

ΕΛΛΕΥΘΩ

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



ΙΟΥΛΙΟΣ
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ

2007

ΠΛΗΡΩΜΕΝΟ
ΤΕΛΟΣ
Ταχ. Γραφείο
Κ.Ε.Μ.Π.Α.Θ.
Αριθμός Αδείας
962/95



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

Β' Περίοδος / Τόμος 12ος / Τεύχος 3ο

Αυτό το αίσθημα ζεστασιάς και ασφάλειας
δεν θα έπρεπε να τελειώνει σε... 9 μήνες



Έμπνευση από τα μωρά.

Το αίσθημα της ασφάλειας βοηθά τα μωρά να μεγαλώνουν και να αναπτύσσονται. Γι' αυτό τα **Νέα Pampers New Baby** έχουν τώρα το σύστημα προστασίας **Secure-Me-Fit**, με ειδικές ταινίες που εφαρμόζουν η μία πάνω στην άλλη και τα πιο ελαστικά πλαϊνά, για να προσφέρουν την πιο ασφαλή «αγκαλιά» μετά της μαμάς.



Οι ασυνήθιστες συναντήσεις συνεχίζονται στα καταστήματα Prénatal.

Σε επικοινωνία με την κοιλιά.



Όταν μια γυναίκα πρόκειται να γίνει μαμά, είναι φυσικό να την απασχολεί το πώς θα φροντίσει το παιδί της με τον καλύτερο τρόπο. Τα καλά νέα είναι ότι το Κέντρο Σπουδών Prénatal οργανώνει σε όλα τα καταστήματα τη "Συνάντηση για τη Μαμά", που είναι αφιερωμένη στις μαμάδες που θέλουν να μάθουν πληροφορίες και συμβουλές που πηγάζουν από την εμπειρία και την κοινή λογική, για να ζήσουν ήρεμα και συνειδητοποιημένα την περίοδο της εγκυμοσύνης. Είναι πραγματικά ένα πολύτιμο ραντεβού που προσφέρεται εντελώς δωρεάν και βοηθά στη δημιουργία μιας καλής σχέσης με το παιδί πριν ακόμα γεννηθεί. Και μετά οι μαμάδες βρίσκουν πάντα ένα σωρό καινούργια πράγματα και το κάτι παραπάνω που έχει μόνο η Prénatal: συμπάθεια, ικανότητα και σωστές συμβουλές. Να γιατί η Prénatal είναι το κατάστημα που προτιμούν όλες οι μαμάδες του σύμπαντος.

**PRÉ
NA
TAL**

www.prenatal.gr



0
m+

ΚΑΛΛΥΝΤΙΚΑ CHICCO

Η πιο γλυκιά περιποίηση για την ευαίσθητη επιδερμίδα του μωρού



Καλλυντικά Chicco

Μια δερματολογική σειρά που δημιουργήθηκε από ειδικούς για την υγιεινή και την φροντίδα του ευαίσθητου δέρματος των νεογέννητων.

Ένα σημαντικό επίτευγμα του Κέντρου Μελετών Chicco που σε συνεργασία με μητέρες, γιατρούς, μαιές και εξειδικευμένους παιδίατρος, δημιούργησε μια ολοκληρωμένη σειρά καλλυντικών για την περιποίηση του μωρού, σε κάθε φάση της ανάπτυξής του.

- η σύνθεση τους είναι αγνή, απλή και ασφαλής, ειδικά μελετημένη να σέβεται απόλυτα την ευαίσθητη βρεφική επιδερμίδα
- η σειρά καλλυντικών Chicco καθαρίζει, προστατεύει και περιποιείται το δέρμα αποτρέποντας ανεπιθύμητες αντιδράσεις όπως ερεθισμούς, ξηρότητα και αλλεργίες
- η σειρά είναι εγκεκριμένη από το Ευρωπαϊκό Ινστιτούτο Δερματολογίας

Η CHICCO ΕΞΑΣΦΑΛΙΖΕΙ:
ΣΥΝΘΕΣΗ ΑΠΛΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΗΣ
ΣΤΑΘΕΡΕΣ ΑΞΙΕΣ ΜΕ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ
ΠΑΡΑΔΟΣΗ
ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΑΡΩΜΑΤΩΝ

approved by
IDE
ISTITUTO DERMATOLOGICO EUROPEO



όπου υπάρχει παιδί

9 υπέροχοι μήνες
κι ούτε ένα σημάδι
δεν θα θυμάμαι!



Προστατευτική
κρέμα σώματος
για την πρόληψη
των ραγάδων



Αναπλαστική
κρέμα σώματος
για την αντιμετώπιση
των ραγάδων

**Αποκλειστική διάθεση
στα φαρμακεία**

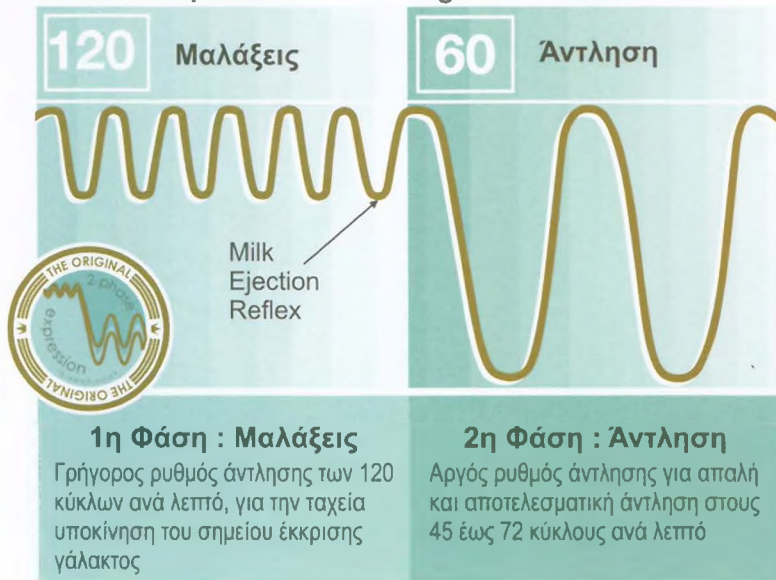


FREZYDERM
DERMOCEUTICALS

Μενάνδρου 75, 104 37 Αθήνα, Τηλ.: 210 524 6900, Fax: 210 524 4433,
www.frezyderm.gr e-mail: info@frezyderm.gr Γραμμή επικοινωνίας: 210 524 6900

Νέα γενιά θηλάστρων άντλησης 2 - φάσεων

2-Phase Expression® - The Original



1η Φάση : Μαλάξεις

Γρήγορος ρυθμός άντλησης των 120 κύκλων ανά λεπτό, για την ταχεία υποκίνηση του σημείου έκκρισης γάλακτος

2η Φάση : Άντληση

Αργός ρυθμός άντλησης για απαλή και αποτελεσματική άντληση στους 45 έως 72 κύκλους ανά λεπτό

Symphony®



Ηλεκτρική αντλία θηλασμού με άντληση Expression 2 - φάσεων, κατάλληλη για νοσοκομειακή χρήση και ιδανική για μακροπρόθεσμες και συχνές ανάγκες άντλησης

- Μονής ή διπλής άντλησης
- Αθόρυβη λειτουργία
- Τροχήλατη βάση στήριξης

Harmony®



Χειροκίνητη αντλία θηλασμού 2 - φάσεων με εργονομική λαβή

- Θήλαστρο Σιλικονούχας Χοάνης
- Θήκη μεταφοράς διαθέσιμη

Pump In Style® Advanced **Νέο**



Ηλεκτρική αντλία θηλασμού 2 - φάσεων, ιδανική για εργαζόμενες μητέρες

- Μονής ή διπλής άντλησης
- Αποσπώμενο μοτέρ και θήκη μεταφοράς
- Τροφοδοσία ρεύματος / μπαταρίας

Swing® **Νέο**



Ηλεκτρική αντλία θηλασμού, πρακτική και ιδανική για καθημερινή χρήση

- Τροφοδοσία ρεύματος / μπαταρίας
- Θήκη μεταφοράς διαθέσιμη
- Θήλαστρο Σιλικονούχας Χοάνης

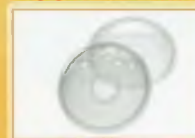
PureLan™ 100



Ανακουφίζει ευαίσθητες ή ξηρές θηλές και την ξηρότητα του δέρματος

- Φυσική Λανολίνη
- Δεν χρειάζεται απομάκρυνση πριν τον θηλασμό

Nipple Formers



Διαμορφωτές Θηλών

- επιφάνεια μαλακής σιλικόνης για αναπαιτική προσαρμογή
- Ειδικά σχεδιασμένη επιφάνεια για την καλύτερη κυκλοφορία του αέρα

Supplemental Nursing System



Σύστημα Συμπληρωματικής Διατροφής (SNS)

- Ρυθμιζόμενο σύστημα ροής
- Χρωματικά κωδικοποιημένοι σωλήνες για διαφορετικά ποσοστά σίτισης
- Κλιμακτώ δοχείο - δεξαμενή

klinikum
ιατρικά μηχανήματα & εργαλεία

KENTΡΙΚΟ: Νάτσινα 25 & Νεμέας, 542 49 Θεσσαλονίκη
Τηλ.: 2310 316.011, 2310 317.115, 2310 321.101 (Fax)
E-mail: klinikum@otenet.gr - www.medela.ch
ΥΠΟΚ/ΜΑ: Αερ. Παπαναστασίου 6, Ζωγράφου - 157 73 Αθήνα
Τηλ. & fax: 210 74.85.752, 210 74.70.418



ΕΛΕΥΘΩ

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

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

Β' Περίοδος - Τόμος 12ος, Τεύχος 3ο, ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2007

ISSN 1106 - 6822

Κωδικός ΕΛ.ΤΑ. 1701



ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ.Α.

<i>Πρόεδρος:</i>	ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΜΑΛΦΑ
<i>Αντιπρόεδρος:</i>	ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΚΑΚΑΒΑΣ
<i>Γεν. Γραμματέας:</i>	ΠΕΡΜΑΝΘΙΑ ΠΑΝΑΝΗ
<i>Αναπληρ. Γεν. Γραμματέας:</i>	ΓΕΩΡΓΙΑ ΚΟΒΑΝΗ
<i>Ταμίας:</i>	ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ
<i>Αναπληρ. Ταμίας:</i>	ΔΡΟΓΩΣΗ ΜΑΡΙΑ
<i>Μέλη:</i>	ΜΑΡΙΑ ΤΣΑΚΩΝΑ
	ΒΑΡΒΑΡΑ ΣΙΑΡΜΠΑ
<i>Αναπληρ. Μέλη:</i>	ΣΜΑΡΑΓΔΑ ΤΣΟΥΚΑΛΑ
	ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΑΝΤΩΝΑΚΟΥ
	ΧΡΙΣΤΙΑΝΑ ΒΕΝΤΙΚΟΥ

ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ.Α.

<i>Μέλη:</i>	ΛΑΜΠΡΙΝΗ ΠΑΛΛΗΚΑΡΑ
	ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΚΑΡΑΜΗΤΡΟΣ
<i>Αναπληρ. Μέλος:</i>	ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΚΟΥΤΡΑ

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ: Σ.Ε.Μ.Α.

Αριστ. Παππά 2 – 115 21 Αθήνα
Τηλ.: 210.6465691(Fax) – 210.6429675
E-mail: sema-icm@otenet.gr - Website: www.semama.gr

Υπεύθυνη σύμφωνα με το νόμο
ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΜΑΛΦΑ, Πρόεδρος Σ.Ε.Μ.Α.
Αριστ. Παππά 2 – 115 21 Αθήνα
Τηλ.: 210.6465691(Fax) – 210.6429675

ΕΚΔΟΤΗΣ: ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΜΑΚΡΗ

Κεφαλληνίας 47 – 112 57 Αθήνα
Τηλ.: 210.8810848 – Fax: 210.8235371
E-mail: akida@acsmi.gr

Εκτύπωση – Βιβλιοδεσία
ΔΙΟΝ. ΠΡΙΦΤΗΣ & ΥΙΟΙ Ο.Ε.
Σωνιέρου 6 – 104 38 Αθήνα
Τηλ.: 210.5232323 – 210.5232068

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

ΕΛΕΥΘΩ

ΕΛΕΥΘΩ

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

SCIENTIFIC AND PROFESSIONAL
MAGAZINE PUBLISHED QUARTERLY
OFFICIAL JOURNAL OF HELLENIC MIDWIVES

Β' Περίοδος - Τόμος 12ος, Τεύχος 3ο
ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2007

2nd Period - Volume 12, Number 3
JULY - AUGUST - SEPTEMBER 2007



Επιστημονικοί Σύμβουλοι

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
ΙΑΤΡΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Scientific Advisors

PAPANIKOLAOU NIKOLAOS
IATRAKIS GEORGE

Συντακτική Επιτροπή

Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α.
ΑΝΤΩΝΑΚΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ
ΑΡΓΕΝΤΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ
ΒΕΝΤΙΚΟΥ ΧΡΙΣΤΙΑΝΑ
ΓΟΥΡΟΥΝΤΗ ΚΛΕΑΝΘΗ
ΛΙΑΓΚΑ ΕΙΡΗΝΗ
ΛΥΜΠΕΡΗ ΡΑΛΛΟΥ
ΜΑΝΙΑΤΕΛΛΗ ΕΛΙΣΣΑΒΕΤ
ΜΠΟΥΡΟΥΤΖΟΓΛΟΥ ΜΑΡΙΑ
ΤΟΥΦΙΔΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ
ΧΑΔΛΑ ΒΙΒΗ

Editorial Board

E.C. of Hellenic Midwives Association
ANTONAKOU ANGELIKI
ARGENTOU ANGELIKI
VENTIKOU CHRISTIANA
GOUROUNTI KLEANTHI
LIAGA EIRINI
LYMPERI RALLOU
MANIATELLI ELISSAVET
MPOUROUTZOGLOU MARIA
TOUFIDOU ANTONIA
CHADLA VIVI

Επιστημονικές εργασίες – Αλληλογραφία

Σ.Ε.Μ.Α.: Αριστ. Παππά 2 – 115 21 Αθήνα
Τηλ.: 210.6465691(Fax) – 210.6429675
E-mail: sema-icm@otenet.gr - Website: www.semma.gr

Scientific papers – Correspondence

H.M.A.: 2 Arist. Pappa str. – 115 21 Athens
Tel.: 210.6465691(Fax) – 210.6429675
E-mail: sema-icm@otenet.gr - Website: www.semma.gr

ΕΛΕΥΘΩ

Β΄ Περίοδος - Τόμος 12ος, Τεύχος 3ο
ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ο ρόλος, το έργο και η κοινωνική συμβολή μας στην εδραίωση του Μητρικού Θηλασμού <i>Καλλιόπη Μάλφα</i>	98
Μητρικός Θηλασμός: Παράγοντες που επηρεάζουν την έναρξη και τη διάρκειά του στην Ελλάδα <i>Μαρία Δάγλα</i>	100
Μελέτη διερεύνησης των γνώσεων, των πεποιθήσεων και της στάσης του πατέρα στο Μητρικό Θηλασμό <i>Παρασκευή Βολάκη, Στέλλα Παλιάτσιου</i>	104
Μητρική παχυσαρκία, εγκυμοσύνη και περιγεννητική έκβαση <i>Δέσποινα Βασδέκη</i>	109
Πόνος στο νεογνό <i>Αργυρώ-Εύα Κύρου</i>	116
• Το νέο Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ. Θεσσαλονίκης	121
• Εκλογές του Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου	121
Επιστολές προς τη Σύntαξη <i>Μαρία Γκόσμα</i>	122
Το νέο Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ. Κρήτης	123
Πυελικό έδαφος και περίνεο στην εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία (1ο Σεμινάριο) <i>Περμανθία Παναγή</i>	124
Οδηγίες για τους Συγγραφείς	126
Μια εικόνα, χίλιες λέξεις!!! <i>Φωτεινή Ρομπαζάνη-Οικονόμου</i>	128
Ψάξαμε... Επιλέξαμε... Προτείνουμε... <i>Έρευνα Αγοράς</i>	129
• 28ο Διεθνές Συνέδριο Μαιών	130
• 7η Ημερίδα για τον εορτασμό του Μητρικού Θηλασμού	130

ΕΛΕΥΘΩ

2nd Period - Volume 12, Number 3
JULY - AUGUST - SEPTEMBER 2007

CONTENTS

Our role, work and social contribution in establishing Breastfeeding <i>Kalliope Malfa</i>	98
Breastfeeding: Factors that have an impact on its initiation and duration in Greece <i>Maria Daglas</i>	100
Research for the investigation of father's role in Breastfeeding <i>Paraskevi Volaki, Stella Paliatsiou</i>	104
Maternal obesity, pregnancy and perinatal outcomes <i>Despina Vasdeki</i>	109
Neonatal pain <i>Argiro-Eva Kirou</i>	116
• The new Executive Committee of Midwives Association of Thessaloniki	121
• Elections in Midwives Association of Nafplio	121
Letters to the Editor <i>Maria Gosma</i>	122
The new executive committee of Midwives Association of Crete	123
Pelvic floor and perineum in pregnancy, labour and postnatal period (1st Seminar) <i>Permanthia Panani</i>	124
Directives for Writers	126
One picture, thousand words!!! <i>Fotini Rompazani-Economou</i>	128
We searched... We chose... We suggest... <i>Market Research</i>	129
• 28th International Congress of Midwives	130
• 7th Day Conference for Breastfeeding celebration	130

Ο ρόλος, το έργο και η κοινωνική συμβολή μας στην εδραίωση του Μητρικού Θηλασμού

Είναι γνωστό σε όλους μας πως οι ημερομηνίες 1-7 Νοεμβρίου οριοθετούν στη χώρα μας τον εορτασμό της “Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού”. Η Διεθνής Κοινότητα αναγνωρίζει την ανάγκη προβολής των πλεονεκτημάτων του Μητρικού Θηλασμού, την προαγωγή του και την εγκαθίδρυσή του σε χώρες, που οικονομικά και κοινωνικά συμφέροντα τις έφεραν μακριά από το δρόμο της φύσης. Από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) και την UNICEF ο Μητρικός Θηλασμός αναγνωρίζεται ως ο αναντικατάστατος τρόπος διατροφής των νεογέννητων.

Τι επικρατεί όμως στη χώρα μας;

Η μείωση των ποσοστών Μητρικού Θηλασμού ξεκίνησε στην πατρίδα μας τη δεκαετία του '60 με την εσωτερική μετανάστευση και τη μετακίνηση των κατοίκων της υπαίθρου στην Αθήνα και στις άλλες μεγάλες πόλεις της Ελλάδας, όταν οι γυναίκες άρχισαν να εργάζονται εκτός σπιτιού. Σ' αυτό το διάστημα η τεχνητή διατροφή έγινε πια κατεστημένο στον ελλαδικό χώρο. Θεωρήθηκε δεδομένη και αυτονόητη και αντικατέστησε το Μητρικό Θηλασμό σε υπερθετικό βαθμό. Βέβαια, αυτό συνέβαινε και σε άλλες χώρες.

Η μείωση των ποσοστών συνεχίστηκε και στις επόμενες δεκαετίες όχι πλέον τόσο από ανάγκη, αλλά κυρίως επειδή καλλιεργήθηκε η πεποίθηση στις γυναίκες πως η τεχνητή διατροφή είναι καλύτερη από το δικό τους γάλα. Σ' αυτό συνέβαλαν όπως μπορεί κανείς εύκολα να αντιληφθεί, τα οικονομικά συμφέροντα των μεγάλων πολυεθνικών εταιρειών, που δυστυχώς βρήκαν αρωγούς σ' αυτό τους το σχέδιο τους ειδικούς για το Μητρικό Θηλασμό επιστήμονες, οι οποίοι ενδεχομένως ήταν πεπεισμένοι και οι ίδιοι πως πράττουν το καλύτερο.

Το 1989 προτάθηκαν από την Π.Ο.Υ. και την UNICEF τα “Δέκα Βήματα για Επιτυχή Μητρικό Θηλασμό”, που πρέπει να εφαρμόζονται στα Μαιευτήρια. Το 1990 ανακοινώθηκε από την Π.Ο.Υ., την UNICEF και άλλους Διεθνείς Οργανισμούς η “Διακήρυξη Innocenti” σύμφωνα με την οποία:

- α) όλες οι κυβερνήσεις μέχρι το 1995 θα πρέπει να ορίσουν “Εθνική Επιτροπή Μητρικού Θηλασμού”,
- β) να εφαρμόζονται σε όλα τα Μαιευτήρια τα “Δέκα Βήματα για Επιτυχή Μητρικό Θηλασμό”,
- γ) να εφαρμόζεται ο “Διεθνής Κώδικας Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος” και
- δ) να θεσπιστεί ευεργετική νομοθεσία για τις μητέρες που θηλάζουν και να δημιουργηθούν συνθήκες ώστε η νομοθεσία να εφαρμόζεται.

