

ΕΛΕΥΘΩ

Ηλεκτρονικό Περιοδικό
e-journal



4^η Περίοδος – Τόμος 1 – Τεύχος 3

Σεπτέμβριος – Δεκέμβριος 2018

<http://ejournals.teiath.gr/index.php/eleutho>

Επιστημονικό και Επαγγελματικό Περιοδικό
Επίσημο Όργανο των Μαιών - Μαιευτών Ελλάδος

ΕΛΕΥΘΩ

ΤΕΤΡΑΜΗΝΙΑΙΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΕΠΙΣΗΜΟ ΟΡΓΑΝΟ ΤΩΝ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

Διευθύνεται από το Δ.Σ. του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Αθηνών

4^η ΠΕΡΙΟΔΟΣ- ΤΟΜΟΣ 1 – ΤΕΥΧΟΣ 3 / Σεπτέμβριος - Δεκέμβριος 2018



ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ.Μ.Α.

Πρόεδρος:	Βικτωρία Βιβιλάκη
Αντιπρόεδρος:	Αντώνιος Λαζόπουλος
Γεν. Γραμματέας:	Χρυσούλα Τάσκου
Ταμίας:	Παρασκευή Γιαξή
Μέλη:	Αικατερίνη Λυκερίδου Φανή Πεχλιβάνη Άννα Γλυνού Μιχάλης Μώρος

ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ.Μ.Α.

Μέλη:	Παλληκαρά- Πολυπόρτη Λαμπρινή Μπέκα Αγγελική
Αναπληρ. Μέλος:	Γεωργαντζή Σοφία

ΕΚΔΟΤΗΣ:Σ.Ε.Μ.Μ.Α.

Αριστ. Παππά 2-11521, Αθήνα

Τηλ: 210-6465691, Fax:210-6429675

E-mail: semma-icm@otenet.gr

Website: www.semma.gr

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ

Ερευνητικό Εργαστήριο Διαχείρισης της Πληροφορίας

Τμήμα Αρχειονομίας, Βιβλιοθηκονομίας και Συστημάτων
Πληροφόρησης

Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Website: iml.alis.uniwa.gr

ΕΛΕΥΘΩ - ΕΛΕΥΘΗΟ

ΤΕΤΡΑΜΗΝΙΑΙΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ QUARTERLY SCIENTIFIC MAGAZINE
ΕΠΙΣΗΜΟ ΟΡΓΑΝΟ ΤΩΝ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ OFFICIAL JOURNAL HELLENIC MIDWIVES
4^η ΠΕΡΙΟΔΟΣ- ΤΟΜΟΣ 1- ΤΕΥΧΟΣ 3 4th PERIOD- VOLUME 1 ISSUE 3
Σεπτέμβριος – Δεκέμβριος 2018 September - December 2018



Διευθύντρια Σύνταξης Editor in chief

Λυκερίδου Αικατερίνη Lykeridou Aikaterini

Αναπλ. Διευθυντές Σύνταξης Deputy Editors

Βιβιλάκη Βικτωρία	Vivilaki Victoria
Δελτσιδου Άννα	Deltsidou Anna
Μώρος Μιχάλης	Moros Michalis
Πεχλιβάνη Φανή	Pechlivani Fani
Σαραντάκη Αντιγόνη	Sarantaki Antigoni

Αρχισυνταξία

Διαμάντη Αθηνά Diamanti Athina

Επιμέλεια τεύχους

Τάσκου Χρυσούλα Taskou Chrysoula

Συντακτική Επιτροπή Editorial Board

Δ.Σ. Σ.Ε.Μ.Μ.Α.	Board of Directors Hellenic Midwives Associations
Αντωνάκου Αγγελική	Antonakou Aggeliki
Γουρουντή Κλεάνθη	Gourounti Kleanthi
Δάγλα Μαρία	Dagla Maria
Διαμάντη Αθηνά	Diamanti Athina
Ηλιάδου Μαρία	Iliadou Maria
Κίρκου Ιωάννα	Kirkouloanna
Μεταλλινού Δήμητρα	Metallinou Dimitra
Μανιατέλλη Ελισάβετ	Maniatelli Elisabeth
Μπόθου Αναστασία	Bothou Anastasia
Μπουρουτζόγλου Μαρία	Bouroutzoglou Maria
Νάνου Χριστίνα	Nanou Christina
Ντέκα Ελένη	Nteka Eleni
Τζαβάρα Μελίνα	Tzavara Melina
Χαριζοπούλου Βικεντία	Charizopoulou Vikentia
Χάρος Δημήτρης	Charos Dimitris
Χατζηγεωργίου Ελένη	Chatzigeorgiou Eleni

Διεθνής Επιστημονική Επιτροπή International Scientific Committee

Βαρδαβάκη Ζώη	VardavakiZoi
Μπόλου Αγγελική	BolouAggeliki

ΘΕΛΕΤΕ
άνεση και
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ
μητρικό γάλα σε
ΛΙΓΟΤΕΡΟ χρόνο;

 ρωτήστε μας στο
[medela.gr](https://www.facebook.com/medela.gr)

Η 1η επιλογή των
νοσοκομείων και
των μητέρων



Symphony της Medela

- ✓ έχει προκύψει από ερευνητικά προγράμματα
- ✓ αξιόπιστη αντλία
- ✓ για χρήση στο μαιευτήριο και προς ενοικίαση στο σπίτι
- ✓ μοναδική τεχνολογία 2-Phase Expression που μιμείται το φυσικό ρυθμό θηλασμού των βρεφών



Symphony™

Περιεχόμενα

Χαιρετισμός της προέδρου της Επιστημονικής Επιτροπής του Πανελληνίου Συνεδρίου Επιστημόνων Μαιών –Μαιευτών	8
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------

Καθηγήτρια Λυκερίδου Αικατερίνη (Διευθύντρια Σύσταξης)

Ερευνητικές εργασίες

Επίπεδα άγχους και κατάθλιψης των εγκύων στην κύηση που προσέρχονται στα Μαθήματα Προετοιμασίας Γονεϊκότητας στο Κ.Υ. Λάρισας	11
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

*Νάτσιου Κωνσταντίνα, Θωμάς Αλέξανδρος, Καραουλάνης Σωκράτης,
Τσάρας Κωνσταντίνος, Μπακούρας Σιδέρης, Μπονώτης Κωνσταντίνος*

Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Βιβλιογραφική ανασκόπηση των μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου	23
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

Σούλια Βασιλική, Ηλιάδου Μαρία

Παρουσίαση περιστατικού

Ωοθηκική εγκυμοσύνη – Μια σπάνια μαιευτική επιπλοκή	37
----------------------------------------------------------------	-----------

Ιωάννης Κ. Θανασάς

Χαιρετισμός της προέδρου της Επιστημονικής Επιτροπής του Πανελληνίου Συνεδρίου Επιστημόνων Μαιών –Μαιευτών.

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Επιστημονικού Συλλόγου Μαιών - Μαιευτών Αθήνας (ΝΠΔΔ), είχε την τιμή να οργανώσει στην μητροπολιτική πόλη των Αθηνών στο ξενοδοχείο Royal Olympic Hotel την 4η-7η Οκτωβρίου του 2018, το 14ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιών - Μαιευτών. Ένα γεγονός θεσμό για τη μαιευτική κοινότητα της Ελλάδος!

Αποτελεί μια εκδήλωση ανά ζετία, καθώς δίνει την ευκαιρία σε όλους τους συναδέλφους να συμμετέχουν ενεργά και να συμβάλλουν στην επιστημονική εξέλιξη του επαγγέλματός μας, ανταλλάσσοντας γνώσεις και απόψεις.

Με κεντρικό θέμα συνεδρίου "Η φιλοσοφία της γέννησης! Ηθικές αρχές και αξίες στη Μαιευτική Φροντίδα" και με την παρουσία εξάιρετων επιστημόνων διαφόρων ειδικοτήτων και συναδέλφων από την Ελλάδα και από χώρες του εξωτερικού το 14ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιών-Μαιευτών, ολοκληρώθηκε με επιτυχία.

Στο συνέδριο πραγματοποιήθηκαν ενδιαφέρουσες επιστημονικές διαλέξεις, θεωρητικά και κλινικά φροντιστήρια, και workshops.

Ιδιαίτερης σημαντικότητας ήταν η πραγματοποίηση της ετήσιας συνάντησης της Ευρωπαϊκής Ένωσης Μαιών (European Midwives Association) που ο Σ.Ε.Μ.Μ.Α. είχε τη χαρά και την τιμή να φιλοξενήσει στον ίδιο χώρο, παράλληλα με το Πανελλήνιο Συνέδριο, την 5η-6η Οκτωβρίου 2018. Η EMA γιόρτασε παράλληλα και την 50η επέτειο της σύστασης της. Η συγκυρία αυτή ανέβασε υψηλότερα τον πήχη των απαιτήσεων για την επιτυχημένη διεξαγωγή του συνεδρίου.

Τέλος θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας σε όλους εσάς που υποστηρίξατε με την παρουσία σας και την ενεργό συμμετοχή σας το επιστημονικό μας συνέδριο και να ανανεώσουμε το ραντεβού μας σε τρία χρόνια με διοργανωτή του 15ου Πανελληνίου Συνεδρίου Μαιών/ των τον Σ.Ε.Μ.Μ. Πάτρας.

Με εκτίμηση,



Αικατερίνη Λυκερίδου,

Διευθύντρια Σύνταξης,

Προέδρος της Επιστημονικής Επιτροπής του Πανελληνίου Συνεδρίου Επιστημόνων Μαιών –Μαιευτών

Νέα σειρά Johnson's® cottontouch™

Μια αγκαλιά φροντίδας από την 1η ημέρα!



Με αγνό
βαμβάκι

100%
φροντίδα
0% χρωστικές,
θειικά άλατα
& parabens

Το Johnson's® πρωτοπορεί στην παγκόσμια επιστημονική έρευνα για τη φροντίδα της βρεφικής επιδερμίδας.



Υποαλλεργική* σύνθεση,
με ισορροπημένο pH
για την επιδερμίδα



Ενισχύει το άγγιγμα
και ενεργοποιεί
τις αισθήσεις του μωρού



Με συστατικά
φυσικής προέλευσης

η δύναμη  της φροντίδας

*Σύνθεση που ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο αλλεργιών



ΦΟΡΕΑΣ ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗΣ:

ΣΥΛΛΟΓΟΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ
ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ
ΑΘΗΝΩΝ

14^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιών-Μαιευτών

04-07
ΟΚΤ
2018



Η φιλοσοφία της γέννησης!

Ηθικές Αρχές και Αξίες στη Μαιευτική Φροντίδα.

www.semmacongress2018.gr

Ξενοδοχείο:



Royal Olympic
ATHENS

Οργάνωση - Γραμματεία

 PROOPSIS
Consulting S.A.



Επίπεδα άγχους και κατάθλιψης των εγκύων στην κύηση που προσέρχονται στα Μαθήματα Προετοιμασίας Γονεϊκότητας στο Κ.Υ. Λάρισας.

Νάτσιου Κωνσταντίνα¹ Θωμάς Αλέξανδρος² Καραουλάνης Σωκράτης² Τσάρας Κωνσταντίνος³ Μπακούρας Σιδέρης⁴ Μπονώτης Κωνσταντίνος⁵

¹Μαία, Msc (ψυχική υγεία), Κ.Υ αστικού τύπου Λάρισας

²Ψυχίατρος, Ph.D

³Επιμελητής Ψυχιατρικής Κλινικής Πανεπιστημιακό Γ. Ν. Λάρισας

⁴Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας, Λάρισας

⁵Ομότιμος καθηγητής Ψυχιατρικής Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλίας, Λάρισας

⁶Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής, Διευθυντής Ψυχιατρικής Κλινικής Πανεπιστημιακό Γ. Ν. Λάρισας.

Εισαγωγή: Η κύηση είναι μια ιδιαίτερη φυσιολογική περίοδος, που επηρεάζει τον συναισθηματικό κόσμο της γυναίκας. Η γυναίκα περνά μια περίοδο αμφιβολίας, άγχους και μεταβαλλόμενων συναισθημάτων. Ο φόβος, το άγχος και η ανασφάλεια είναι αναπόφευκτα, προκαλώντας ψυχολογική ένταση κατά τη διάρκεια της κύησης.

Σκοπός: Η διερεύνηση των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης των εγκύων που προσήλθαν στα μαθήματα του τμήματος προετοιμασίας γονεϊκότητας στο Κ.Υ. ΛΑΡΙΣΑΣ.

Μέθοδοι: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 155 έγκυες γυναίκες που προσήλθαν στο τμήμα προετοιμασίας γονεϊκότητας στο Κ.Υ. ΛΑΡΙΣΑΣ. Χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς, το οποίο περιελάμβανε ερωτήσεις κοινωνικό- δημογραφικού περιεχομένου, ένα ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις που αφορούσαν στο μαιευτικό και ατομικό αναμνηστικό της εγκύου καθώς και οι κλίμακες Hamilton για το άγχος και την κατάθλιψη στην Ελληνική τους εκδοχή.

Αποτελέσματα: Το 10% του δείγματος εμφανίζει ήπιες βαρύτητας καταθλιπτική συμπτωματολογία και το 2% μέτρια, ενώ το 3,9% των γυναικών εμφανίζει μέτριας βαρύτητας αγχώδη συμπτωματολογία. Όσες ήταν πολύ ευχαριστημένες από την κύηση είχαν σημαντικά λιγότερο άγχος από όσες ήταν λίγο ή καθόλου ευχαριστημένες ($p < 0,05$). Οι γυναίκες που κατοικούσαν σε χωριό/κωμόπολη είχαν περισσότερο άγχος από εκείνες της πόλης, ενώ οι δευτερότοκες είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης ($p = 0,027$). Η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή συσχετίστηκε με υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης Hamilton ($p < 0,001$).

Συμπεράσματα: Η οικογενειακή κατάσταση, οι κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες αναδεικνύονται σε βασικούς καθοριστές της συναισθηματικής κατάστασης της εγκύου. Χρειάζεται συστηματική παρακολούθηση του ψυχισμού της εγκύου και έγκαιρη παρέμβαση αναλόγως των ενδείξεων.

Λέξεις-κλειδιά: κύηση, άγχος, κατάθλιψη, φόβος, κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, προετοιμασία γονεϊκότητας



Introduction: Pregnancy is a special physiological period, affecting the emotional world of woman. The woman is going through a period of doubt, anxiety and changing emotions. The fear, anxiety and insecurity are inevitably, causing psychological intensity during pregnancy.

Aim: To investigate the anxiety and depression levels of pregnant women who attended the courses in the department of the antenatal classes in the Health Center LARISSAS.

Methods: The study sample consisted of 155 pregnant women who attended the antenatal classes in the Health Center LARISSAS. A self-report questionnaire was used that included socio demographic questions, one questionnaire with questions on the pregnant women obstetric/medical history and the Greek version of the depression and anxiety Hamilton Scales.

Results: 10% of the sample manifested mild depressive symptoms and 2% moderate, while 3.9% of women experience moderate anxiety symptoms. Those who were very happy with their pregnancy had significantly less anxiety than those who were little or not at all happy ($p < 0,05$). Women who lived in a village / small town had higher anxiety than those of the city, while the second parous scored higher on depression scale ($p = 0,027$). Finally, the assisted fertilization was associated with a higher score on the Hamilton depression scale ($p < 0,001$).

Conclusions: The family status, social and economic conditions emerge as key determinants of the emotional state of the pregnant women. A systematic monitoring of the psychological state of the pregnant woman and early intervention according to indications are necessary.

Keywords: pregnancy, anxiety, depression, fear, socioeconomic factors, antenatal classes

1. Εισαγωγή

Η κύηση είναι μια ιδιαίτερη φυσιολογική περίοδος, που αναδομεί ολόκληρο το συναισθηματικό κόσμο της γυναίκας, η οποία διέρχεται μια περίοδο αμφιβολίας, άγχους και μεταβαλλόμενων συναισθημάτων. Ο φόβος, το άγχος και η ανασφάλεια είναι αναπόφευκτα και προκαλούν ψυχολογική ένταση, καθώς και αποτελούν τους κυριότερους συντελεστές της δημιουργίας του πόνου (Μπρατιδίου, 2000).

Η κατάθλιψη συχνά παραβλέπεται στην κύηση, καθώς τα συμπτώματά της είναι συχνά παρόμοια με την σωματική εμπειρία που σχετίζεται με την εγκυμοσύνη. Από μελέτες έχει αποδειχθεί πως το ανθρώπινο έμβρυο είναι εξαιρετικά ευαίσθητο στο φυσιολογικό και ψυχολογικό μητρικό άγχος. Το προγεννητικό άγχος μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα της γέννησης και να βλάψει την νευρο-συμπεριφορική ανάπτυξη των προσβεβλημένων βρεφών (Su et al, 2015). Η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της κύησης άνευ αγωγής ή παρακολούθησης, μπορεί να έχει πολλές συνέπειες τόσο για τη μητέρα όσο και για το νεογνό. (Wichman & Stern, 2015).

Περίπου μια στις πέντε έγκυες ανέφεραν συμπτώματα της κατάθλιψης, με βασικό παράγοντα κινδύνου την ανεπιθύμητη κύηση, που φαίνεται να αυξάνει το ρίσκο της κατάθλιψης των γυναικών (Dibaba et al, 2013). Επιπλέον, μέτρια έως σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα σχετίστηκαν με επακόλουθη κύηση εντός έξι μηνών από την πρώτη φορά (Patchen & Lanzi, 2013).

