



ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
(Σ.Ε.Υ.Π)**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Το ταξίδι της εγκυμοσύνης και οι πρώτες φροντίδες του νεογνού»

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

Μπουσκλαβίτη Ευθαλία	A.M. 14439
Παππά Νίκη	A.M. 15511
Πεσάνη Σοφία	A.M. 11394
Ραμαντάνη Κωνσταντίνα	A.M. 15502

Επιβλέπων Καθηγητής: Γεώργιος Βρυώνης

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2017

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τον καθηγητή μας κ. Γεώργιο Βρυώνη κυρίως για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε, και την υπομονή που έκανε κατά τη διάρκεια υλοποίησης της πτυχιακής μας εργασίας, όπως επίσης και για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση του, για την επίλυση διάφορων θεμάτων.

Επιπλέον, ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους τους καθηγητές του Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Ιωαννίνων για τις πολύτιμες γνώσεις που μας προσέφεραν όλα αυτά τα χρόνια.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ακόμα και τις βιβλιοθήκες του Τει Ηπείρου και Πανεπιστημίου Ιωαννίνων για την παροχή βιβλιογραφικού υλικού και την πρόσβαση στα επιστημονικά άρθρα που χρησιμοποιήσαμε για την υλοποίηση της εργασίας μας.

Τέλος, ένα τεράστιο ευχαριστώ στις οικογένειες μας για την οικονομική και ηθική υποστήριξη όλα αυτά τα χρόνια των σπουδών μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης εστιάζει στο ταξίδι της ζωής από την εμβρυϊκή περίοδο έως τον τοκετό και τη γέννηση ενός φυσιολογικού τελειόμηνου βρέφους. Σκοπός της εργασίας είναι να προσφέρει μια πλήρη ενημέρωση γύρω από το θέμα της εγκυμοσύνης, να δώσει τις απαραίτητες οδηγίες στη μητέρα για βασικά καθημερινά θέματα που σχετίζονται με τη διατροφή, την άσκηση, τις απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις ώστε να είναι κατάλληλα προετοιμασμένη για την κρίσιμη ώρα του τοκετού. Επιπλέον, παρατίθενται τα βασικά σημεία φροντίδας και περιποίησης του νεογνού από τις πρώτες κίχλες ώρες και δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στη διαδικασία θηλασμού και στην ψυχολογία της μητέρας κατά την περίοδο της λοχείας. Τέλος, τονίζεται ο σημαντικός ρόλος του πατέρα καθόλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και μετέπειτα, τόσο στην ψυχολογική υποστήριξη της εγκύου, όσο και στην παροχή βοήθειας στη φροντίδα του νεογνού. Η γέννηση και η ανατροφή ενός υγιούς μωρού απαιτεί ικανότητες και πληροφόρηση, που οι γονείς πρέπει να βρίσκουν γρήγορα και εύκολα. Ευχόμαστε η εργασία μας να αποτελέσει ένα χρήσιμο εγχειρίδιο για όλους αυτούς τους γονείς.

ABSTRACT

This paper focuses through literature review on the journey of life from the fetal period to parturition and the birth of a normal full-term infant. The purpose of this paper is to provide a full briefing on the topic of pregnancy, provide the necessary instructions to the mother for basic daily issues related to diet, exercise, necessary medical tests in order to be properly prepared for the critical time of childbirth. Furthermore, the basic care and treatment points of the newborn from the first hours of its life are being cited and special emphasis on the nursing process and the psychology of the mother during the postpartum period is given. Finally, it highlights the important role of the father throughout pregnancy and thereafter, both on the psychological support of the pregnant partner, and on his assistance in neonatal care. The birth and upbringing of a healthy baby requires skills and information that parents need to find quickly and easily. We hope that our paper can be a useful guide for all those parents.

*“Τη στιγμή που γεννιέται ένα μωρό,
την ίδια στιγμή γεννιέται και η μητέρα.
Η γυναίκα υπήρχε, αλλά όχι η μητέρα.”*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
---------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΓΥΝΑΙΚΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ.....	12
1.2. ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ	13
1.3. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	14
1.4. ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	16
1.5. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	20
1.6. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ.....	24
1.6.1. Τροφές που ενδείκνυνται κατά την εγκυμοσύνη	26
1.6.2. Τροφές που θα πρέπει να αποφεύγονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.....	27
1.6.3. Κατάλληλη και έγκαιρη λήψη συμπληρωμάτων βιταμινών και ανόργανων στοιχείων	28
1.6.4. Βασικές αρχές για εννέα μήνες υγιεινής διατροφής	30
1.7. ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ	33
1.7.1. Το κάπνισμα	33
1.7.2. Το αλκόολ.....	36
1.7.3. Η καφεΐνη	38
1.8. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	40
1.8.1. Αρνητικές επιπτώσεις της άσκησης	42
1.8.2. Πλεονεκτήματα της άσκησης	42
1.9. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ	43
1.10. ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ.....	46

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΤΟΚΕΤΟΣ

2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	50
2.2. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	50
2.3. ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΨΥΧΟΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΚΑΤΑ ΛΑΜΑΖΕ	53
2.4. ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	55

2.5. ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	59
2.6. ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	63
2.6.1. Τοκετός στο σπίτι.....	63
2.6.2. Τοκετός στο νερό	65
Τα πλεονεκτήματα από τον τοκετό στο Νερό:.....	66
Τα μειονεκτήματα:.....	67
2.7. ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΚΕΤΟΥ	67
2.7.2. Πρόωρος τοκετός.....	67
2.7.2. Παράταση κύησης	71
2.7.3. Επεμβατικός τοκετός – Πρόκληση τοκετού	74
Ενδείξεις για πρόκληση τοκετού:	74
2.7.4. Καισαρική τομή	76
2.7.5. Θέσεις μωρού – Ισχιακή προβολή	79
2.7.6. Δίδυμα	83

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΤΟ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ ΜΩΡΟ - ΒΑΣΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

2.8. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	84
3.1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΠΡΩΤΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΕΣ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ	88
3.2. Η ΠΡΩΤΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	89
3.3. ΤΟ ΠΟΡΤΡΑΙΤΟ ΤΟΥ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟΥ	92
3.5. ΤΑ ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟΥ	95
3.6. ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΒΡΕΦΟΥΣ	97
3.6.1. Κλάμα και αναταπόκριση	98
3.6.2. Ύπνος.....	100
3.6.3. Πάνες – Αλλαγή πάνας	102
3.6.4. Διούρηση – Κενώσεις	104
3.6.5. Το μπάνιο και η υγιεινή του μωρού.....	105
3.6.6. Φροντίδα δέρματος και νυχιών	107
3.6.7. Περιποίηση ομφάλιου λώρου.....	108
3.6.8. Περιποίηση νινίδας και παρατρίμματος	108
3.6.9. Το κράτημα και ο χειρισμός	111
3.6.10. Βρεφικό μασάζ.....	112

3.2. ΠΑΙΔΙΚΟ ΔΩΜΑΤΙΟ - ΡΟΥΧΙΣΜΟΣ.....	115
3.2.1. Εξοπλισμός του παιδικού δωματίου	116
Αλλαξιέρα:	118
4.8. ΘΗΛΑΣΜΟΣ	123
3.8.1. Παραγωγή Μητρικού Γάλακτος.....	123
3.8.2. Πλεονεκτήματα μητρικού γάλακτος	124
3.8.3. Συμβουλές για επιτυχή θηλασμό	128
3.8.4. Συχνότητα και ποσότητα γευμάτων	130
3.8.5. Ξένο γάλα	131

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΛΟΧΕΙΑ

4.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΛΟΧΕΙΑΣ	133
4.2. ΣΩΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΛΟΧΕΙΑ	133
4.3. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΕΠΑΦΕΣ	134
4.3. ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ - ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ	135
4.4. ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ.....	136
4.5. ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ.....	139
4.6. ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ – ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ	140
4.7. ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΣ ΨΥΧΩΣΗ	144
4.8. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	146

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΤΕΡΑ

5.1. ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΑΤΡΟΤΗΤΑΣ	150
5.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΤΕΡΑ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ.....	151
5.3. ΔΙΑΣΚΙΑΣΙΑ ΤΟΚΕΤΟΥ ΚΑΙ ΠΑΤΕΡΑΣ	154
5.4. ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΠΑΤΕΡΑ.....	156
5.5. ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΤΟΥ ΠΑΤΕΡΑ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ	158
5.6. ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΙ ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ	159
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	161
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ	164

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	166
---------------------------	------------

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ένας γνωστός καθηγητής γυναικολογίας στην Αμερική παρομοιάζει την εγκυμοσύνη με ένα μακρύ υπερατλαντικό αεροπορικό ταξίδι. Η μητέρα είναι σαν το αεροπλάνο ο μεταφορέας. Από την κατάσταση της υγείας της μητέρας εξαρτάται η ασφάλεια του ταξιδιού. Όσο πιο υγιής είναι η μητέρα κατά την εγκυμοσύνη τόσο το πιο ασφαλές θα είναι το ταξίδι. Το έμβρυο είναι ο επιβάτης του ταξιδιού που συνήθως δεν αντιμετωπίζει προβλήματα. Το ταξίδι μπορεί να είναι ήσυχο αλλά επίσης είναι δυνατόν πολλά να συμβούν από αναταράξεις (ναυτία της εγκυμοσύνης ή ανώδυνες αιμορραγίες) μέχρι αναγκαστικές προσγειώσεις (επείγουσα καισαρική). Ο μαιευτήρας είναι ο πιλότος οποίος θα φροντίσει να απογειώσει και να προσγειώσει το αεροπλάνο με ασφάλεια. Ο καλύτερος τρόπος να εξασφαλίσεις λοιπόν ένα ήρεμο και ασφαλές ταξίδι είναι αφενός να κρατάς τον εαυτό σου σε καλή κατάσταση υγείας αφετέρου να επιλέξεις έναν έμπειρο και άρτια καταρτισμένο γυναικολόγο.

Η εγκυμοσύνη και ο τοκετός είναι ένα εξαιρετικό κεφάλαιο στη ζωή του ζευγαριού. Σκοπός μας είναι μέσω της παρούσας εργασίας, να απαλείψουμε το φόβο και τις δικαιολογημένες ανησυχίες του κάθε ζευγαριού και να βοηθήσουμε στις τυχόν δύσκολες στιγμές, ώστε να απολαύσουν κάθε στιγμή της εγκυμοσύνης και το ανεκτίμητο δώρο μιας νέας ζωής.

Αρχικά, η εργασία μας πραγματεύεται την αρχή μιας κύησης όπου δίνει την έναρξη στη ζωή ενός παιδιού. Από την πρώτη στιγμή κιόλας, που το έμβρυο εμφυτεύεται στη μήτρα, αρχίζουν να συμβαίνουν εκπληκτικές αλλαγές στο σώμα. Πρώτη η μήτρα και προοδευτικά όλα τα όργανα αρχίζουν να εργάζονται εντατικά με ένα και μοναδικό σκοπό: να ικανοποιήσουν τις ανάγκες του εμβρύου που φιλοξενείται. Το πρώτο μέρος της εργασίας θα μας καθοδηγήσει σε όλα τα στάδια μιας εγκυμοσύνης.

Έπειτα, η εργασία εξελίσσεται με το κεφάλαιο του τοκετού. Ο τοκετός είναι μοναδική στιγμή για μια γυναίκα. Επιβεβαιώνει το ρόλο της ύπαρξής της και γίνεται ένας μικρός θεός, δημιουργώντας ζωή. Είναι από τις μοναδικές στιγμές ενός ζευγαριού. Αν και μοναδική όμως, συνοδεύεται από πόνο και έναν βαθμό ανησυχίας. Μαθαίνοντας το σώμα της μια γυναίκα, και τι γίνεται κατά τη διάρκεια του τοκετού, αισθάνεται πιο ασφαλής. Ο τοκετός ξεκινά

διαφορετικά σε κάθε γυναίκα. Η εργασία στην πορεία θα μας δείξει πως εξελίσσεται ένας τοκετός.

Στο τρίτο κεφάλαιο θα διδαχθούμε την εξέλιξη της ζωής ενός παιδιού μετά τη γέννα. Για να αναθρέψει κάποιος ένα υγιές μωρό απαιτούνται ικανότητες και πληροφόρηση, που οι γονείς θα πρέπει να βρίσκουν γρήγορα και εύκολα. Είναι πολύ σημαντικό να ξέρουν τι είναι το καλύτερο για τη διατροφή, την καθαριότητα και τη φροντίδα του παιδιού τους, ώστε να το προστατεύουν από κάθε είδους κινδύνους και ασθένειες.

Φυσικά μετά τον τοκετό ελοχεύονται διάφοροι κίνδυνοι, καθώς βρισκόμαστε στο στάδιο της λοχείας. Λοχεία λοιπόν, είναι η περίοδος κατά την οποία ο οργανισμός προσπαθεί να επανέλθει προοδευτικά, εντός ενός διαστήματος 40 ημερών. Πρόκειται για μία μεταβατική περίοδο κατά την οποία συντελούνται πολλές αλλαγές τόσο σωματικές όσο ορμονικές και ψυχολογικές. Στόχος είναι να επιστρέψει το σώμα στην κατάσταση που ήταν πριν από την εγκυμοσύνη. Όλο αυτό επιφέρει σε μερικό ποσοστό των γυναικών κάποιες ανεπιθύμητες επιπτώσεις όπως μερικές που θα αναφερθούν στο κεφάλαιο της λοχείας.

Τέλος, η εργασία αναφέρει το ρόλο του πατέρα όσον αφορά το παιδί αλλά και την ίδια τη γυναίκα. Σήμερα η επιστήμη της ψυχολογίας έγκυρα μας λέει ότι η αλληλεπίδραση πατέρα-παιδιού είναι πολύ σημαντική και επηρεάζει θετικά ή αρνητικά την προσωπικότητα του παιδιού. Συνήθως ο πατέρας, είναι αυτός ο οποίος εδραιώνει στην ψυχή του παιδιού το συναίσθημα της ασφάλειας. Θεωρείται ο προστάτης και ο υπερασπιστής της οικογένειας. Στο τελευταίο κεφάλαιο ωστόσο θα ανακαλύψουμε κατά πόσο ο πατέρας μπορεί να βοηθήσει στη διαδικασία της εγκυμοσύνης, του τοκετού αλλά και στη φροντίδα του νεογνού. Σημαντικός ρόλος τονίζεται επίσης και στη ψυχολογική υποστήριξη της γυναίκας, κατά την περίοδο της λοχείας, όπου θεωρείται η πιο σημαντική περίοδος της σε σύγκριση με την όλη διαδικασία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΓΥΝΑΙΚΑ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ



Εικόνα 1: Εγκυμοσύνη

Η εγκυμοσύνη είναι ένας σταθμός στη ζωή ενός ζευγαριού. Οι βασικές ανησυχίες και οδηγίες είναι κοινές για όλους, δεν έχουν όμως όλοι οι γονείς και όλα τα μωρά την ίδια συμπεριφορά, γι' αυτό δε μπορεί κανείς να μιλήσει για κανόνες. Μια υγιής εγκυμοσύνη είναι εκείνη που διακρίνεται χωρίς φυσική ή ψυχολογική παθολογία στη μητέρα ή το έμβρυο και οδηγεί στην γέννηση ενός υγιούς μωρού. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης η καλή διατροφή της μητέρας είναι ένας βασικός παράγοντας που επηρεάζει την υγεία και του παιδιού και της ίδιας. Το κέρδος βάρους της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης επηρεάζει το βάρος και την κατάσταση υγείας του βρέφους και οι εκβάσεις αυτές ποικίλλουν ανάλογα με τη θρεπτική θέση της μητέρας. Ένα μικρό θαύμα γεννιέται μέσα της το οποίο αναπτύσσεται και μεγαλώνει μέρα με τη μέρα. Είναι εντυπωσιακή η παρακολούθηση καθώς και η εξέλιξη μιας εγκυμοσύνης η οποία κάθε βδομάδα είναι ραγδαία. Μια καλή αρχή γίνεται όταν το ζευγάρι είναι ψυχολογικά έτοιμο γι αυτή την περίοδο της ζωής του. Βασικό στόχο αποτελεί η καλή υγεία της μητέρας και του μωρού για μια ασφαλή εγκυμοσύνη (Τσάκος, 2009). Στο κεφάλαιο αυτό αναφέρονται μερικές κατευθυντήριες οδηγίες γύρω από την εγκυμοσύνη, τη σωστή διατροφή, την αποφυγή βλαβερών ουσιών, την άσκηση όπως και τις βασικές εξετάσεις κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Κάθε ζωντανός οργανισμός αναπαράγεται, δημιουργεί δηλαδή νέους οργανισμούς που μοιάζουν με τους προηγούμενους. Η αναπαραγωγή αποτελεί έκφραση ζωής και ένας από τους βασικούς σκοπούς της ζωής κάθε ζωντανού οργανισμού. Η αδυναμία αναπαραγωγής στον άνθρωπο συνδέθηκε τα παλιότερα χρόνια με ηθικά και κοινωνικά αδιέξοδα. Αντίθετα, η μητρότητα και η πατρότητα τιμήθηκαν με κοινωνική καταξίωση και αναγνώριση. (<http://www.paidiatros.com/egkymosini/ygeia/syllipsi-toketos>).

Εγκυμοσύνη ονομάζεται η ανάπτυξη ενός εμβρύου στο σώμα της γυναίκας μετά από επιτυχή σύλληψη. Ο υπολογισμός της πιθανής ημερομηνίας του τοκετού βασίζεται στην πρώτη μέρα της τελευταίας εμμήνου ρύσης. Ο ιατρικός όρος για την κυοφορούσα γυναίκα είναι "έγκυος" και για το μωρό πριν τη γέννησή του "έμβρυο". Το γονιμοποιημένο ωάριο, το οποίο ονομάζεται ζυγωτό, πολύ γρήγορα αρχίζει να διαιρείται σε δύο, μετά σε τέσσερα, οκτώ, δεκαέξι κ.ο.κ. κύτταρα και, μέχρι να φτάσει στη μήτρα, σχηματίζεται από μια κούφια σφαίρα από κύτταρα που μοιάζουν με μούρο (μορίδιο). Μέσα σε δέκα ημέρες το γονιμοποιημένο ωάριο εμφυτεύεται μέσα στα τοιχώματα της μήτρας τρώγοντας την εξωτερική στοιβάδα του ενδομητρίου. Κατά την διάρκεια των πρώτων οκτώ εβδομάδων της εγκυμοσύνης, το έμβρυο λαμβάνει τα θρεπτικά συστατικά από το ενδομήτριο και τον τροφοβλάστη (τα κύτταρα της εξωτερικής επιφάνειας του μοριδίου σχηματίζουν συνεχή στιβάδα, τον τροφοβλάστη, ενώ τα εσωτερικά κύτταρα αποτελούν τον εμβρυοβλάστη). Κατά την διάρκεια των πρώτων εβδομάδων της εγκυμοσύνης, το έμβρυο περιβάλλεται από μερικές μεμβράνες. Η πλέον σημαντική είναι το άμνιο ή «σακος με νερό», όπου είναι το μαξιλάρι του εμβρύου, και το χόριο, το οποίο συνδέεται με το ενδομήτριο και σχηματίζει τον πλακούντα. Ο πλακούντας είναι το όργανο διαμέσου του οποίου τρέφεται το έμβρυο από την 8η εβδομάδα της κύησης μέχρι το τέλος της (<http://www.paidiatros.com/egkymosini/ygeia/syllipsi-toketos>).

Το έμβρυο συνδέεται με τον πλακούντα μέσω του ομφάλιου λώρου, ο οποίος περιέχει φλέβες και αρτηρίες, μεταφέροντας αίμα προς και από τον πλακούντα. Αξίζει να τονιστεί ότι δε γίνεται καμία ανταλλαγή ή μείξη του αίματος μεταξύ της μητέρας και του παιδιού στον πλακούντα. Η ανταλλαγή της τροφής και των άχρηστων προϊόντων μεταξύ της μητέρας και του εμβρύου γίνεται με διάχυση διαμέσου των μεμβρανών στον πλακούντα. Ο ώριμος

πλακούντας είναι ένας επίπεδος δίσκος, έχει διάμετρο 18-20 εκ. και το πάχος του ποικίλλει, από 10 εκ. στην περιφέρεια μέχρι 4 εκ. στο κέντρο. Μετά τη γέννηση του εμβρύου ο πλακούντας αποβάλλεται και λέγεται ύστερο (<http://www.paidiatros.com/egkymosini/ygeia/syllipsi-toketos>).

Μία φυσιολογική εγκυμοσύνη διαρκεί περίπου 40 εβδομάδες από τον τελευταίο γυναικείο κύκλο (ή 38 εβδομάδες μετά τη γονιμοποίηση του ωαρίου). Το πρώτο τρίμηνο εγκυμονεί για τη μέλλουσα μητέρα και το έμβρυο τους μεγαλύτερους κινδύνους για μία ενδεχόμενη αποβολή - ονομάζεται έτσι ο θάνατος από φυσιολογική αιτία ενός εμβρύου. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε προβλήματα υγείας του εμβρύου, της μητέρας ή σε κάποια βλάβη που προκλήθηκε μετά τη σύλληψη (<http://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/egkymosyni-kyisi.html>).

1.2. ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

Βασικός και συγχρόνως καθοριστικός θεωρείται ο ρόλος της ηλικίας στην εγκυμοσύνη μιας γυναίκας.

Κύηση στην εφηβεία: Αν και η κύηση μεταξύ των εφήβων μειώνεται στις Ηνωμένες Πολιτείες, περίπου το 7% όλων των Αμερικανίδων εφήβων μένουν ακόμα έγκυες σε οποιαδήποτε ηλικία - αυτό είναι ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά εφηβικής εγκυμοσύνης στις αναπτυσσόμενες χώρες. Επικρατεί η άποψη ότι κοινωνικοπολιτιστικοί παράγοντες συμβάλλουν στην μεγάλη επίπτωση των κυήσεων σε αυτό το τμήμα του πληθυσμού. Τα δημογραφικά στοιχεία δείχνουν ότι η εφηβική κύηση είναι πιο πιθανή σε έφηβες που είναι μόνες, με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης. Οι έγκυες έφηβες θεωρείται ότι διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο μερικών επιπλοκών της εγκυμοσύνης. Αν παρόλα αυτά αναζητήσουν νωρίς προγεννητική φροντίδα και ακολουθήσουν τις υποδείξεις των ιατρών, ο κίνδυνος είναι συγκρίσιμος με αυτόν άλλων ηλικιακών ομάδων. Τα κλινικά στοιχεία δείχνουν καθυστερημένη χρήση των υπηρεσιών της προγεννητικής ιατρικής από τις έφηβες, μη επιστροφή στις επαναληπτικές προγραμματισμένες συναντήσεις και μη προσαρμογή στις συστάσεις των ιατρών και νοσηλευτριών. Αποτέλεσμα αυτών των συμπεριφορών είναι ότι οι έφηβες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο μαιευτικών επιπλοκών, όπως

σιδηροπενικής αναιμίας, υπέρτασης της εγκυμοσύνης, πρόωρου τοκετού, χαμηλού βάρους νεογνών και κεφαλοπυελικής δυσαναλογίας. Τα άλλα προβλήματα που απαντώνται συχνά στις έγκυες εφήβους περιλαμβάνουν τις σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες και την κατάχρηση ουσιών.

Εγκυμοσύνη σε μεγάλη ηλικία: Ένας αυξανόμενος αριθμός γυναικών μένουν έγκυες μετά την ηλικία των 35 ετών. Η επίπτωση της εμβρυϊκής απώλειας σε αυτή την ομάδα πληθυσμού είναι 6:1000 γεννήσεις, διπλάσια από αυτήν στις γυναίκες κάτω των 35. Πολλοί παράγοντες συνεισφέρουν σε αυτόν τον αυξημένο κίνδυνο, περιλαμβανομένων των προϋπαρχόντων και συνυπαρχόντων νοσημάτων, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση και τα ινομύματα μήτρας. Οι μεγάλες γυναίκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για αυτόματη αποβολή, προεκλαμψία, αποκόλληση πλακούντα, προδρομικό πλακούντα, διαβήτη κύησης, καισαρικής τομής και χρωμοσωμικών ανωμαλιών, όπως το σύνδρομο Down. Η πολύδυμη κύηση λόγω χρήσης φαρμάκων για την υπογονιμότητα ενδέχεται επίσης να αποτελεί παράγοντα εμβρυϊκής απώλειας.

Εγκυμοσύνη μετά την εμμηνοπαυση: Πολύ σπάνια, εμμηνοπαυσιακές γυναίκες μένουν έγκυες με την βοήθεια εμβρυομεταφοράς και φέρνουν σε πέρας επιτυχώς την κύηση. Πριν από αυτήν την διαδικασία, οι γυναίκες ελάμβαναν θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης. Παλιότερα, υπήρχε η άποψη ότι η μήτρα των εμμηνοπαυσιακών γυναικών δεν ήταν σε θέση να υποστηρίξει την ανάπτυξη ενός εμβρύου. Οι κυήσεις σε ηλικιωμένες γυναίκες θεωρούνται υψηλού κινδύνου για τους ίδιους λόγους που ισχύουν και για τις ώριμες κυήσεις. Αργά στο τρίτο τρίμηνο, η γυναίκα ενημερώνεται ότι πρέπει να καταγράψει τις εμβρυϊκές κινήσεις και να υποβάλλεται τακτικά σε καρδιοτοκογράφημα ηρεμίας(<http://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/egkymosyni-kyisi.html>).

1.3. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Τα συμπτώματα μιας εγκυμοσύνης διαφέρουν από γυναίκα σε γυναίκα, όμως υπάρχουν κάποια συμπτώματα που θεωρούνται κλασσικά και αποτελούν τα πρώτα σημάδια μιας πιθανής εγκυμοσύνης. Σε κάθε περίπτωση μια επίσκεψη στο γυναικολόγο θα πιστοποιήσει το θετικό αποτέλεσμα. Μερικά από τα κλασσικά σημάδια μιας εγκυμοσύνης είναι η απουσία περιόδου, είναι

από τα πρώτα και πιο αξιόπιστα σημάδια ειδικά εάν η γυναίκα έχει έναν σταθερό έμμηνο κύκλο (Αδάμης, 2011).

Υπάρχουν ορισμένα σημεία και συμπτώματα τα οποία αντιλαμβάνονται οι γυναίκες κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων της εγκυμοσύνης. Ίσως η μέλλουσα μητέρα ν μην μπορεί να τα αντιμετωπίσει όλα ή τα περισσότερα από αυτά, τα συμπτώματα συνήθως αρχίζουν να είναι πιο έντονα όσο περνούν οι εβδομάδες. Τα πιο συχνά συμπτώματα κατά τη διάρκεια της ωορρηξίας περιλαμβάνουν ήπιες κράμπες (Αδάμης, 2011).

Οι γυναίκες που έχουν σταθερό κύκλο αμέσως αντιλαμβάνονται μία καθυστέρηση στην εμφάνιση της περιόδου. Υπάρχουν και περιπτώσεις όπου σαν από ένστικτο αντιλαμβάνονται μία εγκυμοσύνη προτού ακόμα διαπιστώσουν ότι έχουν καθυστέρηση. Ένα τεστ κύησης το οποίο θα προμηθευτούν από το φαρμακείο θα οριστικοποιήσει το αποτέλεσμα. Πιο σίγουρη ακόμη θεωρείται η μέτρηση της β-χοριακής γοναδοτροπίνης στο αίμα. Αυτή ανιχνεύεται μόνο σε εγκυμοσύνη στο αίμα της γυναίκας (Αδάμης, 2011).

Τα πρώτα σημάδια που μπορεί να προειδοποιήσουν για μια πιθανή εγκυμοσύνη είναι:

Ευαισθησία και πρήξιμο στο στήθος: Οι ορμονικές αλλαγές στο σώμα της εγκύου μπορεί να κάνουν το στήθος της πιο ευαίσθητο σε κάθε άγγιγμα, ή και πιο ερεθισμένο. Επίσης υπάρχει το ενδεχόμενο να αισθάνεται το στήθος της πιο μεγάλο και βαρύτερο από τις πρώτες κιόλας εβδομάδες κύησης.

Ναυτία με ή χωρίς έμετο: Οι ναυτίες συνήθως εμφανίζονται ανά πάσα στιγμή της ημέρας ή της νύχτας, αρχίζει μερικές φορές μετά από τρεις εβδομάδες μετά τη σύλληψη. Αν και η αιτία της ναυτίας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν είναι ξεκάθαρη, οι ορμόνες της εγκυμοσύνης παίζουν σημαντικό ρόλο. Επίσης οι έγκυες γυναίκες μπορεί να διαπιστώσουν ότι μυρωδιές που ποτέ στο παρελθόν δεν τις ενοχλούσαν, τώρα τους προκαλούν ναυτία.

Αυξημένη ούρηση: Μπορεί να αρχίσει να επισκέπτεται την τουαλέτα πολύ πιο συχνά απ' ότι συνήθως.

Κόπωση: Η κόπωση κατέχει επίσης υψηλή θέση μεταξύ των πρόωρων συμπτωμάτων της εγκυμοσύνης και μπορεί να κάνει την έγκυο να αισθάνεται αυξημένη υπνηλία.

Απέχθεια για κάποιες τροφές και αυξημένη επιθυμία για άλλες: Η λαχτάρα για φαγητό είναι ένα πολύ κοινό σύμπτωμα της εγκυμοσύνης. Όπως τα περισσότερα άλλα συμπτώματα της εγκυμοσύνης, αυτές οι διατροφικές προτιμήσεις μπορεί επίσης να οφείλονται στις ορμονικές αλλαγές (Θερμόπουλος, 2016).

1.4. ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΚΓΥΜΟΣΥΝΗΣ

Η πρώτη επίσκεψη στο γιατρό πρέπει να γίνεται αμέσως μόλις διαπιστωθεί η εγκυμοσύνη, ώστε να είναι δυνατή η έγκαιρη διάγνωση κάποιων καταστάσεων που μπορεί να προκαλέσουν πρόβλημα κατά την εξέλιξη της κύησης. Ο προγεννητικός έλεγχος είναι πολύ σημαντικός για την ομαλή εξέλιξη μιας εγκυμοσύνης. Όταν ο γυναικολόγος διαπιστώσει την εγκυμοσύνη η γυναίκα θα πρέπει να υποβληθεί σε μια σειρά εξετάσεων, κάποιες από τις οποίες επαναλαμβάνονται σε όλη τη διάρκεια της κύησης, ενώ παράλληλα με τα υπερηχογραφήματα θα παρακολουθεί την εξέλιξη του εμβρύου. Αυτή την περίοδο η κολπική γυναικολογική εξέταση και ο εργαστηριακός έλεγχος είναι απαραίτητα. Οι επόμενες επισκέψεις της εφκύου στον μαιευτήρα θα πρέπει να γίνονται κάθε μήνα μέχρι την 32^η εβδομάδα της κύησης (7^ο μήνα), κάθε 15 μέρες στη διάρκεια του 8^{ου} μήνα και από τις πρώτες μέρες του 9^{ου} μήνα κάθε εβδομάδα, ώστε να είναι δυνατή η ολοκλήρωμένη παρακολούθηση του εμβρύου, όσο και κάποιων εκδηλώσεων του οργανισμού της εγκύου.

Είτε η εγκυμοσύνη εξελίσσεται φυσιολογικά, είτε προκύπτουν προβλήματα, ο γυναικολόγος μπορεί να συστήσει στη μέλλουσα μητέρα μερικές από τις ακόλουθες εξετάσεις:

Μια υπερηχογραφική εξέταση: Αποτελεί μια ασφαλή διαδικασία και μια από τις πιο συχνές εξετάσεις που υποβάλλονται οι έγκυες γυναίκες. Παρακολουθεί την ανάπτυξη του εμβρύου και την καλή κατάσταση των εσωτερικών του οργάνων λαμβάνοντας υπερηχογραφικές εικόνες, εξασφαλίζοντας έτσι την ομαλή ανάπτυξη του μωρού και βοηθώντας στον εντοπισμό τυχόν προβλημάτων ή εμβρυϊκών ανωμαλιών. Μπορεί επίσης να πραγματοποιηθεί σε περιπτώσεις που ο γιατρός υποψιάζεται ότι το μωρό βρίσκεται σε οπίσθια θέση. Παρότι μερικά μωρά σ' αυτή τη θέση μπορούν να γεννηθούν με φυσιολογικό τοκετό, σε πολλές από τις περιπτώσεις αυτές ο

κίνδυνος επιπλοκών είναι πολύ μεγαλύτερος, και συνεπώς ο γιατρός μπορεί να συστήσει τοκετό με καισαρική τομή (Shelton, 2013).

Όταν η εγκυμοσύνη εξελίσσεται φυσιολογικά, συνιστώνται τρία βασικά υπερηχογραφήματα.

- Το 1ο υπερηχογράφημα (αυχενικής διαφάνειας) γίνεται μεταξύ 11ης και 13ης εβδομάδας
- Το 2ο υπερηχογράφημα (β' επιπέδου) γίνεται μεταξύ 20ης και 23ης εβδομάδας
- Το 3ο υπερηχογράφημα (Doppler) γίνεται μεταξύ 31ης και 34ης εβδομάδας (<http://www.vergetis.net/odigos-egkimosinis.pdf>).

Καρδιοτομογράφημα: Παρακολουθεί ηλεκτρονικά την καρδιακή συχνότητα και τις κινήσεις του εμβρύου. Είναι η ονομαζόμενη «δοκιμασία χωρίς φόρτιση» διότι δεν χρησιμοποιούνται φαρμακευτικές ουσίες για να διεγείρουν την κίνηση του εμβρύου ή να ενεργοποιήσουν συσπάσεις της μήτρας. Κατά τη διαδικασία αυτή τοποθετείται μια ζώνη γύρω από την κοιλία της μητέρας (Shelton, 2013).

Η δοκιμασία πρόκλησης συστολών: Αποτελεί έναν άλλον τρόπο ελέγχου της καρδιακής συχνότητας, αλλά αυτή μετρίεται και καταγράφεται σε απάντηση ήπιων συσπάσεων της μήτρας που επάγονται κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας. Για παράδειγμα, μπορεί να χρησιμοποιηθεί έγχυση της ορμόνης ωκυτοκύνης για την πρόκληση των συστολών αυτών. Καταγράφοντας την καρδιακή συχνότητα του μωρού κατά τη διάρκεια των συστολών αυτών, ο γιατρός είναι σε θέση να καθορίσει πώς θα αντιδράσει το παιδί στις συσπάσεις κατά τη διάρκεια του τοκετού. Σε περίπτωση που οι αντιδράσεις του μωρού δεν είναι φυσιολογικές, ο τοκετός μπορεί να προγραμματιστεί (ίσως με καισαρική τομή) πριν από την προβλεπόμενη ημερομηνία (Shelton, 2013).

Το βιολογικό προφίλ: Περιλαμβάνει τόσο μια δοκιμασία χωρίς φόρτιση όσο και ένα υπερηχογράφημα. Εκτιμά την κίνηση και την αναπνοή του αγέννητου μωρού, καθώς επίσης και τον όγκο του αμνιακού υγρού. Σε κάθε στοιχείο του προφίλ δίνεται ένας βαθμός, και η συνολική βαθμολογία θα βοηθήσει να καθοριστεί αν υπάρχει ανάγκη ενός πρόωρου τοκετού.

Οι συχνές εξετάσεις περιλαμβάνουν τις **αιματολογικές εξετάσεις** για σιδηροπενική ή δρεπανοκυτταρική αναιμία, την ομάδα αίματος και τον παράγοντα Rhesus, τους τίτλους αντισωμάτων κατά της ερυθράς και την άλφα-φετοπρωτεΐνη για την ύπαρξη βλαβών του νευρικού σωλήνα, όπως η δισχιδής ράχη.

Επιπλέον, μπορούν να προστεθούν και άλλες εξετάσεις ανάλογα με τη σωματική υγεία της μητέρας καθώς και το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό. Για παράδειγμα, στις γυναίκες με οικογενειακό ιστορικό γενετικών ανωμαλιών ή για εκείνες ηλικίας 35 ετών και άνω, ο γιατρός μπορεί να συστήσει εξετάσεις που να ανιχνεύσουν γενετικές διαταραχές. Οι πιο συχνές από αυτές τις εξετάσεις είναι η αμνιοκέντηση και η λήψη δείγματος χοριακών λαχνών. Η λήψη χοριακής λάχνης γίνεται πρώιμα κατά την κύηση, αν το οικογενειακό ιστορικό είναι θετικό για γεννητικές παθήσεις. Η αμνιοπαρακέντηση του δευτέρου τριμήνου μπορεί να εκτελεστεί για τη διάγνωση χρωμοσωμικών ανωμαλιών, γενετικών διαταραχών και τον προσδιορισμό του φύλου του εμβρύου. Μπορεί επίσης να γίνει αμνιοπαρακέντηση για την αξιολόγηση της πνευμονικής ωριμότητας (<http://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/egkymosyni-kyisi.html>).

Ο γιατρός μπορεί να συστήσει και άλλες εξετάσεις διαλογής: **Προσδιορισμός γλυκόζης:** Ελέγχεται η ύπαρξη επιπέδων σακχάρου, που θα μπορούσαν να είναι ένδειξη διαβήτη της κύησης, μιας μορφής που εμφανίζεται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και πραγματοποιείται μεταξύ 24^{ης} και 28^{ης} εβδομάδας της κύησης. Σε περίπτωση που στο αίμα βρεθούν υψηλά επίπεδα γλυκόζης, θα χρειαστούν περαιτέρω εξετάσεις για να καθορίσουν αν η εγκυμονούσα πάσχει από διαβήτη κύησης, ο οποίος σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα επιπλοκών κατά την εγκυμοσύνη (Shelton, 2013).

Έλεγχος και στρεπτόκοκκο της ομάδας B (GBS): Καθορίζει την ύπαρξη ενός τύπου βακτηριδίου που μπορεί να προκαλέσει σοβαρή λοίμωξη (όπως μηνιγγίτιδα ή μικροβαιμία) στο έμβρυο. Παρότι τα βακτηρίδια αυτά είναι συνηθισμένα ή μπορεί να βρίσκονται στον κόλπο ή το ορθό της μητέρας και είναι ακίνδυνα για τους υγιείς ενήλικες, μπορούν να προκαλέσουν σοβαρή νόσο αν μεταδοθούν στο νεογέννητο κατά τη διάρκεια του τοκετού. Σε περίπτωση ανίχνευσης GBS σε μια έγκυο, χορηγούνται ενδοφλέβια αντιβιοτικά κατά τη διάρκεια του τοκετού, και αμέσως μετά τη γέννα η μητέρα θα τεθεί υπό παρακολούθηση για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η εξέταση αυτή

εκτελείται συνήθως μεταξύ της 35^{ης} και 37^{ης} εβδομάδας της κύησης (Shelton, 2013).

Εξέταση για HIV (ιός επίκτητης ανοσοανεπάρκειας): Γίνεται πλέον συχνά στις έγκυες γυναίκες, κατά προτίμηση στις αρχές της εγκυμοσύνης. Ο ιός HIV είναι ο ιός που ευθύνεται για το AIDS και όταν μια γυναίκα μολυνθεί στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, μπορεί να μεταδώσει τον ιό στο παιδί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού ή του θηλασμού (Shelton, 2013).

Οδοντιατρική παρακολούθηση: Η εγκυμοσύνη είναι μια περίοδος κατά την οποία η οδοντιατρική επιβάλλεται να είναι παρούσα και άγρυπνη, τόσο στο προληπτικό όσο και στο θεραπευτικό επίπεδο, πρεοκειμένου να αποφευχθούν οι τυχόν αρνητικές επιπτώσεις στην κύηση και στο έμβρυο από τις διάφορες παθολογικές καταστάσεις του στόματος. Γενικά, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν πρέπει να αναβάλλονται οι οδοντιατρικές εργασίες που είναι απαραίτητες. Καταλληλότερη περίοδος γι' αυτό θεωρείται το δεύτερο τρίμηνο της κύησης, οπότε μπορούν να γίνουν όλες οι αναγκαίες οδοντιατρικές πράξεις, με εξαίρεση τις χειρουργικές επεμβάσεις που είναι σκόπιμο να αναβάλλονται μετά τον τοκετό. Σε περίπτωση επείγον οδοντιατρικού προβλήματος στην έγκυο, η αντιμετώπιση θα πρέπει να είναι άμεση, ανεξαρτήτως τριμήνου, ώστε να απαλλαγεί γρήγορα από τον πόνο ή τη φλεγμονή. Η λελογισμένη χρήση των ακτινογραφιών και της τοπικής αναισθησίας δε δημιουργούν κανένα κίνδυνο στο έμβρυο. Λόγω ελλιπών μελετών, καλό θα ήταν να αποφεύγονται οι εμφράξεις αμαλγάματος ή η αφαίρεση των ήδη υπάρχουσών κατά την κύηση. Γενική αρχή είναι, κανένα φάρμακο να μη ληφθεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Όταν όμως απαιτείται, πρέπει να χρησιμοποιούνται φάρμακα δοκιμασμένα και ασφαλή για το έμβρυο. Από τα αντιβιοτικά η πενικιλίνη και η αμοξικιλίνη, και από τα αναλγητικά η παρακεταμόλη παρέχουν τη μεγαλύτερη ασφάλεια. Η συνεννόηση του οδοντίατρου με το γυναικολόγο, ιδιαίτερα όταν πρόκειται να χορηγηθούν φάρμακα ή να γίνουν επεμβάσεις που θα προκαλέσουν μικροβιαμία στην έγκυο, είναι επιβεβλημένη. Τελευταία παρουσιάστηκαν ενδείξεις ότι η περιοδοντική νόσος μπορεί να αποτελεί ένα παράγοντα κινδύνου για την πρόκληση πρόωρου τοκετού και τη γέννηση ελλιποβαρούς νειγνού. Όλα αυτά δείχνουν το πόσο αναγκαία είναι η τήρηση στοματικής υγιεινής από την έγκυο και η διατήρηση της στοματικής της υγείας, που

προϋποθέτουν την τακτική παρακολούθηση από τον οδοντίατρο (Φανδρίδης, κ.ά. 2000).

1.5. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η εγκυμοσύνη αποτελεί μια φυσιολογική αναπτυξιακή κρίση που περιλαμβάνει σημαντικές σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές και επηρεάζει όλες τις εγκύους ανεξάρτητα από την ψυχολογική τους υγεία. Όπως κάθε κρίση, έτσι και η φάση της εγκυμοσύνης ταράζει τις ισορροπίες και λειτουργεί ως ένα μεταβατικό στάδιο που σκοπό έχει να προσφέρει στην έγκυο την ευκαιρία να ωριμάσει και να προετοιμαστεί για το νέο ρόλο της μητέρας. Η πορεία αυτή της μεταβατικής φάσης μιας εγκυμοσύνης εξαρτάται κατά κύριο λόγο από την ικανότητα της εγκύου να προσαρμοστεί στις συνεχόμενες προκλήσεις και αλλαγές που εμφανίζονται μέρα με τη μέρα.

Οι περισσότερες μελέτες που έχουν γίνει υποστηρίζουν ότι, όταν η έγκυος καταφέρνει να διαχειριστεί και να προσαρμοστεί στις έντονες αυτές αλλαγές, τότε αυτόματα ευνοείται η πορεία της εγκυμοσύνης της. Επιπρόσθετα, η σταδιακή προσαρμογή στις διαφορετικές φάσεις της εγκυμοσύνης επηρεάζει θετικά τη σωματική και ψυχική υγεία τόσο της μητέρας, όσο και του μωρού που κυοφορεί. Τέλος, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι αλλαγές αυτές μπορούν να επηρεάσουν σε βάθος ακόμη και την πρώιμη σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί από τη στιγμή της γέννας.

Αναπαραγωγικό σύστημα: Οι αλλαγές του μεγέθους, της μορφής και της σύστασης της μήτρας περιλαμβάνουν την αύξηση της μυϊκής μάζας της μήτρας με την πάροδο των μηνών της εγκυμοσύνης. Ως συνέπεια της αύξησης των επιπέδων των οιστρογόνων και της προγεστερόνης, ο τράχηλος και το κατώτερο τμήμα της μήτρας αποκτούν μαλακή σύσταση. Οι κολπικές εκκρίσεις αυξάνουν και το pH γίνεται περισσότερο όξινο ($\text{pH} = 3,5-6$). Η αλλαγή του κολπικού pH εμποδίζει την επιβίωση και τον πολλαπλασιασμό των βακτηρίων. Παρόλα αυτά, προάγει την ανάπτυξη λοίμωξης από *Candida albicans*. Ο κόλπος επιμηκύνεται, καθώς ο τράχηλος επεκτείνεται προς την πυελική κοιλότητα και ο βλεννογόνος αυξάνει το πάχος του με την αύξηση των εκκρίσεων, της αγγείωσης και της ελαστικότητας (Ιατράκης, 2004).

Αλλαγές των μαστών: Οι μαστοί μεγαλώνουν, γίνονται ευαίσθητοι και πιο οζώδεις. Η θηλαία άλω σκουραίνει, οι θηλές γίνονται πιο ευαίσθητες και

επηρεασμένες και τα φυμάτια του Montgomery μεγεθύνονται. Κατά την διάρκεια του τελευταίου τριμήνου μπορεί να προκληθεί έκκριση πρωτογάλατος, καθώς οι μαστοί προετοιμάζονται για την γαλουχία. Μια φυσιολογική περιφέρεια στήθους 80 cm μπορεί να φτάσει κατά την κύηση σε 90 cm. Αυτό το επιπλέον βάρος σε συνδυασμό με την αύξηση της μήτρας ανέρχεται σε 1000 - 1300 gr (Ιατράκης, 2004).

Ενδοκρινείς αδένες: Το μέγεθος και η δραστηριότητα του θυρεοειδούς αδένος αυξάνει σημαντικά. Η θυρεοσφαιρίνη και τα επίπεδα τριιωδοθυρονίνης αυξάνουν, ενώ τα επίπεδα της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης ελαττώνονται ελαφρώς. Αυτές οι μεταβολές επιτρέπουν στην έγκυο γυναίκα να ανταποκριθεί στις ενδοκρινικές ανάγκες που προκύπτουν από το αναπτυσσόμενο έμβρυο και στις άλλες αλλαγές του σώματος που λαμβάνουν χώρα κατά την εγκυμοσύνη. Η δραστηριότητα της υπόφυσης αυξάνει. Οι πλακουντιακές ορμόνες αναστέλλουν την ωορρηξία και υποστηρίζουν την ανάπτυξη του ωχρού σωματίου (<http://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/egkymosyni-kyisi.html>).

Καρδιαγγειακές αλλαγές: Ο περιφερικός όγκος αίματος αυξάνεται σταδιακά σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, φτάνοντας το μέγιστο όγκο του στο μέσο του τρίτου τριμήνου. Αν και ο αριθμός των ερυθρών αιμοσφαιρίων αυξάνεται κατά 30%, η 50% αύξηση του όγκου του αίματος δημιουργεί την ψευδαίσθηση αναιμίας. Τα αυξημένα επίπεδα των παραγόντων πήξης VII, VIII, IX και X προάγουν την πηκτικότητα. Η καρδιακή συχνότητα αυξάνεται, μαζί με τον καρδιακό όγκο παλμού. Η αρτηριακή πίεση στο μέσο του τρίτου τριμήνου μπορεί να είναι ελαφρώς χαμηλότερη από το φυσιολογικό, αλλά βασικά παραμένει ανεπηρέαστη (<http://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/egkymosyni-kyisi.html>).

Σκελετικό σύστημα: Η χαλαρότητα και αυξημένη κινητικότητα των πυελικών αρθρώσεων εκφράζεται με το χήναιο βάδισμα της εγκυμοσύνης. Καθώς προχωρά η κύηση, το κέντρο βάρους της γυναίκας μετατοπίζεται και η οσφυϊκή καμπυλότητα αυξάνει, για να αντισταθμίσει το αυξανόμενο πρόσθιο βάρος της μήτρας. Τα προβλήματα με την τερηδόνα μπορεί να επιδεινωθούν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλά μπορούν να αποτραπούν με στοματικές πλύσεις (όπως η χλωρεξιδίνη), τακτικό βούρτσισμα και την χρήση οδοντικού νήματος (<http://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/egkymosyni-kyisi.html>).

Αναπνευστικό σύστημα: Οι επιδράσεις της προγεστερόνης στους λείους μυς περιλαμβάνουν την ελάττωση της αντίστασης των αεραγωγών, η οποία δίνει την δυνατότητα στην γυναίκα να ανταποκριθεί στις αυξημένες ανάγκες οξυγόνου, επιτρέποντας μια κατά 30-40% αύξηση του αναπνεόμενου όγκου αέρα και μια κατά 15-20% αύξηση της κατανάλωσης οξυγόνου. Οι επιδράσεις των οιστρογόνων περιλαμβάνουν το οίδημα και την συμφόρηση του ρινικού βλεννογόνου, η οποία εκφράζεται με την ρινική αιμορραγία και την ρινική συμφόρηση. Η ανταλλαγή αερίων στους πνεύμονες είναι πιο επαρκής και η ικανότητα μεταφοράς οξυγόνου αυξάνεται ανάλογα (Παπανδρέου, 2003).

Γαστρεντερικό σύστημα: Η ναυτία και ο έμετος είναι το πιο συχνό μεμονωμένο σύμπτωμα του πρώτου τριμήνου. Η ελαττωμένη κινητικότητα που οφείλεται στην προγεστερόνη συνεισφέρει στην εμφάνιση συμπτωμάτων οπισθοστερνικού άλγους ή καύσους και δυσκοιλιότητας.

Δέρμα: Οι μελαχρωματικές μεταβολές κατά την κύηση περιλαμβάνουν το χλόασμα (το επονομαζόμενο προσωπείο της εγκυμοσύνης), την υπερχρώση της θηλαίας άλω και την μέλαινα γραμμή (μια βαθυχρωματική γραμμή που διχοτομεί κάθετα την κοιλιακή χώρα). Αναπαριστούν την οιστρογονική διέγερση των μελανοκυττάρων του δέρματος (<http://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/egkymosyni-kyisi.html>).

Ουροποιητικό σύστημα: Στο μέσο του πρώτου τριμήνου, ο βαθμός σπειραματικής διήθησης έχει αυξηθεί περίπου κατά 50%. Αντιρροπιστικά αυξάνει επίσης η σωληναριακή επαναπορρόφηση. Αν και η συχνουρία είναι συχνή στο πρώτο και στο τελευταίο τρίμηνο, η χωρητικότητα της ουροδόχου κύστης αυξάνει. Παρόλα αυτά, η πίεση από την αύξηση της μήτρας ελαττώνει τον όγκο που απαιτείται για την πρόκληση της ούρησης. Κατά το δεύτερο τρίμηνο, η μήτρα μεγαλώνει και εξέρχεται από την πυελική κοιλότητα, γίνεται κοιλιακό όργανο και τερματίζεται η συμπίεση της ουροδόχου κύστης (<http://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/egkymosyni-kyisi.html>).

Βάρος: Στις γυναίκες μετρίου μεγέθους, η αναμενόμενη αύξηση του βάρους στο πρώτο τρίμηνο είναι 2-5 lb. Η συνολική απόκτηση βάρους και ο τρόπος που αυτή λαμβάνει χώρα θα πρέπει να παρακολουθείται, ώστε να καταστήσει δυνατή την εμφάνιση των πρώιμων προβλημάτων που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη στην συγκεκριμένη χρονική στιγμή της κύησης. Το Ινστιτούτο Ιατρικής συστήνει την ακόλουθη αύξηση βάρους στη διάρκεια

μιας μονήρους κύησης: Μια έγκυος γυναίκα με δείκτη μάζας-σώματος λιγότερο από 19,5 θα πρέπει να αυξήσει το βάρος της κατά 11,4-17,7 κιλά. Μια γυναίκα της οποίας ο δείκτης μάζας σώματος πριν την εγκυμοσύνη κυμαινόταν μεταξύ 19,8 και 26 θα πρέπει να αυξήσει το βάρος της κατά 11,4-15,5 κιλά. Τέλος μια γυναίκα με δείκτη μάζας σώματος πριν την εγκυμοσύνη μεταξύ 26 και 29 θα πρέπει να αυξήσει το βάρος κατά 6,8-10,9 κιλά. Οι προτεινόμενες αυξήσεις βάρους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι διαφορετικές για τις πολύδυμες κυήσεις (π.χ. γυναίκα που εγκυμονεί τρίδυμα θα πρέπει να πάρει κατά την εγκυμοσύνη περίπου 22,7 κιλά) (<http://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/egkymosyni-kyisi.html>).

Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 1.192 γυναίκες η πλειοψηφία τους παίρνουν περισσότερο βάρος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης από ό, τι συνιστάται. Καθώς η αύξηση του βάρους στην εγκυμοσύνη σχετίζεται με βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα μητρικά αποτελέσματα υγείας, είναι σημαντικό να προσδιοριστούν οι γυναίκες που διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο όταν δεν συμμορφώνονται με τις κατευθυντήριες γραμμές. Ο στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να εξεταστεί η σχέση μεταξύ της εικόνας του σώματος και της αύξηση του σωματικού βάρους στην εγκυμοσύνη. Περιγραφικές και πολυπαραγοντικές τεχνικές χρησιμοποιήθηκαν με σκοπό την αξιολόγηση στις επιπτώσεις του ιδανικού μεγέθους σώματος και της διαφοράς στη βαθμολογία (τρέχουσα- ιδανικό μέγεθος του σώματος), η οποία αντανάκλα το επίπεδο δυσάρεσκειας σώματος, στην αύξηση του σωματικού βάρους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Γυναίκες οι οποίες προτιμούσαν να είναι λεπτότερες εμφάνιζαν αυξημένο κίνδυνο υπερβολικής αύξησης βάρους, αλλά παρουσίαζαν μειωμένο κίνδυνο αν ήταν υπέρβαρες ή παχύσαρκες. Συγκρίνοντας εκείνες που προτιμούσαν λεπτές σιλουέτες σώματος με εκείνες οι οποίες προτιμούσαν μέσο μέγεθος σιλουέτας, γυναίκες με χαμηλά εισοδήματα διέτρεχαν αυξημένο κίνδυνο ανεπαρκούς αύξησης του σωματικού βάρους, ενώ τα άτομα με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης διέτρεχαν κίνδυνο υπερβολικής αύξησης βάρους. Τα αποτελέσματά αποκάλυψαν ότι η εικόνα του σώματος συσχετίστηκε με την αύξηση του σωματικού βάρους κατά τη διάρκεια της κύησης, αλλά η σχέση είναι περίπλοκη. Εντοπίζοντας τους παράγοντες που επηρεάζουν το αν ορισμένες γυναίκες διατρέχουν

μεγαλύτερο κίνδυνο αύξησης βάρους όταν δεν ακολουθούν τις κατευθυντήριες γραμμές μπορεί να βελτιώσει την ικανότητά μας να μειώσουμε τα προβλήματα υγείας που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη (Mehta et.al., 2011).

Οι ορμονικές αλλαγές: Αυξάνουν την ένταση, τα συναισθήματα και προκαλούν ξαφνικές αλλαγές στη διάθεση. Αυτές οι συναισθηματικές αντιδράσεις είναι απόλυτα φυσιολογικό να προκαλούν σύγχυση στην έγκυο. Τις περισσότερες φορές καταλαβαίνει ότι οι αντιδράσεις της οφείλονται στην αλλαγή και στην ισορροπία των ορμονών της, παρ' όλα αυτά η έγκυος είναι φυσιολογικό να αισθάνεται δυσκολία να διαχειριστεί τα συναισθήματά της. Είναι αρκετά σύνηθες το περιβάλλον της εγκύου στην προσπάθεια να βοηθήσει να γίνεται πιεστικό. Είναι φυσικό, λοιπόν, σε τέτοιες περιπτώσεις να νιώθει πίεση από το περιβάλλον και να φοβάται ότι ίσως δεν μπορούν να την καταλάβουν και να την στηρίξουν (Murkoff & Mazel, 2009).

Τέλος, σε κάθε φάση της εγκυμοσύνης η έγκυος καλείται να προσαρμοστεί σε διαφορετικές συνθήκες. Για παράδειγμα στο πρώτο τρίμηνο μπορεί να βιώνει άγχος για την υγεία της ίδιας και του εμβρύου, ενώ όσο πλησιάζει στην ώρα της γέννας μπορεί να ανησυχεί για την όλη διαδικασία καθώς και για το πώς θα ανταποκριθεί στο ρόλο της μητέρας.

1.6. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΚΓΥΜΟΣΥΝΗ

Η διατροφή και οι διατροφικές συνήθειες πριν τη σύλληψη, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς και έπειτα από τον τοκετό, παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του εμβρύου και του νεογέννητου βρέφους κατά τους πρώτους μήνες της ζωής του, οι οποίοι είναι και καθοριστικοί για τη μετέπειτα εξέλιξη της ανάπτυξης και της υγείας του. Κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, το έμβρυο προσλαμβάνει όλα τα θρεπτικά συστατικά που έχει ανάγκη μέσω των τροφών που καταναλώνει η μητέρα (Murkoff & Mazel, 2009).

Σύμφωνα με τις επίσημες διαιτητικές οδηγίες, οι έγκυες πρέπει να καταναλώνουν ποικιλία τροφίμων για την κάλυψη των αναγκών σε θερμίδες και θρεπτικά συστατικά και για την αύξηση του βάρους τους εντός του συνιστώμενου εύρους. Οι πρόσθετες ανάγκες σε θερμίδες κατά το δεύτερο και τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης είναι περίπου 300kcal ημερησίως για τις ενήλικες γυναίκες και τα κορίτσια σε προχωρημένη εφηβεία και 500kcal ημερησίως για τις νεότερες έφηβες (<14ετών). Επομένως, οι συνολικές

ανάγκες σε θερμίδες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης κυμαίνονται μεταξύ 2,500 και 2,700kcal ημερησίως για το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών. Ωστόσο, ο δείκτης μάζας σώματος της μητέρας πριν από την εγκυμοσύνη, η ηλικία της μητέρας, ο ρυθμός αύξησης του βάρους και η όρεξη, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη ώστε η σχετική σύσταση να εξατομικεύεται για κάθε γυναίκα. (Καριπίδου Μ.Σ., 2008).

Συνεπώς, είναι απαραίτητη η τήρηση μιας πλήρους και ισορροπημένης διατροφής, σε συνδυασμό με ήπια σωματική άσκηση. Η έγκυος δεν έχει αυξημένες ενεργειακές ανάγκες κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης. Οι ανάγκες της σε θερμίδες αυξάνουν στο δεύτερο και τρίτο τρίμηνο. Γυναίκες με χαμηλό Δ.Μ.Σ. πριν την εγκυμοσύνη, χρειάζεται να αυξήσουν τη θερμιδική τους πρόσληψη ακόμα περισσότερο από εκείνες με φυσιολογικό προ-εγκυμοσύνης βάρος. Είναι σημαντικό το είδος των τροφών που καταναλώνονται. Η έγκυος θα πρέπει να επιλέγει δημητριακά ολικής άλεσης, πράσινα φυλλώδη λαχανικά, πολύχρωμα φρούτα και λαχανικά, προκειμένου να λαμβάνει τις βιταμίνες και τις φυτικές ίνες που χρειάζεται. Επίσης, θα πρέπει να εντάξει στο διαιτολόγιό της άπαχο κόκκινο κρέας, πουλερικά, ψάρια, όσπρια και ανάλατους ξηρούς καρπούς, τρόφιμα τα οποία αποτελούν σημαντικές πηγές πρωτεϊνών, ψευδαργύρου, μαγνησίου και σιδήρου. Ωστόσο δίνεται επίσης ιδιαίτερη σημασία στην κατανάλωση τροφών πλούσιων σε ασβέστιο. Κύριες πηγές ασβεστίου αποτελούν τα γαλακτοκομικά προϊόντα. Αν υπάρχει δυσανεξία στη λακτόζη, η έγκυος μπορεί να καταναλώνει γάλα μειωμένης περιεκτικότητας σε λακτόζη, γιαούρτι και τυρί. Κάποιες άλλες μη-γαλακτοκομικές πηγές ασβεστίου είναι τα μικρά ψάρια και το μπρόκολο τα οποία είναι εμπλουτισμένα με ασβέστιο (Murkoff & Mazel, 2009).

Ο παρακάτω πίνακας αναφέρεται στις ελάχιστες μερίδες που μπορεί να καταναλώσει η εγκύος σε καθημερινή βάση:

Πίνακας 1: Ελάχιστες ημερήσιες μερίδες από τη Διατροφική Πυραμίδα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

<i>Ομάδα</i>	<i>Μέγεθος μερίδας</i>	<i>Μερίδες ημερησίως</i>
Ομάδα αμύλου: (ψωμί, δημητριακά, ρύζι και	1 φέτα ψωμί, ½ φλιτζάνι μαγειρεμένα δημητριακά, ρύζι	9

ζυμαρικά)	ή ζυμαρικά, ½ φλιτζάνι δημητριακά πρωινού	
Ομάδα λαχανικών	1 φλιτζάνι ωμά λαχανικά, ½ φλιτζάνι μαγειρεμένα λαχανικά, ¾ φλιτζανιού χυμό λαχανικών	4
Ομάδα φρούτων	1 μέτριο φρούτο, ½ φλιτζάνι κομμένα φρούτα, ½ φλιτζάνι χυμό φρούτων	3
Ομάδα γαλακτοκομικών: (γάλα, γιαούρτι και τυρί)	1 φλιτζάνι γάλα ή γιαούρτι, 45 γρ. τυριού	2-3
Ομάδα κρέατος: (κρέας, πουλερικά, ψάρι, όσπρια και ξηροί καρποί)	60-90 γρ. μαγειρεμένο άπαχο κρέας, πουλερικά ή ψάρι, 30 γρ. κρέατος = ½ φλιτζάνι μαγειρεμένα όσπρια, 1 αυγό, 1/3 φλιτζανιού ξηροί καρποί	2 (11.61.61.61.6 παραπάνω1.6 παραπάνω1.6 παραπάνω80g)

(Πηγή: Καριπίδου Μ. Σ., «Διατροφή και τρόπος ζωής για μια υγιή εγκυμοσύνη», 2008)

Οι γυναίκες πρέπει να επιτύχουν μια καλή θρεπτική κατάσταση πριν από, κατά τη διάρκεια και μετά από την εγκυμοσύνη για να βελτιστοποιήσουν τη μητρική υγεία και να μειώσουν τον κίνδυνο των ατελειών γέννησης και χρόνιας πάθησης στα παιδιά τους κατά την ενηλικίωση τους. Στις Ηνωμένες Πολιτείες πολλές γυναίκες κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης δεν διατηρούν μια καλή θρεπτική κατάσταση πριν από, κατά τη διάρκεια και μετά από την εγκυμοσύνη. Οι εθνικές μελέτες δείχνουν ότι η χρήση της βιταμίνης Β6, της βιταμίνης Ε, του σιδήρου, του μαγνησίου, του ψευδάργυρου και ειδικά του ασβεστίου είναι λιγότερη από τα συνιστώμενα επίπεδα για τις γυναίκες μεταξύ 20 και 49 ετών. Σε ποσοστό 19% - 38% εμφανίζεται να είναι οι γυναίκες που είναι υπέρβαρες πριν από τη σύλληψη. Μόνο 30% - 40% των γυναικών κερδίζουν πραγματικά το βάρος μέσα στα συνιστώμενα επίπεδα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Hickey, 2000).

