

ΕΛΛΕΥΘΩ

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



ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ

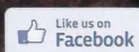
2012



ΕΝΤΥΠΟ ΚΛΕΙΣΤΟ Αρ Αδείας 01170
Αρ Πατνά 2 115 21 Αθήνα, τηλ 210 6465691

Β΄ Περίοδος / Τόμος 17ος / Τεύχος 4ο

Στον κόσμο του
όλα είναι δυνατά!



www.facebook.com/liberoclub.gr

Τηλεφωνήστε χωρίς χρέωση στο **800 11 542376**
ή μπειτέ στο site www.liberoclub.gr
και γίνετε μέλος του πιο τρυφερού club

Libero Comfort Fit και Libero UP & GO.
Πιο λεπτές, για καλύτερη εφαρμογή και απόλυτη
ελευθερία κινήσεων, με τέλεια απορροφητικότητα.



Libero

Τα γυρίσματα του... καιρού και άλλα

Ο καιρός περνάει γοργά: ανελέητος μας κυνηγά, αλλά εμείς αντιστεκόμαστε κόντρα στα αρνητικά που μας έφερε την τελευταία (ιδιαιτέρως) τριετία: θέσεις χάθηκαν, τα μαιευτήρια αρχίζουν να αδειάζουν από τοκετούς, Μαιές και Μαιευτές αναζητούν την τύχη τους σ' άλλες χώρες, εντάσεις αρχίζουν να εμφανίζονται σε όλους τους χώρους. Κοινωνικές αναταραχές εμφανίστηκαν παντού, ακόμα και στο επάγγελμά μας. Οι μεγάλοι χαμένοι; Αυτοί που έκαναν εκπώσεις στη ζωή τους γιατί εκτός από τους μισθούς τους χάθηκε και η βολή τους (απλά γιατί αυξήθηκαν οι απαιτήσεις της δουλειάς και βρέθηκαν γυμνοί χωρίς επιπλέον «φορεσιές» ή «όπλα»).

Έτσι, για μια ακόμα φορά θρηνούμε για όσα αφήσαμε να μας φύγουν (ή τα διώξαμε μόνοι μας) ρίχνοντας το βάρος και τις ευθύνες σ' άλλους (ελληνική πρωτοτυπία η μετάθεση ευθυνών, βέβαια).

Απ' όλα αυτά όμως, βγήκε κάτι καλό! Η «Εθνική Αναγνώριση του ΕΛΕΥΘΩ ως Επιστημονικό Περιοδικό» και η ειρωνεία (!!!) αναγνωρίστηκε στην πιο δύσκολη οικονομική περίοδο της κυκλοφορίας του. Κόντρα όμως σε αυτές τις δυσκολίες, το περιοδικό σαν περιοδική έκδοση, θα επιβιώσει· η ιστορική έκδοσή του θα συνεχισθεί γιατί είναι διαφορετικό να κρατάς στα χέρια σου το έντυπο (σαν κάτι ζωντανό, με υπόσταση), παρά να το βλέπεις μόνο στην οθόνη του pc, του tablet, του ipad ή του iphone σου.

Άλλωστε είναι το μόνο έντυπο που συνδέει το παρελθόν με το παρόν και για αρκετές από τις παλαιότερες μαιές στολίδι της βιβλιοθήκης τους. Μέσα σ' αυτό λοιπόν το ιερό αποτύπωμα της μαιευτικής τέχνης και επιστήμης, της φιλοσοφίας της μαιείωσης και των άοκνων προσπαθειών ανώνυμων Μαιών, είναι τιμή να αρθρογραφούν ή να ανακοινώνουν εργασίες Μαιές και Μαιευτές.

Σαν Μαιά, μέλος της ελληνικής μαιευτικής κοινότητας, όπως επίσης φέροντας τον τιμητικό τίτλο της Προέδρου του ΣΕΜΜΑ, ευχαριστώ όλες τις Μαιές και όλους τους Μαιευτές που στηρίζουν το έργο των ΔΣ, το οποίο και επίπονο και δύσκολο ήταν καθώς, ανεξάρτητα από την οικονομική κρίση, η Ελλάδα είναι, δυστυχώς, κράτος χωρίς δομή. Ευχαριστώ όλους όσους βρίσκονται στις θέσεις

τους σ' όλη την Ελλάδα με βασικό στόχο να προάγουν την υγεία της γυναίκας και του παιδιού της. Τονίζω επίσης τη μέγιστη σημασία των τίτλων “Μαιίας-ευτής” ο οποίος από μόνος του είναι οριστικός και τιμητικός. Οποιαδήποτε άλλη διάκριση ακολουθεί το βασικό τίτλο, δεν τον ορίζει (πχ. MSc. PhD, IBCLC. κλπ.). Ακολουθώντας τον ορισμό του επαγγέλματός μας και με αντίληψη του τίτλου μας, ακολουθώντας τα προνόμια του επιστήμονα, με υπογραμμισμένο τον τίτλο τους χωρίς λοιπούς (ιδιαιτέρως) τίτλους που είναι επικίνδυνο να συνευρίσκονται μαζί με τον τίτλο “Μαία-ευτής”, πιστεύω σε όλους να γίνομαι αντιληπτή. Άλλωστε δοξάζουμε τη μαιευτική σοφία, όχι τα πρόσωπα. Δοξάζουμε το πνεύμα της μαιευτικής, όχι τις ιδιαίτερες δεξιότητες. Μακάρι να συνεχίσουμε να μελετάμε, να φέρνουμε νέα δεδομένα στο προσκήνιο. Είναι η στιγμή των νέων τώρα, αυτών που με την ζέση της ηλικίας και το καθαρό τους πνεύμα θα ανεβάσουν τον πήχη και θα φέρουν αυτό το θείο επάγγελμα- τη Μαιευτική- στη θέση που αξίζει πάντα να βρίσκεται (κι ας μην φτάνουν μερικοί τον πήχη, δεν πειράζει).

Σ' αυτή τη συγκυρία, προσπαθώντας όλοι μαζί, έχουμε ελπίδα να πάρουμε πίσω αυτό που χάθηκε και να προχωρήσουμε μπροστά με κινητήρια δύναμη τη νέα γενιά μαιών και μαιευτών. Αξίζει να προσπαθήσουμε, αρκεί να υποστηρίξουμε τον τίτλο μας. Φτάνει λοιπόν το ξεκατίνασμα στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (πολλές φορές αποδεικνύει ελλείμματα στις γνώσεις μας). Άλλωστε ο NMC (Nursing & Midwifery Council) της Μ.Βρετανίας υποδεικνύει τα μέσα αυτά να χρησιμοποιούνται μόνο σε προσωπικό επίπεδο αλλά με κανέναν τρόπο και για κανένα λόγο εκπροσωπώντας έναν επιστημονικό κλάδο.

Πιστεύοντας στη δύναμη του επαγγέλματός μας δυναμώσουμε σαν άτομα, τολμάμε να αναπτύξουμε τις δεξιότητές μας ακολουθώντας τα χνάρια των ευρωπαίων συναδέλφων μας, με δεδομένη τη βαθιά γνώση της μαιευτικής τέχνης. Είναι εύκολο.

Εις το επαναγραφείν (ελπίζω)

Πέρμα Παναγή

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 17ος, Τεύχος 4ο, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ - ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2012

ISSN 1106 - 6822 Κωδικός ΕΛ.ΤΑ. 011701



ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ.Α.

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

ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ.Α.

Μέλη:	ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΜΑΛΦΑ
	ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΚΑΚΑΒΑΣ
Αναπληρ. Μέλος:	ΣΟΦΙΑ ΓΕΩΡΓΑΝΤΖΗ

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ: Σ.Ε.Μ.Α.

Αριστ. Παππά 2 - 11521 Αθήνα
Τηλ.: 210.6465691, (Fax): 210.6429675
E-mail: sema-icm@otenet.gr
Website: www.semme.gr • www.smmme.gr

Υπεύθυνη σύμφωνα με το νόμο:
ΠΕΡΜΑΝΘΙΑ ΠΑΝΑΝΗ, Πρόεδρος Σ.Ε.Μ.Α.
Αριστ. Παππά 2 - 11521 Αθήνα
Τηλ.: 210.6465691, (Fax): 210.6429675

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΣΣΑΡΗ

Γραφικές Τέχνες
Θήρας 102 - 16451 Αργυρούπολη

Τηλ.: 210.9965656 - Fax: 210.9958328
e-mail: info@ekdoseispassari.gr
www.ekdoseispassari.gr

H SCA Hygiene Products A.E. (Libero) ΕΙΝΑΙ ΚΥΡΙΟΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΗΣ ΤΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΑΘΗΝΩΝ

ΕΛΕΥΘΩ

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

Β Περίοδος - Τόμος 17ος, Τεύχος 4ο,
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ - ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2012

ΕΛΕFΤΗΘ

SCIENTIFIC AND PROFESSIONAL
MAGAZINE PUBLISHED QUARTERLY
OFFICIAL JOURNAL OF HELLENIC MIDWIVES

2nd Period - Volume 17, Number 4,
OCTOBER - NOVEMBER - DECEMBER 2012



Επιστημονικοί Σύμβουλοι
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ
ΙΑΤΡΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Scientific Advisors
PAPANIKOLAOU 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
Σ.Ε.Μ.Μ.Α: Αριστ. Παππά 2 - 11521 Αθήνα
Τηλ.: 210.6465691 (Fax): 210.6429675
E-mail: sema-icm@otenet.gr - Website: www.semma.gr

Scientific papers - Correspondence
H.M.A.: 2 Arist. Pappa str. - 11521 Athens
Tel.: 210.6465691, (Fax): 210.6429675
E-mail: sema-icm@otenet.gr - Website: www.semma.gr

ΕΛΕΥΘΩ

Β Περίοδος - Τόμος 17ος, Τεύχος 4ο,
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ - ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2012

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Μήνυμα Προέδρου <i>Περμανθία Παναγή</i>	135
Θεωρητική προσέγγιση των παραγόντων που επηρεάζουν την επιλογή των γυναικών για τόπο τοκετού <i>Ελένη Χατζηγεωργίου</i>	139
Η Επίδραση της Βουτιλοβρωμιούχου Υοσκίνης(Buscopan®) στον τοκετό <i>Αικατερίνη Κωνσταντέλη</i> <i>Αικατερίνη Ζησιού</i>	150
Οι μελλοντικές μαιευτικές επιπλοκές των γυναικών με παθολογία τραχήλου που υποβάλλονται σε κωνοειδή εκτομή και η σημασία της πρόληψης <i>Δημήτριος Παπουτσής</i>	156
Ενδιαφέρον περιστατικό: Αυτόματη αποβολή κύησης 14 εβδομάδων λόγω ευμεγέθους ενδοτοιχωματικού ινομώματος μήτρας <i>Παναγιώτης Κοντζαγεωργίου</i> <i>Μιχάλης Μώρος</i> <i>Δημήτρης Μετρητίδης</i>	162
Δράσεις, για τον εορτασμό της εβδομάδας μητρικού θηλασμού που έγιναν στη χώρα μας <i>Φανή Πεχλιβάνη</i>	168
Ανακοινώσεις	172

ΕΛΕΥΤΗΘ

2nd Period - Volume 17, Number 4
OCTOBER - NOVEMBER - DECEMBER 2012

CONTENTS

President's Editorial <i>Permanthia Panani</i>	135
Theoretical approach on women's perceptions for birth place choices <i>Eleni Chatzigeorgiou</i>	139
The impact of Hyoscine (N) Butylbromide (Buscopan®) on labor <i>Ekaterini Konstanteli</i> <i>Ekaterini Zisiou</i>	150
Future adverse obstetric outcome in women with CIN pathology following cervical conisation and the importance of primary and secondary prevention <i>Dimitrios Papoursis</i>	156
Case report: spontaneous abortion of a 14 weeks pregnancy due to large fibroid of uterus <i>Panagiotis Kotzageorgiou</i> <i>Michalis Moros</i> <i>Dimitris Metritidis</i>	162
Action for the celebration of World breastfeeding week in our country <i>Fani Pechlivani</i>	168
Announcements	172

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ*“ΕΛΕΥΘΩ”, 4: 139-149, 2012*

Θεωρητική προσέγγιση των παραγόντων που επηρεάζουν την επιλογή των γυναικών για τόπο τοκετού.

Χατζηγεωργίου Ελένη*Μαία, PhD, Μαιευτική Εκπαίδευση,
Ειδικό Εκπαιδευτικό προσωπικό,
Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου.***ΠΕΡΙΛΗΨΗ:**

Εισαγωγή: Ο τοκετός είναι ένα από τα σημαντικότερα γεγονότα στη ζωή της γυναίκας, και η διερεύνηση της σχετικής με τις εμπειρίες των γυναικών από τον τοκετό τους θεωρίας είναι σημαντική για καθοδήγηση της έρευνας σε θέματα περιγεννητικής φροντίδας.

Σκοπός: Η διερεύνηση θεωριών που αναφέρονται στους παράγοντες που έχουν αποδειχθεί καθοριστικοί στην επιλογή των γυναικών για τόπο τοκετού.

Υλικό και Μέθοδος: Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η αναζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων MEDLINE, CINAHL, EMBASE COCHRANE από το 1995 και μετά. Η ανεύρεση τους έγινε με τις λέξεις κλειδιά: childbirth theory, empowerment, birth place, partnership, midwifery model, medical model, women’s experiences.

Αποτελέσματα: Η θεωρία που εντοπίστηκε και προσδιορίζει με σαφήνεια παράγοντες που επηρεάζουν την γυναίκα να επιλέξει τον τόπο που θα γεννήσει το παιδί της είναι η θεωρία “Επικράτεια της Γέννησης”. Η θεωρία αυτή βασίστηκε στη θεωρία της ενδυνάμωσης, της εταιρικής σχέσης, του φεμινισμού και του Φουκώ. Η θεωρία του πατερναλισμού έχει προστεθεί διότι συνδέεται άμεσα με το διερευνώμενο θέμα.

Συμπεράσματα: Η θεωρία “Επικράτεια της Γέννησης” δίνει τη δική της επιστημονική εξήγηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη γυναίκα να επιλέξει τον τόπο τοκετού της. Η διερεύνηση των απόψεων των γυναικών για επιλογή τόπου τοκετού κρίνεται απαραίτητη για τη δημιουργία νέας γνώσης στη περιγεννητική φροντίδα.

Λέξεις κλειδιά: childbirth theory, empowerment, birth place, partnership, midwifery model, medical model, women’s experiences.

Abstract

Introduction: Childbirth is one of the most important events in women's life and birthplace has a significant impact on women's experience. Theory relevant to maternity care is important. Therefore, identification of theories on women's perceptions for birth place choices has scientific interest.

Purpose: To investigate theories concentrate on factors proved to be decisive on women's birth place choices.

Material and Method: The method used was the search of existing literature databases MEDLINE, CINAHL, EMBASE COCHRANE from 1995 onwards. The identification was done by keywords: childbirth theory; empowerment; birth place; partnership; midwifery model; medical model; women's perceptions.

Results: Theory of Birth Territory clearly identifies factors influencing women to choose where to give birth. This theory was based on the theory of empowerment, partnership, feminism and Foucault. The theory of paternalism added due to its relevance to the study issue.

Conclusions: The theory of Birth Territory explains the factors that influence women's birth place choices and has been identified that the most decisive factor is the influence of obstetric and medical model. Exploring the views of women towards birth place choices is needed to create knowledge for perinatal care.

Key words: childbirth theory, empowerment, birth place, partnership, midwifery model, medical model, women's experiences.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η θεωρία σε μια επιστήμη εξασφαλίζει την επαγγελματική αυτονομία κατευθύνοντας την εκπαίδευση, την άσκηση και την έρευνα σε κάθε επάγγελμα (Ραγιά, 2000). Η Μαιευτική επιστήμη σχετικά με άλλες επιστήμες, έχει ελλιπή θεωρία για καθοδήγηση της μαιευτικής εκπαίδευσης, πρακτικής και έρευνας (Fahy and Parrat, 2006). Η δημιουργία θεωρητικού και εννοιολογικού πλαισίου σε

μελέτες που άπτονται μαιευτικών θεμάτων αποτελεί πρόκληση και επίπονο έργο. Η επιλογή της γυναίκας για τόπο τοκετού αποτελεί επίκαιρο, σημαντικό και κοινωνικό θέμα διότι επηρεάζει άμεσα την υγεία της γυναίκας, του νεογνού και της οικογένειας (Kitzinger, 2005, Cheyney, 2008, Lundreng, 2010). Ο εντοπισμός θεωριών σχετικών με την επιλογή των γυναικών για τόπο τοκετού ειδικά και καθοδήγηση της φροντίδας μητρότητας γενικά, έχει επιστημονικό ενδιαφέρον και ουσιαστική χρησιμότητα.

Σκοπός:

Η διερεύνηση θεωριών που αναφέρονται στους παράγοντες που σχετίζονται με την επιλογή των γυναικών για τόπο τοκετού.

Υλικό και Μέθοδος:

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η αναζήτηση της σχετικής διεθνούς βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων MEDLINE, CINAHL, EMBASE και COCHRANE από το 1995 και μετά. Ως χρονικό ορόσημο έχει τοποθετηθεί το 1995, οπότε τότε είχε δημιουργηθεί η θεωρία της εταιρικής σχέσης που έχει υιοθετηθεί και από τη Διεθνή Συνομοσπονδία Μαιών. Η ανεύρεσή τους έγινε με τις λέξεις κλειδιά: childbirth theory, empowerment, birth place, partnership, midwifery model, medical model, women's perceptions. Η αρχική αναζήτηση κατέληξε σε 250 μελέτες. Από τη μελέτη του τίτλου είχαν απορριφθεί 150 μελέτες διότι δεν ήταν σχετικές. Αφού μελετήθηκαν οι περιλήψεις των υπολοίπων παρατηρήθηκε ότι 8 ήταν δημοσιευμένες σε δυο περιοδικά. Στη συνέχεια ακολούθησε έλεγχος των μελετών ως προς το μεθοδολογικό τους επίπεδο σε συνδυασμό με τα κριτήρια εισόδου και η αξιολόγηση οδήγησε στον αποκλεισμό 70 μελετών. Από την αναζήτηση προέκυψαν μελέτες εκ των οποίων οι 18 πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής: 1. Να ήταν γραμμένες στα ελληνικά ή αγγλικά. 2. Να είναι δημοσιευμένες σε έγκυρα περιοδικά 3. Να εστιάζονται σε θεωρίες που αναφέρονται σε παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή της γυναίκας για τόπο τοκετού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα των μελετών αναλύθηκαν με την μέθοδο ανάλυσης περιεχομένου και έχουν αναδείξει ότι η θεω-

ρία “Επικράτεια της Γέννησης” προσδιορίζει με σαφήνεια παράγοντες που επηρεάζουν τη γυναίκα να επιλέξει τον τόπο που θα γεννήσει το παιδί της. Η θεωρία “Επικράτεια της Γέννησης” αποτελείται από δυο βασικές έννοιες: την έννοια της Δικαιοδοσίας και την έννοια της Επικράτειας. Η έννοια της Επικράτειας αποτελείται από τις υποέννοιες της Αίθουσας Επιτήρησης και του Ιερού και η Δικαιοδοσία από τις υποέννοιες: Ενοποιητική Δύναμη, Πειθαρχική Δύναμη, Κηδεμονία και Κυριαρχία. Όλα αυτά τα στοιχεία παρουσιάζονται από τις Fahy and Parrat (2006) ότι περιβάλλουν και επηρεάζουν τη γυναίκα στην επιλογή της για τον τόπο και την έκβαση του τοκετού της.

Η Επικράτεια δηλώνει τον τόπο, τα φυσικά χαρακτηριστικά και τη γεωγραφική έκταση των επιμέρους χώρων του τόπου γέννησης, συμπεριλαμβανομένων των επίπλων και των αντικειμένων που η γυναίκα θα χρησιμοποιήσει κατά τον τοκετό της και αποτελείται από δύο επιμέρους έννοιες την Αίθουσα επιτήρησης και το Ιερό. Οι έννοιες αυτές ορίζουν δυο αντίθετες προσεγγίσεις της θεωρίας, όπου το Ιερό, ορίζεται ως ο χώρος όπου το άτομο έχει τη δυνατότητα να ενωθεί με την εσωτερική του δύναμη και σχετίζεται με την πνευματικότητα.

Σύμφωνα με τη θεωρία των Fahy and Parrat (2006) ως “Ιερό” στη φροντίδα μητρότητας χαρακτηρίζεται ο τόπος, στον οποίο εξασφαλίζεται το οικογενειακό περιβάλλον και αποσκοπεί στη βελτιστοποίηση της ιδιωτικής ζωής, στη διευκόλυνση και στην άνεση των γυναικών να εμπιστευτούν τον εαυτό τους. Σε αυτό το οικογενειακό περιβάλλον αναμένεται να υπάρχει ολιστική προσέγγιση, εύκολη πρόσβαση σε ατομική τουαλέτα, με βαθιά μπανιέρα και ωραία χρώματα. Περαιτέρω, αναμένεται να υπάρχει μια κλειστή πόρτα για να παρέχει στη γυναίκα ησυχία, ηρεμία και αίσθημα ασφάλειας. Όλα αυτά τα στοιχεία θα βοηθήσουν τη γυναίκα να νιώθει άνετα και οικεία στο περιβάλλον της και να αισθάνεται περισσότερη ασφάλεια. Όλοι αυτοί οι παράμετροι γεμίζουν τη γυναίκα με θετικά συναισθήματα και αυτά τα συναισθήματα θα βοηθήσουν τη γυναίκα να αποκτήσει περισσότερη αυτοπεποίθηση. Στη συνέχεια η αυξημένη αυτοπεποίθηση θα οδηγήσει στη βέλτιστη φυσιολογική λειτουργία του σώματος της γυναίκας. Η συναισθηματική ευεξία, ο αυτοέλεγχος και η αυτοπεποίθηση θα ενισχύσουν την ενοποιητική δύναμη της γυναίκας και θα τη βοηθήσουν να γεννήσει το παιδί της όπως αυτή επιθυμεί. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, οι επαγγελματίες υγείας αναμένεται να σέβονται το δικαίωμα της επιλο-

γής των γυναικών και να προάγουν την αποδοχή της ευθύνης για τα αποτελέσματα των επιλογών τους. Αυτά τα στοιχεία εμπειροκλείονται στον κώδικα δεοντολογίας των Μαιών (ICM, 2011).

Αντίθετα, η Αίθουσα/δωμάτιο Επιτήρησης είναι η άλλη υπο-έννοια της Επικράτειας και συνάδει με τη φιλοσοφία του ιατρικού μοντέλου. Το περιβάλλον σύμφωνα με το Δωμάτιο Επιτήρησης σκοπό έχει να διευκολύνει την επιτήρηση της γυναίκας, να βελτιστοποιήσει την παρακολούθηση, να ενισχύσει την εξουσία και να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας στην εκτέλεση των καθηκόντων τους. Αυτό αποδεικνύεται διότι στα δωμάτια επιτήρησης συνήθως υπάρχει ένα κρεβάτι το οποίο βρίσκεται στο κέντρο και πόρτα με παράθυρο για να μπορούν οι επαγγελματίες υγείας να έχουν άμεσο έλεγχο. Αυτό το περιβάλλον δημιουργεί σε μερικές γυναίκες το αίσθημα της ανασφάλειας, μειώνει την αυτοπεποίθησή τους και τους δημιουργεί ψυχολογική ένταση. Αυτά τα στοιχεία σχετίζονται με τη δύναμη που ασκείται στον τόπο τοκετού από τους επαγγελματίες υγείας και περιγράφεται ως “Πειθαρχική Δύναμη”.

Η Πειθαρχική και η Ενοποιητική Δύναμη είναι συστατικά στοιχεία της δικαιοδοσίας μαζί με την κηδεμονία και την κυριαρχία. Η ενοποιητική δύναμη, σχετίζεται με τη Θεωρία της Ενδυνάμωσης και την Κηδεμονία που αναμένεται η γυναίκα να έχει από τους επαγγελματίες υγείας.

