια διασκέδασης</i>						
			<i>M</i>		$\chi^2(1)$	<i>p</i> <
			<i>Όχι</i>	<i>Ναι</i>		
ΜΔΣ	Όχι	Καταμέτρηση	466	10	19.794	.001
		Αναμενόμενη Καταμέτρηση	460.1	15.9		
	Ναι	Καταμέτρηση	54	8		
		Αναμενόμενη Καταμέτρηση	59.9	2.1		
<i>LEC 6 - Επίθεση μέσω χτυπήματος ή ξυλοδαρμού</i>						
			<i>M</i>		$\chi^2(1)$	<i>p</i> <
			<i>Όχι</i>	<i>Ναι</i>		
ΜΔΣ	Όχι	Καταμέτρηση	448	28	21.252	.001
		Αναμενόμενη Καταμέτρηση	438.8	37.2		
	Ναι	Καταμέτρηση	48	14		
		Αναμενόμενη Καταμέτρηση	57.2	4.8		
<i>LEC7 - Επίθεση με φονικό μέσο ή απειλή με αυτό(π.χ. όπλο, μαχαίρι, βόμβα)</i>						
			<i>M</i>		$\chi^2(1)$	<i>p</i> <
			<i>Όχι</i>	<i>Ναι</i>		
ΜΔΣ	Όχι	Καταμέτρηση	470	6	23.403	.001
		Αναμενόμενη Καταμέτρηση	464.5	11.5		
	Ναι	Καταμέτρηση	55	7		
		Αναμενόμενη Καταμέτρηση	60.5	1.5		
<i>LEC8 - Σεξουαλική επίθεση(βιασμός, απόπειρα βιασμού ή απειλή σωματικής βλάβης)</i>						
			<i>M</i>		$\chi^2(1)$	<i>p</i>
			<i>Όχι</i>	<i>Ναι</i>		
ΜΔΣ	Όχι	Καταμέτρηση	462	14	10.194	.006
		Αναμενόμενη Καταμέτρηση	457.4	18.6		
	Ναι	Καταμέτρηση	55	7		
		Αναμενόμενη Καταμέτρηση	59.6	2.4		

LEC9 - Άλλου είδους ανεπιθύμητη ή άβολη σεξουαλική εμπειρία

			<i>M</i>		$\chi^2(1)$	<i>p</i>
			<i>Όχι</i>	<i>Ναι</i>		
ΜΔΣ	Όχι	Καταμέτρηση	460	16	5.580	.031
		Αναμενόμενη Καταμέτρηση	456.5	19.5		
	Ναι	Καταμέτρηση	56	6		
		Αναμενόμενη Καταμέτρηση	59.5	2.5		

LEC13 - Σοβαρός ανθρώπινος πόνος

			<i>M</i>		$\chi^2(1)$	<i>p</i> <
			<i>Όχι</i>	<i>Ναι</i>		
ΜΔΣ	Όχι	Καταμέτρηση	392	84	22.474	.001
		Αναμενόμενη Καταμέτρηση	377.8	98.2		
	Ναι	Καταμέτρηση	35	27		
		Αναμενόμενη Καταμέτρηση	49.2	12.8		

LEC17 - Κάποιο άλλο τραυματικό γεγονός ή εμπειρία

			<i>M</i>		$\chi^2(1)$	<i>p</i> <
			<i>Όχι</i>	<i>Ναι</i>		
ΜΔΣ	Όχι	Καταμέτρηση	431	45	4.041	.001
		Αναμενόμενη Καταμέτρηση	426.5	49.5		
	Ναι	Καταμέτρηση	51	11		
		Αναμενόμενη Καταμέτρηση	55.5	6.5		

Πραγματοποιήθηκε μια σειρά αναλύσεων μέσω του στατιστικού κριτηρίου χ^2 για δύο ανεξάρτητα δείγματα για να εξεταστεί η σχέση μεταξύ της μετατραυματικής διαταραχής του στρες ως προς τα τραυματικά γεγονότα ζωής. Αναδείχτηκε στατιστικά σημαντική η σχέση της ΜΔΣ και των εξής τραυματικών γεγονότων: «σοβαρό ατύχημα στη δουλειά, στο σπίτι ή κατά τη διάρκεια διασκέδασης» ($\chi^2 = 19.794$, $df = 1$, $p < .001$), «επίθεση μέσω χτυπήματος ή ξυλοδαρμού» ($\chi^2 = 21.252$, $df = 1$, $p < .001$), «επίθεση με φονικό μέσο ή απειλή με αυτό (π.χ. όπλο, μαχαίρι, βόμβα)» ($\chi^2 = 23.403$, $df = 1$, $p < .001$), «σεξουαλική επίθεση (βιασμός, απόπειρα βιασμού ή απειλή σωματικής βλάβης)» ($\chi^2 = 10.194$, $df = 1$, $p < .050$), «Άλλου είδους ανεπιθύμητη ή άβολη σεξουαλική εμπειρία» ($\chi^2 = 5.580$, $df = 1$, $p < .050$), «αιχμαλωσία (π.χ. απαγωγή, ομηρία, αιχμάλωτος πολέμου)» ($\chi^2 = 6.829$, $df = 1$,

$p < .050$), «σοβαρός ανθρώπινος πόνος» ($\chi^2 = 22.474$, $df = 1$, $p < .001$) και «κάποιο άλλο τραυματικό γεγονός ή εμπειρία» ($\chi^2 = 4.041$, $df = 1$, $p < .001$). Επομένως, η άμεση έκθεση στα συγκεκριμένα τραύματα γεγονότα, πιθανόν, να είναι παράγοντας της ανάπτυξης της ΜΔΣ, κατά το ερευνητικό δείγμα. Τα τραυματικά γεγονότα, τα οποία στην παρούσα μελέτη δε συνδέονται με την ανάπτυξη της ΜΔΣ είναι: «φυσική καταστροφή (π.χ. πλημμύρα, τυφώνας, σεισμός)», «φωτιά ή έκρηξη», «ατύχημα με κάποιο μεταφορικό μέσο (τρένο, πλοίο, αυτοκίνητο)», «έκθεση σε τοξικές ουσίες (π.χ. επικίνδυνα χημικά, ραδιενέργεια)», «έκθεση σε εμπόλεμη ζώνη (ως στρατιώτης ή πολίτης)», «απειλητική για τη ζωή ασθένεια ή τραυματισμός», «βίαιος θάνατος (π.χ. φόνος, αυτοκτονία)», και «σοβαρός τραυματισμός, βαριά σωματική βλάβη ή θάνατος που μπορεί να προκαλέσατε σε κάποιον» (Πίνακας 4.19.1).

Πίνακας 4.19.1. Στατιστικό κριτήριο χ τετράγωνο της ΜΔΣ σε σχέση με τα Τραυματικά Γεγονότα Ζωής

<i>LEC 1 - Φυσική καταστροφή (π.χ. πλημμύρα, τυφώνας, σεισμός)</i>					
			<i>M</i>		
			<i>Όχι</i>	<i>Ναι</i>	<i>p</i>
ΜΔΣ	Όχι	Καταμέτρηση	466	10	Σ.Α.
		Αναμενόμενη Καταμέτρηση	460.1	15.9	
	Ναι	Καταμέτρηση	54	8	
		Αναμενόμενη Καταμέτρηση	59.9	2.1	
<i>LEC 2 - Φωτιά ή έκρηξη</i>					
			<i>M</i>		
			<i>Όχι</i>	<i>Ναι</i>	<i>p</i>
ΜΔΣ	Όχι	Καταμέτρηση	458	18	Σ.Α.
		Αναμενόμενη Καταμέτρηση	456.5	19.5	
	Ναι	Καταμέτρηση	58	4	
<i>LEC 3 - Ατύχημα με κάποιο μεταφορικό μέσο (τρένο, πλοίο, αυτοκίνητο)</i>					
			<i>M</i>		
			<i>Όχι</i>	<i>Ναι</i>	<i>p</i>
ΜΔΣ	Όχι	Καταμέτρηση	434	42	Σ.Α.
		Αναμενόμενη Καταμέτρηση	430	46	
	Ναι	Καταμέτρηση	52	10	
		Αναμενόμενη Καταμέτρηση	56	6	
<i>LEC 5 - Έκθεση σε τοξικές ουσίες(π.χ. επικίνδυνα χημικά, ραδιενέργεια)</i>					
			<i>M</i>		
			<i>Όχι</i>	<i>Ναι</i>	<i>p</i>
ΜΔΣ	Όχι	Καταμέτρηση	434	42	Σ.Α.
		Αναμενόμενη Καταμέτρηση	430	46	
	Ναι	Καταμέτρηση	52	10	
		Αναμενόμενη Καταμέτρηση	56	6	

LEC 10 - Έκθεση σε εμπόλεμη ζώνη (ως στρατιώτης ή πολίτης)

			<i>M</i>		<i>p</i>
			<i>Όχι</i>	<i>Ναι</i>	
ΜΔΣ	Όχι	Καταμέτρηση	474	2	Σ.Α.
		Αναμενόμενη Καταμέτρηση	472.5	3.5	
	Ναι	Καταμέτρηση	60	2	
		Αναμενόμενη Καταμέτρηση	61.5	.5	

LEC 12 - Απειλητική για τη ζωή ασθένεια ή τραυματισμός

			<i>M</i>		<i>p</i>
			<i>Όχι</i>	<i>Ναι</i>	
ΜΔΣ	Όχι	Καταμέτρηση	453	23	Σ.Α.
		Αναμενόμενη Καταμέτρηση	453	23	
	Ναι	Καταμέτρηση	59	3	
		Αναμενόμενη Καταμέτρηση	59	3	

LEC 14 - Βίαιος θάνατος(π.χ. φόνος, αυτοκτονία)

			<i>M</i>		<i>p</i>
			<i>Όχι</i>	<i>Ναι</i>	
ΜΔΣ	Όχι	Καταμέτρηση	473	3	Σ.Α.
		Αναμενόμενη Καταμέτρηση	473.3	2.7	
	Ναι	Καταμέτρηση	62	0	
		Αναμενόμενη Καταμέτρηση	61.7	.3	

LEC 16 - Σοβαρός τραυματισμός, βαριά σωματική βλάβη ή θάνατος που μπορεί να προκαλέσετε σε κάποιον

			<i>M</i>		<i>p</i>
			<i>Όχι</i>	<i>Ναι</i>	
ΜΔΣ	Όχι	Καταμέτρηση	474	2	Σ.Α.
		Αναμενόμενη Καταμέτρηση	472.5	3.5	
	Ναι	Καταμέτρηση	60	2	
		Αναμενόμενη Καταμέτρηση	61.5	.5	

Σημείωση: Σ.Α. – στατιστικά ασήμαντο.

Στη συνέχεια, στον Πίνακα 4.20. παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της διχοτομικής λογιστικής παλινδρόμησης της σχέσης της μετατραυματικής διαταραχής του στρες και των τραυματικών γεγονότων, με σκοπό πιθανή ανάδειξη ενός ερευνητικού υποδείγματος της σχέσης ανάμεσα στις σχετικές μεταβλητές.

Πίνακας 4.20.Υπόδειγμα ανάλυσης της διχοτομικής λογιστικής παλινδρόμησης με τη ΜΔΣ ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με τα Τραυματικά Γεγονότα Ζωής

<i>Διχότομες (binary) ερωτήσεις όταν κλίμακας LEC</i>	<i>B</i>	<i>S.E.</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>
1. Φυσική καταστροφή	-.55	.63	Σ.Α.	.575
2. Φωτιά ή έκρηξη	-.49	.85	Σ.Α.	.615
3. Ατύχημα με κάποιο μεταφορικό μέσο	.36	.46	Σ.Α.	1.432
4. Σοβαρό ατύχημα στη δουλειά, στο σπίτι ή κατά τη διάρκεια διασκέδασης	1.72	.60	.004	5.606
5. Έκθεση σε τοξικές ουσίες	.81	1.10	Σ.Α.	2.252
6. Επίθεση μέσω χτυπήματος ή ξυλοδαρμού.	.87	.50	Σ.Α.	2.386
7. Επίθεση με φονικό μέσο ή απειλή με αυτό	1.59	.80	.047	4.914
8. Σεξουαλική επίθεση	.55	.67	Σ.Α.	1.740
9. Άλλου είδους ανεπιθύμητη ή άβολη σεξουαλική εμπειρία	-.35	.71	Σ.Α.	.702
10. Έκθεση σε εμπόλεμη ζώνη	-.72	1.99	Σ.Α.	.487
11. Αιχμαλωσία	1.55	1.28	Σ.Α.	4.713
12. Απειλητική για τη ζωή ασθένεια ή τραυματισμός	-.52	.73	Σ.Α.	.590
13. Σοβαρός ανθρώπινος πόνος	1.15	.32	.001	3.146
14. Βίαιος θάνατος	-3.24	2.55	Σ.Α.	.000
15. Αιφνίδιος θάνατος	-3.48	2.4	Σ.Α.	.031
16. Σοβαρός τραυματισμός, βαριά σωματική βλάβη ή θάνατος που μπορεί να προκαλέσατε σε κάποιον	1.69	1.644	Σ.Α.	5.426
17. Κάποιο άλλο τραυματικό γεγονός ή εμπειρία (Σταθερά)	.35	.43	Σ.Α.	1.413
	-2.67	.21	.001	.069

Σημείωση: εκτίμηση της ερμηνευτικής ισχύος του υποδείγματος - $R^2 = .193$, B =συντελεστής λογιστικής παλινδρόμησης, $S.E.$ =τυπικό σφάλμα εκτίμησης, p = στατιστική σημαντικότητα του υποδείγματος συνολικά, $Exp(B)$ = εκθετικός συντελεστής (oddsratio - πιθανότητα), $\Sigma.A.$ – στατιστικά ασήμαντο.

Όταν εφαρμόστηκε η ανάλυση διχοτομικής λογιστικής παλινδρόμησης που περιλάμβανε όλα τα τραυματικά γεγονότα της κλίμακας LEC-5, αναδείχθηκε το υπόδειγμα της παλινδρόμησης με μόνο τρία να δείχνουν στατιστικά σημαντική σχέση με την ανάπτυξη της ΜΔΣ. Συγκεκριμένα, το παρόν υπόδειγμα εξηγεί το 19,3% της συνολικής διακύμανσης της ΜΔΣ, με τη μεταβλητή «σοβαρό ατύχημα στη δουλειά, στο σπίτι ή κατά τη διάρκεια διασκέδασης» ($p<.050$), να αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης της ΜΔΣ κατά πάνω από 5.5 φορές, τη μεταβλητή «επίθεση με φονικό μέσο ή απειλή με αυτό» ($p<.050$) κατά σχεδόν 5 φορές, καθώς και τη μεταβλητή

«σοβαρός ανθρώπινος πόνος» ($p < .050$), η οποία φαίνεται να αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης της ΜΔΣ κατά πάνω από 3 φορές. Ενδέχεται, αυτές οι τρεις μεταβλητές, όταν εφαρμόζονται σε μια ίδια ανάλυση παλινδρόμησης, μαζί με άλλα δεκατέσσερα τραυματικά γεγονότα, να παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη ισχύ ως παράγοντες πρόβλεψης της ΜΔΣ, όπως προκύπτει από το παρόν δείγμα.

4.4.9. Μετατραυματική διαταραχή του στρες και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Στην παρούσα έρευνα μελετήθηκαν και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως παρουσία ψυχιατρικού ιστορικού, υποστήριξη από σύντροφο και πρωτοτοκία, οι οποίοι μπορεί να σχετίζονται με τη μετατραυματική διαταραχή του στρες. Για την ανάλυση εφαρμόστηκαν η διχοτομική λογιστική παλινδρόμηση και ο έλεγχος Mann-Whitney U .

Τα αποτελέσματα της διχοτομικής λογιστικής παλινδρόμησης της σχέσης της μετατραυματικής διαταραχής του στρες και της παρουσίας ψυχιατρικού ιστορικού παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.21.

Πίνακας 4.21. Υπόδειγμα ανάλυσης της διχοτομικής λογιστικής παλινδρόμησης με τη ΜΔΣ ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με το Ψυχιατρικό Ιστορικό

<i>Ψυχιατρικό Ιστορικό</i>	<i>B</i>	<i>S.E.</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>
Διαταραχή Άγχους	1.48	.38	.001	4.377
Περιγεννητική Διαταραχή, Κατάθλιψη & Ψύχωση (Σταθερά)	.66	.24	.005	1.935
	-2.29	.16	.001	.102

Σημείωση: εκτίμηση της ερμηνευτικής ισχύος του υποδείγματος - $R^2 = .067$, B = συντελεστής λογιστικής παλινδρόμησης, $S.E.$ = τυπικό σφάλμα εκτίμησης, p = στατιστική σημαντικότητα του υποδείγματος συνολικά, $Exp(B)$ = εκθετικός συντελεστής (oddsratio- πιθανότητα).

Το παρόν υπόδειγμα εξηγεί το 6.7% της συνολικής διακύμανσης της ΜΔΣ, με τη διαταραχή άγχους ($p < .001$) να αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης της ΜΔΣ κατά πάνω από 4 φορές, ενώ περιγεννητική διαταραχή/κατάθλιψη/ψύχωση ($p < .050$) κατά σχεδόν 2 φορές. Ενδέχεται, αυτές οι μεταβλητές, να παρουσιάζουν παράγοντες πρόβλεψης της ΜΔΣ, όπως προκύπτει από το παρόν δείγμα.

Σχετικά αποτελέσματα της σχέσης της μετατραυματικής διαταραχής του στρες και της υποστήριξης από το σύντροφο παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.22.

Πίνακας 4.22. Έλεγχος Mann-Whitney U με τη ΜΔΣ ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με την Υποστήριξη από το Σύντροφο

<i>Υποστήριξη από Σύντροφο</i>	<i>N</i>	<i>MeanRank</i>	<i>p</i> <
Όχι	71	329.43	.001
Ναι	467	260.39	

Σημείωση: MeanRank= μέσο της κατάταξης, $U = 12323.50$, $p < .001$.

Στην παρούσα ανάλυση χρησιμοποιήθηκε μη παραμετρικός έλεγχος δύο ανεξάρτητων δειγμάτων (Mann-Whitney U) για να ερευνηθεί εάν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ΜΔΣ ως προς την υποστήριξη από το σύντροφο. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διάφορα ($U = 12323.50$, $p < .001$). Οι γυναίκες, οι οποίες δεν είχαν την υποστήριξη από το σύντροφο ($MeanRank = 329.43$) είναι πιθανόν να αναπτύξουν τη ΜΔΣ σε μεγαλύτερο ποσοστό, σε σχέση με τις γυναίκες που είχαν την συντροφική συμπαράσταση ($MeanRank = 260.39$), κατά το παρόν δείγμα. Η πρωτοτόκια δεν παρουσίασε τη σχέση με τη ΜΔΣ (Πίνακας 4.22.1).

Πίνακας 4.22.1 Έλεγχος Kruskal Wallis H με τη ΜΔΣ ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με την Πρωτοτόκια/Αριθμό Τοκετών

<i>Αριθμός Τοκετών</i>	<i>N</i>	<i>MeanRank</i>	<i>p</i>
Πρώτος τοκετός	229	276.09	Σ.Α.
Δεύτερος τοκετός	204	262.24	
Τρίτος και > τοκετός	105	269.24	

Σημείωση: Σ.Α. – στατιστικά ασήμαντο.

4.3.10. Μετατραυματική διαταραχή του στρες και περιγεννητικοί παράγοντες

Στην ενότητα αυτή, παρουσιάζονται οι σχέσεις των περιγεννητικών παραγόντων, οι οποίοι υποθετικά μπορεί να σχετίζονται με τη μετατραυματική διαταραχή του στρες. Οι διχοτομικές λογιστικές αναλύσεις παλινδρόμησης και ο έλεγχος Mann-Whitney U εφαρμόστηκαν για τη μελέτη των σχετικών ερευνητών ερωτημάτων.

Οι τιμές του ελέγχου της σχέσης της μετατραυματικής διαταραχής του στρες και του θηλασμού παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.23.

Πίνακας 4.23. Έλεγχος Mann-Whitney U με τη ΜΔΣ ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με το Θηλασμό

Θηλασμός	N	$MeanRank$	$p <$
Όχι	174	306.52	.001
Ναι	364	251.80	

Σημείωση: $MeanRank =$ μέσο της κατάταξης, $U = 25226.00$, $p < .001$

Μέσω του ελέγχου Mann-Whitney U παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($U = 25226.00$, $p < .001$) της μετατραυματικής διαταραχής του στρες ως προς το θηλασμό. Δηλαδή, οι γυναίκες, οι οποίες δεν είχαν θηλάσει μετά την καισαρική τομή ($MeanRank = 306.52$) είναι πιθανόν να αναπτύξουν τη ΜΔΣ σε μεγαλύτερο ποσοστό, σε σχέση με τις γυναίκες που θηλάσαν ($MeanRank = 251.80$), όσον αφορά στο δείγμα της παρούσας έρευνας.

Στη συνέχεια, στον Πίνακα 4.24. παρουσιάζονται τα αποτελέσματα διερεύνησης της σχέσης μεταξύ της μετατραυματικής διαταραχής του στρες και των επιπλοκών του τοκετού, μέσω του ελέγχου Mann-Whitney U .

Πίνακας 4.24. Έλεγχος Mann-Whitney U με τη ΜΔΣ ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με τις Επιπλοκές Τοκετού

<i>Επιπλοκές του Τοκετού</i>	<i>N</i>	<i>MeanRank</i>	<i>p</i> <
Όχι	497	260.15	.001
Ναι	41	382.84	

Σημείωση: MeanRank = μέσο της κατάταξης, $U = 5541.50, p < .001$.

Όπως στην προηγούμενη, και στην παρούσα ανάλυση παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($U = 5541.50, p < .001$). Φάνηκε ότι οι γυναίκες, οι οποίες είχαν επιπλοκές στη γέννηση ($MeanRank = 382.84$) είναι πιθανόν να αναπτύξουν τη ΜΔΣ σε μεγαλύτερο ποσοστό, σε σχέση με τις γυναίκες δεν είχαν σχετικές επιπλοκές ($MeanRank = 260.15$), κατά το παρόν δείγμα.

Στις απομένουσες πέντε αναλύσεις αυτής της ενότητας εφαρμόστηκε η ανάλυση της διχοτομικής λογιστικής παλινδρόμησης.

Στον Πίνακα 4.25. παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της διχοτομικής λογιστικής παλινδρόμησης της ανάλυσης της σχέσης της μετατραυματικής διαταραχής του στρες και των λόγων για τη νοσήλια σε MENN.

Πίνακας 4.25.Υπόδειγμα ανάλυσης διχοτομικής λογιστικής παλινδρόμησης με τη ΜΔΣ ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με τους Λογούς για Νοσήλια σε MENN

<i>Λόγοι για νοσήλια σε MENN</i>	<i>B</i>	<i>S.E.</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>
Ίκτερος/Σύνδρομο Down/Παρακολούθηση για κοινωνικούς λόγους/Λοίμωξη	2.83	.64	.001	16.933
Περιγεννητικό στρες/Αναπνευστική δυσχέρεια	2.47	.39	.001	11.853
Προωρότητα/IUGR	2.84	.36	.001	17.039
(Σταθερά)	-3.17	.25	.001	.042

Σημείωση: εκτίμηση της ερμηνευτικής ισχύος του υποδείγματος - $R^2 = .290$, B =συντελεστής λογιστικής παλινδρόμησης, $S.E.$ =τυπικό σφάλμα εκτίμησης, p = στατιστική σημαντικότητα του υποδείγματος συνολικά, $Exp(B)$ = εκθετικός συντελεστής (oddsratio - πιθανότητα).

Αναδείχτηκε το υπόδειγμα της ανάλυσης να εξηγεί το 29% της συνολικής διακύμανσης της ΜΔΣ, με την παρουσία ίκτερου/Συνδρόμου Down/παρακολούθησης για κοινωνικούς λόγους/λοίμωξης ($p<.001$), να αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης της ΜΔΣ κατά σχεδόν 17 φορές, και την περιγεννητικού στρες/αναπνευστικής δυσχέρειας ($p<.001$) κατά σχεδόν 12 φορές, καθώς και παρουσία προωρότητας/IUGR ($p<.001$), ενδεχομένως να αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης της ΜΔΣ πάνω από 17 φορές.

Τα απογέματα της διχοτομικής λογιστικής παλινδρόμησης της σχέσης της μετατραυματικής διαταραχής του στρες και των αιτίων της καισαρικής τομής παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.26.

Πίνακας 4.26. Υπόδειγμα ανάλυσης διχοτομικής λογιστικής παλινδρόμησης με τη ΜΔΣ ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με τις Αιτίες της ΚΤ.

<i>Αιτίες της Καισαρικής Τομής</i>	<i>B</i>	<i>S.E.</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>
Προηγηθείσα ΚΤ./Πρόωρη ρήξη εμβρυικών υμένων σε έδαφος προηγηθείσας ΚΤ./Πρόωρες συστολές υμένων σε έδαφος προηγηθείσας ΚΤ.	2.69	.39	.001	.068
Ανώμαλη θέση εμβρύου	2.47	.63	.001	.085
Δίδυμη κύηση/IVF κύηση	-20.76	71.18	Σ.Α.	.000
Επιθυμία μητέρας	-1.72	.65	.008	.179
Βεβαρυμμένο ατομικό ιστορικό/Μυωπία/Γυναικολογικό ιστορικό	.32	.507	Σ.Α.	1.400
Μη φυσιολογικός καρδιακός ρυθμός/Παθολογικό NST/Doppler/Πρόωρη ρήξη εμβρυικών υμένων/Λοίμωξη/Πρόωρες συστολές/ Προεκλαμψία	20.76	10.78	Σ.Α.	.000
Αδυναμία εξέλιξης τοκετού	3.51	1.03	.001	.030
(Σταθερά)	.44	.21	.039	.643

Σημείωση: εκτίμηση της ερμηνευτικής ισχύος του υποδείγματος - $R^2 = .323$, B = συντελεστής λογιστικής παλινδρόμησης, $S.E.$ = τυπικό σφάλμα εκτίμησης, p = στατιστική σημαντικότητα του υποδείγματος συνολικά, $Exp(B)$ = εκθετικός συντελεστής (oddsratio - πιθανότητα), $Σ.Α.$ – *στατιστικά ασήμαντο*.

Και σε αυτή τη ανάλυση της διχοτομικής λογιστικής παλινδρόμησης βρεθήκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Το υπόδειγμα της ανάλυσης εξηγεί το 32.3% της συνολικής διακύμανσης της ΜΔΣ. Η παρουσία προηγηθείσας ΚΤ./πρόωρης ρήξης εμβρυικών υμένων σε έδαφος προηγηθείσας ΚΤ./πρόωρων συστολές υμένων σε έδαφος προηγηθείσας ΚΤ ($p<.001$) φαίνεται να έχει γύρω στα 9% μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης της ΜΔΣ. Το ίδιο, γύρω στα 9%, ισχύει για την παρουσία ανώμαλης θέσης εμβρύου($p<.001$), καθώς και της αδυναμίας εξέλιξης τοκετού ($p<.001$) που πιθανόν έχει γύρω στα 7% μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης της ΜΔΣ, ενώ όταν η καισαρική τομή ήταν η επιθυμία μητέρας ($p<.050$) συνάγεται στη μείωση της πιθανότητας ανάπτυξης της ΜΔΣ κατά πάνω του 80%. Δίδυμη κύηση/IVF κύηση, βεβαρυμμένο ατομικό ιστορικό/μυωπία/γυναικολογικό ιστορικό και NST/Doppler/πρόωρη ρήξη

εμβρυικών υμένων/λοίμωξη/πρόωρες συστολές/προεκλαμψία, στην παρούσα μελέτη, δε συνδέονται με τη ΜΔΣ

Στην επόμενη ανάλυση της διχοτομικής λογιστικής παλινδρόμησης εξετάστηκε η σχέση της μετατραυματικής διαταραχής ως προς τον τύπο προηγούμενου τοκετού. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.27.

Πίνακας 4.27. Υπόδειγμα ανάλυσης διχοτομικής λογιστικής παλινδρόμησης με τη ΜΔΣ ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με τον Τύπο Προηγούμενου Τοκετού

<i>Τύπος του Προηγούμενου Τοκετού</i>	<i>B</i>	<i>S.E.</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>
Κολπικός τοκετός	.87	.39	.025	2.395
ΚΤ.	-.82	.32	.010	.442
Κολπικός τοκετός& ΚΤ.	-.38	1.07	Σ.Α	.688
(Σταθερά)	-1.82	.19	.001	.162

Σημείωση: εκτίμηση της ερμηνευτικής ισχύος του υποδείγματος - $R^2 = .060$, B =συντελεστής λογιστικής παλινδρόμησης, $S.E.$ =τυπικό σφάλμα εκτίμησης, p = στατιστική σημαντικότητα του υποδείγματος συνολικά, $Exp(B)$ = εκθετικός συντελεστής (oddsratio - πιθανότητα), $\Sigma.A.$ – *στατιστικά ασήμαντο.*

Τα ευρήματα που προέκυψαν ήταν στατιστικά σημαντικά, με το υπόδειγμα της ανάλυσης να εξηγεί το 6% της συνολικής διακύμανσης της ΜΔΣ. Βρέθηκε ότι, σε περίπτωση που ο προηγούμενος τοκετός ήταν κολπικός, ($p<.050$) αυξάνεται η πιθανότητα ανάπτυξης της ΜΔΣ κατά πάνω από 2 φορές, ενώ σε περίπτωση που η γυναίκα την προηγούμενη φορά γέννησε με την καισαρική τομή ($p<.050$) πιθανόν έχει γύρω στα 50% μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης της ΜΔΣ. Συνδυασμός κολπικού τοκετού και της καισαρικής τομής στις προηγούμενες γεννήσεις δεν συνδέεται με τη ΜΔΣ, όπως προκύπτει από το παρόν δείγμα.

Η τελευταία ανάλυση στην παρούσα ενότητα αφορά την εξέταση της σχέσης μεταξύ της μετατραυματικής διαταραχής τους στρες και της παθολογίας της κύησης, με τις τιμές της ανάλυσης να παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.28.

Πίνακας 4.28. Υπόδειγμα ανάλυσης διχοτομικής λογιστικής παλινδρόμησης με τη ΜΔΣ ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με την Παθολογία Κύησης

<i>Παθολογία της Κύησης</i>	<i>B</i>	<i>S.E.</i>	<i>p</i> <	<i>Exp(B)</i>
Θρομβοφιλία/Υπερέμμεση	.80	1.09	Σ.Α	2.234
Προεκλαμψία/Αυξημένες αντιστάσεις μητριάων/HELLP σύνδρομο/Μητροπλακουντιακή, φλεβική ανεπάρκεια/Μονήρης ομφαλική αρτηρία	1.85	.36	.001	6.397
Προδρομικός πλακούντας (τύπος 4)/Αποκόλληση/Αιμορραγία	1.83	.53	.001	6.255
Διαβήτης	.65	.48	Σ.Α	1.915
Ανεπάρκεια τραχήλου	1.36	.82	Σ.Α	3.909
Λοίμωξη	2.75	.84	.001	15.636
Πρόωρες συστολές (Σταθερά)	2.34	.68	.001	10.424
	-2.75	.22	.001	.064

Σημείωση: εκτίμηση της ερμηνευτικής ισχύος του υποδείγματος - $R^2 = .149$, B =συντελεστής λογιστικής παλινδρόμησης, $S.E.$ =τυπικό σφάλμα εκτίμησης, p =στατιστική σημαντικότητα του υποδείγματος συνολικά, $Exp(B)$ = εκθετικός συντελεστής (oddsratio - πιθανότητα), $\Sigma.A.$ – *στατιστικά ασήμαντο*.

Βρεθήκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα και στην τελευταία ανάλυση της διχοτομικής λογιστικής παλινδρόμησης. Το υπόδειγμα της ανάλυσης εξηγεί το 14.9% της συνολικής διακύμανσης της ΜΔΣ, με τη μεταβλητή «προεκλαμψία/αυξημένες αντιστάσεις μητριάων/HELLP σύνδρομο/μητροπλακουντιακή, φλεβική ανεπάρκεια/μονήρης ομφαλική αρτηρία» ($p<.001$) να αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης της ΜΔΣ κατά πάνω από 6 φορές, το ίδιο η μεταβλητή «προδρομικός πλακούντας (τύπος 4)/αποκόλληση/αιμορραγία» ($p<.001$). Η μεταβλητή «λοιμωξη» ($p<.001$) φαίνεται να αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης της ΜΔΣ κατά πάνω από 15.5 φορές, καθώς και η μεταβλητή «πρόωρες συστολές» ($p<.001$), η οποία πιθανόν να παρουσιάζει κίνδυνο ανάπτυξης της ΜΔΣ κατά πάνω από 10 φορές. Θρομβοφιλία/υπερέμμεση, διαβήτης και ανεπάρκεια τραχήλου, στην παρούσα μελέτη, δε συνδέονται με τη ΜΔΣ. Αναλύθηκε και η σχέση του γυναικολογικού

ιστορικού με τη ΜΔΣ, αλλά δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά ευρήματα (Πίνακας 4.28.1).

Πίνακας 4.28.1. Υπόδειγμα ανάλυσης διχοτομικής λογιστικής παλινδρόμησης με τη ΜΔΣ ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με το Γυναικολογικό Ιστορικό

<i>Γυναικολογικό Ιστορικό</i>	<i>B</i>	<i>S.E.</i>	<i>p</i>	<i>Exp(B)</i>
Ενδομήτριος θάνατος/Αποβολές/Καθ εξην αποβολές/Εξωμήτρια κύηση	.54	.44	Σ.Α	1.72
Γυναικολογικοί καρκίνοι	-19.10	23205.42	Σ.Α	.00
Πρόωρη ανεπάρκεια ωοθηκών	-19.10	28420.72	Σ.Α	.00
Χειρουργεία	-19.10	23205.42	Σ.Α	.00
Γέννηση νεκρού νεογνού	.84	.81	Σ.Α	2.32
Παθολογία μήτρας	.48	1.10	Σ.Α	1.62
(Σταθερά)	-2.09	.14	Σ.Α	.12

Σημείωση: εκτίμηση της ερμηνευτικής ισχύος του υποδείγματος - $R^2 = .016$, B = συντελεστής λογιστικής παλινδρόμησης, $S.E.$ = τυπικό σφάλμα εκτίμησης, p = στατιστική σημαντικότητα του υποδείγματος συνολικά, $Exp(B)$ = εκθετικός συντελεστής (oddsratio - πιθανότητα), Σ.Α. – στατιστικά ασήμαντο.

4.4.11. Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες και ο Τύπος της Καισαρικής Τομής

Στις τελευταίες αναλύσεις της ερευνάς παρουσιάζεται το Mann-Whitney U μη παραμετρικός έλεγχος της διαφοράς μέσω των τιμών δύο ανεξάρτητων δειγμάτων των γυναικών που υποβλήθηκαν σε επείγουσα καισαρική τομή και των γυναικών που υποβλήθηκαν σε προγραμματισμένη καισαρική τομή, σχετικά με τη μετατραυματική διαταραχή του στρες και τη μερική μετατραυματική διαταραχή του στρες, ως ανεξάρτητες μεταβλητές.

Στον Πίνακα 4.29. παρουσιάζονται οι τιμές του ελέγχου της σχέσης της μετατραυματικής διαταραχής του στρες και του τύπου της καισαρικής τομής.

Πίνακας 4.29. Έλεγχος Mann-Whitney U με τη ΜΔΣ ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με τον Τύπο Καισαρικής Τομής

<i>Τύπος της Καισαρικής Τομής</i>	<i>N</i>	<i>MeanRank</i>	<i>p</i>
ΕΚΤ.	200	308.44	.009
ΠΚΤ.	338	246.46	

Σημείωση: MeanRank– μέσο της κατάταξης.

Από τα αποτελέσματα της παρούσας ανάλυσης προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο δείγματα ($U=26012.00$, $p<.05$). Οι γυναίκες μετά την Ε.ΚΤ ($MeanRank = 308.44$), φαίνεται ότι μπορεί να αναπτύξουν τη ΜΔΣ σε μεγαλύτερο ποσοστό, σε σχέση με τις γυναίκες μετά την ΠΚΤ ($MeanRank = 246.46$), κατά το παρόν δείγμα.

Η τελευταία ανάλυση που εφαρμόστηκε ήταν ο έλεγχος της σχέσης της μερικής μετατραυματικής διαταραχής του στρες και του τύπου της καισαρικής τομής ως ανεξάρτητης μεταβλητής (Πίνακας 4.30.).

Πίνακας 4.30. Έλεγχος Mann-Whitney U με τη Μερική ΜΔΣ ως εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με τον Τύπο Καισαρικής Τομής

<i>Τύπος της Καισαρικής Τομής</i>	<i>N</i>	<i>MeanRank</i>	<i>p</i>
ΕΚΤ.	200	279.94	.001
ΠΚΤ.	338	263.33	

Σημείωση: MeanRank– μέσο της κατάταξης.

Τελικά, και στην παρούσα ανάλυση παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο δείγματα της ερευνάς ($U = 31713.00$, $p<.001$). Από το παρόν δείγμα φαίνεται ότι οι γυναίκες μετά την Ε.ΚΤ ($MeanRank = 279.94$), μπορεί να αναπτύξουν τη μερική ΜΔΣ σε μεγαλύτερο ποσοστό, σε σχέση με τις γυναίκες μετά την ΠΚΤ ($MeanRank = 263.33$). Συμπερασματικά, η επείγουσα καισαρική τομή εμφανίζεται ως

ένας παράγοντας που μπορεί σημαντικά να συμβάλλει στην ανάπτυξη των διαστάσεων της μετατραυματικής διαταραχής του στρες.

Κεφάλαιο 5. Συζήτηση

Η παρούσα διδακτορική διατριβή επιχείρησε να αναδείξει τα αίτια και τους μηχανισμούς του επιλόχειου μετατραυματικού στρες σε δύο ομάδες γυναικών, με επείγουσα και προγραμματισμένη καισαρική τομή. Πιο συγκεκριμένα, στο προηγούμενο κεφάλαιο εντοπίσαμε τους περιγεννητικούς, τους ιατρικούς και τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο στην εμφάνιση του μετατραυματικού στρες και επιπλέον, διερευνήσαμε τον ενδεχόμενο ρόλο τρίτων παραγόντων στη σχέση μετατραυματικού στρες και μερικού μετατραυματικού στρες με κάποιες μεταβλητές. Η συχνότητα του μετατραυματικού στρες στην έρευνα μας ήταν 11,5% και της μερικής μετατραυματικής διαταραχής ήταν 7,6%. Στο παρόν κεφάλαιο συνοψίζουμε τα ευρήματα, επισημαίνοντας τα κυριότερα στοιχεία των αποτελεσμάτων μας.

5.1. Ερμηνεία των Ευρημάτων

5.1.1. Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες και Επείγουσα Καισαρική Τομή

Η υπόθεση μας ότι οι γυναίκες που υποβάλλονται σε ΕΚΤ αναμένεται να αναπτύξουν σε μεγαλύτερο ποσοστό ΜΔΣ σε σχέση με τις γυναίκες που υποβάλλονται σε ΠΚΤ, επιβεβαιώθηκε. Πιο συγκεκριμένα, το 26% των γυναικών με ΕΚΤ, εμφάνισε ΜΔΣ σε σχέση με το 3% των γυναικών με ΠΚΤ. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών σε γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ΕΚΤ. Συγκεκριμένα, η Horsch et al., 2017 (242), αναφέρει ότι είναι απαραίτητο να λαμβάνονται προληπτικές ψυχολογικές παρεμβάσεις σε γυναίκες με ΕΚΤ, εφόσον παρουσίαζαν στη λοχεία περισσότερες τραυματικές αναμνήσεις σε σχέση με λεχώνες άλλου είδους τοκετού. Επίσης, όπως και στην παρούσα έρευνα, η ΕΚΤ αποτέλεσε τον πιο συχνό παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης ΜΔΣ και σε άλλες έρευνες του είδους, όπως της Lena Ryding το 1997 (161), στην οποία ένας μεγάλος αριθμός γυναικών εμφάνισε μετατραυματική συμπτωματολογία και μετατραυματικές αντιδράσεις, ενώ σύμφωνα με την έρευνα των Tham et al., το 2007 (190), η ΕΚΤ σε συνδυασμό με άλλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες σχετίστηκε με συμπτώματα μετατραυματικού στρες.

Μετατραυματική συμπτωματολογία εμφάνισαν σε μεγάλο ποσοστό επίσης, οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ΕΚΤ, σε σχέση με άλλα είδη τοκετού, σύμφωνα με την έρευνα Martinez-Vázquez et al., το 2021 (243), ταυτοποιώντας την ΕΚΤ ως σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την ΜΔΣ. Επίσης, όπως και στα ευρήματα της παρούσας μελέτης, τα ευρήματα των Sirkaloní et al., 2017 (244), συμφωνούν πως οι γυναίκες με ΕΚΤ έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν ΜΔΣ σε σχέση με άλλα είδη τοκετού. Επιπλέον, μια πρόσφατη μελέτη των Ertan et al., 2021(245), αναφέρει σημαντικές διαφορές σε συμπτώματα ΜΔΣ μεταξύ των γυναικών με κοιλικό τοκετό και ΕΚΤ, δείχνοντας ότι οι γυναίκες που υποβάλλονται σε ΕΚΤ είναι πιο ευάλωτες. Επίσης, οι γυναίκες που υποβάλλονται σε ΠΚΤ είναι λιγότερο πιθανό να αναπτύξουν ΜΔΣ σε σχέση με εκείνες που υποβάλλονται σε ΕΚΤ. Επιπρόσθετα, στη συστηματική ανασκόπηση των Dekel και των συνεργατών το 2017 (246), η ΕΚΤ, φαίνεται ως ο συχνότερα αναφερόμενος παράγοντας κινδύνου από το σύνολο των υπό μελέτη άρθρων, επιβεβαιώνοντας ότι η απρόβλεπτη φύση της ΕΚΤ αποτελεί ένα σημαντικό αίτιο ΜΔΣ.

5.1.2. Μερική Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες και Επείγουσα Καισαρική Τομή

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας επιβεβαίωσαν την υπόθεσή μας ότι οι γυναίκες που υποβάλλονται σε ΕΚΤ αναμένεται να αναπτύξουν σε μεγαλύτερο ποσοστό Μερική ΜΔΣ σε σχέση με τις γυναίκες που υποβάλλονται σε ΠΚΤ. Το ποσοστό γυναικών ΕΚΤ με μερική ΜΔΣ στην έρευνα μας ήταν 11,5% σε σχέση με τις γυναίκες ΠΚΤ που ήταν 5,3%. Σε γενικές γραμμές αποτελέσματα αναφορικά με την σχέση της μερικής ΜΔΣ και την ΚΤ είναι ελάχιστα. Σε δύο έρευνες που μελέτησαν αυτή τη σχέση, οι ερευνητές βρήκαν σημαντική συνάφεια μεταξύ της μερικής ΜΔΣ και της ΕΚΤ (155), (164), δείχνοντας ότι αποτελεί τον ίδιο παράγοντα κινδύνου με τη ΜΔΣ. Επιπρόσθετα, η μερική ΜΔΣ μπορεί να προκαλέσει παρόμοιες αρνητικές συνέπειες, όπως η ΜΔΣ (153), (247).

5.1.3. Περιγεννητικοί Παράγοντες κινδύνου και Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας βρίσκονται σε συμφωνία με την υπόθεση μας, ότι συγκεκριμένοι περιγεννητικοί παράγοντες που αφορούν απειλητικές καταστάσεις της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας, απειλητικές καταστάσεις που αφορούν τη ζωή του νεογνού, καταστάσεις που επιδρούν στο δεσμό μητέρας-βρέφους και καταστάσεις που αφορούν το ιστορικό υγείας της μητέρας, σχετίζονται με τη ΜΔΣ. Πιο αναλυτικά, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι, οι το ιστορικό κοιλιακού τοκετού και της προηγηθείσας ΚΤ ήταν παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης ΜΔΣ. Τα αποτελέσματα της βιβλιογραφίας έδειξαν αντικρουόμενα αποτελέσματα σχετικά με το είδος προηγούμενων τοκετών και τη ΜΔΣ. Συγκεκριμένα, στην πλειοψηφία τους οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η πρωτοτοκία είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη μετατραυματικής συμπτωματολογίας (208), (246), (248), τονίζοντας πως η έλλειψη προηγούμενης εμπειρίας μητρότητας, αποτελεί σημαντικό επιβαρυντικό παράγοντα ψυχικής επιβάρυνσης. Σε αντίθεση με τις παραπάνω έρευνες, η μελέτη των Soderquist et al., 2008 (249), συμφωνεί με τα ευρήματά μας ότι η πολυτοκία αποτελεί παράγοντα κινδύνου επιλόχειου μετατραυματικού στρες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, το γεγονός ότι οι γυναίκες με ιστορικό κοιλιακού τοκετού, αν και αποτελούσαν μικρό ποσοστό του δείγματος (8%), είχαν 2 φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν ΜΔΣ· αυτό ίσως εξηγείται από την απογοήτευση που μπορεί να ένιωσαν σχετικά με την πρωτόγνωρη εμπειρία του επείγοντος χειρουργείου. Επιπλέον, η σχέση της ΜΔΣ και των γυναικών με ιστορικό προηγούμενης ΚΤ, μπορεί να εξηγηθεί από την πιθανή επανάληψη της προηγούμενης τραυματικής εμπειρίας της ΚΤ σε έναν μεγάλο αριθμό γυναικών του δείγματος (47,8%), εφόσον είδαμε ότι έχουν 50% μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν ΜΔΣ.

Ένας από τους βασικούς περιγεννητικούς παράγοντες κινδύνου βρέθηκε να είναι η παθολογία κύησης. Ο καθοριστικός ρόλος της υψηλού κινδύνου κύησης στην ανάπτυξη ΜΔΣ, φαίνεται από την έρευνα της Khoramroudi, 2018 (250), στην οποία βρέθηκαν υψηλά ποσοστά επιπολασμού μετατραυματικού στρες στην ομάδα λεχωίδων με παθολογία κύησης. Ομοίως, η έρευνα των Lopez et al., 2017 (155), Adewuya et al., 2006 (195) και Martínez-Vazquez et al., 2021 (251), παρουσίασε την

παθολογία κύησης ως παράγοντα κίνδυνου ανάπτυξης μετατραυματικού στρες στη λοχεία. Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι η προεκλαμψία, το σύνδρομο HELLP, η μονήρης ομφαλική αρτηρία και η μητροπλακουντιακή ανεπάρκεια, αποτελούν σημαντικούς περιγεννητικούς παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι αυξάνουν 6 φορές την πιθανότητα ανάπτυξης ΜΔΣ, ενώ στην ίδια κατεύθυνση με τα ευρήματά μας κινείται και η έρευνα των Hoedjes et al., 2011 (252). Στην συγκεκριμένη έρευνα υπήρχε μεγάλος επιπολασμός μετατραυματικού στρες στις γυναίκες με προεκλαμψία, ενώ στην έρευνα των Abedian et al., 2013 (253), που διεξήχθη σε δείγμα γυναικών με προεκλαμψία διαπιστώθηκαν εξίσου υψηλά ποσοστά μετατραυματικού στρες, επιβεβαιώνοντας την υπόθεση ότι οι απειλητικές καταστάσεις για τη ζωή του εμβρύου ή της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αποτελούν αίτια ανάπτυξης μετατραυματικού στρες.

Ένα ακόμη εύρημα της παρούσας μελέτης που αποτελεί απειλητικό παράγοντα για τη ζωή της μητέρας και εν γένει του εμβρύου, ήταν η αιμορραγία που αφορά παθολογικές καταστάσεις του πλακούντα, όπως προδρομικό πλακούντα (τύπου 4) ή αιμορραγία από αποκόλληση πλακούντα. Η βιβλιογραφία έχει αναφέρει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της αιμορραγίας και του επιλόχειου μετατραυματικού στρες. Οι van Steijn et al., σε μια πρόσφατη έρευνα (254), ταυτοποίησαν την αιμορραγία ως έναν απειλητικό παράγοντα για τη ζωή της μητέρας και επομένως, ένα σημαντικό κίνδυνο για την ανάπτυξη μετατραυματικού στρες. Σε αρκετές ποιοτικές μελέτες, οι γυναίκες περιγράφουν την αιμορραγία ως ένα τραυματικό συναίσθημα, ένα αίσθημα αδυναμίας και το αίσθημα του επικείμενου θανάτου, ακόμα και από την αργή αιμορραγία (255), (256), (257). Επομένως, η αιμορραγία πριν, κατά τη διάρκεια ή μετά την ΚΤ αποτελεί τραυματική εμπειρία γέννησης, οδηγεί συνήθως σε ΕΚΤ και μπορεί επίσης σε κάποιες περιπτώσεις, να οδηγήσει σε επείγουσα υστερεκτομή (258). Οι καταστάσεις επίσης που ενδεχομένως να οδηγήσουν σε έναν πρόωρο τοκετό, όπως οι λοιμώξεις (259) και οι πρόωρες συστολές (260), (261), ευθύνονται, επίσης, σύμφωνα με τα ευρήματά μας για την ανάπτυξη επιλόχειου μετατραυματικού στρες.

Αναφορικά με τα αίτια της ΚΤ ως παράγοντα κινδύνου, οι καταστάσεις που συμβαίνουν σε γυναίκες με ιστορικό ΠΚΤ, όπως η πρόωρη ρήξη εμβρυϊκών υμένων, ή οι πρόωρες συστολές, σχετίστηκαν με την εμφάνιση μετατραυματικού στρες στη λοχεία. Τα παραπάνω συμβάντα οδηγούν ως επί τω πλείστον σε ένα επείγον χειρουργείο, με δεδομένη τη θετική σχέση που έχει μια ΕΚΤ με το μετατραυματικό

στρες. Όπως έχει σχολιαστεί και παραπάνω, οι γυναίκες με ιστορικό ΚΤ είναι πιο ευάλωτες στην επανάληψη μιας ενδεχομένως τραυματικής εμπειρίας, ιδιαίτερα όταν αυτή λαμβάνει χώρα κάτω από επείγουσες συνθήκες. Επιπλέον, η ανώμαλη θέση του εμβρύου, η οποία αυξάνει κατά 9% τον κίνδυνο ανάπτυξης μετατραυματικού στρες, σύμφωνα με τα ευρήματά μας, αποτελεί αίτιο ΚΤ τόσο σε επείγουσες καταστάσεις, όσο και σε προγραμματισμένες χειρουργικές επεμβάσεις, με ξεκάθαρη τη σχέση του επείγοντος χειρουργείου με τη ΜΔΣ. Ένα ακόμη αίτιο ΚΤ που σχετίζεται με τη ΜΔΣ, φαίνεται πως είναι η αδυναμία εξέλιξης τοκετού που αφορά γυναίκες που εισήχθησαν σε διαδικασία φυσιολογικού τοκετού. Η αποτυχία της εξέλιξης τοκετού είναι δείκτης ΕΚΤ στις περισσότερες περιπτώσεις, εφόσον σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας, αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης ΜΔΣ κατά 7%. Σε μια πρόσφατη ποιοτική μελέτη της Schneider το 2018 (262), η πλειοψηφία των γυναικών αντιμετώπισε την αδυναμία της προόδου του τοκετού τους, εκφράζοντας αισθήματα αποτυχίας, ενοχής και ανεπάρκειας στο μητρικό ρόλο. Με δεδομένη, λοιπόν, τη σωματική ταλαιπωρία που υφίσταται μια γυναίκα από τη διαδικασία του φυσιολογικού τοκετού, αναλογιζόμαστε τις ψυχικές επιπτώσεις που μπορεί να έχει η αποτυχημένη πορεία του, η οποία κάτω από ιδιαίτερες συνθήκες, μπορεί να επηρεάσει την αυτοαντίληψή της και να δημιουργήσει πρόσφορο έδαφος για την εμφάνιση μετατραυματικής συμπτωματολογίας (263).

Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας αναγνωρίζουν ότι η μητρική επιθυμία για ΚΤ, λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας σε ποσοστό 80% από την ανάπτυξη ΜΔΣ. Τα αποτελέσματά μας αντικρούονται με αυτά άλλων ερευνών (264), (265), οι οποίες θεωρούν ότι η ΚΤ λόγω μητρικής επιθυμίας μπορεί να αποτελέσει παράγοντα αύξησης των επιλόχειων ψυχικών διαταραχών, εφόσον η μητρική επιθυμία μπορεί να σχετίζεται με αυξημένο άγχος λόγω τοκοφοβίας. Η έρευνα όμως της Garthus-Niegel και των συνεργατών της το 2014 (266), θεωρεί ότι σε ψυχικά ευάλωτες γυναίκες που επιθυμούν ΚΤ, ένας φυσιολογικός τοκετός μπορεί να εκληφθεί ως απειλή της σωματικής τους ακεραιότητας και επομένως, να οδηγήσει σε συμπτώματα μετατραυματικού στρες στη λοχεία. Μια πιθανή εξήγηση που μπορούμε να δώσουμε σχετικά με τα ευρήματά μας, είναι ότι η αντίληψη του φυσιολογικού τοκετού ως επικείμενο τραύμα από την πλευρά κάποιων γυναικών, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της επιθυμίας μιας προγραμματισμένης συνήθως ΚΤ. Επομένως, η πιθανότητα έλλειψης προγεννητικής συμβουλευτικής και εκπαίδευσης των εγκύων

σχετικά με τον φυσιολογικό τοκετό, αυξάνει ενδεχομένως το άγχος τους και οδηγεί σε αύξηση της επιθυμίας τους για ΚΤ.

Σε συμφωνία με τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών, τα αποτελέσματα της έρευνάς μας δείχνουν ότι οι επιπλοκές της ΚΤ σχετίζονται με την ανάπτυξη ΜΔΣ (181), (210), (267). Φαίνεται, λοιπόν, πως οι μετεγχειρητικές επιπλοκές αποτελούν απειλητικές καταστάσεις για τη ζωή της μητέρας αναλόγως της σοβαρότητας τους και επομένως, συμβάλλουν στην ανάπτυξη της ΜΔΣ στη λοχεία.

Ένας περιγεννητικός παράγοντας που εμφάνισε υψηλή συσχέτιση με το μετατραυματικό στρες στα αποτελέσματά μας ήταν ο θηλασμός. Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα της έρευνας μας έδειξαν πως οι γυναίκες που δε θήλασαν τις πρώτες μετεγχειρητικές μέρες είχαν μια στατιστικά σημαντική διαφορά να αναπτύξουν ΜΔΣ σε σχέση με τις γυναίκες που είχαν θηλάσει. Τα αποτελέσματα αυτά συνάδουν με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών σε μητέρες με επιλόχειο μετατραυματικό στρες. Συγκεκριμένα, η Türkmen και οι συνεργάτες της το 2020 (268), ανέφεραν μια υψηλή συσχέτιση μεταξύ της ΜΔΣ, της τραυματικής αντίληψης του τοκετού και της χαμηλής αυτό-αποτελεσματικότητας στο θηλασμό. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, ο πιο σημαντικός λόγος για τα χαμηλά ποσοστά θηλασμού σε γυναίκες με μετατραυματικό στρες είναι η αυξημένη έκκριση κορτιζόλης, η οποία καταστέλλει την παραγωγή ωκυτοκίνης με αποτέλεσμα την μειωμένη παραγωγή γάλακτος. Σε μια άλλη πρόσφατη μελέτη των Garthus-Niegel et al., 2018 (269), υποστηρίζεται εξίσου ότι το επιλόχειο μετατραυματικό στρες μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την έναρξη όσο και την διατήρηση της γαλουχίας. Είναι γεγονός πως μια τραυματική εμπειρία γέννησης μπορεί να δημιουργήσει από την αρχή δυσκολίες στο θηλασμό, μέχρι και να τον υπονομεύσει εντελώς. Για παράδειγμα, σε μια έρευνα που διεξήχθη στην Αγγλία το 2010, οι μητέρες που είχαν έναν επιπλεγμένο κολπικό τοκετό ή μια ΕΚΤ, είχαν περισσότερες πιθανότητες να υποφέρουν από ΜΔΣ και δυσκολίες θηλασμού (189). Μια πιθανή εξήγηση για αυτό το φαινόμενο προσπάθησε να δώσει ο Beck το 2011 (270), περιγράφοντας πως ο θηλασμός μετά από μια τραυματική εμπειρία γέννησης, μπορεί να προκαλέσει αναδρομές στον τραυματικό τοκετό και τελικά να λειτουργήσει απωθητικά για το θηλασμό στην μητέρα που προσπαθεί να αποφύγει τον ψυχικό πόνο. Σε αντίθεση με τις προαναφερθείσες απόψεις, ο θηλασμός μπορεί να αποτελέσει μια εξαιρετικά θεραπευτική διαδικασία μετά από μια τραυματική εμπειρία γέννησης. Για κάποιες μητέρες δηλαδή, ο θηλασμός μπορεί να είναι μια

ευκαιρία να ξεπεράσουν την τραυματική εμπειρία γέννησης, να γεμίσουν αυτοπεποίθηση και να αποδείξουν στον εαυτό τους την επιτυχία τους στο μητρικό ρόλο (271). Μαρτυρίες γυναικών ποιοτικών μελετών, αναφέρουν πως ο θηλασμός τις βοήθησε να αντιμετωπίσουν τις τραυματικές μνήμες τους από τον τοκετό (272), ενώ άλλες ανέφεραν πως ο θηλασμός ήταν το μέσο που τις επανέφερε στην πραγματικότητα τις στιγμές που οι σκέψεις τους κατακλύζονταν από το τραύμα (270). Φαίνεται λοιπόν ότι, η σχέση της έλλειψης θηλασμού με την τραυματική εμπειρία γέννησης και το μετατραυματικό στρες είναι περίπλοκη και αμφίδρομη. Ωστόσο, μια απογοήτευση από το θηλασμό μπορεί να επιδεινώσει τα συναισθήματα αποτυχίας που ακολουθούν έναν τραυματικό τοκετό. Επειδή, λοιπόν, ο θηλασμός είναι η προέκταση του τοκετού, για ορισμένες γυναίκες αποτελεί περαιτέρω τραυματισμό, ενώ για κάποιες γυναίκες θεραπευτική διαδικασία και λύτρωση (273).

Ένα επιπλέον εύρημα της παρούσας μελέτης ήταν η θετική συσχέτιση του μετατραυματικού στρες στις μητέρες με την εισαγωγή των νεογνών στην MENN και η σχέση αυτή, είναι επαρκώς τεκμηριωμένη στην βιβλιογραφία. Η Aftyka και οι συνεργάτες της σε άρθρο που δημοσιεύτηκε το 2014 (274), αναφέρουν ότι η ΜΔΣ είναι ένα πολύ κοινό φαινόμενο μεταξύ των γονιών των οποίων τα παιδιά νοσηλεύτηκαν σε MENN και για αυτό το λόγο οι γονείς θεωρούνται υψηλού κινδύνου να αναπτύξουν μετατραυματικό στρες. Σε μια μεταγενέστερη έρευνα της ίδιας συγγραφέως που δημοσιεύτηκε το 2017 (275), η ΜΔΣ ήταν παρούσα στο 60% των μητέρων των οποίων τα παιδιά νοσηλεύτηκαν σε MENN. Επίσης, τα αποτελέσματα του Vanderbilt το 2009 (276), έδειξαν ότι τα οξέα συμπτώματα μετατραυματικού στρες των μητέρων στη λοχεία, σχετίζονταν με την ύπαρξη ενός νεογνού στη MENN. Η ΜΔΣ στις μητέρες στην περίπτωση νοσηλείας του νεογνού είναι πολυπαραγοντική. Δύο σημαντικοί παράγοντες που μπορεί να παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση μετατραυματικής συμπτωματολογίας είναι η σοβαρότητα της νεογνικής νόσου και η αντίληψη των γονέων σχετικά με τη σοβαρότητα της νόσου (277). Η νοσηλεία ενός νεογνού στη MENN είναι ένα δυνητικά τραυματικό γεγονός για τους γονείς, ιδιαίτερα για τις μητέρες. Μέσα στο περιβάλλον της MENN, ο μητρικός ρόλος μειώνεται, εφόσον υπάρχουν ισχυροί περιορισμοί που διέπουν τους κανονισμούς νοσηλείας και λειτουργίας της μονάδας. Επίσης, οι μητέρες μπορεί να αντιληφθούν τη νοσηλεία του νεογνού ως απειλή θανάτου ή αναπηρίας και επιπλέον, οι εικόνες μέσα στη θερμοκοιτίδα μπορεί να

ενισχύσουν περαιτέρω αυτούς τους φόβους (278). Ως αποτέλεσμα αυτών των εμπειριών, οι γονείς μπορεί να υποφέρουν από άγχος, στρες ή συμπτώματα ΜΔΣ. Η παρατεταμένη ψυχική δυσφορία στις μητέρες, πολλές φορές, διαταράσσει τη σχέση μητέρας-βρέφους και επίσης, φαίνεται να επηρεάζει την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη των παιδιών στο μέλλον (279), (280). Η προωρότητα, ως ένα σημαντικό αίτιο εισαγωγής του νεογνού στη ΜΕΝΝ, αποτελεί τραυματική εμπειρία για τους γονείς και ιδιαίτερα για τις μητέρες. Σε μια πρόσφατη έρευνα σε γονείς πρόωρων παιδιών, διαπιστώθηκαν συμπτώματα μετατραυματικού στρες σε μητέρες μετά από πέντε χρόνια από τον πρόωρο τοκετό, υποδηλώνοντας με αυτό τον τρόπο ότι η γέννηση ενός πρόωρου νεογνού είναι ένα εξαιρετικά απροσδόκητο και στρεσογόνο γεγονός το οποίο, μπορεί να έχει μακροχρόνιες επιπτώσεις στους γονείς και ιδιαίτερα στις μητέρες (281), (260). Επιπλέον, όπως έχει αναφερθεί προηγουμένως, η απομάκρυνση του νεογνού από τη μητέρα του έχει ως αποτέλεσμα την έλλειψη θηλασμού, γεγονός που αυξάνει την ένταση της τραυματικής εμπειρίας και την εμφάνιση μετατραυματικών συμπτωμάτων.

