

ΕΛΛΕΥΘΩ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ
ΕΠΙΣΗΜΟ ΟΡΓΑΝΟ ΤΩΝ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΑΠΡΙΛΙΟΣ

ΜΑΪΟΣ

ΙΟΥΝΙΟΣ

2006

ΠΑΡΩΡΜΕΝΟ
ΤΕΛΟΣ
Τοχ. Γραφείο
Κ.Ε.Μ.Π.Α.Θ.
Αριθμός Άδειας
962/95



ΕΝΤΥΠΟ ΚΛΕΙΣΤΟ Αρ. Άδειας 962/95
Αρ. Πακέτ 2 - 115 21 Αθήνα, τηλ.: 210.6465691

Β' Περίοδος / Τόμος 11ος / Τεύχος 2ο

ΜΕ ΤΟ ΦΥΣΙΚΟ ΑΓΓΙΓΜΑ ΤΟΥ ΧΑΜΟΜΗΛΙΟΥ,
ΚΑΘΕ ΕΝΤΑΣΗ ΧΑΝΕΤΑΙ.
ΣΤΗ ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΡΧΕΤΑΙ Η ΕΥΤΥΧΙΑ.



Νέα Μωρομάντηλα Pampers Sensitive.
Με αγνό νερό και χαμομήλι, που χαλαρώνουν
φυσικά τις αισθήσεις του μωρού σας.

Γιατί, τα μωρά νιώθουν τον κόσμο μέσα από το δέρμα τους.

Έμπνευση από τα μωρά.
Δημιουργία από τα Pampers.

ΕΛΕΥΘΡ

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΕΠΙΣΗΜΟ ΟΡΓΑΝΟ ΤΩΝ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ (Κωδικός ΕΛ.ΤΑ. 1701)

Διευθύνεται από το Δ.Σ του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Αθηνών
με τη συνεργασία των λοιπών Σ.Ε.Μ.

Ιδιοκτήτης: Σ.Ε.Μ.Α., Αριστ. Παππά 2 - 115 21 ΑΘΗΝΑ - Τηλ.: 210.6465.691(Fax) - 210.6429.675

E-mail: sema-icm@otenet.gr - Web site: www.semma.gr

Εκδότης: ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΜΑΚΡΗ, Κεφαλληνίας 47 - 112 57 ΑΘΗΝΑ - Τηλ.: 210.8810.848

Fax: 210.8235.371 - E-mail: akida@acsmi.gr

Υπεύθυνη κατά το νόμο: ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΜΑΛΦΑ-ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ, Πρόεδρος Σ.Ε.Μ.Α.

Β΄ ΠΕΡΙΟΔΟΣ - ΤΟΜΟΣ 11ος, ΤΕΥΧΟΣ 2ο, ΑΠΡΙΛΙΟΣ - ΜΑΪΟΣ - ΙΟΥΝΙΟΣ 2006

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ: Ομότιμος Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

ΙΑΤΡΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ: Δρ Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής Τμήματος Μαιευτικής Τ.Ε.Ι. Αθήνας.

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α.

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΙ ΕΦΕΤΕΙΑΚΟΙ ΣΥΛΛΟΓΟΙ

ΤΣΙΤΣΙΛΩΝΗ-ΛΙΟΥΛΙΑ ΜΑΡΙΑ, R.M., MSc, M.T.D.

ΑΝΤΩΝΑΚΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ, Μαία, MSc.

ΑΡΓΕΝΤΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ, Μαία, MSc.

ΒΕΝΤΙΚΟΥ ΧΡΙΣΤΙΑΝΑ, Μαία

ΛΙΑΓΚΑ ΕΙΡΗΝΗ, Μαία

ΜΠΟΥΡΟΥΤΖΟΓΛΟΥ ΜΑΡΙΑ, Μαία

ΣΙΑΡΜΠΑ ΒΑΡΒΑΡΑ, Μαία, MSc.

ΤΟΥΦΙΔΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ, Μαία

ΧΑΔΔΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ, Μαία, MSc.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελ.

- 5η Μαΐου: Παγκόσμια Ημέρα της Μαίας 48
- 29 Μαΐου 2006: 2η Ημερίδα στο "ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ" Νοσοκομείο 49
- 4ο Σεμινάριο Καρδιοτοκογραφίας - Σεμινάριο Προγεννητικής Αγωγής..... 50
- Προσέγγιση του προβλήματος της οσφυαλγίας στην εγκυμοσύνη 51
- Βράβευση κ. Χρ. Θ. Οικονομόπουλου για το "Μουσείο της Μητέρας" 56
- Ας δείχνουμε εμπιστοσύνη από την αρχή: μια ανάγκη του αγέννητου παιδιού 57
- Εισ μνήμην της συναδέλφου μας Μαρίας Αντωνοπούλου 65
- Μητρικός Θηλασμός: Ένα στοίχημα που πρέπει να κερδίσουμε 66
- Διατροφή και Μητρικός Θηλασμός 67
- Η θετική επίδραση της άσκησης στην εγκυμοσύνη και τη λοχεία 71
- Φυσιολογικός τοκετός μετά από καισαρική τομή (VBAC) 76
- 10ο Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών 82
- Ίδρυση Συλλόγου "ΟΙ ΦΙΛΟΙ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ" 83
- Ψάξαμε... Επιλέξαμε... Προτείνουμε... 85
- Οδηγίες προς συγγραφείς 86

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Οι απόψεις των συγγραφέων δεν εκφράζουν απαραίτητα τις απόψεις της Συντακτικής Επιτροπής.

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ - ΠΑΡΑΓΩΓΗ: "ΑΚΙΔΑ" Α. ΜΑΚΡΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ - ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ

Κεφαλληνίας 47 - 112 57 ΑΘΗΝΑ - Τηλ.: 210.8810.848 - Fax: 210.8235.371

ΕΚΤΥΠΩΣΗ: ΔΙΟΝ. ΠΡΙΦΤΗΣ & ΥΙΟΙ Ο.Ε., Σωνιέρου 6 - 104 38 ΑΘΗΝΑ - Τηλ.: 210.5232.323

Η ΕΚΔΟΣΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟΥ ΓΙΝΕΤΑΙ ΚΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΓΕΝΗ ΧΟΡΗΓΙΑ ΤΗΣ
"ΠΡΟΚΤΕΡ ΚΑΙ ΓΚΑΜΠΛ ΕΛΛΑΣ"

5η Μαΐου: Παγκόσμια Ημέρα της Μαΐας

Με την ευκαιρία του εορτασμού της “Παγκόσμιας Ημέρας της Μαΐας” και προς ενίσχυση του Μητρικού Θηλασμού, το Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α. αποφάσισε να μοιραστεί σε λεχρίδες των Μαιευτηρίων έντυπο υλικό με τα “10 Βήματα για Επιτυχή Μητρικό Θηλασμό”, το οποίο και έγινε στο Μαιευτήριο “ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ” και στα Ιδιωτικά Μαιευτήρια της Αθήνας. Αποφάσισε, επίσης, να διατεθεί ένα ποσόν προς οικονομική ενίσχυση του Συλλόγου “Οι Φίλοι του Μητρικού Θηλασμού”, ο οποίος είναι μη κερδοσκοπικός Σύλλογος και σκοπό έχει την προαγωγή, προώθηση και υποστήριξη του Μητρικού Θηλασμού στη χώρα μας.

Επίσης, την Παρασκευή, 5 Μαΐου 2006, σ’ ένα εορταστικό περιβάλλον στο Αμφιθέατρο “Νικόλαος Λούρος” του Μαιευτηρίου “ΜΗΤΕΡΑ”, εορτάστηκε η “Παγκόσμια Ημέρα της Μαΐας” με τη συμμετοχή Μαιών–Μαιευτών και Μαιευτήρων–Γυναικολόγων. Η κ. Καλλιόπη Μάλφα, Πρόεδρος του Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α., ανέπτυξε στην ομιλία της το θέμα: **“Ο ρόλος και η συμβολή της Μαΐας στη Μαιευτική και Γυναικολογία”**. Στη συνέχεια το λόγο πήρε ο κ. Σαμουηλίδης, Αντιπρόεδρος του Δ.Σ. του Μαιευτηρίου “ΜΗΤΕΡΑ”, που ανέπτυξε το θέμα: **“Μαίες: το δεξί μας χέρι”**.

Η κ. Καλλιόπη Μάλφα βασιζόμενη στο “Διεθνή Ορισμό της Μαΐας” (βλέπε τεύχος 3ο/2005 “ΕΛΕΥΘΩ”) μίλησε για τον κλάδο μας και την επικρατούσα σημερινή κατάσταση, για την ανάγκη βελτίωσης των μαιευτικών υπηρεσιών στη χώρα μας και για τους στόχους των Μαιών–Μαιευτών στην εξύψωση του ρόλου τους. Ο κ. Σαμουηλίδης μίλησε με τα θερμότερα λόγια για τη συνεισφορά των Μαιών στη Μαιευτική και Γυναικολογία και τις ευχαρίστησε για τη συνεργασία και την προσφορά τους. Ακολούθησε βράβευση Μαιών που εργάστηκαν και πρόσφεραν στο Μαιευτήριο “ΜΗΤΕΡΑ”.

Το βράδυ της 5ης Μαΐου 2006 συγκεντρωθήκαμε αρκετοί συνάδελφοι και γιορτάσαμε την “Παγκόσμια Ημέρα της Μαΐας” σε κοσμική ταβέρνα, τρώγοντας, πίνοντας και χορεύοντας. Στόχος μας ήταν να ξεδώσουμε από την καθημερινή δουλειά, να βρεθούμε μεταξύ μας και να συσφίξουμε τις σχέσεις μας. Ήταν, πράγματι, μια ωραία βραδιά την οποία θα επαναλάβουμε πιο οργανωμένα και σε μεγαλύτερη κλίμακα.

Το Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α.



Η Πρόεδρος του Σ.Ε.Μ.Α. κ. Καλλιόπη Μάλφα κατά τη διάρκεια της ομιλίας της.



Παρασκευή, 5 Μαΐου 2006: Από τη βράβευση των Μαιών που εργάστηκαν και πρόσφεραν στο Μαιευτήριο "ΜΗΤΕΡΑ".

29 Μαΐου 2006: 2η Ημερίδα στο "ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ"

Εορτασμός της "Παγκόσμιας Ημέρας της Μαίας" & των "100 χρόνων λειτουργίας της Β' Μαιευτικής & Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών"

Στο πλαίσιο του εορτασμού της "Παγκόσμιας Ημέρας της Μαίας" πραγματοποιήθηκε την Παρασκευή, 29 Μαΐου 2006, η 2η Ημερίδα με θέμα: **"Ολιστική προσέγγιση στη Μαιευτική και Γυναικολογία"**. Χώρος διεξαγωγής ήταν το Αμφιθέατρο του "ΑΡΕΤΑΙΕΙΟΥ" Νοσοκομείου. 20 ομιλητές (Μαίες, Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι, Παιδίατρος, Ενδοκρινολόγος, Αναισθησιολόγος) ανέπτυξαν εξαιρετικά τη θεματολογία της 2ης αυτής Ημερίδας, που είχε και πανηγυρικό χαρακτήρα λόγω της συμπλήρωσης των 100 χρόνων λειτουργίας της Β' Μ/Γ Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Αξίζει να αναφερθούν οι ομιλίες των κ. Φωτίου, Αναπλ. Καθηγητή της Β' Μ/Γ Κλινικής, με θέμα: "Εμβόλιο HPV", κ. Δεληγεώρογλου, Επίκ. Καθηγητή Β' Μ/Γ Κλινικής, με θέμα: "Σεξουαλική υγεία στην εφηβεία - Κύηση στην εφηβεία", κ. Μαντζαβίνου, Αναπλ. Καθηγητή και Μέλους της "Εθνικής Επιτροπής Υπογονιμότητας", με θέμα: "Το νέο νομοσχέδιο για την Αναπαραγωγή στην Ελλάδα". Η Ημερίδα υπήρξε άκρως επιτυχημένη και θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ένα μικρό Συνέδριο. Ο αριθμός των συμμετεχόντων ήταν πολύ ικανοποιητικός.

Ευχαριστούμε θερμά τις Μαίες της Β' Μ/Γ Κλινικής για την πολύτιμη βοήθειά τους. Ακόμη, ένα μεγάλο "μπράβο" αξίζει στις Προϊστάμενες Μαίες κ. Ράνια Νικολοπούλου και Σπυριδούλα Νεοφύτου, που ανέλαβαν το βάρος της διοργάνωσης και τα κατάφεραν άριστα. Επίσης, ευχαριστούμε τον Καθηγητή κ. Γ. Κρεατσά για τη συμμετοχή του και την ένθερμη υποστήριξή του στη διοργάνωση της 2ης Ημερίδας.

Το Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α.

4ο Σεμινάριο Καρδιοτοκογραφίας

Στις 5 και 6 Μαΐου 2006 πραγματοποιήθηκε με επιτυχία στο Νοσοκομείο “ΑΤΤΙΚΟΝ” το 3ο Σεμινάριο Καρδιοτοκογραφίας, που διοργάνωσε ο Σ.Ε.Μ.Α. με τη συνεργασία της Γ’ Μαιευτικής & Γυναικολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου “ΑΤΤΙΚΟΝ”.

Με ιδιαίτερη θέρμη και αγάπη προς το αντικείμενο διδασκαλίας, αλλά και με εξαιρετική μεταδοτικότητα ο Μαιευτήρας-Γυναικολόγος κ. Λόγης και οι συνεργάτες του μας πρόσφεραν τη γνώση τους στην Καρδιοτοκογραφία. Άποψη και επιθυμία δική μας, αλλά και του Καθηγητή κ. Εμ. Σαλαμαλέκη είναι να παρακολουθήσει το Σεμινάριο ο μεγαλύτερος δυνατόν αριθμός Μαιών-Μαιευτών που εργάζονται κυρίως σε Αίθουσες Τοκετών, ώστε να γίνεται σωστή και αξιόπιστη εκτίμηση του Ν.Σ.Τ. και ορθή χρήση των μηχανημάτων.

Το 4ο Σεμινάριο Καρδιοτοκογραφίας προγραμματίστηκε για τα τέλη Σεπτεμβρίου 2006 και θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας. Για τη συμμετοχή σας καλέστε στο Σ.Ε.Μ.Α., στα τηλ.: 210-6465.691(fax) & 210-6429.675 ή στείλτε E-mail στο: sema-icm@otenet.gr

- Η συμμετοχή στο Σεμινάριο είναι δωρεάν.
- Η παρακολούθηση είναι απαραίτητη.
- Η ταυτότητα του Σ.Ε.Μ. που ανήκετε είναι απαραίτητη.
- Θα δοθούν Πιστοποιητικά Παρακολούθησης.

Η Πρόεδρος του Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α.
ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΜΑΛΦΑ

Σεμινάριο Προγεννητικής Αγωγής



ΕΘΝΙΚΟ & ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΗ ΣΧΟΛΗ – ΤΜΗΜΑ Φ.Π.Ψ.
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗΣ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ 1

Εκπαιδύτρια: **ΟΛΓΑ ΓΚΟΥΝΗ**

Προγεννητική Ψυχοθεραπεύτρια, Πρόεδρος της Ελληνικής Ένωσης Προγεννητικής και Περιγεννητικής Ψυχολογίας και Ιατρικής

ΕΝΑΡΞΗ: 6/10/2006 – ΛΗΞΗ: 12/1/2007

ΔΙΑΡΚΕΙΑ 42 ώρες: 14 συνεδρίες των 3 ωρών η καθεμία, κάθε Παρασκευή 6.00–9.00 μ.μ.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΑΝΑ ΟΜΑΔΑ: 20 άτομα
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ: 300 ευρώ



ΣΤΟΧΟΣ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟΥ: Να εισάγει τις βασικές προγεννητικές και περιγεννητικές όψεις και να εξερευνήσει τις θετικές και αρνητικές επιδράσεις που αυτές έχουν σε όλη τη ζωή του ανθρώπου.

Στους συμμετέχοντες θα δοθεί Βεβαίωση Παρακολούθησης από το Πανεπιστήμιο Αθηνών

Πληροφορίες: ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗΣ ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗΣ
Τηλ.: 210-7277558 – Ιστοσελίδα: www.ergastirio.ppp.uoa.gr

Προσέγγιση του προβλήματος της οσφυαλγίας στην εγκυμοσύνη

Δήμητρα Πιλτσούλη, Μαία

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η οσφυαλγία αποτελεί το πιο κοινό μυοσκελετικό πρόβλημα στην εγκυμοσύνη και αφορά το 50–90% των εγκύων. Αν και οι μηχανισμοί παθογένεσης δεν είναι απόλυτα γνωστοί και σαφείς, οι κυριότερες αιτίες που έχουν εντοπιστεί είναι οι ορμονικές αλλαγές και κυρίως η αύξηση της ρελαξίνης, η αύξηση του βάρους της εγκύου, η αλλαγή της στάσης του σώματός της και η υπερογκαιμία.

Οι κυριότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες που έχουν μελετηθεί και φαίνεται να συνδέονται θετικά με την ανάπτυξη οσφυαλγίας στην κύηση, είναι το ιστορικό οσφυαλγίας και δυσμηνόρροιας πριν την κύηση, το ιστορικό οσφυαλγίας σε προηγούμενη κύηση, η πολυτοκία και ο μεγάλος αριθμός εκτρώσεων, αυτόματων ή τεχνητών, οι συνθήκες εργασίας, η φυσική κατάσταση πριν και κατά την εγκυμοσύνη, το κάπνισμα και η φυλή.

Η διάγνωση της μυελοσκελετικής οσφυαλγίας στηρίζεται κυρίως στη λήψη ιστορικού και στην κλινική εξέταση. Η πρόληψη και η αντιμετώπιση σε πρωτοβάθμιο επίπεδο από τις μαίες και τους μαιευτές επιτυγχάνονται κυρίως με την εκπαίδευση της εγκύου και την άσκηση. Ωστόσο, αν τα συμπτώματα της εγκύου είναι πολύ έντονα ή ασυνήθιστα, πρέπει να παραπέμπεται σε ειδικό γιατρό για τον αποκλεισμό πιθανής σοβαρότερης ορθοπεδικής νόσου και τη λήψη κατάλληλης αγωγής.

Λέξεις κλειδιά: εγκυμοσύνη, οσφυαλγία, σπονδυλική στήλη, άσκηση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οσφυαλγία είναι ένα από τα πιο σημαντικά και κοινά προβλήματα υγείας στο δυτικό κόσμο. Οι μελέτες αναφέρουν ότι τουλάχιστον τα 2/3 των ενηλίκων θα έχουν κάποιο επεισόδιο οσφυαλγίας κάποτε στη ζωή τους,^{1,2} ενώ αποτελεί το πιο συχνό σύμπτωμα μετά την κεφαλαλγία.³

Οσφυαλγία ονομάζεται το άλγος στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης (ΟΜΣΣ) (Phillips et al, 2003). Δεν συνιστά ασθένεια ή διαγνωστική οντότητα, αλλά αποτελεί σύμπτωμα πολλών παθήσεων.^{3,4}

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Για την περίοδο της εγκυμοσύνης οι περισσότερες έρευνες των δυο τελευταίων δεκαετιών συγκλίνουν στο ότι το ποσοστό των εγκύων που αντιμετωπίζει οσφυϊκό άλγος κυμαίνεται από 50% έως 90%.^{5–10} Το 1/3 από αυτές αναπτύσσουν τόσο σοβαρό πρόβλημα, που όχι μόνο περιορίζει την ικανότητά τους για εργασία, αλλά και τις δραστηριότητες της καθημερινής τους ζωής ή τον ύπνο τους.⁶ Ωστόσο, αρκετές έγκυες γυναίκες θεωρούν την οσφυαλγία τόσο συνηθισμένη ενόχληση που την αγνοούν και δεν αναζητούν ιατρική βοήθεια από τους επαγγελματίες υγείας, γιατί θεωρούν το σύμπτωμα ασήμαντο ή αναπόφευκτο και αναπόσπαστο με την κύηση.⁹ Χαρακτηριστικό είναι ότι στη έρευνα των Wang S.M. et al (2004), μόνο το 32% των εγκύων που έπασχαν ανέφεραν στους λειτουργούς υγείας την παρουσία οσφυϊκού πόνου, και μόνο στο 25% από αυτές

προσφέρθηκαν συστάσεις και συμβουλές για την αντιμετώπισή της.¹⁰

Η οσφυαλγία μπορεί να ξεκινήσει από τη 12η εβδομάδα της κύησης ή και νωρίτερα, αλλά στις περισσότερες γυναίκες εγκαθίσταται τον 5ο έως 7ο μήνα. Η διάρκειά της ποικίλει έτσι ώστε κάποιες έγκυες να έχουν μικρές περιόδους πόνου, ενώ άλλες να ταλαιπωρούνται αρκετούς μήνες ή τα συμπτώματα να επιμένουν και στην περίοδο της λοχείας. Τέλος, έχει παρατηρηθεί ότι η χρόνια οσφυαλγία που αντιμετωπίζουν πολλές γυναίκες σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους, έχει τη βάση της στις εγκυμοσύνες τους.^{5,10}

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ – ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗΣ

Οι αιτίες που οδηγούν στην ανάπτυξη οσφυαλγίας στην εγκυμοσύνη δεν είναι απόλυτα γνωστές και σαφείς. Οι περισσότερες έρευνες συνοψίζουν την αιτιολογία του προβλήματος στις φυσιολογικές, ορμονικές, μηχανικές και αγγειακές αλλαγές της εγκύου.

