



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

Τ.Ε.Ι.ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ

«Πόνος στον Τοκετό – Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις»



Σκρέκα Μαρία

Αριθμός Μητρώου: 13518

Υπεύθυνη Καθηγήτρια: Τρίς Ζαμπίρα

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ / Abstract	σελ. 4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	σελ. 6
ΣΤΟΧΟΙ & ΣΚΟΠΟΙ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	σελ. 7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : ΤΟΚΕΤΟΣ	σελ. 8
1.1 Ορισμός του Τοκετού	σελ. 8
1.1.1 Είδη Τοκετού	σελ. 8
1.1.2 Στάδια Τοκετού	σελ. 9
1.1.3 Επιπλοκές Τοκετού	σελ. 11
1.2 Ανατομία Γυναικείου Αναπαραγωγικού Συστήματος	σελ. 14
1.2.1 Έξω γεννητικά όργανα	σελ. 14
1.2.2 Έσω γεννητικά όργανα	σελ. 15
1.3 Φυσιολογία Γυναικείου Αναπαραγωγικού Συστήματος	σελ. 19
1.3.1 Εμμηνορρυσιακός κύκλος	σελ. 19
1.3.2 Υποθαλάμου-υπόφυσης	σελ. 20
1.3.3 Ωοθηλακιορρηξία	σελ. 20
1.3.4 Ωχροσωμάτιο	σελ. 21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : ΠΟΝΟΣ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ	σελ. 22
2.1 Ορισμός του Πόνου	σελ. 22
2.2 Παθοφυσιολογία του Πόνου	σελ. 23
2.3 Πως ο πόνος μεταβάλλει τον οργανισμό	σελ. 24
2.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την αντίδραση στον πόνο	σελ. 24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	σελ. 28
3.1 Μη Φαρμακευτική αντιμετώπιση Πόνου	σελ. 28
3.1.1 Τεχνικές Χαλάρωσης	σελ. 29
3.1.2 Μουσική	σελ. 30
3.1.3 Υδροθεραπεία	σελ. 31

3.2 Φαρμακευτική αντιμετώπιση Πόνου	σελ. 32
3.2.1 Κατασταλτικά Φάρμακα	σελ. 32
3.2.2 Αναλγησία και Αναισθησία	σελ. 33
3.2.3 Συστηματική Αναλγησία	σελ. 33
3.2.4 Γενική Αναισθησία	σελ. 34
3.2.5 Επισκληρίδια Αναισθησία	σελ. 35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ	σελ. 37
4.1 Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	σελ. 37
4.1.1 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά την εισαγωγή	σελ. 37
4.1.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή κατά τον τοκετό	σελ. 38
4.1.3 Νοσηλευτική φροντίδα κατά τον τοκετό	σελ. 40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο : ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΟΝ ΠΟΝΟ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ	σελ. 41
Σκοπός	σελ. 41
Μεθοδολογία	σελ. 41
Αποτελέσματα	σελ. 42
Συμπεράσματα	σελ. 57
Βιβλιογραφία	σελ. 58

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η διαδικασία του τοκετού είναι μια φυσιολογική κατάσταση την οποία βιώνουν πολλές γυναίκες στη ζωή τους. Είναι ένα σημαντικό γεγονός γιατί σηματοδοτεί τον ερχομό μιας νέας ζωής. Κάθε γυναίκα πρέπει να γνωρίζει την διαδικασία του τοκετού και τις επιπλοκές που μπορεί να έχει και ότι ο πόνος αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο του τοκετού. Η σωστή ενημέρωση για τον τοκετό είναι αναγκαία στην γυναίκα ώστε να μπορεί να ανταπεξέλθει και στους πόνους, γι' αυτό τόσο οι γιατροί όσο και οι νοσηλεύτές θα πρέπει να είναι ενημερωμένοι για την παθοφυσιολογία του πόνου καθώς και για τους τρόπους αντιμετώπισης του προκειμένου να βοηθήσουν την γυναίκα στην διάρκεια του τοκετού, τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά. Η συνεχής λοιπόν πληροφόρηση για το συγκεκριμένο θέμα είναι απαραίτητη. Οι γυναίκες θέλουν να γνωρίζουν όλες τις λεπτομέρειες του τοκετού και του πόνου τον οποίο θα βιώσουν, ώστε να είναι προετοιμασμένες ψυχολογικά και σωματικά για αυτήν την διαδικασία. Επομένως, οι γιατροί καθώς και οι νοσηλεύτές είναι απαραίτητο να εμπλουτίζουν συνεχώς τις γνώσεις τους σχετικά με τον τοκετό και τις πιο σύγχρονες μεθόδους αντιμετώπισης του πόνου.

Λέξεις ευρετηρίου: Πόνος της γέννας, Αναλγησία, Επισκληρίδιο αναισθησία, Μετρητής πίεσης.

ABSTRACT

The process of childbirth is a normal situation that many women experience in their lives. It is an important event because it marks the coming of a new life. Every woman needs to know this process and the complications that may occur and that pain is an important element of labor. The correct information on childbirth is necessary for a woman in order to be able to cope with the pain, so both physicians and nurses should be informed about the pathophysiology of pain and its treatment in order to help the women during childbirth, not only physically but also psychologically. For this reason, ongoing information on the subject is necessary. Women want to know all the details of childbirth and pain that they will experience, so as to be prepared mentally and physically for this process. Therefore, doctors and nurses need to continuously enrich their knowledge about childbirth and the most modern methods of treating pain.

Key words: Pain of childbirth, Analgesia, Epidural anesthesia, Pressure gauge.

Εισαγωγή

Στην παρακάτω εργασία γίνεται περιγραφή του τοκετού και του πόνου τον οποίο βιώνει μια γυναίκα κατά τη διάρκεια του. Πιο αναλυτικά στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται η σημασία του τοκετού, ποια είναι τα στάδια στα οποία διακρίνεται και ποιες είναι οι επιπλοκές που μπορεί να κρύβει μια εγκυμοσύνη. Επιπλέον, γίνεται μια αναλυτική περιγραφή του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος καθώς και της φυσιολογίας του. Το δεύτερο κεφάλαιο περιγράφει τον ορισμό του πόνου, ποια είναι η φυσιολογία του πόνου στον τοκετό και πως επηρεάζει τον οργανισμό. Επίσης εξηγούνται ποιοι είναι οι λόγοι που μπορούν να επηρεάσουν την αντίδραση στον πόνο. Το τρίτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τους μη φαρμακευτικούς και τους φαρμακευτικούς τρόπους που μπορεί να επιλέξει μια γυναίκα για την αντιμετώπιση του πόνου στη διάρκεια του τοκετού. Στο τέταρτο κεφάλαιο περιγράφονται οι νοσηλευτικές διεργασίες που απαιτείται να κάνει ένας νοσηλευτής όταν εισαχθεί η γυναίκα στο νοσοκομείο, κατά την διάρκεια του τοκετού και μετά τη γέννα, εξασφαλίζοντας έτσι την μέγιστη φροντίδα που χρειάζεται η εγκυμονούσα γυναίκα. Τέλος, στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα νέα δεδομένα σχετικά με τους σύγχρονους τρόπους αντιμετώπισης του πόνου στον τοκετό.

ΣΤΟΧΟΙ & ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Οι λόγοι που υποχρεώνουν την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας είναι προσωπικοί. Στόχος της εργασίας είναι η γνώση της λειτουργίας του γυναικείου αναπαραγωγικού συστήματος, του τοκετού και του πόνου κατά τον τοκετό. Οι γυναίκες κατανοώντας τους τρόπους με τους οποίους μπορούν να αντιμετωπίσουν τους πόνους κατά την διάρκεια ενός τοκετού, προετοιμάζονται κατάλληλα και με τον σωστό τρόπο, για τον ερχομό μιας μελλοντικής εγκυμοσύνης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΤΟΚΕΤΟΣ

1.1 Ορισμός του Τοκετού

Ο Τοκετός είναι διαδικασία κατά την οποία το βιώσιμο έμβρυο απομακρύνεται από το σώμα της μητέρας και αποτελεί το τελευταίο στάδιο της εγκυμοσύνης. Ο φυσικός τοκετός ξεκινά αυθόρμητα μεταξύ της 37ης και της 42ης συμπληρωμένης εβδομάδας της κύησης. Η διάρκειά του εξαρτάται από αρκετούς παράγοντες, όπως το μέγεθος του εμβρύου. Στον κοιλικό τοκετό το παιδί γεννιέται συνήθως με κεφαλική προβολή. Υπό προϋποθέσεις μπορεί να προτιμάται η χειρουργική επέμβαση της καισαρικής τομής αντί του φυσιολογικού τοκετού (Moodliar et al., 2005).

1.1.1 Είδη του Τοκετού

Ο φυσιολογικός τοκετός είναι η φυσιολογική εξέλιξη της εγκυμοσύνης. Μόλις ολοκληρωθεί η περίοδος της κύησης, με μία σειρά χημικών αντιδράσεων, αρχίζει η διαδικασία του τοκετού. Πρώτα χαλαρώνει και μαλακώνει ο τράχηλος της μήτρας, για να μπορεί να γίνει εύκολα η διαστολή και να βγει από την μήτρα το έμβρυο. Μετά αρχίζουν οι συστολές της μήτρας (ωδίνες) για να προκαλέσουν τη διαστολή του τραχήλου της μήτρας. Οι μύες της μήτρας συστέλλονται σε τακτικά διαστήματα και στη διάρκεια των συστολών αυτών σφίγγει η περιοχή της κοιλιάς. Κάποιες γυναίκες βιώνουν ευδιάκριτα σημάδια τοκετού, ενώ άλλες όχι. Αν και δεν έχει προσδιοριστεί ακόμα τι προκαλεί τον τοκετό, υπάρχουν πολλές ορμονικές και φυσικές αλλαγές οι οποίες υποδηλώνουν την έναρξή του (Moodliar et al., 2005).

Η καισαρική τομή είναι μια χειρουργική επέμβαση, με την οποία ο γιατρός «παίρνει» το παιδί από μια τομή στην κοιλιά. Η εγχείρηση μπορεί να προγραμματιστεί πριν αρχίσει ο τοκετός, αν το παιδί βρίσκεται σε ισχιακή προβολή, αν το άνω μέρος της μήτρας έχει κάποια ουλή από προηγούμενη καισαρική ή αν υπάρχει κάποια μόλυνση στον κόλπο που θα μπορούσε να πλήξει το παιδί. Η καισαρική τομή χρησιμοποιείται επίσης σαν λύση ανάγκης, σε καταστάσεις όπως η εμβρυϊκή δυσφορία. Τα τελευταία χρόνια, ο αριθμός των καισαρικών τομών έχει αυξηθεί. Το

φαινόμενο αυτό αποδίδεται μάλλον σ' ένα φόβο των γιατρών, μερικοί από τους οποίους φοβούνται ότι θα διωχθούν δικαστικώς, αν το παιδί που θα βγει απ' τα χέρια τους δεν είναι «τέλειο». Πέρα από αυτό, η πρόοδος στα νοσοκομειακά μέσα ίσως έχει ενθαρρύνει την προσφυγή στην καισαρική, όταν πρόκειται για βρέφη πρόωρα και ευπαθή. Η περινεοτομία είναι μια χειρουργική τομή που γίνεται στον κόλπο, ώστε να διανοίγει το στόμιο και να διευκολυνθεί η γέννηση του παιδιού. Αν εμφανιστεί το κεφάλι του μωρού και είναι προφανές ότι πρόκειται να σκιστεί ο κολπικός ιστός, τότε ο γιατρός κάνει μια τομή με ψαλίδι και τοπική αναισθησία. Η τομή ίσως είναι πιο εύκολο να αποκατασταθεί και να επουλωθεί γρηγορότερα από ένα μεγάλο σκίσσιμο του κόλπου. Η περινεοτομία γίνεται για να αποφεύγεται η πίεση στα κεφάλια των μωρών που βρίσκονται σε δυσφορία ή γεννιούνται πρόωρα, ενώ γίνονται σχεδόν πάντα στις γέννες με εμβρυολικό, για να αποφεύγεται το σχίσσιμο του κόλπου. Μερικές γυναίκες προτιμούν να μην τους γίνει περινεοτομία, αν δεν είναι απαραίτητο, επειδή η τομή είναι επώδυνη αμέσως μετά τη γέννα (Moodliar et al., 2005).

1.1.2 Στάδια του Τοκετού

Ο τοκετός θεωρείται «Φυσιολογικός» όταν η κύηση είναι στον τελευταίο μήνα, όταν δεν υπάρχουν επιπλοκές, όταν ένα μόνο έμβρυο προβάλλει με το βρέγμα και ο τοκετός περατώνεται εντός 18 ωρών. Η πορεία του φυσιολογικού τοκετού χαρακτηρίζεται από τρία στάδια: α) το στάδιο των τακτικών συστολών της μήτρας, β) το στάδιο της εξάλειψης και σταδιακής διαστολής του τραχήλου και γ) το στάδιο της καθόδου της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου (Lowe, 2002).

A. ΣΤΑΔΙΟ

Το πρώτο στάδιο του τοκετού θεωρείται ότι αρχίζει με την έναρξη των τακτικών συστολών της μήτρας μέχρι την τελεία διαστολή του τραχήλου. Η έναρξη του τοκετού συχνά προσδιορίζεται δύσκολα διότι η γυναίκα μπορεί να εισαχθεί στην αίθουσα των τοκετών λίγο πριν τον τοκετό και η έναρξη του μπορεί να είναι μια απλή εκτίμηση. Το πρώτο στάδιο έχει μεγαλύτερη διάρκεια από το δεύτερο και το τρίτο στάδιο μαζί. Ο αριθμός των προηγούμενων κυήσεων επιδρά σημαντικά στο πρώτο στάδιο του τοκετού. Τελεία διαστολή μπορεί να επιτευχθεί σε λιγότερο από μία ώρα σε μερικές πολύτοκες. Στις πρωτότοκες, η πλήρης διαστολή του τραχήλου μπορεί

να διαρκέσει έως και 20 ώρες. Το πρώτο στάδιο υποδιαιρείται σε τρεις φάσεις: τη λανθάνουσα φάση, την ενεργό φάση και τη μεταβατική φάση. Κατά τη λανθάνουσα φάση παρατηρείται προοδευτική εξάλειψη του τραχήλου και ελαφρά αυξημένος ρυθμός καθόδου. Κατά την ενεργό και μεταβατική φάση παρατηρείται ταχεία διαστολή του τραχήλου και αυξημένος ρυθμός καθόδου της προβάλλουσας μοίρας. Η διάρκεια της ενεργού φάσης του τοκετού ενδέχεται να είναι μεγαλύτερη σε γυναίκες που πριν από την κύηση ήταν παχύσαρκες ή υπέρβαρες, σε σύγκριση με γυναίκες φυσιολογικού σωματικού βάρους (Lowe, 2002).

B. ΣΤΑΔΙΟ

Το δεύτερο στάδιο αρχίζει από την πλήρη διαστολή του τραχήλου μέχρι την έξοδο του εμβρύου. Διαρκεί κατά μέσο όρο 20 λεπτά στις πολύτοκες και 50 λεπτά στις πρωτότοκες. Η πρώτη φάση ξεκινά σχεδόν ταυτόχρονα με τη πλήρη διαστολή του τραχήλου της μήτρας όταν οι συστολές είναι ανώδυνες ή ασθενείς και η γυναίκα δεν αισθάνεται την ανάγκη για εξώθηση, είναι ήρεμη ή κάνει μικρές προσπάθειες εξώθησης με τις συστολές. Η δεύτερη φάση είναι η περίοδος κατά την οποία ξαναρχίζουν οι συστολές, η γυναίκα κάνει έντονες προσπάθειες εξώθησης και εξελίσσεται η κάθοδος του εμβρύου. Η τρίτη φάση διαρκεί από την προβολή της κεφαλής του εμβρύου μέχρι τον τοκετό (Lowe, 2002).

Γ. ΣΤΑΔΙΟ

Το τρίτο στάδιο του τοκετού αρχίζει από τη γέννηση του εμβρύου και ολοκληρώνεται με την αποβολή του πλακούντα. Η αποκόλληση του πλακούντα συνήθως συμβαίνει κατά την 3^η ή 4^η ισχυρή συστολή της μήτρας μετά τη γέννηση του νεογνού. Μετά την αποκόλληση ο πλακούντας αποβάλλεται μετά την επόμενη συστολή της μήτρας. Η διάρκεια του τρίτου σταδίου είναι τρία έως πέντε λεπτά, αν και η διάρκεια μέχρι 30 λεπτά θεωρείται εντός των φυσιολογικών ορίων. Ο κίνδυνος για αιμορραγία αυξάνεται καθώς αυξάνεται η διάρκεια του τρίτου σταδίου. Αναφέρεται και ένα πλακούντατέταρτο στάδιο του τοκετού που διαρκεί περίπου δύο ώρες μετά την αποβολή του. Είναι η περίοδος της άμεσης ανάνηψης όπου αποκαθίστανται η ομοιόσταση (Lowe, 2002).

1.1.3 Επιπλοκές του Τοκετού

Συχνό φαινόμενο στις γυναίκες, είναι η εμφάνιση σοβαρών επιπλοκών στη εγκυμοσύνη, με μεγάλη επικινδυνότητα και για το έμβρυο και για την μητέρα. Ο γιατρός πρέπει να έχει εκτιμήσει την οποιαδήποτε κατάσταση, ώστε να παρέμβει σε περίπτωση υψηλού κινδύνου. Επιπλέον, η ίδια η γυναίκα πρέπει να ενημερώσει το γιατρό της αμέσως, αν έχει κάποιο ασυνήθιστο σύμπτωμα (Butler et al., 2005).

Αποκόλληση του Πλακούντα

Η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα ή αλλιώς ο πρόωμος διαχωρισμός του πλακούντα, είναι μια σοβαρή επιπλοκή και ευθύνεται σε ένα μεγάλο ποσοστό για την μητρική και εμβρυική θνησιμότητα. Περίπου 1 στις 75 κύσεις επιπλέκονται με πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα. Το ένα τρίτο όλων των περιπτώσεων αιμορραγίας της κύησης οφείλονται στην πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα. Η υπέρταση της μητέρας, είτε στη χρόνια μορφή της είτε στη μορφή της υπέρτασης της κύησης, είναι πιθανόν ο συχνότερος παράγοντας για αποκόλληση πλακούντα. Το αμβλύ εξωτερικό κοιλιακό τραύμα, το κάπνισμα ακόμα και το ιστορικό αποκόλλησης πλακούντα σε προηγούμενη κύηση αποτελούν σοβαρούς παράγοντες κινδύνου. Τα κλασσικά συμπτώματα αποκόλλησης πλακούντα είναι η κολπική αιμορραγία, ο κοιλιακός πόνος, η ευαισθησία της μήτρας και συστολές. Η αιμορραγία μπορεί να καταλήξει σε καταπληξία της μητέρας και διαταραχές της πήξης. Ο πόνος είναι ήπιος έως έντονος και εντοπίζεται σε μια μόνο περιοχή της μήτρας ή διαχέεται σε όλη τη μήτρα, με αποτέλεσμα να σκληραίνει η κοιλιά. Η υπερβολική αιμορραγία του μυομητρίου προκαλεί βλάβη στους μυς. Εάν το αίμα συσσωρεύεται μεταξύ του πλακούντα και της μήτρας, η μήτρα έχει κοκκινωπή εμφάνιση και χάνει την ελαστικότητα της. Μπορεί να προκαλέσει καταπληξία, δηλαδή πτώση των επιπέδων της αιμοσφαιρίνης και του αιματοκρίτη, λόγω της απώλειας αίματος. Η θεραπεία εξαρτάται από τη σοβαρότητα της αιμορραγίας και το επίπεδο ωριμότητας του εμβρύου. Σε περίπτωση που το έμβρυο είναι μικρότερο των 36 εβδομάδων, η γυναίκα εισάγεται στο νοσοκομείο και παρακολουθείται συχνά για σημεία αιμορραγίας και τοκετού. Παρακολουθείται επίσης και το έμβρυο με διακεκομμένη ακρόαση της εμβρυικής καρδιακής συχνότητας. Ο τοκετός είναι η θεραπεία εάν η κύηση είναι στους τελευταίους μήνες ή η αιμορραγία είναι σοβαρή και κινδυνεύει και η μητέρα και το έμβρυο. Πρέπει να τοποθετηθεί ενδοφλέβια γραμμή,

τα ζωτικά σημεία της μητέρας πρέπει να παρακολουθούνται συχνά για αιμοδυναμική πτώση ή αύξηση των σφυγμών ή πτώση της αρτηριακής πίεσης. Στην πρόκληση του τοκετού θα πρέπει να ελέγχεται συχνά και η γυναίκα και το έμβρυο για πιθανή δυσχέρεια. Η καισαρική τομή περιορίζεται σε περιπτώσεις εμβρυικής δυσχέρειας ή άλλων σοβαρών επιπλοκών (Butler et al., 2005).