• Η Ενοποιητική Δύναμη και η Ενδυνάμωση της γυναίκας στην Περιγεννητική Φροντίδα.

Η έννοια της Ενδυνάμωσης και της Ενοποιητικής Δύναμης χρησιμοποιούνται σε σχέση με τις γυναίκες και άλλες ομάδες των οποίων τα θεμελιώδη δικαιώματα δεν διασφαλίζονται πλήρως (Kent, 2000). Η Ενοποιητική Δύναμη αναφέρεται από τις Fahy and Parrat (2006) ότι χρησιμοποιείται από το άτομο για επίτευξη υψηλών στόχων. Η επίτευξη Ενοποιητικής Δύναμης σχετίζεται με την Ενδυνάμωση αλλά η Ενδυνάμωση είναι μια δύσκολη έννοια για να καθοριστεί (Hegar, 1988). Αναφέρεται ότι οι έννοιες που δηλώνουν την απουσία της όπως η αδυναμία, η ανικανότητα, η αποξένωση διατυπώνονται και κατανοούνται ευκολότερα (Gibson, 1991). Η ρητορική της Ενδυνάμωσης είναι η ώθηση για ενημερωμένη επιλογή και έλεγχο στη λήψη αποφάσεων (Parrat, 2005). Η Keiffer (1984) αναφέρει ότι ο όρος Ενδυνάμωση δεν έχει σαφώς καθοριστεί και δεν χρησιμοποιείται με

συνέπεια, συνδέεται όμως με έννοιες όπως η αμοιβαία στήριξη, συστήματα υποστήριξης, οργάνωση της κοινότητας, προσωπική αποτελεσματικότητα και επάρκεια. Ο Spitzer (1995) ορίζει την Ενδυνάμωση ως τη διαδικασία της διευκόλυνσης των ατόμων να επιβληθούν στο περιβάλλον τους, να έχουν αυτοέλεγχο και να επιτύχουν την αυτοδιάθεσή τους.

Το ενδιαφέρον και η χρησιμοποίηση της έννοιας της Ενδυνάμωσης στην Περιγεννητική Φροντίδα ενισχύθηκε από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 με τον ορισμό της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας για την προαγωγή της υγείας (WHO, 1985). Η προαγωγή της υγείας καθορίζεται ως μια διαδικασία που επιτρέπει στους ανθρώπους να αυξήσουν τον έλεγχο και να βελτιώσουν το περιβάλλον τους και προάγει την ενδυνάμωση των ανθρώπων για αυτοφροντίδα καθώς και την προώθηση της θετικής συμπεριφοράς σε θέματα υγείας, με απώτερο στόχο την διατήρηση της υγείας (Hawks, 1992, Hermansson and Martensson, 2010). Η Ενδυνάμωση λοιπόν, συνδέεται με τις παραδοσιακές έννοιες της αυτονομίας, της αυτοεκτίμησης και του αυτοπροσδιορισμού, δηλαδή με την ύπαρξη συνειδητής δυνατότητας επιλογής και δημιουργικότητας. Η Ενδυνάμωση και η Συνειδητή Επιλογή μπορούν να πραγματοποιηθούν με το κατάλληλο υποστηρικτικό κοινωνικό περιβάλλον (Jomeen, 2009).

Με βάση μια θεωρητική ανάλυση του Gibson (1991, 1995) η Ενδυνάμωση έχει οριστεί ως μια κοινωνική διαδικασία της αναγνώρισης, της προώθησης και της ενίσχυσης των ικανοτήτων των ατόμων να καλύψουν τις δικές τους ανάγκες, να λύσουν τα δικά τους προβλήματα και να κινητοποιήσουν τους απαραίτητους μηχανισμούς ώστε να αισθάνονται ότι έχουν τον έλεγχο της ζωής τους. Οι Kuokkanen και Leino-Kilpi (2000) περιγράφουν την Ενδυνάμωση ως μια έννοια ομπρέλα τόσο ευρεία που μπορεί να καταστεί συνώνυμη με την έννοια της φροντίδας. Η Ενδυνάμωση είναι μια διαδικασία που ενισχύει τους ανθρώπους να διεκδικούν τον έλεγχο των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία τους (Harding, 1996, 2000, Hall and Stevens, 1991). Σε αυτό το πλαίσιο, οι επαγγελματίες υγείας αναμένεται να εστιάσουν την προσοχή τους στη προαγωγή της υγείας και στην πρόληψη της ασθένειας. Η πραγματική υιοθέτηση όμως ενός μοντέλου Ενδυνάμωσης στο τομέα της υγείας απαιτεί ριζική αλλαγή στη στάση των επαγγελματιών υγείας που παρέχουν φροντίδα (Hermansson and Martensson, 2010).

Στο πλαίσιο της φροντίδας μητρότητας, η έννοια της Ενδυνάμωσης έχει περιγραφεί, αλλά δεν έχει αναλυθεί πλήρως (Parrat, 2005). Στη μαιευτική οι Malin και Teasdale (1991) είχαν περιγράψει την σχέση μεταξύ των εννοιών της φροντίδας και της χειραφέτησης των δικαιωμάτων, ως διάκριση μεταξύ δύο επιπέδων, μικροεπίπεδο και μακροεπίπεδο, στο οποίο μπορεί να λειτουργήσει η ενδυνάμωση. Η προσωπική όμως σημασία της Ενδυνάμωσης ποικίλλει ανάλογα με το άτομο, και το επίπεδο της Ενδυνάμωσης μέσα στο οποίο το άτομο λειτουργεί (Hermansson and Martensson, 2010). Το μικροεπίπεδο περιλαμβάνει την εταιρική σχέση, με την οποία ο επαγγελματίας υγείας βάζει τις δεξιότητες και τις γνώσεις του στη διάθεση της γυναίκας, για να λάβει η ίδια υπεύθυνη απόφαση. Σε μακροεπίπεδο, οι προσδοκίες της Ενδυνάμωσης από την οργάνωση και τη διαχείριση είναι εκτεταμένες, συμπεριλαμβανομένης της ελευθερίας και της αυτονομίας να επιλέξουν οι γυναίκες που θα γεννήσουν τα παιδιά τους. Βασική συνιστώσα για την επίτευξη ορθολογιστικής επιλογής των γυναικών είναι η σχέση που αναπτύσσει η γυναίκα με τους επαγγελματίες υγείας. Η σχέση αυτή ονομάστηκε Εταιρική Σχέση και έχει αναπτυχθεί στη μαιευτική βιβλιογραφία από τη δεκαετία του 1980 (Fahy, 2002).

• Εταιρική Σχέση μεταξύ γυναίκας και Μαιών.

Η Εταιρική Σχέση ανήκει στο μικροεπίπεδο της Ενδυνάμωσης, είναι ένα φεμινιστικά εμπνευσμένο παράδειγμα της ισότιμης εταιρικής σχέσης μεταξύ των μαιών και των γυναικών (Fleming, 200). Η σχέση αυτή περιγράφεται ότι θέτει τα θεμέλια για δημιουργία ενός νέου μοντέλου μαιευτικής φροντίδας, το οποίο εστιάζεται στην εξατομικευμένη φροντίδα (Sandall, 1995). Η έννοια της Εταιρικής Σχέσης έχει συζητηθεί σε βάθος σε περιβάλλοντα των επιχειρήσεων και των διαχειρίσεων και τη δεκαετία του 1990 είχε διερευνηθεί σε επαγγέλματα όπως τη Μαιευτική και τη Νοσηλευτική (Fahy, 2002). Οι Guilliland και Pairman (1995) ήταν οι δημιουργοί της Εταιρικής Σχέσης και είχαν τονίσει ότι η ισότητα είναι το θεμέλιο για αυτή την σχέση. Ωστόσο, άλλοι ερευνητές δεν θεωρούν την ισότητα ως κεντρικό στοιχείο της Εταιρικής Σχέσης εξηγώντας ότι η ανισορροπία δύναμης, είναι σχεδόν αναπόφευκτη στη φροντίδα μητρότητας, διότι οι εταίροι έχουν διαφορετικά επίπεδα γνώσεων και διαφορετικές οπτικές γωνίες (Skinner, 1999, Timperley και Robinson,

2002). Στον τομέα της μαιευτικής η αντίληψη της Εταιρικής Σχέσης εξετάζεται επίσης ως ένα εναλλακτικό μοντέλο για το πώς θα μπορούσε η εξουσία να επηρεαστεί (Thomas, 2000).

Οι Guilliland και Pairman (1995) είχαν τονίσει ότι η Εταιρική Σχέση, θα ήταν καλό να αναπτύσσεται μεταξύ της μητέρας και της μαιίας και να χαρακτηρίζεται από εμπιστοσύνη και αμοιβαία κατανόηση. Η Pairman (1999) όμως, είχε θέσει μια σειρά ερωτήσεων σχετικά με τη φροντίδα που παρέχει το Μαιευτικό μοντέλο και την εταιρική σχέση. Οι βασικοί προβληματισμοί της ήταν: «Τι σημαίνει πραγματικά η Εταιρική Σχέση στη Μαιευτική επιστήμη». Επίσης είχε διερωτηθεί αν οι μαιίες και οι γυναίκες κατανοούν την Εταιρική Σχέση με τον ίδιο τρόπο και πώς οι μαιίες θα προωθήσουν την πρακτική της Εταιρικής Σχέσης. Στο τέλος είχε θέσει τον προβληματισμό αν για την επίτευξη αυτής της Εταιρικής Σχέσης χρειάζεται αλλαγή, στο πλαίσιο των υπηρεσιών της μητρότητας.

Η Skinner (1999) είχε ασχοληθεί και αυτή με την Εταιρική Σχέση στη μαιευτική πρακτική και είχε δηλώσει ότι μια από τις κυριότερες ανησυχίες της για το μοντέλο των Guilliland and Pairman (1995), είναι ότι δεν αναφέρεται ρητά στην πλήρη έκταση της διαφοράς ισχύος μεταξύ της μαιίας και της γυναίκα. Ειδικότερα, η Skinner (1999) ήταν της άποψης ότι η διαφορά γνώσης μεταξύ μαιών και γυναικών επηρεάζει την Εταιρική Σχέση και προσπάθησε να προσθέσει νέες έννοιες όπως τη σημαντικότητα της ατομικής διαπραγμάτευσης, της ισότητας, της συνυπευθυνότητας, της ενδυνάμωσης, της ενημερωμένη επιλογής και της συναίνεσης. Οι Timperley και Robinson (2002) σχετικά με την έννοια της Εταιρικής Σχέσης είχαν αναφέρει ότι η μικροπολιτική μέσα σε μια σχέση μπορεί να προκαλέσει ανισότητες και είχαν αναφέρει ότι κατά τη λήψη συγκεκριμένων αποφάσεων, η εξουσία είναι συνήθως άνιση. Οι Timperley και Robinson (2002) αναφέρουν ότι η ίση δύναμη καθιστά την παραδοχή, ότι οι εταίροι οι οποίοι έχουν διαφορετικούς ρόλους, εμπειρογνωμοσύνη, νομικές ευθύνες, ενδιαφέροντα δεν μπορούν να έχουν κοινά χαρακτηριστικά. Επιπρόσθετα, η ισότητα είναι σημαντική κατά τη διαπραγμάτευση και η δύναμη μπορεί να μοιραστεί, προβάλλοντας το επιχειρήματα ότι οι σχέσεις μπορούν να καθοριστούν με τρόπο όπου η ισχύς θα διανέμεται (Timperley και Robinson, 2002). Με τη χρήση της Εταιρικής Σχέσης οι Tully et al (1998) προέβλεψαν το επιχειρήματα ότι η μαιία είναι σε θέση να προάγει τα δικαιώματα της γυναίκας και να είναι συ-

νήγορος της. Σε αυτή την θέση η Leap (2000) εξηγεί ότι είναι επιτακτική ανάγκη η Εταιρική Σχέση να υιοθετηθεί από τους επαγγελματίες υγείας και την είχε περιγράψει ως σχέση μεταξύ ίσων, των μαιών και των γυναικών.

Οι Carolan and Hodnett (2007) είχαν αναφέρει ότι η «εταιρική σχέση» και η προσέγγιση «μαζί με τη γυναίκα» είναι καινούργιες έννοιες στη φροντίδα μητρότητας και θα ήταν σημαντικό να αξιολογηθεί η χρησιμότητά τους. Έτσι, αποφάσισαν με τη βοήθεια της κριτικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης να διερευνήσουν τις απόψεις των γυναικών και των μαιών για την Εταιρική Σχέση. Βασικό συμπέρασμα ήταν η διαπίστωση ότι η έμφαση που δίνεται από τις μαιίες για τη φυσιολογία, την εταιρική σχέση και την προώθηση του φυσιολογικού τοκετού είχε δημιουργήσει πρόβλημα στη φροντίδα μητρότητας. Η εξήγηση που δόθηκε ήταν ότι οι γυναίκες τον 21ο αιώνα αποκτούν παιδιά σε μεγαλύτερη ηλικία και η μεγάλη ηλικία κατά την εγκυμοσύνη είναι ένας παράγοντας που μπορεί να οδηγήσει σε επιπλοκές. Σε αυτές τις περιπτώσεις η γυναίκα παρακολουθείται από ομάδα ειδικών και αναμένεται να γεννήσει στο νοσοκομείο και στο νοσοκομείο είναι δύσκολο να λειτουργήσει η Εταιρική Σχέση. Παράλληλα, είχαν τονίσει ότι η Εταιρική Σχέση με τους πελάτες στους τομείς της υγείας μπορεί να οριστεί ως ένα σεβαστό μέσο για διαπραγμάτευση και δράση. Το μέσο αυτό με συντονισμένη διαπραγμάτευση και μέσο συντονισμένης δράσης θα επιτρέψει στο χρήστη των υπηρεσιών υγείας να έχει επιλογή, συμμετοχή και ισότητα. Αυτές οι συνιστώσες μπορούν να εξασφαλισθούν μέσα από μια ειλικρινή, σχέση εμπιστοσύνης που βασίζεται στην ενσυναίσθηση, την υποστήριξη και την αμοιβαιότητα (Gambetta, 1988).

Απόρροια όσων έχουν διατυπωθεί είναι ότι η Εταιρική Σχέση διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στη φροντίδα των γυναικών και οι γυναίκες αναμένεται να την επιζητούν ως ένα από τα καλύτερα μοντέλα φροντίδας. Το καλύτερο μοντέλο φροντίδας μητρότητας είναι αυτό που απαιτεί υψηλού επιπέδου διαπροσωπικές σχέσεις και δεξιότητες επικοινωνίας από τους επαγγελματίες υγείας και αυτές οι σχέσεις και δεξιότητες δημιουργούν το περιβάλλον με την ονομασία Ιερό (Fahy and Parrat, 2006). Το ιερό και η θρησκεία δίνουν στο άτομο δύναμη η οποία πηγάζει από μια ανώτερη δύναμη, η οποία έχει ως επίκεντρο τον άνθρωπο και συνάδει με τη φιλοσοφία του μαιευτικού μοντέλου (Parrat, 2005, Parrat and Fahy, 2008).

Αυτή η διαπίστωση έχει διαψευστεί από τη μελέτη της

Fleming (1998), η οποία με διαχρονική μελέτη τριών χρόνων είχε διερευνήσει τις απόψεις των μαιών και των γυναικών για την Εταιρική Σχέση. Βασικό συμπέρασμα αυτής της μελέτης ήταν ότι οι γυναίκες δεν είχαν αναφέρει την ψυχολογική στήριξη των μαιών και γενικά τη σχέση τους με τις μαιές ως πολύ σημαντική παράμετρο στη φροντίδα τους. Αντίθετα, οι μαιές είχαν αναφέρει ότι ο ρόλος τους είναι πολύ σημαντικός διότι οι γυναίκες χρειάζονται τις μαιές για να τους παρέχουν ψυχολογική στήριξη. Αυτά τα ευρήματα ενισχύθηκαν περαιτέρω με τις απόψεις της Shaw (2006), η οποία είχε ασκήσει κριτική στο τρόπο που χρησιμοποιείται η Εταιρική Σχέση από τις μαιές εξηγώντας ότι οι μαιές αντιλαμβάνονται αυτή την σχέση διαφορετικά από τη γυναίκα. Συγκεκριμένα, είχε αναφέρει ότι υπάρχουν γυναίκες που δεν θέλουν την Εταιρική Σχέση και επιθυμούν οι ειδικοί να αποφασίζουν για αυτές.

Ως εκ τούτου, υπάρχουν γυναίκες που απορρίπτουν το Ιερό και επιζητούν φροντίδα σύμφωνα με το Δωμάτιο Επιτήρησης. Αυτές οι διαπιστώσεις προτρέπουν τους επαγγελματίες υγείας να παρέχουν εξατομικευμένη φροντίδα, εντοπίζοντας τις ατομικές ανάγκες της κάθε γυναίκας. Βασική παράμετρος για σωστή αξιολόγηση και εντοπισμό των αναγκών της γυναίκας είναι η ενσυναίσθηση η οποία είναι συστατικό στοιχείο της εταιρικής σχέσης αλλά και της ποιοτικής φροντίδας (Parrat and Fahy, 2003, Parrat, 2005).

Καταληκτικά, η θεωρία της Επικράτειας, της Ενδυνάμωσης και της Εταιρικής Σχέσης σχετίζονται άμεσα και έχουν στόχο να βοηθήσουν τη γυναίκα να αναλάβει τον έλεγχο του τοκετού της και να προβεί στη καλύτερη επιλογή (McAllister, 2008). Για επίτευξη αυτού του στόχου αναμένεται η γυναίκα να έχει τη κοινωνική θέση που της αναλογεί και εύστοχα οι Fahy and Parrat (2006) στη θεωρία τους αναφέρονται στο Φεμινισμό. Ο Φεμινισμός έχει δημιουργηθεί με βασικό σκοπό την αντιμετώπιση της γυναικείας υποτέλειας (Sandal, 1996). Επιπρόσθετα έχει αναφερθεί ότι η πλειονότητα των μαιών είναι γυναίκες και αυτό έχει επηρεάσει αρνητικά το μαιευτικό επάγγελμα διότι οι γυναίκες δεν είναι διεκδικητικές όπως τους άντρες (Davies, 1995, Davies et al, 1996). Πολλές μελέτες στη προσπάθειά τους να εξηγήσουν τα προβλήματα των μαιών έχουν χρησιμοποιήσει την ιδεολογία του Φεμινισμού (Fahy, 2002).

• Μαιευτικό μοντέλο και Φεμινισμός

Η φιλοσοφία του μαιευτικού μοντέλου στηρίζεται στην φυσιολογία, στην ιδεολογία του Φεμινισμού, στην ενδυνάμωση της γυναίκας και προτρέπει τη γυναίκα να χρησιμοποιήσει τη γυναικεία της σοφία και δύναμη αφενός για να γεννήσει φυσικά και αφετέρου να έχει ομαλή σύνδεση με το παιδί της (Kennedy, 2000, Kennedy and Kennedy, 2004). Αυτή η περιγραφή ανταποκρίνεται στη περιγραφή του Ιερού της θεωρίας της Επικράτειας. Περαιτέρω, το μαιευτικό μοντέλο προσβέυει ότι το επίκεντρο στη φροντίδα μητρότητας είναι η γυναίκα, προάγει την αυτονομία της και παρέχει ολιστική αντιμετώπιση των αναγκών της γυναίκας, του νεογνού και της οικογένειας (Coyle et al, 2001, Downe and McCourt, 2004). Ο φεμινισμός ως ιδεολογία καθοδηγεί τη γυναίκα να διεκδικεί τα δικαιώματά της, να έχει επιλογή στη φροντίδα της και έλεγχο σε όλα τα στάδια της ζωής της (Fahy and Parrat, 2006).

Ο Φεμινισμός στηρίζεται στην αντίληψη ότι η συμπεριφορά της κοινωνίας απέναντι στις γυναίκες είναι άδικη και καταπιεστική. Αναλύει τις αιτίες και τις διαστάσεις της καταπίεσης των γυναικών και προσπαθεί να αφυπνίσει και να ενεργοποιήσει τις γυναίκες για να υπερασπιστούν τα δικαιώματά τους (Fahy, 2002). Ως κοινωνικό κίνημα, ο Φεμινισμός εστιάζεται κατά πολύ στον περιορισμό της φυλετικής ανισότητας και στην προώθηση των δικαιωμάτων, των συμφερόντων και των γυναικείων προβλημάτων στην κοινωνία (Nusbaum, 2006). Ο Φεμινισμός ως ιδεολογία και κοινωνικό κίνημα αμφισβητεί την αντίληψη ότι οι γυναίκες δεν είναι ίσες με τους άντρες και θεωρεί τις πατριαρχικές δομές, τον ρατσισμό, τον σεξισμό, το χειρισμό της διαφορετικότητας ως παράγοντες που οδηγούν στην ανισότητα και στις κοινωνικές διακρίσεις. Η πρώτη φεμινιστική σκέψη επικεντρώθηκε στη διεκδίκηση πολιτικών δικαιωμάτων των γυναικών. Επιτομή των διεκδικήσεων αυτών ήταν το πρώτο συνέδριο για τα δικαιώματα των γυναικών στο Seneca Falls, στη Νέα Υόρκη, το 1848 (Lazarus, 1994). Μερικές φεμινίστριες εστιάζονται στην τεκμηρίωση της ανισότητας φύλου και των αλλαγών στην κοινωνική θέση και στην εκπροσώπηση των γυναικών. Άλλες ισχυρίζονται πως το κοινωνικό φύλο και το βιολογικό φύλο, είναι κοινωνικές κατασκευές και αναπτύσσουν εναλλακτικά μοντέλα μελέτης των κοινωνικών σχέσεων (Sandal, 1996).

Το φεμινιστικό κίνημα γενικά προσπαθεί να αντιμετω-

πίσει το φαινόμενο της γυναικείας υποτέλειας. Για τη κατανόηση της οικουμενικότητας της γυναικείας υποτέλειας, ενδιαφέρουσες είναι οι απόψεις της Ortner (1994), η οποία προτείνει ότι η γυναικεία υποτέλεια είναι κοινωνικό δημιούργημα. Στη προσπάθεια της να το εξηγήσει είχε υποστηρίξει ότι για να διαμορφωθεί αυτή η εξουσιαστική σχέση μεταξύ γυναικών και αντρών, οι γυναίκες ταυτίζονται συμβολικά με τη φύση, σε αντίθεση με τους άντρες που ταυτίζονται με τον πολιτισμό. Παράλληλα, η κοινωνική κινητικότητα της γυναίκας, σε κάποιες χρονικές περιόδους της ζωής της είναι ελάχιστη διότι οι βιολογικές της λειτουργίες όπως ο θηλασμός και η φροντίδα των παιδιών γενικότερα την περιορίζουν από την προσωπική της ανάπτυξη. Πιο συγκεκριμένα αναφέρει ότι το σώμα της γυναίκας αφιερώνεται για περισσότερο χρόνο στην αναπαραγωγή του είδους, σε αντίθεση με τον άντρα του οποίου το σώμα έχει περισσότερο χρόνο να ασχοληθεί με το πολιτισμό και τη τεχνολογία. Έτσι, με τη πάροδο του χρόνου τα δίπολα θηλυκό/αρσενικό, φύση/πολιτισμός έχουν μετατραπεί σε εξουσιαστικές κατηγορίες που νομιμοποιούν τη κοινωνική θέση της γυναίκας στη δυτική κοινωνία (Αλεξιάς, 2006).

