

# ΕΛΛΕΥΘΩ

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



ΙΟΥΛΙΟΣ  
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ  
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ

2009

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



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

Β' Περίοδος / Τόμος 14ος / Τεύχος 3ο



**Ψάξαμε... Επιλέξαμε... Προτείνουμε...**

Συσκευές θηλασμού υπάρχουν ΠΟΛΛΕΣ!!!  
Συσκευή όμως που μιμείται το φυσικό θηλασμό

και ΔΕΝ ΠΛΗΓΩΝΕΙ  
τη μητέρα είναι μόνο  
**AMEDA**



ηλεκτρικό θήλαστρο ELITE



ηλεκτρικό θήλαστρο PERSONAL



χειροκίνητο  
θήλαστρο

*Hello baby  
have a good start!*

Το θήλαστρο είναι η ανώδυνη  
λύση για τη διατήρηση της  
φυσικής κατάστασης του μαστού

**Ameda**  
ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΘΗΛΑΣΜΟΥ



Freezer bag

**... από το 1960  
φροντίζουμε τη μαμά και το μωρό!**



ψηφιακός ζυγός

Σε μας θα βρείτε ζυγαριές ακριβείας  
που καταγράφουν το πραγματικό  
βάρος του μωρού,  
όσο κι αν αυτό κουνιέται.

Το μικρό ενοίκιο των βρεφοζυγών αποτελεί  
ασήμαντο έξοδο για την ακριβέστερη  
παρακολούθηση του βάρους του μωρού σας!

**Mother's Touch**

ΗΡΑΚΛΗΣ ΣΤΑΥΡΙΔΙΑΚΗΣ

ΚΕΝΤΡΙΚΟ: Ελικώνος 22 - 113 64 Κυψέλη  
Τηλ.: 210 8650532, 210 8621645, 210 8626917- Κινητό: 6944 222386  
ΕΝΤΟΣ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟΥ ΜΗΤΕΡΑ: Τηλ.: 2106869105, 210 6830 812  
ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟΥ ΛΗΤΩ: Τηλ.: 210 6827448



tobi®  
kindermöbel

Δίπλα στη μαμά και τον μπαμπά!



babybay®



Ευνοεί το μητρικό θηλασμό

Mobo

Κεντρική διάθεση Mobo: Τηλ.: 210.202.2.202 • E-mail: info@mobo.gr



## Έφυγε η Κλειώ μας...

Έφυγε η Κλειώ μας... Ανήμερα της γιορτής της, την 1η Σεπτεμβρίου.

Έφυγε η Κλειώ Ιωάννου-Σαμαριτάκη, που επί 18 χρόνια υπήρξε Διοικητική Γραμματέας του Συλλόγου Επισημόνων Μαιών-Μαιευτών Αθηνών. Την Κλειώ τη γνώριζαν όλες οι Μαίες και οι Μαιευτές της Αθήνας, αλλά και συνάδελφοι απ' όλη την Ελλάδα, απευθυνόμενοι σ' αυτήν για την έγκυρη πληροφόρηση και ενημέρωση για θέματα του κλάδου μας, αλλά και για ό,τι άλλο χρειαζόνταν από το Σύλλογό μας. Όλοι γνώριζαν καλά την Κλειώ μας, γνώριζαν τη φωνή της...

Η Κλειώ αγάπησε τις Μαίες, λάτρεψε το μαιευτικό επάγγελμα. Θα μπορούσε να φέρει επάξια τον τίτλο της "Μαίας". Μας άφησε τη δουλειά της. Μας οργάνωσε κατορθώνοντας την αρχειοθέτηση του υλικού που υπήρχε στο Σ.Ε.Μ.Α. Ασχολήθηκε με τους νόμους και τις διατάξεις σχετικά με τις υποχρεώσεις και τα δικαιώματα του κλάδου μας, μας πρόσφερε την πολύτιμη βοήθειά της στην τακτοποίηση των συνεδριάσεων των Δ.Σ., διευθέτησε τις εγγραφές ή μεταγραφές των μελών του Συλλόγου μας, αλλά και των υπόλοιπων Εφετειακών Συλλόγων όταν χρειαζόνταν τη βοήθειά της. Γνώριζε άριστα ακόμη και τα "ψιλά γράμματα" των νόμων και των διαδικασιών περί "Μαιευτικού Επαγγέλματος". Μας δίδαξε, μας οργάνωσε, μας σύνδεσε με το παρελθόν και την ιστορία του Συλλόγου. Μας προφύλαξε από λάθη και μας χάρισε τη μεγάλη εμπειρία της με στόχο να δει το Σ.Ε.Μ.Α. να προοδεύει. Αγώνιστηκε μαζί με τις Προέδρους και τα προηγούμενα Διοικητικά Συμβούλια για να μείνει ο Σ.Ε.Μ.Α. όρθιος σε καιρούς χαλεπούς, όταν τα έσοδα ήταν ανύπαρκτα σχεδόν και δεν έφθαναν ούτε για το μισθό της. Με δυο λόγια: η Κλειώ έδωσε την ψυχή της για το Σύλλογο και τις Μαίες.

Όταν ήρθε η ώρα να συνταξιοδοτηθεί, δυσκολευτήκαμε να αποφασίσουμε ποιός θα μπορούσε να την αντικαταστήσει. Αποφασίσαμε, λοιπόν, πως το άτομο αυτό θα έπρεπε να είναι Μαία, διότι η Κλειώ ήταν και "Μαία". Όταν εκπαίδευσε τη σημερινή Διοικητική μας Γραμματέα μάς είπε: «*Τώρα, φεύγω ήσυχη. Θα είμαι στη διάθεσή σας για ο,τιδήποτε και όποτε με χρειάζεστε. Και θα έρχομαι να βοηθάω και στις Συνελεύσεις*». Και το έκανε μέχρι το τέλος...

Πώς να συμπύξεις σε λίγες λέξεις μια ζωή, ένα έργο και τόσα συναισθήματα;

Αγαπημένη Κλειώ, φίλη Κλειώ, περήφανη Κρητικοπούλα,

Θα θυμόμαστε πάντα τη στεντόρεια φωνή και την καθαρότητα του χαρακτήρα σου.

Θα σε βρίσκουμε μέσα στα γραπτά κείμενα του Σ.Ε.Μ.Α., μέσα στα αρχεία των συνεδριάσεων, στα πρωτόκολλα, μέσα στο έργο που μας άφησες. Έβαλες τα θεμέλια στην οργάνωση του Σ.Ε.Μ.Α. Όσο κι αν προοδεύσουμε, όσο κι αν ανεβούμε ψηλότερα, εσύ είσαι αυτή που έκανες την αρχή...

Σ' ευχαριστούμε!!! Καλό σου ταξίδι, Κλειώ...



Η "Κλειώ μας" και μετά τη συνταξιοδότησή της βοηθούσε με κάθε τρόπο τις Μαίες και το Σύλλογο που τόσο αγαπούσε. Εδώ στην Ετήσια Τακτική Γενική Συνέλευση του Σ.Ε.Μ.Α., στις 28 Ιανουαρίου 2007.

Για το Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α.

Η Πρόεδρος

**ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΜΑΛΦΑ**

**Το 40ήμερο Μνημόσυνο για την ανάπαυση της ψυχής της αγαπημένης μας Κλειώς Ιωάννου-Σαμαριτάκη θα τελεσθεί το Σάββατο, 10 Οκτωβρίου 2009 και ώρα 9.00 π.μ. στο Χαλάνδρι, στον Ιερό Ναό του Αγίου Νικολάου στην Κεντρική Πλατεία Χαλανδρίου.**

# 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 14ος, Τεύχος 3ο, ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2009**

ISSN 1106 - 6822

Κωδικός ΕΛ.ΤΑ. 1701



### ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ.Α.

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

### ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ.Α.

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

#### 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: akida123@otenet.gr

*Εκτύπωση – Βιβλιοδεσία*  
**ΑΦΟΙ ΠΡΙΦΤΗ – ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ ΑΕΒΕ**  
Σωνιέρου 6 – 104 38 Αθήνα  
Τηλ.: 210.5232323 – 210.5232068

Η "ΠΡΟΚΤΕΡ ΚΑΙ ΓΚΑΜΠΛ ΕΛΛΑΣ" ΕΙΝΑΙ ΚΥΡΙΟΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΗΣ ΤΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΑΘΗΝΩΝ

# ΕΛΕΥΘΩ

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

Β΄ Περίοδος - Τόμος 14ος, Τεύχος 3ο  
ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2009

# ΕΛΕΥΤΗΘ

SCIENTIFIC AND PROFESSIONAL  
MAGAZINE PUBLISHED QUARTERLY  
OFFICIAL JOURNAL OF HELLENIC MIDWIVES

2nd Period - Volume 14, Number 3  
JULY - AUGUST - SEPTEMBER 2009



**Επιστημονικοί Σύμβουλοι**  
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ  
ΙΑΤΡΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

**Scientific Advisors**  
ΡΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ  
ΙΑΤΡΑΚΗΣ GEORGE

**Συντακτική Επιτροπή**  
Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α.  
ΑΝΤΩΝΑΚΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ  
ΑΡΓΕΝΤΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ  
ΒΕΝΤΙΚΟΥ ΧΡΙΣΤΙΑΝΑ  
ΚΑΡΑΜΗΤΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ  
ΛΥΜΠΕΡΗ ΡΑΛΛΟΥ  
ΜΑΝΙΑΤΕΛΛΗ ΕΛΙΣΑΒΕΤ  
ΜΠΟΥΡΟΥΤΖΟΓΛΟΥ ΜΑΡΙΑ  
ΤΟΥΦΙΔΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ  
ΧΑΔΛΑ ΒΙΒΗ

**Editorial Board**  
E.C. of Hellenic Midwives Association  
ΑΝΤΩΝΑΚΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ  
ΑΡΓΕΝΤΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ  
ΒΕΝΤΙΚΟΥ ΧΡΙΣΤΙΑΝΑ  
ΚΑΡΑΜΗΤΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ  
ΛΥΜΠΕΡΗ ΡΑΛΛΟΥ  
ΜΑΝΙΑΤΕΛΛΗ ΕΛΙΣΑΒΕΤ  
ΜΠΟΥΡΟΥΤΖΟΓΛΟΥ ΜΑΡΙΑ  
ΤΟΥΦΙΔΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ  
ΧΑΔΛΑ ΒΙΒΗ

**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 14ος, Τεύχος 3ο  
ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2009

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Μητρικός Θηλασμός και άλλα... <i>Καλλιόπη Μάλφα</i>	96
2ο Σεμινάριο του Σ.Ε.Μ.Α. για το Μητρικό Θηλασμό	97
Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού: Έκθεση Εθνικής Μελέτης Συχνότητας και Προσδιοριστικών Παραγόντων Μητρικού Θηλασμού <i>Ελένη Γάκη, Δημήτρης Παπαμιχαήλ, Γιασεμή Σαραφίδου, Τάκης Παναγιωτόπουλος, Ιωάννα Αντωνιάδου-Κουμάτου</i>	98
Αντισύλληψη στη διάρκεια της λοχείας <i>Αικατερίνη Θεοδοσιάδου</i>	111
5η Διακλινική Ημερίδα στο Π.Γ.Ν. "ΑΤΤΙΚΟΝ"	121
Ανακοίνωση Ημερίδας για την Αντισύλληψη	121
Ανακοίνωση του Σ.Ε.Μ. Ανατολικής Μακεδονίας-Θράκης	122
Οδηγίες για τους Συγγραφείς	124
Επιστολή προς τη Συντακτική Επιτροπή	126
Παγκόσμια Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού: 1-7 Νοεμβρίου 2009	127
5η Ετήσια Ημερίδα για το Μητρικό Θηλασμό	127
Η έκτρωση δεν είναι... αντισύλληψη <i>Μιρτώ Σωτηροπούλου</i>	128
Καινοτόμες λύσεις, νέα φιλοσοφία προσέγγισης της μητρότητας	130
11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιών-Μαιευτών	131

# ΕΛΕΥΘΩ

2nd Period - Volume 14, Number 3  
JULY - AUGUST - SEPTEMBER 2009

## CONTENTS

Breastfeeding and more... <i>Kalliopi Malfa</i>	96
2nd Seminar of S.E.M.A. for Breastfeeding	97
Institute of Children's Health: Report of National Study about Frequency and Defining Factors of Breastfeeding <i>Eleni Gaki, Dimitris Papamichail, Giasemi Sarafidou, Takis Panagiotopoulos, Ioanna Antoniadou-Koumatou</i>	98
Postpartum contraception <i>Ekaterini Theodosiadou</i>	111
5th Meeting in "ATTIKON" General Hospital	121
Announcement Meeting for Contraception	121
Announcement of Midwives Association of East Macedonia-Thrace	122
Directives for Writers	124
Letter for the Editorial Board	126
World Breastfeeding Week: November 1-7, 2009	127
5th Annual Breastfeeding Conference	127
Abortion is not... contraception <i>Mirto Sotiropoulou</i>	128
Innovator solutions, new philosophy of approaching motherhood	130
11th Panhellenic Congress of Midwives	131

## Μητρικός Θηλασμός και άλλα...

Αλήθεια, πόσο γρήγορα περνά ο καιρός! Σε λίγο θα “γιορτάσουμε” και πάλι την “Παγκόσμια Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού”. Για μια ακόμη φορά, για πολλοστή φορά θα μιλήσουμε για το Μητρικό Θηλασμό.

Αμάν, πια!!! Πόσος Μητρικός Θηλασμός ακόμη; «Αυτή η φούσκα πια με το Μητρικό Θηλασμό με έχει κουράσει και δεν τη συμμερίζομαι καθόλου», μου είπε πρόσφατα μια Προϊσταμένη Μαία σε μεγάλο Μαιευτήριο των Αθηνών.

Θύμωσα! Απογοητεύτηκα! Προσπάθησα να την καταλάβω, να τη δικαιολογήσω, γιατί είχε να αντιμετωπίσει περιστατικά στη βάρδια της και το τελευταίο που την ενδιέφερε ήταν αν θα θήλαζε το νεογέννητο την πρώτη ώρα... Ε, βέβαια! Ο θηλασμός του είναι το τελευταίο πράγμα με το οποίο θα ασχοληθούμε εμείς οι επιστήμονες... Αν το βρέφος θα δοθεί αμέσως στη μητέρα του, μας χαλάει τη σειρά, το πρόγραμμα της δουλειάς. Πώς είναι δυνατό να ασχοληθούμε με ένα τόσο επουσιώδες θέμα; Έχουμε άλλα, πιο σημαντικά... Δεν έχει καμιά σημασία το δικαίωμα του νεογέννητου να νιώσει την αγκαλιά της μητέρας του. Δεν έχει σημασία το δικαίωμα της μητέρας να πάρει αγκαλιά το παιδί της. Δεν έχει σημασία η ψυχολογία μητέρας-παιδιού. Μ’ αυτά θα ασχολούμαστε; Δεν μας βολεύει... Στην κυριολεξία πρέπει να το “βουτήξουμε” από την αγκαλιά της για να το πλύνουμε, να κάνουμε την αναγγελία, να γράψουμε το βραχιολάκι του, να κάνουμε τις χρεώσεις, να το δείξουμε στους συγγενείς, να το ετοιμάσουμε να το δει ο Παιδιάτρος, να το αφήσουμε μόνο του σε μια θερμοκοιτίδα για να ζεσταθεί, γιατί αν το δώσουμε στη μητέρα του θα ...παγώσει!

Αναρωτιέμαι: έχουμε καταλάβει ΤΙ ΚΑΝΟΥΜΕ; Έχουμε καταλάβει τα μαύρα μεσάνυχτα στα οποία περπατάμε; Έχουμε καταλάβει το κακό που δημιουργούμε; Για ποια Μαιευτική μιλάμε; Οι καταστάσεις και οι αντιλήψεις μας είναι μεσαιωνικές. Έχουμε καταλάβει πως είμαστε Μαίες; Ποιος είναι ο ρόλος μας; Πάντα κάτι μας φταίει. Οι γιατροί, οι Νοσηλευτές, η έλλειψη προσωπικού, η Διοίκηση, ο μισθός, τα κλιμάκια, το συνταξιοδοτικό, η αναγνώριση των χρόνων της Σχολής, οι Σύλλογοι που δεν κάνουν τίποτα...

Φτάνει πια!!! Βαρέθηκα να παίρνω απ’ όλη την Ελλάδα απογοητευτικά μηνύματα, που μιλούν για σκοταδισμό. Γιατί περί αυτού πρόκειται. Πώς είναι δυνατό Μαίες, που υποστηρίζουν το Μητρικό Θηλασμό, να διώκονται στην κυριολεξία από τις συναδέλφους τους γιατί τους χαλάνε... την ησυχία! «Αν το κάνεις εσύ, πρέπει να το κάνω κι εγώ. Θα το μάθουν και οι άλλες –τις μητέρες εννοούν– και θα το ζητάνε κι εκείνες». Μου είπε συνάδελφος: «Βάζεις το νεογέννητο να θηλάσει στην αίθουσα και μετά πηγαίνεις και στο θηλασμό και δίνεις οδηγίες και ακούν οι διπλανές και μου ζητάνε τα ίδια»(!!!). Μου ζητούσε, δηλαδή, να μην κάνω εγώ τη δουλειά μου, γιατί απλώς δεν τη βόλευε! Δηλαδή, «μη μου τους κύκλους τάραττε»...

Κυρίες και Κύριοι, ο Μητρικός Θηλασμός δεν έγκειται στην ευγενική μας ευχέρεια. Είναι ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΜΑΣ ΚΑΘΗΚΟΝ! Τα Μαιευτήρια υπάρχουν για να γεννούν οι γυναίκες, όχι για να εργάζονται οι Μαίες, οι Μαιευτήρες και οι Νεογνολόγοι. Είμαστε ταγμένοι στην υπηρεσία της υγείας μητέρας-παιδιού.

ΔΕΝ δικαιούμαστε να αδιαφορούμε για το Μητρικό Θηλασμό.

ΔΕΝ δικαιούμαστε να μην έχουμε τις απαραίτητες γνώσεις.

ΔΕΝ δικαιούμαστε να είμαστε “ανυποψίαστοι” στα θέματα Μητρικού Θηλασμού.

ΟΛΟΙ ΜΑΣ πρέπει, ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΑ, να παρακολουθούμε ανά τριετία ένα από τα Εβδομαδιαία Σεμινάρια και τις Ημερίδες που διοργανώνονται για το Μητρικό Θηλασμό.

Τα αποτελέσματα της “Εθνικής Μελέτης Συχνότητας και Προσδιοριστικών Παραγόντων Μητρικού Θηλασμού”, που πραγματοποίησε το “Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού” και της οποίας αποσπάσματα δημοσιεύουμε παρακάτω, είναι χαρακτηριστικά και προσδιορίζουν τη δουλειά μας. Δυστυχώς, εί-



ναί λίγες αναλογικά οι Μαίες που έχουν γνώσεις, που προάγουν και υποστηρίζουν το Μητρικό Θηλασμό. Ευτυχώς, αυτές οι λίγες το κάνουν με πάθος και ανιδιοτέλεια... Όμως, το περίεργο είναι πως δεν έχω συναντήσει κανέναν που να λέει πως είναι κατά του Μητρικού Θηλασμού. Όλοι είναι υπέρ. Όλοι, όμως!!! Το πώς βέβαια γίνεται, αμέσως μετά τη δήλωση να βγάζουν από την τσέπη τη συνταγή και το μπιμπερό, αυτό είναι άλλο θέμα. Πώς γίνεται Μαίες να μοιράζουν στις μητέρες κατά την έξοδό τους από το Μαιευτήριο φείγ-βολάν με ξένο γάλα –συγγνώμη, συνταγές ήθελα να πω... Είναι γιατί τις υποχρέωσαν οι Παιδιάτροι;

Άραγε, δεν υπάρχει ελπίδα σ' αυτή τη χώρα; Ός πότε θα πασχίζουμε για το αυτονόητο; Για ποια επιστημοσύνη μιλάμε, όταν παίρνουμε τις πληροφορίες από στόμα σε στόμα και καταπίνουμε αμάσητες τις παγιωμένες πεποιθήσεις των άλλων; Μήπως γιατί αυτοί οι άλλοι –Μαίες, Μαιευτήρες, Παιδιάτροι– είναι παλαιότεροι; Αλλά, πού και πότε όλοι αυτοί εκπαιδεύτηκαν; Ποια είναι τα αποτελέσματα της δουλειάς τους; Ποια είναι τα ποσοστά Μητρικού Θηλασμού που έχουν επιτύχει; Η βαθιά γνώση μάς κάνει πιο δυνατούς. Μας βοηθά να αντιμετωπίζουμε αντιξοότητες και δοξασίες. Μπορούμε να διδάξουμε στους άλλους την ορθή και σύγχρονη άποψη της επιστήμης. Μπορούμε να κερδίσουμε το σεβασμό.

