

# ΕΛΛΕΥΘΩ

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



ΙΟΥΛΙΟΣ  
ΙΟΥΛΙΟΣ  
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ  
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ  
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ  
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ

2011

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



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

Β' Περίοδος / Τόμος 16ος / Τεύχος 3ο

## Τώρα έχετε 3 επιπλέον λόγους για να επιλέξετε Libero!

Νέες πάνες Libero Baby Soft, πάντα απορροφητικές, απαλές, άνετες και τώρα:

- Χωρίς lotion
- Με πρωτοποριακό κόψιμο στα μεγέθη 1 & 2 για να αναπνέει ο αφαλός του μωρού σας
- Με το σκανδιναβικό οικολογικό σήμα του Κύκνου που σας διαβεβαιώνει ότι τα προϊόντα Libero πληρούν αυστηρά οικολογικά κριτήρια

# Libero®

Τηλεφωνήστε χωρίς χρέωση στο **800 11 542376**  
ή μπειτε στο site [www.liberoclub.gr](http://www.liberoclub.gr)  
και γίνετε μέλος του πιο τρυφερού club



Άνεση και εφαρμογή

## 2ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο του Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου για το Μητρικό Θηλασμό

Μιχάλης Μώρος, Μαιευτής, MSc, Πρόεδρος Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου, Κέντρο Υγείας Γκούρας, Γ.Ν. Κορίνθου.



Πάντοτε είναι ιδιαίτερη η ικανοποίηση όταν τελειώνει ένα Σεμινάριο και κάνοντας τον απολογισμό του διαπιστώνεις ότι “πήγε καλά”. Πολύ περισσότερο όταν η διαπίστωσή σου αυτή δεν αποτελεί μια προσωπική (άρα υποκειμενική) εκτίμηση, αλλά επιβεβαιώνεται από τηλεφωνήματα, μηνύματα και e-mails στα οποία εκφράζονται οι ευχαριστίες τόσο των Συνέδρων, όσο και των ομιλητών. Ο Σύλλογός μας έλαβε πολλά τέτοια μηνύματα κι αυτό αποτελεί δικαίωση των διοργανωτών, οι οποίοι εργάστηκαν σκληρά για μήνες, χωρίς να διαθέτουν ιδιαίτερη εμπειρία στον τομέα της διοργάνωσης επιστημονικών εκδηλώσεων. Αλλά, επίσης, αποτελεί και μεγάλη δικαίωση για τον ίδιο το Σύλλογο του Ναυπλίου, Μέλη του οποίου ανταποκρίθηκαν στην πρόσκλησή μας –για πρώτη φορά τόσο μαζικά– από κάθε Νοσοκομείο της περιοχής ευθύνης μας.

Το αποτέλεσμα ήταν να παρακολουθήσουν τις εργασίες του 60 Μαίες και Μαιευτές, 8 φοιτητές, 10 ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων, 25 γονείς και γενικό κοινό, αλλά και 37 ομιλητές και Πρόεδροι, ανάμεσά τους Καθηγητές Πανεπιστημίου και Α.Τ.Ε.Ι., Πρόεδροι των Σ.Ε.Μ.Μ. της χώρας και εκπρόσωποι λοιπών φορέων. Το αποτέλεσμα, όμως, δεν ήταν απλά ένα επιτυχημένο Σεμινάριο. Κυρίως ήταν ο προβληματισμός όλων γύρω από

το Μητρικό Θηλασμό, όπως διαπιστωνόταν στις ομιλίες αλλά και στις συζητήσεις μας με τους συμμετέχοντες. Ένας προβληματισμός ο οποίος ευχόμαστε να οδηγήσει εν καιρώ και σε κατάλληλη δράση.

Η θεματολογία του Σεμιναρίου έτυχε πολύ ευνοϊκών σχολίων, τόσο από τους Συνέδρους όσο και από τους ομιλητές. Πράγματι, φροντίσαμε να εμπλουτιστεί με νέα θέματα και με νέους ομιλητές από διάφορους επιστημονικούς χώρους με σκοπό να καταδειχτεί η γενικευμένη επίδραση του Μητρικού Θηλασμού σε ολόκληρο το φάσμα της υγείας του ανθρώπου. Παράλληλα, εκτός από το επιστημονικό μέρος, φροντίσαμε να συστήσουμε τον τόπο μας στους καλεσμένους μας διοργανώνοντας ξενάγηση με το τουριστικό αμαξάκι, μοιράζοντας χάρτες και ενημερωτικά έντυπα για διευκόλυνση των Συνέδρων, αλλά και λειτουργώντας προσωπικά ως “ξεναγοί” σε μερικές περιπτώσεις. Έτσι, η επιτυχία του Σεμιναρίου αποτελεί για όλους εμάς στο Δ.Σ. επιβράβευση των κόπων μας, αλλά και την καλύτερη ώθηση για να συνεχίσουμε να διοργανώνουμε τα Σεμινάρια Μητρικού Θηλασμού, καθώς και άλλες επιστημονικές εκδηλώσεις, που θα προγραμματιστούν εν καιρώ.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τα Μέλη του Συλλόγου μας για τη συμμετοχή τους, τους εκλεκτούς προσκεκλημένους ομιλητές και Προέδρους για την άμεση ανταπόκριση στην πρόσκλησή μας, το Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου, διότι εργάστηκε σκληρά επί 4 και πλέον μήνες προκειμένου όλα να είναι στην εντέλεια, καθώς και τους Συνέδρους από όλα τα μέρη της Ελλάδας και την Κύπρο, που εν μέσω οικονομικής κρίσης βρέθηκαν τρεις ημέρες κοντά μας.

Ο Πρόεδρος του Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου

**ΜΙΧΑΛΗΣ ΜΩΡΟΣ**



**Εικ. 1:** Η Πρώτη Βουλή των Ελλήνων (Βουλευτικό) ήταν ο χώρος διεξαγωγής του "2ου Σεμιναρίου για το Μητρικό Θηλασμό" από το Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου. **Εικ. 2:** Το πανό που διακοσμούσε τον τοίχο του Βουλευτικού. **Εικ. 3:** Οι αφίσες δίπλα στην είσοδο του κτηρίου.



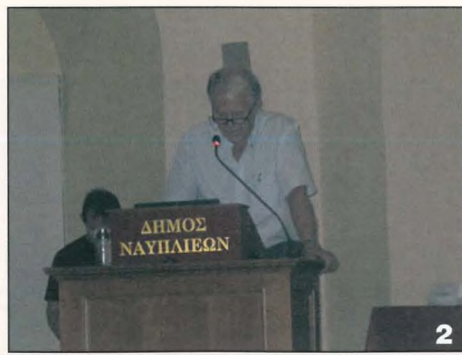
**Εικ. 1:** Από τις προετοιμασίες του Σεμιναρίου: η λιτή ομορφιάς αίθουσα έτοιμη για την έναρξη των εργασιών. **Εικ. 2:** Το Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου. Από αριστερά η Γραμματέας κ. Παρασκευή Ντεβέ, ο Πρόεδρος κ. Μιχάλης Μώρος, η Ταμίας κ. Γεωργία Αγγελαίνα, ο Αντιπρόεδρος κ. Αγγελία Παιδιάκης και η Αναπληρ. Γραμματέας κ. Ειρήνη Γκολέμη. **Εικ. 3:** Ο κ. Μιχάλης Μώρος απευθύνει χαιρετισμό.



**Εικ. 1:** Στο βήμα η Πρόεδρος του Σ.Ε.Μ.Μ. Αθηνών κ. Περμανθία Παναγή. **Εικ. 2:** Η Πρόεδρος του Σ.Ε.Μ.Μ. Θεσσαλονίκης κ. Βικτωρία Μοσχάκη με τον Πρόεδρο του Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου κ. Μιχάλη Μώρο. **Εικ. 3:** Οι Πρόεδροι των Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου, Αθηνών και Θεσσαλονίκης σε διάλογο με το ακροατήριο. Κατά γενική ομολογία η θεματολογία του Σεμιναρίου ενδιαφέρουσα, με άψογη ενημέρωση του κοινού.



**Εικ. 1:** Ο κ. Χαράλαμπος Χρέλιας, Επίκουρος Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο "ΑΤΤΙΚΟΝ". **Εικ. 2:** Ο κ. Ιωάννης Αρχοντας, Διοικητής Γενικού Νοσοκομείου Άργους. **Εικ. 3:** Ο κ. Παναγιώτης Παναγιωτόπουλος, Καθηγητής Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Μέλος "Εθνικής Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού".



**Εικ. 1:** Ο κ. Δημήτριος Μετρητίδης, Διευθυντής της Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Ναυπλίου απευθύνει χαιρετισμό. **Εικ. 2:** Ο κ. Κωνσταντίνος Χρονόπουλος, Διευθυντής της Μ/Γ Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Άργους απευθύνει χαιρετισμό. **Εικ. 3:** Ο κ. Νικόλαος Καμπάς, Διευθυντής της Μ/Γ Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου κατά την ομιλία του.



**Εικ. 1:** Στο βήμα η κ. Βίκυ Μπενέτου, Παιδίατρος, Λέκτορας Εργαστηρίου Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών, κατά την ομιλία της. **Εικ. 2:** Ο κ. Γεώργιος Λιόσης, Παιδίατρος-Νεογνολόγος, Διευθυντής Νεογνολογικού Τμήματος Γ.Ν.-Μαιευτηρίου "ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ", αναπτύσσει το θέμα της ομιλίας του. **Εικ. 3:** Η κ. Στέλλα Εγγλέζου, Παιδίατρος-Νεογνολόγος, Διευθύντρια Νεογνολογικού Τμήματος Γ.Ν.-Μαιευτηρίου "ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ", στη διάρκεια της ομιλίας της.



**Εικ. 1:** Η κ. Μαρία-Αδαμαντία Μαλλιαρού, Παιδίατρος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ. της Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, κατά την ομιλία της. **Εικ. 2:** Στο βήμα ο κ. Περικλής Παναγόπουλος, Λέκτορας Μαιευτικής-Γυναικολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο "ΑΤΤΙΚΟΝ". **Εικ. 3:** Η κ. Παναγιούλα Μέξη-Μπουρνά, Παιδίατρος-Νεογνολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ. της Γ΄ Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου "ΑΤΤΙΚΟΝ", στη διάρκεια της ομιλίας της.



**Εικ. 1:** Η κ. Χρύσα Χαβρεδάκη, Μαία Γενικού Νοσοκομείου Χανίων, Μέλος Δ.Σ. Σ.Ε.Μ.Μ. Κρήτης, κατά την ομιλία της. **Εικ. 2:** Ο κ. Παναγιώτης Κοτσαγεωργίου, Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, MSc(c), Επιμελητής Β΄ Γενικού Νοσοκομείου Ναυπλίου, στη διάρκεια της ομιλίας του. **Εικ. 3:** Στο βήμα η κ. Ρεβέκκα Τραγέα, Πρόεδρος της "Ελληνικής Ψυχοπροφυλακτικής Εταιρείας", αναπτύσσει το θέμα της ομιλίας της.



**Εικ. 1:** Στο βήμα ο κ. Αγησίλαος Παιδάκης, Αντιπρόεδρος του Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου, κατά την ομιλία του. **Εικ. 2:** Ο κ. Ν. Σπηλιόπουλος, Ειδικευόμενος Καρδιολογίας, αναπτύσσει το θέμα της ομιλίας του. **Εικ. 3:** Στο Προεδρείο: από αριστερά η κ. Μαρία Παπαδοπούλου, Μαία εκ Κύπρου, ο κ. Παν. Κοτζαγεωργίου, Μαιευτήρας-Γυναικολόγος και η κ. Ειρήνη Γκολέμη, Μαία, Αναπληρ. Γραμματέας του Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου.



Στο βήμα η κ. Βασιλική Τσιγώνια, Μαία Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας, Αναπλ. Ταμίας του Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου.



Η Ταμίας του Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου κ. Γεωργία Αγγέλινα με τις κ. Πολυδώρου και Κωλέττου σε αναμνηστική φωτογραφία.



**Εικ. 1:** Η Πρόεδρος του Σ.Ε.Μ.Μ. Αθηνών κ. Περμανθία Πανανή και η Διοικητική Γραμματέας του Σ.Ε.Μ.Μ. Αθηνών κ. Ραλλού Λυμπέρη, Μαία, απολαμβάνουν το φθινοπωρινό ήλιο με το τουριστικό τρενάκι κατά την ξενάγησή τους στα αξιοθέατα της πόλης του Ναυπλίου.



**Εικ. 2:** Η Αντιπρόεδρος του Σ.Ε.Μ.Μ.Α. κ. Φανή Πεχλιβάνη, Επίκουρη Καθηγήτρια του Τμήματος Μαιευτικής ΑΤΕΙ Αθηνών, η κ. Βενετίκου, Καθηγήτρια ΑΤΕΙ Αθηνών και ο κ. Αντώνης Λαζόπουλος, Αναπληρωτής Ταμίας του Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Μ.Α. στην ξενάγησή τους στο Ναύπλιο.

# 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 16ος, Τεύχος 3ο, ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2011**

ISSN 1106 - 6822

Κωδικός ΕΛ.ΤΑ. 1701



### ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ.Μ.Α.

<i>Πρόεδρος:</i>	<b>ΠΕΡΜΑΝΘΙΑ ΠΑΝΑΝΗ</b>
<i>Αντιπρόεδρος:</i>	<b>ΦΑΝΗ ΠΕΧΛΙΒΑΝΗ</b>
<i>Γεν. Γραμματέας:</i>	<b>ΓΕΩΡΓΙΑ ΚΟΒΑΝΗ</b>
<i>Αναπληρ. Γεν. Γραμματέας:</i>	<b>ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ ΜΠΑΡΟΥΤΑ</b>
<i>Ταμίας:</i>	<b>ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΥ</b>
<i>Αναπλ. Ταμίας:</i>	<b>ΑΝΤΩΝΙΟΣ ΛΑΖΟΠΟΥΛΟΣ</b>
<i>Μέλη:</i>	<b>ΜΑΡΙΑ ΤΙΓΚΑ</b>
	<b>ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΣΑΡΕΛΛΑ</b>
<i>Αναπληρ. Μέλη:</i>	<b>ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΒΑΤΙΣΤΑΣ</b>
	<b>ΟΥΡΑΝΙΑ ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΥ</b>
	<b>ΕΛΙΣΑΒΕΤ ΜΑΝΙΑΤΕΛΛΗ</b>

### ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ.Μ.Α.

<i>Μέλη:</i>	<b>ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΜΑΛΦΑ</b>
	<b>ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΚΑΚΑΒΑΣ</b>
<i>Αναπληρ. Μέλος:</i>	<b>ΣΟΦΙΑ ΓΕΩΡΓΑΝΤΖΗ</b>

#### ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ: Σ.Ε.Μ.Μ.Α.

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

*Υπεύθυνη σύμφωνα με το νόμο*  
ΠΕΡΜΑΝΘΙΑ ΠΑΝΑΝΗ, Πρόεδρος Σ.Ε.Μ.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: 210.8812940  
E-mail: akida123@otenet.gr

*Εκτύπωση – Βιβλιοδεσία*  
ΑΦΟΙ ΠΡΙΦΤΗ – ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ Α.Ε.Β.Ε.  
Σωνιέρου 6 – 104 38 Αθήνα  
Τηλ.: 210.5232323 – Fax: 210.5232068

Η SCA Hygiene Products A.E. (Libero) 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 16ος, Τεύχος 3ο  
ΙΟΥΛΙΟΣ – ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ – ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2011

2nd Period – Volume 16, Number 3  
JULY – AUGUST – SEPTEMBER 2011



**Επιστημονικοί Σύμβουλοι**  
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ  
ΙΑΤΡΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

**Scientific Advisors**  
PAPANIKOLAOS NIKOLAOS  
IATRAKIS GEORGE

**Διευθύντρια Σύνταξης**  
ΠΕΧΛΙΒΑΝΗ ΦΑΝΗ

**Editor in Chief**  
PECHLIVANI FANI

**Συντακτική Επιτροπή**  
Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Μ.Α.  
ΑΝΤΩΝΑΚΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ  
ΚΑΡΑΜΗΤΡΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ  
ΛΥΜΠΕΡΗ ΡΑΛΛΟΥ  
ΜΑΝΙΑΤΕΛΛΗ ΕΛΙΣΑΒΕΤ  
ΜΩΡΟΣ ΜΙΧΑΛΗΣ  
ΤΟΥΦΙΔΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ  
ΧΑΔΛΑ ΒΙΒΗ

**Editorial Board**  
E.C. of Hellenic Midwives Association  
ANTONAKOU ANGELIKI  
KARAMITROS DIMITRIOS  
LYMPERI RALLOU  
MANIATELLI ELISAVET  
MOROS MICHALIS  
TOUFIDOU ANTONIA  
CHADLA VIVI

**Επιστημονικές εργασίες – Αλληλογραφία**  
Αριστ. Παππά 2 – 115 21 Αθήνα  
Τηλ.: 210.6465691(Fax), 210.6429675  
E-mail: sema-icm@otenet.gr  
Website: www.semma.gr • www.smme.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 • www.smme.gr



# ΕΛΕΥΘΩ

Β' Περίοδος – Τόμος 16ος, Τεύχος 3ο  
ΙΟΥΛΙΟΣ – ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ – ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2011

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

2ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο του Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου για το Μητρικό Θηλασμό <i>Μιχάλης Μώρος</i>	91
Βιβλιογραφική ανασκόπηση της προεκλαμψίας. Παλαιός κίνδυνος, σύγχρονα δεδομένα. <i>Μαία Τεπέτωβ, Μαρία Ρεντζεπέρι, Δημήτριος Τρύφος, Ελευθέριος Αναστασάκης</i>	98
Η σημασία του ιωδίου και της θυροξίνης στην εγκυμοσύνη – Συγγενής υποθυρεοειδισμός <i>Μαριάννα Παπανικολάου</i>	105
Οι ανισότητες στο χώρο της υγείας σε σχέση με το γυναικείο φύλο. Ερμηνευτικές προσεγγίσεις και παράγοντες που οδηγούν στις ανισότητες υγείας. <i>Δημήτριος Παπουτσής</i>	111
Το αρχειακό υλικό του Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου <i>Μιχάλης Μώρος</i>	116
• Δραστηριότητες του Σ.Ε.Μ.Μ.Α. 123	
• 4ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο του Σ.Ε.Μ.Μ.Α. για το Μητρικό Θηλασμό 123	
Σύλλογος “ΟΙ ΦΙΛΟΙ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ” 124	
• Παγκόσμια Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού 2011	
• 7η Ετήσια Ημερίδα για το Μητρικό Θηλασμό	
Επιστολή προς το Σ.Ε.Μ.Μ.Α. 125 <i>Μαρία Γκόσμα</i>	
7η Διακλινική Ημερίδα στο Π.Γ.Ν. “ΑΤΤΙΚΟΝ” 126	
Οδηγίες για τους Συγγραφείς 127	
Βιβλιοπαρουσίαση 129	

# ΕΛΕΥΘΩ

2nd Period – Volume 16, Number 3  
JULY – AUGUST – SEPTEMBER 2011

## CONTENTS

2nd Seminar of S.E.M.M. of Nafplio for Breastfeeding <i>Michalis Moros</i>	91
Review of pre-eclampsia. Old hazard, new data. <i>Maria Tepetov, Maria Rentzeperi, Dimitrios Tryfos, Eleftherios Anastasakis</i>	98
The importance of iodine and thyroxine in pregnancy – Congenital hypothyroidism <i>Marianna Papanikolaou</i>	105
Health inequalities in relation to female gender. Sociological aspects and contributing factors. <i>Dimitrios Papoutsis</i>	111
The archives of Midwives' Association of Nafplio <i>Michalis Moros</i>	116
• Activities of S.E.M.M.A. 123	
• 4th Seminar of S.E.M.M.A. for Breastfeeding 123	
“THE FRIENDS OF BREASTFEEDING” 124	
• World Breastfeeding Week 2011	
• 7th Annual Breastfeeding Conference	
Letter to S.E.M.M.A. 125 <i>Maria Gosma</i>	
7th Meeting in “ATTIKON” General Hospital 126	
Directives for Writers 127	
Book presentation 129	

## **Βιβλιογραφική ανασκόπηση της προεκλαμψίας. Παθαιός κίνδυνος, σύγχρονα δεδομένα.**

**Μαρία Τεπέτωβ<sup>1</sup>**  
**Μαρία Ρεντζεπέρν<sup>2</sup>**  
**Δημήτριος Τρύφος<sup>3</sup>**  
**Ελευθέριος Αναστασάκης<sup>3</sup>**

### **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η προεκλαμψία ως πολυσυστηματική νόσος απασχολεί την ιατρική κοινότητα για δεκαετίες τώρα. Παρά την εκτεταμένη έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί, δεν έχει διαφοροποιηθεί η συχνότητα της νόσου, αλλά ούτε έχει βελτιωθεί σημαντικά ο τρόπος πρόβλεψης ή πρόληψής της. Κύριος ανασταλτικός παράγοντας είναι η παθογένεια της νόσου, που παραμένει σε μεγάλο βαθμό άγνωστη και δεν έχει υπάρξει ομοφωνία ως προς τα κριτήρια για τη διάγνωσή της. Παρόλ' αυτά έχουν γίνει σημαντικές προσπάθειες και έχουν θεσπιστεί κριτήρια διάγνωσης από διεθνείς οργανισμούς.

Η Doppler υπερηχογραφία αποτελεί καλό διαγνωστικό δείκτη καθώς προσφέρει σημαντικές πληροφορίες τόσο για την εμβρυϊκή κυκλοφορία, όσο και για την κυκλοφορία των μητριάων αρτηριών. Μεγάλες προοπτικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι αυξημένες αντιστάσεις κατά την Doppler εξέταση των μητριάων αρτηριών μπορούν να προβλέψουν την πιθανότητα εμφάνισης προεκλαμψίας, αν και το περιγεννητικό όφελος από αυτή τη διαδικασία πληθυσμιακής διαλογής δεν έχει αποδειχθεί.

**Λέξεις-κλειδιά:** προεκλαμψία, υπέρταση, Doppler μητριάων αρτηριών.

### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η κύηση χαρακτηρίζεται από συνεχείς παθοφυσιολογικές μεταβολές και είναι δυνατό να συνυπάρχει με ποικιλία παθήσεων των διαφόρων συστημάτων, η εξέλιξη των οποίων συνήθως επιδεινώνεται ή τουλάχιστον επηρεάζεται. Κατά την κύηση μπορούν να εμφανιστούν προβλήματα υγείας, τα οποία δεν προϋπήρχαν και εμφανίζονται για πρώτη φορά. Η παρουσία του εμβρύου περιπλέκει τα ιατρικά προβλήματα δημιουργώντας πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις μεταξύ της εγκύου, της νόσου και της θεραπείας. Η κατανόηση αυτών των αλληλεπιδράσεων είναι κρίσιμη για την καλύτερη

1. Μαία, Συνεργάτης Μαιευτήριου "ΛΗΤΩ".
2. Σπουδάστρια Τμήματος Μαιευτικής Τ.Ε.Ι. Αθηνών.
3. Μαιευτήρας – Γυναικολόγος, Γυναικολογική Κλινική Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών.