Μια από τις κυριότερες αιτίες είναι η αύξηση της ρελαξίνης. Παράγεται από το ωχρο σωματίο στις πρώτες εβδομάδες της κύησης και από τον πλακούντα και τη μήτρα στο δεύτερο μισό της κύησης. Η αύξησή της στο 10πλάσιο στην έγκυο γυναίκα σε συνδυασμό με τα αυξανόμενα επίπεδα των οιστρογόνων συμβάλλουν στη χαλάρωση των συνδέσμων και των αρθρώσεων της πυέλου και της σπονδυλικής στήλης (ΣΣ), πιθανώς αυξάνοντας την αναλογία του νερού στους ιστούς αυτούς. Η χαλάρωση αυτή των αρθρώσεων είναι απαραίτητη για την αυξανόμενη μήτρα και το έμβρυο, αλλά και για τη διευκόλυνση του μηχανισμού του τοκετού. Οι ορμονικές αυτές αλλαγές δικαιολογούν και την ανάπτυξη οσφυαλγίας σε μικρές εβδομάδες κύησης, πριν επιφορτι-

στεί η ΣΣ με το βάρος της μήτρας και του εμβρύου.^{6,8,11,12}

Η αύξηση του σωματικού βάρους της μέλλουσας μητέρας αλλά και του μεγέθους της μήτρας, έχουν ως αποτέλεσμα τη μετατόπιση του κέντρου της βαρύτητας του σώματος προς τα εμπρός. Οι μεταβολές αυτές απαιτούν την αλλαγή της στάσης του σώματος για την εξασφάλιση της ισορροπίας. Έτσι, αντανάκλαστικά αυξάνεται το οσφυϊκό κύρτωμα προς τα εμπρός και δημιουργείται λόρδωση, ακόμη και υπερλόρδωση, η οποία με τη σειρά της αντιρροπείται με έκταση του κορμού.^{8,9,13,14}

Η υπερογκαιμία, που αποτελεί φυσιολογικό φαινόμενο της κύησης, έχει ως αποτέλεσμα την αγγειακή συμφόρηση και των σπονδυλικών φλεβών και δικαιολογεί την αύξηση της έντασης του πόνου κυρίως κατά τη διάρκεια του ύπνου. Η διόγκωση των φλεβών έχει ως αποτέλεσμα οίδημα και στάση στην περιοχή, αυξάνοντας έτσι την πίεση στα σπονδυλικά σώματα, αλλά και στις νευρικές ρίζες της ΟΜΣΣ προκαλώντας τοπικό άλγος.^{6,8}

ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η οσφυαλγία στην εγκυμοσύνη συνδέεται θετικά με ιστορικό οσφυαλγίας^{6,9,10,12} και δυσμηνόρροιας πριν την κύηση,¹⁰ καθώς και ιστορικό οσφυαλγίας σε προηγούμενη κύηση.^{5,10} Η πολυτοκία^{5,6,9} και ο μεγάλος αριθμός εκτρώσεων, αυτόματων ή τεχνητών, ενοχοποιούνται και εξηγούνται με το γεγονός ότι ο οργανισμός υπόκειται σε επαναλαμβανόμενες ορμονικές αλλαγές, αλλά και αλλαγές της στάσης του σώματος, οι οποίες εξασθενούν τους μύες της ράχης και τους κοιλιακούς μύες. Ωστόσο, δεν βρέθηκε να υπάρχει κάποια σχέση με τον προηγούμενο ακριβή αριθμό κυήσεων.⁶

Οι συνθήκες εργασίας καθορίζουν ση-

μαντικά την ποιότητα ζωής της εγκύου. Έτσι, θετική σχέση υπάρχει μεταξύ της οσφυαλγίας και της μονότονης κουραστικής εργασίας, που δεν επιτρέπει στην έγκυο να κάνει συχνά διαλείμματα.^{6,9} Οι έγκυες, που δεν εργάζονται και ασχολούνται με τις οικιακές εργασίες, έχουν τα ίδια ποσοστά οσφυαλγίας με τις εργαζόμενες.¹² Η καλή φυσική κατάσταση πριν την εγκυμοσύνη, αλλά και η σωστή εκπαίδευση και άσκηση των εγκύων φαίνεται να μειώνουν τις πιθανότητες για την ανάπτυξη οσφυαλγίας.⁹ Επίσης, γυναίκες που καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τείνουν να έχουν διπλάσια ποσοστά οσφυαλγίας σε σχέση με τις μη καπνίστριες.^{7,11}

Η φυλή είναι ένας παράγοντας που μελετάται καθώς φαίνεται να υπάρχουν διαφορές ανάμεσα σε κάποιους πληθυσμούς. Για παράδειγμα, οι Ισπανίδες φαίνεται να έχουν μικρότερα ποσοστά εγκύων με οσφυαλγία, ενώ οι Καυκάσιες υψηλότερα ποσοστά.⁶

Αντικρουόμενα αποτελέσματα υπάρχουν για την ηλικία, το σωματικό βάρος, το ύψος της εγκύου και το εμβρυϊκό βάρος,^{5,6,7,9,10,12} ενώ δεν έχει αποδειχτεί να συμβάλουν στην ανάπτυξη της οσφυαλγίας η χρήση αντισυλληπτικών δισκίων,^{10,15} η ορμονοθεραπεία πριν την κύηση, το ιστορικό υπογονιμότητας, η προηγούμενη επισκληρίδιος αναισθησία και η κατανάλωση καφεΐνης.¹⁰

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Στις εγκύους η διάγνωση της οσφυαλγίας στηρίζεται κυρίως στη λήψη ιστορικού και τη φυσική εξέταση, η οποία περιλαμβάνει την παρατήρηση των κλινικών συμπτωμάτων, την επισκόπηση και ψηλάφηση της ΣΣ και την καταγραφή του εύρους των κινήσεών της.^{8,16} Τα κλινικά σημεία εί-

ναι οσφυϊκός ή και πνευλικός πόνος, που χειροτερεύει με τη δραστηριότητα, πόνος αντανακλώμενος στον έναν ή και στους δυο γλουτούς και ισχιαλγία.

Η διαφορική διάγνωση της οσφυαλγίας στην κύηση περιλαμβάνει τον αποκλεισμό μαιευτικών επιπλοκών που έχουν ως σύμπτωμα άλγος στην οσφύ, όπως αυτόματη έκτρωση, πρόωρες συσπάσεις της μήτρας και επαπειλούμενος πρόωρος τοκετός, λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος (π.χ. κυστίτιδα, πνευμονοφρίτιδα).^{6,8}

Εάν τα συμπτώματα είναι πάρα πολύ έντονα ή ασυνήθιστα και κυρίως εάν υπάρχουν νευρολογικά συμπτώματα, π.χ. αιμωδίες ή πάρεση κάτω άκρων, θα πρέπει η έγκυος να παραπέμπεται από τη/το μαιευτήρα ή τη/το μαία/μαιευτή σε φυσίατρο, ορθοπεδικό γιατρό ή νευροχειρουργό.⁸

Καταστάσεις που θα πρέπει να διαχωριστούν από μια απλή μυοσκελετική οσφυαλγία είναι εξαιρετικά σπάνιες φλεγμονώδεις καταστάσεις (σπονδυλίτιδα, δισκίτιδα), ρευματική νόσος, μεταβολικές νόσοι των οστών (οστεοπόρωση, οστεομαλακία) ή ακόμη και νεοπλασμάτα. Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις η οσφυαλγία αποτελεί πρώιμο κλινικό σημείο.^{6,8}

Ο ακτινολογικός έλεγχος απαγορεύεται αυστηρά. Η εξέταση επιλογής είναι η μαγνητική τομογραφία, που μέχρι σήμερα δεν έχει αποδεδειγμένη βιολογική επίδραση στο έμβρυο.¹²

ΠΡΟΛΗΨΗ

Εξαιτίας των μηχανισμών παθογένεσης της οσφυαλγίας στην εγκυμοσύνη, η πρόληψή της δεν είναι πάντα εφικτή. Ωστόσο, συμβουλές εργονομίας για την προστασία της σπονδυλικής στήλης είναι απαραίτητο να δίνονται από τους μαιευτήρες και τις/τους μαίες/μαιευτές σε κάθε έγκυο στην αρχή της κύησης, όπως παρακάτω:

- Να διατηρεί σωστή στάση στο σώμα

της για να παρεμποδίζονται άσκοπες μηχανικές πιέσεις στη ΣΣ (βλέπε εικόνα).

- Να κάνει διαλείμματα από την πολύωρη όρθια ή καθιστή θέση και επίσης πολύ βάδισμα. Το περπάτημα είναι προτιμότερο από την ορθοστασία.

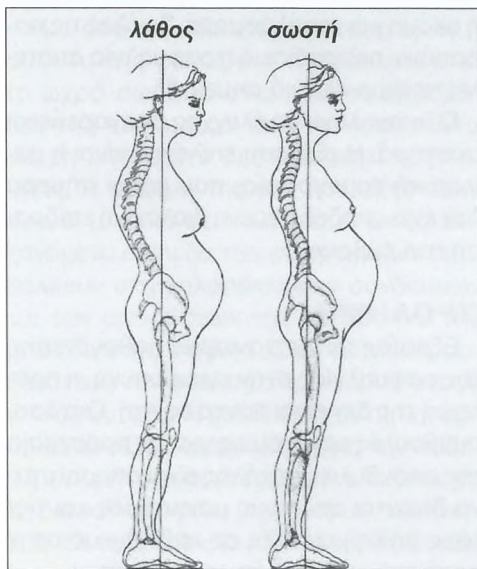
- Να κάνει μεσημεριανή ανάπαυση για ξεκούραση των μυών.

- Να ξαπλώνει στο κρεβάτι προσέχοντας η σπονδυλική στήλη της να βρίσκεται σε ευθεία γραμμή.

- Όταν κάθεται να χρησιμοποιεί μικρά μαξιλάρια για την υποστήριξη της ΟΜΣΣ και της ράχης.

- Να χρησιμοποιεί σωστό τρόπο ανύψωσης κάποιου βάρους. Η έγκυος πρέπει να έρχεται σε ευθεία γραμμή μπροστά από το αντικείμενο και να λυγίζει τα γόνατά της και όχι τη μέση της. Αν πρόκειται για πολύ βαρύ αντικείμενο, τότε πρέπει να το μοιράζεται με άλλο άτομο.

- Να κάνει δίαιτα πλούσια σε βιταμίνη D, ασβέστιο και φώσφορο και επίσης να διακόπτει το κάπνισμα.



Λάθος και σωστή στάση σώματος εγκύου.

- Να ενθαρρύνεται για την άσκηση ή για την ένταξη σ' ένα οργανωμένο πρόγραμμα μαθημάτων Ψυχοπροφυλακτικής, όπου θα διδάσκονται μέτριας έντασης ασκήσεις αεροβικής και ειδικές ασκήσεις ενδυνάμωσης των κοιλιακών και ραχιαίων μυών και ευλυγισίας της ΣΣ.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η άσκηση, η άσκηση στο νερό, η χρήση υποστηρικτικών μέσων, η τοποθέτηση ψυχρών ή θερμών επιθεμάτων στην οσφυ και οι μαλάξεις στην ΟΜΣΣ από δεύτερο άτομο, αποτελούν τους κύριους τρόπους ανακούφισης από την οσφυαλγία στο επίπεδο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.^{6,8,9,11,12,17-19}

Στην έρευνα των Garshasbi et al (2005), 107 έγκυες γυναίκες πήραν μέρος σ' ένα πρόγραμμα άσκησης τρεις φορές την εβδομάδα για το δεύτερο μισό της κύησης. Η άσκηση μείωσε σημαντικά την ένταση του πόνου και αύξησε την ευλυγισία της ΣΣ.¹⁷ Αντίστοιχα, έρευνα των Kihlstrand et al (1999) στη Σουηδία κατέδειξε ότι η γυμναστική στο νερό στο δεύτερο μισό της κύησης μείωσε σημαντικά την ένταση του πόνου στις εγκύους και μειώθηκε ο αριθμός των γυναικών που πήρε αναρρωτική άδεια για το πρόβλημα της οσφυαλγίας, ενώ δεν υπήρχε καμιά αύξηση του κινδύνου για κολπικές και ουροποιητικές λοιμώξεις.¹⁸

Η φυσιοθεραπεία στην εγκυμοσύνη περιλαμβάνει κυρίως ειδικές ασκήσεις και είναι χρήσιμη στις περιπτώσεις διαστρεμμάτων των πυελικών αρθρώσεων, πυελικού πόνου, λόρδωσης και σπονδυλολίσθησης.⁶

Ο βελονισμός έχει αποδειχτεί μια απόλυτα ασφαλής εναλλακτική μέθοδος αντιμετώπισης του προβλήματος, που προσφέρει μεγάλη ανακούφιση από τα συμπτώματα και σημαντική βελτίωση των δραστη-

ριοτήτων των εγκύων γυναικών.²⁰

Τα υποστηρικτικά μέσα που προτείνονται από τους ειδικούς είναι το μαξιλαράκι “Ozzlo” και η τροχαντήριος ζώνη. Το μαξιλαράκι “Ozzlo” είναι ένα σφηνοειδές τριγωνικό μαξιλαράκι, που υποστηρίζει την κοιλιά της εγκύου όταν ξαπλώνει σε πλάγια θέση. Βρέθηκε ότι μειώνει τον πόνο και βοηθά τον ύπνο. Η τροχαντήριος ζώνη είναι μια ζώνη πυέλου, που υποστηρίζει τις κατώτερες μοίρες της ΣΣ.⁶

Τα φάρμακα, που έχουν μελετηθεί για την αντιμετώπιση της οσφυαλγίας στην εγκυμοσύνη, είναι η ασπιρίνη, η παρακεταμόλη, η κωδεΐνη και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη. Καθένα απ’ αυτά μπορεί να χορηγείται μόνο όταν κρίνεται απαραίτητο από τους ειδικούς, σε μικρές δόσεις και για μικρό χρονικό διάστημα εξαιτίας των προβλημάτων που μπορεί να προκαλέσουν στο έμβρυο ή στην εξέλιξη της κύησης.^{6,21}

Τέλος, χειρουργική επέμβαση στην εγκυμοσύνη μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο σε βαριές περιπτώσεις κήλης του μεσοσπονδυλίου δίσκου, αλλά ακόμη και σ’ αυτή την περίπτωση προτείνεται η επιμονή στη συντηρητική θεραπεία και την αναβολή της επέμβασης για μετά τον τοκετό. Οι LaBan et al συνιστούν σ’ αυτές τις εγκύους να εφαρμόζεται καισαρική τομή, ώστε να μην προκληθεί περαιτέρω πίεση στις νευρικές ρίζες κατά τη διάρκεια του τοκετού.¹²

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η οσφυαλγία αποτελεί ένα από τα πιο συχνά προβλήματα που συνοδεύουν την εγκυμοσύνη και καταπονούν τις εγκύους. Συνεπώς, κάθε μαία-μαιευτής θα πρέπει να γνωρίζει τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισης ώστε να ενημερώνει και να εκπαιδεύει τις εγκύους και να συμβάλει στην καλή και ασφαλή πορεία της κύησης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Phillips et al (2003):** Chronic low back pain management in primary care. *Nurse Pract*, Aug. 28(8):26-31.
2. **Wong Y.E. et al (2001):** Acute low back pain. *Prim Care Update Ob/Gyn*, 5(8):171-174.
3. **Συμεωνίδης Π. (1997):** Ορθοπεδική, κακώσεις και παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος. University Studio Press, Θεσ/νίκη.
4. **Ehrlich E.G. (2003):** Low back pain. *Bull World Health Organ* 81(9):671-676.
5. **Lindal et al (2000):** Low back pain, smoking and employment during pregnancy and after delivery-a 3-month follow up study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 20(3): 263-266.
6. **McEvilly E.T., Buggy (1996):** Back pain and pregnancy: a review. *Pain*, 64:405-414.
7. **Morgen et al (2005):** Low back pain and pelvic pain during pregnancy. *Spine*, 30(8): 983-991.
8. **Kelly-Jones A., McDonald G. (1997):** Assessing musculoskeletal back pain during pregnancy. *Prim Care Update Ob/Gyns*, 4(5):205-210.
9. **Perkins et al (1998):** Identification and management of pregnancy-related low back pain. *Journal of Nurse-Midwifery*, 43(5):331-340.
10. **Wang et al (2004):** Low back pain during pregnancy: prevalence, risk factors and outcomes. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 104 (1):65-69.
11. **Mendelow M.J., Blasler R.B. (1999):** Spine and joint disorders in pregnancy in: James D.K., Steer P.J., Weiner C.P., Gonik B., *High Risk Pregnancy (2nd ed.)*, Saunders edition.
12. **Ritchie J.R. (2003):** Orthopedic considerations during pregnancy. *Clinical Obstetrics & Gynecology*, 46(2):456-466.
13. **Καλογερόπουλος Α. (1992):** Παρακολούθηση της εγκύου, προγεννητικός έλεγχος του εμβρύου και αγωγή κατά την εγκυμοσύνη, στο Καλογερόπουλος: Μαιευτική, University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
14. **Καλογερόπουλος Α. (1996):** Χρόνιος πυελικός πόνος και οσφυαλγία στη Γυναικολογία, στο Καλογερόπουλος: Γυναικολογία, University Studio Press, Θεσσαλονίκη.

15. **Bjorklund et al (2000)**: Combined oral contraceptives do not increase the risk of back and pelvic pain during pregnancy or after delivery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 79:979-983.
16. **Borg-Stein J. (2005)**: Musculoskeletal aspects of pregnancy. *Am. J. Phys. Med. Rehabil.* 84:180-192.
17. **Garshasbi A. (2005)**: The effect of exercise on the intensity of low back pain in pregnant women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 88:271-275.
18. **Kihlstrand et al (1999)**: Water-Gymnastics reduced the intensity of back/low back pain in pregnant women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 180-185.
19. **Τηλιακός Σ. (1987)**: Η μάλαξη στην οσφυαλγία, στο: Οσφυαλγία, σύγχρονες αντιλήψεις για την αντιμετώπισή της, Εισηγήσεις από το Ετήσιο Συμπόσιο ΕΕΕΦ, Εκδ. "Ελληνική Επιστημονική Εταιρεία Φυσικοθεραπείας", Αθήνα.
20. **Wedenberg et al (2000)**: A prospective randomized study comparing acupuncture with physiotherapy for low back and pelvic pain in pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 79:331-335.
21. **Gilstrap L.C., Bertis B.(1999)**: Analgesics during pregnancy in: Gilstrap L.C., Bertis B., *Drugs and Pregnancy* (2nd edition), Arnold editions, New York.

Βράβευση κ. Χρήστου Θ. Οικονομόπουλου για το "Μουσείο της Μητέρας"



Από αριστερά: ο Μαιευτήρας-Γυναικολόγος κ. Γεωργούντζος, η τέως Λυκειάρχης Αρσακείου κ. Γεώργιαντζου-Νικητοπούλου, η Πρόεδρος του Σ.Ε.Μ.Α. κ. Μάλφα, η Διευθύνουσα του Μαιευτηρίου "ΛΗΤΩ" κ. Κωνσταντινίδου και ο βραβευθείς κ. Χρ. Θ. Οικονομόπουλος.

ενός τέτοιου χώρου, που θα μπορεί να στεγάσει τόσα εκθέματα με λαογραφικό χαρακτήρα, θα ήταν εξαιρετική πρωτοπορία για τη χώρα μας. Το υλικό είναι έτοιμο, ο χώρος λείπει. Για τον κ. Οικονομόπουλο μίλησε ο κ. Γεώργιος Χρούσος, Τακτικός Καθηγ. Παιδιατρικής στο "ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ", η κ. Αικατερίνη Πολυμέρου-Καμηλάκη, Δ/ντρια του Κέντρου Ερεύνης της Λαογραφίας της Ακαδημίας Αθηνών και η κ. Ελευθερία Γιακουμάκη, Δ/ντρια του Κέντρου Ερεύνης του Ιστορικού Λεξικού της Ακαδημίας Αθηνών. Την εκδήλωση έκλεισε ο κ. Γ. Χρούσος λέγοντας για τον βραβευθέντα: «*Ευχόμαστε να γίνει το "Μουσείο της Μητρότητας" επί των ημερών του και να το δομήσει και να το εγκαινιάσει ο ίδιος*».

Την Κυριακή, 14 Μαΐου 2006 και με αφορμή τον εορτασμό της "Παγκόσμιας Ημέρας της Μητέρας" ο Ροταριανός Όμιλος Αθηνών βράβευσε στο ξενοδοχείο "ROYAL OLYMPIC" το γνωστό σε όλους μας Παιδοχειρουργό κ. Χρ. Θ. Οικονομόπουλο. Ο λόγος της βράβευσης ήταν η σπάνια συλλογή του από 12.000 εκθέματα (160.000 με τα ομοειδή), που σχετίζονται με τη μητρότητα. Εκθέματα που έχει συλλέξει με ιδιαίτερη ευαισθησία και αγάπη, εκθέματα που καλύπτουν την ιστορία της μητρότητας στη χώρα μας από την εποχή της Τουρκοκρατίας μέχρι τις ημέρες μας.

Σ' ολόκληρο τον κόσμο δεν υπάρχει ανάλογο Μουσείο και η δημιουργία

Ας δείχνουμε εμπιστοσύνη από την αρχή: μια ανάγκη του αγέννητου παιδιού

Dr Med. M. Djalali, Μαιευτήρας-Γυναικολόγος.

