

ΕΛΛΕΥΘΩ

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



ΙΟΥΛΙΟΣ
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ
ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ

2008

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



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

Β' Περίοδος / Τόμος 13ος / Τεύχος 3ο

DELIVER BABIES IN THE UK

Calling all midwives - live and work in one of the world's most exciting cities!

We are currently recruiting midwives to work in Ashford and St Peter's Hospital, South West London, for the UK's National Health Service. This is an exciting opportunity to further your career and explore life in Britain.

Over the past 10 years, Drake have placed thousands of international healthcare professionals in jobs in the UK. You can be confident that we have the knowledge and experience to help and advise you with all aspects of your application and relocation.

Benefits:

- Excellent rates of pay, from £19,683 to £31,779 per year
- NO candidate fees
- Generous holiday entitlement and staff benefits
- Assistance with finding accommodation and all aspects of moving to the UK
- Full induction & orientation programme
- Ongoing training/ internal rotation
- Friendly support throughout your stay here

If you have a good standard of spoken & written English, and are a registered midwife, contact us now to find out more about this opportunity.

Interviews will take place in Greece, times and dates to be confirmed.

**For more information and to apply, call us now on 44 207 484 0820
or email Liz Miller at: lmiller@drakeintl.co.uk.**



“Working as a midwife at Ashford and St Peter’s, I have gained tremendous and versatile experience in all levels of maternity care. The hospital is ideally situated close to London and the main airports, with good transport links. St Peter’s is a nice place to get to know people, within the tranquil settings of Surrey.

It’s great to be part of the Ashford and St Peters’ team!”

*Tzeni (originally from Thessaloniki),
Midwife, Ashford and St Peters Hospital*

DRAKE INTERNATIONAL

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 13ος, Τεύχος 3ο, ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2008

ISSN 1106 - 6822

Κωδικός ΕΛ.ΤΑ. 1701



ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ.Α.

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

ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ.Α.

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

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: akida123@otenet.gr

Εκτύπωση – Βιβλιοδεσία
ΑΦΟΙ ΠΡΙΦΤΗ – ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ ΑΕΒΕ
Σωνιέρου 6 – 104 38 Αθήνα
Τηλ.: 210.5232323 – 210.5232068

Η "ΠΡΟΚΤΕΡ ΚΑΙ ΓΚΑΜΠΛ ΕΛΛΑΣ" ΕΙΝΑΙ ΚΥΡΙΟΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΗΣ ΤΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΑΘΗΝΩΝ

ΕΛΕΥΘΩ

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

Β' Περίοδος - Τόμος 13ος, Τεύχος 3ο
ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2008

ΕΛΕΥΤΗΘ

SCIENTIFIC AND PROFESSIONAL
MAGAZINE PUBLISHED QUARTERLY
OFFICIAL JOURNAL OF HELLENIC MIDWIVES

2nd Period - Volume 13, Number 3
JULY - AUGUST - SEPTEMBER 2008



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
ΜΑΝΙΑΤΕΛΛΗ ΕΛΙΣΑΒΕΤ
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
MANIATELLI ELISAVET
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 13ος, Τεύχος 3ο
ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ - ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1ο Σεμινάριο του Σ.Ε.Μ.Α. για το Μητρικό Θηλασμό <i>Καλλιόπη Μάλφα</i>	94
Υποστήριξη και διάδοση του Μητρικού Θηλασμού στην Ελλάδα σήμερα: από την ατομική στη συλλογική δράση και από τη φιλοσοφία στην πρακτική <i>Μαρία Μπουρουτζόγλου</i>	95
Π.Ο.Υ.: Πρότυπα Παιδικής Ανάπτυξης <i>Αντωνία Τουφίδου</i>	102
Υπερτασικές διαταραχές της εγκυμοσύνης <i>Αικατερίνη Θεοδοσιάδου</i>	108
Επιστολή από Μαίες των Μολάων Λακωνίας	115
Η αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης στο νοσηλευτικό προσωπικό <i>Άννα Χατζημιχάλογλου, Μάρθα Μωραΐτου, Μιχάλης Γαλανάκης</i>	116
Εκδηλώσεις του Συλλόγου "Οι Φίλοι του Μητρικού Θηλασμού" για την Παγκόσμια Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού	121
Το έμβρυο πρωταγωνίστης στην κύηση και τον τοκετό. Αισθάνεται το έμβρυο και με ποιό τρόπο κατά την κύηση και τον τοκετό <i>Ειρήνη Λιάγκα</i>	122
4η Ετήσια Ημερίδα για το Μητρικό Θηλασμό	126
Ανοιχτή επιστολή προς Μαίες και Μαιευτές <i>Ραλλού Λυμπερή</i>	127
Οδηγίες για τους Συγγραφείς	129

ΕΛΕΥΘΩ

2nd Period - Volume 13, Number 3
JULY - AUGUST - SEPTEMBER 2008

CONTENTS

1st Seminar of S.E.M.A. for Breastfeeding <i>Kalliope Malfa</i>	94
Promotion of Breastfeeding in Greece nowadays; from individual to global action and from theory to practice <i>Maria Mpouroutzoglou</i>	95
WHO: Child Growth Standards <i>Antonia Toufidou</i>	102
Pregnancy hypertension disorders <i>Ekaterini Theodosiadou</i>	108
Letter from Midwives of Molai Lakonia	115
The evaluation of anxiety and depression symptoms in the nursing staff <i>Anna Chatzimichaloglou, Martha Moraitou, Michalis Galanakis</i>	116
Events held by "The Friends of Breastfeeding" NGO for the World Breastfeeding Week	121
The leading role-play of fetus, during pregnancy and delivery. The feelings of fetus during pregnancy and delivery <i>Eirini Liaga</i>	122
4th Annual Breastfeeding Conference	126
Open letter to Midwives <i>Rallou Lympერი</i>	127
Directives for Writers	129

1ο Σεμινάριο του Σ.Ε.Μ.Α. για το Μητρικό Θηλασμό

Αγαπητοί Συνεργάτες και Συνάδελφοι,

Βρίσκομαι στην ευχάριστη θέση να ανακοινώσω τη διεξαγωγή του **“1ου Σεμιναρίου Μητρικού Θηλασμού”** του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Αθηνών. Στα χνάρια του Γ.Π.Ν.-Μ. “ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ”, που για 15 συνεχή έτη πραγματοποιεί κατά γενική ομολογία εξαιρετικά Σεμινάρια για το Μητρικό Θηλασμό, καθώς και του Νοσοκομείου “ΑΤΤΙΚΟΝ”, που ακολούθησε με επιτυχία, αποφασίσαμε να οργανώσουμε το **“1ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο”** αφιερωμένο στο Μητρικό Θηλασμό, που θα βοηθήσει στην ικανοποίηση του ολοένα αυξανόμενου ενδιαφέροντος των επαγγελματιών υγείας για το θέμα.

Είναι σαφής η οδηγία της “Εθνικής Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού”: ύπαρξη ενιαίας πολιτικής για τα θέματα Μητρικού Θηλασμού. Στόχος της η αύξηση του ποσοστού των μητέρων που θηλάζουν. Για τη διάδοση και την υποστήριξη της ενιαίας πολιτικής για το Μητρικό Θηλασμό απαιτείται η διατομεακή συνεργασία και συνέργεια των επαγγελματιών υγείας. Μαιές-Μαιευτές, Γυναικολόγοι, Παιδιάτροι, Νεογνολόγοι θα πρέπει να εκπαιδεύονται και να ανανεώνουν τις γνώσεις τους για το Μητρικό Θηλασμό, ώστε να είναι ικανοί να τον προάγουν ως ιδέα και ως πρακτική συντονισμένα στην κοινότητα.

Ο Σ.Ε.Μ.Α. δεν θα μπορούσε να μην εντάξει στις δράσεις του την οργάνωση Σεμιναρίων για το Μητρικό Θηλασμό, αντιλαμβανόμενος την αξία της δια βίου εκπαίδευσης αφενός και την αναγκαιότητα διάδοσης της σύγχρονης και εμπειριστατωμένης γνώσης αφετέρου. Οι εισηγητές του Σεμιναρίου, οι περισσότεροι μέλη της “Εθνικής Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού”, θα μεταδώσουν τη γνώση και την εμπειρία τους στα ζητήματα προώθησης του Μητρικού Θηλασμού στη χώρα μας. Με δεδομένο ότι σε κάθε Σεμινάριο ο αριθμός των εκπαιδευόμενων είναι περιορισμένος, όχι λόγω της θεωρητικής αλλά της πρακτικής άσκησης, υπάρχει ανάγκη περισσότερων Σεμιναρίων. Στο πλαίσιο αυτό ευελπιστούμε με τη σειρά μας να συνεισφέρουμε και να συνταχθούμε με τα καθιερωμένα και υψηλού επιπέδου Σεμινάρια. Συνεργαστήκαμε με την “Εθνική Επιτροπή Μητρικού Θηλασμού” επιδιώκοντας το αποτέλεσμα να είναι τουλάχιστον αντάξιό τους.

Το Σεμινάριό μας έχει την εξής διαφορά: δεν θα έχει μόνιμη έδρα, αλλά θα πραγματοποιείται κάθε φορά σε διαφορετικό Μαιευτήριο του Ιδιωτικού ή Δημόσιου Τομέα δίνοντας τη δυνατότητα της επιτόπου εφαρμογής και άμεσης μεταλαμπάδευσης των κατευθυντήριων οδηγιών. Ξεκινάμε από το Μαιευτήριο “ΛΗΤΩ”, που με μεγάλη χαρά δέχτηκε όχι μόνο να μας προσφέρει τη φιλοξενία του, αλλά και να αναλάβει το οικονομικό κόστος του Σεμιναρίου. Οι Μαιές-Μαιευτές του “ΛΗΤΩ” είναι εξαιρετικά ευαισθητοποιημένοι στο Μητρικό Θηλασμό ως αποτέλεσμα της πολυετούς δουλειάς τους. Το επόμενο Σεμινάριο θα γίνει σε Δημόσιο Μαιευτήριο της Αθήνας.

Ελπίζουμε το αποτέλεσμα να ανταμείψει την προσπάθειά μας. Άλλωστε, το δημιουργικό πνεύμα και η ενεργητική στάση του Σ.Ε.Μ.Α. είναι αυτά που πρέπει να κυριαρχήσουν για την υποστήριξη των καλών πρακτικών που σχετίζονται με τη γυναικεία υγεία.

Για το Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α.
Η Πρόεδρος

Στο πλαίσιο του εορτασμού της “Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού” ο Σ.Ε.Μ.Α. με την αιγίδα του Υ.Υ.Κ.Α. θα πραγματοποιήσει από τις 3 έως 7 Νοεμβρίου 2008 στο Μαιευτήριο “ΛΗΤΩ” το **“1ο Σεμινάριο Μητρικού Θηλασμού”**. Καλούμε τις Μαιές, τους Μαιευτές, Γυναικολόγους, Παιδιάτρους και Νεογνολόγους που ενδιαφέρονται να το παρακολουθήσουν, να δηλώσουν έγκαιρα συμμετοχή. Σας επισημαίνουμε ότι:

- 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 σειρά προτεραιότητας.

Πληροφορίες στο Σ.Ε.Μ.Α.: Τηλ. & Fax: 210.6465691, 210.6429675, E-mail: sema-icm@otenet.gr

Υποστήριξη και διάδοση του Μητρικού Θηλασμού στην Ελλάδα σήμερα: από την ατομική στη συλλογική δράση και από τη φιλοσοφία στην πρακτική

Είναι γνωστά τα πολλαπλά οφέλη του μητρικού θηλασμού για τη μητέρα και το παιδί και είναι διηνεκής η ερευνητική επιβεβαίωσή τους ανά τον κόσμο (Department of Health, 2004, León-Cava et al., 2002). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) ορίζει τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό ως την καλύτερη βρεφική διατροφή για τους πρώτους έξι μήνες ζωής (W.H.O., 2003). Σε παγκόσμιο επίπεδο έχουν ιδρυθεί οργανισμοί και σύνδεσμοι προαγωγής, προστασίας και υποστήριξης του μητρικού θηλασμού, της φυσικής αυτής διατροφής του βρέφους, με σημαντικές δράσεις, παρεμβάσεις, γραπτές πολιτικές και διακηρύξεις, όπως η WABA, η "La Leche League" κ.ά.

Παρουσίαση του προβλήματος

Σήμερα είναι λίγοι όσοι δεν ασπάζονται τη θέση ότι ο μητρικός θηλασμός ανταποκρίνεται πλήρως στις φυσικές και συναισθηματικές ανάγκες του βρέφους. Ωστόσο, από την επίγνωση και παραδοχή της ωφέλειας του μητρικού θηλασμού μέχρι την επιτυχή εφαρμογή και διατήρησή του παρεμβάλλονται πολλά βήματα, τα οποία δεν είναι πάντα εύκολο να εφαρμοστούν διαδοχικά, να γίνουν συνείδηση και απαραίτητη τακτική για τους επαγγελματίες υγείας, κοινή πεποίθηση σε όσους διαμορφώνουν τις πολιτικές σε θέματα υγείας, καθώς και σε όσους επηρεάζουν την κοινή γνώμη, τους εκπαιδευτικούς, τους δημοσιογράφους κ.ά.

Τα προγράμματα Αγωγής και Προαγωγής Υγείας διέπονται πλέον από την αρχή ότι δεν είναι αποτελεσματική η απλή μετάδοση γνώσεων για τα οφέλη ή τις αρνητικές επιπτώσεις μιας συμπεριφοράς ή συνήθειας για την υγεία. Παράλληλα με την πληροφόρηση χρειάζεται ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και της αυτοαποτελεσματικότητας, ενδυνάμωση, εκπαίδευση σε τεχνικές δεξιότητες, σε δεξιότητες διαχείρισης του στρες, αλληλόδραση, ανακίνηση συναισθημάτων, συμβουλευτική –ατομική, οικογενειακή, ομαδική– και άλλες τεχνικές, που κάθε φορά ετεροκαθορίζονται ανάλογα με το θέμα επικέντρωσης του προγράμματος. Επίσης, οι παρεμβάσεις μπορεί να αφορούν και άλλους τομείς, όπως το νομικό πλαίσιο, το περιβάλλον κ.ά. (McKenzie et al., 2001). Έτσι, ενώ η έλλειψη γνώσεων για την αξία του μητρικού θηλασμού και για τον τρόπο που επιτυγχάνεται απαντάται σε μεγάλο ποσοστό, δεν φτάνει η πληροφόρηση του κοινού για να αλλάξει η νοοτροπία και να αυξηθούν τα ποσοστά του. Χρειάζονται παράλληλα και άλλου τύπου παρεμβάσεις, που θα δράσουν ως αντίδραση σε κάθε αιτίαση του θέματος που μας απασχολεί.

Ποιούς επηρεάζει ο μητρικός θηλασμός άμεσα και έμμεσα

Ο μητρικός θηλασμός επηρεάζει την τωρινή και μεταγενέστερη υγεία των βρεφών και των μητέρων τους σε τέτοιο βαθμό που ανάγεται ως προτεραιότητα για τη Δημόσια Υγεία (E.C., 2004). Εξασφαλίζει λιγότερη νοσηρότητα και θνησιμότητα, λιγότερη ζήτηση υπηρεσιών υγείας, προφυλάσσει την ψυχική υγεία της οικογένειας στα πρώτα της βήματα και προάγει την ψυχοπνευματική και κινητική ανάπτυξη των παιδιών (León-Cava et al., 2002). Επίσης, επηρεάζει την οικονομία της οικογένειας, μειώνει τα έξοδα του Εθνικού Συστήματος Υγείας και βελτιώνει την οικονομία του κράτους. Ακόμη, προστατεύει το περιβάλλον από την ελαχιστοποίηση των μονάδων παραγωγής τεχνητής διατροφής και του εξοπλισμού της, την εξοικονόμηση ενέργειας και χρόνου για την παρασκευή της.

Ο μητρικός θηλασμός μπορεί να εφαρμοστεί από κάθε μητέρα οποιασδήποτε φυλής και κοινωνικής τάξης κι αυτό είναι σύμβολο άμβλυνσης των κοινωνικών αντιθέσεων. Ένα σύνολο παραγόντων μεγάλου εύρους υποσκάπτει την επιτυχή εδραίωση του μητρικού θηλασμού από την έναρξη ως την εγκατάσταση και τη συνέχισή του. Το μοντέλο των υπηρεσιών υγείας για τη μητέρα και το παιδί και συγκεκριμένα της σίτισης του νεογνού, συχνά απέχει μακράν από την προαγωγή, την προστασία και την υποστήριξη του μητρικού θηλασμού. Το νεογνό δεν τοποθετείται στο μαστό αμέσως μετά τον τοκετό, ενώ στις περισσότερες των περιπτώσεων απομακρύνεται από τη μητέρα καθόλη την παραμονή του στο Μαιευτήριο και σιτίζεται με τσάι και ξένο γάλα ευθύς εξαρχής. Ο μητρικός θηλασμός γίνεται αποσπασματικά και τις περισσότερες φορές ανεπιτυχώς λόγω των παραπάνω τακτικών, οι οποίες λειτουργούν ως τροχοπέδη για την επιτυχία του. Η μητέρα θα πρέπει να είναι πολύ συνειδητοποιημένη στην απόφασή της να θηλάσει αποκλειστικά· συχνά έχει να αντιμετωπίσει μετά την έξοδό της από το Μαιευτήριο, από τη μια ένα διογκωμένο και επώδυνο μαστό, και από την άλλη ένα βρέφος που έχει εθιστεί στη θηλή του μπουκαλιού. Το Μαιευτήριο με αυτές τις τακτικές και χωρίς παράλληλα να παρέχει τουλάχιστον τη δυνατότητα στις μητέρες που επιθυμούν να έχουν το νεογνό δίπλα τους και να το θηλάσουν αποκλειστικά, θέτει ανυπέρβλητα εμπόδια στο μητρικό θηλασμό

παραβλέποντας τα πολλαπλά του οφέλη και καταπατώντας ουσιαστικά τα δικαιώματα της μητέρας και του παιδιού της. Ακατάλληλες μορφές παροχής φροντίδας υγείας, οι οποίες εναντιώνονται στη φιλική προς τη μητέρα και το βρέφος πολιτική και που βασίζονται στο αναχρονιστικό βιοϊατρικό μοντέλο για την υγεία και όχι στο βιοψυχοκοινωνικό, θέτουν σε κίνδυνο και τη μητρική και την παιδική υγεία και ορθώνουν εμπόδια στην επιτυχία της προσπάθειας εδραίωσης του μητρικού θηλασμού. Ακόμη και σήμερα, πολλές υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας δεν έχουν αναγνωρίσει έμπρακτα το μητρικό θηλασμό ως ένα βασικό και αναπόσπαστο μέρος της αναπαραγωγικής διαδικασίας με σημαντικές συνιστώσες για την υγεία των γυναικών και των νεογνών τους. Η διαφήμιση και η προαγωγή των προϊόντων γάλακτος (*unethical marketing*) σε βάρος της προώθησης του μητρικού θηλασμού, είναι ένας επιπλέον σημαντικός λόγος για την αναπαραγωγή και διάδοση αυτής της επιβλαβούς νοοτροπίας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι στη χώρα μας δεν υπάρχει επίσημα αναγνωρισμένο Μαιευτήριο ως "Φιλικό προς το Βρέφος", ενώ κατά τη διάρκεια της λοχείας τα Μαιευτήρια που παρέχουν τη δυνατότητα παραμονής του νεογνού στον ίδιο θάλαμο με τη μητέρα είναι λίγα και ανήκουν κυρίως στο Δημόσιο Τομέα. Το ίδιο ισχύει και για τη λειτουργία της Τράπεζας Μητρικού Γάλακτος, τόσο πολύτιμη για ειδικές περιπτώσεις νεογνών που δεν μπορούν να θηλάσουν απευθείας από το μαστό της μητέρας τους.

Οι σύλλογοι και οι ομάδες υποστήριξης του μητρικού θηλασμού δραστηριοποιούνται κυρίως σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη, χωρίς να είναι ιδιαίτερα διαδεδομένοι. Οι επαγγελματίες υγείας, που είναι ευαισθητοποιημένοι και ειδικά καταρτισμένοι στο μητρικό θηλασμό ενώ παράλληλα είναι σε θέση να τον προάγουν στο χώρο εργασίας τους, είναι λίγοι και συχνά αντιμετωπίζουν πολλές δυσκολίες εφόσον αντίκεινται στην καθεστηκυία τάξη πραγμάτων. Έτσι, ή υποστρέφονται από τις δράσεις τους ή προσπαθούν να υποστηρίξουν το μητρικό θηλασμό στο πλαίσιο των μικρών και αποσπασματικών παρεμβάσεών τους σε εξατομικευμένες περιπτώσεις. Δυστυχώς, σ' αυτή την πραγματικότητα εκπαιδεύονται και οι νέοι επαγγελματίες υγείας διχαζόμενοι μεταξύ της θεωρίας και της πράξης, του σωστού και του λάθους και εθιζόμενοι κι αυτοί με τη σειρά τους στο παρωχημένο και ακατάλληλο σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας μεταγεννητικά, τείνουν να το ενστερνιστούν αβίαστα ως το πλέον αποδεκτό μοντέλο και να το αναπαράγουν (W.H.O., 2003).

Η κατάσταση επιτείνεται βέβαια και από την έλλειψη προσωπικού στα Νοσοκομεία. Από τη μια πλευρά το νοσηλευτικό προσωπικό αδυνατεί να διαθέσει χρόνο στη γυναίκα που κάνει τα πρώτα βήματα στο μητρικό θηλασμό, δεν μπορεί να αναπτύξει μαζί της δεξιότητες και να την ενθαρρύνει σ' αυτό το πρώτο της ξεκίνημα. Και είναι ιδιαίτερα σημαντική η ενδυνάμωση των λεχιδών τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό. Η ενδυνάμωση σε συνδυασμό με την καλλιέργεια δεξιοτήτων όσον αφορά στη μητρική τέχνη, λειτουργεί προστατευτικά για την ψυχολογία της λεχιδας και αυξάνει την ικανότητά της να εξοικειωθεί με το νέο της ρόλο, ο οποίος προβάλλει στα μάτια της ιδιαίτερα απαιτητικός και αγχογόνος. Επιπλέον, τα νέα κορίτσια σήμερα δεν εκπαιδεύονται όπως παλαιότερα στην ανατροφή των παιδιών, δεδομένου ότι προέρχονται από ολιγομελείς και λιγότερο παραδοσιακές οικογένειες.

Από την άλλη πλευρά έχει διαμορφωθεί στην κοινή γνώμη η αντίληψη ότι είναι προτιμητέα η απομάκρυνση του νεογνού από το δωμάτιο της μητέρας για το λόγο ότι η δεύτερη χρειάζεται ανάπαυση. Η πρακτική του "*rooming in*" φαντάζει σε πολλούς ως τριτοκοσμική και επικίνδυνη πρακτική για την υγεία του νεογνού και της μητέρας, θεώρηση που δε συνάδει με τα ερευνητικά δεδομένα και τις διεθνείς για τη Δημόσια Υγεία διακηρύξεις. Είναι συχνό το φαινόμενο του πανικού όταν η μητέρα, αδαής πλέον και χωρίς καθοδήγηση επιστρέφει στο σπίτι με ένα βρέφος που δεν ξέρει να φροντίσει και να περιποιηθεί, ή δεν είχε το χρόνο να αναπτύξει ομαλά συναισθηματικό δεσμό μαζί του. Ταυτόχρονα υπεισέρχονται και κοινωνικοί παράγοντες ως εμπόδια στο μητρικό θηλασμό. Σήμερα π.χ., μόλις η γυναίκα καταφέρει να εδραιώσει το μητρικό θηλασμό, αναγκάζεται να τον σταματήσει πρόωρα επειδή θα πρέπει να ξεκινήσει να εργάζεται με επίσημη ή ανεπίσημη μορφή απασχόλησης. Η απασχόληση σε πολλές περιπτώσεις στερεί το χρόνο και τις διευκολύνσεις από τη μητέρα να θηλάσει τουλάχιστον τους πρώτους έξι μήνες ζωής του παιδιού της. Όλα τα παραπάνω δεν είναι δυνατό να χαρακτηριστούν επικριτικά για τη σημερινή νοοτροπία και πρακτική στην Ελλάδα. Η ρεαλιστική προσέγγιση του θέματος είναι το πρώτο βήμα για τον επιτυχή σχεδιασμό μιας οργανωμένης παρέμβασης, καθώς και για την ευαισθητοποίηση των ατόμων που θα στελεχώσουν το δυναμικό της.

Στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν για την Ελλάδα

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 124 λεχίδες σε αγροτική περιοχή της Κρήτης, το 63,7% των λεχιδών ανέφερε ότι θήλασε κατά μέσο όρο 3,2 μήνες, ενώ το 93,8% των λεχιδών θεώρησε το μητρικό θηλασμό πάρα πολύ σημαντικό. Παρόλα αυτά, το 40,3% των λεχιδών όταν επέστρεψε στο σπίτι θεώρησε ότι είχε λίγες γνώσεις για το θηλασμό (Βιβιλάκη, 2005). Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 862 λεχίδες σε 17 ελληνικά Νοσοκομεία, μεταξύ των λόγων διακοπής του μητρικού θηλασμού το 44,6% των λεχιδών δήλωσε ότι δεν είχαν γάλα, γεγονός που καταδεικνύει την παντελή έλλειψη γνώσεων και συμβουλευτικής των γυναικών για το θηλασμό, δεδομένου ότι το γάλα παράγεται και εκκρίνεται από το μαστό εφόσον ζητηθεί από το βρέφος με την απομύζηση της θηλής.

Κατά δεύτερο σκοπό το υψηλό αυτό ποσοστό φανερώνει την έλλειψη της συμβουλευτικής από τους επαγγελματίες υγείας. Δεύτερος λόγος διακοπής του θηλασμού σε ποσοστό 12,4% ήταν η ανάγκη επιστροφής της μητέρας στην εργασία (Daglas et al, 2005). Επίσημα δεδομένα για το ποσοστό του μητρικού θηλασμού και τη διάρκειά του δεν υπάρχουν. Όμως, ενδεικτικές είναι οι επιμέρους μελέτες για τα χαμηλά ποσοστά μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα, την έλλειψη γνώσεων και ευαισθητοποίησης γύρω από το θέμα. Για όλους τους παραπάνω λόγους θα ήταν καλό να συντονιστεί ένα εθνικό πρόγραμμα προαγωγής, προστασίας και υποστήριξης του μητρικού θηλασμού με πολυπαραγοντικές δραστηριότητες, στοχεύοντας στην αύξηση των ποσοστών του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού και στη χώρα μας μέχρι και την ηλικία των έξι μηνών ζωής του βρέφους.