Αυτόματη έκτρωση

Η αυτόματη έκτρωση είναι η απώλεια της κύησης στην 20^η εβδομάδα. Ο όρος της αυτόματης έκτρωσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν το βάρος του εμβρύου είναι κάτω από 500 γραμμάρια. Αυτή η επιπλοκή είναι η πιο συχνή επιπλοκή στην εγκυμοσύνη. Μόλις το 10% με 15% των γυναικών σε εγκυμοσύνη καταλήγουν σε αυτόματη έκτρωση. Άλλες αιτίες που οδηγούν μια γυναίκα σε αυτόματη έκτρωση είναι οι ενδοκρινικές διαταραχές, οι λοιμώξεις ή ακόμα και οι γενετικοί παράγοντες. Τα συμπτώματα της αυτόματης έκτρωσης εξαρτώνται από τη διάρκεια της κύησης. Η οποιαδήποτε αναφορά σε αιμορραγία ή συστολών της μήτρας, μετά τη διάγνωση της κύησης, θεωρείται επικίνδυνη. Εάν συμβεί πριν από την 6^η εβδομάδα της κύησης η γυναίκα αναφέρει απλά έντονη εμμηνορρυσία. Όταν συμβαίνει μεταξύ της 6^{ης} και 12^{ης} εβδομάδας, προκαλεί μέτρια δυσφορία και απώλεια αίματος. Μετά από την 12^η εβδομάδα παρατηρείται πιο έντονος πόνος παρόμοιο με τον πόνο του τοκετού επειδή η μήτρα εξωθεί το έμβρυο. Η αντιμετώπιση εξαρτάται από τα συμπτώματα της αυτόματης έκτρωσης. Η συνεχής παρακολούθηση της ορμόνης β-χοριακής γοναδοτροπίνης (β-hCG) αξιολογεί την βιωσιμότητα της κύησης. Στη φυσιολογική εγκυμοσύνη τα επίπεδα της ορμόνης πρέπει να έχουν διπλασιαστεί. Η μείωση ή περιορισμένη αύξηση της ορμόνης δείχνει τερματισμό της κύησης. Σε περίπτωση έκτρωσης τότε η γυναίκα οδηγείται σε διαστολή και απόξεση. Είναι μια επέμβαση, κατά την οποία διαστέλλεται ο τράχηλος και εισάγεται ένα ξέστρο για απόξεση των τοιχωμάτων της μήτρας και απομάκρυνση του περιεχομένου της. Η διαδικασία αυτή γίνεται μετά την 16^η εβδομάδα της κύησης. Η αντιμετώπιση της μη νοσηλευόμενης γυναίκας με απώλεια κύησης κατά το πρώτο τρίμηνο περιλαμβάνει κολπική χορήγηση μισοπροστόλης για 2 ημέρες. Σε περίπτωση λοίμωξης, αστάθειας ζωτικών σημείων ή μη ελεγχόμενης αιμορραγίας, η γυναίκα υποβάλλεται σε χειρουργική κένωση της μήτρας (Butler et al., 2005).

Μύλη κύηση

Η υδατιδώδης μύλη ή αλλιώς μύλη κύηση είναι μια τροφοβλαστική νόσο της κύησης. Αποτελεί ένα φάσμα σχετιζόμενων με την κύηση υπερπλαστικών διαταραχών της τροφοβλάστης χωρίς βιώσιμο έμβρυο. Εκτός από την υδατιδώδη μύλη, η τροφοβλαστική νόσος της κύησης εμπεριέχει την τροφοβλαστική νεοπλασία της κύησης. Αν και στο παρελθόν, ήταν σχεδόν πάντοτε θανατηφόρα, πλέον εξαιτίας την έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας θεωρείται μια αντιμετωπίσιμη μορφή γυναικολογικού καρκίνου. Τα συμπτώματα της υδατιδώδους μύλης κύησης στα αρχικά στάδια δεν διαφέρουν με αυτά της φυσιολογικής κύησης. Αργότερα εμφανίζεται κολπική αιμορραγία στις περισσότερες περιπτώσεις. Το κολπικό έκκριμα μπορεί να έχει χρώμα σκούρου καφέ ή ζωηρού κόκκινου και να είναι είτε λιγυστό είτε άφθονο. Μπορεί επίσης να διαρκεί πολλές μέρες ή και εβδομάδες. Μπορεί επίσης να παρατηρηθεί έξοδος των κυστιδίων από την μήτρα. Τα κυστίδια αυτά αποτελούν οιδηματώδεις λάχνες χωρίς αγγεία. Το 70% των γυναικών με ευμεγέθη μήτρα μπορεί να εκδηλώσει προεκλαμψία, η οποία παρατηρείται νωρίτερα από το αναμενόμενο κατά την διάρκεια της κύησης. Ο υπερθυρεοειδισμός αποτελεί μια ακόμη σοβαρή επιπλοκή της υδατιδώδους μύλης κύησης. Συχνά η αντιμετώπιση της υδατιδώδους μύλης κύησης οδηγεί στην επάνοδο της θυρεοειδούς λειτουργίας στο φυσιολογικό. Η διάγνωση της υδατιδώδους μύλης κύησης γίνεται με τη βοήθεια του διακολπικού υπερηχογραφήματος και τον υπολογισμό των επιπέδων της χοριακής γοναδοτροπίνης ή αλλιώς Human chorionic gonadotropin (hCG) στον οργανισμό της γυναίκας. Αν και οι περισσότερες μύλες κυήσεις αποβάλλονται από τον οργανισμό, η πιο ασφαλής και αποτελεσματική αντιμετώπιση είναι η αναρροφητική απόξεση. Αποτελεί μια μέθοδο κένωσης της υδατιδώδους μύλης κύησης. Ο νοσηλευτής ενημερώνει τη γυναίκα σχετικά με την εξέλιξη της νόσου, την αναγκαιότητα μακροχρόνιας παρακολούθησης και τις πιθανές συνέπειες της νόσου (Butler et al., 2005).

1.2 Ανατομία Γυναικείου Αναπαραγωγικού Συστήματος

1.2.1 Έξω Γεννητικά Όργανα

Τα έξω γεννητικά όργανα της γυναίκας ή αλλιώς αιδοίο, περιλαμβάνουν όλα τα εξωτερικά τμήματα που είναι ορατά (εικ. 1) , από το εφηβαίο μέχρι το περίνεο (O'Connell et al., 2008).

Πιο αναλυτικά:

Το εφηβαίο είναι ένα λιπώδες έπαρμα του δέρματος και βρίσκεται πάνω από την πρόσθια επιφάνεια της ηβικής σύμφυσης. Μετά την εφηβεία, το εφηβαίο καλύπτεται από τρίχωμα (O'Connell et al., 2008).

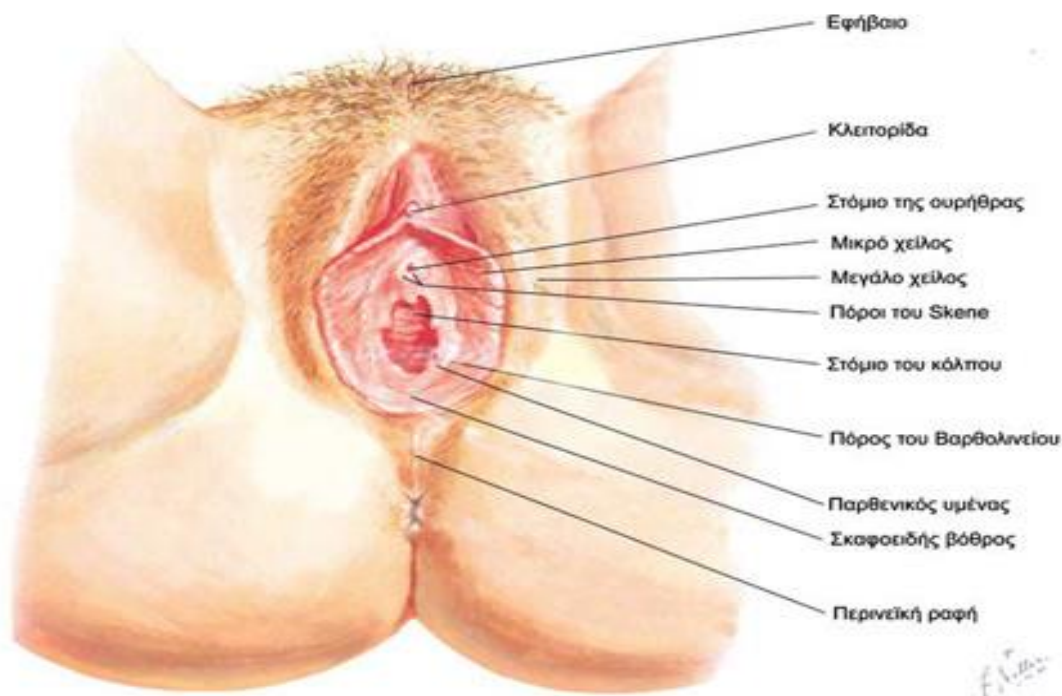
Τα μεγάλα χείλη είναι δύο στρογγυλές πτυχές λιπώδους ιστού, οι οποίες καλυπτόμενες από δέρμα, επεκτείνονται από το εφηβαίο προς τα κάτω και πίσω. Τα μεγάλα χείλη έχουν πολλά αγγεία, τα οποία αναπτύσσουν τρίχωμα για να προστατεύουν το εσωτερικό του αιδοίου (O'Connell et al., 2008).

Τα μικρά χείλη είναι ερυθρές πτυχές ιστού οι οποίες είναι ορατές όταν διαχωριστούν τα μεγάλα χείλη. Στο πάνω μέρος, τα μικρά χείλη ενώνονται και σχηματίζουν την πόσθη, μια δερματική πτυχή που καλύπτει την κλειτορίδα, και το χαλινό της κλειτορίδας. Τα μικρά χείλη ενώνονται για να σχηματίσουν έναν λεπτό επίπεδο ιστό που λέγεται χαλινό των μικρών χειλιών κάτω από το έξω στόμιο του κόλπου (O'Connell et al., 2008).

Η κλειτορίδα, η οποία βρίσκεται κάτω από την πόσθη, είναι μια μικρή δομή που αποτελείται από στυτικό ιστό και έχει πολυάριθμες νευρικές απολήξεις (O'Connell et al., 2008).

Ο πρόδρομος του κόλπου που βρίσκεται ανάμεσα από τα μικρά χείλη, είναι μια περιοχή σε σχήμα αμυγδαλού και περιέχει το στόμιο της ουρήθρας, τους αδένες Skene, τους Βαρθολίνειους αδένες, ο κόλπος και τον υμένα. Οι αδένες του Skene βρίσκονται δεξιά και αριστερά της ουρήθρας και παράγουν βλέννα που βοηθά στη λίπανση του κόλπου. Οι Βαρθολίνειοι αδένες βρίσκονται κάτω από τους σφιγκτήρες του κόλπου, παρόλο που τα στόμια των πόρων δεν είναι συνήθως ορατά. Κατά τη σεξουαλική διέγερση, οι αδένες παράγουν βλέννα που βοηθάει στην λίπανση του κόλπου. Η είσοδος του κόλπου είναι το χαμηλότερο τμήμα του προδόμου και διαφέρει σε μέγεθος από γυναίκα σε γυναίκα. Στο στόμιο του κόλπου υπάρχει ο υμένας που

είναι μια μεμβράνη από συνδετικό ιστό. Η περιοχή ανάμεσα από το χαλινό των μικρών χειλέων και τον πρωκτό λέγεται περίνεο και είναι μια μυϊκή περιοχή καλυπτόμενη από δέρμα η οποία καλύπτει τις πυελικές δομές (O'Connell et al., 2008).



Εικόνα 1. Τα εξωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας (τροποποιημένη από R. Netter, 2006).

1.2.2 Έσω Γεννητικά Όργανα

Τα έσω γεννητικά όργανα (εικ. 2) περιλαμβάνουν τον κόλπο, τη μήτρα, τις σάλπιγγες και τις ωοθήκες (O'Connell et al., 2008).

Ειδικότερα:

Ο Κόλπος: είναι ένας ινομυώδης σωλήνας και εκτείνεται από τον πρόδρομο του κόλπου μέχρι τον τράχηλο της μήτρας και βρίσκεται μεταξύ της κύστης και του ορθού. Το τοίχωμα του κόλπου αποτελείται από τέσσερις στιβάδες, οι οποίες από μέσα προς τα έξω είναι: 1) το ινώδες στρώμα, που προέρχεται από την πυελική περιτονία, 2) το μυϊκό, που αποτελείται από μυϊκές και ελαστικές ίνες, 3) το συνδετικό, που περιέχει αιμοφόρα αγγεία και 4) την έσω στοιβάδα, που

συνίσταται από πολύστοιβο πλακώδες επιθήλιο. Οι κολπικές εκκρίσεις είναι όξινες μειώνοντας με αυτόν τον τρόπο τη τάση του κόλπου για φλεγμονές. Ο κόλπος λειτουργεί ως δίοδος για το αίμα της έμμηνης ρήσης, ως όργανο συνουσίας και ως μέρος του γεννητικού σωλήνα για τον τοκετό. Το τοίχωμα του κόλπου παρουσιάζει πτυχές για να διατείνεται κατά την συνουσία και τον τοκετό. Το άνω μέρος, το οποίο περιβάλλει τον τράχηλο της μήτρας, σχηματίζει τον πρόσθιο θόλο, τον οπίσθιο θόλο και πλάγιους θόλους. Ο οπίσθιος θόλος είναι βαθύτερος (O'Connell et al., 2008).

Η Μήτρα: είναι κοίλο μυώδες όργανο σχήματος ανεστραμμένου αχλαδιού και βρίσκεται στο μέσω της πυελικής κοιλότητας, μεταξύ της ουροδόχου κύστης και του ορθού. Έχει ιδιαίτερα παχύ μυϊκό τοίχωμα, ώστε να διατείνεται κατά την κύηση. Η μήτρα χωρίζεται σε δύο μεγάλα μέρη, στο άνω τριγωνικό τμήμα που λέγεται σώμα και στο κάτω κυλινδρικό τμήμα που λέγεται τράχηλος. Ο ισθμός είναι ένα βραχύ στενό τμήμα που χωρίζει το σώμα από τον τράχηλο (O'Connell et al., 2008).

Ο τράχηλος της μήτρας: αποτελείται από έναν ινώδη συνδετικό ιστό και έναν ελαστικό συνδετικό ιστό, παρέχοντας του έτσι την δυνατότητα να διατείνεται κατά τη διάρκεια του κολπικού τοκετού. Το στόμιο που συνδέει τη μητρική κοιλότητα με τον τράχηλο είναι το έσω τραχηλικό στόμιο, ενώ το στόμιο του τραχήλου που προβάλλει στον κόλπο είναι το έξω τραχηλικό στόμιο, ένα μικρό κυκλικό άνοιγμα που παρατηρείται στις άτοκες γυναίκες. Ο έξω τράχηλος καλύπτεται από ένα στρώμα πλακώδους επιθηλίου. Ο βλεννογόνος του τραχήλου καλύπτεται από ένα κυλινδρικό επιθήλιο και περιέχει πολυάριθμους αδένες, οι οποίοι εκκρίνουν βλέννα σε συνάρτηση με τις ωοθηκικές ορμόνες. Η ζώνη μετάπτωσης του πλακώδους στο κυλινδρικό επιθήλιο, όπου συναντώνται οι δύο τύποι κυττάρων, εντοπίζεται ακριβώς στην είσοδο του τραχηλικού στομίου. Η ζώνη αυτή αποτελεί τη συχνότερη εντόπιση νεοπλασματικών εξαλλαγών. Τα κύτταρα από αυτήν την περιοχή συλλέγονται και εξετάζονται στο τεστ Παπανικολάου. (O'Connell et al., 2008).

Το σώμα της μήτρας: στο άνω τμήμα της μήτρας, που ονομάζεται πυθμένας, υπάρχουν στρογγυλοί σύνδεσμοι που καταλήγουν στα μεγάλα χείλη του αιδοίου. Οι σάλπιγγες που βρίσκονται προς τα πίσω και πλάγια καταλήγουν στην οπίσθια πλευρά των πλατεών συνδέσμων. Παράλληλα και πίσω από τις σάλπιγγες βρίσκονται οι σύνδεσμοι των ωοθηκών. Το σώμα αποτελείται από παχύ μυϊκό τοίχωμα, που περικλείει την ενδομητριακή κοιλότητα, η οποία είναι

τριγωνική με την βάση προς τον πυθμένα. Στις γωνίες της βάσης βρίσκονται τα σαλπινγικά στόμια (O'Connell et al., 2008).

Το τοίχωμα της μήτρας αποτελείται από τρεις στοιβάδες: το ενδομήτριο, το μυομήτριο και τμήμα του περιτοναίου. Το ενδομήτριο είναι μια στοιβάδα με πλούσια αγγείωση, που αποτελείται από τρία στρώματα, εκ των οποίων τα δύο επιφανειακά αποβάλλονται κατά την έμμηνο ρύση. Οι στοιβάδες του μυομητρίου είναι: α) η εξωτερική, η οποία αποτελείται από κάθετες και εγκάρσιες λείες μυϊκές ίνες που αρχίζουν από τον πυθμένα και φθάνουν έως τον τράχηλο, β) η μέση, η οποία είναι παχύτερη και αποτελείται από αγκυλωτές ίνες που φθάνουν μέχρι το έσω τραχηλικό στόμιο και γ) η εσωτερική, η οποία αποτελείται από κάθετες και αγκυλωτές ίνες. Η διάταξη αυτή βοηθά στη συστολή των αιμοφόρων αγγείων μετά τον τοκετό ελέγχοντας έτσι την απώλεια αίματος. Οι περισσότερες κυκλικές ίνες εντοπίζονται στην περιοχή όπου οι σάλπιγγες εισέρχονται στη μήτρα, καθώς και στο τραχηλικό στόμιο. Αυτές οι ίνες βοηθούν στο να παραμένει κλειστός ο τράχηλος κατά την κύηση (O'Connell et al., 2008).