1.6.1. Τροφές που ενδείκνυνται κατά την εγκυμοσύνη

- Το γάλα είναι απαραίτητο. Καθημερινά απαιτείται η λήψη ενός λίτρου γάλακτος, κατά προτίμηση φρέσκου. Το γάλα είναι πλούσιο σε πρωτεΐνες, ασβέστιο, φώσφορο και βιταμίνες Α και Β2

- Όλα τα γαλακτοκομικά προϊόντα(γιαούρτι, τυριά, μυζήθρα)
- Φρέσκα φρούτα και λαχανικά. Τα λαχανικά, ωμά ή βρασμένα στον ατμό είναι πλούσια σε βιταμίνες και μέταλλα
- Το αυγό, 2-4 φορές την εβδομάδα. Είναι πλούσιο σε πρωτεΐνες, λίπη, ασβέστιο, φώσφορο, σίδηρο και βιταμίνη Α
- Η σόγια, τα φασόλια, οι ξηροί καρποί (καρύδια, αμύγδαλα, φουντούκια, φιστίκια Αιγίνης), το μαύρο πλήρες ψωμί και τα μπιζέλια είναι πλούσια σε πρωτεΐνες και μέταλλα και πρέπει να αποτελούν μέρος της καθημερινής διατροφής της εγκύου.

1.6.2. Τροφές που θα πρέπει να αποφεύγονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

- Συκώτι, κάψουλες μωρουνέλαιου τα οποία σε υπερβολικές ποσότητες δίνουν πάρα πολλή βιταμίνη Α που έχει συνδεθεί με γενετικές ανωμαλίες όπως οι οστικές παραμορφώσεις
- Μαλακά και μπλε τυριά τα οποία μπορεί να περιέχουν το βακτήριο *Listeria* το οποίο μπορεί να προκαλέσει αθώα, μικρής διάρκειας επεισόδια διάρροιας, μολονότι κάποιες φορές μπορεί να οδηγήσει σε αποβολή
- Κόκκινα κρέατα καθώς τα θρεπτικά συστατικά τους μπορούν να ληφθούν από το γάλα, το αυγό, το ψάρι και τα λαχανικά
- Κατεψυγμένα ή ημιμαγειρεμένα κρέατα και μη παστεριωμένο γάλα ή τυρί τα οποία μπορεί να είναι αιτία γριπποειδούς νόσου από *Toxoplasma*, ένα μικρό παράσιτο που προσβάλλει τις γάτες και το οποίο μπορεί να βλάψει τα μάτια του εμβρύου ή να είναι αιτία αποβολής
- Οι διατηρημένες τροφές, όπως κονσέρβες, παστά και αλλαντικά διότι στερούνται βιταμινών και έχουν πολύ αλάτι
- Τα πολλά γλυκά, οι σοκολάτες, οι πάστες, τα μπισκότα, που μπορούν να αντικατασταθούν από φρούτα
- Ατελώς μαγειρεμένα αυγά και ακατέργαστα προϊόντα αυγών που μπορεί να προκαλέσουν δηλητηρίαση από σαλμονέλα η οποία με τη σειρά της μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή διάρροια και αποβολή

- Φιστίκια, ειδικά αν η εγκυμονούσα, ο σύζυγος ή στενοί συγγενείς έχουν ιστορικό σοβαρών αλλεργιών. Όταν η μητέρα τρώει φιστίκια κατά την εγκυμοσύνη υπάρχει αυξημένος κίνδυνος το μωρό να γίνει αλλεργικό στα φιστίκια κατά την παιδική ηλικία

1.6.3. Κατάλληλη και έγκαιρη λήψη συμπληρωμάτων βιταμινών και ανόργανων στοιχείων

Η πρόσληψη μεγαλύτερης ποσότητας τροφής για την κάλυψη των αναγκών σε θερμίδες καθώς και η αυξημένη απορρόφηση και η αποτελεσματικότερη αξιοποίηση των θρεπτικών συστατικών που λαμβάνουν χώρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, επαρκούν συνήθως για την κάλυψη των αναγκών όσον αφορά στα περισσότερα θρεπτικά συστατικά. Ωστόσο, τα συμπληρώματα βιταμινών και ανόργανων στοιχείων μπορεί να ενδείκνυνται για ορισμένα θρεπτικά συστατικά που περιγράφονται στη συνέχεια. Γενικά, οι έγκυες πρέπει να προσέχουν όταν επιλέγουν ένα συμπλήρωμα ώστε να μην υπερβαίνει τα ανώτερα ανεκτά όρια για μια συγκεκριμένη βιταμίνη ή ένα συγκεκριμένο ανόργανο στοιχείο (Καριπίδου, 2008).

Φυλλικό οξύ: Η Συνιστώμενη Διαιτητική Παροχή (Recommended Dietary Allowance, RDA) την ημέρα για το φυλλικό οξύ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι 600μg. Για την αποφυγή ανωμαλιών του νευρικού σωλήνα, οι γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία και οι έγκυες πρέπει, εκτός από την κατανάλωση φυλλικού οξέος από ένα διαιτολόγιο με ποικιλία τροφίμων, να καταναλώνουν ημερησίως 400μg συνθετικού φυλλικού οξέος από εμπλουτισμένα τρόφιμα (δημητριακά και άλλους σπόρους), συμπληρώματα ή και τα δύο. Προκειμένου να διασφαλισθεί ότι τα επίπεδα βιταμινών στο αίμα είναι κατάλληλα κατά το χρόνο ολοκλήρωσης του νευρικού σωλήνα, η λήψη συμπληρωμάτων πρέπει να ξεκινήσει τουλάχιστον ένα μήνα πριν από τη σύλληψη. Οι έρευνες δείχνουν ότι ο μη φυσιολογικός μεταβολισμός του φυλλικού οξέος μπορεί, επίσης, να διαδραματίζει κάποιο ρόλο στο σύνδρομο Down και σε άλλες γενετικές ανωμαλίες (Καριπίδου, 2008).

Σίδηρος: Αποτελεί το κύριο συστατικό της αιμοσφαιρίνης του αίματος. Η μεγάλη αύξηση του όγκου του αίματος αυξάνει και τις ανάγκες του οργανισμού σε σίδηρο. Το έμβρυο παίρνει σίδηρο από τον οργανισμό της μητέρας του και

το αποθηκεύει στο συκώτι του (<http://www.vergetis.net/odigos-egkimosinis.pdf>). Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ο οργανισμός αυξάνει τον όγκο του αίματός, γεγονός που καθιστά την πρόσληψη σιδήρου αναγκαία. Οι τροφές που θα προσφέρουν σίδηρο σε άφθονες ποσότητες είναι: το κόκκινο κρέας, το ψωμί ολικής αλέσεως, το συκώτι, τα πουλερικά και ορισμένα λαχανικά.

Ψευδάργυρος και χαλκός: Ο σίδηρος μπορεί να επηρεάζει την απορρόφηση άλλων ανόργανων στοιχείων. Επομένως για τις γυναίκες που λαμβάνουν συμπληρώματα με περισσότερα από 30mg σιδήρου ημερησίως, συνιστάται η λήψη συμπληρωμάτων 15mg ψευδαργύρου και 2mg χαλκού. Οι ποσότητες αυτές ψευδαργύρου και χαλκού περιέχονται κατά προσέγγιση σε πολλά συμπληρώματα βιταμινών και ανόργανων συστατικών που προορίζονται για εγκύους (Καριπίδου, 2008).

Ασβέστιο: Είναι απαραίτητο για το σχηματισμό των οστών. Τα οστά και τα δόντια του εμβρύου σχηματίζονται μεταξύ της 4ης και της 6ης εβδομάδας κύησης, οπότε κρίνεται αναγκαία η επαρκής λήψη ασβεστίου από τη μήτρα. Βρίσκεται στο γάλα και στα παράγωγά του, στα όσπρια, στους ξηρούς καρπούς, στα αυγά, στα λαχανικά, στα φρούτα, δημητριακά (<http://www.vergetis.net/odigos-egkimosinis.pdf>).

Πρωτεΐνες: Οι πρωτεΐνες αποτελούν τα βασικά στοιχεία της δομής των κυττάρων και των ιστών του ανθρώπινου οργανισμού. Παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης καθώς επίσης και στο βάρος γέννησης του μωρού διότι συμβάλλουν στη διάπλαση νέων κυττάρων και στη διαμόρφωση των κυτταρικών συγκροτημάτων και οργανικών συστημάτων. Πλούσιες τροφές σε πρωτεΐνες είναι τα αυγά, το κρέας, το ψάρι, τα τυριά, τα όσπρια και οι ξηροί καρποί.

Υδατάνθρακες: Χρησιμοποιούνται σαν άμεση πηγή ενέργειας και θερμότητας. Όπως και ένα φυσιολογικό άτομο, έτσι και μια έγκυος γυναίκα ένα μέρος της απαραίτητης ενέργειας για την καθημερινή δραστηριότητα και τη λειτουργία των οργάνων το παίρνει από τους υδατάνθρακες. Η περίσσεια των υδατανθράκων που δεν χρησιμοποιείται, αποθηκεύεται υπό μορφή λίπους και γλυκογόνου για να χρησιμοποιηθεί σε περιπτώσεις μειωμένης ενεργειακής πρόσληψης. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης απαιτείται επιπλέον ενέργεια εφόσον το βάρος αυξάνεται. Επίσης κατά την περίοδο αυτή, πρέπει να συντεθεί μια επιπλέον ποσότητα λίπους, η οποία θα

αποθηκευτεί στον υποδόριο ιστό και θα χορηγήσει ενέργεια κατά τον τοκετό και θα συμβάλλει στην παραγωγή γάλακτος. Οι υδατάνθρακες είναι τροφές φυτικής προέλευσης και βρίσκονται σε αφθονία στα δημητριακά, στα όσπρια, στα λαχανικά στους βολβούς (πατάτες, παντζάρια, καρότα), στα φρούτα, στο μέλι, στο γάλα (Παπανδρέου, 2003).

Λίπη: Η φυσιολογική εγκυμοσύνη χαρακτηρίζεται από κατάσταση υπερλιπιδαιμίας. Τα επίπεδα των λιπιδίων και λιποπρωτεϊνών στο πλάσμα είναι αυξημένα σε αντίθεση με τα επίπεδα των αμινοξέων που σταδιακά μειώνονται. Η αλλαγή αυτή οφείλεται στη στήριξη των ενεργειακών αναγκών της μητέρας μέσω της οξείδωσης των λιπών ώστε να μεταφέρονται τα υπόλοιπα θρεπτικά συστατικά στο έμβρυο. Τα ζωικά λίπη καθώς και τα βιομηχανοποιημένα τρόφιμα, τα αλλαντικά, τα γλυκά, όπως και τα τηγανιτά είναι πιο δύσπεπτα. Είναι καλύτερο να χρησιμοποιούμε ωμό βούτυρο και παρθένο ελαιόλαδο. (<http://www.vergetis.net/odigos-egkimosinis.pdf>).

Βιταμίνη C: Η ανάπτυξη των οστών του εμβρύου αλλά και η γενικότερα καλή ανάπτυξη του νέου οργανισμού ωφελείται πολλαπλά από τη βιταμίνη C. Για την πρόσληψή της μπορεί να ενταχθεί στο διαιτολόγιό φρέσκα φρούτα και λαχανικά. Πρέπει όμως να ληφθεί υπόψη ότι η βιταμίνη αυτή είναι υδροδιαλυτή, οπότε ο οργανισμός δεν μπορεί να την αποθηκεύσει και χρειάζεται να τη λαμβάνει μέσω εξωτερικών πηγών καθημερινά (Murkoff κ.ά., 2009).

1.6.4. Βασικές αρχές για εννέα μήνες υγιεινής διατροφής

Κάθε μπουκιά είναι σημαντική: Η έγκυος γυναίκα έχει μπροστά της εννέα μηνών γεύματα και σνακ (τσίμπημα και κολατσιό), το καθένα από αυτά είναι μια ευκαιρία να τραφεί σωστά το μωρό πριν ακόμα γεννηθεί. Κάθε μπουκιά μέσα στη μέρα είναι μια ευκαιρία έτσι ώστε το μωρό να πάρει όλα τα απαραίτητα υγιεινά θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται καθώς αναπτύσσεται μέσα στη μήτρα.

Δεν είναι όλες οι θερμίδες ίσες: Καλό θα είναι η μέλλουσα μητέρα να επιλέγει όσο μπορεί τις θερμίδες που καταναλώνει με προσοχή, προτιμώντας τη ποιότητα και όχι τόσο τη ποσότητα. Για παράδειγμα οι 200 θερμίδες ενός ντόνατς δεν ισοδυναμούν με 200 θερμίδες μιας τηγανίτας φτιαγμένης με

αλεύρι ολικής άλεσης και σταφίδες. Ούτε οι 100 θερμίδες από δέκα τσιπς ισοδυναμούν με 100 θερμίδες μιας ψητής πατάτας. Είναι προφανές και σαφώς άδικο αλλά το μωρό θα ωφεληθεί πολύ περισσότερο από 2.000 θρεπτικές θερμίδες την ημέρα, παρά από 2.000 σχεδόν άχρηστες θερμίδες. Επιπλέον, ο οργανισμός θα ωφεληθεί και εκείνος μετά τον τοκετό.

Αν λιμοκτονεί η μητέρα, λιμοκτονεί και το έμβρυο: Όπως δεν θα σκεφτόταν ποτέ μια μητέρα να αφήσει νηστικό το μωρό της αφού γεννηθεί, δεν θα πρέπει να το αφήνει να πεινάει μέσα στη μήτρα. Το έμβρυο δεν μπορεί να αναπτυχθεί σωστά αν τρέφετε μόνο από τα αποθέματα της μητέρας, ανεξαρτήτως ποιότητας. Χρειάζεται τακτική τροφή σε τακτά χρονικά διαστήματα, την οποία μόνο η μητέρα μπορεί να προσφέρει. Ακόμη και αν η ίδια δεν πεινάει, πεινάει το μωρό. Θα πρέπει λοιπόν να προσπαθήσει να μην παραλείπει τα γεύματά της. Στην πραγματικότητα, τα τακτικά γεύματα μπορεί να είναι ο καλύτερος τρόπος να σιτίζεται καλά το έμβρυο. Έρευνες δείχνουν ότι οι μητέρες που τρώνε τουλάχιστον πέντε φορές την ημέρα (τρία γεύματα συν δύο σνακ ενδιάμεσα ή έξι μικρά γεύματα, για παράδειγμα) έχουν περισσότερες πιθανότητες να ολοκληρώσουν την εγκυμοσύνη τους.

Η μέλλουσα μητέρα θα πρέπει να τρώει αποδοτικά γεύματα: Είναι καλό να επιλέγει τροφές με χαμηλές θερμίδες αλλά πλούσιες σε θρεπτικά συστατικά. Χρειάζεται για παράδειγμα ένα φλιτζάνι φιστίκια Αιγίνης με 715 θερμίδες (το 25% περίπου της ημερήσιας ποσότητας), είναι πολύ λιγότερο αποδοτικός τρόπος για να πάρει μια μερίδα πρωτεϊνών 25 γραμμαρίων σε σχέση με ένα μπιφτέκι γαλοπούλας 100 γραμμαρίων, που έχει 250 θερμίδες. Επειδή το λίπος έχει πάνω από τις διπλάσιες θερμίδες ανά γραμμάριο και από τις πρωτεΐνες και από τους υδατάνθρακες, επιλέγοντας συχνά τις λιγότερο λιπαρές τροφές θα αυξηθεί η απόδοση της διατροφής της μητέρας. Η αποδοτικότητα είναι σημαντική, επίσης, αν η έγκυος δυσκολεύετε να πάρει αρκετό βάρος. Για να αρχίσει η ζυγαριά να ανεβαίνει προς υγιέστερη πρόσληψη βάρους, θα πρέπει να επιλέξει τροφές πλούσιες σε θρεπτικά συστατικά και θερμίδες –αβοκάντο, ξηρούς καρπούς και ξερά φρούτα, για παράδειγμα-, που μπορούν να χορτάσουν τη μητέρα και το έμβρυο χωρίς να τη φουσκώσουν υπερβολικά.

Οι υδατάνθρακες είναι πολύπλοκο θέμα: Μερικές γυναίκες που ανησυχούν μήπως πάρουν πολύ βάρος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

τους, κάνουν λάθος όταν καταργούν τους υδατάνθρακες από τη διατροφή τους. Είναι γεγονός ότι οι επεξεργασμένοι και οι απλοί υδατάνθρακες (όπως το άσπρο ψωμί, τα κρακεράκια, τα κουλουράκια, το άσπρο ρύζι, τα επεξεργασμένα δημητριακά, οι τούρτες και τα μπισκότα) είναι θρεπτικά ελλιπείς. Αλλά οι μη επεξεργασμένοι υδατάνθρακες (ψωμιά και δημητριακά ολικής άλεσης, καφέ ρύζι, φρέσκα φρούτα και λαχανικά, όσπρια, αρακάς και, φυσικά, οι πατάτες με τη φλούδα τους) παρέχουν ουσιαστικής σημασίας βιταμίνες Β, ιχνοστοιχεία, πρωτεΐνες και σημαντικές ίνες. Δεν είναι ωφέλιμοι μόνο για το μωρό, αλλά βοηθάνε να κρατηθούν οι ναυτίες και η δυσκοιλιότητα υπό έλεγχο.

Τα γλυκά μικρό-αρτύματα δεν προσφέρουν τίποτα: Οι θερμίδες της ζάχαρης είναι, δυστυχώς, κενές θερμίδες. Επιπλέον, οι ερευνητές ανακαλύπτουν ότι η ζάχαρη όχι μόνο μπορεί να στερείτε αξίας, αλλά σε υπερβολικές ποσότητες μπορεί να είναι και βλαβερή. Η καλύτερη λύση λοιπόν για να αντικατασταθεί η ζάχαρη είναι τα φρούτα, ξερά φρούτα και συμπυκνωμένους χυμούς φρούτων. Εκτός από τη γλυκιά γεύση που δίνουν, περιέχουν και βιταμίνες, ιχνοστοιχεία και πολύτιμες φυτοχημικές ουσίες (φυτικές χημικές ουσίες που βοηθούν τον οργανισμό να καταπολεμά τις ασθένειες και τη γήρανση), οι οποίες δεν υπάρχουν στη ζάχαρη.

Οι καλές τροφές γνωρίζουμε από πού προέρχονται: Θα πρέπει να επιλέγονται φρέσκα φρούτα και λαχανικά, όταν είναι η εποχή τους, ή φρέσκο-κατεψυγμένα ή σε κονσέρβα, όταν δεν υπάρχουν φρέσκα. Όσον αφορά στο μαγείρεμα, το λίγο σημαίνει περισσότερο για τα θρεπτικά συστατικά. Η μέλλουσα μητέρα καλό είναι να προσπαθεί να τρώει ωμά λαχανικά και φρούτα κάθε μέρα και, όταν μαγειρεύει να προτιμάει να τα φτιάχνει στον ατμό ή ελάχιστο τηγάνισμα, έτσι ώστε να διατηρούνται περισσότερες βιταμίνες και μεταλλικά στοιχεία. Τα έτοιμα φαγητά πρέπει να αποφεύγονται γιατί δεν περιέχουν απλώς πολλές χημικές ουσίες, λιπαρά, ζάχαρη και αλάτι, αλλά συχνά είναι και χαμηλής θρεπτικής αξίας. Καλό είναι να επιλέγει ένα φρέσκο στήθος γαλοπούλας αντί για καπνιστή, ζυμαρικά με τυρί φτιαγμένα από ζυμαρικά ολικής άλεσης και φυσικό τυρί, φρέσκο πλιγούρι βρώμης αντί για έτοιμο, που περιέχει λιγότερες ίνες και έχει πρόσθετη ζάχαρη.

Η υγιεινή διατροφή αρχίζει στο σπίτι: Το ψωμί ολικής άλεσης είναι η ιδανική επιλογή. Οι έρευνες συσχετίζουν μια καλή διατροφή όχι μόνο με

καλύτερη έκβαση της εγκυμοσύνης, αλλά και με χαμηλότερο κίνδυνο προσβολής από πολλές ασθένειες, συμπεριλαμβανομένων του διαβήτη που αρχίζει στην ενήλικη περίοδο και του καρκίνου. Αυτό σημαίνει ότι μια οικογένεια που τρέφεται σωστά, ως το σύνολο, έχει περισσότερες πιθανότητες να παραμείνει υγιής ως το σύνολο.

Οι κακές συνήθειες μπορούν να σαμποτάρουν μια καλή διαίτα: Η καλή διατροφή δεν είναι παρά ένα μέρος μόνο της υγιεινής προγεννητικής εικόνας. Η καλύτερη προγεννητική διαίτα του κόσμου μπορεί να υπονομευτεί εύκολα από το αλκοόλ, το κάπνισμα και άλλες επικίνδυνες ουσίες (<http://www.letsfamily.gr/el/articles/348>).

1.7. ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΕΚΓΥΜΟΣΥΝΗΣ

Η εγκυμοσύνη είναι μια υπέροχη περίοδος για όλες τις γυναίκες. Φέρνει αλλαγές στο σώμα τους, τον ψυχισμό τους και τελικά στη ζωή τους. Την περίοδο αυτή οι περισσότερες γυναίκες σταματούν κάθε βλαβερή συνήθεια και προσαρμόζονται στην καινούργια κατάσταση και στο νέο τους ρόλο. Ωστόσο υπάρχουν πολλές ουσίες, όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ και η καφεΐνη που προκαλούν εθισμό και οι έγκυες δεν μπορούν να τα διακόψουν, παρότι το θέλουν πολύ.

1.7.1. Το κάπνισμα

Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει 68000 τοξικές ουσίες, όπως νικοτίνη, μονοξειδίο του άνθρακα, υδροκυάνιο, κάδμιο, μόλυβδο, σελήνιο και αρσενικό. Οι ουσίες αυτές που εισπνέουν οι καπνίστριες, φτάνουν στο μωρό δια μέσου του πλακούντα και εμποδίζουν τις θρεπτικές ουσίες να φτάσουν στο έμβρυο, ενώ περιορίζουν το ποσοστό οξυγόνου που παίρνει. Μεγάλη προσοχή, όμως, χρειάζεται και το παθητικό κάπνισμα. Οι γυναίκες που βρίσκονται σε χώρους καπνιστών για μεγάλο διάστημα μπορεί να δημιουργήσουν πρόβλημα στο νεογνό. Ορισμένες μάλιστα ουσίες μπορεί να περάσουν στο γάλα της μητέρας και στη συνέχεια στο παιδί με το θηλασμό (Παρουτσόγλου, 2015).

Είναι γεγονός ότι, όταν καπνίζει η μητέρα, «καπνίζει» και το παιδί. Έτσι κινδυνεύει να γεννηθεί το παιδί με μικρό βάρος. Τα ελλιποβαρή έμβρυα μπορεί να αναπτύξουν περισσότερα προβλήματα υγείας από ό,τι τα παιδιά με κανονικό βάρος. Επίσης, έχουν περισσότερες πιθανότητες να χρειαστούν

ειδική φροντίδα και να πρέπει να παραμείνουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στο νοσοκομείο. Ακόμη δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι για αυτά τα παιδιά υπάρχει και η αυξημένη πιθανότητα θανάτου στη διάρκεια του τοκετού ή κατά το πρώτο έτος της λοχείας (Παρουτσόγλου, 2015).

Οι ανωμαλίες που μπορεί να προκύψουν, όταν οι εγκυμονούσες καπνίζουν, συνοψίζονται στα ακόλουθα:

1. Χαμηλό βάρος γέννησης. Η πιθανότητα γέννησης με βάρος μικρότερο από 2500 γρ, είναι διπλάσια και με σημαντική βραδύτητα ανάπτυξης του εμβρύου.
2. Αποβολή του εμβρύου. Αυτόματες εκτρώσεις.
3. Συγγενείς ανωμαλίες, όπως λαγώχειλο και λυκόστομα, δυσμορφία δακτύλων.
4. Μικρή περίμετρο της κεφαλής του νεογνού.
5. Αυξημένη συχνότητα ενδομήτριου θανάτου.
6. Αυξημένη συχνότητα αποκόλλησης πλακούντα.
7. Πρόωρη ρήξη υμένων.
8. Προδρομικό πλακούντα.
9. Εξωμήτριο εγκυμοσύνη.
10. Σύνδρομο αιφνίδιου νεογνικού θανάτου.
11. Αυξημένη πιθανότητα παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος, άσθματος και ανεπαρκούς ανάπτυξης πνευμόνων.
12. Σύνδρομο μειωμένης προσοχής.
13. Μαθησιακές δυσκολίες.

Οι παραπάνω διαταραχές μπορούν να αποδοθούν:

- Στην ενδομήτριο ανοξία του κυήματος (χαμηλή πρόσληψη οξυγόνου) εξαιτίας:
- Της νικοτίνης (αγγειοσύσπασση μητριαίων αγγείων – θρόμβωση των αγγείων του πλακούντα).
- Του μονοξειδίου του άνθρακα (υψηλή στάθμη ανθρακυλαιμοσφαιρίνης και δέσμευση της εμβρυακής και μητρικής αιμοσφαιρίνης).
- Του κυανίου (αναστολή της αναπνευστικής αλυσίδας του μιτοχονδρίου).

- Δέσμευση των υποδοχέων της ντοπαμίνης.
- Στη μειωμένη θρέψη της εγκύου, λόγω μείωσης του επιπέδου του ασκορβικού οξέως.
- Στη μειωμένη ανοσολογική αντίδραση της μητέρας στα βακτηρίδια και στους ιούς.
- Στη μειωμένη ικανότητα του ανοσοποιητικού συστήματος να ενεργοποιεί πρωτεάσες, οι οποίες δρουν ανασταλτικά στις λοιμώξεις.
- Στην ελάττωση του όγκου πλάσματος.
- Στην ανύψωση της συστολικής πίεσης και στην πτώση της διαστολικής (Παρουτσόγλου, 2015).

Οι έγκυες επιβάλλεται να σταματήσουν το κάπνισμα ή τουλάχιστον να ελαττώσουν δραστικά τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν καθημερινά. Οι βλαπτικές επιδράσεις σχετίζονται με τον αριθμό των τσιγάρων. Οι γυναίκες θα πρέπει να ενθαρρύνονται να σταματήσουν το κάπνισμα οικειοθελώς. Αν το επιτύχουν μέχρι τη δέκατη έκτη εβδομάδα, οι βλαπτικές επιδράσεις του καπνού μειώνονται σημαντικά. Τα ζευγάρια θα πρέπει να σταματήσουν το κάπνισμα τρεις με τέσσερις μήνες πριν προγραμματίσουν εγκυμοσύνη, ώστε να βελτιώσουν την ποιότητα του σπέρματος και των ωαρίων καθώς και να αυξήσουν τις πιθανότητες σύλληψης. Οι κίνδυνοι του καπνίσματος για τη σύλληψη, την πορεία της κύησης και την υγεία του εμβρύου πρέπει να αρχίζουν πολύ πριν το ζευγάρι αποφασίσει να τεκνοποιήσει (Παρατσόγλου, 2015).

Μελέτες αποδεικνύουν ότι οι επιπτώσεις του καπνίσματος στην προγεννητική περίοδο είναι ολέθριες. Κίνδυνο να εκδηλώσουν έμφραγμα ή αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο κάποια στιγμή στη ζωή τους παρουσιάζουν ενήλικες των οποίων η μητέρα κάπνιζε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Όπως έδειξε Ολλανδική έρευνα για τον κίνδυνο εμφάνισης αρτηριοσκλήρωσης, οι μητέρες που κατά την εγκυμοσύνη κάπνιζαν, μετέδιδαν στο παιδί τους τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακού προβλήματος. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερευνών, οι ενήλικες των οποίων και οι δυο γονείς κάπνιζαν κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, είχαν μεγαλύτερη στένωση καρωτίδων σε σχέση με τους ενήλικες που οι γονείς τους δεν

κάπνιζαν ή κάπνιζε μόνο ο ένας. Οι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η περίοδος της εγκυμοσύνης έχει μεγάλη βαρύτητα για βλαβερές συνέπειες στην υγεία από την έκθεση στον καπνό. Σύμφωνα με τον Dr. Uiterwaal είναι πιθανό τα συστατικά του καπνού να περνούν κατευθείαν στον πλακούντα και να προκαλούν βλάβη άμεσα στο καρδιαγγειακό σύστημα του εμβρύου (<http://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/epistimi-zwi/news/1588/olethries-oi-synepeies-toy-kapnismatos-stin-egkymosyni.html>).

Είναι πλέον σιγούρο ότι το κάπνισμα στην εγκυμοσύνη έχει βλαπτική επίδραση στο έμβρυο. Ο αριθμός των σιγαρέτων που είναι δυνατό να καταναλώνονται από την έγκυο που ήταν καπνίστρια πριν μείνει έγκυος δεν πρέπει να ξεπερνα τα τρία ημερησίως. Σε αντίθετη περίπτωση υπάρχει σοβαρός κίνδυνος για το έμβρυο να γεννηθεί πρόωρα, να παρουσιάσει ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξής του μέσα στη μήτρα ή να συμβεί πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα με όλες τις σοβαρές συνέπειες για αυτό και την έγκυο. Επίσης, υπάρχουν μελέτες που σχετίζουν τη νικοτίνη με αιφνίδιους θανάτους της βρεφικής ηλικίας και με διαταραχές της παιδικής συμπεριφοράς. Σε πρόσφατες μελέτες έχει βρεθεί ότι το 5.3% έως 7,7% των πρόωρων τοκετών, το 13.1-19.0% των χαμηλού βάρους γέννησης νεογνών, το 23.2-33.6% των αιφνίδιων νεγνικών και βρεφικών θανάτων και το 5.0-7.3% των θανάτων που σχετίζονται με την προωρότητα ότι συνδέονται με το κάπνισμα στην κύηση (Dietz et.al., 2010). Μια άλλη έρευνα εξέτασε τις επιπτώσεις του παθητικού καπνίσματος και τόνισε πως όταν ο σύζυγος καπνίζει ένα πακέτο τσιγάρα μέσα στο σπίτι, έμμεσα η έγκυος έχει καπνίσει τουλάχιστον τρία

1.7.2. Το αλκόολ

Η επίδραση του αλκοόλ στο αγέννητο παιδί είναι ένα σχετικά καινούριο πεδίο έρευνας. Δεν υπάρχει, όμως, αμφιβολία ότι ακόμα και η μικρή ποσότητα οινοπνεύματος σε καθημερινή βάση, ιδιαίτερα στο πρώτο τρίμηνο της κύησης, κατά το οποίο συντελείται η οργανογένεση, είναι δυνατόν να του προξενήσει ζημιά. Σύμφωνα με πρόσφατα συμπεράσματα των επιστημόνων, ακόμα και το λίγο αλκόολ στη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να ενοχοποιηθεί για τη γέννηση λιποβαρούς παιδιού ή για την αύξηση του κινδύνου αποβολής του εμβρύου. Το καθημερινό ποτηράκι κατά την κύηση φαίνεται ότι ευθύνεται και

για την υπερβολική υπερκινητικότητα, που θα διακρίνει αργότερα το παιδί. Το οινόπνευμα που είναι ουσία νευρολογική και καταστρέφει τα νεύρα και πολλά κύτταρα του εγκεφάλου, όταν μπαίνει στον οργανισμό της μητέρας με το ποτό, περνά πολύ εύκολα μέσα από τον πλακούντα και φτάνει στην κυκλοφορία του αίματος του εμβρύου (<http://hamomilaki.blogspot.gr/2010/05/drugs-pregnancy-smoking.html>).

Οι ανωμαλίες που μπορεί να προκύψουν όταν οι έγκυες καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ είναι:

1. Καθυστέρηση την ανάπτυξης προ και μετά της γέννησης.
2. Διανοητική υστέρηση
3. Ανωμαλίες διάπλασης κεφαλής και προσώπου
4. Συγγενείς ανωμαλίες καρδιάς
5. Διαταραχές συμπεριφοράς
6. Ανωμαλίες κεντρικού νευρικού συστήματος

(<http://www.eleucis.gr/egimosini/kuisi/item/121-http-www-eleucis-gr-egimosini-alkool-kapnisma-kafes-narkotika.html>).

Δεν χρειάζονται ειδικές γνώσεις για να αντιληφθεί κανείς τους κινδύνους που απειλούν το αναπτυσσόμενο έμβρυο από τη μετάγγιση αυτή, όχι μόνο στους πρώτους μήνες, κατά τους οποίους δημιουργούνται τα όργανά του, αλλά και στους τελευταίους, που χαρακτηρίζονται από τη ραγδαία ανάπτυξη του εγκεφάλου του. Επιπλέον, το αλκοόλ σε αρκετή ποσότητα δημιουργεί προβλήματα και στον οργανισμό της μητέρας, με αποτέλεσμα να διαταράσσονται οι "ανταλλαγές" που γίνονται μέσω του πλακούντα ανάμεσα σ' αυτή και το παιδί. Αλλωστε, οι μέλλουσες μητέρες, οι οποίες επιμένουν να πίνουν πάνω από δύο "σκληρά" ποτά την ημέρα, δημιουργούν τις προϋποθέσεις για να προσβληθεί το μωρό τους από εμβρυϊκό αλκοολικό σύνδρομο και να υποστεί σοβαρές ανωμαλίες. Παρόλο που η ασφαλέστερη επιλογή είναι η ολοκληρωτική αποχή από το αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι περισσότεροι ειδικοί συμφωνούν ότι η κατανάλωση ενός ποτηριού κρασιού την εβδομάδα μετά το 1ο τρίμηνο της κύησης (όταν έχει ολοκληρωθεί η οργανογένεση) είναι αποδεκτή (<http://www.siozos.com/blog-2/μαιευτικη/αλκοολ-καπνισμα-και-καφεσ-στην-εγκυμοσυνη/>).

1.7.3. Η καφεΐνη

Σύμφωνα με ανακοίνωση που εξέδωσε το Αμερικανικό Κολέγιο Μαιευτήρων και Γυναικολόγων (ACOG) τον Ιούλιο του 2010 στην Ουάσιγκτον, οι εγκυμονούσες μπορούν να καταναλώνουν καφέ και άλλα τρόφιμα και ροφήματα που περιέχουν καφεΐνη με ασφάλεια, εφόσον δεν ξεπερνούν ένα ημερήσιο ασφαλές όριο. Ο πρόεδρος της επιτροπής Μαιευτικής πρακτικής William H. Barth, Jr, MD, στην ανακοίνωση αναγνωρίζει πως οι γυναίκες εδώ και χρόνια ταλαιπωρούνταν από πολλά και αντιφατικά μηνύματα για το αν επιτρέπεται η κατανάλωση καφεΐνης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Παπαλαζάρου, 2013).

Όσον αφορά στην καφεΐνη, συστήνεται μέτρια κατανάλωση (125 mg/ dl ημερησίως). Πρόκειται για μια ουσία, η οποία διαπερνά τον πλακούντα και μπορεί να επηρεάσει τους καρδιακούς παλμούς και την αναπνοή του εμβρύου (Murkoff κ.ά., 2009). Σε σειρά μελετών, έχει διαπιστωθεί αυξημένος κίνδυνος αποβολών και χαμηλό βάρος γέννησης των νεογνών, σε περιπτώσεις όπου η κατανάλωση καφεΐνης υπερέβαινε τα 150 mg ημερησίως. Η συγκεκριμένη ουσία προσλαμβάνεται από τα διάφορα είδη καφέ, τσάι, αναψυκτικά τύπου Cola, αρωματισμένα ροφήματα, σοκολάτα και γλυκά που περιέχουν σοκολάτα ή καφέ. Ωστόσο δεν υπάρχει λόγος η έγκυος μητέρα να εγκαταλείψει τον καφέ της αμέσως, αν και θα πρέπει να τον περιορίσει. Οι περισσότερες ενδείξεις υποδηλώνουν ότι έως και 150-200 mg καφεΐνης περίπου την ημέρα είναι ασφαλή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ανάλογα πάντα με το πώς πίνει τον καφέ της η μέλλουσα μητέρα (σκέτο ή με πολύ γάλα), αυτό θα μπορούσε να σημαίνει ότι θα τον περιορίσει σε δυο φλιτζάνια περίπου την ημέρα, πράγμα που σημαίνει ότι δεν υπάρχει πρόβλημα να συνεχίσει να πίνει μικρές έως μέτριες ποσότητες καφέ. Αυτό συμβαίνει γιατί αυτούς τους καφέδες, όπως και καθετί που καταναλώνει ή πίνει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους μοιράζετε με το μωρό. Η καφεΐνη (που ενώ είναι γνωστό ότι βρίσκεται στον καφέ, υπάρχει και σε άλλες τροφές, ροφήματα και αναψυκτικά) περνάει το πλακούντα, αν και δεν έχει γίνει ακόμη ακριβές (και ποια δόση) επηρεάζει το έμβρυο. Ως μέτρια κατανάλωση καφεΐνης για την έγκυο ορίζεται ποσότητα μικρότερη από 200mg καφεΐνης την ημέρα. Η ποσότητα αυτή αντιστοιχεί κατά

μέσο όρο σε 2 φλιτζάνια στιγμιαίου καφέ και σε 3-4 φλιτζάνια ελληνικού καφέ την ημέρα (Παπαλαζάρου, 2013).

Πίνακας 2: Ημερήσια κατανάλωση καφεΐνης

Είδος καφέ ανά μερίδα	Περιεκτικότητα σε καφεΐνη
Καφές φίλτρου (~200 ml)	115-175mg
Στιγμιαίος καφές (~200 ml)	65-100mg
Ντεκαφεϊνέ στιγμιαίος (~200 ml)	2-3mg
Ελληνικός καφές (50 ml)	40mg
Ντεκαφεϊνέ ελληνικός καφές (50 ml)	0-1mg
Εσπρέσο (30 ml)	30-40mg

(Πηγή: *The coffee science information centre*)

Σύμφωνα με έρευνες που έγιναν σε 5132 γυναίκες στη Δανία και εξέτασαν την επίδραση της καφεΐνης και της κατανάλωσης ροφημάτων καφεΐνης, διαπιστώθηκε ότι η μεγαλύτερη πρόσληψη καφεΐνης στην αρχή της εγκυμοσύνης αυξάνει ελαφρώς τον κίνδυνο αποβολής. Οι συμμετέχοντες ήταν γυναίκες που συνέλαβαν μετά την συμμετοχή τους στη Smart-Gravid ομάδα, ηλικίας 18-40, σε μια σταθερή σχέση με έναν σύντροφο, και δεν χρησιμοποιούσαν θεραπείες γονιμότητας για να συλλάβουν. Οι γυναίκες αυτές κατέγραψαν την καθημερινή καφεΐνη καθώς και την κατανάλωση ροφημάτων καφεΐνης σε ερωτηματολόγια πριν από τη σύλληψη και κατά τη διάρκεια της πρόωρης εγκυμοσύνης. Όλες οι μετρήσεις της έκθεσης ήταν αναμενόμενες σε σχέση με τη διαπίστωση του αποτελέσματος. Κατά τη διάρκεια της περιόδου πριν την σύλληψη, η κατανάλωση καφεΐνης δεν συνδεόταν ουσιαστικά με τον κίνδυνο SAB (HR σύγκριση ≥ 300 με 100 mg / ημέρα. Η περίοδος πριν τη σύλληψη και η κατανάλωση καφεΐνης στα πρώιμα στάδια της κύησης συνδέθηκαν με την τεκνοποιία, την τριτοβάθμια εκπαίδευση και το κάπνισμα. Η κατανάλωση καφεΐνης πριν την σύλληψη σχετίζονταν επίσης θετικά με την κατανάλωση αλκοόλ (Hahn et.al., 2015)

Η καφεΐνη έχει εντυπωσιακή τονωτική δράση, αλλά, σε μεγάλες δόσεις μπορεί να έχει εξίσου αξιοσημείωτη διουρητική δράση, προκαλώντας απομάκρυνση ασβεστίου και άλλων βασικών για την εγκυμοσύνη θρεπτικών ουσιών από το σύστημα πριν προλάβουν να απορροφηθούν επαρκώς. Άλλο ένα μειονέκτημα αυτής της διουρητικής δράσης: συχνότερη ούρηση, που είναι το τελευταίο πράγμα που χρειάζεται μια έγκυος γυναίκα. Επίσης ένα ακόμη κίνητρο για να περιορίσετε την καφεΐνη είναι η διεγερτική δράση της η οποία

μπορεί να ενισχύσει τις μεταπτώσεις της διάθεσης, καθιστώντας τες ακόμη πιο εκρηκτικές και έντονες απ'όσο είναι ήδη. Μπορεί επίσης να σας εμποδίζει να απολαμβάνετε την ξεκούραση που αποζητά το σώμα, ειδικά αν την προσλαμβάνει μετά το μεσημέρι. Επιπλέον, η υπερβολική καφεΐνη μπορεί να παρέμβει στην απορρόφηση του σιδήρου, που χρειάζεται τόσο η έγκυος όσο και το μωρό της (Murkoff κ.ά., 2009).

Οι διάφοροι γιατροί προβαίνουν σε διαφορετικές συστάσεις σχετικά με την κατανάλωση καφεΐνης, γι' αυτό θα πρέπει η μητέρα να ρωτήσει το δικό της γιατρό σχετικά με την ποσότητα κατανάλωσης και το όριο στο αγαπημένο της ρόφημα. Καφεΐνη δεν περιέχεται μόνο στον καφέ αλλά και στα αναψυκτικά, στο παγωτό μόκα, στο τσάι, σε ενεργειακά bars και στη σοκολάτα (αν και η ποσότητα διαφέρει από προϊόν σε προϊόν). Επιπρόσθετα, ο πολύ μαύρος καφές περιέχει περισσότερη καφεΐνη και ο στιγμιαίος καφές περιέχει λιγότερη καφεΐνη από τον καφέ φίλτρου. Πως μπορεί να περιοριστεί η συνήθεια να πίνει πολλή καφεΐνη (ή να την κόψει τελείως); Η πολλή καφεΐνη μπορεί να περιοριστεί πίνοντας λιγότερο δυνατούς καφέδες το πρωί και οι απογευματινοί να είναι ντεκαφεϊνέ. Αν αυτό που επιδιώκει είναι η τόνωση και ο οργανισμός την έχει συνηθίσει-, ο περιορισμός της καφεΐνης θα είναι πιο δύσκολος. Η καφεΐνη προκαλεί εθισμό και η διακοπή ή ακόμα και ο περιορισμός μιας συνήθειας συνεπάγεται ένα σύνολο από συμπτώματα στέρησης, συμπεριλαμβανομένων πονοκεφάλων, ευερεθιστότητας, κόπωσης και λήθαργου. Γι' αυτό είναι καλή ιδέα να μειωθεί η αυξημένη κατανάλωση προοδευτικά (Murkoff κ.ά., 2009).

1.8. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Στις μέρες μας, σε αντίθεση με ό,τι συνέβαινε πριν από μερικά χρόνια, ο αριθμός των γυναικών που ασκούνται κατά τη διάρκεια της κύησης ολοένα και αυξάνει. Αν η εγκυμοσύνη εξελίσσεται φυσιολογικά, η σωματική άσκηση μπορεί και θα πρέπει να συνεχιστεί. Το μέγεθος και ο τύπος της άσκησης είναι ατομικό θέμα. Η άσκηση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι για την μέλλουσα μητέρα καθώς, τη βοηθάει στο να διατηρήσει τη φυσική της κατάσταση και να νιώσει πιο καλά με το σώμα της όσο αυτό είναι εφικτό (Murkoff κ.ά., 2009). Το μέγεθος και ο τύπος της

άσκησης είναι ατομικό θέμα. Μια γυναίκα που έχει γυμναστεί τακτικά πριν την εγκυμοσύνη της δεν θα πρέπει να έχει δυσκολίες με την συνέχιση της γυμναστικής της. Παρόλα αυτά, μια γυναίκα που έκανε μέχρι πρότινος καθιστική ζωή, δεν θα πρέπει να εκτελέσει εντατικό πρόγραμμα γυμναστικής, όπως το τρέξιμο μεγάλων αποστάσεων. Ανεξάρτητα από τον τύπο της γυμναστικής, πρέπει να τονιστεί ότι με την πρόοδο της εγκυμοσύνης αλλάζει το κέντρο βάρους και πιθανώς αυτό μπορεί να παρεμποδίσει την εκτέλεση γυμναστικής στον ίδιο βαθμό, όπως και πριν από την εγκυμοσύνη (<http://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/egkymosyni-kyisi.html>).

Η άσκηση όμως κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης πιθανόν να επηρεάσει αρνητικά τις φυσιολογικές μεταβολές που συμβαίνουν, τόσο στην έγκυο, όσο και στον κυοφορούμενο οργανισμό. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο επιβάλλεται ο προσεκτικός σχεδιασμός της άσκησης κατά την κύηση. Οι ειδικοί που θα καταρτίσουν το πρόγραμμα, θα πρέπει με γνώμονα το επίπεδο της φυσικής κατάστασης και την προπονητική εμπειρία της συμμετέχουσας γυναίκας να θέτουν ως πρώτιστο σκοπό την εξασφάλιση της υγείας τόσο της μέλλουσας μητέρας όσο και του νέου, αναπτυσσόμενου οργανισμού.

Είναι σύνηθες φαινόμενο σε μια φυσιολογική εγκυμοσύνη οι αϋπνίες, οι πόνοι στη μέση, το πρήξιμο των αστραγάλων, η δυσκοιλιότητα, ο τυμπανισμός σε συνδυασμό με περισσότερα αέρια. Όλα αυτά τα ενοχλητικά συμπτώματα είναι ο λόγος που φέρνουν τη μέλλουσα μητέρα σε δύσκολη θέση και την κάνουν να εύχεται να βρει κάτι που, αν το έκανε, θα ελαχιστοποιούσε τους πόνους, τις ενοχλήσεις και τις δυσάρεστες επιδράσεις της εγκυμοσύνης. Στη πραγματικότητα υπάρχει και δεν απαιτεί παρά μόνο μερικά λεπτά (περίπου τριάντα λεπτά) την ημέρα: άσκηση. Σήμερα οι περισσότερες γυναίκες ακολουθούν αυτή τη συμβουλή, ενσωματώνοντας την καλή φυσική κατάσταση στο καθημερινό τους πρόγραμμα. Εξαιρούνται οι περιπτώσεις γυναικών που δεν τους το επιτρέπει ο γιατρός τους.

Σύμφωνα με μελέτες που πραγματοποιήθηκαν και εξέτασαν περιπτώσεις ανώμαλης ανάπτυξης του εμβρύου, η επίδραση της άσκησης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ήταν σημαντική. Η ομάδα μελέτης 166 γυναικών που βρισκόντουσαν σε κύηση έξι-οκτώ εβδομάδων ασκούσαν τακτικά τρεις ημέρες την εβδομάδα σε υπομέγιστη ένταση καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους και η ομάδα ελέγχου 168 γυναικών έλαβαν προγεννητική

πρότυπη φροντίδα. Τα κύρια αποτελέσματα ήταν μακροσωμία και ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης. Η ευεργετική επίδραση της φυσικής δραστηριότητας της μητέρας σε μη φυσιολογική ανάπτυξη του εμβρύου μπορεί να προκαλέσει την επίδραση της αερόβιας άσκησης στην ανοχή γλυκόζης. Γυμναστές καθώς και οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης, θα πρέπει να εκπαιδεύονται σχετικά με τα οφέλη της τακτικής άσκησης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και την ασφαλή σωματική άσκηση για τις έγκυες γυναίκες (Vlatka et.al., 2013)

1.8.1. Αρνητικές επιπτώσεις της άσκησης

Οι πιθανές αρνητικές επιπτώσεις της άσκησης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι οι εξής:

A. Αρνητικές επιπτώσεις που πιθανόν να έχει η άσκηση στην ανάπτυξη του εμβρύου:

- υποξία
- υπερθερμία
- επιζήμιες αλλαγές του καρδιακού ρυθμού και προβλήματα που σχετίζονται με την βαρομετρική πίεση, όταν η άσκηση γίνεται σε μεγάλο υψόμετρο ή όταν γίνεται κάτω από το νερό

B. Αρνητικές επιπτώσεις που πιθανόν να έχει η άσκηση στην έγκυο γυναίκα:

- οι μυοσκελετικοί τραυματισμοί και η επιβάρυνση της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης, ειδικά όταν προϋπάρχουν προβλήματα
- το έντονο stress που μπορεί να προκαλέσουν το Jogging και η άσκηση με αντιστάσεις στις αρθρώσεις και
- η αύξηση της ενδομητρικής δράσης

1.8.2. Πλεονεκτήματα της άσκησης

Η τακτική άσκηση μπορεί να βοηθήσει:

- Στην ανοχή της εγκύου, μπορεί να φαίνεται παράδοξο, αλλά μερικές φορές η πολύ ξεκούραση στην πραγματικότητα κάνει την έγκυο να αισθάνεται πιο κουρασμένη. Λίγη άσκηση μπορεί να βοηθήσει στην ενίσχυση της ενέργειας που χρειάζεται και στη διατήρηση, αν όχι τη βελτίωση, της ευλυγισίας.
- Στον ύπνο αφού πολλές έγκυες γυναίκες δυσκολεύονται να κοιμηθούν ή να διατηρήσουν τον ύπνο τους, αλλά εκείνες που γυμνάζονται συστηματικά, συνήθως κοιμούνται συχνά καλύτερα και αισθάνονται πιο ξεκούραστες.

- Στην υγεία, μπορεί να προλάβει το διαβήτη της κύησης.
- Στην διάθεσή διότι προκαλεί την παραγωγή ενδορφινών από τον εγκέφαλο, των χημικών αυτών ουσιών της ευεξίας που τονώνουν φυσικά βελτιώνουν τη διάθεση, μειώνουν το στρες και το άγχος.
- Στη μέση της εγκύου. Οι δυνατοί κοιλιακοί είναι η καλύτερη άμυνα κατά των πόνων στη μέση, οι οποίοι ταλαιπωρούν πολλές έγκυες γυναίκες. Ακόμη και οι ασκήσεις που δεν στοχεύουν απευθείας στην κοιλιά μπορεί να ανακουφίσει τους πόνους και την επιβάρυνση στη μέση.
- Στη βελτίωση της περιφερικής κυκλοφορίας (μείωση των περιφερικών αντιστάσεων) και η μείωση του κινδύνου εμφάνισης και βαρύτητας των ευρυαγγειών και των κιρσών.
- Στη βελτίωση της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας.
- Στη βελτίωση της ψυχολογικής διάθεσης και της πνευματικής διαύγειας, καθώς και στην αυξημένη αίσθηση αυτοαντίληψης και αυτοεκτίμησης.
- Στον ευκολότερο και με λιγότερες επιπλοκές τοκετό.
- Στην ευκολότερη και ταχύτερη επάνοδος στην προηγούμενη (της κύησης) σωματική κατάσταση, ειδικά αν η άσκηση συνεχιστεί και μετά τον τοκετό.
- Στον περιορισμός του εμφανιζόμενου οιδήματος.
- Στη διευκόλυνση της γαστρεντερικής λειτουργίας

1.9. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ ΚΑΙ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η σεξουαλικότητα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αποτελεί ένα θέμα ταμπού, αφού πολλά ζευγάρια νιώθουν «χαμένα» ανάμεσα σε θεωρίες κινδυνολογίας, ενώ άλλα ζευγάρια βλέπουν την ερωτική τους ζωή να χάνεται τελείως. Για αρχή, δεν υπάρχει γενικός κανόνας που λέει ότι είναι απαγορευτικό να κάνει το ζευγάρι έρωτα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, εκτός κι αν υπάρχει σχετική αντένδειξη από το θεράποντα ιατρό. Γενικά όμως η σεξουαλική πράξη δεν θέτει σε κίνδυνο ούτε τη μητέρα ούτε το μωρό. Το έμβρυο είναι πολύ καλά προστατευμένο μέσα στη μήτρα, καθώς περιβάλλεται από αμνιακό υγρό και προστατεύεται από τον τράχηλο της μήτρας, ο οποίος «κλείνει» με ένα προστατευτικό «τείχος» βλέννας. Το πρώτο τρίμηνο της κύησης πολλά ζευγάρια αποφεύγουν να κάνουν έρωτα, έχοντας κατά νου το φόβο της αποβολής, κάτι που επίσης δεν ισχύει, αλλά και ούτε από τις συσπάσεις ενός οργασμού μπορεί να προκληθεί βλάβη στο καλά προστατευμένο μέσα στη μήτρα έμβρυο.

Ιατρικές αντεδείξεις: Υπάρχουν συγκεκριμένες ιατρικές αντενδείξεις όταν υπάρχει συγκεκριμένο πρόβλημα. Σε αυτό καθοδηγεί το ζευγάρι ο θεράπων

ιατρός, ο οποίος, εάν το κρίνει απαραίτητο, μπορεί να απαγορεύσει ρητά τη σεξουαλική δραστηριότητα στη διάρκεια της κύησης, ή να δώσει κάποιες οδηγίες. Όταν, για παράδειγμα, υπάρχει κίνδυνος πρόωρου τοκετού, προδρομικός πλακούντας (που καλύπτει τον τράχηλο της μήτρας) ή κίνδυνος να ραγίσει ο αμνιακός σάκος κ.λπ., ο θεράπων ιατρός θα συμβουλεύσει για όσα θα πρέπει να αποφεύγει το ζευγάρι. Επιπροσθέτως, εάν η έγκυος κατά τη διάρκεια ή μετά το σεξ παρατηρήσει κάποιο ανώμαλο φαινόμενο, θα πρέπει να σταματήσει τη δραστηριότητα και να απευθυνθεί στον ιατρό έως ότου υπάρξει ιατρική γνωμάτευση.

Ευεργετικές ιδιότητες: Τα ευεργετικά αποτελέσματα της σεξουαλικής δραστηριότητας αφορούν ποικίλους ψυχολογικούς παράγοντες. Η έγκυος, καθώς το σώμα της αλλάζει στο πέρας της εγκυμοσύνης, μπορεί να έχει έντονα την ανάγκη να νιώθει γυναίκα. Το σεξ θα την κάνει να ανακτήσει την αυτοπεποίθηση, τη σεξουαλικότητα και τη θηλυκότητά της. Από την πλευρά του άνδρα, η σεξουαλική συνένωση τον βοηθά να μη νιώθει παραμελημένος, ότι δηλαδή «έχασε το ενδιαφέρον της συντρόφου του» λόγω της εγκυμοσύνης. Αντιθέτως, είναι εξίσου σημαντικό και για τους δύο, μέσω της σεξουαλικής τους επαφής, να συνειδητοποιούν ότι εκτός από γονείς παραμένουν εραστές. Φυσικά, η πράξη θα πρέπει να γίνεται απλά και με τρυφερότητα.

Σεξουαλική επιθυμία της γυναίκας και εγκυμοσύνη: Όταν οι γυναίκες βιώνουν σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές, λόγω της αναταραχής στις ορμόνες τους, είναι απόλυτα φυσικό να επηρεάζεται και η σεξουαλική τους επιθυμία, αλλά αυτό δεν είναι απαραίτητο. Ενώ μερικές γυναίκες δεν βλέπουν μεγάλη αλλαγή στην ερωτική επιθυμία, άλλες μπορεί να έχουν αυξημένη επιθυμία ή, αντιθέτως, να κλειστούν περισσότερο στον εαυτό τους και να κρατήσουν απόσταση από το σύντροφο. Το πώς νιώθει η κάθε γυναίκα είναι προσωπικό, δεν υπάρχει γενικός κανόνας. Σε κάθε περίπτωση, εάν η γυναίκα δεν έχει επιθυμία, δεν θα πρέπει να δεχτεί καμία πίεση από τον σύντροφό της, καθώς δεν αφορά μια μόνιμη κατάσταση και στη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί αυτό να αλλάξει. Σε γενικές γραμμές και ιδιαίτερα στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης η γυναίκα παρουσιάζει αυξημένη λίμπιντο, αφού η αυξημένη αγγείωση της πυέλου προκαλεί ροή του αίματος στον κόλπο, το δέρμα και η

κλειτορίδα γίνονται πιο ευπαθείς και νιώθει πολύ καλά με το ελαφρώς φουσκωμένο στήθος της.

Η ψυχολογία του άνδρα: Κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης δεν αποκλείεται να αλλάξει κι η διάθεση του άνδρα απέναντι στο σεξουαλικό ζήτημα. Μερικοί βρίσκουν τις συντρόφους τους όμορφες και θελκτικές και δεν έχουν κανένα πρόβλημα με τις μεταβολές στο σώμα τους ή στη σκέψη ότι «ανάμεσά τους» υπάρχει ένα μωράκι. Κάποιοι άλλοι επηρεάζονται είτε οπτικά, με την εικόνα του σώματος της συντρόφου, είτε ψυχολογικά, σκεπτόμενοι ότι είναι η σύντροφος που γίνεται μητέρα κι επομένως αυτός ο ρόλος μπαίνει σε προτεραιότητα και για εκείνους. Επιπλέον, πολλοί άνδρες, εάν νιώσουν την παρουσία του μωρού κατά τη διάρκεια της συνεύρεσης, είναι πιθανό να αισθανθούν «παρέμβαση άλλου ατόμου» στη μεταξύ τους επαφή και να χάσουν αμέσως τον ενθουσιασμό τους.

Κρίσιμη περίοδος εγκυμοσύνης σχετικά με το σεξ: Το τρίτο τρίμηνο είναι το πιο δύσκολο. Η μητέρα έχει κουρασμένα πόδια και πλάτη και, λόγω της φουσκωμένης της κοιλίσας, δυσκολεύεται να εκτελέσει διάφορες σεξουαλικές στάσεις. Από ψυχολογικής πλευράς, καθώς πλησιάζει η μέρα του ευτυχούς γεγονότος, οι ανησυχίες της και η αγωνία της μπορεί να αναστέλλουν την επιθυμία. Κάθε ζευγάρι βιώνει αυτές τις καταστάσεις με το δικό του τρόπο. Εάν ένας από τους δύο δεν αισθάνεται επιθυμία, τότε θα πρέπει να το συζητήσει, να καθησυχάσει εκείνον που απέχει, ώστε να μη νιώθει ενοχή. Εάν σταματήσατε να κάνετε έρωτα, δεν σημαίνει ότι ως ζευγάρι έχετε αποτύχει, απλώς βρίσκεστε σε μεταβατικό στάδιο και χρειάζεστε χρόνο να προσαρμοστείτε (<http://www.reamaternity.gr/images/newmag3.pdf>).

Πότε μπορεί να περιοριστούν οι σεξουαλικές σχέσεις του ζευγαριού: Το ιδανικό για κάθε ζευγάρι θα ήταν να μπορούσε να επωφεληθεί τον έρωτα σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αλίμονο, όμως για μερικούς αυτό δεν ισχύει. Στις εγκυμοσύνες υψηλού κινδύνου, η συνουσία μπορεί να περιορίζεται σε ορισμένες φάσεις ή ακόμη και καθ' όλη τη διάρκεια και των εννέα μηνών. Ο γιατρός θα δώσει τις απαραίτητες απαντήσεις που χρειάζεται το ζευγάρι, τι είναι ουσιαστικής σημασίας να γνωρίζει ακριβώς, τι και πότε είναι ασφαλές και πότε θα πρέπει να απέχει από οποιαδήποτε ερωτική πράξη. Το σεξ θα περιοριστεί πιθανώς κάτω από τις ακόλουθες και ενδεχομένως και άλλες συνθήκες:

- Αν εμφανιστούν σημάδια πρόωρου τοκετού, ή πιθανώς, αν υπάρχει ιστορικό πρόωρου τοκετού.
- Αν έχει γίνει διάγνωση ανεπάρκειας τραχήλου ή πρόδρομου πλακούντα.
- Αν εμφανιστεί αιμορραγία ή αν υπάρχει ιστορικό αποβολών.
- Σε περίπτωση που ο οργανισμός είναι απαγορευμένος για την έγκυο, μπορεί να αντλεί ευχαρίστηση ευχαριστώντας τον σύντροφό της.
- Αν έχει απαγορευτεί κάθε ερωτική δραστηριότητα για όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το καλύτερο που θα μπορούσε να κάνει το ζευγάρι είναι να προσπαθήσει να μην το αφήσει να μπει ανάμεσά τους. Μια καλή λύση είναι να επικεντρωθεί σε άλλους τρόπους που θα τους φέρουν κοντά –του ρομαντικού τύπου που μπορεί να έχει εγκαταλείψει από την εποχή της αρχής της σχέσης (Murkoff κ.ά, 2009).

1.10. ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Η εγκυμοσύνη χωρίζεται σε τρίμηνα, 13 εβδομάδων περίπου το καθένα, στα οποία προβλέπεται και συγκεκριμένη εμβρυική ανάπτυξη. Η ημέρα της σύλληψης, σε γυναίκες με σταθερό κύκλο 28 ημερών περίπου, προσδιορίζεται κατά κανόνα δύο εβδομάδες μετά την αρχή της τελευταίας περιόδου (Τσάκος, 2009).