Η σημαντικότητα του προβλήματος

Ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός για τους πρώτους έξι μήνες θα μπορούσε να σώσει σε παγκόσμια κλίμακα περισσότερες από 1.000.000 παιδικές ζωές, που χάνονται κάθε χρόνο εξαιτίας των παθήσεων του πεπτικού συστήματος και των αναπνευστικών λοιμώξεων ή και να μειώσει τη νοσηρότητα από τις διάρροιες και την πνευμονία, την αλόγιστη χρήση αντιβιοτικών, τις αλλεργίες και τις άσκοπες επισκέψεις στα παιδιατρικά ιατρεία. Ακόμη, τα ποσά που δαπανώνται στα Μαιευτήρια για τη λειτουργία και συντήρηση του γαλακτοκομείου είναι συχνά μεγάλα. Η ακαταλληλότητα των πρακτικών διατροφής και των συνεπειών τους αποτελεί μείζον εμπόδιο στην απόπειρα επίτευξης των υψηλών στόχων για την υγεία και τελικά καταδεικνύουν το θέμα ως πρόβλημα για τη Δημόσια Υγεία. Ένα πρόβλημα που έχει υποεκτιμηθεί στις συνειδήσεις των υπευθύνων για την υγεία του πληθυσμού.

Υγεία σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. δεν αποτελεί πλέον η απουσία της αρρώστιας, αλλά η συμμετοχική σωματική, πνευματική και ψυχική ευεξία. Ο μητρικός θηλασμός αποτελεί τη “Λυδία λίθο” της τρισεπίστατης φυσικής προαγωγής της υγείας στην έναρξη της ζωής και υπάρχει ανάγκη να διαδοθεί ως δείκτης καλής πρακτικής (*best practice standards*) μέσα από το Εθνικό Σύστημα Υγείας και την Εκπαίδευση. Και ενώ ακόμη και στα ποσοστά εμφάνισης της επιλόχειας κατάθλιψης, αλλά και στα ποσοστά εμφάνισης του καρκίνου του μαστού μεταγενέστερα στη μητέρα, ο μητρικός θηλασμός έχει σημαντική στατιστικά αρνητική συσχέτιση, η ελληνική πολιτεία και οι επαγγελματίες υγείας, που κατέχουν θέσεις-κλειδιά, δεν έχουν αναλάβει δυναμική δράση για να βελτιώσουν την κατάσταση.

Το μικρό ποσοστό των γυναικών που θηλάζουν και η πρόωγη διακοπή του μητρικού θηλασμού έχουν σημαντικές αρνητικές συνιστώσες στην υγεία της μητέρας και του παιδιού, στην κοινωνία και το περιβάλλον, ενώ καταλήγουν τελικά σε μεγαλύτερα έξοδα για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Οι αποφάσεις για την υγεία θα πρέπει να βασίζονται στην τεκμηρίωση (*evidence based*), οι υπηρεσίες υγείας να οργανώνονται υπό το πρίσμα της προσωπικής απόφασης του χρήστη τους μετά από συστηματική και αξιόπιστη πληροφόρηση (*informed choice*), ενώ παράλληλα οι παρεμβάσεις για την υγεία είναι καλό να σχεδιάζονται και να επιτελούνται διατομεακά για να είναι αποτελεσματικές. Είναι ανάγκη να οργανωθεί ένα πρόγραμμα προαγωγής υγείας, που να επικεντρώνεται στο μητρικό θηλασμό και να εκπορεύεται από τις παραπάνω αρχές. Δεν είναι καθόλου παρήγορο ότι και τα σύγχρονα Δημόσια Νοσοκομεία- Μαιευτήρια, που χτίστηκαν τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, δεν έχουν εκείνη την κτηριακή υποδομή που εκπορεύεται από τη φιλοσοφία της συνύπαρξης μητέρας-βρέφους στον ίδιο θάλαμο, την ιδανική λειτουργικότητα και την εργονομία, δυσχεραίνοντας και το έργο των λειτουργών υγείας και τη φιλοξενία, την ικανοποίηση και τη σωστή αντιμετώπιση των πελατών. Από αυτές τις ενέργειες διαφαίνεται και η ανυπαρξία γραπτής πολιτικής και η απουσία νομικού πλαισίου για την προαγωγή και προστασία του μητρικού θηλασμού.

Υποδομή – Υπόβαθρο κοινότητας – Υπάρχον δυναμικό

- Υπάρχουν ωστόσο ευαισθητοποιημένα άτομα στο θέμα, που είναι δυνατό να γίνουν πρεσβευτές του μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα, ενώ παράλληλα αυξάνει το ποσοστό των μητέρων που ενημερώνονται και απαιτούν από τις υπηρεσίες υγείας σεβασμό στην απόφασή τους να θηλάσουν. Επίσης, είναι πολλοί εκείνοι που με την αυξανόμενη κινητικότητα μεταξύ των χωρών (*human mobility*) έχουν γευτεί την εμπειρία των ευρωπαϊκών αναπαραγωγικών και περιγεννητικών υπηρεσιών υγείας και ζητούν ανάλογη αντιμετώπιση και στην Ελλάδα.

- Είναι πολύ πιθανό με τις σωστές ενέργειες και με οργανωτικό σχεδιασμό να γίνει σε λίγα χρόνια αίτημα της ίδιας της κοινότητας η αλλαγή της πολιτικής πάνω στο θέμα και είναι πολλές οι δράσεις και τα δίκτυα που μπορούν να συντεθούν και να συνδράμουν για να το καλλιεργήσουν. Μέσα σ’ αυτό το κλίμα δραστηριοποιούνται οι οπαδοί του μητρικού θηλασμού στη χώρα μας, οι οποίοι ενώ αντιμετωπίζουν σημαντικά εμπόδια, νομικά κενά, έλλειψη χρηματοδότησης και αδιαφορία από την πολιτεία συνεχίζουν επίμονα το έργο τους.

- Θα πρέπει να σημειωθεί η μεγάλη προσφορά του Γ.Π.Ν-Μ. “ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ” ως κέντρου υποστήριξης και προώθησης του μητρικού θηλασμού και κέντρου εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας στο μητρικό θηλασμό. Διοργανώνει κάθε χρόνο 2 (δυο) Επιμορφωτικά Σεμινάρια για επαγγελματίες υγείας απ’ όλη την Ελλάδα, συγχρηματοδοτούμενα από το Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Το Γ.Π.Ν-Μ. “ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ” συνεργάζεται με τη W.A.B.A., τη διεθνή οργάνωση υποστήριξης του μητρικού θηλασμού.

- Τράπεζα Γάλακτος λειτουργεί και στα Νοσοκομεία Παίδων Αθηνών, ενώ αρχίζει να καθιερώνεται και η διαμόρφωση θαλάμου μητρικού θηλασμού εντός των Μαιευτηρίων με τον απαραίτητο βοηθητικό εξοπλισμό, όπως θήλαστρα, ειδικές καρέκλες και μαξιλάρια υποστήριξης του σώματος της θηλάζουσας μητέρας, έντυπο ενημερωτικό υλικό κ.ά.

- Εκδηλώσεις και παράλληλα ημερίδες για το μητρικό θηλασμό διοργανώνονται από τα τμήματα των Σχολών Μαιευτικής των Τ.Ε.Ι. και από τους κατά τόπους Επιστημονικούς Συλλόγους Μαιών-Μαιευτών, από μη κερδοσκοπικές οργανώσεις και συλλόγους όπως η "ΕΥΤΟΚΙΑ", καθώς και από την Εκκλησία της Ελλάδος. Ακόμη, δραστηριοποιούνται οι σύμβουλοι του μητρικού θηλασμού της "La Leche League". Σύμβουλοι μπορεί να γίνουν επαγγελματίες υγείας, αλλά και απλοί πολίτες εφόσον λάβουν την ανάλογη κατάρτιση και πάρουν μέρος σε ειδικές εξετάσεις. Επίσης, από την έδρα της Επιδημιολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών έχουν δρομολογηθεί κατά καιρούς αντίστοιχες δράσεις.

- Το Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει κατά καιρούς κυκλοφορήσει σε υπηρεσίες υγείας αφίσες και ενημερωτικά φυλλάδια με μηνύματα για το μητρικό θηλασμό.

- Ο Σύλλογος "ΟΙ ΦΙΛΟΙ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ", που ιδρύθηκε στην Αθήνα το 2004 από ομάδα γιατρών, παιδιάτρων, νεογνολόγων, μαιών, εκπαιδευτικών και μητέρων με σκοπό την προαγωγή, την προστασία, την υποστήριξη του μητρικού θηλασμού και την οργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων σ' όλη την Ελλάδα, απευθύνεται πρώτιστα σε επαγγελματίες υγείας ώστε κι αυτοί να εξελιχθούν σε ικανούς φορείς της προαγωγής του. Επιπλέον, απευθύνεται στο κοινό για τη δημιουργία μιας κοινωνίας φιλικής προς το μητρικό θηλασμό. Ακόμη, στοχεύει στη διοργάνωση συνεδρίων και τη δημοσίευση μελετών, ανακοινώσεων και σχετικών ερευνών, στην οργάνωση κοινωνικών εκδηλώσεων για τον ίδιο σκοπό, καθώς και στη συνεργασία με άλλους φορείς του εσωτερικού ή του εξωτερικού για την καλύτερη πραγμάτωση των σκοπών του Συλλόγου.

- Οι εταιρίες που κατασκευάζουν προϊόντα υποβοήθησης του μητρικού θηλασμού, όπως τεχνητές θήλαστρα, επιθέματα στήθους κ.ά., προκειμένου να προωθήσουν τα προϊόντα τους σχεδιάζουν διαφημιστικές εκστρατείες με θετικά μηνύματα για το μητρικό θηλασμό και τα οφέλη του.

- Στο διαδίκτυο έχουν δημιουργηθεί ιδιωτικές νεοσύστατες ελληνικές ιστοσελίδες, που εξαίρουν τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού και επιδεικνύουν στους ενδιαφερόμενους συμβουλές για την έναρξη και τη διατήρησή του.

Ιστορικό σε διεθνές επίπεδο

Ο Π.Ο.Υ. και η UNICEF σε συνεργασία με μη κυβερνητικούς φορείς αρκετών χωρών όρισαν τις προϋποθέσεις για τη βελτίωση των εθνικών κανονισμών και την ενίσχυση των γνώσεων και δεξιοτήτων του υγειονομικού προσωπικού, ώστε αυτό να παρέχει υποστήριξη σε κάθε νέα μητέρα για να θηλάσει με επιτυχία. Ο Μητρικός Θηλασμός τέθηκε ως μέρος των "Θεμελιωδών Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων" για τη Διατροφή και την Υγεία. Το 1992 με πρωτοβουλία των ίδιων οργανισμών δημιουργήθηκε το πρώτο "Φιλικό προς τα Βρέφη Νοσοκομείο" και ορίστηκαν τα "Δέκα Βήματα για Επιτυχή Μητρικό Θηλασμό", που εφαρμόζονται στα "Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία" ως πυξίδα για την προαγωγή του μητρικού θηλασμού, πολύ σημαντικό βήμα για την παγκόσμια προώθησή του. Αυτά είναι:

Δέκα Βήματα για Επιτυχή Μητρικό Θηλασμό

- 1) Ύπαρξη γραπτής πολιτικής για το μητρικό θηλασμό και τακτική ενημέρωση του προσωπικού υγείας.
- 2) Εκπαίδευση όλου του προσωπικού υγείας στις απαραίτητες δεξιότητες για την εφαρμογή αυτής της πολιτικής.
- 3) Πληροφόρηση όλων των εγκύων για τα οφέλη και το χειρισμό του μητρικού θηλασμού.
- 4) Παροχή βοήθειας προς τις μητέρες να ξεκινήσουν το μητρικό θηλασμό μισή ώρα μετά τη γέννηση.
- 5) Επίδειξη στις μητέρες του τρόπου θηλασμού και της διατήρησης της σίτισης των βρεφών με μητρικό γάλα, ακόμη κι αν αυτά πρέπει να αποχωριστούν τη μητέρα τους.
- 6) Να μη δίνεται στα νεογνά άλλη τροφή ή ξένο γάλα παρά μόνο μητρικό, εκτός αν επιτάσσεται από ιατρικούς λόγους.
- 7) Διευκόλυνση της πρακτικής της 24ωρης συγκατοίκησης με το παιδί.
- 8) Ο μητρικός θηλασμός είναι χωρίς ωράριο και απεριόριστος .
- 9) Όχι πιπίλες και μπιμπερό σε παιδιά που θηλάζουν.
- 10) Ενδυνάμωση και δημιουργία ομάδων στήριξης του μητρικού θηλασμού, στις οποίες θα απευθύνονται οι μητέρες όταν φύγουν από το Μαιευτήριο.

Με μια απλή ανάγνωση εύκολα μπορεί να διαπιστώσει κανείς ότι μπορούν να αναγνωριστούν επακριβώς τα “Δέκα Βήματα” για την αποτυχία του μητρικού θηλασμού που ακολουθούνται μέσα στα Μαιευτήριά μας. Σήμερα αριθμούνται παγκοσμίως περίπου 400 Νοσοκομεία με επίσημες πολιτικές υποστήριξης του μητρικού θηλασμού. Αξίζει να σημειωθεί ότι η Ευρωπαϊκή Ένωση αναγνωρίζοντας από τη μια πλευρά τη σημασία της προαγωγής του μητρικού θηλασμού μεταξύ των κρατών-μελών της και από την άλλη τα χαμηλά ποσοστά εφαρμογής του στην Ευρώπη, πολύ πρόσφατα, τον Ιούνιο του 2004, διοργάνωσε σε συνεργασία με τον Π.Ο.Υ. Ευρωπαϊκό Συνέδριο για την προαγωγή του μητρικού θηλασμού στην Ευρώπη, όπου και συστήθηκε επίσημος “Οδηγός για την προστασία, την προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού στην Ευρώπη”: “Protection, Promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action”. Ο οδηγός αυτός αποτελεί ένα άριστο εγχειρίδιο για τα προγράμματα προώθησης του μητρικού θηλασμού.

Το κλίμα που καλλιεργείται διεθνώς μπορεί να αποτελέσει γερό στήριγμα για την προώθηση των προγραμμάτων για το μητρικό θηλασμό και στην Ελλάδα. Αξίζει να σημειωθεί, ότι ενώ για τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες υπήρχε αντιπροσωπεία από πολλούς οργανισμούς δραστηριοποίησης για το μητρικό θηλασμό στο Συνέδριο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τη χώρα μας εκπροσώπησε μόνο ομάδα από την έδρα της Διατροφής του Πανεπιστημίου Αθηνών (Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action, 2002).

Πώς όμως θα αλλιάξει η κατάσταση – Προσεγγίσεις

Η οικολογική προσέγγιση για τα προγράμματα Προαγωγής Υγείας έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματική. Σύμφωνα μ’ αυτή, αφού διαλευκανθεί η αιτίαση του προβλήματος το τελευταίο αντιμετωπίζεται μέσα στο συγκεκριμένο πλαίσιο του και στις συνιστώσες του: κοινωνικές, πολιτικές, οργανωσιακές, τοπικές κ.ά. (McKenzie et al., 2001). Έτσι, παρεμβάσεις σε επίπεδο επιρροής ενδοπροσωπικό, διαπροσωπικό, θεσμικό, κοινοτικό και δημόσιας πολιτικής είναι ανάγκη να επιστρατευθούν στο πρόγραμμα .

- Να γίνουν παρεμβάσεις στην εκπαίδευση και ενδυνάμωση-ανατροφοδότηση των επαγγελματιών υγείας. Προγράμματα ευαισθητοποίησης, προγράμματα αλλαγής συμπεριφοράς, ομαδικά εργαστήρια. Ακόμη και μεταπτυχιακά προγράμματα για το μητρικό θηλασμό είναι καλό να σχεδιασθούν.

- Να δοθεί έμφαση στην εκπαίδευση των φοιτητών των Σχολών Υγείας για τη σημασία του μητρικού θηλασμού και του ορθού μοντέλου προώθησής του.

- Να αυξηθεί το προσωπικό στα Μαιευτήρια καθώς και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

- Να γίνουν παρεμβάσεις στην οργάνωση και τη λειτουργία των Μαιευτικών Κλινικών και να δρομολογηθεί δεσμευτική νομοθετική ρύθμιση για τις προδιαγραφές λειτουργίας και υποδομής τους σε σχέση με την προώθηση του μητρικού θηλασμού και τη διασφάλιση των δικαιωμάτων του χρήστη των υπηρεσιών υγείας.

- Να λειτουργεί μέσα στα Μαιευτήρια ειδική συμβουλευτική υπηρεσία για το μητρικό θηλασμό, που θα προετοιμάζει τις έγκυες γυναίκες για το θηλασμό, θα τις καθοδηγεί μέσα στα Μαιευτήρια και θα τους δίνει τα απαραίτητα εφόδια για τη συνέχιση του μητρικού θηλασμού στο σπίτι. Επίσης, η διανομή έντυπου ενημερωτικού υλικού θα είναι αρμοδιότητα της υπηρεσίας.

- Η οργάνωση δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με κατ’ οίκον επισκέψεις στη λοχεία από μαιές, νοσηλεύτριες και επισκέπτριες υγείας ανά την επικράτεια, ιδίως σε πρωτοτόκες νέες μητέρες, θα βοηθούσε πολύ στην αύξηση του ποσοστού μητρικού θηλασμού και στη διάρκειά του. Είναι πολλοί εκείνοι οι επαγγελματίες υγείας, που εργάζονται σε Κέντρα Υγείας και εκτελούν αλλότρια καθήκοντα ή βυθίζονται στην απραγμία, ενώ θα μπορούσαν να προσφέρουν πολλά στην υποστήριξη των νέων μητέρων και στην προαγωγή της υγείας των λεχιδών και των βρεφών τους.

- Ακόμη, καλό είναι να ενθαρρυνθούν οι δράσεις ομάδων ενίσχυσης των μητέρων που θηλάζουν από γυναίκες της κοινότητας, που έχουν θηλάσει επιτυχώς τα παιδιά τους και έχουν την εμπειρία, τη διάθεση και το χρόνο να εργαστούν εθελοντικά προς αυτό τον σκοπό.

- Θα είναι καλό να προγραμματιστούν παρεμβάσεις στην κοινότητα με στόχο τη μετάδοση ενισχυτικών για το μητρικό θηλασμό μηνυμάτων μέσω του έντυπου και ηλεκτρονικού Τύπου, της Τηλεόρασης και του Ραδιοφώνου. Επίσης, η δημιουργία ειδικών χώρων στους οποίους οι γυναίκες θα μπορούν ανενόχλητες να θηλάσουν το παιδί τους, χωρίς τα αδιάκριτα βλέμματα να αποτελούν όχληση γι’ αυτές (Thorley, 2001). Παράλληλα, στόχος θα πρέπει να είναι να μη θεωρείται προσβλητική, ενοχλητική ή περίεργη η εικόνα να θηλάζουν οι μητέρες το βρέφη τους σε εξωτερικούς χώρους, ενώ ειδικά άρθρα, πολιτιστικές εκδηλώσεις και ειδικές γιορτές αφιερωμένες στο μητρικό θηλασμό είναι ακόμη ένας τρόπος αποτελεσματικής ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης.

- Η διοργάνωση εκδηλώσεων εορτασμού της Παγκόσμιας Εβδομάδας για το Μητρικό Θηλασμό (1-7 Νοεμβρίου) είναι σημαντική για την αποδοχή της ωφέλειάς του και την υπενθύμιση της αξίας του στην κοινότητα.

- Η στράτευση της τέχνης στα προγράμματα Αγωγής Υγείας έχει ιδιαίτερα ευεργετικά αποτελέσματα. Η διοργάνωση εκθέσεων ζωγραφικής, γλυπτικής με θέμα το μητρικό θηλασμό, η παρουσίαση προτύπων θετικών για

το θηλασμό μέσα από θεατρικές παραστάσεις, ή ακόμη και η διοργάνωση διαγωνισμών παιδικής ζωγραφικής ή ποίησης για το μητρικό θηλασμό καθώς και πολλές άλλες ιδέες, που παντρεύουν την τέχνη με τα συμβάματα του προγράμματος, βοηθούν πολύ στην ευαισθητοποίηση του κόσμου, στην αλλαγή της νοοτροπίας και την υπενθύμιση των θετικών για την υγεία συμπεριφορών.

- Ταυτόχρονα η συμμετοχή καλλιτεχνών, αθλητών με μεγάλη δημοτικότητα θα συνδράμει σημαντικά στην εκστρατεία, π.χ. στις εκδηλώσεις κλπ.

- Πολύ σημαντική κίνηση της παρέμβασης θα είναι η δημιουργία επίσημου κρατικού διαδικτυακού τόπου για το μητρικό θηλασμό.

- Καλό θα είναι να συμπεριληφθούν στην παρέμβαση Προγράμματα Αγωγής Υγείας στο σχολικό περιβάλλον, που να εμπεριέχουν στη θεματολογία τους το μητρικό θηλασμό. Τα παιδιά είναι πιο δεκτικά από τους ενήλικες σε μηνύματα που αφορούν υγιεινές συνήθειες και στάσεις ζωής. Άλλωστε, έχει αποδειχθεί ως πιο αποτελεσματική κάθε απόπειρα να στηθούν οι πυλώνες εδραίωσης ευεργετικών για την υγεία συμπεριφορών στην παιδική και νεαρή ηλικία από οποιαδήποτε μεταγενέστερη αντίστοιχη παρέμβαση.

- Να συσταθεί νομοθετικό πλαίσιο που να δεσμεύει τη λειτουργία των Μαιευτηρίων στην προώθηση του μητρικού θηλασμού, όπως και παράλληλη εποπτεία των αρμοδίων φορέων για την εφαρμογή των ρυθμίσεων.

- Να γίνει συλλογή στατιστικών στοιχείων και να δοθούν κίνητρα στην έρευνα για το μητρικό θηλασμό.

- Να κινητοποιηθεί περαιτέρω η Εθνική Επιτροπή Μητρικού Θηλασμού κατά το παράδειγμα και άλλων Ευρωπαϊκών χωρών, που θα συντονίζει δράσεις, θα συνεργάζεται με φορείς του εξωτερικού (διασυνδέσεις) και θα έχει συγκεκριμένες αρμοδιότητες.

- Πέρα και πάνω απ' όλα να χρηματοδοτηθούν από την πολιτεία και την Ευρωπαϊκή Ένωση τα προγράμματα για την προώθηση του μητρικού θηλασμού.

Ωστόσο, η μεγαλύτερη άρνηση τίθεται από τους ανθρώπους του χώρου της υγείας, που επίσης έχουν εθιστεί στο βιοϊατρικό μοντέλο παροχής υπηρεσιών και υποτιμούν την αξία τέτοιων προγραμμάτων αμφισβητώντας την αποτελεσματικότητά τους και την αποδοτικότητά τους, υπογραμμίζοντας δε ότι τα προγράμματα δεν είναι σύμφωνα με την ελληνική κουλτούρα.

Πώς θα συντονιστεί η παρέμβαση

Οι αλλαγές στο νευραλγικό χώρο της υγείας πραγματικά δεν είναι εύκολη και γρήγορη υπόθεση. Τα άτομα που πρωτοστατούν σε τέτοιου είδους εκστρατείες θα πρέπει εκτός της επιστημονικής τους κατάρτισης να έχουν έντονη προσωπικότητα, ενθουσιασμό γι' αυτό που θέλουν να επιτύχουν, δυναμισμό, να χειρίζονται έξυπνα το λόγο, να είναι μεθοδικά και συνεργάσιμα, να καρπώνονται βήμα βήμα αυτά που κάθε φορά είναι πρόσφορα και να επαναξιολογούν συνεχώς τις ενέργειες και τους σκοπούς τους (Μωραΐτου, 2005).

Η διασύνδεση με τους "ισχυρούς" της κοινότητας και η σύμπραξη μαζί τους είναι από τις απαραίτητες κινήσεις για την προώθηση των ζητημάτων (McKenzie et al., 2001). Εκεί παίρνονται οι αποφάσεις για τα κονδύλια, για τις άδειες εφαρμογής των προγραμμάτων, τις άδειες πρόσβασης σε υπηρεσίες. Η ερευνητικά αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα αντίστοιχων προγραμμάτων και η εκπόνηση μελετών, που αποδεικνύουν ότι η όλη στρατηγική της παρέμβασης σχεδιάστηκε μετά από προσεκτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και μετά από διερεύνηση της ελληνικής πραγματικότητας, είναι δυνατό χαρτί για την εξασφάλιση της στήριξης των ισχυρών της κοινότητας. Τα προβλήματα που ανακύπτουν κατά την εφαρμογή των προγραμμάτων είναι πολλά και απαιτείται συχνά ο επαναπροσδιορισμός ή και η προνοητικότητα για τυχόν αντιδράσεις. Εξέχουσας σημασίας είναι οι σωστές κινήσεις πριν ξεκινήσει το πρόγραμμα, αλλά και η ετοιμότητα για ενδεχόμενη παρουσία εμποδίων.

Για το λόγο αυτό, πριν ξεκινήσουν τα προγράμματα θα πρέπει να γίνει ενημέρωση στους επιστημονικούς συλλόγους και στις ενώσεις των Μαιευτήρων-Γυναικολόγων Ελλάδας, των Παιδιάτρων και Νεογνολόγων, των Γενικών Ιατρών, των Μαιών-Μαιευτών, των Νοσηλευτριών και Επισκεπτριών Υγείας για την επίσημη δέσμευσή τους στη στράτευσή τους στο πρόγραμμα, έτσι ώστε να μη μπορεί κάποιος μονήρης να εμποδίσει την εφαρμογή της καινής παροχής υπηρεσιών υγείας, που αφορά την προώθηση του μητρικού θηλασμού (Kramer et al., 2001).

Η επίσημη έγκαιρη αίτηση της βοήθειας και η εξασφάλιση της δέσμευσής τους για την παροχή της από επίσημους φορείς όπως η Εκκλησία, οι Επιστημονικοί Σύλλογοι Γυναικών, οι Μη Κυβερνητικοί Οργανισμοί, οι Σύλλογοι Προστασίας των Δικαιωμάτων του Παιδιού, του Ινστιτούτου Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, των Ακαδημαϊκών Ιδρυμάτων και των Δημοσιογράφων, είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την επιτυχία των προγραμμάτων (Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action, 2002).

Γενικά είναι παραδεκτό, ότι εφόσον ένα ζήτημα τίθεται υπό την προστασία των ανθρώπων που επηρεάζουν την κοινή γνώμη, τότε οι αντιδράσεις απ' όσους εναντιώνονται στα προγράμματα μειώνονται. **Χρειάζονται άτομα με όραμα, ευαισθησία και εργατικότητα.** Επιπλέον, κρίσιμη είναι η κατάρτιση ειδικού πλαισίου για την παρέμβαση, η οριοθέτηση στόχου, η θεωρητική υποστήριξη της παρέμβασης, η εκ προοιμίου προσεκτική σχεδίαση της αξιολό-

γησης για όλα τα στάδια της παρέμβασης, καθώς και η χρήση ειδικών εργαλείων για τη μέτρηση της αποτελεσματικότητάς της. “Πληροφόρηση–Εκπαίδευση–Επικοινωνία” είναι το τρίπτυχο που προτείνεται από το εργαλείο της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού (W.H.O., European Commission, IRCCS, 2004), για την επαναφορά και διάδοση της φιλοσοφίας του στις χώρες που εδώ και χρόνια η τεχνητή διατροφή εφαρμόζεται ως πανάκεια.