Τη θεωρία του Φεμινισμού έχουν χρησιμοποιήσει ανθρωπολόγοι για να εξηγήσουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες και οι μαιείς, τα οποία συνδέονται με την ιατρικοποίηση του τοκετού (Davis Floyd, 2003). Συγκεκριμένα είχαν αναλύσει τον τοκετό, ως ένα μικρόκοσμο της ευρύτερης κουλτούρας. Η ευρύτερη κουλτούρα εμπιστεύεται περισσότερο το ιατρικό μοντέλο από το μαιευτικό μοντέλο. Παράλληλα, το ιατρικό μοντέλο προσφέρεται από μαιευτήρες που οι περισσότεροι είναι άντρες και το μαιευτικό μοντέλο προσφέρεται από μαιείς/μαιευτές αλλά ελάχιστοι είναι οι άνδρες μαιευτές. Κατά συνέπεια το μαιευτικό επάγγελμα έχει προβλήματα που σχετίζονται με το φαινόμενο της γυναικείας υποτέλειας (Kirkham, 1996, 1999).

Η φεμινιστική προσέγγιση και το μαιευτικό μοντέλο προσπαθούν να ενδυναμώσουν τις γυναίκες. «Να Ζουν και να ενεργούν με ενημερωμένο και υπεύθυνο τρόπο» (Fahy, 2002:55). Οι μαιείς ως επαγγελματίες υγείας αναμένεται να ενεργούν με γνώμονα το όφελος των γυναικών, της μαιευτικής επιστήμης, ενδυναμώνοντας τους εαυτούς τους και τις γυναίκες (Fleming, 2000). Βασικός στόχος των μαιών είναι η παροχή εξατομικευμένης φροντίδας και ενδυνάμωση της γυναίκας να έχει έλεγχο στο τοκετό της (Downe et al, 2008). Περαιτέρω, σύμφωνα με τις

μελέτες των Fleming (2000) και Carolan and Hodnett (2007), πολλές γυναίκες είχαν δηλώσει ότι νοιώθουν περισσότερη ασφάλεια οι επαγγελματίες υγείας να αποφασίζουν για αυτές και να είναι υπό επιτήρηση. Αυτή τη διαπίστωση είναι σύμφωνη με τη θεωρία του Φουκώ η οποία έχει χρησιμοποιηθεί στη θεωρία της «Επικρατείας της Γέννησης» για να αναλυθεί η Πειθαρχική Δύναμη και η Ανάγκη της Επιτήρησης. Αυτοί οι παράμετροι χρησιμοποιούνται από τις μαιείς και τους μαιευτήρες που αποδέχονται την ιατρικοποίηση του τοκετού.

• Το ιατρικό μοντέλο, η θεωρία του Φουκώ και του Πατερναλισμού.

Ο Illich (1990), έχει περιγράψει την ιατρικοποίηση σε τρία επίπεδα: στο κλινικό, στο κοινωνικό και στο πολιτιστικό. Η ιατρικοποίηση, δηλαδή, αναφέρεται στις παθήσεις που προκαλεί η ίδια η ιατρική, στις ιατρικοποιητικές επιπτώσεις της θεσμικής μορφής της φροντίδας υγείας στην κοινωνία και ειδικότερα στην οικειοποίηση της υγείας που επηρεάζει γενικά τον πολιτισμό. Ο Zola (1987) ορίζει με παρόμοιο τρόπο την ιατρικοποίηση και δίνει έμφαση σε διαφορετικά στοιχεία ο καθένας. Ο πρώτος υποστηρίζει ότι η ιατρικοποίηση συμβαίνει μέσα από διατήρηση της εικόνας που έχουν οι γιατροί στην κοινωνία ότι οι παρεμβάσεις τους γίνονται μόνο για το καλό του ασθενή (Johanson et al, 2002).

Ο Purdy (2001), εξηγεί ότι η ιατρικοποίηση λαμβάνει χώρα σε διαφορετικό επίπεδο το εννοιολογικό και το θεσμικό. Στο εννοιολογικό ο γιατρός με τη χρήση ιατρικών όρων παρουσιάζει ένα πρόβλημα. Στο θεσμικό, όταν οι γιατροί δρουν ως νομιμοποιητές της ιατρικοποίησης και παρέχουν ιατρική διάγνωση και θεραπεία μόνο για το πρόβλημα που έχει αναφερθεί χωρίς να αξιολογούν ολιστικά τον ασθενή. Συνάγεται λοιπόν σε αυτή την περίπτωση ότι οι γιατροί αντιλαμβάνονται τον ασθενή ως μια παθητική οντότητα, που συνθλίβεται κάτω από το βάρος της ιατρικής αυθεντίας (Αλεξιάς, 2006). Ο Gabe (2004) επισημαίνει ότι η ιατρικοποίηση σύμφωνα με την κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας, δίνει έμφαση στην παραγωγή «πειθήνιων σωμάτων», δηλαδή ατόμων που θα ακολουθούν τις οδηγίες αυτών που έχουν εξουσία χωρίς διαμαρτυρία. Για τα πειθήνια σώματα έχει αναφερθεί και ο Φουκώ στη δική του θεωρία η οποία επικεντρώθηκε στις μεγάλες μεταμορφώσεις των δυτικών κοινωνιών, που έλαβαν χώρα στα τέλη του 18ου

και τις αρχές του 19ου αιώνα. Αποτέλεσμα αυτών των μεταμορφώσεων ήταν η ανάδυση μιας νέας μορφής ισχύος, που η άσκησή της εστιάζοταν στα σώματα των ατόμων τα οποία μετατρέπονταν σε πειθήνια σώματα. Η πειθαρχική ισχύς, όπως την αποκάλυψε ο Φουκώ, εκδηλώθηκε μέσω των διαδικασιών της κανονικοποίησης και της πειθαρχησης. Μέσω των επιστημών, είχε εφαρμοσθεί η πειθαρχική ισχύς κατά την οποία επέβαλλε στα σώματα ότι θα πρέπει να είναι πειθήνια (Foucault, 1977).

Ο Φουκώ (1977) είχε εξηγήσει ότι η ιατρική αποτελεί μέρος ενός ευρύτερου μηχανισμού πειθαρχησης, ο οποίος αναπτύχθηκε στη διάρκεια του 19ου αιώνα και πρόκειται για ένα μηχανισμό που σχετίζεται άμεσα με το πανόπτικο. Το πανοπτικό ήταν μια δακτυλοειδής φυλακή που σχεδίασε ο Bentham το 1787 στην Αγγλία και αποτελεί ένα αρχιτεκτονικό δημιούργημα βασισμένο στην απλή συλλογιστική της αόρατης και συνεχούς παρακολούθησης των κρατουμένων από την εξουσία. Η «πανοπτική» παρακολούθηση των σωμάτων καθιστά το άτομο αντικείμενο πληροφόρησης και πηγή γνώσης και όχι υποκείμενο επικοινωνίας (Foucault, 1977). Η εξουσία για τον Φουκώ δεν κατέχεται και δεν ασκείται από μια ομάδα ή κοινωνική τάξη, αλλά είναι διάχυτη και διαπερνά τις κοινωνικές σχέσεις (Foucault, 1977). Η εξουσία ρέει μέσω πρακτικών όπως ο σχεδιασμός της φροντίδας, όπου οι επαγγελματικοί λόγοι προσδιορίζουν ανάγκες, υπολογίζουν κινδύνους και σχεδιάζουν παρεμβάσεις (Fahy, 2002). Η επαγγελματική αυθεντία συγκροτείται μέσω της επένδυσης της επαγγελματικής δραστηριότητας με μια ηθική ανωτερότητα, η οποία δικαιολογεί τις παρεμβάσεις στη ζωή των ανθρώπων (Gilbert, 2005).

Σχετικά με τις παρεμβάσεις στη ζωή της γυναίκας, η Fahy (2002) στη έρευνα της είχε μελετήσει πως η ιατροποίηση επηρεάζει τη γυναίκα ως άτομο. Βασικό ερευνητικό πόρισμα ήταν ότι με την εισαγωγή της στο νοσοκομείο, η γυναίκα μετατρέπεται σε άβουλο άτομο στο οποίο εξασκούνται πάνω του εξουσιαστικοί λόγοι. Οι εξουσιαστικοί λόγοι εξασκούνται από τους επαγγελματίες υγείας διότι έχουν την περισσότερη δύναμη (Friedson, 1985, 1988). Οι επαγγελματίες υγείας που περιγράφονται ότι έχουν περισσότερη δύναμη είναι οι γιατροί /μαιευτήρες. Ο Foucault (1977) εξηγεί αυτό το φαινόμενο διατυπώνοντας την άποψη ότι η γνώση, η δύναμη και η εξουσία συνυπάρχουν και αλληλοσυμπληρώνονται. Οι γιατροί οι οποίοι έχουν γνώση, έχουν δύναμη και εξουσία. Αυτή η εξουσία χρησιμοποιείται από τους γιατρούς ή τις μαιέες

στο νοσοκομείο όπου με τη γνώση και τη δύναμη τους, σε μερικές περιπτώσεις επιβάλλουν στις γυναίκες τις απόψεις τους. Συγκεκριμένα, για το τοκετό διατείνονται ότι είναι μια φυσιολογική διαδικασία αλλά μπορεί να έχει επιπλοκές. Αυτή η προσέγγιση έχει ως αποτέλεσμα να γίνονται παρεμβάσεις για να αποφευχθούν οι πιθανές επιπλοκές με αποτέλεσμα να ενισχύεται περισσότερο το φαινόμενο της ιατροποίησης και η μετατροπή μιας φυσιολογικής διαδικασίας όπως ο τοκετός σε ασθένεια (Davis-Floyd, 1994). Οι επαγγελματίες υγείας που παρέχουν φροντίδα σύμφωνα με το ιατρικό μοντέλο υποστηρίζουν ότι θέλουν να προστατέψουν τη γυναίκα και το νεογνό και αυτό το φαινόμενο εξηγείται με τη θεωρία του Πατερναλισμού.

Ο Πατερναλισμός είναι η απρόσκλητη προστασία που βασιζεται στο ενδιαφέρον για τη ζωή και στις επιλογές ενός άλλου ανθρώπου και η φιλοσοφία του σχετίζεται με τον πατέρα και το παιδί. Ο πατέρας ενδιαφέρεται για το καλό των παιδιών του και θα επέμβει όταν αυτό είναι αναγκαίο, ακόμη και με τη βία, για να τα προστατεύσει. Όταν η «πατρική προστασία» έχει ως στόχο ενήλικους ανθρώπους, ονομάζεται Πατερναλισμός (Gabe, 2004). Σύμφωνα με το πρότυπο αυτό ο ιατρός ουσιαστικά παίρνει τις αποφάσεις για τον καθορισμό της θεραπείας του ασθενούς με μικρή έως και καθόλου συμμετοχή του τελευταίου. Ο Πατερναλισμός ταυτίζεται συχνά με τον ελιτισμό και εμφανίζεται σε φιλοσοφικά κείμενα του Πλάτωνα και συγκεκριμένα την Πολιτεία.

Από την εποχή του Πλάτωνα πολλές θεωρίες και πολλοί διανοούμενοι παρουσίασαν μοντέλα κοινωνικής οργάνωσης με κυρίαρχο το πατερναλιστικό πνεύμα (Fahy, 2002). Αναφέρονται δύο είδη Πατερναλισμού, ο ισχυρός και ο ήπιος. Όταν το άτομο δρα με τη θέλησή του, έχει ορθή κρίση για τις ικανότητές του ή την πληροφόρηση που διαθέτει, αλλά παρόλα αυτά ο πατερναλιστής θεωρεί πως πρέπει να επέμβει στις επιλογές του, χαρακτηρίζεται ως Ισχυρός Πατερναλισμός. Όταν όμως ο πατερναλιστής επεμβαίνει μόνο όταν θεωρεί ότι το άτομο δρα παρά τη θέλησή του, τότε ο Πατερναλισμός του θεωρείται Ήπιος. Ο Πατερναλισμός αναφέρεται ότι είναι συμβατός με τον ωφελιμισμό και τη συνεπειοκρατία (Johanson et al, 2002).

Ο Πατερναλισμός είχε επικρατήσει μέχρι τη δεκαετία του 1970 διότι δινόταν έμφαση στην ισχύ του ιατρικού επαγγέλματος και στην παραγωγή πειθήνιων σωμάτων όπου οι ασθενείς ακολουθούσαν πιστά τις οδηγίες των γι-

ατρών (Gabe, 2004). Οι εξελίξεις στο δημόσιο πεδίο της πολιτικής, της φροντίδας υγείας και του μεταβαλλόμενου πολιτιστικού περιβάλλοντος, έδωσαν τα τελευταία χρόνια ώθηση στη εφαρμογή διαφορετικής προσέγγισης από τους ιατρούς και περισσότερο έλεγχο αν ακολουθούν τον δεοντολογικό κώδικα συμπεριφοράς του επαγγέλματός τους (Lothian, 2009). Ο κώδικας συμπεριφοράς ωθεί τους επαγγελματίες υγείας να βελτιώσουν τις σχέσεις τους με τους χρήστες υπηρεσιών υγείας (ICM, 1999). Η σχέση όμως χαρακτηρίζεται από ασυμμετρία της γνώσης διότι οι επαγγελματίες υγείας είναι οι αυθεντίες και βρίσκονται σε θέση ισχύος απέναντι στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας (Wagner, 2000).

• ΣΥΖΗΤΗΣΗ / ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η θεωρία της Επικράτειας της Γέννησης έχει δημιουργήσει επιστημονική γνώση για τους παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή των γυναικών για τόπο τοκετού και έχει παρουσιάσει το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει το περιβάλλον και η σχέση των γυναικών με τους επαγγελματίες υγείας. Κυρίαρχο ρόλο στην επιλογή των γυναικών διαδραματίζει η σχέση τους με τους επαγγελματίες υγείας και η σχέση αυτή χαρακτηρίστηκε ως Εταιρική Σχέση. Η Εταιρική Σχέση έχει χρησιμοποιηθεί στη ανάπτυξη μοντέλων φροντίδας μητρότητας και ανήκει στο μικροεπίπεδο της θεωρίας της Ενδυνάμωσης (Coyle et al, 2001, Homer et al, 2002). Έχει τεκμηριωθεί ότι αυτή η σχέση ενισχύει την αυτοπεποίθηση των γυναικών προωθώντας την ισότητα που πρέπει να υπάρχει μεταξύ επαγγελματιών υγείας και γυναικών. Μερικές μελέτες όμως, είχαν αναφέρει μειονεκτήματα της εταιρικής σχέσης, με βασικότερο μειονέκτημα ότι η σχέση αυτή είναι παραπλανητική και προβάλλεται μόνο από τις μάϊες (Skinner, 1999, Fleming, 2000). Σύμφωνα με τους Carolan and Hodnett, (2007) χαρακτηρίστηκε ως παραπλανητική διότι οι γυναίκες σήμερα παντρεύονται σε μεγαλύτερη ηλικία, δεν είναι χαμηλού κινδύνου και χρειάζονται προσεκτική παρακολούθηση και όχι φροντίδα με εταιρική σχέση.

Οι προσδοκίες των γυναικών για τη σχέση τους με τους επαγγελματίες υγείας, σχετίζονται άμεσα με τα δυο βασικά μοντέλα φροντίδας το μαιευτικό και το ιατρικό. Παράλληλα και οι υποένοιες της Θεωρίας της Επικράτειας της Γέννησης σε Ιερό και Αίθουσα Επιτήρησης σχετίζονται με τη φιλοσοφία των δύο μοντέλων. Το μαιευτικό μοντέλο

μπορεί να συνδυαστεί με το Ιερό, ανήκει σε χώρους των θρησκειών και της ενδυνάμωσης. Η θρησκεία έχει τις ρίζες της στη θεμελιώδη ανθρώπινη ανάγκη να ανιχνεύσει το απώτερο νόημα της ύπαρξης, που έχει στο κέντρο την έννοια μιας ανώτερης δύναμης η οποία χαράσσει τις κατευθυντήριες γραμμές για την ηθική και την κοινωνική συμπεριφορά του ανθρώπου (Kotrotsiou-Barbouts, 2006). Στη περιγεννητική φροντίδα αυτό αντιπροσωπεύει τη πνευματικότητα και την ενδυνάμωση της γυναίκας για αύξηση της αυτοπεποίθησης και διεκδικητικότητας. Αντίθετα το Δωμάτιο Επιτήρησης μπορεί να συνδυαστεί με την άσκηση της εξουσία / δύναμης και τη φιλοσοφία του ιατρικού μοντέλου.

Συμπερασματικά, οι θεωρίες που έχουν χρησιμοποιηθεί για να εξηγήσουν τους παράγοντες που επηρεάζουν τη γυναίκα να επιλέξει το τόπο τοκετού της, αναλύουν τους παράγοντες με τη βοήθεια μοντέλων φροντίδας. Παράλληλα, τα μοντέλα φροντίδας που παρέχουν φροντίδα μητρότητας επηρεάζονται άμεσα από τις θεωρίες αυτές. Το μαιευτικό μοντέλο λόγω της σφαιρικότητας των δραστηριοτήτων του έχει τη δυνατότητα να αναπτύσσει με τη γυναίκα εταιρική σχέση και να της παρέχει φροντίδα, ένα υποστηρικτικό περιβάλλον το οποίο την ενδυναμώνει για να βιώσει τον τοκετό της όπως αυτή επιθυμεί. Υπάρχουν όμως γυναίκες που δεν μπορούν να έχουν αυτή την επιλογή ή δεν επιθυμούν αυτή την επιλογή και επιλέγουν το ιατρικό μοντέλο. Το ιατρικό μοντέλο με το Δωμάτιο Επιτήρησης παρέχει στη γυναίκα συνεχή παρακολούθηση με στόχο την ασφάλεια. Οι θεωρίες έχουν δώσει το δικό τους επιστημονικό φως, και έχουν καταδείξει ότι η επιλογή τόπου τοκετού είναι σύνθετη, πολύπλοκη διεργασία και η γυναίκα χρειάζεται να έχει την ανάλογη φροντίδα. Η διερεύνηση των απόψεων των γυναικών για επιλογή τόπου τοκετού κρίνεται απαραίτητη για χάραξη νέας πολιτικής φροντίδας μητρότητας που να εστιάζεται στις ανάγκες των γυναικών και να είναι ποιοτική.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αλεξιάς Γ.: Κοινωνιολογία του σώματος. Αθήνα : Ελληνικά γράμματα, 2006.

Ραγιά Α.Χ.: Βασική Νοσηλευτική: Θεωρητικές και Δεοντολογικές Αρχές. Αθήνα.: ΒΗΤΑ, 2000.

ENH

- Carolan M., Hodnett E.: With woman' philosophy: examining the evidence, answering the questions. *Nursing Inquiry*. 2007;14: 140–152.
- Cheyney M.J.: Homebirth as Systems Challenging Praxis: Knowledge, Power and Intimacy in the Birth place. *Qualitative Health research*. 2008 ; 18 : 254-260.
- Coyle K., Hauck Y., Percivaland. P., Kristjanson. L.: Normality and collaboration: mothers' perceptions of birth centre versus hospital care. *Midwifery* , 2001 ; 17: 182-193.
- Davies C.: *Gender and the Professional Predicament in Nursing*. Buckingham: Open University Press, 1995.
- Davies J., Hey E., Reid W., Young G.: Prospective regional study of planned home births. *Home Birth Study Steering Group. BMJ*. 1996 ; 313:1302–6.
- Davis-Floyd R.B.: The technocratic body : American childbirth .As cultural expression department of anthropology, university of Texas at Austin, Sot. Sci. Med. 1994 ; 38, 8 : 1125-1140.
- Davis-Floyd R.: Home births in emergency in US and in Mexico: The trouble with transport. *Social science and Medicine*. 2003 ; 56:1911-1931.
- Downe S., McCourt C.: From being to becoming : reconstructing childbirth knowledges. In Downe S. (Ed). *Normal childbirth: Evidence and debate*. London: Churchill Livingston, 2004.
- Fahy K.: Reflecting on practice to theorise empowerment for women: using Foucault's concepts. *Australian Journal of Midwifery*. 2001 ; 15: 5–13.
- Fahy K., Parratt J. : Birth territory: A theory for midwifery practice. *Women and Birth* . 2006 ; 19 (2) : 45–50.
- Fleming V.: The midwifery partnership in New Zealand; past history or a new way forward? In: Kirkham, M. (Ed.), *The Midwife–Mother Relationship*. MacMillan Press Ltd., Basingstoke, 2000.
- Foucault M.: *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*, Penguin, Harmondworth, 1977.
- Freidson E.: «The reorganization of the medial profession», *Medical Care Review*.1985; 42: 11-35.
- Freidson E.: *Profession of medicine: A study of the Sociology of Applied Knowledge*, Chicago : The University of Chicago Press,1988.
- Gabe J.: «Medicalization» In Gabe J., Bury M., Elston, M. A. (eds), *Key concepts in Medical Sociology*. London: Sage, 2004.
- Gambetta D.: «Can we trust?», D. Gambetta (ed.) *Trust: Making and Breaking Cooperative Relations*. Oxford : Basil Blackwell,1988.
- Gibson C.H.: A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*. 1991; 16 : 354–361.
- Gibson C.H.: The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*, 1995 ; 21: 1201–1210.
- Gilbert T.P.: «Impersonal trust and professional authority: Exploring the dynamics», *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 49, (6):568-577.
- Guilliland K., Pairman S. :*The Midwifery Partnership*. Victoria University, Wellington. 1995.
- Harding S.: *The science question in feminism*. Cornell University Press, Ithaca. 1986.
- Harding D.: Making choices in childbirth. In: Page, L.A. (Ed.), *The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice*. Churchill Livingstone, Edinburgh. 2000.
- Hawks J.H.: Empowerment in nursing education: concept analysis and application to philosophy, learning and instruction. *Journal of Advanced Nursing*.1992: 17:609–618.
- Hegar R.L., Hunzeker, J.M. *Moving toward empowerment—base practice in public child welfare*. *Social Work*, 1988;33:499–502.
- Hermansson E., Martensson L.: Empowerment in the midwifery context—a concept analysis. *Midwifery* , 2010, doi:10.1016/j.midw.2010.08.005.
- Harper B. :*Gentle Birth Choices: Making Informed Decisions*. Rochester, VT: Healing Arts Press. 2005.
- Homer C., Gregory, K., Cooke, M., Barclay, L.: Womens' expectations of Continuity of Midwifery Care in a randomised controlled trial. *Australia Midwifery* 2002;18:102-112.
- ICM (International Confederation of Midwives) Code of Ethics for Midwives 1999 [retrieved September , 2009]. Available from: <http://www.internationalmidwives.org>.
- ICM (International Confederation of Midwives) (2011). Position statement. Partnership between women and Midwives. [retrieved September , 2011]. Available from: <http://www.internationalmidwives.org>
- Johanson R. , Newburn M., Macfarlane A.: Has the medicalisation of childbirth gone too far? *BMJ*. 2002; 324 ,7342: 892–895.
- Jomeen J. : Choices for Childbirth: Answer or Problem? *Midwifery Matters* 2009; 17:15-19
- Keiffer C.H.: Citizen empowerment: a developmental perspective. *Canadian Nurse* . 1984;85: 23–28.
- Kennedy H.P.: A model of exemplary midwifery practice: results of a Delphi study. *J Midwifery & Women's Health*, 2000; 45 :4-19.
- Kennedy H., Kennedy, H.P. : The landscape of Midwifery care. A narrative study of Midwifery practice. *J Midwifery & Women's Health*, 2004;48: 14-23.
- Kent J. : Social Perspeaves on Pregnancy and Childbirth for Midwives, Nurses and the Caring Professions. Buckingham: Open University Press.2000.
- Kirkham M.: The culture of midwifery in the national health service in England. *Journal of Advanced Nursing*.1999; 30:732–739.
- Kitzinger S.: *The politics of birth*. Oxford: Elsevier. 2005.
- Kotrotsiou-Barbouta E., Sapountzi-Krepia D., Roupad-arivaki Z., Psychogiou M., Dimitriadou A., Paralikas T.: The meaning of spirituality as perceived by hospitalized elderly people in a small city of Greece. *ICUS Nurs Web*2006; J ::28
- Kuokkanen L., Leino-Kilpi H. :Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 2000; 31: 235–241.
- Lazarus E. : *What Do Women Want?: Issues of Choice*,

