

# ΕΛΕΥΘΩ

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



ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ  
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ  
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ  
ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ  
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ  
ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ

**2008**

**25 Ιανουαρίου 2009**

**Ξενοδοχείο "KING GEORGE PALACE"**

**Ετήσια Τακτική Γενική Συνέλευση  
του Σ.Ε.Μ.Α.**

**13 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ 2009:**

**Χορός του Σ.Ε.Μ.Α.**

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



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

# Ψάξαμε... Επιλέξαμε... Προτείνουμε...

Συσκευές θηλασμού υπάρχουν ΠΟΛΛΕΣ!!!  
Συσκευή όμως που μιμείται το φυσικό θηλασμό

και ΔΕΝ ΠΛΗΓΩΝΕΙ  
τη μητέρα είναι μόνο  
**AMEDA**



ηλεκτρικό θήλαστρο ELITE



ηλεκτρικό θήλαστρο PERSONAL



χειροκίνητο  
θήλαστρο

Hello baby  
*have a good start!*

Το θήλαστρο είναι η ανώδυνη  
λύση για τη διατήρηση της  
φυσικής κατάστασης του μαστού

**Ameda**  
ΣΥΣΚΕΥΕΣ ΘΗΛΑΣΜΟΥ



Freezer bag

... από το **1960**  
**φροντίζουμε τη μαμά και το μωρό!**

ψηφιακός ζυγός



Σε μας θα βρείτε ζυγαριές ακριβείας  
που καταγράφουν το πραγματικό  
βάρος του μωρού,  
όσο κι αν αυτό κουνιέται.

Το μικρό ενοίκιο των βρεφοζυγών αποτελεί  
ασήμαντο έξοδο για την ακριβέστερη  
παρακολούθηση του βάρους του μωρού σας!

**Mother's Touch**

ΗΡΑΚΛΗΣ ΣΤΑΥΡΙΔΙΑΝΑΚΗΣ

KΕΝΤΡΙΚΟ: Ελικώνος 22 - 113 64 Κυψέλη  
Τηλ.: 210 8650532, 210 8621645, 210 8626917- Κινητό: 6944 222386  
ΕΝΤΟΣ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟΥ ΜΗΤΕΡΑ: Τηλ.: 2106869105, 210 6830 812  
ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟΥ ΛΗΤΩ: Τηλ.: 210 6827448

# 1ο ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΤΟΥ Σ.Ε.Μ.Α. ΓΙΑ ΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ



Αριστερά η Πρόεδρος του Σ.Ε.Μ.Α. κ. Καλλιόπη Μάλφα, δεξιά η Διευθύνουσα του Μαιευτηρίου "ΛΗΤΩ" κ. Ευτυχία Κωνσταντινίδου, που σήκωσαν με επιτυχία το βάρος της διοργάνωσης και διεξαγωγής του "1ου Μετεκπαιδευτικού Σεμιναρίου για το Μητρικό Θηλασμό", καλωσορίζουν το κοινό, τους επισήμους και τους ομιλητές που το τίμησαν με την παρουσία τους.



Δεξιά οι κ. Κωνσταντινίδου, Μάλφα, Πατραμάνη, Χρονοπούλου, Παναγή. 1η σειρά ο Μαιευτήρας-Γυναικολόγος κ. Γαλακτερός, ο Πρόεδρος της UNICEF κ. Κανελλόπουλος, ο Πρόεδρος του "ΛΗΤΩ" κ. Στάθης, ο Πρόεδρος της Εθνικής Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού κ. Χρούσος, ο τ. Πρόεδρος του "ΛΗΤΩ" κ. Μεγαπάνος, ο Παιδοχειρουργός κ. Οικονομόπουλος και πίσω ο Δ/ντής του Νεογολογικού Τμήματος του Γ.Ν.-Μ. "ΕΛ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ" κ. Λιόσης.



Ο κ. Γ. Χρούσος, Καθηγητής της Α' Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδων "ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ".



Ο κ. Γαλακτερός, Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Ψυχίατρος, Δρ στο Πανεπιστήμιο Λυών της Γαλλίας, απηύθυνε χαιρετισμό.



Ο Καθηγητής της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας - Τομέας Υγείας του Παιδιού, Παιδίατρος κ. Π. Παναγιωτόπουλος.

# 1ο ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΤΟΥ Σ.Ε.Μ.Α. ΓΙΑ ΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ



Ο Μαιευτήρας-Γυναικολόγος κ. Καλλιπολίτης, η Βουλευτής του ΠΑ.ΣΟ.Κ. κ. Συλβάνα Ράπτη, η κ. Μαλλιάρου, η κ. Μάλφα και ο Πρόεδρος του "ΛΗΤΩ" κ. Στάθης στην Τελετή Έναρξης.



Ο Διευθυντής του Νεογνολογικού Τμήματος του Γ.Ν.-Μαιευτηρίου "ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ" κ. Γ. Λιόσης απαντά στις ερωτήσεις του ακροατηρίου μετά το τέλος της ομιλίας του.



Ο Μαιευτήρας-Γυναικολόγος και Ενδοκρινολόγος κ. Κ. Σαμαράς αναπτύσσει το ενδιαφέρον θέμα της ομιλίας του.



Στο βήμα η κ. Π. Μέξη-Μπουρνά, Αναπλ. Δ/ντρια της Γ Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο "ΑΤΤΙΚΟΝ".



Η κ. Α-Μ. Μαλλιάρου, Αναπληρώτρια Διευθύντρια της Α' Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδων "ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ", αναπτύσσει το θέμα της ομιλίας της.



Η Μαία κ. Χαρά Τζαχρήστα, τ. Προϊσταμένη του Τμήματος Μητρικού Θηλασμού - Τράπεζα Μητρικού Γάλακτος του Γ.Ν.-Μαιευτηρίου "ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ", κατά την ομιλία της.

# 1ο ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΤΟΥ Σ.Ε.Μ.Α. ΓΙΑ ΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ



Η Παιδιάτρος κ. Θ. Σταύρου, Ιατρός Κοινωνικής Ιατρικής στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, στη διάρκεια της ομιλίας της.



Η Πρόεδρος του Σ.Ε.Μ.Α. κ. Καλλιόπη Μάλφα συζητά με το ακροατήριο σχετικά με το θέμα της ομιλίας της: "Προετοιμασία και προσέγγιση των μητέρων για το Μητρικό Θηλασμό".



Η Μαία κ. Φανή Πεχλιβάνη, Κλινική Διατροφολόγος και Καθηγήτρια Εφαρμογών του Τμήματος Μαιευτικής ΤΕΙ Αθηνών, μίλησε σχετικά με το θέμα: "Διατροφή θηλαζουσας μητέρας".



Η Μαία κ. Ρεβέκκα Τραγέα, τ. Καθηγήτρια του Τμήματος Μαιευτικής ΤΕΙ Αθηνών, ανέπτυξε το θέμα: "Δεσμός μητέρας-παιδιού. Οι πρώτες ώρες μετά τον τοκετό".



Ο Μαιευτής κ. Κ. Κακαβάς, Αντιπρόεδρος του Σ.Ε.Μ.Α., ανέπτυξε το θέμα: "Η συμβολή του πατέρα στο Μητρικό Θηλασμό".



Η κ. Κωνσταντίνα Γραμματικού, Μαία στο "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΝ" Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, κατά τη διάρκεια της ομιλίας της.

# 1ο ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΤΟΥ Σ.Ε.Μ.Α. ΓΙΑ ΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ



Η Διευθύνουσα του "ΛΗΤΩ" κ. Ευτυχία Κωνσταντινίδου με τον Παιδοχειρουργό κ. Χρ. Θ. Οικονομόπουλο συγχαίρουν τους δασκάλους του 2ου Δημοτικού Σχολείου Γλυκών Νερών Αττικής.



Η ομιλήτρια κ. Ραλλού Λυμπέρη, Μαία, Διοικ. Γραμματέας του Σ.Ε.Μ.Α. και Εργαστηριακή Συνεργάτης ΤΕΙ Αθηνών, βοήθησε στην επιτυχία της διοργάνωσης και διεξαγωγής του Σεμιναρίου.



Άποψη της αίθουσας διεξαγωγής του θεωρητικού μέρους του Σεμιναρίου. Το ακροατήριο ακούει με προσοχή.



Αριστερά η κ. Ε. Πατραμάνη, Προϊσταμένη Μαία και Υπεύθυνη Μητρικού Θηλασμού στο Μαιευτήριο "ΛΗΤΩ", στο μέσον η Υποδιευθύνουσα κ. Βάσω Παπαδημητρίου και δεξιά η Διευθύνουσα κ. Ε. Κωνσταντινίδου σε αναμνηστική φωτογραφία.



Οι κ. Μάλφα και Κωνσταντινίδου με τη Μαία κ. Ι. Βασιλάκη που δέχθηκε το φωτογραφικό υλικό της Έκθεσης με θέμα το Μητρικό Θηλασμό, ανάμεσα σε μητέρες με τα μωρά τους, των οποίων φωτογραφίες κόσμησαν το σαλόνι του "ΛΗΤΩ".

# 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 4ο, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ - ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2008**

ISSN 1106 - 6822

Κωδικός ΕΛ.ΤΑ. 1701



### ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ.Α.

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

### ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ.Α.

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

#### ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ: Σ.Ε.Μ.Α.

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

# ΕΛΕΥΘΩ

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

SCIENTIFIC AND PROFESSIONAL  
MAGAZINE PUBLISHED QUARTERLY  
OFFICIAL JOURNAL OF HELLENIC MIDWIVES

Β' Περίοδος - Τόμος 13ος, Τεύχος 4ο  
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ - ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2008

2nd Period - Volume 13, Number 4  
OCTOBER - NOVEMBER - DECEMBER 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  
MANIAPELLI 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 4ο  
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ - ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2008

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ετήσια Τακτική Γενική Συνέλευση του Σ.Ε.Μ.Α.	142
1ο Σεμινάριο του Σ.Ε.Μ.Α. για το Μητρικό Θηλασμό <i>Καλλιόπη Μάλφα</i>	143
Η αντίληψη του πόνου των νεογνών και η αντιμετώπισή του από το προσωπικό των Εντατικών Μονάδων Νοσηλείας <i>Περσεφόνη Μαυρομάτη</i>	146
Ανακοίνωση του Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου	151
Η ικανοποίηση των γυναικών αναφορικά με τις συνθήκες τοκετού τους <i>Αγγελική Αργέντου</i>	152
Επιστολή προς τη Συντακτική Επιτροπή	156
Σύνδρομο Αιφνίδιου Νεογνικού Θανάτου (SIDS) <i>Πηνελόπη Βαρελά</i>	157
Αρχαιρεσίες του Σ.Ε.Μ. Ιωαννίνων	168
11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιών-Μαιευτών	168
Οδηγίες για τους Συγγραφείς	169
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Εκδηλώσεις για την Παγκόσμια Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού 2008	173
Ανακοίνωση του Σ.Ε.Μ.Α.	174

# ΕΛΕΥΘΩ

2nd Period - Volume 13, Number 4  
OCTOBER - NOVEMBER - DECEMBER 2008

## CONTENTS

Annual General Meeting of S.E.M.A.	142
1st Seminar of S.E.M.A. for Breastfeeding <i>Kalliope Malfa</i>	143
NICU Healthcare Professionals' Perception of Neonatal Pain and its Management <i>Persefoni Mavrommati</i>	146
Announcement of Midwives Association of Nafplio	151
Women's satisfaction according to the labour <i>Angeliki Argentou</i>	152
Letter for the Editorial Board	156
Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) <i>Pinelopi Varela</i>	157
Elections in Midwives Association of Ioannina	168
11th Congress of Midwives	168
Directives for Writers	169
THESSALONIKI: Events for World Breastfeeding Week 2008	173
Announcement of S.E.M.A.	174

## ΕΤΗΣΙΑ ΤΑΚΤΙΚΗ ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥ Σ.Ε.Μ.Α.



### ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΜΑΙΩΝ - ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΑΘΗΝΩΝ

(Συσταθείς με το Β.Δ. 8, 15/12/55 και 206, 16/2/66)

ΑΡ. ΠΑΠΠΑ 2, 115 21 ΑΘΗΝΑ, ΤΗΛ.: 210.6465691 (FAX), 210.6429675

E-mail: sema-icm@otenet.gr - Website: www.semma.gr

### ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ

### ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΤΗΣΙΑ ΤΑΚΤΙΚΗ ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

Σύμφωνα με τις διατάξεις του Β.Δ. 8, 15/12/55 και 206, 16/2/66 «Περί Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών» και με τη σχετική απόφαση της 31ης Τακτικής Συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου του Σ.Ε.Μ. Αθηνών της 16ης Δεκεμβρίου 2008, καλούμε όλα τα μέλη του Συλλόγου στην Ετήσια Τακτική Γενική Συνέλευση, που θα γίνει στις **25 Ιανουαρίου 2009, ημέρα Κυριακή και ώρα 17.00 - 22,00 στο Ξενοδοχείο "KING GEORGE PALACE", Βασιλέως Γεωργίου Α΄, αριθμός 3, Πλατεία Συντάγματος** (πρόσβαση με όλα τα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς. Στάση: Σύνταγμα).

### ΘΕΜΑΤΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΔΙΑΤΑΞΗΣ

1. Εκλογή Ψηφοελεγκτριών
2. Έκθεση Πεπραγμένων Δ.Σ. κατά το έτος 2008
3. Απολογισμός Εσόδων – Εξόδων 2008
4. Έκθεση Ελεγκτριών για τον οικονομικό απολογισμό του 2008
5. Προϋπολογισμός για το 2009
6. Εκλογή Ελεγκτριών για το 2009
7. Προγραμματισμός Κύκλου Σεμιναρίων στο πλαίσιο της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης Μαιών/τών
8. Ανακοινώσεις Προέδρου

Η παρουσία όλων των Συναδέλφων στην Ετήσια Τακτική Γενική Συνέλευση είναι **απαραίτητη** για την επίλυση σοβαρών θεμάτων που απασχολούν τον κλάδο μας.

Μετά το πέρας της Γενικής Συνέλευσης θα ακολουθήσει το κόψιμο της πρωτοχρονιάτικης πίτας του Συλλόγου μας.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς

Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΜΑΛΦΑ

Η ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΠΕΡΜΑΝΘΙΑ ΠΑΝΑΝΗ

## 1ο ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΤΟΥ Σ.Ε.Μ.Α. ΓΙΑ ΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Είναι πλέον γεγονός το “1ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο του Σ.Ε.Μ.Α. για το Μητρικό Θηλασμό”, για το οποίο ανακοίνωση είχε γίνει στο προηγούμενο τεύχος του “ΕΛΕΥΘΩ”. Πραγματοποιήθηκε από τις 3-7 Νοεμβρίου 2008 στο Μαιευτήριο “ΛΗΤΩ”.

Το εν λόγω Σεμινάριο απευθύνεται στους καθ’ ύλην ιθύνοντες για το Μητρικό Θηλασμό, Μαίες-Μαιευτές, Παιδιάτρους και Γυναικολόγους. Θα επαναλαμβάνεται δε ανά 6μηνο και θα διοργανώνεται σε Μαιευτήρια του Ιδιωτικού και Δημόσιου Τομέα εκ περιτροπής.

Λαμβάνοντας υπόψη τα κειεύσματα της Εθνικής Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού περί υπάρξεως Ενιαίας Εθνικής Πολιτικής και την αναγκαιότητα της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης όλων των υπευθύνων για το Μητρικό Θηλασμό, εργαστήκαμε με υπευθυνότητα για τον προγραμματισμό και την υλοποίηση του 1ου Μετεκπαιδευτικού Σεμιναρίου.

Άπαντες οι ομιλητές, πολλοί εκ των οποίων είναι μέλη της Εθνικής Επιτροπής Μητρικού Θηλασμού, είναι καταξιωμένοι επιστήμονες με μεγάλη προσφορά στα θέματα Μητρικού Θηλασμού. Η συμμετοχή τους είναι άκρως τιμητική για όλους μας και δηλώνει εμπράκτως τη βούληση και την πίστη τους για την προαγωγή του Μητρικού Θηλασμού στη χώρα μας και την αύξηση των ποσοστών των μητέρων που θηλάζουν. Τους ευχαριστώ εκ βαθέων για τις άριστες παρουσιάσεις, τη τεκμηριωμένη γνώση και το επιστημονικό επίπεδο που μας πρόσφεραν.

Ευχαριστώ τη Διοίκηση και τις Μαίες του Μαιευτηρίου “ΛΗΤΩ”, που μοιράστηκαν μαζί μας τον ενθουσιασμό και την προσπάθεια πραγματοποίησης του προγράμματος του Σεμιναρίου προσφέροντάς μας ταυτόχρονα τη φιλοξενία τους. Κυρίως, όμως, ευχαριστώ τη Διευθύνουσα Μαία του “ΛΗΤΩ” κ. Ευτυχία Κωνσταντινίδου, που πίστεψε στην αναγκαιότητά του και μοιραστήκαμε την προετοιμασία και την αγωνία της διοργάνωσής του.

Κατά τη διάρκεια της επίσημης Έναρξης του Σεμιναρίου έγινε η παρουσίαση της αφίσας “**10 Βήματα για Επιτυχή Μητρικό Θηλασμό**”, που φιλοτεχνήθηκε από τους μαθητές της Ε΄ και ΣΤ΄ τάξης του 2ου Δημοτικού Σχολείου Γλυκών Νερών Αττικής με την παρότρυνση και επιμέλεια των δασκάλων τους. Είναι ένα καταπληκτικό αποτέλεσμα βαθιάς ευαισθητοποιημένης προσπάθειας, που έγινε από παιδιά της σχολικής ηλικίας και απέδωσε εξαιρετικά. Η αφίσα παραδόθηκε στον Πρόεδρο της UNICEF Ελλάδας κ. Λάμπρο Κανελλόπουλο, ο οποίος εκτίμησε την αξία της και όπως μας είπε προτίθεται να την προωθήσει σε διεθνές επίπεδο. Επίσης, στο πλαίσιο της εκδήλωσης της UNICEF: “**Τα παιδιά ζωγραφίζουν τα δικαιώματά τους**”, βραβεύτηκαν οι μαθητές και οι δάσκαλοι που τη δημιούργησαν.

Μετά το πέρας των εργασιών του Σεμιναρίου μπορούμε να πούμε με βεβαιότητα πως είμαστε ευχαριστημένοι από τα μηνύματα που πήραμε, τα οποία μας δίνουν φτερά για τη συνέχιση και την καθιέρωσή του από το Σ.Ε.Μ.Α. (στις σελίδες που ακολουθούν παραθέτουμε το πρόγραμμα και τη θεματολογία του).

Ο πήχυς έχει τοποθετηθεί ψηλά. Θα εργαζόμαστε πάντα για το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

Πολλές ευχές για έναν ευτυχισμένο, ειρηνικό και παραγωγικό Καινούργιο Χρόνο.

Για το Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α.