Τα μηνύματα της Πληροφόρησης, της Εκπαίδευσης και της Επικοινωνίας, είτε απευθύνονται σε άτομα είτε σε κοινωνίες, πρέπει να ακολουθούνται και να υποστηρίζονται από πολιτικές αποφάσεις, διακηρύξεις, κανονισμούς και νόμους, αλλά επίσης να μετουσιώνονται σε πρακτικές μέσα στο σύστημα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών και υπηρεσιών υγείας (Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action, 2002).

Όσοι σύντομα θα γίνουν γονείς, αλλά και οι νέοι γονείς έχουν το δικαίωμα στην πρόσβαση σε ορθά, ολοκληρωμένα και πρόσφατα ενημερωμένα δεδομένα για τη σίτιση του νεογνού, που θα εμπεριέχουν την καθοδήγηση και στην ασφαλή και κατάλληλη συμπληρωματική διατροφή, για να παίρνουν τις δικές τους αποφάσεις αναφορικά με τη σίτιση των παιδιών τους μετά από επισταμένη πληροφόρηση. Η ατομική συμβουλευτική είναι ανάγκη να παρέχεται από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό υγείας ή από γυναίκες που είναι σύμβουλοι θηλασμού (Μωραΐτου, 2005). Οι συγκεκριμένες ανάγκες της θηλάζουσας μητέρας, ή της γυναίκας που επιθυμεί έστω και για λίγο να θηλάσει, θα πρέπει να αναγνωριστούν και να ικανοποιηθούν ενεργητικά.

Κάνοντας όλοι την αυτοκριτική μας είναι πιθανό να έχουμε πολλές φορές αισθανθεί δυσaréσκεια όταν κατά την άσκηση του επαγγέλματός μας, μέσα σε πραγματικά αντίξοες και εξοντωτικές συνθήκες απογοητευόμαστε και παραιτούμαστε γρήγορα από την υπεράσπιση του μητρικού θηλασμού ως φιλοσοφία και πρακτική και υποστρεφόμαστε στις διεκδικήσεις για τη διάδοση και υπεράσπισή του με θεσμικό και οργανωμένο χαρακτήρα. Ενώ ξεκινάμε με όραμα και πίστη, δεν καταφέρνουμε να επιτύχουμε μόνιμες και σημαντικές αλλαγές στον τρόπο που προσφέρονται και βιώνονται οι υπηρεσίες υγείας. Τα νέα σε ηλικία άτομα αποθαρρύνονται συνήθως από τα μεγαλύτερα, που επί χρόνια έχουν εργαστεί σ’ ένα άλλο μοντέλο και κλίμα υπηρεσιών, που ενώ δεν αναιρεί το μητρικό θηλασμό, ταυτόχρονα δεν τον διευκολύνει. **Δεν είναι ρομαντική η διατύπωση της ευχής να αυξηθούν σε στρατιές οι υποστηρικτές του μητρικού θηλασμού στη χώρα μας. Είναι ρεαλιστική αναγκαιότητα.**

Ας προσπαθήσουμε συντονισμένα, με σχέδιο, πυγμή και συνεργασία να θέσουμε ξεκάθαρα προτάσεις για τη διάδοση και κυρίως τη διευκόλυνση του μητρικού θηλασμού. Ας ξεκινήσουμε από το χώρο εργασίας μας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action* (EU PROJECT Contract N.SPC 2002359). http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm
- Department of Health, 2004: Maternity Standard, National Service Framework for children, Young People and Maternity Services.
- León-Cava N., Lutter C., Ross J., Martin L.: Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. Pan American Health Organization, Washington DC, 2002. http://www.paho.org/English/HPPI/HPN/Benefits_of_BF.htm
- World Health Organization: Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. WHO, Geneva, 2003. http://www.who.int/child-adolescenthealth/New_Publications/NUTRITION/gis_ycf.pdf
- World Health Assembly: International Code of Marketing of Breast milk Substitutes. WHO, Geneva, 1981. http://www.who.int/nut/documents/code_english.PDF
- Breastfeeding in Europe: review of interventions*: European Commission, Directorate for Public Health, Luxembourg, 2004. http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm
- Daglas M., Antoniou E., Pitselis G., Iatrakis G., Kourounis G., Creatsas G.: Factors influencing the initiation and progress of breastfeeding in Greece. Clin. exp. OBST & Gyn, 2005, XXXII, n.3, p.189-192
- Health promotion agency: National breastfeeding awareness Week. <http://www.healthpromotionagency.org.uk/work/Publicationw/pressreleases/breastfeeding>
- Kramer M.S., Chalmers B., Hodnett E.D., Sevkovskaya Z., Dzikovich I., Shapiro S. e.t.c.: PROBIT Study Group (Promotion of Breastfeeding Intervention Trial) a randomized trial in the Republic of Belarus. 2001, JAMA Jan 24-31;285(4):413-20.
- Thorley V.: Television programmes could market breastfeeding. 2001: April 7; 322(7290): 863. BMJ.
- McKenzie J., Smeltzer J.: Planning, Implementing and evaluating health promotion programmes/a primer, chap. 7, pp140-164, Allyn & Bacon, third edition, USA 2001.
- Βιβλιάκη Β.: Κατ’ οίκον φροντίδα στη λοχεία από μαία σε μια αγροτική περιοχή της Κρήτης. Μεταπτυχιακή εργασία. Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής. Επιβλέπων: Λιονής Χ., 2005.
- Ζάχου Θ., Σοφατζής Ι.: Συμβουλές Μητρικού Θηλασμού. Εκπαιδευτικά Σεμινάρια Μητρικού Θηλασμού του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας για Επαγγελματίες Υγείας. Αθήνα, 2003.
- Κοτζαμπασάκη Σ.: Σημειώσεις στην προαγωγή και αγωγή υγείας στην κοινότητα. Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών Προαγωγή και Αγωγή Υγείας. Ιατρική Σχολή, Ε.Κ.Π.Α., 2006.
- Μωραΐτου Μ.: Συμβουλευτική Μαιευτική Φροντίδα. Έκδοση: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, 2005.

Μαρία Μπουρουτζόγλου, Μαία, MSc, Προαγωγή & Αγωγή Υγείας, Β Μ/Γ Κλινική “ΑΡΕΤΑΙΕΙΟΥ” Νοσοκομείου, Επιστημονικός Συνεργάτης ΤΕΙ Αθηνών, Μέλος Συντακτικής Επιτροπής “ΕΛΕΥΘΩ”.



Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας: Πρότυπα Παιδικής Ανάπτυξης WHO: Child Growth Standards

Απόδοση στα ελληνικά:
Αντωνία Τουφίδου*

(Συνέχεια από το προηγούμενο τεύχος)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

• Ποιά είναι η διπλή επιβάρυνση της κακής θρέψης;

Σ' όλο τον κόσμο υπάρχουν 170 εκατομμύρια λιποβαρών παιδιών από τα οποία 3 εκατομμύρια θα πεθάνουν ετησίως λόγω του πολύ χαμηλού βάρους τους. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) υπολογίζεται ότι σε παγκόσμια κλίμακα τουλάχιστον 20 εκατομμύρια παιδιά κάτω των 5 ετών είναι υπέρβαρα. Επίσης, υπολογίζεται ότι περισσότεροι από 1 δισεκατομμύριο ενήλικες είναι υπέρβαροι και ότι τουλάχιστον 300 εκατομμύρια ενήλικες είναι κλινικά παχύσαρκοι.

Αυτά τα προβλήματα συχνά λαμβάνονται ως ξεχωριστά θέματα των πλούσιων και των φτωχών, αλλά στην πραγματικότητα και τα δυο είναι αυξητικά συνδεδεμένα με τη φτώχεια. Αυτή είναι η διπλή επιβάρυνση της κακής θρέψης.

• Κακή θρέψη (Malnutrition)

Η κακή θρέψη αναφέρεται σε ελλείψεις, υπερβολές ή ανισορροπίες στην πρόσληψη ενέργειας, πρωτεϊνών και άλλων θρεπτικών συστατικών. Αντίθετα από την κοινή αντίληψη ο όρος "κακή θρέψη" ορθά περιλαμβάνει τόσο τον υποσιτισμό όσο και τον υπερσιτισμό.

• Υποσιτισμός (Under-nutrition)

Ο υποσιτισμός είναι το αποτέλεσμα της πρόσληψης τροφής, η οποία είναι συστηματικά ανεπαρκής για τις διατροφικές ενεργειακές απαιτήσεις, τη χαμηλή απορρόφηση και τη φτωχή βιολογική χρήση στην κατανάλωση θρεπτικών συστατικών. Αυτό φυσιολογικά οδηγεί σε απώλεια σωματικού βάρους.

• Υπερσιτισμός (Over-nutrition)

Ο υπερσιτισμός αναφέρεται σε μια χρόνια κατάσταση όπου η καθημερινή πρόσληψη τροφής υπερβαίνει κατά πολύ τις διατροφικές ενεργειακές απαιτήσεις, συντελώντας έτσι στην υπερβολική αύξηση του σωματικού βάρους (BMI ~ 25) και στην παχυσαρκία (BMI > 30) (BMI = Δείκτης Μάζας Σώματος).

* Μαία 3ου Νοσοκομείου Ι.Κ.Α.

• **Πώς ο υποσιτισμός επιδρά στα παιδιά;**

Ένα υγιές ξεκίνημα στη ζωή είναι σημαντικό για κάθε νεογέννητο βρέφος. Οι πρώτες 28 ημέρες της μεταγεννητικής περιόδου είναι κρίσιμες. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου θεμελιώνεται η υγεία και εγκαθίστανται οι διατροφικές πρακτικές (βλέπε Κεφάλαιο 3, "Πρότυπα Παιδικής Ανάπτυξης της WHO" και "Πρακτικές διατροφής των νεογνών και παιδιών", Περιοδικό "ΕΛΕΥΘΩ", Β' Περίοδος, Τόμος 13ος, Τεύχος 2ο/2008). Επίσης, είναι εκείνη η περίοδος που το παιδί διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου.

Τα 30 εκατομμύρια χαμηλού βάρους γέννησης νεογνά, που γεννιούνται κάθε χρόνο (23,8% του συνόλου των τοκετών), συνήθως αντιμετωπίζουν σοβαρές μικρό/μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία τους. Το χαμηλό βάρος γέννησης είναι ένας κύριος παράγοντας θανάτου. Ποσοστό 53% όλων των νεογέννητων και βρεφικών θανάτων έχουν τον υποσιτισμό ως υποβόσκουσα αιτία. Μπορεί, επίσης, να οδηγήσει σε μακροπρόθεσμο αποτέλεσμα για την έκβαση της υγείας στη μετέπειτα ζωή. Επιπρόσθετα, οι επιπτώσεις του φτωχού διατροφικού προφίλ και της ακατάλληλης πρόσληψης θρεπτικών συστατικών από τις γυναίκες στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, δεν πλήττει μόνο απευθείας την υγεία της γυναίκας, αλλά μπορεί να έχει αρνητικό επίσης αποτέλεσμα στο βάρος γέννησης του εμβρύου και στην πρώιμη του ανάπτυξη. Ακόμη, το χαμηλό βάρος γέννησης επιδρά με σημαντικό κόστος στον τομέα της υγείας και επιβάλλει σημαντική επιβάρυνση στην κοινωνία και στο σύνολο.

Αν και ο αριθμός των περιστατικών παγκοσμίως μειώνεται αισθητά, σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες παραμένει σταθερά υψηλός και κυμαίνεται περίπου στο 30% .

• **Ποιό είναι το αυξανόμενο πρόβλημα του υπερσιτισμού;**

Είναι μια υπαρκτή επιβάρυνση της υγείας συμπεριλαμβάνοντας χρόνιες ασθένειες, όπως εγκεφαλικά, σακχαρώδη διαβήτη, καρκίνο και καρδιοπάθειες, που αποδίδονται σε κινδύνους για την υγεία προερχόμενους από την υπερσίτιση ή την υπερκατανάλωση συγκεκριμένων τροφών ή συστατικών τροφών.

Χρόνιες ασθένειες ήταν το αίτιο των 35 εκατομμυρίων θανάτων παγκοσμίως το 2005, 80% των οποίων ήταν σε χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες.

Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, ιδίως στους αστικούς πληθυσμούς, υπάρχει αύξηση στην κατανάλωση υψηλών ενεργειακά και πυκνών θρεπτικά

φτωχών τροφών (υψηλών σε λίπη και σάκχαρα και χωρίς αρκετά θρεπτικά στοιχεία) και μείωση της φυσικής δραστηριότητας.

Η κοινωνική και οικονομική πρόοδος έχει οδηγήσει σε μεγαλύτερη κατανάλωση κρέατος, λίπους/ελαίων και ζάχαρης ως φθηνών κατεργασμένων τροφίμων, ενώ την ίδια στιγμή η κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και οσπρίων έχει ελαττωθεί.

Τα προβλήματα υγείας που σχετίζονται με ακατάλληλη πρόσληψη θερμίδων ή ανεπαρκή θρεπτικά στοιχεία, τώρα απαντώνται σε μεγαλύτερη συχνότητα στους ενήλικες και σχετίζονται ανάλογα με αυξανόμενη παρουσία χρόνιων ασθενειών, όπως είναι οι καρδιοπάθειες, τα εγκεφαλικά, ο καρκίνος και ο σακχαρώδης διαβήτης. Αυτή η διπλή επιβάρυνση της κακής ποιότητας διατροφής συχνά αυτοεκδηλώνεται ως ένα κυκλικό πρόβλημα ζωής.

Το μειωμένο βάρος γέννησης σχετίζεται θετικά με την εμφάνιση υποσιτισμού κατά την παιδική ηλικία σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες. Αν σ' αυτά τα παιδιά αυξηθεί αργότερα η πρόσληψη θερμίδων, π.χ. υδρογονάνθρακες, λίπη κλπ., είναι δυνατό να αυξηθεί το βάρος τους υπερβολικά και να γίνουν παχύσαρκα. Δεν είναι ασυνήθιστο να δούμε ένα υποσιτιζόμενο παιδί στην ίδια οικογένεια να γίνει αργότερα ένας υπέρβαρος ενήλικας.

• **Πώς μπορούν τα Πρότυπα Παιδικής Ανάπτυξης του Π.Ο.Υ. να βοηθήσουν να υπολογιστεί η κακή ποιότητας διατροφή;**

Τα Πρότυπα Παιδικής Ανάπτυξης του Π.Ο.Υ. θα βοηθήσουν στην παρακολούθηση και εκτίμηση του διατροφικού επιπέδου των νεογνών και μικρών παιδιών. Όταν χρησιμοποιούνται πάνω σ' έναν ολόκληρο πληθυσμό, τα υψηλά επίπεδα λιποβαρών ή υπέρβαρων παιδιών θα σημάνουν συναγερμό για την υγεία και τα διατροφικά προβλήματα μέσα σ' αυτό τον πληθυσμό. Γι' αυτό τα Πρότυπα θα λειτουργήσουν ως ένα διαγνωστικό εργαλείο με το οποίο θα εξακριβωθούν μη υγιείς τάσεις και πρακτικές.

Επιπρόσθετα, τα Πρότυπα Παιδικής Ανάπτυξης της Π.Ο.Υ. θα βοηθήσουν στον εντοπισμό της τάσης των παιδιών όσον αφορά το υπερβολικό ή το πολύ χαμηλό τους βάρος, μετρώντας το ρυθμό με τον οποίο κερδίζουν ή χάνουν βάρος.

Γι' αυτό τα καινούργια Πρότυπα Ανάπτυξης θα βοηθήσουν στην παρακολούθηση και τον υπολογισμό του αυξανόμενου παγκοσμίως φαινομένου του υπερσιτισμού/υποσιτισμού, που ως γνωστό έχουν αναφερθεί ως η διπλή επιβάρυνση της κακής ποιότητας διατροφής.

• **Πώς θα βοηθήσουν τα νέα Πρότυπα Παιδικής Ανάπτυξης του Π.Ο.Υ. να επιτευχθούν οι "Στόχοι Ανάπτυξης Χιλιετίας" (MDGs – Millennium Development Goals);**

Όπως τονίστηκε τα Πρότυπα Παιδικής Ανάπτυξης του Π.Ο.Υ. θα είναι εργαλεία, που θα βοηθήσουν στην παρακολούθηση του διατροφικού status των κοινοτήτων και στην επαγρύπνηση επαγγελματιών και πολιτικών για μη υγιείς τάσεις σ' έναν πληθυσμό. Αρκετά από τα MDGs όπως:

- η εξάλειψη της ακραίας φτώχειας και της πείνας (MDG 1),
 - η επίτευξη παγκόσμιας πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης όλων των κατοίκων του πλανήτη (MDG 2),
 - η προώθηση της ισότητας των φύλων και η ενίσχυση των γυναικών (MDG 3),
 - η μείωση της παιδικής θνησιμότητας (MDG 4),
 - η βελτίωση της μητρικής υγείας (MDG 5),
- εξαρτώνται συγκεκριμένα από τη διασφάλιση της κατάλληλης ανάπτυξης και εξέλιξης των παιδιών.

Τα Πρότυπα θα συνεισφέρουν σημαντικά στην εφαρμογή και τη διαδικασία καταμέτρησης.

• **Οι "7 Στόχοι Ανάπτυξης Χιλιετίας"**

UNICEF: Στα τέλη του περασμένου αιώνα και συγκεκριμένα το 1990, τα Ηνωμένα Έθνη έθεσαν

"7 Στόχους για την Ανάπτυξη στη νέα Χιλιετία" με χρονολογία επίτευξης το 2015, συνθέτοντας το πιο φιλόδοξο αναπτυξιακό πρόγραμμα στα χρονικά της ανθρωπότητας. Το 2007, 8 χρόνια πριν την εκπνοή της προθεσμίας η UNICEF υπογραμμίζει στην τελευταία αναφορά προόδου της ότι:

«Μολονότι πρόσφατα στατιστικά στοιχεία δείχνουν μείωση του αριθμού των οικογενειών που ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας, και παρά το γεγονός ότι ολοένα και περισσότερα νεογνά επιβιώνουν σήμερα τις πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό, υφίσταται η ανάγκη άμεσης δράσης προκειμένου να καταστεί δυνατή η επίτευξη των Στόχων μέχρι το 2015».

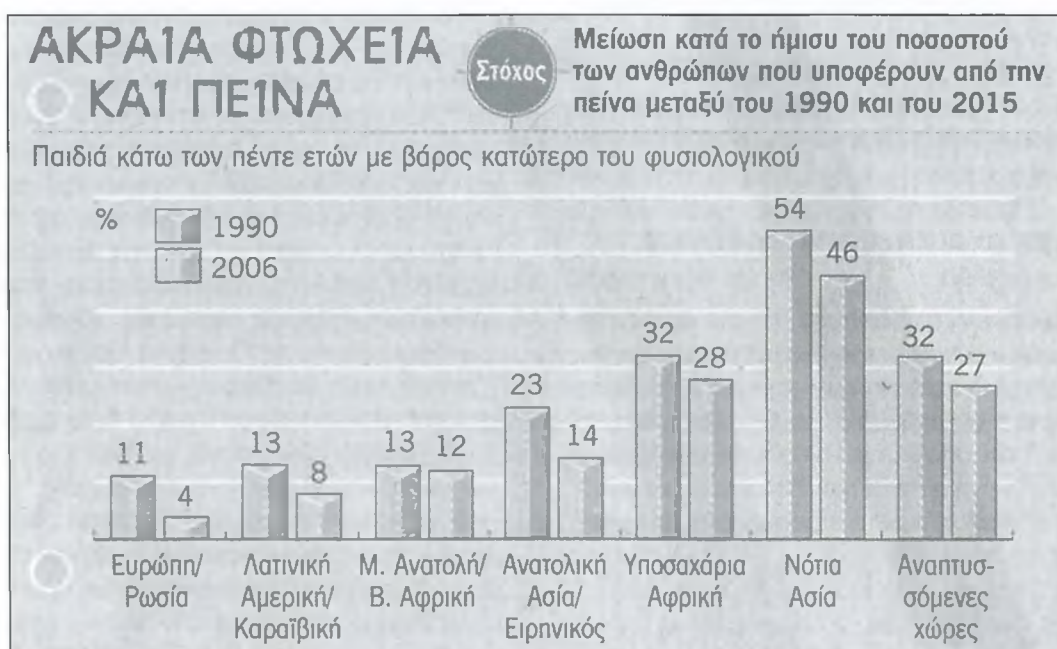
Ας δούμε τους Στόχους και την πρόοδο που έχει επιτευχθεί.

MDG 1: Εξάλειψη της ακραίας φτώχειας και της πείνας

Πρώτο βήμα: Η μείωση κατά το ήμισυ του ποσοστού των ανθρώπων που υπέφεραν από την πείνα το 1990. Η μείωση κατά το ήμισυ του ποσοστού των ανθρώπων των οποίων το ημερήσιο εισόδημα είναι μικρότερο του ενός δολαρίου.

Αναφορά προόδου: Ο στόχος για την παγκόσμια φτώχεια είναι εφικτός, όχι όμως κι αυτός της καταπολέμησης της πείνας.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Τα 7 γραφήματα που ακολουθούν επεξεργάστηκαν και μεταφράστηκαν στην ελληνική γλώσσα από την εφημερίδα "Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ" και δημοσιεύθηκαν στο φύλλο της Κυριακής, 16 Δεκεμβρίου 2007.



Γράφημα 1. MDG 1: Εξάλειψη της ακραίας φτώχειας και της πείνας.

MDG 2: Επαρκής εκπαίδευση όλων των κατοίκων του πλανήτη

Πρώτο βήμα: Να διασφαλιστεί ότι μέχρι το 2015 όλα τα παιδιά του κόσμου, ανεξαρτήτως φύλου, θα είναι σε θέση να ολοκληρώσουν ομαλά την Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση.

Αναφορά προόδου: Σήμερα υπάρχουν 86 χώρες, που ακόμα δεν έχουν πετύχει το στόχο της καθολικής συμμετοχής στην Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση.

Με τα σημερινά δεδομένα 58 απ' αυτές τις χώρες δεν θα πετύχουν το στόχο μέχρι το 2015. Παρόλα αυτά υπάρχουν βάσιμες ελπίδες ότι η πρόοδος θα επιταχυνθεί τα επόμενα χρόνια καθώς οι χώρες που τα καταφέρνουν ήδη καλύτερα στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, επιδιώκουν πλέον την επέκταση της Δευτεροβάθμιας.



Γράφημα 2. MDG 2: Επαρκής εκπαίδευση όλων των κατοίκων του πλανήτη.

MDG 3: Προώθηση της ισότητας μεταξύ των φύλων και ενίσχυση των γυναικών

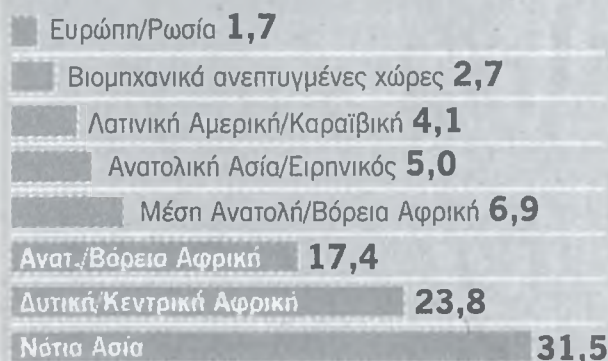
Πρώτο βήμα: Η εξάλειψη του φαινομένου της εγγραφής λιγότερων κοριτσιών στα Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Εκπαιδευτικά Ιδρύματα μέχρι το 2005 και σ' όλα τα κλιμάκια της Εκπαίδευσης μέχρι το 2015.

Αναφορά προόδου: Με τα σημερινά δεδομένα ο στόχος της ισότητας των δυο φύλων δύσκολα θα επιτευχθεί.

Ισότητα μεταξύ των φύλων

Στόχος Να εξασφαλιστεί ότι όλα τα παιδιά θα ολοκληρώνουν την πρωτοβάθμια εκπαίδευση

Παιδιά που δεν φοιτούν σε ιδρύματα της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης



Γράφημα 3. MDG 3: Προώθηση της ισότητας μεταξύ των φύλων και ενίσχυση των γυναικών.

MDG 4: Μείωση της παιδικής θνησιμότητας

Πρώτο βήμα: Η μείωση κατά 2/3 του ποσοστού θνησιμότητας των παιδιών κάτω των 5 ετών στο διάστημα 1990-2015.

Η UNICEF πανηγύρισε πρόσφατα μια σημαντική νίκη στον αγώνα για τη μείωση των νεογνικών θανάτων στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Το 2006, για πρώτη φορά από τη στιγμή της δημιουργίας στατιστικού αρχείου για το εν λόγω ζήτημα, ο αριθμός των παιδιών που πέθαναν πριν τα 5α τους γενέθλια μειώθηκε ετησίως από 10 εκατομμύρια σε 9,7. Παρά ταύτα οι θάνατοι νεογνών εξακολουθούν να είναι ανησυχητικά πολλοί.

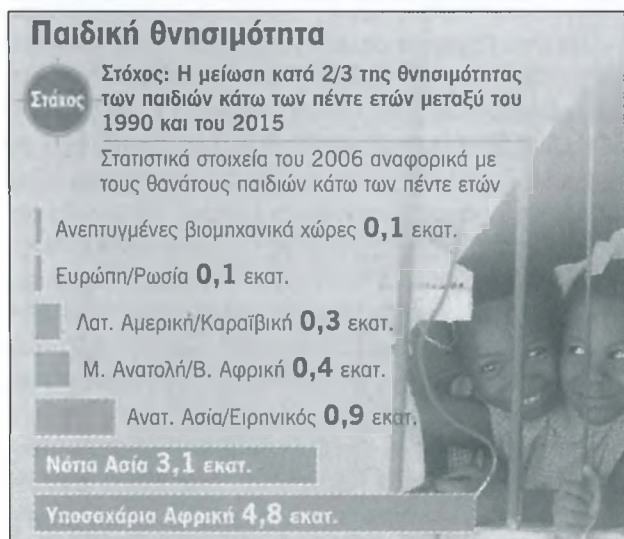
Τα ποσοστά θνησιμότητας είναι σαφώς μεγαλύτερα στην υποσαχάρια Αφρική απ' οποιαδήποτε άλλη περιοχή του πλανήτη. Το 1990 σε κάθε 1.000 γεννήσεις η θνησιμότητα ήταν 187 νεογνά και μικρά παιδιά κάτω των 5 ετών. Τα παραπάνω στοιχεία είχαν ελαφρώς βελτιωθεί μέχρι το 2006, με τον αριθμό των θανάτων να μειώνεται στους 160. Από την πλευρά της η Νότια Ασία εξακολουθεί μεν να παρουσιάζει τη δεύτερη μεγαλύτερη θνησιμότητα μικρών παιδιών στον κόσμο, όμως τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί στην περιοχή σημαντική πρόοδος.