έκβαση τόσο της μητέρας όσο και του νεογνού. Μια τέτοια κατάσταση είναι και η προεκλαμψία (Sibai B.M. et al., 2005).

Η προεκλαμψία αποτελεί πολυσυστηματική νόσο στην οποία η αρχική βλάβη εντοπίζεται στον πλακούντα και απαντάται μόνο στο ανθρώπινο είδος. Οι βλάβες στον πλακούντα έχουν ως αποτέλεσμα την ανώμαλη αγγειακή αντίδραση στην πλακουντοποίηση. Οι διαταραχές αυτές προκαλούν αυξημένες αγγειακές αντιστάσεις, τάση για συσσώρευση των αιμοπεταλίων, ενεργοποίηση του συστήματος πήξης και δυσλειτουργία του ενδοθηλίου (Gilord R.W. et al., 2000). Κλινικά η νόσος εμφανίζεται ως σύνδρομο στην έγκυο με αυξημένη αρτηριακή πίεση και πρωτεϊνουρία, με ή χωρίς πολυσυστηματικές εκδηλώσεις, αλλά και ως σύνδρομο στο έμβρυο με καθυστέρηση της ανάπτυξής του (fetal growth restriction, FGR), ολιγάμνιο και κακή οξυγόνωση (Gilord R.W. et al., 2000, Ness R.B. & Roberts J.M., 1996).

Στη μητέρα το σύνδρομο φαίνεται να είναι πολυπαραγοντικό. Συγκεκριμένα υπάρχουν μεγάλες διαφορές μεταξύ της προεκλαμψίας, που εκδηλώνεται πριν το τέλος της κύησης χωρίς FGR και εκείνης που εκδηλώνεται πρώιμα. Η τελευταία δημιουργεί FGR και οδηγεί σε πρόωρο τοκετό (Ness R.B. & Roberts J.M., 1996, Vatten L.J. et al., 2004). Διαφορές, επίσης, παρατηρούνται όταν η εκδήλωση της νόσου είναι πριν την 34η εβδομάδα κύησης σε σχέση με μεγαλύτερη ηλικία κύησης (Vatten L.J. et al., 2004, Hauth J.C. et al., 2000).

## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η νόσος εμφανίζεται στο 2-5% των πρωτοτόκων επιτόκων και στα 3/4 των περιπτώσεων είναι ήπια με έναρξη προς το τέλος της κύησης και με μικρό κίνδυνο για κακό περιγεννητικό αποτέλεσμα (Vatten L.J. et al., 2004, Hauth J.C. et al., 2000, Sibai B.M., 2004). Αντίθετα, η συχνότητα και επικινδυνότητα της νόσου είναι αυξημένη σε περιπτώσεις πολύδυμης κύησης (Ness R.B. & Roberts J.M., 1996, Sibai B.M. et al., 2000, Wen S.W. et al., 2004), χρόνιας υπέρτασης (Caritis S. et al., 1998, Sibai B.M., 2002), θρομβοφιλίας (Allrevic Z. et al., 2002, Haukkamaa L. et al., 2004), ιστορικού προεκλαμψίας σε προηγούμενη κύηση (Caritis S. et al., 1998, Hnat M.D. et al.,

2002) ή προϋπάρχοντος σακχαρώδους διαβήτη (Allrevic Z. et al., 2002, Van Pampus M.G. et al., 1999).

## ΑΙΤΙΑ

Τα αίτια της προεκλαμψίας παραμένουν αδιευκρίνιστα. Η νόσος πιστεύεται ότι προκαλείται από την παρουσία του πλακούντα ή την αντίδραση της μητέρας σ' αυτόν. Η μόνη αποτελεσματική θεραπεία μετά την κλινική εμφάνιση της νόσου είναι η αποπεράτωση της κύησης (Sibai B.M. et al., 2005, Roberts J.M. & Gamill H.S., 2005).

Αρχικά οι ερευνητές πίστευαν ότι η ανώμαλη πλακουντοποίηση είναι η μοναδική αιτία για την εμφάνιση της προεκλαμψίας (Robertson S.A. et al., 2002). Σήμερα, όμως, είναι εμφανές ότι δεν είναι η αιτία, αλλά πιθανόν ένας ισχυρότατος προδιαθεσικός παράγοντας. Αν, λοιπόν, ο παράγοντας αυτός εγκατασταθεί, μπορεί να οδηγήσει στο σύνδρομο της προεκλαμψίας ανάλογα με το βαθμό που προκαλεί σήματα για φλεγμονή (μπορεί να εξαρτάται από γονίδια του εμβρύου), αλλά και την αντίδραση της μητέρας στα σήματα αυτά (εξαρτάται από τα γονίδια της μητέρας) (Sibai B.M. et al., 2005, Roberts J.M. & Gamill H.S., 2005).

Η αυξημένη πλακουντιακή απόπτωση μπορεί επίσης να συμμετέχει στην παθοφυσιολογία της προεκλαμψίας μέσω ενίσχυσης της φλεγμονώδους διαδικασίας (Sibai B.M. et al., 2005).

Η προεκλαμψία έχει σαφή κληρονομικά χαρακτηριστικά (Roberts J.M. & Gamill H.S., 2005) και έχουν δημοσιευθεί μοντέλα κληρονομικότητάς της (Nilsson E. et al., 2004). Η υπόθεση ύπαρξης ενός μείζονος γονιδίου προεκλαμψίας δεν φαίνεται πολύ πιθανή σήμερα, αν και είχε υποστηριχθεί παλαιότερα. Αντίθετα, σήμερα πιστεύεται ότι μπορεί να υπάρχουν ομάδες "επιδεκτικών" γονιδίων, που αλληλεπιδρούν με το καρδιαγγειακό σύστημα ή και τη ρύθμιση της φλεγμονώδους αντίδρασης στη μητέρα. Τέτοια γονίδια έχουν απομονωθεί σε επιδημιολογικές μελέτες, κυρίως σε θέσεις του χρωμοσώματος 2 και 9 (Laiuori H. et al., 2003). Ωστόσο, είναι αξιοσημείωτο ότι τα γονίδια αυτά απομονώνονται σε διαφορετικούς πληθυσμούς και μπορούν να εξηγήσουν μικρό μόνο ποσοστό των περιστατικών προεκλαμψίας (Oudejans C.B. et al., 2004).

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της προεκλαμψίας τίθεται με την παρουσία της υπέρτασης και της πρωτεϊνουρίας με ή χωρίς οίδημα. Ως υπέρταση ορίζεται η άνοδος της συστολικής πίεσης  $\geq 140$ mmHg ή της διαστολικής πίεσης  $\geq 90$ mmHg σε τουλάχιστον δυο μετρήσεις, με μεσοδιάστημα μεγαλύτερο των 6 ωρών αλλά λιγότερο από 7 ημέρες, το οποίο συμβαίνει μετά τις 20 εβδομάδες κύησης σε γυναίκα που στο παρελθόν δεν ήταν υπερτασική. Ως πρωτεϊνουρία ορίζεται η αποβολή στα ούρα 24ώρου ποσότητας πρωτεΐνης μεγαλύτερης από 300mg (Ιατράκης Γ. και συν., 2010), ή συγκέντρωσης 0,1gr ανά λίτρο σε τουλάχιστον δυο τυχαίες λήψεις δείγματος ούρων, με διαφορά 6 ωρών ή περισσότερο.

Η προεκλαμψία μπορεί να διαγνωσθεί και σε απουσία πρωτεϊνουρίας όταν η υπέρταση συνδυάζεται με επίμονα νευρολογικά συμπτώματα, όπως το άλγος του επιγαστρίου ή του δεξιού υποχονδρίου με ή χωρίς ναυτία και έμετο ή, τέλος, αν συνοδεύεται από θρομβοπενία και αυξημένα ηπατικά ένζυμα (Sibai B.M., 2003, Brown M.A. et al., 2000).

Σε φυσιολογικά εξελισσόμενη κύηση υπάρχει σημαντική αύξηση της διαστολικής ροής αίματος στις μητριάες αρτηρίες, ενώ σε κυήσεις που μελλοντικά μπορεί να αναπτύξουν προεκλαμψία ή καθυστέρηση της ανάπτυξης του εμβρύου η ροή αυτή θα είναι ελαττωμένη. Τα σημεία αυτά μπορούν να μελετηθούν με τη χρήση του Doppler στις μητριάες αρτηρίες (Reister F. & Kingdom J.C.P., 2004). Η προσπάθεια πρόβλεψης της προεκλαμψίας και της ενδομήτριας καθυστέρησης ανάπτυξης με την εξέταση Doppler των μητριάων αρτηριών, βασίζεται στην ελαττωματική πλακουντοποίηση που, όπως πιστεύεται, πολλές φορές προηγείται των καταστάσεων αυτών (Albaiges G. et al., 2000, Cunningham F.G. et al., 2010).

Στη φυσιολογική κύηση οι σπειροειδείς αρτηρίες της τροφοβλάστης υφίστανται αλλαγές και μεταμορφώνονται από στενά αγγεία υψηλής αντίστασης σε χοανοειδείς κατασκευές χαμηλής αντίστασης, που δεν αντιδρούν σε αγγειοδραστικές ουσίες (Brosens I. et al., 1967). Όμως, σε πολλές περιπτώσεις υπάρχει μειωμένη τροφοβλαστική διήθηση (Khong T.Y. et al., 1986) και ανεπαρκής προσαρμογή της μητέρας στην πλα-

κουντοποίηση, γεγονός που σχετίζεται με την επακόλουθη εμφάνιση προεκλαμψίας και ενδομήτριας καθυστέρησης της ανάπτυξης του εμβρύου (Pijnenborg R. et al., 1991, Brosens I. et al., 1977).

Σε τέτοιες περιπτώσεις η μητροπλακουντιακή κυκλοφορία εξακολουθεί να είναι αυξημένων αντιστάσεων, κι αυτό μπορεί να προκαλέσει γενικευμένη βλάβη του ενδοθηλίου με επηρεασμένη παραγωγή αγγειοδραστικών ουσιών, όπως η προστακυκλίνη και το οξειδιο του αζώτου (Postovit L.M. et al., 2001). Αυτό έχει ως συνέπεια αγγειοσπασμό στα μικρά αρτηρίδια, τόσο τοπικά στη μητροπλακουντιακή κυκλοφορία, όσο και στη συστηματική κυκλοφορία (Roberts J.M. & Lain K.Y., 2002). Επιπλέον, συνυπάρχει ή ακολουθεί μια αυξημένη ευαισθησία σε αγγειοσυσπαστικές ουσίες (Granger J.P. et al., 2001), με αποτέλεσμα την επηρεασμένη νεφρική λειτουργία και την αύξηση των περιφερικών αντιστάσεων, που μπορεί να οδηγήσουν τη μητέρα σε υπέρταση.

Τα ενδοθηλιακά κύτταρα που έχουν υποστεί βλάβη, δεν μπορούν να διατηρήσουν την αγγειακή ακεραιότητα με αποτέλεσμα την αυξημένη διαπερατότητα των τριχοειδών, την αυξημένη τάση των αιμοπεταλίων για συγκόλληση και τον αυξημένο αγγειακό τόνο, που επιδεινώνει περαιτέρω τον τοπικό και συστηματικό αγγειοσπασμό των τριχοειδών (Roberts J.M. & Lain K.Y., 2002). Όλα αυτά μπορεί να οδηγήσουν περαιτέρω σε αθηρωματώδεις βλάβες στα τριχοειδή και τοπική ισχαιμία στον πλακούντα, τους νεφρούς, το ήπαρ και το κεντρικό νευρικό σύστημα (DeWolf F. et al., 1975, Khong T.Y. & Mott C., 1993).

Επιπρόσθετα, στις φυσιολογικές κυήσεις οι αντιστάσεις στη ροή του αίματος των μητριάων αρτηριών μειώνονται με την πρόοδο της εγκυμοσύνης. Νεότερα όμως δεδομένα υποστηρίζουν το ρόλο των αρτηριοφλεβικών αναστομών του μιομητρίου για τις αλλαγές αυτές (Saito S. & Sakai M., 2003). Στην προεκλαμψία και την ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης οι αντιστάσεις στις μητριάες αρτηρίες παραμένουν αυξημένες καθώς οι παραπάνω μεταβολές φαίνεται να ανεπαρκούν (Campbell S. et al., 1983, Griln D. et al., 1983, Trudinger B.J. et al., 1985).

Τα παθολογικά Doppler των μητριάων αρτηριών φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνι-

σης προεκλαμψίας κατά 4 έως 6 φορές σε πληθυσμό χαμηλού κινδύνου και περίπου 2,5 φορές σε υψηλού κινδύνου. Αντίθετα, όμως, φυσιολογικά Doppler υποδιπλασιάζουν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου, ειδικά σε φυσιολογικούς δείκτες ροής. Σημαντικό χαρακτηριστικό πολλών μελετών είναι ότι τα Doppler των μητριάων αρτηριών αποδίδουν καλύτερα στην αναγνώριση της σοβαρής νόσου. Οι Steel S.A. et al. (1990) ανέφεραν ότι η ευαισθησία των αυξημένων αντιστάσεων στις μητριάες αρτηρίες για την πρόβλεψη προεκλαμψίας ήταν 63%, ενώ για την απλή υπέρταση της κύησης ήταν 39%.

Αντίστοιχα ευρήματα υπήρξαν και για την ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης. Σύμφωνα με την τελευταία μετα-ανάλυση, αυξημένες αντιστάσεις των μητριάων αρτηριών αυξάνουν τον κίνδυνο γέννησης λιποβαρούς νεογνού κατά 3,7 φορές περίπου, ενώ φυσιολογικές ροές μειώνουν τον κίνδυνο κατά 0,8 φορές (Parageorghiou A.T. et al., 2004).

Όπως και στην προεκλαμψία έτσι και στην ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης φαίνεται ότι η εξέταση Doppler έχει καλύτερη επίδοση στην πρόβλεψη της πιο σοβαρής νόσου και των νεογνών με μικρότερο βάρος γέννησης. Επίσης, φαίνεται να επιτυγχάνεται καλύτερη ευαισθησία στις περιπτώσεις που θα χρειαστεί να γεννηθούν πρόωρα λόγω σοβαρής νόσου.

Οι Harrington K. et al. (1996) βρήκαν ότι οι αμφοτερόπλευρες εντομές του διαστολικού κύματος ανίχνευσαν το 22% των περιπτώσεων που γέννησαν νεογνό με βάρος κάτω από τη 10η εκατοστιαία θέση, και το 58% των εγκύων που απαιτήθηκε περάτωση του τοκετού πριν τις 35 εβδομάδες.

Για την ανίχνευση νεογνών με βάρος γέννησης < 10η εκατοστιαία θέση, οι Albaiges G. et al. (2000) χρησιμοποιώντας ως όριο την 95η εκατοστιαία θέση του μέσου PI (Pulsatility Index – [PI] = Δείκτης Παλμικότητας) στις 23 εβδομάδες κύησης, πέτυχαν ευαισθησία 70% στις περιπτώσεις που χρειάστηκε λόγω σοβαρής νόσου να περατώσουν την κύηση πριν τις 34 εβδομάδες και το έμβρυο ήταν κάτω της 10ης εκατοστιαίας θέσης ως προς το βάρος γέννησης.

Τέλος, στον ίδιο πληθυσμό οι Parageorghiou A.T. et al. (2001) πέτυχαν ευαισθησία 16% χρησιμοποιώντας το ίδιο όριο, που όμως αυξανόταν

σε 54%, 64% και 74% για τις περιπτώσεις που οι έγκυες χρειάστηκε να γεννήσουν πριν τις 36, 34 και 32 εβδομάδες αντίστοιχα.

## ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Ο πλέον αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης της προεκλαμψίας είναι η καλή προγεννητική φροντίδα. Αυτή περιλαμβάνει την πρώιμη αναγνώριση των γυναικών που βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη της νόσου και την έγκαιρη ανίχνευση των κλινικών σημείων, ώστε να επιτευχθεί πρώιμα η διάγνωση (Gilford R.W. et al., 2000, Sibai B.M., 2003, Brown M.A. et al., 2000, Helewa M.E. et al., 1997).

Μετά τη διάγνωση της νόσου η αντιμετώπιση εξαρτάται από την αρχική εκτίμηση της εγκύου και του εμβρύου. Κύριο μέλημα αποτελεί η ασφάλεια της επιτόκου, ενώ ο τοκετός είναι η τελική αντιμετώπιση της προεκλαμψίας. Ωστόσο, ο τοκετός αν και μπορεί να αποτελέσει εργαλείο για την ασφάλεια της μητέρας, αποτελεί σημαντικό κίνδυνο για ένα πρόωρο έμβρυο (Sibai B.M. et al., 2005, Roberts J.M. & Gamill H.S., 2005). Η τελική απόφαση για τοκετό ή αναμονή θα εξαρτηθεί από την ηλικία κύησης, την κατάσταση του εμβρύου και τη σοβαρότητα της νόσου της επιτόκου (Turner J.A., 2010).

Η αντιμετώπιση της οξείας υπέρτασης αποσκοπεί στην πρόληψη των καρδιαγγειακών και εγκεφαλικών επιπλοκών, οι οποίες αποτελούν τα πιο συνήθη αίτια της μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας στις αναπτυγμένες κοινωνίες (Zhang J. et al., 2003, Weindling A.M., 2003). Τα αντιυπερτασικά φάρμακα βοηθούν στην πρόληψη των επιπλοκών αυτών σε γυναίκες με σοβαρή υπέρταση. Παρ' όλα αυτά δεν αλλάζουν την πορεία της ήπιας προεκλαμψίας (Zhang J. et al., 2003, Magee L.A., 1999).

Τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα φάρμακα είναι η υδραλαζίνη, η νιφεδιπίνη και η λαμπεταλόλη. Το πιο διαδεδομένο από τα παραπάνω είναι η υδραλαζίνη. Ωστόσο, πρόσφατη μετα-ανάλυση της βιβλιογραφίας έδειξε ότι η υδραλαζίνη συγκριτικά με τα άλλα δυο φάρμακα μπορεί να σχετίζεται με μεγαλύτερο κίνδυνο μητρικών παρενεργειών και με σειρά προβλημάτων, που βάζουν σε κίνδυνο τη ζωή του εμβρύου αλλά και της μέλλουσας μητέρας (Magee L.A. et al., 2003).

Σήμερα, στις περιπτώσεις βαριάς προεκλαμψίας θεωρείται επιβεβλημένη η διενέργεια πρόκλησης τοκετού, αφενός για να διασφαλιστεί η υγεία της μητέρας και αφετέρου η βιωσιμότητα του εμβρύου. Ωστόσο, το πρώτο 48ωρο μετά τον τοκετό παραμένει κρίσιμο, λόγω της πιθανότητας εμφάνισης στη μητέρα συνδρόμου HELLP, πνευμονικού οιδήματος, νεφρικής ανεπάρκειας, εκλαμψίας και εγκεφαλικού επεισοδίου (Sibai B.M., 2003, Sibai B.M., 2004).

Είναι, επομένως, επιτακτική η ανάγκη για συνεχή παρακολούθηση των γυναικών που είχαν βαριά προεκλαμψία, με μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και έλεγχο ισοζυγίου υγρών, καθώς και για σημεία και συμπτώματα στη μητέρα, που μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τη ζωή της (Sibai B.M., 2003, Sibai B.M., 2004). Επιπρόσθετα, υπάρχουν περιπτώσεις εμφάνισης σοβαρής προεκλαμψίας ή εκλαμψίας για πρώτη φορά μετά τον τοκετό (Duley L. et al., 2003, Chames M.C. et al., 2002). Για το λόγο αυτό θα πρέπει όλες οι έγκυες να ενημερώνονται έγκαιρα για τα συμπτώματα της προεκλαμψίας, όπως οι σοβαρές ημικρανίες, τα προβλήματα όρασης, το επιγαστρικό άλγος με ναυτία ή έμετο (Chames M.C. et al., 2002, Mathys L.A. et al., 2002).

