



ΕΝΤΥΠΟ ΚΛΕΙΣΤΟ, Αρ. Άδειας Κ.Δ.Α. 962/85  
Αρ. Πρωτότ. 2 - 115 21 Αθήνα, Τηλ.: 64.65.691 (fax)

# ΕΛΕΥΘΕΡΑ

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



Β' ΠΕΡΙΟΔΟΣ • ΤΟΜΟΣ 1ος • ΤΕΥΧΟΣ 1ο  
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ - ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 1995

*Γνωρίζετε ποιά νέα πάντα προσφέρει  
σε όλες τις μητέρες και τα μωρά τους ...*

- ✓ ασύγκριτη απορροφητικότητα*
- ✓ νέα πλαϊνά τοιχώματα για αποφυγή  
διαρροών και ...*
- ✓ καλύτερες αυτοκόλλητες ταινίες*



# ΕΛΕΥΘΩ

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

Γραφεία: Αριστέιδου Παππά 2 - 115 21 ΑΘΗΝΑ - Τηλ.: 64.65.691 (Fax)  
Διευθύνεται από το Δ. Σ. του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών - Μαιευτών Ελλάδας.  
Υπεύθυνη: **ΕΛΕΝΗ ΣΑΜΑΡΙΤΑΚΗ** Πρόεδρος Σ.Ε.Μ.Α.

**Β' ΠΕΡΙΟΔΟΣ - ΤΟΜΟΣ 1ος, ΤΕΥΧΟΣ 1ο, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ - ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 1995**

### ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

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

**ΣΟΦΑΤΖΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ:** Διευθυντής Τμήματος Νεογνολογίας Μαιευτηρίου «Έλενα Ελευθερίου Βενιζέλου».

**ΤΣΑΛΤΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ:** Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου.

**ΜΑΝΟΥΡΑΣ ΣΤΕΡΓΙΟΣ:** Δικηγόρος παρ' Αρείω Πάγω.

### ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δ.Σ. του Σ.Ε.Μ.Α.

**ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΙ ΕΦΕΤΕΙΑΚΟΙ ΣΥΛΛΟΓΟΙ.**

**ΤΣΙΤΣΙΛΩΝΗ-ΛΟΥΛΙΑ ΜΑΡΙΑ:** R.M.,S.C.M., M.T.D., τέως διδάσκουσα M.M.H.

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

**ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ:** Μαία.

**ΜΠΑΚΕΑ ΝΙΚΗ:** Μαία.

**ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΠΟΥΛΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ:** Μαία.

**ΠΑΤΣΟΥΡΑΚΟΥ ΕΥΘΥΜΙΑ:** Μαία.

**ΤΣΙΛΙΑ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ:** Μαία.

**ΧΑΤΖΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ:** Μαία.

### ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελ.

- Χαιρετισμός ..... 2
- Νέο Διοικητικό Συμβούλιο ..... 3
- Η θεά «Ελευθώ» κατά τη Μυθολογία ..... 4
- Λίγα στοιχεία για τη Διεθνή Συνομοσπονδία Μαιών ..... 5
- Επικοινωνία Μαιών-Μαιευτών σε Διεθνές επίπεδο ..... 7
- Η Τράπεζα Μητρικού Γάλακτος του Μαιευτηρίου «Έλενα Ελ. Βενιζέλου» ..... 7
- Οικογενειακός Προγραμματισμός ..... 11
- Οικογενειακός Προγραμματισμός και ποιότητα ζωής ..... 12
- Η σημασία και η χρησιμότητα του Προγεννητικού Ελέγχου ..... 15
- Εισαγωγή στην Ψυχοπροφύλαξη ..... 19
- Εκτίμηση της ποιότητας της παρεχόμενης Περιγεννητικής Φροντίδας ..... 22
- Παράγοντες που επηρεάζουν την έκφραση της Μητρικής Φροντίδας ..... 32
- Σακχαρώδης διαβήτης και κύηση ..... 35
- Η συμβολή της Μαίας στην επιτυχία του Προληπτικού Ελέγχου Νεογνών (Screening) στην Ελλάδα ..... 39
- Πρόσκληση για την Ετήσια Τακτική Γενική Συνέλευση του Συλλόγου ..... 41
- Ειδήσεις - Απόψεις - Επικαιρότητα ..... 42
- Στήλη σπουδαστών - Εκπαιδευτικό ταξίδι στη Φιλανδία ..... 43
- Συνέδρια - Ανακοινώσεις ..... 45
- Ανοιχτό ταχυδρομείο - Οδηγίες για συγγραφείς ..... 47

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ - ΠΑΡΑΓΩΓΗ: «ΑΚΙΔΑ» Α. ΝΙΚΟΛΑΪΔΟΥ - Κεφαλληνίας 47 - 112 57 ΑΘΗΝΑ  
Τηλ.: 88.10.848 - Fax: 82.35.371

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

## Χαιρετισμός

**Χαρά Βογιατζάκη**, Επίτιμος Πρόεδρος Σ.Ε.Μ.Α., τέως Διευθύνουσα της Σχολής Μαιών «Βιργινία Σκυλίτση» και του Μαιευτηρίου «Έλενα Ελ. Βενιζέλου».

Με πολλή συγκίνηση πληροφορήθηκα την επανέκδοση του περιοδικού του Σ.Ε.Μ.Α., «ΕΛΕΥΘΩ», έντυπου οργάνου των Μαιών της Ελλάδος.

Το γεγονός αυτό, ανακαλεί στη μνήμη μου, τις προσπάθειες των αγαπημένων μου συναδέλφων και συνεργατριών, που με μόχθο πολύ κατορθώσαμε να ιδρύσωμε και να οργανώσωμε τους Συλλόγους των Επιστημόνων Μαιών κατά εφειτειακές περιφέρειες και να εκδώσωμε το παραπάνω περιοδικό ως όργανο επιστημονικής και επαγγελματικής ενημέρωσης των ανά την Ελλάδα Μαιών και να το φέρωμε σε επίπεδο ανάλογο προς τα περιοδικά μεγάλων Επιστημονικών Συλλόγων της Ελλάδος και του εξωτερικού.

Εύχομαι και ελπίζω, ότι η «ΕΛΕΥΘΩ», χάρις στον ενθουσιασμό των προσώπων που ανέλαβον την πρωτοβουλία της επανέκδοσής της και με την συμπαράσταση του συνόλου των Μαιών -Μαιευτών, θα επανακτήσει σύντομα το παλαιόν κύρος της και θα ανέλθει εις το επίπεδον ενός σοβαρού και σύγχρονου επιστημονικού και επαγγελματικού περιοδικού.

Με την ευκαιρία της επανέκδοσης της «ΕΛΕΥΘΩ», επιτρέψατέ μου να σας απευθύνω αυτά τα λίγα λόγια:

Από τότε που εγώ και οι συνομήλικές μου συνάδελφοι, αποχωρήσαμε από την άσκηση του μαιευτικού επαγγέλματος, οι συνθήκες, τόσο οι ευρύτερες κοινωνικοοικονομικές, όσο και του χώρου υγείας, έχουν αλλάξει ριζικά. Αλλά για να επιβιώσετε μέσα σ' αυτές, κύριον χαρακτηριστικό των οποίων είναι ο οξύς ανταγωνισμός, χρειάζεστε άρτια επιστημονική κατάρτιση, παρακολούθηση των ακαταπαύστων εξελίξεων της επιστήμης σας και σωστή οργάνωσή σας σε ομαδικό επίπεδο! Για να τα επιτύχετε αυτά, εκτός από τις ατομικές προσπάθειες, έχετε ανάγκη και ενός οργάνου, που θα σας ενημερώνη έγκυρα για τη πρόοδο της επιστήμης σας και για τις επαγγελματικές σας επιδιώξεις. Το όργανο αυτό είναι το περιοδικό Σας, η «ΕΛΕΥΘΩ». Πρέπει, λοιπόν, να την στηρίξετε, να την αγκαλιάσετε, κι' εκείνη, είμαι βέβαιη, θα σας ανταποδώσει εις το πολλαπλάσιον την προς αυτήν προσφοράν σας. Η «ΕΛΕΥΘΩ», πρέπει να γίνη το βήμα, από το οποίον, όλες από κοινού αλλά και η κάθε μία χωριστά, μπορεί να απευθυνθή και προς τας συναδέλφους της, για τα επιστημονικά και επαγγελματικά σας ζητήματα, αλλά και προς την Πολιτεία και τα διάφορα αρμόδια όργανα για την αντιμετώπισιν των ζητημάτων σας. Θα είναι το βήμα από το οποίον θα μπορείτε να φωνάξετε και να διεκδικήσετε το δίκαιό σας. Γι' αυτό σας συμβουλεύω: στηρίξετε την «ΕΛΕΥΘΩ», για να σας στηρίξη κι' εκείνη.

Πέραν όμως από τα παραπάνω που είναι πολύ ουσιαστικά πράγματα, θέλω να υπενθυμίσω σε Σας, τις νέες επιστήμονες Μαιές μία έκκληση:

Να μη λησμονήτε ότι το επάγγελμά σας, είναι και λειτούργημα, διότι έχετε ταχθή στην εξυπηρέτηση ενός ιερού σκοπού, την φροντίδα της μητέρας και του παιδιού, της πηγής της ζωής και της ίδιας της νέας ζωής που έρχεται στον κόσμο, και έχετε χρέος, πριν από όλα, να εξασφαλίσετε τους καλλίτερους δυνατούς όρους υγείας για την πηγή της ζωής, τη μητέρα, και τη νέα ζωή, το παιδί.

Εύχομαι κάθε επιτυχία



Μια πρώτη γνωριμία μέσω του περιοδικού μας, με το Διοικητικό Συμβούλιο του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών - Μαιευτών Εφετείου Αθηνών. Στη φωτογραφία από δεξιά προς τα αριστερά:

**Αικατερίνη Δαλιάνη**, Γραμματέας του Δ.Σ.  
**Χρυσάνθη Καρέλου**, Μέλος  
**Έμιλυ Νίνο**, Ταμίας  
**Χρήστος Παπαχρήστος**, Μέλος  
**Ελένη Σαμαριτάκη**, Πρόεδρος  
**Ελένη Δρακάκη**, Αντιπρόεδρος  
**Βασίλης Πούπουζας**, Μέλος  
**Μαίρη Κατσιαφλάκα**, Μέλος

Αυτό το Δ.Σ. εξελέγη στις εκλογές της 14ης Μαΐου 1995. Έχει άριστη συνεργασία, εργατικότητα και υπευθυνότητα. Στόχος και φιλοδοξία είναι, να γίνει ο Σύλλογός μας πνευματική εστία για την εξίψωση του Μαιευτικού επαγγέλματος.

Ελπίζω όλα να πάνε καλά και εύχομαι καλή δύναμη στο δύσκολο έργο μας.

Η Πρόεδρος

**ΕΛΕΝΗ ΣΑΜΑΡΙΤΑΚΗ**

## Η θεά «Ελευθώ» κατά τη Μυθολογία

### Ε. Πατσουράκου, Μαία

Θα ήταν πιστεύω παράλειψη, αν ξεκινώντας την επανέκδοση του «Ελευθώ», δεν δίναμε κάποια στοιχεία για την αρχαία Ελληνική θεότητα του τοκετού, την προστάτιδα των Επιτόκων την «Ελευθώ» ή «Ειλείθια» ή «Ελεύθεια».

Η λέξη «Ειλείθια», φαίνεται να αποτελείται από τα ρήματα: «Ειλέω» (στεναχωρώ, πιέζω κ.λπ.) και «θύω», το οποίο σημαίνει, εκτός των άλλων, στενάζω με ορμή ή μαίνομαι, τρελαίνομαι.

Κατά την αρχαία παράδοση, το όνομα οφείλεται στην ικετευτική κραυγή των επιτόκων «ελθέ, ελθέ», οι οποίες φώναζαν τη θεά για βοήθεια.

Η λατρεία της «Ειλείθιας» ήταν ευρύτατα διαδεδομένη. Πριν τις κρίσιμες ώρες του τοκετού και μετά τη γέννηση του βρέφους, οι γυναίκες αφιέρωναν στη θεά πέπλα, φορέματα, ακόμα και τούφες από τα μαλλιά τους. Κατά τον Πλάτωνα, οι γυναίκες έπρεπε να παραμένουν στο ναό της θεάς κάθε ημέρα, «μέχρι τρίτου μέρους ώρας».

Οι μύθοι πάντως γύρω από την αρχαία θεότητα είναι πολλοί και σε πολλά σημεία αντιφάσκουν. Ο Όμηρος πρώτος την αναφέρει, ως έφορον του τοκετού και βοηθό των επιτόκων, η οποία είχε το ιερό σπήλαιό της στην Αμισό της Κρήτης. Προγενέστερα όμως αναφέρεται ο πληθυντικός «Ειλείθιες». Αυτές εμφανίζονταν ως θυγατέρες του Δία και της Ήρας και χαρακτηρίζονταν ως «μονοστόκοι», δηλαδή ότι γεννούν πόνους.

Χαρακτηριστικός είναι ο μύθος που πε-



Ελευθώ, η θεά προστάτιδα των επιτόκων.

ριέχεται στο ομηρικό έπος, κατά το οποίο η Λητώ βρισκόταν σε τοκετό επί εννέα ημερονύκτια, έχοντας γύρω της όλους τους αθάνατους, αλλά δεν μπορούσε να γεννήσει. Η Ήρα, που ζήλευε τη Λητώ, είχε μείνει στον Όλυμπο, έχοντας μαζί της την «Ειλείθια». Τελικά, η αγγελιαφόρος Ίριδα κατάφερε να τη μεταφέρει στη Δήλο, όπου βρισκόταν η Λητώ και έτσι η τελευταία γέννησε.

Κατά τον Όμηρο – ιερό αιδοί – ήταν μητέρα του Έρωτα και «Κρόνου πρεσβυτέρων». Ο γηραιός ποιητής αποδίδει σ' αυτήν το επίθετο «Εύλιнос», δηλαδή η καλώς κλωθούσα και τη συγχαίει – όπως

παρατηρεί ο Πausanías – με τη μοίρα της ζωής. Η καλή ή κακή έκβαση του τοκετού στηρίζεται στη θέληση της θεάς, η οποία αποφασίζει για την «τύχη» του βρέφους, εάν δηλαδή αυτό γεννηθεί ζωντανό ή νεκρό. Γι' αυτό ίσως το λόγο σχετίζεται με τις Μοίρες, είναι η πρόεδρος των «βαθυφρόνων Μοιρών», οι οποίες παρευρίσκονται στη γέννηση.

Στην Τεγέα, η θεά επωνομάσθη «Αυγή εν γόνασι», γιατί η Αυγή με την οποία ταυτιζόταν γέννησε τον Τήλεφο γονατιστή, δηλαδή σε στάση η οποία διευκόλυε τον τοκετό. Παρόλα αυτά στο Αίγιο – όπως φαίνεται από διασωθέντα νομίσματα αυτής της πόλης – η «Ειλείθια» εικονίζεται όρθια με το αριστερό χέρι υψωμένο και την παλάμη ανοικτή σε στάση εκπλήξεως, ενώ με το δεξί χέρι κρατά πυρσό, που συμβολίζει το φως της ζωής. Οι θεότη-

τες, με τις οποίες ταυτίστηκε και λατρεύτηκε μαζί, ήταν η Ήρα και η Άρτεμις, θεές που συνδέονταν στενά με τη γέννηση και την ανατροφή των παιδιών. Η Ήρα αποκαλείτο Αργεία Ειλείθια και η Άρτεμις στη Βοιωτία λατρευόταν μαζί με την Ελευθώ.

Οι Ρωμαίοι πήραν τη θεότητα αυτή από τους Έλληνες και άλλοτε τη λάτρευαν αλλάζοντας το όνομά της σε Λυκινία και άλλοτε με το κανονικό της όνομα. Κατά τη δωρική παράδοση, η λατρεία της μεταδόθηκε από την Κρήτη σε όλη την Ελλάδα. Υπήρχαν ιερά στην Κόρινθο, το Άργος, την Ερμιόνη, τη Μεσσήνη, την Ολυμπία, την Πάρο.

Είναι φυσικό να αποδίδονται τέτοιες τιμές και τέτοια λατρεία στη θεά, χωρίς την οποία κανείς δεν θα μπορούσε να δει το «φως» και τις «αυγές του ήλιου».

(Από τις εγκυκλοπαίδειες: ΗΛΙΟΣ και ΠΑΠΥΡΟΣ ΛΑΡΟΥΣ)

## Λίγα στοιχεία για τη Διεθνή Συνομοσπονδία Μαιών

**Μ. Λιουλιά - Τσιτσιλώνη, R.M., S.C.M., M.T.D.,** τέως Διδάσκουσα Μ.Μ.Η.

Η Διεθνής Συνομοσπονδία Μαιών (International Confederation of Midwives, ICM) είναι διεθνής οργανισμός, που εδρεύει στο Λονδίνο και συμπεριλαμβάνει 50 εθνικούς Συλλόγους Μαιών με περισσότερα από 100.000 μέλη.

Η ιστορία της ξεκινά τον Αύγουστο του 1900, όταν για πρώτη φορά 100 περίπου Μαιές από 9 Ευρωπαϊκές χώρες, συναντήθηκαν στο Βερολίνο και συζήτησαν θέματα του κλάδου τους, κυρίως τη χρονική διάρκεια της εκπαίδευσης της Μαιάς.

Από τότε μέχρι και σήμερα, βασικός στόχος της Συνομοσπονδίας είναι να προωθή την εκπαίδευση και τις γνώσεις της Μαιάς γύρω από την επιστήμη της.

Για την επίτευξη του στόχου αυτού η Διεθνής Συνομοσπονδία Μαιών δρα:

- Δημοσιεύοντας στον τύπο, κυρίως σε εφημερίδες και περιοδικά, άρθρα που αφορούν σε ομιλίες, σεμινάρια, συμπεράσματα συνεδρίων, προγράμματα διαλέξεων, συγκεντρώσεων και επισκέψεων

σχετικά με τους σκοπούς της Συνομοσπονδίας.

- Φροντίζοντας για τη διοργάνωση ομάδων μελέτης, συναντήσεων, σεμιναρίων και συνδιασκέψεων, που μπορεί να είναι τοπικές, περιφερειακές ή παγκόσμιες.

- Διευκολύνοντας την ανταλλαγή ατομικών ή ομαδικών επισκέψεων μεταξύ των μελών των εθνικών συλλόγων, που την απαρτίζουν.

- Οργανώνοντας διεθνείς επισκέψεις, προκειμένου αφ' ενός μεν να ενημερωθούν οι Μαιές, αλλά και συναφείς προς αυτές κλάδοι (για παράδειγμα κοινωνικές λειτουργοί, αδελφές-νοσηλεύτριες), ανταλλάσσοντας πληροφορίες, απόψεις και γνώμες γύρω από θέματα κοινού ενδιαφέροντος, αφ' ετέρου δε να βοηθηθούν ομάδες ατόμων, όπως οι μέλλουσες μητέρες.

- Διοργανώνοντας το Διεθνές Συνέδριο Μαιών, που γίνεται κάθε τρία χρόνια σε διαφορετική κάθε φορά χώρα.

- Έχοντας τη φροντίδα του Κέντρου Πληροφοριών των Μαιών, που εδράζεται στο Λονδίνο, ως προς όλα τα θέματα που τις αφορούν.



- Προσκαλώντας μέλη άλλων οργανώσεων (π.χ. Π.Ο.Υ., UNICEF), να λάβουν μέρος στις δραστηριότητές της.

- Εξουσιοδοτώντας άτομα, που την εκπροσωπούν σε εκδηλώσεις άλλων οργανισμών.

- Κάνοντας όλες τις νόμιμες ενέργειες, απαραίτητες για την επίτευξη των αντικειμενικών σκοπών της.

Διοικητικά, η Διεθνής Συνομοσπονδία αποτελείται από τα εξής μέρη:

- Το Διεθνές Συμβούλιο, υπεύθυνο για τις τελικές αποφάσεις της Συνομοσπονδίας, που λαμβάνονται κατόπιν ψηφοφορίας των μελών του.

- Την Εκτελεστική Επιτροπή.

- Τη Διαχειριστική Επιτροπή.

- Τη Γραμματεία, η οποία έχει αναλάβει και το μεγαλύτερο φόρτο δραστηριοτήτων της Συνομοσπονδίας.

Το Διεθνές Συμβούλιο αποτελείται από:

1. Την Πρόεδρο, την Αντιπρόεδρο και την τώως Πρόεδρο.

2. Τη Διευθύντρια, την Υποδιευθύντρια και τη Γραμματέα της Διαχειριστικής Επιτροπής.

3. Τις 10 εκλεγμένες αντιπροσώπους από τις τέσσερις γεωγραφικές περιφέρειες, δηλαδή από την Ευρώπη 4 μέλη, την Αφρική 2 μέλη, την Αμερική 2 μέλη και τον Δυτικό Ειρηνικό 2 μέλη.

4. Τις εκπροσώπους του Συλλόγου Μαιών της κάθε χώρας-μέλους της Συνομοσπονδίας. Οι τρεις πρώτες ομάδες απαρτίζουν την Εκτελεστική Επιτροπή, ενώ αξίζει να τονιστεί ότι η όλη εργασία της Συνομοσπονδίας διεκπεραιώνεται από την εκλεγείσα Γενική Γραμματέα της.