Η χώρα μας ανταποκρίθηκε σ' αυτό το κάλεσμα το 1993 συστήνοντας την “Εθνική Επιτροπή Μητρικού Θηλασμού”, στην οποία συμμετείχαν ως Πρόεδρος ο καθηγητής Παιδιατρικής και Ακαδημαϊκός κ. Νικόλαος Μαρσανιώτης και ως Μέλη ο καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας και τότε Πρόεδρος της UNICEF κ. Αντώνιος Κομνηνός, ο καθηγητής Παιδιατρικής κ. Θεόδωρος Θωμαΐδης, η Παιδιάτρος-Νεογνολόγος και Διευθύντρια της Μονάδας Μητρικού Θηλασμού – Τράπεζα Μητρικού Γάλακτος του Γενικού Νοσοκομείου-Μαιευτηρίου “ΕΛ. BENIZEΛΟΥ” κ. Θέμις Ζάχου, η Μαία και Πρόεδρος του Σ.Ε.Μ.Α. κ. Ελένη Σαμαριτάκη και ως εκπρόσωπος του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας η Μαία κ. Αναστασία Χάλιου. Με σύσταση της “Εθνικής Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού”, το 1995 εστάλη εγκύκλιος του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας προς όλα τα Νοσοκομεία και Μαιευτήρια που έχουν Μαιευτικά και Νεογνολογικά Τμήματα, να εφαρμόζουν τα “Δέκα Βήματα για Επιτυχή Μητρικό Θηλασμό”, τα οποία θεσπίστηκαν από την Π.Ο.Υ. και την UNICEF. Με απόφαση της “Εθνικής Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού”, το 1996 καθιερώθηκε ο εορτασμός της “Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού” από 1-7 Νοεμβρίου κάθε χρόνο.

Με πρωτοβουλία των Διευθυντών του Νεογνολογικού Τμήματος κ. Ιωάννη Σοφατζή και κ. Θέμιδας Ζάχου και της υπεύθυνης Μαίας του Τμήματος Μητρικού Θηλασμού του Νοσοκομείου-Μαιευτηρίου κ. Χαράς Τζαχρήστα, το 1997 καθιερώθηκαν από τη Μονάδα Προαγωγής Μητρικού Θηλασμού – Τράπεζα Μητρικού Γάλακτος του Γενικού Νοσοκομείου-Μαιευτηρίου “ΕΛ. BENIZEΛΟΥ” και υπό την

αιγίδα του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Πρόνοιας, Εκπαιδευτικά Σεμινάρια 40 ωρών για το Μητρικό Θηλασμό 2 φορές το χρόνο, τα οποία απευθύνονται σε γιατρούς, Παιδιάτρους, Μαιείς και άλλους Επαγγελματίες Υγείας, που υπηρετούν σε Δημόσια και Ιδιωτικά Ιδρύματα, για να γίνουν πυρήνες εκπαίδευσης στους χώρους εργασίας τους.

Τα Εκπαιδευτικά Σεμινάρια συνεχίζονται μέχρι και σήμερα να εκπαιδεύουν γιατρούς και Μαιείς από όλη την Ελλάδα, προσφέροντας εμπειριστατωμένη, επιστημονική και πρακτική γνώση για επιτυχή Μητρικό Θηλασμό. Ήδη βρισκόμαστε στην προετοιμασία του 21ου Σεμιναρίου, το οποίο θα διεξαχθεί κατά τη διάρκεια της "Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού", 1-7 Νοεμβρίου 2007.

Το 2005 επανεργοποιείται η "Εθνική Επιτροπή Μητρικού Θηλασμού" έχοντας ως Πρόεδρο τον καθηγητή Παιδιατρικής κ. Γ. Χρούσο και ως Μέλη την Παιδιάτρο κ. Αδαμαντία Μαλλιάρου, τον Παιδιάτρο κ. Γεώργιο Λιόση, τον Παιδιάτρο κ. Π. Παναγιωτόπουλο, τον Πρόεδρο της UNICEF κ. Λάμπρο Κανελλόπουλο, την υπογράφουσα ως εκπρόσωπο των Μαιών-Μαιευτών, και ως εκπροσώπους του Υ.Υ.Κ.Α. τη Μαία κ. Αναστασία Χάλιου, την Παιδιάτρο κ. Θ. Σταύρου και την Οδοντίατρο κ. Πανταζοπούλου.

Όμως, είναι πολύ δύσκολο να ανακόψεις μια πορεία και να της αλλάξεις κατεύθυνση. Δηλαδή, είναι πολύ δύσκολο να αλλάξεις την πεποίθηση στον κοινωνικό ιστό και να πείσεις πως το νεογέννητο πρέπει να θηλάζει αποκλειστικά τους πρώτους έξι μήνες της ζωής του χωρίς τη μεσολάβηση τεχνητής διατροφής. Ωστόσο, το θέμα μπορεί να επιλυθεί εφόσον υπάρξουν κάποιες προϋποθέσεις. Αυτές είναι:

- Η ύπαρξη συνεργασίας όλων των άμεσα εμπλεκόμενων στο Μητρικό Θηλασμό (Μαιείς-Μαιευτές, Γυναικολόγοι, Μαιευτήρες, Νεογνολόγοι, Παιδιάτροι).
- Η ύπαρξη πανελλαδικά κοινής πολιτικής στα θέματα Μητρικού Θηλασμού.
- Η ύπαρξη κοινής εκπαίδευσης Μαιών-Μαιευτών, Γυναικολόγων και Παιδιάτρων στο Μητρικό Θηλασμό. Η επιτυχής παρακολούθηση των Σεμιναρίων Μητρικού Θηλασμού πρέπει να είναι προαπαιτούμενο της μαιευτικής και παιδιατρικής ειδικότητας.
- Η άριστη γνώση (θεωρητική και πρακτική) των Μαιών-Μαιευτών για το Μητρικό Θηλασμό να περιλαμβάνεται στη βασική τους εκπαίδευση.
- Η δημιουργία "Νοσοκομείων Φιλικών προς τα Βρέφη" (Baby Friendly Hospitals).

Όμως, κατά τη γνώμη μου το πιο σημαντικό είναι η δική μας συμμετοχή (Μαιών-Μαιευτών) σ' αυτό το μέγιστης σημασίας θέμα. Εμείς μπορούμε να αλλάξουμε τα πράγματα και να τα οδηγήσουμε στο δρόμο της φύσης. Είναι, αν θέλετε, υποχρέωσή μας.

Πρώτα και κύρια πρέπει να ενημερωθούμε παρακολουθώντας τα Σεμινάρια Μητρικού Θηλασμού. Να ανασκευάσουμε και να αναθεωρήσουμε ενδεχομένως τις έως τώρα γνώσεις και πεποιθήσεις μας τοποθετώντας τις σε σωστή βάση. Δεν είναι δυνατό να ισχύουν τα ίδια πράγματα που διδαχθήκαμε 10, 20 και 30 χρόνια πριν. Ας εξειδικευθούμε στο Μητρικό Θηλασμό και ας τον διαδώσουμε. Ας δούλέψουμε σκληρά μαζί με τις γυναίκες. Ας τις βοηθήσουμε. Ας ενισχύσουμε τις προσπάθειές τους.

Εμείς οι Μαιείς-Μαιευτές είμαστε περισσότερο κοντά στη μητέρα από οποιονδήποτε άλλον. Μπορούμε και πρέπει να αλλάξουμε τα ποσοστά υπέρ του μητρικού θηλασμού. Είναι δική μας υπόθεση και πρέπει να την κρατήσουμε. Καθένας από εμάς ας βάλει ένα προσωπικό στοίχημα. Ας ασχοληθεί πέρα από ωράρια και προσωπικό κόστος. Πιστέψτε με, τα οφέλη θα φανούν πολύ γρήγορα.

Τα ποσοστά μητρικού θηλασμού ήδη αυξάνονται. Όχι θεαματικά, αλλά είναι σε πολύ καλό δρόμο. Επιπλέον, όλο και περισσότερες γυναίκες έρχονται συνειδητοποιημένες για το μητρικό θηλασμό και ζητούν τη βοήθειά μας. Το ευχάριστο είναι πως ανήκουν κυρίως σε ανώτερα πνευματικά και κοινωνικά στρώματα και έτσι, κατά τη γνώμη μου, θα επηρεάσουν ευκολότερα την κοινή γνώμη προς την επιθυμητή κατεύθυνση.

Ο δρόμος για το μητρικό θηλασμό είναι μακρύς, δύσκολος, αλλά ωραίος. Η συμβολή μας είναι υποχρέωσή μας, επαγγελματικό μας καθήκον. Επιπλέον, ας σκεφτούμε πως προάγει το ρόλο και το έργο μας στην κοινωνία. Ας κρατήσουμε αυτό το ρόλο και ας αναδείξουμε το έργο μας. Ο μητρικός θηλασμός δίνει μόνο οφέλη.

Η Πρόεδρος του Σ.Ε.Μ.Α.

Μέλος της Εθνικής Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού

ΚΑΛΙΟΠΗ ΜΑΛΦΑ

Μητρικός Θηλασμός: Παράγοντες που επηρεάζουν την έναρξη και τη διάρκειά του στην Ελλάδα

Μαρία Δάγλα*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία παρουσιάζονται τα ποσοστά μητρικού θηλασμού στη χώρα μας, όπως αυτά έχουν εκτιμηθεί από πρόσφατα δημοσιευμένες έρευνες. Παράλληλα, μέσω της βιβλιογραφικής επισκόπησης γίνεται διερεύνηση διεθνώς, αλλά και στην Ελλάδα, σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση των γυναικών να θηλάσουν και να συνεχίσουν το μητρικό θηλασμό, αποκλειστικό ή μη.

Λέξεις κλειδιά: μητρικός θηλασμός, αποκλειστικός μητρικός θηλασμός, Ελλάδα, στάση γυναικών, καθοριστικοί παράγοντες, επαγγελματίες υγείας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η διεθνής έρευνα και βιβλιογραφία παρέχουν σημαντικές αποδείξεις σε ό,τι αφορά τα βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα οφέλη για την υγεία, τόσο των νεογνών και βρεφών όσο και των μητέρων (Howie et al., 2002, Oddy et al., 1999, Abbett et al., 2004, Taylor et al., 2005). Τα οφέλη αυτά αφορούν τόσο την ατομική υγεία νεογνών-βρεφών και μητέρων, όσο και ευρύτερα τη δημόσια υγεία. Ωστόσο, σύμφωνα με Δελτίο Τύπου της Unicef (2006), παρά τις υποδείξεις μόνο το 39% των βρεφών τρέφεται αποκλειστικά με μητρικό γάλα κατά τους 6 πρώτους μήνες της ζωής.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να προσδιορισθούν διεθνώς και στην Ελλάδα οι παράγοντες που έχουν αποδειχθεί καθοριστικοί για τη διαμόρφωση της στάσης και των πεποιθήσεων των γυναικών για το μητρικό θηλασμό, και ως προς την αρχική τους απόφαση να θηλάσουν, αλλά και ως προς την απόφασή τους να θηλάσουν σε διάρκεια χρόνου.

Οι βάσεις δεδομένων που χρησιμοποιήθηκαν για την ανασκόπηση των ερευνών είναι η Medline και Pubmed, ενώ οι λέξεις κλειδιά: μητρικός θηλασμός, αποκλειστικός μητρικός θηλασμός, καθοριστικοί παράγοντες, Ελλάδα, στάση γυναικών, επαγγελματίες υγείας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Με βάση σχετικές μελέτες φαίνεται ότι στην απόφαση των γυναικών να θηλάσουν εμπλέκονται συγκεκριμένοι κοινωνικοοικονομικοί και πο-

* Μαία, Ελεύθερη Επαγγελματίας, MSc στη Βιοηθική, Τμήμα Κοινωνιολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης.

λιπιστικοί παράγοντες, πολιτειακές και κοινωνικές πρακτικές. Ωστόσο, κυρίαρχο ρόλο στην απόφαση των γυναικών να θηλάσουν φαίνεται να διατηρούν οι επαγγελματίες υγείας, καθώς και οι μη υποστηρικτικές νοσοκομειακές πρακτικές που συχνά καλούνται αυτοί να ακολουθούν (Kong et al., 2004).

Το επίπεδο σπουδών, η ηλικία, το θρήσκευμα, η εθνικότητα, η εργασία και η ψυχική υγεία αποτελούν μερικούς από τους σημαντικότερους παράγοντες, που καθορίζουν τη στάση των γυναικών για το μητρικό θηλασμό (Heck et al., 2006, Mitra et al., 2004).

Ειδικότερα, το επίπεδο εκπαίδευσης, η πλήρης εργασιακή απασχόληση των γυναικών πριν την κύηση, η ηλικία, η εθνικότητα, η ενημέρωση των γυναικών για το μητρικό θηλασμό πριν την κύηση, η υποστήριξη από την οικογένεια, η προηγούμενη εμπειρία μητρικού θηλασμού, η αυτοπεποίθηση, ακόμη και ο έγγαμος βίος αποτελούν παράγοντες, που επιδρούν θετικά στην απόφαση των γυναικών να θηλάσουν.

Παράγοντες που φαίνεται να επιδρούν αρνητικά στη διάρκεια του μητρικού θηλασμού, είναι η επιστροφή της μητέρας στην εργασία (Vogel et al., 1999), τα προβλήματα υγείας των νεογνών, το είδος του τοκετού και συγκεκριμένα η καισαρική τομή, τα συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης (Taveras et al., 2003) και συνήθειες όπως το κάπνισμα.

Ανεξάρτητα από την πολιτειακή και κοινωνική ευθύνη για την προαγωγή του μητρικού θηλασμού, σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι οι καθοριστικοί παράγοντες, που επηρεάζουν την απόφαση των γυναικών να θηλάσουν, σχετίζονται με τις εκάστοτε νοσοκομειακές πρακτικές και τη στάση των επαγγελματιών υγείας. Συγκεκριμένα, η στάση των γυναικών όσον αφορά το μητρικό θηλασμό, επηρεάζεται από τις μαίες, τους νεογνολόγους-παιδιάτρους και τους γυναικολόγους (Swanson et al., 2005).

Όπως προκύπτει από διεθνείς μελέτες, οι γυναίκες που εκπαιδεύονται σε ζητήματα μητρικού θηλασμού τείνουν να θηλάζουν αποκλειστικά για μεγάλο χρονικό διάστημα (Gau, 2004). Αντίθετα, όταν στις μητέρες δεν παρέχεται η σωστή προετοιμασία, η φροντίδα και η ενημέρωση από τους επαγγελματίες υγείας, τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού είναι εμφανώς μειωμένα. Επιπλέον, όταν το ιατρικό και μαιευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου δεν τοποθετείται ξεκάθαρα υπέρ του μητρικού θηλασμού, καταβάλλοντας συντονισμένες δράσεις υποστήριξης του μοντέλου διατροφής με αποκλειστικό μητρικό θηλασμό, οι γυναίκες επηρεάζονται σε τέτοιο βαθμό ώστε να σταματούν να θηλάζουν ήδη από τις πρώτες 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό (DiGirolamo et



al., 2003). Ιδιαίτερα ευάλωτες εμφανίζονται εκείνες οι γυναίκες που σκοπεύουν να θηλάσουν για μικρό χρονικό διάστημα.

Σημαντικός παράγοντας καθορισμού της στάσης των επαγγελματιών υγείας έναντι του μητρικού θηλασμού και κατά έμμεση συνέπεια της στάσης των γυναικών, είναι η εξειδικευμένη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας που βρίσκονται λόγω ειδικότητας και θέσης πιο κοντά στις έγκυες, τις λεχωίδες, τα νεογνά και τα βρέφη.

Ερευνητικά έχει καταγραφεί, ότι η κατάλληλη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα μητρικού θηλασμού συμβάλλει όχι μόνο στην υιοθέτηση θετικής στάσης απέναντι στο μητρικό θηλασμό, αλλά παράλληλα και στην αύξηση της αυτοπεποίθησής τους ως προς την αντιμετώπιση δυσκολιών και προβλημάτων, που είναι πιθανόν να παρουσιαστούν (Ingram, 2006).

Σύμφωνα με πρόσφατα δημοσιευμένες ερευνητικές μελέτες το ποσοστό μητρικού θηλασμού στη χώρα μας κυμαίνεται στο 85%, ενώ το ποσοστό αποκλειστικού μητρικού θηλασμού στο 52,9% (Antonίου et al., 2005, Theofilogiannakou et al., 2006). Σε άλλη έρευνα στην Ελλάδα το ποσοστό μητρικού θηλασμού κυμαίνεται στο 96,1%, ενώ του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού στο 19,1% (Pechlivani et al., 2005). Όσον αφορά τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού, το 17,1% και το 16% των γυναικών αντίστοιχα παρουσιάζεται να θηλάζει για διάστημα 4-6 και 6-12 μήνες. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι αλλοδαπές μητέρες παρουσιάζονται να θηλάζουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Antonίου et al., 2005, Theofilogiannakou et al., 2006).

Οι παράγοντες που βρέθηκε ότι σχετίζονται θετικά με τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού στη χώρα μας, είναι ο φυσιολογικός τοκετός, η ευχάριστη εμπειρία τοκετού, η εφαρμογή του rooming-in, ο χρόνος έναρξης μητρικού θηλασμού και κυρίως το



χρονικό διάστημα των πρώτων 6 ωρών μετά τον τοκετό καθώς και ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός (Daglas et al., 2005).

Ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός κατά τη διάρκεια παραμονής της μητέρας στο Μαιευτήριο, σχετίζεται θετικά κατά δεύτερο λόγο και με την πρόθεσή της να μην δώσει στη συνέχεια τεχνητό γάλα (Antonίου et al., 2005).

Το μορφωτικό επίπεδο της γυναίκας φαίνεται να επηρεάζει θετικά την έναρξη του μητρικού θηλασμού, ενώ το κάπνισμα και η καισαρική τομή συνδέονται αρνητικά με την έναρξη και τη διάρκειά του (Theofilogiannakou et al., 2006).

Οι παράγοντες που ερευνητικά δεν φαίνεται να παρουσιάζουν συσχέτιση με τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού, είναι ο αριθμός των μελών της πατρικής οικογένειας της γυναίκας, εάν η ίδια είχε θηλάσει ως βρέφος, καθώς και στοιχεία της προσωπικότητάς της (Daglas et al., 2005).

Σύμφωνα με στοιχεία που προκύπτουν από στατιστική ανάλυση, οι παράγοντες που φαίνεται να καθορίζουν την πορεία του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού και συνδέονται με την αύξηση της διάρκειάς του, είναι η ηλικία της γυναίκας, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο της μητέρας, η ανεργία, το είδος του τοκετού, τα νεογνά με βάρος γέννησης >3.000 gr και η γρήγορη έναρξη του θηλασμού (Pechlivani et al., 2005). Επίσης, αποδεικνύεται ότι η εφαρμογή του rooming-in, η απαίτηση της μητέρας για θηλασμό, το είδος του τοκετού και η πηγή της ενημέρωσης των γυναικών συμβάλλουν σε σημαντικότερο βαθμό από τους άλλους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες στην επιτυχία των γυναικών να θηλάσουν αποκλειστικά (Pechlivani et al., 2005).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Με βάση την υπάρχουσα κατάσταση και με δεδομένη τη σημασία του μητρικού θηλασμού ως αγα-

θού δημόσιας υγείας, η καταγραφή των ποσοστών και των παραγόντων που επηρεάζουν την πορεία και τη διάρκειά του αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της εφαρμογής ενός πετυχημένου σχεδίου δράσης, που θα μπορούσε να βοηθήσει το μητρικό θηλασμό στη χώρα μας.

Σκιαγραφώντας ερευνητικά το προφίλ των γυναικών που είναι πιο πιθανό να θηλάσουν και αυτών που είναι λιγότερο πιθανό να το επιτύχουν, είναι δυνατό να ασκηθούν ανάλογες παρεμβάσεις από τους επαγγελματίες υγείας για την υποστήριξη των γυναικών. Επίσης, προσεγγίζοντας ερευνητικά όλους εκείνους τους παράγοντες που ενισχύουν την επιθυμητή συμπεριφορά και όσους την υποσκάπτουν σε κοινότητες αναφοράς, είναι δυνατό να κατευθυνθούν οι παρεμβάσεις προς τη διάδοση των ενισχυτικών παραγόντων για το μητρικό θηλασμό και την απόπειρα περιορισμού των παραγόντων, που αποθαρρύνουν τις γυναίκες της κοινότητας να θηλάσουν.

Το σχέδιο δράσης που έχει αναπτυχθεί από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την προαγωγή, την υποστήριξη και τη διάδοση του μητρικού θηλασμού, αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο για να εφαρμοστεί και στη χώρα μας ένα οργανωμένο σχέδιο δράσης, στο οποίο όλοι οι επαγγελματίες υγείας, οι σχετιζόμενοι με την υγεία της μητέρας και του παιδιού θα πρέπει να συνεργαστούν. Όπως άλλωστε απαιτείται και από τη "Διακήρυξη Innocenti", η "κουλτούρα" μητρικού θηλασμού θα πρέπει να ενισχυθεί μέσω της ευαισθητοποίησης, της επαγρύπνησης και της πληροφόρησης σε τέτοιο βαθμό, ώστε ο μητρικός θηλασμός εκτός από δικαίωμα να γίνει και συνειδητή πράξη για όλους τους πολίτες, επαγγελματίες υγείας και μη.

ABSTRACT

Maria Daglas: Breastfeeding: Factors that have an impact on its initiation and duration in Greece.

"ELEFTHO", 3:100-103, 2007

This paper presents the percentages regarding breastfeeding in Greece, as these have been estimated from recently published research papers. Additionally, a bibliographical review aims to investigate the factors influencing women's decision to breastfeed and to continue with breastfeeding, exclusively or not.