- Control, and Class in Pregnancy and Childbirth
Medical Anthropology Quarterly, 1994; 8:1,3-127.
- Leap N.: 'The less we do, the more we give'. In: Kirkham, M. (Ed.), *The Midwife-Mother Relationship*. MacMillan Press Ltd, Basingstoke, 2000.
- Lothian J. : Ethics and Maternity Care: From Principles to Practice. *Journal of Perinatal Education*.. 2009; 18,1:1-4.
- Malin N., Teasdale K.: Caring versus empowerment: considerations for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 1991; 16: 657-662.
- McAllister E.: Transparency in Maternity Care: Empowering Women to Make Educated Choices *Journal of Perinatal Education*..2008; 17: (4) 8-11,
- Nusbaum J.: Childbirth in Modern Athens: The Transition from Homebirth to hospital birth. *Penn. Bioethics Journal*, 2006; 37-42.
- Ortner S. : *Making Gender: The Politics and Erotics of Culture*. Boston: Beacon Press Books, 1996.
- Parratt J.: Stories of the embodied self during childbirth. Self published collection: PO Mandurang Australia, 2005; 3551
- Parratt J., Fahy K. : Trusting enough to be out of control: A pilot study of women's sense of self during childbirth. *Australian Journal of Midwifery*, 2003; 16(1): 15-22.
- Parratt J., Fahy K.: Including the non rational is sensible midwifery. *Women and Birth* ,2008; 21(1): 37-42.
- Pairman S. :Partnership revisited: towards midwifery theory. *New Zealand College of Midwives Journal*, 1999; 21:6-12.
- Purdy L.: Medicalization, Medical Necessity, and Feminist Medicine Researcher. 2001; 10, 2: 50-6.
- Sandall J.: Choice, continuity and control: Changing midwifery towards a sociological perspective. *Midwifery*, 1995; 11:201-209.
- Shaw D.: Women's right to health and the Millennium Development Goals: Promoting partnerships to improve access. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*.2006; 94 :207-215.
- Spitzer MC.: Birth centers. Economy, safety and empowerment. *J Nurse Midwifery*. 1995; 40:371-375.
- Skinner J. : Midwifery partnership: individualism contractualism or feminist praxis? *New Zealand College of Midwives Journal*, 1999; 21: 14-17.
- Timperley H., Robinson V: Partnership: focusing the relationship on the task of school improvement. *New Zealand Council for Educational Research*, Wellington, 2002.
- Thomas B.G. : Be nice and don't drop the baby. In: Page, L.A. (Ed.), *The New Midwifery: Science and Sensitivity in Practice*. Churchill Livingstone, Edinburgh., 2000.
- Tully L., Daellenbach, R., Guilliland, K. : Feminism, partnership and midwifery. In: Du Pleiss, R., Alice, L. (Eds.), *Feminist Thought in Aotearoa /New Zealand*. Oxford University Press, Auckland, 1998.
- Wagner M.: Fish can't see the water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*.2001;75:525-537.
- World Health Organization.: Appropriate technology for birth. *The Lancet*, 1985; 2(8452), 436-437.164.
- Zola I.K.: Bringing Our bodies and Ourselves Back In: Reflections on Past, present and Future Medical Sociology. *Journal of Health and Social Behavior*. 1991; 32: 1-16

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ*“ΕΛΕΥΘΩ”, 4: 150-155, 2012*

Η επίδραση της Βουτυλοβρωμιούχου Υοσκίνης (Buscopan®) στον τοκετό

Αικατερίνη Κωνσταντέλη*Μαία MSc, Γενικό Νοσοκομείο Χανίων
“Ο Άγιος Γεώργιος”***Αικατερίνη Ζησιού***Ειδικευόμενη Ιατρός, Μαιευτική
/Γυναικολογική κλινική, Γενικό
Νοσοκομείο Χανίων “Ο Άγιος Γεώργιος”***ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η Βουτυλοβρωμιούχος υοσκίνη “Buscopan” είναι μία ευρέως διαδεδομένη φαρμακευτική ουσία με σπασμολυτική δράση κυρίως στις λείες μυϊκές ίνες. Μέσα στα πλαίσια της ενεργού διαχείρισης του τοκετού, ερευνάται χρόνια η επίδρασή της στην επιτάχυνση της διαστολής του τραχήλου της μήτρας, αν και ο μηχανισμός δράσης της παραμένει άγνωστος. Οι έρευνες που συγκεντρώθηκαν (αν και παρουσιάζουν αρκετά προβλήματα σχεδιασμού γεγονόσ που καθιστά τα αποτελέσματά τους αμφίβολα), υποδεικνύουν στη συντριπτική τους πλειοψηφία, ότι με όλους τους τρόπους χορήγησης (ενδοφλεβίως, ενδομυϊκά, από το ορθό) η βουτυλοβρωμιούχος υοσκίνη είναι δραστική στη μείωση της διάρκειας κυρίως του σταδίου διαστολής. Επιπλέον δεν έχει δυσμενείς επιπτώσεις στη γυναίκα και το νεογνό.

Λέξεις - κλειδιά: βουτυλοβρωμιούχος υοσκίνη, τοκετός, διαστολή τραχήλου

Abstract**The impact of Hyoscine (N) Butylbromide (Buscopan®) on labor**

Ekaterini Konstantelli Midwife MSc, at the “Saint George” General hospital of Chania

Ekaterini Zisiou OB/GY Intern, at the “Saint George” General hospital of Chania: The effect of hyoscine butylbromide “Buscopan®” in labor.

Hyoscine butylbromide (Buscopan) is a widely used drug, primarily known for its spasmolytic effect on the smooth muscle tissue. For years now several studies have been conducted in order to estimate its use in accelerating the cervical dilation and thus accelerating labor, even though the mechanism through which it acts during labor has not been elucidated. The majority of studies carried out to evaluate the effects of the injectable or suppository of “Buscopan” on cervical dilation, demonstrated its efficacy in augmenting labor, even though plenty of them have a lot of designing problems and thus increased bias in the results. Furthermore

*Εισήγηση από το 11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιών-των, που πραγματοποιήθηκε στη Θεσσαλονίκη, 5-8 Νοεμβρίου 2009.

it does not seem to jeopardize the maternal and fetal outcome.

Key-words: *hyoscine (N) butylbromide, Buscopan, labor, delivery, cervical dilation*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Βουτυλοβρωμιούχος υοσκίνη (Buscopan) με δραστηκή ουσία την υοσκίνη, που προέρχεται από τα φύλλα δέντρου της Αυστραλίας γνωστού ως *Duboisia* είναι ανταγωνιστής της δράσης της ακετυλοχολίνης στους μουςκαρινικούς υποδοχείς και ανήκει στα αλκαλοειδή της ευθαλείας (*Belladonna*). Είναι δηλαδή ένα εκλεκτικό αντιχολινεργικό-σπασμολυτικό φάρμακο κυρίως των λείων μυϊκών ινών (www.galinos.gr) της χοληδόχου οδού, του γαστρεντερικού και ουρογεννητικού συστήματος και γενικά των οργάνων της ελλάσσονος πιέλου, ενώ η επίδρασή της σε οφθαλμούς, καρδιά και σιελογόνους αδένες είναι εξαιρετικά αδύναμη. Δεν έχει καμία επίδραση στο κεντρικό νευρικό σύστημα μιάς και δεν διαπερνά τον αιματο-εγκεφαλικό φραγμό.

Διατίθεται σε σκευάσματα για χορήγηση από το στόμα (10mg/ανά δισκίο), το ορθό (10mg/ανά υπόθετο) αλλά και ενδοφλέβια (20mg/ml). Στην ενδοφλέβια χορήγηση, η απορρόφηση από τους ιστούς είναι ταχύτατη ($t_{1/2\alpha} = 4 \text{ min}$, $t_{1/2\beta} = 29 \text{ min}$) και χρόνο ημίσειας ζωής 5 ώρες. Η απορρόφηση από το στόμα και από το ορθό είναι μόνο μερική και πιο συγκεκριμένα 8% και 3% αντίστοιχα, με χρόνο ημίσειας ζωής 6,2-10,6 ώρες. Στη μέγιστη συγκέντρωση στο πλάσμα φτάνει μετά από δύο ώρες. Μεταβολίζεται κυρίως μέσω υδρολυτικής διάσπασης του εστερικού δεσμού και αποβάλλεται μέσω των ούρων και των κοπράνων.

Η χρήση της ουσίας στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού δεν συνίσταται μιάς και δεν είναι εξακριβωμένη πλήρως η δράση της, ενώ ως ανεπιθύμητες ενέργειες, αν και μη συνήθεις, αναφέρονται δερματικές εκδηλώσεις, ταχυκαρδία, ξηροστομία και σπάνια κατακράτηση ούρων και δυσουρικά προβλήματα (<http://www.medicines.org.uk>).

ΣΥΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΤΡΑΧΗΛΟΥ ΤΗΣ ΜΗΤΡΑΣ

Ο τράχηλος της μήτρας αποτελείται κατά 80% από ύδωρ και κατά 20% από διάφορα στερεά συστατικά. Στα στερεά αυτά συστατικά εντάσσονται ο ινώδης συνδετικός

ιστός με κυρίαρχο το κολλαγόνο (85% περιεκτικότητα, από το οποίο το 70% είναι τύπου I και το 30% τύπου III) (Καρπάθιος Σ.Ε. 1999), όπως επίσης πρωτεογλυκάνες (συνδετική ουσία), γλυκοζαμινογλυκάνες (GAGS) όπως υαλουρονικό οξύ, λείες μυϊκές ίνες κατά 15%, επιθήλιο, αιμοφόρα αγγεία και τέλος ελαστίνη. Το κολλαγόνο εξασφαλίζει την εκτασιμότητά του και η ελαστίνη την ελαστικότητά του.

ΑΙΤΙΑ ΔΙΑΣΤΟΛΗΣ ΤΡΑΧΗΛΙΚΟΥ ΣΤΟΜΙΟΥ

Η διαστολή του τραχηλικού στομίου οφείλεται στην αποδόμηση του κολλαγόνου εξαιτίας της πρωτεολυτικής



Εικόνα 1. *Duboisia myoporoides*

δράσης της κολλαγενάσης και σε αλλαγές στα ποσοστά των γλυκοζαμινογλυκανών. Πιο συγκεκριμένα παρατηρείται μειωμένη σύνθεση κολλαγόνου και αυξημένη πρωτεολυτική διάσπασή του. Η περιεκτικότητα του τραχήλου σε κολλαγόνο κατά την κύηση ελαττώνεται προοδευτικά, για να φτάσει κάτω του 1/3 της εκτός κύησης περιεκτικότητάς του. Επιπλέον οι γλυκοζαμινογλυκάνες παρουσιάζουν αλλαγές στα ποσοστά τους, πιο συγκεκριμένα η

συγκέντρωση του υαλουρονικού οξέος, παρουσιάζοντας αύξηση στη συγκέντρωσή του, προκαλεί κατακράτηση ύδατος, που σε συνδυασμό με την αποδόμηση του κολλαγόνου, προάγει τη διαστολή του τραχήλου. Όλες οι βιοχημικές διεργασίες που περιγράφηκαν σε συνδυασμό με τις συστολές του μυομητρίου και της υδροστατικής πίεσης που δημιουργούν, οδηγούν στη διαστολή του τραχήλου (Hendricks C.H. et al., 1970). Αξίζει να σημειωθεί ότι η ταχύτητα της εξέλιξης της διαστολής εξαρτάται κατά 85% από την περιεκτικότητα του τραχήλου σε κολλαγόνο (Καρπάθιος Σ.Ε. 1999).

ΕΝΕΡΓΟΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΚΕΤΟΥ

Η ενεργός διαχείριση του τοκετού είναι μία έννοια που πρωτοπαρουσιάστηκε από τον καθηγητή O'Driscoll το 1973. Στα πλαίσια της ενεργούς διαχείρισης εντάσσονται η χρήση φαρμακευτικών ουσιών αλλά και τεχνικών που, καταργώντας την παθητική παρακολούθηση της επίτοκου, επιταχύνουν τον τοκετό μειώνοντας τις δυσμενείς επιπτώσεις ενός τυχόν παρατεταμένου τοκετού και παράλληλα τα ποσοστά καισαρικής τομής (O'Driscoll K. et al., 1973). Στα πλαίσια της ενεργούς διαχείρισης η χρήση του Buscopan έχει μελετηθεί από αρκετές μελέτες τόσο σε πολυτόκους όσο και σε πρωτοτόκους και πιστεύεται ότι έχει άμεση επίδραση στη διαστολή του τραχήλου επιταχύνοντάς την, με μηχανισμό που δεν έχει ακόμα διαπιστωθεί.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Εμβραθύνοντας στις μελέτες που έχουν γίνει ως προς το θέμα, αναζητήθηκαν όλες οι σχετικές μελέτες και βιβλιογραφία στην αγγλική γλώσσα, ανεξαρτήτως χρονολογίας και είδους μελέτης, στις βάσεις δεδομένων Cochrane, Medline, Scopus αλλά και Google books.

Η αναζήτηση ανέδειξε αρκετές μελέτες-άρθρα σε αντίθεση με την μηδενική βιβλιογραφία επί του θέματος. Η Βουτυλοβρωμιούχος υοσκίνη έχει χρησιμοποιηθεί με διάφορες μορφές σκευασμάτων και με διαφορετική δοσολογία αλλά και με διαφορετική μεθοδολογία έρευνας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Πιο αναλυτικά, σχετικά την ενδοφλέβια χορήγηση, οι Samuels et al. το 2007 ερευνήσαν την επίδρασή της στο πρώτο στάδιο του τοκετού σε τελειόμηνες κυήσεις. Για

το λόγο αυτό διεξήγαγαν διπλή τυφλή τυχαιοποιημένη μελέτη και μελέτησαν γυναίκες τόσο πρωτοτόκες όσο και πολυτόκες, που βρίσκονταν σε ενεργό τοκετό (4-5 εκ. διαστολής τραχήλου) και τους έγινε ρήξη θυλακίου στα 3 εκατοστά. Στις επίτοκες της ομάδας μελέτης, χορηγήθηκαν 20mg/1ml της ουσίας εφάπαξ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ομάδα όπου έγινε η χορήγηση εμφάνισε μείωση του πρώτου σταδίου κατά 72 λεπτά σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, ενώ το 2ο και 3ο στάδιο δεν είχαν καμία διαφορά. Δεν αναφέρθηκε καμία επίπτωση στις γυναίκες αλλά και στα νεογνά (Apgar score φυσιολογικό). Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθούν κάποιες αδυναμίες της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα οι πολυτόκες και οι πρωτοτόκες έπρεπε να αξιολογηθούν ξεχωριστά μιάς και η διάρκεια του τοκετού τους είναι διαφορετική. Από το δείγμα δεν εξαιρέθηκαν 11 επίτοκες οι οποίες έλαβαν οξυτοκίνη μιας και επιταχύνει τον τοκετό, ενώ επίσης δεν προσδιορίστηκε και εκτιμήθηκε στα ποιοτικά χαρακτηριστικά των ομάδων ο δείκτης μάζας σώματος των γυναικών.

Τη μείωση του πρώτου σταδίου του τοκετού έδειξε και η μελέτη που διεξήγαγαν οι Aggarwal et al. το 2008. Στη διπλή τυφλή τυχαιοποιημένη έρευνα που πραγματοποιήσαν, έγινε χορήγηση 40mg/2ml εφάπαξ στις έγκυες της ομάδας φαρμάκου και ενώ βρίσκονταν σε ενεργό τοκετό, γεγονός που οδήγησε σε μείωση του χρόνου κατά 4 ώρες και 30 λεπτά εν συγκρίσει με την ομάδα ελέγχου. Επιπλέον δεν υπήρξε καμία μεταβολή στη διάρκεια του 2ου και 3ου σταδίου ενώ μητέρα και νεογνό δεν επέδειξαν καμία δυσμενή επίπτωση. Ωστόσο στην έρευνά τους δεν έγινε διαχωρισμός ανάμεσα σε πρωτότοκες και πολυτόκες, δεν έγινε αναφορά για τη χρήση αγωγής με οξυτοκίνη ή για ρήξη θυλακίου αυτόματη ή μη. Δεν υπήρξε επίσης καμία αναφορά στο δείκτη μάζας σώματος των γυναικών.

Σε αντίθεση με τις προηγούμενες έρευνες βέβαια έρχονται τα αποτελέσματα των Gupta et al. το 2007. Στην προοπτική τυχαιοποιημένη έρευνα που διεξήγαγαν, θέλησαν να συγκρίνουν τη δράση της Βουτυλοβρωμιούχος υοσκίνης με αυτήν της υδροχλωρικής ντροταβερίνης (σπασμολυτική φαρμακευτική ουσία που δεν κυκλοφορεί στην Ελλάδα) στον τοκετό. Η μελέτη δεν έδειξε καμία διαφορά ανάμεσα στα αποτελέσματα της ομάδας φαρμάκου του Buscopan, όπου χορηγήθηκαν 20mg/1ml ανά 30' για 3 δόσεις, με αυτά της ομάδας ελέγχου όπως και καμία επίπτωση στην μητέρα και το νεογνό. Στο σημείο αυτό βέβαια αξίζει να σημειωθεί ότι και οι ομάδες συμπεριέλαβαν τόσο πρωτοτόκες όσο και πολυτόκες

επίτοκες σε ενεργό τοκετό (διαστολή >3cm) και άρρηκτο θυλάκιο οι οποίες όμως δεν εκτιμήθηκαν ξεχωριστά ενώ παράλληλα και στις δύο ομάδες, έγινε σε αρκετές γυναίκες, τόσο χρήση οξυτοκίνης όσο και τεχνητή ρήξη θυλακίου. Επιπλέον δεν υπήρξε αξιολόγηση του δείκτη μάζας σώματος.

Αναλύοντας στη συνέχεια τις μελέτες όπου έγινε ενδομυϊκή χορήγηση του φαρμάκου, μία αρκετά παλιά έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1984 από τους Bhattacharya P. και Joshi S.G, υπέδειξε μείωση του πρώτου σταδίου αντίστοιχα. Πιο αναλυτικά στην διπλή τυφλή έρευνα τους, συμμετείχαν 100 πρωτοτόκες που τους χορηγήθηκαν 20mg Buscopan ενδομυϊκά. Τα αποτελέσματα υπέδειξαν ότι η ομάδα μελέτης εμφάνισε μείωση του πρώτου σταδίου του τοκετού κατά 3 ώρες και 40 λεπτά, ενώ το 81% γέννησε μέσα σε 8 ώρες.

Αρκετά χρόνια αργότερα, οι Akleh H.E. και Al-Jufairi Z.A. το 2010 θέλοντας να μελετήσουν την επίδρασή του Buscopan στην επιτάχυνση του πρώτου σταδίου του τοκετού, χορήγησαν 40mg της ουσίας εφάπαξ ενδομυϊκά σε πρωτοτόκες που ήταν σε ενεργό τοκετό με άρρηκτο θυλάκιο. Στην προοπτική τυχαιοποιημένη μελέτη που διεξήγαγαν, δεν χρησιμοποιήθηκε κανένα άλλο φαρμακευτικό σκεύασμα για την προαγωγή του τοκετού ενώ έγινε διαχωρισμός και ανάλυση ξεχωριστά ανάμεσα στις γυναίκες στις οποίες έγινε ρήξη θυλακίου και σε αυτές με ανέπαφο θυλάκιο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το Buscopan είναι εξαιρετικά αποτελεσματικό στην επιτάχυνση του πρώτου σταδίου στις γυναίκες που είχε γίνει ρήξη θυλακίου, ενώ δεν υπήρξε καμία μείωση στις επιτόκους των οποίων οι υμένες παρέμειναν ανέπαφοι.

Μείωση επίσης του πρώτου σταδίου υπέδειξε και η μελέτη των Qahtani H.N. και Hajeri F. το 2011. Η διπλή τυφλή έρευνα τους αφορούσε αποκλειστικά πρωτοτόκες σε ενεργό τοκετό με άρρηκτο θυλάκιο στις οποίες και έγινε εφάπαξ χορήγηση 40mg/2ml της ουσίας ενδομυϊκά. Δεν χορηγήθηκε οξυτοκίνη αλλά έγινε τεχνητή ρήξη θυλακίου, εάν αυτή δεν είχε γίνει αυτόματα στα 4 εκατοστά διαστολής τους. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν ότι η ομάδα φαρμάκου είχε 50' συντομότερο πρώτο στάδιο από την ομάδα ελέγχου. Καμία διαφορά δεν υπήρξε ως προς το δεύτερο και τρίτο στάδιο, όπως και καμία επίπτωση στην γυναίκα και το νεογνό.

Εστιάζοντας στη συνέχεια στις μελέτες που αφορούν τη χορήγηση του φαρμάκου από το ορθό, οι Sirohiwal D. et al το 2005 διεξήγαγαν μη τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη προοπτική μελέτη. Στην μελέτη τους που συμμετείχαν

πρωτοτόκες και πολυτόκες σε ενεργό τοκετό (διαστολή >3 εκατοστά), χορηγήθηκε εφάπαξ 1 υπόθετο των 10mg. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι πρωτοτόκες οι οποίες έλαβαν την ουσία είχαν μέση διάρκεια πρώτου σταδίου 141,5±80,7 λεπτά σε αντιπαράβολή με τα 433,9±96 λεπτά των πρωτοτόκων της ομάδας ελέγχου. Αισθητή μείωση υπέδειξαν και τα αποτελέσματα για τις πολυτόκες με την ομάδα φαρμάκου να σημειώνει μέση διάρκεια πρώτου σταδίου 106,2±49,2 λεπτά της ώρας σε αντιδιαστολή με τα 302,2±133,0 λεπτά της ομάδας ελέγχου. Επιπλέον δεν υπήρξε καμία διαφορά στο 2ο και 3ο στάδιο αλλά και καμία επίπτωση τόσο στην γυναίκα όσο και στο νεογνό. Αξίζει βέβαια να σημειωθεί ότι δεν αναφέρεται εάν έγινε τεχνητή ρήξη θυλακίου ή χρήση οξυτοκίνης όπως επίσης και υπολογισμός του δείκτη μάζας σώματος.

Μείωση του πρώτου σταδίου επίσης υπέδειξε η διπλή τυφλή έρευνα που διεξήγαγαν οι Makvandi S. et al το 2011. Στην μελέτη που συμμετείχαν αποκλειστικά πρωτοτόκες που ήταν σε τοκετό, έγινε χορήγηση 20mg του φαρμάκου σε μορφή υποθέτου με αποτέλεσμα η ομάδα φαρμάκου να εμφανίσει διάρκεια πρώτου σταδίου 141,0±81,7 λεπτά ενώ η ομάδα ελέγχου 230,1±169,6. Τα αποτελέσματα της έρευνας δεν σταμάτησαν εδώ, υποδεικνύοντας στατιστικά σημαντική μείωση της διάρκειας και του δεύτερου σταδίου με 38,8±24,3 λεπτά για την ομάδα φαρμάκου έναντι των 51,7±23,8 λεπτών της ομάδας placebo (P<0.001). Επιπλέον δεν υπήρξε καμία δυσμενής επίδραση τόσο στις επίτοκες όσο και στα νεογνά.

