

Τ.Ε.Ι.: ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α

"Κατ' οίκον νοσηλεία στην έγκυο και στο βρέφος"

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: 1) Βασιλοπούλου Χριστίνα
2) Φρούντα Μαρία

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

Πάπαδημητρίου Μαρία

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΓΚΡΙΣΕΩΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

1)

2)

3)



Π Α Τ Ρ Α 1992

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΣΕΛΦΩΤΗΣ 789

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

ΣΕΛΙΔΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
Εισαγωγή	1
Ορισμός της κατ'οίκον Επίσκεψης	1
Η κατ'οίκον επίσκεψη	1
Προσόντα και ικανότητες απαραίτητες για το νοση- λευτή και την νοσηλεύτρια που ασχολείται με την κατ'οίκον επίσκεψη.	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
Υγιεινομική διαπαιδαγώγηση	4
Ανάλυση κοινότητας	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
Εισαγωγή	8
Ανατομία και φυσιολογία του γεννητικού συστή- ματος της γυναίκας.	9
Ανατομία και φυσιολογία του γεννητικού συστή- ματος του άνδρα.	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
Γενετήσια διαπαιδαγώγηση.	20
Γονιμοποίηση.	21
Προγεννητικός έλεγχος - ενδείξεις εφαρμογής του - μεθοδοι εφαρμογής προγεννητικού ελέγχου.	24
Παράγοντας RHESUS	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	
Διάγνωση κύησης.	40
Ανατομικές και βιολογικές αλλαγές.	44

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	
Σωστή διατροφή της εγκύου.	46
Το βάρος της εγκύου.	47
Θρεπτικά συστατικά.	49
Τροφές που πρέπει να αποφεύγονται.	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	
Άσκηση και υγεία	54
Άσκηση και ανάπαυση στην εγκυμοσύνη.	54
Καθημερινή υγιεινή φροντίδα.	56
Εμβολιασμός της εγκύου.	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8	
Παθολογική εγκυμοσύνη.	58
Τοξιναιμία.	58
Εγκυμοσύνη και διαβήτης.	60
Ερυθρά στην εγκυμοσύνη.	60
Βλεννόροια στην εγκυμοσύνη.	61
Σύφιλη	62
Φαινυλοκετονουρία.	62
Συγγενής υποθυρεοειδισμός	63
Τοξοπλάσμωση	63
Σήματα κινδύνου στην εγκυμοσύνη.	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9	
Η τεχνική της ψυχοπροφυλακτικής	65
Το πρόβλημα του πόνου.	66
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10	
Τοκετός	69
Τα στάδια του τοκετού.	70
Οι ωδίνες.	72

Ρήξη του θυλακίου	74
Ενέργειες την ώρα της διαστολής	74
Γιατί η έγκυος πρέπει να είναι χαλαρή.	75
Αναπνοή.	75
Επισειστομία.	76
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11	
Φροντίδα νέας μητέρας και νεογνού.	77
Υγιεινή του δέρματος του βρέφους - λουτρό .	78
Το κρεβάτι του βρέφους.	78
Τα ρούχα του .	79
Εμβολιασμός του παιδιού.	79
Βρεφική θνησιμότητα.	79
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12	
Οι μαστοί και η λειτουργία τους - θηλασμός - το γυναικείο γάλα.	81
Παράγοντες που ευνοούν και εμποδίζουν το θηλασμό.	83
Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της φυσικής διατροφής	84
Αντενδείξεις θηλασμού.	87
Αιτίες αποτυχίας του θηλασμού.	89
Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στο μητρικό θηλασμό.	90
Προετοιμασία για το θηλασμό.	91
Προετοιμασία μητέρας και βρέφους για το θηλασμό .	93
Πότε αρχίζει ο θηλασμός.	94
Πως θα θηλάσετε σωστά.	94
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13	
Αποτελέσματα - περιγραφικά ευρήματα	100
Υλικό και μεθοδολογία	115
Συμπεράσματα - προτάσεις	118
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	120

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1 ο

Ε Ι Σ Α Γ Ω Γ Η

ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ

Η κατ' οίκον νοσηλεία φροντίζει για την παροχή ουσιαστικής και άμεσης νοσηλευτικής φροντίδας για τον άρρωστο εκτός νοσοκομείου. Η νοσηλευτική φροντίδα στον εξωνοσοκομειακό άρρωστο μπορεί να δίδεται ανάλογα τον τύπο της νοσηλευτικής φροντίδας και το χρόνο που διαθέτει η αδελφή, είτε η ίδια είτε η βοηθός είτε μέλος της οικογένειας του αρρώστου, το οποίο έχει διδάξει η νοσηλεύτρια. Την ευθύνη για την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα έχει πάντοτε η νοσηλεύτρια, η οποία μπορεί να διδάξει σε ομάδες ή άτομα μεθόδους για παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι. Επίσης μπορεί να παραπέμψει το άτομο ή την οικογένεια σε άλλες πηγές για νοσηλευτική φροντίδα, π.χ. ασφαλιστικούς οργανισμούς εφ' όσον υπάρχουν βέβαια.

Η ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΕΠΙΣΚΕΨΗ

Η κατ' οίκον επίσκεψη αντιπροσωπεύει ένα από τα σπουδαιότερα μέρη του έργου μιας Νοσηλεύτριας. Με την κατ' οίκον επίσκεψη η Νοσηλεύτρια βλέπει τα άτομα μέσα στο φυσικό τους περιβάλλον, άψυχο και έμψυχο. Μπορεί ν' ανιχνεύει τα προβλήματα υγιεινής στην οικογένεια ή να κατευθύνει αναλόγως τα μέλη της.

Στην κατ' οίκον επίσκεψη η Νοσηλεύτρια μεριμνά και καθοδηγεί ώστε να εφαρμόζονται οι ατρικές οδηγίες.

Τέλος, της δίνεται η δυνατότητα να εφαρμόσει την υγιεινή

σύμφωνα με τις συνθήκες διαβίωσης και την οικονομική δυνατότητα της οικογένειας.

Η Νοσηλεύτρια, με την καλή κρίση της αντιλαμβάνεται την κατάσταση της οικογένειας, την ψυχική και σωματική υγεία και την οικονομική κατάσταση.

Οι προτεραιότητες των επισκέψεών της καθορίζονται σύμφωνα με την προτεραιότητα των περιπτώσεων. Προηγούνται οι επισκέψεις υγιεινής παρακολούθησης και ακολουθούν επισκέψεις λοιμωδών νοσημάτων.

Προσπαθεί με τη συμπεριφορά της, τις γνώσεις της, την εμπειρία της και δεοντολογία της, να αποκτήσει την εμπιστοσύνη της οικογένειας, για να μπορέσει να βοηθήσει ή να συμβουλευτεί αυτήν σε κάθε δύσκολη στιγμή.

Πρέπει κάθε φορά να γνωρίζει το σκοπό της επισκέψεώς της, τα προβλήματα που απασχολούν την οικογένεια και την οικονομική και κοινωνική της κατάσταση. Γι' αυτό θα πρέπει να συμβουλευτείται συνεχώς το οικογενειακό ή ατομικό δελτίο, ώστε να είναι πάντα προετοιμασμένη, χωρίς να κινδυνεύει να χάσει την εμπιστοσύνη της οικογένειας.

Θα μπορούσαμε να χωρίσουμε την κατ' οίκον επίσκεψη σε τρία μέρη:

Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει την είσοδο της Νοσηλεύτριας στο σπίτι και το χαιρετισμό.

Στο δεύτερο μέρος πρέπει να συστηθεί με το όνομά της, να παρουσιάσει τον εαυτό της (δηλαδή ότι είναι Νοσηλεύτρια).

Στο τρίτο μέρος πρέπει να αναφέρει το σκοπό της επισκέψεώς της.

Η Νοσηλεύτρια προετοιμάζεται, έτσι ώστε κατά την επίσκεψη

να έχει αρκετό χρόνο στη διάθεσή της, ποτέ να μη δείχνει ότι είναι βιαστική αλλά ούτε και να καθυστερεί με άσκοπες ομιλίες.

Όταν τελειώσει η επίσκεψη, συνοψίζει τα σπουδαιότερα σημεία τα οποία θα ήθελε να εφαρμοστούν από το άτομο ή την οικογένεια που συνεργάστηκε.

Τέλος, η Νοσηλεύτρια κάνει εκτίμηση της επιτυχίας της κατ'οίκον επίσκεψης και συμπληρώνει τα δελτία, ατομικά ή οικογενειακά, ανάλογα τις περιπτώσεις που επισκέφθηκε.

ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ Ή ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΠΟΥ ΑΣΧΟΛΕΙΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Ο Νοσηλευτής ή η Νοσηλεύτρια που ασχολείται με την κατ'οίκον επίσκεψη, πρέπει να είναι εφοδιασμένη με ικανότητα, τεχνική πείρα, πνευματική καλλιέργεια και ακεραιότητα χαρακτήρα. Πρέπει να είναι πάντα ενημερωμένη και να συζητά επαγγελματικά θέματα με τα μέλη της υγειονομικής ομάδας.

Επίσης πρέπει να είναι εφοδιασμένη με πρακτική εξάσκηση και πείρα για την κατ'οίκον επίσκεψη και γενικά για την εργασία της. Πρέπει να χρησιμοποιεί κατανοητή γλώσσα για όλα τα διανοητικά και μορφωτικά επίπεδα, ώστε να έχει επαφή με όλα τα άτομα ή να τ' αποδέχεται όπως είναι. Να έχει παρατηρητικότητα, ευφυΐα, υπομονή, να είναι καλή ακροάτρια και να έχει σωστή κρίση, έτσι ώστε να μπορεί ν' αντιλαμβάνεται τις ανάγκες του κάθε ανθρώπου για να κρίνει σωστά και να συμπεραίνει. Πρέπει να διατηρεί απόλυτη εχεμύθεια, σωστή κρίση και σωστό προγραμματισμό, για να πετύχει στο έργο που έχει αναλάβει.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2 ο

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ

Είναι μια διαδικασία με ακαδημαϊκές, ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις, που έχουν σχέση με δραστηριότητες οι οποίες αυξάνουν τις ικανότητες των ανθρώπων να παίρνουν πληροφορημένες αποφάσεις όσον αφορά την προσωπική τους, οικογενειακή και κοινοτική υγεία. Οι διαδικασίες αυτές στηρίζονται στις επιστημονικές αρχές και διευκολύνουν την εκμάθηση και την αλλαγή της συμπεριφοράς τόσο στο προσωπικό υγείας όσο και στα άτομα.

Η κοινοτική υγειονομική διαπαιδαγώγηση αποβλέπει στην εφαρμογή των απόψεων και στρατηγικών της υγειονομικής διαπαιδαγώγησης για την επίλυση προβλημάτων υγείας που αφορούν τους κατοίκους μιας κοινότητας. Περιλαμβάνει ευρέα προγράμματα αλλά και ατομικά για ειδικές περιπτώσεις.

Οι στόχοι της Υ.Δ. είναι:

1. Καλύτερη υγεία.
2. Συμμετοχή των ατόμων και της κοινότητας σε προγράμματα υγείας.
3. Ένα κοινό με τις απαιτούμενες ικανότητες, για να πάρει πληροφορημένες αποφάσεις για τις διαδικασίες που αποβλέπουν στην προσωπική και στην κοινοτική υγεία.
4. Πληροφόρηση του κοινού για τους κινδύνους υγείας και παροχή γνώσεων που έχουν σχέση με θέματα υγείας του ατόμου και της κοινότητας.
5. Αποτελεσματική, επαρκή και κατάλληλη παροχή Υ.Δ.

6. Αλλαγές στο περιβάλλον, το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, των κοινωνικο-οικονομικών καταστάσεων, με σκοπό τη διευκόλυνση και βελτίωση των διαδικασιών που αποσκοπούν στην προσωπική και κοινοτική υγεία.
7. Παροχή των αναγκαίων πηγών για σχεδιασμό και εκτέλεση αποτελεσματικής Υ.Δ.
8. Αποδοχή της Υ.Δ. από τη διοίκηση, τη νομοθεσία και το ευρύ κοινό.

Η ομάδα σχεδιασμού για τη διαδικασία προγραμματισμού της κοινοτικής Υ.Δ. πρέπει να πειραλαμβάνει:

- α) μέλη της κοινότητας,
- β) επαγγελματίες της υγείας,
- γ) εκπαιδευτές της υγείας.

ΑΙΤΙΑ τα οποία δείχνουν την ανάγκη της Υ.Δ. είναι μεταξύ άλλων:

- 1) Η στροφή των κυρίων αιτιών θανάτων από τα λοιμώδη στα χρόνια, τα οποία απαιτούν αυξημένη προσωπική συμμετοχή στην πρόληψη, στη διαπαιδαγώγηση της νόσου και τη φροντίδα.
- 2) Η όλο και μεγαλύτερη παραδοχή από αυτούς που ασκούν την ιατρική, ότι πολλά προβλήματα υγείας, π.χ. κάπνισμα, πάχος, υποσιτισμός, ναρκωτικά, καθορίζονται από τη συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής του ατόμου και τα άτομα σε μεβάλο βαθμό μπορούν να τα ελέγξουν.
- 3) Για να επιτευχθεί έλεγχος ρύπανσης του περιβάλλοντος, των επαγγελματικών κινδύνων και των τοξικών ουσιών, πρέπει ομάδες πληροφορημένων ατόμων να συμμετέχουν ενεργά.
- 4) Το υψηλό κόστος της θεραπευτικής αλλά και της προληπτικής ιατρικής όταν γίνεται από επαγγελματίες.

- 5) Η πληροφόρηση των ατόμων θα τους δώσει τη δυνατότητα να δεχθούν τη δική τους ευθύνη για υπευθυνότητα στην προσωπική και κοινοτική υγεία.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

Για τον προγραμματισμό της Υ.Δ. μιας κοινότητας, το πρώτο και πιο κριτικό στοιχείο είναι η ανάλυση της κοινότητας και η εκτίμηση των αναγκών της. Κι αυτό, διότι τα προγράμματα επιτυγχάνουν και δεν κοστίζουν πολύ όταν αναφέρονται στα προβλήματα που έχουν πραγματικά τα άτομα ή η κοινότητα προς την οποία αναφέρονται. Πρέπει να μελετηθούν τα άτομα που αποτελούν την κοινότητα, τα γεωγραφικά σύνορα της κοινότητας, οι ανάγκες, τα ενδιαφέροντα, οι φιλοδοξίες ή τα κίνητρα των μελών της κοινότητας και η αποτελεσματικότητα του παρόντος συστήματος περίθαλψης. Δηλαδή γίνεται μελέτη των ατόμων του περιβάλλοντος και των συστημάτων και έτσι μπορεί να ξεσκεπαστούν τα προβλήματα που υπάρχουν. Επίσης με την ανάλυση διαπιστώνεται η αποτυχία των προγραμμάτων που έχουν ήδη εφαρμοστεί. Επίσης βοηθά τα ίδια τα άτομα να καταλάβουν τα δικά τους προβλήματα και τις μεθόδους επιλύσεώς τους.

Βασικά μέρη της ανάλυσης της κοινότητας:

1. Αναγνώριση της κοινότητας.
2. Ανάλυση της κατάστασης υγείας της κοινότητας.
3. Ανάλυση του συστήματος παροχής υγειονομικών υπηρεσιών.
4. Ανάλυση του συστήματος παροχής κοινωνικής βοήθειας στην κοινότητα.
5. Διάγνωση της κοινότητας. Δηλαδή η μετάφραση των στοιχείων που συλλέγηκαν σε καταστάσεις, οι οποίες περιγράφουν τους

πόρους και τις ανάγκες της κοινότητας και καθορίζουν τον πληθυσμό στόχο. Θα πρέπει γι' αυτό να προγραμματισθούν οι ερωτήσεις και να αξιολογηθούν κατάλληλα οι απαντήσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παιδί μου ...

Κόρη των οφθαλμών μου

Όση χαρά μου έδωσες

Με το γλυκό ερχομό σου,

Τόση χαρά θα αισθανθεί

Στον ουρανό η ψυχή μου.

ΕΛΕΝΑ Α. ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΟΥ

"MANNA"

Στη γεωμετρία της ζωής, τα τρίγωνα δεν είναι καθόλου σπάνια . Δύο άνθρωποι ένας άντρας και μια γυναίκα συντελούν με θαυμαστό τρόπο στο θαύμα της ζωής.

Πραγματικά !!! Ποιός μπορεί να συλλάβει την έκταση του μεγαλείου της σύλληψης μιας καινούργιας ζωής, ενός φαινομένου συχνού που είναι τόσο πολύπλοκο, που ξεπερνάει κάθε ανθρώπινο τεχνικό κατόρθωμα.

Η γέννηση ενός παιδιού ονομάστηκε "το καθημερινό θαύμα" και τον πρωταγωνιστικό ρόλο σε αυτήν καλείται να παίξει η γυναίκα. Αυτή που με τόση στοργή και προσμονή φυλάσει στα σπλάχνα της το δώρο του θεού, "τη μητρότητα", ώστε να νιώσει την ευτυχία αυτή , ανεξάρτητα από κοινωνική θέση, μόρφωση και οικονομικά κριτήρια .

Την ευτυχία του να είσαι...μάννα.

Η φύση και η εξέλιξη της εγκυμοσύνης εξακολουθεί να είναι από τα καινούργια πόδια μελέτης, παρόλο που οι ψυχολόγοι και άλλοι ειδικοί επιστήμονες έχουν ερευνήσει το μηχανισμό

της μάθησης, τις δυνάμεις της κοινωνικής συμπεριφοράς, τη δυναμική της εργασίας και τη βιομηχανία.

Πολλά και μεγάλα είναι τα βήματα στην θεραπεία και τη διερεύνηση της προσωπικής ανάπτυξης .

Κάθε γυναίκα με βάση τον τρόπο που έχει μεγαλώσει και την πληροφόρηση που έχει από το περιβάλλον σχετικά με την εγκυμοσύνη και τη μητρότητα σχηματίζει τις ιδέες της γύρω από αυτό το θέμα σε συνάρτηση με την οργανική εξέλιξη της εγκυμοσύνης.

Σ' αυτό το στάδιο έχει στο πλευρό της συμμάχους, τον προσωπικό της γυναικολόγο - μαιευτήρα και τη Νοσηλεύτρια που με βάση την επιδεξιότητά και τις γνώσεις της συμβάλλει θετικά στην προσαρμογή της εγκύου σ' τη νέα της κατάσταση.

Μ' αυτόν τον τρόπο η Νοσηλεύτρια διευκολύνει τις σχέσεις της εγκύου με την κοινωνία μέσα στην οποία ζει, καθώς και τη σχέση της με το έμβρυο που μεγαλώνει μέσα της.

Ανατομία και φυσιολογία γεννητικού συστήματος της γυναίκας

Το γεννητικό σύστημα της γυναίκας αποτελείται από τα έσω και έξω γεννητικά όργανα.

Τα έσω γεννητικά όργανα είναι:

1. Οι δύο ωοθήκες.
2. Οι δύο ωαγωγοί ή σάλπιγγες.
3. Η μήτρα.
4. Ο κόλπος ή κολεός.

Τα έξω γεννητικά όργανα είναι:

1. Το αιδοίο το οποίο αποτελείται από :
 - α) Το εφήβαιο ή όρος Αφροδίνης.
 - β) Τα μικρά κ' μεγάλα χείλη του αιδοίου .
2. Η κλειτορίδα.
3. Ο πρόδομος του κολεού
4. Οι βολβοί του προδόμου
5. Οι μεγάλοι αδένες του προδόμου.

Το όριο μεταξύ των έσω και έξω γεννητικών οργάνων είναι ο Παρθενικός υμένας.

ωθήκες

Είναι δύο μεικτοί αδένες, έχουν σχήμα ελλειψοειδές, χροιά ερυθρόφανη με λεία επιφάνεια και ομαλή σε κορίτσια πριν από την ήβη και ανώμαλη σε ώριμες γυναίκες.

Οι ωθήκες βρίσκονται στο πλάγιο τοίχωμα της μικρής πυέλου μέσα στον ωθηκικό βόθρο. Η κάθε μία έχει μήκος 3-5 εκ.μ., και πλάτος 1,5-3 εκ.μ. και βάρος 6-10 γραμ.

Περιγραφικά η ωθήκη εμφανίζει έξω και έσω επιφάνεια, πρόσθιο και οπίσθιο χείλος, άνω και κάτω πόλο και στηρίζεται σταθερά στη θέση της με το μεσοωθηκίο, τον κρεμαστήρα σύνδεσμο και με τον ίδιο σύνδεσμο ή μητροωθηκικό.

Το πρόσθιο χείλος της ωθήκης συνδέεται με τη λήκυθο του ωαγωγού ενώ το οπίσθιο χείλος με τον κώδωνα του ωαγωγού, τον ουρητήρα και την μητριάια αρτηρία.

Δομή της ωθήκης

Η ωθήκη απ' έξω προς τα μέσα αποτελείται : από μονόστιβο κυβοειδές βλαστικό επιθήλιο και από το παρέγχυμα, που διακρίνεται στη φλοιώδη και μυελώδη ουσία.

ΣΑΛΠΙΓΓΕΣ

Οι σάλπιγγες ή αγωγοί είναι δύο μυώδεις σωλήνες, που βρίσκονται δεξιά και αριστερά της μήτρας, με κατεύθυνση προς κάτω.

Κάθε σάλπιγγα έχει μήκος 10-13 εκ. μ., και εμφανίζει 4 μοίρες:

- α) Τον κώδωνα ή χοάνη.
- β) Τη λήκυθο.
- γ) τον ισθμό και
- δ) Τη μητριαία μοίρα (μητρικό, κοιλιακό).

Ο κώδωνας εκτείνεται κατά μήκος του οπισθίου χείλους και της έσω επιφάνειας της ωοθήκης, σχηματίζοντας το κοιλιακό στόμιο του αγωγού με διάμετρο 2 χιλιοστόμετρα. Ο κώδωνας είναι διασχόμενος σε 12-16 κροσσούς, από τους οποίους ο μακρύτερος ονομάζεται ωοθηκικός κροσσός ο οποίος χρησιμεύει για να παραλαμβάνει το ωάριο μετά την ωοθυλακιορρηξία και να το μεταφέρει στον αυλό του αγωγού.

Η λήκυθος είναι η συνέχεια του κώδωνα και έχει μήκος 5-8 εκ. Βρίσκεται στο πλάγιο τοίχωμα της μικρής πυέλου και περιβάλλει την ωοθήκη από εμπρός, πάνω και πίσω.

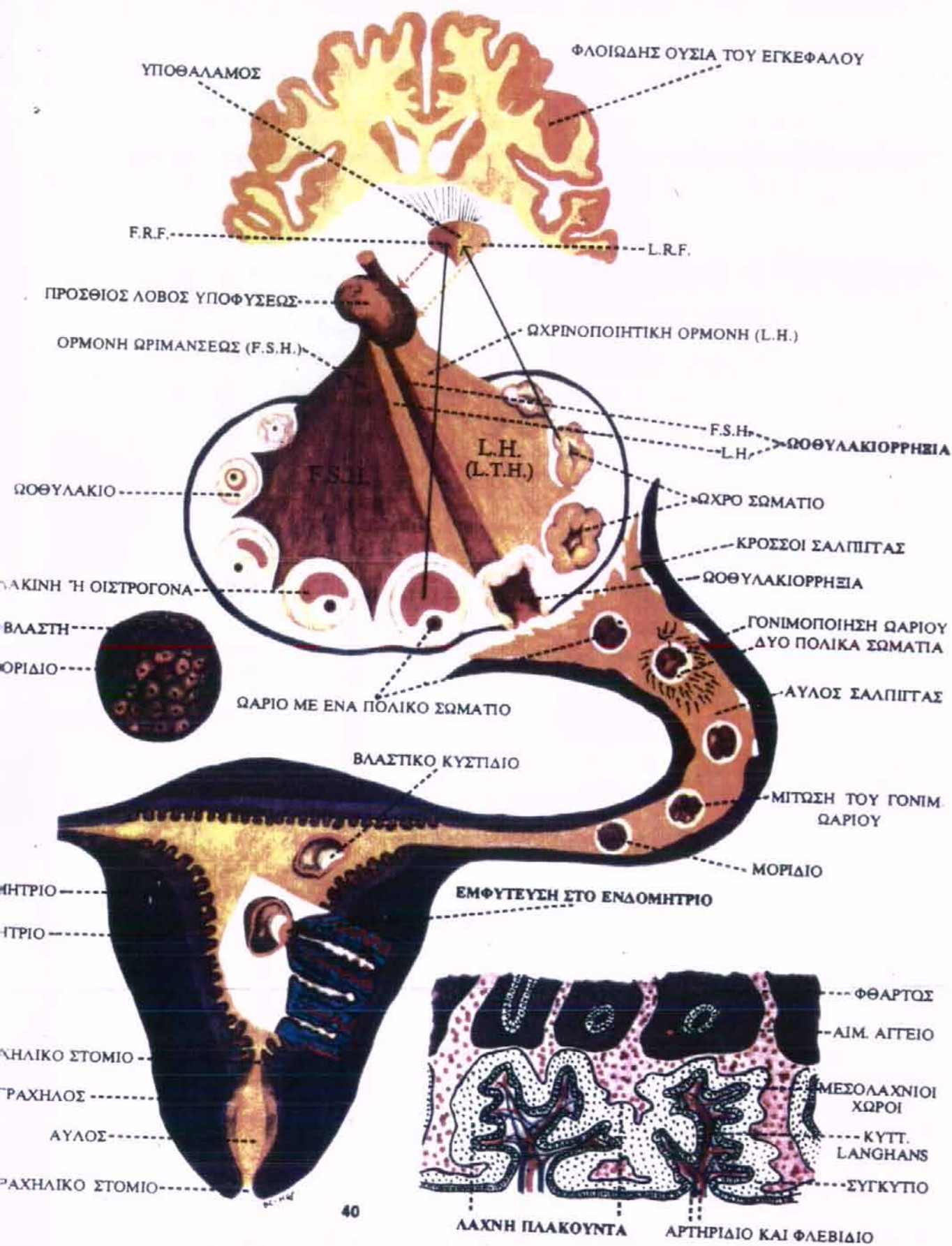
Ο ισθμός έχει μήκος 3-6 εκ. μ., εκτείνεται μέχρι τον πυθμένα της μήτρας και αποτελεί την πιο στενή μοίρα του αγωγού.

Ο ισθμός γειτονεύει με το στρογγύλο σύνδεσμο της μήτρας και τον ίδιο σύνδεσμο της ωοθήκης.

Δομή της σάλπιγγας

Η σάλπιγγα απ'έξω προς τα μέσα αποτελείται : α) από

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ



**ΟΡΜΟΝΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ - ΩΡΙΜΑΝΣΗ ΩΑΡΙΟΥ - ΩΧΡΟ ΣΩΜΑΤΙΟ
 ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΩΑΡΙΟΥ - ΕΚΚΡΙΤΙΚΗ ΦΑΣΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ
 - ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ ΒΛΑΣΤΙΚΟΥ ΚΥΣΤΙΔΙΟΥ**

ορογόνο, ο οποίος περιβάλλει τη σάλπιγγα, β) από μυικό χιτώνα, ο οποίος εμφανίζει έξω επιμήκη και έσω κυκλωτερή στίββαδα και γ) από βλεννογόνο, ο οποίος εμφανίζει πολλαπλές πτυχές και αναδιπλώσεις.

ΜΗΤΡΑ

Η μήτρα είναι κοίλο μυώδες όργανο, το οποίο χρησιμεύει για την έμμηνο ρύση και τη φιλοξενία του αναπτυσσόμενου κινήματος μέχρι την γέννησή του. Βρίσκεται μέσα στη μικρή πύελο και έχει σχήμα αχλαδιού και εμπρός με μήκος 7,5 mm και βάρος 45-60 γρ.

Περιγραφικά από πάνω προς τα κάτω η μήτρα εμφανίζει:

- α) Τον πυθμένα, ο οποίος βρίσκεται πάνω από το σημείο εισόδου, των ωαγωγών στη μήτρα.
- β) Το σώμα, το οποίο βρίσκεται κάτω από την είσοδο των ωαγωγών ,
- γ) Τον τράχηλο , ο οποίος είναι το κατώτερο μέρος της μήτρας, που τρυπά το πρόσθιο τοίχωμα του κολεού και προβάλλει μέσα σ'αυτόν.

Δομή της μήτρας

Το μεγαλύτερο μέρος της μήτρας απ'έξω προς τα μέσα καλύπτεται από α) Περιτόναιο (ορογόνο χιτώνα), β) βλεννογόνο που λέγεται ενδομήτριο.

Κολεός

Ο Κολεός είναι διατατός ινομυώδης σωλήνας που εκτείνεται από το αιδοίο προς τα άνω και πίσω.

Έχει μήκος 8 εκ. και ο επιμήκης άξονας του είναι κάθετος προς τον επιμήκη άξονα της μήτρας.

Η περιοχή του αυλού που περιβάλλει το ενδοκοιλιακό μέρος του τραχήλου χωρίζεται σε 4 μοίρες ή θόλους:

- α) 1. Πρόσθιο θόλο.
- β) 1. οπίσθιο θόλο, ο οποίος είναι μακρύτερος από τον πρόσθιο θόλο.
- γ) 2 πλάγιους θόλους.