Υπάρχει μια αντίστροφη σχέση μεταξύ ποιότητας της ζωής και κατάθλιψης στην κύηση, καθώς υψηλού κινδύνου κυήσεις διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο προγεννητικής κατάθλιψης και προγεννητικού άγχους (Abbaszadeh, 2013). Επίσης, οι γυναίκες που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο στην διάρκεια της κύησης είναι σε κίνδυνο για υψηλά επίπεδα άγχους. Οι μαιές είναι καλά εκπαιδευμένες για να βοηθήσουν τις γυναίκες αναγνωρίζοντας την αγωνία τους και χρησιμοποιώντας ρεαλιστικές στρατηγικές



αντιμετώπισής του, καθώς και κάνοντας χρήση των δικτύων κοινωνικής στήριξης (Barber & Starkey, 2015). Η στήριξη των μητέρων μειώνει τον πόνο και την αγωνία κατά την διάρκεια του τοκετού. Είναι επιτακτική η ανάγκη ότι κατά την διάρκεια της κύησης, θα πρέπει όλες οι έγκυες να διδάσκονται όλα τα θέματα που σχετίζονται με την κύηση και τον τοκετό, καθώς και τα μέσα για την διαχείριση του πόνου του τοκετού (Firouzbakht et al, 2013).

Μέχρι και 26% φτάνει το ποσοστό των εγκύων εφήβων που αναπτύσσουν μείζονα καταθλιπτικά συμπτώματα ή/και έχουν τάσεις αυτοκτονίας. Σε μια μελέτη 59 εγκύων εφήβων στην πόλη του Μεξικού βρέθηκε ένας επιπολασμός 39% της κατάθλιψης. Άλλη μελέτη Μεξικανών εγκύων έδειξε ότι το 40% από 45 έφηβες έγκυες είχαν καταθλιπτικά συμπτώματα (Alvarado-Esquível et al, 2015). Σε αντίστοιχη μελέτη που έγινε στην πόλη του Σεντ Λούις και σε 5 αγροτικές χώρες στο νοτιοανατολικό Μισούρι βρέθηκε πως πρόσφατα έγκυες γυναίκες με χαμηλό εισόδημα, οι οποίες είχαν την πρώτη γέννα στην εφηβεία είχαν υψηλότερες πιθανότητες ψυχιατρικών διαταραχών. Μητέρες που ξεκινούν το μεγάλωμα των παιδιών πριν την ηλικία των 19, θα πρέπει να ελέγχονται κατά την διάρκεια της κύησης για αγχώδεις διαταραχές, συμπεριλαμβάνοντας τις διαταραχές μετατραυματικού στρες και τις διαταραχές της συμπεριφοράς (Tabet et al, 2016).

2. Σκοπός

Σκοπός της μελέτης είναι να προσδιοριστούν τα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης των εγκύων γυναικών στην διάρκεια της κύησης, που προσέρχονται στις ομάδες προετοιμασίας που πραγματοποιούνται στο Κ.Υ. Λάρισας. Επιπλέον, να γίνει συσχέτιση της ανάγκης των μαθημάτων προετοιμασίας γονεϊκότητας με τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης των εγκύων γυναικών στην διάρκεια της κύησης, καθώς και να γίνει συσχέτιση των επιπέδων αυτών με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εγκύων, όπως και να γίνει τέλος συσχέτιση των επιδράσεων του άγχους και της κατάθλιψης στη διάρκεια της κύησης τόσο στις ίδιες τις έγκυες, όσο και στα νεογνά τους.

3. Μεθοδολογία

3.1. Δείγμα της μελέτης

Το δείγμα της ποσοτικής αυτής μελέτης αποτέλεσαν 155 έγκυες γυναίκες που προσήλθαν στα μαθήματα προετοιμασίας γονεϊκότητας στο Κ.Υ. Λάρισας κατά το χρονικό διάστημα από 01/12/2015 έως 29/02/2016. Διασφαλίζοντας τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της μελέτης, οι έγκυες κλήθηκαν να συμπληρώσουν ανώνυμα ερωτηματολόγια, αφού ενημερωθήκαν σχετικά με το σκοπό της μελέτης και αφού έδωσαν τη συναίνεσή τους. Το σύνολο των γυναικών δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην μελέτη.

3.2. Εργαλείο της μελέτης

Τα εργαλεία της μελέτης που χρησιμοποιήθηκαν ήταν 1. ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο περιελάμβανε ερωτήσεις κοινωνικο- δημογραφικού περιεχομένου, 2. ένα ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις που αφορούσαν στο γυναικολογικό και ατομικό αναμνηστικό της εγκύου και 3. οι κλίμακες Hamilton για το άγχος και την κατάθλιψη στην Ελληνική τους εκδοχή. Οι ερωτήσεις αυτές απαντώνταν με ένα ΝΑΙ ή ΟΧΙ, με εξαίρεση την ερώτηση για τα χρόνια γάμου (έως 1 χρόνο- 1 – 5 χρόνια και



>5χρόνια), την ερώτηση αν η ανάγκη συμμετοχής στα μαθήματα προετοιμασίας γονεϊκότητας είναι (μεγάλη, πολύ μεγάλη και την ερώτηση αν είναι ευχαριστημένη από την πορεία της κύησης (καθόλου, λίγο, πολύ). Συνολική βαθμολογία <16 στην κλίμακα άγχους του Hamilton αποτελεί ένδειξη για ήπια επίπεδα άγχους στην διάρκεια της κύησης. Συνολική βαθμολογία 17 - 30 αποτελεί ένδειξη για μέτρια επίπεδα άγχους στην διάρκεια της κύησης. Συνολική βαθμολογία >31 αποτελεί ένδειξη για έντονα επίπεδα άγχους στην διάρκεια της κύησης (Hamilton, 1959).

Η κλίμακα της κατάθλιψης αποτελείται από 21 ερωτήσεις που αφορούν π.χ. την καταθλιπτική διάθεση, τα αισθήματα ενοχής, την υποχονδρίαση κλπ. Συνολική βαθμολογία 0-7 δείχνει απουσία κατάθλιψης, βαθμολογία 8-16 αποτελεί ένδειξη για ήπια επίπεδα κατάθλιψης 17-23 για μέτρια και ≥ 24 για σοβαρή συμπτωματολογία (Hamilton, 1967 ;Zimmerman et al , 2013). Η κλίμακα άγχους αποτελείται από 14 ερωτήσεις που αφορούν π.χ. την υπερένταση, τον ύπνο, τυχόν σωματικά συμπτώματα κλπ. Συνολική βαθμολογία<16 δείχνει απουσία άγχους, βαθμολογία 17 - 30 αποτελεί ένδειξη για μέτρια επίπεδα άγχους στην διάρκεια της κύησης. Συνολική βαθμολογία >31 αποτελεί ένδειξη για έντονα επίπεδα άγχους στην διάρκεια της κύησης(Hamilton, 1959).

3.3. Στατιστική ανάλυση

Η επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με μεθόδους περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής ανάλυσης. Έγινε έλεγχος κανονικότητας με τη δοκιμασία Shapiro-Wilk και χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικές μέθοδοι ανάλυσης (t -test για δύο δείγματα και ANOVA για περισσότερα). Εφαρμόστηκε επίσης η δοκιμασία Pearson για συσχετίσεις δυο μεταβλητών. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με την χρήση του προγράμματος SPSS 22.0. Το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε σε $p=0,05$.

4. Αποτελέσματα

Το 69,7% ήταν απόφοιτες ανώτατης σχολής, ενώ δεν υπήρχε γυναίκα απόφοιτος βασικής εκπαίδευσης. Έγγαμες ήταν το 97,4%. Η πλειονότητα είχε γεννηθεί και κατοικούσε σε αστικό κέντρο (89,7%).

Πίνακας 1.Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

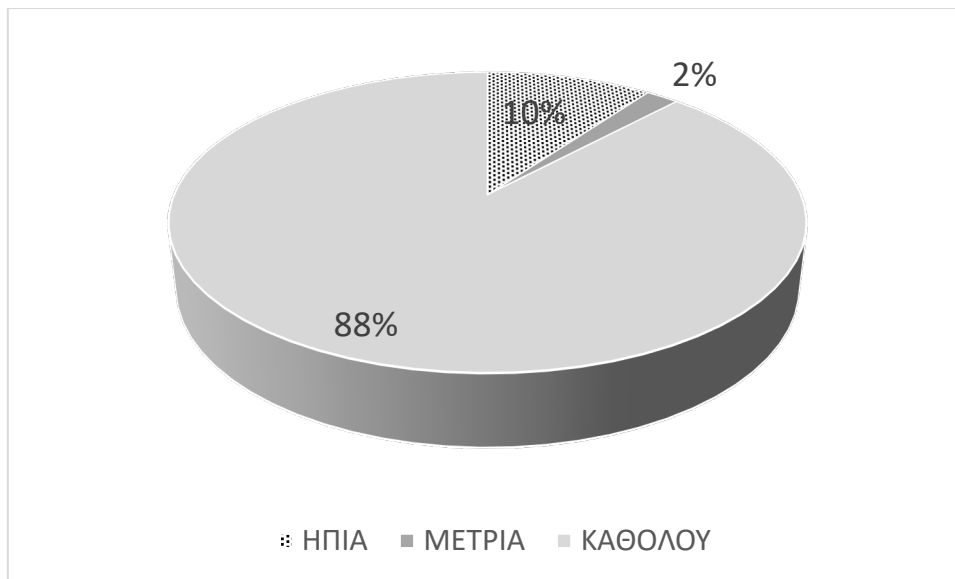
	N	%
Μορφωτικό επίπεδο		
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	19	12,3
ΙΕΚ	23	14,8
ΤΕΙ	53	34,2
ΑΕΙ	55	35,5
Μεταπτυχιακό /Διδακτορικό	5	3,2
Σύνολο	155	100,0
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμη	151	97,4
Άγαμη	4	2,6
Σύνολο	155	100,0
Οικονομική κατάσταση		
Άσχημη	3	1,9
Μέτρια	91	58,7
Καλή	61	39,4
Σύνολο	155	100,0
Τόπος γέννησης		
Χωριό/Κωμόπολη	8	5,2
Αστικό κέντρο	139	89,7
Εξωτερικό	8	5,2



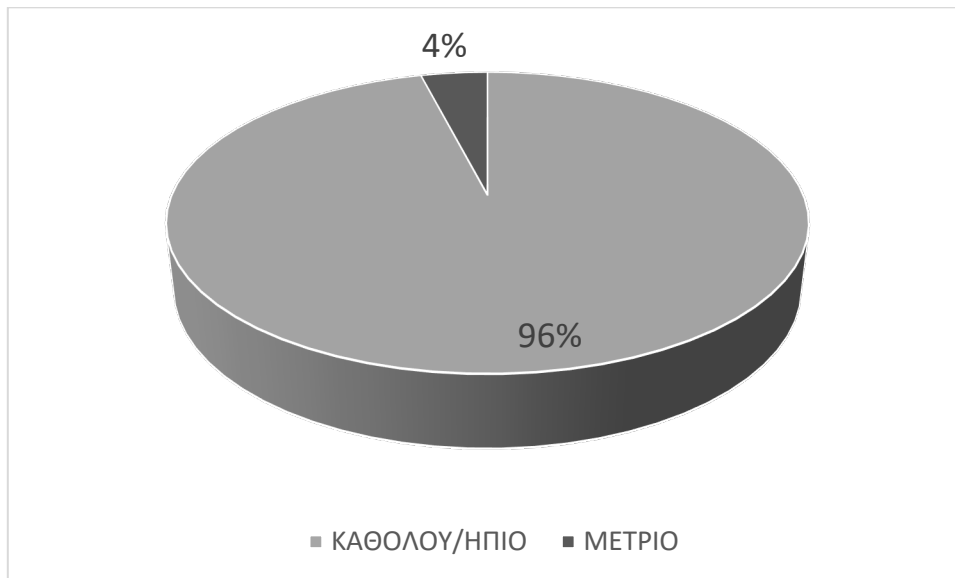
Σύνολο	155	100,0
Τόπος διαμονής		
Χωριό	8	5,2
Κωμόπολη	8	5,2
Αστικό κέντρο	139	89,7
Σύνολο	155	100,0

Το 20,6% των μητέρων ήταν άνεργες, ή δήλωναν «οικιακά». Το 97,4% ήταν έγγαμες. Ιστορικό αποβολών αναφέρθηκε από το 11% των γυναικών και τεχνητής διακοπής κύησης από το 12,3%. Η κύηση ήταν αποτέλεσμα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στο 14,2%. Η κύηση ήταν προγραμματισμένη στο 65,2% .

Η μέση τιμή της κατάθλιψης στην κλίμακα Hamilton ήταν $4,06 \pm 4,09$ μονάδες, μικρότερη από το όριο των 7 μονάδων, πέραν του οποίου η βαθμολογία είναι ενδεικτική της κατάθλιψης, ενώ το 10% των γυναικών θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι εμφανίζει ήπιες βαρύτητας συμπτωματολογία και το 2% μέτρια (Γραφ. 1). Η μέση τιμή του άγχους στην κλίμακα Hamilton ήταν $6,22 \pm 5,31$ μονάδες, το 3,9% των γυναικών θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι εμφανίζει μέτριας βαρύτητας συμπτωματολογία, ενώ καμία γυναίκα δεν εμφάνισε σοβαρή συμπτωματολογία (Γραφ.2).



Γράφημα 1. Βαρύτητα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας



Γράφημα 2. Βαρύτητα της αγχώδους συμπτωματολογίας

Αναφορικά με τις στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών και του άγχους, σημαντική ήταν η διαφορά στα επίπεδα άγχους ανάμεσα στις γυναίκες που κατοικούν σε χωριό/κωμόπολη και σε εκείνες της πόλης, με τις πρώτες να εμφανίζουν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα Hamilton ($p=0,021$). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με τις υπόλοιπες κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές.

Αναφορικά με τις στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των κοινωνικο-δημογραφικών μεταβλητών και της κατάθλιψης, στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε στην περίπτωση των δευτεροτόκων γυναικών, οι οποίες και είχαν υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τις πρωτότοκες ($p=0,027$) (πιν.3).

Η βαθμολογία του άγχους και η βαθμολογία της κατάθλιψης συσχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά και θετικά μεταξύ τους, που σημαίνει ότι υψηλότερα επίπεδα άγχους συνοδεύονται από υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και αντιστρόφως ($r=0,775$, $p<0,001$).

Οι γυναίκες που συνέλαβαν με υποβοηθούμενη αναπαραγωγή είχαν κατά 80% υψηλότερο άγχος συγκριτικά με εκείνες που συνέλαβαν φυσιολογικά (9,96 έναντι 5,61 αντίστοιχα, $p<0,001$, (αν και εντός των «φυσιολογικών» τιμών της κλίμακας Hamilton)). Επίσης, εκείνες που ανέφεραν ιστορικό διακοπής της κύησης είχαν υψηλότερο άγχος σε σχέση με εκείνες χωρίς παρόμοιο ιστορικό, αν και η διαφορά δεν έφθασε τη στατιστική σημαντικότητα (8,21 έναντι 5,95 μονάδες, $p=0,082$).

Πίνακας 2. Κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές και άγχος.

Άγχος	N	ΜΤ±ΤΑ	p
Ηλικία			
≤32	93	6,58±5,65	0,310
> 32	62	5,69±4,76	
Μορφωτικό επίπεδο			
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	19	7,32±5,77	0,593
ΙΕΚ	23	5,48±4,28	
ΤΕΙ	53	7,17±5,74	
ΑΕΙ	55	5,02±5,09	
Μεταπτυχιακό /Διδακτορικό	5	8,80±2,95	
Οικογενειακή κατάσταση			



Έγγαμη	151	6,23±5,35	0,993
Άγαμη	4	6,25±4,03	
Αρ. Παιδιών			
Πρωτοτόκος	135	6,13±5,43	0,575
Δευτεροτόκος	20	6,85±4,49	
Οικονομική κατάσταση			
Άσχημη / Μέτρια	94	6,27±5,33	0,908
Καλή	61	6,14±5,34	
Τόπος διαμονής			
Χωριό/ Κωμόπολη	16	9,13±6,05	0,021
Αστικό κέντρο	139	5,89±5,14	
Επάγγελμα μητέρας			
Άνεργες/Οικιακά	32	6,97±6,01	0,466
Επαγγελματίες υγείας	28	6,86±5,75	
Εφοριακοί / Δασκάλες	24	5,54±4,50	
Εργάτριες	9	8,67±4,85	
Πωλήτριες	41	5,61±4,73	
Σώματα ασφαλείας	6	3,17±2,64	
Επιχειρηματίες	15	6,0±6,48	

Πίνακας 3. Κοινωνικο- δημογραφικές μεταβλητές και κατάθλιψη.