5.1.4. Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες και Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες

Σύμφωνα με την ερευνητική μας υπόθεση, οι γυναίκες που ανέφεραν συγκεκριμένους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν μετατραυματικό στρες στη λοχεία. Αν και η πρωτοτοκία ως κοινωνική μεταβλητή σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας, δεν επιβεβαιώθηκε ως παράγοντας κινδύνου ΜΔΣ, όπως σε άλλες έρευνες που έχουμε αναφερθεί παραπάνω, η χαμηλή συμπαράσταση από το σύντροφο, θεωρείται παράγοντας που σχετίζεται με την εμφάνιση ΜΔΣ στη λοχεία. Είναι γεγονός ότι η ύπαρξη μακροχρόνιων σχέσεων έχει αναγνωριστεί ως ένας από τους μεγαλύτερους στόχους ζωής (282). Βιβλιογραφικά, έχει υποστηριχτεί μέσω αρκετών συγγραφέων η θετική συσχέτιση της υποστήριξης του συντρόφου στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών στη λοχεία. Πιο συγκεκριμένα, ο Taylor και οι συνεργάτες του το 2019 (283), υποστήριξαν ότι οι σύντροφοι και οι οικογένειες των γυναικών φαίνεται να έχουν σημαντική επίδραση στην περιγεννητική ψυχική τους υγεία. Παρομοίως, οι έρευνες των Misri et al., 2000 (284), Saligheh et al., 2014 (285), Pilkington et al., 2016 (286), υποστηρίζουν τη σημαντικότητα της υποστήριξης της γυναίκας κατά την περιγεννητική περίοδο, στην

πρόληψη της επιλόχειας ψυχικής νόσου. Επίσης, οι γυναίκες που αντλούν ικανοποίηση από τη σχέση τους με το σύντροφο, φαίνεται ότι έχουν λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης επιλόχειου ΜΔΣ (208), (243), (279), (282), (287), (288). Φαίνεται πως το να έχει η γυναίκα μια υγιή συντροφική σχέση, σχετίζεται με μια σειρά από θετικά προσωπικά αποτελέσματα, συμπεριλαμβανομένης της καλύτερης υγείας και ευεξίας, ενώ η δυσαρμονία των σχέσεων σχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο ψυχοπαθολογίας (289). Όπως γίνεται κατανοητό, η ικανοποίηση από τη συντροφική σχέση έχει ιδιαίτερη σημασία στη διαδικασία μετάβασης στη γονεϊκότητα (290). Ωστόσο, επειδή η μετάβαση αυτή συνδέεται με αρκετές βιολογικές και ψυχοκοινωνικές αλλαγές, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος να διαταραχθεί η ευημερία και η ισορροπία της σχέσης (291). Η ΜΔΣ, επιδεινώνει τις ήδη αρνητικές σχέσεις μέσω της έλλειψης επικοινωνίας και του φόβου της οικειότητας, που έχει ως αποτέλεσμα την έκπτωση της ποιότητας της σχέσης (292). Επιπλέον, η ύπαρξη ενδοοικογενειακής βίας (σωματικής, λεκτικής και ψυχολογικής) από το σύντροφο κατά τη διάρκεια ή πριν την εγκυμοσύνη, αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση αρκετών διαταραχών ψυχικής υγείας στη λοχεία (293). Επομένως, η συμπαράσταση από το σύντροφο κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου, λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας για την πρόληψη του μετατραυματικού στρες (294).

Επίσης, από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αναδύθηκε ο διαμεσολαβητικός ρόλος των ψυχιατρικών διαταραχών (αγχωδών διαταραχών, κατάθλιψης, ψύχωσης και ιστορικό επιλόχειων ψυχικών διαταραχών), στην ανάπτυξη μετατραυματικού στρες στη λοχεία. Είναι γεγονός ότι το ατομικό ιστορικό ψυχιατρικών νόσων αναγνωρίζεται ως παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη επιλόχειων ψυχικών διαταραχών (295). Αρκετοί ερευνητές σε συμφωνία με τα δικά μας ευρήματα, έχουν επισημάνει τη σπουδαιότητα της ύπαρξης μιας ψυχικής διαταραχής στην ανάπτυξη ΜΔΣ στη λοχεία. Σύμφωνα με τον Andersen και τους συνεργάτες του, σε μια συστηματική ανασκόπηση που δημοσιεύτηκε το 2012 (210), το ιστορικό ψυχιατρικών διαταραχών της μητέρας, αποτελεί έναν από τους πιο επικυρωμένους παράγοντες κινδύνου για την επιλόχεια ΜΔΣ. Επομένως, η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (249), (296), (297), (298), το ιστορικό ΜΔΣ (246), (299), οι αγχώδεις και οι καταθλιπτικές διαταραχές γενικότερα (296), (297), (300), και η τοκοφοβία (ως ειδική αγχώδης διαταραχή) (178), (301), αποτελούν προγνωστικούς δείκτες ΜΔΣ. Μια εξήγηση όσον αφορά τη θετική σχέση του ψυχιατρικού ιστορικού και του

μετατραυματικού στρες, όπως έχει αναφερθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο, είναι ο καθοριστικός ρόλος της ύπαρξης προηγούμενου ψυχικού τραύματος. Δηλαδή, η ψυχική νόσος μπορεί να ευθύνεται για την έκθεση σε τραύμα και αντίστροφα, η έκθεση σε τραύμα μπορεί να ευθύνεται για την ανάπτυξη μιας ψυχικής νόσου (132). Οι αγχώδεις διαταραχές, επίσης, μπορεί να προέρχονται από εμπειρίες της παιδικής ηλικίας (239). Επιπλέον, φαίνεται να υπάρχει μια διαμεσολάβηση μεταξύ μετατραυματικού στρες και κατάθλιψης, επομένως, είναι πολύ συχνό φαινόμενο να συνυπάρχουν αυτές οι δύο διαταραχές (302).

Συνεπώς, τα τραυματικά περιβάλλοντα της παιδικής ηλικίας μπορεί να ευθύνονται για αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές στην ενήλικη ζωή και αυτές οι διαταραχές με τη σειρά τους μπορεί να ευθύνονται για την επανέκθεση σε μια νέα τραυματική εμπειρία λόγω της ψυχικής ευαισθησίας του ατόμου (134).

5.1.5. Τραυματικά Γεγονότα Ζωής και Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες

Σε συμφωνία με τις ερευνητικές μας υποθέσεις, οι λεχόνες που ανέφεραν συγκεκριμένα τραυματικά γεγονότα ζωής άμεσης έκθεσης, εμφάνισαν σε μεγαλύτερο ποσοστό ΜΔΣ. Η θετική σχέση κάποιων τραυματικών γεγονότων ζωής και του μετατραυματικού στρες έχει υποστηριχτεί από αρκετές μελέτες. Τα τραυματικά γεγονότα που συνέβησαν μετά από ατύχημα στην εργασία, στο σπίτι ή κατά τη διάρκεια της διασκέδασης, ήταν κάποια από τις ομάδες τραυματικών συμβάντων που σχετίστηκαν με το επιλόχειο μετατραυματικό στρες. Η βιβλιογραφία, αν και δεν έχει επιβεβαιώσει αυτά τα αποτελέσματα στη λοχεία, έχει ωστόσο παρουσιάσει μια συσχέτιση μεταξύ των προαναφερθέντων τραυμάτων και της ΜΔΣ (303). Επίσης, τα τραυματικά γεγονότα ζωής που αφορούσαν επίθεση μέσω χτυπήματος ή ξυλοδαρμού ή μέσο φονικού όπλου, εμφάνισαν θετική σχέση με το επιλόχειο μετατραυματικό στρες στα αποτελέσματά μας. Το ιστορικό κακοποίησης και συγκεκριμένα της παιδικής κακοποίησης της μητέρας, φαίνεται πως επιδρά σε σημαντικό βαθμό στην ψυχική υγεία της στη λοχεία και επηρεάζει εξίσου την ανάπτυξη δεσμού μητέρας παιδιού, σύμφωνα με την Seng και τους συνεργάτες της το 2013 (304). Επίσης, αρκετές έρευνες (293), (305), (306), (307), αναφέρουν πως η ενδοοικογενειακή βία από το σύντροφο είναι σημαντικός παράγοντας ανάπτυξης ψυχικών διαταραχών και

μετατραυματικού στρες στη λοχεία. Παρομοίως, η σεξουαλική κακοποίηση ως τραυματική εμπειρία, έχει αναφερθεί και από άλλους συγγραφείς (308), (309). Σε μια μετα-ανάλυση συγκεκριμένα, αναφέρεται πως το 75% των επιζώντων σεξουαλικής επίθεσης πληρούσε τα κριτήρια για τη ΜΔΣ μετά από ένα μήνα (310). Μια εξήγηση για αυτό το φαινόμενο στη λοχεία, είναι ότι η εγκυμοσύνη και η διαδικασία του τοκετού μπορεί να ενεργοποιήσουν τις εμπειρίες κακοποίησης της γυναίκας. Φαίνεται πως οι επεμβατικές εξετάσεις, ο πόνος του τοκετού, η αίσθηση ότι χάνουν τον έλεγχο και η άνιση σχέση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και της γυναίκας, μπορεί να λειτουργήσουν ως έναυσμα για την ενεργοποίηση του μηχανισμού ανάπτυξης μετατραυματικών συμπτωμάτων. Κατά τη διάρκεια του τοκετού δηλαδή, συμμετέχει τόσο το σώμα όσο και η ψυχή της γυναίκας, τα οποία όταν νιώθει να παραβιάζονται, αντιδρά γρηγορότερα στο νέο τραύμα (311). Σε γενικές γραμμές, τα τραυματικά γεγονότα ζωής σχετίζονται με επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Φαίνεται λοιπόν, πως η παθολογία κύησης και το επείγον χειρουργείο ΚΤ, σηματοδοτούν καταστάσεις κινδύνου για τις γυναίκες που απαντούν με αυξημένα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας στον πόνο ή το στρες (299), (312).

Σημαντικό, επίσης, ήταν το εύρημα της μελέτης μας που έδειξε στατιστικά σημαντικό παράγοντα την αιχμαλωσία (απαγωγή, ομηρία ή αιχμαλωσία πολέμου) για την ανάπτυξη ΜΔΣ στη λοχεία. Αν και μέχρι στιγμής δεν υπάρχουν άλλες έρευνες που να έχουν μελετήσει τις επιπτώσεις του πολέμου στη λοχεία, ωστόσο, στη διεθνή βιβλιογραφία είναι αρκετές οι περιπτώσεις αναφορών θυμάτων πολέμου (στρατιωτών ή πολιτών) και μετατραυματικού στρες (313), (314), (315). Οι τραυματικές εμπειρίες σε εμπόλεμες ζώνες είναι συχνά ευρέως διαδεδομένες και επηρεάζουν μεγάλο αριθμό εκτεθειμένων ανθρώπων. Άλλωστε, περίπου 11-20 στους 100 βετεράνους πολέμου φαίνεται ότι πάσχουν από ΜΔΣ (316). Οι αρνητικές επιπτώσεις αυτών των εμπειριών είναι πιο πιθανό να επιδεινωθούν όταν οι επιζώντες εκτοπίζονται ή καταλήγουν να αναζητούν καταφύγιο σε άγνωστα μέρη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας, υπήρχε ένας σημαντικός αριθμός μειονοτήτων, μέρος των οποίων αποτελούσαν λεχώνες πρόσφυγες. Οι γυναίκες αυτές, πιθανότατα εκτέθηκαν σε πολεμικές φρικαλεότητες και επέζησαν, με αποτέλεσμα να αντιδρούν πιο άμεσα σε μια νέα τραυματική εμπειρία μέσω της οποίας αναβιώνει το παρελθόν.

Μια άλλη κατηγορία τραυματικών γεγονότων, που είχαν στα αποτελέσματά μας θετική συσχέτιση με το μετατραυματικό στρες, ήταν τα τραύματα σοβαρού

ανθρώπινου πόνου. Επομένως, παρελθοντικές εμπειρίες των γυναικών που περιλάμβαναν την πιθανότητα απειλής σοβαρού τραυματισμού ή θανάτου, σοβαρούς σωματικούς τραυματισμούς και σοβαρά θέματα απειλής της ζωής σε έναν πληθυσμό (π.χ. λιμοκτονία) (317), αναβιώνουν κατά την επιλόχειο περίοδο της γυναίκας. Επιπλέον, το γεγονός ότι η τελευταία ομάδα τραυματικών γεγονότων της λίστας LEC-5 που αναφέρεται σε «κάποιο άλλο τραυματικό γεγονός ή εμπειρία», σχετίστηκε με την ανάπτυξη ΜΔΣ, φανερώνει ότι υπήρχαν κάποια δυνητικά τραυματικά συμβάντα στη ζωή μιας γυναίκας, τα οποία δεν καταγράφονταν στην ανωτέρω λίστα, ωστόσο, απειλούσαν σημαντικά τη ζωή της (317).

5.1.6. Οι Προσδοκίες της Γυναίκας για τον Τρόπο Γέννησης ως Προγνωστικός Δείκτης Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες

Σε συμφωνία με τις ερευνητικές μας υποθέσεις, οι προσδοκίες των γυναικών για τον τρόπο που ήθελαν να γεννήσουν, βρέθηκε να σχετίζονται με τη ΜΔΣ. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, οι γυναίκες που δεν επιθυμούσαν τον τρόπο που γέννησαν εμφάνισαν σε μεγαλύτερο ποσοστό μετατραυματικά συμπτώματα (266). Είναι γεγονός, πως η πραγματική εμπειρία τοκετού για μια γυναίκα μπορεί να διαφέρει από ελάχιστα έως πάρα πολύ από τις προσδοκίες που είχε για τον τρόπο του τοκετού της (297), (318). Μια ερμηνεία για αυτό το φαινόμενο θα μπορούσε να είναι το γεγονός ότι η συμφωνία ή η ασυμφωνία των προσδοκιών έχει ως αποτέλεσμα τις αντίστοιχες αντιδράσεις. Δηλαδή, εάν οι συνθήκες είναι σύμφωνες με εκείνες που επιθυμεί το άτομο, είναι πιο πιθανό να προκληθούν θετικά συναισθήματα. Από την άλλη πλευρά, αν οι συνθήκες ανατρέπουν την επιθυμία του ατόμου, τότε είναι πιο πιθανό να προκύψει ένα αρνητικό συναίσθημα (319), (320). Πιο συγκεκριμένα, αν οι προσδοκίες μιας γυναίκας είναι να γεννήσει με φυσιολογικό τοκετό αλλά δεν τα καταφέρει, η ΕΚΤ ακόμα και αν έχει θετική έκβαση, μπορεί να αποτελέσει παράγοντα ψυχικής δυσφορίας, που ενδεχομένως να οδηγήσει σε μετατραυματικό στρες, ειδικότερα αν συνυπάρχουν κι άλλοι επιβαρυντικοί παράγοντες.

5.1.7. Οι Προσδοκίες των Γυναικών για τον Τρόπο Γέννησης ως Προγνωστικός Δείκτης Τραυματικής Καισαρικής Τομής

Η ερευνητική μας υπόθεση ότι οι προσδοκίες των γυναικών για τον τρόπο που ήθελαν να γεννήσουν, αποτελεί προγνωστικό δείκτη τραυματικής ΚΤ, επιβεβαιώθηκε. Σύμφωνα με τον Soet και τους συνεργάτες του το 2003 (318), αναφέρθηκε ότι: «Όπως και να έχει, όταν ο τοκετός δεν ταιριάζει με τις προσδοκίες, είναι πιο πιθανό να εκληφθεί ως τραυματικός». Σύμφωνα με αυτά τα δεδομένα, όπως και στην παραπάνω υπόθεση, σημασία δεν έχει τόσο η ΚΤ για να εκληφθεί ως τραυματικό γεγονός ο τοκετός. Πολλές γυναίκες επιλέγουν για διάφορους λόγους να γεννήσουν με ΚΤ χωρίς να βιώνουν την εμπειρία ως τραύμα επομένως, οι ρεαλιστικές προσδοκίες της γυναίκας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και η ψυχική προετοιμασία, την προφυλάσσουν από το ψυχικό τραύμα. Μια πιθανή εξήγηση για αυτό το φαινόμενο είναι ότι αφενός οι γυναίκες που υποβάλλονται σε ΠΚΤ έχουν προετοιμαστεί ψυχολογικά από την εγκυμοσύνη για την επέμβαση ενώ η ΕΚΤ αποτελεί μια απροσδόκητη εμπειρία (163).

5.1.8. Οι Προσδοκίες των Γυναικών που υποβλήθηκαν σε Επείγουσα Καισαρική Τομή

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας μας, επιβεβαιώθηκε η υπόθεση ότι οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ΕΚΤ αναμένεται να μην ανταποκρίθηκε στις προσδοκίες τους ο τρόπος γέννησης τους, σε σχέση με τις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ΠΚΤ. Σύμφωνα με τη Wiklund και τους συνεργάτες της το 2008 (321), μεταξύ των λεχωίδων που γέννησαν με ΠΚΤ, ΕΚΤ και κολπικό τοκετό, ο τρόπος γέννησης δεν ανταποκρίθηκε στις προσδοκίες των λεχωίδων που υποβλήθηκαν σε ΕΚΤ, εφόσον εκείνες προσδοκούσαν ένα φυσιολογικό τοκετό.

5.1.9. Επείγουσα Καισαρική Τομή, Προσδοκίες και Τραυματική Εμπειρία Γέννησης

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας επιβεβαίωσαν την ερευνητική μας υπόθεση ότι οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ΕΚΤ αναμένεται να έχουν τραυματική εμπειρία γέννησης σε σχέση με τις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ΠΚΤ. Η βιβλιογραφία έχει δώσει σαφή αποτελέσματα αναφορικά με την ΕΚΤ και την τραυματική εμπειρία γέννησης. Η Rydning και οι συνεργάτες της το 1998 (162), σε μια από τις πρώτες έρευνες που μελέτησαν το τραύμα της ΕΚΤ, υποστήριξαν ότι οι γυναίκες που υποβάλλονται σε ένα επείγον χειρουργείο, αντιμετωπίζουν μια σειρά μεταβαλλόμενων συναισθημάτων. Αρχικά, αισθάνονται μια ανακούφιση μόλις ληφθεί η απόφαση της ΚΤ· έπειτα, διακατέχονται από φόβο καθώς πλησιάζει η επέμβαση. Οι σκέψεις των γυναικών επικεντρώνονται στην γέννηση του παιδιού και συνήθως γρήγορα κυριαρχεί η ευτυχία. Ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις τα αρνητικά συναισθήματα, όπως ο φόβος, οι ενοχές ή ο θυμός, μπορεί να κυριαρχήσουν στις αναμνήσεις τους στην περίοδο της λοχείας. Οι ίδιοι συγγραφείς, ανέφεραν σε άλλο άρθρο τους, που δημοσιεύτηκε επίσης το 1998 (198), ότι οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ΕΚΤ, είχαν χειρότερες ψυχικές επιπτώσεις στη λοχεία σε σχέση με τις γυναίκες που γέννησαν με ΠΚΤ, φυσιολογικό τοκετό ή κολπικό τοκετό.

Επίσης, σε μια ανασκόπηση σχετικά με τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της ΚΤ, το 2007 (322), αναφέρεται ότι η ΚΤ είναι ένας παράδοξος τρόπος γέννησης καθώς συνδυάζει μια χειρουργική επέμβαση με τη γέννηση ενός παιδιού. Επιπρόσθετα τονίζεται, πως οι συνθήκες που λαμβάνουν χώρα σε ένα επείγον χειρουργείο, αυξάνουν την πολυπλοκότητα της εμπειρίας και οι γρήγορες ψυχολογικές μεταβολές μπορεί να επιφέρουν δυσμενείς επιπτώσεις, όπως ψυχικό τραυματισμό.

5.1.10. Επείγουσα Καισαρική Τομή και Κριτήριο Α

Το ψυχικό τραύμα που προκύπτει από τον κίνδυνο απώλειας της ζωής αξιολογείται με την ύπαρξη ή μη του Κριτηρίου Α. Το κριτήριο Α περιλαμβάνει μια σειρά ερωτήσεων που ορίζουν και αξιολογούν το ψυχικό τραύμα (323). Στην παρούσα έρευνα, οι δείκτες ψυχικού τραυματισμού που θα μπορούσαν να επιφέρουν

μετατραυματικό στρες, αφορούσαν τον κίνδυνο απώλειας της ζωής της μητέρας, τον κίνδυνο απώλειας της ζωής του παιδιού και τον κίνδυνο απώλειας της ζωής και των δύο λίγο πριν την ΚΤ, κατά τη διάρκειά της ή μετά την επέμβαση με τη μορφή επιπλοκών. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, βρίσκονται σε συμφωνία με προηγούμενες έρευνες που έχουν δείξει μια συσχέτιση μεταξύ του κριτηρίου Α και των γυναικών που υποβλήθηκαν σε ΕΚΤ (155), (198). Η ΕΚΤ φαίνεται να είναι το είδος της ΚΤ στο οποίο οι λεχώνες φαίνεται να βιώνουν περισσότερο τον κίνδυνο απώλειας της ζωής τους ή της ζωής του παιδιού τους. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η ΕΚΤ εκτελείται μέσα σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα (30 λεπτά ή και πιο σύντομα) από τη λήψη της απόφασης, γεγονός που φανερώνει τη χρονική σπουδαιότητα των λεπτών στη διατήρηση της ζωής της μητέρας ή του νεογνού (324). Από την άλλη πλευρά, οι γυναίκες που υποβάλλονται σε ΠΚΤ, είναι περισσότερο προετοιμασμένες ψυχολογικά απέναντι σε ένα χειρουργείο, εφόσον γνωρίζουν εκ των προτέρων την ημερομηνία διεξαγωγής του και τα αίτια που το καθιστούν απαραίτητο. Επίσης, οι περισσότερες των περιπτώσεων αφορούν γυναίκες με ιστορικό προηγούμενων ΚΤ, οι οποίες επαναλαμβάνουν τον ίδιο τρόπο γέννησης με δεδομένα τα μικρά ποσοστά ΤΟΛΑC στην Ελλάδα. Το αποτέλεσμα αυτό συνάδει με τα προηγούμενα συμπεράσματα των ερευνητικών μας υποθέσεων που υποστηρίζουν ότι, στις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ΕΚΤ, δεν ανταποκρίθηκε στις προσδοκίες τους αυτός ο τρόπος γέννησης και επομένως, η ΕΚΤ αποτελεί μια πιο τραυματική εμπειρία γέννησης από την ΠΚΤ.

5.1.11. Κριτήριο Α και Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες

Η υπόθεσή μας ότι οι γυναίκες που πληρούν το Κριτήριο Α, που κινδύνεψε δηλαδή η ζωή τους ή η ζωή του παιδιού τους ή υπήρξαν επιπλοκές μετά την ΚΤ στη γυναίκα ή στο παιδί, αναμένεται να αναπτύξουν σε μεγάλο ποσοστό μετατραυματικό στρες, επιβεβαιώθηκε σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας. Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας, το Κριτήριο Α χωρίστηκε σε Κριτήριο Α1 (γεγονότα που συνέβησαν λίγο πριν ή κατά τη διάρκεια του χειρουργείου) και σε Κριτήριο Α2 (επιπλοκές που συνέβησαν μετά την ΚΤ). Σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας, η παρουσία κινδύνου για τη ζωή του παιδιού φάνηκε πως αύξησε τον κίνδυνο μετατραυματικού στρες στις μητέρες περισσότερο από τον κίνδυνο που αφορούσε τη δική τους ζωή, ενώ σε

περιπτώσεις που υπήρχε η απειλή για τη ζωή και των δύο, ο κίνδυνος ανάπτυξης μετατραυματικού στρες φάνηκε να αυξάνεται δραματικά.

Το κριτήριο A, λοιπόν, ο ακρογωνιαίος λίθος του μετατραυματικού στρες, είναι το πρώτο κριτήριο που πρέπει να πληρούται για να διαγνωστεί η διαταραχή (117). Σύμφωνα με τα παραπάνω, όλες οι μελέτες για το μετατραυματικό στρες εξετάζουν το Κριτήριο A για να διαπιστώσουν τη ΜΔΣ (325), (326) και επομένως, οι μελέτες που εξετάζουν το επιλόχειο μετατραυματικό στρες αξιολογούν αντίστοιχα την ύπαρξη του περιγεννητικού Κριτηρίου A (193), (327), (328), (329).

5.1.12. Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες και Μερική Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης επιβεβαίωσαν την υπόθεσή μας ότι η Μερική ΜΔΣ θα σχετίζεται με κάποιο τρόπο με τη ΜΔΣ. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες που πληρούσαν τα κριτήρια για Μερική ΜΔΣ, είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα PCL-5, σε σχέση με τις γυναίκες που δεν είχαν καμία από τις δύο διαταραχές. Δηλαδή, οι γυναίκες με Μερική ΜΔΣ, έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν την πλήρη διαταραχή μετατραυματικού στρες.

Αν και δεν υπάρχουν πολλές έρευνες για τη Μερική ΜΔΣ, η έρευνα των Lopez et al., 2017 (155), σε γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ΕΚΤ και ΠΚΤ, κατέληξε στα ίδια ακριβώς συμπεράσματα εφόσον, οι λεχόνες του δείγματος που πληρούσαν τα περισσότερα κριτήρια της Μερικής ΜΔΣ είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα PCL-5. Συνεπώς, Οι γυναίκες με τη μερική ΜΔΣ, ενδέχεται να αναπτύξουν την πλήρη διαταραχή σε μεγαλύτερο ποσοστό, σε σχέση με τις γυναίκες που δεν παρουσίασαν τη μερική ΜΔΣ, σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας.

5.2. Ψυχομετρικές Ιδιότητες των Εργαλείων

5.2.1. PCL-5 (DSM-5)

Η κλίμακα PCL-5, η οποία κατασκευάστηκε από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (APA) (330), το 1980 πρόσθεσε το μετατραυματικό στρες στην τρίτη έκδοση του διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου ψυχικών διαταραχών (DSM-III) της νοσολογικής ταξινόμησης (331). Στην αρχική διατύπωση του το DSM-III περιγράφει το τραυματικό γεγονός ως έναν καταστροφικό παράγοντα άγχους, εκτός του εύρους της συνήθους ανθρώπινης εμπειρίας. Οι δημιουργοί της αρχικής διάγνωσης μετατραυματικού στρες, είχαν υπ όψιν τους γεγονότα όπως, πόλεμοι, βασανιστήρια, βιασμοί, το ναζιστικό ολοκαύτωμα, τις εκρήξεις της Χιροσίμα και του Ναγκασάκι, διάφορες φυσικές καταστροφές (όπως σεισμοί, τυφώνες και εκρήξεις ηφαιστειών) και άλλες ατυχήματα όπως, αεροπορικά δυστυχήματα, εκρήξεις εργοστασίων και αυτοκινητιστικά ατυχήματα. Από τότε, το DSM-III αναθεωρήθηκε, με πιο πρόσφατη την έκδοση DSM-5, που εξετάζουμε στην παρούσα έρευνα (212), η οποία έχει επεκταθεί για να περιλαμβάνει δυσφορικά συναισθήματα, αρνητική διάθεση, καθώς και αποδιοργανωτικό συναίσθημα (π.χ. αυτοκτονικό ιδεασμό). Επιπλέον, δεν κατατάσσεται πλέον στις Διαταραχές Άγχους ,αλλά στις Διαταραχές που σχετίζονται με το Τραύμα και το Στρες.

Από τότε, η κλίμακα PCL, αν και έχει χρησιμοποιηθεί σε αρκετές γλώσσες και έχει εξειδικευτεί αναλόγως του μελετώμενου πληθυσμού, η συγκεκριμένη εκδοχή της δεν είχε χρησιμοποιηθεί στην ελληνική γλώσσα. Επίσης, αν και η σημερινή έκδοση του PCL όπως και κάποιες προηγούμενες, έχουν εξειδικευτεί σε πληθυσμούς λεχωίδων γενικότερα, δεν είχε χρησιμοποιηθεί ποτέ σε ειδικούς πληθυσμούς, όπως οι λεχωίδες με ΚΤ. Η μετάφραση και η προσαρμογή του ψυχομετρικού εργαλείου στην ελληνική γλώσσα πραγματοποιήθηκε αφού προηγήθηκε η λήψη άδειας από τους δημιουργούς της. Τα αποτελέσματα σχετικά με τις ψυχομετρικές ιδιότητες του PCL-5, επιβεβαίωσαν τις αρχικές διαστάσεις που περιέχονται στην κλίμακα, όπως προτείνεται από τους δημιουργούς της. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας, η δομή των τεσσάρων παραγόντων του PCL-5 φαίνεται να λειτουργεί επαρκώς για το ελληνικό δείγμα γυναικών μετά την καισαρική τομή. Έτσι, λοιπόν, το συγκεκριμένο ψυχομετρικό εργαλείο μπορεί να φανεί χρήσιμο τόσο στο

χώρο της ψυχικής υγείας όσο και στο χώρο της μαιευτικής, μέσω της έρευνας της μετατραυματικής συμπτωματολογίας στο γενικό πληθυσμό και ταυτόχρονα, ως διαγνωστικό εργαλείο ανίχνευσης επιλόχειου μετατραυματικού στρες.

5.2.2. Το Κριτήριο A

Το Κριτήριο του στρεσογόνου παράγοντα A, κατασκευάστηκε με σκοπό να προσδιορίσει αν ένα άτομο έχει βιώσει ένα τραυματικό γεγονός που περιλαμβάνει την έκθεση σε πραγματικό ή απειλούμενο θάνατο ή τραυματισμό ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας, ή σεξουαλική βία, με μορφή άμεσης έκθεσης ή ως μαρτυρία του γεγονότος, μέσω πληροφόρησης του ή μέσω έκθεσης στο επαγγελματικό περιβάλλον του (332). Η ύπαρξη του Κριτηρίου A δεν είναι απόλυτο ότι θα οδηγήσει σε μετατραυματικό στρες. Η ανάπτυξη όμως του μετατραυματικού στρες, προϋποθέτει την ύπαρξη ενός Κριτηρίου A.

Για τις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας, το Κριτήριο A, έπρεπε να εξετάζει περιγεννητικά τραυματικά γεγονότα που αφορούσαν την άμεση ή την έμμεση έκθεση της γυναίκας ή του εμβρύου/νεογνού σε θάνατο, επαπειλούμενο θάνατο, ή σοβαρές μεταγεννητικές επιπλοκές. Επομένως, το Κριτήριο A αποτελεί έναν αναπόσπαστο συνδετικό κρίκο με την κλίμακα PCL-5 και γι αυτό το λόγο πρέπει να εμφανίζει συνοχή ανάλογα με τον ειδικό πληθυσμό που εξετάζει. Σύμφωνα με τα δικά μας αποτελέσματα, οι 20 ερωτήσεις της κλίμακας PCL-5 και οι 2 ερωτήσεις του Κριτηρίου A (A1 και A2), συνδέονται ικανοποιητικά με τις 5 συστάδες κριτηρίων του PCL-5. Πιο συγκεκριμένα, το Κριτήριο A είναι ιδανικό για την διαπίστωση του περιγεννητικού ψυχικού τραύματος που είναι ικανό να οδηγήσει σε μετατραυματικό στρες στις Ελληνίδες λεχώνες μετά από ΕΚΤ και ΠΚΤ.