Το τοίχωμα του κόλπου αποτελείται από 3 χιτώνες:

- α) Βλεννογόνο (Το επιθήλιο του βλενογόνου είναι πολύστιβο πλακώδες).
- β) Μυικό χιτώνα.
- γ) Κυώδη χιτώνα.

Ανατομία και φυσιολογία του γεννητικού συστήματος άνδρα.

Στοιχεία ανατομίας.

Για να κατανοήσουμε όσα θα αναφέρουμε παρακάτω είναι καλύτερα να αναφερθούμε σε στοιχεία, τα οποία σχετίζονται με την ανατομική του γεννητικού συστήματος του άνδρα και συνδέονται περισσότερο με τη χρησιμότητά του.

Την 7η εβδομάδα αρχίζει η φυλετική διαφοροποίηση του εμβρύου και την 12η - 13η εβδομάδα έχουν τη δυνατότητα να παράγουν ανδρογόνες ορμόνες τα έξω γεννητικά όργανα.

Τον 7ο - 8ο μήνα της εμβρυικής ζωής οι όρχεις παίρνουν την οριστική τους θέση μέσα στο όσχεο. Για την τελική διαφοροποίηση και ανάπτυξη των γεννητικών οργάνων του άνδρα συμβάλλει και εκκρίση της δεϋδροτεστοστερόνης, που προέρχεται από την τεστοστερόνη.

A. Ορχεις

Οι όρχεις είναι δύο αδένες που στον ενήλικα έχουν σχήμα αυγού και βρίσκονται μέσα στο όσχεο. Το όσχεο είναι δερμάτινος ρυτιδωμένος σάκκος, που έχει σκοπό να στηρίζει τους όρχεις και να ρυθμίζει τη θερμοκρασία τους. Αυτό το κατορθώνει με τη σύσπαση ή τη χαλάρωση του μυιού του χιτώνα.

Μέσα στο όσχεο οι όρχεις περιβάλλονται από χιτώνα που τον λέμε ινώδη. Αυτό προσεκβάλλει μέσα στο όρχη σχηματίζονται διαφράγματα. Τα διαφράγματα χωρίζουν τον ορχικό ιστό σε 250 περίπου κομμάτια που έχουν σχήμα πυραμίδας και τα λέμε αρχικά λόβια. Κάθε αρχικό λόβιο αποτελείται από τα σπερματικά σωληνάρια και το διάμεσο ιστό.

B. Επιδιδυμίδες

Είναι πόροι, μήκους 6 μέτρων και σχήματος έλικας. Το πάνω μέρος τους λέγεται κεφαλή και συνδέεται με τον άνω πόλο του όρχη με 8-15 εκφορητικά σωληνάρια. Το κάτω άκρο λέγεται ουρά και φτάνει ως το κατω πόλο του όρχη για να μεταπέσει ύστερα στο σπερματικό πόρο. Ο αυλός του πόρου των επιδιδυμίδων καλύπτεται με κυλινδρικό σροσσωτό σπιθήλιο κυβοειδών και εκκριτικών κυττάρων.

Η έκκριση των κυττάρων συμβάλλει στη κινητικότητα και ζωτικότητα των σπερματοζωαρίων και βρίσκεται κάτω από τον έλεγχο της τεστοστερόνης.

Γ. Σπερματικοί πόροι

Αυτοί είναι συνέχεια των επιδιδυμίδων. Έχουν ισχυρό μυικό άκρο που λέγεται σπερματική λήκυθος. Μέσα στην σπερματική λήκυθο αποθηκεύεται το σπέρμα.

Οι σπερματικοί πόροι περνάνε μέσα από τους βουβωνικούς

πόρους εισέρχονται στη πυελική κοιλότητα και εκβάλλουν στο προστάτη.

Το επιθήλιο των αυλών των σπερματικών πόρων είναι κυλινδρικό και εκκρίνει υγρό χρήσιμο για τη μεταφορά και ωρίμανση των σπερματοζωαρίων.

Δ. Σπερματικοί τόνοι

Αρχίζουν από το κοιλιακό βουβωνικό στόμιο και φτάνουν ως τους όρχεις. Μέσα τους βρίσκονται: ο σπερματικός πόρος έσω και έξω σπερματική αρτηρία, η ορχική αρτηρία, η εκφορητική αρτηρία, το σπερματικό φλεβικό πλέγμα, λεμφαγγεία κ' νεύρα.

Ε. Σπερματοδόχες κύστεις

Είναι δύο κυστικά μορφώματα με σχήμα αχλαδιού τα οποία βρίσκονται πάνω στη βάση του προστάτη και κάτω από το πυθμένα της ουροδόχου κύστης.

Κάθε σπερματοδόχος κύστη έχει πόρο, που ενώνεται με το πόρο της κύστης και σχηματίζουν τον εκσπερματιστικό πόρο, ο οποίος εκβάλλει στο σπερματικό λοφίδιο.

Με αυτό το τρόπο τα σπερματοζωάρια έρχονται στο κόλπο του προστάτη, που βρίσκεται στην ουρηθρική του μοίρα.

Η μοίρα αυτή έχει στόμια, που κατά τη συνουσία ανοίγουν και διοχετεύουν το σπέρμα μέσω της ουρήθρας προς τα έξω.

ΣΤ. Προστάτης

Αυτό είναι ινομνώδες αδενικό όργανο σε σχήμα και μέγεθος καστανού που βρίσκεται κάτω από την ουροδόχο κύστη περιβάλλει την οπίσθια ουρήθρα και έχει μήκος 2,5 εκατ. και βάρος 20 γρ.

Το τμήμα της ουρήθρας που διαπερνά το προστάτη λέγεται

προστατική μοίρα της ουρήθρας και σ' αυτή εκβάλλουν οι εκσπερματικοί πόροι μέσα από το σπερματικό λοφίδιο.

Το προστατευτικό υγρό είναι λεπτόρευστο, θολερό και πλούσιο σε όξινη φωσφατάση προτεολυπικά ένζυμα, αμινοξέα Na, K, Ca, κιτρικά άλατα κ.λ.π., που βοηθάνε στην ενεργοποίηση και ρευστοποίηση του σπέρματος.

Η έκκριση του προστάτη δεν είναι συνεχής συμβαίνει ύστερα από συσπάσεις κατά την διάρκεια της συνουσίας.

Στοιχεία Φυσιολογίας

Οι όρχεις στον άντρα παίζουν αντίστοιχο ρόλο με τις ωοθήκες στη γυναίκα δηλαδή ενώ οι γυναίκες παράγουν ωάρια και εκκρίνουν ορμόνες, οι όρχεις παράγουν σπερματοζώαρια και εκκρίνουν δικές τους ορμόνες.

Σπερματογένεση

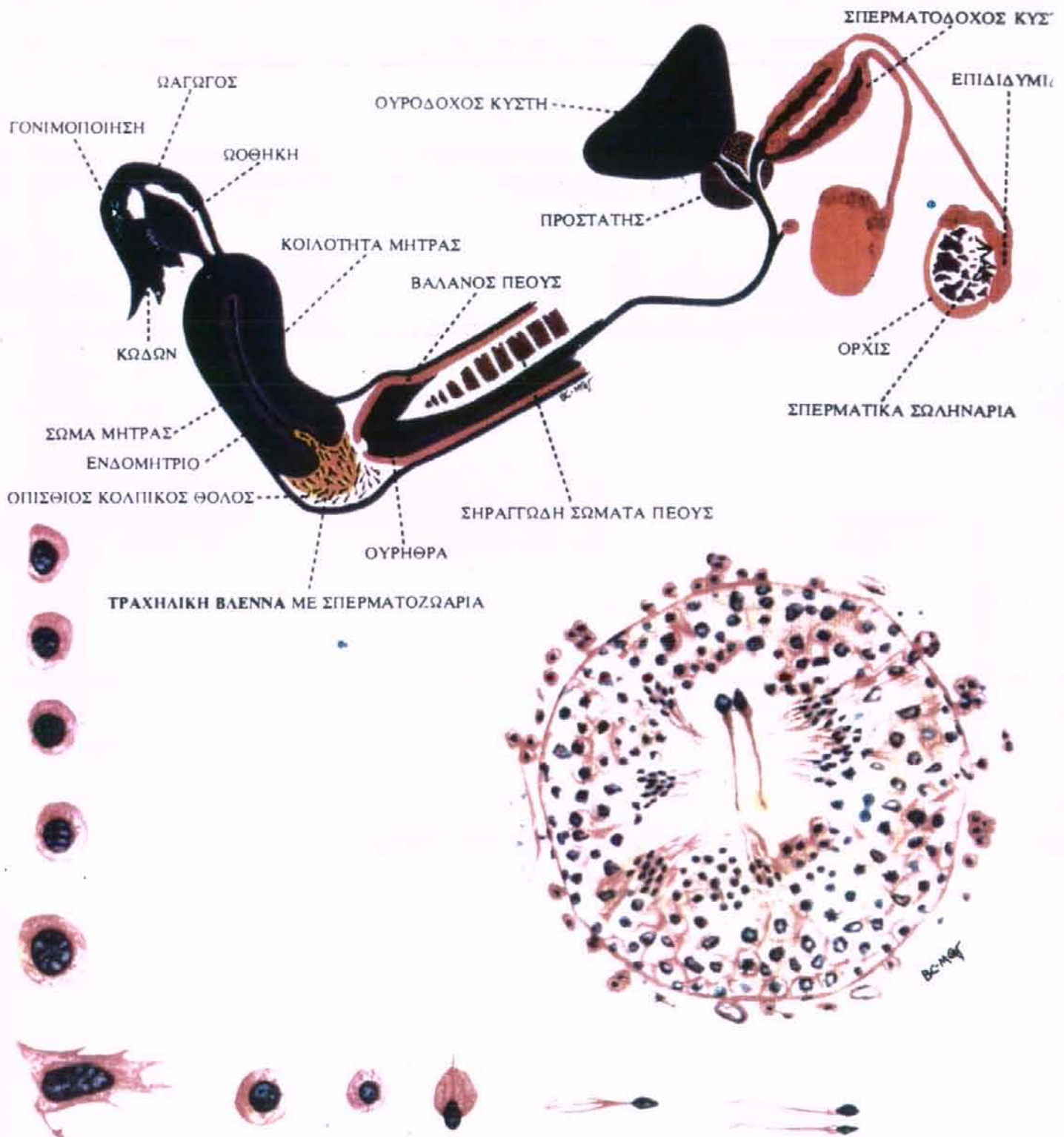
Όπως αναφέραμε και παραπάνω πως το σπερματικό επιθήλιο των σπερματικών σωληναρίων αποτελείται από τα σπερματογόνα κύτταρα και τα κύτταρα του Sertoli.

Από τα σπερματογόνα κύτταρα μεταπλάσσονται τα σπερματοζώαρια. Τα κύτταρα του Sertoli, που βρίσκονται ανάμεσα στα σπερματογόνια κύτταρα, έχουν στη κορυφή τους εγκόλπημα μέσα στο οποίο είναι σφηνωμένη η κεφαλή του σπερματοζωαρίου.

Τα σπερματογόνια κύτταρα, για να γίνουν σπερματοζώαρια δηλαδή για να μεταπλαστούν περνάνε από διάφορα στάδια. Στην αρχή διαιρούνται με μιτωτική διαίρεση σε σπερματοκύτταρα 2ης τάξεως και μετά με μιτωτική διαίρεση γίνονται οι σπερματίδες οι οποίες δε διαιρούνται άλλο.

Οι σπερματίδες τώρα με τη σειρά τους μετά από διάστημα

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΓΕΝΗΤΙΚΗ ΛΕΠΤΟΥΡΓΙΑ ΣΥΝΟΥΣΙΑ



42

ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΣΠΕΡΜΑΤΟΖΩΑΡΙΟΥ

Τα αρχικά σπερμογόνια μετά από πολλές μιτώσεις, μετατρέπονται σε πρωτογενή σπερματοκύτταρα· αυτά υφίστανται την πρώτη ώριμοποιητική διαίρεση και σχηματίζονται διπλά δευτερογενή σπερματοκύτταρα. Αλλά υφίστανται και δεύτερη ώριμοποιητική ελάττωση στον αριθμό των χρωμοσωμάτων. Οι σπερματίδες σταδιακά μετατρέπονται σε ώριμα σπερματοζωάρια.

23 ημερών διαφοροποιούνται και μεταβάλλονται σε σπερματοζώαρια. Αυτά περνάνε μέσα στον αυλό των σπερματικών σωληναρίων φθάνουν στις κεφαλές των επιδιδυμίδων και από εκεί στις σπερματοδόχες κύστεις μέσω των σπερματικών πόρων.

Για να αποκτήσουν γονιμοποιητική ικανότητα τα σπερματοζώαρια πρέπει να ωριμάσουν. Για την ωρίμανση τους απαιτείται η επίδραση ορμονών του υποθαλάμου και της υπόφυσης και η συμμετοχή άλλων παραγόντων όπως του DNA, του RNA της αλκαλικής φωσφατάσης του γλυκογόνου της λιπάσης κλπ.

Η σπερματογένεση αρχίζει από τη πρώτη διαίρεση ενός σπερματογονίου και τελειώνει τότε που ένα σπερματοζώαριο φθάνει στον αυλό του σπερματικού σωληναρίου.

Η διάρκεια της σπερματογένεσης στον άνδρα διαρκεί 74 ημέρες. Αν δεν συμβεί εκσπεράτιση τότε τα σπερματοζώαρια απορροφώνται μέσα στην επιδιδυμίδα.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 4ο

ΓΕΝΝΗΤΗΣΙΑ ΔΙΑΠΑΙΔΑΓΩΓΗΣΗ

Παλαιότερα γεννιόνταν πολλά παιδιά αλλά τα περισσότερα πέθαιναν. Η γυναίκα ριψοκινδύνευε κάθε φορά με τον τοκετό την ίδια της τη ζωή. Σήμερα τα πράγματα είναι διαφορετικά.

Η επιστήμη είναι σε θέση να προφυλάξει τη μητέρα και τα παιδιά από τους κινδύνους της εγκυμοσύνης, του τοκετού και των πρώτων χρόνων της ζωής του παιδιού. Έτσι όμως μεγαλώνει και η ευθύνη μας απέναντι στο παιδί, και η συνείδηση αυτής της ευθύνης είναι που μας κάνει να καταφύγουμε στην επιστήμη για να μας βοηθήσει στη φροντίδα και στη σωστή-διαπαιδαγώγηση του παιδιού μας.

Κάθε γυναίκα θα πρέπει να είναι υπεύθυνη απέναντι στον εαυτό της και την προσωπικότητά της. Θα πρέπει να γνωρίζει πριν αποκτήσει παιδί, τι σημαίνει ένα παιδί για το γάμο αλλά και τις ευθύνες που θα αναλάβει απέναντι σ' αυτό το παιδί.

Ορισμένοι γονείς έχουν κάποια πληροφόρηση για μερικές λειτουργίες του σώματος, σπάνια όμως έχουν τολμήσει να εμβαθύνουν τις γνώσεις τους. Ενώ όλοι ξέρουμε ότι η πληροφόρηση είναι αυτή που θα διδάξει στους γονείς πώς να μιλήσουν στο παιδί για το σεξ και με ποιο τρόπο θα χειριστούν το θέμα, αλλά και πώς οι ίδιοι θα αντιμετωπίσουν ανάλογα περιστατικά όταν τους τυχαίνουν για πρώτη φορά στη ζωή τους. Η σεξουαλικότητα βέβαια θεωρείται θέμα προσωπικό και κανείς δεν έχει αναλάβει να διδάξει στους εφήβους ακόμη και τις πιο στοιχειώδεις βιολογικές αναπαραγωγικές λειτουργίες.

Οι διεθνείς στατιστικές αναφέρουν ότι ένα πολύ μικρό ποσοστό παιδιών παίρνουν τη σωστή σεξουαλική διαπαιδαγώγηση από τους ίδιους τους γονείς τους. Σε έρευνα που έγινε στην Αμερική σε 944 σπουδαστές που ρωτήθηκαν από πού έμαθαν τα θέματα της σεξουαλικής συμπεριφοράς, το 91.5% δήλωσαν πως τα έμαθαν από άλλους παράγοντες και όχι από τους γονείς τους.

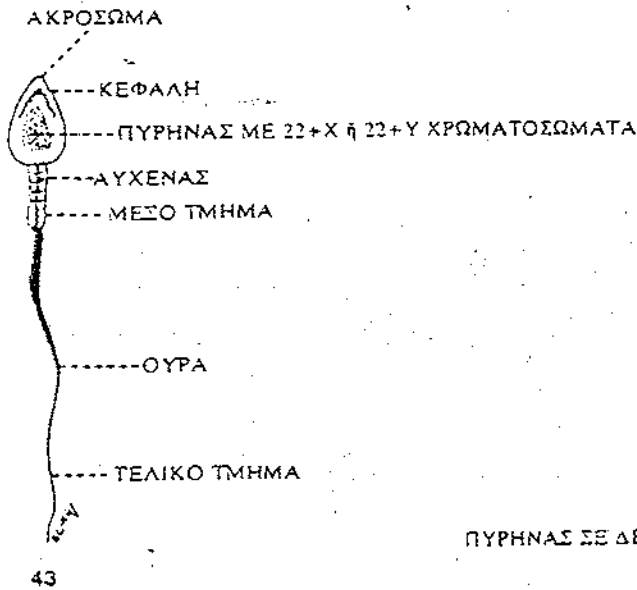
Σε δεύτερη ερώτηση για το πώς αισθάνονταν που έμαθαν για τη σεξουαλική συμπεριφορά από άλλους παράγοντες, το 79% απάντησαν πως δεν αισθάνονται ότι γνωρίζουν το θέμα σωστά, αφού οι πληροφορίες που πήραν από ανεύθυνους παράγοντες δεν ήταν σωστές και υπεύθυνες. Από τα παραπάνω καταλαβαίνουμε ότι πρέπει καθένας να έχει γνώσεις βασικών εννοιών, έτσι ώστε να βοηθήσει τον εαυτό του να πάρει, υποβάλλοντας στους ειδικούς ερωτήσεις του, ικανοποιητικές απαντήσεις.

Σ' αυτό το σημείο έρχεται η νοσηλεύτρια να βοηθήσει το άτομο (άνδρα, γυναίκα, παιδί) και στην περίπτωση μας, την εγκυμοσύνη, με την οποία θα ασχοληθούμε: Κατ' αρχήν η γυναίκα θα πρέπει να ενημερωθεί σχετικά με την ανατομία του σώματός της και αυτό θα προσπαθήσουμε να το κάνουμε όσο το δυνατόν πιο κατανοητό, αναφέροντάς της τα παρακάτω σημεία:

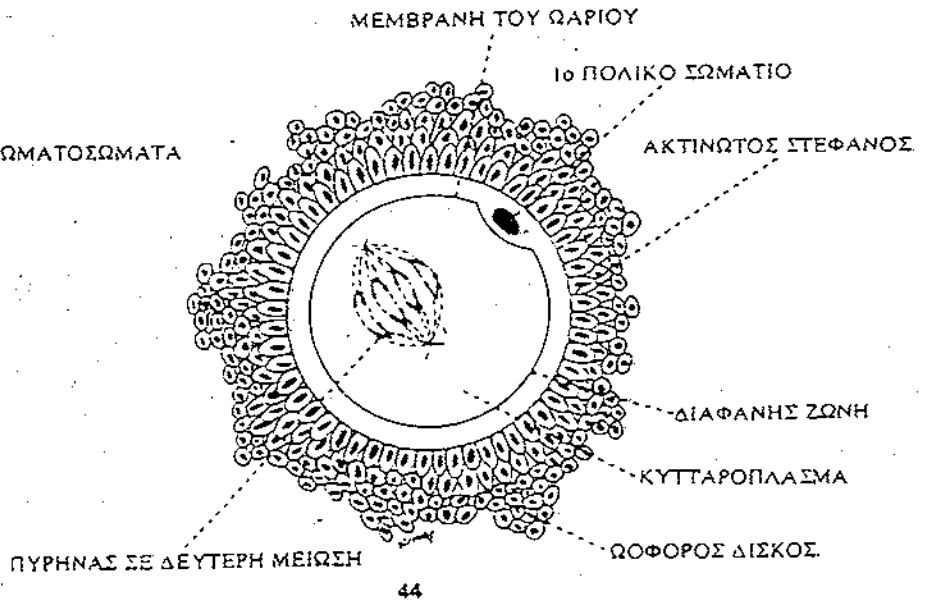
4. Γονιμοποίηση

Κάθε οργανισμός του πλανήτη μας χαρακτηρίζεται από δύο βασικές ιδιότητες : την ιδιότητα να διατηρεί την ατομικότητα του για ένα χρονικό διάστημα και τη δυνατότητα να παράγει απο-

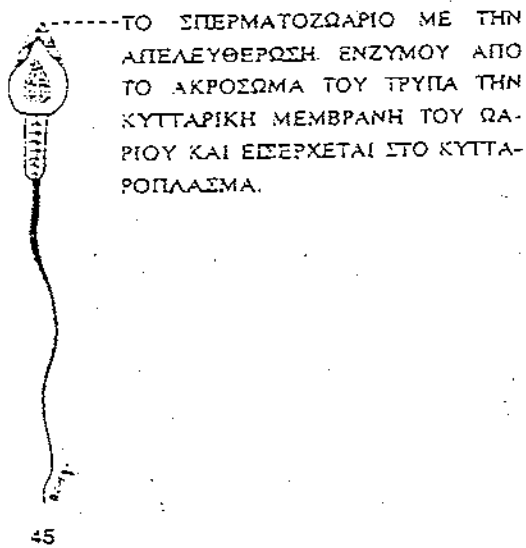
Η ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΩΑΡΙΟΥ ΚΑΙ Η ΔΙΑΠΛΑΣΗ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ



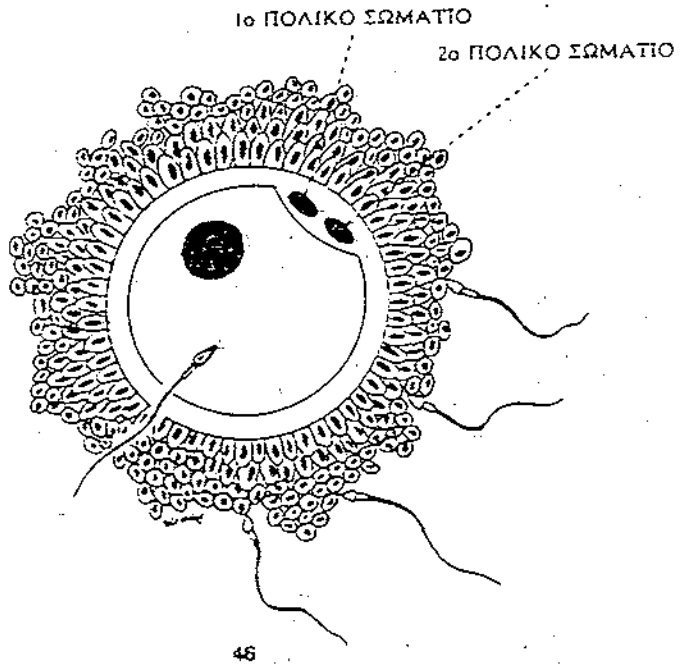
ΕΙΚ. 43. Σπέρματοζώαριο.



ΕΙΚ. 44. Ωριμο ώαριο λίγο πριν από την ωοθυλακιορρηξία. Και ώριμο μετά την ωοθυλακιορρηξία για να γονιμοποιηθεί όποτε...



ΕΙΚ. 45. Σπέρματοζώαριο ώριμο για να γονιμοποιήσει το ώριμο ώαριο.



ΕΙΚ. 46. Με τη γονιμοποίησή του γίνεται και η συμπλήρωση και αποβολή του 2ου πολικού σωματίου (2α μείωση).

γόνους του ίδιου είδους. Η αυτοδιατήρηση και η αναπαραγωγή σε ένα μεταβλητό περιβάλλον εξαρτάται στο μοριακό επίπεδο από την παρουσία και διάταξη τριών ουσιαστικών τύπων μακρομορίων, δηλαδή από τoςu πολυσακχαρίτες, τις πρωτεΐνες και το νουκλεϊκά οξέα .

Στους νόμους της φύσεως υπάγεται το γεγονός ότι υπάρχει μια μονάδα κληρονομικότητας που εξαρτάται από κάποιο παράγοντα που μεταβιβάζεται από τους γονιούς στους απογόνους . Αυτός ο ειδικός παράγοντας είναι αυτό που λέμε σήμερα γονίδιο.

Από τους διπλοειδείς οργανισμούς μονο το ένα από τα δύο αντίγραφα περνά δια μέσου των γαμετών (γεννητικά κύτταρα) στους απογόνους. Έτσι όταν ενώνεται ένας θηλυκός (ωάριο) και ένας αρσενικός (σπερματοζωάριο) γαμέτης τότε έoχυμe την παραγωγή του ζυγωτού . Επανορθώνοντας έτσι την κατάσταση em την οποία κάθε διπλοειδής οργανισμός έχει ένα αντίγραφο μητρικής προέλευσης και ένα πατρικής.

Το σπερματοζωάριο (αρσενικός γαμέτης) είναι η τελική μορφή της εξέλιξης των ορχεγόνων γεννητικών κυττάρων ενώ το ωάριο είναι το αποτέλεσμα μιας εξέλιξης της σπερματικής σειράς στη γυναίκα (θηλυκός γαμέτης).

Η ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ εξαρτάται από τη συνάντηση ενός σπερματοζωαρίου και ενός ωαρίου στο τελευταίο τριτομόριο της σάλπιγγας στη λήκυθο.

Η διάρκεια της ζωής του ωαρίου μετά την ωορηξία είναι μόνο 24 ώρες ενώ η διάρκεια της ζωής του σπερματοζωαρίου είναι 3-4 ημέρες . Η κατάσταση για την οποία εξοπλίζεται κάθε μήνα η μήτρα και τ ο ωάριο, εξελίσσεται ως εξής:

Το ωάριο έχει ληφθεί μετά το σπάσιμο του ωοθυλακίου από

τη σάλπιγγα. Από τη στιγμή αυτή μπορεί να γονιμοποιηθεί . Αν η γυναίκα έλθει σε επαφή με τον άνδρα εισέρχονται σε αυτήν μέσω του κόλπου 200.000.0000 σπερματοζώαρια.

Ο τεράστιος αριθμός των σπερματοζωαρίων που εισέρχεται είναι γιατί τα περισσότερα καταστρέφονται στις πτυχές και αυλακώσεις του κόλπου ή στο στόμιο της μήτρας . Αλλά πάλι πνίγονται στις εκκρίσεις των γυναικείων γεννητικών οργάνων κ.λ.π.

Για τη γονιμοποίηση του ωαρίου χρειάζεται ένα και μόνο σπερματοζώαριο που φτάνει ως το πρωτόπλασμα του ωαρίου. Χάνει τότε την ουρά του και ο πυρήνας μαζί με το κεντροσωμά του σχηματίζει τον σπερμογενή πυρήνα.

Όταν τελικά θα φτάσει μέχρι το πρωτόπλασμα του ωαρίου το σπερματοζώαριο αναπτύσσεται μέχρι να γίνει τόσο μεγάλο όσο ο πυρήνας του ωαρίου και μετά τον πλησιάζει και συγχωνεύεται μαζί του.

Ενώ συμβαίνουν αυτά κλείνουν οι πόροι της μεμβράνης του ωαρίου και έτσι όλα τα σπερματοζώαρια που ακολουθούν δεν μπορούν να την περάσουν καινούργιο άνθρωπο, η γονιμοποίηση έγινε και η εγκυμοσύνη αρχίζει.

1. Προγεννητικός Έλεγχος

Με τον Προγεννητικό Έλεγχο επιτυγχάνεται, με ασφάλεια και αποτελεσματικές μεθόδους, η έγκαιρη ενδομήτρια διάγνωση ορισμένων γεννητικών παθήσεων του εμβρύου. Η έγκαιρη αυτή διάγνωση προσφέρει τη δυνατότητα στους γονείς ν'αποκτήσουν ένα υγιές παιδί, ενώ παράλληλα τους προφυλάσσει από τη γέννηση ενός γενετικά υπολειπόμενου εμβρύου, em την έγκαιρη πρό-

κλήση διακοπής της κύησης.

Κύριος σκοπός λοιπόν της προγεννητικής διάγνωσης είναι να περιορίσει τις διάφορες γεννητικές παθήσεις και άνδρομα.

Τα προβλήματα της προγεννητικής διάγνωσης πρέπει να αντιμετωπίζονται από ομάδα πεπειραμένων ειδικών ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού και οι οποίοι θα είναι σε θέσεις να γνωρίζουν με κάθε λεπτομέρεια τις διάφορες γεννητικές παθήσεις για να προσδιορίσουν:

- α) Την ασφαλή διαγνωσή τους , όπου είναι δυνατή.
- β) Την πιθανότητα επανεμφάνισής τους , σε τυχόν νέα κύηση.
- γ) Την μέθοδο ανίχνευσης των φορέων της νόσου.
- δ) την ποιότητα ζωής, που προσφέρει η κάθε νόσος ως και τη δυνατότητα θεραπείας της, και
- ε) Τα οικονομικά και οικογενειακά προβλήματα, που θα προέλθουν από το παιδί που πάσχει όπως και τις πιθανότητες επιπλοκών από την πρόκληση τεχνητής διακοπής της κίνησης, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην πιθανότητα να επακολουθήσει δευτεροπαθής στείρωση.

