

ΕΛΛΕΥΘΩ

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

ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ

'02

**13 Νοεμβρίου 2002:
Έκτακτη Γενική Συνέλευση
του Σ.Ε.Μ.Α.**



Β' ΠΕΡΙΟΔΟΣ
ΤΟΜΟΣ 7ος • ΤΕΥΧΟΣ 3ο



ΕΝΤΥΠΟ ΚΛΕΙΣΤΟ. Αρ. Αδείας Κ.Δ.Α. 962/95
Αρ. Πλατφό 2 - 115 21 Αθήνα. Τηλ.: 64 65 691 (fax)



Αλλάζεις από τη μια στιγμή στην άλλη.
Αλλά το φυσικό pH του δέρματός σου, πρέπει να παραμένει σταθερό.

Το ευαίσθητο δερματάκι του μωρού σας μπορεί να ερεθιστεί μετά από πολλές ώρες σε επαφή με την πάνα, επειδή αυτή η παρατεταμένη επαφή αυξάνει το επίπεδο του φυσικού pH του δέρματος. Γι' αυτό τα Pampers επανασχεδίασαν τα μωρομάντηλα Pampers Sensitive, έτσι ώστε να βοηθούν το δερματάκι του μωρού σας να διατηρεί το φυσικό του pH, για πολλή ώρα μετά την αλλαγή της πάνας.

Πάνω από 1000 μητέρες, όχι μόνο τα δοκίμασαν και τα επιδοκίμασαν, αλλά, επιπλέον, μας βοήθησαν να τα σχεδιάσουμε.

Το μωράκι σας θα νιώσει τη διαφορά.

Έμπνευση από τα μωρά.
Δημιουργία από τα **Pampers**

ΕΛΕΥΘΡ

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.

Ιδιοκτήτης: **Σ.Ε.Μ.Α.**, Αριστ. Παππά 2 - 115 21 ΑΘΗΝΑ - Τηλ.: 64.65.691 (Fax), 64.29.675,
E-mail: sema-icm@mail.otenet.gr

Εκδότης: **Α. ΜΑΚΡΗ**, Κεφαλληνίας 47 - 112 57 ΑΘΗΝΑ - Τηλ.: 88.10.848 - Fax: 82.35.371
E-mail: akida@acsmi.gr

Υπεύθυνη κατά το νόμο: **ΕΛΕΝΗ ΣΑΜΑΡΙΤΑΚΗ**, Πρόεδρος Σ.Ε.Μ.Α.

Β΄ ΠΕΡΙΟΔΟΣ - ΤΟΜΟΣ 7ος, ΤΕΥΧΟΣ 3ο, ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2002

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ

ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ: Ομότιμος Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

ΣΟΦΑΤΖΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ: Τ. Διευθυντής Τμήματος Νεογνολογίας Π.Γ.Ν-Μαιευτηρίου "Έλενα Βενιζέλου".

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α.

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΙ ΕΦΕΤΕΙΑΚΟΙ ΣΥΛΛΟΓΟΙ
ΤΣΙΤΣΙΛΩΝΗ-ΛΙΟΥΛΙΑ ΜΑΡΙΑ: R.M,S.C.M.,
M.T.D., τέως Διδάσκουσα Μ.Μ.Η.

ΦΩΤΙΟΥ-ΣΟΥΡΜΠΗ ΣΟΦΙΑ: Τ. Προϊσταμένη Τμήματος Μαιευτικής Τ.Ε.Ι. Αθήνας

ΜΠΑΚΕΑ ΝΙΚΗ: Μαία

ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ: Μαία

ΠΑΤΣΟΥΡΑΚΟΥ ΕΥΘΥΜΙΑ: Μαία

ΧΑΤΖΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ: Μαία

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελ.

- Έκτακτη Γενική Συνέλευση – Ανακοίνωση του Σ.Ε.Μ.Α. 92
- Ανακοίνωση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας 93
- EUROPEAN MIDWIVES ASSOCIATION 94
- Μητρικός Θηλασμός – Νέα απ' όλο τον Κόσμο 97
- Ο ρόλος του πατέρα στην εγκυμοσύνη, τον τοκετό, το μητρικό θηλασμό 102
- 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοπροφυλακτικής 109
- Επιλόχεια κατάθλιψη: Ανασκόπηση 110
- Η δημοφιλής καισαρική 125
- Εκπαίδευση υψηλής ποιότητας για όλα τα παιδιά 127
- Ανοιχτό Ταχυδρομείο – Οδηγίες για συγγραφείς 129
- Ανακοίνωση προσεχών Συνεδρίων 130

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Οι απόψεις των συγγραφέων δεν εκφράζουν απαραίτητα τις απόψεις της Συντακτικής Επιτροπής.

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ - ΠΑΡΑΓΩΓΗ: "ΑΚΙΔΑ" Α. ΜΑΚΡΗ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ - ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ

Κεφαλληνίας 47 - 112 57 ΑΘΗΝΑ - Τηλ.: 88.10.848 - Fax: 82.35.371

ΕΚΤΥΠΩΣΗ: ΔΙΟΝ. ΠΡΙΦΤΗΣ & ΥΙΟΙ Ο.Ε., Σωνιέρου 6 - 104 38 ΑΘΗΝΑ - Τηλ.: 52.32.323

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

Έκτακτη Γενική Συνέλευση του Σ.Ε.Μ.Α.

Συνάδελφοι,
Σύμφωνα με απόφαση του Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α., που ελήφθη κατά την 8η Τακτική Συνεδρίαση της 24ης Σεπτεμβρίου 2002, συγκαλείται **ΕΚΤΑΚΤΗ ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ** για τις 13 Νοεμβρίου 2002, ημέρα Τετάρτη και ώρα 4.00 μ.μ. στο Ξενοδοχείο "PRESIDENT" της Αθήνας, Λεωφόρος Κηφισίας 43. Το θέμα της Έκτακτης Γενικής Συνέλευσης είναι:

**“Έντονα προβλήματα στην άσκηση
του μαιευτικού επαγγέλματος στην Ελλάδα”**

Για το Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α.

Ανακοίνωση του Σ.Ε.Μ.Α.

Προς όλες τις Μαίες και τους Μαιευτές

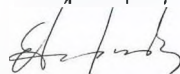
Όπως μας έχει ήδη ενημερώσει με έγγραφό του το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, είμαστε **όλοι** υποχρεωμένοι για την ετήσια ανανέωση της επαγγελματικής μας ταυτότητας. Ο λόγος της πρόσθετης υπενθύμισης είναι ότι οι Περιφερειακοί Σύλλογοι υποχρεούνται να ενημερώσουν το Σ.Ε.Μ.Α. μέχρι το τέλος του 2002 για τα εγγεγραμμένα μέλη τους και τις επαγγελματικές τους δραστηριότητες, ώστε να ενημερωθούν αρμόδια οι Νομαρχίες και το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Είναι υποχρεωτικό να γνωρίζει το Κράτος, αλλά και η Ευρωπαϊκή Ένωση, πόσα είναι τα μέλη των Συλλόγων, αν εργάζονται και πού απασχολούνται.

Είναι χρήσιμο να έχουμε σωστή εικόνα, όχι μόνο του αριθμού των Μαιών και των Μαιευτών, αλλά και των δραστηριοτήτων τους. Τα επόμενα χρόνια θα ακολουθήσουμε υποχρεωτικά τη διαδικασία της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, που σημαίνει ότι κάθε επαγγελματίας Μαία ή Μαιευτής θα μετεκπαιδευτεί με σεμινάρια για την ανανέωση ικανότητας επαγγελματικής δραστηριότητας. Η διαδικασία αυτή υπήρχε στη χώρα μας στο παρελθόν και τώρα έχει ατονίσει. Σήμερα, στις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, π.χ. στην Αγγλία, χρειάζεται τέτοια διαδικασία κάθε 5 χρόνια.

Με την ελεύθερη διακίνηση των επαγγελματιών, ουσιαστικά πρέπει να υπάρχει η ανανεωμένη ταυτότητα της συνέχισης άσκησης του μαιευτικού επαγγέλματος. Επιπλέον, ως Σύλλογος θα έχουμε τη δυνατότητα να αναφερόμαστε σε σωστά στοιχεία του Κλάδου μας σχετικά με τον αριθμό των πτυχιούχων Μαιών-Μαιευτών, όπως και στο αντικείμενο της επαγγελματικής τους δραστηριότητας.

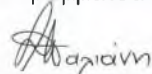
Για το Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α.

Η Πρόεδρος



ΕΛΕΝΗ ΣΑΜΑΡΙΤΑΚΗ

Η Γραμματέας



ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΔΑΛΙΑΝΗ

Ανακοίνωση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ Β΄

Ταχ. Δ/ση : Αριστοτέλους 17
Ταχ. Κώδικας : 101 87
Πληροφορίες : Χ. Μπαρώ
Τηλέφωνο : 5230295
FAX : 5235941

ΠΡΟΣ: 1. Όλα τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα της χώρας, Πανεπ/κά και Στρατιωτικά.
Δ/ση: Νοσηλευτική Υπηρεσία.
2. Όλες τις Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις της χώρας, Δ/σεις ή Τμήματα Υγείας.
(Με την παράκληση να ενημερώσετε όλες τις Ιδιωτικές Κλινικές και τα Μαιευτήρια αρμοδιότητάς σας).

ΘΕΜΑ: Εποπτεία και έλεγχος ασκήσεως του Μαιευτικού επαγγέλματος

Με αφορμή το αριθμ. 100/6-3-2002 έγγραφο του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών-τών Αθηνών, παρακαλούμε όπως ενημερώσετε όλες τις μαιές και τους μαιευτές που υπηρετούν στο Ίδρυμά σας, για την υποχρέωση που έχουν, σύμφωνα με την παρ. 3 του άρθρου 2 του Β.Δ/τος 206/66 «Περί τροποποιήσεως και συμπληρώσεως του από 15-12-55 Β.Δ/τος περί Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών» (ΦΕΚ Α/50/66), να υποβάλουν στους Συλλόγους τους, κάθε νέο ημερολογιακό έτος, σχετική δήλωση συνέχισης άσκησης του μαιευτικού επαγγέλματος και ανανέωση των επαγγελματικών ταυτοτήτων τους.

Η ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΤΗΣ Δ/ΝΣΗΣ**ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ**

Σύλλογο Επιστημόνων
Μαιών-τών Αθηνών
Αρ. Παππά 2
Τ.Κ. 115 21 Αθήνα

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

Δ/ση Υ7 (3)

Δ. ΚΑΡΑΔΗ - ΜΕΣΣΗΝΗ

(ακολουθεί σφραγίδα του Υπουργείου
και υπογραφή της Προϊσταμένης)

EUROPEAN MIDWIVES ASSOCIATION, 2002

Από την έκθεση της Προέδρου της Ε.Μ.Α. κ. **Dorthe Taxbol** και τα σχόλια της Προέδρου του Σ.Ε.Μ.Α. κ. **Ελένης Σαμαριτάκη**.

Στις 13 και 14 Σεπτεμβρίου 2002 πραγματοποιήθηκε στο Bilthoven της Ολλανδίας η Ετήσια Συνάντηση της Ε.Μ.Α. (European Midwives Association), δηλαδή της Ευρωπαϊκής Ένωσης Μαιών.

Στη συνάντηση αυτή συμμετείχαν εκπρόσωποι των Συλλόγων Μαιών των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των υπό ένταξη κρατών, με δικαίωμα μιας ψήφου ανά κράτος-μέλος. Από την Ελλάδα συμμετείχαν η Πρόεδρος του Σ.Ε.Μ.Α. κ. Ελένη Σαμαριτάκη, η Γραμματέας του Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α. κ. Αικατερίνη Δαλιάνη και η Πρόεδρος του Σ.Ε.Μ. Θεσσαλονίκης κ. Όλγα Αρβανιτίδου. Στην παρουσίαση της έκθεσης της Προέδρου κ. Dorthe Taxbol αναφέρθηκε, ότι η χρονιά που πέρασε είναι σπουδαία για τις Ευρωπαϊκές Μαιές.

«Είμαι σίγουρη», ανέφερε, «ότι βρισκόμαστε σε μια οργάνωση, που εκπροσωπεί ουσιαστικά τις Μαιές και που μπορεί να ασκεί επιρροή στις αποφάσεις που λαμβάνονται για το ρόλο και την άσκηση του επαγγέλματος της Μαιάς. Φυσικά, χρειάζεται να ασκεί πίεση και ο κάθε Υπουργός Υγείας, ώστε να επηρεάζει τις αποφάσεις της Commission, αλλά δεν είμαι αισιόδοξη ότι αυτό θα συμβαίνει από όλα τα κράτη.

Με την Ε.Μ.Α. έχουμε πλέον δημιουργήσει ένα ισχυρό σώμα, που στην πραγματικότητα είναι ένας συνεργάτης με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (European Commission) για καινούργιες πολιτικές στην Υγεία, κάτι που κάνει επιτακτική την ύπαρξη, τη θέση και τη δυναμική μας. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έχει επικεντρωθεί σε δύο τομείς, που σύντομα θα επηρεάσουν τις Μαιές και άλλους

Επαγγελματίες Υγείας και είναι:

- Η διεύρυνση και ελεύθερη διακίνηση των επαγγελματιών.
- Η ανάγκη πολιτικής της Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Αυτή τη στιγμή η Ευρωπαϊκή Ένωση βρίσκεται στο μέσον της διαδικασίας για τη διεύρυνση, που θα πραγματοποιηθεί στα επόμενα χρόνια με την ένταξη 10 επιπλέον κρατών, μεταξύ των οποίων και η Κύπρος. Πολλά πρέπει να γίνουν σε πολλούς τομείς. Οι Επαγγελματίες Υγείας, συμπεριλαμβανομένων των Μαιών, δεν γνωρίζουμε τί θα μας προκύψει με τη διεύρυνση. Είναι φανερό ότι τα πράγματα οδηγούνται σε πολλές αλλαγές, όπως π.χ., το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο (European Commission) έχει παρουσιάσει μια γενική Κατευθυντήρια Οδηγία (General Directive) αντικαθιστώντας τις λεγόμενες Sectorial Directives, που περιλαμβάνουν και αυτές της Μαιευτικής (Midwifery Directives)».

Έχοντας συζητήσει το τελικό κείμενο της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην Ε.Μ.Α. (European Midwives Association), συμπεραίνουμε ότι οι αλλαγές είναι ελάχιστες και για λίγα μόνο κράτη-μέλη. Φυσικά, το πιο σημαντικό είναι ότι η Συμβουλευτική Επιτροπή (Advisory Committee) έχει ατονήσει, που ήταν η άμεση συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή για θέματα εκπαίδευσης και άσκησης του μαιευτικού επαγγέλματος. Ευτυχώς, η επιτροπή από την Ε.Μ.Α. παρακολουθεί ανελλιπώς και με προσοχή τις εξελίξεις για τους Επαγγελματίες Υγείας (Health Professions Group).

Για το δεύτερο τομέα η Ε.Ε. έχει ξεκα-

θαρίσει ότι χρειάζεται μια πολιτική Υγείας για όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση, όπως για την ασφάλεια από τα μεταδιδόμενα νοσήματα, ή όπως με την ιστορία του άνθρακα στην αρχή αυτής της χρονιάς (the anthrax scarce early thiw year), αλλά και τη δυνατότητα νοσηλείας (για συγκεκριμένα νοσήματα) των πολιτών της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε χώρες της επιλογής τους. Δεν γνωρίζουμε για την ώρα, τί μπορεί να σημαίνει για τις Μαίες αυτή η πολιτική, όμως, επαγρυπνούμε ως E.M.A. για παρεμβάσεις, όπου κριθούν αυτές αναγκαίες. Αυτός είναι ο λόγος που δημιουργήσαμε την E.M.A., ώστε να έχουμε:

- α) μια δυνατή οργάνωση,
- β) μια δυναμική στην άσκηση του μαιευτικού επαγγέλματος και
- γ) μια αξιοποίηση των αποτελεσμάτων.

Μια δυνατή οργάνωση απαιτεί σωστή εκπροσώπηση των κρατών-μελών και, φυσικά, καλή οικονομική κατάσταση, ώστε να μπορούμε να ανταποκρινόμαστε στα έξοδα που αυξάνουν καθημερινά. Εκτός από την ετήσια συνδρομή που καταβάλλεται από κάθε κράτος-μέλος, γίνονται προσπάθειες για χρηματοδοτήσεις.

Αγαπητοί Συνάδελφοι, ελπίζω να αντιλαμβανόμαστε την ανάγκη για την καταβολή της ετήσιας συνδρομής μας στο Σύλλογό μας, όχι μόνο για την E.M.A., αλλά και τη Διεθνή Συνομοσπονδία Μαιών (ICM). Πρέπει να κατανοήσουμε, πως έχουμε ευθύνη απέναντι στο Σύλλογο που ανήκουμε, κάτι που προβλέπεται και από τη νομοθεσία μας. Η σχέση μας με την E.M.A. και την ICM, την WHO, το UN και άλλους Διεθνείς Οργανισμούς, μας είναι πολύτιμη και αναγκαία, γιατί τα περισσότερα από τα προβλήματά μας έχουν ελπίδες να λυθούν με τον τρόπο αυτό.

Στα άμεσα σχέδια της E.M.A. είναι η απόκτηση Γραφείου στην E.E. στις Βρυξέλλες, κοντά στους άλλους Επαγγελμα-

τίες Υγείας. Επί του παρόντος η E.M.A. φιλοξενείται στο Bilthoven, στην έδρα του Συλλόγου Μαιών της Ολλανδίας (KNOV). Στο σημείο αυτό σας υπενθυμίζω ότι τα Γραφεία της ICM λειτουργούν, επίσης, στη Χάγη της Ολλανδίας.

Στη φετινή συνάντηση στο Bilthoven είχαμε την ευκαιρία να συζητήσουμε με τον κ. Jonathan Stoodley (Head of Unit Establishment Services and Professional Recognition), ο οποίος μας παρουσίασε εκμέρους της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (European Commission) τα θέματα που αναφέρθηκαν παραπάνω και είχαμε την ευκαιρία να κάνουμε ερωτήσεις και ανταλλαγή απόψεων για τα θέματα των Μαιών, που μπορούμε να δούμε αναλυτικά στη διεύθυνση:

http://europa.eu.int/comm/internal_market/en/qualifications/com02-119_en.pdf

The results of consultation exercise are available at:

http://europa.eu.int/comm/internal_market/en/qualifications/02-02-06cons_res.pdf

Πιστεύω πως ο κ. Jonathan Stoodley είναι ο κατάλληλος άνθρωπος στην κατάλληλη θέση και ότι θα ενισχύσει την προσπάθεια για τα θέματα των Μαιών.