Η χώρα μας έγινε μέλος της Διεθνούς Συνομοσπονδίας Μαιών το έτος 1957, κατόπιν ενεργειών της τότε Προέδρου του Σ.Ε.Μ.Α. και τώως Διευθύνουσας του Μ.Μ.Η. δίδας Χαράς Βογιατζάκη.



## Επικοινωνία Μαιών-Μαιευτών σε Διεθνές επίπεδο

**Ελένη Σαμαριτάκη**, Πρόεδρος του Σ.Ε.Μ.Α.

1. Είμαστε ως Σύλλογος, μέλος της Διεθνούς Συνομοσπονδίας Μαιών. Στην ιστορική αναδρομή του θέματος αναφέρεται η συνάδελφος κ. Τσιτσιλώνη και θα συνεχίσει και σε επόμενα τεύχη.
2. Συμμετέχομε, εκπροσωπώντας τον κλάδο στην Advisory Committee, για θέματα εκπαίδευσης και επαγγέλματος.
3. Στη Liaison Committee EC Midwives (Σύνδεσμος Επιτροπής Μαιών-Μαιευτών Ευρωπαϊκής Ένωσης).

Στο σύνδεσμο αυτής της επιτροπής, συμμετέχομε με δυο μέλη από το Δ.Σ. του Συλλόγου μας, από τα οποία ψήφο έχει μόνο το ένα μέλος. Κάθε κράτος εκπροσωπείται από τους Εθνικούς Συλλόγους Μαιών-Μαιευτών. Η συνάντηση αυτή πραγματοποιείται μια φορά κάθε χρόνο σε διαφορετική πρωτεύουσα, που προτείνεται και ψηφίζεται κατά τη διάρκεια της συνεδρίασης, που διαρκεί ένα ολόκληρο Σάββατο και μέχρι την Κυριακή το απόγευμα.

Θέματα που συζητούνται στις συναντήσεις αυτές, είναι για την εκπαίδευση και την άσκηση επαγγέλματος της Μαίας-Μαιευτή. Κάθε χρόνο προστίθενται καινούργια κράτη-μέλη, που σταδιακά εντάσσονται στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ενώ συμμετέχουν και κράτη που δεν ανήκουν στην Ενωμένη Ευρώπη – επί του παρόντος – δεν έχουν όμως δικαίωμα ψήφου.

Συζητούν, εκθέτουν απόψεις, αλλά δεν ψηφίζουν. Από το 1993 συμμετέχομε ανελλιπώς. Μεσολάβησε κάποιο διάστημα που απουσιάζαμε ως Σύλλογος, από αυτές τις τόσο ενδιαφέρουσες συναντήσεις. Κατεβλήθη προσπάθεια για την επανασύνδεσή μας. Έτσι, λάβαμε μέρος στη συνάντηση του 1993 στο Άμστερνταμ, το 1994 στο Λονδίνο και το 1995 στο Βερολίνο. Η επομένη συνάντηση θα γίνει στο Λουξεμβούργο.

Στο Σύλλογο υπάρχουν τα πρακτικά των συνεδριάσεων. Κάθε χώρα συντάσσει μια έκθεση, που κυκλοφορεί στις υπόλοιπες χώρες, ώστε τα προβλήματα όλων να γίνονται γνωστά. Σε επόμενη κυκλοφορία του «ΕΛΕΥΘΩ», θα δημοσιεύσουμε ενημερωτικά στοιχεία από προηγούμενες συναντήσεις.

## Η Τράπεζα Μητρικού Γάλακτος του Μαιευτηρίου «Έλενα Εη. Βενιζέλου»

**Θ. Ζάχου, Χ. Τζαχρήστα, Γ. Πούλου, Σ. Εγγλέζου, Δ. Σταμάτη, Ι. Σοφατζή.**

Τράπεζα Μητρικού Γάλακτος είναι η συλλογή, διατήρηση, επεξεργασία και χορήγηση μητρικού γάλακτος σε νεογέννητα και βρέφη, που δεν μπορούν για ειδικούς λόγους να θηλάσουν απ' ευθείας

από τη μητέρα τους. Τα πρωτόκολλα λειτουργίας των Τραπεζών Μητρικού Γάλακτος, εξασφαλίζουν την καθαρότητα του γάλακτος και τη διατήρηση των συστατικών του, κατά το δυνατόν αναλλοίωτα.

Οι πρώτες Τράπεζες Μητρικού Γάλακτος έγιναν στην Αυστρία, στη Σκανδιναβία, στη Μεγάλη Βρετανία και στις Η.Π.Α. της Αμερικής, πριν από τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο.

Λεπτομερή πρωτόκολλα εργασίας τους δημοσιεύτηκαν από την Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία το 1943. Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, Τράπεζες Μητρικού Γάλακτος δημιουργήθηκαν σε όλο τον κόσμο.

Στο Μαιευτήριο «Έλενα Ελ. Βενιζέλου» λειτουργεί Τράπεζα Μητρικού Γάλακτος από το 1947. Είναι αποτέλεσμα μιας πολιτικής προαγωγής του μητρικού θηλασμού, που εφαρμόζεται στο Μαιευτήριο, και της ιδιαίτερης ενθάρρυνσης των μητέρων – που γεννούν πρόωρα παιδιά – να διατηρούν τη γαλουχία τους.

Από το 1985, η Τράπεζα Μητρικού Γάλακτος είναι οργανική οντότητα του Μαιευτηρίου και ανήκει στη «Μονάδα Φυσιολογικών Νεογέννητων, Προαγωγής Μητρικού Θηλασμού, Τράπεζα Μητρικού Γάλακτος» του Νεογνολογικού τμήματος.

Υπεύθυνοι για τη λειτουργία της είναι νεογνολόγος Παιδίατρος και εξειδικευμένη προϊσταμένη Μαία, υπεύθυνες Μαίες και ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Λειτουργεί με σύγχρονη υλικοτεχνική υποδομή και σύμφωνα με διεθνείς προδιαγραφές.

Διαθέτει ψυγεία, καταψύκτη, παστεριωτή μητρικού γάλακτος, θάλαμο νηματικής ροής, μίκτη γάλακτος, αντλίες συλλογής γάλακτος –χειροκίνητες και ηλεκτρικές– ειδικά μπιμπερόν, ασπίδες θηλασμού και ειδικό αναλώσιμο υλικό. Έχει συνεχή επαφή και συνεργασία με τράπεζες της Ευρώπης και της Αμερικής.

Οι δότριες είναι, κυρίως, μητέρες, που γεννούν στο Μαιευτήριο, τελειόμηνα ή πρόωρα νεογέννητα.

Το πρωτόκολλο δοτριών περιλαμβάνει:

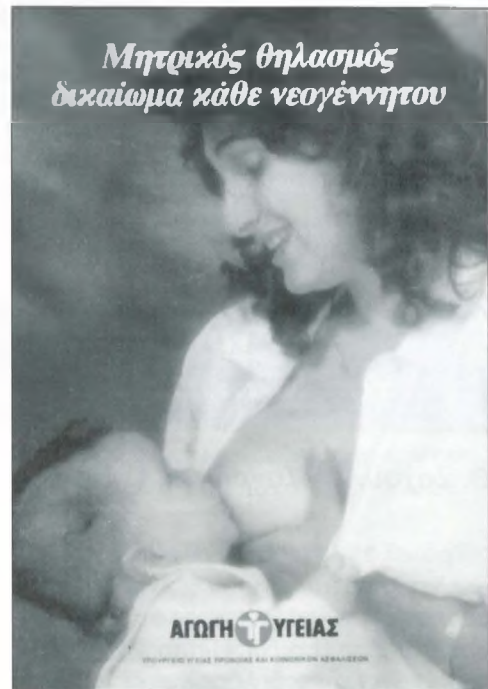
1. Ιστορικό της δότριας για την οικογενειακή της κατάσταση, αρρώστιες ή φάρμακα που τυχόν παίρνει, συνήθειες – κάπνισμα, ποτά, ναρκωτικά, σεξουαλική ζωή – ταξίδια, που έκανε τα τρία τελευταία χρόνια.

2. Εξέταση αίματος – με έγγραφη συγκατάθεσή της – για τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (Α.Ι.Δ.Σ), Ηπατίτιδα Β, Ηπατίτιδα C, σύφιλη και μεγαλοκυτταροϊούς.

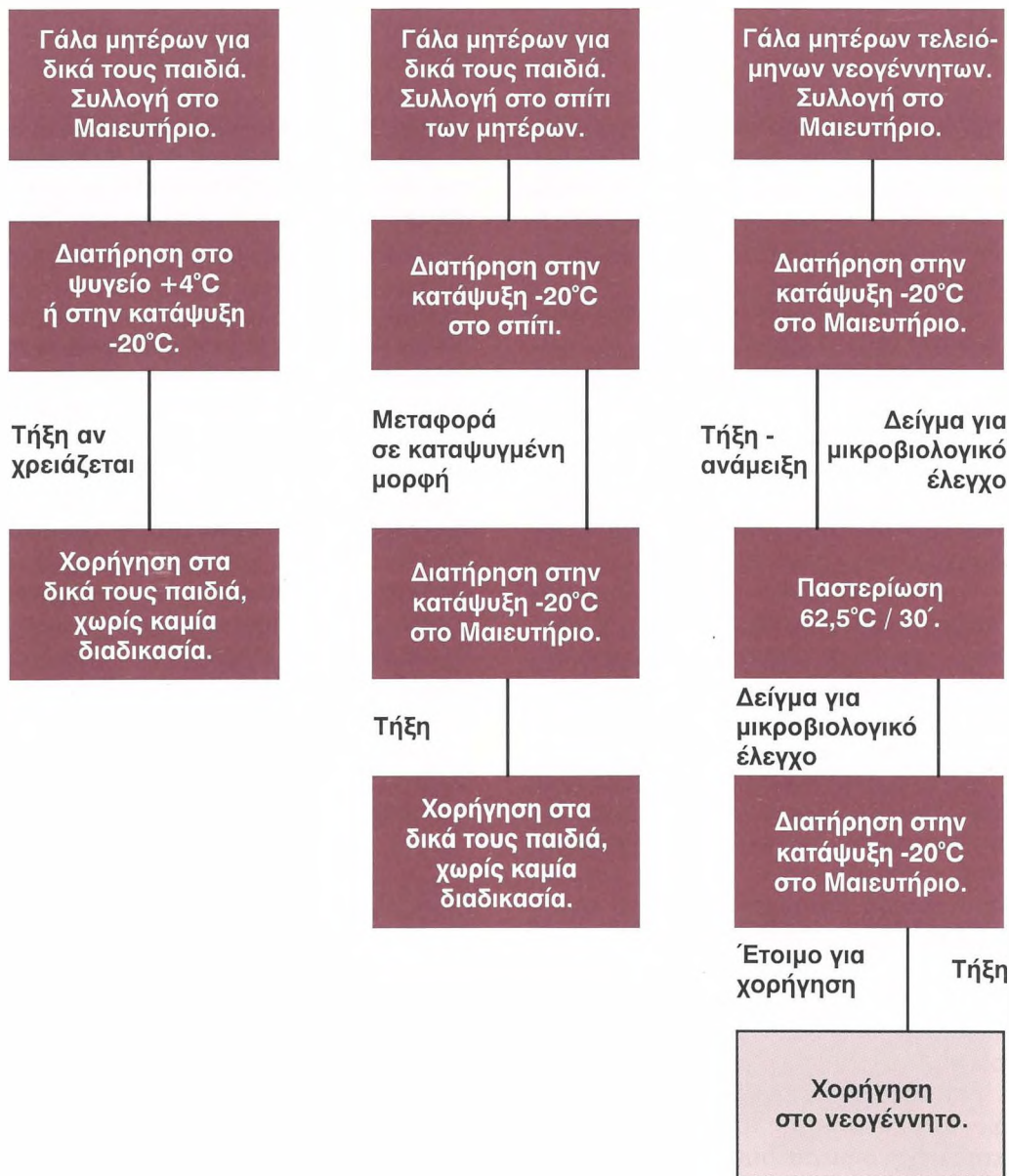
3. Εκπαίδευση των δοτριών σε κανόνες γενικής καθαριότητας, καθαρή συλλογή του γάλακτος, διατήρηση, ψύξη +4° C, κατάψυξη –20° C και μεταφορά του.

Από το 1986 που άρχισε η κανονική καταγραφή των δοτριών μέχρι σήμερα, καταγράφηκαν περισσότερες από 2.500 δότριες.

Το γάλα των δοτριών μητέρων – που γεννούν πρόωρα και χορηγείται μόνο στα



### Σχηματική παράσταση του τρόπου λειτουργίας της Τράπεζας Μητρικού Γάλακτος του Μαιευτηρίου «Έλενα Ελ. Βενιζέλου».



δικά τους παιδιά – συλλέγεται στο Μαιευτήριο και στα σπίτια των μητέρων με ειδικές συνθήκες,

Το γάλα που συλλέγεται στα σπίτια των μητέρων, μεταφέρεται στην Τράπεζα κατεψυγμένο. Η συλλογή στο Μαιευτήριο, γίνεται σε ειδικό χώρο με ειδικές συνθήκες, για την αποφυγή επιμόλυνσής του από μικροβιολογικούς παράγοντες. Η καθαρότητα του χώρου ελέγχεται με καλλιέργειες σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Το γάλα των μητέρων – για τα δικά τους τα παιδιά – χορηγείται αμέσως νωπό ή διατηρείται στο ψυγείο σε θερμοκρασία  $+4^{\circ}\text{C}$  για 24 ώρες.

Εάν δεν καταναλωθεί αμέσως, τότε διατηρείται στην κατάψυξη σε  $-20^{\circ}\text{C}$ . Ακολουθεί απόψυξη και χορήγηση, χωρίς καμία επιπλέον διαδικασία.

Το γάλα των δοτριών μητέρων, που γεννούν τελειόμηνα παιδιά, συλλέγεται μόνο κατά την παραμονή τους στο Μαιευτήριο, που είναι συνήθως 4-5 ημέρες, και τοποθετείται στην κατάψυξη σε  $-20^{\circ}\text{C}$ .

Όταν συγκεντρωθεί η κατάλληλη ποσότητα, γίνεται απόψυξη, ανάμειξη – rolling – έγχυση σε αποστειρωμένα μπιμπερόν και παστεριώνεται στον ειδικό παστεριωτή μητρικού γάλακτος στους  $62,5^{\circ}\text{C}$  επί 30 λεπτά της ώρας.

Πριν και μετά την παστερίωση, στέλνεται δείγμα για μικροβιολογική εξέταση. Το παστεριωμένο γάλα ξανατοποθετείται στην κατάψυξη στους  $-20^{\circ}\text{C}$  και, μετά το αποτέλεσμα του μικροβιολογικού ελέγχου, είναι έτοιμο για χρήση.

Το γάλα αυτό χορηγείται σε διάφορα παιδιά. Ορισμένα συστατικά του μητρικού γάλακτος επηρεάζονται από την παστερίωση.

Από το 1959 που άρχισαν να καταγράφονται οι ποσότητες του μητρικού γάλακτος μέχρι σήμερα, συγκεντρώθηκαν και διακινήθηκαν περίπου 22.000 λίτρα μη-

τρικού γάλακτος, που σημαίνει 600-700 περίπου λίτρα το χρόνο, γεγονός που κατατάσσει την Τράπεζα μεταξύ των μεγάλων Τραπεζών Μητρικού Γάλακτος.

Το γάλα χορηγείται στα νεογνήνητα που νοσηλεύονται στην εντατική και ενδιάμεση μονάδα νοσηλείας του Νεογνολογικού Τμήματος, καθώς και σε άλλα νοσηλευτικά ιδρύματα.

Η υπεροχή του μητρικού γάλακτος για τη διατροφή του φυσιολογικού νεογνήνητου είναι αναμφισβήτητη. Το μητρικό γάλα είναι η καταλληλότερη διατροφή και για το πρόωρο και προβληματικό νεογνήνητο.

Ακόμη, είναι ενδεδειγμένη τροφή για πολλές ασθένειες της νεογνικής και βρεφικής ηλικίας, και συμβάλλει στη θεραπεία τους, όπως: σύνδρομο δυσαπορρόφησης, καταστάσεις δυσανεξίας, φαινολοκετονουρία, νεφρική ανεπάρκεια, κατά την ανάρρωση από χειρουργικές επεμβάσεις του πεπτικού συστήματος, επίμονη διάρροια, ελκώδη κολίτιδα, σαν προφυλακτικός παράγοντας στη νεκρωτική εντεροκολίτιδα, στη σηψαιμία, στην πνευμονία, σε βρέφη με αλλεργία στο γάλα της αγελάδας, σε ανεπάρκεια της IGA ανοσοσφαιρίνης κ.ά.

Επομένως, ο ρόλος της Τράπεζας Μητρικού Γάλακτος είναι σημαντικότερος για τη διατροφή και υγεία των παιδιών αυτών.



## Οικογενειακός Προγραμματισμός

**Παπαχρήστος Χρήστος, Μαιευτής**



Σύμφωνα με τα τελευταία Επαγγελματικά Δικαιώματα των πτυχιούχων του Τμήματος Μαιευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας (ΙΟΥΝΙΟΣ 1989), οι Μαίες-τές, με βάση τις εξειδικευμένες επιστημονικές και πρακτικές (κλινικές) γνώσεις τους, μπορούν να ασχοληθούν και με την οργάνωση και εφαρμογή του ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ και της υγειονομολογικής εκπαίδευσης ατόμων ή ομάδων σε θέματα της ειδικότητάς τους.

Στα πλαίσια επίσης των γενικών καθηκόντων, ο νομοθέτης μας έχει επιφορτίσει και με αρμοδιότητες, που διευρύνουν το Μαιευτικό μας έργο.

Σωστή πληροφόρηση, λοιπόν, παροχή οδηγιών σε θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού και εφαρμογής καθορισμένων μεθόδων αντισύλληψης, είναι καθήκοντα που μια Μαία ή ένας Μαιευτής, μπορεί να εξασκήσει στα Κέντρα και τμήματα Οικογενειακού Προγραμματισμού των Κέντρων Υγείας, Περιφερειακών Γενικών Νοσοκομείων, Μαιευτικών – Γυναικολογικών Κέντρων, Υγειονομικών Σταθμών, Ιατρείων ΙΚΑ –ΠΙΚΠΑ και άλλων Δημοσίων Επιχειρήσεων και Οργανισμών.

Νομικό και θεσμικό πλαίσιο, που κυοφορεί και γεννά αυτοβούλως και ταυτόχρονα συνειδήσεις, σε εξειδικευμένους επιστήμονες και σε υπεύθυνους Λειτουργούς Υγείας, όπως είναι οι Μαίες-τές.

Ο Σ.Ε.Μ.Α., κουβαλώντας στις πλάτες του ένα πλούσιο παρελθόν (όσον αφορά την προαγωγή της Μητρότητας και του

Οικογενειακού Προγραμματισμού), ξεκινά ανανεωμένος να πρεσβεύσει και να υπερασπίσει αυτή την ευθύνη, να αναμορφώσει, να διαμορφώσει και να διευρύνει το θεσμό του Οικογενειακού Προγραμματισμού στην Ελλάδα και τα δικαιώματα, σ' αυτόν το θεσμό των Μαιών-τών, σε όλη την επικράτεια.

Το «Ελευθώ», ως γίνει ο «διάφανος» καθρέφτης των προσπαθειών μας και η στήλη αυτή – που μόνιμα θα υπάρχει – ως γίνει τόπος συνάντησης των επιστημονικών απόψεων (πάνω σε θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού), όλων όσων πιστεύουν, πως λιθαράκι θα βάλουν, στην ανύψωση του Επιστημονικού επιπέδου των Μαιών-τών.

Ξεκινάμε αυτή μας την προσπάθεια πανηγυρικά, με το άρθρο της κ. Παναγιωτοπούλου-Γκόλτσιου Βασιλικής, μιας Μαίας που εδώ και πολλά χρόνια, μαχητικά βρίσκεται στην «πρώτη θέση» μιας εκστρατείας ενημέρωσης και προαγωγής του Οικογενειακού Προγραμματισμού στην Ελλάδα.



## Οικογενειακός Προγραμματισμός και ποιότητα ζωής

**Βασιλική Παναγιωτοπούλου-Γκόλτσιου**, Μαία, Τομέάρχης του Νοσηλευτικού Τμήματος του Νοσοκομείου «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ».

Σαν ιδέα, ο Οικογενειακός Προγραμματισμός ξεκίνησε το 18ο αιώνα, συγκεκριμένα το 1786, με τις θεωρίες του Άγγλου ιερέα MALTLINS. Η πρώτη, όμως, υλοποίηση της ιδέας, έγινε το 1916 με τη λειτουργία του πρώτου συμβουλευτικού σταθμού για τον έλεγχο των γεννήσεων στην Αμερική, από τη MARGARET SANGER, η οποία έβλεπε τον έλεγχο των γεννήσεων, συνδεδεμένο με την υγεία της γυναίκας και την ευτυχία της οικογένειας.