Στις 2-5 Ιουνίου 2005 έγινε στη Χαϊδελβέργη το 16ο Διεθνές Συνέδριο της ISPPM (International Society of Prenatal & Perinatal Psychology & Medicine) με θέμα: «Η ΑΝΘΡΩΠΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΓΕΝΝΑΣ». Ανάμεσα στους εισηγητές που άφησαν τις καλύτερες εντυπώσεις ήταν ο Dr M. Djalali, Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Ιρακινός στην καταγωγή που ζει και εργάζεται στη Γερμανία. Η εισήγησή του συνοδεύτηκε από την προβολή ενός βίντεο, που απαθανάτιζε μια γυναίκα που γεννάει με την παρουσία του άνδρα της και του γιατρού της, του Dr M. Djalali, μέσα σε μια ατμόσφαιρα ιερότητας και σεβασμού της ζωής. Ο πρωτότυπος τίτλος στα γερμανικά είναι: «Vertrauen vom Anbeginn-ein Bedürfnis des Ungeborenen» και τη μετάφραση την έκανε η κ. Ανθή Φουντουκά για λογαριασμό της “Ελληνικής Ένωσης Προγεννητικής και Περιγεννητικής Ψυχολογίας και Ιατρικής” (ΕΛ.Ε.Π.Ψ.Ι.).

ΟΛΓΑ ΓΚΟΥΝΗ

«Η εμπιστοσύνη είναι κάτι καλό, ο έλεγχος κάτι καλύτερο.»

Βλαντιμίρ Ίλιτς Λένιν

Η φημισμένη αυτή ρήση του Λένιν εκφράζει το γεγονός πως όταν εμπιστευόμαστε συνανθρώπους μας, ταυτόχρονα δυσπιστούμε απέναντί τους. Το αίσθημα της δυσπιστίας δημιουργείται εντός μας ήδη τόσο νωρίς, έτσι ώστε να φαίνεται συχνά λανθασμένα ως μια εγγενής ιδιότητα της ανθρώπινης ύπαρξης. Πώς θα μπορούσε, άραγε, να δημιουργείται κάτι το διαφορετικό απ’ αυτήν, όταν εμείς οι ίδιοι ΠΟΤΕ μας δεν ζούμε κάτι άλλο ήδη από την απαρχή του Είναι μας; Πάνω απ’ όλα δεν το βιώνουμε στην πλέον ευαίσθητη φάση της εξέλιξής μας, κατά τη διάρκεια της οποίας χρειαζόμαστε επειγόντως να μας δείξουν εμπιστοσύνη άνευ όρων στη χρονική περίοδο μέσα στη κοιλιά της μητέρας, δηλαδή στην εγκυμοσύνη και τον τοκετό.

Αρχικά, όμως, τι να είναι άραγε η εμπιστοσύνη; Εάν αναρωτηθούμε γι’ αυτό, τότε ασφαλώς ο καθένας μπορεί να φαντα-

στεί κάτι με το πρώτο. Οι περισσότεροι αντιλαμβάνονται αυτή την έννοια ως συνώνυμη του “να είναι κανείς τίμιος”, “να κρατά τις υποσχέσεις του”, “να δείχνει κατανόηση”, “να στηρίζει και να βοηθά”. Μεταξύ αυτών συγκαταλέγονται επίσης το “να είναι κανείς υπεύθυνος”, “να μην προδίδει τα μυστικά”, “να μην κατηγορεί με άσχημο τρόπο τους άλλους”, “να είναι αξιόπιστος”. Ταυτόχρονα, η εμπιστοσύνη μας επιβάλλεται όπου και εάν κοιτάξουμε.

Χρηματοοικονομικοί οργανισμοί και μεστικά γραφεία θέλουν πάνω απ’ όλα να κερδίσουν την εμπιστοσύνη μας και μετά το πορτοφόλι μας. Εκπαιδευτές ομάδων υποστήριξης μας εμφυσούν κίνητρα κραυγάζοντας μέσα στο αφτί μας «τσάκα! τσάκααα» και μας σιγοψιθυρίζουν κάτι από αυτοπεποίθηση για να αυξήσουν το ανθρωπινό κεφάλαιό μας. Όμως, οι τομείς της Οικονομίας και της Βιομηχανίας δεν είναι οι μόνοι που εκμεταλλεύονται οικονομικά αυτό το συναίσθημα και αισχροκερδούν απ’ αυτό. Το φαινόμενο της εμπιστοσύ-

νης είναι ήδη μια παραδοσιακά θεμελιωμένη έννοια στις Κοινωνικές Επιστήμες, την Ψυχολογία, την Ψυχανάλυση και τη Φιλοσοφία. Όμως, ποιος να είναι ο τρόπος αντιμετώπισής τους απέναντι σ' αυτό; Δεν μπορούν να απελευθερωθούν από ένα δόγμα που ταυτόχρονα είναι και η εσφαλμένη τους προσέγγιση: η χρονική περίοδος της δημιουργίας του αισθήματος της εμπιστοσύνης εντοπίζεται στη φάση της εμβρυϊκής και παιδικής ηλικίας.

Ο Έρικ Έρικσον, μια προεξύτερη μορφή της Ψυχολογίας διαπιστώνει στη δεκαετία του '60: «*Με την αρχή της ζωής αρχίζει και η ιστορία του αισθήματος της εμπιστοσύνης στον άνθρωπο*». Μολαταύτα ορίζει ως αρχή της ζωής μόλις τη στιγμή της γέννησης. Ακολουθώντας συστηματικά αυτό το μονοπάτι συμπερεύονται έως τις μέρες μας η εκλαϊκευμένη διαπροσωπική Ψυχολογία και Ψυχανάλυση. Όπως και να το εκφράσουμε συνοπτικά, πάντοτε καταλήγουμε στο ίδιο νόημα: εάν το πρωταρχικό αίσθημα εμπιστοσύνης δημιουργείται, τότε αυτό αποφασίζεται από τις πρώτες εμπειρίες του νεογέννητου και εξαρτάται από το βαθμό που η μητέρα (ή και άλλα πρόσωπα αναφοράς) ικανοποιούν τις ανάγκες του.

Ωστόσο, η επιστήμη έχει κάνει προ πολλού τεράστια άλματα! Αυτό που για κάποιους βασισμένους στο συναισθηματικούς βίωμα ήταν προ πολλού μια βεβαιότητα και έβρισκε την έκφρασή της σε θεμελιώδεις φιλοσοφικές και θρησκευτικές αρχές, αποτελεί στις ημέρες μας μια ολοένα και περισσότερο θεμελιωμένη επιστημονική γνώση πάνω στις ικανότητες του αγέννητου παιδιού ήδη από την απαρχή της ζωής του.

Έχουν περάσει οι καιροί όπου αυτό θεωρούνταν έως και τον τρίτο μήνα της ζωής του ως μια "tabula rasa", και επομένως δείχνονταν ανοχή για εγχειρίσεις σε βρέ-

φη που δεν τους είχε χορηγηθεί αναισθησία. Επιστημονικές έρευνες στην Εμβρυολογία, στη Νευροβιολογία, στην έρευνα της μνήμης και του εγκεφάλου καθώς και οι εμπειρίες από την απονομική(*) σχέση μεταξύ γονέων και παιδιού, αποδεικνύουν πως η αντιληπτική ικανότητα του παιδιού δημιουργείται πολύ νωρίτερα και είναι πολύ πιο έντονη απ' ό,τι πιστευόταν έως και σήμερα. Ήδη από τις πρώτες ημέρες μετά την εμφύτευση αναπτύσσεται στο έμβρυο η αίσθηση της αφής και γίνεται δυνατή η επικοινωνία με τη μητέρα του. Από τη 12η εβδομάδα της κύησης το έμβρυο μπορεί να αντιλαμβάνεται ακουστικά ερεθίσματα. Στο μέσο της εγκυμοσύνης κατέχει όλες τις αντιληπτικές δυνατότητες που έχει και ένας ενήλικας, συμπεριλαμβανομένης και της ικανότητας αντίληψης του ίδιου του εαυτού. Επιστημονικά πορίσματα από την Προγεννητική Ψυχολογία τεκμηριώνουν πως όχι μόνο τα βρέφη και τα μικρά παιδιά, αλλά επίσης και τα έμβρυα μέσα στη μήτρα είναι ικανά να συνάψουν ένα στενό ψυχικό δεσμό και αναλόγως να λαχταρούν για έναν τέτοιο.

Το 2005 η "Διεθνής Ένωση Προγεννητικής και Περιγεννητικής Ψυχολογίας και Ιατρικής" (ISPPM) ψήφισε μια νέα «Χάρτα των Δικαιωμάτων του Παιδιού», η οποία παρουσιάζει στη συνείδηση του κοινού το ότι έχουμε να κάνουμε με μια προσωπικότητα ήδη από την αρχή.

Τα δικαιώματα του παιδιού πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τον τοκετό

1. Κάθε παιδί έχει το δικαίωμα για φροντίδα και σεβασμό ως μια αυτοτελής προσωπικότητα ήδη πριν από τη γέννησή του.

(*) Αναφέρεται στην επιστήμη της Απονομίας.

2. Κάθε παιδί έχει το δικαίωμα για μια σίγουρη ψυχική σχέση και δεσμό προτού γεννηθεί.

3. Κάθε παιδί έχει το δικαίωμα στο να λαμβάνεται υπόψη και να προστατεύεται η συνέχεια του κόσμου των βιωμάτων του.

4. Κάθε παιδί έχει το δικαίωμα στην εξέταση του αντίκτυπου των ψυχολογικών επιπτώσεων που έχουν οι ιατρικές επεμβάσεις σ' αυτό, καθώς και στη λήψη των ανάλογων ευθυνών ήδη από την αρχή της ζωής του.

5. Κάθε παιδί έχει το δικαίωμα στη βοήθεια για μια στοργική και γεμάτη φροντίδα και θαλπωρή υποδοχή στον κόσμο, που θα του επιτρέψει ένα σίγουρο μεταγεννητικό δεσμό.

6. Κάθε παιδί έχει το δικαίωμα σε μια επαρκώς καλή διατροφή πριν και μετά τη γέννησή του. Κάθε παιδί πρέπει να θηλάζεται όσο αυτό είναι δυνατό.

7. Με τα δικαιώματα του παιδιού συνδέεται το δικαίωμα των μελλοντικών γενεών να τους δίνεται η δυνατότητα από την κοινωνία στο να αναπτύξουν το εσωτερικό τους δυναμικό ως ζεύγος και ως γονείς.

8. Με το δικαίωμα της ανάπτυξης των γονικών ικανοτήτων συνδέεται το δικαίωμα του παιδιού για υπεύθυνους, ευαίσθητους και γεμάτους ενδιαφέρον γι' αυτό γονείς, ή ανθρώπων που θα τους αντικαθιστούν.

9. Για να διαφυλαχθούν αυτά τα δικαιώματα έχουν το καθήκον οι κοινωνικοί θεσμοί να υποστηρίζουν τους γονείς στο να ανταπεξέλθουν στα καθήκοντά τους.

Δεν ερχόμαστε στον κόσμο ως "tabula rasa", αλλά ως ένα "από καιρό γραμμένο φύλλο χαρτιού". Οι συναισθηματικές εμπειρίες από το δεσμό μας με τη μητέρα μάς κληροδοτούν διαμορφώσεις των στοιχείων του χαρακτήρα μας. Αυτή η προγεννητική διαμόρφωση του χαρακτήρα είναι που δεν μπορεί να σβηστεί έτσι απλά, με

ένα σφουγγάρι. Αυτή αποτελεί τις ρίζες του πρωταρχικού αισθήματος της εμπιστοσύνης από το οποίο εμείς δημιουργούμε όλα τα άλλα. Αυτό το πρωταρχικό αίσθημα απορρέει από το βέβαιο συναισθημα πως το έμβρυο γίνεται αποδεκτό άνευ όρων, δηλαδή από την επιβεβαίωση πως είναι "καλό" έτσι όπως είμαστε και εμείς.

Ο Μπερντ Λάνο γράφει στο βιβλίο του "Η έννοια της εμπιστοσύνης": «Αυτός που εμπιστεύεται θεωρεί τον άλλο ως μια προσωπικότητα που δρα υπεύθυνα και που μπορεί να καταστεί υπόλογη για τις ενέργειές της.»

Ασφαλώς, αυτό σημαίνει τα εξής:

Η μητέρα μέσα από την εμπιστοσύνη αναγνωρίζει στο παιδί συγχρόνως την πλήρη και ελεύθερη δύναμη που διαθέτει το ίδιο στο να είναι ικανό για αυτοδιάθεση και προσωπική υπευθυνότητα. Μέσα από τη γεμάτη εμπιστοσύνη ενότητα, που θα όφειλε να βιώνει το παιδί από τη συναισθηματική του επαφή με τη μητέρα του, κερδίζει αυτονομία και χώρο για να διαμορφώσει την προσωπική του ταυτότητα. Γι' αυτό το λόγο, επίσης, είναι τόσο τραγική η περίπτωση όπου οφείλουμε να διαπιστώσουμε το ότι σ' αυτή τη φάση το ίδιο ΔΕΝ έλαβε συναισθήματα εμπιστοσύνης, ίσως μάλιστα να έγινε και αποδέκτης των αντιθέτων, διότι τότε μιλάμε για τον υποβιβασμό της ύπαρξής μας σε όλες της τις διαστάσεις.

Δίχως αυτή την εμπιστοσύνη, αυτή τη συναισθηματική επιβεβαίωση βασανίζομαστε συνεχώς από την αμφιβολία: «Είμαι αρκετά καλός;» Καταφέρνουμε να αντισταθμίσουμε περισσότερο ή λιγότερο το βάρος αυτών των αμφιβολιών. Αλλά περνώντας μέσα από τη χρονική σειρά όλων των φάσεων της ζωής μας, παραμένουμε αναζητώντας αυτό που μας αρνήθηκαν. Οδεύουμε σκοντάφτοντας στην εφηβεία,

στην κρίση της μέσης ηλικίας και άλλες τέτοιες συναφείς διαδικασίες εύρεσης του εαυτού μας, και αφού έτσι συμβαίνει σε όλους μας, κανείς δεν απορεί εάν όλα αυτά θα μπορούσαν να αποφευχθούν.

Τελικά, το πρωταρχικό αίσθημα εμπιστοσύνης δεν είναι τίποτε άλλο από το υγιές θάρρος να είναι κανείς πλήρως και συνολικά ο εαυτός του, θεμελιωμένο πάνω στη συναισθηματική βεβαιότητα του ότι κανείς μπορεί να είναι ό,τι του επιτρέπεται να είναι. Τολμώ να ισχυρισθώ πως αυτό ήταν που αναζητούσε ο Φάουστ όταν διερευνούσε «τη φύση αυτού που κρατά ενωμένο τον κόσμο στο εσώτατό του», δηλαδή, τον πυρήνα της ανθρώπινης ύπαρξης και ανθρωπιάς στον οποίο συνενώνονται όλα τα ανθρώπινα δικαιώματα και από τον οποίο απορρέουν με φυσικό τρόπο.

Όποιος βιώνει την ευαίσθητη προγεννητική εποχή μέσα στην αμφιβολία τού εάν είναι καλός ή όχι, αυτός θα αμφιβάλλει εφόρου ζωής για το δικαίωμα της ύπαρξής του. Η πρωταρχική του ικανότητα στο να εμπιστεύεται, διαψεύδεται με αποτέλεσμα να μετατρέπεται σε πρωταρχική δυσπιστία, πράγμα που αποτελεί ένα σοβαρό εμπόδιο για τις μετέπειτα σχέσεις του με τους άλλους ανθρώπους, οι οποίες απαιτούν εμπιστοσύνη. Ποτέ του δεν χαρίζει εμπιστοσύνη εάν αυτή δεν συνοδεύεται και από το άρρωστο συναίσθημα της δυσπιστίας.

Έτσι κλείνει ο κύκλος, ένας φαύλος κύκλος, δυστυχώς. Αυτός μπορεί να σπάσει μόνον όταν αλλάξει η κατάσταση στη Μαιευτική. Η "Χάρτα των Δικαιωμάτων" υπάρχει, αλλά υφίσταται ο μεγάλος κίνδυνος πως αυτή θα παραμείνει ένα "νεκρό γράμμα" μια και οι δεδομένες περιστάσεις της ιατρικής παρακολούθησης για την εγκυμοσύνη και τον τοκετό την αποκόπτουν από τη ρίζα της. Το συναίσθημα της άνευ όρων εμπιστοσύνης υπονομεύεται και πο-

λύ περισσότερο καταστέλλεται εν τη γενέσει του!

Το σημερινό επίπεδο των γνώσεών μας, να μεν βέβαια οδεύει προς μια αλλαγή του παραδείγματος, αλλά κατά παράδοξο τρόπο είναι η ίδια η επιστήμη που εμποδίζει την εκπλήρωσή της, δηλαδή, η τεχνολογία της ιατρικής παρακολούθησης στην οποία καταλήγουν εξαρτώμενες οι σημερινές έγκυες γυναίκες λίγο μετά την περίοδο της γονιμοποίησης, αλλά και αργότερα. Προτού η γυναίκα μπορέσει να ανακαλύψει τις δικές της ικανότητες όπως και αυτές του παιδιού της, η Ιατρική κάνει την εμφάνισή της και τις επισκιάζει έτσι ώστε και οι δυο τους να μην συνειδητοποιούν πλέον τίποτα απ' αυτές.

Καθημερινά συναντώ έγκυες γυναίκες, που κουβαλούν μαζί τους την κοιλιά τους στο γιατρό σαν ένα χαρτοφύλακα πολυτελείας. Εκείνος κοιτάζει μέσα, ελέγχει το περιεχόμενο, βλέπει εάν λείπει κάτι και το χαρτοσημαίνει. Κατόπιν η έγκυος γυρίζει πάλι στο σπίτι της με ένα σωρό επιστημονικών δεδομένων για το παιδί της. Αυτές οι γυναίκες καθοδηγούνται από τα μηχανήματα και από έναν ξένο άνθρωπο για να γνωρίσουν τι συμβαίνει στο παιδί τους, παρόλο που στην πραγματικότητα κανείς δεν στέκεται τόσο κοντά στο παιδί όσο η ίδια η μητέρα του. Αυτή το κυοφορεί και όχι ο γιατρός.

Το αίσθημα της ανημποριάς και της εγκατάλειψής του σε ξένα χέρια πρέπει σ' αυτή την περίπτωση να προκαλεί στο παιδί έναν απέραντο φόβο, εκτός του ότι βιώνει έναν εντονότατο τραυματισμό του αισθήματος της εμπιστοσύνης!

Είναι βέβαιο πως πάρα πολλοί θα διαφωνήσουν μαζί μου, αλλά εγώ συνεχίζω να υποστηρίζω πως σε κάθε παρακολούθηση της εγκυμοσύνης με τεχνητά μέσα το παιδί θεωρεί πως αμφισβητείται η ίδια του η ύπαρξη! Ο λόγος είναι πως αυτές οι

ιατρικές εξετάσεις δεν γίνονται μόνο χάρη ασειδίτητας. Καθεμιά απ' αυτές τις ιατρικές επιβλέψεις αποκτά τη σημασία του ελέγχου, δηλαδή, εάν το παιδί είναι "εντάξει" ώστε να γίνεται αποδεκτό και αγαπητό από τους γονείς ή όχι! Πάλι αντιμετωπίζουμε την πραγματικότητα της ρήσης: «*Η εμπιστοσύνη είναι κάτι καλό, ο έλεγχος κάτι καλύτερο!*»!

Σ' αυτό το σημείο θα ήθελα να διευκρινίσω ότι δεν επιθυμώ να καταδικάσω "a priori" τα επιτεύγματα της Σύγχρονης Ιατρικής. Στηλιτεύω μόνο και μόνο την άλογη χρήση όλων αυτών των μηχανημάτων, που κατάντησε ρουτίνα και που γίνεται δίχως να αναλογισθούμε ποια επιρροή ασκούν όλες αυτές οι εξετάσεις πάνω στη σχέση μητέρας και παιδιού, επομένως και πάνω στα συναισθηματικά βιώματα του παιδιού, τα οποία αποκτά στην κοιλιά της μητέρας του.

Δυστυχώς, πάνω σ' αυτό το γεγονός δεν πρόκειται να αλλάξει τίποτα το άρθρο 4 της "Χάρτας", στο οποίο αναφέρεται πως «*Κάθε παιδί έχει το δικαίωμα στην εξέταση του αντίκτυπου των ψυχολογικών επιπτώσεων που έχουν οι ιατρικές επεμβάσεις σ' αυτό, καθώς και στη λήψη των ανάλογων ευθυνών ήδη από την αρχή της ζωής του.*».

Όμως, στην καθημερινότητα, που προτιμά τον έλεγχο από την εμπιστοσύνη, τα όρια είναι ασαφή. Τα πάντα παίρνουν τις διαστάσεις που εμείς θέλουμε και τα κριτήρια εφαρμόζονται ελαστικά. Τα δικαιώματα αντισταθμίζονται το ένα με το άλλο. Τι μπορώ να αντιτάξω σε ένα ζευγάρι που θέλει να προστατεύσει την υγεία του παιδιού του στην προγεννητική περίοδο, έτσι ώστε να γλιτώσουν από πολλά βάσανα ένα παιδί με τυχόν ειδικές ανάγκες, που ήρθε μέσα στο δικό μας απάνθρωπο κόσμο;

Η προεμφυτευτική και περιγεννητική δι-
αγνώση είναι ζητήματα που ακόμα ισχύ-

ουν στο συλλογικό συνειδητό ως επισφαλής. Αυτό είναι μόνο η κορυφή του παγόβουνου. Αραγε, πώς αντιμετωπίζουμε την εξέταση με υπερήχους; Στις μέρες μας, το επονομαζόμενο "υπερηχογράφημα" δεν μπορεί να συνδυασθεί με τίποτα άλλο παρά μόνο με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Δεν υπάρχει σχεδόν καμιά γυναίκα, που πριν από τη γέννηση του παιδιού της δεν έχει ήδη μαζέψει ένα άλμπουμ γεμάτο φωτογραφίες, όπως δεν υπάρχει ούτε και ένα ζευγάρι, που να λαμβάνει κριτική στάση απέναντι στα πράγματα. Γιατί άλλωστε; Αυτή η εξέταση πωλείται ως ένα εντελώς αθώο και πολύ αναγκαίο κατόρθωμα, ενώ η ίδια επίσης δεν είναι επεμβατική.