## ABSTRACT

*Maria Tepetov, Maria Rentzeperi, Dimitrios Tryfos, Eleftherios Anastasakis: Review of preeclampsia. Old hazard, new data.*

"ELEFTHO", 3: 98-104, 2011

*Preeclampsia is a multisystemic disease that has troubled the obstetrical community for decades. Despite the extensive research, the occurrence has not declined and the ability to predict this disease has not improved. The main inhibiting factor lies on the etiology of the disease that still remains unknown, while there is no consensus regarding the diagnostic criteria. Recently, systemic elort has been placed by international organizations, in order to delne widely accepted diagnostic criteria.*

*Doppler ultrasonography can be used as a prognostic tool for the development of preeclampsia, since it provides information regard-*

*ing both the fetus as well as the uterine circulation .Large prospective studies have shown that increased resistance at the Doppler examination of the uterine arteries can predict the development of preeclampsia.*

**Key-words:** *preeclampsia, hypertension, uterine arteries Doppler.*

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Albaiges G., Missfelder-Lobos H., Lees C. et al.: One-stage screening for pregnancy complications by colour Doppler assessment of the uterine arteries at 23 weeks' gestation. *Obstetrics and Gynecology*, 96: 559-64, 2000.
- Alfirevic Z., Roberts D., Martlew V.: How strong is the association between maternal thrombophilia and adverse pregnancy outcome? A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 101: 6-14, 2002.
- Brosens I., Robertson W.B., Dixon H.G.: The physiological response of the vessels of the placental bed to normal pregnancy. *Journal of Pathology and Bacteriology*, 93: 569-79, 1967.
- Brosens I., Dixon H.G., Robertson W.B.: Fetal growth retardation and the arteries of the placental bed *Br J Obstet Gynaecol*, 84: 655-63, 1977.
- Brown M.A., Hague W.M., Higgins J. et al.: The detection, investigation and management of hypertension in pregnancy: executive summary. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 40: 133-8, 2000.
- Campbell S., Diaz-Recasens J., Griffin D.R. et al.: New Doppler technique for assessing uteroplacental blood flow. *Lancet*, 26: 675-7, 1983.
- Caritis S., Sibai B.M., Hauth J. et al.: Low-dose aspirin to prevent preeclampsia in woman at high risk. *N Engl J Med*, 338: 701-5, 1998.
- Chames M.C., Livingston J.C., Ivestor T.S., Barton J.R., Sibai B.M.: Late postpartum eclpampsia: a preventable disease? *Am J Obstet Gynecol*, 186: 1174-7, 2002.
- Cunningham F.G., Leveno K.J., Bloom S.L., Hauth J.C., Rouse D.J., Spong C.Y.: *Fetal Imaging*. In: Williams Obstetrics, New York, The McGraw-Hill, Companies 2010.
- De Wolf F., Robertson W.B., Brosens I.: The ultrastructure of acute atherosclerosis in hypertensive pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 123: 164-74, 1975.
- Duley L., Galmezoglu A.M., Henderson-Smart D.J.: Magnesium sulfate and other anticonvulsants for women with preeclampsia. *Cochrane Database Syst Rev* 2:

- CD000025, 2003.
- Griffin D., Cohen-Overbeek T., Campbell S.: Fetal and utero-placental blood flow. *Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 10: 565-602, 1983.
- Gifford R.W., August P.A., Cunningham G., Green L.A., Lindheimer M.D., McNellis D., Roberts J.M., Sibai B.M., Taler S.J.: Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 183: S1-S22, 2000.
- Granger J.P., Alexander B.T., Llinas M.T. et al.: Pathophysiology of hypertension during preeclampsia linking placental ischemia with endothelial dysfunction. *Hypertension*, 38(3 Pt 2): 718-22, 2001.
- Harrington K., Cooper D., Lees C. et al.: Doppler ultrasound of the uterine arteries: the importance of bilateral notching in the prediction of pre-eclampsia, placental abruption or delivery of small-for gestational-age baby. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 7:182-8, 1996.
- Haukkamaa L., Salminen M., Laivuori H. et al.: Risk of subsequent coronary artery disease after preeclampsia. *Am J Cardiol*, 93: 805-8, 2004.
- Hauth J.C., Ewell M.G., Levine R.L., Esterlitz J.R., Sibai B.M., Curet L.B.: Pregnancy outcomes in healthy nulliparous women who subsequently developed hypertension. *Obstet Gynecol*, 95:24-8, 2000.
- Helewa M.E., Burrows R.F., Smith J. et al.: Report of the Canadian Hypertension Society Consensus Conference: 1. Definitions, evaluation and classification of hypertensive disorders in pregnancy. *CMAJ*, 157: 715-25, 1997.
- Hnat M.D., Sibai B.M., Caritis S., Hiouth J., Lindheimer M.D., MacPherson C.: Perinatal outcome in women with recurrent preeclampsia compared with woman who develop preeclampsia as nulliparous. *Am J Obstet Gynecol*, 186: 422-6, 2002.
- Ιατράκης Γ. (συνεργασία: Πεχλιβάνη Φ., Αντωνίου Ε., Ροκοπάνου Θ.): Υπερτασική Νόσος της Κύησης. Στο: Παθολογία Κύησης. Εκδόσεις "ΔΕΣΜΟΣ", Αθήνα 2010.
- Khong T.Y., De Wolf F., Robertson W.B., Brosens I.: Inadequate maternal vascular response to placentation in pregnancies complicated by pre-eclampsia and by small-for-gestational age infants. *Br J Obstet Gynaecol*, 93: 1049-59, 1986.
- Khong T.Y. & Mott C.: Immunohistologic demonstration of endothelial disruption in acute atherosclerosis in preeclampsia. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 51: 193-7, 1993.
- Laivuori H., Lahermo P., Ollikainen V. et al.: Susceptibility loci for preeclampsia on chromosomes 2p25 and 9p13 in Finnish families. *Am J Hum Genet*, 72: 168-77, 2003.
- Magee L.A., Ornstein M.P., Von Dadelszen P.: Fortnightly review: management of hypertension in pregnancy. *BMJ*, 318: 1332-6, 1999.
- Magee L.A., Cham C., Waterman E.J., Ohlsson A., Von Dadelszen P.: Hydralazine for treatment of severe hypertension in pregnancy: meta-analysis. *BMJ*, 327: 1-10, 2003.
- Mathys L.A., Coppage K.H., Lambers D.S., Barton J.R., Sibai B.M.: Delayed postpartum eclampsia: a preventable disease? *Am J Obstet Gynecol*, 186:1174-7, 2002.
- Ness R.B., Roberts J.M.: Heterogeneous causes constituting the single syndrome of preeclampsia: a hypothesis and its applications. *Am J Obstet Gynecol*, 175: 1365-70, 1996.
- Nilsson E., Salonen Ros H., Cnattingius S., Lichtenstein P.: The importance of genetic and environmental effects for pre-eclampsia and gestational hypertension: a family study. *BJOG*, 111: 200-6, 2004.
- Oudejans C.B., Mulders J., Lachmeijer A.M. et al.: The parent-of-origin effect of 10q22 in pre-eclampsia females coincides with two regions clustered for genes with down-regulated expression in androgenetic placentas. *Mol Hum Reprod*, 10:589-98, 2004.
- Papageorgiou A.T., Yu C.K.H., Bindra R. et al.: Multi-center screening for pre-eclampsia and fetal growth restriction by transvaginal uterine artery Doppler at 23 weeks of gestation. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 18: 441-9, 2001.
- Papageorgiou A.T., Yu C.H., Nicolaidis K.H.: The role of uterine artery Doppler in predicting adverse pregnancy outcome. *Best Practise & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 18: 383-396, 2004.
- Pijnenborg R., Anthony J., Davey D.A. et al.: Placental bed spiral arteries in the hypertensive disorders of pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol*, 98: 648-55, 1991.
- Postovit L.M., Adams M.A., Graham C.H.: Does nitric oxide play a role in the aetiology of pre-eclampsia? *Placenta*, 22 (supplement A): S51-S55, 2001.
- Reister F., Kingdom J.C.P.: Screening for preeclampsia. In: Baker P.N., Kingdom J.C., editors. *Preeclampsia: current perspectives on management*. London: Parthenon, p. 119-32, 2004.
- Roberts J.M., Lain K.Y.: Recent Insights into the pathogenesis of pre-eclampsia. *Placenta*, 23: 359-72, 2002.
- Roberts J.M., Gamill H.S.: Preeclampsia recent insights. *Hypertension*, 46: 1243-9, 2005.
- Robertson S.A., Ingman W.V., O'Leary S., Sharkey D.J.,

- Tremellen K.P.*: Transforming growth factor beta-a mediator of immune deviation in seminal plasma. *J Reprod Immunol*, 57:109-28, 2002.
- Saito S., Sakai M.*: Th1/Th2 balance in preeclampsia. *J Reprod Immunol*, 59: 161-73, 2003.
- Sibai B.M., Hauth J., Caritis S. et al.*: Hypertensive disorders in twin versus singleton gestations. *Am J Obstet Gynecol*, 182: 938-42, 2000.
- Sibai B.M.*: Chronic hypertension in pregnancy. *Obstet Gynecol*, 100: 369-77, 2002.
- Sibai B.M.*: Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. *Obstet Gynecol*, 102: 181-92, 2003.
- Sibai B.M.*: Diagnosis, controversies, and management of HELLP syndrome. *Obstet Gynecol*, 103: 981-91, 2004.
- Sibai B.M., Dekker G., Kupferminc M.*: Pre-eclampsia. *Lancet*, 365: 785-99, 2005.
- Steel S.A., Pearce J.M., McParland P., Chamberlain G.V.*: Early Doppler ultrasound screening in prediction of hypertensive disorders of pregnancy. *Lancet*, 335: 1548-51, 1990.
- Trudinger B.J., Giles W.B., Cook C.M.*: Uteroplacental blood flow velocity-time waveforms in normal and complicated pregnancy. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 92: 39-45, 1985.
- Turner J.A.*: Diagnosis and management of pre-eclampsia: an update. *International Journal of Women's Health*, 2: 327-337, 2010.
- Van Pampus M.G., Dekker G.A., Wolf H. et al.*: High prevalence of hemostatic abnormalities in women with a history of severe preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol*, 180: 1146-50, 1999.
- Vatten L.J., Skjaerven R.*: Is pre-eclampsia more than one disease? *BJOG*, 111: 298-3, 2004.
- Weindling A.M.*: The confidential enquiry into maternal and child health (CEMACH). *Arch Dis Child*, 88: 1034-7, 2003.
- Wen S.W., Demissie K., Yang Q., Walker M.C.*: Maternal morbidity and obstetric complications in triplet pregnancies and quadruplet and higher-order multiple pregnancies. *Am J Obstet Gynecol*, 191: 254-8, 2004.
- Zhang J., Meikle S., Trumble A.*: Severe maternal morbidity associated with hypertensive disorders in pregnancy in the United States. *Hypertens Pregnancy*, 22: 203-12, 2003.



## Η σημασία του ιωδίου και της θυροξίνης στην εγκυμοσύνη. Συγγενής υποθυρεοειδισμός.

Μαριάννα Παπανικολαΐου\*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το ιώδιο υπάρχει στον ανθρώπινο οργανισμό σε μικρή ποσότητα (15mg). Οι ανάγκες πρόσληψης ιωδίου είναι αυξημένες στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και ιδιαίτερα κατά το πρώτο τρίμηνο. Η έλλειψη ιωδίου κατά την εμβρυϊκή ζωή και τα τρία πρώτα χρόνια της ζωής προκαλεί ανεπανόρθωτες βλάβες με καθυστέρηση στη σωματική, νοητική και ψυχοκινητική ανάπτυξη, καθώς και αυξημένο ποσοστό αποβολών. Στην παιδική ηλικία προκαλεί βρογχοκήλη και μειωμένη σωματική ανάπτυξη.

Εάν ο συγγενής υποθυρεοειδισμός δεν αντιμετωπισθεί εγκαίρως, εξελίσσεται σε μια μορφή πνευματικής καθυστέρησης. Η συχνότητά του είναι 1/3.500 γεννήσεις. Κατά την εμβρυϊκή ζωή το κύημα προσλαμβάνει θυροξίνη από τη μητέρα και αναπτύσσεται κανονικά. Εάν μετά τον τοκετό δεν γίνει έγκαιρη έναρξη της θεραπευτικής αγωγής με θυροξίνη, το παιδί αναπτύσσει μόνιμες νευρολογικές βλάβες και ψυχοκινητική καθυστέρηση.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) συστήνει κατά τη διάρκεια της κύησης την πρόσληψη τουλάχιστον 250mg ιωδίου ημερησίως, κυρίως μέσω της διατροφής, αλλά και μέσω συμπληρωμάτων εάν είναι απαραίτητο. Πολλές φορές είναι αναγκαία και πρόσθετα μέτρα, όπως αγωγή με θυροξίνη στην εγκυμοσύνη, για να διασφαλισθεί η υγεία του παιδιού και της μητέρας.

**Λέξεις-κλειδιά:** Ιώδιο, θυροξίνη, εγκυμοσύνη, συγγενής υποθυρεοειδισμός.

### Συντομογραφίες

TSH: Θυρεοειδοτρόπος Ορμόνη

T4: Θυροξίνη

T3: Τριϊωδοθυρονίνη

FT4: Ελεύθερη Θυροξίνη

TBG: Ολική Σφαιρίνη που δεσμεύει τις θυρεοειδικές ορμόνες

\* Μαία, MSc, Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας.

WHO: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας  
 ΣΥ: Συγγενής Υποθυρεοειδισμός

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο θυρεοειδής είναι αδένας που βρίσκεται στη βάση του λαιμού, μπροστά από την τραχεία και ελέγχει το μεταβολισμό. Ο έλεγχος του μεταβολισμού επιτυγχάνεται μέσω της παραγωγής δυο ορμονών: της θυροξίνης ή T4 και της τριϊώδοθυρονίνης ή T3 (ATA, 2005). Οι ορμόνες αυτές είναι αναγκαίες για τη σωστή λειτουργία όλων των ιστών και οργάνων του σώματος. Καθιστούν το σώμα μας ικανό να χρησιμοποιήσει αποτελεσματικά τις αποθήκες ενέργειάς του, ρυθμίζοντας έτσι τη θερμοκρασία και επιτρέποντας τη σωστή λειτουργία των μυών (ATA, 2003).

Ο θυρεοειδής είναι ο μοναδικός ενδοκρινής αδένας, που ενώ η λειτουργία του είναι απαραίτητη για την ποιότητα της ζωής, όμως για να λειτουργήσει σωστά εξαρτάται από τα ιχνοστοιχεία των τροφών, που μπορεί να ανεπαρκούν στον τόπο που διαβιώνει κανείς. Τα ιχνοστοιχεία αυτά είναι το ιώδιο, που το προσλαμβάνουμε με την τροφή μας (νερό, ψάρια, αλάτι, γάλα και αυγά) και είναι απαραίτητο για τη φυσιολογική παραγωγή των θυρεοειδικών ορμονών, και το σελήνιο, το οποίο είναι απαραίτητο για το μεταβολισμό των θυρεοειδικών ορμονών στη δραστική ορμόνη T3 (Καπράρα Α. & Κρασσάς Γ., 2006).

Όταν υπάρχει έλλειψη ιωδίου ο θυρεοειδής διογκώνεται για να προσλάβει το ιώδιο με μεγαλύτερη επιφάνεια και δημιουργείται βρογχοκήλη (Gerber H., 1996). Ανάλογα με το βαθμό, η έλλειψη ιωδίου οδηγεί μέσα από μια αλληλουχία γεγονότων (μείωση της σύνθεσης της θυροξίνης, δραματική πτώση της ελεύθερης θυροξίνης και αύξηση της TSH) στη διαταραχή της ομοιοστασίας των θυρεοειδικών ορμονών της μητέρας, με επακόλουθο την ψυχονευρολογική υπανάπτυξη του παιδιού (Larsen P.R., 1996).

## Η σημασία του ιωδίου και της θυροξίνης στην κύηση και το κύημα

Η ορμονική "έκρηξη", που συνοδεύει την εγκυμοσύνη, επηρεάζει μεταξύ άλλων και την έκκριση αυτών των ορμονών, που ο ρόλος τους είναι να ρυθμίζουν το μεταβολισμό. Πιο συγκεκριμένα, στην εγκυμοσύνη αυξάνονται οι τιμές της ολικής T3 και T4, ενώ οι τιμές της ελεύθερης T3

και T4 καθώς και της ορμόνης TSH παραμένουν σταθερές. Οι αλλαγές αυτές θεωρούνται φυσιολογικές και αναμενόμενες. Όμως, ορισμένες μεταβολές στη λειτουργία του θυρεοειδούς συχνά υποκρύπτουν κάποιο πρόβλημα, που μπορεί να προϋπάρχει της εγκυμοσύνης ή να παρουσιαστεί για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια αυτής. Στις περιπτώσεις αυτές πρέπει να λαμβάνεται η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή και να παρακολουθείται συστηματικά ο θυρεοειδής αδένας (Henneman G., 1992).

Οι θυρεοειδικές ορμόνες παίζουν σημαντικό ρόλο στην προσπάθεια διατήρησης της φυσιολογικής λειτουργίας του αναπαραγωγικού συστήματος. Συχνά, οι διαταραχές του θυρεοειδούς μπορεί να δημιουργήσουν προβλήματα γονιμότητας τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, όταν αυτές δεν βρίσκονται σε θεραπεία (Porpe K., 2007). Γι' αυτό το λόγο η μέτρηση της TSH και των αντιθυρεοειδικών αντισωμάτων πρέπει να γίνεται σε όλες τις γυναίκες που επιθυμούν εγκυμοσύνη και έχουν ιστορικό με αυτόματες αποβολές (Bussen S. & Steck T., 1995), καθώς επίσης και σε όλες τις έγκυες γιατί ο υποθυρεοειδισμός είναι συχνός, ενώ τα κλινικά συμπτώματα δεν είναι πάντοτε εμφανή και οι επιπτώσεις στο έμβρυο είναι ιδιαίτερα σημαντικές και ανεπανόρθωτες (Henneman G., 1992). Στις έγκυες με διαγνωσμένο υποθυρεοειδισμό πρέπει να αυξάνεται η δόση της θυροξίνης (Mandel S. et al., 1990).

Τις πρώτες 10-12 εβδομάδες της εγκυμοσύνης το έμβρυο εξαρτάται αποκλειστικά από τη μητέρα του όσον αφορά την παραγωγή θυρεοειδικών ορμονών. Προς το τέλος του 1ου τριμήνου της κύησης ο θυρεοειδής αδένας του εμβρύου ξεκινάει να παράγει από μόνος του τις θυρεοειδικές ορμόνες. Καθ' όλη τη διάρκεια του 1ου τριμήνου της εγκυμοσύνης η παρουσία έστω και μικρών ποσοτήτων ιωδίου και θυροξίνης καθίσταται απολύτως απαραίτητη για την ανάπτυξη των διακλαδώσεων των νευρικών κυττάρων και τη σωστή λειτουργία του νευρικού ιστού του εμβρύου (Burrow et al., 1994, Contempre et al., 1993).

Η έλλειψη θυρεοειδικών ορμονών στα αρχικά στάδια της εγκυμοσύνης προκαλεί μόνιμες νευρολογικές βλάβες (Larsen P., 1996). Ο πλακούντας είναι το βασικό όργανο, που καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης ρυθμίζει το μεταβολισμό του ιωδίου

και της θυροξίνης μέσω της δράσης των αποϊωδινάσεων II και III (Mandel S. et al., 1990).

Η ανάπτυξη του εγκεφάλου του εμβρύου αρχίζει από τις πρώτες εβδομάδες της εμβρυϊκής ζωής και ολοκληρώνεται σχεδόν τρία χρόνια μετά τη γέννηση. Σ' αυτή την ιδιαίτερα σημαντική περίοδο ανάπτυξης παρατηρούνται αλληλοδιαδοχικά στάδια ωρίμασης και οργανογένεσης, αύξηση νευρολογικών κυττάρων, μετακίνηση κυττάρων καθώς και δημιουργία συνάψεων και μυελίνωσης. Η έγκυος έχει μεγαλύτερες ανάγκες σε θυροξειδικές ορμόνες λόγω της αυξημένης νεφρικής κάθαρσης και της λήψης σιδήρου ως συμπλήρωμα διατροφής (Campbell N. et al., 1992, Fonseca V. et al., 1991). Η T4 αυξάνεται φυσιολογικά στην εγκυμοσύνη και το 3ο τρίμηνο λόγω της αύξησης της TBG είναι περίπου 14μg/dl, αλλά αυτό δεν συμβαίνει όταν η πρόσληψη ιωδίου είναι πολύ χαμηλή (Glinoer D., 2004).

Έρευνες έδειξαν ότι παιδιά από μητέρες με διαγνωσμένο υποθυροειδισμό κατά τη διάρκεια της κύησης είχαν μικρότερη πνευματική ικανότητα (Man E. & Serunian S., 1976). Αλλά βρέθηκε, επίσης, ότι και παιδιά που οι μητέρες τους είχαν υψηλό τίτλο αντιμικροσωματικών αντισωμάτων το τελευταίο τρίμηνο της κύησης, αλλά φυσιολογική θυροξειδική λειτουργία, είχαν δείκτη νοημοσύνης χαμηλότερο κατά 10 βαθμούς από τα παιδιά των μητέρων που δεν είχαν αντισώματα (Pop V. et al., 1995).

Το 1999, ο Lazarus J., συγκρίνοντας το μέσο όρο νοημοσύνης του πληθυσμού από ιωδιοπενικές περιοχές με αυτό των ατόμων από μη ιωδιοπενικές περιοχές, απέδειξε ότι ακόμα και όταν η ιωδιοπενία κατά τη διάρκεια της κύησης είναι μέτρια, μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες στη γέννηση και ανάπτυξη του βρέφους, να προκαλέσει μείωση του δείκτη νοημοσύνης και νοητική καθυστέρηση, συμπεριλαμβανομένης της υπολειτουργίας του θυροειδούς του. Γι' αυτό η καταπολέμηση ακόμη και της μέτριας ιωδιοπενίας αποτελεί εθνικό καθήκον (Τριανταφύλλου Ι. & Ζαφειρίου Δ., 2007).

Ο θυροειδής του εμβρύου αρχίζει να λειτουργεί το 2ο τρίμηνο της κύησης. Τότε υπάρχει ταχεία αύξηση της χρήσης της T4 σε διάφορους ιστούς, αλλά η μεταφορά της T4 από τη μητέρα στο έμβρυο συνεχίζεται ώστε να γίνεται φυσιολογικά η ανάπτυξη και η λειτουργία του εμ-

βρυϊκού εγκεφάλου σε περίπτωση που υπάρχει αγενεσία του θυροειδούς του εμβρύου (Cao X. et al., 1994). Σε βαριά έλλειψη ιωδίου η μητέρα και το έμβρυο έχουν έλλειψη T4 και ο εμβρυϊκός εγκέφαλος έχει έλλειψη T3. Η μητέρα είναι η μόνη πηγή T4 για το ανθρώπινο έμβρυο κατά το 1ο τρίμηνο και μέρος του 2ου τριμήνου της κύησης (Pop V., 1999).

Στο τελευταίο τρίμηνο της κύησης η FT4 στο έμβρυο έχει σχεδόν την ίδια τιμή μ' εκείνη των ενηλίκων. Αλλά από έγκυο με χαμηλή τιμή ιωδίου η FT4 του νεογέννητου είναι υψηλότερη από εκείνη της μητέρας. Στα νεογνά η FT4 είναι ανάλογη της ηλικίας κύησης. Σε έγκυο με φυσιολογική θυροξειδική λειτουργία, που φέρει έμβρυο με συγγενή υποθυροειδισμό, ο εμβρυϊκός εγκέφαλος δεν έχει αξιολογή έλλειψη T3 μέχρι τον τοκετό. Μετά, όμως, η μητρική μεταφορά της T4 διακόπτεται. Η βλάβη του εγκεφάλου γίνεται μετά τον τοκετό, όταν ελαττωθούν οι θυροξειδικές ορμόνες. Η βλάβη αυτή μπορεί να αποφευχθεί με πρώιμη έναρξη θεραπευτικής αγωγής με θυροξίνη ή με μητρικό θηλασμό, όπου μεταφέρεται ένα μέρος της θυροξίνης από τη μητέρα στο νεογνό (Morreale de Escobar G. et al., 2000).

Οι πολύ χαμηλές τιμές της μητρικής T4 λόγω ιωδιοπενίας, μπορεί να επηρεάσουν την ανάπτυξη του μεσολόβιου, του υπαραχνοειδούς χώρου, του κοχλίου, του ραβδωτού σώματος και του εγκεφαλικού φλοιού του εμβρύου (Obregon M. et al., 1998). Συνεπώς, συστήνεται σε όλες τις έγκυες και τις θηλάζουσες μητέρες να λαμβάνουν κάθε ημέρα ένα συμπλήρωμα διατροφής που να περιέχει ιώδιο (ATA, 2009). Η πρόσληψη ιωδίου από γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία θα πρέπει να είναι κατά μέσο όρο 150 μικρογραμμάρια ανά ημέρα, η οποία θα πρέπει να αυξηθεί σε περίπου 250 μικρογραμμάρια κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του μητρικού θηλασμού (WHO, 2007).

### **Συγγενής υποθυροειδισμός**

Τα παιδιά είναι δυνατό από τη γέννησή τους να αποκτήσουν προβλήματα με το θυροειδή αδέν, δεδομένου ότι μπορεί να γεννηθούν με μη φυσιολογική λειτουργία του θυροειδούς, μια κατάσταση που ονομάζεται "συγγενής υποθυροειδισμός". Ο συγγενής υποθυροειδισμός

(ΣΥ) υπήρξε στο πρόσφατο παρελθόν μια από τις συχνότερες αιτίες νοητικής υστέρησης (Τριανταφύλλου Ι. & Ζαφειρίου Δ., 2007).

