

ΕΛΛΕΥΘΩ

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



ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ

2009

24 Ιανουαρίου 2010
Ετήσια Γενική Συνέλευση
του Σ.Ε.Μ.Α.

21 Φεβρουαρίου 2010
Αρχαιρεσίες του Σ.Ε.Μ.Α.

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



ΕΝΤΥΠΟ ΚΛΕΙΣΤΟ Αρ. Αδείας 962/95
Αρ. Πατά 2 - 115 21 Αθήνα, τηλ.: 210 6465691

Β' Περίοδος / Τόμος 14ος / Τεύχος 4ο

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 ΣΤΑΥΡΙΔΗΣ

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



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

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΑΝΑ ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ

1. ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Πολλαπλός ο ρόλος της Μαίας και του Μαιευτή στη φροντίδα εγκύων με παθολογικές κυήσεις. Απαιτείται περαιτέρω εκπαίδευση, πιο εξειδικευμένη, με βάση τα περιστατικά.

2. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ

Δέσμευση για εφαρμογή και τήρηση της Οδηγίας 2005/36/ΕΚ της Ε.Ε.

Η Ελλάδα βασίζει τα προγράμματα σπουδών στην Ευρωπαϊκή Οδηγία με καλή εφαρμογή της διδασκαλίας του θεωρητικού επιπέδου, αλλά με μεγάλη απόκλιση στην κλινική εκπαίδευση των φοιτητών όπως επεσήμαναν οι προσκεκλημένοι ομιλητές από χώρες τις Ε.Ε.

3. ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Οι Μαίες-Μαιευτές πρέπει να επιμορφωθούν στη διάγνωση και φροντίδα λεχωίδων με συμπτώματα επιλόχειας κατάθλιψης.

4. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Διασπασμένη η φροντίδα Μαιών-Μαιευτών στα Αγροτικά Ιατρεία, Κέντρα Υγείας, Δημοτικά Ιατρεία, Ιδιωτικά Ιατρεία και σε διαφορετικά Υπουργεία στην Ελλάδα.

ΠΡΟΤΑΣΗ: Όλα να υπαχθούν στο Υπουργείο Υγείας με Κοινοτική Μαία.

5. ΝΕΟΓΝΑ

Απόλυτος ο ρόλος της Μαίας και του Μαιευτή στην ανάνηψη νεογνών στην αίθουσα τοκετών, με άριστη συνεργασία με τους Νεογνολόγους και τις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών.

Αρχίζει και ξεκαθαρίζει ο ρόλος της Μαίας και του Μαιευτή στη Μονάδα και τη Νοσηλεία Νεογνών.

4. ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Έγιναν βήματα στην εκπαίδευση των Μαιών-Μαιευτών και στις πρακτικές στα Μαιευτήρια.

5. ΤΟΚΕΤΟΣ

Στροφή στο φυσιολογικό τοκετό σε συνεργασία με όλους τους Επαγγελματίες Υγείας. Ο ρόλος της Μαίας και του Μαιευτή σε όλα τα επίπεδα μαιευτικής φροντίδας τοκετού.



Η Πρόεδρος του Σ.Ε.Μ. Θεσσαλονίκης κ. Βικτωρία Μοσχάκη υποδέχεται το Νομάρχη Θεσσαλονίκης κ. Παναγιώτη Ψωμιάδη, που παραβρέθηκε στην Τελετή Έναρξης του Συνεδρίου.



Εικ. 1, 2, 3. Η κ. Καλλιόπη Μάλφα, Πρόεδρος του Σ.Ε.Μ. Αθηνών, η κ. Παγώνα Καράκη, Πρόεδρος του Σ.Ε.Μ. Ανατολικής Μακεδονίας-Θράκης και η κ. Μαρία Κιούρτη, Πρόεδρος του Σ.Ε.Μ. Πατρών χαιρετίζουν την Έναρξη του Συνεδρίου.



Εικ. 1. Η κ. Ευαγγελία Βασιλάκη, Πρόεδρος του Σ.Ε.Μ. Κρήτης χαιρετίζει την έναρξη του Συνεδρίου.

Εικ. 2. Ο κ. Άγης Παιδάκης, Πρόεδρος του Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου κατά την ομιλία του.

Εικ. 3. Ο κ. J. Vermeulen προσκεκλημένος ομιλητής από το Βέλγιο, Μέλος του Συμβουλίου της ΕΜΑ, κατά τη διάρκεια της ομιλίας του με θέμα: "Οι διαφορές στην Εκπαίδευση Μαιών-Μαιευτών στην Ευρώπη".

Εικ. 4. Η Πρόεδρος του Σ.Ε.Μ. Θεσσαλονίκης κ. Βικτωρία Μοσχάκη απονέμει τιμητική πλακέτα στη Μαία κ. Ιωάννα Παπάκη, Πρόεδρο του Ελληνικού Τμήματος των "Γιατρών Χωρίς Σύνορα".



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 4ο, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ - ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2009

ISSN 1106 - 6822

Κωδικός ΕΛ.ΤΑ. 1701



ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ.Α.

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

ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ.Α.

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

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ: Σ.Ε.Μ.Α.

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

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

ΕΚΔΟΤΗΣ: ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΜΑΚΡΗ

Κεφαλληνίας 47 – 112 57 Αθήνα
Τηλ.: 210.8810848 – Fax: 210.8235371
E-mail: 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

ΕΛΕΥΘΩ

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

SCIENTIFIC AND PROFESSIONAL
MAGAZINE PUBLISHED QUARTERLY
OFFICIAL JOURNAL OF HELLENIC MIDWIVES

Β' Περίοδος - Τόμος 14ος, Τεύχος 4ο
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ - ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2009

2nd Period - Volume 14, Number 4
OCTOBER - NOVEMBER - DECEMBER 2009



Επιστημονικοί Σύμβουλοι
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
ΙΑΤΡΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Scientific Advisors
PAPANIKOLAOU NIKOLAOS
IATRAKIS GEORGE

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

Editorial Board
E.C. of Hellenic Midwives Association
ANTONAKOU ANGELIKI
ARGENTOU ANGELIKI
VENTIKOU CHRISTIANA
KARAMITROS DIMITRIOS
LYMPERI RALLOU
MANIATELLI ELISAVET
MPOUROUTZOGLOU MARIA
TOUFIDOU ANTONIA
CHADLA VIVI

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

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

ΕΛΕΥΘΩ

Β' Περίοδος - Τόμος 14ος, Τεύχος 4ο
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ - ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2009

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιών-Μαιευτών: Θεσσαλονίκη, 5-8 Νοεμβρίου 2009	136
Ετήσια Τακτική Γενική Συνέλευση του Σ.Ε.Μ.Α	142
Αρχαιρεσίες του Σ.Ε.Μ.Α.	142
Έμφαση στην ποιότητα... <i>Καλλιόπη Μάλφα</i>	143
Μεταβαλλόμενες συνθήκες στην Υγεία: η μαιευτική συμβολή <i>Όλγα Αρβανιτίδου</i>	144
Μέτρηση της ποιότητας ζωής (νοσηρότητας) γυναικών που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό και γυναικών που γέννησαν με καισαρική τομή <i>Αγγελική Αργέντου</i>	150
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>	155
Ανακοινώσεις του Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου	167
Οδηγίες για τους Συγγραφείς	168
Από τα περασμένα...	170
Βιβλιοπαρουσίαση	171
Σύλλογος "ΟΙ ΦΙΛΟΙ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ": • Παγκόσμια Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού, 1-7 Νοεμβρίου 2009	172
• 5η Ετήσια Ημερίδα για το Μητρικό Θηλασμό	173
Η σύγχρονη αντισύλληψη δίνει ασφάλεια και ελευθερία στη νέα γυναίκα <i>Μυρτώ Σωτηροπούλου</i>	174

ΕΛΕΥΘΩ

2nd Period - Volume 14, Number 4
OCTOBER - NOVEMBER - DECEMBER 2009

CONTENTS

11th Panhellenic Congress of Midwives: Thessaloniki, November 5-8, 2009	136
Annual General Meeting of S.E.M.A.	142
Elections in Midwives Association of S.E.M.A.	142
Emphasis in quality... <i>Kalliopi Malfa</i>	143
Altered conditions in Health: the Midwifery contribution <i>Olga Arvanitidou</i>	144
Measuring the quality of life (morbidity) of women who had a normal delivery with women who had a caesarean section <i>Angeliki Argendou</i>	150
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>	155
Announcements of Midwives Association of Nafplio	167
Directives for Writers	168
Belonging to past	170
Book presentation	171
"THE FRIENDS OF BREASTFEEDING": • World Breastfeeding Week: November 1-7, 2009	172
• 5th Annual Breastfeeding Conference	173
Modern contraception provides safety and freedom to young woman <i>Mirto Sotiropoulou</i>	174

ΕΤΗΣΙΑ ΤΑΚΤΙΚΗ ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥ Σ.Ε.Μ.Α.



ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΜΑΙΩΝ - ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΑΘΗΝΩΝ

(Συσταθείς με το Β.Δ. 8, 15/12/55 και 206, 16/2/66)

ΑΡ. ΠΑΠΠΑ 2, 115 21 ΑΘΗΝΑ, ΤΗΛ.: 210.6465691 (FAX), 210.6429675

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΤΗΣΙΑ ΤΑΚΤΙΚΗ ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

Σύμφωνα με τις διατάξεις του Β.Δ. 8, 15/12/55 και 206, 16/2/66 «Περί Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών» και με τη σχετική απόφαση της 43ης Τακτικής Συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου του Σ.Ε.Μ. Αθηνών της 15ης Δεκεμβρίου 2009, καλούμε όλα τα Μέλη του Συλλόγου στην Ετήσια Τακτική Γενική Συνέλευση, που θα γίνει στις **24 Ιανουαρίου 2010, ημέρα Κυριακή και ώρα 16.30 - 21.00 στο Ξενοδοχείο "KING GEORGE PALACE", Βασ. Γεωργίου Α', αριθμός 3, Πλατεία Συντάγματος** (πρόσβαση με όλα τα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς, στάση: Σύνταγμα).

ΘΕΜΑΤΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΔΙΑΤΑΞΗΣ

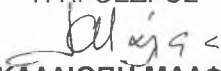
1. Εκλογή Ψηφοελεγκτριών.
2. Έκθεση Πεπραγμένων Δ.Σ. κατά το έτος 2009.
3. Απολογισμός Εσόδων-Εξόδων 2009.
4. Έκθεση Ελεγκτριών για τον οικονομικό απολογισμό του 2009.
5. Προϋπολογισμός για το 2010.
6. Εκλογή Ελεγκτριών για το 2010.
7. Αρχαιρεσίες για την ανάδειξη νέου Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α.
8. Προγραμματισμός Κύκλου Σεμιναρίων στο πλαίσιο της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης Μαιών-Μαιευτών.
9. Ανακοινώσεις Προέδρου.

Η παρουσία όλων των Συναδέλφων του Σ.Ε.Μ. Αθηνών στην Ετήσια Τακτική Γενική Συνέλευση είναι **απαραίτητη** για την επίλυση σοβαρών θεμάτων που απασχολούν τον κλάδο μας.

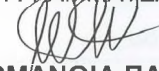
ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Μετά το πέρας της Γενικής Συνέλευσης θα ακολουθήσει το κόψιμο της πρωτοχρονιάτικης πίτας του Συλλόγου μας.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς

Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ


ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΜΑΛΦΑ

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ


ΠΕΡΜΑΝΟΙΑ ΠΑΝΑΝΗ

ΑΡΧΑΙΡΕΣΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΝΕΟΥ Δ.Σ. ΤΟΥ Σ.Ε.Μ.Α.

Έχοντας υπόψη:

1. Την από 15-12-2009 απόφαση του Δ.Σ. του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Αθηνών, στην οποία ορίσθηκε ως ημέρα διεξαγωγής Αρχαιρεσιών η **21η Φεβρουαρίου 2010** προς ανάδειξη:

α) Οκτώ (8) Μελών του Διοικητικού Συμβουλίου,

β) Δύο (2) Τακτικών Μελών και δύο (2) Αναπληρωματικών Μελών του Πειθαρχικού Συμβουλίου.

2. Τις διατάξεις του από 15/28-12-1955 Β.Δ. «Περί Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών», όπως τροποποιήθηκε με το υπ' αριθμ. 206/1966 Β.Δ. και ισχύει τώρα,

ΚΑΛΟΥΜΕ

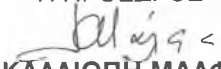
1. Τις Μαιές και τους Μαιευτές που έχουν νόμιμα προσόντα (έχουν εγγραφεί στο Μητρώο του Σ.Ε.Μ.Α. μέχρι και τις 21-2-2008) και επιθυμούν να εκλεγούν για τα πιο πάνω αξιώματα, όπως μέχρι τη **12η Φεβρουαρίου 2010** υποβάλλουν στο Σύλλογο Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Αθηνών τα υπό των άνωθεν Β.Δ. απαιτούμενα δικαιολογητικά για τους υποψηφίους του Δ.Σ., ως και για τους υποψηφίους του Πειθαρχικού Συμβουλίου.

2. Όλα τα Μέλη του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Αθηνών, τα οποία είναι εγγεγραμμένα στο Μητρώο του Συλλόγου μέχρι και τις 21 Δεκεμβρίου 2009 και έχουν εκπληρώσει τις προς το Σύλλογο οικονομικές υποχρεώσεις τους μέχρι και του έτους 2010, σε Γενική Συνέλευση την **21η Φεβρουαρίου 2010, ημέρα Κυριακή**, από την ανατολή του ηλίου (ώρα έναρξης των Αρχαιρεσιών) μέχρι τη δύση του (ώρα λήξης των Αρχαιρεσιών) στα γραφεία του Συλλόγου, οδός Αρ. Παππά 2, για την εκλογή:

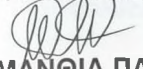
α) Οκτώ (8) Μελών του Διοικητικού Συμβουλίου,

β) Δύο (2) Τακτικών Μελών και δύο (2) Αναπληρωματικών Μελών του Πειθαρχικού Συμβουλίου.

Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ


ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΜΑΛΦΑ

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ


ΠΕΡΜΑΝΟΙΑ ΠΑΝΑΝΗ

Έμφαση στην ποιότητα...

Το “11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιών-Μαιευτών” έγινε στην πανέμορφη πόλη του Βορρά Θεσσαλονίκη, στις 5-8 Νοεμβρίου 2009. Υπήρξε επιτυχές δεδομένου ότι συμμετείχαν περίπου 1.200 Μαίες και Μαιευτές, πτυχιούχοι και φοιτητές, όπως μας πληροφόρησε η Οργανωτική Επιτροπή. Πλήθος ομιλητών, εκ των οποίων πολλοί εξαιρετικού επιπέδου, έδωσαν το στίγμα αυτού του Συνεδρίου, τα συμπεράσματα του οποίου αναφέρονται στο παρόν τεύχος.

Κάθε Συνέδριο έχει αρκετές δυσκολίες για τους οργανωτές του. Μια από αυτές είναι η καθυστέρηση υποβολής εργασιών, με αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή η επεξεργασία και η ορθή αξιολόγησή τους με άνεση χρόνου. Δηλαδή, εάν δεν έχεις ικανό αριθμό εργασιών, ομιλιών και ανακοινώσεων, αρχικά περιορίζεις στις υπάρχουσες και όταν φθάνουν οι πιο ενδιαφέρουσες δεν έχεις την επιλογή της απόρριψης. Επίσης, αυτό που συμβαίνει σε όλα δυστυχώς τα Συνέδρια, που ως Πρόεδρος γνώρισα, είναι η τιμητική και όχι η ουσιαστική συμμετοχή της Επιστημονικής Επιτροπής. Έτσι, το βάρος πέφτει στην Οργανωτική Επιτροπή και κυρίως σε λίγα άτομα, που καλούνται “να βγάλουν το φίδι από την τρύπα” και να παρουσιάσουν ευπρεπή εικόνα Συνεδρίου. Ίσως αυτό είναι κάτι που ο επόμενος Σ.Ε.Μ., που θα διοργανώσει το “12ο Πανελλήνιο Συνέδριο”, θα πρέπει να λάβει σοβαρά υπόψη του και όλοι θα πρέπει να βοηθήσουμε σ’ αυτή την κατεύθυνση.

Με μεγάλη χαρά δεχθήκαμε την υποψηφιότητα της Κρήτης για το επόμενο Συνεδριό μας, που θα γίνει το 2012. Εύχομαι η Πρόεδρος του Σ.Ε.Μ. Κρήτης, κ. Ευαγγελία Βασιλάκη, να καταφέρει να οργανώσει το Συνέδριο όπως το οραματίστηκε, με συμμετοχή της EMA, της ICM και ενδεχομένως των χωρών της Μεσογείου. Θα είμαστε στο πλευρό της για ό,τι μας ζητηθεί, προκειμένου να έχουμε το καλύτερο Συνέδριο που διοργανώθηκε ποτέ στον ελλαδικό χώρο.

«Μαιευτική φροντίδα. Έμφαση στην ποιότητα»

Θα ήθελα να δώσουμε λίγη... έμφαση στον επιτυχημένο τίτλο του Συνεδρίου.

Ο τίτλος εννοεί ποιότητα στη μαιευτική φροντίδα; Μάλλον, έτσι το εκλαμβάνω. Καταλαβαίνω, δηλαδή, πώς οι Μαίες-Μαιευτές δίνουν έμφαση στην ποιότητα της μαιευτικής φροντίδας που οι ίδιοι παρέχουν. Τα ερωτήματα που με βασανίζουν είναι: τι είναι ποιότητα και πώς αυτή εκφράζεται μέσα από τη μαιευτική φροντίδα; Η ποιότητα είναι έννοια διαχρονική και αδιαμφισβήτητη ή έννοια μεταβαλλόμενη από τις εποχές; Τι σημαίνει ποιότητα σε ένα ανθρωπιστικό επάγγελμα όπως είναι η Μαιευτική;

Άριστη γνώση της μαιευτικής τεχνολογίας; Σίγουρα, ναι.

Άριστη γνώση της επιστήμης και των νεότερων απόψεων εφαρμογής της; Σίγουρα, ναι.

Άριστη γνώση και συμμετοχή στις έρευνες; Σίγουρα, ναι.

Ας υποθέσουμε πως είμαστε άριστοι σε όλο το φάσμα της μαιευτικής γνώσης. Αυτό από μόνο του θεωρείται πως είναι αρκετό; Σίγουρα, όχι!

Νομίζω, δηλαδή είμαι βέβαιη, πως για να προσφέρουμε ποιότητα στη Μαιευτική πρέπει να έχουμε όλα τα παραπάνω, αλλά κυρίως πρέπει να έχουμε ποιότητα χαρακτήρα και έκφρασης, ποιότητα στη στάση ζωής μας, ποιότητα στην ανθρώπινη επεξεργασία που έχουμε κάνει με τον εαυτό μας, σεβασμό στη γυναίκα και το νεογέννητο, ποιότητα στον τρόπο επικοινωνίας μας μαζί τους.

«Δεν είμαστε ό,τι γνωρίζουμε, αλλά ό,τι νιώθουμε» (Μ. Γαλακτερός).