Κατάθλιψη	N	MT±TA	p
Ηλικία			
≤32	93	3,87±4,05	0,476
> 32	62	4,35±4,17	
Μορφωτικό επίπεδο			
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	19	4,84±4,78	0,471
ΙΕΚ	23	3,61±3,96	
ΤΕΙ	53	4,92±4,81	
ΑΕΙ	55	3,13±3,06	
Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό	5	4,40±1,52	
Οικογενειακή κατάσταση			
Έγγαμη	151	4,05±4,09	0,830
Άγαμη	4	4,50±4,65	
Αρ. Παιδιών			
Πρωτοτόκος	135	3,78±4,05	0,027
Δευτεροτόκος	20	5,95±3,89	
Οικονομική κατάσταση			
Άσχημη/Μέτρια	94	4,18±4,26	0,662
Καλή	61	3,89±3,85	
Τόπος διαμονής			
Χωριό/ Κωμόπολη	16	6,38±5,66	0,094
Αστικό κέντρο	139	3,80±3,81	
Επάγγελμα μητέρας			
Άνεργες/Οικιακά	32	4,61±4,54	0,581
Επαγγελματίες υγείας	28	4,86±4,24	
Εφοριακοί / Δασκάλες	24	3,75±3,65	
Εργάτριες	9	6,44±4,72	
Πωλήτριες	41	3,59±4,04	
Σώματα ασφαλείας	6	1,67±0,82	
Επιχειρηματίες	15	3,20±3,63	

5. Συζήτηση

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι το άγχος και ιδιαίτερα η κατάθλιψη είναι παρόντα στη διάρκεια της κύησης και εμφανίζονται σε μεγαλύτερη ένταση στις γυναίκες που έχουν συλλάβει με υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, είναι ανύπαντρες ή κατοικούν σε χωριό/κωμόπολη. Παράλληλα, δείχνει ότι η συχνότητα της κατάθλιψης είναι αρκετά υψηλή στο γενικό πληθυσμό, ενώ κατάθλιψη και άγχος



συνδυάζονται με συγκεκριμένα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, όπως είναι ο αριθμός παιδιών (για την κατάθλιψη) και ο τόπος διαμονής (για το άγχος).

Η συχνότητα της κατάθλιψης στην παρούσα μελέτη είναι 12%, ενώ του άγχους στο 4%. Η κατάθλιψη σχετίζεται με τα χρησιμοποιούμενα εργαλεία και την επιλογή του δείγματος και μπορεί να κυμαίνεται από 5% έως και 50% (Woods et al, 2010; Holden et al, 2013). Ωστόσο, η εφαρμογή διαφορετικής μεθοδολογίας καθιστά τα αποτελέσματα μη απολύτως συγκρίσιμα, ενώ θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι σημαντικό ποσοστό ασθενών με κατάθλιψη υποδιαγιγνώσκονται (Bansal et al, 2015). Οι μελέτες σε επίπεδο κοινότητας επιβεβαιώνουν ότι το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, η χρεία και η φτωχή κοινωνική υποστήριξη συνοδεύονται από υψηλά ποσοστά κατάθλιψης στις γυναίκες. Τα άτομα που είναι λιγότερο μορφωμένα και άνεργα βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο για κατάθλιψη. Αυτοί οι παράγοντες κινδύνου αντιπροσωπεύονται μεταξύ των γυναικών (McGrath et al, 1990; Hou et al, 2015). Επίσης, η διαβίωση σε μικρές κοινότητες πιθανόν να ενισχύει τους υποστηρικτικούς δεσμούς, ωστόσο μπορεί να δημιουργήσει και πιεστικές συνθήκες ή στιγματισμό, γεγονός που ενδεχομένως ερμηνεύει την υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης στην παρούσα μελέτη στις γυναίκες που κατοικούν στις αγροτικές περιοχές.

Οι εκτιμήσεις του επιπολασμού της κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της κύησης ποικίλλουν ανάλογα με τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται, αλλά μπορεί να φθάνουν το 16% ή και περισσότερο και το 5% στη μείζονα κατάθλιψη (Leight et al, 2010). Πρόσφατες μελέτες στις εγκύους τοποθετούν τη συχνότητα και των δύο οντοτήτων στο 14-15% (Schetter and Tanner, 2012; Woods et al, 2010), με το ποσοστό της σοβαρής κατάθλιψης να είναι σημαντικά μικρότερο, περίπου 1,5%. Ασφαλείς εκτιμήσεις για το προγεννητικό άγχος δεν υπάρχουν, αλλά είναι πιθανό ότι ένα σημαντικό μέρος των γυναικών βιώνει άγχος κατά την κύηση, που ίσως φθάνει ακόμα και στο 6% για το μέτριο-σοβαρό άγχος (Schetter & Tanner, 2012). Μερικοί από τους στρεσογόνους παράγοντες που επηρεάζουν συχνά τις γυναίκες στην κύηση σε όλο τον κόσμο είναι οι δυσμενείς συνθήκες εργασίας, οι ευθύνες του νοικοκυριού, η ένταση στις προσωπικές τους σχέσεις, οι επιπλοκές της κύησης και οι περιορισμένοι υλικοί πόροι (Schetter & Tanner, 2012).

Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει για το ζήτημα της οικογενειακής κατάστασης και της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Οι παντρεμένες γυναίκες γενικά έχουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης από τις ανύπαντρες γυναίκες. Ο κίνδυνος είναι υψηλότερος μεταξύ μητέρων μικρών παιδιών, εύρημα που συμφωνεί με το αντίστοιχο της δικής μας μελέτης (Schetter & Tanner, 2012). Στην παρούσα μελέτη υπήρξε εντονότερη συμπτωματολογία άγχους και κατάθλιψης στις ανύπαντρες γυναίκες. Το εύρημα αυτό αναφέρεται και από άλλους ερευνητές, με την επισήμανση ότι οι παντρεμένες γυναίκες μπορεί να έχουν αυξημένη ικανοποίηση από τη ζωή, σε σχέση με τις ανύπαντρες, που όμως μπορεί να εμφανίζουν εντονότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία, πιθανόν λόγω αναντιστοιχίας στόχων και αισθήματος επιτυχίας στη ζωή, που μπορεί να την προσφέρει ένα σταθερό οικογενειακό περιβάλλον (Watson et al, 2012; Bansal et al, 2015). Ειδικά οι ανύπαντρες έγκυες γυναίκες, στις οποίες η κύηση θα μπορούσε να μην είναι και προγραμματισμένη πιθανόν να εμφανίζουν πολύ υψηλά ποσοστά κατάθλιψης (Iranfar et al, 2005).

Αναφορικά με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, δεν υπάρχει ομοφωνία μεταξύ των ερευνητών. Έχει αναφερθεί συσχέτιση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής με αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης και άγχους και εν γένει ψυχικής δυσφορίας κατά τη διάρκεια της κύησης, ωστόσο αυτό δεν είναι σταθερό εύρημα, ενώ υπάρχουν ενδείξεις



ότι προηγουμένως υπογόνιμες γυναίκες βιώνουν λιγότερο άγχος και καλύτερη ποιότητα ζωής, σε σχέση με τις γόνιμες γυναίκες. Πιθανόν η εκπλήρωση ενός ονείρου μεταβάλλει θετικά τη διάθεσή τους και τις θωρακίζει ψυχικά, ενώ φαίνεται πως έχει περισσότερη σημασία η πορεία της κύησης και λιγότερο ο τρόπος σύλληψης για την ικανοποίηση των γυναικών (Repokari et al, 2005).

Η γενίκευση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης θα πρέπει να γίνεται με επιφύλαξη, καθώς το μέγεθος του δείγματος σε κάποιες υποομάδες ήταν μικρό και μη αντιπροσωπευτικό, καθώς συμμετείχαν γυναίκες που προσέρχονταν από ένα μόνο τμήμα προετοιμασίας γονεϊκότητας μιας επαρχιακής πόλης.

Επίσης δεν ακολουθήθηκε κάποια κλινική διαγνωστική οδηγία στα πρότυπα του εγχειριδίου DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών, της Ψυχιατρικής Εταιρείας των ΗΠΑ).

Χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς χωρίς να ακολουθήσει συνέντευξη, στοιχείο που μπορεί να οδηγήσει σε υπό/υπέρ εκτίμηση της συχνότητας των διαταραχών.

6. Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης είναι ενδεικτικά του μεγέθους του προβλήματος και των παρεμβάσεων που ενδέχεται να χρειαστούν στις εγκύους σε επίπεδο κοινότητας. Η οικογενειακή και οικονομική κατάσταση καθώς και οι κοινωνικές συνθήκες διαβίωσης αναδεικνύονται σε βασικούς καθοριστές της συναισθηματικής κατάστασης της εγκύου, με ότι αυτό συνεπάγεται για την έκβαση της κύησης.

Η κύηση είναι μεν μια φυσιολογική κατάσταση, όμως είναι μια ιδιαίτερη περίοδος, καθώς η γυναίκα και το ζευγάρι καλούνται να προσαρμοστούν σε νέους ρόλους και η μεταβολή αυτή είναι ένας στρεσογόνος παράγοντας, πολύ περισσότερο όταν οι συνθήκες δεν είναι ευνοϊκές.

Χρειάζεται τακτική παρακολούθηση των γυναικών και πρόωμη ανίχνευση και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν οι επιπτώσεις στην ίδια τη γυναίκα, αλλά και το παιδί. Σε επίπεδο κοινότητας, τακτικές επισκέψεις ομάδων επαγγελματιών υγείας (ψυχιάτρων, ψυχολόγων, μαιών, κοινωνικών λειτουργών) με κινητές μονάδες θα μπορούσε να συνδράμει στην κατεύθυνση αυτή. Η προαγωγή της ψυχικής υγείας και η πρόληψη της ψυχικής διαταραχής υγείας θα πρέπει να επικεντρώνεται στο άτομο, στην οικογένεια και στον ευρύτερο κοινωνικό περίγυρο, ισχυροποιώντας τους προστατευτικούς μηχανισμούς και τις ασφαλιστικές δικλίδες και περιορίζοντας τους παράγοντες κινδύνου.

Αναφορές

- Abbaszadeh,F., KafaeiAtrian,M., MasoudiAlavi,N., Bagheri,A., Sadat,Z., &Karimian,Z.Relationship between quality of life and depression in pregnant women. *Nurs Midwifery Stud* 2013; 2(2):193-197.
- Alvarado-Esquivel,C., Sifuentes-Alvarez,A., Salas-Martinez,C. (2015). Depression in Teenager Women in a Public Hospital in a Northern Mexican City: Prevalence and Correlates. *J Clin Med Res*. 7(7):525-533.
- Bansal, P., Chaudhary, A., Soni, RK., Sharma, S., Gupta, VK., &Kaushal, P.Depression and anxiety among middle-aged women: A community-based study. *J Family Med Prim Care* 2015;4(4):576-581.



- Barber,CC., &Starkey,N.J. Predictors of anxiety among pregnant New Zealand women hospitalised for complications and a community comparison group. *Midwifery* 2015: 31(9):888-896.
- Barber,J.P., Epperson,CN.,&Sockol,LE., A meta-analysis of treatments for perinatal depression. *Clinical Psychology Review* 2011: 31(5):839-849.
- Dibaba, Y., Fantahun, M., &Hindin,MJ. The association of unwanted pregnancy and social support with depressive symptoms in pregnancy: evidence from rural Southwestern Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013: 13:135.
- Firouzbakht, M., Nikpour,M., Khefri, S., Jamali, B., Kazeminavaee, F., &Didehdar,M.The Effectiveness of Prenatal Intervention on Pain and Anxiety during the Process of Childbirth-Northern Iran: Clinical Trial Study. *Annals of Medical and Health Sciences Research* 2015: DOI: 10.4103/2141-9248.165260.
- Firouzbakht,M., Nikpour, M., Salmalian, H.,Ledari, FM., &Khafri, S.The effect of perinatal education on Iranian mothers' stress and labor pain. *Glob J Health Sci* 2013: 6(1):61-68.
- Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959: 32(1):50-55.
- Hamilton, M. Development of a rating scale; for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol* 1967: 6(4):278-296.
- Holden, KB., Bradford, LD., Hall, SP., Belton, AS. Prevalence and correlates of depressive symptoms and resiliency among African American women in a community-based primary health care center. *J Health Care Poor Underserved* 2013 Nov;24(4 Suppl):79-93.
- Hou, F., Cerulli, C., Wittink, MN., Caine, ED., &Qiu, P.Depression, social support and associated factors among women living in rural China: a cross-sectional study. *BMC Womens Health* 2015: 15:28.
- Iranfar, S., Shakeri, J., Ranjbar, M., NazhadJafar, P., &Razaie, M.Is unintended pregnancy a risk factor for depression in Iranian women? *EastMediterr Health J* 2005: 11(4):618-624.
- Leight, KL.,Fitelson, EM., Weston, CA., &Wisner, KL.,Childbirth and mental disorders. *Int Rev Psychiatr* 2010: 22(5):453-471.
- McGrath, E., Keita, GP., Strickland, BR., & Russo, NF. (Eds.). *Women and depression: Risk factors and treatment issues: Final report of the American Psychological Association's National Task Force on Women and Depression.* Washington, DC, US: American Psychological Association 1990.
- Patchen, L., &Lanzi,RG.Maternal depression and rapid subsequent pregnancy among first time mothers. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2013: 38(4):215-220.
- Repokari, L.,Punamäki, R.L., Poikkeus, P., Vilska, S., Unkila-Kallio, L., Sinkkonen, J., et al. The impact of successful assisted reproduction treatment on female and male mental health during transition to parenthood: a prospective controlled study. 2005: 20(11):3238-3247.
- Schetter, C., &Tanne,r L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice.*CurrOpin Psychiatry* 2012: 25(2):141-148.
- Su, Q., Zhang, H., Zhang,Y.,Zhang, H., Ding, D., Zeng, J., et al. Maternal Stress in Gestation: Birth Outcomes and Stress – Related Hormone Response of the Neonates. *Pediatr Neonatol* 2015:56(6):376-381.
- Tabet,M., Flick,LH., Cook, CA., Xian, H., Chang, JJ. Age at First Birth and Psychiatric Disorders in Low – Income Pregnant Women. *J Womens Health (Larchmt)*. 25(8): 810-7.
- Watson, KT., Roberts, NM., Saunders, MR.Factors Associated with Anxiety and Depression among African American and White Women.*ISRN Psychiatry* 2012: 2012:432321.



Τόμος 01, Τεύχος 03, 4^η Περίοδος

DOI:

- Wichman, C., & Stern, T. Diagnosing and Treating Depression During Pregnancy. *Prim Care Companion CNS Disord* 2015; 17(2): 10.4088/PCC.15f01776.
- Woods, SM., Melville, JL., Guo, Y., Fan, MY., & Gavin, A. Psychosocial stress during pregnancy. *AJOG* 2010; 202(1):61.
- Zimmerman, M., Martinez, JH., Young, D., Chelminski, I., Dalrymple, K. Severity classification on the Hamilton Depression Rating Scale. *J Affect Disord* 2013 Sep 5;150(2):384-8.
- Μπρατίδου Σ. Ψυχοπροφυλακτική. Ψυχοσωματική προετοιμασία στην κύηση και τοκετό 2000: 29-31. Skourlas C., Sgourpoulou C., Belsis P., Pantziou P., Sfikas C., & Fosses N. (2007) Learner profiles in the Higher Educational Context, *Proceedings of e-Ra 2nd International Conference Information Technology to Science, Economy, Society and Education*, Athens.

Νέα σειρά Johnson's® cottontouch™

Μια αγκαλιά φροντίδας από την 1η ημέρα!



Το Johnson's® πρωτοπορεί στην παγκόσμια επιστημονική έρευνα για τη φροντίδα της βρεφικής επιδερμίδας.



Υποαλλεργική* σύνθεση, με ισοροπημένο pH για την επιδερμίδα



Ενισχύει το άγγιγμα και ενεργοποιεί τις αισθήσεις του μωρού



Με συστατικά φυσικής προέλευσης

η δύναμη  της φροντίδας

*Σύνθεση που ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο αλλεργιών



Τόμος 01, Τεύχος 03, 4^η Περίοδος

DOI:

Βιβλιογραφική ανασκόπηση των μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου

Σούλια Βασιλική¹, Ηλιάδου Μαρία²

¹Μαία ΤΕ, Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, ΜΕΘ ΓΝ Βόλου, Γραφείο Εκπαίδευσης Γενικό Νοσοκομείο Βόλου, Βόλος, Ελλάδα

²Δέκτορας Εφαρμογών, Τμήμα Μαιευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η δυσκολία ανακούφισης του νεογνικού πόνου και η ανεπαρκής πρόληψη, διάγνωση και ανακούφιση του νεογνικού πόνου που είναι ακόμα εδραιωμένες, εγείρουν την ανάγκη εύρεσης και εφαρμογής μεθόδων που δρουν αναλγητικά με μη επεμβατικό και μη φαρμακολογικό τρόπο.

Σκοπός: Σκοπός της εργασίας ήταν να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα των μη φαρμακολογικών μεθόδων ανακούφισης των νεογνών που βιώνουν τον πόνο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στις ΜΕΝΝ και να προταθούν οι καταλληλότερες.

Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε κριτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις MEDLINE και HEALLINK και στη μηχανή αναζήτησης GOOGLE SCHOLAR. Στην ανασκόπηση περιλήφθηκαν μόνο πρωτογενείς κλινικές μελέτες με δείγμα νεογνών από 0 έως 30 ημερών και αποκλείστηκαν οι βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις.

