

# ΕΛΛΕΥΘΩ

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



ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ  
ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ  
ΜΑΡΤΙΟΣ

**2007**

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



ΕΝΤΥΠΟ ΚΛΕΙΣΤΟ Αρ. Αδείας 962/95  
Αρ. Πατρά 2 - 115 21 Αθήνα, τηλ.: 210.6465691

Β' Περίοδος / Τόμος 12ος / Τεύχος 1ο

# Το ξέρετε ότι το μωράκι σας έχει ήδη μια αγαπημένη γεύση;

Οι γευστικοί κάλυκες του εμβρύου είναι αρκετά ανεπτυγμένοι μέχρι την αρχή του 3ου τριμήνου και το αγέννητο βρέφος μπορεί να ανιχνεύει διαφορετικές γεύσεις που αρωματίζουν το αμνιακό υγρό. Εάν η μητέρα καταναλώνει τροφές με ζάχαρη, τακτικά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το μωρό δημιουργεί μνήμες από τη γεύση που είχαν οι τροφές αυτές στο αμνιακό υγρό. Έρευνες έχουν μάλιστα αποκαλύψει πως η αύξηση της ποσότητας της ζάχαρης στο αμνιακό υγρό, αυξάνει το ρυθμό κατάποσης του εμβρύου. Αυτό, είναι ένα πρώιμο σημάδι για κάτι που σίγουρα γνωρίζουμε: πως όλα τα μωρά έχουν ένμφυτη προτίμηση στις γλυκές γεύσεις.



Όταν βλέπεις τον κόσμο μέσα από τα μάτια ενός μωρού, βλέπεις πώς μπορείς να τον κάνεις καλύτερο. Βασισμένα σ' αυτή τη φιλοσοφία, τα Pampers διαθέτουν τα κατάλληλα προϊόντα που καλύπτουν τις διαφορετικές ανάγκες του μωρού σε κάθε στάδιο ανάπτυξής του.

Έμπνευση από τα μωρά.  
Δημιουργία από τα

**Pampers**

0  
m+

## ΚΑΛΛΥΝΤΙΚΑ CHICCO

Η πιο γλυκιά περιποίηση για την ευαίσθητη επιδερμίδα του μωρού



### Καλλυντικά Chicco

Μια δερματολογική σειρά που δημιουργήθηκε από ειδικούς για την υγιεινή και την φροντίδα του ευαίσθητου δέρματος των νεογέννητων.

Ένα σημαντικό επίτευγμα του Κέντρου Μελετών Chicco που σε συνεργασία με μητέρες, γιατρούς, μαίες και εξειδικευμένους παιδίατρος, δημιούργησε μια ολοκληρωμένη σειρά καλλυντικών για την περιποίηση του μωρού, σε κάθε φάση της ανάπτυξής του.

- η σύνθεσή τους είναι αγνή, απλή και ασφαλής, ειδικά μελετημένη να σεβεται απόλυτα την ευαίσθητη βρεφική επιδερμίδα
- η σειρά καλλυντικών Chicco καθαρίζει, προστατεύει και περιποιείται το δέρμα αποτρέποντας ανεπιθύμητες αντιδράσεις όπως ερεθισμούς, ξηρότητα και αλλεργίες
- η σειρά είναι εγκεκριμένη από το Ευρωπαϊκό Ινστιτούτο Δερματολογίας

Η CHICCO ΕΞΑΣΦΑΛΙΖΕΙ:  
ΣΥΝΘΕΣΗ ΑΠΛΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΗΣ  
ΣΤΑΘΕΡΕΣ ΑΞΙΕΣ ΜΕ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ  
ΠΑΡΑΔΟΣΗ  
ΕΛΑΧΙΣΤΗ ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΩΝ  
ΚΑΙ ΑΡΩΜΑΤΩΝ

approved by  
**IDE**  
ISTITUTO DERMATOLOGICO EUROPEO



όπου υπάρχει παιδί

## Νέα γενιά θηλάστρων άντλησης 2 - φάσεων

### 2-Phase Expression® - The Original



### Symphony®



Ηλεκτρική αντλία θηλασμού με άντληση Expression 2 - φάσεων, κατάλληλη για νοσοκομειακή χρήση και ιδανική για μακροπρόθεσμες και συχνές ανάγκες άντλησης

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

### Harmony™



Χειροκίνητη αντλία θηλασμού 2 - φάσεων με εργονομική λαβή

- Θήλαστρο Σιλικονούχας Χοάνης
- Θήκη μεταφοράς διαθέσιμη

### Pump In Style® Advanced **Νέο**



Ηλεκτρική αντλία θηλασμού 2 - φάσεων, ιδανική για εργαζόμενες μητέρες

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

### Swing™ **Νέο**



Ηλεκτρική αντλία θηλασμού, πρακτική και ιδανική για καθημερινή χρήση

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

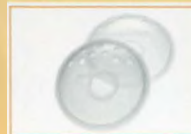
### PureLan® 100



Ανακουφίζει ευαίσθητες ή ξηρές θηλές και την ξηρότητα του δέρματος

- Φυσική Λανολίνη
- Δεν χρειάζεται απομάκρυνση πριν τον θηλασμό

### Nipple Formers



Διαμορφωτές Θηλών

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

### Supplemental Nursing System

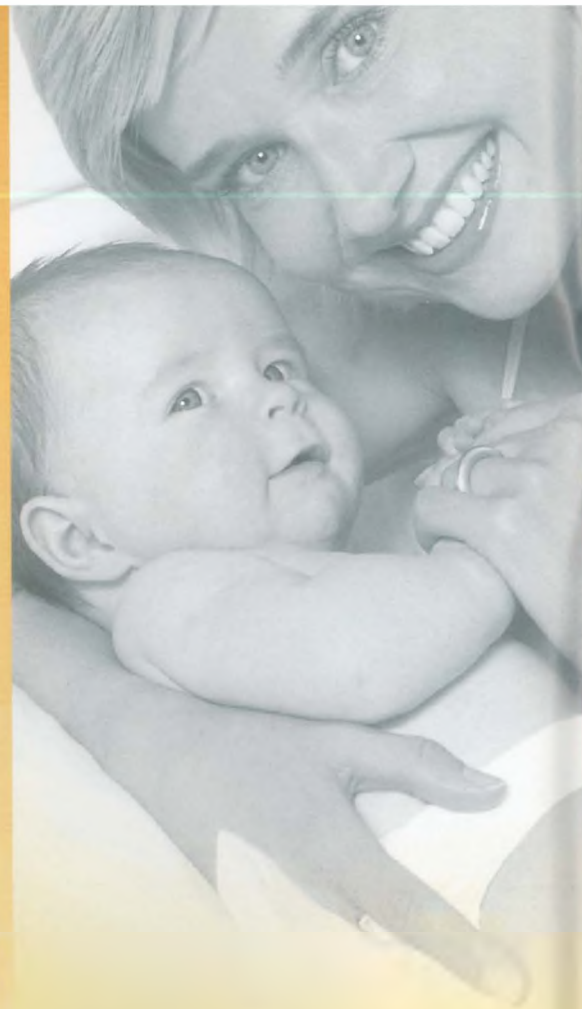


Σύστημα Συμπληρωματικής Διατροφής (SNS)

- Ρυθμιζόμενο σύστημα ροής
- Χρωματικά κωδικοποιημένοι σωλήνες για διαφορετικά ποσοστά σίτισης
- Κλιμακωτό δοχείο - δεξαμενή

**klinikum**  
ιατρικά μηχανήματα & εργαλεία

Θεσσαλονίκη : 2310 844.288, 847.763, 851.166  
Αθήνα : 210 74.85.752, 74.70.418  
e.mail : klinikum@otenet.gr



9 υπέροχοι μήνες  
κι ούτε ένα σημάδι  
δεν θα θυμάμαι!



Προστατευτική  
κρέμα σώματος  
για την πρόληψη  
των ραγάδων



Αναπλαστική  
κρέμα σώματος  
για την αντιμετώπιση  
των ραγάδων



**FREZYDERM**

DERMOCEUTICALS



Αποκλειστική διάθεση  
στα φαρμακεία

Μενάνδρου 75, 104 37 Αθήνα, Τηλ.: 210 524 6900, Fax: 210 524 4433,  
www.frezyderm.gr e-mail: info@frezyderm.gr Γραμμή επικοινωνίας: 210 524 6900



1

**Εικ. 1:** 28 Ιανουαρίου 2007: Ετήσια Τακτική Γενική Συνέλευση του Σ.Ε.Μ.Α. Άποψη της αίθουσας. Σε λίγο ο χώρος θα γεμίσει από συναδέλφους που καταφθάνουν. **Εικ. 2:** Το Προεδρείο του Σ.Ε.Μ.Α. κατά τη διάρκεια της Συνέλευσης. Το λόγο έχει η Πρόεδρος.



2



3

**Εικ. 3:** 25 Φεβρουαρίου 2007: Το απερχόμενο Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α. την ημέρα των εκλογών. Η χαρά στα πρόσωπα όλων οφείλεται...



4

**Εικ. 4:** ...στην απόκτηση του νέου Μέλους του Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α., δεσποινίδα Βλάχου. Να μας ζηήσει!



5

**Εικ. 5:** Το 10ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιών-Μαιευτών τίμησε τη Θερμιώτισσα Μαία κ. Αγλαΐα Γεωργίου-Αβαρκιώτη για την ξεχωριστή προσφορά της στη γυναίκα και στο παιδί. Η Πρόεδρος του Σ.Ε.Μ.Α. Πάτρας κ. Μ. Κιούρτη και το Μέλος του Δ.Σ. κ. Σ. Γόννη της προσφέρουν ανθοδέσμη. **Εικ. 6:** Ο εκπρόσωπος της Εκκλησίας συγχαίρει τη βραβευθείσα.



6

# ΕΛΕΥΘΩ

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

Διευθύνεται από το Δ.Σ του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Αθηνών με τη συνεργασία των λοιπών Σ.Ε.Μ.

**Β΄ Περίοδος - Τόμος 12ος, Τεύχος 1ο, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ - ΜΑΡΤΙΟΣ 2007**

ISSN 1106 - 6822

Κωδικός ΕΛ.ΤΑ. 1701



### ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ.Α.

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

### ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ.Α.

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

#### ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ: Σ.Ε.Μ.Α.

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

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

#### ΕΚΔΟΤΗΣ: ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΜΑΚΡΗ

Κεφαλληνίας 47 – 112 57 Αθήνα  
Τηλ.: 210.8810848 – Fax: 210.8235371  
E-mail: akida@acsmi.gr

*Εκτύπωση – Βιβλιοδεσία*  
ΔΙΟΝ. ΠΡΙΦΤΗΣ & ΥΙΟΙ Ο.Ε.  
Σωνιέρου 6 – 104 38 Αθήνα  
Τηλ.: 210.5232323 – 210.5232068

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

# ΕΛΕΥΘΩ

# ΕΛΕΥΘΩ

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

SCIENTIFIC AND PROFESSIONAL  
MAGAZINE PUBLISHED QUARTERLY  
OFFICIAL JOURNAL OF HELLENIC MIDWIVES

Β' Περίοδος - Τόμος 12ος, Τεύχος 1ο  
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ - ΜΑΡΤΙΟΣ 2007

2nd Period - Volume 12, Number 1  
JANUARY - FEBRUARY - MARCH 2007



**Επιστημονικοί Σύμβουλοι**  
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ  
ΙΑΤΡΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

**Scientific Advisors**  
PAPANIKOLAOU NIKOLAOS  
IATRAKIS GEORGE

**Συντακτική Επιτροπή**  
Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α.  
ΑΝΤΩΝΑΚΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ  
ΑΡΓΕΝΤΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ  
ΒΕΝΤΙΚΟΥ ΧΡΙΣΤΙΑΝΑ  
ΓΟΥΡΟΥΝΤΗ ΚΛΕΑΝΘΗ  
ΛΙΑΓΚΑ ΕΙΡΗΝΗ  
ΛΥΜΠΕΡΗ ΡΑΛΛΟΥ  
ΜΠΟΥΡΟΥΤΖΟΓΛΟΥ ΜΑΡΙΑ  
ΤΟΥΦΙΔΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ  
ΧΑΔΛΑ ΒΙΒΗ

**Editorial Board**  
E.C. of Hellenic Midwives Association  
ANTONAKOU ANGELIKI  
ARGENTOU ANGELIKI  
VENTIKOU CHRISTIANA  
GOUROUNTI KLEANTHI  
LIAGA EIRINI  
LYMPERI RALLOU  
MPOUROUTZOGLOU MARIA  
TOUFIDOU ANTONIA  
CHADLA VIVI

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

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



# ΕΛΕΥΘΩ

Β' Περίοδος - Τόμος 12ος, Τεύχος 1ο  
ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ - ΜΑΡΤΙΟΣ 2007

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>Το νέο Δ.Σ. του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Αθηνών</b>	10
<b>Περισσότερα... για το Συνέδριο</b> <i>Καλλιόπη Μάλφα</i>	10
<b>Παθολογία της κύησης και μαιευτική φροντίδα</b> <b>Προεκλαμψία - Εκλαμψία</b> <i>Αντωνία Τουφίδου</i>	11
<b>Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της κατ' οίκον φροντίδας στη λοχεία</b> <i>Βικτωρία Βιβιλάκη, Μαρία Δάγλα</i>	16
<b>Κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης</b> <i>Μαρία Κύρου</i>	22
<b>Η επίδραση της ψυχοσωματικής προετοιμασίας της εγκύου στην επιλόχεια κατάθλιψη</b> <i>Μαριάννα Παπανικολάου, Ελένη Δούδα, Σοφία Μπάτσιου, Σάββας Τοκμακίδης</i>	25
<b>Εκφοβισμός στο χώρο εργασίας</b> <i>Ελισάβετ Μανιατέλλη</i>	32
<b>2ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Φυσικού Τοκετού</b>	35
<b>6ο Σεμινάριο Καρδιοτοκογραφίας</b>	35
<b>Ανακοίνωση του Σ.Ε.Μ. Ιωαννίνων</b>	36
<b>Ανακοίνωση του Σ.Ε.Μ. Κρήτης</b>	36
<b>Οδηγίες για τους Συγγραφείς</b>	37
<b>Εκδήλωση για την Παγκόσμια Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού στη Νάξο</b> <i>Κυριακή Ρέμπα</i>	39
<b>Ανακοινώσεις του Σ.Ε.Μ.Α.</b>	40
• 1ο Σεμινάριο για άμεση φροντίδα και ανάνηψη νεογνού	40
• Παγκόσμια Ημέρα της Μαίας	40
• Παγκόσμια Ημέρα της Μητέρας	40
<b>Βιβλιοπαρουσίαση</b>	41
<b>7ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοπροφυλακτικής</b>	42

# ΕΛΕΥΘΩ

2nd Period - Volume 12, Number 1  
JANUARY - FEBRUARY - MARCH 2007

## CONTENTS

<b>The new Executive Committee of Midwives Association of Athens</b>	10
<b>More... about the Conference</b> <i>Kalliope Malfa</i>	10
<b>Pathology in pregnancy and midwifery care</b> <b>Pre-eclampsia - Eclampsia</b> <i>Antonia Toufidou</i>	11
<b>Factors that affect quality in postnatal homecare</b> <i>Victoria Vivilaki, Maria Daglas</i>	16
<b>Depression during pregnancy/Prenatal depression</b> <i>Maria Kyrou</i>	22
<b>The effect of psychosomatic training in postpartum levels of depression</b> <i>M. Papanikolaou, H. Douda, S. Batsiou, S. Tokmakidis</i>	25
<b>The concept of Workplace Bullying</b> <i>Elissavet Maniatelli</i>	32
<b>2nd Postgraduate Seminar of natural birth</b>	35
<b>6th Seminar of Kardiotokography</b>	35
<b>Announcement of Midwives Association of Ioannina</b>	36
<b>Announcement of Midwives Association of Crete</b>	36
<b>Directives for Writers</b>	37
<b>Event of World Breastfeeding Week in Naxos</b> <i>Kyriaki Remba</i>	39
<b>Announcement of Midwives Association of Athens</b>	40
• 1st Seminar for immediate care and resuscitation of the new born infant	40
• International Day of Midwife	40
• International Women's Day	40
<b>Book presentation</b>	41
<b>7th Panhellenic Congress Hellenic Society of Psychoprophylaxis in Obstetrics</b>	42

## ΤΟ ΝΕΟ Δ.Σ. ΤΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΑΘΗΝΩΝ

Την Κυριακή, 25 Φεβρουαρίου 2007, διενεργήθηκαν οι τακτικές ανά Ζετία και όπως προβλέπει ο νόμος εκλογές του Σ.Ε.Μ. Αθηνών. Η προσέλευση των Μαιών-Μαιευτών του Σ.Ε.Μ.Α. υπήρξε ικανοποιητική, βαίνουσα αυξανόμενη συγκριτικά με προηγούμενες εκλογές. Για προσωπικούς λόγους τέσσερα (4) από τα μέλη του προηγούμενου Δ.Σ. δεν συμμετείχαν στο ψηφοδέλτιο, άφησαν όμως στο χώρο το στίγμα τους και τη δουλειά τους. Τους ευχαριστούμε και τους αγαπάμε πολύ.

Μετά από ψηφοφορία η σύνθεση του νέου Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α. έχει ως ακολούθως:

### ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ.Α.

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

### ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ.Α.

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

Το νέο Δ.Σ. ευχαριστεί τις Μαίες και τους Μαιευτές που το εμπιστεύθηκαν με την ψήφο τους και υπόσχεται πως θα προσπαθήσει να φανεί αντάξιο των προσδοκιών τους.

## Περισσότερα... για το Συνέδριο

Ας βάλουμε τα πράγματα στη θέση τους. Το σχόλιό μου στο προηγούμενο τεύχος του "ΕΛΕΥΘΩ" για το 10ο Πανελλήνιο Συνέδριό μας, που έγινε το Νοέμβριο του 2006 στην Πάτρα, πλήγωσε κάποιους ανθρώπους. Όμως, ποιούς; Αυτούς που συμμετείχαν. Αυτούς που έτρεξαν φιλότιμα να το διεκπεραιώσουν. Αυτούς που σήκωσαν το βάρος της διοργάνωσης. Το λυπηρό δε είναι, πως άσκησαν χαιρέκακη κριτική άτομα τα οποία δεν είχαν κανενός είδους συμμετοχή στο εν λόγω Συνέδριο. Βεβαίως, δεν ήταν αυτός ο στόχος μου. Αν ξαναδιαβάσει κανείς προσεκτικά το σχόλιο θα καταλάβει...

Με δυο λόγια το Συνέδριο υπήρξε επιτυχές. Ευχή όλων μας και το επόμενο να έχει την ίδια προσέλευση. Πειράζει, όμως, να βάλουμε τον πήχυ πιο ψηλά; Εξάλλου, εχθρός του καλού είναι το καλύτερο!

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να αναφερθώ στη βράβευση της Θερμιώτισσας Μαίας κ. **Αγλαΐας Γεωργίου-Βαρκιώτη** (Εικ. 5 & 6) για την πολυετή προσφορά της και το πλούσιο μαιευτικό της έργο (σκοπίμως δεν σχολιάστηκε στο προηγούμενο τεύχος, διότι ελλείπει χώρου θα αδικείτο). Αφού έγινε εκτενής παρουσίασή της από το Μέλος του Σ.Ε.Μ. Πατρών κ. Ε. Γαλάνη, Μαία του Κ.Υ. Θέρμου, η βραβευθείσα ανέβηκε στο βήμα. Μια παρουσία ευγενική, δυναμική, με δομημένη σκέψη και καθαρό μυαλό.

Οι πρώτες λέξεις από την ομιλία της με καθήλωσαν... Είπε: «Βραβεύομαι για το αυτονόητο...».

Ένιωσα συγκίνηση, υπερηφάνεια και ελπίδα. Σκέφτηκα: **Άξια!!!**

**ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΜΑΛΦΑ**

## Παθολογία της κύησης και μαιευτική φροντίδα Προεκλαμψία – Εκλαμψία

(Ομιλία από την "1η Μετεκπαιδευτική Ημερίδα σε θέματα Παθολογίας της Κύησης", που πραγματοποιήθηκε στις 24 Ιουνίου 2006 στο Νοσοκομείο "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ" με τη συνδιοργάνωση της Α' Μαιευτικής & Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Αθηνών. Το παρόν άρθρο αποτελεί συνέχεια του Α' Μέρους της ομιλίας που δημοσιεύθηκε στο περιοδικό "ΕΛΕΥΘΩ", Β' Περίοδος, Τόμος 11ος, Τεύχος 3/2006).

Αντωνία Τουφίδου\*

### Β' Μέρος: ΕΚΛΑΜΨΙΑ

#### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ιδιαίτερης βαρύτητας κλινική κατάσταση στην Παθολογία της Κύησης είναι η προεκλαμψία και η εκλαμψία. Η διάγνωση και η αντιμετώπισή τους καθώς και η μαιευτική φροντίδα επιτόκου-εμβρύου παρουσιάζονται αναλυτικά σ' αυτή την εργασία, έτσι όπως προκύπτουν από την πλέον πρόσφατη βιβλιογραφία. Εξάλλου, η σύγχρονη θεώρηση "Ιατρική με βάση τις ενδείξεις" (Evidence Based Medicine) με τη χρήση κατευθυντήριων οδηγιών (guidelines), στοχεύει στην τυποποίηση της αντιμετώπισης τέτοιων παθολογικών καταστάσεων προκειμένου να βελτιώσει το αποτέλεσμα για τη μητέρα και το παιδί.

**Λέξεις κλειδιά:** προεκλαμψία, εκλαμψία, υπερτασική νόσος της κύησης.

#### ΕΚΛΑΜΨΙΑ

- α) Εμφάνιση τονικοκλονικών σπασμών (grand mal) στην επίτοκο (συνήθως επί εδάφους προεκλαμψίας).<sup>2,6</sup>
- β) Συναντάται σε 1/2.000 κύσεις (ανεπτυγμένες χώρες).<sup>2</sup>
- γ) Η αιτιολογία της είναι άγνωστη, ενώ υπάρχει αδυναμία πρόβλεψης. Πιθανές αιτίες: εγκεφαλικό οίδημα, ισχαιμία.<sup>1,2,6</sup>
- δ) Η αρτηριακή πίεση είναι συχνά πολύ υψηλή, αλλά στο 20% των περιπτώσεων μπορεί να είναι φυσιολογική (διαστολική <90 mmHg).<sup>2</sup>
- ε) Μπορεί να συμβεί πριν τον τοκετό (50%), κατά τη διάρκεια του τοκετού (25%) ή μετά απ' αυτόν (25%).<sup>2,6</sup>
- στ) Στο 1/3 των περιπτώσεων εμφανίζεται μετά τον τοκετό (~ 48 ώρες).<sup>2</sup>

#### Αντιμετώπιση εκλαμπτικών σπασμών

- Νοσηλεία της επιτόκου σε κατάλληλο περιβάλλον (όχι σε σκοτεινό δωμάτιο, όχι μόνη της).<sup>2</sup>

\* Μαία 3ου Νοσοκομείου Ι.Κ.Α.