Key words: breastfeeding and exclusive breastfeeding,

Greece, women's perspectives, inflicting factors, health professionals.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abbett M., Jackson M., Payne K.: Breastfeeding. In: Arulkumara S., Symonds I.M., Fowle A.(eds). Oxford handbook of Obstetrics & Gynaecology. Oxford University Press, Oxford, 2004.
- Antoniou E., Daglas M., Iatrakis G., Kourounis G., Creatsas G.: Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Greece. Clin Exp Obstet Gynecol. 2005;32(1):37-40.
- Daglas M., Antoniou E., Pitselis G., Iatrakis G., Kourounis G., Creatsas G.: Factors influencing the initiation and progress of breastfeeding in Greece. Clin Exp Obstet Gynecol. 2005;32(3):189-192.
- DiGirolamo A.M., Grummer-Strawn L.M., Fein S.B.: Do perceived attitudes of physicians and hospital staff affect breastfeeding decisions? Birth. 2003 Jun;30(2):94-100
- Gau M.L.: Evaluation of a lactation intervention program to encourage breastfeeding: a longitudinal study. Int J Nurs Stud. 2004 May;41(4):425-35.
- Heck K.E., Braveman P., Cubbin C., Chavez G.F., Kiely J.L.: Socioeconomic status and breastfeeding initiation among California mothers. Public Health Rep. 2006 Jan-Feb;121(1):51-9.
- Howie P.W.: Protective effect of breastfeeding against infection in the first and second six months of life. Adv Exp Med Biol. 2002;503:141-147.
- Ingram C.J.: Multiprofessional training for breastfeeding management in primary care in the UK. Inter Breast J. 2006:1-9.
- Mitra A.K., Khoury A.J., Hinton A.W., Carothers C.: Predictors of breastfeeding intention among low-income women. Matern Child Health J. 2004 Jun;8(2):65-70.
- Oddy W.H., Holt P.G., Sly P.D.: Association between breastfeeding and asthma in 6 year old children: findings of a prospective birth cohort study. BMJ 1999;319:815-819.
- Pechlivani F., Vassilakou T., Sarafidou J., Zachou T., Anastasiou C.A., Sidossis L.S.: Prevalence and determinants of exclusive breastfeeding during hospital stay in the area of Athens, Greece. Acta Paediatr. 2005;94(7):928-34.
- Swanson V., Power K.G.: Initiation and continuation of breastfeeding: theory of planned behaviour. J Adv Nurs. 2005 May;50(3):272-82.
- Taveras E.M., Capra A.M., Braveman P.A., Jensvold N.G., Escobar G.J., Lieu T.A.: Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. Pediatrics. 2003;112(1):108-115.
- Taylor J.S., Kacmar J.E., Nothnagle M., Lawrence R.A.:



- A systematic review of the literature associating breastfeeding with type 2 diabetes and gestational diabetes. J Am Coll Nutr 2005;24:320-6.
- Vogel A., Hutchison B., Mitchell E.: Factors associated with the duration of breastfeeding. Acta Paediatr. 1999;88:1320-1326.
- Theofilogiannakou M., Skouroliakou M., Gounaris A., Panagiotakos D., Markantonis S.L.: Breastfeeding in Athens, Greece: factors associated with its initiation and duration. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2006 Sep;43(3):379-84.
- Unicef: Ο θηλασμός είναι δικαίωμά σου! Δελτίο Τύπου Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού, 1-7 Νοεμβρίου 2000.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Οι εικόνες είναι από το Διαδίκτυο.

(Το παρόν άρθρο αποτελεί μέρος ομιλίας με θέμα "Μητρικό γάλα: Φυσική διατροφή – Συντήρηση", η οποία ανακοινώθηκε στην "4η Μετεκπαιδευτική Ημερίδα" της Ελληνικής Νεογνολογικής Εταιρείας, που πραγματοποιήθηκε στις 9 Ιουνίου 2007 στο Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών.)

Μελέτη διερεύνησης των γνώσεων, των πεποιθήσεων και της στάσης του πατέρα στο Μητρικό Θηλασμό

Παρασκευή Βοϊάκη*
Στέλλα Παλιάτσιου*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα έρευνα έχει σκοπό να διερευνήσει τις γνώσεις, τις αντιλήψεις και τη στάση του πατέρα αναφορικά με το μητρικό θηλασμό, όπως αυτές καταγράφονται σήμερα στην ελληνική κοινωνία τις πρώτες ημέρες μετά τη γέννηση του παιδιού του.

Η έρευνα διεξήχθη σε Δημόσιο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, σε δείγμα εκατό (100) πατέρων των οποίων οι γυναίκες γέννησαν στο διάστημα Ιουλίου-Αυγούστου 2005. Ως μέθοδος συλλογής των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε πρωτότυπο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν ανώνυμη και προαιρετική.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι μολονότι οι συμμετέχοντες δήλωσαν σε μεγάλο ποσοστό ότι είχαν ενημερωθεί για το μητρικό θηλασμό, εντούτοις αγνοούσαν σημαντικές συνιστώσες για τον τρόπο που τελικά αυτός επιτυγχάνεται. Οι πηγές πληροφόρησής τους για το μητρικό θηλασμό προέρχονταν περισσότερο από βιβλία και περιοδικά και λιγότερο από επαγγελματίες υγείας. Οι γνώσεις τους για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού στο παιδί και τη μητέρα κρίθηκαν ελλιπείς. Από τη συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα, σημαντική ήταν η παραδοχή ότι θεωρούν αξιοσημείωτη την άσκηση υποστήριξης και την ενθάρρυνση της συντρόφου τους από τους ίδιους στην προσπάθεια που καταβάλλει η μητέρα για την επιτυχία του μητρικού θηλασμού. Ωστόσο, αξιοσημείωτα μεγάλο ήταν το ποσοστό των πατέρων που δήλωσαν ότι δεν θα ήθελαν η σύντροφός τους να θηλάσει σε δημόσιο χώρο, γεγονός που θα πρέπει να προβληματίσει σε ποιο βαθμό είναι αποδεκτό από τη σημερινή κοινωνία το δικαίωμα κάθε μητέρας και κάθε παιδιού στο μητρικό θηλασμό.

Οι επαγγελματίες υγείας έχουν την ευθύνη της υπεύθυνης ενημέρωσης του ζευγαριού σχετικά με το μητρικό θηλασμό, όπως και της ενθάρρυνσης για τη συμμετοχή του πατέρα στη διαδικασία φροντίδας και υποστήριξης της συντρόφου του σε ό,τι αφορά το μητρικό θηλασμό. Η ενημέρωση και η συμβουλευτική για το μητρικό θηλασμό είναι αναγκαία να ασκούνται συστηματικότερα και πιο οργανωμένα από επίσημους φορείς και να απευθύνονται και στον πατέρα, ο οποίος είναι σε θέση να διευκολύνει, να ανατροφοδοτήσει, να εμπυχωσει και να ενθαρρύνει τη σύντροφό του στην περίοδο της λοχείας και να συμβάλει αποτελεσματικά ως ο "σημαντικός άλλος" στην εδραίωση του μητρικού θηλασμού.

Ο σημαντικός ρόλος του συντρόφου και πατέρα στην επιτυχία του μη-

* Μαίης Β' Πανεπιστημιακής Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής "ΑΡΕΤΑΙΕΙΟΥ" Νοσοκομείου.

τρικού θηλασμού είναι ανάγκη σήμερα να υπογραμμισθεί και να αποτελέσει έναν από τους μοχλούς, που θα χρησιμοποιηθούν για τη διάδοση, την υποστήριξη και την προαγωγή του.

Λέξεις κλειδιά: μητρικός θηλασμός, πατέρας, πεποιθήσεις, γνώσεις, ρόλος.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κοινή διαπίστωση στις ημέρες μας είναι η αύξηση του ενδιαφέροντος του μελλοντικού πατέρα για την ενεργό συμμετοχή του στην προετοιμασία της συντρόφου του κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και του τοκετού, αλλά και κατά την περίοδο της λοχείας (Labarere et al., 2005). Οι άνδρες σήμερα ζητούν –περισσότερο από ποτέ– πληροφόρηση για την προγεννητική και μεταγεννητική περίοδο που θα διανύσει η σύντροφός τους, ενώ ταυτόχρονα διεκδικούν ρόλο στην υποστήριξη της κατά τον τοκετό, αλλά και στη φροντίδα του νεογνού. Αυτό αποτελεί ένα πρόσφατα αναπτυσσόμενο στερεοτυπικό πλαίσιο για την πατρότητα, που διαδέχεται το παλαιότερο, το οποίο ήθελε τον άνδρα περισσότερο αποστασιοποιημένο από όλες τις παραπάνω διαδικασίες.

Η ενεργός συμμετοχή του άνδρα στην περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας, στην υποστήριξη της συντρόφου και στη φροντίδα του νεογέννητου, έχει ήδη αποδειχθεί ως ευεργετική για την καλή υγεία μητέρας και νεογνού και για την επιτυχία της έναρξης και εδραίωσης του μητρικού θηλασμού (Arora et al., 2000, Freed et al., 2003, Giugliani et al., 1994). Η παρούσα μελέτη έχει σκοπό να διερευνήσει τη στάση και τις πεποιθήσεις του πατέρα όσον αφορά το μητρικό θηλασμό, αναγνωρίζοντας το σημαντικό του ρόλο στην υποστήριξη της συντρόφου του κατά τη λοχεία γενικότερα, αλλά και πιο συγκεκριμένα στην επιτυχία εδραίωσης του μητρικού θηλασμού ως αποκλειστικής μεθόδου σίτισης του παιδιού του.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η παρούσα έρευνα διεξήχθη από δυο μαίες τον Ιούλιο και τον Αύγουστο του 2005 στη Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική του "ΑΡΕΤΑΙΕΙΟΥ" Νοσοκομείου. Δείγμα αποτέλεσαν 100 πατέρες νεογνών, που γεννήθηκαν στο Μαιευτήριο του Νοσοκομείου τούς μήνες που εξελισσόταν η έρευνα. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν προαιρετική και ανώνυμη. Ως μέθοδος συλλογής των δεδομένων αποτέλεσε σύντομο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το



οποίο πριν την τελική του διαμόρφωση δοκιμάστηκε πιλοτικά σε 10 πατέρες. Το ερωτηματολόγιο περιείχε κλειστού τύπου ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής. Στο ερωτηματολόγιο περιέχονταν ερωτήσεις κοινωνικοδημογραφικού περιεχομένου, ερωτήσεις γνώσεων και ερωτήσεις πεποιθήσεων όσον αφορά το μητρικό θηλασμό.

Οι ερευνήτριες διένειμαν προσωπικά το ερωτηματολόγιο στους συμμετέχοντες κατά τις ημέρες παραμονής της μητέρας και του νεογέννητου στο Μαιευτήριο, συλλέγοντάς το μετά από λίγα μόνο λεπτά. Όρος συμμετοχής στην έρευνα ήταν να συμπληρωθεί το ερωτηματολόγιο χωρίς τη συνδρομή άλλου ατόμου και να επιστραφεί στις ερευνήτριες από τον ίδιο τον πατέρα αμέσως μετά τη συμπλήρωσή του. Η ανταπόκριση των συμμετεχόντων υπήρξε αρκετά ικανοποιητική και σε πολλές περιπτώσεις ήταν έκδηλος ο ενθουσιασμός για τη συμμετοχή τους σ' αυτή την έρευνα. Η συλλογή και η επεξεργασία των δεδομένων έγινε στο πρόγραμμα "Excel".

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφή πληθυσμού. Το 60% των πατέρων ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα των 30-40 ετών, το 22% στην ηλικιακή ομάδα των 22-30 ετών, ενώ μόνο το 18% είχε ηλικία μεγαλύτερη των 40 ετών. Επίσης, το 76% δήλωσε ελληνική εθνικότητα.

Εκπαιδευτικό επίπεδο. Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο, το 42% των συμμετεχόντων δήλωσαν απόφοιτοι Α.Ε.Ι.-Τ.Ε.Ι., το 39% απόφοιτοι Λυκείου, το 16% απόφοιτοι Γυμνασίου και 3% απόφοιτοι Δημοτικού.



Οικονομική κατάσταση. Το 39% από τους συμμετέχοντες συγκέντρωνε εισόδημα 1.000-1.500 ευρώ το μήνα.

Προηγούμενη εμπειρία. Το 60% των συμμετεχόντων γίνονταν πατέρες για πρώτη φορά, το 33% για δεύτερη φορά, το 5% για τρίτη και μόνο το 2% για τέταρτη.

Ενημέρωση – Πληροφόρηση. Για τη διαδικασία του τοκετού είχε ενημερωθεί ποσοστό 90% των πατέρων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενώ για το μητρικό θηλασμό είχε ενημερωθεί μικρότερο ποσοστό και συγκεκριμένα το 64%. Πηγή πληροφόρησής τους για το μητρικό θηλασμό: Ποσοστό 41% ενημερώθηκε από τον περιοδικό Τύπο, τα βιβλία και το Διαδίκτυο, το 22% από το γιατρό, το 13% από το συγγενικό και φιλικό περιβάλλον και το 11% από τη μαία. Ποσοστό 8% περιλαμβάνει γνώση από προηγούμενη γέννηση παιδιού, ενημέρωση από τη σύντροφο και άλλη πηγή.

Ο λόγος που ώθησε τους συμμετέχοντες να ζητήσουν ενημέρωση για το μητρικό θηλασμό ήταν η επιθυμία τους να έχουν ενεργητικό ρόλο ως πατέρες και να ανταποκριθούν όσο γίνεται καλύτερα στο ρόλο αυτό, καθώς και η επιθυμία τους να βοηθήσουν αποτελεσματικά και να είναι κοντά στη σύντροφό τους. Το 84% των πατέρων δήλωσε ότι θεωρεί την ενημέρωση για το μητρικό θηλασμό απαραίτητη, μολονότι για το μητρικό θηλασμό είχε ενημερωθεί μόνο το 64%. Αξιοσημείωτο δε είναι, ότι το 91% των συμμετεχόντων στην έρευνα είχε την πεποίθηση ότι η διατροφή του παιδιού τούς πρώτους μήνες της ζωής του αφορά και τον πατέρα.

Όσον αφορά τις ερωτήσεις σχετικά με τις γνώσεις των συμμετεχόντων για το μητρικό θηλασμό, οι πατέρες απάντησαν τα ακόλουθα:

Η πλειοψηφία δήλωσε –και πολύ σωστά– ότι το μητρικό γάλα είναι μεγαλύτερης διατροφικής αξίας από το ξένο γάλα, ενώ ποσοστό 5% δήλωσε ότι είναι μικρότερης διατροφικής αξίας. Για τον ιδανικό χρόνο έναρξης μητρικού θηλασμού, εφόσον η υγεία της μητέρας και του νεογνού το επιτρέπουν, το 53% επέλεξε την απάντηση: «*Την επόμενη ημέρα*», ενώ το 28% επέλεξε την απάντηση: «*Αρκετές ώρες αργότερα*». Μόνο το 12% απάντησε σωστά: «*Αμέσως μετά τον τοκετό*» και τέλος, το 7% επέλεξε την απάντηση: «*Μια ώρα αργότερα*».

Ποσοστό 35% των πατέρων δεν γνώριζε τι είναι το “πύαρ” ή “πρωτόγαλα” και ποιά είναι η διατροφική του αξία. Αυτό το ποσοστό είναι πραγματικά μεγάλο αν αναλογιστεί κανείς ότι το 64% δήλωσε ότι είχε ενημερωθεί για το μητρικό θηλασμό.

Στην ερώτηση αν το νεογνό πρέπει να βρίσκεται δίπλα στη μητέρα ή σε θάλαμο νεογνών, το 15% απάντησε: «*Δίπλα στη μητέρα*», ενώ το 85% απάντησε: «*Σε θάλαμο νεογνών*».

Στο Μαιευτήριο στο οποίο έγινε η έρευνα το νεογνό δεν είναι συνεχώς δίπλα στη μητέρα, γεγονός που ενδεχομένως επηρέασε τις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Επίσης, σε συντριπτική πλειοψηφία οι πατέρες στην ερώτηση αν το νεογνό πρέπει να θηλάζει σε καθορισμένο ωράριο, απάντησαν: «*Ο θηλασμός πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε 3-4 ώρες*».

Στις ερωτήσεις που αναφέρονται σε ορισμένα από τα πιο σημαντικά πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού, οι συμμετέχοντες έδωσαν ιδιαίτερα ενδιαφέρουσες απαντήσεις. Το 50% γνώριζε ότι τα βρέφη που θηλάζουν έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν παχυσαρκία σε μεγαλύτερη ηλικία. Το 60% των πατέρων γνώριζε ότι ο μητρικός θηλασμός σχετίζεται με την αύξηση του δείκτη νοημοσύνης των παιδιών. Επίσης, το 76% των πατέρων γνώριζε ότι ο μητρικός θηλασμός συμβάλλει στην ηρεμία του βρέφους, στο αίσθημα ηρεμίας και χαλάρωσης της μητέρας, ότι το μητρικό γάλα περιέχει αντισώματα κι ακόμη, ότι σχετίζεται αρνητικά με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού στη μητέρα.

Στην ερώτηση: «*Ποιός παρότρυνε τη σύντροφό σας να θηλάσει*», ποσοστό 27% απάντησε ότι ήταν η μαία που παρότρυνε τη μητέρα. Ακολούθως, το 25% απάντησε ότι την παρότρυναν άτομα του συγγενικού ή φιλικού περιβάλλοντος, το 23% ότι το έκανε ο γυναικολόγος, το 17% ο παιδίατρος και τέλος, το 10% απάντησε ότι το έκανε ο ίδιος ο πατέρας.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες συμφώνησαν με τη θέση ότι είναι σημαντικό να παρέχουν περισσότερη βοήθεια και υποστήριξη στις συντρόφους τους κατά τη διάρκεια της λοχείας και του μητρικού θη-

λασμού. Οι ίδιοι, όμως, εκτός από τα αισθήματα χαράς για τον ερχομό του παιδιού τους στον κόσμο, δήλωσαν σε ποσοστό 14% ότι αισθάνονται αίσθημα ευθύνης και άγχους, ενώ σε ποσοστό 4% δήλωσαν ότι αισθάνονται και φόβο.

Τέλος, στην ερώτηση εάν θα τους ενοχλούσε να θηλάσει η σύντροφός τους το παιδί τους σε δημόσιο χώρο, το 20% των πατέρων που συμμετείχαν στην έρευνα απάντησε καταφατικά.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Έρευνες έχουν δείξει ότι οι απόψεις και γενικότερα η στάση των γυναικών για το μητρικό θηλασμό επηρεάζεται άμεσα από τη γνώμη των συντρόφων τους, ενώ η επιτυχία τους να θηλάσουν και η διάρκεια θηλασμού σχετίζονται θετικά με την υποστηρικτική συμπεριφορά των συντρόφων τους, την ενθάρρυνσή τους και την ενεργό συμμετοχή τους στη φροντίδα του παιδιού (Crost et al., 1998, Henderson et al., 2000, Wallace et al., 2005).

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι μολονότι οι συμμετέχοντες σε μεγάλο ποσοστό δήλωσαν ότι είχαν ενημερωθεί για το μητρικό θηλασμό, εντούτοις αγνοούσαν σημαντικές συνιστώσες για τον τρόπο που τελικά αυτός επιτυγχάνεται, γεγονός που απαντάται και σε άλλες έρευνες (Bonet et al., 2007). Οι πηγές πληροφόρησής τους προέρχονταν στο μεγαλύτερο ποσοστό από βιβλία και περιοδικά και για το λόγο αυτό, όπως η έρευνα απέδειξε, η ποιότητά της πληροφόρησης δεν ήταν ικανοποιητική (Henderson et al., 2000).

Οι γνώσεις τους για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού στο παιδί και τη μητέρα κρίθηκαν ελλιπείς. Οι μαίες δεν είχαν μεγάλο ποσοστό συμμετοχής στην πληροφόρηση των συντρόφων, ωστόσο είχαν το μεγαλύτερο ποσοστό στην παρότρυνση των γυναικών να θηλάσουν. Είναι αδιαμφισβήτητη η ανάγκη οι μαίες να συντονίσουν την προσπάθεια άσκησης οργανωμένου και επίσημου προγράμματος συμβουλευτικής και προετοιμασίας του ζευγαριού και για το μητρικό θηλασμό, μέσα από τη λειτουργία του Δημόσιου και Ιδιωτικού Μαιευτηρίου, αλλά και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Επίσης, σημαντική ήταν η παραδοχή από τη συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα, ότι θεωρούν αξιόλογη την άσκηση υποστήριξης και την ενθάρρυνση της συντρόφου τους από τους ίδιους στην προσπάθεια που αυτή καταβάλλει για το μητρικό θηλασμό. Σ' αυτό το πνεύμα της ωριμότητας και της συνειδητοποίησης της ευθύνης του πατέρα πρέπει να ασκηθούν οι πα-



ρεμβάσεις, έτσι ώστε το σύγχρονο Μαιευτήριο να προσαρμοστεί στη νέα αυτή πραγματικότητα και να υποστηρίξει το μητρικό θηλασμό, αλλά και το ρόλο του πατέρα σ' αυτόν. Πρέπει να δίνεται το περιθώριο στον άνδρα, εφόσον το επιθυμεί, να βρίσκεται κοντά σ' όλη τη διαδικασία, όπου η σύντροφος και το παιδί του παρακολουθούνται, να εκφράζεται και να ενθαρρύνεται σε πρωτοβουλίες για την υποστήριξή τους. Ακόμη, ο πατέρας πρέπει να λαμβάνει μηνύματα, που να υπογραμμίζουν συχνά σ' αυτόν τη σημασία της δικής του παρουσίας, ενθάρρυνσης και επικουρίας της συντρόφου του στο μητρικό θηλασμό, ο οποίος θα επιφέρει αναρίθμητα οφέλη για την υγεία της συντρόφου και του παιδιού του, αλλά και για την οικογενειακή τους ζωή γενικότερα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι γνώσεις, οι αντιλήψεις και η έκδηλη στάση του πατέρα για το μητρικό θηλασμό υπογραμμίζονται, μεταξύ άλλων, ως καθοριστικές συνιστώσες για να προβεί η μητέρα στην έναρξη και κατά δεύτερο σκοπό στην εδραίωση του μητρικού θηλασμού ως μοντέλου διατροφής του νεογνού-βρέφους (Freed et al., 1993). Ο σημαντικός ρόλος του συντρόφου και πατέρα στον επιτυχή μητρικό θηλασμό, είναι ανάγκη σήμερα να υπογραμμισθεί και να αποτελέσει έναν από τους μοχλούς, που θα χρησιμοποιηθούν για τη διάδοση, την υποστήριξη και την προαγωγή του (Crost et al., 1998, Giugliani et al., 1994, Wallace et al., 2005).