Πιστεύω πως η Μαία και ο Μαιευτής έχουν τον πρώτο λόγο και ρόλο στο θέμα “Μητρικός Θηλασμός”. Όπως σ' όλο τον κόσμο, αναπτυγμένο ή αναπτυσσόμενο, έτσι και στη χώρα μας τα ποσοστά Μητρικού Θηλασμού δείχνουν τη δική μας δουλειά.

ΕΙΝΑΙ ΔΙΚΗ ΜΑΣ ΕΥΘΥΝΗ! Και όπως θα δείτε στις επόμενες σελίδες, τα ποσοστά είναι απογοητευτικά. «Ωφελείν και μη βλάπτειν»...

Η Πρόεδρος του Σ.Ε.Μ.Α.

**ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΜΑΛΦΑ**

## **2ο ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΤΟΥ Σ.Ε.Μ.Α. ΓΙΑ ΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ**

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Στο πλαίσιο του εορτασμού της “Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού 2009”, ο Σ.Ε.Μ.Α. υπό την αιγίδα του Υ.Υ.Κ.Α. θα πραγματοποιήσει το “**2ο Σεμινάριο για το Μητρικό Θηλασμό**” διάρκειας 40 ωρών, από τις 7 έως τις 11 Δεκεμβρίου 2009 στο Π.Γ.Ν. “**ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ**”. Καλούμε τις Μαίες και τους Μαιευτές, τους Γυναικολόγους, Παιδιάτρους και Νεογνολόγους που ενδιαφέρονται να το παρακολουθήσουν, να δηλώσουν έγκαιρα συμμετοχή.

Σας επισημαίνουμε ότι:

- Η παρακολούθηση είναι υποχρεωτική.
- Θα δοθούν Βεβαιώσεις Παρακολούθησης.
- Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ταυτότητα μέλους του Σ.Ε.Μ. στον οποίο ανήκετε.
- Ο αριθμός των συμμετεχόντων είναι περιορισμένος και θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας.

Πληροφορίες: Σ.Ε.Μ.Α., τηλ. & fax: 210.6465691, 210.6429675, E-mail: [sema-icm@otenet.gr](mailto:sema-icm@otenet.gr)

Για το Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α.

Η Πρόεδρος

**ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΜΑΛΦΑ**

## Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού

### ΕΚΘΕΣΗ ΕΘΝΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Ελένη Γάκη<sup>1</sup>, Δημήτρης Παπαμιχαήλ<sup>2</sup>, Γιασεμή Σαραφίδου<sup>1</sup>,  
Τάκης Παναγιωτόπουλος<sup>2</sup>, Ιωάννα Αντωνιάδου-Κουμάτου<sup>1</sup>

1. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού

2. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Υγείας του Παιδιού

#### “ 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο θηλασμός αποτελεί την ιδανική τροφή για το βρέφος. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, η UNICEF και η Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρεία συνιστούν τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό για τους πρώτους 6 μήνες ζωής και συμπληρωματικό θηλασμό (μετά την εισαγωγή των στερεών τροφών στον 6<sup>ο</sup> μήνα) μέχρι το πρώτο έτος και για όσο ακόμα επιθυμούν η θηλάζουσα μητέρα και το παιδί της [1-4]. Σχεδόν κάθε μητέρα μπορεί να θηλάσει (λίγες εξαιρέσεις), αρκεί να της προσφερθεί η απαραίτητη συμβουλευτική, ενθάρρυνση, υποστήριξη και πρακτική βοήθεια.

Μεγάλος αριθμός μελετών έχει δείξει ότι τα οφέλη του θηλασμού είναι πολλαπλά τόσο για το παιδί όσο και για τη μητέρα, την κοινωνία και το περιβάλλον. Τα παιδιά που θηλάζουν αποκλειστικά για 4-6 μήνες παρουσιάζουν λιγότερο συχνά: γαστρεντερίτιδα, οξεία μέση ωτίτιδα, άλλες λοιμώξεις του ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού, ουρολοίμωξη, διαβήτη τύπου 1, παχυσαρκία στην ενήλικη ζωή, σύνδρομο του αιφνίδιου βρεφικού θανάτου [5-7].

Έχει βρεθεί επίσης ότι η προστασία αυτή που δίδει ο αποκλειστικός θηλασμός μπορεί να είναι «δοσοεξαρτώμενη», αφού βρέφη που θήλασαν αποκλειστικά 6 αντί για 4 μήνες είχαν μικρότερη πιθανότητα νόσησης από λοίμωξη αναπνευστικού [8].

Για τα πρόωρα βρέφη τα οφέλη είναι επίσης σημαντικά και αφορούν τα θρεπτικά καθώς και ανοσολογικά στοιχεία που το μητρικό γάλα προσφέρει καθώς και την συμβολή του θηλασμού στην ψυχολογική και νευρολογική ανάπτυξή τους [9].

Ο μητρικός θηλασμός μειώνει ακόμη την πιθανότητα να νοσήσει η μητέρα από καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών [10,11], ενώ συντελεί μοναδικά στη δημιουργία δεσμού μεταξύ μητέρας και βρέφους [5]. Τέλος, το μητρικό γάλα είναι φθηνός και οικολογικός τρόπος σίτισης, γρήγορος γιατί δεν απαιτεί παρασκευή και βολικός γιατί μπορεί να δοθεί στο μωρό στο σπίτι ή σε άλλο περιβάλλον [5].

Το 1991 η UNICEF και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ξεκίνησαν την πρωτοβουλία για το «Νοσοκομείο φιλικό για τα βρέφη» (Baby Friendly Hospital) με απώτερο στόχο να αυξηθούν τα ποσοστά του θηλασμού παγκοσμίως [12,13]. Για να απονεμηθεί σε κάποιο νοσοκομείο ο τίτλος «φιλικό για τα βρέφη» θα πρέπει να μην δέχεται δωρεάν τροποποιημένα γάλατα αγελάδος και να εφαρμόζει τα δέκα βήματα για την υποστήριξη του θηλασμού [14]. Στην Ελλάδα κανένα νοσοκομείο δεν έχει λάβει τον τίτλο αυτό, παρόλο που αρκετά (κυρίως δημόσια νοσοκομεία) έχουν υιοθετήσει κάποιες πρακτικές προς την κατεύθυνση αυτή.

Το 1981 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας θέσπισε τον διεθνή κώδικα για την διαχείριση των υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος (International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes)[15]. Μεταξύ των άλλων αναφέρεται ότι η



διαχείριση και διανομή του τροποποιημένου γάλακτος αγελάδος δεν πρέπει να μπαίνει εμπόδιο στην προστασία και προώθηση του μητρικού θηλασμού και επίσης ότι καμία υπηρεσία του συστήματος υγείας δεν πρέπει να εξυπηρετεί την προώθηση των τροποποιημένων γαλάτων αγελάδος.

Στόχος της μελέτης ήταν να καταγραφεί η συχνότητα και οι βασικοί προσδιοριστικοί παράγοντες του μητρικού θηλασμού σε αντιπροσωπευτικό δείγμα ζευγών μητέρων-βρεφών από όλη την Ελλάδα, που γεννήθηκαν σε δημόσια νοσοκομεία και ιδιωτικά μαιευτήρια. Η όσο το δυνατό ακριβέστερη αποτύπωση του επιπέδου του μητρικού θηλασμού είναι σημαντική τόσο από πλευράς κατανόησης της παρούσας κατάστασης από τους αρμόδιους φορείς υγείας αλλά και από τους πολίτες, όσο και για μελλοντικές παρεμβάσεις που θα στοχεύουν στην αύξηση των γυναικών που θηλάζουν. Η επιπλέον ανάδειξη των συγκεκριμένων παραγόντων που σχετίζονται με τη συχνότητα του θηλασμού στην Ελλάδα είναι καίρια ώστε η πολιτική ενίσχυσής του που θα ακολουθηθεί να είναι προσανατολισμένη προς τους παράγοντες αυτούς που φάνηκε ότι σχετίζονται περισσότερο με το θηλασμό στη χώρα μας.

Η έρευνα διεξήχθη από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (ΙΥΠ), μετά από πρόταση της Εθνικής Επιτροπής Θηλασμού και χρηματοδότηση από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Το δείγμα προήλθε από τις γεννήσεις στην Ελλάδα σε δεδομένο χρονικό διάστημα και από το σύνολο σχεδόν των γεννήσεων αυτών, όπως καταγράφονται από το ΙΥΠ κατά τη διενέργεια του υποχρεωτικού νεογνικού προσυμπτωματικού ελέγχου (πρόγραμμα νεογνικού screening). Η συλλογή στοιχείων ξεκίνησε τον Μάρτιο του 2007 και ολοκληρώθηκε το Μάιο του 2008. ”

“ ..... ”

### “ 3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

#### 3.1 Βασικά χαρακτηριστικά δείγματος 1 και 2 (6 και 12 μηνών)

Η μέση ηλικία των μητέρων του δείγματος των 6 μηνών (δείγμα 1) ήταν τα 31 έτη (min=16, max=44, SD=4,9) και του δείγματος των 12 μηνών (δείγμα 2) τα 31,7 έτη (min=17, max=56, SD= 4,8). Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα ήταν Ελληνίδες (δείγμα 1: 85,5%, δείγμα 2: 83,9%), ενώ δεύτερες σε συχνότητα ήταν οι Αλβανίδες (δείγμα 1: 7,3%, δείγμα 2: 5,8%). Το 42,3% του δείγματος 1 και το 44,9% του δείγματος 2 των ζευγών μητέρων-βρεφών διέμεναν στην Αττική, περίπου το ένα τέταρτο στη Μακεδονία (η οποία αντιπροσωπεύτηκε σε μεγάλο βαθμό από τη Θεσσαλονίκη) και τα υπόλοιπα κατανεμήθηκαν στα άλλα γεωγραφικά διαμερίσματα.

Η συντριπτική πλειοψηφία (97,6% και στα δύο δείγματα) των γυναικών ήταν παντρεμένες κατά την περίοδο που ερωτήθηκαν.

Οι μισές μητέρες ήταν απόφοιτες λυκείου, ενώ περίπου μία στις τέσσερις είχε αποφοιτήσει από ανώτατη σχολή. Αξιοσημείωτο είναι ότι το 21,3% του δείγματος 1 και το 25,8% του δείγματος 2 ανέφεραν ότι το ετήσιο οικογενειακό τους εισόδημα ήταν κάτω από 12000 ευρώ, ενώ οι περισσότερες (δείγμα 1: 42,4%, δείγμα 2: 40,4%) δήλωσαν ποσό που κυμαινόταν μεταξύ 12000 και 23999 ευρώ.

Επιπλέον :

- Από τις γυναίκες που συμμετείχαν, περισσότερες από τα δύο τρίτα (δείγμα 1: 70,2%, δείγμα 2: 74,0% ) δήλωσαν ότι εργάζονται. Από αυτές μόνο το 63,6%

(για το δείγμα 1) και το 56,0% (για το δείγμα 2) έλαβαν πληρωμένη άδεια κύησης ή μητρότητας.

- Σχεδόν όλες (δείγμα 1: 97,8%, δείγμα 2: 97,3%) οι γυναίκες ανέφεραν ότι κατά την περίοδο της συνέντευξης ασφαλιζόνταν σε κάποιο ταμείο, είτε άμεσα από την εργασία τους, είτε έμμεσα από το σύζυγο που εργαζόταν. Στο δείγμα 1 οι μισές περίπου (51,4%) γυναίκες ήταν ασφαλισμένες στο ΙΚΑ, 11,8% στο ΤΕΒΕ, 15,1% στο Δημόσιο, 8,1% στον ΟΓΑ και οι υπόλοιπες σε διάφορα άλλα ταμεία. Τα αντίστοιχα ποσοστά για το δείγμα 2 είναι 52,6%, 10,4%, 13,5% και 7,8%. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι μία στις τέσσερις (24,7%) γυναίκες του δείγματος 1 ανέφερε ότι έχει ιδιωτική ασφάλεια, ενώ το ίδιο ανέφερε το 21,7% του δείγματος 2.

Τα βρέφη ανήκαν σχεδόν ισάριθμα στα δύο φύλα (δείγμα 1: 49,7% αγόρια, 50,3% κορίτσια, δείγμα 2: 47,8% αγόρια, 52,2% κορίτσια). Όσον αφορά στη διάρκεια της κύησης, το μεγαλύτερο ποσοστό (δείγμα 1: 89,5%, δείγμα 2: 91,3%) των νεογέννητων ήταν τελειόμηνα, δηλαδή 37-41 εβδομάδων, ενώ δεύτερα σε σειρά συχνότητας ήταν τα μεταξύ 34 και 36 εβδομάδων. Η μεγάλη πλειοψηφία και στις δύο ομάδες βρεφών είχε βάρος γέννησης 2,5 kg ή περισσότερο (δείγμα 1: 92,3%, δείγμα 2: 91,4%), ενώ χαμηλού βάρους γέννησης, δηλαδή λιγότερο από 2,5 kg ήταν το 7,5% του δείγματος 1 και το 7,8% του δείγματος 2.

Στο Παράρτημα Ι δίδονται σε πίνακες οι κατανομές των δειγμάτων 1 και 2 με βάση τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά.

### 3.2 Συχνότητα άλλων παραγόντων που είναι γνωστό ότι επηρεάζουν το θηλασμό

Εκτός από την κατανομή των βασικών δημογραφικών στοιχείων, που χρησιμοποιούνται στις περισσότερες μελέτες τόσο για την περιγραφή του δείγματος (όπως αναφέρθηκαν παραπάνω), όσο και σε σχέση με τη συχνότητα του μητρικού θηλασμού (όπως αναφέρονται σε επόμενη ενότητα), υπάρχουν κάποιοι επιπλέον παράγοντες, οι οποίοι έχουν συσχετιστεί στη διεθνή βιβλιογραφία με το θηλασμό. Τη συχνότητα αυτών αναζητήσαμε στα δείγματά μας. Τέτοιοι παράγοντες είναι το κάπνισμα της μητέρας, η εφαρμογή ή όχι της πολιτικής της άμεσης (μέσα σε μία ώρα) τοποθέτησης του νεογνού στη μητέρα για να θηλάσει, η συνδιαμονή μητέρας-νεογνού στο νοσοκομείο/μαιευτήριο, η προώθηση του τροποποιημένου γάλακτος αγελάδος από τα νοσοκομεία /μαιευτήρια.

#### 3.2.1 Παράγοντες σχετικοί με νοσοκομεία φιλικά για τα βρέφη (Baby friendly hospitals)

Ελέγξαμε κατά πόσο εφαρμόζονται τα παρακάτω:

*Συνδιαμονή μητέρας-νεογνού (Rooming in).* Η πρακτική αυτή βρέθηκε να εφαρμόζεται στο 48,5% του δείγματος 1 και στο 40,4% του δείγματος 2 [Πίνακας Π17].

*Τοποθέτηση του μωρού στο στήθος εντός μίας ώρας από τον τοκετό.* Οι μητέρες ρωτήθηκαν αν τους έφεραν το μωρό εντός μίας ώρας από τον τοκετό για να το θηλάσουν. Βρέθηκε ότι μόνο στο 26,8% του δείγματος 1 και στο 27,0% του δείγματος 2 ακολουθήθηκε η τακτική αυτή [Πίνακας Π18].

Τόσο η πρακτική της παραμονής του βρέφους στο ίδιο δωμάτιο με τη μητέρα, όσο και ο θηλασμός την πρώτη ώρα παρατηρήθηκαν με μεγαλύτερη συχνότητα όταν



οι γυναίκες είχαν γεννήσει σε δημόσιο νοσοκομείο παρά σε ιδιωτικό μαιευτήριο [Πίνακες Π19, Π20].

*Προώθηση σκευασμάτων γάλακτος από τα νοσοκομεία/μαιευτήρια.* Οι μητέρες του δείγματος ρωτήθηκαν αν φεύγοντας από το νοσοκομείο/μαιευτήριο όπου γέννησαν τους δόθηκε γραπτή συνταγή ή σημείωμα για κάποιο γάλα σκόνη και αν τους δόθηκε δωρεάν δείγμα γάλακτος σε σκόνη. Δύο στις τρεις γυναίκες (συγκεκριμένα 65,4% του δείγματος 1 και 67,1% του δείγματος 2) έλαβαν συνταγή ή σημείωμα για κάποιο γάλα σκόνη φεύγοντας από το νοσοκομείο, ενώ περίπου μία στις τρεις (35,3% και 35,7% για τα δείγματα 1 και 2) έλαβε δωρεάν δείγμα γάλακτος σε σκόνη [Πίνακες Π21, Π22].

Οι πρακτικές αυτές ήταν πιο συχνές στα ιδιωτικά μαιευτήρια παρά στα δημόσια νοσοκομεία (η διαφορά όμως ήταν λιγότερο αισθητή από τη διαφορά που υπήρχε στη συνδιαμονή μητέρας-νεογνού και στην έναρξη του θηλασμού την πρώτη ώρα) [Πίνακες Π23, Π24].

### 3.2.2 Κάπνισμα

Το κάπνισμα έχει συσχετιστεί αρνητικά με το μητρικό θηλασμό σε πολλές μελέτες. Οι μητέρες ρωτήθηκαν αν κάπνιζαν την δεδομένη περίοδο που έγινε η συνέντευξη, πόσα τσιγάρα κάπνιζαν ημερησίως, αν κάπνιζαν την περίοδο της εγκυμοσύνης και πόσα τσιγάρα κάπνιζαν. Επίσης ρωτήθηκαν αν καπνίζει κάποιος άλλος στο σπίτι που διαμένουν. Βρέθηκε ότι 31,5% των μητέρων του δείγματος 1 και το 38,1% του δείγματος 2 κάπνιζαν κατά τη δεδομένη ημερομηνία της συνέντευξης και ο μέσος όρος των τσιγάρων ήταν 13,7 και 13,4 αντίστοιχα. Επίσης 12,9% (δείγμα 1) και 14,9% (δείγμα 2) των γυναικών κάπνιζαν και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, μικρότερο όμως αριθμό τσιγάρων (μέσος όρος 7,5 τσιγάρα για το δείγμα 1 και 8,5 τσιγάρα για το δείγμα 2). Περίπου στις μισές περιπτώσεις (49,2% και 53,4% για τα δείγματα 1 και 2 αντίστοιχα) κάποιος άλλος, πλην της μητέρας, κάπνιζε στο σπίτι [Πίνακες Π25, Π26, Π27].

### 3.2.3 Είδος τοκετού

Από τις μητέρες του δείγματος οι μισές γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό και οι άλλες μισές με καισαρική τομή (φυσιολογικός τοκετός: 50,6% για το δείγμα 1 και 50,8% για το δείγμα 2, καισαρική τομή: 49,4% για το δείγμα 1 και 49,2% για το δείγμα 2) [Πίνακας Π28]. Το 46,1% και το 36,8% των δειγμάτων 1 και 2 αντίστοιχα γέννησαν σε δημόσια νοσοκομεία και οι υπόλοιπες σε ιδιωτικά μαιευτήρια [Πίνακας Π29]. Από το ερωτηματολόγιο δεν συλλέχθηκαν πληροφορίες για τον τοκετό, όπως η χρήση ή όχι αναισθησίας, το είδος της αναισθησίας ή η χρήση αναρροφητικής ή άλλης εμβρυουλκίας.