Αποτελέσματα: Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι ο μητρικός θηλασμός, ο μη διατροφικός θηλασμός, τα γλυκά διαλύματα και η μέθοδος kangaroo συμβάλλουν στην αναλγησία από τον νεογνικό πόνο και σε μερικές από αυτές τις μεθόδους με μεγάλη και σταθερή μείωση του πόνου. Όσον αφορά στις θεραπείες όπως η στάση του σώματος, η οικεία μουσική, το οικείο οσφρητικό ερέθισμα, ο βελονισμός, η υδροθεραπεία και η μάλαξη φαίνεται ότι επίσης συμβάλλουν στην ανακούφιση του νεογνικού πόνου. Επιπροσθέτως, αυτό το είδος των θεραπειών εφαρμόζονται άμεσα και με οικονομικό τρόπο εκτός από τον βελονισμό όπου απαιτείται ειδική τεχνογνωσία.

Συμπεράσματα: Οι υπάρχουσες μη φαρμακολογικές μέθοδοι ανακούφισης παίζουν σπουδαίο ρόλο στην διαχείριση του νεογνικού πόνου. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αποτελούν μια πρόταση για την αντιμετώπιση του μη λεκτικού νεογνικού πόνου, ο οποίος προκαλεί σοβαρές επιπλοκές στη μετέπειτα ζωή των νεογνών.

Λέξεις-κλειδιά: διαχείριση νεογνικού πόνου, μη φαρμακευτική, μη επεμβατική

Introduction: The difficulty of neonatal pain relief on the one hand and the insufficient prevention, diagnosis and relief of neonatal pain that is still established on the other hand, raises the need to find and apply methods acting as analgesics with non-invasive and non-pharmacological means.

Purpose: This study aims to examine the effectiveness of non-pharmacological pain relief of newborns during their hospitalization in the NICU and to make recommendations based on the results of the most efficient among them.

Methodology: A critical review of the literature articles from the electronic databases MEDLINE and HEALLINK, as well as the GOOGLE search engine, was carried out. The literature reviewed consists only of research articles based on primary data and the sample of which were neonates between 0-30 days old.

Results: Data analysis showed that breastfeeding, non-nutritive sucking, sweet solutions and the kangaroo method contribute to the analgesia of neonatal pain and some of them through a large and stable reduction of pain. As far as treatments like the body posture, familiar music, familiar olfactory



stimulation, acupuncture, hydrotherapy and massage are concerned, they also seems to contribute to the neonatal pain relief. Furthermore these types of treatments can be directly applied without any costs except for acupuncture where special expertise is required.

Conclusion: Existing non-pharmacological pain relief methods play an important role in the management of neonatal pain. The findings of this study can be used as recommendations on how to address the non-verbal neonatal pain, which can have serious impacts on a later stage of the newborns life.

Keywords: neonatal pain management, nonpharmacological, non invasive.

1. Εισαγωγή

1.1 Ορισμός πόνου

Ο πόνος, όπως ορίζεται από τη Διεθνή Ένωση για τη Μελέτη του Πόνου, αποτελεί «δυσάρεστη αισθητήρια και συναισθηματική εμπειρία που συνδέεται με πραγματική ή δυνητική βλάβη ιστού ή που περιγράφεται με ορολογία τέτοιας βλάβης». Σύμφωνα με την “International Association for the Study of Pain (IASP)”, το 1979 «ο πόνος είναι πάντα υποκειμενικός. Κάθε άτομο μαθαίνει την εφαρμογή της λέξης μέσω εμπειρίας σχετικής με τον τραυματισμό στην πρόωρη ζωή» (Merskey, 1991). Εντούτοις, αυτός ο ορισμός του πόνου από την IASP δεν είναι ενδεικτικός για ανθρώπους που δεν έχουν την ικανότητα του αυτοπροσδιορισμού, όπως είναι τα νεογνίδια και τα βρέφη. Συνεπώς, «η σχέση μεταξύ της αίσθησης του πόνου και της έκφρασης του είναι ιδιαίτερα εξηρητημένη με αυτόν που αξιολογεί τον πόνο και τα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιεί». Η θεωρία αυτή είναι βασισμένη σε εμπειρικά στοιχεία που υποστηρίζουν ότι και οι συμπεριφορικές αλλά και οι φυσιολογικές απαντήσεις είναι έγκυροι δείκτες πόνου και όχι ήσσονος σημασίας. Τα νεογνά, ακόμη και τα έμβρυα, ανταποκρίνονται στον πόνο με μορφοσμούς και κλάμα (Anand and Craig, 1996).

Στις αρχές του 2000, οι Anand και Craid (1996) περιέγραψαν τον πόνο ως μια ομοιοστατική αντίδραση, όπως ο κνησμός, η σπλαχνική δυσφορία, οι μυαλγίες, η πείνα, η δίψα, η «έλλειψη οξυγόνου». Η Συνθήκη Ηνωμένων Εθνών σχετικά με τα δικαιώματα του παιδιού, αναγνωρίζει ότι τα παιδιά ανήκουν σε έναν ευάλωτο πληθυσμό και ότι χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής από κάθε άποψη, συμπεριλαμβανομένης και της υγειονομικής περίθαλψης. Παρά ταύτα, η ανεπαρκής πρόληψη, διάγνωση και ανακούφιση του νεογνικού πόνου απαντώνται συχνά (Hartop, 2007).

Ο επαναλαμβανόμενος μηχανικός ερεθισμός, όπως μελετήθηκε σε κλινικές δοκιμές πειραματόζων, οδηγεί σε κίνδυνο ανάπτυξης υπερευαισθησίας (Eriksson et al, 2005). Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι ο χρόνιος πόνος μπορεί να έχει επιπτώσεις στην διακλάδωση των νευρικών δικτύων που οδηγούν ενδεχομένως, στις διαταραχές διάσπασης της προσοχής (Eriksson et al, 2005). Εξετάσεις απεικόνισης του εγκεφάλου, έδειξαν ότι οι τραυματισμοί στις μικροδομές της φαιάς ουσίας των πρώην-πρόωρων βρεφών εμμένουν έως και το 11ο έτος. Κατά συνέπεια είναι προφανές, όπως δηλώνεται από την IASP το 2007 ότι: "η ανικανότητα να επικοινωνήσει προφορικά ένα άτομο δεν αναιρεί τη πιθανότητα να βιώνει τον πόνο και χρειάζεται κατάλληλη ανακουφιστική θεραπεία."

Η αλγαισθητική απάντηση στα νεογνά που υπόκεινται σε επώδυνα ερεθίσματα είναι διαφορετική από αυτήν των ενηλίκων. Οι μηχανισμοί που ευθύνονται είναι συνοπτικά οι εξής:

α) Η ανωριμότητα του Νευρικού Συστήματος οδηγεί σε χαμηλότερο ουδό διέγερσης και ευαισθητοποίησης.



β) Η πλαστικότητα του περιφερικού και του κεντρικού νευρικού συστήματος στη νεογνική περίοδο, σημαίνει ότι η πρώιμη βλάβη στα νεογνά οδηγεί σε παρατεταμένη δομική και λειτουργική αλλαγή στο αλγαισθητικό σύστημα που διαρκεί μέχρι και την ενήλικη ζωή.

Στα πρόωρα νεογνά που έχουν περάσει κάποιο χρονικό διάστημα σε μονάδα εντατικής νοσηλείας, το μέγεθος της απάντησης στον πόνο αυξάνεται και ο ουδός μειώνεται μετά από επαναλαμβανόμενο μηχανικό ερεθισμό. Η επίδραση αυτή είναι πιο έντονη μεταξύ 28-33 εβδομάδων και χάνεται μετά τις 42 εβδομάδες. Επιπλέον οι αλγοϋποδοχείς των C ινών είναι σχεδόν πλήρως αναπτυγμένοι στα πρώτα στάδια της ανάπτυξης με αποτέλεσμα μικρότερες συχνότητες και εύρος απάντησης από ότι στους ενήλικες. Αρουραίοι 2 εβδομάδων έχουν ακόμη μειωμένες ταχύτητες αγωγής επώδυνων ερεθισμάτων και μη ανεπτυγμένη απαντητική λειτουργία (Fitzgerald and Beggs, 2001).

Ο τραυματισμός ιστού στην πρόωρη μεταγεννητική περίοδο προκαλεί μια βαθιά και μόνιμη εντοπισμένη πλαστικότητα στην αισθητικές νευρικές απολήξεις των A και C ινών. Επίσης κατά τη μεταγεννητική περίοδο στους αρουραίους, η ιστική βλάβη προκαλεί εκβλάση των αισθητικών νευρικών απολήξεων αφήνοντας μια περιοχική υπερνευρωμένη και ευαίσθητη που διατηρείται κατά την ενηλικίωση, ενώ η υπερνεύρωση μετά από τραύμα στους ενήλικες είναι αδύναμη και προσωρινή και ανατάσσεται μετά από μερικές εβδομάδες. Στην εκβλάση των νευρικών απολήξεων συμβάλλουν οι εμμύελες A και αμύελες C ίνες, καθώς και το ανοσοποιητικό σύστημα μέσω κυτοκινών.

Ένα άλλο σημαντικό χαρακτηριστικό γνώρισμα των οπισθίων κεράτων στα νήπια είναι ότι τα υποδεκτικά πεδία είναι μεγαλύτερα, δηλαδή αφορούν μια σχετικά μεγάλη περιοχή της επιφάνειας του σώματος σε σχέση με τους ενήλικες. Τα πεδία αυτά μειώνονται σταδιακά μετά τις 2 πρώτες εβδομάδες ζωής. Αυτό συμβαίνει γιατί αναστέλλονται και μειώνονται τα κεντρικά κεντρομόλα ερεθίσματα στα κύτταρα των οπισθίων κεράτων. Η εικόνα 1 εξηγεί πως τα μεγάλα υποδεκτικά πεδία οδηγούν σε μείωση των αισθητικών ουδών και σε αυξημένη διεγερσιμότητα την 3ης τάξης των κινητικών νευρώνων ή του θαλάμου. Τα μεγάλα υποδεκτικά πεδία και το αυξημένο ποσοστό των ερεθισμάτων μέσω των A ινών αυξάνουν την πιθανότητα των κεντρικών κυττάρων να διεγερθούν από την περιφέρεια (Fitzgerald and Beggs, 2001).

Σύμφωνα με μελέτες, το πρόβλημα του νεογνικού πόνου είναι σημαντικό, ειδικά στον πληθυσμό των πρόωρων νεογνών. Σχεδόν 1000 νεογνά (1%) στη Σουηδία, γεννιούνται εξαιρετικά πρόωρα. Αυτά τα βρέφη χρειάζονται συνήθως νοσοκομειακή φροντίδα για 2-4 μήνες, και διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο έκθεσης σε επαναλαμβανόμενες επίπονες διαδικασίες κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Ιδιαίτερα τα βρέφη με βάρος γέννησης μικρότερο από 1000 γραμμάρια επιζούν συχνότερα πλέον (Serenius et al 2004; Höbbergetal 2006). Ακόμη, σύμφωνα με άλλη μελέτη στη Σουηδία φάνηκε ότι 120 νεογνά που νοσηλεύτηκαν σε μονάδες εντατικής νεογνών εκτεθήκαν σε 39.000 διαδικασίες και ιατρονοσηλευτικές πράξεις, εκ των οποίων το 75% ήταν επώδυνες. Η μέση συχνότητα ήταν 22,9 διαδικασίες ανά νεογνό ανά ημέρα με τις 17,3 από αυτές να είναι επώδυνες. Τα αποτελέσματα της έρευνας βεβαίωσαν ότι η ιατρογενής έκθεση στον πόνο είναι ένα σοβαρό πρόβλημα και τα πρόωρα νεογνά (24-28 w) είναι περισσότερο εκτεθειμένα στον πόνο (Cignacco et al., 2009).

2. Σκοπός

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας των μη φαρμακολογικών μεθόδων ανακούφισης των νεογνών που βιώνουν τον πόνο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στις MENN και η δημιουργία προτάσεων με τις



καταλληλότερες από αυτές. Ως επιμέρους στόχος ετέθη η ανασκόπηση εργαλείων ανίχνευσης του νεογνικού πόνου.

3. Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις Medline και Heallink και στη μηχανή αναζήτησης Google Scholar για το χρονικό διάστημα από 1992 έως 2015. Χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις κλειδιά "neonatal pain management", "non pharmacological", "noninvasive" καθώς και συνδυασμοί τους. Η αναζήτηση αφορούσε τον τίτλο, την περίληψη και τις λέξεις- κλειδιά. Βασική προϋπόθεση για την εισαγωγή ήταν μόνο πρωτογενείς κλινικές μελέτες των οποίων το δείγμα ήταν νεογνά από 0 έως 30 ημερών καθώς και μελέτες στην Αγγλική γλώσσα, ενώ αποκλείστηκαν οι βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκαν επιστημονικά συγγράμματα χρονολογούμενα από το 1978.

4. Αποτελέσματα

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με τις συγκεκριμένες λέξεις κλειδιά αξιολογήθηκαν τελικά 27 άρθρα, τα οποία πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής. Κατά την διαδικασία αξιολόγησης των άρθρων δημιουργήθηκαν οι εξής θεματικές ενότητες: 1) Διαγνωστικά εργαλεία του νεογνικού πόνου, και 2) Μη φαρμακευτικές μέθοδοι αντιμετώπισης του νεογνικού πόνου.

4.1. Διαγνωστικά εργαλεία του νεογνικού πόνου

Η αξιολόγηση του πόνου παρέχει μια κλινική εκτίμηση της δριμύτητας του πόνου. Περιλαμβάνει ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά του πόνου που αποτελούν τη βάση της κλινικής απόφασης. Η μέτρηση της ποσότητας του πόνου απαντά στην ερώτηση "πόσος πόνος;". Συμπληρωματικά αξιολογείται η ποιότητα, η συχνότητά, η διάρκεια και η περιοδικότητα του πόνου.

Ο πόνος μπορεί να εκτιμηθεί με ειδικές μονοδιάστατες ή πολυδιάστατες κλίμακες που περιλαμβάνουν συχνά και τις δύο αντιδράσεις: από τη μια τις φυσιολογικές αντιδράσεις που καταγράφονται μέσω μηχανημάτων, και από την άλλη τις συμπεριφοριστικές απαντήσεις που μαγνητοσκοπούνται ή παρατηρούνται οπτικά με φυσική παρουσία του φροντιστή όπως οι αλλαγές στην έκφραση του προσώπου, στις κινήσεις του σώματος και στο χρώμα του δέρματος. Μερικές από τις κλίμακες αξιολόγησης του πόνου έχουν σκοπό να υπολογίσουν τον πόνο μετά από κλινικές διαδικασίες, τον οξύ πόνο, ενώ μερικές περιγράφουν τον πόνο που εμμένει και τη δυσφορία. Σήμερα υπάρχουν πολυάριθμες κλίμακες πόνου στην διεθνή βιβλιογραφία.

Η **Κλίμακα COMFORT** αναπτύχθηκε για να μετρήσει την ψυχολογική καταπόνηση στους παιδιατρικούς ασθενείς των μονάδων εντατικής θεραπείας (PICU), συμπεριλαμβανομένων και των βρεφών ηλικίας μέχρι 24 μηνών, αλλά έχει τροποποιηθεί για να μελετήσει επίσης τον νεογνικό πόνο (Abuel et al., 1992). Αυτή η κλίμακα θεωρήθηκε πολύπλοκη λόγω των πολλαπλών διαβαθμίσεων και του ασύμμετρου σχεδιασμού της. Περιλαμβάνει πέντε επίπεδα αντίδρασης για οκτώ παραμέτρους, όπως η επαγρύπνηση, η ηρεμία/ή ανησυχία, ο τύπος αναπνοής, η κίνηση, ο μυϊκός τόνος, η ένταση του προσώπου, η αρτηριακή πίεση και η καρδιακή συχνότητα (Blauer and Gerstmann, 1998)



Η **Κλίμακα Νεογνικού Πόνου** (Neonatal Infant Pain Scale – NIPS) (Lawrence et al., 1993) προσαρμόστηκε για τα πρόωρα και μη βρέφη και περιλαμβάνει έξι δείκτες πόνου, πέντε συμπεριφοριστικούς δείκτες (έκφραση προσώπου, κραυγή, άνω και κάτω άκρα χαλαρωμένα ή τεταμένα, κατάσταση εγρήγορσης) και έναν φυσιολογικό δείκτη αναπνοής. Αυτή η κλίμακα χρησιμοποιείται κυρίως για ερευνητικούς λόγους, αν και μερικά νοσοκομεία την χρησιμοποιούν επίσης για την κλινική αξιολόγηση του μετεγχειρητικού νεογνικού πόνου (Taylor, 2006).

Άλλη κλίμακα είναι το **Σύστημα Κωδικοποίησης Νεογνικών Προσώπων** (Neonatal Facial Coding System - NFCS) βασίζεται στην ανάλυση της συμπεριφοριστικής απάντησης, η οποία παρουσιάζει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα τόσο σε πρόωρα όσο και σε τελειόμηνα βρέφη. Η κλίμακα NFCS χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει τις αντιδράσεις στον οξύ πόνο κατά τη διάρκεια διαφόρων φάσεων ύπνου/ενυπνίου και περιλαμβάνει εννέα εκφράσεις προσώπου. Μεταγενέστερες εκδόσεις της κλίμακας διαφοροποιούν επίσης τον οξύ πόνο από τα ανώδυνα γεγονότα, την ιστική βλάβη (επίπονα) από τις στρεσογόνες φάσεις μιας ιατρικής πράξης, τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα της φαρμακολογικής αναλγησίας ή της σακχαρόζης κατά τη διάρκεια επεμβατικών διαδικασιών, και των μη-φαρμακολογικών παρεμβάσεων διαχείρισης του πόνου (Grunau and Craig, 1987).