2. Ενδείξεις εφαρμογής Προγεννητικού ελέγχου

A. Κύριες

1. Ηλικία της μητέρας > 35 χρόνια.
2. Όταν οι γονείς είναι φορείς χρωμοσωμικών ανωμαλιών (ισοζυγισμένες μεταθέσεις, μωσαϊκισμός κ.λ.π.).
3. Όταν υπάρχει προηγούμενο παιδί στην οικογένεια με κληρονομική χρωμοσωμική ανωμαλία.
4. Όταν υπάρχει προηγούμενο παιδί με διαγνωσμένη X - φυλοσύνδεση διαταραχή του υπολειπομένου χαρακτήρα.

5. Όταν υπάρχει προηγούμενο παιδί με συγγενή διαταραχή του μεταβολισμού.
6. Όταν οι γονείς είναι γνωστοί φορείς διαταραχών, που είναι ανιχνεύσιμες ενδομήτρια.
7. Όταν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό με ανοικτές βλάβες του Κ.Ν.Σ.

Β. Δυνητικές

1. Ηλικία του πατέρα > 55 χρόνια.
2. Πρώιμη έκθεση του εμβρύου σε ακτινοβολία υψηλής δόσης (κατά τις πρώτες 3 εβδομάδες της κίνησης).
3. Σε μητέρες με παθήσεις θυρεοειδούς.
4. Όταν υπάρχει ιστορικό με προβλήματα αναπαραγωγής (μακροχρόνια στείρωση, επανειλημμένες αυτόματες εκτρώσεις, κύηση ύστερα από πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας).
5. Σε ζευγάρια που ζητούν ελαχιστοποίηση των γνωστών μικρών κινδύνων.

Παρακάτω θα αναφέρουμε συνοπτικά τις διαταραχές του εμβρύου οι οποίες μπορούν να διαγνωστούν προγεννητικά.

- 1) Χρωμοσωμιακές ανωμαλίες.
- 2) Ορισμένες φυλοσύνδετες νόσοι υπολειπομένου χαρακτήρα.
- 3) Ανωμαλίες του Κ.Ν.Σ.
- 4) Ορισμένες συγγενείς διαταραχές του μεταβολισμού :
 - α) Των λιπιδίων,
 - β) Των υδατανθράκων ,
 - γ) των βλεννοπολυσακχαριτών ,
 - δ) Των αμινοξέων και οργανικών οξέων.
- 5) Αιμοσφαιρινοπάθειες.
- 6) Φλεγμονές.

Για να κάνουμε προγεννητική διάγνωση στις ομάδες των γεννητικών παθήσεων του εμβρύου εφαρμόζουμε διάφορες διαγνωστικές μεθόδους που στηρίζονται σε άμεσο ή έμμεσο έλεγχο της εμβρυοπλακουντιακής μονάδας.

Μέθοδοι εφαρμογής του Προγεννητικού Ελέγχου είναι:

A. Άμεσες (στο έμβρυο)

- 1) Αμνιοπαρακέντηση
- 2) Εμβρυοκέντηση
- 3) Αιμοληψία από το έμβρυο
- 4) Βιοψία του δέρματος του εμβρύου
- 5) Υπερηχογραφία.
- 6) Ακτινολογική εξέταση : α) αμνιογραφία,
β) Εμβρυογραφία.

B. Έμμεσες (στη μητέρα)

- 1) Στο αίμα : α) Εμβρυικά κύτταρα
β) Ανίχνευση και ποσοτικός προσδιορισμός αντισωμάτων.
γ) Προσδιορισμός ορμονών
δ) " " διαφόρων ουσιών.
- 2) Στα ούρα : Προσδιορισμός διαφόρων ορμονών.
- 3) Στη τροφοβλάστη.

Στη συνέχεια θα αναφερθούμε περιληπτικά στις μεθόδους που χρησιμοποιούμε για τη προγεννητική διάγνωση και τις οποίες αναφέραμε παραπάνω.

Υπερηχογραφία

Η συμβολή της υπερηχογραφίας είναι αξιόλογη και μπορούμε

να τη συνοψίσουμε στα παρακάτω:

- 1) Αποκλείει ή επιβεβαιώνει την ύπαρξη δίδυμης ή πολύδυμης κύησης με αποτέλεσμα το περιορισμό των λαθών.
- 2) Προσδιορίζει την ηλικία της κύησης με μεγάλη ακρίβεια. Αυτό βοηθά πολύ σε περίπτωση που θέλουμε να κάνουμε αμνιοπαρακέντηση.
- 3) Βοηθά στην αξιολόγηση των τιμών διαφόρων ουσιών π.χ. εμβρυικής α - πρωτεΐνης.
- 4) Διαγνώσκει διάφορες ανατομικές ανωμαλίες της διάπλασης του εμβρύου. π.χ. εγκεφαλοκήλη, υδροκέφαλος, μικροκεφαλία, θμφαλοκήλη, ανώμαλα άκρα κ.λ.π.
- 5) Προσδιορίζει με ακρίβεια τη θέση του πλακούντα.
- 6) " " την ποσότητα και τις μεταβολές του όγκου του αμνιακού υγρού καθώς επίσης και τις περιοχές συγκεντρωσής του.
- 7) Κάνει ασφαλέστερη την αμνιοπαρακέντηση.

Η εφαρμογή των υπερήχων στην προγεννητική διάγνωση δε φαίνεται να προκαλεί γνωστούς κινδύνους. Εν τούτοις διάφοροι ερευνητές παρατήρησαν αύξηση των χρωμοσωμιακών διαταραχών μετά τη χρήση υπερήχων *in vitro*.

Η χρήση υπερήχων κατά τη κύηση είναι ασφαλής, αν και ορισμένες κλινικές παρατηρήσεις δείχνουν, ότι υφίσταται αύξηση της δραστηριότητας του εμβρύου, η οποία οφείλεται πιθανότατα σε ακουστική διέγερσή του.

Εμβρυοσκόπηση

Η εμβρυοσκόπηση αποβλέπει στην άμεση επισκόπηση του σώματος του εμβρύου, η οποία επιτυγχάνεται με τη βοήθεια ενός

ειδικού οργάνου του εμβρυοσκοπίου.

Οι ενδείξεις εκτέλεσης της εμβρυοσκόπησης περιορίζονται μόνο στις περιπτώσεις : 1) όπου οι άλλες εξετάσεις δεν οδηγούν σε ακριβή διάγνωση, ενώ υπάρχει βάσιμη υποψία για συγκεκριμένες ανωμαλίες της διάπλασης του εμβρύου π.χ. αύξηση εμβρυϊκής α- πρωτεΐνης στο αμνιακό υγρό, με φυσιολογικά ευρήματα από το υπερηχογράφημα.

2) Όπου μια προηγούμενη κύηση κατέληξε σε τοκετό νεογόνου με αναγνωρίσιμη ανωμαλία της διάπλασης του εμβρύου πχ. συγγενής ιχθύωσης κλπ.

Οι σημερινές ενδείξεις της εμβρυοσκόπησης περιορίζονται στις περιπτώσεις εκείνες που αποσκοπείται ο έλεγχος συγκεκριμένων περιοχών, όπως των άκρων και ιδιαίτερα των δακτύλων των ποδιών και των χεριών, των αρθρώσεων, του τριχωτού της κεφαλής, του προσώπου, ορισμένης περιοχής των κοιλιακών τοιχωμάτων, της επιφάνειας του πλακούντα και του ομφάλιου λώρου.

Με άλλα λόγια η εμβρυοσκόπηση προσφέρεται μόνο για περιοχές, που υπάρχουν οδηγία σημεία, κατατοπιστικά για την εξεταζόμενη περιοχή.

Ο καταλληλότερος χρόνος για την εκτέλεση της εμβρυοσκοπίας είναι μεταξύ 17ης και 20ης εβδομάδας από την ΤΕΡ επειδή στην ηλικία αυτή το υγρό είναι διαυγές, άφθονο, σε σχέση προς το σχετικά μικρότερο όγκο του εμβρύου.

Πριν από την εμβρυοσκόπηση είναι απαραίτητο το υπερηχογράφημα για να προσδιορίσουμε τους παρακάτω παράγοντες:

- 1) Η ηλικία της κύησης
- 2) Οι διαστάσεις και η θέση του πλακούντα.
- 3) Η θέση εισόδου του ομφάλιου λώρου στο πλακούντα.

- 4) Η θέση και το σχήμα του εμβρύου.
- 5) Η θέση άθροισης του αμνιακού υγρού και
- 6) Η ύπαρξη ή όχι πολύδυμης κύησης, ινομυώματος ή άλλων καταστάσεων που μπορεί να επηρεάσουν τη πορεία της διαγνωστικής αυτής επέμβασης.

Η εκτέλεση της εμβρυοσκόπησης γίνεται με γενική αναισθησία ή τοπική αναλγησία στο περιτόναιο.

Η έγκυος παραμένει στο νοσοκομείο για ένα βράδυ και θεωρείται σκόπιμη η προφυλακτική χορήγηση αντιβίωσης, για τη πρόληψη αμνιονίτιδας.

Οι κίνδυνοι από την εμβρυοσκόπηση δεν είναι ακριβώς καθορισμένοι λόγω περιορισμένης πείρας από την επέμβαση.

Επιπλοκές από μέρους του εμβρύου αποτελούν :

- α) Η γάγγραινα εμβρυϊκού μέλους λόγω τραυματισμού μεγάλου αγγείου από την βελόνα παρακέντησης.
- β) Το αιμάτωμα των κοιλιακών τοιχωμάτων του εμβρύου.
- γ) Η τρώση και ρήξη του ομφαλίου λώρου.
- δ) Σοβαρές επιπλοκές θεωρούνται και οι παρακάτω (για τις οποίες όμως δεν έχει προσδιοριστεί με ακρίβεια η πραγματική τους συχνότητα) φλεγμονές, τρώση της ουροδόχου κύστης και του εμβρύου, αυτόματες εκτρώσεις, πρόωροι τοκετοί, πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα.

Η βιοψία του δέρματος του εμβρύου

Η βιοψία δέρματος του εμβρύου αποτελεί σχετικά απλή διαγνωστική εμβρυοσκοπική επέμβαση .

Στο λαμβανόμενο υλικό που είναι συνήθως 1 χιλιοστ.² είναι δυνατό να διενεργηθούν διάφορες βιοχημικές μικροσκοπικές και κυτταρογεννετικές αναλύσεις .

Με επιτυχία η μέθοδος αυτή εφαρμόστηκε σε περιπτώσεις ιχθύωσης. Τα καταλληλότερα σημεία για βιοψία του δέρματος είναι οι πλευρές και το τριχωτό του εμβρύου γιατί στις περιοχές αυτές είναι δυνατό να ασκηθεί πίεση με τη λαβίδα βιοψίας, χωρίς το φόβο του τραυματισμού αγγείων ή νεύρων. Η λαβίδα αυτή περνά από τη κύρια υποδοχή του εμβρυοσκοπίου που πιέζεται ακινητοποιημένη στο εκλεγμένο σημείο και παίρνει τον ιστό που προορίζεται για βιοψία.

Η ΑΜΝΙΟΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ

Η αμνιοπαρακέντηση συνίσταται στην παρακέντηση της αμνιακής κοιλότητας και την αναρρόφηση υγρού, στο οποίο γίνονται διάφορες κυτταρογεννητικές και βιοχημικές αναλύσεις.

Ο καλύτερος χρόνος για την εφαρμογή της κοιλιακής αμνιοπαρακέντησης είναι το διάστημα μεταξύ 16ης και 18ης εβδομάδας της κύησης από την πρώτη ημέρα της T.E.P. και γίνεται υπερηβικά. Την 16 εβδομάδα της κύησης η ποσότητα του αμνιακού υγρού υπολογίζεται σε 200 κ. εκ. και η περιεκτικότητα 1 στα 2.000 είναι καλλιεργήσιμο ενώ τα υπόλοιπα είναι νεκρά. Με την πρόοδο της ηλικίας της κύησης, ενώ αυξάνεται ο αριθμός των κυττάρων του αμνιακού υγρού, ο αριθμός των καλλιεργήσιμων κυττάρων ελαττώνεται.

Οι προϋποθέσεις για την εκτέλεση της αμνιοπαρακέντησης είναι :

1. Γεννητικός κίνδυνος
2. Ο προγεννητικός έλεγχος να μπορεί να δώσει απάντηση σαφή για το συγκεκριμένο νόσημα του εμβρύου που γίνεται ο έλεγχος.

3. Να προηγηθεί η εντόπιση του πλακούντα με υπερήχους καθώς και η θέση του εμβρύου και η εντόπιση της περιοχής άθροισης του αμνιακού υγρού.

Ο ανώτερος αριθμός αμνιοπαρακεντήσεων που επιτρέπεται να γίνεται, στην ίδια ασθενή δεν πρέπει να ξεπερνά τις δύο.

Το μεσοδιάστημα που συνιστάται για την επανάληψη της αμνιοπαρακέντησης είναι 7 έως 14 ημέρες.

Η αμνιοπαρακέντηση παρά το γεγονός ότι είναι αναμφισβήτητα μια ακίνδυνη διαγνωστική επέμβαση, εκ' τούτοις στο δεύτερο τρίμηνο τις κύησης δεν στερείται από ορισμένες επιπλοκές.

Η συνολική εμβρυική απώλεια (αυτόματες εκτρώσεις, ενδομήτριος θάνατος του εμβρύου) κατά το 2ο τρίμηνο, υπολογίζεται 0,3 - 1,5 %.

Σε ποσοστό 0,1% των περιπτώσεων ακολουθεί αυτόματη εκτρώση μέσα στις πρώτες 72 ώρες και σε 0,2% μέσα στην πρώτη εβδομάδα.

Άλλες αναφερόμενες επιπλοκές από αμνιοπαρακέντηση στο δεύτερο τρίμηνο είναι:

1. Η εκροή αμνιακού υγρού από τον κόλπο, σε ποσοστό 1 - 13%
2. Η αιμόρροια από τον κόλπο, σε ποσοστό 0,9%.
3. Η ευαισθησία στα κοιλιακά τοιχώματα και οι συστολές του μυομητρίου, σε ποσοστό 0,9% και 1,4% αντίστοιχα και,
4. Η τρώση του δέρματος του εμβρύου σε ποσοστό 0,6 - 3%.

Οι επιπλοκές αυτές φαίνεται να είναι συχνότερες, όταν η αμνιοπαρακέντηση εφαρμόζεται πριν την 15 εβδομάδα της κύησης.

Μερικοί ερευνητές αναφέρουν μικρή αύξηση της περιγεννητικής θνησιμότητας στις περιπτώσεις που υποβλήθηκαν σε αμνιο-

παρακέντηση λόγω αυξημένων ποσοστών αιμορραγιών κατά την κύηση και σε αυξημένες αναπνευστικές ανωμαλίες.

Η αμνιογραφία

Η αμνιογραφία για να εκτελεσθεί ακολουθεί τους κανόνες και τη διαδικασία της αμνιοπαρακέντησης . Μετά την είσοδο της βελόνας στο αμνιακό σάκκο αφαιρούνται 20 εκ. σκιερής ουσίας . Ο ασθενής κινείται δεξιά - αριστερά για την ομοιόμορφη κατανομή του φαρμάκου και ακολουθεί ο ακτινογραφικός έλεγχος.

Με τη μέθοδο αυτή επιτυγχάνουμε τα παρακάτω:

- 1) Ο προσδιορισμός της θέσης του πλακούντα
- 2) Η διάγνωση διαφόρων ανωμαλιών του Κ.Ν.Σ., του ουροποιητικού και γαστρεντερικού συστήματος του εμβρύου,
- 3) Η διάγνωση διαφόρων ανωμαλιών του εξωτερικού περιγράμματος του εμβρυϊκού σώματος και της αμνιακής κοιλότητας.
- 4) Καθώς και διαφόρων παθήσεων π.χ. μηνιγγομυελοκήλης, οφθαλμοκήλης, υδρονέφρωσις, ατρησίας οισοφάγου κ.α.
- 5) Προσδιορισμός της θέσης της περιτοναϊκής κοιλότητας του εμβρύου.

Κάτι άλλο που είναι σημαντικό και πρέπει να αναφέρουμε είναι ότι είναι δυνατή η απεικόνιση του γαστρεντερικού σωλήνα του εμβρύου , μετά τη χορήγηση της σκιερής ουσίας στη μητέρα, εφόσον δεν υπάρχει γρήγορη απεκκρισή της από το ουροποιητικό της σύστημα. Η παρατήρηση αυτή φαίνεται να βάζει τη βάση για παραπέρα φαρμακολογική τροποποίηση των σκιαγραφικών ουσιών, ώστε η διαδικασία αυτή της αμνιογραφίας να απλουστευτεί με τη παρακάμψη της αμνιοπαρακέντησης.

Η Εμβρυογραφία

Η εμβρυογραφία αποβλέπει στη διαγραφή του εμβρυϊκού περιγράμματος με τη χορήγηση ενδοαμνιακά 9 κ. εκ. λιποδιαλύτης σκιαγρα-

φικής ουσίας, η οποία προσλαμβάνεται από το σμήγμα του δέρματος του εμβρύου. Μετά από 48 ώρες ή λιγότερο ακολουθεί ακτινολογικός έλεγχος που αποσκοπεί στη μελέτη της σωματικής διάπλασης του εμβρύου. Η μέθοδος αυτή φαίνεται να δίνει περισσότερες λεπτομέρειες από την αμνιογραφία.

Η λήψη δείγματος εμβρυικού αίματος

Η λήψη δείγματος εμβρυικού αίματος είναι δυνατό να γίνει με δύο μεθόδους : με την εμβρουοσκόπηση και με την πλακουντοκέντηση.

A. Με την Εμβρουοσκόπηση η λήψη εμβρυικού αίματος, είναι καλύτερα να γίνεται μεταξύ 17ης και 20ης εβδομάδας της κύησης όταν η ολική ποσότητα του αίματος του εμβρύου είναι τόση ώστε να μπορεί να υφίσταται χωρίς επακόλουθα μια απώλεια του μεγέθους των 1 ως 2 κ. εκ.

Η αιμοληψία μπορεί να γίνει και από τα αγγεία του ομφαλίου λώρου κοντά στη θέση προσφυσής του στο έμβρυο ή στον πλακούντα. Η παρακέντηση ομφαλίου λώρου θεωρείται πιο επικίνδυνη από την παρακέντηση αγγείων του πλακούντα.

Η πιο αποδοτική τεχνική για αιμοληψία είναι εκείνη κατά την οποία παρακεντείται απλώς το πλακουντικό αγγείο και αποσύρεται αμέσως η βελόνα με σύγχρονη αναρρόφηση αμνιακού υγρού, που είναι ανακατεμένο με αίμα. Η αιμοληψία αυτή διαρκεί μερικά δευτερόλεπτα ή υπολογίστηκε ότι προκαλεί μια απώλεια αίματος της τάξης των 1,5 έως 2,5 κ.εκ. , ποσό που αντιπροσωπεύει το 3% του ολικού όγκου του αίματος του εμβρύου .

B. Η λήψη εμβρυικού αίματος με πλακουντοκέντηση, συνιστάται στην παρακέντηση του πλακούντα με βελόνα οσφυονωτιαίας παρακέντησης μεγέθους 19 ή 20, αφού προσδιοριστεί η θέση του πλακούντα με υπερήχους.

Τα περισσότερα δείγματα που παίρνονται με τη μέθοδο αυτή

περιέχουν και αίμα της μητέρας σε μεγάλη αναλογία. Για ορισμένες εξετάσεις που εφαρμόζονται στο δείγμα αυτού του αίματος, η προσμιξή του με μητρικό αίμα δεν έχει καμιά επίδραση ενώ για άλλες είναι ακατάλληλο.

Οι κίνδυνοι από την πλακουντοκέντηση είναι οι ίδιοι με της εμβρουοσκόπησης και είναι: η μεγάλη απώλεια εμβρυϊκού αίματος, η πρόωγη αποκόλληση του πλακούντα, η αυτόματη έκτρωση και η αμνιονίτιδα. Οι επιπλοκές αυτές όπως είναι ευνόητο είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε αιφνίδιο ενδομήτριο θάνατο του εμβρύου.

Η εμβρυϊκή απώλεια από την πλακουντοκέντηση κυμαίνεται από 3 έως 10%.

ΤΡΟΦΟΒΛΑΣΤΙΚΟΣ ΙΣΤΟΣ

Ο τροφοβλαστικός ιστός είναι ένας ενδιάμεσος ιστός του σώματος από τον οποίο προέρχονται ο πλακούντας το αμνίο και το χόριο. Η καταληψή του είναι κοινή με εκείνη του εμβρύου και για αυτό αντανakλά κατ' ευθείαν την γεννητική υποστασή του. Επομένως η κυτταρογενετική και βιοχημική ανάλυση του τροφοβλαστικού ιστού μπορεί να βοηθήσει στη προγεννητική διάγνωση των γενετικών παθήσεων του εμβρύου.

Για τη μελέτη του τροφοβλαστικού ιστού προτάθηκαν διάφορες μέθοδοι λήψης του:

α) Από τροφοβλαστικά στοιχεία, που βρίσκονται στο περιφερικό αίμα της εγκύου (μέθοδος σε εξέλιξη).

β) Με πλακουντοκέντηση κατά τη 18η έως 21η εβδομάδα της κύησης.

γ) Με διατραχηλική υστεροσκοπία και εφαρμογή κενού για αναρρόφηση χοριακών λαχνών.

δ) Με διατραχηλική τυφλή αναρρόφηση χοριακών λαχνών. Για τις περιπτώσεις γ και δ το ποσοστό επιτυχίας κυμαίνεται από 60% έως 92% αντίστοιχα . Ο καλύτερος χρόνος εφαρμογής τους ορίζεται μεταξύ της 6ης και 14ης εβδομάδας της κύησης από τη T.E.P.

ε) Με βαμβακοφόρο στυλεό, που εισάγεται στο ύψος του έσω τραχηλικού στομίου, όπου αθροίζονται αποφολιδούμενα τροφοβλαστικά στοιχεία (Το ποσοστό της επιτυχίας φθάνει το 95% για την διάγνωση του φύλου του εμβρύου και κατάλληλος χρόνος θεωρείται από την 7η - 10η εβδομάδα της κύησης).

στ) Με ειδικό κυτταρικό συλλέκτη . Η μέθοδος αυτή αποτελεί βελτίωση της προηγούμενης εκτός από όλες τις μεθόδους που περιγράφηκαν για προγεννητικό έλεγχο μεγάλη σημασία έχει η διερεύνηση του παράγοντα για φλεγμονή, που αντιπροσωπεύει μια μεγάλη κατηγορία των αιτιών των συγγενών ανωμαλιών της διάπλασης του εμβρύου.

Κλείνοντας το κεφάλαιο αυτό της προγεννητικής διαγνωστικής θεωρείται σκόπιμο να τονισθεί, ότι χρειάζεται να επικεντρωθεί το ενδιαφέρον στους τρεις παρακάτω στόχους.

- 1) Συστηματική ενημέρωση του υγειονομικού σώματος , πάνω σε θέματα προγεννητικής διάγνωσης.
- 2) Ευαισθητοποίηση του κοινού
- 3) Βαθμιαία ανάπτυξη περισσότερων κέντρων προγεννητικού ελέγχου, κατάλληλα εξοπλισμένων και χωροταξικά κατανομημένων.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ RHESUS (RH)

Ο παράγοντας Rhesus είναι μια ουσία που βρίσκεται μέσα στο αίμα. Στους πιο πολλούς ανθρώπους η ουσία αυτή καλύπτει τα ερυθρά, οπότε λέμε ότι τα άτομα αυτά είναι (RH+) ρέζους θετικό,

ενώ σ' αυτούς που η ουσία δεν καλύπτει τα ερυθρά λέμε ότι είναι (RH-) ρέζους αρνητικά.

Αν σε ένα άτομο RH- γίνει μετάγγιση εμ RH+, ο οργανισμός αντιδρά σχηματίζοντας αντισώματα, αντί -D (όπου D αντιγόνο), τα οποία καταστρέφουν τα ερυθρά αιμοσφαίρια που φέρουν RH+ και τα προϊόντα στη κυκλοφορία κατεστραμμένων αιμοσφαιρίων μπαίνουν στη κυκλοφορία του αίματος και προκαλούν τοξικές καταστάσεις για τον οργανισμό.

Είναι βέβαιο, ότι στην εγκυμοσύνη ερυθρά αιμοσφαίρια από το έμβρυο περνούν στη κυκλοφορία της μητέρας δια μέσου του πλακούντα. Αυτό δε συμβαίνει παρά μόνο όψιμα στη διάρκεια της πρώτης κύησης και δεν έχει επιπτώσεις παρά μόνο όταν το παιδί είναι RH+, όπως ο πατέρας.

Ο τοκετός όμως και η άμβλωση ευνοούν αυτό το πέρασμα. Η ουσία D το αντιγόνο προκαλεί ανοσοποίηση της μητέρας. Αυτό σημαίνει ότι η μητέρα αμύνεται εναντίον του αντιγόνου D που προέρχεται από RH+ έμβρυο, δημιουργώντας αντισώματα αντί -D που είναι υπεύθυνα για περισσότερα από τα 90% των ατυχημάτων ασυμβατότητας αίματος εμβρύου - μητέρας.

Ευνήθως σε μια γυναίκα RH- η πρώτη εγκυμοσύνη είναι κανονική, έστω και αν το παιδί είναι RH+. Τα αντισώματα αντί -D δε θα εμφανιστούν παρά μόνο στη διάρκεια μιας μεταγενέστερης κύησης, αν και το δεύτερο έμβρυο είναι RH+. Οι άμβλώσεις υπολογίζονται σαν εγκυμοσύνες και μια νεαρή γυναίκα RH- μπορεί, αν είναι άτυχη, να ανοσοποιηθεί κατά τη διάρκεια της κύησης που διακόπηκε με άμβλωση. Είναι ένα μειονέκτημα που πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη.

Δεν πρέπει όμως να υπερεκτιμούμε αυτόν τον κίνδυνο. Πρώ-

τα απ'όλα πρέπει να γνωρίζουμε ότι αν το έμβρυο έχει ομάδα αίματος διαφορετική και ασύμβατη με αυτήν της μητέρας (έμβρυο A, μητέρα 0), δεν υπάρχει ανάπτυξη αντισωμάτων αντί - D, επειδή τα αιμοσφαίρια του εμβρύου που μπαίνουν στη κυκλοφορία της μητέρας καταστρέφονται.

Επειτα ένας άνδρας RH+ μπορεί να απαιτήσει (μια φορά στις δύο) παιδί RH-, αν δεν έχει το αντιγόνο D παρά μόνο σ'ένα από τα χρωματοσώματα ενός ζεύγους. Αν όμως έχει το αντιγόνο D και στα δύο χρωματοσώματα, δε θα κάνει παρά μόνο παιδιά RH+.

Ξέροντας όλα αυτά σήμερα, δεν έχουμε πια παρά ελάχιστα ατυχήματα ασυμβατότητας RHESUS.

Συνοπτικά όσα πρέπει να προσέχουμε σε γυναίκα RH- που μένει έγκυος είναι τα παρακάτω.

- 1) Θα πρέπει να γίνει εξέταση RHESUS στο πατέρα.
- 2) Θα πρέπει να γνωρίζει αν της έχουν κάνει ποτέ μετάγγιση αίματος (για να αποφύγουμε λάθος που μπορεί να έχει συμβεί στο παράγοντα RHESUS).
- 3) Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, να κάνει την εξέταση COOMBS, για τον έλεγχο στο αίμα της παρουσίας αντισωμάτων αντί-D μετά τον έκτο, το όγδοο και ένατο μήνα.
- 4) Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορούμε επίσης να διαπιστώσουμε, αν τα αιμοσφαίρια του εμβρύου έχουν αλλοιωθεί, με τη μέθοδο της αμνιοπαρακέντησης.
- 5) Έχει εφευρεθεί ένα νέο φάρμακο, ο ορρός αντ-RH, το οποίο αν δοθεί σε γυναίκα RH- τις πρώτες 72 ώρες μετά το τοκετό προλαμβάνει τη δημιουργία αντισωμάτων που απειλούν τη μελλοντική εγκυμοσύνη.

Σε περίπτωση που το έμβρυο έχει ευαισθητοποιηθεί από αντι-

σώματα της μητέρας, υπάρχουν δύο μέθοδοι θεραπείας.

- 1) Αν έχει ευαισθητοποιηθεί στη διάρκεια της εγκυμοσύνης γίνεται μετάγγιση στο έμβρυο ενδομήτριως ή προκαλούμε πρόωρο τοκετό αν το έμβρυο είναι βιώσιμο .
- 2) Αμέσως μετά τη γέννηση του νεογνού γίνεται Α.Φ.Μ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

1. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

A. Πρώτες ενδείξεις και επιβεβαίωση

Η αρχή της εγκυμοσύνης είναι τόσο αβέβαιη και ακαθόριστη παρ' όλους τους κανόνες, ώστε πολλές γυναίκες δεν ξέρουν πότε μπορούν να πουν "περιμένω παιδί".