### 3.3 Δείκτες θηλασμού

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προτείνει να μετρούνται για κάθε χώρα οι βασικοί δείκτες θηλασμού, οι οποίοι είναι ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός, ο σχεδόν αποκλειστικός μητρικός θηλασμός και η συμπληρωματική διατροφή με μητρικό γάλα [17].

Στη μελέτη μας ερευνήθηκαν τα παρακάτω:

1. Έναρξη θηλασμού (breastfeeding initiation): θηλασμός κατά τη συμπλήρωση του 1<sup>ου</sup> 24ώρου ζωής.
2. Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός (exclusive breastfeeding): το βρέφος λαμβάνει μόνο μητρικό γάλα και τίποτα άλλο, με μόνη εξαίρεση βιταμίνες, μέταλλα ή φάρμακα.
3. Σχεδόν αποκλειστικός μητρικός θηλασμός (predominant breastfeeding): το βρέφος λαμβάνει μητρικό γάλα και άλλα υγρά όπως νερό, χυμό, διαλύματα επανυδάτωσης, αφεψήματα και βιταμίνες, μέταλλα ή φάρμακα.
4. Πλήρης μητρικός θηλασμός (full breastfeeding): το άθροισμα αποκλειστικού και σχεδόν αποκλειστικού μητρικού θηλασμού. Αν από το σύνολο των βρεφών αφαιρεθούν αυτά που υπάγονται στην κατηγορία του πλήρους μητρικού θηλασμού εξάγεται ποσοστό συμπληρωματικό του πλήρους μητρικού θηλασμού, που αντιστοιχεί στα βρέφη που λαμβάνουν τροποποιημένο γάλα αγελάδος.
5. Μητρικός θηλασμός (breastfeeding): θηλασμός, ανεξάρτητα αν είναι αποκλειστικός, σχεδόν αποκλειστικός ή σε συνδυασμό με τεχνητό γάλα ή άλλη τροφή. Αν από το σύνολο των βρεφών αφαιρεθούν αυτά που υπάγονται στην κατηγορία του μητρικού θηλασμού εξάγεται ποσοστό συμπληρωματικό του μητρικού θηλασμού, που αντιστοιχεί στα βρέφη που λαμβάνουν αποκλειστικά τροποποιημένο γάλα αγελάδος.
6. Συμπληρωματικός μητρικός θηλασμός (complementary feeding): το βρέφος λαμβάνει στέρεες τροφές και μητρικό γάλα.

Από την έρευνα εξήχθησαν τα εξής:

- Έναρξη μητρικού θηλασμού: Οι γυναίκες που ξεκίνησαν να θηλάζουν ήταν 87,9% για το δείγμα 1 και 87,5% για το δείγμα 2.
- Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός: Τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό θήλασαν αποκλειστικά λιγότερες από τις μισές γυναίκες του δείγματος 1 (έναρξη αποκλειστικού θηλασμού 41,1% και 37,4% στο τέλος της πρώτης εβδομάδας), ενώ στο τέλος του πρώτου μήνα από αυτές συνέχισαν περίπου μία στις πέντε (20,7%). Τα ποσοστά αυτά μειώθηκαν στη συνέχεια και ήταν 11,1% και 0,9% στο τέλος του 3<sup>ου</sup> και 6<sup>ου</sup> μήνα αντίστοιχα. Για το δείγμα 2 τα αποτελέσματα για τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό ήταν: 41,1% την 1<sup>η</sup> ημέρα, 36,9% την 1<sup>η</sup> εβδομάδα και 20,4%, 9,5% και 0,4% για τους 1<sup>ο</sup>, 3<sup>ο</sup> και 6<sup>ο</sup> μήνα αντίστοιχα.
- Σχεδόν αποκλειστικός μητρικός θηλασμός: Η έναρξη του σχεδόν αποκλειστικού θηλασμού ήταν 3,8%. Στο τέλος της 1<sup>ης</sup> εβδομάδας θήλαζαν σχεδόν αποκλειστικά 6,3%. Τα ποσοστά για το τέλος του 1<sup>ου</sup> μήνα, 3<sup>ου</sup> μήνα και 6<sup>ου</sup> μήνα ήταν 13,2%, 10,8% και 0,5% αντίστοιχα. Για το δείγμα 2: 2% την 1<sup>η</sup> ημέρα, 3,9% την πρώτη εβδομάδα, 7,7% τον 1<sup>ο</sup> μήνα, 8,3% τον 3<sup>ο</sup> μήνα και 0,6% τον 6<sup>ο</sup>.



- Πλήρης μητρικός θηλασμός: Αν στον αποκλειστικό θηλασμό συνυπολογιστεί ο σχεδόν αποκλειστικός προκύπτει ο πλήρης, για τον οποίο τα ποσοστά για το δείγμα 1 είναι: έναρξη πλήρους μητρικού θηλασμού 45,2%, 43,7% στο τέλος της 1<sup>ης</sup> εβδομάδας και 33,9%, 21,9% και 1,4% για τους 1<sup>ο</sup>, 3<sup>ο</sup> και 6<sup>ο</sup> μήνα αντίστοιχα. Για το δείγμα 2: 43,1%, 28,1%, 17,8%, 0,9% για την 1<sup>η</sup> ημέρα, 1<sup>η</sup> εβδομάδα, 1<sup>ο</sup>, 3<sup>ο</sup> και 6<sup>ο</sup> μήνα αντίστοιχα.
- Μητρικός θηλασμός: Όσον αφορά στο θηλασμό γενικά, ανεξάρτητα αν αυτός είναι πλήρης ή μερικός, όπως προαναφέρθηκε ξεκίνησαν να θηλάζουν 87,9% των γυναικών του δείγματος 1, μειώθηκαν σε 82,9% στο τέλος της πρώτης εβδομάδας και έφτασαν στο 60,2% τον πρώτο μήνα. Για τους 3 και 6 μήνες τα ποσοστά ήταν 39,4% και 22,0% αντίστοιχα. Στο δείγμα 2 ξεκίνησαν να θηλάζουν 87,5% των γυναικών, μειώθηκαν σε 80,4% στο τέλος της πρώτης εβδομάδας και έφτασαν στο 57,2% στο τέλος του πρώτου μήνα. Για τους 3 και 6 μήνες τα ποσοστά ήταν 35,8% και 18,2% αντίστοιχα.
- Συμπληρωματικός μητρικός θηλασμός: Αφορά μόνο το δείγμα 2, που περιείχε παιδιά που είχαν συμπληρώσει τον δωδέκατο μήνα ζωής. Τον 6<sup>ο</sup> μήνα 17,7% των βρεφών έλαβε μητρικό γάλα συμπληρωματικά στη στερεή τροφή. Τον 9<sup>ο</sup> μήνα το ποσοστό αυτό ήταν 9,1% και τον 12<sup>ο</sup> 6,4%.

Παρακάτω δίδονται στους πίνακες 2 και 3 τα ποσοστά του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού σε δεδομένους κλεισμένους ηλικιακούς μήνες, τα ποσοστά του σχεδόν αποκλειστικού μητρικού θηλασμού, του πλήρους μητρικού θηλασμού, του μητρικού θηλασμού για τα δείγματα 1 και 2 και του θηλασμού με συμπληρωματική διατροφή για το δείγμα 2. Στη συνέχεια αυτά δίδονται διαγραμματικά.

Πίνακας 2: Εξέλιξη δεικτών μητρικού θηλασμού κατά ηλικία σε συμπληρωμένους μήνες για το δείγμα 1 (6 μηνών)

Δείκτης	Ηλικία	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	Δ.Α. 95%*
Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός	1/30 <sup>†</sup>	238/575	41,39	(37,44-45,46)
	1/4 <sup>‡</sup>	215/575	37,39	(33,53-41,42)
	1	119/575	20,70	(17,59-24,20)
	2	86/575	14,96	(12,27-18,10)
	3	64/575	11,13	(8,81-13,96)
	4	45/575	7,83	(5,90-10,31)
	5	28/575	4,87	(3,93-6,95)
Σχεδόν αποκλειστικός μητρικός θηλασμός	1/30 <sup>†</sup>	22/575	3,83	(2,54-5,73)
	1/4 <sup>‡</sup>	36/575	6,26	(4,56-8,55)
	1	76/575	13,22	(10,69-16,23)
	2	72/575	12,52	(10,06-15,48)
	3	62/575	10,78	(8,50-13,58)
	4	50/575	8,70	(6,66-11,28)
	5	22/575	3,83	(2,54-5,73)
Πλήρης μητρικός θηλασμός	1/30 <sup>†</sup>	260/575	45,22	(41,15-49,29)
	1/4 <sup>‡</sup>	251/575	43,65	(39,60-47,70)
	1	195/575	33,92	(30,05-37,79)
	2	158/575	27,48	(23,83-31,13)
	3	126/575	21,91	(18,53-25,29)
	4	95/575	16,53	(13,49-19,57)
	5	50/575	8,70	(6,40-11,00)
Μητρικός θηλασμός	1/30 <sup>†</sup>	515/586	87,88	(84,99-90,28)
	1/4 <sup>‡</sup>	486/586	82,94	(79,68-85,76)
	1	353/586	60,24	(56,22-64,12)
	2	287/586	49,98	(44,95-53,02)
	3	231/586	39,42	(35,54-43,43)
	4	186/586	31,74	(28,10-35,62)
	5	160/586	27,30	(23,85-31,05)
6	129/586	22,01	(18,85-25,54)	

\* Διάστημα αξιοπιστίας κατά 95%

<sup>†</sup> Ηλικία μίας συμπληρωμένης ημέρας

<sup>‡</sup> Ηλικία μίας συμπληρωμένης εβδομάδας

Πίνακας 3: Εξέλιξη δεικτών μητρικού θηλασμού κατά ηλικία σε συμπληρωμένους μήνες για το δείγμα 2 (12 μηνών)

Δείκτης	Ηλικία	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	Δ.Α. 95%*
Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός	1/30 <sup>†</sup>	224/545	41,10	(37,05-45,28)
	1/4 <sup>‡</sup>	201/545	36,88	(32,93-41,01)
	1	111/545	20,37	(17,20-23,95)
	2	73/545	13,39	(10,79-16,51)
	3	52/545	9,54	(7,35-12,30)
	4	40/545	7,34	(5,44-9,84)
	5	21/545	3,85	(2,53-5,82)
Σχεδόν αποκλειστικός μητρικός θηλασμός	1/30 <sup>†</sup>	11/545	2,02	(1,13-3,58)
	1/4 <sup>‡</sup>	21/545	3,85	(2,53-5,82)
	1	42/545	7,71	(5,75-10,25)
	2	50/545	9,17	(7,03-11,89)
	3	45/545	8,26	(6,23-10,87)
	4	26/545	4,77	(3,28-6,90)
	5	13/545	2,39	(1,40-4,04)
Πλήρης μητρικός θηλασμός	1/30 <sup>†</sup>	235/545	43,12	(38,96-47,28)
	1/4 <sup>‡</sup>	222/545	40,73	(36,60-44,86)
	1	153/545	28,08	(24,31-31,85)
	2	123/545	22,56	(19,05-26,07)
	3	97/545	17,80	(14,59-24,01)
	4	66/545	12,11	(9,37-14,85)
	5	34/545	6,24	(4,21-8,27)
Μητρικός θηλασμός	1/30 <sup>†</sup>	526/601	87,52	(84,64-89,93)
	1/4 <sup>‡</sup>	483/601	80,37	(77,00-83,34)
	1	342/598	57,19	(53,19-61,10)
	2	273/598	45,65	(41,70-49,66)
	3	214/598	35,79	(32,05-39,71)
	4	180/598	30,10	(26,56-33,89)
	5	154/598	25,75	(22,41-29,40)
Συμπληρωματικός Μητρικός θηλασμός	6	105/593	17,71	(14,84-20,98)
	7	76/593	12,82	(10,36-15,75)
	8	67/593	11,30	(9,0-14,10)
	9	54/593	9,11	(7,05-11,69)
	10	46/593	7,76	(5,87-10,19)
	11	43/593	7,25	(5,43-9,63)
	12	38/593	6,41	(4,70-8,67)

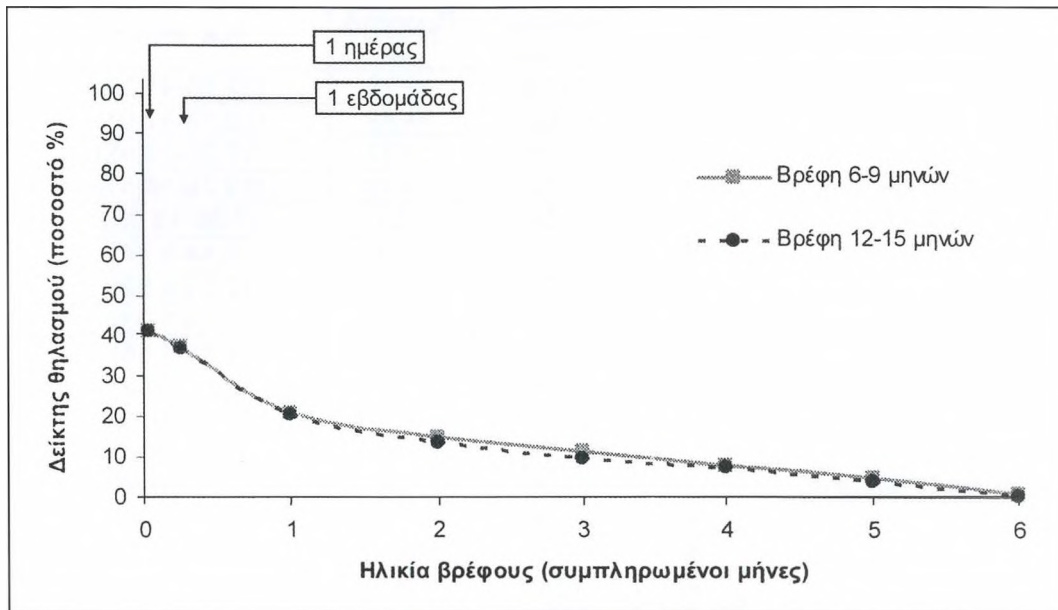
\* Διάστημα αξιοπιστίας κατά 95%

<sup>†</sup> Ηλικία μίας συμπληρωμένης ημέρας

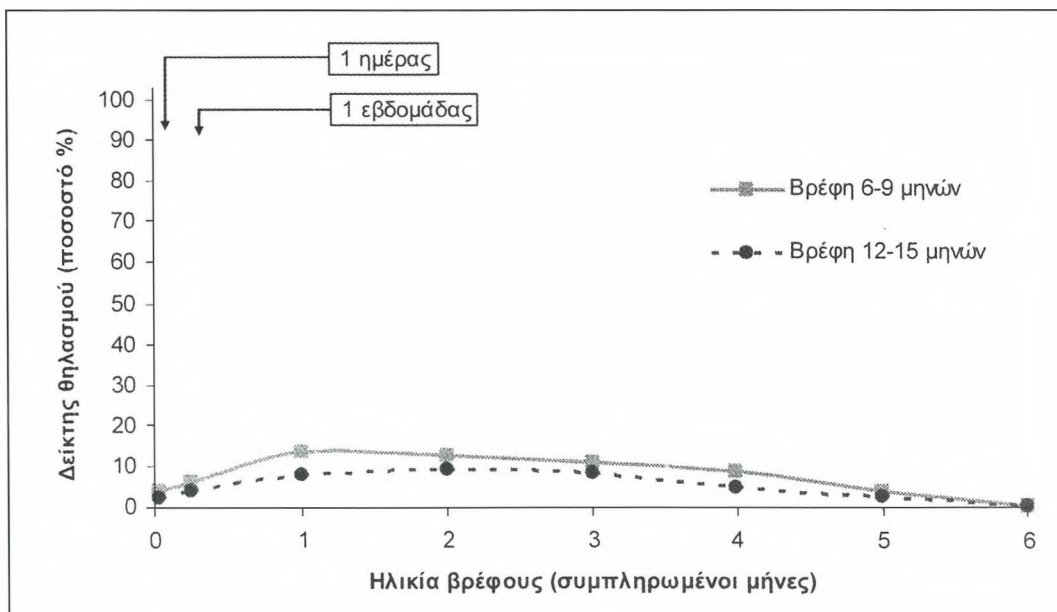
<sup>‡</sup> Ηλικία μίας συμπληρωμένης εβδομάδας



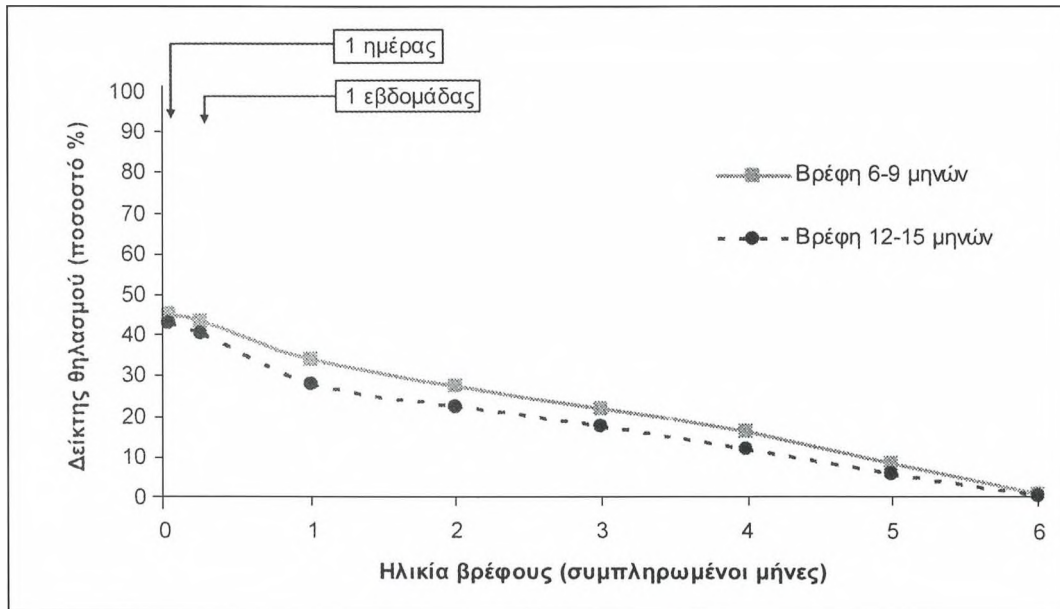
Διάγραμμα 1: Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός κατά ηλικία σε συμπληρωμένους μήνες για τα δείγματα 1 και 2 (6 και 12 μηνών αντίστοιχα)



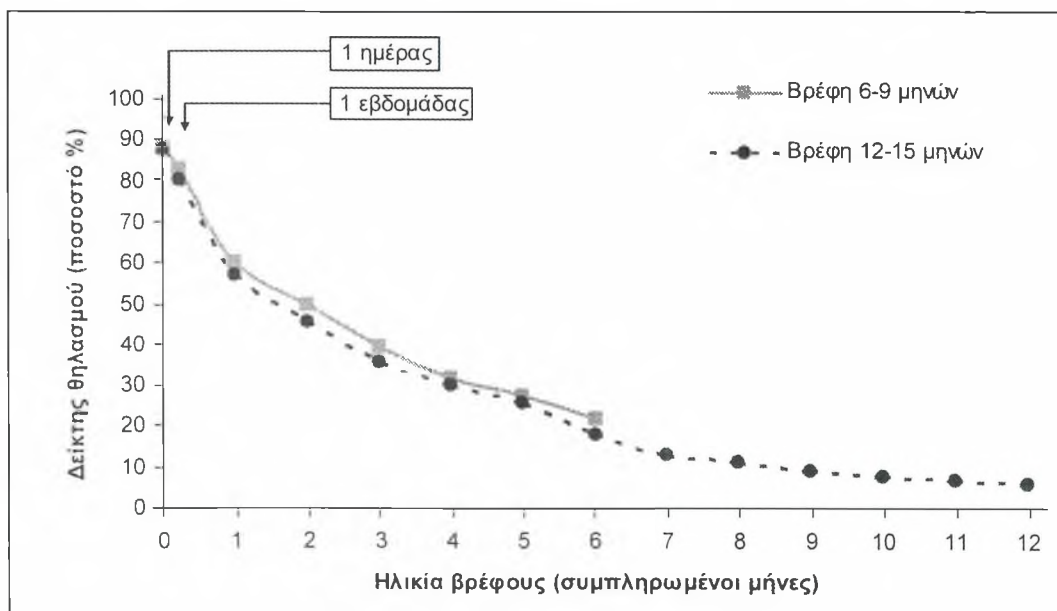
Διάγραμμα 2: Σχεδόν αποκλειστικός μητρικός θηλασμός κατά ηλικία σε συμπληρωμένους μήνες για τα δείγματα 1 και 2 (6 και 12 μηνών αντίστοιχα)