- Κλήση για βοήθεια από ιατρική ομάδα, αναίθησιολόγο, έμπειρο μαιευτήρα.<sup>(1-5,3)</sup>
- Διασφάλιση της δικής σας προστασίας.<sup>(1-5,3)</sup>
- Σωστή θέση επιτόκου για ελαχιστοποίηση πιθανότητας εισρόφησης, δηλαδή σε αριστερή πλάγια θέση. Εξασφάλιση ανοιχτών αεραγωγών, γι' αυτό πρώτα αναρρόφηση αφρών και εκκρίσεων από το στόμα –αν υπάρχουν– και μετά χορήγηση οξυγόνου για αποκατάσταση αναπνοής. Παρακολούθηση SPO<sub>2</sub>.<sup>(1-5,3)</sup>
- Πρόληψη τραυματισμού της επιτόκου.<sup>(1-5,3)</sup>
- Χορήγηση MgSO<sub>4</sub> για τον έλεγχο των σπασμών.<sup>(1-5,3, 2)</sup>
- Αποφυγή πολυφαρμακίας.<sup>2</sup>
- Προγραμματισμός του τοκετού όταν σταθεροποιηθεί η κατάσταση.<sup>2</sup>
- Είναι δυνατή η συντηρητική αντιμετώπιση σε κυήσεις μικρότερες των 28 εβδομάδων, αλλά με εντατική παρακολούθηση εγκύου και εμβρύου σε κατάλληλη μονάδα.<sup>(1-5,3,2)</sup>

## Αντισπασμωδικές - Αντιεπιληπτικές ουσίες

### 1η επιλογή: Θεϊκό μαγνήσιο (MgSO<sub>4</sub>)

- Το MgSO<sub>4</sub> είναι η πρώτη φαρμακευτική επιλογή για την αντιμετώπιση εκλαμπτικών σπασμών (LEBSt\*).<sup>(1,2,6)</sup>
  - Επιβραδύνει τη νευρομυϊκή διεγερσιμότητα και μειώνει την ευερεθιστότητα του ΚΝΣ.<sup>2</sup>
  - Δεν έχει καμιά σημαντική επίδραση στην αρτηριακή πίεση.<sup>2</sup>
  - Συγκριτικά με τις διαζεπάμη – φαινυτοΐνη, η προφυλακτική χορήγηση MgSO<sub>4</sub> υπερτερεί στην πρόληψη εκλαμπτικών σπασμών.<sup>2</sup>
  - Μπορεί να εκτιμηθεί κλινικά (αντανακλαστικά, πνευματικό επίπεδο, αναπνευστική λειτουργία, διουρητική δράση).<sup>2</sup>
- (\*Μελέτη MAGPIE, Lancet 2002, 3591877-90)

### Πρωτόκολλο χορήγησης MgSO<sub>4</sub>

- Δόση φόρτισης για ενεργό/πρόσφατο σπασμό: 4-6 g IV σε αντλία έγχυσης για >5-20 min (1 amp MgSO<sub>4</sub> 25% = 2,5 g).<sup>(1-5,3,6)</sup> (2 amp των 10 ml σε 100 ml D/W 5% ή Ringer).

Το IV διάλυμα μπορεί να είναι ισότονο σακχαρούχο ή NaCl ή άλλο διάλυμα που δεν περιέχει διττανθρακικά, διότι γίνεται κατακρήμνιση του σχηματιζόμενου αδιάλυτου ανθρακικού Ca.<sup>8, σελ 469</sup>

- Συνεχιζόμενη έγχυση: 1 g/h IV για 24 ώρες μετά τον τελευταίο σπασμό.<sup>(1-5,3)</sup>
- Επανεμφάνιση σπασμών: bolus 2 gr IV >3-5 min ή αύξηση ρυθμού χορήγησης σε 1,5-2 g/h (επαναλαμβανόμενοι σπασμοί εμφανίζονται σε 10 έως 15%

των εκλαμπτικών επιτόκων και συνήθως ανταποκρίνονται σε επαναλαμβανόμενη δόση MgSO<sub>4</sub>).<sup>(6,1-5,3)</sup>

- Μέτρηση του επιπέδου MgSO<sub>4</sub> ανά 4-6 ώρες μετά την έναρξη θεραπείας και προσπάθεια διατήρησης θεραπευτικού επιπέδου (4-8 mg/dl) προσαρμόζοντας ροή έγχυσης αναλόγως των μετρήσεων. Ωριαία μέτρηση επιπέδων πρέπει να γίνεται εάν υπάρχει ένδειξη νεφρικής ανεπάρκειας ή μειωμένης διούρησης (<25 ml/h).<sup>6</sup> Ωριαίος έλεγχος του επιγονατιδικού αντανακλαστικού και της αναπνευστικής συχνότητας και διασφάλιση διούρησης >60 ml/h.

- 5-10 cc γλυκονικού ασβεστίου 10% IV, εάν εμφανιστεί σημαντική αναπνευστική διαταραχή (<12 αναπνοές/λεπτό), που οφείλεται στην τοξική επίδραση του MgSO<sub>4</sub>. Μηχανική υποστήριξη αναπνοής σε περίπτωση αναπνευστικής καταστολής.<sup>(6,1-5,3)</sup>

- Μείωση της δόσης σε 1 gr/h εάν το επίπεδο MgSO<sub>4</sub> είναι >10 mg/dl, ή εάν το επιγονατιδικό αντανακλαστικό καταργείται.<sup>6</sup>

- Αύξηση της δόσης του MgSO<sub>4</sub> στα 3 g/h εάν η διούρηση είναι καλή και τα επίπεδά του έχουν πτωτική τάση, ή εάν το επίπεδό του είναι <4 mg/dl.<sup>6</sup>

- Εάν υπάρχει περίπτωση διακομιδής της επιτόκου σε πιο εξειδικευμένο κέντρο παροχής υπηρεσιών υγείας και δεν υπάρχει δυνατότητα IV έγχυσης κατά τη μεταφορά, τότε δίνουμε δόση φόρτισης 4 g MgSO<sub>4</sub> IV και ακολούθως IM χορήγηση 10 g με βαθιά έγχυση μισής δόσης σε κάθε γλουτό.<sup>6</sup>

### Επίπεδα μαγνησίου

mg/dl

• Φυσιολογικά	1,3 – 2,6
• Θεραπευτικά	4 – 8
• Απώλεια αντανακλαστικού επιγονατίδας	8 – 10
• Υπνηλία	10 – 12
• Αναπνευστική καταστολή	12 – 17
• Παράλυση	15 – 17
• Καρδιακή ανακοπή	30 – 35 <sup>2</sup>

Αντιδοτο: Γλυκονικό ασβέστιο 1 gr IV εντός 3-10 λεπτών.<sup>(1-5,3)</sup>

### 2η Επιλογή: Διαζεπάμη (STEDON)

Η διαζεπάμη χρησιμοποιείται όταν η επίτοκος δεν ανταποκρίνεται στο MgSO<sub>4</sub> ή στη φαινυτοΐνη, ή όταν η επίτοκος είναι “status epilepticus” και έχει επαναλαμβανόμενους σπασμούς.

- Δόση: 10 mg σε ρυθμό 1 mg/min IV.<sup>6</sup>
- Η IV χορήγηση προκαλεί μητρική καταστολή και κατά συνέπεια εμβρυϊκή αναπνευστική καταστολή, υποτονία και μείωση παλμό με παλμό της μετα-

βλητότητας του καρδιακού ρυθμού του εμβρύου.<sup>6</sup> Συνήθως, τα νεογνά απαιτούν διασωλήνωση και νοσηλεία σε Μ.Ε.Ν.Ν.<sup>6</sup>

### Νατριούχος φαινοτοΐνη (EPANUTIN)

Η νατριούχος φαινοτοΐνη χρησιμοποιείται όταν η επίτοκος έχει υποτροπιάζοντες σπασμούς παρά την καλή θεραπεία με  $MgSO_4$ .<sup>6</sup>

- Δόση μέχρι 250 mg IV με ταχύτητα 50 mg/min (amp 250 mg – 5ml) για “status epilepticus”. Επανάληψη μετά 30 min αν χρειαστεί.<sup>6,8</sup>

- IM: Όχι αξιόπιστη η απορρόφηση και επώδυνη η χορήγηση.<sup>8</sup>

### Monitoring εμβρύου

Στην οξεία φάση γίνεται αρχική εκτίμηση με NST, που δίνει πληροφορίες για την καλή κατάσταση του εμβρύου στην παρούσα φάση, αλλά είναι μικρής προγνωστικής αξίας.<sup>1-4,2</sup>

Σε συντηρητική αντιμετώπιση γίνεται περαιτέρω έλεγχος με U/S μετρήσεις μεγέθους εμβρύου, με Doppler ομφαλικών αρτηριών, με όγκο αμνιακού υγρού.<sup>1-4,2</sup>

Συνεχείς εκτιμήσεις επιτρέπουν τον χρονικό προγραμματισμό του τοκετού.<sup>1-4,2</sup>

Η κύρια παθολογία που επηρεάζει το έμβρυο εκτός από την προωρότητα είναι η πλακουντιακή ανεπάρκεια, IUGR (30% στις προεκλαμπτικές κύσεις).

Κατά συνέπεια, U/S μετρήσεις μεγέθους εμβρύου από την εκδήλωση αρχικά της υπέρτασης έχουν αξία για την εκτίμηση της εμβρυϊκής ανάπτυξης, στο IUGR: η ανάπτυξη είναι συνήθως ασυμμετρική, γι' αυτό μέτρηση της AC (Abdominal Circumference = περίμετρος κοιλίας) είναι η καλύτερη μέθοδος εκτίμησης. Μείωση του αμνιακού υγρού σχετίζεται με πλακουντιακή ανεπάρκεια και IUGR.<sup>1-4,2</sup>

### Σχεδιασμός τοκετού

#### Πότε και πώς θα γεννηθεί το έμβρυο;

Απόφαση για τον τοκετό θα παρθεί:

α) όταν η κλινική κατάσταση της επίτοκου είναι σταθεροποιημένη,<sup>1-5,5</sup>

β) όταν υπάρχει κατάλληλα εξειδικευμένο προσωπικό.<sup>1-5,5</sup>

### Ηλικία κύησης

- Εάν το έμβρυο είναι μεγαλύτερο των 34 εβδομάδων, τότε συστήνεται τοκετός μετά από σταθεροποίηση της επίτοκου.<sup>1-5,5</sup>

- Εάν το έμβρυο είναι μικρότερο των 34 εβδο-

μάδων και ο τοκετός μπορεί να αναβληθεί για 24 ώρες, τότε γίνεται χορήγηση κορτικοστεροειδών, που βοηθούν στη μείωση ποσοστών θνησιμότητας νεογνών λόγω αναπνευστικής δυσχέρειας, ακόμα και αν γίνει τοκετός σε λιγότερο από 24 ώρες μετά τη χορήγησή τους.<sup>1-5,5</sup>

- Συντηρητική αντιμετώπιση σε πολύ μικρές ηλικίες κύησης (28-32 εβδομάδες) μπορεί να βελτιώσουν το περιγεννητικό αποτέλεσμα, αλλά θα πρέπει προσεχτικά να συνεκτιμηθούν με την καλή κατάσταση της εγκύου.<sup>1-5,5</sup>

### Τρόπος διεξαγωγής τοκετού

- Προσεκτική εκτίμηση θέσης εμβρύου – εμβρυϊκής κατάστασης – τραχήλου (Bishop score).<sup>1-5,5</sup>

- Συνεχής καρδιοτοκογραφική παρακολούθηση εμβρύου.<sup>1-4,2</sup>

- Κολπικός τοκετός είναι προτιμητέος, αλλά εάν η ηλικία της κύησης είναι μικρότερη των 32 εβδομάδων, τότε η Κ.Τ είναι περισσότερο πιθανή καθώς είναι μειωμένη η επιτυχία πρόκλησης.<sup>1-5,5</sup>

- Εάν η ηλικία της κύησης είναι μεγαλύτερη των 34 εβδομάδων και το έμβρυο είναι με κεφαλική προβολή, μπορεί να ληφθούν υπόψη – αφού προηγουμένως συζητηθεί με την επίτοκο– οι κολπικές προσταγλανδίνες που μπορεί να αυξήσουν την πιθανότητα επιτυχίας.<sup>1-5,5</sup>

- Το 3ο στάδιο του τοκετού αντιμετωπίζεται με 5 iu oxytocin IM ή IV με αργή χορήγηση. Η εργομητρίνη δεν θα πρέπει να χορηγείται για πρόληψη ή έλεγχο αιμορραγίας μετά τον τοκετό λόγω ανόδου αρτηριακής πίεσης.<sup>1-5,5</sup>

- Η αντιυπερτασική αγωγή συνεχίζεται κατά τη διάρκεια του τοκετού.<sup>1-5,5</sup>

### Αντιμετώπιση μετά τον τοκετό

Γυναίκες που γέννησαν με σοβαρή προεκλαμψία ή εκλαμψία θα πρέπει μεταγεννητικά να έχουν συνεχιζόμενη στενή παρακολούθηση για περισσότερες από 4 ημέρες νοσηλείας μετά τον τοκετό. Προσεκτική εκτίμηση της βελτίωσης κλινικών σημείων είναι απαραίτητη πριν την έξοδο από το Νοσοκομείο.<sup>1-5,6</sup>

Καθώς η εκλαμψία έχει αναφερθεί και 4 εβδομάδες μετά τον τοκετό, το χρονικό εύρος παραμονής στο Νοσοκομείο μετά τον τοκετό είναι ασαφές, αλλά η περίπτωση εκδήλωσης σοβαρής προεκλαμψίας μειώνεται μετά την 4η ημέρα της λοχείας.<sup>1-5,6</sup>

Οι κλινικοί πρέπει να είναι γνώστες του κινδύνου όψιμων σπασμών ή να διασφαλίσουν ότι η γυναίκα

θα έχει μια προσεχτική ανασκόπηση πριν φύγει από το Νοσοκομείο.<sup>1-5,6</sup>

Γυναίκες με επιμένουσα υπέρταση περισσότερο από 6 εβδομάδες λοχειάς, μπορεί να έχουν νεφρικό σύνδρομο. Συνιστάται περαιτέρω έλεγχος.<sup>1-6,1</sup>

*Πρέπει να γνωρίζουμε ότι ποσοστό εκλαμψίας μεγαλύτερο από 44% εμφανίζεται στη λοχεία, ειδικά προς το τέλος της. Έτσι, γυναίκες που εμφανίζουν υπέρταση ή κλινικά συμπτώματα –σημεία προεκλαμψίας (πνοκεφάλους, οπτικές διαταραχές, ναυτία και εμετούς, επιγαστραλγία)– θα πρέπει να τίθενται σε διερεύνηση.<sup>1-5,6</sup>*

Ανάλογα με τις τιμές της ΑΠ η αντιυπερτασική αγωγή πρέπει να συνεχίζεται μετά τον τοκετό. Συνιστάται διατήρηση της θεραπείας έως 3 μήνες μετά τον τοκετό, μέχρι η ΑΠ να επανέλθει στο φυσιολογικό. Η ΑΠ δεν πρέπει να είναι μεγαλύτερη από 160/110 mmHg.

Αρχικά παρατηρείται πτώση της ΑΠ αλλά μέσα σε 24 ώρες ανεβαίνει.<sup>1-5,6</sup>

Κατά την αντιυπερτασική θεραπεία παρατηρείται βαθμιαία ελάττωση της ΑΠ. Δεν υπάρχει λόγος, γιατί η γυναίκα δεν μπορεί να πάει στο σπίτι της με θεραπεία ή να απογαλακτίσει τη θεραπεία ως εξωτερικός ασθενής.<sup>1-5,6</sup>

Γενικά υπάρχουν ανεπαρκείς ενδείξεις για τη σύσταση κάποιου συγκεκριμένου αντιυπερτασικού. Καλό θα ήταν να αποφεύγεται η χρήση της α-μεθυλντόπας λόγω αντένδειξης στην κατάθλιψη.<sup>1-5,6</sup>

Στις θηλάζουσες μητέρες μπορούν να χορηγηθούν σε μονοθεραπεία ή συνδυασμούς:

- Λαβηταλόλη
- Ατενολόλη
- Νιφεδιπίνη
- Εναλαπρίλη<sup>1-5,6</sup>

### Πρόληψη

- Μη αποδεδειγμένο όφελος.<sup>2</sup>
- Δεν υπάρχει κανένα τεκμηριωμένο στοιχείο που να υποστηρίζει ότι οποιαδήποτε τροποποίηση πρωτεϊνών ή ημερήσιας πρόσληψης Kcal, αλλά ούτε και η χρήση του αλατιού μπορούν να προστατέψουν από την υπέρταση της κύησης.<sup>2,7</sup>

- Δεν έχει αποδειχτεί συσχέτιση με ποικίλες διατροφικές ανεπάρκειες (Mg, Zn, Selenium, ω-3 λιπαρά οξέα).<sup>2,7</sup> Συγκεκριμένα, μακράς αλύσου ω-3 λιπαρά οξέα, που περιέχονται στα ιχθυέλαια, έδειξαν μια αντιαμοπεταλιακή και αντιθρομβωτική επίδραση παρόμοια με αυτή της ασπιρίνης, με καλή δράση επί της υπερτασικής νόσου – πρωτεϊνουρί-

ας – προεκλαμψίας. Το έλαιο του νυχτολούλουδου (πηγή λιπαρών οξέων) έχει επίσης προταθεί, αλλά λόγω μικρού αριθμού μελετών δεν μπορεί να προταθεί για κλινική πρακτική.<sup>7</sup>

Παρόλα αυτά υποστηρίζεται η χορήγηση συμπληρωμάτων Ca στα 1 gm/24 ωρο για γυναίκες με αυξημένο κίνδυνο για υπερτασικές διαταραχές στην κύηση και με ανεπαρκή πρόσληψη.<sup>7,2</sup>

Η έρευνα για κάτι που μπορεί να προλάβει την προεκλαμψία και να είναι φθινό και εύκολο για τις γυναίκες συνεχίζεται.<sup>7</sup>

### • Αντιαμοπεταλιακά παράγωγα

Η προφυλακτική χορήγηση χαμηλής δόσης ασπιρίνης (< 100 mg/24 h) φαίνεται να είναι ασφαλής μετά τη 18η-20ή εβδομάδα της κύησης, τόσο για πρόληψη προεκλαμψίας όσο και για το IUGR.<sup>7</sup> Στο 1ο τρίμηνο της κύησης η έναρξη της θεραπείας ενέχει κινδύνους τερατογόνου δράσης με συγγενείς καρδιακές βλάβες, ανάπτυξης εμβρυϊκής πνευμονικής υπέρτασης, διαταραχών πηκτικότητας στην έγκυο και το έμβρυο, καθυστέρησης έναρξης ωδίνων και χαμηλού IQ.<sup>8</sup>

*Heparin – Warfarin:* Κανένα αποδεδειγμένο όφελος – συσχέτιση με σοβαρές παρενέργειες.<sup>7</sup>

### • Διουρητικά

Η προφυλακτική χορήγηση διουρητικών σε εγκύους με φυσιολογική ΑΠ (με ή χωρίς οίδημα ή εκτεταμένη αύξηση βάρους) και η θεραπευτική τους δράση σε εγκύους με μέτρια υπέρταση, καθρέφτισαν την ικανότητά τους να μειώνουν την ΑΠ, χωρίς όμως άλλη βελτίωση σε ουσιώδη αποτελέσματα.<sup>7</sup>

*(Σχόλιο: Με αυστηρή υπονατριούχο δίαιτα για την αποφυγή κατακράτησης ύδατος).*

Δεν προκύπτει κανένα σαφές στοιχείο όφελους για την πρόληψη της προεκλαμψίας. Αυτό συνεπάγεται ή ότι η θεραπεία είναι αναποτελεσματική, ή ότι ο αριθμός των μελετών είναι πολύ μικρός ώστε να ανακαλύψουν αξιολογικό όφελος. Επίσης, δεν αναφέρεται καμιά συνεκτίμηση των παρενεργειών.<sup>7</sup>

### ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η έγκυος και η μητέρα είναι η πρώτη προτεραιότητα σε οποιοδήποτε ιατρικό επειγόν.<sup>1,2</sup>

Υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών της εγκύου συνεπάγεται την υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών του εμβρύου καθώς έγκυος-έμβρυο βρίσκονται σε απόλυτη εξάρτηση.<sup>2</sup>

Ενδιαφέρον για το έμβρυο εκδηλώνεται όταν καταβάλλεται ιδιαίτερη φροντίδα για:

α) τη χορήγηση φαρμάκων που στερούνται τοξικότητας ή τερατογένεσης,

β) την επιλογή εξετάσεων που περιορίζουν απευθείας την έκθεση του εμβρύου σε X-Ray ακτινοβολία.<sup>2</sup>

Είναι σημαντικό η αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών να γίνεται με διεθνή πρωτόκολλα, γιατί αυτό εξασφαλίζει:

α) της ευρείας αποδοχής ιατρικές πρακτικές,

β) τη δυνατότητα έρευνας-συλλογής στοιχείων για Evidence Based Medicine (Midwifery Practice).

Απαραίτητη είναι η παγκοσμιοποίηση και η κωδικοποίηση χειρισμών για την εύκολη απομνημόνευσή τους, που με τη συχνή επιμόρφωση σε σεμινάρια θα μαθαίνουν οι νεότεροι –θα θυμούνται δε οι παλαιότεροι– και θα μεταδίδουν την εμπειρία τους στους χώρους εργασίας.

### ABSTRACT

Antonia Toufidou: **Pathology in pregnancy and midwifery care. Pre-eclampsia - Eclampsia**

"ELEFTHO", 1:11-15, 2007

*Pre-eclampsia and Eclampsia are important medical conditions that can cause serious complications in pregnancy.*

*Either the diagnose and treatment nor the management and midwifery care of both mother and baby are represented in details in this article due to the most resent bibliography. The modern consideration "Evidence Based Medicine" with the use of guidelines, is to standardize the approach to the management of such critical conditions, in order to improve the outcome for the mother and child.*

**Key-words:** pre-eclampsia, eclampsia, pregnancy-induced hypertension.

### BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. RCOG Guideline No 10 (A): Μάρτιος, 2006, www.rcog.org.
2. Fontaine P., Sadourin M. El.: Medical Complications of pregnancy. In: Εγχειρίδιο 3ου Σεμιναρίου ALSO, Ιούνιος, 2004: 1-35.
3. www.dableducational.org.
4. Στεργίου Γ.: Κατευθυντήριες οδηγίες για την υπέρταση 2006: Τι αναμένεται να αλλάξει. Ελληνική Εταιρεία Μελέτης της Υπέρτασης, www.hypertension.gr.
5. Reinders A., Cuckson A., Lee J., Shennan A.: An accurate automated blood pressure device for use in pregnancy and pre-eclampsia: the Microlife 3BTOA. RCOG 2005 BJOG: An International Journal

of Odstetrics and Gynecology, Vol.112, Issue 7, pp. 915-920, July 2005.

6. <http://emguidemaps.homestead.com/files/eclampsia.html-21/2/2005>.
7. Murray Enkin, Marc J.N.C. Keirse, James Neilson, Caroline Crowther, Lelia Dyley, Ellen Hodnett and Justus Hofmeyr: A guide to effective care in pregnancy and childbirth-3rd edition. Oxford University Press, New York, 2000: 119-132.
8. Εθνικό Συνταγολόγιο 2000: ΕΟΦ: 116-117, 121, 125, 469.

## Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της κατ' οίκον φροντίδας στη λοχεία

Βικτωρία Βιβιλάκη\*  
Μαρία Δάγλα\*\*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στο άρθρο αυτό προσδιορίζονται οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την ποιότητα της κατ' οίκον φροντίδας στην περίοδο της λοχείας. Συγκεκριμένα γίνεται αναφορά στη νοσοκομειακή φροντίδα στη λοχεία και στην επιλογή και διάρκεια των επισκέψεων στο σπίτι από την κοινοτική μαία. Περιγράφεται η νοσηρότητα στη λοχεία, ενώ δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην επιλόχεια κατάθλιψη. Στη συνέχεια αναπτύσσονται ο μητρικός θηλασμός και η αντισύλληψη ως πρωταρχικοί τομείς δράσης για την προαγωγή της υγείας των γυναικών και των οικογενειών τους. Τέλος, παρουσιάζεται μια σειρά μελετών, που τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητα της κατ' οίκον φροντίδας στη λοχεία από την κοινοτική μαία.