Το περιοδικό "Γκύνεκολ Τρίμπιουν" είχε πρόσφατα τον τίτλο: «*Οι έγκυες μπορούν να καθησυχάσουν με βάση τα επιστημονικά στοιχεία: Ακόμη και τα παιδιά που υποβάλλονται συχνά στην εξέταση των υπερήχων αναπτύσσονται κανονικά.*»

Η αιτιολογία του παραπάνω άρθρου έγκειται στο εξής: ενώ μεν διαπίστωνε κανείς σ' αυτά τα παιδιά ένα σημαντικό μικρότερο μήκος σώματος κατά μισό εκατοστό, εκείνα αναπτύσσονταν στο φυσιολογικό κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους της ζωής τους. Δεν ξέρω, αλλά η λήψη ενός τέτοιου μέτρου, που συρρικνώνει το παιδί μου κατά μισό εκατοστό, μου φαίνεται μάλιστα πολύ επεμβατική.

Ποιο έχει πλέον τη μεγαλύτερη βαρύτητα; Το άρθρο 4 ή τα αξιωμένα βάσανα ενός ανθρώπου με ειδικές ανάγκες στον κόσμο μας; Μ' αυτό εννώ πως όταν δεν βασιζόμαστε σε ένα άνευ όρων αίσθημα εμπιστοσύνης, πάντοτε θα υπάρχουν καταστάσεις στις οποίες η καταπάτηση αυτών των δικαιωμάτων είναι πιθανή. Όμως, για τι είδους δικαιώματα του ανθρώπου μιλάμε, όταν αυτά μπορούν να εφαρμόζονται κατά το δοκούν; Ακόμη μια φορά θα ήθελα να δηλώσω πως αποφεύγω τη

δαιμονοποίηση της Ιατρικής και τη στηλίτευση του μεγαλύτερου μέρους των συναδέλφων για την εργασία τους.

Απλά, είναι γεγονός, ότι οι συνάδελφοι δεν συνειδητοποιούν πως τα μέτρα που λαμβάνουν είναι δίκαιο μαχαίρι και πιστεύουν μάλλον στην επιδοκμασία των πράξεών τους. Ο εξοπλισμός σε ιατρικά μηχανήματα είναι μια διαδικασία που έχει ήδη από καιρό ανεξαρτητοποιηθεί και έχει διεισδύσει σε τέτοιο βαθμό στην καθημερινότητά μας, έτσι ώστε η περιορισμένη, ορθολογική όψη του ανθρώπου να έχει γίνει ήδη η αποκλειστική εικόνα για τον εαυτό μας.

Θα δώσω ένα συνηθισμένο παράδειγμα από την καθημερινή ιατρική πρακτική: Μια έγκυος αναφέρει τη δική της εγκυμοσύνη που παρουσιάζει επιπλοκές. Για εβδομάδες έπρεπε να παραμείνει κλινήρης στο Νοσοκομείο. Η δικαιολογία της ήταν πως οι γιατροί διαπίστωσαν ότι έπασχε από ανεπάρκεια του τραχήλου και έτσι υπήρχε ο κίνδυνος να αποβάλει. Και μόνο αυτές οι λίγες γραμμές φανερώνουν ότι αυτή η γυναίκα είχε μειώσει το παιδί της σε μια παθητική ύπαρξη που δεν μπορεί να αυτοκαθοριστεί, και τον εαυτό της σε ένα δοχείο με ένα μαλακωμένο πώμα. Ας κρατά ξαπλωμένη τα πόδια της ψηλά και το “αντικείμενο” θα παραμείνει μέσα της. Ακόμα καλύτερα, ας ράψει κανείς το πώμα για μεγαλύτερη σιγουριά, ειδάλλως το “αντικείμενο” θα ακολουθήσει το νόμο της βαρύτητας στην πρώτη ευκαιρία που θα βρει! Στην πραγματικότητα, η γυναίκα αυτή νομίζει πως μέσα από την κλινήρη στάση και τη λήψη φαρμάκων μπορεί να εξαναγκάσει το παιδί της να μείνει περισσότερο στην κοιλιά της απ’ ό,τι το ίδιο θέλει και μπορεί. Από την τριαντάχρονη εμπειρία μου στη Μαιευτική απέκτησα την πεποίθηση πως τα ίδια τα παιδιά είναι σε θέση να καθορίσουν τη χρονική στιγμή του

τοκετού τους. Στην πλειοψηφία τους αποφασίζουν για τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, με αρκετή ακρίβεια ως εννέα μήνες. Θα έπρεπε, όμως, να σεβασθούμε το εάν κάποια παιδιά θέλουν να γεννηθούν κατ’εξαίρεση νωρίτερα. Ποιος ορίζει, τέλος πάντων, τι είναι το πρόωρο και τι το καθυστερημένο; Είμαι πεπεισμένος πως κάθε πρόωρα γεννημένο παιδί ξεκίνησε το δρόμο του πρόωρα μόνο από τη δική μας σκοπιά, ενώ από τη δική του σκοπιά ακριβώς έγκαιρα, έτσι ώστε να αποφύγει μεγαλύτερους κινδύνους μέσα στην κοιλιά της μητέρας του. Το γεγονός πως δεν το διακρίνουμε έγκειται στο ότι αυτός ο κίνδυνος δεν εκφράζεται πάντοτε με μετρήσιμα σωματικά και βιοχημικά δεδομένα.

Στατιστικά είναι ευρέως καταγεγραμμένο, πως το ποσοστό των πρόωρων γεννήσεων δεν άλλαξε καθόλου κατά τη διάρκεια των προηγούμενων δεκαετιών παρά τη λήψη όλων των ιατρικών μέτρων. Στην πραγματικότητα, αυτό που μετατρέπει την κατάσταση σε κρίσιμη είναι ο δικός μας φόβος. Εμείς φοβόμαστε πως το παιδί από ανικανότητα ή βλακεία δεν ακολουθεί το φυσιολογικό και διατρέχει κίνδυνο. Εδώ κάνει την εμφάνισή της η περιορισμένη αντιμετώπιση του παιδιού ως ένα φερόμενο αντικείμενο. Δεν εμπιστευόμαστε καθόλου το γεγονός πως το παιδί είναι ικανό από μόνο του να διακρίνει το δικό του καλό και να μεριμνήσει γι’ αυτό.

Σε τέτοιες οριακές περιπτώσεις όπως στην επονομαζόμενη “πρόωρη γέννηση”, φαίνεται στη συμπεριφορά των γονέων το κατά πόσο μπορούν να δείξουν στο παιδί τους απεριόριστη εμπιστοσύνη. Αναγνωρίζουν και σέβονται το δικό του αίσθημα υπευθυνότητας ή μήπως όχι; Εάν ναι, τότε μπορούν να γλυτώσουν τους εαυτούς τους και το παιδί τους από πολλά περιττά βάσανα. Εντούτοις, πολλοί γυναικολογικοί σταθμοί είναι πλήρως κατειλημμέ-

νοι από εγκύους, που δήθεν έχουν τάση προς πρόωρο τοκετό. Αυτές οι γυναίκες και τα παιδιά επιβαρύνονται με φάρμακα και χειρουργικές επεμβάσεις δίχως κανένα πραγματικό αποτέλεσμα. Μέσα απ' αυτές τις σχέσεις φθάνουμε στο συμπέρασμα ότι στις γυναίκες αυτές ενδυναμώνεται η έλλειψη εμπιστοσύνης προς το παιδί τους και πως η εξάρτησή τους από το ιατρικό προσωπικό αυξάνεται ολοένα και περισσότερο.

Μέσα απ' αυτή τη σχέση το παιδί βιώνει όχι μόνο ένα δυνατό αίσθημα δυσπιστίας απ' την πλευρά της μητέρας του, αλλά αναπτύσσει προς αυτήν και ένα αίσθημα ενοχής, δηλαδή το αίσθημά του ότι αρρώστησε τη μητέρα του και ότι είναι υπεύθυνο για την αδιαθεσία της. Όλα αυτά εκδηλώνονται ασυνείδητα μεταξύ των γονέων (λ.χ. της μητέρας) και του παιδιού και αποτελούν μια πραγματική δοκιμασία ψυχικής επιβάρυνσης για όλη την οικογένεια. Όμως, για να ξεπεραστούν τέτοιες ακραίες καταστάσεις όπως αυτή του πρόωρου τοκετού, είναι και πάλι απαραίτητο να δείξουμε ακόμη περισσότερη εμπιστοσύνη. Εάν όμως αυτή δεν αναπτύσσεται από την πρώτη στιγμή, τότε δεν πρόκειται να "έρθει εξ ουρανού".

Εάν τώρα δοκιμάσουμε να μην ακολουθήσουμε την πεπατημένη, τότε μπορεί αυτό να σημαίνει ότι θα διατρέξουμε απρόβλεπτους κινδύνους. Γι' αυτό το λόγο δεν μπορούμε και δεν πρέπει να καταδικάσουμε τους συναδέλφους για τον τρόπο των χειρισμών τους. Αυτό είναι ένας φαύλος κύκλος. Δεν υπάρχει σχεδόν καμία γυναίκα της οποίας η εγκυμοσύνη να εξελίσσεται χωρίς επιπλοκές. Αργότερα προκύπτουν και στον τοκετό προβλήματα. Το ποσοστό του 25,5% που αναφέρεται στις καισαρικές τομές, δυστυχώς δεν σημαίνει ότι μπορούμε να μιλήσουμε για ένα ποσοστό 74,5% ευνοϊκών τοκετών.

Αυτή είναι η φυσιολογική κατάσταση των πραγμάτων και κανένας δεν αμφιβάλλει ότι θα μπορούσε να ήταν αλλιώς. Έτσι, πολύ λίγες γυναίκες συνειδητοποιούν τους λόγους της δυσaréσκείας τους, ενώ συχνά οι περισσότερες προσπαθούν να τους απωθήσουν.

Οι πιο πολλές γυναίκες δεν καταφέρνουν να το ξεπεράσουν μόνο με μια επιλόχεια κατάθλιψη. Συχνά κουβαλούν αυτό το τραύμα για χρόνια –εάν όχι για μια ολόκληρη ζωή– δίχως να μιλούν γι' αυτό. Έχω ζήσει γυναίκες που ξέσπασαν σε κλάματα, όταν ερωτήθηκαν για έναν τοκετό τους που έγινε πριν από δεκαετίες, αφού δεν είχαν ακόμη επεξεργασθεί συναισθηματικά αυτό το τραυματικό βίωμα, δίχως να αναφέρουμε τις συνέπειες του γεννητικού τραύματος πάνω στο παιδί.

Ακόμη και εδώ πρέπει να αντιμετωπίσουμε ένα φαύλο κύκλο. Οι αντιλήψεις και οι χειρισμοί όλων σχεδόν των γιατρών και των μαιευτήρων –και δυστυχώς επίσης και της πλειοψηφίας των γονέων– είναι για το παιδί, ακόμη και σήμερα, αυτές ενός συνονθυλεύματος από μέλη σώματος, δίχως καμιά αντιληπτική ικανότητα. Δίχως καμιά αλλαγή στον τρόπο της σκέψης μας, που θα συλλαμβάνει τη θέση και όλες τις διαστάσεις της κατάστασης του παιδιού που κυοφορείται, δεν θα γίνει πραγματικότητα κανένας τοκετός του βιολογικού μας είδους, ο οποίος θα ανταποκρίνεται στις συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού και της μητέρας. Μόνο όταν γίνει αντιληπτή η ψυχική διάσταση που έχει το παιδί προς τη μητέρα, είναι δυνατή η εδραίωση μιας έντονα στενής σχέσης μεταξύ τους ήδη από την αρχή της εγκυμοσύνης. Αυτού του είδους η σχέση κάνει και πάλι δυνατό το ότι μια έγκυος θα βιώνει εξαρχής τον εαυτό της όχι πια ως μια "μελλοντική μητέρα", αλλά ήδη ως μητέρα. Τα ίδια ισχύουν και για τον πατέρα, όταν αυτός αποκτήσει

τη δυνατότητα να δημιουργήσει μια συναισθηματική γέφυρα προς το παιδί του, με και δια της μητέρας, ήδη πολύ νωρίς από την εμφάνιση της εγκυμοσύνης. Αυτά αποτελούν προϋποθέσεις μιας απεριόριστης εμπιστοσύνης προς το παιδί, προς όλα αυτά που είναι και κάνει. Αυτό γίνεται δυνατό μέσα από την παρακολούθηση της εγκυμοσύνης και του τοκετού, που γίνεται με απτονομικό τρόπο.

ΑΠΤΟΝΟΜΙΑ

Η “Απτονομία” έχει ως αντικείμενό της τα θεμέλια της ανθρώπινης ύπαρξης και ορίζεται ως η “Επιστήμη της Συναισθηματικότητας”. Ο όρος “απτονομία” δημιουργήθηκε από το συνδυασμό των εννοιών “άψις”, που χρησιμοποιούνταν ήδη από τον καιρό του Αριστοτέλη και που περιγράφει τόσο την αίσθηση της αφής, το συναίσθημα, την αισθησιακή αντίληψη κατά τη διάρκεια που κρατά το συναίσθημα, όσο και τη συναισθηματική λεπτότητα, και “νόμος”, που έχει τη σημασία του νόμου, του κανόνα και του προτύπου. Το “απτό” προέρχεται από το ρήμα “άπτειν”: συγκινώ, εναρμονίζω, δημιουργώ ψυχικό δεσμό, συνάπτω επαφή με κάποιον και δια της επαφής θεραπεύω.

Η έννοια “kontakt” προέρχεται από το λατινικό “contagere” και σημαίνει την αμοιβαία επαφή, το άγγιγμα. Η αίσθηση της αφής από τη σκοπιά της εξελικτικής μας πορείας είναι η πρωταρχική αίσθηση από την οποία αναπτύχθηκαν όλα τα υπόλοιπα αισθητήρια όργανα και οι αισθητηριακές εντυπώσεις. Κατ’ αυτό το πνεύμα μεριμνά η Απτονομία: σέβεται και εκτιμά τον άνθρωπο στη συνολική του διάσταση και τον υποστηρίζει συναισθηματικά σε όλη του την υπόσταση μέσα από τις ιδιότητες ενός πολύ ειδικού τρόπου επαφής, που ονομάζεται “ψυχο-απτικός”. Αυτή η μορφή επαφής –η οποία σε καμιά περίπτωση

δεν μπορεί να περιορισθεί σ’ αυτή ενός απλού “αγγίγματος”– απαιτεί ευαισθησία, καθαρότητα, σύνεση και σεβασμό. Κατά τον απτονομικό τρόπο παρακολούθησης των γονέων και του παιδιού, οι γονείς αποκτούν τη δυνατότητα να έρθουν σε μια συνειδητή ψυχο-απτική επαφή με το παιδί.

Η ορθολογική γνώση του να είναι κάποια έγκυος αντικαθίσταται από μια πραγματικότητα που βιώνεται εσωτερικά και συναίσθάνεται. Αυτή η ενεργή αλληλεπίδραση αποτελεί τη βάση για τη δημιουργία του αισθήματος της πρωταρχικής εμπιστοσύνης. Σύμφωνα με την εμπειρία μου εμβαθύνεται επίσης και η σχέση μεταξύ των γονέων μέσα από την από κοινού έντονη επαφή με το παιδί τους και πάνω απ’ όλα, γιατί ο πατέρας δεν βρίσκεται πλέον απομακρυσμένος στη θέση του αβοήθητου παρατηρητή.

Μέσα από την απτονομική επαφή γνωρίζει κι αυτός το παιδί του προτού αυτό γεννηθεί. Θα μπορούσε κανείς να θυμηθεί το άρθρο 2, που μιλά για το δικαίωμα του παιδιού για μια σίγουρη προγεννητική σχέση και δεσμό, το άρθρο 7 για το δικαίωμα της επόμενης γενιάς στο να τους παρέχεται από την κοινωνία η δυνατότητα στο να αναπτύξουν πλήρως το δυναμικό τους ως ζευγάρι και γονείς, καθώς και το άρθρο 8 για ευαίσθητους και αφοσιωμένους γονείς. Η “Απτονομία” δεν είναι μια μέθοδος. Δυστυχώς, συχνά εκλαμβάνεται ως τέτοια και γίνεται αντικείμενο κατάχρησης.

Μόλις πριν από λίγο καιρό με επισκέφθηκε μια έγκυος, που είχε ακούσει πως με τη βοήθεια της “Απτονομίας” θα ήταν δυνατό να στρέψει κανείς πριν από τον τοκετό τα παιδιά που βρίσκονται σε ισχιακή προβολή. Βρισκόταν ήδη στην 37η εβδομάδα της κύησης και θα της ήταν τόσο ευχάριστο εάν το παιδί θα στεκόταν τελικά με το κεφάλι κάτω. Της έκανα μια απλή αντερώτηση: «Τι θα κάνετε, εάν το παιδί

δεν επιτρέπει να στραφεί ακόμη και μετά απ' όλα τα κόλπα;» Η απάντησή της ήταν: «Γι' αυτή την περίπτωση έχω ήδη κλείσει ραντεβού για καισαρική τομή, γιατί οι γιατροί λένε πως αυτή η εγχείρηση θα ήταν το καλύτερο για το παιδί μου και εμένα».

Σ' αυτό το παράδειγμα, εκτός από την πλήρη εξάρτηση από τους γιατρούς διακρίνονται επιπλέον μερικές άλλες τυπικές όψεις: α) προϋποτίθεται αυτονομία πως η ισχιακή προβολή είναι μια λανθασμένη θέση τοκετού και β) πως το παιδί πρέπει να εξαναγκασθεί με όλα τα μέσα για να έρθει στη σωστή του θέση.

Το ότι το παιδί ίσως επέλεξε συνειδητά ακριβώς αυτό τον τρόπο τοκετού έτσι ώστε να γεννηθεί όσο το δυνατό ακέραιο, δεν το λαμβάνουμε υπόψη, αλλά αντιθέτως θέλουμε να το προφυλάξουμε από μια υποτιθέμενη ανοησία μετατρέποντάς το σ' ένα αντικείμενο που χρίζει σωτηρίας. Αυτό το παιδί αντιμετωπίζεται με το ίδιο χάος συναισθημάτων αναξιοτήτας για εμπιστοσύνη και ενοχής. Εντούτοις, σύμφωνα με τη δική μου εμπειρία η ισχιακή προβολή δεν αποτελεί μια δυσμενή θέση τοκετού. Και μόνο που η ιατρική ένδειξη για καισαρική τομή έχει σήμερα λάβει τέτοιες διαστάσεις, αυτός είναι ο λόγος που δεν εξελίσσονται πια στις μέρες μας αυθόρμητα τοκετοί με ισχιακή προβολή.

Το ζήτημα δεν είναι πως οι γυναίκες θα πρέπει να γεννάνε μόνες και αφημένες μέσα σ' ένα δάσος! Ως κοινωνικά ζώα που είμαστε, χρειαζόμαστε φροντίδα από τους συνανθρώπους μας, ιδιαίτερα σε μια τέτοια υπαρξιακά, συναισθηματικά, ψυχικά και φυσιολογικά εξαιρετική περίπτωση, όπως αυτή του τοκετού. Όμως, είναι απόλυτα αναγκαίο να περιορίσουν αυτοί που αποκαλούνται μαιευτήρες (βοηθοί στον τοκετό) την υπερβολική τους δραστηριότητα και οι πατέρες να απελευθερωθούν από το ρόλο του παθητικού θεατή. Όλοι αυτοί πρέπει να αναλογισθούν ξανά τα καθήκοντά τους ως ΑΝΘΡΩΠΟΙ, που συμμετέχουν και φροντίζουν συναισθηματικά.

Όπως μέσα σε μια χιονοθύελλα χιλίων μυρίων νιφάδων χιονιού δεν βρίσκονται δυο που να είναι ακριβώς ίδιες, έτσι δεν υπάρχουν και δυο τοκετοί που να μοιάζουν τόσο πολύ μεταξύ τους, γιατί πίσω από κάθε γέννηση κρύβεται και μια άλλη ανεπανάληπτη προσωπικότητα, που έχει ανάλογα το δικαίωμα να γεννηθεί εξατομικευμένα και αυτοδιάθετα. Μόνο όταν το κατορθώσουμε αυτό, τότε θα μπορέσουμε να δημιουργήσουμε μια πιο ανθρώπινη Κοινωνία, στην οποία η άνευ όρων εμπιστοσύνη θα πάψει να αποτελεί πια μια ουτοπία.

Εις μνήμην Μαρίας Αντωνοπούλου, Προϊσταμένης Μαίας Α.Τ. Μαιευτηρίου "ΙΑΣΩ"

Μαράκι, στο καλό!

Τα λόγια δεν φτάνουν να εκφράσουν τη λύπη μας.

Έφυγες ξαφνικά... Έφυγες νωρίς... Έφυγες στην ακμή σου...

Είχες ακόμα να δώσεις στα παιδιά σου... Είχες ακόμα να δώσεις πολλά στη Μαιευτική...

Θα μας λείψεις... Σ' αγαπάμε!

ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΜΑΛΦΑ

ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ: Ένα στοίχημα που πρέπει να κερδίσουμε



Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Η προάσπιση και η προαγωγή του μητρικού θηλασμού σε κάθε χώρα είναι ευθύνη όλης της Κοινωνίας. Είναι ευθύνη των Λειτουργών Υγείας, των Μ.Μ.Ε., της Παιδείας, της Πολιτείας. Η Διεθνής Συνομοσπονδία Μαιών (I.C.M. – International Confederation of Midwives) θεωρεί πως οι Μαιές είναι οι καταλληλότεροι Επαγγελματίες Υγείας, τα άτομα επιλογής δηλαδή για την υποστήριξη και εγκαθίδρυση του μητρικού θηλασμού (το συγκεκριμένο κείμενο θα δημοσιευθεί στο επόμενο τεύχος του “ΕΛΕΥΘΩ”).

Τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού είναι γνωστά και αδιαμφισβήτητα. Στην πατρίδα μας τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού είναι αρκετά χα-

μηλά σε σχέση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες (οι πολυεθνικές εταιρείες γάλακτος έχουν κάνει εξαιρετική δουλειά...). Ο κλήρος, λοιπόν, πέφτει σ’ εμάς τις Μαιές. Εξ αντικειμένου βρισκόμαστε πιο κοντά από κάθε άλλον Επαγγελματία Υγείας στην έγκυο και στη λεχώνα. Είμαστε εμείς που προετοιμάζουμε την έγκυο γυναίκα για τη μητρότητα, είμαστε εμείς που τη βοηθάμε στον τοκετό της, είμαστε εμείς που την καθοδηγούμε στον πρώτο θηλασμό του βρέφους της, είμαστε εμείς που αντιμετωπίζουμε τα όποια προβλήματα και τις όποιες δυσκολίες στις πρώτες ημέρες της λοχείας (τα ποσοστά μητρικού θηλασμού στα Μαιευτήρια είναι 95%!). Κατόπιν, όμως, όταν η λεχώνα βγαίνει από το Μαιευτήριο και πηγαίνει σπίτι της με το νεογνό παιδί της, εμείς δεν είμαστε εκεί για να τη στηρίξουμε. Και τότε, τις περισσότερες φορές δυστυχώς, παρεμβαίνουν οι Παιδιάτροι και συνταγογραφούν τεχνητή διατροφή για το βρέφος. Και τότε ο μητρικός θηλασμός χάνεται με τις γνωστές σε όλους μας συνέπειες.

Συνάδελφοι! Πάρτε την υπόθεση του μητρικού θηλασμού στα χέρια σας! Αν όλοι μας προσπαθήσουμε περισσότερο, να είστε βέβαιοι πως θα γίνουν θαύματα στην Ελλάδα μας. Ενημερωθείτε και παρακολουθήστε τα Σεμινάρια Μητρικού Θηλασμού. Ενεργοποιηθείτε! Μη χαρίζετε το μητρικό θηλασμό σε άλλους Επαγγελματίες Υγείας που παραισφύουν. Είναι δική μας υπόθεση. Πάρτε το προσωπικά! Τα αποτελέσματα θα μας δικαιώσουν!

Η Πρόεδρος του Σ.Ε.Μ.Α.

ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΜΑΛΦΑ

Μέλος της “Εθνικής Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού”

Διατροφή και Μητρικός Θηλασμός

Αγγελική Σαρέλλα, Προϊσταμένη Μαία Ιδιωτικού Μαιευτηρίου "ΙΑΣΩ".

Ανθούλα Ποπόνα, Μαία, Εργαστηριακή Συνεργάτης Τμήματος Μαιευτικής Τ.Ε.Ι. Αθηνών.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο μητρικός θηλασμός αποτελεί την ιδανικότερη πηγή τροφής του βρέφους για τη σωστή σωματική και ψυχική του ανάπτυξη. Η γυναίκα που θηλάζει πρέπει να καλύπτει όχι μόνο τις διατροφικές ανάγκες του παιδιού της, αλλά και τις δικές της λαμβάνοντας τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά από τις τροφές. Οι θερμιδικές ανάγκες στη διάρκεια του μητρικού θηλασμού αυξάνουν σημαντικά. Το ποσό των θερμιδικών αναγκών εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Η ανεπαρκής σίτιση της μητέρας έχει επιπτώσεις στην ίδια και το βρέφος. Η σωστή ενημέρωση, καθοδήγηση και συμβουλευτική των γυναικών από τους Επαγγελματίες Υγείας όσον αφορά τη διατροφή και τον έλεγχο βάρους, είναι απαραίτητη για την εξασφάλιση της ομαλής ανάπτυξης του βρέφους και της καλής υγείας της μητέρας.

Λέξεις κλειδιά: μητρικός θηλασμός, θερμιδικές ανάγκες, τροφές, ανεπαρκής σίτιση, επιπτώσεις.

Μητρικός Θηλασμός ονομάζεται η περίοδος κατά την οποία η μητέρα θηλάζει το βρέφος της. Σ' αυτή την περίοδο οφείλει να διατηρεί τη δική της υγεία, ενώ παράλληλα παρέχει επαρκές γάλα για το θηλασμό του βρέφους.

Ο μητρικός θηλασμός επιβάλλει στη μητέρα ένα βαρύ θρεπτικό κόστος και ενεργειακές απαιτήσεις. Οι απαιτήσεις για ασβέστιο, μέταλλα και βιταμίνες αυξάνο-

νται. Εντούτοις, ένα μεγάλο τμήμα από τις αυξανόμενες ενεργειακές ανάγκες μπορεί να πληρωθεί από τις μητρικές λιποαποθήκες που δημιουργούνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, βοηθώντας ταυτόχρονα στην αποκατάσταση του κανονικού σωματικού βάρους.¹

ΘΕΡΜΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

Οι θερμιδικές ανάγκες της μητέρας αυξάνουν κατά τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού. Η μητέρα που θηλάζει έχει ανάγκη από καλή δίαιτα, που χαρακτηρίζεται για την ποικιλία στη σύνθεσή της ιδιαίτερα όταν εργάζεται. Οι θερμιδικές ανάγκες εξαρτώνται από το ποσό του παραγόμενου γάλακτος. Χρειάζονται περίπου 85kcal για την παραγωγή 100ml γάλακτος. Κατά το πρώτο εξάμηνο η ημερήσια παραγωγή γάλακτος είναι 750ml και γι' αυτά η μητέρα χρειάζεται περίπου 640kcal περισσότερα την ημέρα.

Κατά το δεύτερο εξάμηνο, όταν το βρέφος αρχίζει να λαμβάνει και άλλη τροφή εκτός από το μητρικό γάλα, η μέση παραγωγή γάλακτος ελαττώνεται στα 600ml και οι απαιτούμενες πρόσθετες θερμίδες ελαττώνονται στα 510kcal ημερησίως.⁴ Το ακριβές ποσό των διατροφικών αναγκών εξαρτάται από το βάρος του βρέφους, την όρεξή του και τη δραστηριότητα της ημέρας. Τη στιγμή όμως που η θηλάζουσα μητέρα πρέπει να παράγει περίπου 750ml γάλακτος κάθε ημέρα, αυτό προϋποθέτει αντίστοιχη πρόσληψη ποσότητας υγρών

σε μέτριες ποσότητες χωρίς να επηρεάζεται η ποιότητα του γάλακτος.²

Η δίαιτα της μητέρας καθορίζει τον τύπο των λιπαρών οξέων και την πυκνότητα των υδατοδιαλυτών βιταμινών στο γάλα της, ενώ οι λιποδιαλυτές βιταμίνες επηρεάζονται λιγότερο. Αντίθετα, η περιεκτικότητα του γάλακτος σε πρωτεΐνες διατηρείται σε καλά επίπεδα ακόμη και σε φτωχά διατροφόμενες μητέρες, παρόλο που η περιεκτικότητά του σε λίπος είναι μερικές φορές κάτω από την ιδανική.

ΤΡΟΦΙΚΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Γενικά, κατά τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού οι απαιτήσεις στη διατροφή της μητέρας αυξάνονται. Τα ποσά εξαρτώνται από την ηλικία της. Οι πρωτεΐνες είναι ιδιαίτερα σπουδαίες γιατί εκτιμάται ότι στο ημερησίως παραγόμενο γάλα περιέχονται 10 γραμμάρια πρωτεΐνης.³

Οι θηλάζουσες μητέρες πρέπει να είναι σίγουρες ότι στα γεύματα περιλαμβάνονται αρκετά φρούτα και λαχανικά, ειδικά αυτά που είναι πλούσια σε βιταμίνη C, καθώς και περισσότερο γάλα.⁶

Οι γυναίκες χορτοφάγοι θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεχτικές γιατί χρειάζονται περισσότερες θερμίδες, σίδηρο, ψευδάργυρο, πρωτεΐνες, ασβέστιο και βιταμίνη D. Συμπληρωματική χορήγηση βιταμίνης B12 είναι απαραίτητη στις περιπτώσεις χορτοφαγίας.

Είναι σπουδαίο η θηλάζουσα μητέρα να διαθέτει αρκετά υγρά, ώστε να αντικαθιστά αυτά που χάνει με το γάλα του βρέφους. Η μητέρα πρέπει να μάθει να ελαττώνει τις θερμίδες που λαμβάνει κατά το τέλος της περιόδου του μητρικού θηλασμού, ώστε να μην προσθέτει ανεπιθύμητο βάρος στο σώμα της.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΟΥΣ ΣΙΤΙΣΗΣ ΣΤΗ ΜΗΤΕΡΑ

Αν κατά το διάστημα του μητρικού θηλασμού οι θρεπτικές ανάγκες σε γενικές γραμμές δεν πληρούνται, η μητέρα είναι αυτή που μπορεί να παρουσιάσει κάποιες ελλείψεις και όχι το βρέφος.⁵ Η ποιότητα και η ποσότητα του γάλακτος θα εξασφαλιστεί σε βάρος των μητρικών αποθεμάτων. Σε μεγαλύτερο δε κίνδυνο βρίσκονται οι γυναίκες, που δεν σιτίζονταν καλά στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και συνεχίζουν την ίδια ανεπαρκή σίτιση και στη διάρκεια του θηλασμού. Ειδικά στην περιορισμένη πρόσληψη ασβεστίου μπορεί να δημιουργηθούν προβλήματα υγείας των οστών αλλά και των δοντιών της μητέρας.

Είναι αποδεδειγμένο ότι κατά τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού υπάρχει μια απώλεια ασβεστίου της τάξης των 210mg/ημέρα, οπότε οι γυναίκες που θηλάζουν θα πρέπει να προσλαμβάνουν τουλάχιστον 1.200mg ημερησίως για να καλύψουν τις ανάγκες τους. Η πρόσληψη υγρών δεν επηρεάζει την ποσότητα του παραγόμενου γάλακτος, αλλά η θηλάζουσα γυναίκα πρέπει να προσλαμβάνει περίπου 2-2,5 λίτρα υγρών/ημέρα, ώστε να προστατεύει τον οργανισμό της από την αφυδάτωση.

Τι πρέπει να αποφεύγει συνοπτικά η θηλάζουσα μητέρα:

- Καφέ
- Αλκοολούχα ποτά
- Τηγανητά
- Όσπρια
- Καρκεύματα
- Βαριές σάλτσες
- Φαγητά με έντονες οσμές.

Διερευνώντας το θέμα για τη διατροφή πριν, κατά τη διάρκεια αλλά και μετά την εγκυμοσύνη, καταλήγουμε σε κάποια πολύ σημαντικά συμπεράσματα: ότι η διατροφή είναι το άλφα και το ωμέγα για την

Προτεινόμενο μενού 2.600kcal για τη θηλάζουσα μητέρα

ΠΡΩΙΝΟ	kcal	ΓΕΥΜΑ	kcal	ΔΕΙΠΝΟ	kcal
Γκρέιπ-φρουτ μισό	40	1/2 ποτήρι χυμό πορτοκάλι	50	1/2 πεπόνι	50
1 αυγό ποσέ	80	κοτόπουλο με σάλτσα* (*90gr λευκό κρέας=140	206	85gr μοσχάρι ψητό	250
2 φέτες μπέικον	110	1/3 του φλιτζανιού λευκή σάλτσα=66)		1 μέτρια πατάτα	120
2 φέτες τوست σίκαλης	150	Μια φέτα ψωμί ολικής άλεσης	75	1/2 φλιτζάνι καρότα	35
1 κουταλάκι βούτυρο	100	1 μπολ πράσινη σαλάτα με 2 κουταλάκια λάδι και ξύδι	15	1/2 φλιτζάνι σάλτσα	40
1 φλιτζάνι άπαχο γάλα	85	1 μικρό ψητό μήλο με 1 κουταλάκι καφέ ζάχαρη	140	1 μέτρια ντομάτα	25
1 φλιτζάνι μαύρο καφέ	0	1 φλιτζάνι άπαχο γάλα	125	1 κουλούρι σίκαλης με 1 κουταλάκι βούτυρο	100
			45	1 μικρό κομμάτι γαλατόπιτας	200
			85	1 φλιτζάνι άπαχο γάλα	85
Σύνολο	565		741		1005
Ενδιάμεσα πρόχειρα γεύματα: 1 φλιτζάνι χυμός ντομάτας: 40kcal 1 παγωτό βανίλια: 300kcal					

(Πηγή: Διαιτητική – Υγιεινή διατροφή και θεραπευτικές δίαιτες, Κεφάλαιο 12ο, σελίδα 255, Εκδόσεις “ΕΜΗΝ”).

υγεία του ανθρώπου, όπως επίσης και για την ομαλή έκβαση της εγκυμοσύνης, αλλά και για τη μετέπειτα υγεία του νεογνού.⁶

Ξεκινώντας από την αρχή ανακαλύπτουμε ότι η επίδραση της διατροφής στον οργανισμό μας ξεκινάει από την πρώτη ημέρα της ζωής μας, αλλά και πριν ακόμα τη γέννησή μας επηρεάζοντας τη γονιμότητα της γυναίκας. Πολλές φορές η κακή διατροφή μιας γυναίκας καθιστά δύσκολη τη σύλληψη και μπορεί να μειώσει τη γονιμότητά της σε σύγκριση με τη γονιμότητα κάποιας άλλης, που έχει πιο υγιές και ισορροπημένο διαιτολόγιο. Στην εγκυμοσύνη, βέβαια, τα αποτελέσματα μιας κακής διατροφής είναι εμφανή.

Όπως ξέρουμε, κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης οι διατροφικές απαιτήσεις και ανάγκες της γυναίκας αυξάνονται κατά πολύ. Όταν η γυναίκα μπαίνει στη διαδικασία της εγκυμοσύνης με μεγάλες ελλείψεις στο διαιτολόγιό της και τον οργανισμό της φτωχό σε θρεπτικά συστατικά και βιταμίνες, λόγω αυτών των διατροφικών απαιτήσεων θα δυσκολευτεί πολύ να βγάλει σε πέρας αυτούς τους εννέα μήνες χωρίς σοβαρές απώλειες από τον οργανισμό της, αλλά και από επιπτώσεις στο βάρος του εμβρύου.

Μια γυναίκα με ελλιπή διατροφή και χαμηλό σωματικό βάρος θα γεννήσει πιθανότατα ένα νεογνό με υπολειπόμενη ανά-

πτυξη και χαμηλό βάρος. Αυτό καθιστά το νεογνό ευάλωτο στους εξωγενείς παράγοντες, αλλά και στις ίδιες προϋποθέσεις του και μπορεί να του προκαλέσει διάφορα προβλήματα και στη μετέπειτα ζωή του.⁷ Όμως, προβλήματα δημιουργούνται κατά την εγκυμοσύνη και στις υπέρβαρες γυναίκες, που δεν προσέχουν καθόλου τη διατροφή τους και τρώνε αλόγιστες ποσότητες φαγητού νομίζοντας πως πρέπει να τρώνε για δυο άτομα.

Στην πραγματικότητα αυτό μπορεί να προκαλέσει δυσκολία στον τοκετό λόγω μεγάλου εμβρύου. Επίσης, κατά τον τοκετό μπορεί να προκληθούν τραυματισμοί στη μητέρα και το νεογνό, αλλά και αδράνεια της μήτρας που προκαλείται συνήθως από αυξημένα ποσοστά λίπους στον οργανισμό της εγκύου. Διαπιστώθηκε ότι τα περιττά κιλά στην εγκυμοσύνη μπορούν να οδηγήσουν σε παθολογικές καταστάσεις, όπως λ.χ. διαβήτη και υπέρταση της κύησης. Επίσης, πρέπει να αποφεύγεται η χρήση οποιωνδήποτε εθιστικών ουσιών, γιατί επηρεάζουν αρνητικά το έμβρυο διαπερνώντας τον πλακούντα και επηρεάζοντας την ανάπτυξη του.

Τέλος, διερευνώντας τη διατροφή στη διάρκεια του μητρικού θηλασμού συμπεραίνουμε ότι η σωστή και ισορροπημένη διατροφή είναι εξίσου σημαντική κατά την περίοδο αυτή, αφού ό,τι τροφές καταναλώνει η μητέρα και όποιες ουσίες προσλαμβάνει από τη διατροφή της περνάνε μέσω του γάλακτος στο νεογνό της και μπορεί να έχουν διάφορες παρενέργειες σ' αυτό, που μπορεί να είναι από μικρές ενοχλήσεις και ευερεθιστότητα έως και πολύ επώδυνες καταστάσεις.⁸

Η κακή διατροφή κατά το μητρικό θηλασμό επηρεάζει και τον οργανισμό της μητέρας, ο οποίος για να αντεπεξέλθει στις αυξημένες ενεργειακές ανάγκες για την παραγωγή του γάλακτος –και όχι μόνο–

χρειάζεται μια ισορροπημένη και επαρκή διατροφή, ειδάλλως μπορεί να έχει άσχημο αντίκτυπο στην υγεία της όταν αυτή δεν επαρκεί.⁹

Παρά τις μέχρι τώρα γνώσεις μας πάνω στο θέμα της διατροφής, διάφορα ερωτήματα μένουν αναπάντητα, αρκετές σταθερές γνώσεις διαφοροποιούνται κάπως στην πορεία και αρκετά ζητήματα περί διατροφής θα βρίσκονται ακόμη υπό έρευνα. Αυτό που χρειάζεται να γίνει για την καταπολέμηση αυτής της άγνοιας είναι: α) ενημέρωση του κόσμου και ιδιαίτερα των γυναικών πάνω σε θέματα Αγωγής Υγείας, β) Συμβουλευτική από τους Επαγγελματίες Υγείας που είναι οι πλέον αρμόδιοι για τα θέματα αυτά, έτσι ώστε οι γυναίκες να είναι ενημερωμένες και να γνωρίζουν πριν ακόμα αποφασίσουν να μείνουν έγκυες, τι επιπτώσεις έχει η κακή διατροφή στον οργανισμό και την υγεία τους.

Βέβαια, αυτό που παίζει πολύ σημαντικό ρόλο για την ομαλή έκβαση της εγκυμοσύνης είναι η σωστή παρακολούθησή της από τις μαιές ή τους γιατρούς. Με τη σωστή παρακολούθηση και καθοδήγηση της εγκύου όσον αφορά τη διατροφή της και την απόκτηση βάρους κατά την περίοδο αυτή, οι πιθανότητες να καταλήξουμε σε υψηλού κινδύνου εγκυμοσύνη είναι λιγοστές.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Καφάτος Α., Μπισώρη Μ., Παπαδάκης Μ., Διακάτου Α., Χασαπίδου Μ.:** Υγεία, Διατροφή και ανάπτυξη παιδιών βρεφικής και προσχολικής ηλικίας. Πανεπιστήμιο Κρήτης – Τμήμα Ιατρικής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Προληπτική Ιατρική και Διατροφή.
2. **Townsend C.E.:** Υγιεινή διατροφή και θεραπευτικές δίαιτες – Διαιτητική. Εκδόσεις "Ελλην", 1995.

3. **Εθνικό Συνταγολόγιο 2003:** Κεφάλαιο 9, Βιταμίνες / Ημερήσιες ανάγκες στις κυριότερες βιταμίνες στην εγκυμοσύνη και στο θηλασμό. Εκδόσεις "Ε.Ο.Φ."
4. **Πλέσσας Σ.:** Διαιτητική του ανθρώπου. Εκδόσεις "Φάρμακον – Τύπος", 3η έκδοση, Αθήνα 1998.
5. **Fomon S.J.:** Feeding normal infants, Rationale for recommendations. J. Am. Diet Assoc. 2001, 101(9):1002-1005.
6. **Μαρίνου-Βελέντζα:** Επίκαιρα διατροφής – Διαιτολογίας. Η διατροφή του παιδιού (0-3). Αθήνα, 1980.
7. **Thompson J.M.:** Nutritional requirements of infants and young children. Practical guidelines. London, Blackwell science, 1998.
8. **www.pegewise.com** – Άρθρο: Foods to avoid while breastfeeding, 2002. Άρθρο: Pregnancy and Nutrition, 2002.
9. **www.naturaldiet.gr, breastfeeding,** Άρθρο: Διατροφή και θηλασμός, 2002.

Η θετική επίδραση της άσκησης στην εγκυμοσύνη και τη λοχεία

Ελευθερία Ταουσάνη, Μαία, MSc, BSN, RN, LE, ICEE, Εργαστηριακή Συνεργάτης Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης.

(Εργασία που ανακοινώθηκε στο "9ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιών-Μαιευτών", που έγινε στα Ιωάννινα από τις 24-26 Οκτωβρίου 2003).

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα πλεονεκτήματα της άσκησης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης όπως και μετά το πέρας αυτής τονίζονται σε όλο και περισσότερες έρευνες στη διεθνή βιβλιογραφία. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να γίνει ανασκόπηση των πρόσφατων ερευνών όσον αφορά τις θετικές επιδράσεις της άσκησης στην έγκυο γυναίκα και στο νεογνό. Σύμφωνα μ' αυτές τις έρευνες προκύπτει, ότι η έγκυος που ασκείται βιώνει καλύτερα την περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας, έχει καλύτερο τοκετό και φέρνει στον κόσμο ένα υγιές νεογνό με καλύτερη νευρολογική και ψυχοκινητική ανάπτυξη. Για το λόγο αυτό η άσκηση πρέπει να είναι αναπόσπαστο κομμάτι της φροντίδας της εγκύου και της λεχώιδας.