Η Πρόεδρος

**ΚΑΛΙΟΠΗ ΜΑΛΦΑ**

## ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 1ου ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟΥ

### Δευτέρα, 3 Νοεμβρίου 2008

#### ΕΓΓΡΑΦΕΣ – ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ – ΟΜΙΛΙΕΣ ΘΕΜΑΤΑ – ΟΜΙΛΗΤΕΣ

- Εθνική πολιτική υπέρ του Μητρικού Θηλασμού: *Γ. Χρούσος*
- Κώδικας Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος: *A.-M. Μαλλιάρου*
- Ανάπτυξη Φιλικών για τα Βρέφη Νοσοκομείων (B.F.H.I.): *Θ. Σταύρου*
- Άμεσες και απώτερες επιδράσεις του Μητρικού Θηλασμού στην Υγεία και τη Δημόσια Υγεία: *Π. Παναγιωτόπουλος*

ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ – ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΦΙΣΑΣ “10 Βήματα για Επιτυχή Μητρικό Θηλασμό”  
Βράβευση μαθητών/δασκάλων – ΔΕΞΙΩΣΗ

### Τρίτη, 4 Νοεμβρίου 2008

#### ΘΕΜΑΤΑ – ΟΜΙΛΗΤΕΣ

- Άμυνα του οργανισμού και Μητρικός Θηλασμός: *Γ. Λιόσης*
- Φυσιολογία γαλακτοφορίας – Μηχανισμός γαλακτοπαραγωγής: *Π. Παναγή*
- Σύσταση μητρικού γάλακτος: *Ι. Κανάριος*
- Δεσμός μητέρας-παιδιού – Οι πρώτες ώρες μετά τον τοκετό: *Ρ. Τραγέα*
- Προετοιμασία και προσέγγιση των μητέρων για το Μητρικό Θηλασμό: *Κ. Μάλφα*
- Εκπαίδευση στα τμήματα λεχωίδων
- Κλινικές εφαρμογές

### Τετάρτη, 5 Νοεμβρίου 2008

#### ΘΕΜΑΤΑ – ΟΜΙΛΗΤΕΣ

- Φάρμακα και Μητρικός Θηλασμός: *Γ. Λιόσης*
- Αντισύλληψη θηλάζουσας μητέρας – Εγκυμοσύνη και Μητρικός Θηλασμός: *Κ. Σαμαράς*
- Πλεονεκτήματα Μητρικού Θηλασμού για τη μητέρα και το παιδί: *Α. Πουλοπούλου*
- Υποστήριξη Μητρικού Θηλασμού μετά την έξοδο από το Μαιευτήριο: *Ρ. Λυμπερή*
- Αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων κατά το Μητρικό Θηλασμό: *Κ. Γραμματικού*
- Εκπαίδευση στα τμήματα λεχωίδων
- Προβολή ταινίας “Breast is best”

### Πέμπτη, 6 Νοεμβρίου 2008

#### ΘΕΜΑΤΑ – ΟΜΙΛΗΤΕΣ

- Ίκτερος και Μητρικός Θηλασμός: *Π. Μέξη-Μπουρνά*
- Τράπεζα Μητρικού Γάλακτος: *Χ. Τζαχρήστα*
- Η πολιτική για το Μητρικό Θηλασμό στο Μαιευτήριο “ΛΗΤΩ”: *Ε. Κωνσταντινίδου*
- Δέκα Βήματα για Επιτυχή Μητρικό Θηλασμό – Διακήρυξη Innocenti: *Π. Ακρίβου, Ε. Ζώη, Σ. Παρασκευά, Φ. Φάλκου, Α. Χααραλαμποπούλου*
- Εκπαίδευση στα τμήματα λεχωίδων
- Κλινικές εφαρμογές

### Παρασκευή, 7 Νοεμβρίου 2008

#### ΘΕΜΑΤΑ – ΟΜΙΛΗΤΕΣ

- Προωρότητα και Μητρικός Θηλασμός: *Π. Μέξη-Μπουρνά*
- Διατροφή θηλάζουσας μητέρας: *Φ. Πεχλιβάνη*
- Εκτίμηση της βιολογικής και πνευματικής ανάπτυξης του βρέφους που θηλάζει: *Ε. Πούλου*
- Η συμβολή του πατέρα στο Μητρικό Θηλασμό: *Κ. Κακαβάς*
- Ομαδική εργασία – Συζήτηση περιστατικών
- Εκπαίδευση στα τμήματα λεχωίδων
- Αξιολόγηση Σεμιναρίου • Απονομή Βεβαιώσεων Παρακολούθησης

### ΘΕΜΑΤΑ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ

- Τεχνική Μητρικού Θηλασμού: θέσεις, σωστή σύλληψη μαστού
- Σημεία πείνας νεογνού, κατάποση, εκτίμηση επάρκειας Μητρικού Θηλασμού
- Αντιμετώπιση μειωμένης παραγωγής γάλακτος
- Αντιμετώπιση υπερφόρτωσης μαστών
- Επίπεδες, εισέχουσες, πληγωμένες θηλές
- Σπάργωμα, πρησμένες μασχάλες, φραγμένοι πόροι, γαλακτοκήλη
- Μαστίτιδα, υποτροπιάζουσες μαστίτιδες, καντιντίαση θηλών
- Απεργία Μητρικού Θηλασμού

Στο κεντρικό σαλόνι του Μαιευτηρίου "ΛΗΤΩ" καθόλη τη διάρκεια του Σεμιναρίου υπήρχε έκθεση φωτογραφικού υλικού με θέμα: **"Μητρικός Θηλασμός την 1η ώρα της ζωής"**. Το υλικό αυτό ήταν ευγενική χορηγία της κ. **Αριστέας Προκοπίου**, Μαιευτήρα-Γυναικολόγου και της κ. **Ιωάννας Βασιλάκη**, Μαίας.

Επιμέλεια φωτογραφικού υλικού: **Βαγγέλης Τσιάμης**, Φωτογράφος  
**ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** Η έκθεση εξακολουθεί να λειτουργεί.

### ΟΜΙΛΗΤΕΣ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟΥ

- |                     |   |
|---------------------|---|
| Π. Ακρίβου:         | Μαία Μαιευτηρίου "ΛΗΤΩ"   |
| Κ. Γραμματικού:     | Μαία Γ.Ν. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΝ" Θεσσαλονίκης   |
| Ε. Ζώη:             | Μαία Μαιευτηρίου "ΛΗΤΩ"   |
| Κ. Κακαβάς:         | Μαιευτής Μαιευτηρίου "ΛΗΤΩ", Αντιπρόεδρος Σ.Ε.Μ.Α., Εργαστ. συνεργάτης ΤΕΙ Αθηνών                                     |
| Ι. Κανάριος:        | Παιδίατρος, Διευθυντής Παιδιατρικού Τμήματος Μαιευτηρίου "ΛΗΤΩ"   |
| Ε. Κωνσταντινίδου:  | Μαία, Διευθύνουσα Μαιευτηρίου "ΛΗΤΩ"  |
| Μ. Λαδά:            | Μαία Μαιευτηρίου "ΛΗΤΩ"   |
| Γ. Λιόσης:          | Διευθυντής Νεογνολογικού Τμήματος Γ.Ν.-Μαιευτηρίου "ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ"  |
| Ρ. Λυμπέρη:         | Μαία Msc., Διοικητική Γραμματέας Σ.Ε.Μ.Α., Εργαστηριακή συνεργάτης ΤΕΙ Αθηνών   |
| Α.-Μ. Μαλλιάρου:    | Αναπληρώτρια Διευθύντρια Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων "ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ"                |
| Κ. Μάλφα:           | Μαία, Πρόεδρος Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Αθηνών   |
| Π. Μέξη-Μπουρνά:    | Αναπληρώτρια Διευθύντρια Γ΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο "ΑΤΤΙΚΟΝ"                          |
| Π. Παναγιωτόπουλος: | Παιδίατρος, Καθηγητής Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Τομέας Υγείας του Παιδιού                                       |
| Π. Παναγή:          | Μαία, Υπεύθυνη Αίθουσας Τοκετών Γ.Ν. "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ", Γενική Γραμματέας Σ.Ε.Μ.Α.  |
| Π. Παρασκευά:       | Μαία Μαιευτηρίου "ΛΗΤΩ"   |
| Ε. Πατραμάνη:       | Προϊσταμένη Μαία, Υπεύθυνη Μητρικού Θηλασμού Μαιευτηρίου "ΛΗΤΩ"   |
| Ν. Περρή:           | Μαία Μαιευτηρίου "ΛΗΤΩ"   |
| Φ. Πεχλιβάνη:       | Μαία, Msc, Κλινική Διατροφολόγος, Καθηγήτρια Εφαρμογών Τμήματος Μαιευτικής ΤΕΙ Αθηνών                                 |
| Α. Πουλοπούλου:     | Μαία Μαιευτηρίου "ΛΗΤΩ"   |
| Ε. Πούλου:          | Παιδίατρος-Νεογνολόγος Μαιευτηρίου "ΛΗΤΩ"   |
| Κ. Σαμαράς:         | Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Ενδοκρινολόγος   |
| Θ. Σταύρου:         | Παιδίατρος, Ιατρός Κοινωνικής Ιατρικής στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης |
| Χ. Τζαχρήστα:       | Μαία, τ. Προϊσταμένη Τμήματος Μητρικού Θηλασμού - Τράπεζα Μητρικού Γάλακτος Γ.Ν.-Μαιευτηρίου "ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ"        |
| Ρ. Τραγέα:          | Μαία, τ. Καθηγήτρια Εφαρμογών Τμήματος Μαιευτικής ΤΕΙ Αθηνών  |
| Α. Τσέλιου:         | Μαία Μαιευτηρίου "ΛΗΤΩ"   |
| Φ. Φάλκου:          | Μαία Μαιευτηρίου "ΛΗΤΩ"   |
| Α. Χαραλαμποπούλου: | Μαία Μαιευτηρίου "ΛΗΤΩ"   |
| Σ. Χρονοπούλου:     | Προϊσταμένη Μαία Μαιευτηρίου "ΛΗΤΩ"   |
| Γ. Χρούσος:         | Καθηγητής Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων "ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ"                               |

## Η αντίληψη του πόνου των νεογνών και η αντιμετώπισή του από το προσωπικό των Εντατικών Μονάδων Νοσηλείας

Περσεφόνη Μαυρομάτη\*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Υπόβαθρο:** Είναι πλέον κοινώς παραδεκτό πως το νεογνό, πρόωρο ή μη, πονάει. Η αντιμετώπιση του πόνου του από τους φροντιστές του (λειτουργούς υγείας) κατά την περίθαλψή του στη Μ.Ε.Ν.Ν. (Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών) εξαρτάται σ' ένα βαθμό από το πώς αντιλαμβάνονται και τι πιστεύουν οι τελευταίοι για το νεογνικό πόνο.

**Αντικείμενο:** Να προσδιοριστεί η σχέση ανάμεσα στην αντίληψη που έχουν για το νεογνικό πόνο οι λειτουργοί υγείας των Μονάδων και στην τελική παροχή φροντίδας για την ανακούφιση του πόνου αυτού.

**Μέθοδος:** Αναζητήθηκαν μελέτες στις βάσεις δεδομένων PubMed και Scholar Google, καθώς και στις παραπομπές 3 συμπεριλαμβανομένων μελετών. Η επιλογή των μελετών έγινε εφόσον πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής, με κύριο κριτήριο να διαφαίνεται ο συσχετισμός αντίληψης και διαχείρισης του νεογνικού πόνου από προσωπικό Εντατικών Μονάδων.

**Αποτελέσματα:** Οι μελέτες που πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής ήταν συνολικά 11, από τις οποίες οι 10 ήταν συγχρονικές και η μια ποιοτική. Σε όλες (11/11) άλλοτε γίνεται σ' άλλο βαθμό αναφορά στην αντίληψη του νεογνικού πόνου, 10/11 αναφέρονται στην αξιολόγησή του και 9/11 καταγράφουν τόσο τρόπους, αλλά και συχνότητα εφαρμογής της αντιμετώπισης του πόνου του νεογνού. Από τους συνολικά 13 συσχετισμούς ανάμεσα στην αντίληψη-αξιολόγηση-αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου, προκύπτει ότι υπάρχει στενή αλληλεπίδραση μεταξύ τους με κύρια την επιρροή, που ασκούν η αντίληψη και η αξιολόγηση στην απόφαση για το αν και πώς θα αντιμετωπιστεί ο πόνος του νεογνού.

**Συμπεράσματα:** Η αντίληψη του νεογνικού πόνου υφίσταται από τους λειτουργούς υγείας, όμως είναι επιφανειακή. Γι' αυτό, ενώ υπάρχουν τα μέσα για σωστή αξιολόγηση και αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου, αυτή δεν καθίσταται επαρκής. Προϋπόθεση για την εξυγίανση του προβλήματος αυτού αποτελεί η σωστή εκπαίδευση και ενημέρωση των λειτουργών υγείας, καθώς και η επικοινωνία μεταξύ τους.

**Λέξεις-κλειδιά:** πόνος, νεογνό, αντίληψη, λειτουργοί υγείας.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ιστορία του νεογνικού πόνου τον ήθελε να μην αναγνωρίζεται και να υποθεραπεύεται (Anand, 2001, Ivy, 2001, Puchalski & Hummel, 2002, Carbajal et al., 2004). Πριν από 20 χρόνια υπήρχε ακόμη διχασμός στην

\* Μαία, MSc, Μ.Ε.Ν.Ν. Γ.Ν.-Μαιευτηρίου «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ».

ιατρική κοινότητα για το αν τα νεογνά πονούν ή όχι (Franck, 1987). Τα δεδομένα, όμως, που προέκυπταν συνεχώς από έρευνες φανέρωναν νέες γνώσεις πάνω στο φλέγον αυτό ζήτημα. Οι γνώσεις αυτές αφορούσαν τόσο την προέλευση του πόνου όσο και την πρόληψή του και την αντιμετώπισή του. Κάποιοι όμως ερευνητές αναρωτήθηκαν κατά πόσο η νέα αυτή γνώση αφομοιώνεται και εφαρμόζεται στην κλινική πρακτική, τόσο από τις νοσηλεύτριες όσο και από τους γιατρούς (Dick, 1993).

Εφόσον τα δεδομένα για το νεογνικό πόνο ήταν ακόμη πολύ πρόσφατα, η έρευνα ήταν σκόπιμη ούτως ώστε να φανεί σε τι βαθμό υπήρχε ενημέρωση και εξάπλωση της γνώσης αυτής. Τα επόμενα χρόνια όμως, παρότι η γνώση έχει μεταδοθεί και υπάρχει σ' ένα βαθμό, εντούτοις η πρακτική εφαρμογή της για την αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου χωλαίνει (McLaughlin, 1993, Fernandez, 1994, Porter, 1997, Mitchell et al., 2000, Grunau, 2000, Xavier Balda, 2000, Dodds, 2003, Rohrmeister, 2003, Sarvis, 2004, Walker, 2005, Harrison et al., 2006, American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn, 2006).

Ενώ κατά τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει κάποια ορθά βήματα στην αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου, εντούτοις υπάρχει ακόμη αυτό που καλείται "παρεμβατικός πόνος" (Johnston, 1997), που περιλαμβάνει την εκτέλεση πολυάριθμων επώδυνων πράξεων σε καθημερινή βάση (Grunau, 2000, Taddio, 2002), περίπου 14/ημέρα (Lago et al., 2005).

Δεδομένης αυτής της διαπίστωσης γεννήθηκε το ερώτημα: «Γιατί μετά από τόσο καιρό και τόση διάδοση της γνώσης γύρω από τον πόνο του νεογνού, αυτός να μην αντιμετωπίζεται επαρκώς;» Έτσι, άρχισαν να εμφανίζονται μελέτες με σκοπό την εξέταση στάσεων, αντιλήψεων και συμπεριφορών απέναντι στο νεογνικό πόνο και την αντιμετώπισή του, προκειμένου να ανακαλυφθεί αν υπάρχει κάποιος συσχετισμός ανάμεσα στα δυο, ο οποίος να αιτιολογεί το πρόβλημα. Αυτές τις μελέτες ανασκοπεί η παρούσα εργασία.

## ΜΕΘΟΔΟΣ

Στην πρώτη γενική αναζήτηση μέσω βιβλιοθήκης εντοπίστηκαν 3 βασικά άρθρα. Με γνώμονα αυτά (Breau et al., 2006, Breau et al., 2004, Porter et al., 1997) αναζητήθηκαν σχετικά άρθρα σε επίπεδο τίτλου μέσα από τις παραπομπές τους. Οι τελευταίες ήταν 30 και αποκτήθηκαν μέσω του "Εθνικού Ιδρύματος Ερευνών". Η τελευταία και τρίτη αναζήτηση έγινε μέσω του Διαδικτύου με τη χρήση του εξής αλγόριθμου: "neonatal pain" OR "infant pain" OR

"newborn pain" AND "perception" OR "perceptions". Ο συγκεκριμένος αλγόριθμος εφαρμόστηκε στη μηχανή αναζήτησης των βάσεων δεδομένων "PubMed" και "Scholar Google". Τα αποτελέσματα ήταν 32 και με βάση τα κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού το τελικό δείγμα μελετών κατέληξε στα 11.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ανάλυση των δεδομένων της παρούσας ανασκόπησης είναι κυρίως ποιοτική (περιγραφική) και όχι ποσοτική. Οι περισσότερες διενεργήθηκαν στην Αμερική και 2 μόνο στην Ευρώπη. Σε 5 από τις μελέτες οι νοσηλεύτριες αποτέλεσαν το αποκλειστικό δείγμα. Μια μελέτη ερεύνησε μόνο γιατρούς (νεογνολόγους), ενώ στις υπόλοιπες 5 συμμετείχαν συνδυαστικά γιατροί, νοσηλεύτριες και άλλοι λειτουργοί υγείας (φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι, τραυματιοφορείς, τεχνολόγοι ιατρικών εργασιών και διαιτολόγοι).

Αντίληψη του νεογνικού πόνου. Σ' ένα βαθμό όλες οι μελέτες (11) της ανασκόπησης αναφέρουν με κάποιο τρόπο την αντίληψη των λειτουργών υγείας για το νεογνικό πόνο. Στις περισσότερες η ύπαρξη του νεογνικού πόνου θεωρείται σ' ένα βαθμό δεδομένη και οι μελετητές επιχειρούν να εντοπίσουν με διάφορα ερωτήματα τη μορφή, ένταση και διαβάθμιση του πόνου, που αντιλαμβάνονται οι λειτουργοί υγείας.

Αξιολόγηση του νεογνικού πόνου. Συνολικά, από τις 11 μελέτες οι 10 αναφέρονται στην αξιολόγηση του νεογνικού πόνου. Από αυτές τις 10, σε 7 γίνεται εκτενέστερη αναφορά και περιγραφή των σημείων αξιολόγησης του πόνου. Από τις τελευταίες, οι 6 αναφέρουν τόσο σημεία φυσιολογίας όσο και σημεία συμπεριφοράς ως εκδηλώσεις πόνου, ενώ μια μελέτη αναφέρεται αποκλειστικά σε συμπεριφορικές εκδηλώσεις πόνου. Αξιοσημείωτο είναι ότι μόνο μια μελέτη αναφέρει τη χρήση εργαλείου αξιολόγησης.

Αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου. Από τις 11 μελέτες συνολικά, οι 9 κάνουν αναφορά στην αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου. Οι 8/9 αναφέρουν σαφείς τρόπους αντιμετώπισης. Οι 5/9 αναφέρουν και περιγράφουν τόσο φαρμακολογικές όσο και ανακουφιστικές-εναλλακτικές μεθόδους για την αντιμετώπιση του πόνου, εκ των οποίων οι 2 τονίζουν την αξία και δίνουν προτεραιότητα στην εφαρμογή των εναλλακτικών μεθόδων έναντι των φαρμακολογικών. Τέλος, 4/9 μελέτες κάνουν λόγο για την ανεπαρκή πρόληψη του νεογνικού πόνου.

**Συσχετισμοί των παραμέτρων "αντίληψη – αξιολόγηση – αντιμετώπιση":** 2/8 μελέτες έκαναν συ-

σχετισμό της αντίληψης του νεογνικού πόνου με την αντιμετώπισή του, που έδειξε ότι ανάλογα με το πώς αντιλαμβάνονται οι λειτουργοί υγείας το νεογνικό πόνο, παίρνουν διαφορετικές αποφάσεις για την αντιμετώπισή του. Σε μια μελέτη ο συσχετισμός της αντίληψης του νεογνικού πόνου με χαρακτηριστικά των λειτουργών υγείας, όπως φύλο, ηλικία, επαγγελματική ιδιότητα και επαγγελματική εμπειρία, δεν απέδωσαν κανένα στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα.

Σε 3 από τις 8 μελέτες συσχετίστηκε η ιδιότητα του λειτουργού υγείας με την αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου. Μέσα απ' αυτόν το συσχετισμό φάνηκε πως οι λειτουργοί υγείας τείνουν να εφαρμόζουν τις μεθόδους αντιμετώπισης, που σχετίζονται περισσότερο με τα καθήκοντά τους (π.χ. ο γιατρός τα φάρμακα, η νοσηλεύτρια την ανακουφιστική φροντίδα, ο τεχνολόγος ιατρικών εργαστηρίων την άρτια τεχνική με ταυτόχρονη χορήγηση τοπικού αναισθητικού).

Μια μελέτη που αφορούσε την αξιολόγηση του νεογνικού πόνου συσχέτισε τα λεγόμενα των λειτουργών υγείας με τις αντίστοιχες πράξεις τους. Στα αποτελέσματα φάνηκε η αντίφαση ανάμεσα σ' αυτά που λένε οι φροντιστές ότι πιστεύουν και σ' αυτά που τελικά πράττουν. Μια άλλη μελέτη συσχέτισε την εκπαίδευση με την αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου, δείχνοντας ότι όσοι λειτουργοί υγείας εκπαιδεύτηκαν επιπρόσθετα στο νεογνικό πόνο, άλλαξαν την πρακτική τους αναφορικά προς την αντιμετώπιση του πόνου αυτού, όχι όμως και προς την αξιολόγησή του.

Τέλος, μια μελέτη στους λειτουργούς υγείας έκανε συσχετισμούς διαφόρων παραμέτρων, όπως η ηλικία, το πλαίσιο εργασίας και οι προσωπικές τους εμπειρίες πόνου με τη φαρμακευτική αντιμετώπιση του πόνου. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι οι μεγαλύτεροι απ' αυτούς ηλικιακά ή αυτοί που το βασικό πλαίσιο εργασίας τους ήταν η Εντατική Μονάδα Τύπου III (σοβαρά περιστατικά), βαθμολογούσαν υψηλότερα τη χρήση φαρμακευτικής αναλγησίας για την αντιμετώπιση του πόνου. Επιπλέον, υψηλά βαθμολογούσαν και οι γιατροί που είχαν βιώσει προσωπικές εμπειρίες πόνου, χωρίς όμως να υπάρχουν αντίστοιχα δεδομένα για τις νοσηλεύτριες.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα της παρούσας ανασκόπησης σχετικά με την αντίληψη του νεογνικού πόνου δεν είναι τόσο απογοητευτικά, παράλληλα όμως δεν είναι και τόσο ξεκάθαρα. Μ' άλλα λόγια, θετικό είναι το γεγονός πως όλες οι μελέτες αναφέρονται με

κάποιο τρόπο στην αντίληψη του νεογνικού πόνου και πως μόνο τρεις είναι αυτές που ρωτούν για την ύπαρξή του.