5.2.3. LEC-5 (DSM-5)

Η Λίστα ελέγχου γεγονότων ζωής του DSM-5 (LEC-5) είναι ένα μέτρο αυτοαναφοράς που έχει σχεδιαστεί για τον έλεγχο των πιθανών τραυματικών γεγονότων, που πιθανόν να συνέβησαν στη διάρκεια της ζωής του ερωτώμενου. Το

LEC, αναπτύχθηκε, αρχικά, ταυτόχρονα με την Κλίμακα PCL-4 για να διαπιστωθεί η έκθεση σε τραύμα, αλλά μέχρι στιγμής έχουμε πολύ λίγα στοιχεία σχετικά με τις ψυχομετρικές του ιδιότητες (213). Έτσι λοιπόν, ανεξάρτητα από την σπανιότητα της αξιολόγησης των παραγοντικών δομών της κλίμακας LEC-5, τα αποτελέσματα της δικής μας ανάλυσης έδειξαν οριακή αξιοπιστία.

Κεφάλαιο 6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της συχνότητας της ΜΔΣ σε γυναίκες μετά από ΕΚΤ και ΠΚΤ, καθώς και των περιγεννητικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων κινδύνου που ευθύνονται στην ανάπτυξη της συγκεκριμένης επιλόχειας διαταραχής. Τα αποτελέσματα αυτής αναδεικνύουν τα σημαντικά προβλήματα που απορρέουν από την κουλτούρα των ΚΤ στην Ελλάδα και υποδεικνύουν την ανάγκη εμβάθυνσης στον τομέα αυτό.

Σύμφωνα με τα ευρήματά μας, η ΕΚΤ είναι σημαντικός παράγοντας ανάπτυξης μετατραυματικού στρες στη λοχεία. Όπως διαπιστώθηκε, ένα ποσοστό 26% των γυναικών που γέννησαν με ΕΚΤ εμφάνισε ΜΔΣ και ένα ποσοστό 11,5% εμφάνισε Μερική ΜΔΣ, ενώ το 3% των γυναικών που υποβλήθηκε σε ΠΚΤ εμφάνισε ΜΔΣ και το 5,3% εμφάνισε Μερική ΜΔΣ, ποσοστά υψηλότερα από εκείνα αντίστοιχων ερευνών σε παγκόσμιο επίπεδο. Το γεγονός, λοιπόν, ότι μία στις τέσσερις γυναίκες με ΕΚΤ θα εμφανίσει ΜΔΣ, φανερώνει την ανάγκη άμεσης λήψης μέτρων.

Επίσης, μέσα από τα ευρήματά μας διαπιστώσαμε πως η προηγούμενη εμπειρία κολπικού τοκετού ή ΚΤ, αποτελεί παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης ΜΔΣ. Η παθολογία κύησης, επίσης, αναδείχθηκε σημαντικός παράγοντας επιλόχειου μετατραυματικού στρες, αφού σε κάποιες περιπτώσεις απαιτείται αυξημένη παρακολούθηση και νοσηλεία. Μέσα από τα ευρήματά μας, η προεκλαμψία, οι αυξημένες αντιστάσεις των μητριάων αγγείων, η μητροπλακουντιακή φλεβική ανεπάρκεια, η μονήρης ομφαλική αρτηρία και το σύνδρομο HELLP φάνηκε ότι σχετίζονται με τη ΜΔΣ. Επιπλέον, οι λοιμώξεις και οι πρόωρες συστολές, όπως και οι αιμορραγίες και τα αίτια που τις προκαλούν, όπως ο προδρομικός πλακούντας (τύπου 4) και η αποκόλληση πλακούντα συμβάλλουν, εξίσου, στην ανάπτυξη της μετατραυματικής διαταραχής στη λοχεία.

Επιπρόσθετα, τα αίτια που αφορούσαν καταστάσεις που συνέβησαν σε έδαφος προηγηθείσας ΚΤ (πρόωρη ρήξης εμβρυικών υμένων και πρόωρες συστολές), η αδυναμία εξέλιξης τοκετού και η ανώμαλη προβολή του εμβρύου, φάνηκαν πως σχετίζονται με το επιλόχειο ΜΔΣ, ενώ όταν η ΚΤ πραγματοποιούταν λόγω μητρικής επιθυμίας, ο κίνδυνος μετατραυματικού στρες φαίνεται πως μειωνόταν σημαντικά.

Όσον αφορά τον θηλασμό, φάνηκε να αποτελεί προστατευτικό παράγοντα στην ανάπτυξη μετατραυματικού στρες, εφόσον ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών με έλλειψη θηλασμού εμφάνισε ΜΔΣ.

Οι περιγεννητικοί παράγοντες που οδηγούν ένα νεογνό στην ΜΕΝΝ ταυτοποιήθηκαν, επίσης, ως επικίνδυνοι για την εμφάνιση ΜΔΣ στη λοχεία, εφόσον υποδηλώνουν το έντονο στρες από την πλευρά της μητέρας για τον κίνδυνο απώλειας της ζωής του νεογνού.

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες κινδύνου φάνηκε να διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο στο επιλόχειο μετατραυματικό στρες σύμφωνα με τα αποτελέσματα μας. Επομένως, η χαμηλή συμπαράσταση από το σύντροφο και το ιστορικό ψυχιατρικών διαταραχών (κυρίως των αγχωδών διαταραχών, της κατάθλιψης και του ιστορικού επιλόχειων διαταραχών), βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικοί παράγοντες στην ανάπτυξη ΜΔΣ.

Ένας άλλος παράγοντας που φάνηκε να αλληλεπιδρά στην εμφάνιση μετατραυματικού στρες, ήταν τα παρελθόντα παρελθοντικά τραυματικά γεγονότα ζωής και συγκεκριμένα τα τραύματα που σχετίζονταν με σοβαρά ατυχήματα, τα τραύματα που αφορούσαν καταστάσεις βίας, τα τραύματα σεξουαλικής κακοποίησης, οι τραυματικές εμπειρίες πολέμου και τα τραύματα που σχετίζονταν με σοβαρό ανθρώπινο πόνο, ήταν στατιστικά σημαντικά στις γυναίκες που εκδήλωσαν επιλόχειο ΜΔΣ.

Επίσης, η ματαίωση των προσδοκιών των γυναικών σχετικά με την επιθυμία που είχαν για τον τοκετό τους ήταν ένας σημαντικός παράγοντας που προκάλεσε τον ψυχικό τραυματισμό στην πλειοψηφία των γυναικών με αποτέλεσμα να βιώσουν μια τραυματική εμπειρία γέννησης και ως κατά συνέπεια να εξελιχθεί η ΜΔΣ πιο εύκολα σε αυτές τις περιπτώσεις. Σύμφωνα με τα παραπάνω, επειδή η ΕΚΤ, σύμφωνα με τα ευρήματα μας αποτελεί προγνωστικό παράγοντα ΜΔΣ, οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ΕΚΤ, βίωσαν την εμπειρία του τοκετού ως τραυματική. Επίσης το Κριτήριο Α, αποτέλεσε τον πιο σημαντικό προγνωστικό δείκτη του μετατραυματικού στρες εφόσον, περιλαμβάνει όλες της μητρικές, εμβρυϊκές και νεογνικές απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις και ως κατά συνέπεια αποτελεί το βασικότερο κριτήριο του μετατραυματικού στρες.

6.1. Περιορισμοί και Πλεονεκτήματα της Μελέτης

6.1.2. Περιορισμοί της Μελέτης

Όπως κάθε έρευνα, έτσι και η παρούσα παρουσιάζει κάποιους περιορισμούς, οι σημαντικότεροι εκ των οποίων είναι: α) η συλλογή της πλειοψηφίας των δεδομένων έγινε μέσω ειδικών εργαλείων μέτρησης με τη μορφή ερωτηματολογίων. Αν και δόθηκαν στις συμμετέχουσες ακριβείς οδηγίες να απαντήσουν με ειλικρίνεια και αυθορμητισμό, δεν μπορούμε να αποκλείσουμε το ενδεχόμενο να μην έχουν απαντηθεί με ειλικρίνεια κάποιες απαντήσεις, με αποτέλεσμα να αποκρύπτεται η ψυχολογική εικόνα των λεχωίδων. Ωστόσο, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, δόθηκαν σαφείς οδηγίες, αποκλείστηκαν οι συμμετέχουσες που είχαν χαμηλό γνωστικό επίπεδο ή δεν γνώριζαν σε ικανοποιητικό βαθμό την ελληνική γλώσσα, ενώ η διακριτική παρουσία της ερευνήτριας στην πρώτη φάση της έρευνας εξασφάλιζε αφ ενός την ατομικότητα των γυναικών και αφετέρου τους παρείχε ασφάλεια για τη διενέργεια διευκρινιστικών ερωτήσεων. Επίσης, οι λεχώνες είχαν ενημερωθεί εξ αρχής για την τήρηση της ανωνυμίας και του απορρήτου, με σκοπό να δείξουν εμπιστοσύνη στην ερευνήτρια και να νιώσουν ασφαλείς να αποτυπώσουν τα συναισθήματα τους χωρίς φόβο. Το γεγονός της παρουσίας τρίτων ατόμων (άλλες λεχώνες ή συνοδοί) που θα μπορούσε να επηρεάσει τις απαντήσεις των λεχωίδων, αντιμετωπίστηκε μέσω της διενέργειας των επισκέψεων από την ερευνήτρια σε ώρες μη επισκεπτηρίου και μέσω της απομάκρυνσης της λεχώνας με το νεογνό της σε κάποιον ειδικό προστατευμένο χώρο, στον οποίο θα μπορούσαν να συμπληρώσουν τις κλίμακες μέτρησης απερίσπαστες, β) αν και το ποσοστό των λεχωίδων που αρνήθηκαν ή δεν πληρούσαν τις προϋποθέσεις να συμμετάσχουν στην μελέτη ήταν μικρό, δεν είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε αν αποτελούνταν από άτομα που είχαν τους προαναφερθέντες παράγοντες κινδύνου να αναπτύξουν επιλόχεια ΜΔΣ. Επιπλέον, εφόσον ήταν μέσα στα δικαιώματα των γυναικών να σταματήσουν οποιαδήποτε στιγμή την έρευνα, έγινε σεβαστό από εμάς η άρνηση ενός μικρού ποσοστού γυναικών να συμμετάσχουν στη δεύτερη φάση της μελέτης. Ωστόσο, δεν μπορούμε να γνωρίζουμε τα αίτια αυτής της άρνησης, ιδιαίτερα, αν αυτά οφείλονταν στην άσχημη ψυχολογική τους κατάσταση. Για να αντιμετωπιστούν τα περισσότερα προβλήματα που θα απέτρεπαν της γυναίκες να συμμετέχουν στο follow-up,

ζητήθηκε ο προσωπικός αριθμός τηλεφώνου τους και σημειώθηκαν από την ερευνήτρια οι μέρες και οι ώρες που θα προτιμούσαν, ώστε να γίνει η επικοινωνία ιδιωτικά. Η δύσκολη περίοδος της λοχείας όμως, η έλλειψη ύπνου, η συνεχόμενη φροντίδα και η αφοσίωση στο νεογνό ίσως λειτούργησαν αποτρεπτικά για το μικρό αριθμό λεχωίδων που χάθηκαν στο follow-up. Αξίζει όμως να αναφερθεί, ότι η πλειοψηφία των γυναικών που βίωσε μετατραυματική συμπτωματολογία, επιζητούσε την επαφή με την ερευνήτρια και ένιωθε ανακούφιση από την επικοινωνία μαζί της, γ) το ερευνητικό εργαλείο LEC-5, εμφάνισε μέτριο δείκτη αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας. Ωστόσο, επειδή το συγκεκριμένο εργαλείο δεν αξιολόγησε κάποια ψυχική κατάσταση με απόδοση score, αλλά ταυτοποίησε τα είδη των τραυματικών συμβάντων που έλαβαν χώρα στη ζωή μιας γυναίκας, δεν αμφισβητούμε, ούτε διατηρούμε επιφυλάξεις για τα αποτελέσματα, δ) ο σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας ήταν η μελέτη της συχνότητας και του επιπολασμού της ΜΔΣ στη λοχεία και επομένως, δε χρησιμοποιήθηκαν άλλες κλίμακες μέτρησης επιλόχειων διαταραχών. Ωστόσο, επειδή η έρευνα ήταν εντοπισμένη στο ψυχικό τραύμα της ΚΤ και στους περιγεννητικούς παράγοντες που μπορεί να συμβάλλουν σε αυτό, το επιλόχειο μετατραυματικό στρες, ήταν το πιο άμεσο αποτέλεσμα της τραυματικής εμπειρίας γέννησης, δ) τέλος, ένα ακόμα μειονέκτημα της μελέτης ήταν ότι, κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας, ξέσπασε η πανδημία Covid-19. Ως αποτέλεσμα των μέτρων προστασίας της Δημόσιας Υγείας, ιδιαίτερα των ευαίσθητων πληθυσμιακών ομάδων, έπρεπε να σταματήσουμε τη συλλογή δεδομένων για ένα μικρό χρονικό διάστημα. Ωστόσο, όπως διαπιστώθηκε μετά το πέρας της έρευνας, το δείγμα που χάθηκε ήταν μικρό, εφόσον τα δημόσια νοσοκομεία κατά την περίοδο εκείνη, αποτελούσαν παράγοντα αποφυγής ως τόπο διεξαγωγής τοκετού από τις έγκυες, επειδή λειτουργούσαν ως κέντρα αναφοράς ασθενών με Covid-19.

6.1.3. Πλεονεκτήματα της Μελέτης

Έκτος από τους παραπάνω περιορισμούς, η παρούσα έρευνα παρουσιάζει και αρκετά σημαντικά πλεονεκτήματα. Πιο συγκεκριμένα, α) η μελέτη μας ακολούθησε τον προοπτικό σχεδιασμό· έτσι η συλλογή του δείγματος έγινε με το κριτήριο της έκθεσης στο μελετώμενο παράγοντα κινδύνου (δηλαδή στην ΚΤ), εξετάζοντας την πιθανή αιτιολογική συμβολή του ως προς τη ΜΔΣ. Οι προοπτικές μελέτες και οι

μελέτες κοόρτης είναι ιδιαίτερα αξιόπιστες, καθώς περιορίζονται τα σφάλματα ανάκλησης μνήμης και προκατάληψης και παρέχουν τη δυνατότητα ελέγχου της σχέσης του παράγοντα έκθεσης με την έκβαση. Ο σχεδιασμός των προοπτικών μελετών προϋποθέτει την ύπαρξη δύο ομάδων (εκτεθειμένων και μη εκτεθειμένων) στον παράγοντα, ενώ κάθε μια ομάδα ελέγχεται για την εμφάνιση ή μη της έκβασης με επανέλεγχο (follow-up) (333). Στην δική μας μελέτη, ακολούθησε επανέλεγχος των λεχιδίων σε 40 μέρες μετά την ΚΤ, γεγονός που μας βοήθησε να καθορίσουμε τις αιτιώδεις σχέσεις των παραγόντων έκθεσης με την ΜΔΣ, β) η έρευνα διεξήχθη στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Λάρισας, το μοναδικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της 5^{ης} ΥΠΕ, που καλύπτει τις ανάγκες μαιευτικής φροντίδας ενός μεγάλου αριθμού γυναικών. Επιλέγοντας, λοιπόν, το συγκεκριμένο νοσοκομείο, εξασφαλίσαμε την αντικειμενικότητα του δείγματος, εφόσον πρόκειται για μια υγειονομική δομή που μπορεί να καλύψει όλες τις ανάγκες του πληθυσμού μέσω άμεσης πρόσβασης στο Νοσοκομείο ή μέσω διακομιδών από τα Γενικά Περιφερειακά Νοσοκομεία της 5^{ης} ΥΠΕ, γ) η συλλογή των ερευνητικών δεδομένων έγινε με τη χρήση αξιόπιστων ερευνητικών εργαλείων, ένα εκ των οποίων (PCL-5) έχει χρησιμοποιηθεί σε αντίστοιχες έρευνες στο χώρο των επιλόχειων ψυχικών διαταραχών σε άλλες χώρες, όχι όμως στην Ελλάδα. Επιπρόσθετα, ακολουθήσαμε το επίσημο πρωτόκολλο που αφορά τη μετάφραση και στάθμιση των εργαλείων μέτρησης, εφόσον το PCL είχε χρησιμοποιηθεί στην Ελλάδα σε παλαιότερες εκδοχές και τα υπόλοιπα ερευνητικά εργαλεία χρησιμοποιήθηκαν για πρώτη φορά στην ελληνική γλώσσα, επομένως, έπρεπε να μεταφραστούν και να σταθμιστούν. Πιο συγκεκριμένα, το Κριτήριο Α, τροποποιήθηκε ώστε να χρησιμοποιηθεί ως «περιγεννητικό κριτήριο του στρες για λεχώνες με ΚΤ» συνεισφέροντας με αυτό στην διάγνωση του ψυχικού τραύματος της ΚΤ σε παγκόσμιο επίπεδο. Επιπλέον, το LEC-5 το ψυχομετρικό εργαλείο που διαγιγνώσκει και ταξινομεί τα τραυματικά γεγονότα ζωής σε διαφορετικά επίπεδα έκθεσης, χρησιμοποιήθηκε από εμάς για πρώτη φορά στην Ελλάδα, ενώ είναι η πρώτη φορά, που εφαρμόζεται σε παγκόσμιο επίπεδο στον τομέα των επιλόχειων ψυχικών διαταραχών. Επομένως, η παρούσα μελέτη έδωσε πληροφορίες σχετικά με τις ψυχομετρικές ιδιότητες αυτών των ερευνητικών εργαλείων και ενίσχυσε τη βιβλιογραφία μέσω των ελληνικών αυτών ερωτηματολογίων, δ) η μελέτη μας χρησιμοποίησε πολλές πηγές συλλογής δεδομένων. Εκτός από τα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια, χρησιμοποιήθηκε ο ιατρικός φάκελος της κάθε γυναίκας, κατά τη διάρκεια της συλλογής δεδομένων και

η προσωπική τηλεφωνική συνέντευξη με κάθε λεχώνα κατά τη διάρκεια του follow-up. Μέσα από τον ιατρικό φάκελο λάβαμε πληροφορίες σχετικά με το παθολογικό, ψυχιατρικό, γυναικολογικό και μαιευτικό ιστορικό της κάθε γυναίκας. Το γεγονός αυτό αύξησε την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων μας εφόσον ο ιατρικός φάκελος επιβεβαίωσε το ιατρικό ιστορικό ή διαπίστωσε προβλήματα που δεν είχαν αναφερθεί από τις γυναίκες ή δεν μπορούσαν να εκφραστούν στο ερωτηματολόγιο ιατρικών και δημογραφικών δεδομένων. Η τηλεφωνική επικοινωνία της ερευνήτριας με τις λεχώνες κατά τη διάρκεια του δευτέρου σταδίου της έρευνας, είχε το πλεονέκτημα της επεξήγησης των ερωτήσεων, της φιλικής προσέγγισης και κυρίως της εξασφάλισης της ατομικότητας της γυναίκας στο χώρο της, ε) ένα επιπλέον πλεονέκτημα της παρούσας μελέτης είναι ότι διερεύνησε ταυτόχρονα εκτός από τη σχέση διαφόρων παραγόντων με το μετατραυματικό στρες, τη σχέση των παραγόντων αυτών με τη Μερική ΜΔΣ. Η μελέτη μας είναι από τις ελάχιστες σε παγκόσμιο επίπεδο που εξέτασε τη Μερική ΜΔΣ και των αιτιολογικών της παραγόντων κατά την επιλόχεια περίοδο των γυναικών με ΠΚΤ και ΕΚΤ, στ) τέλος, είναι η πρώτη φορά που εξετάζεται σε μια μελέτη η σχέση των προσδοκιών των γυναικών για τον τοκετό τους με τη ΜΔΣ, μια σχέση που όπως φάνηκε έπαιξε καταλυτικό ρόλο στην ανάπτυξη του ψυχικού τραύματος και κατά συνέπεια στην ΜΔΣ.

6.1.4. Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης φανερώνουν την ανάγκη αξιοποίησης των ευρημάτων μέσω της μελλοντικής έρευνας στο συγκεκριμένο πεδίο. Πιο συγκεκριμένα:

1. Κρίνεται λοιπόν απαραίτητο να σχεδιαστούν περισσότερες προοπτικές μελέτες και μελέτες κοόρτης αναφορικά με την ανίχνευση των παραγόντων κινδύνου στην εγκυμοσύνη. Επειδή, ένα μεγάλο μέρος των παραγόντων κινδύνου ανάπτυξης μετατραυματικού στρες προέρχεται από καταστάσεις της εγκυμοσύνης, θα ήταν πολύ χρήσιμο να ταυτοποιούνται τα προβλήματα αυτά σε αρχικό στάδιο, ώστε να καθορίζονται με άμεσο τρόπο οι πολιτικές παρέμβασης.

2. Η ανάγκη διεξαγωγής διαχρονικών μελετών κρίνεται απαραίτητη για τον καθορισμό της σχέσης όλων των ειδών τοκετού και της μετατραυματικής συμπτωματολογίας (Μερική ΜΔΣ, Πλήρης ΜΔΣ), ώστε να γίνει κατανοητή η συμπεριφορά των γυναικών μετά από ένα φυσιολογικό τοκετό και μετά από έναν παρεμβατικό κολπικό τοκετό.
3. Για την καλύτερη δυνατή κατανόηση του φαινομένου του επιλόχειου μετατραυματικού στρες, θα ήταν καλό οι μελλοντικές έρευνες να εστιάσουν σε ειδικές πληθυσμιακές ομάδες λεχιδών, όπως εκείνων που υποβάλλονται σε ΕΚΤ. Θα ήταν αρκετά ενδιαφέρον, λοιπόν, να εξεταστεί η συμβολή των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των γυναικών ως μέσο απάντησης σε μια τραυματική εμπειρία γέννησης σε επείγουσες και υπερεπείγουσες συνθήκες.
4. Μελλοντικές ερευνητικές παρεμβάσεις πάνω στην θεραπεία του επιλόχειου μετατραυματικού στρες, θα έδιναν την δυνατότητα στους ερευνητές να διαπιστώσουν την αποτελεσματικότητα των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων στη λοχεία. Η περίοδος της θεραπείας του μετατραυματικού στρες στη λοχεία καθώς και η μεταθεραπευτική περίοδος, δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς.
5. Μια ψυχοκοινωνική μεταβλητή που φάνηκε να έχει σημαντικό ρόλο στη σχέση της λοχείας με τη διαταραχή του μετατραυματικού στρες, φάνηκε να είναι τα παρελθόντα τραυματικά γεγονότα ζωής. Επομένως, είναι σημαντικό να διερευνηθούν πιο συγκεκριμένα τα τραυματικά γεγονότα ζωής των γυναικών και ιδιαίτερα τα τραύματα κακοποίησης και εκείνα που αφορούν τους ψυχικούς τραυματισμούς της παιδικής ηλικίας.
6. Η χρονική διάρκεια της επανεξέτασης της λεχώρας με σκοπό να τεθεί η διάγνωση της ΜΔΣ, ορίζεται στην πλειοψηφία των αντίστοιχων μελετών η περίοδος των 6 εβδομάδων. Ωστόσο, θα ήταν αρκετά ενδιαφέρον μέσα από μια μελέτη κοόρτης να διερευνηθεί το χρόνιο μετατραυματικό στρες και η συννοσηρότητα που ακολουθεί την συγκεκριμένη διαταραχή.
7. Μελλοντικά, θα ήταν πολύ χρήσιμο να διεξαχθεί ακόμη μια μελέτη σχετικά με τα αποτελέσματα των μέτρων παρέμβασης σε περιπτώσεις υψηλού κινδύνου γυναικών στην περιγεννητική περίοδο. Θα ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα η διερεύνηση της σχέσης παρέμβασης και αποτελέσματος, καθώς και οι μεσοπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιδράσεις τους στην ψυχική υγεία της γυναίκας.

8. Τέλος, οι έννοιες της επιλόχειας ΜΔΣ και της Μερικής ΜΔΣ, δε θα πρέπει να διερευνηθούν μόνο σε σχέση με το είδος του τοκετού. Πιο συγκεκριμένα, θα ήταν πολύ ενδιαφέρον να διερευνηθούν ειδικοί πληθυσμοί λεχωίδων, όπως μητέρες παιδιών που νοσηλεύονται σε ΜΕΝΝ, πρόσφυγες, πρώην χρήστες ουσιών ή μητέρες που έχουν υποστεί ενδοοικογενειακή βία στην εγκυμοσύνη ή στην λοχεία. Τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών θα μπορούσαν να διαφωτίσουν τους επαγγελματίες υγείας στην ιδιαίτερη αντιμετώπιση αυτών των ειδικών ομάδων λεχωίδων.

6.1.5. Προτάσεις προς Επαγγελματίες Υγείας

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, αποτελούν την αφετηρία διατύπωσης προτάσεων και οδηγιών προς τους επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα προς εκείνους που ασχολούνται με την περιγεννητική υγεία, που αφορά την παρακολούθηση της εγκυμοσύνης και της λοχείας, αλλά και στους επαγγελματίες που ασχολούνται με την περιγεννητική ψυχική υγεία.

Στη συγκεκριμένη μελέτη παρατηρήθηκε ότι η ομάδα γυναικών που υποβλήθηκε σε ΕΚΤ, βρίσκεται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξει ΜΔΣ σε σχέση με την ομάδα γυναικών που υποβλήθηκε σε ΠΚΤ. Βάσει αυτού του αποτελέσματος, κρίνεται σκόπιμο οι γυναίκες που υποβάλλονται σε ένα επείγον χειρουργείο να δέχονται κάποιες ιδιαίτερες παρεμβάσεις και μια συγκεκριμένη παρακολούθηση κατά την περίοδο της λοχείας. Είναι ουσιαστικής σημασίας η ανάπτυξη ενός πρωτοκόλλου για την εξέταση όλων των γυναικών στην εγκυμοσύνη με σκοπό την ανεύρεση των πιθανών επιβαρυντικών παραγόντων, όπως η παθολογία κύησης, το ψυχιατρικό ιστορικό, το ανεπαρκές υποστηρικτικό περιβάλλον της γυναίκας και ιδιαίτερα η ανεπαρκής υποστήριξη από το σύντροφό της, η προηγούμενη τραυματική εμπειρία γέννησης και η ύπαρξη τραυματικών γεγονότων ζωής, ιδιαίτερα εκείνων που σχετίζονται με τραυματισμούς, σοβαρό ανθρώπινο πόνο, σεξουαλική κακοποίηση και βία. Μέσω λοιπόν μιας ομάδας ειδικών ψυχομετρικών εργαλείων και με τη βοήθεια μιας οργανωμένης συνέντευξης, είναι δυνατόν σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης να ανιχνευτούν όλα τα τρωτά σημεία από την εγκυμοσύνη. Κλειδί στην αποτελεσματική διάγνωση των παραγόντων κινδύνου αποτελεί η διεπιστημονική συνεργασία μαιών-μαιευτών, γυναικολόγων και ειδικών ψυχικής υγείας. Με

δεδομένο ότι οι μαιές στα μαιευτικά κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αποτελούν τους επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε άμεση επαφή με τις εγκύους, μπορούν μέσα από την προαναφερθείσα διαδικασία διαλογής, να ανιχνεύσουν την παθολογία κύησης και τις ψυχικές διαταραχές, προβαίνοντας σε έγκαιρη παραπομπή της εγκύου στους ειδικούς επιστήμονες της διεπιστημονικής ομάδας. Οι μαιές πρέπει να παραμένουν αναπόσπαστος κρίκος της διεπιστημονικής συνεργασίας, ενώ η συμβολή τους μέσω της εκπαίδευσης και της συμβουλευτικής των γυναικών, αναμένεται να ενισχύσει τα θεραπευτικά αποτελέσματα. Παράλληλα με τις στρατηγικές ανίχνευσης, είναι σημαντικό να παρέχεται εκπαίδευση στις γυναίκες από τα αρχικά στάδια της εγκυμοσύνης, σχετικά με τις φυσικές μεταβολές, τη συμβουλευτική καθημερινών προβλημάτων και σημείων κινδύνου, αλλά και την προετοιμασία για τον τοκετό, τις μεθόδους ανακούφισης από τον πόνο και την ψυχική προετοιμασία για μια επείγουσα ΚΤ, σε ειδικές περιπτώσεις εγκυμοσύνης.

Επειδή οι λεχώνες που έχουν γεννήσει με ΕΚΤ είναι περισσότερο πιθανό να έχουν μια τραυματική εμπειρία γέννησης και κατά συνέπεια να αναπτύξουν επιλόχειο μετατραυματικό στρες, τα μέτρα πρόληψης των επειγόντων χειρουργείων, ακολουθώντας τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες και τα πρωτόκολλα μαιευτικής φροντίδας, κρίνεται σκόπιμο να εφαρμοστούν. Πιο συγκεκριμένα, τα αίτια και η εβδομάδα κύησης που λαμβάνουν χώρα σε μια πρόκληση τοκετού που ενδεχομένως να οδηγήσει σε ΕΚΤ, χρειάζεται να επανεξεταστούν. Επιπλέον, λαμβάνοντας υπόψη ότι ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών που υποβάλλεται σε ΚΤ έχει ιστορικό μιας προηγούμενης ΚΤ, είναι μεγάλη ανάγκη να επεκταθεί η προσπάθεια για TOLAC, σταματώντας με αυτό τον τρόπο το φαύλο κύκλο των ΚΤ. Απαραίτητη προϋπόθεση, όμως, αποτελεί η εκπαίδευση μαιών και μαιευτήρων, η οποία δύναται να εξαλείψει τον φόβο των γυναικών που θα εμπιστευτούν τη μέθοδο, με απώτερο σκοπό τη μείωση των ποσοστών των ΚΤ σε εθνικό επίπεδο.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν, επίσης, ότι για κάποιες γυναίκες η διαδικασία του τοκετού αποτελεί την αναβίωση μιας τραυματικής εμπειρίας, ενεργοποιώντας το μηχανισμό ανάπτυξης ενός νέου τραύματος. Επομένως, κρίνεται αναγκαίο να δημιουργηθούν οι κατάλληλες συνθήκες τοκετού σε όλα τα μαιευτήρια, με φιλικότερο περιβάλλον, με ελευθερία κινήσεων, με σίτιση, με την παρουσία ενός αγαπημένου προσώπου της επιτόκου που θα έχει λάβει προγεννητική εκπαίδευση και

τέλος, με την έγκαιρη ενημέρωση της επιτόκου σχετικά με τη λήψη απόφασης μιας ΕΚΤ, καθώς και την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης περιεγχειρητικά.