Οι έννοιες “ήθος και ηθική”, “σεβασμός και αξιοπρέπεια” είναι κατά τη γνώμη μου απαραίτητες για την ποιότητα στη μαιευτική πράξη.

Έμφαση στην ποιότητα των Μαιών-Μαιευτών για να προσφέρουν ποιότητα στη μαιευτική φροντίδα. Αλλιώς, δεν υπάρχει ποιότητα. Δεν μπορείς να δώσεις κάτι που δεν έχεις!

«Τίς εστίν επιτήδειος προς το γενέσθαι μαία και τίς άριστη μαία;» (Σωρανός ο Εφέσιος, 2ος μ.Χ. αιώνας). Το ερώτημα βασάνιζε τους ανθρώπους από την αρχαιότητα αναδεικνύοντας τη σπουδαιότητα του επαγγέλματός μας.

Σας εύχομαι ολόψυχα ένα “ποιοτικό” 2010, με όποια έννοια εσείς του δίνετε.

Καλή Χρονιά!

ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΜΑΛΦΑ
Πρόεδρος του Σ.Ε.Μ.Α

Μεταβαλλόμενες συνθήκες στην Υγεία: η μαιευτική συμβολή

Ομιλία στο "16ο Παγκύπριο Συνέδριο Μαιευτικής-Νοσηλευτικής", που έγινε στη Λευκωσία της Κύπρου στις 27 & 28 Νοεμβρίου 2009.

Όλγα Αρβανιτίδου*

"EMA" – European Midwives Association (Ευρωπαϊκή Ένωση Μαιών) είναι η ονομασία που αντικατέστησε τη γνωστή σε όλους μας "Liaison Committee Eu Midwives". Η EMA είναι διεθνής, μη κερδοσκοπική, μη κυβερνητική οργάνωση Μαιών από τα Κράτη-Μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Eu), της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας (ΕΕΑ) και των υπό ένταξη στην Ευρωπαϊκή Ένωση χωρών. Περιλαμβάνει 29 Οργανισμούς-Ενώσεις Μαιών από 23 ευρωπαϊκά κράτη, αντιπροσωπεύοντας περίπου 132.000 Μαίες που συμμετέχουν ενεργά σε 4.076.488 γεννήσεις ανά έτος στην Ευρώπη.

Η EMA σε ευρωπαϊκό επίπεδο εκπροσωπεί τις Μαίες και τους Μαιευτές στην Commission και συμμετέχει δραστήρια στις:

- European Union Health Policy Forum (EUHPF),
- European University Association (EUA),
- European Health Management Association (EHMA).

Επίσης, η EMA συνεργάζεται με το EBCOG.

Στο πλαίσιο υποστήριξης των εθνικών ενώσεων σε ζητήματα όπως:

- η άσκηση του μαιευτικού επαγγέλματος σύμφωνα με την DIR 36/2005,
- η ενίσχυση των μαιευτικών υπηρεσιών προς όφελος των γυναικών, των νεογνών και των οικογενειών τους,
- η ενδυνάμωση της περιγεννητικής φροντίδας υγείας και των Εθνικών Συστημάτων Υγείας, ώστε να είναι αποτελεσματικά στις ανάγκες και απαιτήσεις των γυναικών και των οικογενειών τους,

η EMA περιλαμβάνει στο στρατηγικό σχέδιό της πολιτικές και δράσεις, οι οποίες εναρμονίζονται και ενισχύουν την πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) στον τομέα της Δημόσιας Υγείας, ενώ παράλληλα αναδεικνύουν τη μαιευτική φροντίδα και τα θετικά αποτελέσματά της όπως αυτά έχουν ήδη αναγνωρισθεί από τον ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) και άλλους διεθνείς οργανισμούς.

Από το 1998 και στη συνέχεια το 2003 διαμορφώθηκαν σύμφωνα με τον ΠΟΥ οι κοινωνικοί καθοριστές της υγείας, όπως αναφέρονται παρακάτω:

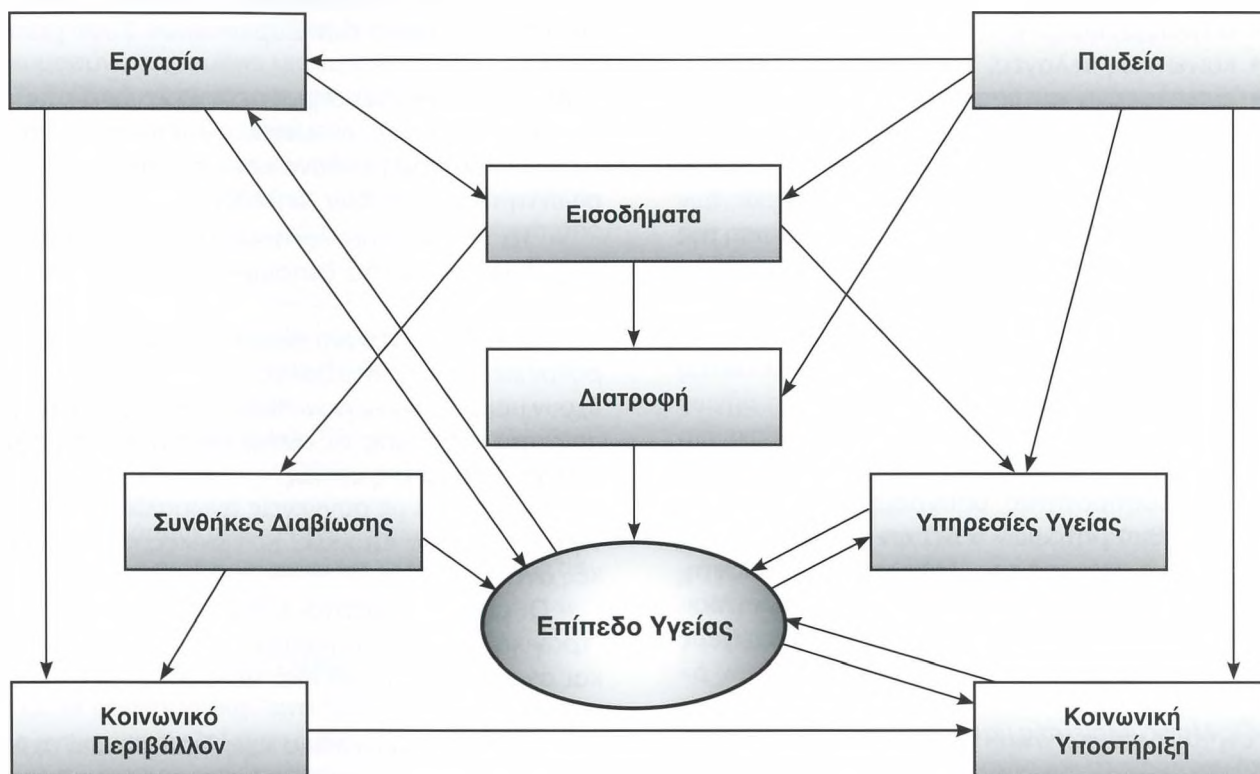
1. Κοινωνική κλιμάκωση – Κοινωνική τάξη
2. Άγχος
3. Τα πρώτα χρόνια
4. Κοινωνικός αποκλεισμός
5. Εργασία
6. Ανεργία

* Μαία, Ταμίας Συμβουλίου Ευρωπαϊκής Ένωσης Μαιών (EMA).

7. Κοινωνική υποστήριξη
8. Εθισμός
9. Διατροφή
10. Μετακινήσεις.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η ειδική αναφορά εδώ και 15 χρόνια, ότι «**η φτώχεια αποτελεί τη μεγαλύτερη απειλή για την υγεία**» (WHO, Geneva 1995).

Ιδιαίτερη δε βαρύτητα αποκτά το πρόβλημα των ανισοτήτων και ιδιαίτερα των οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία και των παραγόντων που την επηρεάζουν. Αυτό σήμερα αποτελεί και θέμα προτεραιότητας της Σουηδικής Προεδρίας στην ΕΕ και είναι: “Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του ατόμου”.



Πηγή: De Spiegelaere M. (June, 2005).

Κατά τη διάρκεια του Ευρωπαϊκού Forum Υγείας στο οποίο έλαβε μέρος η EMA (Gustein, Οκτώβριος 2008), στο πλαίσιο του γενικότερου ευρωπαϊκού προβληματισμού και σχεδιασμού και στις συζητήσεις για *GREEN PAPER* στη “Health Care Professionals in Europe”, αντικείμενο προβληματισμού αποτέλεσαν ζητήματα όπως:

- η ανάγκη ανάπτυξης αποτελεσματικών συστημάτων,
- η απόκτηση υψηλής ποιότητας επιστημονικού δυναμικού με τις σωστές εξειδικεύσεις,
- η συνεχής ανάπτυξη ικανοτήτων των επαγγελματιών υγείας,
- η ανάγκη αύξησης της πρόσβασης,
- η ανεπάρκεια των σημερινών στοιχείων,
- η ανάγκη ανάπτυξης της τεκμηρίωσης για συλλογική ανταπόκριση σε κοινές προκλήσεις.

Στο πλαίσιο των προτεραιοτήτων για τη μελλοντική πολιτική υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση αναδει-

κνύονται ζητήματα όπως τα παρακάτω:

1. Πώς η ΕΕ μπορεί καλύτερα να υποστηρίξει το στόχο 5 του “Millenium” στην προσπάθεια παροχής καλών υπηρεσιών υγείας στους πολίτες;
2. Ποιές είναι οι ευκαιρίες και τα εμπόδια όταν χρησιμοποιούμε τα οικονομικά της υγείας κατά την πληροφόρηση αυτών που αποφασίζουν τις πολιτικές υγείας;
3. Ποιές είναι οι πρακτικές πολιτικές δυσκολίες στην Ευρώπη και διεθνώς κατά την εφαρμογή των συμπερασμάτων της αναφοράς του ΠΟΥ για τους κοινωνικούς καθοριστές της υγείας;
4. Ποιά είναι τα πρόσφατα επιτεύγματα στην πολιτική υγείας στην ΕΕ και οι τάσεις για το μέλλον;
5. Πώς μπορούμε να εργασθούμε από κοινού ώστε να αντιμετωπίσουμε αυτές τις προκλήσεις;

Από την οπτική γωνία των καταναλωτών υπηρε-

σιών υγείας –το ρόλο των πολιτών της ΕΕ– αναπτύχθηκαν επίσης προβληματισμοί κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου της SANCO (Βρυξέλλες 2008), όπως:

α) Ποιές είναι οι τάσεις–κατευθύνσεις που επείγουν και θα επηρεάσουν την υγεία, αλλά και τις πολιτικές αύριο;

Αναδείχθηκαν 4 βασικά σημεία:

- διακυβέρνηση,
- παγκοσμιοποίηση,
- κοινωνικές αλλαγές,
- εμπιστοσύνη–αυτοπεποίθηση.

β) Πώς θα διασφαλίσουμε την εμπιστοσύνη και θα τη διαχειριστούμε αναδεικνύοντας:

- κατανόηση και χρήση της συμπεριφοράς των καταναλωτών υπηρεσιών στη διαμόρφωση της πολιτικής μας,
- επίτευξη της διατήρησης υγείας σχετιζόμενης με τις καταναλωτικές πολιτικές,
- ταυτοποίηση προτεραιοτήτων στην agenda της πολιτικής υγείας της ΕΕ.

Η Επίτροπος δε κ. Α. Βασιλείου αναφέρθηκε πιο εξειδικευμένα στο ζήτημα της μητρικής θνησιμότητας και νοσηρότητας, υπογραμμίζοντας τον τεράστιο αριθμό μητρικών θανάτων και συνδέοντάς τους με τους στόχους του “Millenium”. Ως απάντηση στα προαναφερόμενα η Ευρωπαϊκή Ένωση Μαιών δια της τέως Προέδρου της κ. D. Daly ανέφερε τα παρακάτω:

«Ως Μαίες–Μαιευτές μας ανησυχεί ιδιαίτερα η μητρική νοσηρότητα και οι μακροπρόθεσμες συνέπειές της για την κάθε γυναίκα και την οικογένειά της, τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε διεθνές επίπεδο. Οι Μαίες σε όλη την Ευρώπη ανησυχούμε για τις επιδράσεις και τις συνέπειες της αυξανόμενης παρεμβατικότητας κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού σε αρκετά κράτη και ιδιαίτερα της αύξησης του δείκτη των καισαρικών τομών. Ενώ συγκεκριμένες παρεμβάσεις μπορούν να είναι απαραίτητες όταν η υγεία της γυναίκας διακυβεύεται, δυστυχώς, πολλές παρεμβάσεις πραγματοποιούνται με την απουσία παθολογικής αιτίας και μπορούν να οδηγήσουν σε μη απαραίτητη νοσηρότητα για τη γυναίκα και το νεογνό».

ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η περιγεννητική φροντίδα υγείας ενσωματώνει όλες τις υπηρεσίες υγείας που σχετίζονται με την αναπαραγωγική διαδικασία, την κύηση, τον τοκετό και τη λοχεία, καθώς και το πρώτο διάστημα της ζωής του κάθε ανθρώπου. Οι αποφάσεις, οι πολιτικές, οι δράσεις, οι γνώσεις και οι δεξιότητες είναι καθοριστικής σημασίας, διότι όχι μόνο αποτυπώ-

νουν το “παρόν”, αλλά συντελούν καθοριστικά στη διαμόρφωση του “μέλλοντος” μιας κοινωνίας επηρεάζοντας την υγεία των πληθυσμών και τα Εθνικά Συστήματα Υγείας.

Στην Ευρωπαϊκή Αναφορά Περιγεννητικής Υγείας, η οποία ολοκληρώθηκε και δημοσιοποιήθηκε το Δεκέμβριο του 2008, αναφέρεται ότι η προώθηση της υγιούς εγκυμοσύνης και του ασφαλούς τοκετού είναι στόχος όλων των Ευρωπαϊκών Συστημάτων Υγείας.

Αν και έχουν γίνει σημαντικές βελτιώσεις τις τελευταίες δεκαετίες, οι γυναίκες και τα νεογνά τους διατρέχουν ακόμη κίνδυνο κατά τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου, δηλαδή:

– Τα νεογνά που γεννιούνται νωρίτερα έχουν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας απ’ ό,τι τα τελειόμηνα.

– Τα πρόωρα νεογνά είναι πιο επιρρεπή σε νευρολογικές και αναπτυξιακές διαταραχές, οι οποίες έχουν μακροχρόνιες συνέπειες σχετιζόμενες με την ποιότητα ζωής τους, τις οικογένειές τους και τις κοινωνικές υπηρεσίες υγείας.

– Τα νεογνά με συγγενείς ανωμαλίες έχουν συνήθως σοβαρές ιατρικές, κοινωνικές και μαθησιακές ανάγκες.

– Οι μητρικοί θάνατοι είναι σπάνιοι, αλλά είναι “τραγικά” γεγονότα, κυρίως επειδή αντιστοιχούν και σχετίζονται σημαντικά με φροντίδα χαμηλού επιπέδου.

– Τα τελευταία χρόνια έχει διαπιστωθεί σχέση μεταξύ της περιγεννητικής υγείας και των χρόνιων ασθενειών της ενήλικης ζωής.

– Τα χαμηλού βάρους νεογνά λόγω υπολειπόμενης ενδομήτριας ανάπτυξης αναπτύσσονται πιο συχνά, ως ενήλικες, διαβήτη και μεταβολικό σύνδρομο.

Στα μέχρι τώρα ευρήματα μπορούμε να αναφέρουμε τα παρακάτω:

1. Οι δείκτες εμβρυϊκής και νεογνικής θνησιμότητας διαφέρουν ευρέως μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Π.χ. η νεογνική θνησιμότητα στην Κύπρο, Σουηδία και Νορβηγία είναι 2 ανά 1.000 ζώντα γεννηθέντα νεογνά, ενώ στην Εσθονία, Μάλτα, Ουγγαρία ξεπερνά τα 4.

2. Διαφορές στη νομοθεσία και στην πρακτική σχετικά με τον τερματισμό της κύησης συνεισφέρουν στις παρατηρημένες διαφορές στην εμβρυϊκή και νεογνική θνησιμότητα.

3. Η επίπτωση του χαμηλού βάρους νεογνών κυμαίνεται από 5% έως 9% αποτυπώνοντας μια γεωγραφική κατανομή.

4. Οι γεννήσεις πρόωρων νεογνών διαφέρουν με-

ταξύ των ευρωπαϊκών κρατών και κυμαίνονται από 5,5% έως 4,4%.

5. Το 2004 υπολογίστηκε ότι 120.000 έμβρυα και νεογνά είχαν σοβαρές συγγενείς ανωμαλίες στις χώρες της ΕΕ.

6. Οι μητρικοί θάνατοι δεν είναι συχνοί, αλλά τα στοιχεία από κάποια κράτη δείχνουν ότι η εξακρίβωση αποτελεί ακόμα πρόβλημα. Η μέτρηση της υγείας των γυναικών κατά τη διάρκεια και μετά την εγκυμοσύνη παραμένει μια πρόκληση.

7. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εγκύων γυναικών διαφέρουν πολύ σε όλη την Ευρώπη.

8. Οι διαφορετικές πρακτικές στην Ευρώπη εγείρουν ερωτήματα σχετικά με το ενδεδειγμένο επίπεδο παρεμβατικότητας κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού.

9. Η διαφορετικότητα εντός της Ευρώπης παρέχει ευκαιρίες στο να “μάθουμε” από τις διαφορές στην κουλτούρα και στα οργανωτικά μοντέλα μητρικής και νεογνικής φροντίδας.

10. Οι συμπεριφορές που προωθούν την εμβρυϊκή και νεογνική υγεία διαφέρουν μεταξύ των κρατών της Ευρώπης.

11. Ενώ κάποια κράτη έχουν καλύτερα αποτελέσματα υγείας σε σχέση με άλλα, οι θέσεις τους ποικίλουν ανά δείκτη.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

12. Η συστηματική “αναφορά” της περιγεννητικής υγείας αποτελεί έναν εφικτό στόχο, αλλά υπάρχουν σημαντικά κενά, αξιοσημείωτα στη μητρική και βρεφική νοσηρότητα και στους κοινωνικούς παράγοντες κινδύνου.

13. Οι διαφορές προσέγγισης στα πληροφοριακά συστήματα υγείας στην Ευρώπη μπορούν να παρέχουν νέες ιδέες για όλα τα κράτη.

14. Η ευρωπαϊκή συνεργασία βελτιώνει την ποιότητα στους δείκτες υγείας, αλλά η εναρμόνιση στο ευρωπαϊκό επίπεδο είναι ακόμα απαραίτητη σε μερικές περιοχές “κλειδιά”.

Όλα τα παραπάνω συντελούν ώστε η παρακολούθηση των αποτελεσμάτων της περιγεννητικής υγείας να είναι πιο σημαντική από ποτέ.