**Λέξεις κλειδιά:** μαία, επιλόχεια κατάθλιψη, κατ' οίκον φροντίδα στη λοχεία, μητρικός θηλασμός, αντισύλληψη.

### Φροντίδα στο Νοσοκομείο

Το διάστημα που οι λεχωίδες παραμένουν στο Νοσοκομείο ή στην Κλινική που γέννησαν, έχει άμεση σχέση με τη φροντίδα στο σπίτι μετά τον τοκετό. Σε χώρες με οργανωμένες υπηρεσίες υγείας στη λοχεία, οι λεχωίδες παραμένουν στο Νοσοκομείο από λίγες ώρες μέχρι 2-3 ημέρες αν ο τοκετός ήταν χωρίς επιπλοκές (Sweet και συν., 2003). Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία για τη μέση παραμονή των λεχωίδων στο Νοσοκομείο ή την Κλινική μετά τον τοκετό.

Η σύγχρονη τάση για μείωση των ημερών νοσηλείας στο Νοσοκομείο μετά τον τοκετό για τις γυναίκες που έχουν γεννήσει, καθιστά πιο αναγκαία και πιο σημαντική τη φροντίδα της λεχωίδας στην κοινότητα με τρόπο αποτελεσματικό και προσαρμοσμένο στις ανάγκες των γυναικών και των οικογενειών τους (HTA, 2003). Στην ομάδα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας της Υγείας η μαία έχει την κύρια ευθύνη για τη φροντίδα της λεχωίδας και του νεογνού μετά την έξοδό τους από το Νοσοκομείο.

### Επιλογή και διάρκεια των κατ' οίκον επισκέψεων στη λοχεία

Παραδοσιακά, η φροντίδα στη λοχεία αφορά κυρίως μετρήσεις και κλινική εξέταση της παλινδρόμησης της μήτρας, των λοχιών, της θερμοκρασίας και της αρτηριακής πίεσης των λεχωίδων σε τακτά χρονικά διαστήματα. Τα περισσότερα επίσημα έγγραφα που αφορούν την περίοδο αυτή, είναι διαγράμματα για την παρακολούθηση των παραπάνω

\* Κοινοτική Μαία, RM, PgCert, MMedSc, PhDc, Κέντρο Υγείας Σπηλίου Ρεθύμνου Κρήτης

\*\* Μαία, Φοιτήτρια Π.Μ.Σ. Πανεπιστημίου Κρήτης



παραμέτρων και έτσι η κλινική πρακτική των μαιών συνήθως είναι προσαρμοσμένη σ' αυτά τα πρότυπα (HTA, 2003).

Ο αριθμός των κατ' οίκον επισκέψεων, όπως και οι επιπλέον επισκέψεις που ίσως είναι αναγκαίες σε κάποιες περιπτώσεις, καθορίζονται από τη μαία της κοινότητας (Royal College of Midwives Standing Practice Group, 1994). Υπάρχει πιθανότητα η μαία να αναγκαστεί να μειώσει τη συχνότητα και τη διάρκεια των κατ' οίκον επισκέψεων της στη λεχвіδα. Η επιλογή των κατ' οίκον επισκέψεων ανάλογα με τις ανάγκες θα δώσει τη δυνατότητα στη μαία να επικεντρώσει την προσοχή της στις λεχвіδες που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη τη φροντίδα της, καθώς και όπου υπάρχει ανάγκη για συνέχιση της φροντίδας στη λοχεία από την ίδια μαία ή για να αποφευχθούν προβλήματα συγκρουόμενων επιστημονικών απόψεων (Sweet και συν., 2003, Bennett και συν., 1999).

Σύμφωνα με τους Griffin και Hendy η επίσκεψη της μαίας στο σπίτι της λεχвіδας διαρκεί περίπου 17 λεπτά, αλλά αυτό το χρονικό διάστημα ποικίλει ανάλογα με την περίπτωση (Griffin και συν., 1995).

Σε με έρευνα των Garcia και συν., που έγινε σε 2.406 λεχвіδες (ποσοστό απαντήσεων 67%), στις πρώτες 10 ημέρες μετά τον τοκετό η μαία επισκέφτηκε καθημερινά τη λεχвіδα σε ποσοστό 62%, ή κάθε ημέρα εκτός από μία σε ποσοστό 32% (Garcia και συν., 1998). Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, για ποσοστό 45% των λεχвіδων η τελευταία επίσκεψη της μαίας ήταν την 10η ημέρα και για ποσοστό 34% μέχρι τη 15η ημέρα. Αυτή η αναλογία δεν διέφερε σε διαφορετικές περιοχές και η διακύμανση των γυναικών που είχαν την τελευταία επίσκεψη από μαία τη 10η ημέρα, κυμαινόταν από 55% έως 28%.

Για την κοινοτική μαία η συνέχιση της φροντίδας στη λοχεία πέρα από τις 6 εβδομάδες, και κατά συνέπεια η δημιουργία ουσιαστικών σχέσεων με τις γυναίκες που φροντίζει στην κοινότητά της συμβάλλουν στην ικανοποίηση που λαμβάνει από της εργασία της, στοιχείο σημαντικό για την απόδοσή της και την ενεργοποίησή της (Sandall, 1997, Mitchell και συν., 2002).

### **Νοσηρότητα στη λοχεία**

Η παρουσία σημαντικής νοσηρότητας που δεν δηλώνεται στις αρμόδιες υπηρεσίες υγείας και συνεχίζει να υπάρχει μετά την έξοδο της λεχвіδας από το Νοσοκομείο, έχει διαπιστωθεί σε πολλές χώρες (Garcia και συν., 1998, MacArthur και συν., 1991, Glazener και συν., 1995, Saurel-Cubizolles και συν., 2000, Bick και συν., 1995, Brown και συν., 1998). Σύγ-

χρονες έρευνες διαπίστωσαν την έκταση στην οποία ορισμένες γυναίκες υποφέρουν από μακροχρόνια προβλήματα υγείας ως συνέπεια του τοκετού τους (Bennett και συν., 1999, MacArthur και συν., 1991).

Κοινό εύρημα σε πολλές έρευνες είναι ότι πολλές λεχвіδες δεν δηλώνουν τα προβλήματά τους στους επαγγελματίες υγείας, είτε την περίοδο της λοχείας είτε αργότερα και τα προβλήματα αυτά δεν προσδιορίστηκαν από τις υπηρεσίες υγείας (Sweet και συν., 2003, HTA, 2003, Bennett και συν., 1999).

Σύμφωνα με έρευνα των MacArthur και συν., που έγινε σε 11.701 λεχвіδες, ποσοστό 47% δήλωσαν ότι είχαν ένα ή περισσότερα προβλήματα υγείας μετά τον τοκετό, τα οποία συνέχισαν να υπάρχουν και 6 εβδομάδες μετά απ' αυτόν, ορισμένα δε και αργότερα και για μεγάλο χρονικό διάστημα (MacArthur και συν., 1991).

Επίσης, οι Glazener και συν. διαπίστωσαν ότι το 76% από 1.249 λεχвіδες είχαν τουλάχιστον ένα πρόβλημα υγείας μετά την έξοδο τους από το Νοσοκομείο και μέχρι την 8η εβδομάδα της λοχείας (Glazener και συν., 1995). Τα πιο συχνά αναφερόμενα προβλήματα υγείας είναι: πρόβλημα στην ούρηση, πόνος περινέου, προβλήματα στους μαστούς, πόνος στη μέση, αιμορροΐδες, δυσκοιλιότητα και λιγότερο συχνά προβλήματα στη σεξουαλική ζωή και ημικρανία, τα οποία όμως και πάλι δεν είναι σπάνια (HTA, 2003). Πολύ συχνά αναφερόταν επιλόχεια κατάθλιψη και κόπωση (Sweet και συν., 2003, HTA, 2003, Bennett και συν., 1999).

Μερικά από τα παραπάνω μπορεί να γίνουν χρόνια προβλήματα υγείας, όπως ο πόνος στη μέση, ο τραυματισμός του πυελικού εδάφους, η ακράτεια ούρων ή η συχνουρία, οι αιμορροΐδες, η αγχώδης διαταραχή (Sweet και συν., 2003, HTA, 2003, Bennett και συν., 1999, MacArthur και συν., 1991). Επίσης, το τραύμα του περινέου μετά από περινεοτομία ή ρήξη μπορεί να προκαλέσει ενοχλήσεις και δυσφορία και να επηρεάσει τη σεξουαλική ζωή του ζευγαριού για πολλούς μήνες (Sleep, 1991).

Αυξανόμενες στον αριθμό έρευνες που έγιναν για πιο ειδικά προβλήματα υγείας των λεχвіδων, όπως κολπική δυσπαρευνία, πόνος περινέου, προβλήματα στην ούρηση και την αφόδευση, διαπιστώνουν επίμονη και συχνά άγνωστη για τις υπηρεσίες υγείας νοσηρότητα (HTA, 2003, Barrett και συν., 2000, Fynes και συν., 1967, MacArthur και συν., 1997, Sleep και συν., 1984, Wilson και συν., 1996).

Μερικά προβλήματα υγείας, όπως η δυσπαρευνία, ο πόνος περινέου και η ακράτεια ούρων σχετίζονται περισσότερο με τον τοκετό ή με συγκεκριμένες παραμέτρους του τοκετού και υπάρχουν και άλλα προβλήματα υγείας, όπως ο πόνος της μέσης και

η ημικρανία, τα οποία κυρίως σχετίζονται με τις αυξημένες ανάγκες της φροντίδας του νεογνού, αλλά ακόμα κι αυτά φαίνεται να σχετίζονται με τον τοκετό (HTA, 2003, Glazener και συν., 1995, MacArthur και συν., 1993, MacArthur και συν., 1990, Stride, 1993, Brown και συν., 1998).

Σε γενικές γραμμές, η νοσηρότητα που διαπιστώνεται μπορεί να μην είναι επικίνδυνη για τη ζωή της λεχωίδας, όμως έχει σημαντικές επιδράσεις στη ζωή των γυναικών και των οικογενειών τους (HTA, 2003, Saurel-Cubizolles και συν., 2000, Bick και συν., 1995). Σε μερικές περιπτώσεις είναι δύσκολη η αντιμετώπισή τους και η ολική επίλυσή τους, όμως η ανακούφιση, η πληροφόρηση, η συζήτηση και η διαβεβαίωση από ένα επαγγελματία υγείας βοηθάει τη λεχωίδα να αισθανθεί καλύτερα (Trevalyan, 1994).

### **Επιλόχεια κατάθλιψη**

Παρόλο που η επιλόχεια κατάθλιψη έχει απασχολήσει τη διεθνή βιβλιογραφία, στην Ελλάδα δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία για τον επιπολασμό της στο γυναικείο πληθυσμό. Όπως ορίστηκε από τον Pitt, ως επιλόχεια κατάθλιψη ορίζεται η κατάσταση που βρίσκεται μεταξύ των άκρων της βαριάς επιλόχειας κατάθλιψης, με τον κίνδυνο της αυτοκτονίας και παιδοκτονίας και του τετριμμένου όρου των "blues", κάτι που εμφανίζεται συχνά (Pitt, 1968). Τα "blues" είναι μια κατάσταση πολύ λιγότερο δραματική από τη βαριά επιλόχεια κατάθλιψη, που όμως είναι ικανή να αποδιοργανώσει μακροχρόνια τη σχέση μητέρας-παιδιού.

Έρευνες υπολογίζουν τον επιπολασμό της επιλόχειας κατάθλιψης περίπου στο 12-15%, ανάλογα με τον ορισμό της και τα διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται (Cooper και συν., 1998, O'Hara και συν., 1996, Lavender και συν., 1998).

Όπως διαπιστώνεται και στην περίπτωση άλλων προβλημάτων στην περίοδο της λοχείας, οι λεχωίδες δεν αναφέρουν συμπτωματολογία που σχετίζεται με επιλόχεια κατάθλιψη και δεν γίνεται αντιληπτή από τους επαγγελματίες υγείας και από το στενό συγγενικό τους περιβάλλον (MacArthur και συν., 1991, Glazener και συν., 1995, Saurel-Cubizolles και συν., 2000, Brown και συν., 1998, MacArthur και συν., 2002). Η συμβουλευτική και η θεραπεία με αντικαταθλιπτικά είναι σημαντική και αποτελεσματική, όμως το πρώτο βήμα είναι πάντα η διάγνωση σε πρώιμο στάδιο (MacArthur και συν., 2002, Ray και συν., 2000, Clement και συν., 1999).

Η επιλόχεια κατάθλιψη πολύ σπάνια είναι απειλητική για τη ζωή της γυναίκας, όμως οι λεχωίδες δηλώνουν πολλά δυσμενή αποτελέσματα για την ποιό-

τητα της ζωής τους (MacArthur και συν., 2002, Ray, 2000, Clement και συν., 1999). Η επιλόχεια κατάθλιψη έχει συσχετιστεί με προβλήματα υγείας που παρουσιάζονται στη λοχεία (Brown και συν., 2000).

Εκτός από τις συνέπειες που έχει η επιλόχεια κατάθλιψη στην ψυχολογία της μητέρας έχει επιπτώσεις και στο νεογνό, με συχνότερη την ανασφάλεια του παιδιού αναφορικά με τη σχέση τους στην ηλικία των 18 μηνών (HTA, 2003, O'Hara και συν., 1996). Άλλες συνέπειες που έχουν βρεθεί είναι η μειωμένη γνωστική ανάπτυξη στην ηλικία των 4 ετών (ειδικά μεταξύ των αγοριών των κοινωνικοοικονομικά ασθενέστερων μητέρων) και οι διαταραχές συμπεριφοράς στην ηλικία των 5 ετών (HTA, 2003, O'Hara και συν., 1996).

Σήμερα υπάρχουν στοιχεία υπέρ της αποτελεσματικότητας ορισμένων παρεμβάσεων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, όπως η οργάνωση υποστηρικτικών δικτύων για μητέρες που γέννησαν στην κοινότητα με τη βοήθεια μαιών ή άλλων επαγγελματιών υγείας (κοινωνική λειτουργό ή ψυχολόγο) (Lavender και συν., 1998). Η συζήτηση με την κοινοτική μαία και η χρήση EPDS (Κλίμακα Κατάθλιψης Λοχείας του Εδιμβούργου), (Cox και συν., 1987) για τη διάγνωση της επιλόχειας κατάθλιψης είναι σε πολλές περιπτώσεις θεραπευτική για τη λεχωίδα (HTA, 2003, Lavender και συν., 1998). Επίσης, η συνέχιση από την κοινοτική μαία της κατ' οίκον φροντίδας στη λοχεία πέραν των 6 εβδομάδων έχει σημαντικά αποτελέσματα στην ψυχική υγεία των γυναικών, ενώ η επιλόχεια κατάθλιψη μειώνεται σημαντικά (Mitchell και συν., 2002, Lavender και συν., 1998, MacArthur και συν., 2002).

Ακόμα και στις αναπτυγμένες χώρες μόνο μια μειοψηφία ανθρώπων, που πάσχουν από κατάθλιψη, ζητούν ή λαμβάνουν θεραπεία. Αυτό εν μέρει εξηγείται λόγω των ίδιων των συμπτωμάτων. Αισθήματα αναξιοσύνης, ενοχής και έλλειψη κινητοποίησης αποτρέπουν τα άτομα από το να ζητήσουν βοήθεια. Επιπλέον, οι πάσχοντες δεν είναι σε θέση να εκτιμήσουν τα ευεργετήματα της θεραπείας. Οι οικονομικές δυσκολίες και ο φόβος του στιγματισμού είναι επίσης αποτρεπτικοί παράγοντες. Εκτός από τους ίδιους τους ασθενείς και οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να μην αναγνωρίσουν τα συμπτώματα ή να μη δώσουν τη σωστή θεραπεία, γιατί δεν έχουν το χρόνο ή τα μέσα στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2002).

### **Μητρικός θηλασμός**

Ο μητρικός θηλασμός προσφέρει πολλά οφέλη στην υγεία της μητέρας και του νεογνού (WHO,

2003α, WHO, 2003β, WHO, 2003γ). Από διάφορες μελέτες έχουν παρουσιαστεί διαφορετικά μοντέλα υποστήριξης του μητρικού θηλασμού στην κοινότητα κατά την περίοδο της λοχείας, με στόχο τη μείωση του χρονικού διαστήματος που η λεχιά παραμένει στο Νοσοκομείο/Κλινική μετά τον τοκετό (Winterburn και συν., 2000). Η υποστήριξη που μπορεί να παρέχει η κοινοτική μαία στη μητέρα ώστε να ξεπεράσει τυχόν προβλήματα στο μητρικό θηλασμό, είναι πολύ αποτελεσματική και σημαντική για την προαγωγή της υγείας της μητέρας και του νεογνού μακροπρόθεσμα (Sweet και συν., 2003, Hoddinott και συν., 2000, Quinlivan και συν., 2003).

Η εγκατάσταση της γαλουχίας μπορεί να χρειαστεί μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από εκείνο που η μαία της κοινότητας θα είναι σε θέση να επισκέπτεται κατ' οίκον τη μητέρα, όμως η ευθύνη αυτή έχει άμεση σχέση με το ρόλο του λειτουργήματός της.

Παρά τα αδιαμφισβήτητα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού, μεγάλο είναι το ποσοστό των γυναικών στη χώρα μας που δεν θηλάζει (Ζάχου και συν., 2003). Οι επισκέπτριες υγείας που διαδέχονται τη μαία στη φροντίδα της μητέρας και του νεογνού, δεν έχουν επαρκή εμπειρία ή γνώσεις για να εκπληρώσουν αυτό τον καθοριστικό ρόλο (Bennett και συν., 1999).

### **Αντισύλληψη στη λοχεία**

Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ο τελικός έλεγχος στις 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό μπορεί να γίνει από τη μαία ή το γενικό ιατρό (HTA, 2003, Garcia και συν., 1998). Σ' αυτή την επίσκεψη γίνεται συνήθως και συζήτηση για αντισύλληψη, αλλά οι μισές περίπου γυναίκες έχουν ήδη σεξουαλική δραστηριότητα (HTA, 2003, Garcia και συν., 1998).

Οι Sharif και Jordan προτείνουν να γίνεται μια επίσκεψη στις 2-3 εβδομάδες για να συζητηθούν θέματα αντισύλληψης, μέθοδοι διατροφής του νεογνού και συχνά προβλήματα υγείας των πρώτων ημερών και να ακολουθήσει μια επίσκεψη στις 10-12 εβδομάδες μετά τον τοκετό, για να προσδιοριστούν μακροχρόνια προβλήματα υγείας (Sharif και συν., 1995).

Όμως, μια πιο σύγχρονη έρευνα στην Αυστραλία σε τυχαίο δείγμα, αποκάλυψε ότι η συμβουλευτική από γενικό ιατρό μια εβδομάδα μετά τον τοκετό δεν έχει πρόσθετα οφέλη για την υγεία (Gunn και συν., 1998). Η συμβουλευτική στο πλαίσιο της κατ' οίκον φροντίδας από μαία βελτιώνει το γνωστικό επίπεδο των λεχιάδων όσον αφορά την αντισύλληψη (Quinlivan και συν., 2003).

### **Αποτελεσματικότητα της κοινοτικής μαιευτικής**

Φέρνοντας το επίκεντρο των υπηρεσιών υγείας στο σπίτι, η κατ' οίκον φροντίδα από κοινοτική μαία βοηθάει στη δημιουργία κοινωνικών δικτύων και ενδυναμώνει τη φροντίδα που παρέχεται στα άτομα και στην κοινότητα (Mitchell και συν., 2002, Quinlivan και συν., 2003, DoH, 2000). Αρκετές μελέτες έχουν τεκμηριώσει την αποτελεσματικότητα της κατ' οίκον φροντίδας στη λοχεία από κοινοτική μαία (HTA, 2003, MacArthur και συν., 2002, Quinlivan και συν., 2003, Morrell και συν., 2000, Reid και συν., 2002).

Σε τυχαίοποιημένη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Μεγάλη Βρετανία, 1.087 λεχιάδες αποτέλεσαν την ομάδα παρέμβασης την οποία σύμφωνα με συγκεκριμένο πρωτόκολλο φρόντισε κατ' οίκον η κοινοτική μαία, και 977 λεχιάδες αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου, η οποία είχε τη συνηθισμένη κατ' οίκον φροντίδα από μαία στη λοχεία. Στους 4 και 12 μήνες μετά τον τοκετό, οι λεχιάδες της ομάδας παρέμβασης είχαν σημαντικά καλύτερα αποτελέσματα στην υγεία τους. Επίσης, η χρήση των υπηρεσιών υγείας μειώθηκε σημαντικά στην ομάδα παρέμβασης. Οι απόψεις των λεχιάδων για τη φροντίδα τους ήταν καλύτερη. Οι μαίες που συμμετείχαν στην ομάδα παρέμβασης ήταν πιο ευχαριστημένες σε σύγκριση μ' αυτές της ομάδας ελέγχου. Επίσης, η παρέμβαση ήταν αποδοτική όσον αφορά το κόστος, αφού δεν διέφερε σ' αυτό και τα αποτελέσματα για την υγεία ήταν καλύτερα. Ταυτόχρονα, στη Γλασκώβη, σε τυχαίοποιημένη μελέτη που αφορούσε τη συνεχόμενη φροντίδα από μαία στην κύηση, τον τοκετό και τη λοχεία, βρέθηκε ότι η κατ' οίκον φροντίδα από μαία στη λοχεία βελτιώνει το γενικό επίπεδο της υγείας των λεχιάδων. Σύμφωνα με τις λεχιάδες, η συνεχόμενη φροντίδα στη λοχεία από την ίδια μαία τις προετοίμαζε καλύτερα σχετικά με τα προβλήματα στη λοχεία. Επίσης, θεωρούσαν ότι αποκτούσαν καλύτερες δεξιότητες στη φροντίδα τους και τη φροντίδα του νεογνού (Shields και συν., 1997).

Σε μια άλλη τυχαίοποιημένη μελέτη, που αφορούσε έγκυες με ιστορικό νεογνού με χαμηλό βάρος γέννησης, έγινε παρέμβαση (3 επιπλέον κατ' οίκον επισκέψεις από τη μαία της κοινότητας κατά τη διάρκεια της κύησης, με επιπλέον υποστήριξη –τηλεφωνικά ή κατ' οίκον– σε όσες έγκυες ήταν απαραίτητο) και συνεχόμενη φροντίδα κατ' οίκον στη λοχεία από την ίδια μαία (Oakley και συν., 1990).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώθηκε μεγαλύτερο βάρος γέννησης στην ομάδα παρέμβασης, καλύτερη υγεία των λεχιάδων (39%

σε αντίθεση με 30%), μικρότερα ποσοστά επιλόχειας κατάθλιψης (40% σε αντίθεση με 47%) και λιγότερες επισκέψεις στο γενικό ιατρό (27% σε αντίθεση με 32%). Με διαφορετικές μελέτες ένα χρόνο μετά και 7 χρόνια μετά, διαπιστώθηκε ότι οι ίδιες λεχвіδες ανέφεραν καλύτερη υγεία και ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας, σε συνάρτηση των συνεχιζόμενων πλεονεκτημάτων αναφορικά με την υγεία και την ανάπτυξη των παιδιών τους (Oakley, 1992, Oakley, 1996).