Το ίδιο αντικείμενο μελέτης εξέτασε ο Shedid A. το 2012. Στην διπλή τυφλή μελέτη που διεξήγαγε μελέτησε πρωτοτόκες, στις οποίες χορηγήθηκε υπόθετο Buscopan 10mg με 800mg παρακεταμόλης σε συνδυασμό και ενώ είχαν 4 εκατοστά διαστολής τραχήλου. Τα αποτελέσματα έδειξαν συντομότερο πρώτο και δεύτερο στάδιο τοκετού και πιο συγκεκριμένα για το πρώτο στάδιο η ομάδα φαρμάκου είχε μέση διάρκεια 6,4±1,3h ενώ η ομάδα ελέγχου 7,8±1h και για το δεύτερο στάδιο 1,3±2,1h και 1,5±0,4h αντίστοιχα. Επιπλέον υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την αυτόματη ρήξη θυλακίου στις δύο ομάδες (p<0.05), με 44% των επιτόκων της ομάδας μελέτης να έχουν αυτόματη ρήξη θυλακίου έναντι του 22,3% της ομάδας ελέγχου. Επίσης στο 28% των επιτόκων της ομάδας ελέγχου έγινε χρήση οξυτοκίνης, έναντι του 16% της ομάδας μελέτης. Καμία επίπτωση δεν υπήρξε τόσο για την μητέρα όσο και για το νεογνό.

Στις αδυναμίες αυτής της μελέτης αξίζει να σημειωθεί η χρήση της οξυτοκίνης, της οποίας όχι μόνο δεν αποτέλεσε κριτήριο αποκλεισμού αλλά αντικείμενο ανάλυσης ενώ επιπλέον δεν αναφέρθηκε το κατά πόσο έγινε τεχνητή ρήξη ή όχι στις γυναίκες που δεν υπήρξε αυτόματη ρήξη θυλακίου. Επιπλέον, ενώ αναφέρει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες ως προς την χρήση επεμβατικών μέσων για την διεκπεραίωση του τοκετού, τα στοιχεία που δίδονται με αυτά που παρατίθενται στον ανάλογο πίνακα δεν αντιστοιχούν.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η Βουτυλοβρωμιούχος υοσκίνη (Buscopan) είναι μία φαρμακευτική ουσία που έχει μελετηθεί αρκετά, με μελέτες που κάλυψαν όλο το φάσμα των δυνατοτήτων χορήγησης αλλά και δοσολογίας. Παρόλο που μόνο οι έξι από τις έρευνες είναι διπλές τυφλές μελέτες, οι περισσότερες εμφανίζουν αρκετά προβλήματα στη μεθοδολογία έρευνας, γεγονός που δεν επιτρέπει την διεξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων σε όλες τις περιπτώσεις. Πιο συγκεκριμένα στην ενδοφλέβια χορήγηση οι δύο από τις τρεις έρευνες που εντοπίστηκαν παρουσίασαν στα αποτελέσματα τους μείωση του πρώτου σταδίου χωρίς καμία άλλη επίπτωση στο 2ο, 3ο στάδιο αλλά ούτε και δυσμενείς επιπτώσεις στην επίτοκο και το νεογνό. Η δοσολογία υπήρξε διαφορετική (στην δεύτερη η δόση που χορηγήθηκε υπήρξε διπλάσια) και ο χρόνος μείωσης υπήρξε κατά αντιστοιχία 72' και 4 ώρες και 30'. Ωστόσο και οι δύο έρευνες παρουσιάζουν αρκετά προβλήματα στο σχεδιασμό τους όπως έχει προαναφερθεί. Στον αντίποδα βρίσκεται και η μοναδική έρευνα των Gurta et al. το 2007 που δεν παρουσίασε ευεργετική επίδραση του φαρμάκου στην επιτάχυνση της διαστολής του τραχήλου. Στην προοπτική τυχαιοποιημένη έρευνα τους η ομάδα φαρμάκου με την ομάδα ελέγχου δεν επέδειξαν καμία διαφορά αλλά και καμία δυσμενή επίπτωση γενικά. Η μελέτη ωστόσο παρουσιάζει αρκετά προβλήματα γεγονός που υποδαυλίζει την αντικειμενικότητάς της. Άρα σε επίπεδο ενδοφλέβιας χορήγησης οι 2 από τις 3 έρευνες παρουσιάζουν θετικά αποτελέσματα με σημαντική μείωση της διαστολικής φάσης του τοκετού αλλά και καμία δυσμενή επίπτωση στην επίτοκο και το νεογνό. Η αξιοπιστία τους βέβαια και η αντικειμενικότητά τους αποτελεί αντικείμενο προβληματισμού. Σε επίπεδο ενδομυϊκής χορήγησης του φαρμάκου ο σχεδιασμός των ερευνών επιτρέπει πιο ασφαλή σχηματισμό

συμπερασμάτων. Πιο συγκεκριμένα και οι τρεις έρευνες είχαν παρόμοιο δείγμα γυναικών, οι δύο από τις τρεις είναι διπλές τυφλές ενώ σε δύο από τις τρεις χορηγήθηκε κοινή δόση φαρμάκου. Σε όλες τις περιπτώσεις είχαμε μείωση του σταδίου της διαστολής από 50 λεπτά έως και 3 ώρες και 40 λεπτά και καμία επίδραση στα άλλα δύο στάδια αλλά και την επίτοκο και το νεογνό.

Σε επίπεδο τέλος χορήγησης του φαρμάκου από το ορθό, παρά τα σχεδιαστικά προβλήματα που παρουσίασαν οι 2 από τις 3 έρευνες, και οι 3 τρεις συγκλίνουν στην μείωση του πρώτου σταδίου του τοκετού. Μάλιστα οι δύο από αυτές, διπλές τυφλές μελέτες, με αντικείμενο μελέτης πρωτοτόκους αλλά με διαφορετική δόση, υπέδειξαν μείωση της διάρκειας και του δεύτερου σταδίου χωρίς καμία επίπτωση για την επίτοκο και το νεογνό.

Συνοψίζοντας και καταλήγοντας σε ασφαλή συμπεράσματα η εν λόγω φαρμακευτική ουσία δεν έχει καμία αρνητική επίπτωση στις επιτόκους. Πιο συγκεκριμένα δεν αναφέρθηκαν σε καμία έρευνα αύξηση του ποσοστού αιμορραγίας, καισαρικών τομών αλλά και άλλου είδους επεμβάσεων στις ομάδες φαρμάκου. Καμία αρνητική επίδραση επίσης, βάση του Apgar σκορ που καταμετρήθηκε σε όλες τις έρευνες, δεν είχε στα νεογνίδια. Επιπλέον μοιάζει να μην επηρεάζει τη σύσπαση του μυομητρίου (επίδραση μόνο στο διαστολικό στάδιο για ενδοφλέβια και ενδομυϊκή χορήγηση), αλλά έχει δράση κυρίως στην διαστολή του τραχήλου επιταχύνοντας αρκετά τη διαστολή, ενώ η χορήγηση από το ορθό μοιάζει να επιταχύνει και το δεύτερο στάδιο, διατηρώντας βέβαια κάθε επιφύλαξη εξαιτίας των σχεδιαστικών σφαλμάτων των ερευνών.

Τέλος, θα μπορούσαμε να διατυπώσουμε την υπόθεση ότι η ουσία είναι πιο δραστική αφού έχει γίνει ρήξη του θυλακίου, βάση της έρευνας των Akleh H.E. και Al-Jufairi Z.A. το 2010. Αναδρομικά θα μπορούσε να παρατηρήσει κανείς ότι σε αρκετές έρευνες όπου η ουσία υπήρξε δραστική είχε γίνει τεχνητή ρήξη, η οποία όμως δεν συσχετίστηκε και δεν αξιολογήθηκε από τους συγγραφείς. Κοντολογίς το κατά πόσο το Buscopan είναι δραστικό αφού έχει γίνει ρήξη θυλακίου είναι μία υπόθεση που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

Βιβλιογραφία:

- Aggarwal P., Zutshi V., Batra S.: *Role of hyoscine N-butyl bromide (HBB, buscopan) as labor analgesic. Indian J Med Sci.* 2008 May;62(5):179-84
- Akleh H.E., Al-Jufairi Z.A.: *Effect of hyoscine-N-butylbromide (Buscopan) in accelerating first stage of*

- labor. Bahrain J Med. 2010;22(3):103-107*
- Bhattacharya P, Joshi SG. *Acceleration of intramuscular 'Buscopan' injection. J Obstet Gynecol Ind 1985;35:1014-7.*
- Gupta, B., Nellore, V., Mittal, S.: *Drotaverine hydrochloride versus hyoscine-N-butylbromide in augmentation of labor. Int J Gynaecol Obstet. 2008 Mar;100(3):244-7*
- Hendricks C.H., Brenner W.E., Kraus G.: *Normal cervical dilation pattern in late pregnancy and labor. Am Obstet Gynec 1970;106(7):1065-82*
- Καρπάθιος Σ.Ε. *Βασική Μαιευτική και Περιγεννητική Ιατρική, τόμος Α, 2η έκδοση, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 1999:154-155*
- Makvandi S., Tardyon M., Abbaspour M.: *Effect of hyoscine-N-butyl bromide rectal suppository on labor progress in primigravid women: a randomized double-blind placebo-controlled clinical trial. Croat Med J. 2011 April; 52(2): 159-163*
- O'Driscoll K., Stronge J.M., Minogue M.: *Active management of labor. BMJ 1973;3:135-7*
- Qahtani N.H. and Hajeri F.: *The effect of hyoscine butylbromide in shortening the first stage of labor: A double blind, randomized, controlled clinical trial. Ther Clin Risk Manag. 2011; 7: 495-500*
- Samuels LA, Christie L, Roberts-Gittens B, Fletcher H, Frederick J.: *The effect of hyoscine butylbromide on the first stage of labour in term pregnancies. BJOG. 2007 Dec;114(12):1542-6*
- Shedid A.A.: *Rectal Hyoscine-N-Butylbromide Safely Accelerates Progress of Labor in Primiparous: A Placebo-Controlled Study. Journal of American Science 2012;8(8)*
- Sirohiwaln D., Dahiya K., De M.: *Efficacy of hyoscine-N-butyl bromide (Buscopan) suppositories as a cervical spasmolytic agent in labour. 2005;45(2):128-129*

Οι μελλοντικές μαιευτικές επιπλοκές των γυναικών με παθολογία τραχήλου που υποβάλλονται σε κωνοειδή εκτομή και η σημασία της πρόληψης

Δημήτριος Παπουτσής

MD, PhD

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος,
Royal Shrewsbury Hospital,
West Midlands, United Kingdom

Περίληψη

Η HPV λοίμωξη προσβάλλει περισσότερο από το 70% των σεξουαλικά ενεργών γυναικών σε κάποια στιγμή της ζωής τους. Αναφέρεται υποχώρηση της HPV λοίμωξης σε ποσοστό 90% μέσα στα 2 πρώτα έτη από την πρωτομόλυνση, ενώ <1% των χαμηλόβαθμων βλαβών εξελίσσεται σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Στις γυναίκες με προδιηθητικές βλάβες τραχήλου (CIN-cervical intraepithelial neoplasia), οι διάφορες μέθοδοι κωνοειδούς εκτομής έχουν ως σκοπό την εξαίρεση της ζώνης μεταπτώσεως του τραχήλου που φέρει τη βλάβη. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δείχνει πως οι γυναίκες μετά από κωνοειδή εκτομή του τραχήλου έχουν αυξημένο κίνδυνο για πρόωρο τοκετό, πρόωρη ρήξη υμένων και χαμηλό βάρος γέννησης σε μελλοντική κύηση. Θα πρέπει επομένως εξατομικευμένα για την κάθε γυναίκα να διασφαλίζεται ταυτόχρονα και η πλήρης εξαίρεση της CIN βλάβης ώστε η γυναίκα να είναι ογκολογικά ασφαλής, αλλά και να μην αφαιρείται μεγάλο τμήμα τραχήλου που θα εκθέτει τη γυναίκα σε αυξημένο μαιευτικό κίνδυνο. Στην ανασκόπηση αυτή παρουσιάζονται βιβλιογραφικά δεδομένα σχετικά με τις απώτερες μαιευτικές επιπλοκές της κωνοειδούς εκτομής τραχήλου σε γυναίκες με CIN παθολογία. Τονίζεται τέλος η σημασία της πρόληψης τόσο με το συστηματικό προληπτικό εμβολιασμό εναντίον του ιού HPV, όσο και της διακοπής του καπνίσματος σε γυναίκες με HPV λοίμωξη και της τακτικής παρακολούθησης με κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου.

Λέξεις κλειδιά: Κωνοειδής εκτομή, CIN παθολογία τραχήλου, πρόωρος τοκετός, πρόωρη ρήξη υμένων, χαμηλό βάρος γέννησης

ABSTRACT

Title: Future adverse obstetric outcome in women with CIN pathology following cervical conisation and the importance of primary and secondary prevention

Dimitrios Papoutsis, MD, PhD

Specialist Obstetrician-Gynaecologist, Royal Shrewsbury Hospital, West Midlands, United Kingdom

HPV infection affects more than 70% of sexually active women at some time point in their life. It is reported that HPV infection regresses up to 90% within the first two years of infection, whereas <1% of low grade lesions progress to cervical cancer. In women suffering from CIN (cervical intraepithelial neoplasia), the several excisional methods available aim to remove the transformation zone of the cervix that bears the lesion. On review of literature, women following conisation are at increased risk for preterm labour, preterm rupture of membranes and low birthweight. Therefore, treatment should be individualised so as to simultaneously ensure complete removal of the lesion without overtreating the cervix, resulting thus in the excision of a large proportion of cervix and therefore to an increased obstetric risk. The importance of primary and secondary prevention measures is highlighted such as HPV immunisation, smoking cessation and regular cytology screening.

Keywords: *Cervical conisation; CIN pathology; preterm labour; preterm rupture of membranes; low birthweight.*

HPV λοίμωξη και παθολογία τραχήλου

Είναι γνωστό πως ο ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV-Human Papilloma Virus) έχει ενοχοποιηθεί ως αιτιολογικός παράγοντας ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας. Κλασική πλέον είναι η μελέτη των Walboomers et al το 1999, οι οποίοι σε 932 δείγματα βιοψιών καρκίνου του τραχήλου που ελήφθησαν από ασθενείς σε 22 διαφορετικές χώρες έδειξαν επιπολασμό 99.7% του HPV DNA. Έκτοτε έχουν ταυτοποιηθεί πάνω από 100 ορότυποι του ιού HPV, από τους οποίους ~40 έχει βρεθεί πως προσβάλλουν το κατώτερο γεννητικό σύστημα της γυναίκας (Schiffman, 2003). Από αυτούς που προσβάλλουν το κατώτερο γεννητικό σύστημα της γυναίκας, οι μισοί θεωρούνται υψηλού κινδύνου (high risk) ανάπτυξης καρκίνου του τραχήλου της μήτρας με τον ορότυπο HPV 16 και HPV 18 να είναι υπεύθυνοι για την πλειοψηφία των περιπτώσεων καρκίνου τραχήλου (Wiley 2002, Muñoz 2004).

Υπάρχουν μελέτες σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας που δείχνουν πως >70% των σεξουαλικά ενεργών γυναικών προσβάλλεται κάποια στιγμή της ζωής τους από τον ιό HPV (Koutsky, 1997). Η φυσική πορεία της HPV λοίμωξης περιλαμβάνει την είσοδο του ιού HPV στα κύτταρα του τραχήλου μετά από λύση της συνέχειας της βασικής στοιβάδας του τραχηλικού επιθηλίου. Ο ιός αρχίζει να αναδιπλασιάζεται προκαλώντας μορφολογικές αλλοιώσεις στα κύτταρα (κοιλοκύτταρα) και καθιστώντας τα δυσπλαστικά. Τα παθολογικά πλέον κύτταρα καταλαμβάνουν άλλοτε άλλο πάχος του τραχηλικού επιθηλίου οδηγώντας έτσι στην αλλοίωση που είναι γνωστή ως τραχηλική ενδοεπιθηλιακή νεοπλασία (CIN-cervical intraepithelial neoplasia). Η φυσική πορεία της εξέλιξης της HPV λοίμωξης μπορεί να ανασταλεί την οποιαδήποτε χρονική στιγμή και οι βλάβες να υποστρέψουν. Αναφέρεται υποχώρηση της HPV λοίμωξης σε ποσοστό 90% μέσα στα 2 πρώτα έτη από την πρωτομόλυνση, ενώ <1% των χαμηλόβαθμων βλαβών εξελίσσεται σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (Moscicki 2006, Monsonego 2007, Burd 2003, Solomon 2002).

Σημαντικό ρόλο στην ελάττωση της επίπτωσης του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας έχει διαδραματίσει η εφαρμογή προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) με την κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου (Quinn, 1999). Υπάρχουν δημοσιευμένες κατευθυντήριες οδηγίες από το Αμερικανικό Κολέγιο Μαιευτήρων Γυναικολόγων (ACOG), το Βασιλικό Κολέγιο Μαιευτήρων Γυναικολόγων (RCOG) και Ευρωπαϊκές Κατευθυντήριες Οδηγίες για τον προσυμπτωματικό έλεγχο των γυναικών και την παρακολούθηση/αντιμετώπιση αυτών με HPV λοίμωξη. Σύμφωνα με τις οδηγίες, όταν υπάρχει εμμένουσα κυτταρολογικά και κολποσκοπικά χαμηλόβαθμη αλλοίωση (LSIL-low grade squamous intraepithelial neoplasia) για περισσότερο από 2 έτη, ή όταν αναγνωρίζεται κυτταρολογικά και κολποσκοπικά υψηλόβαθμη βλάβη εξαρχής (HSIL-high grade squamous intraepithelial neoplasia) η οποία επιβεβαιώνεται ιστολογικά με βιοψίες, τότε τίθεται η ένδειξη θεραπείας του τραχήλου προκειμένου να εξαιρεθεί ο δυσπλαστικός τραχηλικός ιστός και να μην εξελιχθεί η βλάβη σε καρκίνο του τραχήλου. Βέβαια, υπάρχουν διαφοροποιήσεις στη θεραπεία ανάλογα με την ηλικία της ασθενούς, τη συμμόρφωσή της ως προς την μακροχρόνια παρακολούθηση, την ανοσολογική της κατάσταση, αν συνυπάρχει κύηση, αν η βλάβη

κολποσκοπικά είναι καλά περιγεγραμμένη και μπορεί να παρακολουθηθεί κ.α.

Όταν τεθεί η ένδειξη της θεραπευτικής αντιμετώπισης, υπάρχουν δύο μέθοδοι θεραπείας:

A. Καταστροφικές μέθοδοι θεραπείας

- Κρυοθεραπεία.
- Laser ablation.

B. Αφαιρετικές μέθοδοι θεραπείας

- Κλασική κωνοειδής εκτομή με νυστέρι (cold-knife conisation).
- Κωνοειδής εκτομή με laser (laser conisation).
- Αγκύλη διαθερμίας LLETZ (Large Loop Excision of the Transformation Zone).

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δείχνει πως οι μέθοδοι cold knife conisation, LLETZ, laser ablation και laser conisation παρουσιάζουν παρόμοια χαμηλή νοσηρότητα στη γυναίκα και είναι εξίσου αποτελεσματικές στην εξαίρεση των ενδοεπιθηλιακών αλλοιώσεων του τραχήλου και στην πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου (Martin-Hirsch 2000, Nuovo 2000, Paraskevaidis 1991, Chew 1999, Soutter 1997). Ωστόσο, η μέθοδος LLETZ αποτελεί την πλέον διαδεδομένη μέθοδο διότι συνδυάζει χαμηλό κόστος, απλότητα της μεθόδου, την καλή συμμόρφωση των ασθενών, τη μικρή χρονική διάρκεια της διαδικασίας και την ευκολότερη καμπύλη εκμάθησης (Kitchener, 1995). Επιπλέον, η επέμβαση μπορεί να γίνει με τοπική αναισθησία σε συνθήκες εξωτερικού ιατρείου.

Κωνοειδής εκτομή τραχήλου: η ευαίσθητη ισορροπία ανάμεσα στα ογκολογικά και μαιευτικά ασφαλή όρια

Ογκολογικά ασφαλή όρια

Όταν τεθεί η ένδειξη θεραπείας της προδιηθητικής βλάβης του τραχήλου, πρωταρχικός σκοπός για τον κολποσκοπό είναι η εξαίρεση της βλάβης επί ογκολογικά ασφαλών ορίων, δηλαδή τα όρια του κώνου (τμήμα τραχήλου που αφαιρείται) να είναι ελεύθερα νόσου. Αυτό δεν είναι πάντα εφικτό επειδή μπορεί η βλάβη να επεκτείνεται μέσα στο ενδοτραχηλικό κανάλι και το έσω όριό της να μην είναι ορατό κατά την κολποσκόπηση, οπότε παρά το μεγάλο μέγεθος του κώνου εξακολουθεί να υπάρχει υπολειπόμενη νόσος και θετικά όρια κώνου.

Η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας δείχνει πως τα ογκολογικά ασφαλή όρια κώνου (Anderson 1980, NHS Cervical Screening Programme 2010, Jordan 2009, Papoutsis 2011, Rubio 1978, Reich 2001, Ghaem-

Maghami 2007, Ang 2011) ώστε να υπάρχει μικρότερο ποσοστό υποτροπής νόσου είναι:

- Για γυναίκες ηλικίας ≤ 35 ετών: βάθος κωνοειδούς εκτομής μεταξύ 8 και 10 mm.

- Για τις γυναίκες ηλικίας > 35 ετών: βάθος κωνοειδούς εκτομής > 10 mm.

Βέβαια η κάθε περίπτωση ασθενούς πρέπει να εξατομικεύεται ανάλογα με την έκταση της βλάβης και την ηλικία της γυναίκας, ωστόσο οι παραπάνω μελέτες καταδεικνύουν πως η εξαίρεση της βλάβης δεν προϋποθέτει πάντα τόσο βαθύ κώνο όσο πιστευόταν παλαιότερα.

Μαιευτικά ασφαλή όρια

Ήδη από το 1938 υπάρχουν μελέτες πως η κωνοειδής εκτομή που εκείνη την εποχή γίνονταν με νυστέρι, μπορεί να επιδράσει αρνητικά στην περίπτωση μελλοντικής κύησης των γυναικών (Miller, 1938). Μεταγενέστερες μελέτες τη δεκαετία του 1970 επιβεβαίωσαν αυτό το εύρημα, δηλαδή πως η κωνοειδής εκτομή οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο μαιευτικών επιπλοκών όπως είναι ο πρόωρος τοκετός (McLaren 1974, Jones 1979, Weber 1979, Weber 1979, Ludviksson 1982). Έκτοτε έχει αναπτυχθεί πλούσια βιβλιογραφία η οποία καλείται να απαντήσει στο ερώτημα πόσος τραχηλικός ιστός πρέπει τελικά να αφαιρείται κατά την κωνοειδή εκτομή, ώστε και να μην υπολείπεται νόσος και η γυναίκα να μην εκτίθεται σε αυξημένο μαιευτικό κίνδυνο.

Από νωρίς στη βιβλιογραφία έγιναν προσπάθειες συσχέτισης μαιευτικών επιπλοκών μετά από κωνοειδή εκτομή τραχήλου με τις πρώτες αναφορές να γίνονται στις μετα-αναλύσεις των Kristensen et al το 1993 και των Crane et al το 2003. Η πρώτη όμως συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση μεγάλου αριθμού μελετών έγινε το 2006 από τους Kyrgiou et al. Η μετα-ανάλυση αυτή συμπεριέλαβε 27 μελέτες από το 1979 μέχρι το 2005 πάνω στην επίδραση των μεθόδων LLETZ, CKC, laser ablation και laser conisation στη μαιευτική έκβαση των γυναικών. Για την πλέον χρησιμοποιούμενη μέθοδο LLETZ, η μετα-ανάλυση έδειξε πως υπήρχε σημαντική αύξηση στον κίνδυνο πρόωρου τοκετού < 37 εβδομάδες (RR=1.70), στον κίνδυνο χαμηλού βάρους γέννησης < 2500 gr (RR=1.82) και πρόωρης ρήξης των υμένων (RR=2.69). Επίσης, όταν το βάθος κωνοειδούς εκτομής ήταν > 10 mm υπήρχε σημαντικά αυξημένος κίνδυνος πρόωρου τοκετού (RR=2.6). Μια μεταγενέστερη μετα-ανάλυση των Arbyn et al το 2008, συμπεριέλαβε έξι ακόμα μελέτες οι οποίες

έγιναν τη χρονική περίοδο 2005-2007 και επιβεβαίωσε τα αποτελέσματα της προηγούμενης μετα-ανάλυσης των Kyrgiou et al το 2006.