Ιδιαίτερη μέριμνα πρέπει να δοθεί κατά την επιλόχεια περίοδο των γυναικών που υποβλήθηκαν σε ΕΚΤ, ειδικά αν αυτή η εμπειρία έχει καταγραφεί ως τραυματική εμπειρία γέννησης από την μητέρα. Σύμφωνα με το μοντέλο του μετατραυματικού στρες που προέκυψε από την μελέτη μας, οι μαίες που έρχονται σε επαφή με τη λεχώνα από την πρώιμη λοχεία, χρειάζεται να λάβουν υπόψη κάποια σειρά μεταβλητών, όπως: α) όλες τις παρεμβάσεις που μπορεί να έγιναν από ειδικούς μετά από την ανίχνευση παραγόντων κινδύνου στην εγκυμοσύνη, β) τον λόγο που οδήγησε σε ΚΤ, όπως μητρικές ή εμβρυϊκές επιπλοκές που μπορεί να απείλησαν τη ζωή της μητέρας ή του παιδιού, γ) τις απειλητικές για τη ζωή της μητέρας μετεγχειρητικές επιπλοκές, δ) την εισαγωγή του νεογνού στη ΜΕΝΝ, την έλλειψη θηλασμού και ε) την έλλειψη υποστήριξης από το σύντροφό της. Ιδιαίτερη, επίσης, σημασία πρέπει να δοθεί στον τρόπο που θα αξιολογήσει και θα νοηματοδοτήσει μια λεχώνα την τραυματική εμπειρία που βίωσε, εφόσον το συγκεκριμένο γεγονός θα αποτελέσει το βασικότερο κριτήριο ενός πιθανού μετατραυματικού στρες. Τέλος, οι παρεμβάσεις σε λεχώνες με τραυματική εμπειρία γέννησης, χρειάζεται να στοχεύσουν, να εντοπίσουν και να αναγνωρίσουν την μετατραυματική συμπτωματολογία μέσω της ειδικής κλίμακας μέτρησης ΜΔΣ (PCL-5), την 6^η εβδομάδα μετά την ΚΤ, ενώ τα αποτελέσματα αναμένεται να καθορίσουν την παραπομπή ή μη της γυναίκας σε ειδικό ψυχικής υγείας και την επιλογή της κατάλληλης εξατομικευμένης θεραπείας. Η περίοδος των 6 εβδομάδων μετά την ΚΤ, είναι η καταλληλότερη για τη διάγνωση του μετατραυματικού στρες και συμπίπτει χρονικά με το πέρας της λοχείας. Επομένως, ο έλεγχος αναμένεται να γίνεται σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας από τη μαία, η οποία αφού πρώτα εξασφαλίσει την ατομικότητα της μητέρας για τη συμπλήρωση του ψυχομετρικού εργαλείου, θα προβεί σε αξιολόγηση, σε επανέλεγχο ή σε παραπομπή στον ειδικό ψυχικής υγείας για να τεθεί η οριστική διάγνωση.

Αν και μέχρι στιγμής, όλες οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις σε γυναίκες με επιλόχειες μετατραυματικές διαταραχές αποσκοπούν στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του τραύματος, τα παρόντα ερευνητικά αποτελέσματα, τονίζουν τη σημασία της ψυχικής προετοιμασίας των γυναικών σχετικά με την αντιμετώπιση μιας τραυματικής εμπειρίας γέννησης. Επομένως, η ψυχο-μιαευτική εκπαίδευση από τις πρώτες εβδομάδες κύησης πρέπει να στοχεύει στην ψυχική ενδυνάμωση των γυναικών και εν

γένει των συντρόφων τους, ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν τη μετάβαση στη γονεϊκότητα, ιδιαίτερα αν αυτή προέρχεται μέσα από έναν ψυχικό τραυματισμό. Οι παρούσες προτάσεις προς τους επαγγελματίες υγείας, στοχεύουν στη συμπλήρωση και βελτίωση των ήδη υπάρχουσών μεθόδων προσέγγισης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Κατευθυντήριες Οδηγίες – hsog.gr [Internet]. [cited 2021 Jul 16]. Available from: https://hsog.gr/?page_id=2678
2. RUCKER MP, RUCKER EM. A LIBRARIAN LOOKS AT CESAREAN SECTION. *Bulletin of the History of Medicine* [Internet]. 1951 [cited 2021 Jul 14];25(2):132–48. Available from: <https://www.jstor.org/stable/44443604>
3. Hem E, Børdahl PE. Max Säger – Father of the Modern Caesarean Section. *GOI* [Internet]. 2003 [cited 2021 Jul 16];55(3):127–9. Available from: <https://www.karger.com/Article/FullText/71524>
4. Antoine C, Young BK. Cesarean section one hundred years 1920–2020: the Good, the Bad and the Ugly. *Journal of Perinatal Medicine* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2021 Jul 15];49(1):5–16. Available from: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/jpm-2020-0305/html>
5. Kerr JMM. The Lower Uterine Segment Incision in Conservative Cæsarean Section. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* [Internet]. 1921 [cited 2021 Jul 16];28(3–4):475–87. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-0528.1921.tb16143.x>
6. Taffel SM, Placek PJ. Complications in cesarean and non-cesarean deliveries: United States, 1980. *Am J Public Health* [Internet]. 1983 Aug 1 [cited 2021 Jul 16];73(8):856–60. Available from: <https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.73.8.856>
7. Abdominal and Vaginal Hysterectomy—New Techniques based on Time and Motion Studies. *Postgrad Med J* [Internet]. 1973 Aug [cited 2021 Jul 16];49(574):600. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2495589/>
8. Stark M, Finkel AR. Comparison between the Joel-Cohen and Pfannenstiel incisions in cesarean section. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* [Internet]. 1994 Feb [cited 2021 Jul 16];53(2):121–2. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0028224394902186>
9. Ayres-de-Campos D, Patrício B. Modifications to the Misgav Ladach technique for cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000 Apr;79(4):326–7.
10. Gedikbasi A, Akyol A, Ulker V, Yildirim D, Arslan O, Karaman E, et al. Cesarean techniques in cases with one previous cesarean delivery: comparison of modified Misgav-Ladach and Pfannenstiel–Kerr. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2011 Apr 1 [cited 2021 Dec 9];283(4):711–6. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00404-010-1428-y>
11. Tuuli MG, Odibo AO, Fogertey P, Roehl K, Stamilio D, Macones GA. Utility of the Bladder Flap at Cesarean Delivery: A Randomized Controlled Trial.

- Obstetrics & Gynecology [Internet]. 2012 Apr [cited 2021 Dec 9];119(4):815–21. Available from:
https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/2012/04000/Utility_of_the_Bladder_Flap_at_Cesarean_Delivery_.18.aspx
12. ΟΡΟΣΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ [Internet]. [cited 2021 Jul 16]. Available from: <https://www.politeianet.gr/books/9789608815988-mantalenakis-i-sergios-kaukas-orosima-maieutikis-kai-gunaikologias-23206>
 13. Bennetts AB. Once a cesarean, always a cesarean? Issues in Health Care of Women [Internet]. 1978 Jan [cited 2021 Jul 16];1(3):53–60. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07399337809515522>
 14. Birth after Previous Caesarean Birth (Green-top Guideline No. 45) [Internet]. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. [cited 2020 Sep 15]. Available from: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg45/>
 15. Gregory KD, Jackson S, Korst L, Fridman M. Cesarean versus vaginal delivery: whose risks? Whose benefits? *Am J Perinatol*. 2012 Jan;29(1):7–18.
 16. Betran A, Torloni M, Zhang J, Gülmezoglu A, Aleem H, Althabe F, et al. WHO Statement on Caesarean Section Rates. *BJOG* [Internet]. 2016 Apr [cited 2020 Mar 23];123(5):667–70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5034743/>
 17. Harrison MS, Goldenberg RL. Cesarean section in sub-Saharan Africa. *Maternal Health, Neonatology and Perinatology* [Internet]. 2016 Jul 8 [cited 2021 Jul 15];2(1):6. Available from: <https://doi.org/10.1186/s40748-016-0033-x>
 18. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet* [Internet]. 2018 Oct 13 [cited 2021 Jul 15];392(10155):1341–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673618319287>
 19. C-section delivery rates by region worldwide 2015 [Internet]. Statista. [cited 2021 Jul 15]. Available from: <https://www.statista.com/statistics/982511/c-section-delivery-rates-globally-by-region/>
 20. Cesarean sections in OECD countries 2018 [Internet]. Statista. [cited 2021 Jul 15]. Available from: <https://www.statista.com/statistics/283123/cesarean-sections-in-oecd-countries/>
 21. WHO European health information at your fingertips. [Internet]. [cited 2020 Oct 18]. Available from: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_596-7060-caesarean-sections-per-1000-live-births/
 22. Greece commits to addressing excessive reliance on caesarean sections [Internet]. World Health Organization; 2016 [cited 2020 Apr 8]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/countries/greece/news/news/2016/11/greece-commits-to-addressing-excessive-reliance-on-caesarean-sections>

23. Mossialos E, Allin S, Karras K, Davaki K. An Investigation of Caesarean Sections in Three Greek Hospitals: The Impact of Financial Incentives and Convenience. *European journal of public health*. 2005 Jul 1;15:288–95.
24. Vassilaki M, Chatzi L, Rasidaki M, Bagkeris E, Kritsotakis G, Roumeliotaki T, et al. Caesarean deliveries in the Mother-Child (Rhea) cohort in Crete, Greece: almost as frequent as vaginal births and even more common in first-time mothers. *Hippokratia* [Internet]. 2014 [cited 2020 Apr 9];18(4):298–305. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4453801/>
25. Antoniou E, Orovou E, Iliadou M, Sarella A, Palaska E, Sarantaki A, et al. Factors Associated with the Type of Cesarean Section in Greece and Their Correlation with International Guidelines. *Acta Inform Med* [Internet]. 2021 Mar [cited 2021 May 29];29(1):38–44. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8116101/>
26. Mylonas I, Friese K. Indications for and Risks of Elective Cesarean Section. *Dtsch Arztebl Int*. 2015 Jul 20;112(29–30):489–95.
27. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Who recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. Place of publication not identified: WORLD HEALTH ORGANIZATION; 2018.
28. AWMF: AWMF aktuell [Internet]. [cited 2021 Jul 16]. Available from: <https://www.awmf.org/awmf-online-das-portal-der-wissenschaftlichen-medizin/awmf-aktuell.html>
29. Recommendations | Cesarean birth | Guidance | NICE [Internet]. NICE; [cited 2021 Jul 16]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng192/chapter/Recommendations#planned-caesarean-birth>
30. Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery [Internet]. [cited 2020 Oct 18]. Available from: <https://www.acog.org/en/Clinical/ClinicalGuidance/ObstetricCareConsensus/Articles/2014/03/SafePreventionofthePrimaryCesareanDelivery>
31. ACOG committee opinion no. 559: Cesarean delivery on maternal request. *Obstet Gynecol*. 2013 Apr;121(4):904–7.
32. Cesarean section (NICE clinical guideline 132) [Internet]. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. [cited 2021 Jul 17]. Available from: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/caesarean-section-nice-clinical-guideline-132/>
33. MacDorman M, Declercq E, Menacker F. Recent Trends and Patterns in Cesarean and Vaginal Birth After Cesarean (VBAC) Deliveries in the United States. *Clinics in Perinatology* [Internet]. 2011 Jun 1 [cited 2021 Jul 17];38(2):179–92. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0095510811000285>

34. Robson SJ, Tan WS, Adeyemi A, Dear KBG. Estimating the rate of cesarean section by maternal request: anonymous survey of obstetricians in Australia. *Birth*. 2009 Sep;36(3):208–12.
35. Nilstun T, Habiba M, Lingman G, Saracci R, Da Frè M, Cuttini M. Cesarean delivery on maternal request: Can the ethical problem be solved by the principlist approach? *BMC Med Ethics* [Internet]. 2008 Jun 17 [cited 2022 Jan 12];9:11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2446392/>
36. Loke AY, Davies L, Mak Y. Is it the decision of women to choose a cesarean section as the mode of birth? A review of literature on the views of stakeholders. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2019 Aug 9 [cited 2021 Jul 18];19:286. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6688235/>
37. Goldberg H. Informed Decision Making in Maternity Care. *J Perinat Educ* [Internet]. 2009 [cited 2021 Jul 18];18(1):32–40. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2667301/>
38. Evidence-Based Maternity Care: What It Is and What It Can Achieve [Internet]. Milbank Memorial Fund. [cited 2021 Jul 18]. Available from: <https://www.milbank.org/publications/evidence-based-maternity-care-what-it-is-and-what-it-can-achieve/>
39. Fear of Childbirth - an overview | ScienceDirect Topics [Internet]. [cited 2021 Jul 18]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/fear-of-childbirth>
40. Knauer O, Martin A. *Über puerperale Psychosen ; für practische Ärzte*. Berlin: S. Karger; 1897.
41. Hofberg K, Ward MR. Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate Medical Journal* [Internet]. 2003 Sep 1 [cited 2021 Jul 18];79(935):505–10. Available from: <https://pmj.bmj.com/content/79/935/505>
42. Hofberg K, Brockington I. Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. *Br J Psychiatry*. 2000 Jan;176:83–5.
43. Nieminen K, Stephansson O, Ryding EL. Women’s fear of childbirth and preference for cesarean section – a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* [Internet]. 2009 [cited 2020 Apr 22];88(7):807–13. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1080/00016340902998436>
44. Klabbers GA. *Severe Fear of Childbirth: Its Features, Assesment, Prevalence, Determinants, Consequences and Possible Treatments*. 2016;22.
45. Lucas DN, Yentis SM, Kinsella SM, Holdcroft A, May AE, Wee M, et al. Urgency of caesarean section: a new classification. *J R Soc Med* [Internet]. 2000 Jul [cited 2021 Jul 23];93(7):346–50. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1298057/>

46. Committee Opinion No. 487: Preparing for Clinical Emergencies in Obstetrics and Gynecology. *Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 2011 Apr [cited 2021 Jul 26];117(4):1032–4. Available from: https://journals.lww.com/greenjournal/Citation/2011/04000/Committee_Opinion_No__487__Preparing_for_Clinical.43.aspx
47. Cerbinskaite A, Malone S, McDermott J, Loughney AD. Emergency Caesarean Section: Influences on the Decision-to-Delivery Interval. *Journal of Pregnancy* [Internet]. 2011 Jul 13 [cited 2021 Jul 26];2011:e640379. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/jp/2011/640379/>
48. Kawano S, Amano K, Unno N, Okutomi T. [Emergency cesarean section]. *Masui*. 2012 Sep;61(9):917–23; discussion 923-924.
49. Standards for maternity care: report of a working party. London: RCOG Press; 2008.
50. Sholapurkar SL. The Study of Practice of the Four-Category Classification of Urgency of Cesarean Sections in the United Kingdom and Essential Inferences for Practice Improvement, Consistency and Reliability. :8.
51. Thomas J, Paranjothy S, James D. National cross sectional survey to determine whether the decision to delivery interval is critical in emergency caesarean section. *BMJ* [Internet]. 2004 Mar 20 [cited 2021 Jul 26];328(7441):665. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC381217/>
52. Zhang J, Troendle J, Mikolajczyk R, Sundaram R, Beaver J, Fraser W. The natural history of the normal first stage of labor. *Obstet Gynecol*. 2010 Apr;115(4):705–10.
53. Sheiner E, Levy A, Feinstein U, Hallak M, Mazor M. Risk factors and outcome of failure to progress during the first stage of labor: a population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2002 Mar;81(3):222–6.
54. Spong CY, Berghella V, Wenstrom KD, Mercer BM, Saade GR. Preventing the First Cesarean Delivery: Summary of a Joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, and American College of Obstetricians and Gynecologists Workshop. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2012 Nov [cited 2021 Jul 26];120(5):1181–93. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3548444/>
55. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin no. 146: Management of late-term and postterm pregnancies. *Obstet Gynecol*. 2014 Aug;124(2 Pt 1):390–6.
56. Deng K, Huang Y, Wang Y, Zhu J, Mu Y, Li X, et al. Prevalence of postterm births and associated maternal risk factors in China: data from over 6 million births at health facilities between 2012 and 2016. *Sci Rep* [Internet]. 2019 Jan 22 [cited 2021 Jul 30];9:273. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6342977/>

57. World Health Organization, World Health Organization, World Health Organization Reproductive Health and Research. WHO recommendations for induction of labour. 2011.
58. Vayssière C, Haumonte J-B, Chantry A, Coatleven F, Debord MP, Gomez C, et al. Prolonged and post-term pregnancies: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013 Jul;169(1):10–6.
59. Sgayer I, Frank Wolf M. [INDUCTION OF LABOR AT 39 WEEKS OF GESTATION VERSUS EXPECTANT MANAGEMENT]. *Harefuah.* 2019 Dec;158(12):802–6.
60. Heimstad R, Skogvoll E, Mattsson L-A, Johansen OJ, Eik-Nes SH, Salvesen KA. Induction of labor or serial antenatal fetal monitoring in postterm pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2007 Mar;109(3):609–17.
61. Paterno MT, McElroy K, Regan M. Electronic Fetal Monitoring and Cesarean Birth: A Scoping Review. *Birth* [Internet]. 2016 [cited 2022 Jan 13];43(4):277–84. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/birt.12247>
62. Grimes DA, Peipert JF. Electronic fetal monitoring as a public health screening program: the arithmetic of failure. *Obstet Gynecol.* 2010 Dec;116(6):1397–400.
63. Chauhan SP, Klausner CK, Woodring TC, Sanderson M, Magann EF, Morrison JC. Intrapartum nonreassuring fetal heart rate tracing and prediction of adverse outcomes: interobserver variability. *Am J Obstet Gynecol.* 2008 Dec;199(6):623.e1-5.
64. Raouf S, Sheikhan F, Hassanpour S, Bani S, Torabi R, Shamsalizadeh N. Diagnostic Value of Non Stress Test in Latent Phase of Labor and Maternal and Fetal Outcomes. *Glob J Health Sci* [Internet]. 2015 Mar [cited 2022 Jan 13];7(2):177–82. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4796344/>
65. Kale I. Does continuous cardiotocography during labor cause excessive fetal distress diagnosis and unnecessary cesarean sections? *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* [Internet]. 2021 Apr 6 [cited 2021 Jul 30];0(0):1–6. Available from: <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1906220>
66. How common is infertility? [Internet]. <https://www.nichd.nih.gov/>. [cited 2022 Jan 13]. Available from: <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/infertility/conditioninfo/common>
67. Gillet E, Martens E, Martens G, Cammu H. Prelabour Caesarean Section following IVF/ICSI in Older-Term Nulliparous Women: Too Precious to Push? [Internet]. Vol. 2011, *Journal of Pregnancy.* Hindawi; 2011 [cited 2020 Apr 19]. p. e362518. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/jp/2011/362518/>
68. Velez MP, Hamel C, Hutton B, Gaudet L, Walker M, Thuku M, et al. Care plans for women pregnant using assisted reproductive technologies: a systematic

- review. *Reproductive Health* [Internet]. 2019 Jan 29 [cited 2022 Jan 13];16(1):9. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0667-z>
69. Lodge-Tulloch NA, Elias FTS, Pudwell J, Gaudet L, Walker M, Smith GN, et al. Caesarean section in pregnancies conceived by assisted reproductive technology: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2021 Mar 22 [cited 2021 Jul 30];21(1):244. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03711-x>
 70. Why Are Cesarean Delivery Rates Higher With IVF Pregnancies? [Internet]. [cited 2022 Jan 13]. Available from: <https://www.reliasmedia.com/articles/143444-why-are-cesarean-delivery-rates-higher-with-ivf-pregnancies>
 71. Grady R, Alavi N, Vale R, Khandwala M, McDonald SD. Elective single embryo transfer and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril*. 2012 Feb;97(2):324–31.
 72. Benzies K, Tough S, Tofflemire K, Frick C, Faber A, Newburn-Cook C. Factors influencing women’s decisions about timing of motherhood. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006 Oct;35(5):625–33.
 73. Maternal age and risk of stillbirth: a systematic review | *CMAJ* [Internet]. [cited 2022 Jan 13]. Available from: <https://www.cmaj.ca/content/178/2/165.short>
 74. Franz MB, Husslein PW. Obstetrical management of the older gravida. *Womens Health (Lond)*. 2010 May;6(3):463–8.
 75. Janoudi G, Kelly S, Yasseen A, Hamam H, Moretti F, Walker M. Factors Associated With Increased Rates of Caesarean Section in Women of Advanced Maternal Age. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* [Internet]. 2015 Jun 1 [cited 2022 Jan 13];37(6):517–26. Available from: [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(15\)30228-0/fulltext](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(15)30228-0/fulltext)
 76. “Conservatism in Obstetrics” (1916), by Edwin B. Cragin | *The Embryo Project Encyclopedia* [Internet]. [cited 2022 Jan 13]. Available from: <https://embryo.asu.edu/pages/conservatism-obstetrics-1916-edwin-b-cragin>
 77. Patel RM, Jain L. Delivery after previous cesarean: short-term perinatal outcomes. *Semin Perinatol*. 2010 Aug;34(4):272–80.
 78. Petrou S, Glazener C. The economic costs of alternative modes of delivery during the first two months postpartum: results from a Scottish observational study. *BJOG*. 2002 Feb;109(2):214–7.
 79. Mishra US, Ramanathan M. Delivery-related complications and determinants of caesarean section rates in India. *Health Policy Plan*. 2002 Mar;17(1):90–8.
 80. Roberts CL, Tracy S, Peat B. Rates for obstetric intervention among private and public patients in Australia: population based descriptive study. *BMJ*. 2000 Jul 15;321(7254):137–41.

81. The number and distribution of internists in Greece [Internet]. [cited 2021 Aug 3]. Available from:
<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:6pOY5PlkOJgJ:https://www.zougla.gr/file.ashx%3Ffid%3D2802424+&cd=3&hl=el&ct=clnk&gl=gr>
82. Ragab A, Mousbah Y, Barakat R, Zayed A, Badawy A. Re-laparotomy after caesarean deliveries: risk factors and how to avoid? *J Obstet Gynaecol*. 2015 Jan;35(1):1–3.
83. Field A, Haloob R. Complications of caesarean section. *The Obstetrician & Gynaecologist* [Internet]. 2016 [cited 2020 Apr 7];18(4):265–72. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/tog.12280>
84. Guise J-M, Denman MA, Emeis C, Marshall N, Walker M, Fu R, et al. Vaginal birth after cesarean: new insights on maternal and neonatal outcomes. *Obstet Gynecol*. 2010 Jun;115(6):1267–78.
85. Harper MA, Byington RP, Espeland MA, Naughton M, Meyer R, Lane K. Pregnancy-related death and health care services. *Obstet Gynecol*. 2003 Aug;102(2):273–8.
86. Deneux-Tharoux C, Carmona E, Bouvier-Colle M-H, Bréart G. Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2006 Sep;108(3 Pt 1):541–8.
87. Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS, et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet*. 2018 13;392(10155):1349–57.
88. I S, I S. Neonatal and Maternal Short-Term Outcome after Emergency Caesarean Section in Comparison to Elective and Second Stage Caesareans: Results of A Retrospective 10-Year Survey. [cited 2021 Aug 4]; Available from: <https://clinmedjournals.org/articles/ijwhw/international-journal-of-womens-health-and-wellness-ijwhw-4-080.php?jid=ijwhw>
89. Yang X-J, Sun S-S. Comparison of maternal and fetal complications in elective and emergency cesarean section: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2017 Sep 1 [cited 2021 Aug 4];296(3):503–12. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4445-2>
90. Tihtonen K, Nyberg R. [Long-term effects of uterine cesarean section scar]. *Duodecim*. 2014;130(5):461–8.
91. The Nordic Obstetric Surveillance Study: a study of complete uterine rupture, abnormally invasive placenta, peripartum hysterectomy, and severe blood loss at delivery - Colmorn - 2015 - *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* - Wiley Online Library [Internet]. [cited 2021 Aug 4]. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/aogs.12639>
92. Tribe RM, Taylor PD, Kelly NM, Rees D, Sandall J, Kennedy HP. Parturition and the perinatal period: can mode of delivery impact on the future health of the neonate? *The Journal of Physiology* [Internet]. 2018 [cited 2021 Aug

- 5];596(23):5709–22. Available from:
<https://physoc.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1113/JP275429>
93. Tita ATN, Landon MB, Spong CY, Lai Y, Leveno KJ, Varner MW, et al. Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. *N Engl J Med*. 2009 Jan 8;360(2):111–20.
 94. Huh SY, Rifas-Shiman SL, Zera CA, Edwards JWR, Oken E, Weiss ST, et al. Delivery by caesarean section and risk of obesity in preschool age children: a prospective cohort study. *Arch Dis Child [Internet]*. 2012 Jul [cited 2022 Jan 13];97(7):610–6. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3784307/>
 95. Vaginal Birth After Cesarean: VBAC: [Internet]. American Pregnancy Association. 2019 [cited 2021 Aug 5]. Available from:
<https://americanpregnancy.org/healthy-pregnancy/labor-and-birth/vaginal-birth-after-cesarean/>
 96. Dy J, DeMeester S, Lipworth H, Barrett J. No. 382-Trial of Labour After Caesarean. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada [Internet]*. 2019 Jul 1 [cited 2021 Aug 9];41(7):992–1011. Available from:
[https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(18\)30903-4/abstract](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(18)30903-4/abstract)
 97. Aksoy M, Aksoy AN, Dostbil A, Çelik MG, Ahıskalıoğlu A. Anaesthesia Techniques for Caesarean Operations: Retrospective Analysis of Last Decade. *Turk J Anaesthesiol Reanim [Internet]*. 2014 Jun [cited 2021 Dec 9];42(3):128–32. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4894220/>
 98. Aksoy H, Aksoy Ü, Yücel B, Özyurt SS, Açmaz G, Babayiğit MA, et al. Blood loss in elective cesarean section: is there a difference related to the type of anesthesia? A randomized prospective study. *J Turk Ger Gynecol Assoc*. 2015;16(3):158–63.
 99. Palmer E, Ciechanowicz S, Reeve A, Harris S, Wong DJN, Sultan P. Operating room-to-incision interval and neonatal outcome in emergency caesarean section: a retrospective 5-year cohort study. *Anaesthesia*. 2018 Jul;73(7):825–31.
 100. Aregawi A, Terefe T, Admasu W, Akalu L. Comparing the Effect of Spinal and General Anaesthesia for Pre-Eclamptic Mothers Who Underwent Caesarean Delivery in A Tertiary, Addis Ababa, Ethiopia. *Ethiop J Health Sci*. 2018 Jul;28(4):443–50.
 101. Iddrisu M, Khan ZH. Anesthesia for cesarean delivery: general or regional anesthesia—a systematic review. *Ain-Shams Journal of Anesthesiology [Internet]*. 2021 Jan 6 [cited 2021 Dec 9];13(1):1. Available from:
<https://doi.org/10.1186/s42077-020-00121-7>
 102. Knigin D, Avidan A, Weiniger CF. The effect of spinal hypotension and anesthesia-to-delivery time interval on neonatal outcomes in planned cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology [Internet]*. 2020 Nov 1

- [cited 2021 Dec 9];223(5):747.e1-747.e13. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002937820308334>
103. Havas F, Orhan-sungur M, Yenigun Y, Karadeniz M, Kilic M, Ozkan Seyhan T. Spinal anesthesia for elective cesarean section is associated with shorter hospital stay compared to general anesthesia. *Agri* [Internet]. 2013 [cited 2021 Dec 9];25(2):55–63. Available from:
http://www.journalagent.com/z4/download_fulltext.asp?pdire=agri&plng=tur&un=AGRI-42204
 104. Tennen H, Affleck G. Blaming others for threatening events. *Psychological Bulletin*. 1990;108(2):209–32.
 105. Tedeschi RG, Calhoun LG. *Trauma & transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; 1995. x, 163 p. (Trauma & transformation: Growing in the aftermath of suffering).
 106. Treatment (US) C for SA. *Understanding the Impact of Trauma* [Internet]. Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2014 [cited 2021 Aug 9]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207191/>
 107. Joseph S, Linley PA. Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review* [Internet]. 2006 Sep 1 [cited 2022 Jan 13];26(8):1041–53. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735805001698>
 108. What Is PTSD? [Internet]. [cited 2020 Dec 26]. Available from:
<https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd>
 109. DSM-5 [Internet]. [cited 2021 Feb 25]. Available from:
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
 110. Kilpatrick DG, Resnick HS, Milanak ME, Miller MW, Keyes KM, Friedman MJ. National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *J Trauma Stress*. 2013 Oct;26(5):537–47.
 111. Horowitz MJ. Stress-response syndromes: a review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hosp Community Psychiatry*. 1986 Mar;37(3):241–9.
 112. Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*. 1986;99(1):20–35.
 113. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*. 2000 Apr;38(4):319–45.
 114. Janoff-Bulman R. *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York, NY, US: Free Press; 1992. xii, 256 p. (Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma).

115. A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. - PsycNET [Internet]. [cited 2021 Aug 12]. Available from: <https://content.apa.org/record/1996-06397-003>
116. Reaction to trauma: A cognitive processing model - UQ eSpace [Internet]. [cited 2021 Aug 12]. Available from: <https://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:153111>
117. Treatment (US) C for SA. Exhibit 1.3-4, DSM-5 Diagnostic Criteria for PTSD [Internet]. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2014 [cited 2020 Dec 29]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207191/>
118. PTSD Basics - PTSD: National Center for PTSD [Internet]. [cited 2021 Aug 12]. Available from: https://www.ptsd.va.gov/understand/what/ptsd_basics.asp
119. How Common is PTSD in Women? - PTSD: National Center for PTSD [Internet]. [cited 2020 Dec 29]. Available from: https://www.ptsd.va.gov/understand/common/common_women.asp
120. Stein MB, Jang KL, Taylor S, Vernon PA, Livesley WJ. Genetic and environmental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: a twin study. *Am J Psychiatry*. 2002 Oct;159(10):1675–81.
121. National Intimate Partner and Sexual Violence Survey: 2010 Summary Report. 2010;124.
122. Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychol Bull*. 2006 Nov;132(6):959–92.
123. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. - PsycNET [Internet]. [cited 2021 Aug 13]. Available from: <https://content.apa.org/record/2006-20202-007>
124. Kimerling R, Weitlauf JC, Iverson KM, Karpenko JA, Jain S. Gender issues in PTSD. In: *Handbook of PTSD: Science and practice*, 2nd ed. New York, NY, US: The Guilford Press; 2014. p. 313–30.
125. Olf M, Langeland W, Draijer N, Gersons BPR. Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychol Bull*. 2007 Mar;133(2):183–204.
126. Galea S, Ahern J, Resnick H, Kilpatrick D, Bucuvalas M, Gold J, et al. Psychological sequelae of the September 11 terrorist attacks in New York City. *N Engl J Med*. 2002 Mar 28;346(13):982–7.
127. Ellinwood EH, Kilbey MM. Fundamental mechanisms underlying altered behavior following chronic administration of psychomotor stimulants. *Biol Psychiatry*. 1980 Oct;15(5):749–57.
128. Barnes CD. *Sensitization in the Nervous System*. CRC Press; 1988. 320 p.