Λέξεις κλειδιά: άσκηση, εγκυμοσύνη, νεογνό, λοχεία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η έμφαση που δίνεται σήμερα στην προώθηση της σωματικής και ψυχικής υγείας και στην πρόληψη των ασθενειών, οδήγησε ολοένα και μεγαλύτερο αριθμό γυναικών της αναπαραγωγικής ηλικίας να κάνουν την άσκηση ένα αναπόσπαστο κομμάτι από τη ζωή τους.

Πολλές απ' αυτές τις γυναίκες συνεχίζουν να γυμνάζονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας. Είναι εύλογο, λοιπόν, να δημιουργούνται ερωτήματα σχετικά με τους πιθανούς κινδύνους και τα πλεονεκτήματα της άσκησης στην υγεία, τόσο της μέλλουσας μητέρας όσο και του παιδιού.

Πολλές από τις έρευνες στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται στους κινδύνους που μπορεί να κρύβει η άσκηση για την εγκυμοσύνη. Ωστόσο, τα περισ-

σότερα στοιχεία που προκύπτουν συνηγορούν στο ότι τα πλεονεκτήματα είναι περισσότερα από τα πιθανά μειονεκτήματα.

Το “Αμερικάνικο Κολέγιο Μαιευτήρων και Γυναικολόγων” (ACOG, 1998) συστήνει την άσκηση στην εγκυμοσύνη (χαμηλού κινδύνου) ως μέθοδο που αναγάγει τα αισθήματα ευεξίας και καλής ψυχικής υγείας, βελτιώνει την ψυχική διάθεση και την εικόνα του σωματικού εαυτού (“body image”), βελτιώνει τη φυσική κατάσταση και μειώνει μερικές από τις ενοχλήσεις της εγκυμοσύνης. Γενικά η άσκηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να έχει ευεργετικές επιδράσεις τόσο στην έγκυο όσο και στο έμβρυό της, αλλά και στη μητέρα και στο παιδί της αργότερα.

Έγινε λοιπόν μια προσπάθεια να ομαδοποιηθούν οι έρευνες που αφορούν τις φυσιολογικές επιδράσεις της άσκησης, ανάλογα με το ευεργετικό αποτέλεσμα που είχαν αυτές στην έγκυο γυναίκα και στο νεογνό. Όσον αφορά τις επιδράσεις στην έγκυο γυναίκα, αυτές αναφέρονται στη μείωση της πρόσληψης βάρους και της εναπόθεσης λιπώδους ιστού, στη συσχέτιση με πιθανές επιπλοκές της εγκυμοσύνης, στις λιγότερες ενοχλήσεις κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, στα καλύτερα αποτελέσματα του τοκετού, στη βελτίωση της φυσικής κατάστασης και επεκτείνονται στην περίοδο του μητρικού θηλασμού και της λοχείας. Οι επιδράσεις που αφορούν το νεογνό αναφέρονται στο βάρος και το λιπώδη ιστό του, αλλά και στη μετέπειτα νευρολογική και ψυχοκινητική του ανάπτυξη.

I. ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΤΗ ΛΟΧΕΙΑ

α) Μείωση της πρόσληψης βάρους και της εναπόθεσης λιπώδους ιστού

Στις γυναίκες που ασκούσαν πριν και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρατηρήθηκε ότι η μάζα του λιπώδους ιστού μειώθηκε κατά 3% και όσο πιο πολύ γυμνάζονταν αυτές κατά το τέλος της εγκυμοσύνης, τόσο μεγαλύτερη ήταν η επίδραση της άσκησης στη μείωση του βάρους τους.

Βρέθηκε ότι το συνολικό βάρος που πήραν οι έγκυες που γυμνάζονταν, ήταν κατά 3 περίπου κιλά λιγότερο από τις έγκυες που δεν γυμνάζονταν (Clapp & Little, 1995). Αντίθετα, οι γυναίκες που άρχισαν να ασκούνται αφού έμειναν έγκυες, κατάφεραν να μειώσουν το βάρος τους και το ποσοστό λίπους τους μόνο μετά από περισσότερο από 3 ώρες γυμναστικής την εβδομάδα (Clapp, Tomaselli, Rizdon, Kortan, Lopez & Little, 1997). Άρα, το ποσοστό με το οποίο η άσκηση κατά την εγκυμοσύνη θα βοηθήσει στη μείωση του βάρους και του λίπους των γυναικών, εξαρτάται από την προηγούμενη φυσική κατάστασή τους και από τον τύπο, τη συχνότητα και τη διάρκεια του προγράμματος γυμναστικής που ακολουθούν.

β) Επίδραση σε πιθανές επιπλοκές της εγκυμοσύνης

Δεν υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι μια υγιής γυναίκα, που αποφασίζει να μείνει έγκυος, πρέπει στη διάρκεια του 1ου τριμήνου της εγκυμοσύνης να αλ-

λάζει τον τρόπο με τον οποίο ασκείται, ώστε να μειώσει τον κίνδυνο της αποβολής, τον κίνδυνο της έκτοπης εγκυμοσύνης, των εμβρυϊκών ανωμαλιών ή των ανωμαλιών του πλακούντα.

Η συχνότητα των παραπάνω ανωμαλιών είναι περίπου ίδια στις γυναίκες που γυμνάζονται και σ' αυτές που δεν γυμνάζονται. Η ανησυχία ότι υπάρχει αυξημένη δραστηριότητα της μήτρας κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά την άσκηση, με συνέπεια αυτό να προκαλέσει πρόωρη ρήξη των αμνιακών μεμβρανών δεν έχει αποδειχθεί.

Επίσης, η έναρξη ενός προγράμματος άσκησης κατά την εγκυμοσύνη δεν σχετίζεται με την αύξηση του ποσοστού πρόωρων τοκετών (Clapp, 1989).

γ) Εξέλιξη και αποτελέσματα του τοκετού

Τα συμπεράσματα των ερευνών όσον αφορά τα πλεονεκτήματα της άσκησης στον τοκετό, έχουν δυο υποστάσεις.

Ορισμένες έρευνες αναφέρουν ότι και οι έγκυες που ασκούσαν και αυτές που δεν ασκούσαν, είχαν την ίδια εξέλιξη στην πορεία του τοκετού τους. Αλλά και αυτή η επίδραση θεωρείται θετική καθώς συνεπάγεται την έλλειψη ανωμαλιών κατά τον τοκετό (Marquez-Sterling, Perry, Kaplan, Halberstein & Signorile, 2000, Wolfe, Brenner & Mottola, 1994).

Στην πλειοψηφία τους όμως οι έρευνες αναφέρουν, πως οι γυναίκες που συνεχίζουν να ασκούνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τείνουν να έχουν πιο εύκολους, πιο σύντομους και χωρίς επιπλοκές τοκετούς (Beckman & Beckman, 1990).

δ) Βελτίωση της φυσικής κατάστασης – Fitness

Οι γυναίκες που ξεκινούν ή συνεχίζουν ένα πρόγραμμα γυμναστικής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης βελτιώνουν τη φυσική τους κατάσταση (Kramer, 2000). Γυναίκες που γυμνάζονταν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και συνέχισαν και κατά την περίοδο της λοχείας, πέτυχαν αύξηση 10% στη μέγιστη αερόβια τους ικανότητα, παρόλο που η ένταση και η συχνότητα της άσκησης μειώθηκε λόγω των αυξημένων υποχρεώσεών τους (Clapp, 1998).

ε) Μητρικός θηλασμός και λοχεία

Οι έρευνες που αφορούν στο μητρικό θηλασμό συνηγορούν στο ότι η αερόβια άσκηση μέτριας ή έντονης έντασης δεν αλλάζει την ποιότητα ή την ποσότητα του μητρικού γάλακτος στις γυναίκες (Quinn & Carey, 1997). Ωστόσο, υπερβολικά υψηλής έντασης άσκηση συχνά αλλάζει τη γεύση του μητρικού γάλακτος.

Η άσκηση κατά την περίοδο του μητρικού θηλασμού δεν επηρεάζει την ανάπτυξη του νεογνού. Επίσης, η μητέρα μπορεί να θηλάζει, να ασκείται και να κάνει δίαιτα την ίδια χρονική στιγμή, εφόσον περιορίσει στο ελάχιστο τη μείωση των θερμίδων και το ρυθμό απώλειας του βάρους της.

Τέλος, η άσκηση που συνεχίζεται και κατά τη διάρκεια της λοχείας μειώνει τις φυσικές ενοχλήσεις, επιταχύνει την ανάνηψη και δεν αυξάνει τον κίνδυνο τραυματισμών κατά την περίοδο αυτή (Clapp, 1994).

II. ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΟ ΝΕΟΓΝΟ

α) Βάρος και λιπώδης ιστός νεογνού

Από τις έρευνες αναφέρεται ότι η συνεχής και μέτριας έντασης άσκηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μειώνει το ποσοστό λίπους του νεογνού, χωρίς όμως να μειώνει τη συνολική ανάπτυξή του (Clapp, 1997). Φαίνεται ότι οι γυναίκες που ασκούνται δεν έχουν λιποβαρή νεογνά, αλλά τις περισσότερες φορές έχουν βρέφη με φυσιολογικό βάρος.

β) Μακροχρόνιες επιδράσεις της άσκησης στο νεογνό

Τέλος, έχουν γίνει έρευνες που σκοπό είχαν την εξέταση της επίδρασης της άσκησης κατά την εγκυμοσύνη στη νευρολογική ανάπτυξη του νεογνού.

Πραγματοποιήθηκαν 3 έρευνες. Η πρώτη εξέτασε τη νευρολογική ανάπτυξη 20 παιδιών ηλικίας 5 χρόνων, που προέρχονταν από γυναίκες που ασκούσαν κατά την εγκυμοσύνη, σε σύγκριση με 20 παιδιά της ίδιας ηλικίας, που προέρχονταν από γυναίκες που δεν γυμνάζονταν. Τα παιδιά των γυναικών που γυμνάζονταν, είχαν μεγαλύτερα σκορ στα τεστ που εξέταζαν την ευφυΐα και τη λεκτική ικανότητα (Clapp et al, 1996).

Μια παρόμοια έρευνα εξέτασε τη νευρολογική ανάπτυξη παιδιών ενός έτους. Και πάλι, τα παιδιά των γυναικών που γυμνάζονταν κατείχαν υψηλότερες θέσεις όσον αφορά την ψυχοκινητική ανάπτυξη στις διαβαθμίσεις του Bayley test της νεογνικής ανάπτυξης (Clapp et al, 1995). Η τελευταία έρευνα εξέτασε στις 5 μέρες από τη γέννησή τους τα νεογνά γυναικών που γυμνάζονταν, τα οποία και πά-

λι είχαν καλύτερες επιδόσεις σε 2 από τα 6 τεστ συμπεριφοράς του Brazelton (Clapp et al, 1999).

Τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών ενισχύουν την άποψη ότι τα παιδιά των γυναικών που γυμνάζονται κατά την εγκυμοσύνη, είναι αναπτυξιακά διαφορετικά από τα παιδιά των γυναικών που δεν γυμνάζονται.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να παρουσιαστούν οι θετικές φυσιολογικές επιδράσεις της άσκησης όπως αυτές παρατίθενται στην ερευνητική βιβλιογραφία. Προέκυψε, λοιπόν, ότι η άσκηση συμβάλλει στη μείωση της πρόσληψης βάρους και της εναπόθεσης λιπώδους ιστού στην έγκυο γυναίκα ανάλογα με την προηγούμενη φυσική της κατάσταση, τον τύπο, τη συχνότητα και τη διάρκεια του προγράμματος γυμναστικής που ακολουθεί.

Η πλειοψηφία των ερευνών συμπεραίνει ότι η άσκηση δεν αυξάνει τον κίνδυνο αποβολής, πρόωρου τοκετού, εξωμήτριας κύησης, εμβρυϊκών ανωμαλιών ή ανωμαλιών του πλακούντα και δεν έχει δυσμενή επίδραση στην εξέλιξη του τοκετού.

Οι έρευνες που αφορούν το μητρικό θηλασμό συνηγορούν στο ότι η αερόβια άσκηση μέτριας ή έντονης έντασης δεν αλλάζει την ποιότητα ή την ποσότητα του μητρικού γάλακτος στις γυναίκες και δεν επηρεάζει την ανάπτυξη του νεογνού.

Τέλος, οι γυναίκες που ξεκινούν ή συνεχίζουν ένα πρόγραμμα άσκησης βελτιώνουν τη φυσική τους κατάσταση, τόσο

κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης όσο και κατά τη διάρκεια της λοχείας.

Όσον αφορά στις επιδράσεις της άσκησης στο νεογνό, από τα αποτελέσματα των ερευνών προκύπτει ότι η μέτριας έντασης άσκηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μειώνει το ποσοστό λίπους του νεογνού, χωρίς όμως να μειώνει τη συνολική ανάπτυξη του και έχει θετική επίδραση στη νευρολογική και ψυχοκινητική του ανάπτυξη και συμπεριφορά.

Σήμερα, οι ερευνητές στην πλειοψηφία τους τονίζουν ότι η επίδραση της άσκησης είναι ευεργετική και για τη γυναίκα και για το παιδί της, τόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας όσο και για τη μετέπειτα ζωή τους.

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τις πρόσφατες έρευνες είναι θετικά και θα έπρεπε να παρέχουν σιγουριά και ασφάλεια τόσο στις έγκυες γυναίκες που επιλέγουν να γυμναστούν, όσο και στους γιατρούς που τις παρακολουθούν. Επομένως, η εγκυμοσύνη είναι μια πολύ καλή χρονική περίοδος για να ενθαρρύνουμε τις γυναίκες να γυμνάζονται, όχι μόνο για τη βελτίωση της δικής τους σωματικής και ψυχικής υγείας, αλλά και για των παιδιών τους.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- American College of Obstetrics and Gynecologists (1998):** Exercise and Fitness: A guide for women. Patient Education Pamphlet. AP045.
- Beckman C.R.B., Beckman C.A. (1990):** Effect of a structured antepartum exercise program on pregnancy and labor outcome in primiparas. *Journal of Reproductive Medicine*, 35:704-709.
- Clapp J.F., III (1989a):** The effects of maternal exercise on early pregnancy outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 161:1453-1457.
- Clapp J.F., III (1996):** The morphometric and neurodevelopmental outcome at 5 years of age of the offspring of women who continue to exercise throughout pregnancy. *Journal of Pediatrics*, 129:856-863.
- Clapp J.F., III, Little K.D. (1995):** The effect of endurance exercise on pregnancy weight gain and subcutaneous fat deposition. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 27:170-177.
- Clapp J.F., III, Lopez B., Harcar-Sevcik R. (1999):** Neonatal behavioral profile of the offspring of women who continue to exercise regularly throughout pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 180(1):91-94.
- Clapp J.F., III, Tomaselli J., Rizdon S., Kortan M., Lopez B., Little K.D. (1997):** Pregnancy training volume – effect on placental growth and size at birth. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 29(Suppl):4.
- Clapp J.F., Simonian J.F., Harcar-Sevcik R.A., Lopez B., Appleby-Wineberg S. (1995):** One year morphometric and neurodevelopmental outcome after exercise during pregnancy. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 27 (Suppl):74.
- Kramer M.S. (2000):** Regular aerobic exercise during pregnancy. *Cochrane Database System Review*, (2):CD000180.
- Marquez-Sterling S., Perry A.C., Kaplan T.A., Halberstein R.A., Signorile J.F. (2000):** Physical and psychological changes with vigorous exercise in sedentary primigravidae. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32(1):58-62.
- Quinn T.J., Carey G.B. (1997):** Is breast milk composition in lactating women altered by exercise intensity or diet? *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 29:(S)4.
- Wolfe L.A., Brenner I.K.M., Mottola M.F. (1994):** Maternal exercise, fetal well-being and pregnancy outcome. *Exercise and Sports Science Reviews*, 22:145-185.

Φυσιολογικός τοκετός μετά από καισαρική τομή ή "VBAC" (Vaginal Birth After Caesarean)

Αθηνά Κισσουδάκη, Μαία, MSc.

(Η παρούσα εργασία διεκπεραιώθηκε το 2003-2004 στο Λονδίνο, κατά τη διάρκεια Master στην ειδικότητα της Μαιευτικής. Η μετάφραση στα ελληνικά έγινε το έτος 2006).

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα οφέλη του φυσιολογικού τοκετού έναντι της καισαρικής τομής είναι πολλά, τόσο για τη μητέρα όσο και για το νεογνό. Ο χρόνος παραμονής στο Νοσοκομείο, η περίοδος της ανάρρωσης, ο πόνος μετά τη γέννα όπως και τα έξοδα, είναι όλα μικρότερα σε μια φυσιολογική γέννα.

Η φυσιολογική εξέλιξη του τοκετού είναι το ζητούμενο για κάθε υγιή γυναίκα. Υπάρχουν όμως και διάφορες περιπτώσεις παθολογίας, οι οποίες καθιστούν την καισαρική τομή ως μια αναγκαία επέμβαση, που όταν πρέπει να γίνεται σώζει ζωές.

Παλαιότερα, η πιθανότητα φυσιολογικής γέννας μετά από καισαρική τομή φάνταζε παράλογο ρίσκο. Οι γιατροί δίσταζαν πολύ να ενθαρρύνουν τη λεγόμενη "VBAC" (Vaginal Birth After Caesarean) ή "Κολπική γέννα μετά από Καισαρική". Σήμερα, τα ιατρικά εγχειρίδια περιλαμβάνουν πολλές καλομελετημένες έρευνες, που δείχνουν ότι στις περισσότερες περιπτώσεις οι κίνδυνοι από μια επιλεκτική καισαρική τομή, που έχει αποφασιστεί με βάση τις ενδείξεις μιας προηγούμενης εγκυμοσύνης και καισαρικής, είναι μεγαλύτεροι από τους κινδύνους της VBAC. Η πιο συνηθισμένη επιπλοκή της VBAC είναι η ρήξη της μήτρας, η οποία όμως εμφανίζεται σε ποσοστό μικρότερο από 1%. Παρότι το μέγεθος του εν λόγω κινδύνου είναι μικρό, οι γυναίκες που προηγουμένως είχαν αποκτήσει παιδιά με καισαρική τομή θα πρέπει να γνωρίζουν, επακριβώς, τις συνέπειες της από-

φασής τους να επαναλάβουν το ίδιο ή να γεννήσουν φυσιολογικά.

Ο λόγος που έκανε αναγκαία την καισαρική τομή, στις περισσότερες περιπτώσεις δεν συνεχίζει να υπάρχει σε επόμενη εγκυμοσύνη (π.χ. δυσαναλογία κεφαλής – λεκάνης, ισχιακή προβολή, προεκλαμψία, εμβρυϊκή δυσχέρεια κ.ά.). Συνεπώς, η ορθή και σφαιρική ενημέρωση της υποψήφιας μητέρας από το γιατρό ή τη μαία της κρίνεται απαραίτητη από την πρώτη κιόλας ημέρα της εγκυμοσύνης της.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εκτέλεση φυσιολογικού τοκετού μετά από καισαρική τομή είναι πλέον γεγονός και εφαρμόζεται ολοένα και συχνότερα σε διάφορες χώρες του εξωτερικού καθώς και στην Ελλάδα. Η άποψη ότι οι γυναίκες που έχουν γεννήσει με καισαρική τομή δεν δύνανται σε επόμενη εγκυμοσύνη να γεννήσουν δια της κολπικής οδού, είναι εσφαλμένη (Naef, 1995). Πολλές από τις καισαρικές τομές γίνονται επειδή προηγήθηκε καισαρική σε προηγηθέντες τοκετούς. Γεννιέται λοιπόν το εξής ερώτημα: Άραγε, είναι απαραίτητες και δεοντολογικά ορθές όλες αυτές οι καισαρικές; Ένα ερώτημα που θα πρέπει να λάβουν σοβαρά υπόψη, τόσο οι μαιευτήρες όσο και οι ίδιες οι γυναίκες. Από την άλλη μεριά, όλες οι μέλλουσες μητέρες δεν μπορούν να είναι υποψήφιας για φυσιολογικό τοκετό, ενώ στο παρελθόν υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή. Υποστηρίζεται ότι

παράλληλα με τη γνώση που αφορά την ασφάλεια και το ποσοστό επιτυχίας φυσιολογικών τοκετών μετά από καισαρικές, σημαντική επίσης είναι η συμβολή μιας μεθόδου, που θα μπορεί να προβλέπει την επιτυχή ή ανεπιτυχή απόπειρα φυσιολογικού τοκετού πριν ακόμα από την έναρξή του (Weinstein et al, 1996).

Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι η συνεισφορά των μαιών που προωθούν το φυσιολογικό τοκετό με τη μικρότερη δυνατή εμφάνιση επεμβάσεων και την υποστήριξη της γυναίκας, έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του αριθμού των καισαρικών τομών. Το γεγονός αυτό οφείλεται στα υψηλά ποσοστά επιτυχημένων φυσιολογικών τοκετών μετά από καισαρική τομή, των λεγόμενων "VBAC" = Vaginal Birth After Caesarean (Wagner, 1998).