Ίσως είναι αρνητικό το γεγονός, ότι απ' αυτές τις τρεις μελέτες μόνο η μια παρουσιάζει ομοφωνία για την ύπαρξη του νεογνικού πόνου, ενώ στις άλλες υπάρχουν ποσοστά που αντιπροσωπεύουν λειτουργούς υγείας, οι οποίοι είναι αβέβαιοι για την ύπαρξη του νεογνικού πόνου ή δεν γνωρίζουν! Είναι δε ιδιαίτερα αποκαρδιωτικό, ποσοστό 19% των λειτουργών υγείας να ασχολούνται με νεογνά και παρόλα αυτά να πιστεύουν ότι τα νεογνά δεν πονούν, ενώ ποσοστό 4% να μην έχει καν άποψη (McCain, 1995). Κι όλα αυτά δημοσιεύθηκαν ενώ ήδη έχουν περάσει 8 χρόνια από τότε που η ύπαρξη του νεογνικού πόνου τεκμηριώθηκε επιστημονικά.

Γενικότερα όμως, στην πλειονότητα των μελετών (8/11) φαίνεται πως υποστηρίζεται η ύπαρξη του νεογνικού πόνου εφόσον γίνεται λόγος και αναζήτηση της αντίληψης των λειτουργών υγείας σχετικά με άλλες παραμέτρους του πόνου. Τέτοιες παράμετροι είναι η ένταση, η διαβάθμιση και η σύγκρισή του με τον πόνο των ενηλίκων.

Η αντίληψη του νεογνικού πόνου δεν επηρεάζει μόνο την αντιμετώπισή του, αλλά και την αξιολόγησή του. Η έννοια της αξιολόγησης του νεογνικού πόνου προέκυψε αβίαστα μέσα από τις εκδηλώσεις του. Εν τη γενέσει της βασιζόταν στη θεμελιώδη αρχή της παρατήρησης. Η παρατήρηση συνέχιζε πάντοτε να αποτελεί τμήμα της αξιολόγησης, αργότερα όμως προστέθηκαν και κάποια εργαλεία, κάποιες κλίμακες μέτρησης του πόνου, που στην ουσία έκαναν πιο συγκεκριμένα και ομαδοποιημένα τα σημεία της παρατήρησης.

Ένας συσχετισμός έδειξε ότι όσο περισσότεροι οι λειτουργοί υγείας πίστευαν στο νεογνικό πόνο, τόσο έτειναν να βλέπουν περισσότερες εκδηλώσεις πόνου και το αντίθετο. Έτσι, η αξιολόγηση κυμαινόταν σύμφωνα μ' αυτά που ήθελε ή δεν ήθελε να δει ο φροντιστής ως εκδήλωση πόνου και όχι με αντικειμενικά κριτήρια.

Επιπλέον, σε άλλο συσχετισμό οι λειτουργοί υγείας δήλωσαν ότι όταν αξιολογούν, επηρεάζονται από τη διάγνωση της κατάστασης του νεογνού (91%) και από την ηλικία κύησής του (75%). Γενικά, μέσα από την ανασκόπηση φάνηκε ελάχιστη χρήση εργαλείων αξιολόγησης και ως επί το πλείστον οι καταγραφές των εκδηλώσεων του πόνου των νεογνών φαίνεται να έγιναν κατόπιν παρατήρησης.

Τέλος, σε μια άλλη μελέτη ο συσχετισμός των λόγων των λειτουργών υγείας και των πράξεών τους αναφορικά προς την αξιολόγηση του νεογνικού πό-



νου και της εφαρμογής της έδειξε μεγάλη αντίφαση. Δηλαδή, ενώ δήλωναν πως πίστευαν στη σημαντικότητα της αξιολόγησης και τη διεκπεραίωσαν με συνέπεια και ακρίβεια, δεν κατέγραφαν τις εκτιμήσεις που προέκυπταν από την αξιολόγηση του νεογνικού πόνου στα διαγράμματα.

Η προσέγγιση που αφορά την αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου δεν φαίνεται να οδηγεί σε ευχάριστες διαπιστώσεις. Αυτό φαίνεται από το γεγονός, πως από τις 9 μελέτες που αναφέρουν (είτε αναλυτικά είτε επιδερμικά) μεθόδους αντιμετώπισης του νεογνικού πόνου, οι 4 (σχεδόν οι μισές) δηλώνουν πως δεν εφαρμόζεται σχεδόν καθόλου η πρόληψη του νεογνικού πόνου και παράλληλα, η εφαρμογή τρόπων για τη θεραπεία του δεν είναι ούτε συχνή, ούτε επαρκής (Franck, 1987, McLaughlin, 1993, Porter, 1997, Dodds, 2003). Γενικά, από τις μελέτες που αναφέρουν και τις δυο κατηγορίες μεθόδων για την αντιμετώπιση του πόνου, επικρατεί μια τάση να εφαρμόζονται πρώτα οι ανακουφιστικές μέθοδοι από τις νοσηλεύτριες (αγκαλιά, αλλαγή θέσης, χορήγηση πιπίλας) και κατόπιν οι φαρμακευτικές (οπιοειδή, αναλγητικά, τοπικά αναισθητικά).

Το κυριότερο συμπέρασμα που εξάγεται με την ολοκλήρωση αυτής της ανασκόπησης είναι, πως η αντίληψη του πόνου των νεογνών από τους λειτουργούς υγείας υπάρχει σ' έναν αρκετά μεγάλο βαθμό, που όμως δεν έχει ανάλογη ισχύ. Δηλαδή, ενώ φαίνεται να πιστεύουν ότι τα νεογνά πονούν, τα μέσα που υπάρχουν στα χέρια τους, τόσο για την αξιολόγηση όσο και για την αντιμετώπιση του νεογνικού πόνου, ίσως δεν εφαρμόζονται συστηματικά ή με τον αρτιότερο τρόπο ώστε να προκύπτουν γενικευμένα και όχι μεμονωμένα αποτελέσματα.

Ο νεογνικός πόνος δεν χρειάζεται εξειδίκευση, αλλά απαιτεί συλλογικότητα στη διαχείρισή του. Το να εφευρίσκονται νέες μέθοδοι αξιολόγησης ή ασφαλή φάρμακα, χωρίς να γνωρίζουν ή να έχουν πειστεί οι λειτουργοί υγείας για τη χρησιμότητά τους, δεν αποδίδει τελικά. Μ' άλλα λόγια δεν αρκεί να υπάρχει απλά η αντίληψη του νεογνικού πόνου, αλλά πρέπει αυτή να γίνει πεποίθηση, βαθιά ριζωμένη στο νου των λειτουργών υγείας ώστε να αρχίσει να αντιμετωπίζεται πιο δραστικά.

Από τα παραπάνω συνάγεται πόσο σημαντικός και υπεύθυνος είναι ο ρόλος του κάθε λειτουργού υγείας, που προσφέρει υπηρεσίες σε νεογνά. Οφείλει να είναι φροντιστής και προασπιστής των αναγκών του νεογνού, αλλά ταυτόχρονα και εγγυητής της καλής του υγείας. Ειδικά στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας, όπου τα νεογνά αποχωρίζονται από τους γονείς τους και παραμένουν εκεί, συχνά για εβδομάδες ή

μήνες (ιδίως τα πολύ μικρά πρόωρα), είναι εντονότερη η ανάγκη παροχής αισθήματος ασφάλειας στο νεογνό, κι αυτή η πράξη, η φαινομενικά ασήμαντη, αποτελεί ένα μικρό κομμάτι της υπέρογκης και ουσιαστικής προσφοράς στο κοινωνικό σύνολο.

**Ο ρόλος του φροντιστή ενός ασθενούς νεογνού είναι βαθύτατα κοινωνικός κι αυτό γιατί ένα σωματικά και κυρίως συναισθηματικά υγιές νεογνό σήμερα, θα είναι ο ισορροπημένος και υγιής ενήλικας του αύριο. Εάν αυτή η πεποίθηση γίνει κοινοκτημοσύνη, η αντιμετώπιση του πόνου του νεογνού θα καταστεί αυτονόητη καθημερινή μας υποχρέωση.**

Η παρούσα μελέτη ενδέχεται να έχει σφάλμα μεθοδολογίας, που να προσβάλει το συστηματικό της χαρακτήρα. Επιπλέον, εάν ο αριθμός των μελετών που αναζητήθηκαν ήταν μεγαλύτερος, θα μπορούσε να είχε γίνει και ποσοτική ανάλυσή τους. Ωστόσο, περισσότερο χρήσιμο θα ήταν να διενεργηθούν ποιοτικές μελέτες, που θα εστίαζαν σε βάθος στην έννοια της αντίληψης του νεογνικού πόνου, στη γνώση που έχει αφομοιωθεί ή όχι από τους λειτουργούς υγείας σχετικά με τον πόνο του νεογνού, καθώς και στην ανεύρεση των αιτιών, που τόσο η αξιολόγηση όσο και η αντιμετώπισή τους δεν εφαρμόζονται κατάλληλα.

## ΣΧΟΛΙΟ

Ο νεογνικός πόνος είναι κάτι καινούργιο στον τομέα της νοσηλευτικής φροντίδας, ιδίως στην ελληνική πραγματικότητα. Χάρηκα ιδιαίτερα όταν το 2007 (περίοδο διεκπεραίωσης της μελέτης μου) διάβασα σε τεύχος του περιοδικού μας "ΕΛΕΥΘΩ" (Τόμος 12ος, τεύχος 3ο/2007) την ανασκόπηση της συναδέλφου κ. Αργυρώς Κύρου σχετικά με τον πόνο του νεογνού. Η δημοσίευσή της αποτέλεσε για μένα απόδειξη πως το ενδιαφέρον για το νεογνικό πόνο έχει αρχίσει να εξαπλώνεται και στην Ελλάδα.

## ABSTRACT

*Persefoni Mavrommati: NICU Healthcare Professionals' Perception of Neonatal Pain and its Management.*

"ELEFTHO", 4:146-151, 2008

**Background:** Nowadays it is commonly accepted that a neonate (premature or not) is able to feel pain. Neonate's pain management by his/her caregivers (healthcare professionals) while he/she is in a NICU (neonatal intensive care unit) depends somehow on their perceptions and beliefs of neonatal pain.

**Objective:** To determine the association between healthcare professionals' perceptions on neonatal pain and the final care given by them in terms of the infant's pain management.

**Method:** Studies were sought through Internet in PubMed and Scholar Google databases. Hand searching of the references of three (3) included studies also took place. The studies were chosen so long as they met the inclusion criteria. The main criterion was an evident correlation, in the study's title or abstract, between neonatal pain perception and management by healthcare professionals working in a NICU.

**Results:** Eleven (11) studies met the inclusion criteria. Ten (10) of them were cross-sectional studies and the last was a qualitative one. There are references to neonatal pain perception in all (11/11) studies, 10/11 studies refer to its assessment and 9/11 studies refer to neonatal pain management methods by drawing up a list of them as well as referring to the frequency of their use. The total number of correlations among the parameters of neonatal perception, assessment and management is 13. The main result that arises from these correlations is a great interaction between all these three parameters and it is mostly obvious that the perception and the assessment of neonatal pain influence the possibility and the way a neonate's pain will be relieved.

**Conclusions:** Healthcare professionals do have pain perception of the neonate however this perception is superficial. This is the reason for which neonatal pain management remains inadequate despite the existence of means for its proper assessment. Further education and information of health professionals, as well as satisfying communication among them are the conditions that can reform this problem. A 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.

**Key-words:** neonate, pain, perception, healthcare professionals.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Anand K.J.S. and the international Evidence-Based

Group for Neonatal Pain: Consensus Statement for the Prevention and Management of Pain in the Newborn. *Arch Pediatr Adolesc Med.* (2001) 155: 173-180.

American Academy of Pediatrics: "Committee on Fetus and Newborn, Committee on Drugs, Section on Anesthesiology, Section on Surgery", Canadian Pediatric Society. "Fetus and Newborn Committee". Prevention and Management of Pain in the Neonate: An Update. *Pediatrics* (2006) Vol. 118 No. 5: pp. 2231-2241 (Σε ηλεκτρονική μορφή από τη διεύθυνση <http://www.aap.org/policy/re9945.html>).

Breau L.M., McGrath P.J., Stevens B. et al.: Judgments of Pain in the Neonatal Intensive Care Setting: A Survey of Direct Care Staffs' Perceptions of Pain in Infants at Risk for Neurological Impairment. *Clinical Journal of Pain* (2006) vol.22, number 2: 122-129.

Breau L.M., McGrath P.J., Stevens B., Beyene J., Camfield C.S. et al.: Healthcare professionals' perceptions of pain in infants at risk for neurological impairment. *BMC Pediatr.* (2004) 4:23.

Carbajal R., Gall O., Annequin D.: Pain management in neonates. *Expert Rev. Neurotherapeutics* (2004) 4(3): 491-505.

Dick M.J.: Preterm Infants in Pain: Nurses' and Physicians' Perceptions. *Clinical Nursing Research* (1993) vol.2 no.2: 176-187.

Dodds E.: Neonatal procedural pain: a survey of nursing staff. *Paediatr Nurs.* (2003) Jun;15(5):18-21.

Fernandez C.V., Rees E.P.: Pain management in Canadian level 3 neonatal intensive care units. *Can Med Assoc.*

Franck L.S.: A national survey of the assessment and treatment of pain and agitation in the neonatal intensive care unit. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* (1987) Nov-Dec;16(6):387-93.

Grunau R.E.: Long-Term consequences of Pain in Human neonates. *Pain in Neonates. 2nd Revised and Enlarged Edition, Pain Research and Clinical Management.* (2000) vol. 10, chapter 4:55-76.

Harrison D., Loughnan P., Johnston L.: Pain assessment and procedural pain management practices in neonatal units in Australia. *Journal of Paediatrics and Child Health* (2006) 42:6-9.

Ivy R.A.: An analysis of research and clinical practice in neonatal pain management. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* (2001) vol.13 issue 2:57-60.

Johnston C.C. et al.: A cross-sectional survey of Pain and Pharmacological Analgesia in Canadian Neonatal Intensive Care Units. *Clin J Pain* (1997) vol.13 (4): 308-312.

Lago P., Guadagni A., Merazzi D., Ancora G., Bellieni C.V., Cavazza A.: Pain management in the neonatal

- intensive care unit: a national survey in Italy. *Pediatric Anesthesia* (2005) 15: 925-931.
- McCain G.C., Morwessel N.J.: Pediatric Nurses' Knowledge and Practice Related to Infant Pain. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* (1995) 18:277-286.
- McLaughlin C.R., Hull J.G. et al.: Neonatal Pain: A comprehensive Survey of Attitudes and Practices. *J Pain Symptom Manage* (1993) 8:7-16.
- Mitchell A., Brooks S., Roane D.: The premature infant and painful procedures. *Pain Management Nursing* (2000) vol.1, No 2: 58-65.
- Porter F.L., Wolf C.M., Gold J. et al.: Pain and Pain Management in Newborn Infants: A Survey of Physicians and Nurses. *Pediatrics* (1997) 100:626-632.
- Puchalski M., Hummel P.: The Reality of Neonatal Pain. *Advances in Neonatal Care* (2002), vol 2, No 5: pp 233-247.
- Xavier Balda R. de Cassia, Guinsburg R. et al.: The Recognition of Facial Expression of Pain in Full-Term Newborns by Parents and Health Professionals. *Arch Pediatr Adolesc Med* (2000) vol.154: 1009-1016.
- Taddio A.: Opioid analgesia for infants in the neonatal intensive care unit. *Clinics in Perinatology* (2002) 29: 493-509.
- Walker S.M.: Management of procedural pain remains problematic. *Pediatric Anesthesia* (2005) 15:909-912.
- Rohrmeister K. et al.: Pain and stress management in the neonatal intensive care unit - A national survey in Austria. *Wien Klin Wochenschr* (2003) 115/19-20: 715-719.
- Sarvis L.A.: Thesis on the Assessment and Documentation of Newborn Pain: An intervention and Longitudinal Evaluation. The Florida State University: School of Nursing (2004).

## Ανακοίνωση του Σ.Ε.Μ. Ναυπλίου

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΕΦΕΤΕΙΟΥ ΝΑΥΠΛΙΟΥ

Ναύπλιο 27/11/2008

Πληροφορίες: **Μιχαήλ Μώρος**

**Προς το Σ.Ε.Μ. Αθηνών**

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Σας ενημερώνουμε ότι ο Σύλλογος Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Ναυπλίου δημιούργησε διαδικτυακό χώρο στην ηλεκτρονική διεύθυνση: [www.semnav.blogspot.com](http://www.semnav.blogspot.com). Στην παραπάνω ιστοσελίδα διαπραγματευόμαστε θέματα που αφορούν τις Μάίες και τους Μαιευτές, ενώ παράλληλα θα υπάρχει και αρθρογραφία σχετική με μαιευτικά ζητήματα καθώς και με την υγεία της γυναίκας.

Τα άρθρα θα απευθύνονται σε επαγγελματίες υγείας, αλλά και σε όσες γυναίκες επιθυμούν να ενημερωθούν γύρω από αυτά τα ζητήματα. Όποιοι συνάδελφοι επιθυμούν μπορούν να αποστέλουν άρθρα προς δημοσίευση κατόπιν συνεννοήσεως με τον υπεύθυνο της ιστοσελίδας κ. Μιχαήλ Μώρο, στο τηλέφωνο **27520 98151**, ώρες 8.00 έως 13.00, ή στο ηλεκτρονικό ταχυδρομείο: [m\\_moros@freemail.gr](mailto:m_moros@freemail.gr)

Παρακαλώ πολύ να δημοσιεύσετε την παραπάνω ανακοίνωση στο περιοδικό "ΕΛΕΥΘΩ"  
Ευχαριστώ

**ΜΙΧΑΗΛ ΜΩΡΟΣ**

---

## Η ικανοποίηση των γυναικών αναφορικά με τις συνθήκες τοκετού τους

---

Αγγελική Αργέντου\*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η μέτρηση της ικανοποίησης των γυναικών από τον τοκετό τους αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα θέματα ενδιαφέροντος των υπηρεσιών υγείας. Η σύγχρονη διοίκηση των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας διεθνώς, έχει αντιληφθεί την αναγκαιότητα της καταγραφής και της ερμηνείας της συμπεριφοράς των γυναικών και προσπαθεί να την καλύψει όσο το δυνατό καλύτερα. Η μέτρηση της ικανοποίησης των γυναικών μπορεί να θεωρηθεί ως το πλέον αξιόπιστο σύστημα ανάδρασης για τον οργανισμό, δεδομένου ότι παρέχει με ουσιαστικό και άμεσο τρόπο την άποψη των γυναικών.

Η έρευνα της βιβλιογραφίας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η ικανοποίηση των γυναικών από τον τοκετό τους, αναπτύσσεται περισσότερο σε γυναίκες που δεν αποχωρίζονται το νεογνό τους, σ' αυτές που συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων, σ' αυτές που έχουν τον έλεγχο κατά τον τοκετό τους, σε γυναίκες που είχαν φυσιολογικό τοκετό, σε γυναίκες που εκπληρώθηκαν οι προσδοκίες τους κ.ά. Παρόλα αυτά, η ικανοποίηση των γυναικών στον τοκετό είναι ένα περίπλοκο φαινόμενο, το οποίο έχει πολλές διαστάσεις και πολλές μεταβλητές. Συμπερασματικά, υπάρχει ακόμα μέλλον μέχρι την ολική αξιολόγηση της ικανοποίησης των γυναικών από τις συνθήκες τοκετού.

**Λέξεις-κλειδιά:** ικανοποίηση, τοκετός, μαιευτικές υπηρεσίες υγείας, γυναίκες.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ελλιπής μέτρηση της ικανοποίησης των γυναικών αναφορικά με τις συνθήκες τοκετού έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον πολλών ερευνητών στο χώρο της υγείας, ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια καθώς η αύξηση της ικανοποίησης των γυναικών από τις προσφερόμενες μαιευτικές υπηρεσίες υγείας λαμβάνεται σοβαρά υπόψη στο σχεδιασμό των αλλαγών, τις οποίες πραγματοποιούν τα περισσότερα συστήματα υγείας με στόχο τη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας.

Η αλλαγή του μοντέλου του τοκετού, από τον τοκετό στο σπίτι στο βιοϊατρικό μοντέλο τοκετού στο νοσηλευτικό ίδρυμα, δημιούργησε την ανάγκη αξιολόγησης της δομής, των διαδικασιών και τελικά του αποτε-

---

\* Μαΐα, MSc & Diploma Reproductive and Sexual Health Research, University of London, MSc Προληπτική και Κοινωνική Ιατρική, Ιατρική Σχολή Αθηνών, Γ.Ν. Αθηνών «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ», Α' Μ/Γ Κλινική, Εργαστηριακή Συνεργάτης ΤΕΙ Αθήνας, Σ.Ε.Υ.Π., Τμήμα Μαιευτικής.

λίσματος των μαιευτικών υπηρεσιών υγείας και όχι μόνο. Η μέτρηση της ικανοποίησης των γυναικών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας κατά τον τοκετό τους, αποδείχθηκε αναγκαία για την αξιολόγηση του συστήματος υγείας και των επαγγελματιών υγείας, αλλά και για την εκτίμηση των αναγκών των γυναικών σε μια τόσο σημαντική περίοδο της ζωής τους, τόσο για τις ίδιες όσο και για το νεογνό. Τέτοιου είδους μελέτες στην Ελλάδα είναι περιορισμένες παρά τη γενική δυσανεμία από τις μαιευτικές υπηρεσίες υγείας.