Η **Κλίμακα Πόνου Κραυγών** (CRIES PAINSCALE) είναι μια κλίμακα 10 σημείων παρόμοια με την αξιολόγηση κατά APGAR. Αυτή η κλίμακα αναπτύχθηκε για τα πρόωρα και τελειόμηνα νεογνά, με φυσιολογικές (απαιτήσεις σε O₂, την καρδιακή συχνότητα και αρτηριακή πίεση) και συμπεριφοριστικές μεταβλητές (κλάμα, έκφραση προσώπου και στέρση ύπνου) οι οποίες έχουν συνδεθεί με τον νεογνικό πόνο μετά από χειρουργική επέμβαση. Η κλίμακα CRIES αναφέρεται στο Κλάμα, στις Απαιτήσεις σε Οξυγόνο για κορεσμό πάνω από 95, στα Αυξημένα Ζωτικά Σημεία, στην Έκφραση και στην Ένδειξη Ύπνου (Krechel and Bildner, 1995).

Η **Κλίμακα SUN** (Scale for use in Newborns) αναπτύχθηκε μέσω της σύγκρισης της κλίμακας NIPS με τη COMFORT για την αξιολόγηση του πόνου κατά τη διάρκεια τεσσάρων διαδικασιών ρουτίνας (intubation, καθετηριασμός φλέβας, αναρρόφηση τραχειοσωλήνων και αλλαγές πανών). Η κλίμακα SUN ήταν ένα εργαλείο που προτιμήθηκε πολύ, επειδή ήταν εύχρηστο, είχε συμμετρία και συνέπεια στη μέτρηση. Περιλαμβάνει επτά παραμέτρους, τέσσερις φυσιολογικές (επίπεδο συνείδησης, αναπνοή, καρδιακός ρυθμός, μέση αρτηριακή πίεση) και τρεις συμπεριφοριστικές (κίνηση, μυϊκός τόνος και έκφραση προσώπου) (Blauer and Gerstmann, 1998).

Η **Κλίμακα Δυσφορίας** (Distress Scale for Ventilated Newborn Infants- DSVNI) για τα διασωληνωμένα Νεογέννητα, αναπτύχθηκε για να αξιολογήσει τις συμπεριφοριστικές (έκφραση προσώπου, σωματική κίνηση και χρώμα) και τις φυσιολογικές απαντήσεις στις επίπονες διαδικασίες στο διασωληνωμένο νεογνό. Η κλίμακα αυτή στερείται επαρκούς ψυχομετρικής επικύρωσης και έχει περιορίσει την κλινική χρησιμότητα, επειδή η νεογνική δυσφορία μπορεί να προκύψει από πόνο αλλά και από διάφορες άλλες αιτίες (Sparshott, 1995).

Το **Εργαλείο Αξιολόγησης του Νεογνικού Πόνου** (Neonatal Pain Assessment Tool), περιλαμβάνει τις συμπεριφοριστικές και φυσιολογικές παραμέτρους μαζί, με επτά στοιχεία (κατάσταση, κραυγή, δραστηριότητα, καρδιακός ρυθμός, αρτηριακή πίεση, αναπνευστική συχνότητα και κορεσμός οξυγόνου). Το συγκεκριμένο χαρακτηριστικό αυτής της κλίμακας είναι ο συνυπολογισμός των περιγραφικών πληροφοριών όπως το χρονικό διάστημα από τη τελευταία χορήγηση αναλγητικού



φαρμάκου, ο τύπος και η δόση των φαρμακολογικών παρεμβάσεων, καθώς και ο τύπος και η συχνότητα των μη-φαρμακολογικών επεμβάσεων (Friendrichs, 1995).

Η **Κλίμακα για τον πόνο των προώρων νεογνών** (Preterm Infant Pain Profile-**PIPP**) αναπτύχθηκε για να αξιολογήσει τον οξύ διαδικαστικό πόνο στα πρόωρα και τελειόμηνα νεογνά στο πλαίσιο τόσο της έρευνας, όσο και της κλινικής πράξης. Η PIPP είναι ένα μέτρο που περιλαμβάνει και φυσιολογικούς και συμπεριφοριστικούς δείκτες. Κάθε δείκτης αξιολογείται σε μια κλίμακα τεσσάρων σημείων (0 ..1 ..2, και 3). Η ηλικία κύησης και η συμπεριφοριστική κατάσταση του βρέφους λαμβάνονται υπόψη και έτσι η κλίμακα PIPP είναι έγκυρη για τις αξιολογήσεις του πόνου των νεογνών σε όλες τις ηλικίες κύησης. Πιθανώς αποτέλεσε την πιο κοινή κλινικά χρησιμοποιημένη κλίμακα πόνου (Stevens, 1996).

Μια άλλη νέα κλίμακα πόνου που μπορεί να χρησιμοποιηθεί στις MENN είναι η **ΒΙΙΡ** (Behavioral Indicators Of Infant Pain) που συνδυάζει τις καταστάσεις ύπνου/ενυπνίου, 5 εκφράσεις προσώπου και 2 κινήσεις των χεριών. Η ΒΙΙΡ μέχρι στιγμής παρουσιάζει αξιοπιστία και εγκυρότητα για την αξιολόγηση του οξέος πόνου στο πρόωρο νεογνό (Hosti et al, 2008).

4.2. Μη φαρμακευτικές μέθοδοι αντιμετώπισης του νεογνικού πόνου

Μητρικός θηλασμός

Για να δείξουν οι Efe et al.(2007), ότι ο μητρικός θηλασμός και το διάλυμα σουκρόζης επιδρά θετικά στο νεογνικό πόνο που προκαλείται από την φλεβοκέντηση, χρειάστηκαν 102 τελειόμηνα νεογνά (28 – 42 w: εβδομάδες κύησης), τα οποία χωρίστηκαν σε 3 ομάδες. Έγινε μέτρηση του πόνου με την κλίμακα NIPS, τη διάρκεια κλάματος (δευτερόλεπτα), τον καρδιακό ρυθμό και τον κορεσμό του οξυγόνου στο αίμα. Και στις 2 ομάδες παρέμβασης (σουκρόζη – θηλασμός), οι μητέρες άλλαξαν τις πάνες των μωρών, αφαίρεσαν τα ρούχα τους και τα τοποθέτησαν στην αγκαλιά τους. Στην ομάδα της σουκρόζης δόθηκαν 2 ml από 25% διάλυμα σουκρόζης μέσω τεχνητής θηλής, 3 λεπτά πριν τη φλεβοκέντηση. Στην ομάδα του θηλασμού τα νεογνά είχαν απόλυτη επαφή με το δέρμα της μητέρας και θήλαζαν καθ' όλη τη διάρκεια της φλεβοκέντησης, αλλά και μετά από αυτή. Η μέση διάρκεια του κλάματος ήταν αρκετά μεγαλύτερη στην ομάδα ελέγχου σε σχέση με τις ομάδες παρέμβασης. Το διάλυμα σουκρόζης ελάττωσε περισσότερο τη διάρκεια του κλάματος σε σχέση με τον θηλασμό. Όσον αφορά στον πόνο, οι τιμές της NIPS ήταν κατά πολύ αυξημένες στην ομάδα ελέγχου ($5,6 \pm 2,2$) σε σχέση με αυτή τη σουκρόζης ($0,3 \pm 0,9$) και του θηλασμού ($0,9 \pm 1,9$) χωρίς τις δυο τελευταίες ομάδες να διαφέρουν σημαντικά στις τιμές. Επίσης ο κορεσμός σε O₂ παρέμεινε υψηλός στις ομάδες παρέμβασης.

Οι Sahoo et al (2013), ερευνήσαν το αναλγητικό αποτέλεσμα του μητρικού γάλακτος και του διαλύματος δεξτρόζης 25%. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 160 νεογνά που φλεβοκεντήθηκαν και χωρίστηκαν σε δυο ομάδες παρέμβασης (μητρικό γάλα και δεξτρόζη) και σε μια ομάδα ελέγχου (αποσταγμένο νερό). Η μέτρηση του πόνου έγινε με την κλίμακα PIPP. Η μέση τιμή της PIPP για την ομάδα της δεξτρόζης, του μητρικού θηλασμού και του αποσταγμένου νερού ήταν 5.22, 6.84, και 11.22 αντίστοιχα 0-30 δευτερόλεπτα μετά τη φλεβοκέντηση και 4.52, 6.34, και 10.88 στο 1-1.5 λεπτό και 3.96, 6.15, και 9.35 στα 3-3.5 λεπτά ($p < 0.001$). Το μητρικό γάλα μείωσε σημαντικά την ένταση του πόνου, σε μικρότερη βέβαια έκταση συγκριτικά με το διάλυμα δεξτρόζης.



Οι Simonse et al (2012), μελέτησαν στην Ολλανδία 71 πρόωρα νεογνά (32-37 w) τα οποία υπεβλήθησαν σε σκαριφισμό πτέρνας. Τα νεογνίδια χωρίστηκαν τυχαία σε μια ομάδα μητρικού γάλακτος (χορήγηση είτε μέσω θηλασμού, είτε μέσω φιάλης) και σε μια ομάδα σουκρόζης 24% από το στόμα (χορήγηση 2 ml 30sec πριν τη παρακέντηση). Το εργαλείο μέτρησης του πόνου ήταν η κλίμακα PIPP η οποία έδειξε ότι υπάρχει σημαντική διαφορά στη μέση τιμή της PIPP μεταξύ της ομάδας με το μητρικό γάλα (6,1) και της σουκρόζης (5,5).

Οι Efe et al (2007), μελέτησαν την επίδραση του μητρικού θηλασμού πριν, κατά τη διάρκεια και μετά από ενδομυϊκές ενέσεις σε 66 νεογνά. Η διάρκεια του κλάματος ήταν μικρότερη στην ομάδα του μητρικού θηλασμού ($35 \pm 40,11$ sec) σε σχέση με αυτή της ομάδας ελέγχου. Ο καρδιακός ρυθμός και ο κορεσμός σε οξυγόνο ήταν ίδιος και στις δυο ομάδες. Συμπερασματικά ο μητρικός θηλασμός, η δερματική επαφή και η μητρική αγκαλιά μείωσαν το κλάμα στα νεογνά στα οποία έγινε ενδομυϊκή ένεση.

Kangaroo

Οι Chernont et al (2009), διεξήγαγαν μια έρευνα με σκοπό να συγκρίνουν την αποτελεσματικότητα της peros χορήγησης (από το στόμα) δεξτρόζης ή/και της απευθείας δερματικής επαφής με τη μητέρα σε 640 τελειόμηνα νεογνά που βρίσκονταν στην 12η έως τη 72η ώρα ζωής μετά από ενδομυϊκή ένεση ανοσοποίησης από την ηπατίτιδα Β. Η κλίμακα αξιολόγησης ήταν η NIPS και η FCS. Δημιουργήθηκαν 4 ομάδες. Η 1η ομάδα ελέγχου δεν έλαβε καμία παρέμβαση, η 2η ομάδα έλαβε διάλυμα δεξτρόζης 25% δύο λεπτά πριν την ένεση, στην 3η ομάδα της παρέμβασης “Kangaroo” το νεογνό τοποθετήθηκε μόνο με τη πλάτη, γυμνό στο γυμνό στήθος της μητέρας 2 λεπτά πριν την ενδομυϊκή ένεση έως 2 λεπτά μετά την απομάκρυνση της βελόνας (Εικόνα 2) και η 4η ομάδα ήταν ο συνδυασμός της δεξτρόζης και του Kangaroo. Η εκτίμηση του πόνου έδειξε ότι η τεχνική Kangaroo και το διάλυμα δεξτρόζης ως αποκλειστικός τρόπος ανακούφισης βοήθησαν μόνο κατά τη διάρκεια της αποκατάστασης (2 λεπτά μετά), όμως ο συνδυασμός τους μείωσε σημαντικά τις τιμές NIPS και FCS (Πίνακας 1).

Σε αντιστοιχία έρευνα οι Johnston et al (2008), έδειξαν ότι 61 νεογνά (31w) ένιωσαν λιγότερο πόνο μετά από σκαριφισμό πτέρνας με την μητρική φροντίδα του Kangaroo (Kangaroo MotherCare - KMC). Η μέτρηση του πόνου έγινε με την κλίμακα PIPP τη στιγμή του σκαριφισμού, 60sec και 90sec μετά από αυτή. Στην KMC το νεογνό τοποθετήθηκε στο δέρμα της μητέρας τουλάχιστον 15min πριν την παρέμβαση. Αντίστοιχα στην ομάδα ελέγχου έγινε τοποθέτηση του νεογνού τυλιγμένο σε κουβέρτα σε πρηνή θέση μέσα στη θερμοκοιτίδα. Η μέση τιμή της PIPP ήταν μικρότερη στα 30sec και 60sec μετά τον σκαριφισμό αλλά μειώθηκε σημαντικά μετά από 90sec όταν εφαρμόστηκε η τεχνική KMC σε σύγκριση με τη θερμοκοιτίδα (KMC = 8.871, ομάδα ελέγχου = 10,2) στα 30sec, 60sec, 90sec.

Μια μικρή υπεροχή στην αναλγητική ικανότητα βρέθηκε να υπάρχει στη μητρική φροντίδα kangaroo από την πατρική. Συγκεκριμένα οι Johnston et al (2011), στρατολόγησαν 62 γονείς πρόωρων νεογνών (μια ομάδα μητέρων μια ομάδα πατέρων) ηλικίας κύησης 28-36 εβδομάδες να είναι σε δερματική επαφή για 15min πριν, κατά τη διάρκεια και 15min μετά την αιμοληψία. Το εργαλείο αξιολόγησης ήταν η κλίμακα PIPP. Υπήρξαν σημαντικά αποτελέσματα στα 30sec (μέση διαφορά = 1,435) και στα 60sec (μέση διαφορά = 1,548) με υψηλότερες τιμές PIPP να προκύπτουν από το πατρικό Kangaroo. Στα 90sec και 120sec δεν υπήρχαν αξιοσημείωτες διαφορές.

Στάση σώματος (εμβρυϊκή) – Facilitated Tucking (FT)



Μια ακόμη μέθοδος αντιμετώπισης του νεογνικού πόνου είναι και η διευκόλυνση της πτύκωσης του σώματος του νεογνού από τον γονέα (προσομοίωση της εμβρυικής στάσης) (Εικόνα 3). Σκοπός των Axelin et al (2009), ήταν να διερευνήσουν αν η μέθοδος αυτή προσφέρει ανακούφιση από τον πόνο που προκαλεί ο σκαριφισμός της πτέρνας και η αναρρόφηση φαρυγγικού υγρού. Συγκεντρώθηκε δείγμα από 22 νεογνά και τους γονείς τους (ηλικία κύησης 28-32 w) και μελετήθηκε η μέθοδος FT, η από του στόματος χορήγηση 0,2 ml 24% γλυκόζης και η placebo παρέμβαση (0.2 ml αποσταγμένο νερό) 2' πριν την επώδυνη διαδικασία.

Οι τιμές της PIPP για τον σκαριφισμό της πτέρνας ήταν μικρότερες στην παρέμβαση με τη γλυκόζη (μέση τιμή: $4,85 \pm 1,73$) και τη FT (μέση τιμή: $2,20 \pm 1,70$) σε σύγκριση με τη placebo (μέση τιμή: $7,05 \pm 2,16$). Οι τιμές της PIPP για τη φαρυγγική αναρρόφηση ήταν μικρότερες με τη γλυκόζη (μέση τιμή: $11,05 \pm 2,31$) και το FT (μέση τιμή: $11,25 \pm 2,47$) σε σύγκριση με τη placebo (μέση τιμή: $12,40 \pm 2,06$). Αντίθετα με την παραπάνω έρευνα οι Cignaccoetal(2012), έδειξαν ότι η μέθοδος FT δε μπορεί να προταθεί ως μέθοδος αντιμετώπισης του επαναλαμβανόμενου πόνου σε πρόωρα νεογνά. Συγκεκριμένα μελετήθηκαν 3 παρεμβάσεις: 1) 0,2 ml/kg 20% σουκρόζη (από το στόμα), 2) FT, 3) ο συνδυασμός των δύο παραπάνω. Το επώδυνο ερέθισμα ήταν ο σκαριφισμός πτέρνας σε 71 πρόωρα νεογνά (24 – 32 w) και η κλίμακα μέτρησης του πόνου ήταν η BPNS (Bernese Pain Scale for Neonates). Η μέθοδος FT ($9,75 \pm 4,73$) όταν εφαρμόστηκε κατά αποκλειστικότητα ήταν λιγότερο αποτελεσματική από τη σουκρόζη ($7,48 \pm 3,64$) ή τον συνδυασμό τους ($7,53 \pm 3,75$).

Μη διατροφικός θηλασμός (Non Nutritive Sucking - NNS)

Συνδυαστικά με τη FT, οι Liaw et al (2012), διερεύνησαν και τη μέθοδο του μη διατροφικού Θηλασμού (Non-Nutritive Sucking, NNS) με τεχνητή θηλή (πιπίλα). Σε πληθυσμό 34 πρόωρων νεογνών (29 – 34 w) που υπεβλήθησαν σε παρακέντηση πτέρνας, της οποίας ο πόνος αντιμετωπίστηκε με 3 διαφορετικές αλληλουχίες θεραπειών: 1) συνήθης φροντίδα, NNS, FT, 2) NNS, FT, συνήθης φροντίδα, 3) FT, συνήθης φροντίδα, NNS.