Προϋπόθεση για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων είναι τα σωστά “εργαλεία” αξιολόγησης των προβλημάτων της περιγεννητικής υγείας και των αιτιών που τα προκαλούν. Επίσης, είναι απαραίτητο να παρακολουθούμε χρονικά την επίδραση των πολιτικών και των αποφάσεων που αφορούν την Περιγεννητική Υγεία. Σ’ αυτό το σημείο θα μπορούσαμε να προσθέσουμε τις συνθήκες, που διαμορφώθηκαν τον τελευταίο χρόνο που διανύουμε και που σχετί-

ζονται με την παγκόσμια οικονομική κρίση και την επίδρασή της στα Εθνικά Συστήματα Υγείας, στις υπηρεσίες υγείας, στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας και στους επαγγελματίες υγείας.

Προτεραιότητες για αλλαγή και ανάπτυξη

Εστιάζοντας στα παρακάτω βήματα μπορούμε να βελτιώσουμε την ευρωπαϊκή δυνατότητα αναφοράς σχετικά με την υγεία των μητέρων και των νεογνών ως εξής:

α) ενσωματώνοντας στην καταγραφή μας τους απαραίτητους κύριους δείκτες της EUROPERI-STAT,

β) θέτοντας αντίστοιχα κριτήρια για τις στατιστικές αναφορές για όλες τις γεννήσεις και θανάτους, συμπεριλαμβάνοντας και τον τερματισμό της κύησης τουλάχιστον από τις 22 εβδομάδες,

γ) επιτρέποντας τη σύνδεση μεταξύ των συστημάτων καταγραφής σε όλους τους χώρους διεξαγωγής των τοκετών,

δ) πετυχαίνοντας πλήρη εξακρίβωση των “απευθείας” ή “μη” μητρικών θανάτων και κωδικοποιώντας τις αιτίες,

ε) αναπτύσσοντας μεθόδους χρήσης των συστημάτων πληροφοριών,

στ) εναρμονίζοντας ορισμούς και πρωτόκολλα για βελτίωση των στοιχείων σχετικά με τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των εγκύων και της φροντίδας τους κατά την κύηση,

ζ) αναπτύσσοντας ένα κοινό πρωτόκολλο για μια ευρωπαϊκή έρευνα, ώστε να χρησιμοποιηθεί από χώρες που δεν έχουν συνεχή συστήματα για ζητήματα “κλειδιά”, με μια προσέγγιση που αποτελεσματικά θα εξασφαλίζει υψηλής ποιότητας στοιχεία σχετικά με τις περιγεννητικές πρακτικές και τα συλλεγόμενα αποτελέσματα.

Οι Μαίες σε όλη την Ευρώπη δραστηριοποιούνται αποκλειστικά στην Περιγεννητική Υγεία και συμμετέχουν στην ευρωπαϊκή έρευνα σε επιστημονικό, διοικητικό, ατομικό και συλλογικό επίπεδο.

Προσπαθούμε να βελτιώσουμε τα αποτελέσματα της κλινικής πρακτικής λαμβάνοντας υπόψη:

- τις διαφορετικές κουλτούρες-αντιλήψεις,
- τα διαφορετικά συστήματα υγείας,
- τα διαφορετικά συστήματα εκπαίδευσης,
- το διαφορετικό κοινωνικοοικονομικό status, δίνοντας έμφαση:

α) σε κοινές ανάγκες των γυναικών και των οικογενειών τους,

β) στην ενίσχυση των δικαιωμάτων τους στην αναπαραγωγική φροντίδα υγείας,

γ) στην ενδυνάμωση του ρόλου των γυναικών

στη λήψη αποφάσεων, στη συνεργασία μαζί τους και στην αλληλεπίδραση που ασκείται,

δ) στην προώθηση της φυσιολογικότητας της κύησης και του τοκετού με εξάλειψη των μη απαραίτητων "παρεμβάσεων",

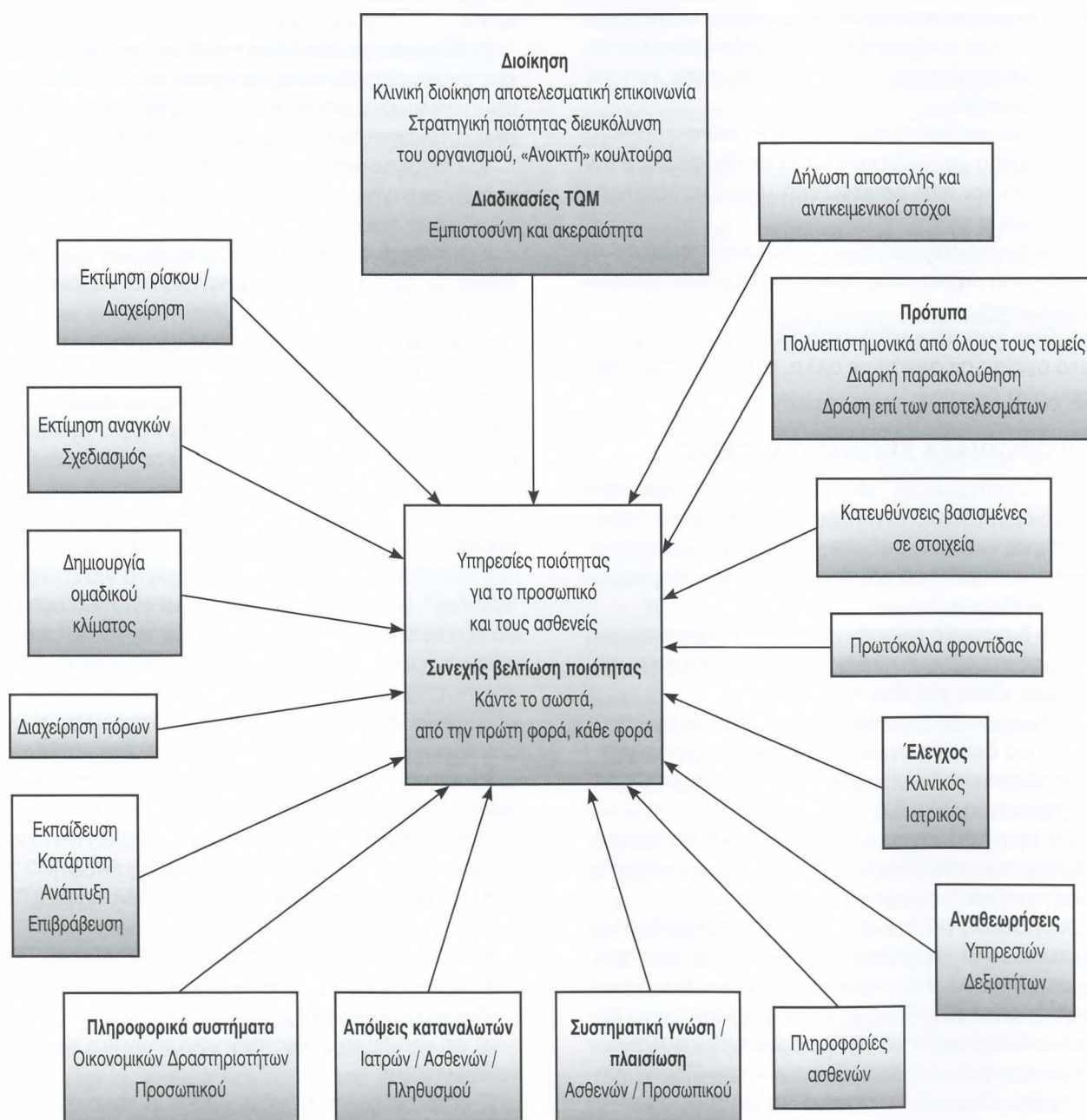
ε) στην προώθηση της "τεκμηριωμένης φροντίδας" στη μαιευτική κλινική πράξη και στην επικαιροποίηση της γνώσης στον τομέα της εκπαίδευσης,

στ) στην πλήρη εφαρμογή και ενσωμάτωση στις εθνικές νομοθεσίες της Κοινοτικής Οδηγίας 36/

2005, που εξασφαλίζει σε όλες τις Μαιές την πλήρη και αυτόνομη άσκηση του έργου τους σε όλη την Ευρώπη, για όλο το φάσμα της γνώσης και των δεξιοτήτων τους,

ζ) στη συμμετοχή μας στα Εθνικά Συστήματα Υγείας και στην προώθηση των απόψεών μας στα κέντρα λήψης αποφάσεων,

η) στην προώθηση σύγχρονων μεθόδων management και εισαγωγή της διοίκησης ολικής ποιότητας στις μαιευτικές υπηρεσίες,



Πηγή: "Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας". Παπανικολάου Β. (2007).

θ) στην καταγραφή, έλεγχο και αξιοποίηση του μαιευτικού έργου στην κλινική πράξη και στην εκπαίδευση με στόχο τη συνεχή βελτίωση των μαιευτικών υπηρεσιών.

*Olga Arvanitidou: **Altered conditions in Health: the Midwifery contribution.***

"ELEFTHO", 4:144-149, 2009

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

WHO: Solid Facts. Copenhagen, 2003.

WHO: The World Health Report: Bridging the Gaps. Geneva 1995.

European Perinatal Health Report.

EMA STATEMENT: Reproductive and Sexual Health of Women, 2005.

EMA STATEMENT: Alcohol.

EMA STATEMENT: Antenatal Care, 2009.

Σουλιώτης Κ.: Οικονομικές ανισότητες και πολιτική υγείας. Εκδόσεις "ΠΑΠΑΖΗΣΗ". Αθήνα, 2007.

Κουρέα-Κρεμαστινού Τ.: Δημόσια Υγεία. Εκδόσεις "ΤΕΧΝΟΓΡΑΜΜΑ". Αθήνα, 2007.

DIR: 36/2005.

Παπανικολάου Β.: Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Εκδόσεις "ΠΑΠΑΖΗΣΗ". Αθήνα, 2007.

www.europeanmidwives.eu

www.WHO.org

www.EUROPERISTAT

Μέτρηση της ποιότητας ζωής (νοσηρότητας) γυναικών που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό και γυναικών που γέννησαν με καισαρική τομή

Αγγελική Αργέντου*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μεγάλη έμφαση έχει δοθεί τα τελευταία χρόνια στη μέτρηση ποιότητας ζωής διαφόρων καταστάσεων στην υγεία. Ειδικότερα, έχει ξεκινήσει η προσπάθεια για την ανάπτυξη των δεικτών ποιότητας ζωής, τα οποία σχετίζονται με τη λοχεία. Όμως, μέχρι σήμερα, δεν έχουν διαμορφωθεί εξειδικευμένα εργαλεία, που να εξετάζουν την ποιότητα ζωής στη λοχεία. Ο λόγος γι' αυτή τη διερεύνηση έγκειται στο γεγονός ότι η νοσηρότητα της λοχείας επηρεάζει την ποιότητα ζωής των γυναικών ανάλογα με το είδος τοκετού, δηλ. καισαρική τομή ή φυσιολογικός τοκετός. Παρόλα αυτά η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε ότι δεν υπάρχει μεγάλο εύρος δημοσιευμένων μελετών, που να επικεντρώνονται αποκλειστικά στη μέτρηση της ποιότητας ζωής στη λοχεία.

Λέξεις-κλειδιά: ποιότητα ζωής, υγεία, λοχεία, καισαρική τομή, φυσιολογικός τοκετός.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι επιπτώσεις της νοσηρότητας κατά τη διάρκεια της λοχείας είναι ιδιαίτερα αναγνωρίσιμες στις γυναίκες, ειδικά τα τελευταία χρόνια. Όμως, η έγκαιρη αναγνώριση των παραγόντων νοσηρότητας κατά τη λοχεία, πολύ συχνά διαφεύγει της προσοχής της μαιευτικής παρακολούθησης. Σύμφωνα με τη μαιευτική παρακολούθηση της λοχείας στο Ηνωμένο Βασίλειο, η επανεξέταση στις έξι περίπου εβδομάδες της λοχείας έχει τεθεί υπό αμφισβήτηση. Παρά το γεγονός ότι το παραδοσιακό ιατρικό μοντέλο μαιευτικής παρακολούθησης αναγνωρίζει έγκαιρα επιπλοκές της λοχείας, όπως αναιμία, κατάθλιψη, φλεγμονές και αιμορραγία, άλλες επιπλοκές όπως ο πόνος, η κινητικότητα, το άγχος κ.ά., αποδεικνύεται ότι χρειάζονται περαιτέρω έρευνα κατά την περίοδο αυτή.

Εργαλεία μέτρησης ποιότητας ζωής στη λοχεία

Η συστηματική έρευνα της σχετικής βιβλιογραφίας αποδεικνύει ότι δεν υπάρχει κάποιο εξειδικευμένο εργαλείο, που να μετράει την ποιό-

* Μαΐα, MSc & Diploma Reproductive and Sexual Health Research, University of London, ΜΔΕ Προληπτική και Κοινωνική Ιατρική, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Π.Γ.Ν.Α. "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ", Α' Μ/Γ Κλινική, Εργαστηριακή Συνεργάτης Τ.Ε.Ι. Αθηνών, Σ.Ε.Υ.Π., Τμήμα Μαιευτικής.

τητα ζωής κατά την περίοδο της λοχείας, μιας και υπάρχουν πολλοί παράγοντες συμπεριλαμβανομένων των σωματικών, ψυχικών, συναισθηματικών, κοινωνικών και σεξουαλικών παραμέτρων που την επηρεάζουν. Πιο συγκεκριμένα, μόνο ο τομέας της ψυχικής υγείας έχει διερευνηθεί μέσα από την ανάπτυξη και εφαρμογή του "Edinburgh Postnatal Depression Scale", κι αυτό συμβαίνει διότι η διατάραξη της ψυχικής υγείας είναι ένα φαινόμενο με ποσοστό εμφάνισης από 4% έως και 20% κατά τη διάρκεια της λοχείας.

Τα εργαλεία που έχουν χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση ποιότητας ζωής κατά τη λοχεία είναι το "PNMI-Postnatal Morbidity Index", από τους Glazener et al., το οποίο περιλαμβάνει τη μέτρηση της σωματικής νοσηρότητας (PNMI M), τη σωματική νοσηρότητα του νεογνού (PNMI B) και την αξιολόγηση της αντίδρασης της μητέρας προς το νεογνό (Glazener C., 1997, Glazener C., Adballa M. et al., 1995).

Επιπλέον, οι Symon A. et al. δημιούργησαν το "Postnatal MAMA Scale", το οποίο αποτελείται από πέντε επιμέρους κλίμακες: α) την εικόνα του σώματος, β) τα σωματικά συμπτώματα, γ) τις ενδοσυσζυγικές σχέσεις, δ) τη συμπεριφορά της σεξουαλικής επαφής και ε) τη συμπεριφορά προς το νεογνό (Symon A., McGreavey J., Picken C., 2003).

Οι Symon A. et al. εισήγαγαν το "Mother-Generated Index-MGI" στην πιλοτική μελέτη που πραγματοποίησαν σε 103 γυναίκες συνολικά, με στόχο την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής τους και την αναγνώριση των σημείων που τις απασχολούν (Symon A., MacDonald A., Ruta D., 2002).

Το "Mother-Generated Index" έχει τη μορφή ερωτηματολογίου τριών βημάτων. Στο α' βήμα η μητέρα προσδιορίζει το πολύ 8 τομείς της ζωής της που επηρεάστηκαν από τη γέννηση του παιδιού της, χαρακτηρίζοντάς τους είτε θετικά είτε αρνητικά. Ακολούθως, στο β' βήμα η μητέρα δίνει σε κάθε έναν τομέα ένα βαθμό με άριστα το "10", σύμφωνα με το πώς είχε αισθανθεί η ίδια γι' αυτό τον τομέα τον προηγούμενο μήνα. Ο μέσος όρος αυτών των δυο καταλήγει σε ένα δείκτη ποιότητας ζωής. Και τέλος, στο γ' βήμα η μητέρα τοποθετεί 20 διαθέσιμους βαθμούς που τις δίνονται, στους τομείς που η ίδια πιστεύει ότι είναι πιο σημαντικοί.

Όπως και τα άλλα εργαλεία μέτρησης ποιότητας ζωής έτσι και το συγκεκριμένο αξιολογεί την ποιότητα ζωής από την οπτική γωνία των ατόμων, που δέχονται τη φροντίδα. Μ' αυτό τον τρόπο δομής του "MGI" αποφεύγεται ο αρχικός προκαθορισμός των μεταβλητών προς έρευνα. Θεωρείται ότι αυτή

η πρακτική επιτρέπει στους επαγγελματίες υγείας να δώσουν ένα βαθμό αυτονομίας στη γυναίκα και να την προσεγγίσουν ολιστικά.

Σ' αυτή την έρευνα ο "Mother-Generated Index" δόθηκε αρχικά σε 60 γυναίκες, που βρίσκονταν στην 6η και 8η εβδομάδα της λοχείας και αργότερα στις υπόλοιπες 43, που βρίσκονταν στον 8ο μήνα της λοχείας. Η ισχύς του αξιολογήθηκε με την παράλληλη χρήση του "Edinburgh Postnatal Depression Scale", του "SF12" και δυο δεικτών αξιολόγησης της μητρικής και νεογνικής νοσηρότητας. Το συμπέρασμα της μελέτης ήταν ότι η ποιότητα ζωής των γυναικών κατά τη διάρκεια της λοχείας είναι περίπλοκη και απαιτεί ιδιαίτερη διερεύνηση. Βρέθηκε ότι ο "Mother-Generated Index" αναγνωρίζει εκείνες τις περιοχές της ζωής των γυναικών, που είναι πιο σημαντικές και χρειάζονται περισσότερη προσοχή. Η ηλικία, ο τόκος και το είδος του τοκετού φαίνεται ότι δεν έχουν σημαντική επίδραση σ' αυτά που σκοράρουν οι γυναίκες ως πιο σημαντικά στην ποιότητα ζωής (Symon A., MacDonald A., Ruta D., 2002).

Συγκριτικές έρευνες μέτρησης ποιότητας ζωής (νοσηρότητας) μεταξύ γυναικών που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό και γυναικών που γέννησαν με καισαρική τομή

Πέρα όμως από τα εργαλεία μέτρησης των διαστάσεων της ποιότητας ζωής στη λοχεία, ορισμένες από τις μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί εστιάζοντας στη νοσηρότητα και κατ' επέκταση στην ποιότητα ζωής στη λοχεία είναι και οι ακόλουθες:

Η πληθυσμιακή προοπτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στον Καναδά από τους Liu S. et al., συμπεριέλαβε όλες τις γυναίκες που είχαν γεννήσει με καισαρική τομή (planned cesarean group-low risk elective cesarean section, n=46.766) από τον Απρίλιο του 1991 έως και το Μάρτιο του 2005, και τις σύγκρινε ως προς τη μητρική θνησιμότητα και νοσηρότητα με αυτές που είχαν γεννήσει με φυσιολογικό τοκετό (planned delivery vaginally, n=2.292.420).

Στην παραπάνω μελέτη βρέθηκε ότι το συνολικό ποσοστό της μητρικής νοσηρότητας γι' αυτές που είχαν γεννήσει με καισαρική τομή ανερχόταν στο 27,3/1.000 γεννήσεις, ενώ στην αντίθετη περίπτωση το ποσοστό γι' αυτές που είχαν γεννήσει με φυσιολογικό τοκετό ήταν 9,0/1.000 γεννήσεις. Επιπλέον, ο κίνδυνος για λοιμώξεις ήταν 3 φορές μεγαλύτερος στις γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή σε σχέση μ' αυτές που γέννησαν φυσιολογικά.