### **Η ικανοποίηση των γυναικών αναφορικά με τις συνθήκες τοκετού τους**

Η καταγραφή της μητρικής και της περιγεννητικής θνησιμότητας αποτελούν διεθνείς δείκτες μέτρησης της ποιότητας της φροντίδας κατά τον τοκετό. Όμως, για μια ολοκληρωμένη εικόνα της ποιότητας φροντίδας κατά τον τοκετό είναι απαραίτητη η μέτρηση της ικανοποίησης των γυναικών αναφορικά με τον τοκετό τους. Μια τέτοιου είδους αξιολόγηση θα επιτρέψει στο μέλλον τα μοντέλα φροντίδας τοκετού να είναι προσαρμοσμένα στις ανάγκες των γυναικών και όχι στις ανάγκες των επαγγελματιών υγείας ή των συστημάτων μαιευτικής φροντίδας.

Οι επαγγελματίες υγείας των μαιευτικών υπηρεσιών υγείας προσπαθούν να διασφαλίσουν για τη γυναίκα και το νεογνό ένα περιβάλλον το οποίο θα είναι ασφαλές και ικανοποιητικό. Είναι αλήθεια, ότι η διαδικασία του τοκετού που βιώνει η κάθε γυναίκα, είναι πολύ σημαντική καθώς είναι πιθανό να της επιφέρει είτε ψυχολογικά οφέλη, είτε ψυχολογική επιβάρυνση (Simkin P., 1996).

Μια αρνητική ή μη ικανοποιητική εμπειρία τοκετού επιφέρει στη γυναίκα τον κίνδυνο δημιουργίας επιλόχειας κατάθλιψης (Righttetti-Veltemma M., Conne-Perreard E., Bousquet A., Manzano J., 1998), μετατραυματικό σύνδρομο (Beck C.T., 2004, Philips L.H., O' Hara M.W., 1991), αύξηση της πιθανότητας να μην θελήσει την απόκτηση άλλου παιδιού εξαιτίας του φόβου της επανάληψης μιας τέτοια εμπειρίας (Waldenstrom U., Hildingsson I., Ryding E.L., 2006), άρνηση σεξουαλικής επαφής μετά τον τοκετό (Laurence R.J., 1997), επιλογή καισαρικής τομής στον επόμενο τοκετό (Ryding E.L., 1993) και τελικά να οδηγήσει σε διατάραξη του συναισθηματικού δεσμού μητέρας-νεογνού (Reynolds J.L., 1997).

Επίσης, η ικανοποίηση της μητέρας από την εμπειρία του τοκετού της θεωρείται ότι είναι πολύ σημαντική για την υγεία του νεογνού. Από μελέτες έχει βρεθεί ότι η θετική άποψη της μητέρας από

τον τοκετό της συνδέεται με θετικά συναισθήματα προς το παιδί της και επηρεάζει θετικά το δεσμό, που αναπτύσσεται μεταξύ μητέρας-παιδιού καθώς και το μητρικό θηλασμό (Simkin P., 1991, Simkin P., 1992).

Εφόσον τα ποσοστά της μητρικής και της νεογνικής θνησιμότητας είναι πολύ χαμηλά, θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη η μέτρηση της ικανοποίησης των γυναικών από τον τοκετό τους, αφού υπάρχουν τόσες γυναίκες που γεννούν υγιή νεογνά. Εάν η ικανοποίηση βασιζόταν μόνο σ' αυτό το αποτέλεσμα, τότε το μέγεθος της ικανοποίησης θα ήταν πολύ υψηλό.

Πολλές μελέτες συνηγορούν στο να γίνει κατανοητό πώς οι γυναίκες βιώνουν την εγκυμοσύνη τους και τον τοκετό τους. Ο όρος "ικανοποίηση" από μόνος του δεν αρκεί. Έτσι, είναι σημαντικό, σε μελέτες αξιολόγησης και μέτρησης της ικανοποίησης οι γυναίκες να έχουν την ευκαιρία να εκφράσουν το εύρος των απόψεών τους για τις διαφορετικές πτυχές της εμπειρίας τους, είτε θετικές είτε αρνητικές και να ασκήσουν κριτική στις υπηρεσίες υγείας που τους προσφέρθηκαν. Τα αποτελέσματα των μελετών θα βοηθήσουν τους ερευνητές να κατανοήσουν εκείνους τους παράγοντες, που διαμορφώνουν μια "καλή" ή "κακή" εμπειρία από τη φροντίδα που τους προσφέρεται (Redshaw M., 2008).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο η μαιευτική φροντίδα θεωρείται ότι βασίζεται στο ιατρικά προσανατολισμένο μοντέλο. Η φροντίδα μοιράζεται μεταξύ της κοινωνικής μαιευτικής φροντίδας και της νοσοκομειακής φροντίδας. Το 1993 η κυβέρνηση συνέστησε ένα εξειδικευμένο μαιευτικό συμβούλιο, το οποίο αξιολόγησε την πολιτική της υγείας που ακολουθείται στη μαιευτική φροντίδα –και πιο συγκεκριμένα κατά τον τοκετό– και έκανε συγκεκριμένες συστάσεις. Η αναφορά τους "Αλλάζοντας τον Τοκετό" (Changing Childbirth), όπως ονομάστηκε, θεωρήθηκε μανιφέστο αλλαγής των μαιευτικών υπηρεσιών υγείας, το οποίο είχε πρωταρχικό στόχο τις "Υπηρεσίες Υγείας Επικεντρωμένες στις Γυναίκες" (Women-Centered Health Care).

Τρεις ήταν οι προϋποθέσεις γι' αυτές τις υπηρεσίες: α) η συνέχεια της φροντίδας από τον επαγγελματία υγείας, β) το αυξημένο επίπεδο επιλογής της γυναίκας και γ) ο έλεγχος (control) των γυναικών κατά τον τοκετό τους. Μέσα στα επόμενα 5 χρόνια που ακολούθησαν, αναγνωρίστηκαν τουλάχιστον 10 δείκτες που θα βοηθούσαν να επιτύχει αυτό το πλάνο. Η έμφαση που δόθηκε στην προσωπική συνεχιζόμενη μαιευτική φροντίδα μετά την αναφορά του "Αλλάζοντας τον Τοκετό", πηγαίνει πέρα από

κάθε τεχνική προσέγγιση της παροχής της μαιευτικής φροντίδας, τονίζοντας το πόσο σημαντική είναι η φροντίδα αυτή από οικείους επαγγελματίες υγείας. Άρα, η σημασία που δόθηκε στην προσωπική συνεχιζόμενη μαιευτική φροντίδα θεμελιώνει τελικά το πόσο σημαντικές είναι οι ανθρώπινες επαφές και το πώς επιδρούν στην εξέλιξη και στο αποτέλεσμα της φροντίδας. Επιπλέον, σε ψυχολογικό επίπεδο, η υποστήριξη και η διασφάλιση της φροντίδας που προσφέρεται από οικείους προς τη γυναίκα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας, σχετίζεται με αυξημένη ικανοποίηση, αυξημένο αίσθημα αυτοελέγχου της γυναίκας και συμμετοχή της ίδιας στη λήψη αποφάσεων.

Από τη δημοσίευση του "Αλλάζοντας τον Τοκετό" και έπειτα, αναπτύχθηκαν στο Η.Β. καινούργια μοντέλα μαιευτικών υπηρεσιών, τα οποία περιλαμβάνουν όλους τους τομείς της μαιευτικής φροντίδας. Τα μοντέλα αυτά είναι τρία: α) το ατομικό (individual case load midwifery), β) το μοντέλο που απαρτίζεται από δυο συνεργάτιδες μαιές (partnership) και γ) το μοιραζόμενο από μια ομάδα (shared by a team) (Morgan M., Fenwick N., McKenzie C., Wolfe D.A., 1998, Audit Commission, 1997). Επομένως, είναι γεγονός ότι υπάρχουν πολλές και περίπλοκες μεταβλητές, που επηρεάζουν την ικανοποίηση των γυναικών στην εμπειρία του τοκετού τους. Επειδή ακριβώς η ικανοποίηση είναι πολυδιάστατη, οι γυναίκες μπορεί να είναι ικανοποιημένες ως προς κάποιους παράγοντες και μη ικανοποιημένες ως προς άλλους, αλλά παράλληλα να συνυπάρχουν θετικά και αρνητικά συναισθήματα. Έτσι, οι γυναίκες μπορεί να είναι ικανοποιημένες με τη μαιευτική φροντίδα που τους παρέχεται και παράλληλα να μην εισπράττουν την εμπειρία αυτή ως θετική ή και το αντίστροφο.

Υπάρχουν αρκετές έρευνες που έχουν μελετήσει αυτούς τους παράγοντες χρησιμοποιώντας διαφορετικούς μεθόδους έρευνας, είτε αυτές είναι ποσοτικές μελέτες, είτε τυχαιοποιημένες μελέτες, είτε τέλος μεταναλύσεις. Όμως, τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών δεν ήταν εύκολο να μετρηθούν καθώς δεν ήταν παντού τα ίδια (Bryanton J., Gagnon A.J., Johnston C., Hatem M., 2008).

Η έρευνα της βιβλιογραφίας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η ικανοποίηση των γυναικών από τον τοκετό τους αναπτύσσεται περισσότερο σε:

- γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας κατά τον τοκετό (Borjesson B., Paperin C., Lindell M., 2004),
- γυναίκες πολυτόκες (Waldenstrom U., 1999),
- γυναίκες που έχουν παρακολουθήσει μαθήματα προετοιμασίας για γονεϊκότητα (Goodman P., Mackey M.C., Tavakoli A.S., 2004),

- γυναίκες με μικρή διάρκεια τοκετού (Nystedt A., Hogberg U., Lundman B., 2005),
- γυναίκες με τοκετό στο σπίτι (Brown S., Lumley J., 1998),
- γυναίκες με φυσιολογικό τοκετό (Hodnett Ed., Downe S., Edwards N., Walsh D., 2005),
- γυναίκες με τις λιγότερες παρεμβάσεις στον τοκετό, όπως περινεοτομία και εμβρυοσυκία (Creedy D.K., Shoket I.M., Horsfall J., 2000, Waldenstrom U., Hildingsson I., Rubertsson C., Radestad I., 2004),
- γυναίκες με καταστάσεις λιγότερου στρες και αγωνίας (Waldenstrom U., Hildingsson I., Ryding E.L., 2006),
- γυναίκες που δεν αποχωρίζονται το νεογνό τους (Fenwick J., Gamble J., Mawson J., 2003),
- γυναίκες που οι προσδοκίες τους έχουν εκπληρωθεί (Soet J.E., Brack G.A., Dilorio C., 2003),
- γυναίκες στις περιπτώσεις που έχουν τον έλεγχο του τοκετού τους (Lundgren I., 2005),
- γυναίκες που συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων (Waldenstrom U., Borg I.M., Olsson B., Skold M., Wall S., 1996, Waldenstrom U., Hildingsson I., Ryding E.L., 2006),
- γυναίκες που έχουν μειωμένο φόβο για τον πόνο (Soet J.E., Brack G.A., Dilorio C., 2003),
- γυναίκες που έχουν θετική στάση προς τη μαία που έχει αναλάβει τη φροντίδα τους (Hallgren A.M., 2000) και τέλος,
- γυναίκες που είχαν τις λιγότερες επιπλοκές (Rightetti-Veltemma M., Conne-Perreard E., Bousquet A., Manzano J., 1998).

Κλείνοντας θα πρέπει να επισημανθεί το πόσο σημαντικό είναι οι μαιευτικές υπηρεσίες υγείας να γίνουν "Υπηρεσίες Υγείας Φιλικές προς τις Γυναίκες" (Women-Friendly Health Services), έτσι ώστε να προσφέρουν προσβασιμότητα στην υψηλή ποιότητα υπηρεσιών υγείας, να σέβονται την κουλτούρα και τις κοινωνικές αξίες, να ενδυναμώνουν και να δίνουν κίνητρα στους χρήστες των υπηρεσιών αυτών, μέσα από τη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων για την υγεία τους με στόχο την αύξηση της ικανοποίησής τους.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η έρευνα στη βιβλιογραφία έδειξε πως δεν υπάρχουν αρκετές δημοσιευμένες μελέτες, που να έχουν εξετάσει την ικανοποίηση των γυναικών αναφορικά με τις συνθήκες του τοκετού τους, υποδεικνύοντας πως η αξιολόγηση της ικανοποίησης είναι περίπλοκο φαινόμενο, το οποίο έχει πολλές διαστάσεις και

πολλές μεταβλητές. Έτσι δημιουργείται άμεσα η ανάγκη να πραγματοποιηθούν τέτοιου είδους μελέτες με στόχο την αύξηση της ικανοποίησης των γυναικών, που κάνουν χρήση των μαιευτικών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και κατά συνέπεια, το μελλοντικό ανασχεδιασμό των αλλαγών των συστημάτων υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες της συγκεκριμένης ομάδας χρηστών. Επίσης, σημαντικό θα ήταν η δημιουργία ενός ειδικού σταθμισμένου εργαλείου μέτρησης ώστε τα αποτελέσματα να είναι γενικεύσιμα και συγκρίσιμα. Το μόνο βέβαιο είναι, ότι υπάρχει ακόμα μέλλον μέχρι την ολιστική και πολύπλευρη αξιολόγηση των μεταβλητών της ικανοποίησης των γυναικών αναφορικά με τις συνθήκες του τοκετού τους.

### ABSTRACT

*Angeliki Argentou: Women's satisfaction according to the labour.*

"ELEFTHO", 4:152-156, 2008

*The evaluation of women's satisfaction during labour has been one of the most important issue of scientific interest in the health services area. The international management of health services has been focused at the necessity of the evaluation and analysis of women attitudes , as best as possible. The evaluation of women 's satisfaction is been considered as the most reliable system of an organization, as long, it can provide directly women 's opinion.*

*The literature review proves that women's satisfaction increases most in those women that they are not separated from their babies after birth, in women that they take part in labour decision making, in those women that they have control during their labour, when women's expectations are fulfilled, and in women that they have a normal delivery ect. Nevertheless, women's satisfaction is a very complicated issue, that has many dimensions and many research variables. Concluding, there is a long way ahead for it's holistic evaluation.*

**Key-words:** *satisfaction, birth, women 's satisfaction, health services.*

### ΒΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Simkin P.:* The experience of maternity in a woman's life. *Journal of Obstetric, Gynecology & Neonatal Nursing* 1996; 25: 247-252.
- Beck C.T.:* Post-trauma: in the eye of the beholder. *Nursing Research* 2004; 53: 28-35.
- Philips L.H., O' Hara M.W.:* Prospective study of post-partum depression; four and one-half year follow-up of women and children. *Journal of Abnormal Psychology* 1991; 100: 151-155.
- Laurence R.J.:* Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *Canadian Medical Association* 1997; 156: 831-935.
- Ryding E.L.:* Investigation of 33 women who demand a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstetrics and Gynecology Scandinavia* 1993; 72: 280-285.
- Reynolds J.L.:* Post-traumatic stress disorder after childbirth: The phenomenon of traumatic birth. *Canadian Medical Association Journal* 1997; 156: 831-835.
- Simkin P.:* Just another day in a women's life? Women's long term perceptions of their first birth experience. Part I. *Birth* 1991; 18: 203- 211.
- Simkin P.:* Just another day in a women's life? Nature and consistency of women's long -term memories of their first birth experiences. *Birth* 1992; 19: 64-80.
- Redshaw M.:* Women as consumers of maternity care: Measuring "Satisfaction" or "Dissatisfaction"? *Birth* 2008; 35 (1): 73-76.
- Morgan M., Fenwick N., McKenzie C., Wolfe D.A.:* Quality of midwifery led care: assessing the effects of different models of continuity for women's satisfaction. *Quality in Health Care* 1998, 7: 77-82.
- Audit Commission:* First class delivery: improving maternity services in England and Wales. Abingdon: Audit Commission Publications, 1997.
- Bryanton J., Gagnon A.J., Johnston C., Hatem M.:* Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. *JOGNN* 2008; 37: 24-34.
- Borjesson B., Paperin C., Lindell M.:* Maternal support during the first year of infancy. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 45: 588-594.
- Waldenstrom U.:* Experience of labour and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research* 1999; 47: 471-482.
- Goodman P., Mackey M.C., Tavakoli A.S.:* Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 46: 212-219.
- Nystedt A., Hogberg U., Lundman B.:* The negative birth experience of prolonged labour: A case-referent study. *Journal of Clinical Nursing* 2005; 14: 579-586.
- Brown S., Lumley J.:* Changing childbirth: Lessons from an Australian survey of 1336 women. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 1998; 33: 508-518.
- Hodnett Ed., Downe S., Edwards N., Walsh D.:* Home-like versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005.
- Creedy D.K., Shoket I.M., Horsfall J.:* Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth* 2000; 27: 104-111.

- Waldenstrom U., Hildingsson I., Rubertsson C., Radestad I.: A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. *Birth* 2004; 31: 17-27.
- Waldenstrom U., Hildingsson I., Ryding E.L.: Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG* 2006; 113: 638-646.
- Fenwick J., Gamble J., Mawson J.: Women's experiences of caesarean section and vaginal birth after caesarean: A birthrights initiative. *International Journal of Nursing Practice* 2003; 9: 10-17.
- Lundgren I.: Swedish women's experience of childbirth 2 years after birth. *Midwifery* 2005; 21: 346-354.
- Waldenstrom U., Borg I.M., Olsson B., Skold M., Wall S.: The childbirth experience: A study of 295 new mothers. *Birth* 1996; 23: 144-153.
- Waldenstrom U., Hildingsson I., Ryding E.L.: Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG* 2006; 113: 638-646.
- Soet J.E., Brack G.A., Dilorio C.: Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth* 2003; 30: 75-82.
- Hallgren A.M.: Family-centred maternity and newborn care: National guidelines. On: Minister of Public Works and Government Services, Ottawa, 2000.
- Rightetti-Veltemma M., Conne-Perreard E., Bousquet A., Manzano J.: Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *Journal of Affective Disorders* 1998; 49: 167-180.

## Επιστολή προς τη Συντακτική Επιτροπή του "ΕΛΕΥΘΩ"

Στο πλαίσιο του εορτασμού της Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού, ο Σύλλογος Μαιών-Μαιευτών Θεσσαλονίκης σε συνεργασία με τη Νομαρχία Θεσσαλονίκης πραγματοποίησε στις 2 Νοεμβρίου 2008 εκδήλωση στο Ξενοδοχείο "MAKEDONIA PALACE". Μετά από σχετικό αίτημα της Προέδρου κ. Βικτωρίας Μοσχάκη και της Αντιπροέδρου κ. Στέλλας Ηλιάσκου παρουσιάστηκε εργασία μου, την οποία ευγενώς έθεσα στη διάθεση του Συλλόγου για τις ανάγκες της παραπάνω εκδήλωσης.

Η παρουσίαση έγινε από τη συνάδελφο κ. Ηλιάσκου λόγω δικής μου ταυτόχρονης συμμετοχής στο "1ο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο του Σ.Ε.Μ.Α. για το Μητρικό Θηλασμό", που έγινε στην Αθήνα, όπου συμμετείχα ενεργά ως ομιλήτρια και εκπαιδεύτρια. Όπως πληροφορήθηκα αργότερα, κατά την παρουσίαση της εργασίας μου δεν έγινε η δεοντολογικά αναμενόμενη αναφορά στο όνομά μου. Για το λόγο αυτό επιθυμώ να πληροφορήσω τους συναδέλφους ότι προσωπικά και αποκλειστικά έχω εκπονήσει την παρουσιασθείσα εργασία και ότι ο σωστός τίτλος της είναι "**Μητρικός Θηλασμός: Οικολογικές και Οικονομικές Παράμετροι**" και όχι αυτός με τίτλο "Μητρικός Θηλασμός: Δείκτης Ποιότητας για το Περιβάλλον", που είχε γραφτεί στην πρόσκληση της εκδήλωσης.

Ευχαριστώ

**Κ. ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΟΥ**



## Σύνδρομο Αιφνίδιου Νεογνικού Θανάτου (SIDS)

Πνευελόπη Βαρελά\*

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το Σύνδρομο Αιφνίδιου Νεογνικού Θανάτου (Sudden Infant Death Syndrome-SIDS) εμφανίζεται απροσδόκητα και προσβάλλει κατά τα φαινόμενα υγιή νεογνά. Η επικρατέστερη υπόθεση για την αιτιολογία του είναι η πιθανή αναπτυξιακή ανωριμότητα του στελέχους του εγκεφάλου.

Παρά το πλήθος των ερευνών που έχουν διεξαχθεί, δεν έχει προταθεί αποτελεσματικός τρόπος πρόληψής του. Ωστόσο, έχει επιτευχθεί η καταγραφή των παραγόντων κινδύνου για την εμφάνισή του. Μετά από συστηματική έρευνα η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής (American Academy of Pediatrics-AAP) προχώρησε στην αναγγελία οδηγιών, που είναι πιθανό να συμβάλουν στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης του συνδρόμου, ενώ η σχετική εκστρατεία που ανέπτυξε, γνωστή ως "Back to Sleep Campaign" σημείωσε σημαντική επιτυχία. Ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζουν τόσο οι γνώσεις και η στάση των γονέων, όσο και των επαγγελματιών υγείας απέναντι σε θέματα που αφορούν το SIDS.