Εάν θέλετε να βεβαιωθείτε για το αν είστε έγκυος ή όχι, υπάρχουν πολλοί τρόποι. Ενας από αυτούς είναι η βιολογική διάγνωση της εγκυμοσύνης.

Πριν όμως μιλήσουμε γι' αυτήν, πρέπει να σας πούμε ότι υπάρχουν αβέβαιες και βέβαιες ενδείξεις εγκυμοσύνης. Εμείς πρώτα θα αναφέρουμε συνοπτικά τις αβέβαιες ενδείξεις, τις οποίες αντιλαμβάνεται η έγκυος σε πρώτη φάση.

1. Αβέβαιες ή πιθανές ενδείξεις εγκυμοσύνης:

1. Αμηνόρροια: δηλαδή το ξαφνικό σταμάτημα της προηγούμενα κανονικής Ε.Ρ. σε μια γυναίκα που βρίσκεται στην αναπαραγωγική ηλικία.
2. Ναυτία και εμετός, παρουσιάζεται σ' ένα 50% των εγκύων γυναικών κατά τις πρώτες πρωινές ώρες ή μετά τα γεύματα. Για την ναυτία και τον έμετο είναι υπεύθυνες διάφορες νευροφυτικές διαταραχές και ενδοκρινικές μεταβολές κατά την κύηση.
3. Αλλαγές στη διαιτητική συμπεριφορά της εγκύου, με την έννοια της ανορεξίας ή βουλιμίας ή αποστροφής για ορισμένα είδη τροφών ή ακόμη και μείωση της αίσθησης της γεύσης.
4. Αύξηση του στέλου και πιο άφθονη εφίδρωση, κράμπες στα

πόδια, δέσμα πολύ ξηρό, αιμορραγίες της μύτης, οιδήματα κ.λ.π.

5. Η δυσκοιλιότητα, μία απο τις σταθερές και ενοχλητικές καταστάσεις που εμφανίζεται στην έγκυο. Οι αιτίες της είναι πολλές:
 - α) Η αύξηση σε όγκο της μήτρας - πιέζει μηχανικά το ορθό
 - β) Οι αυξημένες τιμές προγεστερόνης - μείωση του τόνου των λένων μυών των εσωτερικών οργάνων, έρα και του εντέρου.
6. Τα κοιλικά υγρά αυτόν τον καιρό αυξάνονται, ή για πρώτη φορά τα αντιλαμβάνεται η γυναίκα. Είναι λευκά ή βλεννώδη. Αυτό είναι φυσιολογικό φαινόμενο της εγκυμοσύνης και λέγεται λευκόρροια. Βέβαια, σε περιπτώσεις που υπάρχει ταυτόχρονα και φλόγωση ή κακοσμία ή αλλαγή χρώματος και θα πρέπει να συμβουλευτούμε γιατρό.
7. Η συχνουρία παρατηρείται την 5η-6η εβδομάδα της κύησης λόγω πίεσης της ουροδόχου κύστεως από τη μήτρα.
8. Αίσθημα βάρους ή τάσης των μαστών, το οποίο εμφανίζεται από την αρχή της αναστολής της Ε. Ρύσης.
9. Τα σκιρτήματα του εμβρύου, πρωτοεμφανίζονται μεταξύ 16ης και 18ης εβδομάδας της κύησης. Στις πολύτοκες γίνονται αντιληπτά πιο νωρίς από ότι στις πρωτότοκες, λόγω εμπειρίας από προηγούμενες εγκυμοσύνες. Η διαγνωστική αξιολόγηση είναι πολλές φορές προβληματική κυρίως σε άτομα με έντονη ψυχοσυναισθηματική φόρτιση (έντονη επιθυμία για τεκνοποίηση, μακροχρόνια στείρωση κ.λ.π.)
10. Οι μαστοί κατά την επισκόπηση διαπιστώνουμε μια σκούρα όψη της θηλής και της άλλης, ως και διόγκωση των φυματίων του Montgomery. Κατά την ψηλάφηση υπάρχει διόγκωση ή ευαισθη-

σία των μαστών, ενώ με την έκθλιψη της θηλής διατυπώνεται η έξοδος ενός παχύρευστου κιτρινωπού εκκρίματος.

11. Μεταβολές του δέρματος, πιο συχνό στην εγκυμοσύνη είναι το μητρικό χλόασμα, που χαρακτηρίζεται από την εναπόθεση μελανίνης στην περιοχή του προσώπου, γύρω από το στόμα και στις παρειές. Επίσης εναπόθεση μελανίνης παρατηρείται στη λευκή γραμμή (από τον ομφαλό μέχρι και την ηβική σύμφυση) και στα έξω γεννητικά όργανα.

Άλλες μεταβολές του δέρματος είναι οι ραβδώσεις, που παρατηρούνται στην περιοχή των κοιλιακών τοιχωμάτων, των γλουτών και των μαστών.

12. Μεταβολές της μήτρας, όπου παρατηρείται μια ασύμμετρη διόγκωση κατά τις πρώτες εβδομάδες, στη συνέχεια δεν θα εμφανισθεί μαλάκυνση του τραχύλου και του ισθμού, ενώ η μήτρα θα πάρει σφαιρικό μέγεθος με προοδευτική αύξηση.

B. Βέβαια σημεία ή ενδείξεις της κύησης

1) Οι εργαστηριακές εξετάσεις: Μετά από 8-10 μέρες ελέγχουμε τη χοριακή γοναδοτροπία στα ούρα και στον ορό της εγκύου.

2) Οι καρδιακοί παλμοί του εμβρύου, των οποίων η ακρόαση επιτυγχάνεται με το κοιλιοσκόπιο περίπου τη 10η εβδομάδα της κύησης σε ώρισμα σημεία της κοιλιάς.

3) Τα φαινόμενα της ομφαλίδος και της μηριαίας αρτηρίας, τα οποία γίνονται αντιληπά με την ακρόαση σε ορισμένα σημεία της κοιλιάς.

4) Ψηλάφιση των μελών και της κεφαλής του εμβρύου από το γιατρό ή τη νοσηλεύτρια.

5) Η ακτινολογική εικόνα του εμβρύου, που εμφανίζεται

στην ακτινογραφία μετά τον 5ο μήνα της κύησης.

Εργαστηριακή διάγνωση της κύησης

Οι εργαστηριακές εξετάσεις που χρησιμεύουν στη διάγνωση της εγκυμοσύνης, βασίζονται στην ανίχνευση της χοριακής γοναδοτροπίας στα ούρα και στον ορό της εγκύου.

Οι μέθοδοι ανίχνευσης της χοριακής γοναδοτροπίνης στα ούρα διακρίνονται σε βιολογικές και ανοσοβιολογικές.

Οι βιολογικές μέθοδοι επειδή απαιτούν εγκαταστάσεις με πειραματόζωα, εξειδικευμένο προσωπικό ή διαδικασία εκτέλεσής τους είναι μακροχρόνια έχουν εγκαταλειφθεί ή αντικαταστάθηκαν από τις Ανοσοβιολογικές μεθόδους.

Οι ανοσοβιολογικές μέθοδοι βασίζονται στο ότι η χοριακή γοναδοτροπίνη Χ.Γ.Δ.Τ. (HCG) σαν πολυπεπίδιο έχει αντιγονικές ιδιότητες.

Πιο συγκεκριμένα οι μέθοδοι αυτοί βασίζονται στη συγκόλληση ή μη φορτισμένων με Χ.Γ.Δ.Τ. ερυθρών αιμοσφαιρίων ή σωματιδίων - ανιχνευτών.

Η μονάδα μέτρησης της (HCG) εκφράζεται σε διεθνείς μονάδες IU ή σε ευαισθησία των δοκιμαστών αυτών της εγκυμοσύνης η ποσότητα της HCG που ανιχνεύουν είναι 750 ως 1.000 IU.

Οι ανοσοβιολογικές δοκιμασίες γίνονται θετικές μετά την 8η ως 12η ημέρα από την τελευταία Ε.Ρ.

Οι ραδιοανοσολογικές μέθοδοι ανιχνεύουν στον ορό του αίματος τη χοριακή γοναδοτροπίνη και είναι ειδικές για την πρωτιμότερη ή ασφαλέστερη διάγνωση της εγκυμοσύνης με τον ποιοτικό και ποσοτικό προσδιορισμό της. Η ευαισθησία της μεθόδου αυτής είναι της τάξης των 0,003 IU. Με την μέθοδο αυτή η εγκυμοσύνη μπορεί να διαγνωσθεί από την 9η ημέρα μετά την ωοθυλακιορρηξία.

2. ΑΝΑΤΟΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

Σ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης στον οργανισμό της μητέρας δημιουργούνται ανατομικές και βιολογικές αλλαγές, που έχουν επίπτωση στη λειτουργία όλων των συστημάτων του οργανισμού της εγκύου γυναίκας.

Οι επιπτώσεις και γενικά οι λειτουργικές αλλαγές άλλοτε είναι μεγάλες και άλλοτε μικρές, άλλοτε φαίνονται και άλλοτε όχι. Κάθε γυναίκα θα πρέπει να τις γνωρίζει και να τις αξιολογεί, γιατί, καθώς το έμβρυο μεγαλώνει και αναπτύσσεται μέσα στη μήτρα, το σώμα της εγκύου αλλάζει.

Μερικές από αυτές τις αλλαγές δεν επηρεάζουν, δεν προβληματίζουν την έγκυο, άλλες όμως μπορεί να την επηρεάσουν και να την προβληματίσουν. Επίσης είναι πιθανό να δημιουργήσουν επιπλοκές στην εξέλιξη της εγκυμοσύνης. Μερικές από αυτές τις αλλαγές είναι οι ακόλουθες:

- 1) **Αλλαγές στην μήτρα ως προς το μέγεθος:** Σύμφωνα με τις ανάγκες του εμβρύου, μεγαλώνει σχετικά και ανάλογα η μήτρα. Υπολογίζεται πως η χωρητικότητα της μήτρας αυξάνει 500 φορές ως το τέλος της εγκυμοσύνης και μπορεί να χωρήσει 4-8 κιλά, ενώ το ύψος φτάνει περίπου 32 εκ. και το πλάτος 24 εκ.
- 2) **Αλλαγές ως προς τη σύσταση της μήτρας:** Οι μυϊκές ίνες παχύνουν, μακραίνουν και πολλαπλασιάζονται στη διάρκεια της κύησης η μήτρα γίνεται μαλακή και ελαστική. Τα τοιχώματά της λεπταίνουν καθώς προχωρεί η κύηση. Γι' αυτό σε αδύνατες έγκυες ψηλαφίζονται εύκολα τα μέλη του εμβρύου κάτω από τα κοιλιακά τοιχώματα.
- 3) **Ως προς τη θέση - συχνουρία - δυσκοιλιότητα:** Καθώς η μήτρα μεγαλώνει σε μέγεθος, βγαίνει από την κοιλότητα της λεκάνης. Μεγαλώνοντας η μήτρα πιέζει τα γεννητικά όργανα, αφού οι ανατομικές σχέσεις αλλάζουν. Τα γειτονικά όργανα που πιέζει είναι μπροστά η ουρο-

δόχος κύστη και πίσω το έντερο. Επίσης το μεγάλωμα της μήτρας ελαττώνει τη χωρητικότητα της κύστης και έτσι η κύστη θα πρέπει να οδειάζει πολύ συχνά.

Προς το τέλος της εγκυμοσύνης η συχνούρα οφείλεται στην πίεση της κύστης από το ίδιο το κεφάλι ή την προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου. Στον ίδιο μηχανισμό οφείλεται και η δυσκοιλιότητα που εμφανίζεται αρκετές φορές στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

4) **Αλλαγές της μήτρας ως προς την αγγειακή και νευρική λειτουργία:** Τα αιμοφόρα αγγεία, οι μητρικές φλέβες, οι αρτηρίες και τα λεμφικά αγγεία που τρέφουν και οξυγώνουν τη μήτρα και το έμβρυο και μεταφέρουν μετά την επεξεργασία τις άχρηστες ουσίες, υπερτροφούν σημαντικά και διαστέλλονται όσο η εγκυμοσύνη προχωρεί.

Ακόμη για τον ίδιο λόγο υπερτροφούν και τα νεύρα της μήτρας. Με τη μυϊκή, αγγειακή και νευρική αυτή υπερπλασία, η μήτρα προετοιμάζει κατάλληλα το έδαφος για την εκδήλωση της ευαισθησίας, της συσπαστικότητας και της συσταλτικότητας.

Οι ιδιότητες αυτές χρησιμεύουν στη μήτρα στο να εκπληρώσει τον προορισμό της στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού.

Ακόμη οι ιδιότητες αυτές ρυθμίζονται από τις ορμόνες που εκκρίνει ο πλακούντας, δηλαδή τη θυλακίνη και την ωχρίνη. Η θυλακίνη δυναμώνει το μυϊκό τόνο της μήτρας, ενώ η ωχρίνη ρυθμίζει και σταματά σε χρήσιμα όρια την ενέργεια της θυλακίνης.

Άλλες ορμόνες που έχουν σημασία στην εγκυμοσύνη είναι η ωκυτοκίνη, η οποία παράγεται από τον αδένα της υπόφυσης. Είναι αυτή που με την επίδρασή της θα αρχίσουν οι συστολές του τοκετού και πλημμυρίζει τον οργανισμό στο τέλος της κύησης.

Ακόμη στο τέλος της κύησης η έκκριση της προλακτίνης θα ρυθμίσει την έκκριση του γάλακτος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

1. ΣΩΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ

Εισαγωγή

Το τι τρώτε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι πολύ σημαντικό για σας και το μωρό σας. Μια επιτυχής εγκυμοσύνης εξαρτάται από τα κατάλληλα θρεπτικά συστατικά που συμβάλλουν στην ανάπτυξη του μωρού και βοηθούν τον οργανισμό σας να παραμείνει υγιής.

Και μάλιστα το τι περιελάμβανε το διαιτολόγιό σας σε όλη σας τη ζωή θα καθορίσει, κατά ένα μέρος, την εξέλιξη του παιδιού. Οι γυναίκες των οποίων η διατροφή ήταν φτωχή, παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό τοκετών νεκρών εμβρύων, παιδιών με βάρος κάτω του κανονικού και παιδιά με σοβαρές εγκεφαλικές βλάβες.

Η ανάπτυξη του εμβρύου απαιτεί μια ειδική διατροφή για τη μητέρα. Πολλές έρευνες απέδειξαν ότι η κακή διατροφή της εγκύου επηρεάζει σοβαρά όχι μόνο τη φυσική ανάπτυξη του παιδιού, αλλά ακόμα και την ψυχική. Τα παιδιά των γυναικών που δεν τρέφονται σωστά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρουσιάζουν μικρότερη περιφέρεια κρανίου και κατά συνέπεια εγκεφαλική μάζα μικρότερη από εκείνη των παιδιών των γυναικών που παίρνουν όλες τις απαραίτητες τροφές.

Για τους λόγους που αναφέραμε, αλλά και για άλλους που θα αναπτύξουμε εν μέρει παρακάτω η Νοσηλεύτρια ανήκει στην ομάδα των ατόμων που θα ασχοληθούν συστηματικά με την διαιτητική αγωγή της εγκύου. Θα πρέπει να ενημερώσει την έγκυο και να της υποδείξει τη δίαιτα που θα ακολουθήσει.

Γενικά μπορούμε να πούμε ότι ο μητρικός οργανισμός έχει μεγάλη ανάγκη τη σωστή διατροφή, γιατί αφ' ενός μεν υπερλειτουργεί

για να ανταπεξέλθει στις βιολογικές αλλαγές που του επιβάλλει η εγκυμοσύνη αφ' ετέρου δε γιατί μέσα σε διάστημα εννέα μηνών, θα πρέπει να αναπτυχθεί, να τελειοποιηθεί και να γεννηθεί ένα υγιές μωρό.

2. ΤΟ ΒΑΡΟΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ

Σήμερα δε χρειάζεται να ανησυχεί τόσο πολύ για την αύξηση του βάρους της όπως έκαναν οι γυναίκες και οι γιατροί τους στο παρελθόν. Το 1974, η Επιτροπή σε θέματα διατροφής του Αμερικανικού Συλλόγου Μαιευτήρων και Γυναικολόγων αναθεώρησε τις απόψεις της σχετικά με την αύξηση του βάρους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Αντί να περιορίζεται η αύξηση του βάρους των γυναικών στα 9 κιλά κατά το διάστημα των εννέα μηνών, όπως επέβαλαν συχνά οι γιατροί στο παρελθόν, η επιτροπή τώρα υποστηρίζει ότι μια γυναίκα πρέπει να πάρει τουλάχιστον 11 κιλά κατά την εγκυμοσύνη, ενώ και η αύξηση ως και 16 κιλά θεωρείται φυσιολογική. Απ' αυτό το ποσό, στο μωρό, αναλογούν 3 κιλά, στο πλακούντα 1/2 κιλό στην αύξηση βάρους του στήθους 1 κιλό και στην αύξηση του μεγέθους της μήτρας 1 κιλό.

Η ισορροπία του βάρους αντιπροσωπεύει συσσωρευμένα λίπη και υγρά που κατακρατεί το σώμα κατά την εγκυμοσύνη. Όλα αυτά όμως θα εξαφανιστούν μετά την εγκυμοσύνη.

Κάποτε οι γιατροί περιόριζαν αυστηρά την αύξηση του βάρους γιατί πίστευαν ότι αποτελεί προάγγελο ορισμένων επιπλοκών στον τοκετό. Αλλά οι πιο πρόσφατες έρευνες αμφισβητούν αυτόν τον συσχετισμό. Μάλιστα, ο αυστηρός περιορισμός της αύξησης του βάρους τους μπορεί να έχει ως συνέπεια να γεννηθούν μωρά με βάρος πολύ

κάτω του κανονικού, πράγμα που αποτελεί μεγαλύτερο κίνδυνο για επιπλοκές. Νεώτερες έρευνες έδειξαν ότι οι γυναίκες που προσι-
τίζονται, αντιμετωπίζουν γενικά μεγαλύτερο ποσοστό επιπλοκών
στον τοκετό.

Ετσι αν τώρα έχετε βάρος κάτω από το κανονικό, ο γιατρός
σας πιθανότατα θα σας ενθαρρύνει να πάρετε βάρος, και περισσό-
τερο από τα 11 κιλά που συνιστώνται. Αν βρίσκεστε σε εφηβική
ηλικία, ο γιατρός θα σας προτείνει ειδική δίαιτα, γιατί το να
θρέψετε μια καινούρια ζωή ενώ το ίδιο σας το σώμα βρίσκεται
ακόμα σε ανάπτυξη, μπορεί να θέσει σε σοβαρή δοκιμασία τον
οργανισμό σας. Ακόμα κι αν έχετε βάρος μεγαλύτερο από το κανο-
νικό, ο γιατρός θα συστήσει μάλλον να πάρετε κι άλλο ή τουλά-
χιστον, να μην επιχειρήσετε να αδυνατήσετε όσο είστε έγκυος,
εκτός κι αν η ανάπτυξη του μωρού βρίσκεται σε κίνδυνο.

Ποιο σημαντικό από το πόσο βάρος παίρνετε είναι με ποιόν
τρόπο το παίρνετε. Όπως δείχνει και ο πίνακας που παραθέτουμε
παρακάτω, η έγκυος δεν παίρνει περισσότερο από 1 1/2 κιλό κατά
τους τρεις πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης. Μάλιστα, μπορεί να
χάσει βάρος ή και να μείνει σταθερή. Μετά πρέπει να πάρει 5 με
5 1/2 κιλά μέσα σε κάθε επόμενο τρίμηνο. Στις τελευταίες 24
βδομάδες, το βάρος θα πρέπει να αυξάνει με ρυθμό περίπου μισό
κιλό την εβδομάδα, φτάνοντας έτσι στο ελάχιστο όριο των 11 κι-
λών. Αυτός ο ομοιόμορφος και αρμονικός ρυθμός αύξησης δείχνει
ότι η εγκυμοσύνη προχωράει φυσιολογικά και ότι η ανάπτυξη του
μωρού είναι κανονική.

Όμως μια ξαφνική αύξηση βάρους πρέπει να θεωρηθεί επικίν-
δυνο σημάδι. Μπορεί να σημαίνει ότι το σώμα σας καταρκατεί
υγρά - μια κατάσταση που μερικές φορές έχει σχέση με επιπλοκές
στον τοκετό. Πρέπει πάντα να συζητάτε με το γιατρό σας για κάθε

Ξαφνική αλλαγή στο βάρος σας γιατί σ' όλα υπάρχουν όρια.

Δεν θα πρέπει να θεωρήσετε ότι η καινούρια άποψη σημαίνει πως μπορείτε να τρώτε όσο θέλετε και να παίρνετε ασυλλόγιστα κιλά. Η αύξηση βάρους πάνω από τα επιτρεπόμενα όρια μπορεί να είναι επίσης επικίνδυνη για την υγεία σας. Το υπερβολικό βάρος επιβαρύνει την καρδιά και το κυκλοφοριακό σύστημα, υποχρεώνοντας έτσι την καρδιά να λειτουργεί εντατικότερα για να στείλει αίμα μέσα στους επιπλέον ιστούς.

Ακόμα, οι μύες της πλάτης και των ποδιών μπορούν να κουραστούν υπερβολικά από το πολύ βάρος.

Η απώλεια δε, των περιττών κιλών μετά την εγκυμοσύνη δεν είναι πιο κατορθωτή αν η αύξηση είναι όσο το δυνατόν περιορισμένη. Ένα πρόσθετο βάρος πέρα των 13 κιλών θα χρειαστεί μεγάλη προσπάθεια για να ελαττωθεί.

Παρακάτω αναφέρουμε συνοπτικά το πόσο βλάπτουν τα περιττά κιλά στην εγκυμοσύνη:

1) Η υπερβολική αύξηση βάρους, επιβαρύνει την καρδιακή λειτουργία που είναι ήδη παραφορτωμένη, μιας και ο όγκος του αίματος αυξάνει, με αποτέλεσμα να παρουσιάζεται δύσπνοια, ταχυπαλμία, λαχάνιασμα.

2) Προκαλεί διάταση των κοιλιακών τοιχωμάτων, ραγάδες, ραβδώσεις που πολλές φορές δεν φεύγουν μετά τον τοκετό.

3) Μεγάλο παιδί, με αποτέλεσμα δυσκολίες και προβλήματα την ώρα του τοκετού.

4) Προκαλεί λευκωματουρία, υπέρταση, τοξιναιμία, πίεση των άκρων, οιδήματα, κίρσους, αιμορροΐδες.

3. ΘΡΕΠΤΙΚΑ ΣΥΣΤΑΤΙΚΑ

Όσον αφορά τα ανόργανα άλατα απαραίτητα είναι: α) του

ασβεστίου (π.χ. γαλακτοκομικά) για τα οστά και τη σωστή πήξη του αίματος.

β) του φωσφόρου (πρωτεΐνες, λίπη) για την ανάπτυξη των οστών.

γ) του σιδήρου για την πρόληψη της αναιμίας.

δ) του χαλκού για την παραγωγή της αιμοσφαιρίνης και την καταστολή της αναιμίας.

ε) του ιωδίου για το βασικό μεταβολισμό.

στ) του μαγγανίου για την ανάπτυξη του σώματος, την αναπαραγωγή, τον θηλασμό.

Σ Ι Δ Η Ρ Ο Σ:

Η συμπληρωματική ποσότητα σιδήρου είναι σχεδόν πάντα απαραίτητη, γιατί στις περισσότερες δίαιτες δεν είναι εύκολα διαθέσιμη.

Ο σίδηρος δίνει στο αίμα το κόκκινο χρώμα του και είναι ένα στοιχείο απαραίτητο, γιατί χρησιμεύει στην παραγωγή της αιμοσφαιρίνης - το συστατικό του αίματος που μεταφέρει το οξυγόνο στα κύτταρα. Κάθε γυναίκα παίρνει σίδηρο σε μικρές ποσότητες σ' όλη τη διάρκεια της ζωής της και το αποθηκεύει στους ιστούς της. Το έμβρυο αντλεί από αυτά τα αποθέματα για να σχηματίσει το δικό του αίμα. Γι' αυτό πρέπει να παίρνετε πολύ περισσότερο σίδηρο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Κατά τη διάρκεια του τοκετού θα χρειαστεί επίσης πολύ οξυγόνο, για τις ανάγκες της μήτρας και του εμβρύου και συνήθως τα αποθέματα του οργανισμού είναι φτωχά, για αυτό οι πιο πολλές έγκυες συνίσταται να παίρνουν συμπληρωματικά χάπια σιδήρου.

Το σίδηρο το βρίσκουμε σε αφθονία στο συκώτι, στην σπλήνα, στο γάλα, στο κρέας, στα όσπρια, στα πράσινα χόρτα κ.λ.π.

Α Σ Β Ε Σ Τ Ι Ο:

Το ασβέστιο έχει μεγάλη σημασία για τον οργανισμό γιατί έχει για μοναδικό του σκοπό τη στερέωση και τη συντήρηση των οστών.

Επίσης είναι απαραίτητο για το σταμάτημα της αιμορραγίας ρυθμίζει τη λειτουργία της καρδιάς και είναι απαραίτητο για τη φυσιολογική λειτουργία του νευρικού και μυϊκού συστήματος.

Η έλλειψή του προκαλεί καθυστέρηση της ανάπτυξης στην εμβρυϊκή και βρεφική ηλικία, ενώ στην εφηβική ηλικία προκαλεί οστεομαλακία.

Επίσης οι γυναίκες στην περίοδο της εγκυμοσύνης και του θηλασμού όταν δεν τρέφονται σωστά ο οργανισμός παίρνει ασβέστιο από τα οστά τους και το δίνει στο έμβryo ή στο βρέφος, με αποτέλεσμα την οστεομαλακία των οστών της λεκάνης (διάσταση της ηβικής σύμφυσης).

Πόνοι των συνδέσμων της μήτρας, κράμπες, νευραλγίες, νευρικότητα, αυπνία, προβλήματα από τα δόντια, είναι συμπτώματα που εμφανίζονται λόγω έλλειψης ασβεστίου.

Το ασβέστιο μπορούμε να το βρούμε ιδιαίτερα στο γάλα και στα προϊόντα του αλλά και στα όσπρια, δημητριακούς καρπούς, ξηρούς καρπούς, αυγά, μαρίδα κ.λ.π.

Β Ι Τ Α Μ Ι Ν Ε Σ:

Όλες οι κατηγορίες των βιταμινών είναι απαραίτητες στον οργανισμό της γυναίκας κατά την εγκυμοσύνη και αυτό γιατί η κάθε κατηγορία έχει το δικό της συγκεκριμένο ρόλο.

Από αυτές οι πιο βασικές είναι:

1) Η βιταμίνη Κ (αντιαιμορραγική) που περιέχεται στο χοιρινό συκώτι και τις ντομάτες. Προλαβαίνει τις επιπλοκές που θα

προκαλούσε μια αιμορραγία.

2) Η βιταμίνη Α, συντελεί στην ανάπτυξη και ζωτικότητα του οργανισμού, ενισχύει την αντίσταση του και την υγεία της όρασης, σημαντική για τη γογιμότητα και το θηλασμό. Βρίσκεται στο συκώτι και τα ζωικά λίπη.

3) Οι βιταμίνες του συμπλέγματος Β (Β1, Β2, Β6, νικοτινικό οξύ κ.λ.π.) χρήσιμες για την πρόληψη της μεγαλοβλαστικής αναιμίας. Η βιταμίνη Β συμβάλλει επίσης στην καλή λειτουργία του Κ. Ν. Σ., στην ανάπτυξη του σώματος, στο μεταβολισμό των υδατανθράκων και στην καλή λειτουργία της καρδιάς.

4) Η βιταμίνη C χρήσιμη για την πρόληψη των μολύνσεων και των παθήσεων των οστών και των δοντιών, απαραίτητη για την ανάπτυξη του σώματος. Συντελεί και στην πρόληψη της αναιμίας και της αιμορραγίας. Βρίσκεται στις ντομάτες, στα λάχανα και κυρίως στα εσπεριδοειδή.

5) Η βιταμίνη D ευνοεί την ανάπτυξη των οστών και δοντιών την απορρόφηση και σρησιμοποίηση του ασβεστίου, του φωσφόρου και του σιδήρου περιέχεται στο συκώτι, στο βούτυρο, το αυγό στο μουρινέλαιο και στον τόνο.

6) Η βιταμίνη Ε είναι η βιταμίνη της αναπαραγωγής, γι' αυτό λέγεται και τοκοφερόλη. Υπάρχει στο κρέας, ψάρι, σπανάκι, μαρούλι όσπρια κ.λ.π.

4. ΤΡΟΦΕΣ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΑΠΟΦΕΥΓΟΝΤΑΙ

Στην εγκυμοσύνη το πεπτικό σύστημα υπερλειτουργεί για να ανταπεξέλθει στις πολλαπλές ανάγκες του οργανισμού. Γι' αυτό θα πρέπει η Νοσηλεύτρια να συστήσει στην έγκυο να προτιμά τροφές ελαφρές και ευκολοχώνευτες και να αποφεύγει:

1. Τροφές πλούσιες σε σάκχαρο, που παχαίνουν π.χ. σοκολάτες,

γλυκά, κέικ, κρέμες, πάστες κ.λ.π.