Στο Σέφιλντ ολοκληρώθηκε μια τυχαίοποιημένη μελέτη για το κόστος και τα πλεονεκτήματα των φροντιστών στη λοχεία αναφορικά με την υγεία των γυναικών (Morrell και συν., 2000). Οι υπηρεσίες των εκπαιδευμένων φροντιστών χρηματοδοτήθηκαν και αφορούσαν 10 τρίωρες επισκέψεις τις πρώτες 28 ημέρες, για να παρέχουν υποστήριξη σε πρακτικό και συναισθηματικό επίπεδο προκειμένου να βοηθήσουν στην ξεκούραση και την ανάρρωση της λεχвіδας. Από τις 311 λεχвіδες που είχαν συμφωνήσει να συμμετάσχουν σ' αυτή τη μελέτη, μόνο το 15% ζήτησαν να τις επισκεφτούν και τις 10 φορές οι φροντιστές, ενώ το 12% αρνήθηκαν τις επισκέψεις. Το 54% είχε 6 ή περισσότερες επισκέψεις. Η υπηρεσία στην οποία οι φροντιστές αφιέρωναν περισσότερη ώρα ήταν οι δουλειές του σπιτιού (μ.ο. ανά επίσκεψη 53,9 λεπτά). Η πιο συχνή υπηρεσία που προσέφεραν ήταν το τάισμα του νεογνού με μπουκάλι. Δεν φάνηκαν διαφορές στην υγεία των λεχвіδων μετά την παρέμβαση, αλλά οι γυναίκες δήλωναν ικανοποιημένες από τις υπηρεσίες των φροντιστών. Σε μια άλλη μελέτη σε συνδυασμό με την παροχή υπηρεσιών από τους φροντιστές, προσκλήθηκαν οι λεχвіδες σε υποστηρικτικές ομάδες λεχвіδων ή τους εστάλη ταχυδρομικά ένα εγχειρίδιο για τη λοχεία ή και τα δυο. Μικρός αριθμός λεχвіδων συμμετείχε στις υποστηρικτικές ομάδες λεχвіδων και οι παραπάνω παρεμβάσεις δεν φαίνεται να έχουν αποτελέσματα στην υγεία των λεχвіδων (Reid και συν., 2002).

### ΕΠΙΛΟΓΟΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Ο ρόλος της μαίας είναι πολύ σημαντικός για την προάσπιση της υγείας των λεχвіδων και των νεογνών. Υπάρχει πλήθος μελετών που τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητα της κοινοτικής μαίας, τόσο στην πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση της νοσηρότητας στη λοχεία. Είναι λοιπόν ζητούμενο της πολιτικής της υγείας να στελεχώνει με επαρκή αριθμό μαιών την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τόσο στα Κέντρα Υγείας σε αστικό όσο και σε μη αστικό περιβάλλον, προκειμένου να υπάρχουν αυτές οι τεκμηριωμένα αποτελεσματικές δράσεις στην περίοδο της λοχείας. Επίσης, οι μαίες που εργάζο-

νται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στο πλαίσιο της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης να ενισχυθούν επιστημονικά και να τους δοθούν κίνητρα προκειμένου να οργανώνουν και να πραγματοποιούν κατ' οίκον επισκέψεις σε λεχвіδες και νεογνά, που βρίσκονται στα όρια της ζώνης ευθύνης του Κέντρου Υγείας στο οποίο εργάζονται.

### ABSTRACT

*Victoria Vivilaki, Maria Daglas: Factors that affect quality in postnatal homecare*

"ELEFTHO", 1:16-21, 2007

*Factors that affect the postnatal homecare have been identified. In particular, there is reference about the postnatal care in the hospital and the number and duration of postnatal home visits by the community midwife. The postnatal morbidity is described and especially postnatal depression. In addition, breastfeeding and contraception methods are mentioned as important fields of community midwifery practice for the promotion of health of women's and their families. In the end, there is a presentation of studies that evidence the effectiveness of community postnatal midwifery practice*

**Key words:** *midwife, postnatal depression, postnatal home visiting, breastfeeding, contraception.*

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Barrett G., Pendry E., Peacock J., Victor C., Thakar R., Manyonda I. (2000): Women's sexual health after childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107: 186-95.
- Bick D., MacArthur C. (1995): The extent, severity and effect on Health problems after childbirth. *British Journal of Midwifery*, 3(27):31.
- Brown S., Lumley J. (2000): Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107:1194-1201.
- Brown S., Lumley J. (1998): Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105: 156-61.
- Clement S., Elliot S. (1999): Psychological health before during and after childbirth. Ch 18. In Marsh G., Refrew M., eds. *Community-based maternity care*. Oxford: Oxford University Press, 1999.
- Cooper P.J., Murray L. (1998): Postnatal Depression. *British Medical Journal*, 316:1884-1886.
- Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. (1987): Detection of postnatal depression. *British Journal of Psychiatry*, 150:782-86.
- DoH (2000): *The NHS Plan*. HMSO, London.
- Fynes M., Donnelly V., Behan M., O'Connell P., O'Herlihy C. (1967): Effect of second vaginal delivery on anorectal physiology and faecal continence: a prospective study. *Lancet* 1999;354:983-6.

- Garcia J., Redshaw M., Fitzsimons B., Keene J. (1998): First class delivery. A national survey on women's views of maternity care. London: Audit Commission.
- Glazener C., Abdalla M., Stroud P., Templeton A., Russell I. (1995): Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. *British Journal Obstetrics and Gynaecology*, 102:282-7.
- Griffin B., Hendy M. (1995): A community assessment: patient dependency, midwives and mothers needs. *Midwives Chronicle*, 108(1289):184-187.
- Gunn J., Lumley J., Chondros P., Young D. (1998): Does an early postnatal check-up improve maternal health: results from a randomised trial in Australian General Practice. *British Journal Obstetrics Gynaecology*, 105:991-7.
- Hoddinott P., Pill R. (2000): A qualitative study on women's views about how health professionals communicate about infant feeding. *Health Expectations*, 3:224-233.
- HTA (2003): Redesigning postnatal care: a randomized controlled trial of protocol-based midwifery-led care focused on individual women's physical and psychological health needs.
- Lavender T., Walkinshaw S. (1998): Can Midwives reduce Postpartum Psychological Morbidity? A Randomised Trial. *Birth*, 25:215-219.
- MacArthur C., Bick D., Keighley M. (1997): Faecal incontinence after childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104:46-50.
- MacArthur C., Lewis M., Knox E., Crawford J. (1990): Epidural anaesthesia and long term backache after childbirth. *BMJ*, 301:9-12.
- MacArthur C., Lewis M., Knox E. (1991): Health after childbirth. London: HMSO.
- MacArthur C., Lewis M., Knox E. (1993): Accidental dural puncture in obstetric patients with long term symptoms. *BMJ*, 306:883-5.
- MacArthur C., Winter H., Bick D. et al (2002): Effects of redesigned community postnatal care on women's health problems 4 months after birth: a cluster randomized controlled trial. *Lancet*, 359:378-385.
- Mitchell M., Doyle M. (2002): Evaluating a new course in postnatal care. *British Journal of Midwifery*, 10(12):746-750.
- Morrell C., Spiby H., Stewart P., Walters S., Morgan A. (2000): Costs and effectiveness of community postnatal support workers: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 321:593-8.
- O'Hara M., Swain A. (1996): Rates and risk of postpartum depression a-metanalysis. *Int Rev Psychology*, 8:37-54.
- Oakley A., Hickey D., Rajan L., Rigby A. (1996): Social support in pregnancy: does it have long-term effects? *Journal of Reproductive Infant Psychology*, 14:7-22.
- Oakley A., Rajan L., Grant A. (1990): Social support and pregnancy outcome. *British Journal of Objectrics Gynaecology*, 97:155-62.
- Oakley A. (1992): Social support in pregnancy: methodology and findings of a one year follow-up study. *Journal of Reproductive Infant Psychology*, 10:219-31.
- Pitt B. (1968): "A typical" depression following childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 114:1325.
- Quinlivan J., Box H., Evans S. (2003): Postnatal home visits in teenage mothers: a randomized controlled trial. *The Lancet*, 361:893-900.
- Ray K., Hodnett E. (2000): Caregiver support for postpartum depression (Cohrane Review) In: *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford: Update Software.
- Reid M., Glazener C., Murray G., Taylor G. (2002): A two-centred pragmatic randomised controlled trial of two interventions of postnatal support. *British Journal of Obstetric*.
- Royal College of Midwives Standing Practice Group (1994): Paper 2 – Community postnatal visiting. *Midwives Chronicle*, 107(1277):23.
- Sandall J. (1997): Midwives burnout and continuity of care. *British Journal of Midwifery*, 5(2):106-111.
- Saurel-Cubizolles M.-J., Romito P., Lelong N., Ancel P.-V. (2000): Women's health after childbirth: a longtinal study in France and Italy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107:1202-9.
- Sharif K., Jordan J. (1995): The six week postnatal visit-are we doing it right? *British Journal of Hospital Medicine*, 54:7-10.
- Shields N., Reid M., Cheyne H., Holmes A., McGinley M., Turnbull D. (1997): Impact of midwife-managed care in the postnatal period: an exploration of psychosocial outcomes. *Journal of Reproductive Infant Psychology*, 15: 91-108.
- Sleep J. (1991): Perineal care: a series of five randomised controlled trials.
- Sleep J., Grant A., Garcia J., Elbourne D., Spencer J., Chalmers I. (1984): West Berkshire perineal management trial. *BMJ*, 289:587-90.
- Stride P., Cooper G. (1993): Dural taps revisited: a 20-year survey from Birmingham Maternity Hospital. *Anaesthesia*, 43:247-55.
- Sweet B., Tiran D. (2003): *Mayes Midwifery. A Textbook for Midwives*. London.
- Trevalyan J. (1994): *Women' health:Please tell mother*. *Nursing Times*, 90:38-39.
- WHO (2003) $\alpha$ : *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn care: A guide for essential practice*. Geneva.
- WHO (2003) $\beta$ : *Atlas of Health in Europe*. Copenhagen.
- WHO (2003) $\gamma$ : *The Solid Facts. Social Determinants of Health*. International Centre for Health and Society. Denmark.
- Wilson P., Herbison R., Herbison G. (1996): Obstretic practice and the prevelance of urinary incontinence three months after delivery. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1996;103:154-61
- Winterburn S., Fraser R. (2000): Does the duration of postnatal stay influence breast-feeding rates at one month in women giving birth for the first time? A randomized control trial. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5):1152-1157.
- Bennett R., Brown L. (1999): *Myles Textbook for Midwives*. Churchill Livingstone. London.
- Ζάχου Θ., Σοφατζής Ι. (2003): Συμβουλές Μητρικού Θηλασμού. Εκπαιδευτικά Σεμινάρια Μητρικού Θηλασμού του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας για Επαγγελματίες Υγείας. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (2002): Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας. Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001. Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα.

## Κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Μαρία Κύρου\*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κατάθλιψη είναι μια σοβαρή διαταραχή της διάθεσης, που μπορεί να εμφανιστεί ή να επιδεινωθεί στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι γυναίκες κατακλύζονται από αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα, τα οποία πολλές φορές αποσιωπούν καθώς δεν μπορούν να καταλάβουν γιατί νιώθουν άσχημα σε μια περίοδο, που θα 'πρεπε να νιώθουν όμορφα. Η διάγνωση της κατάθλιψης είναι ουσιώδης καθώς μια αθεράπευτη κατάθλιψη μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες για τη μητέρα και το έμβρυο – νεογνό. Οι Μαιές-Μαιευτές είναι απαραίτητο να συνεργάζονται στενά με όλους τους επαγγελματίες υγείας για μια ολοκληρωμένη φροντίδα της εγκύου.

**Λέξεις κλειδιά:** κατάθλιψη στην εγκυμοσύνη, αντικαταθλιπτικά, εναλλακτική αντιμετώπιση.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η περίοδος της εγκυμοσύνης αποτελεί περίοδο χαράς, ενθουσιασμού και προσδοκίας για τη νέα ζωή (Hatfield, 2003). Δεν παύει, όμως, να αποτελεί και μια περίοδο κοινωνικών, οικονομικών, συναισθηματικών και φυσιολογικών αλλαγών, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η ψυχολογία των εγκύων και να παρατηρούνται συχνά αλλαγές στη διάθεση (Robbins, 2003).

Η κατάθλιψη είναι μια ψυχική διαταραχή και παρουσιάζει δυο πόλους, τη μανία και την κατάθλιψη. Είναι η διαταραχή κατά την οποία οι πάσχοντες αισθάνονται φοβισμένοι, μελαγχολικοί, αβοήθητοι, απελπισμένοι κι εμπλέκονται σε ελάχιστες δραστηριότητες (Kalat, 2002). Σύμφωνα με έρευνες η κατάθλιψη έχει βιολογικό υπόβαθρο καθώς φαίνεται να εμπλέκεται ο ιός "Borna", που υπάρχει στο 2% των φυσιολογικών ατόμων, ενώ έχει βρεθεί στο 30% των καταθλιπτικών. Αυτό, ωστόσο, ακόμη ερευνάται. Επιπροσθέτως, στους καταθλιπτικούς υπάρχουν λιγότερα επίπεδα σεροτονίνης, μιας χημικής ουσίας του εγκεφάλου που ρυθμίζει τη διάθεση (Haines, 2005, Marsa, 2002). Βάσει ερευνών θα διαγνωστεί κατάθλιψη σε ποσοστό 10-15% των εγκύων γυναικών (APA, 2006, Robbins, 2003, Hatfield, 2003).

### Παράγοντες κινδύνου

Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης στη διάρκεια της εγκυμοσύνης αποτελούν (APA, 2006, BabyCenter, 2006, University of MDC, 2006, Haines, 2005, Robbins, 2003):

- Προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης.
- Οικογενειακό ιστορικό.

\* Μαιά, Εξειδίκερη Επαγγελματίας

- Προβλήματα σχέσης – γάμου.
- Προβλήματα γονιμότητας (επανελημμένες IVF).
- Προβλήματα υγείας της γυναίκας (προϋπάρχουν ή παρουσιάζονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης).
- Ιστορικό αποβολών, ενδομητρίων – νεογνικών θανάτων.
- Προβλήματα κύησης (πρόωρες συστολές, αιμορραγία).
- Στρεσογόνες καταστάσεις (οικονομικά προβλήματα, θάνατος).
- Κακοποίηση (φυσική, σεξουαλική, συναισθηματική).
- Ελάχιστη ή καμιά στήριξη.
- Άλλοι παράγοντες: νεαρή ηλικία, απρογραμματίστη – ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη.

### **Ενδείξεις και συμπτώματα κατάθλιψης**

Οι αλλαγές στη διάθεση των εγκύων είναι συνήθεις και στις περισσότερες περιπτώσεις φυσιολογικές. Ωστόσο, κάποιες φορές αποτελούν σημεία και συμπτώματα κατάθλιψης. Μια γυναίκα που παρουσιάζει τρία ή περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα για πάνω από δυο εβδομάδες, έχει ανάγκη ιατρικής παρακολούθησης (APA, 2006, University of MDC, 2006, Shuman, 2005, Robbins, 2003, Hatfield, 2003):

- Μελαγχολική διάθεση, θλίψη, ξεσπάσματα με κλάμα χωρίς προφανή λόγο.
- Διαταραχές ύπνου ή/και διαταραχές στην όρεξη.
- Κόπωση, ατονία, δυσκολία συγκέντρωσης.
- Απαισιοδοξία, ενοχικές σκέψεις ή συναισθήματα αναξιοσύνης.
- Υπερβολική ανησυχία για την ίδια ή το έμβρυο.
- Κρίσεις πανικού συνοδευόμενες από ταχυκαρδία και δυσκολία αναπνοής.
- Σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας.

Είναι δυνατό οι περίοδοι κατάθλιψης να ακολουθούνται από περιόδους υπερβολικής ευθυμίας, σημείο διπολικής διαταραχής, που απαιτεί άμεση αντιμετώπιση (Babycenter, 2006).

### **Επίδραση εγκυμοσύνης σε προϋπάρχουσα κατάθλιψη**

α) Αυξημένος κίνδυνος για επανεμφάνιση κατάθλιψης.

β) Αυξημένος κίνδυνος για “κατάθλιψη της λοχείας” με αποτέλεσμα δυσκολία για συναισθηματικό δέσιμο με το νεογνό (APA, 2006, University of MDC, 2006, Robbins, 2003). Οι γυναίκες με κατάθλιψη της λοχείας δείχνουν αδιαφορία ή αποστροφή προς το

νεογέννητο, με αποτέλεσμα ελλιπή φροντίδα και αίσθημα ανασφάλειας στο νεογνό. Υπάρχει δυσκολία να αναπτυχθούν οι δεσμοί επικοινωνίας με τη μητέρα στο κρίσιμο διάστημα των πρώτων μηνών (2-6 μηνών), επηρεάζοντας ίσως μακροπρόθεσμα και τους δεσμούς με τους υπόλοιπους ανθρώπους (Wikipedia, 2006). Σύμφωνα με έρευνες τα βρέφη μητέρων με κατάθλιψη της λοχείας είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν προβλήματα συμπεριφοράς (π.χ. διαταραχές στον ύπνο και τη διατροφή, υπερδραστηριότητα), νοητική, συναισθηματική και κοινωνική καθυστέρηση σε σχέση με τα υπόλοιπα βρέφη (Nonacs, 2005).

### **Επίδραση κατάθλιψης στην εγκυμοσύνη**

α) Δυσκολία εγκύου να ακολουθήσει τις ιατρικές οδηγίες. Συνήθης είναι η ελλιπής διατροφή και η ελλιπής ξεκούραση.

β) Αδιαφορία εγκύου για τον εαυτό της με αποτέλεσμα πιθανή χρήση βλαπτικών ουσιών για την ίδια και το έμβρυο (αλκοόλ, νικοτίνη, φαρμακευτικές ουσίες).

γ) Αυξημένος κίνδυνος για απόπειρα αυτοκτονίας (APA, 2006, University of MDC, 2006, Robbins, 2003).

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό η ανάγκη για αντιμετώπιση και θεραπεία της κατάθλιψης, καθώς μια κατάθλιψη που δεν αντιμετωπίζεται από ειδικό μπορεί να οδηγήσει σε πρόωρο τοκετό, σε χαμηλού βάρους γέννησης νεογνά, σε αναπτυξιακά προβλήματα, ενώ η ελλιπής φροντίδα από τη μητέρα μπορεί να οδηγήσει σε παιδιά με προβλήματα συναισθηματικά, συμπεριφοράς και μαθησιακά (APA, 2006, Robbins, 2003).

### **Αντιμετώπιση**

Το βέβαιο είναι ότι η κατάθλιψη αντιμετωπίζεται και θεραπεύεται. Το πρώτο βήμα για τη θεραπεία της κατάθλιψης είναι η αναζήτηση βοήθειας και στήριξης. Οι θεραπείες που προτείνονται είναι φαρμακευτικές (αντικαταθλιπτικά –παρουσιάζουν βελτίωση τα 2/3 των ασθενών, αν και δεν ανακουφίζονται πλήρως από τα συμπτώματα– συμπτωματική θεραπεία) και μη φαρμακευτικές (ψυχοθεραπεία ατομική – ομαδική), καθώς και εναλλακτικοί τρόποι αντιμετώπισης. Στις περιπτώσεις ήπιας ή μετρίου βαθμού κατάθλιψης προτείνεται η ψυχοθεραπεία, ενώ σε σοβαρή κατάθλιψη συνδυάζεται η ψυχοθεραπεία και η χρήση αντικαταθλιπτικών (APA, 2006, Hatfield, 2003). Τα αντικαταθλιπτικά που χρησιμοποιούνται στην εγκυμοσύνη είναι τα SSRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors), όπως τα Prozac, Paxil, Zoloft.

Σύμφωνα με έρευνες τα SSRIs είναι απίθανο να προκαλέσουν οποιαδήποτε εμβρυϊκή ανωμαλία (Rosack, 2002). Ωστόσο, υπάρχει πιθανότητα εμφάνισης στερητικού συνδρόμου και πνευμονικής υπέρτασης στα νεογέννητα, κυρίως όταν τα αντικαταθλιπτικά χορηγούνται στο τρίτο 3μηνο (CBS, 2006, Hatfield, 2003, Rosack, 2002). Όσον αφορά τη χρήση των SSRIs στη διάρκεια του μητρικού θηλασμού, φαίνεται ότι η ποσότητα αυτών στο μητρικό γάλα είναι αμελητέα (Stiskal, 2006, Hatfield, 2003, Rosack, 2002, Hale, 1998) και γι' αυτό δεν θεωρείται αναγκαία η παύση των φαρμάκων στη λοχεία.

Εφόσον είναι απαραίτητη η φαρμακευτική αγωγή και η γυναίκα επιθυμεί το θηλασμό, προτείνεται η χορήγηση της μικρότερης δόσης (Rosack, 2002).

### **Εναλλακτικοί τρόποι αντιμετώπισης**

Αυτοί συστήνονται στις γυναίκες με ήπια ή μετρίου βαθμού κατάθλιψη ή μπορεί να συνδυαστούν με ψυχοθεραπεία και φαρμακευτική αγωγή. Στόχο έχουν να προσφέρουν χαλάρωση κι ανακούφιση από κάποια συμπτώματα της κατάθλιψης, όπως λύπη, ανησυχία, πονοκεφάλους (Haines, 2005).

Εναλλακτικοί τρόποι αντιμετώπισης είναι η βοτανολογία, ο βελονισμός, η ρεφλεξολογία, η άσκηση και το μασάζ (Haines, 2005, Shuman, 2005, Robbins, 2003, Hatfield, 2003, Marsa, 2002).

Ειδικότερα στη φωτοθεραπεία, ειδικά σχεδιασμένο όργανο εκπέμπει λάμψη ισοδύναμη της έντασης του ηλιακού φωτός, περίπου σαράντα λεπτά μετά την ανατολή του ηλίου (Marsa, 2002). Αν και οι μελέτες συνεχίζονται, φαίνεται ότι η φωτοθεραπεία έχει πολύ καλά αποτελέσματα ακόμη και σε σοβαρού βαθμού κατάθλιψη, χωρίς την παρουσία επιπλοκών (Schimeelpfenfing, 2006, Marsa, 2002). Συστήνεται, ωστόσο, κυρίως στην εποχιακή διαταραχή διάθεσης. Για οποιαδήποτε μορφή θεραπείας είναι απαραίτητο τα οφέλη να υπερτερούν των τυχόν αρνητικών επιδράσεων στη γυναίκα και το έμβρυο – νεογνό.

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

1. Σε πολλά άτομα η κατάθλιψη εμφανίζεται με τη μορφή επεισοδίων ή κρίσεων.
2. Οι ορμονικές αλλαγές σχετίζονται με την πρόκληση καταθλιπτικών επεισοδίων.
3. Η εγκυμοσύνη και η γέννηση ενός παιδιού μπορεί να προκαλέσουν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο, αλλά δεν αποτελούν πηγή ή αιτία της κατάθλιψης.
4. Η κατάθλιψη μπορεί να αντιμετωπιστεί στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.
5. Ο ρόλος των Μαιών-Μαιευτών είναι ουσιώδης στις περιπτώσεις εγκύων με κατάθλιψη.