Σκοπός της εργασίας είναι η καταγραφή όλων των παραπάνω και η ανάπτυξη των σημείων που παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον από ερευνητικής πλευράς. Η κατανόηση των παραγόντων κινδύνου και των πρακτικών μείωσης κινδύνου για το SIDS από τις Μαιές και τους Μαιευτές θα μπορούσε να βοηθήσει στις επαγγελματικές τους δραστηριότητες.

**Λέξεις-κλειδιά:** σύνδρομο αιφνίδιου νεογνικού θανάτου.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Σύνδρομο Αιφνίδιου Νεογνικού-Βρεφικού Θανάτου (Sudden Infant Death Syndrome-SIDS) ορίζεται ως ο αιφνίδιος θάνατος κάθε βρέφους, ο οποίος δεν αναμένεται από το ιστορικό και παραμένει ανεξήγητος μετά από λεπτομερή νεκροψία, η οποία περιλαμβάνει μια ολοκληρωμένη αυτοψία, έρευνα της σκηνής του θανάτου και αναδρομή στο ιατρικό ιστορικό. Απαιτείται αυτοψία όλων των αιφνίδιων και απροσδόκητων βρεφικών θανάτων, γιατί το ιστορικό και η έρευνα της σκηνής του θανάτου δεν είναι επαρκή στοιχεία για τον αποκλεισμό πολλών από τις άλλες συγγενείς ή επίκτητες αιτίες (Nelson et al., 2002).

Παρά τις εκτεταμένες προσπάθειες τα αίτια του παραμένουν άγνωστα. Δεν υπάρχει τρόπος πρόληψής του και δεν υπάρχει αποδεδειγμένη στρατηγική για κάποια παρέμβαση. Πιθανή αναπτυξιακή ανωριμότητα του στελέχους του εγκεφάλου ή αναπτυξιακή καθυστέρηση

\* Μαία Μαιευτήριου "ΛΗΤΩ"

σχετιζόμενη με τη νευρολογική ρύθμιση του καρδιοαναπνευστικού ελέγχου ή με τον έλεγχο ρύθμισης ύπνου και αφύπνισης και τον καρδιακό ρυθμό του βιολογικού κύκλου, είναι κάποιες από τις επικρατέστερες υποθέσεις.

Οι ανωμαλίες του στελέχους του εγκεφάλου στα θύματα του SIDS περιλαμβάνουν την εστιακή αστερογλοΐωση, τις επίμονες δενδριτικές άκανθες και την ελάττωση της μυελίνωσης (Nelson et al., 2002). Μερικά από τα θύματα του SIDS παρουσιάζουν υποπλασία του τοξοειδή πυρήνα (Nelson et al., 2002, Panigrahy et al., 2000). Αυτή η περιοχή αντιπροσωπεύει περιοχή ελέγχου, που συνδέεται άμεσα με άλλες περιοχές που ρυθμίζουν την αφύπνιση, τη λειτουργία του αυτόνομου συστήματος και των χημειοαισθητηριακών υποδοχέων.

Οι διάφορες μορφολογικές ανωμαλίες που παρατηρούνται σε θύματα του SIDS, περιλαμβάνουν την καθυστερημένη νευρωνική ωρίμανση των προμηκικών κατεχολαμινεργικών νευρώνων και την αυξημένη δραστηριότητα των προσαγωγών νευρώνων, και άρα είναι συμβατές με τις παρατηρούμενες ανωμαλίες του καρδιοαναπνευστικού ελέγχου και των μηχανισμών ύπνου και αφύπνισης. Οι υπόλοιπες μεταθανάτιες παρατηρήσεις αποτελούν συνέπειες της χρόνιας ασφυξίας.

Η παθοφυσιολογία των μεταθανάτιων ευρημάτων σχετίζεται άμεσα με την ανώμαλη ανάπτυξη του στελέχους του εγκεφάλου και τη χρόνια ασφυξία. Οι αλλοιώσεις λόγω ασφυξίας είτε είναι δευτερογενείς στην υποκείμενη ανωμαλία, η οποία προκάλεσε τη διαταραγμένη ανάπτυξη του στελέχους του εγκεφάλου, είτε είναι το αποτέλεσμα της δυσλειτουργίας του στελέχους του εγκεφάλου. Η επικρατέστερη υπόθεση για την εξήγηση του SIDS αφορά σε ανωμαλία του στελέχους του εγκεφάλου σχετικά με τον καρδιοαναπνευστικό έλεγχο.

Ανωμαλίες του τύπου της αναπνοής έχουν παρατηρηθεί σε νεογνά που βρίσκονται σε κίνδυνο για προσβολή από το SIDS και σε λίγα νεογνά που αργότερα κατέληξαν από SIDS. Αυτές οι ανωμαλίες περιλαμβάνουν την παρατεταμένη άπνοια, τα πολλαπλά επεισόδια άπνοιας βραχείας διάρκειας και την περιοδική αναπνοή. Οι ανωμαλίες του αναπνευστικού προτύπου αποτελούν μόνο μια κατηγορία διαταραχών του καρδιοαναπνευστικού ελέγχου.

Οι ανωμαλίες του αναπνευστικού προτύπου και η μειωμένη αντίδραση αερισμού δεν είναι εγγενώς απειλητικές για τη ζωή του νεογνού. Όμως η διαταραχή της αντιδραστικής αφύπνισης μπορεί να αποβεί απειλητική για τη ζωή, γιατί το νεογνό έχει χάσει την ικανότητα αποτελεσματικής αντίδρασης στην

προοδευτικά επιδεινούμενη υπνική άπνοια, ανεξάρτητα από την αιτία που την προκαλεί.

Η αυξημένη θερμοκρασία του σώματος σχετίζεται με το SIDS. Υπάρχουν πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις μεταξύ της ρύθμισης θερμοκρασίας, του προτύπου αναπνοής, της ευαισθησίας των χημειοϋποδοχέων, του καρδιακού ελέγχου και της αφυπνιστικής αντίδρασης. Η αυξημένη εφίδρωση στον ύπνο μπορεί να οφείλεται σε κυψελιδικό υποαερισμό και δευτερογενή ασφυξία ή σε δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Ως εκ τούτου μπορεί να είναι ενδεικτική μιας ακόμη πιο γενικευμένης ανεπάρκειας της λειτουργίας του στελέχους του εγκεφάλου.

Μερικές περιπτώσεις SIDS έχουν αποδοθεί σε επιμήκυνση του διαστήματος QT. Το σύνδρομο παρατεταμένου QT διαστήματος χαρακτηρίζεται από αιφνίδια απώλεια της συνείδησης κατά την άσκηση ή τη συγκινησιακή φόρτιση. Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα μπορεί να αποκαλυφθεί παράταση του διαστήματος QT λόγω ανώμαλης επιμήκυνσής του. Το σύνδρομο αυτό μπορεί να κληρονομηθεί με τον αυτοσωμικό υπολειπόμενο χαρακτήρα ή με τον αυτοσωμικό επικρατούντα χαρακτήρα. Σε μερικές περιπτώσεις SIDS, όταν αυξάνεται ο ρυθμός της καρδιάς η ικανότητα βράχυνσης του μεσοδιαστήματος QT είναι διαταραγμένη.

Μερικοί επιστήμονες στις έρευνές τους για τις αιτίες του SIDS εφαρμόζουν το "πρότυπο τριπλού κινδύνου".

### **A. Ευπαθές νεογνό**

Το πρώτο βασικό στοιχείο του προτύπου απεικονίζει ένα νεογνό με μια ατέλεια ή ανωμαλία που δεν είναι εμφανής, η οποία το καθιστά ευπαθές, όπως π.χ. ανωμαλία σε τμήμα του εγκεφάλου.

### **B. Κρίσιμη αναπτυξιακή περίοδος**

Το δεύτερο στοιχείο αναφέρεται στους έξι πρώτους μήνες ζωής. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου συμβαίνουν αναπτυξιακές αλλαγές στους ομοιοστατικούς ελέγχους, οι οποίες μπορεί και να μην είναι εμφανείς. Μερικές από αυτές μπορούν προσωρινά ή περιοδικά να αποσταθεροποιήσουν τα εσωτερικά συστήματα του νεογνού.

### **Γ. Εξωτερικοί παράγοντες**

Το τρίτο στοιχείο του προτύπου περιλαμβάνει τους εξωτερικούς παράγοντες, όπως η θέση ύπνου και η έκθεση στον καπνό. Αυτοί οι παράγοντες από μόνοι τους δεν μπορούν να προκαλέσουν νεογνικό θάνατο.

Σύμφωνα με το "πρότυπο του τριπλού κινδύνου" και τα τρία αυτά στοιχεία πρέπει να αλληλεπιδρά-

σουν για να εμφανιστεί ο θάνατος. Η ευπάθεια του νεογνού είναι μη ανιχνευθείσα έως ότου διανύσει την κρίσιμη αναπτυξιακή περίοδο και εκτεθεί σε έναν εξωτερικό παράγοντα (Panigrahy et al., 2000, Filiano & Kinney, 1994).

Στους θανάτους αυτούς η λεπτομερής ιατροδικαστική έρευνα δεν αποκαλύπτει εμφανή παθολογική αλλοίωση που να αποτελεί την αιτία θανάτου, ενώ κατά τον προσδιορισμό του είδους του θανάτου δεν ανευρίσκονται ύποπτα ή βίαια στοιχεία. Τα ιατροδικαστικά ευρήματα δεν είναι παθογνωμικά.

Κατά την αυτοψία του χώρου του θανάτου και την εξέταση των οικείων δεν αποκαλύπτεται καμία αταξία ή αμέλεια, υποψίες δεν υπάρχουν και εξιστορείται η τυπική κατάσταση της προηγούμενης καλής υγείας και του αναπάντεχου θανάτου. Κατά τη νεκροψία, εκτός της κυάνωσης χειλέων και ούχων δεν αποκαλύπτονται άλλα ευρήματα. Συχνότερα ευρήματα στη νεκροτομία είναι η ανεύρεση στικτοειδών μικροαιμορραγιών στον περισπλάχνιο υπεζωκότα, το επικάρδιο και το θύμο αδέν. Επίσης, συχνότατη είναι η συμφόρηση των πνευμόνων και το πνευμονικό οίδημα, ενώ η εισρόφηση αναχθέντος γαστρικού περιεχομένου είναι συνηθισμένο εύρημα.

Η εισρόφηση γαστρικού περιεχομένου είναι τυχαίο συμβάν του σταδίου της προθανάτιας αγωνίας, ανεξάρτητα αιτιολογίας και δεν σχετίζεται καθόλου με το θάνατο, είτε από το σύνδρομο που εξετάζεται είτε από άλλη αιτία.

Η διάγνωση του SIDS γίνεται με τη μέθοδο του αποκλεισμού όλων των άλλων πιθανών αιτιών θανάτου. Διαφαίνεται πάντως, ότι ο υπεύθυνος ίσως παθοφυσιολογικός μηχανισμός περιλαμβάνει την έλλειψη οξυγόνου από τα απνοϊκά επεισόδια και τις κυτταρικές βλάβες ζωτικών κέντρων του εγκεφαλικού στελέχους (Μιχαλοδημητράκης, 2001).

Το SIDS είναι απροσδόκητο και συμβαίνει σε εμφανώς υγιή νεογνά. Ο θάνατος από το SIDS είναι γρήγορος και επέρχεται συνήθως κατά τη διάρκεια του ύπνου. Εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε άρρενα παρά σε θήλεα βρέφη και σε πλειοψηφία κατά τους χειμερινούς μήνες (AAP, 2000, NICHD, 2001).

Σύμφωνα με έρευνα των Blair et al. (2006) το 83% των περιστατικών συμβαίνει κατά τη διάρκεια της νύχτας. Επίσης, έχει βρεθεί πως αυτά τα περιστατικά συνδέονται έντονα με το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Blair et al., 2006, Williams et al., 2002). Η πιο συχνή θέση ύπνου στους θανάτους που σημειώθηκαν την ημέρα, ήταν η πλάγια θέση τοποθέτησης του νεογνού (Blair et al., 2006).

Το SIDS είναι σπάνιο πριν τον 1ο μήνα ζωής. Η

υψηλότερη συχνότητα εμφάνισής του απαντάται κατά το 2ο με 4ο μήνα ζωής (AAP, 2000, Nelson, 2002) και το 95% όλων των περιπτώσεων του SIDS έχουν συμβεί έως τον 6ο μήνα ζωής (Nelson, 2002). Βρέθηκε, επίσης, πως σχετίζεται θετικά με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και έκθεση του νεογνού σε “δυσμενείς” συνθήκες (Spencer & Logan, 2004).

Το σύνδρομο αυτό αποτελεί την τρίτη αιτία νεογνικού θανάτου μεταξύ του ενός μηνός και του ενός χρόνου (NCHS, 2006). Το National Center for Health Statistics (NCHS, 2006) αναφέρει πως το 2002, 2.295 νεογνά κάτω του ενός έτους πέθαναν στις ΗΠΑ από SIDS (NCHS, 2004), ενώ το 2003 αυτός ο αριθμός νεογνών ήταν 2.162. Όλες οι μελέτες συχνότητας εμφάνισης του συνδρόμου παρουσιάζουν υψηλότερη στατιστικά σημαντική επίπτωση στα έγχρωμα νεογνά σε σύγκριση με τα λευκά, ανεξάρτητα από όλους τους άλλους παράγοντες (Nelson, 2002, NCHS, 2004).

Προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος για SIDS, τον Απρίλιο του 1992 η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής (American Academy of Pediatrics, AAP) συνέστησε την ύπια θέση ύπνου για τα νεογνά. Μετά από δυο χρόνια, το 1994, η Αμερικανική Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας (U.S. Public Health Service), η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής (American Academy of Pediatrics, AAP), η Συμμαχία SIDS (The SIDS Alliance), η Ένωση SIDS (Association of SIDS) και τα Προγράμματα Νεογνικής Θνησιμότητας (Infant Mortality Programs) συνεργάστηκαν για την εκστρατεία υπέρ της ύπιας θέσης ύπνου (Back to Sleep Campaign), προκειμένου να διαδώσουν τις οδηγίες της AAP όσον αφορά τη θέση ύπνου των νεογνών.

Η “Back to Sleep Campaign” απέδωσε εφόσον η συχνότητα της πρηνούς θέσης ύπνου μειώθηκε μετά την εκστρατεία από 70% το 1994, στο 20% το 2000. Επίσης, κατά τη διάρκεια αυτών των ετών τα ποσοστά νεογνικής θνησιμότητας από SIDS μειώθηκαν πάνω από 50% στις Η.Π.Α. (AAP, 2000).

Οι επιδημιολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο για SIDS είναι οι παρακάτω:

**α) Μητρικοί και προγεννητικοί παράγοντες κινδύνου** (Nelson, 2002, NICHD, 2001): ελλιπής προγεννητική φροντίδα, ανεπάρκεια θρεπτικών συστατικών, μικρή ηλικία, ελλιπής μόρφωση, αναιμία, λήψη ναρκωτικών ουσιών, αυξημένο βάρος πλακούντα, μικρό διάστημα μεταξύ κήσεων, ενδομήτρια υποξία, καθυστέρηση εμβρυϊκής ανάπτυξης, πολλαπλές κήσεις και κάπνισμα.

Το μητρικό κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύη-

σης αποτελεί αμέσως μετά τη θέση ύπνου το δεύτερο σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση του SIDS (Chong et al., 2004), αφού υπολογίζεται ότι ο κίνδυνος διπλασιάζεται. Η μητέρα που καπνίζει 10 ή περισσότερα τσιγάρα ημερησίως αυξάνει τον κίνδυνο κατά 70% (Mac Dorman et al., 1997). Επίσης, τα βρέφη των καπνιστριών μητέρων φαίνεται ότι πεθαίνουν σε νεαρότερη ηλικία. Το 1/3 των νεογνικών θανάτων από SIDS θα μπορούσε να είχε αποτραπεί εάν δεν υπήρχε η ενδομήτρια έκθεση στον καπνό (Mitchell & Milerad, 2006).

Οι Anderson et al. μελέτησαν 598 περιστατικά SIDS, από τα οποία τα 172 αφορούσαν νεογνά εκτεθειμένα στον καπνό. Το 59% των θανάτων αυτής της ομάδας νεογνών αποδόθηκε στο μητρικό κάπνισμα (Anderson et al., 2005). Η AAP αναφέρει πως η έκθεση νεογνών και παιδιών στον περιβαλλοντικό καπνό του τσιγάρου συνδέεται με αυξημένο ποσοστό παθήσεων του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος, εξίδρωμα του μέσου ωτός και άσθμα. Επίσης, ανεξάρτητα από το αν η μητέρα είναι καπνίστρια ή όχι, η έκθεση του νεογνού στον καπνό αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης SIDS (AAP, 2000). Λέγεται πως το SIDS μπορεί να προκληθεί από τη στενή σχέση που υπάρχει μεταξύ του μητρικού κάπνισματος και των ατελειών του νεογνικού εγκεφάλου (Lavezzi et al., 2006).

Ακόμη, τα νεογνά των καπνιστριών μητέρων παρουσιάζουν μειωμένη αφύπνιση σε σχέση με τα νεογνά των μη καπνιστριών. Αυτό ίσως μπορεί να βοηθήσει στην εξήγηση γιατί αυτή η ομάδα νεογνών κινδυνεύει περισσότερο από το SIDS (Chang et al., 2003). Όσον αφορά την επίδραση του μητρικού κάπνισματος στα πρόωρα νεογνά, μελέτη έδειξε πως όχι μόνο το μητρικό κάπνισμα συνδέεται με σημαντική αύξηση των δεικτών άπνοιας, αλλά και πως ο δείκτης αφύπνισης είναι σημαντικά μειωμένος σ' αυτή την κατηγορία νεογνών. Τα πρόωρα νεογνά εμφανίζονται ευαίσθητα απέναντι στο SIDS (Sawhney et al., 2004).

**β) Νεογνικοί παράγοντες κινδύνου:** ανεπαρκής ανάπτυξη, ασφυξία, προωρότητα (Nelson, 2002). Διάφορες μελέτες έχουν τεκμηριώσει αυξανόμενο κίνδυνο SIDS, τόσο στα πρόωρα όσο και στα χαμηλού βάρους γέννησης νεογνά. Δεν απαντώνται δεδομένα, που να δείχνουν πως οι διάφορες επιπλοκές της προωρότητας επηρεάζουν τον κίνδυνο για SIDS (AAP, 2000, Nelson, 2002) και δεν υπάρχουν στοιχεία, που να υποστηρίζουν πως οι στρατηγικές που εφαρμόζονται για τη μείωση του κινδύνου στα τελειόμηνα νεογνά, δεν πρέπει να εφαρμόζονται και

στα πρόωρα (AAP, 2000). Επίσης, μελέτη έδειξε πως οι παράγοντες κινδύνου για το SIDS σχετικά με το περιβάλλον ύπνου, αυξάνονται ακόμη περισσότερο για τα πρόωρα και χαμηλού βάρους γέννησης νεογνά (Blair et al., 2005).

**γ) Μετανεογνικοί παράγοντες κινδύνου:** αγόρι (άρρεν), ηλικία (μέγιστη 2-4 μηνών), πρόσφατη εμπύρετη ασθένεια, πρηγής θέση ύπνου. Η πρηγής θέση ύπνου παρουσιάζεται ως σημαντικός παράγοντας κινδύνου για το SIDS (Nelson, 2002). Σύμφωνα με την AAP (1992), εκτός από την πρηγνή θέση, οποιαδήποτε άλλη θέση στην τοποθέτηση του νεογνού μπορεί να συμβάλει στη μείωση των ποσοστών SIDS (AAP, 2000).

Η πρηγής θέση ύπνου αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου, διότι μπορεί να υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ αυτής και του διαταραγμένου αναπνευστικού ελέγχου, ειδικά της διαταραχής του αερισμού και της αφυπνιστικής αντίδρασης. Στο βαθμό που η ανεπαρκής αφυπνιστική αντίδραση είναι απαραίτητη για την εκδήλωση του SIDS, ο ύπνος με το πρόσωπο πάνω στο στρώμα μπορεί να επιδεινώσει την απόφραξη του αεραγωγού ή την ανάληψη της αναπνοής καθώς το νεογνό έχει μειωμένη ικανότητα αντίληψης και αντίδρασης. Έτσι, μπορεί να διευκολυνθεί η εμφάνιση θανατηφόρου ασφυξίας.

Μελέτες που ακολούθησαν στην Αγγλία και τη Ν. Ζηλανδία διαπίστωσαν πως η πλάγια θέση ύπνου μπορεί να είναι περισσότερο επικίνδυνη σε σχέση με την ύπνια, αλλά φαίνεται να είναι αρκετά ασφαλέστερη από την πρηγνή. Αυτός ο κίνδυνος αφορά τη σχετική αστάθεια αυτής της θέσης (AAP, 2000). Έτσι, η AAP το 2000 αναφέρει πως δεν αναγνωρίζει πλέον την πλάγια θέση ύπνου ως εναλλακτική επιλογή της ύπνιας θέσης ύπνου (AAP, 2005).