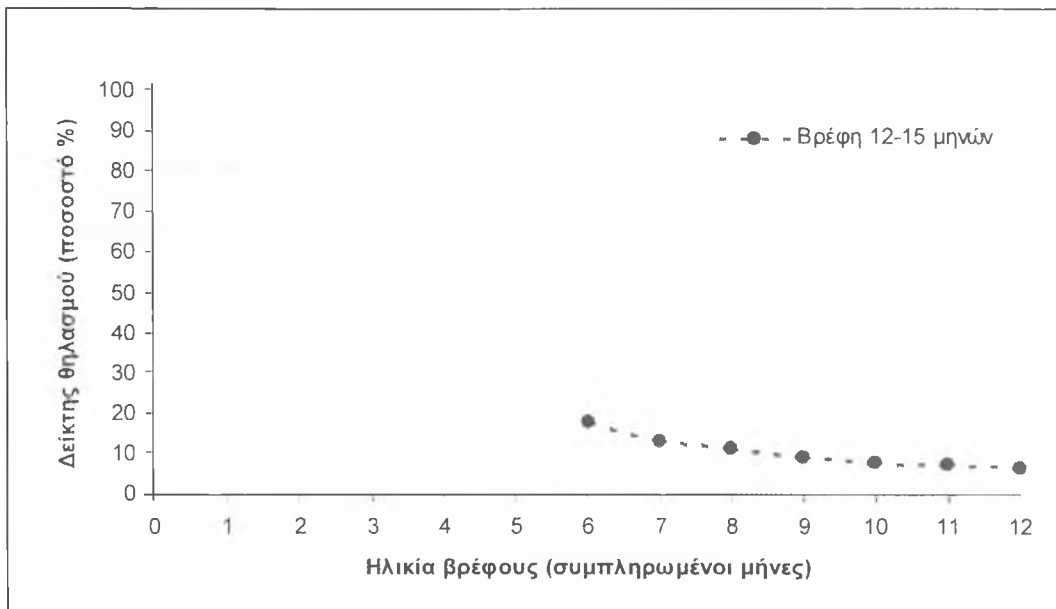
Διάγραμμα 3: Πλήρης μητρικός θηλασμός κατά ηλικία σε συμπληρωμένους μήνες για τα δείγματα 1 και 2 (6 και 12 μηνών αντίστοιχα)



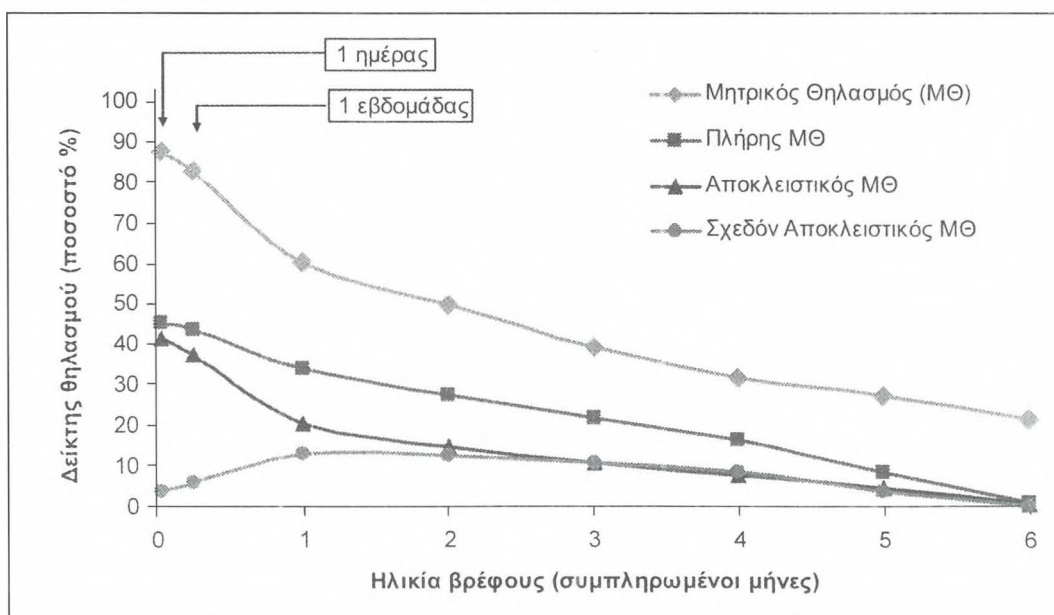
Διάγραμμα 4: Μητρικός θηλασμός κατά ηλικία σε συμπληρωμένους μήνες για τα δείγματα 1 και 2 (6 και 12 μηνών αντίστοιχα)



Διάγραμμα 5: Συμπληρωματικός μητρικός θηλασμός κατά ηλικία σε συμπληρωμένους μήνες για το δείγμα 2 (12 μηνών)



Διάγραμμα 6: Σύνοψη δεικτών μητρικού θηλασμού για το δείγμα 1 (6 μηνών)





### 3.4 Παράγοντες που σχετίζονται με το θηλασμό στην Ελλάδα

Στη συνέχεια περιγράφεται η συσχέτιση του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού τον 1<sup>ο</sup> μήνα, του θηλασμού τον 3<sup>ο</sup> και τον 6<sup>ο</sup> μήνα, για το δείγμα 1, με βασικές μεταβλητές, που μπορεί να συνιστούν προσδιοριστικούς παράγοντες του μητρικού θηλασμού [19-22]. Τα ευρήματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 4.

Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ηλικίας της μητέρας με τον αποκλειστικό ή με το θηλασμό γενικά. Παρατηρήθηκε όμως μέτρια αύξηση του αποκλειστικού θηλασμού όσο αύξανε η ηλικία της μητέρας. Συγκεκριμένα, 49% των γυναικών της ηλικιακής ομάδας 30-39 ετών θηλάζαν αποκλειστικά τον 1<sup>ο</sup> μήνα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την ηλικιακή ομάδα 20-29 ετών ήταν 36%. Για το θηλασμό τον 3<sup>ο</sup> μήνα βρέθηκε ότι ήταν πιο συχνός στις γυναίκες 35-39 ετών (48% αυτών που θηλάζαν τον 3<sup>ο</sup> μήνα). Αντιθέτως, από τις γυναίκες που θηλάζαν τον 6<sup>ο</sup> μήνα υπερτερούσαν αυτές που είχαν ηλικία 20-24 ετών (33% επί του συνόλου αυτών που θηλάζαν τον 6<sup>ο</sup> μήνα).

Η χώρα καταγωγής της μητέρας συνδέθηκε στη μελέτη κυρίως με τη διάρκεια του θηλασμού και όχι με τον αποκλειστικό θηλασμό τον 1<sup>ο</sup> μήνα. Συγκεκριμένα, βρέθηκαν συγκρίσιμα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού τον 1<sup>ο</sup> μήνα τόσο για τις Ελληνίδες (21%), όσο και για τις Αλβανίδες (17%) και τις υπόλοιπες αλλοδαπές γυναίκες πλην των Αλβανίδων (24%). Η διαφορά όμως στη διάρκεια του θηλασμού ήταν σημαντική, αφού 67% των Αλβανίδων συνέχισαν να θηλάζουν τον 3<sup>ο</sup> μήνα, ενώ από τις Ελληνίδες συνέχισε να θηλάζει μόλις το 37%. Τον 6<sup>ο</sup> μήνα ζωής διευρύνθηκε το χάσμα: συνέχισαν να θηλάζουν 51% των Αλβανίδων και μόνο 19% των Ελληνίδων.

Δε βρέθηκε συσχέτιση με το γεωγραφικό διαμέρισμα στο οποίο διέμεναν η μητέρα και το βρέφος.

Μητέρες που είχαν ανώτατη εκπαίδευση είχαν σχεδόν διπλάσια πιθανότητα (30% των γυναικών που ήταν απόφοιτες ΑΕΙ) να θηλάζουν αποκλειστικά τον πρώτο μήνα σε σχέση με μητέρες που τελείωσαν το δημοτικό (17%). Τον 3<sup>ο</sup> μήνα συνέχισαν να θηλάζουν 51% των αποφοίτων ΑΕΙ και 33% των αποφοίτων δημοτικού. Τον 6<sup>ο</sup> μήνα δε βρέθηκε σημαντική σχέση μεταξύ επιπέδου εκπαίδευσης και θηλασμού.

Στο δείγμα μας, όσο αύξανε το επίπεδο εκπαίδευσης του πατέρα, τόσο πιο πιθανό ήταν να θηλάσει η μητέρα αποκλειστικά τον 1<sup>ο</sup> μήνα. Συγκεκριμένα, όταν ο πατέρας ήταν απόφοιτος ΑΕΙ υπήρχε 25,4% πιθανότητα να θηλάζει αποκλειστικά το μωρό τον 1<sup>ο</sup> μήνα, ενώ στην περίπτωση που ήταν απόφοιτος δημοτικού ήταν 3%. Το αυξημένο εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα ευνοούσε και τη μεγαλύτερη διάρκεια του θηλασμού, αλλά σε βαθμό μη στατιστικά σημαντικό.

Το 42% του δείγματος 1 και το 40% του δείγματος 2 ανέφεραν ως ετήσιο οικογενειακό εισόδημα ποσό που κυμαινόταν μεταξύ 12000 και 23999 ευρώ. Από αυτές το 23% θηλάζε αποκλειστικά τον 1<sup>ο</sup> μήνα και συνέχισε να θηλάζει στους 3 και 6 μήνες το 38% και το 19% αντίστοιχα. Οι μητέρες που ανέφεραν ιδιαίτερα υψηλό ετήσιο οικογενειακό εισόδημα (36000-47999 ευρώ) είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα τόσο να θηλάζουν αποκλειστικά τον 1<sup>ο</sup> μήνα (32%), όσο και να συνεχίζουν να θηλάζουν τον 3<sup>ο</sup> και 6<sup>ο</sup> μήνα (61% και 25% αντίστοιχα). Παρατηρήθηκε επίσης ότι και οι γυναίκες που δήλωσαν ιδιαίτερα χαμηλό ετήσιο εισόδημα (λιγότερο από 12000 ευρώ) ήταν πιο πιθανό σε σχέση με τις γυναίκες τις μέσης κατηγορίας εισοδήματος (12000-23999 ευρώ) να συνεχίζουν να θηλάζουν τον 3<sup>ο</sup> και 6<sup>ο</sup> μήνα (43% και 32% αντίστοιχα).

“ .....

“ Όσον αφορά στα γεγονότα που διαδραματίζονται μέσα στο νοσοκομείο/μαιευτήριο εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με το θηλασμό την πρώτη ώρα και με την πραγματοποίηση φυσιολογικού τοκετού αντί καισαρικής. Επιπλέον, γυναίκες που τους δόθηκε το μωρό την πρώτη ώρα από τον τοκετό για να το θηλάσουν είχαν περίπου διπλάσια (31%) συχνότητα αποκλειστικού θηλασμού τον 1<sup>ο</sup> μήνα σε σχέση με αυτές που ξεκίνησαν να θηλάζουν αργότερα (17%). Ο θηλασμός συνέχισε να είναι σημαντικά υψηλότερος για τα βρέφη που είχαν θηλάσει από την 1<sup>η</sup> ώρα ζωής τόσο τον 3<sup>ο</sup> (53% έναντι 35%), όσο και τον 6<sup>ο</sup> μήνα (31% έναντι 19%). Το είδος του τοκετού δείχθηκε επίσης ότι σχετιζόταν με το θηλασμό. Οι γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό είχαν περίπου 1,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να θηλάζουν αποκλειστικά τον 1<sup>ο</sup> μήνα και να συνεχίζουν να θηλάζουν τον 3<sup>ο</sup> μήνα.

Παρόλο που παρατηρήθηκαν αυξημένα ποσοστά θηλασμού στα δημόσια νοσοκομεία, καθώς και στις περιπτώσεις που εφαρμόστηκε συνδιαμονή μητέρας-νεογνού (rooming in), αλλά και εκεί που δεν χορηγήθηκαν δωρεάν δείγματα ή συνταγή για γάλα σκόνη, η διαφορά αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

Τέλος, η μη χρήση της πιπίλας βρέθηκε ότι συνδέεται στο δείγμα μας ισχυρά με το θηλασμό. 33% των βρεφών που δεν χρησιμοποίησαν πιπίλα θηλάζαν αποκλειστικά τον 1<sup>ο</sup> μήνα, ενώ από αυτά που χρησιμοποίησαν πιπίλα μόνο το 17%. Εξίσου ή περισσότερο συσχετίστηκε αρνητικά η χρήση της πιπίλας με το θηλασμό τον 3<sup>ο</sup> (64% έναντι 31%) και 6<sup>ο</sup> μήνα (46% έναντι 14%).”

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** Στο επόμενο τεύχος του “ΕΛΕΥΘΩ” θα δημοσιεύσουμε και άλλα αποσπάσματα από την “ΕΘΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ”, που διεξήγαγε πανελλαδικά το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού μετά από πρόταση της Εθνικής Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού και τη χρηματοδότηση του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

## Αντισύλληψη στη διάρκεια της λοχείας

Αικατερίνη Θεοδοσιάδου\*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αντισύλληψη μετά τον τοκετό προσφέρει οφέλη στις γυναίκες, τα παιδιά τους και τα συστήματα υγείας. Με την αντισύλληψη στη λοχεία κάθε γυναίκα διαχειρίζεται το βέλτιστο χρονικό διάστημα γέννησης των παιδιών της. Το χρονικό διάστημα που απαιτείται μεταξύ των τοκετών, για να ελαχιστοποιηθούν οι κίνδυνοι για δυσμενείς εκβάσεις στην υγεία, σύμφωνα με έρευνες είναι 3 έως 5 χρόνια.

Κατά τη διάρκεια της λοχείας πολλές αντισυλληπτικές μέθοδοι είναι κατάλληλες για τις γυναίκες. Το είδος των αντισυλληπτικών μεθόδων βασίζεται στη διατροφή του βρέφους. Εάν η μητέρα θηλάζει αποκλειστικά, μπορεί να στηριχθεί στην αμέσως μετά τον τοκετό περίοδο στην αντισυλληπτική επίδραση της αμηνόρροιας λόγω μητρικού θηλασμού (LAM), τουλάχιστον μέχρι την πρώτη εμμηνόρροια. Εάν η γυναίκα θηλάζει, αποθαρρύνεται η χρήση οποιασδήποτε ορμονικής αντισύλληψης κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Η πρώτη επιλογή ορμονικής μεθόδου αντισύλληψης είναι τα προγεσταγόνου-μόνο σκευάσματα. Τα συνδυασμένα ορμονικά αντισυλληπτικά πρέπει να αποφεύγονται τους 6 πρώτους μήνες της λοχείας ή μέχρι τον απογαλακτισμό του παιδιού. Άλλες μέθοδοι επιλογής αντισύλληψης είναι η εισαγωγή IUD, οι μέθοδοι φραγμού (προφυλακτικά, σπερματοκτόνες ουσίες ή διάφραγμα). Εάν η μητέρα αποφασίσει να μη θηλάσει, απαιτείται αμέσως (21 ημέρες μετά τον τοκετό) η προστασία αντισυλληπτικής μεθόδου, επειδή η ωοθυλακιόρρηξία αναμένεται νωρίτερα.

**Λέξεις-κλειδιά:** αντισύλληψη λοχείας, βέλτιστο διάστημα γέννησης, αμηνόρροια λόγω θηλασμού, δισκία προγεσταγόνου-μόνο, συνδυασμένα αντισυλληπτικά δισκία, ενδομήτρια σπειράματα, μέθοδοι φραγμού.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Λοχεία είναι το χρονικό διάστημα των 6 εβδομάδων μετά τον τοκετό, στη διάρκεια του οποίου το σώμα της γυναίκας προσπαθεί να προσαρμοστεί και να επιστρέψει στην πριν τον τοκετό κατάσταση. Στο διάστημα αυτό επέρχονται σημαντικές αλλαγές στο γεννητικό σωλήνα, στο καρδιαγγειακό, στο αναπνευστικό αλλά και στο αναπαραγωγικό σύστημα της γυναίκας. Την περίοδο αυτή ο Οικογενειακός Προγραμματισμός είναι περισσότερο από ποτέ ζωτικής σημασίας για την υγεία και

\* Μαία Γ.Π.Ν. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ" Θεσσαλονίκης.



την ευεξία των γυναικών και των οικογενειών τους. Η μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη και τα μικρά χρονικά διαστήματα μεταξύ των εγκυμοσυνών συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο για δυσμενείς εκβάσεις στην υγεία της μητέρας και των νεογνών. Η αντισύλληψη στη λοχεία είναι μια πρόκληση για κάθε νέο ζευγάρι (Brown S.S. & Eisenberg L., 1995, Zhu B.P., 2005).

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο αυτό με την προώθηση της αναγκαιότητας της αποτελεσματικής χρήσης των αντισυλληπτικών μεθόδων και την ενημέρωση των ζευγαριών για τα οφέλη της ύπαρξης ικανού χρονικού διαστήματος μεταξύ των εγκυμοσυνών. Μόνο το 3% των ζευγαριών επιθυμεί νέα εγκυμοσύνη πριν από τα 2 χρόνια (Ross J.A. & Winfrey W., 2001).

Η συζήτηση για τον Οικογενειακό Προγραμματισμό πρέπει να αρχίζει περιγεννητικά –κατά τη διάρκεια των δυο τελευταίων επισκέψεων– και να ολοκληρώνεται πριν από την έξοδο της λεχώιδας από το Νοσοκομείο. Επίσης, πρέπει να επαναλαμβάνεται κατά τις επισκέψεις των δυο και έξι εβδομάδων μετά τον τοκετό.

Το θέμα της συζήτησης θα πρέπει να περιλαμβάνει τους κινδύνους, τις ωφέλειες και τις παρενέργειες των διαθέσιμων αντισυλληπτικών μεθόδων, τα σχέδια για τη μελλοντική τεκνοποίηση και τα οφέλη

της ύπαρξης ικανού χρονικού διαστήματος μεταξύ των εγκυμοσυνών, λαμβάνοντας πάντα υπόψη την ηλικία της μητέρας (Nabukera S.K. et al., 2001).