### **ABSTRACT**

*Maria Kyrou: Depression during pregnancy/ Prenatal depression*

"ELEFTHO", 1:22-24, 2007

*Depression is a serious mood disorder that can appear or get worsen during pregnancy. Depression can be confusing for women when it occurs during pregnancy as they can't figure out why they feel bad during a time when they should feel good. Is very important that depression is treatable as an untreated depression can have dangerous risks to the mother and fetus/neonate. Midwives have to cooperate with all health workers for a total care of the pregnant woman.*

**Key-words:** pregnancy depression, antidepressants, alternative therapy.

### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Kalat G.: Βιολογική Ψυχολογία, Τόμος Α&Β', Έκδοση Ε', 2002. DSM 4: 2000

#### **Άρθρα από INTERNET**

- American Pregnancy Association: Depression During Pregnancy, 2006.
- Baby Center LLC: Depression During Pregnancy. Babycenter.com, 2006.
- CBS News – Health News: Antidepressants During Pregnancy. CBS.com, 2006.
- Haines Cynthia, MD – The Cleveland Clinic Department of Psychiatry and Psychology: The Causes of Depression. Healthcenter.com, 2005.
- Haines Cynthia, MD: Alternative Therapies for Depression. Healthcenter.com, 2005.
- Robbins Elizabeth, PhD: Answers About Depression During Pregnancy, 2003.
- Hatfield Heather, MD: Facing Depression During Pregnancy. MedicineNet.com, 2003.
- Rosack Jim: Study Finds No Link Between Antidepressants and Birth Defects. Psychiatric News, December 20, 2002, Vol 37, No 24.
- Stiskal Joseph, MD – Division of Neonatology Atlantic Health System Morristown NJ: Effect of Maternal Antidepressants on the Developing Fetus, Newborn and Breastfeeding Infant, 2006.
- Marsa Linda: Non Drug Alternatives in Depression Treatment. NAMI SCC Website, 2002.
- Schimeelpfenfing Nancy: Light Therapy for Depression During Pregnancy. Depression.about.com, 2006.
- Nonacs Ruta M., MD, PhD: Postpartum Depression. eMedicine.com 2005.
- Hale Thomas, PhD: Using Antidepressants in Breastfeeding Mothers, 1998.
- Shuman Tracy, MD – The Cleveland Clinic Birthing Services and the Department of Obstetrics and Gynecology: Depression and Pregnancy, 2005.
- University of Michigan Depression Center: Depression in Pregnancy. Healthcenter.com, 2006.
- Wikipedia: Postpartum Depression. Wikipedia.org, 2006.



## Η επίδραση της ψυχοσωματικής προετοιμασίας της εγκύου στην επιλόχεια κατάθλιψη

Μαριάννα Παπανικολαίου\*<sup>(1,2)</sup>

Ελένη Δούδα\*\*<sup>(1)</sup>

Σοφία Μπάτσιου\*\*\*<sup>(1)</sup>

Σάββας Τοκμακίδης\*\*\*\*<sup>(1)</sup>

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνηθεί εάν η ψυχική και σωματική προετοιμασία της εγκύου, που πραγματοποιείται στα μαθήματα Ψυχοπροφυλακτικής κατά την περίοδο της κύησης, σχετίζεται με τη μείωση των συμπτωμάτων της επιλόχειας κατάθλιψης. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 76 γυναίκες ηλικίας  $29,17 \pm 5,13$ , οι οποίες χωρίστηκαν σε δυο ομάδες: την πειραματική ( $n=38$ ), που παρακολούθησε μαθήματα Ψυχοπροφυλακτικής από τον 6ο μήνα της κύησης, και την ομάδα ελέγχου ( $n=38$ ), που δεν συμμετείχε σε αντίστοιχες συνεδρίες. Για την εκτίμηση της επιλόχειας κατάθλιψης δόθηκε ερωτηματολόγιο (Beck Depression Inventory-BDI-21), μετά την παρέμβαση, από την 3η ημέρα έως την 6η εβδομάδα μετά τον τοκετό. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι η συγκεντρωτική βαθμολογία (sum) των γυναικών, που παρακολούθησαν μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής προετοιμασίας ( $4,26 \pm 0,82$ ), ήταν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη ( $U=343,50, p < 0,001$ ) απ' αυτή των γυναικών που δεν παρακολούθησαν ( $11,26 \pm 1,48$ ). Τα αποτελέσματα αυτά φανερώνουν ότι η παρακολούθηση μαθημάτων Ψυχοπροφυλακτικής βοηθάει στη μείωση των συμπτωμάτων της επιλόχειας κατάθλιψης.

**Λέξεις κλειδιά:** επιλόχεια κατάθλιψη, ψυχοπροφυλακτική, άσκηση, υποστήριξη.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κυοφορία και η γέννηση ενός ανθρώπου είναι ίσως η πιο εκπληκτική και έντονη εμπειρία στη ζωή της γυναίκας. Μετά την εγκυμοσύνη και τον τοκετό τα συναισθήματα της νέας μητέρας παρουσιάζουν ποικίλες εναλλαγές κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων μετά τη γέννηση του βρέφους. Τη μια στιγμή αισθάνεται απερίγραπτα ευτυχισμένη και το επόμενο λεπτό αισθάνεται πλημμυρισμένη από θλίψη. Οι γρήγορες αυτές αλλαγές διάθεσης είναι φυσιολογικό χαρακτηριστικό της μεταγεννητικής περιόδου, γνωστό ως μεταγεννητική ή επιλόχεια κατάθλιψη.

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι η πιο συχνή επιπλοκή που παρατηρείται στις γυναίκες μετά τον τοκετό και ανέρχεται σε ποσοστό περίπου της τάξεως του 20% στο σύνολο των γυναικών που διανύουν την περίοδο της λοχείας (O'Hara et al., 1996, Wisner et al., 2000), ενώ σε πρόσφατες έρευνες που διεξήχθησαν στη χώρα μας το ποσοστό αυτό φαίνεται να παρουσιάζει αυξητική τάση (Μωραΐτου Μ., Σταλίκας Α., 2004). Η κατά-

\* Μαία, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια

\*\* Ph.D., Επίκουρη Καθηγήτρια

\*\*\* Ph.D., Λέκτορας

\*\*\*\* Ph.D., Καθηγητής

<sup>1</sup> Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Τμήμα Φυσικής Αγωγής & Αθλητισμού

<sup>2</sup> Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας

θλιψη της λοχείας ορίζεται από διάφορες ψυχοφυσιολογικές καταστάσεις, όπως η λύπη, η έλλειψη διάθεσης, η αίσθηση αδυναμίας, η απογοήτευση, η απελπισία κ.ά. Συχνά στις γυναίκες ελλοχεύει ο φόβος ότι θα κάνουν κακό στον εαυτό τους, το σύντροφο ή ακόμη και στο παιδί τους. Τα δάκρυα, οι εναλλαγές ανεξέλεγκτων συναισθημάτων, ο φόβος της μοναξιάς, η έλλειψη ενδιαφέροντος για το βρέφος, η απώλεια δυναμικότητας και κινήτρων, η απόσυρση ή η απομόνωση από φίλους και οικογένεια και η ανικανότητα να πάρουν αποφάσεις ή να σκεφτούν με σαφήνεια, είναι καταστάσεις που συγκαταλέγονται μεταξύ των καταγεγραμμένων συμπτωμάτων (Miller, 2002). Η αιτιολογία της επιλόχειας κατάθλιψης δεν έχει διευκρινισθεί πλήρως, ωστόσο φαίνεται να εμπλέκονται οι μεταβολές στο ορμονικό περιβάλλον, η χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών, οι ψυχολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (Bloch et al., 2000, Erpperson et al., 1999, Harris et al., 1994, Miller, 2002, Swendsen et al., 2000).

Πιστεύεται ότι ο ρόλος τόσο της ψυχολογικής όσο και της σωματικής προετοιμασίας της εγκύου είναι ιδιαίτερα σημαντικός στη συναισθηματική της κατάσταση (Clapp et al., 1992, Clapp, 2000, Fontaine et al., 1997, Hall et al., 1996, Lawlor et al., 2001, O'Hara et al., 1983, Wolfe et al., 1989). Οι μελέτες δείχνουν ότι η ενημέρωση και η υποστήριξη από την οικογένεια (Cumsille et al., 1994, Simons et al., 1993), τους επαγγελματίες υγείας (Dennis, 2003, Gamble et al., 2005, Gjerdingen et al., 1991, Zlotnick et al., 2001) και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (Collins et al., 1993, Goldstein et al., 1996, O'Hara, 1986) έχει θετική επίδραση στη μείωση των συμπτωμάτων επιλόχειας κατάθλιψης.

Το γεγονός αυτό αποδεικνύεται από την ανασκόπηση βιβλιογραφίας των Gjerdingen et al. (1991), οι οποίοι αναφέρουν ότι η ενημερωτική υποστήριξη που παρέχεται στα μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής προετοιμασίας της εγκύου, σχετίζεται με λιγότερες επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, με καλύτερη φυσική και ψυχική υγεία μετά τον τοκετό και ελάττωση της πιθανότητας εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης. Συγχρόνως, οι γυναίκες που λαμβάνουν την απαραίτητη υποστήριξη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, βιώνουν θετικότερα συναισθήματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας (Collins et al., 1993). Αντίθετα, οι μητέρες που στερούνται υποστήριξης είναι πιθανότερο να βιώσουν καταθλιπτικά συμπτώματα, τα οποία έχουν αρνητική επίδραση τόσο στις ίδιες όσο και στις οικογενειακές τους σχέσεις (Cumsille et al., 1994, Simons et al., 1993).

Οι Zlotnick et al. (2001) πραγματοποίησαν έρευνα, που σκοπό είχε να μελετήσει εάν η άσκηση προληπτικής συμβουλευτικής παρέμβασης σε γυναίκες κατά τη διάρκεια της κύησης, θα μείωνε τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης σ' αυτές μετά τον τοκετό. Από τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώθηκε ότι 3 μήνες μετά τον τοκετό, 6 από τις 18 γυναίκες της ομάδας που λάμβαναν τη συνηθισμένη μαιευτική φροντίδα (ποσοστό 33%) εμφάνισαν συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ καμιά από τις 17 γυναίκες της ομάδας παρέμβασης δεν παρουσίασε κατάθλιψη μετά τον τοκετό. Οι ερευνητές συμπαίραναν ότι μια παρέμβαση προσανατολισμένη σε ομαδικές συναντήσεις με συμβουλευτικό και ενημερωτικό περιεχόμενο, παρουσίασε θετική συσχέτιση με την παρεμπόδιση εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης. Η Dennis (2003) διαπίστωσε ότι η επιλόχεια κατάθλιψη μειώθηκε κατά 19% μέσω των ειδικών προγραμμάτων για εγκύους. Σύμφωνα με την ερευνήτρια η ατομική προσέγγιση και η εντατική υποστήριξη που παρέχεται από τους ειδικούς της υγείας, ήταν η πιο πετυχημένη προσέγγιση στην πρόληψη της κατάθλιψης. Επίσης, ιδιαίτερα σημαντική είναι και η έρευνα των Gamble et al. (2005), που αποδεικνύει ότι η συμβουλευτική παρέμβαση των Μαιών σε γυναίκες κατά την περίοδο της κύησης, ήταν αποτελεσματική στη μείωση των συμπτωμάτων του άγχους, της κατάθλιψης και των συναισθημάτων ενοχής. Η παρέμβαση των Μαιών έγινε αντιληπτή ως ιδιαίτερα χρήσιμη και ενίσχυσε την εμπιστοσύνη των γυναικών για ενδεχόμενη μελλοντική εγκυμοσύνη.

Εκτός από την υποστήριξη, η ύπαρξη πολλών ερευνών αποδεικνύει ότι η άσκηση αποτελεί ένα σημαντικό μέσο για τη μείωση των επιπέδων του άγχους και της κατάθλιψης και μπορεί να βελτιώσει την αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμηση του ατόμου (Fontaine et al., 1997, Hall et al., 1996). Επίσης, επισημαίνεται ότι η δύναμη, η αυτοπεποίθηση, η ενεργητικότητα, η κοινωνικότητα, η ποιότητα ζωής και η γενική συναισθηματική κατάσταση βελτιώνονται σημαντικά στα άτομα τα οποία ασκούνται (Εκκεκάκης και συν., 1996, Singh et al., 1997). Παράλληλα, οι μελέτες δείχνουν ότι η άσκηση είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος στη διαχείριση και πρόληψη των ψυχοσωματικών μεταβολών της λοχείας και κυρίως των συμπτωμάτων της κατάθλιψης (Carter, 2000, Dennis, 2005, Haas, 2005, Koltyn, 1994, Koltyn et al., 1997, Koniak-Griffin, 1994). Οι γυναίκες που γυμνάζονται πριν και μετά τον τοκετό, παρουσιάζουν καλύτερο έλεγχο του σωματικού τους βάρους μετά τον τοκετό, είναι περισσότερο κοινωνικές και νιώθουν καλύτερα με τον εαυτό τους κατά την πε-

ρίοδο της λοχείας (Sampsel, 1999). Αντίθετα, οι υπέρβαρες γυναίκες έχουν υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν συμπτώματα κατάθλιψης κατά την περίοδο της λοχείας (Carter, 2000). Επίσης, οι γυναίκες που γυμνάζονται είναι περισσότερο χαρούμενες και απολαμβάνουν πιο έντονα διάφορες καταστάσεις και δραστηριότητες. Έρευνα του Fox (1999) αποδεικνύει ότι η μέτρια άσκηση ενισχύει τα επίπεδα της διάθεσης και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως θεραπευτικό μέσο στην κατάθλιψη και το άγχος.

Τα παραπάνω ενισχύονται και από την έρευνα του Kopiak-Griffin (1994), που εξέτασε την επίδραση ενός προγράμματος άσκησης διάρκειας 6 εβδομάδων και παρατήρησε ότι οι γυναίκες που δεν γυμνάζονταν, παρουσίασαν σημαντική αύξηση στις σωματικές ενοχλήσεις που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη, όπως άλγος στην οσφυϊκή χώρα, κεφαλαλγία, κόπωση κλπ., καθώς και μείωση της αυτοεκτίμησης και αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης, με συμπτώματα όπως η λύπη, το κλάμα, ο εκνευρισμός κ.ά.

Η άσκηση αποτελεί ένα σημαντικό μη φαρμακολογικό μέσο, για να μπορέσουν οι γυναίκες να διαχειριστούν καλύτερα τις αλλαγές στην ψυχική τους διάθεση –που φυσιολογικά απαντώνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης– καθώς μειώνει τα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης, προλαμβάνοντας έτσι την κατάθλιψη, που ακολουθεί αμέσως μετά τον τοκετό κατά την περίοδο της λοχείας (Koltyn, 1994). Η επίδραση της άσκησης στην περίοδο της λοχείας είναι ευεργετική για την καλή ψυχολογική διάθεση τη γυναίκας (Koltyn et al., 1997).

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει εάν η ψυχική και σωματική προετοιμασία της εγκύου (Ψυχοπροφυλακτική) κατά την περίοδο της κύησης, επιδρά στη μείωση των συμπτωμάτων της επιλόχειας κατάθλιψης.

## ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

**Δείγμα:** Το αρχικό δείγμα της έρευνας αποτελούσαν από 183 γυναίκες ηλικίας  $29,13 \pm 5,22$  ετών, οι οποίες βρίσκονταν στην περίοδο της λοχείας. Από αυτές οι 44 είχαν παρακολουθήσει το πρόγραμμα Ψυχοπροφυλακτικής, ενώ οι 139 όχι. Στις 183 γυναίκες που πήραν μέρος στην έρευνα, οι 38 παρουσίασαν επιλόχεια κατάθλιψη (ήπια 10,9%, μέτρια 6%, σοβαρή 3,8%), ενώ οι 145 γυναίκες δεν παρουσίασαν κατάθλιψη της λοχείας.

Τελικά, με σκοπό να δημιουργηθεί ένα ομοιογενές δείγμα, δημιουργήθηκαν ηλικιακά ζεύγη (matched for age). Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 76 γυναίκες ηλικίας  $29,17 \pm 5,13$ , οι οποίες χωρίστη-

καν σε δυο ομάδες: την πειραματική ( $n=38$ ), που παρακολούθησε μαθήματα Ψυχοπροφυλακτικής, και την ομάδα ελέγχου ( $n=38$ ), που δεν συμμετείχε σε αντίστοιχες συνεδρίες. Το σύνολο του δείγματος ήταν έγγαμες γυναίκες, που δεν είχαν ιστορικό ψυχικών νόσων ή κάποιο παθολογικό πρόβλημα κατά την εγκυμοσύνη και δεν είχαν προηγούμενη κακή εμπειρία τοκετού.

**Πειραματική διαδικασία:** Οι γυναίκες της πειραματικής ομάδας άρχισαν την παρακολούθηση των μαθημάτων Ψυχοπροφυλακτικής από τον 6ο μήνα της εγκυμοσύνης και συμμετείχαν σε 10 έως 12 συνεδρίες, με ενημέρωση τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο. Τα μαθήματα γίνονταν μια φορά την εβδομάδα και διαρκούσαν 1 ώρα και 30 λεπτά. Τα περιεχόμενα των μαθημάτων περιλάμβαναν ασκήσεις που αφορούσαν κυρίως τη μυϊκή τόνωση, την τεχνική των αναπνοών και την εξάσκηση στη χαλάρωση. Στις έγκυες δίνονταν οδηγίες να επαναλαμβάνουν τις ασκήσεις στο σπίτι και να ασκούνται καθημερινά για 20-30 λεπτά.

Για την εκτίμηση της επιλόχειας κατάθλιψης δόθηκε ερωτηματολόγιο (Beck Depression Inventory-BDI), μετά την παρέμβαση από την 3η ημέρα έως την 6η εβδομάδα μετά τον τοκετό, τόσο σε γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό, όσο και σε γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική και η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν ανώνυμη.

**Όργανα μέτρησης:** Η δοκιμασία κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory-BDI-21) είναι ένα ευρέως διαθέσιμο και ευκόλως χρησιμοποιούμενο ψυχομετρικό εργαλείο για την εκτίμηση της κατάθλιψης σε διαφόρους πληθυσμούς. Η πλήρης κλίμακα αποτελείται από 21 ομάδες δηλώσεων. Στην παρούσα εργασία έγινε προσθήκη έξι επιπλέον ερωτήσεων. Η πρώτη ερώτηση αφορούσε την παρακολούθηση μαθημάτων Ψυχοπροφυλακτικής, η δεύτερη την ηλικία της γυναίκας και η τρίτη την οικογενειακή της κατάσταση (έγγαμη, διαζευγμένη, άγαμη). Οι υπόλοιπες τρεις αναφέρονταν στο ιστορικό ψυχικών νόσων και αν είχαν παθολογικό πρόβλημα στην κύηση και προηγούμενη κακή εμπειρία τοκετού, ώστε να γίνει αντιληπτό αν υπάρχουν επιβαρυντικοί παράγοντες οι οποίοι επιδρούν θετικά στην εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης, με απώτερο σκοπό να γίνει αποκλεισμός μέρους του δείγματος.

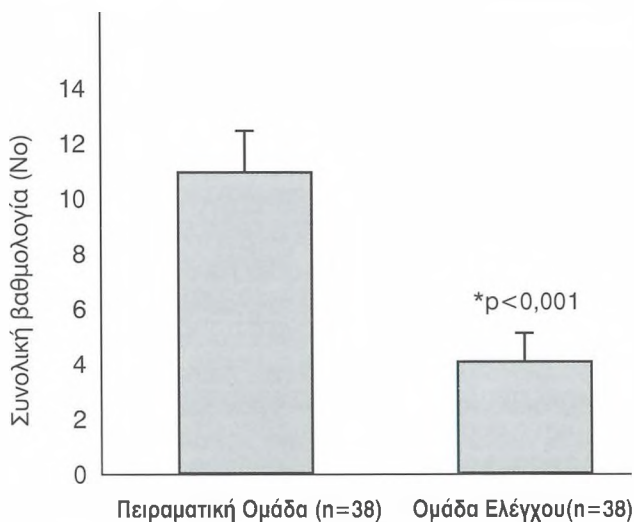
Μελέτες για την εσωτερική εγκυρότητα και σταθερότητα της δοκιμασίας, με τη χρήση διαφόρων παραδειγμάτων ελέγχου της αξιοπιστίας (επαναληπτικές μετρήσεις, αξιοπιστία των δυο ημίσεων, δείκτης άλφα), έδειξαν αποδεκτή αξιοπιστία (0,90, 0,84 και

0,91 αντίστοιχα) τόσο για κλινικές όσο και μη κλινικές ομάδες (Beck et al., 1961, Beck et al., 1988).

**Στατιστική ανάλυση:** Η παρουσίαση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με περιγραφική στατιστική και χρησιμοποιήθηκαν δείκτες κεντρικής τάσης και διασποράς (μέση τιμή, τυπική απόκλιση, τυπικό σφάλμα του μέσου όρου). Για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το "Kolmogorov Smirnov" τεστ. Λόγω της μη κανονικής κατανομής του δείγματος, χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό τεστ "Mann-Whitney U" για τη διαπίστωση διαφορών μεταξύ των δυο ομάδων. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης "Spearman'R" για την εύρεση συσχετίσεων μεταξύ της συνολικής επίδοσης και των επιμέρους κατηγοριών του ερωτηματολογίου. Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το  $p < 0,05$ .

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ανάλυση των δεδομένων με τη χρήση του μη παραμετρικού τεστ "Mann-Whitney U" παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφορές ( $U=343,50$ ,  $p < 0,001$ ) μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας (sum) των δυο ομάδων και η συσχέτιση μεταξύ της συνολικής επίδοσης και των επιμέρους κατηγοριών του ερωτηματολογίου ήταν  $R=0,67$  ( $p < 0,001$ ). Η πειραματική ομάδα ( $4,26 \pm 0,82$ ) εμφάνισε στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη επίδοση στην κλίμακα κατάθλιψης του Beck από την ομάδα ελέγχου ( $11,26 \pm 1,48$ ) (Σχήμα 1).



**Σχήμα 1.** Οι μέσοι όροι και το τυπικό σφάλμα επίδοσης των γυναικών στη γενική βαθμολογία του ερωτηματολογίου κατάθλιψης του Beck.

Όπου  $*p < 0,001$ : σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο ομάδων.

Η ανάλυση των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο ομάδων όσον αφορά τις 14 από τις 21 ερωτήσεις, οι οποίες αναφέρονταν στη λύπη, απαισιοδοξία, περασμένη αποτυχία, μείωση απόλαυσης, αυτοαντιπάθεια (μείωση της αυτοπεποίθησης), αυτοκριτική, κλάμα, απώλεια ενδιαφέροντος, αναποφασιστικότητα, μείωση ενεργητικότητας, εκνευρισμό, δυσκολία συγκέντρωσης, κούραση ή κόπωση και μείωση ενδιαφέροντος για το σεξ. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες που παρακολούθησαν μαθήματα Ψυχοπροφυλακτικής ήταν πιο χαρούμενες ( $p < 0,05$ ), είχαν περισσότερη αυτοπεποίθηση και αισιοδοξία για το μέλλον ( $p < 0,001$ ) και περισσότερη ενεργητικότητα ( $p < 0,001$ ) συγκριτικά με τις γυναίκες της ομάδας ελέγχου. Επίσης, παρουσίασαν μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τους άλλους ( $p < 0,001$ ) και για συμμετοχή σε διάφορες δραστηριότητες, καθώς και μεγαλύτερη ικανότητα συγκέντρωσης και καλύτερη ερωτική διάθεση σε σχέση με τις έγκυες που δεν συμμετείχαν ( $p < 0,01$ ). Παράλληλα, οι γυναίκες της ομάδας ελέγχου εμφάνισαν περισσότερη ευερεθιστικότητα-εκνευρισμό, κούραση, λύπη και ευαισθησία (κλάμα) σε σχέση με την ομάδα παρακολούθησης μαθημάτων Ψυχοπροφυλακτικής. Επίσης, κατηγορούσαν τον εαυτό τους για ό,τι τους συνέβαινε και δυσκολεύονταν να πάρουν αποφάσεις το ίδιο αποτελεσματικά, όπως οι γυναίκες της πειραματικής ομάδας (Πίνακας 1).