Πρώτο Τρίμηνο: Αρχίζει να διαμορφώνεται το έμβρυο. Σχηματίζεται ο εγκέφαλος (6^η – 7^η εβδομάδα) και οι χτύποι της καρδιάς γίνονται αντιληπτοί με το υπερηχογράφημα. Στις εννέα εβδομάδες σχηματίζονται τα βασικά εσωτερικά όργανα και το έμβρυο φτάνει τα 1.7 εκατοστά (από το κεφάλι έως τους γλουτούς) και περίπου 2.5 εκατοστά ολικό μήκος (σώμα και πόδια μαζί). Στο τέλος των 12 εβδομάδων το έμβρυο μετριέται περίπου πέντε εκατοστά (κεφάλι-γλουτοί), 7.5 εκατοστά ολικό μήκος και ζυγίζει περίπου 40 γραμμάρια. Έχουν σχηματιστεί τα γεννητικά όργανα αλλά είναι δύσκολο να προσδιοριστεί ακόμα το φύλο με το υπερηχογράφημα. Το έμβρυο ήδη κινείται, οι κινήσεις γίνονται αντιληπτές από το υπερηχογράφημα αλλά όχι από τη μητέρα.

Στο διάστημα αυτό η μητέρα αυξάνει βάρος περίπου 1-2 κιλά ανάλογα με τη διατροφή, την άσκηση και ενδεχόμενη ναυτία που ίσως παρουσιάσει. Οι ναυτίες δεν είναι απαραίτητα πρωινές και μπορεί να φτάνουν μέχρι τον έμετο.

Οι γευστικές προτιμήσεις μπορεί ν' αλλάξουν. Οι μαστοί μεγαλώνουν και γίνονται πιο ευαίσθητοι. Το χρώμα στις θηλές μπορεί να γίνει πιο έντονο και οι φακίδες ή δερματικοί σπίλοι μπορεί να αυξηθούν. Συνίσταται η έγκυος να επισκεφτεί τον οδοντίατρο και να είναι πιο συνεπής με την υγιεινή των δοντιών της καθώς η ουλίτιδα είναι πιο συχνή στην εγκυμοσύνη. Αίσθημα κόπωσης, αδυναμία, ζάλη και συναισθηματική αστάθεια είναι συνηθισμένα συμπτώματα. Στο τέλος του πρώτου τριμήνου η μήτρα αρχίζει να προβάλλει στο κατώτερο τμήμα της κοιλιάς (Τσάκος, 2009).

Δεύτερο Τρίμηνο: Στην αρχή του δεύτερου τριμήνου, η καρδιά του εμβρύου χτυπάει ήδη πολύ γρήγορα (γύρω στους 160-180 σφύξεις ανά λεπτό) και η εγκυμοσύνη αρχίζει συνήθως να είναι εμφανής στον κοινωνικό περίγυρο. Το πρόσωπο το εμβρύου αρχίζει να σχηματίζεται καλύτερα. Στις 16 εβδομάδες το έμβρυο έχει μήκος περίπου 14 εκατοστά (κεφάλι-γλουτοί) και ζυγίζει περίπου 150-180 γραμμάρια. Από τις 16-22 εβδομάδες η μητέρα αρχίζει να καταλαβαίνει πιο καθαρά τις κινήσεις του εμβρύου (και λίγο νωρίτερα αν έχουν προηγηθεί άλλες εγκυμοσύνες). Πιο πριν μπορεί να νιώθει «φτερουγίσματα» στην κοιλιά. Στο τέλος του δεύτερου τριμήνου το έμβρυο μπορεί να αρχίσει να έχει ωράριο ύπνου-εγρήγορσης το οποίο δεν είναι απαραίτητα ίδιο με της μητέρας.

Την περίοδο αυτή το βάρος της μητέρας θα αυξηθεί περίπου έξι κιλά, από τα οποία μόνο το ένα κιλό αντιστοιχεί πραγματικά στο έμβρυο, τους υμένες και το αμνιακό υγρό. Οι θηλές του μαστού μπορεί να εκκρίνουν πρωτόγαλα, τα ούλα γίνονται πιο ευαίσθητα, οι ενοχλήσεις στο στομάχι πιο έντονες (δυσπεψία) και η δυσκοιλιότητα γίνεται συνηθισμένο παράπονο. Το σχήμα της μέσης χάνεται και οι πόνοι στην πλάτη μπορεί να αυξηθούν. Η σεξουαλικότητα, που μπορεί να είχε μειωθεί στο πρώτο τρίμηνο, επιστρέφει στα κανονικά και μπορεί να αυξηθεί. Γενικά είναι μια πιο ήρεμη περίοδος και ευνοείται η εμφάνιση σε μαλλιά και δέρμα. Στις 24 εβδομάδες το ολικό μήκος του μωρού είναι περίπου 33 εκατοστά και ζυγίζει περίπου 500-600 γραμμάρια.

Τρίτο Τρίμηνο: Μετά τις 24 εβδομάδες το έμβρυο θεωρείται, δυνητικά, βιώσιμο εάν γεννηθεί. Αν αυτό γίνει νωρίτερα, οι πνεύμονες δεν είναι αρκετά ώριμοι για να το κρατήσουν ζωντανό. Στις 26 εβδομάδες ανοίγουν για πρώτη φορά τα βλέφαρα. Στις 32 εβδομάδες συνήθως το έμβρυο είναι με το κεφάλι

προς τα κάτω. Το ολικό του μήκος είναι περίπου 40 εκατοστά και ζυγίζει περίπου 1.5 κιλό.

Στο τελευταίο τρίμηνο το βάρος της μητέρας αυξάνεται κατά περίπου πέντε κιλά. Η αναπνοή γίνεται λίγο πιο δύσκολη, το αίσθημα κόπωσης εντονότερο και η ανάγκη για ανάπαυση επιτακτικότερη. Η υπέρταση μπορεί να αποτελέσει πρόβλημα ιδιαίτερα ως προς το τέλος της εγκυμοσύνης. Ο γιατρός μπορεί να ενημερωθεί σε περίπτωση που εμφανιστούν έντονα οιδήματα σε χέρια και πόδια. Στο τέλος του τρίτου τριμήνου οι πόνοι στην πλάτη θα γίνουν πιο έντονοι και η σεξουαλικότητα μπορεί να ελαττωθεί σημαντικά. Η συχνουρία και η δυσκοιλιότητα αποτελούν συχνά φαινόμενα.

Προς το τέλος του τρίτου τριμήνου οι συσπάσεις της μήτρας είναι αρκετά έντονες και συχνές, ονομάζονται Braxton-Hicks και αποτελούν την «προπόνηση» της μήτρας για τον τοκετό. Έχουν το χαρακτηριστικό ότι είναι σχετικά ανώδυνες, διαρκούν περίπου 0.5-1 λεπτό της ώρας και εμφανίζονται κάθε 5-15 λεπτά. Παρουσιάζονται συχνότερα μετά από σωματική κόπωση ή ορθοστασία και συνήθως υποχωρούν με την ανάπαυση.

Στις 36 εβδομάδες το μωρό έχει ολικό μήκος περίπου 45 εκατοστά και ζυγίζει περίπου 2.5 κιλά. Πριν τη γέννα θα πρέπει να έχει ετοιμαστεί ο χώρος του μωρού με τον απαραίτητα εξοπλισμό για την υποδοχή στο σπίτι.

Η παρακολούθηση της εγκυμοσύνης καθ'όλη τη διάρκειά της καθορίζεται από τον ιατρό με πρόγραμμα που δίδεται από την αρχή και μπορεί να τροποποιηθεί ανάλογα με τις ανάγκες της κάθε γυναίκας και το βαθμό κινδύνου της εγκυμοσύνης (Τσάκος, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΤΟΚΕΤΟΣ



Εικόνα 2: Τοκετός

Φτάνοντας προς το τέλος της εγκυμοσύνης, ερχόμαστε αντιμέτωποι με το τελικό και πιο κρίσιμο στάδιο, αυτό του τοκετού. Ο τοκετός αποτελεί μια από τις συγκλονιστικότερες εμπειρίες στη ζωή μιας γυναίκας. Μετά από εννέα μήνες προσεκτικής προετοιμασίας και προσδοκιών η στιγμή της γέννησης δεν είναι ποτέ όπως την είχε σχεδιάσει, μπορεί να είναι ευκολότερος ή πιο απαιτητικός σωματικά σε σχέση μ' αυτό που είχε φανταστεί (Shelton, 2013).

Αρχικός στόχος σε κάθε εγκυμοσύνη είναι ο φυσιολογικός τοκετός, ο οποίος προσφέρει το πλεονέκτημα της γρήγορης ανάρρωσης της γυναίκας, αρκεί, βέβαια να πληρούνται όλες οι προϋποθέσεις ασφάλειας για τη μητέρα και το παιδί. Ο φυσιολογικός τοκετός πιστεύεται ότι ενισχύει το δέσιμο μεταξύ μητέρας και παιδιού, ενώ αποτελεί την κορυφαία και πιο χαρακτηριστική -από άποψη έντασης και συναισθημάτων- βιωματική εμπειρία στη ζωή της γυναίκας. Από την άλλη, εάν υπάρχει έστω και η παραμικρή ένδειξη ότι απειλείται η ζωή της μητέρας ή του μωρού της, η καισαρική τομή καθίσταται επιτακτική προκειμένου να εξασφαλισθεί η υγεία τους. Σ' αυτό το κεφάλαιο αναφέρονται τα βασικότερα ήδη τοκετού, τα σημάδια έναρξής του και τυχόν επιπλοκές που μπορεί να προκύψουν κατά τη διάρκεια του.

2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Τοκετός είναι η αλληλουχία των γεγονότων με την οποία επιτυγχάνεται η έξοδος του εμβρύου, του πλακούντα και των ιμένων μετά την 24^η εβδομάδα της κύησης μέσω του πυελογεννητικού συστήματος. (Μιχαήλ, 2015/16).

Η έναρξη του τοκετού μπορεί να είναι αυτόματη ή να προκληθεί. Τοκετός απλός καλείται ο τοκετός κατά τον οποίο γεννιέται ένα έμβρυο και δίδυμος ή πολλαπλός όταν γεννιούνται δύο ή περισσότερα έμβρυα. Η κύηση από την 24^η έως την 35^η εβδομάδα καλείται πρόωρος τοκετός. Από την 35^η έως την 36+6 καλείται οριακά πρόωρος τοκετός και από την 37^η έως και την 40^η εβδομάδα καλείται τελειόμηνος τοκετός. Πριν την 24^η εβδομάδα η έξοδος του εμβρύου καλείται αποβολή. Φυσιολογικός τοκετός δύναται να γίνει διαμέσου του πυελογεννητικού σωλήνα (κολπικός τοκετός). Ο φυσιολογικός τοκετός είναι εκείνος κατά τον οποίο δεν παρεμβαίνει ο μαιευτήρας με κανέναν τρόπο, πλην της φυσιολογικής οδού, για την γέννηση του εμβρύου και δεν χορηγούνται φάρμακα που βοηθούν την επίτοκο για την διεκπεραίωση του τοκετού. Η πρόκληση του τοκετού δεν θεωρείται φυσιολογικός αλλά παρεμβατικός τοκετός. Στον παρεμβατικό τοκετό το έμβρυο μπορεί να γεννηθεί διαμέσου του πυελογεννητικού σωλήνα αλλά δεν σημαίνει ότι είναι και φυσιολογικός. Όταν έρθει η ώρα του τοκετού, η επίτοκος ενημερώνει τον μαιευτήρα της, εκείνος την περιμένει στο μαιευτήριο και ξεκινούν την διαδικασία για να διαπιστώσουν σε ποια φάση του τοκετού βρίσκοντα.

2.2. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Καθώς ο ενθουσιασμός της μητέρας μεγαλώνει όσο πλησιάζει η ώρα του τοκετού, είναι πολύ σημαντικό να έχει κάνει από πριν τις απαραίτητες προετοιμασίες. Τουλάχιστον τέσσερις εβδομάδες πριν, πρέπει να έχει ετοιμάσει τη βαλίτσα της αφήνοντας χώρο για τα είδη της τελευταίας στιγμής. Είναι απαραίτητο να έχει αποφασίσει για τον τρόπο μετακίνησής της στο μαιευτήριο και να έχει μία εναλλακτική λύση. Ακόμα, χρειάζεται να μάθει από ποια είσοδο του μαιευτηρίου πρέπει να μπει. Σε περίπτωση που υπάρχουν άλλα παιδιά θα χρειαστεί να αναθέσει την επίβλεψή τους σε κάποιο συγγενικό ή φιλικό άτομο. Στις μέρες μας τα περισσότερα μαιευτήρια παρέχουν σχεδόν τα πάντα από αυτά που θα χρειαστεί η κάθε έγκυος γυναίκα κατά την

παραμπνή της εκεί, οπότε σε περίπτωση που ξεχάσει κάτι δεν υπάρχει κανένας λόγος ανισυχίας (<http://www.babyzone.gr/εγκυμοσύνη/τι-θα-χρειαστώ-στο-μαιευτήριο>).

Εξίσου σημαντικό είναι να έχει γίνει ο προγραμματισμός του τοκετού. Πρόκειται για ένα σχέδιο όπου η μέλλουσα μητέρα καταγράφει τι θα ήθελε να γίνει κατά την διάρκεια της γέννας και μετά, πάντα σε συνεννόηση με τον ιατρό της ή τη μαία, σε μια σειρά συναντήσεων, όπου θα έχει την ευκαιρία να κάνει ερωτήσεις και να μάθει περισσότερες πληροφορίες. Από την άλλη, δίνει την ευκαιρία στον ιατρό της να τη μάθει καλύτερα και να καταλάβει τα συναισθήματά και τις προτεραιότητές της. Σημαντικό ρόλο στη λήψη αποφάσεων γύρω από τον τοκετό παίζει ο σύντροφος της και ο ευρύτερος οικογενειακός της κύκλος. Δεν υπάρχει κάποιο σωστό και αποδεκτό σχέδιο γέννας, αντιθέτως το κάθε σχέδιο θα πρέπει να προσαρμόζεται στις εκάστοτε ανάγκες της μέλλουσας μητέρας, ύστερα από συζήτηση με τον ιατρό της. Εξαρτάται φυσικά από τις προσωπικές της επιθυμίες, από το ιατρικό της ιστορικό και συνθήκες, και από τις υπηρεσίες που υπάρχουν στο νοσοκομείο ή ιατρείο. Μπορεί για κάποια μητέρα κάποια μέθοδος να είναι ασφαλής ενώ για κάποια άλλη όχι (<http://www.babyzone.gr/εγκυμοσύνη/προγραμματισμός-τοκετού>).

Τα βασικά ήδη που θα χρειαστεί να έχει μαζί της κάθε γυναίκα κατά την παραμονή της στο μαιευτήριο είναι:

I. Βαλίτσα επιτόκου

- Αριθμοί τηλεφώνων που θα καλέσει όταν σπάσουν τα νερά. Όπως του γιατρού, της μαίας και του συζύγου.
- Φωτογραφική μηχανή ή βιντεοκάμερα (δεν επιτρέπεται η χρήση τους την ώρα του τοκετού).
- Λοσιόν για μασάζ.
- Βούρτσα μαλλιών, λαστιχάκια και τσιμπιδάκια.
- Οδοντόβουρτσα, οδοντόπαστα και στοματικό διάλυμα.
- Ένα φάκελο με:
 1. τις πρόσφατες εργαστηριακές εξετάσεις,
 2. το τελευταίο υπερηχογράφημα,
 3. αποτελέσματα εξετάσεων κατά την εγκυμοσύνη και βρέθηκαν παθολογικές,

4. άλλες εξετάσεις που αποδεικνύουν τυχόν προβλήματα υγείας,
 5. το ασφαλιστικό βιβλιάριο,
 6. την αστυνομική ταυτότητα,
 7. πρόσφατη (εντός 6 μηνών) ληξιαρχική πράξη γάμου,
 8. οτιδήποτε άλλο κρίνει απαραίτητο ο γιατρός
- (<http://www.babyzone.gr/εγκυμοσύνη/τι-θα-χρειαστώ-στο-μαιευτήριο>).

II. Βαλίτσα για τις πρώτες ημέρες της λοχείας

- 2 νυχτικά - πυτζάμες. Είτε γεννήσετε με καισαρική, είτε φυσιολογικά, την πρώτη ημέρα θα είστε ταλαιπωρημένη. Προτιμήστε νυχτικό και όχι πυτζάμες. Από τη 2η ημέρα ίσως σας βολέψουν καλύτερα οι πυτζάμες. Επίσης, προτιμήστε να ανοίγουν από μπροστά εάν έχετε σκοπό να θηλάσετε.
- Μια ρόμπα
- Σερβιέτες λοχείας.
- 2-3 άνετα ρούχα τα οποία να μπαίνουν και να βγαίνουν εύκολα.
- Εσώρουχα βαμβακερά.
- Εξοπλισμός θηλασμού: ειδικός στηθόδεσμος, επιθέματα για τους μαστούς, Ειδική κρέμα για τις θηλές.
- Τσάντα αλλαγματος του μωρού και πάνες για το μωρό.
- Σαμπουάν, μαλακτική μαλλιών, αφρόλουτρο, ξυραφάκι.
- Φωτογραφική μηχανή ή βιντεοκάμερα.
- 2-3 σετ πετσέτες.
- Λαστιχένιες παντόφλες για το μπάνιο.
- Πιστολάκι για τα μαλλιά.
- Ρούχα για το μωρό (φορμάκι, κάλτσες, σκουφάκι, σαλιάρες και σεντονάκι) (<http://www.babyzone.gr/εγκυμοσύνη/τι-θα-χρειαστώ-στο-μαιευτήριο>).

III. Η τσάντα του μωρού

- Ρούχα: 5-6 φορμάκια, 4 κορμάκια ύπνου, καλτσάκια, βαμβακερό σκουφάκι
- 4 σαλιάρες
- 2-3 πετσέτες

- Πάνες μιας χρήσης για νεογέννητα
- Μια πιπίλα
- 1 σεντονάκι για να το τυλίξετε
- 1 κουβερτούλα
- Καλάθι μωρού ή ένα καθισματάκι αυτοκινήτου για την ασφαλή μεταφορά του από το μαιευτήριο στο σπίτι.

Εάν η μητέρα έχει επιλέξει να γεννήσει σε ιδιωτικό μαιευτήριο, θα χρειαστεί μόνο τα ρουχαλάκια εξόδου. Το μαιευτήριο τα παρέχει όλα για τη φροντίδα του νεογέννητου. Όσον αφορά την ενδυμασία του μωρού και τα σεντόνια του, θα πρέπει να έχουν πληθεί πολύ καλά με ειδικό βρεφικό σαπούνι προς αποφυγήν αλλεργιών (<http://www.babyzone.gr/εγκυμοσύνη/η-τσάντα-του-μωρού>).

2.3. ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΨΥΧΟΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΚΑΤΑ LAMAZE

Τα μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής έχουν σα σκοπό να ενημερώσουν και να προετοιμάσουν το ζευγάρι και κυρίως την έγκυο για τον τοκετό. Αποτελούν την πιο ευρεία χρησιμοποιούμενη μέθοδο προετοιμασίας για τον φυσιολογικό τοκετό αφού συνδυάζουν όλα τα στοιχεία που είναι αναγκαία για την εύρυθμη αποπεράτωση του. Η μέθοδος κατά Lamaze αποτελεί κλασσική προετοιμασία τοκετού που επινοήθηκε στη Ρωσία από τον Pr.Nikolaïev και εφαρμόστηκε τη δεκαετία του '50 στη Γαλλία από τον Lamaze. Αφορά στη σύνθεση της πληροφόρησης, της αναπνοής, της γυμναστικής και της χαλάρωσης ενώ βασίζεται στη θεωρία των εξαρτημένων αντανakλαστικών του Pavlov (Adachi et al, 2003).

Τα μαθήματα ψυχοπροφύλαξης και προετοιμασίας για γονεϊκότητα πρέπει να γίνονται μετά το πέρας της 32ης εβδομάδας κύησης, ώστε να δίνουν στην κυοφορούσα τη δυνατότητα να εξασκηθεί στις βασικές μεθόδους χαλάρωσης και αναπνοών, που πρέπει να χρησιμοποιήσει κατά τη διάρκεια του τοκετού. Σε πρώτη φάση στόχος των μαθημάτων είναι η πληροφόρηση ενώ σε δεύτερη φάση ακολουθεί η εκμάθηση ασκήσεων γυμναστικής και τριών τύπων αναπνοών. Η πληροφόρηση περιλαμβάνει βασικές γνώσεις γύρω από την ανατομία και τη φυσιολογία του γεννητικού συστήματος της γυναίκας, τη φυσιολογία της σύλληψης, την εμφύτευση, την πορεία και την πρόοδο της εγκυμοσύνης αλλά και το μηχανισμό με τα στάδια του τοκετού. Είναι

απολύτως αναγκαίο μια κυοφορούσα να γνωρίσει τις βασικές αρχές λειτουργίας του γεννητικού συστήματος της αλλά και το μηχανισμό του φυσιολογικού τοκετού, για να μπορέσει να συνεργαστεί κατά τη διάρκεια των συστολών (Storton et al, 2007).

Η γνώση του μηχανισμού της διαστολής του τραχηλικού στομίου ως διαδικασία ανατομική αλλά ορμονική βοηθά την επίτοκο να χειριστεί τις συστολές της μήτρας και να ανταπεξέλθει στο σύμπτωμα του πόνου ή άλλως ωδίνας, όπως χαρακτηρίζεται από πολλούς. Η επιτυχής εφαρμογή της μεθόδου των αναπνοών και της τεχνικής της χαλάρωσης προϋποθέτει τη διαρκή επανάληψη και την εξάσκηση έως ότου καταστεί εξαρτημένο αντανακλαστικό για την επίτοκο (Storton et al, 2007). Ο Lamaze περιέγραφε το εξαρτημένο αντανακλαστικό συστολής ωδίνας και αναπνοής όπως ακριβώς ο Pavlov το κουδούνι σε συνδυασμό με τη σιελόρροια του σκύλου στο γνωστό πείραμα του. Η εκμάθηση της κοιλιακής διαφραγματικής αναπνοής αλλά και της γρήγορης υπό τύπου λαχανιάσματος αναπνοής καθίσταται εύκολη για τις περισσότερες επίτοκους, που μπορούν με διαρκή εξάσκηση να μετατρέψουν σε αντανακλαστικό τις αναπνοές σε συνδυασμό με τη συστολή. Η επιτυχία της μεθόδου συνίσταται στο να μετατρέψουν οι επίτοκες σε εργαλείο τους τη μέθοδο των αναπνοών και της χαλάρωσης, για να μπορέσουν να ελέγξουν με επιτυχία τον τοκετό τους.

Σημαντική θεωρείται και η συμμετοχή του πατέρα, που έχει κυρίαρχο ρόλο στην εκπαίδευση παράλληλα με τη μητέρα αφού μαθαίνει να συνοδεύει την επίτοκο στον τοκετό με επιτυχία κατά τη διάρκεια των συστολών εξασκώντας και ο ίδιος την πρακτική των αναπνοών. Η παρουσία του πατέρα στον τοκετό είναι αναντικατάστατη και συμβάλλει τα μέγιστα στην διαδικασία. Ο Lamaze, που πρώτος δίδαξε τη μέθοδο αυτή έχει διατυπώσει έξι βασικές αρχές που την διέπουν και εξασφαλίζουν την επιτυχία της:

- 1^η αρχή: Αφήστε τον τοκετό να ξεκινήσει μόνος του.
- 2^η αρχή: Περπατήστε, κινηθείτε και αλλάζετε θέσεις κατά τη διάρκεια του τοκετού.
- 3^η αρχή: Φέρετε μαζί σας στον τοκετό σας ένα αγαπημένο πρόσωπο για συνεχή υποστήριξη.

- 4^η αρχή: Αποφύγετε ιατρικές παρεμβάσεις που δεν είναι ιατρικώς αναγκαίες.

- 5^η αρχή: Αποφύγετε να γεννήσετε ξαπλωμένη σε ύπτια θέση και εξωθήστε όπως σας βοηθάει καλύτερα το σώμα σας.

- 6^η αρχή: Βάλετε τη μητέρα με το νεογνό μαζί αμέσως μετά τον τοκετό.

Η ψυχοπροφυλακτική μέθοδος κατά Lamaze αποτελεί εδώ και πολλές δεκαετίες την πλέον χρησιμοποιούμενη μέθοδο σε φυσιολογικό τοκετό με τα υψηλότερα ποσοστά επιτυχίας και ικανοποίησης των επιτόκων (85-92 %) ενώ χαίρει υψηλής εκτίμησης και αποδοχής από όλους τους μαιευτές και μαιευτήρες. Οι έξι βασικές αρχές που την διέπουν έχουν ως στόχο την ελαχιστοποίηση των ιατρικών παρεμβάσεων, την επίτευξη ενός φυσιολογικού τοκετού που θα ξεκινήσει μόνος του, τη δυνατότητα εξέλιξης του τοκετού με απόλυτα φυσιολογικό τρόπο, την παρουσία των ανθρώπων που μπορούν να παρέχουν στήριξη στην επίτοκο καθόλη τη διάρκεια του τοκετού αλλά και το τελικό δέσιμο μητέρας-νεογνού μετά την αποπεράτωση του τοκετού (Sakala et al, 2008). Ο φυσιολογικός τοκετός είναι μια μοναδική εμπειρία που κάθε γυναίκα δικαιούται να απολαύσει στη ζωή της και να βιώσει έχοντας δίπλα της μόνο τους ανθρώπους που έχει επιλέξει αλλά και τον πατέρα του παιδιού της. Οι περισσότερες επεμβατικές ενέργειες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού φαίνεται να μην ικανοποιούν τις επιτόκους αφού τους στερούν τη δυνατότητα να έχουν τον απόλυτο έλεγχο του τοκετού τους. Συμπερασματικά, σύμφωνα και με τις διεθνείς συστάσεις του Lamaze, ο τοκετός είναι προσωπική εμπειρία της επιτόκου που μόνο εκείνη ξέρει και μπορεί να χειριστεί με τον πλέον κατάλληλο τρόπο.

2.4. ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Η μέση διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι μεταξύ 37 και 42 εβδομάδων. Είναι γεγονός ότι οι περισσότερες γυναίκες που περιμένουν το πρώτο τους παιδί (των οποίων ο τοκετός συχνά αρχίζει αργά, με προοδευτική ενίσχυση των συσπάσεων) μπορούν να υπολογίζουν με ασφάλεια ότι θα περάσουν τις πρώτες ώρες



Εικόνα 3: Έναρξη τοκετού

στο σπίτι τους μαζεύοντας με την άνεσή τους τα τελευταία πράγματα που θέλουν να πάρουν μαζί τους και ολοκληρώνοντας τις ετοιμασίες για το μωρό. Αν οι συσπάσεις, είναι από την αρχή ισχυρές διαρκούν τουλάχιστον 45 δευτερόλεπτα και το διάστημα που μεσολαβεί ανάμεσα τους είναι μικρότερο από πέντε λεπτά. Οι πρώτες ώρες του τοκετού μπορεί κάλιστα να είναι και οι τελευταίες (και αν δεν πρόκειται για το πρώτο παιδί ο τοκετός μπορεί να είναι ακόμα πιο γρήγορος). Πιθανόν ένα μεγάλο μέρος του πρώτου σταδίου να έχει περάσει ανώδυνα και ο τράχηλος να έχει διασταλλεί αρκετά κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης. Σε αυτό το σημείο πρέπει οπωσδήποτε να γίνει μια επικοινωνία με τον γιατρό. Πρέπει να είστε σαφής όσον αφορά την συχνότητα, τη διάρκεια και την ένταση των συσπάσεων. Εξάλλου είναι δεδομένου ότι ο γιατρός είναι συνηθισμένος να κρίνει τη φάση του τοκετού ως έναν βαθμό από την ένταση της φωνής της γυναίκας όταν του μιλάει την ώρα μιας σύσπασης (Murkoff & Mazel, 2009).

Ο φυσιολογικός τοκετός ξεκινά με μια διαδικασία αναστροφής πολλών από τους μηχανισμούς διατήρησης της κύησης, οι οποίοι είναι απαραίτητοι μέχρι την επίτευξη της ωριμότητας του εμβρύου. Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει την αύξηση της δραστηριότητας του μυομητρίου ώστε να καταστεί δυνατή η εξώθηση, τη χαλάρωση του συνδετικού ιστού του τραχήλου της μήτρας ώστε να καταστεί δυνατή η κάθοδος του εμβρύου, μεταβολές στην ηβική σύμφυση και τις συναρθρώσεις της πυέλου ώστε να καταστεί δυνατή η αύξηση της χωρητικότητάς της και πλήθος ορμονικών και άλλων βιοχημικών μεταβολών με σκοπό αφενός τον απρόσκοπτο τοκετό και αφετέρου την ασφαλή μετάβαση της εγκύμονος γυναίκας στη λοχεία.

Η έναρξη του τοκετού είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο για το οποίο δεν μπορεί να προσδιοριστεί με ακρίβεια η χρονική στιγμή που θα συμβεί. Υπάρχουν διάφορες θεωρίες που προσπαθούν να ερμηνεύσουν τους μηχανισμούς που τον προκαλούν. Φαίνεται ότι σχετίζεται με τη μείωση της προγεστερόνης, την αύξηση των οιστρογόνων, της ωκυτοκίνης και των προσταγλανδινών. Επίσης, η έκκριση κορτιζόνης από τα επινεφρίδια του εμβρύου παίζει κάποιο ρόλο. Όλοι αυτοί οι παράγοντες συμβάλλουν στην πρόκληση συστολών και στην αλλαγή της σύστασης του τραχήλου, που γίνεται πιο μαλακός. Έτσι, διευκολύνεται η εμπέδωση της κεφαλής του εμβρύου και η έξοδός του.

Τα σημάδια του τοκετού είναι σαφή και εμφανή. Εφόσον μια γυναίκα έχει λάβει ολοκληρωμένη ενημέρωση από νωρίς, δεν υπάρχει περίπτωση να μπερδέψει τις ενδείξεις του τοκετού. Τα πιο χαρακτηριστικά σημάδια ότι ξεκινά ο τοκετός είναι τα εξής

1. Τακτικές και έντονες συστολές: Πολλές γυναίκες τις τελευταίες εβδομάδες της κύησης εξαπατώνται από «ψεύτικους» πόνους, θεωρώντας τους οιωνό των ωδίνων. Τα χαρακτηριστικά αυτών των συσπάσεων είναι ότι συνήθως δεν είναι έντονες, ούτε τακτικές, μπορεί να σταματούν και να ξαναρχίζουν στη διάρκεια της ημέρας, εκλείπουν σύντομα ή απαλύνονται με την ανάπαυση. Ωστόσο, καλό είναι να ενημερωθεί άμεσα ο επιβλέπων γιατρός. Αντίθετα, οι πραγματικές ωδίνες δεν μειώνονται ή απαλύνονται μέχρι τον τοκετό, αλλά οι συστολές προοδευτικά αυξάνουν σε δύναμη και σε διάρκεια. Τις περισσότερες φορές οι συσπάσεις αρχίζουν από το πάνω μέρος της κοιλιάς, κάτω από το στομάχι, στον πυθμένα της μήτρας και κατεβαίνουν δεξιά-αριστερά προς τα κάτω, με αντανάκλαση του πόνου στη μέση. Ο δεύτερος πόνος έρχεται συνήθως μετά από μία ώρα ή σαράντα λεπτά, και σταδιακά οι ωδίνες πυκνώνουν. Με το πέρασμα της ώρας, γίνονται πιο έντονες και η συχνότητά τους αυξάνεται σαν ένα «ρυθμικό κύμα». Συγκεκριμένα, η αρχική αίσθηση του πόνου στην κοιλιά προοδευτικά μεταβάλλεται σε διακριτές συστολές, με μεταβλητή περιοδικότητα, δηλαδή κάθε τριάντα, είκοσι, δέκα, οκτώ, πέντε και τρία λεπτά με συνεχή αύξηση της διάρκειάς τους. Όταν οι συσπάσεις εμφανίζονται κάθε τριάντα ή είκοσι λεπτά, με σύμβουλο πάντα την ψυχραιμία, η έγκυος πρέπει να ετοιμαστεί για το μαιευτήριο. (<http://www.imommy.gr/egkimosini/toketos/article/399/ta-shmadia-poy-eidopoioyn-oti-plhsiazei-h-wra-toy-toketoy/>).

2. Ρήξη υμένων (σπάσιμο νερών): Στατιστικά, σε ποσοστό 80% των εγκύων, όταν ο αμνιακός σάκος διαρραγεί, συνήθως οι συστολές εμφανίζονται μέσα στις επόμενες 12 ώρες από το σπάσιμο των νερών. Όμως, ακόμα κι αν δεν συμβεί αυτό, η επίτοκος εισάγεται στο μαιευτήριο για μεγαλύτερη ασφάλεια, για να αποφύγει τον αυξημένο κίνδυνο λοίμωξης λόγω διάρρηξης του αμνιακού σάκου. Αν, λοιπόν, διαπιστώσετε «σπάσιμο νερών», χωρίς να σας πιάσει πανικός, ξεκινήστε για το μαιευτήριο. Ωστόσο, επειδή πιθανά όταν διαπιστώσετε ροή υγρού να έχετε αμφιβολίες

αν πράγματι έχουν σπάσει τα νερά, για να επιβεβαιωθείτε κάντε το εξής: Πηγαίνετε στην τουαλέτα να ουρήσετε για να αδειάσει η ουροδόχος κύστη, σκουπιστείτε καλά και βάλτε μια σερβιέτα στο εσώρουχό σας. Βηματίστε κατόπιν για τρία λεπτά μέσα στο δωμάτιο. Εάν έχει γίνει ρήξη των μεμβρανών του αμνιακού σάκου, θα τρέξουν νερά στο πάτωμα, εάν όμως δείτε μόνο μια μικρή υγρασία στη σερβιέτα, τότε όχι.

3. **Κολπικές εκκρίσεις:** Για την προστασία του εμβρύου από μολύνσεις στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ο τράχηλος της μήτρας κλείνει και καλύπτεται εσωτερικά με βλέννα, κάτι που αποτελεί φυσική διαδικασία. Όμως, λίγο διάστημα πριν ή με την έναρξη των ωδίνων, μπορεί να παρατηρήσετε έκκριση βλεννώδους, κολλώδους (σαν ζελέ) ή υδαρούς μορφής σε μικρή ποσότητα. Αυτό συμβαίνει γιατί ο τράχηλος στη διάρκεια των συστολών αρχίζει να διαστέλλεται, χαλαρώνει και γίνεται πιο ελαστικός, προκειμένου να διευκολυνθεί ο τοκετός. Μερικές φορές η έκκριση αυτή μπορεί να περιλαμβάνει και σταγόνες αίματος λόγω ρήξης αιμοφόρων αγγείων κατά τη διάρκεια της διαστολής. Αν και συχνά ο τοκετός μετά από αυτό το σύμπτωμα μπορεί να γίνει έπειτα από ώρες ή ημέρες, ωστόσο η παρατήρηση αυτή οριοθετεί τη διάκριση της εγκύου από την επίτοκο, δηλαδή αποτελεί ένα από τα σημάδια του επικείμενου τοκετού, γι' αυτό θα πρέπει να επικοινωνήσετε με το γυναικολόγο σας για να σας δώσει τις απαραίτητες συμβουλές. Κι αν ανησυχείτε μήπως μπερδέψετε τις κολπικές εκκρίσεις με το αμνιακό υγρό, μάλλον είναι δύσκολο, καθώς το δεύτερο είναι σε μεγαλύτερη ποσότητα, ζεστό και με έντονη μυρωδιά.
4. **Συχνές κενώσεις ή διάρροια:** Με την κάθοδο του κεφαλιού του εμβρύου, πιέζεται το τελευταίο τμήμα του παχέος εντέρου (το «ορθόν») της μητέρας, με αποτέλεσμα να έχει διάρροια. Σύμπτωμα που, επίσης, μπορεί να προκληθεί από τις ορμονοειδείς ουσίες που παράγει το σώμα με την έναρξη των συστολών, οι οποίες προκαλούν σύσπαση της μήτρας υποβοηθώντας τη διαστολή του τραχήλου, αλλά πολλές φορές και υπερκινητικότητα του εντέρου. Όταν, λοιπόν, διαπιστώσετε ότι έχετε συχνές κενώσεις, αυτό σημαίνει ότι η ώρα του τοκετού πλησιάζει και πρέπει να ενημερώσετε το γιατρό σας γι' αυτό.
5. **Έντονοι πόνοι στην πλάτη:** Στις περισσότερες εγκύους, ο πόνος στη μέση αρχίζει από τους πρώτους μήνες της κύησης, κάτι που δεν προκαλεί

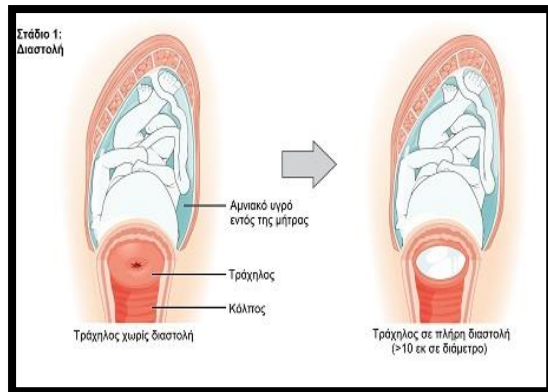
ανησυχία και πολύ πιθανά ήδη θα το γνωρίζετε και θα το έχετε βιώσει. Εάν, όμως, τις τελευταίες μέρες της κύησης ο πόνος γίνει αφόρητος, τότε υπάρχει περίπτωση να αντιμετωπίζετε τις «ραχιαίες ωδίνες». Πιο αναλυτικά, συνήθως το έμβρυο κατέρχεται προς τον τοκετό με το πρόσωπο να αντικρίζει τη σπονδυλική στήλη της μητέρας, όμως μερικές φορές κατεβαίνει με το κρανίο να πιέζει τη σπονδυλική στήλη της, οπότε προκαλούνται οι ραχιαίες ωδίνες με ιδιαίτερα έντονους πόνους στη μέση. Εάν έχουν έτσι τα πράγματα, δηλαδή τίποτα δεν ανακουφίζει τον πόνο σας, όπως π.χ. η αλλαγή θέσης, στάσης ή λίγο μασάζ, ή εμφανίζονται και κάποια από τα άλλα συμπτώματα που αναφέραμε, αυτό είναι σημάδι πως είστε έτοιμη για τον τοκετό και θα πρέπει να επικοινωνήσετε με το γυναικολόγο σας (<http://www.imommy.gr/egkimosini/toketos/article/399/ta-shmadia-poy-eidopoioyn-oti-plhsiazei-h-wra-toy-toketoy/>).

Πολλές φορές είναι δύσκολο να πούμε με σιγουριά ότι έχει ξεκινήσει ο τοκετός γιατί συμβαίνει σε πολλές γυναίκες να έχουν συσπάσεις για πολλές ώρες, χωρίς όμως να υπάρχει μεταβολή στον τράχηλο. Τότε λέμε ότι βρίσκονται σε λανθάνοντα τοκετό, ο οποίος μπορεί να διαρκέσει 12 ώρες και είναι βέβαια πολύ εξαντλητικός για την έγκυο. Ένα ζεστό μπάνιο μπορεί να βοηθήσει, ενώ δε συνιστάται να επιταχύνουμε τη διαδικασία, καθώς ο τράχηλος πρέπει να προετοιμασθεί με το δικό του ρυθμό. Σε τέτοιες περιπτώσεις και εάν το μωρό είναι υγιές και μας το επιτρέπει, η καλύτερη προσέγγιση είναι η αναμονή.

2.5. ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Σε γενικές γραμμές ένας φυσιολογικός τοκετός αποτελείται από τρία στάδια. Στο πρώτο στάδιο, η γυναίκα νιώθει συσπάσεις των μυών της μήτρας που προκαλούν τη διαστολή (διεύρυνση) του τραχήλου της μήτρας, ώστε να μπορέσει το μωρό να περάσει μέσα από τον κόλπο. Στη διάρκεια του δεύτερου σταδίου, με τη βοήθεια των ωθήσεων της γυναίκας, το μωρό περνάει μέσα από τον κόλπο και γεννιέται. Στο τρίτο στάδιο, αποβάλλεται ο πλακούντας από τη μήτρα. Ακριβώς όπως η εγκυμοσύνη κάθε γυναίκας είναι μοναδική, έτσι είναι και ο τοκετός της. Στις πιο πολλές γυναίκες, ο τοκετός διαρκεί κατά μέσο όρο 12 με 14 ώρες για το πρώτο μωρό. Οι επόμενοι τοκετοί είναι βραχύτεροι (διαρκούν συνήθως 7 ώρες).

- **Πρώτο στάδιο φυσιολογικού τοκετού (Διαστολή και εξάλειψη τραχήλου)**



Εικόνα 4: Πρώτο στάδιο τοκετού

Η έναρξη του πρώτου σταδίου δεν μπορεί να προσδιορισθεί με ακρίβεια, καθώς δεν είναι γνωστή ολόκληρη η αλληλουχία των γεγονότων που οδηγούν στην έναρξη του τοκετού. Οποιαδήποτε, στις περισσότερες κυήσεις η αύξηση της δραστηριότητας του μυομητρίου που οδηγεί σε διαστολή και εξάλειψη

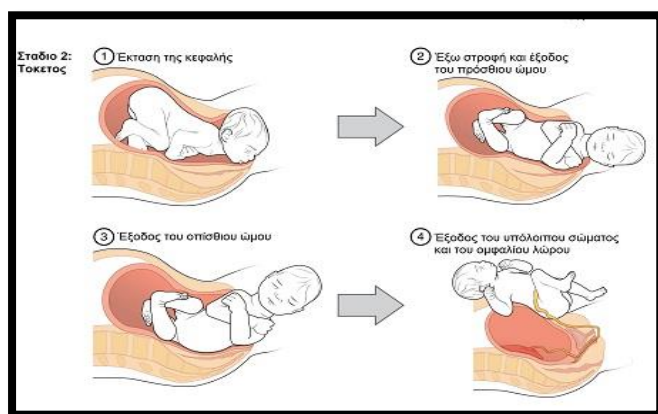
του τραχήλου της μήτρας, σηματοδοτεί την έναρξη του πρώτου σταδίου του τοκετού το οποίο ολοκληρώνεται με την πλήρη διαστολή και εξάλειψη. Η διάρκεια του πρώτου σταδίου κυμαίνεται ευ- ρέως από 4-5 ώρες έως πάνω από 24 ώρες. Συνήθως διαρκεί 10-12 ώρες στις πρωτοτόκους και 6-8 ώρες στις πολυτόκους. (Μπόντης, 2007).

Σκοπός του πρώτου σταδίου του τοκετού είναι η διάνοιξη του στομίου της μήτρας τόσο, όσο χρειάζεται για να περάσει μέσα από αυτό, το κεφαλάκι του εμβρύου. Όταν μετά από διάφορες εργασίες η μήτρα λάβει το μήνυμα της έναρξης του τοκετού, τότε συγκεντρώνει όλες τις δυνάμεις της, συσπά όλους τους μυς της και εξασκεί δύναμη προς τον κόλπο, δηλαδή προς την έξοδο. Το έμβρυο με τη δύναμη που ασκούν τα τοιχώματα της μήτρας επάνω του, εμπεδώνεται στον τράχηλο και τον πιέζει να ανοίξει (διαστολή). Αν το έμβρυο κατέρχεται με το κεφάλι του (κεφαλική προβολή), πιέζει με το κεφάλι του, διαφορετικά πιέζει με όποια προβάλλουσα μοίρα του σώματός του κατέρχεται. Πριν από την έναρξη του τοκετού, όπως προαναφέρθηκε, ο τράχηλος είναι προετοιμασμένος για τη διαστολή. Όταν όλοι οι μυς της μήτρας συσπώνται, η μήτρα σκληραίνει. Κατά τη σύσπαση, τα νεύρα πιέζονται ή σφίγγονται και έτσι δημιουργείται πόνος. Για να έχουν αποτέλεσμα στον τράχηλο, οι συσπάσεις πρέπει να επαναλαμβάνονται ανά ίσα χρονικά διαστήματα. Ο εφοδιασμός με ενέργεια είναι απαραίτητος για τη σύσπαση των μυών, την οποία παίρνουν από το οξυγόνο. Έτσι ανάμεσα σε δύο ωδίνες υπάρχει πάντα μια παύλα για να χαλαρώσουν οι μύες και να αποκαθίσταται η περιεκτικότητά τους σε

οξυγόνο, ώστε να μπορούν να συνεχίσουν τις συσπάσεις τους (Μωραΐτου, 2007).

Ταυτόχρονα, κατά τη διάρκεια του τοκετού ελέγχεται η λειτουργία της καρδιάς του μωρού με ειδικές συσκευές (υπέρηχος Sonicaid, καρδιοτοκογράφος Non Stress Test, ειδικά clips στο κεφαλάκι του νερού). Ακόμη, εάν κριθεί αναγκαίο, ο γιατρός μπορεί να ζητήσει την επιτάχυνση του τοκετού, η οποία επιτυγχάνεται μέσω ειδικού ορού που περιέχει την ορμόνη ωκυτοκίνη (Περιστέρης, 2013).

- **Δεύτερο στάδιο φυσιολογικού τοκετού (Η γέννηση)**



Εικόνα 5: Δεύτερο στάδιο τοκετού

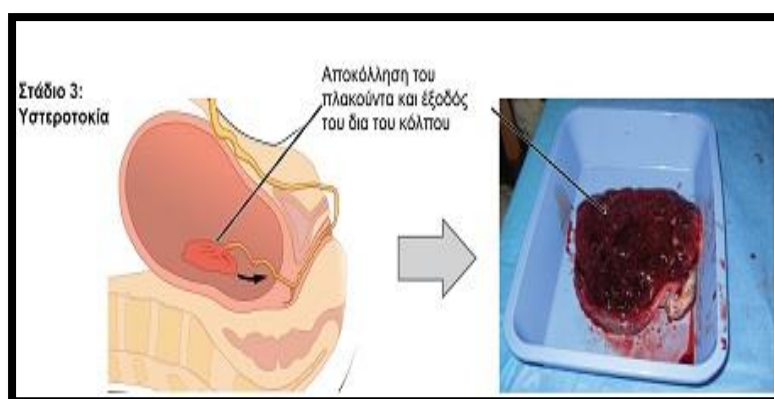
Το δεύτερο στάδιο του τοκετού ξεκινά από την ολοκλήρωση της διαστολής του τραχήλου της μήτρας και ολοκληρώνεται με την περάτωση της διόδου ολόκληρου του σώματος από την αιδοϊκή σχισμή.

Στο στάδιο αυτό, οι ωδίνες αποκτούν τη μεγαλύτερη ισχύ τους καθώς η κατεύθυνση μετάδοσης των δυναμικών τάσης είναι ομοιόμορφη από τα κέρατα προς τον ισθμό και ο συντονισμός των μυϊκών συσπάσεων επιτρέπει μέγιστη ισχύ. Η συχνότητα των ωδινών μπορεί να υπερβεί τις 5 ανά 10min, η διάρκειά τους ξεπερνά το 1min και η ενδομήτρια πίεση μπορεί να ανέλθει στα 60mmHg. Είναι επιτακτικό να εφαρμόσετε πλήρως τις οδηγίες του γιατρού και της μαίας. Μόλις βρείτε τη θέση που ταυτόχρονα θα σας βολεύει και θα διευκολύνει τον τοκετό, μπορείτε να ξεκινήσετε το σπρώξιμο. Σε αυτό θα σας κατευθύνει το ίδιο σας το σώμα, ενώ είναι αναγκαία και η στήριξη του συντρόφου σας. Το σημείο αυτό είναι και το δυσκολότερο, καθώς θα χρειαστεί να σπρώχνετε κάθε φορά που έχετε μια σύσπαση, και μπορεί να διαρκέσει μέχρι και μία ώρα.

Σιγά-σιγά το κεφάλι του μωρού φτάνει στο άνοιγμα του κόλπου. Μόλις το μισό κεφάλι γίνει ορατό, αυτό που πρέπει να κάνετε είναι να σπρώχνετε πιο αργά έτσι ώστε να δώσετε τον απαραίτητο χρόνο στους μυς να τεντώσουν

χωρίς να σκιστούν. Στην περίπτωση που δεν τεντώσει αρκετά το δέρμα, ο γιατρός προχωρά σε μια μικρή τομή, η οποία αμέσως μετά τη γέννα ράβεται και επουλώνεται. Με ένα τελικό σπρώξιμο, το μωράκι σας έρχεται στον κόσμο και μπορείτε να το κρατήσετε αμέσως στα χέρια σας, ακόμα και πριν κοπεί ο ομφάλιος λώρος. Ακολουθεί το κόψιμο του ομφάλιου λώρου, το σκούπισμα του μωρού από τα υγρά ή το αίμα που τυχόν υπάρχει και το τύλιγμά του με ειδική κουβέρτα για να μην κρυώσει. Η γέννα μόλις ολοκληρώθηκε και, πλέον, είστε σε θέση να αγκαλιάσετε το μωρό σας (Περιστέρης, 2013).

- **Τρίτο στάδιο φυσιολογικού τοκετού (Υστεροτοκία)**



Εικόνα 6: Τρίτο στάδιο τοκετού

Μετά τη γέννηση του εμβρύου και την αποκοπή του ομφάλιου λώρου, απομένει η γέννηση του πλακούντα (υστεροτοκία). Το μυομήτριο αρχικά

παύει να συσπάται για λίγα λεπτά, λόγω της απότομης μείωσης του περιεχομένου της μήτρας. Οι συσπάσεις επανέρχονται μετά από λίγα λεπτά με συχνότητα 1-2 ανά 10min. Έχουν μικρή ένταση και συνοδεύονται από υψηλό βασικό τόνο, καθώς η μήτρα μειώνεται σε όγκο. Συνήθως δεν είναι ιδιαίτερα επώδυνες. Η συρρίκνωση της πλακουντιακής άλω και η σύνθλιψη των αιμοφόρων αγγείων της μήτρας επιφέρει τελικά αποκόλληση του πλακούντα. Η διάρκεια του τρίτου σταδίου συνήθως δεν ξεπερνά τα 30min και οπωσδήποτε δεν πρέπει να φτάνει τη μία ώρα γιατί, αφενός μεν προκαλείται παρατεταμένη αιμορραγία και αφετέρου, μπορεί τελικά να παρεμποδιστεί η γέννηση του πλακούντα από τη σύγκλειση του τραχήλου. Το τρίτο στάδιο επιταχύνεται στη σύγχρονη μαιευτική με χορήγηση μητροσυσπαστικών και έγκαιρη δακτυλική αποκόλληση του πλακούντα, αν απαιτηθεί.

2.6. ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

2.6.1. Τοκετός στο σπίτι

Κάθε γυναίκα που το επιθυμεί και η πορεία της εγκυμοσύνης της είναι φυσιολογική έχει δικαίωμα να ζητήσει να γεννήσει στο σπίτι της. Το 1992 η Παγκόσμια Ομοσπονδία Μαιευτήρων–Γυναικολόγων (FIGO) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι: «Κάθε γυναίκα θα πρέπει να μπορεί να γεννήσει εκεί που νοιώθει ασφάλεια και από πλευράς τόπου κατά το δυνατόν περιφερικότερα, εφόσον εκεί είναι δυνατή η απαιτούμενη φροντίδα» (<http://www.eutokia.gr/άρθρα/τοκετός/τοκετος-στο-σπιτι/#.WJeXmvmLTDd>).

Τα τελευταία χρόνια σε ορισμένες χώρες ο τοκετός στο σπίτι αποτελεί μια εναλλακτική επιλογή για μικρό αριθμό γυναικών. Η πρακτική του τοκετού στο σπίτι είναι αρκετά διαδεδομένη στο εξωτερικό. Το υψηλότερο ποσοστό γεννήσεων στο σπίτι κατέχει η Ολλανδία (35%), ενώ πολλά είναι τα νέα ζευγάρια στην Αγγλία, τη Γερμανία και τις σκανδιναβικές χώρες, που εμπιστεύονται τη γέννηση των παιδιών τους στις μαιές. Παρατηρείται βέβαια και σε αυτές το τελευταίο διάστημα μια μειούμενη τάση μετά τον αρχικό ενθουσιασμό. Είναι αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι πρόσφατες μελέτες απέδειξαν τριπλάσιο κίνδυνο θανάτου του νεογνού στο σπίτι σε σχέση με τον τοκετό σε νοσοκομείο με αποτέλεσμα να αναθεωρηθεί δραματικά η πρακτική αυτή (Kirby, R.S., Frost, J., 2011). Υπάρχουν πλέον ιδιαίτερα αυστηρές συστάσεις να επιλέγονται κυήσεις χαρακτηριζόμενες ως «χαμηλού κινδύνου» και απαραίτητως σε πολυτόκες γυναίκες και όχι σε πρωτοτόκες.

Επιπλέον αποτελεί κοινή γνώση ότι μια εγκυμοσύνη χωρίς παράγοντες κινδύνου και ένας τοκετός που εξελίσσεται ομαλά μπορούν ανά πάσα στιγμή να παρουσιάσουν βαρύτατες και πολλές φορές θανατηφόρες επιπλοκές, όπως βαριά αιμορραγία της μητέρας, δυστοκία ώμων του εμβρύου, καρδιοαναπνευστική ανάνηψη του νεογνού. Αυτές οι επιπλοκές επιβάλλεται να αντιμετωπισθούν άμεσα σε ένα οργανωμένο χώρο με αυστηρές προδιαγραφές, από πολυμελείς και άρτια εκπαιδευμένες ομάδες με δυνατότητα αντιμετώπισης κάθε περιστατικού που επιδεινώνεται ταχέως. Κομβικής σημασίας είναι επίσης η επιλογή των περιπτώσεων που θα χαρακτηρισθούν ως «χαμηλού κινδύνου». Αυτό δε μπορεί να πραγματοποιηθεί με μια επιπόλαιη και επιφανειακή προσέγγιση, αλλά με μια

ολοκληρωμένη θεώρηση από ένα κατάλληλα εκπαιδευμένο Μαιευτήρα-Γυναικολόγο. Η αναγκαιότητα της άμεσης διακομιδής επισημαίνεται σε όλες τις χώρες με εμπειρία σε τοκετούς στο σπίτι, όπου είναι αυτονόητο ότι η λειτουργία του συστήματος υγείας εξασφαλίζει άμεσα την ταχύτατη και ασφαλή μεταφορά σε ένα οργανωμένο νοσοκομείο. Τίθεται λοιπόν το ερώτημα πόσο εφικτή είναι η άμεση μεταφορά (εντός λίγης ώρας) σε μια οργανωμένη μονάδα και υπό ποιες συνθήκες στον ελληνικό χώρο (Rowe, R.E., et al., 2012).

Ο τοκετός στο σπίτι αποκτά “οπαδούς” και στην Ελλάδα. Την ξεχασμένη από την εποχή της γιαγιάς μας γέννα στο σπίτι επιλέγουν δεκάδες γυναίκες τα τελευταία χρόνια θέλοντας έτσι να βιώσουν τη γέννηση του παιδιού τους κατά τρόπο φυσικό, χωρίς ιατρικές παρεμβάσεις και φάρμακα. Στη χώρα μας τον φυσικό τοκετό στο σπίτι προάγει ο μη κερδοσκοπικός σύλλογος «ευτοκία», ο οποίος ιδρύθηκε πριν από 3 χρόνια και είναι μέλος του ευρωπαϊκού δικτύου ενώσεων τοκετού (ENOA). Τα μέλη της «ευτοκίας» είναι μαίες, γιατροί και ψυχολόγοι. Θεωρούμε ότι μέχρι στιγμής στην Ελλάδα βρισκόμαστε σε ένα ιδιαίτερα πρώιμο στάδιο στο συγκεκριμένο θέμα και επιβάλλεται να καθορισθεί με σαφήνεια η εκπαίδευση, η κατάρτιση και οι γνώσεις όσων θα λάβουν μέρος σε αυτό το εγχείρημα. Επιπλέον, χρήζει περαιτέρω διευκρίνισης ο καθορισμός του νομικού πλαισίου χορήγησης των πιστοποιητικών γέννησης στις περιπτώσεις τοκετών στο σπίτι και της τεκμηρίωσης της ταυτότητας των γονέων-τέκνου. Η πολιτεία θα πρέπει να μεριμνήσει επίσης και για την καθιέρωση επιπλέον νομοθετικού πλαισίου που αφορά την προστασία των γυναικών και τον καταλογισμό ευθυνών.

Πράγματι κάθε γυναίκα δικαιούται να τοποθετείται για τον τρόπο και τον τόπο του τοκετού μετά από λεπτομερή και τεκμηριωμένη ενημέρωση από το μαιευτήρα, για τους κινδύνους και τις επιπλοκές με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία και πρακτική, σε μια απόφαση από την οποία εξαρτώνται δύο ζωές: της ίδιας και του νεογνού της. Εν κατακλείδι αξίζει να αναφερθεί η εξαιρετικά υψηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στα Ελληνικά Μαιευτήρια (δημόσια και ιδιωτικά), με τα χαμηλότερα πανευρωπαϊκά ποσοστά επιπλοκών, γεγονός που επισημάνθηκε πολλές φορές και στο διεθνή τύπο χαρακτηρίζοντας την Ελλάδα την πλέον ασφαλή χώρα για τοκετό.

Πλεονεκτήματα από τον τοκετό στο Σπίτι:

- Δίνεται έμφαση στον τοκετό ως μία φυσιολογική λειτουργία του γυναικείου σώματος.
- Δίνεται εμπιστοσύνη στις ικανότητες του ζευγαριού.
- Σεβασμός στις επιθυμίες και τις ανάγκες τους.
- Οικείο περιβάλλον και πρόσωπα.
- Άνεση χώρου.
- Αίσθημα ικανοποίησης ότι το ζευγάρι έχει τον έλεγχο.
- Αποφυγή ιατρογενών παρεμβάσεων και νοσοκομειακών τακτικών
- Συναισθηματικά ωφελεί την οικογένεια στο να τοποθετήσει το σημαντικό γεγονός της γέννησης στην καρδιά της οικογενειακής ζωής
- Η μετάβαση στις καινούργιες συνθήκες ζωής γίνεται ομαλότερα (<http://www.eutokia.gr/άρθρα/τοκετός/τοκετος-στο-σπιτι/#.WJeXmvmLTDd>).

Μειονεκτήματα από τον τοκετό στο Σπίτι

- Παράγοντας χρόνος σε περίπτωση επείγουσας ιατρικής βοήθειας.
- Ασφαλής μεταφορά(ασθενοφόρο).
- Περιορισμένος εξοπλισμός.
- Απειρία των Μαιών-Μαιευτήρων όσον αφορά τους τοκετούς κατ' οίκον.
- Κεφαλοπυελική δυσαναλογία.
- Πρόπτωση ομφαλίδος.
- Μεγάλη διάρκεια 2ου σταδίου.
- Δυστοκία.
- Αναπνευστικά προβλήματα νεογνού.
- Αιμορραγία λοχείας (<http://www.eutokia.gr/άρθρα/τοκετός/τοκετος-στο-σπιτι/#.WJeXmvmLTDd>).

2.6.2. Τοκετός στο νερό

Μία από τις πιο διαδεδομένες μεθόδους φυσικού τοκετού στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη, ο τοκετός στο νερό, πρωτοξεκίνησε να εφαρμόζεται στην Ελλάδα στο πάντα Μαιευτήριο ΛΗΤΩ. Ήταν το 1999 όταν η πρώτη Ελληνίδα επίτοκη αποφάσισε να χαρίσει στον εαυτό της και στο μωρό της αυτήν την εμπειρία. Από τότε μέχρι σήμερα, βέβαια, πολλά έχουν αλλάξει, ακολουθώντας τις εξελίξεις στον τομέα των εναλλακτικών τοκετών. Το μόνο

που δεν έχει αλλάξει είναι η χαλαρωτική και ευχάριστη επίδραση που έχει το ζεστό νερό -περίπου 37 βαθμούς Κελσίου- στην ετοιμόγεννη γυναίκα, αλλά και στο μωρό. Αυτό ωφελείται επειδή το νεογέννητο μεταβαίνει ομαλότερα από τον «παλιό κόσμο του» στο «νέο», όταν η πρώτη αίσθηση που έχει από το νέο περιβάλλον είναι η ήδη οικεία σ' αυτό αίσθηση του νερού.

Σύμφωνα με έρευνα του Κέντρου Φυσιολογικού Τοκετού στην Ελλάδα, από το 2006 έως το 2010 υπάρχουν 213 περιπτώσεις με χρήση νερού στο 1ο στάδιο τοκετού και 50 γεννήσεις στο νερό, από τις οποίες δεν υπήρχε καμία επιπλοκή για τη μητέρα ή το μωρό (Κρητικού, 2012).

Ο τοκετός στο νερό, είναι η διαδικασία των ωδινών και της γέννησης που εξελίσσεται μέσα σε μία ειδικά διαμορφωμένη πισίνα. Μερικές γυναίκες επιλέγουν να περάσουν όλη την διαδικασία του τοκετού στο νερό και να βγουν από αυτό την στιγμή της γέννας. Άλλες αποφασίζουν να παραμείνουν έως το τέλος στο νερό. Οι μέλλουσες μητέρες που υποστηρίζουν την θεωρία αυτή, δηλώνουν ότι, εφόσον το μωρό «κολυμπούσε» ήδη στο αμνιακό υγρό για 9 μήνες, η γέννηση του σε ένα παρόμοιο περιβάλλον είναι πιο ήρεμη για το ίδιο και λιγότερο αγχωτικό για τη μητέρα. Οι μαίες και ένας αυξανόμενος αριθμός των μαιευτήρων, πιστεύουν ότι η μείωση του στρες κατά τη διάρκεια του τοκετού, μειώνει και τις πιθανές επιπλοκές του εμβρύου. Βέβαια, ο τοκετός στο νερό πρέπει πάντα να συμβαίνει υπό την επίβλεψη ενός ειδικευμένου φορέα παροχής υγειονομικής περίθαλψης (<http://www.paidorama.com/toketos-sto-nero>).

Τα πλεονεκτήματα από τον τοκετό στο Νερό: Η διαδικασία του τοκετού στο νερό έχει εξαιρετικά ευεργετικές επιδράσεις στη διαχείριση του πόνου και στη διάρκεια του τοκετού. Συγκεκριμένα, το νερό αυξάνει τις ενδορφίνες, την κυκλοφορία του αίματος, τον ρυθμό αναπνοής και μειώνει την αρτηριακή πίεση, το οίδημα και τον πόνο. Έτσι προσφέρει αναλγησία στο 1ο στάδιο του τοκετού ενώ η άνωση του νερού δίνει μεγάλη ευκολία στην κίνηση και στις αλλαγές θέσης της επιτόκου, αποφεύγοντας την καθήλωση στο κρεβάτι.