Ο ρόλος των θυρεοειδικών ορμονών (T3, T4) στην ανάπτυξη του εγκεφάλου είναι ιδιαίτερα σημαντικός, κυρίως σε ό,τι αφορά τη μετανάστευση των κυττάρων και το σχηματισμό των στρωμάτων, τη συναπτογένεση και τη μυελίνωση. Τα κλασικά σημεία και συμπτώματα του ΣΥ (βλέπε πίνακα παρακάτω) δεν είναι συνήθως ορατά αμέσως μετά τη γέννηση, αλλά αναπτύσσονται προοδευτικά τις πρώτες εβδομάδες της ζωής και, συνεπώς, η κλινική διάγνωση δεν είναι πάντα εύκολη και μπορεί να καθυστερήσει οδηγώντας σε μη αναστρέψιμη νοητική υστέρηση.

#### **Τα τυπικά συμπτώματα του συγγενούς υποθυρεοειδισμού περιλαμβάνουν:**

- Παρατεταμένο ίκτερο
- Υπερβολική υπνηλία
- Φτωχή διατροφή
- Χαμηλό μυϊκό τόνο
- Βραχνό κλάμα
- Δυσκοιλιότητα
- Χαμηλή θερμοκρασία σώματος

Σε ορισμένες σοβαρές περιπτώσεις υπάρχει πιθανότητα τα νεογνά να γεννηθούν χωρίς θυρεοειδή αδένια, γεγονός που μπορεί συχνά να οδηγήσει σε σωματικές ανωμαλίες όπως η μεγάλη γλώσσα (Lee P.A., 2003). Μετά τη γέννηση τα νεογνά πιθανόν να εμφανίσουν ίκτερο για περισσότερο από το συνηθισμένο, ενώ τα μεγαλύτερα παιδιά μπορεί να εμφανίσουν καχεκτική ανάπτυξη στα οστά ή στα δόντια τους (Bettendorf M., 2002). Αργότερα, τα παιδιά με συγγενή υποθυρεοειδισμό μπορεί να εμφανίσουν κατά τη σχολική ηλικία μαθησιακές δυσκολίες και καθυστέρηση της εφηβείας τους (Lee P.A., 2003).

Από το 1979 εφαρμόζεται στη χώρα μας ανιχνευτικό πρόγραμμα για την πρώιμη διάγνωση του συγγενούς υποθυρεοειδισμού των νεογνών, λαμβάνοντας από τη φτέρνα τους την 3η-7η ημέρα της ζωής μια σταγόνα αίματος, που τοποθετείται σε διηθητικό χαρτί και μετράται η TSH (Dussalt J. et al., 1975). Η συχνότητα του ΣΥ είναι 1/3.500 γεννήσεις (Μεγγρέλη & συν.,

1999). Η εφαρμογή του προγράμματος ανίχνευσης (screening test) στις περισσότερες χώρες του κόσμου είχε ως αποτέλεσμα την πρώιμη διάγνωση και έγκαιρη έναρξη θεραπείας υποκατάστασης με θυροξίνη, οδηγώντας σε σαφή και σημαντική βελτίωση της νοητικής ανάπτυξης των παιδιών με ΣΥ (Τριανταφύλλου Ι. & Ζαφειρίου Δ., 2007).

Τα παιδιά με συγγενή υποθυρεοειδισμό αντιμετωπίζονται με λεβοθυροξίνη κατά τον ίδιο τρόπο, όπως και οι ενήλικες (Brown R. et al., 2009). Η δόση προσαρμόζεται ώστε να ταιριάζει με το σωματικό βάρος και τις ανάγκες των παιδιών (Bettendorf M., 2002). Αυτή η θεραπεία μπορεί να εξασφαλίσει ότι το παιδί συνεχίζει να αναπτύσσεται κανονικά. Ωστόσο, παρά την πρώιμη διάγνωση και θεραπεία, παραμένει ο κίνδυνος στα παιδιά με ΣΥ να εμφανίσουν ήπιες νοητικές και ψυχοκινητικές διαταραχές, όπως μαθησιακές δυσκολίες, διαταραχές του λόγου, προβλήματα της μνήμης και της προσοχής, νευροαισθητηριακή βαρηκοΐα, διαταραχές της λεπτής κινητικότητας, αδεξιότητα και διαταραχές της ισορροπίας (Τριανταφύλλου Ι. & Ζαφειρίου Δ., 2007).

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η καλή λειτουργία ή και η ρύθμιση της θυρεοειδικής λειτουργίας συμβάλλουν σε μια φυσιολογική εγκυμοσύνη και στην ομαλή έκβασή της, διαφορετικά μπορεί να υπάρξουν ανεπιθύμητες επιπτώσεις στην έγκυο και στο έμβρυο.

Υπολογίζεται ότι περίπου το 30% των τυχαίων αποβολών οφείλονται σε παθήσεις του θυρεοειδούς, ποσοστό που μπορεί να ελαχιστοποιηθεί με τον έγκαιρο έλεγχο αυτού. Επομένως, καλό θα ήταν να γίνεται ορμονικός έλεγχος τόσο πριν τη σύλληψη όσο και μετά τη διαπίστωση της εγκυμοσύνης, ώστε να εκτιμηθεί η κατάσταση της θυρεοειδικής λειτουργίας (Poppe V.J. et al., 2008).

Πρέπει να τονιστεί ότι ο αιματολογικός έλεγχος των θυρεοειδικών ορμονών είναι ιδιαίτερα σημαντικός στην αρχή της εγκυμοσύνης, επειδή κατά τη διάρκεια των πρώτων 10-12 εβδομάδων –φάση κατά την οποία επιτελείται η οργανογένεση– το έμβρυο εξαρτάται αποκλειστικά από τη μητέρα του για την παραγωγή των θυρεοειδικών ορμονών, που συμβάλλουν στη νευρολογική του

ανάπτυξη. Εάν οι αιματολογικές εξετάσεις είναι φυσιολογικές και δεν υπάρχει προϋπάρχουσα θυρεοειδοπάθεια, τότε δεν απαιτείται επανάληψη. Εάν όμως διαγνωστεί κάποιο πρόβλημα στη λειτουργία του θυρεοειδούς αδένου, τότε πρέπει να αντιμετωπιστεί με τη λήψη των κατάλληλων φαρμάκων και να γίνεται συχνός έλεγχος σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού (Porpe V.J. et al., 2008).

Οι ανάγκες πρόσληψης ιωδίου είναι αυξημένες στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και ιδιαίτερα κατά το πρώτο τρίμηνο. Η έλλειψη ιωδίου κατά την εμβρυϊκή ζωή προκαλεί μόνιμες βλάβες στην ανάπτυξη και λειτουργία του εγκεφάλου και τα παιδιά που θα γεννηθούν μπορεί να πάσχουν από κρετινισμό (Haddow J. et al., 1999). Η έλλειψη ιωδίου στη βρεφική ηλικία προκαλεί υποθυρεοειδισμό, νοητική, ψυχοκινητική και σωματική καθυστέρηση (Lazarus J.H., 1999).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) συστήνει κατά τη διάρκεια της κύησης την πρόσληψη τουλάχιστον 250mg ιωδίου ημερησίως, κυρίως μέσω της διατροφής αλλά και μέσω συμπληρωμάτων, εάν είναι απαραίτητα. Για να διασφαλισθεί η υγεία του παιδιού και της μητέρας, πολλές φορές είναι αναγκαία στην εγκυμοσύνη η αγωγή με θυροξίνη. Η λήψη θυροξίνης θεωρείται ασφαλής για τη μητέρα και το νεογνό επειδή εξασφαλίζει την επάρκεια των θυρεοειδικών ορμονών (Porpe V.J. et al., 2008).

Τα δεδομένα αυτά καθιστούν απαραίτητο τον προληπτικό αιματολογικό έλεγχο των θυρεοειδικών ορμονών πριν από τη σύλληψη, την επιτήρηση της λειτουργίας του θυρεοειδούς αδένου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και τη συμβουλή του ιατρού για μια διατροφή πλούσια σε ιώδιο (ATA, 2010).

## ABSTRACT

*Marianna Papanikolaou: The importance of iodine and thyroxin in pregnancy – Congenital hypothyroidism.*

"ELEFTHO", 3: 105-110, 2011

*Iodine is an essential trace element in the human body and it is present only in minute quantities (15mg). During pregnancy, especially the 1st*

*trimester, the humans body iodine needs are increased. Iodine deficiency during intrauterine life and the first three years, may cause unrepaired damage with developmental, psychokinetic and intellectual delay and also an increase in fetal losses. During childhood may increase the incidence of bronchocele and developmental retardation.*

*The incidence of congenital hypothyroidism is 1/3500 newborns. During the prenatal period the fetus has normal development because thyroxin is provided by his mother. After birth, if the newborn is not threaded with thyroxin directly, may develop mental retardation and psychokinetic delay.*

*The World Health Organization (WHO) recommends iodine intake of 250 micrograms/day during pregnancy to maintain adequate thyroid hormone production. Sometimes, for the protection of mother and child, medical treatment with thyroxin is needed.*

**Key-words:** *Iodine, thyroxin, pregnancy, congenital hypothyroidism.*

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- American Thyroid Association: ATA Hypothyroidism Booklet. Falls Church, VA 2003.*
- American Thyroid Association: Thyroid Function Tests. 2005. Accessed March 2009.*
- American Thyroid Association: ATA Iodine Deficiency [http://www.thyroid.org/patients/patient\\_brochures/iodine\\_deficiency.html](http://www.thyroid.org/patients/patient_brochures/iodine_deficiency.html) Accessed March 2009.*
- American Thyroid Association: ATA Iodine Deficiency [http://www.thyroid.org/patients/patient\\_brochures/iodine\\_deficiency.html](http://www.thyroid.org/patients/patient_brochures/iodine_deficiency.html) Accessed March 2010.*
- Bettendorf M.: Thyroid disorders in children from birth to adolescence. European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging, 29 Suppl 2: S439-46, 2002.*
- Brown R., LaFranchi S., Rose S.: Congenital Hypothyroidism. The Hormone Foundation, 94 (5): 0, 2009.*
- Burrow G.N., Fisher D.A., Larsen P.R.: Maternal and Fetal Thyroid Function New England Journal of Medicine, 331: 1072-1078, 1994.*
- Bussen S., Steck T.: Thyroid autoantibodies in euthyroid non-pregnant women with recurrent spontaneous abortion. Human Reproduction, 10: 2938-2944, 1995.*
- Campbell N.R.C., Hasinoff B.B., Stalts H.: Ferrous sul-*

- fate reduces thyroxine efficacy in patients with hypothyroidism. *Annals of Internal Medicine*, 117:1010-1016, 1992.
- Cao X.Y., Jiang X.M., Dou Z.H., Rakeman M.A., Zhang M.L., O'Donnel K. et al.: Timing of vulnerability of the brain to iodine deficiency in endemic cretinism. *New England Journal of Medicine (NEJM)*, 331: 1739-1744, 1994.
- Contempre E., Jauniaux R., Calvo D., Jurkovic S., Campbell & G.M. de Escobar: Detection of thyroid hormones in human embryonic cavities during the first trimester of pregnancy. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Vol 77, 1719-1722, 1993.
- Dussault J.H., Coulombe P., Laberge C. et al.: Preliminary report on a mass screening program for neonatal hypothyroidism. *Journal of Pediatrics*, 86: 670-677, 1975.
- Fonseca V., Thomas M., Katrak A., Sweny P., Moorhead J.F.: Can urinary thyroid hormone loss cause hypothyroidism? *Lancet*, 338: 475-480, 1991.
- Haddow J.E., Palomaki G.E., Allan W.C., Williams J.R., Knight G.J., Gagnon J., O'Heir C.E., Mitchell M.L., Hermos R.J., Waisbren S.E., Faix J.D., Klein R.Z.: Maternal thyroid deficiency during pregnancy and subsequent neuropsychological development of the child. *New England Journal of Medicine*, 19, 341: 549-55, 1999.
- Henneman G.: Goiter and pregnancy: a new insight into an old problem-comment. *Thyroid*, 2: 71-72, 1992.
- Gerber H.: The transformation of normal thyroid cell to goiter: the role of iodine depletion and repletion. In: Nauman J., Glinoe D., Braverman L.E., Hostalek U., eds. *The thyroid and iodine*, Merck European Thyroid Symposium Warsaw, 1996, 16-18. Stuttgart, Schattauer, p. 65-74, 1996.
- Glinoe D.: Thyroid Regulation and Dysfunction in the Pregnant Patient. Chapter 14, 2004.
- Καπράρα Α., Κρασσάς Γ.: Ξελήνιο και θυρεοειδική λειτουργία: η συμβολή των ραδιοανοσολογικών προσδιορισμών. *Hellenic Journal of Nuclear Medicine*, 9(3): 195-203, 2006.
- Larsen P.R.: Ontogenesis of thyroid function, thyroid hormone and brain development, diagnosis and treatment of congenital hypothyroidism. In: DeGroot LJ,
- Larsen P.R., Hennenmann G.: *The thyroid and its diseases*. 6th ed., p. 541-567. New York, 1996.
- Lazarus J.H.: Thyroid Hormone and Intellectual Development: A Clinician's View. *Thyroid*, 9(7): 659-660, 1999.
- Lee P.A.: The effects of manipulation of puberty on growth. *Hormone Research*, 60: 60-7, 2003.
- Mandel S.J., Larsen R.P., Seely E.W., Brent G.A.: Increased need for thyroxine during pregnancy in women with primary hypothyroidism. *N Engl J Med*, 323: 91-96, 1990.
- Man E.B., Serunian S.A.: Thyroid function in human pregnancy. IX. Development or retardation of 7-year-old progeny of hypothyroxinemic women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 25(7): 949-957, 1976,1.
- Μεγγρέλη Χ., Χριστακοπούλου Ι., Γιαννάκου Α., Παντελάκης Σ.: Επιδημιολογία των μορφών συγγενούς υποθυρεοειδισμού με νομότυπο θυρεοειδή αδένα στην Ελλάδα. *Παιδιατρική*, 62(1), 7-11, 1999.
- Morreale de Escobar G., Obregon M.J., Escobar del Rey F.: Clinical Perspective: Is neuropsychological development related to maternal hypothyroidism or to maternal hypothyroxinemia? *J Clin Endocrinol Metab.*, 85: 3975-87, 2000.
- Obregon M.J., Calvo R.M., Escobar del Rey F., Morreale de Escobar G.: Thyroid hormones and fetal development. In: Pinchera A., Mann K., Hostalek U., eds, 1998.
- Pop V.J.M., Kuijpers J.L., Baar A.L., Verkerk G., Son M.M., van Vijlder J.J., de Vulsma T., Wiersinga W.M., Drexhage H.A., Vader H.: Low maternal free thyroxine concentrations during early pregnancy are associated with impaired psychomotor development in infancy. *Clinical Endocrinology*, 50: 149-155, 1999.
- Pop V.J.M., Vries E., Baar A.L., Waelkens J.J., Rooy H.A., Horsten M., Donkers M.M., Komproe I.H., Son M.M., Vader H.L.: Maternal thyroid peroxidase antibodies during pregnancy: a marker of impaired child development? *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Vol 80, 3561-3566, 1995.
- Poppe K., Velkeniers B., Glinoe D.: Thyroid disease and female reproduction. *Clinical Endocrinology*, 66(3): 309-321, 2007.
- Poppe K., Velkeniers B., Glinoe D.: The role of thyroid autoimmunity in fertility and pregnancy. *Nature Clinical Practice Endocrinology & Metabolism*, 4, 394-405, 2008.
- Τριανταφύλλου Ι.Π., Ζαφειρίου Δ.Ι.: Συγγενής υποθυρεοειδισμός και κεντρικό νευρικό σύστημα. *Παιδιατρική Βορείου Ελλάδος*, 19: 115-124, 2007.
- WHO: *Management of Thyroid Dysfunction during Pregnancy and Postpartum: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline*, 2007.

---

## **Οι ανισότητες στο χώρο της υγείας σε σχέση με το γυναικείο φύλο. Ερμηνευτικές προσεγγίσεις και οι παράγοντες που οδηγούν στις ανισότητες υγείας.**

---

Δημήτριος Παπουτσής\*

### **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η εύρυθμη λειτουργία του κοινωνικού συστήματος προϋποθέτει την υγεία των μελών του. Ωστόσο, η πραγματικότητα δείχνει πως υπάρχει άνιση κατανομή της υγείας και της ασθένειας στην κοινωνία, όπως αυτό αντανακλάται στην ανομοιομορφία των δεικτών υγείας στις διάφορες ομάδες ατόμων. Οι ανισότητες στην υγεία αποδίδονται γενικά σε διαφοροποίηση στις συνήθειες, στις συνθήκες διαβίωσης των κοινωνικών υποομάδων και σε ανισοκατανομή στην πρόσβαση και παροχή υπηρεσιών υγείας. Υπάρχουν πολλές μεταβλητές που συνδέονται με τις υγειονομικές ανισότητες, όπως το φύλο, η φυλή, η ανεργία, η κοινωνική τάξη και η γεωγραφική περιοχή, που όλες αποτελούν δείκτες των κοινωνικών συνθηκών. Οι ανισότητες στην υγεία αποκτούν σημασία διότι οδηγούν το άτομο σε σωματική και ψυχολογική επιβάρυνση, απειλούν την οικονομική ευημερία της κοινωνίας και θέτουν προβλήματα στην ίδια την οργάνωσή της, όταν σημαντικό τμήμα της νοσεί.

Στην παρούσα εργασία θα αναλυθούν οι ανισότητες υγείας ως προς το φύλο του ασθενούς. Θα γίνει περιγραφή των δεδομένων από τη βιβλιογραφία, που τεκμηριώνουν την ύπαρξη αυτών των διαφορών. Στη συνέχεια θα δοθούν διάφορες ερμηνευτικές προσεγγίσεις και θα διερευνηθούν εκείνοι οι παράγοντες, που οδηγούν στις ανισότητες υγείας ως προς το φύλο του ασθενούς. Θα αναλυθούν η σχέση ιατρού-ασθενούς και η σημασία των κοινωνικών αναπαραστάσεων του ιατρού.

**Λέξεις-κλειδιά:** ανισότητες υγείας, κοινωνικές συνιστώσες υγείας, γυναικείο φύλο, σχέση ιατρού-ασθενούς.

---

\* Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Τμήμα Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο (ΕΑΠ) Πάτρας, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών – Εξειδίκευση: Διοίκηση Μονάδων Υγείας.

### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Σύμφωνα με έναν ευρύτερα αποδεκτό ορισμό στη βιβλιογραφία, οι ανισότητες στην υγεία αφορούν τις διαφοροποιήσεις στην υγεία

ομάδων πληθυσμού, οι οποίες δεν οφείλονται σε βιολογικούς παράγοντες, αλλά σε κοινωνικές επιρροές και κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές (Whitehead M., 1990).

Η αντίληψη πως υπάρχει επίδραση κοινωνικών παραγόντων στην υγεία είναι παλαιά. Ένα από τα παλαιότερα γνωστά παραδείγματα μελετών είναι αυτό του Villermé, που το 1832 παρατήρησε τη διαφορά θνησιμότητας από χολέρα μεταξύ πλούσιων και φτωχών περιοχών του Παρισιού, την οποία απέδωσε στη διαφορά των συνθηκών ζωής και των κοινωνικών πρακτικών (φτώχεια, χρήση μολυσμένου νερού) (Adam Ph. & Herzlich Cl., 1994). Στη συνέχεια, στη δεκαετία του 1970, στη Γαλλία υπήρξε μια σειρά μελετών του Desplanques G. (1976), οι οποίες παρά την εξέλιξη και την πρόοδο της Ιατρικής ανέδειξαν στους πληθυσμούς διαφορές ως προς το προσδόκιμο ζωής.

Στην Αγγλία, με τη γνωστή μελέτη *"The Black Report"* συσχετίστηκαν τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού με τις ανισότητες στην υγεία (Townsend P. et al., 1982).

Όλες αυτές οι μελέτες αποτέλεσαν τη βάση ανάπτυξης της επιστήμης της *"Κοινωνικής Επιδημιολογίας της Ασθένειας"*, η οποία ενδιαφέρεται για τους κοινωνικούς παράγοντες που οδηγούν στην ασθένεια (Goldberg M., 1985).

### **Περιγραφή των διαφορών στην υγεία ανδρών – γυναικών**

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει πως υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών σχετικά με το προσδόκιμο επιβίωσης, τις αιτίες θανάτου και τα ποσοστά και είδη νοσηρότητας.

Το 1991 στην Ελλάδα, το προσδόκιμο επιβίωσης ήταν τα 74,7 έτη για τους άνδρες και τα 79,4 έτη για τις γυναίκες, ενώ το 2006 ήταν τα 77,2 και 81,9 έτη αντίστοιχα. Σύμφωνα με τα δεδομένα της "Eurostat", οι Ελληνίδες διαχρονικά διατηρούν την τελευταία δεκαπενταετία σταθερό το συγκριτικό πλεονέκτημά τους να ζουν κατά μέσο όρο σχεδόν 5 έτη περισσότερο από τους άνδρες (Αγοραστάκης Μ., 2009). Και στις άλλες αναπτυγμένες χώρες αναφέρονται παρόμοια δεδομένα σε σχέση με το προσδόκιμο επιβίωσης, με την υπεροχή των γυναικών έναντι των ανδρών.

Το 1950 στην Ιαπωνία, το προσδόκιμο επιβίωσης ήταν τα 62 έτη για τους άνδρες και τα 65 έτη

για τις γυναίκες, ενώ το 1980 ήταν τα 74 και τα 80 έτη αντίστοιχα (Kane P., 1991). Φαίνεται, δηλαδή, πως στην Ιαπωνία η προσδόκιμη ζωή αυξήθηκε όπως και η διαφορά μεταξύ των δυο φύλων. Διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών, αν και μικρότερες στο προσδόκιμο ζωής αναφέρονται και για τις αναπτυσσόμενες χώρες με τις γυναίκες πάλι να ζουν περισσότερο (WHO, 2011).

Ως προς τα αίτια θανάτου υπάρχουν, επίσης, διαφορές μεταξύ των δυο φύλων. Σε μελέτη που έγινε στην Αγγλία το 1995, πρώτη αιτία θανάτου και για τα δυο φύλα ήταν οι καρδιαγγειακές παθήσεις (σε αναλογία 2,7 φορές μεγαλύτερη στους άνδρες απ' ό,τι στις γυναίκες), ενώ δεύτερη αιτία θανάτου ήταν για τους άνδρες τα τροχαία ατυχήματα και για τις γυναίκες ο καρκίνος του μαστού (Nettleton S., 1995).

Στην Ελλάδα πρώτη αιτία θανάτου είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα και για τα δυο φύλα (σε αναλογία όμως μεγαλύτερη στους άνδρες απ' ό,τι στις γυναίκες), δεύτερη αιτία θανάτου οι κακοήθειες (καρκίνος μαστού στις γυναίκες και καρκίνος πνεύμονα στους άνδρες) και ακολουθούν τα τροχαία ατυχήματα (σε αναλογία 3 φορές μεγαλύτερη στους άνδρες απ' ό,τι στις γυναίκες) (Τούντας Γ., 2007).