Στη χώρα μας, η πρώτη προσπάθεια για Οικογενειακό Προγραμματισμό έγινε στη δεκαετία του 1960, από τον Ακαδημαϊκό Καθηγητή Ν. Λούρο. Τον Απρίλιο του 1973 ιδρύθηκε η Ελληνική Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού, με κυριότερο στόχο την ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Το 1978, με πρωτοβουλία του τότε προέδρου της Ελληνικής Εταιρείας Οικογενειακού Προγραμματισμού καθηγητή Δ. Κασκαρέλη, άρχισε να λειτουργεί στο Μαιευτήριο «Αλεξάνδρα», Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού. Το 1980 ψηφίστηκε ο νόμος 1036, ο οποίος έδωσε νομική υπόσταση στον Οικογενειακό Προγραμματισμό.

Το 1982 το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με τη βοήθεια του Γραφείου Πληθυσμιακών Δραστηριοτήτων του ΟΗΕ, ανέλαβε την επιμόρφωση στελεχών Υγείας, με εκπαιδευ-

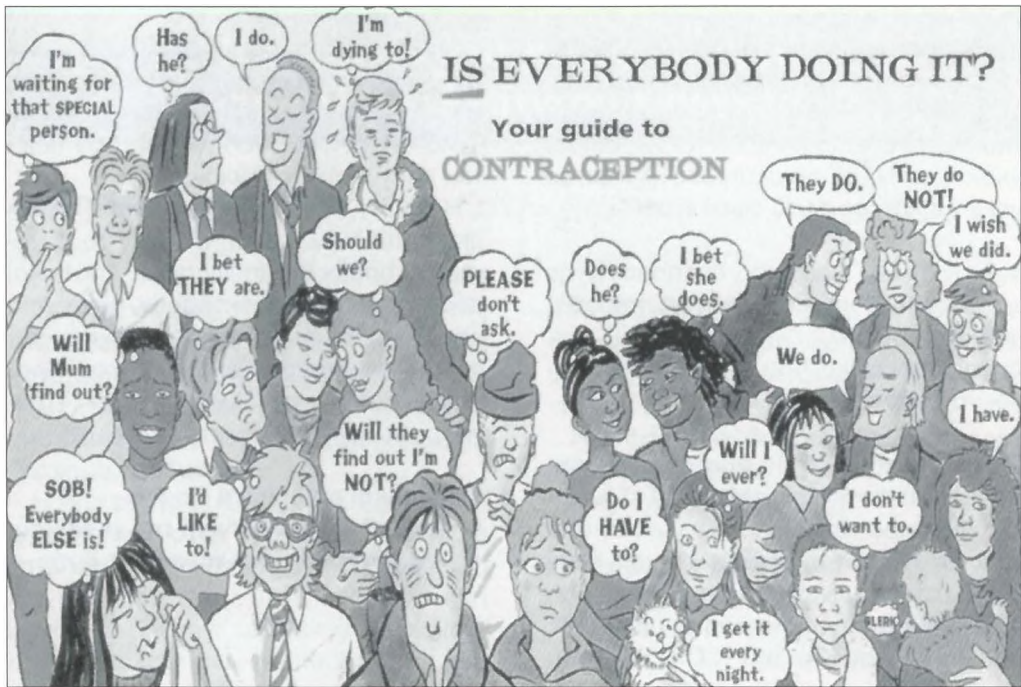
τές του Κέντρου Οικογενειακού Προγραμματισμού MARGARET SANGER της Νέας Υόρκης, προκειμένου να στελεχώσει Κέντρα, που σήμερα λειτουργούν σε όλη την Ελλάδα.

Σύμφωνα με τον ορισμό, που έχει δώσει η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, ο Οικογενειακός Προγραμματισμός είναι τρόπος ζωής και τρόπος σκέψης, που τον υιοθετούν θεληματικά και βασίζεται σε γνώσεις, απόψεις και υπεύθυνες αποφάσεις, που παίρνουν άτομα ή ζευγάρια, για την προαγωγή της υγείας και της ευτυχίας της οικογένειας.

Σκοπός του Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι να προωθήσει με την ενημέρωση, εκπαίδευση και επιστημονική έρευνα, την αποδοχή της υπεύθυνης γονιμότητας προς όφελος της υγείας της γυναίκας, της οικογένειας και της κοινωνίας γενικότερα.

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός επιδιώκει, την ενημέρωση και διαφώτιση των νέων γύρω από τα προβλήματα της γεννησιακής λειτουργίας, την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, συμπεριλαμβανομένου και του AIDS, και την προετοιμασία για την εφηβεία, την οικογένεια και τη συμμετοχή τους στην κοινωνική ζωή, καθώς και την ενημέρωση και επιμόρφωση των γονιών για τον τρόπο διαφώτισης των παιδιών γύρω από τα προβλήματα της γεννησιακής σφαίρας.

Ο ρόλος της διαφώτισης-ενημέρωσης



στον Οικογενειακό Προγραμματισμό είναι πολύπλευρος. Η ενημέρωση του κοινού γίνεται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, με ειδικά άρθρα σε εφημερίδες και περιοδικά, με ομιλίες από το ραδιόφωνο και την τηλεόραση, και με δημόσιες επιστημονικές συζητήσεις και εκδηλώσεις.

Για την καλύτερη απόδοση του προγράμματος, γίνεται ευαισθητοποίηση των φορέων της κοινότητας (σύλλογοι, εκπαιδευτικοί φορείς κ.), οι οποίοι θα συμμετάσχουν με τον προσδιορισμό της ανάγκης του κοινού.

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός με την ενημέρωση προσπαθεί να πείσει ότι η αντισύλληψη δεν μπορεί να διαχωριστεί από τη σεξουαλικότητα και ακόμη ότι δεν είναι μια μεμονωμένη ιδέα, αλλά ένας τρόπος ζωής, που προϋποθέτει ψυχική

και σωματική υγεία, υπευθυνότητα, διαπροσωπικές σχέσεις και καθορισμό του ρόλου του καθενός στο κοινωνικό πλαίσιο.

Το ότι η υγεία του παιδιού εξαρτάται από την υγεία των γονιών του και ειδικότερα της μητέρας, είναι γνωστό σε όλους τους πολιτισμούς. Ωστόσο, δεν έχει γίνει συνείδηση στα ζευγάρια ότι πρέπει να ελέγχουν την υγεία τους πριν από το γάμο και την τεκνοποίησή τους.

Ειδικά στην Ελλάδα, όπου η συχνότητα του γόνου της Μεσογειακής αναιμίας είναι αρκετά μεγάλη, η ενημέρωση του κοινού κρίνεται επιτακτική.

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός δείχνει ιδιαίτερη ευαισθησία, φροντίδα και εξυπηρέτηση προς τους εφήβους, διότι βασικές πληροφορίες για τις αντισυλληπτικές μεθόδους, τις επιπτώσεις

της εγκυμοσύνης και της έκτρωσης σε νεαρά άτομα, δεν είναι εύκολο να δοθούν.

Το ποσοστό παρακολούθησης στο Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού του Νοσοκομείου «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ», σε σύγκριση με άλλες μεγαλύτερες ηλικίες, είναι χαμηλότερο. Αυτό οφείλεται:

1. Στην άγνοια βιολογίας, αναπαραγωγής και εγκυμοσύνης σε σχέση με την αντισύλληψη.
2. Στις δυσκολίες, που συναντούν οι έφηβοι να φτάσουν στο Κ.Ο.Π.

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να πω ότι, είναι επιτακτική η ανάγκη της Σεξουαλικής Διαπαιδαγώγησης. Ένας λοιπόν από τους στόχους του Οικογενειακού Προγραμματισμού είναι και η Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση, η οποία γίνεται με ομιλίες που δίνει η ομάδα του Κ.Ο.Π. και που συχνά ζητούν οι μαθητές στα σχολεία, στα Κέντρα Νεότητας ή μέσα από τις εκπαιδευτικές επισκέψεις, που κάνουν οι σχολικές ομάδες στο κέντρο μας.

Διαφωνώ με την αντίληψη μερικών ότι το να συμβουλέψεις τους εφήβους σχετικά με την αντισύλληψη, μπορεί να τους οδηγήσεις σε πρόωρη σεξουαλική δραστηριότητα. Η απαγόρευση της αντισύλληψης, δεν εμποδίζει τους νέους από το να έχουν σεξουαλική δραστηριότητα και ίσως κάποια εγκυμοσύνη.

Ο Οικογενειακός Προγραμματισμός βοηθά τις γυναίκες και τα ζευγάρια να καταλάβουν ότι η αποτελεσματική αντισύλληψη είναι πάντοτε προτιμότερη από την έκτρωση για τη ρύθμιση των γεννήσεων.

Θα ήθελα να επισημάνω ότι, κάθε παιδί που θα γεννηθεί, έχει το δικαίωμα να είναι επιθυμητό, αποδεκτό και να έχει αγάπη από το περιβάλλον του. Ο δεσμός μητέρας-παιδιού είναι πολύ σπουδαίος και

πρέπει πάντα να ενισχύεται.

Αλλά και ο δεσμός πατέρα-παιδιού, από τις πρώτες ημέρες της ζωής του ακόμα, από τη στιγμή της γεννήσεώς του, είναι πολύ σημαντικός παράγων για το παιδί του και για αυτόν τον ίδιο.

Η ευθύνη λοιπόν για τη γέννηση επιθυμητών παιδιών τελικά, ανήκει στους γονείς, οι οποίοι θα αποφασίσουν τότε και πόσα παιδιά θα αποκτήσουν, μετά από υπεύθυνη και σωστή ενημέρωση που παρέχουν τα Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού, γιατί Οικογενειακός Προγραμματισμός σημαίνει:

- Γερά και επιθυμητά παιδιά.
- Φροντίδα για την Υγεία της γυναίκας.
- Ανύψωση της ποιότητας της ζωής.

**1994 Έτος της Οικογένειας**  
**Β' Παγκόσμιο Συνέδριο Προγεννητικής Αγωγής**  
**"Η ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**  
**από την Αρχαία Ελλάδα έως τον 21ο αιώνα"**



Υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας  
**12, 13, 14 Μαΐου, Αθήνα, Πολυτεχνικό Μουσείο**, ώρες 10 π.μ. και 6-7π.μ.

• Ελληνική Ένωση Προγεννητικής Αγωγής • Εταιρεία Οικογενειακού Προγραμματισμού • Εταιρεία Οργάνωσης των Σωματίων Προγεννητικής Αγωγής (Ο.Μ.Α.Ε.Ρ.)  
 • Παιδαγωγικό Ο.Θ. για γονείς • Δημότιο Πρόσφορο Μουσείο Αθηνών.

ΕΙΣΧΟΔΟΣ ΕΛΕΥΘΕΡΗ



## Η σημασία και η χρησιμότητα του Προγεννητικού Ελέγχου

**Αναστασία Τσίλια, Μαία**

Στις μέρες μας, παρότι η εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και του κλάδου της γενετικής έχει κάνει σημαντικές προόδους, παρατηρούμε καθημερινά τη γέννηση παιδιών με συγγενείς ανωμαλίες και διάφορα σύνδρομα.

Η γνώμη της γενετικής, που εξαπλώθηκε γρήγορα στον άνθρωπο, συνέβαλε στην κατανόηση ανωμαλιών του εμβρύου και βοήθησε στη σωστή περιγεννητική φροντίδα. Για την ευκολότερη κατανόηση και πρόληψη των γενετικών παθήσεων του εμβρύου, θεωρείται απαραίτητος ο προγεννητικός έλεγχος.

Προγεννητικός έλεγχος είναι ο τρόπος, που μπορούμε να διαγνώσουμε τη σωστή ανατομική, αλλά και χρωματοσωματική ανάπτυξη του εμβρύου πριν από την 24η εβδομάδα της κύησης. Παλαιότερα, αποτελούσε μια υπερβολικά δύσκολη εργασία, ιδιαίτερα όταν αφορούσε το πρώτο μισό της κύησης. Οι μοναδικές πληροφορίες προέρχονται από ακτινογραφικές τεχνικές και αφορούσαν μόνο τη διάπλαση του σκελετού, του γαστρεντερικού σωλήνα και το αδρό περίγραμμα του σώματος.

Από το 1956, η γενετική άρχισε να βοηθά στον προγεννητικό έλεγχο με τον προσδιορισμό του φυσιολογικού αριθμού των χρωματοσωμάτων. Είναι γνωστό ότι, η παρουσία συγγενών ανωμαλιών στη διάπλαση του εμβρύου, η έλλειψη γονιδίου ή οι χρωματοσωματικές ανωμαλίες, αποτελούν σημαντικές αιτίες παιδικής θνησι-

μότητας και νοσηρότητας. Σε περίπτωση δίδυμης ή πολύδυμης κύησης, ο προγεννητικός έλεγχος πρέπει να γίνεται σε όλα τα έμβρυα.

Η ενδομήτρια διάγνωση είναι σήμερα σχετικά εύκολη και οι μέθοδοι του προγεννητικού ελέγχου είναι:

- A. Η αμνιοπαρακέντηση**
- B. Η εμβρυοσκόπηση**
- Γ. Η ιστοληψία της τροφοβλάστης**

**A. Η αμνιοπαρακέντηση**, εμφανίστηκε σαν μέθοδος πριν από 20 χρόνια περίπου. Γίνεται στην αρχή του 2ου τριμήνου της κύησης και συνδέεται με κυτταρογενετικές και βιοχημικές αναλύσεις του αμνιακού υγρού που λαμβάνεται. Με την αμνιοπαρακέντηση, είναι δυνατός ο προσδιορισμός όλων σχεδόν των γνωστών χρωματοσωματικών ανωμαλιών στα κύτταρα του αμνιακού υγρού και περισσότερες από 60 συγγενείς διαταραχές του μεταβολισμού του εμβρύου.

Οι ενδείξεις για την αμνιοπαρακέντηση χωρίζονται σε κύριες και δευτερεύουσες.

**Οι κύριες είναι:**

- 1. Μεγάλη ηλικία της μητέρας (πάνω από 35 χρόνων).**
- 2. Προηγούμενο παιδί με σύνδρομο DOWN.**
- 3. Δομικές χρωματοσωματικές ανωμαλίες των γονέων.**
- 4. Οικογενειακό ιστορικό με χρωματο-**

σωματικές ανωμαλίες.

**5. Προηγούμενο παιδί με βλάβες στο νευρικό σύστημα.**

**6. Προηγούμενο παιδί με βλάβες μεταβολισμού.**

**7. Οικογενειακό ιστορικό με γενετικές νόσους όπως, το σύνδρομο Meckel, αιμοφιλία κ.λπ.**

**8. Ανησυχία των γονέων για την κύηση ή επιθυμία για αμνιοπαρακέντηση.**

**9. Άλλες αιτίες όπως, παθολογική εγκυμοσύνη, παθολογικά ευρήματα με τους υπερήχους κ.λπ.**

**Οι δευτερεύουσες είναι:**

**1. Η ηλικία του πατέρα (άνω των 55 χρόνων).**

**2. Η πρώτη έκθεση του εμβρύου σε ακτινοβολία υψηλής δόσης (ιδιαίτερα στις 3 πρώτες εβδομάδες της κύησης).**

**3. Οι μητέρες με παθήσεις του θυρεοειδούς αδένος.**

**4. Όταν υπάρχει ιστορικό με προβλήματα αναπαραγωγής.**

**5. Τα ζευγάρια που ζητούν ελαχιστοποίηση των γνωστών μικρών κινδύνων.**

Ο αριθμός των επιπλοκών, που αναφέρονται μετά την αμνιοπαρακέντηση είναι πολύ μικρός.

**Για τη μητέρα είναι:**

**1. Φλεγμονή.**

**2. Αιμάτωμα στη μήτρα.**

**3. Rh ευαισθητοποίηση.**

**4. Απώλεια του εμβρύου.**

**5. Μεγάλη αναμονή για το αποτέλεσμα της καλλιέργειας των κυττάρων του αμνιακού υγρού.**

**Για το έμβρυο είναι:**

**1. Θάνατος.**

**2. Τραυματισμός.**

**3. Αιμορραγία.**

**4. Αυτόματη έκτρωση.**

**5. Εκροή του αμνιακού υγρού.**

Η συχνότητα, όμως, των επιπλοκών αυτών είναι σπάνια και δεν είναι παραδεκτή από όλους τους ερευνητές. Η αμνιοπαρακέντηση από την 16η – 18η εβδομάδα της κύησης, αποτελεί ασφαλή διαδικασία για τη μητέρα και το έμβρυο, αφού ο κίνδυνος επιπλοκής δεν ξεπερνά το 0,5%.

**Β. Η εμβρυοσκόπηση,** είναι μία σχετικά πρόσφατη διαγνωστική μέθοδος για την ενδομήτρια εξέταση της μορφολογίας του εμβρύου. Με αυτή, δεν είναι δυνατή η πανοραμική εξέταση του εμβρύου, αλλά μπορούμε να δούμε τμήματα του σώματος και να δούμε λεπτομέρειες του δέρματος.

**Οι ενδείξεις για την εμβρυοσκόπηση είναι:**

**1. Λήψη αίματος από το έμβρυο.**

**2. Βιοψία δέρματος από το έμβρυο.**

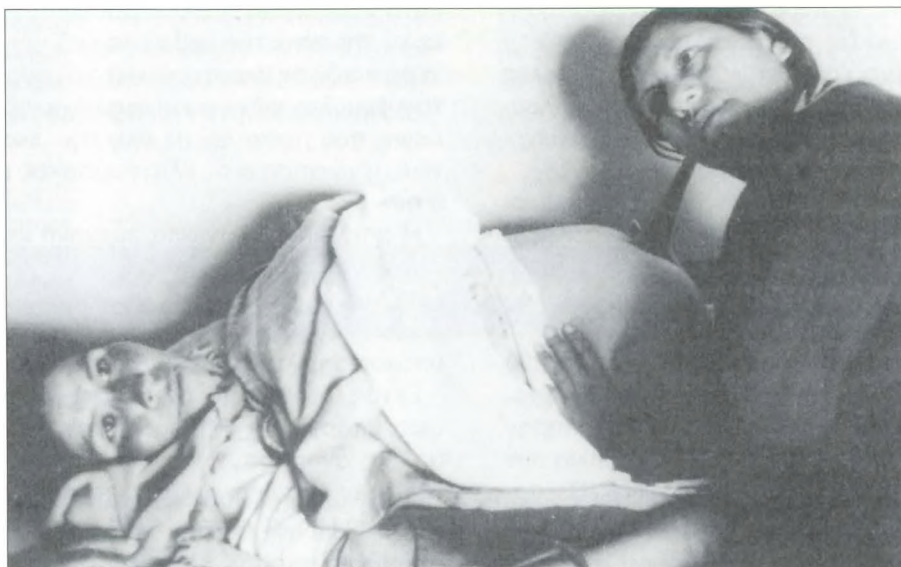
**3. Ενδομήτρια μετάγγιση αίματος, σε περιπτώσεις σοβαρής Rh ευαισθητοποίησης της μητέρας.**

**4. Διάφορες άλλες καταστάσεις.**

Οι κίνδυνοι από την επέμβαση εντοπίζονται κυρίως στο έμβρυο και είναι σχετικά ελάχιστοι. Αναφέρονται θάνατοι εμβρύων, πρόωροι τοκετοί, εκροή αμνιακού υγρού από τον κόλπο. Η συνηθέστερη επιπλοκή, όμως, είναι η αυτόματη έκτρωση, που μπορεί να ακολουθήσει μετά την επέμβαση.

**Γ. Η ιστοληψία (βιοψία) της τροφοβλάστης,** εξελίσσεται σαν νέα διαγνωστική μέθοδος στον προγεννητικό έλεγχο, χάρη στην πρόοδο που έχει σημειωθεί τα τελευταία χρόνια στη μελέτη του DNA.

Η βιοψία της τροφοβλάστης γίνεται στο



πρώτο τρίμηνο της κύησης (8η – 10η εβδομάδα), δηλαδή νωρίτερα από την αμνιοπαρακέντηση. Η διάγνωση στο 1ο τρίμηνο της κύησης σημαίνει συντομότερη πληροφόρηση για τους γονείς και ευκολότερη διακοπή της κύησης.

Με τη βιοψία της τροφοβλάστης είναι δυνατή η εύρεση των αιμοσφαιρινοπαθειών από την ανάλυση του DNA, η μελέτη χρωματοσωματικών ανωμαλιών από την καλλιέργεια των κυττάρων και η ανίχνευση διαταραχών των ενζύμων σε ενδομήτριες διαταραχές του μεταβολισμού.

Οι κίνδυνοι για τη μητέρα και το έμβρυο από τη βιοψία της τροφοβλάστης είναι:

1. Ενδομήτριος θάνατος του εμβρύου.
2. Αυτόματη έκτρωση του εμβρύου.
3. Ρήξη των εμβρυϊκών υμένων.
4. Φλεγμονή.
5. Αιμάτωμα.
6. Αποκόλληση του πλακούντα.

Διεθνείς στατιστικές, που αναφέρονται στη Βιβλιογραφία, δείχνουν ότι η προχω-

ρημένη ηλικία της μητέρας είναι καθοριστικός παράγοντας σε ό,τι αφορά τις ανωμαλίες των χρωματοσωμάτων και ιδιαίτερα του συνδρόμου DOWN, που η συχνότητά του αυξάνει δυστυχώς ανάλογα με την ηλικία της μητέρας.