Οι παρεμβάσεις μας στη συζήτηση ήταν σημαντικές. Ενδεικτικά σας αναφέρω ότι η συνάδελφος από την Ιταλία κ. Maria Assunta Fachi, είπε χαρακτηριστικά, πως όταν στις 3,00 π.μ. κοιμούνται όλοι στα κρεβάτια τους (Υπουργοί, παράγοντες κλπ.), η Μαία έρχεται πρόσωπο με πρόσωπο με τα προβλήματα της γυναίκας και του παιδιού της, ιδιαίτερα στις χώρες όπου όλη την ευθύνη την αναλαμβάνει η Μαία. Αυτός ο υπαιτιγμός ήταν σημαντικός, για να καταδείξει πόσο σπουδαίο είναι να υπάρχει μια αμεσότητα των Μαιών με τα κέντρα αποφάσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Το δεύτερο σημαντικό στοιχείο της συνάντησης του Bilthoven ήταν η παρουσίαση της ερευνητικής δουλειάς της κ. Julia

Gonzalez, General Coordinator of the steering Committee of the tuning Educational Structures in Europe:

Tuning University Response to the Bologna Process.

Website: <http://www.relint.deusto.es/TUNINGProject/index.htm>

Η συζήτηση με την κ. Julia Gonzalez (καθηγήτρια Πανεπιστημίου στην Ισπανία) ήταν σημαντική, γιατί το θέμα της εκπαίδευσης των Μαιών, υποχρεωτικά θα έχει σχέση με τη Bologna Process. Όπως μας ανέφερε, το επόμενο θέμα συζήτησης και διαπραγματεύσεων θα είναι το θέμα των τίτλων σπουδών και των μεταπτυχιακών σπουδών σε όλα τα κράτη-μέλη της Ε.Ε.

Πιστεύω πως λεπτομέρειες μπορείτε να βρείτε στην ηλεκτρονική διεύθυνση, που αναφέρω πιο πάνω.

Το προσωπικό μου σχόλιο είναι ότι βρισκόμαστε σε καλό δρόμο (με άλλα λόγια έξω πάμε καλά) και χρειάζεται εμείς να καταλάβουμε, πως παρά το ότι σε όλα τα κράτη υπάρχουν προβλήματα, όμως δεν είναι της έντασης και της σπουδαιότητας των δικών μας. Π.χ διαμαρτύρονται οι Αγγλίδες Μαιές για την αύξηση των καισαρικών τομών, γιατί αυξήθηκαν σε 14-16%, αλλά όχι 45% όπως στην Ελλάδα. Η Μαία στην Ελλάδα δεν ασχολείται ουσιαστικά με το αντικείμενό της (1% στους τοκετούς με δική της ευθύνη), ενώ στις βόρειες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης φθάνει και το 98% των φυσιολογικών τοκετών.

Η Ελληνίδα Μαία και ο Έλληνας Μαιευτής δεν ασφαρίζονται για την επαγγελματική τους δραστηριότητα, κάτι που είναι σχεδόν ρουτίνα για την Ευρωπαϊκή Ένωση. Τα παραδείγματα είναι πολλά. Εκείνο όμως που είναι ανησυχητικό, είναι ότι οι Μαιές στην Ελλάδα χάνουν, δυστυχώς, τη μαιευτική απασχόλησή τους και σταδιακά ενδίδουν στην πρακτική που ακολουθούν οι Μαιευτήρες για τον τοκετό, με φαρμα-

κευτικές παρεμβάσεις, όπως ουσίες που επιταχύνουν τον τοκετό ή παραβιάζουν τις φυσιολογικές διαδικασίες και τον ψυχισμό της γυναίκας, και της αφαιρούν την πρωτοβουλία για ό,τι αφορά το σώμα και τις λειτουργίες του. Χαρακτηριστικό της τακτικής αυτής είναι ότι δεν υπάρχει πρωτόκολλο, που να γίνεται πρώτα αποδεκτό από την ίδια τη γυναίκα.

Συχνά και οι Μαιές δρουν εξουσιαστικά, αγνοώντας την έλλειψη ενημέρωσης της γυναίκας. Αυτά πιστεύω πρέπει να μας προβληματίσουν στην εργασία μας και να μας οδηγήσουν σε αναθεώρηση των πρακτικών που εφαρμόζουμε. Χρειάζεται προσήλωση στη Μαιευτική Δεοντολογία, υψηλό επίπεδο γνώσεων και θάρρος να υπερασπιστούμε τα δικαιώματα της γυναίκας και του παιδιού της και βέβαια, το δικαίωμα να ασκήσουμε το μαιευτικό επάγγελμα με ευθύνη και πρωτοβουλίες, που μας παρέχονται από τα επαγγελματικά μας δικαιώματα. Επίσης, τη δυνατότητα διεκδίκησης κοινωνικής αποδοχής για το έργο που επιτελούμε. Με την ελπίδα για ανταπόκριση εκ μέρους όλων μας,

Συναδελφικά, η Πρόεδρος
ΕΛΕΝΗ ΣΑΜΑΡΙΤΑΚΗ

Παγκόσμια Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού: 1-7 Νοεμβρίου 2002

Από 1-7 Νοεμβρίου 2002 θα γιορτασθεί η Παγκόσμια Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού. Το φετινό θέμα της είναι:

BREASTFEEDING:

Healthy Mothers

and

healthy

babies

(Γερές μητέρες και γερά μωρά)



Μητρικός Θηλασμός Νέα απ' όλο τον Κόσμο

Ο θηλασμός του παιδιού με γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση*

Μετάφραση: **Φλωρεντία Χρυσικού**

Επιμέλεια: **Πηνελόπη Καραγκούνη, Φλωρεντία Χρυσικού**

*Αυτή η εργασία είναι μετάφραση του φυλλαδίου No 15 (February 1999) **"Breastfeeding the baby with reflux"** της Laura C. Barmby – copyright ©La League International, Inc.

**Πώς να επικοινωνήσετε
με την ιατρική ομάδα
που φροντίζει το παιδί σας**

Είναι πολύ σημαντικό να υπάρχει καλή επικοινωνία μεταξύ της οικογένειάς σας, του γιατρού και του νοσηλευτικού προσωπικού που φροντίζει το παιδί σας. Η θεραπεία της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης μπορεί να είναι δύσκολη. Ορι-

σμένα βρέφη ανταποκρίνονται καλά σε ορισμένες θεραπείες, οι οποίες, όμως, μπορεί να μην έχουν κανένα θετικό αποτέλεσμα σε κάποια άλλα. Πολλές φορές οι γονείς και οι γιατροί χρειάζεται να δοκιμάσουν διάφορες θεραπείες μέχρι να δουν κάποια βελτίωση. Άλλες φορές, το παιδί ξεπερνάει το πρόβλημα πριν βρεθεί μια αποτελεσματική θεραπεία. Είναι σημαντικό να βάλετε συγκεκριμένους στόχους για τη θεραπεία του παιδιού σας

και όλοι μαζί να προσπαθείτε να πετύχετε τους ίδιους στόχους. Όταν ο παιδίατρός σας προγραμματίζει μια θεραπευτική αγωγή, θα πρέπει να τον ρωτήσετε: *“Τί ελπίζετε να πετύχετε κάνοντας το τάδε;”*. Επίσης, μπορεί να θέλετε να βάλετε ένα χρονοδιάγραμμα στη συγκεκριμένη θεραπεία. Μπορείτε λοιπόν να τον ρωτήσετε: *“Αν η τάδε θεραπευτική αγωγή έχει κάποιο θετικό αποτέλεσμα στο παιδί μας, τότε θα λέγατε, λογικά, ότι θα πρέπει να αρχίσουμε να βλέπουμε βελτίωση;”*.

Αν δεν σας αρέσει κάποιο συγκεκριμένο βήμα στη θεραπεία του παιδιού σας, καλό είναι να το πείτε στο γιατρό σας. Εκείνος μπορεί να είναι σε θέση να εξαιλείσει ορισμένους από τους ενδοιασμούς σας, ή ακόμη και να σας προτείνει κάποιες άλλες επιλογές που μπορεί να υπάρχουν. Επίσης, έχετε το δικαίωμα να πάρετε μια δεύτερη γνώμη, πριν το παιδί σας ακολουθήσει κάποια συγκεκριμένη θεραπευτική αγωγή ή επεμβατική διαγνωστική διαδικασία.

Οι γιατροί θέλουν να βοηθήσουν εσάς και το παιδί σας. Παρόλα αυτά, όμως, αυτά που σας προτείνουν ορισμένες φορές βάζουν εμπόδια στη σχέση του θηλασμού. Εξακολουθήστε να τους υπενθυμίζετε τη σημασία του θηλασμού για εσάς και το παιδί σας, τόσο για συναισθηματικούς λόγους όσο και για τα οφέλη στην υγεία. Επίσης, όταν οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό σας βοηθούν να συνεχίσετε να θηλάζετε το παιδί σας, ευχαριστήστε τους!

Όταν κάποιες από τις συμβουλές τους αποδειχθούν αποτελεσματικές, μην παραλείψετε να τους το πείτε. Έτσι, μπορεί να αποκτήσουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση στο να προτείνουν το ίδιο πράγμα και σε άλλη οικογένεια. Αν έχετε κάποιες ερωτήσεις, γράψτε τις πριν από την επίσκεψή σας στο γιατρό. Είναι πολύ εύκολο να

ξεχάσετε ακόμα και μια πολύ σημαντική ερώτηση, όταν σας δίνουν καινούργιες πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας του παιδιού σας. Ακόμη, μπορεί να σας φανεί χρήσιμο να έχετε μαζί σας και κάποιον άλλον ενήλικα, έτσι ώστε όταν ο ένας θα γράφει τις οδηγίες του γιατρού, ο άλλος θα κρατάει και θα φροντίζει το παιδί.

Όταν ασχολείστε όσο το δυνατόν περισσότερο με τη θεραπεία του παιδιού σας, τότε είναι πιθανόν να συμβούν τα παρακάτω: να κερδίσετε το σεβασμό της ιατρικής ομάδας που το φροντίζει. Όταν θα ξέρουν ότι γνωρίζετε πολύ καλά την πάθηση καθώς και τη θεραπευτική αγωγή, τότε θα δίνουν μεγαλύτερη προσοχή σ' αυτά που έχετε να πείτε για κάποιο πρόβλημα. Θα ξέρουν ότι μιλούν με ένα γονιό που έχει γνώσεις και όχι με κάποιον που αντιδρά υστερικά. Αυτό, επίσης, δίνει τη δυνατότητα στους γονείς να πάρουν μέρος στη λήψη των αποφάσεων σχετικά με τη θεραπευτική αγωγή του παιδιού τους. Με το να ασχολείστε πολύ με το παιδί σας, καθησυχάζετε τον εαυτό σας ότι κάνετε ό,τι καλύτερο γι' αυτό. Μπορεί να μην είσατε γιατρός, αλλά είσατε ο ειδικός πάνω στο παιδί σας.

Βοήθεια για τις οικογένειες που περνούν δυσκολίες

Είναι σημαντικό να έχετε όσο το δυνατόν περισσότερη βοήθεια και υποστήριξη μπορείτε για την οικογένειά σας, όταν περνάτε δυσκολίες που έχουν σχέση με τη φροντίδα ενός ανήσυχου βρέφους. Είναι πολύ εύκολο να απορροφηθείτε τόσο πολύ στη φροντίδα του, που να απομονωθείτε εντελώς από τον έξω κόσμο.

Όλη η οικογένεια μπορεί να υποφέρει, όταν ένα παιδί πάσχει από παλινδρόμηση. Οι γονείς έχουν μεγάλη ανησυχία και

μπορεί να μην κοιμούνται και αρκετά. Τα αδέρφια δεν πρέπει να αντιμετωπίσουν μόνο το γεγονός, ότι τώρα υπάρχει ένα καινούργιο παιδί στην οικογένειά τους, αλλά και ότι το παιδί αυτό απορροφά όλη την προσοχή, με αποτέλεσμα οι ανάγκες όλων των άλλων μελών να μπαίνουν σε δεύτερη μοίρα.

Υπάρχουν λύσεις για όλες αυτές τις δυσκολίες, αλλά θα πρέπει να ψάξετε για να τις βρείτε. Πολλοί άνθρωποι δεν θα ξέρουν το τί περνάτε, αν δεν τους το πείτε. Προσπαθήστε να είσατε συγκεκριμένες! Πείτε στους φίλους σας και στους συγγενείς σας, πως η οικογένειά σας περνάει δύσκολες καταστάσεις λόγω της παλινδρόμησης που έχει το παιδί σας.

Ζητήστε συγκεκριμένη βοήθεια. Για παράδειγμα, μπορεί να σας φανεί χρήσιμο να έχετε βοήθεια με τα γεύματα, έτσι ώστε να μη χρειάζεται να ανησυχείτε για το τί θα υπάρχει για φαγητό ενώ προσπαθείτε να φροντίσετε και να ησυχάσετε ένα ανήσυχο βρέφος. Μια ομάδα φίλων μπορεί να κανονίσει να σας φέρνει φαγητό σε τακτική βάση. Θα ανακαλύψετε ότι πολλοί άνθρωποι θέλουν να σας βοηθήσουν, αν βρείτε το θάρρος να τους ρωτήσετε. Γείτονες μπορεί να είναι σε θέση να καθίσουν για λίγο με το παιδί σας, ενώ εσείς κάνετε ένα μπάνιο ή πάτε μια μικρή βόλτα –που την έχετε τόσο πολύ ανάγκη– για να ξεκαθαρίσετε τις σκέψεις σας και να θυμίσετε στον εαυτό σας ότι υπάρχει και ο έξω κόσμος.

Είναι εύκολο να απομονωθείτε, όταν έχετε ένα παιδί με γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Μην το κάνετε όμως! Όταν το παιδί σας κάνει συχνά εμετό, τότε βεβαιωθείτε ότι έχετε αρκετές πετσέτες και αλλαξιές ρούχων για εσάς και για εκείνο, αλλά βγείτε έξω από το σπίτι και κάντε όλα όσα κάνετε συνήθως. Η αλλαγή παραστάσεων μπορεί να είναι ωφέλιμη και



για τους δυο σας. Για παράδειγμα, στο γιό μου άρεσε να βγαίνουμε έξω και έτσι πηγαίναμε αρκετά απογεύματα σε μια πισίνα. Του άρεσε να κάθεται στο καρότσι ή στο καθισματάκι για το αυτοκίνητο και να παρακολουθεί τα άλλα παιδιά να παίζουν. Αυτό βοηθούσε επίσης και την κόρη μου, που τότε ήταν δυο χρονών, γιατί μπορούσε να παίζει είτε μόνη της είτε μαζί μου. Πάρτε ένα μάρσιπο και πηγαίνετε σ' ένα πάρκο, μια παιδική χαρά ή όπου αλλού σας αρέσει. Αυτές οι βόλτες μπορεί να χρειάζονται λίγο περισσότερο προγραμματισμό, αλλά προσπαθήστε να τις ευχαριστηθείτε όσο πιο πολύ μπορείτε.

Ένα από τα πιο σημαντικά πράγματα για μένα ήταν να προσπαθήσω να κρατήσω μια αισιόδοξη στάση. Πολλοί άνθρωποι δεν αντιλαμβάνονταν τις δυσκολίες που αντιμετώπιζα στη ζωή μου, γιατί αρνιόμουν να τις αφήσω να με καταβάλουν με το να αρχίσω να παραπονιέμαι (ε, τουλάχιστον τις περισσότερες ημέρες...). Έλεγα, λοιπόν, στον εαυτό μου: *“Τα πράγματα θα μπορούσαν να ήταν πολύ χειρότερα. Το παιδί μας, τουλάχιστον, εκτός από την παλινδρόμηση είναι υγιές. Έχει όλα του τα δάχτυλα, έχει έναν πολύ καλό χαρακτήρα και ένα γλυκύτατο χαμόγελο*



όταν δεν πονάει και θα γίνει καλά. Αυτό δεν θα κρατήσει για πάντα”.

Πάνω απ’ όλα, όμως, μην ξεχνάτε αυτό το τελευταίο: το παιδί σας θα γίνει καλά. Στις περισσότερες περιπτώσεις θα καλυτερεύσει μέσα σ’ ένα χρόνο. Σε άλλες περιπτώσεις, αρκετά πριν τα δύο χρόνια. Πολύ σπάνια η παλινδρόμηση κρατάει περισσότερο από τα δεύτερα γενέθλια του παιδιού. Ελπίζω ότι κάποια ημέρα η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση θα είναι για σας μόνο μια ανάμνηση, όπως είναι και για την οικογένειά μου.

Η ιστορία της Λώρας

Η Laura Baraby, συγγραφέας αυτού του φυλλαδίου, είναι Σύμβουλος του Συνδέσμου Θηλασμού “La Leche League” στο Maryland των ΗΠΑ, καθώς και μέλος του Διοικ. Συμβουλίου μιας αμερικανικής οργάνωσης υποστήριξης οικογενειών, παιδιών και εφήβων που πάσχουν από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (PAGER – Paediatric / Adolescent Gastroesophageal Reflux Association – www.reflux.org). Εκεί-

νη μαζί με τον άνδρα της, τον Scott, είναι οι γονείς της Julia και του Rex. Η εμπειρία που αποκόμισε από τον Rex της κέντρισε το ενδιαφέρον πάνω στο θέμα της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης. Αυτή είναι η ιστορία της:

«Όταν έφερα στο σπίτι το τέλειο αγοράκι μου ήμουν κατενθουσιασμένη, που είχα ένα ακόμα παιδί να αγαπώ, να μεγαλώνω και να τρέφω με το θηλασμό. Στην αρχή, παρόλο που έπιανε και άφηνε συχνά το μαστό και δεν θηλάζε για αρκετή ώρα, το αποδίδαμε στο γεγονός ότι είχε ένα διαφορετικό στυλ ταΐσματος και υποθέταμε ότι σύντομα θα έμπαινε σ’ ένα ρυθμό. Παρόλα αυτά, αντί να αρχίσει να θηλάζει καλύτερα, όπως κάνουν τα περισσότερα βρέφη της ηλικίας του, εκείνο χειροτέρευε. Πρώτα άρχισε να αρνείται να θηλάσει, εκτός από τη νύχτα και σύντομα αρνιόταν εντελώς να θηλάσει. Η αύξηση του βάρους του, που μέχρι εκείνη τη στιγμή ήταν καλή, σταμάτησε απότομα.

Όταν το παιδί μας έγινε τεσσάρων μηνών τηλεφώνησα στον παιδίατρο κλαίγο-

ντας, επειδή δεν μπορούσα με τίποτα να το κάνω να φάει. Μιλήσαμε για το ρυθμό που θηλάζε και ο γιατρός μου είπε: "Με τα συμπτώματα που μου περιγράφετε, νομίζω ότι το παιδί σας έχει γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση".

Σε λίγες ημέρες πήγαμε στο νοσοκομείο για εξετάσεις, για να διαπιστώσουμε κατά πόσο ήταν παλινδρόμηση και να δούμε πόσο σοβαρής μορφής μπορεί να ήταν. Υπάρχουν διάφορες εξετάσεις γι' αυτό το σκοπό. Η εξέταση που διάλεξαν για τον Rex λεγόταν "σπινθηρογραφία". Μαζί μας είχαμε φέρει ένα μπουκάλι με μητρικό γάλα, που είχα βγάλει και στο οποίο ο τεχνικός πρόσθεσε μια μικρή ποσότητα ραδιενεργών στοιχείων. Κατόπιν ο γιός μας τοποθετήθηκε σ' ένα τραπέζι που είχε μέσα του μια κάμερα, που κατέγραφε τη διέλευση του γάλακτος μέχρι τη στιγμή που έφευγε από το στομάχι του. Μ' αυτό τον τρόπο μπορούσαν να δουν αν το γάλα επέστρεφε προς τα πάνω, μέσα στον οισοφάγο και πόσο χρόνο χρειαζόταν μέχρι να φύγει από το στομάχι. Οι γιατροί στο νοσοκομείο μάς είπαν ότι η παλινδρόμηση ήταν πολύ εμφανής και ο γιατρός μας επιβεβαίωσε αυτή τη διάγνωση.