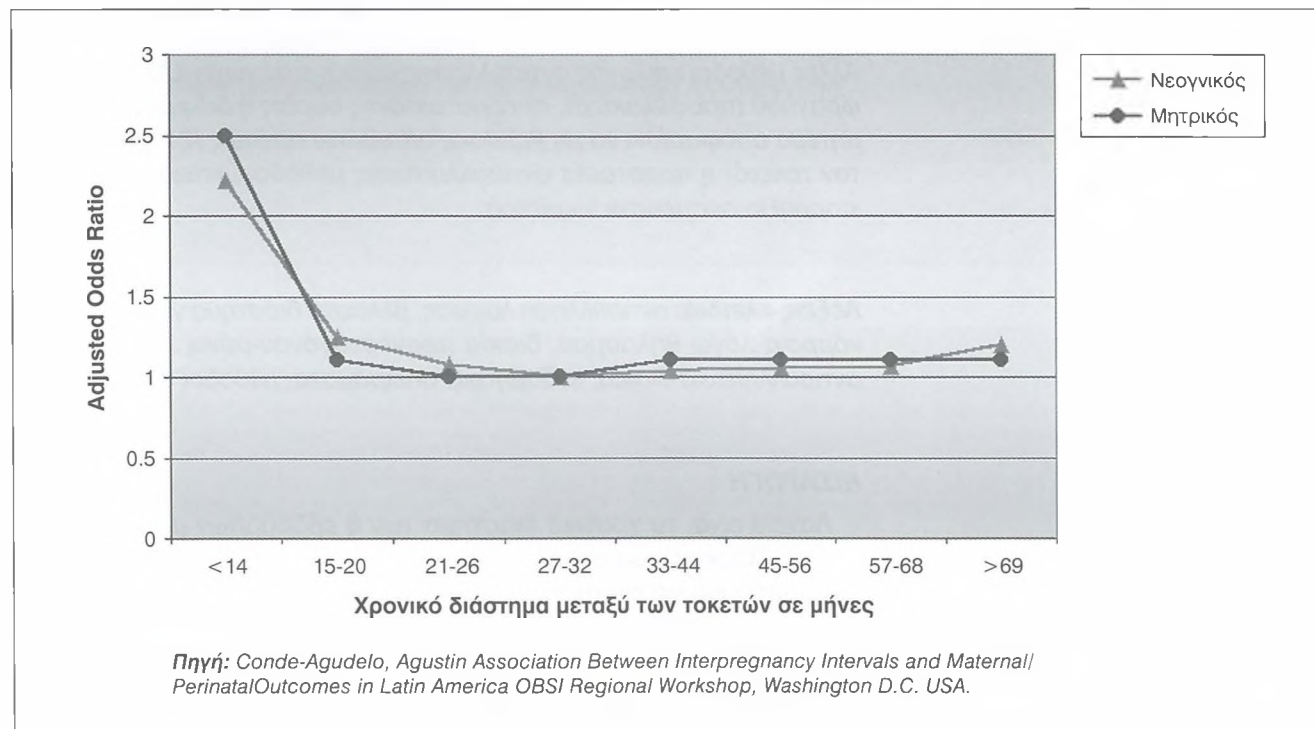
Το βέλτιστο χρονικό διάστημα μεταξύ των εγκυμοσυνών είναι ένα σημαντικό ζήτημα, που έχει επιπτώσεις στα αποτελέσματα της επόμενης εγκυμοσύνης, της εμβρυϊκής και μητρικής νοσηρότητας/θνησιμότητας. Επίσης, έχει οικονομική, κοινωνική και δημογραφική σημασία (Zilberman B., 2007).

Η μελέτη Conde-Agudelo είναι η μεγαλύτερη μέχρι σήμερα. Αξιολόγησε τον αντίκτυπο του χρονικού διαστήματος μεταξύ των γεννήσεων στην υγεία της μητέρας και του νεογνού. Ερεύνησε σε 19 χώρες της Λατινικής Αμερικής τους μητρικούς δείκτες υγείας σε 500.000 εγκυμοσύνες, συγκρίνοντας ενδεχομένως βιολογικές και κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές. Βρέθηκε στατιστικά, ότι ο κίνδυνος για δυσμενείς εκβάσεις της εγκυμοσύνης ελαττώνεται στις γυναίκες των οποίων οι τοκετοί απέχουν μεταξύ τους από 27 έως 32 μήνες (Πίνακας 1).

Σ' αυτή τη μελέτη οι γυναίκες που γέννησαν σε μικρότερα χρονικά διαστήματα είχαν τον υψηλότερο κίνδυνο για:

- αιμορραγία 3ου τριμήνου (συμπεριλαμβανομένου του προδρομικού πλακούντα και της αποκόλλησης του πλακούντα),
- αναιμία,

**Πίνακας 1.** Μητρικός και νεογνικός κίνδυνος θνησιμότητας στη Λατινική Αμερική.



- πρόωρη ρήξη των εμβρυϊκών μεμβρανών,
- ενδομητρίτιδα της λοχείας,
- θνησιμότητα (Πίνακας 2).

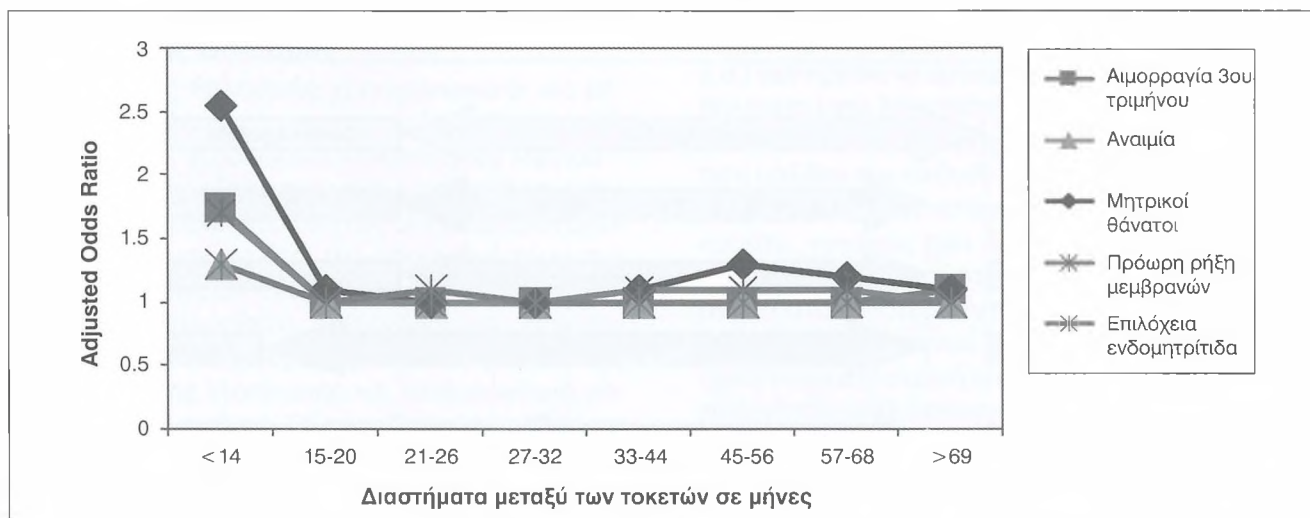
Όμως, υπάρχουν στοιχεία πως οι μητέρες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για ορισμένες επιπλοκές εάν το χρονικό διάστημα μεταξύ των γεννήσεων είναι πέρα των 5 χρόνων, π.χ. διπλασιάζεται η πιθανότητα προεκλαμψίας και εκλαμψίας (Conde-Agudelo A. et al., 2000).

Οι κίνδυνοι για τα νεογνά συνοψίζονται στη γέννηση:

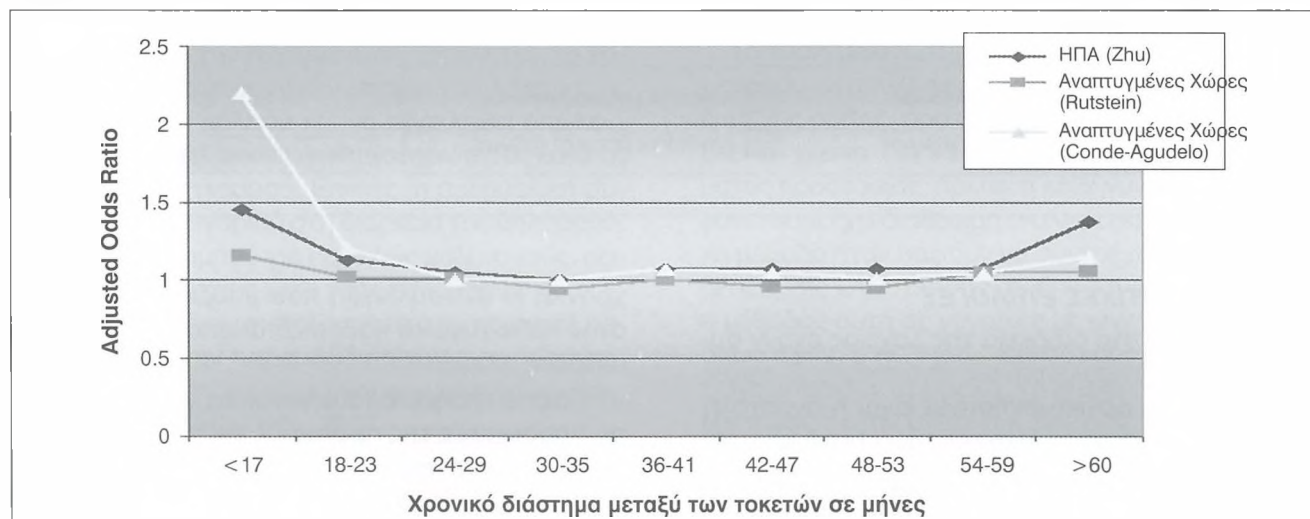
- πρόωρων νεογνών,
- νεογνών με χαμηλό βάρος γέννησης,
- νεογνών με υψηλή νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Οι κίνδυνοι για την υγεία των παιδιών μειώνονται όσο μεγαλύτερο γίνεται το διάστημα μεταξύ των γεννήσεων (Πίνακας 3).

**Πίνακας 2.** Διαστήματα συνδεδεμένα με χαμηλότερη μητρική νοσηρότητα και θνησιμότητα.



**Πίνακας 3.** Περιγεννητικός κίνδυνος για νεογνά χαμηλού βάρους γέννησης στις ΗΠΑ και Αναπτυγμένες Χώρες.

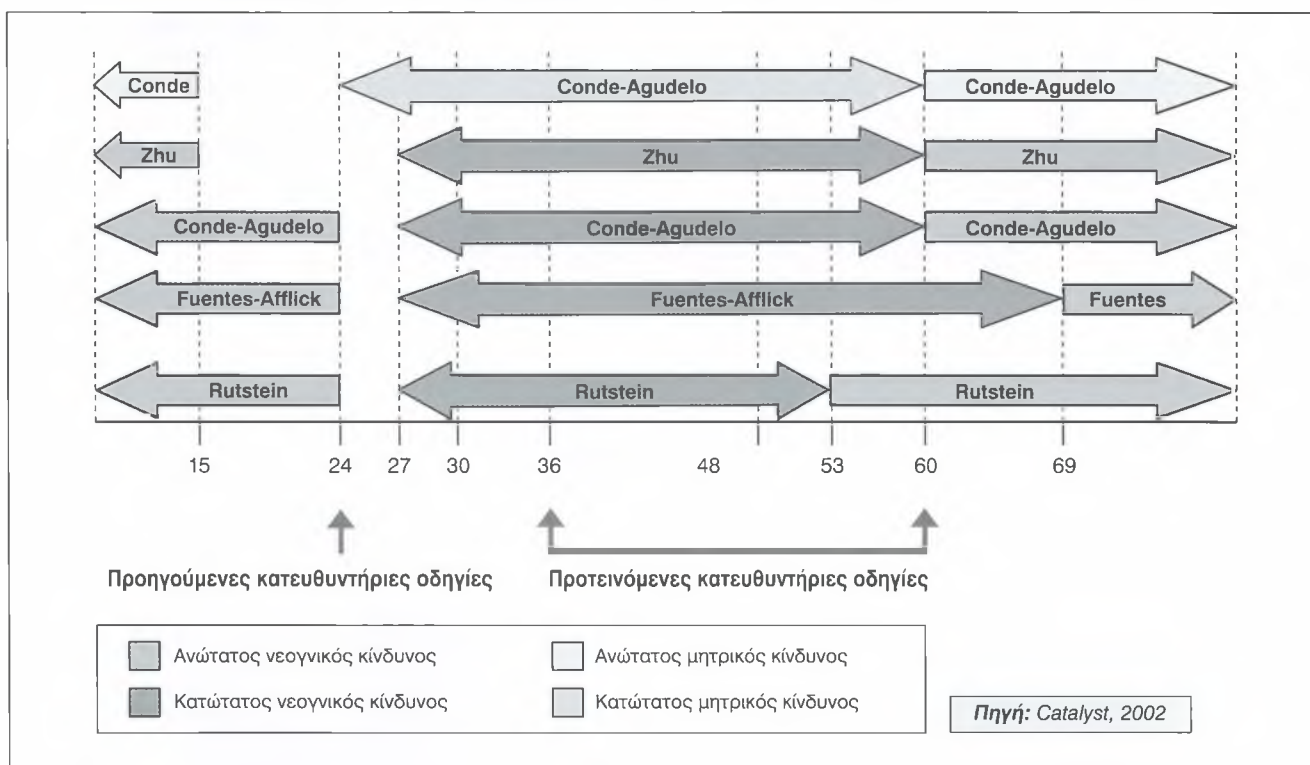


**Πηγή:** Conde-Agudelo, Agustín Association Between Interpregnancy Intervals and Maternal/Paternal Outcomes in Latin America OBSI Regional Workshop, Washington D.C., Zhu, Bao-Ping et al. Effect of the Interval Between Pregnancies on Perinatal Outcomes among White and Black women, *American Journal Obstetrics and Gynecology* Dec 2001 v. 185, No 6, p,1403-10, Zhu, Bao-Phing et al. Effect of the Interval Between Pregnancies on Perinatal Outcomes. *The New England Journal of Medicine* Feb. 25, 1999, v. 340, No 8, p.589-594, Rutstein, Shea Effect of Birth Intervals on Mortality and Health Multivariate Cross-Country Analyses Unpublished data from Measure/DHS+Macro International, Inc.

Οι έρευνες τόσο στις αναπτυγμένες χώρες (ΗΠΑ) όσο και στις αναπτυσσόμενες προτείνουν ιδανικό χρονικό διάστημα μεταξύ των εγκυμοσυνών, κυρίως για να προστατευθεί η νεογνική και η μητρική υγεία. Όλες αποφαίνονται ότι το ιδανικό χρονικό διάστημα μεταξύ των εγκυμοσυνών είναι τα 3-5 χρόνια, αναιρώντας τις προηγούμενες κατευθυντήριες οδηγίες των 2 χρόνων (Conde-Agudelo A. et al., 2000, Conde-Agudelo A., 2002, Fuentes-Afflick E. & Hessol N.A., 2000, Rutstein S., 2002, Zhu B.P. et al., 2001) (Πίνα-

κας 4). Φυσικά, το συνιστώμενο χρονικό διάστημα των 3 έως 5 χρόνων αφορά κυρίως τις έφηβες και τις νεαρές μητέρες, που ξεκινούν την τεκνοποίηση σε ηλικία κάτω των 30 χρόνων. Οι υπόλοιπες γυναίκες, που γεννούν το πρώτο παιδί τους σε ηλικία των 35+ χρόνων, αναμφισβήτητα δεν έχουν την πολυτέλεια του διαστήματος μεταξύ των κυήσεων και θα πρέπει να καθοδηγούνται ώστε να έχουν άρτια και προ της σύλληψης μαιευτική φροντίδα, καθώς και περιγεννητική φροντίδα.

**Πίνακας 4.** Το καλύτερο χρονικό διάστημα μεταξύ των τοκετών: μητρικός και νεογνικός κίνδυνος.



### ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ

Οι γυναίκες στη διάρκεια της λοχείας έχουν συγκεκριμένες αντισυλληπτικές απαιτήσεις. Σ' αυτές τις γυναίκες η αρχική ανησυχία είναι η αναστολή της παραγωγής του γάλακτος, που συνδέεται με τη χρήση των ορμονικών αντισυλληπτικών. Οι κύριες διαφορές στις διαθέσιμες αντισυλληπτικές μεθόδους εξαρτώνται από τον τρόπο διατροφής του βρέφους, δηλαδή αν το νεογνό τρέφεται με μητρικό γάλα ή όχι. (θηλασμός και μη θηλασμός.)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) συνιστά τα νεογνά να τρέφονται με μητρικό γάλα αποκλειστικά για 6 μήνες τουλάχιστον και ο μητρικός θηλασμός να συνεχίζεται για δυο ή περισσότερα

χρόνια. Η αντισύλληψη που μπορεί να προταθεί στην κάθε γυναίκα καθορίζεται από πολλές παραμέτρους, όπως:

- τις πεποιθήσεις κάθε γυναίκας, τη στάση ζωής, τις προσωπικές της προτιμήσεις και τις αντισυλληπτικές της ανάγκες,
- τα τυχόντα ιατρικά προβλήματα (π.χ. υπέρταση, φλεβική θρομβοεμβολή ή προηγούμενη τροφολαστική νόσος),
- τον τρόπο διατροφής του βρέφους (αποκλειστικός μητρικός θηλασμός ή μεικτή διατροφή ή διατροφή με ξένο γάλα,
- τους κοινωνικούς παράγοντες (π.χ. επιστροφή στην πλήρη απασχόληση).



Είναι γνωστό ότι η πρώτη ωοθυλακιωρρηξία συμβαίνει 27 ημέρες μετά τον τοκετό. Επομένως, καμιά αντισύλληψη δεν απαιτείται μέχρι την 21η ημέρα μετά τον τοκετό (Guillebaud J., 1993).

## ΦΥΣΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

### • Αποχή

Η επιστροφή στην αποχή είναι μια ασφαλής και αποτελεσματική επιλογή ώστε να αποφευχθεί μια άλλη εγκυμοσύνη μετά τον τοκετό. Σίγουρα, όμως, η αποχή είναι μικρής διάρκειας και επισφαλούς αποτελεσματικότητας.

### • Μητρικός Θηλασμός

Ο μητρικός θηλασμός χρησιμοποιείται ως μέθοδος αντισύλληψης, γνωστή ως "αμηνόρροια λόγω θηλασμού" (Lactational Amenorrhoea Method – LAM). Ο μητρικός θηλασμός έχει ως αποτέλεσμα την ελαττωμένη απελευθέρωση της GnRH από τον υποθάλαμο, μειώνοντας έτσι την παραγωγή τόσο της FSH όσο και της LH από την υπόφυση (Saarakoshi S., 1993). Επιπρόσθετα, οι β-ενδορφίνες, που παράγονται με το θηλασμό, προκαλούν μείωση της παραγωγής της ντοπαμίνης και κατά συνέπεια αύξηση της προλακτίνης. Τα επίπεδα της προλακτίνης φθάνουν τα 40-50 ng/ml και αυξάνονται μέχρι και 20 φορές μετά από κάθε θηλασμό. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η ανωοθυλακιωρρηξία.

Ο μητρικός θηλασμός μπορεί να επιφέρει και διάφορα αποτελέσματα στη σεξουαλική ευχαρίστηση. Μπορεί να μειώσει το φόβο της εγκυμοσύνης και έτσι να αυξήσει την ευχαρίστηση. Εντούτοις, τα χαμηλά επίπεδα οιστρογόνων μπορεί να ελαττώσουν τη λίπανση του κόλπου και να προκληθεί απώλεια της επιθυμίας σεξουαλικής δραστηριότητας κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Επίσης, η σεξουαλική συνέυρεση του ζευγαριού στη διάρκεια του θηλασμού, που αποτελεί ταμπού για μερικούς πολιτισμούς, μειώνει τις πιθανότητες μιας νέας εγκυμοσύνης.

Η μέθοδος είναι αποτελεσματική σε ποσοστό πάνω από 98% στην παρεμπόδιση της εγκυμοσύνης, εάν η θηλάζουσα γυναίκα πληροί και τα τρία κριτήρια της LAM (WHO/RHR, 2007).

## Κριτήρια της LAM

### • Απουσία έμμηνης ρύσης

(Η πρώτη αληθινή "περίοδος", έμμηνη ρύση, είναι οποιαδήποτε αιμορραγία που διαρκεί τουλάχιστον 2 ημέρες και που ακολουθείται από ένα δεύτερο επεισόδιο αιμορραγίας μέσα στις επόμενες 21-70 ημέρες μετά τον τοκετό – WHO, 1999). Οι αρχικοί κύκλοι είναι συχνά συνδεδεμένοι με ανεπαρκή ωχρι-

νική φάση και στην κλινική πρακτική η επιστροφή της έμμηνης ρύσης είναι συχνά το πρώτο σημάδι επιστροφής στη γονιμότητα.

### • Αποκλειστικός ή σχεδόν αποκλειστικός μητρικός θηλασμός

– Ο μητρικός θηλασμός πρέπει να αποτελεί την αποκλειστική μέθοδο διατροφής του βρέφους.

– Η συχνότητα και η διάρκεια μητρικού θηλασμού να είναι τουλάχιστον 6 μεγάλα γεύματα ή 10 πιο μικρά, με κανένα διάστημα μεγαλύτερο από 4 ώρες την ημέρα ή από 6 ώρες κατά τη διάρκεια της νύχτας.