2. Τις σάλτσες, τα καρικεύματα, τα τηγανιτά, τα αλλαντικά, τα καπνιστά, τα παχιά ψάρια κ.λ.π.

3. Τα αλμυρά.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 7 ο

ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

1. Άσκηση και ανάπαυση στην Εγκυμοσύνη

Η διατήρηση της εγκύου σε καλή φυσική κατάσταση θα βοηθήσει αργότερα πάρα πολύ στον τοκετό. Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης της θα πρέπει να εξακολουθήσει τους καθημερινούς περιπάτους, τις ασχολίες της με τις οικιακές εργασίες. Αν η έγκυος είχε συνηθίσει να κολυμπά και της αρέσει, μπορεί να συνεχίσει, καθώς επίσης ιππασία, κηπουρική.

Δεν είναι υποχρεωτικό μια γυναίκα που δεν ασχολούταν πριν με σπορ ν' ασχοληθεί τώρα. Καλό είναι ν' αποφεύγονται ταξίδια κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ιδιαίτερα όταν η έγκυος παρουσιάζει ναυτία και ζάλη.

Εάν η εργασία της εγκύου είναι σε εργοστάσιο, πρέπει να διακόπτεται έξι εβδομάδες πριν τον τοκετό, καθώς και όταν είναι αναγκασμένη να σκύβει ή να σηκώνει βάρη.

Η υπερβολική ορθοστασία και η άρση βαρών πρέπει ν' αποφεύγονται τους τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης, καθώς και η αποφυγή συγκινήσεων.

Επιβάλλεται στην κυοφορούσα να προσέχει τη στάση του σώματός της και τον τρόπο καθίσματος.

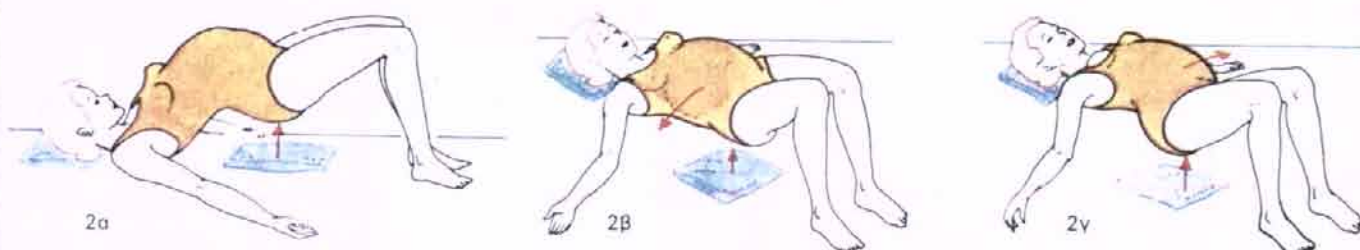
Τέλος, απαραίτητα είναι ο καλός ύπνος και η ψυχική ηρεμία της εγκύου.

ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ ΑΚΟΜΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Εκτός από τους γενικούς κανόνες υγιεινής, η έγκυος μπορεί μετά από ιατρική συμβουλή να κάνει μερικές απλές ασκήσεις γυμναστικής, για να διατηρήσει την ευκινησία και την ελαστικότητα των μυών της.



Στέκεστε στην πρώτη θέση, με την πλάτη να σχηματίζει τόξο και ύστερα κάθεστε πάνω στις φτέρνες πλησιάζοντας όσο το δυνατόν πιο πολύ το κεφάλι στα γόνατα. Ανασηκώσετε το σώμα και κρατώντας το κεφάλι κοντά στο πάτωμα τεντώνετε τη ράχη σε τόξο, πιέζοντας τους κοιλιακούς μυς. Αυτή η άσκηση κρατά τεντωμένους τους μυς του λαιμού, του θώρακα και των βραχιόνων.



Ανάσκελα, με το κεφάλι ακουμπισμένο σ' ένα μαξιλάρι, τα χέρια ανοιχτά προς τα έξω και τα πόδια διπλωμένα, σηκώνετε τη ράχη κρατώντας την ωμοπλάτη ακουμπισμένη στο πάτωμα και πηγαινοφέρετε την κοιλιά δεξιά - αριστερά εναλλάξ. Ξαναγυρνάτε στην αρχική θέση. Αυτή η άσκηση είναι πολύ σημαντική για την ενίσχυση των μυών της πλάτης.



Ανάσκελα, με τα χέρια ανοιχτά γυρισμένα προς τα πάνω, κρατώντας την ωμοπλάτη στο πάτωμα και τα πόδια διπλωμένα σε ορθή γωνία, γυρνάτε το σώμα πρώτα αριστερά και ύστερα δεξιά. Με την άσκηση αυτή γυμνάζονται σταδιακά και αρμονικά οι μυς της κοιλιάς, της πλάτης και των ποδιών.



Μια άσκηση «πίεσης». Ξαπλώνετε ανάσκελα με τα πόδια διπλωμένα προς την κοιλιά και με τα χέρια ανάμεσα στα γόνατα. Πιέζετε με τα μπράτσα τεντωμένα τα πόδια προς τα έξω, ενώ με τα πόδια πιέζετε τα γόνατα να ξανακλείσουν. Αυτή η άσκηση δυναμώνει τους μυς των ποδιών και του περινέου (το κατώτερο τμήμα της λεκάνης).

2. Καθημερινή υγιεινή και φροντίδα

A. Καθαριότητα του σώματος

Η καθημερινή καθαριότητα προστατεύει το σώμα από τις διάφορες μολύνσεις και ιδιαίτερα κατά την περίοδο της κύησης, βοηθά στη διατήρηση της καλής λειτουργίας του δέρματος, με την οποία γίνεται η απέκκριση του ιδρώτα, ο οποίος είναι αυξημένος κατά την περίοδο της κύησης.

Για την καθαριότητα του σώματος συνίσταται καθημερινό μπάνιο. Μετά τον 7ο μήνα όμως συνίσταται απλο λουτρό για δυο λόγους:

- α) Γιατί το μπάνιο στη μπανιέρα για την εγκυμονούσα είναι πολύ δύσκολο και
- β) γιατί το όξινο περιβάλλον οτυ κόλπου αλλοιώνεται και έτσι δημιουργούνται συνθήκες που διευκολύνουν τη δημιουργία κάποιας μόλυνσης.

Η έγκυος θα πρέπει να παρέχει ιδιαίτερη φροντίδα στους μαστούς, τόσο με την καθημερινή φροντίδα και καθαριότητα αυτών όσο και με την υποστήριξή τους με ειδικό στηθόδεσμο. Οι θηλές όταν υπάρχει κάποια ανωμαλία ή είναι εισέχουσες θα πρέπει να τραβιούνται ελαφρά προς τα έξω και να τρίβονται για λίγη ώρα κάθε μέρα για τη βελτίωσή τους.

Αναγκαία είναι και η φροντίδα των δοντιών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι βλάβες των δοντιών θα πρέπει να διορθώνονται εγκαίρως, γιατί υπάρχει κίνδυνος να καταστραφούν εντελώς κατά τους τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης. Πολλές φορές ο γιατρός συνιστά χάπια φθορίου στην έγκυο όταν η περιεκτικότητα του νερού σε φθόριο είναι χαμηλή.

B. Ενδυμασία

Η εγκυμονούσα, χωρίς να είναι απαραίτητο να ξοδέψει μεγάλα ποσά για ειδικά ρούχα εγκυμοσύνης, μπορεί να ντύνεται απλά και να αισθάνεται ωραία.

Συνίσταται να χρησιμοποιεί χαλαρά ρούχα και εσώρουχα για την αποφυγή πιέσεως της εγκυμόνου μήτρας.

Να αποφεύγεται η χρήση καλτσοδετών και οι ζώνες, για να μην παρεμποδίζεται η κυκλοφορία του αίματος και δημιουργούνται φλεβίτιδες, κράμπες κ.λ.π.

3. Εμβολιασμοί της εγκύου

Μεγαλύτερη προσοχή χρειάζεται να δώσουμε στις έγκυες γυναίκες που κάνουν ταξίδια στο εξωτερικό.

Σ' αυτές τις περιπτώσεις η έγκυος γυναίκα δεν πρέπει να εμβολιαστεί: 1) εναντίον της ευλογιάς (ειδικά αν είναι για πρώτη φορά)

2) εναντίον της ερυθράς: ενοφθαλμίζετε την αρρώστια στο παιδί

3) εναντίον του κοκκύτη

4) εναντίον της πολυομυελίτιδας με ζωντανό ιό

5) εναντίον του κίτρινου πυρετού.

Η έγκυος γυναίκα μπορεί να εμβολιαστεί:

1) εναντίον του τετάνου

2) " της πολυομυελίτιδας με νεκρό ιό

3) " της χολέρας.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 8 ο

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

1. ΤΟΞΙΝΑΙΜΙΑ

Είναι οι καταστάσεις στις οποίες ο οργανισμός, για κάποια αιτία, δεν είναι σε θέση να αποβάλλει έγκαιρα μια ποσότητα βλαβερών ουσιών, με συνέπεια να μαζεύεται στον οργανισμό μια πιο μεγάλη ποσότητα από αυτή που μπορεί ο οργανισμός να επεξεργαστεί.

Συνήθως στην εγκυμοσύνη η ανωμαλία αυτή οφείλεται σε δυσσαρμονία ανάμεσα στη μητέρα και το έμβρυο. Οι τοξιναιμίες μπορεί να είναι ελαφράς μορφής, οι οποίες δεν χρειάζονται ειδική θεραπεία, αλλά μπορεί να είναι και βαρείας μορφής, στις οποίες κινδυνεύει η ζωή της μέλλουσας μητέρας. Για την κατάσταση της τοξιναιμίας συντελούν και εξωτερικοί παράγοντες, ιδίως η τροφή και μάλιστα το λεύκωμα, το λίπος και το αλάτι σε μεγάλες ποσότητες επηρεάζουν βλαβερά την ανταλλαγή της ύλης. Γι' αυτό δεν θα πρέπει να γίνεται κατάχρησή τους.

Η τοξιναιμία μπορεί να εμφανιστεί πρώιμα στις πρώτες 12 εβδομάδες, συνήθως με κατάθλιψη και τάση για έμμετο ή αργότερα μετά τη 12η εβδομάδα η όψιμη μορφή, με την ίδια συμπτωματολογία σε πιο βαριά μορφή.

Πρέπει στη διάρκεια της εγκυμοσύνης να γίνονται τακτικά αναλύσεις ούρων, για να διαπιστωθεί ίχνος λευκώματος. Όταν εμφανιστεί λεύκωμα στα ούρα συνοδεύεται από αύξηση της Α.Π. του αίματος, απότομη αύξηση βάρους, πρήξιμο των ποδιών και χεριών, πονοκέφαλους συνεχείς, διαταραχές στην όραση, συμπτώματα τα ο-

ποία πρέπει να θεραπευθούν εγκαίρως, αλλιώς μπορεί να προκαλέσουν κρίση εκλαμψίας.

Απαραίτητα σε κάθε γυναίκα θα πρέπει να συστήσουμε να κάνει:

- α) Ανάλυση ούρων τουλάχιστον μια φορά το μήνα στους πρώτους 7 μήνες και μια φορά στις 15 μέρες τους δυο τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης.
- β) Σε περίπτωση που είναι στην επαρχία, μακριά από μικροβιολόγο, μπορεί να ελέγξει από μόνη της αν έχει λεύκωμα, χρησιμοποιώντας ένα δοκιμαστικό σωληνάριο και οξικό οξύ, όπως θα τη συμβουλευσει είτε ο φαρμακοποιός είτε ο γιατρός. Τώρα, για την ποσότητα θα πρέπει να την καθορίσει το μικροβιολογικό εργαστήριο, στο οποίο θα πάει αμέσως αν δει ότι υπάρχει λεύκωμα στα ούρα.
- γ) Απαραίτητα κάθε μήνα θα πρέπει να ελέγχεται το βάρος που πήρε, για να δουν αν είναι υπερβολικό, η Α.Π. του αίματος, τα οιδήματα που τυχόν έχει. Επίσης, στην περίπτωση λοιμώδους νοσήματος, γρίπης, βήχα ή συναχίου θα πρέπει να το αναφέρει στο γιατρό.

Για τα ούρα που είπαμε πιο πάνω ότι θα χρειαστεί να τα συλλέξει, θα πρέπει να γνωρίζει ορισμένα πράγματα:

- 1) Να είναι τα πρωϊνά ούρα και καθαρά.
- 2) Να πλύνει πριν τη συλλογή τα έξω γεννητικά της όργανα με γλυκερινούχο σαπούνι.
- 3) Αν έχει αίμα να βάλει βαμβάκι ή ταμπόν στην είσοδο του κόλπου για να μη λερωθούν τα ούρα.
- 4) Να τα συλλέξει σε καθαρό δοχείο.
- 5) Να φροντίσει να έχει πιει άφθονα υγρά για να είναι τα ούρα πυκνά.

2. ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Ο ζαχαρώδης διαβήτης καταστρέφει τα ωοθυλάκια, οι ωοθήκες ατροφούν και έτσι προκαλείται αμηνόρροια και στείρωση. Γι' αυτό χρειάζεται προσεκτική παρακολούθηση τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης και την περίοδο της λοχείας.

Οι διαβητικές μητέρες συνήθως γεννούν νεογνά με βάρος 4 κιλά και πάνω, τα οποία όμως παρουσιάζουν μεγάλη θνησιμότητα τις πρώτες εβδομάδες. Στον τοκετό επίσης υπάρχει κίνδυνος αιμορραγίας και μόλυνσης. Όταν υπάρχει ιστορικό διαβητικού ατόμου στην οικογένεια, θα πρέπει να αναφερθεί στο γιατρό και απαραίτητα θα πρέπει να γίνεται εξέταση ούρων για σάκχαρο το λιγότερο μια φορά το μήνα.

3. ΕΡΥΘΡΑ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Ένα ποσοστό 20% των γυναικών που βρίσκονται στην περίοδο της αναπαραγωγής δεν έχουν φυσική ανοσία, με αποτέλεσμα να είναι επιρρεπής προς τον ιό της ερυθράς.

Αν η έγκυος προσβληθεί από τον ιό της ερυθράς τον πρώτο μήνα της εγκυμοσύνης, ο κίνδυνος να προσβληθεί το έμβρυο υπολογίζεται περίπου σε 50%, για να φτάσει το ποσοστό προσβολής στο 10% αν η έγκυος προσβληθεί τον τρίτο ή τέταρτο μήνα της κύησης.

Σε περίπτωση υπόνοιας πρέπει να γίνεται εργαστηριακός έλεγχος.

Ο ιός της ερυθράς διαπερνά δια μέσου της μητροπλακουντιακής κυκλοφορίας και προσβάλλει το έμβρυο. Οι επιπτώσεις στην υγεία του εμβρύου πολλές φορές είναι σοβαρές, παρουσιάζονται δυσπλασίες, καταρράκτης, κώφωση, καρδιακές ανωμαλίες.

Όταν η γυναίκα δεν έχει περάσει ερυθρά και πρόκειται να μείνει έγκυος μπορεί προληπτικά να κάνει το εμβόλιο της ερυθράς, τουλάχιστον 2-3 μήνες πριν μείνει έγκυος.

4. ΒΛΕΝΝΟΡΟΙΑ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Ο γονόκοκκος χρειάζεται υγρό και βλεννώδες περιβάλλον για να επιβιώσει, αλλιώς είναι πολύ ευαίσθητο μικρόβιο και εύκολα καταστρέφεται. Μεταδίδεται κυρίως με τη σεξουαλική επαφή.

Τα συμπτώματα που μπορεί να εμφανίσει είναι φλεγμονή της ουρήθρας που συνοδεύεται από τσούξιμο και συχνουρία, φλεγμονή στον τράχηλο, ορθό και σπάνια σε κάποιον από τους βαρθολίνειους αδένες. Τις περισσότερες φορές τα συμπτώματα είναι ήπια και παροδικά, γι' αυτό άλλωστε ξεγελούν και την έγκυο και τα αποδίδει σε ερεθισμό της κύστης. Υπάρχει όμως περίπτωση να μην εμφανιστεί ποτέ κανένα σύμπτωμα ή και η περίπτωση να υπάρχουν σοβαρές ενοχλήσεις στο υπογάστριο, πυρετός, ρίγη και πόνος σε κάθε σωματική προσπάθεια.

Αν μια έγκυος προσβληθεί από βλεννόροια, τις πρώτες εβδομάδες της εγκυμοσύνης, μπορεί να αποβάλλει αυτόματα ή η μόλυνση να επεκταθεί απ' ευθείας στις σάλπιγγες.

Αν προσβληθεί μετά τον τρίτο μήνα της κύησης το μικρόβιο περιορίζεται στο κατώτερο γεννητικό σύστημα και αν μείνει αθεράπευτη υπάρχει κίνδυνος να μολυνθεί το νεογνό την ώρα του τοκετού.

Το νεογνό συνήθως μολύνεται στους οφθαλμούς, γι' αυτό μετά τον τοκετό επιβάλλεται η ενστάλαξη νιτρικού αργύρου 1% ή κολυρίου πενικιλίνης. Το νεογνό υπάρχει κίνδυνος να μολυνθεί κι αν τα νερά σπάσουν πρόωρα.

5. ΣΥΦΙΛΗ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Το μικρόβιο μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή ή με άμεση επαφή με άτομο που έχει ανοιχτό συφιλιδικό έλκος.

Αν μολυνθεί η έγκυος γυναίκα έως τον 4ο μήνα, το μικρόβιο της σύφιλης διεισδύει τον πλακούντα και περνάει στο έμβρυο. Η θεραπεία πριν τον 4ο μήνα προλαμβάνει τη συφιλιδική μόλυνση.

Αν δεν διαγνωσθεί η σύφιλη στη διάρκεια της κύησης, μπορεί να καταλήξει σε αυτόματη αποβολή, στη γέννηση νεκρού εμβρύου ή ζωντανού με σύφιλη. Το νεογνό μολύνεται μόνο από τη μητέρα του.

Κάθε έγκυος υποχρεώνεται, μέσα στο πρώτο τρίμηνο, να κάνει οροαντίδραση Βάσερμαν που επιτρέπει τη διάγνωση της σύφιλης.

6. ΦΑΙΝΥΛΚΕΤΟΝΟΥΡΙΑ

Για να αναπτυχθεί ο οργανισμός του νεογνού, είναι απαραίτητο ένα αμινοξύ που βρίσκεται στο λεύκωμα των τροφών και λέγεται φαινιλαλίνη.

Για να αφομοιωθεί όμως η φαινιλαλίνη, είναι απαραίτητη η παρουσία ενός ενζύμου. Στις περιπτώσεις που λείπει αυτό το ένζυμο, η φαινιλαλίνη κυκλοφορεί στον οργανισμό του νεογνού και δια μέσου της κυκλοφορίας εκλεκτικά προκαλεί εγκεφαλικές βλάβες.

Τα παιδιά που έχουν αυτή τη διαταραχή είναι συνήθως ξανθά με γαλανά μάτια.

Αν η έλλειψη του ενζύμου διαγνωστεί έγκαιρα, υπάρχει θεραπεία, η οποία βασίζεται σε διαιτητική αγωγή.

7. ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΣ

Είναι μια πάθηση που προσβάλλει τα νεογνά και ανήκει στα μεταβολικά νοσήματα (δηλαδή υπάρχει διαταραχή στο μεταβολισμό των πρωτεϊνών).

Στο συγγενή υποθυρεοειδισμό, ο θυρεοειδής αδένας υπολειτουργεί ή δεν λειτουργεί καθόλου, με αποτέλεσμα η απεκκρινόμενη θυροξίνη από τον θύμο αδέννα να βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα ή να μην εκκρίνεται καθόλου.

Τα συμπτώματα που εμφανίζει το άτομο είναι διανοητική καθυστέρηση, νωθρότητα, λιποσαρκία ή καθυστέρηση της ανάπτυξης, της εφηβείας κ.λ.π.

Μεταβολικό νόσημα είναι και η έλλειψη του ενζύμου της αφυδρογονάσης της έξι φωσφορικής γλυκόζης, που προκαλεί ανεπάρκεια για το μεταβολισμό της γλυκόζης στα ερυθρά αιμοσφαίρια.

Τα άτομα που πάσχουν από αυτού του είδους την ενζυματική ανεπάρκεια, όταν έλθουν σε επαφή με ναφθαλίνη ή φάνε κουκιά ή πάρουν ορισμένα φάρμακα παθαίνουν αιμολυτικό ίκτερο, με σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία τους.

Η διάγνωση γίνεται εύκολα, παίρνοντας 3-4 σταγόνες αίματος από τη φτέρνα του μωρού, πάνω σε διηθητικό χαρτί.

8. ΤΟΞΟΠΛΑΣΜΩΣΗ

Η τοξοπλάσμωση είναι αρρώστια που μεταδίδεται από τα ζώα στον άνθρωπο. Κυρίως το άτομο μολύνεται από μολυσμένο κρέας που δεν έχει ψηθεί καλά και το φάει ή από μολυσμένο κρέας ακόμα και με το πιάσιμο ή μέσω κάποιας γάτας.

Η τοξοπλάσμωση είναι σχετικά ελαφρά πάθηση και εμφανίζεται πολλές φορές με άτυπα συμπτώματα. Σπάνια εμφανίζεται με

πυρετό, διόγκωση λεμφαδένων, διόγκωση ήπατος, καταστάσεις που προχωρούν χωρίς θεραπευτική αγωγή.

Το τοξόπλασμα, δια μέσου του πλακούντα, προσβάλλει το έμβρυο, με αποτέλεσμα να γεννηθεί βαρεια άρρωστο. Μπορεί να παρουσιάσει υδροκεφαλία, μικροκεφαλία, ίκτερο, σπασμούς, πνευμονία, μικροοφθαλμία, λεμφαδενοπάθεια κ.λ.π.

Η πάθηση αυτή είναι υπεύθυνη για μεγάλο ποσοστό ενδομητρίων θανάτων και αυτόματων αποβολών.

9. ΣΗΜΑΤΑ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

Τα περισσότερα προβλήματα της εγκυμοσύνης είναι τέτοια που μπορούν να περιμένουν ως την επόμενη επίσκεψή σας στο γιατρό.

Μερικά συμπτώματα, όμως, μπορεί να αποτελούν σήματα κινδύνου και πρέπει να αναφέρονται αμέσως στον γυναικολόγο. Θα πρέπει να ειδοποιήσετε οπωσδήποτε το γιατρό σας αν έχετε κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα:

1. Αιμορραγία ή έκκριση αίματος από τον κόλπο.
2. Πυρετό πάνω από 38,5⁰C που δεν συνοδεύεται από κοινό κρυολόγημα.
3. Σοβαρή ναυτία και εμετό περισσότερο από τρεις φορές την ώρα.
4. Πρήξιμο των χεριών και του προσώπου, ιδιαίτερα αν είναι ξαφνικό.
5. Θάμπωμα και δυσκολία στην όραση, ιδιαίτερα αν βλέπετε στίγματα ή κυματιστές γραμμές μπροστά σας.
6. Δυνατούς πόνους στην κοιλιά, που δεν ανακουφίζονται όταν έχετε κένωση.
7. Συνεχή, δυνατό πονοκέφαλο.
8. Πολύ συχνή ούρηση που συνοδεύεται από κάψιμο.
9. Ξαφνική ροή ή στάξιμο υγρού από τον κόλπο.
10. Κάθε ατύχημα, σοβαρή πτώση ή άλλο τραυματισμό.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 9 ο

Η ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ

Η τεχνική της μεθόδου διδάσκεται από ειδικευμένες μαίες, οι οποίες παρακολουθούν την επίτοκο από την αρχή του τοκετού. Η παρακολούθηση αυτή ξεκινά από τον έκτο μήνα και η έγκυος, μέσα στους 4 μήνες, θα παρακολουθήσει 8-10 μαθήματα, πρακτικά και θεωρητικά.

Τα μαθήματα αυτά περιλαμβάνουν την περιγραφή και ανατομία του γεννητικού συστήματος, την εξήγηση του γεννητικού κύκλου, την εμμηνορροία, τη γονιμοποίηση. Ενημερώνεται τι είναι η εγκυμοσύνη, για το τι ακριβώς συμβαίνει μέσα της από τη στιγμή της σύλληψης, για την εξέλιξη του εμβρύου κατά την εγκυμοσύνη έως και τον τοκετό. Επίσης το διαιτολόγιο το οποίο θα πρέπει να ακολουθήσει η έγκυος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης καθώς και κατά τη λοχεία.

Τέλος, ενημερώνεται για τον τρόπο που εξελίσσονται τα στάδια του τοκετού, ποια θα είναι η συμπεριφορά της για να βοηθά σε κάθε στάδιο, η στάση της και η αντίδρασή της, τους τρόπους με τους οποίους θα πρέπει να αναπνέει για να μπορέσει να αντιμετωπίσει με αυτοκυριαρχία τις συστολές κατά τον τοκετό με σκοπό ν' ανακουφίσει τον εαυτό της και ακόμα περισσότερο να προσφέρει άφθονο οξυγόνο την ώρα αυτή που το στερείται και το έχει μεγάλη ανάγκη στο μωρό.

Τα θεωρητικά μαθήματα, για να γίνουν πιο κατανοητά στην έγκυο συνοδεύονται και από προβολή ολάνις και μετά ακολουθεί η πρακτική διδασκαλία, η οποία συμπληρώνει τα μαθήματα αυτά,

βοηθώντας την και ανακουφίζοντάς την καθόλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Η έγκυος, παρακολουθώντας τα μαθήματα της ψυχοπροφυλακτικής, έχει τη δυνατότητα να προετοιμαστεί ψυχολογικά και σωματικά και να συζητήσει χωρίς ενδοιασμούς τους φόβους της, τις απορίες της και το άγχος της με τη μαία.

Υπάρχουν πολλές γυναίκες οι οποίες έχουν αρνητική συμπεριφορά απέναντι στην εγκυμοσύνη και το παιδί τους, είτε γιατί το παιδί ήρθε απρογραμμάτιστα ή ανεπιθύμητα, είτε γιατί υπάρχουν προβλήματα στο ζευγάρι ή και ακόμα ανωριμότητα της εγκύου που δεν έχει βρει ακόμα τον εαυτό της.

Με την τεχνική της ψυχοπροφυλακτικής η Νοσηλεύτρια της Κοινότητας θα πρέπει να βοηθήσει την έγκυο να ξεπεράσει τις αναστολές και την άρνηση, ώστε να δεχθεί με αγάπη την εγκυμοσύνη και το παιδί της. Τη βοηθά να αποκτήσει αυτοπεποίθηση, σιγουριά και αυτοκυριαρχία. Η σχέση που δημιουργείται μεταξύ της εγκύου και της Νοσηλεύτριας δεν είναι μια επαγγελματική, αλλά είναι δεσμός εκτίμησης, αγάπης και εμπιστοσύνης.

Παρόλα τα πλεονεκτήματα όμως της ψυχοπροφυλακτικής προετοιμασίας για τον τοκετό, πολύ λίγες είναι εκείνες οι έγκυες που έχουν τη δυνατότητα να παρακολουθήσουν αυτά τα μαθήματα.

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Υπάρχει και το πρόβλημα του πόνου. Πολλές γυναίκες αναρρωτιούνται γιατί πρέπει να πονάει κανείς για να γεννήσει. Για ν' απαντήσουμε όμως σ' αυτό το ερώτημα πρέπει πρώτα να υπο -

βάλλουμε μια άλλη ερώτηση: "Είναι πράγματι επώδυνος ο τοκετός;". Πολλές γυναίκες θα έλεγαν "Μα και βέβαια. Είναι ο πιο έντονος πόνος που έχει γνωρίσει η ανθρωπότητα. Δεν συγκρίνεται με οποιονδήποτε πόνο που μπορεί να νιώσετε ποτέ". Ένας Βρετανός όμως γιατρός, ο Γκλάντλυ Ντικ Ρήντε, ήταν αυτός που επινόησε την ιδέα του ανώδυνου τοκετού, όταν στο Λονδίνο συνάντησε κάποια γυναίκα που δεν αισθανόταν καθόλου πόνο και η οποία του είπε ότι έτσι πρέπει να είναι πάντα η γέννηση του παιδιού.

Ας δούμε όμως τι είναι ο πόνος του τοκετού που αναφέρουν πολλές γυναίκες.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ο τοκετός προκαλεί πολλές έντονες και άγνωστες αισθήσεις σε μια γυναίκα. Είναι όμως αυτό πόνος;

Ο Ρόμπερτ Μέλητακ και ο Β.Σ. Τόγκερσον αναφέρουν ότι τα συναισθήματα του πόνου διαφέρουν με πολλούς τρόπους. Ο ελαφρός πόνος μπορεί να φτερουγίζει ή να τρεμοπαίζει. Ο μέτριος πόνος μπορεί να πάλλεται ή να σπαρταρά. Ο μεγάλος πόνος μπορεί να χτυπά ή να σφυροκοπά. Ενώ άλλοι πόνοι πηδούν, αστράφτουν, σουβλίζουν, τρυπούν ή καρφώνουν. Το τσίμπημα, το σφίξιμο, οι κράμπες και η σύνθλιψη είναι και αυτά διαφορετικά.