Παρόλο που οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άνδρες, ωστόσο έχουν μεγαλύτερη νοσηρότητα και οι ασθένειές τους είναι λιγότερο θανατηφόρες από αυτές των ανδρών. Σε μια χαρακτηριστική μελέτη καταγραφής της υγείας του ελληνικού πληθυσμού (ηλικίας 20-65 ετών), βρέθηκε πως οι γυναίκες κατά το χρονικό διάστημα της έρευνας έπασχαν σε σχεδόν διπλάσιο ποσοστό από κάποια ασθένεια, ενώ χαρακτηρίζαν την υποκειμενική κατάσταση της υγείας τους ως "άσχημη" (Μαδιανός Δ. & συν., 1988).

Επίσης, στην ίδια μελέτη με τη χρήση της κλίμακας "Langner" ως δείκτη ψυχικής υγείας, πάλι οι γυναίκες σε διπλάσια συχνότητα υπέφεραν από κάποια διαταραχή της ψυχικής τους υγείας. Σε άλλη ελληνική μελέτη έγινε σύγκριση των αιτιών νοσηλείας σε δείγμα ασθενών σε πνευμονολογική κλινική, όπου βρέθηκε πως για τις γυναίκες κυριότερη αιτία νοσηλείας ήταν η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και το βρογχικό άσθμα, ενώ για τους άνδρες ήταν ο καρκίνος του πνεύμονα και ακολουθεί η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (Τίνα Λ. & συν., 2001). Βέβαια, διαφορές



υπάρχουν και μεταξύ των γυναικών ως προς το επίπεδο υγείας τους. Σκοπός όμως της ανασκόπησης μας είναι η σύγκριση της υγείας ανδρών-γυναικών, ώστε να αναδειχτούν οι διαφορές τους και η προσπάθεια ερμηνείας τους μέσα από κοινωνιολογικές προσεγγίσεις.

### **Παράγοντες που οδηγούν σε ανισότητες υγείας ανδρών-γυναικών**

Έχουν αναφερθεί διάφορες ερμηνείες της ποικιλομορφίας στο επίπεδο υγείας ανδρών και γυναικών. Αυτές είναι:

**α) Η τεχνητή ερμηνεία (artefact explanation).** Σύμφωνα με αυτήν οι διαφορές στην υγεία ανδρών-γυναικών είναι πλασματικές και οφείλονται στον τρόπο συλλογής των στοιχείων από τις μελέτες. Οι περισσότερες μελέτες στηρίζονται σε ερωτήσεις (μέσω συνέντευξης και ερωτηματολογίων) απέναντι στους συμμετέχοντες. Λόγω της διαφορετικής κοινωνικοποίησης των ανδρών και γυναικών, οι άνδρες υποεκτιμούν συχνά τα συμπτώματά τους και δεν τα παραδέχονται εύκολα καθώς η κοινωνία τους θέλει να στηρίζονται στον εαυτό τους και να είναι δυνατοί μπροστά στον πόνο (Μάντη Π., 1999). Από την άλλη πλευρά θεωρείται αποδεκτό οι γυναίκες να εκφράζουν τα συναισθήματά τους και τη δυσφορία τους. Για εκείνες, σε αντίθεση με τους άνδρες, είναι αποδεκτή η συμπεριφορά να εξαρτώνται από τους άλλους.

**β) Η θεωρία της φυσικής/γενετικής επιλογής (natural selection).** Η θεωρία αυτή υποστηρίζει πως οι βιολογικοί καθαρά παράγοντες ευθύνονται για τα διαφορετικά επίπεδα υγείας μεταξύ ανδρών και γυναικών. Για παράδειγμα, τα οιστρογόνα στις γυναίκες δρουν προστατευτικά απέναντι στις καρδιαγγειακές παθήσεις. Από την άλλη, το ανδρικό φύλο λόγω αυξημένης φυσικής δύναμης, επιθετικότητας και ανάγκης απόκτησης κυρίαρχης θέσης εμπλέκεται σε δραστηριότητες, που ενέχουν περισσότερους κινδύνους (Μάντη Π., 1999). Για παράδειγμα, στις αναπτυγμένες χώρες το προσδόκιμο επιβίωσης των ανδρών είναι μικρότερο των γυναικών και υποστηρίζεται πως αυτό οφείλεται –μεταξύ των άλλων– στο μεγαλύτερο κίνδυνο βίαιων θανάτων στους άνδρες από τροχαία και εργατικά ατυχήματα (Waldron I., 1983).

**γ) Θεωρία της κοινωνικής αιτιολογίας (social**

*causation*). Οι διαφορές υγείας ανδρών-γυναικών εξηγούνται όχι με βάση βιολογικούς παράγοντες, αλλά με βάση την κοινωνική και οικονομική θέση των δυο φύλων και τους διαφορετικούς κοινωνικούς ρόλους. Αρκετές γυναίκες σήμερα εξακολουθούν να είναι περιορισμένες στο ρόλο της νοικοκυράς. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να είναι οικονομικά εξαρτημένες από τους άνδρες τους, να μην αναγνωρίζεται η προσφορά τους –καθώς οι οικιακές ενασχολήσεις δεν έχουν υψηλό κύρος– και να μην έχουν εναλλακτικές πηγές άντλησης αισθήματος δημιουργικότητας.

Οι γυναίκες ακόμη και όταν εργάζονται αμείβονται συνήθως λιγότερο από τους άνδρες, δεν τυγχάνουν πάντα κοινωνικής προστασίας και ασφάλισης και ο διαθέσιμος χρόνος εκτός εργασίας είναι λίγος. Επομένως, δεν διαθέτουν πάντα το χρόνο και το εισόδημα για την πρώιμη, έγκαιρη, αποτελεσματική αναζήτηση υγειονομικής φροντίδας και υπηρεσιών υγείας (Aday L.A & Andersen R., 1984).

Επίσης, το γυναικείο φύλο έχει αυξημένους δείκτες ανεργίας σε σχέση με τους άνδρες. Στην Ελλάδα το Μάρτιο του 2006, ο δείκτης ανεργίας ήταν 14,1% για τις γυναίκες και 5,9% για τους άνδρες, ενώ το Μάρτιο του 2011 ήταν 16,2% και 13,8% αντίστοιχα. Σύμφωνα με τη μελέτη “*The Black Report*”, αλλά και με άλλες εργασίες που έγιναν στην Αγγλία, η επαγγελματική τάξη και το εισόδημα είναι παράγοντες από μόνοι τους προσδιοριστικοί του επιπέδου υγείας των ατόμων (Townsend P. et al., 1982, MacIntyre S., 1986).

Σε μια κοινωνία με συγκεκριμένους εργασιακούς στόχους, η ανεργία επίσης αποκτά ιδιαίτερη κοινωνική και ψυχολογική σημασία, που υπερβαίνει απλά την οικονομική διάσταση απώλειας εισοδήματος. Το άτομο χάνει ουσιαστικά την κοινωνική του ταυτότητα, καθώς η εργασία είναι εκείνη που ρυθμίζει τις ώρες ανάπαυσης, αναψυχής, τον καταμερισμό του χρόνου και τις κοινωνικές επαφές. Αναφέρεται μάλιστα, πως ακόμα και στην ανεργία των ανδρών η κοινωνικοοικονομική εξάρτηση της γυναίκας από τη θέση, το γόητρο και την κοινωνική θέση του συζύγου δημιουργεί συμπτώματα κατάθλιψης στην ίδια τη γυναίκα (Σώκου Κ., 1988).

**δ) Σχέση ιατρού-ασθενούς.** Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και κυρίως στο είδος της φροντίδας που λαμβάνει ο ασθενής, καθορίζεται σε

μεγάλο βαθμό από τη συμπεριφορά και τη στάση του ιατρού στη σχέση που αναπτύσσεται με τον ασθενή.

Ο ιατρός πέρα από επιστήμονας και επαγγελματίας υγείας φέρει τις δικές του πεποιθήσεις, τη δική του στάση ζωής, τη δική του ιδεολογία σε θέματα υγείας και ασθένειας, τα οποία μεταφέρει στην καθημερινή άσκηση της ιατρικής του. Οι κοινωνικές επομένως αναπαραστάσεις του ιατρού καθρεφτίζονται στη συμπεριφορά του προς τον ασθενή και δυστυχώς μπορεί να αποτελέσουν και αίτιο διάκρισης απέναντι σε ασθενείς με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά (για παράδειγμα ως προς το φύλο και τη φυλή του ασθενούς), οδηγώντας έτσι σε άνιση κατανομή υγειονομικής φροντίδας και περίθαλψης. Η κοινωνική ταυτότητα του ασθενούς ως προς το φύλο και τη φυλή του αναφέρεται πως καθορίζει τον αριθμό των ερωτήσεων που ο ασθενής απευθύνει στον ιατρό (West C., 1984).

Σε τριτοβάθμια Νοσοκομεία της Αμερικής η παροχή υπηρεσιών υγείας ήταν κατώτερη απέναντι στις γυναίκες (Brown S., 2002). Οι αναφορές αυτές στη βιβλιογραφία (ευτυχώς λίγες) πιστοποιούν τις ανισότητες υγείας ως προς το φύλο του ασθενούς και εστιάζουν το θέμα στη συμπεριφορά και επικοινωνία του ιατρού απέναντι στον ασθενή. Επίσης, τα εμπόδια που τίθενται στη σχέση ασθενούς-ιατρού δεν αφορούν τη διαφορετικότητα μόνο των κοινωνικών αναπαραστάσεων του ιατρού. Το θέμα είναι η διαφορετικότητα (*discordance*) ή ο βαθμός συμφωνίας (*concordance*) των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών του ιατρού και του ασθενούς (Berger J., 2008). Για παράδειγμα, άνδρες ιατροί σε σχέση με γυναίκες ιατρούς θα τελέσουν πιο εύκολα καισαρική τομή στις έγκυες γυναίκες (Mitler L.K. et al., 2000).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι ανισότητες στην υγεία αποτελούν ένα σύνθετο και πολύπλοκο θέμα. Ο λόγος είναι πως το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού διαμορφώνεται και επηρεάζεται από πλήθος κοινωνικοοικονομικών παραγόντων. Μεταβλητές όπως το φύλο (που μελετήσαμε), το εισόδημα, η κοινωνική τάξη και η εκπαίδευση διαπλέκονται μεταξύ τους και επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα την υγεία. Υπάρχουν διάφορες ερμηνευτικές προσεγγίσεις, που προσπα-

θούν να εξηγήσουν τις ανισότητες υγείας ως προς το φύλο του ασθενούς. Η σημασία των ανισοτήτων υγείας έγκειται στις ποικίλες συνιστώσες σε ατομικό, οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο.

Ο ασθενής που βιώνει την ανισότητα στην πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας, οδηγείται σε νόσο με συνέπειες οικονομικές για τον ίδιο, αλλά και για την κοινωνία με επιβάρυνση του συστήματος κοινωνικής προστασίας. Όταν τμήμα της κοινωνίας είναι μη υγιές λόγω ανισοκατανομής υγείας και ασθένειας μεταξύ των μελών της, τότε απειλείται όχι μόνο η υγεία των ευνοημένων ατόμων, αλλά και η εύρυθμη λειτουργία της κοινωνίας διότι τμήμα του παραγωγικού της δυναμικού νοσεί. Για τους παραπάνω λόγους θα πρέπει αυτοί που χαράσσουν τις πολιτικές υγείας να κινηθούν προς την κατεύθυνση περιορισμού των υγειονομικών ανισοτήτων.

## ABSTRACT

**Dimitrios Papoutsis: Health inequalities in relation to female gender. Sociological aspects and contributing factors.**

"ELEFTHO", 3: 111-115, 2011

*Proper functioning of the social system requires that all its members are healthy. Reality however shows that there are health inequalities, as reflected in health indices among different social groups. Health inequalities are generally attributed to differentiation in personal habits and attitudes, living conditions and inequalities in access to medical care. There are many factors associated with health inequalities such as gender, race, unemployment, social class and geographic area, which all represent indices of social conditions. Health inequalities are important because they induce physical and emotional burden to the subject and threaten the financial prosperity of society, when a significant part of it is ill.*

*This article deals with analysis of health inequalities in relation to gender. We review the literature which establish these inequalities. Next, we attempt to explain the underlying causes and contributing factors to this situation. The doctor-patient relationship is stressed as critical. Finally, we report on the financial and social consequences of health inequalities.*

**Key-words:** *health inequalities, social determinants, female gender, doctor-patient relationship.*

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγοραστάκης Μ.: Η εξέλιξη της θνησιμότητας στην Ελλάδα (1991-2006). Δημογραφικά Νέα. Εργαστήριο Δημογραφικών και Κοινωνικών Αναλύσεων, Μάρτιος-Απρίλιος, τεύχος 4, 2009.
- Adam Ph., Herzlich Cl.: *Sociologie de la maladie et de la medecine.* Publiee par Editions NATHAN, Paris 1994.
- Aday L.A., Andersen R.: The national profile of access to medical care: Where do we stand? *Am J Public Health*, 74(12): 1331-39, Dec. 1984.
- Berger J.: The influence of physicians's demographic characteristics and their patients' demographic characteristics on physician practice: Implications for education and research. *Acad Med*, 83: 100-105, 2008.
- Brown S.: Race and Sex Differences in the Use of Cardiac Procedures for Patients with Ischemic Heart Disease in Maryland. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 13(4): 526-537, 2002.
- Desplanques G.: La mortalite des adultes selon le milieu social: 1955-1971. Collections de l'INSEE, D 44, 1976.
- Goldberg M.: *L'Epidemiologie sans peine.* Collection Prescrire, Ed. medicales R. Bettex, p. 15, 1985.
- Kane P.: *Women's Health: From Womb to Tomb,* MacMillan, London, 1991.
- Μαδιανός Δ. & συν.: *Υγεία και ελληνική κοινωνία.* Εμπειρική Έρευνα, ΕΚΚΕ, Αθήνα 1988.
- MacIntyre S.: The patterning of health by social position in contemporary Britain: directions for sociological research. *Soc. Sci. Med.*, τόμος 23, τεύχος 4, σελ. 393-415, 1986.
- Μάντη Π.: *Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας.* 4η Θεματική Ενότητα ΕΑΠ, Κεφάλαιο 5.4, Φύλο και Υγεία, σελ. 138, Πάτρα 1999.
- Mitler L.K., Rizzo J.A., Horwitz S.M.: Physician gender and cesarean sections. *J Clin Epidemiol*, 53: 1030-1035, 2000.
- Nettleton S.: *The Sociology of Health and Illness.* Polity Press, 1995.
- Σώκου Κ.: *Γυναίκα και Υγεία: η επίδραση της εργασίας, οικιακής απασχόλησης και της ανεργίας στην υγεία της γυναίκας.* Κοινωνική Εργασία, τεύχη 9-10, σελ. 13-19, 1988.
- Τίνα Λ., Τζάννης Σπ., Μπλαζογιαννάκης Γ.: Αίτια νοσηλείας γυναικείου πληθυσμού σε Πνευμονολογική Κλινική. *Πνεύμων*, 14(1): 74-80, 2001.
- Τούντας Γ.: *Η Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού.* Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών. Αθήνα 2007.
- Townsend P., Davidson N., Whitehead M.: *Inequalities in Health, The Black Report.* Pelican books, 1982.
- Waldron I.: Sex differences in human mortality: The role of genetic factors. *Social Science and Medicine*, Vol. XVII, No 6, 321-333, 1983.
- West C.: *Routine Complications: Troubles with Talk Between Doctors and Patients.* Indiana University Press, Bloomington, 1984.
- Whitehead M.: *The concepts and principles of equity and health.* Έννοιες και Αρχές της Ισότητας στην Υγεία. WHO, Κοπεγχάγη 1990.
- World Health Organisation: *Global Health Observatory Data Repository: Life expectancy at birth (gender).* Available at: <http://apps.who.int/> (downloaded: June 22, 2011).

---

## **ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**

### **Το αρχειακό υλικό του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών–Μαιευτών Περιφέρειας Εφετείου Ναυπλίου**

---

Μιχάλης Μώρος\*

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ο Σύλλογος Επιστημόνων Μαιών–Μαιευτών Περιφέρειας Εφετείου Ναυπλίου (Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου) ιδρύθηκε τυπικά με την έκδοση του Βασιλικού Διατάγματος 8 της 28ης Δεκεμβρίου 1955 (το οποίο τροποποιήθηκε με το υπ' αριθ. 206/16-2-1966 και ισχύει τώρα), αλλά ουσιαστικά τρία χρόνια αργότερα κατόπιν απόφασης του Υφυπουργού Κοινωνικής Πρόνοιας. Η Περιφέρεια του Συλλόγου καλύπτει τις (σημερινές) περιφερειακές ενότητες Αργολίδας, Κορινθίας, Αρκαδίας, Μεσσηνίας και Λακωνίας, με άλλα λόγια ολόκληρη την Περιφέρεια Πελοποννήσου. Παρά το γεγονός ότι ο Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου μετράει ήδη περισσότερο από μισό αιώνα ζωής, μέσα στον οποίο διεκπεραιώθηκε ένας μεγάλος αριθμός εγγράφων και διαδικασιών γραφειοκρατικού χαρακτήρα και λοιπές δραστηριότητες, ιδίως επιστημονικές και επαγγελματικές, το αρχειακό του υλικό είναι εξαιρετικά περιορισμένο περιλαμβάνοντας μερικές δεκάδες εγγράφων και αναφορών στο Αρχείο του Σ.Ε.Μ.Μ. Αθηνών και του περιοδικού "ΕΛΕΥΘΩ".

Το γεγονός αυτό κατά πάσα πιθανότητα πρέπει να αποδοθεί στην έλλειψη στέγασης του Συλλόγου, εξαιτίας της οποίας το Αρχείο μεταφερόταν στις οικίες των εκάστοτε Προέδρων και Γραμματέων με αποτέλεσμα το μεγαλύτερο μέρος του να χαθεί. Τα μοναδικά βιβλία που τηρούνται από την ίδρυσή του είναι το Μητρώο Μελών και το Βιβλίο Εσόδων – Εξόδων, μαζί με το Βιβλιάριο Τραπεζικών Καταθέσεων και τον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας.

Στο άρθρο που ακολουθεί παρουσιάζεται το αρχειακό υλικό του Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου και μέσα από αυτό επιχειρείται η παρουσίαση της ιστορίας του Συλλόγου. Ο συγγραφέας του άρθρου κατανοεί ότι η έλλειψη πολλών στοιχείων δημιουργεί περιορισμούς στην παρουσίαση μιας ολοκληρωμένης ιστορικής καταγραφής.

#### **ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ**

\* Ο συγγραφέας ευχαριστεί το Σ.Ε.Μ.Μ. Αθήνας για τη διάθεση του αρχειακού του υλικού, από το οποίο προέρχονται οι περισσότερες πληροφορίες και φωτογραφίες του παρόντος άρθρου.

\* Το άρθρο αποτελεί απόσπασμα από το βιβλίο της "Ιστορίας της Μαιευτικής", το οποίο εκπονείται σε συνεργασία με την κ. Παλλού Λυμπέρη, Μαία, ΜSc, Διοικητική Γραμματέα του Σ.Ε.Μ.Μ. Αθήνας.

---

\* Μαιευτής, ΜSc, Πρόεδρος Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου, Κ.Υ. Γκούρας. Γ.Ν. Κορίνθου.

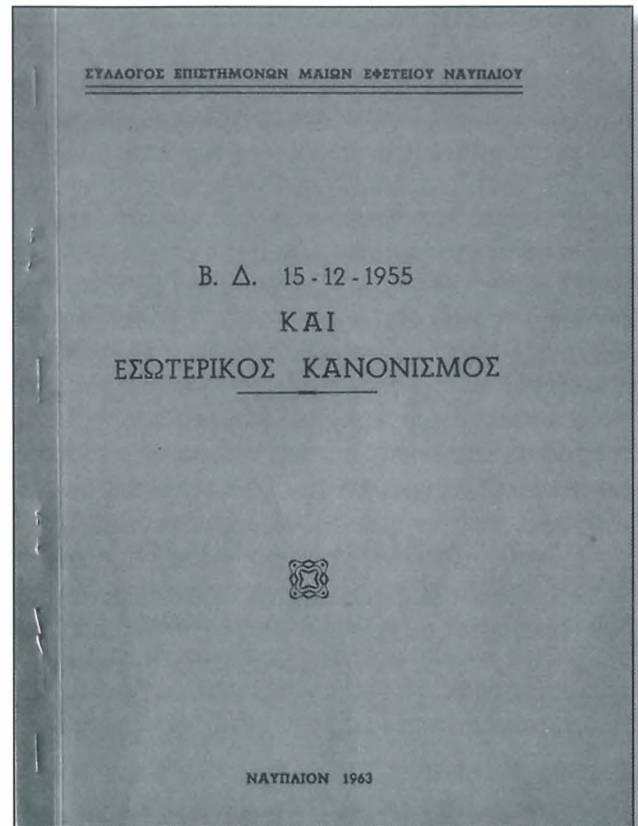
\* Ο συγγραφέας παρακαλεί οποιονδήποτε συνάδελφο διαθέτει σχετικές πληροφορίες, φωτογραφίες, επιστολές κ.λπ. να επικοινωνήσει με το Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου.

### **Αρχειακές αναφορές στα Διοικητικά Συμβούλια του Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου**

Όπως είχε οριστεί από το Βασιλικό Διάταγμα 8 της 28ης Δεκεμβρίου 1955 (το οποίο τροποποιήθηκε με το υπ' αριθ. 206/16-2-1966 και ισχύει τώρα), στην Ελλάδα έπρεπε να ιδρυθούν Σύλλογοι Μαιών με έδρα την πόλη όπου υπήρχε Εφετείο και περιοχή ευθύνης την ίδια με την Εφετειακή Περιφέρεια (Β.Δ. 28-12-1955, ΦΕΚ 347, άρθρα 1-5). Παρά ταύτα, ο πρώτος Σύλλογος Μαιών που ιδρύθηκε ήταν της Αθήνας, ο οποίος και σύντομα οργανώθηκε, χωρίς ωστόσο η επαρχία να ακολουθήσει το παράδειγμά του. Για το λόγο αυτό με την υπ' αριθ. Ε.Γ. 2709/12-11-58 απόφασή του ο Υφυπουργός Κοινωνικής Πρόνοιας Ιωάννης Ψαρρέας όρισε προσωρινές διοικούσες επιτροπές σε 10 Εφετειακές Περιφέρειες, οι οποίες εντός 6 μηνών είχαν την υποχρέωση να κινήσουν όλες τις νόμιμες διαδικασίες για τη σύσταση Περιφερειακών Συλλόγων Μαιών.