Ακόμη, η δυνατότητα χαλάρωσης αυξάνεται και μειώνεται το άγχος ενώ γίνεται ευκολότερη η έξοδος του εμβρύου, με λιγότερο πόνο και μικρότερη πιθανότητα τραυματισμών – ρήξεων. Ένα από τα σημαντικά πλεονεκτήματα

Τα μειονεκτήματα: Ο μεγαλύτερος φόβος των γυναικών έγκειται στην πιθανότητα πνιγμού του μωρού. Κάτι τέτοιο είναι απίθανο να συμβεί καθώς οι πνεύμονες του μωρού αρχίζουν να λειτουργούν από την πρώτη στιγμή που θα έρθει σε επαφή με τον αέρα. Άλλωστε, μέχρι τότε παίρνει οξυγόνο μέσω του ομφάλιου λώρου. Οι κίνδυνοι επιπλοκών είναι οι ίδιοι, όπως και στον τοκετό εκτός νερού.

- Σε περιπτώσεις ανώμαλων προβολών και πολύδυμων κυήσεων.
- Σε περιπτώσεις πρόωρης ρήξης υμένων.
- Σε περιστατικά με υπέρταση ή προεκλαμψία
- Σε περιπτώσεις όπου η ηλικία κυήσεως είναι μικρότερη των 37 εβδομάδων (Κρητικού, 2012).

2.7.2. Πρόωρος τοκετός

Εικόνα 7: Πρόωρος τοκετός

συνυπάρχει πόνος χαμηλά στη μέση και μικρή απώλεια αίματος από τον κόλπο

Αιτίες: Πρόωρος τοκετός μπορεί να συμβεί μέχρι και στο 10% των κύσεων και είναι συχνότερος σε γυναίκες με τους παρακάτω παράγοντες κινδύνου:

- ιστορικό προηγούμενου πρόωρου τοκετού ή αποβολής στο 2ο τρίμηνο
- συγγενείς ανωμαλίες της μήτρας ή ινομυώματα
- ιστορικό επεμβάσεων στον τράχηλο της μήτρας
- πολυάμνιο ή πρόωρη ρήξη εμβρυϊκών υμένων
- χαμηλό βάρος ή υποσιτισμός της εγκύου
- χοριοαμνιονίτιδα
- κάπνισμα
- δίδυμη κύηση
- προεκλαμψία ή διαβήτης
- ουρολοιμώξεις ή σοβαρή συστηματική λοίμωξη της εγκύου

Αξίζει να τονιστεί ότι:

1) αν μια γυναίκα έχει έναν ή περισσότερους από τους παραπάνω παράγοντες κινδύνου, αυτό ΔΕΝ σημαίνει ότι θα έχει και πρόωρο τοκετό. Απλώς οι πιθανότητες της είναι αυξημένες σε σχέση με μία όμοια γυναίκα που δεν έχει κανέναν παράγοντα κινδύνου.

2) αν μία γυναίκα δεν έχει ΚΑΝΕΝΑΝ από τους παραπάνω παράγοντες κινδύνου, αυτό δε σημαίνει ότι είναι αδύνατο να έχει πρόωρο τοκετό. Απλώς οι πιθανότητες της είναι ελαττωμένες σε σχέση με μία όμοια γυναίκα που έχει έναν ή περισσότερους από τους παράγοντες κινδύνου (Σιώζος, 2015).

Διάγνωση: Η διάγνωση του πρόωρου τοκετού γίνεται με συνδυασμό εκτίμησης των κλινικών συμπτωμάτων και κλινικής εξέτασης. Η κλινική εξέταση περιλαμβάνει εκτίμηση του μήκους του τραχήλου της μήτρας είτε με υπέρηχο είτε με δακτυλική εξέταση. Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί ευαίσθητες εργαστηριακές μέθοδοι που μπορούν με σιγουριά 99% να επιβεβαιώσουν ή όχι την ύπαρξη πρόωρου τοκετού με τη βοήθεια ενός ειδικού δείγματος κολπικών υγρών που λαμβάνεται κατά τη διάρκεια της απλής γυναικολογικής εξέτασης. Η εξέταση αυτή δίνει αποτέλεσμα μέσα σε πέντε λεπτά και μπορεί να πραγματοποιηθεί στο ιατρείο. Αυτό είναι πολύ

σημαντικό για την παρακολούθηση της εγκυμοσύνης, επειδή συχνά μια έγκυος μπορεί να έχει συμπτώματα που να μοιάζουν με εκείνα του πρόωρου τοκετού, αλλά να μην έχει στην πραγματικότητα πρόωρο τοκετό (Σιώζος, 2015).

Η σωστή διάγνωση έχει πολύ μεγάλη σημασία, επειδή ο πρόωρος τοκετός συνδέεται με αύξηση του κινδύνου νοσηρότητας και νεογνικού θανάτου, λόγω κυρίως της ανωριμότητας των πνευμόνων του εμβρύου. Όσο νωρίτερα γεννηθεί ένα πρόωρο μωρό, τόσο μειώνονται οι πιθανότητες επιβίωσής του. Ένα νεογνό που γεννιέται στις 23 εβδομάδες κύησης έχει 30% πιθανότητες επιβίωσης, ενώ ένα νεογνό που γεννιέται στις 31 εβδομάδες κύησης έχει 99% πιθανότητες επιβίωσης. Αξίζει να τονιστεί ότι η επιβίωση δε συνοδεύεται πάντα και από νευρολογική αρτιότητα του νεογνού. Τα πολύ πρόωρα νεογνά διατρέχουν επίσης αυξημένο κίνδυνο σηψαιμίας, νεκρωτικής εντεροκολίτιδας και νευρολογικών βλαβών (Σιώζος, 2015).

Μέτρα αντιμετώπισης: Από τα παραπάνω φαίνεται ξεκάθαρα ότι η σωστή αντιμετώπιση του πρόωρου τοκετού είναι κεφαλαιώδους σημασίας. Παλιότερα, η πρώτη συμβουλή που δινόταν στις εγκύους με επταπειλούμενο πρόωρο τοκετό ήταν να ξαπλώνουν στο κρεβάτι και να αποφεύγουν κάθε δραστηριότητα. Αντιθέτως, η επιστήμη σήμερα τίθεται ενάντια στην υπερβολική ξεκούραση. Υπάρχουν πολυάριθμες σύγχρονες μελέτες που αποδεικνύουν ότι η μείωση της συνήθους ήπιας δραστηριότητας της εγκύου δεν προσθέτει κανένα όφελος στην επιμήκυνση της εγκυμοσύνης της. Μάλιστα, κάποιες μελέτες έχουν φτάσει στο συμπέρασμα ότι η υπερβολική ξεκούραση μπορεί να κάνει και κακό, καθώς συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα μυϊκής αδυναμίας, απώλειας οστικής πυκνότητας και εν τω βάθει φλεβικής θρόμβωσης. Και αφού στη σημερινή εποχή η ιατρική ασκείται σύμφωνα με δεδομένα από μελέτες (evidence based medicine), καλό θα είναι να χρησιμοποιούμε τα νεότερα δεδομένα για την αντιμετώπιση των περιστατικών. Με λίγα λόγια, η υπερβολική ξεκούραση στην καλύτερη περίπτωση δεν προσφέρει τίποτα στην πρόληψη ή αντιμετώπιση του πρόωρου τοκετού και στη χειρότερη βλάπτει κιόλας (Σιώζος, 2015).

Σήμερα η πρώτιστη επιδίωξη στην περίπτωση πρόωρου τοκετού είναι η αναστολή ή τουλάχιστον η καθυστέρησή του με την παράλληλη χορήγηση στεροειδών στο έμβρυο μέσω δύο ενδομυϊκών ενέσεων στη μητέρα με

διαφορά 24 ωρών. (Τα στεροειδή έχουν αποδειχθεί ότι βελτιώνουν την ωρίμανση των πνευμόνων του εμβρύου και μειώνουν τα προβλήματα που σχετίζονται με το αναπνευστικό σύστημα). Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται τοκολυτικά φάρμακα. Κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι η χορήγηση τοκολυτικών φαρμάκων είναι αποτελεσματική μόνο για 48 ώρες, καθώς ο χρόνος των 48 ωρών είναι αρκετός για να χορηγηθούν και να δράσουν τα ενέσιμα στεροειδή. Πέρα από τις 48 ώρες, η χορήγηση τοκολυτικών δεν έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τη νοσηρότητα του εμβρύου (Σιώζος, 2015).

Πρόληψη: Από τα παραπάνω συνάγεται ότι είναι θεμελιώδους σημασίας η προσπάθεια πρόληψης του πρόωρου τοκετού. Έχουν γίνει πολυάριθμες μελέτες πάνω σε αυτόν τον τομέα και η γνώση της επιστήμης σε αυτό το πεδίο αυξάνεται συνεχώς. Σύμφωνα με τα τελευταία δεδομένα, η πρόληψη ξεκινάει με την αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου που μπορεί να έχει μία έγκυος, ώστε η παρακολούθηση της εγκυμοσύνης της να είναι πιο συχνή. Μεγάλης σημασίας είναι επίσης η μέτρηση του μήκους του τραχήλου της μήτρας με υπερηχογράφημα που αναγνωρίζει έγκαιρα (από τις 20-24 εβδομάδες) εκείνες τις γυναίκες με αυξημένο κίνδυνο για πρόωρο τοκετό. Γυναίκες με μικρό μήκος τραχήλου (κοντός τράχηλος) έχουν αυξημένη πιθανότητα να έχουν πρόωρο τοκετό (Σιώζος, 2015).

Σημαντική συνεισφορά στον τομέα αυτό έχει ο διεθνούς φήμης Καθηγητής Κύπρος Νικολαΐδης στο Ινστιτούτο Εμβρυϊκής Ιατρικής (Fetal Medicine Foundation) στο Λονδίνο. Σύμφωνα με τις οδηγίες του FMF, η κύρια μέθοδος πρόληψης σήμερα είναι η προφυλακτική χορήγηση προγεστερόνης στην έγκυο με κοντό τράχηλο. Με τον τρόπο αυτόν, το ποσοστό μείωσης του πρόωρου τοκετού στις γυναίκες αυτές είναι σχεδόν 50%. Για τις γυναίκες με ιστορικό προηγούμενου πρόωρου τοκετού ή αποβολής 2ου τριμήνου, το ποσοστό μείωσης είναι 25%.

Μια άλλη μέθοδος πρόληψης του πρόωρου τοκετού, η οποία χρησιμοποιήθηκε κυρίως στο παρελθόν, είναι η περίδεση του τραχήλου. Η περίδεση τραχήλου χρησιμοποιείται πολύ λιγότερο σήμερα και μόνο σε επιλεγμένες περιπτώσεις, καθώς θεωρείται γενικά λιγότερο αποτελεσματική από τη χορήγηση προγεστερόνης.

Ειδικά στις δίδυμες κυήσεις, δεν υπάρχει προς το παρόν κανένα μέτρο που να προφυλάσσει από πρόωρο τοκετό. Η προγεστερόνη δεν κάνει καμιά διαφορά, ενώ η περίδεση τραχήλου δυστυχώς, όχι μόνο δε βοηθά, αλλά διπλασιάζει τον κίνδυνο πρόωρου τοκετού. Άλλο ένα μέτρο που δε βοηθά – πέρα από την υπερβολική ξεκούραση που αναφέρθηκε παραπάνω- είναι η προφυλακτική χορήγηση τοκολυτικών φαρμάκων χωρίς να υπάρχουν συμπτώματα (Σιώζος, 2015).

2.7.2. Παράταση κύησης

Ορισμός: Φυσιολογικά μια εγκυμοσύνη έχει διάρκεια 280 ημερών (40 εβδομάδων). Η τελευταία ημέρα της εγκυμοσύνης, μετά την συμπλήρωση αυτού του διαστήματος, προσδιορίζει την πιθανή ημερομηνία τοκετού. Η ακριβής χρονολόγηση της εγκυμοσύνης είναι εξαιρετικά σημαντική, διότι πάνω σε αυτήν βασίζεται όλη η παρακολούθησή της. Η πιθανή ημερομηνία τοκετού, προκύπτει από την 1η ημέρα της τελευταίας περιόδου, προσθέτοντας ουσιαστικά 280 ημέρες. Ο τοκετός πολλές φορές ξεκινά μετά την πιθανή ημερομηνία τοκετού. Ειδικά οι πρωτοτόκες μητέρες συχνά ξεπερνούν τις 40 εβδομάδες κύησης και φτάνουν μέχρι τις 42. Όταν η κύηση ξεπεράσει και αυτό το όριο των 42 εβδομάδων τότε μιλάμε για παράταση κύησης. Αυτό συμβαίνει στο 3-5 % των κυήσεων. Τα παραπάνω αφορούν μονήρεις κυήσεις με ένα έμβρυο. Τα αίτια εάν δεν έχουμε υπολογίσει λάθος την ΠΗΤ (πιθανή ημερομηνία τοκετού) είναι άγνωστα.

Παράγοντες κινδύνου: Οι βασικότεροι παράγοντες κινδύνου που φαίνεται να σχετίζονται με τοκετό μετά τις 42 εβδομάδες κύησης είναι:

- Πρωτοτόκος μητέρα
- Άρρεν έμβρυο
- Γενετική προδιάθεση από την πλευρά της μητέρας
- Ηλικία της εγκύου μεγαλύτερη των 35 ή και μικρότερη των 18
- Υποπλασία ή ανεπάρκεια των επινεφριδίων του εμβρύου
- Ανωμαλίες του κεντρικού νευρικού συστήματος του εμβρύου (ανεγκεφαλία)
- Ανεπάρκεια της σουλφατάσης του πλακούντα που οδηγεί σε ανεπάρκεια των παραγόμενων οιστρογόνων

Επιπλοκές της παράτασης κύησης

A) Στο έμβρυο:

- Ενδομήτριος θάνατος του εμβρύου
- Διπλασιασμός της περιγεννητικής θνησιμότητας του εμβρύου
- Μακροσωμία του εμβρύου με βάρος γέννησης μεγαλύτερο των 4000 ή και 4500 gr
- Μητροπλακουντιακή ανεπάρκεια λόγω <<γερασμένου>> πλακούντα
- Ταχεία ελάττωση του αμνιακού υγρού (ολιγάμνιο)
- Αυξημένη πιθανότητα πρόπτωσης του ομφάλιου λώρου μετά τη ρήξη των υμένων λόγω ελαττωμένου αμνιακού υγρού
- Διαταραχές του καρδιακού ρυθμού του εμβρύου
- Υποξία και ασφυξία του εμβρύου (εμβρυική δυσππραγία)
- Δυστροφικό σύνδρομο του εμβρύου (απώλεια υποδόριου λίπους, μειωμένη σπαργή δέρματος, μεγάλα νύχια χεριών και ποδιών, επικάλυψη με μηκώνιο του δέρματος του εμβρύου)

B) Στο νεογνό:

- Διαταραχές της νεφρικής, της καρδιακής και της εγκεφαλικής λειτουργίας
- Τετραπλάσια πιθανότητα εισρόφησης μηκωνίου
- Υπογλυκαιμία, σπασμοί ή κυάνωση του νεογνού

Γ) Στη μητέρα:

- Δύσκολος τοκετός, μεγάλης διάρκειας (εργώδης τοκετός)
- Συχνές κακώσεις του περινέου 3ου και 4ου βαθμού, όταν πραγματοποιηθεί κολπικός τοκετός
- Μεγαλύτερη συχνότητα επείγουσας καισαρικής τομής
- Μεγαλύτερη πιθανότητα για απόφαση πρόκλησης τοκετού
- Αυξημένη συχνότητα εμφάνισης ενδομητρίτιδας και θρομβοεμβολικής νόσου μετά τον τοκετό
- Συχνή αιμορραγία της μητέρας από ατονία μήτρας και μεγάλα τραύματα του περινέου μετά τον τοκετό

- Εγκυμονούσα που επιβαρύνεται ψυχολογικά, κουράζεται σωματικά και αγωνιά καθημερινά όλο και περισσότερο για την έκβαση της κύησης

Αντιμετώπιση: Η έγκυος πρέπει να παρακολουθείται συχνά (2 φορές την εβδομάδα) με καρδιοτοκογράφημα (Non Stress Test), να γίνεται 2 φορές την εβδομάδα υπερηχογραφική παρακολούθηση του βιοφυσικού προφίλ του εμβρύου και Doppler ομφαλικής αρτηρίας και μέσης εγκεφαλικής, να προσδιορίζεται η ποσότητα του αμνιακού υγρού 2 φορές την εβδομάδα και να υπάρχει καθημερινή παρατήρηση των εμβρυικών κινήσεων από τη μητέρα.

Θα πρέπει να είμαστε σε ετοιμότητα για πρόκληση τοκετού με ή χωρίς τη χρήση προσταγλανδινών και να έχουμε τη δυνατότητα άμεσης εκτέλεσης καισαρικής εφόσον η πρόκληση δεν πετύχει τα αναμενόμενα αποτελέσματα προόδου με ασφάλεια του κολπικού τοκετού.

Η όλη μαιευτική προσέγγιση γίνεται με βάση τον αλγόριθμο αντιμετώπισης της παράτασης της κύησης που συμπεριλαμβάνει εκτός των προηγούμενων και δακτυλική εξέταση του τραχήλου της μήτρας από τον μαιευτήρα για προσδιορισμό του Bishop Score (μία εξέταση που μας δείχνει εάν υπάρχουν ή όχι κατάλληλες προϋποθέσεις για πρόκληση τοκετού).

Πρόληψη: Οι μέθοδοι που κατά καιρούς έχουν χρησιμοποιηθεί για την πρόληψη της παράτασης της κύησης είναι αμφιλεγόμενης αξίας και δε γίνονται ευρέως αποδεκτοί. Ένας τρόπος είναι η συχνή σεξουαλική επαφή τις τελευταίες εβδομάδες της κύησης με εκσπερμάτιση του άνδρα μέσα στον κόλπο, κάτι που προτείνουμε σκεπτόμενοι ότι ίσως οι προσταγλανδίνες που περιέχει το σπερματικό υγρό θα προκαλέσουν σιγά σιγά διαστολή του τραχήλου της μήτρας.

Δεύτερος τρόπος ο δακτυλικός διαχωρισμός από τον γιατρό των εμβρυικών υμένων από τον τραχηλικό αυλό και το κατώτερο τμήμα της μήτρας. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε απελευθέρωση ενδογενών προσταγλανδινών και έναρξη του τοκετού. Η όλη διαδικασία προκαλεί πόνο στη γυναίκα και απαγορεύεται να γίνεται σε χαμηλή πρόσφυση του πλακούντα.

Πρόγνωση για τις επόμενες κυήσεις: Ο κίνδυνος η παράταση της κύησης να επανεμφανιστεί και στην επόμενη ή στην μεθεπόμενη κύηση είναι

διπλάσιος για τη δεύτερη κύηση και τετραπλάσιος για την τρίτη κύηση (<http://www.bartziokas.gr/maeutiki/toketos-loxeia/paratasi-kyhshs>).

2.7.3. Επεμβατικός τοκετός – Πρόκληση τοκετού

Ορισμός: Επεμβατικό τοκετό έχουμε όταν, για αναγκαίους λόγους, επιλέγουμε είτε να προκαλέσουμε την έναρξη του τοκετού με τεχνητή διέγερση της μήτρας είτε να τον επιταχύνουμε όταν οι συστολές έχουν ήδη ξεκινήσει. Στη δεύτερη περίπτωση μιλάμε για επιτάχυνση του τοκετού κατά την οποία αυξάνεται με τεχνητό τρόπο η συχνότητα, η διάρκεια και η ένταση των συστολών. Η επίσπευση του τοκετού γίνεται με σκοπό να μειωθεί ο κίνδυνος για τη μητέρα και το παιδί.

Ενδείξεις για πρόκληση τοκετού:

- Παράταση κύησης, δηλαδή όταν η ηλικία κύησης ξεπερνά τις 41 εβδομάδες. Σε αυτήν την περίπτωση ο γηρασμένος πλακούντας δε μπορεί να ανταποκριθεί επαρκώς στις εμβρυϊκές απαιτήσεις. Επίσης, η παράταση της κύησης οδηγεί σε μείωση της ποσότητας του αμνιακού υγρού με αποτέλεσμα την πρόκληση εμβρυϊκής δυσχέρειας. Όταν συμβεί κάτι τέτοιο, αναπτύσσεται ο κίνδυνος να νοσήσει το έμβρυο από εισρόφηση μηκωνίου.
- Σακχαρώδης διαβήτης της κύησης. Με την πρόκληση τοκετού αποφεύγεται η γέννηση ενός νεογνού με βάρος μεγαλύτερο του φυσιολογικού, κάτι που παρατηρείται πολύ συχνά σε εγκύους που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη της κύησης. Προφυλάσσονται έτσι από έναν δύσκολο και εργώδη τοκετό, αλλά και από τις μακροπρόθεσμες επιπλοκές του διαβήτη.
- Πρόωρη ρήξη εμβρυϊκών υμένων.
- Υπερτασική νόσος της κύησης.
- Ασυμβατότητα του αντιγόνου Rhesus των ερυθρών αιμοσφαιρίων μεταξύ της μητέρας και του εμβρύου.
- Ανεπάρκεια του πλακούντα.
- Πολύδυμη κύηση.
- Ιστορικό υπογονιμότητας, προηγούμενο βεβαρυμένο μαιευτικό ιστορικό.

Αντεδείξεις για την πρόκληση του τοκετού:

- Εγκάρσια προβολή του εμβρύου.
- Πρόπτωση ομφάλιου λώρου.
- Ενεργός ερπητική λοίμωξη.
- Προδρομικός πλακούντας.
- Ιστορικό καισαρικής τομής και επεμβάσεων στη μήτρα που καθιστούν το τοίχωμά της ευαίσθητο.
- Εμβρυοπυελική δυσαναλογία.

Τρόποι πρόκλησης του τοκετού: Για να αποφασίσουμε αν θα προβούμε σε πρόκληση τοκετού χρειάζεται να εκτιμήσουμε ορισμένους παράγοντες. Η κατάσταση του τραχήλου της μήτρας λαμβάνεται υπόψη σε κάθε περίπτωση πρόκλησης τοκετού. Για την αξιολόγησή του χρησιμοποιούμε ένα σύστημα βαθμονόμησης που λέγεται Bishop score. Το Bishop score είναι ένα άθροισμα δεικτών στους οποίους περιλαμβάνονται: η θέση του τραχήλου, το μήκος του, η σύσταση, η διαστολή του τραχηλικού στομίου και το ύψος της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου από ένα συγκεκριμένο επίπεδο το οποίο ορίζουμε σαν σημείο αναφοράς. Όσο πιο μεγάλο είναι το άθροισμα αυτών των παραμέτρων, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα για κολπικό τοκετό και τόσο καλύτερα τα αποτελέσματα της πρόκλησης.

- *Προσταγλανδίνες:* χρησιμοποιούνται για την ωρίμανση του τραχήλου και τοποθετούνται τοπικά στον κόλπο με τη μορφή υπόθετου. Συγκεκριμένα, ο μαιευτήρας τοποθετεί ένα υπόθετο στον οπίσθιο κολπικό θόλο και παρακολουθεί τον τράχηλο μετά από 4-6 ώρες προκειμένου να διαπιστώσει αν υπάρχει μεταβολή στις παραμέτρους που αναφέραμε.
- *Ωκυτοκίνη:* Στην περίπτωση που το Bishop score έχει τιμή μεγαλύτερη από 7, δεν χορηγούνται προσταγλανδίνες και χρησιμοποιείται η ωκυτοκίνη για την επιτάχυνση του τοκετού. Η ωκυτοκίνη δηλαδή χρησιμοποιείται όταν ο τοκετός έχει ξεκινήσει αυτόματα, αλλά κρίνεται αναγκαία η ενίσχυσή του λόγω ανεπαρκούς συστολής της μήτρας. Η

ωκυτοκίνη χορηγείται ενδοφλεβίως διαλυμένη σε υγρό κατάλληλο για την απορρόφησή της.

- *Τεχνητή ρήξη των υμένων του θυλακίου:* Η ρήξη των υμένων χρησιμοποιείται στην πρόκληση, αλλά και στην επιτάχυνση του τοκετού, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις είναι η μοναδική παρέμβαση που χρειάζεται. Σε συνθήκες ασηψίας (χειρουργείου) γίνεται δακτυλική ρήξη των υμένων με τη βοήθεια ενός ειδικού αγκίστρου (amniohook). Κατά τη διάρκεια της επέμβασης παρακολουθείται η καρδιακή λειτουργία του εμβρύου, προκειμένου να διαπιστωθεί έγκαιρα η ύπαρξη εμβρυϊκής δυσχέρειας.

Επιπλοκές: Σε κάθε επεμβατική πράξη υπάρχει η πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών. Η πιθανότητα αυτή ελαχιστοποιείται όταν γίνονται στο ενδεδειγμένο νοσοκομειακό περιβάλλον και τηρούνται οι κανόνες εφαρμογής.

Στη συγκεκριμένη περίπτωση, οι πιθανές επιπλοκές είναι οι εξής:

- Εμβρυϊκή δυσχέρεια, η οποία διαπιστώνεται από την ακρόαση των παλμών του εμβρύου και εμφανίζεται βραδυκαρδία (180 παλμοί/λεπτό).
- Πυελικές λοιμώξεις
- Πρόπτωση ομφάλιου λώρου, η οποία μπορεί να συμβεί κατά τη διάρκεια της τεχνητής ρήξης υμένων.
- Ρήξη μήτρας η οποία μπορεί να συμβεί επί έντονων συσπάσεων της

Εκτός από τη χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών, οι οποίες είτε προκαλούν είτε επιταχύνουν τον τοκετό, υπάρχουν και επεμβατικές μέθοδοι για την πρόκληση τοκετού, όπως η καισαρική τομή, η εμβρυουλκία και η σικουσκία (Χανδακάς, 2015).

2.7.4. Καισαρική τομή

Ορισμός: Η καισαρική τομή είναι μια χειρουργική επέμβαση που γίνεται με στόχο τον τεχνητό τοκετό και πρέπει να γίνεται μόνο επί πραγματικών ιατρικών ενδείξεων, αφού μπορεί να καταλήξει σε δυνητικές επιπτώσεις όπως η λοίμωξη, η θρόμβωση, η αιμορραγία, η έκτακτη ανάγκη για υστερεκτομή, συνεχή πυελικό πόνο, υπογονιμότητα μέχρι και θάνατο. Ο Μαιευτήρας

Παπαγεωργίου(2014) έχει κατηγοριοποιήσει τις ενδείξεις της καισαρικής τομής σε ενδεδειγμένες, αυτές που έχουν επιστημονική ένδειξη πχ. κεφαλοπυελική δυσαναλογία, επιπωματικός πλακούντας, σε κακές ενδείξεις πχ λάθος εκτίμηση ηλικίας κύησης, επιθυμία μητέρας, και αντιδεοντολογικές πχ. σύνδρομο σαββατοκυρίακου, προγραμματισμός τοκετών, επιλογή ημερομηνίας κλπ. (Παναγιώτου, 2017).

Η συχνότητα της καισαρικής τομής έχει αυξηθεί κατά πολύ τα τελευταία χρόνια. Στη χώρα μας περίπου το 1/3 των τοκετών γίνεται με τον τρόπο αυτό. Τα ποσοστά αυτά οφείλονται αφενός στη βελτίωση της τεχνικής και της αναισθησίας, αφετέρου στις σύγχρονες μεθόδους παρακολούθησης του εμβρύου που δίνουν τη δυνατότητα έγκαιρης ανίχνευσης επιπλοκών. Συνεπώς, χάρη στην ευρεία εφαρμογή της καισαρικής τομής τα ποσοστά επιβίωσης των νεογνών και ιδιαίτερα των πρόωρων είναι αυξημένα (Χανδακάς, 2015).

Ενδείξεις για την καισαρική τομή: Καισαρική τομή διενεργείται όταν ο κοιλιακός τοκετός δεν είναι εφικτός ή καθίσταται επικίνδυνος. Υπάρχουν καταστάσεις οι οποίες θα προσανατολίσουν τον μαιευτήρα σας στον τοκετό με προγραμματισμένη καισαρική τομή, αλλά και επείγουσες καταστάσεις που καθιστούν αναγκαία την επιλογή της τεχνικής αυτής την ώρα του τοκετού.

Τα σύνηθες, η προγραμματισμένη καισαρική τομή να γίνεται μεταξύ των 37/40 -39/40 θεωρώντας ότι το έμβρυο είναι τελειόμηνο, έχει τεκμηριωθεί μέσα από έρευνες ότι πάρα πολλά νεογνά αυτής της ηλικίας δεν είναι τόσο ώριμα και αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας. Μελέτες σε δείγμα 13.258 νεογνών από 12 νοσοκομεία (35.8%- 39/40, 6.3%, 37/40, 38.4- 38/40) έδειξε ότι τα νεογνά που γεννήθηκαν από τις 37 μέχρι 38+6/40 αντιμετώπιζαν αναπνευστικά προβλήματα και υπογλυκαιμία αφού διαθέτουν χαμηλά επίπεδα κατεχολαμινών - κατά μέσον όρο πέντε φορές λιγότερα σε σύγκριση με νεογνό με φυσιολογικό τοκετό. Τα περισσότερα έγιναν εισαγωγή στη μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών γι αυτό είναι καλύτερα να προγραμματίζεται η καισαρική τομή όταν είναι δυνατό στις 39 εβδομάδες τουλάχιστον (Παναγιώτου, 2017).

Οι ενδείξεις για την διενέργεια καισαρικής τομής αφορούν τόσο στη μητέρα όσο και στο παιδί.

Μητέρα: Προηγούμενα καισαρική τομή, προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις (π.χ. ινωμωματοεκτομή), σακχαρώδης διαβήτης, υπερτασική νόσος κύησης, μεγάλη ηλικία της πρωτοτόκου, έρπης γεννητικών οργάνων, πολύδυμος κύηση.

Έμβρυο: Ανώμαλες προβολές (ισχιακή, προσωπική, εγκάρσιο σχήμα), πρόπτωση ομφαλίδας, εμβρυοπτυελική δυσαναλογία, δυσφορία του εμβρύου (βραδυκαρδία του εμβρύου), προδρομικός πλακούντας, αποκόλληση πλακούντα.

Τύποι της καισαρικής τομής: Οι τύποι της καισαρικής τομής είναι δύο: εγκάρσια τομή και κάθετη τομή.

1. *Η εγκάρσια τομή* είναι αυτή που εφαρμόζεται πιο συχνά στις μέρες μας. Αφού έχει διανοιχτεί η περιτοναϊκή κοιλότητα γίνεται αποκόλληση της κυστεομητρικής πτυχής (η πτυχή που ενώνει τη μήτρα με την ουροδόχο κύστη) και στη συνέχεια πραγματοποιείται μια εγκάρσια τομή στο κατώτερο τμήμα της μήτρας. Μετά την έξοδο του εμβρύου η μήτρα συρράπτεται σε δύο στρώματα, ακολουθεί η ένωση της κυστεομητρικής πτυχής με το μητρικό ορογόνο χιτώνα και τέλος η σύγκλειση του κοιλιακού τοιχώματος. Οι σύγχρονες τεχνικές εξασφαλίζουν πολύ καλό μετεγχειρητικό αποτέλεσμα, καθώς η πιθανότητα εμφάνισης συμφύσεων είναι μειωμένη και η επούλωση του τραύματος πολύ καλή.

2. *Η κάθετη τομή* γίνεται σπάνια λόγω αυξημένης μετεγχειρητικής νοσηρότητας και εμφάνισης επιπλοκών.

Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να γίνει συνδυασμός των δύο τομών.

Ο τοκετός με καισαρική τομή διαρκεί περίπου 40 με 45 λεπτά της ώρας. Η έξοδος του εμβρύου γίνεται μετά από μερικά λεπτά και ο υπόλοιπος χρόνος δαπανάται για τη σύγκλειση της μήτρας και του κοιλιακού τοιχώματος (<http://www.dr-chandakas.gr/.τοκετος/καισαρικη-τομη>).

Επιπλοκές από την καισαρική: Γενικά, η καισαρική τομή είναι μια πολύ ασφαλής χειρουργική επέμβαση με πολύ χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας και μικρά ποσοστά επιπλοκών. Οι συνηθέστερες από αυτές είναι η λοίμωξη του τραύματος και η δημιουργία φλεγμονής, η μεγάλη απώλεια αίματος κατά τη διάρκεια του χειρουργείου που μπορεί να οδηγήσει σε καταπληξία

(υποογκαιμικό σοκ), οι τραυματισμοί της ουροδόχου κύστης, της ουρήθρας και άλλων ανατομικών δομών, καθώς και η εμφάνιση θρομβοεμβολικής νόσου, η οποία αποφεύγεται με γρήγορη κινητοποίηση της λεχώνας.

Μετά το χειρουργείο: Η λεχώνα μετά την επέμβαση μεταφέρεται στο δωμάτιό της. Για ένα εικοσιτετράωρο περίπου, χορηγούνται ενδοφλέβια υγρά για την ενυδάτωσή της και παυσίπονα για την ανακούφιση του πόνου, που είναι απόλυτα φυσιολογικό ότι θα υπάρχει, και τοποθετείται ουροκαθετήρας.

Η έγκαιρη κινητοποίηση την επόμενη ημέρα βοηθά στην επάνοδο των λειτουργιών του εντέρου (αποβολή αερίων) και μειώνει τον κίνδυνο θρομβοεμβολικών επεισοδίων. Η νοσηλεία διαρκεί συνήθως 4 έως 5 ημέρες και η μητέρα μπορεί να θηλάσει κανονικά το μωρό της (<http://www.dr-chandakas.gr/τοκετος/καισαρική-τομή>).

2.7.5. Θέσεις μωρού – Ισχιακή προβολή

Στη διάρκεια του πρώτου σταδίου του τοκετού, το μωρό βρίσκεται συνήθως με το κεφάλι προς τα κάτω και κοιτώντας την πλάτη της γυναίκας. Στη θέση αυτή, το κεφάλι μπορεί να περάσει από τον πυελογεννητικό σωλήνα εύκολα. Αν η θέση του μωρού είναι αφύσικη (π.χ. με το κεφάλι προς τα κάτω, αλλά να βλέπει προς την κοιλιά της γυναίκας), τότε το κεφάλι του μωρού μπορεί να μην κατεβεί στο χαμηλότερο τμήμα της πυέλου πριν αρχίσει ο τοκετός ή μπορεί να κατεβεί, αλλά όχι σε όλο το μήκος της διαδρομής.

Ορισμός: Στο τέλος της κύησης τα περισσότερα έμβρυα παίρνουν θέση κεφαλική δηλαδή έχουν το κεφάλι τους στραμμένο προς τα κάτω, προς τον κόλπο της γυναίκας και έτσι εξέρχονται από τον πυελογεννητικό σωλήνα. Σε λίγες περιπτώσεις που αφορούν το 3 – 4 % των κυήσεων τα έμβρυα φθάνουν στην πιθανή ημερομηνία τοκετού έχοντας στραμμένα προς τα κάτω τα ισχία τους ή τα πόδια τους ή τους γλουτούς τους, την ισχιακή θέση όπως ονομάζεται (Μπαρτζιώκας, 2014).

Αίτια: Κατή τη διάρκεια του προγεννητικού ελέγχου (γύρω στις 36 εβδομάδες), εάν ο γιατρός υποψιαστεί ισχιακή προβολή, θα συστήσει στην εγκυμονούσα να κάνει ένα υπερηχογράφημα για να βεβαιωθεί. Αν το μωρό δεν έχει ήδη γυρίσει, μπορεί στο στάδιο αυτό να δυσκολεύεται - καθώς το μέγεθός του είναι πλέον τέτοιο που δεν του αφήνει αρκετό ελεύθερο χώρο στον αμνιακό σάκο για να κινηθεί άνετα. Ποίες είναι όμως οι βασικές αιτίες;

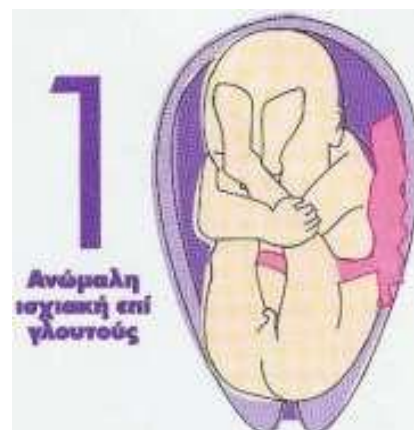
- Μπορεί να μην υπάρχει καν συγκεκριμένος λόγος, ή να οφείλεται σε επιπλοκές της κύησης ή ακόμα σε κατασκευαστικές ιδιομορφίες της μήτρας σας.
- Μπορεί να υπάρχει μεγάλη ποσότητα αμνιακού υγρού γύρω από το μωρό, που δυσκολεύει το κεφάλι του από το να πάρει θέση.
- Αν υπάρχει χαμηλή πρόσφυση του πλακούντα, η είσοδος του τράχηλου (του ανοίγματος της μήτρας) θα είναι μπλοκαρισμένη, εμποδίζοντας έτσι το κεφάλι του μωρού να πάρει θέση.
- Μπορεί να οφείλεται στο σχήμα της μήτρας σας. Κανονικά η μήτρα θα πρέπει να μοιάζει με ανεστραμμένο αχλάδι. Σε ορισμένες όμως γυναίκες έχει σχήμα καρδιάς (με πολύ στενό άνοιγμα), γεγονός που δυσκολεύει το μωρό να πάρει θέση.
- Η παρουσία ινομυωμάτων (καλοηθών όγκων) στη μήτρα.
- Το σχήμα της λεκάνης σας (που βοηθάει το μωρό να γλυστρήσει στο γεννητικό κανάλι). Μια πολύ στενή λεκάνη ενδέχεται να εμποδίσει το μωρό να γυρίσει κανονικά (Αρκάς, 2006).

Τύποι: Αν και ο περισσότερος κόσμος πιστεύει ότι στην ισχιακή προβολή το μωρό γεννιέται με τη λεκάνη, αυτό δεν ισχύει πάντα. Υπάρχουν τρεις τύποι ισχιακής προβολής, με διαφορετικές πιθανότητες επιτυχίας σε περίπτωση που επιχειρήσετε να γεννήσετε φυσιολογικά. Η συνηθέστερη πάντως μέθοδος τοκετού σε παρόμοιες περιπτώσεις είναι η καισαρική τομή.

Πίνακας 3: Τύποι ισχιακής προβολής

1. Ανώμαλη ισχιακή επί γλουτούς:

Πρόκειται για τη συνηθέστερη στάση, όπου το έμβρυο βρίσκεται με τη λεκάνη στο άνοιγμα του κόλπου και τα πόδια τεντωμένα μπροστά του. Η στάση αυτή έχει και τις μεγαλύτερες πιθανότητες επιτυχίας σε περίπτωση φυσιολογικού τοκετού.



2. Ομαλή ισχιακή: Πρόκειται για τη δεύτερη συνηθέστερη στάση, όπου τα πόδια του εμβρύου είναι διπλωμένα ή σταυρωμένα οκλαδόν. Η στάση αυτή απαντάται συχνότερα σε γυναίκες που έχουν ήδη γεννήσει και μειώνει σημαντικά τις πιθανότητες ενός φυσιολογικού τοκετού.



3. Ισχιακή με προβολή των άκρων ποδιών: Αυτή είναι η σπανιότερη στάση, όπου το ένα ή και τα δύο πόδια του εμβρύου κλείνουν το άνοιγμα του κόλπου, αυξάνοντας έτσι τον κίνδυνο επιπλοκών σε περίπτωση φυσιολογικού τοκετού - είτε λόγω ενδεχόμενου τραυματισμού του ίδιου του εμβρύου, είτε λόγω της πιθανότητας πρόπτωσης του ομφάλιου λώρου (που θα σερήσει από το έμβρυο το απαραίτητο οξυγόνο). Γι αυτό σε τέτοιες περιπτώσεις επιβάλλεται ο τοκετός να διεκπεραιωθεί με καισαρική τομή (Αρκάς, 2006).



Επιπλοκές στη γέννα: Στις περιπτώσεις που το έμβρυο έχει πάρει κανονική θέση, το κεφάλι του θα βγει πρώτο από το γεννητικό κανάλι. Τα εύπλαστα οστά του κρανίου του συμπιέζονται, παίρνοντας το σχήμα του ανοίγματος της λεκάνης και με τη βοήθεια των συσπάσεων σπρώχνεται σιγά σιγά προς τα έξω, ανοίγοντας το δρόμο για το υπόλοιπο σώμα. Σε περίπτωση ισχιακής προβολής ωστόσο τα πράγματα διαφέρουν, καθώς το μωρό μπορεί να εγκλωβιστεί στο γεννητικό κανάλι και οι γιατροί να μην μπορέσουν να σας βοηθήσουν (γιατί όταν το μωρό έρχεται ανάποδα δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν εμβρυουλκοί ή βεντούζες). Ακόμα όμως κι αν το μωρό δεν κολλήσει, υπάρχει πάντα ο κίνδυνος να μετακινηθεί πολύ γρήγορα στο γεννητικό κανάλι, μη αφήνοντας περιθώρια στα οστά του κρανίου του να

συμπιεστούν, με αποτέλεσμα να κινδυνεύει να εγκλωβιστεί το κεφάλι του - το οποίο έχει μεγαλύτερη διάμετρο από το υπόλοιπο σώμα. Βγάνοντας πρώτα το σώμα, δεν επιτυγχάνεται η μέγιστη δυνατή διαστολή του τραχήλου κι έτσι το κεφάλι εγκλωβίζεται. Μια ακόμη επιπλοκή είναι η πιθανότητα συμπίεσης του ομφάλιου λώρου, γεγονός που θα μειώσει την παροχή οξυγόνου στο έμβρυο (Αρκάς, 2006).

Προγραμματισμός τοκετού: Η τελική απόφαση είναι φυσικά της μητέρας και του γιατρού που την παρακολουθεί, αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις ισχιακής προβολής συστήνεται η καισαρική, επειδή θεωρείται ασφαλέστερη για το μωρό και λιγότερο επώδυνη για τη μητέρα. Άλλωστε ο φυσιολογικός τοκετός, όταν υπάρχει ισχιακή προβολή απαιτεί εξαιρετικά λεπτούς χειρισμούς από πλευράς του μαιευτήρα και προϋποθέτει μεγάλη πείρα και επιδεξιότητα. Αν παρόλα αυτά η μητέρα αποφασίσει να γεννήσει φυσιολογικά, μάλλον θα χρειαστεί να υποβληθεί σε τεχνητές ωδίνες γύρω στις 37 εβδομάδες, αφού όσο μικρότερο είναι το μωρό τόσο ευκολότερα θα γεννηθεί (Αρκάς, 2006).

Διάγνωση ισχιακής προβολής: Κατά τη διάρκεια του τοκετού οι σφυγμοί του εμβρύου θα παρακολουθούνται στενά, για τυχόν ενδείξεις δυσφορίας. Έχει αποδειχθεί ότι η καλύτερη στάση για τέτοιου είδους γέννες είναι το βαθύ κάθισμα, που αφενός επιτρέπει καλύτερο άνοιγμα της λεκάνης και αφετέρου επιτρέπει στη μητέρα να εκμεταλλευτεί τη δύναμη της βαρύτητας. Το πιθανότερο ωστόσο είναι να της ζητηθεί να χρησιμοποιήσει τους γυναικολογικούς αναβατήρες, ώστε να μπορέσει να σπρώξετε το μωρό προς τα έξω - μια στάση που οι περισσότερες γυναίκες βρίσκουν άβολη και ενοχλητική. Κατά πάσα πιθανότητα θα της χορηγηθεί επισκληρίδιος, ώστε να μην αρχίσει τις εξωθήσεις νωρίτερα απ'ό,τι πρέπει. Επιπλέον, αυξάνουν οι πιθανότητες να χρειαστεί περινεοτομή (τομή του περινέου, της περιοχής δηλαδή μεταξύ πρωκτού και κόλπου) για να διευκολυνθεί η έξοδος του μωρού.

Το κατά πόσο θα γεννήσει μια γυναίκα φυσιολογικά ή με καισαρική θα εξαρτηθεί από πολλούς παράγοντες όπως την εξέλιξη του τοκετού, τη φυσική κατάσταση του εμβρύου και τη δική της, καθώς και την πάγια τακτική του μαιευτηρίου ή του γιατρού της (Αρκάς, 2016).

Με μαλάξεις: Παλαιότερα, στις περιπτώσεις που κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης γινόταν διάγνωση ισχιακής προβολής, εφαρμόζονταν διάφορες

πρακτικές, με στόχο να βοηθηθεί το έμβρυο να πάρει τη σωστή θέση. Εφαρμοζόταν, για παράδειγμα, μια μέθοδος με την ονομασία "εξωτερική κεφαλική πίεση", η οποία συνίστατο σε ειδικές μαλάξεις της κοιλιάς από τον γιατρό. Σήμερα αυτή η μέθοδος έχει πλέον καταργηθεί, κυρίως λόγω της μεγάλης πιθανότητας πρόκλησης αποκόλλησης του πλακούντα αλλά και λόγω της μικρής πιθανότητας επιτυχίας της. Με τα σημερινά πάντως δεδομένα και εφόσον η έγκυος παρακολουθείται σωστά, η περίπτωση ισχιακής προβολής μπορεί να διαγνωστεί σχεδόν πάντα (Αρκάς, 2006).

Μη διαγνώσιμη ισχιακή προβολή: Ένα πολύ μικρό ποσοστό ισχιακών προβολών δε γίνεται αντιληπτό παρά μόνο κατά τον τοκετό. Η έγκαιρη διάγνωση εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την εμπειρία του γιατρού, αν και πολύ συχνά είναι εξαιρετικά δύσκολο να διαπιστώσει κανείς τη διαφορά μεταξύ κεφαλιού και λεκάνης μέσα από τα κοιλιακά τοιχώματα. Όταν υπάρχει αυτό το δίλημμα, ένα απλό υπερηχογράφημα μπορεί να δώσει τις απαντήσεις που χρειάζονται (Αρκάς, 2006).

Άλλες προβολές: Αν το μωρό βρίσκεται στη μήτρα σε οριζόντια θέση, αντί για κατακόρυφη, όταν αρχίσει ο τοκετός, μπορεί να εμφανιστεί πρώτα ένα χέρι (λέγεται πρόπτωση βραχίονα). Σε τέτοιες περιπτώσεις, το μωρο δεν μπορεί να γεννηθεί κολπικά και γίνεται καισαρική τομή. Αν ο λαιμός του μωρού είναι τεντωμένος, ώστε να προβάλλεται πρώτο το μέτωπο του (λέγεται προβολή οφρύων) ή εκτείνεται πολύ προς τα πίσω (λέγεται προσωπική προβολή), μπορεί ν' απαιτηθεί καισαρική τομή, επειδή οι θέσεις αυτές δυσκολεύουν τη διάβαση του κεφαλιού του μωρού μέσα από τον πυελογεννητικό σωλήνα.

2.7.6. Δίδυμα

Εάν περιμένετε δίδυμα, ο τοκετός μπορεί να ξεκινήσει νωρίτερα λόγω της μήτρας η οποία τεντώνεται πολύ με δύο μωρά. Κατά τη διάρκεια της γέννας θα είναι παρόν περισσότερο προσωπικό όπως ο γιατρός σας, η μαία σας και συνήθως δυο παιδίατροι, ένας για κάθε μωρό. Η διαδικασία του τοκετού είναι η ίδια αλλά τα μωρά θα παρακολουθούνται στενά, με μια συσκευή παρακολούθησης και ένα καλώδιο συνδεδεμένο στο κεφάλι του πρώτου μωρού όταν σπάσουν τα νερά. Θα σας τοποθετηθεί ένας ορός σε περίπτωση που τον χρειαστείτε μετέπειτα και θα σας συστηθεί και επισκληρίδιος αναισθησία. Όταν γεννηθεί το πρώτο μωρό, ο γιατρός σας θα ελέγξει τη

θέση του δεύτερου μωρού πιέζοντας την κοιλιά σας και κάνοντας μια κολπική εξέταση. Εάν το δεύτερο μωρό βρίσκεται σε καλή θέση, τα νερά που περικλείουν το μωρό σας θα σπάσουν και το μωρό θα πρέπει να γεννηθεί σύντομα μιας και ο τράχηλος είναι ήδη πλήρως διασταλμένος. Εάν σταματήσουν οι συσπάσεις μετά το πρώτο μωρό, θα σας δοθούν ορμόνες μέσω του ορού για να ξεκινήσουν πάλι οι συσπάσεις.

Τα τρίδυμα ή τα περισσότερα μωρά, συνήθως πάντα γεννιούνται με προσχεδιασμένη καισαρική τομή (Χανδακάς, 2015).

2.8. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Οι πιο πολλοί τοκετοί εξελίσσονται χωρίς περιπλοκές. Όμως, μπορεί να παρουσιαστούν προβλήματα. Αδύναμες ή ανεπαρκείς συσπάσεις μπορεί να επιβραδύνουν ή να σταματήσουν την πρόοδο του τοκετού. Μερικές φορές, λόγω της θέσης και του μεγέθους του μωρού, η διάβασή του μέσα από την πύελο είναι δύσκολη ή αδύνατη. Στη διάρκεια του τοκετού, οι συσπάσεις της μήτρας κανονικά ακολουθούν ένα καλά συντονισμένο σχήμα και αρχίζουν στο επάνω μέρος της μήτρας. Αν οι συσπάσεις δεν είναι συντονισμένες ή αν είναι πάρα πολύ ασθενείς για να έχουν αποτέλεσμα, η πρόοδος του τοκετού μεταβάλλεται.

Αναποτελεσματικές συσπάσεις: Στη διάρκεια του τοκετού, οι συσπάσεις καμιά φορά αρχίζουν στο μέσο της μήτρας και εξαπλώνονται με ακανόνιστο τρόπο. Οι συσπάσεις αυτές είναι το ίδιο συχνές και επώδυνες, όσο και οι συντονισμένες, αλλά μπορεί να μην προκαλέσουν διαστολή του τραχήλου η πρόοδος του τοκετού θα είναι αργή. Αν οι συσπάσεις παραμείνουν ανώμαλες, μπορεί να χρειαστεί καισαρική τομή, προτού αγχωθεί το μωρό. Συσπάσεις που είναι πάρα πολύ αδύνατες μπορεί καμιά φορά να ενισχυθούν με ρήξη των μεμβρανών του αμνίου.

Οι αδύναμες συσπάσεις μπορεί επίσης να ενισχυθούν με χορήγηση στη μητέρα του φαρμάκου ωκυτοκίνη, μιας ορμόνης που τονώνει τις συσπάσεις. Μερικές φορές στη διάρκεια του τοκετού, οι συσπάσεις αρχίζουν ομαλά και μετά στα ματάνε απότομα. Πριν δώσει ωκυτοκίνη, για ν' αρχίσουν πάλι οι συσπάσεις, ο γιατρός ελέγχει, για να βεβαιωθεί ότι το μωρό έχει τη σωστή στάση και ότι δεν υπάρχει παραμόρφωση της πυέλου της γυναίκας ή άλλοι παράγοντες που μπορεί να εμποδίσουν τη διάβαση του μωρού.

Δακτύλιος σύσφυξης: Σε μερικές γυναίκες, οι μύες στο μέσο τμήμα της μήτρας συσπώνται, δημιουργώντας το λεγόμενο δακτύλιο σύσφυξης. Η σύσφυξη αυτή μπορεί να εμποδίσει τη διαστολή του τραχήλου της μήτρας ή αν συμβεί στο δεύτερο στάδιο του τοκετού μπορεί να εμποδίσει το μωρό να κατέβει κάτω. Μια καισαρική τομή είναι συνήθως απαραίτητη.

Ο Πυελογεννητικός σωλήνας: Μερικές φορές, παρά τις ισχυρές συσπάσεις της μήτρας, ο τράχηλος δε διαστέλλεται. Το πρόβλημα αυτό μπορεί να προκληθεί από ίνωση (ιστό ουλής) αν η γυναίκα έχει υποστεί εκτεταμένη εγχείρηση στον τράχηλο ή από ινομυώματα (μη καρκινικούς όγκους) στον τράχηλο. Μπορεί να απαιτηθεί καισαρική τομή για τη γέννηση του μωρού.

Σχήμα και μέγεθος της πυέλου: Ενδεχόμενες ανωμαλίες της πυέλου μπορεί να σταματήσουν τη δίοδο του μωρού στον πυελογεννητικό σωλήνα (το διάστημα που εκτείνεται από τον τράχηλο ως το άνοιγμα του κόλπου). Η οστεομαλακία (εξασθένηση των οστών που προκαλείται από έλλειψη βιταμίνης D) μπορεί να προκαλέσει ανωμαλίες στο μέγεθος και σχήμα της πυέλου μιας γυναίκας. Ένα προηγούμενο κάταγμα ενός οστού της πυέλου μπορεί ν' αλλάξει το σχήμα της πυέλου μιας γυναίκας. Το μέγεθος της πυέλου της γυναίκας σε σχέση με το μέγεθος του κεφαλιού του μωρού είναι ένας κρίσιμος παράγοντας που επηρεάζει την ευκολία του τοκετού και της γέννησης. Αν η πυέλος της γυναίκας είναι πολύ μικρή για να επιτρέψει στο μωρό να περάσει, είτε λόγω της δομής των οστών της πυέλου, είτε επειδή το μωρό είναι πολύ μεγάλο, το μωρό δεν μπορεί να κατέβει αρκετά, ώστε να εμπεδωθεί το κεφάλι του στην είσοδο του πυελογεννητικού σωλήνα, οπότε θα χρειαστεί καισαρική τομή, για να γεννηθεί το μωρό.

Συχνές είναι και οι κακώσεις που προκαλούνται κατά τη διάρκεια του τοκετού, όπως:

Προκεφαλή: Είναι το οίδημα των μαλακών μορίων συνήθως στην ινιακή ή βρεγματική χώρα και υποχωρεί σε λίγες μέρες.

Κεφαλαιμάτωμα: Είναι αιμορραγία κάτω από το περίοστεο. Αφορίζεται καλώς μόνο από τις ραφές ενός μόνο οστού και ποτέ του μετωπικού. Η αιμορραγία οργανώνεται, οστεοποιείται και απορροφάται σε λίγες εβδομάδες.

Κάκωση του βραχιονίου πλέγματος: Οφείλεται σε υπερβολική διάταση των ριζών του βραχιονίου πλέγματος στη διάρκεια τοκετού λόγω

δυσαναλογίας ή ανώμαλης προβολής, με αποτέλεσμα την πλήρη διατομή ή απλή κάκωση του νεύρου. Διακρίνεται σε: α) σε κεντρικού τύπου (Erb), όταν η βλάβη αφορά την A5-A6 ρίζα. Κλινικά υπάρχει αδυναμία των μυών της ωμικής ζώνης, κάμψης και υπτιασμού του βραχίονα και δυσκολία στην έκταση των δακτύλων και το χέρι λαμβάνει θέση "δίκην φιλοδωρήματος". β) σε περιφερικού τύπου (Klumpke) όταν η προσβολή αφορά τις A8-Θ1 ρίζες. Υπάρχει αδυναμία απαγωγής, προσαγωγής των δακτύλων και επί Θ1 προσβολής το σύνδρομο Horner με μύση και πτώση βλεφάρου. Η πρόγνωση είναι καλή επί μη διατομής των νεύρων.

Κάταγμα: Το πιο σύνηθες είναι το κάταγμα κλειδός σε δυστοκία ώμων. Το νεογνό δεν εκλύει το αντανεκλαστικό του Moro από την πλευρά της βλάβης και ψηλαφάται κριγμός "δίκην χιόνος" αρχικά και αργότερα ο οστικός πόρος. Άλλα σπανιότερα κατάγματα είναι, τα ρογμοειδή του κρανίου σε μεγάλη δυσαναλογία και του μηριαίου σε ισχιακή προβολή.

Παράλυση προσωπικού νεύρου: Είναι σπάνια και συμβαίνει συνήθως σε τοκετό με εμβρυουλκία ή πίεση του από τα οστά μέσα στη μήτρα. Κλινικά εμφανίζεται με αδυναμία σύγκλεισης του συστοίχου βλεφάρου, αδυναμία ρυτίδωσης του μετώπου από την πλευρά της βλάβης και έλξη της γωνίας του στόματος από την αντίθετη πλευρά. Η πρόγνωση είναι καλή, επέρχεται αποκατάσταση σε λίγες εβδομάδες.

Ενδοκρανιακές κακώσεις: όπως θλάση ή αιμορραγία, μπορεί να συμβούν σε οξύ τοκετό, μεγάλη δυσαναλογία, μηχανική κάκωση. Η πρόγνωση εξαρτάται από το μέγεθος της βλάβης.(Βρυώνης Γ., 2004, σελ. 108-109).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΤΟ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟ ΜΩΡΟ – ΒΑΣΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ



Εικόνα 8: Νεογνό

Σε ιατρικό επίπεδο ο όρος νεογνό (στα λατινικά *neonatus*) χρησιμοποιείται για τις πρώτες 28 ημέρες της ζωής ενός βρέφους, είτε το βρέφος έχει προέλθει από πρόωρο τοκετό, είτε από πολλαπλό τοκετό, είτε από φυσιολογικό. Σε κάθε περίπτωση, η γέννηση ενός παιδιού αποτελεί το πιο σημαντικό γεγονός στη ζωή των γονιών, τους γεμίζει ανάμεικτα συναισθήματα όπως πρωτόγνωρης χαράς, υπερηφάνειας και θαυμασμού (Stoppard, 2003). Παράλληλα όμως τους προκαλεί έντονο άγχος γύρω από την καθημερινή φροντίδα του μωρού τους, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για το πρώτο τους παιδί. Θα χρειαστεί βεβαίως χρόνος για να αποκτήσουν οι γονείς την απαραίτητη αυτοπεποίθηση και εμπειρία για να ανταποκριθούν στις ανάγκες του μωρού τους και να δημιουργήσουν ισχυρούς δεσμούς μαζί του. Το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και ο παιδίατρος θα δώσουν τις απαραίτητες οδηγίες μετά τον τοκετό και θα στηρήξουν τις ανάγκες κάθε γονιού. Αργότερα μπορεί να φανούν χρήσιμοι φίλοι και συγγενείς αλλά ακόμη και το ίδιο το μωρό θα δώσει θα δώσει τις σημαντικότερες πληροφορίες μέσα από τις αντιδράσεις του (Shelton, 2013). Το παρακάτω κεφάλαιο απαντάει στις πιο κοινές ερωτήσεις και ανησυχίες που προκύπτουν από τη στιγμή της γέννησης και κατά τη διάρκεια του πρώτου μήνα της ζωής του νεογνού.

3.1. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΠΡΩΤΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΕΣ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ

Στην αίθουσα τοκετού το νεογνό αφήνει τις ιδανικές ενδομήτριες συνθήκες και προσαρμόζεται αυτόματα στις εξωμήτριες. Αμέσως μετά τη γέννησή του, το νεογνό χρειάζεται ειδική φροντίδα και στοργή για να έχει ομαλή προσαρμογή στο καινούριο για αυτό εξωμήτριο περιβάλλον.

Αναρρόφηση: Αμέσως μετά τον τοκετό, το νεογέννητο τοποθετείται σε θερμενόμενη κλίνη και με το κεφάλι του σε χαμηλότερο επίπεδο. Σε φυσιολογική εξέλιξη του τοκετού, το νεογέννητο λίγα δευτερόλεπτα μετά τη γέννηση αρχίζει να αναπνέει. Επομένως, οι πρώτες προσπάθειες πρέπει να στρέφονται στον έγκαιρο καθαρισμό των αεροφόρων οδών με αναρρόφηση του στοματοφάρυγγα και της μύτης, ώστε με την έναρξη της αναπνοής να αποφευχθεί η εισρόφηση. Επιπλέον, καθαρίζονται με αποστειρωμένες γάζες τα μάτια, το πρόσωπο και το στόμα του νεογνού (Στεργιόπουλος, 2002).

Περιποίηση του ομφαλού: Η απολίνωση του ομφάλιου λώρου θα πρέπει να γίνεται με ειδικούς πλαστικούς αγκιήρες σε απόσταση 1-2 εκ. από το δέρμα. Μετά την απολίνωση και τη διατομή του λώρου, τομ κολόβωμα και η γύρω περιοχή του δέρματος, επαλείφονται με ιωδιούχο ποβιδόνη (Betadine) ή οινόπνευμα ή άλλο αντισηπτικό, ενώ ταυτόχρονα ελέγχονται τα αγγεία του για να αποκλεισθεί η πιθανότητα μονήρους ομφαλικής αρτηρίας. Η διαδικασία της περιποίησης του ομφαλού απαιτεί αυστηρά μέτρα αντισηψίας (αποστειρωμένες λαβίδες, γάντια κ.λ.π.) και είναι απαραίτητη, γιατί εκτός από τις τοπικές φλεγμονές, μπορεί να αποτελέσει και αφετηρία γενικευμένων λοιμώξεων (Στεργιόπουλος, 2002).

Περιποίηση των ματιών: Αμέσως μετά τη γέννηση, καθαρίζονται τα μάτια με αποστειρωμένη γάζα και εμποτισμένη με φυσιολογικό ορό, έπειτα ενσταλάζονται σε κάθε μάτι λίγες σταγόνες αντιβιοτικό κολλύριο ή νιτρικού αργύρου προς αποφυγή οφθαλμικής λοίμωξης (Βρυώνης, 2004).

Καθαρισμός του δέρματος: Το δέρμα του νεογνού, και κυρίως το πρόσωπο και το κεφάλι του, καθαρίζονται από το σμήγμα με αποστειρωμένα τολύπια. Αρκετές φορές το σμήγμα αυτό καλύπτει σχεδόν όλη την επιφάνεια του δέρματος, και είναι πολύ παχύ με όψη λευκή-τυρώδη (Στεργιόπουλος, 2002).

Μπάνιο: Το μπάνιο του νεογνού γίνεται μια φορά την ημέρα με χλιαρό νερό και σαπούνι, η θερμοκρασία του νερού ρυθμίζεται περίπου στους 36°-37° C και η διάρκεια του λουτρού δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 5-8 λεπτά. Σκουπίζονται προσεκτικά και περιποιούνται οι μηρογεννητικές πτυχές και οι μασχάλες με ειδικές κρέμες για να αποφεύγεται ο ερεθισμός και το παράτριμμα (Βρυώνης, 2004).