Ως σοβαρή μητρική νοσηρότητα στη μελέτη αυτή καθορίστηκαν οι παρακάτω επιπλοκές: αιμορραγία

που οδήγησε σε μαιευτική ολική υστερεκτομία, αιμορραγία που οδήγησε σε μετάγγιση αίματος, υστερεκτομία, ρήξη ουροδόχου κύστης, αναισθησιολογικές επιπλοκές, μαιευτικό σοκ, καρδιακή ανακοπή, τρώση εντέρου, καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση-διασωλήνωση, εμβολή, λοίμωξη, αιμάτωμα, διάνοιξη τομής. Επίσης, στην παραπάνω μελέτη δεν αναφέρονται αποτελέσματα σχετικά με την ποιότητα ζωής των γυναικών. Όμως, το συμπέρασμα είναι ότι τέτοιου είδους επιπλοκές επιβαρύνουν σοβαρά την ποιότητα ζωής τους κατά τη λοχεία, αλλά και μετέπειτα (Liu S. et al, 2007).

Στη μελέτη των Gonidakis F. et al., που αφορά τη μικρής διάρκειας δυσφορία (maternity blues) που παρουσιάζουν οι γυναίκες τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό τους, βρέθηκε ότι σημαντικά θετική συσχέτιση με την εμφάνισή της παρουσιάζει η καισαρική τομή ως ανεξάρτητος παράγοντας. Ως πιθανή εξήγηση θεωρήθηκε το στρες από το οποίο διακατέχονται οι επίτοκες για το χειρουργείο, συνυπολογίζοντας φυσικά και τις ενδοκρινολογικές και ψυχολογικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της λοχείας και που φυσικά τις κάνει πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση αυτής της κατάστασης. Παρόλα αυτά οι ερευνητές συστήνουν πως αυτό το φαινόμενο θα πρέπει να απασχολήσει τους μαιευτήρες-γυναικολόγους, ειδικά στην Ελλάδα όπου το ποσοστό των καισαρικών τομών είναι ιδιαίτερα αυξημένο (Gonidakis F. et al., 2006).

Έρευνες δείχνουν πως περίπου το 50% των λεχωϊδών παρουσιάζει αυτή τη σύντομη χρονικά δυσφορία, η οποία εμφανίζεται τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό. Τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν ανησυχία, ενόχληση, πονοκεφάλους, σύγχυση, άγχος, καθώς και τάση να ξεχνούν (Bergant A.M., 1999).

Στενή σχέση μεταξύ της μικρής διάρκειας δυσφορίας (maternity blues) και της επιλόχειας κατάθλιψης αναφέρθηκε από τους Fossey L. et al. (Fossey L. et al., 1970). Όμως, από μελέτες άλλων ερευνητών δεν φάνηκε ότι η πρώιμη δυσφορία θεωρείται εναρκτήρια κατάσταση για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης.

Στην έρευνα των Bergant A.M. et al. βρέθηκε ότι ένας στρεσογόνος τοκετός και μάλιστα η καισαρική τομή μπορεί να επηρεάσει τη διάθεση της γυναίκας κατά τη λοχεία, γεγονός που την καθιστά αντικείμενο αμφιλεγόμενων συζητήσεων. Η πολυπαραγοντική ανάλυση των παραπάνω ερευνητών δεν έδειξε ότι υπάρχει τόσο ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της καισαρικής τομής και της επιλόχειας κατάθλιψης (Bergant A.M. et al., 1999).

Στη μελέτη των Hillan E.M. et al. σχετικά με τη διερεύνηση της μητρικής νοσηρότητας μετά από επιλεκτική και επείγουσα καισαρική τομή, βρέθηκε ότι οι γυναίκες που γέννησαν με επείγουσα καισαρική τομή αντιμετώπισαν μεγαλύτερο αριθμό προβλημάτων λοχείας (μετάγγιση αίματος, πυρετό, μόλυνση τομής, μόλυνση ουροποιητικού σωλήνα, μαστίτιδα) σε σχέση με αυτές που γέννησαν με επιλεκτική καισαρική τομή (Hillan E.M. et al., 1995).

Οι Thompson J.F. et al. πραγματοποίησαν μελέτη στην Αυστραλία για τον επιπολασμό και την επιμονή των προβλημάτων υγείας κατά τη λοχεία έως και τον 6ο μήνα μετά τον τοκετό, τα οποία σχετίζονται με τον τόκο και το είδος μαιεύσης. Στην πληθυσμιακή προοπτική μελέτη που έκαναν σε συνολικό δείγμα 1.295 γυναικών, βρήκαν ότι η εξάντληση, η κούραση, ο πόνος στη μέση, η δυσκοιλιότητα, η αϋπνία, οι αιμορροΐδες και η αιμορραγία ήταν τα συχνότερα συμπτώματα στις γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή, έναντι αυτών που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι οι τελευταίες εμφάνιζαν πιο συχνά τα συμπτώματα της ακράτειας ούρων και του πόνου του περινέου. Επιπλέον, ελέγχοντας ως προς τον τόκο φάνηκε ότι οι πρωτοτόκες αντιμετωπίζουν συχνότερα πόνο του περινέου απ' ό,τι οι πολυτόκες (Thompson J.F. et al., 2002).

Οι Burrows L.J. et al. από το 1995 έως και το 2000 χρησιμοποίησαν στο "Magee Women's Hospital" τη βάση δεδομένων «*Magee Obstetric Medical and Infant Database*», για να περιγράψουν τη νοσηρότητα της λοχείας σε σύγκριση με το είδος τοκετού σε τελειόμηνες μονήρεις κυήσεις. Οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα χωρίστηκαν σε 6 ομάδες ανάλογα με το είδος του τοκετού:

- 1) κολπικός τοκετός,
- 2) επιβοηθούμενος κολπικός τοκετός,
- 3) καισαρική τομή χωρίς προσπάθεια περάτωσης με κολπικό τοκετό,
- 4) καισαρική τομή με προηγούμενη προσπάθεια περάτωσης με κολπικό τοκετό,
- 5) καισαρική τομή μετά από καισαρική τομή, χωρίς προσπάθεια για φυσιολογικό τοκετό,
- 6) καισαρική τομή μετά από καισαρική τομή με προσπάθεια για φυσιολογικό τοκετό.

Η 9η έκδοση της "Διεθνούς Κατηγοριοποίησης Ασθενειών" (International Classification of Diseases) χρησιμοποιήθηκε στις γυναίκες που παρουσίαζαν τις παρακάτω επιπλοκές: επιλόχεια αιμορραγία, μετάγγιση αίματος, ενδομητρίτιδα, εν τω βάθει θρομβοφλεβίτιδα, πνευμονική εμβολή, λοίμωξη ουροποιητικού συστήματος, διεγχειρητικές επιπλοκές και τέλος

πνευμονία. Στην έρευνα βρέθηκε ότι οι γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή είχαν πιθανότητα κατά 10,3 περισσότερο να αναπτύξουν ενδομητρίτιδα απ' ό,τι είχαν αυτές που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό. Το ρίσκο για μετάγγιση αίματος ήταν κατά 4,2 μεγαλύτερο σ' αυτές που γέννησαν με καισαρική τομή απ' ό,τι σ' αυτές με φυσιολογικό τοκετό. Επίσης, η επιπλοκή της εν τω βάθει θρόμβωσης συνέβη σε ποσοστό 0,2% μετά από καισαρική τομή, 0,1% μετά από φυσιολογικό τοκετό και 0,04% μετά από υποβοηθούμενο φυσιολογικό τοκετό. Αναφορικά με την επιλόχεια αιμορραγία, οι γυναίκες που είτε γέννησαν φυσιολογικά είτε με υποβοηθούμενο φυσιολογικό τοκετό, εμφάνισαν τα υψηλότερα ποσοστά 5% και 4,7% αντίστοιχα (Burrows L.J. et al., 2004).

Στην πληθυσμιακή μελέτη των Allen V.M. et al. (1988 έως και 2001) και με τη χρήση της βάσης δεδομένων της «Nova Scotia Atlee Perinatal Database» (πληθυσμιακή ηλεκτρονική βάση κλινικά προσανατολισμένη, που κωδικοποιεί πληροφορίες σχετικά με την έκβαση της κύησης), μελετήθηκε σε τελειόμηνες κυήσεις η νοσηρότητα της καισαρικής τομής χωρίς προσπάθεια για φυσιολογικό τοκετό, συγκριτικά με τη νοσηρότητα που παρατηρήθηκε σε γυναίκες που γέννησαν φυσιολογικά.

Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 18.435 τοκετοί, από τους οποίους οι 721 ήταν με καισαρική τομή. Από τη μελέτη βρέθηκε ότι μεταξύ των δυο ομάδων δεν υπήρχε διαφορά ως προς τη μόλυνση της τομής, τη μετάγγιση αίματος ή το τραύμα κατά την επέμβαση. Στις γυναίκες που έκαναν καισαρική τομή χωρίς προσπάθεια για φυσιολογικό τοκετό, βρέθηκε να έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο περιγεννητικής νοσηρότητας με πυρετό (RR: 2,2, 95% CI: 1,1-4,5, $p=0,03$), όμως μικρότερο κίνδυνο στην αιμορραγία της λοχείας (RR: 0,6, 95% CI: 0,4- 0,9, $p=0,01$) σε σύγκριση μ' αυτές που γέννησαν φυσιολογικά (Allen V.M. et al., 2003).

Η μελέτη των Brown S. et Lumley J. στην Αυστραλία, επικεντρώθηκε στη διερεύνηση της σχέσης των προβλημάτων της σωματικής υγείας μετά τον τοκετό με την κατάθλιψη στον 6ο και 7ο μήνα της λοχείας. Τα κυριότερα προβλήματα υγείας που διαπιστώθηκαν από την έρευνα ότι επιδρούν στην ψυχική υγεία των γυναικών, είναι η κούραση-εξουθένωση (OR: 3,42, 2,2-5,3), η ακράτεια ούρων (OR: 2,23, 1,5- 3,4), ο πόνος στη μέση (OR 2,20, 1,6-3,0). Η μελέτη επιβεβαιώνει τη σχέση μεταξύ μητρικής ψυχικής υγείας, σωματικής υγείας και περιόδου λοχείας και σημειώνει τις σοβαρές επιπτώσεις του συγκεκριμένου συμπεράσματος στην καθημερινή κλινική πράξη. Τονίζει ότι θα πρέπει να δοκιμαστούν και

να εφαρμοστούν στρατηγικές, που να ενθαρρύνουν τη διερεύνηση των σωματικών και ψυχικών προβλημάτων από τους επαγγελματίες υγείας (Brown S., Lumley J., 2000).

Οι Thompson J.G. et al. πραγματοποίησαν προοπτική μελέτη (cohort study) στην Αυστραλία, στην οποία μελέτησαν τον επιπολασμό και την επιμονή προβλημάτων υγείας μετά τον τοκετό και τις συσχετίσεις αυτών με τον τόκο και το είδος του τοκετού. Το δείγμα της έρευνας ήταν 1.192 γυναίκες. Σ' αυτές τις γυναίκες δόθηκαν 4 ερωτηματολόγια: το πρώτο την 4η ημέρα της λοχείας, το δεύτερο την 8η, το τρίτο τη 16η και το τέταρτο την 24η ημέρα της λοχείας.

Προβλήματα υγείας παρατηρήθηκαν να εμφανίζονται κυρίως μεταξύ της 8ης και 24ης ημέρας της λοχείας. Αυτά περιλάμβαναν κούραση-εξουθένωση (49-60%), πόνο στη μέση (45-53%), προβλήματα με το έντερο (17-37%), αϋπνία (15-30%), αιμορροΐδες (13-30%), πόνο περινέου (4-22%), μεγαλύτερης διάρκειας αιμορραγία (2-20%), ακράτεια ούρων (11-19%), μαστίτιδα (3-15%). Προβλήματα του ουροποιητικού συστήματος παρατηρήθηκαν σε ποσοστό 5% στις γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό και σε ποσοστό 3% στις γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή. Οι πρωτοτόκες φάνηκε να αναφέρουν περισσότερο τον πόνο του περινέου απ' ό,τι οι πολυτόκες. Επίσης, αυτές που γέννησαν με καισαρική τομή αναφέρουν μεγαλύτερη κούραση-εξουθένωση απ' αυτές που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό (Thompson J.G. et al., 2002).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Είναι γεγονός ότι η διεθνής βιβλιογραφία υποστηρίζει πως οι γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή, παρουσιάζουν υψηλότερη νοσηρότητα στη λοχεία από τις γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό. Παρόλα αυτά η έρευνα της πρόσφατης βιβλιογραφίας απέδειξε ότι δεν υπάρχουν πολλές μελέτες, που να μετρούν την ποιότητα ζωής των γυναικών στην περίοδο της λοχείας, πόσο μάλλον έρευνες, που να συγκρίνουν την ποιότητα ζωής των γυναικών που γέννησαν φυσιολογικά με τις γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή. Επιπλέον, θα πρέπει να υπογραμμισθεί ότι δεν υπάρχει ειδικό ερωτηματολόγιο μέτρησης της ποιότητας ζωής στη λοχεία, με αποτέλεσμα να χρησιμοποιούνται τα ήδη υπάρχοντα. Σκόπιμη θα ήταν η δημιουργία ενός τέτοιου συγκεκριμένου εργαλείου μέτρησης ώστε να προσδιοριστεί με περισσότερη σαφήνεια η ποιότητα ζωής στη λοχεία και να πραγματοποιηθούν αξιό-

πιστες μελέτες σ' αυτό τον τομέα, αλλά και για να βρεθούν, επίσης, οι τρόποι βελτίωσης της ποιότητας ζωής των γυναικών στη λοχεία και της μείωσης της νοσηρότητας.

ABSTRACT

Angeliki Argendou: Measuring the quality of life (morbidity) of women who had a normal delivery with women who had a caesarean section.

"ELEFTHO", 4:150-154, 2009

The last years great emphasis is given in measuring quality of life of different health conditions. Especially, the effort in developing the indicators of quality of health which is related with the postpartum, has already started. Nevertheless there haven't been developed specialized instruments which are evaluating the quality of health which is related with the postpartum. The reason for the further investigation, is that the postpartum morbidity is definitely affecting the quality of life of women regarding the type of the delivery, caesarean section - normal delivery. However the literature review has shown that there are not many published studies which are focused exclusively in measuring the quality of life postpartum.

Key-words: *quality of life, health, postpartum period, caesarian section, normal delivery.*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Glazener C.: Postpartum problems. British Journal of Hospital Medicine. 1997; 58: 313-316.
- Glazener C., Adballa M., Stoud P., Naji S., Templeton A., Russel I.: Postnatal maternal morbidity, extent, causes, prevention and treatment. British Journal of Obstetric and Gynaecology. 1995; 102: 282-287.
- Symon A., McGreavey J., Picken C.: Postnatal Quality of life assessment: validation of the Mother-Generated Index. International Journal of Obstetric and Gynaecology. 2003; 110: 865-868.
- Symon A., MacDonald A., Ruta D.: Postnatal Quality of life assessment: introducing the Mother-Generated Index. Birth, 2002; 21: 40-46.
- Liu S., Liston R.M., Joseph K.S., Heaman M., Sauve R., Kramer M.S.: Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. Canadian Medical Association Journal. 2007; 176 (4): 455-460.
- Gonidakis F., Rabavillas A.D., Varsou E., Kreatsas G., Christodoulou G.N.: Maternity blues in Athens,

- Greece: A study during the first 3 days after delivery. Journal of Affective Disorders, doi: 10.1016/j.jad.2006.08.028.
- Bergant A.M., Heim K., Ulmer H., Illmense K.: Early postnatal depressive: associations with obstetric and psychosocial factors. Journal of Psychosomatic Research. 1999; 46 (4) : 391-394.
- Fossey L., Papiernik E., Bydlowsky M.: Postpartum blues: a clinical syndrome and predictor of postnatal depression. British Journal of Psychiatry. 1997; 18: 17-21.
- Hillan E.M.: Postoperative morbidity following caesarean delivery. Journal of Advanced Nursing. 1995; 22 (6): 1035-1042.
- Thompson J.F., Roberts C.L., Currie M., Ellwood D.A.: Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. Birth, 2002; 29 (2): 83-94.
- Burrows L.J., Meyn L.A., Weber A.M.: Maternal morbidity associated with vaginal versus caesarian delivery. The American College of Obstetric and Gynecologists. 2004; 103 (5) : 907-912.
- Allen V.M., O'Connell C.M., Liston R.M., Basket T.F.: Maternal morbidity associated with cesarean delivery without labor compared with spontaneous onset of labor at term. Obstetric and Gynecology. 2003; 102 (3): 477-482.
- Brown S., Lumley J.: Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. British Journal of Obstetric and Gynaecology. 2000; 107: 1194-1201.