Πόσο ασφαλής είναι ο φυσιολογικός τοκετός που έπεται μιας καισαρικής τομής

Σύμφωνα με το ανακοινωθέν του "Αμερικανικού Κολεγίου Μαιευτικής και Γυναικολογίας", μια σπάνια αλλά σοβαρή επιπλοκή της λεγόμενης "VBAC" είναι η ρήξη της μήτρας, που συμβαίνει σε ποσοστό 0,2%–1,5%. Μια πρώτη ένδειξη που θα οδηγήσει στην παραπάνω διάγνωση είναι η εμφάνιση εμβρυϊκής δυσχέρειας, που γίνεται αντιληπτή με την ακρόαση της εμβρυϊκής καρδιάς. Η συγκεκριμένη επιπλοκή αναφέρεται ως ένα καταστροφικό συμβάν, το οποίο χρήζει άμεσης ιατρικής παρέμβασης προκειμένου να σωθεί τόσο η μητέρα, όσο και το έμβρυο. Αναφέρεται, επίσης, ότι η ρήξη της μήτρας είναι πιο πιθανό να συμβεί σε γυναίκες που σε προηγούμενες καισαρικές εφαρμόστηκε η παραδοσιακή κάθετη τομή, η οποία όμως στη σύγχρονη Χειρουργική σπάνια εφαρμόζεται, πλην ειδικών περιπτώσεων (Naef et al, 1995). Η χαμηλή οριζόντια τομή φαί-

νεται να επουλώνεται καλύτερα από μια χαμηλή κάθετη τομή και, επίσης, υφίσταται λιγότερη καταπόνηση κατά τον τοκετό. Συνεπώς, οι συγγραφείς φαίνεται να υποστηρίζουν το γεγονός, ότι οι γυναίκες με χαμηλή εγκάρσια τομή από προηγούμενη καισαρική παρουσιάζουν ελάχιστο κίνδυνο ρήξης της μήτρας σ' έναν επερχόμενο τοκετό. Ωστόσο, προσοχή συνιστάται στη χορήγηση προσταγλανδίνης κατά τον τοκετό, καθώς έρευνα έδειξε ότι αυξάνει τον κίνδυνο για ρήξη της μήτρας έως και 2,5% (Lydon-Rochelle et al, 2000).

Εδώ είναι σημαντικό να διευκρινιστεί ότι η ρήξη της μήτρας είναι όρος ατυχής, αφού αναφέρεται σε οποιαδήποτε διάρρηξη των τοιχωμάτων της μήτρας. Η τέλεια ρήξη της μήτρας (επικίνδυνη επιπλοκή λόγω των καταστροφικών της συνεπειών) είναι πάρα πολύ σπάνια και ΔΕΝ είναι πιο πιθανή στις περιπτώσεις VBAC, σε σύγκριση με άλλα είδη τοκετού (www.eytokia.gr). Μάλιστα, είναι πιο πιθανό μια τέτοια ρήξη να παρουσιαστεί όχι σε γυναίκες με προηγούμενη καισαρική τομή, αλλά σ' εκείνες που η μήτρα τους έχει αποδυναμωθεί από πολλαπλές εγκυμοσύνες, ή σ' εκείνες που η μήτρα τους καταπονείται από μεγάλη δόση ωκυτοκίνης.

Όταν κι εάν ανοίξει η ουλή της προηγούμενης καισαρικής σε μια VBAC, πρόκειται συνήθως για ατελή διάνοιξη, που σημαίνει ότι η ουλή λεπταίνει ή ότι μικρό μέρος της ουλής ανοίγει. Οι περισσότερες από τις διανοίξεις είναι ασυμπτωματικές, δεν είναι επώδυνες και συνήθως επουλώνονται από μόνες τους χωρίς χειρουργική επέμβαση. Εδώ χρειάζεται να πούμε ότι η μητρική θνησιμότητα –αν και πολύ μικρή γενικά– είναι μεγαλύτερη σε γυναίκες που κάνουν καισαρική μετά από προηγούμενη καισαρική, σε σύγκριση με τις γυναίκες που κάνουν VBAC (www.eytokia.gr). Εάν συμβεί σημαντικό άνοιγμα της ουλής όσο προχω-

ρεί ένας φυσιολογικός τοκετός, το πιο πιθανό είναι να αποφασιστεί τότε καισαρική τομή και το άνοιγμα να διορθωθεί.

Επίσης, σε μεγάλο μέρος μελετών βρέθηκε ότι αυξάνονται σημαντικά οι πιθανότητες για έναν επιτυχή τοκετό που έπεται μιας καισαρικής τομής, αν στο παρελθόν έχει προηγηθεί της καισαρικής τομής ένας φυσιολογικός τοκετός. Παρόμοια συμπεράσματα διεξήγαγαν στη μελέτη τους ο Weinstein και οι συνάδελφοί του το 1996. Γυναίκες που είχαν γεννήσει κολπικά πριν από μια καισαρική τομή, βελτίωναν το ποσοστό επιτυχίας για VBAC σε ποσοστό 80%, συγκριτικά με γυναίκες που δεν είχαν γεννήσει φυσιολογικά πριν από την καισαρική. Πράγματι, οι οδηγίες του "Διεθνούς Ινστιτούτου Κλινικής Μελέτης" (2004) προτρέπουν τις γυναίκες που στο παρελθόν είχαν κάνει καισαρική τομή – ενώ πρωτίτερα είχαν γεννήσει φυσιολογικά – να τολμήσουν άφοβα έναν εκ νέου φυσιολογικό τοκετό.

Στη σχετική βιβλιογραφία το συγκεκριμένο θέμα της VBAC αποτελεί σημείο διαμάχης μεταξύ πολλών συγγραφέων. Ο Flamm (2001) υποστηρίζει ότι ούτε η VBAC, ούτε η προγραμματισμένη επαναλαμβανόμενη καισαρική θα πρέπει να θεωρούνται ελεύθερες από κίνδυνο. Αναφέρει δε χαρακτηριστικά: «Άπαξ και γίνει τομή της μήτρας σε μια πρώτη καισαρική, μια επακόλουθη εγκυμοσύνη θα πρέπει να εκλαμβάνεται ούτως ή άλλως ως υψηλού κινδύνου και ο τρόπος με τον οποίο θα επιλέξει να γεννήσει η μητέρα δεν θα μειώσει τον κίνδυνο αυτό».

Ωστόσο, από το 1930 και έπειτα η αγγλική βιβλιογραφία δεν αναφέρει ούτε μια περίπτωση μητρικού θανάτου που να προκλήθηκε από ρήξη της μήτρας επί χαμηλής εγκάρσιας τομής, που έλαβε χώρα σε προηγούμενη καισαρική τομή και ακολούθηθηκε φυσιολογικός τοκετός (Naef et

al, 1995). Αυτό θα κάνει το συγγραφέα να υποστηρίξει ότι στις περιπτώσεις εκείνες όπου δεν υπάρχει καμιά ιατρική αντένδειξη για VBAC, ο φυσιολογικός τοκετός αποτελεί μια ασφαλή επιλογή της γυναίκας.

• **Αυτονομία των γυναικών** • **Δικαίωμα στην επιλογή**

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στη Μεγάλη Βρετανία δίνει μεγάλη βαρύτητα στην αυτονομία του ασθενή, προωθώντας έτσι σε κάθε περίπτωση το δικαίωμα επιλογής του. Έτσι και στο παρόν θέμα είναι σημαντικό για μια γυναίκα, που ενδεχομένως βίωσε τραυματικά την εμπειρία της καισαρικής τομής ή απλά επιθυμεί να γευτεί και τη χαρά του φυσιολογικού τοκετού μετά από μια καισαρική, να της δίνεται η δυνατότητα να αποφασίζει η ίδια για τον τρόπο με τον οποίο θα γεννήσει (Pollard, 2003).

Βέβαια, όπως προαναφέρθηκε, υπάρχει μια μερίδα γυναικών που λόγω ιατρικών αντενδείξεων συνιστάται να αποφεύγουν το φυσιολογικό τοκετό μετά από καισαρική. Ο φυσιολογικός τοκετός δεν θα μπορεί να διεξαχθεί π.χ., εάν παρουσιάζονται οι συνθήκες που οδήγησαν στην πρώτη καισαρική. Συνεπώς, είναι αναφαίρετο δικαίωμα της κάθε γυναίκας να ενημερώνεται για τον τοκετό της και για όλους τους πιθανούς κινδύνους που τυχόν αυτός φέρει μετά από μια καισαρική, ώστε σε συνεργασία με το γυναικολόγο και τη μαία της να επιλέξει ό,τι είναι καλύτερο για την ίδια και το παιδί της.

Είναι γεγονός ότι στην πλειοψηφία τους οι γυναίκες είναι ελλιπώς ενημερωμένες ή αγνοούν τη δυνατότητα επιλογής για VBAC. Κρίνεται απαραίτητη, λοιπόν, η ενημέρωση όλων των υποψηφίων μητέρων, από την πρώτη τους κιάλας εγκυμοσύνη, για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της VBAC, γεγονός που θα μειώσει το άγχος και την ανασφάλειά τους,

που οφείλεται σε λανθασμένες αντιλήψεις ή σε έλλειψη γνώσης για το θέμα. Υπάρχουν πάρα πολλές γυναίκες που στο παρελθόν έκαναν καισαρική, όμως με την ορθή ενημέρωση που έλαβαν, αποφάσισαν απαλλαγμένες από το φόβο να γεννήσουν φυσιολογικά και καταθέτουν τη μοναδική αυτή εμπειρία τους στο Διαδίκτυο, στην ιστοσελίδα: "Birthlove" (vbac.co.uk). Μια απ' αυτές τις ιστορίες έχει ως εξής:

«Η Σάρα Κεντ, 23 χρόνων, το Δεκέμβριο του 2001 υπεβλήθη επειγόντως σε καισαρική τομή στο πρώτο της παιδί, μετά από μη εξέλιξη τοκετού. Όταν δυο χρόνια αργότερα έμεινε έγκυος στο δεύτερό της παιδί, ήταν αποφασισμένη να δοκιμάσει την εμπειρία του φυσιολογικού τοκετού. Έτσι, το Φεβρουάριο του 2003 είχε τη χαρά, όπως αναφέρει, να γεννήσει φυσιολογικά και τώρα είναι έγκυος στο τρίτο της παιδί, που σκοπεύει να το γεννήσει μαζί με τη μαία στο σπίτι.»

Στη συγκεκριμένη ιστοσελίδα, παρόμοιες ιστορίες ενθαρρύνουν τις γυναίκες με προηγούμενες καισαρικές τομές να συνειδητοποιήσουν, ότι ένας φυσιολογικός τοκετός είναι εξίσου εφικτός και γι' αυτές.

Η VBAC και η πολιτική διαφόρων Νοσοκομείων στο διεθνή χώρο

Στην Αυστραλία, το μαιευτικό κέντρο που υπάγεται στο Νοσοκομείο "Royal", της πολιτείας Brisbane, δεν επιτρέπει τη VBAC (vbac.co.uk). Παρόμοια στη Νότια Αυστραλία όλα τα μαιευτικά κέντρα στην Αδελαΐδα, εκτός από ένα, απαγορεύουν τη VBAC καθώς στερούνται των κατάλληλων προϋποθέσεων. (Σημείωση: Τα μαιευτικά κέντρα λειτουργούν ανεξάρτητα, εκτός του χώρου των Νοσοκομείων και αποκλειστικά με μαίες). Από την άλλη μεριά, το μαιευτικό κέντρο "Queen Elizabeth" της Αυστραλίας δέχεται VBAC ακόμη και αν έχουν

προηγηθεί δυο καισαρικές. Το ίδιο ισχύει και για τα Νοσοκομεία "Queen Elizabeth" και "Lyell McEwin".

Στη Γαλλία, η μαιευτική Κλινική "Des Lilas" στο Παρίσι έχει το υψηλότερο ποσοστό επιτυχίας VBAC (60%) συγκριτικά με όλα τα Νοσοκομεία και τις Κλινικές του Παρισιού. Πρόκειται, πράγματι, για ένα υψηλό ποσοστό αν λάβουμε υπόψη ότι πρόκειται για ένα μικρό Νοσοκομείο με δυο μόνο αίθουσες τοκετών, εκ των οποίων η μια διαθέτει πισίνα για τοκετό στο νερό. Σύμφωνα με το άρθρο η παραπάνω Κλινική φημίζεται για την ένθερμη υποστήριξη και προώθηση του φυσιολογικού τοκετού, όπου οι γυναίκες που επιθυμούν να γεννήσουν φυσιολογικά είναι υποχρεωμένες να υπογράψουν τη συγκατάθεσή τους στο τέλος του 2ου μήνα της εγκυμοσύνης τους.

Στο Ισραήλ οι περισσότερες γυναίκες προτιμούν να γεννούν στα Νοσοκομεία καθώς δεν υπάρχουν μαιευτικά κέντρα. Αλλά όπως αναφέρει μια Ισραηλινή μαία, στα περισσότερα Νοσοκομεία η πολιτική τους είναι θετική ως προς τη VBAC, ενώ οι μαίες αναλαμβάνουν εξ ολοκλήρου το φυσιολογικό τοκετό. Οι γιατροί επεμβαίνουν μόνο όταν υπάρξει κάποια επιπλοκή. Επίσης, το άρθρο κάνει αναφορά για ένα υψηλό ποσοστό VBAC στα Νοσοκομεία του Ισραήλ.

Τέλος, στη Μεγάλη Βρετανία το Νοσοκομείο "Princess Royal" επιτρέπει το φυσιολογικό τοκετό μετά από καισαρική τομή, αν και υπάρχει απαγορευτικός κανονισμός σ' εκείνες τις περιπτώσεις που οι γυναίκες είχαν στο παρελθόν περισσότερες από μια καισαρικές. Επίσης, υπάρχουν και οι αυτόνομες μαίες στο Surrey, οι οποίες υποστηρίζουν πλήρως τη γυναίκα που στο ιστορικό της έχει μια καισαρική και αποφασίζει μετά από ενημέρωση να γεννήσει φυσιολογικά στο σπίτι της. Βέβαια, οι μαίες αυ-

τές φροντίζουν πάντα για την άμεση μεταφορά της επιτόκου στο Νοσοκομείο σε περίπτωση που κάτι δεν πάει καλά.

(Σημείωση: Δυστυχώς, ελληνική βιβλιογραφία σχετική με το θέμα δεν βρέθηκε και ίσως αυτό αποτελεί και το έναυσμα για περαιτέρω έρευνα, όσον αφορά τη VBAC και τα ελληνικά δεδομένα).

Εδώ αξίζει να αναφερθούμε στο εύρημα μιας έρευνας, που διεξήχθη το 1997 από τον Geary, η οποία αποκάλυψε μια σημαντική απόκλιση στις προτιμήσεις των γυναικών από δυο διαφορετικά έθνη, όσον αφορά την καισαρική τομή. Όλες οι γυναίκες που ερωτήθηκαν και συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα, είχαν ήδη γεννήσει μια φορά στο παρελθόν με καισαρική. Έτσι, μόνο ένα 2% των γυναικών, που προέρχονταν από τη χώρα της Ιρλανδίας τάχθηκαν υπέρ της καισαρικής, ενώ οι Αυστραλές σε ποσοστό 28% προτίμησαν την καισαρική έναντι του φυσιολογικού τοκετού. Προκειμένου να ερμηνευθεί το παραπάνω εύρημα οφείλουμε να λάβουμε υπόψη την κουλτούρα της κάθε χώρας, τους κανονισμούς που διέπουν τα Νοσοκομεία της, την επικρατούσα ενημέρωση των γυναικών και άλλους παράγοντες.

Επίσης, ενδιαφέρον παρουσιάζει μια άλλη έρευνα, που πραγματοποιήθηκε σε Νοσοκομεία της Αυστραλίας και αφορά τη στάση και τις γνώσεις του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού, όσον αφορά το φυσιολογικό τοκετό που έπεται της καισαρικής τομής (Appleton et al, 2000).

Γενικοί γιατροί, μαίες και νοσηλεύτριες συμμετείχαν στην έρευνα. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι όλοι οι συμμετέχοντες ήταν γενικά ενημερωμένοι για το συγκεκριμένο θέμα, ενώ σημειώθηκε σημαντική διαφοροποίηση απόψεων μεταξύ μαιών και γιατρών όσον αφορά τη γνώση και τη στάση τους απέναντι στη VBAC, με τις μαίες να τάσσονται στην

πλειοψηφία τους υπέρ του φυσιολογικού τοκετού. Γενικά, πάντως, ποσοστό 53% των ερωτηθέντων υποστήριξε ότι οι γυναίκες θα πρέπει να ενθαρρύνονται ενεργά να σκεφτούν τη VBAC, ενώ ποσοστό 47% θεώρησε πιο σωστό, η φυσιολογική γέννα μετά από καισαρική τομή να παρουσιάζεται στη γυναίκα απλά ως μια μέθοδος επιλογής. Κι εδώ δίνεται εξαιρετική σημασία στη δοθείσα έγκριση του ασθενή προκειμένου να τελεστεί οποιαδήποτε ιατρική πράξη. Έτσι, για τη γυναίκα που θα δώσει την έγκρισή της για VBAC, απαραίτητη προϋπόθεση είναι η πλήρης ενημέρωσή της και η μελέτη κάθε διαθέσιμης πληροφορίας (Harer, 2002). Σύμφωνα με το συγγραφέα, ένας εκτενής και ουσιαστικός διάλογος με τη γυναίκα είναι καθοριστικός για τη λήψη μιας τόσο σοβαρής απόφασης. Αν και ορισμένες γυναίκες προτιμούν να κάνουν δεύτερη ή και τρίτη καισαρική τομή, κάποιες άλλες θα ήθελαν να αποφύγουν οποιαδήποτε επέμβαση και μάλιστα χειρουργική (Flamm, 2001).

Από τα παραπάνω λοιπόν γίνεται σαφές, ότι η γυναίκα που επιχειρεί να γεννήσει φυσιολογικά μετά από καισαρική τομή, θα πρέπει σε συνεργασία με επιστήμονα μαία ή γιατρό να ερευνήσει τις αλήθειες, τα οφέλη και τους κινδύνους της VBAC, ώστε να μπορέσει να πάρει μια απόφαση βασισμένη στη γνώση και να προετοιμάσει κατάλληλα τον εαυτό της.

Ο Ρίνεχαρτ (2001) προτείνει σ' ένα άρθρο του έναν οδηγό ενημέρωσης για τη γυναίκα που σκέφτεται να γεννήσει φυσιολογικά μετά από καισαρική τομή, και συνιστά ένας τέτοιος οδηγός να περιλαμβάνεται σε όλα τα Νοσοκομεία στο πλαίσιο της προγεννητικής φροντίδας. Αρχικά αναφέρει τα πλεονεκτήματα της VBAC, με κυριότερο την ευκαιρία που δίνεται στη γυναίκα, που γέννησε με καισαρική τομή, να βιώσει τη μοναδική εμπειρία της φυσι-

ολογικής γέννας. Την ίδια στιγμή όμως η γυναίκα πρέπει να ενημερώνεται για τους ενδεχόμενους κινδύνους της VBAC. Όσο καλά αποδεδειγμένη και αν είναι η ασφάλεια της παραπάνω μεθόδου ο κίνδυνος ρήξης της μήτρας παραμένει συνηθισμένο επιχείρημα εναντίον της. Αυτό το θέμα πρέπει να εξετάζεται από όλες τις πλευρές. Ο συγγραφέας θέτει επίσης ορισμένους όρους στην επιλογή της VBAC όπως η αποδοχή εκείνων των γυναικών που έχουν μια μόνο καισαρική στο μαιευτικό τους ιστορικό ενώ απαραίτητος είναι ο έλεγχος της τομής της προηγηθείσας καισαρικής αν έγινε χαμηλά οριζόντια. Ο πλακούντας πρέπει επίσης να βρίσκεται στη σωστή θέση. Τέλος θα πρέπει να δίνεται το δικαίωμα επιλογής στη γυναίκα για τον τρόπο με τον οποίο θα γεννήσει.

Με λίγα λόγια, παρότι δεν είναι δυνατό για κάθε γυναίκα με προηγούμενη καισαρική να γεννήσει φυσιολογικά, οι περισσότερες γυναίκες μπορούν. Τα βασικά κριτήρια είναι, να έχουν ξεπεραστεί οι ενδείξεις που οδήγησαν στην προηγούμενη καισαρική, να υπάρχει καλή υποστήριξη από το γιατρό ή τη μαία και το νοσοκομείο συντελώντας έτσι στην κατάλληλη προετοιμασία της υποψήφιας μητέρας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ACOG Committee on Practice Bulletins
1999: Vaginal birth after previous caesarean delivery. ACOG Practice Bull, (5).
Appleton B., Targett C., Rasmussen M., Reedman E., Sale F., Permezel M. (2000): Knowledge and attitudes about vaginal birth after caesarean section in Australian hospitals. Australian & New Zealand journal of Obstetrics & Gynecology, 40(2):195-9.
Carr C.A., Burkhardt P., Avery M. (2002): Vaginal birth after caesarean birth: a national survey of U.S midwifery practice. Journal of Midwifery & Women's Health, 47(5):347-52.