Συγκεκριμένα, ενώ όταν η μητέρα είναι 20 χρόνων, η πιθανότητα γέννησης παιδιού με σύνδρομο DOWN είναι μία στις 19.000 γεννήσεις, όταν η μητέρα είναι 42 χρόνων – και για τον ίδιο αριθμό γεννήσεων – οι πιθανότητες φθάνουν στις 12.

Από μια έρευνα, που κάναμε στο Νοσοκομείο «ΕΛΕΝΑ» στο διάστημα από 1/1/1990 μέχρι και 1/6/1993, στους 12.411 τοκετούς που έγιναν, είχαμε 11 γεννήσεις νεογνών με σύνδρομο DOWN, 1 γέννηση με σύνδρομο 18 και 2 γεννήσεις νεογνών με αδιάγνωστα σύνδρομα. Από τα 11 DOWN, τα 4 νεογνά παρουσίαζαν και καρδιοπάθειες.

Θα περιγράψουμε περισσότερο το σύνδρομο DOWN, διότι καλύπτει το μεγαλύτερο αριθμό των περιστατικών γεννήσεων παιδιών με χρωματοσωματικές ανωμα-

λίες. Στα 11 περιστατικά που μελετήσαμε, οι ηλικίες των μητέρων ήταν από 18 ετών μέχρι και 32 ετών. Κατοικούσαν όλες σε αστικές περιοχές και τις παρακολουθούσαν Μαιευτήρες, από την αρχή μέχρι και το τέλος της εγκυμοσύνης.

Από αυτές, οι 6 ήταν δευτεροτόκες, οι 2 τριτοτόκες και οι 3 πρωτοτόκες. Καμία από αυτές τις μητέρες δεν είχε κάνει προγεννητικό έλεγχο και δεν ήταν καθόλου ενημερωμένες γι' αυτόν.

Το 1993, από τους 4.001 τοκετούς, 220 γυναίκες έκαναν προγεννητικό έλεγχο. Από αυτές, μόνο 3 κήσεις διεκόπησαν λόγω συνδρόμου DOWN και η ηλικία των εγκύων ήταν κάτω των 35 ετών. Βλέποντας την παραπάνω έρευνα προκύπτει το εξής ερώτημα:

**Ο προγεννητικός έλεγχος, πρέπει να συστήνεται μόνο σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 18 ετών και άνω των 35 ετών ή σε όλες τις γυναίκες ανεξαρτήτου ηλικίας;**

Πως λοιπόν, θα ενημερωθούν σωστά τα ζευγάρια για τους πιθανούς κινδύνους, πριν αποφασίσουν μια εγκυμοσύνη;

Πως θα μάθουν οι γυναίκες σε ποιές εξετάσεις πρέπει να υποβληθούν κατά τη διάρκεια της κύησης, ώστε να περάσουν αυτό το διάστημα χωρίς φόβους και άγχος; Τι πρέπει να αποφεύγει και τι πρέπει να προσέχει η μέλλουσα μητέρα;

Στην Ιταλία, στην Ελλάδα αλλά και σε πολλές άλλες χώρες της Ε.Ο.Κ., ο νόμος δεν υποχρεώνει τους γυναικολόγους να πληροφορούν τις γυναίκες, ιδιαίτερα άνω των 30 χρόνων, για τους πιθανούς κινδύνους μιας εγκυμοσύνης.

Ο ρόλος της Μαίας είναι πολύ σημαντικός στην ενημέρωση και τη συμβουλευτική των εγκύων γυναικών, μια και είναι το πιο κοντινό πρόσωπο της γυναίκας

κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Είναι πολύ σημαντικό να έρθει στον κόσμο ένα γερό παιδί, αν σκεφτεί κανείς το μέγεθος των ψυχολογικών και κοινωνικών επιδράσεων, που προκαλεί σε όλη την οικογένεια, η γέννηση ενός ελαττωματικού παιδιού.

Η απελπισία, η αγωνία, η ενοχή και οι απραγματοποίητες ελπίδες και φιλοδοξίες για το άτομο που γεννήθηκε, κυριεύουν τους γονείς καθώς και όλα τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

Εκτός, όμως, από τις άμεσες επιπτώσεις, υπάρχει και η επίδραση στη συνέχιση της αναπαραγωγής των γονέων και των στενών συγγενών, από το φόβο της επανάληψης γέννησης ενός παιδιού με ανωμαλίες.

Σήμερα, οικογένειες σε όλο τον κόσμο έχουν τη δυνατότητα να αναλάβουν την ευθύνη της συνέχισης μιας εγκυμοσύνης, γνωρίζοντας τα πορίσματα του προγεννητικού ελέγχου. Βέβαια, το ιδανικό δεν είναι να διαγνώσουμε την πάθηση – έστω και στην αρχή της εγκυμοσύνης – που σαν μόνη λύση του προβλήματος παραμένει η έκτρωση.

Η ενδομήτρια διάγνωση ανωμαλιών στο



έμβρυο και η αποτελεσματική θεραπεία, αρχίζουν να αποτελούν το δρόμο που ακολουθούν οι προσπάθειες των ειδικών. Ίσως βρισκόμαστε στην αρχή μιας νέας

εποχής, όπου θα μπορούσαμε να λύνουμε ζωτικά προβλήματα, που έχουν σχέση με τη δημιουργία και την ανάπτυξη του ανθρώπου.

## Εισαγωγή στην Ψυχοπροφύλαξη

**Νίκη Μπακέα, Μαία**

Όχι αρκετά χρόνια πριν, ήταν αυτονόητο ότι η επίτοκος γυναίκα, θα έπρεπε να πονά για να γεννήσει. Χαρακτηριστική η φράση παλιών μαιών – δυστυχώς όχι μόνο «πρακτικών» – «Α, καλέ εσύ γελάς ακόμα, έχεις χρόνο μπροστά σου...».

Όπως καταλαβαίνετε, η γυναίκα θα πρέπει να οδηγείται στον τοκετό της και να μη μπορεί ούτε καν να μιλήσει. Δυστυχώς όμως δεν ήταν μόνο αυτό. Οι γυναίκες αυτές είχαν μερική ως και πλήρη άγνοια για το τι είναι τοκετός, τι συμβαίνει εκείνη την ώρα, πως μπορούσαν να βοηθήσουν τον εαυτό τους, αλλά και αυτούς, που θα ασχοληθούν μαζί τους.

Υπάρχουν γυναίκες, που από μόνες τους βλέπουν τον τοκετό τους με εμπιστοσύνη και ηρεμία. Σε άλλες, όμως, προκαλεί φόβο και τρομοκρατούνται και μόνο στο άκουσμά του. Η ψυχολογία αυτή – σε συνδυασμό και με την άγνοια – δυσχεραίνουν την έκβασή του. Εδώ, έρχεται να βοηθήσει η μέθοδος της ψυχοπροφυλακτικής, ή η μέθοδος του ανώδυνου τοκετού, όπως αλλιώς λέγεται.

Άραγε, σταματά να υπάρχει πόνος όταν η γυναίκα ακολουθεί αυτή τη μέθοδο; Φυσικά όχι. Ο πόνος – στοιχείο της ωδίνης – υπάρχει πάντα. Μάλιστα, διαφορο-

ποιείται ως προς την αιτία που τον προκαλεί στο πρώτο στάδιο, από ότι στο δεύτερο. Στο πρώτο στάδιο, οφείλεται στη σύσπαση και διάταση του σώματος της μήτρας και στη διαστολή του τραχηλικού στομίου.

Στο δεύτερο στάδιο, οφείλεται στη διάταση και την πίεση των οργάνων της μικρής πιέλου και των μυών και ιστών του περινέου. Έχει αποδειχθεί, όμως, ότι η ένταση του πόνου – που κατά βάση είναι ίδιος για όλες τις γυναίκες – φαίνεται να είναι διαφορετική από επίτοκο σε επίτοκο λόγω της ψυχικής της διάθεσης από τη μια, και από την άλλη, από την υποβολή που προϋπήρχε.

Γι' αυτό, παρατηρούμε να υπάρχουν γυναίκες που γεννούν και να μην έχουν χάσει τον έλεγχό τους ούτε στιγμή, και άλλες που να μη συνεργάζονται, ούτε καν στην αρχή του πρώτου σταδίου. Το μόνο βέβαιο είναι, ότι η καλή ψυχολογική προετοιμασία της επιτόκου, ελαττώνει το άγχος και, κατά συνέπεια, τις ψυχοσωματικές επιδράσεις, που αυτό προκαλεί.

Ο D. & K. Read πριν από 50 χρόνια έλεγε ότι ο πόνος του τοκετού είναι αποτέλεσμα μόνο του φόβου και του άγχους της επιτόκου. Γι' αυτό θα έπρεπε:

α. Να υπάρχει διδασκαλία της εγκύου σχετικά με όλα τα στάδια του τοκετού.

β. Ασκήσεις χαλάρωσης και ασκήσεις που θα βοηθούσαν τους μυς, που κατά κύριο λόγο συμμετέχουν στον τοκετό.

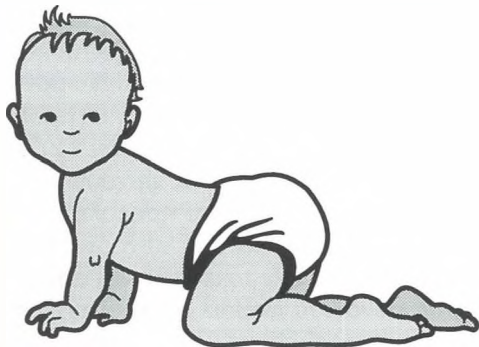
Από τη στιγμή, λοιπόν, που έγινε κατανοητό ότι πρέπει να υπάρχει υποστήριξη της επιτόκου, αρκετές ομάδες προστάθηκαν να τη βοηθήσουν με διάφορες μεθόδους.

Οποιαδήποτε όμως και να είναι αυτή η μέθοδος, από την πιο απλή (μέθοδος των αναπνοών) μέχρι και την πιο πολύπλοκη (γιόγκα), υπάρχει κοινή βάση.

Όλες συνίστανται στη δημιουργία εξαρτημένων αντανakλαστικών όπως π.χ. η μέθοδος του Feonand La Mare. Ο απώτερος σκοπός της μεθόδου είναι, να οδηγήσει την επιτόκο στην αντιμετώπιση του πόνου, έχοντας σαν μέσο αντιμετώπισης μια σειρά ασκήσεων και κυρίως ασκήσεων αναπνοών.

Οι ασκήσεις αυτές διαφοροποιούνται, με το στάδιο του τοκετού στο οποίο βρισκόμαστε.

Έτσι κατά το πρώτο στάδιο έχουμε: έναρξη ωδίνας, βαθιά ειπνοή και εκπνοή. Στη συνέχεια μισή εισπνοή, κρατούμε τον αέρα και εκτελούμε κοφτές εισπνοές – εκπνοές, σαν λαχάνιασμα, και τέλος εκπνοή όλου του αέρα και πάλι, εισπνοή βαθιά και εκπνοή.



Η όλη διαδικασία μπορεί να κρατήσει ένα ολόκληρο λεπτό. Στο μεσοδιάστημα των δυο ωδινών, έχουμε μυϊκή χαλάρωση όλου του σώματος.

Αυτή πετυχαίνεται, αφού έχει μάθει η επιτόκος να ελέγχει όλο το σώμα της, οποιαδήποτε στιγμή. Κατορθώνεται με ασκήσεις που μαθαίνει, για τα πόδια ή τα χέρια της καθώς και για άλλα σημεία του σώματός της και μαθαίνει να τις κάνει αντανakλαστικά. Φτάνουμε σε σημείο, που η γυναίκα αντανakλαστικά αντιδρά ως εξής: Υπάρχει πόνος – αυτόματα κάνει αναπνοές, σταματά ο πόνος – όλο το κορμί χαλαρώνει.

Έτσι, τελειώνει το πρώτο στάδιο και μπαίνουμε στο δεύτερο.

Σ' αυτό το στάδιο θα φανεί, πόσο βοήθησαν οι ασκήσεις στην πρώτη φάση. Φτάνει στο τέλος, έχοντας αρκετές δυνάμεις από τη μια και από την άλλη πάλι, με τη βοήθεια της ψυχοπροφυλακτικής, θα μπορέσει να αντιμετωπίσει την εξώθηση με απόλυτη συνεργασία, που είναι απαραίτητη. Κατά την εξώθηση, κρατά τον αέρα της εισπνοής και σπρώχνει προς τα κάτω για να βγει το νεογνό.

Η πνευματική και η σωματική αλληλεξάρτηση, που υπάρχει σε όλη τη διαδικασία του τοκετού, και το σωστό αποτέλεσμα, δείχνουν την ωρίμαση της γυναίκας και την επισφράγιση της γνώσης, του τι κάνει και πως μπορεί περισσότερο να βοηθήσει. Όμως, δεν μένει μόνο στη βοήθεια κατά τη διάρκεια του τοκετού. Προχωρά πιο πέρα.

Εισαγάγει την έγκυο γυναίκα στα άδυστα του μυστηρίου που ονομάζεται «**ΤΟΚΕΤΟΣ**». Την προετοιμάζει ψυχολογικά εξηγώντας της: τι θα συμβεί σε κάθε στάδιο, ποιά θα είναι η διαδικασία με την εισαγωγή στο μαιευτήριο, εξηγώντας της ή – στην καλύτερη περίπτωση – δείχνοντάς της τους χώρους που θα κινηθεί (παρα-



λαβή, αίθουσα τοκετού), ώστε εκείνη να αισθάνεται πιο οικείους αυτούς τους χώρους. Χωρίς να υπεισέρχεται σε ιδιαίτερες λεπτομέρειες, την ενημερώνει για τις τυχόν επιπλοκές, που μπορεί να εμφανιστούν στην πορεία, ώστε εκείνες τις στιγμές να έχουμε τη συνεργασία της και όχι τον πανικό της.

Μαρτυρίες γυναικών μιλούν για πραγματική βοήθεια της ψυχοπροφυλακτικής στις έγκυες. Τις βοήθησε να είναι ήρεμες,

να ζήσουν κάθε στιγμή τον τοκετό τους και αισθάνθηκαν πραγματικά περήφανες, όταν το μωρό τους έκλαιγε πάνω στο στήθος τους. Μερικές μάλιστα θεώρησαν ότι θα ήταν πιο ολοκληρωμένη η προσπάθειά τους, αν είχαν μαζί τους και το σύζυγό τους.

Ο θεσμός της παρουσίας του συζύγου στον τοκετό στην Ελλάδα, δεν είναι ακόμα πλήρως αποδεκτός. Αυτοί, που παραβρέθηκαν, μιλούν για μια εμπειρία ανεπα-

νάληπτη. Στο εξωτερικό, η παρουσία του συζύγου είναι κάτι το απόλυτα φυσιολογικό.

Ποιό είναι όμως αυτό το άτομο που θα μάθει στη γυναίκα όλα αυτά; Αρκετές ομάδες θέλησαν να έχουν αυτό το πρόνομο. Αυτονόητο, όμως, είναι ότι θα πρέπει να είναι άτομο στο οποίο θα είναι γνωστή η διαδικασία του τοκετού, οι επιπλοκές του και ότι, θα μπορεί να συνδυάζει τα στάδια του τοκετού και τη ψυχολογική κατάσταση της εγκύου.

Επίσης, θα είναι άτομο που για τις επόμενες 40 ημέρες, θα μπορούσε να παρακολουθήσει τη γυναίκα – λεχωίδα πια – και το νεογνό. Θα πρέπει δηλαδή, να έχει ειδικές γνώσεις.

Καταλαβαίνουμε, λοιπόν, ότι μιλάμε για τη μαία ή το μαιευτή, που είναι τα μονα-

δικά άτομα που έχουν την επιστημονική κατάρτιση, μετά το μαιευτήρα, και τα οποία μπορούν να υπάρξουν ως το μέσο επικοινωνίας μεταξύ γυναίκας επιτόκου και γιατρού.

Κατά καιρούς υπήρξαν προστριβές με άλλες ομάδες, αλλά τελικά μέχρι σήμερα έχει επικρατήσει – και αισθανόμαστε ικανοποίηση γι' αυτό – η γυναίκα να εμπιστεύεται τη μαία. Υπάρχει τέτοιο δέσιμο μεταξύ επιτόκου-μαίας, που, πολλές φορές, η έκβαση του τοκετού εξαρτάται απόλυτα από την παρουσία της μαίας δίπλα της.

Είναι καιρός να προσπαθήσουμε, ώστε όλες οι έγκυες, αλλά και οι μελλοντικοί πατέρες, να γνωρίσουν τη μέθοδο της ψυχοπροφυλακτικής και να την ακολουθήσουν, αν είναι δυνατόν όλοι.

## Εκτίμηση της ποιότητας της παρεχόμενης Περιγεννητικής Φροντίδας

**Ιωάννης Σοφατζής**, Διευθυντής του Νεογνολογικού Τμήματος του Μαιευτικού - Γυναικολογικού Κέντρου Αθήνας «ΕΛΕΝΑ ΕΛ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ».

Η εκτίμηση του επιπέδου και της προόδου της παρεχόμενης περιγεννητικής φροντίδας, είναι χρήσιμο να γίνεται σε τακτικά χρονικά διαστήματα – κατά πρότιμηση κάθε έτος – τόσο σε εθνικό και περιφερειακό, όσο και σε νοσοκομειακό επίπεδο. Η αξιολόγηση των στοιχείων, που συλλέγονται για στατιστική ανάλυση σε εθνικό επίπεδο, δίνει μια γενική αλλά αδρή εικόνα της προόδου, δεν επαρκεί όμως, για να εντοπίσει τα ιδιαίτερα προ-

βλήματα κάθε περιοχής και κάθε νοσοκομείου.

Οι πιο ουσιαστικές εκτιμήσεις και πληροφορίες αντλούνται από την αξιολόγηση των στοιχείων, που συλλέγονται σε νοσοκομειακό επίπεδο. (American Academy of Paediatrics and American College of Obstreticians and Gynecologists, 1992, Rumeau-Rouquette et al 1984).

Η εμβρυϊκή, νεογνική, περιγεννητική θνησιμότητα, η κατανομή του βάρους γέν-



νησης, η ειδική κατά ομάδα βάρους γέννησης θνησιμότητα, αποτελούν πολύ ευαίσθητους δείκτες, που κάθε ένας ξεχωριστά, αλλά και σε συνδυασμό, προσφέρονται τόσο για την εκτίμηση της ποιότητας της παρεχόμενης περιγεννητικής φροντίδας, όσο και για την αξιολόγηση των μέτρων που λαμβάνονται από την πολιτεία, για τη βελτίωση των βιοκοινωνικών συνθηκών και για την αναβάθμιση των υπηρεσιών προγεννητικής φροντίδας.

Από το 1963, που δημοσιεύθηκε το πρώτο «Report of the 1958 British Perinatal Mortality Survey», οι μελέτες γύρω από την περιγεννητική θνησιμότητα έπαψαν να αποτελούν απλές στατιστικές αναφορές και συγκρίσεις ποσοστών θνησιμότητας. Οι μελέτες αυτές, έχουν πλέον σαν στόχο την πρόληψη και γι' αυτό προσπαθούν να προσδιορίζουν κάθε φορά τους παράγοντες κινδύνου και τις αιτίες που επηρεάζουν δυσμενώς την έκβαση της εγκυμοσύνης.

Στη χώρα μας, ακόμα και σήμερα, τα επίσημα στατιστικά στοιχεία από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία είναι αναξιόπιστα. Η μόνη που δεν ευθύνεται για το γεγονός αυτό είναι η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, η οποία – εκ των πραγμάτων – επεξεργάζεται και αναλύει τα στοιχεία, που οι φορείς υγείας θέτουν στη διάθεσή της.

Για να γίνουν αξιολογήσιμοι και συγκρίσιμοι οι δείκτες, που εκτιμούν την πρόοδο στην Περιγεννητική Φροντίδα, θα πρέπει οι ιατροί, οι μαιές-μαιευτές, οι νοσηλεύτριες-νοσηλεύτές και οι διοικητικοί που συλλέγουν, καταγράφουν και δηλώνουν τα απαραίτητα για το σκοπό αυτό στοιχεία, να χρησιμοποιούν ενιαίους ορισμούς και να γνωρίζουν καλά το νόημα και την αξία καθε ενός δείκτη.

Προς την κατεύθυνση αυτή γίνεται, τα τελευταία χρόνια, διεθνής προσπάθεια να

υιοθετηθούν και να χρησιμοποιούνται πρώτιστα από όλους, οι Ορισμοί και Συστάσεις της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ. 1977).

Οι Ορισμοί και Συστάσεις, που έχουν υιοθετηθεί από την Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας στη «Διάσκεψη για την 9η Αναθεώρηση», όπως αυτοί έχουν ερμηνευθεί από τις Επιστημονικές Εταιρίες του Καναδά και της Μεγάλης Βρετανίας, έχουν ως εξής:

### Γέννηση

Γέννηση είναι, ο πλήρης αποχωρισμός από τη μητέρα του ενός προϊόντος συλλήψεως (εμβρύου), που ζυγίζει 500 γρ. και πάνω, ανεξάρτητα από τη διάρκεια της κύησης.

Η επιλογή του βάρους γέννησης – 500 γρ. και πάνω, ανεξάρτητα από τη διάρκεια της κύησης – σαν κριτήριο για το διαχωρισμό μεταξύ γέννησης και αποβολής, σε αντικατάσταση της ηλικίας κύησης, διευκολύνει την καταγραφή και δήλωση των στοιχείων αυτών.