129. Breslau N, Chilcoat HD, Kessler RC, Davis GC. Previous Exposure to Trauma and PTSD Effects of Subsequent Trauma: Results From the Detroit Area Survey of Trauma. *AJP* [Internet]. 1999 Jun 1 [cited 2021 Aug 12];156(6):902–7. Available from: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.156.6.902>
130. Gabert-Quillen CA, Irish LA, Sledjeski E, Fallon W, Spoonster E, Delahanty DL. The impact of social support on the relationship between trauma history and posttraumatic stress disorder symptoms in motor vehicle accident victims. *International Journal of Stress Management*. 2012;19(1):69–79.
131. Breslau N, Peterson EL, Schultz LR. A Second Look at Prior Trauma and the Posttraumatic Stress Disorder Effects of Subsequent Trauma: A Prospective Epidemiological Study. *Archives of General Psychiatry* [Internet]. 2008 Apr 1 [cited 2021 Aug 13];65(4):431–7. Available from: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.4.431>
132. Kessler RC, Davis CG, Kendler KS. Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med*. 1997 Sep;27(5):1101–19.
133. Brown GW, Harris TO. Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. 1. Early adversity. *Psychol Med*. 1993 Feb;23(1):143–54.
134. Schraedley PK, Turner RJ, Gotlib IH. Stability of retrospective reports in depression: traumatic events, past depressive episodes, and parental psychopathology. *J Health Soc Behav*. 2002 Sep;43(3):307–16.
135. McFarlane AC. The aetiology of post-traumatic morbidity: predisposing, precipitating and perpetuating factors. *Br J Psychiatry*. 1989 Feb;154:221–8.
136. McFarlane AC. The longitudinal course of posttraumatic morbidity. The range of outcomes and their predictors. *J Nerv Ment Dis*. 1988 Jan;176(1):30–9.
137. Inslicht SS, McCaslin SE, Metzler TJ, Henn-Haase C, Hart SL, Maguen S, et al. Family Psychiatric History, Peritraumatic Reactivity, and Posttraumatic Stress Symptoms: A Prospective Study of Police. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2010 Jan [cited 2021 Aug 12];44(1):22. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2818084/>
138. Gros DF, Flanagan JC, Korte KJ, Mills AC, Brady KT, Back SE. Relations between Social Support, PTSD Symptoms, and Substance Use in Veterans. *Psychol Addict Behav* [Internet]. 2016 Nov [cited 2021 Aug 12];30(7):764–70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5507582/>
139. Dunmore E, Clark DM, Ehlers A. A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behav Res Ther*. 2001 Sep;39(9):1063–84.
140. Bandura A. Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Review of Psychology* [Internet]. 2001 [cited 2020 Jul 10];52(1):1–26. Available from: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1>

141. Bronfenbrenner U. *Making Human Beings Human: Bioecological Perspectives on Human Development*. SAGE; 2005. 337 p.
142. Wang Y, Chung MC, Wang N, Yu X, Kenardy J. Social support and posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review* [Internet]. 2021 Apr 1 [cited 2021 Aug 18];85:101998. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735821000416>
143. Jacobsen PB, Sadler IJ, Booth-Jones M, Soety E, Weitzner MA, Fields KK. Predictors of posttraumatic stress disorder symptomatology following bone marrow transplantation for cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002;70(1):235–40.
144. Hobfoll SE. *The Ecology of Stress*. Taylor & Francis; 1988. 388 p.
145. Murray J, Ehlers A, Mayou RA. Dissociation and post-traumatic stress disorder: Two prospective studies of road traffic accident survivors. *The British Journal of Psychiatry*. 2002;180(4):363–8.
146. Johnson JG, Cohen P, Dohrenwend BP, Link BG, Brook JS. A longitudinal investigation of social causation and social selection processes involved in the association between socioeconomic status and psychiatric disorders. *Journal of Abnormal Psychology*. 1999;108(3):490–9.
147. King DW, Taft C, King LA, Hammond C, Stone ER. Directionality of the Association Between Social Support and Posttraumatic Stress Disorder: A Longitudinal Investigation1. *Journal of Applied Social Psychology* [Internet]. 2006 [cited 2021 Aug 18];36(12):2980–92. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.0021-9029.2006.00138.x>
148. Stangler RS, Printz AM. DSM-III: Psychiatric diagnosis in a university population. *The American Journal of Psychiatry*. 1980;137(8):937–40.
149. McLaughlin KA, Koenen KC, Friedman MJ, Ruscio AM, Karam EG, Shahly V, et al. Sub-threshold Post Traumatic Stress Disorder in the WHO World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2015 Feb 15 [cited 2021 Aug 18];77(4):375–84. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4194258/>
150. Carlier IV, Gersons BP. Partial posttraumatic stress disorder (PTSD): the issue of psychological scars and the occurrence of PTSD symptoms. *J Nerv Ment Dis*. 1995 Feb;183(2):107–9.
151. Weiss DS, Marmar CR, Schlenger WE, Fairbank JA, Jordan BK, Hough RL, et al. The prevalence of lifetime and partial post-traumatic stress disorder in Vietnam theater veterans. *J Trauma Stress* [Internet]. 1992 Apr 1 [cited 2022 Jan 13];5(3):365–76. Available from: <https://doi.org/10.1007/BF00977234>
152. Parson ER. Post-traumatic demoralization syndrome (PTDS). *J Contemp Psychother* [Internet]. 1990 Nov 1 [cited 2022 Jan 13];20(1):17–33. Available from: <https://doi.org/10.1007/BF00946017>

153. Mylle J, Maes M. Partial posttraumatic stress disorder revisited. *J Affect Disord.* 2004 Jan;78(1):37–48.
154. Breslau N, Lucia VC, Davis GC. Partial PTSD versus full PTSD: an empirical examination of associated impairment. *Psychol Med.* 2004 Oct;34(7):1205–14.
155. Lopez U, Meyer M, Loures V, Iselin-Chaves I, Epiney M, Kern C, et al. Post-traumatic stress disorder in parturients delivering by caesarean section and the implication of anaesthesia: a prospective cohort study. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2017 Jun 2 [cited 2020 Dec 30];15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5457569/>
156. van Driel RC, Op den Velde W. Myocardial infarction and post-traumatic stress disorder. *J Trauma Stress.* 1995 Jan;8(1):151–9.
157. Friedman MJ, Resick PA, Bryant RA, Brewin CR. Considering PTSD for DSM-5. *Depress Anxiety* [Internet]. 2011 Sep [cited 2021 Aug 18];28(9):750–69. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/da.20767>
158. Dekel S, Ein-Dor T, Berman Z, Barsoumian IS, Agarwal S, Pitman RK. Delivery mode is associated with maternal mental health following childbirth. *Arch Womens Ment Health.* 2019 Dec;22(6):817–24.
159. Menage J. Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures: A consecutive series of 30 cases of PTSD. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* [Internet]. 1993 Oct 1 [cited 2021 Aug 21];11(4):221–8. Available from: <https://doi.org/10.1080/02646839308403222>
160. Ballard CG, Stanley AK, Brockington IF. Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. *Br J Psychiatry.* 1995 Apr;166(4):525–8.
161. Ryding EL, Wijma B, Wijma K. Posttraumatic stress reactions after emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1997 Oct;76(9):856–61.
162. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Experiences of Emergency Cesarean Section: A Phenomenological Study of 53 Women. *Birth* [Internet]. 1998 [cited 2021 Aug 21];25(4):246–51. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1523-536X.1998.00246.x>
163. Benton M, Salter A, Tape N, Wilkinson C, Turnbull D. Women’s psychosocial outcomes following an emergency caesarean section: A systematic literature review. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2019 Dec 30 [cited 2021 Jan 18];19(1):535. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2687-7>
164. Orovou E, Dagla M, Iatrakis G, Lykeridou A, Tzavara C, Antoniou E. Correlation between Kind of Cesarean Section and Posttraumatic Stress Disorder in Greek Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2020 Jan [cited 2020 Mar 6];17(5):1592. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/5/1592>

165. Kealy MA, Small RE, Liamputtong P. Recovery after caesarean birth: a qualitative study of women's accounts in Victoria, Australia. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2010 Aug 18 [cited 2021 Aug 21];10:47. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2939528/>
166. Lynch CM, Kearney R, Turner MJ. Maternal morbidity after elective repeat caesarean section after two or more previous procedures. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003 Jan 10;106(1):10–3.
167. Belete H, Misgan E. Determinants of Insomnia among Mothers during Postpartum Period in Northwest Ethiopia. *Sleep Disord* [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2021 Aug 21];2019:3157637. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6463557/>
168. Ramirez de Arellano MA, Lyman DR, Jobe-Shields L, George P, Dougherty RH, Daniels AS, et al. Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy: Assessing the Evidence. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2014 May 1 [cited 2021 Dec 8];65(5):591–602. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4396183/>
169. van Emmerik AAP, Kamphuis JH, Emmelkamp PMG. Treating acute stress disorder and posttraumatic stress disorder with cognitive behavioral therapy or structured writing therapy: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom.* 2008;77(2):93–100.
170. Vesel J, Nickasch B. An Evidence Review and Model for Prevention and Treatment of Postpartum Posttraumatic Stress Disorder. *Nursing for Women's Health* [Internet]. 2015 Dec [cited 2021 Dec 8];19(6):504–25. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1751485115308424>
171. Ayers S, McKenzie-McHarg K, Eagle A. Cognitive behaviour therapy for postnatal post-traumatic stress disorder: case studies. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2007 Sep;28(3):177–84.
172. Bisson JJ, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2013 [cited 2021 Dec 8];(12). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003388.pub4/full>
173. Overview | Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance | Guidance | NICE [Internet]. NICE; [cited 2021 Dec 8]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192>
174. Shapiro F. EMDR therapy: An overview of current and future research. *European Review of Applied Psychology* [Internet]. 2012 Oct 1 [cited 2021 Dec 8];62(4):193–5. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1162908812000771>
175. *Effective Treatments for PTSD: Third Edition: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* [Internet]. Guilford Press.

- [cited 2021 Dec 8]. Available from: <https://www.guilford.com/books/Effective-Treatments-for-PTSD/Forbes-Bisson-Monson-Berliner/9781462543564>
176. Chiorino V, Cattaneo MC, Macchi EA, Salerno R, Roveraro S, Bertolucci GG, et al. The EMDR Recent Birth Trauma Protocol: a pilot randomised clinical trial after traumatic childbirth. *Psychology & Health* [Internet]. 2020 Jul 2 [cited 2021 Dec 8];35(7):795–810. Available from: <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1699088>
 177. PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) - PTSD: National Center for PTSD [Internet]. [cited 2020 Mar 6]. Available from: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>
 178. van Heumen MA, Hollander MH, van Pampus MG, van Dillen J, Stramrood CAI. Psychosocial Predictors of Postpartum Posttraumatic Stress Disorder in Women With a Traumatic Childbirth Experience. *Front Psychiatry* [Internet]. 2018 Jul 31 [cited 2021 Jan 1];9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6079202/>
 179. Using the PTSD Checklist for DSM_IV (PCL). :4.
 180. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: A Measure of Subjective Stress. *Psychosomatic Medicine* [Internet]. 1979 May [cited 2021 Aug 25];41(3):209–18. Available from: https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Abstract/1979/05000/Impact_of_Event_Scale__A_Measure_of_Subjective.4.aspx
 181. Ayers S, Wright DB, Thornton A. Development of a Measure of Postpartum PTSD: The City Birth Trauma Scale. *Front Psychiatry* [Internet]. 2018 [cited 2021 Feb 7];9. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2018.00409/full>
 182. DeMier RL, Hynan MT, Harris HB, Manniello RL. Perinatal stressors as predictors of symptoms of posttraumatic stress in mothers of infants at high risk. *J Perinatol*. 1996 Aug;16(4):276–80.
 183. Ruggiero KJ, Rheingold AA, Resnick HS, Kilpatrick DG, Galea S. Comparison of two widely used PTSD-screening instruments: Implications for public mental health planning. *J Traum Stress* [Internet]. 2006 Oct [cited 2021 Aug 29];19(5):699–707. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jts.20141>
 184. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM, Kaloupek DG, Gusman FD, Charney DS, et al. The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *J Trauma Stress*. 1995 Jan;8(1):75–90.
 185. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57.

186. Wijma K, Söderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *J Anxiety Disord.* 1997 Dec;11(6):587–97.
187. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews | *The BMJ* [Internet]. [cited 2021 Aug 30]. Available from: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71>
188. Ottawa Hospital Research Institute [Internet]. [cited 2021 Sep 7]. Available from: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp
189. Rowlands IJ, Redshaw M. Mode of birth and women’s psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2012 Nov 28 [cited 2021 Aug 31];12(1):138. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-138>
190. Tham V, Christensson K, Ryding EL. Sense of coherence and symptoms of post-traumatic stress after emergency caesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(9):1090–6.
191. Bayri Bingol F, Demirgoz Bal M. The risk factors for postpartum posttraumatic stress disorder and depression. *Perspect Psychiatr Care* [Internet]. 2020 Oct [cited 2021 Aug 28];56(4):851–7. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ppc.12501>
192. Feeley N, Hayton B, Gold I, Zerkowitz P. A comparative prospective cohort study of women following childbirth: Mothers of low birthweight infants at risk for elevated PTSD symptoms. *Journal of Psychosomatic Research* [Internet]. 2017 Oct [cited 2021 Aug 29];101:24–30. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022399917304531>
193. Mahmoodi Z, Dolatian M, Shaban Z, Shams J, Alavi-Majd H, Mirabzadeh A. Correlation between Kind of Delivery and Posttraumatic Stress Disorder. *Ann Med Health Sci Res.* 2016 Dec;6(6):356–61.
194. Modarres M, Afrasiabi S, Rahnama P, Montazeri A. Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2012 Sep 3 [cited 2021 Jan 18];12(1):88. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-88>
195. Adewuya A, Ologun Y, Ibigbami O. Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG: Int J O&G* [Internet]. 2006 Mar [cited 2021 Aug 31];113(3):284–8. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2006.00861.x>
196. Gamble J, Creedy D. Psychoiogenic trauma symiitoms of operative birth. *BRITISH JOURNAL OF MIDWIFERY.* 1(4):9.
197. Soderquist J, Wijma K, Wijma B. Traumatic Stress after Childbirth: The Role of Obstetric Variables. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 2002 Jan [cited 2021 Aug 31];23(1):31–9. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/01674820209093413>

198. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Psychological impact of emergency cesarean section in comparison with elective cesarean section, instrumental and normal vaginal delivery. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1998 Sep;19(3):135–44.
199. Psychological Birth Trauma - Birth Trauma [Internet]. [cited 2021 Sep 8]. Available from: <https://www.birthtrauma.org.au/psychological-birth-trauma/>
200. Phillips R. The Sacred Hour: Uninterrupted Skin-to-Skin Contact Immediately After Birth. *Newborn and Infant Nursing Reviews* [Internet]. 2013 Jun 1 [cited 2021 Sep 10];13(2):67–72. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1527336913000299>
201. Trauma and Shock [Internet]. <https://www.apa.org>. [cited 2021 Sep 10]. Available from: <https://www.apa.org/topics/trauma>
202. Castro NB de, Lopes MV de O, Monteiro ARM. Low Chronic Self-Esteem and Low Situational Self-Esteem: a literature review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2020 [cited 2021 Sep 11];73(1):e20180004. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000100301&tlng=en
203. McKeever VM, Huff ME. A Diathesis-Stress Model of Posttraumatic Stress Disorder: Ecological, Biological, and Residual Stress Pathways. *Review of General Psychology* [Internet]. 2003 Sep [cited 2021 Sep 11];7(3):237–50. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1037/1089-2680.7.3.237>
204. Cordova MJ, Andrykowski MA, Kenady DE, McGrath PC, Sloan DA, Redd WH. Frequency and correlates of posttraumatic-stress-disorder-like symptoms after treatment for breast cancer. *J Consult Clin Psychol*. 1995 Dec;63(6):981–6.
205. Hobfoll SE. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*. 1989;44(3):513–24.
206. Mayers A, Hambidge S, Bryant O, Arden-Close E. Supporting women who develop poor postnatal mental health: what support do fathers receive to support their partner and their own mental health? *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2020 Jun 22 [cited 2021 Jan 19];20(1):359. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03043-2>
207. Tanner Stapleton LR, Schetter CD, Westling E, Rini C, Glynn LM, Hobel CJ, et al. Perceived Partner Support in Pregnancy Predicts Lower Maternal and Infant Distress. *J Fam Psychol* [Internet]. 2012 Jun [cited 2021 Sep 11];26(3):453–63. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3992993/>
208. Hollander MH, van Hastenberg E, van Dillen J, van Pampus MG, de Miranda E, Stramrood CAI. Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women’s perceptions and views. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2017 Aug 1 [cited 2021 Sep 11];20(4):515–23. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0729-6>
209. Cukor J, Wyka K, Jayasinghe N, Difede J. The nature and course of subthreshold PTSD. *Journal of Anxiety Disorders* [Internet]. 2010 Dec 1 [cited

- 2021 Sep 11];24(8):918–23. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S088761851000143X>
210. Andersen LB, Melvaer LB, Videbech P, Lamont RF, Joergensen JS. Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* [Internet]. 2012 [cited 2020 Dec 30];91(11):1261–72. Available from:
<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0412.2012.01476.x>
211. Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5) - PTSD: National Center for PTSD [Internet]. [cited 2020 Mar 6]. Available from:
https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/te-measures/life_events_checklist.asp
212. PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) - PTSD: National Center for PTSD [Internet]. [cited 2020 Dec 29]. Available from:
<https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>
213. Gray MJ, Litz BT, Hsu JL, Lombardo TW. Psychometric Properties of the Life Events Checklist. *Assessment* [Internet]. 2004 Dec [cited 2021 Sep 15];11(4):330–41. Available from:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1073191104269954>
214. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, editors. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
215. Using the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). :5.
216. Bae H, Kim D, Koh H, Kim Y, Park JS. Psychometric Properties of the Life Events Checklist-Korean Version. *Psychiatry Investig* [Internet]. 2008 Sep 30 [cited 2021 Sep 17];5(3):163–7. Available from:
<http://www.psychiatryinvestigation.org/journal/view.php?doi=10.4306/pi.2008.5.3.163>
217. Rzeszutek M, Lis-Turlejska M, Palich H, Szumiał S. The Polish adaptation of the Life Events Checklist (LEC-5) for PTSD criteria from DSM-5. *Psychiatria Polska*. 2018;52(3):499–510.
218. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *J Trauma Stress*. 2015 Dec;28(6):489–98.
219. Wortmann JH, Jordan AH, Weathers FW, Resick PA, Dondanville KA, Hall-Clark B, et al. Psychometric analysis of the PTSD Checklist-5 (PCL-5) among treatment-seeking military service members. *Psychol Assess*. 2016 Nov;28(11):1392–403.
220. Gelaye B, Zheng Y, Medina-Mora ME, Rondon MB, Sánchez SE, Williams MA. Validity of the posttraumatic stress disorders (PTSD) checklist in pregnant

- women. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2017 May 12 [cited 2021 Jan 5];17(1):179. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1304-4>
221. Dikmen-Yildiz P, Ayers S, Phillips L. Screening for birth-related PTSD: psychometric properties of the Turkish version of the Posttraumatic Diagnostic Scale in postpartum women in Turkey. *European Journal of Psychotraumatology* [Internet]. 2017 Jan 1 [cited 2021 Jan 5];8(1):1306414. Available from: <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1306414>
 222. Orovou E, Theodoropoulou IM, Antoniou E. Psychometric properties of the Post Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) in Greek women after cesarean section. *PLOS ONE* [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 17];16(8):e0255689. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0255689>
 223. Perneger TV, Lepège A, Etter J-F. Cross-Cultural Adaptation of a Psychometric Instrument: Two Methods Compared. *Journal of Clinical Epidemiology* [Internet]. 1999 Nov 1 [cited 2021 Sep 17];52(11):1037–46. Available from: [https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(99\)00088-8/fulltext](https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(99)00088-8/fulltext)
 224. Van de Vijver F, Leung K. Methods and data analysis of comparative research. In 1997. p. 257–300.
 225. Bullinger M, Alonso J, Apolone G, Lepège A, Sullivan M, Wood-Dauphinee S, et al. Translating health status questionnaires and evaluating their quality: the IQOLA Project approach. *International Quality of Life Assessment. J Clin Epidemiol.* 1998 Nov;51(11):913–23.
 226. Back-Translation for Cross-Cultural Research - Richard W. Brislin, 1970 [Internet]. [cited 2021 Sep 17]. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/135910457000100301>
 227. Sharma SK, Mudgal SK, Thakur K, Gaur R. How to calculate sample size for observational and experimental nursing research studies? 2020;10(01):8.
 228. *Factor Analysis* [Internet]. Routledge & CRC Press. [cited 2021 Sep 19]. Available from: <https://www.routledge.com/Factor-Analysis/Gorsuch/p/book/9780898592023>
 229. Kline P. *Psychometrics and psychology*. London ; New York: Academic Press; 1979. 381 p.
 230. Phillips A. Sample size requirements for prospective studies, with examples for coronary heart disease. *Journal of Clinical Epidemiology* [Internet]. 1989 [cited 2021 Sep 21];42(7):639–48. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0895435689900073>
 231. McNutt L-A, Woolson RF. Sample Size for Prospective and Retrospective Studies: The 2 × 2 Table. *Infection Control and Hospital Epidemiology* [Internet]. 1988 Dec [cited 2021 Sep 21];9(12):562–6. Available from: <https://www.jstor.org/stable/info/10.2307/30144196>

232. O'Neil KM. Creation and Initial Validation of the Physical Educator Efficacy Scale for Teaching Lifetime Physical Activities. *Journal of Physical Activity Research* [Internet]. 2017 Jan 11 [cited 2021 Dec 9];2(1):7–14. Available from: <http://pubs.sciepub.com/jpar/2/1/2/index.html>
233. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. 4th edition. Boston, MA: Allyn & Bacon; 2000. 966 p.
234. Gorsuch RL. Exploratory Factor Analysis: Its Role in Item Analysis. *Journal of Personality Assessment* [Internet]. 1997 Jun 1 [cited 2021 Dec 6];68(3):532–60. Available from: https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6803_5
235. Jöreskog KG. Factor analysis by least squares and maximum likelihood methods. In Wiley, New York; 1977 [cited 2021 Feb 7]. Available from: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:uu:diva-22118>
236. Επιστημονική Επετηρίδα - Τόμος 08 [Internet]. Ψ.Ε.Β.Ε. [cited 2021 Dec 6]. Available from: <https://pseve.org/publications/yearbook/yearbook-volume-08/>
237. van Prooijen J-W, van der Kloot WA. Confirmatory Analysis of Exploratively Obtained Factor Structures. *Educational and Psychological Measurement* [Internet]. 2001 Oct 1 [cited 2021 Feb 7];61(5):777–92. Available from: <https://doi.org/10.1177/00131640121971518>
238. Galanaki EP, Mylonas K, Vogiatzoglou PS. Evaluating voluntary aloneness in childhood: Initial validation of the Children's Solitude Scale. *European Journal of Developmental Psychology* [Internet]. 2015 Nov 2 [cited 2021 Feb 7];12(6):688–700. Available from: <https://doi.org/10.1080/17405629.2015.1071253>
239. Weathers FW, Keane TM, Davidson JRT. Clinician-administered PTSD scale: A review of the first ten years of research. *Depression and Anxiety* [Internet]. 2001 [cited 2021 Dec 6];13(3):132–56. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/da.1029>
240. Contractor AA, Weiss NH, Natesan Batley P, Elhai JD. Clusters of trauma types as measured by the Life Events Checklist for DSM–5. *International Journal of Stress Management*. 2020;27(4):380–93.
241. Yumpu.com. TU Tabachnick, BG, and Fidell, LS, 1989. *Using Multivariate Statistics* [Internet]. yumpu.com. [cited 2021 Dec 7]. Available from: <https://www.yumpu.com/en/document/view/17391799/tu-tabachnick-bg-and-fidell-ls-1989-using-multivariate-statistics>
242. Horsch A, Vial Y, Favrod C, Harari MM, Blackwell SE, Watson P, et al. Reducing intrusive traumatic memories after emergency caesarean section: A proof-of-principle randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy* [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2021 Oct 10];94:36–47. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005796717300670>
243. Martínez-Vázquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Martínez-Galiano JM. Factors Associated with Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder

- (PTSD) Following Obstetric Violence: A Cross-Sectional Study. *Journal of Personalized Medicine* [Internet]. 2021 May [cited 2021 Oct 15];11(5):338. Available from: <https://www.mdpi.com/2075-4426/11/5/338>
244. Srkalović Imširagić A, Begić D, Šimičević L, Bajić Ž. Prediction of posttraumatic stress disorder symptomatology after childbirth - A Croatian longitudinal study. *Women Birth*. 2017 Feb;30(1):e17–23.
245. Ertan D, Hingray C, Burlacu E, Sterlé A, El-Hage W. Post-traumatic stress disorder following childbirth. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2021 Mar 16 [cited 2021 Oct 15];21(1):155. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03158-6>
246. Dekel S, Stuebe C, Dishy G. Childbirth Induced Posttraumatic Stress Syndrome: A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors. *Front Psychol* [Internet]. 2017 Apr 11 [cited 2020 Dec 31];8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5387093/>
247. Zlotnick C, Franklin CL, Zimmerman M. Does “subthreshold” posttraumatic stress disorder have any clinical relevance? *Comprehensive Psychiatry*. 2002;43(6):413–9.
248. Liu Y, Zhang L, Guo N, Jiang H. Postpartum depression and postpartum post-traumatic stress disorder: prevalence and associated factors. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2021 Oct 5 [cited 2021 Oct 16];21(1):487. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03432-7>
249. Söderquist J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* [Internet]. 2009 [cited 2021 Jan 2];116(5):672–80. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-0528.2008.02083.x>
250. Khoramroudi R. The prevalence of posttraumatic stress disorder during pregnancy and postpartum period. *J Family Med Prim Care* [Internet]. 2018 [cited 2021 Oct 16];7(1):220–3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5958573/>
251. Martínez-Vazquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Delgado-Rodríguez M, Martínez-Galiano JM. Long-Term High Risk of Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and Associated Factors. *Journal of Clinical Medicine* [Internet]. 2021 Jan [cited 2021 Oct 16];10(3):488. Available from: <https://www.mdpi.com/2077-0383/10/3/488>
252. Hoedjes M, Berks D, Vogel I, Franx A, Visser W, Duvetkot JJ, et al. Symptoms of post-traumatic stress after preeclampsia. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 2011 Sep 1 [cited 2021 Oct 17];32(3):126–34. Available from: <https://doi.org/10.3109/0167482X.2011.599460>

253. Abedian Z, Soltani N, Mokhber N, Esmaily H. Comparing Post-Traumatic Stress Disorder in Primiparous and Multiparous Women with Preeclampsia. :6.
254. van Steijn ME, Scheepstra KWF, Zaat TR, van Rooijen DE, Stramrood CAI, Dijkman LM, et al. Severe postpartum hemorrhage increases risk of posttraumatic stress disorder: a prospective cohort study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2020 Mar 17;1–11.
255. Lu MC, Fridman M, Korst LM, Gregory KD, Reyes C, Hobel CJ, et al. Variations in the incidence of postpartum hemorrhage across hospitals in California. *Matern Child Health J*. 2005 Sep;9(3):297–306.
256. Sentilhes L, Gromez A, Clavier E, Resch B, Descamps P, Marpeau L. Long-term psychological impact of severe postpartum hemorrhage. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011 Jun;90(6):615–20.
257. Dunning T, Harris JM, Sandall J. Women and their birth partners' experiences following a primary postpartum haemorrhage: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2016 Apr 18 [cited 2021 Oct 18];16(1):80. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0870-7>
258. Zaat TR, van Steijn ME, de Haan-Jebbink JM, Olf M, Stramrood CAI, van Pampus MG. Posttraumatic stress disorder related to postpartum haemorrhage: A systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* [Internet]. 2018 Jun [cited 2021 Oct 18];225:214–20. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0301211518301702>
259. Vadini F, Tracanna E, Polilli E, Tontodonati M, Ricci E, Santilli F, et al. Post-traumatic stress in pregnant women with primary cytomegalovirus infection and risk of congenital infection in newborns. *BJPsych Open* [Internet]. 2016 Nov 24 [cited 2021 Dec 30];2(6):373–6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5422111/>
260. Misund AR, Nerdrum P, Bråten S, Pripp AH, Diseth TH. Long-term risk of mental health problems in women experiencing preterm birth: a longitudinal study of 29 mothers. *Ann Gen Psychiatry*. 2013 Oct 31;12(1):33.
261. Brunson E, Thierry A, Ligier F, Vulliez-Coady L, Novo A, Rolland A-C, et al. Prevalences and predictive factors of maternal trauma through 18 months after premature birth: A longitudinal, observational and descriptive study. *PLOS ONE* [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 30];16(2):e0246758. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0246758>
262. Schneider DA. Birthing Failures: Childbirth as a Female Fault Line. *J Perinat Educ* [Internet]. 2018 [cited 2021 Oct 18];27(1):20–31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6386786/>
263. Kitzinger S. *Birth Crisis*. London: Routledge; 2006. 160 p.
264. Olieman RM, Siemonsma F, Bartens MA, Garthus-Niegel S, Scheele F, Honig A. The effect of an elective cesarean section on maternal request on peripartum

- anxiety and depression in women with childbirth fear: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2017 Jun 19 [cited 2021 Dec 29];17(1):195. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1371-z>
265. Möller L, Josefsson A, Bladh M, Lilliecreutz C, Andolf E, Sydsjö G. Mental health after first childbirth in women requesting a caesarean section; a retrospective register-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2017 Sep 29 [cited 2021 Dec 29];17(1):326. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1514-2>
 266. Garthus-Niegel S, von Soest T, Knoph C, Simonsen TB, Torgersen L, Eberhard-Gran M. The influence of women's preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: a population-based, longitudinal study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2014 Jun 5 [cited 2021 Jan 3];14(1):191. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-191>
 267. Kok N, Ruiter L, Hof M, Ravelli A, Mol B, Pajkrt E, et al. Risk of maternal and neonatal complications in subsequent pregnancy after planned caesarean section in a first birth, compared with emergency caesarean section: a nationwide comparative cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* [Internet]. 2014 [cited 2021 Oct 18];121(2):216–23. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1471-0528.12483>
 268. Türkmen H, Yalniz Dilcen H, Akin B. The Effect of Labor Comfort on Traumatic Childbirth Perception, Post-Traumatic Stress Disorder, and Breastfeeding. *Breastfeeding Medicine* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2021 Oct 20];15(12):779–88. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/bfm.2020.0138>
 269. Garthus-Niegel S, Horsch A, Ayers S, Junge-Hoffmeister J, Weidner K, Eberhard-Gran M. The influence of postpartum PTSD on breastfeeding: A longitudinal population-based study. *Birth*. 2018 Jun;45(2):193–201.
 270. Beck CT. A metaethnography of traumatic childbirth and its aftermath: amplifying causal looping. *Qual Health Res*. 2011 Mar;21(3):301–11.
 271. Elmir R, Schmied V, Wilkes L, Jackson D. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *J Adv Nurs*. 2010 Oct;66(10):2142–53.
 272. Beck CT, Watson S. Impact of birth trauma on breast-feeding: a tale of two pathways. *Nurs Res*. 2008 Aug;57(4):228–36.
 273. Klein M, Vanderbilt D, Kendall-Tackett K. PTSD and Breastfeeding: Let It Flow. *ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition* [Internet]. 2014 Aug 1 [cited 2021 Jan 19];6(4):211–5. Available from: <https://doi.org/10.1177/1941406414541665>
 274. Aftyka A, Rybojad B, Rozalska-Walaszek I, Rzońca P, Humeniuk E. Post-traumatic stress disorder in parents of children hospitalized in the neonatal