Τί ανακούφιση να ξέρουμε, ότι η συμπεριφορά του παιδιού μας δεν ήταν αποτέλεσμα κακού τρόπου ανατροφής του ή αποτυχίας του θηλασμού! Ήξερα, τώρα, ότι δεν πήγαινε κάτι στραβά με μένα, το γάλα μου ή τους μαστούς μου. Ο άνδρας μου και εγώ επαναβεβαίωσαμε την πίστη μας στο θηλασμό. Ξέραμε ότι το μητρικό γάλα ήταν η καλύτερη τροφή για το παιδί μας. Το μόνο που χρειαζόταν να κάνουμε, ήταν να το ενθαρρύνουμε να θηλάσει.

Μιλήσαμε ταυτόχρονα με πολλούς γονείς, που τα θηλάζοντα παιδιά τους είχαν παλινδρόμηση και ανακαλύψαμε ότι τα παιδιά τους, όπως και το δικό μας, είχαν

λιγότερες επιπλοκές παλινδρόμησης από εκείνα που έπαιρναν τυποποιημένο γάλα. Θέλαμε να βοηθήσουμε και άλλους γονείς να συνεχίσουν το θηλασμό, την καλύτερη μέθοδο ταΐσματος για τη μητέρα και το παιδί. Αυτό μας οδήγησε στο να έρθουμε σε επαφή με το "PAGER", μια οργάνωση αφιερωμένη στη βοήθεια γονιών με παιδιά που πάσχουν από γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση και, τελικά, στο γράψιμο αυτού του φυλλαδίου».

BIBLIOΓΡΑΦΙΑ

- Burgess, J., Newbold, D.:** Food intolerance in breastfed infants. *Topics in Breastfeeding* 7/95, V:1-10.
- Ewer, A.K., et al:** Gastric emptying in preterm infants. *Arch Dis Child* 1994: 1672.
- Heacock, H.J., et al:** Influence of breast versus formula milk on physiological gastroesophageal reflux in healthy newborn infants. *J Ped Gastro Nutr* 1992, 14:41-46.
- Kids with Heartburn: It's a Crying Shame!* Capital Area Paediatric Heartburn and Reflux Association, 1994.
- Litman, R.S., et al:** Gastric volume and pH in infants fed clear liquids and breast milk prior to surgery. *Anesth Analg* 1994, 79:482-485.
- McKenna, J., et al:** Experimental studies of infant-parent co-sleeping: mutual physiological and behavioral influences and their relevance to SIDS. *Early Human Dev* 1994, 38:187-201.
- Mohrbacher, N., Stock, J.:** THE BREASTFEEDING ANSWER BOOK. La Leche League International, 1997.
- Orenstein, S.R.:** Effect of non-nutritive sucking on infant gastroesophageal reflux. *Pediatr Res* 1998, 24(1):38-40.
- Sears, W.:** SIDS: A Parent's Guide to Understanding and Preventing Sudden Infant Death Syndrome. Little Brown, 1995.

Ο ρόλος του πατέρα στην εγκυμοσύνη, τον τοκετό, το μητρικό θηλασμό

Χρήστος Παπαχρήστος, Μαιευτής Π.Γ.Ν.-Μ. "ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ" - Διεθνολόγος.

Η μετάβαση στη γονεϊκή ιδιότητα έχει αποκτήσει ενδιαφέρον για τους επιστήμονες, που ασχολούνται με την περιγεννητική περίοδο. Από το 1970 εξετάζεται ιδιαίτερα η θέση και ο ρόλος του πατέρα-συντρόφου στην εγκυμοσύνη, τον τοκετό, τη λοχεία και το μητρικό θηλασμό.

Οι γυναίκες κατά την μετάβασή τους στη μητρότητα υποστηρίζονται παραδοσιακά από άλλες γυναίκες, όπως τη μητέρα τους, τις αδελφές τους, τις φίλες τους, τις μαίες. Οι αλλαγές στη δομή της κοινωνίας και της οικογένειας μετέθεσαν το βάρος αυτής της υποστήριξης στον πατέρα-σύντροφο.

Κατά τα τελευταία 25 χρόνια είναι φανερό στην πράξη μια μεγάλη αλλαγή στον ρόλο του πατέρα-συντρόφου. Ο σημερινός πατέρας δείχνει μεγαλύτερο ενδιαφέρον να αποκτήσει γνώσεις γύρω από τα θέματα της εγκυμοσύνης και της φροντίδας του παιδιού. Επίσης, ενδιαφέρεται να έχει ενεργό μέρος στον τοκετό της γυναίκας του.

Ο βαθμός ανάμειξης του πατέρα-συντρόφου στη φροντίδα της εγκύου γυναίκας και του νεογνού αργότερα, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως είναι η σχέση του με τη σύντροφό του, η επιθυμία του για την απόκτηση παιδιού, η παιδεία του, οι θρησκευτικές του πεποιθήσεις, η σχέση του με τους δικούς του γονείς και, κυρίως, η πληροφόρησή του σε θέματα που αφορούν την εγκυ-

μοσύνη, τον τοκετό και τη φροντίδα του νεογέννητου. Ωστόσο, ο καινούργιος ρόλος που ανατίθεται σήμερα στον πατέρα δεν είναι ακόμη ξεκάθαρος, αφού δεν είναι απλή υπόθεση η διαδικασία της ένταξης του πατέρα σ' έναν ενεργητικό ρόλο, που τον καλεί να αποδεσμευτεί από μια μακρά παράδοση που τον ήθελε ακινητοποιημένο στο περιθώριο. Ευτυχώς, υπάρχουν κάποιοι διέξοδοι, που βοηθούν τον άνδρα στην καινούργια του ταυτότητα.

Όμως, το καλύτερο που έχει να κάνει ο σημερινός πατέρας είναι, το να γίνει ο πατέρας που θα ήθελε να είναι. Πιθανώς, ο μεγαλύτερος μύθος από όλους να είναι αυτός του ορισμού του "καλού πατέρα". Αλλά η πατρότητα δεν είναι μια συγκεκριμένη οντότητα. Από την αρχή της εγκυμοσύνης της γυναίκας μέχρι και τα τρία πρώτα χρόνια της πατρότητας, οι άνδρες έχουν αλλάξει και έχουν αναπτύξει τη δική τους ταυτότητα ως πατέρες.

Σ' αυτό το σημείο παραθέτουμε πέντε συνηθισμένους "μύθους" καθώς και αλήθειες, που είναι κρυμμένες πίσω απ' αυτά τα "πιστεύω":

Πέντε μύθοι για την πατρότητα

1ος: Μόνο οι μέλλουσες μητέρες είναι σημαντικές.

2ος: Τα νεογέννητα δεν χρειάζονται στ' αλήθεια τους πατέρες τους.

3ος: Οι άνδρες δεν ξέρουν πώς να φροντίζουν τα παιδιά τους.

4ος: Οι άνδρες που επικεντρώνονται στα παιδιά τους, δεν τα καταφέρνουν καλά στη δουλειά τους.

Επική η αλλαγή σήμερα στους ρόλους των δύο φύλλων. Όλο και πιο πολλοί άνδρες βρίσκουν την πατρότητα εκπληκτική και αυτό έχει αλλάξει τα δεδομένα. Πολλοί πατέρες δεν δίνουν τόση σημασία στη δουλειά τους, επειδή βρίσκουν εκπλήρωση στην πατρότητα και στην οικογένεια και όχι γιατί δεν μπορούν να είναι ανταγωνιστικοί στην αγορά εργασίας. Σήμερα περισσότερο από ποτέ, οι άνδρες αισθάνονται ότι το γεγονός να είναι καλοί πατέρες αποτελεί ουσιαστική εκπλήρωση της ζωής τους.

5ος: Μοιραία, οι σημερινοί πατέρες είναι φτιαγμένοι όπως και ο δικός τους πατέρας.

Οι πατέρες μας δεν χρειάζεται να είναι το καλύτερο μοντέλο για την πατρότητα. Απλά, είναι μια επιρροή για το τί είδους πατέρες θέλουμε να γίνουμε. Καμιά έρευνα σ' όλο τον κόσμο δεν έχει δείξει ένα τέλειο μοντέλο πατέρα. Υπάρχουν διάφορες κουλτούρες και πολιτισμοί, που διαφοροποιούνται στο ρόλο της πατρότητας.

Για τους πατέρες μας "καλός πατέρας" σημαίνει εξασφάλιση στέγης, φαγητού και εκπαίδευσης για την οικογένειά του. Είναι προφανές, πως παλαιότερα οι πατέρες μας δεν ήθελαν να σπαταλήσουν μέρος από το χρόνο τους για το μεγάλωμα των παιδιών τους, όπως αυτό γίνεται σήμερα. Αλλά, όμως, ως τώρα προσπάθησαν να μας προσφέρουν το καλύτερο, δίνοντάς μας κοινωνικότητα και οικογενειακές αξίες.

Ο σημερινός πατέρας πρέπει να δια-



λέξει τί είναι καλύτερο για την οικογένειά του και να δει στην πατρότητα ένα ρόλο, που θα τον ωριμάσει. Μπορεί να πάρει τα θετικά και τα καλύτερα από την οικογένειά του, τους δασκάλους του, τους συγγενείς και τους φίλους του, και να τα χρησιμοποιήσει όπως δεν φαντάστηκε ποτέ ο δικός του ο πατέρας, δημιουργώντας μ' αυτό τον τρόπο τη δική του εικόνα ως πατέρα. Έτσι, μπορεί να γίνει ένα πολύ καλό μοντέλο πατέρα και για άλλους.

Τρόποι διαχείρισης των πέντε μύθων για την πατρότητα από τον πατέρα

- Ο χρόνος θα δείξει πόσο επηρεάζει θετικά την πατρότητά του.
- Επικοινωνώντας και μοιράζοντας τα

συναισθημάτά του με τη σύντροφό του και με άλλους έμπειρους πατέρες.

- Επικοινωνώντας με το νεογέννητο αμέσως μετά τη γέννηση.

- Φροντίζοντας το νεογέννητο, δίνοντας περισσότερο χρόνο για το παιδί του και λιγότερο για την καριέρα του.

- Δημιουργώντας το δικό του μοντέλο για το ρόλο του πατέρα, αναλογιζόμενος, πώς η καριέρα του θα του δώσει χρόνο για να μεγαλώσει το παιδί του και πώς μπορεί να το διαχειριστεί αυτό. Είναι ένα πείραμα, που θα δώσει καρπούς με το πέρασμα του χρόνου.

Γιατί είναι διαφορετικός ο ρόλος του πατέρα σήμερα;

- Η μητέρα πάντα έχει ανάγκη από βοήθεια. Πάντως, αυτό που δεν ξέρουν πολλοί άνθρωποι είναι, ότι όταν ο πατέρας μειώνει το στρες της μητέρας με το να εμπλέκεται με τα παιδιά, τότε και οι δύο γονείς νιώθουν πιο ικανοποιημένοι. Αυτό έχει θετική επίδραση στο γάμο τους και στα παιδιά.

- Ο διαφορετικός τρόπος αλληλεπίδρασης και φροντίδας του πατέρα εί-



ΕΛΕΥΘΡΑ (7) 3/2002

ναι υπέροχος για τα παιδιά. Καθώς τα παιδιά μεγαλώνουν, ο πατέρας συνήθως τα ενθαρρύνει να είναι πιο ανεξάρτητα. Δεν τα βοηθάει αμέσως στα προβλήματα που τους παρουσιάζονται, όπως συνήθως κάνει η μητέρα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, τα παιδιά που έχουν πολύ θετική πατρική ενίσχυση να τείνουν να είναι πιο ανεξάρτητα, πιο ευέλικτα και περισσότερο ικανά να αντιμετωπίσουν νέες καταστάσεις. Έρευνες έχουν δείξει, ότι ο εμπλεκόμενος πατέρας ενισχύει το κίνητρο των παιδιών και την ικανότητά τους να είναι πιο αποδοτικά στη ζωή τους.

- Και ο πατέρας ωφελείται από το μοναδικό νέο του ρόλο, αυτόν της πατρότητας. Έχει πιο ευτυχισμένη και ολοκληρωμένη ζωή. Όταν ο πατέρας έχει υποστηρίξει και αναθρέψει συναισθηματικά και κοινωνικά τα παιδιά του, τότε είναι πιο αποδοτικός και περιποιητικός όταν φτάσει στη μέση ηλικία. Επίσης, είναι εκείνος που θα βοηθήσει περισσότερο τους νεότερους εργαζόμενους και θα τους κατευθύνει να εμπλακούν με τα κοινά.

- Η πατρότητα είναι το μοναδικό και περισσότερο δημιουργικό, περίπλοκο, συναρπαστικό, πλούσιο και γεμάτο ικανοποιήσεις κατόρθωμα της ενήλικης ζωής ενός άνδρα.

Οι πιο συνηθισμένοι φόβοι του πατέρα

- Νιώθει ότι δεν του δίνουν σημασία.
- Φοβάται το sex.
- Φοβάται τις αντιδράσεις του στις εναλλαγές της διάθεσης της γυναίκας του.
- Αγχώνεται με την υγεία της γυναί-

κας του και του παιδιού του.

- Φοβάται ότι θα αλλάξει το σώμα της γυναίκας του.
- Αγχώνεται με το πόσο καλός πατέρας θα γίνει.

Μικρές οδηγίες που θα ανακουφίσουν τους πατέρες από τους φόβους τους

ΠΡΕΠΕΙ:

- και οι δύο (μητέρα-πατέρας) να αποτελούν μια ομάδα,
- να μιλάνε ανοιχτά μεταξύ τους και να εκφράζουν τους φόβους τους και τις ελπίδες τους,
- να παραβρίσκονται σε όλες τις επισκέψεις στους ειδικούς (γιατρό, μαία-μαιευτή) και στα U/S ή σε άλλων ειδών εξετάσεις,
- να επισκέπτονται μαζί τους ειδικούς,
- να βοηθούν τη γυναίκα τους κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης της, παρακολουθώντας την υγιεινή διατροφή της και τις σκέψεις της.

Έρευνες έχουν δείξει, ότι στις σημερινές κοινωνίες οι μέλλοντες πατέρες επηρεάζονται από την εγκυμοσύνη της γυναίκας τους και αναπτύσσουν ψυχοσωματικά συμπτώματα. Έχει δε παρατηρηθεί, ότι όσο η μετάβαση στην πατρότητα παραμελείται, τόσο πιο έντονα είναι αυτά τα συμπτώματα συμπάθειας, ή "αρρενολοχείας" όπως ονομάζονται, τα ποία εμφανίζονται στο 20% περίπου των ανδρών. Συμπτώματα όπως η μειωμένη τους όρεξη, η ναυτία ή οι στομαχικές τους διαταραχές, μπορούν να αποδοθούν στην εγκυμοσύνη της συντρόφου τους μέσα από ένα μηχανισμό ταύτισης. Οι άνδρες δεν τα συνδέουν με την

εγκυμοσύνη της γυναίκας τους, δεν τα αναφέρουν και δεν έχουν θεραπεία γι' αυτά. Ας δούμε παρακάτω πώς πρέπει να αντιμετωπίζονται κάποιες συνηθισμένες καταστάσεις.

1. Ο ΠΑΝΙΚΟΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΙ ΚΑΚΟ

Το "κλειδί" για να αντιμετωπίσουν το στάδιο του πανικού, είναι να μην τον πολεμήσουν. Να τον δεχθούν απλά ως μια περίοδο αϋπνίας, απώλειας μαλλιών, ως μέρος του παιχνιδιού. Τίποτα που δεν αξίζει, δεν είναι εύκολο. Μπορούν να το ξεπεράσουν και να το δουν θετικά. Απλά, αν κοιτάξουν γύρω τους, κάθε άτομο που θα δουν είχε έναν πατέρα. Αν μπορούν οι άλλοι, μπορούν κι αυτοί.

2. Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Δεν είναι μόνοι τους. Πιθανότατα και η σύντροφός τους να περνάει την ίδια μεταβατική φάση. Ας επικοινωνήσουν μεταξύ τους για να βρουν κοινά σημεία στήριξης.

3. Ο ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

Ο προγραμματισμός είναι ο καλύτερος τρόπος για να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες τους. Δηλαδή, μπορούν μαζί να κάνουν ένα πρόγραμμα για τα οικονομικά τους, για την ιατρική κάλυψη, για την προετοιμασία του δωματίου και των μωρουδιακών, να βρουν μια καλή μαία ή ένα μαιευτή, να εκπαιδευθούν στα μαθήματα ψυχοσωματικής προετοιμασίας των γονέων για την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία. Θα έχουν μπροστά τους εννέα μήνες, για να πετύχουν το πρόγραμμα που θα φτιάξουν.

4. ΝΑ ΓΕΛΑΝΕ ΠΙΟ ΣΥΧΝΑ ΚΑΙ ΠΙΟ ΠΟΛΥ

5. ΤΑ ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΕΙΝΑΙ ΑΠΛΑ

Το να έχει κάποιος ένα παιδί είναι τόσο



δύσκολο, όσο το κάνουμε να είναι. Χρειάζονται πολύ λίγα πράγματα για να κάνομε ένα παιδί ευτυχισμένο.

Τα πλεονεκτήματα των μαθημάτων προετοιμασίας για τον τοκετό

Για τους μελλοντικούς πατέρες:

- Είναι ο χρόνος, που και οι δύο μπορούν να περάσουν μαζί σκεπτόμενοι για την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, λόγω έλλειψης χρόνου και των δύο.
- Θα μπορούν μετά να πάρουν από κοινού πιο εύκολα αποφάσεις, όπως για το πού θα γίνει ο τοκετός ή από πού θα πάρουν πληροφορίες. Όσα πιο πολλά πράγματα γνωρίζουν, τόσο πιο εύκολα τα συζητούν και είναι προτιμότερο να παίρνουν μαζί τις αποφάσεις, παρά μόνη της η σύντροφος-μέλλουσα μητέρα.
- Μπορεί οι μελλοντικοί πατέρες να είναι οι μοναδικοί που θα υποστηρίζουν τη σύντρόφό τους στην αίθουσα τοκε-

τών, γιατί μπορεί να μην υπάρχει κανείς άλλος εκεί για να τη βοηθήσει (μαϊά-μαιευτής κ.ά.). Παρακολουθώντας τα μαθήματα Ψυχοπροφυλακτικής προετοιμάζονται με πληροφορίες και συμβουλές, που θα απαλύνουν τους φόβους τους. Ο τοκετός μπορεί να γίνει μια από τις πιο απολαυστικές στιγμές στη σχέση του ζευγαριού. Κάνοντας τα μαθήματα γίνεται πιο ομαλή η μετάβαση από την εγκυμοσύνη στον τοκετό, τη λοχεία, τη γο-νεϊκότητα.