Οι πρώτες αυτές Εφετειακές Περιφέρειες, οι οποίες αργότερα μετασχηματίστηκαν σε 9 Συλλόγους, ήταν οι εξής: Αχαΐας, Αργολίδας, Θεσσαλονίκης, Ιωαννίνων, Κέρκυρας, Κυκλάδων, Λάρισας, Ρόδου, Ροδόπης και Χανίων (υπ' αριθ. Ε.Γ. 2709/12-11-58 απόφαση). Για την Περιφέρεια του Εφετείου Ναυπλίου ο Υφυπουργός όρισε προσωρινή διοικούσα επιτροπή, που αποτελούνταν από τις Μαίες: Αριάδνη Νικητοπούλου, Γεωργία Ελευθερουδάκη, Αικατερίνη Γκιώζου, Μαργαρίτα Σωτηροπούλου-Καρναβάζου και Βασιλική Κατσουλέα. Πράγματι, μετά τη σύγκλιση της Γενικής Συνέλευσης και τις Αρχαιρεσίες, το πρώτο Διοικητικό Συμβούλιο του Συλλόγου Μαιών Ναυπλίου αποτελούνταν από τις: Αικατερίνη Γκιώζου (Πρόεδρος), Ελένη Αντωνακοπούλου (Αντιπρόεδρος), Σταματίνα Δαγρέ (Γραμματέας) και τα Μέλη: Κανέλλα Ζαφειροπούλου, Ευθυμία Κόλλια, Μαρία Σωτηροπούλου και Ε. Νικητοπούλου (Καταστατικό Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου, σελ 40, 1959). Στις 19 Μαρτίου 1959 το Διοικητικό Συμβούλιο και η Γενική Συνέλευση κατάρτισαν τον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας του Συλλόγου και στις 28 Δεκεμβρίου 1962 δημιούργησαν τραπεζικό λογαριασμό στην Εθνική Τράπεζα για τη συγκέντρωση των επίσιων συνδρομών των Μελών και την κάλυψη των λειτουργικών εξόδων του Συλλόγου.

Ατυχώς, από το Αρχείο του Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου, με την εξαίρεση του Μητρώου Μελών, του Βιβλίου Εσό-



*Ο Εσωτερικός Κανονισμός του Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου.*

δων – Εξόδων, του Βιβλιαρίου Καταθέσεων και του Εσωτερικού Κανονισμού, απουσιάζει οποιοδήποτε άλλο έγγραφο από ιδρύσεως του Συλλόγου έως και τις αρχές της δεκαετίας του 1990, με αποτέλεσμα να στερούμαστε βασικών γνώσεων γύρω από τη λειτουργία, την οργάνωση και τις δραστηριότητες του Συλλόγου, πληροφορίες που απουσιάζουν σε σημαντικό βαθμό και από τις Αρχές της περιοχής, καθώς και από το Αρχείο του Σ.Ε.Μ.Μ.Α. στο οποίο ορισμένες αναφορές στάθηκε δυνατό να ανευρεθούν. Μερικές ακόμα αναφορές εντοπίστηκαν δημοσιευμένες στο επιστημονικό περιοδικό "ΕΛΕΥΘΩ".

Η μια από αυτές αφορά το θάνατο της πρώτης Προέδρου Αικατερίνης Γκιώζου, στις 12 Φεβρουαρίου 1961, η οποία επαληθεύεται και από το Μητρώο Μελών του Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου, και η δεύτερη στο τεύχος 8 της περιόδου Μαρτίου-Απριλίου 1977, στην οποία ο Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου ανακοινώνει τη σύνθεση του νέου Διοικητικού Συμβουλίου, το οποίο προέκυψε μετά τις Αρχαιρεσίες της 27ης Φεβρουαρίου του ίδιου έτους.

Στο δημοσίευμα δεν αναφέρεται ο ρόλος της κάθε Μαίας στο Διοικητικό Συμβούλιο, ωστόσο αυτό διαπιστώνεται από το υπ' αριθμ. 95/26-4-1977 έγ-

γραφο του Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου προς το Σ.Ε.Μ. Αθήνας, στο οποίο αναφέρεται ότι Πρόεδρος του Συλλόγου για την τριετία 1977-1980 ήταν η Αγγελική Αποστόλου-Πρέσβελου, Αντιπρόεδρος η Σοφία Γερασίμου-Λιάτα, Γραμματέας η Παναγούλα Αθανασοπούλου-Σαββίδου, Ταμίας η Ιωάννα "Κλαφούντη" (σημείωση: προφανώς πρόκειται περί λάθους μιας και δεν αναφέρεται στο Μητρώο Μελών Μαία με το επώνυμο αυτό και πιθανότατα αναφέρονται στην Ιωάννα "Καλφαντή") και Μέλη οι: Αγγελική Σμυρνωτάκη-Ξυδηνά, Παρασκευή Μπόβολου-Αραπογιάννη και Ελένη Νικητιανού-Κωτσοβού. Στο Πειθαρχικό Συμβούλιο εξελέγησαν οι Μαρία Κοκονούλη, Κωνσταντίνα Μπουναγή και Χριστίνα Αλεξανδρή (έγγραφο υπ' αριθμ. 95/26-4-1977, "ΕΛΕΥΘΩ", τεύχος 8, σελ. 25, 1977).

Σε αναζήτηση στο Μητρώο Μελών δεν στάθηκε δυνατό να εντοπιστούν όλες οι προαναφερόμενες Μαίες, αλλά ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι οι 5 εξ αυτών, που εντοπίστηκαν, κατοικούσαν σε χωριά και όχι στις πόλεις του Νομού Αργολίδας. Η μη καταγραφή τους στο Μητρώο Μελών πιθανώς

να οφείλεται στο ότι ίσως ήταν εγγεγραμμένες σε άλλους Συλλόγους από τους οποίους δεν διαγράφηκαν, αλλά αυτό αποτελεί εικασία και όχι ασφαλές συμπέρασμα.

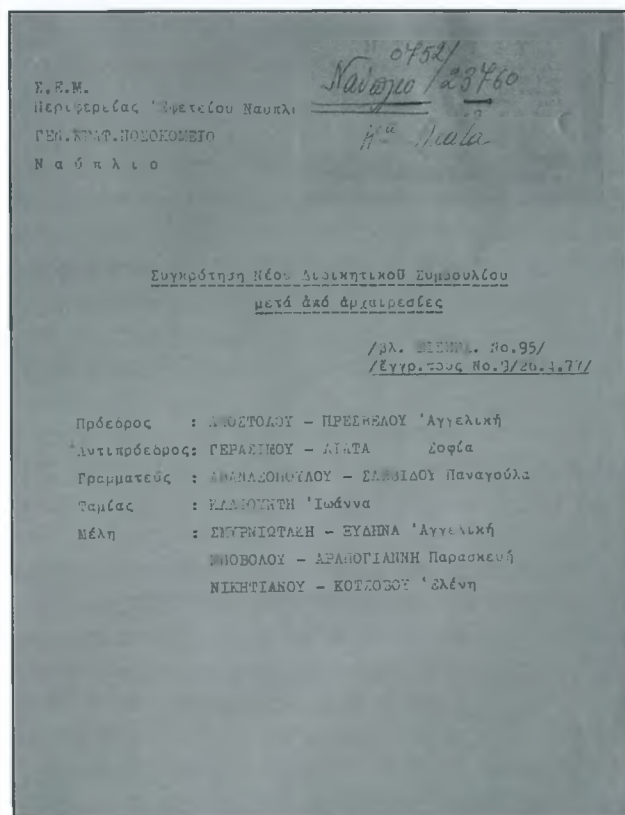
Η τρίτη αναφορά στο Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου εντοπίζεται στο περιοδικό "ΕΛΕΥΘΩ", στο τεύχος 11 της περιόδου Σεπτεμβρίου-Οκτωβρίου 1977, και περιλαμβάνει υπόμνημα που κατέθεσε ο Σύλλογος στους Υπουργούς Προεδρίας της Κυβερνήσεως, Κοινωνικών Υπηρεσιών και Συντονισμού και Οικονομικών, περί χορήγησης ορισμένων επιδομάτων σε Μαίες Αγροτικών Ιατρείων και Υγειονομικών Σταθμών ("ΕΛΕΥΘΩ", τεύχος 11, σελ. 17, 1977). Τελικά, όπως προκύπτει από έγγραφο άνευ αριθμού πρωτοκόλλου και ημερομηνίας, το αίτημα των Μαιών του Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου δικαιώθηκε και χορηγήθηκε επίδομα 2.000 δραχμών.

Η τέταρτη αναφορά, που εντοπίστηκε στο Αρχείο του Σ.Ε.Μ.Μ.Α., αφορά το υπ' αριθμ πρωτ. 77/28-4-1980 έγγραφο του Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου, στο οποίο ανακοινώνεται η σύνθεση του Διοικητικού Συμβουλίου με Πρόεδρο τη Σοφία Γερασίμου-Λιάτα και Αντιπρόεδρο τη Βασιλική Λαμπρινίδου-Δημητράκη (έγγραφο υπ' αριθμ. 77/28-4-1980).

Δεδομένου ότι οι Αρχαιρεσίες των Εφετειακών Συλλόγων πραγματοποιούνται ανά τριετία –εκτός απροόπτου ή διαφορετικής απόφασης των Συμβουλίων τους– τα υπάρχοντα στοιχεία δεν μας διαφωτίζουν σχετικά με τα Διοικητικά Συμβούλια κατά τα έτη 1962 έως 1977, οπότε και υπό κανονικές συνθήκες θα έπρεπε να έχουν διενεργηθεί 5 φορές Αρχαιρεσίες με ισάριθμα Διοικητικά Συμβούλια. Για το ίδιο διάστημα δεν διαθέτουμε κανένα άλλο στοιχείο περί της δραστηριότητας του Συλλόγου. Πιθανώς, στο διάστημα αυτό ο Σύλλογος να υπολειπουργούσε ή η λειτουργία του να περιοριζόταν στην τυπική γραφειοκρατική διαδικασία της εγγραφής νέων Μελών, όπως διαπιστώνεται από το Μητρώο, απαιτείται όμως εκτενέστερη έρευνα για να επιβεβαιώσει ή να απορρίψει αυτό το συμπέρασμα.

Σε χειρόγραφη επιστολή –από την οποία απουσιάζει αριθμός πρωτοκόλλου και ακριβής ημερομηνία– ανακοινώνεται στο Σ.Ε.Μ.Μ.Α. η σύνθεση του Διοικητικού Συμβουλίου των Αρχαιρεσιών του έτους 1984, με την εξής σύνθεση: Πρόεδρος η Μαρία Μιχαλοπούλου-Γαλατσοπούλου, Αντιπρόεδρος η Αγγελική Φλώρου-Μπουλέα, Γραμματέας η Δήμητρα Τότσικα, Ταμίας η Βασιλική Βασιλοπούλου και Μέλη η Αικατερίνη Βουλγαράκη και η Μαρία Ψύλλα (χειρόγραφη επιστολή άνευ αριθμού πρωτοκόλλου).

Από το Βιβλίο Πρακτικών των Συνεδριάσεων και από το έγγραφο υπ' αριθμ. πρωτ. 410/14-4-1994 του



Η επιστολή του Σ.Ε.Μ. Περιφέρειας Εφετείου Ναυπλίου προς το Σ.Ε.Μ. της Αθήνας, στο οποίο ανακοινώνεται η συγκρότηση του νέου Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου, το οποίο προέκυψε από τις Αρχαιρεσίες της 27ης Φεβρουαρίου 1977.

Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου, προκύπτει ότι έως και τις 13 Φεβρουαρίου 1994 Πρόεδρος του Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου ήταν η Μαρία Μιχαλοπούλου, την οποία διαδέχθηκε η Βασιλική Βασιλοπούλου, η οποία παρέμεινε Πρόεδρος έως και τις 3 Φεβρουαρίου 2008. Στο τότε Διοικητικό Συμβούλιο Αντιπρόεδρος εκλέχθηκε η Χρυσούλα Μαυραντωνάκη, Γραμματέας η Σμαρώ Ιωαννίδη-Μπούρη και Ταμίας η Κλειώ Γκάντζιου, ενώ στο Πειθαρχικό Συμβούλιο εκλέχθηκαν η Πηνελόπη Αλεξοπούλου και η Λιλή Μπούρη (υπ' αριθμ. 410/11-4-1994 έγγραφο του Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου).

Στις 3 Φεβρουαρίου 2008 οι Αρχαιρεσίες ανέδειξαν νέο Διοικητικό Συμβούλιο, στο οποίο για πρώτη φορά στην ιστορία του Συλλόγου συμμετείχαν και άρρενες Μαιευτές. Η σύνθεσή του αποτελούνταν από τους Αγησίλαο Παιδάκη (Πρόεδρο), Μαρία Ψύλλα (Αντιπρόεδρο), Μιχάλη Μώρο (Γραμματέα), Γεωργία Αγγέλαϊνα (Ταμιά) και Χριστίνα Βλαχοπούλου (Μέλος), ενώ στο Πειθαρχικό Συμβούλιο εκλέχθηκαν η Σμαρώ Ιωαννίδη-Μπούρη με αναπληρωματικό Μέλος τη Μαρία Διονυσοπούλου (Βιβλίο Πρακτικών Συνεδριάσεων Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου, σελ. 1, 2008).

Στις Αρχαιρεσίες της 27ης Φεβρουαρίου 2011 και στη μετέπειτα ψηφοφορία η σύνθεση του Διοικητικού Συμβουλίου έχει ως εξής: Μιχάλης Μώρος (Πρόεδρος), Αγησίλαος Παιδάκης (Αντιπρόεδρος), Παρασκευή Ντεβέ (Γραμματέας), Ειρήνη Γκολέμη (Αναπληρώτρια Γραμματέας), Γεωργία Αγγέλαϊνα (Ταμίας), Βασιλική Τσιγώνια (Αναπληρώτρια Ταμίας) και Ελένη Πολυδώρου (Μέλος). Στο Πειθαρχικό Συμβούλιο εκλέχθηκε η Ειρήνη Λεοντίδου (Βιβλίο Πρακτικών Συνεδριάσεων Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου, σελ. 1, 2011).

Σε αντιπαραβολή με τα στοιχεία των Μελών που έχουν καταγραφεί στο Μητρώο, διαπιστώνεται ότι σε όλα τα Διοικητικά Συμβούλια η πλειοψηφία των Μελών προερχόταν από το Νομό Αργολίδας. Το γεγονός αυτό πιθανώς να συνέβη για πρακτικούς λόγους, δηλαδή, για τη διευκόλυνση της επικοινωνίας των Μελών του Δ.Σ., της πραγματοποίησης των Συνεδριάσεων κ.λπ.

### **Δραστηριότητες του Συλλόγου**

Η πρώτη καταγεγραμμένη δραστηριότητα αφορά τη σύνταξη Καταστατικού στις 19 Μαρτίου 1959 και τρία χρόνια αργότερα τη δημιουργία τραπεζικού λογαριασμού. Το ίδιο διάστημα φαίνεται πως λειτούργησε το Μητρώο Μελών με πρώτη καταγραφή της Προέδρου του τότε Διοικητικού Συμβουλίου και εγγραφές των πρώτων Μαιών της Εφετειακής Περιφέρειας.

Η επόμενη δραστηριότητα αφορά τη σύνταξη

υπομνήματος προς τα συναρμόδια υπουργεία “περί της καταβολής επιδόματος στις Μαίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας”, το οποίο έγινε από το Διοικητικό Συμβούλιο του 1977.

Στις 5 έως 8 Νοεμβρίου 1992, επί προεδρίας Μαρίας Μιχαλοπούλου, ο Σύλλογος Μαιών–Μαιευτών Ναυπλίου διοργάνωσε στο Ναύπλιο το “5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιών–Μαιευτών”, το οποίο παρακολούθησαν περισσότεροι από 500 σύνεδροι και ήταν το πρώτο και έως τώρα μοναδικό Πανελλήνιο Συνέδριο, που ανέλαβε ο Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου.

Επί προεδρίας Βασιλικής Βασιλοπούλου έγιναν σημαντικές παρεμβάσεις σε ό,τι αφορούσε τα επαγγελματικά και εργασιακά δικαιώματα των Μαιών–Μαιευτών και διοργανώθηκαν εκδηλώσεις για τις εορτές της “Μητέρας” και της “Παγκόσμιας Ημέρας της Μαίας”.

Τα Διοικητικά Συμβούλια που προέκυψαν μετά τις Αρχαιρεσίες του 2008, ασχολήθηκαν με την αναδιοργάνωση του Συλλόγου ανανεώνοντας τον τρόπο λειτουργίας του. Έγιναν προσπάθειες συγκέντρωσης και εμπλουτισμού του Αρχείου του, δημιουργήθηκε ηλεκτρονικό αρχείο Μελών, εκδόθηκε ηλεκτρονικό περιοδικό, καθιερώθηκε το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο και ιστοσελίδα και οργανώθηκε εκ νέου το Ταμείο. Θεσμοθετήθηκε η διοργάνωση των Μετεκπαιδευτικών Σεμιναρίων Μητρικού Θηλασμού, τα οποία αποφασίστηκε να διοργανώνονται μια φορά το χρόνο σε μόνιμη βάση. Παράλληλα, τα Διοικητικά Συμβούλια φρόντισαν για την επιμόρφωση των Μελών του Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου διοργανώνοντας ομιλίες και διαλέξεις γύρω από μαιευτικά και γυναικολογικά ζητήματα, καθώς και για την προβολή του μαιευτι-



Ναύπλιο, 5-8 Νοεμβρίου 1992, Ξενοδοχείο “XENIA PALACE”: “5ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΜΑΙΩΝ–ΜΑΙΕΥΤΩΝ”. Στο βήμα ο κ. Νικ. Παπανικολάου, Καθηγητής Μαιευτικής–Γυναικολογίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

κού επαγγέλματος μέσα από την αρθρογραφία στον ηλεκτρονικό και ευρύτερο Τύπο. Επιπλέον, υπήρξαν εκδηλώσεις για ενημέρωση του κοινού σε θέματα υγείας και πρόληψης. Ταυτόχρονα επετεύχθη αναθέρμανση και σύσφιξη των σχέσεων των Μελών της μεγάλης Περιφέρειας του Συλλόγου, αλλά και των υπολοίπων Συλλόγων με το Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου.

### **Αρχαικό υλικό**

Παρά το γεγονός ότι ο Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου έχει μια ιστορία πενήντα χρόνων στην Ελλάδα, δυστυχώς δεν συμβαίνει το ίδιο και με το Αρχείο του. Πιθανολογούμε ότι μέσα στο μισό αιώνα λειτουργίας του ο Σύλλογος του Ναυπλίου διακίνησε κάποιον άγνωστο αριθμό εγγράφων, τα οποία όμως δεν κατέστη δυνατό να ανευρεθούν. Η απουσία τους πιθανώς σχετίζεται με την αδυναμία του Συλλόγου να διατηρήσει γραφείο, οπότε και τα όποια έγγραφα φυλάσσονταν σε άγνωστους χώρους και ενδεχομένως να καταστράφηκαν ή να χάθηκαν.

Σύμφωνα με προφορικές μαρτυρίες Μαιών, για ένα διάστημα το υλικό που ήταν απαραίτητο για τη λειτουργία του Συλλόγου μεταφερόταν μεταξύ Νοσοκομείων και της οικίας του εκάστοτε Προέδρου ή Γραμματέα, ώστε το Μέλος που επιθυμούσε εγγραφή στο Μητρώο χρειαζόταν να επικοινωνήσει με εκπρόσωπο του Διοικητικού Συμβουλίου για να του διατεθεί το Μητρώο και να πραγματοποιήσει μόνο του την εγγραφή του. Η σχεδόν πλήρης απουσία εγγράφων και αλληλογραφίας από το Αρχείο του Συλλόγου Μαιών-Μαιευτών Αθηνών, προερχόμενης από τον Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου, μπορεί επίσης να υποδηλώνει ότι ο τελευταίος υπολειπομένης για αρκετά χρόνια. Τα μοναδικά αρχαικά υλικά που χρονολογούνται από ιδρύσεως του Συλλόγου, είναι το Μητρώο Μελών, το Βιβλιόριο Καταθέσεων και η σφραγίδα η οποία αντικαταστάθηκε το 2008.

### **Μητρώο Μελών**

Το Μητρώο Μελών χρονολογείται από το Μάρτιο του 1959 (ημερομηνία πρώτης καταχώρησης) και διατηρείται σε αρκετά καλή κατάσταση. Στις σελίδες του μπορεί κανείς να εντοπίσει μόλις 7 Μαίες, που εγγράφηκαν στο Σύλλογο έχοντας λάβει άδεια άσκησης επαγγέλματος από το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο. Δυστυχώς, όμως, υπάρχουν αρκετές ανακολουθίες σε ό,τι αφορά τις χρονολογίες εγγραφής και τα προσωπικά στοιχεία των Μελών. Έτσι, δεν παρατηρείται αύξων αριθμός έτους εγγραφής σε όλες τις περιπτώσεις με αποτέλεσμα, επί παραδείγματι, Μέλη με αύξοντες αριθμούς 8, 9 και 10 να

φέρονται εγγεγραμμένα τα έτη 1961, 1967 και 1960. Άλλωστε, πολλά από τα Μητρώα είναι ελλιπή σε ό,τι αφορά τα προσωπικά στοιχεία, ενώ κάποια άλλα είναι πλήρη σε όλα τα πεδία. Επίσης, οι περισσότερες σελίδες του Μητρώου φέρουν διαφορετικό είδος γραφής και διαφορετικούς γραφικούς χαρακτήρες με τους οποίους συμπληρώνονται στοιχεία, τα οποία έλειπαν κατά την αρχική καταγραφή. Πιστεύουμε, με κάθε επιφύλαξη, ότι τα παραπάνω χαρακτηριστικά του Μητρώου Μελών υποδηλώνουν ότι:

1. Για ένα τουλάχιστον διάστημα η καταγραφή των Μελών δεν γινόταν στο Μητρώο, αλλά σε πρόχειρους καταλόγους από τους οποίους έγινε σε ύστερο χρόνο η μεταφορά στο βιβλίο του Μητρώου Μελών, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται ανακολουθίες μεταξύ του αύξοντα αριθμού εγγραφής και της χρονολογίας εγγραφής. Η άποψη αυτή ενισχύεται από το γεγονός ότι ο αύξοντας αριθμός Μητρώου 1 (Ζερβού-Γκιώζου Αικατερίνη, 1959) διεγράφη, πιθανώς εξαιτίας του θανάτου της το 1961 και η αριθμηση ξεκίνησε από το επόμενο Μέλος, το οποίο είχε επίσης εγγραφεί κατά το 1959.