- intensive care unit (NICU): medical and demographic risk factors. *Psychiatr Danub*. 2014 Dec;26(4):347–52.
275. Aftyka A, Rybojad B, Rosa W, Wróbel A, Karakula-Juchnowicz H. Risk factors for the development of post-traumatic stress disorder and coping strategies in mothers and fathers following infant hospitalisation in the neonatal intensive care unit. *J Clin Nurs*. 2017 Dec;26(23–24):4436–45.
276. Vanderbilt D, Bushley T, Young R, Frank DA. Acute posttraumatic stress symptoms among urban mothers with newborns in the neonatal intensive care unit: a preliminary study. *J Dev Behav Pediatr*. 2009 Feb;30(1):50–6.
277. Malin KJ, Johnson TS, McAndrew S, Westerdahl J, Leuthner J, Lagatta J. Infant illness severity and perinatal post-traumatic stress disorder after discharge from the neonatal intensive care unit. *Early Human Development* [Internet]. 2020 Jan [cited 2021 Oct 21];140:104930. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0378378219303676>
278. Sabnis A, Fojo S, Nayak SS, Lopez E, Tarn DM, Zeltzer L. Reducing parental trauma and stress in neonatal intensive care: systematic review and meta-analysis of hospital interventions. *J Perinatol* [Internet]. 2019 Mar [cited 2021 Oct 21];39(3):375–86. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41372-018-0310-9>
279. Garthus-Niegel S, Ayers S, Martini J, von Soest T, Eberhard-Gran M. The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: a population-based, 2-year follow-up study. *Psychol Med*. 2017 Jan;47(1):161–70.
280. Huhtala M, Korja R, Lehtonen L, Haataja L, Lapinleimu H, Rautava P, et al. Associations between parental psychological well-being and socio-emotional development in 5-year-old preterm children. *Early Hum Dev*. 2014 Mar;90(3):119–24.
281. Barthel D, Göbel A, Barkmann C, Helle N, Bindt C. Does Birth-Related Trauma Last? Prevalence and Risk Factors for Posttraumatic Stress in Mothers and Fathers of VLBW Preterm and Term Born Children 5 Years After Birth. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 21];11:1466. Available from: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2020.575429>
282. Broad Dispositions, Broad Aspirations: The Intersection of Personality Traits and Major Life Goals - Brent W. Roberts, Richard W. Robins, 2000 [Internet]. [cited 2021 Oct 27]. Available from: https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0146167200262009?casa_token=UN8UINVw9o0AAAAA:BeKDoCyT26Qm19UxbAdUKme22C_h9cyKJ9cxR2u5RPeOV0I9n-WaorkbGcCxmIrK9HNUW45sucuHA
283. Taylor BL, Billings J, Morant N, Bick D, Johnson S. Experiences of how services supporting women with perinatal mental health difficulties work with their families: a qualitative study in England. *BMJ Open* [Internet]. 2019 Jul 1

- [cited 2021 Oct 27];9(7):e030208. Available from:
<https://bmjopen.bmj.com/content/9/7/e030208>
284. Misri S, Kostaras X, Fox D, Kostaras D. The Impact of Partner Support in the Treatment of Postpartum Depression. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2000 Sep 1;45:554–8.
285. Saligheh M, Rooney RM, McNamara B, Kane RT. The relationship between postnatal depression, sociodemographic factors, levels of partner support, and levels of physical activity. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 2014 [cited 2021 Oct 6];5:597. Available from:
<https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2014.00597>
286. Pilkington PD, Rominov H, Milne LC, Giallo R, Whelan TA. Partners to Parents: development of an online intervention for enhancing partner support and preventing perinatal depression and anxiety. *Advances in Mental Health* [Internet]. 2017 Jan 2 [cited 2021 Oct 27];15(1):42–57. Available from:
<https://doi.org/10.1080/18387357.2016.1173517>
287. Vogel TM, Homitsky S. Antepartum and intrapartum risk factors and the impact of PTSD on mother and child. *BJA Education* [Internet]. 2020 Mar [cited 2021 Oct 27];20(3):89–95. Available from:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2058534919301775>
288. Hauff NJ, Fry-McComish J, Chiodo LM. Cumulative trauma and partner conflict predict post-traumatic stress disorder in postpartum African-American women. *Journal of Clinical Nursing* [Internet]. 2017 [cited 2021 Oct 27];26(15–16):2372–83. Available from:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.13421>
289. Whisman MA. Relationship discord and the prevalence, incidence, and treatment of psychopathology. *Journal of Social and Personal Relationships* [Internet]. 2013 Mar 1 [cited 2021 Oct 28];30(2):163–70. Available from:
<https://doi.org/10.1177/0265407512455269>
290. Redshaw M, Martin C. The couple relationship before and during transition to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* [Internet]. 2014 Mar 15 [cited 2021 Oct 28];32(2):109–11. Available from:
<https://doi.org/10.1080/02646838.2014.896146>
291. Horsch A, Ayers S. Chapter 39 - Childbirth and Stress. In: Fink G, editor. *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior* [Internet]. San Diego: Academic Press; 2016 [cited 2021 Oct 28]. p. 325–30. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128009512000406>
292. Campbell SB, Renshaw KD. PTSD symptoms, disclosure, and relationship distress: Explorations of mediation and associations over time. *Journal of Anxiety Disorders* [Internet]. 2013 Jun 1 [cited 2021 Oct 28];27(5):494–502. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S088761851300131X>

293. Desmarais SL, Pritchard A, Lowder EM, Janssen PA. Intimate partner abuse before and during pregnancy as risk factors for postpartum mental health problems. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2014 Apr 7 [cited 2021 Oct 28];14(1):132. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-132>
294. Olff M. Bonding after trauma: on the role of social support and the oxytocin system in traumatic stress. *European Journal of Psychotraumatology* [Internet]. 2012 Dec 1 [cited 2021 Oct 28];3(1):18597. Available from: <https://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.18597>
295. Johansen SL, Stenhaug BA, Robakis TK, Williams KE, Cullen MR. Past Psychiatric Conditions as Risk Factors for Postpartum Depression: A Nationwide Cohort Study. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2020 Jan 21 [cited 2021 Oct 28];81(1):0–0. Available from: <https://www.psychiatrist.com/jcp/eating/risk-factors-for-postpartum-depression/>
296. Zaers S, Waschke M, Ehlert U. Depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder in women after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 2008 Jan 1 [cited 2021 Oct 28];29(1):61–71. Available from: <https://doi.org/10.1080/01674820701804324>
297. Slade P. Towards a conceptual framework for understanding post-traumatic stress symptoms following childbirth and implications for further research. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2006 Jun;27(2):99–105.
298. Maggioni C, Margola D, Filippi F. PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* [Internet]. 2006 Jan 1 [cited 2021 Oct 28];27(2):81–90. Available from: <https://doi.org/10.1080/01674820600712875>
299. Lev-Wiesel R, Chen R, Daphna-Tekoah S, Hod M. Past Traumatic Events: Are They a Risk Factor for High-Risk Pregnancy, Delivery Complications, and Postpartum Posttraumatic Symptoms? *Journal of Women's Health* [Internet]. 2009 Jan 1 [cited 2021 Oct 28];18(1):119–25. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jwh.2008.0774>
300. Olde E, van der Hart O, Kleber R, van Son M. Posttraumatic stress following childbirth: A review. *Clinical Psychology Review* [Internet]. 2006 Jan 1 [cited 2021 Oct 28];26(1):1–16. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735805000991>
301. Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine* [Internet]. 2016 Apr [cited 2020 Dec 30];46(6):1121–34. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/aetiology-of-posttraumatic-stress-following-childbirth-a-metaanalysis-and-theoretical-framework/10D8B61EB50E47820CEF4053800D0BE3>
302. S. Hairston I, E. Handelzalts J, Assis C, Kovo M. Postpartum Bonding Difficulties and Adult Attachment Styles: The Mediating Role of Postpartum

- Depression and Childbirth-Related Ptsd. *Infant Mental Health Journal* [Internet]. 2018 [cited 2021 Oct 28];39(2):198–208. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/imhj.21695>
303. Asmundson GJ, Norton GR, Allardings MD, Norton PJ, Larsen DK. Posttraumatic stress disorder and work-related injury. *J Anxiety Disord*. 1998 Feb;12(1):57–69.
304. Seng JS, Sperlich M, Low LK, Ronis DL, Muzik M, Liberzon I. Childhood abuse history, posttraumatic stress disorder, postpartum mental health and bonding: A prospective cohort study. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2013 [cited 2021 Nov 1];58(1):57–68. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3564506/>
305. Beydoun HA, Al-Sahab B, Beydoun MA, Tamim H. Intimate partner violence as a risk factor for postpartum depression among Canadian women in the Maternity Experience Survey. *Ann Epidemiol* [Internet]. 2010 Aug [cited 2021 Nov 1];20(8):575–83. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4179881/>
306. Paulson JL. Intimate Partner Violence and Perinatal Post-Traumatic Stress and Depression Symptoms: A Systematic Review of Findings in Longitudinal Studies. *Trauma, Violence, & Abuse* [Internet]. 2020 Nov 28 [cited 2021 Nov 1];1524838020976098. Available from: <https://doi.org/10.1177/1524838020976098>
307. Gankanda WI, Gunathilake IAGMP, Kahawala NL, Ranaweera AKP. Prevalence and associated factors of post-traumatic stress disorder (PTSD) among a cohort of Srilankan post-partum mothers: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet]. 2021 Sep 17 [cited 2021 Nov 1];21(1):626. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04058-z>
308. Wosu AC, Gelaye B, Williams MA. Childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder among pregnant and postpartum women: Review of the literature. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2015 Feb [cited 2021 Nov 1];18(1):61–72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4308508/>
309. Chivers-Wilson KA. Sexual assault and posttraumatic stress disorder: A review of the biological, psychological and sociological factors and treatments. *McGill J Med* [Internet]. 2006 Jul [cited 2021 Nov 1];9(2):111–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2323517/>
310. Dworkin ER, Jaffe AE, Bedard-Gilligan M, Fitzpatrick S. PTSD in the Year Following Sexual Assault: A Meta-Analysis of Prospective Studies. *Trauma, Violence, & Abuse* [Internet]. 2021 Jul 19 [cited 2021 Nov 1];15248380211032212. Available from: <https://doi.org/10.1177/15248380211032213>
311. When Sexual Abuse Survivors Give Birth [Internet]. *Focus for Health*. 2020 [cited 2021 Nov 1]. Available from: <https://www.focusforhealth.org/when-sexual-abuse-survivors-give-birth/>

312. Bowler RM, Mergler D, Huel G, Cone JE. Psychological, psychosocial, and psychophysiological sequelae in a community affected by a railroad chemical disaster. *J Trauma Stress*. 1994 Oct;7(4):601–24.
313. Almoshmosh N. The role of war trauma survivors in managing their own mental conditions, Syria civil war as an example. *Avicenna J Med* [Internet]. 2016 [cited 2021 Nov 3];6(2):54–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4849190/>
314. Hoppen TH, Morina N. The prevalence of PTSD and major depression in the global population of adult war survivors: a meta-analytically informed estimate in absolute numbers. *European Journal of Psychotraumatology* [Internet]. 2019 Dec 31 [cited 2021 Nov 3];10(1):1578637. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20008198.2019.1578637>
315. Johnson H, Thompson A. The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: A review. *Clinical Psychology Review* [Internet]. 2008 Jan 1 [cited 2021 Nov 3];28(1):36–47. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735807000426>
316. How Common is PTSD in Veterans? - PTSD: National Center for PTSD [Internet]. [cited 2021 Nov 3]. Available from: https://www.ptsd.va.gov/understand/common/common_veterans.asp
317. Schoenleber M, Milanak ME, Schuld E, Berenbaum H. Rating Procedures for Improving Identification of Exposure to Potentially Traumatic Events When Using Checklist Measures. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* [Internet]. 2018 Nov 26 [cited 2021 Nov 4];27(10):1090–109. Available from: <https://doi.org/10.1080/10926771.2018.1485809>
318. Soet JE, Brack GA, DiIorio C. Prevalence and Predictors of Women's Experience of Psychological Trauma During Childbirth. *Birth* [Internet]. 2003 [cited 2020 Dec 31];30(1):36–46. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1523-536X.2003.00215.x>
319. PhD RSL. *Stress and Emotion: A New Synthesis*. Springer Publishing Company; 2006. 357 p.
320. O'Donovan A, Alcorn KL, Patrick JC, Creed DK, Dawe S, Devilly GJ. Predicting posttraumatic stress disorder after childbirth. *Midwifery*. 2014 Aug;30(8):935–41.
321. Wiklund I, Edman G, Ryding E-L, Andolf E. Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. *BJOG*. 2008 Feb;115(3):324–31.
322. Lobel M, DeLuca RS. Psychosocial sequelae of cesarean delivery: Review and analysis of their causes and implications. *Social Science & Medicine* [Internet]. 2007 Jun 1 [cited 2021 Nov 4];64(11):2272–84. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953607000779>

323. Roberts AL, Dohrenwend BP, Aiello A, Wright RJ, Maercker A, Galea S, et al. The stressor criterion for posttraumatic stress disorder: Does it matter? *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2012 Feb [cited 2021 Nov 22];73(2):e264–70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3687542/>
324. Schauburger CW, Chauhan SP. Emergency cesarean section and the 30-minute rule: definitions. *Am J Perinatol*. 2009 Mar;26(3):221–6.
325. Holmes SC, Facemire VC, DaFonseca AM. Expanding criterion a for posttraumatic stress disorder: Considering the deleterious impact of oppression. *Traumatology* [Internet]. 2016 [cited 2021 Nov 22];22(4):314–21. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/trm0000104>
326. Kilpatrick DG, Resnick HS, Acierno R. Should PTSD Criterion A be retained? *Journal of Traumatic Stress* [Internet]. 2009 [cited 2021 Nov 22];22(5):374–83. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jts.20436>
327. Ayers S, Wright DB, Thornton A. Development of a Measure of Postpartum PTSD: The City Birth Trauma Scale. *Front Psychiatry* [Internet]. 2018 Sep 18 [cited 2021 Jan 5];9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6153962/>
328. Schwab W, Marth C, Bergant AM. Post-traumatic Stress Disorder Post Partum: The Impact of Birth on the Prevalence of Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) in Multiparous Women. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2012 Jan;72(1):56–63.
329. Sentilhes L, Maillard F, Brun S, Madar H, Merlot B, Goffinet F, et al. Risk factors for chronic post-traumatic stress disorder development one year after vaginal delivery: a prospective, observational study. *Sci Rep*. 2017 Aug 18;7(1):8724.
330. Search Results | psychiatry.org [Internet]. [cited 2021 Dec 12]. Available from: <https://www.psychiatry.org/home/search-results?k=ptsd>
331. Kendell RE. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed., revised (DSM-III-R). *AJP* [Internet]. 1988 Oct 1 [cited 2021 Dec 12];145(10):1301–2. Available from: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.145.10.1301>
332. PTSD History and Overview - PTSD: National Center for PTSD [Internet]. [cited 2020 Mar 6]. Available from: https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/essentials/history_ptsd.asp#one
333. Strengths and Disadvantages of Cohort Studies [Internet]. [cited 2021 Nov 29]. Available from: <https://sphweb.bumc.bu.edu/otlt/MPH-Modules/PH717-QuantCore/PH717-Module4-Cohort-RCT/PH717-Module4-Cohort-RCT6.html>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΦΟΡΜΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΛΕΧΩΝΑΣ						
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ						
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ						
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΕΓΓΑΜΗ	ΑΡΡΑΒΩΝΙΑ ΣΜΕΝΗ	ΣΕ ΣΧΕΣΗ	ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΗ	ΕΛΕΥΘΕΡΗ	
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΔΗΜΟΤΙ ΚΟ	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	ΛΥΚΕΙΟ	ΠΑΝΕΠΙ- ΣΤΗΜΙΟ	MSc	PhD
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ						
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΧΑΜΗΛΗ	ΜΕΣΑΙΑ		ΥΨΗΛΗ		
ΘΡΗΣΚΕΥΜΑ						
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ						
ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΑ						
ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΤΟΚΕΤΩΝ						
ΕΙΔΟΣ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΤΟΚΕΤΩΝ						
ΕΙΔΟΣ ΣΥΛΛΗΨΗΣ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ		ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ			
ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ						
ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΚΥΗΣΗΣ						
ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΚΥΗΣΗΣ ΠΟΥ ΕΓΙΝΕ Η ΚΤ				ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ		
ΑΙΤΙΑ ΚΤ						

ΘΗΛΑΣΜΟΣ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΝΕΟΓΝΟΥ ΣΕ ΜΕΝΝ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΟΙΚΕΙΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Ο ΤΡΟΠΟΣ ΠΟΥ ΓΕΝΝΗΣΑΤΕ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΘΗΚΕ ΣΤΙΣ ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ ΣΑΣ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ
ΒΙΩΣΑΤΕ ΤΗΝ ΚΤ ΩΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ;	ΝΑΙ	ΟΧΙ

ΚΛΙΜΑΚΑ ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ ΖΩΗΣ - LIFE EVENTS CHECKLIST (LEC-5)

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΩΝ ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ ΖΩΗΣ

ΟΔΗΓΙΕΣ : Η παρακάτω λίστα περιλαμβάνει μια σειρά από τραυματικά γεγονότα που μπορεί να συμβούν στους ανθρώπους. Για κάθε συμβάν, επιλέξτε στη δεξιά πλευρά ένα ή περισσότερα κουτιά, για να δείξετε: α) εάν συνέβη σε σας προσωπικά, β) εάν υπήρξατε μάρτυρας ενός γεγονότος που συνέβη σε κάποιον άλλον, γ) εάν πληροφορηθήκατε ότι συνέβη σε κάποιο μέλος της οικογένειάς σας ή σε κάποιο στενό σας φιλικό πρόσωπο, δ) εάν το γεγονός αφορούσε μέρος της δουλειάς σας (σε υψηλού κινδύνου επαγγέλματα), ε) εάν δεν είστε σίγουροι τι από όλα σας ταιριάζει, στ) εάν δεν ισχύει τίποτα από αυτά.

Σκεφτείτε προσεκτικά ολόκληρη τη ζωή σας (από παιδί μέχρι ενήλικας), καθώς εξετάζετε τη λίστα των γεγονότων.

Γεγονός	Συνέβη σε μένα	Υπήρξα αυτόπτης μάρτυρας	Συνέβη σε άλλον	Μέρος της δουλειάς μου	Δεν είμαι σίγουρη	Δεν ισχύει τίποτα
1. Φυσική καταστροφή (πχ πλημμύρα, τυφώνας, σεισμός)						
2. Φωτιά ή έκρηξη						
3. Ατύχημα με κάποιο μεταφορικό μέσο(τρένο, πλοίο, αυτοκίνητο)						
4. Σοβαρό ατύχημα στη δουλειά, στο σπίτι ή κατά τη διάρκεια ψυχαγωγικής δραστηριότητας						
5. Έκθεση σε τοξικές ουσίες (πχ επικίνδυνα χημικά, ραδιενέργεια)						
6. Επίθεση μέσω χτυπήματος ή ξυλοδαρμού.						

7. Επίθεση με φονικό μέσο ή απειλή με αυτό (πχ όπλο, μαχαίρι, βόμβα)						
8. Σεξουαλική επίθεση (βιασμός, απόπειρα βιασμού ή απειλή σωματικής βλάβης)						
9. Άλλου είδους ανεπιθύμητη ή δυσάρεστη σεξουαλική εμπειρία						
10. Έκθεση σε εμπόλεμη ζώνη (ως στρατιώτης ή πολίτης)						
11. Αιχμαλωσία (πχ απαγωγή, ομηρία, αιχμάλωτος πολέμου)						
12. Απειλητική για τη ζωή ασθένεια ή τραυματισμός						
13. Σοβαρός ανθρωπίνος πόνος						
14. Βίαιος θάνατος (πχ φόνος, αυτοκτονία)						
15. Αιφνίδιος θάνατος						
16. Σοβαρός τραυματισμός, βαριά σωματική βλάβη ή θάνατος που μπορεί να προκαλέσατε σε κάποιον						
17. Κάποιο άλλο τραυματικό γεγονός ή εμπειρία						

ΑΡΧΙΚΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ Α ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

A. Αν έχετε επιλέξει μόνο ένα από τα προηγούμενα 17 γεγονότα, περιγράψτε συνοπτικά ποιο είναι αυτό το γεγονός:

B. Αν είχατε την εμπειρία περισσότερων του ενός γεγονότος, σκεφτείτε καλά ποιο ήταν το χειρότερο που σας συνέβη από το προηγούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο σήμερα σας ενοχλεί περισσότερο. Αν το γεγονός ήταν μόνο ένα, χρησιμοποιείστε αυτό ως χειρότερο γεγονός. Παρακαλώ, απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις σε σχέση με το χειρότερο γεγονός που συνέβη στη ζωή σας και επιλέξτε αυτές που ισχύουν.

Περιγράψτε συνοπτικά πιο είναι αυτό το γεγονός (πχ, τι συνέβη, ποιος ενεπλάκη, κλπ.)

Πόσο καιρό πριν συνέβη _____ (αν δεν είστε σίγουρη εκτιμήστε περίπου)

Πως το βιώσατε;

_____ Συνέβη σε εμένα προσωπικά

_____ Ήμουν μάρτυρας

_____ Πληροφορήθηκα ότι συνέβη σε κάποιο συγγενικό ή φιλικό μου πρόσωπο.

_____ Αποτελούσε μέρος της δουλείας μου

_____ Κάτι άλλο. Παρακαλώ περιγράψτε

Τέθηκε η ζωή κάποιου σε κίνδυνο;

_____ Ναι, η δική μου ζωή

_____ Ναι, η ζωή κάποιου άλλου

_____ Όχι

Υπήρξε κάποιος σοβαρά τραυματισμένος ή σκοτώθηκε;

_____ Ναι, υπήρξα σοβαρά τραυματισμένη

_____ Ναι, υπήρξε κάποιος σοβαρά τραυματισμένος ή σκοτωμένος

_____ Όχι

Περιελάμβανε σεξουαλική βία; _____ Ναι _____ Όχι

Αν στο γεγονός υπήρξε θάνατος συγγενικού ή στενού φιλικού προσώπου, συνέβη ως επακόλουθο ατυχήματος, βίας ή φυσικών αιτιών;

_____ Ατύχημα ή βία

_____ Φυσικά αίτια

_____ Δεν υπήρξε θάνατος συγγενικού ή φιλικού προσώπου

Πόσες φορές συνολικά έχετε βιώσει μια παρόμοια στρεσογόνο εμπειρία ή σχεδόν στρεσογόνο, με αυτή που περιγράφετε παραπάνω;

_____ Μόνο μία φορά

_____ Περισσότερες από μία (Παρακαλώ προσδιορίστε τον ακριβή αριθμό των εμπειριών που είχατε _____)

ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΟ ΚΡΙΤΗΡΙΟ Α ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΜΕΝΟ ΓΙΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΕΣ ΤΟΜΕΣ

ΚΡΙΤΗΡΙΟ Α

Κατά τη διάρκεια της Καισαρικής Τομής, νιώσατε πως τέθηκε η ζωή σας ή η ζωή του παιδιού σας σε κίνδυνο;

_____ Ναι, η δική μου ζωή

_____ Ναι, η ζωή του παιδιού μου

_____ Όχι

Υπήρξε κάποια σοβαρή επιπλοκή στην υγείας σας ή στην υγείας του παιδιού σας;

_____ Ναι, είχα σοβαρές επιπλοκές

_____ Ναι, το παιδί μου εμφάνισε σοβαρές επιπλοκές

_____ Όχι

Πόσες φορές συνολικά έχετε βιώσει μια παρόμοια στρεσογόνο εμπειρία ή σχεδόν στρεσογόνο, με αυτή που περιγράφετε παραπάνω;

_____ Μόνο μία φορά

_____ Περισσότερες από μία (Παρακαλώ προσδιορίστε τον ακριβή αριθμό των εμπειριών που είχατε _____)

ΤΕΛΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ - POSTTRAUMATIC STRESS CHECKLIST (PCL-5)

ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ

ΟΔΗΓΙΕΣ : Παρακάτω δίνεται μία λίστα από προβλήματα και συμπτώματα που μπορεί να παρουσιάσουν κάποιοι άνθρωποι ως συνέπεια τραυματικών εμπειριών της ζωής τους. Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά την κάθε πρόταση και κυκλώστε το αντίστοιχο νούμερο ανάλογα με το πόσο συχνά σας ενόχλησε το κάθε πρόβλημα (σχετικά με την καισαρική τομή), κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
1	Επαναλαμβανόμενες και ανεπιθύμητες αναμνήσεις της τραυματικής εμπειρίας που προκαλούν ανησυχία;	0	1	2	3	4
2	Επαναλαμβανόμενα ενοχλητικά όνειρα που σχετίζονται με την τραυματική εμπειρία;	0	1	2	3	4
3	Ξαφνικά αισθάνεστε και δράτε σαν να ξανασυμβαίνει το τραυματικό γεγονός, να ζωντανεύει ξανά και να το ζείτε;	0	1	2	3	4

4	Αναστατώνεστε και ταράξεστε όταν κάτι σας θυμίζει το τραυματικό γεγονός του παρελθόντος;	0	1	2	3	4
5	Νιώθετε πως έχετε περίεργες σωματικές αντιδράσεις όπως ταχυκαρδία, δυσκολία αναπνοής και ιδρώτα κάθε φορά που σκάφτεστε το τραυματικό γεγονός που ζήσατε;	0	1	2	3	4
6	Αποφεύγετε αναμνήσεις, σκέψεις ή συναισθήματα που σχετίζονται με το συγκεκριμένο τραυματικό γεγονός;	0	1	2	3	4
7	Αποφεύγετε να βρεθείτε σε καταστάσεις ή σε δραστηριότητες που ξυπνούν αναμνήσεις και σας θυμίζουν το τραυματικό γεγονός;	0	1	2	3	4
8	Υπάρχει κάποιο πρόβλημα στο να θυμηθείτε σημαντικά γεγονότα του τραυματικού γεγονότος που ζήσατε	0	1	2	3	4
9	Έχετε αρνητική πεποίθηση για τον εαυτό σας, για την επαφή σας με άλλους ανθρώπους και για τα γεγονότα που συμβαίνουν στον κόσμο; (πχ νιώθετε πως φταίτε για όλα, ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε κανέναν ή ότι ο κόσμος είναι επικίνδυνος;)	0	1	2	3	4

10	Κατηγορείτε τον εαυτό σας ή κάποιον άλλο για την τραυματική εμπειρία ή για το τι ακολούθησε ;	0	1	2	3	4
11	Νιώθετε έντονα αρνητικά συναισθήματα όπως φόβο, τρόμο, θυμό, ενοχές ή ντροπή για το τραυματικό γεγονός που ζήσατε;	0	1	2	3	4
12	Έχετε χάσει το ενδιαφέρον σας για δραστηριότητες που συνηθίζατε στο παρελθόν;	0	1	2	3	4
13	Νιώθετε απόμακρη ή αποξενωμένη από τα άτομα του περιβάλλοντος σας;	0	1	2	3	4
14	Νιώθετε συναισθηματική απάθεια ή έχετε δυσκολία να εκφράσετε συναισθήματα αγάπης προς τους κοντινούς σας ανθρώπους;	0	1	2	3	4
15	Νιώθετε πως έχετε ευερεθιστότητα, εκρήξεις θυμού ή έντονη επιθετικότητα;	0	1	2	3	4
16	Εκτίθεστε σε πολλούς κινδύνους ή κάνετε πράγματα που μπορούν να σας βλάψουν;	0	1	2	3	4
17	Νιώθετε πως είστε σε κατάσταση υπερβολικής εγρήγορσης, επαγρύπνησης και δεν μπορείτε να ησυχάσετε;	0	1	2	3	4

18	Νιώθετε να ξαφνιάζεστε εύκολα, να πετάγεστε από τη θέση σας απότομα ή να τρομάζετε εύκολα;	0	1	2	3	4
19	Νιώθετε δυσκολία να συγκεντρωθείτε σε κάτι;	0	1	2	3	4
20	Δυσκολεύεστε να σας πάρει ο ύπνος ή να παραμείνετε κοιμισμένη;	0	1	2	3	4



ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

Αντικείμενο έρευνας : Η ψυχική υγεία των λεχαιδών

Της Οροβού Ειρήνης Υποψήφιας Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

Σχολή/ Τμήμα : Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας/ Τμήμα Μαιευτικής

Επιβλέπουσα : Επίκουρη Καθηγήτρια Αντωνίου Ευαγγελία

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας είναι να εντοπιστούν οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που παίζουν ρόλο στην ψυχική υγεία των γυναικών μετά από επείγουσα καισαρική τομή.

Διαδικασία: Η συμμετοχή σας περιλαμβάνει την συμπλήρωση ερωτηματολογίων που έχουν διαμορφωθεί στα πλαίσια έρευνας για την εκπόνηση διδακτορικής διατριβής. Τα πρώτα ερωτηματολόγια θα σας δοθούν στο μαιευτήριο και ένα ερωτηματολόγιο θα συμπληρώσετε κατά τη διάρκεια επανεξέτασης μετά το πέρας της λοχείας.

Κόστος έρευνας: Δεν προβλέπεται κάποιο κόστος για τη συμμετοχή σας στην έρευνα.

Οφέλη: Οι απόψεις σας θα συνεισφέρουν στην ευρύτερη κατανόηση των ψυχοκοινωνικών εκείνων παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των γυναικών που υποβλήθηκαν σε επείγουσα καισαρική τομή, καθώς επίσης και των ψυχοκοινωνικών και μαιευτικών παρεμβάσεων.

Εμπιστευτικότητα: Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γίνεται **ανώνυμα** και δεν υπάρχει το ενδεχόμενο διαρροής πληροφοριών.

Δικαίωμα μη συμμετοχής: Έχετε το δικαίωμα να μην συμμετάσχετε στην έρευνα με την μη συμπλήρωση ή την μη παράδοση του ερωτηματολογίου.