ΕΚΘΕΣΗ ΕΘΝΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ (Συνέχεια αποσπασμάτων)

Ελένη Γάκη¹, Δημήτρης Παπαμιχαήλ², Γίασμη Σαραφίδου¹,
Τάκης Παναγιώτοπουλος², Ιωάννα Αντωνιάδου-Κουμάτου¹

¹. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού

². Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Υγείας του Παιδιού

Πίνακας 4: Συσχέτιση του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού τον 1^ο συμπληρωμένο μήνα, του μητρικού θηλασμού τον 3^ο και τον 6^ο συμπληρωμένο μήνα για το δείγμα 1 (6 μηνών) με επιλεγμένους παράγοντες

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Αποκλειστικός Μητρικός Θηλασμός στον 1 ^ο συμπληρωμένο μήνα			Μητρικός Θηλασμός στον 3 ^ο συμπληρωμένο μήνα			Μητρικός Θηλασμός στον 6 ^ο συμπληρωμένο μήνα		
	n/N	% (95% Δ.Α.)*	Τιμή κριτηρίου p	n/N	% (95% Δ.Α.)*	Τιμή κριτηρίου p	n/N	% (95% Δ.Α.)*	Τιμή κριτηρίου p
Ηλικία μητέρας									
≤ 19 ετών	0/8	0		1/9	11,1 (2,0-43,5)		0/9	0	
20-24 ετών	8/43	18,6 (9,7-32,6)	0,1463	17/43	39,5 (26,4-54,4)	0,1483	14/43	32,6 (20,5-47,5)	0,3245
25-29 ετών	28/159	17,6 (12,5-24,3)		58/163	35,6 (28,6-43,2)		34/163	20,9 (15,3-27,7)	
30-34 ετών	48/224	21,4 (16,6-27,3)		90/226	39,8 (33,7-46,3)		47/226	20,8 (16,0-26,6)	
35-39 ετών	32/117	27,4 (20,1-36,1)		57/119	47,9 (39,1-56,8)		28/119	23,5 (16,8-31,9)	
≥40ετών	2/22	9,1 (2,5-27,8)		7/22	31,8 (16,4-52,7)		5/22	22,7 (10,1-43,4)	
Χώρα καταγωγής μητέρας									
Ελλάδα	102/495	20,6 (17,3-24,4)	0,7006	186/501	37,1 (33,0-41,4)	0,0005	96/501	19,2 (16,0-22,8)	<0,0001
Αλβανία	7/42	16,7 (8,3-30,6)		29/43	67,4 (52,5-79,5)		22/43	51,2 (36,8-65,4)	
Άλλη	9/37	24,3 (13,4-40,1)		15/39	38,5 (24,9-54,1)		10/39	25,6 (14,6-41,1)	
Γεωγραφικό διαμέρισμα κατοικίας									
Αττική	62/246	25,2 (20,2-31,0)	0,3402	101/248	40,7 (34,8-46,9)	0,5987	54/248	21,8 (17,1-27,3)	0,5015
Στερεά Ελλάδα/Εύβοια	4/20	20 (8,1-41,6)		9/22	40,9 (23,3-61,3)		8/22	36,4 (19,7-57,0)	
Πελοπόννησος	11/41	26,8 (15,7-41,9)		19/42	45,2 (31,2-60,1)		10/42	23,8 (13,5-38,5)	
Ιόνια Νησιά	0/0	-		0/0	-		0/0	-	
Ήπειρος	1/10	10,0 (1,8-40,4)		3/10	30,0 (10,8-60,3)		2/10	20,0 (5,7-51,0)	
Θεσσαλία	5/28	17,9 (7,9-35,6)		8/28	28,6 (15,3-47,1)		5/28	17,9 (7,9-35,6)	
Μακεδονία	24/139	17,3 (11,9-24,4)		52/141	36,9 (29,4-45,1)		25/141	17,7 (12,3-24,9)	
Θράκη	3/24	12,5 (4,3-31,0)		8/25	32,0 (17,2-51,6)		5/25	20,0 (8,9-39,1)	
Αιγαίο	5/24	14,7 (6,4-30,1)		19/36	52,8 (37,0-68,0)		12/36	33,3 (20,2-49,7)	
Κρήτη	4/33	12,1 (4,8-27,3)		12/34	35,3 (21,5-52,1)		8/34	23,5 (12,4-40,0)	
Εκπαίδευση μητέρας									
καθόλου σχολείο	0/4	0	0,0239	0/5	0	0,0109	0/5	0	0,1080
μερικές τάξεις δημοτικού	0/0	-		0/0	-		0/0	-	
απόφοιτος δημοτικού	5/29	17,2 (7,6-34,5)		10/30	33,3 (19,2-51,2)		6/30	20,0 (9,5-37,3)	
απόφ/τος γ' τάξης γυμνασίου	5/45	11,1 (4,8-23,5)		19/47	40,4 (27,6-54,7)		13/47	27,7 (16,9-41,8)	
απόφοιτος λυκείου	51/287	17,8 (13,8-22,6)		105/290	36,2 (30,9-41,9)		54/290	18,6 (14,6-23,5)	
απόφοιτος ΤΕΙ	11/54	20,4 (11,8-32,9)		17/55	30,9 (20,3-44,0)		10/55	18,2 (10,2-30,3)	
απόφοιτος ΑΕΙ	46/155	29,7 (23-37,3)		79/156	50,6 (42,9-58,4)		45/156	28,8 (22,3-36,4)	

“ 3.5 Αίτια διακοπής του θηλασμού και αίτια μη επιλογής του θηλασμού

Οι μισές γυναίκες του δείγματός μας, που σταμάτησαν να θηλάζουν, πρόβαλλαν σα βασικό λόγο διακοπής το «ανεπαρκές γάλα», ενώ μία στις οκτώ ανέφεραν σα βασικό λόγο την επιστροφή στην εργασία. Ακολουθούν σε συχνότητα τα προβλήματα με το στήθος, κούραση/άγχος/κατάθλιψη ή πολλές υποχρεώσεις στο σπίτι/άλλα παιδιά, ανησυχία για την ποσότητα γάλακτος που λαμβάνει το βρέφος, ανεπαρκής πρόσληψη βάρους του βρέφους, αρρώστια της μητέρας, λήψη φαρμάκων από τη μητέρα και αρρώστια του μωρού [Πίνακας Π30].

Περίπου μία στις δέκα γυναίκες στην Ελλάδα δεν θήλασαν καθόλου. Βασικοί λόγοι που αναφέρθηκαν από τις μητέρες για την απόφαση αυτή ήταν: η προηγούμενη αρνητική εμπειρία θηλασμού, προσωπικοί λόγοι, η νοσηλεία του νεογνού σε μονάδα εντατικής θεραπείας, η λήψη φαρμάκων από τη μητέρα, οι εισέχουσες θηλές, η πολύδυμη κύηση, το κάπνισμα, αρρώστια της μητέρας ή κούραση/άγχος/κατάθλιψη μετά τον τοκετό [Πίνακας Π31].

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η μελέτη για το μητρικό θηλασμό στην Ελλάδα ήταν η πρώτη με σκοπό να αποτυπωθεί σε εθνικό επίπεδο η συχνότητα του θηλασμού με στοιχεία που προέρχονται από αντιπροσωπευτικό δείγμα βρεφών που είχαν συμπληρώσει τους 6 και τους 12 μήνες.

Η έρευνα διεξήχθη με τηλεφωνικές συνεντεύξεις σε μητέρες που ανήκαν σε δύο δείγματα, χωρισμένα βάσει της ηλικίας του βρέφους κατά την ημερομηνία της συνέντευξης. Τα βρέφη του δείγματος 1 είχαν συμπληρώσει τους 6 μήνες κατά την ημερομηνία της συνέντευξης και του δείγματος 2 τους 12 μήνες. Το επιλεγέν δείγμα προήλθε από τους καταλόγους του νεογνικού screening, που διενεργεί το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού και το οποίο αφορά όλες σχεδόν τις γεννήσεις της χώρας, συνεπώς προσεγγίζει μεγάλο βαθμό αντιπροσωπευτικότητας. Το ερωτηματολόγιο περιείχε ενότητες που αφορούσαν στη διατροφή του βρέφους μέχρι την ημέρα της συνέντευξης, βασικά δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά στοιχεία της μητέρας/οικογένειας, στοιχεία για την υγεία του βρέφους και της μητέρας και στοιχεία που αφορούσαν στις συνθήκες περί τον τοκετό και κατά την παραμονή στο νοσοκομείο/μαιευτήριο.

Η πλειοψηφία των γυναικών που ρωτήθηκαν (89%) δήλωσε ότι είχε αποφασίσει να θηλάσει το μωρό πριν αυτό γεννηθεί και περίπου το ίδιο ποσοστό γυναικών (88%) ξεκίνησε να θηλάζει. Στο τέλος της πρώτης εβδομάδας συνέχισαν να θηλάζουν 83% των γυναικών, στο τέλος του 1^{ου} μήνα 60%, στο τέλος του 3^{ου} μήνα 39% και στο τέλος του 6^{ου} μήνα 22%. Όσο για τον θηλασμό μετά τους 6 μήνες, μόνο 9% διατήρησαν το θηλασμό σε συμπληρωμένους 9 μήνες και 6% σε συμπληρωμένους 12 μήνες. Φάνηκε από τα αποτελέσματα της μελέτης μας ότι το επίπεδο του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα είναι χαμηλό. Την πρώτη ημέρα ζωής θήλασαν αποκλειστικά 41% των γυναικών, στο τέλος του πρώτου μήνα θήλαζε μόλις το 21%, στο τέλος του 3^{ου} μήνα 11% και τον 6^ο μήνα το ποσοστό αυτό σχεδόν μηδενίστηκε (0,8%).

Αξίζει να σημειωθεί η συχνότητα με την οποία εμφανίστηκαν κάποιες πρακτικές στα νοσοκομεία/μαιευτήρια του δείγματός μας. Η πρακτική της συνδιαμονής μητέρας νεογνού εφαρμόστηκε σε λιγότερα από τα μισά (49%) νοσοκομεία/μαιευτήρια, ενώ μόνο σε μία στις τέσσερις μητέρες (27%) έφεραν το μωρό μέσα στην πρώτη ώρα από τον τοκετό για να το θηλάσει. Επίσης αρκετές γυναίκες (35%) δήλωσαν ότι φεύγοντας από το μαιευτήριο τους δόθηκε δωρεάν δείγμα τροποποιημένου γάλακτος αγελάδος. Σχεδόν διπλάσιος αριθμός γυναικών (65%) έλαβε κατά την έξοδό του από το μαιευτήριο γραπτή συνταγή ή σημείωμα

για κάποιο τροποποιημένο γάλα αγελάδος. Οι πρακτικές αυτές της προώθησης του τροποποιημένου γάλακτος αγελάδος και η απουσία της συνδιαμονής και του θηλασμού την πρώτη ώρα σε μεγάλο ποσοστό των μαιευτηρίων απέχουν από τις συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και έρχονται σε πλήρη αντίθεση με το χαρακτηρισμό των νοσοκομείων ως φιλικά για τα βρέφη. ”

“ ”

“ Στο δείγμα μας θήλαζαν αποκλειστικά στους 6 μήνες μόνο το 0,8% των βρεφών. Ακόμα και ο θηλασμός γενικά, που μπορεί να είναι μερικός και να αποτελεί μικρό μέρος του γάλακτος που λαμβάνει το βρέφος, ήταν μόλις 22% στους 6 μήνες και 6% στους 12 μήνες. Οι αριθμοί αυτοί πολύ απέχουν από τους επιθυμητούς στόχους, όπως π.χ. αυτοί έχουν εκφραστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, που συνιστά αποκλειστικό μητρικό θηλασμό τους πρώτους 6 μήνες ζωής ή από το προγραμματικό σχέδιο Healthy People 2010 του U.S. Department of Health and Human Services, κατά το οποίο οι στόχοι είναι: θηλασμός τις πρώτες ημέρες ζωής στο 75%, στους 6 μήνες 50% και στους 12 μήνες 25% [29].

Στην Αγγλία, σύμφωνα με το Infant Feeding Survey 2005 [20], η έναρξη του θηλασμού ήταν 78%, στις 6 εβδομάδες συνέχιζαν να θηλάζουν 48% των γυναικών και στους 6 μήνες το 25%. Ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός βρέθηκε σε παρόμοια επίπεδα με αυτά που προέκυψαν από τη δική μας μελέτη για την Ελλάδα. Συγκεκριμένα, θήλασαν αποκλειστικά 45% των γυναικών στο τέλος της πρώτης εβδομάδας, 21% την 6^η εβδομάδα και λιγότερο από 1% τον 6^ο μήνα. Για τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, σύμφωνα με την 2004 National Immunization Survey του CDC (Centers for Disease Control and Prevention)[30], ξεκίνησαν να θηλάζουν 70% των μητέρων, συνέχισαν τον 6^ο μήνα 36% και τον 12^ο μήνα 18%. Όσο για τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό, θήλασαν αποκλειστικά 38% των γυναικών στους 3 μήνες και 14% στους 6 μήνες.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας, η έναρξη του θηλασμού στην Ελλάδα βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα, αφού 88% των γυναικών ξεκίνησαν να θηλάζουν. Το ποσοστό αυτό πιθανότατα αντανάκλα την ιδιαίτερα αυξημένη πρόθεση των γυναικών να θηλάσουν. Η κατακόρυφη πτώση του υψηλού ποσοστού των γυναικών που αποπειρώνται έστω να θηλάσουν στο 37% των γυναικών που θηλάζουν αποκλειστικά στο τέλος της πρώτης εβδομάδας, δείχνει πως ίσως σημαντικά γεγονότα που καθορίζουν τη συνέχιση του θηλασμού λαμβάνουν χώρα στο νοσοκομείο. Τούτο μπορεί να αποδίδεται είτε στη μειωμένη υποστήριξη των νέων μητέρων στην έναρξη και εγκατάσταση/εδραίωση του θηλασμού, είτε στην παρέμβαση στις επιλογές σίτισης του νεογνού (σίτιση με χαμομήλι ή σακχαρόνερο και προώθηση του τροποποιημένου γάλακτος αγελάδος). Χαρακτηριστικό είναι, ότι από τις γυναίκες που ρωτήθηκαν αν βοηθήθηκαν από το προσωπικό του νοσοκομείου για τα προβλήματα που αντιμετώπισαν με το θηλασμό, περίπου μία στις τρεις απάντησε αρνητικά. Ο θηλασμός την πρώτη ώρα και ο φυσιολογικός τοκετός φάνηκαν ότι ευοδώνουν το θηλασμό. Επίσης, τα ποσοστά του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού και της διάρκειας του θηλασμού ήταν ελαφρώς βελτιωμένα όταν το νεογνό βρισκόταν συνεχώς στο ίδιο δωμάτιο με τη μητέρα και όταν απουσίαζε η προώθηση του ξένου γάλακτος από τα νοσοκομεία. Παρόλο που οι ενδονοσοκομειακοί αυτοί παράγοντες επηρεάζουν σε μη στατιστικά σημαντικό βαθμό τον μητρικό θηλασμό, εντούτοις αξιολογούνται ως θετικά βήματα προς την ολοκληρωμένη ενίσχυσή του.

Σημαντικό εύρημα ήταν το γεγονός ότι μία στις τρεις γυναίκες έλαβε δωρεάν δείγμα γάλακτος πριν εξέλθει από το νοσοκομείο. Η πρακτική αυτή αποτυπώνει τη διεύθυνση των εταιρειών που εμπορεύονται τα τροποποιημένα γάλατα αγελάδος στο χώρο των νοσοκομείων/μαιευτηρίων.

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση της έναρξης και της διάρκειας του μητρικού θηλασμού ανάλογα με το είδος του τοκετού, δηλαδή αν έγινε φυσιολογικός τοκετός ή καισαρική τομή και ειδικότερα αν στην καισαρική τομή χρησιμοποιήθηκε γενική ή περιοχική αναισθησία [31,32]. Το εύρημα αυτό έχει αποδοθεί στην καθυστερημένη επαφή του μωρού με τη μητέρα όταν γίνεται καισαρική καθώς και στα χαμηλότερα επίπεδα προλακτίνης της μητέρας, στο μετεγχειρητικό πόνο, κ.α. Στην Ελλάδα το ποσοστό των καισαρικών τομών που διενεργούνται είναι υψηλό. Πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι το ποσοστό των καισαρικών σε δύο μεγάλα δημόσια νοσοκομεία ήταν 41,6% (52,5% για τις Ελληνίδες και 26% για τις αλλοδαπές), ενώ σε ένα μεγάλο ιδιωτικό μαιευτήριο το ποσοστό των καισαρικών τομών ήταν 53% (65,2% για τις γυναίκες με ιδιωτική ασφάλεια και 23,9% χωρίς ιδιωτική ασφάλεια)[33]. Η καισαρική τομή δείχθηκε στο δείγμα μας ότι σχετίζεται αρνητικά με το θηλασμό. Το εύρημα αυτό σε συνδυασμό με τον ιδιαίτερα αυξημένο αριθμό (περίπου 1 στους 2 τοκετούς) καισαρικών τομών που διενεργούνται στη χώρα μας, τοποθετεί τις μισές περίπου γυναίκες που γεννούν στην Ελλάδα σε μειονεκτικότερη θέση σε σχέση με το στόχο επίτευξης του θηλασμού.

Συνήθως περιγράφονται ως θετικοί προγνωστικοί παράγοντες για τη διάρκεια του θηλασμού, το υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας, η έγγαμη κατάσταση, το υψηλό οικογενειακό οικονομικό επίπεδο, η μεγαλύτερη ηλικία της μητέρας, ενώ γνωστός αρνητικός παράγοντας είναι το κάπνισμα της μητέρας. Μη σταθερές συσχετίσεις έχουν βρεθεί με τη χρήση της πιπίλας, το βάρος γέννησης και την προηγούμενη εμπειρία θηλασμού [34-38].

Από τα αποτελέσματά μας φάνηκε ότι στην Ελλάδα τα ποσοστά του αποκλειστικού θηλασμού αλλά και της διάρκειας του θηλασμού συνδέονται θετικά με την εκπαίδευση της μητέρας, το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα, την πρόθεση θηλασμού, την προηγούμενη εμπειρία θηλασμού, τον θηλασμό μέσα στην πρώτη ώρα από τη γέννηση, το φυσιολογικό τοκετό (σε αντίθεση με την καισαρική τομή) και με τη μη χρήση πιπίλας, ενώ καταλυτικός αρνητικός παράγοντας ήταν το κάπνισμα της μητέρας.

Το επίπεδο της εκπαίδευσης της μητέρας έχει συσχετιστεί θετικά με το μητρικό θηλασμό στις περισσότερες μελέτες και βρέθηκε παρόμοια συσχέτιση στο δείγμα αυτής της μελέτης. Η αυξημένη εκπαίδευση της μητέρας πιθανώς αντανακλά καλύτερη γνώση των ωφελημάτων του μητρικού θηλασμού για το βρέφος, αλλά πιθανότατα συνδέεται και με καλύτερο οικονομικό επίπεδο. Το γεγονός ότι και η εκπαίδευση του πατέρα συμβάλλει στη συνέχιση του μητρικού θηλασμού έχει περιγραφεί και σε μελέτη στη Βραζιλία [39] και θεωρείται πιθανό ότι οι πατέρες με καλύτερη εκπαίδευση είναι πιο ενημερωμένοι για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού. Η εκπαίδευση του πατέρα δεν έχει μελετηθεί το ίδιο εκτενώς όσο αυτή της μητέρας στο κατά πόσο επηρεάζει την έναρξη και τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού. Σκόπιμο ίσως θα ήταν να διερευνηθεί αν το αυξημένο αυτό επίπεδο εκπαίδευσης του πατέρα αντανακλά αυξημένο οικονομικό επίπεδο ή αυξημένο εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας ή σημαίνει περισσότερη υποστήριξη στις θηλάζουσες μητέρες.

Η ηλικία της μητέρας εμφανίστηκε ως μη αποφασιστικός παράγοντας του μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα. Στο δείγμα μας παρατηρήθηκε μεγάλη αντιπροσώπευση (περίπου τα δύο τρίτα των γυναικών) της ηλικιακής ομάδας 25-34 ετών και 20-23% ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 35-39. Τα ποσοστά του θηλασμού ήταν αυξημένα στις μητέρες 35-39 ετών, αλλά η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Στο δείγμα μας ο αριθμός των εφήβων και των πολύ νέων μητέρων κάτω των 20 ετών ήταν ιδιαίτερα μικρός και είναι σε αυτή την ηλικιακή ομάδα που παρατηρούνται ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά θηλασμού σε άλλες χώρες, όπως η Αγγλία. Αντιθέτως, στην Ιαπωνία βρέθηκε ότι ηλικία της μητέρας μεγαλύτερη από 30 συνδέεται αρνητικά με τον αποκλειστικό θηλασμό στους 6 μήνες [40].