Μετά από τις δύο μετα-αναλύσεις του 2006 και 2008 (που συμπεριέλαβαν συνολικά 34 δημοσιευμένες μελέτες από το 1979 μέχρι το 2007), ακολούθησε η δημοσίευση των αποτελεσμάτων των μεγάλων πληθυσμιακών μελετών (large population based studies) από τις Σκανδιναβικές χώρες κατά την περίοδο 2007-2009 (Jakobsson 2007, Albrechtsen 2008, Nohr 2007, Noehr 2009, Noehr 2009, Noehr 2009). Στον Πίνακα 1 παρατίθενται τα δεδομένα των μελετών αυτών.

		Ομάδα κωνοειδούς εκτομής	Ομάδα μαρτύρων ελέγχου-control (από γενικό πληθυσμό)	Σχετικός Κίνδυνος (RR)
2007 Φινλανδία	1986-2004	25.827 (7.8% πρώωρος τοκετός)	1.056.855 (4.6% πρώωρος τοκετός)	RR= 1.99
2008 Νορβηγία	1967-2003	15.108 (17.2% πρώωρος τοκετός)	2.164.006 (4.6% πρώωρος τοκετός)	RR= 2.50
2009 Δανία	1997-2005	8.180 (6.9% πρώωρος τοκετός)	552.678 (3.5% πρώωρος τοκετός)	RR= 2.07

Πίνακας 1. Population based studies Σκανδιναβικών χωρών (2007-2009).

Το 2011 δημοσιεύτηκε η συστηματική ανασκόπηση των Bevis et al, η οποία συμπεριέλαβε τα δεδομένα των δύο μετα-αναλύσεων του 2006 και 2008, τα αποτελέσματα των μεγάλων πληθυσμιακών μελετών της Φινλανδίας (2007), Νορβηγίας (2008) και της Δανίας (2009), και συμπεριέλαβε επίσης τις τελευταίες δημοσιευμένες μελέτες πάνω στο θέμα τη χρονική περίοδο 2009-2010. Το σημαντικότερο συμπέρασμα αυτής της συστηματικής ανασκόπησης είναι πως η κωνοειδής εκτομή με τη μέθοδο LLETZ αυξάνει τον κίνδυνο πρόωρου τοκετού κατά περίπου 2 φορές (RR~2). Η αύξηση αντιπροσωπεύει μια αύξηση κινδύνου σε απόλυτη τιμή λιγότερο από 10%.

Το 2011 δημοσιεύτηκε επίσης και μια δεύτερη ανασκόπηση των Bruinsma et al η οποία συμπεριέλαβε μελέτες μεταξύ 1950-2009. Η ανασκόπηση καταλήγει στο συμπέρασμα πως ο σχετικός κίνδυνος πρόωρου τοκετού με-

τά από αφαιρετικές μέθοδοι θεραπείας είναι RR=2.19. Ένα σημαντικό επίσης συμπέρασμα ήταν πως οι γυναίκες που εμφανίζουν HPV λοίμωξη εμφανίζουν χαρακτηριστικά που τις θέτουν εκ των πραγμάτων σε αυξημένο κίνδυνο για πρόωρο τοκετό. Τέτοιοι χαρακτηριστικά είναι το κάπνισμα και κυρίως το γεγονός πως οι γυναίκες αυτές που φέρουν την HPV λοίμωξη συνήθως παρουσιάζουν αποικισμό του κατώτερου γεννητικού συστήματος και με άλλα μικρόβια που δυνητικά αυξάνουν την πιθανότητα πρόωρου τοκετού. Για παράδειγμα, η βακτηριακή κολπίτιδα (bacterial vaginosis), η οποία αυξάνει τον κίνδυνο πρόωρου τοκετού έχει βρεθεί σε μεγαλύτερη συχνότητα σε γυναίκες με HPV λοίμωξη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Hillier 1995, Viikki 2000).

Σημασία της πρόληψης

Έγινε αναφορά πως το >70% των σεξουαλικά ενεργών γυναικών προσβάλλεται κάποια στιγμή της ζωής τους από τον ιό HPV και πως αναφέρεται υποχώρηση της HPV λοίμωξης σε ποσοστό 90% μέσα στα 2 πρώτα έτη από την πρωτομόλυνση, ενώ <1% των χαμηλόβαθμων βλαβών εξελίσσεται σε καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Από τη στιγμή που ο προσυμπτωματικός έλεγχος (screening) με την κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου καταδεικνύει κάποια παθολογία τραχήλου, το επόμενο βήμα είναι η κολποσκόπηση και εφόσον υπάρξει ένδειξη θα πρέπει να γίνει θεραπεία της βλάβης. Ο κολποσκόπος που πραγματοποιεί την θεραπεία προσπαθεί να αφαιρέσει τη βλάβη σε ογκολογικά ασφαλή όρια χωρίς να θέσει τη γυναίκα σε μαιευτικό κίνδυνο με την «υπερθεραπεία» ή αλλιώς την εξαίρεση μεγάλου τμήματος τραχήλου. Επειδή όμως η κωνοειδής εκτομή σαν διαδικασία από μόνη της αυξάνει το σχετικό κίνδυνο κατά ~2 φορές, όπως έδειξαν οι συστηματικές ανασκοπήσεις, και η επίδραση είναι εξαρτώμενη από το βάθος της κωνοειδούς εκτομής, σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις κωνοειδούς εκτομής υφίσταται θεωρητικά ένας αυξημένος μελλοντικός κίνδυνος μαιευτικών επιπλοκών που περιγράφηκαν παραπάνω. Στην πραγματικότητα ωστόσο λίγες είναι εκείνες οι γυναίκες που στη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους θα εμφανίσουν βραχύ τράχηλο με κίνδυνο για πρόωρο τοκετό και πρόωρη ρήξη υμένων. Για τις γυναίκες αυτές υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες από το Fetal Medicine Foundation (www.fetalmedicine.com) για συχνή υπερηχογραφική παρακολούθηση νωρίς από το δεύτερο τρίμηνο της κύησης, ώστε να βρεθούν

οι γυναίκες εκείνες που θα εμφανίσουν βραχύ τράχηλο και θα ωφεληθούν από κάποια παρέμβαση (χορήγηση προγεστερόνης/περίδεση τραχήλου).

Επίσης, υπάρχουν μελέτες (που περιγράφηκαν πιο πάνω) που δείχνουν πως οι γυναίκες που εμφανίζουν HPV λοίμωξη, εμφανίζουν χαρακτηριστικά που τις θέτουν εκ των πραγμάτων σε αυξημένο κίνδυνο για πρόωρο τοκετό, όπως είναι το κάπνισμα και η αυξημένη συχνότητα αποικισμού μικροβίων του κατώτερου γεννητικού συστήματος, όπως είναι η βακτηριακή κολπίτιδα (bacterial vaginosis).

Από τα παραπάνω καταδεικνύεται επομένως σημαντικός ο ρόλος της πρόληψης:

1) Πρωτογενής πρόληψη: Συστηματικός εμβολιασμός των νεαρών κοριτσιών (ιδίως πριν την έναρξη σεξουαλικών επαφών) κατά του ιού HPV. Το όφελος του εμβολιασμού επεκτείνεται σαφώς και μετά την έναρξη των σεξουαλικών επαφών και μετά από κάποια επέμβαση κωνοειδούς εκτομής

2) Δευτερογενής πρόληψη: Σε γυναίκες με HPV λοίμωξη θα πρέπει να συστήνεται η διακοπή του καπνίσματος και ο τακτικός έλεγχος με κυτταρολογική εξέταση κατά Παπανικολάου.

Θα πρέπει τέλος να αναφερθεί πως αποτελεί πεδίο συνεχιζόμενης έρευνας για την ομάδα των γυναικών με επεμβάσεις στον τράχηλο (cervical surgery/conisation) το πώς θα ξεχωρίσουμε τις γυναίκες εκείνες σε υψηλό κίνδυνο (high-risk) για βραχύ τράχηλο σε μελλοντική εγκυμοσύνη, το πώς θα τις παρακολουθήσουμε και τέλος πώς θα παρέμβουμε θεραπευτικά.

Βιβλιογραφία:

Albrechtsen S, Rasmussen S, Thoresen S, Irgens LM, Iversen OE. *Pregnancy outcome in women before and after cervical conisation: population based cohort study.* *BMJ* 2008;337:1343-50.

Anderson MC, Hartley RB. *Cervical crypt involvement by intraepithelial neoplasia.* *Obstet Gynecol* 1980;55:546-50. *Ang C, Mukhopadhyay A, Burnley C, Faulkner K, Cross P, Martin-Hirsch P, Naik R.*

Histological recurrence and depth of loop treatment of the cervix in women of reproductive age: *incomplete excision versus adverse pregnancy outcome.* *BJOG.* 2011;118:685-92.

Arbyn M, Kyrgiou M, Simoons C, Raifu AO, Koliopoulos G, Martin-Hirsch P, et al. *Perinatal mortality and other severe adverse pregnancy outcomes associated with treatment of cervical intraepithelial neoplasia: meta-analysis.* *BMJ* 2008;337:1284.

Bevis KS, Biggio JR. *Cervical conization and the risk of*

preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2011 Jul;205(1):19-27.

Bruinsma FJ, Quinn MA. *The risk of preterm birth following treatment for precancerous changes in the cervix: a systematic review and meta-analysis.* *BJOG* 2011 Aug;118(9):1031-41.

Burd EM. Human papillomavirus and cervical cancer. *Clin Microbiol Rev.* 2003 Jan;16(1):1-17.

Chew GK, Jandial L, Paraskevaidis E, Kitchener HC. *Pattern of CIN recurrence following laser ablation treatment: long-term follow-up.* *Int J Gynecol Cancer* 1999; 9: 487-90.

Crane J. *Pregnancy outcome after loop electrosurgical excision procedure: a systematic review.* *Obstet Gynecol* 2003;102:1058-62.

Department of Health. *Colposcopy and Programme Management. Guidelines for the NHS Cervical Screening Programme. NHSCSP Publication No. 20. Sheffield, UK: NHSCSP, 2010.12.*

Ghaem-Maghami S, Sagi S, Majeed G, Soutter WP. *Incomplete excision of cervical intraepithelial neoplasia and risk of treatment failure: a meta-analysis.* *Lancet Oncol* 2007;8:985-93.

Hillier SL, Nugent RP, Eschenbach DA, Krohn MA, Gibbs RS, Martin DH, et al. *Association between bacterial vaginosis and preterm delivery of a low-birth-weight infant. The Vaginal Infections and Prematurity Study Group.* *N Engl J Med* 1995;333:1737-42.

Jordan J, Martin-Hirsch P, Arbyn M, et al. *European guidelines for clinical management of abnormal cervical cytology, Part 2. Cytopathology* 2009;20:5-16.

Jones JM, Sweetnam P, Hibbard BM. *The outcome of pregnancy after cone biopsy of the cervix: a case-control study.* *BJOG* 1979;86: 913-6.

Jakobsson M, Gissler M, Sainio S, Paavonen J, Tapper M-A. *Preterm delivery after surgical treatment for cervical intraepithelial neoplasia.* *Obstet Gynecol* 2007;109:309-13.

Koutsky L. *Epidemiology of genital human papillomavirus infection.* *Am J Med.* 1997 May 5;102(5A):3-8.

Kitchener HC, Cruickshank ME, Farmery E. *The 1993 British Society for Colposcopy and Cervical Pathology/National Coordinating Network United Kingdom Colposcopy Survey. Comparison with 1988 and the response to introduction of guidelines.* *Br J Obstet Gynaecol* 1995; 102: 549-52.

Kyrgiou M, Koliopoulos G, Martin-Hirsch P, Arbyn M, Prendiville W, Paraskevaidis E. *Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis.* *Lancet* 2006;367:489-98.

Kristensen J, Langhoff-Roos J, Wittrup M, Bock JE. *Cervical conization and preterm delivery/low birth weight: a systematic review of the literature.* *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72:640-4.

Ludviksson K, Sandstrom B. *Outcome of pregnancy after cone biopsy: a case-control study.* *Eur J Obstet*

- Gynecol Reprod Biol* 1982;14:135-42.
- Muñoz N, Bosch FX, Castellsagué X, Díaz M, de Sanjose S, Hammouda D, Shah KV, Meijer CJ. *Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen? The international perspective.* *Int J Cancer.* 2004 Aug 20;111(2):278-85.
- Moscicki AB, Schiffman M, Kjaer S, Villa LL. Chapter 5: *Updating the natural history of HPV and anogenital cancer.* *Vaccine.* 2006 Aug 31;24 Suppl 3:S3/42- 51. Epub 2006 Jun 23.
- Monsonogo J. *Prevention of cervical cancer: screening, progress and perspectives.* *Presse Med.* 2007 Jan;36(1 Pt 2):92-111. Epub 2006 Dec 11.
- Martin-Hirsch P, Paraskevaidis E, Kitchener H. *Surgery for cervical intraepithelial neoplasia.* *Cochrane Database Syst Rev* 2000; 2:CD001318.
- Miller NF, Todd OE. *Conization of the cervix.* *Surg Gynecol Obstet* 1938;67:265-70.
- McLaren HC, Jordan JA, Glover M, Attwood ME. *Pregnancy after cone biopsy of the cervix.* *J Obstet Gynaecol Br Commonw* 1974;81:383-4.
- Nohr B, Tabor A, Frederiksen K, Kjaer SK. *Loop electrosurgical excision of the cervix and the subsequent risk of preterm delivery.* *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86:596-603.
- Noehr B, Jensen A, Frederiksen K, Tabor A, Kjaer SK. *Loop electrosurgical excision of the cervix and subsequent risk for spontaneous preterm delivery: a population-based study of singleton deliveries during a 9-year period.* *Am J Obstet Gynecol* 2009;201:33.e1-6.
- Noehr B, Jensen A, Frederiksen K, Tabor A, Kjaer SK. *Loop electrosurgical excision of the cervix and risk for spontaneous preterm delivery in twin pregnancies.* *Obstet Gynecol* 2009; 114:511-5.
- Noehr B, Jensen A, Frederiksen K, Tabor A, Kjaer SK. *Depth of cervical cone removed by loop electrosurgical excision procedure and subsequent risk of spontaneous preterm delivery.* *Obstet Gynecol* 2009;114:1232-8.
- Nuovo J, Melnikow J, Willan AR, Chan BK. *Treatment outcomes for squamous intraepithelial lesions.* *Int J Gynaecol Obstet* 2000;68: 25-33.
- Paraskevaidis E, Jandial L, Mann EM, Fisher PM, Kitchener HC. *Pattern of treatment failure following laser for cervical intraepithelial neoplasia: implications for follow-up protocol.* *Obstet Gynecol* 1991; 78: 80-83.
- Papoutsis D, Rodolakis A, Antonakou A, Sindos M, Mesogitis S, Sotiropoulou M, Sakellaropoulos G, Antsaklis A. *Cervical Cone Measurements and Residual Disease in LLETZ Conisation for Cervical Intraepithelial Neoplasia. In Vivo* 2011;25:691-696.
- Quinn M, Babb P, Jones J, Allen E. *Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of the cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics.* *BMJ* 1999;318:904-8.
- Reich O, Pickel H, Lahousen M, Tamussino K, Winter R. *Cervical intraepithelial neoplasia III: long-term outcome after cold-knife conization with clear margins.* *Obstet Gynecol.* 2001 Mar;97(3):428-30.
- Rubio CA, Thomassen P, Soderberg G, Kock Y. *Big cones and little cones.* *Histopathology* 1978;2(2):133-43.
- Schiffman M, Castle PE. *Human papillomavirus: epidemiology and public health.* *Arch Pathol Lab Med.* 2003; 127:930-934.
- Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, Raab S, Sherman M, Wilbur D, Wright T Jr, Young N, Forum Group Members, Bethesda 2001 Workshop. *The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology.* *JAMA.* 2002 Apr 24;287(16):2114-9.
- Soutter WP, de Barros Lopes A, Fletcher A, Monaghan JM, Duncan ID, Paraskevaidis E, Kitchener HC. *Invasive cervical cancer after conservative therapy for cervical intraepithelial neoplasia.* *Lancet* 1997; 349: 978-80.
- Viikki M, Pukkala E, Nieminen P, Hakama M. *Gynaecological infections as risk determinants of subsequent cervical neoplasia.* *Acta Oncol* 2000;39:71-5.
- Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, Snijders PJ, Peto J, Meijer CJ, Muñoz N. *Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide.* *J Pathol.* 1999 Sep;189(1):12-9.
- Wiley DJ, Douglas J, Beutner K, Cox T, Fife K, Moscicki AB, Fukumoto L. *External genital warts: diagnosis, treatment, and prevention.* *Clin Infect Dis.* 2002 Oct 15;35(Suppl 2):S210-24.
- Weber T, Obel EB. *Pregnancy complications following conization of the uterine cervix (I).* *Acta Obstet Gynecol Scand* 1979;58:259-63.
- Weber T, Obel EB. *Pregnancy complications following conization of the uterine cervix (II).* *Acta Obstet Gynecol Scand* 1979;58: 347-51.

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ*"ΕΛΕΥΘΡ", 4: 162-167, 2012*

Αυτόματη αποβολή κύησης 14 εβδομάδων λόγω ευμεγέθους ενδοτοιχωματικού ινομυώματος μήτρας

Παναγιώτης Κοτζαγεωργίου*Επιμελητής Β' Μαιευτικής - Γυναικολογίας
Γ.Ν. Ναυπλίου, MSc,***Μιχάλης Μώρος***Μαιευτής Κ.Υ Γκούρας Κορινθίας, MSc,
Πρόεδρος Συλλόγου Μαιών - Μαιευτών
Ναυπλίου***Δημήτρης Μετρητίδης***Διευθυντής Μαιευτικής - Γυναικολογίας
Γ.Ν. Ναυπλίου***Περίληψη**

Η ύπαρξη ινομυωμάτων στην εγκυμοσύνη αποτελεί πρόκληση για το Ιατρικό και Μαιευτικό προσωπικό της κλινικής διότι αφενός διαγιγνώσκονται δύσκολα και αφετέρου αποτελούν αιτία εν δυνάμει επιπλοκών της εγκυμοσύνης, ιδίως στο 2ο και 3ο τρίμηνο. Στο 1ο τρίμηνο τα ινομυώματα σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα αιμορραγίας, επίμονου πυελικού πόνου και αυτόματης αποβολής. Στο ενδιαφέρον περιστατικό που ακολουθεί παρουσιάζουμε μια περίπτωση αυτόματης αποβολής 1ου τριμήνου κυήσεως λόγω ευμεγέθους ενδοτοιχωματικού ινομυώματος μήτρας.

Abstract: Case report: spontaneous abortion of a 14 weeks pregnancy due to large fibroid of uterus

Panagiotis Kotzageorgiou MD Gynecologist - Obstetrician, General Hospital of Nafplio

Michalis Moros RM, MSc, GKoura Health Center, President of Midwives Association of Nafplio

Dimitris Metritidis

MD, Chief Gynecologist - Obstetrician, General Hospital of Nafplio

The presence of fibroids during pregnancy is a challenge for both gynecologists and midwives not only because of the difficulty in diagnosis but also due to the fact that they may cause complications especially during the second and third trimester of pregnancy. In the first trimester fibroids are correlated with an increased chance of vaginal bleeding, persisting pain and spontaneous abortion. In this case report we present an interesting case report of a first trimester spontaneous abortion due to a large fibroid of uterus.

Εισαγωγή

Τα ινομυώματα είναι καλοήθεις όγκοι του μυομητρίου και του συνδετικού ιστού της μήτρας, στερούμενα κάψας αλλά σχηματίζουν μια ψευδοκάψα γύρω από το συμπιεσμένο μυομητρικό ιστό. Αποκαλούνται επίσης «λειομυώματα», «λειοϊνομυώματα», «ινολειομυώματα» και «ινώματα» ή «μυώματα» και αποτελούν τους πλέον συχνούς καλοήθεις όγκους στις γυναίκες ιδίως κατά τη μέση και ύστερη αναπαραγωγική περίοδο. Το μέγεθός τους ποικίλει και διακρίνονται σε διάφορους τύπους αναλόγως του σημείου εντόπισης, με αποτέλεσμα να χαρακτηρίζονται ως ενδοτοιχωματικά, υπορογόνια, υποβλεννογόνια, τραχηλικά ή και μισχωτά, οπότε και παρουσιάζονται σαν πολύποδες (Govan 1993, Solomon et al 2005, Buttram VC, Reiter RC, 1981). Ο εντοπισμός τους στους παρακείμενους υποστηρικτικούς ιστούς είναι σπανιότερος.