- Θα γνωρίσουν καλύτερα την περίοδο της εγκυμοσύνης και τις δυσκολίες, που περνά η σύντροφός τους κατά τη διάρκεια των μαθημάτων και της ενημέρωσης (δηλαδή αν νιώθει ναυτία, αν ζεσταίνεται, αν παραπονιέται ή φωνάζει). Όταν μάθουν γιατί γίνονται όλα αυτά, τότε θα καταφέρουν να την υποστηρίξουν ουσιαστικά.

10 συμβουλές προετοιμασίας για τον τοκετό

Για τους μελλοντικούς πατέρες:

1. Να ρωτάνε για τις απορίες που έχουν.
2. Να φέρνουν μερικά πράγματα για τους ίδιους.
3. Να ξέρουν τί μπορεί να συμβεί.
4. Να γίνουν πιο εύκαμπτοι.
5. Να βρουν έναν αντιπερισπασμό για τους πόνους της γυναίκας τους.
6. Να είναι με τη σύντρόφό τους ένα σύνολο, μια ομάδα.
7. Να γνωρίζουν τις ικανότητές τους.
8. Να είναι προετοιμασμένοι να πάρουν την κατάσταση στα χέρια τους.
9. Να είναι προετοιμασμένοι στο να περιμένουν.
10. Να είναι εκεί!

Ποιά ρόλο μπορεί να παίξει ο πατέρας στον τοκετό;

Ο ρόλος του πατέρα στη γέννηση του παιδιού έχει αλλάξει δραματικά, από τότε που ο σύζυγος περνούσε αγχωμένος τις ώρες της διαδικασίας του τοκετού, περιμένοντας στο δωμάτιο αναμονής του μαιευτηρίου την ανακοίνωση του γιατρού: “είναι κορίτσι”, “είναι αγόρι”. Σήμερα, πολλοί άνδρες εμπλέκονται από τη στιγμή που το τεστ εγκυμοσύνης είναι θετικό. Παραβρίσκονται στα ραντεβού με το γιατρό κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όπως επίσης και στα μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής προετοιμασίας, καθώς και αργότερα, μετά τον τοκετό, στα γκρουπ πατέρων.

Μερικοί άνδρες εμπλέκονται και αισθάνονται άνετα μ’ αυτές τις διαδικασίες, άλλοι όμως όχι, και όλοι τους δεν έχουν συνειδητοποιήσει, ακόμη, την ιδέα της παρουσίας τους στην αίθουσα τοκετών. Αλλά οι περισσότεροι, μόλις δουν τη γέννηση του παιδιού τους αισθάνονται ότι έχουν περάσει τις πιο σημαντικές και ανεπανάληπτες στιγμές της ζωής τους και, σίγουρα, τη μεγαλύτερη εμπειρία.

Ο πατέρας μπορεί να βοηθήσει τη γυναίκα του στον τοκετό;

Ο πατέρας μπορεί να τη βοηθήσει:

- χαλαρώνοντάς την,
- κάνοντας περίπατο μαζί (δεν χρειάζεται να κάθεσαι συνέχεια στο κρεβάτι),
- βάζοντάς την σε πιο ανακουφιστική θέση, όταν βρίσκεται στο κρεβάτι της,
- ασκώντας πίεση στη μέση της, στο σημείο ακριβώς που την ανακουφίζει,
- κάνοντάς της ελαφρό μασάζ και χαϊδεύοντάς την,



- όταν θελήσει να κάνει μπάνιο,
- δροσιζοντάς την με ζεστές ή κρύες κομπρέσες,
- με το να βεβαιώνεται ότι είναι αρκετά ενυδατωμένη (μπορεί να της βρέχει τα χείλη ή να της δίνει λίγο χυμό),
- με το να βεβαιώνεται ότι είναι χορτάτη και δεν πεινάει (πριν πάνε στο μαιευτήριο),
- με το να ασχολείται με την επικοινωνία και τα τυχόν τηλέφωνα που θα χτυπούν,
- οδηγώντας προσεκτικά κατά τη μεταφορά στο μαιευτήριο,
- κάνοντας εύστοχες ενέργειες,
- με το να βεβαιωθεί ότι το περιβάλλον στο μαιευτήριο είναι κατάλληλο,
- βάζοντάς της μουσική,
- επεμβαίνοντας όταν χρειάζεται,
- με το να απασχολεί τη φαντασία της λέγοντάς της όμορφα λόγια, μιλώντας



της για τα μελλοντικά τους σχέδια κ.ά.

- ρωτώντας τη μαία, το μαιευτή ή το γιατρό για συμβουλές που θα την ανακουφίσουν,

- θυμίζοντάς της το παιδί που θα γεννηθεί (με όλα αυτά που περνά, ίσως να το έχει ξεχάσει),

- με το να μάθει πώς δουλεύει σωστά η Μέθοδος Ανώδυνου Τοκετού,

- προσέχοντας τα σημάδια της μετάβασης των σταδίων του τοκετού,

- ακούγοντάς την όταν μιλάει για τους φόβους της, τις ανησυχίες της κ.ά.,

- με το να της υπενθυμίζει πόσο σπουδαία τα καταφέρνει και

- απολαμβάνοντας όλο αυτό το μυστήριο, που είναι ΜΟΝΑΔΙΚΟ και δεν θα το ξεχάσει ποτέ.

Τί γίνεται στην Ελλάδα;

Στην ελληνική πραγματικότητα η πλειονότητα των πατέρων παραμένουν ακόμα στην αίθουσα αναμονής των μαιευτηρίων, χωρίς να συμμετέχουν στη διαδικασία του τοκετού και να παρακολουθούν τη γέννηση των παιδιών τους.

Τελευταία άρχισε η μελέτη των συναισθηματικών αντιδράσεων του Έλληνα πατέρα. Η κ. Δραγώνα (1992), σε μια διαπολιτισμική μελέτη Αγγλίας- Ελλάδας βρήκε ότι οι Έλληνες γονείς περνούν

χωριστά τη μετάβαση στη μητρότητα και την πατρότητα. Σε σχέση με τους Άγγλους οι Έλληνες πατέρες βρέθηκαν φυσικά και συναισθηματικά πιο μακριά από τις γυναίκες τους κατά τη διάρκεια της εμπειρίας της εγκυμοσύνης και του τοκετού.

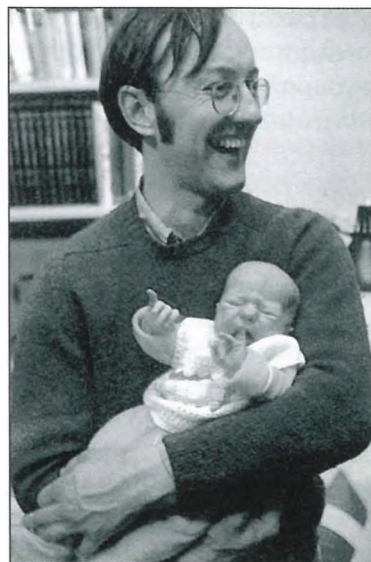
10 πληροφορίες-συμβουλές για τους νέους πατέρες

1. Τα νεογνά δεν είναι τόσο εύθραυστα. Να μην φοβούνται να τα αγγίζουν. Να ρωτήσουν κάποιον ειδικό ή κάποιον που να ξέρει πώς κρατάνε ένα βρέφος.

2. Όταν αισθάνονται παραμελημένοι να μιλάνε με τη σύντροφό τους.

3. Οι νέοι πατέρες έχουν απρόβλεπτα συναισθήματα. Να μάθουν να ζητούν και να ζητούν βοήθεια όταν χρειάζεται.

4. Να υποστηρίζουν τη μητέρα στο μητρικό θηλασμό. Να της λένε πόσο περήφανοι είναι γι' αυτήν και να την προστατεύουν από τα τυχόντα αρνητικά σχόλια



του οικογενειακού ή φιλικού περιβάλλοντος.

5. Να βοηθούν στις δουλειές του σπιτιού και να φροντίζουν τα μεγαλύτερα παιδιά. Να της υπενθυμίζουν να μην ασχολείται με το σπίτι, αλλά με το νεογέννητο.

6. Μπορεί και αυτοί να πάθουν κατάθλιψη. Πρέπει να μάθουν να ζητούν βοήθεια.

7. Να θυμούνται ότι το μόνο πράγμα που δεν μπορούν να κάνουν, είναι να θηλάσουν. Μπορούν, όμως, να αλλάξουν

πάνες, να παρηγορούν το βρέφος όταν κλαίει, να παίζουν μαζί του κ.ά.

8. Όταν χρειάζονται βοήθεια να τη ζητούν από τη μαία ή το μαιευτή, το γιατρό κ.ά.

9. Οι μητέρες χρειάζονται περισσότερη ξεκούραση και φροντίδα. Να τις βοηθούν.

10. Να θυμούνται ότι ένα νεογέννητο έχει κάνει τη ζωή τους άνω-κάτω και πρέπει να μάθουν να ζουν με έναν καινούργιο άνθρωπο δίπλα τους.

(Συνέχεια στο επόμενο τεύχος)

4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοπροφυλακτικής

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΨΥΧΟΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Ερυθρού Σταυρού 6, 151 23 ΜΑΡΟΥΣΙ, Τηλ.: 6869287 - Fax: 6830559, E-mail: mitera@otenet.gr

Προς το

Αθήνα, 23 Μαΐου 2002

ΣΥΛΛΟΓΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΑΘΗΝΩΝ

Αριστέιδου Παππά 2 - 115 21 Αθήνα

Σας ενημερώνουμε ότι το 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοπροφυλακτικής θα γίνει στις 8, 9 και 10 Νοεμβρίου 2002 στη Θεσσαλονίκη, στο Ξενοδοχείο "ΚΑΨΗΣ". Θέμα του Συνεδρίου είναι:

“Ψυχοπροφυλακτική προετοιμασία για τον τοκετό.

Εμπειρίες, προτάσεις, αποτελέσματα”.

Θα βραβευθούν 2 (δύο) εργασίες. Οι εργασίες που θα λάβουν μέρος στη βράβευση, θα πρέπει να έχουν σταλεί μέχρι τις 30 Ιουλίου 2002 στην παραπάνω διεύθυνση της Εταιρείας, υπόψη κ. Ελευθερίας Δημοπούλου. Αν τις στείλετε με e-mail, να μας ενημερώσετε τηλεφωνικώς. Το δικαίωμα συμμετοχής για γιατρούς, μαίες και μαιευτές είναι 60 ευρώ και για τους φοιτητές δωρεάν.

Για δηλώσεις συμμετοχής στο Συνέδριο απευθυνθείτε:

- Στην Αθήνα: κα Ελευθερία Δημοπούλου

Τηλ.: 010-6894588, Κινητό: 0944-370235, E-mail: eutokia@otenet.gr

- Στη Θεσσαλονίκη: κα Ελένη Δημητροπούλου, Τηλ.: 0310-821897

- Για Ξενοδοχείο και εισιτήρια: κα Λαούδη, Τηλ.: 010-3233131, 010-3233907

Παρακαλούμε η παρούσα ανακοίνωση να δημοσιευθεί στο περιοδικό "ΕΛΕΥΘΩ".

Με εκτίμηση

Ο Πρόεδρος

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΠΑΝΟΠΟΥΛΟΣ

Επιλόχεια κατάθλιψη: Ανασκόπηση

Μάρθα Μωραΐτου, Μαΐα, Καθηγ. Εφαρμογών, Προϊστ. Τμήμ. Μαιευτικής ΣΕΥΠ, ΤΕΙΘ.

Οι γυναίκες μετά τον τοκετό παρουσιάζουν κίνδυνο να εκδηλώσουν κατάθλιψη. Η κατάθλιψη μετά τον τοκετό είναι προβληματική, εξαιτίας του κοινωνικού ρόλου που απαιτείται από τις μητέρες κατά τη διάρκεια της λοχείας. Για παράδειγμα, οι μητέρες πρέπει να προσφέρουν άμεση και σημαντική φροντίδα στα βρέφη τους. Επίσης, οι γυναίκες αντιμετωπίζουν προκλήσεις στη σχέση τους με το σύζυγο ή το σύντροφό τους και συχνά πιστεύουν ότι πρέπει να επανεξετάσουν τις σχέσεις τους με τα μέλη της οικογένειάς τους και τους φίλους τους. Επιπλέον, συχνά χρειάζεται να κάνουν ρυθμίσεις στους εργασιακούς τους ρόλους, για να προσαρμόσουν τη φροντίδα που απαιτείται για τα βρέφη τους.¹

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι σύνθετη και ενδιαφέρουσα διαταραχή, που συχνά φέρνει τη γυναίκα και την οικογένειά της μπροστά σε εκπλήξεις. Σε μια στιγμή που χαρακτηρίζεται από ευχαρίστηση και χαρά, η "επίθεση" της κατάθλιψης μπορεί να προκαλέσει "καταστροφή" και διαφωνία στη ζωή της γυναίκας.²

Η επιλόχεια κατάθλιψη, επίσης, είναι συχνή και σοβαρή νόσος, που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη ζωή τόσο της μητέρας όσο και του παιδιού. Σημαντικό πρόβλημα αποτελεί το γεγονός ότι υποδιαγνώσκεται, αφού τις περισσότερες φορές η ασθενής μητέρα δεν αναζητά ψυχιατρική βοήθεια. Γι' αυτό, είναι εξαιρετικά προληπτικής σημασίας η αναγνώριση και η έγκυρη και αποτελεσματική

θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης από επαγγελματίες υγείας, όπως μαιές, γυναικολόγους, παιδίατρους κ.ά., που έρχονται κατά την περίοδο αυτή σε επαφή με τη μητέρα.³

Τί είναι η επιλόχεια κατάθλιψη

Στην ταξινόμηση ICD-10 της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO, 1992), η κατάθλιψη της λοχείας ταξινομείται στην κατηγορία: "Ψυχικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς συνδεδεμένες με τη λοχεία, οι οποίες δεν ταξινομούνται αλλού". Η επιλόχεια κατάθλιψη αναγνωρίστηκε πρόσφατα από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία ως διαταραχή της διάθεσης, που εμφανίζεται κατά τη λοχεία.³

Σύμφωνα με το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV, American Psychiatry Association, 1994), η επιλόχεια κατάθλιψη είναι ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, το οποίο επισυμβαίνει εντός τεσσάρων εβδομάδων από τον τοκετό. Στη βιβλιογραφία το διάστημα αυτό κυμαίνεται από τέσσερις εβδομάδες έως έξι μήνες, με αποτέλεσμα η αναφερόμενη επικράτηση της διαταραχής αυτής να εμφανίζει μεγάλη απόκλιση από μελέτη σε μελέτη.⁴ Ωστόσο, αρκετός λόγος έχει γίνει, ώστε να διασαφηνιστεί αν η επιλόχεια κατάθλιψη αποτελεί ξε-

χωριστή κλινική οντότητα ή είναι απλώς ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης, που λαμβάνει τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της από τις ιδιαιτερότητες που χαρακτηρίζουν την επιλόχεια περίοδο.³

Ιστορικά στοιχεία

Είναι γεγονός, ότι το 40%-60% των λεχωίδων αναφέρει πως νιώθει κατάθλιψη. Με το φαινόμενο αυτό ασχολήθηκε πριν από εκατοντάδες χρόνια ο πατέρας της Ιατρικής, ο Ιπποκράτης, οποίος περιέγραψε μια γυναίκα που μετά τη γέννηση διδύμων έγινε ανήσυχη και ανέπτυξε παραλήρημα.⁵ Γι' αυτή τη μορφή της κατάθλιψης ο Ιπποκράτης έδινε μια κάπως μπερδεμένη βιολογική ερμηνεία. Ισχυριζόταν πως επρόκειτο για επιπτώσεις από τα λόχεια, που δεν αποβλήθηκαν από τον οργανισμό, καθώς και από τη διοχέτευση γάλακτος προς τον εγκέφαλο, που συνοδευόταν με ξαφνική εισροή αίματος στους μαστούς.

Επίσης, και στις περιγραφές των νοσοκομείων αναφέρεται, πως στους προηγούμενους αιώνες οι πτέρυγες για τις λεχώνες είχαν τα παράθυρα φραγμένα με κάγκελα, ως μέτρο προφύλαξης κατά κάποιες, υποτίθεται, "απονενομημένης" ενέργειας από τις νέες μητέρες.⁶ Η μελέτη άρχισε με τον Esquirol το 1845, και τον Marce το 1858, και συστηματοποιήθηκε μετά το 1950.⁷

Συχνότητα

Ο κίνδυνος να αναπτύξει η μητέρα επιλόχεια κατάθλιψη είναι αρκετά υψηλός. Έχει βρεθεί ότι μια στις δέκα λεχωίδες, χωρίς προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, παρουσιάζει επιλόχεια κατάθλιψη. Αν

υπάρχει ατομικό ιστορικό μείζονος κατάθλιψης, τότε μια στις τέσσερις λεχωίδες παρουσιάζει επεισόδια κατάθλιψης κατά τη λοχεία. Σε περίπτωση που έχει προηγηθεί επιλόχεια κατάθλιψη, τότε μια στις δύο λεχωίδες θα ξαναπαρουσιάσει ανάλογο επεισόδιο κατάθλιψης σε επόμενη επιλόχεια περίοδο.³

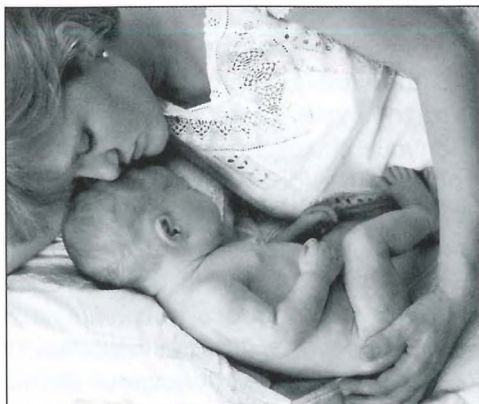
Η επιλόχεια κατάθλιψη εμφανίζεται σε ένα σημαντικό ποσοστό, που κυμαίνεται από το 10 μέχρι το 20% των λεχωίδων.^{8,9} Κάποιοι συγγραφείς αναφέρουν ότι το ποσοστό αυξάνει ανησυχητικά και το ανεβάζουν μέχρι το 40%.¹⁰ Το ποσοστό για τις ενήλικες μητέρες φθάνει το 26%.¹⁸ Για το 60% των γυναικών αυτών είναι το πρώτο τους καταθλιπτικό επεισόδιο.¹¹ Ο κίνδυνος εκδήλωσης είναι περίπου διπλάσιος στις πρωτοτόκες.¹²

Οι άλλες ψυχικές διαταραχές που συναντάμε στη λοχεία, είναι η επιλόχεια ψύχωση και η επιλόχεια αθυμία ή μελαγχολία της λοχείας¹⁰ (O'Hara και Zekoski, 1988). Η επιλόχεια ψύχωση αφορά το 0,8-2,5 των περιπτώσεων σε 1.000 τοκετούς¹² και χαρακτηρίζεται από παραισθήσεις και αυταπάτες. Η πλειοψηφία των ψυχωτικών επεισοδίων συμβαίνουν κατά τον πρώτο μήνα της λοχείας.