Όσον αφορά στο ετήσιο οικογενειακό εισόδημα, η συσχέτιση με το θηλασμό παρουσίασε κάποιες ιδιαιτερότητες. Η μέση κατηγορία εισοδήματος ήταν τα 12000-23999

ευρώ. Για την επόμενη κατηγορία των 24000-35999 ευρώ δεν υπήρξαν ουσιαστικές διαφορές στα ποσοστά θηλασμού. Μόνο για την κατηγορία των 36000-47999 ευρώ, δηλαδή για ιδιαίτερα υψηλό ετήσιο εισόδημα, αύξαναν τόσο ο αποκλειστικός θηλασμός τον 1^ο μήνα όσο και ο θηλασμός τον 3^ο και 6^ο μήνα. Επιπλέον στην κατηγορία με ετήσιο εισόδημα κάτω από 12000 ευρώ σημειώθηκε σε σχέση με τη μέση κατηγορία αυξημένος θηλασμός τον 3^ο και 6^ο μήνα. Η συσχέτιση αυτή με το χαμηλό εισόδημα δεν είναι παράδοξη και μπορεί να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες. Ο θηλασμός ενδέχεται να αποτελεί την οικονομικότερη λύση διατροφής για φτωχές οικογένειες. Επίσης, οι Αλβανίδες που όπως αναφέρθηκε παραπάνω θηλάζουν περισσότερο, ίσως αντιπροσωπεύονται σε μεγαλύτερο βαθμό στην κατηγορία του χαμηλού εισοδήματος.

Πρόσφατη ανασκόπηση μελετών για τη συχνότητα του καπνίσματος στην Ελλάδα [41] έδειξε ότι κατέχουμε από τις πρώτες θέσεις στην Ευρώπη, με ποσοστά ανδρών καπνιστών σε μεγάλα αστικά κέντρα στο 51% και γυναικών στο 39%. Παραπλήσιο ποσοστό, δηλαδή 31% των γυναικών του δείγματος δήλωσαν ότι κάπνιζαν. Ο αριθμός των καπνιστριών ενδέχεται να υποεκτιμάται, γιατί κάποιες από τις μητέρες είτε δεν ξανάρχισαν ακόμα να καπνίζουν (και ίσως αν υπήρχε επόμενη συνέντευξη θα το είχαν ξαναρχίσει), είτε αισθάνονται άβολα και φοβούνται πως θα κριθούν αν απαντήσουν ότι καπνίζουν. Η επιλογή του καπνίσματος στο δείγμα μας είχε σαν συνέπεια είτε μη έναρξη θηλασμού, είτε πρόωρη διακοπή αυτού. Η ύπαρξη της αρνητικής αυτής συσχέτισης σε συνδυασμό με το μεγάλο ποσοστό των γυναικών που κάπνιζαν καθιστά το κάπνισμα μείζονα καθοριστικό παράγοντα του θηλασμού. Παρόλο που στο δείγμα μας η επίδραση του καπνίσματος ήταν καταφανής στον αποκλειστικό θηλασμό τον 1^ο μήνα (14% των καπνιστριών θηλάζουν, έναντι 24% των μη καπνιστριών), έγινε πιο έντονη στο θηλασμό τον 3^ο και 6^ο μήνα (τον 3^ο μήνα θηλάζουν 20% των καπνιστριών, έναντι 48% των μη καπνιστριών και τον 6^ο μήνα 7% έναντι 29%). Το γεγονός αυτό αντικατοπτρίζει τη συμπεριφορά των καπνιστριών μητέρων, από τις οποίες μικρός αριθμός δοκιμάζει να θηλάσει, αλλά σύντομα και σημαντικά νωρίτερα από τις μη καπνίστριες σταματά το θηλασμό. Σε μελέτες έχει δειχθεί ότι η συνήθεια του καπνίσματος σχετίζεται σημαντικά με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (χαμηλό εισόδημα, ανεργία) και αυτοί οι παράγοντες, που βρέθηκαν στη μελέτη μας να σχετίζονται αρνητικά με το θηλασμό, πιθανών εμπεριέχονται μέσα στον παράγοντα κάπνισμα. Θα πρέπει να αναφερθεί όμως ότι η κοινωνικοοικονομική ανισότητα και η διαφορά στο εκπαιδευτικό επίπεδο μεταξύ αυτών που καπνίζουν και αυτών που δεν καπνίζουν είναι έντονες κυρίως στις χώρες της Βόρειας Ευρώπης, ενώ για την Ελλάδα μικρότερες, σύμφωνα με ορισμένες μελέτες [41, 42]. Εκτός από τους παράγοντες που ίσως υποκρύπτονται στο κάπνισμα, η πρόωρη διακοπή του θηλασμού από τις καπνίζουσες μητέρες ενδέχεται να υπαγορεύεται και από την επιθυμία της μητέρας να ξαναρχίσει να καπνίζει.

Η εργασία της μητέρας και η πληρωμένη άδεια κύησης ή μητρότητας δε συσχετίστηκε εμφανώς στη μελέτη μας με το μητρικό θηλασμό. Συσχέτιση του θηλασμού γενικά με την εργασία (εργασία/μη εργασία) της μητέρας δεν αναφέρεται συχνά σε άλλες μελέτες, παρά εξετάζεται ειδικότερα το είδος της εργασίας (πλήρης ή μερική απασχόληση, απλή ή σύνθετη σε σχέση με τα προσόντα που απαιτεί), το χρονικό διάστημα που έλαβε η μητέρα άδεια, οι δυνατότητες που παρέχονται από την εργασία για συνέχιση του θηλασμού. Π.χ. στην Αγγλία η πρόωρη επιστροφή στην εργασία έχει συσχετιστεί με μικρότερη διάρκεια θηλασμού [20]. Στο δείγμα μας το ένα τρίτο περίπου των γυναικών δεν εργαζόταν και φάνηκε ότι αυτές οι γυναίκες δεν συμπεριφέρθηκαν διαφορετικά ως προς το θηλασμό. Στην πραγματικότητα οι γυναίκες αυτές μπορεί να αποτελούσαν ένα ιδιαίτερα ετερογενές σύνολο, στο οποίο άλλες ανήκαν σε χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και ήταν άνεργες, άλλες σε ιδιαίτερα υψηλό και πάλι δεν εργάζονταν ή άλλες επέλεξαν συνειδητά να μην εργαστούν για να

μεγαλώσουν τα παιδιά τους. Η ετερογένεια αυτή μπορεί να οδήγησε σε μία συνισταμένη διαφορετικών συμπεριφορών που δεν απείχε από την τάση που επικρατούσε στις εργαζόμενες μητέρες. Όσον αφορά στην πληρωμένη άδεια, βρέθηκε ότι έλαβαν τέτοια μόνο το 56-64% των γυναικών που εργαζόταν. Θα περίμενε κανείς ότι οι γυναίκες αυτές θα θήλαζαν περισσότερο. Ίσως τμήμα των γυναικών που δεν πήραν άδεια αφορούσε γυναίκες που δεν εργάζονταν σταθερά, αλλά περιστασιακά και σταμάτησαν να εργάζονται κάποια στιγμή πριν γεννήσουν, οπότε μετέπεσαν στην κατηγορία της μη εργαζόμενης. Σε μία ελληνική μελέτη [43] βρέθηκε ότι εργαζόμενες μητέρες με μεγάλη άδεια μητρότητας θήλασαν για περισσότερο καιρό σε σχέση με μητέρες που δεν εργάζονταν.

Οι Αλβανίδες στο δείγμα της μελέτης φάνηκε ότι θήλασαν περισσότερο τα παιδιά τους. Παρά το γεγονός ότι ο αριθμός των Αλβανίδων στο δείγμα μας ήταν μικρός, φάνηκε ότι αναλογικά διπλάσιο ποσοστό Αλβανίδων θήλαζαν τα μωρά τους στους 3 και στους 6 μήνες. Το γεγονός αυτό χρήζει πιθανώς περαιτέρω διερεύνησης, ώστε να φωτιστούν οι διαφορές (κοινωνικοοικονομικές, πεποιθήσεων/νοοτροπίας ή άλλες), που οδήγησαν σε επιτυχημένο θηλασμό για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Βρήκαμε επίσης ότι προηγούμενη εμπειρία θηλασμού, μέτρο της οποίας στη μελέτη ήταν ο θηλασμός προηγούμενου βρέφους για τουλάχιστον ένα μήνα, οδήγησε σε αυξημένο θηλασμό για το νέο μωρό. Σε μία μεγάλη μελέτη από την Ολλανδία [44] βρέθηκε παρόμοια συσχέτιση με τη διάρκεια του θηλασμού, παρά το γεγονός ότι άμεσα μετά τη γέννηση τα πρώτα παιδιά ήταν πιθανότερο να θηλάζουν. Με τη γέννηση του νέου παιδιού είναι αρκετά πιθανό να συνεχίζουν να υπάρχουν οι λόγοι που οδήγησαν στο θηλασμό προηγούμενου βρέφους και επιπρόσθετα η μητέρα έχει βιώσει το θηλασμό, έχει μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση, πρακτική γνώση της διαδικασίας του θηλασμού και ίσως επίγνωση των ωφελημάτων από το θηλασμό.

Έχει δειχθεί [9] ότι η έναρξη και η διάρκεια του θηλασμού είναι χαμηλότερα στα πρόωρα νεογνά σε σχέση με τα τελειόμηνα και αυτό οφείλεται σε πολλές δυσκολίες που έχουν να αντιμετωπίσουν τόσο η μητέρα όσο και το πρόωρο νεογνό. Τα στοιχεία αυτά επιβεβαιώθηκαν και στη δική μας μελέτη. Παρόμοια αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε και με τη νοσηλεία σε μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών.

Η χρήση πιπίλας συνδέθηκε με μειωμένη διάρκεια θηλασμού, γεγονός που έχει περιγραφεί και σε άλλες χώρες [45]. Βιβλιογραφικά αναφέρεται ότι η χρήση της πιπίλας κυρίως τις πρώτες 4-6 εβδομάδες ζωής, διάστημα κατά το οποίο εδραιώνεται ο θηλασμός, συνδέεται αρνητικά με τη συνέχιση του θηλασμού. Δεν έχει τεκμηριωθεί αν η αρνητική συσχέτιση της πιπίλας με τη διάρκεια του θηλασμού είναι αιτιολογική (σύγχυση της θηλής της πιπίλας με τη θηλή του στήθους) ή η χρήση της υποδηλώνει προβλήματα στην εγκατάστασή του θηλασμού, μειωμένο αριθμό γευμάτων με μητρικό γάλα ή αντιλήψεις της μητέρας σε σχέση με το θηλασμό. ”

“ ”

“ 5. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την πρώτη πανελλαδική μελέτη για το μητρικό θηλασμό προβάλλουν επιτακτικά την ανάγκη για υιοθέτηση και εφαρμογή πολιτικών και πρακτικών που θα ενισχύσουν το θηλασμό στη χώρα μας.

Κρίσιμη θεωρούμε πρωτίστως την ταχεία μετεξέλιξη κατά το δυνατό περισσότερων νοσοκομείων/μαιευτηρίων σε φιλικά για τα βρέφη, δηλαδή ιδρύματα που θα ακολουθούν τα 10 βήματα προς τον επιτυχημένο θηλασμό. Αυτό απαιτεί σοβαρές και ριζικές αλλαγές στη λειτουργία των μαιευτηρίων, όπως εκπαίδευση του προσωπικού και ίσως επιπλέον προσωπικό επιφορτισμένο να βοηθά με εξειδικευμένο τρόπο τις θηλάζουσες μητέρες, τήρηση του κώδικα για τη διαχείριση του τροποποιημένου γάλακτος αγελάδος, εφαρμογή της συνδιαμονής μητέρας βρέφους. Κάποια από τα βήματα για την απόκτηση του τίτλου ‘φιλικά για τα βρέφη’ μοιάζουν ασύμβατα με τον υπάρχοντα τρόπο λειτουργίας των μαιευτηρίων. Θα ήταν ίσως περισσότερο ρεαλιστικό εάν η μετάβαση προς την πλήρη απόκτηση του τίτλου γίνει βήμα προς βήμα, με επίσημη πιστοποίηση της σταδιακής συμπλήρωσης των προϋποθέσεων και ανάδειξη της πιστοποίησης αυτής σε πλεονέκτημα για τα νοσοκομεία που τη φέρουν.

Το γεγονός ότι 88% των μητέρων ξεκίνησαν να θηλάζουν, αλλά μόνο 41% θηλάζαν αποκλειστικά, σημαίνει πως ήδη από την αρχή της ζωής του νεογνού και κατά την παραμονή στο μαιευτήριο το νεογνό λαμβάνει τροποποιημένο γάλα αγελάδος ή κάποιο ρόφημα, όπως χαμομήλι ή σακχαρόνερο. Είναι αναγκαίο στα νεογνά να μη δίδονται άλλες υγρές τροφές εκτός αν συντρέχει ιατρικός λόγος ή υπάρχει σαφής επιθυμία της μητέρας να μη θηλάσει. Θα είχε νόημα να δημιουργηθεί κάποιο σύστημα καταγραφής, που θα αφορά το χρονικό διάστημα παραμονής στο μαιευτήριο (ίσως με τη μορφή επέκτασης της κάρτας νεογνικού ελέγχου) και θα συνίσταται σε πληροφορίες για την κατάσταση θηλασμού του νεογνού, δηλαδή αν το μωρό θηλάζει, αν λαμβάνει συμπλήρωμα, το λόγο για τον οποίο λαμβάνει συμπλήρωμα και την βασική αιτία μη θηλασμού ή διακοπής του θηλασμού. Ένα τέτοιο σύστημα καταγραφής μπορεί να αποτελέσει μία μορφή αυτοελέγχου και πηγή σημαντικών πληροφοριών για την κατάσταση και πορεία του θηλασμού. Είναι παράλογο να πρέπει οι μητέρες να δηλώνουν κατηγορηματικά στους επαγγελματίες υγείας ότι θα θηλάσουν το μωρό τους και δεν επιθυμούν να τους δοθεί τροποποιημένο γάλα αγελάδος. Ο αποκλειστικός θηλασμός πρέπει να υιοθετείται ως πρώτη επιλογή σίτισης για το νεογνό και να δίδεται τροποποιημένο γάλα αγελάδος μόνο όταν είναι απολύτως απαραίτητο ή η μητέρα δηλώσει την επιθυμία αυτή.

Η ανάγκη εντατικοποίησης της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, συγκεκριμένα των μαιών, νοσηλευτριών, γυναικολόγων και παιδιάτρων, σε θέματα όπως τα οφέλη του μητρικού θηλασμού και η εξειδικευμένη βοήθεια που χρειάζεται η θηλάζουσα μητέρα είναι άμεση. Οι μισές γυναίκες που ρωτήθηκαν δήλωσαν ότι σταμάτησαν να θηλάζουν λόγω ανεπαρκούς γάλακτος. Αυτό καταδεικνύει την απουσία στοιχειώδους πληροφόρησης της μητέρας από τους επαγγελματίες υγείας για τη φυσιολογία της γαλουχίας. Είναι βαθιά ριζωμένη η πεποίθηση ότι ‘το γάλα μου ήταν λίγο’. Στην πραγματικότητα, είτε πρόκειται για τη φυσιολογική σταδιακή αύξηση του γάλακτος τις πρώτες ημέρες του θηλασμού, είτε πρόκειται για μείωση της ποσότητας του γάλακτος, για την οποία υπεύθυνη είναι η μη τοποθέτηση του μωρού στο στήθος για να θηλάσει σε τακτά διαστήματα ή η εισαγωγή συμπληρωματικά στη διατροφή του νεογνού του τροποποιημένου γάλακτος αγελάδος.

Κατά την παραμονή στο μαιευτήριο σκόπιμος θα ήταν ο εντοπισμός από τους

επαγγελματίες υγείας των μητέρων «αυξημένου κινδύνου» για πρόωμη διακοπή του θηλασμού και ενίσχυση της υποστήριξης σε αυτές. «Αυξημένου κινδύνου», σύμφωνα με τη μελέτη αυτή, ήταν οι γυναίκες χαμηλής εκπαίδευσης, χωρίς προηγούμενη εμπειρία θηλασμού, αυτές που γέννησαν με καισαρική τομή, οι καπνίστριες, οι μητέρες πρόωρων ή χαμηλού βάρους νεογνών ή νεογνών που διέμεναν σε μονάδα εντατικής νοσηλείας.

Ο θηλασμός βέβαια δεν διακόπτεται μόνο εντός νοσοκομείου, αλλά πολλές γυναίκες σταμάτησαν να θηλάζουν μετά την έξοδό τους από αυτό. Είναι καίριο να δίδεται στις μητέρες κάποια προοπτική βοήθειας για το επόμενο διάστημα, είτε μέσω επικοινωνίας με ομάδες υποστήριξης του θηλασμού του ίδιου του νοσοκομείου, είτε με άλλους συνδέσμους υποστήριξης του θηλασμού που υπάρχουν στην Ελλάδα.

Δεύτερη αιτία διακοπής του θηλασμού ήταν η επιστροφή στην εργασία, γεγονός που για κάποιες γυναίκες ισοδυναμεί με αδυναμία συνέχισης του θηλασμού. Είναι απαραίτητο κάθε εργαζόμενη θηλάζουσα μητέρα να δικαιούται επαρκή άδεια θηλασμού και όταν επιστρέφει στην εργασία να της δίνεται η δυνατότητα να συνεχίζει να θηλάζει, είτε με την ύπαρξη ευέλικτου ωραρίου, είτε με τη δυνατότητα να εξάγει το γάλα της στον εργασιακό χώρο.

Η ενημέρωση του κοινού για το μητρικό θηλασμό και η ειδική πριν από τον τοκετό εκπαίδευση της μητέρας στο θηλασμό από ομάδες νοσοκομείων/μαιευτηρίων ή άλλους συνδέσμους δεν αξιολογήθηκαν στη μελέτη αυτή, αλλά κρίνονται γενικά ως θετικά βήματα.