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι η συγκεντρωτική βαθμολογία (sum) των γυναικών που παρακολούθησαν μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής προετοιμασίας, ήταν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη απ' αυτή των γυναικών που δεν παρακολούθησαν. Κατά συνέπεια, τα μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής προετοιμασίας της εγκύου έχουν μια θετική συσχέτιση στη μείωση των επιπέδων των συμπτωμάτων της επιλόχειας κατάθλιψης, σύμφωνα με την κλίμακα κατάθλιψης του Beck. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με την άποψη των Gjerdingen et al. (1991), οι οποίοι αναφέρουν ότι η ενημερωτική υποστήριξη που παρέχεται στα μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής προετοιμασίας της εγκύου, σχετίζεται με λιγότερες μητρικές φυσικές επιπλοκές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού και με καλύτερη φυσική και ψυχική υγεία μετά τον τοκετό.

Η καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία των γυναικών που παρακολούθησαν μαθήματα Ψυχοπροφυλακτικής, αποδεικνύεται και από τις έρευνες των

**Πίνακας 1.** Αποτελέσματα του μη παραμετρικού τεστ "Mann-Whitney U".

Μεταβλητές	Πειραματική Ομάδα (n=38)	Ομάδα Ελέγχου (n=38)	P
Λύπη	0.00	0.16±0.005	P<0.05
Απαισιοδοξία	0.007±0.005	0.61±0.14	P<0.001
Περασμένη αποτυχία	0.007±0.005	0.32±0.10	P<0.05
Μείωση απόλαυσης	0.16±0.007	0.66±0.13	P<0.001
Ενοχή	0.16±0.005	0.34±0.10	NS
Αίσθημα τιμωρίας	0.002±0.002	0.13±0.005	NS
Αυτοαντιπάθεια	0.005±0.003	0.45±0.12	P<0.001
Αυτοκριτική	0.11±0.008	0.50±0.13	P<0.01
Σκέψεις ή επιθυμία αυτοκτονίας	0.00	0.11±0.008	NS
Κλάμα	0.26±0.008	0.74±0.13	P<0.01
Ανησυχία	0.37±0.12	0.63±0.14	NS
Απώλεια ενδιαφέροντος	0.13±0.005	0.63±0.12	P<0.001
Αναποφασιστικότητα	0.13±0.006	0.58±0.15	P<0.01
Αναξιότητα	0.005±0.005	0.21±0.008	NS
Μείωση ενεργητικότητας	0.005±0.005	0.37±0.13	P<0.01
Αλλαγές στον ύπνο	0.92±0.11	1.18±0.12	NS
Εκνευρισμός	0.21±0.006	0.66±0.11	P<0.001
Αλλαγές στην όρεξη	0.53±0.11	0.68±0.14	NS
Δυσκολία συγκέντρωσης	0.18±0.007	0.61±0.10	P<0.001
Κούραση	0.45±0.009	0.84±0.14	P<0.05
Μείωση ενδιαφέροντος για το sex	0.32±0.12	0.87±0.16	P<0.01

Hall et al. (1996) και Fontaine et al. (1997), που συμπεραίνουν ότι η άσκηση έχει θετική επίδραση στη μείωση των επιπέδων του άγχους και μπορεί να βελτιώσει την αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμηση του ατόμου. Επίσης, η έρευνα των Singh et al. (1997) υποστηρίζει ότι η δύναμη, η αυτοπεποίθηση, η ενεργητικότητα, η κοινωνικότητα, η ποιότητα ζωής και η γενική συναισθηματική κατάσταση βελτιώνονται σημαντικά στα άτομα που ασκούνται. Παράλληλα, σημαντική απόδειξη αποτελεί και η έρευνα του Εκκεκάκη και συν. (1996), που αναφέρει ότι η άσκηση μειώνει την ένταση της κατάθλιψης, του θυμού και της σύγχυσης και οδηγεί σε αύξηση της ενεργητικότητας στα άτομα που γυμνάζονται. Συγχρόνως,

σύμφωνα με την ερώτηση που αφορά την απώλεια ενδιαφέροντος για τους άλλους και για συμμετοχή σε διάφορες δραστηριότητες, πράγματι, τα στοιχεία συμφωνούν με την έρευνα της Sampselle (1999), που αναφέρει ότι οι γυναίκες που γυμνάζονται πριν και μετά τον τοκετό έχουν περισσότερες πιθανότητες να συμμετέχουν σε διάφορες δραστηριότητες, όπως επίσκεψη σε φίλους και στην οικογένεια, απασχόληση με χόμπι και παρακολούθηση κινηματογράφου.

Τέλος, αξιοσημείωτη είναι και η έρευνα του Spinelli (1997), που αναφέρει ότι οι παρεμβάσεις πριν από τον τοκετό είναι αποτελεσματικές για τη μείωση του αριθμού των γυναικών, που κινδυνεύουν

να αναπτύξουν συναισθηματικές διαταραχές. Επιπλέον, η χαμηλότερη αυτοπεποίθηση, η λιγότερη αισιοδοξία, η περισσότερη ευερεθιστικότητα, κούραση, λύπη, ευαισθησία (κλάμα), καθώς και άλλα συμπτώματα που παρουσίασαν οι γυναίκες της ομάδας ελέγχου σε σχέση με την πειραματική ομάδα, αποδεικνύονται και από την έρευνα του Koniak-Griffin (1994), που παρατήρησε ότι οι γυναίκες που δεν γυμνάζονταν, παρουσιάζουν σημαντική αύξηση στις φυσικές σωματικές ενοχλήσεις που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη, όπως πόνος στη μέση, πονοκέφαλο, κούραση κλπ., καθώς και μείωση της αυτοεκτίμησης και αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης.

Συγχρόνως, σύμφωνα με τους Collins et al. (1993), οι γυναίκες που λαμβάνουν την απαραίτητη υποστήριξη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουν καλύτερη ψυχική και σωματική υγεία, ενώ οι γυναίκες που στερούνται υποστήριξης είναι πιθανότερο να βιώσουν καταθλιπτικά συμπτώματα, τα οποία έχουν αρνητική επίδραση τόσο στις ίδιες όσο και στις οικογενειακές τους σχέσεις (Cumsille et al., 1994, Simons et al., 1993).

Τέλος, ιδιαίτερα σημαντική είναι και η έρευνα των Gamble et al. (2005), που αποδεικνύει ότι η συμβουλευτική παρέμβαση των Μαιών-Μαιευτών σε γυναίκες κατά την περίοδο της κύησης, ήταν αποτελεσματική στη μείωση των συμπτωμάτων του άγχους, της κατάθλιψης και των συναισθημάτων ενοχής.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, η ενημέρωση, η συμπαράσταση και η εκμάθηση σωματικών ασκήσεων, αναπνοών και χαλάρωσης, που διδάσκονται στα μαθήματα Ψυχοπροφυλακτικής, εκτός του ότι βοηθούν τις γυναίκες να γεννήσουν με όσο το δυνατό πιο φυσιολογικό τρόπο και με λιγότερες επιπλοκές, συγχρόνως ενισχύουν την ψυχική υγεία της εγκύου, την ενδυναμώνουν και την θωρακίζουν απέναντι στη συναισθηματική αστάθεια, που φυσιολογικά παρουσιάζεται στην περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας, καθώς και απέναντι στα αρνητικά συμπτώματα που εμπειρίζονται στην ψυχική διαταραχή της κατάθλιψης της λοχείας.

Για την προώθηση της πληροφόρησης και της σωστής διαχείρισης της επιλόχειας κατάθλιψης οι έγκυες γυναίκες πρέπει να ενθαρρύνονται, ώστε να συμμετέχουν σε συμβουλευτικά προγράμματα πριν τον τοκετό και να ενημερώνονται από ειδικούς σχετικά με τα συμπτώματα της κατάθλιψης, που είναι πιθανό να εμφανιστούν μετά τον τοκετό.

## ABSTRACT

*M. Papanikolaou<sup>1,2</sup>, H. Douda<sup>1</sup>, S. Batsiou<sup>1</sup>, S. Tokmakidis<sup>1</sup>: The effect of psychosomatic training in postpartum levels of depression*

*(<sup>1</sup>Democritus University of Thrace, Department of Physical Education & Sport Science)*

*(<sup>2</sup> General Hospital of Kavala-Midwife)*

*"ELEFTHO", 1:25-31, 2007*

*The aim of the present study was to investigate whether the psychosomatic training during pregnancy (prenatal classes) effects positively by reducing the symptoms of postpartum depression. A total sample of 76 women, aged 29,17±5,13 yrs, participated in the study and was divided into two groups: the experimental group (n=38) attained prenatal classes and the control group (n=38) did not. All women were administered the Beck Depression Inventory (BDI-21) during the postpartum period (3rd day to 6th week after labour). The analyses indicated a significant difference (U=343,50, p<0,001) between the two groups total scores (sum), as it was clear from the mean scores of each group that women who did not attempted prenatal classes (mean=11,26±1,48) had a higher figure as compared to the trained group (mean=4,26±0,82). This findings indicate that training and informing women as a form of special support during pregnancy could effect them positively by reducing the levels of postpartum depression.*

**Key-words:** *postpartum depression, exercise, support, prenatal classes.*

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J.: An inventory for measuring depression. Archives of General Psychiatry. 1961, 4, 561-571.
- Beck A.T., Steer R.A., Garbin M.G.: Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review, 1988, 8, 77-100.
- Bloch M., Schmidt P.J., Danaceau M., Murphy Jean R.N., Nieman Lynnette R.N., Rubinow D.R.: Effects of Gonadal Steroids in Women With a History of Postpartum Depression. American Journal of Psychiatry. 2000, 157:6, 924-30.
- Carter A.S., Wood Baker Ch., Brownell K.D.: Body Mass Index, Eating Attitudes and Symptoms of Depression and Anxiety in Pregnancy and the Postpartum Period. Psychosomatic Medicine. 2000, 62:264-270.
- Clapp III J.F., Rokey R., Treadway J.L., Carpenter M.W., Artal R.M., Warrnes C.: Exercise in pregnancy. Medicine and Science in Sports and Exercise. 1992, 24 (suppl.): S294-S300.
- Clapp J.F.: Exercise during pregnancy. A clinical update. Clinical Sports Medicine. 2000, 19(2), 273-286.
- Collins N.L., Dunkel-Schetter C., Lobel M., Scrimshaw S.C.:

- Social support in pregnancy: Psychosocial predictors of birth outcomes and postpartum depression. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1993, 65, 1243-1258.
- Cumsille P., Epstein N.: Family cohesion, family adaptability, social support, and adolescent depressive symptoms in outpatient clinic families. *Journal of Family Psychology*. 1994, 8, 202-222.
- Dennis C.L.: The effect of peer support on postpartum depression: a pilot randomized controlled trial. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2003, 48(2):115-24.
- Dennis Cindy-Lee: Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *British Medical Journal*. 2005, 331:15 doi:10.1136/bmj.331.7507.15.
- Epperson C. N., Wisner K.L., Yamamoto B.: Gonadal Steroids in the Treatment of Mood Disorders. *Psychosomatic Medicine*. 1999, 61:676-697.
- Fontaine K.R., Jones L.C.: Self-esteem, optimism, and postpartum depression. *Journal of Clinical Psychology*. 1997, 53(1):59-63.
- Fox K.R.: The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition*. 1999, 2 (3a), 411-418.
- Gamble J., Creedy D., Moyle W., Webster J., McAllister M., Dickson P.: Effectiveness of a Counseling Intervention after a Traumatic Childbirth: A Randomized Controlled Trial. *Birth*. 2005, Volume 32, Issue 1, Page 11.
- Gjerdengen D.K., Froberg D.G., Fontaine P.: The effects of social support on women's health during pregnancy, labor and delivery, and the postpartum period. *Family Medicine Journal*. 1991, 23:5, 370-5.
- Goldstein L.H., Diener M.L., Mangelsdorf S.C.: Maternal characteristics and social support across the transition to motherhood: Associations with maternal behavior. *Journal of Family Psychology*. 1996, 10, 60-71.
- Haas J.: Pregnant Women Should Exercise To Keep Depression Away. *Journal of General Internal Medicine*. 2005, <http://www.sciencedaily.com/releases/1999/02/90212100430.htm>.
- Hall L.A., Kotch J.B., Browne D., Rayens M.K.: Self-esteem as a mediator of the effects of stressors and social resources on depressive symptoms in postpartum mothers. *Journal of Nursing Research*. 1996, 45(4):231-8.
- Harris B., Lovett L., Newcombe R.G., Read G.F., Walker R., Riad-Fahmy D.: Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study II. *British Medical Journal*. 1994, 308:949-953.
- Koltyn K.F.: Mood changes in pregnant women following an exercise session and a prenatal information session. *Women's Health Issues*. 1994, 4(4):191-5.
- Koltyn K.F., Schultes S.S.: Psychological Effects of an Aerobic Exercise Session and a Rest Session Following Pregnancy. *Journal of Sports Medicine*. 1997, 23(1):33-47.
- Koniak-Griffin D.: Aerobic exercise, psychological well-being, and physical discomforts during adolescent pregnancy. *Research in Nursing and Health*. 1994, 17, 253-263.
- Lawlor D.A., Hopker S.W.: The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomized controlled trials. *British Medical Journal*. 2001, 322:763.
- Miller L.J.: Postpartum Depression. *Journal of the American Medical Association*. 2002, 287, 6: 762-765.
- O'Hara M.W., Rehm L.P., Campbell S.B.: Postpartum depression: A role for social network and life stress variables. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 1983, 171: 336-341.
- O'Hara M.W.: Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Archives of General Psychiatry*. 1986, 43(6):569-573.
- O'Hara M.W., Swain A.M.: Rates and risk of postpartum depression: a meta analysis. *International Review of Psychiatry*. 1996, 8:37-54.
- Sampsel C.M.: Exercise Can Have Positive Influence On Physical And Mental Well-Being Of New Mothers. *The Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 1999, <http://www.sciencedaily.com/releases/1999/02/990212100430.htm>.
- Simons R.L., Lorenz F.O., Wu C., Conger R.D.: Social network and marital support as mediators and moderators of the impact of stress and depression on parental behavior. *Developmental Psychology*. 1993, 29, 368-381.
- Singh N.A., Clements K.M., Fiatarone M.A.: A randomized controlled trial of progressive resistance training in depressed elders. *Journals of Gerontology Series, A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 1997, Vol 52, Issue 1, M27-M35.
- Spinelli M.G.: Interpersonal psychotherapy for depressed antepartum women: a pilot study. *American Journal of Psychiatry*. 1997, 154:1028-1030.
- Swendsen J.D., Mazure C.M.: Life Stress as a Risk Factor for Postpartum Depression: Current Research and Methodological Issues. 2000, 7: 3-16.
- Wisner K.L., Parry B.L., Piontek C.M.: Postpartum depression. *New England Journal of Medicine*. 2002, 347:194-199.
- Wolfe L.A., Hall P., Webb K.A., Goodman L., Monga M., McGraith M.J.: Prescription of Aerobic Exercise during Pregnancy. *Sports Medicine*. 1989, 8(5): 273-301.
- Zlotnick C., Johnson S.L., Miller I.W., Pearlstein T., Howard M.: Postpartum Depression in Women Receiving Public Assistance: Pilot Study of an Interpersonal-Therapy-Oriented Group Intervention. *American Journal of Psychiatric*. 2001, 158:638-640.
- Μωραΐτου Μ., Σταλίκας Α.: Η συχνότητα της κατάθλιψης κατά την κύηση και τη λοχεία. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. 2004, 3, 2. 67-70.
- Εκκεκάκης Π., Ζέρβας Γ., Εμμανουήλ Κ., Ψυχουντάκη Μ., Κάκος Β.: Η επίδραση της αερόβιας ασκήσεως στην ψυχική διάθεση. *Αθλητική Ψυχολογία*. 1996, 8, 3-15.

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** Η εργασία πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του Διατμηματικού Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Άσκηση και Ποιότητα Ζωής».

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ:** Ευχαριστούμε θερμά το Διευθυντή της Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής του Γ.Ν.Ν. Καβάλας, καθώς και των Ιδιωτικών Μ/Γ Κλινικών "ΕΛΕΥΘΩ" και "ΛΗΤΩ" του Νομού Καβάλας για τη χορήγηση άδειας διέξαγωγής της έρευνας. Επίσης, τη Μ/Γ Κλινική του Γ.Π.Ν. Αλεξανδρούπολης, που συνέβαλε σημαντικά στην πραγματοποίησή της.

---

## Εκφοβισμός στο χώρο εργασίας

---

Ελισσάβετ Μανιατέλλη\*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο σκοπός αυτής της ανασκόπησης είναι η παρουσίαση μιας φιλοσοφικής ανάλυσης της έννοιας «επιτίθεμαι εναντίον κάποιου», ώστε να γίνει κατανοητός ο όρος, η φύση του και οι προεκτάσεις του προβλήματος στο χώρο της μαιευτικής πρακτικής. Ο εκφοβισμός είναι ένα σύνθετο φαινόμενο. Αποτελείται από τέσσερα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά: 1) τις προθέσεις του εκφοβιστή, 2) τη δυσκολία του εκφοβιζόμενου να υπερασπιστεί τον εαυτό του, 3) την επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά, 4) τις αρνητικές συνέπειες αυτής της συμπεριφοράς στον εκφοβιζόμενο (Gillen et al., 2004). Παρόλο που στα Ελληνικά Νοσοκομεία δεν έχουν σχεδιαστεί μέτρα για την αντιμετώπιση του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας, εντούτοις έχει γίνει μνεία στο Ατομικό Εργατικό Δίκαιο. Η ανασκόπηση του Ατομικού Εργατικού Δικαίου επικεντρώνεται στο δικαίωμα για σεβασμό της προσωπικότητας του εργαζομένου.

**Λέξεις κλειδιά:** επευφημίες ή αποδοκιμασίες στο χώρο εργασίας (bullying), επιτίθεμαι εναντίον, εκφοβίζω, κατάχρηση εξουσίας, οριζόντια τυραννία, Ατομικό Εργατικό Δίκαιο.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Εκφοβισμός ή παρενόχληση ασκείται σήμερα σε πολλούς και διαφορετικής φύσεως εργασιακούς χώρους. Σ' αυτούς βέβαια συγκαταλέγεται και ο εργασιακός χώρος των Μαιών-Μαιευτών προκαλώντας σε πολλές περιπτώσεις δυστοκία στις εργασιακές σχέσεις, μείωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, προβλήματα στην ομαλή λειτουργία των υπηρεσιών, φαινόμενα καταπάτησης της προσωπικότητας των εργαζομένων, αναστολή της δημιουργικότητας και των ικανοτήτων τους, ακόμη και διατάραξη της υγείας τους (RCM, 1996, Ball et al., 2002). Από τις αρχές του 1990 το θέμα του εκφοβισμού, γνωστό και ως "bullying", έχει γίνει αντικείμενο έρευνας σε αρκετές χώρες της Ευρώπης (Leymann, 1996, Niedl, 1996). Στην Αγγλία τα τρία μεγάλα σωματεία, "Royal College of Nurses", "Royal College of Midwives" (Βασιλικό Κολλέγιο των Μαιών) και "UNISON", ασχολήθηκαν εκτεταμένα με το θέμα, γεγονός που ανάγκασε τα περισσότερα νοσοκομεία της χώρας, αναγνωρίζοντας το πρόβλημα και τις προεκτάσεις του να σχεδιάσουν πολιτικές για την περιστολή του φαινομένου (RCM, 1996, UNISON, 1997, RCN, 2001).

Συνήθεις τρόποι εκφοβισμού που αντιμετωπίζουν οι Μαίες-Μαιευτές κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους, αφορούν κυρίως στην υπο-

---

\* Μαία, RM, MSc



βάθμιση των ικανοτήτων τους και στην προσβολή τους μπροστά σε άλλους συναδέλφους ή νοσηλευόμενους (Gillen et al., 2004). Πόρισμα δημοσκόπησης του Βασιλικού Κολλεγίου των Μαιών, που διεξήχθη το 1996, έδειξε ότι το 43% των Μαιών-Μαιευτών έχουν υποστεί κάποιας μορφής εκφοβισμό και μάλιστα το 50% των περιπτώσεων δέχθηκαν εκφοβισμό από συνάδελφο με ανώτερο βαθμό (RCM, 1996).

### ΟΡΙΣΜΟΣ

Στο χώρο της υγείας ο όρος “εκφοβισμός” περιγράφεται ως εξής: «Φωνάζω δυνατά ή ταπεινώνω ή εξευτελίζω ένα πρόσωπο –ειδικά μπροστά σε άλλους συναδέλφους– υποβαθμίζω την ικανότητα κάποιου να φέρει σε πέρας μια εργασία». Αφορά προσβλητική ή απειλητική συμπεριφορά, η οποία μπορεί και να ασκείται σε πρόσωπο που θεωρείται “εύκολη λεία” (RCM, 1996, UNISON, 1997, RCN, 2001). Στις ΗΠΑ και Καναδά χρησιμοποιούνται οι όροι “παρενόχληση” και “μικρή τυραννία” (Ashforth, 1994). Στην Αυστραλία χρησιμοποιείται συχνά ο όρος “οριζόντια βία” (McKenna et al., 2003).

Ο ορισμός που περιγράφει με σαφήνεια τη φύση και τις συνέπειες του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας, είναι αυτός που έχει ασπασθεί και το Βασιλικό Κολλέγιο των Μαιών: «*Επίμονη, προσβλητική, καταχρηστική, υποτιμητική συμπεριφορά, κατάχρηση εξουσίας ή απόδοση άδικων κυρώσεων, που οδηγούν τον αποδέκτη να αισθάνεται εκνευρισμένος, φοβισμένος, ευάλωτος, αδικημένος. Επιπλέον, κλονίζουν την υπόληψη και αυτοπεποίθησή του και είναι δυνατό να τον κάνουν να υποφέρει από στρες*» (RCM, 1996).

### ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ

#### Εκδήλωση – Κύρια χαρακτηριστικά

##### Επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά

Μια περιστασιακή διαμάχη μεταξύ δυο συναδέλφων δεν θεωρείται εκφοβισμός, αφού ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά του είναι η επανάληψη. Η συνεχής έκθεση του ατόμου σ’ αυτή τη συμπεριφορά είναι που το οδηγεί στον κλονισμό της προσωπικότητάς του (Randall, 1997).

Ένα κλασικό παράδειγμα εκφοβισμού είναι η επαναλαμβανόμενη και επίμονη προσπάθεια να οδηγηθεί ο εκφοβιζόμενος σε απόγνωση, προκειμένου ο εκφοβιστής να λάβει από αυτόν κάποια αντίδραση και έτσι να δημιουργηθεί ένας φαύλος κύκλος αντιδράσεων. Στην περίπτωση αυτή ο εκφοβισμένος ή ζητάει την παύση αυτής της συμπεριφοράς ή παραιτείται από το χώρο εργασίας του (Gillen et al., 2004).

### Οι προθέσεις του εκφοβιστή

Οι προθέσεις του εκφοβιστή συνήθως οφείλονται σε κακοβουλία του και σε ακραίες περιπτώσεις στοχεύουν στον εξαναγκασμό του εργαζομένου να αποχωρήσει από την εργασία του (Randall, 1997).