Το εργαλείο αξιολόγησης του πόνου ήταν η PIPP. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η θεραπεία με NNS και FT έχει σημαντικά μικρότερες μέσες τιμές (NNS: 6,39, FT: 7,15) από την καθιερωμένη καθημερινή φροντίδα. Η NNS μείωσε τις τιμές της PIPP περισσότερο από τη FT. Παρόλα αυτά η FT είχε επίδραση όχι μόνο στην ανακούφιση του πόνου αλλά και στην φυσιολογική και συμπεριφορική σταθερότητα του νεογνού κατά τη διάρκεια της παρακέντησης.

Επιπρόσθετα, έρευνα που έδειξε ότι η μέθοδος NNS και η σουκρόζη παρουσιάζουν ανακουφιστική δράση στα πρόωρα νεογνά, ήταν αυτή των Boyleetal(2006). Για τον σκοπό αυτόν συγκεντρώθηκαν 40 νεογνά < 32 w ή < 1500 γρ σωματικού βάρους γέννησης 2 λεπτά της ώρας πριν εξεταστούν στους οφθαλμούς για αμφιβληστροειδοπάθεια. Οι 4 παρεμβάσεις ήταν 1) 1 ml αποσταγμένο νερό, 2) 1 ml 33% διάλυμα σουκρόζης, 3) 1 ml αποσταγμένο νερό με πιπίλα και 4) 1 ml 33% διάλυμα σουκρόζης με πιπίλα. Η μέση τιμή της PIPP ήταν 15,3 / 14,3 / 12,3 / 12,1 για τις 4 ομάδες αντιστοίχα. Όσον αφορά στη σύγκριση μεταξύ της ομάδας των νεογνών που έκαναν χρήση πιπίλας και των νεογνών χωρίς πιπίλα, οι τιμές της PIPP ήταν πολύ μειωμένες στην ομάδα με τη χρήση της πιπίλας. Παρόμοια, η ομάδα της σουκρόζης είχε μικρότερες τιμές της κλίμακας πόνου από την ομάδα με το αποσταγμένο νερό.



Μουσική και NNS

Τα βρέφη έχουν μνήμη ηχητικών ερεθισμάτων από την εμβρυική τους ζωή. Σύμφωνα με αυτή τη γνώση, οι Bot et al (2000), έδειξαν ότι 27 νεογνά που υποβλήθηκαν σε παρακέντηση πτέρνας ανταποκριθήκαν θετικά σε ενδομήτριους ήχους (παλμοί μητέρας), απαλή μουσική και NNS. Η χρήση της μουσικής, των οικείων ήχων και της NNS είχαν την πιο ισχυρή επίδραση στην αύξηση του SaO₂ και στη μείωση του πόνου, ενώ η χρήση αποκλειστικά της μουσικής είχε την ισχυρότερη θετική επίδραση στον καρδιακό ρυθμό των νεογνών.

Οσφρητικό ερέθισμα

Οι Rattaz et al (2005), αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα μιας μυρωδιάς (οικεία ή όχι) στη μείωση του πόνου σε τελειόμηνα νεογνά κατά τη διάρκεια μια παρακέντησης της πτέρνας. Το δείγμα της έρευνας ήταν σαράντα τέσσερα νεογνά που θήλαζαν, τα οποία χωριστήκαν σε 4 ομάδες. Η 1η ήταν τα νεογνά που εκτέθηκαν στην μυρωδιά του μητρικού γάλακτος, η 2η εκτέθηκε σε οικείο άρωμα βανίλιας (προηγήθηκε περίοδος εξοικείωσης), η 3η ομάδα εκτέθηκε σε μια μη οικεία μυρωδιά και η 4η ήταν ομάδα ελέγχου. Οι δείκτες που αξιολογήθηκαν ήταν το κλάμα, οι μορφασμοί πόνου και οι κινήσεις των χεριών. Βρέθηκε ότι τα νεογνά που οσφρίστηκαν οικεία μυρωδιά (μητρικό γάλα, άρωμα βανίλιας) παρουσίασαν λιγότερο κλάμα και μορφασμούς πόνου κατά τη διάρκεια μετά τη παρακέντηση (περίοδος ανάρρωσης).

Παρόμοια αποτελέσματα προέκυψαν από την έρευνα των Goub et al (2007), όπου 44 τελειόμηνα νεογνά εξοικειώθηκαν μέσω της μητέρας τους ή μέσω της κούνιας τους με άρωμα βανίλιας ή δεν εξοικειώθηκαν με μυρωδιά. Την ημέρα της παρακέντησης της πτέρνας τα νεογνά είτε εκτέθηκαν στο γνωστό άρωμα είτε σε άγνωστο είτε δεν εκτέθηκαν σε μυρωδιά πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την παρακέντηση. Εκτιμήθηκαν το κλάμα, οι μορφασμοί του πόνου και οι κινήσεις των χεριών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα νεογνά που εκτέθηκαν στο οικείο άρωμα της βανίλιας παρουσίασαν μειωμένα επίπεδα στρες και λιγότερες κινήσεις των χεριών σε σχέση με την ομάδα νεογνών με την ανοίκεια μυρωδιά ανεξάρτητα του τρόπου εξοικείωσης (κούνια ή μητέρα).

Βελονισμός

Οι Ecevit et al (2011), βασίστηκαν στη γνώση ότι όταν μια βελόνα βελονισμού εισάγεται στους υποκείμενους ιστούς ενεργοποιεί υποδοχείς πόνου (νευρικές απολήξεις) και ενεργοποιεί την έκκριση ενδογενών οπιοειδών, τα οποία παίζουν ρόλο στον έλεγχο του πόνου. Σύμφωνα λοιπόν με την έρευνα, 10 πρόωρα νεογνά ($29,9 \pm 3,07w$) έλαβαν πιπίλα και 2 ml/kg μητρικού γάλακτος κατά τη διάρκεια της παρακέντησης πτέρνας. Καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας καταγραφόταν το SaO₂, η συστολική και η διαστολική πίεση, ο αναπνευστικός και ο καρδιακός ρυθμός, η διάρκεια κλάματος και η κλίμακα NIPS. Ο βελονισμός πραγματοποιήθηκε με τη διεύδυση και παραμονή για 30 λεπτά της ώρας, μίας λεπτής αποστειρωμένης βελόνας στο σημείο βελονισμού Vintang. Αυτό το σημείο βρίσκεται στο μέσο μεταξύ των φρυδιών, στο μέσο του μετώπου. Κανένα νεογνό δεν έκλαψε κατά τη διάρκεια του βελονισμού. Ο καρδιακός ρυθμός μειώθηκε από $152,2 \pm 19$ σε $138,3 \pm 16,8$. Η μέση διάρκεια κλάματος και η μέση τιμή της NIPS ήταν $72,8 \pm 40,2$ δευτερόλεπτα και $4,2 \pm 1,9$ αντίστοιχα, ενώ στην ομάδα ελέγχου ήταν $138 \pm 42,6$ και $6,1 \pm 0,8$ αντίστοιχα.



Υδροθεραπεία

Οι Vighochi et al(2010), εκτίμησαν την επίδραση της υδροθεραπείας στον πόνο σε 12 κλινικά σταθερά νεογνά >36 w. Ο πόνος μειρήθηκε με τη κλίμακα NFCS. Η υδροθεραπεία περιλάμβανε το τύλιγμα των νεογνών σε πετσέτα με το σώμα τους κεκαμμένο και την ήρεμη βύθιση τους σε υγρό περιβάλλον για 10 min (Εικόνα 4). Ο κορμός και η πύελος κινούνταν αργά και απαλά για την διέγερση του κιναισθητικού συστήματος. Η μέση τιμή της κλίμακας ήταν $5,38 \pm 0,916$ πριν τη φυσικοθεραπεία. Ήδη από τα πρώτα λεπτά της υδροθεραπείας μειώθηκε ο πόνος σε $4 \pm 1,85$ της κλίμακας. Στο τέλος της φυσικοθεραπείας η τιμή του πόνου μειώθηκε σε $1,38 \pm 1,18$ ($p<0.001$). Περαιτέρω μείωση παρατηρήθηκε στα 30' ($0,38 \pm 0,74$) και στα 60' ($0,25 \pm 0,46$ μετά την υδροθεραπεία).

Μάλαξη

Η μάλαξη σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα μπορεί να αναχαιτίσει τη πορεία του επώδυνου ερεθίσματος μέσω της «Θεωρίας Πύλης Ελέγχου» ή να ενεργοποιήσει τη παραγωγή ενδογενών οπιοειδών. Έτσι, οι Jain et al (2006) ερευνήσαν 13 νεογνά τα οποία παρακεντήθηκαν στη πτέρνα μετά από 2min μάλαξη στην εξωτερική επιφάνεια της πτέρνας. Μια ομάδα ακόμη 10 νεογνών ήταν στην ομάδα ελέγχου, όπου δεν έγινε μάλαξη. Μετά την παρακέντηση η βαθμολογία της κλίμακας NIPS αυξήθηκε και στις δύο ομάδες αλλά στην ομάδα ελέγχου συσχετίστηκε με πολύ μεγαλύτερη αύξηση στη βαθμολογία (ομάδα ελέγχου: $3,5 \pm 1,6$ και ομάδα παρέμβασης: $1,5 \pm 0,9$).

5. Συμπεράσματα

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στην παρούσα εργασία εκφράζει την ανάγκη για πολύπλευρη αντιμετώπιση του πόνου των νεογνών, ο οποίος στο παρελθόν φαίνεται να είχε υποεκτιμηθεί αρκετά. Ο αριθμός των διαφόρων επώδυνων διαδικασιών που πραγματοποιούνται στη MENN ανέρχεται σε 17,3 επίπονες διαδικασίες ανά νεογνό ανά ημέρα. Ειδικά τα πρόωρα νεογνά είναι περισσότερο εκτεθειμένα στον πόνο. Η βιβλιογραφία που αναφέρεται σε μη φαρμακολογικές και μη επεμβατικές τεχνικές αναλγησίας του νεογνού είναι περιορισμένη, αλλά πολλά υποσχόμενη. Οι θεραπείες που έχουν μελετηθεί μακροχρόνια και πιο εκτεταμένα είναι οι θεραπείες με τα διαλύματα γλυκόζης, με το μητρικό θηλασμό, και με το μη διατροφικό θηλασμό (NNS - πιπίλα).

Σύμφωνα με την ανασκόπηση των ερευνητικών δεδομένων ο μητρικός θηλασμός, το NNS και τα διαλύματα γλυκόζης είναι οι πιο αποτελεσματικές και καλά ανεκτές αναλγητικές μέθοδοι. Στη πλειονότητα των ερευνών το πιο συχνό επώδυνο ερέθισμα που χρησιμοποιήθηκε από τους ερευνητές ήταν η παρακέντηση της πτέρνας και η φλεβοκέντηση. Όσον αφορά στη μέθοδο Kangaroo, το αναλγητικό αποτέλεσμα εμφανίζεται κυρίως κατά το στάδιο της αποκατάστασης, και όχι κατά τη διάρκεια της επίπονης διαδικασίας, με μια μικρή υπεροχή του μητρικού Kangaroo, έναντι του πατρικού. Αντίθετα αποτελέσματα φάνηκε να έχουν οι μελέτες και για το FT. Στη μια το FT πραγματοποιήθηκε από τους γονείς στον νεογνικό πόνο μετά από σκαριφισμό πτέρνας και είχε θετικά αποτελέσματα ενώ σε μια άλλη οι ερευνητές δε τη προτείνουν



σαν μέθοδο αναλγησίας σε επαναλαμβανόμενο πόνο. Η οικειότητα σε ήχους (ενδομήτριους) και άρωμα (βανίλια) έχει ιδιαίτερη βαρύτητα στη θετική επίδραση της μουσικής και του οσφρητικού ερεθίσματος. Στη θεραπεία με τη μουσική, οι ήχοι με τους ενδομήτριους παλμούς της καρδιάς της μητέρας έδρασαν αναλγητικά, ενώ στη θεραπεία με το οικείο άρωμα βανίλιας (προηγήθηκε στάδιο εξοικείωσης του νεογνού) φάνηκε το νεογνό να ανακουφίζεται. Ο βελονισμός είναι τεχνική που προϋποθέτει ειδικό εξοπλισμό και εκπαίδευση για την εφαρμογή της, αλλά παρόλα αυτά κρίνεται αποτελεσματική. Η υδροθεραπεία έχει την ικανότητα να μειώνει έως και να μηδενίζει τον πόνο γρήγορα. Τέλος, η μάλαξη που εφαρμόζεται πριν την επώδυνη διαδικασία φάνηκε να προλαμβάνει και να μειώνει τον πόνο. Συνολικά, η παρούσα ανασκόπηση προσέφερε το έναυσμα για καλύτερη κατανόηση του νεογνικού πόνου και των μεθόδων ανακούφισης του, με μη φαρμακολογικό και μη επεμβατικό τρόπο. Οι παραπάνω θεραπείες είναι κλινικά σημαντικές, αλλά είναι ανάγκη να πραγματοποιηθούν έρευνες σε μεγαλύτερο δείγμα, σε διαφορετικά επώδυνα ερεθίσματα και δοκιμές που να επαναλαμβάνονται περισσότερο της μια φοράς.

Αναφορές

- Als H, Brazelton TB. (1981). A new model of assessing the behavioral organization in preterm and fullterm infants: two case studies. *J Am Acad Child Psychiatry*, 20(2):239-263.
- Ambuel B, Hamlett KW, Marx CM, Blumer JL. (1992). Assessing distress in pediatric intensive care environments: the COMFORT scale. *J PediatrPsychol*, 17(1):95-109.
- Anand KJS, Craig KD.(1996). New perspectives on the definition of pain. *Pain*, 67(1):3-6; discussion 209-211.
- Axelin A, Salanterä S, Kirjavainen J, Lehtonen L. (2009). Oral glucose and parental holding preferable to opioid in pain management in preterm infants. *Clin J Pain*. Feb, 25(2):138-45.
- Blauer T, Gerstmann D. (1998). A simultaneous comparison of three neonatal pain scales during common NICU procedures. *Clin J Pain*, 14(1):39-47.
- Bo LK, Callaghan P. (2000). Soothing pain-elicited distress in Chinese neonates. *Pediatrics*. Apr, 105(4):E49.
- Boyle EM, FreerY, KhanOrakzaiZ, WatkinsonM, WrightE, AinsworthJRMcIntoshN. (2006). Sucrose and non-nutritive sucking for the relief of pain in screening for retinopathy of prematurity: a randomised controlled trial. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. May, 91(3):F166-8.
- Brazelton TB. (1978), The Brazelton Neonatal Behavior Assessment Scale: introduction. *Monogr Soc Res Child Dev*, 43(5-6):1-13.
- Chermont AG, FalcãoLF, deSouzaSilvaEH, deCássiaXavierBaldaR, GuinsburgR.(2009). Skin-to-skin contact and/or oral 25% dextrose for procedural pain relief for term newborninfants. *Pediatrics*. Dec 124(6):e1101-7.
- Cignacco E1, Hamers J, van Lingen RA, Stoffel L, Büchi S, Müller R, Schütz N, Zimmermann L, Nelle M. (2009). Neonatal procedural pain exposure and pain



- management in ventilated preterm infants during the first 14 days of life. *Swiss Med Wkly*. Apr 18, 139(15-16):226-32.
- Cignacco EL, Sellam G, Stoffel L, Gerull R, Nelle M, Anand KJ, Engberg S. (2012). Oral sucrose and "facilitated tucking" for repeated pain relief in preterms: a randomized controlled trial. *Pediatrics*. Feb, 129(2):299-308.
- Craig KD, McMahon RJ, Morison JD, Zaskow C. (1984). Developmental changes in infant pain expression during immunization injections. *Soc Sci Med*, 19(12):1331-1337.
- Ecevit A, Ince DA, Tarcan A, Cabioglu MT, Kurt A. (2011). Acupuncture in preterm babies during minor painful procedures. *J Tradit Chin Med*. Dec, 31(4):308-10.
- Efe E, Savaşer S. (2007). The effect of two different methods used during peripheral venous blood collection on pain reduction in neonates. *Agri*. Apr, 9(2):49-56.
- Efe E1, Ozer ZC. (2007). The use of breast-feeding for pain relief during neonatal immunization injections. *Appl Nurs Res*. Feb, 20(1):10-6.
- Eriksson J, Jablonski A, Persson AK, Hao JX, Kouya PF, Wiesenfeld-Hallin Z, Xu XJ, Fried K. (2005). Behavioral changes and trigeminal ganglion sodium channel regulation in an orofacial neuropathic pain model. *Pain*, 119(1-3):82-94.
- Fitzgerald M., Beggs S. (2001). The Neurobiology of Pain: Developmental Aspects. *Neuroscientist*, 7; 246-257.
- Friendrichs JB, Young S, Gallagher D, Keller C, Kimura RE. (1995). Where does it hurt? An interdisciplinary approach to improving the quality of pain assessment and management in the neonatal intensive care unit. *Nurs Clin North Am*, 30(1):143-159.
- Goubet N, Strasbaugh K, Chesney J. (2007). Familiarity breeds content? Soothing effect of a familiar odor on full-term newborns. *JDevBehavPediatr*. Jun, 28(3):189-94.
- Grunau RV, Craig KD. (1987). Pain expression in neonates: facial action and cry. *Pain*, 28(3):395-410.
- Grunau RV, Johnston CC, Craig KD. (1990). Neonatal facial and cry responses to invasive and non-invasive procedures. *Pain*, 42(3):295-305.
- Harrop JE. (2007). Management of pain in childhood. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*, 92(4):ep101-108.
- Högberg U, Hakansson S, Serenius F, Holmgren PA. (2006). Extremely preterm cesarean delivery: a clinical study. *ActaObstetGynecolScand*, 85(12):1442-1447.
- Hosti L, Grunau RE, Oblander TF, Osiovich H. (2008). Is it painful or not? Discriminant validity of the behavioral Indicators of Infant Pain (BIPP) scale. *Clin J Pain*, 24(1):83-8.
- International Association for the Study of Pain SoT. (1979). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*, 6(3):249-252.
- Jain S, Kumar P, McMillan DD. (2006). Prior leg massage decreases pain responses to heel stick in preterm babies. *J Paediatr Child Health*. Sep, 42(9):505-8.
- Johnston CC, Campbell-Yeo M, Fillion F. (2011). Paternal vs maternal kangaroo care for procedural pain in preterm neonates: a randomized crossover trial. *Arch PediatrAdolesc Med*. Sep 165(9):792-6.
- Johnston CC, Fillion F, Campbell-Yeo M, Goulet C, Bell L, McNaughton K, Byron J, Aita M, Finley GA, Walker CD. (2008). Kangaroo mother care diminishes pain from heel lance in very preterm neonates: a crossover trial. *Pediatr*. Apr 24;8:13.