Θερμοκρασία περιβάλλοντος: Δεδομένου ότι η θερμορρυθμιστική ικανότητα του βρέφους είναι μειωμένη, από τις πρώτες φροντίδες μετά τη γέννηση θα πρέπει να είναι η εξασφάλιση περιβάλλοντος με κατάλληλη και σταθερή θερμοκρασία, ώστε να αποφευχθεί τόσο η υποθερμία όσο και η υπερθέρμανσή του. Η κατάλληλη θερμοκρασία δωματίου για το χειμώνα κυμαίνεται στους 22°- 23° Κελσίου. Συνιστάται επίσης η αποφυγή άσκοπων και συχνών μετακινήσεων του από το δωμάτιο που έχει εγκατασταθεί , σε άλλο με διαφορετική θερμοκρασία. Ο αερισμός του δωματίου είναι απαραίτητος (Στεργιόπουλος, 2002).

Στη συνέχεια, πραγματοποιείται η πρώτη παιδιατρική εξέταση, ώστε να αξιολογηθεί η γενική κατάσταση της υγείας του και να αποφασιστεί, αν θα του παρασχεθούν ή όχι κάποιες ειδικές φροντίδες (Βρυώνης, 2004).

3.2. Η ΠΡΩΤΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Η πρώτη παιδιατρική εξέταση γίνεται στα πρώτα πέντε λεπτά αμέσως μετά τη γέννηση και ονομάζεται βαθμολογία Apgar, περιλαμβάνει τη διαπίστωση και καταγραφή όλων των φυσιολογικών και παθολογικών ευρυμάτων, από όλα τα συστήματα και τα όργανα του νεογνού (Βρυώνης, 2004). Πρόκειται για ένα σύστημα αξιολόγησης το οποίο θεσπίστηκε από την παιδίατρο Virginia Apgar (1953) για την εκτίμηση της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας και του κεντρικού νευρικού συστήματος του νεογνού κατά τη γέννηση. Η αξιολόγηση γίνεται ως προς πέντε βασικά σημεία: τον καρδιακό ρυθμό, την πρώτη αναπνευστική προσπάθεια, τον μυϊκό τόνο, το χρώμα του δέρματος και τα αντανακλαστικά (Metrecia, et.al, 2014).

Η εξέταση αυτή δίνει πληροφορίες μόνο για την κατάσταση του νεογνού μετά τη γέννηση, καθώς δεν μπορεί να προβλέψει το πόσο υγιές θα είναι το παιδί μεγαλώνοντας ή πως θα αναπτυχθεί. Η προγνωστική ικανότητα της βαθμολογίας Apgar έχει αυξημένη βαρύτητα ως προς την νευροψυχική εξέλιξη του νεογνού (Shelton, 2013). Μεταγενέστερες μελέτες έχουν αποδείξει ότι το Apgar σκορ δεν είναι σε θέση να προβλέψει αποτελεσματικά μακροπρόθεσμες γνωστικές λειτουργίες, όπως μειωμένο IQ, χαμηλότερες αριθμητικές και μαθησιακές δυσκολίες, νευρολογική αναπηρία και χαμηλή γνωστική λειτουργία κατά τη διάρκεια εφηβικής ηλικίας (Neda, et.al, 2015). Εκείνο που υποδεικνύει είναι, εάν το βρέφος είναι νυσταλέο ή ανταποκρίνεται αργότερα από το φυσιολογικό, ώστε το προσωπικό του νοσοκομείου να του παρέχει βοήθεια αν κριθεί απαραίτητο (Shelton, 2013).

Τα περισσότερα νεογνά λαμβάνουν βαθμολογία Apgar πάνω από επτά ενώ ελάχιστα είναι εκείνα που βαθμολογούνται με δέκα. Καταστάσεις με βαθμολογία από ένα έως τέσσερα είναι θανατηφόρες και απαιτείται να γίνει ανάνηψη. Από τέσσερα έως επτά βαθμούς υπάρχει μέτρια ασφυξία, η οποία όμως ελέγχεται. Τέλος, η βαθμολογία από επτά έως δέκα θεωρείται φυσιολογική (Shelton, 2013).

Μετά το πρώτο 24ωρο, μια μαία θα πάρει δείγμα αίματος απ' τη φτέρνα του μωρού για να ελεγχθεί η λειτουργία του θυρεοειδή και μια σπάνια μεταβολική διαταραχή, η φαινυλκετονουρία και εφόσον υπάρχει οικογενειακό ιστορικό κάποιας ασθένειας, μπορεί να γίνει η αντίστοιχη εξέταση. Δε ζητούν τις ίδιες εξετάσεις όλοι οι γιατροί, γι' αυτό οι γονείς θα πρέπει να είναι ενήμεροι σε ποιες θα υποβληθεί το μωρό τους (Watterson, 2010). Επιπλέον, σε όλα τα νεογνά κατά τη γέννηση συλλέγεται αίμα από τον ομφάλιο λώρο και χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό της ομάδας αίματος και τη δοκιμασία Coombs, εάν η μητέρα έχει ομάδα αίματος 0 ή είναι Rh-αρνητική (William et.al, 2010).

Όλα τα βρέφη πρέπει να εμβολιάζονται για ηπατίτιδα B, εάν η μητέρα είναι θετική για το αντιγόνο επιφανείας της ηπατίτιδας B (HBsAg). Σε περίπτωση που η κατάσταση HbsAg της μητέρας δεν είναι γνωστή, πρέπει να γίνεται εμβολιασμός, να εξετάζεται το μητρικό αίμα και να δίνεται HBIG στο νεογνόντο πριν από την 7^η μέρα της ζωής του, εάν η δοκιμασία είναι θετική (William et.al, 2010).

Τέλος, μέσα στις πρώτες μέρες ο γιατρός θα εξετάσει τη σπονδυλική στήλη, το έντερο και τα δάχτυλα του μωρού, και θα ελέγξει τα ισχία του, αν επιτρέπουν σωστή στάση και βάδιση. Επίσης ζυγίζεται, μετράται η περίμετρος κεφαλής, το μήκος και καταγράφονται όλα μαζί με τα ευρήματα από την πρώτη παιδιατρική εξέταση στο ειδικό μπλε ατομικό βιβλιάριο υγείας του. Τα σωμομετρικά στοιχεία του νεογνού καταγράφονται επίσης στο βιβλιάριο αυτό για να είναι εφικτός ο προσδιορισμός του ρυθμού της ανάπτυξής του (Βρυώνης, 2004).

Το νεογνό υποβάλλεται σε μια σειρά εξετάσεων τόσο αμέσως μετά τη γέννησή του, όσο και εντός 24ώρου, οπώς επίσης και κατά την έξοδο του από το μαιευτήριο. Κατά τη διάρκεια παραμονής του στο μαιευτήριο πρέπει να παρακολουθείται συστηματικά και βεβαίως να επανεξετάζεται, όταν παρουσιαστεί κάποια παθολογική εκδήλωση, η οποία δεν προϋπήρχε. Για τη καλύτερη εκτίμηση του νεογνού, ζητούνται πληροφορίες για το οικογενειακό ιστορικό, το ιστορικό της μητέρας, της κύησης και της περιγεννητικής περιόδου (Στεργιόπουλος, 2002).

Τόσο η επισκόπηση όσο και η κλινική εξέταση του νεογγέννητου που ακολουθεί, πρέπει να γίνεται σε θερμενόμενο λίκνο. Με την επισκόπηση διαπιστώνεται αν το νεογνό είναι αρτιμελές ή παρουσιάζει εμφανείς συγγενείς ανωμαλίες. Ελέγχεται και η αναλογία κεφαλής–κορμιού–άκρων και αναζητούνται σημεία κακώσεων, οιδημάτων και αιμορραγικών ή άλλων παθολογικών στοιχείων στο δέρμα. Παρατηρούνται επίσης οι αντιδράσεις του νεογνού στα εξωτερικά ερεθίσματα και κυρίως το κλάμα του, που πρέπει να είναι ζωηρό και έντονο. Γενικώς η όλη συμπεριφορά αλλά και η εμφάνιση του νεογνού, κυρίως μάλιστα του προσώπου του, συμβάλλει στη διάγνωση διαφόρων παθήσεων (π.χ. υποθυρεοειδισμού) ή ορισμένων συνδρόμων (Down, άλλες τρισωμίες κ.λ.π.) (Στεργιόπουλος, 2002).

Επιπλέον, ο παιδίατρος εξετάζει την πιθανότητα για τυχόν ύπαρξη ίκτερου και θα ακροαστεί την καρδιά και τους πνεύμονες του νεογνού, για να διαπιστωθεί πως η λειτουργία τους είναι φυσιολογική, ενώ θα ψηλαφήσει την κοιλιά για τυχόν ευαισθησίες (Shelton, 2013).

Στις επόμενες επισκέψεις στο παιδίατρο θα συζητηθούν σημαντικά θέματα, όπως οι τεχνικές ταΐσματος, σχετικά με τον θηλασμό και γενικότερα με το πρόγραμμα της διατροφής και ύπνου του μωρού, παρακολουθείται η

επούλωση του ομφάλιου λώρου, ενώ πάντοτε ελέγχονται τα αντανεκλαστικά του. Όπως και σε κάθε επόμενη επίσκεψη στο παιδίατρο θα γίνεται η μέτρηση του βάρους, του ύψους και της περιμέτρου της κεφαλής του βρέφους (Παπαευαγγέλου, 2013).

Τα φυσιολογικά τελειόμηνια νεογνά παραμένουν στο μαιευτήριο δύο με τέσσερις ημέρες ανάλογα με την οδό τοκετού (φυσιολογικός τοκετός ή καισαρική τομή) και την εμφάνιση ικτέρου. Απαραίτητη προϋπόθεση για την έξοδο του νεογνού είναι η καλή υγεία της μητέρας, η απουσία συγγενών ανωμαλιών, σημαντικού ικτέρου που να χρήζει παρακολούθησης ή και αντιμετώπισης, το νεογνό να έχει μια τουλάχιστον κένωση και να λαμβάνει γάλα (είτε μέσω θηλασμού ή με τεχνητή διατροφή) ικανοποιητικά. Απαραίτητη, είναι η ολοκλήρωση του ανιχνευτικού ελέγχου για μεταβολικά νοσήματα με τη λήψη κάρτας Guthrie (Παπαευαγγέλου, 2013).

Σήμερα, σε πολλά μαιευτήρια τα νεογνά εξετάζονται πριν την έξοδο τους από οφθαλμίατρο για την επιβεβαίωση του “red reflex” και την έγκαιρη διάγνωση του καταρράκτη. Επίσης, εξετάζονται από ορθοπαιδικό για τον αποκλεισμό συγγενούς εξάρθρωματος του ισχίου με τους γνωστούς χειρισμούς του Ortolani και Barlow αλλά και την έγκαιρη αντιμετώπιση τυχόν ραιβοϊπποποδίας ή συγγενούς ραιβού μεταταρσίου. Τέλος, οι διεθνείς συστάσεις προτείνουν και την εφαρμογή νεογνικών προγραμμάτων ανίχνευσης βαρηκοΐας με στόχο την πρώιμη διάγνωση και αντιμετώπιση και συνεπώς την ικανοποιητική ανάπτυξη λόγου. Λίγες είναι σήμερα οι χώρες, που έχουν πετύχει καθολικό νεογνικό screening βαρηκοΐας ενώ στην Ελλάδα ο έλεγχος αυτός διενεργείται σε πολλά ιδιωτικά μαιευτήρια αλλά και στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ». Οι μέθοδοι-προτεινόμενες τεχνικές, περιλαμβάνουν τα ακουστικά προκλητά δυναμικά του εγκεφαλικού στελέχους (auditory brainstem responses, ABR) και τις ωτοακουστικές ή κοχλιακές εκπομπές (Παπαευαγγέλου, 2013).

3.3. ΤΟ ΠΟΡΤΡΑΙΤΟ ΤΟΥ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟΥ

Κάθε βρέφος είναι μοναδικό, με τη δική του ιδιαιτερότητα και για τους γονείς το «μωρό του» είναι συνήθως στα μάτια τους ένα δείγμα τελειότητας, μια -ισώς όχι τόσο κολακευτική- εικόνα του εαυτού τους αλλά και η υπόσχεση

της διαδοχής τους. Είναι γεγονός ότι το νεογέννητο αμέσως μόλις βγει στον έξω κόσμο αποτελεί μια έκπληξη ή ακόμα και ένα σοκ για τους γονείς, εφόσον ουδεμία σχέση έχει με το στερεότυπο του ροδαλού και πανέμορφου βρέφους που για εννέα μήνες έπλαθαν με τη φαντασία τους (Δημητρίου-Χατζηγεοφύτου, 2001, σελ:229)

Εάν το μωρό γεννήθηκε με φυσιολογικό τοκετό, εκτός από το επιμηκές σχήμα του κεφαλιού του, ενδέχεται να εμφανίζει και κάποια διόγκωση στο σημείο της κεφαλής του απ' όπου τραβήχτηκε τη στιγμή του τοκετού, η οποία δεν είναι σοβάρη και συνήθως εξαφανίζεται έπειτα από μερικές μέρες. Επίσης, όλα τα μωρά έχουν δυο μαλακά σημεία, τις κρανιακές πηγές, τα οποία βρίσκονται στην κορυφή του κεφαλιού και αναπτύσσονται σ' αυτά τα μη σχηματισμένα οστά του κρανίου. Τα νεογνά γεννιούνται με μαλλιά με διαφορετικό χρώμα, όγκο, υφή, τα οποία θα πέσουν αργότερα για να αντικατασταθούν από τα κανινικά (Shelton, 2013).

Το πρόσωπο είναι επίσης φουσκωμένο, τα βλέφαρα δείχνουν πρησμένα ως αποτέλεσμα της πίεσης που δέχτηκε κατά τη γέννηση αλλά και των υγρών που συσσωρεύτηκαν κατά τις τελευταίες εβδομάδες της παραμονής του στη μήτρα με το κεφάλι συνεχώς προς τα κάτω. Το μέτωπο είναι πολύ μεγάλο, η μύτη μπορεί να είναι πλατιά, ενώ τα αυτιά του είναι μεγάλα και πεταχτά. Όλα τα χαρακτηριστικά έχουν συμπιεστεί κατά την έξοδο τους, όμως επανακτούν σε σύντομο χρονικό διάστημα το αρχικό τους σχήμα. Αμέσως μετά τη γέννησή του, το μωρό καλύπτεται από διάφορες ουσίες, όπως π.χ. αμνιακό υγρό, αίμα από τον πλακούντα, μια λευκή λιπαρή ουσία, το σμήγμα καθώς επίσης και ένα απαλό χνούδι. Το χρώμα του δέρματος είναι έντονο κόκκινο, επειδή κάτω από την επιφάνειά του φεγγίζουν τα τριχοειδή αγγεία, όμως με την αύξηση βάρους του το δέρμα γίνεται πιο χοντρό, οπότε το κόκκινο χρώμα υποχωρεί (Δημητρίου-Χατζηγεοφύτου, 2001).

Από τις πρώτες μόλις ώρες εξωμήτριας ζωής, δίνεται μεγάλη σημασία στα σωματομετρικά αυτά χαρακτηριστικά περίμετρος κεφαλής, τα οποία δίνουν την εικόνα για την αύξηση και ανάπτυξη του παιδιού και είναι ένας αξιόπιστος δείκτης της κατάστασης της υγείας του. Το μέσο βάρος ενός τελειόμηνου μωρού είναι 3.400 γραμμάρια για τα αγόρια, και για τα κορίτσια 3.300 γραμμάρια, με ακραίες τιμές από 2.500 έως 4.500 γραμμάρια περίπου. Τις πρώτες ημέρες της ζωής τους παρουσιάζουν μια απώλεια βάρους μέχρι και

το 10%, η οποία αποκαθίσταται σταδιακά και μέσα σε δέκα ημέρες το επανακτούν το αρχικό τους βάρος.

Σε ένα τελειόμηνο νεογνό το μέσο μήκος γέννησης του, είναι περίπου 50 εκατοστά, με ακραίες τιμές 46 ως 55. Τον πρώτο χρόνο κερδίζει 25 εκατοστά, αύξηση η οποία είναι μεγαλύτερη τους πρώτους μήνες και ελαττώνεται βαθμιαία, ως ακολούθως 4, 3, 3, 2, 1, 0.5 εκατοστά τον μήνα. Ο ρυθμός αύξησης αυτής της περιόδου είναι ο ταχύτερος στην όλη ζωή του παιδιού. Τέλος, η περίμετρος κεφαλής κατά την γέννηση είναι περίπου 35 εκατοστά και αυξάνεται με φθίνουσα απόκλιση κατά 3, 2, 2, 1, 0.5 εκατοστά ανά μήνα και έτσι τον πρώτο χρόνο γίνεται 47 εκατοστά περίπου. Έπειτα από τον πρώτο χρόνο, σε όλη την υπόλοιπη ζωή του θα αυξηθεί μόλις κατά δέκα εκατοστά.

Τις πρώτες εβδομάδες της ζωής του το βρέφος, είτε βρίσκεται στην αγκαλιά των γονιών του είτε στο κρεβατάκι του, προτιμά την εμβρυϊκή στάση, δηλαδή έχει λυγισμένα τα πόδια και τα χέρια προς το σώμα του και τα δάκτυλά του είναι κλεισμένα σαν γροθιά. Από την πρώτη κιόλας μέρα της ζωής του βγάζει διάφορους ήχους όπως είναι το φτέρνισμα, το κλάμα και ο λόξυγκας. Αυτοί οι ήχοι εξυπηρετούν το μωρό στο να δείξει στους γονείς του πως κάτι το ενοχλεί. Όλες αυτές οι αντιδράσεις του μωρού αποδεικνύουν πως οι αισθήσεις του λειτουργούν κανονικά. Επιπλέον το βρέφος έχει εξοικειωθεί με διάφορους ήχους ήδη από την περίοδο της εγκυμοσύνης, όπως είναι η φωνή της μητέρας και του πατέρα του (Περσιάνης, 2013).

Όσον αφορά την όραση του βρέφους κατά τους τρεις πρώτους μήνες της ζωής του φαίνεται πως είναι μειωμένη. Το μωρό βλέπει μόνο αχνές σκιές και στρέφει το βλέμα του προς τους γονείς όταν ακούει τη φωνή τους. Μπορεί να βλέπει καθαρά μόνο όταν το κρατάτε αγκαλιά σε στάση ταΐσματος, δηλαδή περίπου στα 30 εκατοστά απόσταση. Όταν το βρέφος προσπαθεί να εστιάσει σε ένα αντικείμενο φαίνεται να αλληθωρίζει, αυτό συμβαίνει γιατί οι μυς των ματιών δεν είναι ακόμα δυνατοί. Το μωρό μπορεί να αναγνωρίσει τα χρώματα από την πρώτη στιγμή που θα έρθει στον κόσμο, όπως επίσης το φως και το σκοτάδι. Ωστόσο δεν έχει ακόμα τη δυνατότητα να ξεχωρίσει παρόμοιες αποχρώσεις (Τριανταφυλλόπουλος, 2006).

Η αίσθηση της αφής είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένη στο μωρό. Μετά από την μακροχρόνια παραμονή του στην μήτρα της μητέρας, εκτίθεται ξαφνικά σε ένα περιβάλλον με χιλιάδες ερεθίσματα στο οποίο καλείται να προσαρμοστεί.

Αυτό που θα κάνει το μωρό να νιώσει όμορφα και ασφαλή είναι η αίσθηση της αγκαλιάς. Έρευνες έχουν αποδείξει πως όσο περισσότερο συνδέονται συναισθηματικά γονιός και βρέφος τόσο περισσότερο αναπτύσσεται το μωρό (Shelov & Altmann, 2012).

3.5. ΤΑ ΑΝΤΑΝΑΚΛΑΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΝΕΟΓΕΝΝΗΤΟΥ

Αμέσως μετά τη γέννησή τους τα νεογνά είναι σε θέση να πραγματοποιήσουν ορισμένες κινήσεις, χωρίς όμως να έχουν συνείδηση και έλεγχο τους. Ορισμένες από αυτές χρησιμεύουν στην προσαρμογή τους στο εξωμήτριο περιβάλλον και συμβάλλουν άμεσα στην ίδια τους την επιβίωση. Άλλες πάλι φαίνεται να είναι κατάλοιπα από μια πανάρχαια εποχή, χαρακτηριστικές μορφές συμπεριφοράς της πρωτόγονης φάσης στην πορεία ανάπτυξης του ανθρώπινου είδους, όταν ο άνθρωπος ήταν αναγκασμένος από πολύ νωρίς στη ζωή του να προστέψει τον εαυτό του σ' ένα εχθρικό περιβάλλον (αρχέγονα αντανακλαστικά) (Δημητρίου-Χατζηγεοφύτου, 2001, σελ:249).

Μερικά αντανακλαστικά, όπως π.χ. το αντανακλαστικό της αναπνοής, το ανοιγοκλείσιμο των βλεφάρων μας συνοδεύουν σε όλη τη ζωή μας, ενώ τα περισσότερα εξαφανίζονται κατά τους πρώτους μήνες μετά τη γέννηση. Η ύπαρξη αλλά και η έγκαιρη εμφάνιση των αντανακλαστικών φανερώνουν το επίπεδο ωριμότητας και λειτουργίας του νευρικού συστήματος (Δημητρίου-Χατζηγεοφύτου, 2001). Πιο συγκεκριμένα:

Αντανακλαστικό του θηλασμού: Εκλύεται με ελαφρό άγγιγμα της παρειάς ή της άκρης του στόματος του βρέφους και προκαλεί στροφή της κεφαλής στην κατεύθυνση του ερεθίσματος, άνοιγμα του στόματος και έκταση της γλώσσας. Στη συνέχεια επιτυγχάνονται καλές θηλαστικές κινήσεις και εκδήλωση του αντανακλαστικού του θηλασμού. Οι θηλαστικές κινήσεις ακολουθούνται από κινήσεις κατάποσης. Θεωρείται αντανακλαστικό προσαρμογής και επιβίωσης, παρατηρείται από την 14^η εβδομάδα κύησης και αντικαθίσταται από εκούσιες κινήσεις κατά τον τρίτο μήνα της ζωής του βρέφους (William et.al., 2010).

Αντανακλαστικό της σύλληψης ή δαγμού (Δαρβίνειο) (palmar grasping reflex): Ελέγχεται με την τοποθέτηση του δαχτύλου του εξεταστή στην παλάμη του νεογνού. Αναπτύσσεται στις 28 εβδομάδες κύησης και εξαφανίζεται στην ηλικία των τεσσάρων μηνών (William et.al., 2010).

Αντανακλαστικό του εναγκαλισμού ή Moro (Moro reflex): Εκλύεται όταν το βρέφος ευρίσκεται σε ύπτια θέση και κάποιος του προκαλέσει ένα ξάφνιασμα, είτε με ακουστικό ερέθισμα, είτε με άγγιγμα της κοιλιακής χώρας απότομα, είτε δίνοντάς του την αίσθηση ότι πρόκειται να πέσει. Εμφανίζεται έντονα τους τρεις πρώτους μήνες, υποχωρεί βαθμιαία και εξαφανίζεται μετά τον 6^ο μήνα της ζωής του βρέφους (Δημητρίου-Χατζηνεοφύτου, 2001).

Αντανακλαστικό Babinski/Πελματιαίο αντανακλαστικό (Babinski reflex): Το Babinski εκλύεται αν εφαρμόσουμε ερέθισμα στο πέλμα του βρέφους με ένα λεπτό αντικείμενο ή με τον αντίχειρα του εξεταστή. Είναι η έκταση και απαγωγή των δαχτύλων του ποδιού. Εμφανίζεται από την γέννηση μέχρι τον 4^ο μήνα και μετά αντικαθίσταται από ένα άλλο αντανακλαστικό που προκαλεί κάμψη και σύγκλιση των δαχτύλων του πέλματος (plantar reflex). Η εμφάνιση κατά τη γέννηση αλλά και η έγκαιρη εξαφάνισή του είναι σημάδι ομαλής λειτουργίας του νευρικού συστήματος (Δημητρίου-Χατζηνεοφύτου, 2001).

Ασύμμετρο τονικό αντανακλαστικό του αυχένα (θέση ξιφομάχου) (Asymetric tonic neck reflex): Εκλύεται με στροφή του κεφαλιού και εκδηλώνεται με έκταση του βραχίονα που βρίσκεται στην ίδια πλευρά που έγινε η στροφή του κεφαλιού και κάμψη του αντίθετου βραχίονα (θέση ξιφομάχου). Το ίδιο συμβαίνει και στα κάτω άκρα. Είναι περισσότερο εμφανές μεταξύ 2^{ου} και 4^{ου} μήνα. Παραμονή του αντανακλαστικού μετά τον 7^ο μήνα είναι ενδεικτική εγκεφαλικής παράλυσης (William et.al., 2010).

Συμμετρικό αυχενικό αντανακλαστικό ή Landau: Εκδηλώνεται στο βρέφος όταν σκύβει το κεφάλι εμπρός με αντίστοιχη κάμψη των άνω άκρων και έκταση των κάτω άκρων ή όταν ο αυχένας ανυψώνεται εκτείνονται τα άνω άκρα και κάμπτονται τα κάτω. Εξαφανίζεται γύρω στον 4^ο με 6^ο μήνα της ζωής του βρέφους (William et.al., 2010).

Αντανακλαστικό Galant (Galant's Reflex): Εκλύεται όταν το βρέφος βρίσκεται σε πρηνή θέση και προκληθεί ερέθισμα κατά μήκος της ράχης παράλληλα και αμφοτερόπλευρα της σπονδυλικής στήλης. Παρατηρείται

πλάγια κάμψη του κορμού, από την πλευρά που προκαλείται το ερέθισμα. Εξαφανίζεται μετά τον 6^ο μήνα.

Αντανακλαστικό του βαδίσματος (step reflex): Εμφανίζεται γύρω στη 2^η εβδομάδα της ζωής του νεογνού και αρχίζει να φθίνει γύρω στον 5^ο μήνα. Εκδηλώνεται με βαδιστικές κινήσεις όταν το βρέφος υποστηρίζεται σε όρθια θέση και τα πέλματά του έχουν επαφή με μία επίπεδη επιφάνεια.

Αντανακλαστικό της κολύμβησης: Εκδηλώνεται όταν το βρέφος βρεθεί σε πρηνή θέση μέσα ή πάνω από το νερό με ρυθμικές κολυμβητικές κινήσεις, δηλ. εκτάσεις και κάμψεις των άνω και κάτω άκρων. Εμφανίζεται στις πρώτες 15 μέρες μετά τη γέννηση και υποχωρεί γύρω στον 5^ο μήνα. Οι κινήσεις είναι πολύ οργανωμένες και εμφανίζονται πιο ώριμες από οποιαδήποτε άλλη προσπάθεια αντανακλαστικής μετακίνησης.

3.6. ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΒΡΕΦΟΥΣ

Η στιγμή της εξόδου ενός νεογέννητου από το νοσοκομείο θα πρέπει να είναι μια απόφαση που θα ληφθεί από κοινού ανάμεσα στους γονείς και στον παιδίατρο. Σύμφωνα με την Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία, η υγεία και η ευεξία της μητέρας και του μωρού θα πρέπει να προηγούνται οποιωνδήποτε οικονομικών ζητημάτων. Η τακτική της Ακαδημίας έχει καθιερώσει τα ελάχιστα κριτήρια εξόδου της μητέρας και του παιδιού, τα οποία περιλαμβάνουν τελειόμνηνη κύηση, κατάλληλη ανάπτυξη και φυσιολογική φυσική εξέταση, και αναφέρει ότι είναι απίθανο να ικανοποιούνται όλα αυτά τα κριτήρια σε λιγότερο από 48 ώρες (Shelton, 2013, σελ:194).

Ο βασικός ρόλος του παιδίατρου στο μαιευτήριο είναι να επιβεβαιώσει ότι διενεργήθηκαν όλοι οι προβλεπόμενοι ανιχνευτικοί έλεγχοι και κυρίως ότι η μητέρα και το νεογνό είναι σε καλή γενική κατάσταση που επιτρέπει την επιστροφή τους στο σπίτι. Ο παιδίατρος πρέπει ακόμη να εκτιμήσει τυχόν κατάθλιψη της μητέρας και να αναζητήσει την κατάλληλη συμβουλευτική παρέμβαση από ειδικούς. Τέλος, θα πρέπει να εξασφαλίσει ότι το νεογνό θα μεταφερθεί με ασφάλεια με ειδικό βρεφικό κάθισμα αυτοκινήτου (Παπαευαγγέλου, 2013).

Οι περισσότεροι γονείς καταβάλλονται από συναισθήματα αγωνίας γύρω από τη φροντίδα και την περιποίηση του νεογέννητου μωρού τους την ώρα της επιστροφής στο σπίτι. Ακόμα και απλά καθημερινά πράγματα όπως η αλλαγή της πάνας ή του καθημερινού μπάνιου μπορεί να τους γεμίσουν ανησυχία, ιδιαίτερα αν δεν έχουν ασχοληθεί με μωρά. Η βοήθεια του στενού οικογενειακού ή φιλικού περιβάλλοντος, ιδιαίτερα κατά τον πρώτο μήνα, είναι ιδιαίτερα σημαντική. Ακολουθεί αναλυτική αναφορά στα βασικότερα σημεία φροντίδας και περιποίησης του νεογέννητου τον πρώτο μήνα, καθώς και χρήσιμες συμβουλές για τους γονείς.

3.6.1. Κλάμα και αναταπόκριση

Η επιστροφή στο σπίτι με το νέο μέλος σίγουρα θα επιφέρει και κάποιες αλλαγές στην καθημερινότητα της οικογένειας. Πολλές είναι οι μητέρες, οι οποίες αν και έχουν κάνει κάποια προετοιμασία και νιώθουν έτοιμες για τον ερχομό του παιδιού, τις πρώτες μέρες επιστροφής στο σπίτι νιώθουν κάποια αναστάτωση και προβληματίζονται αν θα τα καταφέρουν με την καθημερινή φροντίδα του βρέφους. Κατά μέσο όρο, τα μωρά κλαίνε συνολικά δύο ώρες κάθε μέρα. Περίπου το 75% των μωρών κλαίνε, συνήθως, για 30 λεπτά πριν σταματήσουν (Woolfson, 2006)]. Το ίδιο το βρέφος είναι εκείνο που θα βοηθήσει τους γονείς του να αντιληφθούν τις ανάγκες του, ωστόσο οι συμβουλές από τους ειδικούς και τον παιδίατρο θεωρούνται ιδιαίτερα χρήσιμες.

Το κλάμα είναι ένα από τα αρχικά και πολύ βασικά εργαλεία του βρέφους για να μπορεί να επικοινωνήσει με τους γονείς και τους ανθρώπους στο κοντινό του περιβάλλον. Είναι ένας τρόπος για να ζητήσει βοήθεια όταν πεινάει, διψάει, αισθάνεται άσχημα και συνήθως επιθυμεί κάτι. Πολλές φορές το κλάμα είναι απλή εκτόνωση της περισσευούμενης ενέργειας του μωρού. Είναι πολύ σημαντικό οι γονείς να παρατηρούν το μωρό τους με μεγάλη προσοχή όταν κλαίει, διότι το κλάμα του διαφέρει κάθε φορά (άλλο το κλάμα της πείνας και άλλο αυτό του πόνου ή της κούρασης). Έπειτα από την προσεκτική παρατήρηση του κλάματος οι γονείς του θα είναι σε θέση να αναγνωρίζουν πολύ πιο συχνά και δίχως ιδιαίτερες δυσκολίες τις ανάγκες του παιδιού τους και να ανταποκριθούν ευκολότερα σ' αυτές (Shelton & Altman, 2012).

Αναμφίβολα, η άμεση ανταπόκριση στο κλάμα του βρέφους θα πρέπει να είναι άμεση, διότι αυτό συμβάλλει στη δημιουργία καλύτερου δεσμού ανάμεσα στους γονείς και στο βρέφος, ιδιαίτερα κατά τον πρώτο μήνα της ζωής του. Το κάθε παιδί μιας οικογένειας συνδέεται και με τους δύο τους γονείς, η ποιότητα όμως αυτού του συνδέσμου εξαρτάται από την αισθαντικότητα της μητέρας. Το σπουδαιότερο αυτής της αισθαντικότητας είναι η αμεσότητα και η καταλληλότητα της μητρικής ανταπόκρισης προς το παιδί. Έτσι λοιπόν, η άποψη ότι η άμεση ανταπόκριση στο κλάμα του παιδιού το «κακομαθαίνει» είναι μύθος, αντίθετα κάνει το βρέφος να κλαίει λιγότερο και να νιώθει περισσότερη ασφάλεια (Stoppard, 2000).

Αρχικά, θα πρέπει να καλυφτεί η πιο άμεση ανάγκη του βρέφους όπως για παράδειγμα το τάισμα ή η αλλαγή πάνας. Σε περίπτωση που το παιδί συνεχίζει να είναι ανήσυχο, παρόλο που είναι καθαρό και ταϊσμένο και ενώ δεν υπάρχει η υποψία κάποιας ενόχλησης, υπάρχουν κάποιες τεχνικές που ίσως το βοηθήσουν να ηρεμήσει και να νιώσει πιο άνετα. Πρώτη τεχνική είναι το λίκνισμα του μωρού. Αυτό μπορεί να γίνει είτε κρατώντας το μωρό στα χέρια μας είτε και σε κάποια πολυθρόνα ή κούνια. Μία άλλη τεχνική είναι το χαίδεμα στο κεφάλι ή ελαφρύ χτύπημα στο στήθος ή στην πλάτη του βρέφους. Το φάσκιωμα είναι μια εξίσου αποτελεσματική τεχνική κατά την οποία τυλίγουμε σφιχτά σε μια κουβέρτα το μωρό. Το τραγούδι και γενικά το να μιλάμε στο βρέφος μπορεί να έχει ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Επιπροσθέτως, η απαλή μουσική χαλαρώνει και ηρεμεί τα βρέφη. Μία βόλτα έχοντας το βρέφος στην αγκαλιά ή με το καροτσάκι μπορεί να φανεί εξίσου αποτελεσματική. Επίσης μια βόλτα με το αυτοκίνητο, η έκθεση του σε έναν ρυθμικό ήχο ή σε κάποιο παλλόμενο αντικείμενο, η παροχή βοήθειας στο ρέψιμο του έτσι ώστε να νιώσει ανακούφιση από τον αέρα που δεν έχει αποβληθεί, και τέλος ένα ζεστό μπάνιο πολλές φορές ηρεμεί το μωρό (Shelton & Altmann 2012).

Το έντονο κλάμα του βρέφους, φυσικά και μπορεί να είναι οδυνηρό για τους γονείς του, ωστόσο, θα πρέπει να παραμείνουν ψύχραιμοί και αν νιώθουν πως δεν μπορούν να ανταποκριθούν να μην διστάσουν να ζητήσουν βοήθεια από κάποιο άλλο μέλος του οικογενειακού περιβάλλοντος. Είναι βασικό να μην πάρουν προσωπικά το κλάμα του μωρού και να μην πιστέψουν πως το παιδί κλαίει, γιατί δεν είναι καλοί γονείς ή δεν το

φροντίζουν σωστά. Τα περισσότερα νεογέννητα κλαίνε περίπου μία με τέσσερις ώρες κατά την διάρκεια της ημέρας και καμιά μητέρα δεν καταφέρνει να καθησυχάσει το μωρό της κάθε φορά που κλαίει. Χαρακτηριστικό είναι πως τα κορίτσια κλαίνε λιγότερο από τα αγόρια. «Τα κοριτσάκια είναι λιγότερο ευάλωτα στο στρες κατά τον τοκετό και κλαίνε λιγότερο» (Stoppard, 2003, σελ:130). Τα κορίτσια προσαρμόζονται πιο εύκολα από τα αγόρια. «Τα αγόρια χρειάζονται περισσότερο την προσοχή των γονιών τους και κλαίνε εύκολα αν δεν την έχουν άμεσα» (Stoppard, 2003, σελ:131).

Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι το κλάμα του βρέφους είναι μια συνήθεια η οποία δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπίζεται πάντα. Επομένως, το κλάμα δεν θα πρέπει να προβληματίζει τους γονείς όταν δεν υπάρχει κάποιος σοβαρός λόγος, το παιδί εκφράζεται και επικοινωνεί μέσα από αυτό. Ακόμα, βοηθά το παιδί στην εκτόνωση του, άρα οι γονείς μπορούν απλά να περνούν περισσότερες ώρες με το παιδί και να απολαμβάνουν τις στιγμές αυτές και να μην έχουν συναισθήματα άγχους και πανικού όταν το μωρό τους κλαίει. Το καταλληλότερο είναι να χρησιμοποιούν την ίδια τεχνική, όταν θέλουν να ηρεμήσουν το μωρό, για να μπορέσει να συνηθίζει και να σταματά το κλάμα. (Shelov & Altmann 2012).

3.6.2. Ύπνος

Μια από τις βασικές λειτουργίες του εγκεφάλου είναι να ρυθμίζει την ποσότητα των εξωτερικών αλλά και εσωτερικών ερεθισμάτων που δέχεται το βρέφος. Ο ύπνος βοηθά το βρέφος να «κλείνει» προσωρινά την πόρτα στα εξωτερικά ερεθίσματα, άρα να ξεκουράζεται. Σε περίπτωση που το βρέφος δεν καταφέρνει να αποκλείει από το σύστημά του ερεθίσματα που είναι πέραν αυτών, τότε παρουσιάζεται νευρικό και ευερέθιστο (Δημητρίου-Χατζηνεοφύτου, 2001). Ο ύπνος είναι ζωτική ανάγκη των ανθρώπων και πολύ περισσότερο των βρεφών. Παρέχει οφέλη στην υγεία και είναι σημαντικός για την ανάπτυξη του εγκεφάλου, τα μωρά χρειάζονται ύπνο για να ξεκουράζονται και όταν είναι ξύπνια να είναι χαρούμενα. Η ώρα ύπνου είναι ώρα χαλάρωσης και ηρεμίας.

Τα μωρά δεν έχουν το ίδιο πρόγραμμα ύπνου μεταξύ τους, άλλα κοιμούνται περισσότερο και άλλα λιγότερο. Τα νεογέννητα κοιμούνται τις περισσότερες ώρες του 24ώρου, όμως ο ύπνος τους διακόπτεται συχνά. Την πρώτη

εβδομάδα ζωής μένουν ξύπνια το πολύ μία έως δύο ώρες. «Τα νεογέννητα κοιμούνται κατά μέσο όρο γύρω στις 16 ώρες δηλαδή ορισμένα βρέφη κοιμούνται 11 ενώ άλλα μέχρι 21 ώρες το 24ωρο» (Δημητρίου-Χατζηγεοφύτου, 2009, σελ: 238). Τα φώτα καλό είναι να παραμένουν κλειστά και να μην παρατείνεται η διαδικασία αλλαγής της πάνας. Ακόμη είναι αναγκαία η αποφυγή του παιχνιδιού μαζί του ενώ είναι προτιμότερο να τοποθετείται κατευθείαν στο κρεβάτι του έπειτα από το τάισμα και την αλλαγή της πάνας του. Τα μωρά δε μπορούν να ξεχωρίσουν τη διαφορά μέρας και νύχτας, έπειτα από την παραμονή τους για εννέα μήνες στο σκοτεινό περιβάλλον της μήτρας. Οι γονείς θα το βοηθήσουν να κατανοήσει αυτή την εναλλαγή εφαρμόζοντας μία ρουτίνα, μέσα από δραστηριότητες, όπως είναι το φαγητό ή το μπάνιο. Μπορούν να το κάνουν μπάνιο κάθε βράδυ πριν κοιμηθεί και με αυτόν τον τρόπο θα καταλάβει σιγά σιγά ότι είναι ώρα για ύπνο (Shelov & Altmann, 2012).

Η καλύτερη στάση στον ύπνο από την σκοπιά της ασφάλειας είναι η ύπτια. Όταν το μωρό κοιμάται στο πλάι αποφεύγεται σε περίπτωση εμετού, τυχόν πνιγμού. «Η εν λόγω στάση μειώνει τις πιθανότητες θανάτου από το σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου (ΣΑΒΘ) που στις Ηνωμένες Πολιτείες αποτελεί το κυριότερο αίτιο θανάτου στα βρέφη κατά το πρώτο έτος της ζωής του» (Shelov & Altman, 2012, σελ:80). Στο σύνδρομο του αιφνίδιου θανάτου στα μωρά είναι πιθανό να αυξηθούν οι πιθανότητες εμφάνισης του όταν τα βρέφη κοιμούνται μπρούμυτα ή σε άλλες ακατάλληλες στάσεις ύπνου. Η ύπτια στάση πρέπει να τονίσουμε ότι ισχύει για το πρώτο έτος της ηλικίας το μωρού. Είναι απαραίτητο να εφιστάται η προσοχή των γονιών στα μέρη όπου τοποθετείται το μωρό τους.

Ο ύπνος μετά τη γέννηση διακρίνεται σε δύο τύπους, τον γρήγορο ύπνο, ο οποίος ονομάζεται REM και τον αργό που ονομάζεται NREM. Ο REM χαρακτηρίζεται από γρήγορες κινήσεις του ματιού και άνιση αναπνοή και αποτελεί προέκταση του εμβρυικού ύπνου. Ο ύπνος NREM αναπτύσσεται μετά τον τρίτο μήνα με την εγκεφαλική ωρίμανση και χαρακτηρίζεται από αργές κινήσεις του ματιού και η 36 αναπνοή είναι κανονική. «Στους δύο με τρεις πρώτους μήνες της ζωής τα βρέφη αρχίζουν με ενεργό ύπνο REM και σταδιακά φτάνουν σε ένα πιο ήσυχο ύπνο NREM» (Cole & Cole, 2002, σελ:251).

Αποτελεί βασική προτεραιότητα η τήρηση κανόνων ασφαλείας κατά τη διάρκεια του ύπνου. Το μωρό όταν κοιμάται δεν πρέπει να είναι κοντά σε καλοριφέρ, σόμπες, κλιματιστικά ή ανοιχτά παράθυρα. Εγκυμονεί κίνδυνος στο να αρρωστήσουν σχετικά εύκολα διότι δεν έχουν αναπτυχθεί εξ ολοκλήρου τα αντισώματα του. Καλό είναι το βρέφος να νιώθει άνετα με τη θερμοκρασία του δωματίου του και να ντύνεται με φορμάκια ύπνου και ολόσωμες πυτζάμες. Δεν πρέπει να περιέχουν μαλακές επιφάνειες διότι εγκυμονεί κίνδυνος να φραχτούν οι αεραγωγοί του βρέφους και να μην μπορεί να αναπνεύσει σωστά. Οι πιπίλες μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης του συνδρόμου αιφνίδιου βρεφικού θανάτου. Αν το παιδί όμως δεν την επιθυμεί τότε οφείλουμε να μην είμαστε πιεστικοί. Όταν το μωρό είναι ξύπνιο πρέπει να το ξαπλώνουμε και μπρούμυτα έτσι ώστε να αναπτυχθούν οι μυς στους ώμους και τα χέρια του και το κεφάλι του να πάρει το φυσιολογικό του σχήμα. Όσο το μωρό μεγαλώνει τόσο το στομάχι του αναπτύσσεται και κατά συνέπεια θα μπορεί να κοιμάται περισσότερες ώρες ανάμεσα στα γεύματα του (Γλυνός, 2009).

Υπάρχουν πολλοί τρόποι με τους οποίους οι γονείς μπορούν να βοηθήσουν το μωρό τους να κοιμηθεί, σε κάθε περίπτωση όμως, θα χρειαστεί να επιλεγούν οι καταλληλότεροι για κάθε βρέφος. Αντιθέτως υπάρχουν μερικοί ήχοι που είναι αρκετά εκνευριστικοί για τα παιδιά, όπως το γάβγισα του σκύλου, το χτύπημα του τηλεφώνου και ο θόρυβος της ηλεκτρικής σκούπας. Όλα αυτά είναι σίγουρο πως θα εμποδίσουν τον ύπνο του βρέφους. Καλό είναι το μωρό να κοιμάται και σε άλλους χώρους εκτός από το κρεβάτι του και να μην περιορίζεται σε αυτό. Το μωρό ακόμη και όταν κοιμάται έχει την ανάγκη να βρίσκεται κοντά στους ανθρώπους και ιδιαίτερα στους γονείς του (Γλυνός, 2009).

3.6.3. Πάνες – Αλλαγή πάνας

Πάνες: Ένα άλλο βασικό στοιχείο της φροντίδας του βρέφους είναι οι πάνες. Από την εποχή που εμφανίστηκαν στο εμπόριο οι πάνες μιας χρήσης, καλύπτουν τις ανάγκες και τις απαιτήσεις των περισσότερων γονέων. Ωστόσο, η επιλογή της πάνας είναι ένα θέμα που απασχολεί όλους τους νέους γονείς. Βρίσκονται σε θέση να διαλέξουν ανάμεσα σε μια υφασμάτινη πάνα και σε αυτές του εμπορίου πριν τη γέννηση του μωρού. Όλοι οι νέοι γονείς θα πρέπει

να γνωρίζουν, ότι τα περισσότερα νεογέννητα χρειάζονται περίπου δέκα πάνες την ημέρα.

Οι πάνες διακρίνονται σε δύο κατηγορίες. Αυτές που είναι μιας χρήσης και αυτές που είναι πολλαπλών χρήσεων και είναι υφασμάτινες.

Οι πάνες μιας χρήσης: Είναι εφοδιασμένες με επένδυση που εμποδίζει την υγρασία να μεταβεί στο σώμα του μωρού. Είναι φτιαγμένες από ένα απορροφητικό στρώμα από πολτό ξύλου, διάφορα υπεραπορροφητικά πολυμερή καθώς και ένα αδιάβροχο κάλυμμα. Η τεχνολογία της πάνας έχει βελτιωθεί πολύ με αποτέλεσμα να έχουν γίνει πιο λεπτές και πιο ελαφριές αλλά και πιο απορροφητικές, άνετες και εύκολες στη χρήση τους. Τα περιττώματα πρέπει να πετιούνται στη λεκάνη και οι πάνες στον κάδο απορριμμάτων (Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία, 2000).

Οι υφασμάτινες πάνες: Από την άλλη μεριά και οι υφασμάτινες πάνες έχουν βελτιωθεί και υπάρχει μεγάλη ποικιλία σε απορροφητικότητα και σύνθεση. Εδώ υπάρχει μια ειδική υπηρεσία συλλογής των πάνων η οποία μπορεί να συλλέγει τις πάνες και να τις επιστρέφει καθαρές. Αν οι πάνες πλένονται στο σπίτι είναι απαραίτητο να πλένονται ξεχωριστά από τα άλλα ρούχα. Οι πάνες θα πρέπει να ξεπλυθούν με κρύο νερό και να μουλιάσουν με απορρυπαντικό και λευκαντικό για περίπου τριάντα λεπτά. Στη συνέχεια πρέπει να στυφτούν και να πλυθούν σε ζεστό νερό με ήπιο απορρυπαντικό. Η επιλογή της πάνας συνεχώς είναι ένα πολύ σημαντικό για τους γονείς αλλά και το παιδί (Shelton & Altmann 2012).

Αλλαγή πάνας: Προτού αρχίσει η μητέρα να αλλάζει το μωρό θα πρέπει να βεβαιωθεί, ότι έχει δίπλα της όλα τα απαραίτητα σύνεργα. Ποτέ δεν θα πρέπει να αφήνει μόνο του το μωρό πάνω στο τραπέζι αλλαγής της πάνας, ούτε για ένα δευτερόλεπτο. Τα μωρά κουνιούνται πολύ και μπορεί εύκολα να πέσουν από την αλλαξιέρα και να τραυματιστούν σοβαρά.

Τα πράγματα που θα χρειαστούν κατά την αλλαγή είναι τα εξής:

- Μια καθαρή πάνα. Σε περίπτωση που χρησιμοποιήσει ο γονιός υφασμάτινες πάνες, θα χρειαστεί και ειδικές παραπάνες
- Μια μικρή λεκάνη με χλιαρό νερό, ένα γαντάκι μπάνιου, απαλό χαρτί
- Αλοιφή ή βαζελίνη (για τα μωρά που έχουν συγκαεί)
- Πούδρα μόνον αν το συνιστά ο παιδίατρος

Η διαδικασία είναι η εξής:

- Αρχικά, αφαιρείται η λερωμένη πάνα και με ένα βαμβάκι βουτηγμένο σε χλιαρό νερό καθαρίζεται το δέρμα του μωρού (στα κορίτσια η κίνηση γίνεται από μπρος προς τα πίσω)
- Αν το βρέφος παρουσιάζει σύγκαμα, θα πρέπει να εφαρμοστεί η θεραπεία που έχει συστήσει ο παιδίατρος στους γονείς και να βάλουν στο δέρμα του μωρού λίγη αλοιφή
- Τέλος, φοριέται στο μωρό μία καθαρή πάνα σύμφωνα με τις παρακάτω οδηγίες «Αν οι γονείς επιλέξουν να χρησιμοποιήσουν μια υφασμάτινη πάνα θα πρέπει να γνωρίζουν ότι οι πάνες αυτές υπάρχουν είτε έτοιμες διπλωμένες είτε σε τετράγωνο σχήμα και μπορούν να τις διπλώσουν ακριβώς στο μέγεθος που ταιριάζει στο μωρό τους. Αρχικά, θα πρέπει να διπλώσουν το κάτω μέρος της πάνας στο ένα τρίτο του μήκους της, για να μην είναι μακρόστενη. Αυτό αυξάνει και την απορροφητικότητά της» (Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία, 2000, σελ. 43).

3.6.4. Διούρηση – Κενώσεις

Διούρηση: Τα φυσιολογικό βρέφος ουρεί τέσσερις έως έξι ώρες ημερησίως. Αν είναι άρρωστο ή έχει πυρετό ή αν ο καιρός είναι υπερβολικά ζεστός, η ποσότητα των ούρων μειώνεται κατά το ήμισυ, κάτι απολύτως φυσιολογικό (Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία, 2000).

Το υγιή χρώμα των ούρων εξαρτάται από το πόσο συμπυκνωμένα είναι τα ούρα. Δηλαδή όσο πιο λίγα υγρά πίνει το βρέφος τόσο πιο έντονο σκούρο είναι το χρώμα των ούρων. Μερικές φορές παρατηρείται ένας ροζ λεκές που μπορεί να υποθέσουμε ότι είναι αίμα. Αυτό συμβαίνει διότι είναι πολύ συμπυκνωμένα τα ούρα και δεν υπάρχει λόγος ανησυχίας αν αλλάζουμε τουλάχιστον τέσσερις πάνες τη μέρα. Αντιθέτως, ο λεκές από αίμα στην πάνα και η αιματουρία είναι σημάδια για τα οποία πρέπει να συμβουλευτούμε γιατρό. Αν υπάρχουν και άλλα συμπτώματα τότε είναι αναγκαίο να συμβουλευτούμε άμεσα το γιατρό (Shelton & Altmann, 2012).

Κενώσεις: Η ποιότητα των κενώσεων του νεογνού, καθώς και ο αριθμός τους, έχουν ιδιαίτερη σημασία. Οι φυσιολογικές κενώσεις είναι αποτέλεσμα ομαλής πέψης ενώ η εκτροπή τους από το φυσιολογικό, είναι αποτέλεσμα είτε διαιτητικών σφαλμάτων είτε λοιμώξεων του πεπτικού ή άλλου συστήματος

(Στεργιόπουλος, 2002). Ξεκινώντας από την πρώτη μέρα της ζωής του και σε διάστημα λίγων ημερών, το μωρό εμφανίζει τις πτώτες του κενώσεις, που συχνά αναφέρονται σαν μηκόνιο. Αυτή παχύρρευστη σκουροπράσινη βλέννα αποβάλλεται από τα έντερα του βρέφους και τα κόπρανα αποκτούν ένα κιτρινοπράσινο χρώμα. Ο θηλασμός μετατρέπει το χρώμα των κοπράνων σε ανοιχτόχρωμο μουσταρδί περιέχοντας μικρούς κόκκους. Η υφή τους έως ότου εισαχθεί στη διατροφή τους η στερεά τροφή θα είναι μαλακή ή υδαρής. Όταν τα κόπρανα είναι πολύ σκληρά και συγνά σημαίνει ότι το μωρό δεν πίνει πολλά υγρά. Όταν εισαχθεί η στερεά τροφή και τα κόπρανα παραμένουν σκληρά αυτό σημαίνει ότι το βρέφος τρώει πολλές τροφές που προκαλούν δυσκοιλιότητα και δεν είναι έτοιμο ακόμη το στομάχι του να τις επεξεργαστεί (Shelov & Altman, 2012).

Αξίζει να τονιστούν ορισμένα πολύ βασικά στοιχεία για τις κενώσεις του μωρού. Το χρώμα και η υφή τους μπορούν να ποικίλουν κατά περιόδους, αυτό εξαρτάται από τις τροφές και την ποσότητα αυτών. Ακόμη, τα κόπρανα του μωρού είναι συνήθως μαλακά και υδαρή πράγμα που σημαίνει ότι είναι δύσκολο έως αδύνατο να αντιληφθούμε μια διάρροια ήπιας μορφής. Η πιο σημαντική όμως ανησυχία όσον αφορά τη διάρροια είναι η πιθανή αφυδάτωση του μωρού. Εάν υπάρχουν συμπτώματα και πυρετός πριν τους δύο μήνες τότε είναι αναγκαία η συμβουλή γιατρού. Η συχνότητα των κενώσεων διαφέρει αρκετά στα μωρά. Μερικά μωρά έχουν μία κένωση μετά το γεύμα. Από την τρίτη μέχρι και την έκτη εβδομάδα τα μωρά μπορεί να έχουν μία κένωση την εβδομάδα. Αν το μωρό τρέφεται με μπιμπερό τότε η μία κένωση την μέρα είναι φυσιολογικό, διαφορετικά είναι δυσκοίλιο (Shelov & Altmann 2012).

3.6.5. Το μπάνιο και η υγιεινή του μωρού

Το μπάνιο του μωρού αποτελεί μέρος της καθημερινής σχολαστικής φροντίδας και περιποίησης του και συμβάλλει τόσο στη σωματική υγιεινή του όσο και στην ψυχολογική του τόνωση. Τα περισσότερα μωρά αγαπούν και ευχαριστιούνται την επαφή με το νερό. Ανακουφίζονται, χαλαρώνουν και το αντιμετωπίζουν σαν παιχνίδι. Το μπάνιο αποτελεί μια διαδικασία ευχάριστη για τη μητέρα και το παιδί. Τρεις φορές την εβδομάδα, εάν κάθε φορά που αλλάζονται οι πάνες καθαρίζονται καλά αρκούν. Το πιο συχνό μπάνιο είναι

πιθανό να προκαλέσει ξηροδερμία στο δέρμα του. Το καλό στέγνωμα και η άμεση εφαρμογή μετά το μπάνιο μιας χωρίς άρωμα, υποαλλεργικής και ανυδατικής κρέμας βοηθά στην πρόληψη της ξηροδερμίας. (Shelton, 2013).

Τις πρώτες ημέρες η φροντίδα και ο καθαρισμός του μωρού περιορίζονται στο τοπικό πλύσιμο, κυρίως στα σημεία που λερώνονται περισσότερο, όπως τα χέρια, το πρόσωπο, ο λαιμός, η μασχάλη και η περιοχή των γεννητικών οργάνων, χρησιμοποιώντας μια υγρή, με χλιαρό νερό, πετσέτα ή βρεγμένο βαμβάκι. Το πρώτο του κανονικό μπάνιο πρέπει να γίνει αφού επουλωθεί ο ομφαλός του μωρού, δηλαδή γύρω στις 10-15 ημέρες μετά τη γέννησή του.

Για το μπάνιο του μωρού θα πρέπει να χρησιμοποιείται παιδικό αφρόλουτρο. Το κοινό σαπούνι επηρεάζει τη δερματική χλωρίδα του μωρού και το κάνει πιο ευάλωτο σε μυκητιάσεις και δερματίτιδες. Το αφρόλουτρο πρέπει να έχει ουδέτερο pH, ο βαθμός του οποίου αναγράφεται υποχρεωτικά στη συσκευασία. Η χρήση του κλασσικού σαπουνιού πρέπει να καθυστερείται στα μωρά, γιατί η αντίδραση του με το νερό δημιουργεί αλκαλικό pH και δεν ταιριάζει στη φυσιολογία του δέρματος.

Αρχικά πρέπει να πλυθεί το πρόσωπο του μωρού και στη συνέχεια με το σαπούνι να δοθεί έμφαση σε περιοχές όπως τις μασχάλες, πίσω από τα αυτιά, γύρω από το λαιμό και στα γεννητικά όργανα. Ειδική προσοχή χρειάζεται η περιοχή του ομφαλού τις δέκα πρώτες μέρες μετά την γέννηση του βρέφους. Για αυτό το λόγο επιβάλλεται η χρήση του ομφαλεπίδεσμου για την αποφυγή μολύνσεων. Ύστερα από την κατάπτωση του ομφάλιου λώρου το μωρό μπορεί να μπαίνει κατευθείαν στο νερό. Μια βρεφική μπανιέρα ή μια πλαστική λεκάνη είναι από τα πιο βολικά πράγματα για το μπάνιο του μωρού.

Το νερό πρέπει να είναι χλιαρό και όχι ζεστό ή κρύο για να αποφευχθούν τυχόν κρυώματα και εγκαύματα. Η ιδανική θερμοκρασία κυμαίνεται στους 35 με 37 βαθμούς Κελσίου ή κάτω από τρεχούμενο νερό. Η ίδια θερμοκρασία νερού χρειάζεται και για το ξέπλυμα του κεφαλιού. Η θερμοκρασία του νερού μπορεί να μετρηθεί εκτός από το παιδικό θερμόμετρο νερού και με τον αγκώνα που είναι ένα σημείο ευαίσθητο στο να αντιλαμβάνεται κάποιος αν το νερό είναι κατάλληλο ή όχι για το μπάνιο του μωρού. Όλη αυτή η διεργασία δεν πρέπει να διαρκέσει περισσότερο από πέντε λεπτά, ώστε να αποφευχθεί η μείωση της θερμοκρασίας του νερού και το κρύωμα του βρέφους (Παλλίδης & Παλλίδου, 1999). «Αν το μωρό το απολαμβάνει οφείλουμε να το αφήνουμε

περισσότερο να το ευχαριστιέται. Όσο μεγαλώνει το παιχνίδι με το νερό στο μπάνιο αυξάνεται» (Shelov, 2013, σελ:116).

Τα σαμπουάν σε σχήματα παιχνιδιού αυξάνουν την ευχαρίστηση του παιχνιδιού μέσα στην μπανιέρα και γενικότερα το μπάνιο του μωρού. Το μωρό όταν βγαίνει από το μπάνιο είναι σημαντικό να είναι καλυμμένο παντού. Σε αυτό μπορεί να φανεί αρκετά χρήσιμο το μπουρνούζι με κουκούλα. Έπειτα, θα πρέπει να φορεθεί ένα φανελάκι εσώρουχο για την προστασία της ευαίσθητης περιοχής του θώρακα και της πλάτης. Ιδιαίτερη περιποίηση χρειάζεται η περιοχή των γεννητικών οργάνων, γίνεται πάντα από εμπρός προς τα πίσω και ποτέ αντίθετα γιατί μπορεί να δημιουργηθούν μολύνσεις.

Τέλος, το μπάνιο αποτελεί ένα χαλαρωτικό τρόπο για την προετοιμασία του μωρού για ύπνο, οπότε μπορεί να πραγματοποιηθεί τις ώρες που βολεύει γενικότερα τους γονείς (Shelov & Altmann 2012).

3.6.6. Φροντίδα δέρματος και νυχιών

Η φροντίδα του δέρματος είναι θεμελιώσης στην υγιεινή ανάπτυξη του βρέφους και θα πρέπει να εφαρμόζεται με ιδιαίτερη προσοχή. Το δέρμα του μωρού, ιδιαίτερα τους πρώτους μήνες της ζωής του, είναι πολύ ευαίσθητο. Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή με τα προϊόντα περιποίησης που θα χρησιμοποιηθούν. Πρέπει να αποφεύγονται οι λοσιόν και οι πούδρες, καθώς το δέρμα του μωρού είναι τόσο λεπτό που απορροφά όλες τις χημικές ουσίες όλων αυτών των προϊόντων. Αν το δέρμα του μωρού είναι ξηρό οι γονείς μπορούν να το αλείψουν με λίγη άοσμη παιδική κρέμα. Είναι σημαντικό οι κρέμες και γενικότερα τα προϊόντα που χρησιμοποιούνται να είναι για παιδιά, διαφορετικά τα άλλα προϊόντα περιέχουν χημικές ουσίες οι οποίες είναι πολύ πιθανό να ερεθίσουν το δέρμα του μωρού. Αν παρόλα αυτά το δέρμα παραμείνει ακόμη ξηρό σημαίνει ότι πρέπει να ελαττωθεί το μπάνιο του μωρού. Είναι αναγκαίο να πλένονται όλα τα καινούργια ρούχα του μωρού, ειδικά αυτά που έρχονται σε απευθείας επαφή με το δέρμα του, όπως είναι τα εσώρουχα. Συνηθίζεται τα ρούχα του μωρού να πλένονται ξεχωριστά από αυτά τις υπόλοιπης οικογένειας (Shelov & Altmann 2012).

Το κόψιμο των νυχιών είναι μια απλή υπόθεση αλλά για πολλούς νέους γονείς είναι μια αγχωτική διαδικασία γιατί φοβούνται να μην τραυματίσουν το μικρό τους. Τους πρώτους μήνες τα νύχια των χεριών του νεογέννητου

μακραίνουν τόσο γρήγορα, που θα χρειάζεται να κόβονται μέχρι και 2 φορές την εβδομάδα. Το ψαλιδάκι θα πρέπει να είναι παιδικό, δηλαδή στρογγυλεμένο στις άκρες, προς αποφυγήν κάποιου ατυχήματος. Λόγω του ότι τα νυχάκια μακραίνουν τόσο γρήγορα πολλοί γονείς προτιμούν να φορούν γαντάκια στα μωρά τους ώστε να μη γρατζουνούν το πρόσωπό τους. Τα νύχια των ποδιών μακραίνουν με πολύ πιο αργούς ρυθμούς. Σε πολλά νεογέννητα τα νύχια των ποδιών τους έχουν τριγωνικό σχήμα, το οποίο θέλει μερικούς μήνες ώστε να φτάσει στα άκρα των δακτύλων.