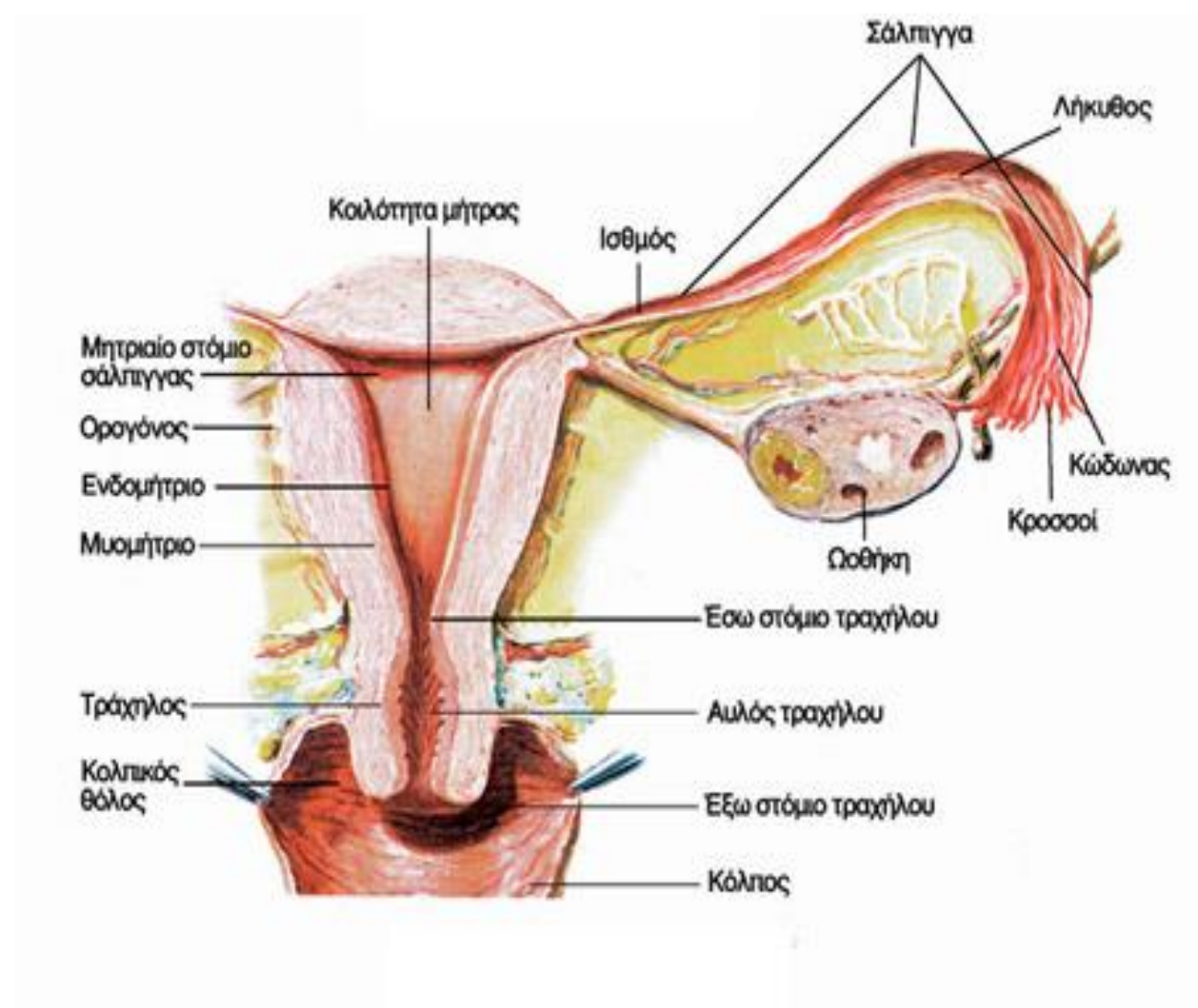
Οι σάλπιγγες: οι σάλπιγγες ή ωαγωγοί είναι δύο λεπτοί μυϊκοί σωλήνες, μήκους 8-14 εκ. και ξεκινάνε από τον πυθμένα της μήτρας και φθάνουν μέχρι τις ωοθήκες (O'Connell et al., 2008).

Διακρίνονται τέσσερα τμήματα στις σάλπιγγες:

- το μητριαίο τμήμα
- ο ισθμός
- η λήκυθος
- ο κώδων

Η σάλπιγγα βρίσκεται στο άνω χείλος του μεσοσαλπιγγίου, το οποίο αποτελεί μέρος του πλατέως συνδέσμου της μήτρας και καλύπτεται κατά συνέπεια από το περιτόναιο (ορογόνο χιτώνας). Εσωτερικά υπάρχει ο μυϊκός χιτώνας, ενώ ο αυλός καλύπτεται από μονόστοιβο κροσσωτό επιθήλιο. Ο μυϊκός χιτώνας είναι παχύτερος στην περιοχή του ισθμού και λεπτότερος στην λήκυθο και το κωδωνικό τμήμα. Το επιθήλιο της σάλπιγγας αποτελείται από κροσσωτά, εκκριτικά, στυλοειδή και εφεδρικά κύτταρα. Τα κροσσωτά κύτταρα χρησιμεύουν για την μεταφορά των γαμετών και του γονιμοποιημένου ωαρίου, ενώ τα εκκριτικά για την ανάπτυξη του γονιμοποιημένου ωαρίου στην λήκυθο (O'Connell et al., 2008).

Οι ωothήκες: αποτελούν τους γεννητικούς αδένες της γυναίκας, όπως οι όρχεις στον άνδρα, και ευρίσκονται εκατέρωθεν της μήτρας. Έχουν σχήμα αμυγδαλού, με μήκος 3 εκ., πλάτος 2 εκ. και πάχος περίπου 1 εκ.. Η στήριξη της ωothήκης επιτελείται από τον κρεμαστήρα και τον ίδιο σύνδεσμο αυτής. Οι ωothήκες αποτελούνται από: α) το βλαστικό επιθήλιο, που καλύπτει την επιφάνεια της και αποτελείται από ένα στοίχο πλατεών κυττάρων, β) την φλοιώδη μοίρα, που είναι μία λεπτή ζώνη από συνδετικό ιστό (στρώμα) όπου υπάρχουν τα ωothυλάκια σε διάφορα στάδια ανάπτυξης και γ) την μυελώδη μοίρα, στο κέντρο της ωothήκης, η οποία αποτελείται από συνδετικό ιστό, αιμοφόρα και λεμφικά αγγεία, νεύρα και εμβρυικά υπολείμματα (O'Connell et al., 2008).



Εικόνα 2. Τα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας (τροποποιημένη από R. Netter, 2006).

1.3 Φυσιολογία Γυναικείου Αναπαραγωγικού Συστήματος

1.3.1 Εμμηνορρυσιακός Κύκλος

Ο εμμηνορρυσιακός κύκλος της γυναίκας περιλαμβάνει δύο κύριες διαδικασίες. Στην πρώτη επιτελείται η ωρίμανση και η απελευθέρωση ενός ωαρίου ικανό για γονιμοποίηση, ενώ στην δεύτερη γίνεται κατάλληλη προετοιμασία του ενδομητρίου για την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου. Ο εμμηνορρυσιακός κύκλος διαιρείται σε δύο φάσεις: στην παραγωγική και στην εκκριτική (Strauss & Barbieri, 2013).

Η παραγωγική φάση του κύκλου αρχίζει από την πρώτη ημέρα της εμμηνου ρύσεως και διαρκεί μέχρι την ωοθυλακιωρρηξία. Στην φάση αυτή επιτελείται η ωρίμανση και η ρήξη ενός ωρίμου ωοθυλακίου υπό την επίδραση των γοναδοτροπινών ορμονών. Στην φάση αυτή υπό την επίδραση των οιστρογόνων, τα οποία παράγονται από την ωοθήκη, προετοιμάζεται το ενδομήτριο για να δεχτεί το γονιμοποιημένο ωάριο (Strauss & Barbieri, 2013).

Η εκκριτική φάση αρχίζει αμέσως μετά την ωοθυλακιωρρηξία και διαρκεί μέχρι την επόμενη εμμηνορρυσία. Κατά την φάση αυτή δημιουργείται το ωχρό σωματίο. Η παραγόμενη από αυτό προγεστερόνη επιδρά στο ενδομήτριο για να υποστηρίξει την εμφύτευση και την περαιτέρω ανάπτυξη του γονιμοποιημένου ωαρίου (Strauss & Barbieri, 2013).

Κατά την διάρκεια της εμμηνου ρύσεως αποπίπτει το λειτουργικό ενδομήτριο, το οποίο αποτελείται από την συμπαγή και την σπογγώδη στοιβάδα, ενώ παραμένει η βασική στοιβάδα από την οποία θα προέλθει το νέο λειτουργικό ενδομήτριο. Η διάρκεια ενός φυσιολογικού εμμηνορρυσιακού κύκλου κυμαίνεται από 28 έως 30 ημέρες. Η διάρκεια της παραγωγικής φάσης δεν είναι σταθερή, σε αντίθεση με την εκκριτική φάση η οποία διαρκεί 14 ημέρες (Strauss & Barbieri, 2013).

Ο εμμηνορρυσιακός κύκλος είναι το αποτέλεσμα πολλών παραγόντων, οι οποίοι βρίσκονται σε ασταμάτητη συνεργασία. Η διαταραχή της ισορροπίας αυτής μπορεί να προκαλέσει ποικιλία ανωμαλιών του κύκλου. Κεντρικό όργανο στην φυσιολογική λειτουργία του γεννητικού συστήματος είναι η ωοθήκη, οι λειτουργίες της οποίας βρίσκονται υπό τον έλεγχο του νευροενδοκρινικού άξονα υποθάλαμου – υπόφυσης (Strauss & Barbieri, 2013).

1.3.2 Υποθάλαμος-Υπόφυση

Υποθάλαμος είναι τμήμα του διεγκεφάλου, στην βάση του εγκεφάλου και αποτελεί το έδαφος και τμήμα των πλαγίων τοιχωμάτων της τρίτης κοιλίας. Εντός αυτού υπάρχουν ομάδες νευρικών κυττάρων, που λέγονται πυρήνες του υποθαλάμου, οι οποίοι εκκρίνουν εκλυτικούς και ανασταλτικούς παράγοντες. Ο εκλυτικός παράγοντας των γοναδοτροπινών είναι ένα δεκαπεπτίδιο, το οποίο παράγεται από τον τοξοειδή πυρήνα. Οι γοναδοτροπίνες ρυθμίζονται από μηχανισμούς στους οποίους παίρνουν μέρος τα στεροειδή της ωοθήκης και άλλες μη στεροειδή ουσίες όπως είναι η ντοπαμίνη, η νορεπινεφρίνη, οι προσταγλανδίνες και τα οπιοειδή του εγκεφάλου (ενδορφίνες) (Strauss & Barbieri, 2013).

Η Υπόφυση αποτελείται από τον πρόσθιο λοβό ή αδενοϋπόφυση και τον οπίσθιο λοβό ή νευροϋπόφυση. Από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης εκκρίνονται οι γοναδοτροπίνες, η προλακτίνη, η αυξητική ορμόνη, η θυρεοειδοτρόπος ορμόνη και η κορτικοτρόπος ορμόνη (Strauss & Barbieri, 2013).

1.3.3 Ωοθυλακιορρηξία

Το ωοθυλάκιο αποτελεί την βασική λειτουργική μονάδα της ωοθήκης. Ονομάζεται αρχέγονο ωοθυλάκιο και προέρχεται από τα πρώτα γεννητικά κύτταρα, τα ωκύτταρα. Με την έναρξη της εφηβείας υπάρχουν περίπου 300.000-400.000 αρχέγονα ωοθυλάκια ικανά να προχωρήσουν σε ωοθυλακιορρηξία. Το ωοθυλάκιο που επιλέγεται προς ωορρηξία ονομάζεται «κυρίαρχο». Το αρχέγονο ωοθυλάκιο αποτελείται από ένα ωκύτταρο με διπλοειδή αριθμό χρωματοσωμάτων. Το ωκύτταρο αυτό περιβάλλεται από μία σειρά κοκκωδών κυττάρων και μία βασική μεμβράνη που χωρίζει το σύμπλεγμα ωάριο - κοκκώδη κύτταρα από τον υπόλοιπο ιστό (Strauss & Barbieri, 2013).

Τα οιστρογόνα σε συνεργασία με την ινχιμίνη, μία μη στεροειδή ουσία που παράγεται από τα κοκκώδη κύτταρα των ωοθυλακίων, ασκούν αρνητική παλίνδρομη δράση στην έκκριση της FSH (Follicle Stimulating Hormone) ή αλλιώς ωοθυλακιοτρόπος ορμόνη από την υπόφυση, προκαλώντας έτσι την ελάττωση της. Με την ελάττωση της FSH σταματά η υποστήριξη της στα λιγότερα ανεπτυγμένα ωοθυλάκια, διακόπτεται η παραγωγή οιστρογόνων σε αυτά και παύει τόσο ο πολλαπλασιασμός των κοκκωδών κυττάρων όσο και η λειτουργία τους. Όταν τα επίπεδα των οιστρογόνων φθάσουν στην μέγιστη τιμή τους και παραμένουν σε αυτά για 14-24 ώρες, η

δράση που ασκούν στον υποθάλαμο και στην υπόφυση από αρνητική γίνεται θετική. Έτσι προκαλείται η παραγωγή ιντερλευκίνων και προσταγλανδίνων. Οι ουσίες αυτές προκαλούν την παραγωγή συσπαστικών ουσιών, οι οποίες προκαλούν σύσπαση των λείων μυϊκών ινών που ευρίσκονται στην έξω θήκη και περιβάλλουν το ωοθυλάκιο. Η αύξηση της παραγωγής των ανδρογόνων έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς έτσι εξασφαλίζεται η ατρησία των λιγότερο ώριμων ωοθυλακίων και προκαλείται αύξηση της σεξουαλικής δραστηριότητας. Το αποτέλεσμα αυτής είναι η τελική ωρίμανση του ωαρίου και η πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας. Η ωοθυλακιορρηξία σηματοδοτεί την λήξη της παραγωγικής φάσης του κύκλου και την έναρξη της εκκριτικής φάσης (Strauss & Barbieri, 2013).

1.3.4 Ωχροσωμάτιο

Το ωοθυλάκιο μετά την ωοθυλακιορρηξία μετατρέπεται σε ωχρο σωματίο. Αρχικά γεμίζει με αίμα και στην συνέχεια με μία λιποειδή κίτρινη ουσία, η οποία καταλαμβάνει το εσωτερικό του. Η λειτουργική ζωή του ωχρού σωματίου διαρκεί περίπου 14 ημέρες. Μετά το διάστημα αυτό το ωχρο σωματίο, εφ' όσον δεν υπάρξει γονιμοποίηση, εκφυλίζεται και ονομάζεται λευκό σωματίο. Σε ορισμένες περιπτώσεις είναι δυνατόν το ωχρο σωματίο να μετατραπεί σε αιμορραγικό ωχρο σωματίο. Σε περίπτωση κύησης, το ωχρο σωματίο παραμένει βιολογικά ενεργό για περίπου 6-8 εβδομάδες κάτω από την επίδραση της χοριακής γοναδοτροπίνης (hCG). Σε αυτήν την περίπτωση, το ωχρο σωματίο ονομάζεται ωχρο σωματίο της κύησης και συνεχίζει να παράγει προγεστερόνη. Μετά το χρονικό αυτό διάστημα την υποστήριξη της κύησης αναλαμβάνει ο πλακούντας (Strauss & Barbieri, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΠΟΝΟΣ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

2.1 Ορισμός του Πόνου

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), ο πόνος περιγράφεται ως μια δυσάρεστη αίσθηση ή συναισθηματική εμπειρία, σχετιζόμενη με πραγματική ή πιθανή βλάβη των ιστών, ή περιγράφεται με όρους μιας τέτοιας ζημιάς (Calister et al., 2003).

Χαρακτηριστικά:

A. Ο πόνος είναι δυσάρεστος. Εάν κάποιος πονά, θα προσπαθήσει να το αντιμετωπίσει είτε με τη λήψη παυσίπων, είτε ζητώντας ιατρική βοήθεια, είτε αποφεύγοντας να κάνει κινήσεις που επιτείνουν τον πόνο (Calister et al., 2003).

B. Είναι μια αισθητική εμπειρία. Όταν οι νευροϋποδοχείς του πόνου διεγείρονται, όπως όταν αγγίζουμε ένα καυτό αντικείμενο, το ερέθισμα του πόνου μεταφέρεται με το περιφερικό νευρικό σύστημα, μέσω της σπονδυλικής στήλης στον εγκέφαλο. Αυτό επιτρέπει στο σώμα να αντιδράσει κατάλληλα, π.χ. ο εγκέφαλος να στείλει σήμα πίσω στο σημείο του σώματος που ενεπλάκη με το αντικείμενο, ζητώντας να αποτραβηχτεί από το τελευταίο (Calister et al., 2003).

Γ. Είναι μια συναισθηματική εμπειρία. Μερικοί άνθρωποι αντιλαμβάνονται τον πόνο ακόμα και όταν δεν υπάρχει κάποια σωματική βλάβη. Ένας απλός πόνος στην πλάτη είναι ένα πολύ καλό παράδειγμα. Πολλοί πηγαίνουν από γιατρό σε γιατρό ζητώντας παυσίπονα και εξετάσεις, ενώ οι τελευταίες δεν δείχνουν κάποια ουσιαστική ζημιά σε μεσοσπονδύλιο δίσκο ή άλλο όργανο. Η ρίζα του προβλήματος μπορεί να βρίσκεται στην απώλεια κάποιου προσώπου της οικογένειας ή της δουλειάς του και στην ουσία το σώμα «εκφράζει» αυτά τα αισθήματα με τον πόνο στη μέση (Calister et al., 2003).

Δ. Μπορεί, τέλος, να είναι ένα προειδοποιητικό σημάδι. Όταν το σώμα έχει τραυματιστεί, για παράδειγμα από ένα κόψιμο ή κάταγμα, εμφανίζεται οξύς πόνος. Αυτό αποτελεί μια

προειδοποίηση προς το σώμα, πως αν δεν γίνει κάτι άμεσα, υπάρχει ο κίνδυνος βαριάς βλάβης (Calister et al., 2003).

2.2 Παθοφυσιολογία του πόνου στον τοκετό

Ο πόνος που βιώνεται στον τοκετό έχει σπλαχνική προέλευση. Κατά το πρώτο στάδιο του τοκετού, οι συστολές της μήτρας προκαλούν διαστολή και εξάλειψη του τραχήλου. Η ισχαιμία της μήτρας (μειωμένη αιματική ροή και συνεπώς τοπική έλλειψη οξυγόνου) οφείλεται στην συμπίεση των αρτηριών που αιματώνουν το μυομήτριο κατά την διάρκεια των συστολών της μήτρας. Οι ώσεις του πόνου κατά το πρώτο στάδιο του τοκετού μεταβιβάζονται μέσω των Θ11 και Θ12 νωτιαίων νεύρων και των επικουρικών κατώτερων θωρακικών και ανωτέρων οσφυϊκών συμπαθητικών νεύρων. Τα νεύρα αυτά εκφύονται από το σώμα της μήτρας και από τον τράχηλο (Calister et al., 2003).

Ο πόνος που προκαλείται από τις μεταβολές του τραχήλου, τη διάνοιξη του κατώτερου τμήματος της μήτρας, τη διάταση του τραχηλικού ιστού καθώς διαστέλλεται και την πίεση σε παρακείμενες δομές και νεύρα, κατά την διάρκεια του πρώτου σταδίου του τοκετού είναι σπλαχνικός και εντοπίζεται στο υπογάστριο. Αυτός ο πόνος προέρχεται από την μήτρα και ακτινοβολεί στο κοιλιακό τοίχωμα, στις λαγόνιες ακρολοφίες, στη περιοχή των γλουτών, στους μηρούς και στην περιοχή της οσφύς (Calister et al., 2003).