Η ενημέρωση και η συμβουλευτική για το μητρικό θηλασμό είναι αναγκαία να ασκούνται συστηματικότερα και πιο οργανωμένα από επίσημους φορείς και

να απευθύνονται και στον πατέρα, ο οποίος είναι σε θέση να διευκολύνει, να ανατροφοδοτήσει, και να ενθαρρύνει τη σύντροφο του στη λοχεία και να συμβάλει αποτελεσματικά ως ο "σημαντικός άλλος" στην εδραίωσή του. Μέσω της ανάληψης οργανωμένων δράσεων οι νέοι πατέρες πρέπει να ενθαρρύνονται από τους επαγγελματίες υγείας και την κοινότητα για να συμμετέχουν ενεργά στην υποστήριξη και τη φροντίδα της συντρόφου τους και την ανάπτυξη του πρώιμου δεσμού με το παιδί τους.

ABSTRACT

Paraskevi Volaki, Stella Paliatsiou: Research for the investigation of father's role in Breastfeeding.

"ELEFTHO", 104-108, 2007S

Purpose: The present study aims to investigate the knowledge, beliefs and attitude of father in reference to breastfeeding as they are expressed in today's Greek community during the first days after their child is born.

Material and Method: The research was carried out at a state university obstetric clinic including a sample of 100 fathers, whose wives have delivered their baby from July till August 2005. The method of collecting the data was an original self-registered questionnaire. The participation to the research was anonymous and not obligatory.

Results: The results of the research showed that the participants although they have mentioned that they were informed about breastfeeding, they ignored some of the most important guiding principles for breastfeeding achievement. Their information for breastfeeding was collected from books and magazines rather than from health professionals. Their knowledge about the benefits of breastfeeding to the mother and her child were insufficient according to the study. It was importantly accepted from the majority or the participants of the present research that their personal support and the encouragement to their partners as they were paying an effort to breastfeed their newborn babies was considered to be very important and useful. However the percentages of fathers that they mentioned that they were against of the seeing their partner breastfeeding in public was grate enough; this is a fact that has to make us think to what extend breastfeeding is acceptable from Greek community as a human write of every Mother and every child.

Conclusion: Health professionals are responsible to inform the couple about breastfeeding and to encourage the participation of the male partner to

the whole process off care-giving and support of his female partner as far breastfeeding is concerned. Breastfeeding education and counseling has to be further organized from executive care-givers and to be referred also to the partner, who can facilitate, empower, and encourage his female partner at the postpartum period and can also contribute as the "important other person" in the consolidation of breastfeeding.

The crucial role of the female partner and father at breastfeeding success needs to be underlined and has to be used for breastfeeding promotion.

Key words: breastfeeding, father, beliefs, knowledge, role.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Arora S., McJunkin C., Wehrer J., Kuhn P.: Major Factors Influencing Breastfeeding Rates: Mother's Perception of Father's Attitude and Milk Supply. *Pediatrics*, 2000 Nov., Vol. 106.
- Bonet M., Kaminski M., Blondel B.: Differential trends in breastfeeding according to maternal and hospital characteristics: results from the French National Perinatal Surveys. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.*, 2007 Aug.; 45(2):234-9.
- Crost M., Kaminski M.: Breastfeeding at maternity hospitals in France in 1995. National perinatal survey. *Arch Pediatr.*, 1998 Dec, Vol. 5(12):1316-26.
- Freed G.L., Fraley J.K., Schanler R.J.: Accuracy of expectant mothers' predictions of fathers' attitudes regarding breast-feeding. *J Fam Pract.*, 1993 Aug., 37(2):148-52.
- Giugliani E.R.J., Caiaffa W.T., Vogelhut J., Witter F.R., Perman J.A.: Effect of breastfeeding support from different sources on mothers' decisions to breast-feed. *Journal of Human Lactation*, 1994, Vol. 10; 157-161.
- Hederson L., Kitzinger J., Green J.: Representing infant feeding: content analysis of British media portrayals of bottle feeding and breastfeeding. *BMJ.*, 2000 Nov., Vol. 11; 321(7270): 1196-1198.
- Labarere J., Gelbert-Bautino N., Ayrat A.S., Duc C., Berchotteau M., Bouchon N., Schelstraete C., Vittoz J.P., Francois P.: Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics*, 2005 Feb.; 115(2):e139-46.
- Wallace L.M., Dunn O.M., Alder E.M., Inch S., Hills R.K.: Randomised-controlled trial in England of a postnatal midwifery intervention on breast-feeding duration. *Midwifery*, 2000 Sep.; 22(3):262-73
- ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Οι εικόνες είναι από το Διαδίκτυο.

Μητρική παχυσαρκία, εγκυμοσύνη και περιγεννητική έκβαση

Δέσποινα Βασδέκη*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παχυσαρκία είναι μια "μοντέρνα ασθένεια", που τείνει να λάβει μορφή επιδημίας και επηρεάζει όλες τις ηλικίες με σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία των πολιτών. Δυστυχώς, αυξημένος είναι και ο αριθμός των παχύσαρκων ή υπέρβαρων εγκύων, όπως και τα ποσοστά μητρικής και εμβρυϊκής νοσηρότητας και θνησιμότητας εξαιτίας αυτού του παράγοντα. Η παχυσαρκία κατά τη διάρκεια της κύησης θα πρέπει να αντιμετωπίζεται "σφαιρικά" από μια διεπιστημονική ομάδα αποτελούμενη από το μαιευτήρα, τον αναισθησιολόγο, τον ενδοκρινολόγο, τη μαία, το διαιτολόγο και τον ψυχολόγο, οι οποίοι καλούνται να αντιμετωπίσουν τέτοια περιστατικά και ο καθένας από τη θέση του να συμβάλει στην αντιμετώπισή τους. Η εργασία αυτή αποσκοπεί μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης στην καταγραφή των επιπτώσεων της παχυσαρκίας στη μητέρα και το έμβρυο.

Λέξεις κλειδιά: παχυσαρκία, επιπλοκές, εγκυμοσύνη, περιγεννητικά αποτελέσματα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παχυσαρκία είναι αναμφισβήτητη η "ασθένεια" του δυτικού κόσμου, αφενός λόγω των κακών διατροφικών συνηθειών και αφετέρου λόγω της ελλιπούς άσκησης. Δυστυχώς, η παχυσαρκία αφορά όλο και περισσότερο τα παιδιά και τους εφήβους, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό απ' αυτά θα γίνουν παχύσαρκοι ενήλικες (Brockelsby & Dresner, 2006).

Ωστόσο, φαίνεται να είναι αρκετά υψηλό και το ποσοστό των παχύσαρκων εγκύων γυναικών (LaCoursiere et al., 2005). Οι παχύσαρκες έγκυες εμφανίζουν σε μεγάλο ποσοστό επιπλοκές που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, ενώ παράλληλα η παχυσαρκία αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα και για την υγεία του εμβρύου (Irvine & Shaw, 2006, Wanjiku Kabiru & Raynor, 2004, Vahratian et al, 2005).

Μελέτες έχουν δείξει ότι το προϋπάρχον αυξημένο βάρος ή η απότομη αύξηση βάρους πάνω από τα ανώτερα επιθυμητά όρια κατά τη

* Μαία, Γ.Ν.Ν. – Κέντρου Υγείας Φιλικών Νομού Θεσπρωτίας.

διάρκεια της εγκυμοσύνης, μπορεί να οδηγήσουν σε προβλήματα θέτοντας σε κίνδυνο την υγεία τόσο της μητέρας όσο και του εμβρύου. Συγκεκριμένα, η παχυσαρκία στην εγκυμοσύνη έχει συνδεθεί με την εμφάνιση διαβήτη, υπέρτασης, προεκλαμψίας και υψηλών ποσοστών καισαρικής τομής. Στα έμβρυα παρατηρήθηκαν μακροσωμία (βάρος 4 kg ή και περισσότερο), IUGR (Intra Uterus Growth Retardation), συγγενείς ανωμαλίες, ενδομήτριος θάνατος κ.ά. (Irvine & Shaw, 2006, Brockelsby & Dresner, 2006, Yu, Teoh & Robinson, 2006, Sukalich, Miglione & Glantz, 2006, Fraser, 2006, Wanjiku Kabiru & Raynor, 2004, LaCoursiere et al., 2005, Lu et al., 2001, Fraser & Chan, 2003).

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διευκρινιστούν και να επισημανθούν μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης οι επιπτώσεις, που έχει η παχυσαρκία ή η υπερβολική αύξηση βάρους της εγκύου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, καθώς και τα περιγεννητικά τους αποτελέσματα.

ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

Η παχυσαρκία είναι χρόνια κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από πλεονάζουσα ποσότητα σωματικού λίπους, η οποία είναι υπεύθυνη για την αύξηση περιστατικών νοσηρότητας και θνησιμότητας σε πολλές χώρες του κόσμου. Μια συγκεκριμένη ποσότητα λίπους είναι απαραίτητη ώστε να μπορέσει ο οργανισμός να επιτελέσει ορισμένες λειτουργίες, όπως αποθήκευση ενέργειας, ρύθμιση θερμοκρασίας σώματος κ.ά.

Η φυσιολογική συκέντρωση λίπους εκφρασμένη σε ποσοστό επί % σε φυσιολογικά νεαρά άτομα, είναι 22%-32% στις γυναίκες και 10%-22% στους άνδρες (Koutedakis & Sharp, Wiley & Sons Publ, 1999).

Η παχυσαρκία ομαδοποιείται σε κατηγορίες με βάση το ΔΜΣ (Δείκτης Μάζας Σώματος) ή BMI (Body Mass Index), όπως αυτός έχει ορισθεί από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO). Ο δείκτης αυτός υπολογίζεται αν διαιρέσουμε το βάρος του ανθρώπου σε kg δια του τετραγώνου του ύψους του σε m, δηλ.: $BMI = \text{βάρος} / \text{ύψος}^2$. Βάσει του παρακάτω πίνακα, άτομα που έχουν BMI >30 χαρακτηρίζονται ως παχύσαρκα. Οι κατηγορίες του BMI δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί (Irvine & Shaw, 2006, Brockelsby & Dresner, 2006, Weissgerber et al., 2006):

Όμως, ο παραπάνω υπολογισμός των ορίων του BMI αφορά τις μη έγκυες γυναίκες. Ο υπολογισμός

BMI	Description
< 18,5	Λιποβαρής
18,5-24,9	Φυσιολογικός
25,0-29,9	Υπέρβαρος
30,0-39,0	Παχύσαρκος
>40,0	Νοσηρά Παχύσαρκος

(Κατηγοριοποίηση φυσιολογικού και μη φυσιολογικού βάρους χρησιμοποιώντας το BMI από την WHO).

του BMI κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν είναι σαφής και δεν υπάρχει ξεκάθαρα ομόφωνη άποψη (Irvine & Shaw, 2006).

Εάν ο BMI δεν είναι γνωστός πριν την εγκυμοσύνη, τότε θα πρέπει να υπολογιστεί από τη μαία ή το μαιευτήρα, αφού το βάρος που αποκτάται κατά την περίοδο αυτή (1ο τρίμηνο) είναι ελάχιστο (Irvine & Shaw, 2006, Μαμόπουλος, 1988). Για να υπολογιστεί ο BMI αφαιρείται συνήθως 1 kg από το βάρος της εγκύου. Αν ο BMI είναι >30, τότε η εγκυμοσύνη θα πρέπει να χαρακτηριστεί ως «κύηση σχετικά υψηλού (ρίσκου) κινδύνου» και να τεθεί υπό συστηματική ιατρική παρακολούθηση (Weissgerber et al., 2006, Fraser & Chan, 2003).

Παράδειγμα: Έστω ότι στα Εξωτερικά Ιατρεία της Μαιευτικής Κλινικής του Νοσοκομείου ή του Κέντρου Υγείας όπου εργαζόμαστε, έρχεται μια γυναίκα που διανύει το 1ο τρίμηνο της εγκυμοσύνης και έχει βάρος 81 kg και ύψος 1,60 m. Σ' αυτή την περίπτωση, για να μπορέσουμε να υπολογίσουμε το BMI της συγκεκριμένης εγκύου αφαιρούμε από το υπολογιζόμενο βάρος το 1 kg και προχωρούμε στον υπολογισμό του BMI βάσει του τύπου: $BMI = \text{βάρος} / \text{ύψος}^2$.

Δηλαδή, $BMI = 80 / 1,60^2 = 80 / 2,56 = 31,25 > 30$. Με βάση τον προηγούμενο πίνακα η συγκεκριμένη έγκυος είναι παχύσαρκη.

ΜΑΙΕΥΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η επίδραση της παχυσαρκίας της εγκύου και οι επιπλοκές της στην εγκυμοσύνη, στον τοκετό και στο έμβρυο αποτέλεσαν αντικείμενο μελέτης και ερευνών (Fraser, 2006). Όλες οι έρευνες υπογράμμισαν τις επιπτώσεις που έχει η παχυσαρκία τόσο στην έγκυο όσο και στο έμβρυο. Οι συνήθεις επιπλοκές της παχυσαρκίας στην εγκυμοσύνη, στον τοκετό και στο έμβρυο είναι οι εξής:

Επιπλοκές στην εγκυμοσύνη

Διαβήτης

Όταν στην εγκυμοσύνη διαγνωστεί ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ), πιθανό είναι να υφίσταται ως προϋπάρχουσα νόσος ή να εμφανίζεται για πρώτη φορά μετά τη σύλληψη. Ο ΣΔ σχετίζεται με τη μη ανοχή των υδατανθράκων και οφείλεται σε διαταραχή έκκρισης της ινσουλίνης ή σε μειωμένη δραστηριότητά της, έχοντας ως αποτέλεσμα τον κακό μεταβολισμό των υδατανθράκων, των λιπών και των πρωτεϊνών. Η παθολογική αυτή κατάσταση επιδεινώνεται κατά τη διάρκεια της κύησης, επειδή η ίδια η εγκυμοσύνη επιφέρει αλλαγές στο μεταβολισμό των υδατανθράκων, των λιπών και των πρωτεϊνών. Αποτέλεσμα της παραπάνω διαδικασίας είναι η επιβάρυνση του προϋπάρχοντος διαβήτη ή η ενεργοποίηση του λανθάνοντος διαβήτη σε γυναίκες που εμφανίζουν γενετική προδιάθεση στη νόσο (Μαμόπουλος, 1988).

Διάφορες μελέτες έδειξαν αυξημένη συσχέτιση ανάμεσα στο διαβήτη της εγκυμοσύνης και το ΔΜΣ (Δείκτης Μάζας Σώματος) (Wanjiku Kabiru & Raynor, 2004, Vahratian et al, 2005, Fraser & Chan, 2003). Παράλληλα, στις παχύσαρκες έγκυες η συσχέτιση ινσουλίνης είναι αυξημένη, ενώ η ευαισθησία στην ινσουλίνη είναι μειωμένη σε σχέση με τις μη παχύσαρκες έγκυες γυναίκες, αν και αυτές οι διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές (Yu, Teoh & Robinson, 2006).

Οι επιπλοκές του ΣΔ, που δεν ρυθμίζονται απόλυτα σε έγκυες γυναίκες είναι: οι αυτόματες εκτρώσεις στο 1ο τρίμηνο, η υπέρταση, το υδράμνιο (διπλάσια ποσότητα σε σχέση με τις μη διαβητικές), οι αγγειακές βλάβες και οι βλάβες νεφρών.

Όστόσο, έρευνα των έδειξε ότι υπέρβαρες και παχύσαρκες διαβητικές έγκυες, έχοντας ελέγξει τα επίπεδα της γλυκόζης με κατάλληλη θεραπεία ινσουλίνης μείωσαν τον κίνδυνο εμφάνισης των επιπλοκών, που σχετίζονται με το διαβήτη (Langer, Yoven, Xenakis & Brustman (2005). Εξίσου σημαντική στη μείωση των επιπλοκών είναι και η μείωση του σωματικού βάρους σε συνδυασμό με την κατάλληλη διατροφική εκπαίδευση αυτών των γυναικών (Yu, Teoh & Robinson, 2006).

Υπέρταση – Προεκλαμψία

Η υπέρταση στην εγκυμοσύνη εμφανίζεται σε ποσοστό περίπου 10% και αφορά: α) εγκύους που εμφανίζουν υπέρταση μόνο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και β) εγκύους στις οποίες η

υπέρταση θα παραμείνει και μετά τον τοκετό. Οι έγκυες αυτές θα πρέπει να διαχωριστούν από τις έγκυες που εμφανίζουν το σύνδρομο προεκλαμψίας – εκλαμψίας, καθώς η υπέρταση στην εγκυμοσύνη είναι παθολογική κατάσταση, που χρήζει ειδική παρακολούθηση.

Η αιτιολογία αυτού του είδους της υπέρτασης είναι ακόμα αδιευκρίνιστη, ωστόσο μελέτες έχουν δείξει αυξημένη συσχέτιση ανάμεσα στην υπέρταση και την αυξημένη συγκέντρωση λίπους στον οργανισμό (Irvine & Shaw, 2006, Yu, Teoh & Robinson, 2006, LaCoursiere et al., 2005).

Η νόσος αυτή αποτελεί σημαντική αιτία αυξημένης μητρικής και εμβρυϊκής νοσηρότητας και θνησιμότητας, ειδικότερα όταν η υπέρταση αγνοείται ή δεν παρακολουθείται σωστά. Μεγάλη σημασία έχει και ο χρόνος εκδήλωσης της υπέρτασης, καθώς, όταν αυτή εμφανιστεί στην αρχή ή στο μέσο της κύησης, παρουσιάζονται φαινόμενα δυσφορίας του εμβρύου ή ενδομήτριας υπολειπόμενης ανάπτυξης. Εάν η υπέρταση εκδηλωθεί μετά την 37η εβδομάδα, τότε η αντιμετώπιση της είναι πιο εύκολη και η πρόκληση τοκετού είναι προτιμότερη από την παραμονή του εμβρύου στο επικίνδυνο ενδομήτριο περιβάλλον (Μαμόπουλος, 1988).

Το σύνδρομο προεκλαμψίας – εκλαμψίας αποτελεί σοβαρή επιπλοκή της κύησης. Σήμερα, όμως, λόγω της έγκαιρης διάγνωσής του έχει αντιμετωπισθεί πλέον ορθολογικά. Τα βασικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου είναι υπέρταση, οίδημα, λευκωματουρία και σπασμοί, που εμφανίζονται στην εκλαμψία. Άλλες επιπλοκές, που συνδέονται με το σύνδρομο αυτό, είναι η νεφρική δυσλειτουργία με ή χωρίς βλάβες των νεφρών, η ηπατική δυσλειτουργία και διαταραχές στην πήκτικότητα του αίματος. Οι επιπτώσεις στο έμβρυο είναι υπολειπόμενη ενδομήτρια ανάπτυξη, πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα, εμβρυϊκή δυσφορία, περιγεννητική ασφυξία και πρόωρος τοκετός (Μαμόπουλος, 1988).

Αποτελέσματα έρευνας των Bodnar, Ness, Markovic & Roberts (2004) έδειξαν ότι η μητρική υπερλίπωση αποτελεί έναν ισχυρό παράγοντα προεκλαμψίας. Ο μηχανισμός που βρίσκεται πίσω από τον προσδιορισμό της σχέσης BMI – προεκλαμψίας δεν έχει επακριβώς προσδιοριστεί. Όμως, τόσο η μειωμένη πλακουντιακή διήθηση (αποτέλεσμα προβληματικής ίσως εμφύτευσης) όσο και η ισχαιμία της μητροπλακουντιακής κυκλοφορίας αποτελούν χαρακτηριστικά της προεκλαμψίας. Η παχυσαρκία συνδέεται με αυξημένη αντίστα-

ση στην ινσουλίνη, δυσλιπιδαιμία και οξειδωτικό stress, στοιχεία που υπάρχουν στις προεκλαμπτικές έγκυες. Για τη μείωση της πιθανότητας εμφάνισης προεκλαμψίας στις υπέρβαρες και παχύσαρκες γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, κρίνεται σημαντική η απώλεια βάρους πριν την κύηση και όχι κατά τη διάρκεια αυτής (Bodnar, Ness, Markovic & Roberts, 2005).