Μετά από αυτή τη δήλωση εκφράστηκαν ανησυχίες για τις πιθανές επιπλοκές, που μπορούν να εμφανιστούν από την ύπνια θέση ύπνου, όπως η πλαγιοκεφαλία, ο πνιγμός και ο έμετος. Υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν, πως τα νεογνά που κάνουν εμέτους διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο όταν είναι σε πρηγνή θέση. Επίσης, δεν έχει παρατηρηθεί πρόσθετος κίνδυνος για πνιγμό ή άλλα προβλήματα όταν το νεογνό κοιμάται ύπνια. Στην πλαγιοκεφαλία είναι πιθανό να αναπτυχθούν επίπεδα σημεία στην κεφαλή. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων είναι αβλαβής, μπορεί να αποφευχθεί με την αλλαγή της θέσης της κεφαλής και υποχωρεί σταδιακά (AAP, 2000).

Με βάση τις μελέτες αξίζει να σημειωθεί, πως τα νεογνά που συνήθως κοιμούνται σε ύπνια θέση

ή στο πλάι και είναι άπειρα στην πρηνή θέση, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για SIDS όταν τοποθετούνται σε πρηνή θέση, σε σύγκριση με τα νεογνά που δεν είναι συνηθισμένα να τοποθετούνται σ' αυτή τη θέση.

Όταν τα νεογνά κοιμούνται σε πρηνή θέση και τυχαίνει να βιώσουν την εμπειρία της ήπιας ασφυξίας, που μπορεί να προκληθεί από τα καλυμμένα πρόσωπά τους, αφυπνίζονται και προσπαθούν να διαφύγουν από αυτό το περιβάλλον. Εκδηλώνουν, δηλαδή, μια προστατευτική συμπεριφορά. Αυτή η συμπεριφορά δεν εμφανίζεται τόσο αποτελεσματική στα νεογνά, τα οποία είναι άπειρα στην πρηνή θέση (Paluszynska et al., 2004). Τέλος, και για τα πρόωρα νεογνά η ασφαλέστερη θέση ύπνου είναι η ύπτια (Ariagno et al., 2003).

### **Ύπνος στο ίδιο κρεβάτι (bed-sharing)**

Τις τελευταίες δεκαετίες η πρακτική του ύπνου στο ίδιο κρεβάτι άρχισε να αυξάνεται και προέκυψαν σημαντικά ζητήματα, όπως: εάν αυτή η πρακτική μπορεί να ενδυναμώσει τον κίνδυνο για SIDS ή αντίθετα, εάν μπορεί να αποτελέσει προστατευτικό παράγοντα ενάντια αυτού. Επίσης, εάν μ' αυτό τον τρόπο μπορεί να διευκολυνθεί ο μητρικός θηλασμός και εάν αυτή η πρακτική είναι ευεργετική για την ανάπτυξη του νεογνού (Thoman E.B., 2006).

Μελέτες έδειξαν ότι το bed-sharing όχι μόνο διευκολύνει το μητρικό θηλασμό, αλλά και ότι ενισχύει την επαφή της μητέρας με το παιδί της (AAP, 2005). Έχει παρατηρηθεί επίσης, ότι το μητρικό άγγιγμα και κοίταγμα είναι πιο συχνό και ότι οι μητρικές αντιδράσεις απέναντι στις εκκλήσεις του νεογνού είναι γρηγορότερες και συχνότερες (Baddock et al., 2006). Όμως, οι επιδημιολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι αυτή η πρακτική θέτει σε κίνδυνο το νεογνό (AAP, 2005).

Στην έρευνα των Glasgow et al. εξετάστηκαν 45 περιστατικά SIDS, από τα οποία ποσοστό 67% ήταν bed-sharing. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι αυτή η πρακτική ήταν πιο συχνή κατά τη διάρκεια του Σαββατοκύριακου (Glasgow et al., 2006).

Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ του bed-sharing και του μητρικού καπνίσματος, τα στοιχεία της μελέτης των Horsley et al. δείχνουν ότι μπορεί να υφίσταται μια τέτοια σχέση. Δεν υπάρχουν ισχυρά στοιχεία όσον αφορά τις μη καπνίστριες μητέρες, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι δεν αποτελεί κίνδυνο για το SIDS όταν οι γονείς δεν καπνίζουν (Horsley et al., 2007). Η έρευνα των Tappin et al. απέδειξε πως η σχέση του bed-sharing και του SIDS είναι υπαρκτή, ανεξάρτητα από το εάν η μητέρα είναι καπνίστρια

ή όχι (Tappin et al., 2005).

Το 2005, οι Lahr et al. πραγματοποίησαν έρευνα με δείγμα 1.867 μητέρων, από τις οποίες το 35,2% απάντησε πως το bed-sharing ήταν μια συχνή πρακτική γι' αυτές. Το 18,8% των καπνιστριών μητέρων απάντησε πως πάντα κοιμάται στο ίδιο κρεβάτι με το νεογνό τους και μόνο το 23,6% δεν το εφαρμόζει ποτέ. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ο κίνδυνος εμφάνισης SIDS σε συνδυασμό με το bed-sharing αυξάνεται όταν η μητέρα είναι καπνίστρια.

Η μελέτη των Mc Garvey et al. διήρκησε οχτώ χρόνια, στη διάρκεια των οποίων μελετήθηκαν 287 περιστατικά SIDS. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι ο κίνδυνος που συνδέεται με το bed-sharing ήταν τρεις φορές μεγαλύτερος για τα νεογνά χαμηλού βάρους γέννησης (Mc Garvey et al., 2006). Το εύρημα της δεκαετούς έρευνας των Ustunyr et al. ήταν ότι αυτή η πρακτική αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για όλα τα νεογνά μικρότερα των τεσσάρων μηνών (Ustunyr et al., 2007). Βρέθηκε, επίσης, πως αυτός ο κίνδυνος αυξάνεται σημαντικά όταν η μητέρα είναι καπνίστρια (Alm et al., 2006).

Το bed-sharing παρατηρείται πολύ συχνά ανάμεσα στους έγχρωμους Αμερικανούς. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο συγκεκριμένο πληθυσμό, έδειξε πως επιλέγουν αυτή την πρακτική επειδή επιθυμούν να παρέχουν ένα όσο το δυνατό περισσότερο προστατευτικό περιβάλλον στο νεογνό τους (Moon et al., 2008). Καταλήγοντας θα μπορούσε να ειπωθεί, ότι αν και το bed-sharing είναι μια συνηθισμένη πρακτική, παραμένει αμφισβητούμενη (Lahr et al., 2006) εφόσον κανένα επιδημιολογικό στοιχείο δεν υπάρχει για να υποστηρίξει πως αυτή η πρακτική είναι προστατευτική ως προς το SIDS (AAP, 2000). Ακόμη και οι πιο πρόσφατες μελέτες συμπεραίνουν πως όχι μόνο αυξάνει τον κίνδυνο για SIDS, αλλά και ότι αυτός ο κίνδυνος αυξάνεται περισσότερο όταν το μητρικό κάπνισμα είναι υπαρκτό (Stray-Pedersen et al., 2008).

Το room-sharing σε αντίθεση με το bed-sharing μειώνει τον κίνδυνο για SIDS, αφού το μέρος που παρέχει τη μεγαλύτερη ασφάλεια στο νεογνό κατά τη διάρκεια του ύπνου είναι το κρεβάτι του στο δωμάτιο των γονιών του (AAP, 2005).

### **Θερμικό στρες**

Η αυξημένη θερμοκρασία του σώματος ή και του περιβάλλοντος σχετίζεται με το SIDS. Ακόμη, η πρηνή θέση ύπνου σε συνδυασμό με την υπερθέρμανση αυξάνουν τον κίνδυνο για SIDS. Επίσης, τα στατιστικά στοιχεία που σχετίζονται με το SIDS παρουσι-

άζουν μια ευδιάκριτη εποχικότητα με τα υψηλότερα ποσοστά να καταγράφονται το χειμώνα. Αυτό όμως μπορεί και να οφείλεται στη μεγαλύτερη συχνότητα των λοιμώξεων κατά τη διάρκεια των χειμερινών μηνών (AAP, 2000).

### **Μαλακή επιφάνεια ύπνου**

Οι μαλακές επιφάνειες ύπνου αποτελούν σημαντικό παράγοντα κινδύνου όταν τοποθετούνται κάτω από το νεογνό που κοιμάται (AAP, 2000). Ο ύπνος σε μια τέτοια επιφάνεια, όπως π.χ. το στρώμα από φυσικές ίνες μπορεί να αυξήσει τους πιθανούς κινδύνους του ύπνου σε πρηνή θέση εάν υπάρχει ενδογενής διαταραχή της αφυπνιστικής αντίδρασης. Επίσης, έχουν καταγραφεί περιστατικά SIDS όπου τα κεφάλια των νεογνών, ανεξάρτητα από τη θέση ύπνου καλύφθηκαν από το χαλαρό σκέπασμα. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα το χαλαρό σκέπασμα να συμπεριληφθεί στους επιδημιολογικούς παράγοντες κινδύνου (AAP, 2000).

### **Φασκίες**

Οι φασκίες προτείνονται ως μέθοδος για να επιτευχθεί η παραμονή των νεογνών σε ύπια θέση (Richardson et al., 2008). Επίσης, όταν συνδυάζονται με την ύπια θέση ο κίνδυνος εμφάνισης του SIDS μειώνεται (Franco et al., 2004). Αντίθετα, οι φασκίες μπορούν να αυξήσουν τους πιθανούς κινδύνους του ύπνου σε πρηνή θέση, αφού περιορίζουν την ικανότητα του νεογνού να επιστρέψει σε θέση με το πρόσωπο στο πλάι (Nelson, 2002). Πρόσφατα μελετήθηκε εάν αυτή η πρακτική επηρεάζει την αφύπνιση των νεογνών και εάν είναι ασφαλής. Παρατηρήθηκε, λοιπόν, ότι οι φασκίες μειώνουν τις αυθόρμητες αφυπνίσεις των νεογνών, ενώ οι απαντήσεις διεγερσης στα εξωτερικά ερεθίσματα παραμένουν αμετάβλητες. Αυτά τα στοιχεία υποστηρίζουν την προώθηση του φασκίσματος ως μια ασφαλή μέθοδο προκειμένου να παραμείνουν τα νεογνά σε ύπια θέση (Richardson et al., 2008).

### **Απουσία πιπίλας**

Η AAP ενθαρρύνει τη χρήση της πιπίλας κατά τη διάρκεια του ύπνου (Heinig & Banuelos, 2006), αφού η χρήση της συνδέεται με μειωμένο κίνδυνο για SIDS (Hauck et al., 2003, Hauck et al., 2005). Ο μηχανισμός με τον οποίο η χρήση της πιπίλας μπορεί να αποτελέσει προστατευτικό παράγοντα ως προς τον κίνδυνο του SIDS είναι άγνωστος. Έχουν προταθεί διάφοροι μηχανισμοί, όπως η προστασία του στοματοφαρυγγικού σωλήνα και η μείωση της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης. Υπάρχουν,

βέβαια, σημαντικά αρνητικά συσχετιζόμενα ερευνητικά στοιχεία για τη χρήση της πιπίλας με άλλες παραμέτρους. Πολλοί επιστήμονες υποστηρίζουν πως η χρήση της σε σχέση με τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση είναι διφορούμενη και εξαρτάται από τη θέση του νεογνού (Mitchell et al., 2006). Διάφορες μελέτες συνδέουν τη χρήση της πιπίλας με τη μειωμένη διάρκεια μητρικού θηλασμού, ενώ άλλες υποστηρίζουν πως δεν υφίσταται κάτι τέτοιο (AAP, 2005).

Σε ορισμένες μελέτες η σχέση της συχνής χρήσης της πιπίλας και της μειωμένης διάρκειας μητρικού θηλασμού είναι ξεκάθαρη. Ωστόσο, παραμένει ασαφές εάν αυτή η μείωση οφείλεται σε χρήση της πιπίλας λόγω δυσκολιών του θηλασμού ή λόγω έλλειψης κινήτρου για θηλασμό (Mitchell et al., 2006).

Οι σύμβουλοι του μητρικού θηλασμού υποστηρίζουν πως η χρήση της, ακόμη και μετά από τον 1ο μήνα ζωής μπορεί να επηρεάσει αρνητικά το θηλασμό (Heinig & Banuelos, 2006). Έρευνες έχουν δείξει πως η χρήση της πιπίλας στις πρώτες 5 ημέρες ζωής του νεογνού μειώνει τη διάρκεια του θηλασμού (Howard et al., 2003, Heinig & Banuelos, 2006).

Πρόσφατη μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η χρήση της πιπίλας μετά από το πρώτο δεκαπενθήμερο ζωής του νεογνού δεν επηρεάζει τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού, εφόσον αυτός έχει εγκατασταθεί (Jenik et al., 2008). Αξίζει να σημειωθεί, πως ο κύριος λόγος για τον οποίο οι μητέρες αρνούνται τη χρήση της είναι ο φόβος τους για πιθανή δυσπλασία των δοντιών και του σαγονιού του νεογνού (Pansy et al., 2008).

Τέλος, η χρήση της πιπίλας ποικίλλει μεταξύ των χωρών. Έτσι, στη Ν. Ζηλανδία το ποσοστό της χρήσης της αγγίζει μόνο το 10,4% σε αντίθεση με τις ευρωπαϊκές χώρες, όπου τα ποσοστά ποικίλλουν μεταξύ 36% και 71%. Λίγες πληροφορίες υπάρχουν ως προς τους λόγους αυτής της ευρείας παραλλαγής της χρήσης της πιπίλας (Mitchell et al., 2006).

**δ) Άλλοι παράγοντες κινδύνου:** α) ψυχρότερη εποχή, β) φυλή/εθνικότητα (έγχρωμοι, ιθαγενείς Αμερικανοί). Αξίζει να προστεθεί πως ο κίνδυνος για SIDS αυξάνεται σημαντικά με την αύξηση των περιστατικών, που είναι απειλητικά για τη ζωή – ALTE.

Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ του μητρικού θηλασμού και του SIDS, υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν την προστατευτική επίδραση του θηλασμού ως προς το SIDS, χωρίς όμως να απουσιάζουν και εκείνες που διαφωνούν (AAP, 2005), όπως η μελέτη των Alm et al., η οποία είναι ενθαρρυντική ως προς την αδύναμη σχέση του θηλασμού και της μείωσης

του κινδύνου του SIDS (Alm et al., 2002). Σύμφωνα με την έρευνα των Chen & Rogan, το δείγμα της οποίας ήταν 7.740 νεογνά, ο μητρικός θηλασμός εμφανίζεται δυο χρόνια αργότερα να συνδέεται με το μειωμένο κίνδυνο του νεογνικού θανάτου (Chen & Rogan, 2004).

Επίσης, οι μελέτες που ασχολούνται με τη φυσιολογία του ύπνου έδειξαν ότι η αφύπνιση των νεογνών που θηλάζουν, είναι ευκολότερη και συχνότερη κατά τη διάρκεια του ύπνου σε σχέση με τα νεογνά που δεν θηλάζουν, κάτι το οποίο μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά ως προς το SIDS, αφού η διέγερση από τον ύπνο θεωρείται ένας σημαντικός μηχανισμός επιβίωσης. Τέλος, η προώθηση του μητρικού θηλασμού είναι απαραίτητη και αναγκαία για πολλούς λόγους, χωρίς όμως να προτείνεται ως στρατηγική μείωσης κινδύνου του SIDS, διότι τα στοιχεία που υπάρχουν είναι ακόμα ανεπαρκή και διφορούμενα (AAP, 2005).

Σχετικά με τη σύνδεση της κληρονομικότητας και του SIDS ο κίνδυνος είναι αυξημένος στα επόμενα αδέρφια προηγούμενων θυμάτων του SIDS. Όμως, επειδή η συχνότητα της βρεφικής θνησιμότητας από αίτια έκτος του SIDS στα επόμενα αδέρφια επίσης αυξάνεται, δεν μπορεί να τεκμηριωθεί κληρονομική προδιάθεση του SIDS. Παρόλα αυτά υπάρχουν κλινικά στοιχεία, που αφορούν σε επόμενα αδέρφια θυμάτων του SIDS και υποδηλώνουν διαταραχή της αφυπνιστικής αντίδρασης. Σε οικογένειες με πολλούς βρεφικούς ανεξήγητους θανάτους πρέπει να ληφθεί υπόψη και η πιθανότητα οικογενούς μεταβολικού νοσήματος.

Πολλοί υποστηρίζουν πως οι εμβολιασμοί μπορούν να προκαλέσουν το SIDS. Υπάρχουν μελέτες που είτε δεν δείχνουν καμιά σχέση ανάμεσα στους εμβολιασμούς και το SIDS, είτε δείχνουν πως οι εμβολιασμοί μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο. Μερικοί επιστήμονες πιστεύουν πως οι εμβολιασμοί πρέπει να αποτελούν μέρος των στρατηγικών πρόληψης του SIDS.

Οι Vannemann et al. μελέτησαν 307 περιστατικά SIDS και 971 περιστατικά νεογνών που εμβολιάστηκαν. Παρατήρησαν πως τα νεογνά που πέθαναν από SIDS δεν εμβολιάζονταν συχνά και γενικότερα δεν τηρούνταν η καθορισμένη ημερομηνία εμβολιασμών. Στην άλλη ομάδα νεογνών δεν παρατηρήθηκε αύξηση του κινδύνου για SIDS, ακόμα και δεκατέσσερις μέρες μετά από τον εμβολιασμό. Αυτά τα αποτελέσματα οδήγησαν τους μελετητές στην υποστήριξη της άποψης πως οι εμβολιασμοί μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο για SIDS (Vannemann et al., 2007).

## ΠΡΟΛΗΨΗ

Γνωστός τρόπος για να αποτραπεί το SIDS δεν υπάρχει. Υπάρχουν όμως πρακτικές, που αν ακολουθηθούν μπορεί να μειωθεί ο κίνδυνος. Η AAP έχει δηλώσει τις παρακάτω οδηγίες:

1. Η ύπτια θέση ύπνου πρέπει να είναι η θέση επιλογής και να αποφεύγεται η θέση ύπνου στο πλάι.

2. Η επιφάνεια του ύπνου πρέπει να είναι σταθερή και να αποφεύγεται η χρήση μαλακής επιφάνειας κάτω από το σώμα του νεογνού.

3. Τα μαλακά αντικείμενα και υλικά πρέπει να απουσιάζουν από το περιβάλλον ύπνου του νεογνού. Επίσης, να δίνεται προσοχή στα καλύμματα και στα σκεπάσματα να μην είναι χαλαρά.

4. Το μητρικό κάπνισμα κατά τη διάρκεια της κύησης πρέπει να αποφεύγεται, καθώς επίσης πρέπει να αποφεύγεται και η έκθεση του νεογνού στον περιβαλλοντικό καπνό.

5. Να αποθαρρύνεται η πρακτική του bed-sharing και να ενθαρρύνεται το room-sharing.

6. Να χρησιμοποιείται η πιπίλα κατά τη διάρκεια του ύπνου.

7. Ο ιματισμός του νεογνού να είναι ελαφρύς και η θερμοκρασία δωματίου να είναι άνετη σε ενήλικα έτσι ώστε να αποφευχθεί η υπερθέρμανση.

8. Εμπορικά προϊόντα για τη μείωση του κινδύνου να μην επιλέγονται και να μη χρησιμοποιούνται, αφού η ασφάλειά τους ακόμα δεν έχει πιστοποιηθεί.

9. Δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία πως η χρήση των οικιακών μόνιτορ μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο (AAP, 2005).

Οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, έχουν καταφέρει να καταδείξουν τους παράγοντες εκείνους που αυξάνουν τον κίνδυνο για SIDS. Επίσης, η AAP έχει δημοσιεύσει οδηγίες οι οποίες μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση του κινδύνου. Παρόλα αυτά μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζει η συμπεριφορά των γονέων απέναντι σ' όλη αυτή την κατάσταση. Κατά πόσο λοιπόν οι γονείς είναι ενημερωμένοι, ακολουθούν τις οδηγίες και ποιά είναι η πηγή πληροφόρησής τους;

Μελέτη έδειξε πως το 59% των μητέρων επιλέγουν την ύπτια θέση ύπνου, το 25% τη θέση στο πλάι και το 15% την πρηνή θέση. Από την ίδια μελέτη προέκυψε πως οι μητέρες πιστεύουν ότι η ύπτια θέση εγκυμονεί κινδύνους για το νεογνό, όπως για παράδειγμα ο πνιγμός, κι αυτός είναι ο λόγος που μειώνει την πιθανότητα να επιλέξουν την ύπτια θέση ύπνου. Επιπλέον, μόνο το 43% πιστεύει πως το SIDS μπορεί να σχετίζεται με τη θέση ύπνου, ενώ το 29% των μητέρων υποστηρίζει πως το bed-sharing βοηθά

στην αποτροπή του (Colson et al., 2006).

Τα αποτελέσματα μιας ακόμα πρόσφατης έρευνας παρουσιάζουν ενδιαφέρον, αφού το 71% των μητέρων τοποθετεί το νεογνό σε πρηνή θέση γιατί έτσι φαίνεται ότι αισθάνεται περισσότερο άνετα. Ακόμη, το 25% δεν θεωρεί ότι το bed-sharing είναι επικίνδυνο, καθώς επίσης το 19% δεν πιστεύει ότι η έκθεση του νεογνού στον καπνό εγκυμονεί κινδύνους (Erstein, 2008).