Η επίτευξη κάποιων από τις αναφερθείσες προτάσεις ενδέχεται να αυξήσει τα επίπεδα του θηλασμού στην Ελλάδα και θα ήταν χρήσιμο να μετρώνται σε τακτά χρονικά διαστήματα, ώστε ανάλογα να τροποποιούνται οι επόμενοι στόχοι. ”

“

Πίνακας Π17: Κατανομή των δειγμάτων 1 (6 μηνών) και 2 (12 μηνών) κατά εφαρμογή της πρακτικής της συνδιαμονής μητέρας νεογνού (rooming in) στο νοσοκομείο/μαιευτήριο

Συνδιαμονή μητέρας νεογνού	Δείγμα 1 (6 μηνών)			Δείγμα 2 (12 μηνών)		
	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*
Ναι	284	48,5	(44,5-52,6)	241	40,4	(36,5-44,4)
Όχι	265	45,3	(41,3-49,4)	301	50,4	(46,4-54,4)
Δεν αφορά	36	6,2	(4,5-8,4)	55	9,2	(7,1-11,8)
Σύνολο	585	100,0		597	100,0	

* Διάστημα αξιοπιστίας κατά 95%

Πίνακας Π18: Κατανομή των δειγμάτων 1 (6 μηνών) και 2 (12 μηνών) κατά εφαρμογή της πρακτικής της τοποθέτησης του νεογνού στο στήθος εντός μίας ώρας από τον τοκετό στο νοσοκομείο/μαιευτήριο

Τοποθέτηση νεογνού στο στήθος εντός μίας ώρας από τοκετό	Δείγμα 1 (6 μηνών)			Δείγμα 2 (12 μηνών)		
	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*
Ναι	157	26,8	(23,4-30,5)	162	27,0	(23,6-30,7)
Όχι	429	73,2	(69,5-76,6)	438	73,0	(69,3-76,4)
Σύνολο	586	100,0		600	100,0	

* Διάστημα αξιοπιστίας κατά 95%

Πίνακας Π19: Συσχέτιση της εφαρμογής της πρακτικής της συνδιαμονής μητέρας νεογνού (rooming in) στο νοσοκομείο/μαιευτήριο με το είδος του μαιευτηρίου (δημόσιο ή ιδιωτικό) στο οποίο γέννησε η μητέρα

Είδος μαιευτηρίου	Συνδιαμονή μητέρας νεογνού					
	Δείγμα 1 (6 μηνών)			Δείγμα 2 (12 μηνών)		
	n/N	%	Τιμή κριτηρίου p	n/N	%	Τιμή κριτηρίου p
Δημόσιο	221/256	(86,3)	<0,001	146/194	(75,3)	<0,001
Ιδιωτικό	63/293	(21,5)		95/348	(27,3)	
Σύνολο	284/549	(51,7)		241/542	(44,5)	

Πίνακας Π20: Συσχέτιση της εφαρμογής της πρακτικής της τοποθέτησης του νεογνού στο στήθος εντός μίας ώρας από τον τοκετό στο νοσοκομείο/μαιευτήριο με το είδος του μαιευτηρίου (δημόσιο ή ιδιωτικό) στο οποίο γέννησε η μητέρα

Είδος μαιευτηρίου	Τοποθέτηση νεογνού στο στήθος εντός μίας ώρας από τοκετό					
	Δείγμα 1 (6 μηνών)			Δείγμα 2 (12 μηνών)		
	n/N	%	Τιμή κριτηρίου p	n/N	%	Τιμή κριτηρίου p
Δημόσιο	103/270	(38,1)	<0,001	70/220	(31,8)	0,043
Ιδιωτικό	54/316	(17,1)		92/380	(24,2)	
Σύνολο	157/586	(26,8)		162/600	(27,0)	

Πίνακας Π21 : Κατανομή των δειγμάτων 1 (6 μηνών) και 2 (12 μηνών) κατά χορήγηση γραπτής συνταγής ή σημειώματος για τροποποιημένο γάλα αγελάδος στην έξοδο από το νοσοκομείο/μαιευτήριο

Γραπτή συνταγή ή σημείωμα για τροποποιημένο γάλα αγελάδος	Δείγμα 1 (6 μηνών)			Δείγμα 2 (12 μηνών)		
	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*
Ναι	383	65,4	(61,4-69,1)	402	67,1	(63,3-70,8)
Όχι	194	33,1	(29,4-37,0)	186	31,1	(27,5-34,9)
Άγνωστο	9	1,5	(0,8-2,9)	11	1,8	(1,0-3,3)
Σύνολο	586	100,0		599	100,0	

* Διάστημα αξιοπιστίας κατά 95%

Πίνακας Π22 : Κατανομή των δειγμάτων 1 (6 μηνών) και 2 (12 μηνών) κατά χορήγηση δωρεάν δείγμα τροποποιημένου γάλακτος αγελάδος στην έξοδο από το νοσοκομείο/μαιευτήριο

Δωρεάν δείγμα τροποποιημένου γάλακτος αγελάδος	Δείγμα 1 (6 μηνών)			Δείγμα 2 (12 μηνών)		
	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*
Ναι	207	35,3	(31,6-39,3)	214	35,7	(32,0-39,6)
Όχι	369	63,0	(59,0-66,8)	372	62,1	(58,2-65,9)
Άγνωστο	10	1,7	(0,9-3,1)	13	2,2	(1,3-3,7)
Σύνολο	586	100,0		599	100,0	

* Διάστημα αξιοπιστίας κατά 95%

Πίνακας Π23: Συσχέτιση της χορήγησης γραπτής συνταγής ή σημειώματος για τροποποιημένο γάλα αγελάδος με το είδος του μαιευτηρίου (δημόσιο ή ιδιωτικό) στο οποίο γέννησε η μητέρα

Είδος μαιευτηρίου	Γραπτή συνταγή ή σημείωμα για τροποποιημένο γάλα αγελάδος					
	Δείγμα 1 (6 μηνών)			Δείγμα 2 (12 μηνών)		
	n/N	%	Τιμή κριτηρίου p	n/N	%	Τιμή κριτηρίου p
Δημόσιο	154/267	(57,7)	<0,001	140/218	(64,2)	<0,001
Ιδιωτικό	229/310	(73,9)		262/370	(70,8)	
Σύνολο	383/577	(66,4)		402/588	(68,4)	

Πίνακας Π24: Συσχέτιση της χορήγησης δωρεάν δείγματος τροποποιημένου γάλακτος αγελάδος με το είδος του μαιευτηρίου (δημόσιο ή ιδιωτικό) στο οποίο γέννησε η μητέρα

	Δωρεάν δείγμα τροποποιημένου γάλακτος αγελάδος					
	Δείγμα 1 (6 μηνών)			Δείγμα 2 (12 μηνών)		
Είδος μαιευτηρίου	n/N	%	Τιμή κριτηρίου ρ	n/N	%	Τιμή κριτηρίου ρ
Δημόσιο	89/267	(33,3)	0,226	61/219	(27,9)	0,001
Ιδιωτικό	118/309	(38,2)		153/367	(41,7)	
Σύνολο	207/576	(35,9)		214/586	(36,5)	

Πίνακας Π25 : Κατανομή των δειγμάτων 1 (6 μηνών) και 2 (12 μηνών) κατά κάπνισμα μητέρας την περίοδο της συνέντευξης

Κάπνισμα μητέρας κατά την ημέρα της συνέντευξης	Δείγμα 1 (6 μηνών)			Δείγμα 2 (12 μηνών)		
	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*
Ναι	184	31,5	(27,9-35,4)	227	38,1	(34,3-42,1)
Όχι	400	68,5	(64,6-72,1)	369	61,9	(57,9-65,7)
Σύνολο	584	100,0		596	100,0	

* Διάστημα αξιοπιστίας κατά 95%

Πίνακας Π26 : Κατανομή των δειγμάτων 1 (6 μηνών) και 2 (12 μηνών) κατά κάπνισμα μητέρας στη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Κάπνισμα μητέρας στη διάρκεια της εγκυμοσύνης	Δείγμα 1 (6 μηνών)			Δείγμα 2 (12 μηνών)		
	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*
Ναι	75	12,9	(10,4-15,8)	89	14,9	(12,3-18,0)
Όχι	508	87,1	(84,2-89,6)	507	85,1	(82,0-87,7)
Σύνολο	583	100,0		596	100,0	

* Διάστημα αξιοπιστίας κατά 95%

Πίνακας Π27 : Κατανομή των δειγμάτων 1 (6 μηνών) και 2 (12 μηνών) κατά ύπαρξη άλλου καπνιστή (εκτός της μητέρας) στο σπίτι

Άλλος καπνιστής στο σπίτι	Δείγμα 1 (6 μηνών)			Δείγμα 2 (12 μηνών)		
	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*
Ναι	287	49,2	(45,2-53,3)	318	53,4	(49,3-57,3)
Όχι	296	50,8	(46,7-54,8)	278	46,6	(42,7-50,7)
Σύνολο	583	100,0		596	100,0	

* Διάστημα αξιοπιστίας κατά 95%

Πίνακας Π28 : Κατανομή των δειγμάτων 1 (6 μηνών) και 2 (12 μηνών) κατά είδος τοκετού

Είδος τοκετού	Δείγμα 1 (6 μηνών)			Δείγμα 2 (12 μηνών)		
	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*
Φυσιολογικός τοκετός	296	50,6	(46,6-54,6)	303	50,8	(46,8-54,7)
Καισαρική	289	49,4	(45,4-53,4)	294	49,2	(45,3-53,2)
Σύνολο	585	100,0		597	100,0	

* Διάστημα αξιοπιστίας κατά 95%

Πίνακας Π29 : Κατανομή των δειγμάτων 1 (6 μηνών) και 2 (12 μηνών) κατά είδος μαιευτηρίου (δημόσιο ή ιδιωτικό) που γέννησε η μητέρα

Είδος μαιευτηρίου	Δείγμα 1 (6 μηνών)			Δείγμα 2 (12 μηνών)		
	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*	Αριθμός μητέρων	Ποσοστό %	(95% Δ.Α.)*
Δημόσιο	270	46,1	(42,1-50,1)	221	36,8	(33,0-40,7)
Ιδιωτικό	316	53,9	(49,9-57,9)	380	63,2	(59,3-67,0)
Σύνολο	586	100,0		601	100,0	

* Διάστημα αξιοπιστίας κατά 95%

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Ήταν 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.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΤΟΥ Σ.Ε.Μ. ΝΑΥΠΛΙΟΥ

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΕΦΕΤΕΙΟΥ ΝΑΥΠΛΙΟΥ

Προς το Σ.Ε.Μ. Αθηνών
Αρ. Παππά 2 - ΑΘΗΝΑ

Παρακαλώ πολύ να δημοσιεύσετε τις παρακάτω ανακοινώσεις στο περιοδικό "ΕΛΕΥΘΩ".

1η ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

Ο Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου διοργανώνει το "1ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Μητρικού Θηλασμού", από τις 6 έως 7 Φεβρουαρίου 2010 στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου. Η συμμετοχή είναι καθορισμένη στον αριθμό των 20 ατόμων και περιλαμβάνει και πρακτική εξάσκηση, γι' αυτό παρακαλείσθε για τη συμμετοχή σας να επικοινωνήσετε μέχρι τις 30 Ιανουαρίου με το Σύλλογο, γιατί θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας.

- Θα χορηγηθούν Πιστοποιητικά Παρακολούθησης.
- Η συμμετοχή θα είναι δωρεάν.
- Για περισσότερες πληροφορίες επικοινωνήστε με:

τηλ.: 6948 240832, fax: 27520 22272

ή στην ιστοσελίδα: www.semnavu.wordpress.com

2η ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

Ο Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου ανακοινώνει ότι κατόπιν πρωτοβουλίας της Μαίας κ. Ειρήνης Λεοντίδου, το Μαιευτικό Τμήμα του Κέντρου Υγείας Κρασιδίου Αργολίδος απέκτησε τη δική του ιστοσελίδα στην ηλεκτρονική διεύθυνση:

<http://midwifesoffhealthcekran.blogspot.com>

Στην ιστοσελίδα θα ανακοινώνονται χρήσιμες πληροφορίες γύρω από τα ζητήματα Μητρότητας και Υγείας της Γυναίκας, καθώς και δράσεις που αναλαμβάνονται από τη Μαία, το Μαιευτή και από το Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου σχετικά με την ενημέρωση του κοινού.

Ο Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου είναι πρόθυμος να συνδράμει με κάθε τρόπο σε παρόμοιες προσπάθειες, που είναι απαραίτητες στη σημερινή κοινωνία της Πληροφορικής.

Για το Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου

Ο Γ. Γραμματέας

ΜΙΧΑΛΗΣ ΜΩΡΟΣ

ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

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

Το περιοδικό "ΕΛΕΥΘΩ" δημοσιεύει:

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

Βιβλιογραφικές παραπομπές

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

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

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

Τυπικό άρθρο περιοδικού

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

Συλλογικό άρθρο περιοδικού (από μεγάλη ομάδα συγγραφέων)

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

Βιβλία

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

Κεφάλαια σε βιβλία

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

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

Πίνακες και Εικόνες

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

Διορθώσεις κειμένου

Το κείμενο θα στέλνεται στο συγγραφέα κάθε άρθρου για διορθώσεις.

Από τα περασμένα...

Ήταν στη δεκαετία του 1960, όταν στο Μαιευτήριο “Μαρίκα Ηλιάδη” (ΕΛΕΝΑΣ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ) υπήρχαν δυο από τους θυρωρούς που ξεχώριζαν. Ο Ροδόλφος και ο Θανάσης.

Ο Ροδόλφος ήταν στην κεντρική είσοδο του κτηρίου. Ασπούδαστος, αλλά με πολλές εγκυκλοπαιδικές γνώσεις. Πανέξυπνος και με τεράστια μνήμη. Γνώριζε ακόμα και με τα μικρά τους ονόματα όλους τους γιατρούς του Νοσοκομείου και του προσωπικού του. Άψογος πάντα μέσα στη γκριζα στολή του με τα ασημένια κουμπιά της και με κομψό καπέλο, που πάνω από το γείσο του διέκρινες τα αρχικά του ιδρύματος: ΜΜΗ.

Σαν μας ζητούσε κάποιος, έσπευδε από το εσωτερικό τηλέφωνο να μας ειδοποιήσει να κατέβουμε. Αν με το διορατικό του μάτι τον εύρισκε σπουδαίο πρόσταζε:

– *Κατεβείτε, σας θέλει ο κύριος... ή η κυρία...*

Αν τον κατέτασσε σε παρακατιανή κατηγορία, βαριεστημένα έλεγε:

– *Σας θέλει (και γυρίζοντας προς τον επισκέπτη: «Πώς είπατε το όνομά σας;») και έλεγε απλά το όνομα χωρίς το επιτακτικό “κατεβείτε”.*

Και αν κάποιος δεν του γέμιζε το μάτι και δεν ήταν ανάγκη να σπεύσουμε να κατεβούμε από τους ορόφους, χαμηλόφωνα πρόσθετε: *«Του Αγροτικού Κόμματος»*, για να επισημάνει πως ήταν κάποιος χωριάτης.

Απ’ την άλλη μεριά ο Θανάσης. Μ’ ένα καπέλο κι αυτός, που ο γείσος του ποτέ δεν ήταν πάνω από το μέτωπό του, αλλά πότε προτιμούσε το δεξί του αφτί και πότε το αριστερό. Φύλαγε την εξωτερική σιδερένια πόρτα, που με δυσκολία την ανοιγόκλεινε, γιατί δεν τον βοηθούσε ένα από τα πόδια, που το έσερνε. Και από εξυπνάδα... σερνόταν κι αυτή. Του την είχε πάρει όλη ο Ροδόλφος.

Καμιά εκτίμηση δεν είχε ο ένας για τον άλλο. Λίγες φορές τα έλεγαν, γιατί δεν εύρισκαν περιθώρια συνεννόησης. Το ανεπανάληπτο από τη μεταξύ τους διαφορά έλαβε χώρα κάποια μέρα, όταν επισκέπτης ζήτησε από τον Θανάση να του επιτρέψει την εξωτερική είσοδο για να συναντήσει τον Καθηγητή Νίκο Λούρο, που εκείνη την εποχή διηύθυνε το Νοσοκομείο και κατοικούσε στον περίβολο του, εκεί που σήμερα είναι η Σχολή “Βιργινία Σκυλίτση”, μέσα σε μια μεγάλη βίλα. Τότε συνέβη κάτι που πήγε να στείλει το Ροδόλφο στον άλλο κόσμο από εγκεφαλικό. Ο Θανάσης από την εξωτερική πόρτα φωνάζει δυνατά στο Ροδόλφο για να τον ακούσει:

– *Ρε Ροδόλφε! Έχουμε κανένα Λούρο εδώ μέσα;*

Και ένα δεύτερο με το Θανάση:

Ήταν απομεσήμερο, όταν υπηρετούσα ως Επιμελητής και σαν τέλειωσε η βάρδια μου περίμενα το βοηθό Κώστα Παπαπέτρου να φύγουμε μαζί στο μικρό καφενείο, που βρισκόταν δεξιά στο έμπα απ’ την εξωτερική είσοδο. Μέσα στο καφενείο ήταν μόνο ο ιδιοκτήτης του, ο Γιώργος. Όταν μπήκα εγώ, μπήκε και κάποιος άλλος που παράγγειλε καφέ. Όταν ήρθε ο Παπαπέτρου τον ρώτησα πώς αφήνουμε την κατάσταση στην αίθουσα τοκετών για τους συναδέλφους, που θα μας αντικαθιστούσαν. Ο Παπαπέτρου με ενημέρωσε στη γλώσσα μας:

– *Ήσυχα! Το παράθυρο έχει ωδίνες.* (Εδώ ο επισκέπτης πηγαίνοντας να ρουφήξει τον καφέ του μένει με το φλυτζάνι μετέωρος).

Και συνεχίζει ο Παπαπέτρου:

– *Το ράντζο κοιμάται.* (Εδώ ο επισκέπτης φτάνοντας το φλυτζάνι στα χείλη του, το κατεβάζει πάλι στο πιατέλακι του).

Και συνεχίζει ο Παπαπέτρου:

– *Στο παραβάν κάναμε κλύσμα.* (Εδώ ο επισκέπτης παρατάει τον καφέ του και βγαίνοντας βιαστικά έξω, πέφτει πάνω στο Θανάση).

– *Δεν μου λες, έχει και τρελάδικο το Νοσοκομείο σας;*

Και ο Θανάσης:

– *Πως δεν έχει! Απ’ όλα έχουμε εμείς στο Νοσοκομείο μας!*

Φυσικά ο Παπαπέτρου και ο κάθε Παπαπέτρου εννοούσε την επίτοκο που βρισκόταν κοντά στο παράθυρο, την άλλη που ήταν στο ράντζο και την τρίτη που ήταν δίπλα στο παραβάν της αίθουσας τοκετών, γιατί δεν μπορούσε και θυμάται όπως κι εγώ τα ονόματά τους.

Ο Θανάσης “καθάρισε” και για τους δυο μας!... Μας έβγαλε τρελούς!...

ΝΙΚΟΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ

Ομότιμος Καθηγητής Μαιευτικής–Γυναικολογίας

Βιβλιοπαρουσίαση

“Προετοιμασία για τη Μητρότητα με τη μέθοδο της Ψυχοπροφύλαξης” είναι ο τίτλος του βιβλίου, που κυκλοφορείται από τη Μαιευτική–Γυναικολογική Κλινική του Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης υπό τον Καθηγητή κ. Βασίλειο Λυμπέρη. Η επιμέλεια των κειμένων έγινε από την κ. Αναστασία Αλεξίδου, Μαία στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης.

«Η συγγραφή του βιβλίου αυτού στόχο έχει την ενημέρωση των νέων Μαιευτήρων και Μαιών–Μαιευτών ώστε να προσεγγίζουν την επίτοκο όχι μόνο επιστημονικά, αλλά φιλικά και ανθρώπινα, όπως επίσης και την ενημέρωση και προετοιμασία των γυναικών να βιώσουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τη μοναδική εμπειρία της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της μητρότητας», αναφέρει στον πρόλογό του ο Καθηγητής κ. Βασίλειος Λυμπέρης.

Παραθέτουμε κάποια αποσπάσματα από την εισαγωγή του βιβλίου:

«Η προσπάθεια της οργάνωσης Κύκλου Μετεκπαιδευτικών Σεμιναρίων διάρκειας 50 ωρών, έλαβε το έναυσμα από τη διαρκώς αυξανόμενη ανάγκη των επιτόκων να ενημερώνονται με επιστημονικό τρόπο και εμπειριστατωμένα σε ό,τι αφορά τον τοκετό και τη μητρότητα σε πρώιμο ακόμη στάδιο, πριν δηλαδή αυτή γίνει πραγματικότητα.