Θρομβοεμβολή

Η παχυσαρκία κατά την εγκυμοσύνη συνδέεται και με αυξημένο κίνδυνο θρομβοεμβολής (Yu, Teoh & Robinson, 2006, Fraser & Chan, 2003). Συγκεκριμένα, από τη 15η εβδομάδα της κύησης και μετά παρατηρείται μια αύξηση της αγγειακής στάσης του αίματος της τάξης του 15%, που φτάνει το 60% περίπου κατά την 36η εβδομάδα (Yu, Teoh & Robinson, 2006).

Επιβάρυνση του καρδιαγγειακού συστήματος

Η ίδια η εγκυμοσύνη επιφέρει σημαντικές αλλαγές στο καρδιαγγειακό σύστημα (συνήθως αρχίζουν πριν την εγκυμοσύνη και τελειώνουν μια εβδομάδα μετά τον τοκετό), οι οποίες όταν δεν υπάρχει βλάβη γίνονται εύκολα ανεκτές. Οι μεταβολές αυτές, όμως, επιβαρύνουν την καρδιά σε γυναίκες με συγγενή ή επίκτητη καρδιοπάθεια και μπορεί να αποβούν μοιραίες για την έγκυο και το έμβρυο (Μαμόπουλος, 1988). Η ίδια η παχυσαρκία επιβαρύνει κι αυτή με τη σειρά της την ήδη επιβαρημένη καρδιαγγειακή λειτουργία (Yu, Teoh & Robinson, 2006).

Επιπλοκές στον τοκετό

Στις παχύσαρκες και υπέρβαρες έγκυες εμφανίζεται μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης επιπλοκών κατά τη διάρκεια του τοκετού, ενώ παράλληλα εμφανίζονται μεγαλύτερα ποσοστά καισαρικής τομής σε σχέση με τις γυναίκες που έχουν φυσιολογικό βάρος (Irvine & Shaw, 2006, Brockelsby & Dresner, 2006, Yu, Teoh & Robinson, 2006, LaCoursiere et al., 2005).

Αρχικά, ένα βασικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι μαιές και οι μαιευτήρες είναι η αδυναμία ακρόασης του εμβρυϊκού καρδιακού παλμού και η δυσκολία καταγραφής των συσπάσεων της μήτρας με τη χρήση της εξωτερικής καρδιοτοκογραφίας, λόγω αυξημένης εναπόθεσης λίπους στην περιοχή της κοιλιάς και της τάσης του ιμάντα, που χρησιμοποιείται, για τη σταθεροποίηση των ηλεκτροδίων

στην κοιλιά της εγκύου (Irvine & Shaw, 2006, Brockelsby & Dresner, 2006, Μαμόπουλος, 1988). Το πρόβλημα θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί με την εφαρμογή της εσωτερικής καρδιοτοκογραφίας και την τοποθέτηση ειδικού ηλεκτροδίου στο κεφάλι του εμβρύου, εφόσον βέβαια έχει γίνει ρήξη των υμένων (αυτόματη ή τεχνητή) (Irvine & Shaw, 2006, Μαμόπουλος, 1988).

Υψηλό, επίσης, είναι το ποσοστό κεφαλοπυελικής δυσαναλογίας και δυστοκίας ώμων στις υπέρβαρες και παχύσαρκες έγκυες (λόγω μακροσωμίας ή στενής πυέλου ιδιαίτερα σε μικρόσωμες γυναίκες), γεγονός που καθιστά αναγκαία τη χρήση σικίας ή εμβρυουλκού, αν τελικά επιλεγεί η λύση του κοιλιακού τοκετού. Ειδικότερα, στη δυστοκία ώμων αυξημένος είναι ο κίνδυνος κάκωσης του βραχιόνιου πλέγματος (Irvine & Shaw, 2006, Yu, Teoh & Robinson, 2006).

Λόγω της μακροσωμίας (βάρος γέννησης >4 kgr) συνήθεις είναι οι ρήξεις κόλπου και τραχήλου, καθώς και οι 3ου βαθμού ρήξεις του περινέου. Η συρραφή των τραυμάτων είναι δύσκολη, λόγω της περιορισμένης πρόσβασης στην περιοχή εξαιτίας του αυξημένου κοιλιακού λιπώδους ιστού (Irvine & Shaw, 2006, Brockelsby & Dresner, 2006, Yu, Teoh & Robinson, 2006).

Αν και η ίδια η παχυσαρκία δεν αποτελεί από μόνη της ένδειξη για καισαρική τομή, η νοσογόνος παχυσαρκία (BMI >40) και οι επιπλοκές της στην περίοδο της κύησης σε συνδυασμό με το αυξημένο ποσοστό μητρικής και εμβρυϊκής νοσηρότητας και θνησιμότητας, καθιστούν την καισαρική τομή αναγκαία και μοναδική λύση (Irvine & Shaw, 2006, Brockelsby & Dresner, 2006, Yu, Teoh & Robinson, 2006, Sukalich, Miglione & Glantz, 2006, Wanjiku Kabiru & Raynor, 2004, Vahratian et al, 2005, LaCoursiere et al., 2005).

Η συχνότητα προγραμματισμένης και επείγουσας καισαρικής τομής είναι σχεδόν διπλάσια στις παχύσαρκες έγκυες συγκριτικά με τις έγκυες με φυσιολογικό BMI (Yu, Teoh & Robinson, 2006), γεγονός που δεν οφείλεται μόνο στις σωματικές επιπλοκές, αλλά και σε ψυχολογικούς παράγοντες (Lu et al., 2001). Η χρονική διάρκεια της καισαρικής τομής είναι σαφώς μεγαλύτερη στις παχύσαρκες έγκυες κυρίως λόγω της δυσκολίας συρραφής της τομής, ενώ σημαντική είναι και η απώλεια αίματος κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Αν και η κάθετη καισαρική τομή έχει αντικατασταθεί από την εγκάρσια, σε ορισμένες περιπτώσεις θεωρείται επιβεβλημένη αφού επιτρέπει καλύτερη οπτική

του χειρουργικού πεδίου, με λιγότερο κόπο από την πλευρά του χειρουργού, λιγότερο χρόνο και μικρότερη απώλεια αίματος.

Στα πλεονεκτήματα όμως της εγκάρσιας τομής ανήκουν το χαμηλό ποσοστό μετεγχειρητικών επιπλοκών, η πιο ασφαλής συρραφή της τομής και ο μειωμένος μετεγχειρητικός πόνος (Irvine & Shaw, 2006, Yu, Teoh & Robinson, 2006). Επίσης, αξίζει να αναφερθούν και τα τεχνικά προβλήματα, όπως η δυσκολία στη μεταφορά της επιτόκου στο χειρουργείο, αλλά και η ύπαρξη χειρουργικών τραπεζιών ειδικών για παχύσαρκα άτομα (Irvine & Shaw, 2006, Yu, Teoh & Robinson, 2006).

Από αναισθησιολογικής πλευράς μπορούμε να αναφέρουμε τη δυσκολία αγγειακής πρόσβασης σε παχύσαρκα άτομα, τη δυσκολία μέτρησης της αρτηριακής πίεσης και τη δυσκολία εφαρμογής επισκληρίδιου αναισθησίας με ταυτόχρονη αύξηση της γενικής αναισθησίας. Επιπλέον, λόγω του αυξημένου βάρους αυξάνεται και η ποσότητα των χορηγούμενων αναισθητικών φαρμάκων, με παράταση του χρόνου αποδόμησης και αποβολής τους από τον οργανισμό και την επιμήκυνση της νάρκωσης. Επίσης, ορατός είναι ο κίνδυνος εμφάνισης προβλημάτων εξαιτίας της γενικής και παρατεταμένης νάρκωσης, όπως και δυσκολία στη διασωλήνωση κ.ά. (Irvine & Shaw, 2006, Brockelsby & Dresner, 2006, Yu, Teoh & Robinson, 2006).

Στις συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές ανήκουν οι επιμολύνσεις της τομής, ο κίνδυνος θρομβοεμβολής (προτείνεται η χρήση ειδικών καλτσών και η υποδόρια έγχυση ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους για μια εβδομάδα), η επιλόχεια κατάθλιψη και η αυξημένη παραμονή στο Νοσοκομείο (Irvine & Shaw, 2006, Brockelsby & Dresner, 2006, Yu, Teoh & Robinson, 2006, Sukalich, Miglione & Glantz, 2006).

Παχυσαρκία και μητρικός θηλασμός

Στη συγκεκριμένη βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα εργασία, ελάχιστες ήταν οι αναφορές σχετικά με τις δυσκολίες που πιθανόν να αντιμετωπίζει η παχύσαρκτη θηλάζουσα μητέρα.

Ως μαιές γνωρίζουμε καλά, πως η ποσότητα του παραγόμενου μητρικού γάλακτος δεν επηρεάζεται από το μέγεθος του μαστού. Φαίνεται, όμως, η μητρική παχυσαρκία να συνδέεται άμεσα με τη μείωση της συχνότητας του μητρικού θηλασμού (Brockelsby & Dresner, 2006, Yu, Teoh & Robin-

son, 2006). Αν και η αιτία της αποτυχίας του μητρικού θηλασμού είναι πολυπαραγοντική, σημαντικό μερίδιο ευθύνης έχουν οι τεχνικές (μηχανικές) δυσκολίες εξαιτίας του μεγέθους των μαστών, σε συνδυασμό με την αδυναμία κατάλληλης τοποθέτησης του νεογνού σ' αυτούς όταν η μητέρα είναι παχύσαρκτη. Από ενδοκρινολογικής άποψης η παχυσαρκία συνδέεται με μειωμένη ανταπόκριση της προλακτίνης στο μητρικό θηλασμό (Yu, Teoh & Robinson, 2006).

Ωστόσο, από την επαγγελματική μας εμπειρία γνωρίζουμε πως για να είναι επιτυχής ο μητρικός θηλασμός σε μητέρα με μεγάλους μαστούς απαιτείται σωστή εκπαίδευση στην τεχνική του θηλασμού, ψυχολογική υποστήριξη της παχύσαρκης μητέρας και μεγαλύτερη υπομονή τόσο από την πλευρά της θηλάζουσας, όσο και από την πλευρά της μαιάς που αναλαμβάνει την εκπαίδευσή της.

Επιπλοκές στο έμβρυο

Η παχυσαρκία και οι επιπτώσεις στην εγκυμοσύνη και τον τοκετό δεν αφήνουν ανεπηρέαστο και το έμβρυο. Οι πιο συνηθισμένες εμβρυϊκές επιπλοκές αφορούν τις συγγενείς ανωμαλίες, τη μακροσωμία, τον ενδομήτριο θάνατο και το σύνδρομο IUGR (Intra Uterus Growth Retardation) (Irvine & Shaw, 2006, Brockelsby & Dresner, 2006, Yu, Teoh & Robinson, 2006, Fraser, 2006).

Υπάρχουν ενδείξεις για τη σύνδεση της παχυσαρκίας με τις συγγενείς ανωμαλίες χωρίς όμως να μπορεί να εξηγηθεί επακριβώς ο μηχανισμός δράσης (Yu, Teoh & Robinson, 2006). Συγκεκριμένα, η έρευνα των Walkins et al. έδειξε ότι οι παχύσαρκες γυναίκες είχαν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να αποκτήσουν παιδί με NTD (Neural Tube Defects) ή με ομφαλοκήλη, και δυο φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν συγγενείς καρδιοπάθειες (Brockelsby & Dresner, 2006, Yu, Teoh & Robinson, 2006). Επιπλέον, η παχυσαρκία συχνά συνοδεύεται και από ΣΔ, ένα γνωστό παράγοντα υπεύθυνο για την εμφάνιση συγγενών ανωμαλιών στο έμβρυο.

Αρκετές έρευνες έχουν δείξει ότι η μητρική παχυσαρκία και η απότομη αύξηση του σωματικού βάρους κατά την κύηση σχετίζεται άμεσα με τη μακροσωμία (Irvine & Shaw, 2006, Brockelsby & Dresner, 2006, Yu, Teoh & Robinson, 2006, Fraser, 2006). Παρά το μέγεθος και το βάρος τους τα περισσότερα νεογέννητα είναι μεγάλα σε μέγεθος για την ηλικία τους και οργανικά ανώριμα για τις

αντίστοιχες εβδομάδες κύησης. Όμως υπάρχει και η πιθανότητα τα νεογνά διαβητικών μητέρων να είναι μικρόσωμα για την ηλικία της κύησης. Αυτό οφείλεται στην υπέρταση που συνυπάρχει και ευθύνεται για την υπολειπόμενη ανάπτυξη (IUGR).

Η παχυσαρκία συνδέεται με αυξημένη αντίσταση στην ινσουλίνη και εμβρυϊκή υπερινσουλιναμία, ακόμα και όταν η μητέρα δεν είναι διαβητική. Ειδικά το τελευταίο σε συνδυασμό με την αυξημένη ενεργειακή ροή στο έμβρυο, ίσως να εξηγεί τα μεγάλα σε μέγεθος νεογνά για την ηλικία κύησης σε παχύσαρκες μη διαβητικές μητέρες.

Η μακροσωμία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για το χαμηλό APGAR Score 1-min και αυξημένο ποσοστό δυστοκίας ώμων (Irvine & Shaw, 2006, Brockelsby & Dresner, 2006, Yu, Teoh & Robinson, 2006, Fraser, 2006, Μαμόπουλος, 1988).

Μελέτες έδειξαν ότι η παχυσαρκία στην εγκυμοσύνη σχετίζεται και με αυξημένο κίνδυνο ενδομήτριου θανάτου (Irvine & Shaw, 2006, Brockelsby & Dresner, 2006, Yu, Teoh & Robinson, 2006, Fraser, 2006). Αυτό οφείλεται στην αυξημένη ενδομήτρια ανάπτυξη του εμβρύου λόγω ενδογενούς υπερινσουλιναμίας στις παχύσαρκες γυναίκες, σε συνδυασμό με το λειτουργικό περιορισμό του πλακούντα να μεταφέρει επαρκές οξυγόνο για να καλυφθούν οι ανάγκες του εμβρύου. Μάλιστα, στις παχύσαρκες έγκυες διπλασιάζεται ο κίνδυνος ενδομήτριων και νεογνικών θανάτων σε σύγκριση με τις μητέρες που έχουν φυσιολογικό βάρος (Yu, Teoh & Robinson, 2006).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Η επίδραση της παχυσαρκίας ή της υπερβολικής αύξησης του σωματικού βάρους (BMI >25) κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις στην κύηση, στον τοκετό και στο έμβρυο.

- Συνεπώς, κρίνεται αναγκαία η απώλεια βάρους κυρίως πριν την εγκυμοσύνη, η οποία ταυτόχρονα με τη σωματική άσκηση συμβάλλει στη μείωση των επιπλοκών που σχετίζονται με την παχυσαρκία (Weissgerber, Wolfe, Davies, Mottola, 2006).

- Σε γυναίκες με φυσιολογικό BMI (18,5-24,9) η απόκτηση βάρους μέχρι και 10 kgr κατά τη διάρκεια της κύησης συνδέεται με το καλύτερο περιγεννητικό αποτέλεσμα (Yu, Teoh & Robinson, 2006). Σύμφωνα με το Αμερικανικό Κολλέγιο Μαιευτήρων-Γυναικολόγων, το μέγιστο επιτρεπόμενο

όριο αύξησης βάρους για τις παχύσαρκες έγκυες δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τα 6,79 kgr (American College of Obstetricians and Gynecologists, 1993).

- Η προσεκτική ιατρική παρακολούθηση και ο συνεχής επανέλεγχος των υπέρβαρων και παχύσαρκων εγκύων συμβάλλουν ώστε να μειωθούν οι κίνδυνοι κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού (Skrablin, Banovic & Kuvacic, 2004).

ABSTRACT

Despina Vasdeki: Maternal obesity , pregnancy and perinatal outcomes

"ELEFTHO", 3:109-115, 2007

Obesity is a "modern disease" that tends to take an epidemical dimension and affects all ages, with serious consequences for the citizens' health. Consequently, also the number of obese or overweight pregnant women has increased, as well as the rates of the fetal and the maternal morbidity and mortality, due to this factor.

Obstetricians, anesthesiologists, endocrinologists, psychologists, dieticians and midwives need to face these types of incidence and contribute to their confrontation from their own position each.

This paperwork, through the literature review, aims at recording the consequences of obesity on both the maternal and fetal health.

Key words: *obesity, consequences, pregnancy, obstetric outcomes.*

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- American College of Obstetricians and Gynecologists: Nutrition during pregnancy. ACOG Technical Bulletin 179: April 1993, Washington DC.*
- Bodnar L.M., Ness R.B., Markovic N., Roberts J.M.: The Risk of Preeclampsia Rises with Increasing Prepregnancy Body Mass Index. Annals of Epidemiology 2005, Aug; 15:475-482.*
- Brockelsby & Dresner: Obesity and Pregnancy. March; 2006, 17(3-4):125-129.*
- Fraser R.B.: Obesity complicating pregnancy. Current Obstetris & Gynaecology 2006, Aug; 16(5): 295-298.*
- Fraser R.B., Chan K.L.: Problems of obesity on obstetric care. Current Obstetrics & Gynaecology, 2003 June; 13(4):239-243.*
- Irvine L., Shaw R.: The impact of obesity on obstetric*

- outcomes. In MIDIRS Midwifery Digest, 17(1), 81-81(1), July; 2006.
- Kabiru W., Raynor B.D.:* Obstetric outcomes associated with increase in BMI category during pregnancy. *AM J Obstet Gynecol*, 2004, Sep; 191(3): 982-932.
- LaCoursiere Y.D., Bloebaum L., Duncans J.D., Varner M.W.:* Population-based trends and correlates of maternal overweight and obesity, Utah 1991-2001. 2005 March; 192:832-839.
- Langer O., Yoven Y., Xenakis E.M.J., Brustman L.:* Overweight and obese in gestational diabetes: The impact on pregnancy outcome. *AJOG* 2005, June;192:1768-1776.
- Lu G.C., Rouse D.J., Dubard M., Cliver S., Kimberlin D., Hauth J.C.:* The effect of the increasing prevalence of maternal obesity on perinatal morbidity. *Am J Obstet Gynecol*, 2001;,185:845-849.
- Μαμόπουλος Μ.: Κύηση Υψηλού Κινδύνου. Θεσσαλονίκη, Ιατρικές εκδόσεις Αλεξ. Σιώκη, 1988.
- Skrablin S., Banovic V., Kuvacic I.:* Morbid maternal obesity and pregnancy. *Int J Gynecol Obstet*, 2004 Apr; 85(1):40-41.
- Sukalich S., Miglione M.J., Glantz J.C.:* Obstetric outcomes in overweight and obese adolescents. *AM J Obstet Gynecol*, 2006, Sep; 195(3):851-855.
- Vahratian A., Siega-Riz A-M., Savitz D.A., Zhang J.:* Maternal Pre-pregnancy Overweight and Obesity and the Risk of Caesarean Delivery in Nulliparous Women. *Ann Epidemiol*. 2005 Aug; 15(7):467-474.
- Weissgerber T.L., Wolfe L.A., Davies G.A., Mottola M.F.:* Exercise in the prevention and treatment of maternal-fetal disease: a review of the literature. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2006 Dec; 31(6):661-674.
- Yu C.K.H., Teoh T.G., Robinson S.:* Obesity in pregnancy. *BJOG* 2006; 113:1117-1125.

Πόνος στο νεογνό

Αργυρώ-Εύα Κύρου*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο πόνος είναι μια δυσάρεστη αίσθηση και συναισθηματική εμπειρία, που παρουσιάζεται σε περίπτωση βλάβης των ιστών και υποχρεώνει το άτομο να αντιδράσει στην αιτία που τον προκάλεσε.

Παλαιότερες μελέτες για τον πόνο και την αντιμετώπισή του περιορίζονταν μόνο στους ενήλικες. Στην εποχή μας έχει τεκμηριωθεί με κλινικές μελέτες ότι τα νεογνά όπως και τα πρόωρα αντιλαμβάνονται τον πόνο και αντιδρούν στα ερεθίσματα πόνου-stress. Η έλλειψη αντιμετώπισης του πόνου μπορεί να έχει βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα αρνητικά αποτελέσματα. Απαραίτητο είναι οι Μαίες και οι Μαιευτές να εκπαιδεύονται στην αντίληψη, στην εκτίμηση και στην αντιμετώπιση του πόνου των νεογνών.

Λέξεις κλειδιά: πόνος νεογνού, εκτίμηση πόνου, αντιμετώπιση πόνου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι άνθρωποι στο πέρασμα των χρόνων προσπαθούσαν να βρουν νόημα στην εμπειρία του πόνου. Στα αρχαία χρόνια θεωρούσαν τον πόνο τιμωρία για πράξεις που γίνονταν κατά των θεών ή των ανθρώπινων νόμων. Το Μεσαίωνα ο πόνος είχε λυτρωτικές ιδιότητες. Πίστευαν ότι όσο περισσότερο πονούσε ο άνθρωπος στην επίγεια ζωή, τόσο καλύτερη θα ήταν η μεταθανάτια ζωή του. Επίσης, θεωρούσαν τον πόνο ουσιώδη για την ανάπτυξη ηθικών χαρακτήρων. Κατά τη διάρκεια του 19ου αιώνα, με την ανακάλυψη της μορφίνης (1803) και τη χρήση της υποδερμικής σύριγγας (1853) οι κοινωνικές αντιλήψεις άλλαξαν, ώστε τον 20ό αιώνα η προσπάθεια ανακούφισης από τον πόνο να αποτελεί μια πραγματικότητα (Frank, 1997).