Η επιλογή αυτή, διευκολύνει ιδιαίτερα την πληρέστερη καταγραφή των γεννήσεων εμβρύων και νεογνών, που ζυγίζουν στη γέννηση κάτω από 100 γρ. και που συμβαίνει να δηλώνονται ενίοτε σαν αποβολές.

Η επιλογή άλλοτε άλλων ορισμών, έχει και θα έχει σαν αποτέλεσμα, η καταγραφή των στοιχείων αυτών να είναι πλημμελής και τα στοιχεία, που καταγράφονται, να μην είναι ομοιόμορφα, με αποτέλεσμα η στατιστική τους αξιολόγηση και σύγκριση από νοσοκομείο σε νοσοκομείο και από χώρα σε χώρα, να είναι λανθασμένη.

### Γέννηση ζωντανού νεογνού

Κάθε νεογνό με βάρος γέννησης

500 γρ. και πάνω, ανεξάρτητα από τη διάρκεια της κύησης, πρέπει να θεωρείται και να καταγράφεται ότι γεννήθηκε ζωντανό, όταν, μετά από τον πλήρη αποχωρισμό από τη μητέρα του αναπνέει ή παρουσιάζει οποιαδήποτε άλλη ένδειξη ζωής, όπως καρδιακούς παλμούς, σφυγμό στον ομφάλιο λώρο ή σαφή κίνηση των γραμμωτών μυών, ανεξάρτητα του εάν έχει κοπεί ο λώρος ή εάν ο πλακούντας είναι προσκολλημένος.

Συμβαίνει, όμως, να γεννηθούν ζωντανά και ενίοτε να επιβιώσουν για αρκετές ημέρες ή και να επιβιώσουν νεογέννητα, που το βάρος τους στη γέννηση είναι κάτω από 500 γρ. Κατ' εξαίρεση τα νεογέννητα αυτά, ανεξάρτητα από τη διάρκεια κύησης, θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στις γεννήσεις και να δηλώνονται ότι γεννήθηκαν ζωντανά.

### Γέννηση νεκρού εμβρύου

Γέννηση νεκρού εμβρύου ή γέννηση θνησιγενούς ή όψιμος εμβρυϊκός θάνατος, είναι ο θάνατος που συμβαίνει πριν από τον πλήρη αποχωρισμό του εμβρύου από τη μητέρα του.

Κάθε νεογέννητο που ζυγίζει 500 γρ. και πάνω, ανεξάρτητα από τη διάρκεια της κύησης, πρέπει να θεωρείται και να καταγράφεται ότι γεννήθηκε νεκρό όταν, μετά από τον πλήρη αποχωρισμό από τη μητέρα του, δεν κάνει καμία αναπνευστική προσπάθεια και ούτε παρουσιάζει άλλα σημεία ζωής, όπως καρδιακούς παλμούς, σφυγμό στον ομφάλιο λώρο ή σαφή κίνηση των γραμμωτών μυών.

Ο ορισμός της Π.Ο.Υ., που διαχωρίζει τη γέννηση ζωντανού νεογέννητου από τη γέννηση νεκρού εμβρύου, είναι απόλυτα σαφής. Κατά συνέπεια, αποτελεί σφάλμα να καταγράφονται και να δηλώνονται ότι γεννήθηκαν νεκρά, νεογέννητα που

γεννήθηκαν «με την καρδιά μόλις πάλλουσα» και πέθαναν μέσα σε λίγα λεπτά της ζωής (συνώνυμο: ψευδοθνησιγενή).

Τα νεογέννητα αυτά, πρέπει να δηλώνονται ότι γεννήθηκαν ζωντανά και να συμπεριλαμβάνονται στην εκτίμηση της νεογενικής θνησιμότητας των Μαιευτηρίων.

Από το μέγεθος ειδικότερα της νεογενικής θνησιμότητας την πρώτη ώρα ζωής, αντλούνται χρήσιμες πληροφορίες για την κατάσταση των νεογέννητων στη γέννηση και κυρίως για την ποιότητα και αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης άμεσης φροντίδας στην αίθουσα τοκετού.

### Βάρος γέννησης

Βάρος γέννησης, είναι το βάρος του νεογέννητου, που μετρείται μέσα στην πρώτη ώρα της ζωής, πριν συμβεί σημαντική απώλεια βάρους μετά τη γέννηση. Όλα τα νεογέννητα, ζωντανά και νεκρά, θα πρέπει να ζυγίζονται με ακρίβεια γραμμαρίου στην Αίθουσα Τοκετού, κατά προτίμηση με ηλεκτρονικό ζυγό.

### Νεογέννητο χαμηλού βάρους γέννησης

Νεογέννητο χαμηλού βάρους γέννησης, είναι το νεογέννητο με βάρος γέννησης λιγότερο από 2.500 γρ., μέχρι και τα 2.499 γρ.

Στην ομάδα των νεογέννητων χαμηλού βάρους γέννησης, συμπεριλαμβάνονται δυο τελείως διαφορετικές ομάδες νεογέννητων: Τα πρόωρα και τα τελειόμηνα νεογέννητα χαμηλού βάρους, σε αναλογία 2/3 πρόωρα και 1/3 τελειόμηνα.

Η αναλογία αυτή ισχύει μόνο για τις ανεπτυγμένες χώρες, που το ποσοστό των γεννήσεων χαμηλού βάρους δεν υπερβαίνει το 6-7%. Στις υπό ανάπτυξη χώρες, η

αναλογία αυτή διαφέρει σημαντικά.

Στο Μαιευτήριο «Μαρίκα Ηλιάδη», όπου μέχρι το 1986 νοσηλεύοντο γυναίκες από όλα τα κοινωνικοοικονομικά στρώματα – σε αναλογία όπως αυτή διαμορφώνεται στα μεγάλα αστικά κέντρα της χώρας – το ποσοστό γεννήσεων νεογέννητων χαμηλού βάρους, μειώθηκε προοδευτικά από 10,4% τα έτη 1969-70, σε 5,6% τα έτη 1983-85.

Όπως απέδειξε, με κάθε ακρίβεια, η Πα-νελλήνια Περιγεννητική Έρευνα, το 1983 το ποσοστό των γεννήσεων νεογέννητων χαμηλού βάρους γέννησης στη χώρα μας, ήταν πλέον μόνο 5,8%. Σε αντίθεση όμως με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες, στη χώρα μας, το ποσοστό των γεννήσεων πολύ χαμηλού βάρους παραμένει υψηλό.

### Νεογέννητο πολύ χαμηλού βάρους γέννησης

Νεογέννητο πολύ χαμηλού βάρους γέννησης, είναι το νεογέννητο με βάρος λιγότερο από 1.500γρ. μέχρι και τα 1.499γρ

Στα ανεπτυγμένα κράτη – όπου το ποσοστό των γεννήσεων νεογέννητων χαμηλού βάρους έχει φθάσει πλέον σε πολύ χαμηλά επίπεδα – είναι το ποσοστό των γεννήσεων νεογέννητων πολύ χαμηλού βάρους, που αποτελεί γνώμονα και δείκτη της αποτελεσματικότητας των μέτρων, που λαμβάνονται για την προστασία της μητρότητας. Ο δείκτης αυτός χρησιμοποιείται για το διαχωρισμό των ομάδων πληθυσμού, ανάλογα με το μέγεθος του περιγεννητικού κινδύνου, που διατρέχουν.

Στη Γαλλία, όπου από το 1971 εφαρμόστηκε το πρόγραμμα πρόληψης της προωρότητας, το ποσοστό των γεννήσεων χαμηλού και κυρίως πολύ χαμηλού βάρους μειώθηκε σημαντικά, ακόμα και σε περιοχές, που κατοικούνται κατά πλειοψηφία από ομάδες πολύ χαμηλού



«Η Μητέρα και το Παιδί». Έργο του Ζωγράφου – Χαράκτη Φώτη Μαστιχιάδη.

κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, όπως είναι οι ανθρακωρύχοι.

Το πρόγραμμα πρόληψης της προωρότητας, που εφαρμόστηκε στη Γαλλία, αλλά και αλλού, συνδυάζει μια στρατηγική πρωτογενούς πρόληψης της προωρότητας, με μια προσπάθεια δευτερογενούς πρόληψης της προωρότητας.

**Πρωτογενής πρόληψη της προωρότητας** σημαίνει προσπάθεια να επισημανθούν – από την αρχή της εγκυμοσύνης – οι έγκυες με μεταβλητούς βιοκοινωνικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου για πρόωρο τοκετό και να τύχουν, από την αρχή της εγκυμοσύνης, ειδικής φροντίδας με βελτιωτικές πολυκλαδικές παρεμβάσεις, όταν ακόμα η εγκυμοσύνη φαίνεται να είναι φυσιολογική και πριν ακόμα εμφανισθούν τα πρώτα συμπτώματα απειλούμενου πρόωρου τοκετού.

**Δευτερογενής πρόληψη της προωρό-**

τητας σημαίνει εκπαίδευση της εγκύου στην εξακρίβωση των σημείων και συμπτωμάτων απειλούμενου πρόωρου τοκετού, ιδιαίτερα πριν από τις 31 εβδομάδες κύησης, εισαγωγή της εγκύου χωρίς καμιά καθυστέρηση στο ειδικό τμήμα εμβρυομητρικής ιατρικής, όπου γίνεται εκτίμηση του ρυθμού ανάπτυξης και των αποθεμάτων οξυγόνου του εμβρύου και τέλος, την εφαρμογή, ανάλογα με την περίπτωση, τοκόλυσης.

Στο Μαιευτήριο «Μαρίκα Ηλιάδη», παρόλο που δεν εφαρμόστηκε συγκεκριμένο πρόγραμμα πρόληψης της προωρότητας, παρατηρήθηκε σημαντική μείωση του ποσοστού των γεννήσεων νεογέννητων χαμηλού αλλά και πολύ χαμηλού βάρους, από τα έτη 1977-1978 στα έτη 1983-1985. Η μείωση αυτή οφείλετο αποκλειστικά, στη μείωση των αντίστοιχων ποσοστών στις γυναίκες που νοσηλεύονται στην Α' και ΒΑ' θέση και που κατά τεκμήριο ανήκουν σε υψηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα και απολαμβάνουν πληρέστερης προγεννητικής φροντίδας. Αντίθετα, στις γυναίκες της ΒΒ' και Γ' θέσεως, δεν παρατηρήθηκε πρόοδος.

Όπως προέκυψε από τη σύγκριση μεταξύ των αποτελεσμάτων της Πανελληνίας Περιγεννητικής Έρευνας και των δεδομένων από τη Γαλλία, ενώ η Ελλάδα και η Γαλλία έχουν περίπου το ίδιο ποσοστό γέννησης νεογέννητων χαμηλού βάρους, στη χώρα μας το ποσοστό των γεννήσεων νεογέννητων πολύ χαμηλού βάρους, παραμένει μεγάλο και είναι 4 φορές μεγαλύτερο από αυτό της Γαλλίας.

Είναι αλήθεια ότι, η εφαρμογή ενός προγράμματος πρόληψης της προωρότητας, δεν αποδίδει πάντοτε σε όλα τα δείγματα πληθυσμού τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Θα άξιζε όμως να εφαρμοσθεί ένα παρόμοιο πρόγραμμα και στη χώρα μας.

### Νεογέννητο εξαιρετικά χαμηλού βάρους γέννησης

Νεογέννητο εξαιρετικά χαμηλού βάρους γέννησης, είναι το νεογέννητο με βάρος γέννησης λιγότερο από 1.000 γρ., μέχρι και τα 999 γρ.

Το κατώτερο όριο βάρους γέννησης, 500 γρ. που έχει υιοθετηθεί από την Π.Ο.Υ. για τις εθνικές περιγεννητικές στατιστικές και για το διαχωρισμό μεταξύ γέννησης και αποβολής, αντιστοιχεί κατά μέσο όρο σε ηλικία κύησης 22 εβδομάδων. Ο ορισμός αυτός δεν καθορίζει τα όρια βιωσιμότητας και κατά συνέπεια «το όριο 500 γρ.» και η λέξη «βιωσιμότητα», δεν αποτελούν ταυτόσημες έννοιες.

Τα τελευταία 20 χρόνια, η πρόοδος στην Περιγεννητική Ιατρική είχε σαν αποτέλεσμα, την επιβίωση όλο και μεγαλύτερου αριθμού νεογέννητων, εξαιρετικά χαμηλού βάρους γέννησης. Το βάρος γέννησης νεογέννητων, που γεννήθηκαν ζωντανά και επέζησαν σε ποσοστό 50%, μειώθηκε από τα 1.500 γρ. στα 750 γρ. και σε ορισμένα περιγεννητικά κέντρα, το ποσοστό αυτό επιτυγχάνεται σε νεογέννητα, που ζυγίζουν 600 με 700 γρ.

Υπάρχουν μάλιστα πληροφορίες για επιβίωση ορισμένων νεογέννητων – συνήθως λιποβαρών νεογέννητων – που ζυγίζουν στη γέννηση πολύ κάτω από 600 γρ.

Υφίσταται, όμως, προβληματισμός, για τη σκοπιμότητα επιβίωσης νεογέννητων, που βρίσκονται στα ακραία όρια της βιωσιμότητας. Η στρατηγική που ακολουθείται στις περιπτώσεις αυτές, διαφέρει από χώρα σε χώρα και από μαιευτήριο σε μαιευτήριο.

Στις Η.Π.Α., εφαρμόζεται η λεγόμενη «στρατηγική αναμονής» (wait until certain) που σημαίνει παροχή εντατικής νοσηλείας σε όλα τα νεογέννητα που γεννιούνται ζωντανά, έως ότου και εφόσον η

προσπάθεια αυτή αποδειχθεί μάταιη ή απερίσκεπτη.

Στη Σουηδία, αντίθετα, εφαρμόζεται η λεγόμενη «στρατηγική αξιολόγησης της πρόγνωσης, με βάση τα στατιστικά δεδομένα επιβίωσης και ποιότητας ζωής» (statistical prognostic strategy), που στην πράξη σημαίνει άρνηση παροχής εντατικής νοσηλείας στα νεογέννητα, που ζυγίζονται στη γέννηση κάτω από 700-750 γρ.

Τέλος, στη Μεγάλη Βρετανία αλλά και στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου του Stanford στις Η.Π.Α., εφαρμόζεται μια ενδιάμεση στρατηγική η λεγόμενη «στρατηγική εξατομίκευσης της πρόγνωσης» (individualized prognostic strategy).

Στη χώρα μας, η στρατηγική που ακολουθείται στις περιπτώσεις αυτές δεν είναι ενιαία, φαίνεται όμως να εξακολουθεί να εφαρμόζεται σιωπηλά «η στρατηγική της μη αναμονής».

Στο Μαιευτικό-Γυναικολογικό Κέντρο Αθήνας «Έλενα Ελ. Βενιζέλου», ο απειλούμενος «πρώιμος» τοκετός αντιμετωπίζεται αρκετά συχνά σαν απειλούμενη όψιμη αποβολή, με αποτέλεσμα το 42% των γεννήσεων νεογέννητων πολύ χαμηλού βάρους, να γεννιούνται νεκρά ή σε πολύ κακή κατάσταση -ψευδοθνησιγενή- και να πεθαίνουν μέσα σε λίγα λεπτά μετά τη γέννηση. Μερικές φορές μάλιστα, εφαρμόζεται και η «στρατηγική της μη ανάνηψης» στην αίθουσα τοκετού.

Με δεδομένο ότι, ακόμα και σήμερα η υπολογισμένη ηλικία κύησης και το υπολογισμένο βάρος του εμβρύου είναι αρκετά συχνά λανθασμένα, η «στρατηγική της μη αναμονής» αδικεί αρκετά έμβρυα, που διαπιστώνεται στη γέννηση ότι έχουν ηλικία κύησης ή βάρος γέννησης, που είναι συμβατά με καλή ποιότητα ζωής.

Οι όροι όπως: «έντονη ανωριμότητα», «πρωϊμότητα», «πρώιμο μη βιώσιμο», χρησιμοποιούνται ακόμα και σήμερα, κυρίως

για να αιτιολογήσουν το θάνατο και μάλιστα σαν κύρια κατάσταση αιτίας θανάτου. Οι όροι αυτοί υπονοούν: βάρος γέννησης μικρότερο από 1.000 γρ. και διάρκεια κύησης μικρότερη από 28 εβδομάδες. Η μέση τιμή όμως του βάρους γέννησης στις 28 εβδομάδες κύησης, διαφέρει από χώρα σε χώρα και στις περισσότερες, όπως και στη χώρα μας, η μέση τιμή του βάρους γέννησης στις 28 εβδομάδες κύησης πλησιάζει τα 1.200 γρ.

Ανεξάρτητα από τη στρατηγική που ακολουθούν οι νεογνολόγοι μετά τη γέννηση, όλοι πλέον συμφωνούν, ότι σε όλες τις περιπτώσεις απειλούμενου «πρώιμου» τοκετού επιβάλλεται, η μαιευτική φροντίδα να είναι η βέλτιστη και οι συνθήκες μαιεύσεως οι καλύτερες, ώστε να αποφεύγονται δυσάρεστες εκπλήξεις. Από τη γενική κατάσταση των νεογέννητων στη γέννηση, εξαρτάται πολλές φορές η μετέπειτα πορεία τους.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι, όταν η νεογνική θνησιμότητα της ομάδας αυτής χρησιμοποιείται σαν δείκτης για την αξιολόγηση και σύγκριση του επιπέδου της παρεχόμενης νοσηλείας, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και άλλοι παράγοντες που την επηρεάζουν όπως, «η στρατηγική» των μαιευτήρων και των νεογνολόγων, ο τόπος γέννησης και νοση-



Μεταφορά νεογνών στο Μαιευτήριο «Μαρίκα Ηλιάδη» (1949).

λείας (Περιγεννητικό Κέντρο, Νοσοκομείο Παίδων) και η ηλικία του νεογέννητου κατά την εισαγωγή του στη Μ.Ε.Ν. Παιδιατρικού Νοσοκομείου.

### Ηλικία της κύησης

Η διάρκεια της κύησης, μετριέται από την πρώτη ημέρα της τελευταίας φυσιολογικής εμμήνου ρύσεως και εκφράζεται σε συμπληρωμένες εβδομάδες. Για παράδειγμα, η γέννηση ενός νεογέννητου στις 280 ημέρες κύησης – μέχρι και τις 286 ημέρες κύησης – θεωρείται ότι έγινε στις 40 συμπληρωμένες εβδομάδες (δηλ.  $280 : 7 = 40$  εβδομάδες + 6 ημέρες).

Είναι πλέον γνωστό και αποδεδειγμένο ότι, ο υπολογισμός της ηλικίας κύησης από την ημερομηνία της τελευταίας εμμήνου ρύσεως είναι λανθασμένος, σε ποσοστό πάνω από 20% των περιπτώσεων. Για το λόγο αυτό, και όχι μόνο, επιβάλλεται ο υπολογισμός της ηλικίας κύησης να γίνεται συστηματικά με τη βοήθεια των υπερήχων, στις 16-18 εβδομάδες κύησης.

### Πρόωρο νεογέννητο

Πρόωρο νεογέννητο, ονομάζεται το νεογέννητο που γεννήθηκε πριν συμπληρώσει 37 εβδομάδες κύησης, δηλαδή πριν τις 258 ημέρες κύησης ( $258 : 7 = 36$  εβδομάδες + 6 ημέρες).

### Τελειόμηνο νεογέννητο

Τελειόμηνο νεογέννητο, ονομάζεται το νεογέννητο που γεννήθηκε από τις 37 εβδομάδες – μέχρι και τις 41 πλήρεις εβδομάδες – δηλαδή από τις 259 ημέρες μέχρι και τις 293 ημέρες κύησης ( $293 : 7 = 41$  εβδομάδες + 6 ημέρες).

### Υπερώριμο νεογέννητο

Υπερώριμο νεογέννητο, ονομάζεται το

νεογέννητο που γεννήθηκε στις 42 εβδομάδες ή και περισσότερο.

### Έμβρυο ή νεογέννητο μικρού βάρους για την ηλικία κύησης

Έμβρυο ή νεογέννητο μικρού βάρους για την ηλικία κύησης (λιποβαρές), ονομάζεται το έμβρυο ή το νεογέννητο, που το βάρος του στη γέννηση είναι μικρότερο από αυτό που αντιστοιχεί στη διάρκεια της κύησης. Στην καθημερινή κλινική πρακτική, λιποβαρές έμβρυο θεωρείται εκείνο, που το υπολογιζόμενο βάρος του εμβρύου ή το βάρος του στη γέννηση, βρίσκεται κάτω από την καμπύλη της 10ης εκατοστιαίας θέσης του διαγράμματος «της ενδομήτριας αύξησης».

Η κατάταξη όλων των εμβρύων, που το βάρος τους υπολογίζεται ότι βρίσκεται κάτω από τη 10η εκατοστιαία θέση στην κατηγορία των εμβρύων με «ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης», είναι και αυθαίρετη και παραπλανητική.