– Η πρόσθετη σίτιση (βιταμίνες, μεταλλικό νερό, κ.ά.) δεν πρέπει να αντικαθιστά γεύμα του μητρικού θηλασμού και δεν πρέπει να υπερβαίνει το 5-10% του συνόλου της διατροφής. Η συμπληρωματική σίτιση αυξάνει τον κίνδυνο της πρώιμης ωοθυλακιωρρηξίας και κατά συνέπεια της εγκυμοσύνης, ακόμη και στις γυναίκες που δεν έχουν εμφανίσει έμμηνη ρύση. Η άντληση του γάλακτος με το χέρι ή με αντλία είναι λιγότερο έντονη από τη διαδικασία του θηλασμού του νεογνού και μπορεί να μειώσει τη μητρική νευροενδοκρινή απάντηση και να αυξήσει τον κίνδυνο της ωοθυλακιωρρηξίας και της γονιμότητας (Labbok M.H. et al., 1997). Έχει παρατηρηθεί ότι το 50% των γυναικών που δεν θηλάζουν αποκλειστικά, έχουν ωοθυλακιωρρηξία πριν από τις 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό.

### • Χρονικό διάστημα μικρότερο των 6 μηνών μετά τον τοκετό

Το κύριο μειονέκτημα του μητρικού θηλασμού ως μεθόδου αντισύλληψης αφορά την επιστροφή της έμμηνης ρύσης, άρα και της γονιμότητας σε απρόβλεπτο χρόνο. Για να μειωθεί η πιθανότητα ελλείμματος προστασίας, πρέπει η κάθε γυναίκα να ενθαρρύνεται να έχει διαθέσιμη εναλλακτική αντισυλληπτική μέθοδο όταν πάψουν να συντρέχουν οι προϋποθέσεις της LAM. Επίσης, πρέπει να αποθαρρύνεται η μέθοδος αυτή σε γυναίκες με ιογενείς λοιμώξεις, όπως ο HIV, ο HCV κ.ά., καθώς και σε γυναίκες που χρησιμοποιούν φάρμακα, τα οποία δυνητικά έχουν επιπτώσεις στην υγεία των βρεφών.

## ΜΕΘΟΔΟΙ ΦΡΑΓΜΟΥ

Οι μέθοδοι φραγμού μπορεί να χρησιμοποιηθούν από όλες τις γυναίκες, θηλάζουσες ή μη. Στις μεθόδους φραγμού περιλαμβάνονται τα προφυλακτικά, τα σπερματοκτόνα, τα διαφράγματα και τα τραχηλικά καλύμματα (caps). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 2004) συνιστά τη:

- Χρήση προφυλακτικών και σπερματοκτόνων,

ακόμα και αμέσως μετά τον τοκετό.

- Χρήση διαφραγμάτων και τραχηλικών καλυμμάτων (caps) μετά από 6 εβδομάδες από τον τοκετό, ώστε να επέλθει η πλήρης παλινδρόμηση της μήτρας.

- Αντικατάσταση των διαφραγμάτων και καλυμμάτων κάθε χρόνο.

### ΜΕΘΟΔΟΙ ΣΤΕΙΡΟΠΟΙΗΣΗΣ

Οι μέθοδοι στείρωσης μπορεί να χρησιμοποιηθούν απ' όλες τις γυναίκες, θηλάζουσες ή μη, και αφορούν τόσο τις γυναίκες όσο και τους άνδρες.

#### • Γυναικεία στείρωση

Η σαλπγγική απολίνωση (κυρίως) μπορεί να γίνει την 1η εβδομάδα μετά τον τοκετό, αλλά ο βέλτιστος χρόνος της διαδικασίας είναι οι πρώτες 48 ώρες. Αν δεν εφαρμοστεί σ' εκείνο το χρονικό διάστημα, τότε θα πρέπει να αναβληθεί μέχρι τις 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό.

#### • Ανδρική στείρωση

Η ανδρική στείρωση μπορεί να γίνει οποιαδήποτε στιγμή και αφορά την απολίνωση του σπερματικού πόρου.

### ΜΕΘΟΔΟΙ ΟΡΜΟΝΙΚΗΣ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗΣ

#### • Συνδυασμένα ορμονικά σκευάσματα (COCs)

Τα συνδυασμένα αντισυλληπτικά δισκία (οιστρογόνο-προγεστερονοειδές) δρουν αναστέλλοντας την ωοθυλακιωρηξία, ελαττώνοντας τη διαπερατότητα της τραχηλικής βλέννας, αλλά και αναστέλλοντας την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου.

#### Θηλάζουσες γυναίκες

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συνιστά: «Τα COCs ΔΕΝ πρέπει να χρησιμοποιηθούν τις πρώτες 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό και μπορεί να χορηγηθούν από το χρονικό διάστημα των 6 εβδομάδων έως των 6 μηνών, ΜΟΝΟ αν άλλες πιο κατάλληλες μέθοδοι είναι μη αποδεκτές. Αν χρησιμοποιηθούν πριν τους 6 μήνες από τον τοκετό, υπάρχουν ανησυχίες για την επίδραση των οιστρογόνων στην ποιότητα και την ποσότητα του γάλακτος, άρα αρνητική επίδραση στην ανάπτυξη των βρεφών, ακόμη και όταν χορηγούνται σε χαμηλές δόσεις των 30-35 ng».

Σε μελέτες βρέθηκε ότι μπορεί να υπάρξει μείωση έως και 41,9% της παραγωγής γάλακτος. Επίσης, υπάρχει μικρός αλλά όχι αμελητέος κίνδυνος για τη δημιουργία θρόμβων τις πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό και επίδραση στην ανάπτυξη των οργάνων

των του νεογνού, ειδικά του εγκεφάλου. Έχει διαπιστωθεί η πιθανότητα επιρροής του προγεστερονοειδούς των COCs στο ανώριμο νεογνικό ήπαρ.

#### Μη θηλάζουσες γυναίκες

Εάν η έμμηνη ρύση δεν έχει εμφανισθεί και έχουν περάσει 21 ή περισσότερες ημέρες μετά τον τοκετό, τότε η γυναίκα μπορεί να αρχίσει τη χρήση των COCs αμέσως, εάν είναι σίγουρη όμως πως δεν είναι έγκυος. Θα πρέπει να υπάρχει αποχή από τη σεξουαλική επαφή ή να χρησιμοποιηθεί πρόσθετη αντισυλληπτική προστασία για τις επόμενες 7 ημέρες (PPFA, 1998-2002).

#### • Προγεσταγόνου-μόνο σκευάσματα, mini pills, (POCs)

Τα αντισυλληπτικά σκευάσματα προγεσταγόνου-μόνο έχουν πολύ χαμηλές δόσεις προγεστερόνης. Αποκλείουν την εγκυμοσύνη αποτρέποντας την ωοθυλακιωρηξία περίπου στους μισούς κύκλους, προκαλώντας μετατροπή στην πυκνότητα της τραχηλικής βλέννας. Τα POCs προκαλούν επίσης αλλαγές στο ενδομήτριο, καθιστώντας το λιγότερο δεκτικό στην εμφύτευση ωαρίου -στην απίθανη περίπτωση της ωοθυλακιωρηξίας- και επιβραδύνουν τη μετακίνησή του μέσω του σαλπγγικού αυλού.

#### Θηλάζουσες γυναίκες

Τα POCs δεν περιέχουν οιστρογόνα και γι' αυτό αποτελούν μια καλή αντισυλληπτική επιλογή για τις θηλάζουσες γυναίκες, καθώς και για τις γυναίκες που οι συνθήκες υγείας τους αποκλείουν τη χρήση των συνδυασμένων αντισυλληπτικών. Τα POCs δεν είναι τόσο ευρέως γνωστά ή τόσο συχνά χρησιμοποιούμενα. Μόνο το 1-10% των αντισυλληπτικών, που χρησιμοποιούνται, είναι POCs.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συνιστά: «Η προγεστερόνη-μόνο μέθοδος δεν πρέπει να χρησιμοποιηθεί τις πρώτες 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό» (WHO, 2004, PPFA, 1998-2002). Εντούτοις, στο Ηνωμένο Βασίλειο αποτελεί κοινή πρακτική η χρήση των POCs και των μοσχευμάτων πριν από τις 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό, λόγω της μηδενικής τους επίδρασης στον όγκο γάλακτος και στην ανάπτυξη των βρεφών κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου (RCOG, 2002). Επίσης, επειδή τα νεογνά προσλαμβάνουν πολύ μικρό ποσοστό προγεστερόνης (τα επίπεδα στο πλάσμα των νεογνών ανευρίσκονται στο 1-6% των επιπέδων του μητρικού πλάσματος), δεν έχει παρατηρηθεί κανένα δυσμενές αποτέλεσμα στην υγεία, την ανάπτυξη ή την εξέλιξη του βρέφους.

Τα POCs μπορεί να χρησιμοποιηθούν από γυναίκες πέραν της ηλικίας των 35 χρόνων, από καπνίστριες, από υπερτασικές, από γυναίκες με αγγειακούς πονοκεφάλους (ημικρανίες), με θρομβοεμβολή, με καρδιαγγειακή πάθηση, με διαβήτη και με δρεπανοκυττάρωση. Υπάρχουν όμως φάρμακα, που μπορούν να παρεμποδίσουν την αποτελεσματικότητα των POCs, όπως είναι τα αντιθρομβωτικά και τα αντιφυματικά. Οι γυναίκες που θηλάζουν αποκλειστικά, μπορούν να έχουν τα POCs ως συνοδευτική μέθοδο αντισύλληψης. Τα POCs πρέπει να λαμβάνονται κάθε ημέρα, την ίδια ώρα, χωρίς διακοπή. Εάν τα δισκία ληφθούν τρεις ή περισσότερες ώρες αργότερα, απαιτείται για 48 ώρες μετά τη λήψη τους συνοδευτική μέθοδος αντισύλληψης.

### **Μη θηλάζουσες γυναίκες**

Οι μη θηλάζουσες γυναίκες μπορούν να ξεκινήσουν τα POCs αμέσως μετά τον τοκετό.

#### **• Επείγουσα αντισύλληψη – Αντισύλληψη έκτακτης ανάγκης (ecp)**

Η χορήγηση επείγουσας αντισύλληψης με τη μορφή των δισκίων λεβονοργεστρέλης ή συνδυασμού οιστρογόνου-προγεστερονοειδούς έχει θέση και στην περίοδο της λοχείας, 4 εβδομάδες μετά τον τοκετό (Obstetrics & Gynecology, 2002). Η αποτελεσματικότητά της εξαρτάται σε μέγιστο βαθμό από το χρονικό διάστημα, που μεσολάβησε μεταξύ της συνουσίας και της χορήγησής της (95% σε <24 ώρες, 85% σε <48 και >24 ώρες, 58% σε <72 και >48 ώρες) (FFRHC, 2000).

### **ΕΝΕΣΙΜΑ ΠΡΟΓΕΣΤΑΓΟΝΑ, ΕΠΙΔΕΡΜΙΚΑ ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΑ (PATCHES), ΕΝΔΟΔΕΡΜΙΚΑ ΕΜΦΥΤΕΥΜΑΤΑ (IMPLANTS)**

#### **• Ενέσιμα προγεσταγόνα**

Τα ενέσιμα προγεστερονοειδή βραδείας αποδέσμευσης χορηγούνται ενδομυϊκά και δρουν απελευθερώνοντας σταδιακά στην κυκλοφορία του αίματος μικρή ποσότητα προγεστερόνης καθημερινά, αναστέλλοντας έτσι την ωοθυλακιορρηξία. Η χρήση τους, κυρίως κατά τις πρώτες ημέρες, δημιουργεί αυξημένο κίνδυνο αιμορραγίας. Χρησιμοποιούνται μετά την 6η εβδομάδα της λοχείας σε γυναίκες που θηλάζουν, αφού τα ενζυμικά συστήματα του νεογνού δεν έχουν ακόμη ωριμάσει (Pardthaisong T. et. al, 2001). Η αντισυλληπτική τους δράση φθάνει έως και το 99,5%. Δεν επηρεάζουν τη γαλουχία (Kelsey J.J., 1996).

#### **• Επιδερμικά αυτοκόλλητα (patches)**

Τα επιδερμικά αντισυλληπτικά αυτοκόλλητα απελευθερώνουν διαμέσου του δέρματος οιστρογόνο και προγεστερονοειδές. Η επίδρασή τους είναι παρόμοια μ' αυτή των συνδυασμένων οιστρογόνων.

#### **• Ενδοδερμικά εμφυτεύματα (implants)**

Τα υποδόρια εμφυτεύματα επιδρούν στην τραχηλική βλέννα εμποδίζοντας την είσοδο του σπέρματος. Η χρήση τους παρέχει ασφαλή και μεγάλης διάρκειας αντισύλληψη. Η ποσότητα της απελευθερωμένης λεβονοργεστρέλης δεν επηρεάζει τη γαλουχία και την ανάπτυξη του νεογνού (Diaz S., 2002, Schiappare V., Diaz S., Zepeda A., 2002). Μπορεί να χορηγηθούν αμέσως σε μη θηλάζουσες γυναίκες (21η ημέρα της λοχείας) και από την 6η εβδομάδα σε γυναίκες που θηλάζουν με ποσοστό επιτυχίας 98,5% (Pardthaisong T. et. al, 2001).

### **ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΑ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΑ**

#### **• Σπειράματα χαλκού (IUDs)**

– Με την κατάλληλη τεχνική το IUD, που τοποθετείται αμέσως μετά από κολπικό τοκετό ή καισαρική τομή, μπορεί να είναι ασφαλές και αποτελεσματικό γιατί υπάρχει ευκολία εισαγωγής, διαθεσιμότητα ειδικευμένου προσωπικού και κατάλληλων εγκαταστάσεων. Τα πιθανά προβλήματα που τυχόν προκύπτουν συνοψίζονται στην πιθανότητα αποβολής, φλεγμονής, διάτρησης της μήτρας και της αποβολής λόγω του μητρικού θηλασμού (Family Planning Unit, 1996). Διαφορετικά, η τοποθέτησή του αναβάλλεται για μετά την 4η εβδομάδα της λοχείας ή στη διάρκεια της πρώτης έμμηνης ρύσης.

– Τα ποσοστά αποβολής για την εισαγωγή μετά τον τοκετό ποικίλλουν ανάλογα με τον τύπο του IUD και το χρόνο εισαγωγής του. Ο κίνδυνος αποβολής όταν εισάγεται στα πρώτα 10 λεπτά μετά την αποβολή του πλακούντα, είναι πολύ χαμηλότερος απ' όταν εισάγεται αργότερα στη λοχεία και υψηλότερος εάν η εισαγωγή του γίνει στις 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Η τοποθέτηση πρέπει να είναι πυθμενική και υπερτερούν τα IUDs χαλκού, σχήματος T. Ο μητρικός θηλασμός δεν αυξάνει τον κίνδυνο αποβολής. Ο κίνδυνος ανέρχεται σε ποσοστό 11%.

– Ο κίνδυνος πυελικής φλεγμονής εμφανίζεται στα ίδια ποσοστά, ανεξάρτητα από το χρόνο τοποθέτησης των σπειραμάτων. Το ποσοστό φλεγμονής για τις άμεσες μετά τον τοκετό εισαγωγές κυμαίνεται από 1,4-3,0/100 γυναίκες. Οι περισσότερες περιπτώσεις λοίμωξης εμφανίζονται μέσα σε τρεις μήνες από την εισαγωγή και θεωρούνται ως αποτέλε-



σμα ενδομητρίτιδας συνδεδεμένης με τον τοκετό, παρά με το IUD.

– Η διευρυμένη μετά τον τοκετό μήτρα μπορεί να συμβάλει στη μετατόπιση του IUD. Αυτό προκαλεί την ανησυχία του πιθανού αυξανόμενου κινδύνου διάτρησης της μήτρας καθώς ξεκινά και η παλινδρόμησή της. Αναφέρεται ποσοστό 1/2.000 περίπου εισαγωγές.

– Δεν υπάρχει καμιά επίδραση στην ποσότητα ή την ποιότητα του μητρικού γάλακτος.

#### • Σπειράματα λεβονοργεστρέλης (IUDs LNg)

Η εφαρμογή και τα πιθανά προβλήματά τους διέπονται από εκείνα των IUDs χαλκού. Συνήθως, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δεν συνιστά τη χρήση των IUDs LNg πριν από τις 4 εβδομάδες μετά τον τοκετό, εκτός αν άλλες πιο κατάλληλες μέθοδοι δεν είναι διαθέσιμες ή αποδεκτές.

Θεωρητικά, αυτό οφείλεται στην ανησυχία ότι τα θηλάζοντα νεογνά μπορούν να εκτίθενται στην επί-

δραση των στεροειδών ορμονών κατά τη διάρκεια των πρώτων 6 εβδομάδων μετά τον τοκετό. Η λεβονοργεστρέλη στο μητρικό ορό είναι χαμηλή και τα βρέφη λαμβάνουν μόνο 0,1% της μητρικής καθημερινής δόσης. Ουσιαστικά, κανένας κίνδυνος δεν υπάρχει στο θηλασμό των νεογνών κατά τη διάρκεια των πρώτων 6 εβδομάδων μετά τον τοκετό (Kelsey J.J., 1996).

Στον Πίνακα 5 που ακολουθεί γίνεται σύγκριση της αποτελεσματικότητας των αντισυλληπτικών μεθόδων.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός στην περίοδο της λοχείας είναι περισσότερο από ποτέ ζωτικής σημασίας για την υγεία και την ευεξία των γυναικών και των οικογενειών τους. Το χρονικό διάστημα μετάξυ των γεννήσεων έχει άμεσες επιπτώσεις στην

Πίνακας 5. Σύγκριση της αποτελεσματικότητας των αντισυλληπτικών μεθόδων.