Το 1990 η αντιστοιχία θανάτων νεογνών/βρεφών/νηπιών και τοκετών ήταν 123 προς 1.000. Σήμερα, ωστόσο, 83 παιδιά στους 1.000 τοκετούς πεθαίνουν σε ηλικία κάτω των 5 ετών. Εφόσον, τελικά, επιτευχθεί ο στόχος του 2015, σ' εκείνο μόνο το έτος θα έχουν σωθεί οι ζωές 5,4 εκατομμυρίων παιδιών.

Πάντως, οι περισσότεροι θάνατοι συμβαίνουν κατά τη διάρκεια του τοκετού ή λίγο μετά (37%), αλλά η προσβολή από ασθένειες, όπως η πνευμονία (19%), η διάρροια (17%) και η ελονοσία (8%) αφαιρούν επίσης σημαντικό αριθμό νεογνών/βρεφών. Το δυσάρεστο είναι ότι πρόκειται για ασθένειες των οποίων η προσβολή στα νεογνά/βρέφη θα μπορούσε να αποτραπεί.

Ωστόσο, ενθαρρυντική είναι η επιτυχία του συστηματικού εμβολιασμού στην υποσαχάρια Αφρική, χάρη στην οποία την περίοδο 1990-2005 έγινε εφικτή η μείωση των θανάτων από ιλαρά κατά 75%. Επίσης, είναι θετικό, ότι όταν οι μητέρες φέρνουν τα παιδιά τους για εμβολιασμό, τους παρέχονται δίχτυα για το κρεβάτι, που έχουν στόχο την προστασία των παιδιών από τα τσιμπήματα των εντόμων που μεταφέρουν τον ιό της ελονοσίας, καθώς βιταμίνες και άλλα φάρμακα.

Αναφορά προόδου: Βρισκόμαστε πολύ μακριά από την επίτευξη του στόχου.



Γράφημα 4. MDG 4: Μείωση της παιδικής θνησιμότητας.

MDG 5: Βελτίωση της μητρικής υγείας

Πρώτο βήμα: Η μείωση κατά 2/3 του ποσοστού θνησιμότητας εγκύων γυναικών του έτους 1990.

500.000 γυναίκες πεθαίνουν κάθε χρόνο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή του τοκετού –η συντριπτική τους πλειοψηφία στην υποσαχάρια Αφρική και τη Νότια Ασία. Ιδιαίτερα στην υποσαχάρια Αφρική, η απόφαση της γυναίκας να κάνει παιδί θεωρείται ριψοκίνδυνη καθώς οι πιθανότητες να πεθάνει στον τοκετό είναι 1 στις 22, τη στιγμή που στο Ηνωμένο

Βασίλειο είναι 1 στις 8.000. Η συλλογή στοιχείων αναφορικά με τους θανάτους εγκύων στις αναπτυσσόμενες χώρες έχει αποδειχθεί εξαιρετικά δύσκολη υπόθεση. Πολλά κράτη δεν διαθέτουν σύστημα καταγραφής θανάτων. Επιπλέον, οι θάνατοι από ασθένειες όπως το AIDS ή η ελονοσία δεν καταγράφονται ως αιτία θανάτου των εγκύων, μολονότι η εγκυμοσύνη αυξάνει τις πιθανότητες θανάτου της γυναίκας απ' αυτές.

Οι ειδικοί πιστεύουν ότι ο παγκόσμιος μέσος όρος θνησιμότητας εγκύων μειώθηκε μεταξύ του 1990 και του 2005, αλλά μόνο κατά 5,4%. Προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος του 2015, ο μέσος όρος θνησιμότητας εγκύων πρέπει να μειώνεται σε ετήσια βάση κατά 5,4 % περίπου. Παρά ταύτα, όσον αφορά την υποσαχάρια Αφρική δεν υφίσταται καν μικρή πρόοδος. Σύμφωνα με έρευνα της "Παγκόσμιας Τράπεζας" της UNICEF και του "Ταμείου για τον Πληθυσμό" του ΟΗΕ, ο αριθμός των θανάτων εγκύων αυξήθηκε την περίοδο 1990-2005 από 210.000 ετησίως σε 270.000.

Το 1/3 των θανάτων οφείλεται σε εσωτερική αιμορραγία και το 16% σε δηλητηριάσεις και ασθένειες όπως το AIDS. Η μείωση των θανάτων προϋποθέτει την παρουσία Μαιών κατά τον τοκετό.

Τα κράτη της υποσαχάριας Αφρικής και της Νότιας Ασίας δεν κατόρθωσαν να αυξήσουν σημαντικά την παρουσία εξειδικευμένων επαγγελματιών υγείας στους τοκετούς. (Στην υποσαχάρια Αφρική το 1990 ήταν παρόντες μόνο στο 43% των τοκετών, ενώ σήμερα το ποσοστό είναι στο 47%. Όσον αφορά τη



Γράφημα 5. MDG 5: Βελτίωση της μητρικής υγείας.

Νότια Ασία, το 1990 ήταν στο 31%, ενώ σήμερα στο 40%). Ωστόσο, η περιθάλψη των εγκύων παρουσιάζει βελτίωση σ' όλες τις περιοχές του κόσμου. Η πρόληψη της ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης συνέβαλε στη μείωση των θανάτων κατά το 1/4. Παρόλα αυτά είναι πολύ ανησυχητική η διαπίστωση, ότι μόλις το 23% των γυναικών στην Αφρική χρησιμοποιεί κάποια μορφή αντισύλληψης.

Αναφορά προόδου: Βρισκόμαστε πολύ μακριά από την επίτευξη του στόχου.

MDG 6: Καταπολέμηση του AIDS, της ελονοσίας και των άλλων ασθενειών

Πρώτο βήμα: Να τερματιστεί η διάδοση του ιού HIV, της ελονοσίας και των άλλων θανατηφόρων ασθενειών. Αν και το ποσοστό των φορέων του HIV και εκείνων που πάσχουν από AIDS μειώθηκε για πρώτη φορά το 2007 στα 32,2 εκατομμύρια, ο αριθμός των φορέων εξακολουθεί να αυξάνεται καθώς περισσότεροι άνθρωποι επιβιώνουν για περισσότερα χρόνια χάρη στις νέες μορφές θεραπείας.

Αναφορά προόδου: Πιθανή η επίτευξη του στόχου, αλλά είναι ακόμη νωρίς για ασφαλή συμπεράσματα.

MDG 7: Διασφάλιση της περιβαλλοντικής διάρκειας

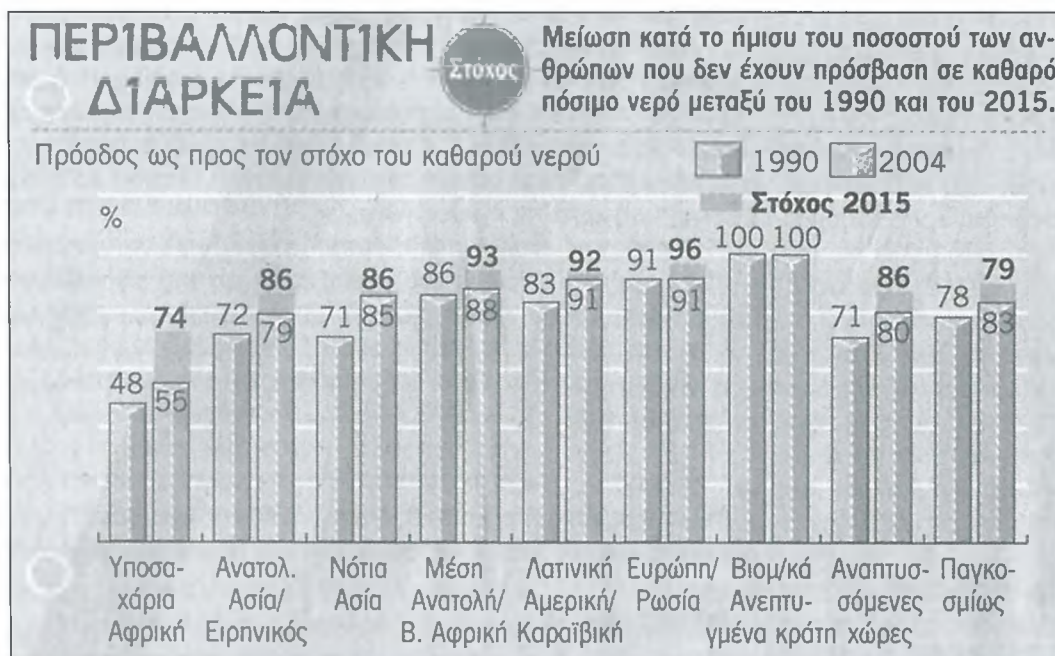
Πρώτο βήμα: Η μείωση κατά το ήμισυ του ποσο-



Γράφημα 6. MDG 6: Καταπολέμηση του AIDS, της ελονοσίας και των άλλων ασθενειών.

στού των ανθρώπων, που στερούνται των βασικών συνθηκών υγιεινής στο διάστημα 1990-2015.

Αναφορά προόδου: Πρόκειται για το στόχο με τις λιγότερες πιθανότητες επίτευξης, δεδομένου ότι η UNICEF παραδέχεται ότι η έλλειψη πολιτικής υποστήριξης αποτελεί σημαντικό εμπόδιο. Με τους σημερινούς ρυθμούς προόδου θα χρειαστούν 70 περίπου χρόνια για να επιτευχθεί.



Γράφημα 7. MDG 7: Διασφάλιση της περιβαλλοντικής διάρκειας.

Υπερτασικές διαταραχές της εγκυμοσύνης

Αικατερίνη Θεοδοσιάδου*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αύξηση της αρτηριακής πίεσης του αίματος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι μια σειρά καταστάσεων γνωστών με τον όρο "Υπερτασικές Διαταραχές Εγκυμοσύνης". Αυτές περιπλέκουν το 6-10% του συνόλου των κυήσεων με σοβαρές επιπτώσεις τόσο στη μητέρα όσο και στο έμβρυο, όπως πρόωρος τοκετός, ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης, οξεία νεφρική ή ηπατική ανεπάρκεια, αιμορραγία στη διάρκεια της κύησης και της λοχείας, οι οποίες ευθύνονται για το 17,6% των μητρικών θανάτων.

Οι παρέχοντες μαιευτική φροντίδα θα πρέπει να επιτείνουν την προσοχή τους στην αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου. Η πρωτογενής και η δευτερογενής πρόληψη συμβάλλουν στον περιορισμό της εμφάνισης της νόσου και στην ηπιότερη μορφή της, όταν αυτή εμφανίζεται.

Στις γυναίκες πρέπει να δίνεται το δικαίωμα της επιλογής του τρόπου και του τόπου παρακολούθησης της εγκυμοσύνης τους στο πλαίσιο της συντηρητικής αντιμετώπισης της ήπιας μορφής των υπερτασικών διαταραχών της εγκυμοσύνης.

Το 80% των μητρικών θανάτων και το 65% της νοσηρότητας συνδέονται με την κάτω του μετρίου περιγεννητική φροντίδα. Η παρακολούθηση μπορεί να γίνεται και εξωνοσοκομειακά: είτε στο σπίτι, είτε στις μονάδες ημερήσιας φροντίδας ή με συνδυασμό και των δυο υπό την καθοδήγηση ειδικά εκπαιδευμένου προσωπικού (Μαιών), ικανού να ενημερώσει και να εκπαιδεύσει τις έγκυες γυναίκες.

Σκοπός της εναλλακτικής αυτής φροντίδας είναι η πρόληψη της νόσου ή της επιδείνωσής της, η επιβεβαίωση της φυσιολογικής ανάπτυξης του εμβρύου, η ευχαρίστηση των γυναικών και τέλος η μείωση του κόστους περίθαλψης, χωρίς φυσικά να υπάρχουν εκπτώσεις στα περιγεννητικά αποτελέσματα και στην ποιότητα της παρακολούθησης της εγκυμοσύνης.

Λέξεις-κλειδιά: υπερτασικές διαταραχές της εγκυμοσύνης, παράγοντες κινδύνου, πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη, παρακολούθηση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αρτηριακή πίεση του αίματος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν αυξάνεται, παρά το γεγονός της αύξησης του όγκου του παλμού λόγω

* Μαία Γ.Π.Ν. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ" Θεσσαλονίκης.

της περιφερειακής αγγειοδιαστολής. Η συστολική πίεση του αίματος παραμένει σταθερή, ενώ η διαστολική πίεση καταγράφει πτώση κατά 15 mmHg στο 1ο τρίμηνο και στις αρχές του 2ου τριμήνου, φθάνοντας σ' ένα πλατό στις 22 εβδομάδες της κύησης. Αργότερα αυξάνεται αργά, ώστε στο τέλος της αγγίζει τα προ της εγκυμοσύνης επίπεδα (Norwitz, 1999).

Η αύξηση της αρτηριακής πίεσης του αίματος στη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι σειρά καταστάσεων γνωστών με τον όρο "Υπερτασικές Διαταραχές Εγκυμοσύνης (ΥΔΕ)", που δημιουργούν επιπλοκές τόσο στη μητέρα όσο και στο έμβρυο. Σύμφωνα με το "American National Center for Health Statistics" τα προβλήματα της αυξημένης αρτηριακής πίεσης συμβαίνουν στο 6-10% όλων των κυήσεων. Οι γυναίκες πρέπει να ελέγχονται αν είναι δυνατό προ της σύλληψης ή έστω στη διάρκεια της πρώτης περιγεννητικής επίσκεψης. Η ταξινόμηση των υπερτασικών διαταραχών της εγκυμοσύνης γίνεται σύμφωνα:

- με την ανάγνωση κυρίως της διαστολικής πίεσης του αίματος, που μετρά την περιφερειακή αντίσταση και δεν επηρεάζεται από το συγκινησιακό καθεστώς της γυναίκας, γεγονός που δεν συμβαίνει με τη συστολική πίεση του αίματος. Τιμή ανησυχίας ≥ 90 mmHg, σε δυο μετρήσεις σε χρονικό διάστημα 4 ή 6 ωρών (WHO, GENEVA, 2003),
- με την ηλικία της εγκυμοσύνης,
- με την ανίχνευση ή όχι πρωτεϊνουρίας, που η τεκμηρίωσή της επιτυγχάνεται με τον προσδιορισμό της πρωτεΐνης $> 1+$ με stick, σε δυο τυχαία δείγματα των ούρων ή σε συλλογή ούρων 24ώρου ≥ 300 mg/ημέρα (χρυσός κανόνας) (Moran, 1999).

Ταξινόμηση των υπερτασικών διαταραχών της εγκυμοσύνης (ACOG, 2002)

• Υπέρταση της εγκυμοσύνης

Υπέρταση οριζόμενη με τιμή αρτηριακής πίεσης αίματος $\geq 140/90-109$ mmHg, προηγούμενη πίεση αίματος φυσιολογική και απουσία πρωτεϊνουρίας. Ανιχνεύεται για πρώτη φορά μετά τις 20 εβδομάδες της κύησης, ή κατά τον τοκετό, ή 48 ώρες μετά τον τοκετό και παύει να ανιχνεύεται 12 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Πιο συχνά εμφανίζεται περί την 36η εβδομάδα της εγκυμοσύνης, κυρίως σε πρωτοτόκες σε ποσοστό 7-18% (Saudan, 1998).

• Χρόνια υπέρταση

Υπέρταση οριζόμενη με τιμή αρτηριακής πίεσης αίματος $\geq 140/90-109$ mm Hg, γνωστή προ της εγκυμοσύνης ή ανιχνεύσιμη προ των 20 εβδομάδων της κύησης και η οποία παραμένει 12 εβδομάδες μετά

τον τοκετό. Το ποσοστό εμφάνισής της ανέρχεται στο 1-5% και όσο επιμηκύνεται η αναπαραγωγική ηλικία της γυναίκας τόσο αυξάνεται. Διακρίνεται σε ήπια-μέτρια με $\leq 159/109$ mmHg και σοβαρή με $\geq 160/110$ mmHg. Επίσης, μπορεί να χαρακτηριστεί ως:

- "ιδιοπαθής υπέρταση" όταν δεν υπάρχει γνωστή αιτία,
- "δευτεροπαθής υπέρταση" όταν σχετίζεται με προϋπάρχουσα γνωστή νόσο, όπως φαιοχρωμοκύττωμα, παρεγχυματική νεφρική νόσο ή στένωση της αορτής.

• Προεκλαμψία σε έδαφος χρόνιας υπέρτασης

Παρουσιάζεται με την εμφάνιση νέων σημείων ή συμπτωμάτων προεκλαμψίας μετά τις 20 εβδομάδες της κύησης σε ποσοστό 15-25% εγκύων με χρόνια υπέρταση. Έγκυες με σοβαρή χρόνια υπέρταση ανεβάζουν το παραπάνω ποσοστό σε 75% (Vigil De Gracia, 2004). Το ποσοστό των πρόωρων τοκετών αγγίζει σχεδόν το 100%, το 78% των νεογνών είναι υπολειπόμενης ανάπτυξης (SGA/Small for Gestational Age) και η περιγεννητική θνησιμότητα αγγίζει το 48% (Sterhen, 2005). Αν πριν τις 20 εβδομάδες ανιχνευθεί υπέρταση και πρωτεϊνουρία χωρίς νεφρική νόσο, τότε τίθεται υπόνοια μύλης κύησης ή ύδρωπα.

• Προεκλαμψία/εκλαμψία

Υπέρταση και πρωτεϊνουρία που ανιχνεύονται για πρώτη φορά μετά τις 20 εβδομάδες της κύησης και απουσιάζουν 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Η υπέρταση ορίζεται με τιμή αρτηριακής πίεσης $\geq 140/90-109$ mmHg και η πρωτεϊνουρία ορίζεται με την ανίχνευση πρωτεΐνης $> 1+$ με stick, σε δυο τυχαία δείγματα ούρων ή σε συλλογή ούρων 24ώρου ≥ 300 mg/ημέρα. Τα ποσοστά εμφάνισής της ανέρχονται σε 2-8% και εμφανίζεται σε δυο μορφές: ήπια-μέτρια και σοβαρή. Παροξυσμός της εγκαταστημένης προεκλαμψίας ορίζεται ως εκλαμψία με συχνότητα 1/2.000 γεννήσεις (Douglas, 1994).

Η προεκλαμψία (ΠΕ) είναι πολυπαραγοντική νόσος, που προοδευτικά οδηγεί σε σημάδια και συμπτώματα που απαιτούν θεραπεία. Η ΠΕ σχετίζεται με γενικευμένη αγγειοσύσπαση και προοδευτική επιβάρυνση της λειτουργίας βασικών οργάνων, όπως οι νεφροί, το ήπαρ, ο εγκέφαλος και το κυκλοφορικό σύστημα. Η νοσηρότητα και θνησιμότητα είναι αυξημένες.

Το "American National Center for Health Statistics" αναφέρει ότι τις τελευταίες τρεις δεκαετίες τα ποσοστά ΠΕ αυξήθηκαν λόγω της συνεχούς αύξησης της ηλικίας τεκνοποίησης της γυναίκας για πρώτη φορά,

καθώς και των πολυδύμων κυήσεων. Πολλοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί, αλλά μετά την πάροδο 200 ετών από την πρώτη περιγραφή της εξακολοιθής να είναι “η νόσος των θεωριών” (Redman, 1996) και “η νόσος του πλακούντα” (Norwitz, 1999).

Από την πρώτη ακόμα επίσκεψη της εγκύου γυναίκας, ο σκοπός και οι ενέργειες εκείνων που παρέχουν μαιευτική φροντίδα πρέπει να επικεντρώνονται στον ασφαλή έλεγχο και στην πρώιμη ανίχνευση των παραγόντων, που δυνητικά μπορούν να οδηγήσουν σε υπερτασικές διαταραχές της εγκυμοσύνης. Δεν υπάρχουν κάποιες δοκιμασίες, που να μπορούν να τις προβλέψουν ή να προνοήσουν την επανάληψή τους (Brown, 2007).

Προδιαθεσικοί παράγοντες ανάπτυξης των υπερτασικών διαταραχών της εγκυμοσύνης

- **Ηλικία:** εάν η ηλικία της μητέρας είναι ≥ 40 ετών, τότε διπλασιάζεται ο κίνδυνος για ανάπτυξη ΠΕ. Ο κίνδυνος αυξάνεται κατά 30%, για κάθε χρόνο που προστίθεται μετά την ηλικία των 34 ετών (Roberts, 2000).

- **Μεσοδιάστημα κυήσεων:** χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 10 ετών μεταξύ των κυήσεων αυξάνει τον κίνδυνο στα επίπεδα της πρωτοτόκου. Στην υπόθεση συνεπικουρεί η ηλικία της μητέρας. Ως ιδανικό μεσοδιάστημα αναφέρεται το χρονικό διάστημα των 18-23 μηνών. Όχι νωρίτερα των 6 μηνών και αργότερα των 59 μηνών (Conde-Agudelo, 2000).

- **Οικογενειακό ιστορικό:** η ανάπτυξη ΠΕ στη μητέρα ή την αδελφή τριπλασιάζει τον κίνδυνο (Makhseed, 1999).

- **Αριθμός κυήσεων:** η ΠΕ αναπτύσσεται στις μεν πρωτοτόκες από 3-7%, στις δε πολυτόκες από 0,8-5% (Sibai, 2002). Ακόμα και όταν η πρώτη εγκυμοσύνη δεν είναι επιτυχής ή έχει γίνει άμβλωση υπάρχει βαθμός προστασίας, όχι όμως ισότιμος μ' εκείνον της τελειόμηνης κύησης (Eras, 2000).

- **Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ):** όταν ο ΔΜΣ της εγκύου είναι ≥ 35 , τότε ο κίνδυνος τετραπλασιάζεται έναντι εκείνης της εγκύου με ΔΜΣ 19-27. Σ' αυτή την περίπτωση συνεκτιμάται η ηλικία της γυναίκας ή και η πιθανή ύπαρξη χρόνιας υπέρτασης ή διαβήτη Τύπου 2 (Bodnar, 2007).

- **Προεκλαμψία σε προηγούμενη εγκυμοσύνη:** ο κίνδυνος σχεδόν επταπλασιάζεται στη δεύτερη εγκυμοσύνη και η νόσος εμφανίζεται 0-4 εβδομάδες αργότερα (Dukler, 2001).

- **Πολύδυμη εγκυμοσύνη:** ο κίνδυνος στις δίδυμες (μονοχοριακές ή διχοριακές) και στις τρίδυμες κυήσεις τριπλασιάζεται, ίσως λόγω του μεγέθους

του πλακούντα (Savvidou, 2001).

- **Υποβοηθούμενη αναπαραγωγή:** ο κίνδυνος διπλασιάζεται στις εγκυμοσύνες που επιτεύχθηκαν με μεθόδους υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ή με δωρεά γαμετών ή εμβρύων (Maxwell, 2001, Lynch, 2002).

Προϋπάρχοντα ιατρικά προβλήματα

- **Υπέρταση:** ο κίνδυνος ανάπτυξης ΠΕ είναι 25% (NIH, 2000). Η περιγεννητική θνησιμότητα ανέρχεται στο 8,8%, τα SGA νεογνά στο 5,6%, η προωρότητα (< 32 εβδομάδες) στο 15% (Chappell, 2008).

- **Διαβήτης:** ο κίνδυνος ανάπτυξης ΠΕ τετραπλασιάζεται στο διαβήτη Τύπου 1 και διπλασιάζεται στο διαβήτη κύησης (Ros, 1998).

- **Νεφρική νόσος:** ο κίνδυνος ανάπτυξης ΠΕ είναι 5,3% (Villar, 2006).

- **Χρόνια αυτοάνοσα νοσήματα:** ο κίνδυνος ανάπτυξης ΠΕ είναι 6,9% (Stamilio, 2000).

- **Αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο:** το 1/3 των εγκύων γυναικών που έχουν αντιφωσφολιπιδικά αντισώματα, είτε αντιθρομβωτικά του λύκου, είτε αντικαρδιολιπιδικά ή και τα δυο, αναπτύσσουν ΠΕ (Clark, 2007).

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Υπέρταση της εγκυμοσύνης

Ανίχνευση διαστολικής πίεσης αίματος ≥ 90 mmHg σχετίζεται με εγκυμοσύνη χωρίς επιπλοκές. Αν στην πρώτη επίσκεψη ανιχνευθεί συστολική πίεση ≥ 130 mmHg, τότε ο κίνδυνος ανάπτυξης ΠΕ διπλασιάζεται (Sibai, 2002). Ο κίνδυνος της εξέλιξης της υπέρτασης της εγκυμοσύνης σε ΠΕ δεν είναι ανυπόστατος. Εξαρτάται από την ηλικία της εγκυμοσύνης που ανιχνεύεται. Αν γίνει σε ηλικία κύησης 24-31 εβδομάδες, η εξέλιξη σε προεκλαμψία ανέρχεται στο 50%. Αν γίνει στις 32-35 εβδομάδες στο 40%, αν στις 36-38 εβδομάδες στο 10% (Precog, 2004b).

Χρόνια υπέρταση

Οι γυναίκες με ήπια-μέτρια χρόνια υπέρταση $\leq 160/110$ mmHg θεωρούνται ότι διατρέχουν χαμηλό κίνδυνο για περιγεννητικές επιπλοκές. Όμως, σε σοβαρή χρόνια υπέρταση με προϋπάρχουσα καρδιαγγειακή ή νεφρική νόσο η πιθανότητα για επιπλοκές αυξάνεται (Ferrer, 2000).

Προεκλαμψία

Η πρόγνωση της ΠΕ ποικίλει ανάλογα της σοβαρότητάς της. Η εξέλιξή της μπορεί να είναι πολύ γρήγορη ώστε η ήπια υπέρταση να μετατραπεί σε σοβαρή (διαστολική πίεση ≥ 110 mmHg). Τότε το

25-55% των εγκύων γυναικών πρέπει να γεννήσουν εντός 48 ωρών από την ανίχνευση, γιατί η πραγματική "θεραπεία" είναι ο τοκετός (Piering, 1993).

ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Υπάρχουν μελέτες που αποδεικνύουν ότι οι εγκυμοσύνες που περιπλέχθηκαν με ΠΕ ή υπέρταση, έχουν αργότερα αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη υπέρτασης, αιφνίδιας καρδιακής προσβολής, ισχαιμίας (Ferrer, 2000) και αυξημένα ποσοστά θρομβοεμβολικών επεισοδίων (Wilson, 2003). Το 70% περίπου των γυναικών με ΠΕ ή υπέρταση εγκυμοσύνης θα έχουν μια επόμενη εγκυμοσύνη χωρίς υπέρταση. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος καταγράφεται στις πολυτόκες με υπέρταση εγκυμοσύνης.

ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

- **Χορήγηση αντιαιμοπεταλιακών σκευασμάτων:** ασπιρίνη χαμηλής δόσης (75-100 mg) προ της 26ης εβδομάδας της εγκυμοσύνης σε γυναίκες με αυξημένους παράγοντες κινδύνου. Η χρήση τους έχει σκοπό να αποτρέψει ή να καθυστερήσει την ανάπτυξη της ΠΕ. Σε 59 έρευνες, που περιλαμβάνουν 37.560 έγκυες με οφέλη μεγαλύτερα στις γυναίκες υψηλού κινδύνου, καταγράφηκε μείωση κατά 15%-17% του κινδύνου εμφάνισης ΠΕ, κατά 8% του κινδύνου πρόωρου τοκετού <37 εβδομάδων, κατά 14% του κινδύνου εμβρυϊκών θανάτων και κατά 10% του κινδύνου γέννησης SGA νεογνών. Δεν καταγράφηκε αυξημένος κίνδυνος αιμορραγιών στη μητέρα ή στο νεογνό (Duley, 2007).

- **Χορήγηση συμπληρωμάτων ασβεστίου:** σε 12 μελέτες που περιλάμβαναν 15.528 έγκυες γυναίκες, στις οποίες χορηγήθηκε συμπλήρωμα ασβεστίου τουλάχιστον 1 gr (1-2 gr) με σκοπό την ελάττωση του κινδύνου της ανάπτυξης υπερτασικών διαταραχών της εγκυμοσύνης, καταγράφηκε υποδιπλασιασμός της εμφάνισης της ΠΕ (31% έως 67%). Η μεγαλύτερη μείωση του κινδύνου εμφανίστηκε στις γυναίκες που βρίσκονταν σε υψηλό κίνδυνο και σ' εκείνες με χαμηλή πρόσληψη ασβεστίου στη δίαιτά τους. Επίσης, υπήρξε μείωση κατά 30% του κινδύνου εμφάνισης υπέρτασης της εγκυμοσύνης, ενώ οι μητρικοί θάνατοι και η σοβαρή νοσηρότητα μειώθηκαν κατά 20%. Δεν υπήρξε καμία γενική επίδραση στα ποσοστά του πρόωρου τοκετού (Hofmeyr, 2007).

- **Χορήγηση αντιοξειδωτικών συμπληρωμάτων:** βιταμίνη C 1.000 mg και E 400 mg. Η απόδειξη για τα οφέλη τους είναι περιορισμένη, ενώ έχει καταγραφεί αύξηση του αριθμού των πρόωρων τοκε-

τών, των νεογνών με χαμηλό βάρος γέννησης και ασαφής επιρροή στην περιγεννητική θνησιμότητα (Rumbold, 2008).

- **Χορήγηση συμπληρωμάτων μαγνησίου:** Mg 300 mg. Δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για σημαντική διαφορά στη μείωση του κινδύνου για ανάπτυξη ΠΕ (Makridis, 2005).

- **Χορήγηση σκευασμάτων προγεστερόνης:** τα στοιχεία των ερευνών είναι ανεπαρκή και δεν αποδεικνύουν την πρόληψη των υπερτασικών διαταραχών της εγκυμοσύνης (Meher, 2006).

ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗ

- **Αντιυπερτασικά σκευάσματα:** συνιστάται η χρήση τους όταν η πίεση του αίματος είναι $\geq 160/110$ mmHg, γιατί η επιθετική θεραπεία για μείωση της πίεσης του αίματος στα προ της εγκυμοσύνης επίπεδα δεν βελτιώνει τα περιγεννητικά αποτελέσματα. Χρησιμοποιούνται με την πεποίθηση της πρόληψης ή της καθυστέρησης ανάπτυξης σοβαρής υπέρτασης και ΠΕ. Όμως, η επίδρασή τους στη βελτίωση των περιγεννητικών αποτελεσμάτων δεν είναι ξεκάθαρη. Επίσης, στις έγκυες με χρόνια υπέρταση επιβάλλεται η χρήση σκευασμάτων συμβατών με την εγκυμοσύνη ώστε να διατηρείται η πίεση στα προ της εγκυμοσύνης επίπεδα (Podymow, 2008).

Διουρητικά σκευάσματα: είναι άπιθανο να χρησιμοποιούνται για την πρόληψη ή αντιμετώπιση των υπερτασικών διαταραχών της εγκυμοσύνης. Έχει αποδειχθεί ότι μειώνουν τον όγκο πλάσματος του αίματος της μητέρας, χωρίς περαιτέρω βελτίωση σε κανένα επίπεδο (Churchill, 2007).

ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ

• Καθημερινή κατάκλιση

Η κατάκλιση κατά τη διάρκεια της ημέρας και η μείωση της δραστηριότητας των εγκύων δεν έχει αποδειχθεί ότι συμβάλλει στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση των υπερτασικών διαταραχών της εγκυμοσύνης καθώς δεν έχει αποδειχθεί μείωση της περιγεννητικής νοσηρότητας. Υποστηρίζεται ότι η κατάκλιση κατά τη διάρκεια της ημέρας είναι προσωπικό ζήτημα και επιλογή της εγκύου και συχνά στρεσογόνος οδηγία (Meher, 2005).

• Κάπνισμα

Το κάπνισμα μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης υπερτασικών διαταραχών και γενικά δεν είναι σε συνέργεια μ' αυτές. Το μονοξείδιο του άνθρακα που βρίσκεται στον καπνό των τσιγάρων και στη συνέχεια μεταφέρεται με το κάπνισμα της μητέρας, πιθανολογείται ότι μπορεί να είναι η αιτία του μειωμένου

κινδύνου ανάπτυξης ΠΕ. Η έρευνα περιλάμβανε συνολικά 833.714 έγκυες. Όσες όμως προσβλήθηκαν υπέφεραν από σοβαρή ΠΕ (Pirkin, 2000), Ωστόσο, οποιοδήποτε όφελος κατά την εγκυμοσύνη δεν αντισταθμίζει τους κινδύνους που απορρέουν από αυτό: ΠΡΕΥ, ΠΤ, IUGR και σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου των βρεφών (Smith, 2006).

• Διαιτητικές συνήθειες

Στη διεθνή βιβλιογραφία πολλοί διατροφικοί μύθοι που σχετίζονται με την αυξημένη αρτηριακή πίεση του αίματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης φαίνεται να αναιρούνται. Η ελάττωση των θερμίδων και υγρών, καθώς και η αύξηση πρωτεϊνών στη διατροφή συνήθως δεν αποδίδουν ως τακτικές. Η απώλεια βάρους, ακόμη και σε υπέρβαρες γυναίκες, σύμφωνα με το "National high blood pressure education program 2000" δεν συνιστάται. Η πρόσληψη αλατιού και άφθονου νερού είναι ωφέλιμη, κυρίως για τη διατήρηση του φυσιολογικού όγκου του αίματος και της ροής αυτού στους νεφρούς και στον πλακούντα. Η εγκυμοσύνη είναι περίοδος "σπατάλης αλατιού". Πιστεύεται ότι η μείωση της πρόσληψης επιδεινώνει την ΠΕ και είναι επισφαλής για το έμβρυο (Duley, 2005). Η αυξημένη πρόσληψη σκόρδου δεν αποδεικνύεται ότι προλαμβάνει την ΠΕ και τις επιπλοκές της (Meher, 2007). Ωστόσο, περαιτέρω έρευνα πρέπει να διεξαχθεί για να αποδειχθούν και να επαναπροσδιοριστούν οι "καλές πρακτικές".

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Στις γυναίκες πρέπει να δίνεται το δικαίωμα της επιλογής του τρόπου και του τόπου παρακολούθησης της εγκυμοσύνης τους στο πλαίσιο της συστηρητικής αντιμετώπισης των ήπιων μορφών των υπερτασικών διαταραχών της κύησης.

Σκοπός της εναλλακτικής αυτής φροντίδας είναι η πρόληψη της ΠΕ ή της επιδείνωσής της, η επιβεβαίωση της φυσιολογικής ανάπτυξης του εμβρύου, η ευχαρίστηση των γυναικών και τέλος η μείωση του κόστους της περίθαλψης, χωρίς φυσικά να υπάρχουν εκπτώσεις στα περιγεννητικά αποτελέσματα και στην ποιότητα της παρακολούθησης της εγκυμοσύνης. Το 80% των μητρικών θανάτων και το 65% της νοσηρότητας συνδέονται με την κάτω του μετρίου περιγεννητική φροντίδα. Οι έγκυες γυναίκες που δυνητικά μπορεί να συμπεριληφθούν σε πρόγραμμα παρακολούθησης της αρτηριακής πίεσης εξωνοσοκομειακά, είναι εκείνες που έχουν:

- Υπέρταση εγκυμοσύνης με διαστολική πίεση ≤ 90 mmHg, με αντιυπερτασικά σκευάσματα ή

χωρίς και δεν εμφανίζουν πρωτεϊνουρία.

- Χρόνια υπέρταση (ήπια-μέτρια) με φυσιολογική νεφρική λειτουργία, διαστολική πίεση ≤ 90 mmHg από την αρχή της κύησης, με χρήση αντιυπερτασικών σκευασμάτων συμβατών με την εγκυμοσύνη και δεν έχει ανιχνευθεί πρωτεϊνουρία.
- Προεκλαμψία ήπια-μέτρια με αρτηριακή πίεση $\leq 140/90$ mmHg, πρωτεϊνουρία από 300 mg - 1 gr/24ωρο ή 1+ \rightarrow 2+ σε δείγμα ούρων (WHO, 2003).

Οι εναλλακτικές επιλογές που συνεπικουρούν στην αντιμετώπιση των εγκύων είναι:

- α) Οι μονάδες ημερήσιας φροντίδας. Το 75% των αναπτυγμένων χωρών διαθέτουν μονάδες, που προσφέρουν εργαστηριακό, υπερηχογραφικό, καρδιοτοκογραφικό έλεγχο.
- β) Η παρακολούθηση στο σπίτι.
- γ) Ο συνδυασμός και των δυο.

Στις επιλογές για την επιτυχή έκβαση της εγκυμοσύνης πρέπει να συνηγορούν:

1. Η αξιοπιστία της εγκύου που σίγουρα μπορεί να χτιστεί, γιατί αξιόπιστη είναι η ενημερωμένη γυναίκα που γνωρίζει την κατάστασή της, τους πιθανούς κινδύνους, τα σημάδια ή τα συμπτώματα ανησυχίας, η ασφαλής γυναίκα που γνωρίζει ότι υπάρχει πάντα προσωπικό υγείας που μπορεί να την συνδράμει, να την καθοδηγήσει και να της παρέχει φροντίδα υψηλής ποιότητας.

2. Η εκπαίδευση της εγκύου που παρέχεται μέσω ενημέρωσης από το προσωπικό υγείας με γραπτές και προφορικές συστάσεις και οδηγίες, που περιλαμβάνουν:

- τον τρόπο μέτρησης της πίεσης του αίματος,
- τον τρόπο μέτρησης της πρωτεΐνης στα ούρα με stick.

3. Οι συστάσεις για άμεση εισαγωγή στο Νοσοκομείο στις έγκυες γυναίκες, που παρόλη την εκπαίδευση και ενημέρωση παραμένουν αναξιόπιστες, εμφανίζουν δυο ή περισσότερες μετρήσεις αρτηριακής πίεσης 160/110 mmHg, έχουν επίμονα συμπτώματα (πονοκεφάλους, προβλήματα όρασης, εμετούς, επιγαστραλγία) ή έντονο οίδημα σε χέρια και πρόσωπο και τέλος, καταγράφεται αύξηση του σωματικού βάρους κατά 1,5 kg το μήνα στο 2ο τρίμηνο και 0,5 kg την εβδομάδα στο 3ο τρίμηνο.

Η επικοινωνία με τους υγειονομικούς πρέπει να είναι άμεση ώστε να δίνεται λύση σε οποιοδήποτε πρόβλημα. Η συχνότητα των επισκέψεων από την 24η-32η εβδομάδα είναι κάθε 3 εβδομάδες και από την 32η μέχρι τέλος κάθε 2 εβδομάδες ή συχνότερα όταν χρειάζεται.

Ο τοκετός πρέπει να προγραμματιστεί στην κατάλληλη μέρα, στο κατάλληλο μέρος. Η προτεινόμενη ιδανική επιλογή ολοκλήρωσης της εγκυμοσύνης, όταν η προβολή είναι κεφαλική και η ηλικία της εγκυμοσύνης >34 εβδομάδων, είναι ο **φυσιολογικός τοκετός** (αυτόματος ή προκλητός). Στη διάρκεια του 1ου σταδίου μπορεί να συσταθεί επισκληρίδιος αναισθησία. Η διάρκεια του 2ου σταδίου πρέπει να είναι μικρή και μπορεί να συσταθεί η επιλογή του εκλεκτικού επεμβατικού κολπικού τοκετού. Το 3ο στάδιο πρέπει να αντιμετωπίζεται με χορήγηση ωκυτοκίνης 5iu→IV ή 10iu→IM. Η χρήση εργομετρίνης στο 3ο στάδιο πρέπει να **αποφεύγεται** (FIFO, ICM, 2006).

Υπάρχουν δημοσιευμένες έρευνες που ενδυναμώνουν την άποψη, ότι η αντιμετώπιση των υπερτασικών διαταραχών της εγκυμοσύνης στο σπίτι με τη συνδρομή των μονάδων ημερήσιας φροντίδας έχει ισότιμα αποτελέσματα για τις μητέρες και τα νεογνά. Επίσης, τα ποσοστά ευχαρίστησης των γυναικών είναι υψηλά ανεξάρτητα από το κοινωνικοοικονομικό επίπεδό τους και υπάρχει οικονομικό όφελος (Duley L., 1995, Dunlop L., 2003).

Σε πρόσφατη εργασία προερχόμενη από τις ΗΠΑ (Barton, 2006) αναλύθηκαν μονήρεις κυήσεις γυναικών, που είχαν δεχθεί προφορική και γραπτή εκπαίδευση φροντίδας στο σπίτι. Το κόστος της περιγεννητικής φροντίδας στις έγκυες του προγράμματος ήταν 4.888 \$ κατά μέσο όρο, ενώ στις έγκυες ελέγχου στις ΗΠΑ είναι 10.327 \$, δηλαδή η αναλογία είναι 1:2,5.

Από το "Preeclampsia Foundation Statistics" στις ΗΠΑ έχει υπολογιστεί ότι οι υπερτασικές διαταραχές επηρεάζουν τη σωματική υγεία 358.784 εγκύων με κόστος 837\$/έγκυο ή 3 δις \$/έτος. Η θνησιμότητα των εγκύων γυναικών ανέρχεται περίπου στο 17,6 % του συνόλου των μητρικών θανάτων. Συγχρόνως διαταράσσεται και η ψυχική υγεία τους με σημάδια μετατραυματικού stress, θλίψης, απώλειας της ελπίδας για οικογένεια, προβληματικές οικογενειακές σχέσεις, διαζύγια και φόβος για μελλοντική εγκυμοσύνη τόσο των ίδιων, όσο των παιδιών τους και των αδελφών τους. Όσον αφορά τη νεογνική νοσηρότητα με κύρια αιτία την προωρότητα (15%), προσβάλλονται 81.708 νεογνά με κόστος 50.303 \$/νεογνό ή 4 δις \$/έτος. Καταγράφονται 6.000 περιπτώσεις ΣΑΔ με κόστος 67.622 \$/νεογνό ή 405.000.000 \$/έτος, 75.000 περιπτώσεις εγκεφαλικής παράλυσης το 15% των οποίων υποφέρει από τύφλωση, επιληψία, κώφωση, αναπνευστικά προβλήματα, μαθησιακές δυσκολίες με κόστος ανυπολόγιστο.

Οι υπερτασικές διαταραχές κάθε χρόνο επηρεάζουν

ζουν παγκόσμια 50.000-76.000 μητέρες. Στις αναπτυσσόμενες χώρες η σοβαρή προεκλαμψία επηρεάζει το 4,4% όλων των γεννήσεων (WHO/RHR, 2001). Σύμφωνα με τον οργανισμό "Safe Motherhood", από τους 585.000 μητρικούς θανάτους ετησίως το 13% ή 76.000 οφείλονται στην εκλαμψία (WHO, Geneva, 1996).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Πρέπει να δοθεί έμφαση στην πρόληψη και στην πρωτογενή πρόληψη της διαταραχής: «*Προτιμότερη μια σταγόνα πρόληψης, παρά μια καταιγίδα θεραπείας*».

Οι έγκυες γυναίκες ενημερώνονται ιδανικά και εκπαιδεύονται ώστε να συμβάλουν στην προσπάθεια μείωσης των κινδύνων και των επιπλοκών από τις υπερτασικές διαταραχές της εγκυμοσύνης. Η επιλογή και παρακολούθηση των καταστάσεων αυτών σύμφωνα με τη βαρύτητα της νόσου, συμβάλλει στην ορθολογική αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού, στη μείωση του κόστους αντιμετώπισης της νόσου και στη βελτίωση των περιγεννητικών αποτελεσμάτων. Η απόλυτη "θεραπεία" είναι ο τοκετός.

ABSTRACT

*Ekaterini Theodosiadou: **Pregnancy hypertension disorders.***

"ELEFTHO", 3:108-115, 2008

"Pregnancy Hypertensive Disorders – PHD" is the term currently used to define any condition which is related with abnormal increase in blood pressure during pregnancy. PHD complicate 6-10% of pregnancies and they could have serious adverse effects both in mother and fetus, like prematurity, intrauterine growth retardation, acute renal or liver damage, intrapartum or postpartum haemorrhage. PHD are responsible for 17,6% of maternal deaths.

In cases of PHD, almost 80% of maternal deaths and 65% of maternal morbidity is related to suboptimal perinatal care.

Both primary and secondary prevention help to diminish the rates and the main sequel of the disease. Health professionals should be trained in the early recognition of risk factors for PHD.

In cases with mild PHD, pregnant women should be given the option of expectant and conservative management of this condition. The follow-up of mild PHD can be on an outpatient basis: either at home, or at pregnancy day unit, or at both, as long as there are specially trained midwives who can educate and guide

pregnant women who suffer from such conditions.

Conservative management of PHD aims at primary PHD prevention or at least prevention of the serious complications of the disease, the follow-up of the fetal well being, women satisfaction from their antenatal care, and the reduction of the cost of medical intervention in this group of patients without deteriorating perinatal fetal and maternal optimum outcome.

Key-words: pregnancy hypertension disorders, risk factors, primary and secondary prevention, follow-up.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ACOG.: Classification of Hypertensive Disorders of Pregnancy, 2002.
- Barton J.R., Istwan N.B.: Cost saving analysis of an outpatient management program for women with pregnancy related hypertensive conditions. Review, U.S. National Library of Medicine, National Institutes of Health, 2006, Aug.
- Bewley C.: Hypertensive disorders of pregnancy. "Mayes" Midwifery, 13th edition, Elsevier Limited, London, 2004:780-792.
- Bodnar L.M., Catov J.M., Klebanoff M.A., Ness R.B., Roberts J.M.: Prepregnancy body mass index and the occurrence of severe hypertensive disorders of pregnancy. *Epidemiology* 2007; 18(2):234-9.
- Brown M.A., Mackenzie C., Dunsmuir W., Roberts L., Ikin K., Matthews J., Mangos G., Davis G.: Can we predict recurrence of preeclampsia or gestational hypertension? *BJOG* 2007; 114(8):984-93.
- Chappell Lucy C.: Adverse Perinatal Outcomes and Risk Factors for Preeclampsia in Women With Chronic Hypertension. A Prospective Study, *Hypertension* 2008.
- Churchill D.: Diuretics for preventing Preeclampsia. *Cochrane Database Sys Rev*, 2007, Jan.
- Clark E.A., Silver R.M., Branch D.W.: Do antiphospholipid antibodies cause preeclampsia and HELLP syndrome? *Curr Rheumatol Rep*. 2007; 9(3):219-25.
- Conde-Agudelo A., Belizán J.M.: Maternal morbidity and mortality associated with interpregnancy interval. Cross sectional study. *BMJ*. 2000; 321 (7271): 1255-9.
- Douglas K.A., Redman C.W.: Eclampsia in the United Kingdom. *British Medical Journal* 1994; 309:1395-1400.
- Dukler D., Porath A., Bashiri A., Erez O., Mazor M.: Remote prognosis of primiparous women with preeclampsia. *Eur J Obstet & Gynecol Reprod Biol*, 2001; 96: 69-74.
- Duley L.: Hospitalisation for nonproteinuric pregnancy Hypertension. *Cochrane Pregnancy and Childbirth Database*, 1995.
- Duley L.: Altered dietary salt for preventing Preeclampsia and its complications. *Cochrane Library*, Issue 4, 2005.
- Duley L.: Antiplatelet agents for Preventing Preeclampsia and its complications. *Cochrane Database Syst. Rev*, 2007 Apr.
- Dunlop L., Umstad M.: Cost-effectiveness and patient satisfaction with pregnancy day care for hypertensive disorders of pregnancy. *ANZJOG*; 2003.
- Eras J.L., et al.: Abortion and its effect on risk of preeclampsia and transient hypertension. *Epidemiology* 2000; 11(1):36-43.
- Ferrer et al.: Management of mild chronic hypertension during pregnancy. *Rev. Obstet & Gynecol*, 2000; 96(5 Pt 2):849-60.
- Hofmeyr G.J., Duley L.: Dietary calcium supplementation for prevention of preeclampsia and related problems. a systematic review and commentary *Systematic review*, 2007 June, 12.
- Joint Statement International ICM, FIGO, 2003: Management of the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. Retrieved, October 12, 2006..
- Lynch A., et al.: Preeclampsia in multiple gestation: the role of assisted reproductive technologies. *Obst & Gyn*, 2002; 99(3):445-51.
- Makhseed M., et al: Influence of seasonal variation on pregnancy induced hypertension and/or preeclampsia. *ANZJOG* 1999; 39(2):196-199.
- Makridis M.: Magnesium supplementation in pregnancy. *The Cochrane Library*, Issue 4, 2005.
- Maxwell C.V., Lieberman E., Norton M., Cohen A., Seely E.W.: Relationship of twin zygosity and risk of preeclampsia. *Am J Obst & Gynec*, 2001;185: 819-21.
- Meher S., Abalos E., Carroli G.: Bed rest with or without hospitalization for Hypertension during pregnancy. *Cochrane Library*, Issue 4, 2005.
- Meher S.: Progesterone for Preventing Preeclampsia. *Cochrane Database Syst. Rev*, 2006 Oct, 18.
- Moran P., Davison J.M.: Clinical management of established preeclampsia. *Bailliere Best Practice: Clinical Obst & Gynecol*,1999; 13(1):77-93.
- Norwitz E.A., Robinson J.N.: Prevention of preeclampsia: is it possible? *Clinical Obstet & Gynecol*, 1999; 42(3):436-454.
- Piering W.F., Garancis J.G., Becker C.G., Beres J.A., Lemann J.: Preeclampsia related to a functioning extrauterine placenta: report of a case and 25-year follow-up *Am J Kid. Dis*. 1993; 21:310-313.
- Pipkin F.: Broughton and on behalf of The Genetics of Preeclampsia Consortium "Smoking in Moderate/ Severe Preeclampsia Worsens Pregnancy Outcome, but Smoking Cessation Limits the Damage. *Hypertension*. Feb 7, 2008.

- Podymow T., August P.*: The Use of Anti hypertensive Drugs in Pregnancy. Hypertension, 2008, Feb.
- Redman C., Walker I.*: Preeclampsia: The Facts. Harrow: Action on Preeclampsia, 1996.
- Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy*: Am J Obstet & Gynecol, 2000; 183(1): S1-S22.
- Roberts J.M.*: Preeclampsia: what know and what we do not know: Seminars in Perinatology, 2000 24(1) 24-28.
- Ros H.S., Cnattingius S., Lipworth L.*: Comparison of risk factors for pre-eclampsia and gestational hypertension in a population-based cohort study. Am J Epidemiol. 1998; 147(11):1062-70.
- Rumbold A.*: Antioxidants for Preventing Preeclampsia; Cochrane Database Syst. Rev, 2008 Jan, 23.
- Saudan P., et al.*: Does gestational hypertension become preeclampsia. Br J Obst & Gynecol, 1998; 105: 1177-1184.
- Savidou M.D., Karanastasi E., Skentou C., Gee L., Nicolaides K.H.*: Twin chorionicity and preeclampsia. Ultrasound Obstet & Gynecol, 2001; 18: 228-31.
- Sibai B.M.*: Chronic hypertension in pregnancy. Obst & Gynecol, 2002; 100(2):369-77. Review.
- Smith G.*: Why Smoking Mothers Less Prone To Preeclampsia. Hypertension, 2006.
- Meher S.*: Garlic for preventing Preeclampsia and its complications. Cochrane Data Syst Rev, 2007, Jul.
- Stamilio D.M., Sehdev H.M., Morgan M.A., Probert K., Macones G.A.*: Can antenatal clinical and biochemical markers predict the development of severe preeclampsia? Am J Obstet & Gynecol, 2000; 182: 589-94.
- Sterhen P.*: Hypertensive disorders of pregnancy: overdiagnosis is appropriate, 2005.
- Vigil De Gracia P.*: Pregnancy and severe chronic hypertension: maternal outcome. Hypertension Pregnancy 23, 2004.
- Villar J., et al.*: Preeclampsia, gestational hypertension and intrauterine growth restriction, related or independent conditions? Am J Obstet & Gynecol, 2006.
- WHO*: Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: Geneva, 2003.
- Wilson B.J., Watson M.S.*: Hypertensive diseases of pregnancy and risk of hypertension and stroke in later life: results from coh. study. BMJ, 2003 Apr 19;326(7394):845.

ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΑΠΟ ΜΑΙΕΣ ΤΩΝ ΜΟΛΩΝ ΛΑΚΩΝΙΑΣ

Προς το Σ.Ε.Μ. Αθηνών

Οι Μαίες του Γ.Ν.-Κέντρου Υγείας Μολάων Λακωνίας ευχαριστούμε θερμά το Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου για την άμεση και αποτελεσματική αντίδρασή του όσον αφορά την ανάθεση προς εμάς καθηκόντων Νοσηλευτριών από τη Διοίκηση του Νοσοκομείου μας.

Όπως όλοι γνωρίζουμε, δεν είναι η μοναδική φορά που καθήκοντα Νοσηλευτριών ανατίθενται σε Μαίες στα Νοσοκομεία μας. Θεωρούμε, όμως, πως η Νοσηλευτική και Μαιευτική είναι δυο διαφορετικές ειδικότητες. Υπάρχουν ουσιώδεις διαφορές μεταξύ τους. Υπάρχει σαφής διαχωρισμός στα πεδία απασχόλησής τους, υπάρχει διαφορετικό καθηκοντολόγιο όπως αυτό προβλέπεται από το Π.Δ. "Περί καθορισμού επαγγελματικών δικαιωμάτων". Το καθηκοντολόγιο κάθε επαγγελματικού κλάδου πρέπει να μη διαστρεφώνεται και να τηρείται αυστηρά.