3.6.7. Περιποίηση ομφάλιου λώρου

Το κομμάτι του ομφάλιου λώρου (κολόβωμα) παραμένει στο σώμα μία με δύο εβδομάδες μετά την γέννηση του μωρού και έπειτα πέφτει. Ο ομφαλός χρειάζεται φροντίδα για την αποφυγή μολύνσεων. Ο καθαρισμός του γίνεται τρεις με τέσσερις φορές τη μέρα χρησιμοποιώντας βαμβάκι ή γάζα με καθαρό οινόπνευμα, μία διαδικασία που πρέπει να συνεχιστεί για τέσσερις με πέντε μέρες αφού πέσει το κολόβωμα. Για να μην ερεθιστεί ο ομφαλός και δημιουργηθούν προβλήματα, πρέπει να διατηρείται στεγνός και να μην καλύπτεται από την πάνα. Στη διαδικασία του μπάνιου χρησιμοποιείται προστατευτικός ομφαλεπίδεσμος, που έχει μέσα αποστειρωμένη γάζα και ειδικό αδιάβροχο αυτοκόλλητο γύρω-γύρω, ώστε να μην βραχεί και κινδυνεύει να μολυνθεί η περιοχή αυτή. Δέκα μέρες μετά τον τοκετό το κολόβωμα ξεραίνεται και πέφτει, οπότε δεν χρειάζεται πια κάλυψη. Υπάρχει, όμως, κάποια περίπτωση να παρουσιαστεί γύρω από την περιοχή του ομφαλού κοκκινίλα ή ερεθισμός, ακόμα και πύον ή αίμα, που σημαίνει ότι η περιοχή έχει μολυνθεί. Στην περίπτωση αυτή, ειδοποιείται ο παιδίατρος αμέσως για να προτείνει την θεραπεία που χρειάζεται, που συνήθως είναι ειδικές αντιβιοτικές αλοιφές για να υποχωρήσει η μόλυνση.

3.6.8. Περιποίηση νινίδας και παρατρίμματος

Νινίδα: Η σμηγματορροϊκή δερματίτιδα ή αλλιώς νινίδα είναι ένα πολύ συχνό φαινόμενο στα βρέφη. Εμφανίζεται, συνήθως, όταν το βρέφος είναι περίπου δύο εβδομάδων και μπορεί να διαρκέσει μέχρι τον έκτο μήνα. Αν και δεν είναι επικίνδυνη, είναι ιδιαίτερα αντιαισθητική και γι' αυτό το λόγο οι περισσότερες μαμάδες ανησυχούν και αναζητούν τρόπους να την

εξαφανίσουν. Η νινίδα μπορεί να εμφανιστεί σε πολλά μέρη του σώματος, αλλά κυρίως παρουσιάζεται στο τριχωτό της κεφαλής, στα φρύδια, πίσω από τα αυτιά, στο λαιμό και στην περιοχή της πάνας. Μπορεί να είναι ελαφριάς μορφής με ξηροδερμία που μοιάζει με πιτυρίδα ή πιο έντονη με σκληρά κίτρινα ή καφέ λέπια σαν κρούστα. Είναι άγνωστο που οφείλεται, ωστόσο η εμφάνιση της νινίδας σχετίζεται με την αυξημένη παραγωγή λίπους των σμηγματογόνων αδένων και με τα υψηλά επίπεδα κάποιων ορμονών που έχουν προσληφθεί από τον οργανισμό της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Σίγουρα πάντως δεν πρόκειται για αλλεργία.

Για να αντιμετωπιστεί η νινίδα κάνετε μασάζ στο κεφαλάκι του μωρού με ειδικό λάδι ή ακόμη και με λάδι φαγητού μία ώρα περίπου πριν το καθημερινό του λούσιμο/ μπάνιο και στο λουσιμο τρίψτε το απαλά ώστε να απομακρυνθούν τα λέπια. Αποφύγετε να χρησιμοποιήσετε κτενάκι γιατί μπορεί να γδάρει το κεφαλάκι του μωρού και να υπάρξει μόλυνση. Επαναλάβετε τη θεραπεία με το λαδάκι μόλις δείτε ξηροδερμία στο κεφαλάκι του μωρού. Αν η σμηγματορροϊκή δερματίτιδα επιμένει μετά τους 6 - 7 μήνες και αν το μωρό εμφανίζει και κοκκινίλες στο δέρμα του, ίσως ο παιδίατρος σας συστήσει να χρησιμοποιήσετε τοπικά κάποια αλοιφή. Πάντως, στις περισσότερες περιπτώσεις, η νινίδα εξαφανίζεται από μόνη της.

Παράτριμμα: Το παράτριμμα ή σύγκαμα αποτελεί ένα από τα πιο συχνά προβλήματα στα βρέφη. Το σύγκαμα είναι αποτέλεσμα ερεθισμού του δέρματος του μωρού από τα ίδια του τα ούρα, συγκεκριμένα από μια ουσία που περιέχουν και ονομάζεται ουρία. Η ουρία διασπάται και παράγεται αμμωνία, η οποία και προκαλεί τον ερεθισμό στο δέρμα. Η περιοχή που καλύπτεται από την πάνα, δεν αερίζεται, είναι εκτεθειμένη σε πολύ υγρασία, σε ερεθιστικές ουσίες, π.χ. αμμωνία και μικροοργανισμούς που υπάρχουν στα κόπρανα. Επιπλέον, η πάνα επενδύεται εξωτερικά από νάιλον κι έτσι τα ούρα δεν φεύγουν, αλλά μένουν μέσα κι επιδρούν στο δέρμα. Το ευαίσθητο δέρμα στην περιοχή των γεννητικών οργάνων ερεθίζεται και κοκκινίζει. Το σύγκαμα μπορεί να επεκταθεί στους μηρούς και στη βουβωνική περιοχή. Αν δεν αντιμετωπισθεί έγκαιρα τότε πολύ σύντομα η περιοχή θα μολυνθεί με μύκητες, λόγω των ιδανικών συνθηκών που επικρατούν στην περιοχή (υγρασία και θερμότητα). Μόλις το σύγκαμα μολυνθεί με μύκητες οι βλάβες επεκτείνονται, το κοκκίνισμα γίνεται πιο έντονο και θα παρουσιαστούν στην

περιοχή αυτή φυσαλίδες ,που σε μερικά σημεία μπορεί και να ξεφλουδίζονται (Κυριακάκου, 2015).

Για την αποφυγή του παρατρίμματος θα πρέπει να γίνεται αλλαγή της πάνας κάθε δύο ώρες αν είναι λερωμένο από ούρα και συχνότερα αν χρειαστεί ή αν λερωθεί από κόπρανα. Σε κάθε αλλαγή θα πρέπει η περιοχή να καθαρίζεται καλά με νερό και σαπούνι, να αποφεύγεται η χρήση υγρών μαντηλιών του εμπορίου επειδή ενδέχεται να ερεθίσουν περισσότερο το δέρμα, να στεγνώνεται καλά, να γίνεται επάλειψη με βρεφική κρέμα για το παράτριμμα που θα έχει συστήσει ο παιδίατρος και στη συνέχεια, να μπαίνει η καθαρή πάνα. Αν όμως παρά την σωστή φροντίδα δημιουργηθεί το παράτριμμα μπορεί να αντιμετωπιστεί ως εξής: η περιοχή των γεννητικών οργάνων είναι καλό να εκτίθεται στον ήλιο και στον αέρα εφόσον ο καιρός είναι ζεστός. Αν αυτό δεν είναι δυνατόν, μπορεί να εκτεθεί στο φως μιας ηλεκτρικής λάμπας σε απόσταση περίπου 40 εκατοστών. Αντίθετο αποτέλεσμα θα προκαλέσει η έκθεση της περιοχής αυτής σε κοντινότερη απόσταση. Η ζέστη, το φως και ο αέρας είναι ικανά να επουλώσουν και να θεραπεύσουν το παράτριμμα. Αν και το παράτριμμα παρουσιάζεται στα περισσότερα μωρά, δεν είναι τόσο συχνό στα μωρά που θηλάζουν (για άγνωστους λόγους). Επίσης, το παράτριμμα εμφανίζεται κυρίως σε συγκεκριμένες ηλικίες και υπό συγκεκριμένες συνθήκες:

- Σε μωρά μεταξύ οχτώ έως δέκα μηνών
- Όταν τα μωρά δεν είναι καθαρά και στεγνά
- Όταν παθαίνουν διάρροια
- Όταν ένα βρέφος αρχίζει να τρώει στερεά τροφή (πιθανώς λόγω των αλλαγών στην πεπτική διαδικασία που οφείλονται στη νέα ποικιλία τροφών) Όταν παίρνει αντιβιοτικά, τα οποία προάγουν την ανάπτυξη μυκήτων που μπορούν να μολύνουν το δέρμα (Shelton & Altman, 2012).

Το παράτριμμα δεν είναι ποτέ επικίνδυνο και με την κατάλληλη φροντίδα υποχωρεί σε τρεις έως τέσσερις ημέρες. Εάν δεν υποχωρήσει καλό θα ήταν να ζητηθεί η συμβουλή του παιδίατρου.

3.6.9. Το κράτημα και ο χειρισμός

Μετά τη γέννηση του, το μωρό περνάει από το ασφαλές περιβάλλον της μήτρας, στο τρομακτικό γι' αυτόν κενό του έξω κόσμου. Τις πρώτες εβδομάδες της ζωής του έχει απόλυτη ανάγκη από την προστασία των γονίων και τη σωματική επαφή μαζί τους, προκειμένου να προσαρμοστεί ομαλά στις νέες συνθήκες (Τριανταφυλλόπουλος, 2006). Στους νέους γονείς, και ιδιαίτερα στους πατεράδες, επικρατεί ο φόβος μήπως προκαλέσουν κάποιο τραυματισμό στο νεογέννητο μωρό τους όταν το πάρουν στα χέρια τους. Όμως, τα μωρά είναι πλάσματα γεμάτα υγεία και σφρίγος, και μόλις αποκτήσουν το μυϊκό έλεγχο ώστε να μπορούν να στηρίξουν το κεφάλι τους, δεν έχουν ανάγκη καμιάς ειδικής φροντίδας. Πολλά πειράματα έχουν δείξει πως οι γονείς που κρατάνε τα μωρά τους στην αγκαλιά τους, τους μιλάνε με αγάπη και έχουν οπτική επαφή μαζί τους επιδρούν θετικά στην ανάπτυξη τους και τους προσφέρουν μεγαλύτερη ευχαρίστηση με κάθε σωματική επαφή (Stoppard, 2000).

Το σήκωμα του νεογέννητου: Όταν το μωρό είναι ξαπλωμένο ανάσκελα, η μητέρα περνάει το ένα χέρι κάτω από τη μέση του, τοποθετεί το άλλο χέρι κάτω από το λαιμό και το κεφάλι από την αντίθετη κατεύθυνση. Στη συνέχεια, ανασηκώνει με απαλές κινήσεις, έτσι ώστε το κεφάλι του να μην πέσει πίσω και το σώμα να στηρίζεται καλά. Πολύ προσεκτικά ακουμπάει το κεφάλι στο κοίλωμα του αγκώνα, στηρίζοντας με τον πήχη της τη σπονδυλική του στήλη. Το μόνο πράγμα που πρέπει να προσέχει είναι το κεφάλι του γιατί μέχρι τον πρώτο μήνα δεν έχει καθόλου τον έλεγχο του (Stoppard, 2000).

Το ξάπλωμα του νεογέννητου: Όταν ο ενήλικας θα ξαπλώσει το μωρό, θα πρέπει να στηρίζει με το ένα χέρι από κάτω το κεφάλι τον αυχένα και τη σπονδυλική στήλη του βρέφους, και με το άλλο του χέρι τα οπίσθιά του. Το ακουμπάει μαλακά κάτω μέχρις ότου το βάρος του ακουμπήσει στην επιφάνεια του στρώματος. Έπειτα, τραβάει το χέρι του από τη μέση του και ανασηκώνει με αυτό το κεφάλι του μωρού, για να μπορέσει να βγάλει μαλακά το άλλο του χέρι. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στο κράτημα της κεφαλής, διότι αν πέσει απότομα προς τα πίσω, το μωρό θα έχει την αίσθηση ότι πέφτει.

Το κράτημα του νεογέννητου: Υπάρχουν δυο βασικοί τρόποι κρατήματος για τα μωρά που προσφέρουν στους γονείς μεγαλύτερη άνεση και στο μωρό τη δυνατότητα να παρατηρεί τον κόσμο γύρω του. Ο πρώτος είναι στη γωνία που σχηματίζει ο βραχίονας με τον πήχυ, με το κεφάλι του ελάχιστα ψηλότερα απ' ό τι το κορμί του, το οποίο ακουμπάει στο άνω μέρος του βραχίονα και περικλείεται από τον πήχυ και την παλάμη, που στηρίζουν την πλάτη και τα οπίσθια του μωρού. Είναι μια πολύ καλή στάση διότι επιτρέπει στο παιδί να παρακολουθεί τις κινήσεις και την ομιλία του γονιού του. Ο δεύτερος τρόπος είναι, όταν οι γονείς το ακουμπάνε στο άνω μέρος του στήθους τους και το συγκρατάνε με τον πήχυ, με το κεφάλι του ακουμπισμένο στον ώμο τους και παράλληλα δεν αφήνουν το κεφάλι του να γείρει. Μ' αυτό τον τρόπο έχουν ελεύθερο το ένα τους χέρι, κάτι που είναι ουσιώδες, ιδιαίτερα αν δεν υπάρχει κάποιος άλλος στο σπίτι. Ωστόσο, ένα αυτός ο τρόπος δημιουργεί ανασφάλεια στους γονείς, τότε θα πρέπει να το κρατάνε και με το άλλο τους χέρι. Τα μωρά μπορεί να είναι ανάσκελα, μπρούμυτα ή στο πλευρό, σύμφωνα όμως με την Dr. Miriam Stoppard (2002), είναι προτιμότερο οι γονείς ν' αφήνουν το μωρό τους να ξαπλώνει σε όποια από αυτές τις στάσεις δείχνει να του είναι πιο βολική (Stoppard, 2002).

3.6.10. Βρεφικό μασάζ

Ο δεσμός που αναπτύσσεται μεταξύ γονέα και μωρού τις πρώτες μέρες, εβδομάδες και μήνες της κοινής ζωής τους είναι ουσιαστικός και αναλλοίωτος. Στην εποχή μας, με τους γρήγορους ρυθμούς της καθημερινότητας και την αβίαστη αντικατάσταση της ανθρώπινης επαφής με τεχνικές διευκολύνσεις, επανέρχεται μια αρχαία πρακτική, το βρεφικό μασάζ, για να στηρίξει αυτή τη μοναδική και ιδιαίτερη σχέση. Οι ρίζες του βρίσκονται στην Ινδία, αλλά εμφανίζεται και σε πολλά άλλα μέρη του κόσμου όπως στη Ρωσία, στην Κίνα και την Αφρική. Το βρεφικό μασάζ είναι μία τέχνη αγγίγματος, επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης. Μπορεί να ενταχθεί στην καθημερινή φροντίδα του, αφού είναι μια αφορμή επικοινωνίας και συναισθηματικού δεσμού γονέα – μωρού (Καρίφη, 2013).

Τα οφέλη του μασάζ: Τα οφέλη του είναι σημαντικά όχι μόνο σε σωματικό επίπεδο αλλά και σε ψυχοσυναισθηματικό. Όσον αφορά τα οφέλη στον οργανισμό του βρέφους το μασάζ:

- βελτιώνει την κυκλοφορία του αίματος,
- δυναμώνει το ανοσοποιητικό του σύστημα,
- προάγει το συντονισμό των μυών,
- κάνει πιο ελαστικές τις αρθρώσεις και απελευθερώνει τυχόν εντάσεις σε μυς και αρθρώσεις,
- συμβάλλει στην αντιμετώπιση των κολικών,
- βοηθά στη διαδικασία της πέψης,
- βελτιώνει την υφή του δέρματος,
- καθαρίζει βαθιά τους πόρους του δέρματος, συμβάλλει στη διατήρηση της ελαστικότητας τού και στην αναγεννητική του ικανότητα,
- αναπτύσσονται οι κινητικές του ικανότητες,
- συντελεί στη διευκόλυνση των εντερικών λειτουργιών και γενικότερα τα χόδια στην κάτω κοιλία βοηθούν στην αποβολή του παγιδευμένου αέρα,
- αυξάνεται το αίσθημα ευεξίας διότι διεγείρονται οι ενδορφίνες, με αποτέλεσμα τη βελτίωση της διάθεσης.

Επιπλέον στην ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξή του το βρέφος όχι μόνο ηρεμεί, αλλά δέχεται την αγάπη και την πλήρη αποδοχή των γονέων του με το άγγιγμά τους, κατά τη διάρκεια της μάλαξης. Με την τεχνική αυτή, προωθείται η ανάπτυξη πρώιμων ισχυρών δεσμών με αυτόν που φροντίζει το βρέφος και το ίδιο. Επίσης, επειδή στην ηλικία αυτή δεν μπορεί να υπάρξει λεκτική επικοινωνία, βοηθά στην ανάπτυξη μη λεκτικών τρόπων επικοινωνίας. Με τον τρόπο αυτό ο γονέας μπορεί να αντιλαμβάνεται και να ικανοποιεί ευκολότερα τις ανάγκες του. Επιπρόσθετα, έχει παρατηρηθεί ότι με το βρεφικό μασάζ βελτιώνεται και η νευροψυχολογική τους ανάπτυξη, κοιμούνται καλύτερα και κερδίζουν ευκολότερα βάρος (Walker, 2011).

Εποικοδομητική είναι η διαδικασία του βρεφικού μασάζ ακόμα και για το γονέα διότι χαλαρώνει και ο ίδιος. Από ψυχολογική άποψη είναι επίσης ευχάριστο συναίσθημα το δέσιμο με το παιδί του αλλά και σε περίπτωση άγχους επειδή δεν υπάρχει ήδη άλλη εμπειρία με παιδιά, το μασάζ επιτρέπει το γεγονός να συνηθιστεί ο σωστός και απαλός χειρισμός του βρέφους. Βοηθάει επίσης στην περίπτωση της επιλόχειας κατάθλιψης.

Βασικές κινήσεις: Το βρεφικό μασάζ είναι ιδανικότερο να πραγματοποιείται μετά την τρίτη εβδομάδα ζωής του νεογνού, δηλαδή μετά την επούλωση του ομφαλού. Δεν πρέπει να θεωρείται σε καμία περίπτωση ιατρικό, θεραπευτικό μασάζ, γιατί οι κινήσεις γίνονται με απαλό και ήπιο τόνο, χωρίς έντονες πιέσεις, είναι κυρίως θωπείες με ελάχιστη τριβή. Δεν ορίζεται κάποια συγκεκριμένη ώρα που



Εικόνα 9: Κινήσεις για βρεφικό μασάζ

πρέπει να πραγματοποιείται η τεχνική του μασάζ αλλά κατά κύριο λόγο συνιστάται να γίνεται όταν το βρέφος είναι ήρεμο και όχι αμέσως μετά το γεύμα του, διότι τότε ακολουθεί η διαδικασία της πέψης και ίσως το αίσθημα της τριβής και της πίεσης να φανεί ενοχλητικό και να δημιουργήσει δυσφορία ειδικά στην περιοχή της κοιλίας. Ιδανικότερη περίπτωση είναι μετά το μπάνιο του μωρού, όπου έχει χαλαρώσει και η ενυδάτωση του δέρματος του μετέπειτα με ένα βρεφικό λάδι μπορεί να συνδυαστεί με την τεχνική του μασάζ. Ενδεικτικά μια σειρά κινήσεων ξεκινώντας απ' το κεφάλι μπορεί να περιγραφεί ως εξής:

- Η αρχή γίνεται με μερικά χάδια στο πρόσωπο, με τα δυο χέρια ακολουθούν θωπείες ομοιόμορφα από τη μύτη στις παρειές. Με τους αντίχειρες γίνονται θωπείες στο άνω και κάτω χείλος έτσι ώστε να σχηματίζεται χαμόγελο και με τα ακροδάχτυλα όλης της παλάμης κυκλικές κινήσεις στο πάνω μέρος του κεφαλιού. Έπειτα γίνεται απαλό μασάζ στο μέτωπο προς τους κροτάφους και μια ολισθηρή κίνηση των δαχτύλων από τα φρύδια προς τα αυτιά.
- Το μασάζ συνεχίζεται, σε κάθε χέρι χωριστά με χάδια από πάνω προς τα κάτω μέχρι τα ακροδάχτυλα και ταυτόχρονα άσκηση ελάχιστης πίεσης, καταλήγοντας με μασάζ στην παλάμη και τη ράχη του χεριού καθώς και ένα ελαφρύ τέντωμα των δαχτύλων.
- Έπειτα τοποθετούνται τα χέρια του μαλάκτη στο κέντρο του θώρακα του μωρού και με θωπείες ακολουθούν την καμπύλη που σχηματίζουν τα

πλευρά του. Ενώ οι κινήσεις που θα γίνουν στην κοιλιά πρέπει να είναι κυκλικές, χωρίς έντονη πίεση και πάντα δεξιόστροφα (με φορά των δεικτών του ρολογιού)

- Αντίστοιχα θωπείες μπορούν να γίνουν και μπρούμητα στην πλάτη του βρέφους. Ο φροντιστής τοποθετεί το ένα χέρι οριζόντια στο επάνω μέρος της πλάτης του μωρού και το κατεβάζει προς το μέρος του, ακολουθεί την ίδια διαδικασία και με το άλλο χέρι και επαναλαμβάνει τις κινήσεις πολλές φορές. Το μασάζ στην πλάτη ηρεμεί, ενώ ταυτόχρονα συμβάλλει στην ενίσχυση των μυών που στηρίζουν τη σπονδυλική στήλη
- Ο γονέας βάζει τους αντίχειρές του δεξιά και αριστερά από τη σπονδυλική στήλη του βρέφους, ακριβώς κάτω από τον αυχένα. Κάνει μικρές κυκλικές κινήσεις με τους αντίχειρες κατεβαίνοντας προς τα κάτω. Με αυτές τις κινήσεις διευρύνονται οι πνεύμονες, ενώ το μωρό χαλαρώνει.
- Ο φροντιστής τοποθετεί το δείκτη και τον μέσο δίπλα στον ομφαλό. Πιέζει απαλά κάνοντας κυκλική κίνηση με τη φορά των δεικτών του ρολογιού. Κινείται από αριστερά προς τα δεξιά, στην ίδια κατεύθυνση που περνάει η τροφή από το πεπτικό σύστημα. Το μασάζ στην περιοχή αυτή καταπολεμά τους κολικούς και τη δυσκοιλιότητα
- Τέλος γίνεται μάλαξη στο κάθε πόδι χωριστά ξεκινώντας απ' τους μηρούς με ελαφρές πιέσεις καταλήγοντας στα πέλματα όπου πραγματοποιείται ελάχιστη τριβή στη ράχη του πέλματος και στο κάθε δάχτυλο ξεχωριστά ένα απαλό τράβηγμα. Στη συνέχεια πιάνοντας τους αστραγάλους του μωρού και με τα δύο χέρια γίνεται σταύρωμα και σπρώξιμο των γονάτων προς τα επάνω στην κοιλιά (Field et.al.,2010).

3.2. ΠΑΙΔΙΚΟ ΔΩΜΑΤΙΟ - ΡΟΥΧΙΣΜΟΣ

Τα βρέφη λίγων μηνών δεν ενδιαφέρονται τόσο για το περιβάλλον του δωματίου τους όσο για τη στοργή των γονιών τους. Ο χώρος του δωματίου τους θα πρέπει να προσφέρει άνεση στους γονείς και να είναι κατάλληλα διαμορφωμένος ώστε να εξυπηρετεί τις βασικές ανάγκες του βρέφους.

3.2.1. Εξοπλισμός του παιδικού δωματίου

Είναι σημαντικό οι γονείς να έχουν προετοιμάσει τον προσωπικό χώρο του μωρού τους πριν την άφιξη του στο σπίτι, είτε αυτό κοιμηθεί μαζί τους, είτε σε ξεχωριστό δωμάτιο το πρώτο διάστημα. Η προετοιμασία του χώρου όπου θα κοιμάται και θα παίζει το μωρό χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και πρέπει να πληρεί ορισμένες προϋποθέσεις για την ασφάλεια του (Stoppard, 2003).

Η διακόσμηση: Είναι προτιμότερο να μη χρησιμοποιηθούν πολλά διακοσμητικά αντικείμενα, για να υπάρχει ελευθερία κινήσεων για τους γονείς, ειδικά το πρώτο διάστημα. Μερικές παιδικές αφίσες στους τοίχους με καρτούν ή ζωάκια θα δώσουν μια ευχάριστη νότα στο χώρο, ενώ τα κάδρα με τζάμι είναι προτιμότερο να αποφεύγονται για λόγους ασφαλείας. Το βρεφικό δωμάτιο χρειάζεται να έχει χαλαρωτικό χαρακτήρα, ενώ στους τοίχους μπορούν να χρησιμοποιηθούν οικολογικά, άοσμα χρώματα και απαλές παστέλ αποχρώσεις, όπως απαλό κίτρινο για φως, σομόν, θαλασσί, λαχανί, ροζ κτλ. Η οροφή να είναι βαμμένη με λευκό χρώμα για να αντανακλάται το φως. Το πάτωμα να είναι παρκέ ή πλαστικό, λείο και επίπεδο, ώστε να εξασφαλίζεται η ομαλή επιφάνεια στο παιδί όταν αρχίσει να περπατά. Τα παράθυρα να είναι μεγάλα ώστε να επιτρέπουν τον επαρκή αερισμό και ηλιασμό. Μια όμορφη πινελιά στο δωμάτιο μπορεί να είναι μια ζωηρή παιδική κουρτίνα από ελαφρύ ύφασμα και εύκολη στο πλύσιμο. Η θερμοκρασία του δωματίου πρέπει να διατηρείται σταθερή στους 22 βαθμούς περίπου. Καλύτερος τρόπος θέρμανσης είναι η κεντρική. Ο αερισμός του δωματίου πρέπει να είναι καθημερινός και η ανανέωσή του είναι επιβεβλημένη για την καλή υγεία του βρέφους ακόμη και τον χειμώνα.

Ασφάλεια: Αν και οι αυτόνομες μετακινήσεις του μωρού θα αργήσουν μερικούς μήνες, υπάρχουν και τώρα ζητήματα ασφαλείας στο δωμάτιο. Για παράδειγμα, το βάψιμο του δωματίου πρέπει να γίνει αρκετό καιρό πριν τον ερχομό του μωρού, ώστε να έχει φύγει η οποιαδήποτε μυρωδιά. Είναι βασικό να μην υπάρχουν πολλά αντικείμενα που να συγκρατούν σκόνη, όπως πολλά λούτρινα κουκλάκια ή μόνιμες μοκέτες και να μην υπάρχει ναφθαλίνη στο δωμάτιο ή στις ντουλάπες του. Απαγορεύεται η τοποθέτηση ραφιών με βαριά αντικείμενα στο δωμάτιο, ιδιαίτερα πάνω από την κούνια του μωρού. Τέλος, ιδιαίτερα χρήσιμη είναι η συσκευή ενδοεπικοινωνίας για να διατηρηθεί η επαφή με το μωρό, κυρίως κατά τη διάρκεια της νύχτας.

Τα βασικότερα έπιπλα που χρειάζονται στο παιδικό δωμάτιο είναι:

Η καλαθούνα: Οι ανάγκες του νεογέννητού είναι απλές. Ένα ίσιο, απαλό στρωματάκι και ένα κλειστό μέρος όπου θα προσφέρει ασφάλεια. Τους πρώτους μήνες της ζωής του καλό είναι να χρησιμοποιείται μια καλαθούνα. Αυτά είναι βρεφικά κρεβατάκια που μετακινούνται εύκολα, και μπορούν να τοποθετηθούν σε όποιο δωμάτιο βρίσκεται και κοιμάται το μωρό. Η καλαθούνα όμως δεν είναι απαραίτητη. Και επειδή οι περισσότερες δεν μπορούν να αντέξουν το βάρος ενός μεγαλύτερου μωρού και είναι μόνο χρήσιμες τους πρώτους τέσσερις ή πέντε μήνες, είναι ένα προϊόν πολυτελείας.

Το παιδικό κρεβάτι: Αποτελεί το βασικότερο είδος εξοπλισμού που χρειάζεται ένα μωρό. Τις περισσότερες φορές το νεογνό θα είναι μόνο του όταν θα βρίσκεται στο κρεβάτι, χωρίς παρακοκλούθηση, συνεπώς ο χώρος αυτός θα πρέπει να πληρεί όλες τις προδιαγραφές ασφαλείας για τα παιδικά κρεβάτια. Τα κρεβάτια που διατίθενται πλέον στην αγορά πληρούν υποχρεωτικά αυτές τις προδιαγραφές, παρόλα αυτά υπάρχουν κάποια πράγματα που πρέπει να ελεγχθούν οπωσδήποτε από τους γονείς για την διαφύλαξη της σωματικής ακεραιότητας των μωρών (Shelton & Altmann, 2012). Για να μειωθεί ο κίνδυνος του Συνδρόμου Αιφνίδιου Βρεφικού Θανάτου το μωρό πρέπει να κοιμάται ανάσκελα. Όποιος φροντίζει το μωρό πρέπει να ακολουθεί αυτό τον κανόνα, ακόμη και αν κοιμηθεί μόνο για λίγο το μεσημέρι. Όσον αφορά την αγορά του παιδικού κρεβατιού καθώς και την ασφάλεια του παιδιού μέσα σ' αυτό, οι γονείς θα πρέπει να ελέγξουν προσεκτικά τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- ✓ Τα κάγκελα δεν πρέπει να απέχουν πάνω από έξι εκατοστά το ένα από το άλλο για να μην μπορεί το μωρό να γλιστρήσει ανάμεσα σε αυτά.
- ✓ Το κρεβάτι να είναι κυρίως ξύλινο, βαμμένο με μη τοξικά χρώματα και οι πλευρές του να έχουν λείο και στρογγυλεμένο τελείωμα
- ✓ Να μην υπάρχουν κενά πάνω από το μαξιλάρι του μωρού και κάτω στο όριο του στρώματος του διότι πάλι υπάρχει κίνδυνος εγκλωβισμού του κεφαλιού του μωρού.

- ✓ Πότε δεν πρέπει οι γονείς να αφήνουν το παιδί στο κρεβάτι του με κατεβασμένο το πλαϊνό κάγκελο (Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία, 2000).
- ✓ Οι βίδες να είναι καλά στερεωμένες και οι ρόδες πρέπει να έχουν ενεργοποιημένο το φρένο
- ✓ Η πάνω γωνία του στρώματος δεν πρέπει να είναι πιο ψηλή από 0,15 εκ. ή όχι πιο κοντή από 40 εκ. αν υπάρχει κάλυμμα για να μην πιαστούν τα ρουχαλάκια του μωρού ή τραυματιστεί.
- ✓ Δεν πρέπει να υπάρχουν διακοσμητικά στο πάνω ή στο κάτω μέρος του κρεβατιού. διότι το μωρό μπορεί να χτυπήσει σε αυτά το κεφάλι ή τα πόδια του.
- ✓ Το στρώμα που κοιμάται πρέπει να είναι επίπεδο και σταθερό.
- ✓ Μαλακά μαξιλαράκια, κουβερτούλες και παιχνίδια δεν πρέπει να είναι ποτέ στο κρεβατάκι κατά τη διάρκεια του ύπνου του.
- ✓ Το παιδικό κρεβάτι μπορεί να έχει επίσης και συρτάρια για την αποθήκευση των ρούχων του.
- ✓ Το λίκνο ή οποιοδήποτε παιδικό κρεβάτι πρέπει να απέχει αρκετά από παράθυρο, κουρτίνες ή ηλεκτρικά καλώδια διότι το μωρό μπορεί να πιάσει και να ρίξει κάτω τις κουρτίνες και να τραυματιστεί ή ακόμη και να πνιγεί (Shelov & Altmann, 2012).

Αλλαξιέρα: Οι αλλαξιέρα είναι ένα από τα βασικά έπιπλα του παιδικού δωματίου που βοηθάει ιδιαίτερα στη διαδικασία ντυσίματος του μωρού, ειδικά το πρώτο διάστημα, προσφέροντας στους γονείς μεγαλύτερη ευκολία και άνεση. Μία πτώση από την αλλαξιέρα είναι αρκετά επικίνδυνη για το μωρό γι αυτό και οι γονείς θα πρέπει να είναι πάντα παρόντες και να δίνουν ιδιαίτερη σημασία και σε ορισμένα σημαντικά πράγματα όπως:

- ✓ Να επιλέγουν μια σταθερή αλλαξιέρα με προστατευτική μπάρα τουλάχιστον πέντε εκατοστά γύρω – γύρω
- ✓ Η επιφάνεια από πάνω πρέπει να έχει σχήμα κοίλης έτσι ώστε το κέντρο να είναι πιο χαμηλά από τα πλαϊνά του.
- ✓ Η ζώνη ασφαλείας θα πρέπει να είναι πάντα κουμπωμένη ωστόσο οι γονείς δεν θα πρέπει ν'αφήσουν ούτε μια στιγμή το μωρό τους πάνω στην αλλαξιέρα, χωρίς την επίβλεψή τους.

- ✓ Ο απαραίτητος εξοπλισμός που πρόκειται να χρησιμοποιήσουν οι γονείς είναι προτιμότερο να είναι κοντά τους αλλά όχι κοντά στο μωρό τους, ώστε να μη το φτάνει. Πρέπει να αποφεύγεται να παίζει το μωρό με το κουτάκι της πούδρας γιατί αν ανοίξει το είναι πολύ πιθανόν να εισπνεύσει τη σκόνη και να δημιουργηθούν προβλήματα στους πνεύμονες του.
- ✓ Οι γονείς συνίσταται να χρησιμοποιούν τις πάνες μιας χρήσεως και να τις αποθηκεύουν σε μέρος όπου το μωρό δεν μπορεί να τις φθάσει. Ακόμη, όταν τις φοράει θα πρέπει να καλύπτονται με ύφασμα. Αυτό είναι απαραίτητο διότι αν το μωρό πιάσει και αρχίσει να τραβάει την πάνα μπορεί να την σκίσει και υπάρχει κίνδυνος πνιγμού αν προσπαθήσει να καταπιεί τα κομματάκια της πάνας (Shelov & Altmann, 2012).

Κουνιστή καρέκλα: Αν και δεν θεωρείται ιδιαίτερα απαραίτητη, προσφέρει άνεση κυρίως κατά τη διαδικασία θηλασμού. Ένα υποπόδιο δίνει επιπλέον άνεση ειδικά αν η μητέρα σκοπεύει να θηλάσει.

Συρταριέρα: Είναι ένα απαραίτητο έπιπλο του παιδικού δωματίου, έχοντας σαν προϋπόθεση την τοποθέτηση και διαφύλαξη των ρούχων και των εσωρούχων του μωρού.

Μάρσιππο: Τα μάρσιππο είναι κατάλληλα για μωρά, ήδη από τις πρώτες μέρες ζωής τους, μέχρι να φτάσουν τα 15–18 κιλά. (Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία, 2000). Η μεταφορά του μωρού με τον μάρσιππο όχι μόνο δίνει στον γονιό ελευθερία κινήσεων, καθώς μπορεί να χρησιμοποιεί και τα δύο του χέρια, αλλά και προσφέρει και στους δύο ένα ασύγκριτο αίσθημα εγγύτητας και ζεστασιάς, κάνοντας το μωρό να νιώθει ασφάλεια και ανακούφιση. Οι ειδικοί λένε ότι το μάρσιππο μπορεί να έχει πολλά ακόμα οφέλη, π.χ. να ανακουφίσει ένα ταραγμένο μωρό ή ένα μωρό με κολικούς, να μειώσει τον κίνδυνο της μαμάς για επιλόχειο κατάθλιψη και να ενισχύσει τον δεσμό ανάμεσα σε γονιό και παιδί. Δεν είναι, μάλιστα, λίγοι οι γονείς που επιλέγουν τον μάρσιππο ήδη από τους πρώτους μήνες του μωρού τους (συνιστάται από τον 4ο και μετά), ενώ κάποιοι τον χρησιμοποιούν ακόμα και όταν αυτό έχει

βαρύνει αρκετά, απλά και μόνο επειδή τους έχει βολέψει. Άλλοι, βέβαια, δηλώνουν ότι το μωρό τους δεν μπόρεσε ποτέ να προσαρμοστεί στον μάρσιπο ή ότι μετά από λίγη ώρα μεταφοράς είχαν μυϊκούς πόνους (Μπούλια, 2013).

Τύποι μάρσιπου: Σημαντικό ρόλο κατά την επιλογή του μάρσιπου παίζει ο τύπος του, ο οποίος θα πρέπει να ανταποκρίνεται τόσο στις ανάγκες των γονιών όσο και στις φυσικές παραμέτρους του μωρού. Ένα **κλασικό μάρσιπο**, με δύο λουριά για ώμους και αναπνευστικό «καθισματάκι» για μωρά, το οποίο φοριέται είτε μπροστά, στο στήθος, είτε στην πλάτη, είναι μια καλή επιλογή. Όσο το μωρό είναι μικρό θα πρέπει να κοιτάζει προς το στήθος του γονιού για να μπορεί να στηρίξει το κεφαλάκι του, ενώ μετά τους έξι μήνες, μπορεί να κοιτάζει προς τον έξω κόσμο. Το μειονέκτημα του συγκεκριμένου τύπου είναι ότι δεν βολεύει για θηλασμό, ενώ είναι αρκετά ογκώδης για ένα νεογέννητο και βαρύς για ένα μεγαλύτερο μωρό (Μπούλια, 2013).

Επίσης, οι γονείς μπορούν να επιλέξουν ένα **sling**, το οποίο ουσιαστικά είναι μία φαρδιά λωρίδα υφάσματος που φοριέται κατά μήκος του στήθους τους και πάνω από τον έναν ώμο, συνήθως έχει κάποια χοντρή επένδυση, σαν μαξιλαράκι για το μωρό, ενώ μπορεί να έχει και κάποιους κρίκους για καλύτερη εφαρμογή. Ο τύπος αυτός βολεύει πολύ κατά τον θηλασμό, τόσο το μωρό, όσο και τη μητέρα αφού «κρύβει» το στήθος της. Το μειονέκτημά του είναι ότι μία γυναίκα, ειδικά αν είναι μικρόσωμη, μπορεί να δυσκολευτεί να βολέψει όλο αυτό το ύφασμα, ενώ ο συγκεκριμένος τύπος δεν είναι ό,τι πιο αναπνευστικό για μωρά άνω των 5 κιλών.

Ένας ακόμα τύπος είναι το **wrap**, ο οποίος συνήθως φοριέται γύρω από το σώμα και περνά πάνω από τους δύο ώμους, ενώ έχει το πλεονέκτημα ότι μπορεί να τυλιχτεί με διάφορους σχηματισμούς και να προσαρμοστεί εύκολα, απλά και μόνο τραβώντας το ύφασμα. Επίσης, όπως το sling έτσι και το wrap κάνει τον θηλασμό παιχνιδάκι, όμως μπορεί να είναι εξίσου πολύπλοκο στο να φορεθεί και άβολο καθώς το μωρό βαραίνει.

Προδιαγραφές ασφαλείας: Θα πρέπει να δωθεί ιδιαίτερη προσοχή στην επιλογή ενός μάρσιπου, ώστε να υπάρξει άνεση όσον αφορά τον γονέα αλλά και την ασφάλεια του μωρού του. Οι γονείς θα πρέπει να λάβουν υπόψιν τα παρακάτω μέτρα ασφαλείας πριν την αγορά του:

- ✓ Ευελιξία: Όταν πρόκειται για νεογνό θα πρέπει να διαλέξουν ένα sling, ενώ όταν μεγαλώσει ένα κλασικό μάρσιπο ώστε να ανταποκρίνεται σε κάθε στάδιο ανάπτυξης;
- ✓ Άνεση: Κατά την αγορά του μάρσιπο οι γονείς, θα πρέπει να έχουν και το μωρό μαζί τους για να επιλέξουν το ιδανικό που να βολεύει, να μοιράζει ομοιόμορφα το βάρος του μωρού στο σώμα τους και να εφαρμόζει καλά πάνω τους. Εξίσου άνετο πρέπει να είναι και για το μωρό τους, ώστε να μην πιέζεται και κυρίως πρέπει να μπορεί να αναπνέει ελεύθερα. Επίσης, η ευκολία στη χρήση είναι ένας βασικός κανόνας επιλογής ενός μάρσιπου.
- ✓ Σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να εμποδίζονται οι αεραγωγοί του μωρού, το πρόσωπό του να μην καλύπτεται από τον μάρσιπο, ενώ η οπτική επαφή για την επίβλεψη του μωρού είναι απαραίτητη.
- ✓ Προσοχή μετά τον θηλασμό: Αν η μητέρα θηλάσει το μωρό της μέσα στον μάρσιπο, χρειάζεται να το μετακινήσει μόλις τελειώσει τη διαδικασία αυτή, έτσι ώστε το κεφάλι του να κοιτάζει προς τα πάνω και να μην εμποδίζεται είτε από το σώμα της είτε από τον μάρσιπο.
- ✓ Όταν ο γονέας θελήσει να σκύψει με το μωρό στο μάρσιπο, θα πρέπει να λυγίσει τα γόνατα και όχι τη μέση, διότι υπάρχει φόβος να γλιστρήσει το μωρό προς τα έξω και ο γονέας να κινδυνεύσει να τραυματίσει τη μέση του
- ✓ Απαραίτητη είναι οι συχνοί έλεγχοι, ώστε οι γονείς να σιγουρευτούν ότι το μωρό τους κάθεται καλά και με ασφάλεια.
- ✓ Έλεγχος θα πρέπει να γίνεται ανά διαστήματα και στο μάρσιπο για τυχόν σκισίματα ή φθορές και αν τα λουριά του σφίγγουν κανονικά.
- ✓ Σύμφωνα με τον παιδίατρο της Mayo Clinic Jay L. Hoecker, οι γονείς θα πρέπει να δείξουν προσοχή και να αποφύγουν να χρησιμοποιούν μάρσιπο αν το μωρό τους είναι πρόωρο ή γεννήθηκε με χαμηλό βάρος (π.χ. λιγότερο από 2,5 κιλά), καθώς και αν παρουσιάζει αναπνευστικά προβλήματα (π.χ. επειδή έχει κρυώσει), γιατί η πίεση που ενδεχομένως δέχεται στο στήθος του μπορεί να το κάνει να ασφυκτιά (Μπούλια, 2013).

Πιπίλες: Πολλοί είναι οι γονείς που τρέφουν έντονη επιφύλαξη για την χρήση πιπίλας, είτε γιατί δυσανασχετούν στην ιδέα κατευνασμού ενός βρέφους με κάποιο αντικείμενο, είτε γιατί εσφαλμένα πιστεύουν ότι μπορεί να είναι βλαπτική για το παιδί τους (Αμερικάνικη Παιδιατρική Ακαδημία, 2000). Επίσης φοβούνται το ενδεχόμενο μολύνσεων στο στόμα (ειδικά μυκητιάσεις) και παραμορφώσεων στον ουρανίσκο και στα δόντια. Όσον αφορά την μυκητίαση, εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα και στα παιδιά που χρησιμοποιούν πιπίλα και σε εκείνα που δεν το κάνουν. Αν η πιπίλα καθαρίζεται και πλένεται τακτικά δεν υπάρχει κίνδυνος μόλυνσης. Είναι οι ίδιοι οι οδοντίατροι που δεν επιβεβαιώνουν τους φόβους για τις βλαβερές συνέπειες της πιπίλας στα δόντια. Για το οδοντικό τόξο ο κίνδυνος παραμόρφωσης υπάρχει, αν η πιπίλα δεν είναι η κατάλληλη. Αξίζει να τονιστεί ότι οι πιπίλες δεν δημιουργούν κανένα ιατρικό ή ψυχολογικό πρόβλημα στα βρέφη και μέχρι τώρα κανένα από τα προβλήματα αυτά δεν έχει επιβεβαιωθεί στην πραγματικότητα.

Από την άλλη πλήθος υποστηρικτών ισχυρίζονται ότι η χρήση πιπίλας βοηθά τα παιδιά να ηρεμήσουν και να κοιμηθούν, και επιπλέον βοηθά στην νευρολογική ωρίμανση των πρόωρων βρεφών. Σε οποιαδήποτε κατάσταση έντασης (από τον εμβολιασμό ως την ώρα του ύπνου και την απομάκρυνση από τη μαμά), τα βρέφη θα ηρεμήσουν γρηγορότερα αν έχουν κοντά τους την πιπίλα (Αμερικάνικη Παιδιατρική Ακαδημία, 2002).

Υπάρχουν πιπίλες πολλών ειδών και για όλες τις ηλικίες, ειδικά σχεδιασμένες για το σχήμα του στόματός του και για να ανταποκρίνονται καλύτερα στις ανάγκες του μωρού. Η αποστείρωση της πιπίλας, κυρίως τους πρώτους έξι μήνες που το ανοσοποιητικό σύστημα του μωρού δεν είναι πλήρως ανεπτυγμένο, είναι απαραίτητη για την αποφυγή της έκθεσής του σε μικρόβια. Η πιπίλες χάνονται με μεγάλη ευκολία, δεν αποτελεί όμως λύση, σε καμία περίπτωση, οι γονείς να την κρεμάσουν με κορδέλα γύρω από το λαιμό του μωρού, διότι κάτι τέτοιο μπορεί να παρεμποδίσει την αναπνοή του ή να προκαλέσει πνιγμό. Επίσης, για λόγους ασφαλείας, δεν θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν οι θηλές ενός μπιμπερό αντί για πιπίλες, έχουν σημειωθεί αρκετές περιπτώσεις εισρόφησης θηλής από τα βρέφη και πνιγμού. Τέλος, είναι βασικό η χρήση της πιπίλας να γίνεται με μέτρο πάντα και ποτέ να μην

επιβληθεί από τους γονείς για να καθυσυχάσουν το βρέφος, σε περιπτώσεις έντονου κλάματος ή αϋπνίας.

4.8. ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Ο θηλασμός είναι μια φυσική δραστηριότητα και το μητρικό γάλα αποτελεί αδιαμφισβήτητη την ιδανική φυσική τροφή για τα μωρά, αφού είναι φτιαγμένο για να ανταποκριθεί στις ανάγκες του ανθρώπου. Παρέχει όλες τις βιταμίνες, πρωτεΐνες, λίπη, υδατάνθρακες, ιχνοστοιχεία και άλατα που χρειάζονται τα βρέφη, ενώ παράλληλα ενισχύει το ανοσοποιητικό τους σύστημα και τη νευροαναπτυξιακή τους εξέλιξη. Η σύσταση του μητρικού γάλακτος αλλάζει συνεχώς κατά τη διάρκεια της ημέρας και μέσα στους επόμενους μήνες, για την καλύτερη προσαρμογή στις ανάγκες του μωρού. Ο αποκλειστικός θηλασμός συστήνεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως ο ιδανικός και απαραίτητος τρόπος σίτισης για τους πρώτους έξι μήνες της ζωής (Αντωνιάδου-Κουμάτου & Σοφιανού, 2015)

3.8.1. Παραγωγή Μητρικού Γάλακτος

Αμέσως μετά τον τοκετό και την αποβολή του πλακούντα απελευθερώνονται στον οργανισμό της γυναίκας δυο ορμόνες, η προλακτίνη και η οξυτοκίνη. Οι ορμόνες αυτές παράγονται στην υπόφυση, έναν αδένα που βρίσκεται στον εγκέφαλο. Την εντολή όμως για το ξεκίνημα της παραγωγής του γάλακτος τη δίνει το ίδιο το μωρό με το θηλασμό.

Η προλακτίνη ή «ορμόνη της μητρότητας» απελευθερώνεται στον οργανισμό σας κάθε φορά που θηλάζετε, «διατάζοντας» το στήθος να παράγει αρκετό γάλα για τον επόμενο θηλασμό.

Η οξυτοκίνη ή «ορμόνη της αγάπης», βοηθά στην απελευθέρωση του γάλακτος, όταν το μωρό θηλάζει ενώ εκκρίνεται ακόμα και στο άκουσμα του κλάματος του μωρού. Επίσης είναι η ορμόνη που εντείνει το συναίσθημα της αγάπης και στοργής προς το παιδί σας.

Το πύαρ είναι το πρώτο γάλα που παίρνει το νεογέννητο. Είναι αυτές οι πρώτες σταγόνες, με κίτρινο χρώμα και πιο πυκνή υφή, που περιέχονται στο μαστό της γυναίκας και εκκρίνονται τα πρώτα εικοσιτετράωρα από τη γέννηση. Η ποσότητα του είναι μικρή, αλλά η αξία του μοναδική γιατί είναι

πλούσιο σε λευκώματα, άλατα και βιταμίνες ενώ περιέχει και πολλά αντισώματα, ουσίες που κάνουν τα μωρά ανθεκτικά στις λοιμώξεις.

Την τρίτη μέρα περίπου από τη γέννηση του μωρού η σύσταση του γάλακτος διαφοροποιείται. Γίνεται λεπτόρρευστη και το χρώμα πιο διάφανο και περιέχει σε μοναδική αναλογία λευκώματα, λίπη, υδατάνθρακες, άλατα, βιταμίνες, ιχνοστοιχεία και αντισώματα. Αυτή η μοναδική περιεκτικότητά του είναι που το εδραιώνει ως αναντικατάστατη τροφή για το νεογέννητο.

3.8.2. Πλεοντεκτήματα μητρικού γάλακτος

Είναι σημαντικό παρά τις τεχνολογικές και ιατρικές εξελίξεις να παραμείνουμε πιστοί σε κάποιες αναντικατάστατες αξίες όπως είναι ο μητρικός θηλασμός. Ένα θεμελιωμένο «δικαίωμα» για κάθε νεογνό και κάθε μητέρα. Είναι γνωστό βέβαια ότι ο μητρικός θηλασμός αποτελεί τη συνέχεια αυτής της φυσικής σχέσης που έχει αναπτυχθεί μεταξύ μητέρας και νεογνού από τότε που εκείνο βρισκόταν στην κοιλιά της και θα ενισχύσει ακόμα περισσότερο τον ψυχικό δεσμό ανάμεσα τους, στη συνέχεια της κοινής τους ζωής (<http://www.reamaternity.gr/page.aspx?id=1039>). Ουσιαστικά, η ψυχική ανάπτυξη του βρέφους επηρεάζεται από το θηλασμό, ενώ, σύμφωνα με έρευνες, ο θηλασμός του βρέφους για έξι και περισσότερους μήνες σχετίζεται θετικά με την ψυχική του υγεία τόσο κατά τη βρεφική ηλικία όσο και στην ενήλικη ζωή του (Oddy et.al., 2010).

Ο συνεχιζόμενος μητρικός θηλασμός προσφέρει συναισθηματική ασφάλεια στο παιδί, δίνει περαιτέρω ώθηση στην ψυχοκινητική του ανάπτυξη, δημιουργεί παιδιά περισσότερο ασφαλή και ανεξάρτητα σε βάθος χρόνου,(Παπαβέντσης, 2011) ενώ, σύμφωνα με έρευνες, αυξάνει τις πιθανότητες για ανοδική πορεία στην κοινωνία.

Για τα πρόωρα βρέφη, τα οφέλη είναι επίσης σημαντικά και αφορούν στα θρεπτικά και τα ανοσολογικά στοιχεία τα οποία προσφέρει το μητρικό γάλα, καθώς και στη συμβολή του μητρικού θηλασμού στην ψυχολογική και τη νευρολογική ανάπτυξή τους (Γάκη, κ.ά., 2009).

Κατά τη διάρκεια του θηλασμού, το νεογέννητο λαμβάνει πολύτιμες ουσίες για τη θρέψη του και δέχεται πάρα πολλά ερεθίσματα. Έρχεται σε στενή επαφή με το δέρμα και τη ζεστασιά της αγκαλιάς της μητέρας του, μυρίζει το μαστό της μητέρας του, μπορεί να χαϊδεύει το μαστό της μητέρας του, ακούει

τους παλμούς της καρδιάς της και κοιτάζει τη μητέρα του στα μάτια. Επιπλέον, έρευνες και παρατηρήσεις έχουν δείξει ότι τα βρέφη που έχουν συνεχή ή μεγάλη σωματική επαφή με τη μητέρα τους ή όποιον την υποκαθιστά, όχι μόνο σωματικά αλλά και κινητικά ή νοητικά αναπτύσσονται ταχύτερα. Ακόμη, έχειδειχθεί ότι οι οικογενειακές και οι κοινωνικές σχέσεις, καθώς και η συνεχής λεκτική επικοινωνία, βοηθούν τα βρέφη να αναπτυχθούν ταχύτερα και ομαλότερα. Ένας ακόμη πολύ σημαντικός λόγος είναι η ανάπτυξη της συναισθηματικής σχέσης ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί της, η οποία αρχίζει από το πρώτο βλέμμα που ανταλλάσσουν αμέσως μετά τον τοκετό και με πρότυπο τη συγκεκριμένη σχέση θα αναπτυχθεί ολόκληρος ο συναισθηματικός κόσμος του παιδιού. Η μητέρα που θηλάζει αισθάνεται ολοκληρωμένη ως γυναίκα, βοηθώντας το παιδί της να μεγαλώσει σωστά. Χρειάζεται απρόσκοπτη επαφή με το βρέφος, καθώς η ισχυρή σύνδεση των γονέων με το μωρό ενισχύεται από το θηλασμό.

Τα ευρήματα των σχετικών μελετών υποστηρίζουν την ύπαρξη μιας ευαίσθητης περιόδου στις πρώτες ώρες της ζωής, κατά τη διάρκεια της οποίας η στενή επαφή μητέρας και παιδιού μπορεί να επιφέρει μακροπρόθεσμες θετικές επιδράσεις στο δέσιμό τους (Παπαβέντσης, 2011). Η σωματική επαφή και ο θηλασμός αμέσως μετά τον τοκετό είναι σημαντικά, γιατί εκτός από τους άλλους λόγους, που σχετίζονται με τη σωματική υγεία του νεογέννητου, το βρέφος εμφανίζει λιγότερο άγχος, είναι περισσότερο ήρεμο, ενώ η αναπνευστική και η καρδιακή του λειτουργία είναι πιο σταθερές (UNICEF, 2007).

Η μελατονίνη, μια ορμόνη που εκκρίνεται από την υπόφυση, διαδραματίζει κυρίαρχο ρόλο στη ρύθμιση του ύπνου, καθώς αποτελεί το φυσικό υπνωτικό του σώματός μας. Μελέτες δείχνουν ότι τα επίπεδα μελατονίνης στο μητρικό γάλα αυξάνονται σημαντικά κατά τις βραδινές και τις νυκτερινές ώρες, με εμφανές αποτέλεσμα την ηρεμία του βρέφους μέσα από το θηλασμό. Οι ενδορφίνες είναι ορμόνες που επίσης παράγονται στον εγκέφαλο της μητέρας. Φθάνουν στο βρέφος μέσα από το μητρικό γάλα και ασκούν αναλγητική και κατασταλτική δράση. Συγκεκριμένα νουκλεοτίδια που περιέχονται στο μητρικό γάλα και έχουν βρεθεί να ασκούν υπνωτική δράση αυξάνονται στο μητρικό γάλα κατά τις νυκτερινές ώρες (Παπαβέντσης, 2011).

Το ανθρώπινο γάλα περιέχει επίσης σε μεγάλη ποσότητα παράγοντες, όπως το σιαλικό οξύ, που επιταχύνουν την ανάπτυξη του εγκεφάλου και αυξάνουν το δείκτη νοημοσύνης του παιδιού. Επίσης, το ανθρώπινο γάλα περιέχει πολλή λακτόζη, η οποία είναι το απαραίτητο καύσιμο για τον εγκέφαλο των βρεφών, αλλά και τεράστια ποσά ωφέλιμων λιπαρών και χοληστερίνης που προάγουν την ανάπτυξη (Παπαβέντσης, 2011).

Το μητρικό γάλα περιέχει ακριβώς τα θρεπτικά συστατικά σε σωστή ποσότητα και αναλογία που χρειάζεται το μωρό σας. Επιπλέον, τα λιπαρά οξέα και οι πρωτεΐνες που παίζουν πρωταρχικό ρόλο στο σχηματισμό των κυττάρων, βρίσκονται στο μητρικό γάλα στην πιο εύπεπτη μορφή τους. Τα αντισώματα που περιέχει θα θωρακίσουν το μωρό ενάντια στις ασθένειες που είναι πολύ πιθανό να αντιμετωπίσει τους πρώτους μήνες της ζωής του. Μάλιστα, πολλές στοματικές διαταραχές και αλλεργίες μπορούν ακόμη να αποφευχθούν. Είναι γνωστό τέλος, πως τα μωρά που θηλάζουν παρουσιάζουν πολύ σπανιότερα προβλήματα πέψης από τα μωρά που τρέφονται με ξένο γάλα (<http://www.paidiatros.com/neogennito-vrefos/thilasmos/the-miracle-of-breastfeeding>).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, ο μητρικός θηλασμός είναι ο μοναδικός φυσικός τρόπος διατροφής ενός βρέφους και θα πρέπει να προστατεύεται και να προωθείται σε όλες τις χώρες. Τα τελευταία χρόνια, οι έρευνες για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού έχουν διευρυνθεί και δεν περιορίζονται μόνο σε εκείνες που αναδεικνύουν τις επιδράσεις του στη σωματική ανάπτυξη των βρεφών. Αρχίζουν πλέον μέσα από συστηματικές έρευνες και μελέτες να διαφαίνονται τα οφέλη του μητρικού θηλασμού και οι θετικές επιδράσεις του σε όλα τα επίπεδα, ενώ μελέτες αρκετών ετών αναδεικνύουν τη σπουδαιότητα του μητρικού θηλασμού στην ψυχροσυναισθηματική ανάπτυξη του βρέφους, γεγονός εξαιρετικά σημαντικό, αφού σύμφωνα με τα αποτελέσματα των εν λόγω ερευνών επηρεάζει τη μετέπειτα πορεία του κατά την παιδική, αλλά και την ενήλικη ζωή του. Παρά το γεγονός όμως ότι υπάρχουν πολλά τεκμηριωμένα οφέλη του μητρικού θηλασμού, σε παγκόσμιο επίπεδο μόνο το 39% των παιδιών ηλικίας στην άσκηση αυτής της πρακτικής, αλλά και να προσφέρουν εξειδικευμένα εκπαιδευτικά σεμινάρια στους επαγγελματίες υγείας. Ήδη, δύο νοσοκομεία έχουν ανακηρυχθεί από τη UNICEF ως «φιλικά προς τα βρέφη», που σημαίνει ότι τηρούν τα 10 βήματα για το μητρικό

θηλασμό, τα οποία θεσπίστηκαν από τον ΠΟΥ και τη UNICEF (UNICEF, 2013).

Ο μητρικός θηλασμός έχει και πολλά οφέλη και για την ίδια τη μητέρα αφού:

- Ο θηλασμός αναστέλλει την ωορρηξία (οι ωοθήκες της γυναίκας δεν παράγουν ωάρια). Η πιθανότητα να μείνει έγκυος μια γυναίκα κατά την διάρκεια του θηλασμού είναι πολύ μικρή.
- Τις βραδινές ώρες είναι πολύ πιο εύκολος ο θηλασμός του μωρού παρά να σηκωθεί κανείς από το κρεβάτι να ετοιμάσει το μπιμπερό για το μωρό.
- Η λεχώνια αποβάλλει το βάρος που έβαλε κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης λόγω μιας ορμόνης, της ωκυτοκίνης, που παράγεται για να βοηθήσει την μήτρα να αποκτήσει το αρχικό της μέγεθος.
- Ο θηλασμός δεν επηρεάζει το μέγεθος του στήθους.
- Βοηθά στην παλινδρόμηση της μήτρας μετά τον τοκετό.
- Προστατεύει από τον καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών.
- Είναι φθινό και πάντα διαθέσιμο.
- Είναι στην κατάλληλη θερμοκρασία και δεν χρειάζεται καμία ετοιμασία .
- Προστατεύει από την οστεοπόρωση (οι γυναίκες που έχουν θηλάσει προσβάλλονται σε μεγαλύτερη ηλικία και σπανιότερα).
- Ενισχύει την αυτοπεποίθησή τους.
- Βοηθά στην ευκολότερη απώλεια του περιττού βάρους (<http://www.paidiatros.com/neogennito-vrefos/thilasmos/breastfeeding>)

Είναι εξαιρετικά σημαντική, λοιπόν, η εκπαίδευση από οργανωμένες ομάδες εξειδικευμένων επαγγελματιών υγείας των εγκύων, των μητέρων και του υποστηρικτικού τους περιβάλλοντος, τόσο κατά την παραμονή τους στα μαιευτήρια όσο και μετά την έξοδό τους από αυτά, αλλά και η υποστήριξη και η προώθηση του μητρικού θηλασμού ήδη από την παιδική και την εφηβική ηλικία, για την αλλαγή νοοτροπίας και την προσπάθεια αλλαγής κουλτούρας της κοινωνίας προς τον αποκλειστικό θηλασμό, καθώς τα οφέλη που προκύπτουν από αυτόν είναι μακροπρόθεσμα και αφορούν τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική υγεία των βρεφών (Χαραμή, κ.ά., 2015)

3.8.3. Συμβουλές για επιτυχή θηλασμό

- Άμεση έναρξη του θηλασμού, ακόμη και αμέσως μετά τον τοκετό.
- Οι θηλές πριν το θηλασμό, πρέπει να πλένονται μόνο με λίγο νερό. Αποφεύγετε τελείως τη χρήση σαπουνιού ή οινόπνεύματος στο στήθος για να μην αφυδατωθεί η θηλή. Σαπουνι και νερό χρησιμοποιείτε μόνο μια φορά την ημέρα κατά τη διάρκεια του μπάνιου καθαριότητας.
- Χρήση κατάλληλου σουτιέν κατά την περίοδο θηλασμού, το οποίο θα συγκρατεί το στήθος σας, χωρίς να το πιέζει , ενώ φροντίστε να διατηρείτε τις θηλές σας στεγνές και καθαρές .
- Σωστή και αναπνευστική θέση θηλασμού. Για να το πετύχετε αυτό, κρατάτε το στήθος σας με το ένα χέρι και με το άλλο τον αυχένα ή την πλάτη του μωρού σας. Δε δίνετε το στήθος στο μωρό, αλλά φέρνετε το κεφαλάκι του μωρού προς το στήθος σας, ώστε το μάγουλό του, να αγγίζει το μαστό σας. Όταν θηλή και ανοικτό στόμα του μωρού είναι στην ίδια γραμμή, σπρώχνετε ελαφρά το κεφαλάκι του με σκοπό να αρπάξει όχι μόνο τη θηλή αλλά και μεγάλο μέρος θηλαίας άλου (η σκούρα περιοχή γύρω από τη θηλή). Κατά τη διάρκεια του θηλασμού μπορείτε να είστε είτε καθιστή, χρησιμοποιώντας μαξιλάρια στα πόδια σας , ή ανασηκώνοντας το ένα σας γόνατο για να στηρίξετε το σώμα του είτε μπορείτε να είστε σε πλάγια ξαπλωμένη θέση με το μωρό αντικριστά στο στήθος γυρισμένο στο πλάι (η θέση αυτή εξυπηρετεί ιδιαίτερα τις γυναίκες που έχουν κάνει καισαρική τομή).
- Η απομάκρυνση του μωρού από το στήθος πρέπει να γίνεται, βάζοντας το δάκτυλό σας στο στόμα του νεογνού και ποτέ τραβώντας το από το στήθος, γιατί αυτό θα τραυματίσει τις θηλές.
- Σε περίπτωση τραυματισμού της θηλής, δε διακόπτετε το θηλασμό. Τραυματισμένες θηλές ή πόνος κατά τη διάρκεια του θηλασμού, σημαίνει λανθασμένη τεχνική. Στην περίπτωση αυτή βγάλτε το μωρό από το στήθος και προσπαθήστε να το τοποθετήσετε ξανά έως ότου να πετύχετε τη σωστότερη θέση και στάση ή ζητήστε βοήθεια από έμπειρο και ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό.