- Krechel SW, Bildner J. (1995). CRIES: a new neonatal postoperative pain measurement score—initial testing of validity and reliability. *PaediatrAnaesth*, 5:53–61
- Lawrence J, Alcock D, McGrath P, Kay J, MacMurray SB, Dulberg C. (1993). The development of a tool to assess neonatal pain. *NeonatalNetw*, 12(6):59-66.
- Liaw JJ, Yang L, Katherine Wang KW, Chen CM, Chang YC, Yin T. (2012). Non-nutritive sucking and facilitated tucking relieve preterm infant pain during heel-stick procedures: a prospective, randomised controlled crossover trial. *Int J Nurs Stud*. Mar, 49(3):300-9.
- Lindam A. Graviditet, FörlossningarochNyfödda Barn, Socialstyrelsens (1973-2006). Birth register. In: *SHosjukdommar*
- Merskey H. (1991). The definition of Pain. *Eur J Psychiatry*, 6:153-159.
- Rattaz C, Goubet N, Bullinger A. (2005). The calming effect of a familiar odor on full-term newborns. *J Dev BehavPediatr*. Apr, 26(2):86-92.
- Sahoo JP, Rao S, Nesargi S, Ranjit T, Ashok C, Bhat S. (2013). Expressed breast milk vs 25% dextrose in procedural pain in neonates, a double blind randomized controlled trial. *Indian Pediatr Feb*, 50(2):203-7.
- Serenius F, Ewald U, Farooqi A, Holmgren PA, Hakansson S, Sedin G. (2004). Short-term outcome after active perinatal management at 23-25 weeks of gestation. A study from two Swedish perinatal centres. Part 3: neonatal morbidity. *ActaPaediatr*, 93(8):1090-1097.
- Simonse E, Mulder PG, van Beek RH. (2012). Analgesic effect of breast milk versus sucrose for analgesia during heel lance in late preterm infants. *Pediatrics*. Apr, 129(4):657-63.
- Sparshott M. (1995). Assessing the behaviour of the newborn infant. *PaediatrNurs*, 7(7):14-16, 36.
- Sparshott MM. (1996). The development of a clinical distress scale for ventilated newborn infants: Identification of pain and distress based on validated behavioural scores. *Journal of Neonatal Nursing* 2(2): 5–11.
- Stevens B Johnston C, Franck L, Petryshen P, Jack A, Foster G. (1999). The efficacy of development sensitive interventions and sucrose for relieving procedural pain in very low birth weight neonates. *Nurs Res*, 48(1):35-43
- Stevens B Johnston C, Petryshen P, Taddio A. (1996). Premature Infant Pain Profile: development and initial validation. *Clin J Pain*, 12(1): 13-22.
- Taylor BJ, Robbins JM, Gold JI, Logsdon TR, Bird TM, Anand KJ. (2006). Assessing postoperative pain in neonates: a multicenter observational study. *Pediatrics*, 118(4):e992-1000.
- Vignochi CM, Teixeira PP, Nader SS. (2010). Effect of aquatic physical therapy on pain and state of sleep and wakefulness among stable preterm newborns in neonatal intensive care units. *Rev Bras Fisioter*. May-Jun, 14(3):214-20.

Νέα σειρά Johnson's® cottontouch™

Μια αγκαλιά φροντίδας από την 1η ημέρα!



100% φροντίδα
0% χρωστικές,
θειικά άλατα
& parabens

Το Johnson's® πρωτοπορεί στην παγκόσμια επιστημονική έρευνα για τη φροντίδα της βρεφικής επιδερμίδας.



Υποαλλεργική* σύνθεση,
με ισοροπημένο pH
για την επιδερμίδα



Ενισχύει το άγγιγμα
και ενεργοποιεί
τις αισθήσεις του μωρού



Με συστατικά
φυσικής προέλευσης

η δύναμη  της φροντίδας

*Σύνθεση που ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο αλλεργιών



Τόμος 01, Τεύχος 03, 4^η Περίοδος

DOI:

Ωοθηκική εγκυμοσύνη – Μια σπάνια μαιευτική επιπλοκή

Ιωάννης Κ. Θανασάς, MD, MPH, PhD

Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα, Ελλάδα

Περίληψη: Η παρουσίαση του περιστατικού μας αφορά στην έγκαιρη διάγνωση και τη συντηρητική επεμβατική αντιμετώπιση ασθενούς με έκτοπη ωοθηκική εγκυμοσύνη. Έγκυος τεταρτοτόκος με πολλαπλές διακοπές κύησης στο ιστορικό της και φέρουσα ενδομήτριο αντισυλληπτικό σπείραμα προσήλθε στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής μας αναφέροντας από τις τελευταίες ημέρες μικρή κολπική αιμόρροια συνοδευόμενη από βύθιο, ήπιο άλγος στην περιοχή του υπογαστρίου. Το test κύησης των ούρων ήταν θετικό. Η δευτεροπαθής αιμνόρροια, όπως αυτή εκτιμήθηκε με βάση την τελευταία κανονική έμμηνο ρύση υπολογίστηκε στις 8 εβδομάδες και 3 ημέρες. Το διακοιλιακό υπερηχογράφημα έθεσε τη διάγνωση της έκτοπης κύησης και αποφασίστηκε η χειρουργική αντιμετώπιση της ασθενούς. Διεγχειρητικά διαπιστώθηκε η παρουσία ωοθηκικής εγκυμοσύνης δεξιά και εκτελέστηκε σφηνοειδής εκτομή της σύστοιχης ωοθήκης. Η ασθενής εξήλθε από την κλινική μας την τέταρτη μετεγχειρητική ημέρα. Στην παρούσα εργασία επιχειρείται με βάση τα σύγχρονα δεδομένα μια σύντομη βιβλιογραφική ανασκόπηση της σπάνιας αυτής μαιευτικής επιπλοκής, αναφορικά κυρίως με την αιτιοπαθογένεια, τη διάγνωση, την αντιμετώπιση και την πρόγνωση..

Λέξεις-κλειδιά: ωοθηκική κύηση, αιτιοπαθογένεια, διάγνωση, αντιμετώπιση, πρόγνωση.



Τόμος 01, Τεύχος 03, 4^η Περίοδος

DOI:

Ovarian pregnancy – A rare obstetrics complication

Ioannis K. Thanasas

Department of Obstetrics & Gynecology of General Hospital of Trikala, Trikala, Greece

Abstract: The presentation of our incident regard to early diagnosis and conservative invasive management of patients with excision of ovarian pregnancy. Pregnant multiparous with multiple termination of pregnancy in the historic and which contraceptive IUD went to the emergency outpatient clinics quoting from the last days vaginal hemorrhage accompanied by aching sold by pelvic pain. The urinary pregnancy test was positive. The secondary amenorrhea, as assessed based on the last normal menstrual period was estimated at 8 weeks and 3 days. The transvaginal ultrasound raised the diagnosis of ectopic pregnancy and decided surgical treatment of patients. Intraoperative revealed the presence of ovarian pregnancy on the right side and executed wedge resection of the ipsilateral ovary. The patient was discharged from our clinic on the fourth postoperative day. This paper attempts on the basis of current data a brief literature review of this rare obstetric complication, in particular in the pathogenesis, diagnosis, treatment and prognosis.

Keywords: ovarian ectopic pregnancy, etiopathogeny, diagnosis, management, prognosis.



1. Εισαγωγή

Ως έκτοπη κύηση ορίζεται η παθολογική κατάσταση κατά την οποία η εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου γίνεται έξω από το ενδομήτριο της φυσιολογικής κοιλότητας της μήτρας (Fox, 2003). Ο ακριβής αιτιοπαθογενετικός μηχανισμός εμφύτευσης και ανάπτυξης της έκτοπης βλαστοκύστης μέχρι σήμερα δεν έχει ακόμη απόλυτα διευκρινισθεί. Γενικά, η ανώμαλη μορφολογία των σαλπίνγων, οι μεταβολές του ορμονικού περιβάλλοντος που επηρεάζουν την κινητικότητα των σαλπίνγων, οι ανωμαλίες στη διάπλαση της μήτρας, τα ξένα σώματα, οι ανωμαλίες του γονιμοποιημένου ωαρίου και το κάπνισμα σχετίζονται με τη συχνότητα εμφάνισης της έκτοπης κύησης (Kazandi and Turan, 2011).

Ο όρος «έκτοπη» είναι προτιμότερος από εκείνον της εξωμήτριας εγκυμοσύνης, διότι κάθε έκτοπη εγκατάσταση της βλαστοκύστης δεν είναι απαραίτητα και εξωμήτρια, όπως για παράδειγμα συμβαίνει στην κερατική, τη θυλακική ή την εκκολπωματική έκτοπη κύηση. Η πιο συχνή μορφή έκτοπης κύησης είναι η σαλπινγική με συχνότερη εντόπιση στη λήκυθο, στον ισθμό και στον κώδωνα, η οποία αφορά περίπου στο 95% του συνόλου των έκτοπων κυήσεων. Σπανιότερη είναι η εντόπιση στο διάμεσο τμήμα της σάλπιγγας (διάμεση έκτοπη εγκυμοσύνη) με επίπτωση που αφορά περίπου στο 2.5% των περιπτώσεων. Οι εξωσαλπινγικές εντοπίσεις της έκτοπα εγκατεστημένης τροφοβλάστης στην ωθήκη, στον τράχηλο και στην περιτοναϊκή κοιλότητα είναι σπάνιες και αφορούν περίπου στο υπόλοιπο 2.5% του συνολικού αριθμού των έκτοπων κυήσεων (Condous, 2004; Λώλης, 2004).

2. Περιγραφή περίπτωσης

Ασθενής με τέσσερις φυσιολογικούς τοκετούς στο ιστορικό της η οποία φέρουσα ενδομήτριο αντισυλληπτικό σπείραμα προσήλθε στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία της κλινικής μας αναφέροντας από τις τελευταίες ημέρες μικρή κοιλιακή αιμόρροια συνοδευόμενη από βύθιο, ήπιο άλγος στην περιοχή του υπογαστρίου και της οσφυϊκής χώρας. Η ασθενής ήταν απύρετη, αιμοδυναμικά σταθερή και σε καλή γενική κατάσταση. Η κοιλιά της ήταν μαλακή, ευπίεστη και ανώδυνη κατά την ψηλάφηση. Με βάση την τελευταία κανονική έμμηνο ρύση η δευτεροπαθής αμηνόρροια υπολογίστηκε στις 8 εβδομάδες και 2 ημέρες. Το test κύησης στα ούρα ήταν θετικό. Από τον επείγοντα εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε: Ht 36.9%, Hb 12.7 gr/dl, PLT 294x10³/ml, WBC 6.36x10³/ml, NEUT 54.4%. Ο πήκτικός μηχανισμός, ο βιοχημικός έλεγχος και η γενική εξέταση των ούρων ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Ο έλεγχος της ομαλής εξέλιξης της εγκυμοσύνης με τον ποσοτικό προσδιορισμό της β - χοριακής γοναδοτρόπου ορμόνης (β - hCG) που ολοκληρώθηκε 48 ώρες αργότερα έδειξε μη βιώσιμο έμβρυο (1ο δείγμα = 1040 mIU/mL, 2ο δείγμα = 1040 mIU/mL). Κατά την εισαγωγή της ασθενούς στην κλινική μας με τη γυναικολογική εξέταση διαπιστώθηκε μικρή κοιλιακή αιμόρροια σκούρου χρώματος. Το έξω τραχηλικό στόμιο ήταν κλειστό. Με την αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση διαπιστώθηκε ήπια ευαισθησία στη μετακίνηση του τραχήλου της μήτρας. Το διακολπικό υπερηχογράφημα ανέδειξε την παρουσία σάκου κύησης χωρίς εμβρυικά στοιχεία στην ανατομική θέση του δεξιού εξαρτήματος.

Η χαρακτηριστική υπερηχογραφική απεικόνιση (εικόνα 1) σε συνδυασμό με τον ποσοτικό προσδιορισμό της β - hCG έθεσε τη διάγνωση της έκτοπης κύησης και αποφασίστηκε η χειρουργική αντιμετώπιση της ασθενούς. Στο χειρουργείο υπό γενική αναισθησία μετά τη διάνοιξη του κοιλιακού τοιχώματος και του περιτοναίου διαπιστώθηκε διόγκωση της δεξιάς ωθήκης με παρουσία μικρής ερυθρωπής μάζας στην επιφάνεια αυτής, χωρίς τη συμμετοχή της σύστοιχης σάλπιγγας στη βλάβη. Τέθηκε η διάγνωση της πιθανής έκτοπης ωθηκικής κύησης και εκτελέστηκε σφηνοειδής εκτομή της πάσχουσας ωθήκης. Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος



επιβεβαίωσε τη διάγνωση (εικόνα 2). Μετά από ομαλή μετεγχειρητική πορεία η ασθενής εξήλθε από την κλινική μας την 4^η μετεγχειρητική ημέρα με οδηγία για επανεξέταση στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο. Τρεις εβδομάδες αργότερα η τιμή της β - hCG ήταν μηδενική.

3. Συζήτηση

Στην ωθηκική εγκυμοσύνη η εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου αφορά στην επιφάνεια ή στο εσωτερικό του φλοιού της ωθήκης. Η ωθηκική εγκυμοσύνη δεν είναι συχνή. Αποτελεί τη συχνότερη μορφή μη σαλπγγικής έκτοπης κύησης και υπολογίζεται ότι αφορά περίπου στο 3% του συνόλου των έκτοπων κυήσεων, με επίπτωση η οποία εκτιμάται ότι αφορά σε 1: 7000 έως 40000 κυήσεις (Álvarez – Goris Mdel et al, 2015). Παρόλα αυτά όμως, η αυξημένη αγγείωση που γενικά χαρακτηρίζει την εγκυμοσύνη και η γεινίαση της έκτοπα στην ωθήκη εγκατεστημένης τροφοβλάστης με τα ωθηκικά και τα μητριαία αγγεία, είναι δυνατόν να οδηγήσει σε μαζική αιμορραγία επικίνδυνη και απειλητική για τη ζωή της εγκύου, αυξάνοντας τη μητρική θνησιμότητα κατά 10% έως 15% (Goswami et al, 2011; Bazán – Ruiz et al, 2015).

Η ωθηκική εγκυμοσύνη δεν είναι συχνή. Λιγότερες από 300 έως 400 περιπτώσεις έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία, η μεγάλη πλειονότητα των οποίων διαγιγνώσκεται στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης (Álvarez – Goris Mdel et al, 2015; Elwell et al, 2015). Η ωθηκική εγκυμοσύνη διακρίνεται σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή. Η πρωτοπαθής ωθηκική έκτοπη κύηση είναι σπανιότερη και υπολογίζεται ότι αφορά σε 1: 25000 έως 1: 40000 κυήσεις (Thapa et al, 2010). Η δευτεροπαθής ωθηκική εγκυμοσύνη είναι το αποτέλεσμα της γονιμοποίησης που έγινε στη σάλπιγγα και στη συνέχεια ο χοριακός ιστός εμφυτεύθηκε στην επιφάνεια της ωθήκης. Στην πρωτοπαθή μορφή της νόσου ο έκτοπος τροφοβλαστικός ιστός εγκαθίσταται στο εσωτερικό του φλοιού της ωθήκης. Η πρωτοπαθής ωθηκική κύηση μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της γονιμοποίησης και εμφύτευσης του ωαρίου μέσα στο ραγέν ωθυλάκιο, ή το αποτέλεσμα της γονιμοποίησης που έγινε στη σάλπιγγα και το ωάριο παλινδρόμησε και εμφυτεύθηκε μέσα στο ωθυλάκιο από το οποίο προήλθε ή μέσα σε άλλο ωθυλάκιο. Επίσης, πρωτοπαθής ωθηκική εγκυμοσύνη μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της γονιμοποίησης που έγινε στη σάλπιγγα και το ωάριο παλινδρόμησε και εμφυτεύθηκε σε κάποια περιοχή της επιφάνειας της ωθήκης, από όπου στη συνέχεια προχώρησε στο εσωτερικό της (Παπανικολάου, 1994).