### Τρόποι εκδήλωσης

Η αρνητική συμπεριφορά απέναντι στον εκφοβιζόμενο μπορεί να εκδηλωθεί με τους παρακάτω τρόπους (Gillen et al., 2004, RCM, 1996, UNISON, 1997, RCN, 2001):

- υποβάθμιση του επαγγελματικού κύρους του ατόμου
- απομόνωση
- ανάθεση υπερβολικής εργασίας
- ανάθεση λίγης, μη σημαντικής εργασίας
- κακολογία
- προσωπικές προσβολές
- αμφισβήτηση
- προσβολή μπροστά σε άλλους συναδέλφους ή νοσηλευόμενους.

### Αρνητικές συνέπειες στον εκφοβιζόμενο

Οι συνέπειες αυτής της συμπεριφοράς μπορεί να οδηγήσουν στα παρακάτω (Matthiesen and Einarsen, 2004, Quine, 1999, Ball et al., 2002, Bjorkqvist et al., 1994):

- απελπισία
- σοβαρή μορφή ανησυχίας
- απάθεια
- αϋπνία
- μετατραυματικό στρες
- χαμηλή αυτοεκτίμηση
- διαταραχές ύπνου
- διαταραχές τροφής
- κατάθλιψη
- μείωση της ικανότητας του ατόμου να φέρει σε πέρας μια εργασία
- μειωμένη προσοχή στη δουλειά
- μείωση της παραγωγικότητας
- αυξημένα ποσοστά απουσίας από την εργασία λόγω ασθένειας
- παραίτηση από την εργασία.

### Δυσκολία του εκφοβιζόμενου να υπερασπιστεί τον εαυτό του

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που δέχονται εκφοβισμό, δεν είναι σε θέση να υπερασπιστούν τους εαυτούς τους. Λόγω των επαναλαμβανόμενων λεκτικών επιθέσεων και προσβολών τα άτομα αυτά νιώθουν ότι δεν έχουν τις κατάλληλες αφορμές προκειμένου να ανταποδώσουν στα πυρά (Brotsky,

1976). Νιώθουν σε τέτοιο βαθμό εκτεθειμένα ώστε να θεωρούν ανίκανα να υπερασπίσουν τον εαυτό τους ή να ξεφύγουν από την κατάσταση. Τις λίγες φορές που κάποιο άτομο θα βρει το θάρρος να ζητήσει απαντήσεις, η απάντηση που λαμβάνει είναι γνωστή και αναμενόμενη: «Σου συμπεριφέρομαι όπως και στους υπόλοιπους». Χωρίς δύναμη, υποστήριξη και εμπειρία αναγκάζεται να εκλογικεύσει τη συμπεριφορά του εκφοβιστή (Gillen et al., 2004). Οι συνθήκες αυτής της υποταγής μπορεί να είναι είτε κοινωνικές (ιεραρχία), είτε οικονομικές (οικονομική εξάρτηση), ή τέλος ψυχολογικές (εξαρτημένη προσωπικότητα) (Niedl, 1996).

### **ΣΥΝΤΟΜΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΑΤΟΜΙΚΟΥ ΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ**

#### **Το δικαίωμα για σεβασμό της προσωπικότητας του εργαζομένου**

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, σε αρκετές χώρες του κόσμου ορισμένα οργανωμένα νοσηλευτικά ιδρύματα έχουν λάβει μέτρα για την αντιμετώπιση του φαινομένου. Τα μέτρα αυτά έχουν σχεδιαστεί με προσοχή και διάκριση έτσι ώστε και ο εκφοβιζόμενος να δικαιώνεται ηθικά και νομικά, ενώ ταυτόχρονα ο εκφοβιστής να λαμβάνει τις απαραίτητες κυρώσεις.

Στην Ελλάδα δεν έχουν σχεδιαστεί μέτρα για την αντιμετώπιση του εκφοβισμού στο χώρο εργασίας. Εντούτοις κρίθηκε ενδιαφέρον να γίνει μνεία στο Ατομικό Εργατικό Δίκαιο. Επειδή υπάρχει το ενδεχόμενο να έχει γίνει κάποια αναθεώρηση του Ατομικού Εργατικού Δικαίου από το 1994 μέχρι και σήμερα, κρίθηκε σκόπιμο να γίνει αναφορά μόνο στις βασικές διατάξεις, που αφορούν στο δικαίωμα για σεβασμό της προσωπικότητας του εργαζομένου.

«...Το σύγχρονο Εργατικό Δίκαιο τείνει ολοένα και περισσότερο να αναγάγει τον εργαζόμενο από την τάξη του "υφισταμένου και υποκειμένου στον εργοδότη" στην τάξη του ισοτίμου υποκειμένου της εκμετάλλευσης, μέσω της κατοχύρωσης ορισμένων δικαιωμάτων του τα οποία υπερσχύουν των εργοδοτικών εξουσιών.

...Στο Σύνταγμα δεν υφίσταται ρητή και συγκεκριμένη διάταξη για την προστασία της προσωπικότητας του εργαζομένου από τον εργοδότη. Παρόλα αυτά, όμως, κάτω από την επίδραση διατάξεων των άρθρων 2 παρ. 1, 5, παρ. 1 και 22, παρ. 1 του Συντάγματος, γίνεται δεκτό ότι και η προσωπικότητα του εργαζομένου ως υποκειμένου της εργασιακής σύμβασης και ισοτίμου προς τον εργοδότη υποκειμένου της εκμετάλλευσης, προστατεύεται από το Σύνταγμα

και μάλιστα έντονα, αφού άλλωστε η ανάπτυξη της προσωπικότητας του εργαζομένου μέσα στο χώρο εργασίας αποτελεί επιμέρους εκδήλωση της προσωπικότητάς του.

...Όλες οι νομικές διατάξεις, αλλά και οι εργοδοτικές ενέργειες ή παραλείψεις που ρυθμίζουν και αναφέρονται σ' αυτήν, πρέπει να κινούνται μέσα στο πλαίσιο του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, με συνέπεια να θεωρούνται ως αντισυνταγματικές και ανίσχυρες αν και εφόσον δεσμεύουν υπέρμετρα την προσωπική του ελευθερία και προσβάλλουν την αξιοπρέπειά του.

...Ο εργοδότης, λοιπόν, είναι υποχρεωμένος να σέβεται και να προστατεύει με τα αναγκαία μέτρα την προσωπικότητα των εργαζομένων του. Απαγορεύεται η προσφυγή του εργοδότη σε κάθε μέτρο που θίγει την αξιοπρέπεια του εργαζομένου, υπό την έννοια ότι απαγορεύεται στον εργοδότη όχι μόνο η υβριστική συμπεριφορά προς αυτόν, αλλά και οι δυσμενείς και αδικαιολόγητες διακρίσεις σε βάρος του, οι ψευδείς κρίσεις για την επαγγελματική του ικανότητα και η μη ευπρεπής ή βάνουση συμπεριφορά απέναντί του» (Βλαστός, 1994).

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Κλείνοντας αυτή τη σύντομη ανασκόπηση αξίζει να τονιστεί ότι η ευπρεπής μεταχείριση του εργαζομένου θα πρέπει να είναι θέμα πρωταρχικής σημασίας για κάθε εργοδότη ή τη διοίκηση του εργατικού δυναμικού. Είναι σαφές πως ο εργοδότης, ή ο εκλεγμένος από τον εργοδότη προϊστάμενος, έχει το δικαίωμα να κάνει προσωπικές παρατηρήσεις στον εργαζόμενο προκειμένου να εξασφαλίσει την αρμονική λειτουργία της επιχείρησης. Όμως, το δικαίωμά του αυτό δεν είναι δέον να φτάσει μέχρι και την προσβολή της ηθικής υπόστασης του εργαζομένου, αγγίζοντας πολλές φορές τα όρια του εκφοβισμού.

### **ABSTRACT**

*Elissavet Maniatelli: The concept of Workplace Bullying*

"ELEFTHO", 1:32-35, 2007

The aim of this review is to present a philosophical analysis of the concept "bullying", in order to have a clear understanding of the term and to present the nature and the extent of the problem in midwifery practice. Bullying is a complex phenomenon. It has four defining attributes: 1) intent of the bully; 2) the victim finds it difficult to defend him/herself; 3) the repeated nature of the behaviour; 4) the negative effect of the

behaviour on the victim (Gillen et al., 2004). Although, there is no code of practice on bullying in Greek hospitals, a brief analysis of the Greek Employee Act has been attempted. The review of the Greek Employee Act, focused on the employee's rights to be treated with dignity and respect at work.

**Key-words:** bullying, bullying in the midwifery workplace, mobbing, horizontal violence, victimisation.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ashforth B.: Petty tyranny in organisations. *Human Relations*. 1994, 47(7): 755-78.
- Ball L., Curtis P., Kirkham M.: Why do midwives leave? RCM: 2002, London.
- Bjorkqvist K., Ostermann K., Hjelt-back M.: Aggression among university employees. *Aggressive Behaviour*. 1994, 20: 173-84.
- Brodsky C.M.: The harassed worker. Lexington Books. 1976, Massachusetts.
- Einarsen S.: Harassment and bullying at work: a review of the Scandinavian approach. *Aggression and Violent Behaviour*. 2000, 5(4): 379-401.
- Gillen P., Sinclair M., Kernohan G.A.: A concept analysis of bullying in midwifery (2004). *The Royal College of Midwives*. 2004, 2(2), 46-51.
- Leymann H.: The content and development of mobbing at work. *Violence and victims*. 1996, 5:119-26.
- Matthiesen S.B., Einarsen S.: Psychiatric distress and symptoms of PTSD among victims of bullying at work. *British Journal of Guidance and Counselling*. 2004, 32(3): 335-56.
- McKenna B.G., Smith N.A., Poole S., Coverdale J.H.: Horizontal violence experiences of registered nurses in their first year of practice. *Journal of Advanced Nursing*. 2003, 42(1): 90-6.
- Niedl K.: Mobbing and wellbeing: economic and personnel development implications. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 1996, 5(2): 239-49.
- Quine L.: Workplace bullying in NHS community Trust: start questionnaire survey. *British Medical Journal*. 1999, 318: 228-32.
- Randall P.: Adult bullying perpetrators and victims. Routledge: 1997, London.
- RCM: In place of fear: recognizing and confronting the problem of bullying in midwifery. RCM: 1996, London.
- RCN: Working well: a call to employers. RCN: 1996, London.
- RCN: Bullying and harassment at work: a good practice guide for RCN negotiators and healthcare managers. RCN: 2001, London.
- UNISON: Bullying survey. UNISON: 1997, London.
- Βλαστός Σ.Γ.: Ατομικό Εργατικό Δίκαιο. Η σχέση εξαρτημένης εργασίας. Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα. 1994, Αθήνα.

## 2ο ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΦΥΣΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Στις 8 Φεβρουαρίου ολοκληρώθηκε το "2ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο Φυσικού Τοκετού", που ξεκίνησε στις 31 Οκτωβρίου 2006. Η δομή του Σεμιναρίου βασίστηκε στο πρόγραμμα της Επίκ. Καθηγήτριας του Τμήματος Μαιευτικής των Τ.Ε.Ι. Αθήνας, κ. Ρ. Τραγά. Οι ομιλητές κατά κοινή ομολογία υπήρξαν εξαιρετικοί. Έχουμε την πεποίθηση πως είναι ένα καλό Σεμινάριο για τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση Μαιών-Μαιευτών, που δίνει μια άλλη διάσταση στην άσκηση της Μαιευτικής. Εκ μέρους του νέου Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α. θα καταβληθεί κάθε δυνατή προσπάθεια ώστε να επαναληφθεί το ερχόμενο φθινόπωρο. Οι ενδιαφερόμενοι θα ενημερωθούν από το "ΕΛΕΥΘΩ" και από την ιστοσελίδα μας: [www.semma.gr](http://www.semma.gr)

## 6ο ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΚΑΡΔΙΟΤΟΚΟΓΡΑΦΙΑΣ

Μετά την επιτυχή έκβαση του "5ου Σεμιναρίου Καρδιοτοκογραφίας" είμαστε στην ευχάριστη θέση να σας ανακοινώσουμε τη διεξαγωγή του 6ου Σεμιναρίου, που θα γίνει τον προσεχή Μάιο. Θα διεξαχθεί με τη συνεργασία του Σ.Ε.Μ.Α. και της Γ' Πανεπιστημιακής Μ/Γ Κλινικής του Γ.Π.Π. Νοσοκομείου "ΑΤΤΙΚΟΝ".

- Η παρακολούθηση είναι υποχρεωτική.
- Θα δοθούν Βεβαιώσεις Παρακολούθησης.
- Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ταυτότητα μέλους του Σ.Ε.Μ. στον οποίο ανήκετε.
- Ο αριθμός των συμμετεχόντων είναι περιορισμένος και θα τηρηθεί η σειρά προτεραιότητας.
- Τα άτομα που θα δηλώσουν συμμετοχή θα μπορούν, εάν το επιθυμούν, να συμπεριληφθούν στο επόμενο Σεμινάριο. Στόχος μας είναι η όσο το δυνατό μεγαλύτερη συμμετοχή Μαιών-Μαιευτών από την Αθήνα, αλλά και από την περιφέρεια.

Πληροφορίες στο Σ.Ε.Μ.Α.: Τηλ. και Fax: 210.6465.691, 210.6429.675, E-mail: [sema-icm@otenet.gr](mailto:sema-icm@otenet.gr)

## ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΤΟΥ Σ.Ε.Μ. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

### ΣΥΛΛΟΓΟΣ

#### ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ (Ν.Π.Δ.Δ.)

Σταυρακίου 37, 455 00 ΙΩΑΝΝΙΝΑ  
Τηλ.: 26510-40866, Fax: 26510-33445  
Κιν.: 6972-460470

Ιωάννινα 10/12/2006  
Αρ. Πρωτ. 60

#### Προς το Σύλλογο Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Αθήνας

Παρακαλώ να ανακοινώσετε στο περιοδικό "ΕΛΕΥΘΩ" την αλλαγή της Γραμματέως του Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ. Ιωαννίνων κ. Αθηνάς Βαρτζιώτη, λόγω προσωπικών της υποχρεώσεων. Η κ. Αθηνά Βαρτζιώτη αφήνει τη θέση της Γραμματέως και παραμένει ως Μέλος του Δ.Σ. του Συλλόγου. Τη θέση της Γραμματέως του Συλλόγου παίρνει η κ. Δέσποινα Χαλάτση, Μέλος μέχρι πρότινος του Δ.Σ. του Συλλόγου. Μ' αυτό τον τρόπο η σύνθεση του Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ. Ιωαννίνων διαμορφώνεται ως εξής:

Πρόεδρος:	<b>ΑΡΙΣΤΕΑ ΜΟΥΛΑ</b>
Αντιπρόεδρος:	<b>ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ</b>
Γραμματέας:	<b>ΔΕΣΠΟΙΝΑ ΧΑΛΑΤΣΗ</b>
Ταμίας:	<b>ΜΑΡΙΑ ΚΡΗΤΙΚΟΥ</b>
Μέλη:	<b>ΦΩΤΕΙΝΗ ΠΛΑΚΟΥΤΣΗ</b> <b>ΦΩΤΕΙΝΗ ΚΟΛΙΟΥ</b> <b>ΑΘΗΝΑ ΒΑΡΤΖΙΩΤΗ</b>

Για το Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ. Ιωαννίνων  
Η Πρόεδρος  
**ΑΡΙΣΤΕΑ ΜΟΥΛΑ**

## ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΤΟΥ Σ.Ε.Μ. ΚΡΗΤΗΣ

### ΕΚΛΟΓΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΔΕΙΞΗ ΝΕΟΥ Δ.Σ. ΣΤΟ Σ.Ε.Μ. ΚΡΗΤΗΣ

Το Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ. Κρήτης έχοντας υπόψη:

Α. Την από 6/2/2007 απόφαση του Δ.Σ. του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Κρήτης, στην οποία ορίσθηκε ως ημέρα Αρχαιρεσιών η 6η Μαΐου 2007 προς ανάδειξη:

1. Οκτώ (8) Μελών του Διοικητικού Συμβουλίου του Σ.Ε.Μ. Κρήτης.
2. Δύο (2) Τακτικών Μελών και ενός Αναπληρωματικού Μέλους του Πειθαρχικού Συμβουλίου.

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

#### ΚΑΛΟΥΜΕ

1. Τις Μαίες και τους Μαιευτές που έχουν εγγραφεί στο Μητρώο του Συλλόγου μέχρι και την 6η Μαΐου 2005 και επιθυμούν να εκλεγούν για τα πιο πάνω αξιώματα, όπως μέχρι την 15η Απριλίου 2007 υποβάλλουν στο Σύλλογο Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Κρήτης τα υπό των άνωθεν Β.Δ. απαιτούμενα δικαιολογητικά για τους υποψηφίους του Δ.Σ., ως και για τους υποψηφίους του Πειθαρχικού Συμβουλίου.

2. Όλα τα Μέλη του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Κρήτης, τα οποία είναι εγγεγραμμένα στο Μητρώο του Συλλόγου μέχρι και την 15η Απριλίου 2007 και έχουν εκπληρώσει τις προς το Σύλλογο οικονομικές υποχρεώσεις τους μέχρι του έτους 2007, σε Γενική Συνέλευση την 6η Μαΐου 2007, ημέρα Κυριακή, από την ανατολή του ηλίου (ώρα έναρξης των Αρχαιρεσιών) μέχρι τη δύση του (ώρα λήξης των Αρχαιρεσιών) στα γραφεία του Συλλόγου Μαιών-Μαιευτών Κρήτης, Λεωφόρος Ιωνίας 182, 713 05 Ηράκλειο, τηλ. 2810-321228 για την εκλογή:

Α. Οκτώ (8) Μελών του Διοικητικού Συμβουλίου.

Β. Δύο (2) Τακτικών Μελών και ενός Αναπληρωματικού Μέλους του Πειθαρχικού Συμβουλίου.

Η Πρόεδρος  
**ΕΥΑ ΒΑΣΙΛΑΚΗ**

Η Γραμματέας  
**ΜΑΡΙΑ ΛΕΚΑΚΗ**

## ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

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

Το περιοδικό “ΕΛΕΥΘΩ” δημοσιεύει:

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

### Υποβολή εργασιών

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

Προς το Σύλλογο Επιστημόνων Μαιών/τών Αθήνας  
Υπόψη Συντακτικής Επιτροπής  
Αριστ. Παππά 2, 115 21 Αθήνα,  
ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση:  
E-mail: sema-icm@otenet.gr

Τηλέφωνα επικοινωνίας:  
210.6465691 (Fax) και 210.6429675

Οι εργασίες υποβάλλονται στην ελληνική γλώσσα, στο πρωτότυπο και σε τέσσερα φωτοαντίγραφα (και σε μια δισκέτα ή δίσκο Η/Υ). Η υποβολή μπορεί να γίνει και μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στο e-mail του Συλλόγου. Η εργασία πρέπει να είναι γραμμένη στη δημοτική γλώσσα και με μονοτονικό σύστημα. Όλο το άρθρο πρέπει να είναι πληκτρολογημένο στη μια όψη του φύλλου, σε λευκό χαρτί Α4, σε διπλό διάστιχο, με μέγεθος γραμματοσειράς 12 και σε πλήρη στοίχιση. Τα περιθώρια της σελίδας θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 2,5 εκ. Στην άνω δεξιά πλευρά της πρώτης σελίδας θα πρέπει να αναφέρεται ο τύπος του άρθρου (π.χ. Ανασκόπηση, Ερευνητική Εργασία).

Σε όλες τις περιπτώσεις υποβολής των άρθρων θα πρέπει να υπάρχει μια συνοδευτική επιστολή, που θα αναφέρει τα στοιχεία επικοινωνίας (διεύθυνση, τηλέφωνο, e-mail) του συγγραφέα που είναι υπεύθυνος για την αλληλογραφία με το περιοδικό.

### Διάταξη της ύλης

Όλες οι σελίδες αριθμούνται στην κάτω δεξιά γωνία αρχίζοντας από τη σελίδα του τίτλου. Κάθε άρθρο θα πρέπει να περιλαμβάνει τα εξής επιμέρους τμήματα: σελίδα τίτλου, ελληνική περίληψη, αγγλική περίληψη, κείμενο, ευχαριστίες, κατάλογο με τις βιβλιογραφικές παραπομπές, πίνακες, εικόνες, λεζάντες των εικόνων. Η Συντακτική Επιτροπή μπορεί να κάνει φραστικές μετατροπές και διορθώσεις.

### Σελίδα τίτλου

Περιλαμβάνει τον τίτλο του άρθρου. Ο τίτλος θα πρέπει να είναι σύντομος και περιεκτικός. Ακολουθεί το πλήρες όνομα των συγγραφέων, με τη σειρά που εμφανίζονται στο άρθρο. Τα ονόματα των συγγραφέων χωρίζονται μεταξύ τους με κόμμα. Οι ακαδημαϊκοί τίτλοι των συγγραφέων και το ίδρυμα ή η κλινική (Νοσοκομείο, Εργαστήριο, Ίδρυμα, Σχολή) από το οποίο προέρχεται το άρθρο θα πρέπει να αναφέρονται.

### Ελληνική Περίληψη

Στη δεύτερη σελίδα γράφεται η ελληνική περίληψη, που δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 250 λέξεις. Στην πε-

ρίληψη της εργασίας ανακεφαλαιώνονται τα κύρια μέρη της εργασίας και αναφέρονται τα εξής: α) Σκοπός, β) Μεθοδολογία, γ) Αποτελέσματα, δ) Συμπεράσματα. Στο τέλος της περίληψης θα πρέπει να αναγράφονται 3-10 λέξεις κλειδιά.

### Αγγλική Περίληψη (Abstract)

Στην τρίτη σελίδα γράφεται η αγγλική περίληψη, που δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 200 λέξεις. Στην αρχή της αγγλικής περίληψης θα πρέπει να αναγράφονται στα αγγλικά ο τίτλος του άρθρου, τα ονόματα των συγγραφέων και το Ίδρυμα ή η Κλινική (Νοσοκομείο, Εργαστήριο, Ίδρυμα, Σχολή) από το οποίο προέρχεται το άρθρο. Η αγγλική περίληψη ανακεφαλαιώνει τα κύρια μέρη της εργασίας και αναφέρει τα εξής: α) Objective, β) Design, γ) Results, δ) Conclusions. Στο τέλος της περίληψης θα πρέπει να αναγράφονται 3-10 λέξεις κλειδιά (Key words) στα αγγλικά. Η σύνταξη του περιοδικού έχει το δικαίωμα να κάνει τις απαραίτητες διορθώσεις σύμφωνα με τις υποδείξεις των φιλολόγων-κριτών.

### Το κείμενο

Το κείμενο χωρίζεται σε κεφάλαια. Για τις ερευνητικές εργασίες θα πρέπει να αναφέρονται τα εξής κεφάλαια: Εισαγωγή, Υλικό και Μέθοδος, Αποτελέσματα, Συζήτηση και Συμπεράσματα. Όσα αποτελέσματα παρατίθενται σε πίνακες δεν επαναλαμβάνονται στο κείμενο. Για τις ανασκοπήσεις θα πρέπει να αναφέρονται τα εξής κεφάλαια: Εισαγωγή, Αποτελέσματα, Συμπεράσματα. Για τις ενδιαφέρουσες περιπτώσεις θα αναφέρονται τα εξής: Εισαγωγή, Περιγραφή Περιπτώσεως, Σχόλιο.