Κατά τη διάρκεια του δεύτερου σταδίου του τοκετού η γυναίκα βιώνει σωματικό πόνο, ο οποίος συχνά περιγράφεται ως ισχυρός, διαξιφιστικός, καυστικός και σαφώς εντοπισμένος. Ο πόνος οφείλεται στη διαστολή και διάταση των ιστών του περινέου και του πυελικού εδάφους για τη διόδο του εμβρύου, στη διάταση και έλξη των περιτοναϊκών και μητροτραχηλικών στηρικτικών δομών κατά την διάρκεια των συστολών, καθώς και την ρήξη που υφίστανται τα μαλακά μέρη (τράχηλος, κόλπος, περίνεο). Στους σωματικούς παράγοντες που σχετίζονται με τον πόνο κατά τη διάρκεια του δεύτερου σταδίου του τοκετού περιλαμβάνονται η θέση του εμβρύου, η ταχύτητα της καθόδου του εμβρύου, η θέση της μητέρας, τα μεσοδιαστήματα και η διάρκεια των συστολών και η κόπωση. Οι ώσεις του πόνου κατά τη διάρκεια του δεύτερου σταδίου του τοκετού μεταβιβάζονται από το αιδοϊκό νεύρο, μέσω των 12-14 νωτιαίων νεύρων και του

παρασυμπαθητικού νευρικού συστήματος, στο κοιλιακό τοίχωμα, στην οσφυοιερή μοίρα της σπονδυλικής στήλης, στην περιοχή των γλουτών και στους μηρούς. Ο πόνος που βιώνεται κατά το τρίτο στάδιο του τοκετού και οι υστερότοκοι πόνοι της πρώιμης περιόδου της λοχείας προέρχονται από τη μήτρα και είναι παρόμοιος με τον πόνο που βιώνεται κατά την αρχική φάση του πρώτου σταδίου του τοκετού (Calister et al., 2003).

2.3 Πως ο πόνος επιδρά στον οργανισμό

Ο πόνος προκαλεί σωματικές μεταβολές, αισθητικές και συναισθηματικές αντιδράσεις. Κατά τη διάρκεια του τοκετού ο πόνος προκαλεί συγκεκριμένες σωματικές μεταβολές. Η δραστηριότητα του συμπαθητικού νευρικού συστήματος διεγείρεται ανταποκρινόμενη στην ένταση του πόνου, προκαλώντας αύξηση των επιπέδων των κατεχολαμίνων. Η αρτηριακή πίεση και η καρδιακή συχνότητα αυξάνονται. Τα πρότυπα αναπνοής της μητέρας μεταβάλλονται λόγω της αύξησης της κατανάλωσης οξυγόνου. Παρατηρείται υπεραερισμός, ενίοτε συνοδευόμενος από αναπνευστική αλκάλωση κατά την αύξηση της έντασης του πόνου. Μπορεί επίσης να παρατηρηθεί ωχρότητα και εφίδρωση. Στην ενεργό φάση του τοκετού αυξάνεται η γαστρική οξύτητα και συχνά παρατηρείται ναυτία και έμετος. Η αιμάτωση του πλακούντα μπορεί να ελαττωθεί και οι συστολές της μήτρας ενδέχεται να μειωθούν, οδηγώντας σε παράταση της διάρκειας του τοκετού και επηρεάζοντας την καλή κατάσταση του εμβρύου. Συχνά παρατηρούνται ορισμένες συναισθηματικές εκφράσεις του πόνου. Στις μεταβολές αυτές περιλαμβάνεται η αύξηση του άγχους με περιορισμό του πεδίου συνείδησης, το στριφογύρισμα της γυναίκας λόγω του πόνου, το κλάμα, το βογκητό, οι χειρονομίες, καθώς και η υπερβολική μυϊκή διέγερση σε όλο το σώμα (Calister et al., 2003).

2.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την αντίδραση στον πόνο

Σωματικοί Παράγοντες

Μια ποικιλία σωματικών παραγόντων μπορούν να επηρεάσουν την ένταση του πόνου που βιώνουν οι γυναίκες κατά τη διάρκεια του τοκετού. Οι γυναίκες με ιστορικό δυσμηνόρροιας ενδέχεται να βιώνουν αυξημένο πόνο κατά τη διάρκεια του τοκετού, λόγω των υψηλότερων επιπέδων προσταγλανδίνων. Ο πόνος στην οσφύ κατά τη διάρκεια της εμμηνορρυσίας μπορεί επίσης να αυξάνει την πιθανότητα πόνου που σχετίζεται με τις συστολές της μήτρας. Στους

σωματικούς παράγοντες συγκαταλέγεται επίσης και η κόπωση, το μεσοδιάστημα και η διάρκεια των συστολών, η θέση του εμβρύου, η ταχύτητα της καθόδου του εμβρύου και η θέση της μητέρας (Calister et al., 2003).

Ένας παράγοντας που βοηθάει σημαντικά στη μείωση του πόνου είναι οι ενδορφίνες. Οι ενδορφίνες είναι ενδογενή οπιοειδή που εκκρίνονται από την υπόφυση και δρουν στο κεντρικό και περιφερικό νευρικό σύστημα με στόχο την ελάττωση του πόνου. Η βήτα-ενδορφίνη είναι η ισχυρότερη συγκριτικά με τις υπόλοιπες ενδορφίνες. Τα επίπεδα ενδορφίνης αυξάνονται κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού στον γυναικείο οργανισμό. Οι ενδορφίνες προκαλούν συναισθήματα ευφορίας και αναλγησία. Τα αυξημένα επίπεδα ενδορφινών, πιθανόν να αυξήσουν τον πόνο, αυξάνοντας την αντοχή των γυναικών στον οξύ πόνο (Calister et al., 2003).

Πολιτισμικοί Παράγοντες

Η αυξανόμενη πολυπολιτισμική φύση της σύγχρονης κοινωνίας απεικονίζεται στον τρόπο που οι γυναίκες αντιλαμβάνονται τον πόνο. Η φροντίδα των γυναικών και των οικογενειών διαφορετικού πολιτισμικού υπόβαθρου επιβάλλει στους νοσηλευτές να γνωρίζουν και να αντιλαμβάνονται τον τρόπο με τον οποίο οι πολιτισμικοί παράγοντες συμβάλλουν την εμπειρία του πόνου. Παρά το γεγονός ότι όλες οι γυναίκες αναμένουν ότι θα βιώσουν έστω και λίγο πόνο και ενόχληση κατά τον τοκετό, το σύστημα των πολιτισμικών και θρησκευτικών αντιλήψεων τους καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται, ανταποκρίνονται και αντιμετωπίζουν τον πόνο αυτό. Για παράδειγμα οι γυναίκες με ισχυρές θρησκευτικές αντιλήψεις, συχνά αποδέχονται τον πόνο ως απαραίτητο τμήμα της νέας ζωής που θα φέρουν στον κόσμο. Η κατανόηση των πεποιθήσεων και των συνηθειών διαφόρων πολιτισμικών ομάδων περιορίζει το πολιτισμικό κενό και βοηθάει το νοσηλευτή να εκτιμήσει με μεγαλύτερη ακρίβεια τον πόνο που βιώνει η κάθε γυναίκα. Με αυτόν τον τρόπο μπορεί να παρέχει φροντίδα δείχνοντας ευαισθησία απέναντι στις πολιτισμικές αξίες του κάθε ατόμου και να ανακουφίζει το πόνο επιτρέποντας στη γυναίκα να διατηρήσει την αυτοπεποίθηση της (Calister et al., 2003).

Θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι αν και η γυναίκα αντιμετωπίζει τον πόνο ανάλογα με το πολιτισμικό της υπόβαθρο, ενδέχεται να μην αντικατοπτρίζεται η ακριβής ένταση του πόνου που βιώνει. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αξιολογεί τις σωματικές επιδράσεις του πόνου και να ακούει

προσεκτικά τις λέξεις που χρησιμοποιεί η γυναίκα για να τους χαρακτηρίσει (Calister et al., 2003).

Άγχος

Το άγχος σχετίζεται συχνά με τον αυξημένο πόνο κατά τον τοκετό. Το ήπιο άγχος θεωρείται φυσιολογικό για την επίτοκο. Ωστόσο, το υπερβολικό άγχος και ο φόβος προκαλούν αυξημένη έκκριση κατεχολαμίνων, γεγονός που αυξάνει τη μεταβίβαση των ερεθισμάτων από την πύελο προς τον εγκέφαλο λόγω μειωμένης αιμάτωσης και αυξημένης μυϊκής τάσης. Έτσι μεγιστοποιείται ο πόνος. Συνεπώς, όταν αυξάνεται το άγχος και ο φόβος, αυξάνεται η μυϊκή τάση, μειώνονται οι συστολές της μήτρας, αυξάνεται η αίσθηση δυσφορίας και αρχίζει ένας κύκλος αυξημένου φόβου και άγχους. Τελικά ο κύκλος αυτός επιβραδύνει την εξέλιξη του τοκετού (Calister et al., 2003).

Προηγούμενη εμπειρία

Η προηγούμενη εμπειρία της γυναίκας σχετικά με τον πόνο και τον τοκετό ενδέχεται να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο περιγράφει τον πόνο που βιώνει και την ικανότητα της να τον αντιμετωπίσει. Ο τοκετός για μια νέα υγιή γυναίκα, ενδέχεται να αποτελεί την πρώτη εμπειρία στην οποία βιώνει έντονο πόνο, με αποτέλεσμα να μη έχει αναπτύξει αποτελεσματικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση του. Η γυναίκα πιθανόν να περιγράφει την ένταση του πόνου στα αρχικά στάδια του τοκετού ως βαθμού 10 στη 10βάθμια κλίμακα. Οι εμπειρίες των προηγούμενων τοκετών ενδέχεται επίσης να επηρεάζουν τις αντιδράσεις στον πόνο. Για γυναίκες με δύσκολη και επώδυνη εμπειρία σε προηγούμενο τοκετό σε συνδυασμό με το άγχος και τον φόβο μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της αίσθησης του πόνου. Η αίσθηση του πόνου στις πρωτότοκες γυναίκες είναι συχνά μεγαλύτερη από αυτήν που βιώνουν οι πολύτοκες κατά την διάρκεια της πρώιμης φάσης του τοκετού, επειδή οι δομές της αναπαραγωγικής οδού είναι λιγότερο ευένδοτες. Κατά τη διάρκεια της μεταβατικής φάσης του πρώτου σταδίου του τοκετού και κατά τη διάρκεια του δεύτερου σταδίου, οι πολύτοκες γυναίκες ενδέχεται να νιώσουν ισχυρότερο πόνο συγκριτικά με τις πρωτότοκες, καθώς οι περισσότεροι ευένδοτοι ιστοί τους αυξάνουν την ταχύτητα της καθόδου του εμβρύου και εντείνουν τον πόνο. Ο πιο σφιχτός ιστός των πρωτοτόκων γυναικών οδηγεί σε βραδύτερη, και πιο προοδευτική κάθοδο του εμβρύου.

Ο συναισθηματικός πόνος αυξάνεται σε όλη τη διάρκεια του πρώτου σταδίου του τοκετού και μειώνεται κατά τη διάρκεια του δευτέρου σταδίου τόσο στις πρωτότοκες όσο και στις πολύτοκες γυναίκες. Ο αριθμός των τοκετών μπορεί να επηρεάσει την αντίληψη του πόνου διότι οι πρωτότοκες γυναίκες έχουν μεγαλύτερης διάρκειας τοκετό και συνεπώς μεγαλύτερη κόπωση. Επειδή η κόπωση εντείνει τον πόνο, ο συνδυασμός εντονότερου πόνου, κόπωσης και μειωμένης ικανότητας της γυναίκας να διαχειριστεί την κατάσταση, ενδέχεται να οδηγήσουν σε μεγαλύτερη χρήση φαρμακευτικής υποστήριξης (Calister et al., 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ανακούφιση

Ο τοκετός είναι μια φυσιολογική κατάσταση που ενδέχεται να βιώσουν όλες οι γυναίκες στη διάρκεια της ζωής τους. Παρά τον πόνο που βιώνουν, υπάρχουν τρόποι ώστε να αισθανθούν ανακούφιση και να ξεπεράσουν τη δυσφορία, προκειμένου να απολαύσουν την ευχάριστη έκβαση του τοκετού. Οι πιο χρήσιμες παρεμβάσεις για την ενίσχυση της ανακούφισης από τον πόνο είναι η μη επεμβατική προσέγγιση φροντίδας και η παρουσία ενός υποστηρικτικού προσώπου (Anim-Somuah et al., 2011).

3.1 Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση του πόνου

Η ανακούφιση του πόνου είναι σημαντική. Συνήθως αυτό που επηρεάζει την αντίληψη της γυναίκας σχετικά με μια καλή ή κακή εμπειρία του τοκετού δεν είναι η ένταση του πόνου που βιώνει, αλλά η ικανότητα της να ανταποκριθεί στους στόχους που έχει θέσει στον εαυτό της σε ότι αφορά την αντιμετώπιση του πόνου. Τα μη φαρμακευτικά μέτρα αντιμετώπισης του πόνου είναι συνήθως απλά ασφαλή και σχετικά οικονομικά, ενώ παρέχουν στη γυναίκα την αίσθηση του ελέγχου κατά τον τοκετό καθώς και την δυνατότητα συμμετοχής στην επιλογή των ιδανικότερων μέτρων για αυτήν. Κατά την διάρκεια της προγεννητικής περιόδου η γυναίκα θα πρέπει να διερευνήσει μια ποικιλία μη φαρμακευτικών μέτρων. Οι τεχνικές που θεωρεί ότι την βοηθούν στην ανακούφιση του στρες και στην προαγωγή της χαλάρωσης, ενδέχεται να είναι επίσης αποτελεσματικές ως συστατικά στοιχεία του σχεδίου αντιμετώπισης του πόνου. Η γυναίκα θα πρέπει να ενθαρρύνεται να ενημερώνει τον θεράποντα γιατρό σχετικά με τις προτιμήσεις της σε ότι αφορά στα μέτρα χαλάρωσης και ανακούφισης του πόνου και να συμμετέχει ενεργά στην εφαρμογή τους. Πολλές από τις μη φαρμακευτικές μεθόδους ανακούφισης του πόνου διδάσκονται σε πολλούς τύπους μαθημάτων προγεννητικής προετοιμασίας. Πολλές από τις συγκεκριμένες μεθόδους απαιτούν εκπαίδευση προκειμένου να επιτευχθούν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα. Οι γυναίκες θα πρέπει να ενθαρρύνονται να δοκιμάζουν μια ποικιλία μεθόδων και να αναζητούν εναλλακτικές, συμπεριλαμβανομένων των

φαρμακευτικών μεθόδων, εφόσον το εφαρμοζόμενο μέτρο ανακούφισης πόνου δεν είναι πλέον αποτελεσματικό (Anim-Somuah et al., 2011).

Οι τεχνικές μείωσης της ανησυχίας και του στρες, εστίασης της προσοχής και χαλάρωσης επιτρέπουν στη γυναίκα να αναπαύεται και να διατηρεί την ενέργεια της κατά τη διάρκεια του τοκετού. Οι τεχνικές εστίασης και απόσπασης της προσοχής είναι μορφές φροντίδας ως ένα βαθμό με ευεργετική δράση ως προς την ανακούφιση του πόνου. Ορισμένες γυναίκες φέρουν μαζί τους ένα αγαπημένο αντικείμενο. Άλλες επιλέγουν να εστιάσουν την προσοχή τους σε κάποιο αντικείμενο στην αίθουσα τοκετού. Όταν ξεκινούν οι συστολές, οι γυναίκες εστιάζουν την προσοχή τους στο αντικείμενο προκειμένου να μειώσουν τον πόνο (Anim-Somuah et al., 2011).

Η γυναίκα εστιάζει την προσοχή της σε ένα ευχάριστο τοπίο, σε ένα χώρο που την ηρεμεί. Η επιλογή του αντικειμένου για την νοητική απεικονιστική και εξάσκηση της πρακτικής κατά την διάρκεια της κύησης ενισχύουν την αποτελεσματικότητα της κατά τη διάρκεια του τοκετού. Οι τεχνικές αυτές σε συνδυασμό με χαλάρωση και ανατροφοδότηση βοηθούν την γυναίκα να συντονίσει την συμπεριφορά της με τις συστολές και όχι αντίθετα με αυτές (Anim-Somuah et al., 2011).

Κατά την διάρκεια των μαθημάτων προετοιμασίας για τον τοκετό ο εκπαιδευτής μπορεί να επιδείξει τον τρόπο ψηλάφησης του σώματος της γυναίκας προκειμένου να ανιχνεύσει την ένταση και την παρουσία μυϊκής σύσπασης. Η γυναίκα μαθαίνει να χαλαρώνει τους μυς που είναι σε σύσπαση με τη βοήθεια της εξάσκησης. Ο εκπαιδευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει αποτελεσματικά την τεχνική της υποστήριξης, της ανατροφοδότησης και το άγγιγμα προκειμένου να διευκολύνει τη χαλάρωση της γυναίκας και με τον τρόπο αυτόν να περιορίσει την ένταση και το στρες και να διευκολύνει την εξέλιξη του τοκετού (Anim-Somuah et al., 2011).

3.1.1 Τεχνικές Αναπνοών

Διάφορες προσεγγίσεις της προετοιμασίας για τον τοκετό τονίζουν τη χρήση ποικίλων αναπνευστικών τεχνικών για την επίτευξη απόσπασης της προσοχής, με αποτέλεσμα τη μείωση της αίσθησης του πόνου, βοηθώντας έτσι τη γυναίκα να διατηρήσει τον έλεγχο κατά τη διάρκεια των συστολών. Κατά το πρώτο στάδιο του τοκετού, τέτοιες αναπνευστικές τεχνικές μπορούν να

προάγουν τη χαλάρωση των κοιλιακών μυών και συνεπώς να αυξήσουν το μέγεθος της κοιλιακής κοιλότητας. Με τον τρόπο αυτό μειώνεται η δυσφορία που προκαλείται από τη τριβή της μήτρας στα κοιλιακά τοιχώματα κατά τη διάρκεια των συστολών. Επειδή οι μύες της γεννητικής περιοχής υφίστανται επίσης μεγαλύτερη χαλάρωση, δεν παρεμβαίνουν στη κάθοδο του εμβρύου. Κατά το δεύτερο στάδιο του τοκετού, οι αναπνοές χρησιμοποιούνται για να αυξήσουν την κοιλιακή πίεση και συνεπώς να βοηθήσουν στην εξώθηση του εμβρύου. Μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν για την χαλάρωση των μυών των έξω γεννητικών οργάνων, ώστε να αποφευχθεί η βίαιη εξώθηση της κεφαλής του εμβρύου (Smith et al., 2006).

Υπάρχουν διάφορες αναπνευστικές τεχνικές για τον έλεγχο του πόνου κατά τη διάρκεια των συστολών. Η μαία θα πρέπει να διαπιστώσει ποιες τεχνικές γνωρίζουν οι γονείς πριν από την παροχή οδηγιών. Οι απλές οδηγίες μαθαίνονται εύκολα. Η ρυθμική αναπνοή είναι το πρότυπο αναπνοών που χρησιμοποιείται περισσότερο στον τοκετό με προετοιμασία και περιλαμβάνει αργές, τροποποιημένες και τυποποιημένες μορφές αναπνοής (κοφτή αναπνοή ή λαχάνιασμα). Κάθε τοκετός είναι διαφορετικός και τα ζευγάρια θα πρέπει να προσαρμόσουν τις αναπνευστικές τεχνικές στη δική τους εμπειρία τοκετού. Όλα τα πρότυπα αναπνοής ξεκινούν με βαθιά χαλαρωτική αναπνοή «υποδοχή της συστολής» και καταλήγουν με βαθιά εκπνοή ώστε να «διώξουν μαλακά την σύσπαση». Γενικά η αργή ρυθμική αναπνοή αντιστοιχεί στη μισή περίπου φυσιολογική αναπνευστική συχνότητα της γυναίκας. Η γυναίκα δεν θα πρέπει να εκτελεί λιγότερες από τρεις έως τέσσερις αναπνοές ανά λεπτό. Η αργή ρυθμική αναπνοή συμβάλει στη χαλάρωση. Καθώς αυξάνεται η συχνότητα και η ένταση των συστολών, η γυναίκα θα πρέπει να αλλάξει τον τύπο της αναπνοής της και να ακολουθήσει έναν πιο πολύπλοκο τύπο θωρακικής αναπνοής, η οποία είναι περισσότερο επιφανειακή και χαρακτηρίζεται από αναπνευστική συχνότητα σχεδόν διπλάσια της φυσιολογικής. Ο τύπος αυτός επιτρέπει στη γυναίκα να διατηρεί τη συγκέντρωση και την εγρήγορσή της (Smith et al., 2006).