Θεωρούμε, λοιπόν, πως είναι υποχρέωση όλων μας να υπερασπιζόμαστε τα δικαιώματά μας και καλό θα ήταν να βάλουμε στόχο στη ζωή μας η κάθε μας ημέρα να είναι ένας διαρκής αγώνας για την αξιοπρέπειά μας και την καταξίωσή μας, όχι μόνο τη δική μας αλλά και του επαγγέλματός μας.

Εργαζόμενες σε αλλότρια καθήκοντα δεν μπορούμε να αναδείξουμε την επαγγελματική μας ταυτότητα, τις δυνατότητες και την προσφορά του λειτουργήματός μας στο κοινωνικό σύνολο.

Οι Μαίες του Γ.Ν.-Κ.Υ. Μολάων Λακωνίας

**ΝΙΚΗ ΒΑΡΟΥΤΣΑ
ΕΥΓΕΝΙΑ ΧΑΡΑΜΗ**

Η αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης στο νοσηλευτικό προσωπικό

Άννα Χατζημιχάλογλου*
Μάρθα Μωραΐτου**
Μιχάλης Γαλανάκης***

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το ανθρώπινο δυναμικό που στελεχώνει τον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην επιτυχία της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Σε χώρους εργασίας όπου οι στενές εξωτομικές σχέσεις αναπτύσσονται ως αναγκαιότητα μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και όσων αποδέχονται τις υπηρεσίες τους, είναι συχνά αναπόφευκτο να προκύπτουν στρεσογόνες καταστάσεις επιτείνοντας το άγχος και την κατάθλιψη, με επιπτώσεις τόσο στους εργαζόμενους όσο και στους ασθενείς, αλλά και στην ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθούν τα συναισθήματα του άγχους και της κατάθλιψης όπως αυτά εμφανίζονται στις τάξεις του νοσηλευτικού προσωπικού, που εργάζεται στο Β' Νοσοκομείο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ "ΠΑΝΑΓΙΑ" Θεσσαλονίκης. Το δείγμα αποτέλεσαν 100 νοσηλεύτριες/τριες ηλικίας 25 έως 55 ετών. Για την καταγραφή του άγχους χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο αυτοεκτιμώμενου άγχους του Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI). Για την καταγραφή της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της αυτοεκτιμώμενης κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory, BDI) αντίστοιχα. Η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε κατά το τελευταίο δίμηνο του 2004. Τα αποτελέσματα έδειξαν σε ποσοστό 50% συμπτώματα άγχους και σε ποσοστό 40% συμπτώματα κατάθλιψης.

Λέξεις-κλειδιά: άγχος, κατάθλιψη, επαγγέλματα υγείας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια γίνεται ολοένα και περισσότερο λόγος για την Ψυχολογία της Υγείας, η οποία αναφέρεται στις εφαρμογές της Ψυχολογίας, στα προβλήματα της υγείας αλλά και στη φροντίδα αυτής (Marks D.F., 1994). Ένας από τους τομείς που επικεντρώνει το ενδιαφέρον του ο κλάδος της Ψυχολογίας της Υγείας είναι ο επαγγελματίας της υγείας, τα κίνητρα που τον ωθούν στο επάγγελμα αυτό, οι αντιλήψεις του ως προς τις ασθένειες, το θάνατο, τη ζωή, τα προβλήματα που βιώνει και φυσικά τη στάση του απέναντι στον ασθενή και την

* Μαία Β' Νοσοκομείου ΙΚΑ Θεσσαλονίκης.
** Μαία, Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Μαιευτικής Αλεξάνδρειου ΤΕΙ Θεσσαλονίκης.
*** MSc, Οργανωτικός Ψυχολόγος, Διδακτορικός Φοιτητής Ψυχολογίας Παντείου Πανεπιστημίου Πολιτικών & Κοινωνικών Επιστημών.

αντιμετώπισή του. Ο όρος “επαγγελματίας υγείας” περιλαμβάνει την ομάδα εκείνη των επιστημόνων που ασχολούνται με την πρόληψη και αγωγή υγείας, δηλαδή τους γιατρούς, τις μαίες, τις νοσηλεύτριες, τους κοινωνικούς λειτουργούς, τους ψυχολόγους, τους φυσιοθεραπευτές και τους επισκέπτες υγείας (Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., 1999).

Επίσης, τα τελευταία χρόνια τα ποσοστά της κατάθλιψης, οι συνέπειες και το κοινωνικό της κόστος αυξάνονται ανησυχητικά (Αλεβίζος Β., 1999). Η κατάθλιψη αφορά έμμεσα ή άμεσα ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού (Bloomfield H.H., McWilliams P., 2001), αφού εκτιμάται ότι ένα ποσοστό 10-25% του γενικού πληθυσμού θα εκδηλώσει σε κάποια στιγμή της ζωής του έντονα συμπτώματα κατάθλιψης (Κλεφτάρας Γ., 1998).

Οι γυναίκες υποφέρουν από καταθλιπτικά συμπτώματα σε υψηλότερα ποσοστά απ’ ό,τι οι άνδρες (Bebbington P.R., 1998, Κλεφτάρας Γ., 1998). Οι γυναίκες ενδέχεται να είναι πιο επιρρεπείς στην εκδήλωση της διαταραχής, λόγω ψυχικής καταπόνησης, που σχετίζεται με το φύλο σε συνδυασμό με τις διαφορές στους τρόπους προσαρμογής ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες στο περιβάλλον (Meagher D., Murray D., 1997). Υπάρχουν επίσης ενδείξεις, ότι η κατάθλιψη είναι υψηλότερη (σε αριθμό, σε ποσοστά, σε ένταση) στη διάρκεια της αναπαραγωγικής ζωής της γυναίκας (25-44 χρόνων) (Wisner K.L., Gelenberg A.J., Leonard H., Zarin D., Frank E., 1999).

Το νοσηλευτικό προσωπικό, μαίες και νοσηλεύτριες αποτελείται κυρίως από γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας, που βιώνουν ιδιαίτερα αγχογόνες συνθήκες εργασίας (Λαχανά Ε., Κοτρώτσιου Ε., 2004) και εκδηλώνουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και άγχους (Χατζημιχάλογλου Α., Μωραΐτου Μ., Σταλίκας Α., 2003).

Το επαγγελματικό άγχος εμφανίζεται όταν οι απαιτήσεις της εργασίας υπερβαίνουν τις πηγές και τις δυνάμεις προσαρμογής του ατόμου (Lazarus R.S., Folkman S., 1984). Σύμφωνα με τον πίνακα κατάταξης του Cooper για το εργασιακό άγχος, τα επαγγέλματα ιατρικής φροντίδας και κυρίως το επάγγελμα της μαίας, της νοσηλεύτριας και του γιατρού θεωρούνται ότι επιφέρουν πολύ υψηλό άγχος (Cooper C.L., Cooper R.D., Eaker L.H., 2002).

Αναμφισβήτητα, κάθε επάγγελμα έχει τις δικές του περιβαλλοντικές πηγές άγχους. Όμως, οι επαγγελματίες υγείας καθημερινά καλούνται να αντιμετωπίσουν δύσκολα περιστατικά και βιώνουν συχνά το θάνατο ασθενών. Το άγχος κατά την ιατρονοσηλευτική πράξη σε συνδυασμό με τις άσχημες συνθήκες εργασίας, το φόρτο εργασίας και την εργασία σε

βάρδιες οδηγούν σε επαγγελματική εξουθένωση με αποτέλεσμα ποικίλα ψυχοσωματικά προβλήματα.

Μια μεγάλη μελέτη, που πραγματοποιήθηκε από το Ερευνητικό Ινστιτούτο του Stanford σε Αμερικανίδες νοσηλεύτριες, έδειξε ότι οι νοσηλεύτριες με εναλλασσόμενες βάρδιες παρουσίασαν πιο συχνά και πιο σοβαρά σωματικά προβλήματα (κυρίως πεπτικές διαταραχές και ανωμαλίες στην έμμηνη ρύση). Επίσης, διακατέχονταν από μεγαλύτερη κατάθλιψη, σύγχυση και αγωνία από τις νοσηλεύτριες που δεν έκαναν κυκλικό ωράριο (Dohrenwend et al., 1980).

Αρχικά ο νεοδιοριζόμενος επαγγελματίας υγείας είναι γεμάτος ενέργεια και ενθουσιασμό. Προσπαθεί να θεραπεύσει και να στηρίξει ηθικά τον ασθενή, δουλεύει σκληρά, θέλει να αυξήσει τις γνώσεις και τις δεξιότητές του. Με την πάροδο όμως του χρόνου παύει να είναι ικανοποιημένος από την εργασία του (Λαχανά Ε., Κοτρώτσιου Ε., 2004), «*χάνει το ενδιαφέρον του για τον ασθενή, γίνεται απρόσωπος και οδηγείται προοδευτικά σε αποϊδανικοποίηση της πραγματικότητας, που δεν ανταποκρίνεται στους υψηλούς στόχους ή στα ιδανικά του*» (Edelwich J., Brodsky A., 1980).

Οι επιπτώσεις του εργασιακού στρες έχουν αντίκτυπο και στην προσωπική ζωή του επαγγελματία υγείας, αφού γίνεται ευερέθιστος, απαθής και κυνικός, πιθανόν όχι μόνο με το εργασιακό του περιβάλλον, αλλά και με το οικογενειακό και φιλικό (Βασιλάκη Ε., Τριβίλα Σ., Μπεζεβέκης Η., 2001).

Στη χώρα μας δεν έχει ιδιαίτερα μελετηθεί η πιθανή επαγγελματική εξουθένωση, που μπορεί να εκφράζεται με κατάθλιψη και άγχος στο νοσηλευτικό προσωπικό. Στη μελέτη αυτή γίνεται απόπειρα μελέτης του άγχους και της κατάθλιψης σε νοσηλευτικό προσωπικό συγκεκριμένου νοσηλευτικού ιδρύματος.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Δείγμα

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 100 νοσηλεύτριες ηλικίας 25 έως 55 ετών, που εργάζονται στο Β΄ Νοσοκομείο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ “ΠΑΝΑΓΙΑ”. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε ανώνυμα και η συμμετοχή ήταν εθελοντική.

Μέσα συλλογής δεδομένων

Οι ψυχομετρικές κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν στη συγκεκριμένη έρευνα ήταν το ερωτηματολόγιο άγχους του Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI) και το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory, BDI). Πρόκειται για δυο ευρέως χρησιμοποιούμενες και δημοφιλείς ψυχομετρικές

κλίμακες, τόσο από ερευνητές όσο και από κλινικούς. Στο ερωτηματολόγιο καταγραφόταν η ηλικία του συμμετέχοντα και το αν πέρασε κάποιο ιδιαίτερα θλιβερό γεγονός κατά το τελευταίο τρίμηνο.

Για την καταγραφή του άγχους χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο αυτοεκτιμώμενου άγχους του Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI). Το BAI είναι μια ψυχομετρική κλίμακα, η οποία αποτελείται από 21 συμπτώματα άγχους και μετράει τη σοβαρότητα του άγχους σε ενήλικες ανθρώπους (BAI, Beck A.T., Brown, Streer R.A., 1988). Το άτομο που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο έχει τη δυνατότητα να επιλέξει –ανάλογα με το βαθμό ενόχλησης του αγχωτικού συμπτώματος– μια από τις τέσσερις δηλώσεις–προτάσεις:

- α) Καμία ενόχληση (0 βαθμοί).
- β) Ήπια: δεν με ενόχλησε πολύ (1 βαθμός).
- γ) Μέτρια: ήταν πολύ δυσάρεστο αλλά μπορούσα να το αντέξω (2 βαθμοί).
- δ) Έντονη: μπορούσα να το αντέξω μόλις και μετά βίας (3 βαθμοί).

Επομένως, το άθροισμα βαθμών ενός ατόμου μπορεί να ποικίλει σε μια κλίμακα από το 0 έως το 63, όπως το ίδιο ισχύει και για το BDI (BAI, Manual).

Για την καταγραφή της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της αυτοεκτιμώμενης κατάθλιψης του Beck (Beck Depression Inventory, BDI). Το BDI περιλαμβάνει 21 δηλώσεις–ερωτήματα που αναφέρουν: διάθεση, απαισιοδοξία, αίσθηση αποτυχίας, αίσθηση του ανικανοποίητου, ενοχή, τιμωρία, αυτοαπέχθεια, αυτοκατηγορία, αυτοκτονικές ιδέες, κλάμα, ερεθιστικότητα, κοινωνική αποχώρηση, αναποφασιστικότητα, αλλαγή της εικόνας του σώματος, δυσκολίες εργασίας, αϋπνία, κόπωση, απώλεια όρεξης, απώλεια βάρους, σωματικά ενοχλήματα, απώλεια της λίμπιντο.

Η αξιοπιστία του BDI σε ψυχιατρικούς ασθενείς κυμάνθηκε μεταξύ 0,48 και 0,86 και σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς μεταξύ 0,60 και 0,90 (Beck A.T., Steer R.A., Garbin M.G., 1988). Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και έχει σταθμιστεί από τους Ντώνια και Δεμερτζή (1983) και προσαρμοστεί από την Αναγνωστοπούλου (2002). Στο ελληνικό BDI η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας είναι ιδιαίτερα ικανοποιητική (Cronbach's α . = 0,84).

Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα αναζητήθηκαν μεταξύ των εργαζομένων νοσηλευτών/τριών στο Β΄ Νοσοκομείο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ "ΠΑΝΑΓΙΑ", με γραπτή ανακοίνωση που αναρτήθηκε στους πίνακες ανακοινώ-

σεων του Νοσοκομείου και πραγματοποιήθηκε κατά το τελευταίο δίμηνο του 2004.

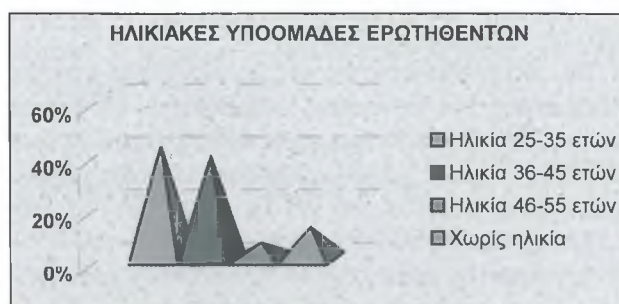
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Για την επεξεργασία των ερωτηματολογίων και τη διεξαγωγή αποτελεσμάτων οι ερωτηθέντες κατατάχθηκαν βάσει της βαθμολόγησής τους σε τέσσερις υποομάδες/κατηγορίες, σύμφωνα με τις γενικές οδηγίες για τη βαθμολογική κατάταξη των αγχωτικών και καταθλιπτικών ασθενών που διανέμει το CCT (Center of Cognitive Therapy). Έτσι, όσον αφορά το άγχος, βαθμολογίες από 0-7 δηλώνουν ελάχιστο άγχος, από 8-15 ήπιο άγχος, ενώ από 16-25 παρατηρούνται σε μέτριο άγχος και από 26-63 σε σοβαρό.

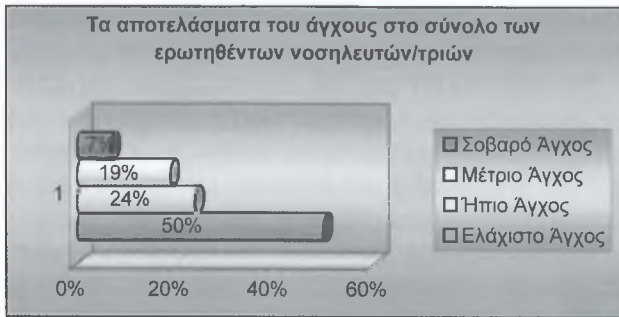
Για την κατάθλιψη, αντίστοιχα, βαθμολογίες από 0-9 θεωρούνται ως ελάχιστη κατάθλιψη, από 1-16 ότι υποδηλώνουν ήπια κατάθλιψη, από 17-29 σημαίνει ότι οι ερωτηθέντες έχουν μέτρια κατάθλιψη και από 30-63 σοβαρή.

Επίσης, το δείγμα χωρίστηκε σε τέσσερις ηλικιακές υποομάδες. Η 1η περιλάμβανε νοσηλευτές/τριες ηλικίας από 25 έως 35 ετών, η 2η από 36-45 ετών και η 3η από 46-55 ετών. Η 4η υποομάδα αποτελούνταν από ένα μικρό αριθμό προσωπικού, ο οποίος δεν συμπλήρωσε την ερώτηση σχετικά με την ηλικία.

Και τα δυο ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν συνολικά από 43 άτομα ηλικίας 25-35 ετών. Ακολουθεί η 2η υποομάδα ηλικίας 36-45 ετών με 39 ερωτηματολόγια, ενώ μόνο 6 ήταν οι νοσηλευτές/τριες άνω των 46 ετών που συμμετείχαν στην έρευνα. Υπήρχαν και 12 άτομα από το προσωπικό, τα οποία δεν θέλησαν να δηλώσουν την ηλικία τους.



Αρχικά είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι από το σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού, που συμμετείχε στην έρευνα, οι μισοί δεν παρουσίασαν άγχος, ενώ μόνο το 7% του συνόλου εμφάνισε σοβαρό άγχος. Ποσοστό 24% των νοσηλευτών/τριών είχε ήπιο άγχος και το υπόλοιπο 19% του συνόλου εμφάνισε μέτριο άγχος.



Τα αποτελέσματα μετά την επεξεργασία των ερωτηματολογίων για το άγχος σχετικά με την ηλικία ήταν τα παρακάτω:

Στην 1η ηλικιακή υποομάδα το 49% του συνόλου εμφάνισε ελάχιστο άγχος. Ίδιο ποσοστό (23%) ατόμων είχε ήπιο και μέτριο άγχος, ενώ ποσοστό 5% παρουσίασε σοβαρό άγχος.

Στη 2η ηλικιακή υποομάδα 54% του συνόλου είχε ελάχιστο άγχος, 21% παρουσίασε ήπιο, ενώ 15% μέτριο άγχος. Το 10% της υποομάδας εμφάνισε σοβαρό άγχος.

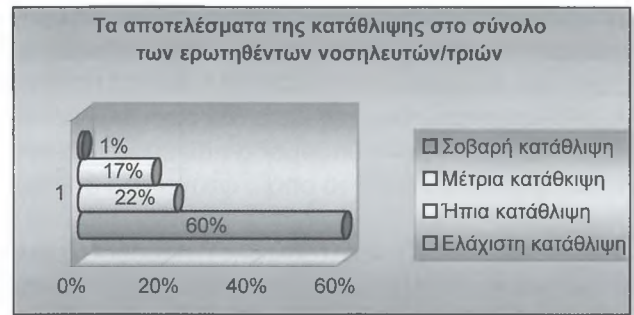
Στην 3η ηλικιακή υποομάδα οι μισοί από τους ερωτηθέντες εμφάνισαν ελάχιστο άγχος, ενώ είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι κανένας δεν εμφάνισε σοβαρό άγχος. Ήπιο άγχος είχε το 33% και μέτριο το 17%.

Στην υποομάδα χωρίς ηλικία το 42% είχε ελάχιστο άγχος, το 33% και 17% αντίστοιχα ήπιο και μέτριο άγχος, ενώ το 8% σοβαρό άγχος.

Τα παραπάνω αποτελέσματα φαίνονται συγκεντρωτικά στο παρακάτω διάγραμμα.



Αντίστοιχα, από το σύνολο των ερωτηθέντων νοσηλευτών/τριών για την κατάθλιψη, ποσοστό 60% από αυτούς δεν είχε κατάθλιψη, ενώ μόνο το 1% εμφάνισε σοβαρή μορφή. Ποσοστό 22% του συνόλου είχε ήπιου βαθμού κατάθλιψη, ενώ το υπόλοιπο 17% μέτριου βαθμού.



Με την επεξεργασία των ερωτηματολογίων της κατάθλιψης διεξήχθησαν τα παρακάτω αποτελέσματα, όπως φαίνονται στο διάγραμμα που ακολουθεί.



Στην 1η ηλικιακή υποομάδα το 56% του συνόλου εμφάνισε ελάχιστη κατάθλιψη, ενώ αρκετά αυξημένο ποσοστό (32%) αυτής της ομάδας παρουσίασε ήπια. Το 12% των ερωτηθέντων είχε μέτρια, αλλά κανείς δεν εμφάνισε σοβαρή κατάθλιψη.

Στη 2η ηλικιακή υποομάδα το 67% του συνόλου είχε ελάχιστο άγχος, το 10% παρουσίασε ήπιο, ενώ το 20% μέτριο άγχος. Είναι η μοναδική υποομάδα της οποίας οι νοσηλευτές εμφάνισαν σοβαρό άγχος σε ποσοστό 3%.

Στην 3η ηλικιακή υποομάδα, ενώ κανείς δεν παρουσίασε σοβαρή κατάθλιψη, ίδιος αριθμός ατόμων εμφάνισε ελάχιστη, ήπια και μέτρια κατάθλιψη.

Τέλος, στην υποομάδα χωρίς ηλικία το 66% είχε ελάχιστο άγχος, ενώ το 17% εμφάνισε αντίστοιχα ήπια και μέτρια κατάθλιψη. Και σ' αυτή επίσης την υποομάδα κανείς δεν είχε σοβαρή κατάθλιψη.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την επεξεργασία των ερωτηματολογίων του άγχους και της κατάθλιψης προκύπτουν ορισμένα ιδιαίτερα σημαντικά συμπεράσματα.

Στην περίπτωση του άγχους η έρευνα δείχνει ότι

οι νοσηλεύτριες/τριες των δυο πρώτων ηλικιακά υποομάδων, δηλ. ηλικίας 25-45 ετών, εμφανίζουν παραπλήσιο ελάχιστο και ήπιο άγχος, ενώ η 1η υποομάδα υπερτερεί της 2ης κατά 8% όσον αφορά το μέτριο άγχος. Η μόνη υποομάδα που εμφανίζει σοβαρό άγχος είναι η 2η, το οποίο φτάνει στο 3% του συνόλου.

Στην περίπτωση της κατάθλιψης η παρούσα έρευνα δείχνει ότι η 2η ηλικιακά υποομάδα έχει τη μεγαλύτερη επικινδυνότητα σε κατάθλιψη. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα ενός ατόμου από το νοσηλευτικό προσωπικό, ηλικίας 37 ετών, το οποίο όχι μόνο εμφανίζει σοβαρού βαθμού κατάθλιψη, αλλά και σοβαρό άγχος, όμως το τελευταίο τρίμηνο έχει βιώσει ένα ιδιαίτερα θλιβερό γεγονός. Επίσης, στην περίπτωση της ήπιας κατάθλιψης σημαντική στατιστική διαφορά παρουσίασε η 1η ηλικιακή υποομάδα σε σχέση με τη 2η, στην οποία υπερτερεί κατά 22%. Από το σύνολο γενικά των ερωτηθέντων το 15% έχει βιώσει το τελευταίο τρίμηνο κάποιο ιδιαίτερα θλιβερό γεγονός.

Το συμπέρασμα που προκύπτει από την έρευνα, ότι δηλ. περισσότερο άγχος και κατάθλιψη εμφανίζει το νεότερο προσωπικό και ιδιαίτερα οι γυναίκες νοσηλεύτριες, αφού αυτές αποτέλεσαν την πλειοψηφία των ερωτηθέντων, συμφωνεί με την άποψη ότι η κατάθλιψη είναι μεγαλύτερη στη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας, ιδιαίτερα μεταξύ 25-44 χρόνων σύμφωνα με τους Wisner K.L., Gelenberg A.J., Leonard H., Zarin D. & Frank E. (1999). Επίσης, τα αποτελέσματα συμφωνούν και με άλλες παλαιότερες βιβλιογραφικές αναφορές (Cooper C.L., Cooper R.D., Eaker L.H., 2002), αλλά και έρευνες (Dohrenwend et al., 1980), ότι δηλ. τα ψυχοσωματικά προβλήματα είναι περισσότερο εμφανή σε νέο ηλικιακό προσωπικό. Δεν πρέπει, όμως, να παραβλέπει κανείς ή να θεωρεί ασήμαντο το άγχος και την κατάθλιψη, που βιώνουν οι μεγαλύτεροι ηλικιακά νοσηλεύτριες/τριες.

Στην παρούσα έρευνα τα ερωτηματολόγια του άγχους και της κατάθλιψης είναι ψυχομετρικές κλίμακες αυτοαναφοράς, στις οποίες είναι εύκολο να "σπάσει" ο κώδικας βαθμολόγησης και να υποψιαστεί ο εξεταζόμενος ότι το μηδέν (0) δηλώνει την απουσία του συμπτώματος, ενώ το τρία (3) την πλήρη ύπαρξή του. Ένα από τα ζητήματα που προκύπτουν είναι ότι τα ερωτηματολόγια που σχετίζονται με τη διαταραχή της διάθεσης, δεν πρέπει να αποτελούν αποκλειστικό μέσο για τη διάγνωση της κατάθλιψης ή του άγχους ή οποιουδήποτε ψυχοσωματικού προβλήματος. Η χορήγηση του ερωτηματολογίου πρέπει να συνοδεύεται από λήψη ιστορικού

και κλινικής συνέντευξης προκειμένου η αξιολόγηση του ερωτηθέντος να είναι ολοκληρωμένη.

Επίσης είναι κατανοητό, ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των ερωτηθέντων σε μια έρευνα τόσο καλύτερα αποτελέσματα και συμπεράσματα διεξάγονται, κι αν όλοι είχαν δηλώσει την ηλικία τους η έρευνα θα ήταν πιο ολοκληρωμένη.

Οι περισσότερες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στο χώρο της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας είναι περιγραφικές και πολλές χαρακτηρίζονται από σοβαρά μεθοδολογικά προβλήματα. Γι' αυτό το λόγο είναι επιβεβλημένη περαιτέρω έρευνα για να προσδιοριστούν οι ατομικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, που συμβάλουν στη δημιουργία των ψυχοσωματικών προβλημάτων και να βρεθούν τρόποι αντιμετώπισής τους. Με τον τρόπο αυτό τα αποτελέσματα των μελλοντικών ερευνών θα μπορέσουν να βοηθήσουν, όχι μόνο στην ομαλή λειτουργία του χώρου που εργάζονται οι επαγγελματίες υγείας και στην ανθρώπινη αντιμετώπιση των ασθενών, αλλά και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

ABSTRACT

Anna Chatzimichaloglou, Martha Moraitou, Michalis Galanakis: The evaluation of anxiety and depression symptoms in the nursing staff.

"ELEFTHO", 3:116-121, 2008

Human workforce which recruits the domain of healthcare services, demonstrates an essential role to the accomplishment of the provided health care. In workplaces, where interpersonal relations between health professionals and the people evolved are conducted, stress conditions are inevitable to appear and often may result in the provocation of intense stress and depression, with negative results either to health professionals or to the patients and the quality of health service.