Ακόμη και τα συναισθήματα που προκαλούν τα διάφορα είδη πόνου διαφέρουν και αυτά. Όπως π.χ. αισθήματα μουδιάσματος, έντασης, κούρασης, αρρώστιας, ασφυξίας, πόνου και τιμωρίας. Για όλα αυτά χρησιμοποιείται μια και μόνη λέξη - πόνος.

Κι' αυτή είναι η λέξη που χρησιμοποιούμε όταν μιλάμε για τις αισθήσεις του τοκετού, οποιεσδήποτε κι αν είναι αυτές.

Για να εξηγήσουν το φαινόμενο του πόνου, οι Ρόμπερτ Μέλιτακ και Πάτρικ Γουόλ δημιούργησαν τη θεωρία της "πύλης" ε-

λέγχου του πόνου. Αναφέρουν ότι υπάρχει ένας νευρικός μηχανισμός που ανοιγοκλείνει μια πύλη, ρυθμίζοντας πόσες πληροφορίες από τους υποδοχείς του πόνου θα φτάσουν μέχρι τον εγκέφαλο. Αν η πύλη ανοίξει διάπλατα ή είναι μισάνοιχτη για αρκετή ώρα, τότε φτάνουν αρκετά μηνύματα στον εγκέφαλο για να προκαλέσουν το αίσθημα του πόνου. Αυτό το άνοιγμα και κλείσιμο της πύλης επιτυγχάνεται με τον κατάλληλο ερεθισμό νεύρων από άλλα σημεία του σώματος.

Η λειτουργία της πύλης επίσης μπορεί να επηρεαστεί και από ψυχολογικές διεργασίες. Το άγχος μπορεί να αυξήσει τον πόνο και η στάση που θα κρατήσει το άτομο απέναντι σε διάφορα γεγονότα μπορεί να καθορίσει αν θα αισθανθεί πόνο ή όχι. Η αναμονή μιας γυναίκας στη γέννα και ο φόβος του πόνου μπορεί να προκαλέσουν άγχος και αυτό με τη σειρά του τον πόνο. Σύμφωνα με τις θεωρίες ψυχολόγων, υποστηρίζεται ότι αν δεν υπήρχε ο φόβος, τότε ο πόνος θα εξαφανιζόταν, ενώ αν αυξάνει το άγχος τότε και ο πόνος θα είναι πολύ έντονος. Άλλοι παράγοντες, που κάνουν το αίσθημα του πόνου πιο έντονο, είναι η άγνοια και οι ψυχολογικές διαταραχές που έχουν μερικές γυναίκες για τον τοκετό, ενώ αν ενημερωθούν και έχουν γνώση των ενεργειών με τις οποίες θα μπορέσουν να βοηθήσουν σ' αυτή τη διαδικασία η εμπειρία του πόνου και του άγχους θα ελαττωθούν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10ο

1. ΤΟΚΕΤΟΣ

Τοκετός: καλείται το σύνολο των φυσιολογικών φαινομένων, δια των οποίων επιτυγχάνεται η έξοδος του τελειόμενου εμβρύου, του πλακούντα και των υμένων από τη μήτρα μέσω του πυελογεννητικού αυλήνα.

Για να διεξαχθεί ο τοκετός απαιτείται διαστολή του τραχηλικού στομίου της μήτρας, η οποία επιτυγχάνεται δια των συστολών του σώματος του μιομητρίου, με τη βοήθεια μορφολογικών, βιοχημικών και φυσικών μεταβολών.

Η διαστολή αυτή δημιουργείται βαθμιαίως κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων μηνών της κύησης και αρχίζει ουσιαστικά μετά την πλήρη ωριμότητα του εμβρύου, με συμμετοχή μέχρι σήμερα διαφόρων άγνωστων παραγόντων.

Από πειραματικές έρευνες πιθανολογείται ότι για τη συστολή συμβάλλουν μέσω του υποθαλάμου και άλλοι παράγοντες όπως ψυχογενείς, με δράση στο νευρικό σύστημα ακόμη και η ειδική ουσία που ονομάζεται ωκυτοκίνη.

Η ωκυτοκίνη είναι ουσία η οποία εκρίνεται από τον επίσθιο λοβό της υπόφυσης και δρα κατ' ευθείαν επί του μιομητρίου, και προκαλεί την συστολή. Η ορμόνη αυτή παραγεται καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης, αλλά είναι αδρανοποιημένη εξ αιτίας ενός ενζύμου που ονομάζεται ωκυτοκινάση. Όταν αρχίζει ο τοκετός αναστέλλεται η δράση του ενζύμου και η ωκυτοκίνη προκαλεί τις συστολές επί του ήδη ευαισθητοποιημένου μιομητρίου. Η συστολή αρχίζει από το αριστερό κέρασ της μήτρας, επεκτείνεται στο άλλο και μεταδίδεται σ' όλο το μιομήτριο και από εκεί προς το κατώτερο τμήμα του σώματος της μήτρας. Η συστολή διακρίνεται στην

αρχή, ακμή, κορυφή, παρακμή και παύλα. Σκοπός της συστολής είναι η ελάττωση του χώρου της κοιλότητας της μήτρας με την βράχυνση του μυϊκού ιστού του ανώτερου τμήματος του σώματος αυτής και της ώθησης του εμβρύου και του αμνιακού υγρού προς τα κάτω ή προς το τραχηλικό στόμιο. Με αυτό τον τρόπο σε κάθε συστολή το τραχηλικό τμήμα της μήτρας διατείνεται παθητικά και έλκεται προς τα άνω και έξω. (Εικόνα σελ. 66).

Ετσι επιτυγχάνεται βαθμιαία η διαστολή του τραχηλικού στομίου, η εξώθηση και η γέννηση του εμβρύου και στη συνέχεια η αποκόλληση και η έξοδος του πλακούντα. Αρα κατά τη διάρκεια του τοκετού διακρίνουμε τρεις περιόδους:

- A. Την περίοδο της διαστολής.
- B. Την περίοδο της εξωθήσεως.
- Γ. Την περίοδο της υστεροτοκίας.

(Φωτογραφίες σελ. 67, 68, 69)

2. ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Το στάδιο της διαστολής: Είναι το σκληρότερο στάδιο. Είναι δυνατό να διαρκέσει ακόμα και 20 ώρες, μέχρι ο τράχηλος της μήτρας ανοίξει τελείως και επιτρέψει στο παιδί να περάσει ελεύθερα μέσα από αυτόν. Το στάδιο της διαστολής εξελίσσεται ως εξής: αρχομένη, πεντηκονταλέπτου, δραχμής, διδράχμου, ταλήρου, μικράς παλάμης, μεγάλης παλάμης, σχεδόν τελεία, τελεία.

Κατά το στάδιο της διαστολής η κάθε ωδίνα εμφανίζεται ανά 5-7 λεπτά και διαρκεί από 35-45 δευτερόλεπτα. Ολόκληρο το μυϊκό σύστημα της μήτρας ωθεί προς τα κάτω και έξω, ώστε να πραγματοποιηθεί το άνοιγμα του μητρικού στομίου.

Η γυναίκα μπορεί ν' αντιληφθεί την όλη αυτή εργασία αν τοποθετήσει το χέρι της πάνω στην κοιλιά της.

Όσο προχωρεί η διαστολή οι συστολές γίνονται συχνότερες κάθε 2-3 λεπτά. Η επίτοκος πρέπει να είναι τελείως ήρεμη και να κάνει μικρές, συχνές και επιπόλαιες αναπνοές. Αφού συμπληρωθεί η διαστολή και γίνει τελεία, τότε σπάει το θυλάκιο και το παιδί μπορεί να βγει ελεύθερα.

Η ρήξη του θηλακίου μπορεί να γίνει και νωρίτερα, δηλαδή κατά τη διάρκεια της διαστολής.

Το στάδιο εξωθήσεως: Σ' αυτό το στάδιο αφού ανοίξει και διασταλεί το εξωτερικό μητρικό στόμιο, πρέπει να εξωθηθεί το σώμα του εμβρύου από το γεννητικό σωλήνα και να βγει από τη σχισμή του αιδοίου. Η περίοδος της εξωθήσεως είναι σύντομη, και η ίδια η γυναίκα είναι σε θέση να αισθανθεί τη στιγμή αυτή ή έχει την τάση να σφίχτει προς τα κάτω, μόνο όμως όταν το υποδείξει ο γιατρός ή η υπεύθυνη μαία.

Μόλις λοιπόν ο γιατρός ή η μαία υποδείξουν ότι πρέπει ν' αρχίσει η εξώθηση, η επίτοκος θα πάρει βαθιά εισπνοή και αγκαλιάζοντας με δύναμη τους μηρούς από την κάτω τους επιφάνεια, τους πλησιάζει στο στήθος, ενώ ανασηκώνοντας το κεφάλι, ακουμπά το πηγούνι στο στέρνο και ωθεί με όλη της τη δύναμη προς τα κάτω.

Αυτό το σφίξιμο θα σταματήσει με το σταμάτημα της ωδίνας. Κατά τη διάρκεια της παύλας, η μαία τη συμβουλεύει να χαλαρώσει παίρνοντας βαθιές εισπνοές για να ξεκουραστεί και μόλις ξαναεμφανισθεί η συστολή θα επαναλάβει την ίδια διαδικασία που περιγράψαμε πιο πάνω, και αυτό ίσως χρειαστεί να επαναληφθεί πολλές φορές έως την περάτωση του τοκετού.

Όταν το περίναιο διατείνεται εντελώς και προβάλλει το κεφάλι του νεογνού ο γιατρός χορηγεί τοπικά ξυλοκαΐνη για να κάνει

μια τομή στο περίνεο και να διευκολυνθεί η έξοδος του νεογνού.

Το στάδιο υστεροτοκίας: Στο στάδιο αυτό ακολουθεί η απόκλιση του πλακούντα από τη μήτρα. Ο γιατρός θα ελέγξει προσεκτικά όλη την επιφάνεια του πλακούντα για να δει αν βγήκε ολόκληρος ή έμεινε κάποιο μικρό κομματάκι πάνω στο τοίχωμα της μήτρας. Έπειτα θα πιέσει τη μήτρα για ν' αποβληθούν τυχόν πήγματα αίματος να συσπασθεί πάλι η μήτρα, και να επανέλθει σιγά-σιγά στο φυσιολογικό το μέγεθος που είχε πριν από την εγκυμοσύνη.

3. ΟΙ ΩΔΙΝΕΣ

Οι ωδίνες είναι κατά κάποιο τρόπο ένα είδος σήμα κινδύνου, με το οποίο ο οργανισμός ειδοποιείται ότι έφθασε η ώρα του τοκετού.

Η Μαιευτική επιστήμη παραδέχεται επεξηγεί και επριγράφει τις ωδίνες σαν βιολογικό λειτουργικό φαινόμενο που οφείλεται στους εξής λόγους:

- I) Καθώς οι μύες της μήτρας συστέλλονται, σφίγγουν και πιέζουν τα νεύρα της μήτρας.
- II) Καθώς κατεβαίνει η προβάουσα μοίρα του εμβρύου, εμπεδώνει μέσα στη λεκάνη πιέζοντας τα γειτόνικά νεύρα του οσφυϊκού και ιεροϋ πλέγματος.
- III) Καθώς το στόμιο του τραχήλου διαστέλλεται, ανοίγει, πιέζοντας τα νεύρα του τραχήλου.

Οι ωδίνες εμφανίζονται στον 9ο μήνα και 2-4 εβδομάδες πριν από την καθορισμένη ημερομηνία του τοκετού.

Ονόμαζονται προπαρασκευαστικές γιατί προπαρασκευάζουν την μήτρα για τον τοκετό και αντίθετα προς τις πραγματικές ωδίνες,

αντί να γίνονται συχνότερες και εντονότερες, αραιώνουν μετά 2-3 ώρες. Σκοπό έχουν να βοηθήσουν στην κανονική θέση και στάση και την προβολή του εμβρύου και στις πρωτότοκες στην εμπέδωση του κεφαλιού όσο γίνεται πιο βαθειά στη λεκάνη μέσα.

Οι ωδίνες αυτές παρουσιάζονται ως μικροενοχλήσεις στη μέση, κάτι σαν οσφυαλγία. Όταν όμως ξαναεμφανιστούν και επαναλαμβάνονται κάθε μισή ώρα και δεν υποχωρήσουν μετά 2-3 ώρες, αλλά αντιθέτως γίνονται συχνότερες, τότε υπάρχει ενδειξη ότι πλησιάζει η ώρα του τοκετού.

Τις συστολές της μήτρας μπορεί να τις αντιληφθεί η ίδια γυναίκα αν τοποθετήσει το χέρι της πάνω στην κοιλιά της, οπότε νιώθει τη μήτρα να πετρώνει τη στιγμή της συστολής.

Στο στάδιο αυτό πρέπει να μένει ήρεμη, και αν έχει παρακολουθήσει μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής να εφαρμόσει ότι έχει διαχθεί.

Ένα άλλο ενδεικτικό σημείο ότι ο τοκετός μπαίνει σε ένα ρυθμό εξέλιξης και ότι αρχίζει η διαστολή του τραχήλου, είναι η εμφάνιση αιματηρής βλέννας από τα γεννητικά όργανα. Στο μεταξύ, με το πέρασμα της ώρας, τα διαστήματα ανάμεσα στις ωδίνες γίνονται βραχύτερα και οι ωδίνες επαναλαμβάνονται ολοένα συχνότερα. Όταν εμφανίζονται κάθε 5 λεπτά στις πρωτότοκες και κάθε 8 λεπτά στις δευτερότοκες, τότε θα πρέπει να ξεκινήσει η έγκυος για το μαιευτήριο.

Πρέπει να ειδοποιηθεί αμέσως ο γιατρός, έστω και με ελαφρές ωδίνες αν σπάσουν τα νερά (θυλάκιο) ή εάν εμφανιστεί αρκετό αίμα σαν περίοδο. Στις πρωτότοκες συνήθως ο τοκετός διαρκεί από 5-20 ώρες. Μόνο σε μερικές σπάνιες περιπτώσεις εξελίσσεται μέσα σε μία ώρα (οξύς τοκετός).

Στις δευτερότοκες ή πολύτοκες το διάστημα αυτό είναι πιο

σύντομο 3-10 ώρες γι' αυτό και η μετάβαση στο μαιευτήριο πρέπει να γίνει λίγο νωρίτερα.

Όταν η γυναίκα μείνει ήρεμη φέρνει το παιδί της στον κόσμο ευκολότερα και γρηγορότερα μένοντας έτσι το παιδί ανεπηρέαστο από ένα μακροχρόνιο και επίμονο τοκετό.

4. ΡΗΞΗ ΤΟΥ ΘΗΛΑΚΙΟΥ

Όπως ξέρουμε, το έμβρυο μέσα στη μήτρα βρίσκεται μέσα σ' ένα σάκκο και πλέει μέσα στα υγρά. Ο σάκκος αυτός μπορεί να σπάσει χωρίς να προηγηθεί κανένα άλλο σύμπτωμα ή ένδειξη ότι η έγκυος είναι στις μέρες της.

Ο σάκκος μπορεί να σπάσει για τους εξής λόγους:

- 1) Οι υμένες του σάκκου είναι λεπτοί και λιγότερο ανθεκτικοί.
- 2) Ο σάκκος έχει γεμίσει τόσο που δεν έχει άλλη χωριτικότητα.
- 3) Ο σάκκος μπορεί να σπάσει από μηχανικά αίτια, π.χ. πέσιμο, χτύπημα, υπερκινητικότητα του εμβρύου.

Πλλές φορές η έγκυος μπερδεύει τα ούρα με τα υγρά. Τα υγρά έχουν χρώμα λευκό και τρέχουν ανάμεσα στα πόδια χωρίς να μπορεί να τα σταματήσει, ενώ τα ούρα είναι κίτρινα και μπορεί να τα ελέγχει η κύστη και σταματούν.

Μετά τη ρήξη του θηλακίου αρχίζουν οι συστολές. Σε σπάνια περίπτωση οι συστολές αρχίζουν ταυτόχρονα με τη ρήξη του θηλακίου.

5. ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΗΝ ΩΡΑ ΤΗΣ ΔΙΑΣΤΟΛΗΣ

Την ώρα της διαστολής είναι απαραίτητο η έγκυος να ελέγχει τον εαυτό της και να προσπαθεί να συμμετέχει ενεργητικά, να αισθάνεται την κάθε στιγμή. Πρέπει να συνεργάζεται με το γιατρό και τη Μαία για το δικό της καλό και του μωρού της.

Γι' αυτό την ώρα αυτή είναι απαραίτητα και σημαντικά δύο πράγματα: η έγκυος να αναπνέει σωστά και να είναι χαλαρή.

6. ΓΙΑΤΙ Η ΕΓΚΥΟΣ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΧΑΛΑΡΗ

Είναι απαραίτητο για τους εξής λόγους:

- 1) Με τη λέξη χαλάρωση εννοούμε ανάπαυση, ξεκούραση των μυών. Οι μύες όταν είναι σε ανάπαυση, χαλαροί, δεν ξοδεύουν οξυγόνο. Με το να χαλαρώνει λοιπόν κάνει οικονομία στο οξυγόνο από τον υπόλοιπο οργανισμό και το προσφέρει στη μήτρα και το μωρό που έχουν ανάγκη κατά την ώρα του τοκετού.
- 2) Οι συστολές της μήτρας είναι ακούσιες, δηλαδή δεν τις ελέγχει. Μπορεί όμως να αυξήσει ή να ελαττώσει την ένταση, αν προσπαθήσει.
Αν την ώρα της συστολής η έγκυος σφίγγεται, τα νεύρα και η μήτρα συσπώνται πολύ έντονα, με αποτέλεσμα να αισθάνεται πόνο δυνατό, ενώ αν είναι χαλαρή κατά την ώρα της συστολής τότε αισθάνεται έναν γλυκό πόνο, αφού η μήτρα και τα νεύρα πιέζονται μαλακά.
- 3) Αν κατά την ώρα της διαστολής η έγκυος σφίγγεται, δυσανασχετεί και φωνάζει, θα εξαντληθεί και θα φτάσει στο τέλος την ώρα του τοκετού ανίκανη να βοηθήσει τον εαυτό της και το μωρό της.

7. ΑΝΑΠΝΟΗ

Όταν οι μύες συστέλλονται αποδίδουν κάποιο έργο καταναλώνοντας οξυγόνο. Όσο πιο γρήγορα συστέλλονται τόσο πιο πολύ οξυγόνο καταναλώνουν. Γι' αυτό και όταν η μήτρα συστέλλεται ξοδεύει οξυγόνο και όσο πιο έντονα συστέλλεται τόσο πιο πολύ οξυγόνο ξοδεύει.

Ταυτόχρονα όμως, πρέπει να τροφοδοτεί με οξυγόνο και το μωρό που το έχει μεγάλη ανάγκη.

Η Νοσηλεύτρια πρέπει να υποδείξει στην έγκυο τον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να αναπνέει η έγκυος για να αποκτήσει ένα υγιές και ροδοκόκκινο μωρό.

8. ΠΕΡΙΝΕΟΤΟΜΙΑ: ΕΠΙΣΕΙΟΤΟΜΙΑ

Επισειοτομία λέμε την τομή, το κόψιμο που γίνεται στην περιοχή του περινέου για να επιτύχουμε μεγαλύτερο άνοιγμα του κόλπου.

Πραγματοποιείται λίγα λεπτά πριν τη γέννηση του κεφαλιού του μωρού, αφού προηγηθεί τοπική αναισθησία στην περιοχή.

Οι λόγοι που γίνεται η επισειοτομή είναι:

- 1) Όταν οι παλμοί της καρδιάς του εμβρύου έχουν αρρυθμία.
- 2) Για να συντομέψουν το χρόνο εξόδου της κεφαλής του νεογνού.
- 3) Για να αποφευχθεί το σχίσιμο του περινέου.

Η επισειοτομή ράβεται σε στρώματα, για να συμπλησιάσουν οι μύες που έχουν βάρος και γίνεται σ' όλες όσες γεννούν στο Μαιευτήριο.

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΝΕΑΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΝΕΟΓΝΟΥ

Η ζωή της λεχωνίδας πρέπει να είναι όσο το δυνατόν πιο άνετη και πιο ευχάριστη στο σπίτι της, όταν μάλιστα αυτή ασχολείται με τα οικιακά. Απαραίτητη προϋπόθεση γι' αυτό αποτελεί ένα υγιεινό σπίτι. Υγιεινό σπίτι είναι αυτό που έχει επαρκή φωτισμό, αερισμό, θέρμανση, ύδρευση και αποχέτευση. Πρέπει όμως αυτό να παρέχει ανάπαυση και θαλπωρή σ' εκείνη και το μωρό της. Πρέπει να διαμορφωθεί αυτό έτσι που να είναι μια πραγματική εστία.

Από τότε που σχηματίστηκαν οι πρώτες κοινωνίες, η μητέρα και το παιδί αποτέλεσαν και αποτελούν μέχρι σήμερα το επίκεντρο της κοινωνικής μέριμνας. Η πολιτεία ξοδεύει σήμερα μέσα από τα διάφορα προγράμματα ένα πολύ μεγάλο μέρος του ετήσιου προϋπολογισμού για την προστασία μητέρας και παιδιού.

Η νοσηλεύτρια, της οποίας ο ρόλος δεν είναι μόνο νοσηλευτικός αλλά και κοινωνικός, μπορεί να συμβάλλει απεριόριστα στην προστασία μητέρας και παιδιού. Μέσα στα πλαίσια του ρόλου της αυτού πρέπει να αναπτύξει δραστηριότητα τέτοια ώστε η σχέση της με τον κοινωνικό χώρο και τις κοινότητες που θα ασκήσει την κοινοτική νοσηλευτική να είναι μια σχέση ζεστή και ανθρώπινη.

Υποχρέωση λοιπόν κάθε νοσηλεύτρια να βοηθήσει με όλα τα μέσα στην υλοποίηση των προγραμμάτων που θεσπίζει η Πολιτεία, για την προστασία της μητρότητας και της βρεφικής ηλικίας.

1. Υγιεινή του δέρματος του βρέφους - λουτρό

Τα λουτρά καθαριότητας αποτελούν τη βάση της υγιεινής του δέρματος. Το πρώτο λουτρό καθαριότητας παρέχεται αμέσως μετά τη γέννηση, με ωρισμένες όμως προφυλάξεις. Μετά τη 15η ημέρα μπορούμε όμως να δώσουμε οδηγίες στη μητέρα που θα κάνει λουτρό στο βρέφος, αφού θα έχει επουλωθεί και ο ομφάλιος λώρος.

Η κατάλληλη θερμοκρασία του λουτρού είναι 35-37°C κι αυτή ορίζεται με θερμόμετρο του λουτρού.

Ώρα λουτρού: Γενικώς προτιμούνται οι πρωινές ώρες και προ του θηλασμού, προς αποφυγήν αναγωγής γάλακτος.

Εντός του λουτήρα συγκρατείται το κεφάλι του έξω από το νερό με τη βοήθεια του χεριού το οποίο είναι πίσω από τον τράχηλο. Αφού το πλύνουμε με ήπιες κινήσεις, το βγάζουμε γρήγορα από το λουτήρα και το ακουμπάμε σε θερμή πετσέτα και το σκουπίζουμε.

Θα πρέπει να προσέχουμε την καθαριότητα του κεφαλιού, γιατί χωρίς αυτή θα έχουμε σκλήρυνση του σμήγματος του κεφαλιού, που θα κάνει ανήσυχο το βρέφος.

2. Το κρεβάτι του βρέφους

Θα πρέπει να είναι ξύλινο ή μεταλλικό, για να διευκολύνεται η καθαρότητα και η απολύμανσή του. Το στρώμα να είναι, αν είναι δυνατόν, ανατομικό και πρέπει να είναι παχύ, για να προστατεύει το παιδί από το κρύο. Πάνω στο στρώμα τοποθετείται τεμάχιο αδιάβροχου υφάσματος ή μουσαμάς, που καλύπτεται από χνουδωτό ύφασμα και κατόπιν ένα μικρό σεντόνι για κατωσέντονο. Το στρώμα πρέπει να αερίζεται την ώρα που κάνουμε μπάνιο το μικρό.

Μπορεί η κούνια ή το κρεβάτι να σκεπάζεται με λευκό

ύφασμα, σαν κουνουπιέρα, για να προστεύει το παιδί από τον υπερβολικό φωτισμό, κρύο αέρα και σκόνη.

Το μωρό το βάζουμε να κοιμηθεί πάντοτε μπρούμητα, για να αποφύγουμε την ανάγνωση και την πιθανή εισρόφηση.

3. Τα ρούχα του βρέφους

Είναι σχεδόν πάντα από υγιεινή λευκή ύφανση βάμβακος ή λιναριού, έτσι ώστε να μπορεί η μητέρα να τα πλένει σε υψηλή θερμοκρασία και να τα σιδερώνει. Ένα μωρό καθαρό και ταϊσμένο είναι πολύ περισσότερο ήσυχο από ένα άλλο παραμελημένο.

4. Εμβολιασμός του παιδιού

Ο εμβολιασμός θα πρέπει να γίνεται αν το παιδί γεννιέται σε καιρό επιδημίας αμέσως, δηλαδή λίγες μέρες μετά τη γέννηση. Πάντως, η καλλίτερη περίοδος για να ξεκινήσει το παιδί είναι μετά τις πρώτες 6 εβδομάδες ή δυο μήνες, γιατί η αναβολή αυτή μπορεί να συμπέσει με την έναρξη της οδοντοφυΐας, οπότε το παιδί να έχει πρόσθετα προβλήματα.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να ωθεί τη μητέρα να εμβολιάζει το παιδί ιδιαίτερα όταν αυτό δεν θηλάζει.

5. Βρεφική θνησιμότητα

Είναι ο αριθμός των γεννηθέντων παιδιών που πεθαίνουν στον 1ο χρόνο ζωής σε σχέση με τα 1.000 νεογνά που γεννήθηκαν σε κάποιον υποτιθέμενο τόπο και χρόνο.

Οι αιτίες βρεφικής θνησιμότητας μπορεί να είναι α) ιατρικής φύσης, β) κοινωνικής φύσης.

Ιατρικής φύσης είναι:

- α) Συγγενή νοσήματα, β) Λοιμώδη νοσήματα.

Κοινωνικής φύσης είναι:

- α) Ανθυγιεινή κατοικία.
- β) Έλλειψη οικογενειακού προγραμματισμού.
- γ) Φτώχεια γονέων του βρέφους.
- δ) Βαριά ανθυγιεινή δουλειά της μητέρας στην εγκυμοσύνη.
- ε) Αλκοολισμός - ναρκωτικά γονέων (ιδιαίτερα μητέρας).
- στ) Έλλειψη γνώσεων ανατροφής του βρέφους.

Η νοσηλεύτρια με τη συμβουλή της για σωστή διατροφή, καθαριότητα μητέρας - παιδιού και περιβάλλοντος, θα έχει κάνει ένα σωστό βήμα για την καταπολέμηση της νοσηρότητας και θνησιμότητας μητέρας και βρέφους και θα έχει βοηθήσει σημαντικά και ουσιαστικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12ο

1. ΟΙ ΜΑΣΤΟΙ ΚΑΙ Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥΣ

Η φύση έδωσε στη γυναίκα τους δύο μαστούς για την παραγωγή του γάλακτος το οποίο αποτελεί τη φυσική αλλά και αναντικατάστατη τροφή του παιδιού της. Κάθε μαστός αποτελείται από το δέρμα, τον αδένα του μαστού και το λίπος που τον περιβάλλει. Το δέρμα είναι πολύ λεπτό και παρουσιάζει πυκνό φλεβικό δίκτυο. Στο μέσον του κάθε μαστού υπάρχει μία κυλινδρική προεξοχή η θηλή του μαστού, χρώματος ρόδινου και σκοτεινού στην κορφή της οποίας υπάρχουν τα στόμια των γαλακτοφόρων πόρων. Ο μαστικός αδένας περιλαμβάνει τη εκριτικικές κυψέλες και τους γαλακτοφόρους πόρους και μεταξύ τους συνδετικό ιστό.