Η επιλόχεια αθυμία ή μελαγχολία της λοχείας (postpartum blues) παρατηρείται στο 40-85% των λεχωίδων. Πρόκειται για παροδική μεταβολή της διάθεσης, η οποία χαρακτηρίζεται από κλάμα, αίσθημα δυσφορίας και συναισθηματική διαταραχή. Ξεκινά την 3η-4η ημέρα μετά τον τοκετό και διαρκεί 2-4 ημέρες.¹⁰

Κλινική εικόνα και συμπτώματα

Συνήθως, η έναρξη των συμπτωμάτων εγκαθίσταται μετά από 2-3 εβδομάδες



από τον τοκετό και τα συμπτώματα διαρκούν μερικούς μήνες. Αν δεν αντιμετωπιστούν κατάλληλα, διαρκούν συνήθως έως και δύο χρόνια. Αρκετά συχνά έχει προηγηθεί επεισόδιο επιλόχειας ακεφιάς (postpartum blues). Η συμπτωματολογία της επιλόχειας κατάθλιψης προσομοιάζει με αυτήν ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου.³

Τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια με επιλόχεια έναρξη, συχνά συνοδεύονται από έντονο άγχος, επεισόδια πανικού, αυθόρμητο κλάμα πέρα από τη συνηθισμένη διάρκεια της επιλόχειας μελαγχολίας, έλλειψη ενδιαφέροντος για το νεογέννητο, αϋπνία, αδυναμία συγκέντρωσης, ψυχοκινητική διέγερση, ιδέες αυτοκτονίας και ψυχαναγκαστικές σκέψεις για άσκηση βίας προς το παιδί. Μπορεί να χαρακτηρίζεται από ψυχωσικά χαρακτηριστικά, όπως παραληρητικές ιδέες που αφορούν το νεογέννητο (ότι είναι δαιμονισμένο, ότι έχει ειδικές δυνάμεις κλπ.), ή ψευδαισθήσεις. Συχνά, μάλιστα, η παιδοκτονία σ' αυτή την περίπτωση συνδέεται με ψευδαισθήσεις, που δίνουν εντολή να θανατωθεί το νεογέννητο.¹³

Η συμπτωματολογία του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου με καταθλιπτική

διάθεση, περιλαμβάνει απώλεια της ευχαρίστησης, διαταραχές στην όρεξη και τον ύπνο, ψυχοκινητική ανησυχία ή επιβράδυνση, κούραση και απώλεια της ενεργητικότητας, δυσκολία στην προσοχή, τη συγκέντρωση και τη μνήμη, αισθήματα αναξιопάθειας, ανεπάρκειας και ενοχής και αυτοκτονικό ιδεασμό.¹¹

Στη συμπτωματολογία της επιλόχειας κατάθλιψης επίσης, σύμφωνα με την ταξινόμηση του DSM-IV, η ασθενής μητέρα παραπονείται για έντονη λύπη, αδυναμία να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις της, αίσθημα κόπωσης, αϋπνία και ανηδονία.¹²

Συχνά παρατηρείται διέγερση και ευφορικό συναίσθημα ή μεταλλαγές της ευφορικής και καταθλιπτικής διάθεσης. Το ευφορικό συναίσθημα παρατηρείται κυρίως την πρώτη ημέρα μετά τον τοκετό και μειώνεται σε μεγάλο βαθμό μετά την τέταρτη. Θεωρείται ψυχογενούς αιτιολογίας και αποδίδεται στην ανακούφιση της λεχιδας από την ομαλή έκβαση του τοκετού. Σε μερικές μητέρες το ευφορικό συναίσθημα παραμένει και κυριαρχεί στην κλινική εικόνα, χωρίς όμως να φτάνει στα επίπεδα της υπομανίας.⁷

Στο 30% περίπου των λεχιδων παρατηρείται κεφαλαλγία, ιδιαίτερα σε γυναίκες με ιστορικό ημικρανίας. Διαρκεί όλη την ημέρα, είναι αμφοτερόπλευρη και μερικές φορές συνοδεύεται από φωτοευαισθησία, ναυτία και εμετό. Ο κίνδυνος αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς ή βρεφοκτονίας είναι μικρότερος σε σύγκριση με την ψύχωση της λοχείας και δεν ξεπερνά το 5%.¹²

Πολλές φορές τα συμπτώματα μιας κατάθλιψης μπορούν να εμφανιστούν πριν από τον τοκετό. Αυτό δεν θα πρέπει να εκπλήσσει εν όψει των πραγματι-

κών σωματικών δυσκολιών, όπως π.χ. στον ύπνο και στην κινητικότητα που υφίστανται περί το τέλος της εγκυμοσύνης, καθώς και των ανησυχιών για τον επικείμενο τοκετό. Όμως, τα συμπτώματα αυτά –σνηθισμένα σ' αυτή τη φάση– που ταιριάζουν σε μια ήπια κατάθλιψη, αντιμετωπίζονται τόσο από τις ίδιες τις εγκύους όσο και από τους συγγενείς και τους γιατρούς, ως φυσιολογικές αντιδράσεις συνάδουσες προς την κατάσταση. Πολλά επεισόδια επιλόχειας κατάθλιψης αναγγέλλονται από μια ασυνήθιστα βαριά λοχειακή αθυμία. Άλλοτε, τα προειδοποιητικά σημεία περιλαμβάνουν πρώιμα συμπτώματα καταθλιπτικής διαταραχής, που περικλείουν ιδεοληπτικό τρόπο σκέψης, αίσθημα απελπισίας, ημερήσια διακύμανση της διάθεσης και κακό ύπνο.⁴

Προδιαθεσικοί παράγοντες

Προδιαθεσικούς παράγοντες για την επιλόχεια κατάθλιψη αποτελούν:

α) η εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης και μετά τον προηγούμενο τοκετό (η επικινδυνότητα σ' αυτή την περίπτωση είναι 50%-62%),

β) η καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά την προηγηθείσα κύηση ή κατά την υπάρχουσα κύηση,¹⁴

γ) το οικογενειακό ή ατομικό ιστορικό επεισοδίων μείζονος κατάθλιψης. Η συζυγική ασυμφωνία, τα ψυχοπαιστικά γεγονότα της ζωής, η αμφιθυμία για την εγκυμοσύνη, είναι προδιαθεσικοί παράγοντες όχι μόνο για την κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της κύησης, αλλά και για τη επιλόχεια κατάθλιψη. Καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα είναι σνηθισμένα, εξαιτίας όλων των βιοψυχοκοινωνικών αλ-

λαγών που συνοδεύουν τη γέννηση ενός παιδιού.¹¹

Παράγοντες κινδύνου και αιτιολογικοί παράγοντες

Μητέρες που ήταν ευχαριστημένες από τις εμπειρίες της κύησης και του τοκετού τους, είχαν την τάση να είναι λιγότερο καταθλιπτικές κατά τη λοχεία και το μετέπειτα διάστημα.

Κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν, ότι ο καλύτερος προγνωστικός δείκτης για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης, είναι η διάθεση της μητέρας τις τρεις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό. Φαίνεται, ότι η πολύ σύντομη παραμονή στο μαιευτήριο μπορεί να αυξήσει κατά πολύ την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης.

Σε έρευνα που έγινε, οι λεχιαίδες που είχαν πάρει εξιτήριο μέσα σε 72 ώρες από τον τοκετό, είχαν πολύ αυξημένο κίνδυνο για εκδήλωση επιλόχειας κατάθλιψης.¹¹

Οι αιτιολογικοί παράγοντες, που μπορεί να ενέχονται στην ανάπτυξη της επιλόχειας κατάθλιψης φαίνεται πως είναι πολλοί, όμως, τα συμπεράσματα της έρευνας δεν συμφωνούν πάντοτε. Γιατί, σε αντίθεση με τους παράγοντες κινδύνου η αιτιολογία της κατάθλιψης μετά τον τοκετό παραμένει αίνιγμα.¹⁸

Οι Watson και συν. σε μια ανασκόπηση αναφέρουν, πως η κακή συζυγική σχέση, ο νευρωτισμός ως στοιχείο της προσωπικότητας και το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, ήταν στοιχεία που συνδέονταν περισσότερο με την επιλόχεια κατάθλιψη.

Η κοινωνική τάξη, η οικογενειακή κατάσταση, το πρωτοτόκο ή όχι και ίσως η ηλικία, ήταν παράγοντες άσχετοι με την

ανάπτυξη της διαταραχής.

Κατά τον Inwood, οι κυριότεροι παράγοντες που φαίνεται να παίζουν ρόλο στην εμφάνιση της νόσου, είναι οι εξής:

1. Το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό και ιδιαίτερα τα προηγούμενα επεισόδια επιλόχειας κατάθλιψης ή διπολικής διαταραχής.

2. Η εγκυμοσύνη και ιδιαίτερα αν πρόκειται για πρώτη εγκυμοσύνη, καθώς και η ύπαρξη αμφιθυμίας από μέρους της εγκύου για τη διατήρησή της, όπως π.χ. σε περιπτώσεις εξώγαμης κύησης.

3. Η απουσία κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος, η έντονη εξάρτηση της λεχιδας από το σύζυγο ή τους γονείς της και η απογοήτευση από τον εαυτό της.

4. Η έλλειψη θερμών σχέσεων με τους γονείς και ιδιαίτερα με το σύζυγο

Κληρονομικοί παράγοντες και προηγούμενο ιστορικό

Ποσοστό γυναικών μέχρι 30% που παρουσιάζουν ένα ιστορικό κατάθλιψης πριν από τη σύλληψη, θα αναπτύξουν κατάθλιψη μετά τον τοκετό (Ο'Hara M.W., 1986).¹⁸ Ο σημαντικότερος πρότερος παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης, είναι προηγούμενη εκδήλωση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.¹⁵

Οι Ο'Hara και συν. καθώς και Cambell και συν., έχουν αναφερθεί σε προγενέστερα προσωπικά ή οικογενειακά καταθλιπτικά επεισόδια ως καθοριστικούς παράγοντες κινδύνου. Κατά τους Marks και συν., το 51% των γυναικών με προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό παρουσίασε μια ψυχωτική ή καταθλιπτική υποτροπή διάρκειας κατά τους έξι πρώτους με-

ταλοχειακούς μήνες.

Οι Servant και Parquet εκτιμούν ότι οι πρόωρες απώλειες, όπως οι αποχωρισμοί ή οι θάνατοι πριν από την ηλικία των 15 ετών, αποτελούν ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου για μια δευτερεύουσα κατάθλιψη.

Στο συγγενικό περιβάλλον των ασθενών μητέρων, συχνά βρίσκονται άτομα με διπολική διαταραχή.¹²

Ψυχικές διαταραχές κατά την κύηση

Για τους προαναφερθέντες συγγραφείς, οι πιο σημαντικοί παράγοντες για την εκδήλωση της επιλόχειας κατάθλιψης είναι μια προγενετική νευρωτική τρωτότητα και η παρουσία σοβαρών γεγονότων της ζωής.

Κατά τους Marks και συν., Watson και συν., Kumar και Robson, οι ψυχικές διαταραχές (ισοδύναμα του νευρωτισμού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης) αποτελούν εξίσου έναν προγνωστικό παράγοντα για την εκδήλωση της επιλόχειας κατάθλιψης, την οποία συσχετίζουν με μια κατάθλιψη της εγκυμοσύνης. Ο Gotlib, επίσης, συσχετίζει την επιλόχεια κατάθλιψη με την καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Κατά τον Ο'Hara, οι ίδιοι παράγοντες, δηλαδή:

α) μια προηγούμενη κατάθλιψη,

β) μια αλληλεπίδραση ανάμεσα σε αυτό που ονομάζουμε τρωτότητα (T) και στους παράγοντες του στρες (life stress), μπορεί να είναι προάγγελοι μιας επιλόχειας μείζονος κατάθλιψης ή μιας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας πιο ελαφριάς και

γ) οι μεταβλητές της τρωτότητας σχετίζονται με προγενέστερα προσωπικά και / ή οικογενειακά συμβάντα της ζωής.

Οι μεταβλητές του στρες της ζωής ή των συμβάντων της ζωής αφορούν τα διάφορα επερχόμενα επεισόδια κατά τη διάρκεια του τοκετού και κατά τη διάρκεια των φροντίδων του νεογέννητου.

Αρνητικά γεγονότα της ζωής

Πολλοί ερευνητές συνδέουν τα αρνητικά και στρεσογόνα γεγονότα της ζωής με την επιλόχεια κατάθλιψη, ιδιαίτερα μετά τους τρεις πρώτους μεταγεννητικούς μήνες.¹⁷

Κοινωνική υποστήριξη και οικογενειακές σχέσεις

Είναι αξιοσημείωτο ότι η βιβλιογραφία για τη σχέση της κοινωνικής υποστήριξης με την ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αφορά κυρίως τις γυναίκες και ιδιαίτερα κατά το διάστημα μετά τον τοκετό. Έρευνα έδειξε (Brugha και συν., 1989, 1995), ότι ελλείψεις στην ποιότητα και ποσότητα των προσωπικών σχέσεων συνδέονται με τις καταθλιπτικές διαταραχές. Ακόμη, το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο τα γεγονότα της ζωής συμβαίνουν, μπορεί από μόνο του να αποτελεί μια εν μέρει πλευρά της κοινωνικής υποστήριξης (Brugha και συν., 1993). Για παράδειγμα, το γεγονός της ζωής “μένω έγκυος” μπορεί να αξιολογηθεί ως ιδιαίτερα απειλητικό, αν η κύηση δεν είναι προγραμματισμένη και δεν υπάρχει σταθερή σχέση με τον πατέρα του κυήματος. Το μέγεθος του προβλήματος αυξάνεται, αν δεν υπάρχει καθόλου ο πατέρας του νεογνού στη ζωή της



λεχωίδας και ζει μόνη της. Η σπουδαιότητα της υποστήριξης του συντρόφου κατά τη μεταγεννητική περίοδο είναι εντυπωσιακή και επιβεβαιώνεται από πολλούς ερευνητές (Brown και Harris, 1978, Paykel και συν., 1980, Kumar και συν., 1984).

Κατά τους Arias και συν., η μειωμένη κοινωνική υποστήριξη συνδέεται με την επιλόχεια κατάθλιψη, που εμφανίζεται κατά τους πρώτους τρεις μεταγεννητικούς μήνες,¹⁷ ακόμη και όταν οι γυναίκες ενημερώνονται από σύμβουλο σχετικά με την υποστήριξη (Cutrona, 1989). Το μέγεθος και η έκταση της υποστήριξης από το στενό “πρωταρχικό κοινωνικό κύκλο” της γυναίκας, θα μπορούσε να προβλέψει την κλινική πορεία της κατάθλιψής της.

Αρνητική συσχέτιση με την επιλόχεια κατάθλιψη συμβαίνει, όταν η γυναίκα ζει με το σύντροφό της καιιώθει ικανοποιημένη από τη θετική υποστήριξη του στενού περιβάλλοντός της στο γεγονός της εγκυμοσύνης της. Μια αρνητική αντίδραση του συντρόφου στο γεγονός της εγκυμοσύνης, αποτελεί πρόβλεψη της κατάθλιψης στις έγκυες γυναίκες (Kitamura και συν., 1993).¹⁵

Χαρακτηριστικά του νεογνού

Οι Cambell και συν. έχουν υπογραμμίσει το ενδεχόμενο, ότι τα χαρακτηριστικά του ίδιου του βρέφους μπορεί να αποτελούν έναν παράγοντα στην ανάδυση μιας επιλόχειας κατάθλιψης. Μετά τον τοκετό και την παραμονή στο μαιευτήριο η μητέρα παίρνει μαζί της ένα νεογνό, που δεν μπορεί να επικοινωνήσει με αυτήν παρά μόνο με κλάματα και η ανάγκη του για φροντίδα είναι συνεχής. Η μητέρα αισθάνεται υπεύθυνη να προστατέψει, να αναθρέψει και προπαντός, να αγαπήσει το νεογέννητο, που μπαίνει στη ζωή της.⁴

Κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα

Προσοδοφόρα και ενδιαφέρουσα επαγγελματική δραστηριότητα, μακροχρόνιες συνθήκες, ακόμη και απαραίτητες κοινωνικές επαφές, θα εγκαταλειφθούν ή θα πρέπει να προσαρμοστούν στο ωράριο, που καθορίζεται από την παρουσία του νέου μέλους της οικογένειας. Τα πρόσθετα έξοδα που επιβαρύνουν τον οικογενειακό προϋπολογισμό, είναι ένας σοβαρός παράγοντας άγχους και ανησυχίας. Ακόμη και όταν για όλα τα παραπάνω έχει σκεφτεί και έχει προετοιμαστεί ανάλογα μια μητέρα, είναι διαφορετικό να τα αντιμετωπίζει στην πραγματικότητα, που ουσιαστικά είναι απρόβλεπτη, αφού εξαρτάται και από την ιδιοσυγκρασία του παιδιού.¹¹ Οι άνεργες μητέρες, όταν στη ζωή τους δεν υπάρχει ο πατέρας του βρέφους, αντιμετωπίζουν τεράστια οικονομικά προβλήματα και αποτελούν ιδιαίτερα επιβαρημένη ομάδα ως προς την επιλόχεια κατάθλιψη.¹⁵

Η ψυχική κατάσταση του συντρόφου

Η συναισθηματική κατάσταση του πατέρα του νεογνού, η παρουσία κατάθλιψης σ' αυτόν, το υπερβολικά εκφραζόμενο συναίσθημα και πολλοί άλλοι παράγοντες, μπορεί να συντελέσουν στην εμφάνιση κατάθλιψης στη μητέρα και μετά τους έξι μήνες (μέχρι 12 μήνες) από τον τοκετό.⁴

Παράγοντες της προσωπικότητας και του τρόπου ζωής

Έχουν διερευνηθεί διάφοροι παράγοντες της προσωπικότητας, που φαίνεται ότι σχετίζονται με την εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης. Η αισιοδοξία, ως γενικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας της γυναίκας, είναι συνδεδεμένη με λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης για τις δύο πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό, ενώ η αυτοπεποίθηση με τη μικρότερη πιθανότητα εκδήλωσης κατάθλιψης μέχρι και την έκτη εβδομάδα. Η ενημέρωση από τη μαία ή το μαιευτήρα για την πιθανότητα εκδήλωσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων, έχει ως αποτέλεσμα συμπτώματα με μικρότερη διάρκεια και ένταση. Οι ενημερωμένες λεχвіδες αναφέρουν λιγότερα ενοχλήματα, μπορούν να εξηγήσουν τα συναισθήματά τους και δεν πιστεύουν ότι είναι οι μόνες που υπέφεραν.¹¹