...Για τη μετάδοση, όμως, αυτών των ερεθισμάτων στις επίτοκες, οι πλέον αρμόδιες είναι οι Μαίες, γιατί είναι αυτές που αρχικά έρχονται σε επαφή με την επίτοκο και που περνούν πολλές ώρες μαζί της και έτσι βρίσκονται στην άμεση θέση να την ενημερώσουν και να την “εκπαιδεύσουν” για τη συνέχεια. Προκειμένου, λοιπόν, οι Μαίες να είναι άρτια καταρτισμένες για να μπορέσουν να επιτύχουν το σκοπό τους (την ενημέρωση της επιτόκου και την εξάσκησή της σε τεχνικές και μεθόδους αναπνοών και ασκήσεων), πρέπει να ενημερώνονται για τις εξελίξεις.

...Ευχή και ελπίδα μας είναι να φανεί το σύγγραμμα αυτό συνεπές στο ραντεβού του με την ενημέρωση των Μαιών–Μαιευτών και οι συνάδελφοι–συναδέλφισσες να το υιοθετήσουν στην καθημερινή τους πρακτική και να τους βοηθήσει στην περαιτέρω ενημέρωση και εξειδίκευσή τους», αναφέρουν κλείνοντας την εισαγωγή οι Μαίες του “Ιατρείου Προετοιμασίας για τη Μητρότητα” κ. Αναστασία Αλεξίδου και Βασιλική Κεραμισίδου.

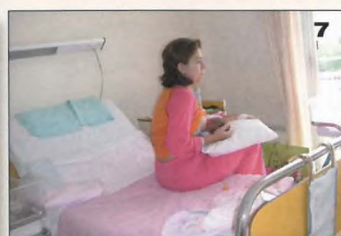


Τηλέφωνα επικοινωνίας
25510.75570 – 25510.75577
25510.26822

ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Η συμβολή του Συλλόγου "ΟΙ ΦΙΛΟΙ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ" στην Παγκόσμια

Παγκόσμια Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού, 1-7 Νοεμβρίου 2009



1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2009: Εικ. 1. Στεφάνωμα στο άγαλμα της θηλάζουσας μητέρας στην Πλατεία "Ελενας Βενιζέλου". Εικ. 2, 3, 4, 5. Προσφορά λουλουδιών στις λεχωίδες του Μαιευτηρίου "ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ". Εικ. 6, 7, 8. Ταυτόχρονος συμβολικός μητρικός θηλασμός (θήλασαν περίπου 100 νεογέννητα). **2-6 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2009:** Εικ. 9. Συνεργασία και συμμετοχή στο 25ο Εκπαιδευτικό Σεμινάριο 40 ωρών Μητρικού Θηλασμού για Επαγγελματίες Υγείας στο Μαιευτήριο "ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ". **7 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2009: Εκδήλωση στο Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών.** Εικ. 10. Η Μαία κ. Ευθυμία Πατσουράκου με αφίσες της "Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού" από το 1996 – που καθιερώθηκε στη χώρα μας– μέχρι σήμερα. Εικ. 11. Η Πρόεδρος του Συλλόγου Δρ Θέμις Ζάχου, Παιδίατρος-Νεογνολόγος, καλωσορίζει τις φίλες και τους φίλους που τίμησαν την εκδήλωση. Εικ. 12. Η Μαία κ. Αικατερίνη Σγάρτσου αναπτύσσει το θέμα: "Μητρικός Θηλασμός: Ζωτική απάντηση σε κρίσιμες καταστάσεις. Είστε έτοιμοι;" Εικ. 13. Η Μαία κ. Αικατερίνη Δαλιάνη μιεί με ξεχωριστό τρόπο το ευαισθητοποιημένο ακροατήριο στα "ΝΑΝΟΥΡΙΣΜΑΤΑ-ΤΑΧΤΑΡΙΣΜΑΤΑ", τμήμ στο Δρα Χρίστο Θ. Οικονομόπουλο, Παιδοχειρουργό. Εικ. 14, 15, 16, 17. Μουσικό Πρόγραμμα "ΝΑΝΟΥΡΙΣΜΑΤΑ-ΤΑΧΤΑΡΙΣΜΑΤΑ". Τραγούδι: Κατερίνα Ψαρίκογλου, Μουσικός, Βάσω Ανδρουλακάκη, Οδοντίατρος. Κιθάρα: Πέτρος Καμπουράκης, Μουσικός. Πιάνο: Νίκος Ανδρουλακάκης, Μουσικομαθηματικός. Εικ. 18. Στη Δεξίωση.

ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Δράση για την Προστασία, Υποστήριξη και Προαγωγή του Μητρικού Θηλασμού

5η Ετήσια Ημερίδα για το Μητρικό Θηλασμό
1η Δεκεμβρίου 2009 – Μουσείο Ιστορίας Πανεπιστημίου Αθηνών



Εικ. 1. Μουσείο Ιστορίας Πανεπιστημίου Αθηνών. **Εικ. 2, 3.** Περιμένοντας για την εγγραφή στην Ημερίδα μέσα στο φιλόξενο χώρο του Μουσείου. **Εικ. 4.** Το ακροατήριο στη γεμάτη αίθουσα λίγο πριν την έναρξη της Ημερίδας. **Εικ. 5.** Η Πρόεδρος του Συλλόγου Δρ Θέμις Ζάχου, Παιδίατρος-Νεογολόγος, καλωσορίζει τις φίλες και τους φίλους του Μητρικού Θηλασμού, τονίζει το ζωτικό του ρόλο, παρουσιάζει τους ομιλητές και η Ημερίδα ξεκινάει. **Εικ. 6.** Ο κ. Αγης Τερζίδης, Παιδίατρος, Επιστημονικός Υπεύθυνος των "Γιατρών του Κόσμου", αναπτύσσει το θέμα: "Μητρικός Θηλασμός σε συνθήκες ανάγκης". **Εικ. 7.** Η Δρ Βίκυ Μπενέτου, Παιδίατρος, Λέκτορας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, αναπτύσσει το θέμα: "Περιβάλλον και Μητρικός Θηλασμός". **Εικ. 8.** Ο Δρ Δημοσθένης Δώδος, Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, αναπτύσσει το θέμα: "Φυσιολογικός, επεμβατικός, πρόωρος τοκετός και Μητρικός Θηλασμός". **Εικ. 9.** Η Δρ Παναγιούλα Μέξη-Μπουρνά, Παιδίατρος-Νεογολόγος, αναπτύσσει το θέμα: "Τι πρέπει να ξέρουν οι μητέρες για το Μητρικό Θηλασμό κατά την έξοδό τους από το Μαιευτήριο". **Εικ. 10.** Η κ. Κατερίνα Μιχαηλίδου, Σύμβουλος του Συνδέσμου Μητρικού Θηλασμού Ελλάδας (La Leche League Leader) αναπτύσσει το θέμα: "Μύθοι και Μητρικός Θηλασμός". **Εικ. 11.** Κουβεντιάζοντας φιλικά στο διάλειμμα για καφέ στον κήπο του Μουσείου.

Nelle says

Η Σύγχρονη Αντισύλληψη δίνει Ασφάλεια και Ελευθερία στη Νέα Γυναίκα

Έχουν περάσει χρόνια από τότε που κυκλοφόρησε το πρώτο αντισυλληπτικό χάπι και οι ανάγκες των γυναικών, έχουν διαφοροποιηθεί πολύ. Από τις αρχές της δεκαετίας του 1960 τα αντισυλληπτικά ήταν μια κατάκτηση των γυναικών και, από τότε, η επιστημονική πρόοδος υπήρξε ραχδαία. Σήμερα οι γυναίκες, ανάλογα με την ηλικία τους, τη σχέση τους ή τη φυσιολογία του σώματός τους, μπορούν να επιλέξουν - με τη βοήθεια του γυναικολόγου τους - τη χρήση του αντισυλληπτικού χαπιού, σαν τη πιο ασφαλή και αξιόπιστη επιλογή αντισύλληψης. Η αντισύλληψη βελτιώνει τη ζωή εκατομμυρίων νέων γυναικών κάθε μέρα. Οι μύθοι και οι φόβοι που εμπόδιζαν στο παρελθόν πολλές γυναίκες να χρησιμοποιήσουν το χάπι, έχουν πλέον καταρρεύσει.

ΤΗΝ ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗΣ ΕΠΑΝΑΣΤΑΣΗΣ, το 1961, εμφανίστηκαν τα πρώτα αντισυλληπτικά χάπια στα φαρμακεία της Ευρώπης. Από τότε μέχρι σήμερα, υπολογίζεται ότι περισσότερες από 300 εκατομμύρια γυναίκες έχουν χρησιμοποιήσει το «χάπι» και έχουν γραφτεί χιλιάδες σελίδες επιστημονικών μελετών. Αυτά τα χρόνια μας έχουν εφοδιάσει με αρκετή εμπειρία, ώστε να μπορούμε να ισχυριστούμε ότι το «χάπι» είναι σήμερα ένα από τα πιο μελετημένα φάρμακα. Οι δυσκολίες, σε χώρες όπως η Ελλάδα, στην ευρύτερη αποδοχή του «χαπιού» ως την προτιμότερη, ασφαλέστερη και αποτελεσματικότερη αντισυλληπτική μέθοδο είναι πολιτισμικές, κοινωνικές, ηθικές και θρησκευτικές. Όχι, πάντως, επιστημονικές!

ΚΑΪΡΟΣ ΝΑ ΚΑΤΑΡΡΙΨΟΥΜΕ ΤΟΥΣ ΜΥΘΟΥΣ και να αλλιάξουμε τις λανθασμένες αντιλήψεις για το «χάπι».

ΝΕΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ μας δίνουν το νέο αντισυλληπτικό χάπι που περιέχει χαμηλότερη δόση οιστρογόνου και μια καινούρια προγεστερόνη την δροσπιρενόνη που αναπτύχθηκε για να

καλύψει τις ανάγκες των νεαρών γυναικών που είχαν ανησυχίες για τη χρήση του. Τα χαμηλές δόσεις ορμονικά αντισυλληπτικά, προσφέρουν σήμερα ασφαλή και αποτελεσματική αντισυλληπτική προστασία ενώ ρυθμίζουν αποτελεσματικά τον κύκλο. Δεν προκαλεί

καμία αύξηση βάρους, αλλά αντίθετα μειώνει την ευαισθησία των μαστών και το οίδημα.

Η δράση της δροσπιρενόνης (μιας συνθετικής ορμόνης που μοιάζει πολύ με τη φυσική προγεστερόνη) αντιμετωπίζει και μερικά ακόμα από τα συμπτώματα του προεμμηνορρυσιακού συνδρόμου, όπως τον πόνο και το αίσθημα μετεωρισμού (φούσκωμα). Παρατηρείται επίσης σταθερή μείωση των αρνητικών συναισθημάτων (μοναξιά, λύπη, τάση για κλάμα, κακοκεφιά, άγχος) που προηγούνται συχνά της περιόδου. Επιπλέον, η δράση της δροσπιρενόνης έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση της σοβαρότητας της ακμής, της σημηματόρροιας και της αλωπεκίας. Επίσης με τη λήψη των αντισυλληπτικών χαπιών :

- μειώνεται ο κίνδυνος σαλπινγίτιδας κατά 50%
- μειώνεται ο κίνδυνος εξωμήτριας κύησης κατά 90%
- μειώνεται η συχνότητα ινοκυστικής νόσου των μαστών κατά 40%
- ρυθμίζονται οι διαταραχές του κύκλου (ακανόνιστη περίοδος, υπερβολικό αίμα).

ΠΟΛΛΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΠΙΣΤΕΥΟΥΝ ΟΤΙ ΤΟ «ΧΑΠΙ» ΑΥΞΑΝΕΙ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ!

Μετά από μελέτες αποδείχθηκε ότι συμβαίνει ακριβώς το αντίθετο: Το «χάπι» προσφέρει σημαντική προστασία έναντι του καρκίνου των ωοθηκών, του καρκίνου του ενδομητρίου (μείωση του κινδύνου κατά περισσότερο από 40%), και του καρκίνου του παχέος εντέρου. Γυναίκες άνω των 50 ετών έχουν την ίδια πιθανότητα καρκίνου μαστού είτε έπαιρναν είτε όχι αντισυλληπτικά στην αναπαραγωγική ηλικία, ενώ ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι γνωστό ότι στο 99,7% των περιπτώσεων οφείλεται στον HPV (ιό ανθρώπινων θηλωμάτων).

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΗΜΕΡΑ ?

Το νέο αντισυλληπτικό χάπι 4ης γενιάς, που κυκλοφόρησε πρόσφατα στην Ελλάδα, είναι πολύ καλή ανεκτό, δίνει αυτό που ακριβώς ζητούσαν οι γυναίκες από ένα αντισυλληπτικό χάπι.

- Ασφάλεια
- Ευεξία
- Αποτελεσματικότητα

ΤΩΡΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΘΕΣΗ ΠΕΡΙΟΔΟΥ Μια νέα και πολύ χρήσιμη δράση του αντισυλληπτικού χαπιού είναι η μετάθεση περιόδου. Αν δε θέλεις να έχεις περίοδο κάποια φορά, δεν έχεις παρά να το προγραμματίσεις εγκαίρως. Αν παίρνεις αντισυλληπτικά, δεν θα σταματήσεις τη χρήση τους για μια εβδομάδα, όπως κάνεις συνήθως, αλλά θα συνεχίσεις να τα παίρνεις, ανοίγοντας μια νέα συσκευασία και συνεχίζοντας, μέχρι να τελειώσει και αυτή.

ΜΗ ΞΕΧΝΑΣ πως η συμβουλή του γιατρού είναι απαραίτητη πριν τη λήψη του αντισυλληπτικού χαπιού καθώς οι γυναίκες που πάσχουν από καρκίνο, υπέρταση, διαβήτη, θρομβοφλεβίτιδα, επιληψία και στεφανιαία νόσο πρέπει να αναζητήσουν άλλους τρόπους αντισύλληψης. Αν παίρνεις το αντισυλληπτικό χάπι, είναι καλύτερα να μην καπνίζεις. Και φυσικά θυμίσου ότι η χρήση του προφυλακτικού είναι απαραίτητη για την προστασία από τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, όσο απαραίτητο είναι το αντισυλληπτικό χάπι για την αποφυγή της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

24ωρη τηλεφωνική γραμμή επικοινωνίας

800 11 21 400

χωρίς χρέωση

www.antisyllipsi.org.gr

Το άρθρο συντάχθηκε με τη βοήθεια της γυναικολόγου **Μυρτιάς Σωτηροπούλου** Επιστημονικής Συνεργάτιδας του Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού του Νοσοκομείου «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»

Ρώτα το γιατρό ή το φαρμακοποιό σου ή λύσε τις απορίες σου στο τηλ.: 210 3381 776
Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού Νοσοκομείου ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ. Πες το και στις φίλες σου!
Με την Αιχίδα της Α' ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

**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

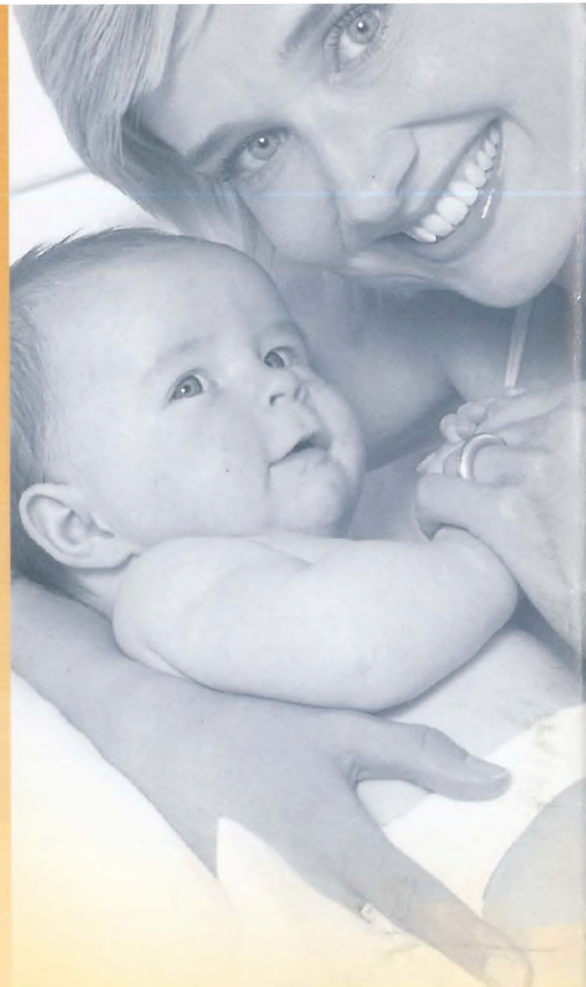
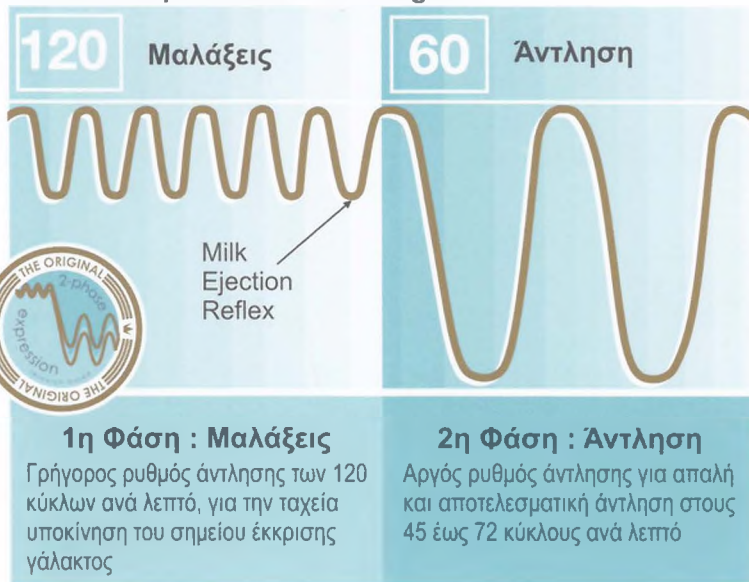
Βοηθείστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή:
Συμπληρώστε την "ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ"

Αναφέρατε:

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

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 μακρυπρόθεσμες και συχνές ανάγκες άντλησης

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

Harmony®



Χειροκίνητη αντλία θηλασμού 2 - φάσεων με εργονομική λαβή

- Θήλαστρο Σιλικονούχας Χοάνης
- Θήκη μεταφοράς διαθέσιμη

Pump In Style® Advanced Νέο



Ηλεκτρική αντλία θηλασμού 2 - φάσεων, ιδανική για εργαζόμενες μητέρες

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

Swing™ Νέο



Ηλεκτρική αντλία θηλασμού, πρακτική και ιδανική για καθημερινή χρήση

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

PureLan™ 100



Ανακουφίζει ευαίσθητες ή ξηρές θηλές και την ξηρότητα του δέρματος

- Φυσική Λανολίνη
- Δεν χρειάζεται απομάκρυνση πριν τον θηλασμό

Nipple Formers



Διαμορφωτές Θηλών

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

Supplemental Nursing System



Σύστημα Συμπληρωματικής Διατροφής (SNS)

- Ρυθμιζόμενο σύστημα ροής
- Χρωματικά κωδικοποιημένοι σωλήνες για διαφορετικά ποσοστά σίτισης
- 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