This article aims to study the negative sentiments, stress and depression, among nursing staff, working in 2nd Hospital IKA Thessaloniki. 100 nurses, aging from 25 to 55, who work in the hospital, took part in the study. Beck depression scale (Beck Depression Inventory, BDI) and Beck stress scale (Beck Anxiety Inventory, BAI) were used to measure stress and depression respectively. Questionnaires were collected during the last two months of 2004. Results show that 50% of the sample is confronted with stress symptoms and 40% with depression symptoms.

Key-words: anxiety, depression, health workers.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αλεβίζος Β. (1999): Η θεραπεία της κατάθλιψης. Ιατρική του σήμερα, 26, 11-19.
- Βασιλάκη Ε., Τριβίλα Σ., Μπεζεβέκης Η. (2001): Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπισή τους. Εκδόσεις "ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ", Αθήνα.
- Bebbington P.R. (1998): Η επίδραση της ηλικίας και του φύλου στη συχνότητα των καταθλιπτικών καταστάσεων: πορίσματα της εθνικής έρευνας ψυχιατρικής νοσηρότητας. *Psychological Medicine*, 28, 9-19.
- Beck A.T., Steer R.A. (1988): Beck Anxiety Inventory, Manual, 1-3, 5.
- Beck A.T., Steer R.A., Garbin M.G. (1988): Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck A.T., Ward C.H., Medelson M. (1961): An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 4, 308-312.
- Bloomfield H.H., McWilliams P. (2001): Θεραπεύοντας την κατάθλιψη. Εκδόσεις "ΘΥΜΑΡΙ", 3η έκδοση, Αθήνα.
- Cooper C.L., Cooper R.D., Eaker L.H. (2002): Ζώντας με στρες.
- Dohrenwend B.P., Dohrenwend B.S., Gould M.S., Link B., Neugebauer R., Wunsch-Hitzig R. (1980): Mental illness in the United States: Epidemiological estimates. New York: Praeger.
- Edelwich J., Brodsky A. (1980): Burnout: Stages of Disillusionment in Helping Professions. New York: Human Sciences Press.
- Κλεφτάρας Γ. (1998): Η Κατάθλιψη Σήμερα: Περιγραφή, Διάγνωση, Θεωρίες και ερευνητικά δεδομένα. Εκδόσεις "ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ", Αθήνα.
- Λαχανά Ε., Κοτρώτσιου Ε. (2004): Παρεμβάσεις σε ατομικό και οργανωτικό-διοικητικό επίπεδο για την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. "Το Βήμα του Ασκληπιού", 3, 4, 176-184.
- Lazarus R.S., Folkman S. (1984): Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer-Verlag.
- Marks D.F. (1994): Special Issue on health psychology. *The psychologist*.
- Meagher D., Murray D. (1997): Η κατάθλιψη στη γυναίκα. *Lancet*, 349, 117-120.
- Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. (1999): Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας. Εκδόσεις "ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ", Αθήνα.
- Χατζημιχάλογλου Α., Μωραΐτου Μ., Σταλίκας Α. (2003): Η αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης σε επαγγελματίες Μαίες-Μαιευτές. Πρακτικά 1ης Επισημομονικής Δημερίδας "Έρευνα στη Μαιευτική", σελ. 84-91. Εκδόσεις "ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ", Αθήνα.
- Wisner K.L., Gelenberg A.J., Leonard H., Zarin D., Frank E. (1999): Pharmacologic Treatment of Depression During Pregnancy. *Journal of American Medical Association*, 283, 13, 1264-1269.

Εκδηλώσεις Συλλόγου "ΟΙ ΦΙΛΟΙ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ" για την Παγκόσμια Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού (1-7 Νοεμβρίου)

Για τον εορτασμό της "Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού" στη χώρα μας ο Σύλλογος "ΟΙ ΦΙΛΟΙ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ" πραγματοποιεί στο Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Λεωφόρος Βασ. Κωνσταντίνου 48 - Αθήνα, τις ακόλουθες εκδηλώσεις:

- A) Δευτέρα 3-11-2008, ώρα 6.00 μ.μ. - 8.00 μ.μ., Αμφιθέατρο "Λεωνίδα Ζέρβας". Ομιλίες:**
- Ο μαστός και ο Μητρικός Θηλασμός πέρα από την Ιατρική: στην Ιστορία, στην Τέχνη, στη Μυθολογία, στη Ζωή: *Δημήτριος Καγιάς, Παιδοχειρουργός*
 - Μητρικός Θηλασμός στην Ελλάδα του 20ού αιώνα: *Φανή Πεχλιβάνη, Μαία*
 - Εγκυμοσύνη, γέννα, νεογέννητο και Ελληνική Λαϊκή Παράδοση: *Κατερίνα Δαλιάνη, Μαία*
- ΕΙΣΟΔΟΣ ΕΛΕΥΘΕΡΗ
- B) Εκδηλώσεις από 3 έως 9-11-2008, ώρα 10.00 π.μ - 8.00 μ.μ., Αίθριο Εθνικού Ιδρύματος Ερευνών.**
- Έκθεση Φωτογραφίας της Κατερίνας Καμπίτη με θέμα: "Μητέρα, Παιδί, Μητρικός Θηλασμός"
 - Έκθεση αφίσας σχετικής με το Μητρικό Θηλασμό.
 - Παρουσίαση φωτοαντιγραφικού υλικού με θέμα: "Μητρότητα: αναφορά στην Τέχνη"
 - Προβολή βιντεοταινιών με θέμα το Μητρικό Θηλασμό.
 - Προσφορά έντυπου υλικού σχετικού με το Μητρικό Θηλασμό.
- ΕΙΣΟΔΟΣ ΕΛΕΥΘΕΡΗ
- Γ) Συνεργασία στο 23ο Εκπαιδευτικό Σεμινάριο 40 ωρών για το Μητρικό Θηλασμό, που θα πραγματοποιηθεί από 3-7 Νοεμβρίου 2008 στο Γ.Π.Ν.-Μ. "ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ" υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης.**

Ελεύθερη συμμετοχή με προτεραιότητα. Τηλ.: 210.6462 782 & 210. 6402 360

Το έμβρυο ως πρωταγωνιστής στην κύηση και τον τοκετό. Αισθάνεται το έμβρυο και με ποιό τρόπο κατά την κύηση και τον τοκετό;

Ειρήνη Λιάγκα*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η συναισθηματική κατάσταση της μέλλουσας μητέρας επηρεάζει την ψυχολογική κατάσταση του εμβρύου με καθοριστικό τρόπο, όχι μόνο στο παρόν αλλά και στο μέλλον του ως ενήλικα.

Η ενδομήτρια εμπειρία είναι η πρώτη εμπειρία ζωής για κάθε άνθρωπο, ενώ η σύλληψη σηματοδοτεί το "αληθές μηδέν" στη ζωή μας. Η παραγνώριση της περιόδου της εγκυμοσύνης στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς του ανθρώπου αποτελεί σοβαρή παράλειψη από την πλευρά των επιστημόνων. Η επικρατούσα άποψη πως η αρχή της ζωής είναι με τη γέννηση του ανθρώπου ανατρέπεται από τις σύγχρονες έρευνες και θεωρίες.

Λέξεις-κλειδιά: έμβρυο, συμπεριφορά εμβρύου, αποδεκτική μήτρα, απορριπτική μήτρα, τραύμα γέννας, απορριφθέντες, ευπρόσδεκτα έμβρυα, γονεϊκότητα, συναίσθημα του ομφάλιου λώρου, προγεννητική ψυχολογία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ενδομήτρια ζωή του ανθρώπου διαρκεί περίπου 280 ημέρες. Πολλοί, ακόμη και σήμερα, θεωρούν ότι είναι μια περίοδος κατά την οποία το κύημα δεν μπορεί να αισθανθεί, να αντιληφθεί, να νιώσει και να αντιδράσει. Παρουσιάζεται δε το εξής παράδοξο: από τη μια πλευρά να ενθαρρύνουμε την έγκυο να τρέφεται σωστά, να κοιμάται επαρκώς και να ξεκουράζεται, να κάνει τον απαραίτητο προγεννητικό έλεγχο με τις ανάλογες εξετάσεις, αναγνωρίζοντας έτσι πόσο σημαντικό ρόλο παίζουν αυτοί οι παράγοντες στην ανάπτυξη και υγεία του εμβρύου, ενώ παράλληλα από την άλλη πλευρά δεν δίνουμε την ανάλογη σημασία στην ψυχολογία του εμβρύου και του νεογνού, όπως και σ' εκείνους τους παράγοντες, που ενδεχομένως να επηρεάζουν την κύηση αλλά και τη μελλοντική του συμπεριφορά στην εξωμήτρια ζωή.

Αυτό συμβαίνει γιατί είναι πολύ διαδεδομένη η άποψη πως το έμβρυο δεν καταλαβαίνει, δεν αισθάνεται, δεν έχει μνήμη και γεννιέται "tabula rasa". Στη διαμόρφωση αυτής της πεποίθησης για το έμβρυο κατά την

* Μαία, st. Mcs, Σύμβουλος Προγεννητικής Αγωγής και Ψυχολογίας, Πιστοποιημένη Εκπαιδύτρια Ενηλίκων.

κύηση και τον τοκετό, σημαντικό ρόλο έπαιξαν οι επικρατούσες θεωρίες στα τέλη του 19ου και αρχές του 20ού αιώνα, όπως η θέση του Freud που θεωρούσε την προγεννητική περίοδο μια κατάσταση ύπνου (και την προσομοίαζε μ' αυτή), ενώ στηριζόταν στη μελέτη του Langeworth U. ("Developmental of behavior patterns and Myelinization of the nervous system in the human and infant, contributions to embryology", Washington DC, the Carnegie Institute XXIV, no 139, 1933), ο οποίος υποστήριζε πως η ελλιπής μυελινοποίηση αποτρέπει το έμβρυο από το να δεχθεί μηνύματα μέσω των αισθητηριακών νευρώνων.

Οι θέσεις αυτές είχαν καταλυτική επίδραση στη Μαιευτική και την Παιδιατρική για τον τρόπο αντιμετώπισης του εμβρύου και του νεογνού, αφού με βάση αυτή την αντιμετώπιση, ακόμη και επεμβάσεις στα νεογέννητα γίνονταν χωρίς τη χρήση αναισθησίας. Αυτό γινόταν ευρέως, ακόμη και μέσα στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών όπου εφαρμόζονταν –σχετικά μέχρι πρόσφατα– επώδυνες τεχνικές χωρίς τη χρήση αναλγητικών για το νοσηλευόμενο νεογνό. Κι αυτό γιατί υπήρχε η πεποίθηση, πως αφού το νεογνό δεν νιώθει, άρα δεν πονά (Λιάγκα Ε., 2007).

Ήδη από το 1972 νεότερες έρευνες έδειξαν πως το έμβρυο είναι σε θέση να νιώσει πόνο, να ακούσει, να γευθεί. Σύμφωνα με τους Bekoff & Fox ("Postnatal Neural Ontology, Developmental Psychology, 5: 323-341, 1972"): «*Αν και η πλήρης μυελινοποίηση όντως αυξάνει την ταχύτητα μετάδοσης των ερεθισμάτων, μια καλώς οργανωμένη νευρωνική δραστηριότητα και αισθητηριακή δεκτικότητα είναι δυνατή πολύ πιο πριν οι νευρικές ίνες μυελινοθούν πλήρως*».

Τα τελευταία χρόνια είναι πια ξεκάθαρο, πως η αντίληψη του πόνου αρχίζει από την 7η εβδομάδα κύησης όπου εμφανίζονται οι υποδοχείς του πόνου, οι οποίοι από την 20ή εβδομάδα θα έχουν επεκταθεί σ' όλη τη δερματική επιφάνεια και τους αισθητήρες. Στο χρονικό διάστημα μεταξύ 20ής και 24ης εβδομάδας δημιουργούνται οι θαλαμοφλοιώδεις συνάψεις ανάμεσα στις εισερχόμενες ίνες και το φλοιό (Κώσταλος Χ., Τόμος Β', 1996).

Είμαστε σε θέση πια να γνωρίζουμε, πως ο πόνος μεταβιβάζεται με εμμύελες και αμύελες ίνες και επομένως δεν ισχύει η θεωρία ότι ο ανώριμος εγκέφαλος προστατεύει τα έμβρυα και νεογνά από τον πόνο (Κώσταλος Χ., Τόμος Α', 1996). Έχει διαπιστωθεί ακόμη, πως το έμβρυο αντιδρά σε εξωτερικούς ερεθισμούς αυξάνοντας την κινητικότητά του και το ρυθμό των παλμών της καρδιάς. Έτσι, έγκυες έχουν αναφέρει πως έντονοι ήχοι, όπως αυτός των δικύκλων ή τα χειροκροτήματα ή οι δυνατές φωνές

και τα γέλια προκαλούν έντονες αντιδράσεις στο έμβρυο και υπερκινητικότητα. Ήδη από τον 5ο μήνα της κύησης ο κοχλίας του αυτιού είναι πλήρως διαμορφωμένος και το έμβρυο είναι σε θέση να διακρίνει ήχους από το εξωτερικό περιβάλλον καθώς και τη φωνή της μητέρας και του πατέρα. Πολλές μητέρες που κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έπαιζαν κάποιο μουσικό όργανο ή άκουγαν κάποιο κομμάτι μουσικής, αναφέρουν πως τα παιδιά τους έδειχναν μια προτίμηση για τη μουσική επιλογή τους.

Συναίσθημα του ομφάλιου λώρου

Ποιό άλλο ερέθισμα επηρεάζει την ανάπτυξη, τις αντιδράσεις και θα μπορούσαμε να πούμε και τη συμπεριφορά του εμβρύου; Αν και δεν υπάρχει άμεση σύνδεση μεταξύ των νευρικών κυττάρων εγκύου και εμβρύου, η συναισθηματική κατάσταση της εγκύου μπορεί να επηρεάσει και μάλιστα σημαντικά την ανάπτυξη και τον τρόπο που αντιδρά το έμβρυο. Αυτό συμβαίνει γιατί κατά τη διάρκεια διαφόρων συναισθηματικών καταστάσεων της εγκύου (φόβος, θυμός, άγχος ή κάποιο πένθος), ενεργοποιείται το αυτόνομο νευρικό σύστημα του οργανισμού της με αποτέλεσμα τη μειωμένη ροή αίματος στο έμβρυο ή και την έκκριση ορμονών, οι οποίες μέσω του πλακούντα κατακλύζουν το έμβρυο.

Ο Francis Mott (1960), ο οποίος ήταν Άγγλος ψυχαναλυτής και μαθητής του Nador Fodor, ανέπτυξε μέσω της ανάλυσης των ονείρων των θεραπευομένων του μια ψυχολογία του εμβρυακού εαυτού στη μήτρα της μητέρας. Η βασική του αρχή ήταν: «*Κάθε ψυχολογικό συναίσθημα προέρχεται από ένα παλαιότερο συναίσθημα*».

Σύμφωνα με τον Mott ο ομφάλιος λώρος δεν μεταφέρει μόνο θρεπτικά στοιχεία, αλλά μεταφέρει επίσης και τις επιθετικές ριπές άσχημων συναισθημάτων στο έμβρυο. Ο Mott χρησιμοποίησε τον όρο "umbilical affect", δηλαδή "συναίσθημα του ομφάλιου λώρου", αναφέροντας πως το κύημα αισθάνεται τα αρνητικά συναισθήματα τα οποία φτάνουν σ' αυτό μέσω του ομφάλιου λώρου. Σε απάντηση το έμβρυο επιστρέφει στη μητέρα αυτά τα άσχημα συναισθήματα, πάλι μέσω του αίματος και του ομφάλιου λώρου. Έτσι, λένε, πως μπορεί να ξεκινήσει μια μάχη ή ίσως ακόμη και ένας πόλεμος ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί της από εκείνα τα πρώτα στάδια. Τελικά, εάν η ίδια η έγκυος έχει άγχος ή αισθάνεται ανεπάρκεια και όχι υποστήριξη, ή νιώθει την έλλειψη αναγνώρισης, αυτό θα γίνει αντιληπτό από το έμβρυο. «*Το έμβρυο θα βιώσει στρες από την αποτυχία του άμεσου περιβάλλοντός του να προσφέρει την προσδοκώμενη αποδοχή και υπο-*

στήριξη, όχι τόσο σε επίπεδο μεταβολικό, αλλά να θρέψει τις πρώτες στιγμές ενός ανθρώπου που βρίσκεται σε σχέση».

Τον ίδιο όρο του “ομφάλιου συναισθήματος” χρησιμοποιεί και ο Frank Lake, ο οποίος το 1981 περιέγραψε το σύνδρομο στρες μητέρας και εμβρύου στο βιβλίο του: “Tight corners in counselling”.

Σύμφωνα με τον Lake ο πλακούντας και ο ομφάλιος λώρος εξυπηρετούν τη θρέψη του εμβρύου, το σχηματισμό του φυσικού σώματος. Υπάρχει όμως και ένας “αόρατος” ομφάλιος λώρος μέσα από τον οποίο περνούν πληροφορίες από τη μητέρα στο παιδί. Αν όλα πάνε καλά, τότε το παιδί αποκτά αίσθηση εαυτού και αίσθηση ταυτότητας, ακριβώς όπως κατά την προγεννητική περίοδο μια καλή θρέψη θα οδηγήσει σ’ ένα έμβρυο, που θα γεννηθεί και θα είναι γεμάτο υγεία. Αν όμως η θρέψη σε φυσικό επίπεδο είναι περιορισμένη, τότε το έμβρυο θα στρεσαριστεί, εάν δε εμποδιστεί, τότε θα διακοπεί η ανάπτυξη του, γεγονός που θα οδηγήσει σε θάνατο. Έτσι, εάν το έμβρυο δεν τραφεί με ενδιαφέρον, ευγένεια, σεβασμό και ικανοποίηση, αρχικά θα οδηγηθεί σε πανικό και αργότερα σε απόγνωση, εμπειρίες που θα μείνουν μέχρι την ενήλικη ζωή του.

Αποδεκτική ή απορριπτική μήτρα

Το βασικό χαρακτηριστικό της προγεννητικής περιόδου είναι η πλήρης εξάρτηση του εμβρύου από το μητρικό οργανισμό. Σύμφωνα με τη θεωρία της Αυτοψυχογνωσίας του Έλληνα νευρολόγου-ψυχιάτρου Αθανασίου Καυκαλίδη (1919-1987), ο οποίος μελέτησε την επίδραση των προγεννητικών και περιγεννητικών εμπειριών στην ψυχική υγεία του ανθρώπου μέσω ψυχοδηλωτικών φαρμάκων, η συνείδηση διαμορφώνεται μέσα στη μήτρα. Ο άνθρωπος δεν γεννιέται άγραφο χαρτί. Το έμβρυο νιώθει από την πρώτη στιγμή συνένωσης των κυττάρων των γεννητόρων του, δηλαδή από τη στιγμή της ένωσης σπερματοζωαρίου και ωαρίου.

Για την εμβρυϊκή συνείδηση η μητρική αποδοχή ή απόρριψη αποτελούν μηνύματα και ταυτόχρονα ερεθίσματα, που κατά κανόνα αφήνουν τα ίχνη τους στα ανθρώπινα κύτταρα. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή οι άνθρωποι μπορούν να χωρισθούν σε έμβρυα:

- υπαρξιακά ανεπιθύμητα, δηλαδή έμβρυα που οι γονείς τους δεν τα ήθελαν καθόλου,
- ανεπιθύμητα λόγω φύλου,
- περιοδικά ανεπιθύμητα,
- κληρονομικά ανεπιθύμητα,
- ευπρόσδεκτα.

Μ’ αυτό τον τρόπο ο Καυκαλίδης διέκρινε τους ανθρώπους σε απορριφθέντες, ευπρόσδεκτους και

επιθυμητούς, που είναι και η ιδανική κατάσταση. Τα περισσότερα έμβρυα μπορούν να ανήκουν σε περισσότερες της μιας κατηγορίες, ενώ ο βαθμός της απόρριψης ή της αποδοχής ποικίλλει από έμβρυο σε έμβρυο.

Σύμφωνα με τον Έλληνα ψυχίατρο τα απορριπτικά ερεθίσματα, λ.χ. η προσπάθεια αποβολής, η άρνηση του φύλου ή η άρνηση της ύπαρξης του εμβρύου, προκαλούν στην εμβρυϊκή συνείδηση φρικιαστικό φόβο και δέος. Στην ουσία αποτελούν ερεθίσματα, που αντιστρατεύονται την υπαρξιακή ταυτότητα και αυτοσυντήρησή του.

Ο όρος που χρησιμοποίησε ο Καυκαλίδης για να περιγράψει τον τρόπο είναι: “πρωτόγονο δέος”. Μ’ άλλα λόγια, “πρωτόγονο δέος” είναι ο απόλυτος φόβος που αισθάνεται το έμβρυο στη μήτρα, όταν δέχεται καταγισμό από φοβόγωνα ερεθίσματα τα οποία ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙ να επεξεργασθεί λόγω του ανώριμου νευρικού του συστήματος.

Συγκλίνουσα θεωρία είναι αυτή του Stanislav Grof, επικουρου καθηγητή Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου “John Hopkins”, ο οποίος οργάνωσε τις εμπειρίες που πηγάζουν από το περιγεννητικό πλαίσιο σε τέσσερα διακριτά βιωματικά πρότυπα. Καθένα απ’ αυτά χαρακτηρίζεται από ειδικές συγκινήσεις, σωματικές αισθήσεις και συμβολική εικονοποιία.

Σύμφωνα με τον Grof οι εμπειρίες αυτές αφήνουν στην ψυχή βαθιά ασυνείδητα ίχνη, τα οποία αργότερα ασκούν σημαντική επιρροή στη ζωή του ατόμου. Αυτούς τους σχηματισμούς τους ονόμασε “θεμελιώδη περιγεννητικά πρότυπα”.

Η μητέρα-μύστις

Σύμφωνα με τον καθηγητή της Ψυχονευροενδοκρινολογίας και Παιδοψυχιατρικής του Πανεπιστημίου της Πράγας, P.G. Fedor-Freybergh, η μητέρα δεν είναι απλά ένα δοχείο που επιτρέπει την ανάπτυξη του παιδιού, αλλά είναι ένας ενεργός μύστις.

Η εγκυμοσύνη είναι η πρώτη οικολογική θέση του ανθρώπου και η μήτρα είναι το πρώτο οικολογικό περιβάλλον. Ο διάλογος ανάμεσα στο αγέννητο παιδί, τη μητέρα και τον πατέρα δημιουργεί μια “πρωτογενή σχέση”, που με τη σειρά της επηρεάζει τις διαπροσωπικές σχέσεις αλλά και τη συμπεριφορά. Περιγράφει την εγκυμοσύνη ως έναν ενεργό διάλογο ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί. Διευρύνεται και γίνεται διάλογος ανάμεσα στο παιδί και τον πατέρα, όπως και στο ψυχοκοινωνικό περιβάλλον. Ο διάλογος αυτός διεξάγεται σε διάφορα επίπεδα: ψυχολογικό, συναισθηματικό, βιοχημικό κλπ., ενώ αρχίζει σ’ ένα ασυνείδητο επίπεδο.

Από την πλευρά της μητέρας η έναρξη αυτή

σηματοδοτείται από τη στιγμή που θα αρχίσει να απευθύνεται στο έμβρυο με το όνομά του και όχι λέγοντας απλά: "αυτό". Η γυναίκα λοιπόν κατά τον Freybergh οφείλει να γνωρίζει τις τεράστιες δημιουργικές της δυνάμεις, να είναι σε επαφή μ' αυτές και να μπορεί να καθοδηγεί και να αυξάνει το δημιουργικό της έργο. Έτσι, είναι απαραίτητο να δημιουργηθούν σχολές, που θα προετοιμάζουν τους ανθρώπους για μια συνειδητή γονεϊκότητα. Η προγεννητική φροντίδα οφείλει επίσης να τροποποιηθεί, έτσι ώστε να συμπεριλάβει την εξέταση των ψυχολογικών και κοινωνικών συνθηκών των γονέων, αλλά και να βλέπει το παιδί ως ενεργό μέλος στον ψυχοκοινωνικό διάλογο με τους γονείς του.

Είναι σαφής η θέση του Freybergh, πως το συνεχές της ζωής ξεκινά "in utero", «...αφού η ανθρώπινη ζωή είναι ένα συνεχές αποτελούμενο από στάδια ανάπτυξης, τα οποία έχουν τη σημασία τους αλληλεπιδρώντας το ένα στο άλλο. Σ' αυτό το συνεχές το άτομο αποτελεί μια αδιαίρετη οντότητα: ψυχολογική, φυσική και κοινωνική. Δεν μπορούμε να απομονώσουμε το βιοχημικό, ενδοκρινολογικό, κοινωνικό και ψυχολογικό, αφού αυτό είναι αδιαίρετο».

Το τραύμα της γέννας

Οι πιο κρίσιμες στιγμές κατά τον τοκετό βρίσκονται στο κανάλι εξόδου από το πυελογγεννητικό σωλήνα και στην παρατεταμένη καθυστέρηση της πρώτης αναπνοής (Rank O., 1973, Janov A., τ. Α', 1989, Janov A., τ. Β', 1989).

Σε εργασίες πολλών επιστημόνων (Janus, Turner, Grof, Freyd, Rank, Ferenczi, Fondor, Axness, Freybergh, Καυκαλίδης, Verny, Leboyer, Odent κ.ά.) βρίσκουμε τη σύνδεση, που γίνεται ανάμεσα στον τρόπο γέννησης και στην προσωπικότητα του παιδιού, καθώς και στη διαμόρφωση αυτής στο μέλλον.

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία το κλάμα του παιδιού είναι ένα κλάμα οργής για την απώλεια του χαμένου παραδείσου. Είναι, δηλαδή, η διαμαρτυρία του παιδιού για τη βίαιη αποκοπή από το μητρικό σώμα, όπου ζούσε αμέριμνο, σε σταθερή θερμοκρασία, εξασφαλισμένη τροφή και προστασία.

Ο Otto Rank στο έργο του "Το τραύμα της γέννας" χαρακτηρίζει την εμπειρία του τοκετού ως τον κύριο παράγοντα, που ΚΑΘΟΡΙΖΕΙ το πώς βλέπει το άτομο τον κόσμο, δηλ. εχθρικά ή φιλικά. Έτσι, η εμπειρία του τοκετού είναι δυνατό να αποτελέσει πηγή άγχους και πρότυπο για παντός είδους νευρωτικές συμπεριφορές, που θα παρουσιάσει το άτομο σ' όλη τη διάρκεια της ζωής του. Η επιστροφή δε στην ήρεμη μήτρα θα αποτελέσει ανεκπλήρωτο όνειρο για κάθε άτομο σ' όλη του τη ζωή. Τρόποι επιστροφής

σ' αυτό το ενδομήτριο περιβάλλον είναι τα όνειρα, η σεξουαλική επαφή, τα παιχνίδια κλπ.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Αντί επιλόγου δανείζομαι από τον καθηγητή Γενικής Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιωάννη Παρασκευόπουλο, το παρακάτω κείμενο από το έργο του "Εξελικτική Ψυχολογία", τόμος Α', σελ. 71:

«...Θα λέγαμε, πως η αρχή του ταξιδιού του ανθρώπου δεν βρίσκεται στη γέννηση, αλλά στο σημείο της σύλληψης. Προ της γέννησης, στην ενδομήτρια φάση ανάπτυξής μας συμβαίνουν ποικίλες αλλαγές και επιδρούν τόσοι παράγοντες, που δυνατό να επηρεάσουν σημαντικά και αμετάκλητα την όλη πορεία εξέλιξης του ανθρώπου.