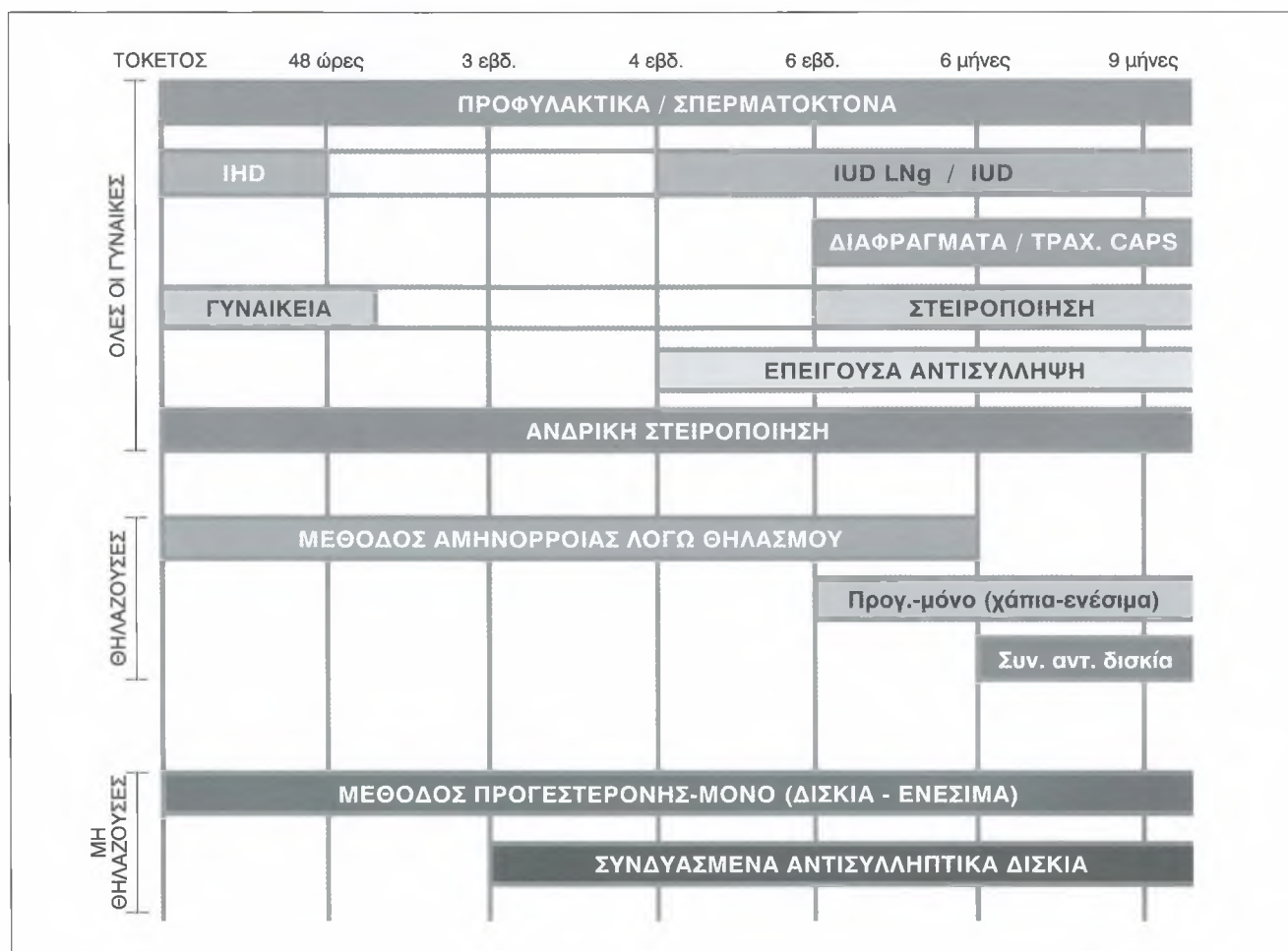
ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΩΝ ΑΝΑ 100 ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΥ ΕΤΟΥΣ ΧΡΗΣΗΣ		
ΜΕΘΟΔΟΣ	ΤΕΛΕΙΑ ΧΡΗΣΗ	ΣΥΝΗΘΗΣ ΧΡΗΣΗ
<b>Ορμονικές μέθοδοι</b>		
Συνδυασμένα αντισυλληπτικά δισκία	0,1	5
Προγεσταγόνου-μόνο αντισυλληπτικά δισκία	0,5	5
Εγχύσιμες προγεστερόνες	0,1	–
<b>Μέθοδοι φραγμού</b>		
Διάφραγμα / τραχηλικά caps	6	20
Σπερματοκτόνα	6	26
Προφυλακτικά	3	14
<b>Ενδομήτρια σπειράματα</b>		
Σπειράματα χαλκού (IUD)	0,6	0,8
Σπειράματα λεβονοργεστρέλης (IUD)	1,5	2,0
<b>Γυναικεία στείρωση</b>	0,5	0,5

Πηγή: Planned Parenthood Federation of America, 2002.

υγεία και των γυναικών και των παιδιών τους. Η μη προγραμματισμένη εγκυμοσύνη και τα μικρά χρονικά διαστήματα μεταξύ των εγκυμοσυνών συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο για δυσμενείς εκβάσεις

στην υγεία της μητέρας και των νεογέννητων. Η αντισύλληψη που μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην περίοδο της λοχείας συνοψίζεται στον Πίνακα 6 που ακολουθεί.

Πίνακας 5. Αντισύλληψη στην περίοδο της λοχείας.



## ABSTRACT

Ekaterini Theodosiadou: **Postpartum contraception.**

"ELEFTHO", 3:111-120, 2009

Postpartum contraception offers benefits to women, their children and health systems. With postpartum contraception, each woman manages the optimal birth spacing. The length of time needed between births to minimize the risks for adverse health outcomes- new researches indicated is "3 to 5 years." Many contraceptive methods are suitable to postpar-

tum women. The contraceptive methods are based on baby's feeding. In the immediate postpartum period, if the mother breastfeeds fully the baby, she can rely on the contraceptive effect of lactational amenorrhoea method (LAM), at least until her first menstruation. While breastfeeding, hormonal contraception should be avoided. The first choice of a hormonal method is the progestogen-only pill (mini pill-POCs). Combined OCs (COCs) should be avoided until 6 months after birth, or until the baby is weaned. Other methods of choice are: the introduction of an IUD, and barrier methods (condoms, spermicides or diaphragm). If the mother decides not to breastfeed her

*baby, she needs the protection of a contraceptive method, immediately (21 days after birth), because ovulation is expected earlier.*

**Key-words:** *postpartum contraception, optimal birth spacing, lactational amenorrhoea method, progestogen-only pill, combined oral contraceptives, IUD, barrier methods.*

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Brown S.S., Eisenberg L.: The best intentions: Unintended pregnancy and the wellbeing of children and families. Washington, DC: National Academy of Sciences, 1995.
- Conde-Agudelo A., Belizán: Maternal Morbidity and Mortality Associated with Interpregnancy Interval: Cross Sectional Study, *British Medical Journal*, 18/11/00, 2000.
- Conde-Agudelo A.: Maternal Sociodemographic and Obstetric Factors Associated with Short Birth Intervals in Women in Adolescents 2002.
- Diaz S.: Contraceptive implants and lactation. *Contraception* 2002, 65: 39-46.
- Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care: Emergency contraception: recommendations for clinical practice. April 2000.
- Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care RCOG: UK Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2002.
- Fuentes-Afflick E., Hessol N.A.: Interpregnancy interval and the risk of premature infants. *Obstetrics and Gynecology*, 95: 383-90, 2000.
- Guillebaud J.: Postpartum contraception. Unnecessary before three weeks. *BMJ*. 1993 Dec, 11; 307 (6918):1560-1.
- Kelsey J.J.: Hormonal contraception and lactation. *J Hum Lact*. 1996 Dec, 12(4): 315-8.
- Labbok M.H., Hight-Laukaran V., Peterson A.E., Fletcher V., Von Hertzen H., Van Look P.F.A.: Multicenter study of the lactational amenorrhoea method (LAM): (Efficacy, duration, and implications for clinical application). *Contraception*. 1997, 55: 327-336.
- Nabukera S.K., Wingate M.S., Salihu H.M., Owen J., Swaminathan S., Alexander G.R., Kirby R.S.: Pregnancy spacing among women delaying initiation of childbearing. Department of Epidemiology, University of Iowa, USA, 2001.
- Obstetrics & Gynecology*: Contraception for Women in Selected Circumstances. Volume 99, Number 6, June 2002, 1100-1112.
- Planned Parenthood Federation of America Inc.: Birth Control: Facts About Birth Control. PPFA, [www.plannedparenthood.org/bc/bcfacts/html](http://www.plannedparenthood.org/bc/bcfacts/html) 1998-2002.
- Pardthaisong T., Yencht C., Gray R.: The long term growth and development of children exposed to Depo-Provera during pregnancy and lactation (2001).
- Ross J.A., Winfrey W.: Use of contraceptives for birth spacing among postpartum women, 2001a, 2001.
- Rutstein S.: Effect of birth intervals on mortality and health: multivariate cross-country analyses. International, Inc. Calverton Maryland, 2002.
- Saarakoshi S.: Contraception during lactation. *Ann Med* 1993, 25: 181-184.
- Schiappace V., Diaz S., Zepeda A.: Health growth of infants breastfed by Norpland contraceptive implants users: a six year follow up study. *Contraception* 2002, 66: 57-65.
- Technical Guidance/Competence Working Group and World Health Organization/Family Planning and Population Unit.: Family planning methods: New guidance, Population Reports. Series J, No 44. Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, October 1996.
- World Health Organization: Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), INFO Project. 2007. Family Plan.: A Global Handbook for Providers. Baltimore and Geneva: CCP and WHO.
- World Health Organization: Improving access to quality care in family planning – medical eligibility criteria for initiating and continuing use of contraceptive methods (1999).
- World Health Organization: Task Force on Methods for the Natural Regulation of Fertility. The WHO Multinational Study of Breastfeeding and Lactation Amenorrhoea. III. Pregnancy during breastfeeding. *Fertil Steril* 1999, 72: 431-440.
- World Health Organization: Medical eligibility criteria for contraceptive use, 2004, third edition.
- Zhu B.P.: Effect of interpregnancy interval on birth outcomes: findings from three recent US studies. *Int J Gynaecol Obstet*. 2005, 89(Suppl 1): S25-33. (PubMed).
- Zhu B.P. et al.: Effect of interval between pregnancies on perinatal outcomes among white and black women. *American Journal of Obst. and Gyn.* (185): 1403-10, 2001.
- Zilberman B.: Influence of short interpregnancy interval on pregnancy outcomes. *Harefuah*. 2007 Jan, 146(1): 42-7, 78 review.



## 5η Διακλινική Ημερίδα στο Γ.Ν. "ΑΤΤΙΚΟΝ"

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Το Σάββατο, 5 Δεκεμβρίου 2009 και ώρα 9.30 π.μ. έως 16.00 μ.μ., στο Αμφιθέατρο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου "ΑΤΤΙΚΟΝ" θα πραγματοποιηθεί η 5η Διακλινική Ημερίδα με θέμα:

### “Περιγεννητική ασφυξία Δυσχέρειες στην εφαρμογή του Μητρικού Θηλασμού”

Η Ημερίδα διοργανώνεται από την Γ΄ Παιδιατρική Κλινική (Διευθύντρια: Καθηγήτρια Π. Νικολαΐδου-Καρπαθίου) και τη Γ΄ Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική (Διευθυντής: Καθηγητής Ε. Σαλαμαλέκης).

Πληροφορίες: Τμήμα Νεογνών – Τηλ.: 210.5831287

Για το Σ.Ε.Μ.Α.

Η Πρόεδρος

**ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΜΑΛΦΑ**

## ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΗΜΕΡΙΔΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Σας ενημερώνουμε ότι ο Σύλλογος Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Αθηνών διοργανώνει Ημερίδα με θέμα την "ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ". Η ημέρα διεξαγωγής της προγραμματίστηκε για το Σάββατο, 24 Οκτωβρίου 2009 και ώρα 11.00 π.μ. Επειδή ο Σύλλογός μας βρίσκεται στο στάδιο των διαπραγματεύσεων όσον αφορά το χώρο στον οποίο θα πραγματοποιηθεί, γι' αυτό το λόγο μόλις γίνει συγκεκριμένος θα μπορέσετε να το πληροφορηθείτε με τους παρακάτω τρόπους:

- τηλεφωνώντας στα γραφεία του Σ.Ε.Μ.Α., **τηλ: 210.6465691, 210.6429675**
- επικοινωνώντας με το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο του Σ.Ε.Μ.Α.: **e-mail: sema-icm@otenet.gr**
- επισκεπτόμενοι την ιστοσελίδα του Συλλόγου: **www.semma.gr**

Το Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α.

## Ανακοίνωση του Σ.Ε.Μ. Ανατολ. Μακεδονίας-Θράκης

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ  
ΕΦΕΤΕΙΟΥ ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ  
(ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ-ΘΡΑΚΗΣ)  
ΕΔΡΑ: ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ-ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ  
ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ  
Τηλ.: 6944.163790 - 6977.145495

Σουφλί, 12/08/2009  
Αριθ. Πρωτ.: 17/09

### ΠΡΟΣ

- α) Την Πρόεδρο του Σ.Ε.Μ. Αθηνών κ. Κ. Μάλφα
- β) Το Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ. Αθηνών

**ΘΕΜΑ: «Κοινοποίηση εγγράφου του Υ.Υ.Κ.Α. (Γενική Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης – Διεύθυνση Εκπαίδευσης και Έρευνας».**

Σας κοινοποιούμε το από 21/07/2009 έγγραφο του Υ.Κ.Κ.Α., που αφορά την έγκριση έναρξης λειτουργίας των Μετεκπαιδευτικών Σεμιναρίων 50 ωρών για τις Μαιές και Μαιευτές από την Πανεπιστημιακή Μαιευτική/Γυναικολογική Κλινική του Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης με θέμα: **“Προετοιμασία για τη μητρότητα με τη μέθοδο της Ψυχοπροφύλαξης”**, που θα διοργανώνονται το **1ο δεκαπενθήμερο του μηνός Οκτωβρίου και το 2ο δεκαπενθήμερο του μηνός Μαΐου, με πρώτη ημέρα τη Δευτέρα.**

Οι Μαιές και οι Μαιευτές που ενδιαφέρονται για την παρακολούθηση των παραπάνω Σεμιναρίων, παρακαλούνται να επικοινωνούν με τις υπεύθυνες Μαιές κ. Αναστασία Αλεξίδου και κ. Βασιλική Κεραμισίδου στα τηλ.: 25510-75570 & 25510-75577.

Παρακαλούμε μετά την ενημέρωσή σας να κοινοποιηθεί το επισυναπτόμενο έγγραφο του Υ.Κ.Κ.Α. σε όλους τους Σ.Ε.Μ., ώστε να γνωστοποιηθεί στις Μαιές και τους Μαιευτές όλης της χώρας και να δημοσιευθεί η παραπάνω δραστηριότητα στο επόμενο τεύχος του “ΕΛΕΥΘΩ”.

Ας είναι **στόχος** μας κάθε νέα δραστηριότητα να υποστηρίζεται συνολικά από όλο το μαιευτικό κλάδο της χώρας, **σκοπός** μας η καλύτερη πρόσβαση και η προώθηση των επιστημονικών γνώσεων, σκέψεων και απόψεων του κλάδου, και **όφελος** η κάθε γνώση, που θα μας βελτιώνει ως λειτουργούς υγείας, αλλά και γενικότερα ως ανθρώπους.

Ευχαριστούμε

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς  
Για το Δ.Σ.

Η Πρόεδρος

**ΠΑΓΩΝΑ ΚΑΡΑΚΗ**

Ο Γραμματέας

**ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΡΑΣ**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ &  
ΚΟΙΝ/ΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ  
ΓΕΝ. Δ/ΝΣΗ ΔΙΟΙΚ. ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ  
ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΥΠΟΔΟΜΩΝ  
Δ/ΝΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Αθήνα, 21/07/2009  
Αριθ. Πρωτ.: ΔΥ2α/89078

Ταχ. Δ/ση: Αριστοτέλους 17  
Ταχ. Κώδικας: 101 87  
Πληροφορίες: Ολ. Αναστασίου  
Τηλέφωνο: 210.5232564

ΠΡΟΣ: Αποδέκτες  
ως Πίνακας Διανομής

**Πληροφορίες για τα Σεμινάρια:**  
**κ. Α. Αλεξίδου & κ. Β. Κεραμιτσίδου**  
**Τηλ.: 25510-75570 και 25510-75577**

**ΘΕΜΑ: «Έγκριση έναρξης λειτουργίας Μετεκπαιδευτικών Σεμιναρίων για τις Μαίες και τους Μαιευτές από την Πανεπιστημιακή Μ/Γ Κλινική του Π.Γ.Ν.Α.».**

Σχετικά: Η από 26 Ιουνίου 2009 επιστολή του Διοικητή του Π.Γ.Ν.Α. κ. Χρυσόστομου Ξανθόπουλου.

Σας πληροφορούμε ότι όπως μας γνωστοποιήθηκε με το παραπάνω σχετικό, στο Π.Γ.Ν.Α. και συγκεκριμένα στην Πανεπιστημιακή Μ/Γ Κλινική διοργανώνονται μετεκπαιδευτικά σεμινάρια διάρκειας 50 ωρών για τις Μαίες και τους Μαιευτές με θέμα: **“Προετοιμασία για τη μητρότητα με τη μέθοδο της Ψυχοπροφύλαξης”**.

Τα ανωτέρω σεμινάρια θα διοργανώνονται δύο φορές ετησίως, σταθερά και συνεχόμενα (όταν υπάρχει αριθμός αιτήσεων) και ορίζονται το **1ο δεκαπενθήμερο του μηνός Οκτωβρίου και το 2ο δεκαπενθήμερο του μηνός Μαΐου, με πρώτη ημέρα τη Δευτέρα**.

Υπενθυμίζεται η διάταξη της παραγράφου 18, του άρθρου 11, Ν. 2889-ΦΕΚ 37/Α/2-3-2001: “Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις”, όπου μεταξύ των άλλων αναφέρει ότι:

«Απαγορεύεται σε ιατρούς, στο λοιπό επιστημονικό και νοσηλευτικό προσωπικό του ΕΣΥ, καθώς και σε πανεπιστημιακούς ιατρούς, που εργάζονται σε Κλινικές εγκατεστημένες σε Νοσοκομεία του ΕΣΥ ή των ΑΕΙ, να συμμετέχουν σε συνέδρια ή σεμινάρια στο εσωτερικό ή εξωτερικό, που οργανώνονται από φαρμακευτικές εταιρείες ή εταιρείες ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού για την προβολή των προϊόντων τους».

Ο ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΣ ΤΗΣ Δ/ΝΣΗΣ  
**Δ. ΚΟΜΜΑΤΑΣ**

**ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ**  
**ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ ΓΙΑ ΕΝΕΡΓΕΙΑ**

1. Όλες τις ΥΠΕ της Χώρας
2. ....
3. ....
4. .... έως 10

**ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ ΓΙΑ ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ**

**4η ΔΥΠΕ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ**  
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**  
**ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ**  
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ Μ/Γ ΚΛΙΝΙΚΗ**  
**ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: κ. Β. ΛΥΜΠΕΡΗΣ**



## 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 επισημίες 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 ενδιαφερόντων 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 Περιπτώσεως, 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.

## **Επιστολή προς τη Συντακτική Επιτροπή του "ΕΛΕΥΘΩ"**

Προς το  
**ΣΥΛΛΟΓΟ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΑΘΗΝΩΝ**  
Αρ. Παππά 2 – ΑΘΗΝΑ  
Τηλ.: 210.6465691

Εισερχόμενα:  
333/29-08-2009

### Υπόψη κ. Ραλλούς Λυμπέρη

*Το να είσαι μητέρα είναι ένας πραγματικά δύσκολος ρόλος όταν θέλεις να τον επιτελέσεις σωστά. Το έζησα και το ζω με την 7 μηνών αξιαγάπητη κορούλα μου.*

*Σε όλο αυτό το διάστημα συνάντησα πολλές δυσκολίες καθώς αποφάσισα να θηλάσω. Οι δυσκολίες παρουσιάστηκαν αφού η Μαία που είχα στο ιδιωτικό Μαιευτήριο δεν με βοήθησε καθόλου –γιατί ήταν "Επαγγελματίας Μαία"– το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον δεν γνώριζε για το μητρικό θηλασμό και προσπαθούσα μόνη να τα βγάλω εις πέρας, με τη συμπαράσταση βέβαια του συζύγου, με δυο φορές γαλακτοφορίτιδα (μαστίτιδα), πυρετό και αντιβίωση και πολλές άλλες φορές με πόνους.*

*Σ' αυτή τη δύσκολη πορεία είχα ως σύμβουλό μου την κ. Ραλλού Λυμπέρη, μέλος του Συλλόγου Μαιών Αθηνών, την οποία θα ήθελα να ευχαριστήσω, αφού πάντα με υπομονή και επιστημονική τεκμηρίωση με καθυσύχαζε και με συμβούλευε. Όταν πια η κατάσταση με τις μαστίτιδες έφτασε στο απροχώρητο, μου συνέστησε την κ. Μαρία Δάγλα, άλλη μια καταπληκτική και αξιόλογη Μαία του Συλλόγου, που ήρθε σπίτι και μου έδειξε όσα έπρεπε να γνωρίζω για το μητρικό θηλασμό. Θα ήθελα να ευχαριστήσω και εκείνη μέσα από τα βάθη της ψυχής μου.*

*Είναι πολύ σημαντικό να ξέρεις πως υπάρχουν άνθρωποι-ειδήμονες, που θα είναι δίπλα σου όποτε τους θελήσεις!*

*Με εκτίμηση*  
**Μαριάννα Κανταλή**



## Παγκόσμια Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού, 1-7 Νοεμβρίου 2009

Για τον εορτασμό της “Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού, 1-7 Νοεμβρίου 2009”, ο Σύλλογος “ΟΙ ΦΙΛΟΙ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ” διοργανώνει τις παρακάτω εκδηλώσεις:

### Κυριακή, 1η Νοεμβρίου 2009

- Κατάθεση στεφάνου στο άγαλμα της “Θηλάζουσας Μητέρας” στην Πλατεία “Ελ. Βενιζέλου”.
- Προσφορά λουλουδιών σε όλες τις λεχωίδες του Π.Γ.Ν.-Μαιευτηρίου “ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ” και ενημέρωση για τους στόχους της “Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού”.
- Ταυτόχρονος συμβολικός Μητρικός Θηλασμός όλων των λεχωίδων στο Π.Γ.Ν.-Μαιευτήριο “ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ”.