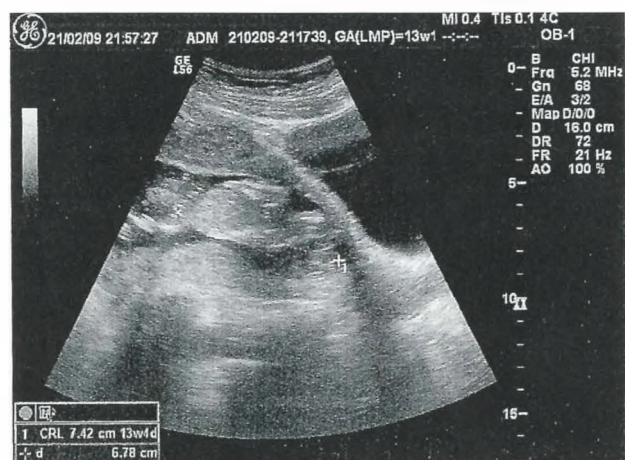
Αναλόγως του σημείου εντοπισμού τους και δεδομένου ότι αποτελούν ορμονοεξαρτώμενους όγκους, μπορούν να προκαλέσουν διάφορα προβλήματα, με συνηθέστερα τη μητρορραγία και μηνορραγία, πόνο, κατακράτηση ή απώλεια ούρων λόγω συμπίεσης και μετατόπισης της ουροδόχου κύστης, δυσκοιλιότητα λόγω πιεστικών φαινομένων στο παχύ έντερο και σε μερικές περιπτώσεις υπογονιμότητα και προβλήματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης όπως αυτόματη αποβολή και πρόωρο τοκετό. Γενικά, η συμπτωματολογία των ινομυωμάτων σχετίζεται με τον εντοπισμό τους (Wallach E, Vlahos NF 2004)

Η αιτιολογία των ινομυωμάτων δεν είναι γνωστή, δεν προκαλούνται από τα οιστρογόνα αλλά η ανάπτυξή τους σίγουρα επηρεάζεται από αυτά, δεδομένου ότι τα ινομυώματα περιέχουν περισσότερους οιστρογονικούς υποδοχείς συγκριτικά με το μυομήτριο και λιγότερους από το ενδομήτριο. Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι σε ορισμένες περιπτώσεις, τα ινομυώματα αυξάνονται κατά τη διάρκεια της κύησης ή με τη χορήγηση οιστρογονικής θεραπείας (Memarzadeh S, Broder M, Wexler A, Pernoll M, 2003)

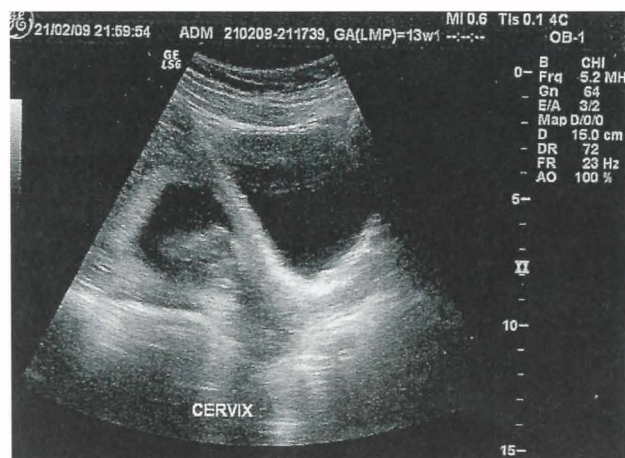
Ουσιαστικά τα ινομυώματα αποτελούν μονοκλωνικούς όγκους, στο 40 έως 50% των οποίων ανιχνεύονται χρωμοσωμιακές ανωμαλίες ενώ στο 70% από αυτά ανιχνεύονται μεταλλάξεις στο γονίδιο MED12 (Makinen et al, 2011) το οποίο βρίσκεται στο χρωμόσωμα X και κωδικοποιεί την ομώνυμη πρωτεΐνη. Το εν λόγω γονίδιο φαίνεται επίσης ότι αλληλεπιδρά με τους



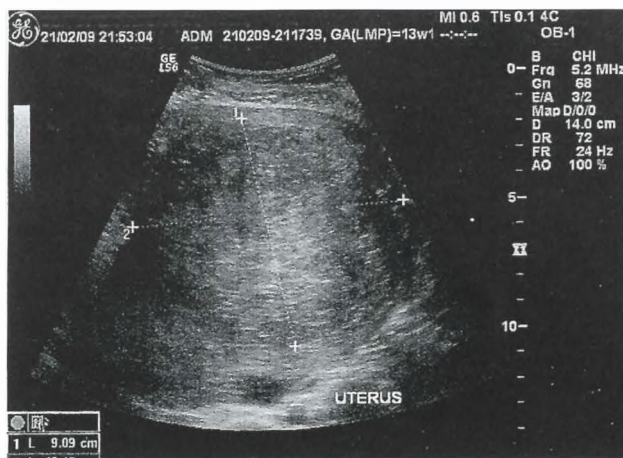
1. Κατά την εισαγωγή, το έμβρυο πιεσμένο προς τον τράχηλο



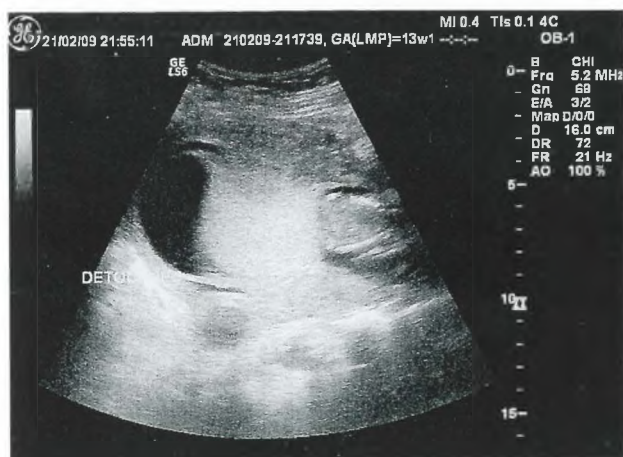
2. Έμβρυο στο κατώτερο τμήμα της μήτρας



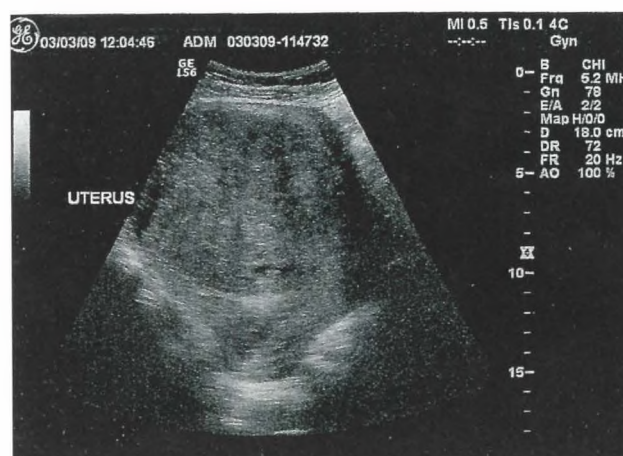
3. Το έμβρυο πιεσμένο στον τράχηλο



4. Το ινομύωμα



5. Η αποκόλληση πλακούντα



6. Μετά την αποβολή φαίνεται το μέγεθος του ινομυώματος σε συνάρτηση με τη μήτρα

α - οιστρογονικούς υποδοχείς (Kang et al, 2002)

Παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη ινομυωμάτων αποτελούν η ατοκία, το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, η παχυσαρκία, η αρτηριακή υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης (Okolo S, 2008)

Η διάγνωση των ινομυωμάτων, λόγω της συχνής απουσίας συμπτωμάτων, γίνεται συνήθως κατά το γυναικολογικό έλεγχο ρουτίνας, με την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση και την ψηλάφηση του κατώτερου υπογαστρίου, λαμβάνοντας υπ' όψη το ιστορικό της γυναίκας. Η διάγνωση τίθεται με τον υπερηχογραφικό έλεγχο ή με τη μαγνητική τομογραφία, η οποία δεν είναι πάντοτε κλινικά απαραίτητη ενώ σε κάποιες περιπτώσεις τα ινομυώματα μπορούν να διαπιστωθούν κατά την υστεροσκόπηση ή τη λαπαροσκόπηση.

Είναι απαραίτητο ο Γυναικολόγος να κάνει διαφοροδιάγνωση μεταξύ των ινομυωμάτων και άλλων καταστάσεων με παρόμοια κλινική εικόνα και ευρήματα, κυρίως δηλαδή μεταξύ εγκυμοσύνης, κύστεων ωοθήκης, κακοήθων όγκων της μήτρας, των ωοθηκών και των σαλπίγγων ή και φλεγμονωδών καταστάσεων των έσω γεννητικών οργάνων.

Η συνηθέστερη επιπλοκή των ινομυωμάτων είναι η παρουσία μητρορραγίας ή μηνομητρορραγίας ποικίλων βαθμών, η οποία προκαλεί άλλοτε άλλου βαθμού πτώση του αιματοκρίτη και των αποθεμάτων σιδήρου στον οργανισμό. Παράλληλα, λόγω πιεστικών φαινομένων στα παρακείμενα όργανα και ιστούς, μπορεί σε σπανιότερες περιπτώσεις να παρατηρηθεί συχνουρία, κατακράτηση ούρων, υδρονέφρωση από συμπίεση του ουρητήρα, δυσκοιλιότητα και αίσθημα φουσκώματος λόγω πίεσης στο παχύ έντερο. Πολύ σπανιότερα μπορούν να συμβούν: σαρκωματώδης εξαλλαγή, εκφύλιση του ινομυώματος, συστροφή του μίσχου (επί μισχωτού ινομυώματος).

Η θεραπευτική προσέγγιση των ινομυωμάτων θα πρέπει να γίνεται λαμβάνοντας υπ' όψη την ηλικία της ασθενούς, το μαιευτικό και γυναικολογικό της ιστορικό, την ένταση των συμπτωμάτων και το σημείο εντοπισμού του ινομυώματος. Στην περίπτωση μη εγκύων και εμμηνοπαυσιακών γυναικών χωρίς συχνή εμφάνιση συμπτωμάτων δεν χρειάζεται καμία θεραπεία παρά μόνο τακτικός γυναικολογικός έλεγχος ανά εξάμηνο ή έτος προκειμένου να παρακολουθείται η μεταβολή του μεγέθους των ινομυωμάτων. Σε μερικές περιπτώσεις ο Γυναικολόγος μπορεί να συστήσει τη χορήγηση αγωνιστών της GnRH (Gonadotropin Releasing Hormone

- εκλυτική ορμόνη των γοναδοτροπινών). Τα «GnRH ανάλογα» προκαλούν υπογοναδισμό λόγω καταστολής της υπόφυσης και αναμένεται να μειώσουν τον όγκο του ινομυώματος έως και 50% μέσα σε 3 μήνες από τη χορήγησή τους αλλά προκαλούν παροδική εμμηνόπαυση με συνοδό συμπτωματολογία ενώ μπορεί να επιφέρουν οστεοπόρωση στην περίπτωση που χορηγηθούν περισσότερους από 6 μήνες. Για το λόγο αυτό οι 6 μήνες αποτελούν το μέγιστο χρονικό διάστημα χορήγησης των GnRH αγωνιστών και συνήθως χορηγούνται σε ασθενείς που για διάφορους λόγους δεν μπορούν να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση ή προκειμένου να μειωθεί ο όγκος των ινομυωμάτων ώστε να διευκολυνθεί η λαπαροσκοπική τους αφαίρεση σε δεύτερο χρόνο (Sankaran S, Manyoanda I, 2008)

Επιπλέον, έρευνες υποδεικνύουν ότι η χρήση καβεργολίδης, ενός παραγώγου της εργοτίνης (εμπορ. ονομασία "Dostinex") έχει παρόμοια δράση με τους αγωνιστές της GnRH αλλά απαιτούνται περισσότερες έρευνες ώστε να τεκμηριώσουν τη χρήση της ως φαρμακευτικής μεθόδου αντιμετώπισης των ινομυωμάτων (Sayyah M et al, 2009, Melli MS, Farzadi L, Madarek EO, 2007)

Στις χειρουργικές μεθόδους αντιμετώπισης συμπεριλαμβάνονται η ινομυωματεκτομή και η υστερεκτομή, οι οποίες μπορούν να γίνουν λαπαροσκοπικά ή με κλασική λαπαροτομία. Η ινομυωματεκτομή πραγματοποιείται στις περιπτώσεις κατά τις οποίες η γυναίκα επιθυμεί τη διατήρηση της μήτρας της. Η ολική υστερεκτομή ενδείκνυται στις περιπτώσεις που η γυναίκα βρίσκεται κοντά στην εμμηνόπαυση ή όταν για διάφορους λόγους δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί ινομυωματεκτομή. Διακρίνεται σε υφολική υστερεκτομή, κατά την οποία διατηρείται ο τράχηλος και οι σάλπιγγες – ωθήκες και στην ολική υστερεκτομή μετά των εξαρτημάτων, κατά την οποία γίνεται πλήρης αφαίρεση των εσωτερικών γεννητικών οργάνων.

Περιγραφή περιστατικού

Η ασθενής, εκ Βουλγαρίας, έγγαμος, ετών 36 και διάγουσα την 14η εβδομάδα της κύησης, μετέβη σε Κέντρο Υγείας αναφέροντας κολπική αιμόρροια και κοιλιακό άλγος. Κατά την κλινική εξέταση από τη Μαία του Κ.Υ διαπιστώθηκε μικρού βαθμού κολπική αιμόρροια και ψηλαφητή μάζα στο υπογάστριο οπότε και η ασθενής μεταφέρθηκε στη Μ/Γ Κλινική του Νοσοκο-

μείου Ναυπλίου για περαιτέρω έλεγχο.

Η ασθενής είχε ελεύθερο ατομικό και οικογενειακό ιστορικό, στο Μαιευτικό Ιστορικό προηγηθείσα Καισαρική Τομή λόγω δυσαναλογίας και προκλητή έκτρωση προ 10ετίας (επιθυμητή) (G3P1). Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν θετικοί εμβρυϊκοί καρδιακοί παλμοί ενώ τα ζωτικά της σημεία είχαν ως εξής: ΑΠ=110/70 mmHg, Σφύξεις= 80/min, Θερμοκρασία= 36,8° C, επιβεβαιώθηκε η ύπαρξη ψηλαφητής μάζας στο υπογάστριο, επώδυνης στην πίεση και επίκρουση ενώ κατά τη γυναικολογική εξέταση επιβεβαιώθηκε μέτριου βαθμού κολπική αιμόρροια καθώς και παρουσία πηγμάτων αίματος στον κόλπο.

Κατά τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε μέτρια αναιμία (ερυθρά αιμοσφαίρια: $3.65 \times 10^6 / \mu\text{L}$, αιμοσφαιρίνη: 11.5g/dl, αιματοκρίτης 33.7%), λευκοκυττάρωση (λευκά αιμοσφαίρια: $14.8 \times 10^3 / \mu\text{L}$), ουδετεροφιλία (ουδετερόφιλα: 77.8%) και λεμφοπενία (λεμφοκύτταρα: 14.9%) ενώ η τιμή της β – χοριακής γοναδοτροπίνης ήταν 9212mIU/mL. Οι βιοχημικοί δείκτες και ο έλεγχος αιμόστασης ήταν εντός φυσιολογικών ορίων.

Κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο διαπιστώθηκε η ύπαρξη ευμεγέθους ενδοτοιχωματικού ινομυώματος διαστάσεων 10×9.5 cm στο πρόσθιο τοίχωμα και έτερων μικρών υπορογόνιων ινομυωμάτων στο οπίσθιο τοίχωμα. Επιπλέον ελέγχθη ενδομήτριος αμνιακός σάκος φέρων ζων έμβρυο με θετική καρδιακή λειτουργία, σε κεφαλική προβολή αλλά και εικόνα εκτεταμένης περιφερικής αποκόλλησης του πλακούντα. Ο αμνιακός σάκος ελέγχθηκε σε χαμηλή θέση, πλησίον του έσω τραχηλικού στομίου λόγω της πίεσής του από το ινομύωμα, ενώ διαπιστώθηκε μικρή διεύρυνση του στομίου και ελάττωση του μήκους του τραχήλου. Τέλος, η ποσότητα του αμνιακού υγρού ήταν φυσιολογική.

Κατά την επιστροφή της ασθενούς στο Μαιευτικό – Γυναικολογικό Τμήμα και ενώ είχε τεθεί ανοιχτή φλεβική γραμμή και χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών, η ασθενής παραπονέθηκε για έντονο κοιλιακό άλγος, διαπιστώθηκε αύξηση της αιμορραγίας και επήλθε τελικά τελεία αποβολή του κυήματος και του αμνιακού σάκου, η οποία επιβεβαιώθηκε και σε δεύτερο υπερηχογραφικό έλεγχο.

Η ασθενής παρέμεινε στο Μ/Γ Τμήμα από όπου έλαβε εξιτήριο μετά 3 ημέρες, με την τιμή της β – χοριακής γοναδοτροπίνης να έχει μειωθεί σε επίπεδα 28,63mIU/mL και τα λευκά αιμοσφαίρια εντός φυσιολογικών ορίων.

ων (9.5×10^3 / μ L).

Μετά εξάμηνο η ασθενής υποβλήθηκε σε ινομυωματεκτομή και ένα χρόνο αργότερα συνέλαβε εκ νέου και γέννησε τελειόμηνο νεογνό χωρίς επιπλοκές.

Συζήτηση

Περίπου το 0,6 έως 2,6% των κύψεων είναι δυνατό να συνοδεύονται από την ύπαρξη ενός ή περισσοτέρων ινομυωμάτων και σε περίπου 10% από τα παραπάνω ποσοστά θα παρουσιαστούν επιπλοκές (Suwandinata et al, 2008) μεταξύ των οποίων αυτόματη αποβολή, πρόωρη ρήξη των υμένων, πρόωρος τοκετός, αποκόλληση του πλακούντα, ανώμαλες προβολές και σχήματα του εμβρύου, υδρονέφρωση, πυελικός πόνος και αιμορραγία μετά τον τοκετό.

Παρά ταύτα, η διάγνωση των ινομυωμάτων κατά τη διάρκεια της κύησης δεν είναι απλή καθώς μόνο το 42% των μεγάλων ινομυωμάτων (>5 εκατοστά) και το 12,5% των μικρών (έως 5 εκατοστά) μπορούν να διαγνωστούν κατά την κλινική εξέταση (Muram D, Gillieson M, Walters JH, 1980) ενώ και ο υπερηχογραφικός έλεγχος μπορεί να οδηγηθεί σε εσφαλμένα συμπεράσματα εξαιτίας της δυσκολίας διαφοροδιάγνωσης με τη φυσιολογική πάχυνση του μυομητρίου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ως εκ τούτων, μόλις το 1,4 - 2,7% των ινομυωμάτων μπορούν να διαγνωστούν κατά τη διάρκεια της κύησης (Burton CB, Grimes JS, March W 1989, Rice et al, 1989, Qidwai et al 2006, Cooper, Okolo 2005).

Η ύπαρξη ινομυωμάτων στην εγκύμονα μήτρα μπορεί να αποτελέσει αιτία αυτόματων αποβολών. Έγκυες γυναίκες με ινομύματα έχουν περίπου διπλάσιο κίνδυνο να υποστούν αυτόματη αποβολή, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (Benson, Chow, Chang - Lee et al 2001) και μάλιστα γυναίκες με πολλαπλά ινομύματα έχουν τέσσερις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αποβάλουν, συγκριτικά με εκείνες που έχουν μόνο ένα ινομύωμα. Σημαντικό ρόλο στην πρόγνωση έχει και ο εντοπισμός του ινομύματος: περισσότερο επικίνδυνα για τη διατήρηση της κυήσεως φαίνεται να είναι εκείνα που εντοπίζονται στο σώμα της μήτρας, τα ενδοτοιχωματικά και τα υποβλεννογόνια (Klatsky et al. 2008, Bernard et al. 2000, Lev - Toaff et al 1987, Goldenberg et al. 1995, Lee, Norwitz, Shaw 2010) Ο ακριβής μηχανισμός πρόκλησης της αυτόματης αποβολής λόγω της ύπαρξης των ινομυωμάτων δεν είναι

γνωστός, πιθανολογούνται όμως ως ενοχοποιητικοί παράγοντες η αυξημένη ευερεθιστότητα και συσταλτικότητα της μήτρας, η αποστέρωση της αιμάτωσης του πλακούντα και του εμβρύου (Wallach ,1995) καθώς και πιεστικά φαινόμενα που προκαλούνται από τα ινομύματα.

Βιβλιογραφία:

- Govan A.D.T, Hart D. Callander R. *Gynaecology illustrated. 4th edition. Churchill Livingstone Group* 1993; 273 - 277.
- Solomon LA., Schimp VL., Ali-Fehmi R., *Diamond MP., Munkarah AR. Clinical update of smooth muscle tumors of the uterus. J Minim Invasive Gynecol. 2005;12:401-408.*
- Buttram VC Jr, Reiter RC. *Uterine leiomyomata: etiology, symptomatology, and management. Fertil Steril. 1981;36:433-445*
- Wallach EE., Vlahos NF. "Uterine myomas: an overview of development, clinical features, and management". *Obstet Gynecol* 2004, 104 (2): 393-406.
- Memarzadeh S., Broder M., Wexler A., Pernoll M. : *Benign disorders of the uterine corpus. In: Current Obstetric and gynecologic diagnosis and treatment. DeCherney A, Nathan L. Lange Medical Books. 2003: 693 - 699*
- Makinen N, Mehine M, Tolvanen J, Kaasinen E, Li Y, Lehtonen H. J, Gentile M, Yan J. et al (2011). "MED12, the Mediator Complex Subunit 12 Gene, is Mutated at High Frequency in Uterine Leiomyomas". *Science*.
- Kang Yun Kyoung; Guermah Mohamed, Yuan Chao-Xing, Roeder Robert G :*The TRAP/Mediator coactivator complex interacts directly with estrogen receptors alpha and beta through the TRAP220 subunit and directly enhances estrogen receptor function in vitro . Proc. Natl. Acad. Sci. 2002; 99 (5): 2642-2647.*
- Okolo, S. : *Incidence, aetiology and epidemiology of uterine fibroids. Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology 2008; 22 (4): 571-588.*
- Sankaran S., Manyonda I. :*Medical management of fibroids. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology 2008; 22 (4): 655*
- Sayyah-Melli M, Tehrani-Gadim S, Dastranj-Tabrizi A, Gatrehsamani F, Morteza G, Ouladesahebmadarek E, Farzadi L, Kazemi-Shishvan M. *Comparison of the effect of gonadotropin-releasing hormone agonist and dopamine receptor agonist on uterine myoma growth. Histologic, sonographic, and intra-operative changes. Saudi Med J. 2009 Aug;30(8):1024-33*
- Melli MS, Farzadi L, Madarek EO. *Comparison of the effect of gonadotropin-releasing hormone analog (Diphereline) and Cabergoline (Dostinex) treatment on uterine myoma regression. Saudi Med J. 2007 Mar;28(3):445-50.*
- Suwandinata FS, Gruessner SEM, Omwandho COA, Tinneberg HR. *Pregnancy-preserving myomectomy:*

- preliminary report on a new surgical technique. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2008;13(3):323-326.
- Muram D, Gillieson M, Walters JH. Myomas of the uterus in pregnancy: ultrasonographic follow-up. *Am J Obstet Gynecol*. 1980;138:16-19
- Benson CB, Chow JS, Chang-Lee W, et al. Outcome of pregnancies in women with uterine leiomyomas identified by sonography in the first trimester. *J Clin Ultrasound*. 2001;29:261-264
- Burton CA, Grimes DA, March CM. Surgical management of leiomyomata during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 1989;74:707-709
- Rice JP, Kay HH, Mahony BS. The clinical significance of uterine leiomyomas in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1989;160:1212-1216.
- Qidwai GI, Caughey AB, Jacoby AF. Obstetric outcomes in women with sonographically identified uterine leiomyomata. *Obstet Gynecol*. 2006;107:376-382.
- Cooper NP, Okolo S. Fibroids in pregnancy common but poorly understood. *Obstet Gynecol Surv*. 2005;60:132-138
- Klatsky PC, Tran ND, Caughey AB, Fujimoto VY. Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198:357-366
- Bernard G, Darai E, Poncelet C, et al. Fertility after hysteroscopic myomectomy: effect of intramural myomas associated. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2000;88:85-90
- Lev-Toaff AS, Coleman BG, Arger PH, et al. Leiomyomas in pregnancy: sonographic study. *Radiology*. 1987;164:375-380
- Goldenberg M, Sivan E, Sharabi Z, et al. Outcome of hysteroscopic resection of submucous myomas for infertility. *Fertil Steril*. 1995;64:714-716
- Lee HJ, Norwitz ER, Shaw J. Contemporary management of fibroids in pregnancy. *Rev Obstet Gynecol*. 2010 Winter;3(1):20-7.
- Wallach EE, Vu KK. Myomata uteri and infertility. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1995;22:791-799.