3.1.2 Μουσική

Η μουσική ενισχύει τη χαλάρωση και βελτιώνει τη διάθεση της γυναίκας κατά τον τοκετό, μειώνοντας κατ' αυτόν τον τρόπο το στρες, το άγχος και τον πόνο. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την προαγωγή της χαλάρωσης στα αρχικά στάδια του τοκετού και για τη διέγερση της κινητικότητας καθώς εξελίσσεται ο τοκετός. Οι γυναίκες πρέπει να ενθαρρύνονται να φέρνουν

τις μουσικές τους προτιμήσεις καθώς και συσκευές για να ακούσουν μουσική στο νοσοκομείο ή στο κέντρο τοκετού. Η χρήση ακουστικών μπορεί να αυξήσει την αποτελεσματικότητα της μουσικής διότι αποκλείονται οι άλλοι ήχοι. Η ζωντανή μουσική που παρέχει το υποστηρικτικό άτομο δίπλα στο κρεβάτι της γυναίκας μπορεί επίσης να είναι αποτελεσματική όσον αφορά τη μετάδοση ενέργειας, η οποία με τη σειρά της προκαλεί μείωση της έντασης και βελτίωση της διάθεσης της επιτόκου. Αν και πολλά υποσχόμενη, δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία που να αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της μουσικής ως προς την ανακούφιση του πόνου κατά τη διάρκεια του τοκετού (Smith et al., 2006).

3.1.3 Υδροθεραπεία

Το λουτρό και το υδρομασάζ, αποτελούν επίσης μη φαρμακευτικά μέτρα που μπορούν να εφαρμοσθούν για να προάγουν την άνεση και τη χαλάρωση κατά τον τοκετό. Το ζεστό νερό διεγείρει την απελευθέρωση ενδορφινών, με αποτέλεσμα να προάγει τη βελτίωση της κυκλοφορίας. Οι περισσότερες γυναίκες θεωρούν ότι το να μπαίνεις μέσα στο νερό είναι καταπραϊντικό και χαλαρωτικό. Όταν βρίσκονται μέσα στο νερό οι γυναίκες ηρεμούν και ο τοκετός εξελίσσεται ευκολότερα. Η βύθιση στο νερό θεωρείται αποτελεσματική στην ανακούφιση του πόνου των γυναικών που χρησιμοποιούν τη συγκεκριμένη μέθοδο κατά τη διάρκεια του τοκετού (Smith et al., 2006).

Εκτός από την ανακούφιση του πόνου, η υδροθεραπεία παρέχει και αρκετά άλλα άμεσα οφέλη. Εάν η γυναίκα βρίσκεται σε τοκετό με οπίσθια ινιακή ή εγκάρσια θέση του εμβρύου, η υδροθεραπεία μπορεί να διευκολύνει την περιστροφή του εμβρύου στη πρόσθια ινιακή θέση, με τη βοήθεια της αυξημένης άνωσης. Η υδροθεραπεία ενθαρρύνει επίσης την εφαρμογή της όρθιας στάσης της γυναίκας καθώς και πολλές κινήσεις που διευκολύνουν την εξέλιξη του τοκετού και την αντιμετώπιση του. Επιπλέον προάγει την επιτάχυνση της διαδικασίας του τοκετού, περιορίζει την ενδομυϊκή και ενδοφλέβια χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων, την χρήση επισκληρίδιας αναισθησίας, την χρήση εμβρυουλκών ή αναρρόφησης, την εκτέλεση περινεοτομής, την πρόκληση περινεϊκών τραυματισμών και αυξάνει την ικανοποίηση της μητέρας σχετικά με την εμπειρία του τοκετού (Zwelling et al., 2006).

3.2 Φαρμακευτική αντιμετώπιση του πόνου

Τα φαρμακευτικά μέτρα αντιμετώπισης πόνου θα πρέπει να λαμβάνονται πριν ο πόνος γίνει τόσο έντονος ώστε να προκαλέσει αύξηση των κατεχολαμινών και παράταση του τοκετού. Τα φαρμακευτικά και μη φαρμακευτικά μέτρα, όταν χρησιμοποιούνται ταυτόχρονα, αυξάνουν το επίπεδο ανακούφισης από τον πόνο και καθιστούν την εμπειρία του τοκετού πιο θετική για τη γυναίκα και την οικογένειά της. Τα φαρμακευτικά μέτρα μπορούν να εφαρμοσθούν κατά την εξέλιξη του τοκετού, με την αύξηση της δυσφορίας και της έντασης του πόνου. Συχνά απαιτείται μειωμένη φαρμακευτική παρέμβαση, διότι τα μη φαρμακευτικά μέτρα ενισχύουν τη χαλάρωση και την αναλγητική δράση των φαρμάκων (Bucklin et al., 2005).

3.2.1 Κατασταλτικά Φάρμακα

Τα κατασταλτικά φάρμακα ανακουφίζουν το άγχος και επάγουν τον ύπνο. Χορηγούνται στις γυναίκες που βιώνουν παρατεταμένη λανθάνουσα φάση τοκετού, όταν υφίσταται η ανάγκη περιορισμού του άγχους ή προαγωγής του ύπνου. Χορηγούνται επίσης για ενίσχυση της δράσης των αναλγητικών και τον περιορισμό της ναυτίας που προκαλεί χορήγηση οπιοειδών. Τα βαρβιτουρικά όπως το σεκοβαρβιταλικό νάτριο μπορούν να προκαλέσουν ανεπιθύμητες παρενέργειες, όπως αναπνευστική και αγγειοκινητική καταστολή τόσο της μητέρας όσο και του νεογνού (Bucklin et al., 2005).

Οι δράσεις αυτές ενισχύονται σε σύγχρονη χορήγηση βαρβιτουρικού και κατασταλτικού του κεντρικού νευρικού συστήματος όπως είναι τα οπιοειδή αναλγητικά. Ωστόσο ο πόνος ενισχύεται όταν το βαρβιτουρικό χορηγηθεί χωρίς αναλγητικό στη γυναίκα που πονάει, καθώς οι μηχανισμοί αντιμετώπισης του πόνου είναι κατασταλμένοι. Λόγω των μειονεκτημάτων αυτών, τα βαρβιτουρικά χρησιμοποιούνται σπάνια κατά τη διάρκεια του τοκετού (Bucklin et al., 2005).

Οι φαινοθειαζίνες δεν ανακουφίζουν τον πόνο αλλά χορηγούνται συχνά με στόχο τη μείωση του άγχους και του φόβου, την ενίσχυση της καταστολής και των δράσεων των οπιοειδών αναλγητικών. Η προμεθαζίνη αποτελεί μάλλον το ευρύτερα χρησιμοποιούμενο φάρμακο της κατηγορίας αυτής. Προκαλεί ισχυρή καταστολή και ελαττώνει αποδεδειγμένα την αναλγητική δράση των οπιοειδών. Η χρήση οπιοειδών με μικρότερη πιθανότητα πρόκλησης ναυτίας και έμετου θα καθιστούσε μη αναγκαία την καθιερωμένη χορήγηση προμεθαζίνης. Η μετοκλοπραμίδα είναι αντιεμετική ουσία που προκαλεί καταστολή και ενδέχεται να ενισχύει τη

δράση των αναλγητικών. Οι βενζοδιαζεπίνες και η λοραζεπάμη, χορηγούμενες μαζί με ένα οπιοειδές αναλγητικό φαίνεται να ενισχύουν την ανακούφιση από τον πόνο και να περιορίζουν την ναυτία και τον εμετό. Ωστόσο, επειδή όλες οι βενζοδιαζεπίνες προκαλούν έντονη αμνησία στη μητέρα, η χρήση τους θα πρέπει να αποφεύγεται κατά τη διάρκεια του τοκετού. Κύριο μειονέκτημα της διαζεπάμης είναι η διαταραχή της θερμορύθμισης στα νεογνά με αποτέλεσμα τη μείωση της ικανότητας τους για διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος (Hodnett et al., 2013).

3.2.2 Αναλγησία και Αναισθησία

Η χρήση της αναλγησίας και της αναισθησίας δεν ήταν γενικά αποδεκτή ως μέρος της μαιευτικής διαχείρισης, μέχρις ότου η βασίλισσα Βικτώρια έλαβε χλωροφόρμιο κατά τη διάρκεια του τοκετού της το 1853. Έκτοτε, διενεργήθηκαν πολλές μελέτες σχετικά με τη καθιέρωση φαρμακευτικών μεθόδων οι οποίες μπορούν να ανακουφίσουν τον πόνο των γυναικών, χωρίς να αυξάνουν τον κίνδυνο που διατρέχει η μητέρα και το έμβρυο και χωρίς να επηρεασθεί η εξέλιξη του τοκετού. Η αναισθησία περιλαμβάνει αναλγησία και χαλάρωση των αντανakλαστικών και καταργεί την αντίληψη του πόνου αναστέλλοντας τις νευρικές ώσεις που οδεύουν προς τον εγκέφαλο. Η απώλεια αισθήσεων μπορεί να είναι μερική ή πλήρης, ενώ μερικές φορές συνοδεύεται από απώλεια της συνείδησης. Ο τύπος του αναλγητικού ή αναισθητικού που επιλέγεται, καθορίζεται εν μέρει από το στάδιο του τοκετού και από την προγραμματισμένη μέθοδο τοκετού (Bucklin et al., 2005).

3.2.3 Συστηματική Αναλγησία

Παρά το γεγονός ότι η χρήση της συστηματικής αναλγησίας για την ανακούφιση του πόνου του τοκετού έχει περιορισθεί, ωστόσο παραμένει η βασική φαρμακευτική μέθοδος αναλγησίας για την επίτοκο όταν δεν υπάρχει διαθέσιμο προσωπικό εκπαιδευμένο στη περιοχή της αναλγησίας. Τα συστηματικά αναλγητικά διέρχονται στον αιματοεγκεφαλικό φραγμό για επίτευξη κεντρικής αναλγησίας. Διέρχονται επίσης και στον πλακουντιακό φραγμό. Μόλις μεταφερθούν στο έμβρυο, τα αναλγητικά διέρχονται στον εμβρυικό αιματοεγκεφαλικό φραγμό ταχύτερα από ότι στο μητρικό αιματοεγκεφαλικό φραγμό. Η διάρκεια δράσης είναι επίσης μεγαλύτερη καθώς τα συστηματικά αναλγητικά που χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια του τοκετού έχουν σημαντικά μεγαλύτερο χρόνο ημίσειας ζωής στο έμβρυο (Hodnett et al., 2013).

Οι δράσεις στο έμβρυο μπορεί να είναι έντονες και εξαρτώνται από τη δράση του χορηγημένου συστηματικού αναλγητικού, τη χορηγούμενη δόση στη μητέρα, την οδό και το χρόνο χορήγησης. Η ενδοφλέβια χορήγηση προτιμάται συχνότερα από την ενδομυϊκή διότι η έναρξη δράσης του φαρμάκου είναι ταχύτερη και πιο αξιόπιστη. Έτσι επιτυγχάνεται συνήθως υψηλότερο επίπεδο αναλγησίας με μικρότερες δόσεις φαρμάκου. Η ελεγχόμενη από την ασθενή ενδοφλέβια αναισθησία είναι πλέον διαθέσιμη και χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια του τοκετού. Με τη μέθοδο αυτή, η γυναίκα χορηγεί στον εαυτό της μικρές δόσεις οπιοειδούς αναλγητικού, χρησιμοποιώντας μια αντλία που προγραμματίζει τη δόση και τη συχνότητα χορήγησης. Γενικά χρησιμοποιείται μικρότερη συνολική ποσότητα αναλγητικού και οι γυναίκες εκτιμούν την αίσθηση της αυτονομίας που τους παρέχει αυτή η μέθοδος ανακούφισης πόνου. Οι κατηγορίες αναλγητικών που χρησιμοποιούνται για την ανακούφιση του πόνου του τοκετού είναι οι αγωνιστές-ανταγωνιστές των οπιοειδών. Η επιλογή του φαρμάκου που πρόκειται να χρησιμοποιηθεί εξαρτάται συνήθως από τις προτιμήσεις του ιατρού και τα χαρακτηριστικά της επιτόκου. Ωστόσο, ο τύπος των χρησιμοποιούμενων αναλγητικών διαφέρει μεταξύ των μαιευτικών μονάδων (Hodnett et al., 2013).

3.2.4 Γενική Αναισθησία

Η γενική αναισθησία σπάνια χρησιμοποιείται σε φυσιολογικό τοκετό χωρίς επιπλοκές και δεν χρησιμοποιείται συχνά στην εκλεκτική καισαρική τομή. Ίσως κριθεί απαραίτητη η χρήση της σε αναισθησία με νευρικό αποκλεισμό, σε μη αποτελεσματική δράση της τοπικής αναισθησίας ή εάν οι ενδείξεις επιβάλλουν άμεσο τοκετό και δεν υπάρχει διαθέσιμος χρόνος ή προσωπικό για την εκτέλεση του αποκλεισμού. Επιπλέον, η κατάσταση εγρήγορσης και η διατήρηση των αισθήσεων κατά τη διάρκεια μείζονος χειρουργικής επέμβασης δεν είναι αποδεκτές από ορισμένες γυναίκες που υποβάλλονται σε καισαρική τομή. Οι κύριοι κίνδυνοι που σχετίζονται με τη χορήγηση γενικής αναισθησίας περιλαμβάνουν τη δυσκολία ή αδυναμία διασωλήνωσης της γυναίκας. Σε περίπτωση που εξετάζεται η χορήγηση γενικής αναισθησίας, ο νοσηλευτής δεν χορηγεί τίποτε από το στόμα στη γυναίκα και ελέγχει εάν έχει τοποθετηθεί ενδοφλέβια έγχυση. Εάν το επιτρέπει ο χρόνος, ο νοσηλευτής χορηγεί προηγουμένως στη γυναίκα ένα αντιόξινο από το στόμα για την εξουδετέρωση του όξινου περιεχομένου του στομάχου. Η εισρόφηση υψηλής οξύτητας γαστρικού περιεχομένου προκαλεί βλάβη στον πνευμονικό ιστό. Πριν από τη χορήγηση της αναισθησίας, τοποθετείται κάτω από το δεξιό ισχίο της γυναίκας μια σφήνα ώστε

να μετατοπισθεί η μήτρα προς τα αριστερά. Με την μετατόπιση της μήτρας προλαμβάνεται η συμπίεση της αορτής και της κοίλης φλέβας που διαταράσσει την πλακουντιακή αιμάτωση. Οι προτεραιότητες για τη φροντίδα στην αίθουσα ανάνηψης είναι η διατήρηση της καρδιοπνευμονικής λειτουργίας και η πρόληψη της αιμορραγίας. Οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση υπό γενική αναισθησία θα πρέπει να λαμβάνουν αναλγητικά σε σύντομο χρονικό διάστημα από την ανάκτηση των αισθήσεων τους. Η φροντίδα κατά τη περίοδο της λοχείας οργανώνεται για να ενισχυθεί ο δεσμός γονέων-νεογνού όσο το δυνατόν ταχύτερα και για να απαντηθούν τα ερωτήματα της μητέρας. Όταν είναι η κατάλληλη στιγμή, ο νοσηλευτής εκτιμά την επιθυμία της μητέρας να δει το νεογνίτητο, καθώς και την ανταπόκριση της στην αναισθησία, αλλά και στο γεγονός που επέβαλε τη γενική αναισθησία (Hodnett et al., 2013).

3.2.5 Επισκληρίδιο αναισθησία

Η ανακούφιση από τον πόνο των συστολών της μήτρας και του τοκετού μπορεί να επιτευχθεί με την έγχυση του κατάλληλου τοπικού αναισθητικού, ενός οπιοειδούς αναλγητικού ή ενός συνδυασμού τους στον επισκληρίδιο χώρο. Στον οσφυϊκό αποκλεισμό, η έγχυση πραγματοποιείται μεταξύ του 4^{ου} και 5^{ου} οσφυϊκού σπονδύλου. Ανάλογα με τον τύπο, την ποσότητα και τον αριθμό των χορηγούμενων φαρμάκων, η αναισθητική ή αναλγητική δράση θα επιτευχθεί με ποικίλους βαθμούς κινητικής διαταραχής. Ο συνδυασμός ενός οπιοειδούς με τον τοπικό αναισθητικό παράγοντα ελαττώνει την απαιτούμενη δόση αναισθητικού, διατηρώντας με τον τρόπο αυτό μεγαλύτερο βαθμό κινητικής λειτουργίας στη γυναίκα (Bucklin et al., 2005).

Για την χορήγηση επισκληρίδιου αποκλεισμού, η γυναίκα τοποθετείται όπως και στον ραχιαίο αποκλεισμό. Μπορεί να καθίσει με τη ράχη της σε κάμψη ή να λάβει τροποποιημένη θέση Sims με παράλληλους τους ώμους, τις κνήμες σε ελαφρά κάμψη και τη σπονδυλική στήλη κεκαμένη σε σχήμα τόξου. Με μια βελόνα μεγάλου διαμετρήματος εισχωρούν στον επισκληρίδιο χώρο. Στη συνέχεια, ο καθετήρας εισάγεται διαμέσου της βελόνας μέχρι το άκρο του να φτάσει στον επισκληρίδιο χώρο. Κατόπιν, η βελόνα αφαιρείται και ο καθετήρας στερεώνεται στη θέση του. Μετά την εισαγωγή του καθετήρα, γίνεται έγχυση μιας μικρής ποσότητας φαρμάκου, που ονομάζεται δοκιμαστική δόση, προκειμένου να επιβεβαιωθεί ότι ο καθετήρας δεν έχει τοποθετηθεί κατά λάθος στον υπαραχνοειδή χώρο ή εντός κάποιου αιμοφόρου αγγείου. Τα πλεονεκτήματα του επισκληρίδιου αποκλεισμού είναι πολυάριθμα: η γυναίκα παραμένει σε

εγρήγορση, νιώθει άνετα και είναι συνεργάσιμη, επιτυγχάνεται καλή χαλάρωση, τα αντανακλαστικά των αεραγωγών παραμένουν ακέραια, αναπτύσσεται μερική μόνο κινητική πάρεση, η κένωση του στομάχου δεν επιβραδύνεται, και η αιμορραγία είναι περιορισμένη. Οι εμβρυικές επιπλοκές είναι σπάνιες, ωστόσο μπορούν να παρατηρηθούν σε περίπτωση ταχείας απορρόφησης του φαρμάκου ή σημαντικής υπότασης της μητέρας. Η δόση, ο όγκος και ο αριθμός των χορηγούμενων φαρμάκων μπορούν να τροποποιηθούν για να διευκολυνθεί η μητέρα να εξωθήσει και να λάβει καθιστή θέση, ακόμη και να περπατάει, να προκληθεί αναισθητοποίηση του περινέου και για να διευκολυνθεί η χρήση εμβρυουλκού ή η εκτέλεση της καισαρικής τομής (Bucklin et al., 2005).