### Δευτέρα-Παρασκευή, 2-6 Νοεμβρίου 2009

Συμμετοχή στο “25ο Εκπαιδευτικό Σεμινάριο 40 ωρών για το Μητρικό Θηλασμό”, που θα γίνει στο Π.Γ.Ν.-Μαιευτήριο “ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ” υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

### Σάββατο, 7 Νοεμβρίου 2009

ΕΘΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΕΡΕΥΝΩΝ

(Λεωφ. Βασ. Κωνσταντίνου 48, Αθήνα)

Αμφιθέατρο “ΛΕΩΝΙΔΑΣ ΖΕΡΒΑΣ”

Ώρα: 10.00 π.μ.-14.00 μ.μ.

ΕΙΣΟΔΟΣ ΕΛΕΥΘΕΡΗ

- Ομιλία με θέμα:  
**“Μητρικός Θηλασμός: Ζωτική απάντηση σε κρίσιμες καταστάσεις. Είστε έτοιμοι;”**
- Καλλιτεχνική εκδήλωση: Νανουρίσματα
- Προσφορά έντυπου υλικού σχετικού με το Μητρικό Θηλασμό
- Δεξίωση

## 5η Ετήσια Ημερίδα για το Μητρικό Θηλασμό

ΣΥΛΛΟΓΟΣ

«ΟΙ ΦΙΛΟΙ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ»  
 «THE FRIENDS OF BREASTFEEDING» NGO



## 5η Ετήσια Ημερίδα για το Μητρικό Θηλασμό

### 5th Annual Breastfeeding Conference

Με Διεθνή Συμμετοχή  
 With International Participation

Αθήνα, 1η Δεκεμβρίου 2009

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ  
 ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

Αμφιθέατρο “Ιωάννης Δρακόπουλος”  
 Πανεπιστημίου 30 (ΠΡΟΠΥΛΑΙΑ), Αθήνα

Athens, December 1st, 2009

NATIONAL KAPODISTRIAKO UNIVERSITY OF ATHENS

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ  
 UNDER THE AUSPICES OF THE GREEK MINISTRY OF HEALTH & WELFARE

# Nelle says

## Η έκτρωση δεν είναι... αντισύλληψη

Αντισυλληπτικό χάπι:

### Η καλύτερη προστασία από ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες

Παρά το γεγονός ότι διανύουμε την εποχή της πληροφορίας και της τεχνολογίας, η αντισύλληψη φαίνεται να παραμένει ακόμη ταμπού στην χώρα μας, κάνοντας του νέους να υιοθετούν μία ανεύθυνη και επικίνδυνη σεξουαλική συμπεριφορά με τέσσερα στα δέκα ζευγάρια να μη λαμβάνουν κανένα μέτρο προστασίας από μία ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη!

### Καθυστέρηση, φόβος ή Άγνοια;

Είναι χαρακτηριστικό ότι στη χώρα μας, 9 στις 10 γυναίκες με ενεργή σεξουαλική ζωή δεν επιθυμούν να κάνουν παιδιά, στα επόμενα 2-3 χρόνια. Ωστόσο, δεν κάνουν και τίποτα για αυτό. Σχεδόν οι μισές απ' αυτές (47%) δεν επιθυμούν καθόλου παιδιά, στο μέλλον.

Το πιο ανησυχητικό όμως στοιχείο, σύμφωνα με έρευνα της METRONANALYSIS που έγινε για λογαριασμό της φαρμακευτικής εταιρείας Bayer, είναι ότι το 22% των Ελληνίδων έχει κάνει τουλάχιστον μία έκτρωση... Επιπλέον, το γεγονός ότι τα στοιχεία αυτά παραμένουν αμετάβλητα την τελευταία δεκαετία, δείχνουν το πόσο επιβαρύνεται η υγεία της Ελληνίδας. Προς επικύρωση αυτού, τα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης μιλούν από μόνα τους: ενώ κατά μέσο όρο στις χώρες της Ευρώπης το αντισυλληπτικό χάπι χρησιμοποιείται από τις γυναίκες σε ποσοστό 22%, στην Ελλάδα η χρήση του μόλις που ξεπερνά το 3% (3,2%)!

### Αντισυλληπτικό χάπι: Το πιο Δημοφιλές

Το 1958, η πλειοψηφία των επιστημόνων άρχισε να μιλά για μία από τις σημαντικότερες ιατρικές ανακαλύψεις του 20ου αιώνα: για το αντισυλληπτικό χάπι, που δημιουργήθηκε από το διακεκριμένο επιστήμονα G.Pincus και έγινε σύμβολο της σεξουαλικής απελευθέρωσης. Η πρόοδος που έχει επιτευχθεί στα αντισυλληπτικά χάπια από το 1961 μέχρι σήμερα είναι θεαματική, αφού:

στα σημερινά αντισυλληπτικά περιέχεται αιθινυλοιστραδιόλη σε δόση μόλις 20μg, δηλαδή 5 φορές μικρότερη ποσότητα οιστρογόνων σε σχέση με τα πρώτα αντισυλληπτικά!

Εκτός από το οιστρογόνο, σημαντική πρόοδος επιτεύχθηκε και στο άλλο δραστικό συστατικό, το προγεσταγόνο. Τα σημερινά προγεσταγόνα είναι τα λεγόμενα «τέταρτης γενιάς», όπως η δροσπιρερόνη που η δράση της μοιάζει πολύ με της προγενέστερης και δεν προκαλεί αύξηση του σωματικού βάρους και κατακράτηση ύδατος. Επομένως το σύγχρονο αντισυλληπτικό χάπι νέας γενιάς περιέχει ελάχιστες ποσότητες ορμονών φθάνοντας σε πολύ υψηλά επίπεδα ασφάλειας και έλλειψης ανεπιθύμητων ενεργειών.

### Μύθοι και Αλήθειες

Για διάφορους λόγους επικρατούν στην κοινή γνώμη λανθασμένες αντιλήψεις για το «χάπι», όπως για παράδειγμα:

- ✿ Αρκετές γυναίκες πιστεύουν ότι το «χάπι» αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο της μήτρας, ενώ συμβαίνει το αντίθετο: το «χάπι» προσφέρει σημαντική προστασία έναντι του καρκίνου αυτού.
- ✿ Επίσης, θεωρούν ότι αυξάνει τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού ενώ το «χάπι» δεν έχει αποδειχθεί ότι έχει επίπτωση στον κίνδυνο εμφάνισης αυτού του γυναικολογικού καρκίνου.
- ✿ Το «χάπι» μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου των ωθηκών στο μισό!

### ΠΡΟΣΟΧΗ!

Σαν αντισυλληπτικό μέσο, το «χάπι» δρα με τον εξής τρόπο:

- ✿ αναστέλλει την ωοθυλακιορρηξία.
- ✿ δρα στο ενδομήτριο, καθιστώντας το ακατάλληλο να δεχθεί ένα γονιμοποιημένο ωάριο και στην τραχηλική βλεννώδη μεμβράνη, κάνοντας την αδιάβατη για τα σπερματοζωάρια.

### Αυτό Το Γνωρίζατε;

- ✿ Τα σύγχρονα αντισυλληπτικά χάπια προκαλούν λιγότερες παρενέργειες. Δηλαδή δεν αυξάνουν το βάρος, την υπερτρίχωση, δεν προκαλούν πονοκεφάλους και διαταραχές της σεξουαλικής επιθυμίας, που ήταν συχνές στα χάπια που κυκλοφορούσαν παλαιότερα. Αν πάσχετε από κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας, όπως σακχαρώδη διαβήτη, αρτηριακή υπέρταση, υπερχοληστεριναιμία κ.α., το καλύτερο είναι να συμβουλευτείτε τον/την γυναικολόγο σας, για μίαν άλλη μέθοδο αντισύλληψης.
- ✿ Η συμμόρφωση της σύγχρονης Ελληνίδας είναι ανεπαρκής, καθώς υπάρχει άγνοια τόσο για τα πλεονεκτήματα όσο και για τις παρενέργειες από τη χρήση των αντισυλληπτικών χαπιών. Στο συμπέρασμα αυτό καταλήγει και η μελέτη που διεξήχθη από την Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ».

Πιο συγκεκριμένα, στην μελέτη αυτή διαπιστώθηκε ότι μεταξύ των νεαρών Ελληνίδων μόνο το 9% - 14.8% λαμβάνουν αντισυλληπτικό χάπι.

- ✿ Οι εκτρώσεις αποτελούν μία πραγματική μάστιγα για την χώρα μας, καθώς ο αριθμός τους αυξάνει χρόνο με τον χρόνο. Το 2006 πραγματοποιήθηκαν 481 εκτρώσεις μόνο στο νοσοκομείο «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ».

- ✿ Το 2005 ο συνολικός αριθμός των εκτρώσεων που πραγματοποιήθηκαν στα ιδιωτικά μαιευτήρια ξεπερνά τις 66,000!

- ✿ Η Bayer Schering Pharma είναι η ηγετική φαρμακευτική εταιρεία στην ορμονική αντισύλληψη και πρωτοπορεί, όχι μόνο στον τομέα της έρευνας και τεχνολογίας με ασφαλή και αποτελεσματικά σκευάσματα αήλικα και στον τομέα της επικοινωνίας. Διαπιστώνοντας το κενό γνώσης που υπάρχει στην Ελλάδα για την πιο αξιόπιστη αντισυλληπτική μέθοδο το «αντισυλληπτικό χάπι», η Bayer Schering Pharma υποστηρίζει επικοινωνιακά ένα μεγάλο πρόγραμμα για την ενημέρωση των γυναικών. Το πρόγραμμα αυτό εκπονήθηκε από την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Περιγεννητικής Ιατρικής του Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού του Νοσοκομείου «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ», Α' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών.

Το άρθρο συντάχθηκε με τη βοήθεια της γυναικολόγου Μιρτώς Σώτηροπούλου

24ωρη τηλεφωνική γραμμή επικοινωνίας  
**800 11 21 400**  
χωρίς χρέωση

Μαζί με το προφυλακτικό δεν ξεχνώ το αντισυλληπτικό μου χάπι.



ΝΕΟ  
ΠΡΟΪΟΝ

Τα 20  
στα 20




Μοναδικός συνδυασμός της χαμηλότερης δόσης οιστρογόνων  
με το νεότερο προγεσταγόνο  
20μg Ethinyl Estradiol και 3mg Drospirenone

 Bayer HealthCare  
Bayer Schering Pharma

Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας: Bayer Ελλάς ΑΒΕΕ  
Σωρού 18-20, 151 25 Μαρούσι, τηλ.: 210 61 87 500

Βοηθείστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή:  
Συμπληρώστε την "ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ"

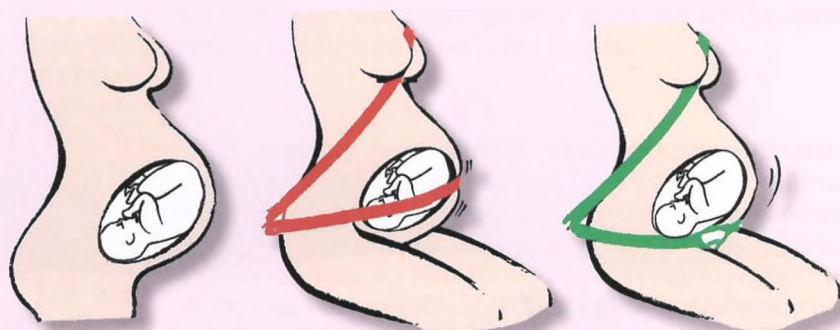
Αναφέρατε:

- ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για τα Νέα φάρμακα 
- Τις ΣΟΒΑΡΕΣ ανεπιθύμητες ενέργειες για τα Γνωστά φάρμακα



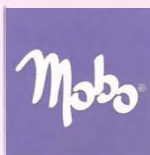
## Καινοτόμες λύσεις, νέα φιλοσοφία προσέγγισης της μητρότητας

### Ζώνη εγκύου "BeSafe Pregnant" για το αυτοκίνητο από τη "Mobo": μία ζώνη – δύο ζωές!



Η εταιρεία "Mobo" έφερε στην ελληνική αγορά τη ζώνη ασφαλείας εγκύου "BeSafe Pregnant" της νορβηγικής εταιρείας "BeSafe". Η ζώνη "BeSafe Pregnant" προσαρμόζεται στη ζώνη του αυτοκινήτου και προσφέρει προστασία και ασφάλεια στο έμβryo και την έγκυο, αλλά και άνεση στη μέλλουσα μητέρα. Σε μια ενδεχόμενη σύγκρουση με το αυτοκίνητο, η πίεση που ασκείται από τη ζώνη ασφαλείας στην περιοχή της κοιλιάς και στο έμβryo είναι πολύ μεγάλη. Με τη χρήση της "BeSafe Pregnant" η ζώνη ασφαλείας μετατοπίζεται κάτω από την κοιλιά και έτσι ασκείται πολύ λιγότερη πίεση! Η "BeSafe Pregnant" πρέπει να χρησιμοποιείται από το 2ο μήνα της εγκυμοσύνης και μετά. Εφαρμόζει σε όλες τις ζώνες αυτοκινήτου και μπορεί η μέλλουσα μητέρα να τη μεταφέρει και να τη χρησιμοποιεί τόσο στο δικό της αυτοκίνητο όταν είναι οδηγός, όσο και συνοδηγός σε αυτοκίνητα των οικείων της. Η ζώνη προσαρμόζεται ως προς το μέγεθος (η διάμετρος μεγαλώνει και μικραίνει) ώστε να χρησιμοποιείται από το 2ο μήνα μέχρι και το τέλος της εγκυμοσύνης.

Η "BeSafe Pregnant" αντιπροσωπεύεται στην Ελλάδα από τη "Mobo" και μπορείτε να τη βρείτε σε επιλεγμένα καταστήματα βρεφικών ειδών σ' όλη την Ελλάδα. Η εταιρεία "Mobo" είναι μια δυναμική και ταχύτατα αναπτυσσόμενη εταιρεία, που ιδρύθηκε το 2004 και δραστηριοποιείται στην εισαγωγή και εμπορία βρεφικών και παιδικών ειδών καθώς και ειδών για τη μέλλουσα μητέρα. Βασικός σκοπός της "Mobo" είναι να προσφέρει στους Έλληνες γονείς εξαιρετικής ποιότητας προϊόντα σε προσιτές τιμές. Οι επιλογές της "Mobo" βασίζονται στην ασφάλεια, την ποιότητα, το σχεδιασμό και τη λειτουργικότητα και περιλαμβάνουν κορυφαίες στο είδος τους εταιρείες με παγκοσμίως αναγνωρισμένα εμπορικά σήματα, όπως οι Paidi, BabyBjörn, Lässig, BeSafe, TFK, Mebby, Bübchen, Theraline, Babybay, Sterntaler, C. Kreul, Pustefix, Ostheimer, Reer, Babybanz και Baby Art.



Σημείωση: Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επισκεφτείτε το Web site της "Mobo": [www.mobo.gr](http://www.mobo.gr)





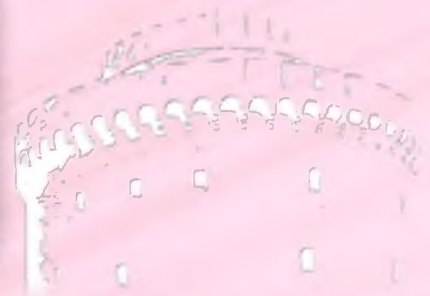
ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ



# ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΜΑΙΩΝ-ΤΩΝ



Μαιευτική Φροντίδα  
Έμφραση στην Ποιότητα



5-8 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2009  
Grand Hotel Palace  
Θεσσαλονίκη

Οργάνωση - Γραμματεία Συνεδρίου

**PRAXICON**  
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

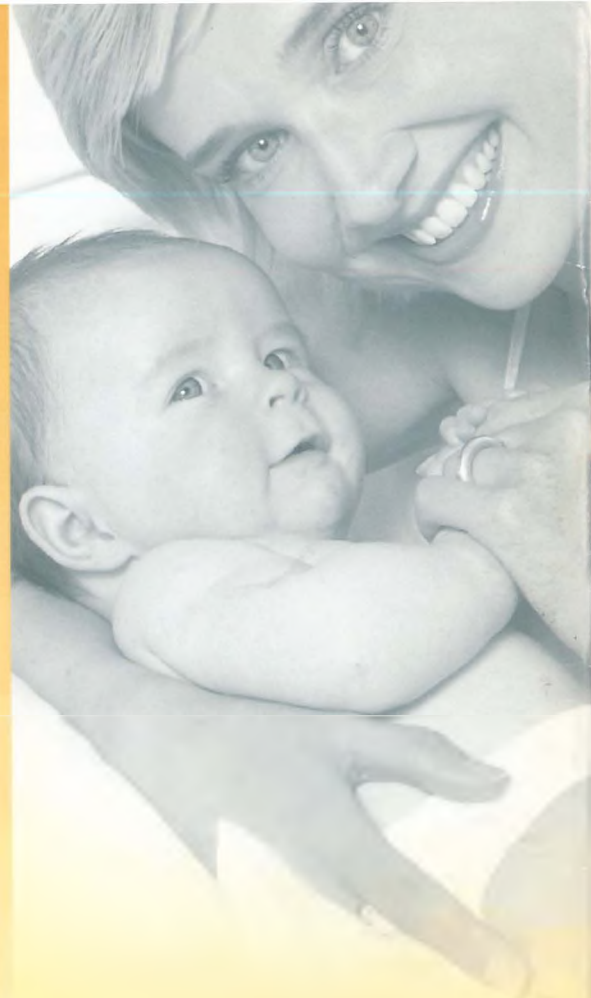
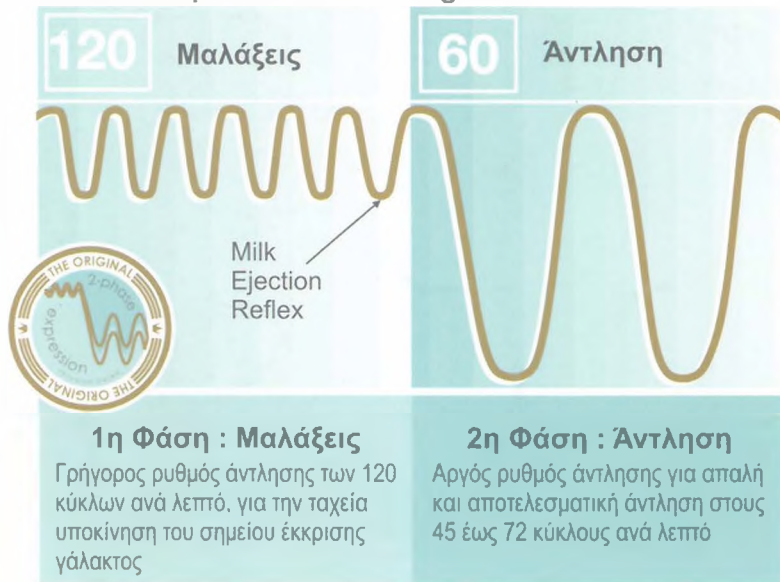
Εθν. Αναστάσεως 101, Τ.Κ. 55134  
Καλαμαριά, Θεσσαλονίκη

Τηλ. 2310 460 682, 2310 460 652 - Fax. 2310 435 064  
E-mail: info@praxicon.gr • Website: www.praxicon.gr



# Νέα γενιά θηλάστρων άντλησης 2 - φάσεων

## 2-Phase Expression® - The Original



### 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

### 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

### 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

### Supplemental Nursing System



Σύστημα Συμπληρωματικής Διατροφής (SNS)

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

**klinikum**  
ιατρικά μηχανήματα & εργαλεία

ΚΕΝΤΡΙΚΟ: Νάτσια 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