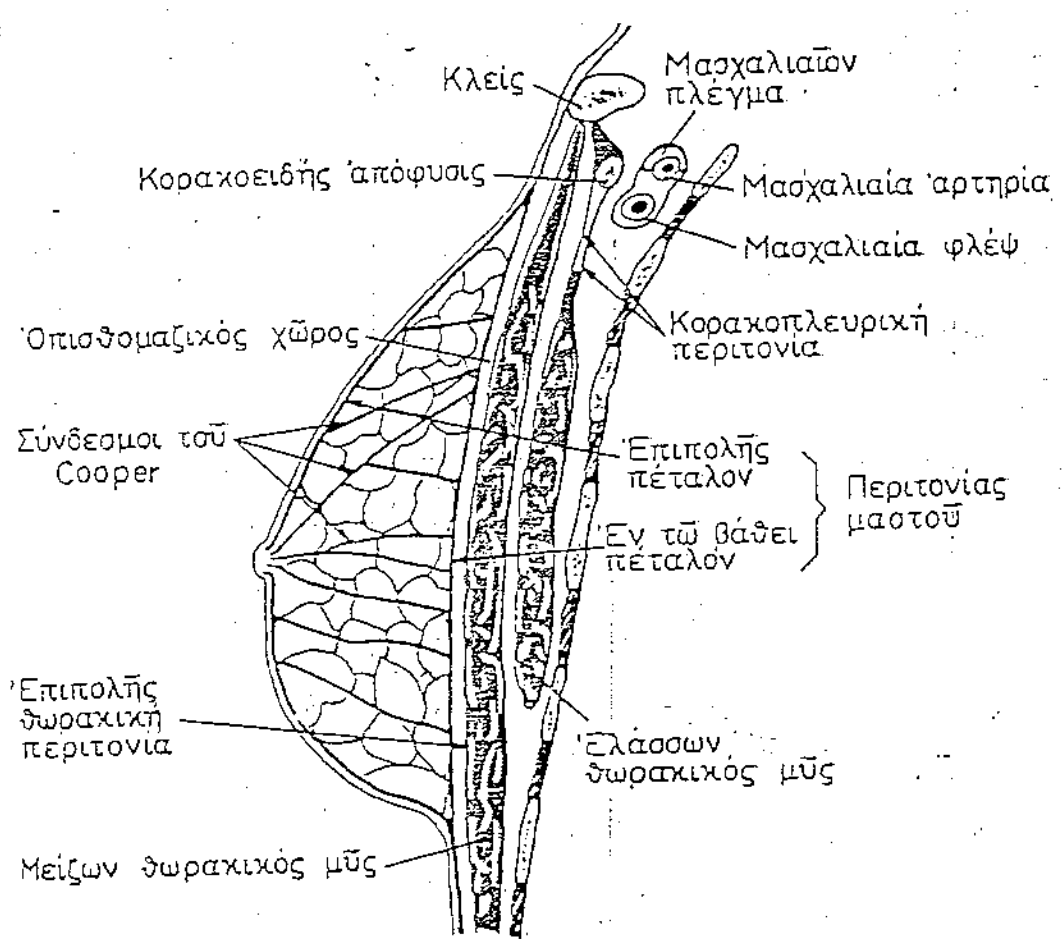
Από τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης οι μαστοί μεγαλώνουν και γίνονται πολύ ευαίσθητοι. Ο συνδετικός ιστός ελαττώνεται και αυξάνεται ο αδενικός, το δέρμα λεπταίνει, αυξάνει η θηλή και το χρώμα της γίνεται βαθύτερο.

Ο ΘΗΛΑΣΜΟΣ:

Ο μητρικός θηλασμός είναι αποκλειστικό προνόμιο της γυναίκας και προέρχεται μετά από μια σειρά μεταβολών του μαστού που αρχίζουν πριν εμφανιστεί η έμμηνος ρύση.

Οι ορμόνες, οι οποίες παράγονται στις ωοθήκες είναι υπεύθυνες για τις μεταβολές αυτές και την προετοιμασία του μαστού για τη σπουδαία λειτουργία παραγωγής του γάλακτος. Έτσι η μητέρα συνεχίζει τη θρέψη του βρέφους και μετά τη γέννησή του.

Ανάλογα με το είδος του χρησιμοποιούμενου γάλακτος, η διατροφή του βρέφους διακρίνεται σε φυσική διατροφή, όταν χρησιμοποιείται μητρικό γάλα, στην τεχνητή όταν χρησιμοποιείται ξένο



Εἰκ. 2.3: Ὁβελιαία διατομή μαστοῦ καὶ θωρακικοῦ τοιχώματος.

γάλα, και στη μεικτή όταν χρησιμοποιείται και το μητρικό και το ξένο.

ΤΟ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΓΑΛΑ. ΠΥΑΡ ή ΠΡΩΤΟΓΑΛΑ:

Το Πύαρ είναι το πρώτο γάλα που παίρνει το νεογέννητο. Έχει λευκοκίτρινο χρώμα με ελαφρά και ευχάριστη οσμή και γλυκιά γεύση. Η ποσότητά του είναι μικρή αλλά η αξία του μοναδική, γιατί είναι πλούσιο σε λευκώματα, άλατα και βιταμίνες. Έχει λίγο λίπος που το κάνει ιδιαίτερο εύπεπτο κατά τις δύο - τρεις πρώτες ημέρες της ζωής του μωρού. Το σπουδαιότερο απ' όλα όμως είναι ότι περιέχει πολλά αντισώματα που προστατεύουν το νεογέννητο από λοιμώξεις.

Το Πύαρ μετά την τρίτη ημέρα μεταβάλλεται σε μεταβατικό γάλα και μετά την 7η μέρα σε γάλα. Σε ορισμένες περιπτώσεις η έκκριση του μεταβατικού γάλακτος διαρκεί και μέχρι 20 μέρες.

2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΥΝΟΟΥΝ ΚΑΙ ΕΜΠΟΔΙΖΟΥΝ ΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

α) Παράγοντες που ευνοούν το θηλασμό είναι:

- Η προγραμματισμένη εγκυμοσύνη
- Η προηγούμενη εγκυμοσύνη
- Η σωστή προετοιμασία της μέλλουσας μητέρας για θηλασμό
- Η θετική εμπειρία του τοκετού της μητέρας
- Η πρώιμη επαφή μητέρας - νεογέννητου
- Η διάρκεια αυτής της επαφής

β) Παράγοντες που εμποδίζουν το θηλασμό είναι:

- Το ψυχοκοινωνικό STRESS κατά τη διάρκεια της κύησης
- Η μη προγραμματισμένη κύηση
- Η προηγούμενη αρνητική εμπειρία θηλασμού
- Η έλλειψη προετοιμασίας της μέλλουσας μητέρας για

θηλασμό

- Η αρνητική εμπειρία τοκετού της μητέρας
- Ο χωρισμός μητέρας - νεογέννητου αμέσως μετά τον τοκετό.

3. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Η φυσική διατροφή αποτελεί αναμφισβήτητα την ιδανική διατροφή του νεογνού και του βρέφους, αφού η φύση έχει καθορίσει την σύνθεση του γυναικείου γάλακτος για την αρχική περίοδο της ζωής ανάλογα με τις ανάγκες του παιδικού οργανισμού.

Εκτός όμως απ' αυτό η φυσική διατροφή έχει ορισμένα πλεονεκτήματα, τα σπουδαιότερα των οποίων είναι:

- 1) Το μητρικό γάλα προσφέρεται χωρίς κανένα κόστος
 - 2) Είναι πάντα έτοιμο προς χρήση και μάλιστα στην κανονική θερμοκρασία· επιπλέον απαλλάσσει την μητέρα από την διαδικασία παρασκευής ξένου γάλακτος.
 - 3) Η συχνότητα των λοιμώξεων είναι σημαντικά μικρότερη στα νεογνά και βρέφη που θηλάζουν. Αυτό αφορά ιδιαίτερα στις λοιμώξεις από το πεπτικό σύστημα και μάλιστα στα κατώτερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα, όπου δεν τηρούνται πάντοτε σωστά οι συνθήκες υγιεινής.
- Η προστατευτική ικανότητα του μητρικού γάλακτος οφείλεται πρώτον στο ότι δύσκολα μολύνεται και δεύτερον στο ότι περιέχει εξουδετερωτικά αντισώματα εναντίον ιών και μικροβίων, με τέτοιο τρόπο ώστε να δημιουργείται ένα είδος τοπικής ανοσίας στον γαστρεντερικό σωλήνα του νεογνού.
- 4) Το γυναικείο γάλα είναι περισσότερο εύπεπτο.
 - 5) Η συχνότητα εμφάνισης τετανίας του νεογνού και βρεφικού εκ-

ζέματος αργότερα, είναι μικρότερη.

- 6) Υποστηρίζεται ακόμη ότι και η συχνότητα παχυσαρκίας, αρτηριοσκλήρωσης και υπέρτασης στην ενήλικη ζωή είναι μικρότερη σε άτομα που τράφηκαν στη βρεφική ηλικία με μητρικό γάλα.
- 7) Αλλεργικές εκδηλώσεις, όπως το συνάι, άσθμα, έκζεμα, διάρροιες είναι σπανιότερες σε παιδιά που θηλάζουν.
- 8) Το μητρικό γάλα ελαττώνει τον κίνδυνο της υποκαλιαιμίας.
- 9) Η λεπτή ουσιώδης διαφορά μεταξύ μητρικού γάλακτος και ξένων γαλάκτων έγκειται στην ποιοτική σύνθεση, την οποία καμία βιομηχανική μέθοδος δεν μπορεί να πετύχει.
- 10) Για το πρόωρο νεογνό το γάλα της μητέρας του είναι η μοναδική, η ιδανική τροφή. Τελευταίες έρευνες έδειξαν ότι το γάλα της μητέρας που γεννά πρόωροκ, έχει σημαντικά μεγαλύτερη οεριοκτικότητα από το γάλα της μητέρας που γεννά τελειόμηνο μωρό.
- 11) Με τον μητρικό θηλασμό δημιουργείται ισχυρότερος ψυχικός δεσμός μεταξύ μητέρας και παιδιού, αφού ένα μόνο πρόσωπο - η μητέρα - βρίσκεται σε συνεχή επαφή με το παιδί ενώ στην τεχνική διατροφή διάφορα πρόσωπα είναι δυνατόν να το σιτίζουν.
- 12) Η μητέρα που θηλάζει το παιδί της πρέπει, ίσως να θεωρείται ότι έχει μεγαλύτερο το συναίσθημα της ευθύνης γενικά στην ανατροφή του, ώστε αυτό να έχει την ευεργετική της επίδραση για μακρύ χρονικό διάστημα.
- 13) Ο θηλασμός βοηθεί στην ταχύτερη επάνοδο της μήτρας της μητέρας που θηλάζει στην φυσιολογική της θέση.
- 14) Αναφέρεται στατιστικά μικρότερη η συχνότητα ανάπτυξης καρκίνου του μαστού στην μετέπειτα ζωή στις γυναίκες που θηλάσαν τα παιδιά τους.
- 15) Για τη μητέρα ο θηλασμός καθυστερεί την ωορρηξία και δίνει

μεγαλύτερη περίοδο στείρωσης.

16) Μετά το θηλασμό, το βρέφος κοιμάται ήρεμο και ικανοποιημένο. Μέχρι τώρα πιστεύαμε ότι η ηρεμία οφείλεται στην ικανοποίηση της πείνας. Τώρα οι επιστήμονες ανακάλυψαν ότι το φαινόμενο αυτό είναι συνέπεια μιας ορμονικής διεργασίας. Μέσα στο γάλα υπάρχει μια φυσική ηρεμιστική ουσία, η καλεομορφίνη, που ανήκει στην κατηγορία των ενδομορφινών, οι οποίες είναι αναλγητικά που τα παράγει ο ίδιος ο οργανισμός. Η έλλειψή τους είναι από τις βασικές αιτίες του πονοκεφάλου. Οι ουσίες αυτές καταστρέφονται από ορισμένα ένζυμα.

17) Επίσης ο θηλασμός δεν έχει καμιά κακή επίπτωση στο σχήμα και στο μέγεθος των μαστών.

Όμως υπάρχουν ορισμένα μειονεκτήματα στη φυσική διατροφή αυτά είναι:

1. Η μητέρα που θηλάζει το μωρό της έχει λιγότερη ελευθερία από την μητέρα που τρέφει το μωρό της με μπιμπερό. Είναι η μόνη που μπορεί να το ταΐσει. Είναι δυσκολότερο γι' αυτήν να βγει έξω, δεν μπορεί να ξαναγυρίσει στο επάγγελμά της γρήγορα, δεν μπορεί να έχει διακοπές έστω και μικρές μακριά από το μωρό της.
2. Μερικές μητέρες δεν θέλουν να θηλάσουν τα παιδιά τους γιατί ισχυρίζονται ότι χαλάει το στήθος τους. Αυτό όμως μπορεί να προληφθεί με ειδικό στηθόδεσμο κατά τη διάρκεια του θηλασμού.
3. Τα μαλακά κόπρανα των μωρών που θηλάζουν κάνουν πιο δύσκολο τον καθαρισμό τους και αυτό δημιουργεί περισσότερη δουλειά για την μητέρα.
4. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ένα βρέφος που παίρνει μόνο μητρικό γάλα είναι πιο εύκολο να υποσιτιστεί από το μωρό

που τρέφεται με τεχνητό γάλα. Είναι πολλές φορές πλεονέκτημα το ότι μια μητέρα που ανησυχεί δεν ξέρει πόσο γάλα παίρνει το μωρό της από το στήθος της σε κάθε γεύμα. Μητέρες που ταΐζουν τα μωρά τους με μπιμπερό στενοχωριούνται όταν το παιδί παίρνει λιγότερο από την συνηθισμένη ποσότητα. Απ' την άλλη πλευρά η μητέρα που θηλάζει μπορεί να νομίζει ότι δίνει αρκετό γάλα στο μωρό της χωρίς να γίνεται αυτό. Η δυσκολία αυτή αποφεύγεται με τακτικό ζύγισμα.

5. Οδυνηρή υπερφόρτωση του στήθους, πόνοι της θηλής, μαστίτιδα και απόστημα του στήθους είναι αναμφίβολα μειονεκτήματα του θηλασμού.
6. Επίσης η γαλατόρροια είναι ασήμαντο μεν, αλλά ενοχλητικό σύμπτωμα για πολλές μητέρες που θηλάζουν.

4. ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Αντενδείξεις θηλασμού από μέρους της μητέρας:

Μετά τον τοκετό η Νοσηλεύτρια είναι υπεύθυνη να ενημερώσει τη λεχώιδα σε περίπτωση που δεν πρέπει να θηλάσει.

Ως αντενδείξεις αναφέρονται διάφορες παθολογικές καταστάσεις όπως οι εξής:

1. Πνευμονική φυματίωση
2. Καρδιοπάθεια
3. Χρόνια και οξεία νεφρίτιδα
4. Τυφοειδής πυρετός
5. Ερυσίπελας
6. Επιλόχειες λοιμώξεις
7. Ογκος μαστού
8. Καταστάσεις υποσιτισμού

9. Επιληψία

10. Όταν η μητέρα έχει κοκκίτη, επιβάλλεται άμεση διακοπή και απομόνωση του νεογνού. Όταν η μητέρα έχει οστρακιά, δεν χρειάζεται απομόνωση, λόγω της φυσικής ανοσίας βρέφους από τη μητέρα.

11. Η χρήση φαρμάκων, τα οποία απεκρίνονται δια του γάλακτος, όπως βαρβιτουρικά, ιωδιούχα, σαλυκιλικά, βρωμιούχα, αντιπηκτικά, επιβάλλουν την άμεση διακοπή του θηλασμού λόγω ευαισθησίας του βρέφους. Άλλα φάρμακα όπως η νικοτίνη, το οινόπνευμα η διαζεπάμη και τα καθαρτικά δεν βλάπτουν το νεογνό όταν δεν γίνεται κατάχρηση από τη μητέρα.

Ορισμένα φάρμακα, όπως οι σουλφοναμίδες και η νεβαλιζίνη μπορεί να προκαλέσουν αιμόλυση στο νεογνό, αν αυτό παρουσιάζει στο αίμα του ανεπάρκεια του ενζύμου G6PD.

Άλλο πρόβλημα που εμποδίζει το θηλασμό είναι οι συγγενείς ανωμαλίες των θηλών, όπως η επίπεδη ή και εισέχουσα θηλή, η πολύ μεγάλη θηλή ή και πλήρης σπλοσία των θηλών. Σπάνια είναι η συγγενής αγαλακτία της μητέρας που φυσικά καθιστά αδύνατο το θηλασμό.

Δυσκολίες στο θηλασμό μπορεί να προκαλέσουν και κάποιες επιπλοκές όπως οι ραγάδες, η γαλακτοφορίτιδα, η μαστίτιδα.

I) Οι ραγάδες δημιουργούνται συνήθως τις πρώτες μέρες και οφείλονται σε κακή τεχνική του θηλασμού. Έχουν σαν αποτέλεσμα έντονο πόνο της μητέρας. Διακόπτεται ο θηλασμός για 1-3 ημέρες. Συνίσταται τοπική επάλειψη αλοιφής με αναισθητικό και αντιβιοτικό και παράλληλη άμεψη του μαστού.

II) Η γαλακτοφορίτιδα χαρακτηρίζεται από υπερπλήρωση των μαστών με την οποία προκαλείται διάταση και πόνος. Πρέπει να προλαμβάνεται στη διάρκεια των τελευταίων μηνών της εγκυμοσύνης,

με κατάλληλη προετοιμασία των μαστών - κυρίως την έγκαιρη κένωσή τους, με θηλασμό ή άμελξη. Αν αυτό είναι αδύνατο, τότε δύναται σιλβεστρόλη για 2-3 ημέρες, που αναστέλλει την παραγωγή γάλακτος.

III) Η μαστίτιδα αναπτύσσεται σε περίπτωση που δεν αντιμετωπισθεί κατάλληλα η γαλακτοφορίτιδα. Χορηγούνται αντιβιοτικά ή στην ανάγκη διακόπτεται οριστικά η παραγωγή του γάλακτος με σιλβεστρόλη για 10 ημέρες.

Αντενδείξεις θηλασμού από μέρους του βρέφους:

Μπορούν να διαχωρισθούν σε τοπικές και γενικές.

Τοπικά αίτια: Είναι οι συγγενείς ανωμαλίες διάπλασης της ρίνας, του στόματος και του φάρυγγα, όπως λαγόχειλο, λυκόστομα, μικρογναθία, ατρησία ρινικών χοάνων.

Γενικά αίτια: Τα πρώτα νεογνά ή τα τελειόμηνα νεογνά με σοβαρές λοιμώξεις (σηψαιμία, τέτανο, μηνιγγίτιδα) ή βαρείες μαιευτικές κακώσεις (εγκεφαλική αιμορραγία, μεγάλη παράλυση προσωπικού νεύρου) δεν μπορούν να θηλάσουν.

Άλλα προβλήματα του νεογνού είναι η αεροφαγία, η αναγωγή, η νευρική όρεξη ή αντίθετα η κυθρότητα και η υπνηλία.

5. ΑΙΤΙΕΣ ΑΠΟΤΥΧΙΑΣ ΤΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

- 1) Αποχωρισμός της μητέρας από το παιδί.
- 2) Χορήγηση αναισθητικών στη μητέρα.
- 3) Καθυστέρηση έναρξης θηλασμού.
- 4) Λανθασμένη τεχνική θηλασμού.
- 5) Θηλασμός με αυστηρό ωράριο και μόνο την ημέρα.
- 6) Χορήγηση υγρών ή ξένου γάλακτος με το μπουκάλι στα ενδιάμεσα των γευμάτων ή για συμπλήρωμα.
- 7) Ζύγισμα πριν και μετά το θηλασμό.
- 8) Μητέρα απληροφόρητη ή λάθος πληροφορημένη.

- 9) Οικογενειακό ή κοινωνικό περιβάλλον προκατηλλειμένο ή κακώς πληροφορημένο με αρνητική επίδραση.
- 10) Διαφημίσεις για τεχνητή διατροφή.

6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΣΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

Η Νοσηλεύτρια που εργάζεται στη Μαιευτική Κλινική στο Κέντρο Υγείας ή στην Κοινότητα, έρχεται σε άμεση ή έμμεση σχέση με την έγκυο σ' όλα τα στάδια της εγκυμοσύνης της .

Μετά από την επαφή της αυτή με την έγκυο η Νοσηλεύτρια έχει ορισμένες υποχρεώσεις απέναντί της και στις οποίες θα πρέπει να ανταπεξέλθει γι' αυτό θα πρέπει :

I) να γνωρίζει την αξία του θηλασμού, τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματά του.

II) να γνωρίζει τις αντενδείξεις του μητρικού θηλασμού και τις περιπτώσεις ανάγκης εφαρμογής μεικτής ή τεχνητής διατροφής.

III) να είναι σε θέση να ευθαρρύνει και να προετοιμάζει την εγκυμονούσα για το θηλασμό και να της δείξει τον τρόπο προετοιμασίας του στήθους.

IV) να της εξηγήσει τα ωφέλη που θα έχει το παιδί με το θηλασμό καθώς και αυτή η ίδια και

V) ότι τόσο με τη γέννηση όσο και με το θηλασμό θα νιώσει το βαθύ αίσθημα της μητρότητας και της ολοκλήρωσής της ως μητέρα.

Η Νοσηλεύτρια πρέπει να συμπαρίσταται με αγάπη και κατανόηση στη γυναίκα. Πάντα να τη συμβουλεύει και να τη βοηθά. Πρέπει τέλος ν' αντιμετωπίζει την εγκυμονούσα την επίτοκο ή τη λεχώιδα σαν ένα άτομο που χρειάζεται τη βοήθειά της και όχι σαν ασθενή.

7. ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΙΑ ΘΗΛΑΣΜΟ

1. Ψυχολογική προετοιμασία:

Η προετοιμασία της επιτόκου για το θηλασμό πρέπει να αρχίζει κατά το 2ο τρίμηνο της κύησης, αφού περάσουν οι διαταραχές των πρώτων μηνών.

Η Νοσηλεύτρια πρέπει να είναι ικανή να αντιλαμβάνεται και να καταλαβαίνει τις διαθέσεις της εγκύου απέναντι στο θηλασμό. Αυτό γιατί, συνήθως οι γυναίκες, οι οποίες πιστεύουν στο θηλασμό δεν χρειάζονται βοήθεια, ενώ εκείνες που αντιτίθενται στο θηλασμό δεν αλλάζουν εύκολα νοοτροπία. Βοήθεια κυρίως παρέχεται κυρίως στις γυναίκες εκείνες οι οποίες δεν είναι αρκετά ενημερωμένες ή δεν έχουν απόψεις για το θηλασμό ή έχουν κάποιους φόβους ή αμφιβολίες.

Στις έγκυες που ανήκουν στην κατηγορία αυτή πρέπει να τους παρέχεται αποτελεσματική συνήθως ψυχική ενίσχυση.

Μερικές θετικές συμβουλές που μπορεί η Νοσηλεύτρια να δώσει στις μέλλουσες μητέρες, είναι η σύσταση να παρακολουθούν μητέρες την ώρα που θηλάζουν και να συζητούν μ' αυτές.

Επίσης μπορούν να παρακολουθούν διάφορες κινηματογραφικές ταινίες, όπως και η έμπρακτη εξάσκηση στις θέσεις του θηλασμού με τη βοήθεια ομοιώματος βρέφους, σε φυσικό μέγεθος. Γι' αυτό θεωρείται σωστό ο σύζυγος να ενημερωθεί, ώστε να μπορεί να βοηθήσει τη γυναίκα του.

2. Περιποίηση των μαστών κατά την κύηση:

Στη διάρκεια της κύησης και περισσότερο τους δύο τελευταίους μήνες, οι μαστοί και οι θηλές χρειάζονται ιδιαίτερη προετοιμασία για την επιτυχία του θηλασμού.

Η φυσιολογική διόγκωση των μαστών κατά την κύηση, καθιστά



απαραίτητη τη χρήση στηθόδεσμου μεγαλύτερου από εκείνου που χρησιμοποιούσε η γυναίκα πριν την κύηση.

Ο στηθόδεσμος αυτός πρέπει να είναι ειδικός, ώστε να συγκρατεί τους μαστούς στην κατάλληλη θέση, δηλ. να τους υποστηρίξει και όχι να πιέζει τη θηλή. Επίσης πρέπει να έχει φαρδιές ράντες για να μην κόβει τους ώμους.

Η φροντίδα αυτή πρέπει να αρχίζει πριν τον έκτο μήνα της κύησης. Επίσης χρειάζεται επάλειψη με ελαιώδη αλοιφή μετά από κάθε λουτρό για να διατηρείται ελαστικό το δέρμα και να αποφεύγεται ο κνησμός. Στη θηλή να γίνεται μασάζ με τα τρία δάκτυλα με την αλοιφή για να εξέχει περισσότερο.

Οι μαστοί και οι θηλές πρέπει να πλένονται με σαπούνι και νερό και να στεγνώνονται προσεκτικά. Πρέπει να αποφεύγεται η χρήση οινοπνεύματος για την ισχυροποίηση των θηλών, γιατί καταστρέφει τις φυσιολογικές εκκρίσεις του μαστού και δημιουργεί ραγάδες.

Σε περίπτωση που οι θηλές είναι εισέχουσες ή επίπεδες και έχουμε αποτυχία του θηλασμού, το πρόβλημα αυτό διορθώνεται με τη χρήση ασπίδων. Οι ασπίδες αυτές είναι μικρές, αβαθείς, γυάλινες ή πλαστικές, οι οποίες συγκρατούνται από το στηθόδεσμο και πιέζουν τη θηλαία άνω, υποβοηθώντας έτσι τη διαμόρφωση της θηλής προς τα έξω.

Η χρησιμοποίηση της ασπίδας καλέ είναι να αρχίσει 6 εβδομάδες πριν τον τοκετό. Το ίδιο αποτέλεσμα πιστεύεται ότι επιτυγχάνεται και με την έλξη της θηλής, προς τα έξω με μασάζ για κάποιο χρονικό διάστημα.

Εκτός από την καθαριότητα των μαστών και ολοκλήρου του σώματος κατά τη διάρκεια της κύησης, απαιτείται και η παρακολούθηση της γενικής κατάστασης της μέλλουσας μητέρας και η συστη-

ματική θεραπεία των τυχόν λοιμώξεων, γιατί μπορεί ν' αποτελούν εστίες μικροβίων οι οποίες να γίνουν αφορμή λοιμώξεων του μαστού ή μόλυνση του νεογνού.

8. ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΒΡΕΦΟΥΣ ΓΙΑ ΘΗΛΑΣΜΟ

Προετοιμασία της μητέρας: Στη λοχεία η γυναίκα πρέπει να φορά συτηθόδεσμο ευρύχωρο ώστε να μην πιέζονται οι μαστοί και οι θηλές. Το στηθόδεσμο πρέπει να είναι ειδικό για το θηλασμό. Οι μαστοί πρέπει να πλένονται με χλιαρό νερό και σαπουνι πριν το θηλασμό καθώς και μετά από κάθε θηλασμό. Κατά τον καθαρισμό δεν είναι απαραίτητη η χρήση αντισηπτικών ή άλλων μέσων καθαρισμού.

Η λεχώνα πρέπει να πλένει τα χέρια της με νερό και σαπουνι πριν πιάσει το στήθος της. Τα νύχια της πρέπει να είναι κομμένα και καθαρά. Νο έχει την ατομική της πετσέτα για να στεγνώνει το στήθος της και τις θηλές.

Τέλος ο στηθόδεσμός της πρέπει να αλλάζει κάθε μέρα ή κάθε φορά που βρέχεται με γάλα.

Προετοιμασία του βρέφους: Το βρέφος πριν από το θηλασμό είναι απαραίτητο να αλλάζεται. Πρέπει το πρόσωπό του, τα μάτια του να είναι καθαρά. Επίσης η μύτη του να είναι καθαρή, για να μπορεί να αναπνέει την ώρα που θηλάζει. Το νεογνό κατά την ώρα του θηλασμού πρέπει να έχει την κατάλληλη θέση στην αγκαλιά της μητέρας του. Το κεφάλι του και ο λαιμός του να είναι σε έκταση, να μην πιέζονται, να είναι ελεύθερα και σε τέτοιο επίπεδο ώστε να επιτρέπονται οι κινήσεις της κάτω σιαγόνας του και να μην τραβιέται η θηλή από το νεογνό.

9. ΠΟΤΕ ΑΡΧΙΖΕΙ Ο ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Δεν υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος κανόνας στο πότε πρέπει το βρέφος να αρχίσει να θηλάζει. Εάν η μητέρα θέλει μπορεί να βάλει το βεβγέννητο να θηλάσει μετά 128H από τη γέννησή του, εφ' όσον θα είναι υγιές.

Η μητέρα θα πρέπει να είναι ενημερωμένη ότι ο θηλασμός θα βοηθήσει στη σύσπαση της μήτρας, διότι όταν το βρέφος θηλάζει η οξυτοκίνη που ελευθερώνεται από την υπόφυση προκαλεί σύσπαση στη μήτρα.