Ένα μεγάλο ποσοστό λιποβαρών εμβρύων και νεογέννητων είναι λιποβαρή από ιδιοσυστασία, λόγω φυσιολογικών γενετικών επιδράσεων. Κάθε έμβρυο έχει τη δική του έμφυτη δυναμική ανάπτυξης, η οποία καθορίζεται από γενετικούς παράγοντες. Τα έμβρυα που είναι λιποβαρή λόγω ιδιοσυστασίας, δεν πάσχουν από έλλειψη λήψης θρεπτικών ουσιών και είναι απόλυτα υγιή.

### Καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης

Έμβρυα με καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης, είναι τα έμβρυα που στη γέννηση έχουν βάρος μικρότερο από αυτό που ήταν γενετικά καθορισμένο. Η καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης, οφείλεται πάντοτε σε παθολογική



**Επάνω:** Το πρώτο τμήμα προώρων στο Μαιευτήριο «Μαρίκα Ηλιάδη» (1947 – 1954).

**Κάτω:** Μεταφορά νεογνών (1960).

διεργασία που τροποποιεί την έμφυτη δυναμική ανάπτυξης του εμβρύου, μειώνοντας το ρυθμό αύξησης.

Στην καθημερινή κλινική πρακτική, έμβρυα με καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης, θεωρούνται τα έμβρυα που διαπιστώνεται ότι έχουν μειωμένο ρυθμό αύξησης – όπως αυτός προσδιορίζεται από διαδοχικές μετρήσεις διαφόρων σωματομετρικών παραμέτρων του εμβρύου

– και εφόσον η διαπίστωση αυτή συνδυάζεται με κάποια παθολογική διεργασία όπως συγγενείς-χρωματοσωματικές ανωμαλίες, συγγενείς λοιμώξεις ή κυρίως μητροπλακουντιακή ανεπάρκεια.

Για τις περιπτώσεις μητροπλακουντιακής ανεπάρκειας με δυσφορία του εμβρύου, ο Campbell εισήγαγε το 1990 τον όρο «υποξική καθυστέρηση της ανάπτυξης του εμβρύου». Αρκετά από τα έμβρυα με καθυστέρηση της ανάπτυξης ή καμιά φορά με ενδομήτρια απώλεια βάρους, δεν είναι «έμβρυα μικρού βάρους για την ηλικία κύησης», βρίσκονται όμως σε μεγάλο κίνδυνο για ενδομήτριο θάνατο, ασφυξία στη γέννηση, υποξική βλάβη του εγκεφάλου και νεογνική νοσηρότητα.

Κατά συνέπεια, οι όροι: «έμβρυο ή νεογέννητο μικρού βάρους για την ηλικία κύησης» και «έμβρυο με καθυστέρηση της ενδομήτριας ανάπτυξης», δεν αποτελούν ταυτόσημες έννοιες.

### Όψιμη εμβρυϊκή θνησιμότητα

Η όψιμη εμβρυϊκή θνησιμότητα, περιλαμβάνει το σύνολο των εμβρύων, που γεννήθηκαν νεκρά με βάρος 500 γρ. και πάνω, και εκφράζεται στις 1.000 γεννήσεις ζωντανών και νεκρών νεογέννητων με βάρος 500 γρ. και πάνω (π.χ. 103 γεννημένα νεκρά έμβρυα : 17.215 γεννήσεις ζωντανών και νεκρών X 1.000 = όψιμη εμβρυϊκή θνησιμότητα 5,89%).

### Πρώιμη νεογνική θνησιμότητα

Η πρώιμη νεογνική θνησιμότητα, περιλαμβάνει το σύνολο των θανάτων που συμβαίνουν πριν συμπληρωθούν 7 ημέρες ζωής (6 ημέρες, 23 ώρες και 59 λεπτά από τη στιγμή της γέννησης), εφόσον το βάρος γέννησής τους είναι τουλάχιστον 500 γρ. και πάνω.

Η πρώιμη νεογνική θνησιμότητα, εκφράζεται στις 1.000 γεννήσεις ζωντανών νεογέννητων (π.χ. 105 πρώιμοι νεογνικοί θάνατοι : 17.112 γεννήσεις ζωντανών νεογέννητων X 1.000 = πρώιμη νεογνική θνησιμότητα 6,13%).

### Όψιμη νεογνική θνησιμότητα

Η όψιμη νεογνική θνησιμότητα, περιλαμβάνει το σύνολο των θανάτων, που συμβαίνουν από τις 7 ημέρες ζωής μέχρι και τις 28 ημέρες ζωής (27 ημέρες, 23 ώρες και 59 λεπτά από τη στιγμή της γέννησης), και εκφράζεται στις 1.000 γεννήσεις ζωντανών νεογέννητων.

### Ολική νεογνική θνησιμότητα

Η ολική νεογνική θνησιμότητα, περιλαμβάνει το σύνολο των πρώιμων και όψιμων νεογνικών θανάτων, και εκφράζεται στις 1.000 γεννήσεις ζωντανών νεογέννητων.

### Περιγεννητική θνησιμότητα

Η περιγεννητική θνησιμότητα, περιλαμβάνει το σύνολο των εμβρύων που γεννήθηκαν νεκρά με βάρος γέννησης 500



Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών του Μαιευτηρίου «ΕΛΕΝΑ ΕΛ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ».

γρ. και πάνω, συν το σύνολο των πρώιμων νεογνικών θανάτων, δηλαδή των θανάτων, που συμβαίνουν πριν συμπληρωθούν 7 ημέρες ζωής, και εκφράζεται στις 1.000 γεννήσεις ζωντανών και νεκρών νεογέννητων με βάρος 500 γρ. και πάνω (π.χ. 103 όψιμοι εμβρυϊκοί θάνατοι + 105 πρώιμοι νεογνικοί θάνατοι : 17.215 γεννήσεις ζωντανών και νεκρών X 1.000 = περιγεννητική θνησιμότητα 12,8%).

### Ειδική, κατά ομάδα βάρους γέννησης θνησιμότητα

Για να υπολογισθεί, είναι απαραίτητο να γνωρίζουμε την κατανομή των θανάτων και των γεννήσεων, κατά ομάδα βάρους γέννησης.

Η ειδική θνησιμότητα κατά ομάδα βάρους γέννησης, εκφράζεται στις 100 γεννήσεις (%). Όλο και πιο συχνά, τα ποσοστά αυτά αναφέρονται σε ποσοστά επιβίωσης (%).

Ο ορισμός της περιγεννητικής θνησιμότητας μειονεκτεί σε ένα σημείο. Πιο συγκεκριμένα, συνεχίζει να συμπεριλαμβάνει μόνο τους πρώιμους νεογνικούς θάνατους.

Όμως, η ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια μονάδων εντατικής νοσηλείας νεογέννητων, έχει συχνά σαν αποτέλεσμα την παράταση της ζωής νεογέννητων με πολύ χαμηλό βάρος ή με συγγενείς διαμαρτίες, πέρα από τις 6 πρώτες ημέρες ζωής, χωρίς αυτό να σημαίνει, ότι τα νεογέννητα αυτά θα επιζήσουν τελικά όλα.

Αντίθετα, αρκετός αριθμός θανάτων που οφείλονται σε καταστάσεις, που έχουν προέλευση στην περιγεννητική περίοδο, συμβαίνουν πλέον μετά την πρώιμη νεογνική περίοδο, στην όψιμη νεογνική ή και στη μετανεογνική περίοδο. Ο ορισμός του δείκτη της περιγεννητικής θνησιμότητας θα πρέπει να αναθεωρηθεί.



Ο δείκτης της περιγεννητικής θνησιμότητας εξαρτάται από πολλούς και διάφορους παράγοντες, που επιδρούν ο κάθε ένας ξεχωριστά και όλοι μαζί στην εγκυμοσύνη και επηρεάζουν την έκβασή της. Το μέγεθος της περιγεννητικής θνησιμότητας εξαρτάται και διαμορφώνεται ανάλογα:

1. Με τα μέτρα κοινωνικής μέριμνας, που λαμβάνει η πολιτεία για την προστασία της μητρότητας, αλλά και γενικότερα.
2. Με την ποιότητα και το περιεχόμενο της προγεννητικής φροντίδας.
3. Με τη δυνατότητα που παρέχεται στην έγκυο, να προσεγγίζει κάθε φορά το κατάλληλο για την περίπτωση επίπεδο προγεννητικής φροντίδας και με την επιμέλεια με την οποία η έγκυος χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες αυτές.
4. Με την ποιότητα της παρεχόμενης νοσοκομειακής, μαιευτικής και νεογνικής φροντίδας.

Κατά συνέπεια, η περιγεννητική θνησιμότητα αποτελεί ένα αδρό ποσοτικό δείκτη και δεν επαρκεί σαν κριτήριο για την αξιολόγηση και σύγκριση της ποιότητας της παρεχόμενης περιγεννητικής φροντίδας.

Για να εκτιμηθεί και να αξιολογηθεί η σχετική επίδραση, που έχει η ποιότητα της παρεχόμενης νοσοκομειακής περιγεννητικής περίθαλψης και η σχετική επίδραση, που έχουν τα μέτρα προστασίας της μητρότητας και η προγεννητική φροντίδα στη διαμόρφωση του δείκτη της περιγεννητικής θνησιμότητας, είναι απαραίτητο κάθε αναφορά στην περιγεννητική θνησιμότητα, να συνοδεύεται και να συνδυάζεται με άλλους πιο ειδικούς δείκτες, όπως:

- Η ειδική κατά ομάδα βάρους γέννησης θνησιμότητα.

- Ο συσχετισμός της νεογνικής θνησιμότητας, με το ποσοστό των γεννήσεων ζωντανών νεογέννητων χαμηλού βάρους.

Η ειδική κατά ομάδα βάρους νεογνική και περιγεννητική θνησιμότητα, παρέχει περισσότερες πληροφορίες και αποτελεί τον επικρατέστερο δείκτη για την εκτίμηση της ποιότητας της νοσοκομειακής νεογνικής και περιγεννητικής φροντίδας.

Από το βαθμό συσχέτισης μεταξύ του δείκτη της νεογνικής θνησιμότητας και του ποσοστού των γεννήσεων ζωντανών νεογέννητων χαμηλού βάρους, παρέχονται περισσότερες πληροφορίες για την αποτελεσματικότητα των μέτρων προστασίας της μητρότητας και για το επίπεδο της προγεννητικής φροντίδας.

Τα στοιχεία κατανομής του βάρους γέννησης του συνόλου των γεννήσεων και η περιγεννητική θνησιμότητα κατά ομάδα βάρους γέννησης, δεν είναι γνωστά στη χώρα μας, ούτε σε εθνικό, αλλά ούτε και σε περιφερειακό και νοσοκομειακό επίπεδο, με εξαίρεση λιγοστά μαιευτήρια – και σε εθνικό επίπεδο – το έτος 1983 (Πανελλήνια Περιγεννητική Έρευνα).

Για να ανταποκριθεί η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία στις προσδοκίες μας και να αποτυπώνει με κάθε ακρίβεια σύγχρονες εθνικές περιγεννητικές στατιστικές, θα πρέπει:

1. Να υιοθετήσουν όλοι οι φορείς υγείας ενιαίους ορισμούς.
2. Να καθιερωθεί η υποχρεωτική καταγραφή του βάρους γέννησης στις δηλώσεις γέννησης.
3. Να υιοθετηθεί το προτεινόμενο από την Π.Ο.Υ. ειδικό πιστοποιητικό αιτιών περιγεννητικού θανάτου.
4. Να γίνεται συνδυασμός, μεταξύ των στοιχείων, που καταγράφονται στις δηλώσεις γέννησης και στα ιατρικά πιστοποιητικά αιτιών θανάτου.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- AAP and AGOG:** Guidelines for perinatal care. Third Edition. Washington, D.C., 1992.
- Altman D. G., Hytten F. E.:** Intrauterine growth retardation: Let's be clear about it. *Brit. J. Obstet. Gynaecol.* 1989, 96:1127.
- Erkkola R., Kero P., Seppala A., Gronroos M., Rauramo L.:** Monitoring perinatal Mortality by birth weight specific mortality rates. *Intern. J. Gynaecol. Obstet.* 1982, 20:231.
- Lee K. S., Paneth N. Gartner L.M., Pearlman N.:** The very low – birth – weight rate: Principal predictor of neonatal mortality in industrialized populations. *J. Pediat.* 1980, 97:759.
- MacFarlane A., Chalmers I., Adelstein A. M.:** The role of standardization in the interpretation of perinatal mortality rates. *Health Trends* 1980, 12:45.
- Παδιατέλλης Κ., Σοφατζής Ι., Παπαδόπουλος Κ., Αλεξάκος Λ., Ιωακείμиду Β., Μπουρλογιάννης Χ.:** Περιγεννητική θνησιμότητα στο Μαιευτήριο «Μαρίκα Ηλιάδη» από το 1969 μέχρι και το 1978. *Δελτ. Α΄ Παιδιατρ. Κλιν. Πανεπιστημίου Αθηνών* 1980, 27:258.
- Rumeau-Rouquette C., du Mazaubrum C., Breart G.:** Protocol and health indicators in Naitre en France. *Doin ed., Paris* 1984, pp 1-16.
- Σοφατζής Ι., Κανάριος Ι., Ρίζα Κ., Αλεξάκος Λ., Ιωακείμиду Β., Παδιατέλλης Κ.:** Εκτίμηση της ποιότητας της ιατρικής περιγεννητικής περιθάλψεως με τη χρησιμοποίηση τυποποιημένης περιγεννητικής θνησιμότητας. *Ιατρική* 1983, 44:399.
- Sofatzis J., Ioakimidou B.:** Perinatal statistics. *Pediatrics* 1987, 80:301.
- Τζουμάκα – Μπακούλα:** Πανελλήνια Περιγεννητική Έρευνα. Διατριβή για Υψηγασία, Α. Παιδιατρ. Κλιν. Πανεπιστημίου Αθηνών, 1984.
- WHO:** Recommendend definitions, terminology and format for statistical tablew related to perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 1977, 56:247.

## Παράγοντες που επηρεάζουν την έκφραση της Μητρικής Φροντίδας

**Ελίζα Σ. Γιακουμάκη,** Διδάκτωρ Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Strathclyde της Σκωτίας και Ψυχολόγος στο Μαιευτήριο «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ». Συγγραφέας του βιβλίου «Η Μαγική Αγκαλιά...ένα νεογέννητο αφηγείται ένα παραμύθι αγάπης», που κυκλοφόρησε πρόσφατα από τις Εκδόσεις του Μουσικού Οίκου «Φίλιππος Νάκας».

Η μητρική φροντίδα απαιτεί μια πολύπλοκη διεργασία από ένα σύνολο ικανοτήτων και συναισθημάτων, που αν και βασίζεται στην έμφυτη τάση της μητέρας για ανταπόκριση στο μωρό της, θα εκδηλωθεί μόνον κάτω από ορισμένες συνθή-

κες. Για το λόγο αυτό, τα τελευταία χρόνια έχουμε ευαισθητοποιηθεί όλοι μας, όσον αφορά στη σημασία της έναρξης του μητρικού δεσμού στο πλαίσιο του μαιευτηρίου. Ένα δε από τα ουσιαστικότερα επιχειρήματα για την έναρξη του



μητρικού δεσμού στο πλαίσιο του μαιευτηρίου, είναι ότι έτσι η μητέρα αποκτά εμπιστοσύνη στην ικανότητά της για φροντίδα. Παρακάτω, θα παρουσιαστούν συνοπτικά ορισμένα θέματα, που συμβάλουν στην αυτοπεποίθηση της μητέρας στη σημαντική αυτή στιγμή της ζωής της.

- **Προετοιμασία της γυναίκας για την εγκυμοσύνη, τον τοκετό, την πρώτη μητρική φροντίδα**

Η γνώση της γυναίκας και η προετοιμασία της (συναισθηματική και πρακτική) κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είναι εξαιρετικής σημασίας, κι αυτό γιατί πολ-

λές γυναίκες, έχοντας άγνοια, δεν συμμετέχουν ή συμμετέχουν μη αποτελεσματικά, τόσο στον τοκετό όσο και στη μεταγεννητική περίοδο. Η προετοιμασία της γυναίκας είναι γεγονός σημαντικό, για να μπορέσει η γυναίκα να πλησιάσει τη στιγμή του τοκετού, καλωσορίζοντάς την με χαρά κι όχι πανικόβλητη από το φόβο.

- **Καθοδήγηση μαιευτήρα – μαιάς**

Η έγκυος γυναίκα, έχει ανάγκη να μπορέσει να εμπιστευθεί στη γνώση του «ειδικού» την προσωπική της πορεία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και να αισθανθεί σίγουρη, ότι «όλα θα πάνε καλά».

Από ψυχοδυναμική άποψη λοιπόν, υπάρχουν δύο εκδοχές-πιθανότητες: ή η γυναίκα θα μπορέσει να εμπιστευθεί τον ειδικό και έτσι θα αισθανθεί συναισθηματικά σίγουρη και ήρεμη, ή δεν θα μπορέσει να τον εμπιστευθεί, με αποτέλεσμα η εμπειρία της εγκυμοσύνης να «χρωματισθεί» αρνητικά γι' αυτήν.

Είναι γεγονός ότι, αυτό που περιμένει η μητέρα από το μαιευτήρα είναι το ενδιαφέρον του, η συναισθηματική υποστήριξη και η άριστη γνώση του προσωπικού ιστορικού της. Σημαντική είναι και η συμμετοχή της μαιέας που, παραδείγματος χάριν, σε πλαίσιο ομάδας ενημερώνει τη γυναίκα σε θέματα που αφορούν:

1. Τη φυσιολογία της εγκυμοσύνης, συμπτώματα, κ.λπ.
2. Τη διαδικασία τοκετού με κάποια ψυχοπροφυλακτική μέθοδο.
3. Την πρώτη μητρική φροντίδα (η συγκεκριμένη προετοιμασία μπορεί να γίνει είτε στο τρίτο τρίμηνο εγκυμοσύνης, είτε στη μεταγεννητική περίοδο, στο διάστημα παραμονής της μητέρας στο μαιευτήριο).

Με τα δεδομένα αυτά κρίνεται απαραίτητο, η μέλλουσα μητέρα, ο μαιευτήρας και η μαιία, να είναι μια «γνώριμη ενότητα» κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, και, εάν είναι δυνατόν, να υπάρχει συνέχεια στη σχέση αυτή: δηλαδή, η έγκυος γυναίκα να έχει τη δυνατότητα να γνωρίζει το μαιευτήρα που θα την παρακολουθεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, και ιδιαίτερα το τελευταίο εξάμηνο.

#### ● Ψυχολογική υποστήριξη

Η πορεία προσαρμογής στην εγκυμοσύνη πολλές φορές γίνεται δυσκολότερη, όταν παράλληλα με το γεγονός της εγκυμοσύνης συμπέσουν και άλλα γεγονότα, ως επί το πλείστον δυσάρεστα στη ζωή της γυναίκας, και ιδιαίτερα το τελευταίο εξάμηνο της εγκυμοσύνης της.

Αυτό το γεγονός, πρακτικά διαμορφώνει την ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης της γυναίκας, τόσο σε πλαίσιο ομάδας όσο και σε ατομικό.

Στις ομάδες αυτές – που γίνονται από ψυχολόγο και μαιία – οι γυναίκες μπορούν να μοιραστούν την εμπειρία της εγκυμοσύνης, να ευαισθητοποιηθούν στα θέματα που τις απασχολούν, να ζήσουν την εγκυμοσύνη τους πιο χαρούμενα και να αντλήσουν δύναμη και γνώση για τις στιγμές που ακολουθούν.

Τέλος, σημειώνεται ότι, η παρουσία του πατέρα στις ομάδες αυτές είναι ένα βοηθητικό στοιχείο, τόσο για την αρμονική προσαρμογή της γυναίκας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, όσο και για τη βελτίωση της επικοινωνίας στο ζευγάρι.

Έτσι, εάν μια γυναίκα ζήσει την εγκυμοσύνη της συνειδητά και με την κατάλληλη προετοιμασία και βοήθεια, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, τότε υπάρχουν οι προϋποθέσεις να φθάσει στη στιγμή του τοκετού χωρίς φόβο και με την ικανότητα να «κάνει πράξη» ό,τι έμαθε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της.



## Σακχαρώδης διαβήτης και κύηση

**Ε. Πατσουράκου**, Μαία Εντατικής Μονάδας Νοσηλείας Νεογνών, Μαιευτικό-Γυναικολογικό Κέντρο Αθηνών «ΕΛΕΝΑ ΕΛ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ».

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένα κλινικό σύνδρομο, που προκαλείται από διαταραχές του μεταβολισμού. Επιδρά στο μεταβολισμό των υδρογονανθράκων, πρωτεϊνών, λιπών, ηλεκτρολυτών και αυτό οφείλεται σε έλλειψη ή μειωμένη αποτελεσματικότητα της ινσουλίνης.

Το κύριο χαρακτηριστικό του είναι η υπεργλυκαιμία. Άλλα κλινικά σημεία είναι: η πολυουρία, πολυδιψία, πολυφαγία και η πτώση του βάρους. Η πρώτη περιγραφή της ασθένειας ήταν από τον Αράτιο της Καππαδοκίας, το 2ο π.Χ. αιώνα.

Ινδουίστες φυσικοί χρησιμοποιούσαν τον όρο «MAD HUMEH», που σημαίνει «γλυκά ούρα», γιατί άλλο ένα σημείο του διαβήτη είναι και η γλυκύτητα των ούρων (R.W. Shillitoe 1988).