Δράσεις, για τον εορτασμό της εβδομάδας μητρικού θηλασμού που έγιναν στη χώρα μας

Φανή Πεχλιβάνη

Μαία., MSc, PhD

Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Μαιευτικής ΤΕΙ Αθηνών

Αντιπρόεδρος Συλλόγου Μαιών Αθηνών

Η εβδομάδα μητρικού θηλασμού στη χώρα μας γιορτάστηκε ποικιλοτρόπως, κυρίως όμως επικεντρώθηκε στο θέμα της εβδομάδας του μητρικού θηλασμού που ήταν «Κατανοώντας το παρελθόν σχεδιάζουμε το μέλλον». Έτσι σε ολόκληρη τη χώρα και ιδιαίτερα στον νομό Αττικής έγιναν τα κάτωθι:

1. Ο ΣΕΜΜΑ, τον Οκτώβριο, συναντήθηκε και συζήτησε με την Υφυπουργό Υγείας κα Σκοπούλη, Υπεύθυνη Δημόσιας Υγείας, για την εβδομάδα του μητρικού θηλασμού και για λήψη μέτρων για την προώθησή του.
2. Στις 2 Νοεμβρίου, 2012 το Νοσοκομείο Έλενα Βενιζέλου, και συγκεκριμένα το Τμήμα Μητρικού Θηλασμού-Τράπεζα Μητρικού Γάλακτος, με δική του πρωτοβουλία και υπό την αιγίδα της 1ης ΥΠΕ Αττικής, διοργάνωσε συνάντηση φορέων υπευθύνων για το μητρικό θηλασμό και συζήτησε τα θέματα που αφορούν την προώθηση του μητρικού θηλασμού με αφορμή τον επικείμενο εορτασμό του μητρικού θηλασμού με θέμα «κατανοούμε το παρελθόν -σχεδιάζουμε το μέλλον». Οι φορείς που προσκλήθηκαν ήταν 36 και ανταποκρίθηκαν οι 22. Από αυτούς που ανταποκρίθηκαν συνολικά ήρθαν 30 επαγγελματίες Υγείας μεταξύ αυτών οι 18 ήταν μαίες. Η συνάντηση των φορέων κατέληξε σε διαπιστώσεις- συμπεράσματα : 1. Η συνάντηση πρωτίστως πρέπει να επαναληφθεί 2. Η Εθνική Επιτροπή Μητρικού Θηλασμού να έχει και εκτελεστικό χαρακτήρα όχι μόνο συμβουλευτικό 3. Να ενημερώνεται η επιτροπή για τις πρακτικές του μητρικού θηλασμού από όλους τους χώρους 4. Να υπάρξει υποστήριξη στις θηλάζουσες στις ανάλογες δομές υγείας και 5. Να οριστούν υπεύθυνοι για το μητρικό θηλασμό όπου υπάρχουν μητέρες και βρέφη.
3. Το Μαιευτήριο Έλενα Βενιζέλου, σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας, οργάνωσε το 31ο σεμινάριο για το μητρικό θηλασμό την πρώτη εβδομάδα του Νοεμβρίου, με θεωρητικό και κλινικό μέρος, το οποίο στις ομιλίες του περιλαμβάνει βασικές γνώσεις για το μητρικό θηλασμό καθώς και τρέχοντα θέματα του μητρικού θηλασμού τα οποία συζητούνται σε διεπιστημονικό επίπεδο. Το

σεμινάριο παρακολούθησαν 50 επαγγελματίες υγείας, κυρίως μαίες, από την περιοχή της Ηπείρου.

4. Το Αρεταίειο Νοσοκομείο και συγκεκριμένα το Νεογνολογικό Τμήμα της Β1 Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του ΕΚΠΑ, οργάνωσε την 12η Ημερίδα Μητρικού Θηλασμού με το θέμα του εορτασμού: «κατανοώντας το παρελθόν- σχεδιάζοντας το μέλλον». Από τις 11 ομιλίες που παρουσιάστηκαν οι πέντε είχαν εκπονηθεί από τις μαίες Π. Βολάκη, Ε. Στάθη, Μ. Κοτσιανίδη, Μ. Μπουρουτζόγλου, Κ. Γραμματικού, Σ. Παλιάτσου και Ε. Μανιατέλη, όπως και στις τρεις συνεδρίες της ημερίδας στο προεδρείο συμμετείχαν οι μαίες Κ. Μαλφα, Π. Παναγή και Φ. Πεχλιβάνη.

5. Ο ΣΕΜΜΑ σε συνεργασία με την Κλινική ΡΕΑ πραγματοποίησε το 5ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Μητρικού Θηλασμού με θεωρητική και κλινική κατάρτιση. Μεταξύ των 31 ομιλητών οι 18 ήταν μαίες και τα θέματα που συζητήθηκαν αφορούσαν το θέμα της εβδομάδας του μητρικού θηλασμού αλλά και βασικές απαραίτητες γνώσεις για το μητρικό θηλασμό.

6. Το Τμήμα Μαιευτικής του ΤΕΙ Αθήνας και συγκεκριμένα φοιτήτριες του Τμήματος διοργάνωσαν ημερίδα για το Μητρικό Θηλασμό στα πλαίσια της εβδομάδας μητρικού θηλασμού όπου τα θέματα που ανακοινώθηκαν και συζητήθηκαν ήταν πολύ επίκαιρα.

7. Ο Σύλλογος “οι φίλοι του μητρικού θηλασμού” οργάνω-

σαν ημερίδα με το θέμα της εβδομάδας εορτασμού του μητρικού θηλασμού.

8. Στα πλαίσια του εορτασμού της εβδομάδας του μητρικού θηλασμού η Γ1 Παιδιατρική Κλινική και Γ1 Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αττικό οργάνωσαν την 8η διακλινική ημερίδα με θέμα : Προβλήματα κατά την κύηση: επιπτώσεις στη μητέρα και το νεογνό. Σύσταση και ιδιότητες του μητρικού γάλακτος. Μεταξύ των ομιλητών ήταν οι μαίες η Π. Παναγή πρόεδρος του ΣΕΜΜΑ, Ι. Τασιοπούλου Τομεάρχης –Μαία του Αττικού και η Ε. Αλεξίου προϊσταμένη μαία. Η Κ. Μάλφα ήταν συντονίστρια στο στρογγυλό τραπέζι Μητρικό γάλα – νεότερα δεδομένα.

9. Επιπρόσθετα, γράφτηκαν άρθρα σε εφημερίδες και περιοδικά για το μητρικό θηλασμό και έγιναν συζητήσεις σε εκπομπές στο ραδιόφωνο και στην τηλεόραση.

10. Έγιναν εκδηλώσεις για το μητρικό θηλασμό σε περιφερειακό επίπεδο από τους Εφετειακούς Συλλόγους μαίων και από άλλους φορείς.

Γενικότερα από όλες τις παραπάνω δραστηριότητες-εκδηλώσεις φάνηκε ότι τα ποσοστά του αποκλειστικού θηλασμού δεν είναι τα αναμενόμενα. Τα πολύ χαμηλά ποσοστά του αποκλειστικού θηλασμού απαιτούν διαφορετικούς τρόπους ενημέρωσης των γυναικών και των επαγγελματιών υγείας. Πρωτίστως όμως φάνηκε ότι οι θηλάζουσες έχουν μεγαλύτερη ανάγκη υποστήριξης.



Οδηγίες προς τους Συγγραφείς

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

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 ηλεκτρολογημένο 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 (πχ 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 περίληψη της εργασίας ανακεφαλαιώνονται τα κύρια μέρη της εργασίας και αναφέρονται τα εξής: α) Σκοπός, β) Μεθοδολογία, γ) Αποτελέσματα, δ) Συμπεράσματα. Στο τέλος της περιλήψης θα πρέπει να αναγράφονται από 3 έως 10 λέξεις κλειδιά.

Αγγλική Περίληψη (Abstract)

Στην 3η 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 από 3 έως 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 Περιπτώσης, 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 δυο, 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 εργασίας, 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 6. (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.

• **Υποβολή εργασιών:** Η υποβολή των εργασιών γίνεται προς τη Συντακτική Επιτροπή στην παρακάτω διεύθυνση:

*Προς το Σύλλογο Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Αθήνας
Υπόψη Συντακτικής Επιτροπής*

*Αριστ. Παππά 2,
11521 Αθήνα ή
στην ηλεκτρονική δ/νση:*

E-mail: sema-icm@otenet.gr

Τηλέφωνα επικοινωνίας
210.6465691 (Fax) & 210.6429675

Ανακοινώσεις

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΑΘΗΝΑΣ

Αρ. πρωτ. 44
Αθήνα 31/1/2013

ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ

Έχοντες υπόψιν:

1. Την από 12-11-2012 απόφαση του Δ.Σ του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών- Μαιευτών Αθηνών, στην οποία ορίστηκε ως ημέρα διεξαγωγής Αρχαιρεσιών η 10η Μαρτίου 2013 προς ανάδειξη:

α) Οκτώ (8) μελών του Διοικητικού Συμβουλίου,

β) Δύο (2) Τακτικών μελών και ενός (1)

αναπληρωματικού του Πειθαρχικού Συμβουλίου,

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

ΚΑΛΟΥΜΕ

1. Τις Μάϊες & τους Μαιευτές που έχουν τα νόμιμα προσόντα (Έχουν εγγραφεί στο Μητρώο του Συλλόγου μέχρι και τις 10-3-2011) και επιθυμούν να εκλεγούν για τα πιο πάνω

αξιιώματα, όπως μέχρι την 23η Φεβρουαρίου 2013 υποβάλουν στο Σύλλογο Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών τα υπό των άνωθεν Β.Δ Διαταγμάτων απαιτούμενα δικαιολογητικά για τους υποψηφίους του Δ.Σ, ως και για τους υποψηφίους του Πειθαρχικού Συμβουλίου.

2. Όλα τα μέλη του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών, τα οποία είναι εγγεγραμμένα στο Μητρώο του Συλλόγου μέχρι και τις 10 Ιανουαρίου 2013 και έχουν εκπληρώσει τις προς τον Σύλλογο οικονομικές υποχρεώσεις τους μέχρι και του έτους 2013, σε Γενική Συνέλευση την 10η Μαρτίου 2013, ημέρα Κυριακή, από την ανατολή του ηλίου (ώρα έναρξης των Αρχαιρεσιών) μέχρι τη δύση του (ώρα λήξης των Αρχαιρεσιών) στα γραφεία του Συλλόγου, οδός Αρ.Παππά 2, για την εκλογή:

α) Οκτώ (8) μελών του Διοικητικού Συμβουλίου και

β) Δύο(2) Τακτικών μελών και ενός αναπληρωματικού μέλους του Πειθαρχικού Συμβουλίου.

Η Πρόεδρος
Περμανθία Παναγή

Η Γραμματέας
Γεωργία Κοβάνη

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΨΥΧΟΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΦΥΣΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Η Ελληνική Ψυχοπροφυλακτική Εταιρεία διοργανώνει το πρώτο της σεμινάριο πάνω στον φυσικό τοκετό, διάρκειας 35 ωρών που θα πραγματοποιηθεί από τις 20 έως τις 24 Μαρτίου 2013 και απευθύνεται σε Μαιευτήρες, Μάϊες και Μαιευτές. Η παρουσία των συμμετεχόντων είναι απαραίτητη και δεν δικαιολογείται καμία απουσία. Τα διδάκτρα του σεμιναρίου ανέρχονται στα 250 ευρώ για τα μη μέλη και στα 150 ευρώ για τα μέλη της εταιρείας.

Στην τιμή περιλαμβάνεται και το πακέτο της θεωρίας που θα παραλάβουν οι συμμετέχοντες με την εγγραφή τους, την οποία θα πρέπει να μελετήσουν προκειμένου να παραθέσουν τις απορίες τους σε συνάντηση που θα έχουν με τους συγγραφείς στην έναρξη του σεμιναρίου.

Οι τρεις πρώτες ημέρες περιλαμβάνουν θεωρητική διδασκαλία ενώ οι δύο τελευταίες αφορούν στο πρακτικό κομμάτι του σεμιναρίου.

Το πιστοποιητικό που θα δοθεί θα έχει διάρκεια τεσσάρων ετών και μετά την λήξη του οι ενδιαφερόμενοι θα πρέπει να

παρακολουθήσουν ένα δεύτερο, μικρότερης διάρκειας σεμινάριο, προκειμένου να ενημερωθούν για τα νέα δεδομένα. Οι εγγραφές ξεκίνησαν την 20η Φεβρουαρίου 2013.

Οι ενδιαφερόμενοι μπορούν να δηλώσουν συμμετοχή στη γραμματεία της εταιρείας.



Με υπουργική απόφαση αναγνωρίζεται το «ΕΛΕΥΘΩ» ως επιστημονικό περιοδικό

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Με χαρά σας ανακοινώνουμε ότι στον κατάλογο των επιστημονικών περιοδικών με εθνική αναγνώριση προστέθηκε το περιοδικό ΕΛΕΥΘΩ (το επίσημο όργανο των Μαιών-ευτών της χώρας), κατόπιν απόφασης του Υπουργείου Υγείας.

Η απόφαση του Υπουργείου είναι η ακόλουθη:

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝ. Δ/ΝΣΗ ΔΙΟΙΚ. ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ
ΚΑΙ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΥΠΟΔΟΜΩΝ
Δ/ΝΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

Ταχ. Δ/ση : Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδικας : 101 87
Πληροφορίες : Ε. Πανούτσου
Τηλέφωνο : 210 5232564
Fax : 210 5234769
E-Mail : edu@yyka.gov.gr

Αθήνα, 16/1/2013
Αριθ. Πρωτ. ΔΥ2α/οικ 4645

ΠΡΟΣ: Όλες τις Υ.ΠΕ. της Χώρας

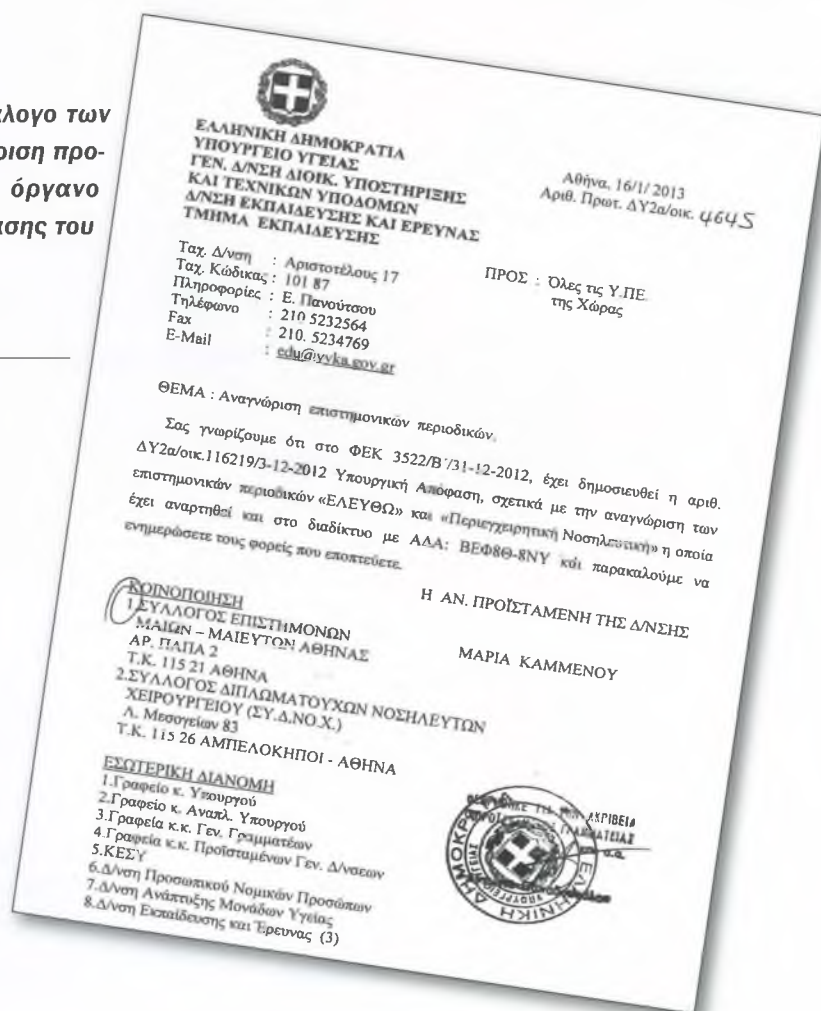
ΘΕΜΑ: Αναγνώριση επιστημονικών περιοδικών

Σας γνωρίζουμε ότι στο ΦΕΚ 3522/Β'/31-12-2012, έχει δημοσιευθεί η αριθ. ΔΥ2α/οικ.116219/3-12-2012 Υπουργική Απόφαση, σχετικά με την αναγνώριση των επιστημονικών περιοδικών «ΕΛΕΥΘΩ» και «Περιεγχειρητική Νοσηλευτική» η οποία έχει αναρτηθεί και στο διαδίκτυο με ΑΔΑ: ΒΕΦ8Θ-8ΝΥ και παρακαλούμε να ενημερώσετε τους φορείς που εποπτεύετε.

Η ΑΝ. ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΤΗΣ Δ/ΝΣΗΣ
ΜΑΡΙΑ ΚΑΜΜΕΝΟΥ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ
ΜΑΙΩΝ - ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΑΘΗΝΑΣ
ΑΡ. ΠΑΠΑ 2
Τ.Κ. 115 21 ΑΘΗΝΑ



2. ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ (ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.)
Λ. ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 83
Τ.Κ. 115 26 ΑΜΠΕΛΟΚΗΠΟΙ - ΑΘΗΝΑ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

1. Γραφείο κ. Υπουργού
2. Γραφείο κ. Αναπλ. Υπουργού
3. Γραφεία κ.κ. Γεν. Γραμματέων
4. Γραφεία κ.κ. Προϊσταμένων Γεν. Δ/σεων
5. ΚΕΣΥ
6. Δ/ση προσωπικού Νομικών προσώπων
7. Δ/ση Ανάπτυξης Μονάδος Υγείας
8. Δ/ση Εκπαίδευσης και Έρευνας (3)

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

Ταχ. Δ/ση : Αριστοτέλους 17
 Ταχ. Κώδικας : 101 87
 Πληροφορίες : Λ. Υφαντή
 Τηλέφωνο : 210 5232564
 Fax : 210 5234769
 E-Mail : edu@yyka.gov.gr

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

Αθήνα, 3/12/2012
 Αριθ. Πρωτ. ΔΥ2α/οικ 116219

ΠΡΟΣ: Όπως ο πίνακας διανομής

ΘΕΜΑ: Αναγνώριση επιστημονικών περιοδικών

ΑΠΟΦΑΣΗ
Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 1 του Ν. 2256/94 «Συμβούλια κρίσης και επιλογής Ιατρικού και Οδοντιατρικού προσωπικού και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 196/Α/94) με τις οποίες επανήλθαν σε ισχύ οι διατάξεις των παραγράφων 4 (εκτός της περίπτωσης δ') και 5 του άρθρου 27 του Ν. 1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΦΕΚ 143/Α/83).
2. Το Π.Δ. 95/2000 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και πρόνοιας» (ΦΕΚ 76/Α/2000).
3. Την με αριθμ Α3β/447/14-1-85 Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ 19/Β/85).
4. Τις αριθ. 5295/2-10-2012 και 5296/2-10-2012 Αποφάσεις της Εκτελεστικής Επιτροπής του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (Κ.Ε.Σ.Υ.).
5. Το γεγονός ότι, από τις διατάξεις αυτής της Απόφασης δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του κρατικού προϋπολογισμού.

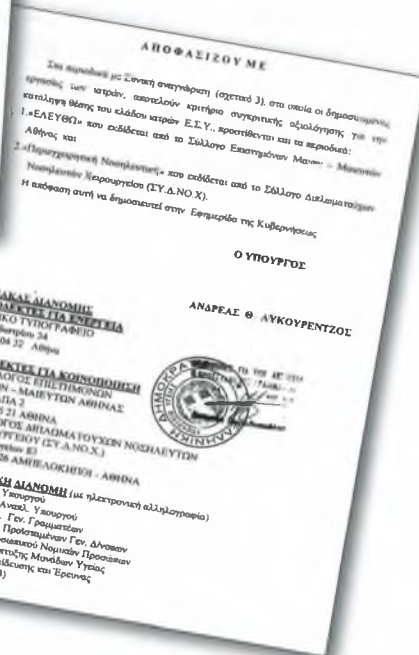
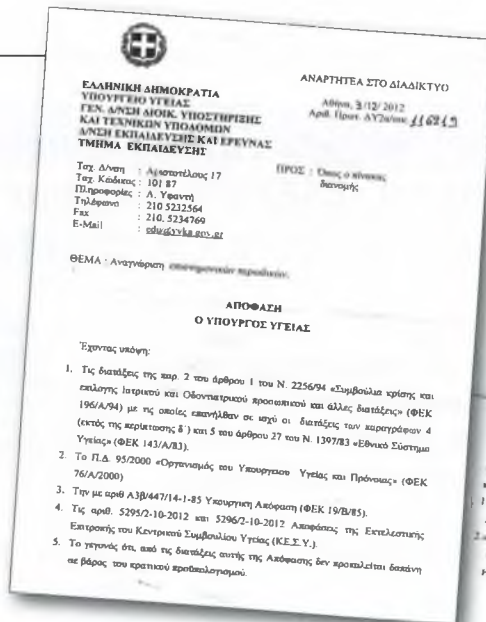
ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

Στα περιοδικά με Εθνική αναγνώριση (σχετικό 3), στα οποία οι δημοσιευμένες εργασίες των ιατρών, αποτελούν κριτήριο συγκριτικής αξιολόγησης για την κατάληψη θέσης του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., προστίθενται και τα περιοδικά:

1. «ΕΛΕΥΘΩ» που εκδίδεται από το Σύλλογο Επιστημόνων Μαιών - Μαιευτών Αθήνας και
 2. «Περιεχειρητηκή Νοσηλευτική» που εκδίδεται από το Σύλλογο Διπλωματούχων Νοσηλευτών Χειρουργείου (ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.)
- Η απόφαση αυτή να δημοσιευτεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
 ΑΝΤΡΕΑΣ Θ. ΛΥΚΟΥΡΕΝΤΖΟΣ

ΕΛΕΥΘΩ (17) 4/2012



ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΙΑΝΟΜΗΣ
ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ ΓΙΑ ΕΝΕΡΓΕΙΑ
ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ

Καποδιστρίου 34
 Τ.Κ. 104 32 Αθήνα

ΑΠΟΔΕΚΤΕΣ ΓΙΑ ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ

1. ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΜΑΙΩΝ - ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΑΘΗΝΑΣ
 ΑΡ. ΠΑΠΑ 2
 Τ.Κ. 115 21 ΑΘΗΝΑ
2. ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ (ΣΥ.Δ.ΝΟ.Χ.)
 Λ. ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 83
 Τ.Κ. 115 26 ΑΜΠΕΛΟΚΗΠΟΙ - ΑΘΗΝΑ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ
(με ηλεκτρονική αλληλογραφία)

1. Γραφείο κ. Υπουργού
2. Γραφείο κ. Αναπλ. Υπουργού
3. Γραφεία κ.κ. Γεν. Γραμματέων
4. Γραφεία κ.κ. Προϊσταμένων Γεν. Δ/νσεων
5. Δ/ση Προσωπικού Νομικών Προσώπων
6. Δ/ση Ανάπτυξης Μονάδος Υγείας
7. Δ/ση Εκπαίδευσης και Έρευνας Τμήμα Α' (3)

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
και γίνετε μέλος του πιο τρυφερού club
LIBERO

Ολοκληρωμένες
λύσεις
για μια υπέροχη
εμπειρία θηλασμού



Νοσοκομειακό Θήλαστρο **Symphony**
ΠΡΟΣ ΕΝΟΙΚΙΑΣΗ

Calma

Ως παγκόσμια ηγέτης η Medela δίνει έμφαση στις τεκμηριωμένες επιστημονικές έρευνες για τη φυσική συμπεριφορά σίτισης των βρεφών στο στήθος, η οποίες οδήγησαν στις καινοτομίες 'Τεχνολογία 2-Φάσεων' και 'Calma'.

Η Τεχνολογία 2-Φάσεων μιμείται το φυσικό ρυθμό θηλασμού των βρεφών και αποδεδειγμένα εξασφαλίζει περισσότερο γάλα σε λιγότερο χρόνο. Σύντομες θηλαστικές κινήσεις διέγερσης, ακολουθούνται από πιο αργές και έντονες, παρέχοντας τη βέλτιστη ροή μητρικού γάλακτος.

Το Calma, η μοναδικά σχεδιασμένη, ιδανική λύση σίτισης των βρεφών με μητρικό γάλα, παρέχει τη δυνατότητα στα βρέφη να κάνουν παύσεις και να αναπνέουν ρυθμικά, βοηθώντας τα έτσι να διατηρούν την έμφυτη συμπεριφορά σίτισης που μαθαίνουν στο στήθος. Μια πρωτοποριακή τεχνολογία, με την οποία μητέρα και βρέφος επωφελούνται και απολαμβάνουν το μοναδικό δεσμό του θηλασμού για περισσότερο χρόνο.

f www.facebook.com/medela.gr

@ www.klinikum.gr

☎ 2310 316 011- 210 7485752

☞ Εμπιστευθείτε τη φύση, εμπιστευθείτε τη Medela.

medela 