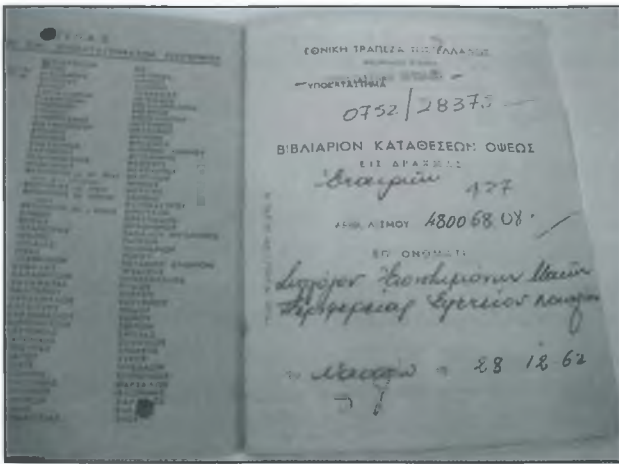
2. Πολλά διαφορετικά άτομα, πιθανώς και τα ίδια τα Μέλη ή άτομα του εκάστοτε Διοικητικού Συμβουλίου, εμπλέκονταν στην καταγραφή του Μητρώου προσθέτοντας στοιχεία που έλειπαν από την αρχική καταγραφή, π.χ. τόπος εργασίας και κατοικίας, διαγραφές και μεταγραφές, συνταξιοδοτήσεις, θάνατοι κ.λπ. Μάλιστα, οι τρεις πρώτες εγγραφές του Μητρώου φέρουν τα ονοματεπώνυμα με διαφορετικό γραφικό χαρακτήρα και τύπο μελάνης από τα υπόλοιπα στοιχεία.

Εξαιτίας των ανακολουθιών αυτών του Μητρώου και της έλλειψης γενικότερων στοιχείων όπως ο τόπος εργασίας, δεν είμαστε σε θέση χρησιμοποιώντας το ως πηγή να αποφανθούμε εάν ο αριθμός Μελών του Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου αποτελούσε και τον πραγματικό αριθμό Μαιών που πρόσφεραν τις υπηρεσίες τους στην Περιφέρειά του, δεδομένου ότι κάποιες από αυτές δεν είχαν γραφτεί είτε διότι ήταν πρακτικές που στερούνταν άδειας, ή εξαιτίας αδιαφορίας και άγνοιας.

### **Βιβλιόριο Καταθέσεων**

Το Βιβλιόριο Καταθέσεων του Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου χρονολογείται από τις 28 Δεκεμβρίου 1962 και εκδόθηκε από το υποκατάστημα της Εθνικής Τράπεζας στο Ναύπλιο. Η πρώτη κατάθεση αφορά το ποσό των 2.000 δραχμών. Δεδομένου ότι η χρηματική συνδρομή προς το Σύλλογο εκείνη την περίοδο ήταν 100 δραχμές το έτος, συμπεραίνουμε ότι αφορούσε





Το Βιβλιάριο Καταθέσεων του Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου στην Εθνική Τράπεζα της Ελλάδας, Υποκατάστημα Ναυπλίου. Ημερομηνία ανοίγματος λογαριασμού: 28 Δεκεμβρίου 1962).

συνδρομές 20 Μελών του Σ.Ε.Μ., ενώ το Μητρώο έως εκείνη την περίοδο περιλάμβανε 94 Μέλη από τα οποία, όμως, χρειάζεται να αφαιρεθούν περί τα 15, δεδομένου ότι φέρονται να έχουν εγγραφεί μετά το 1962 εξαιτίας της προαναφερόμενης ανακολουθίας χρονολογιών και αύξοντα αριθμού Μητρώου.

Η κίνηση του λογαριασμού έως και το 1994 περιλαμβάνει κυρίως καταθέσεις (16 τον αριθμό) και τόκους και ουδεμία ανάληψη. Φαίνεται ότι ο λογαριασμός αυτός αφορούσε το αποθεματικό του Συλλόγου. Η απουσία αναλήψεων φαίνεται να υποδηλώνει ότι το εκάστοτε Διοικητικό Συμβούλιο διατηρούσε κάποιο χρηματικό ποσό για την κάλυψη των λειτουργικών εξόδων και το ταμειακό υπόλοιπο, που προέκυπτε από τις συνδρομές των Μελών αποταμιευόταν. Εξαιτίας της απουσίας χρηματικής επιχορήγησης από το κράτος ή δωρεάς από ιδιώτες, ολόκληρη η μικρή χρηματική περιουσία του Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου προερχόταν, όπως και σήμερα, από τις ετήσιες συνδρομές των Μελών του. Πάντως, από μελέτη του Βιβλίου Εσόδων – Εξόδων διαφαίνεται ότι ένα ποσό είχε διατεθεί στο Σύλλογο από δωρεές Μελών του.

### Βιβλίο Εσόδων – Εξόδων

Το Βιβλίο Εσόδων – Εξόδων του Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου χρονολογείται από το 1968, αλλά περιλαμβάνει και καταχώρηση του Ταμείου του έτους 1967. Πρόκειται για ποσό της τάξης των 24.879 δραχμών, που αποτελούσε το αποθεματικό του Συλλόγου έως και το έτος 1967, το οποίο και καταγράφηκε στο Βιβλίο του 1968. Πριν από τα έτη αυτά δεν ανευρέθηκε Βιβλίο Εσόδων – Εξόδων και τα οποιαδήποτε στοιχεία

λαμβάνονται από την κίνηση του τραπεζικού λογαριασμού όπως αυτή καταγράφεται στο Βιβλιάριο Καταθέσεων της Εθνικής Τράπεζας. Το Βιβλίο Εσόδων – Εξόδων καταγράφει ένα ενδιαφέρον γεγονός: την προσφορά εκ μέρους Μαιών χρηματικών δωρεών προς το Σύλλογο, η οποία παρατηρείται κατά τη δεκαετία του 1970 και τις αρχές της δεκαετίας του 1980, οι οποίες καταχωρούνται με την ένδειξη “από ευχαρίστηση”, ή “έκτακτη προσφορά”, ή “έκτακτη ενίσχυση” και αφορούν ποσά πολλαπλάσια της ετήσιας συνδρομής. Τα περισσότερα έξοδα αφορούν το λειτουργικό κόστος του Συλλόγου, το οποίο κανείς παρατηρεί ότι τροποποιείται ακολουθώντας τις αλλαγές στην Τεχνολογία. Πράγματι, στις δεκαετίες 1960-1970 αναφέρεται κόστος τηλεγραφημάτων και δακτυλογραφήσεων και τις επόμενες δεκαετίες καταγράφονται έξοδα για τηλεφωνήματα έως και τη χρήση των υπηρεσιών του Διαδικτύου. Το μεγαλύτερο κόστος για το Σύλλογο, αναδρομικά, φαίνεται πως ήταν τα ταχυδρομικά έξοδα, η αγορά γραφικής ύλης και τα έξοδα μεταφοράς των Προέδρων των εκάστοτε Διοικητικών Συμβουλίων προκειμένου να συμμετάσχουν σε συμβούλια και εκπροσωπήσεις σε διάφορες Τοπικές Αρχές και στις υπηρεσίες της Κεντρικής Εξουσίας (Βιβλίο Εσόδων – Εξόδων Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου, σελ. 1-150, 1959-2011).

### Πρακτικό Συνεδριάσεων – Πρωτόκολλο Αλληλογραφίας

Το υπάρχον Πρωτόκολλο Αλληλογραφίας και το Πρακτικό των Συνεδριάσεων είναι κατά πολύ νεότερα και χρονολογούνται από τις αρχές του 1990, περιλαμβάνοντας πληροφορίες για τα πεπραγμένα των 4 τελευταίων Διοικητικών Συμβουλίων. Θεωρείται βέβαιο ότι υπήρχαν και παλαιότερα βιβλία, που όμως δεν στάθηκε δυνατό να ανευρεθούν, στα οποία θα περιέχονταν χρήσιμες πληροφορίες για τις προηγούμενες δεκαετίες, τη σύνθεση των Διοικητικών Συμβουλίων, τα πεπραγμένα του Συλλόγου και αλληλογραφία με τα Μέλη του. Έως και τη στιγμή που γράφεται αυτό το κεφάλαιο, η έρευνα συνεχίζεται και ίσως στο μέλλον υπάρξουν θετικά αποτελέσματα.

### ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Τα τελευταία τρία χρόνια ο Σύλλογος Μαιών-Μαιευτών Ναυπλίου έχει ξεκινήσει μια προσπάθεια συγκέντρωσης αρχειακού υλικού και αναφορών, που σχετίζονται με τη δραστηριότητά του από το 1959 έως και σήμερα, σε μια απόπειρα να καταγραφεί η ιστορία του και η προσφορά του στα μαιευτικά

δρώμενα τα τελευταία 50 χρόνια. Λόγω των γεγονότων που προαναφέρθηκαν, τα στοιχεία παραμένουν ακόμα ελλιπή σε πολλά σημεία και ενδεικτικό είναι ότι το Αρχείο από το 2008 έως σήμερα είναι ογκώδες και κατά πολύ πολλαπλάσιο του συνολικού αρχειακού υλικού, το οποίο διαθέτει η Γραμματεία του Συλλόγου από το 1959 έως και το 2008. Η έντονη δραστηριότητα όλων των Συλλόγων από ιδρύσεώς τους καθιστά βέβαιη την ύπαρξη μεγάλου όγκου αρχειακού υλικού στους λοιπούς Εφετειακούς Σ.Ε.Μ.Μ., ιδίως της Αθήνας, εξαιτίας της προβλεπόμενης από το Νόμο εποπτείας του επί της λειτουργίας των Σ.Ε.Μ.Μ., αλλά και της δυνατότητας της απευθείας επικοινωνίας με την Κεντρική Διοίκηση.

Η σχετική έρευνά μας στο Αρχείο του Σ.Ε.Μ.Μ. Αθηνών αποδεικνύει ότι αυτό *“per se”* (αυτό το ίδιο) είναι πολυποίκιλο και εξαιρετικά εκτενές, αλλά σε μεγάλο βαθμό παραμένει αταξινόμητο. Θεωρείται επιβεβλημένο –σε συνεργασία με ειδικούς επιστήμονες– να τύχει αποδελτίωσης και επιστημονικής έρευνας, διότι αποτελεί μια “ζωντανή” καταγραφή της εξέλιξης του μαιευτικού επαγγέλματος στη χώρα μας. Η επιστημονική του καταγραφή προτείνεται να συντελεστεί μέσω της δημιουργίας μιας ηλεκτρονικής βάσης δεδομένων του αρχειακού υλικού όλων των Συλλόγων, η οποία θα είναι προσβάσιμη από Μαίες, Μαιευτές, ιστορικούς – ερευνητές και κάθε ενδιαφερόμενο, όπως έχει συμβεί με δεκάδες άλλα αρχειακά έγγραφα σε ολόκληρο τον κόσμο.

#### Διατελέσαντες Πρόεδροι Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου 1958 – 2011

ΕΤΗ	ΠΡΟΕΔΡΟΣ
1958-1961	Αικατερίνη Γκιώζου
1961-1977	Απουσιάζουν στοιχεία
1977-1980	Αγγελική Αποστόλου-Πρέσβελου
1980-1984	Σοφία Γερασίμου-Λιάτα
1984-1994	Μαρία Μιχαλοπούλου-Γαλατσοπούλου
1994-2008	Βασιλική Βασιλοπούλου
2008-2011	Αγησίλαος Παιδάκης
2011-σήμερα	Μιχάλης Μώρος

#### ABSTRACT

*Michalis Moros: The archives of Midwives' Association of Nafplio.*

*“ELEFTHO”, 3: 116-122, 2011*

*Midwives' Association of Nafplio (S.E.M.M. Nafpliou) was typically founded due to the Royal Decree of the 28th of December 1955 but it was after the Ministerial Decree of 1958 that the Association began its function. The regional responsibility of the Nafplio Association covers the peripheral administrations of Argolis, Korinthia, Arkadia, Messinia and Lakonia, that is in fact the whole Peloponnisos Region.*

*Despite the fact that Midwives' Association of Nafplio is functional for more than half a century, its archive is restricted to very few documents, most of them either in the archives of Midwives' Association of Athens or published in the scientific magazine “ELEFTHO”.*

*This archive shortage may possibly be attributed to the fact that S.E.M.M. Nafpliou has never had offices and the archive has been moved from one President and Secretary to another and as a result the majority of documents have been lost. The only books dated back to the foundation years of the Association are the book of registered members, the book of income and expenses, the book of bank transfers and the book of inner rules.*

*The present article is an attempt to present the history of S.E.M.M. Nafpliou through the existing archives but the author is fully aware of the fact that the presented historical article may be not be a totally integrated historical recording due to the aforementioned archive shortage.*

#### BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Β.Δ. 28-12-1955, ΦΕΚ 317, άρθρα 1-5, σελ. 1.
2. Υπ' αριθ. Ε.Γ. 2709/12-11-58 απόφαση Υφυπουργού Κοινωνικής Πρόνοιας.
3. Καταστατικό Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου, σελ. 40, 1959.
4. Υπ' αριθ. 95/26-4-1977 έγγραφο του Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου.
5. Υπόμνημα του Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου. “ΕΛΕΥΘΩ”, τεύχος 8, σελ. 25, 1977.
6. Υπ' αριθ. 77/28-4-1980 έγγραφο του Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου.
7. Χειρόγραφη επιστολή άνευ αριθμού πρωτοκόλλου.
8. Υπ' αριθ. 410/11-4-1994 έγγραφο του Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου.
9. Βιβλίο Πρακτικών Συνεδριάσεων Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου, σελ. 1, 2008.
10. Βιβλίο Πρακτικών Συνεδριάσεων Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου, σελ. 1, 2011.
11. Βιβλίο Εσόδων – Εξόδων Σ.Ε.Μ.Μ. Ναυπλίου, σελ. 1-150, 1959-2011.

## Δραστηριότητες του Σ.Ε.Μ.Μ.Α.



### “Ακροπατώντας”

“Ένα συλλογικό καλλιτεχνικό ταξίδι με θέμα το ανθρώπινο ίχνος και την αποτύπωσή του”

**ΑΘΗΝΑ, 23 Οκτωβρίου – 23 Νοεμβρίου 2011, Κτήριο Ε.Π.Α.Σ.Κ.Τ.,  
Θόλου & Πανός 19α, ΠΛΑΚΑ**

Μια ομαδική καλλιτεχνική παρουσίαση ερωτημάτων, που προκύπτουν σχετικά με το ζήτημα της ατομικής επιρροής στο κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον. Η οργανωτική ομάδα της Έκθεσης εργάζεται από το 2010 με σκοπό την παρουσίαση αυτού του συλλογικού, αλλά και ταυτόχρονα προσωπικού προβληματισμού. Η συλλογή αποτυπωμάτων από νεογνά που γεννήθηκαν στο παραπάνω διάστημα με τη βοήθεια της Μαίας Ιωάννας Βασιλάκη, αλλά και οι προσωπικές της εμπειρίες από τις πρώτες στιγμές ή και μήνες της ζωής τους, αποτέλεσαν την πηγή έμπνευσης των καλλιτεχνών, που θα παρουσιάσουν τα έργα τους κατά τη διάρκεια της Έκθεσης με τίτλο “Ακροπατώντας”.

Στόχος της Έκθεσης είναι η έναρξη ενός καλλιτεχνικού διαλόγου με θέμα την πορεία του ανθρώπου μέσω των αποτυπωμάτων, που αυτός αφήνει στη ζωή του. Η συγκεκριμένη παρουσίαση ευελπιστεί να αποτελέσει την αφορμή μιας περαιτέρω συζήτησης μεταξύ καλλιτεχνών και κοινού. Γι' αυτό το λόγο κατά τη διάρκεια των εκθεσιακών ημερών στο χώρο της Ε.Π.Α.Σ.Κ.Τ. θα πραγματοποιηθούν εργαστήρια για μικρούς και μεγάλους, καλώντας τους να δημιουργήσουν το δικό τους καλλιτεχνικό αποτύπωμα στο χώρο. Κάθε νέος “δημιουργός” θα προσθέσει τη δική του πινελιά στον καμβά της Έκθεσης διευρύνοντας τον αρχικό της ορίζοντα. Οι συμμετέχοντες καλλιτέχνες εκπροσωπούν διαφορετικούς τομείς δημιουργίας. Η ζωγραφική, η γλυπτική, η φωτογραφία, η σκηνογραφία, το video art συνθέτουν ένα παζλ εικόνων και έχουν ως αποτέλεσμα την πραγματοποίηση της δράσης με γενικό τίτλο “Ακροπατώντας”.

Η Έναρξη της Έκθεσης, η οποία υλοποιείται υπό την Αιγίδα του Σ.Ε.Μ.Μ.Α., θα γίνει την **Κυριακή, 23 Οκτωβρίου και ώρα 17.00**, ενώ τα **Εγκαίνια** θα λάβουν χώρα την **Κυριακή, 13 Νοεμβρίου και ώρα 17.00**, με την προσθήκη των έργων που θα έχουν δημιουργήσει οι έως τότε επισκέπτες της.

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:** <http://akropatontas.wordpress.com> • [akropatontas@gmail.com](mailto:akropatontas@gmail.com)

#### ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ

<b>Βασιλάκη Ιωάννα, Μαία</b>	<b>Νικολάου Αθηνά, Γλύπτρια</b>
<b>Βεντούρη Ανδριανή, Ζωγράφος</b>	<b>Στάικου Παναγιώτα, Εικαστικός</b>
<b>Δεντάκης Νίκος, Σκηνογράφος</b>	<b>Τσιάμης Βαγγέλης, Φωτογράφος</b>
<b>Καρατζά Άννα, Εικαστικός</b>	<b>Τσικνής Κώστας, Ζωγράφος</b>
<b>Κώτη Μαρία, Ζωγράφος</b>	<b>Ψωμά Μανταλίνα, Ζωγράφος</b>
<b>Μουτούση Αλίκη, Εικαστικός</b>	<b>Pedro Garcia Nogales, Γλύπτης</b>

## 4ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο του Σ.Ε.Μ.Μ.Α. για το Μητρικό Θηλασμό

Το “4ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Μητρικού Θηλασμού” του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Αθηνών θα πραγματοποιηθεί στο “ΙΑΣΩ” από **28 Νοεμβρίου έως 2 Δεκεμβρίου 2011**.

- Το Σεμινάριο τελεί υπό την Αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και μοριοδοτείται.
- Θα διαρκέσει 5 ημέρες και η παρακολούθηση είναι υποχρεωτική.
- Η συμμετοχή είναι δωρεάν.
- Θα δοθούν Βεβαιώσεις Παρακολούθησης.
- Απαραίτητη προϋπόθεση η ταυτότητα μέλους του Σ.Ε.Μ.Μ. στον οποίο ανήκετε.
- Ο αριθμός των συμμετεχόντων είναι περιορισμένος και θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας.

Για πληροφορίες και δήλωση συμμετοχής μπορείτε να επικοινωνείτε με το Σ.Ε.Μ.Μ.Α. στα τηλέφωνα:

**210.6465691(fax) & 210.6429675 • E-mail: [sema-icm@otenet.gr](mailto:sema-icm@otenet.gr)**

**Το Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Μ.Α.**

## Σύλλογος "ΟΙ ΦΙΛΟΙ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ"

### Παγκόσμια Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού, 1-7 Νοεμβρίου 2011

Για τον εορτασμό της "Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού, 1-7 Νοεμβρίου 2011", ο Σύλλογος "ΟΙ ΦΙΛΟΙ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ" διοργανώνει τις παρακάτω εκδηλώσεις:

**Τρίτη, 1 Νοεμβρίου 2011**  
**Ώρα 09.00-09.30**

#### "Τιμή στη μητέρα που θηλάζει"

Κατάθεση στεφάνου στο άγαλμα της "Θηλάζουσας Μητέρας" στην Πλατεία "ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ".

**Δευτέρα έως Παρασκευή, 31/10 - 4/11/2011**  
**Ώρα 08.00-15.00**

Συμμετοχή στο "29ο Εκπαιδευτικό Σεμινάριο 40 ωρών για το Μητρικό Θηλασμό για Επαγγελματίες Υγείας", υπό την Αιγίδα του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Γ.Ν.-Μαιευτήριο "ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ"

**Τρίτη, 1 Νοεμβρίου 2011**

**Ώρα 09.00-18.00**

- Έκθεση "Κουτσούνας"
- Εορταστική αγορά σχετική με το Μητρικό Θηλασμό

**Ώρα 10.00-12.00**

- Χαιρετισμός της Προέδρου του Δ.Σ. του Συλλόγου "ΟΙ ΦΙΛΟΙ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ"  
*Θέμις Ζάχου*
- Ομιλίες:
  - α) 2011: 15 χρόνια εορτασμού της "Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού"
  - β) 2011: 20 χρόνια Γενέθλια της "W.A.B.A."  
(World Association for Breastfeeding Action)  
*Χαρά Τζαχρήστα, Αικατερίνη Δαλιάνη*

Γ.Ν.-Μαιευτήριο "ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ"

Κτήριο Γ "ΒΙΡΓΙΝΙΑ ΣΚΥΛΙΤΣΗ", Αίθουσα Κ.Ε.Κ.  
**ΕΙΣΟΔΟΣ ΕΛΕΥΘΕΡΗ**

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



**7η Ετήσια Ημερίδα**  
**για το Μητρικό Θηλασμό**

**Αθήνα, 2 Δεκεμβρίου 2011**

**ΕΘΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΕΡΕΥΝΩΝ**  
Αμφιθέατρο "ΛΕΩΝΙΔΑΣ ΖΕΡΒΑΣ"  
(Λεωφ. Βασ. Κωνσταντίνου 48, Αθήνα)

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ  
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

**ΕΙΣΟΔΟΣ ΕΛΕΥΘΕΡΗ**

## Επιστολή στο Σ.Ε.Μ.Μ.Α.

Μαρία Γκόσμα, Μαία, Ελεύθερη Επαγγελματίας.

### ΜΙΑ ΑΠΛΗ ΜΑΙΑ...

Κυρία Πρόεδρε του Συλλόγου μας, Αγαπητοί Συνάδελφοι, Αγαπητό “ΕΛΕΥΘΩ”,

Παίρνοντας αφορμή από την έκφραση πικρίας της Προέδρου μας στο πρωτοσέλιδο του προηγούμενου τεύχους του “ΕΛΕΥΘΩ”, είπα να μεταφέρω την εμπειρία μου από την άλλη πλευρά, την πιο γλυκιά –που δεν είναι άλλωστε μόνο δική μου εμπειρία– από δυο πρόσφατους κατ’ οίκον τοκετούς.