### Βιβλιογραφικές παραπομπές

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

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

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

### Τυπικό άρθρο περιοδικού

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

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

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

### Βιβλία

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

### Κεφάλαια σε βιβλία

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

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

### Πίνακες και Εικόνες

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

### Διορθώσεις κειμένου

Το κείμενο θα στέλνεται στο συγγραφέα κάθε άρθρου για διορθώσεις.

## Εκδήλωση για την Παγκόσμια Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού στη Νάξο

Κυριακή Ρέμπα, Μαία Γενικού Νοσοκομείου – Κέντρου Υγείας Νάξου.

Στο πλαίσιο του εορτασμού της Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού 2006, στο Γενικό Νοσοκομείο–Κέντρο Υγείας Νάξου πραγματοποιήθηκε εκδήλωση με θέμα: **“Ο Κώδικας για την εμπορία και διαφήμιση των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος”**.

Η παρουσίαση έγινε στο χώρο αναμονής του Γυναικολογικού–Μαιευτικού Ιατρείου, όπου και τοιχοκολλήθηκαν μεγάλες αφίσες. Αρχικά αναρτήθηκε άρθρο με τίτλο “Η γενιά του μπιμπερό», το οποίο δημοσιεύθηκε το 2005 στην εφημερίδα “ΤΟ ΒΗΜΑ”. Στο άρθρο αυτό η Παιδιάτρός κ. Αδαμαντία Μαλλιάρου, Αναπληρώτρια Διευθύντρια του Νοσοκομείου Παίδων “Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ”, αναφέρεται πολύ εύγλωττα στην ευθύνη των λειτουργιών υγείας για την προαγωγή και προώθηση του μητρικού θηλασμού, αλλά και στην παραπληροφόρηση που γίνεται στους χώρους της υγείας.

Η ενημέρωση ξεκίνησε με την παρουσίαση εικόνας μέσω της οποίας γινόταν κατανοητή στις γυναίκες η λειτουργία της έκκρισης γάλακτος από το μαστό της μητέρας με το αντανάκλαστικό του θηλασμού. Από τις θηλαστικές κινήσεις του νεογνού στο μαστό δίνεται το ερέθισμα στην υπόφυση, που προκαλεί την έκκριση προλακτίνης και ωκυτοκίνης. Η πρώτη είναι υπεύθυνη για την παραγωγή και η δεύτερη για τη ροή του γάλακτος. Γι’ αυτό το λόγο είναι πολύ σημαντική η **άμεση** και **αποκλειστική** τοποθέτηση του νεογνού στο μαστό.

Κατόπιν έγινε αναφορά στο Σύνδεσμο Θηλασμού Ελλάδας (La Leche League Greece), ο οποίος διαθέτει ανοιχτή γραμμή επικοινωνίας με τις Συμβούλους Μητρικού Θηλασμού και δόθηκε το τηλέφωνο της Αθήνας για τις μητέρες που χρειάζονται βοήθεια.

Η ενημέρωση συνεχίστηκε με έντυπο της UNICEF, που περιλάμβανε τα “Δέκα Βήματα για Επιτυχή Μητρικό Θηλασμό”, όπως αυτά ψηφίστηκαν το 1989 στη Γενεύη. Ακολούθησε αναφορά στην πρωτοβουλία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και της UNICEF για “Νοσοκομεία Φιλικά προς τα Βρέφη”. Όμως, το κυρίως έντυπο αναφερόταν στα άρθρα του “Κώδικα για την Εμπορία και Διαφήμιση των Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος”.

Στην προσπάθεια για ενημέρωση και πληροφόρηση εγκύων και λεχαιδών συνάντησα άπειρες φορές το φόβο, που έχουν οι μητέρες για τη μη επάρκεια του δικού τους γάλακτος και το άγχος τους ότι δεν ελέγχουν την ποσότητα του γάλακτος που λαμβάνουν τα βρέφη τους. Αυτή η ανασφάλεια γίνεται όπλο στα χέρια των εταιρειών παραγωγής υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και όσων εξυπηρετούν τα συμφέροντά τους. Οι γονείς πάνω στην αγωνία τους να καλύψουν τις ανάγκες του νεογνού σε ποσότητα γάλακτος, παραβλέπουν όλα τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού και στρέφονται στο ξένο γάλα. Το συμπλήρωμα γίνεται καθημερινή πρακτική και

αρχίζει ο απογαλακτισμός. Το θέμα της **ενημέρωσης** είναι τόσο σημαντικό όσο και το θέμα της **εμπύχωσης** των γονιών. Εικόνες, ιδέες και εντυπώσεις που γεννάει η διαφήμιση και η παραπληροφόρηση, οδηγούν **υποσυνείδητα** σε λάθος επιλογές και τακτικές.

Επέλεξα λίγο πριν το τέλος να αναφέρω το ζήτημα της σύγχυσης των θηλών. Τα νεογέννητα αποδεδειγμένα χρησιμοποιούν διαφορετικά τη στοματική κοιλότητα όταν πίνουν από το μπιμπερό απ’ ό,τι όταν θηλάζουν. Η συστηματική χρήση μπιμπερό στα Μαιευτήρια και στις Κλινικές τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό τα μπερδεύει και σταματούν να θηλάζουν σωστά. Αυτή η **“σύγχυση θηλών”** κάνει τα βρέφη “δύστροπα” την ώρα του γεύματος και τις μητέρες να αμφιβάλουν για την επάρκεια του θηλασμού. Ακολουθούν τότε την ίδια τακτική με τα Μαιευτήρια, δηλαδή θηλασμό και συμπλήρωμα διατροφής. Όταν αυξάνεται η ποσότητα του ξένου γάλακτος στη διατροφή, μειώνεται η ζήτηση του μητρικού. Τελικά, ο φόβος τους μετατρέπεται σε πραγματικότητα: το μητρικό γάλα δεν επαρκεί, μόνο που ο λόγος είναι η παροχή των υποκατάστατων με τεχνητή θηλή. Αυτό δεν γίνεται αντιληπτό από τις μητέρες που παρερμηνεύουν τα γεγονότα. Η λύση στο πρόβλημα προτείνεται στο επόμενο έντυπο και αυτή είναι η κατάργηση τεχνητών θηλών και πιπίλας, η χρήση μικρού ποτηριού για τη διατροφή του βρέφους και η αύξηση του χρόνου θηλασμού έως ότου καλυφθούν οι ανάγκες του νεογνού σε μητρικό γάλα.

Η τελευταία αφίσα συγκέντρωνε σημαντικές πληροφορίες, όπως ότι ο μαστός της γυναίκας είναι “εργοστάσιο παραγωγής γάλακτος” και όχι αποθηκευτικός χώρος. Ακόμη, πως το μέγεθος δεν σχετίζεται με την ποσότητα και ότι δεν υπάρχει “ημερομηνία λήξης” για το μητρικό γάλα, όπως για τα κουτιά ξένου γάλακτος.

Επίσης, θα ήθελα να αναφέρω ότι διατέθηκαν στους ενδιαφερόμενους έντυπα σχετικά με το θέμα του εορτασμού για τον **“Κώδικα Φρουρό”**, αλλά και έντυπα σχετικά με το θέμα του εορτασμού του προηγούμενου έτους 2005 (“Διατήρηση του θηλασμού μέχρι και το 2ο έτος ηλικίας του παιδιού μαζί με τη συμπληρωματική διατροφή”). Επίσης, έντυπα της UNICEF και του Υπουργείου Υγείας για το μητρικό θηλασμό, ενώ προσφέρονταν μικρές φωτογραφίες από το έργο του Πικάσο “Μητρότητα”, που τοποθετούνται στις εισόδους Νοσοκομείων που χαρακτηρίζονται “Φιλικά προς τα Βρέφη”.

Για αρκετές ημέρες έξω από το χώρο του Ιατρείου γινόταν προβολή βίντεο από την UNICEF με πολύ σημαντικές πληροφορίες για όσους και όσες είχαν τη διάθεση να μάθουν, με τη σκέψη πως η οθόνη μπορεί να γίνει και δικό μας εργαλείο προς την κατεύθυνση της σωστής ενημέρωσης.

## ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΤΟΥ Σ.Ε.Μ.Α.

### 1ο ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΓΙΑ ΑΜΕΣΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΑΝΑΝΗΨΗ ΝΕΟΓΝΟΥ

Ο Σύλλογος Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Αθηνών σε συνεργασία με το Τμήμα Νεογνών του Νοσοκομείου "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ" διοργανώνουν το "1ο Σεμινάριο για άμεση φροντίδα και ανάνηψη νεογνού". Το Σεμινάριο θα διεξαχθεί από τις 25 έως τις 28 Απριλίου 2007 και θα έχει διάρκεια 30 ωρών (25 ώρες θεωρία και 5 ώρες πρακτική άσκηση).

- Τόπος διεξαγωγής του Σεμιναρίου το Αμφιθέατρο του Νοσοκομείου "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ".
- Η παρακολούθηση είναι υποχρεωτική.
- Δικαίωμα συμμετοχής έχουν Μαίες-Μαιευτές με άδεια άσκησης επαγγέλματος.
- Προτεραιότητα έχουν οι εργαζόμενοι σε Αίθουσες Τοκετών και Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών.
- Ο αριθμός των συμμετεχόντων δεν μπορεί να υπερβαίνει τους 30.
- Θα τηρηθεί σειρά προτεραιότητας.
- Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ταυτότητα μέλους του Σ.Ε.Μ. στον οποίο ανήκετε.
- Θα δοθούν Πιστοποιητικά Παρακολούθησης.

Δηλώσεις συμμετοχής μέχρι τις 15 Απριλίου 2007 στα γραφεία του Σ.Ε.Μ.Α.: τηλ.: 210.6465691(fax) – 210.6429675  
Πληροφορίες στα γραφεία του Σ.Ε.Μ.Α. και στη Γραμματέα του Συλλόγου κ. Περμανθία Παναγή: τηλ.: 6977.311046

### 5η ΜΑΪΟΥ: ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ

Σας προσκαλούμε στον εορτασμό της "Παγκόσμιας Ημέρας της Μαίας", που θα γίνει το Σάββατο, 5 Μαΐου 2007 και ώρα 11.30 π.μ. (Πληροφορίες Σ.Ε.Μ.Α.: τηλ.: 210.6465691 – 210.6429675, [www.semma.gr](http://www.semma.gr)). Φέτος αποφασίστηκε ο εορτασμός να έχει έναν πανευρωπαϊκό χαρακτήρα. Όλες οι ευρωπαϊκές χώρες θα δώσουν το παρόν στις 12.00 το μεσημέρι, ώρα Κεντρικής Ευρώπης (13.00 ώρα Ελλάδας), υιοθετώντας μια κοινή συμβολική κίνηση στην οποία θα συμμετέχετε εφόσον παρευρεθείτε στην εκδήλωση. Την εκδήλωσή μας θα τιμήσουν με την παρουσία τους επίσημοι προσκεκλημένοι, γυναίκες κείες οργανώσεις, τα Μ.Μ.Ε., μητέρες και παιδιά. Επιθυμία μας είναι η αθρόα προσέλευση Μαιών-Μαιευτών.

Για το Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α.

Η Πρόεδρος

ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΜΑΛΦΑ

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Ο τόπος και το πρόγραμμα της εκδήλωσης ήδη διαμορφώνονται, αλλά στην παρούσα χρονική στιγμή, που κλείνει η ύλη του "ΕΛΕΥΘΩ", δεν έχουν ολοκληρωθεί. Πολύ σύντομα θα ενημερωθείτε από την ιστοσελίδα μας: [www.semma.gr](http://www.semma.gr)

### ΑΦΙΕΡΩΜΑ ΣΤΗΝ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

#### 13 Μαΐου 2007 – Χώρος εκδηλώσεων: "ΠΑΝΑΙΤΩΛΙΟ", οδός Ρούμελης ΝΕΑ ΙΩΝΙΑ

Σας προσκαλούμε στις εορταστικές εκδηλώσεις που είναι αφιερωμένες στη Μητέρα και θα πραγματοποιηθούν στις 13 Μαΐου 2007, από ώρα 10.00 έως 22.00 στο "ΠΑΝΑΙΤΩΛΙΟ" του Δήμου Νέας Ιωνίας. Το πρόγραμμα θα περιλαμβάνει:

- Ημερίδα με ομιλίες για τη σύλληψη, την κύηση, τη μητρότητα, το παιδί, την προετοιμασία για το γονεϊκό ρόλο
- Προβολή ταινίας με θέμα: "Μητρότητα"
- Αφήγηση παραμυθιών
- Θεατρική παράσταση
- Μουσικό πρόγραμμα (Μουσικό Τμήμα Δήμου Ν. Ιωνίας, Τοπικοί Πολιτιστικοί Σύλλογοι, Ιδιωτικά Ωδεία-Χορωδία)
- Βράβευση μητέρων
- Βραβεία μαθητικού διαγωνισμού
- Έκθεση κούκλας
- Έκθεση ζωγραφικών έργων μαθητών
- Συμβουλευτικό Σταθμό για γονείς
- Έκθεση παιδικού βιβλίου
- Εργαστήριο κατασκευής κούκλας – μαριονέτας
- Εργαστήριο ζωγραφικής παιδιών – ενηλίκων
- Κουκλοθέατρο – Καραγκιόζη (Θέατρο Σκιών)
- Παιδικά παιχνίδια – Παιδικά τραγούδια – Μπάντα
- Έκθεση ζωγραφικής καλλιτεχνών Νέας Ιωνίας
- Περίπτερο ενημέρωσης κοινού για το φυσικό τοκετό και το μητρικό θηλασμό από το Σ.Ε.Μ. Αθηνών

Τις εκδηλώσεις θα χαιρετήσουν ο Δήμαρχος Νέας Ιωνίας και ο Μητροπολίτης. Θα ακολουθήσει ομιλία του κ. Βλάσση Συντονίστρια και ομιλήτρια στην Ημερίδα θα είναι η κ. Όλγα Γκουνή, Προγεννητική Ψυχοθεραπεύτρια, Εκπαιδευτρια, Συνεργάτης του Πανεπιστημίου Αθηνών. Άλλοι ομιλητές: κ. Μαρή, κ. Βογιατζόγλου (Παιδίατρος), εκπρόσωπος του Συλλόγου "Το χαμόγελο του Παιδιού", εκπρόσωπος των "Παιδικών Χωρών SOS", εκπρόσωπος του Κέντρου Βρεφών "ΜΗΤΕΡΑ" κ.ά. Ο Σύλλογός μας θα συμμετέχει στην Ημερίδα με ομιλία (ώρα 14.00) της Προέδρου του Σ.Ε.Μ.Α. κ. Καλλιόπης Μάλφα, με θέμα: «Η Μαία αρωγός της Μητρότητας». Θα ακολουθήσει συζήτηση με το κοινό. Σας περιμένουμε!





Φωτογραφίες από την εκδήλωση για τον εορτασμό της “Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού 2006” στο Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Νάξου. Αριστερά, έγκυες και λεχώιδες παρακολουθούν βιντεοταινία της UNICEF για το Μητρικό Θηλασμό. Δεξιά, η Μαΐα κ. Κυριακή Ρέμπα, η οποία μας ενημέρωσε με επιστολή της για το περιεχόμενο της εκδήλωσης.

## ΒΙΒΛΙΟΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

«Οι “Εταίρες” του Παπανικολάου δεν είναι μυθιστόρημα. Θα πρέπει να’ χουν πολλή έρευνα πίσω τους, μεγάλη διασταύρωση στοιχείων, πολύ μόχθο. Αλλά και πολύ κέφι. Το μαντεύεις απ’ το αδιόρατο χαμόγελο με το οποίο ο Νίκος περιγράφει όλα αυτά τα απίστευτα βίτσια των απίστευτων προγόνων μας.

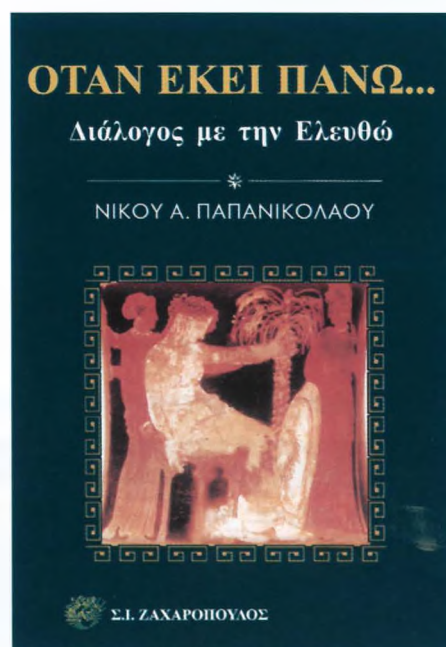
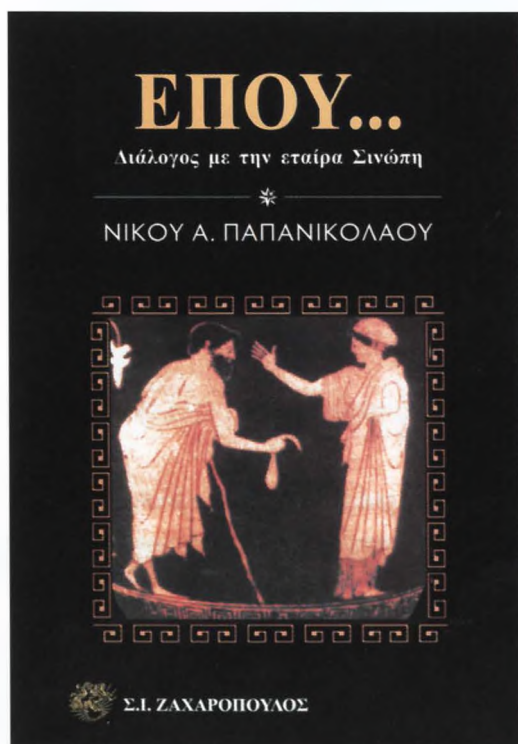
Το χαμόγελο είναι επίσης μια πολύ σημαντική υπόθεση στο γράψιμο. Κάποτε είπα στην τηλεόραση: «Είναι πολύ καλό να ξεκινάει με χαμόγελο μια ερωτική σχέση όπως είναι το γράψιμο ενός βιβλίου –όταν γράφεται βέβαια για να διαβαστεί...».

*Φρέντυ Γερμανός*

«Από εδώ και κάτω ξεδιπλώνονται σε όλη τους τη λάμψη οι ερωτικές επιδόσεις των θεών του Ολύμπου, οι απίστευτες συνωμοσίες, οι παιδεραστίες, οι ομοφυλοφιλίες, οι φόννοι, οι μοιχείες, οι βιασμοί, ενώ αναφέρονται ακόμα και αιμομειξίες και κτηνοβασίες σε επίπεδο θεϊκό! Όλα αυτά, πλασμένα και δοσμένα “κατ’ εικόνα και καθ’ ομοίωσιν” των όσων συμβαίνουν συχνά στις ανθρώπινες κοινωνίες από καταβολής κόσμου. Επειδή όμως προφανώς κανένας άνθρωπος δεν θα μπορούσε να μιλά ευθέως για τέτοια σκάνδαλα, οι πρόγονοί μας τα φόρτωσαν όλα στους θεούς...

...Αυτά σε γενικές γραμμές περιλαμβάνει το νέο βιβλίο του γιατρού Νίκου Παπανικολάου. Είμαστε βέβαιοι πως οι αναγνώστες ...εδώ κάτω, που αγαπούν την Ελληνική Μυθολογία, θα απολαύσουν έναν ακόμα καρπό της γραφίδας του συγγραφέα».

*Ευάγγελος Κ. Μιλλεούνης*



## 7ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΨΥΧΟΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗΣ

15, 16 και 17 Ιουνίου 2007

Χώρος: Πνευματικό Κέντρο Δήμου Ιωαννιτών - ΙΩΑΝΝΙΝΑ

Η "Ελληνική Μαιευτική Ψυχοπροφυλακτική Εταιρεία" διοργανώνει στην πόλη των Ιωαννίνων το "7ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοπροφυλακτικής" με συμμετοχή Ελλήνων και ξένων ομιλητών. Θέμα του Συνεδρίου είναι:

### “Μάθηση – Μνήμη – Εκπαίδευση Στάδια ψυχολογικής προετοιμασίας εγκύων για τον τοκετό”

Στο Συνέδριο θα βραβευθεί η καλύτερη εργασία με θέμα την Ψυχοπροφυλακτική.  
Στους συμμετέχοντες θα δοθούν Πιστοποιητικά Παρακολούθησης.

#### ΘΕΜΑΤΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

- Προετοιμασία εγκύων για το φυσικό τοκετό
- Προετοιμασία εγκύων για τον τοκετό στα Ελληνικά Νοσοκομεία
- Προετοιμασία εγκύων με τη μέθοδο Rat
- Εναλλακτικές μέθοδοι προετοιμασίας εγκύων για τον τοκετό
- Προετοιμασία της οικογένειας
- Τι μας διδάσκει το παρελθόν;
- Η αξία της μάθησης – Η εμπιστοσύνη στη μνήμη
- Η εκπαίδευση των υπεύθυνων για την προετοιμασία στον τοκετό

#### ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Επώνυμο: ..... Όνομα: .....  
 Ιδιότητα: ..... Τίτλος: .....  
 Χώρος εργασίας: .....  
 Διεύθυνση: .....  
 Πόλη: ..... Τ.Κ. ....  
 Τηλ.: ..... Fax: ..... E-mail: .....  
 Σας γνωρίζω ότι επιθυμώ να λάβω μέρος στο παραπάνω Συνέδριο με:

Εργασία       Ελεύθερη Ανακοίνωση       Poster

Τίτλος Εργασίας: .....  
 Ημερομηνία αποστολής: ..... Υπογραφή: .....

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** Απαραίτητο είναι να προηγείται η ΠΕΡΙΛΗΨΗ της εργασίας, να ακολουθεί η ΕΙΣΑΓΩΓΗ, η ΚΥΡΙΩΣ ΕΡΓΑΣΙΑ, τα ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ και να κλείνει με τη ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.

**Προθεσμία για την υποβολή εργασιών το αργότερο μέχρι 30 Απριλίου 2007**

#### ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

- Ιατροί: 60 €
- Μαίες: 60 €
- Φοιτητές: Δωρεάν

Δηλώσεις συμμετοχής και προκαταβολή στη διεύθυνση:  
 ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ  
 ΣΤΑΥΡΑΚΙΟΥ 37 – Τ.Κ. 455 00 ΙΩΑΝΝΙΝΑ

ΜΕ ΤΟ ΦΥΣΙΚΟ ΑΓΓΙΓΜΑ ΤΟΥ ΧΑΜΟΜΗΛΙΟΥ,  
ΚΑΘΕ ΕΝΤΑΣΗ ΧΑΝΕΤΑΙ.  
ΣΤΗ ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΕΡΧΕΤΑΙ Η ΕΥΤΥΧΙΑ.



**Μωρομάντηλα Pampers Sensitive.**  
Με αγνό νερό και χαμομήλι, που χαλαρώνουν  
φυσικά τις αισθήσεις του μωρού σας.

Γιατί, τα μωρά νιώθουν τον κόσμο μέσα από το δέρμα τους.

Έμπνευση από τα μωρά.  
Δημιουργία από τα Pampers.

Ένα άγγιγμα αξίζει όσο χίλιες λέξεις.

Όταν οι λέξεις φαίνονται μικρές για να εκφράσουν τα συναισθήματα, η αφή είναι ο πιο δυνατός τρόπος επικοινωνίας. Γι' αυτό, σας προσφέρουμε δύο τρόπους για να φροντίζετε τρυφερά το δερματάκι του μωρού σας. Έτσι αυτό θα νιώθει κάθε σας "συλλαβή".



Γιατί ένα άγγιγμα σημαίνει τόσα πολλά.