Τα μειονεκτήματα του επισκληρίδιου αποκλεισμού είναι επίσης πολυάριθμα: περιορίζεται η ικανότητα της γυναίκας να κινηθεί ελεύθερα και να διατηρήσει τον έλεγχο του τοκετού λόγω της εκτέλεσης πολλαπλών ιατρικών παρεμβάσεων καθώς και της εμφάνισης ορθοστατικής υπότασης και ζάλης, καταστολής και αδυναμίας των κάτω άκρων. Διαταραχές του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) παρατηρούνται όταν το διάλυμα που περιέχει αναισθητικό παράγοντα εγχυθεί κατά λάθος μέσα σε αιμοφόρο αγγείο ή όταν χορηγηθούν υπερβολικά μεγάλες ποσότητες τοπικού αναισθητικού. Υψηλή ραχιαία ή «πλήρης ραχιαία» αναισθησία, που προκαλεί αναπνευστική ανεπάρκεια, μπορεί να σημειωθεί όταν η σχετικά υψηλή δόση του τοπικού αναισθητικού που χρησιμοποιείται στον επισκληρίδιο αποκλεισμό εγχυθεί κατά λάθος μέσα στον υπαραχνοειδή χώρο (Bucklin et al., 2005).

Οι γυναίκες που υποβάλλονται σε επισκληρίδιο αναισθησία παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα πυρετού, ιδιαίτερα όταν η διάρκεια του τοκετού υπερβαίνει τις 12 ώρες. Η αύξηση της θερμοκρασίας σχετίζεται πιθανώς με τις μεταβολές στο θερμορρυθμιστικό κέντρο, αν και δεν μπορεί να αποκλεισθεί το ενδεχόμενο λοίμωξης. Η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος μπορεί να οδηγήσει σε εμβρυική ταχυκαρδία. Απαραίτητη είναι η διερεύνηση της πιθανότητας σήψης του νεογνού, ακόμη και όταν δεν υπάρχουν εμφανή σημεία λοίμωξης (Bucklin et al., 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ

4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Ο πρωταρχικός στόχος της νοσηλευτικής φροντίδας είναι να εξασφαλιστεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για τη μητέρα και το νεογέννητο. Η περίθαλψη και η φροντίδα επικεντρώνονται σε μια ουσιαστική, ανοικτή σχέση μεταξύ της γυναίκας και του νοσηλευτή για τον καθορισμό της κατάστασης του εμβρύου, την ενθάρρυνση της γυναίκας και τη στήριξη αυτής και της οικογένειάς της σε όλη τη διαδικασία του τοκετού (Albers, 2007).

4.1.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Κατά την εισαγωγή της εγκύου στον νοσοκομείο, η νοσηλεύτρια πρέπει να κάνει μια σειρά ενεργειών, ώστε να εξασφαλίσει στην γυναίκα την κατάλληλη φροντίδα που χρειάζεται ώστε να έχει μια ομαλή έκβαση ο τοκετός. Πιο συγκεκριμένα:

1. Τοποθέτηση βραχιολιού - ταυτότητας στην εγκυμονούσα.
2. Συλλογή αναγκαίων πληροφοριών για το αρχείο.
3. Καταγραφή ζωτικών σημείων και συνεχής παρακολούθηση. Η νοσηλεύτρια ενημερώνει άμεσα για ΑΠ >140/80 mmHg.
4. Καταγραφή καρδιακού ρυθμού του βρέφους. Αναφέρει συχνότητα μικρότερη των 110 ή μεγαλύτερη των 160 χτύπων/λεπτό.
5. Αναφέρει αν οι αμνιακές μεμβράνες έχουν σχισθεί ή όχι. Ενημερώνει για πιθανά κολπικά εκκρίματα.
6. Αξιολογεί τις συστολές της μήτρας.
7. Παρακολουθεί από τα μόνιτορ για τη σωστή χορήγηση ενδοφλέβιων υγρών (αν χρειαστούν).
8. Καταγράφει ιστορικό με αλλεργίες και ασθένειες.

9. Καταγράφει την ώρα της τελευταίας λήψης τροφής. Εξηγεί στην εγκυμονούσα τους λόγους της διακοπής λήψης τροφών κατά τον τοκετό.
10. Παραλαμβάνει τις απαραίτητες υπογραφές συγκατάθεσης, μαζί με τις απαραίτητες υπογραφές μαρτύρων εκείνη τη στιγμή.
11. Επανεξετάζει τα αποτελέσματα από τα εργαστηριακά τεστ, από το προγεννητικό διάγραμμα. Καταγράφει την ομάδα αίματος Rh.
12. Προσανατολίζει και κατατοπίζει τη γυναίκα και το σύντροφό της στη Μονάδα.
13. Διασφαλίζει σε κάποιο χώρο τα προσωπικά αντικείμενα της γυναίκας. (Albers, 2007).

4.1.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Από την στιγμή που η γυναίκα καταλάβει ότι της έχουν σπάσει τα νερά, εισέρχεται στο μαιευτήριο. Έτσι σηματοδοτείται η έναρξη της γέννας. Η επιλογή των παρεμβάσεων ανακούφισης του πόνου εξαρτάται από ένα συνδυασμό παραγόντων, όπως οι ειδικές ανάγκες και επιθυμίες της γυναίκας, η διαθεσιμότητα της επιθυμητής μεθόδου, η γνώση και εξειδίκευση των νοσηλευτών που εμπλέκονται στην φροντίδα των γυναικών, στις μη φαρμακευτικές και στις φαρμακευτικές μεθόδους και στη φάση και το στάδιο του τοκετού. Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την εκτίμηση της κατάστασης της μητέρας και του εμβρύου, την καθιέρωση αμοιβαίων στόχων με τη γυναίκα, τη διατύπωση των διαγνώσεων, τον προγραμματισμό και την εκτέλεση της φροντίδας και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της φροντίδας (Brancato et al., 2008).

Ο νοσηλευτής στηρίζει και βοηθά την γυναίκα που εφαρμόζει *μη φαρμακευτικές* παρεμβάσεις για αναλγησία και χαλάρωση. Κατά τη διάρκεια του τοκετού, ο νοσηλευτής θα πρέπει να ρωτήσει τη γυναίκα πώς αισθάνεται, έτσι ώστε να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα των χρησιμοποιούμενων τεχνικών αναλγησίας. Έτσι μπορούν να τροποποιηθούν ή να συνεχισθούν οι κατάλληλες παρεμβάσεις για αποτελεσματική φροντίδα, όπως η χρήση άλλων μη φαρμακευτικών μεθόδων ή ο συνδυασμός μη φαρμακευτικών και φαρμακευτικών μεθόδων. Η αντίληψη της γυναίκας σε ότι αφορά τη συμπεριφορά της στο τοκετό είναι υψίστης σημασίας. Εάν η ίδια θέλει να γεννήσει χωρίς φαρμακευτική υποστήριξη, αλλά στη συνέχεια χρειάζεται να αποδεχτεί φαρμακευτική αγωγή, πιθανόν να μειωθεί η αυτοεκτίμησή της. Η λεκτική και μη λεκτική αποδοχή της συμπεριφοράς της θεωρείται απαραίτητη από το νοσηλευτή και επιβεβαιώνεται με συζήτηση και καθησυχασμό. Οι επεξηγήσεις για την αντίδραση του εμβρύου

στη δυσφορία της μητέρας, την επίδραση της κόπωσης της μητέρας στην εξέλιξη του τοκετού και η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να βοηθήσουν στην υποστήριξη της μητέρας. Η γυναίκα μπορεί επίσης να βιώσει άγχος και στρες που σχετίζονται με τον επικείμενο ή πραγματικό πόνο. Το στρες μπορεί να προκαλέσει αυξημένη παραγωγή κατεχολαμίνων στη μητέρα. Τα αυξημένα επίπεδα κατεχολαμίνων έχουν συσχετιστεί με ανώμαλο τοκετό, καθώς και με αναπνευστική δυσχέρεια ή άλλες διαταραχές του νεογνού. Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι ικανοί να εφαρμόζουν στρατηγικές που στοχεύουν στη μείωση του στρες. Η έγκυος έχει το δικαίωμα να συμμετάσχει ενεργά στον προσδιορισμό της καλύτερης μεθόδου ελέγχου του πόνου κατά τη διάρκεια του τοκετού (Albers, 2007).

Ο αναισθησιολόγος και ο νοσηλευτής οφείλουν να ενημερώσουν τη γυναίκα για τις διαθέσιμες εναλλακτικές *φαρμακευτικές μεθόδους* αναλγησίας. Η περιγραφή των διαφόρων τεχνικών αναισθησίας και των συνεπειών τους είναι βασική για τη συναίνεση, ακόμη και εάν η γυναίκα έχει ήδη ενημερωθεί κατά τα αρχικά στάδια της κύησης σχετικά με την αναλγησία και την αναισθησία. Η συζήτηση σχετικά με τις επιλογές αντιμετώπισης του πόνου πρέπει να γίνει λίγο πριν από τον τοκετό ή νωρίτερα, ώστε η γυναίκα να έχει το χρόνο να αποφασίσει για εναλλακτικές λύσεις. Οι νοσηλευτές συμμετέχουν στην ενημέρωση διευκρινίζοντας και περιγράφοντας τις διαδικασίες ή ενεργώντας ως συνήγοροι της εγκύου. Η ενημέρωση αποτελείται από τρία σημαντικά συστατικά στοιχεία. Πρώτον, τη λεπτομερή επεξήγηση της διαδικασίας, των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων της. Δεύτερον, η γυναίκα θα πρέπει να συμφωνήσει με το σχέδιο αντιμετώπισης του πόνου κατά τη διάρκεια του τοκετού, σύμφωνα με τον τρόπο με τον οποίο της επεξηγήθηκε. Τρίτον, η συναίνεση της γυναίκας θα πρέπει να είναι ελεύθερη, χωρίς καταναγκασμό ή επιδέξιο χειρισμό από τον γιατρό ή το νοσηλευτή (Albers, 2007).

Κατά τη διάρκεια του τοκετού ο νοσηλευτής παρακολουθεί και καταγράφει την αντίδραση της γυναίκας στις μη φαρμακευτικές μεθόδους αναλγησίας και στα φάρμακα. Παρακολουθεί το είδος της αναλγησίας, τον προκαταβολικό πόνο, την επάνοδο των αισθήσεων, την αντίληψη του πόνου και τις αλλεργικές αντιδράσεις που μπορεί να εμφανίσει όπως υπόταση, αναπνευστική καταστολή, πυρετός, κνησμός, ναυτία και έμετος. Ο νοσηλευτής συνεχίζει να παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία της μητέρας, την αρτηριακή πίεση, την εμβρυική καρδιακή συχνότητα σε τακτά χρονικά διαστήματα, την ισχύ και συχνότητα των συστολών της μήτρας, τις μεταβολές στον τράχηλο, τη θέση της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου, την ποιότητα του αντανακλαστικού

της εξώθησης, την πλήρωση της ουροδόχου κύστης και την κατάσταση της ενυδάτωσης. Ο προσδιορισμός της ανταπόκρισης του εμβρύου μετά τη χορήγηση αναλγησίας ή αναισθησίας είναι ζωτικής σημασίας (Brancato et al., 2008).

4.1.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Η γυναίκα συνήθως γεννάει στο ίδιο δωμάτιο στο οποίο ξεκίνησαν οι ωδίνες. Η θέση τοκετού ποικίλλει. Μόλις η έγκυος πάρει τη θέση που τελικώς θα προτιμηθεί, το αιδοίο και το περίνεο καθαρίζονται και απολυμαίνονται από τη νοσηλεύτρια. Κατόπιν η νοσηλεύτρια ετοιμάζει το τραπέζι τοκετού. Η ίδια παρακολουθεί το μόνιτορ με τις βρεφικές σφίξεις, κάθε 5 έως 15 λεπτά. Για να προστατευθούν όλοι όσοι εργάζονται στο δωμάτιο τοκετού, φορούν αδιάβροχες ποδιές, γάντια και ειδικές μάσκες που είτε περιλαμβάνουν κάλυμμα για τα μάτια, είτε ξεχωριστά αδιάβροχα γυαλιά. Κατά την περινεοτομή η νοσηλεύτρια ετοιμάζει το σετ και παραδίδει τα εργαλεία και τα ράμματα στο γιατρό, κατά το κόψιμο του περινέου αλλά και στο τέλος, και μετά την έξοδο του πλακούντα, όπου πλέον ράβεται το ίδιο σημείο (Albers, 2007).

Μετά τον τοκετό, η γυναίκα που έχει υποβληθεί σε ραχιαία, επισκληρίδιο ή γενική αναισθησία της λοχείας, εκτιμάται για την επάνοδο των αισθητηριακών και κινητικών αισθήσεων της κατά τη διάρκεια της λοχείας. Τόσο ο νοσηλευτής όσο και ο αναισθησιολόγος είναι υπεύθυνοι για την καταγραφή των εκτιμήσεων και τη φροντίδα της γυναίκας όσον αφορά την επισκληρίδιο αναισθησία (Brancato et al., 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΟΝ ΠΟΝΟ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Ο πόνος κατά τον τοκετό είναι μια φυσιολογική διαδικασία. Είναι ένα δυσάρεστο, περίπλοκο και έντονα εξατομικευμένο φαινόμενο με αισθητικές και συναισθηματικές συνιστώσες. Η έγκυος συνήθως ανησυχεί για τον πόνο που θα βιώσει κατά τον τοκετό, καθώς και για τις αντιδράσεις της σε αυτόν. Πολλοί σωματικοί, συναισθηματικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επιδρούν στη φύση και στο βαθμό του πόνου, όπως αυτός βιώνεται από την έγκυο καθώς επίσης και στον τρόπο με τον οποίο η έγκυος θα ανταποκριθεί σε αυτόν και θα τον αντιμετωπίσει. Μια ποικιλία μη φαρμακευτικών και φαρμακευτικών μεθόδων μπορούν να βοηθήσουν την γυναίκα να αντιμετωπίσει με επιτυχία τους πόνους του τοκετού. Οι επιλεχθείσες παρεμβάσεις εξαρτώνται από την κατάσταση της γυναίκας, τη διαθεσιμότητα της μεθόδου και τις προτιμήσεις της γυναίκας (Aboelsoud, 2010).

Σκοπός: Ο σκοπός της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η παράθεση των νεότερων δεδομένων σχετικά με τους σύγχρονους τρόπους αντιμετώπισης του πόνου στον τοκετό. Μέσα από τις έρευνες γίνεται κατανοητό ποιες είναι οι μέθοδοι που χρησιμοποιούν οι γιατροί και οι νοσηλεύτές για να προσφέρουν ανακούφιση σε μια γυναίκα στην διάρκεια του τοκετού, και κατά πόσο είναι εξοικειωμένες οι γυναίκες με αυτές τις μεθόδους.

Μεθοδολογία: Χρησιμοποιήθηκε η ηλεκτρονική βάση δεδομένων Google Scholar για την αναζήτηση των άρθρων που αφορούν τον τοκετό και του τρόπους αντιμετώπισης του πόνου στην διάρκεια του τοκετού. Η μεθοδολογία της έρευνας είναι δευτερογενής, δηλαδή τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν είναι από προηγούμενες δημοσιευμένες έρευνες. Τα κριτήρια αποδοχής και αποκλεισμού ήταν το έτος της δημοσίευσης τους, δηλαδή να είναι δημοσιευμένα κατά την τελευταία πενταετία, η γλώσσα της δημοσίευσης να είναι αγγλική και το περιεχόμενο τους να αφορά το παραπάνω ζήτημα. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν είναι: Childbirth/labor/delivery Pain (πόνος της γέννας), Analgesia (αναλγησία), Epidural Block (επισκληρίδιο αναισθησία), Counter pressure (μετρητής πίεσης), nurse (νοσηλεύτης).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

ΠΡΟΤΟΤΥΠΟ ΑΡΘΡΟ 1

Hosseininasab S.D., Taghavi S. & Ahmadian S. (2010). The Effectiveness of Prenatal Education in Decreasing the Childbirth Pain and Anxiety. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences* 31 (4), 24-30

Stress is one of the most important factors affecting negatively during childbirth. The stress significantly increases the pain. So the goal is to deal with stress. Through a survey 90% of women have gone through the pains of childbirth. A lot of them have described as excruciating and exhausting. The Hosseininasab did a survey among 70 women who were from 16 to 20 weeks of their birth, which gave instructions for safe childbirth methods. The result was that these women had significantly reduce the stress of confinement and thereby reduced their pain during birth and throughout their pregnancy.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Το άγχος είναι ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά κατά το τοκετό. Το στρες αυξάνει σημαντικά τον πόνο του τοκετού. Έτσι ο στόχος είναι η αντιμετώπιση του στρες. Μέσω μιας έρευνας που έγινε ανάμεσα σε γυναίκες, το 90% των γυναικών έχουν περάσει τους πόνους του τοκετού. Πολλές χαρακτήρισαν τους πόνους αυτούς ανυπόφορους και κουραστικούς. Ο Hosseininasab έκανε μια έρευνα ανάμεσα σε 70 γυναίκες που ήταν από την 16η μέχρι 20η εβδομάδα του τοκετού τους, στις οποίες έδωσε οδηγίες για ασφαλείς μεθόδους τοκετού. Το αποτέλεσμα ήταν ότι αυτές οι γυναίκες είχαν μειώσει σημαντικά το στρες του τοκετού με αποτέλεσμα να μειωθεί ο πόνος τους κατά τον τοκετό και σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους.

ΠΡΟΤΟΤΥΠΟ ΑΡΘΡΟ 2

Robertson E. & Johansson SE. (2010). Use of complementary, non-pharmacological pain reduction methods during childbirth among foreign-born and Swedish-born women. *Midwifery* 26 (4), 442-449

Robertson and Johansson did a survey among women from different countries who gave birth in Sweden. They did research on the basis of the country which was based on the use of additional pain reduction methods knew each. The research included women aged 18- 47 years and divorced in 12 groups based on their country. The use of complementary methods was based on the level of education of every woman, the number of visits for prenatal care, complications in pregnancy, medication follow and use epidural. The results showed that all groups except women who were from Finland were less likely to use supplementary methods. Women from Arab countries, Sub-Saharan Africa, Turkey, Iran and Asia were 40% less likely than the women of Sweden. Finally, women who used epidural analgesia had higher yields to use additional methods than those who had no pharmacological method.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Οι Robertson και Johansson έκαναν μια έρευνα ανάμεσα σε γυναίκες από διάφορες χώρες, που γέννησαν στη Σουηδία. Η έρευνα έγινε με βάση την χώρα από την οποία κατάγονται και με βάση τη χρήση συμπληρωματικών μεθόδων μείωσης πόνου που ήξερε η κάθε μια. Η έρευνα περιλάμβανε γυναίκες ηλικίας από 18- 47 ετών και τις χώρισαν σε 12 ομάδες με βάση την χώρα τους. Η χρήση συμπληρωματικών μεθόδων έγινε με βάση το επίπεδο εκπαίδευσης της κάθε γυναίκας, τον αριθμό των επισκέψεων της για την προγεννητική φροντίδα, τις επιπλοκές στην εγκυμοσύνη, την φαρμακευτική αγωγή που ακολουθούσαν και την χρήση επισκληριδίου. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως όλες οι ομάδες εκτός από τις γυναίκες που ήταν από τη Φινλανδία είχαν λιγότερες χρήσεις συμπληρωματικών μεθόδων. Οι γυναίκες από τις αραβικές χώρες, την Αφρική, την Τουρκία, το Ιράν και την Ασία είχαν 40% λιγότερες πιθανότητες χρήσεις συμπληρωματικών μεθόδων από τις γυναίκες της Σουηδίας. Τέλος, οι γυναίκες που χρησιμοποίησαν επισκληρίδιο αναλγησία είχαν μεγαλύτερη ανάγκη την χρήση συμπληρωματικών μεθόδων από εκείνες που δεν είχαν καμιά φαρμακολογική μέθοδο.