Κατά τους Areias και συν., η σφαιρικότητα (globality) στον τρόπο ζωής συνδέεται με την επιλόχεια κατάθλιψη, που εμφανίζεται κατά τους πρώτους τρεις μεταγεννητικούς μήνες. Ενώ η σταθερότητα (stability) στον τρόπο ζωής συνδέεται με την επιλόχεια κατάθλιψη, που εμ-

φανίζεται κατά τους 4-12 μεταγεννητικούς μήνες.¹⁷

Ιατρογενής επιβάρυνση

Η σύνδεση της επιλόχειας κατάθλιψης με γυναικολογικές και μαιευτικές μεταβλητές δεν φαίνεται ιδιαίτερα να επαληθεύεται.⁷ Αν και ορισμένοι συγγραφείς βρήκαν κάποια συνάφεια (rouillonetal), όπως την προωρότητα του νεογνού, τις επιπλοκές κατά την κύηση, τον παρατεταμένο ή επιπεπλεγμένο τοκετό, την καισαρική τομή, την περιγεννητική θνησιμότητα, το γένος του νεογνού.⁸ Ακόμη και η χρήση αναλγητικών που χρησιμοποιήθηκαν περιγεννητικά για θεραπευτικούς λόγους, έχει ενοχοποιηθεί.¹⁰

Η ηλικία και η μόρφωση

Όταν η ηλικία της μητέρας είναι κάτω των 18 χρόνων και η εκπαίδευσή της διακόπτεται στα χρόνια του Γυμνασίου, η προδιάθεση να παρουσιάσει επιλόχεια κατάθλιψη είναι μεγαλύτερη.¹⁵

Αν προσπαθήσει κανείς να ομαδοποιήσει τα αποτελέσματα των διαφόρων ερευνητών, τότε αναγνωρίζει παράγοντες για τους οποίους υπάρχει μια γενικότερη συμφωνία και που αφορούν: α) το υποστηρικτικό πλαίσιο, όπως η κακή συζυγική σχέση με το σύζυγο να εμφανίζεται με λιγότερο συναισθηματική και πρακτική συμμετοχή, υπερελεγκτική συμπεριφορά ή προηγούμενα ψυχικά προβλήματα, καθώς και η κακή σχέση με τη μητέρα, ή η απουσία της μητέρας λόγω θανάτου, ή το δυσλειτουργικό γονεϊκό πλαίσιο, ή οι κοινωνικές δυσκολίες, β) περισσότερες καταστάσεις στρες ή γεγονότα, όπως δυσκολίες στην τεκνοποιία

(προσπάθειες πάνω από δύο χρόνια), προωρότητα του νεογνού (μικρότερο από δύο κιλά), νεογνικές επιπλοκές και ιδιοσυγκρασία του παιδιού, γ) στοιχεία της προσωπικότητας της μητέρας, όπως υψηλός νευρωτισμός, διαπροσωπική ευαισθησία, συναισθηματική αστάθεια και άγχος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και δ) προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, ιδιαίτερα συναισθηματικής διαταραχής.¹¹

Επίσης, η κληρονομικότητα και εξωγενείς πιεστικοί παράγοντες φαίνεται ότι παίζουν βασικό ρόλο στην εκδήλωση της νόσου.¹²

Ορμονικοί παράγοντες

Ο τοκετός, το πολύ σημαντικό αυτό γεγονός από ψυχολογικής απόψεως, συνδυάζεται με σημαντικές ορμονικές μεταβολές. Δύο εβδομάδες προ του τοκετού, τα μέσα επίπεδα των οιστρογόνων και της προγεστερόνης πέφτουν φυσιολογικά από 2.100 ng/ml και 160 ng/ml σε 14 ng/ml και 3 ng/ml αντίστοιχα, μέχρι την πέμπτη ημέρα της λοχείας. Οι θεαματικές αυτές μεταβολές οδήγησαν την έρευνα να εστιασθεί σε ορμονικούς, κυρίως, παράγοντες, που πιθανόν να σχετίζονται με την εμφάνιση των επιλόχειων ψυχικών διαταραχών.

Σε σχέση με την επιλόχεια κατάθλιψη έχουν μελετηθεί οι μεταβολές στα κορτικοειδή, επειδή έχει αποδειχθεί ότι παρατηρείται αύξηση της παραγωγής ή μεταβολή του τρόπου έκκρισης στην ενδογενή κατάθλιψη. Από ορισμένους έχει βρεθεί αύξηση της κορτιζόλης προγεννητικά, σε περιπτώσεις που στη συνέχεια παρουσίασαν επιλόχεια αθυμία. Από πολλούς, όμως, θεωρείται δεδομένο ότι

κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τόσο η αδέσμευτη όσο και η δεσμευμένη με σφαιρίνες κορτιζόλη είναι αυξημένη και μειώνεται ταχέως μετά τον τοκετό. Μερικοί ερευνητές βρήκαν αύξηση της κορτιζόλης πλάσματος σε περιπτώσεις επιλόχειας μανίας. Άλλοι, πάλι, δεν βρίσκουν διαφορές ούτε στην ολική, ούτε στην ελεύθερη κορτιζόλη μεταξύ επιλόχειας και μη επιλόχειας κατάθλιψης. Τα πράγματα περιπλέκονται περισσότερο από το φαινόμενο, ότι τα επίπεδα κορτιζόλης αίματος παρουσιάζουν εποχικές διακυμάνσεις, ενώ επηρεάζονται επίσης και από τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος.

Μια άλλη ορμόνη που έχει μελετηθεί, είναι η προλακτίνη. Υπάρχουν ερευνητές που συσχετίζουν την επιλόχεια κατάθλιψη με τα χαμηλά επίπεδα προλακτίνης αίματος, ενώ άλλοι αποκλείουν μια τέτοια συσχέτιση (O'Hara, M. Wet, 1991). Υπάρχουν ακόμα ερευνητές που βρίσκουν ότι η προλακτίνη προκαλεί επιλόχεια κατάθλιψη, όταν είναι αυξημένη σε σχέση με την προγεστερόνη και τα οιστρογόνα, όμως, τα σχετικά ευρήματα είναι μάλλον αντιφατικά (George A. και Sandler M., 1988).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τους μελετητές παρουσιάζει η συμπεριφορά της τρυπτοφάνης. Είναι γνωστό ότι η τρυπτοφάνη πλάσματος παρουσιάζει μετά τον τοκετό μια διφασική αύξηση. Την πρώτη και τη δεύτερη ημέρα της λοχείας παρατηρείται ταχεία αύξηση, ενώ την τρίτη και την τέταρτη η αύξηση αυτή επιβραδύνεται και τα επίπεδα πλάσματος αποκαθίστανται στο φυσιολογικό. Η απουσία της αρχικής ταχείας αύξησης συνδυάζεται από ορισμένους με την εμφάνιση επιλόχειας αθυμίας και αργότε-

ρα επιλόχειας κατάθλιψης.

Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι:

1. Υψηλότερα επίπεδα οιστρογόνων πριν από τον τοκετό σχετίζονται με μεγαλύτερη ευερεθιστικότητα των λεχιδών.

2. Όσο μεγαλύτερη είναι η πτώση των επιπέδων της προγεστερόνης μετά τον τοκετό, τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες να αναπτύξει η λεχίδα καταθλιπτική συμπτωματολογία τις επόμενες 10 μέρες μετά τον τοκετό.

3. Όσο χαμηλότερα είναι τα επίπεδα των οιστρογόνων μετά τον τοκετό, τόσο εντονότερες διαταραχές του ύπνου αναφέρονται.⁴

Τέλος, εκτός από τις μεταβολές των αναπαραγωγικών ορμονών και η θυρεοειδική δυσλειτουργία συμβάλλει, επίσης, στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Τα ποσοστά υποθυρεοειδισμού είναι σχετικά υψηλά, κυρίως τους έξι πρώτους μήνες μετά τον τοκετό, αν και τα καταθλιπτικά συμπτώματα που αποδίδονται σ' αυτόν είναι ήπια.⁸

Ψυχοπαθολογική προσέγγιση

Η Deutsch (1945) περιγράφοντας τις ψυχικές συγκρούσεις της μεταγεννητικής περιόδου, υποστηρίζει ότι από την εποχή που η ενότητα της κήσης διασπάται, εμφανίζονται δύο τάσεις: η μια ωθεί προς τα εμπρός με στόχο την ανασύσταση του εγώ, και η άλλη παλινδρομεί στην επανασύνδεση με το βρέφος και τη διατήρηση του ψυχικού ομφάλιου λώρου.

Η τύχη της μητρότητας εξαρτάται από το αποτέλεσμα της σύγκρουσης των δύο αυτών αντιθέτων τάσεων.⁹

Κατά τη διάρκεια της κύησης αναπτύσσεται στη γυναίκα η φαντασίωση ότι αποτελεί μια ολότητα με το έμβρυο, ότι το έμβρυο αντιπροσωπεύει ένα μέρος του είναι της. Επιπλέον, πάντα κατά τη διάρκεια της κύησης οι δύο γονείς φαίνεται να έχουν δημιουργήσει ένα “φαντασικό” παιδί, που αντικατοπτρίζει όλες τις δικές τους ναρκισσιστικές ελλείψεις και που αντιπροσωπεύει αυτό, που θα καλύψει ό,τι τους έλειψε.¹⁷

Η εικόνα του σώματος της γυναίκας αλλάζει απότομα με τον τοκετό. Η μητέρα πρέπει να αποδεχθεί την αποκοπή ενός μέρους του εαυτού της, να αποποιηθεί τη ναρκισσιστική ολότητα που αποτελούσε με το έμβρυό της. Συχνά της είναι οδυνηρό να αποχωριστεί το “φαντασικό” παιδί, δηλαδή τον τρόπο με τον οποίο είχε επενδύσει και εξιδανικεύσει το παιδί της, το οποίο από τη στιγμή που γεννιέται, γίνεται πραγματικότητα. Το πραγματικό παιδί που γεννιέται, έχει ανάγκες και χαρακτηριστικά που απέχουν από αυτά του “φαντασικού” παιδιού, που δημιουργήθηκε στο μυαλό της μέλλουσας μητέρας.¹⁸

Πορεία

Τα 2/3 σχεδόν των ασθενών μητέρων με επιλόχεια κατάθλιψη αναλαμβάνουν μέσα σε 12 μήνες. Μερικές λεχωίδες μπορεί να παρουσιάσουν επιμονή ήπιων υπολειμμάτων, όπως ευερεθιστότητα, εξάντληση, θλίψη ή αδιαφορία για δραστηριότητες επί μακρό χρονικό διάστημα (Knores P.P., 1993).⁴ Όμως, αρκετές λεχωίδες υποτροπιάζουν συχνά, πράγμα που επηρεάζει την ομαλή ανάπτυξη του παιδιού.¹² Υπάρχουν και περιπτώσεις που ακολουθεί χρόνια πορεία.³⁻¹⁷



Οι Areias και συν.¹⁹ σε μέτρησή τους στο ίδιο δείγμα λεχωίδων αναφέρουν ποσοστό 31,5% κατάθλιψης κατά τον 3ο μήνα μετά τον τοκετό, και ποσοστό 53,7% κατά το 12ο μήνα μετά τον τοκετό.

Επιπτώσεις

Οι συνέπειες της κατάθλιψης κατά την επιλόχεια περίοδο είναι σημαντικά πιο μεγάλες απ’ ότι σε κάποια άλλη στιγμή, καθώς η μητέρα αντιμετωπίζει την επιπρόσθετη ευθύνη της φροντίδας του νεογνού της. Οι απαιτήσεις του νεογνού και οι φροντίδες του είναι καινούργιες

καταστάσεις, που απαιτούν χρόνο για να ρυθμιστούν. Σε λεχιάδα που υποφέρει από επιλόχεια κατάθλιψη, η όλη εμπειρία της μητρότητας γίνεται συντριπτική.²

Η επιλόχεια κατάθλιψη συνδέεται με αντίθετα αποτελέσματα στην πρώιμη παιδική ανάπτυξη, κυρίως ανάμεσα στα κοινωνικώς μειονεκτούντα παιδιά. Σοβαρές συνέπειες για το παιδί περιλαμβάνουν αυξημένο κίνδυνο ατυχημάτων, σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου και υψηλότερη συχνότητα εισαγωγής σε νοσοκομεία.²⁰ Τα παιδιά που προέρχονται από μητέρες που παρουσίασαν κατάθλιψη, έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν κατάθλιψη από τα παιδιά που προέρχονται από μητέρες, που δεν παρουσίασαν κατάθλιψη.²¹

Φαίνεται, επίσης, ότι η επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει το νεογνό από τις πρώτες ημέρες της ζωής του. Τα νεογνά δείχνουν κάποια απορύθμιση στη συμπεριφορά και στη φυσιολογία τους, που πιθανότατα απορρέει από τις ενδοκρινικές αλλαγές της μητέρας. Ωστόσο, αυτή η απορύθμιση επηρεάζει με τη σειρά της την ψυχοσυναλλαγή μεταξύ της μητέρας και του νεογνού της, καθώς οι καταθλιπτικές μητέρες χρησιμοποιούν κυρίως δύο τρόπους ψυχοσυναλλαγής: είτε της απόσυρσης, είτε της παρεμβατικότητας, με αποτέλεσμα να έχουν αρνητικές επιπτώσεις στα νεογνά.¹¹

Οι ασθενείς μητέρες παρουσιάζουν δυσκολία να εγκαταστήσουν ικανοποιητικό δεσμό με το βρέφος τους.²² Είναι βέβαιο, ακόμη, ότι η επιβαρυνμένη συναισθηματική διάθεση της μητέρας έχει άμεσες αλλά και μακροπρόθεσμες αρνητικές επιπτώσεις στο βρέφος. Άμεσα, παρατηρείται απάθεια, απόσυρση ή εξεσημασμένο κλάμα του νεογνού. Μακρο-

πρόθεσμα, έχει αναφερθεί επιβράδυνση της ψυχοκινητικής και της γνωσιακής του ανάπτυξης, καθώς και προβλήματα στη δυνατότητα δημιουργίας σταθερών και ικανοποιητικών δεσμών στην ενήλικη ζωή του.⁷ Επίσης, έρευνες (Murray 1996) έδειξαν ότι τα αγόρια θίγονται περισσότερο στις κοινωνικές και γνωστικές επιδόσεις.³

Πρόληψη

Ο σκοπός της πρόληψης είναι να εντοπιστούν εγκαίρως οι μητέρες εκείνες, που έχουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν επιλόχεια κατάθλιψη και να αντιμετωπιστούν κατάλληλα.²³

Η κατάθλιψη της λεχιάδας μητέρας είναι σοβαρός παράγοντας κινδύνου για την ψυχική υγεία του παιδιού, επειδή σ' αυτό το στάδιο το παιδί εξαρτάται απολύτως από τη μητέρα του και δέχεται την απαθή ή απορριπτική στάση και φροντίδα, που συνήθως συνοδεύει την επιλόχεια κατάθλιψη.

Η διακοπή της εγκυμοσύνης για ιατρικούς λόγους μπορεί να νομιμοποιηθεί. Η προϋπαρξη επιλόχειας διαταραχής, ασφαλώς δεν είναι από μόνη της ικανός λόγος για διακοπή της εγκυμοσύνης ή για κατηγορηματική υπόδειξη αποφυγής νέων κυήσεων. Το ερώτημα έχει ιδιαίτερη σημασία στις μανιοκαταθλιπτικές γυναίκες, που παρουσιάζουν υψηλή συχνότητα επιλόχειας κατάθλιψης. Επειδή, όμως, οι περισσότερες περιπτώσεις έχουν καλοήγη πορεία, δεν μπορεί να υποστηριχθεί ότι ο κίνδυνος επιλόχειας υποτροπής αποτελεί σοβαρή ένδειξη άμβλωσης. Παράλληλα, σήμερα, ο ψυχίατρος είναι πολύ καλά εξοπλισμένος με θεραπευτικά μέσα. Θα πρέπει, επίσης,

να ληφθεί υπόψη ότι η άμβλωση από μόνη της μπορεί να οδηγήσει σε πιο σοβαρές ψυχικές επιπλοκές απ' ό,τι η τεκνοποίηση. Συνεπώς, δεν νομιμοποιείται εύκολα η σύσταση διακοπής της κύησης. Αν, όμως, οι προηγούμενες επιλόχειες καταθλίψεις χαρακτηρίζονταν από βαριά συμπτωματολογία ή από σοβαρές τάσεις αυτοκτονίας, είναι σχεδόν βέβαιο, ότι η ίδια συμπτωματολογία θα επαναληφθεί και στις επόμενες προσβολές.

Σε τέτοιες περιπτώσεις η άμβλωση μπορεί να ενδείκνυται, ιδιαίτερα αν δεν είναι επαρκής η επιτήρηση της ασθενούς πριν και μετά τον τοκετό. Επομένως, μετά από επανειλημμένες και βαριές επιλόχειες καταθλίψεις, είναι λογικό να συστηθεί η αποφυγή νέας εγκυμοσύνης. Πάντως, ως γενικός κανόνας θα μπορούσε να τεθεί η σωστή ενημέρωση των γυναικών για τους κινδύνους, και με ορισμένες, επαρκώς αιτιολογημένες εξαιρέσεις, δεν θα πρέπει να αποθαρρύνονται να κάνουν και άλλα παιδιά, αν το επιθυμούν πολύ.⁴

Σχετικά με την πρωτοβάθμια πρόληψη, η εντόπιση των γυναικών που παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη κατά την επιλόχεια περίοδο, πρέπει να γίνεται από το 3ο τρίμηνο της κύησης ή τουλάχιστον κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο. Οι γυναίκες με θετικό ατομικό ψυχιατρικό ιστορικό για διαταραχή της διάθεσης ή προηγούμενο επεισόδιο επιλόχειας κατάθλιψης, ανεξαρτήτως βαρύτητας, πρέπει να έχουν τακτική ψυχιατρική παρακολούθηση καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης. Οι γυναίκες αυτές είναι απαραίτητο να ενημερώνονται για τον κίνδυνο που διατρέχουν να παρουσιάσουν κατάθλιψη κατά την περίοδο της λοχείας και για την ανα-

γκαιότητα της έγκαιρης αναζήτησης ιατρικής βοήθειας. Σημαντική, επίσης, είναι η ευαισθητοποίηση του οικογενειακού περιβάλλοντος της γυναίκας, που έχει αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσει επιλόχεια κατάθλιψη. Πρέπει να επισημανθεί η προληπτική αξία και η αναγκαιότητα της υποστήριξης της μητέρας από το οικογενειακό της περιβάλλον. Αν εντοπιστούν σοβαρά οικογενειακά προβλήματα σε ευεπίφορο άτομο, πρέπει να γίνεται σύσταση οικογενειακής ψυχοθεραπείας.

Ένας άλλος πολύ σημαντικός παράγοντας πρωτογενούς πρόληψης, είναι η ενημέρωση των γυναικολόγων, των παιδιάτρων και των μαιών, αλλά και του νοσηλευτικού προσωπικού, οι οποίοι έρχονται σε επαφή με τα ευεπίφορα άτομα, ώστε να είναι ενημερωμένοι σχετικά με την κλινική αυτή οντότητα. Σε επίπεδο πρωτογενούς πρόληψης μπορεί να βοηθήσουν οι ενημερωτικές εκπομπές από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, η δημιουργία ιστοσελίδων στο Διαδίκτυο, οι ομάδες αυτοβοήθειας, η δυνατότητα τηλεφωνικής γραμμής άμεσης βοήθειας κ.ά.