...Αν παραλείψουμε από τη μελέτη μας την προγεννητική περίοδο θα μοιάζουμε με το θεατή, που παρακολουθεί θεατρική παράσταση στην οποία έχει χάσει την Α' Πράξη.

...Αν θέλουμε λοιπόν να έχουμε μια καλύτερη προσέγγιση του αληθούς "μηδέν", της αρχής της ζωής και της ανάπτυξης του ατόμου, θα πρέπει να εκκινήσουμε ασφαλώς όχι από τη γέννηση, αλλά από τη σύλληψη, ακόμη και πριν από αυτήν, με την περίοδο που ωριμάζουν τα γεννητικά κύτταρα στους γονείς και γίνεται η προετοιμασία του ενδομητρικού περιβάλλοντος στο οποίο θα φιλοξενηθεί και θα αναπτυχθεί το κύημα».

ABSTRACT

Eirini Liaga: The leading role-play of fetus, during pregnancy and delivery. The feelings of fetus during pregnancy and delivery.

"ELEFTHO", 3:122-126, 2008

Mother's emotional situation, thoughts and feelings, during pregnancy and delivery, all- have a dramatical impact to baby's life.

The prenatal experiences, are the very first life-experiences in human life and they do work as patterns or behavior models later on life.

The true life beginning isn't in delivery but in the time of conception. That is the reason for the increased need for further education and information both for general public, future mothers and health professionals.

Key-words: fetus, fetus behavior, the trauma of birth, umbilical affect, prenatal psychology, accepted uterus, rejected uterus.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Καυκαλίδης Ζ.:* Οι πρωτοπόρες έρευνες του Αθανασίου Καυκαλίδη (1919-1987) στο χώρο της Ψυχοδηλωτικής Επιστήμης και της Προγεννητικής Ψυχολογίας και Ιατρικής. Δελτίο Ιατροχειρουργικής Εταιρείας Κέρκυρας, Τόμος Α΄, τεύχος 2, Νοέμβριος 2000.
- Λιάγκα Ε.:* Νεογνικός πόνος στη Μ.Ε.Ν.Ν. Εργασία για την πιστοποίηση εκπαιδευτών ενηλίκων. ΕΚΕΠΙΣ, 2007.
- Κώσταλος Χ.:* Νεογνολογία. Τόμος Β΄, Εκδόσεις "ΛΙΤΣΑΣ", Αθήνα 1996.
- Κώσταλος Χ.:* Νεογνολογία. Τόμος Α΄, Εκδόσεις "ΛΙΤΣΑΣ", Αθήνα 1996.
- Παρασκευόπουλος Ι.:* Εξελικτική Ψυχολογία. Τόμος Α΄, Αθήνα 1985.
- Grof S.:* Η Ψυχολογία του μέλλοντος. Μελέτες και πειράματα απο τη σύγχρονη έρευνα για τη διεύρυνση της συνείδησης. Εκδόσεις "ΑΡΧΕΤΥΠΟ", Αθήνα 2002.
- Μοντεσσόρι Μ.:* Η διαμόρφωση του ανθρώπου. Εκδόσεις "ΓΛΑΡΟΣ", Αθήνα 1979.
- Rank O.:* The trauma of birth. Harper & Row torchbook, 1973.
- Γκουνή Ο.:* Η εξέλιξη της Προγεννητικής Ψυχολογίας. Τόμος Α΄, Εκδόσεις "COSMOANELIXIS", Αθήνα 2006.
- Γκουνή Ο.:* Η εξέλιξη της Προγεννητικής Ψυχολογίας. Τόμος Β΄, Εκδόσεις "COSMOANELIXIS", Αθήνα 2006.
- Γκουνή Ο.:* Η εξέλιξη της Προγεννητικής Ψυχολογίας. Τόμος Γ΄, Εκδόσεις "COSMOANELIXIS", Αθήνα 2006.
- Γκουνή Ο.:* Η εξέλιξη της Προγεννητικής Ψυχολογίας. Τόμος Δ΄, Εκδόσεις "COSMOANELIXIS", Αθήνα 2006.
- Γκουνή Ο.:* Σημειώσεις Προγεννητικής Αγωγής. Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Φιλοσοφική Σχολή, Εργαστήριο Πειραματικής Παιδαγωγικής. Τόμος Α΄, Αθήνα 2007.
- Γκουνή Ο.:* Σημειώσεις Προγεννητικής Αγωγής. Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, Φιλοσοφική Σχολή, Εργαστήριο Πειραματικής Παιδαγωγικής. Τόμος Β΄, Αθήνα 2007.
- Janon A.:* Η Πρωτογενής κραυγή. Τόμος Α΄, Εκδόσεις "ΜΠΟΥΚΟΥΜΑΝΗ", Αθήνα 1989.
- Janon A.:* Η Πρωτογενής κραυγή. Τόμος Β΄, Εκδόσεις "ΜΠΟΥΚΟΥΜΑΝΗ", Αθήνα 1989.
- Verny T.:* Tomorrow's baby, the art and science of parenting from conception through infancy. Simon & Schuster, 2002.
- Πρακτικά Α΄ Συνεδρίου Αυτοψυχογνωσίας:* Κύπρος 1981. Οργάνωση: Ψυχιατρική Εταιρεία Κύπρου – Σύνδεσμος Ψυχολόγων Κύπρου – Παγκύπρια Εταιρεία Ψυχικής Υγιεινής. Εκδόσεις "ΟΔΥΣΣΕΑΣ", Αθήνα 1989.

Άρθρα μέσω Διαδικτύου

- Lipton Br., Ph D.:* Maternal Emotions and Human Development", 1995. Πηγή άρθρου internet: η ιστοσελίδα του "Birthpsycology".
- Odent M., Dr.:* Ομιλία στο Συνέδριο του "Midwifery Today", 2006 . Πηγή άρθρου internet: η ιστοσελίδα του "Birthpsycology".
- Μαρή Ι.:* Η αγωγή του παιδιού αρχίζει από τη σύλληψη. Πηγή άρθρου internet: η ιστοσελίδα "cosmoanelixis".

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Το παρόν άρθρο είναι ομιλία από την Ενότητα "Μητρότητα & Υγεία" του 3ου Συνεδρίου Υγείας για το Κοινό, που είχε κύριο θέμα: "Πρόληψη – Υγεία 2008" και πραγματοποιήθηκε στις 13-14 Σεπτεμβρίου 2008 στο Μέγαρο Μουσικής Αθηνών.

4η Ετήσια Ημερίδα για το Μητρικό Θηλασμό

Ο Σύλλογος "ΟΙ ΦΙΛΟΙ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ"
διοργανώνει την

"4η Ετήσια Ημερίδα για το Μητρικό Θηλασμό"
με διεθνή συμμετοχή.

Η Ημερίδα θα πραγματοποιηθεί στις 12 Δεκεμβρίου 2008 στην Αθήνα,
ημέρα Παρασκευή, ώρα 09.00 - 15.00
στο Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών – Αμφιθέατρο "ΛΕΩΝΙΔΑΣ ΖΕΡΒΑΣ".

Η συμμετοχή στην Ημερίδα θα είναι ελεύθερη.

Θα υπάρχει ταυτόχρονη μετάφραση (ελληνικά – αγγλικά).

Η Ημερίδα τελεί υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και μοριοδοτείται.

Ανοιχτή Επιστολή προς Μαίες και Μαιευτές

Ραλλού Λυμπέρη, Μαία, MSc, Διοικητική Γραμματέας Σ.Ε.Μ.Α., Εργαστηριακή Συνεργάτης ΤΕΙ Αθηνών.

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Αφορμή για το παρόν άρθρο υπήρξαν οι αλληπάλληλες ερωτήσεις, που δεχόμαστε καθημερινά στα γραφεία του Σ.Ε.Μ.Α. για θέματα που αφορούν το Σύλλογο Επιστημόνων Μαιών (τρόπος λειτουργίας του, υποχρεώσεις Μελών, μετεγγραφές, διαγραφές κλπ.), όπως και η διαπίστωση ότι δεν έχει δοθεί η ευκαιρία σε πολλούς συναδέλφους να ενημερωθούν αναλυτικά γι' αυτά τα θέματα, με αποτέλεσμα λόγω άγνοιας να μην ανταποκρίνονται στις υποχρεώσεις τους προς το Σύλλογο.

Για τους παραπάνω λόγους κρίνεται σκόπιμη η παράθεση ορισμένων "ιστορικών στοιχείων" προκειμένου η ενημέρωσή σας να είναι πληρέστερη.

- Τον Απρίλιο του 1934 δημιουργήθηκε ο πρώτος "Πανελλήνιος Σύλλογος Μαιών". Αφορούσε όλες τις Μαίες της ελληνικής επικράτειας, επιστήμονες αλλά και πρακτικές.

- Στις 28-12-1955 ιδρύεται ο "Σύλλογος Επιστημόνων Μαιών" ως Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.). Σ' αυτόν υποχρεούνται όλες οι Μαίες και οι Μαιευτές, που ασκούν το μαιευτικό επάγγελμα σ' όλη τη χώρα, να είναι εγγεγραμμένες-νοι και να το αποδεικνύουν με την κατ' έτος ανανέωση της μαιευτικής τους ταυτότητας. Διαφορετικά δεν έχουν δικαίωμα άσκησης του μαιευτικού επαγγέλματος, όπως ακριβώς συμβαίνει με τον Ιατρικό και το Δικηγορικό Σύλλογο (Β.Δ. 8/1955).

- Σκοπός της σύστασης των Σ.Ε.Μ. είναι η μέριμνα για την επιστημονική και ηθική εξύψωση του μαιευτικού επαγγέλματος, καθώς και η προσαρμογή των οικονομικών και ηθικών συμφερόντων των Μαιών προς το γενικότερο συμφέρον.

- Όργανα διοικήσεως των Σ.Ε.Μ. είναι η Συνέλευση και το Διοικητικό Συμβούλιο. Η Συνέλευση συγκαλείται τακτικά μια φορά το χρόνο ή έκτακτα, εφόσον το ζητήσει εγγράφως το 1/10 των εγγεγραμμένων Μελών. Οι λεπτομέρειες για τη διεξαγωγή των εργασιών της Συνέλευσης και του Διοικητικού Συμβουλίου κανονίζονται με Εσωτερικό Κανονισμό εγκεκριμένο από το Νομάρχη.

- Το Δ.Σ του Σ.Ε.Μ.Α. αποτελείται από την Πρόεδρο, την Αντιπρόεδρο, τη Γενική Γραμματέα, την Ταμία και τα Μέλη.

- Οι αρχαιρεσίες για την ανάδειξη νέου Δ.Σ. διεκπερούνται κάθε τρία χρόνια, ημέρα Κυριακή, μήνα

Φεβρουάριο και τα Μέλη του προηγούμενου Δ.Σ. είναι επανεκλέξιμα. Δικαίωμα υποψηφιότητας έχουν τα Μέλη που εξασκούν το μαιευτικό επάγγελμα για δυο τουλάχιστον χρόνια, ενώ δικαίωμα ψήφου έχουν τα Μέλη εκείνα που είναι εγγεγραμμένα στο Σύλλογο τουλάχιστον τρεις μήνες προ της ορισθείσας ημερομηνίας των αρχαιρεσιών.

Συμπερασματικά, οι Σύλλογοι Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών, τόσο της Αθήνας όσο και οι λοιποί 8 (οκτώ) Εφετειακοί Σύλλογοι της Ελλάδας αποτελούν θεσμικά όργανα Ν.Π.Δ.Δ., άμεσα υπαγόμενα στο Υπουργείο Υγείας και έχουν συσταθεί με Νομοθετικό Διάταγμα. Δηλαδή, δεν αποτελούν κάποιο σωματείο ή κάποιο συνδικαλιστικό όργανο στο οποίο εγγραφόμαστε προαιρετικά ή εάν το επιθυμούμε.

Αναλυτικότερα:

• Υποχρεώσεις προς το Σύλλογο

Όλοι, οι Μαίες-Μαιευτές, **υποχρεούνται** να είναι εγγεγραμμένοι στο Σύλλογο της περιφέρειας όπου ζουν και εργάζονται. Με την πληρωμή της ετήσιας συνδρομής προς το Σύλλογο στις αρχές κάθε χρόνου, ταυτόχρονα γίνεται και η ανανέωση της επαγγελματικής ταυτότητας (Β.Δ. 206/1966). Οι οικονομικές οφειλές προς το Σύλλογο δεν παραγράφονται, αλλά υπάρχει η δυνατότητα διακανονισμού τους.

• Κοινοποιήσεις προς το Σύλλογο

Όλα τα Μέλη των Σ.Ε.Μ. γνωστοποιούν στο Σύλλογο, όπου είναι εγγεγραμμένοι, τον τόπο επαγγελματικής τους εγκατάστασης, καθώς και οποιαδήποτε αλλαγή στα στοιχεία τους, π.χ. διεύθυνση, τηλέφωνα, νέο αριθμό Αστυνομικής Ταυτότητας κλπ. Ο Σύλλογος από την πλευρά του έχει υποχρέωση να καταθέτει κάθε χρόνο στο Υπουργείο Υγείας τα πλήρη και ανανεωμένα στοιχεία των Μελών του.

• Διαγραφές

Από το Σύλλογο διαγράφονται οι Μαίες και Μαιευτές που συνταξιοδοτήθηκαν (εκτός κι αν δηλώσουν ότι επιθυμούν να παραμείνουν ενεργά Μέλη του Συλλόγου με δικαίωμα ψήφου), όπως και τα άτομα που δεν ασκούν το μαιευτικό επάγγελμα. Στην περίπτωση αυτή θα πρέπει προηγουμένως να έχουν τακτοποιήσει τις οικονομικές τους υποχρεώσεις προς το Σύλλογο και κατόπιν να κάνουν αίτηση διαγραφής καταθέτοντας παράλληλα και την άδεια άσκησης

επαγγέλματος. Οι συνάδελφοι αυτοί, αν θελήσουν, μπορούν ανά πάσα στιγμή να επανεγγραφούν λαμβάνοντας πίσω την άδειά τους.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι απαγορεύεται η παράλληλη εγγραφή σε δυο Συλλόγους, που αποτελούν θεσμικά επαγγελματικά όργανα (π.χ. εγγραφή σε δυο Συλλόγους Μαιών, ή Σ.Ε.Μ.Α. και Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος, ή Σ.Ε.Μ.Α. και Ιατρικό Σύλλογο κ.ο.κ.). Ουσιαστικά, σε τέτοια περίπτωση θα πρέπει να γίνει επιλογή επαγγέλματος και επιλογή Συλλόγου (Γνωμοδότηση Νομικού Συμβούλου Σ.Ε.Μ.Α., 2006).

• Μετεγγραφές

Σε περίπτωση που κάποια Μαία ή Μαιευτής μετακινηθεί σε άλλη περιφέρεια, τότε θα πρέπει να μετεγγραφεί στον αντίστοιχο Εφετειακό Σύλλογο. Για τη μετεγγραφή απαιτούνται:

α) Τακτοποίηση τυχόν οικονομικών οφειλών προς το Σύλλογο στον οποίο έως τώρα ήταν εγγεγραμμένοι.

β) Αίτηση μετεγγραφής. Με την υποβολή των δικαιολογητικών οι ενδιαφερόμενοι λαμβάνουν από το Σύλλογο, που έως τότε ήταν εγγεγραμμένοι, βεβαίωση μετεγγραφής την οποία και προσκομίζουν στο Σύλλογο της περιφέρειάς τους προκειμένου να γίνει η εγγραφή τους.

Παρακάτω παραθέτουμε τα στοιχεία όλων των Συλλόγων Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών προς διευκόλυνση των συναδέλφων.

ΕΦΕΤΕΙΑΚΟΙ ΣΥΛΛΟΓΟΙ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

- 1. Σύλλογος Επιστημόνων Μαιών/τών Αθηνών**
Αρ. Παππά 2, Τ.Κ. 11521 ΑΘΗΝΑ
Τηλ.: 210 6465691, 210 6429675 (κ. Λυμπέρη)
Fax: 210 6465691
e-mail: sema-icm@otenet.gr
Πρόεδρος: **κ. Καλλιόπη Μάλφα**
- 2. Σύλλογος Επιστημόνων Μαιών/τών Θεσ/νίκης**
Αλεξάνδρου Σβώλου 40, Τ.Κ. 54621 ΘΕΣ/ΝΙΚΗ
Τηλ.: 2310 223372, Fax: 2310 223884
e-mail: admin@maies.gr
Πρόεδρος: **κ. Βικτωρία Μοσχάκη**
- 3. Σύλλογος Επιστημόνων Μαιών/τών Κρήτης**
Λ. Ιωνίας 182, Τ.Κ. 71305 Ηράκλειο, ΚΡΗΤΗ
Τηλ.: 2810 321228, Fax: 2810 392133
(Υπόψη κ. Βασιλάκη) – E-mail: semk@otenet.gr
Πρόεδρος: **κ. Ευαγγελία Βασιλάκη**

4. Σύλλογος Επιστημόνων Μαιών/τών Ναυπλίου
Κουτσοπόδι, Τ.Κ. 21200 ΑΡΓΟΛΙΔΑ
Τηλ. οικίας: 2751 091852,
Τηλ. Νοσ/μείου: 2552 098151, Κιν.: 6982 771778
Πρόεδρος: **κ. Παιδάκης Αγησίλαος**

5. Σύλλογος Επιστημόνων Μαιών/τών Πατρών
Ευρώτα 12, Τ.Κ. 26442, Αγιά, ΠΑΤΡΑ
Τηλ.: 2610 438689, Κινητό: 6945 394360
Πρόεδρος: **κ. Μαρία Κιούρτη**

6. Σύλλογος Επιστημόνων Μαιών/τών Λάρισας
Θεοτοκοπούλου 3, Τ.Κ. 41221 ΛΑΡΙΣΑ
Τηλ.: 2410 560378, Κινητό: 6947 517985
Πρόεδρος: **κ. Ελένη Τσουμάνη (Γ.Ν. Λάρισας)**

7. Σύλλογος Επιστημόνων Μαιών/τών Θράκης
Αθ. Φροντιστού 22, Τ.Κ. 68400 ΣΟΥΦΛΙ
Τηλ.: 2554 023038, Κινητό: 6944 163790
Πρόεδρος: **κ. Παγώνα Καράκη**

8. Σύλλογος Επιστημόνων Μαιών/τών Αιγαίου
Ερμούπολη, Τ.Κ. 84100 ΣΥΡΟΣ
Τηλ.: 2281 086666, E-mail: semaigaiou@yahoo.gr
Πρόεδρος: **κ. Κωνσταντίνα Χαραλαμπάκη**

9. Σύλλογος Επιστημόνων Μαιών/τών Ιωαννίνων
Γ. Παπανδρέου 2, Κτίριο Β', Τ.Κ. 45444 ΙΩΑΝΝΙΝΑ
Τηλ.: 6949 047096, Fax: 2651 032907
Κινητό: 6972 460470
Πρόεδρος: **κ. Αριστέα Μουλά**

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Β.Δ. 8/15-12-1955 (ΦΕΚ 317, Τεύχος Πρώτων): Περί Συλλόγου Μαιών.
- Β.Δ. 206/16-02-1966 (ΦΕΚ Α' 50): Περί τροποποίησης και συμπλήρωσης του από 15-12-1955 Β.Δ./τος "Περί Συλλόγου Μαιών".
- Εσωτερικός Κανονισμός Σ.Ε.Μ.Α.: Εγκριθείς από τη Νομαρχία Αττικής στις 9-11-1957.
- Γνωμοδότηση Νομικού Συμβούλου Σ.Ε.Μ.Α.: Θέμα: Δυνατότητα παράλληλης εγγραφής Μαιών-Μαιευτών σε άλλους Συλλόγους ή Σ.Ε.Μ. (13-6-2006).

Με την παρούσα επιστολή έγινε προσπάθεια να καλυφθούν τυχόν κενά γνώσεων θεσμικών ζητημάτων για τα οποία είναι συχνές οι ερωτήσεις/απορίες σας. Η κατανόηση της σημασίας της **ενεργούς συμμετοχής όλων μας** στους κατά τόπους Συλλόγους είναι επιβεβλημένη. Είμαστε στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε διευκρίνιση.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς
ΡΑΛΦΟΥ ΛΥΜΠΕΡΗ

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 Περίπτωσης, 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.

Ψάξαμε... Επιλέξαμε... Προτείνουμε...

BIOPHYLLAXIS®
ADVANCED STEM CELL BIOTECHNOLOGY & CRYOPRESERVATION

Οικογενειακή Τράπεζα Βλαστικών Κυττάρων του Ομφάλιου Λώρου

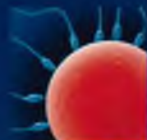
Η συνεργασία της Biophyllaxis

με το Εργαστήριο Παθολογίας Κυττάρων και Συνδεστικού Ιστού του Ινστιτούτου Βιολογίας του Ε.Κ.Ε.Φ.Ε. "ΔΗΜΟΚΡΙΤΟΣ", αποτελεί εγγύηση φερεγγυότητας σε επιστημονικό, διοικητικό και οικονομικό επίπεδο για τους μελλοντικούς γονείς, οι οποίοι μας εμπιστεύονται τη φύλαξη των βλαστικών κυττάρων ομφαλοπλακουντιακού αίματος του παιδιού τους.



- Μοναδική τράπεζα φύλαξης βλαστικών κυττάρων ομφαλοπλακουντιακού αίματος με συμβόλαιο που εξασφαλίζει 25ετή φύλαξη του δείγματος.
- Επιστημονική συνεργασία με την Ελληνική Δημόσια Τράπεζα στο Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών (I.B.E.A.A.).
- Φύλαξη σε κρυοασκούς με πολλαπλούς θαλάμους φύλαξης του δείγματος, όπως συνιστούν τα διεθνή πρότυπα και οι Διεθνείς Οργανισμοί (FDA, AABB) και όχι με προηγούμενης γενιάς κρυοσυντήρηση σε κρυοφιαλίδια.
- Δυνατότητα φύλαξης ενός δεύτερου κρυοασκού εφόσον το επιθυμούν οι γονείς.
- Μεταφορά των δειγμάτων από τα Μαιευτήρια στο Εργαστήριο μόνο με εξειδικευμένους ταχυμεταφορείς για τη μεταφορά βιολογικού υλικού.

όταν η ιστορία της ζωής...



...γίνεται ελπίδα για ζωή

BIOPHYLLAXIS HELLAS A.E.

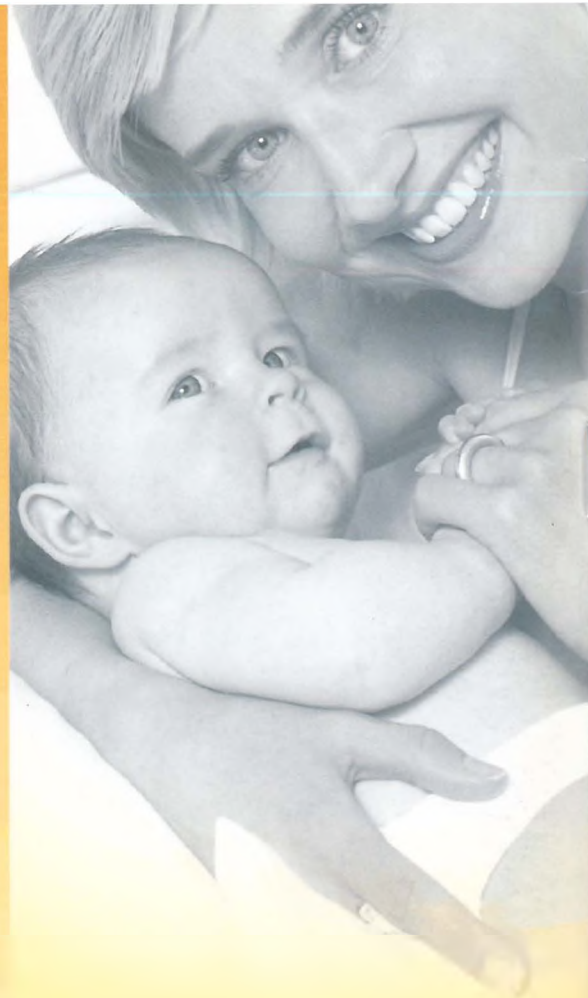
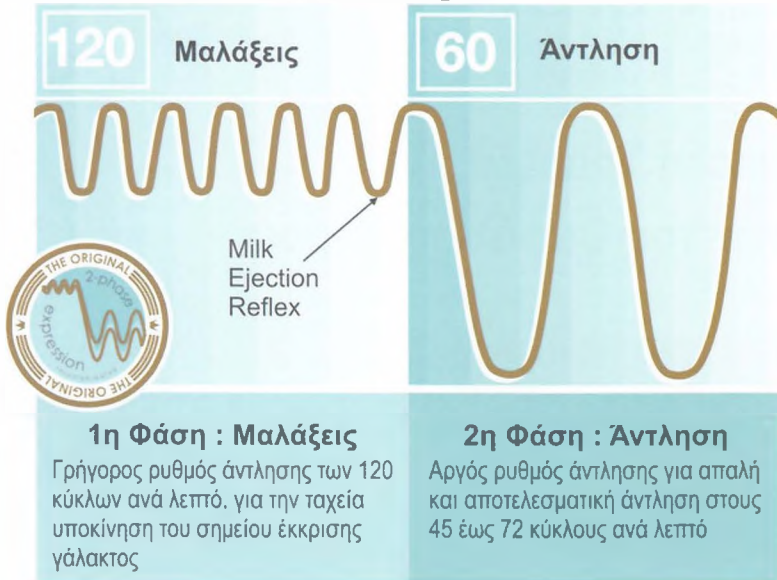
Λεωφόρος Δεκελείας 120, 143 41 Νέα Φιλαδέλφεια

Τηλ.: 210 2520056 – 801 11 25 200, Fax: 210 2520053

E-mail: info@biophyllaxis.com, Web site: www.biophyllaxis.com

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

ΚΕΝΤΡΙΚΟ: Νάτσια 25 & Νεμέας, 542 49 Θεσσαλονίκη
Τηλ.: 2310 316.011, 2310 317.115, 2310 321.101 (Fax)
E-mail: klinikum@otenet.gr - www.medela.ch
ΥΠΟΚ/ΜΑ: Αερ. Παπαναστασίου 6, Ζωγράφου - 157 73 Αθήνα
Τηλ. & fax: 210 74.85.752, 210 74.70.418