Flamm B.L. (2001): Vaginal birth after caesarean and the New England journal of medicine: A strange controversy. Birth, (28):276-79.
Flamm B.L. (1997): Once a caesarean, always a controversy. Obstet Gynecol, (90):312-15.
Geary M., Fanagan M., Boylan P. (1997): Maternal satisfaction with management in labour and preference for mode of delivery. Journal of Perinatal Medicine, 25:433-9.
Harer B.W. (2002): Vaginal birth after cesarean delivery. Jama, 287(20):2627-30.
Lydon-Rochelle M., Holt V.L., Easterling T.R., Martin D.P. (2001): Risk of uterine rupture during labor among women with a prior caesarean delivery. N Engl J Med, (345):3-8.
McCracken L. BirthLove: The revolutionary passion of mothering. 'VBAC Hostile (and friendly) institutions. Copyright 1998-2004. Retrieved from <http://www.birthlove.com/anti-vbac.html>, 1/02/04.
Naef R.W., Ray M.A., Chauhan S.P., Roach H., Blake P.G., Martin J.N. (1995): Trial of labor after caesarean delivery with a lower-segment vertical uterine incision: Is it safe? Am J Obstet Gynecol, (172):1666-74.
NICE guidelines (2004): Caesarean section: Summary of effects and procedural aspects. National Institute for Clinical Excellence. London.
Pollard K. (2003): Searching for autonomy. Midwifery, (3):113-124.
Rinehart H. (2001): A VBAC primer. Technical issues for midwives. Midwifery Today, (57):16-20.
"VBAC": Φυσιολογικός τοκετός μετά από καισαρική τομή. Retrieved from: http://www.eytokia.gr/eytokia/mitrotita/toketos_kaisariki.html
Wagner M. (2001): What every midwife should know about ACOG and VBAC: Critique of ACOG Practice Bulletin#5, July, 1999. Midwifery Today, (59):41-3.
Wagner M. (1998): Midwifery in the Industrialized world. Journal SOCG, (60):1225-1234.
Weinstein D., Benshushan A., Tanos V., Zilberstein R., Rojansky N. (1996): Predictive score for vaginal birth after caesarean section. Am J Obstet Gynecol, (174):192-8.

10ο Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών**23 - 26 Νοεμβρίου 2006****ΠΑΤΡΑ - Χώρος: Συνεδριακό Κέντρο Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών****Θέμα: Η εξέλιξη της μαιευτικής επιστήμης,
Μαία-Μαιευτής Σήμερα**

- Βιοηθική - Αρχές - Αξίες • Εκπαίδευση • Επαγγελματική εξέλιξη - Εξειδίκευση

ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Επώνυμο: Όνομα:
 Ιδιότητα: Τίτλος:
 Χώρος εργασίας:
 Διεύθυνση:
 Πόλη: Τ.Κ.
 Τηλ.: Fax: E-mail:

Σας γνωρίζω ότι επιθυμώ να λάβω μέρος στο παραπάνω Συνέδριο με:

- Εργασία Ελεύθερη Ανακοίνωση Poster

Τίτλος Εργασίας:

Ημερομηνία αποστολής: Υπογραφή:

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Απαραίτητο είναι να προηγείται της εργασίας η ΠΕΡΙΛΗΨΗ, να ακολουθεί η ΕΙΣΑΓΩΓΗ, η ΚΥΡΙΩΣ ΕΡΓΑΣΙΑ, τα ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ και τελευταία η ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.

Η προθεσμία για την "ΥΠΟΒΟΛΗ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ" είναι μέχρι τις 30/7/2006

- Διάρκεια παρουσίασης εργασιών: 10-15 λεπτά
- Ελεύθερες Ανακοινώσεις: 10 λεπτά
- Η συμμετοχή για Μαίες - Ιατρούς μέχρι 30/7/2006 είναι 70€ - Από 1/8/2006 είναι 80€
- Η συμμετοχή για τους Φοιτητές είναι δωρεάν.

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΤΗΣ ΠΟΛΗΣ (με πρωινό)

- **"ASTIR"**: Κατηγορία Α' (80 διαθέσιμα δωμάτια) - Μονόκλινο: 90€ - Δίκλινο: 115€
- **"BYZANTINO"**: Κατηγορία Α' (18 διαθέσιμα απλά δωμάτια): Μονόκλινο 90€ - Δίκλινο 110€
(6 διαθέσιμες σουίτες): Μονόκλινο 115€ - Δίκλινο 135€
- **"MARIE PALACE"**: Κατηγορία Γ' (15 διαθέσιμα δωμάτια) - Μονόκλινο 55€ - Δίκλινο 75€
- **"MEDITERRANEE"**: Κατηγορία Γ' (25 διαθέσιμα δωμάτια) - Μονόκλινο 55€ - Δίκλινο 80€

ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑ ΕΚΤΟΣ ΠΟΛΗΣ: 7 χλμ. από ΠΑΤΡΑ (με πρωινό)

- **"TO TZAKI"**: Κατηγορία Β' (20 διαθέσιμα δωμάτια) - Μονόκλινο 69€ - Δίκλινο 89€
- **"AIR OTEL ACHAIA BEACH"**: Κατηγορία Β' (30 διαθέσιμα δωμάτια)
Μονόκλινο 72€ - Δίκλινο 86€

ΟΡΓΑΝΩΣΗ: **"Συνέδρα"**, Ηρώων Πολυτεχνείου 92 - Τ.Κ. 264 42 ΠΑΤΡΑ

Τηλ.: 2610.461 551 - 2610.432 200 - Fax: 2610.430 884

E-mail: synedra@synedra.gr - Web site: www.synedra.gr

Πληροφορίες για το Συνέδριο: κ. Έλσα Πικραμένου

Ίδρυση Συλλόγου "ΟΙ ΦΙΛΟΙ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ"



Ο Σύλλογος "ΟΙ ΦΙΛΟΙ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ" ιδρύθηκε από ομάδα γιατρών, παιδιάτρων, νεογνολόγων, μαιών, εκπαιδευτικών και μητέρων.

Είναι εθελοντικός, μη κερδοσκοπικός Σύλλογος και η οργάνωση και λειτουργία του βασίζεται στο Καταστατικό του, τις διατάξεις του Αστικού Κώδικα και τη σχετική νομοθεσία για την ίδρυση μη κερδοσκοπικών Συλλόγων.

Σκοπός του Συλλόγου είναι η προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του Μητρικού Θηλασμού στη χώρα μας με:

- Την οργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων σε όλη την Ελλάδα, που απευθύνονται σε επαγγελματίες υγείας, ώστε να γίνουν ικανοί φορείς της προαγωγής του Μητρικού Θηλασμού, όσο και στο κοινό για τη δημιουργία μιας κοινωνίας φιλικής προς το Μητρικό Θηλασμό.
- Τη διοργάνωση συνεδρίων και τη δημοσίευση μελετών, ανακοινώσεων και σχετικών ερευνών.
- Την οργάνωση κοινωνικών εκδηλώσεων σχετικών με το Μητρικό Θηλασμό, με την υποστήριξη της κοινωνίας και των Μέσων Ενημέρωσης.
- Τη συνεργασία με άλλους φορείς του εσωτερικού ή του εξωτερικού για καλύτερη πραγμάτωση των σκοπών του Συλλόγου.

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΟΥΣ

Για εγγραφή στο Σύλλογο μπορείτε να συμπληρώσετε την παρακάτω αίτηση και να την ταχυδρομήσετε στη διεύθυνση: **Αικατερίνη Δαλιάνη: Φιλέμινγκ 48 – Κτήριο ΣΤ' – 182 33 Άγιος Ιωάννης Ρέντης**

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΤΑΚΤΙΚΟΥ ΜΕΛΟΥΣ ΣΤΟ ΣΥΛΛΟΓΟ "ΟΙ ΦΙΛΟΙ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ"

ΟΝΟΜΑ: ΕΠΩΝΥΜΟ:
 ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Τ.Κ.:
 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: Δ/ΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: Τ.Κ.:
 ΤΗΛ.: ΚΙΝΗΤΟ: FAX:
 E-MAIL: Υπογραφή

Η εφάπαξ εγγραφή στο Σύλλογο είναι 20 € και η ετήσια συνδρομή είναι 20 €. Για περισσότερες πληροφορίες επικοινωνήστε με την **κ. Αικατερίνη Δαλιάνη: Τηλ.: 6944.608241 ή κ. Ευθυμία Πατσουράκου: Fax: 210-9326966, E-mail: autd1@ath.forthnet.gr**

Τα μέλη του Συλλόγου είναι τακτικά, επίτιμα και αρωγά.

Τακτικά μέλη μπορούν να γίνουν όλοι όσοι ενδιαφέρονται για το Μητρικό Θηλασμό, ανεξάρτητα με την ιδιότητά τους, εφόσον δηλώσουν ανεπιφύλακτα ότι αποδέχονται το Καταστατικό, τις αποφάσεις των Γενικών Συνελεύσεων, τους σκοπούς του Συλλόγου και βοηθούν στην προαγωγή τους.

• Τακτικά μέλη μπορούν να γίνουν και οργανισμοί, ιδρύματα και γενικά Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ., τα οποία ασχολούνται με οποιονδήποτε τρόπο με σκοπούς που έχουν σχέση με το Μητρικό Θηλασμό. Τα τακτικά μέλη έχουν τα παρακάτω δικαιώματα και υποχρεώσεις:

1. Να συμμετέχουν στις Γενικές Συνελεύσεις και να παίρνουν αποφάσεις.
2. Να εκλέγουν τα όργανα διοίκησης και να εκλέγονται.
3. Να εκπληρώνουν τις ταμειακές τους υποχρεώσεις: 20 € η εγγραφή εφάπαξ και 20 € η ετήσια συνδρομή.
4. Να τηρούν τις διατάξεις του Καταστατικού και της διοίκησης.
5. Να συμβάλουν ενεργά στην πραγματοποίηση των σκοπών του Συλλόγου.

• Επίτιμα μέλη εγγράφονται άτομα που συντελούν στην επιτυχία των στόχων του Συλλόγου, προσφέρουν αξιολογες υπηρεσίες σ' αυτόν ή στην ουσιαστική προαγωγή του Μητρικού Θηλασμού. Η εγγραφή τους γίνεται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου.

• Αρωγά μέλη γίνονται φυσικά ή νομικά πρόσωπα που θέλουν να βοηθήσουν το Σύλλογο οικονομικά.

Η προσωρινή Διοικούσα Επιτροπή

Θέμις Ζάχου
Στυλιανή Εγγλέζου
Χαρά Τζαχρήστα
Αικατερίνη Δαλιάνη
Γεώργιος Λιόσης
Βίκυ Μπενέτου
Ευθυμία Πατσουράκου
Αικατερίνη Σγάρτσου



Ψάξαμε... Επιλέξαμε... Προτείνουμε...

femé Pad® & Breast Soother

Επιθέματα υπό μορφή γέλης



femé Pad®

Προσφέρουν άμεση ανακούφιση από κοιλιακούς ερεθισμούς, φλεγμαίνουσες αιμορροΐδες και γενικά επώδυνες καταστάσεις, που οφείλονται στον τοκετό και τα τραύματα που συχνά τον συνοδεύουν.

Χαρακτηριστικά του femé Pad

Εύκολο στη χρήση: Απλά τοποθετήστε το στην κατάψυξη για δύο (2) ώρες και μετά εφαρμόστε το στην πάσχουσα περιοχή καλύπτοντάς το με μια γάζα.

Υγιεινό: Πλένεται με ζεστό νερό και σαπούνι και χορηγείται με γάζες μιας χρήσης.

Εναλλακτικός τρόπος ανακούφισης από τον πόνο: Μη επεμβατικό, μη φαρμακευτικό, απόλυτα ασφαλές για τη μητέρα και το παιδί.

Διακριτικό: Κατάλληλα σχεδιασμένο και διαμορφωμένο για να ταιριάζει στην ανατομία του γυναικείου σώματος.

ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ **KITE HELLAS** PHARMACEUTICALS

ΑΘΗΝΑ: Λ. Ιωνίας 166, Τηλ.: 210-2014 306

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Ερυθραίας 11, Τηλ.: 2310-457 786

Breast Soother

Προσφέρουν άμεση ανακούφιση στους ευαίσθητους και επώδυνους μαστούς, χρησιμοποιώντας την επίδραση του κρύου ή του ζεστού.

Χαρακτηριστικά του Breast Soother

Εύκολο στη χρήση: Απλά τοποθετήστε το στο ψυγείο για 1 ώρα ή σε ένα δοχείο με ζεστό νερό για περίπου 7 λεπτά.

Υγιεινό: Καθαρίζεται με ζεστό νερό και σαπούνι και φυλάσσεται σε πλαστική σακούλα που περιλαμβάνεται στη συσκευασία.

Εναλλακτικός τρόπος ανακούφισης από τον πόνο:

Μη επεμβατικό, μη φαρμακευτικό, απόλυτα ασφαλές για τη μητέρα και το παιδί.

Διακριτικό: Μπορεί να τοποθετηθεί μέσα από το στήθος σε μητρότητα.



Οδηγίες προς Συγγραφείς

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Το περιοδικό μας ανανεώνεται και φιλοδοξεί να αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο ενημέρωσης, επικοινωνίας και εκπαίδευσης για τις Μαιείς και τους Μαιευτές. Στην προσπάθειά μας αυτή θα ήταν μεγάλη μας χαρά να συμμετέχετε με άρθρα των παρακάτω κατηγοριών:

• **Ερευνητικές εργασίες** • **Άρθρα** • **Περιγραφές ενδιαφερόντων περιστατικών** και τους χειρισμούς που ακολούθησαν (Case report) • **Γενικά θέματα:** Θέματα που σχετίζονται με τον ευρύτερο χώρο των Επιστημών Υγείας και παρουσιάζουν ενδιαφέρον

• **Γράμματα προς τη Σύναξη:** Περιέχουν παρατηρήσεις, κρίσεις για το περιοδικό, πρόδρομα αποτελέσματα ερευνητικών εργασιών κ.ά. • **Ανασκοπήσεις:** Συνθετική παρουσίαση των πρόσφατων εξελίξεων σε θέματα που μας αφορούν.

ΥΠΟΒΟΛΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

• Τα άρθρα που υποβάλλονται προς δημοσίευση στο περιοδικό αποστέλλονται σε 4 πλήρη αντίγραφα στη διεύθυνση: **Περιοδικό "ΕΛΕΥΘΩ" – Αριστ. Παππά 2, 115 21 ΑΘΗΝΑ**

• Τα άρθρα υποβάλλονται δακτυλογραφημένα με διπλό διάστημα στη μία όψη του φύλλου, σε λευκό χαρτί Α4 και με περιθώριο τουλάχιστον 2,5 cm. Αν είναι εφικτό συνοδεύονται από ηλεκτρονικό αρχείο (πρόγραμμα WORD). Τα κείμενα γράφονται με μονοτονικό σύστημα και στη δημοτική.

• **Στη σελίδα τίτλου** αναφέρονται:

- Τα ονόματα των συγγραφέων (επώνυμο και όνομα) καθώς και η ακριβής διεύθυνση και τα τηλέφωνα τους.
- Ο τίτλος του άρθρου που πρέπει να είναι βραχύς (έως 40 γράμματα). Δεν επιτρέπονται οι συντμήσεις λέξεων ή φράσεων.
- Οι διεθνώς παραδεκτοί συμβολισμοί.
- 2 έως 5 λέξεις-κλειδιά του άρθρου.
- Η σύντομη περίληψη του άρθρου έκτασης 250 έως 400 λέξεων (για άρθρα 1.000 έως 1.500 λέξεων αντίστοιχα).

• **Οι ερευνητικές εργασίες** διαιρούνται στα ακόλουθα κεφάλαια:

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ, ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ, ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

• **Οι ενδιαφέρουσες περιπτώσεις** χωρίζονται σε:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ, ΣΧΟΛΙΟ

• **Βιβλιογραφικές παραπομπές:** Ακολουθείται το διεθνές Πρότυπο Σύναξης Ιατρικών Άρθρων (σύστημα Vancouver). Οι βιβλιογραφικές παραπομπές στο κείμενο αριθμούνται με αύξοντα αριθμό κατά τη σειρά εμφάνισής τους. Με τη σειρά και τον ίδιο αριθμό αναφέρονται και στο βιβλιογραφικό κατάλογο, ο οποίος περιέχει όλες τις παραπομπές του κειμένου και μόνο αυτές.

• **Εικόνες:** Όλες οι φωτογραφίες, τα διαγράμματα, τα σχήματα κλπ. αριθμούνται με συνεχόμενους αραβικούς αριθμούς (1,2,3,...) και αναφέρονται στα σημεία του κειμένου που αντιστοιχούν. Η ποιότητα των πρωτοτύπων να είναι κατάλληλη προς δημοσίευση και σύμφωνη με τη γενική αισθητική του περιοδικού. Προκειμένου να αποφεύγονται σμικρύνσεις, που αλλοιώνουν το περιεχόμενό τους, συνιστάται να έχουν μέγεθος ανάλογο των στηλών του περιοδικού. Όλες οι εικόνες πρέπει να έχουν λεζάντα. Οι λεζάντες γράφονται όλες μαζί σε ξεχωριστή σελίδα του άρθρου.

• **Πίνακες:** Τα αποτελέσματα της εργασίας, που περιέχονται σε πίνακες, δεν πρέπει να επαναλαμβάνονται στο κεφάλαιο των ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ, ούτε να δίνονται σε εικόνες και το αντίθετο. Όλοι οι πίνακες αναφέρονται στα σημεία του κειμένου που αντιστοιχούν και αριθμούνται με συνεχόμενους αραβικούς αριθμούς.

• Το υλικό που παραλαμβάνει η Συντακτική Επιτροπή δεν επιστρέφεται στους συγγραφείς.



*Επιτέλους, μπορείτε να χαϊδέψετε το τρυφερό δερματάκι του μωρού σας.
Πώς όμως θα το προστατεύσετε;*

4 σημαντικές ερωτήσεις

1. Πώς θα μπορούσα να προστατεύω το δέρμα του νεογέννητου μωρού μου;

Διατηρώντας το στεγνό. Το δέρμα των νεογέννητων είναι πολύ ευαίσθητο, γι' αυτό είναι πολύ σημαντικό να το διατηρείτε όσο πιο στεγνό μπορείτε.

2. Γιατί είναι τόσο σημαντικό να διατηρώ το δέρμα του μωρού μου στεγνό;

Γιατί τα ούρα μπορούν να παράγουν αμμωνία που πιθανόν να προκαλέσει συγκαμένο ή ερεθισμένο δέρμα και τελικά, τη δυσφορία του μωρού σας. Δερματολογικές έρευνες έχουν δείξει πως μια στεγνή πάνα βοηθάει στην πρόληψη των ερεθισμών, κρατώντας τα ούρα μακριά από το δέρμα. Με λίγα λόγια: το υγιές δέρμα ξεκινά από το στεγνό δέρμα.



3. Τι πρέπει να προσέξω σε μια πάνα ώστε να προστατεύσω καλύτερα το δερματάκι του μωρού μου;

Φυσικά, πρέπει να διαλέξετε τη στεγνότερη πάνα. Μια πάνα πρέπει να εμποδίζει την υγρασία να έρχεται σε επαφή με το δερματάκι του μωρού σας, ειδικά όταν πιέζεται, όπως γίνεται στις περιπτώσεις που το μωρό σας ξαπλώνει ή μεταφέρεται στην αγκαλιά σας.

4. Ποια πάνα είναι κατάλληλη για το μωρό μου;

Pampers! Δεν υπάρχει πιο στεγνή πάνα! Τα νέα Pampers Baby Dry απορροφούν πιο γρήγορα από οποιαδήποτε άλλη πάνα, προσφέροντας αξεπέραστη στεγνότητα στο δερματάκι του μωρού σας. Χάρη στο διπλό επιφανειακό στρώμα και τον εξαιρετικά απορροφητικό πυρήνα που διαθέτουν κρατούν την υγρασία μακριά από το δερματάκι του μωρού σας.

Και τώρα, υπάρχει η κατάλληλη πάνα για κάθε στάδιο ανάπτυξης του μωρού σας. Τα νέα Pampers New Baby, με τη μοναδική τεχνολογία Total Care, απορροφούν στο εσωτερικό τους περισσότερα τοιςάκια και κακάκια από τις άλλες πάνες, κάνοντας το μωρό σας να νιώθει χαρούμενο κι ευτυχισμένο. Για να μπορεί το μωρό σας να κινείται άνετα, δημιουργήσαμε τα νέα Pampers Active Fit. Τα πλαϊνά της πάνας Active Fit είναι 4 φορές πιο ελαστικά από αυτά των κοινών πανών με αυτοκόλλητο, ώστε να προσαρμόζονται τέλεια σε όλες τις κινήσεις του μωρού σας, χωρίς κανένα συμβιβασμό ως προς τη στεγνότητα. Το μωρό σας στέκεται στα πόδια του! Χρειάζεται τα νέα Pampers Easy Up Pants, τις πιο στεγνές «πάνες - βρακάκι» στην αγορά. Προσφέρουν την αξιόπιστη στεγνότητα για την οποία είναι γνωστά τα Pampers και μπορείτε να τις εμπιστευθείτε ακόμα και για ολόκληρο το βράδυ.

Pampers! Δεν υπάρχει στεγνότερη πάνα, που να βοηθάει το δέρμα του μωρού σας να διατηρείται τόσο υγιές!

Μια απλή απάντηση.



Μεγεθθ 2-6



Μεγεθθ 1-3



Μεγεθθ 3-5



Μεγεθθ 4-6



Επόμενη καλύτερη πάνα

Pampers

Χρησιμοποιώντας ένα γυάλινο μπολ, δείτε τι συμβαίνει αν ασκήσετε πίεση (ανάλογη με το βάρος ενός μωρού) σε μια πάνα. Με άλλες πάνες, τα ούρα επιστρέφουν στην επιφάνεια. Με τα Pampers η υγρασία δεν επιστρέφει σχεδόν καθόλου.

Εμπιστευθείτε από τα μωρά
Διατηρείται από τα
Pampers



Απόλαυσε τα καλά της "υγρής" σου διατροφής
και άφησε την πάνα σου να απορροφήσει τα "κακά".

Επειδή το πεπτικό σύστημα των νεογέννητων μπορεί να χωνέψει τροφές μόνο σε υγρή μορφή, τα κακάκια τους είναι ιδιαίτερα υγρά. Γ'αυτό τα Pampers New Baby, με τη μοναδική τεχνολογία Total Care, απορροφούν περισσότερα μαλακά κακάκια από οποιαδήποτε άλλη πάνα. Όταν βλέπεις τον κόσμο μέσα από τα μάτια ενός μωρού, βλέπεις πώς να τον κάνεις καλύτερο.

Εμπνευση από τα μωρά.
Δημιουργία από τα