Πριν από τα τέλη του 1970 οι μελέτες για τον πόνο και την αντιμετώπισή του περιορίζονταν μόνο στους ενήλικες. Η αντιμετώπιση του πόνου για τα νεογνά και τα παιδιά δεν υφίστατο. Οι διάφορες επεμβάσεις γίνονταν μόνο με χρήση παραλυτικών ουσιών, γιατί υπήρχε η πεποίθηση ότι τα αναισθητικά-αναλγητικά φάρμακα θα προκαλούσαν επιπλοκές στις επεμβάσεις ή ότι η αναλγησία θα οδηγούσε σε εθισμό (AJMCN, 2004, RPAH, 2004).

Η έλλειψη προσοχής στον πόνο των νεογνών οφειλόταν στην πίστη ότι τα νεογνά δεν είναι ολοκληρωμένοι άνθρωποι, έχουν ανώριμο νευρικό σύστημα και είναι ανάκανα να αντιληφθούν ή να θυμούνται τον πό-

* Μαία, Ελεύθερη Επαγγελματίας

νο (AJMCN, 2004, Χατζηϊωαννίδης, 1995). Η ανάπτυξη των Μονάδων Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (M.E.N.N.) σηματοδότησε αλλαγή στη σκέψη για τον πόνο του νεογνού καθώς αυτό πλέον θεωρείται “ασθενής” (Frank, 1997).

ΠΟΝΟΣ ΣΤΟ ΝΕΟΓΝΟ

Τα νεογνά, ακόμη και τα πρόωρα έχουν πλήρως αναπτυγμένες τις αισθητήριες οδούς του πόνου (BBC, 1999, AJMCN, 2004). Η ανάπτυξη του νευρικού συστήματος ξεκινά τη 18η ημέρα από τη σύλληψη, ενώ την 30ή εβδομάδα της κύησης οι οδοί του πόνου έχουν πλήρως μυελινωθεί (Χατζηϊωαννίδης, 1995).

Οι Amand και Hickey, του Harvard Medical School, προσδιόρισαν τις ανατομικές οδούς και το μηχανισμό αντίληψης του πόνου από την 7η εβδομάδα από τη σύλληψη. Έδωσαν σημασία στις αρχικές καταβολές του νευροχημικού συστήματος, που σχετίζεται με τον πόνο και ειδικότερα της ουσίας P, η οποία βρίσκεται στον εγκέφαλο και τη σπονδυλική στήλη από τη 12η-16η εβδομάδα ζωής (Chamberlain, 1987).

Η πλήρης ανάπτυξη των αισθητηρίων οδών του πόνου του νεογνού αποδεικνύεται και με την αντίδραση ενός υγιούς νεογνού όταν δεχθεί ένα ερέθισμα πόνου ήπιας έντασης. Το νεογνό θα αντιδράσει με κίνηση, μορφασμό και κλάμα. Την ίδια αντίδραση θα έχει σε οπτικά ή σε ηχητικά ερεθίσματα (Fanaroff et al., 1997).

Είναι αποδεκτό ότι τα νεογνά σε σύγκριση με τα παιδιά αντιλαμβάνονται εξίσου τον πόνο. Μάλιστα, το ενδοκρινολογικό τους σύστημα είναι αναπτυγμένο ώστε σε περιόδους πόνου-stress να εκκρίνεται κορτιζόλη και κατεχολαμίνες ως αντίδραση στο ερέθισμα (AJMCN, 2004, Mathew et al., 2003).

Επιπλέον, υπάρχουν βασικές διαφορές στη νευροφυσιολογία της αντίληψης του πόνου στα νεογνά σε σχέση με τους ενήλικες. Για τη μεταφορά των νευρικών ώσεων στο νωτιαίο μυελό μεγαλύτερο ρόλο παίζουν οι αμύελες ίνες C, στις οποίες η δράση των ανασταλτικών νευροδιαβιβαστών είναι πιο σπάνια. Επίσης, τα νεογνά έχουν μεγαλύτερα πεδία υποδοχέων πόνου και υψηλότερη συγκέντρωση υποδοχέων της ουσίας P, ώστε να θεωρείται ότι αισθάνονται πιο έντονα τον πόνο από τους ενήλικες (Taeusch et al., 1998).

ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Το νεογνό αντιδρά στον πόνο με τρεις μεταβολές της συμπεριφοράς του. Αυτές είναι οι παρακάτω:

α) σωματικές κινήσεις (κλείσιμο δακτύλων, κου-



λούριασμα του κορμού, δυνατά χτυπήματα των άκρων),

β) κλάμα (επίμονο και έντονο κλάμα μεγάλης διάρκειας),

γ) έκφραση προσώπου (μορφασμοί, κλείσιμο ματιών, ρυτιδιασμένη μύτη, τρεμούλιασμα του στόματος).

Ο πόνος αποτελεί αιτία stress για το νεογνό και ερέθισμα για αυξημένη έκκριση ορμονών και συγκεκριμένα κορτιζόλης, κατεχολαμινών, αυξητικής ορμόνης, ρενίνης, αλδοστερόνης, γλυκαγόνης, αντιδιουρητικής ορμόνης, ενώ με τον πόνο μειώνεται η έκκριση ινσουλίνης (RPAH, 2004).

Οι αλλαγές στην έκκριση αυτών των ορμονών προκαλεί φυσιολογικές αλλαγές στα παρακάτω:

- καρδιακό ρυθμό
- αρτηριακή πίεση
- ρυθμό αναπνοής
- κατανάλωση οξυγόνου
- μυϊκό τόνο
- ενδοκρανιακή πίεση.

Επιπλέον, ο πόνος προκαλεί και αυτόνομες αλλαγές όπως:

- εφίδρωση νεογνού
- μυδρίαση
- ερυθρότητα
- ωχρότητα (RPAH, 2004).

Επειδή τα νεογνά δεν μπορούν να εκφράσουν το πόνο τους λεκτικά, έχουν δημιουργηθεί διάφορες



κλίμακες μέτρησης πόνου (UMHS, 2006).

Οι κλίμακες αυτές δημιουργήθηκαν βάσει των αλλαγών της συμπεριφοράς και είναι: α) το "Neonatal Facial Coding System" (NFCS) και β) το "Infant Body Coding System" (IBCS). Επίσης, υπάρχουν και άλλες κλίμακες μέτρησης, όπως το "CRIES", που συνδυάζουν τις φυσιολογικές αλλαγές της συμπεριφοράς. Το "CRIES" αποτελεί ακροστιχίδα για το κλάμα, την αλλαγή στην παροχή οξυγόνου, τον καρδιακό ρυθμό, την αρτηριακή πίεση, την έκφραση του προσώπου και τις αλλαγές στον ύπνο (Mathew et al., 2003).

Πέρα από τις διάφορες κλίμακες μέτρησης που έχουν δημιουργηθεί, είναι απαραίτητο να τονιστεί ότι η εκτίμηση των φυσιολογικών αλλαγών συμπεριφοράς των νεογνών αποτελεί την πιο διαθέσιμη και αξιόπιστη μέθοδο για την εκτίμηση του πόνου (Mathew et al., 2003, AJMCN, 2004).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΟΝΟΥ

Τα ερεθίσματα πόνου-stress στο νεογνό προκαλούν βραχυπρόθεσμα καταβολή του νεογνού και ελαττωμένη ικανότητα άμυνας του οργανισμού με αποτέλεσμα καθυστέρηση στη θεραπεία. Επιπλέον, το συναισθηματικό δέσιμο του νεογνού με τη μητέρα-τροφό αναστέλλεται, όταν αναπτύσσονται συναισθήματα φόβου και έλλειψης εμπιστοσύνης από την αποτυχία πρόληψης ή αντιμετώπισης του ερεθίσματος "πόνος" (Mathew et al., 2003).

Όσον αφορά τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα αναφέρεται η καθυστέρηση στην ανάπτυξη του νεογνού, ενώ ουσιώδη είναι και τα ζητήματα της

μνήμης του πόνου και της αλλαγής στην αντίδραση του νεογνού σε επόμενα επώδυνα ερεθίσματα (Chamberlain, 1987, Mathew et al., 2003, RPAH, 2004, BBC, 1999).

Είναι γνωστό ότι οι δομές που απαιτούνται για μακροπρόθεσμη μνήμη είναι αναπτυγμένες στο νεογνό. Πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι ένας πόνος, που δεν αντιμετωπίζεται ακόμη κι αν δεν καταγράφεται ως συνειδητή μνήμη, καταγράφεται βιολογικά και επηρεάζει την ανάπτυξη του εγκεφάλου και τη μετέπειτα συμπεριφορά (CAH, 1999).

Σύμφωνα με μελέτη των Taddio και συν. παρατηρήθηκε ότι αγόρια που είχαν υποστεί περιτομή σε σχέση μ' αυτά που δεν είχαν, παρουσίασαν εντονότερες αντιδράσεις πόνου κατά τη διάρκεια εμβολιασμού σε ηλικία 4-6 μηνών. Τις ίδιες έντονες αντιδράσεις πόνου παρουσίασαν και αγόρια, που είχαν υποστεί περιτομή χωρίς αναλγησία με εκείνα που έλαβαν τοπική αναισθησία (AJMCN, 2004, RPAH, 2004).

Από τη βιβλιογραφία δεν λείπουν και οι ανθρώπινες μαρτυρίες. Μητέρα που το παιδί της γεννήθηκε πρόωρα και χειρουργήθηκε για υδροκεφαλία χωρίς αναλγησία, αναφέρει ότι δέκα χρόνια μετά ο γιος της συνέχιζε να μην επιτρέπει σε κανέναν το άγγιγμα στο κεφάλι, στο λαιμό και στα άκρα (περιοχές στις οποίες έγιναν τομές κατά τη διάρκεια της επέμβασης). Αναφέρει, επίσης, ότι η απλή θέα του Νοσοκομείου προκαλούσε στο παιδί της έντονο τρέμουλο, εφίδρωση, φωνές και έμετο (Chamberlain, 1987).

ΑΙΤΙΑ ΠΟΝΟΥ

Στη βιβλιογραφία υπάρχουν αναφορές για ερεθίσματα πόνου από την ενδομήτρια ζωή με αντίδραση το κλάμα. Η ανάλυση των αναφορών αυτών έδειξε ότι το κλάμα σχετιζόταν σχεδόν πάντα με μαιευτικές επεμβάσεις. Στο 20% των περιπτώσεων σταμάτησαν οι εμβρυϊκοί καρδιακοί παλμοί υποδεικνύοντας την επείγουσα φύση των κλαμάτων (Chamberlain, 1987).

Τα ερεθίσματα πόνου-stress για το έμβρυο-νεογνό στη διάρκεια του τοκετού οφείλονται στην πλειοψηφία τους σε λανθασμένους μαιευτικούς χειρισμούς, όπως στην τεχνητή ρήξη θυλακίου και στη μείωση ελευθερίας των κινήσεων της γυναίκας. Επίσης, οφείλονται και στις μετέπειτα απότομες ενέργειες στο νεογνό, όπως στον καθαρισμό των αεροφόρων οδών της μύτης, στην ενστάλαξη αντιβιοτικού στα μάτια και στις ενδομυϊκές ενέσεις.

Τα ερεθίσματα πόνου-stress για το έμβρυο-νεογνό σχετίζονται επίσης και με το περιβάλλον του Μαιευτηρίου, όπως π.χ. η απότομη αλλαγή της θερ-

μοκρασίας, οι ενοχλητικοί θόρυβοι και ο έντονος φθορισμός (Chamberlain, 1987, RHC, 2006).

Τα ερεθίσματα πόνου είναι πιο έντονα στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών, όπου εκεί τα νεογνά αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας. Οι πιο συνηθισμένοι χειρισμοί είναι η παρακέντηση αρτηρίας, η αιματοληψία από τη φτέρνα, η διασωλήνωση, η αναρρόφηση από τον τραχειοσωλήνα, η τοποθέτηση θωρακικού σωλήνα, η οσφυονωτιαία παρακέντηση και η υπερηβική παρακέντηση. Συγκεκριμένα, η τελευταία αποτελεί συχνά μέρος τακτικού ελέγχου, ενώ θεωρείται ιδιαίτερα τραυματική και επώδυνη μέθοδος για το νεογνό (RPAH, 2004, Χατζηϊωαννίδης, 1995).

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

A. Μη φαρμακευτική

Ξεκινώντας από το περιβάλλον των Μαιευτηρίων είναι βέβαιο πως η περιστολή των άσκοπων μαιευτικών χειρισμών, των θορύβων και γενικά η επικράτηση ενός ήρεμου και κατά το δυνατό οικείου περιβάλλοντος που σέβεται τη μητέρα και το νεογνό, μπορεί να ελαττώσει πολλές από τις αιτίες που προκαλούν μαιευτικές επεμβάσεις κι επομένως ερεθίσματα πόνου στο νεογνό (Chamberlain, 1987).

Όσον αφορά τις Μ.Ε.Ν.Ν. είναι απαραίτητη η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην αντίληψη και εκτίμηση του πόνου των νεογνών και στην αντιμετώπισή τους ως προσωπικότητες. Επίσης, ιδιαίτερα σημαντικός είναι και ο τρόπος συμπεριφοράς απέναντι στους γονείς, οι οποίοι πρέπει να ενθαρρύνονται να παίρνουν μέρος στην αντιμετώπιση του πόνου των νεογνών (Frank, 1997, RPAH, 2004).

Πιο συγκεκριμένα, η ενθάρρυνση της επαφής “δέρμα με δέρμα” ή αλλιώς η “φροντίδα καγκουρό” είναι πολύ σημαντική. Στη φροντίδα αυτή το νεογνό φοράει μόνο την πάνα του τοποθετείται στο γυμνό στήθος του γονιού. Αυτή η φυσική επαφή με το γονιό οδηγεί σε συναισθηματικό δέσιμο και βοηθά στη σταθεροποίηση του καρδιακού ρυθμού, της αναπνοής και της θερμοκρασίας. Επίσης, έχει αποδειχθεί ως η μεγαλύτερη επιτυχία στην εγκατάσταση του μητρικού θηλασμού με αποτέλεσμα τη γρηγορότερη αύξηση του βάρους και τις περισσότερες περιόδους ηρεμίας, ύπνου κι επαγρύπνησης (Wikipedia, 2006). Όλα αυτά οδηγούν στη γρηγορότερη έξοδο από τις Μ.Ε.Ν.Ν.

Γενικότερα, το ήρεμο περιβάλλον, η αναπαιτική θέση, ο μητρικός θηλασμός και η περίσπαση με ηχητικά και οπτικά ερεθίσματα (ομιλία, τραγούδι, μουσικά παιχνίδια) μπορούν να απαλύνουν τον πόνο

ενός νεογνού (RHC, 2006). Ειδικότερα, το χάιδεμα, η αγκαλιά, το απαλό μασάζ, το λίκνισμα και η βύθιση σε νερό προκαλούν την έκκριση ενδορφινών στο νεογνό (Young et al., 1994).

B. Φαρμακευτική

Πριν τη χορήγηση οποιουδήποτε αναλγητικού ή αναισθητικού φαρμάκου είναι απαραίτητο να εξετάζονται οι φαρμακοδυναμικές ιδιότητες του φαρμάκου αυτού, ειδικά στα πρόωρα νεογνά, καθώς και η αλληλεπίδρασή τους με άλλα φάρμακα που τυχόν χορηγούνται, ώστε να αποφευχθούν οι ανεπιθύμητες παρενέργειες (Mathew et al., 2003).

Τα φάρμακα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στα νεογνά για την ανακούφιση από τον πόνο είναι τα παρακάτω:

- Ήπια αναλγητικά (ακεταμινοφαίνη, παρακεταμόλη). Αυτά αποτελούν τα συνήθη αναλγητικά και θεωρούνται ασφαλή και αποτελεσματικά για όλες τις ηλικίες (Τσόχας, 1996).

- Οπιοειδή (μορφίνη, μεθαδόνη, κωδεΐνη, φεντανύλη, αλφεντανύλη, σουφεντανύλη). Αυτά έχουν ισχυρή αναλγητική δράση, ενώ μπορούν εύκολα να αναστραφούν οι παρενέργειες λόγω υπερβολικής δόσης (AJMCN, 2004).

- Τοπικά αναισθητικά. Αυτά χρησιμοποιούνται με επιτυχία στις χειρουργικές επεμβάσεις, όπως η περιτομή και οι διαγνωστικές επεμβάσεις όπως οι βιοψίες. Ωστόσο, η χρήση τους είναι περιορισμένη λόγω των παρενεργειών που μπορεί να εμφανιστούν, όπως η υπόταση και η αναφυλαξία. Τα τοπικά αναισθητικά που χρησιμοποιούνται είναι η λιγνοκαΐνη (ενέσιμη, σπρέι ή τζελ), η μπουπιβακαΐνη, το τζελ αμπεθοκαΐνης και η ροπιβακαΐνη (Τσόχας, 1996, Χατζηϊωαννίδης, 1995).

ΕΘΙΣΜΟΣ ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Κατά καιρούς προβάλλονται ανησυχίες για εθισμό των νεογνών στα φάρμακα, ειδικότερα από γονείς με πρόωρα νεογνά. Πρέπει να διευκρινιστεί ότι ο εθισμός αποτελεί ψυχολογικό πρόβλημα και αφορά τη λήψη φαρμάκων με σκοπό την “πνευματική ανύψωση”.

Ο εθισμός διαφέρει από τη σωματική εξάρτηση. Ένα νεογνό που υποφέρει πρέπει να ανακουφιστεί από τον πόνο. Προκειμένου, όμως, να αποφευχθούν τα συμπτώματα στέρησης του χορηγούμενου φαρμάκου, οι δόσεις μειώνονται σταδιακά. Είναι σημαντικό αυτή η φάση να συνοδεύεται κι από άλλα μέτρα, όπως αγκαλιά, χάιδεμα και λίκνισμα (RHC, 2004, Tausch et al., 1998).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1. Τα νεογνά είναι το ίδιο ευαίσθητα στον πόνο με τους ενήλικες κι επομένως έχουν την ίδια ανάγκη ανακούφισης από τον πόνο.

2. Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να γίνουν πιο ευαίσθητοι και ικανοί στην αντίληψη του πόνου των νεογνών, καθώς αυτά αρκετές φορές δέχονται επώδυνα ερεθίσματα χωρίς να έχουν τη δυνατότητα έκφρασής τους.

3. Η αποτυχία της ανακούφισης των νεογνών από τον πόνο μπορεί να έχει βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες.

4. Η αντιμετώπιση του πόνου μπορεί να είναι φαρμακευτική ή μη φαρμακευτική, ωστόσο ο συνδυασμός και των δύο αποτελεί την καλύτερη επιλογή.

5. Τέλος, κρίνεται απαραίτητη η δημιουργία πρωτοκόλλων για την αντιμετώπιση του πόνου στα νεογνά.

ABSTRACT

Argiro-Eva Kirou: **Neonatal pain**

"ELEFTHO", 3:116-120, 2007

Pain is an unpleasant feeling and emotional experience, that can occur when a tissue is being damaged and can force the person to react in order to be relieved from the painful stimulation. In the past, the treatment of pain had been available only for adults. Nowadays, we know that the newborns, even the pre-matures, feel and react to the painful stimulations. The lack of managing with the pain can have long and short term negatives results to the neonates. Mid-wives should be trained to assess, to estimate and to manage the neonatal pain.

Key words: neonatal pain, assessment of pain, management of pain.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Frank S.L.: Critical Care Nurse-Neonatal. Critical Care Nurse, 1997.
- AJMCN: Child Nursing-Cueing Into Infant Pain. The American Journal of Maternal 2004; 29 (2): 84-89.
- Royal Prince Alfred Hospital: Newborn Care Protocol Book-Neonatal Pain Policy. Sydney, 2004.
- Χατζηγιαννίδης Α.Κ.: Θεραπευτική αντιμετώπιση προβλημάτων νεογνού. Εκδόσεις "Λίτσας". Αθήνα, 1995: 85-87.
- Chamberlain B.D.: Babies Remember Pain. Pre-and peri-natal Psychology. 1987; 3 (4): 297-310.
- Fanaroff A.A, Martin J.R.: Neonatal Perinatal Medicine-

Diseases of the fetus and infant. 6th edition. Mosby, London, 1998: 189-192.

Mathew P.J., Mathew J.L.: Assessment and management of pain in Infants. Postgraduate Medical Journal 2003; 79: 438-443.

Taeusch H.W., Ballard A.R.: Avery's Diseases of the Newborn. 7th edition. London, W.D.Saunders, 1998.

University of Michigan Health Science: Pain and your infant. Michigan, 2006.

BBC News Health: Infant pain may have long-term effects. London, 1999.

Sciencedaily-Center for the Advancement of Health: Infant pain may have long-term effects. Washington D.C., 1999.

Riley Hospital for Children: Pain control for infants. Indiana, 2006.