ΠΡΟΤΟΤΥΠΟ ΑΡΘΡΟ 3

Sejourne N. & Callahan S. (2013). Women's motivations to give birth with or without epidural analgesia. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 42 (1), 56-63

This survey was designed to see what incentives are having pregnant women choose to give birth with epidural analgesia or not. Also wanted to see what their perception of the pain of childbirth. With questionnaires distributed to 114 pregnant women showed their desire for epidural analgesia, the pain had during their confinement and opinion on whether a woman should or should not do epidural analgesia. The results showed that many women choose to do epidural analgesia and pain are different from woman to woman.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Η έρευνα αυτή έγινε με σκοπό να προσδιορίσουν ποια είναι τα κίνητρα που έχουν οι έγκυες γυναίκες ώστε να διαλέξουν αν θα γεννήσουν με επισκληρίδιο αναλγησία ή όχι. Επίσης ήθελαν να καταγράψουν ποια είναι η αντίληψή τους για το πόνο του τοκετού. Με ερωτηματολόγια που μοίρασαν σε 114 έγκυες γυναίκες, σημειώθηκαν οι πόνοι που είχαν κατά την διάρκεια του τοκετού, η επιθυμία τους για επισκληρίδιο αναλγησία και η άποψη τους για το αν μια γυναίκα πρέπει ή όχι να κάνει επισκληρίδιο αναλγησία. Τα αποτελέσματα έδειξαν, πως πολλές είναι οι γυναίκες που διαλέγουν να κάνουν επισκληρίδιο αναλγησία και ότι οι πόνοι είναι διαφορετικοί από γυναίκα σε γυναίκα.

ΠΡΟΤΟΤΥΠΟ ΑΡΘΡΟ 4

Fleet J., Belan I., Jones M.J., Ullah S. & Cyna A.M. (2015). A comparison of fentanyl with pethidine for pain relief during childbirth: a randomised controlled trial. *An International Journal of Obstetrics & Gynecology* 122 (7), 983-992

Pregnant women expect childbirth to be painful. However, little is known about their expectations of the intensity of pain in childbirth and their attitudes to pain management. Method: The design was a cross-sectional survey, with self-reported questionnaires used to collect data from low-risk pregnant women early in pregnancy at 26 of the largest primary health care centers in Iceland. Results: Most women (70%) had a positive attitude towards pain

management without medication and 30% had a positive attitude to pain management with medication. Conclusions: The study detected multiple predictors of women's and attitude to pain management. Early and throughout pregnancy, midwives and health care professionals need to address these predictors in order to assist women to prepare themselves for the pain of labour.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Οι έγκυες γυναίκες περιμένουν τον τοκετό να είναι επώδυνος. Ωστόσο, λίγα είναι γνωστά σχετικά με την ένταση του πόνου κατά τον τοκετό και ποια πρέπει να είναι η στάση τους απέναντι στη διαχείριση του πόνου. Ο σχεδιασμός ήταν μια σύγχρονη μελέτη, με ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται για τη συλλογή στοιχείων από έγκυες γυναίκες χαμηλού κινδύνου, σε 26 από τα μεγαλύτερα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ισλανδία. Οι περισσότερες γυναίκες (70%) είχαν μια θετική στάση απέναντι στη διαχείριση του πόνου χωρίς φαρμακευτική αγωγή και το 30% είχε θετική στάση απέναντι στη διαχείριση του πόνου με φαρμακευτική αγωγή. Το συμπέρασμα μέσω της μελέτης ήταν ότι ανιχνεύθηκαν προγνωστικοί παράγοντες των γυναικών σε σχέση με την στάση τους απέναντι στην διαχείριση του πόνου. Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι μαίες και οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας πρέπει να αντιμετωπίζουν αυτούς τους προγνωστικούς παράγοντες, προκειμένου να βοηθηθούν τις γυναίκες να προετοιμαστούν για τον πόνο του τοκετού.

ΠΡΟΤΟΤΥΠΟ ΑΡΘΡΟ 5

Morse J.M. (2015). Using qualitative methods to access the pain experience. *British Journal of Pain* 9 (1), 26-31

Qualitative methods provide us with techniques to access the pain experience of patients in ways that provide explanation for apparent contradictions and idiosyncrasies that are difficult to access. In this article, I review three such strategies and the application of qualitative research to practice: (1) the analysis of the ways participants speak about agonizing pain using narrative inquiry, (2) comparisons of childbirth pain in two cultural groups using ethnography and (3) present a qualitative theory, the «Praxis Theory of Suffering». This theory provides a theoretical explanation for behaviours that presently confound the understanding of distress using the Distress Thermometer. An alternative approach, 'reading' patients' behavioural manifestations of distress, is recommended.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Οι ποιοτικές μέθοδοι παρέχουν τεχνικές για να αποκτηθεί πρόσβαση στην εμπειρία του πόνου και παρέχουν εξήγηση όπου είναι δύσκολη η πρόσβαση. Σε αυτό το άρθρο, έχουν αναθεωρηθεί τρεις τέτοιες στρατηγικές μαζί με την εφαρμογή της έρευνας για την πρακτική: (1) η ανάλυση των τρόπων με τους συμμετέχοντες να μιλούν για το αβάσταχτο πόνο χρησιμοποιώντας αφηγηματική έρευνα, (2) οι συγκρίσεις του πόνου του τοκετού σε δύο πολιτισμικές ομάδες που χρησιμοποιούν την εθνογραφία και (3) παρουσιάζεται μια ποιοτική θεωρία, η θεωρία «Πράξη του πόνου». Η θεωρία αυτή παρέχει μια εξήγηση για συμπεριφορές που περιπλέκουν σήμερα την κατανόηση του κινδύνου χρησιμοποιώντας το θερμόμετρο κινδύνου. Επίσης, συνιστάται μια εναλλακτική προσέγγιση, η «ανάγνωση» της συμπεριφοράς των ασθενών κινδύνου.

ΠΡΟΤΟΤΥΠΟ ΑΡΘΡΟ 6

Kwok S.C., Moo D., Sia S.T., Razak A.S. & Sng B.L. (2015). Childbirth pain and postpartum depression. *Trends in Anaesthesia and Critical Care* 5 (2-3), 49-84

Childbirth pain is one of the most painful experiences of a mother's life. In this review we investigate the association between childbirth pain and postpartum depression. It is well documented that postpartum depression is an increasing concern which affects not only the mother but can impact the newborn's development. Multiple factors seem to contribute to the likelihood of this depression developing such as the mother's socio-economic background, age, education level, history of childhood abuse as well as the presence of pain catastrophizing traits. Severe acute pain is linked with an increased risk of chronic pain as well as postpartum depression and so it is essential that childbirth pain be managed effectively and in a timely fashion. With this increasing knowledge, we explore the methods used to minimise the risks factors thereby reducing the occurrence of postpartum depression.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Ο πόνος στον τοκετό, είναι μία από τις πιο οδυνηρές εμπειρίες στη ζωή μιας γυναίκας. Στην ανασκόπηση αυτή διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ πόνου του τοκετού και της κατάθλιψης μετά

τον τοκετό. Είναι καλά τεκμηριωμένο ότι η κατάθλιψη μετά τον τοκετό είναι ένα μείζον πρόβλημα που επηρεάζει όχι μόνο τη μητέρα αλλά και την ανάπτυξη του νεογνού. Πολλαπλοί παράγοντες φαίνεται να συμβάλλουν στην πιθανότητα εμφάνισης αυτής της κατάθλιψης, όπως το κοινωνικό και οικονομικό υπόβαθρο της μητέρας, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το ιστορικό για πιθανόν παιδική κακοποίηση, καθώς και την παρουσία των χαρακτηριστικών του πόνου. Ο σοβαρός οξύς πόνος συνδέεται με τον κίνδυνο εμφάνισης χρόνιου πόνου, καθώς και της κατάθλιψης μετά τον τοκετό και γι' αυτό είναι σημαντική η σωστή διαχείριση του πόνου του τοκετού ώστε να είναι αποτελεσματική και έγκαιρη. Με αυτή την αύξηση των γνώσεων, θα διερευνηθούν οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την ελαχιστοποίηση των κινδύνων μειώνοντας έτσι την εμφάνιση της κατάθλιψης μετά τον τοκετό.

ΠΡΟΤΟΤΥΠΟ ΑΡΘΡΟ 7

Goutaudier N., Séjourné N., Rousset C., Lami C. & Chabrol H. (2012). Negative emotions, childbirth pain, perinatal dissociation and self-efficacy as predictors of postpartum posttraumatic stress symptoms. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 30 (4), 352- 362

Objective: The aim of the study was to assess the contribution of negative emotions, childbirth pain, perinatal dissociation, and feelings of self-efficacy to the development of posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth. Patients and methods: A prospective longitudinal study was carried out on 98 women from the south of France area. Four questionnaires were completed at 2–3 days postpartum: the Peritraumatic Emotions List (PEL), the French version of the McGill Pain Questionnaire, the Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire (PDEQ) and the Childbirth Self-efficacy Inventory (CBSEI). The Impact of Event Scale-Revised (IES-R) assessing posttraumatic stress symptoms was also completed 6 weeks after delivery. Results: Pain and negative emotions were significant predictors of the intensity of posttraumatic stress symptoms at 6 weeks postpartum. Although higher levels of pain contribute to increased PTSD symptoms, and higher negative emotion also contributes to PTSD symptoms, the effect of pain on PTSD is stronger when there are high levels of negative emotion. Discussion and conclusion: Our findings highlight that pain, negative emotions and their

interaction were significant predictors of posttraumatic stress symptoms and confirm the importance of developing more specific treatments focusing on support and prevention.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Ο σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμηθεί η συμβολή των αρνητικών συναισθημάτων στον πόνο του τοκετού και τα συναισθήματα της αυτό-αποτελεσματικότητας για την ανάπτυξη της διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD) μετά τον τοκετό. Μια μακροχρόνια μελέτη πραγματοποιήθηκε σε 98 γυναίκες από τη νότιο Γαλλία. Μέσα σε 2 με 3 ημέρες συμπληρώθηκαν τέσσερα είδη ερωτηματολογίων: η Περιτραυματική Λίστα Συναισθημάτων (PEL), η γαλλική εκδοχή του McGill ερωτηματολογίου του πόνου, το ερωτηματολόγιο Περιτραυματικής Διαχωριστικής Εμπειρίας (PDEQ) και ο Κατάλογος τοκετού Αυτό-αποτελεσματικότητας (CBSEI). Ο αντίκτυπος του συμβάντος αναθεωρημένης κλίμακας (IES-R) αξιολόγησης του μετατραυματικού στρες, ολοκληρώθηκε έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό. Τα αποτελέσματα έδειχναν ότι ο πόνος και τα αρνητικά συναισθήματα που δημιουργούνταν, είναι παράγοντες που επηρέαζαν την εμφάνιση μετατραυματικού στρες στην 6^η εβδομάδα μετά τον τοκετό. Παρά το γεγονός ότι τα υψηλά επίπεδα του πόνου και τα αρνητικά συναισθήματα συμβάλλουν στην αύξηση του μετατραυματικού στρες, η επίδραση του πόνου είναι ισχυρότερη όταν υπάρχουν υψηλά επίπεδα αρνητικών συναισθημάτων. Τα ευρήματα αποδεικνύουν ότι ο πόνος, τα αρνητικά συναισθήματα και η αλληλεπίδρασή τους είναι σημαντικοί παράγοντες του μετατραυματικού στρες και έτσι επιβεβαιώνεται η σημασία ανάπτυξης ειδικών θεραπειών οι οποίοι εστιάζουν στην υποστήριξη και στην πρόληψη.

ΠΡΟΤΟΤΥΠΟ ΑΡΘΡΟ 8

Vargens M.C.O., Silva A.C.V. & Progiante J.M. (2013). Non-invasive nursing technologies for pain relief during childbirth—The Brazilian nurse midwives' view. *Midwifery* 29 (11), 99- 106

Objectives to describe the non-invasive care technologies most frequently used by nurse midwives to relieve childbirth pain, and provide a synthesis of studies published by Brazilian

nurse midwives on the use of such technologies. Methodology a systematic literature review focusing on the non-invasive pain relief strategies used by nurse midwives in Brazil. Surveys of three databases (BDENF, CINAHL and MEDLINE) were conducted between 2002 and 2012. The inclusion criteria were: (1) full-text article available; (2) published between 2002 and 2012; (3) written by Brazilian nurse midwives, and (4) fitting the descriptors: childbirth pain; non-invasive technologies; labour; and pain relief. For purposes of analysis, the technologies mentioned were classified into four main categories of support as they relate to environment, position, tactile stimulation, and energy level. Findings we located 21 scientific articles that met the inclusion criteria and addressed the non-invasive technologies that nurse midwives use to provide pain relief during labour. The technologies most used was: stimulation of breathing and relaxation; use of massage with essential oils; encouraging freedom to move, to walk and the free choice for vertical positioning; use of showers and baths; use of *birth ball*. Conclusion Brazilian nurse midwives have made efforts to focus care during delivery on the parturient. By studying and publishing about the non-invasive care technologies they have strengthened de-medicalised knowledge, based on scientific evidence and good outcomes in pain relief during labour. Implications for practice the study presented ideas towards improved theoretical foundations and strategies for establishing practice consonant with humanised care.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Ο στόχος ήταν να περιγραφούν οι μη επεμβατικές διαδικασίες φροντίδας που χρησιμοποιούνται πιο συχνά από τους νοσηλευτές για να ανακουφιστεί ο πόνος του τοκετού. Έτσι δίνονται μελέτες που δημοσιεύθηκαν από νοσηλευτές της Βραζιλίας, σχετικά με τη χρήση των τεχνολογιών αυτών. Μεθοδολογία: Μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με έμφαση στις μη επεμβατικές στρατηγικές ανακούφισης από τον πόνο που χρησιμοποιούνται από νοσηλεύτριες-μαίες στη Βραζιλία. Έρευνες των τριών βάσεων δεδομένων (BDENF, CINAHL και MEDLINE) διεξήχθησαν μεταξύ του 2002 και του 2012. Τα κριτήρια συμπερίληψης ήταν: (1) Τα άρθρα να είναι πλήρες κείμενα και διαθέσιμα, (2) να έχουν δημοσιευθεί μεταξύ του 2002 και του 2012, (3) να έχουν γραφτεί από Βραζιλιάνες νοσηλεύτριες-μαίες και (4) η τοποθέτηση των περιγραφών: πόνος στον τοκετό και μη-επεμβατικές εργασίες ανακούφισης από τον πόνο. Για τους σκοπούς της ανάλυσης, οι τεχνολογίες που αναφέρονται ταξινομήθηκαν σε τέσσερις κύριες κατηγορίες

υποστήριξης που σχετίζονται με το περιβάλλον, τη θέση, τα απτικά ερεθίσματα και το επίπεδο της ενέργειας. Βρέθηκαν 21 επιστημονικά άρθρα που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης ώστε να αντιμετωπιστεί ο πόνος κατά τη διάρκεια του τοκετού με τις μη επεμβατικές τεχνολογίες που χρησιμοποιούν οι μαίες. Οι τεχνολογίες που χρησιμοποιήθηκαν περισσότερο ήταν: η διέγερση της αναπνοής και η χαλάρωση μέσω του μασάζ με την χρήση αιθέριων ελαίων. Ενθαρρύνοντας έτσι την ελευθερία της γυναίκας να κινηθεί, να περπατήσει και να έχει την ελεύθερη επιλογή για κατακόρυφη τοποθέτηση και χρήση του ντους χρήση. Συμπέρασμα: Οι νοσηλεύτές της Βραζιλίας έχουν καταβάλει προσπάθειες να επικεντρωθούν στη φροντίδα κατά τη διάρκεια του τοκετού στις επίτοκες. Με τη μελέτη και τη δημοσίευση για τη μη επεμβατική φροντίδα έχουν ενισχυθεί οι γνώσεις τους, που βασίζονται σε επιστημονικές αποδείξεις και άλλα αποτελέσματα για την ανακούφιση του πόνου. Επιπτώσεις για την πρακτική: Η μελέτη παρουσίασε ιδέες για τη βελτίωση θεωριών και στρατηγικών για την ίδρυση πρακτικής της φροντίδας.

ΠΡΟΤΟΤΥΠΟ ΑΡΘΡΟ 9

Duncan L., Cohn M., Chao M., Cook J., Riccobono J. & Bardacke N. (2014). Mind in Labor: Effects of Mind/Body Training on Childbirth Appraisals and Pain Medication Use During Labor. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 20 (5), 17

Purpose: Fear of childbirth poses substantial risks to healthy adjustment across the perinatal period. Fear of childbirth includes maladaptive appraisals of pain (e.g., pain catastrophizing) and of one's ability to cope with childbirth (i.e., low childbirth self-efficacy). Fear of childbirth predicts lower pain tolerance and greater use of pain medication in labor. Fear and pain in labor may increase the likelihood of unwanted obstetric interventions, such as emergency Cesarean section, lead to a reduction in birth satisfaction, and, in severe cases, can lead to post-traumatic stress symptoms following birth. Mindfulness training – long used as a method for promoting coping with chronic pain and recently shown to be beneficial for acute pain – provides a novel and potentially promising strategy for preparing women for childbirth. Methods: In a small, randomized controlled trial (N=30), we tested the impact of “Mind in Labor (MIL): Working with Pain in Childbirth,” a brief, 3rd trimester childbirth education program that teaches

mindfulness skills for coping with childbirth pain and fear. We compared MIL with an active comparison condition of high quality childbirth education that had no mind/body focus. Participants completed preposcourse and post-birth questionnaires and granted access to their medical record data. Results: After receiving the intervention, MIL participants showed increased childbirth self-efficacy ($p=.04$) and a trend toward lower pain catastrophizing compared to controls. Epidural anesthesia rates were comparable across conditions, but fewer MIL participants used systemic opioid analgesia during labor (Fisher's exact test $p=.119$). MIL participants had significantly lower depression symptoms post-course than controls; the difference grew in magnitude postpartum; ($p=.04$). Conclusion: With over 3.99 million births in the United States per year, innovative and accessible interventions for addressing childbirth fear and pain are critically needed. Our results suggest that relatively brief mind/body training may address this need.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Σκοπός: Ο φόβος του τοκετού ενέχει υψηλούς κινδύνους για την προσαρμογή σε όλη την περιγεννητική περίοδο. Ο φόβος του τοκετού περιλαμβάνει δυσπροσάρμοστες εκτιμήσεις του πόνου και της ικανότητας του ατόμου να αντιμετωπίσει τον τοκετό (δηλαδή, χαμηλή αυτό-αποτελεσματικότητα τοκετού). Ο φόβος του τοκετού προβλέπει μικρότερη ανοχή του πόνου και μεγαλύτερη χρήση φαρμάκων στον τοκετό. Ο φόβος και ο πόνος στον τοκετό μπορεί να αυξήσουν την πιθανότητα ανεπιθύμητων επεμβάσεων, όπως να οδηγήσουν σε επείγουσα καισαρική τομή, σε μείωση σωστών των γεννήσεων και να δημιουργήσουν σοβαρές περιπτώσεις όπως συμπτώματα μετά-τραυματικού στρες μετά τη γέννηση. Κατάρτιση: Εδώ και καιρό χρησιμοποιείται ως μέθοδος για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου και πρόσφατα αποδείχθηκε ότι είναι ευεργετική και για τον οξύ πόνο. Παρέχει μια νέα και πολλά υποσχόμενη στρατηγική για την προετοιμασία των γυναικών για τον τοκετό. Μέθοδοι: Σε μια μικρή, τυχαία ελεγχόμενη μελέτη ($N = 30$), ελέγξαμε την επίδραση της «Εργασίας του νου» (MIL) ή αλλιώς «Συνεργασία με τον πόνο κατά τον τοκετό» το οποίο είναι ένα σύντομο τρίμηνο πρόγραμμα εκπαίδευσης του τοκετού που διδάσκει δεξιότητες, γνώσης και συναίσθηση για την αντιμετώπιση του πόνου και του φόβου του τοκετού. Συγκρίναμε την MIL με μια ενεργή κατάσταση εκπαίδευσης της υψηλής ποιότητας τοκετού που δεν είχε επίκεντρο το μυαλό και το σώμα. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια πριν και μετά την πορεία τους στον

τοκετό και είχαν πρόσβαση στα δεδομένα των ιατρικών φακέλων τους. Αποτελέσματα: Μετά την παρέμβαση οι συμμετέχοντες της MIL, έδειξαν αυξημένη αυτό-αποτελεσματικότητα του τοκετού ($p = 0,04$) και μια τάση προς χαμηλότερο πόνο σε σύγκριση με τους μάρτυρες. Τα ποσοστά της επισκληρίδιου αναισθησίας ήταν συγκρίσιμα σε άλλες συνθήκες. Οι μη συμμετέχοντες της MIL χρησιμοποίησαν συστηματική αναλγησία με οπιοειδή κατά τη διάρκεια του τοκετού (το ακριβές τεστ του Fisher $p = 0,119$). Οι συμμετέχοντες της MIL είχαν σημαντικά χαμηλότερο κίνδυνο κατάθλιψης. Συμπέρασμα: Με πάνω από 3.990.000 γεννήσεις στις Ηνωμένες Πολιτείες κάθε χρόνο, οι παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του φόβου και του πόνου του τοκετού είναι αυστηρά αναγκαίες. Τα αποτελέσματά μας δείχνουν ότι η σχετικά σύντομη περίοδος εκπαίδευσης του μυαλού και του σώματος μπορεί να αντιμετωπίσει αυτή την ανάγκη.