Το σύνολο των κυττάρων του παγκρέατος, που εκκρίνουν ινσουλίνη, περιγράφησαν για πρώτη φορά το 1869 από τον Paul Langerhans και τριάντα δύο χρόνια αργότερα το 1901, η Eugene Opie βρήκε ότι αυτά τα κύτταρα, οι νήσοι του Langerhans, ατροφούν στους διαβητικούς (Nursing Skillbook, 1977).

Η ασθένεια δεν θεραπεύεται, αλλά μπορεί να ελεγχθεί. Οι μεταβολικές αλλαγές, όμως, που γίνονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, συνεισφέρουν στο να έχουμε μια υψηλού κινδύνου εγκυμοσύνη διαβητικών γυναικών.

Η περιγεννητική θνησιμότητα έχει μειωθεί μεταξύ του 1923 (εισαγωγή της ινσουλίνης ως θεραπείας) και του 1935, από

60% σε 20%, η μητρική δε θνησιμότητα από 45% σε 2%, αλλά τα ποσοστά αυτά δεν παύουν να είναι υψηλά σε σχέση με τα ποσοστά θνησιμότητας σε μη διαβητικές εγκυμοσύνες (Haire – Joshu, 1992).

### Φυσιολογία

Κατά τη διάρκεια ενός γεύματος, τα επίπεδα γλυκόζης και ινσουλίνης ανεβαίνουν. Έτσι, η ινσουλίνη αναστέλλει τη διάσπαση της γλυκόζης και τη γλυκονεογένεση και αποτρέπει την υπερβολική αύξηση γλυκόζης στο αίμα. Εκτός γευμάτων, τα επίπεδα ινσουλίνης μειώνονται. Αυτό, επιτρέπει τη διάσπαση της γλυκόζης και την ισορροπία της συγκέντρωσης γλυκόζης στο αίμα.

Στην εγκυμοσύνη – εκτός γευμάτων – έχουμε πάλι πτώση των επιπέδων ινσουλίνης. Αλλά τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα είναι 15% έως 20% χαμηλότερα, από ότι ήταν όταν δεν υπήρχε εγκυμοσύνη, γιατί ένα ποσοστό γλυκόζης το καταναλώνει το έμβρυο. Σαν αποτέλεσμα έχουμε μείωση της συγκέντρωσης ινσουλίνης στο αίμα. Βέβαια, αυτό εξισορροπείται, γιατί το πάγκρεας εκκρίνει διπλάσιο ή τριπλάσιο ποσοστό ινσουλίνης.

Παράλληλα όμως – και ιδιαίτερα στο δεύτερο μισό της κύησης – έχουμε αυξημένη παραγωγή των ορμονών της εγκυμοσύνης, του ανθρώπινου πλακουντικού γαλακτογόνου, της προγεστερόνης και των οιστρογόνων. Η αύξηση αυτών των

ορμονών καθώς και η αύξηση του βάρους της γυναίκας, φαίνεται ότι περιορίζουν την έκκριση της ινσουλίνης.

Αν λοιπόν, δεν υπάρξει μια εξισορρόπηση μεταξύ συγκεντρώσεων ινσουλίνης και γλυκόζης στο αίμα, τότε παρουσιάζεται ο διαβήτης της κύησης. Ας δούμε τώρα, τι γίνεται σε μια έγκυο γυναίκα που χρειάζεται ινσουλίνη.

Στο πρώτο μισό της εγκυμοσύνης, η αυξημένη απορρόφηση γλυκόζης από το έμβρυο, μειώνει τις απαιτήσεις σε ινσουλίνη της μητέρας. Μερικές έγκυες γυναίκες, χρειάζονται και μείωση της δόσης της ινσουλίνης. Στο δεύτερο μισό της εγκυμοσύνης, η αύξηση των ορμονών που αναφέραμε, εμποδίζει την παραγωγή ινσουλίνης και η γλυκόζη, που απορροφάται από το έμβρυο, δεν εξισορροπεί την κατάσταση.

Έτσι, οι απαιτήσεις σε ινσουλίνη της εγκύου διπλασιάζονται ή τριπλασιάζονται. Επεισόδια υπογλυκαιμίας μπορεί να εμφανιστούν στις 3 ή 4 τελευταίες εβδομάδες της κύησης. Αυτό, μάλλον οφείλεται στη μειωμένη λειτουργία του πλακούντα.

Κατά τον τοκετό, η διαβητική γυναίκα έχει μειωμένες απαιτήσεις σε ινσουλίνη, λόγω της αυξημένης χρησιμοποίησης γλυκόζης – για ενέργεια – και της ύπαρξης της οξυτοκίνης, η οποία βοηθά στην έκκριση της ινσουλίνης.

Μετά τον τοκετό και μέσα σε λίγες ώρες, οι απαιτήσεις ινσουλίνης μειώνονται γρήγορα, σε επίπεδα που ήταν πριν την εγκυμοσύνη ή και σε χαμηλότερα επίπεδα, λόγω της μείωσης των επιπέδων των οιστρογόνων, της προγεστερόνης και του H.P.L.

Οι απαιτήσεις σε ινσουλίνη θα επανέλθουν στα κανονικά τους επίπεδα, σε 4 έως 8 εβδομάδες μετά τον τοκετό (S. Blackburn et al 1992, D. Haire – Joshu 1992, M. Brudenell et al 1989).

## Ταξινόμηση

Υπάρχουν πολλά είδη ταξινομήσεων του σακχαρώδη διαβήτη κατά την εγκυμοσύνη: α) κατά LIND, β) κατά HARE. Αλλά η ταξινόμηση που χρησιμοποιείται κατά κύριο λόγο είναι του WHITE:

1. Διαβήτης της κύησης
2. Διαβήτης διαγνωσμένος πριν από την κύηση

**CLASS A:** Θεραπεία μόνο με δίαιτα.

**CLASS B:** Εμφάνιση στα 20 χρόνια της γυναίκας και διάρκεια λιγότερη από 10 χρόνια.

**CLASS C:** Εμφάνιση σε ηλικία 10–19 ετών και διάρκεια 10–19 έτη.

**CLASS D:** Εμφάνιση σε ηλικία κάτω των 10 ετών, πολλές φορές συνοδευόμενη από υπέρταση και αμφιβληστροειδοπάθεια.

**CLASS R:** Γενικευμένη αμφιβληστροειδοπάθεια ή αιμορραγία του υαλώδους σώματος του ματιού.

**CLASS F:** Νεφροπάθεια με 500 MG/ημέρα πρωτεϊνουρίας.

**CLASS RF:** Κριτήρια για τους δυο προηγούμενους τύπους.

**CLASS H:** Αρτηριοσκληρωτική καρδιακή ανεπάρκεια.

**CLASS T:** Προηγούμενη μεταμόσχευση νεφρού.

## Επίδραση του διαβήτη στην εγκυμοσύνη

Υπάρχουν κάποιες σοβαρές επιπλοκές, που μπορούν να παρουσιαστούν σε εγκυμοσύνη με σακχαρώδη διαβήτη:

1. Υπερτασικές διαταραχές

Αναφέρεται ένα ποσοστό 10% έως 15% για όλες τις διαβητικές εγκυμοσύνες. Ο M. Brudenell (1989), αναφέρει ότι έχει πα-

ρατηρηθεί ένα ποσοστό 24,4% προεκλαμψίας σε διαβήτη πριν την κύηση και ένα ποσοστό 11,6% προεκλαμψίας σε διαβήτη της κύησης.

## 2. Υδράνιο

Παρατηρείται σε ένα ποσοστό 15% έως 16%, σε όχι καλά ελεγχόμενη ασθενή. Ο A. Calder et al (1992), υποστηρίζουν ότι οφείλεται σε εμβρυϊκή πολυουρία, που είναι αποτέλεσμα εμβρυϊκής υπεργλυκαιμίας. Αύξηση του μεγέθους της εμβρυϊκής ουροδόχου κύστης, έχει παρατηρηθεί σε διαβητική κύηση.

## 3. Πρόωρος τοκετός

Παρατηρείται σε ποσοστό 6,1% έως 9,7%. Η διαβητική μητέρα χρειάζεται πολύ προσεκτική παρακολούθηση. Σημαντικό είναι να σημειώσουμε ότι, σε έναν πιθανό πρόωρο τοκετό χορηγούνται κορτικοστεροειδή, για να βοηθήσουν στην ωρίμαση των πνευμόνων του εμβρύου.

Τότε, όμως, πρέπει να δοθεί προσοχή, γιατί οι απαιτήσεις της μητέρας σε ινσουλίνη αυξάνονται (D. Haire – Joshu, 1992).

## 4. Καισαρική τομή

Παρατηρείται αύξηση των ποσοστών των καισαρικών τομών κατά 40% έως 60%.

## 5. Μητρική θνησιμότητα

Το ποσοστό μητρικής θνησιμότητας είναι δέκα φορές μεγαλύτερο, από ότι στις γυναίκες χωρίς σακχαρώδη διαβήτη. Το κλειδί της υπόθεσης είναι, η σωστή παρακολούθηση της εγκύου και η σωστή επικοινωνία μεταξύ ασθενούς, διαβητολόγου, μαιάς και μαιευτήρα.

## 6. Υπογλυκαιμία

Υπογλυκαιμικά επεισόδια της μητέρας, δεν φαίνεται να οδηγούν σε ανωμαλίες του εμβρύου, έστω και αν παρατηρηθούν στην περίοδο της οργανογέννησης (J. M. Steel (1990), M. Crichton et al (1985).

Αλλά ο M. Brudenell et al (1989) υποστηρίζουν ότι, η υπογλυκαιμία μπορεί να επηρεάζει την ανάπτυξη του εμβρύου. Χρειάζεται όμως περισσότερη έρευνα του θέματος. Πρέπει πάντως να δίνεται προσοχή στη διατροφή της εγκύου.

## 7. Οξέωση

Η οξέωση αποτελούσε σημαντική αιτία εμβρυϊκής και μητρικής θνησιμότητας, πριν από την εμφάνιση της θεραπείας με ινσουλίνη. Σήμερα, παρουσιάζονται φαινόμενα οξέωσης σε παραμελημένες μορφές σακχαρώδους διαβήτη, ή αν παρουσιαστεί στην εγκυμοσύνη κάποια ουρολοίμωξη ή ίωση, που μπορεί να επηρεάσει άσχημα το μεταβολισμό.

Αιτία αυτής της διατάραξης είναι τα αυξημένα επίπεδα κετόνων στο αίμα, λόγω της μειωμένης συγκέντρωσης ινσουλίνης σ' αυτό.

## 8. Αμφιβληστροειδοπάθεια

Εμφανίζεται σε ένα ποσοστό 80% σε γυναίκες που είχαν διαβήτη για 20 χρόνια. Η κατάσταση είναι ήπια και δεν χρειάζεται θεραπεία. Μετά τον τοκετό, σιγά-σιγά θεραπεύεται μόνη της (M. Brudenell et al, 1989).

## 9. Νεφροπάθεια

Η εγκυμοσύνη σε γυναίκες με νεφροπάθεια λόγω σακχαρώδους διαβήτη, συνοδεύεται με ένα μεγάλο ρίσκο εμβρυϊκής και μητρικής θνησιμότητας. Για το λόγο αυτό, θα πρέπει να ενημερώνονται πολύ καλά οι γυναίκες που θα ήθελαν να ξεκινήσουν μια εγκυμοσύνη, για τα προβλήματα που ίσως παρουσιαστούν.

## Γενικά

Οι γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη μπορούν να έχουν φυσιολογική και υγιή εγκυμοσύνη, με υγιή παιδιά, αλλά χρειά-

ζονται βοήθεια, φροντίδα και υποστήριξη. Χρειάζεται πρώτα-πρώτα, ένας σωστός διαβητολογικός έλεγχος – αν είναι δυνατόν και τρεις μήνες πριν από τη σύλληψη – και βέβαια η μαία ή ο μαιευτήρας που παρακολουθούν τη γυναίκα, θα πρέπει να είναι πολύ ευαισθητοποιημένοι στην ασθένεια, γιατί κάθε περίοδος της εγκυμοσύνης, όπως ήδη αναφέραμε, έχει διαφορετικές απαιτήσεις σε ινσουλίνη.

Ο διαβητολόγος, η μαία και ο μαιευτήρας θα πρέπει να αποτελούν μια οργανωμένη ομάδα, για να έχουμε ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Η Α. Oakley (1990) αναφέρει κάτι, που πολλές φορές ξεχνιέται από αυτήν την ομάδα παρακολούθησης της εγκύου: η ψυχολογική της προετοιμασία.

Είναι πολύ σημαντικό, η έγκυος γυναίκα να έχει προετοιμαστεί για την εγκυμοσύνη και τις απαιτήσεις της.

Πρέπει να γνωρίζει ότι, θα έχει μεγαλύτερη κλινική παρακολούθηση από ό,τι κάποια άλλη έγκυος γυναίκα, να είναι ενήμερη για πιθανές ιατρικές παρεμβάσεις



στον τοκετό, π.χ. καισαρική τομή.

Παράλληλα, όμως, η μαία ή ο μαιευτήρας, θα πρέπει να είναι έτοιμοι να απαντήσουν σε ερωτήσεις της γυναίκας, να είναι έτοιμοι να καθησυχάσουν τυχόν φόβους της και ανασφάλειές της όσον αφορά στην εγκυμοσύνη, στον τοκετό, στη δίαιτά της, στο παιδί της, στο θηλασμό.

Οι γυναίκες με σακχαρώση διαβήτη, μπορεί να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη σύλληψη, στην εγκυμοσύνη, στον τοκετό, στο θηλασμό, αλλά αν υπάρξει σωστή σωματική και ψυχολογική υποστήριξη αυτών, το αποτέλεσμα είναι ένας όμορφος τοκετός και ένα υγιέστατο βρέφος.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Blackburn S.T., Loper D.L.:** Maternal, Fetal, Neonatal Physiology. Philadelphia, Shandlers Company, 1992.
- Brudenell M., Doddridge M.:** Diabetic Pregnancy. London, Churchill Livingstone 1989.
- Calder A. A., Dunlop W.:** High Risk Pregnancy. Oxford - Butter - Heinemann, 1992.
- Crichton M. A., Silverton L. I.:** The sweeter side of life a review of diabetes and its effects on pregnancy. Midwifery, Dec. 1985, pag.: 195-206.
- Haire - Joshu D.:** Management of diabetes mellitus. U.S.A., Mosby year book, 1992.
- Nursing Skillbook:** Managing Diabetes In-termed Communications, 1977.
- Oakley Chr.:** A Midwife for women with diabetes. NURS TIMES, Nov. 8, 1990.
- Rodeck C.:** Fetal Medecine. Oxford, Blackwell publ., 1989.
- Shillitoe R. W.:** Psychology and diabetes. London - Chapman and Hall, 1988.
- Steel J. M.:** Can Pregnancy care of Diabetic women reduce the risk of abnormal babies. Br. Med. J. Nov. 10, Vol. 301, 1990.



## Η συμβολή της Μαίας στην επιτυχία του Προληπτικού Ελέγχου Νεογνών (Screening) στην Ελλάδα

**Κλεοπάτρα Σούληψη**, Δρ Ενδοκρινολόγος – Παιδίατρος – Υγιεινολόγος, Αμ. Επίκουρη Καθηγήτρια Ιατρικής.

Ο Προληπτικός Έλεγχος Νεογνών (Screening), είναι μια μέθοδος εντόπισης νοσημάτων σε ομάδες πληθυσμού, όπως τα νεογέννητα, με σκοπό την πρόληψη και την έγκαιρη θεραπεία.

Το πρώτο νόσημα για το οποίο εφαρμόστηκε ο σύγχρονος αυτός τρόπος πρόληψης, είναι η Φαινυλκετονουρία (PKU). Στην Ελλάδα, με υπουργική απόφαση το 1973, ο τότε υπουργός Υγείας - Πρόνοιας ανέθεσε στο Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (Ι.Υ.Π.), την ανίχνευση της νόσου PKU στα νεογνά της χώρας.

Σε εθελοντική βάση – στην αρχή – τα Μαιευτήρια με την αμέριστο συμβολή των Μαιών, άρχισαν να στέλνουν τη μικρή κάρτα από απορροφητικό χαρτί, με σταγόνες αίματος, που είναι γνωστή σαν «κάρτα Guthrie».

Η συμμετοχή των Μαιευτηρίων υπήρξε καθολική. Σημειώθηκαν, όμως, πολλές παραλήψεις, όχι μόνον στην αρχή της εφαρμογής του Screening, αλλά ακόμη και στη δεκαετία του '80, όταν πλέον το Screening είχε καταξιωθεί σαν η πλέον επιτυχής μέθοδος πρόληψης στη νεογνική ηλικία.

Συγκεκριμένα δυο παιδιά, το ένα σε ηλικία 18 μηνών και το άλλο 3 ετών, εντοπίστηκαν να πάσχουν από PKU στον έλεγχο για ψυχοκινητική καθυστέρηση, που ασφαλώς θα είχε αποφευχθεί εάν πριν φύγουν από το Μαιευτήριο, είχε ληφθεί

και είχε σταλεί στο Ι.Υ.Π η κάρτα Guthrie.

Στην Ελλάδα, τα νοσήματα που ανιχνεύονται με τη μέθοδο Screening είναι τέσσερα. Κατά σειρά συχνότητας:

**Η Φαινυλκετονουρία** είναι το πρώτο νόσημα του προληπτικού ελέγχου νεογνών, όχι μόνο στη χώρα μας αλλά και παγκόσμια.

Η συχνότητα της νόσου είναι 1 : 14.000 γεννήσεις, παρόμοια με εκείνη στην Ευρώπη, και κληρονομείται με υπολειπόμενο σωματικό γόνο. Η εντόπισή της πρέπει να γίνεται όσο το δυνατόν γρηγορότερα, μέσα στις πρώτες ημέρες ζωής, για να έχει ο ασθενής φυσιολογική ψυχοκινητική εξέλιξη.

**Η ανεπάρκεια του ενζύμου Γλυκοζο-6-Φωσφορική Αφυδρογονάση (G6PD)**, που κληρονομείται με τον υπολειπόμενο φυλοσύνθετο γόνο, έχει συχνότητα ανεπάρκειας 4,4% για τα αγόρια και 2,4% για τα κορίτσια. Η γνώση κάθε ανθρώπου – με ανεπάρκεια του προαναφερομένου ενζύμου – για τα φάρμακα και τις ουσίες που πρέπει να αποφεύγει, αποτελεί σωτήριο μέτρο για την υγεία του, ακόμη και για τη ζωή του.

**Ο Συγγενής Υποθυρεοειδισμός**, είναι επίσης από τα νοσήματα που απαιτεί έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία για τα πάσχοντα νεογνά, που μόνο με τη θεραπεία υποκατάστασης με θυροξίνη έχουν φυσιολογική ψυχοκινητική εξέλιξη. Η συ-

χνότητα στην Ελλάδα είναι 1 : 3.500, η ίδια που έχει βρεθεί και σε άλλες χώρες.

**Η Γαλακτοζαιμία**, για την οποία το Μάρτιο του 1994 έγινε, επιτέλους, η αρχή του Προληπτικού Ελέγχου Νεογνών για τη νόσο, σαν «πilotικό ανιχνευτικό πρόγραμμα». Είναι γνωστό, ότι και αυτή η νόσος κληρονομείται με υπολειπόμενο σωματικό χαρακτήρα.

Η κλασική μορφή της Γαλακτοζαιμίας, προκαλεί σοβαρή βλάβη στο νεογέννητο όπως: ηπατική κίρρωση, σπασμούς, καταρράκτη, αλλά και θάνατο από σηψαιμία, ενώ στις δυο άλλες μορφές της, οφθαλμικό καταρράκτη.

Η έγκαιρη διάγνωση και η απλή θεραπεία, που συνίσταται στην αποφυγή του υδατάνθρακα Λακτόζη/Γαλακτόζη, έχει σαν αποτέλεσμα την αποφυγή όλων των παραπάνω περιγραφόμενων.

Πρέπει λοιπόν να γίνει αντιληπτό ότι, η συμβολή της Μαίας στη λήψη δείγματος αίματος σε κάρτες Guthrie και η έγκαιρη αποστολή τους αμέσως μετά την αιμοληψία στο Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, θα έχει σαν αποτέλεσμα πολλά Ελληνόπουλα να έχουν φυσιολογική ψυχοκινητική εξέλιξη, που σε αντίθετη περίπτωση, θα ήταν τρόφιμοι Ιδρυμάτων για καθυστερημένα άτομα.

Εδώ θα πρέπει να αναγνωρίσουμε ότι, μια Μαία, η κ. Κ. Σιμωτά, ήταν από τα πρωτοστατούντα στελέχη για την εφαρμογή του Προληπτικού Ελέγχου Νεογνών στην Ελλάδα, με απόλυτη επιτυχία και διεθνή αναγνώριση.

Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΝΕΟΓΝΩΝ	
Όνομα	.....
Ματρικό	..... Τηλέφ. ....
Επίθετο παιδιού	.....
Όνομα μητέρας	..... πατέρα .....
Διεύθυνση εδός	..... αριθ. ....
Τοπ. Καθ.	..... Πύλη ..... Τηλ. ....
Ε. Αγίου	<input type="checkbox"/> Κρήτης <input type="checkbox"/> Βόρειος ελλάδας
Ημερομηνία γέννησης	.....
Μετρούμενη αιμάτωση	.....
Μετρούμενη αιμάτωση	.....