Wikipedia-Wikipedia Foundation Inc: Kangaroo Care. Florida, 2006.

Madidoo Y.C., Gonaan G., Miini R.B.: Infant Massage-Something Natural. Russell Infant Center. Child Care Focus, 1994.

Τσόχας Κ.: Επίτομη Κλινική Φαρμακολογία I & II, τόμος 1. Εκδόσεις "Λύχνος". Αθήνα, 1996:210-211.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Οι εικόνες είναι από το Διαδίκτυο.

ΤΟ ΝΕΟ Δ.Σ. ΤΟΥ Σ.Ε.Μ. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

Προς το
Σ.Ε.Μ. ΑΘΗΝΩΝ
Αρ. Παππά 2, 115 21 ΑΘΗΝΑ

Θεσσαλονίκη 04/07/2007
Αριθμ. Πρωτ. 245

ΘΕΜΑ: Αρχαιρεσίες Σ.Ε.Μ. Θεσσαλονίκης

Μετά από τις εκλογές που διεξήχθησαν στο Σ.Ε.Μ.Θ. στις 02/04/2007 για την ανάδειξη νέου Δ.Σ., σας κοινοποιούμε τη νέα σύνθεση αυτού που έχει ως εξής:

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος:	ΒΙΚΤΩΡΙΑ ΜΟΣΧΑΚΗ
Αντιπρόεδρος:	ΣΤΥΛΙΑΝΗ ΗΛΙΑΣΚΟΥ
Γραμματέας:	ΓΑΡΥΦΑΛΛΙΑ ΜΙΧΑΛΑΚΗ
Ταμίας:	ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ
Μέλη:	ΟΛΓΑ ΑΡΒΑΝΙΤΙΔΟΥ
	ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΓΚΟΛΑΣ
	ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΑΡΚΟΥΔΕΛΗ
	ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΟΥ

Η Γραμματέας
ΓΑΡΥΦΑΛΛΙΑ ΜΙΧΑΛΑΚΗ

Η Πρόεδρος
ΒΙΚΤΩΡΙΑ ΜΟΣΧΑΚΗ

ΕΚΛΟΓΕΣ ΤΟΥ Σ.Ε.Μ. ΝΑΥΠΛΙΟΥ

Στο προηγούμενο τεύχος του "ΕΛΕΥΘΩ" δημοσιεύθηκε ανακοίνωση σχετικά με τις επικείμενες εκλογές στο Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου, που θα πραγματοποιηθούν τον Ιανουάριο του 2008.

Με την ανακοίνωση ζητήθηκαν υποψηφιότητες για το νέο Δ.Σ. προκειμένου να γνωστοποιηθούν στους ενδιαφερόμενους μέσω του περιοδικού μας "ΕΛΕΥΘΩ" (4ο τεύχος, Οκτώβριος-Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2007).

Ωστόσο, μέχρι στιγμής ουδεμία υποψηφιότητα υπήρξε. Σας ενημερώνουμε πως εάν δεν υπάρξουν υποψηφιότητες για το νέο Δ.Σ., τότε μετά τη λήξη της θητείας του τρέχοντος Δ.Σ., **το νέο Συμβούλιο διορίζεται υποχρεωτικά από τη Νομαρχία (ως Προσωρινή Διοικούσα Επιτροπή για τη διενέργεια εκλογών) με τυχαία επιλογή Μαιών-Μαιευτών που ανήκουν στο Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου (Νομοί Αργολίδας, Κορινθίας, Αρκαδίας, Λακωνίας, Μεσσηνίας).**

Όπως αντιλαμβάνεσθε καλό θα ήταν να μην φθάσουμε σε ακραίες καταστάσεις.

Πιστεύω ακράδαντα πως και ικανά στελέχη και ευαισθητοποιημένους συνάδελφους Μαίες-Μαιευτές διαθέτει η περιφέρεια του Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου.

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

ΕΠΙΣΤΟΛΕΣ ΠΡΟΣ ΤΗ ΣΥΝΤΑΞΗ

Η επανασύνδεση του μαιευτικού έργου με τη γυναικεία φύση

Σήμερα παρατηρείται στη χώρα μας σε σχέση με το παρελθόν η αποσύνδεση του μαιευτικού έργου από τη γυναικεία φύση. Στις Μαιευτικές και Γυναικολογικές Κλινικές υπάρχει επικράτηση του αρσενικού στοιχείου (Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι), που λόγω της εξωστρεφούς φύσης του τείνει να εκτοπίζει το θηλυκό (Μαίες).

Λόγω της “στιβαρότητας” των ανδρικών χειρουργικών χειρών η κατάσταση αυτή μέχρι πρότινος καθυσχάζε το φόβο των γυναικών για ενδεχόμενη ανάγκη ιατρικής παρέμβασης. Από το άλλο μέρος, το φαινόμενο αυτό της αρσενικής κατακυριάρχισης έχει οδηγήσει τον τοκετό σε βεβιασμένη πράξη με σειρά παρεμβατικών χειρισμών, όπως η τεχνητή πρόκληση τοκετού με εφαρμογή ωδινοποιητικού ορού, η συστηματική περινεοτομία, η συχνή χρήση επισκληριδίου αναισθησίας και άλλων φαρμάκων. Η επίσπευση αυτή του τοκετού, η ξένη προς τη φύση, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της καισαρικής τομής (ποσοστό 60%), της σικουουλκίας, τη δυσκολία στο μητρικό θηλασμό και άρα αποθάρρυνση αυτού, το μόνιμο τραυματισμό του περινέου κλπ.

Αυτή η έξαρση των παρεμβάσεων και η ανεπαρκής πληροφόρηση αυξάνουν το φόβο της εγκύου, την οδηγούν σε απώλεια της εσωτερικής της δύναμης και σε ψυχοσωματικά συμπτώματα, που καταλήγουν σε παθολογικές καταστάσεις εγκυμοσύνης και τοκετού (ανώμαλη προβολή ή θέση, μη εμπέδωση κεφαλής, ανεπάρκεια διαστολής) και μ’ αυτό τον τρόπο συντήρηση του φαύλου κύκλου.

Η επανασύνδεση του μαιευτικού έργου με τη γυναικεία φύση προβάλλει ως αδήριτη ανάγκη στη χώρα μας, όπως συμβαίνει σ’ όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες όπου ο φυσικός τοκετός οδηγείται από τις Μαίες.

Η Μαία που διέπεται από τη θηλυκή ποιότητα (παρότι υπάρχουν και Μαίες με αρσενική συμπεριφορά), πέραν της επιστημονικής της κατάρτισης φέρει μέσα της όλη τη γνώση της Γυναίκας, της Μητέρας, της Τροφού και της Θεραπεύτριας (υπομονή, φροντίδα, διακριτική υποστήριξη, αγάπη). Ξέρει και μπορεί να βοηθήσει την έγκυο να θυμηθεί την επικοινωνία με το σώμα της και το παιδί της. Γνωρίζει όπως όλα τα θηλαστικά, ότι η εγκυμοσύνη και ο τοκετός είναι φυσικές λειτουργίες και έτσι εκμαυεί από την έγκυο τη δύναμη και την εμπιστοσύνη στη φύση της και της τα υπενθυμίζει.

Η επανασύνδεση του μαιευτικού έργου με τη γυναικεία φύση επαναφέρει τον τοκετό στη θέση που του ανήκει, μέσα από την ολόπλευρη βίωσή του που μόνο το θηλυκό γνωρίζει. Αυτό άλλωστε είναι η αγάπη, η προσφορά και η ευθύνη της θηλυκής ποιότητας στη νέα ζωή.

ΜΑΡΙΑ ΓΚΟΣΜΑ

Μαία για το Φυσικό Τοκετό και τον Τοκετό στο Σπίτι

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η Μαρία Γκόσμα παραδίδει Πρότυπο Εκπαιδευτικό Σεμινάριο για Μαίες-Θεραπευτές και κάθε ανεξάρτητο ενδιαφερόμενο που επιθυμεί να γνωρίσει τη λειτουργία και τη δύναμη της θηλυκής φύσης σ’ όλη την πορεία της δημιουργίας της νέας ζωής και του ερχομού της στον κόσμο.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟΥ

- Εισαγωγή – Μύηση στη ζωή.
- Ο κύκλος της ζωής: Βιολογική και ενεργειακή προσέγγιση.
- Ο σεληνιακός κύκλος και η θηλυκή ποιότητα.

- Yin-Yang: Ωάριο - σπερματοζώαριο.
- Προγεννητική προετοιμασία ζευγαριού. Η σύλληψη ως κίνηση ενέργειας.
- Εγκυμοσύνη: Η οικοδόμηση της νέας ζωής (τα στάδια ανάπτυξης του εμβρύου και τι σηματοδοτούν για το ζευγάρι).
- Τοκετός: Η εκδήλωση της ζωής (μη παρεμβατικοί χειρισμοί).
- Πόνος: Φυσικές μέθοδοι ανακούφισης και υποστήριξης.
- Μητρικός Θηλασμός: Υποδοχή και θρέψη της ζωής.
- Λοχεία και μητρότητα.
- Η γυναίκα και η ευθύνη της για την ανθρωπότητα. Το έργο της Μαίας και η συμμετοχή της σ' αυτό.

Σεμινάρια από 16/10/2007 έως 11/12/2007, κάθε Τρίτη 17:00-21:00.

Διεύθυνση: ΑΚΑΔΗΜΙΑ ΑΡΧΑΙΑΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ & ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗΣ ΚΙΝΕΖΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Σωκράτους 24, Κηφισιά

Τηλ. Επικοινωνίας: 210.8010111, 210. 8010680

ΤΟ ΝΕΟ Δ.Σ. ΤΟΥ Σ.Ε.Μ.Μ. ΧΑΝΙΩΝ (ΚΡΗΤΗΣ)

Σύμφωνα με το Β.Δ./28-12-1955 "Περί Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών", στις 6 Μαΐου 2007 έγιναν οι εκλογές για την ανάδειξη του νέου Διοικητικού και Πειθαρχικού Συμβουλίου του Συλλόγου μας, οι οποίες επικυρώθηκαν από την αρμόδια υπηρεσία της Περιφέρειας Κρήτης.

Στις 10 Ιουνίου 2007 συνεδρίασαν τα εκλεγέντα μέλη για να ψηφίσουν τη σύνθεση του νέου Διοικητικού και νέου Πειθαρχικού Συμβουλίου του Σ.Ε.Μ.Μ.Χ. (ΚΡΗΤΗΣ) για την τριετία 2007-2010. Τα νέα Συμβούλια ορίζονται ως εξής:

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

<i>Πρόεδρος:</i>	ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΒΑΣΙΛΑΚΗ
<i>Αντιπρόεδρος:</i>	ΕΛΕΝΗ ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΗ
<i>Γραμματέας:</i>	ΔΕΣΠΟΙΝΑ ΝΤΑΓΚΑ
<i>Ταμίας:</i>	ΚΥΡΙΑΚΗ ΡΕΡΕΡΑΚΗ
<i>Μέλη:</i>	ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΚΕΦΑΛΟΓΙΑΝΝΗ
	ΧΡΥΣΟΥΛΑ ΜΠΑΝΤΟΥΒΑ
	ΚΛΕΙΩ ΚΡΑΣΟΝΙΚΟΛΑΚΗ
	ΕΛΕΝΗ ΚΑΣΤΡΙΝΑΚΗ

ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

<i>Μέλη:</i>	ΕΛΕΝΗ ΑΝΤΩΝΑΚΗ
	ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΒΕΝΕΤΙΚΟΥ

Η Πρόεδρος

ΕΥΑ ΒΑΣΙΛΑΚΗ

Η Γραμματέας

ΔΕΣΠΟΙΝΑ ΝΤΑΓΚΑ

ΠΥΕΛΙΚΟ ΕΔΑΦΟΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΝΕΟ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ, ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΚΑΙ ΤΗ ΛΟΧΕΙΑ

1ο Σεμινάριο

Η Α΄ Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, ο Σύλλογος Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Αθηνών και ο Σύλλογος "Ευτοκία" διοργανώνουν το 1ο Σεμινάριο με θέμα:

“Πυελικό έδαφος και περίνεο στην εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία”

που θα πραγματοποιηθεί το Δεκέμβριο 2007 στο Αμφιθέατρο του Νοσοκομείου “ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ”.

- Στο Σεμινάριο θα υπάρχει διεθνής συμμετοχή ομιλητών.
- Δικαίωμα συμμετοχής έχουν Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι και Μαιές-Μαιευτές.
- Το κόστος συμμετοχής ανέρχεται στα 50 ευρώ μόνο για το δικαίωμα παρακολούθησης του θεωρητικού μέρους και 100 ευρώ για την παρακολούθηση θεωρίας και την εφαρμογή πρακτικής σε προπλάσματα (hands on).
- Ο αριθμός των συμμετεχόντων στο πρακτικό μέρος (πρακτική εξάσκηση) είναι αυστηρά περιορισμένος (40 άτομα), ενώ ο αριθμός των συμμετεχόντων στο θεωρητικό μέρος είναι ελεύθερος.
- Θα τηρηθεί αυστηρά η σειρά προτεραιότητας.
- Θα δοθούν Πιστοποιητικά Παρακολούθησης.
- Η ακριβής ημερομηνία θα ανακοινωθεί μέσω της ιστοσελίδας του Σ.Ε.Μ.Α.: www.semama.gr και με αφίσα που θα αναρτηθεί στα Μαιευτήρια.
- Επικοινωνία για συμμετοχή:
 - α) Γραφεία Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Αθηνών: Αρ. Παππά 2, 115 21 ΑΘΗΝΑ
Τηλ.: 210.6465691 (Fax), 210.6429675 • E-mail: sema-icm@otenet.gr
 - β) κ. Περμανθία Παναγή, τηλ.: 6977.311046

Το πρώτο αυτό Σεμινάριο για το πυελικό έδαφος και το περίνεο στην εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία ανοίγει ορίζοντες στην επίλυση των προβλημάτων και των επιπλοκών, που εμφανίζονται στην καθημερινότητα της εργασίας μας. Θα αναλυθούν θέματα που αφορούν τη φροντίδα του πυελικού εδάφους πριν από τον τοκετό, μέθοδοι προφύλαξης κακώσεων του περινέου κατά τον τοκετό και θέματα που αφορούν τη σεξουαλική δυσλειτουργία μετά την εγκυμοσύνη.

Επίσης, θα παρακολουθήσουμε αντιγνωμίες μεταξύ ομιλητών για αποφυγή ή εφαρμογή περινεοτομίας, όπως και τρόπους διάγνωσης κακώσεων του σφιγκτήρα του πρωκτού.

Μεγάλο κεφάλαιο το οποίο θα αναλυθεί εκτενώς είναι η ακράτεια του πρωκτού, όπως και οι τρόποι αποκατάστασης των κακώσεων αυτού.

Τέλος, μεγάλη έμφαση θα δοθεί στην πρακτική πλευρά του Σεμιναρίου με την εφαρμογή μεθόδων αποκατάστασης, τόσο σε τεχνητά προπλάσματα (αφού προηγηθεί video-τεχνική) όσο και σε προπλάσματα-γυρουνάκια.

Ο Σ.Ε.Μ. Αθηνών σε συνεργασία με την Α΄ Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, τον καθηγητή κ. Αριστεΐδη Αντσακλή και με την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης προχωρά στη διοργάνωση και άλλων σεμιναριακών κύκλων σε θέματα Άμεσης Μαιευτικής Υπερηχογραφίας, Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής, Κύησης Υψηλού Κινδύνου και Γυναικολογικής Ογκολογίας, με στόχο την καλύτερη ενημέρωση των Μαιών-Μαιευτών στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης δια βίου εκπαίδευσης.

Επίσης, από το Σ.Ε.Μ.Α. διοργανώνεται το “3ο Σεμινάριο Φυσικού Τοκετού” με τη συνεργασία της Β΄ Μαιευτικής & Γυναικολογικής Κλινικής του “ΑΡΕΤΑΙΕΙΟΥ” Νοσοκομείου και με την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ενώ συνεχίζονται οι κύκλοι του “Σεμιναρίου Καρδιοτοκογραφίας”, που διοργανώνεται από το Σ.Ε.Μ.Α. και την Γ΄ Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική του Νοσοκομείου “ΑΤΤΙΚΟΝ”.

Ελπίζουμε ότι η συμμετοχή θα είναι ικανοποιητική έτσι ώστε να μας δώσει το έναυσμα για να προχωρήσουμε στη διοργάνωση και άλλων πολλών σεμιναρίων και ημερίδων, που να αφορούν το επάγγελμα Μαίας-Μαιευτή.

Για το Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α.

Η Γεν. Γραμματέας

ΠΕΡΜΑΝΘΙΑ ΠΑΝΑΝΗ

3η ΕΤΗΣΙΑ ΗΜΕΡΙΔΑ ΓΙΑ ΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

Ο Σύλλογος “ΟΙ ΦΙΛΟΙ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ”

διοργανώνει την

“3η Ετήσια Ημερίδα για το Μητρικό Θηλασμό”

με διεθνή συμμετοχή.

Η Ημερίδα θα πραγματοποιηθεί στην Αθήνα στις 7 Δεκεμβρίου 2007,

ημέρα Παρασκευή, ώρα 8.30 – 15.00

στο Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών – Αμφιθέατρο “Λεωνίδα Ζέρβας”.

Η συμμετοχή στην Ημερίδα θα είναι ελεύθερη.

Θα υπάρχει ταυτόχρονη μετάφραση (ελληνικά – αγγλικά).

Η Ημερίδα τελεί υπό την αιγίδα

του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και μοριοδοτείται.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Οι παρακάτω οδηγίες αποτελούν προϋπόθεση για την ομοιομορφία στη διάταξη και συγγραφή των άρθρων του περιοδικού "ΕΛΕΥΘΩ" και θα πρέπει να εφαρμόζονται από τους συγγραφείς που υποβάλλουν άρθρα προς δημοσίευση. Σε αντίθετη περίπτωση τα άρθρα θα επιστρέφονται στους συγγραφείς, χωρίς να έχουν αξιολογηθεί. Όλα τα άρθρα που υποβάλλονται για δημοσίευση υπόκεινται σε αξιολόγηση από δυο ανεξάρτητους κριτές και τελικά δημοσιεύονται κατόπιν απόφασης του Διευθυντή Σύνταξης.

Το περιοδικό "ΕΛΕΥΘΩ" δημοσιεύει:

- 1. Άρθρα Σύνταξης.** Σύντομα άρθρα ανασκόπησης, που αναφέρονται σε επίκαιρα θέματα και γράφονται από τη Συντακτική Επιτροπή ή με προτροπή της Συντακτικής Επιτροπής.
- 2. Ανασκοπήσεις.** Ενημερωτικά άρθρα που αφορούν μαιευτικά θέματα ή θέματα συναφή με τη Μαιευτική επιστήμη. Γίνονται δεκτές ανασκοπήσεις που έχουν γραφτεί από έναν ή δυο συγγραφείς.
- 3. Βιβλιοκρισία-Βιβλιοπαρουσίαση.** Η παρουσίαση και η κριτική επιλεγμένων βιβλίων γίνεται από τη Συντακτική Επιτροπή ή από πρόσωπα που έχουν προσκληθεί από τη Συντακτική Επιτροπή.
- 4. Γενικά άρθρα.** Άρθρα που σχετίζονται με τις επιστήμες Υγείας και συμπεριλαμβάνουν απόψεις για την θεωρία και πρακτική της Μαιευτικής.
- 5. Ερευνητικές εργασίες.** Προοπτικές ή αναδρομικές εργασίες που πραγματοποιήθηκαν βάσει ερευνητικού πρωτοκόλλου, το οποίο θα περιγράφεται στη μεθοδολογία της εργασίας.
- 6. Επίκαιρα θέματα.** Άρθρα που κάνουν σύντομη περιγραφή των τελευταίων απόψεων σε συγκεκριμένα ζητήματα.
- 7. Επιστολές προς τη Σύνταξη.** Επιστολές που περιλαμβάνουν σχόλια και κρίσεις όσον αφορά τις ήδη δημοσιευμένες εργασίες και τα αποτελέσματα ερευνών, κρίσεις ή προτάσεις για το περιοδικό και παρατηρήσεις για ανεπιθύμητες ενέργειες. Δημοσιεύονται ενυπόγραφα και δεν πρέπει να υπερβαίνουν τις 500 λέξεις.
- 8. Περιγραφές ενδοαφερόντων περιστατικών.**
- 9. Σεμινάρια, στρογγυλά τραπέζια και διαλέξεις.**

Υποβολή εργασιών

Η υποβολή των εργασιών γίνεται προς τη Συντακτική Επιτροπή στην παρακάτω διεύθυνση:
 Προς το Σύλλογο Επιστημόνων Μαιών/τών Αθήνας
 Υπόψη Συντακτικής Επιτροπής
 Αριστ. Παππά 2, 115 21 Αθήνα,
 ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση:
 E-mail: sema-icm@otenet.gr
 Τηλέφωνα επικοινωνίας:
 210.6465691 (Fax) και 210.6429675

Οι εργασίες υποβάλλονται στην ελληνική γλώσσα, στο πρωτότυπο και σε τέσσερα φωτοαντίγραφα (και σε μια δισκέτα ή δίσκο Η/Υ). Η υποβολή μπορεί να γίνει και μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στο e-mail του Συλλόγου. Η εργασία πρέπει να είναι γραμμένη στη δημοτική γλώσσα και με μονοτονικό σύστημα. Όλο το άρθρο πρέπει να είναι πληκτρολογημένο στη μια όψη του φύλλου, σε λευκό χαρτί Α4, σε διπλό διάστιχο, με μέγεθος γραμματοσειράς 12 και σε πλήρη στοίχιση. Τα περιθώρια της σελίδας θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 2,5 εκ. Στην άνω δεξιά πλευρά της πρώτης σελίδας θα πρέπει να αναφέρεται ο τύπος του άρθρου (π.χ. Ανασκόπηση, Ερευνητική Εργασία).