Ο ακριβής αιτιοπαθογενετικός μηχανισμός της ωθηκικής εγκυμοσύνης δεν έχει ακόμη απόλυτα διευκρινισθεί. Ο κυριότερος προδιαθεσικός παράγοντας κινδύνου που μέχρι σήμερα έχει ενοχοποιηθεί για την εγκατάσταση του γονιμοποιημένου ωαρίου στην περιοχή του ωθηκικού ιστού είναι η χρήση των αντισυλληπτικών ενδομήτριων συσκευών (Ávila – Vergara et al, 2015), όπως και στη δική μας περίπτωση. Γενικά, εκτιμάται ότι η επίπτωση της ωθηκικής έκτοπης κύησης είναι κατά πολύ μεγαλύτερη σε γυναίκες που φέρουν ενδομήτριο αντισυλληπτικό σπείραμα συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό (Annaiiah and Gemmell, 2009). Επίσης, η πυελική φλεγμονώδης νόσος γενικότερα, η εφαρμογή των διαφόρων σύγχρονων τεχνικών υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και οι διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις στην περιοχή της πυέλου συμπεριλαμβάνονται στους αιτιολογικούς παράγοντες που ευθύνονται για τη σπάνια αυτή επιπλοκή της αρχόμενης εγκυμοσύνης (Hong et al, 2010; Kamath et al, 2010; Zhu et al, 2014). Επίσης, ενδεικτικά αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία περιπτώσεις έκτοπης ωθηκικής κύησης μετά από υφολική υστερεκτομία (Fylstra, 2010).



Η διάγνωση της ωθηκικής εγκυμοσύνης δεν είναι εύκολη και εξακολουθεί να αποτελεί πρόκληση στη σύγχρονη μαιευτική κλινική πράξη (Melcer et al, 2015). Οι κλινικές εκδηλώσεις δε διαφέρουν ουσιωδώς από εκείνες των έκτοπων σαλπινγγικών κυήσεων. Η δευτεροπαθής αιμηνόρροια, το άλλοτε άλλης έντασης κοιλιακό άλγος και η ανώμαλη κοιλιακή αιμορραγία αποτελούν τα κύρια κλινικά γνωρίσματα πριν από τη ρήξη της ωθήκης, από τα οποία όμως κανένα δεν είναι παθογνωμονικό για τη διάγνωση της ωθηκικής εγκυμοσύνης, διότι μπορούν να παρατηρηθούν και σε άλλες παθολογικές καταστάσεις (Eynvazzabeh and Levine, 2006; Nama and Manyonda, 2009). Σε περίπτωση που συμβεί ρήξη της ωθηκικής εγκυμοσύνης η διαφορική διάγνωση από τη ρήξη κύστης ωχρού σωματίου ή από τη ρήξη συστραφείσας κύστης ωθήκης είναι δύσκολη έως αδύνατη (Nwanodi and Khulpateea, 2006). Η ανώμαλη κοιλιακή αιμορραγία ως αποτέλεσμα της φυσιολογικής απόπτωσης του φθαριού από την ενδομήτρια κοιλότητα μετά από τη διακοπή της τροφοβλαστικής δραστηριότητας συνήθως συνοδεύεται από ήπιο, βύθιο έως μεγαλύτερης έντασης κοιλιακό άλγος εντοπιζόμενο στο υπογάστριο και κυρίως στην περιοχή του σύστοικου λαγονίου βόθρου με την έκτοπη ωθηκική κύηση (Choi et al, 2011).

Σε αντίθεση με τα κλινικά κριτήρια, η χρήση σήμερα της διακολπικής υπερηχογραφίας σε συνδυασμό με τον ποσοτικό προσδιορισμό της β - hCG έχουν αυξήσει σημαντικά τη διαγνωστική ακρίβεια της νόσου (Karasahin et al, 2009). Υπερηχογραφικά ευρήματα, όπως είναι η απουσία ενδομήτριας κύησης, η παρουσία σάκου κύησης στην επιφάνεια ή στο εσωτερικό του φλοιού της ωθήκης με ύπαρξη χαμηλής αντίστασης σήμα το οποίο είναι ξεχωριστό από την ωθήκη και ενδεικτικό πλακουντιακής ροής αίματος συνηγορούν υπέρ της ωθηκικής εγκυμοσύνης (Comstock et al, 2005; Valentin, 2009). Είναι αδιαμφισβήτητη σήμερα η σημασία της έγκαιρης έναρξης της προγεννητικής φροντίδας με την εκτέλεση υπερηχογραφήματος κατά το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση της παθολογικής κύησης (Lee et al, 2014). Παρόλα αυτά όμως η διάγνωση συνήθως τίθεται διεγχειρητικά (δική μας περίπτωση) (Chelli et al, 2009), ενώ την επιβεβαίωση της διάγνωσης παρέχει μόνο η ιστολογική εξέταση του χειρουργικού παρασκευάσματος (Ranaivoson et al, 2016). Παθολογοανατομικά κριτήρια, όπως είναι η μη συμμετοχή της σύστοικης σάλπιγγας στη βλάβη, η ύπαρξη εμβρυικού σάκου μέσα στην ωθήκη, η σύνδεση με τη μήτρα μέσω του μητροωθηκικού συνδέσμου και η παρουσία ωθηκικού ιστού στο τοίχωμα του εμβρυικού σάκου σε πολλά σημεία που απέχουν μεταξύ τους επιβεβαιώνουν τη διάγνωση της έκτοπης ωθηκικής εγκυμοσύνης (Nadarajah et al, 2002). Τέλος, στις περιπτώσεις εκείνες που τα κλινικά και υπερηχογραφικά ευρήματα είναι ασαφή και υπάρχει έντονο διαγνωστικό πρόβλημα η λαπαροσκόπηση είναι δυνατόν να βοηθήσει στη διάγνωση και επιπρόσθετα παρέχει το πλεονέκτημα της ταυτόχρονης θεραπευτικής αντιμετώπισης της νόσου (Odejimi et al, 2009; Begum et al, 2015).

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της ωθηκικής κύησης η οποία θα πρέπει να εξαρτάται από τη χρονική στιγμή της αρχικής διάγνωσης διακρίνεται σε χειρουργική και φαρμακευτική. Πιο συχνά χρησιμοποιείται η χειρουργική θεραπεία και σπανιότερα η φαρμακευτική. Η μεθοτρεξάτη αποτελεί το πιο ευρέως διαδεδομένο φαρμακευτικό σκεύασμα με τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα (Panda et al, 2009; Fritz and Speroff, 2011). Η κλασική χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου με ανοικτή ή λαπαροσκοπική προσπέλαση συνίσταται στη σφηνοειδή εκτομή της ωθήκης και τη συρραφή του εναπομείναντος ωθηκικού ιστού, όπως και στη δική μας περίπτωση. Για τις περιπτώσεις εκείνες που η διάγνωση τίθεται καθυστερημένα είναι δυνατόν να απαιτηθεί η εκτέλεση ωθηκεκτομίας ή και εξαρτηματεκτομίας (Odejimi et al, 2009).



Η πρόγνωση εξαρτάται κυρίως από την ηλικία της εγκυμοσύνης και τη διαβρωτική δραστηριότητα της έκτοπα εγκατεστημένης τροφοβλάστης. Η αυτόματη αιμορραγία που προκαλείται μετά από τη ρήξη της ωοθήκης αποτελεί την κύρια επιπλοκή της νόσου με σημαντικά αυξημένα ποσοστά μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας (Melcer et al, 2016). Στην ωοθηκική εγκυμοσύνη μετά από την έγκαιρη χειρουργική αντιμετώπιση της νόσου τα ποσοστά επιτυχίας μελλοντικών κυήσεων θεωρούνται παρά πολύ ικανοποιητικά (Manjula et al, 2010).

4. Συμπεράσματα

Η σύγχρονη διαγνωστική προσέγγιση της ωοθηκικής έκτοπης εγκυμοσύνης αποτελεί ένα πολύ σημαντικό βήμα για την επιτυχή αντιμετώπιση αυτής της σπάνιας, αλλά και ταυτόχρονα επικίνδυνης για τη ζωή της εγκύου μαιευτικής επιπλοκής. Η πρόωμη αναγνώριση των συμπτωμάτων και των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με τη νόσο, καθώς και η σωστή εφαρμογή της σύγχρονης εξελιγμένης τεχνολογίας επιτρέπουν σήμερα την έγκαιρη διάγνωση και την άμεση εφαρμογή των πλέον κατάλληλων σύγχρονων διαθέσιμων θεραπευτικών χειρισμών, προκειμένου να εξασφαλισθεί η συντηρητικότερη αντιμετώπιση της νόσου και να μειωθεί ο αυξημένος κίνδυνος μητρικής νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Αναφορές

- Álvarez – Goris Mdel P, Mendoza – Moreno JM, Sánchez – Zamora R, Torres – Rivera RA, Galicia – Pedraza AK (2015). Ovarian ectopic pregnancy with little common clinical presentation. A case report and bibliographical review. *Ginecol Obstet Mex.*; 83(9): 545 – 550.
- Annaiah TK, Gemmell J (2009). Ovarian ectopic pregnancy with IUD in situ management by conservative laparoscopic surgery using the LigaSure V device. *J Obstet Gynecol*; 29: 266 – 268.
- Avila – Vergara MA, Peña – Ayón AR, Guzmán – Gutiérrez LE, Valenzuela – Verduzco JE, Caballero – Rodríguez CB, Vadillo – Ortega F (2015). A second trimester ovarian ectopic pregnancy: A case report. *Ginecol Obstet Mex.*; 83(11): 728 – 734.
- Bazán – Ruiz S, Anchayhua – Cucchi J, Ruiz – Leud M, Castillo – Pulido P (2015). Complicated ovarian ectopic pregnancy in the second trimester of pregnancy: report of a case. *Ginecol Obstet Mex.*; 83(8): 494 – 498.
- Begum J, Pallavee P, Samal S (2015). Diagnostic dilemma in ovarian pregnancy: a case series. *J Clin Diagn Res.*; 9(4): QR01 – 3.
- Chelli D, Gatri C, Boudara F, Guelmami K, Zouaoui B, Sfar E, et al (2009). Ovarian pregnancy. Report of three cases. *Tunis Med*; 87: 797 – 800.
- Choi HJ, Im KS, Jung HJ, Lim KT, Mok JE, Kwon YS (2011). Clinical analysis of ovarian pregnancy: a report of 49 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*; 158: 87 – 89.
- Comstock C, Huston K, Lee W (2005). The ultrasonographic appearance of ovarian ectopic pregnancies. *Obstet Gynecol*; 105: 42 – 46.
- Condous G (2004). The management of early pregnancy complications. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*; 18: 37 – 57.



- Elwell KE, Sailors JL, Denson PK, Hoffman B, Wai CY (2015). Unruptured second – trimester ovarian pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res.*; 41(9): 1483 – 1486.
- Eyvazzabeh AD, Levine D (2006). Imaging of pelvic pain in the first trimester of pregnancy. *Radiol Clin North Am*; 44: 863 – 877.
- Fox H (2003). Ectopic pregnancy. In: Fox H, Wells M, editors. *Haines and Taylor obstetrical and gynecological pathology*. 5th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, pp. 1045 – 1069.
- Fritz MA, Speroff L (2011). *Clinical Gynecologic Endocrinology and infertility*. 8th Ed. Philadelphia: 2011. p. 1409.
- Fylstra DL (2010). Ectopic pregnancy after hysterectomy: a review and insight into etiology and prevention. *Fertil Steril*; 94: 431 – 435.
- Goswami D, Zutshi V, Khurana N, Tyagi S, Batra S (2011). Contralateral ovarian pregnancy after single tubal recanalisation. *J Obstet Gynaecol Res*; 37: 1463 – 1465.
- Hong SY, Kim DW, Shin JH, Seo YS, Park EJ, Park WI (2010). A case of ovarian pregnancy after ipsilateral partial salpingectomy. *J Minim Invasive Gynecol*; 17: 397 – 398.
- Kamath MS, Aleyamma TK, Muthukumar K, Kumar RM, George K (2010). A rare case report: ovarian heterotopic pregnancy after in vitro fertilization. *Fertil Steril*; 94: 1910 e9 – 11.
- Karasahin E, Ulubay M, Alanbay I (2009). Three – dimensional transvaginal and four – dimensional transabdominal ultrasound to diagnose primary ovarian twin pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet*; 106: 256 – 257.
- Kazandi M, Turan V (2011). Ectopic pregnancy; risk factors and comparison of intervention success rates in tubal ectopic pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol*; 38: 67 – 70.
- Lee ML, Li BC, Robins D, Tillmanns TD (2014). Live full – term ovarian ectopic pregnancy: a case report. *J Reprod Med.*; 59(11 – 12): 607 – 610.
- Λώλης ΔΕ. Εξωμήτριος κύηση. Στο: Λώλης ΔΕ. *Γυναικολογία και Μαιευτική*, τόμος Β'. 2η Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 2004: 251.
- Manjula NV, Sundar G, Shetty S, Sujani BK, Mamatha (2010). A rare case of a ruptured ovarian pregnancy. *Proc Obstet Gynecol*; 1: 4.
- Melcer Y, Smorgick N, Vaknin Z, Mendlovic S, Raziel A, Maymon R (2015). Primary Ovarian Pregnancy: 43 Years Experience in a Single Institute and still a Medical Challenge. *Isr Med Assoc J.*; 17(11): 687 – 690.
- Melcer Y, Maymon R, Vaknin Z, Pansky M, Mendlovic S, Barel O, et al (2016). Primary Ovarian Ectopic Pregnancy: Still a Medical Challenge. *J Reprod Med.*; 61(1-2): 58 – 62.
- Nadarajah S, Sim LN, Loh SF (2002). Laparoscopic management of an ovarian pregnancy. *Singapore Med J*; 43: 95 – 96.
- Nama V, Manyonda I (2009). Tubal ectopic pregnancy: diagnosis and management. *Arch Gynecol Obstet*; 279: 443 – 453.
- Nwanodi O, Khulpateea N (2006). The preoperative diagnosis of primary ovarian pregnancy. *J Natl Med Assoc*; 98: 796 – 798.
- Odejinmi F, Rizzuto MI, Macrae R, Olowu O, Hussain M (2009). Diagnosis and laparoscopic management of 12 consecutive cases of ovarian pregnancy and review of literature. *J Minim Invasive Gynecol*; 16: 354 – 359.



Τόμος 01, Τεύχος 03, 4^η Περίοδος

DOI:

- Panda S, Darlong LM, Singh S, Borah T (2009). Case report of a primary ovarian pregnancy in a primigravida. *J Hum Reprod Sci*; 2: 90 – 92.
- Παπανικολάου ΝΑ, Παπανικολάου ΑΝ. Έκτοπη εγκυμοσύνη. Στο: Παπανικολάου ΝΑ, Παπανικολάου ΑΝ. Μαιευτική, 3η Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1994: 257.
- Ranaivoson HV, Ranaivomanana VF, Nomenjanahary L, Andriamampionona TF, Randrianjafisamindrakotroka NS (2016). Ovarian pregnancy: about 3 cases and review of the literature. *Pan Afr Med J.*; 25: 128.
- Thapa M, Rawal S, Jha R, Singh M (2010). Ovarian pregnancy: a rare ectopic pregnancy. *JNMA J Nepal Med Assoc*; 49: 52 – 55.
- Valentin L (2009). Characterizing acute gynaecological pathology with ultrasound: an overview and case examples. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*; 23: 577 – 593.
- Zhu Q, Li C, Zhao WH, Yuan JJ, Yan MX, Qin GJ, et al (2014). Risk factors and clinical features of ovarian pregnancy: a case – control study. *BMJ Open.*; 4(12): e006447.

Νέα σειρά Johnson's® cottontouch™

Μια αγκαλιά φροντίδας από την 1η ημέρα!



Με αγνό
βαμβάκι

100%
φροντίδα
0% χρωστικές,
θειικά άλατα
& parabens

Το Johnson's® πρωτοπορεί στην παγκόσμια επιστημονική έρευνα για τη φροντίδα της βρεφικής επιδερμίδας.



Υποαλλεργική* σύνθεση,
με ισοροπημένο pH
για την επιδερμίδα



Ενισχύει το άγγιγμα
και ενεργοποιεί
τις αισθήσεις του μωρού



Με συστατικά
φυσικής προέλευσης

η δύναμη  της φροντίδας

*Σύνθεση που ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο αλλεργιών

4η ΠΕΡΙΟΔΟΣ- ΤΟΜΟΣ 1 – ΤΕΥΧΟΣ 3

Σεπτέμβριος - Δεκέμβριος 2018

<http://ejournals.teiath.gr/index.php/eleutho>

Επιστημονικό και Επαγγελματικό Περιοδικό
Επίσημο Όργανο των Μαιών - Μαιευτών Ελλάδος