Προληπτικό πρόγραμμα  
νεογνών

Για την υγεία  
του μωρού σας

**ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ**

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Αριστερά σε σμίκρυνση η κάρτα Guthrie, στην οποία γίνεται η λήψη δείγματος αίματος του νεογνού στο Μαιευτήριο.



## 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.: 64.65.691 (FAX)

### ΠΡΟΣΚΛΗΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΤΗΣΙΑ ΤΑΚΤΙΚΗ ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΤΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

Σύμφωνα με τις διατάξεις του Β.Δ. 8, 15/12/55 και 206, 16/12/66: «Περί Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών» και με τη σχετική απόφαση της 12ης Τακτικής Συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου του Σ.Ε.Μ. Αθηνών της 21ης Νοεμβρίου 1995, καλούμε όλα τα μέλη του Συλλόγου στην ετήσια Γενική Συνέλευση, που θα γίνει τη 17η Ιανουαρίου 1996, ημέρα Τετάρτη και ώρα 4 μ.μ. στο Ξενοδοχείο "PRESIDENT" επί της Λεωφ. Κηφισίας 43, στην Αθήνα.

Σε περίπτωση που δεν θα υπάρξει απαρτία, η Συνέλευση θα επαναληφθεί την **Τετάρτη 24 Ιανουαρίου 1996, στον ίδιο χώρο και την ίδια ώρα.**

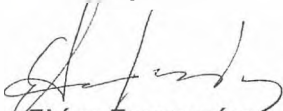
#### ΘΕΜΑΤΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΔΙΑΤΑΞΗΣ

1. Επικύρωση Πρακτικών Γενικής Συνέλευσης 1995.
2. Εκλογή ψηφοελεγκτριών.
3. Έκθεση πεπραγμένων Δ.Σ. κατά το έτος 1995.
4. Απολογισμός Εσόδων - Εξόδων του 1995.
5. Έκθεση Ελεγκτριών για τον οικονομικό απολογισμό του 1995.
6. Προϋπολογισμός 1996.
7. Εκλογή Ελεγκτριών για το 1996.
8. Θεσμικά - Άσκηση Επαγγέλματος - Εκπαίδευση Μαιών (Ανταλλαγή σπουδαστών - Πρόγραμμα Ευρωπαϊκό - Ερευνητικό).
9. Ανακοινώσεις Προέδρου.

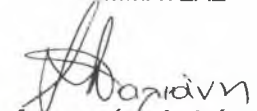
Η παρουσία όλων των συναδέλφων στην Ετήσια Τακτική Γενική Συνέλευση είναι **απαραίτητη**, για την επίλυση των σοβαρών θεμάτων που απασχολούν τον κλάδο μας.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς

Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ

  
Ελένη Σαμαριτάκη

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

  
Αικατερίνη Δαλιάνη

## Ειδήσεις - Απόψεις - Επικαιρότητα

### Αναδημοσιεύσεις από παλαιότερα τεύχη του «Ελευθώ» (Α΄ Περιόδου).

#### ΟΙ ΠΟΛΛΕΣ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΚΑΡΚΙΝΟ;

Οι συχνές ακτινογραφίες με ακτίνες Χ προκαλούν καρκίνο, λευχαιμία και στειρότητα. Ιδιαίτερα επικίνδυνες είναι για τις γυναίκες στη διάρκεια της κύησης, γιατί προκαλούν βλάβες στο έμβρυο.

Αυτές οι διαπιστώσεις έχουν γίνει από ακτινολόγους σε πολλές προηγμένες χώρες όπως, στη Γερμανία, Η.Π.Α., Μεγάλη Βρετανία και Σουηδία, όπου υπάρχει σχετικά αυστηρή νομοθεσία για την προστασία του πληθυσμού. Έχει υπολογιστεί ότι, προκαλούνται περισσότερα ατυχήματα από τις ακτίνες Χ που χρησιμοποιούνται στην ιατρική, σε σύγκριση με όλες τις άλλες πηγές ακτινοβολίας, π.χ. από ραδιοϊσότοπα ή από την ατομική ενέργεια.

Το έμβρυο, μεταξύ της 13ης έως της 50ής ημέρας της ζωής του, είναι δυνατό να υποστεί μοιραίες βλάβες από τις ακτίνες Χ. Για το λόγο αυτό, η γυναίκα πρέπει να αποφεύγει τις ακτινογραφίες στην κοιλιακή χώρα κατά το τέλος του μηνιαίου κύκλου. Έτσι θα μπορούν να αποφεύγονται τα ατυχήματα, σε περίπτωση που η γυναίκα δεν γνωρίζει ότι είναι έγκυος. Ο καταλληλότερος χρόνος, για να υποβληθεί η γυναίκα σε ακτινογραφία με ακτίνες Χ στην κοιλιακή χώρα, είναι το πρώτο δεκαήμερο του μηνιαίου κύκλου.

Τα αίτια των τόσο συχνών ατυχημάτων που οφείλονται σε κατάχρηση των ακτίνων Χ στη διαγνωστική ιατρική, είναι κατά γενική ομολογία:

- Η ελλιπής ενημέρωση όλων των ιατρών στα στάδια της πανεπιστημιακής μορφώσεως, για τα μέτρα ασφαλείας κατά τη χρήση των ακτίνων Χ, και

- Η χρήση των ακτίνων Χ για διαγνωστικούς σκοπούς, από ιατρούς που δεν έχουν σχετική ειδικότητα.

#### ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΗ Η ΕΚΘΕΣΗ ΣΕ ΑΚΤΙΝΟΒΟΛΙΑ

Μια συνηθισμένη ερώτηση των γυναικών είναι: «Πόσο συχνά πρέπει να κάνουν την αυτοεξέταση ή να πηγαίνουν στο γιατρό για να τις δει».

Η αυτοεξέταση της γυναίκας πρέπει να γίνεται μια φορά το μήνα, μετά το τέλος της περιόδου. Επίσης, μετά την ηλικία των 35 χρόνων, είναι αρκετό να επισκέπτεται το γιατρό της μια φορά το χρόνο, εκτός και εάν ανακαλύψει η ίδια με την αυτοεξέταση κάτι το ανησυχητικό.

Άλλα είδη εξετάσεων για την έγκαιρη ανίχνευση του καρκίνου του μαστού είναι ακόμη τα εξής:

1. Η μαστογραφία
2. Η ξηρογραφία
3. Η θερμογραφία
4. Η εξέταση με ρεύματα υψηλής συχνότητας

Μεταξύ αυτών, η μαστογραφία και ιδιαίτερα η ξηρογραφία, βοηθούν πολύ στην έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου, φτάνει τα μηχανήματα να λειτουργούν καλά και να γίνεται σωστή ερμηνεία των ακτινογραφιών από τους ειδικούς. Στην αντίθετη περίπτωση, η γυναίκα εκτίθεται σε ακτινοβολία χωρίς λόγο.

Πρέπει να σημειωθεί ότι, η κατάχρηση των εξετάσεων αυτών είναι επίσης επικίνδυνη, γιατί η συχνή έκθεση του ανθρώπινου οργανισμού σε ακτινοβολίες προκαλεί καρκίνο.

**Β. Σπηλιοπούλου**

## Στήλη σπουδαστών - Εκπαιδευτικό ταξίδι στη Φιλανδία

**Ιωάννα-Μαρία Γιακουμάκη, Ευτυχία Λιάκου, Σπουδάστριες ΤΕΙ Μαιευτικής Αθήνας.**

Ο περισσότερος κόσμος συνδυάζει τη Φιλανδία με χιονισμένα τοπία, πυκνά δάση, τον Άγιο Βασίλη και τις λευκές νύχτες. Οι σπουδάστριες των Τ.Ε.Ι. Μαιευτικής, που έκαναν την πρακτική τους άσκηση σ' αυτή τη χώρα, τη συνδυάζουν περισσότερο με την υψηλού επιπέδου μαιευτική φροντίδα και την άψογη νοσηλευτική υποδομή.

Παρά την παράξενη προφορά τους, ονόματα όπως: Naisten Klinikka Katiloo-pisto, Jorvin, Sairranhoito opisto, μένουν αξέχαστα για το πλούσιο εκπαιδευτικό τους πρόγραμμα και τις μοντέρνες τεχνικές του τοκετού που προσφέρουν.

Μια πρακτική άσκηση σ' αυτά τα ιδρύματα, σε κάνει υπερήφανη που σπουδάζεις Μαία, μια και αυτή έχει τον πρώτο ρόλο και αποκλειστικό λόγο στο φυσιολογικό τοκετό.

Με ποσοστό 87% φυσιολογικού τοκετού κατά μέσο όρο στις γεννήσεις, η Φιλανδία παράγει και καταξιώνει το επάγγελμα της Μαίας σε κοινωνικό λειτούργημα.

Οι έξι μήνες παρακολούθησης του προγράμματος, με τους 40 υποχρεωτικούς τοκετούς, δίνει στην ασκούμενη σπουδάστρια Μαία, την απαραίτητη γνώση και αυτοπεποίθηση που χρειά-



*Σπουδαστές του Τ.Ε.Ι. Μαιευτικής Αθήνας, κατά τη διάρκεια της πρακτικής εκπαίδευσής τους.*

ζεται για την επόμενη μέρα στον επαγγελματικό στίβο.

Οι έμπειρες και φιλικές εκπαιδευτριες, αλλά και γενικότερα το προσωπικό των Νοσοκομείων που εργαστήκαμε, θα έχουν για πάντα την ευγνωμοσύνη και τη φιλία μας.

Δώσαμε υπόσχεση για τη διατήρηση τακτικής επικοινωνίας προς ανταλλαγή πληροφοριών και απόψεων, σχετικά με

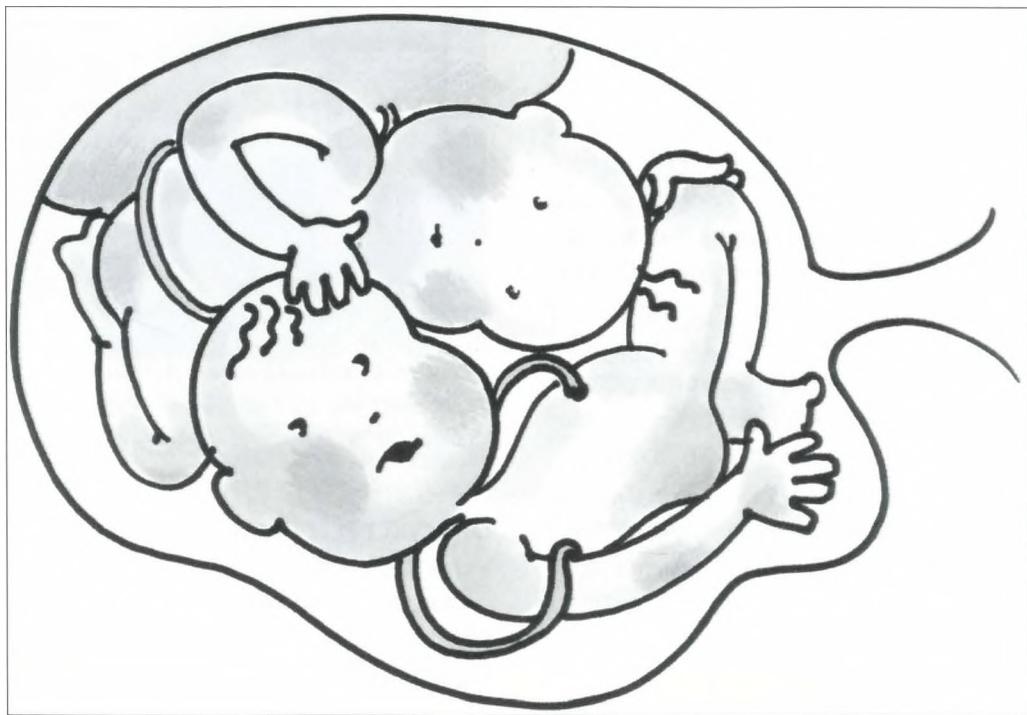
την εργασία της Μαίας στην Ελλάδα και στη Φιλανδία.

Ευχαριστούμε τα Τ.Ε.Ι. Αθήνας και ειδικότερα την κ. Ε. Σαμαριτάκη, καθηγήτριά μας και πρόεδρο του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών - Μαιευτών Αθηνών, για την ευκαιρία που μας έδωσαν να έχουμε αυτή την αξέχαστη σποδασική εμπειρία.

### ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

*Σπουδάστριες Μαιευτικής, που έκαναν επίσης την πρακτική τους άσκηση στη Φιλανδία είναι:*

- *Ηλιάδου Μαρία*
- *Μαρκουλάκη Στέλλα*
- *Χατζή Γεωργία*



– *Έι! Το χέρι μου!*

– *Και τώρα, για να τελειώνουμε, κράτα κόντρα για να βγούμε!*

## Συνέδρια - Ανακοινώσεις

### ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ

**2 - 3 Δεκεμβρίου 1995**

Πάτρα (Τηλ.: 061/ 99.39.48 και 061/ 99.95.44).

### ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ

**6 - 9 Δεκεμβρίου 1995**

Αθήνα (HILTON - Τηλ.: 77.70.850).

### ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑΣ

**15 - 19 Ιανουαρίου 1996**

Αθήνα (HOLIDAY INN - Τηλ.: 72.49.476).

### ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΑΖΙ ΤΟΥ

**19 Ιανουαρίου 1996** - Ψυχοσοκολογική ημερίδα

Πειραιάς (Αμφιθέατρο Μεταξά - Τηλ.: 42.84.444 εσωτερικό 328).

### ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

**2 - 3 Φεβρουαρίου 1996**

Αθήνα (Νοσοκομείο «ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ» - Τηλ.: 72.20.101).

### ΜΕΤΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΑΝΗΨΗΣ

**24 - 25 Φεβρουαρίου 1996**

Θεσσαλονίκη - Τηλ.: 031/ 91.12.11 εσωτερικό 129 ή 111  
031/ 34.27.42 και 031/ 34.29.94).

## 7ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ ΜΑΙΩΝ – ΜΑΙΕΥΤΩΝ

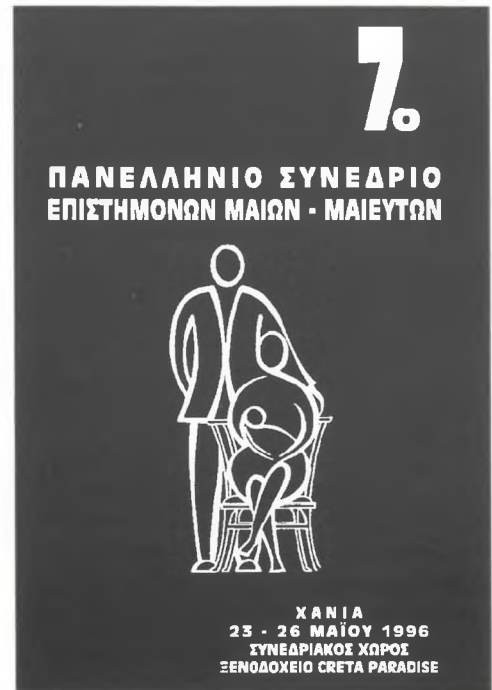
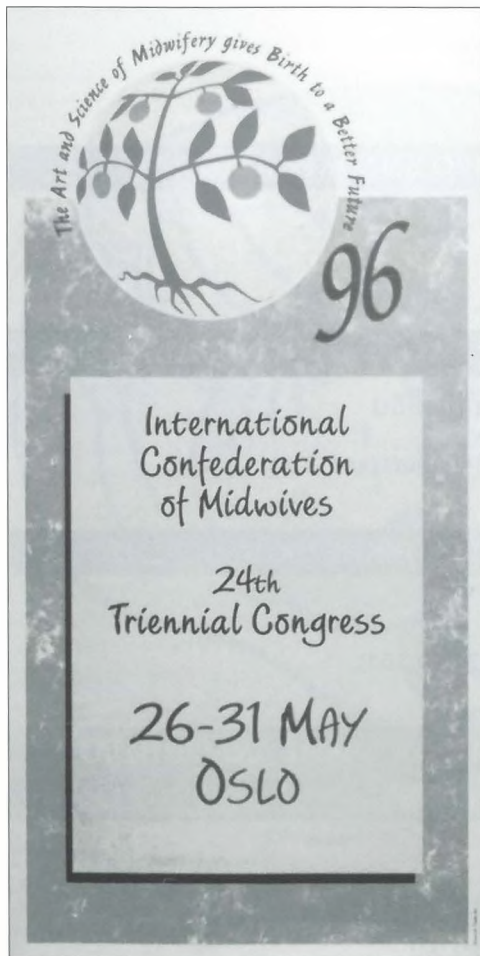
23 - 26 Μαΐου 1996

Χανιά Κρήτης (Συνεδριακός χώρος - Ξενοδοχείο «CRETA PARADISE»).

## 24η ΤΡΙΕΤΗΣ ΣΥΝΔΙΑΣΚΕΨΗ ΜΑΙΩΝ

26 - 31 Μαΐου

Όσλο (Συνεδριακό Κέντρο): Διεθνής Συνομοσπονδία Μαιών.





## Ανοιχτό Ταχυδρομείο Οδηγίες για συγγραφείς

### Αγαπητοί Αναγνώστες,

Βρισκόμαστε στην ευχάριστη θέση να σας πληροφορήσουμε ότι, ο Σύλλογός μας – Σύλλογος Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Αθηνών – με την ευκαιρία της επανέκδοσης του περιοδικού του κλάδου μας «**ΕΛΕΥΘΩ**», θα θεωρήσει μεγάλη του τιμή να φιλοξενήσει στις στήλες του περιοδικού κάποιο άρθρο ή κάποια εργασία σας.

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

1. Η έκταση του κειμένου δεν θα πρέπει να ξεπερνά τις 1.000 λέξεις, (κατ' εξαίρεση δεχόμαστε μεγαλύτερα άρθρα, κατόπιν συνεννόησης με τη Συντακτική Επιτροπή).
2. Σε περίπτωση, που το κείμενο ξεπερνά τις 500 λέξεις, καλό θα ήταν να πρωτάσσεται περίληψη αυτού.
3. Το κείμενο θα ακολουθείται από βιβλιογραφική αναφορά, με αλφαβητική σειρά κατά συγγραφέα.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συνεργασία σας.  
**Από τη Σύμβαση του «Ελευθώ»**

## ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ Σ.Ε.Μ.

### Αγαπητοί συνάδελφοι,

**α)** Η ετήσια ανανέωση της ταυτότητάς σας, ως μέλη του Συλλόγου, είναι υποχρεωτική και προβλέπεται από τη νομοθεσία της λειτουργίας του Συλλόγου. Η απόκτηση της ταυτότητας προϋποθέτει την εξόφληση της συνδρομής.

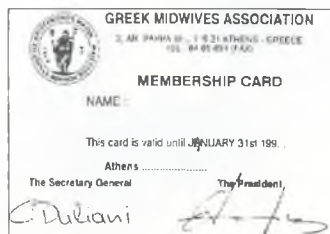
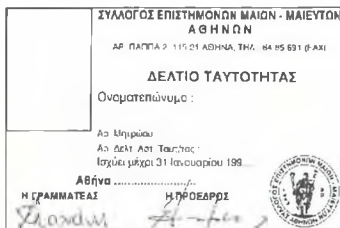
**β)** Εν όψει υπηρεσιακών ελέγχων της Υγειονομικής Υπηρεσίας της Νομαρχίας στην οποία ανήκει ο χώρος που εργάζεσθε, θα θέλαμε να είσθε καθ' όλα εντάξει στις υποχρεώσεις σας απέναντι στο Σύλλογο, ώστε να μη βρεθούμε στην ανάγκη να επικαλεσθούμε τα προβλεπόμενα από το Νόμο.

Ελπίζουμε στη συνεργασία σας για το συμφέρον του Κλάδου.

Για το Δ.Σ.

Η Πρόεδρος  
**ΕΛΕΝΗ ΣΑΜΑΡΙΤΑΚΗ**

Η Γραμματέας  
**ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΔΑΛΙΑΝΗ**





Το Διοικητικό Συμβούλιο του Συλλόγου  
Επιστημόνων Μαιών – Μαιευτών Αθηνών,  
σας καλεί στο κόψιμο της πίτας που θα γίνει  
μαζί με την Ετήσια Τακτική Γενική Συνέλευση.  
Η εκδήλωση θα γίνει στις 24 Ιανουαρίου 1996,  
ημέρα Τετάρτη και ώρα 4.00 μ.μ. στο  
Ξενοδοχείο «PRESIDENT».

Χρόνια Πολλά

και

Ευτυχισμένο το 1996



*Με ιδιαίτερη χαρά σας ανακοινώνουμε ότι τα*

# **Pampers**

*καινοτομούν για ακόμα μία φορά*

*και παρουσιάζουν ...*

***την πιο στεγνή πάνα  
που έγινε ποτέ!***



**NEA**

# Pampers

**BABY-DRY PLUS**

Η ΠΙΟ ΣΤΕΓΝΗ ΠΑΝΑ ΠΟΥ ΕΓΙΝΕ ΠΟΤΕ !



# Pampers

Για πιο στεγνά, πιο χαρούμενα μωρά !