Η πρώτη έγκυος έκανε αγώνα δρόμου (πάντα με την υποστήριξή μου) να δημιουργήσει κλίμα συμπαράστασης γύρω της, από δικούς της ανθρώπους, ώστε να γεννήσει στο σπίτι της όπως αυτή επιθυμούσε. Όλοι ήταν αρνητικοί απέναντί της. Ο γιατρός της είπε: «Ξέχασέ με!». Οι γονείς της (γιατρός και φαρμακοποιός, καταλαβαίνετε προκατάληψη) και κάποιοι άλλοι δικοί της, τα ίδια. Αδύνατο να δείξουν εμπιστοσύνη, σεβασμό, αληθινή φροντίδα, τρυφερότητα και αγάπη στη μέλλουσα μητέρα και σ’ αυτό που χρειαζόταν, παρόλο που η ίδια προετοιμαζόταν σταθερά (φαρμακοποιός κι εκείνη). Σ’ όλη την εγκυμοσύνη η συμπαράσταση και η βοήθεια ήταν αμέριστη μόνο από το σύζυγο και την απλή Μαία, με συμβουλευτική φροντίδα μάνας και με ολιστική προσέγγιση (μασάζ – shiatsu – βελονισμό – βοτανοθεραπεία – ομοιοπαθητική και ό,τι άλλο είχε ανάγκη). Έτσι, ο τοκετός εξελίχθηκε πολύ καλά και μάλιστα ήμασταν οι δυο μας, διότι κι ο σύζυγος έλειπε λόγω υποχρεώσεων. Η μάνα βίωσε θαυμάσια εμπειρία, απερίγραπτη δύναμη, όπως είπε, αλλά και η προηγούμενη αρνητική στάση των δικών της μετατράπηκε σε κατανόηση, σε διεύρυνση αντιλήψεων... Στην απλή Μαία δίνονταν συγχαρητήρια και προτροπές να συνεχίσει το Έργο της, διότι με τη συμπαράστασή της αλλάζουν οι συνειδήσεις των ζευγαριών, αφυπνίζεται το περιβάλλον τους και πολλά άλλα τέτοια...

Η δεύτερη επίτοκος, σε κοντινή μας επαρχιακή πόλη, ξεπέρασε (δυστυχώς γι’ αυτήν, διότι το υπέστη ποικιλοτρόπως) την Π.Η.Τ., που έδινε ο υπερηχογραφοειστής Μαιευτήρας, ξεπέρασε και την Π.Η.Τ. βάσει της Τ.Ε.Ρ. (λες κι είναι πάντα σωστοί αυτοί οι υπολογισμοί). Η προτροπή του γιατρού ήταν επίμονη: «Έλα για πρόκληση» και σε άρνησή της –διότι ήθελε να πάρει το μήνυμα από το παιδί της και από το σώμα της– της είπε: «Δεν σ’ αναλαμβάνω!». Η γνωστή τρομοκρατία... Το γνωστό ελεγκτικό σύστημα φόβου που μας περιβάλλει (δυστυχώς το υπηρετούμε κι εμείς, είτε συνειδητά είτε ασυνειδητά), που συχνά στοχεύει σε εγωιστικό “συμφέρον” παρά σε αληθινή φροντίδα για την έγκυο. Η απλή Μαία κι αυτή τη φορά στάθηκε κοντά στην αγχωμένη επίτοκο, όχι ως Ταρζάν που τα καταφέρνει, αλλά ως Γυναίκα, Μάνα και Μαία που σέβεται τη ΖΩΗ. Με βοήθεια, λοιπόν, όλες τις παραπάνω επιστημονικές και εναλλακτικές–φυσικές μεθόδους που έχω σπουδάσει (η Ιατρική, άλλωστε, είναι ΟΛΟΚΛΗΡΗ), “αγκάλιασα” την επίτοκο με φροντίδα να “μαλακώσει” ο φόβος που την διακατείχε και σιγά σιγά την “οδήγησα” να εμπιστευθεί τον εαυτό της και το παιδί της, που μέχρι αυτή τη στιγμή το “κρατούσε” χωρίς να μπορεί να αφηθεί. Δόξα τω Θεώ! Κι εδώ όλα πήγαν θαυμάσια. Το κοριτσάκι που γεννήθηκε ανέπνευσε αμέσως, έκλαψε αμέσως, είχε χρώμα εξαιρετικό, θήλασε. Όλα, αμέσως! (θα καταλάβετε παρακάτω γιατί αναφέρομαι στον άριστο συντελεστή Argar του νεογέννητου). Οι γονείς τρισευχισμένοι για όλα αυτά που βίωσαν, σε αντίθεση με την εμπειρία του προηγούμενου τοκετού τους στο Μαιευτήριο, που όπως είπε η γυναίκα: «Προσπαθούσα να νιώσω μητέρα, ενώ τώρα μου αναδύθηκε» (οι Μαίες γνωρίζουμε τους λόγους). «Τώρα –είπε χαρακτηριστικά– ένιωσα τη Δύναμη της Ζωής μέσα μου κι αυτό με κάνει να εμπιστευθώ το Θεό, την Ύπαρξη, τον Εαυτό μου, το Περιβάλλον μου, την ίδια τη Ζωή» και άλλα τέτοια...

Όμως, αγαπητοί Συνάδελφοι, είναι τόσο ισχυρά τα πλοκάμια του φόβου που μας περιβάλλει και σπέρνεται με πολλούς τρόπους, που με την πρώτη ευκαιρία επανέρχεται και, μάλιστα, όταν το ζευγάρι γυρίζει πίσω και ξαναβλέπει το μεγαλείο που βίωσε, αναρωτιέται: «Εμείς το κάναμε αυτό; Ή πώς το κάναμε αυτό;». Έτσι, λοιπόν, μέσα στην πρώτη νύχτα οδηγήθηκαν στο τοπικό Νοσοκομείο πανικόβλητοι, διότι το βρέφος «σφιγγόταν, κοκκίνιζε, φτερνιζόταν κι έκανε έναν εμετό σάλια, παρόλο που θήλαζε ανελλιπώς» (γνωστά σ’ εμάς συμπτώματα υγιούς τοκετού, που όμως δεν τα είχαν βιώσει στο πρώτο παιδί, διότι τη

φροντίδα των πρώτων ωρών την έχουν άλλοι...). Οι προσπάθειές μου να τους καθησυχάσω ήταν μάταιες κι έτσι τους ακολούθησα για καλό. Η Νεογνολόγος που εξέτασε εξονυχιστικά το υγιές παιδί, δεν φαινόταν να πειθείται για την ασθένειά του. Για να μην πάρει όμως ευθύνη αποφάνθηκε: *«Ίσως να ξεκινάει καμιά λοίμωξη, ίσως να είναι και γογγυσμός... (άκουσον) και είναι καλύτερα να το μεταφέρετε γι' ασφάλεια στο Νοσοκομείο Παιδων, που έχουν τα μέσα»*. Όπως καταλαβαίνετε, οι λέξεις που άκουσαν οι γονείς τους πανικόβαλαν κι αναρωτιούνταν τι να κάνουν, δεδομένου ότι είχαν πρόσφατο παράδειγμα φιλικού ζευγαριού, που μετέφεραν από δικό τους φόβο το παιδί τους στο Νοσοκομείο Παιδων και που δυσαρεστήθηκαν, διότι του έγινε έλεγχος με πολλές εξετάσεις (όπως είναι λογικό βέβαια) μέχρι να διαπιστωθεί ότι ήταν καλά. Και πάλι η απλή Μαία άρχισε αγώνα ώστε να πειστούν οι γονείς για την υγεία του παιδιού τους (το οποίο θήλαζε του καλού καιρού), πείθοντάς τους –και ιδιαίτερα τη μητέρα– ν' αφουγκραστεί τον εαυτό της και το παιδί της όσο γίνεται πιο ήρεμα και να ξαναεμπιστευθεί όλο αυτό που βίωσε και που τώρα το κρατάει ήσυχο στην αγκαλιά της. Ευχόμενοι και προσευχόμενοι να το νιώσουν. Έτσι κι έγινε. Επιτέλους επιστρέψαμε στο σπίτι. Την άλλη ημέρα το πρωί, που ετοιμαζόμουν να φύγω μέσα σε άπειρες σκέψεις και προβληματισμό για το πόσα “θηρία” έχω τελικά να παλεύω κι αν αξίζει τον κόπο να το κάνω, πήρα την απάντηση από το ζευγάρι, που με αποχαιρετούσαν συγκινημένοι και ευγνώμονες: *«Συνέχισε να κάνεις αυτό που κάνεις, είναι Θείο Έργο! Μας αφύπνισες, μας μεγάλωσες, κάναμε ταχεία ωρίμαση...»* και άλλα τέτοια...

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Όλοι γνωρίζουμε (παρεμπιπτόντως, θέλω να αναφέρω ότι απόλαυσα την ομιλία του Μιχάλη Μώρου στη γιορτή μας, πως η σύλληψη, η ανάπτυξη του εμβρύου και η εκδήλωση της Ζωής (τοκετός) διέπονται από πνευματικούς κανόνες, που η επιστήμη ακόμα δεν τους γνωρίζει), ότι όπως εμείς έτσι και η μητέρα και το παιδί της διέπονται από Θείο Σχέδιο, που εμείς καλούμαστε ως “ΜΕΣΟΝ” να το διευκολύνουμε αντί να κάνουμε το Θεό με παρεμβάσεις, ή κρίνοντας αβασάνιστα Συναδέλφους ή σπέρνοντας φόβο και πανικό στους γονείς. Αν διευκολύνεται η μητέρα έτσι “όπως πρέπει”, μια χαρά θα παίρνει το μάθημά της στα χέρια της, χωρίς να στραβώνει η θέση, η προβολή, η διαστολή και γενικά ο τοκετός.

**«Ο κόσμος τώρα χρειάζεται τις Μαιές περισσότερο από ποτέ»**, διότι το Έργο μας είναι ιερό, σοβαρό, μεγάλο και –Περμανθία, συμφωνώ– δεν επιδέχεται εκπτώσεων ή απλής διεκπεραίωσης.

Επηρεάζουμε κόσμο, Αγαπητοί Συνάδελφοι, και εύχομαι να κινούμαστε μέσα στη ζωή ως ΖΩΝΤΑΝΟΙ και όχι ως ζωντανόι νεκροί, αλλά συνεχώς σε εγρήγορση, αυξάνοντας τη συνειδητότητά μας συνεχώς και την εμπιστοσύνη μας στη ΖΩΗ και στον Εαυτό μας, διότι –το βλέπουμε, άλλωστε– μας περιμένουν στη γωνία αυτοί που ξέρουν να μας φοβίζουν, αυτοί που μας κατευθύνουν να καθόμαστε στ' αβγά μας συμβιβασμένοι, αυτοί που θέλουν να χρεοκοπήσουμε ως άνθρωποι, ως Χώρα κι ως Έθνος.

## Ανακοίνωση 7ης Διακλινικής Ημερίδας

**Αμφιθέατρο Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου "ΑΤΤΙΚΟΝ"**

**Σάββατο, 10 Δεκεμβρίου 2011, ώρα 09.00-15.00**

**Διατροφή της μητέρας και του βρέφους  
Ωιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία**

### ΟΡΓΑΝΩΣΗ:

- Γ Παιδιατρική Κλινική – Διευθύντρια: Π. Νικολαΐδου-Καρπαθίου, Καθηγήτρια
- Γ Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική – Διευθυντής: Δ. Κασσάνος, Καθηγητής

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:** Τμήμα Νεογνών: Παναγιούλα Μέξη-Μπουρνά, Παιδιάτρος-Νεογνολόγος,  
Διευθύντρια Ε.Σ.Υ. Γ Παιδιατρικής Κλινικής Π.Γ. Νοσοκομείου "ΑΤΤΙΚΟΝ".

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:** Οδός Ρίμινι 1, 124 62 ΧΑΪΔΑΡΙ, Τηλ.: 210.5831287

## 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 Περιπτώσεως, Σχόλιο.

#### Βιβλιογραφικές παραπομπές

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

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

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

#### Τυπικό άρθρο περιοδικού

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

#### Συλλογικό άρθρο περιοδικού (από μεγάλη ομάδα συγγραφέων)

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

#### Βιβλία

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

#### Κεφάλαια σε βιβλία

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

Σε περίπτωση που οι συγγραφείς αναφέρονται σε προσωπικές επικοινωνίες με άλλους ερευνητές, αυτό θα αναγράφεται στο κείμενο σε παρένθεση (Κ. 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.



## Βιβλιοπαρουσίαση

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

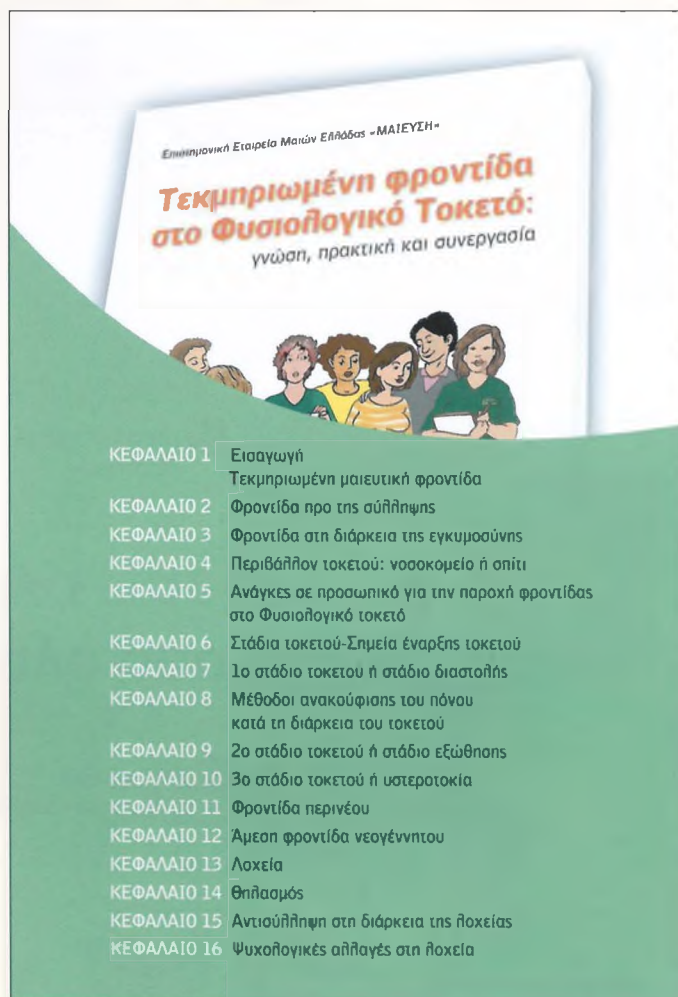
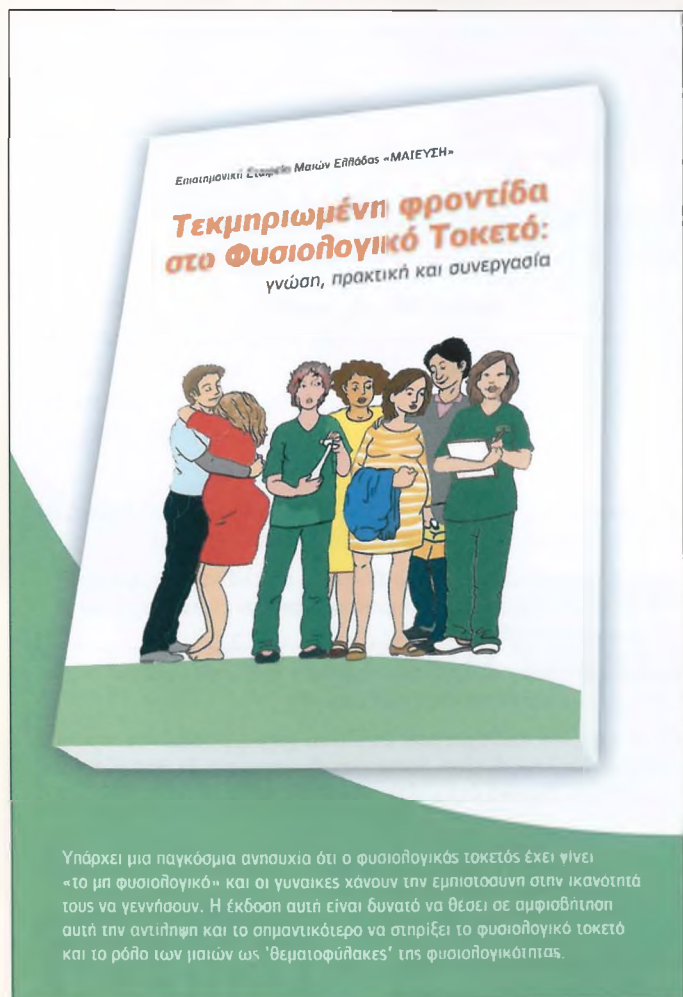
Το παρόν βιβλίο με τίτλο: **“Τεκμηριωμένη φροντίδα στο Φυσιολογικό Τοκετό: γνώση, πρακτική και συνεργασία”** αποτελεί συλλογική προσπάθεια των μελών της Επιστημονικής Εταιρείας Μαιών-Μαιευτών Ελλάδας **“ΜΑΙΕΥΣΗ”**, με στόχο την προώθηση του φυσιολογικού τοκετού και την ενδυνάμωση της συνεργασίας μεταξύ γυναικών και Μαιών. Η θεματολογία του βιβλίου βασίζεται αποκλειστικά στη φιλοσοφία της τεκμηριωμένης φροντίδας και στα κεφάλαιά του επιχειρείται η παρουσίαση των βασικότερων γνώσεων, που πρέπει να έχει η κάθε γυναίκα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας και υποστηρίζει σθεναρά τη φυσιολογικότητα (normality) της εγκυμοσύνης και του τοκετού, η οποία σήμερα αποτελεί πρόκληση για όλους όσους εμπλέκονται σ’ αυτό το σημαντικό γεγονός της ζωής και στην αναπαραγωγική φροντίδα υγείας. Αποτελεί, επίσης, ένα σημαντικό εργαλείο στα χέρια κάθε Μαιάς και Μαιευτή ή άλλου επαγγελματία υγείας, στην προσπάθειά τους να υποστηρίξουν τη θετική εμπειρία του τοκετού, αποφεύγοντας τις μη απαραίτητες παρεμβάσεις και εστιάζοντας με απόλυτο σεβασμό στις επιθυμίες και τις ανάγκες της γυναίκας και του εμβρύου. Ιδιαίτερα τα κεφάλαια που αναφέρονται στη λοχεία και το μητρικό θηλασμό, δίνουν τη δυνατότητα στις Μαιές και τους Μαιευτές, ως τους πλέον αρμόδιους επαγγελματίες υγείας να υποστηρίξουν τις γυναίκες και να ενδυναμώσουν τις μεταξύ τους σχέσεις.

Το βιβλίο θα διατίθεται σε όλα τα βιβλιοπωλεία Ελλάδας και Κύπρου από εμπορικό διανεμητικό δίκτυο.

Ευελπιστώντας στη θετική ανταπόκρισή σας αναμένουμε τη γνώμη σας.

Με εκτίμηση

**ΚΑΙΤΗ ΘΕΟΔΟΣΙΑΔΟΥ, ΟΛΓΑ ΑΡΒΑΝΙΤΙΔΟΥ, ΚΑΜΛΙΟΠΗ ΜΑΛΦΑ**



Η μαμά μου ξέρει  
πάντα το καλύτερο.

0  
m+



1 Θήλαστρο



2 Αντιβακτηριακά  
Επιθέματα



3 Δίσκοι Στήθους



4 Μαντηλάκια  
Καθαρισμού Στήθους

## Προϊόντα Θηλασμού Φυσική Μέθοδος.

Το μητρικό γάλα είναι η ιδανική τροφή για ένα νεογέννητο και ο θηλασμός είναι πολύ σημαντικός, ιδιαίτερος, ευχάριστος και συνιστάται πάντα. Για την ιδιαίτερη αυτή στιγμή του θηλασμού η Chicco σας προσφέρει μια σειρά από προϊόντα που θα σας βοηθήσουν να απολαύσετε ακόμα περισσότερο αυτές τις στιγμές.

- 1 **Θήλαστρο:** προσομοιάζει στις συνθήκες του φυσικού θηλασμού, για να αφαιρέτε το γάλα σας γρήγορα και ανώδυνα.
- 2 **Αντιβακτηριακά Επιθέματα Στήθους:** απαλά και υπεραπορροφητικά με υγιεινό ύφασμα που αναπνέει ενώ συγχρόνως διατηρεί το στήθος στεγνό.
- 3 **Δίσκοι Στήθους:** επιτρέπουν το θηλασμό ακόμα και όταν οι θηλές είναι ερεθισμένες ή εισέχουσες.
- 4 **Μαντηλάκια Καθαρισμού Στήθους:** χρησιμοποιούνται πριν και μετά το θηλασμό, είναι άοσμα και άγευστα και δε χρειάζονται ξέβγαλμα. Ιδανικά όταν είστε εκτός σπιτιού.

Γραμμή καταναλωτών  
210 62 41 400  
Δευτ - Παρ από 09:00 - 17:00



Η ευτυχία είναι ένα ταξίδι  
που το ξεκινάμε από μωρά



όπου υπάρχει παιδί

Δείτε το νέο site. Κάντε κλικ στο [www.chicco.gr](http://www.chicco.gr)

## Μωρομάντηλα Libero με νέο άρωμα τόσο απαλό όσο το χάδι σας!

- Με αλόη και χαμομήλι
- Χωρίς αλκοόλ και παραβένες
- Δερματολογικά ελεγμένα

**Libero®**

Τηλεφωνήστε χωρίς χρέωση στο **800 11 542376**  
ή μπείτε στο site [www.liberoclub.gr](http://www.liberoclub.gr)  
και γίνετε μέλος του πιο τρυφερού club



# Μητρική Αμβροσία...

τίποτε καλύτερο  
από το μητρικό γάλα.



No. 1 choice  
of hospitals  
& mothers



## Η αντλία στήθους **Symphony** διατίθεται για **Ενοικίαση**

Η Medela θέλοντας να κατανοήσει την επιστήμη του θηλασμού των βρεφών, διεξάγει συνεχώς επιστημονικές έρευνες σε συνεργασία με τους επιστήμονες της Ερευνητικής Ομάδας για τον Μητρικό Θηλασμό, του Πανεπιστημίου της Δυτικής Αυστραλίας (UWA). Βασισμένη σε αυτές τις επιστημονικές έρευνες η Medela βελτιώνει συνεχώς τα προϊόντα της, με πιο σημαντικό αποτέλεσμα, τη δημιουργία αντλιών στήθους νέας γενιάς - τεχνολογίας 2-Φάσεων, της ενεργοποίησης και της άντλησης. Αποδεδειγμένα αντλείται περισσότερη ποσότητα μητρικού γάλακτος σε λιγότερο χρόνο.



## Calma - Επαναστατική Καινοτομία!

Τώρα η Medela κάνει τη διαφορά με το νέο ειδικό μπιμπερό Calma, τη βέλτιστη λύση για τη σίτιση των βρεφών μόνο με μητρικό γάλα. Με το Calma δίνεται στο βρέφος η δυνατότητα να τρέφεται, να κάνει παύσεις και να αναπνέει όπως και στον φυσικό μητρικό θηλασμό, χωρίς να δημιουργείται σύγχυση θηλών μεταξύ στήθους και μπιμπερό, ώστε να μπορεί να συνεχίσει εύκολα και να επιστρέψει χωρίς πρόβλημα στο στήθος της μητέρας του, απολαμβάνοντας τον μοναδικό δεσμό του θηλασμού για περισσότερο χρόνο. Εμπιστευθείτε τη φύση, εμπιστευθείτε τη Medela.