Οι έγχρωμοι Αμερικανοί επιλέγουν την πρηνή θέση ύπνου για το νεογνό τους σε διπλάσιο ποσοστό απ' ό,τι οι λευκοί γονείς. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο συγκεκριμένο πληθυσμό, έδειξε πως το 78,6% γνωρίζει τις οδηγίες της AAP και μόνο το 13,6% δεν τις γνωρίζει. Παρόλα αυτά το 15,5% επιλέγει την πρηνή θέση ύπνου, το 25,2% τη θέση στο πλάι και το 39,2% την ύπτια θέση. Όλα τα παραπάνω οδηγούν στο ότι παρόλο που η πλειοψηφία αυτής της κατηγορίας γονέων είναι γνώστες των οδηγιών, υπάρχουν αρκετοί που δεν πείθονται ότι η ύπτια θέση ύπνου μειώνει τον κίνδυνο για SIDS. Τέλος, ο λόγος που προτιμούν την πρηνή θέση είναι ότι τα νεογνά τους φαίνονται να κοιμούνται καλύτερα και περισσότερο (Moon et al., 2008).

Αξιοσημείωτο είναι, πως ένα εκπαιδευτικό σεμινάριο διάρκειας δεκαπέντε λεπτών σ' αυτή την κατηγορία γονέων μπορεί να επιφέρει θετικά αποτελέσματα, όχι μόνο ως προς την σωστή και έγκυρη πληροφόρησή τους, αλλά και ως προς την αλλαγή των συνηθειών τους (Moon et al., 2004).

Τα ποσοστά έρευνας όσον αφορά την πηγή πληροφόρησης για την κατάλληλη θέση ύπνου ποικίλλουν. Το 42% των μητέρων λαμβάνουν πληροφορίες από το νοσηλευτικό προσωπικό, το 36% ενημερώνεται από τους γιατρούς και τέλος το 15% από το στενό οικογενειακό περιβάλλον. Παρατηρήθηκε επίσης, πως οι γονείς που εμπιστεύονται τη γνώμη τόσο των γιατρών όσο και του νοσηλευτικού προσωπικού, είναι πιθανότερο να επιλέξουν την ύπτια θέση ύπνου (Colson et al., 2006).

Το 20% των νεογνικών θανάτων από SIDS λαμβάνει χώρα σε νεογνολογικά τμήματα και παρόλα αυτά πολλοί επαγγελματίες υγείας συνεχίζουν να μην είναι ορθά ενημερωμένοι (Back to Sleep, 2003). Μελέτη έδειξε πως μόνο το 52% των επαγγελματιών υγείας, που εργάζονται σε τμήματα νεογνών, προτείνουν και προωθούν την ύπτια θέση ύπνου (Aris et al., 2006). Εκπληκτικά ήταν τα αποτελέσματα έρευνας μετά από ένα εξητάλεπτο εκπαιδευτικό σεμινάριο προς τους επαγγελματίες υγείας. Το ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού, που επέλεξε αποκλειστικά την ύπτια θέση ύπνου, αυξήθηκε από 44,8% σε

78,1%. Το ποσοστό των γνώσεων σχετικά με τις οδηγίες της AAP αυξήθηκε από 47,9% σε 78,1%. Τέλος, το ποσοστό των νεογνολογικών τμημάτων, που διαθέτετε γραπτό πρωτόκολλο σχετικά με τη θέση ύπνου των νεογνών, αυξήθηκε από 18,8% σε 44,4%. Είναι κατανοητό πως τα εκπαιδευτικά σεμινάρια όχι μόνο συμβάλλουν στη μεγέθυνση της συνειδητοποίησης και της γνώσης, αλλά συμβάλλουν και στην αλλαγή συμπεριφοράς του νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς επίσης και στην προώθηση δημιουργίας πρωτοκόλλων (Back to Sleep, 2003).

Άξια προσοχής είναι και η στάση των γιατρών απέναντι στο SIDS. Οι γυναικολόγοι φαίνεται να συζητούν και να παρέχουν πληροφορίες γι' αυτό σε ποσοστό 18%, ενώ οι παιδίατροι σε ποσοστό 79%. Γραπτές πληροφορίες παρέχει μόνο το 35% των παιδίατρων, ενώ η πλειοψηφία των γιατρών σε ποσοστό 50% προτείνει ως κατάλληλη θέση ύπνου για το νεογνό τη θέση στο πλάι και έπειτα την ύπτια θέση. Αποκλειστικά την ύπτια θέση προτείνει μόνο το 38% (Moon et al., 2002).

Οι μαίες που εργάζονται σε τμήματα νεογνών αποτελούν πρότυπο για τους γονείς και μπορούν να τους επηρεάσουν σχετικά με την επιλογή της θέσης ύπνου (Bullock et al., 2004). Ως επαγγελματίες υγείας, λοιπόν, οφείλουν να γνωρίζουν τους παράγοντες που μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση του SIDS. Επίσης, οφείλουν να γνωρίζουν και να παρέχουν πληροφορίες που σχετίζονται με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου, π.χ. ότι πρέπει να αποφεύγεται η έκθεση του νεογνού στον καπνό του τσιγάρου. Ο τρόπος με τον οποίο η μαία τοποθετεί το νεογνό για ύπνο αποτελεί εξαίρετο παράδειγμα για τους γονείς (Bredemeyer, 2004).

Ο απροσδόκητος θάνατος διαταράσσει την αίσθηση της ομαλότητας και της ασφάλειας της οικογένειας του θύματος. Η έλλειψη της ευδιάκριτης αιτίας και ο αιφνιδιασμός του θανάτου καθιστούν ακόμη δυσκολότερη την κατανόηση του θανάτου από SIDS (Corr et al., 1991). Η αίσθηση του πένθους δεν είναι όμοια για όλους τους γονείς. Οι θρησκευτικές και πνευματικές πεποιθήσεις καθώς και οι ιδεολογίες σχετικά με το θάνατο παίζουν σημαντικό ρόλο στο πώς ένα πρόσωπο βιώνει και υπομένει την εμπειρία μιας τέτοιας απώλειας.

Η εμπειρία του πένθους επηρεάζεται τόσο από τις ξεχωριστές προσωπικότητες των ανθρώπων, όσο και από το κοινωνικοπολιτιστικό πλαίσιο μέσα στο οποίο βιώνουν αυτή την απώλεια (Lang, 2008). Όλοι οι επαγγελματίες που ασχολούνται με τη διάγνωση ενός θανάτου από SIDS, θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί και ευαίσθητοι έχοντας υπόψη τους ότι



οι γονείς μπορούν να εκλάβουν αυτή τη διαδικασία ως παραβίαση του πένθους τους. Είναι σημαντικό να τονιστεί πως αυτή η διαδικασία μπορεί να μην είναι ευχάριστη, αλλά μέσω της συλλογής πληροφοριών –όσον αφορά το ιατρικό ιστορικό– μπορεί να αποκαλυφθεί ότι ο θάνατος δεν θα μπορούσε να αποτραπεί, κάτι που μπορεί να παρηγορήσει τους γονείς (Arnold et al., 1997).

Η επίδραση ενός νεογνικού θανάτου από SIDS στους επαγγελματίες υγείας είναι γεγονός. Σ' αυτή την κρίσιμη στιγμή το νοσηλευτικό προσωπικό είναι παρόν και έτοιμο για να προσφέρει τη βοήθειά του στους γονείς που πενθούν. Για να επιφέρει αποτελέσματα η προσφορά βοήθειας και κατανόησης από τους επαγγελματίες υγείας πρέπει αυτοί οι ίδιοι να λάβουν υπόψη τις δικές τους ανάγκες και τους δικούς τους προσωπικούς φόβους, χωρίς να διστάσουν να ζητήσουν βοήθεια οποιαδήποτε στιγμή τη χρειαστούν. Η υποστήριξη της έκφρασης των επίπονων συναισθημάτων των γονέων δεν είναι πάντα τόσο εύκολη. Απαιτείται μεγάλη προσοχή από το νοσηλευτικό προσωπικό ως προς το βαθμό ανάμειξης του στο πένθος. Είναι εύλογο, πως όπως η οικογένεια που πενθεί αναζητά τη σημασία και το νόημα αυτού του σοκαριστικού συμβάντος, έτσι το αναζητούν και οι επαγγελματίες υγείας (Chalmers & Thomas, 2008).

Ένας μείζων τομέας έρευνας για το SIDS είναι η ανακάλυψη μεθόδου, ικανής να εντοπίζει με ακρίβεια εκείνα τα νεογνά που πρόκειται να πεθάνουν από SIDS. Μια τέτοια μέθοδος πρέπει να έχει μεγάλη ακρίβεια και αποδεκτή ειδικότητα. Το πνευμονογράφημα, οι πληθυσμιογραφικές μελέτες καθώς και οι μελέτες ύπνου, που εστιάζουν στις ανωμαλίες του καρδιοαναπνευστικού και αναπνευστικού συστήματος, δεν έχουν ικανοποιητική ευαισθησία και ακρίβεια για να χρησιμοποιηθούν ως τέτοιες μέθοδοι. Τα οικιακά μόνιτορ δεν είναι γνωστό εάν τελικά χρησιμεύουν στην πρόβλεψη του κινδύνου για εμφάνιση του SIDS και εάν μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως στρατηγική για την αποτροπή του. Η AAP προτείνει τη χρήση τους για τα νεογνά που βίωσαν κάποια στιγμή γεγονός, προφανές απειλητικό για τη ζωή – ALTE (AAP, 2005). Τέλος, μελέτη έδειξε πως η κατ' οίκον επίσκεψη των νεογνών μειώνει τον κίνδυνο νεογνικού θανάτου (Donovan et al., 2007).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Το SIDS είναι σύνδρομο που η εμφάνισή του σοκάρει. Μέχρι σήμερα, η θεραπεία και η ανακάλυψη μεθόδου, ικανής να εντοπίζει τα νεογνά που πρόκειται να προσβληθούν από αυτό, είναι άγνωστες.

Έτσι, το μόνο που μπορεί να συμβάλει θετικά είναι η τήρηση των πρακτικών που αναπτύχθηκαν παραπάνω. Στόχος λοιπόν του άρθρου είναι τόσο η καταγραφή, όσο και η κατανόηση όχι μόνο των παραγόντων κινδύνου, αλλά και οι πρακτικές μείωσης του κινδύνου του. Η κατανόηση όλων των παραπάνω μπορούν να βοηθήσουν τις μαίες όχι μόνο στην καθημερινή ενασχόλησή τους με τα νεογνά, αλλά και στις συμβουλές τους προς τις μητέρες, έτσι ώστε όλοι μαζί να ενεργούμε όσο το δυνατό ασφαλέστερα προς όφελος των νεογνών.

## ABSTRACT

*Pinelopi Varela: Sudden Infant Death Syndrome (SIDS).*

"ΕΛΕΥΘΩ", 4:157-167, 2008

*The Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) is presented unexpectedly and offends obviously healthy infants. The prevailing affair for its explanation is a likely developmental immaturity of the brainstem.*

*Despite the crowd of researches for SIDS, still hasn't been found an effective way of its prevention. This disappointing result enlarges more inquisitively the concern round the syndrome. A number of danger factors that correlate with SIDS though, have been successfully reported. The intense activity of the American Academy of Paediatrics (AAP), had achieved to form the directives that can assist in the reduction of danger factors, while the "Back to Sleep Campaign" is proved astonishingly successful. Further more, the knowledge and the attitude of parents and health professionals, have a significant role towards issues that concern the SIDS.*

*The aim of this article is to record and further analyse the facts that impose particular interest for research on the SIDS syndrome. The comprehension of danger factors for SIDS and the proceeding of its reduction may support Midwives on their professional activities.*

**Key-words:** Sudden Infant Death Syndrome.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

*American Academy of Pediatrics, Task Force on Sudden Infant Death Syndrome: The changing concept of SIDS: Diagnostic coding shifts, controversies regarding the sleeping environment and new variables to consider in reducing risk. Pediatrics. 2005;116(5): 1245-55.*

*American Academy of Pediatrics, Task Force on Infant*

- sleep position and Sudden Infant Death Syndrome: The changing concept of SIDS: Implications for infant sleep environment and sleep position.* Pediatrics. 2000; 105(3):650-6.
- Filiano J., Kinney H.: A perspective on neuropathologic findings in infants of the SIDS: The Triple Risk Model. Biology of the neonate.* 1994; 65(3-4):194-7.
- Panigrahy A., Filiano J., Sleeper L.A., Mandell F., Valdes-Dapena M. et al.: Decreased serotonergic receptor binding in Rhombic Lip-Devired Regions of the Medulla Oblongata in SIDS. Journal of Neuropathology and Experimental Neurology.* 2000; 59(5):372-84.
- Blair P., Platt M., Smith I.J., Fleming P.J. and the CESDI SUDI Research Group: SIDS and the time of death: factors associated with night-time and the day-time deaths. International Journal of Epidemiology.* 2006;35(6):1563-1569.
- Williams S.M., Mitchell E.A., Taylor B.J.: Are risk factors for SIDS different at night? Arch Dis Child.* 2002;87(4):274-278.
- Spencer N., Logan S.: Sudden Unexpected Death in infancy and socioeconomic status: A systematic review. J Epidemiol Community Health.* 2004; 58(5): 366-73.
- Mathews T.J., Menacher F., Mac Dorman M.F.: Infant Mortality Statistics from 2002 & 2003 Period Linked Birth/Infant Death Set. "National Vital Statistics Reports".* 2004; 53(10).
- Chong D.S., Yip P.S., Karlberg J.: Maternal smoking: An increasing unique risk factor for SIDS in Sweden. Acta Paediatrica.* 2004; 93(4):471-8.
- Mac Dorman M.F., Cnattingius S., Hoffman H.S., Kramer M.S., Haglund B.: Sudden Infant Death Syndrome and smoking in the United States and Sweden. American Journal of Epidemiology.* 1997;146(3):249-257.
- Mitchell E.A., Milerad J.: Smoking and the Sudden Infant Death Syndrome. Rev Environ Health.* 2006;21(2): 81-103.
- Anderson M.E., Johnson D.C., Batal H.A.: SIDS and prenatal maternal smoking: rising attributed risk in the Back to Sleep era. BMJ.* 2005; 3(1):4.
- Lavezzi A.M., Ottaviani G., Mauri M., Matturi L.: Alterations of biological features of the cerebellum in sudden perinatal and infant death. Curr Mal Med.* 2006; 6(4):429-35.
- Chang A.B., Wilson S.J. et al.: Altered arousal response in infants exposed to cigarette smoke. Arch Dis Child.* 2003;88(1):30-33.
- Sawngni H., Jackson T. et al.: The effect of maternal smoking on respiratory and arousal patterns in preterm infants during sleep. Am J Respir Crit Care Med.* 2004;169(6):733-8.
- Blair P., Platt M., Smith I.J., Fleming P.J.: SIDS and sleeping position in preterm and low birth weight infants: An opportunity for targeted intervention. Arch Dis Child.* 2006;91 (2):101-6.
- Paluszynska D.A., Harris K.A., Thach B.T.: Influence of sleep position experience on ability of prone sleeping infants to escape from asphyxiating microenvironments by changing head position. Pediatrics.* 2004; 14(6):1634-9.
- Ariagno R.L., Mirmiran M., Adam M.M., Saporito S.G., Dubin A.M., Balduin R.B.: Effect of position on sleep heart rate variability and QT interval in preterm infants at 1 and 3 months corrected age. Pediatrics.* 2003; 111(3):622-625.
- Thoman E.B.: Co-sleeping an ancient practice: Issues of the past and present and possibilities for the future. Sleep Med Rev.* 2006; 10(6):407-17.
- Baddock S.A., Galland B.C., Bolton D.P., Williams S.M., Taylor B.J.: Differences in infant and parent behaviours during routine bed-sharing compared with cot sleeping in the home setting. Pediatrics.* 2006;117(5):1599-607.
- Glasgow J.F., Thompson A.J., Ingram P.J.: Sudden unexpected death in infancy: place and time of death. Ulster Med J.* 2006;75(1):65-71.
- Horsley T., Clifford T., Barrowman N., Bennett S., Yazdi F., Sampon M. et al.: Benefits and harms associated with the practice of bed-sharing: A systematic review. Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007; 161(3):237-45.
- Tappin D., Ecob R., Brooke H.: Bed-sharing, room-sharing and SIDS in Scotland: A case country study. J Pediatr.* 2005;147(1):32-7.
- Lahr M.B., Rosenberg K.D., Lapidus J.A.: Bed-sharing and maternal smoking in a population based survey of new mothers. Pediatrics.* 2005;116(4):530-42.
- Mc Garvey C., Mc Donnell M., Hamilton K., O'Regan M., Matthews T.: An 8 year study of the risk factors for SIDS: bed-sharing versus non bed-sharing. Arch Dis Child.* 2006;91(4):318-23.
- Ruys J.H., de Jonqe G.A., Brand R., Enqekberts A.C., Semmekrot B.A.: Bed-sharing in the first four months of life: a risk factor for sudden infant death. Acta Paediatr.* 2007;96(10):1385-6.
- Alm B., Lagercrantz H., Wennergren G.: Stop SIDS-sleeping solitary supine, sucking soother stopping smoking substitutes. Acta Paediatr.* 2006;95(3): 260-2.
- Lahr M.B., Rosenberg K.D., Lapidus J.A.: Maternal - infant bed-sharing: Risk factors for bed-sharing in a population based survey of new mothers and implications for SIDS risk reduction. Matern Child Health J.* 2007;11(3): 277-86
- Franco P., Scaillet S., Groswasser J., Kahn A.: Increased cardiac autonomic responses to auditory challenges in swaddled infants. Sleep.* 2004;27(8):1527-32.
- Heinig M.J., Banuelos J: American Academy of Pedi-*

- atrics Tsk Force on SIDS statement on SIDS Reduction: Friend or Foe of breastfeeding? *J Hum Lact.* 2006;22(1):7-10.
- Hauck F.R., Herman S.M., Donovan M. et al.: Sleep environment and the risk of sudden infant death syndrome in an urban population: the Chicago Infant Mortality Study. *Pediatrics.* 2003;111(5 part 2):1207-1214.
- Hauck F.R., Omojokun O.O., Siadaty M.S.: Do pacifiers reduce the risk of SIDS? A meta-analysis. *Pediatrics.* 2005;116(5):716-723.
- Mitchell E.A., Blair P.S., L'Hoir M.P.: Should pacifiers be recommended to prevent sudden infant death syndrome? *Pediatrics.* 2006; 117(5):1755-1758.
- Howard C.R., Howard F.M., Lanphear B., Eberly S., de Blicke E.A., Oakes D. et al.: Randomized clinical trial of pacifier use and bottle feeding or cup feeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics.* 2003;111(3):511-18.
- Alm B., Wennergren G., Norvenius S.G. et al.: Breastfeeding and the sudden infant death syndrome in Scandinavia. *Arch Dis Child.* 2002; 86(6):400-402.
- Chen A., Rogan W.J.: Breastfeeding and the risk of postneonatal death in the United States. *Pediatrics.* 2004; 13(5):35-9.
- Vannemann B., Butterfass-Bahloul T., Jorrich G., Brinkmann B., Findeisen M., Sayerland C. et al.: Sudden infant death syndrome: no increased risk after immunisation. *Vaccine.* 2007;25(2):336-40.
- Colson E.R., Lenenson S., Rubin D., Calianos C., Margolis A., Colton T. et al.: Barriers to following the supine sleep recommendation among mothers at four centres for the women, infants and children program. *Pediatrics.* 2006;118(2):243-50.
- Moon R., Oden R., Grady K.: Back to sleep: An educational intervention with women, infants and children program clients. *Pediatrics.* 2004;113(3p+1): 542-7.
- Moon R., Oden R.: Back to Sleep: Can we influence child care providers? *Pediatrics.* 2003;112 (4):878-882.
- Aris C., Stevens T., Lemyra C., Lipke B., Mc Mullen S., Cote-Arsenault D. et al.: NICU nurses' knowledge and discharge teaching related to infant sleep position and risk of SIDS. *Adv Neonatal Care.* 2006;6(5): 281-294.
- Moon R., Gringras J., Erwin R.: Physician beliefs and practices regarding SIDS and SIDS risk reduction. *Clin Pediatr.* 2002;41(6):391-5.
- Bullock L., Mickey K., Green J., Heine A.: Are nurses acting as role models for the prevention of SIDS. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2004;29(3):172-7.
- Bredemeyer S.: Implementation of the SIDS guidelines in midwifery practice. *Aust J Midwifery.* 2004;17(4): 17-21.
- Corr C.A., Fuller H., Barnickol C.A., Corr D.M.: Sudden infant death syndrome: Who can help and how. New York: Springer Publishing CO., 1994.
- Arnold J., Mc Clain M.E., Shaefer S.T.J.: "Reaching out to the family of a SIDS Baby" Loss during pregnancy or in the newborn period. Principles of care with clinical cases and analysis. Pitman (NJ): Jannetti Publications. Inc: 1997.
- Donovan A.E.F., Ammerman R.T., Besl J., Atherton H., Khoury B.C., Altaye M. et al.: Intensive home visiting is associated with decreased risk of infant death. *Pediatrics.* 2007;119(6):1145-51.
- Lang S.: Burying our babies: cross-cultural perspectives on parental bereavement, coping and the experience of child loss. 10<sup>th</sup> SIDS International Conference, UK, 2008.
- Pansy J., Zotter H., Sauseng W., Schneuber S., Lang U., Kerbl R.: Pacifier use: what makes mothers change their mind? 10<sup>th</sup> SIDS International Conference, UK, 2008.
- Epstein J.: Parent attitudes to the reduce the risk of cot death messages. 10<sup>th</sup> SIDS International Conference, UK, 2008.
- Moon R., Oden R., Joyer B.: Factors influencing African-American parents' decision about sleep position. 10<sup>th</sup> SIDS International Conference, UK, 2008.
- Jenik A., Vain N., Govenstein A., Weiss P.P.W., Mage D.T., Jacobi N.: Does the recommendation to use a pacifier influence the prevalence of breastfeeding? Results of a multi center randomized controlled trial. 10<sup>th</sup> SIDS International Conference, UK, 2008.
- Moon R., Oden R., Joyer B.: (Children's National Medical Center, USA): Why parents bed-share with their infants: surveys and interviews with African-American parents. 10<sup>th</sup> SIDS International Conference, UK, 2008.
- Richardson H.L., Walker A.M., Horne R.S.C.: To swaddle or not to swaddle: Effects on infant arousability from Sleep. 10<sup>th</sup> SIDS International Conference, UK, 2008.
- Stray-Pedersen A., Hegstad S., Vege A., Christophersey A.S., Morlan I., Rognum T.O.: Measurement of cotinine in SIDS victims – is the risk for SIDS associated with bed-sharing primarily associated with tobacco smoke exposure. 10<sup>th</sup> SIDS International Conference , UK, 2008.
- Chalmers A., Thomas J.: Sudden infant death. The effect on staff., 10<sup>th</sup> SIDS International Conference, UK, 2008.