ΠΡΟΤΟΤΥΠΟ ΑΡΘΡΟ 10

Simavli S., Kaygusuz I., Gumus I., Usluogullari B., Yildirim M. & Kafali H. (2014). Effect of music therapy during vaginal delivery on postpartum pain relief and mental health. *Journal of Affective Disorders* 156, 194- 199

Childbirth is an important experience in a woman's life, and unfavorable birth experiences have been shown to negatively impact postpartum maternal health. Aim of this study was to evaluate the effects of music therapy on postpartum pain, anxiety level, satisfaction and early postpartum depression rate. Methods Totally 161 primiparous women were recruited and randomized either music group ($n=80$) or a control group ($n=81$). Women in the music group listened to self-selected music during labor. Postpartum pain intensity, anxiety level and satisfaction rate were measured using the visual analog scale (VAS), postpartum depression rate was assessed with Edinburg Postpartum Depression Scale (EPDS) at postpartum day one and day eight. Results Mothers in the music therapy group had a lower level of postpartum pain and anxiety than the control group and it was statistically significant at all time intervals (1, 4, 8, 16 and 24 h, $p<0.001$). A significant difference was observed between the two groups in terms of satisfaction rate ($p<0.001$) and postpartum depression rate at postpartum day one and day eight ($p<0.05$). Limitations We only measured the effect of music therapy on early postpartum depression rate.

Effect of music on late postpartum depression rate should be investigated in future. Conclusions Using music therapy during labor decreased postpartum anxiety and pain, increased the satisfaction with childbirth and reduced early postpartum depression rate. Music therapy can be clinically recommended as an alternative, safe, easy and enjoyable nonpharmacological method for postpartum well-being.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Ο τοκετός είναι μια σημαντική εμπειρία στη ζωή μιας γυναίκας και οι δυσμενείς εμπειρίες κατά την γέννηση έχουν αποδειχθεί ότι επηρεάζουν αρνητικά την υγεία της μητέρας μετά τον τοκετό. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αξιολογηθεί η επίδραση της μουσικοθεραπείας στον πόνο μετά τον τοκετό, το επίπεδο του άγχους, η ικανοποίηση και το ποσοστό κατάθλιψης. Μέθοδοι: 161 γυναίκες επιλέχθηκαν τυχαία και χωρίστηκαν είτε σε μουσική ομάδα ($n = 80$) ή σε μια ομάδα ελέγχου ($n = 81$). Οι γυναίκες στην ομάδα μουσικής ακούγανε επιλεγμένη μουσική κατά τη διάρκεια της μελέτης. Μετά τον τοκετό η ένταση του πόνου, το επίπεδο του άγχους και το ποσοστό ικανοποίησης μετρήθηκαν χρησιμοποιώντας την αναλογική κλίμακα (VAS), το ποσοστό κατάθλιψης εκτιμήθηκε με κλίμακα επιλόχειας κατάθλιψης (EPD) την πρώτη ημέρα και την όγδοη ημέρα μετά τον τοκετό. Αποτελέσματα: Οι μητέρες στην ομάδα θεραπείας με μουσική είχαν λιγότερο πόνο μετά τον τοκετό και το άγχος τους από την ομάδα ελέγχου ήταν στατιστικά σημαντικό σε όλα τα χρονικά διαστήματα (1, 4, 8, 16 και 24 ώρες). Μια σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε μεταξύ των δύο ομάδων όσον αφορά το ποσοστό ικανοποίησης μετά τον τοκετό και το ποσοστό της κατάθλιψης μετά τον τοκετό, τη πρώτη ημέρα και την όγδοη ημέρα. Περιορισμοί: Μετρήθηκε μόνο η επίδραση της μουσικοθεραπείας στην έγκαιρη αντιμετώπιση της κατάθλιψης μετά τον τοκετό. Η επίδραση της μουσικής για την καθυστέρηση του ποσοστού της κατάθλιψης μετά τον τοκετό, θα πρέπει να διερευνηθεί στο μέλλον. Συμπεράσματα: Χρησιμοποιώντας για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης τη μουσική μειώθηκε το άγχος και ο πόνος μετά τον τοκετό, αυξήθηκε η ικανοποίησή τους για τον τοκετό και μειώθηκε νωρίς ο συντελεστής κατάθλιψης μετά τον τοκετό. Η μουσικοθεραπεία μπορεί να συνιστάται κλινικά ως εναλλακτική λύση, εφόσον είναι ασφαλής, εύκολη και ευχάριστη μέθοδος μη φαρμακολογικής ευημερίας για μετά τον τοκετό.

Gau M.L., Chang C.Y., Tian S.H. & Lin K.S. (2011). Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: A randomised controlled trial in Taiwan. *Midwifery* 27 (6), 293-300

Objectives: to examine the effectiveness of a birth ball exercise programme during childbirth by measuring childbirth self-efficacy and childbirth pain. In addition, it tested the mediating effects of childbirth self-efficacy on the relationship between the birth ball exercise programme and childbirth pain.

Design: randomised controlled trial. *Participants and setting:* the study was conducted from December 2008 to November 2009, at two birth units, one at a regional hospital and one at a medical centre, with 600 and 1022 annual births, respectively. One hundred and eighty-eight expectant mothers were recruited (recruitment rate: 47%) and were allocated by block randomisation into the two arms of the study, but only 48 intervention and 39 control group participants completing the trial. *Interventions:* the birth ball exercise programme consisted of a 26-page booklet and a 19-minute videotape, with periodic follow-ups during prenatal checks. All members of the experimental group were asked to practise the exercises and positions at home for at least 20 minutes three times a week for a period of 6–8 weeks. Each woman in the experimental group was given a birth ball for use during labour and encouraged every hour to choose the most comfortable positions, movements, and exercises. Both the experimental and control groups received standard nursing and midwifery care from hospital staff nurses in all aspects of pregnancy and childbirth. *Measurement and findings:* when cervical dilations were four centimetres and eight centimetres, the women completed demographic and obstetrics information, the Childbirth Self-efficacy Inventory (CBSEI), and the short form of the McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ). Our study revealed that birth ball exercises provided statistically significant improvements in childbirth self-efficacy and pain. Specifically, self-efficacy had a 30–40% mediating effect on relationships between birth ball exercises and childbirth pain. Mothers in the experimental group had shorter first-stage labour duration, less epidural analgesia, and fewer caesarean deliveries than the control group. *Conclusions and implications for practice:* clinical implementation of the birth ball exercise programme could be an effective adjunctive tool to improve childbirth self-efficacy and reduce pain among women in labour. On the basis of

our mediating model, the results further suggest that confidence is greater after prenatal preparation powerfully related to decreased pain perception and decreased medication/analgesia use during labour.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

Στόχος: Ο στόχος της έρευνας ήταν να εξεταστεί η αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος άσκησης κατά τη διάρκεια του τοκετού με τη μέτρηση της αυτό-αποτελεσματικότητας στον πόνο κατά τον τοκετό. Επιπλέον, εξετάστηκαν οι επιπτώσεις μεσολάβησης της αυτό-αποτελεσματικότητας του τοκετού μεταξύ του προγράμματος άσκησης και τον πόνο του τοκετού. **Σχεδιασμός:** Ο σχεδιασμός έγινε με βάση μια τυχαία ελεγχόμενη μελέτη. **Συμμετέχοντες και ρύθμιση:** Η μελέτη διεξήχθη από τον Δεκέμβριο του 2008 μέχρι τον Νοέμβριο του 2009, σε ένα περιφερειακό νοσοκομείο και σε ένα ιατρικό κέντρο, με 600 και 1022 ετήσιες γεννήσεις, αντίστοιχα. Εκατόν ογδόντα οκτώ μέλλουσες μητέρες είχαν προσληφθεί (ρυθμός προσλήψεων 47%) και επιλέχθηκαν τυχαία για τα δύο σκέλη της μελέτης, αλλά μόνο 48 συμμετέχοντες παρέμβασης και 39 άτομα ομάδας ελέγχου έχουν ολοκληρώσει τη δίκη. **Παρεμβάσεις:** το πρόγραμμα άσκησης αποτελούνταν από ένα βιβλιαράκι 26 σελίδων και μια βιντεοκασέτα 19 λεπτών, με περιοδική παρακολούθηση του προγεννητικού ελέγχου. Όλα τα μέλη της πειραματικής ομάδας κλήθηκαν να κάνουν ορισμένες ασκήσεις στο σπίτι για τουλάχιστον 20 λεπτά τρεις φορές την εβδομάδα για μια περίοδο 6-8 εβδομάδων. Σε κάθε γυναίκα στην πειραματική ομάδα δόθηκε μια μπάλα τοκετού για χρήση κατά τη διάρκεια του τοκετού και τις ενθάρρυναν κάθε ώρα να επιλέγουν τις πιο άνετες θέσεις, μετακινήσεις και ασκήσεις. Τόσο οι πειραματικές ομάδες, όσο και οι ομάδες ελέγχου έλαβαν ένα πρότυπο νοσηλευτικής και μαιευτικής φροντίδας από το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου σε όλες τις πτυχές της εγκυμοσύνης και του τοκετού. **Μέτρηση και διαπιστώσεις:** όταν οι διαστολές ήταν τέσσερα εκατοστά και οκτώ εκατοστά, οι γυναίκες συμπλήρωσαν την Απογραφή Αυτό-αποτελεσματικότητας Τοκετού (CBSEI) και μια σύντομη μορφή του ερωτηματολογίου McGill Pain (SF-MPQ). Η μελέτη έδειξε ότι οι ασκήσεις παρείχαν στατιστικά σημαντικές βελτιώσεις στην αυτό-αποτελεσματικότητα της γέννας και τον πόνο. Συγκεκριμένα, είχαν 30-40% διαμεσολαβητική επίδραση αυτό-αποτελεσματικότητας στις σχέσεις μεταξύ των ασκήσεων της γέννησης και του πόνου του τοκετού. Οι μητέρες στην πειραματική ομάδα είχαν μικρότερη

διάρκεια του πρώτου σταδίου εργασίας, λιγότερη επισκληρίδιο αναλγησία, και λιγότερες καισαρικές από την ομάδα ελέγχου. Συμπεράσματα και συνέπειες για την πρακτική: η κλινική εφαρμογή του προγράμματος ασκήσεων των γεννήσεων θα μπορούσε να είναι ένα αποτελεσματικό βοηθητικό εργαλείο για τη βελτίωση αυτό-αποτελεσματικότητας του τοκετού και να μειώσει τον πόνο των γυναικών στην εργασία. Τα αποτελέσματα δείχνουν επίσης ότι η εμπιστοσύνη είναι η μεγαλύτερη προγεννητική προετοιμασία που μπορεί να μειώσει τον πόνο με αποτέλεσμα να μειωθεί και η χρήση φαρμάκων αναλγησίας κατά τη διάρκεια της εργασίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Τα συμπεράσματα της έρευνας αποδεικνύουν ότι στο φυσιολογικό τοκετό οι γυναίκες στον δυτικό κόσμο είναι πιο εξοικειωμένες με τους σύγχρονους τρόπους καταπολέμησης του πόνου. Βέβαια πολλές είναι οι γυναίκες που επιλέγουν να αντιμετωπίσουν τους πόνους με μη φαρμακευτικούς τρόπους. Επιπλέον η κάθε γυναίκα αντιλαμβάνεται διαφορετικά τους πόνους του τοκετού και γι' αυτό διαφέρει ο τρόπος που προτιμά να χρησιμοποιήσει για την αντιμετώπιση τους. Σε χώρες του δυτικού κόσμου, οι γυναίκες συνήθως χρησιμοποιούν φαρμακευτικούς τρόπους αντιμετώπισης του πόνου, όπως είναι η χρήση αναλγησίας, η γενική αναισθησία και η επισκληρίδιο αναισθησία. Προτιμούν αυτούς τους τρόπους επειδή παρέχουν πιο άμεση ανακούφιση από τον πόνο και δεν ταλαιπωρούνται ιδιαίτερα. Πολλές φοβούνται τον πόνο που πιστεύουν ότι θα αισθανθούν στον τοκετό και διαλέγουν φαρμακευτικά μέσα αντιμετώπισης, ξεχνώντας τις επιπλοκές που μπορεί να έχει σε αυτές ή ακόμα και στο μωρό. Λίγες είναι οι γυναίκες που θεωρούν εντελώς φυσικούς τους πόνους του τοκετού και δεν έχουν πρόβλημα να τους βιώσουν, όποια και αν είναι η ένταση τους. Παρόλα αυτά μπορεί να χρησιμοποιήσουν φυσικούς τρόπους αντιμετώπισης του πόνου, όπως είναι η μουσική ή κάποια σειρά ασκήσεων που μπορούν να κάνουν πριν τον τοκετό ώστε να μπορούν να αντέξουν τους πόνους. Σε οποιαδήποτε περίπτωση η γυναίκα δεν πρέπει να φοβάται τους πόνους του τοκετού και τόσο οι γιατροί όσο και οι νοσηλεύτες πρέπει να είναι δίπλα στην γυναίκα και να την στηρίζουν και να τις προτείνουν τον καλύτερο, γι' αυτήν και το μωρό, τρόπο αντιμετώπισης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1.Aboelsoud N.H. (2010). Herbal medicine in ancient Egypt. *Journal of Medicinal Plants Research* 4 (2), 82-86.
- 2.Albers L.L. (2007). The evidence for physiologic management of the active phase of the first stage of labor. *Journal of Midwifery & Women's Health* 52 (3), 207-215.
- 3.Anim-Somuah M., Smyth R. & Howell C. (2011). Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (12), 50-72.
- 4.Brancato R.M., Church S. & Stone P.W. (2008). A meta-analysis of passive descent versus immediate pushing in nulliparous women with epidural analgesia in the second stage of labor. *Journal of Obstetric, Gynecology and Neonatal Nursing* 37 (1), 4-12.
- 5.Bucklin B., Hawkins J., Anderson J. & Ullrich F. (2005). Obstetric anesthesia workforce survey. *Anesthesiology* 103 (3), 645-653.
- 6.Butler C., Kelsberg G., St. Anna L. & Crawford P. (2005). How long is expectant management safe in first-trimester miscarriage? *Journal of Family Practice* 54 (10), 889-890.
- 7.Calister L., Khalar I., Semenik S., Kartchner R. & Vehvilainen – Julkunen K. (2003). The pain of childbirth: Perceptions of culturally diverse women. *Pain Management Nursing* 4 (4), 145-154.
- 8.Duncan L., Cohn M., Chao M., Cook J., Riccobono J. & Bardacke N. (2014). Mind in Labor: Effects of Mind/Body Training on Childbirth Appraisals and Pain Medication Use During Labor. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 20 (5), 17.
- 9.Fenwick J., Gamble J., Nathan E., Bayes S. & Hauck Y. (2009). Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *Journal of Clinical Nursing* 18 (5), 667-677.

- 10.Fleet J., Belan I., Jones M.J., Ullah S. & Cyna A.M. (2015). A comparison of fentanyl with pethidine for pain relief during childbirth: a randomised controlled trial. *An International Journal of Obstetrics & Gynecology* 122 (7), 983-992.
- 11.Gau M.L., Chang C.Y., Tian S.H. & Lin K.S. (2011). Effects of birth ball exercise on pain and self-efficacy during childbirth: A randomised controlled trial in Taiwan. *Midwifery* 27 (6), 293- 300.
- 12.Goutaudier N., Séjourné N., Rousset C., Lami C. & Chabrol H. (2012). Negative emotions, childbirth pain, perinatal dissociation and self-efficacy as predictors of postpartum posttraumatic stress symptoms. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 30 (4), 352- 362.
- 13.Hodnett E.D., Gates S., Hofmeyr G.J. & Sakala C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (7), 103-127.
- 14.Hosseininasab S.D., Taghavi S. & Ahmadian S. (2010). The Effectiveness of Prenatal Education in Decreasing the Childbirth Pain and Anxiety. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences* 31 (4), 24-30.
- 15.Kwok S.C., Moo D., Sia S.T., Razak A.S. & Sng B.L. (2015). Childbirth pain and postpartum depression. *Trends in Anaesthesia and Critical Care* 5 (2-3), 49-84.
- 16.Lowe N. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 186 (5), 16-24.
- 17.Mahlmeister L. (2003). Nursing responsibilities in preventing, preparing for and managing epidural emergencies. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing* 17 (1), 19-32.
- 18.Moodliar S., Bagratee J., & Moodley J. (2005). Medical versus surgical evacuation of first-trimester spontaneous abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 91 (1), 21-26.
- 19.Morse J.M. (2015). Using qualitative methods to access the pain experience. *British Journal of Pain* 9 (1), 26-31.

- 20.O'Connell H.E., Eizenberg N., Rahman M. & Cleeve J. (2008). The anatomy of the distal vagina: towards unity. *Journal of Sexual Medicine* 5 (8), 1883–1891.
- 21.Robertson E. & Johanss SE. (2010). Use of complementary, non-pharmacological pain reduction methods during childbirth among foreign-born and Swedish-born women. *Midwifery* 26 (4), 442-449.
- 22.Sejourne N. & Callahan S. (2013). Women's motivations to give birth with or without epidural analgesia. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 42 (1), 56-63.
- 23.Simavli S., Kaygusuz I., Gumus I., Usluogullari B., Yildirim M. & Kafali H. (2014). Effect of music therapy during vaginal delivery on postpartum pain relief and mental health. *Journal of Affective Disorders* 156, 194- 199.
- 24.Smith C.A., Collins C.T. Cyna A.M. & Crowther C.A. (2006). Complementary and alternative therapies for pain management in labor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4), 136-152.
- 25.Strauss J.F. & Barbieri R.L. (2013). Yen & Jaffe's Reproductive Endocrinology. *Physiology, Pathophysiology, and Clinical Management* 7, 3-272.
- 26.Vargens M.C.O., Silva A.C.V. & Progiante J.M. (2013). Non-invasive nursing technologies for pain relief during childbirth—The Brazilian nurse midwives' view. *Midwifery* 29 (11), 99-106.
- 27.Zwelling E., Johnson K. & Allen J. (2006). How to implement complementary therapies for laboring women. *MCN American Journal of Maternal Child Nursing* 30 (6), 364-372.