Σε όλες τις περιπτώσεις υποβολής των άρθρων θα πρέπει να υπάρχει μια συνοδευτική επιστολή, που θα αναφέρει τα στοιχεία επικοινωνίας (διεύθυνση, τηλέφωνο, e-mail) του συγγραφέα που είναι υπεύθυνος για την αλληλογραφία με το περιοδικό.

Διάταξη της ύλης

Όλες οι σελίδες αριθμούνται στην κάτω δεξιά γωνία αρχίζοντας από τη σελίδα του τίτλου. Κάθε άρθρο θα πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής επιμέρους τμήματα: σελίδα τίτλου, ελληνική περίληψη, αγγλική περίληψη, κείμενο, ευχαριστίες, κατάλογο με τις βιβλιογραφικές παραπομπές, πίνακες, εικόνες, λεζάντες των εικόνων. Η Συντακτική Επιτροπή μπορεί να κάνει φραστικές μετατροπές και διορθώσεις.

Σελίδα τίτλου

Περιλαμβάνει τον τίτλο του άρθρου. Ο τίτλος θα πρέπει να είναι σύντομος και περιεκτικός. Ακολουθεί το πλήρες όνομα των συγγραφέων, με τη σειρά που εμφανίζονται στο άρθρο. Τα ονόματα των συγγραφέων χωρίζονται μεταξύ τους με κόμμα. Οι ακαδημαϊκοί τίτλοι των συγγραφέων και το ίδρυμα ή η κλινική (Νοσοκομείο, Εργαστήριο, Ίδρυμα, Σχολή) από το οποίο προέρχεται το άρθρο θα πρέπει να αναφέρονται.

Ελληνική Περίληψη

Στη δεύτερη σελίδα γράφεται η ελληνική περίληψη, που δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 250 λέξεις. Στην πε-

ρίληψη της εργασίας ανακεφαλαιώνονται τα κύρια μέρη της εργασίας και αναφέρονται τα εξής: α) Σκοπός, β) Μεθοδολογία, γ) Αποτελέσματα, δ) Συμπεράσματα. Στο τέλος της περίληψης θα πρέπει να αναγράφονται 3-10 λέξεις κλειδιά.

Αγγλική Περίληψη (Abstract)

Στην τρίτη σελίδα γράφεται η αγγλική περίληψη, που δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 200 λέξεις. Στην αρχή της αγγλικής περίληψης θα πρέπει να αναγράφονται στα αγγλικά ο τίτλος του άρθρου, τα ονόματα των συγγραφέων και το Ίδρυμα ή η Κλινική (Νοσοκομείο, Εργαστήριο, Ίδρυμα, Σχολή) από το οποίο προέρχεται το άρθρο. Η αγγλική περίληψη ανακεφαλαιώνει τα κύρια μέρη της εργασίας και αναφέρει τα εξής: α) Objective, β) Design, γ) Results, δ) Conclusions. Στο τέλος της περίληψης θα πρέπει να αναγράφονται 3-10 λέξεις κλειδιά (Key words) στα αγγλικά. Η σύνταξη του περιοδικού έχει το δικαίωμα να κάνει τις απαραίτητες διορθώσεις σύμφωνα με τις υποδείξεις των φιλολόγων-κριτών.

Το κείμενο

Το κείμενο χωρίζεται σε κεφάλαια. Για τις ερευνητικές εργασίες θα πρέπει να αναφέρονται τα εξής κεφάλαια: Εισαγωγή, Υλικό και Μέθοδος, Αποτελέσματα, Συζήτηση και Συμπεράσματα. Όσα αποτελέσματα παρατίθενται σε πίνακες δεν επαναλαμβάνονται στο κείμενο. Για τις ανασκοπήσεις θα πρέπει να αναφέρονται τα εξής κεφάλαια: Εισαγωγή, Αποτελέσματα, Συμπεράσματα. Για τις ενδιαφέρουσες περιπτώσεις θα αναφέρονται τα εξής: Εισαγωγή, Περιγραφή Περίπτωσης, Σχόλιο.

Βιβλιογραφικές παραπομπές

Η βιβλιογραφία και οι βιβλιογραφικές παραπομπές στο κείμενο πρέπει να τοποθετούνται κατά το σύστημα "Harvard" στο τέλος της πρότασης. Το επώνυμο του συγγραφέα και το έτος που έγινε η δημοσίευση θα πρέπει να τοποθετούνται μέσα σε παρένθεση. Σε περίπτωση που οι συγγραφείς είναι περισσότεροι από δύο, τότε θα πρέπει να τοποθετείται το επώνυμο του πρώτου συγγραφέα ακολουθούμενο από τη λέξη "και συνεργάτες" και το έτος της δημοσίευσης. Όλες οι βιβλιογραφικές παραπομπές που αναφέρονται στο κείμενο (και μόνο αυτές) καταχωρούνται στο βιβλιογραφικό κατάλογο, που αρχίζει σε ιδιαίτερη σελίδα μετά το κείμενο και τις ευχαριστίες. Για τη σύνταξη του βιβλιογραφικού καταλόγου αναφέρονται παρακάτω παραδείγματα, τα οποία είναι σύμφωνα με τις προδιαγραφές του Index Medicus.

Αρχικά προηγούνται τα ονόματα των συγγραφέων (επώνυμο και αρχικό γράμμα ονόματος, ακολουθεί τελεία και κόμμα, το επώνυμο και το όνομα του επόμενου συγγραφέα κ.ο.κ.). Ακολουθεί ο τίτλος της εργα-

σίας, το περιοδικό, το έτος δημοσίευσης, ο τόμος του περιοδικού, άνω και κάτω τελείες και οι σελίδες του άρθρου.

Τυπικό άρθρο περιοδικού

Αναφέρονται τα επώνυμα και τα αρχικά των ονομάτων όλων των συγγραφέων, μέχρι έξι. (Όταν οι συγγραφείς είναι περισσότεροι, ακολουθεί η ένδειξη "et al". Σε ελληνικά άρθρα ακολουθεί η ένδειξη "και συν.>"). Charlier C., Albert A., Herman P., Hamoir E., Gaspard U., Meurisse M., et al.: Breast cancer and serum organochlorine residues. *Occup Environ Med* 2003; 60: 348-351.

Συλλογικό άρθρο περιοδικού (από μεγάλη ομάδα συγγραφέων)

The Endogenous Hormones and Breast Cancer Collaborative Group. Endogenous sex hormones and breast cancer in post-menopausal women: reanalysis of nine prospective studies. *Journal of the National Cancer Institute* 2002; 94: 606-616.

Βιβλία

Fraser D. and Cooper M. *Myles Textbook of Midwives*, 14th edition. Churchill Livingstone (Publisher), London, 2003: 360-367.

Κεφάλαια σε βιβλία

Spratt J., Donegan W., Sigdestad C.: Epidemiology and etiology. In: *Cancer of the breast* (Donegan W., Spratt J., eds). 4th edition. Philadelphia: WB Sanders Company, 1995.

Σε περίπτωση που οι συγγραφείς αναφέρονται σε προσωπικές επικοινωνίες με άλλους ερευνητές, αυτό θα αναγράφεται στο κείμενο σε παρένθεση (K. Fraser, προσωπική επικοινωνία). Η παραπομπή δεν θα αναφέρεται στον κατάλογο των βιβλιογραφικών παραπομπών.

Πίνακες και Εικόνες

Τα αποτελέσματα της εργασίας που περιέχονται σε πίνακες δεν πρέπει να επαναλαμβάνονται στο κείμενο, στο κεφάλαιο των αποτελεσμάτων. Όλοι οι πίνακες και οι εικόνες πρέπει να βρίσκονται σε ξεχωριστή σελίδα και να αριθμούνται με τη σειρά που εμφανίζονται στο κείμενο με αραβικούς αριθμούς. Οι λεζάντες των εικόνων θα πρέπει να είναι επεξηγηματικές όπως και οι πίνακες. Επίσης, οι εικόνες, είτε πρόκειται για φωτογραφίες είτε για διαγράμματα, θα πρέπει να έχουν απόλυτη καθαρότητα και ευκρίνεια.

Διορθώσεις κειμένου

Το κείμενο θα στέλνεται στο συγγραφέα κάθε άρθρου για διορθώσεις.

Μια εικόνα, χίλιες λέξεις!!!



BENEZOUELA – Δέλτα ποταμού Ορινόκο

Θηλάζουσα μητέρα της φυλής των Ινδιάνων “Γουαράο”.
Σ’ αυτή την περιοχή γιορτάζουν την πρώτη έμμηνη ρύση των κοριτσιών,
γιατί τότε αρχίζει η περίοδος της γονιμότητάς τους.

Μια εικόνα, χίλιες λέξεις!!

Πολλές φορές έχουμε μιλήσει για το μητρικό θηλασμό και πάρα πολλές φορές ακόμη θα μιλήσουμε, γιατί αυτή είναι η αγωνία μας: η Μητέρα και το Παιδί. Οι μητέρες όμως, δυστυχώς, εξακολουθούν σε μεγάλο ποσοστό να μιλούν για μητρικό θηλασμό διάρκειας σαράντα ημερών, δύο μηνών ή το πολύ τεσσάρων μηνών. Ακόμη δεν έχουν συνειδητοποιήσει το μέγιστο της προσφοράς στο νεογέννητο και στον εαυτό τους. Ίσως να ακούγεται αυστηρό, όμως είναι μια πραγματικότητα.

Κατά τη διάρκεια της παραμονής μου στη Βενεζουέλα βρέθηκα στο Δέλτα του ποταμού Ορινόκο και συγκεκριμένα στη ζούγκλα με τους οικισμούς της φυλής των Ινδιάνων “Γουαράο”. Οι κάτοικοι της περιοχής φτάνουν τις 18.000-20.000 περίπου. Εδώ ακριβώς, όπου οι άνθρωποι δεν αποδέχονται την προσφορά και περίθαλψη της σύγχρονης Ιατρικής, που τους παρέχεται κατά καιρούς από ιατρικές αποστολές, αλλά μόνο τη βοήθεια των δικών τους μάγων και των διαφόρων βοτάνων της ζούγκλας, είδα αυτή την υπέροχη εικόνα της μητέρας που θηλάζει. Το ένστικτο και μόνο οδηγεί αυτές τις γυναίκες σ’ αυτό το μεγαλείο της μητρικής προσφοράς. Συγκινήθηκα πολύ και ζήτησα από τη μητέρα να τη φωτογραφίσω. Παραθέτω, λοιπόν, αυτή τη μεγαλειώδη εικόνα για συμπεράσματα από τις μέλλουσες και φυσικά τις νέες μητέρες.

Ευχαριστώ το περιοδικό μας “ΕΛΕΥΘΩ” για τη φιλοξενία και εύχομαι οι μητέρες να προσφέρουν πολλά περισσότερα για ισορροπημένα, γερά παιδιά και κατ’ επέκταση υγιείς κοινωνίες.

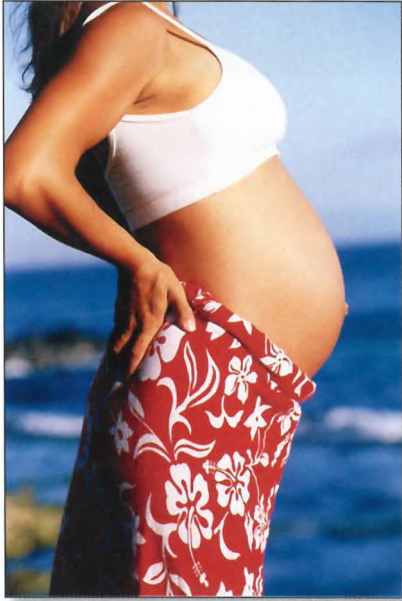
Φωτεινή Ρομπαζάνη-Οικονόμου, Μαία

Ψάξαμε... Επιηέξαμε... Προτεινουμε...



Ξηρά Δαμάσκηνα για μια τέλεια εγκυμοσύνη

Ως μέλλουσα μητέρα βομβαρδίζετε συνεχώς με πληροφορίες για το τι πρέπει και τι δεν πρέπει να τρώτε, πώς να αποφεύγετε το άγχος και πώς να φροντίζετε τον εαυτό σας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Μια απλή και εύκολη λύση για να απαλλαχτείτε από τον καταιγισμό πληροφοριών και συστάσεων, να διατηρήσετε την ενέργειά σας και να βοηθήσετε τον εαυτό σας να έχει μια καλή εγκυμοσύνη,



είναι να τρώτε κατά τη διάρκεια της ημέρας Ξηρά Δαμάσκηνα Καλιφόρνιας καθώς είναι πλούσια σε:

Βιταμίνη Α: Έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλει στην ανάπτυξη των κυττάρων, στη βελτίωση της όρασης και στη διατήρηση ενός υγιούς δέρματος.

Κάλιο: Γνωστό για τη συμβολή του στη μείωση της αρτηριακής πίεσης και τη δράση του ως φυσικό αντικαταθλιπτικό.

Σίδηρος: Είναι ζωτικής σημασίας για την ανάπτυξη των κυττάρων και των οστών του εμβρύου και βοηθάει το σώμα ενάντια στην κούραση και την εξάντληση.

Χαλκός: Βασικός για τη μετατροπή του σιδήρου του σώματος σε αιμοσφαίρια και ζωτικής σημασίας για την απορρόφηση της βιταμίνης C.

Ίνες: Βοηθάνε στην καταπολέμηση της δυσκοιλιότητας και αποτρέπουν την εμφάνιση αιμορροΐδων, που εμφανίζονται συχνά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Βιταμίνη C: Σημαντική για την επανόρθωση των ιστών και την παραγωγή κολλαγόνου μετά τη γέννηση. Βοηθάει στην ανάπτυξη του εμβρύου και στην ενδυνάμωση των οστών και των δοντιών του.

Χρώμιο: Βοηθάει το σώμα να αφομοιώνει αποτελεσματικά την ινσουλίνη και εμποδίζει την εμφάνιση του διαβήτη σε οργανισμούς που αντιστέκονται στην ινσουλίνη.

Λουτεΐνη: Ισχυροποιεί το φίλτρο των ματιών ενάντια στην υπεριώδη ακτινοβολία εμποδίζοντας την καταστροφή του αμφιβληστροειδούς χιτώνα.

Τέλος, τα Ξηρά Δαμάσκηνα της Καλιφόρνιας δρουν κατά των πρωινών ναυτιών.

Τα Ξηρά Δαμάσκηνα μάχονται κατά της οστεοπόρωσης

Τα Ξηρά Δαμάσκηνα της Καλιφόρνιας συμβάλλουν στην καταπολέμηση της οστεοπόρωσης, που εμφανίζεται στο στάδιο της εμμηνόπαυσης στο μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών άνω των 50 ετών. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνόπαυση και καταναλώνουν μια μέτρια ποσότητα Ξηρών Δαμάσκηνων ημερησίως, δηλαδή περίπου 12, παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά διαμόρφωσης των οστών, που είναι ιδιαίτερα σημαντικά για τη διατήρηση της καλής κατάστασης του σκελετού και υγείας των οστών. Έτσι, εάν απλά προσθέσετε στην καθημερινή σας διατροφή μερικά Ξηρά Δαμάσκηνα της Καλιφόρνιας –τα καλύτερα ποιοτικής Ξηρά Δαμάσκηνα που υπάρχουν στον κόσμο– θα μπορέσετε να καταπολεμήσετε τον κίνδυνο της οστεοπόρωσης.

Πώς να δείχνετε υγιείς

Εμείς οι Έλληνες ενδιαφερόμαστε πολύ για την υγεία και την εξωτερική μας εμφάνιση και γι' αυτό φροντίζουμε ιδιαίτερα το σώμα μας και προσπαθούμε να αισθανόμαστε όσο το δυνατό καλύτερα με τον εαυτό μας. Οι φίλοι μας από την Καλιφόρνια έχουν τη φήμη των πιο γοητευτικών και λαμπερών ανθρώπων στον πλανήτη. Θέλετε να μάθετε ποιο είναι το μυστικό τους; Εκτός από την επίδραση του ήλιου, μια και η Καλιφόρνια είναι ιδιαίτερα ηλιόλουστη όλο το χρόνο, η ομορφιά τους οφείλεται και στη διατροφή τους καθώς ακολουθούν μια δίαιτα πλούσια σε Ξηρά Δαμάσκηνα της Καλιφόρνιας.

Διατροφικές Απολαύσεις

Σαλάτα με φρέσκα λαχανικά και Ξηρά Δαμάσκηνα Καλιφόρνιας

- ◆ **Προετοιμασία:** 15'
- ◆ **Υλικά για 4 άτομα:** • 1 μαρούλι • 5 φύλλα ρόκας • 1 ματσάκι άνηθο ψιλοκομμένο • 1 ραπανάκι ψιλοκομμένο • 1 φρέσκο κρεμμυδάκι ψιλοκομμένο • 50 γρ. Ξηρά Δαμάσκηνα Καλιφόρνιας (χωρίς κουκούτσια) • 1 αραβική πίτα κομμένη σε 4 κομμάτια • 100 γρ. Κατίκι Δομοκού.
- ◆ **Εκτέλεση:** Πλύνετε καλά τα λαχανικά. Κόψτε το μαρούλι, το ραπανάκι και τη ρόκα σε μικρά κομματάκια και τοποθετήστε τα σε ένα βαθύ πιάτο. Προσθέστε τον άνηθο, το φρέσκο κρεμμυδάκι, το ραπανάκι και τα Ξηρά Δαμάσκηνα Καλιφόρνιας και ανακατέψτε τα. Γαρνίρετε τη σαλάτα με την πίτα και τα 100 γρ. Κατίκι Δομοκού.
- ◆ **Dressing:** Τοποθετήστε σε ένα βαθύ πιάτο: • 1 κουταλάκι του γλυκού μουστάρδα • 2 κουταλάκια του γλυκού μπαλσάμικο ξίδι • 4 κουταλιές της σούπας ελαιόλαδο • 1 κουταλάκι του γλυκού μέλι • αλάτι • πιπέρι. Ανακατέψτε καλά και περιχύστε το μείγμα πάνω από τη σαλάτα.



ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

1-5 June 2008: 28th Triennial Congress of International Confederation of Midwives

“Worldwide commitment to women and the newborn”

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Στις 1-5 Ιουνίου 2008 θα πραγματοποιηθεί στη Γλασκώβη το 28ο Συνέδριο της Διεθνούς Συνομοσπονδίας Μαιών (I.C.M.). Τίτλος του Συνεδρίου είναι:

***“Η παγκόσμια δέσμευσή μας
για τις γυναίκες και τα νεογέννητα”***

Η διοργάνωση του Συνεδρίου γίνεται από το Βασιλικό Κολλέγιο Μαιών (Αγγλία).

Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στην ηλεκτρονική διεύθυνση:

<http://www.midwives2008.org>

Το Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α.

7η Ημερίδα για τον εορτασμό της Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού

Στο πλαίσιο του φετινού εορτασμού της “Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού” θα πραγματοποιηθεί στις 7 Νοεμβρίου 2007, ημέρα Τετάρτη και ώρα 10:00 το πρωί η “7η Ημερίδα για το Μητρικό Θηλασμό” με θέμα:

***Μητρικός Θηλασμός, γεύση αγάπης:
“Ξεκινώ νωρίς, σταματώ αργά”***

Η Ημερίδα διοργανώνεται από τη Β΄ Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών και θα διεξαχθεί στο Μαγγίνειο Αμφιθέατρο του “ΑΡΕΤΑΙΕΙΟΥ” Νοσοκομείου. Στη λήξη των εργασιών της Ημερίδας θα δοθούν Πιστοποιητικά Παρακολούθησης.

Η Οργανωτική Επιτροπή της Ημερίδας

Ένα άγγιγμα αξίζει όσο χίλιες λέξεις.

Όταν οι λέξεις φαίνονται μικρές για να εκφράσουν τα συναισθήματα, η αφή είναι ο πιο δυνατός τρόπος επικοινωνίας. Γι' αυτό, σας προσφέρουμε δύο τρόπους για να φροντίζετε τρυφερά το δερματάκι του μωρού σας. Έτσι αυτό θα νιώθει κάθε σας "συλλαβή".



Γιατί ένα άγγιγμα σημαίνει τόσα πολλά.

Η πιο ασφαλής "αγκαλιά" μετά της μαμάς.



Έμπνευση από τα μωρά.

Το αίσθημα της ασφάλειας βοηθά τα μωρά να μεγαλώνουν και να αναπτύσσονται. Γι' αυτό τα Νέα Pampers New Baby έχουν τώρα το σύστημα προστασίας **Secure-Me-Fit**, με ειδικές ταινίες που εφαρμόζουν η μία πάνω στην άλλη και τα πιο ελαστικά πλαϊνά, για να προσφέρουν την πιο ασφαλή «αγκαλιά» μετά της μαμάς.