- Σε περίπτωση αιμορραγίας, επειδή το μωρό σε περίπτωση που καταπιεί αίμα κάνει εμετό μπορεί να γίνει διακοπή 1 - 2 θηλασμών, σε συνεννόηση με τον παιδίατρο.
- Σε περίπτωση πυρετού από αποδεδειγμένη ίωση (συνάχι κλπ) δε διακόπτουμε το θηλασμό. Η ίωση αν μεταδοθεί, θα μεταδοθεί από τα χνώτα σας, γι' αυτό συνιστάται η χρήση μάσκας, να ασχολείστε λίγο με το μωρό και να συνεχίσετε με το θηλασμό.
- Σε περίπτωση πόνου, υπερφόρτωσης, άσηπτης μαστίτιδας με λίγο πυρετό (γαλακτοφορίτιδα) επίσης δε διακόπτετε το θηλασμό. Ίσα ίσα που ο θηλασμός θα σας βοηθήσει στη λύση του προβλήματος. Σε περίπτωση φλεγμονώδους μαστίτιδας απευθυνθείτε στο θεράποντα ιατρό σας.
- Μη βάζετε στις ερεθισμένες θηλές ουσίες που τις ξηραίνουν. Αν δεν γίνει καινούριο τραύμα, το παλιό θα επουλωθεί μόνο του. Μην ξεπλένετε τις θηλές σας μετά το θηλασμό, γιατί το γάλα σας με τις ουσίες που περιέχει δρα απολυμαντικά, ενώ το σάλιο του μωρού σας περιέχει ένζυμα που επιταχύνουν την επούλωση των πληγών. Εάν επιθυμείτε, χρησιμοποιείτε μια κρέμα λανολίνης που συχνά προσφέρει ανακούφιση.
- Να θυμάστε πάντα ότι ο μητρικός θηλασμός είναι απεριόριστος και ελεύθερος. Είναι αναμενόμενο τις πρώτες μέρες τα γεύματα του μωρού σας να είναι ακατάστατα και να προβληματίζετε ή να αναρωτιέστε αν το μωρό σας είναι χορτάτο ή τι πρέπει να κάνετε όταν σε σύντομο χρονικό διάστημα ξανακλάψει. Η απάντηση είναι μία: βάλτε το στο στήθος σας όσες φορές το ζητάει και αποφύγετε να δώσετε συμπλήρωμα γάλακτος ή άλλα υγρά.
- Στην αρχή ίσως χρειαστεί να θηλάζετε και από τους δύο μαστούς σε κάθε γεύμα, ενώ όσο περνούν οι μέρες και η ποσότητα του γάλακτος αυξάνεται, θα είναι αρκετό το μωρό σας να θηλάζει μόνο από τη μία πλευρά κάθε φορά.
- Σε περίπτωση υπερφόρτωσης των μαστών (ιδιαίτερα το 3ο - 4ο εικοσιτετράωρο) κάντε πριν το θηλασμό ένα ελαφρύ μασάζ, ώστε να μπορέσει το μωρό να θηλάσει ευκολότερα. Ενώ μετά τον θηλασμό, εάν αισθάνεστε ακόμη το στήθος σας βαρύ, επαναλάβετε το μασάζ με σκοπό να αφαιρέσετε το γάλα που έχει παραμείνει στο στήθος σας.

- Στις εισέχουσες ή επίπεδες θηλές θα πρέπει να ξεκινήσετε την προετοιμασία τους για το μητρικό θηλασμό ήδη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Πάντως σε καμία περίπτωση μην απογοητεύεστε. Εκτός από ακραίες περιπτώσεις, κάθε γυναίκα μπορεί να θηλάσει το παιδί της.

Σε κάθε περίπτωση και σε οποιοδήποτε πρόβλημα που πιθανόν αντιμετωπίσετε, το σημαντικότερο όλων είναι να μην απογοητευτείτε. Αναζητήστε βοήθεια και υποστήριξη και σιγά-σιγά όλα τα εμπόδια με επιμονή και υπομονή θα ξεπεραστούν. Οι πρώτες έξι εβδομάδες είναι εβδομάδες προσαρμογής τόσο για εσάς όσο και για το μωρό σας.

3.8.4. Συχνότητα και ποσότητα γευμάτων

Τα περισσότερα μωρά 3-4 ημέρες μετά τη γέννησή τους παρουσιάζουν μικρότερο βάρος από αυτό που είχαν μόλις γεννήθηκαν. Πρόκειται για μια φυσιολογική μείωση που συνήθως υπερκαλύπτεται μέσα στις επόμενες 1-2 εβδομάδες. Ένα υγιές μωρό που θηλάζει, στην πραγματικότητα δε, χρειάζεται άλλη τροφή (ούτε καν νερό, αφεψήματα ή επιπλέον γάλα) για τους πρώτους έξι μήνες.

Μέρα με την μέρα, που η σχέση και η επαφή με το μωρό θα γίνεται όλο και πιο στενή, θα νιώθετε και θα καταλαβαίνετε από μόνη σας πόση ώρα και κάθε πότε χρειάζεται να θηλάζετε. Είναι προφανές πως οι ημερήσιες σε γεύματα διαφέρουν από μωρό σε μωρό. Γενικά, τα πρώτα πέντε λεπτά το μωρό παίρνει το 80% της τροφής του ενώ αν θέλει να συνεχίσει να θηλάζει για περισσότερο από δέκα λεπτά, μάλλον πλέον απολαμβάνει το πιπίλισμα, θέλει να παίξει ή απλώς νιώθει όμορφα που βρίσκεται εκεί. Είναι πλέον σημαντικό να μάθετε να ερμηνεύετε τις κινήσεις και τις αντιδράσεις του μωρού σας και βεβαίως να είστε ευχαριστημένη με το ρυθμό που οι δύο σας θα βρείτε.

Εάν το μωρό σας τρώει τακτικά και χρειάζεται λιγότερο από 1-2 ώρες μεταξύ κάθε γεύματος ή αν αντιθέτως του αρκούν λιγότερα από έξι γεύματα την ημέρα καλό θα ήταν να συζητήσετε το θέμα με το γιατρό σας. Σε περιόδους που το μωρό αναπτύσσεται πολύ οι θρεπτικές του ανάγκες μεγαλώνουν. Ο συχνότερος θηλασμός θα του εξασφαλίσει έτσι περισσότερη τροφή ενώ θα «εξαναγκάσει» και το στήθος σας να παράγει περισσότερο γάλα. Είναι πιθανό και φυσικό να υπάρξουν κάποιες ημέρες που θα νιώθετε πως δεν έχετε πολύ γάλα, ιδιαίτερα αν το μωρό δείχνει ανήσυχο. Εξετάστε το

ενδεχόμενο το μωρό σας να μην τραβάει σωστά το γάλα και να είστε βέβαιες πως όσο περισσότερο γάλα αφαιρεί το μωρό από το στήθος σας, τόσο περισσότερο γάλα θα παράγετε. Μην επιχειρήσετε να εξοικονομήσετε γάλα παραλείποντας ένα γεύμα από το στήθος σας γιατί τότε το μόνο που θα καταφέρετε είναι να μην ενεργοποιήσετε τον μηχανισμό έκκρισης (<http://www.paidiatros.com/neogennito-vrefos/thilasmos/the-miracle-of-breastfeeding>)

3.8.5. Ξένο γάλα

Εφόσον για οποιονδήποτε λόγο δεν είναι εφικτό η μητέρα να θηλάσει το μωρό της, θα πρέπει να ακολουθήσει πιστά τις συμβουλές του γιατρού της για την τεχνητή διατροφή του. Η σχολαστική αποστήρωση του μπιμπερό και των υπολοίπων σκευών που χρησιμοποιείτε όπως τα κουταλάκια, τις μεζούρες κτλ, θεωρείται απαραίτητη. Χρειάζονται βράσιμο για 20 λεπτά μέσα στον ειδικό βραστήρα ή μέσα σε μια κατσαρόλα γεμάτη με νερό. Πριν δώσετε το γάλα, λέγξτε τη θερμοκρασία του στάζοντας μερικές σταγόνες στην εσωτερική πλευρά του χεριού, κοντά στον καρπό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΛΟΧΕΙΑ



Εικόνα 10: Περίοδος λοχείας

Αμέσως μετά τον τοκετό, στο γυναικείο σώμα συμβαίνει μια σειρά από μεταβολές, απότομες και αιφνιδιαστικές, όπως αυτές που αντιμετώπιζε στην αρχή της εγκυμοσύνης της. Ο πρωταρχικός ρόλος αυτού του κεφαλαίου είναι να παρουσιαστεί το εύρος των περιγεννητικών καταθλιπτικών και των αγχώδων διαταραχών, που αντιμετωπίζει μια γυναίκα μετά τον τοκετό, οι οποίες δεν έχουν λάβει ούτε από το ευρύ κοινό, ούτε από το επιστημονικό κοινό την δέουσα προσοχή. Θα ήταν ευκαίριο να υπάρξει μεγαλύτερη ενασχόληση με αυτά τα σημαντικά θέματα εκ μέρους των νοσηλευτών και των γυναικολόγων-μαιευτήρων, καθώς αυτοί αποτελούν τον πρώτο (και πολλές φορές τον τελευταίο) σταθμό στην εγκυμοσύνη μιας γυναίκας και θα μπορούσαν να συμβάλλουν καθοριστικά στην ανίχνευση, στην πρόληψη, στη διάγνωση και στην άμεση παραπομπή για αντιμετώπιση της ψυχοπαθολογίας και σε θεραπεία εντός αυτού του πλαισίου. Παρουσιάζει επίκαιρα ζητήματα και θέματα που αφορούν μεταξύ άλλων την ψυχική υγεία της γυναίκας, τις διιστάμενες απόψεις για την φαρμακοθεραπεία στην περιγεννητική περίοδο και τον ρόλο του νοσηλευτή. Η ανάλυση των παραγόντων κατέχει κύρια θέση στο κεφάλαιο αυτό, για να αναδειχθεί το ευρύ φάσμα της αιτιολογίας της περιγεννητικής κατάθλιψης και του περιγεννητικού άγχους και στρες, αλλά και για να υπογραμμιστεί η σημαντικότητά της κατά την διαδικασία εύρεσης μιας κατάλληλης εξατομικευμένης αντιμετώπισης - θεραπείας. Τέλος, πρέπει να διερευνηθούν, για να διαπιστωθούν οι παράγοντες που προωθούν μια καταθλιπτική και αγχώδη διάθεση, οι θεραπείες καθώς και οι στρατηγικές αντιμετώπισης που μπορεί να είναι αποτελεσματικές για τις έγκυες.

4.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Λοχεία: Η ρίζα της λέξης, λεχ-, με βασική σημασία «κείμαι, ξαπλώνω», φανερώνει και το κύριο χαρακτηριστικό αυτής της περιόδου. Μιας περιόδου, 40 περίπου ημερών, που χρειάζεται ο οργανισμός για να ξεκουραστεί και να επανακάμψει σταδιακά στην κατάσταση που ήταν πριν την εγκυμοσύνη. Είναι μια μεταβατική περίοδος, όπου συντελούνται πολλές μεταβολές, παρόμοιες μ' εκείνες στην αρχή της εγκυμοσύνης, με πιο χαρακτηριστικές αυτές στα γεννητικά όργανα (<http://www.all4mama.gr/λοχεία/>).

Η απότομη μείωση του βάρους, η εξαφάνιση της κοιλιάς, τα τραντάγματα στην πίεση του αίματος, οι αλλαγές στην παραγωγή των ορμονών, οι μεταβολές στο μέγεθος του στήθους, η συστολή της μήτρας, είναι διαδικασίες που πραγματοποιούνται στη συγκεκριμένη χρονική περίοδο, η οποία ολοκληρώνεται κατά μέσο όρο σε περίπου 6 εβδομάδες. Στόχος είναι να επιστρέψει το σώμα στην κατάσταση που ήταν πριν από την εγκυμοσύνη. Η περίοδος αυτή ονομάζεται «λοχεία». Κύριο χαρακτηριστικό αυτής της περιόδου είναι τα «λόχεια», κάποια ιδιαίτερα υγρά που εκκρίνονται από τον κόλπο. Τα λόχεια δημιουργούνται από το βλεννογόνο, δηλαδή το εσωτερικό τοίχωμα της μήτρας, που αποσπώνται και βαθμιαία αποβάλλονται. Η επιστροφή στο φυσιολογικό θα ολοκληρωθεί όταν και οι ωοθήκες θα αναλάβουν ξανά τις κυκλικές λειτουργίες τους και θα προκληθεί η πρώτη ωορρηξία. Τις πρώτες μέρες, αυτά τα υγρά θα είναι άφθονα και θα αποτελούνται σε μεγάλο βαθμό από αίμα. Είναι ένα απόλυτα φυσιολογικό φαινόμενο, το οποίο δεν θα πρέπει να σας ανησυχήσει. Από την τρίτη έως την όγδοη μέρα, η απώλεια του αίματος μειώνεται σταδιακά. Όσο περνάει ο καιρός, οι απώλειες μειώνονται όλο και περισσότερο και το αίμα ελαττώνεται μέχρι να εξαφανιστεί τελείως. Από τη 15η μέρα, τα υγρά γίνονται κιτρινωπά, και σιγά-σιγά ελαττώνονται μέχρι να σταματήσουν εντελώς (<http://www.imommy.gr/healthguide/article/397/loxeia--h-periodos-meta-ton-toketo/>).

4.2. ΣΩΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΛΟΧΕΙΑ

Εάν ο τοκετός γίνει φυσιολογικά, μετά από μία ώρα η λεχώνα μπορεί ελεύθερα να φάει και να πιεί οτιδήποτε. Σε περίπτωση όμως που επιθυμεί να θηλάσει, χρειάζεται να ξεκινήσει μια διατροφή πλούσια σε θερμίδες και

πρωτεΐνες. Διαφορετικά, μπορείτε να επιστρέψετε στις διατροφικές συνήθειες που είχε πριν από την εγκυμοσύνη. Η προσπάθεια για να χαθούν τα κιλά της εγκυμοσύνης -πάντα με ισορροπημένη διατροφή και ποτέ με εξαντλητικές δίαιτες- θα πρέπει ιδανικά να ξεκινήσει αφού έρθει η πρώτη έμμηνος ρύση μετά τον τοκετό. Ο λόγος είναι ότι μετά την πρώτη περίοδο θα μειωθεί η κατακράτηση υγρών, που οφειλόταν στις ορμονολογικές αλλαγές που συνέβησαν στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, και μόνο τότε θα μπορείτε να έχετε μια πραγματική «εικόνα» για το βάρος σας και για το πόσο απέχει από αυτό που θεωρείτε ιδανικό για το σώμα σας. Παράλληλα, είναι σκόπιμο να συνεχιστεί η λήψη συμπληρωμάτων σιδήρου για τρεις μήνες μετά τον τοκετό (<http://www.imommy.gr/healthguide/article/397/loxeia--h-periodos-meta-ton-toketo/>).

4.3. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΕΠΑΦΕΣ

Η ορμόνη που διευκολύνει τη σεξουαλική επαφή είναι τα οιστρογόνα, τα οποία βοηθούν στην ύγρανση του κόλπου. Η παραγωγή της μειώνεται στην εμμηνόπαυση, γι' αυτό και τότε οι γυναίκες συναντούν συχνά δυσκολία στην επαφή και βιώνουν πόνο κατά τη διάρκειά της. Η λοχεία μοιάζει πολύ με την εμμηνόπαυση σε ό,τι αφορά τα επίπεδα των οιστρογόνων. Γι' αυτό, οι λεχώνες διαπιστώνουν κολπική ξηρότητα, και συχνά η επαφή είναι επώδυνη και κατ' επέκταση δυσάρεστη. Η κατάσταση αυτή βελτιώνεται προοδευτικά και σχεδόν αποκαθίσταται δύο εβδομάδες μετά τον τοκετό. Έτσι, οι γυναικολόγοι συμβουλεύουν ότι οι ερωτικές επαφές μπορούν να αρχίσουν ξανά το νωρίτερο δύο εβδομάδες μετά τον τοκετό. Όποτε κι αν αποφασίσετε να κάνετε ξανά σεξ με το σύντροφό σας, είναι σημαντικό να επιλέξετε με προσοχή τη σωστή μέθοδο αντισύλληψης (<http://www.imommy.gr/healthguide/article/397/loxeia--h-periodos-meta-ton-toketo/>).

Ένα μωρό μπορεί να κάνει το περιβάλλον του σπιτιού πιο ευχάριστο, αλλά μειώνει και τις σωματικές δυνάμεις των γονιών. Μία από τις βασικότερες αιτίες της μειωμένης σεξουαλικής διάθεσης είναι η κούραση που αισθάνεται η μητέρα. Συνίσταται τις ώρες που το μωρό κοιμάται, η μητέρα να ξεκουράζεται και παράλληλα να προσπαθήσει να διατηρήσει την επαφή και την επικοινωνία με τον σύζυγό της (<https://gynaikologos.edu.gr/μαιευτικη/λοχεία/>).

Κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής ίσως να αισθανθείτε να τρέχει γάλα από το στήθος σας. Αυτό είναι φυσιολογικό και μπορεί να μην εμφανίζεται τόσο συχνά εάν πρώτα έχετε φροντίσει να θηλάσετε το μωρό σας. Ο κύκλος της περιόδου δεν θα αποκατασταθεί πλήρως όσο θηλάζετε. Βέβαια θα έχετε ωορρηξία πριν να σας εμφανιστεί περίοδος, γι' αυτό μην φανταστείτε ότι ο θηλασμός είναι μέθοδος αντισύλληψης. Πολλές γυναίκες θεωρούν ότι κατά τη διάρκεια του θηλασμού δεν μπορούν να μείνουν έγκυες, όμως η αλήθεια βρίσκεται κάπου στη μέση: Πράγματι, ο θηλασμός μπορεί να λειτουργήσει αντισυλληπτικά, μειώνοντας την πιθανότητα για ωορρηξία. Δεν την αποκλείει, όμως. Η ωορρηξία κατά μέσω όρο πραγματοποιείται τρεις εβδομάδες μετά τον τοκετό. Οπότε καλό θα ήταν το ζευγάρι να είναι καλά ενημερωμένο για αυτό και να λάβει τις κατάλληλες προφυλάξεις. Για τις γυναίκες που θηλάζουν, κατάλληλη αντισυλληπτική μέθοδος -εκτός από το προφυλακτικό- είναι τα χάπια που περιέχουν μόνο προγεστερόνη (progestin only-pill), γιατί δεν επηρεάζουν ούτε την ποσότητα, αλλά ούτε και την ποιότητα του γάλακτος. Αν θέλετε να πάρετε τα κοινά αντισυλληπτικά, δηλαδή αυτά που περιέχουν οιστρογόνα και προγεστερόνη, καλό θα ήταν να τα ξεκινήσετε τουλάχιστον έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό και εφόσον έχει «εγκατασταθεί» καλά ο θηλασμός και το μωρό παίρνει ικανοποιητικό βάρος. Τέλος, εάν επιλέξετε τη μέθοδο του ενδομητρίου σπειράματος, το κοινό λεγόμενο σπιράλ, πρέπει να ξέρετε ότι η τοποθέτησή του μπορεί να γίνει εφόσον περάσουν τρεις μήνες από τον τοκετό (<http://www.imommy.gr/healthguide/article/397/loxeia--h-periodos-meta-ton-toke-to/>).

4.3. ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ - ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ

Μια γυναίκα που έχει γεννήσει φυσιολογικά, μπορεί να επανέλθει στις δραστηριότητές της αρκετά σύντομα, σχεδόν άμεσα μετά τον τοκετό. Εάν, όμως, έχει γίνει καισαρική τομή, ο οργανισμός θα χρειαστεί περισσότερο χρόνο για να αποκατασταθεί πλήρως. Σε γενικές γραμμές, όμως, δύο εβδομάδες μετά τον τοκετό κάθε γυναίκα θεωρητικά μπορεί να γυρίσει στις δραστηριότητές της χωρίς κανένα πρόβλημα. Σε ό,τι αφορά τη γυμναστική, μετά το φυσιολογικό τοκετό μπορεί να ξεκινήσει άμεσα (ακόμη και μία εβδομάδα μετά), ενώ μετά από καισαρική μπορεί να ξεκινήσει περίπου στον ένα μήνα από τον τοκετό. Στην πραγματικότητα, ο κανόνας είναι ότι δεν

υπάρχει κανόνας. Κάθε γυναίκα έχει τους δικούς της ρυθμούς και τις δικές της ανάγκες, και αυτή καθορίζει πότε και αν μπορεί να επανέλθει πλήρως στις όποιες δραστηριότητές της (<http://www.imommy.gr/healthguide/article/397/loxeia--h-periodos-meta-ton-toketo/>).

4.4. ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

Μπορεί η μητρότητα να αποτελεί το χρυσό μύθο της κοινωνίας και κάθε γυναίκα να έχει τις δικές της προσδοκίες από αυτήν, όμως η μετάβαση στη μητρότητα χαρακτηρίζεται από διαδοχικές προσαρμογές. Η διαδικασία προσαρμογής στη μητρότητα δεν είναι ούτε απλή, ούτε εύκολη υπόθεση. Εκτός από τις συναισθηματικές, ψυχολογικές και σωματικές αλλαγές παρατηρούνται και αλλαγές στις κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις, καθώς η μητέρα αναλαμβάνει αυξημένες ευθύνες, αλλά και τις χαρές της μητρότητας. Ο μύθος της ευτυχισμένης εγκύου αμφισβητείται και τείνει να αντικατασταθεί από πιο νηφάλιες θέσεις που δέχονται ότι η εγκυμοσύνη στοιχειοθετεί μια περίοδο κρίσης (όπως η εφηβεία και η εμμηνόπαυση) που οδηγεί σε μια «συναισθηματική ωρίμανση», που συνεχίζεται και μετά τον τοκετό (Μωραΐτου, κ.ά., 2011).

Δεν υπάρχει άλλη στιγμή στην ζωή της γυναίκας, κατά την οποία ολόκληρη η ψυχοσύνθεσή της, η συμπεριφορά της και η διάθεσή της να μεταβάλλεται τόσο απότομα. Πριν ξεκινήσει η αναφορά σε συγκεκριμένα παραδείγματα και συγκεκριμένες περιπτώσεις, θεωρείται σκόπιμο να περιγραφεί αδρομερώς το γενικό προφίλ μιας εγκύου. Στην πραγματικότητα, το προφίλ της κάθε εγκύου παρουσιάζει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τα οποία διαμορφώνονται, προκύπτουν και εξηγούνται από μια σειρά εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων, μερικούς από τους οποίους παρουσιάζονται σε αυτήν την εργασία.

Στο πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, συμβαίνουν αρκετές σημαντικές αλλαγές τις οποίες η γυναίκα δεν μπορεί να αντιληφθεί. Στρες, ενθουσιασμός, ανησυχία, μη σταθερή ψυχολογική διάθεση, κυκλοθυμία, υπερβολική αντίδραση με συναισθηματικό ξέσπασμα σε καταστάσεις – οι οποίες ειδάλλως και υπό κανονικές συνθήκες δεν θα την επηρέαζαν σε τέτοιο βαθμό– καταθλιπτικά συναισθήματα και άλλες μορφές συναισθηματικής αστάθειας χαρακτηρίζουν το ψυχολογικό προφίλ της εγκύου κατά το πρώτο τρίμηνο (Αθανασίου, 2014).

Στο δεύτερο τρίμηνο, το άγχος του πρώτου τριμήνου αρχίζει να καταλαγιάζει, λαμβάνει όμως άλλες διαστάσεις. Γίνονται πλέον αντιληπτές οι αλλαγές, τουλάχιστον σε σωματικό επίπεδο. Αυτό προκαλεί στις περισσότερες γυναίκες, ιδίως σε αυτές που για πρώτη φορά εγκυμονούν, ανασφάλειες που αφορούν την εξωτερική τους εμφάνιση και το βάρος τους καθώς και ανησυχίες για το πόσο μπορούν να βασιστούν στον σύντροφό τους και για την διαθεσιμότητά του εν όψει των ολοένα αυξανόμενων αναγκών της γυναίκας. Επιπροσθέτως, οι ανησυχίες μπορεί να περιστρέφονται και γύρω από το αν ο σύντροφός τους, τις βρίσκει εξίσου ελκυστικές και συνεχίζει να ενδιαφέρεται και ερωτικά για αυτές, ενώ η κολπική λίπανση και η ροή του αίματος στην πυελική περιοχή αυξάνονται και συνάμα μειώνεται η εμετική διάθεση, κάτι το οποίο κάνει εντονότερη την επιθυμία για σεξουαλική επαφή. Η ανάπτυξη ενός ουσιαστικού διαλόγου μεταξύ της εγκύου και του συντρόφου της κρίνεται αναγκαία, ούτως ώστε να ξεπεραστούν ανησυχίες και φόβοι τέτοιας υφής (Αθανασίου, 2014).

Εν αναμονή του τοκετού στο τρίτο και τελευταίο τρίμηνο, αρχίζουν να εμφανίζονται στο προσκήνιο φόβοι σχετικά με την επικείμενη μητρότητα και περί γονικής καταλληλότητας της μητέρας για το παιδί που πρόκειται να γεννηθεί. Η ψυχοσωματική κόπωση φτάνει σε πολύ υψηλά επίπεδα λόγω της συνέργειας του αυξανόμενου βάρους, των δυσκολιών στον ύπνο και της σωματικής αλλαγής. Σε αυτό το σημείο, η γυναίκα χρειάζεται την επιβεβαίωση σχετικά με την εμφάνισή της και την καταλληλότητά της ως μητέρα (Αθανασίου, 2014).

Περισσότερο σημαντική επιπροσθέτως, είναι η αρμονία της ζωής του παιδιού εντός της μήτρας και εκτός αυτής, καθώς το έμβρυο προσαρμόζεται στην ανεπαρκή διατροφή της μητέρας και θα μπορέσει να ανταπεξέλθει καλύτερα σε μια μεγάλη έλλειψη τροφής αφότου γεννηθεί, αλλά ενδέχεται να γίνει υπέρβαρο αν τρώει κανονικά. Ο χρόνος διαδραματίζει επίσης πολύ σημαντικό ρόλο. Το άγχος της μητέρας μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την γνωστική ανάπτυξη του παιδιού κατά το πρώτο τρίμηνο, αλλά τα ίδια υψηλά επίπεδα στρεσογόνων ορμονών μπορεί να την ενισχύσουν στο τελευταίο στάδιο της εγκυμοσύνης. Η μητέρα και το έμβρυο βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση. Όπως η μητέρα επηρεάζει το έμβρυο, έτσι και το έμβρυο επηρεάζει τη μητέρα συνειδητά ή ασυνειδητά.

Ορισμένα παραδείγματα αυτής της εμβρυϊκής επίδρασης στη μητέρα είναι ότι η κίνηση του εμβρύου αυξάνει τους παλμούς της καρδιάς της, την αγωγιμότητα του δέρματός της και ενισχύει ενδεχομένως το ιδιαίτερο «δέσιμο» που δημιουργείται μεταξύ μητέρας και παιδιού.

Η ψυχολογία της γυναίκας αλλάζει ριζικά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Πολλοί είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχολογία της γυναίκας. Κάθε γυναίκα/μέλλουσα μητέρα περνάει από διαφορετικές και ξεχωριστές φάσεις στην ψυχολογία της, οι οποίες διαφέρουν από περίπτωση σε περίπτωση. Οι εξωτερικοί παράγοντες ασκούν επίσης μια ιδιαίτερη επίδραση στην ψυχολογία της γυναίκας. Η ηλικία, η μόρφωση, το κοινωνικό περιβάλλον, ο στάδιο της εγκυμοσύνης, οι προηγούμενες εμπειρίες και τα ανάλογα βιώματα π.χ. το αν η γυναίκα θα γίνει για πρώτη φορά μητέρα, το αν έχει αποβάλλει, έχει προβληθεί σε άμβλωση κλπ.) είναι ορισμένοι εκ των πολλών παραγόντων οι οποίοι καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό τη σκέψη και την αντίληψη της γυναίκας καθώς επίσης και την διαχείριση των στρεσογόνων καταστάσεων.

Διαφορετικές είναι και οι αντιδράσεις των γυναικών σε ορισμένα γεγονότα. εγκυμοσύνη συνιστά ένα καινούργιο στάδιο στη ζωή μιας γυναίκας, το οποίο συνοδεύεται σίγουρα από άγχος και πίεση και πολλές φορές από συμπτωματολογία κατάθλιψης. Κάθε μέλλουσα μητέρα αποτελεί μια ξεχωριστή περίπτωση και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ξεχωριστή. Τα βιώματά της, τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει, οι συνήθειές της και άλλα σημαντικά προσωπικά στοιχεία θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη από τους κλινικούς για να εξασφαλιστούν η καλύτερη δυνατή έκβαση της εγκυμοσύνης και η υγεία της μητέρας και του παιδιού τόσο πριν όσο και μετά από την εγκυμοσύνη.

Άλλοι παράγοντες όπως ο ύπνος και η διάρκειά του θα πρέπει να λαμβάνονται επίσης υπόψη, καθώς η έλλειψη του ύπνου ασκεί αρνητική επίδραση στην ψυχολογία της μητέρας κάνοντάς την πιο νευρική. Ο ύπνος των γυναικών επηρεάζεται από τις ορμονικές αλλαγές του πρώτου τριμήνου καθώς και από το μέγεθος του βρέφους και την αγωνία που αφορά τον τοκετό στο τρίτο και τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Επιπλέον, ο ύπνος της γυναίκας επηρεάζεται και από το νεογέννητο παιδί. Η ποιότητα του ύπνου συσχετίζεται επίσης και με το εισόδημα, το σωματικό βάρος και το αν η

γυναίκα έχει ήδη παιδιά ή εγκυμονεί για πρώτη φορά.

Η εγκυμοσύνη από μόνη της είναι μια κατάσταση και διαδικασία, η οποία θέτει ιδιαίτερες προκλήσεις στην μέλλουσα μητέρα και στην ψυχολογία της και τη φέρνει αντιμέτωπη πολλές φορές με πρωτόγνωρες καταστάσεις, τις οποίες δυσκολεύεται να διαχειριστεί. Η σωστή και αποτελεσματική διαχείριση του στρες είναι απαραίτητη για να κατασταλεί η αρνητική επίδρασή του και τα αρνητικά παρεπόμενά του τόσο για την μητέρα όσο και για το παιδί, αλλά και για το οικογενειακό της περιβάλλον. Η γυναίκα πρέπει να προσαρμοστεί στους ρυθμούς και τις επιταγές της εγκυμοσύνης, κάτι το οποίο της προκαλεί στρες. Το να σταματήσει λόγω χάρη το κάπνισμα αποτελεί ιδιαίτερη πρόκληση για τις καπνίζουσες εγκύους, ιδιαίτερα αν το κάπνισμα αποτελούσε προ της εγκυμοσύνης, διέξοδο στο άγχος, την οργή της κλπ.

Πλήθος μελετών έχει εξετάσει το ερώτημα «κατά πόσο η μετάβαση στη γονική ιδιότητα μπορεί να χαρακτηριστεί σαν φαινόμενο κρίσης». Η κυρίαρχη άποψη είναι ότι για περίπου το 20% των οικογενειών η μετάβαση στη γονική ιδιότητα αποτελεί πράγματι κρίση, ενώ για την πλειονότητα αποτελεί μια μεταβατική περίοδο που χαρακτηρίζεται από ενδοψυχικές και διαπροσωπικές ανακατατάξεις και διαπραγματεύσεις. Είναι γενικά αποδεκτό πως οι περισσότερες γυναίκες δεν «συμμορφώνονται» με το στερεότυπο μίας γυναίκας που «ανθίζει» από υγεία κατά τη μετάβαση στη μητρότητα και αρκετοί μελετητές έχουν κάνει παρατηρήσεις για τη φανερά υψηλή εμφάνιση ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Πολλές φορές η πίεση που οδηγεί σε προσαρμογές γίνεται αιτία, σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες της ζωής, να εκδηλωθεί ή να επανεμφανιστεί κατάθλιψη, τότε τα προβλήματα γίνονται περισσότερα και απαιτείται επιστράτευση συναισθηματικών αποθεμάτων και ψυχική ανθεκτικότητα (Μωραΐτου, κ.ά., 2011).

4.5. ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ

Είναι γνωστό πως όσο υπέροχη κι' αν είναι η μητρότητα, δεν είναι ασυνήθιστο να παρουσιαστεί η λεγόμενη «μελαγχολία μετά τον τοκετό». Ως μελαγχολία ορίζεται ένα μεγάλο κύμα συναισθημάτων, που συνήθως εμφανίζεται τρεις μέρες μετά τον τοκετό. Μάλιστα μελέτες έχουν δείξει ότι το 50-80 % των γυναικών παρουσιάζει ένα ήπιο επεισόδιο κατάθλιψης κάποια στιγμή στη διάρκεια της πρώτης εβδομάδας, καθώς οι ορμόνες επανέρχονται

στα προ-εγκυμοσύνης επίπεδα.

Αιτίες: Υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που μπορούμε να αναφέρουμε πως επηρεάζουν στη μελαγχολία μίας μητέρας στην περίοδο της λοχείας. Αυτά είναι:

- Μετατόπιση από «ρόλο πρωταγωνιστή σε ρόλο κομπάρσου»
- Παραμονή στο μαιευτήριο
- Ίσως η επιστροφή στο σπίτι
- Εξάντληση
- Μία αίσθηση απογοήτευσης για τη γέννα ή και για τον εαυτό της ή ίσως και απογοήτευση για το μωρό
- Μία «απότομη πτώση», διότι το «μεγάλο γεγονός,τελείωσε»



Εικόνα 11: Επιλόχεια μελαγχολία

Αντιμετώπιση:

- Καταπολέμηση της κούρασης και αποδοχή βοήθειας από το περιβάλλον της
- Ακολουθία δίαιτας
- Περιποίηση γύρω από τον εαυτό της
- Όταν είναι εφικτό, βόλτες όσο γίνεται, έξω από το χώρο του σπιτιού.

Αν τα συμπτώματα μελαγχολίας δεν υποχωρούν και αντίθετα επιτείνονται τότε πιθανόν να υπάρχει επιλόχειος κατάθλιψη.

4.6. ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ – ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια σύνθετη και ενδιαφέρουσα διαταραχή που συχνά φέρνει τη γυναίκα και την οικογένειά της μπροστά σε εκπλήξεις. Σε μια στιγμή που χαρακτηρίζεται από ευχαρίστηση και χαρά, η «επίθεση» της κατάθλιψης μπορεί να προκαλέσει «καταστροφή» και παραφωνία στη ζωή της γυναίκας. Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια ετερογενή ομάδα καταθλιπτικών διαταραχών στην περίοδο της λοχείας (Μωραΐτου, κ.ά., 2011).

Η επιλόχεια κατάθλιψη παρουσιάζεται σε μία στις πέντε γυναίκες που γέννησαν πρόσφατα. Μπορεί να εκδηλωθεί στη διάρκεια έξι με οχτώ εβδομάδες ή μπορεί να εκδηλωθεί οποιαδήποτε χρονική περίοδο. Η επιλόχεια μεταγεννητική κατάθλιψη είναι κάτι διαφορετικό και ξεχωριστό από τη μελαγχολία. Η κατάθλιψη διαρκεί περισσότερο, είναι πιο σοβαρή κατάσταση και χρειάζεται αντιμετώπιση, ίσως και έγκαιρη ιατρική βοήθεια (Stoppard, 2005).

Αιτίες: Τα αίτια της επιλόχειου κατάθλιψης δεν είναι γνωστά και φαίνεται η εκδήλωσή της να είναι αποτέλεσμα συνδυασμού πολλών παραγόντων. Υπάρχουν ωστόσο ορισμένοι επιβαρυντικοί παράγοντες που σχετίζονται με την εκδήλωση και τη συντήρησή της. Πολλοί είναι εκείνοι που πιστεύουν ότι, η «παράξενη» αυτή κατάσταση, οφείλεται στις φυσιολογικές ορμονικές αλλαγές που πραγματοποιούνται στον οργανισμό της λεχώνας, στο στρες που δημιουργούν οι απότομες και αυξημένες ευθύνες, αλλά και η τυχόν προδιάθεση της νέας μαμάς. Κατά τη διάρκεια μιας εγκυμοσύνης λοιπόν, η προγεστερόνη και τα οιστρογόνα είναι υψηλά. Μετά τον τοκετό, αυτές οι ορμόνες ελαττώνονται και ο οργανισμός δυσκολεύεται να προσαρμοστεί. Αυτό, ίσως είναι και η αιτία που επηρεάζονται τόσο τα συναισθήματα μίας γυναίκας στην περίοδο της λοχίας και έπειτα. Στο μεταξύ, η γυναίκα μπορεί να παραπονιέται ότι νιώθει κούραση, δεν μπορεί να κοιμηθεί, την ταλαιπωρεί μια γενικότερη ανησυχία. Επίσης, ενδέχεται να ξεσπά σε αναίτια κλάματα, να είναι συναισθηματικά ευάλωτη, να κυριεύεται από καχυποψία και σύγχυση. Μερικές φορές δεν νιώθει το ίδιο αρεστή από το σύντροφό της, λόγω της μεγάλης αλλαγής που έχει επέλθει στο σώμα της από την εγκυμοσύνη. Είναι συχνό φαινόμενο, μάλιστα, να οδηγείται σε μη λογικά συμπεράσματα για όσα συμβαίνουν γύρω της.

Το ιστορικό προηγούμενης ψυχικής νόσου, η ύπαρξη προβλημάτων υγείας διαδραματίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης. Άλλοι επιβαρυντικοί παράγοντες φαίνονται να είναι τα στρεσογόνα γεγονότα στη ζωή της γυναίκας (όπως οικονομικά προβλήματα, απώλειες και πένθος), η έλλειψη υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου, η υπερκόπωση, όπως και η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού με ψυχικές νόσους. Βέβαια όσο πιο υγιές το άτομο ήταν πριν την εκδήλωση της

διαταραχής τόσο ηπιότερα μπορεί να είναι τα συμπτώματα και καλύτερη η πρόγνωση της πορείας της νόσου.

Συμπτώματα: Τα ακόλουθα συμπτώματα φανερώνουν αν υπάρχει επιλόχειος κατάθλιψη και σε ποιο στάδιο βρίσκεται. Αυτά είναι:

- Δυσκολία στη λήψη αποφάσεων
- Φόβο μοναξιάς και για μία επερχόμενη καταστροφή
- Αρνητική στάση απέναντι στο μωρό
- Ισχυρή επιθυμία εγκατάληψης και μεγάλη επιθυμία μοναξιάς
- Κρίσεις πανικού και έντονο άγχος
- Έλλειψη ενδιαφέροντος για δραστηριότητες και έλλειψη αυτοελέγχου γενικότερα
- Διατροφικές διαταραχές
- Εφιάλτες
- Απελπισία
- Αποθάρρυνση
- Λήθαργο
- Αγωνία
- Ένταση
- Πανικό
- Αύπνια
- Αδιαφορία για σεξ
- Έμμονες ιδέες
- Αίσθημα ενοχής
- Έλλειψη αυτοσεβασμού και συγκέντρωσης

Αντιμετώπιση: Η οξυτοκίνη είναι μία ορμόνη που επηρεάζει τα είδη μορφής μιας μελαγχολίας ή κατάθλιψης μετά τον τοκετό. Πιο συγκεκριμένα, η ορμόνη αυτή σε υψηλά επίπεδα και η κακή ρύθμιση της ωκυτοκίνης έχει καθοριστικό ρόλο στην κατάθλιψη. Σαν θεραπεία, η οξυτοκίνη έχει χρησιμοποιηθεί πρόσφατα σε ψυχιατρική κλινική ως ενδοφλέβια ένεση στις διαταραχές της διάθεσης μιας εγκυμονούσας μιας και το μόριο αυτό χορηγείται κατά τη διάρκεια ενός τοκετού (Cardailac et al., 2016). Ο στόχος της συγκεκριμένης μελέτης ήταν να διαπιστωθεί αν η ενδοφλέβια ωκυτοκίνη

θα μπορούσε να επηρεάσει την ισορροπία της μητέρας κατά την περίοδο μετά τον τοκετό. Το αποτέλεσμα της έρευνας, έδειξαν ότι οι επιδράσεις της ωκυτοκίνης, αποτελούν τμήμα ενός μηχανισμού, που επηρεάζει πολυπαραγοντικές ορμόνες (όπως είναι οι ορμόνες και η κοινωνική συμπεριφορά) που είναι αποτέλεσμα της ωκυτοκίνης.

Η οξυτοκίνη χορηγείται σαν θεραπεία και μέσα από τη μελέτη αυτή ήταν σε θέση να δώσει πειστικά αποτελέσματα στην ψυχιατρική, όμως η μελέτη σταμάτησε και δεν έγινε γνωστή διότι ο τρόπος και η βέλτιστη μέθοδος χορήγησης δεν απέδωσε στο έπακρο. Εν κατακλείδι, δεν αποκλείεται ότι η οξυτοκίνη μπορεί να χορηγηθεί κατά τη διάρκεια του τοκετού και να επηρεάσει κατά πολύ μία μέλλουσα μητέρα, είτε αυτό καταφέρει να έχει θετική επιρροή είτε φέρει τα αντίθετα αποτελέσματα. Απλώς, καμία παρόμοια μελέτη δεν ήταν σε θέση να καθορίσει αν υπήρχε ακριβής σχέση επιρροής της ενδοφλέβιας με τις συνέπειες που ακολουθούσαν (Cardailac et al., 2016).

Επιπλέον, μία καλή προετοιμασία για αποφυγή κατάθλιψης είναι πριν τον τοκετό η εγκυμονούσα να :

- Αποφύγει όσο το δυνατόν, περισσότερο την ζάχαρη
- Να έχει καλή ισορροπία ανάπαυσης
- Να ασκείται και
- Να εξωτερικεύει τα συναισθήματά της. Είναι κάτι που θα βοηθήσει στη σταθερότητα της διάθεσης της.

Όπως και πριν την εγκυμοσύνη έτσι και έπειτα η γυναίκα πρέπει να προσέχει κάποια πράγματα, παραδείγματος χάρη την αποφυγή προχωρημένου σταδίου επιλόχειας κατάθλιψης. Η βοήθεια στην περίπτωση της επιλόχειας κατάθλιψης έχει ως εξής:

- Φάρμακα
- Συμπαράσταση φίλων
- Ανάπαυση
- Σωστή διατροφή
- Λίγη γυμναστική
- Έκφραση συναισθημάτων
- Φροντίδα του εαυτού μιας γυναίκας σε αυτήν την κατάσταση
- Συζήτηση των προβλημάτων με το σύντροφο

Σε περίπτωση που το πρόβλημα δεν υποχωρεί ή επιδεινώνεται, χρειάζεται άμεσα η βοήθεια ενός ειδικού. Η ενίσχυση της βοήθειας θα βελτιώσει στο:

- Να τεθούν προτεραιότητες για να ακολουθείται μία ροή ενός προγράμματος
- Για κατανόηση συναισθημάτων και έκφραση αυτών
- Για αφιέρωση χρόνου και τρόποι χαλάρωσης
- Περισσότερες επισκέψεις στο γιατρό και αναζήτηση βοήθειας

Η πιο σοβαρή κατάσταση επιλόχειο κατάθλιψης, επιβάλλει φαρμακοθεραπεία.

4.7. ΕΠΙΛΟΧΕΙΟΣ ΨΥΧΩΣΗ

Επιπλέον, υπάρχει μία ακόμα πιο σοβαρή ασθένεια από την επιλόχειο κατάθλιψη, που είναι η επιλόχειος ψύχωση. Είναι μία ψυχωτική μορφή μεταγεννητικής κατάθλιψης. Η επιλόχειος ψύχωση αποτελεί την πιο ακραία ενσάρκωση αυτού του άγχους (Stoppard ,2005). Έχουμε δει την σημασία που παίζει το σώμα στο αίσθημα αυτοεκτίμησης. Κάθε αλλαγή που επέρχεται στο σώμα, είτε από απότομη αλλαγή βάρους, είτε κατά τη διάρκεια της εφηβείας, είτε μετά από μία χειρουργική επέμβαση, είτε και κατά την εγκυμοσύνη, πυροδοτεί ζητήματα που έχουν να κάνουν με τον ναρκισσισμό και την ταυτότητα.



Εικόνα 12: Επιλόχειος ψύχωση

Έτσι σε περιπτώσεις, όπως σε αυτή, όπου υπάρχουν ναρκισσιστικά τραύματα ή ελλείμματα, η εγκυμοσύνη επιφέρει ένα ισχυρό ναρκισσιστικό σοκ που σπάνια μπορεί να οδηγήσει και στην ψύχωση.

Η επιλόχεια ψύχωση αφορά μία σχετικά σπάνια αλλά σοβαρή ψυχική ασθένεια. Αφορά μία περίπτωση στις 500, σε κάποιες χώρες έως μία στις 1000 σε άλλες. Είναι μία ασθένεια γνωστή ήδη από την εποχή του Ιπποκράτη. Εμφανίζεται σε λίγες μέρες μετά τη γέννηση του μωρού. Μπορεί να έχει διαφορετικές μορφές, όπως βαριά κατάθλιψη/κατατονία, μανία ή σχιζοφρένεια. Σε κάθε περίπτωση, η γυναίκα διακατέχεται από έντονη αγωνία

και έμμονες ιδέες. Συνήθως, το περιεχόμενο των ιδεών της έχουν να κάνουν είτε με το να κάνει κακό στην ίδια, είτε με τον φόβο ότι μπορεί να κάνει κακό στο παιδί της. Επίσης, συνήθως εμφανίζει αποφευκτική συμπεριφορά στην φροντίδα του νεογέννητου. Ενίοτε μπορεί να αυτοκτονήσει αλλά και σπανιότερα να κάνει κακό στο μωρό.

Η ψύχωση της λοχείας είναι το αποτέλεσμα των τεράστιων ορμονικών αλλαγών, αλλά βασίζεται σε μία δομή της προσωπικότητας που είχε από πριν έντονα καταθλιπτικά ή οριακά στοιχεία. Το περιβάλλον πρέπει να δράσει άμεσα και να αναζητήσει ψυχιατρική και ψυχολογική βοήθεια. Το μωρό δεν είναι καλό να χωρίζεται από τη μητέρα, ωστόσο θα πρέπει να υπάρχει κάποιος να το φροντίζει, ενόσω η ίδια πάσχει. Ο θηλασμός σε αυτή την περίπτωση, εάν υπάρχει είναι πιο ωφέλιμο να διακόπτεται, καθώς είναι αναγκαία η άμεση λήψη φαρμακευτικής αγωγής στη μητέρα. Παράλληλα, είναι απαραίτητο να κάνει ψυχοθεραπεία, ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει τις συγκρούσεις που στήριξαν την εκδήλωση της ασθένειας. Η πρόγνωση, εφόσον υπάρξει έγκαιρη αντιμετώπιση, είναι πολύ καλή, αλλά ελλοχεύει ο κίνδυνος υποτροπής (περίπου στα 2/5 των περιπτώσεων) αν δεν υπάρξει παράλληλα με την φαρμακευτική αγωγή και ψυχοθεραπεία.

Οι ψυχοκοινωνικές αιτίες που μπορούν να συμβάλλουν στην εκδήλωση της επιλόχειας ψύχωσης ποικίλλουν. Μπορεί να είναι το αίσθημα ανεπάρκειας της γυναίκας ως προς τον μητρικό της ρόλο (χαμηλή αυτοεκτίμηση), η κακή σχέση που η ίδια είχε με τη μητέρα της, η κακή σχέση με τον σύντροφό της, η οικονομική ανέχεια και το άγχος της επιβίωσης, η χρήση ουσιών κ.ά.

Αν επισημανθούν έγκαιρα τα προβλήματα και υπάρξει γρήγορη αντιμετώπιση, τότε και οι βλάβες στον ψυχισμό του μωρού μπορούν να βελτιωθούν γρήγορα, αφού η μητέρα επανέρχεται σχετικά σε σύντομο χρονικό διάστημα. Αντίθετα, αν δεν υπάρξει έγκυρη και έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση, τότε η γυναίκα κινδυνεύει να εγκλωβιστεί στην <<τρέλα>> (ψύχωση) και το μωρό να ορφανέψει πριν γνωρίσει την μητρική φροντίδα.

Τέλος, συχνά τα παιδιά γυναικών που είχαν επιλόχεια ψύχωση και δεν αντιμετωπίστηκε, ως μελλοντικοί ενήλικες δύσκολα μπορούν να διαφύγουν από την ενοχή, καθώς θεωρούν ότι τα ίδια είναι υπεύθυνα για την κατάσταση της μητέρας. Φυσικά, κάτι τέτοιο δεν ισχύει καθώς η δομή της προσωπικότητας προϋπήρχε της γέννησής τους.

4.8. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Είναι δυσάρεστο το γεγονός ότι η κατάθλιψη και τα συμπτώματά της δεν λαμβάνουν ιδιαίτερη προσοχή στα νοσοκομεία και στις μονάδες βρεφικής εντατικής θεραπείας. Σπανίως ο γυναικολόγος ή το νοσοκομείο όπου κάνει τους εντατικούς ελέγχους η γυναίκα πριν και μετά από την εγκυμοσύνη προβαίνουν σε προληπτικούς ελέγχους. Παρ' όλα αυτά, θα μπορούσαν μέσω της διεξαγωγής ορισμένων ελέγχων να αποκτήσουν μια εικόνα για το ψυχολογικό προφίλ των γυναικών και να διαγνώσουν τυχόν αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές και έπειτα να παραπέμπουν την γυναίκα σε ειδική ψυχολογική υποστήριξη και αντιμετώπιση - θεραπεία. Πέραν του ιατρού, υπάρχει η δυνατότητα οι νοσηλεύτες του νοσοκομείου να παράσχουν ένα είδος παρέμβασης για συναισθήματα κατάθλιψης και άγχους που σχεδόν πάντα είναι συνυφασμένα με την εγκυμοσύνη. Οι νοσηλεύτες που παρέχουν φροντίδα στις μαιευτικές εντατικές μονάδες μπορούν λόγω της κεντρικής θέσης που κατέχουν να επιφέρουν θετικές αλλαγές στη ζωή της γυναίκας που πάσχει από κατάθλιψη κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Είναι απαραίτητο ο νοσηλευτής να διαθέτει ορισμένες δεξιότητες, ούτως ώστε να εμπνέει εμπιστοσύνη στις έγκυες ή μητέρες που επισκέπτεται ή που τον επισκέπτονται. Η συναισθηματική ταύτιση με την γυναίκα, η προσεκτική ακρόαση και η διακριτικότητα καθώς και η πρόταση κάποιας ειδικής ψυχολογικής υποστήριξης (δηλ. παραπομπή σε κάποιον ειδικό) είναι συστατικά στοιχεία του νοσηλευτή που συμβάλλει στην πρόγνωση και διάγνωση αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών σε έγκυες και σε μητέρες. Ο νοσηλευτής μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά στην συχνότερη και αποτελεσματικότερη πρόληψη και διάγνωση καθώς και στην άμεση παραπομπή σε ψυχική αντιμετώπιση - θεραπεία λόγω της άμεσης επαφής που έχει με τον ασθενή του. Μπορεί σε συνεργασία με τον γυναικολόγο/μαιευτήρα να διεξάγει τους προληπτικούς ελέγχους ανίχνευσης καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών. Έτσι μπορεί να βοηθήσει ψυχολογικά μια απεγνωσμένη γυναίκα που πολλές φορές δεν γνωρίζει ότι έχει συμπτώματα κατάθλιψης και η οποία δύσκολα θα συμβουλευόταν κάποιον ψυχολόγο/ψυχίατρο.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να λαμβάνει και σχετική συνεχόμενη εκπαίδευση,

ούτως ώστε να μπορέσει να ανταπεξέλθει στις τεχνικές και ψυχολογικές απαιτήσεις που προκύπτουν από τους ελέγχους αυτούς. Συνεπώς, συνιστά απαραίτητη προϋπόθεση η συνεχής εκπαίδευση και ενημέρωση του ιατρού ή του νοσηλευτικού προσωπικού, για να μπορέσουν να ανιχνεύσουν τα συμπτώματα και να διακρίνουν αν τα συμπτώματα έχουν ως αιτιολογία την εγκυμοσύνη ή κάποια καταθλιπτική/αγχώδη διαταραχή. Τα θεμέλια για μια εμπειριστατωμένη και άμεση διάγνωση θέτει ο διάλογος και η επικοινωνία που πρέπει να προωθήσει ο νοσηλευτής/ιατρός. Η έγκυος πρέπει να αισθάνεται και να εκφράζεται άνετα και χωρίς φόβο. Η διακριτικότητα, η κατανόηση, η συμπόνια είναι ιδιότητες που θα πρέπει να είναι φανερές στην συμπεριφορά του ερωτώντος (ιατρού, νοσηλευτή κλπ). Ο νοσηλευτής και ο γυναικολόγος διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην ανίχνευση, πρόγνωση και διάγνωση καταθλιπτικών/αγχωδών διαταραχών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, ο οποίος ρόλος όμως δεν έχει αξιοποιηθεί και τονιστεί ακόμα ούτε στην πράξη ούτε στην εκπαίδευση.

Ιδιαίτερα μεγάλη πρόκληση αποτελεί η αντιμετώπιση - θεραπεία των καταθλιπτικών/αγχωδών διαταραχών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν αρκετά αντικρουόμενα στοιχεία στην σχετική βιβλιογραφία όσον αφορά την φαρμακοθεραπεία κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης σε περίπτωση κατάθλιψης και παθολογικού άγχους. Ορισμένες έρευνες προτείνουν ότι η χρήση των αντικαταθλιπτικών φέρει ελάχιστο κίνδυνο για την μητέρα και το παιδί, με άλλες έρευνες να τονίζουν ότι τα αντικαταθλιπτικά έχουν πολύ αρνητικές συνέπειες για το έμβρυο και την μετέπειτα εξέλιξή του. Συνεπώς, θα πρέπει να γίνουν περισσότερες έρευνες για την αντιμετώπιση - θεραπεία των καταθλιπτικών/αγχωδών διαταραχών με φαρμακευτική αγωγή έτσι ώστε να μπορεί να εξακριβωθεί ο κίνδυνος. Η αποτελεσματικότητα αυτού του είδους των θεραπειών καθώς και άλλων μη-φαρμακευτικών θεραπειών στην περιγεννητική περίοδο θα πρέπει να διερευνηθεί περισσότερο με σχετικές έρευνες. Μέχρι να διαπιστωθούν με αρκετά μεγάλη ακρίβεια οι κίνδυνοι που κρύβει η φαρμακοθεραπεία με αντικαταθλιπτικά, αγχολυτικά κ.α. πρέπει ο ψυχίατρος, η κλινική κλπ. Να ενημερώνει την γυναίκα πλήρως για όλες τις παρενέργειες, τους κινδύνους και τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα που φέρει η φαρμακοθεραπεία κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η γυναίκα πρέπει να συναποφασίσει την

αντιμετώπιση – θεραπεία της και να διατηρεί συνεχή επαφή με τον ιατρό της, ενημερώνοντας τον για την πορεία της αντιμετώπισης - θεραπείας, για ενοχλήσεις και παρενέργειες. Η φαρμακοθεραπεία αποτελεί την έσχατη λύση και η χορήγησή της εξαρτάται από την σοβαρότητα, την συχνότητα και το ιστορικό της διαταραχής. Θα πρέπει πρώτα να αναζητηθεί η υποχώρηση και αντιμετώπιση - θεραπεία των καταθλιπτικών/αγχωδών συμπτωμάτων σε εναλλακτικές μορφές θεραπείας, οι οποίες πρέπει να διερευνηθούν περαιτέρω για να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητά τους.

Καθώς η κατάθλιψη, το άγχος και το στρες προωθούνται από πάρα πολλούς παράγοντες (προσωπικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς κλπ.), πρέπει να δίδεται προσοχή σε αυτούς τους παράγοντες. Είναι σημαντικό να βρεθεί ο βαθμός της επίδρασης των παραγόντων στην διάθεση της εγκύου και ποιες στρατηγικές συντείνουν στην διαχείριση του άγχους, του στρες και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που εγείρονται από ορισμένους παράγοντες.

Εν κατακλείδι, όσον αφορά τις ψυχικές διαταραχές κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης (περιγεννητικές) θα πρέπει να αυξηθούν τα επίπεδα της ενημέρωσης τόσο σε προσωπικό όσο και σε εθνικό και διεθνές επίπεδο για να προωθηθεί η πρόληψη και η διάγνωσή τους. Οι κυβερνήσεις, οι ερευνητικές ομάδες και οι διάφοροι οργανισμοί που δραστηριοποιούνται σε αυτούς τους τομείς θα πρέπει να εντείνουν της προσπάθειές τους και να ευαισθητοποιήσουν την κοινωνία σε αυτά τα ζητήματα.

Τα ζητήματα αυτά δεν έχουν λάβει μέχρι στιγμής την απαιτούμενη προσοχή ούτε από την κοινότητα των επιστημόνων ούτε από τις κοινωνίες των καθημερινών πολιτών. Η βοήθεια και η υποστήριξη των εγκύων γυναικών από την κοινωνία κρίνεται αναγκαία. Εξίσου αναγκαία είναι και η ενημέρωση των εγκύων σχετικά με τις καταθλιπτικές/αγχώδεις διαταραχές, ούτως ώστε να αποφευχθούν οι δυσμενείς και – μερικές φορές ολέθριες – συνέπειες που αυτές μπορεί να έχουν στην υγεία και στη ζωή του βρέφους και της γυναίκας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΤΕΡΑ



Εικόνα 13: Ρόλος του πατέρα

Με την είδηση της εγκυμοσύνης συνήθως ολόκληρη η προσοχή μετατοπίζεται στην έγκυο γυναίκα και το μωρό που κυοφορεί στη μήτρα της και συχνά ο πατέρας και ο ρόλος του στην εγκυμοσύνη θεωρούνται δευτερεύουσας σπουδαιότητας. Η προσέγγιση όμως αυτή, χαρακτηριστική του παρελθόντος, έχει ήδη αλλάξει και πλέον όλοι αναγνωρίζουν το σημαντικό βοηθητικό και υποστηρικτικό ρόλο του πατέρα στην εγκυμοσύνη. Αναμφισβήτητα, ο χρόνος της εγκυμοσύνης, οι ώρες του τοκετού και οι πρώτοι μήνες της ζωής του παιδιού είναι περίοδοι και στιγμές μοναδικές αλλά και δύσκολες, τόσο για την μέλλουσα μητέρα όσο και για τον πατέρα. Ο ρυθμός της ζωής αλλάζει, το ίδιο και οι ρόλοι μέσα στο σπίτι. Το μεγαλύτερο «σοκ» το παθαίνουν οι μπαμπάδες, οι οποίοι, αν και θεωρητικά είναι ενημερωμένοι και εξοικειωμένοι με το θέμα, στην πράξη, όμως βιώνουν τα πράγματα πολύ διαφορετικά, ακόμη κι αν το προσδοκούσαν με λαχτάρα. Στο κεφάλαιο αυτό θα ακολουθήσουν μερικές απλές συμβουλές για το ρόλο που μπορεί να αναλάβει ο μελλοντικός πατέρας.

5.1. ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΑΤΡΟΤΗΤΑΣ

Η έννοια της πατρότητας είναι διαρκώς εξελισσόμενη και ο ρόλος του πατέρα έχει αλλάξει δραματικά με το πέρασμα του χρόνου. Οι αλλαγές αυτές σχετίζονται κυρίως, με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και τις αλλαγές των κοινωνικών δομών. Πατέρας σημαίνει ο άνδρας που αγαπά και φροντίζει τα παιδιά, την γυναίκα και τον εαυτό του. Μέχρι πρόσφατα, ο ρόλος του πατέρα στην οικογένεια και ειδικά στην ανάπτυξη του παιδιού, θεωρούνταν δευτερεύουσας σημασίας, διότι υπήρχε η πεποίθηση ότι η επίδρασή του έχει μικρότερη σημασία από εκείνη της μητέρας. Σήμερα, είναι σαφές ότι η αλληλεπίδραση πατέρα-παιδιού είναι πολύ σημαντική και επηρεάζει θετικά ή αρνητικά την προσωπικότητα του παιδιού. Συνήθως ο πατέρας είναι αυτός ο οποίος εδραιώνει στην ψυχή του παιδιού το συναίσθημα της ασφάλειας. Θεωρείται ο προστάτης και ο υπερασπιστής της οικογένειας (Cebreira et.al., 2000). Τα τελευταία χρόνια, η πατρότητα, η σχέση πατέρα-παιδιού και ο πατρικός ρόλος μελετώνται σε βάθος και μάλιστα έχει ευρέως υποστηριχθεί ότι ο πατέρας επηρεάζει εξίσου με την μητέρα την πορεία της ανάπτυξης του παιδιού, τόσο θετικά όσο και αρνητικά. Πλέον νέες μελέτες καταρρίπτουν την θεωρία ότι τα παιδιά στην αρχή της ζωής τους αλλά και μετέπειτα, χρειάζονται μόνο από την μητέρα να τους δείχνει την αγάπη της και υποστηρίζουν ότι χρειάζονται εξίσου και από τον πατέρα να τους δείχνει την αγάπη του (Κεφαλίδου, 2011).