Σχετικά με τη δευτεροβάθμια πρόληψη, η αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση της επιλόχειας κατάθλιψης απαιτεί έγκαιρη διάγνωση και ταυτόχρονη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπείας. Επίσης, είναι απαραίτητο να αποκλειστεί η ύπαρξη υποθυρεοειδισμού,¹⁸ ο οποίος αν δεν αντιμετωπιστεί σωστά και έγκαιρα, δυσχεραίνει την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Η καθυστέρηση στην έναρξη της θεραπευτικής αντιμετώπισης της επιλόχειας κατάθλιψης ενέχει κινδύνους για τη ζωή της μητέρας, αλλά και του παιδιού. Η καταθλιπτική συμπτωματολογία βαθμιαία επιδει-

νώνεται και γίνεται συχνά ανθεκτική στη θεραπεία.

Ιδιαίτερη μέριμνα πρέπει να δοθεί στη φροντίδα του νεογνού-βρέφους, για όσο διάστημα η μητέρα αδυνατεί να το φροντίσει. Όσο η κατάσταση της μητέρας βελτιώνεται, θα πρέπει να γίνεται σταδιακή επανένταξή της στο μητρικό ρόλο. Προληπτικά, γυναίκα με ατομικό ιστορικό επιλόχειας κατάθλιψης πρέπει να έχει ψυχιατρική παρακολούθηση σε επόμενη κύηση και για μερικούς μήνες μετά τον τοκετό. Αν το προηγούμενο καταθλιπτικό επεισόδιο ήταν σοβαρό, θα πρέπει να χορηγηθεί προληπτική αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή αμέσως μετά τον τοκετό.³

Οι Whisner και Wheeler (1994) σύγκριναν τα επίπεδα υποτροπιάζουσας επιλόχειας κατάθλιψης σε δύο ομάδες γυναικών, που είχαν υποφέρει από κατάθλιψη σε προηγούμενη κύηση. Στη μια ομάδα που χορηγήθηκαν ως προφύλαξη τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, η επιλόχεια κατάθλιψη έφθασε σε ποσοστό 6,7%, ενώ στην άλλη ομάδα το ποσοστό ανήλθε σε 62,5%.¹⁸

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Η θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης είναι ίδια μ' αυτή των άλλων καταθλιψεων, δηλαδή, φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπεία, νοσοκομειακή νοσηλεία –αν αυτή κριθεί απαραίτητη– και υποστήριξη στις καθημερινές δραστηριότητες, ιδιαίτερα σ' αυτές που αναφέρονται στην περιποίηση και τη φροντίδα του παιδιού. Επίσης, η προφυλακτική αντικαταθλιπτική αγωγή σε λεχρίδες υψηλού κινδύνου για εμφάνιση κατάθλιψης, μειώνει σημαντικά αμέσως μετά τον τοκετό τα ποσο-

στά νόσησης (ποσοστό μη εμφάνισης συμπτωμάτων με χορήγηση προφυλακτικής αντικαταθλιπτικής αγωγής και χωρίς αυτή, 6,7% και 62% αντίστοιχα). Ως θεραπευτική αντιμετώπιση σε γυναίκες με προδιαθεσιακούς παράγοντες για επιλόχεια κατάθλιψη, συνιστάται η εκπαίδευση και η ενεργητική κοινωνική υποστήριξη πριν τον τοκετό.

Είναι σημαντικό να γίνει σεβαστή η επιθυμία της μητέρας να θηλάσει ή όχι το παιδί της. Κοινωνικές πιέσεις και αίσθημα ενοχής για τη διακοπή της γαλουχίας μπορεί να έχουν αρνητική επίδραση στη διάθεση της λεχρίδας.²⁴ Όλα τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα που έχουν μελετηθεί, βρέθηκε ότι εκκρίνονται στο γάλα, αλλά δεν αναφέρεται ιδιαίτερα βλαπτική δράση στο νεογνό.¹⁸ Μακροχρόνιες μελέτες των νευροσυμπεριφορικών επιδράσεων και της τερατογόνου δράσης αυτών των φαρμάκων δεν υπάρχουν. Είναι φανερό, ότι απαιτούνται περισσότερες μελέτες για την εκτίμηση των πιθανών κινδύνων της φαρμακολογικής αντιμετώπισης της επιλόχειας κατάθλιψης.⁷ Αν η λεχρίδα επιμένει στο θηλασμό, τότε η χορήγηση νορτριπτυλίνης (Wisner και Perel, 1991) ή δεσιπραμίνης φαίνεται ότι είναι περισσότερο ασφαλείς για το νεογνό.³

Στην επιλόχεια κατάθλιψη απαιτείται ένας συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας. Τα αντικαταθλιπτικά²⁵ είναι τα πιο ενδεδειγμένα φάρμακα, αν και ενδέχεται να χρειαστούν και οι βενζοδιαζεπίνες ή τα νευροληπτικά στην περίπτωση που υφίσταται διέγερση.

Τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη έχουν δοκιμαστεί, χωρίς όμως πειστικά αποτελέσματα. Οι Kumar και συν.(1996) και ο Murray D.(1996) προτείνουν τη διά-

θεση των οιστρογόνων.¹⁷ Σε 34 λεχωίδες δόθηκε ενδοδερμικά β-εστραδιόλη 200 mg ημερησίως για 3 μήνες, μετά δόθηκε κυκλική δυδρογεστερόνη 10 mg ημερησίως για 12 ημέρες κάθε μήνα, για 3 επιπλέον μήνες.

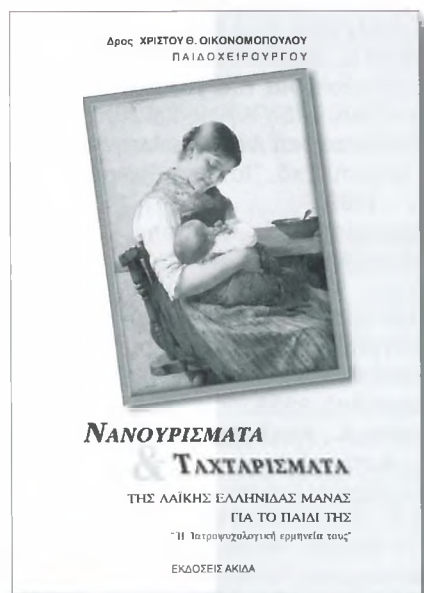
Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία ενδείκνυται στις περιπτώσεις που είναι ανθεκτικές σε άλλες μορφές θεραπείας. Η ψυχοθεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει καθημερινή υποστήριξη και εκπαίδευση στο ρόλο της μητέρας, ή πιο κλασικές θεραπευτικές τακτικές ψυχαναλυτικής ή γνωσιακής έμπνευσης.¹⁷

Η επιλόχεια κατάθλιψη χρειάζεται κατά κανόνα ψυχιατρική θεραπευτική αντιμετώπιση, με επίσης συχνή και αναπόφευκτη τη σύσταση νοσοκομειακής νοσηλείας, τόσο εξαιτίας του σοβαρού της κατάστασης, όσο και της πιθανότητας αυτοκτονικών αλλά και ανθρωποκτονικών – κυρίως κατά του νεογέννητου – συνεπειών. Εξαιτίας του άμεσα και μακροπρόθεσμα επώδυνου του αποχωρισμού της μητέρας από το παιδί, υπάρχει η τάση της ταυτόχρονης νοσηλείας σε ειδικές ψυχιατρικές κλινικές μητέρων-βρεφών και η εμπειρία στη Βρετανία κρίνεται πετυχημένη, παρά το μικρό ποσοστό δυσάρεστων συμβάντων, ακόμη και σε εντατικά επιβλεπόμενες μονάδες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **O'Hara M., Stuart S., Gorman L., Wenzel A.:** Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Postpartum Depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, **2000**, 57:1039-1045.
2. **Misri S., Kostaras X., Fox D., Kostaras D.:** The Impact of Partner Support in the Treatment of Postpartum Depression. *Can. Journal of Psychiatry*, **2000**, 45(6):554-558.
3. **Σταμούλη Σ.Σ.:** Επιλόχεια κατάθλιψη. Χριστοδούλου Γ., Κονταξάκης Β., Οικονόμου Μ., (επ. έκδ.) Προληπτική Ψυχιατρική. Εκδ. "Βήτα", **2000**.
4. **Σινανίδου Μ.Δ.:** Λοχειακή κατάθλιψη: Η επίδρασή της στην ψυχική ανάπτυξη του παιδιού. *Προληπτικά μέτρα-Αντιμετώπιση*. Αρχεία Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π. **1999**, 22:31-32.
5. **Βλάχος Θ.Κ.:** Λοχειακές Ψυχώσεις. *Ψυχιατρική*, **1996**, 7:115-123.
6. **Χούελαν Ε.:** Βασικός Οδηγός Εγκυμοσύνης. Εκδ. "Δωρικός", **1978**.
7. **Δημητρίου Χ.Ε., Βλάσσης Γ., Καλογερόπουλος:** Ψυχικές διαταραχές της λοχείας. *Ψυχιατρική*, **1995**, 6:35-44.
8. **Ακτσαλής Α., Σίμος, Γ.:** Ψυχικές Διαταραχές της Λοχείας. *Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία*, **1992**, 5(2): 112-117.
9. **Δραγώνα Θ.:** Κατάθλιψη μετά τον τοκετό: Οι ψυχοκοινωνικές της διαστάσεις. *Ψυχολογικά θέματα*, **1989**, 2(1):33-47.
10. **Gotlib J.H.:** Postpartum Depression, in Blechman E.A., Brownell K.D. (Eds) *Behavioral Medicine and Women*. The Guilford Press, New York, London, **1998**.
11. **Παππά Δ., Σολδάτου Μ.:** Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία της γυναίκας. Κ. Σολδάτος (έπ. έκδ.) Άγχος και Κατάθλιψη: Εκδηλώσεις και Αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική. Εκδ. "Ιατρική Εταιρεία Αθηνών", **1999**.
12. **Δημητρίου Χ.Ε., Βλάσσης Γ., Καλογερόπουλος Α.:** Ψυχικές Διαταραχές της Λοχείας. *Ψυχιατρική*, **1995**, 6(1):35-44.
13. **Κλεφτάρας Γ.:** Η Κατάθλιψη σήμερα : περιγραφή, διάγνωση, θεωρίες και ερευνητικά δεδομένα. Εκδ. "Ελληνικά Γράμματα", **1998**.
14. **Γκιόκα Α., Κανδύλης Δ., Καμπούρης Η., Ασπραδάκης Κ.:** Ψυχιατρικές Διαταραχές κατά την Εγκυμοσύνη. Βιδάλης Α., Διδασκάλου Θ., Τσιλίκας Σ., (επ. έκδ.) Θέματα Ψυχιατρικής στο Γενικό Νοσοκομείο. "Σύγχρονες Εκδόσεις", **2001**.
15. **Brugha T.S., Sharp H.M., Cooper A., Weisender C., Britto D., Shinkwin R., Sherrif T., Kirwan P.H.:** The Leicester

- 500 Project. Social support and the development of postnatal depressive symptoms, a prospective cohort survey. *Psychological Medicine*, **1998**, 28:63-79.
16. **Μπεργιαννάκη Ι.Δ.:** Ψυχολογικές και Ψυχιατρικές Διαταραχές συνδεδεμένες με τη Λοχεία. Χριστοδούλου Γ.Ν. (επ. έκδ.) Ψυχιατρική. Ιατρικές εκδόσεις "ΒΗΤΑ", **2000**.
17. **Ζερβής Χ.:** Ψυχοπαθολογία του ενήλικα. Εκδ. "Ηλεκτρονικές Τέχνες", β' έκδοση, **2001**.
18. **Συνοδινού Κλ.:** Σημειώσεις για το μάθημα Ψυχοπαθολογίας ΙΙ. Αθήνα, Πάντειο Πανεπιστήμιο, **2000**.
19. **Areias M.E.G., Kumar R., Barros H., Figueiredo E.:** Correlates Of postnatal Depression in Mothers and Fathers. *British Journal of Psychiatry*, **1996**, 169:36-41.
20. **Forman N., Videbech P., Hedegaard M., Dalby Salvin J., Secher N.J.:** Postpartum Depression: identification of women at risk. *Brit. Journ. of Obstetrics and Gynecology*, **2000**, 107:1210-1217.
21. **Liewellyn A.M., Stowe Z.N., Nemeroff C.B.:** Depression during Pregnancy and Puerperium. *Journal of Clinical Psychiatry*, **1997**, 58(15):26-32.
22. **Σινανίδου Μ.Δ.:** Βρέφη Ψυχωτικών Γονέων σε "κίνδυνο": Τρόποι Προληπτικής παρέμβασης. Αρχεία Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π. **2000**, 7(3):61-63.
23. **Μωραΐτου Μ.:** Έρευνα για την επιλόχεια κατάθλιψη στη Ελλάδα. Περιοδικό "Ελευθώ", **2002**, 7(1):34 -36.
24. **Μωραΐτου Μ.:** Γένεσις. Εκδ. "Πράσινο Φύλλο", **1996**.
25. **Σακκάς Π.Ν.:** Στοιχεία Συμβουλευτικής -Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής. Η Ψυχιατρική του Γενικού Νοσοκομείου. Επισημονικές Εκδόσεις Ε.Π.Ε., **1997**.



Συνάδελφοι,

Όπως ήδη έχετε διαβάσει σε προηγούμενα τεύχη του "ΕΛΕΥΘΩ", κυκλοφόρησε από τις Εκδόσεις "ΑΚΙΔΑ" Α. ΜΑΚΡΗ και για λογαριασμό του Συλλόγου μας το βιβλίο:

**"ΝΑΝΟΥΡΙΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΑΧΤΑΡΙΣΜΑΤΑ
ΤΗΣ ΛΑΪΚΗΣ ΕΛΛΗΝΙΔΑΣ ΜΑΝΑΣ
ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΤΗΣ"**

του παιδοχειρουργού-συγγραφέα Δρος Χρίστου Θ. Οικονομόπουλου. Η έκδοσή του έχει μεγάλη πολιτιστική αξία και αναβιώνει την παράδοσή μας. Έχει άμεση σχέση με το επάγγελμά μας και με παραστατικότητα και σοφία μάς δίνει εικόνες του παρελθόντος, που ευχόμαστε να τις ξαναζήσουμε στο μέλλον. Για τους συνάδελφους η τιμή πωλήσεώς του έχει ορισθεί στις 3.000 δρχ.

και οι εισπράξεις θα ενισχύουν το ταμείο του Συλλόγου μας, με την προοπτική να πραγματοποιηθούν και άλλες αξιόλογες όπως αυτή εκδόσεις.

Η δημοφιλής καισαρική

της **SARAH BOSELEY, THE GUARDIAN**

(Από τη στήλη "ΔΙΕΘΝΕΣ ΒΗΜΑ" της εφημερίδας "Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ")

Τα τελευταία σαράντα χρόνια το ποσοστό των γυναικών στην Ευρώπη, που γεννούν με καισαρική τομή, αυξάνεται συνεχώς και σήμερα προσεγγίζει τα επίπεδα που κάποτε θεωρούνταν προνόμιο μόνο των Ηνωμένων Πολιτειών, όπου η Ιατρική δίνει μεγαλύτερο βάρος στην πρόληψη. Το μεγαλύτερο ποσοστό παρατηρείται στη Βρετανία και το μικρότερο στη Σκανδιναβία, αν και τίποτε δεν μπορεί να συγκριθεί με τη Βραζιλία, που έχει το μεγαλύτερο ποσοστό στον κόσμο.

Με την Αγγλία, την Ουαλλία και τη Βόρειο Ιρλανδία να ηγούνται της Ευρώπης (21,3%, 24,2% και 23,9% αντίστοιχα) στον αγώνα της «επικράτησης» έναντι των ΗΠΑ (22%), το ερώτημα είναι, αν στόχος μας είναι να γίνουμε Βραζιλία, όπου το ποσοστό είναι 35% και οι γυναίκες σχεδόν απαιτούν την καισαρική, ακόμη κι όταν δεν υπάρχουν ιατρικοί λόγοι που να τη δικαιολογούν. Τα παραπάνω ποσοστά έρχονται σε αντίθεση μ' αυτό που συμβαίνει στις Σκανδιναβικές Χώρες, όπου το ποσοστό είναι μικρό (12,2% στη Σουηδία και 12,6% στη Νορβηγία), χωρίς να έχουν αυξηθεί ο κίνδυνος ή οι θάνατοι κατά τη γέννηση, τόσο των μητέρων όσο και των παιδιών. Η εύκολη απάντηση είναι πως η καισαρική έχει γίνει της μόδας, κυρίως στις τάξεις των εύπορων γυναικών, οι οποίες –όπως γρά-

φουν τα ταμπλόιντ– δεν θέλουν να υποβληθούν στην παραμικρή ταλαιπωρία.

Ωστόσο, μια πιο προσεκτική ανάλυση φανερώνει μια άλλη εικόνα. Και όχι μόνο στη Βραζιλία, όπου οι περισσότερες γυναίκες επιλέγουν την καισαρική, επειδή τα νοσοκομεία της χώρας έχουν μεγάλες ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό και μαιέες, αλλά και στην Ευρώπη. Η αλήθεια, λοιπόν –όπως συμβαίνει συνήθως– είναι περισσότερο πολύπλοκη.

Μια πρόσφατη έρευνα, τόσο ανάμεσα στις γυναίκες όσο και στους μαιευτήρες, έδειξε πως μόνο ένα 3% των γυναικών ζητούν καισαρική για μη ιατρικούς λόγους και το αίτημά τους ικανοποιείται σχεδόν πάντα. Στο σύνολο όμως των γεννήσεων με καισαρική τομή, η συντριπτική πλειονότητα των γυναικών είχαν μια προηγούμενη γέννα με καισαρική και όλες δήλωσαν πως επιθυμούσαν «την ασφαλέστερη οδό για το μωρό τους». Στην έρευνα επίσης τονίζεται, ότι τόσο στην Ευρώπη όσο και στη Βραζιλία, οι μαιευτήρες και οι γυναικολόγοι υποτιμούν την επιρροή, που ασκούν οι ίδιοι στις γυναίκες και στην τελική απόφασή τους. Ο τρόπος, λοιπόν, που αυτοί αντιμετωπίζουν την καισαρική τομή, είναι εξίσου σημαντικός όσο και η επιθυμία των γυναικών.