Στοιχεία επικοινωνίας: Οροβού Ειρήνη Υποψήφια Διδάκτωρ του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής
Τηλ: 6937205679

Έχω διαβάσει τις ανωτέρω πληροφορίες και συμφωνώ να παραλάβω και να συμπληρώσω τα ερωτηματολόγια έρευνας

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

2. ΑΔΕΙΕΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΔΙΟΙΚΟΥΣΑ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ 15/9-07-2019

Απόσπασμα Πρακτικού

Στο Αιγάλεω, σήμερα 9-07-2019 ημέρα Τρίτη και ώρα 10:00 π.μ., στην Αίθουσα Συνεδριάσεων, στο κτίριο της Διοίκησης της Πανεπιστημιούπολης 2, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (Π.Ράλλη και Θηβών 250, Αιγάλεω) προσήλθαν σε τακτική συνεδρίαση, τα παρακάτω μέλη της Διοικούσας Επιτροπής που συγκροτήθηκε με τις με αριθμ. α. 38008/Ζ1/6-03-2018 (Φ.Ε.Κ. 117/6-03-2018, τ. Υ.Ο.Δ.Δ.) Απόφαση Συγκρότησης και β. 163494/Ζ1/2-10-2018 (Φ.Ε.Κ. 577/9-10-2018, τ. Υ.Ο.Δ.Δ.) Τροποποίησης αυτής του Υπουργού Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων στο πλαίσιο του Ν. 4521/2018 (Φ.Ε.Κ. 38/2-03-2018, τ. Α') μετά τη με αριθμ. πρωτ. 33327/5-07-2019 Πρόσκληση του Προέδρου της Διοικούσας Επιτροπής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής :

1. Κωνσταντίνος Μουτζούρης Πρόεδρος
2. Δήμος Τριάντης Καθηγητής, Αντιπρόεδρος
3. Σάββας Βασιλειάδης Καθηγητής, Μέλος
4. Μαρία Βενετίκου Καθηγήτρια, Μέλος
5. Αντώνιος Μουσιδής Ομότιμος Καθηγητής, Μέλος
6. Γραμματή Πάντζιου Καθηγήτρια, Μέλος
7. Γεώργιος Πολυχρονόπουλος Καθηγητής, Μέλος
8. Ελένη Τουρνά Καθηγήτρια, Μέλος
9. Δημήτριος Τσελές Καθηγητής, Μέλος

Απουσίαζαν τα μέλη κ. κ Βασιλική Αργυροπούλου Καθηγήτρια, Ιωάννης Ευδοκίμης Καθηγητής, Αντώνιος Κυπάρης Αναπλ. Καθηγητής, Κλεομένης Οικονόμου Ομότιμος Καθηγητής Κωστής Χατζημυχάλης Καθηγητής και Αριστοτέλης Τύμπας Καθηγητής.

Χρέη Γραμματέα εκτελεί η κα Αθηνά Ρηγάκη, Προϊσταμένη του Τμήματος Υποστήριξης Συγκλήτου και Πρωταρχικού Συμβουλίου της Διεύθυνσης Υποστήριξης Ακαδημαϊκών Οργάνων.

Στη συνεδρίαση μετέχει και ο Αναπληρωτής Προϊστάμενος της Γενικής Διεύθυνσης Οικονομικών, Προγραμματισμού και Ανάπτυξης, Δρ Γεώργιος Παπαδόπουλος.

ΘΕΜΑΤΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΔΙΑΤΑΞΗΣ

.....
Θ έ μ α 36ο : «Διανομή Ερωτηματολογίου στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, στο Πλαίσιο Έρευνας με Τίτλο : «Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες σε Γυναίκες μετά από Επείγουσα Καισαρική Τομή. Συχνότητα Εμφάνισης και Παράγοντες Κινδύνου (Προοπτική Μελέτη Ασθενών- Μαρτύρων)», που Διενεργείται από την κα. Ειρήνη Οροβού, Υποψήφια Διδάκτορα του Τμήματος Μαιευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Ιδρύματος».
.....

./..

Θ Ε Μ Α 3 6 ο

Η Διοικούσα Επιτροπή του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής αφού έλαβε υπόψη της:

1. Τις διατάξεις των παρ.1 και 2 του άρθρου 3 του Ν. 4521/2018 (Φ.Ε.Κ. 38/2-03-2018, τ. Α') : «*Ίδρυση Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής και Άλλες Διατάξεις*».
2. Τις διατάξεις του Ν.4009/2011 (Φ.Ε.Κ. 195/06-09-2011, τ. Α') : «*Δομή, Λειτουργία, Διασφάλιση της Ποιότητας των Σπουδών και Διεθνοποίηση των Ανωτάτων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων*», όπως ισχύει σήμερα με τις τροποποιήσεις και τις συμπληρώσεις του και ιδίως της παρ. 2α του άρθρου 57.
3. Τις διατάξεις του Ν. 4485/2017 (Φ.Ε.Κ. 114/04-08-2017, τ. Α') : «*Οργάνωση και Λειτουργία της Ανώτατης Εκπαίδευσης, Ρυθμίσεις για την Έρευνα και Άλλες Διατάξεις*».
4. Τις διατάξεις του Ν. 4610/2019 (Φ.Ε.Κ. 70/7-05-2019, τ. Α') : «*Συνέργειες Πανεπιστημίων και Τ.Ε.Ι., Πρόσβαση στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση, Πειραματικά Σχολεία, Γενικά Αρχεία του Κράτους και Λοιπές Διατάξεις*».
5. Τη με αριθμ. 38008/Ζ1/6-03-2018 (Φ.Ε.Κ. 117/6-03-2018, τ. Υ.Ο.Δ.Δ.) : «*Σύσταση – Συγκρότηση – Ορισμός Μελών της Διοικούσας Επιτροπής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής / Καθορισμός των Επιμέρους Αρμοδιοτήτων του Αντιπροέδρου της Δ.Ε. του Ιδρύματος*».
6. Τη με αριθμ. 163494/Ζ1/2-10-2018 (Φ.Ε.Κ. 577/9-10-2018, τ. Υ.Ο.Δ.Δ.) : «*Τροποποίηση της αριθμ. 38008/Ζ1/06-03-2018 υπουργικής απόφασης, με θέμα «Σύσταση-Συγκρότηση-Ορισμός μελών της Διοικούσας Επιτροπής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής/Καθορισμός των επιμέρους αρμοδιοτήτων του Αντιπροέδρου της Δ.Ε. του Ιδρύματος*» (Υ.Ο.Δ.Δ.117).
7. Τη με αριθμ. 214688/Ζ1/13-12-2018 (Φ.Ε.Κ. 5648/14-12-2018, τ. Β') : «*Παράταση των Προβλεπόμενων στο Άρθρο 3 του Ν. 4521/2018 (Α'38) Θητειών του Συνόλου των Προσωρινών Οργάνων του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής*».
8. Την από 6-06-2019 Αίτηση της κας. Ευαγγελίας Αντωνίου Επίκουρης Καθηγήτριας του Τμήματος Μαιευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, με την οποία αιτείται την έγκριση διανομής ερωτηματολογίων της κας. Ειρήνης Οροβού, υποψήφιας διδάκτωρ του Τμήματος, στις οποίες την διατριβή είναι επιβλέπων Καθηγήτρια.
9. Το γεγονός ότι, στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής δεν έχει ακόμη συγκροτηθεί Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας.
10. Το γεγονός ότι, ένας από τους κυριότερους πλώνες των Πανεπιστημιακών Ιδρυμάτων είναι η διεξαγωγή έρευνας και επεξεργασία των αποτελεσμάτων αυτής.
11. Το γεγονός ότι, τα αποτελέσματα της έρευνας με τίτλο : «*Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες σε Γυναίκες μετά από Επείγουσα Καισαρική Τομή. Συχνότητα Εμφάνισης και Παράγοντες Κινδύνου (Προοπτική Μελέτη Ασθενών- Μαρτύρων)*» θα αναρτηθούν μέσω του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής στην επίσημη ιστοσελίδα του «*National Center of PTSD*» στην Αμερική ως ψυχομετρικά εργαλεία, διαθέσιμα για κάθε ερευνητή.
12. Τη διευκόλυνση της κας. Ειρήνης Οροβού, υποψήφιας διδάκτωρ του Τμήματος Μαιευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής στην εκπόνηση της διδακτορικής διατριβής της.
13. Τη σχετική προφορική εισήγηση του κ. Δύμου Τριάντη, Καθηγητής και Αντιπρόεδρος της Διοικούσας Επιτροπής, κατόπιν εντολής του Προέδρου της Διοικούσας Επιτροπής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

./..

Σελίδα 3 της Πράξης 15/9-07-2019 της Διοικούσας Επιτροπής

μετά από διαλογική συζήτηση και ανταλλαγή απόψεων,

αποφασίζει ομόφωνα

A.

να εγκρίνει τα ερωτηματολόγια που υπεβλήθησαν την κα. Ευαγγελία Αντωνίου, Επίκουρη Καθηγήτρια του Τμήματος Μαιευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, ως επιβλέπουσα και την κα. Ειρήνη Οροβού, υποψήφια διδάκτωρ του Τμήματος

και

B.

να εγκρίνει τη διανομή των ερωτηματολογίων, που υπεβλήθησαν από την κα. Ευαγγελία Αντωνίου, Επίκουρη Καθηγήτρια του Τμήματος Μαιευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, στο πλαίσιο εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής της κας. Ειρήνης Οροβού, υποψήφιας διδάκτωρ του Τμήματος, της οποίας είναι επιβλέπουσα..

.....
Στο σημείο αυτό, περί ώρα 14:00 μ.μ. και εφόσον δεν υπήρχαν άλλα θέματα προς συζήτηση λύεται η Συνεδρίαση.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΜΟΥΤΖΟΥΡΗΣ

ΑΘΗΝΑ ΡΗΓΑΚΗ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
5^η ΥΠΕΙΘΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ &
ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΛΑΡΙΣΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ - ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ
ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΜΕ ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΟ ΕΠΙΔΟΣΗΣ
ΑΔΙΑΒΑΘΜΗΤΟ

Λάρισα,
Αριθμ. πρωτ.: 18838

Π.Γ.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ
ΑΡ. ΠΡΩΤ.: 18838
ΗΜΕΡΑ: 06/04/2019



ΚΟΙΝΟ

ΠΡΟΣ: : κ. Οροβού Ειρήνη

Ταχ. Διεύθυνση : Περιοχή Μεζούρλο, Τ.Θ. 1425
Ταχ. Κώδικας : 41110
Πληροφορίες : Καραγέλη Μαρία
Τηλέφωνο : 2413502764
Τηλεμοιότητα : 2410670248
Ηλ. Διεύθυνση : epistimoniko@gmail.com

ΘΕΜΑ : Διαβίβαση απόφασης του Επιστημονικού Συμβουλίου.
ΣΧΕΤ. : Η από 19-04-19 αίτησή σας.

Σας διαβιβάζουμε την αριθ. 34/8^{ης}/23-04-2019 απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου, με θέμα:
«Άδεια διανομής ερωτηματολογίων στα πλαίσια εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής», για τις δικές σας
ενέργειες.

Παραμένουμε στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε περαιτέρω διευκρίνιση.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Ε.Σ.

Καθηγητής Ε. ΖΑΚΥΝΘΙΝΟΣ

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια

Ο προϊστάμενος της Γραμματείας

alad
ΣΕΜΠΛΙΑ ΕΙΡΗΝΗ
Τ.Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ



ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ
της 8^{ης} /23-04-2019 Τακτικής Συνεδρίασης του Επιστημονικού Συμβουλίου
του ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ

Στη Λάρισα σήμερα **23 Απριλίου 2019**, ημέρα της εβδομάδας Τρίτη και ώρα **11.00 π.μ.**, στο Γραφείο του Επιστημονικού Συμβουλίου του ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ, μετά την αριθ. πρωτ. 19039/22-04-19 πρόσκληση του Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου του ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ, συνήλθε σε **τακτική συνεδρίαση** το Επιστημονικό Συμβούλιο, το οποίο συγκροτήθηκε βάσει των αριθ. Α372/24-04-2018 και Α814/06.10.2018 αποφάσεων του Διοικητή του ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ, για να συζητήσει επί θεμάτων της Ημερήσιας Διάταξης.

Παρόντα κατά τη συνεδρίαση είναι τα ακόλουθα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου:

1.	Ζακυνθινός Επαμεινώνδας	Καθ. Διευθυντής Κλινικής Εντατικής Θεραπείας	Πρόεδρος (για τα θέματα 1-7, 9-40, 42- 43)
2.	Σκουλαρίγκης Ιωάννης	Καθ. Καρδιολογικής Κλινικής	Τακτικό μέλος (εκτός του θέματος 17)
3.	Σολδάτου Ευγενία	ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων	Τακτικό μέλος
4.	Μαλίτα Αικατερίνη	ΠΕ Νοσηλευτικής	Τακτικό μέλος
5.	Τζιασούδη Ειρήνη	Επιμελήτρια Β΄ Παθολογικής Ανατομικής	Τακτικό μέλος
6.	Αναγνωστόπουλος Βασίλειος	Διευθυντής Νευροχειρουργικής Κλινικής	Τακτικό μέλος
7.	Κωτσάκης Αθανάσιος	Αν. Καθ. Διευθυντής Ογκολογικής Κλινικής	Αναπληρωτής του Προέδρου του Ε.Σ. (για τα θέματα 8,41)

Οι κ. Δ. Αληφακιώτη, Α. Τσικρίκα, Γ. Ανυφαντής απουσίαζαν λόγω κωλύματος.
Στη συνεδρίαση παρέστη ως Γραμματέας του Συμβουλίου η Καραγγέλη Μαρία, ΔΕ Διοικητικών-
Γραμματέων.

Αφού διαπιστώθηκε απαρτία ο Πρόεδρος κηρύσσει την έναρξη της συνεδρίασης και θέτει προς
συζήτηση τα παρακάτω θέματα της Ημερήσιας Διάταξης:

ΘΕΜΑ 34^ο:

Κατάθεση προς έγκριση του με αριθ. πρωτ. 18838/19-04-19 εγγράφου με θέμα: «Άδεια
διανομής ερωτηματολογίων στα πλαίσια εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής» από την κ.
Οροβού Ειρήνη

Τίθεται υπόψη του Επιστημονικού Συμβουλίου προς έγκριση το εν λόγω θέμα, με το ακόλουθο
περιεχόμενο:

*Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια διανομής ερωτηματολογίων στα πλαίσια εκπόνησης της
Διδακτορικής μου Διατριβής στο Π.Α.Δ.Α. Τμήμα Μαιευτικής με θέμα: «Διαταραχή μετατραυματικού
στρες σε γυναίκες μετά από επείγουσα καισαρική τομή. Συχνότητα εμφάνισης και Παράγοντες
κινδύνου». Η έρευνα είναι Προοπτική, ασθενών – μαριύρων με επιβλέπουσα την Επ. Καθ. Αντωνίου
Ευαγγελία και μέλη της τριμελούς επιτροπής τον Καθ. Ιατράκη Γ. και την Επ. Καθ. Δάγλα Μαρία. Τα
ερωτηματολόγια θα δοθούν σε λεχώνες της Μαιευτικής Κλινικής του Νοσοκομείου.*

Τα μέλη του Ε.Σ., λαμβάνοντας υπόψη τα ακόλουθα:

τα όσα αναφέρονται στο ανωτέρω έγγραφο, τα συνημμένα σε αυτό κατατεθέντα στοιχεία και μετά
από διαλογική συζήτηση

Ομόφωνα, γνωμοδοτούν

1. Θετικά για την έγκριση του θέματος «Άδεια διανομής ερωτηματολογίων στα πλαίσια εκπόνησης Διδακτορικής Διατριβής», όπως κατατέθηκε με το αριθ. πρωτ. 18838/19-04-19 έγγραφο από την κ. Οροβού Ειρήνη
2. Θετικά για την έγκριση όλων των σχετικών με την εν λόγω μελέτη κατατεθέντων στοιχείων, ήτοι:
 - ερευνητικό πρωτόκολλο
 - ερωτηματολόγιο
 - δελτίο συγκατάθεσης για παραλαβή ερωτηματολογίων έρευνας
 - βεβαίωση σπουδών
 - υπεύθυνη δήλωση
 - έγκριση Διευθυντή Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής

Αυθημερόν επικύρωση της παρούσης.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Ε.Σ.

ΕΠΙΧ. ΣΧ. ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΣ
ΠΑΝΕΠ. ΚΕΝΤΡ. ΚΟΣΣΟΥ
Επαμεινώνδας Ζακύνθινος
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
(για τα θέματα 1,7, 9-40, 42-43)

Ο ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Ε.Σ.

Κωτσάκης Αθανάσιος
(για τα θέματα 8,41)

ΤΑ ΜΕΛΗ
Σκουλαρίγκης Ιωάννης
Αναγνωστόπουλος Βασίλειος
Μαλίτα Αικατερίνη
Σολδάτου Ευγενία
Τζιαστούδη Ειρήνη

Ακριβές Απόσπασμα Πρακτικού
της 8^{ης} /23-04-2019
Τακτικής Συνεδρίασης Ε.Σ.
Λάρισα, 23-04-2019
Η Γραμματέας του Ε.Σ.
Καραγγέλη Μαρία

3. ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΩΝ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΣΕ ΔΙΕΘΝΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

1. Correlation Between Kind of Cesarean Section and Posttraumatic Stress Disorder in Greek Women

Eirini Orovou,*, Maria Dagla, Georgios Iatrakis, Aikaterini Lykeridou, Chara Tzavara and Evangelia Antoniou

DOI: [10.3390/ijerph17051592](https://doi.org/10.3390/ijerph17051592)

IJERPH MDPI

Impact Factor: 3.39

ΕΤΕΡΟΑΝΑΦΟΡΕΣ ΤΟΥ ΑΡΘΡΟΥ: 8

- **Measurement and conceptualization of maternal PTSD following childbirth: Psychometric properties of the City Birth Trauma Scale—French Version (City BiTS-F)**

Sandoz, V., Hingray, C., Stuijzand, S., Lacroix, A., El Hage, W., & Horsch, A. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*

DOI: [10.1037/tra0001068](https://doi.org/10.1037/tra0001068)

I.F: 3.2

- **Assessment and Correction of Stress in Preterm Infants and Their Mothers**

Irina Sarapuk, Halina Pavlyshyn

DOI: [10.21203/rs.3.rs-508519/v1](https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-508519/v1)

- **The relationship between early administration of morphine or nitrous oxide gas and PTSD symptom development**

Camille Deforges, Suzannah Stuijzand, Yvonnick Noël, Moira Robertson, Tone Breines Simonsen, Malin Eberhard-Gran, Susan Garthus-Niegel, Antje Horsch, *Journal of Affective Disorders, ELSEVIER*

DOI: [10.1016/j.jad.2020.12.051](https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.051)

I.F: 4.8

- **Ciąża i poród w czasach pandemii COVID-19: wybrane aspekty psychologiczne**
Anna Studniczek, Karolina Kossakowska
FIDES ET RATIO
DOI <https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.417>
- **Translation and Validation of the Birth Satisfaction Scale-Revised in Urdu for Use in Pakistan**
Zafar, Shamsa, Tayyab Fareeha, Liaqat Asma, Sikander, Siham
Martin, Caroline J. Hollins | Martin, Colin R, *International Journal of Childbirth*, Springer
- **产后创伤后应激障碍影响因素的 Meta 分析**
- **EVALUATION OF FETAL REACTIVITY IN A TEST WITH ACOUSTIC STIMULATION IN WOMEN WITH A HISTORY OF CESAREAN SECTION**
Larysa Nazarenko, Lyudmyla Huk, Nataliia Nestertsova
ScienceRise
DOI: [10.21303/2313-8416.2020.001482](https://doi.org/10.21303/2313-8416.2020.001482)
- **System for adaptive extraction of non-invasive fetal electrocardiogram**
KaterinaBarnova, Radek Martinek, Rene Jaros, Radana Kahankova,
Khosrow Behbehani, Vaclav Snasel
Applied Soft Computing, ELSEVIER
I.F: 6.7

2. POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER POSTPARTUM OF A RECOVERED FROM DRUG ADDICTION WOMAN: A CASE REPORT

Evangelia Antoniou *, **Eirini Orovou**, Vasileios Stavropoulos, Ermioni Palaska, Angeliki Sarella, Maria Iliadou, Georgios Iatrakis and Maria Dagla

DOI: [10.3390/reports3020014](https://doi.org/10.3390/reports3020014)

Reports MDPI

Impact Factor: -

3. Is Primary Cesarean Section a Cause of Increasing Cesarean Section Rates in Greece?

Evangelia Antoniou , **Eirini Orovou** , Angeliki Sarella , Maria Iliadou , Ermioni Palaska , Antigoni Sarantaki , Georgios Iatrakis, Maria Dagla

DOI: [10.5455/msm.2020.32.287-293](https://doi.org/10.5455/msm.2020.32.287-293)

MATERIA SOCIOMEDICA

Impact Factor: -

4. Factors Associated with the Type of Cesarean Section in Greece and their Correlation with International Guidelines

Evangelia Antoniou, **Eirini Orovou**, Maria Iliadou, Angeliki Sarella, Ermioni Palaska, Antigoni Sarantaki, Georgios Iatrakis, Maria Dagla

DOI: [10.5455/aim.2021.29.38-44](https://doi.org/10.5455/aim.2021.29.38-44)

ACTA INFORMATICA MEDICA

Impact Factor: 1.5

5. Postpartum Psychosis after Traumatic Cesarean Delivery

Evangelia Antoniou, **Eirini Orovou**, Kassiani Politou, Alexandros Papatrechas, Ermioni Palaska, Angeliki Sarella and Maria Dagla

DOI: [10.3390/healthcare9050588](https://doi.org/10.3390/healthcare9050588)

Healthcare MDPI

Impact Factor: 2.6

6. Psychometric properties of the Post Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) in Greek women after cesarean section

Eirini Orovou*, Irina Mrvoljak Theodoropoulou, Evangelia Antoniou

DOI: [10.1371/journal.pone.0255689](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255689)

PLOS ONE

Impact Factor: 3.24

7. The Kind of Conception Affects the Kind of Cesarean Delivery in Primiparous Women

Evangelia Antoniou, **Eirini Orovou**, Maria Iliadou, Angeliki Sarella, Ermioni Palaska, Nikolaos Rigas, Georgios Iatrakis, Maria Dagla

DOI: [10.5455/msm.2021.33.188-194](https://doi.org/10.5455/msm.2021.33.188-194)

MATERIA SOCIOMEDICA

Impact Factor: -

8. Cesarean sections in Greece. How can we stop the vicious cycle?

Evangelia Antoniou * , **Eirini Orovou** and Maria Iliadou

DOI: [10.30574/wjarr.2021.12.1.0502](https://doi.org/10.30574/wjarr.2021.12.1.0502)

World Journal of Advanced Research and Reviews

Impact Factor: 7.8

4. ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ ΣΕ ΔΙΕΘΝΗ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

1. 2nd International Webinar on Global Advanced Nursing, Patient Safety and Healthcare
November 13-14, 2020 as a Webinar (Online Meeting)
“Posttraumatic Stress Disorder Postpartum after Traumatic Cesarean Sections in Greek Women”
Eirini Orovou, Evangelia Antoniou
2. 2020 INTERNATIONAL MARCÉ SOCIETY FOR PERINATAL MENTAL HEALTH CONFERENCE October 5 — 7, 2020, *Posttraumatic Stress Disorder Postpartum after Traumatic Cesarean Sections in Greek Women*
Eirini Orovou, Evangelia Antoniou
3. Global Virtual Summit on PSYCHIATRY AND MENTAL HEALTH, SEPTEMBER 24, 2021, Emerging new research in Psychiatry and Mental Health for the Human Being & Wellness, *Postpartum PTSD after Traumatic Cesarean Delivery in Greek Women*
Eirini Orovou, Maria Dagla, Georgios Iatrakis, Evangelia Antoniou
4. **9ο Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Ειδικών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων & 7ο Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Διαχείρισης Σοβαρών και Επιμενουσών Ψυχικών Διαταραχών**, 04 - 06 Δεκεμβρίου 2020, *ΕΠΙΛΟΧΕΙΟ PTSD ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΑΠΟ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ: ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ*
Αντωνίου Ε, **Οροβού Ε**, Δάγλα Μ, Ιατράκης Γ
5. **10ο Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Ειδικών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων & 8ο Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Διαχείρισης Σοβαρών και Επιμενουσών Ψυχικών Διαταραχών**, 02-04 Σεπτεμβρίου 2021, Πορταριά Πηλίου, *ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΨΥΧΩΣΗ*
ΕΙΡΗΝΗ ΟΡΟΒΟΥ, ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΙΑΤΡΑΚΗΣ, ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΑΝΤΩΝΙΟΥ
6. **Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας 2022 (αποδοχή εργασίας)**, 28 Φεβρουαρίου – 2 Μαρτίου Αθήνα, **ΨΥΧΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ**

***ΕΥΘΥΝΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΟ ΕΠΙΛΟΧΕΙΟ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ ΣΕ
ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ***

Οροβού Ειρήνη, Δάγλα Μαρία, Ιατράκης Γεώργιος, Αντωνίου Ευαγγελία



ειρήνη οροβου <irenerigaoro@gmail.com>

Submission 351 Accepted

5 μηνύματα

MarcéSociety2020@mirasmart.com <MarcéSociety2020@mirasmart.com>
Προς: irenerigaoro@gmail.com

13 Απριλίου 2020 - 11:46 μ.μ.

Greetings,

We are pleased to inform you that your abstract number 351, titled "Psychological factors of childbirth PTSD symptoms in Greek women." has been accepted for an Oral Presentation at the Marcé 2020 conference in Iowa City.

Given the pandemic, is there still going to be a conference?

In light of the pandemic, you may be wondering whether we are still having the 2020 Marcé conference. The conference is five and a half months away. I, in consultation with our Executive Board and the University of Iowa Center for Conferences, recognize that the trajectory of this pandemic is uncertain. We will continue to evaluate travel restrictions/recommendations and keep you informed of all decisions about the conference on the conference website, <https://marce2020.com/>. In the spirit of the message from Queen Elizabeth, in a rare public address, "We should take comfort that while we may have more still to endure, better days will return...we will meet again." And we hope it will be in Iowa City in October.

What do I need to do once decision is made whether to hold the conference?

Once a decision about the conference is made, I will send you an email notification. If we can hold the conference, I will .

.ask you to respond to the email to confirm whether you can attend. Please plan on staying for the full conference to ensure your availability for your presentation day/time.

.develop the conference schedule/program based on those who confirm attendance

.send you the date and time of your presentation as well as the amount of time you will have to present

In the meantime, I know that abstracts that are peer reviewed and accepted are still of value to you, whatever the eventual status of the meeting. Congratulations on this acceptance notification!

Lisa S. Segre, PhD
President and Conference Chair
The International Marcé Society for Perinatal Mental Health

Disclaimer

The information contained in this communication from the sender is confidential. It is intended solely for use by the recipient and others authorized to receive it. If you are not the recipient, you are hereby notified that any disclosure, copying, distribution or taking action in relation of the contents of this information is strictly prohibited and may be unlawful.

This email has been scanned for viruses and malware, and may have been automatically archived by Mimecast Ltd, an innovator in Software as a Service (SaaS) for business. Providing a safer and more useful place for your human generated data. Specializing In; Security, archiving and compliance. To find out more [Click Here](#).

ειρήνη οροβου <irenerigaoro@gmail.com>
Προς: ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΑΝΤΩΝΙΟΥ <lilanton@uniwa.gr>

13 Απριλίου 2020 - 11:48 μ.μ.

[Κριτήριο ανεπεξέργαστο κείμενο]

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΑΝΤΩΝΙΟΥ <lilanton@uniwa.gr>
Προς: ειρήνη οροβου <irenerigaoro@gmail.com>

14 Απριλίου 2020 - 12:27 π.μ.

CERTIFICATE OF PARTICIPATION

THIS IS TO CERTIFY THAT

EIRINI OROVOU

HAS PARTICIPATED IN

**2020 INTERNATIONAL MARCÉ SOCIETY FOR
PERINATAL MENTAL HEALTH CONFERENCE**

OCTOBER 5-7, 2020





Nursing Webinar 2020

**2nd International Webinar on Global Advanced
Nursing, Patient Safety and Healthcare
November 13-14, 2020 | Webinar (Online Meeting)**

Date: September 28, 2020

Abstract Acceptance Letter

To
Mrs. Eirini Orovou ,
Department of Midwifery, University of West Attica, Greece

The Organizing Committee – Nursing Webinar 2020 cordially invites you as a Speaker to attend the "2nd International Webinar on Global Advanced Nursing, Patient Safety and Healthcare" which is going to be held during November 13-14, 2020 as a Webinar (Online Meeting).

We would like to inform you that the abstract titled "Posttraumatic Stress Disorder Postpartum after Traumatic Cesarean Sections in Greek Women" has been accepted by our review committee for Oral Presentation at Nursing Webinar 2020. So on behalf of the Organizing Committee, we are pleased to welcome you to join us.

The 2nd International Webinar on Global Advanced Nursing, Patient Safety and Healthcare initiated by Editors-International Journal of Nursing Research and Practice & International Journal of Public Health will offer you an unforgettable experience in exploring new opportunities.

For more details about Nursing Webinar 2020: <https://nursing.scientificmeditech.com/>

We look forward to seeing you in Webinar at November 13-14, 2020

With Thanks,



Rose Martin
Nursing Webinar 2020 | Program Manager
Scientific Meditech
61 Bridge Street, Kington HR53DJ, UK
Email: nursing@scientificmeditech.com; rosemartin2901@gmail.com
Tel/Whatsapp: +44-7451227532

Disclaimer: This invitation is to attend Nursing Webinar 2020 Only.



9° & 7°

Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Ειδικών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων
Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Διαχείρισης Σοβαρών και Επιμενουσών Ψυχικών Διαταραχών



04 - 06 ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΥ 2020 • ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ
ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Βεβαιώνεται ότι

ο/η **E. ΟΡΟΒΟΥ**

συμμετείχε ενεργά στο

**9° Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Ειδικών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων
 & 7° Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Διαχείρισης Σοβαρών και Επιμενουσών Ψυχικών Διαταραχών**
 που πραγματοποιήθηκε Διαδικτυακά από 04 έως 06 Δεκεμβρίου 2020

Στο πανελλήνιο συνέδριο χορηγούνται 24 Μόρια Συνεχόμενης Εκπαίδευσης (CME-CMD credits) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο

Ο Πρόεδρος του Συνεδρίου

Ο Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής

Χαράλαμπος Τσουλούμης
 Ψυχίατρος, Συντονιστής Διευθυντής,
 5^ο Ψ.Τ.Ε., Ψ.Ν.Α. Δαφνί

Χρήστος Τσούπελας MSc, PhD
 Ψυχίατρος, Συντονιστής Διευθυντής,
 2^ο Ψ.Τ.Ε., Ψ.Ν.Α. Δαφνί



10° & 8°

Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Ειδικών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων
Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Διαχείρισης Σοβαρών & Επιμενουσών Ψυχικών Διαταραχών



02 - 04 Σεπτεμβρίου 2021 • PORTARIA HOTEL • Πορταριά Πηλίου
ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Βεβαιώνεται ότι ο/η

E. ΟΡΟΒΟΥ

παρακολούθησε το

**10° Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Ειδικών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων
 & 8° Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Διαχείρισης Σοβαρών και Επιμενουσών Ψυχικών Διαταραχών**
 που πραγματοποιήθηκε υβριδικά, από 02 έως 04 Σεπτεμβρίου 2021, στην Πορταριά Πηλίου.

Στο πανελλήνιο συνέδριο χορηγούνται 24 Μόρια Συνεχόμενης Εκπαίδευσης (CME-CMD credits) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο

Ο Πρόεδρος του Συνεδρίου

Ο Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής

Χαράλαμπος Τσουλούμης
 Ψυχίατρος, Συντονιστής Διευθυντής,
 5^ο Ψ.Τ.Ε., Ψ.Ν.Α. Δαφνί

Χρήστος Τσούπελας MSc, PhD
 Ψυχίατρος, Συντονιστής Διευθυντής,
 2^ο Ψ.Τ.Ε., Ψ.Ν.Α. Δαφνί