Η καλή θετική σχέση μεταξύ πατέρα και βρέφους από τον πρώτο κιόλας μήνα της ζωής του παιδιού, επιτρέπει την εμφάνιση λιγότερων προβλημάτων συμπεριφοράς στα παιδιά στην ηλικία ενός έτους και ασφαλώς και αργότερα. Η πατρότητα είναι το ίδιο ευχάριστη και απαραίτητη στο παιδί με την μητρότητα. Το ίδιο το παιδί αισθάνεται ιδιαίτερη ικανοποίηση όταν δέχεται τις φροντίδες του πατέρα του. Από την άλλη, πολλοί πατέρες βρίσκουν τη συγκίνηση που δοκιμάζουν από τις αντιδράσεις, όταν περιποιούνται τα παιδιά τους, σαν ένα από τα πιο μεγάλα πλεονεκτήματα του να είναι κανείς πατέρας. Ο πατέρας που συμπεριφέρεται απέναντι στο παιδί του όχι μόνο σαν δυνατός αλλά και με στοργή, κρατάει στα χέρια του το κλειδί της ευτυχίας και της ψυχικής ισορροπίας του παιδιού του. Η μητέρα πρέπει να συμβάλλει θετικά τις σχέσεις του παιδιού της με τον πατέρα, να τις βοηθά και όχι να γίνεται εμπόδιο σε αυτές. Τα παιχνίδια και οι χαρές μαζί με τον πατέρα αποκτούν μια

σπουδαιότητα που απλώνεται πέρα από την πραγματική σημασία του ρόλου του πατέρα.

Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι ακόμα και από τη βρεφική ηλικία, τα παιδιά που έχουν πατέρες που συμμετέχουν ενεργά στην ανατροφή του παιδιού, είναι πιο πιθανό να είναι συναισθηματικά ασφαλή, να νιώθουν περισσότερη σιγουριά και αυτοπεποίθηση στο να εξερευνήσουν το περιβάλλον τους, και καθώς μεγαλώνουν να έχουν καλύτερες κοινωνικές σχέσεις. Σύμφωνα με μια άλλη μια έρευνα που έγινε στην Σουηδία σε 10 άνδρες και εξέτασε την σχέση των πατέρων με τα παιδιά τους στον πρώτο χρόνο της ζωής των παιδιών τους, οι πατέρες δικαιούνται άδεια τοκετού και την χρησιμοποιούν με σκοπό να συμμετέχουν περισσότερο στην φροντίδα των νεογέννητων παιδιών τους. Παλαιότερες έρευνες έδειξαν πως ο ρόλος του πατέρα ήταν να υποστηρίζει την μητρότητα, να ενθαρρύνει και να καθοδηγεί την μητέρα στην φροντίδα του βρέφους. Όμως, σήμερα, η πατρότητα δεν στηρίζεται μόνο στην προστασία αλλά και στην συμμετοχή στη φροντίδα του παιδιού (Berg et al, 2012).

Η συμμετοχή του πατέρα προσφέρει πολλά θετικά στοιχεία τόσο στην μητέρα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού όσο και μετά την γέννηση. Παράλληλα πολλά οφέλη δίνει η συμμετοχή του πατέρα και στο παιδί με το να βοηθά την ανάπτυξή του. Οι πατέρες μετά την γέννηση του μωρού τους έχουν λιγότερο χρόνο και χώρο για τον εαυτό τους. Οι δραστηριότητες τους πρέπει να προσαρμόζονται με βάση τις ανάγκες του μωρού τους όπως ακόμα και ο ύπνος τους. Όμως, όλα αυτά ξεχνιούνται όταν αντιλαμβάνονται πόσο σημαντική και καταλυτική είναι η συμμετοχή τους στον πρώτο χρόνο της ζωής των παιδιών τους (Παναγιωτίδου- Πράπα, 2006).

5.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΠΑΤΕΡΑ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Η ως τώρα κοινή αντίληψη θεωρεί την εγκυμοσύνη και τους πρώτους μήνες μετά τη γέννηση ένα καθαρά γυναικείο έδαφος, όπου ο άνδρας κινείται αδέξια και αμήχανα. Η στάση όλο και περισσότερων ανδρών απέναντι στην πατρότητα, τα τελευταία χρόνια, αποκαλύπτει μια όμορφη διάσταση τρυφερότητας και ευαισθησίας και την επιθυμία τους να συμμετάσχουν πρακτικά και συναισθηματικά στη σχέση με το παιδί, ήδη από τις πρώτες

ενδείξεις της κύησης. Έπειτα από τη διαπίστωση της εγκυμοσύνης τα συναισθήματα του πατέρα μπορεί να μοιάζουν αντικρουόμενα.

Από τη μία υπάρχει η χαρά της απόκτησης παιδιού αλλά από την άλλη μπορεί να υπάρχει ενδόμυχος φόβος σχετικά με το εάν θα κατορθώσει να ανταποκριθεί στο ρόλο του. Πολλοί αισθάνονται φόβο για το ότι δεν θα τα καταφέρουν, άλλοι δεν γνωρίζουν τι να κάνουν ενώ παράλληλα υπάρχει άγχος για τις αυξημένες οικονομικές και λοιπές απαιτήσεις μιας εγκυμοσύνης. Τα συναισθήματα αυτά είναι φυσιολογικά και δεν θα πρέπει να προκαλέσουν καμία ανησυχία. Είναι σημαντικό να υπάρχει επικοινωνία μεταξύ των συντρόφων καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ο πατέρας να ακούει και να καθησυχάζει τη σύντροφό του αλλά παράλληλα να είναι σε θέση να εκφράζει και τα δικά του συναισθήματα. Το μωρό είναι και δικό του και έχει και αυτός μερίδιο τόσο στην ευθύνη όσο και στη χαρά που το συνοδεύει (<https://semnau.wordpress.com/2009/08/18/o-ρόλος-του-πατέρα-στην-εγκυμοσύνη/>).

Από την άλλη, η συναισθηματική ανασφάλεια της εγκύου το πρώτο τρίμηνο αλλά και οργανικά προβλήματα, όπως η ναυτία, εμετοί και αλλαγή σχήματος του σώματος, της δημιουργούν κάποια ταραχή ή κατάθλιψη. Ένας σύζυγος ενημερωμένος γι' αυτές τις μεταβολές, με κατανόηση και αγάπη, μπορεί να προσφέρει μεγάλη βοήθεια και να συμπαρασταθεί με τρυφερότητα στην γυναίκα του.

Καθώς πλησιάζει η μέρα του τοκετού, η γυναίκα ετοιμάζει πυρετωδώς το σπίτι, το δωμάτιο του μωρού και φροντίζει τα άλλα παιδιά (αν υπάρχουν). Συγχρόνως, όμως, αισθάνεται εκνευρισμό, αγωνία και κόπωση, ιδιαίτερα το τελευταίο τρίμηνο που ο οργανισμός αναγκάζεται να υπερλειτουργεί. Γι' αυτό ο σύντροφος πρέπει να δραστηριοποιείται και δεν θα πρέπει να αισθάνεται μειονεκτικά αν θα πλύνει τα πιάτα ή θα σιδερώσει ή θα μαγειρέψει.

Ένα άλλο θέμα που απασχολεί τα ζευγάρια είναι το σεξ. Βέβαια, είναι γνωστό ότι το σεξ δεν απαγορεύεται και δεν είναι επικίνδυνο, εφ' όσον ο γιατρός έχει δώσει το πράσινο φως. Αλλά και εδώ, ο πρώτος λόγος ανήκει στην έγκυο γυναίκα και πρέπει να γίνεται απόλυτα σεβαστός από τον σύντροφό της. Γιατί μερικές φορές, οι ορμόνες και οι συναισθηματικές της αλλαγές την οδηγούν σε άρνηση και χρειάζεται απέραντη κατανόηση, τρυφερότητα και κατάλληλη συμπεριφορά εκ μέρους του συντρόφου.

Τέλος, ένας από τους πιο βασικούς ρόλους του μελλοντικού πατέρα είναι να ξέρει ποιες είναι οι σωστές κινήσεις που πρέπει να κάνει από την στιγμή που θα πιάνουν την γυναίκα του οι πόνοι και θα πρέπει να μεταφερθεί στο μαιευτήριο. Είναι πολύ σημαντικό να κρατήσει την ψυχραιμία του, να την εμψυχώσει και να την βοηθήσει να ετοιμαστεί.

Γι' αυτό, φροντίστε να:

- Έχετε πρόχειρα τα τηλέφωνα του γιατρού, της μαίας και του μαιευτηρίου
- Ξέρετε που είναι όλα τα απαραίτητα που θα πάρει η γυναίκα σας στο μαιευτήριο, τα οποία πρέπει είναι όλα έτοιμα από πριν.
- Γνωρίζετε την πιο σύντομη διαδρομή για το μαιευτήριο.
- Γνωρίζετε τις τυπικές διαδικασίες που χρειάζονται (βιβλιάριο υγείας, ασφάλεια, χρήματα, κλπ) για την εισαγωγή της εγκύου στο μαιευτήριο

Σήμερα η ανδρική παρουσία δίπλα στη γυναίκα σε κάθε βήμα της πορείας της γέννησης θεωρείται σημαντική. Η αρμονία του ζευγαριού και το τρυφερό ενδιαφέρον του άνδρα ευνοούν στην έγκυο γυναίκα μια ισορροπημένη και γαλήνια ψυχοσωματική κατάσταση: όταν οι περιβαλλοντικές συνθήκες είναι θετικές, ικανοποιητικές, το ίδιο μας το σώμα παράγει και εισάγει στην κυκλοφορία κάποιες «ηρεμιστικές» ουσίες, τις ενδορφίνες, που αυξάνουν την αίσθηση ευεξίας. Στη μέλλουσα μητέρα, αυτή αντανάκλαται στην εγκυμοσύνη και στο έμβρυο. Είναι πια γνωστό πόσο σημαντικό ρόλο παίζει ο ψυχικός παράγοντας είτε στην εξέλιξη της κύησης είτε στην υγεία του εμβρύου είτε ακόμα στο σωστό ξεκίνημα της σχέσης μητέρας – παιδιού.

Επίσης, μια ισορροπημένη, ώριμη συζυγική σχέση, που γεμίζει και ικανοποιεί τον συναισθηματικό κόσμο της μητέρας, ανατρέπει τον κίνδυνο μιας υπερβολικής επένδυσης της στο μωρό, με τις γνωστές αρνητικές συνέπειες στη σχέση τους και στο σχηματισμό του χαρακτήρα του. Η συντροφική συμμετοχή στα μαθήματα προετοιμασίας για τον τοκετό είναι επίσης πολύτιμη, πέρα από τις πρακτικές γνώσεις που θα αποκτήσουν, για τη δυνατότητα ανταλλαγής απόψεων με τα άλλα ζευγάρια και μια βαθύτερη κατανόηση αυτής της κοινής, συναρπαστικής εμπειρίας. Τέτοιες συναντήσεις αποτελούν ένα ερέθισμα για να συνεχίζεται και να εμβαθύνεται ο διάλογος στο σπίτι, φθάνοντας στην ώρα του τοκετού με περισσότερη συνείδηση και

ωριμότητα(<http://www.eutokia.gr/άρθρα/εγκυμοσύνη/η-σημασία-της-συμμετοχής-του-άντρα-στη/#.WKH6yvmLTDe>).

5.3. ΔΙΑΣΙΚΑΣΙΑ ΤΟΚΕΤΟΥ ΚΑΙ ΠΑΤΕΡΑΣ

Στις μέρες μας είναι πολύ σύνηθες, ο πατέρας, στην προσπάθεια δημιουργίας δεσμού με το μωρό που θα έρθει, να συμμετέχει όσο γίνεται πιο νωρίς στη διαδικασία της εγκυμοσύνης. Και μετά τον τοκετό η συμβολή είναι έντονη. Άλλοτε πρακτική, όταν βοηθά ή αντικαθιστά τη μητέρα στις διάφορες δραστηριότητες που απαιτεί η φροντίδα ενός βρέφους και άλλοτε πλούσια συναισθηματική, καθώς προσφέρει στο παιδί την αγάπη, τη φροντίδα και την ευκαιρία μιας σχέσης με ένα διαφορετικό πρόσωπο. Τι γίνεται, όμως, κατά τη διάρκεια του τοκετού; Πρέπει ή όχι να είναι παρών στη διαδικασία;

Γενικότερα τόσο οι έρευνες όσο και η καθημερινή εμπειρία δείχνουν, ότι η παρουσία του πατέρα και η συναισθηματική στήριξη που προσφέρει, βοηθούν τη μητέρα στο να υποστηρίξει καλύτερα το ρόλο της. Επιπλέον, η εμπλοκή του πατέρα στην εγκυμοσύνη και τη γέννα ενισχύει τη δική του ταυτότητα, ως ενεργητικού μέρους της τριάδας (μητέρα-πατέρας-παιδί), μειώνει το αίσθημα αποκλεισμού που μπορεί να βιώνει και τον προετοιμάζει να έχει έναν πιο άμεσο ρόλο, όταν το μωρό γεννηθεί. Όσο ο πατέρας συμμετέχει στις διαδικασίες της εγκυμοσύνης, διατηρεί και ενισχύει το δεσμό με τη γυναίκα του και συγχρόνως αρχίζει και βιώνει από νωρίς τη χαρά της πατρότητας. Τι γίνεται, όμως, όταν φτάνει η ώρα που η μέλλουσα μαμά μπαίνει στο μαιευτήριο για τον τοκετό;

Συνήθως το νοσηλευτικό προσωπικό, η μαία και ο γιατρός στρέφουν ολόκληρη την προσοχή τους στην επίτοκο και στο έμβρυο που σύντομα θα γεννηθεί, ενώ “ξεχνούν” ή δε δίνουν την προσοχή που θα έπρεπε στον πατέρα. Όμως, και ο πατέρας βιώνει το δικό του άγχος κατά τον τοκετό και μάλιστα φοβάται τόσο για τη γυναίκα του όσο και για το μωρό τους. Βλέπει τη σύντροφό του να πονάει και αισθάνεται ότι δεν μπορεί να προσφέρει καμία βοήθεια, ιδιαίτερα μάλιστα σε μαιευτήρια όπου δεν επιτρέπεται η είσοδος του πατέρα, παρά μόνο περιοδικά και για λίγα μόνο λεπτά.

Με όλο αυτό το άγχος ο πατέρας αισθάνεται αδύναμος να βοηθήσει τη γυναίκα του. Συχνά μάλιστα, ανάλογα με το χαρακτήρα, ένας πατέρας μπορεί να στέκεται αμίλητος και αγχωμένος, χωρίς να ξέρει τι να κάνει, ενώ κάποιος

άλλος μπορεί να γίνει επιθετικός στο προσωπικό ή το οικογενειακό του περιβάλλον.

Θετικά και αρνητικά συμμετοχής του πατέρα: Τα τελευταία χρόνια ο αριθμός των αντρών που συμμετέχουν στη γέννηση των παιδιών τους έχει αυξηθεί κατακόρυφα. Όμως, μεταξύ γυναικολόγων και ψυχολόγων, όπως και μέσα στους μαιευτικούς κύκλους υπάρχει έντονη αντιπαράθεση για το αν είναι σωστή αυτή η τάση.

Πολλοί μαιευτήρες τονίζουν, ότι η παρουσία του πατέρα μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στη συνεργασία γιατρού και επιτόκου ή μαιάς/ ψυχοπροφυλάκτριας και επιτόκου. Επιπλέον, οι περισσότεροι άντρες δε μπορούν να ανταποκριθούν καλά στην ένταση της στιγμής, τα “χάνουν” και μερικοί τρομοκρατούνται, επειδή οι εικόνες -ακόμη και αν δεν υπάρχει επιπλοκή- είναι σκληρές. Οι γιατροί τονίζουν ότι παρά το μεγαλείο μιας γέννησης, ο τοκετός δεν παύει να χαρακτηρίζεται από σκληρές αγριότητες για κάποιον που δεν τις έχει συνηθίσει και ενδέχεται κάποιοι άντρες να αγχωθούν τρομερά. Γι’ αυτό άλλωστε και πολλοί άντρες χρειάστηκαν και εκείνοι ιατρική φροντίδα. Έχουν υπάρξει αρκετές περιπτώσεις που ο πατέρας λιποθύμησε, ενώ έχουν αναφερθεί και περιστατικά εμφράγματος από την ένταση της στιγμής.

Για πολλούς γιατρούς, αλλά και για το μαιευτικό προσωπικό, η παρουσία του πατέρα αποτελεί ένα επιπρόσθετο άγχος, με αποτέλεσμα να μη την δέχονται εύκολα. Αν, βέβαια, ο τοκετός είναι φυσιολογικός και ο μελλοντικός πατέρας έχει εκπαιδευτεί κατάλληλα, τότε υπάρχουν αρκετές πιθανότητες να μπορέσει να συμμετέχει στη διαδικασία.

Οι ψυχολόγοι από την άλλη δε δίνουν μια απόλυτη απάντηση για το αν πρέπει ή όχι ο πατέρας να είναι παρών στη γέννα. Όμως, οι περισσότεροι τονίζουν ότι η παρουσία του εξαρτάται από την ωριμότητά του, αλλά και την ωριμότητα της σχέσης. Πρέπει ο μελλοντικός πατέρας να είναι σε θέση να δει και μια άλλη μορφή της γυναίκας του, γιατί αν τη βλέπει ως σεξουαλικό σύμβολο είναι πολύ πιθανό να απομυθοποιήσει το γυναικείο σώμα και να χάσει κάθε επιθυμία.

Ο τοκετός θα δέσει ακόμη περισσότερο ένα ζευγάρι, το οποίο έχει ήδη μια ποιοτική και ώριμη σχέση (Ιωαννίδη, 2010).

Ειδική εκπαίδευση: Αν έχετε αποφασίσει, ότι θέλετε -και επιτρέπεται- ο σύντροφός σας να είναι παρών κατά τη διάρκεια του τοκετού, καλό είναι να εκπαιδευτεί σχετικά αρκετό καιρό πριν την ημερομηνία του τοκετού

Για να έχει προετοιμαστεί κατάλληλα, θα πρέπει να ενημερώνεται από τα ειδικά βιβλία που διαβάζετε και εσείς, να έχει μιλήσει με το γυναικολόγο και να έχει παρακολουθήσει μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής.

Τα μαθήματα θα τον βοηθήσουν να κατανοήσει, ότι θα πρέπει να έχει θετική συμπεριφορά και στάση, αποφεύγοντας να σας αποθαρρύνει ή να σας επικρίνει. Θα κατανοεί, πως οποιαδήποτε ακραία αντίδρασή σας (φωνές, θυμός, επίκριση) οφείλεται στη ψυχολογία, στον πόνο και στο άγχος σας και θα διατηρεί τη ψυχραιμία του.

Τα μαθήματα είναι, επίσης, απαραίτητα για να μάθει να μη δείχνει το φόβο του, το άγχος ή το θυμό του, αλλά και να παρέχει τη δυνατότητα στο προσωπικό να κάνει τη δουλειά του πιο εύκολα και να μην παρεμποδίζει το έργο του.

Τέλος, η μαία μπορεί να του δείξει τρόπους για να σας ανακουφίζει και να σας παρέχει βοήθεια κατά τη διάρκεια των ωδίνων, π.χ. να τοποθετεί δροσερά επιθέματα στο μέτωπό σας, να σας κάνει αέρα, να σας βοηθάει να αλλάζετε θέσεις. Παράλληλα, θα ξέρει πώς να σας υποστηρίξει ψυχολογικά, δίνοντάς σας κουράγιο (<http://www.yeskid.gr/egkymosyni/frontida/toketos/pateras-symmetexei-ston-toketo-nai-oxi>).

5.4. ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΠΑΤΕΡΑ

Η στιγμή, που ένα καινούργιο μωρό μπαίνει στην οικογένεια γίνεται η αφορμή ν' αλλάξουν ριζικά πολλές από τις παλιές συνήθειες της οικογένειας, πρακτικές και συναισθηματικές. Το νεογέννητο «απαιτεί» την αποκλειστικότητα της μητέρας του και αυτό είναι ένα σημείο που χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή. Γιατί όταν στην ψυχή του πατέρα δημιουργηθεί η ψευδαίσθηση ότι υπάρχει μια διεκδίκηση της γυναίκας του από έναν καινούργιο και πολύ δυνατό «αντίπαλο», τότε χάνεται όλη η μαγεία και η ομορφιά του ρόλου της πατρότητας. Και κατ' επέκταση δημιουργεί και προβλήματα στην συμπεριφορά του. Εδώ ο σύζυγος πατέρας δεν ζηλεύει το παιδί του, αλλά διεκδικεί το ενδιαφέρον και τις εκδηλώσεις αγάπης, που κάθε μέρα χάνει από την σύζυγό του. Σε τέτοιες καταστάσεις η καλή και ουσιαστική

επικοινωνία του ζευγαριού θα παίξει καθοριστικό ρόλο, πριν το σύμπλεγμα «μητέρα- πατέρας-παιδί» υποστεί κλονισμό.

Από την άλλη, η καθημερινή φροντίδα του παιδιού, όπως το τάισμα, το αλλαγμα, το πλύσιμο και το νανούρισμα συμπεριλαμβάνονται στο ρόλο του πατέρα. Γιατί, μέσα από αυτές τις διαδικασίες του δίνεται η ευκαιρία, τις πρώτες μέρες να καλλιεργήσει μια πιο ουσιαστική, ενστικτώδη επικοινωνία με το νεογέννητο και να χτίσει γέφυρες αγάπης που τον συνδέουν με το παιδί του.

Και φυσικά η ενασχόλησή του με τις καθημερινές φροντίδες του παιδιού είναι μεγάλη ανακούφιση για την μητέρα. Ας μην ξεχνάμε ότι οι πρώτες μέρες μετά τον τοκετό και η περίοδος του θηλασμού είναι οι πιο κοπιαστικές και δύσκολες για την γυναίκα. Οφείλει να υποστηρίξει ψυχολογικά την γυναίκα του σε αυτές τις κρίσιμες καμπές της ζωής της με το να δείχνει:

- Θαυμασμό για την ιερή αυτή διαδικασία της ζωής.
- Θαυμασμό για την αντοχή της
- Θαυμασμό για την θηλυκότητα και την ομορφιά της
- Θαυμασμό για το γεγονός ότι θυμήθηκε να τον ρωτήσει «τι κάνετε;» μετά την περιγραφή του πως αισθάνθηκε όταν κλώτσησε το μωρό στην κοιλιά της.

Τέλος, η συμπεριφορά και η παρουσία του πατέρα δεν επιδρά μόνο στην μητέρα, επηρεάζει και το παιδί, από την στιγμή της σύλληψής του και μετά. Η σχέση γονέων - βρέφους είναι μια δυναμική τριάδα, που το κάθε μέλος συμβάλλει και ενισχύει την συμπεριφορά του άλλου με θετικό ή αρνητικό τρόπο. Στην πραγματικότητα ο πατέρας είναι εκείνος προς τον οποίο αργότερα το παιδί θα μπορεί να μεταφέρει τις ανάγκες εξάρτησής του και την ανάγκη του για αγάπη και στοργή. Ουσιαστικά τρία είναι τα βασικά σημεία της επίδρασης του πατέρα στην εξέλιξη του παιδιού:

- Η διαδικασία κατά την οποία το παιδί προσπαθεί να φτιάξει το «εγώ» σύμφωνα με εκείνα που παίρνει ως πρότυπο.
- Το άγχος που μπορεί να αποκτήσει το παιδί, γιατί η πατρική αποστέρησης είναι δυνατόν να αποβεί η κύρια αιτία άγχους του.
- Οι διαταραχές της συμπεριφοράς που μπορεί να παρουσιάσει ένα παιδί, όπως είναι η αντικοινωνική συμπεριφορά,

5.5. ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΤΟΥ ΠΑΤΕΡΑ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Σε αρκετά ζευγάρια επικρατεί ο φόβος ότι ο θηλασμός θα περιορίσει το ρόλο του πατέρα και ο ίδιος θα αισθανθεί παραγκωνισμένος. Ένα μωρό έχει πάρα πολλές ανάγκες, ανάγκη για φαγητό, για φυσική επαφή με άλλα ανθρώπινα όντα, για παρηγοριά, για καθαριότητα και μια έντονη επιθυμία να ανακαλύψει τον υπέροχο μεγάλο κόσμο τριγύρω του. Σε όλα αυτά μπορεί να συμμετέχει ο μπαμπάς και παράλληλα να διατηρηθεί η дуάδα θηλασμού που αποτελείται από το βρέφος και τη μητέρα του (Πατσούρου, 2007). Έχει πολύ μεγάλη σημασία ο μπαμπάς να αντιληφθεί ότι ο κυριότερός του ρόλος είναι να υποστηρίξει και όχι να ανταγωνιστεί τη μοναδική διαδικασία του θηλασμού. Η διάρκεια του επιτυχημένου θηλασμού εξαρτάται σε πολύ σημαντικό βαθμό από τη στήριξη του συντρόφου της μαμάς και τη συναισθηματική και πρακτική στήριξη που εκείνος της χαρίζει. Οπότε ένας σύντροφος πρέπει να φροντίζει την σύντροφό του, ώστε να είναι σε θέση να φροντίζει το παιδί τους. Ο σύζυγος πρέπει να μεριμνήσει να διατρέφεται σωστά, να ξεκουράζεται και να την απαλλάξει με κάθε δυνατό τρόπο από τους μικρούς ή και μεγάλους προβληματισμούς της καθημερινότητας. Ο σύντροφος να γίνει η ασπίδα της κατά των παροτρύνσεων που θα δέχεται να μειώσει ή και να σταματήσει να δίνει στο παιδί το "λευκό χρυσό" (Craig, 2006).

Η ενασχόληση του μπαμπά με το τάισμα του μωρού συμβάλλει στην ενίσχυση του συναισθηματικού τους δεσμού, χρειάζεται όμως χρόνος ώστε το μωρό να προσαρμοστεί σ' αυτή τη νέα μέθοδο ταΐσματος για αυτό ο πατέρας δεν πρέπει να εγκαταλείψει την προσπάθεια όσο δύσκολη και αν είναι. Θα είναι ιδιαίτερα σημαντικό αν αναλάβει ένα από τα νυχτερινά γεύματα του μωρού, ώστε να μπορέσει η μητέρα να ξεκουραστεί. Ένας καλός τρόπος για να χτίσει ο μπαμπάς τη σχέση του με το μωρό είναι η δέρμα- με-δέρμα επαφή μαζί του, αντίστοιχη με την επαφή που έχει με την μητέρα κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Καλό θα ήταν ο πατέρας να κρατήσει το μωρό χωρίς να φοράει το μπλουζάκι του, για μια αγκαλιά ή ακόμη και ένα σύντομο υπνάκο! Όταν το μωρό δεθεί συναισθηματικά με τον μπαμπά θα νιώθει πολύ πιο άνετα όταν θα του δίνει το μπιμπερό με το γάλα. Ο πατέρας, δεν θα πρέπει να

αισθανθεί άσχημα αν το μωρό αρνείται να πιεί απ' το μπιμπερό, κάποια μωρά απλά προτιμούν το στήθος. Κάποια βράδια θα μπορούσε ο πατέρας να κάνει όλη την νυχτερινή σίτιση μόνος του, για να μπορεί αργότερα να το ταΐσει μόνος του. Σε περίπτωση που θηλάζει η μητέρα, καλό θα ήταν να έχει βγει το γάλα για μία τέτοια περίπτωση με την αντλία, να έχει ετοιμαστεί στα μπουκαλάκια στο ψυγείο και ο πατέρας αφού το ζεστάνει, να ταΐσει με το μπουκαλάκι το μωρό (Πατσούρου, 2007).

Οι πατέρες δεν μπορούν να έχουν αυτή την ιδιαίτερη σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στην μητέρα και το βρέφος κατά τον θηλασμό με αποτέλεσμα να αρχίζουν να εκφράζουν ζήλια. Παρόλα αυτά, βάση πολλών ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια, υπάρχουν ενδείξεις ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον επηρεασμό διατροφής για το βρέφος, καθώς επίσης και το χρονικό διάστημα του θηλασμού. Αυτό συμβαίνει διότι οι γυναίκες επιθυμούν να έχουν την θετική στάση των συντρόφων τους. Οι πατέρες υποστηρίζουν τη διαδικασία θηλασμού, διότι μέσω από αυτή τα παιδιά προσλαμβάνουν θρεπτικά συστατικά, βιταμίνες και αντισώματα, έχουν ωστόσο πλήρη επίγνωση του βαθμού δυσκολίας της διαδικασίας του θηλασμού. Η συναισθηματική υποστήριξη, η ενθάρρυνση και η συνεργασία είναι οι βασικοί τρόποι που υποστηρίζουν τις γυναίκες τους. Η καθημερινή τους παροχή φροντίδας στο νεογνό αλλά και βοήθειας στη σύζυγό τους θεωρείται πολύτιμη. Υπάρχει φυσικά ένας μεγάλος αριθμός ανδρών που δεν συμμετέχουν στον θηλασμό. Ωστόσο, έρευνες έδειξαν ότι τα παιδιά των οποίων οι πατέρες συμμετέχουν στη διαδικασία θηλασμού, είναι πιο ευτυχισμένα (Rempel et al, 2010).

5.6. ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΙ ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΤΡΟΦΟΥ



Εικόνα 14

Οι πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό είναι μια πραγματική πρόκληση για τη νέα μητέρα που έχει να αντιμετωπίσει από τη μία τις ορμονικές αλλαγές και από την άλλη τις αυξημένες ευθύνες και την κούραση που συνεπάγεται η φροντίδα ενός βρέφους. Ο

ρόλος του συντρόφου σ' αυτή την ιδιαίτερα ευαίσθητη περίοδο είναι πολύ σημαντικός, προκειμένου να μπορέσει η νέα οικογένεια να βρει γρήγορα τους καθημερινούς της ρυθμούς και να προσαρμοστεί χωρίς εντάσεις στη νέα πραγματικότητα.

Ο σύντροφος από τη μεριά του μπορεί:

- Να μιλάει και να ακούει τη σύντροφό του
- Να τη φροντίζει
- Να την ενθαρρύνει να περνάει όσο χρόνο επιθυμεί η ίδια να περνάει με το μωρό
- Να φροντίζει να καλύπτει το κομμάτι της μοναξιάς
- Ίσως να συμβουλευτεί έναν γιατρό. Μπορεί ο γιατρός να κρίνει την κατάσταση, ότι χρήζει βοήθειας και να κανονίσει μία ανεπίσημη επίσκεψη βοήθειας στο σπίτι (<http://www.imommy.gr/pateras/eimai-mpampas/article/135/o-rolos-toy-syntrofoy-thn-periodo-ths-loxeias/>).

Ορισμένες μητέρες έχουν κατάθλιψη και χρειάζονται μεγάλη στήριξη, πρακτικά και συναισθηματικά. Μπορεί όμως και οι πατέρες να νιώθουν κατάθλιψη. Είναι αυτονόητο ότι η γυναίκα αντιμετωπίζει μεγάλες αλλαγές συναισθηματικές και σωματικές, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι ο σύντροφός της θα πρέπει να αγνοήσει τα δικά του συναισθήματα. Ο διάλογος μεταξύ των δύο συζύγων θεωρείται το κλειδί για την αντιμετώπιση των καθημερινών προβλημάτων που πιθανό να προκύψουν, και η στήριξη μεταξύ τους θεωρείται εξίσου σημαντική. Χρειάζεται μεγάλη υπομονή και κατανόηση και από τις δυο πλευρές (Χανδακός, 2015).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ



Εικόνα 15

Η εγκυμοσύνη για μία γυναίκα ίσως είναι η σημαντικότερη και ομορφότερη περίοδος της ζωής της. Βιώνει καθημερινά ένα θαύμα, που δύσκολα μπορεί να συλλάβει ο ανθρώπινος νους. Ένα θαύμα που δημιουργεί ανάμεικτα συναισθήματα και στους δύο γονείς. Οι αλλαγές που συντελούνται, τόσο σε σωματικό, όσο και σε ψυχικό επίπεδο είναι πάρα πολλές. Το έμβρυο πριν να διανύσει την θύρα της γεννήσεως του έχει ήδη διανύσει μια μακρά περίοδο εννέα μηνών. Από αυτή την περίοδο, εξαρτάται κατά πολύ η υγεία του, η ψυχική του ισορροπία η πνευματική του δομή. Το έμβρυο τρέφεται όχι μόνο από την τροφή και το αίμα της μητέρας αλλά και από τις ενέργειές της, τα ακούσματά της, τις σκέψεις και τα συναισθήματά της, επηρεάζοντας άμεσα το επίπεδο υγείας του, τις χάρες και τις αρετές του. Η ποιότητα των «δομικών υλικών» που διαθέτει η μητέρα σε σωματικό και συναισθηματικό επίπεδο, συμβάλλει στην ποιότητα ανάπτυξης του εμβρύου, αφού η μητέρα αποτελεί τη μάνα-γη για αυτή τη δημιουργία για εννέα μήνες.

Ο ερχομός ενός παιδιού αποτελεί το πιο σημαντικό, χαρμόσυνο και ελπιδοφόρο γεγονός στην ανθρώπινη ζωή. Είναι ό,τι σπουδαιότερο μπορεί να φτιάξει ο άνθρωπος τη ΖΩΗ και η φύση διέκρινε ότι η γυναίκα είναι αρκετά δυνατή ώστε να μπορεί να αντεπεξέλθει σε μια τέτοια αποστολή χωρίς να παραγνωρίζεται ασφαλώς και η τεραστίας σημασία παρουσία του πατέρα, αφού πρόκειται για οικογενειακή υπόθεση. Τόσο η εγκυμοσύνη όσο και ο τοκετός αποτελούν φυσικά και πολύ σημαντικά βιολογικά και συναισθηματικά συμβάντα στη ζωή του ζευγαριού, για αυτό και πρέπει να τυγχάνουν των καλύτερων συνθηκών διαχείρισης από όλους τους αρμόδιους επαγγελματίες υγείας.

Μέσω της παρούσας εργασίας έγινε προσπάθεια συλλογής όλων των απαραίτητων πληροφοριών από την αρχή της εγκυμοσύνης μέχρι τις πρώτες φροντίδες του νεογνού. Οι μέλλοντες γονείς είναι σημαντικό να γνωρίζουν ότι κατά την εγκυμοσύνη πρέπει να προετοιμάζονται και να έχουν τεκμηριωμένη πληροφόρηση βάση ερευνητικών δεδομένων, για την αξία που θα έχει η εμπειρία του φυσιολογικού τοκετού στη ζωή τους. Επιπλέον, πρέπει να γνωρίζουν ότι κατά την κύηση έχουν μοναδική ευκαιρία, καθώς το παιδί είναι σε αρμονική σχέση μόνο με την μητέρα και έμμεσα με τον πατέρα και χωρίς άλλες επιρροές, όπως θα έχει μετά την γέννησή του, να διαπλάσουν γερά τα θεμέλια του σώματος. Η γνώση μέσα από τα μαθήματα προετοιμασίας για το γονεϊκό ρόλο θα τους ενδυναμώσει και θα ξεπεράσουν τις ανησυχίες, τους φόβους και την προκατάληψη που πιθανόν να έχουν για τον τοκετό, βιώνοντας όμορφα συναισθήματα. Ταυτόχρονα μέσα από τη σωστή διατροφή και άσκηση θα διασφαλίσουν την ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης και του τοκετού, προλαμβάνοντας επιπλοκές όπως πρόωρο τοκετό, αναιμία, αιμορραγία κλπ.

Η στιγμή του τοκετού είναι μαγική και σίγουρα η πιο κρίσιμη. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) καθορίζει την «γέννηση φυσική και φυσιολογική λειτουργία της ζωής και η οποία δεν πρέπει να προσεγγίζεται σαν ασθένεια». Ο φυσιολογικός τοκετός αποτελεί το σημείο αναφοράς και οι καισαρικές τομές δεν πρέπει να ξεπερνούν το 12% του συνόλου των γεννήσεων σε μία χώρα. Συστήνει επίσης ότι το πλαίσιο της μαιευτικής φροντίδας πρέπει να είναι ποιοτικό, προσβάσιμο, επαρκές, αποτελεσματικό, αποδοτικό, ασφαλές και ισότιμο για όλες τις γυναίκες, καθορίζοντας ότι καμία πρόκληση τοκετού λόγω ηλικίας κύησης δε συστήνεται πριν την συμπλήρωση των 40 βδομάδων κύησης. Ο τοκετός είναι μια έντονη εμπειρία για το ζευγάρι. Πρέπει όμως να υπάρχει μια ξεκάθαρη και ουσιαστική συζήτηση μεταξύ του ζευγαριού αν πράγματι η παρουσία του πατέρα στον τοκετό θα είναι ωφέλιμη ή όχι. Ο πατέρας, πρέπει να είναι ενημερωμένος για τον τοκετό και να ξεκαθαρίσει αν μπορεί να αντεπεξέλθει σε αυτή την κατάσταση.

Συμπερασματικά, η κοινή προετοιμασία για τον τοκετό θα εφοδιάσει το ζευγάρι με την απαραίτητη γνώση, την εκμάθηση τεχνικών χαλάρωσης και αναπνοής, μειώνοντας το φόβο της μητέρας για το άγνωστο. Παράλληλα με την εμπλοκή και συνεχή στήριξη από τον πατέρα κατά τη διάρκεια του

τοκετού αλλά και μετέπειτα, η αντίληψη του πόνου μειώνεται και το ζευγάρι θα βιώσει μια μοναδική εμπειρία, με πολλά πλεονεκτήματα για ολόκληρη την οικογένεια.

Όταν ο καρπός της αγάπης ανθίζει, όταν μια γυναίκα προετοιμάζεται για να λάβει το ανεπανάληπτο δώρο της μητρότητας όλος ο κόσμος χαμογελά. Κι αλήθεια ποιος μπορεί να αρνηθεί ότι η εγκυμοσύνη, αυτό το απίστευτο ταξίδι πρωτόγνωρων συναισθημάτων, μέχρι τον τελικό του ευτυχή προορισμό, την γέννηση ενός παιδιού, είναι η πιο μαγική, η πιο συγκλονιστική εμπειρία του κόσμου; Ευελπιστούμε μέσω της παρούσας εργασίας οι μελλοντικοί γονείς να βοηθηθούν και να λάβουν τις απαραίτητες πληροφορίες για το υπέροχο ταξίδι της εγκυμοσύνης.

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

ΕΙΚΟΝΕΣ

Εικόνα 1: Εγκυμοσύνη , (πηγή: http://www.healthline.com/hlcmsresource/images/topic_centers/pregnancy/things-to-never-say-to-pregnant-woman.jpg)	11
Εικόνα 2: Τοκετός , (πηγή: http://www.babyzone.gr/images/stories/article_photos/pregnant-with-doctors.jpg)	49
Εικόνα 3: Έναρξη τοκετού , (πηγή: http://www.egkimosyni.gr/wp-content/uploads/2012/01/eguops.jpg)	55
Εικόνα 4: Πρώτο στάδιο τοκετού , (πηγή: http://www.mothersblog.gr/images/-----toketos_sadio_1_3.jpg)	60
Εικόνα 5: Δεύτερο στάδιο τοκετού , (πηγή: http://www.mothersblog.gr/images/-----toketos_sadio_2_3.jpg)	61
Εικόνα 6: Τρίτο στάδιο τοκετού , (πηγή: http://www.mothersblog.gr/images/-----toketos_sadio_3_3.jpg)	62
Εικόνα 7: Πρόωρος τοκετός , (πηγή: http://www.iatrikionline.gr/EL_M_4-2003/p1.jpg)	67
Εικόνα 8: Νεογνό , (πηγή: http://letthekids.com/wp-content/uploads/2012/05/Let-the-Kids_Photography-by-Victoria_newborns_6.jpg)	87
Εικόνα 9: Κινήσεις για βρεφικό μασάζ , (πηγή: http://www.infokids.gr/wp-content/uploads/2014/09/Baby-Massage.jpg)	114
Εικόνα 10: Περίοδος λοχείας , (πηγή: http://www.all4mama.gr/wp-content/uploads/2016/12/loxeia.png)	132
Εικόνα 11: Επιλόχεια μελαγχολία , (πηγή: http://timeforgoodnews.gr/wp-content/uploads/2013/03/epilohia-katathipci.jpg)	140
Εικόνα 12: Επολόχειος ψύχωση , (πηγή: http://www.i-psyxologos.gr/wp-content/uploads/2013/11/epiloxia-katathlipsi-2.jpg)	144
Εικόνα 13: Ρόλος του πατέρα , (πηγή: http://www.mothersblog.gr/media/k2/items/cache/bee6fccca10b0c290fa3542a31abd9436_L.jpg)	149
Εικόνα 14 (http://www.imommy.gr/pateras/eimai-mpampas/article/135/orolos-toy-syntrofoy-thn-periodo-ths-loxeias/)	159
Εικόνα 15 (http://www.iatronet.gr/photos/articles/fotos-egyos-paidi-660.jpg)	161

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1: Ελάχιστες ημερήσιες μερίδες από τη Διατροφική Πυραμίδα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.....	25
Πίνακας 2: Ημερήσια κατανάλωση καφεΐνης.....	39
Πίνακας 3: Τύποι ισχιακής προβολής	80

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. Αμερικανική Παιδιατρική Ακαδημία, (2000), «Η φροντίδα του μωρού και του μικρού σας παιδιού», (Μτφρ. Παπαδάτου, Δ.), Αθήνα: Ποταμός.
2. Βρυώνης, Γ. (2004), «Παιδιατρική», Ιωάννινα: Εφύρα.
3. Γάκη, Ε. κ.ά. (2009), «Εθνική μελέτη συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων μητρικού θηλασμού», Αθήνα: Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.
4. Cole, M. & Cole, S. R. (2002), «Η ανάπτυξη των παιδιών, η αρχή της ζωής: εγκυμοσύνη, τοκετός, βρεφική ηλικία», τόμος Α' (Μτφρ. Σόλμαν, Μ.), Αθήνα: Τυπωθήτω.
5. Δημητρίου - Χατζηγεοφύτου, Λ. (2009), «Τα 6 πρώτα χρόνια της ζωής», 6η έκδοση, Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.
6. Δημητρίου - Χατζηγεοφύτου, Λ. (2001), «Τα πρώτα 6 χρόνια της ζωής», Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σελ. 229, 249
7. Ιατράκης, Γ. (2004), «Φυσιολογία και παθολογία μητέρας και εμβρύου», Αθήνα: Δεσμός.
8. Μπόντης ΙΝ. (2007), «Βασικές Γνώσεις Μαιευτικής & Γυναικολογίας», 2^η έκδοση, Θεσσαλονίκη: University Studio Press, σελ: 135-145.
9. Murkoff, H. & Mazel, S. (2009), «Τί να περιμένεις όταν είσαι έγκυος», Αθήνα: Διόπτρα.
10. Μωραΐτου, Μ. (2007), «Ψυχοσωματική ετοιμασία για τη μητρότητα», Αθήνα: Παρισιανού, σελ., 160, 196.
11. Νταγκλας, Α. (2016), «Όλα όσα θέλετε να ξέρετε για την εγκυμοσύνη», Αθήνα: Μίνωας.
12. Παλλίδης, ΣΓ. & Παλλίδου, ΧΣ. (1999), «Το παιδί, η φροντίδα και τα προβλήματα από την εμβρυϊκή ηλικία μέχρι και την εφηβεία», Θεσσαλονίκη: Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών
13. Παναγιωτίδου-Πράπα, Α. (2000), «Το βιβλίο της μητρότητας», Αθήνα: Μίνωας.
14. Παπαβέντσης, Σ. (2011), «Επιστροφή στο μητρικό θηλασμό. Οδηγός επιβίωσης για γονείς και επαγγελματίες υγείας», 2η έκδοση, Αθήνα: Πατάκη.
15. Παπανδρέου, Δ. (2003), «Διατροφή στην εγκυμοσύνη και το θηλασμό», Θεσσαλονίκη: Χριστοδουλίδη.
16. Πατσούρου, Α. (2007). «Θηλασμός μια υπέροχη σχέση», Αθήνα: Σύγχρονοι Ορίζοντες.
17. Shelon, SP. (2013), «Ο πρώτος χρόνος του μωρού σας», (Μτφ. Κουγιανός, Κ.), Αθήνα: Πασχαλίδης.
18. Shelon, P. S. & Altmann, R. T. (2012), «Η φροντίδα του μωρού και του μικρού παιδιού από τη γέννηση έως τα 5 του χρόνια», (Επιμέλεια: Βρυώνης Γ., και Μπέρη Δ.) Αθήνα: Πασχαλίδη.
19. Στεργιόπουλος, Κ. (2002), «Νεογνολογία», Αθήνα: Λίτσας.
20. Stoppard, M. (2005), «Οδηγός υγείας για όλη την οικογένεια», Αθήνα: Πατάκη
21. Stoppard, M. (2004), «Σύλληψη-Εγκυμοσύνη-Τοκετός», Αθήνα: Μίνωας
22. Stoppard, M. (2003), «Γνωρίστε το παιδί σας», (Μτφρ. Ρώσση - Ζαΐρη Ρ.), Αθήνα: Μίνωας.

23. Stoppard, M. (2000), «Εσείς και το μωρό σας, Οι πρώτοι δέκα μήνες», Αθήνα: Ακμή.
24. Stoppard, M. (2000), «Η πλήρης φροντίδα», Αθήνα: Μίνωας.
25. Τριανταφυλλόπουλος, Γ. (2006). «Μωρό κ Νήπιο. Πρακτικός οδηγός με ερωτήσεις και απαντήσεις», Αθήνα: Σαββάλας.
26. Χαραμή, Ε. κ.ά. (2015), «Επιδράσεις του μητρικού θηλασμού στην ψυχική υγεία των βρεφών», *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2015, 32(2):245-249.
27. William, J. et.al. (2010), «Εγχειρίδιο Νεογνολογίας», Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Ανδρουλάκης, Ι., Μάνδαλα, Ε., Χρούσος, Γ., Σιαχανίδου, Σ., Χατζημιχαήλ, Α., Μάνταλος, Σ., Αθήνα: Π.Χ. Πασχαλίδης, σελ 5-8.
28. William, J. et.al. (2010), «Σύγχρονη Παιδιατρική, Διάγνωση και Θεραπεία», (Επιμέλεια:Καφετζής Ι.), Αθήνα: Πασχαλίδης.
29. Woolfson, R. (2006), «Τι σκέφτεται το μωρό μου», (Μτφρ. Τριανταφυλλόπουλος, Γ.), Αθήνα: Σαββάλας.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

30. Adachi, K. et.al. (2003), «The relationship between the parturient's positions and perceptions of labor pain intensity», *Nursing Research*, 52(1), 47–51
31. Ashida, S. et.al. (2016), «Psychosocial employment characteristics and postpartum maternal mental health symptoms», *Am J Ind Med*, doi: 10.1002/ajim.22666.
32. Berg, M. et.al. (2012), «Father for the first time-development and validation of a questionnaire to assess fathers experiences of first childbirth», *Pregnancy and Childbirth*, 12(35), 1-9.
33. Cabrera, J. et.al. (2000), «Fatherhood in the Twenty-First Century», *Child Development*, January/February 2000, Volume 71, No1, Pages 127–136
34. Cadillac, C. et.al. (2016), «Oxytonic and postpartum depression», *J Obstet Gynecol Biol Reprod* 45(8): 786-795. doi: 10.1016/j.jgyn.
35. Craig, L. (2006). «Does Father Care Mean Fathers Share? A Comparison of How Mothers and Fathers in Intact Families Spend Time with Children», *Journal of Gender and Society*. vol 20, Issue 2.
36. Dietz, PM. et.al. (2010), «Infant morbidity and mortality attributable to prenatal smoking in the U.S.», *Am J Prev Med*. 2010 Jul;39(1):45-52.
37. Field, T. (2010), «Pretern infant massage therapy research: A review», *Infant Behav Dev* 33 (2): 115-24.
38. Hanh, KA. Et.al. (2015), «Caffeine and caffeinated beverage consumption and risk of spontaneous abortion», *Human Reproduction*, vol.30, No.5pp.1246–1255,2015.
39. Hickey, CA. (2000), «Sociocultural and behavioral influences on weight gain during pregnancy», *The American journal of clinical nutrition*, vol. 71 no.5 1364s-1370s.

40. Kirby, RS. & Frost, J. (2011), «Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a meta analysis», American Journal of Obstetrics and Gynecology, 204(4): p.e16.
41. Mehta, J. et.al. (2011), «Effect of Body Image on Pregnancy Weight Gain», Journal of Matern Child Health 15:324–332.
42. Metrecia, L. et.al. (2014), «Maternal exposure to brominated flame retardants and infant Apgar Scores», Chemosphere. 2015 Jan; 0: 178–186.
43. Oddy, W. et.al. (2010), «The long-term effects of breastfeeding on child and adolescent mental health: A pregnancy cohort study followed for 14 years». Pediatrics, 156:568–574
44. Rempel, A., L. & Rempel, J., K., (2010). «The breastfeeding team: The role of involved fathers in the breastfeeding family», Journal of Human Lactation, 27(2), 115-121.
45. Rowe, R.E., et al.(2012), «Transfers of women planning birth in midwifery units: data from the birthplace prospective cohort study. BJOG, 119(9): p. 1081-90.
46. Storton, S. (2007), «The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence basis for the ten steps of mother–friendly care. Step 4: Provides the birthing woman with freedom of movement to walk, move, and assume positions of her choice», The Journal of Perinatal Education, 16 (Suppl. 1), 25S–27S.
47. Vlatka, T. (2013), «The effect of maternal exercise during pregnancy on abnormal fetal growth», Croat Med J 54:362-8.
48. Walker, P. (2011), «Developmental touch techniques for making your body stronger, healthier and happier», Fair Winds Press.

ΔΙΑΔΥΚΤΙΟ

49. Αδάμης, Θ. (2011), «Πρώτα σημάσια εγκυμοσύνης», Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.adamismd.gr/index.php/maieutiki/prwta-simadia-egumosunis>
50. Αθανασίου, Β. (2014), «Πως αλλάζει η ψυχολογία της γυναίκας στην εγκυμοσύνη», ΤΑ ΝΕΑ Online, [ηλ. εφημερίδα], Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://ygeia.tanea.gr/default.asp?pid=8&ct=11&articleID=20645&la=1>
51. «Αλκοόλ, κάπνισμα, καφές και ναρκωτικά στην εγκυμοσύνη», Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.eleucis.gr/egimosini/kuisi/item/121-http-www-eleucis-gr-egimosini-alkool_kapnisma_kafes_narkotika.html
52. Αντωνιάδου-Κουμάτου Ι. & Σοφianού Α. (2015), «Μητρικός θηλασμός. Οδηγός για επαγγελματίες υγείας», Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Διεύθυνση Κοινωνικής και Αναπτυξιακής Παιδιατρικής, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <https://www.scribd.com/document/334470449/ΜΗΤΡΙΚΟΣ-ΘΗΛΑΣΜΟΣ-pdf>
53. Αρκάς, Ε. (2006), «Ισχυική προβολή», Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://arkasemm.gr/article2.html>
54. Βεργέτης, Β. (n.d.), «Οδηγός εγκυμοσύνης», Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.vergetis.net/odigos-egkimosinis.pdf>
55. Γλυνός, Γ. (2009), «Πως πρέπει να κοιμάται το μωρό», Εφημερίδα Ελευθεροτυπία 22, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=114416>

56. Δημοπούλου, Ε. & Χρηστάκου, Ε. (n.d.), «Ο τοκετός στο σπίτι», Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.eutokia.gr/άρθρα/τοκετός/τοκετός-στο-σπίτι/#.WLTIRfmLTDe>
57. «Εννέα βασικές αρχές για εννέα μήνες υγιεινής διατροφής», (2011), Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.letsfamily.gr/el/articles/348>
58. Ζαφείρη, Ε. (n.d.), «Η τσάντα του μωρού», Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.babyzone.gr/εγκυμοσύνη/η-τσάντα-του-μωρού>
59. Ζαφείρη, Ε. (n.d.), «Τί θα χρειαστώ στο μαιευτήριο;», Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.babyzone.gr/εγκυμοσύνη/τι-θα-χρειαστώ-στο-μαιευτήριο>
60. «Η σημασία της συμμετοχής του άντρα στην εμπειρία της γέννησης», Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.eutokia.gr/άρθρα/εγκυμοσύνη/η-σημασία-της-συμμετοχής-του-άντρα-στη/#.WKH6yvmLTDe>
61. Θερμόπουλος, Μ. (2016), «Είμαι έγκυος; Τα συμπτώματα ΠΡΙΝ την καθυστέρηση περιόδου», Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.iatropedia.gr/paidi/simptomata-egkimosinis-prin-tin-kathisterisi/42328/>
62. Ιατρικό Λεξικό - Εγκυμοσύνη, κύηση, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.iatronet.gr/iatriko-lexiko/egkymosyni-kyisi.html>
63. Ιωαννίδη, Ν. (2010), «Ο πατέρας συμμετέχει στον τοκετό: Ναι ή όχι;», Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.yeskid.gr/egkymosyni/frontida/toketos/pateras-symmetexei-ston-toketo-nai-oxi>
64. Καριπίδου, ΜΣ. (2008), «Διατροφή και τρόπος ζωής για μια υγιή εγκυμοσύνη», Θέματα μαιευτικής και γυναικολογίας, τ-2, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.iatrikionline.gr/8emata_2_2008/5.pdf
65. Καρίφη, Ε. (2013), «Βρεφικό μασάζ: Να γιατί να το κάνετε», Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://ped-athina.gr/?p=244>
66. Κεφαλίδου, Μ. (2011). «Ο ρόλος του πατέρα», Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.kindykids.gr>
67. Κρητικού, Μ. (2012), «Τοκετός στο νερό: Η μέθοδος, τα υπέρ και τα κατά», Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.mama365.gr/4728/toketos-sto-nero-h-methodos-ta-yper-kai-ta-kata.html>
68. Κυριαζοπούλου, Ζ. (n.d.), «Λοχεία: Η περίοδος μετά τον τοκετό», Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.imommy.gr/healthguide/article/397/loxeia--h-periodos-meta-ton-toketo/>
69. Κυριακάκου, Μ. (2015), «Παράτριμμα ή σύγκαμα: Τι είναι και πώς το αντιμετωπίζουμε», Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.mothersblog.gr/ti-na-kano-giatre-moy/item/32298-paratrimma-i-sygkama-ti-einai-kai-pos-to-antimetopizoume>
70. «Λοχεία: Η μεταβατική περίοδος μετά τον τοκετό», (2016), Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.all4mama.gr/λοχεία>
71. «Μητρικός θηλασμός. Το Θαύμα του Θηλασμού», Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.paidiatros.com/neogennito-vrefos/thilasmos/the-miracle-of-breastfeeding>
72. Μιχαήλ, Γ. (2015-2016), «Σημειώσεις για την απαρτιωμένη διδασκαλία Μαιευτικής και Γυναικολογίας 4^{ου} έτους», Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <https://eclass.upatras.gr/modules/document/file.php/MED1099/12.%20Φυσιολογικός%20%26%20Μη%20φυσιολογικός%20τοκετός.%20%5BΓ.%20Μιχαήλ%5D/Τοκετός.pdf>
73. Μιχάλης, Α. (n.d.), «Λοχεία», Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <https://gynaikologos.edu.gr/μαιευτική/λοχεία/>
74. Μπαρτζιώκας, Α. (2014), «Τοκετός με ισχιακή προβολή – Breech delivery», Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.bartziokas.gr/maeutiki/toketos-loxeia/toketos-isxiaki-provoli>

75. Μπαρτζιώκας, Α. (n.d.), «Τοκετός μετά την πιθανή ημερομηνία τοκετού – Παράταση κύησης» Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.bartziokas.gr/maeutiki/toketos-loxeia/paratasi-kyhshs>
76. Μπούλια, Ε. (2014), «Μάρσιππος: Τα οφέλη και όσα πρέπει να γνωρίζετε», Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.mama365.gr/11904/pos-na-epilexete-marsipo-gia-to-moro-sas.html>
77. Μωραΐτου, Μ. κ.ά. (2011), «Η Επίδραση της Ψυχολογικής Ανθεκτικότητας στην Καταθλιπτική», Τριμηναίο επιστημονικό, ηλεκτρονικό περιοδικό του τμήματος Νοσηλευτικής Α', Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθηνών, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: http://www.vima-askliptiou.gr/volumes/2011/VOLUME%2001_11/VA_OP_2_10_01_11.pdf
78. «Οι εχθροί του εμβρύου: Κάπνισμα, αλκοόλ, φάρμακα», Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <https://hamomilaki.blogspot.gr/2010/05/drugs-pregnancy-smoking.html>
79. «Ολέθριες οι συνέπειες του καπνίσματος στην εγκυμοσύνη», Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/epistimi-zw/news/1588/olethries-oi-synepeies-toy-kapnismatos-stin-egkymosyni.html>
80. «Ο ρόλος του μπαμπά στην περίοδο της λοχείας», Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.imommy.gr/pateras/eimai-mpampas/article/135/o-rolos-toy-syntrofoy-thn-periodo-ths-loxeias/>
81. «Ο ρόλος του πατέρα στην εγκυμοσύνη», (2009). Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <https://semnau.wordpress.com/2009/08/18/o-rolos-tou-patera-stin-egkymosyni/>
82. Παναγιώτου, Ν., (2017), «Φυσιολογικός τοκετός ή καισαρική τομή», <http://www.paidiatros.com/egkymosini/ygeia/fysiologikos-toketos-kesariki>
83. Παπαβέντσης, Σ. (2011), «Επιστροφή στον μητρικό θηλασμό: Εισαγωγή», Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://pediatros-thes.gr/επικοινωνία/επιστροφή-στον-μητρικό-θηλασμό/επιστροφή-στον-μητρικό-θηλασμό-εισαγ/>
84. Παπαευαγγέλου, Β. (2013), «Παιδιατρική παρακολούθηση των βρεφών», Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://paidiatros-neogno.gr/παιδιατρική-παρακολούθηση-των-βρεφών/>
85. Παπαλαζάρου, Α. (2013), «Καφές με μέτρο και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης», Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.iatronet.gr/diatrofi/swsti-diatrofi/article/21978/kafes-me-metro-kai-kata-ti-diarkeia-tis-egkymosynis.html>
86. Πατσαλίδης, Α. (2017), «Από τη σύλληψη στον τοκετό», Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.paidiatros.com/egkymosini/ygeia/syllipsi-toketos>
87. Παρουτσόγλου, Ε. (2015), Κάπνισμα και αλκοόλ στην εγκυμοσύνη, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.simygeias.gr/κάπνισμα-και-αλκοόλ-στην-εγκυμοσύνη/>
88. Περισιάνης, Ν. (2013), «Νεογνική ηλικία» Παιδιατρική Εταιρία Κύπρου, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.child.org.cy/Συνδέσεις/ΘΕΜΑΤΑ/tabid/84/articleType/ArticleView/articleId/301/categoryId/55/Default.aspx>
89. Περιστέρης, Γ. (2013), Φυσιολογικός τοκετός, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.peristeris.gr/fysiologikos-toketos>
90. Σιώζος, Α. (2015), Αλκοόλ, κάπνισμα και καφές στην εγκυμοσύνη, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.siozos.com/blog-2/μαιευτικη/αλκοολ-καπνισμα-και-καφεσ-στην-εγκυμο/>
91. Σιώζος, Α. (2015), «Πρόωρος τοκετός», Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.siozos.com/blog-2/εμβρυομητρικη-ιατρικη/προωρος-τοκετος/>
92. Τοκετός στο νερό, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.paidorama.com/toketos-sto-nero>
93. Τσάκος, Η., (2009), «Οδηγός για νέους γονείς: Εγκυμοσύνη, τοκετός, λοχεία., Κέντρο Γυναικολογίας και Γονιμότητας», Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.gynfert.gr/docs/leaflets/goneis1.pdf>

94. Φανδρίδης, Ι. κ.ά., (2005), «Εγκυμοσύνη και Οδοντιατρική, Στοματολογία 2000», 57(3): 108-117, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.stomatologia.gr/files/periodiko/2011/57-3-01.pdf>
95. Φαφούτη, Ν. (n.d.), «Ο ρόλος του πατέρα στην εγκυμοσύνη αλλά και αργότερα», Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.imommy.gr/pateras/gonios/article/6078/o-rolos-toy-patera-sthn-egkymosynh-alla-kai-argotera/>
96. Φαφούτη, Ν. (n.d.), « Πέντε σημάδια που σας ειδοποιούν ότι πλησιάζει η ώρα του τοκετού», Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.imommy.gr/egkimosini/toketos/article/399/ta-shmadia-poy-eidopoioyn-oti-plhsiazai-h-wra-toy-toketoy/>
97. Χανδακάς, Σ., 2015, «Ειδικές Περιπτώσεις», Διαθέσιμο στο διαδικτυακό τόπο: <http://www.drchandakas.gr/εξειδικευση/εγκυμοσυνη/εγκυμοσυνη-μαιευτηριο-και-τοκετοσ/ειδικες-περιπτωσεις/>
98. Χανδακάς, Σ. (n.d.), «Προγραμματισμός τοκετού», Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.babyzone.gr/εγκυμοσυνη/προγραμματισμός-τοκετού>
99. Χανδακάς, Σ. (n.d.), «Τί είναι η καισαρική τομή», Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.dr-chandakas.gr/τοκετοσ/καισαρικη-τομη>
100. «Χρήσιμες Συμβουλές - Για τη μαμά - Μητρικός θηλασμός», Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.reamaternity.gr/page.aspx?id=1039>
101. UNICEF, (2013), «Υποστήριξη του μητρικού θηλασμού. Κοντά στις μητέρες», UNICEF, Ελλάδα, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: www.unicef.gr
102. UNICEF, (2007), «Μητρικός θηλασμός: Η 1η ώρα», UNICEF, Ελλάδα, Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: www.unicef.gr
103. <http://www.reamaternity.gr/images/newmag3.pdf>