## Αρχαιρεσίες του Σ.Ε.Μ. Ιωαννίνων

**ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ  
ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**  
Γεωργίου Παπανδρέου 2  
Κτήριο Β' - Τ.Κ. 454 44 ΙΩΑΝΝΙΝΑ  
Τηλ.: 6949.047096, Fax: 26510.32907

Ιωάννινα 10/12/2008  
Αρ. Πρωτ. 44

**Προς το ΣΥΛΛΟΓΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ  
ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΑΘΗΝΩΝ**

(Παρακαλούμε να ανακοινωθεί στο "ΕΛΕΥΘΩ")

Κατόπιν διενέργειας αρχαιρεσιών στο Σύλλογό μας στις 5 Οκτωβρίου 2008 στα Ιωάννινα, η σύνθεση του νέου Διοικητικού Συμβουλίου του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Ιωαννίνων είναι:

### ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος:	<b>Αριστέα Μουλά</b>
Αντιπρόεδρος:	<b>Αγγελική Μπεκιροπούλου</b>
Γεν. Γραμματέας:	<b>Φωτεινή Κολλιού</b>
Ταμίας:	<b>Μαρία Κρητικού</b>
Μέλη:	<b>Μαρία Γιάπρου</b> <b>Χρυσαφία Κουτσαμένη</b> <b>Φωφώ Πλακούτση</b>

### ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Μέλη:	<b>Ελένη Γκρέμου</b> <b>Ελένη Μανιφάβα</b>
-------	---

Για το Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ. Ιωαννίνων

Η Πρόεδρος  
**ΑΡΙΣΤΕΑ ΜΟΥΛΑ**

Η Γραμματέας  
**ΦΩΤΕΙΝΗ ΚΟΛΛΙΟΥ**

## 11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιών-Μαιευτών

### 1η Ανακοίνωση για το Συνέδριο από το Σ.Ε.Μ. Θεσσαλονίκης

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Το 11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιών-Μαιευτών θα πραγματοποιηθεί από τις 5 έως 8 Νοεμβρίου 2009 στη Θεσσαλονίκη, στο Συνεδριακό Κέντρο "POLIS". Στο επόμενο τεύχος του "ΕΛΕΥΘΩ" θα δοθούν λεπτομέρειες για τη θεματολογία του Συνεδρίου, καθώς και πληροφορίες σχετικά με τη διεξαγωγή του (αποστολή εργασιών, κόστος συμμετοχής, κατάλογος και τιμές ξενοδοχείων για κρατήσεις κλπ.).

Για το Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Θ.

Η Πρόεδρος  
**ΜΟΣΧΑΚΗ ΒΙΚΤΩΡΙΑ**

Η Γραμματέας  
**ΜΙΧΑΛΑΚΗ ΓΑΡΥΦΑΛΛΙΑ**

## ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

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

Το περιοδικό "ΕΛΕΥΘΩ" δημοσιεύει:

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

### Υποβολή εργασιών

Η υποβολή των εργασιών γίνεται προς τη Συντακτική Επιτροπή στην παρακάτω διεύθυνση:  
 Προς το Σύλλογο Επιστημόνων Μαιών/τών Αθήνας  
 Υπόψη Συντακτικής Επιτροπής  
 Αριστ. Παππά 2, 115 21 Αθήνα,  
 ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση:  
 E-mail: sema-icm@otenet.gr  
 Τηλέφωνα επικοινωνίας:  
 210.6465691 (Fax) και 210.6429675

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

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

### Διάταξη της ύλης

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

### Σελίδα τίτλου

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

### Ελληνική Περίληψη

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

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

### Αγγλική Περίληψη (Abstract)

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

### Το κείμενο

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

### Βιβλιογραφικές παραπομπές

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

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

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

### Τυπικό άρθρο περιοδικού

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

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

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

### Βιβλία

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

### Κεφάλαια σε βιβλία

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

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

### Πίνακες και Εικόνες

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

### Διορθώσεις κειμένου

Το κείμενο θα στέλνεται στο συγγραφέα κάθε άρθρου για διορθώσεις.

# 10 βήματα για επιτυχή μητρικό θηλασμό



**1<sup>ο</sup> βήμα**  
Να υπάρχει ησυχία, ησυχία και η ησυχία ανά εβδομάδα από τους τους της Μαιευτικής, να ασχολούνται με την φροντίδα του νεογέννητου.



**2<sup>ο</sup> βήμα**  
Οι γονείς να εκπαιδεύονται ώστε να χ'ουν ικανοί να εφορμήσουν τον ημίαιμα αυτί!!



**3<sup>ο</sup> βήμα**  
Να ενθαρρύνονται όλες οι μητέρες για να πληρωθείτε του μητρικού θηλασμού!!



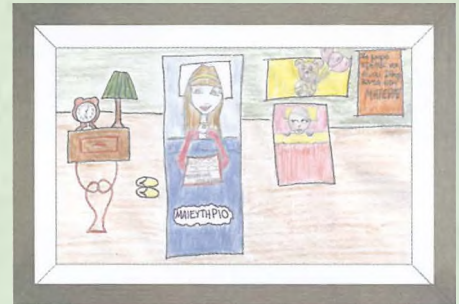
**4<sup>ο</sup> βήμα**  
Ο θηλασμός να αρχίζει το πρώτο ημίωρο μετά τον τοκετό!!!



**5<sup>ο</sup> βήμα**  
Οι μητέρες να εκπαιδεύονται στην τέχνη του θηλασμού



**6<sup>ο</sup> βήμα**  
Στα νεογέννητα να δίνεται λίγο ησυχία γάλα, ώστε να δώσουν αυθόρμητα.



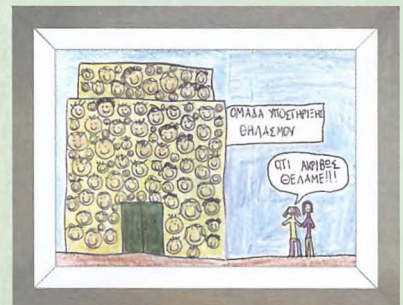
**7<sup>ο</sup> βήμα**  
24 ώρες το 24 ώρες να νοσηλεύεται δίπλα στη μητέρα του.



**8<sup>ο</sup> βήμα**  
Ελεύθερο και ανεμπόδιο θηλασμός!!



**9<sup>ο</sup> βήμα**  
Να μη δίνεται πιπίλα στα παιδιά του θηλασμού!!



**10<sup>ο</sup> βήμα**  
Να ιδρυθούν ομάδες υποστήριξης του μητρικού θηλασμού!!

Οι ζωγραφιές δημιουργήθηκαν από τους μαθητές της Ε' και ΣΤ' τάξης του 2ου Δημοτικού Σχολείου Γλυκών Νερών, στο πλαίσιο του προγράμματος "Μητρικός Θηλασμός - Θέμα Ζωής", κατά τη σχολική χρονιά 2007-2008, σε συνεργασία με το μαιευτήριο ΛΗΤΩ.

Η αφίσα με τα "10 Βήματα για Επιτυχή Μητρικό Θηλασμό", που φιλοτέχνησαν οι μαθητές του 2ου Δημοτικού Σχολείου Γλυκών Νερών Αττικής. Η βράβευση μαθητών και δασκάλων έγινε τη Δευτέρα, 3/11/2008, στην Τελετή Έναρξης του Σεμιναρίου.



Οι δημιουργοί της αφίσας παρουσιάζουν τη δουλειά τους για πρώτη φορά στο κοινό.



Ο κ. Λάμπρος Κανελλόπουλος παραλαμβάνει από τα παιδιά την αφίσα για προώθηση στην UNICEF.

**Έκθεση φωτογραφικού υλικού  
από το "1ο Σεμινάριο Μητρικού Θηλασμού του Σ.Ε.Μ.Α."**



Φωτογραφικό υλικό από την Έκθεση Φωτογραφίας που υπήρχε στο κεντρικό σαλόνι του Μαιευτηρίου "ΛΗΤΩ" καθόλη τη διάρκεια του Σεμιναρίου. Το θέμα της Έκθεσης ήταν: **"Μητρικός Θηλασμός την 1η ώρα της ζωής"**. Το υλικό αυτό ήταν ευγενική χορηγία της κ. Αριστέας Προκοπίου, Μαιευτήρα-Γυναικολόγου και της κ. Ιωάννας Βασιλάκη, Μαίας. Η έκθεση εξακολουθεί να λειτουργεί.



## Εκδηλώσεις του Σ.Ε.Μ. Θεσσαλονίκης για την "Παγκόσμια Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού 2008"

Στο πλαίσιο του εορτασμού της "Παγκόσμιας Εβδομάδας Μητρικού Θηλασμού 2008", ο Σύλλογος Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Θεσσαλονίκης συνδιοργάνωσε με τη Νομαρχία Θεσσαλονίκης εκδήλωση με θέμα: "Ας κάνουμε το Μητρικό Θηλασμό κάθε μέρα πράξη". Η εκδήλωση έγινε στις 2/11/2008 στο Ξενοδοχείο "MAKEDONIA PALACE" της Θεσσαλονίκης. Η είσοδος ήταν ελεύθερη για το κοινό. Έγιναν ομιλίες από Μάϊες, Νεογνολόγους και Σύμβουλους Μητρικού Θηλασμού. Παράλληλα, την ίδια εβδομάδα έγινε από το Σύλλογό μας διαφημιστική καμπάνια στον ημερήσιο Τύπο και στα τοπικά τηλεοπτικά κανάλια με θέμα το "Μητρικό Θηλασμό".

Για το Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Θ.

Η Πρόεδρος  
**ΒΙΚΤΩΡΙΑ ΜΟΣΧΑΚΗ**

Η Γραμματέας  
**ΓΑΡΥΦΑΛΛΙΑ ΜΙΧΑΛΑΚΗ**



Αναμνηστική φωτογραφία από την εκδήλωση του Σ.Ε.Μ. Θεσσαλονίκης για την "Παγκόσμια Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού 2008" στο Ξενοδοχείο "MAKEDONIA PALACE". Η Πρόεδρος του Δ.Σ. κ. Βικτωρία Μοσχάκη και η Αντιπρόεδρος κ. Στέλλα Ηλιάσκου μαζί με τους κ. Ιωάννη Μπόντη, Ομότιμο Καθηγητή Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσ/νίκης, τον κ. Απόστολο Αθανασιάδη, Επίκουρο Καθηγητή Α' Μ/Γ Κλινικής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσ/νίκης και άλλους ομιλητές.



Στο μέσον η Πρόεδρος κ. Β. Μοσχάκη. Αριστερά ο κ. Οραϊλογλου, Δημοσιογράφος. Δεξιά ο κ. Ι. Χαραλαμπίδης, Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Αντιπρόεδρος Νομαρχιακού Συμβουλίου Θεσ/νίκης.



Την εκδήλωση του Σ.Ε.Μ.Θ. για το "Μητρικό Θηλασμό 2008" χαιρέτησε ο Νομάρχης Θεσσαλονίκης κ. Παναγιώτης Ψωμιιάδης.

## Ανακοίνωση του Σ.Ε.Μ.Α.

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

«Στης ακρίβειας τον καιρό» έμελλε να γίνει πράξη ο χορός του Σ.Ε.Μ.Α., στον οποίο πολλές φορές αναφερθήκαμε σε προηγούμενες Γενικές Συνελεύσεις μας μετά από το αίτημά σας να βρισκόμαστε συχνότερα και να επικοινωνούμε. Κάθε εκδήλωση, που μας φέρνει κοντά, είναι ένας ακόμα τρόπος σύσφιξης σχέσεων και ανθρώπινης επαφής.

Ο χορός του Συλλόγου Μαιών-Μαιευτών Αθηνών είναι πια γεγονός. Το Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α. ερεύνησε για τον κατάλληλο χώρο της συνάντησής μας, για το καλό φαγητό, για την προσιτή τιμή για κάθε "βαλάντιο", καθώς και για το μουσικό πρόγραμμα από εκλεκτούς καλλιτέχνες. Επικεντρώνοντας το ενδιαφέρον μας σ' αυτές τις προϋποθέσεις βρήκαμε το χώρο και αποφασίσαμε ο χορός μας να γίνει στις **13 Φεβρουαρίου 2009**, ημέρα **Παρασκευή** (ξημερώνοντας του Αγίου Βαλεντίνου), στη Μουσική Σκηνή **"ΕΠΟΧΕΣ"** στα Βριλήσσια, οδός Τειρεσίου 3, κοντά στη Λεωφ. Πεντέλης.

Ελπίζουμε ότι η συμμετοχή σας θα είναι ανάλογη των προσδοκιών μας. Σας περιμένουμε!

Πληροφορίες για κρατήσεις: **κ. Γιούλα Αναγνώστου, τηλ.: 6934.275219**

**κ. Σμαράγδα Τσουκαλά, τηλ.: 6932.438840**

Τιμή πρόσκλησης: **40 ευρώ** (περιλαμβάνει φαγητό και ποτά).

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** Σας παραθέτουμε το ενημερωτικό φυλλάδιο που κυκλοφορεί η Μουσική Σκηνή "ΕΠΟΧΕΣ".



### ΜΟΥΣΙΚΗ ΣΚΗΝΗ "ΕΠΟΧΕΣ" ΣΤΑ ΒΡΙΛΗΣΣΙΑ

Τειρεσίου 3, Βριλήσσια

#### «Στου Φεγγαριού την Αγκαλιά»

συναντιούνται από τις 5 Δεκεμβρίου 2008

ο **ΘΑΝΑΣΗΣ ΠΟΛΥΚΑΝΔΡΙΩΤΗΣ** και η **ΕΛΕΝΗ ΔΗΜΟΥ**.

Μας υπόσχονται βραδιές γεμάτες τραγούδια μελωδικά, διαχρονικά, τραγούδια αγαπημένα, γραμμένα από τους σημαντικότερους Έλληνες δημιουργούς.

Στην παρέα της **Ελένης Δήμου** και του **Θανάση Πολυκανδριώτη** συμμετέχουν:

**Άννα Μελίτη, Γιώργος Χριστοδούλου, Βασίλης Παχής** και δυο μπουζούκια από τους **"ΕΠΟΜΕΝΟΥΣ"**.

**ΜΟΥΣΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: Νίκος Στρατηγός**

**ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ Θανάση Πολυκανδριώτη: Τόλης Κόκκινος**

**ΕΚΛΕΚΤΗ ΚΟΥΖΙΝΑ**

Κοντά σας κάθε Παρασκευή, Σάββατο και εορτές – Προσέλευση: **10.30 μ.μ.**

Έναρξη προγράμματος: **11.15 μ.μ.** – Reserve: **210.8104546** ή **6936.052505**



# ΕΠΟΧΕΣ

ΒΡΙΛΗΣΣΙΑ • ΤΕΙΡΕΣΙΟΥ 3  
RESERVE: 210 810.4546

ΑΝΝΑ ΜΕΛΙΤΗ  
ΓΙΩΡΓΟΣ ΧΡΗΣΤΟΔΟΥΛΟΥ  
ΒΑΣΙΛΗΣ ΠΑΧΗΣ

ΜΟΥΣΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΝΙΚΟΣ ΣΤΡΑΤΗΓΟΣ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ  
Θ. ΠΟΛΥΚΑΝΔΡΙΩΤΗ - ΤΟΛΗΣ ΚΟΚΚΙΝΟΣ

Ελένη  
**ΔΗΜΟΥ**

Θανάσης  
**ΠΟΛΥΚΑΝΔΡΙΩΤΗΣ**

«στον φεγγαριού  
την αγκαλιά...»



**Ψάξαμε... Επιλέξαμε... Προτείνουμε...**

**BIOPHYLLAXIS®**  
ADVANCED STEM CELL BIOTECHNOLOGY & CRYOPRESERVATION

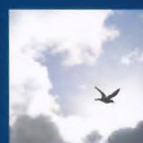
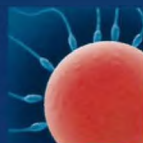
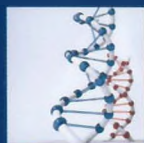
## Οικογενειακή Τράπεζα Βλαστικών Κυττάρων του Ομφάλιου Λώρου

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.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.**

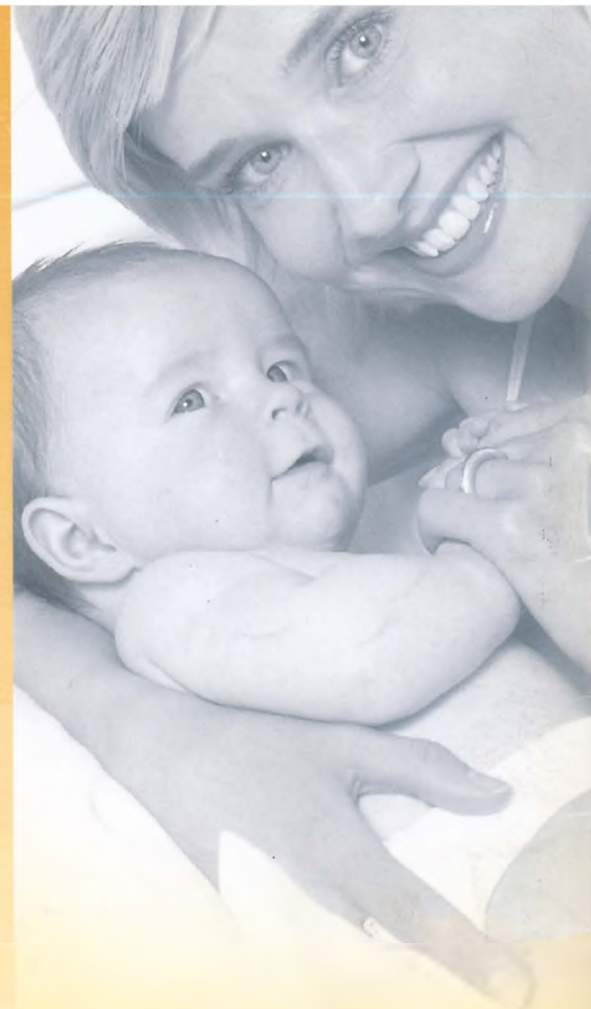
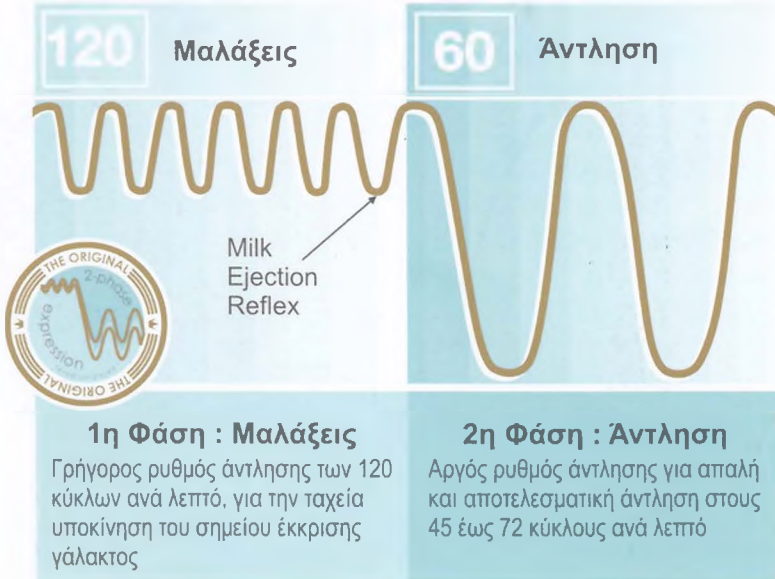
Λεωφόρος Δεκελείας 120, 143 41 Νέα Φιλαδέλφεια

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<sup>®</sup> 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<sup>®</sup> 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: Νάτσινα 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