Οι γνώμες των μαιευτέρων, όσον αφορά το αποδεκτό ποσοστό καισαρικών

διαφέρουν. Το 20% των γιατρών θεωρεί το σημερινό ποσοστό «αρκετά υψηλό», αλλά το 21% δεν ανησυχεί καθόλου για την τάση που παρατηρείται. Και μολονότι η πλειονότητα (78%) θεωρεί πως η καισαρική δεν είναι η ασφαλέστερη οδός για τη μητέρα, αρκετοί (51%) τονίζουν ότι είναι ο ασφαλέστερος τρόπος γέννας για το παιδί. Τέλος, οι άνδρες μαιευτήρες ή αυτοί που έχουν μικρή εμπειρία, επιλέγουν την καισαρική σε μεγαλύτερο ποσοστό απ' ό,τι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία γιατροί ή οι γυναίκες. Ένα άλλο χαρακτηριστικό και ενδεικτικό στοιχείο της έρευνας είναι, πως οι μαιευτήρες επιλέγουν όλο και περισσότερο την καισαρική για τη σύντροφό τους ή τον εαυτό τους, αν είναι οι ίδιες γιατροί (το ποσοστό στις ΗΠΑ φτάνει το 46%). Αντιθέτως οι μαιές, σε ποσοστό 96% προτιμούν τη φυσιολογική γέννα για τον εαυτό τους ή τις συγγενείς τους.

Ένας άλλος παράγοντας που συμβάλλει στην αύξηση του ποσοστού των καισαρικών, είναι το γεγονός ότι όλο και περισσότερες γυναίκες αποκτούν παιδιά σε μεγαλύτερη ηλικία απ' ό,τι στα προηγούμενα χρόνια. Το 1975 μόνο το 6% των μητέρων ήταν άνω των 35 ετών, αλλά είκοσι χρόνια αργότερα το ποσοστό σχεδόν διπλασιάστηκε. Ανεξάρτητα, πάντως, από την ηλικία ή τις προτιμήσεις της γυναίκας, οι περισσότερες γεννήσεις με καισαρική γίνονται για λόγους «ανωτέρας βίας», σε περιπτώσεις που δεν υπάρχει καμιά πρόοδος κατά τον τοκετό, σε αδυναμία ή πανικό της γυναίκας να γεννήσει φυσιολογικά, σε προβλήματα του εμβρύου και σε ισχυακή προβολή του εμβρύου.

Μολονότι η καισαρική μπορεί να είναι σωτήρια για τη ζωή της μητέρας ή του

παιδιού, στις περισσότερες από τις παραπάνω περιπτώσεις έχει αποδειχθεί, ότι το ποσοστό των γεννήσεων με καισαρική έχει μειωθεί σε κλινικές ή νοσοκομεία, που οι γυναίκες έχουν συνεχώς δίπλα τους τη μαία για να τις παρακολουθεί και να τις βοηθά. Ο ανθρώπινος, λοιπόν, παράγοντας είναι αναντικατάστατος.

ΠΑΡΑΛΕΙΨΗ

Στο προηγούμενο τεύχος του "ΕΛΕΥΘΩ", σελίδες 54, 55 και 56, δημοσεύσαμε τη "**ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΤΟΥ ΜΟΝΑΧΟΥ**", που υπεγράφη στις 17 Ιουνίου του 2000 από τους Υπουργούς Υγείας των 51 Ευρωπαϊκών Κρατών, που είναι μέλη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ.). Οι 51 συμμετέχοντες Υπουργοί, με την υπογραφή της Διακήρυξης δεσμεύονται να στηρίξουν το έργο των Μαιών-Μαιευτών και Νοσηλευτών σε θέματα υγείας. Στο συγκεκριμένο άρθρο εκ παραδρομής δεν αναφέρθηκαν οι Μαιές κ. Αικατερίνη Δαλιάνη και κ. Μαρία Τσάκωνα (αντίστοιχα Γραμματέας και Μέλος Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α.), οι οποίες απέδωσαν στην ελληνική γλώσσα τα κείμενα της Διακήρυξης.

Ζητούμε συγγνώμη
Από την έκδοση του "ΕΛΕΥΘΩ"

Εκπαίδευση υψηλής ποιότητας για όλα τα παιδιά

Από το Τμήμα Πληροφόρησης της “ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΤΗ UNICEF”, ήρθε στο Σύλλογό μας στις 5 Σεπτεμβρίου 2002 η παρακάτω ενημέρωση.

Από τα 120 εκατομμύρια παιδιά που δεν πηγαίνουν σχολείο, τα 70 εκατομμύρια είναι κορίτσια.

Η βασική εκπαίδευση που για τις χώρες του βιομηχανικού κόσμου είναι κάτι το αυτονόητο, δεν είναι κάτι το δεδομένο για όλα τα παιδιά σε άλλες περιοχές του πλανήτη. Μετά την Παγκόσμια Συνδιάσκεψη για την Εκπαίδευση για Όλους, στην Ταϊλάνδη το 1990, η παροχή πρόσβασης στην εκπαίδευση υπήρξε στο επίκεντρο των πρώτων προσπαθειών για την επίτευξη του στόχου αυτού. Παρά την πρόοδο που επιτεύχθηκε από τότε σε κάθε περιοχή του κόσμου, **από τα 700 εκατομμύρια παιδιά πρώτης σχολικής ηλικίας, τα 120 εξακολουθούν να βρίσκονται εκτός σχολείου, στην πλειοψηφία τους κορίτσια.**

Η εξασφάλιση της πρόσβασης των παιδιών στο σχολείο από μόνη της δεν είναι αρκετή. Η ποιότητα της παρεχόμενης εκπαίδευσης είναι, επίσης, ένα σημαντικό ζήτημα στενά συνδεδεμένο με την εκπαίδευση των κοριτσιών. Στο Παγκόσμιο Φόρουμ για την Εκπαίδευση το 2000, στο Ντακάρ της Σενεγάλης, 164 χώρες συμφώνησαν να εργασθούν για την εξάλειψη του χάσματος μεταξύ αγοριών και κοριτσιών, στην εγγραφή στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση μέχρι το 2005 και για ισότητα μέχρι το 2015. Σήμερα βρισκόμαστε μακριά από την επίτευξη των παραπάνω στόχων, όμως, οι προσπάθειες από το 1990 μας έχουν διδάξει πολλά σχετικά με την εκπαίδευση, από τα οποία ξεχωρίζουν **τέσσερα σημαντικά μαθήματα:**

1. Η παροχή εκπαίδευσης χαμηλής ποιότητας ισοδυναμεί με την έλλειψη πρόσβασης σε εκπαίδευση.

2. Η ποιότητα της εκπαίδευσης είναι κρίσιμης σημασίας για τη σωστή παιδεία και την ανθρώπινη ανάπτυξη.

3. Η ποιότητα της εκπαίδευσης επηρεάζεται από όσα διαδραματίζονται τόσο μέσα στην τάξη, όσο και πέρα από αυτήν.

4. Ο στόχος της Εκπαίδευσης για Όλους δεν μπορεί να επιτευχθεί, ενώ εξακολουθούν να υφίστανται διακρίσεις με βάση το φύλο.

Ο ορισμός της ποιοτικής εκπαίδευσης αρχίζει με την επιδίωξη για επάρκεια σχολείων, βιβλίων, γραφικής ύλης και εκπαιδευμένων δασκάλων και με τον αριθμό των παιδιών που τελειώνουν το σχολείο. Συνεχίζει πέρα από αυτά, με το να ενδιαφέρεται με το τί συμβαίνει μέσα και έξω από το σχολείο. Περικλείει την εκπαίδευση με στόχο τη σταθερότητα, την ανάπτυξη των κοινοτήτων και την εθνική πρόοδο. Είναι μια μεγάλη πρόκληση και ταυτόχρονα μια τεράστια ευκαιρία. Η ποιοτική εκπαίδευση καθορίζεται από **πέντε θεμελιώδεις διαστάσεις**, στις οποίες συχνά τα κορίτσια μειονεκτούν:

- Το **υπόβαθρο** των μαθητών (γλώσσα, κουλτούρα, εμπειρίες, υγεία...).
 - Το **περιβάλλον** (εγκαταστάσεις, προστασία, διακρίσεις, ισότητα...).
 - Το **περιεχόμενο** (ποιότητα διδακτέας ύλης, βοηθητικό υλικό, γλώσσα...).
 - Τη **διαδικασία** (επίπεδο δασκάλων, επιμόρφωση, μέθοδοι διδασκαλίας και υποστήριξη...).
 - Το **αποτέλεσμα** (οφέλη που θα αποκομίσουν τα παιδιά και υποστήριξη...).
- Από την ποιοτική εκπαίδευση θα προέλθουν παιδιά υγιή, που θα μπορούν να γράφουν και να διαβάζουν με κριτικό νου και που θα έχουν πρόσβαση στα μαθηματικά, τις επιστήμες, την τεχνολογία και άλλες δραστηριότητες. Ειδικότερα για τα κορίτσια, θα προέλθουν γυναίκες με ικανότητες και αυτοπεποίθηση, που θα μπορούν να συμμετέχουν και να συνεισφέρουν στην κοινωνία. Μητέρες μορφωμένες, που θα εκπαιδεύσουν και τα δικά τους παιδιά. Όταν μια τέτοια ποιοτική εκπαίδευση είναι πραγματικότητα, όλο και περισσότερα αγόρια και κορίτσια θα συμμετέχουν σ' αυτήν και οι γονείς θα έχουν χειροπιαστά αποτελέσματα από την επένδυση που έκαναν στην εκπαίδευση των παιδιών τους.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Προαγωγής και Αγωγής Υγείας

Η Αγωγή και Προαγωγή Υγείας στον 21ο αιώνα

• Περιβάλλον • Σχολείο • Εργασία • Υπηρεσίες Υγείας

Υπό την αιγίδα των Υπουργείων:

Υγείας και Πρόνοιας

Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων /

Γενική Γραμματεία Νέας Γενιάς

Αθήνα, 5-7 Δεκεμβρίου 2002 – Ξενοδοχείο DIVANI CARAVEL

Τόπος Συνεδρίου: Ξενοδοχείο DIVANI CARAVEL

Γραμματεία: Αλεξανδρουπόλεως 25, 115 27 Αθήνα, τηλ.: 010 7482015,

fax: 010 7485872, e-mail: ispm@compulink.gr

Εγγραφή:

30 € για κάθε σύνεδρο μέχρι τη 18η Νοεμβρίου 2002.

40 € για κάθε σύνεδρο μετά τη 18η Νοεμβρίου 2002.

20 € για τα μέλη της Ελληνικής Εταιρίας Προαγωγής και Αγωγής Υγείας.

10 € για φοιτητές και σπουδαστές.

20 € για το εφαρμοσμένο σεμινάριο

Υποβολή Εργασιών: Μέχρι 14 Οκτωβρίου 2002.

Ανοιχτό Ταχυδρομείο Οδηγίες για συγγραφείς

Αγαπητοί Αναγνώστες,

Ο Σύλλογος Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Αθηνών (Σ.Ε.Μ.Α.) θα θεωρήσει μεγάλη του τιμή να φιλοξενήσει στις στήλες του περιοδικού του Κλάδου μας, το “ΕΛΕΥΘΩ”, κάποιο άρθρο ή εργασία σας, που δεν έχει δημοσιευθεί προηγουμένως αλλού.

Ελπίζοντας στην ευγενή ανταπόκρισή σας παραθέτουμε τις παρακάτω μικρές υποδείξεις, ώστε να διευκολυνθεί η έκδοση του περιοδικού μας.

1. Η έκταση των κειμένων δεν θα πρέπει να ξεπερνά τις 1.000 λέξεις. Κατ' εξαίρεση δεχόμαστε μεγαλύτερα άρθρα κατόπιν συνεννοήσεως με τη Συντακτική Επιτροπή.
2. Σε περίπτωση που το κείμενο ξεπερνά τις 1.000 λέξεις, καλό θα ήταν να προτάσσεται περίληψη αυτού. Επίσης, απαραίτητο είναι να αναφέρεται και η βιβλιογραφία.
3. Τα άρθρα πρέπει να φθάνουν έγκαιρα στη Συντακτική Επιτροπή του περιοδικού, ώστε να υπάρχει η χρονική άνεση επεξεργασίας τους.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συνεργασία σας

Από τη Σύνταξη του “ΕΛΕΥΘΩ”

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ Σ.Ε.Μ.

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

α) Η ετήσια ανανέωση της ταυτότητάς σας, ως μέλη του Σ.Ε.Μ.Α., είναι υποχρεωτική και προβλέπεται από τη Νομοθεσία της λειτουργίας του Συλλόγου. Η απόκτηση της ταυτότητας προϋποθέτει την εξόφληση της συνδρομής.

β) Εν όψει υπηρεσιακών ελέγχων της Υγειονομικής Υπηρεσίας της Νομαρχίας στην οποία ανήκει ο χώρος που εργάζεσθε, θα θέλαμε να είσθε καθ' όλα εντάξει στις υποχρεώσεις σας απέναντι στο Σύλλογο, ώστε να μη βρεθούμε στην ανάγκη να επικαλεσθούμε τα προβλεπόμενα από το Νόμο.

Ελπίζουμε στη συνεργασία σας για το συμφέρον του Κλάδου.

Για το Δ.Σ.

Η Πρόεδρος
ΕΛΕΝΗ ΣΑΜΑΡΙΤΑΚΗ

Η Γραμματέας
ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΔΑΛΙΑΝΗ



Ανακοινώσεις προσεχών Συνεδρίων

Midwifery Today International Conference & Midwifery Educators' Conference

The Hague, Netherlands

“Revitalizing Midwifery”

November 13-17, 2002

- Full day on women's sexuality with an emphasis on birth
- Learn about the Dutch model
- Experience European midwifery
- Four half-day workshops
- International perspectives on midwifery
- Make friends from around the world!

Updates are online!
www.midwiferytoday.com

Midwifery Today, Inc.
P.O. Box 2672, Eugene, OR 97402 USA
Tel.: (541)344-7438 • Fax: (541)344-1422
Toll free U.S./Canada 800-743-0974

The Royal College of Midwives Celebrating 100 Years of Professional Midwifery

Birth Rights: Liberty through Legislation?

Queen Elizabeth II Conference Centre, London
21-23 October 2002

RCM Conference Co-ordinator,
Profile Productions Ltd, Northumberland House,
11 The Pavement, Popes Lane, London W5 4NG, UK.
Tel: 144 (0)20 8832 7311, fax: 144 (0)20 8832 7301
E-mail: info@profileproductions.co.uk



*Επιτέλους, μπορείτε να χαϊδέγετε το τρυφερό δερματάκι του μωρού σας.
Πώς όμως θα το προστατεύσετε;*

4 σημαντικές ερωτήσεις

1. Πώς θα μπορούσα να προστατέψω το δέρμα του νεογέννητου μωρού μου;

Διατηρώντας το στεγνό. Το δέρμα των νεογέννητων είναι πολύ ευαίσθητο, γι' αυτό είναι πολύ σημαντικό να το διατηρείτε όσο πιο στεγνό μπορείτε.

2. Γιατί είναι τόσο σημαντικό να διατηρώ το δέρμα του μωρού μου στεγνό;

Γιατί τα ούρα μπορούν να παράγουν αμμονία που πιθανόν να προκαλέσει ουγκαμένο ή ερεθισμένο δέρμα και τελικά, τη δυσφορία του μωρού σας. Δερματολογικές έρευνες έχουν δείξει πως μια στεγνή πάνα βοηθάει στην πρόληψη των ερεθισμών, κρατώντας τα ούρα μακριά από το δέρμα. Με λίγα λόγια: το υγιές δέρμα ξεκινά από το στεγνό δέρμα.



3. Τι πρέπει να προσέξω σε μια πάνα ώστε να προστατέψω καλύτερα το δερματάκι του μωρού μου;

Φυσικά, πρέπει να διαλέξετε τη στεγνότερη πάνα. Μια πάνα πρέπει να εμποδίζει την υγρασία να έρχεται σε επαφή με το δερματάκι του μωρού σας, ειδικά όταν πιέζεται, όπως γίνεται στις περιπτώσεις που το μωρό σας ξαπλώνει ή μεταφέρεται στην αγκαλιά σας.

4. Ποια πάνα είναι κατάλληλη για το μωρό μου;

Pampers! Δεν υπάρχει πιο στεγνή πάνα! Τα νέα Pampers Baby Dry απορροφούν πιο γρήγορα από οποιαδήποτε άλλη πάνα, προσφέροντας αξεπέραστη στεγνότητα στο δερματάκι του μωρού σας. Χάρη στο διπλό επιφανειακό στρώμα και τον έξτρα απορροφητικό πυρήνα που διαθέτουν κρατούν την υγρασία μακριά από το δερματάκι του μωρού σας.

Και τώρα, υπάρχει η κατάλληλη πάνα για κάθε στάδιο ανάπτυξης του μωρού σας. Τα νέα Pampers New Baby, με τη μοναδική τεχνολογία Total Care, απορροφούν στο εσωτερικό τους περισσότερα τοιςάκια και κακάκια από τις άλλες πάνες, κάνοντας τα μωρό σας να νιώθει χαρούμενο κι ευτυχισμένο. Για να μπορεί το μωρό σας να κινείται άνετα, δημιουργήσαμε τα νέα Pampers Active Fit. Τα ηλαστά της πάνας Active Fit είναι 6 φορές πιο ελαστικά από αυτά των κοινών πανών με αυτοκόλλητο, ώστε να προσαρμόζονται τέλεια σε όλες τις κινήσεις του μωρού σας, χωρίς κανένα συμβιβασμό ως προς τη στεγνότητα. Το μωρό σας στέκεται στα πόδια του! Χρειάζεται τα νέα Pampers Easy Up Pants, τις πιο στεγνές «πάνες - βρακάκι» στην αγορά. Προσφέρουν την αξιόπιστη στεγνότητα για την οποία είναι γνωστά τα Pampers και μπορείτε να τις εμπιστευθείτε ακόμα και για ολόκληρο το βράδυ.

Pampers! Δεν υπάρχει στεγνότερη πάνα, που να βοηθάει το δέρμα του μωρού σας να διατηρείται τόσο υγιές!



Επόμενη καλύτερη πάνα

Pampers

Χρησιμοποιώντας ένα γυάλινο μπουλί, δείτε τι συμβαίνει αν αφήσετε πύση (ανάλογη με το βήρος ενός μωρού) σε μια πάνα. Με άλλες πάνες, τα ούρα επιστρέφουν στην επιφάνεια. Με τα Pampers η υγρασία δεν επιστρέφει σχεδόν καθόλου.

Μια απλή απάντηση.



Μεγέθη 2-6



Μεγέθη 1-2



Μεγέθη 3-5



Μεγέθη 4-6

Έμπνευση από τα μωρά.
Δημιουργία από τα

Pampers



Απόλαυσε τα καλά της "υγρής" σου διατροφής
και άφησε την πάνα σου να απορροφήσει τα "κακά".

Επειδή το πεπτικό σύστημα των νεογέννητων μπορεί να χωνέψει τροφές μόνο σε υγρή μορφή, τα κακάκια τους είναι ιδιαίτερα υγρά. Γι'αυτό τα Pampers New Baby, με τη μοναδική τεχνολογία Total Care, απορροφούν περισσότερα μαλακά κακάκια από οποιαδήποτε άλλη πάνα. Όταν βλέπεις τον κόσμο μέσα από τα μάτια ενός μωρού, βλέπεις πώς να τον κάνεις καλύτερο.

Έμπνευση από τα μωρά.
Δημιουργία από τα