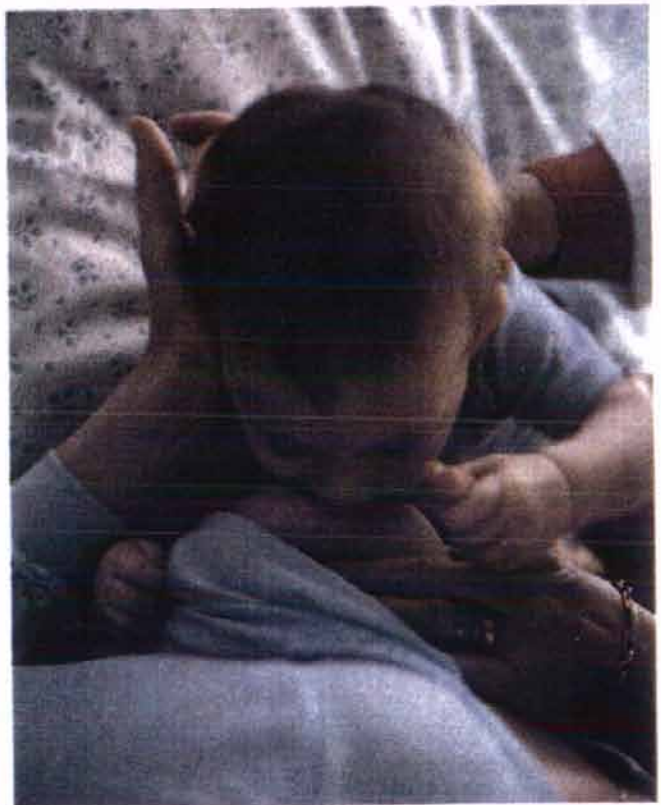
Εάν η μητέρα είναι κουρασμένη από τον τοκετό δεν θα υπάρχει κανένα πρόβλημα να θηλάσει το βρέφος μετά από 12H ή ακόμα και 24H από τον τοκετό.

10. ΠΩΣ ΘΑ ΘΗΛΑΣΕΤΕ ΣΩΣΤΑ

1. Ο θηλασμός αρχίζει το συντομότερο δυνατό, ακόμη και αμέσως μετά τον τοκετό.
2. Κάθε πρωί κάνετε μπάνιο καθαριότητας, πλένοντας το στήθος σας τις πτυχές κάτω από αυτό και τις μασχάλες σας με σαπούνι και νερό. Τις επόμενες φορές πλένετε το στήθος, πριν και μετά το θηλασμό, μόνο με νερό. Μη χρησιμοποιείτε αντισηπτικά. Ξηραίνουν τη φυσική λιπαρότητα της θηλής και έτσι τραυματίζεται ευκολότερα. Τα χέρια σας τα σαπουνίζετε πριν από κάθε θηλασμό, γιατί έτσι προφυλάγεται το μωρό σας από πολλές μολύνσεις και αρρώστιες.
3. Όταν δε θηλάζετε φοράτε πάντα ένα καθαρό και κατάλληλο στήθος και φροντίζετε οι θηλές σας να είναι καθαρές και στεγνές.
4. Την ώρα του θηλασμού η θέση σας να είναι αναπαυτική. Εσείς



Αν θηλάζετε καθιστή, ένα μαξιλάρι στα γονατά σας θα σας βοηθήσει. Έτσι το μωρό σας έρχεται κοντά σας. Το μάγουλό του αγγίζει το στήθος σας και αρχίζει να ψάχνει για να θηλάσει. Κρατάτε με το ένα χέρι το στήθος από κάτω και με την παλάμη του άλλου σας χεριού κρατάτε το κεφαλάκι του από τον αυχένα. Περιμένετε με υπομονή και επιμονή και, όταν θηλή και ανοικτό στόμα του μωρού σας είναι στην ίδια γραμμή, σπρώχνετε ελαφρά το κεφαλάκι του για ν' αρπάξει την θηλαία άλω, όχι τη θηλή σας.



θα βρείτε την κατάλληλη θέση.

Αν θηλάζετε καθιστή, ένα μαξιλάρι στα γόνατά σας θα σας βοηθήσει. Έτσι το μωρό σας έρχεται κοντά σας. Το μάγουλό του αγγίζει το στήθος σας και αρχίζει να ψάχνει για να θηλάσει. Κρατάτε με το ένα χέρι το στήθος από κάτω και με την παλάμη του άλλου σας χεριού κρατάτε το κεφαλάκι του από τον αυχένα. Περιμένετε με υπομονή και επιμονή και, όταν θηλή και ανοικτό στόμα του μωρού σας είναι στην ίδια γραμμή, σπρώχνετε ελαφρά το κεφαλάκι του για ν' αρπάξει την θηλαία άλω, όχι τη θηλή σας.

5. Το μωρό σας πρέπει να θηλάζει τη θηλαία άλω, δηλαδή τη σκούρα περιοχή γύρω στη θηλή σας. Για να πετύχετε τη σωστή θέση θηλασμού, κρατάτε το στήθος σας με τα τέσσερα δάκτυλα από κάτω και τον αντίχειρα επάνω, κοντά στη θηλαία άλω, για να την πιέζετε ελαφρά κατά τη διάρκεια του θηλασμού και έτσι να μην κλείνεται η μυτούλα του μωρού.

Δεν δίνετε το στήθος στο μωρό αλλά, επαναλαμβάνουμε, σπρώχνετε ελαφρά με την παλάμη του άλλου σας χεριού, το κεφαλάκι του μωρού προς το στήθος σας. Έτσι το μωρό αρπάζει τη θηλαία άλω και δεν πιπιλίζει τη θηλή. Με τη σωστή θέση θηλασμού πετυχαίνετε: Να παίρνει το μωρό περισσότερη ποσότητα γάλακτος. Να μην μένει συνέχεια στο στήθος σας. Αποφεύγεται ο τραυματισμός της θηλής σας, που είναι αιτία αποτυχίας του θηλασμού και προλαμβάνετε το σπάργμα των μαστών σας και το πέτρωμα του γάλακτος.

Αν δεν καταφέρατε τη σωστή θέση θηλασμού και τραυματίστηκαν οι θηλές σας, μην απελπίζεστε, ζητείστε από τα υπεύθυνα πρόσωπα να σας βοηθήσουν. Μην διακόπτετε το θηλασμό. Μη βάζετε αλοιφές κι αν βάλετε, αν δεν θηλάζετε σωστά, οι θηλές θα ξα-

να τραυματισθούν. Ενώ αν δε γίνει καινούριο τραύμα, το παλαιό θα επουλωθεί μόνο του. Αν θηλάζετε σωστά, δεν πονάτε. Τότε έχετε τη σωστή θέση θηλασμού.

6. Ο θηλασμός είναι ελεύθερος και απεριόριστος. Δηλαδή το μωρό θηλάζει μέρα, νύχτα, όποτε θέλει και όσο θέλει. Δε το διακόπτετε. Το μωρό μόνο του θα αφήσει το στήθος σας. Αν κοιμηθεί στο στήθος σας δε σημαίνει ότι τελείωσε, σε λίγο θα ξυπνήσει και θ' αρχίσει να ξαναθηλάζει. Όταν αφήσει το μαστό σας, τότε τελείωσε. Το κάθε μωρό είναι διαφορετικό από το άλλο και την ίδια ποσότητα γάλακτος την παίρνει σε διαφορετικό χρόνο. Επομένως δε μπορούμε για όλα τα μωρά να ορίσουμε τον ίδιο χρόνο θηλασμού.

Ακόμη το νεογέννητο έχει την ίδια ικανότητα να ρυθμίζει μόνο του την ποσότητα που του χρειάζεται. Μην σας ανησυχήσει αν άλλες φορές θηλάζει περισσότερο χρόνο και άλλες λιγότερο. Τα γεύματα δεν είναι ποτέ ισόχρονα. Με τη σωστή θέση θηλασμού και τον ελεύθερο και απεριόριστο θηλασμό, θα πετύχετε την επαρκή γαλακτοφορία.

Με απλά λόγια: όσο πιο συχνά και απεριόριστα θηλάζετε, τόσο γρηγορότερα έρχεται το πρωτόγαλα - που αν και λίγο σε ποσότητα, είναι πλουσιότατο σε ουσίες απαραίτητες για το νεογέννητο μωρό σας - και σε συνέχεια το κανονικό γάλα.

7. Είναι πιο σωστό σε κάθε θηλασμό το μωρό σας να θηλάζει μόνο από τον ένα μαστό και στον επόμενο από τον άλλο.

Αν διακόψετε τον θηλασμό από τον ένα μαστό και ξαναρχίσετε από τον άλλο, το μωρό σας θα πάρει μόνο το αρχικό λεπτόρευστο γάλα, γιατί η ποιότητα του γάλακτός σας είναι διαφορετική κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Στην αρχή του θηλασμού το γάλα είναι λεπτόρευστο, γιατί περιέχει περισσότερο λίπος, που

Για να πετύχετε τη σωστή θέση θηλασμού, κρατάτε το στήθος σας με τα τέσσερα δάκτυλα από κάτω και τον αντίχειρα επάνω, κοντά στη θηλαία άλω, για να την πιέσετε ελαφρά κατά τη διάρκεια του θηλασμού και έτσι να μη κλείνεται η μπουλά του μωρού.



Σωστό κράτημα στήθους.



Λάθος κράτημα στήθους.

σημαίνει περισσότερες θερμίδες, απαραίτητες για τις ανάγκες του νέου οργανισμού.

Σε μερικές μητέρες το γάλα έρχεται απότομα. Αυτό γίνεται γύρω στο τρίτο με τέταρτο 24ωρο. Τότε μόνο για να προλάβετε το σπάργωμα του μαστού θηλάζετε και από τους δύο μαστούς στο ίδιο γεύμα.

Μόνο το μωρό σας με το σωστό συχνό θηλασμό θα προλάβει το απότομο γέμισμα. Όταν το στήθος ξαναγίνει μαλακό θηλάζετε και πάλι από τον ένα μαστό σε κάθε γεύμα.

8. Αν έχετε δίδυμα μην ανησυχείτε. Το γόλα σας φθάνει και για τα δύο σας παιδιά. Μπορείτε μάλιστα, αν σας βολεύει, να τα θηλάζετε συγχρόνως. Πάνω σε δύο μοξιλάρια τα κρατάτε με τα πόδια τους προς τη μασχάλη σας και με τα χέρια σας στηρίζετε τα κεφαλάκια τους. Αν δεν το καταφέρετε θηλάστε πρώτα το ένα και μετά το άλλο, διαθέτοντας ένα μαστό για το καθένα.
9. Κατά τη διάρκεια του θηλασμού αν διψάτε, πίνετε όσα υγρά θέλετε.
10. Μετά το θηλασμό κρατάτε το μωρό σας όρθιο, ακουμπισμένο στο στήθος σας ή μπρούμυτα στα πόδια σας, τρίβοντας απαλά την πλάτη του, για να ρευτεί και μετά βάλτε το στο κρεβατάκι του μπρούμυτα, χωρίς μαξιλάρι, με το κεφαλάκι στο πλάι. Ποτέ ανάσκελα· υπάρχει κίνδυνος να πνιγεί.
11. Κατά κανόνα, δεν θα ξυπνάτε το μωρό σας να θηλάσει, όσος χρόνος και αν έχει περάσει. Μόνο όταν αισθάνεστε το στήθος σας υπερβολικά γεμάτο, για να προλάβετε το σπάργωμα, θα το θυπνάτε και θα το βάλετε να θηλάσει και από τους δύο μαστούς όσο θέλει.
12. Στα ενδιάμεσα των γευμάτων μην δίνετε υγρά. Το γάλα σας περιέχει πολύ νερό για να ξεδιψάσει το μωρό σας. Επίσης θηλά-

ζε, με διαφορετικό τρόπο από το μπουκάλι και έτσι μπερδεύεται και αργεί να μάθει να θηλάζει σωστά το μαστό. Το σωστό θήλασμα από το μαστό έχει ευεργετική επίδραση και στην οδοντοφυΐα τ'ου.

13. Αν το μωρό σας κλαίει, έστω και αν πέρασε πολύ λίγος χρόνος από το θηλασμό, ξαναθηλάστε το. μην τρομοκρατείστε, μην νομίσετε ότι δεν έχετε γάλα. Αυτό δεν θα κρατήσει πολύ. Οι πρώτες έξι εβδομάδες είναι χρόνος προσαρμογής τόσο για το μωρό σας όσο και για σας. Μην παραδοθείτε χωρίς αγώνα. Σύντομα το μωρό σας θα κανονίσει μόνο του τα γεύματά του. Θα σταματήσει τα βραδινά του, θα αραιώσει τα ημερήσιά του και σεις θα έχετε πετύχει το σωστό θηλασμό.
 14. Οτι το γάλα σας φτάνει φαίνεται από το μεγάλωμα και τη ζωηρόδα του μωρού σας. Ελάγχετε το βάρος του κάθε 10 ημέρες τον πρώτο καιρό και μετά κάθε μήνα. Πρέπει όμως να ξέρετε ότι με το θηλασμό δεν έχουμε χοντρά παιδιά, έχουμε γερά παιδιά.
 15. Δεν χρειάζεται να κάνετε υπερτροφία για να έχετε γάλα, ούτε να τρώτε για δύο. Τρώτε για έναν αλλά σωστά, καλύπτοντας τις ημερήσιες ανάγκες σας σε λευκώματα, λίπη, υδατάνθρακες και βιταμίνες. Δυο ποτήρια γάλα και ένα πορτοκάλι καλύπτουν τις επιπλέον θερμιδικές σας ανάγκες. Αποφεύγετε τα πικάντικα φαγητά, τα οινοπνευματώδη, τα πολλά γλυκά, τους καφέδες και γενικά τροφές που σεις η ίδια δεν ανέχεστε. Τρώτε λάδι και όχι λίπη. Μην τρώτε κουκιά ή φάβα όσο θηλάζετε.
- Με το θηλασμό θα χάσετε εύκολα το βάρος που βάλατε στην εγκυμοσύνη, γιατί το λίπος που αποθηκεύσατε γαίγεται για την παραγωγή γάλακτος. Μην καπνίζετε γιατί έτσι καπνίζει και το μωρό σας και είναι κρίμα, άλλωστε το ίδιο κάνατε και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αν πριν καπνίζατε πολύ και υπο-

φέρετε για ένα τσιγάρο, τότε ένα με δύο τσιγάρα την ημέρα κάπου -κάπου μπορείτε να τα καπνίσετε, ποτέ όμως πριν το θηλασμό. Αν καταφέρετε και τ' αποφύγετε, ακόμη καλύτερα. Είναι από τις μικρότερες θυσίες που κάνετε για το νεογέννητο μωρό σας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφικά ευρήματα

Πίνακας 13.1. Κατανομή 96 ατόμων για την ερώτηση:

"Πόσα παιδιά έχετε;"

Παιδιά	Ποσοστό %	Σύνολο
Ένα	33,33%	32
Δύο	46,88%	45
Τρία	13,54%	13
Περισσότερα	6,25%	6

Στον πίνακα 13.1 φαίνεται ότι το 33,33% των γυναικών έχουν ένα παιδί, το 46,88% έχουν δύο παιδιά, το 13,54% έχουν τρία και το 6,25% έχουν περισσότερα από τρία παιδιά.

Πίνακας 13.2. Κατανομή 96 ατόμων στην ερώτηση:

"Πόσες εγκυμοσύνες είχατε μέχρι τώρα;"

Εγκυμοσύνες	Ποσοστό %	Σύνολο
Μία	30,21	29
Δύο	39,58	38
Τρεις	16,67	16
Περισσότερες	12,50	12

Στόν πίνακα αυτό παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών είχαν δύο εγκυμοσύνες δηλ. το 39,58% , ενώ το 30,21% είχαν μία εγκυμοσύνη, το 16,67% είχαν τρεις το 12,50% είχαν περισσότερες από τρεις εγκυμοσύνες.

Πίνακας 13.3: Κατανομή 96 ατόμων στην ερώτηση:

"Οι εγκυμοσύνες σας ήταν τελειόμηνες;"

Τ. Ε. Ι. ΠΑΤΡΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

<u>Τελειόμηνες εγκυμοσύνες</u>	<u>Ποσοστό %</u>	<u>Σύνολο</u>
Ναι	81,25	78
Όχι	16,67	16
Δ.Α.	2,08	2

Στον πίνακα 13,3 παρατηρούμε ότι ένα ποσοστό 2,08% δεν απάντησαν την ερώτηση και ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 81,25 % έδωσε θετική απάντηση.

Πίνακας 13.4: Κατανομή 96 ατόμων στην ερώτηση:
"Θέλατε αυτή την εγκυμοσύνη;"

<u>Επιθυμητή εγκυμοσύνη</u>	<u>Ποσοστό %</u>	<u>Σύνολο</u>
Ναί	90,63	87
Όχι	5,21	5
Δ.Α.	4,17	4

Στον πίνακα 13,4 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών 90,63% επιθυμούσαν αυτή την εγκυμοσύνη ενώ είναι μικρό το ποσοστό που δεν την ήθελαν ή δεν απάντησαν.

Πίνακας 13.5: Κατανομή 96 ατόμων στην ερώτηση:
"Ποιό το είδος της εγκυμοσύνης σας;"

<u>Είδος εγκυμοσύνης</u>	<u>Ποσοστό %</u>	<u>Σύνολο</u>
Μονόδυμος	59,38	57
Δίδυμος	4,17	4
Τρίδυμος	0	0
Δ.Α.	36,46	35

Στον πίνακα 13,5 παρατηρείται ότι ένα ποσοστό 96,46 % των γυναικών δεν απάντησαν , ενώ το 59,38 % των γυναικών είχαν μονόδυμος κύηση και ένα μικρό ποσοστό 4,17% με δίδυμο κύηση

Πίνακας 13,6: Κατανομή 96 ατόμων στην ερώτηση:
"Τι ηλικία είχατε όταν διεξήχθη η κύηση;"

Ηλικία	Ποσοστό %	Σύνολο
20-25	47,92	46
25-30	29,17	28
30-35	7,29	7
Άλλη ηλικία	7,29	7
Δ.Α.	1,04	1

Στον πίνακα 13,6 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 47,92% γυναικών που απέκτησαν παιδιά ήταν σε ηλικία 20-25 παρατηρείται ένα ποσοστό 29,17% σε ηλικία 25,30 και 7,29% σε ηλικία 30-35 καθώς και άνω των 35.

Πίνακας 13,7: Κατανομή 96 ατόμων στην ερώτηση:
"Έγινε Προγεννητικός έλεγχος;"

Προγεννητικός έλεγχος	Ποσοστό %	Σύνολο
Ναί	53,13	51
Όχι	43,75	42
Δ.Α.	3,13	3

Στόν πίνακα 13,7 παρατηρείται ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών που είχε κάνει προγεννητικό έλεγχο καθώς και ένα μεγάλο ποσοστό 43,75% που δεν είχε κάνει Προγεννητικό έλεγχο πριν την εγκυμοσύνη.

Πίνακας 13.8: Κατανομή 96 ατόμων στην ερώτηση: "Ποιό από τα παρακάτω εμβόλια πιστεύετε ότι θεωρείται απαραίτητο να γίνει πριν την εγκυμοσύνη;"

Εμβόλια	Ποσοστό %	Σύνολο
Ιλαράς	12,50	12
Κοκκύτη	1,04	1
Ερυθράς	65,63	63
τετάνου	3,13	3
Δ.Α.	8,33	8

Στον πίνακα 13.8 φαίνεται ότι ένα αρκετά ικανοποιητικό ποσοστό γυναικών 65,63 είναι ενημερωμένο.

Πίνακας 13.9: Κατανομή 96 ατόμων στην ερώτηση: Γνωρίζετε για πόσο χρονικό διάστημα μετά τον εμβολιασμό δεν πρέπει να μείνετε έγκυος;"

<u>Χρονικό διάστημα</u>	<u>Ποσοστό %</u>	<u>Σύνολο</u>
Τρεις μήνες	15,63	15
Έξι μήνες	39,58	38
Ένα χρόνο	15,63	15
Δύο χρόνια	2,08	2
Δ.Α.	27,08	26

Στον πίνακα 13,9 προκύπτει ότι το 39,58 % των γυναικών συμφωνεί στους έξι μήνες, το 15,63% στους τρεις μήνες και το ίδιο στον ένα χρόνο και το 2.08% στα δύο χρόνια. Μεγάλο βέβαια είναι το ποσοστό 27,08% αυτών που δεν απάντησαν.

Πίνακας 13.10: Κατανομή 96 ατόμων στην ερώτηση: "Γνωρίζετε την ομάδα αίματος και τον παράγοντα RHESUS που έχετε;"

<u>Γνώση ομάδας αίματος</u>	<u>Ποσοστό %</u>	<u>Σύνολο</u>
Ναι	83,33	80
Όχι	14,58	14
Δ.Α.	2,08	2

Στον πίνακα 13.10 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων 83,33% γνώριζαν την ομάδα αίματος και τον παραγοντα RHESUS που έχουν. Δεν δικαιολογείται όμως το 14,58% να έχει άγνοια σε μια τόσο σημαντική πληροφορία.

Πίνακας 13.13. Κατανομή 96 ατόμων στην ερώτηση:

"Είχατε συνεχή παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της κύησης;"

Συνεχής παρακολούθηση	Ποσοστό %	Σύνολο
Ναί	91,67	88
Όχι	8,33	8

Πίνακας 13.14: Κατανομή 96 ατόμων στην ερώτηση:

παρακολούθηση εγκύου	Ποσοστό %	Σύνολο
Από γιατρό της κοινότητας	2,08	2
Από επισκέπτρια αδελφή	1,04	1
Από το μαιευτήρα γιατρό της Κλινικής ή του Γενικού Νοσοκομείου από τη Μαία	83,33	80
2,08	2	

Στους πίνακες 13.13 και 13.14 παρατηρείται ότι μεγάλο ποσοστό από τις εγκύους είχαν συνεχώς παρακολούθηση κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους και κυρίως από το γιατρό της Μαιευτικής Κλινικής Γενικού Νοσοκομείου ενώ ένα μικρό ποσοστό 2,08% παρακολουθείται από το γιατρό της κοινότητας.

Πίνακας 13.17: Κατανομή 96 ατόμων στην ερώτηση:

"Ποιές τροφές πρέπει να αποφεύγονται κατά την εγκυμοσύνη;"

Τροφές	Ποσοστό %	Σύνολο
Γλυκά	1,04	1
Αλλαντικά	1,04	1
Καρυκεύματα	1,04	1
Αλμυρά	2,08	2
Αλλαντικά-Αλμυρά-Καρ/τα	18,75	18
Γλυκά-Αλμυρά-Καρ/τα	3,13	3
γλυκά-Αλλαντικά-Αλμυρά		
Καρυκεύματα	53,13	31

Καρυκεύματα - Αλμυρά	2,08	2
Γλυκά-Αλλαντικά-Αλμυρά	3,13	3
Γλυκά-καρυκεύματα	3,13	3
Αλλαντικά - Καρυκεύματα	3,13	3
Γλυκά - Καρυκεύματα	1,04	1
Γλυκά-Αλλαντικά-Χόρτα	1,04	2
Αλμυρά-Καρυκεύματα		
Γλυκά-Αλλαντικά-Καρυκεύ- ματα	5,21	5

Στον πίνακα 13.17 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 53,13% γνωρίζει ποιές είναι οι τροφές οι οποίες πρέπει να αποφεύγονται κατά την εγκυμοσύνη.

Πίνακας 13,18: Κατανομή 96 ατόμων στην ερώτηση:
"Καπνίζατε;"

<u>Κάπνισμα</u>	<u>Ποσοστό %</u>	<u>Σύνολο</u>
πριν και κατά την εγκυμοσύνη	16,67	16
πριν την εγκυμοσύνη	32,29	31
ποτέ	51,04	49

Στον πίνακα 13,18 φαίνεται ότι το 51,04% των γυναικών δεν καπνίζουν το 32,29% κάπνιζαν πριν την εγκυμοσύνη και το 16,67% κάπνιζαν πριν και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Πίνακας 13.19: Κατανομή 96 ατόμων στην ερώτηση:
"Παίρνατε οινοπνευματώδη ποτά;"

<u>Οινοπνευματώδη ποτά</u>	<u>Ποσοστό %</u>	<u>Σύνολο</u>
πριν και κατά την εγκυμοσύνη	5,21	5

πριν την εγκυμοσύνη	22,92	22
ποτέ	71,88	69

Στον πίνακα 13.19 φαίνεται πολύ συντηρητικό το ποσοστό κατάχρησης οινοπνευματωδών ποτων .

Πίνακας 13.20: Κατανομή 96 ατόμων στην ερώτηση:

"Παίρνατε ναρκωτικά;"

<u>Ναρκωτικά</u>	<u>Ποσοστό %</u>	<u>Σύνολο</u>
Ποτέ	96,88	93
Δ.Α.	3,13	3

Στον πίνακα 13.20 φαίνεται ότι δεν γινόταν χρήση ναρκωτικών σε ποσοστό 96,88% ενώ παρατηρείται ένα ποσοστό 3,13 % που δεν απάντησαν καθόλου.

Πίνακας 13.21 : Κατανομή 96 ατόμων στην ερώτηση:

"Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης περιορίσατε καθόλου τις δραστηριότητες σας, π.χ.;"

<u>Δραστηριότητες</u>	<u>Ποσοστό %</u>	<u>Σύνολο</u>
σήκωμα βαρέων αντ/νων	17,71	17
πλύσιμο στο χέρι	3,13	3
τίναγμα		
σήκωμα βαρειών αντι- κειμένων και τίναγμα	16,67	16
σήκωμα βαρειών αντικει- μένων, τίναγμα και πλύ- σιμο στο χέρι , σήκωμα βαρειών αντικειμένων και		
πλύσιμο στο χέρι	1,04	1
Δεν τις περιορίσα	35,42	34
Δ.Α.	10,42	10

Στον πίνακα 13.21 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό από τις εγκύους είχαν περιορίσει το σήκωμα βαρειών αντικειμένων και το τίναγμα ενώ ένα ποσοστό 35,42% δεν τις περιόρισαν καθόλου και το 10,42% δεν απάντησαν.

Πίνακας 13.23: Κατανομή 96 ατόμων στην ερώτηση:

"Γνωρίζεται , αν είσθε φορέας Μεσογειακής Αναιμίας δηλ. αν έχετε το στίγμα εσείς, ο συζυγός σας ή και οι δύο;"

<u>Στίγμα Μ.Α</u>	<u>Ποσοστο %</u>	<u>Σύνολο</u>
Ναι	59,38	57
Οχι	39,58	38
Δ.Α.	1,04	1

Στον πίνακα 13.23 φαίνεται ότι το 59,38 % γνωρίζει αν είναι φορέας Μεσογειακής Αναιμίας ενώ το 39,58 % είναι όχι και 1,04 % που δεν απάντησαν.

Πίνακας 13.24 : Κατανομή 96 ατόμων στην ερώτηση;

"Γνωρίζετε τις επιπτώσεις της Μεσογειακής αναιμίας στο βρέφος;"

<u>Επιπτώσεις Ν.Α</u>	<u>Ποσοστό</u>	<u>Σύνολο</u>
Ναι	56,25	54
Οχι	28,13	27
Δ.Α.	15,63	15

Στον πίνακα 13.24 παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων είναι ενημερωμένο για τις επιπτώσεις που επιφέρει η Μεσογειακή Αναιμία στο βρέφος αλλά και πάλι είναι μεγάλο το ποσοστό που δηλώνει άγνοια για ένα τόσο σημαντικό πρόβλημα.

* Υπάρχει πίνακας 25 στο τέλος.

Πίνακας 13.26: Κατανομή 96 ατόμων στην ερώτηση:

"Αντιμετωπίσατε ιδιαίτερα προβλήματα κατά τη διάρκεια της κύησης;"

Πρόβλημα	Ποσοστό %	Σύνολο
Ναι	15,63	15
Όχι	82,29	79
Δ.Α.	2,08	2

Στον πίνακα 13,26 φαίνεται ότι ένα ποσοστό 15,63% αναφέρει πρόβλημα κατά την εγκυμοσύνη ενώ το 82,29% δεν παρουσιάζεται πρόβλημα..

Πίνακας 13.28: Κατανομή 96 ατόμων στην ερώτηση:

"Λάνατε ποτέ μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής;"

Μαθήματα Ψυχ/κής	Ποσοστό %	Σύνολο
Ναι	10,42	10
Όχι	83,33	80
Δ.Α.	6,25	6

Ακολουθούν τα δύο διαγράμματα.

Στον πίνακα 13.28 φαίνεται ότι μόνο το 10,42% των εγκύων ασχολήθηκαν με τη μέθοδο του ανώδυνου τοκετού.

Αναλυτικά για την Τεχνική της Ψυχοπροφυλακτικής αναφέρουμε στο αντίστοιχο κεφάλαιο.

Πίνακας 13.30: Κατανομή 96 ατόμων στην ερώτηση:

"Ξέρετε ποιά είναι τα σημεία και τα συμπτώματα που θα σας οδηγήσουν στο Νοσοκομείο ή στην κλινική;"

	Ποσοστό %	Σύνολο
Ναι	84,38	81
Όχι	4,17	4
Δ.Α.	11,46	11

Στον πίνακα 13.30 φαίνεται ότι το 84,38% των εγκύων απάντησαν ναι, το 4,17% όχι και το 11,46% δεν απάντησαν καθόλου.

Πίνακας 13.31: Κατανομή 96 ατόμων στην ερώτηση:

"Σημειώστε ποιό από τα παρακάτω συμπτώματα είναι το πρώτο σημάδι που σημαίνει την έναρξη του φυσιολογικού τοκετού;"

<u>Σύμπτωμα</u>	<u>Ποσοστό %</u>	<u>Σύνολο</u>
πόνος στη μέση	37,50	36
πόνος στο κάτω ήμισυ της κοιλιάς και αίμα με βλέννη από τον κόλπο	41,67	40
Ναυτία και εμετοί	2,08	2
Πόνος στη μέση - ναυτία και εμετοί	2,08	2
πόνος στη μέση - πόνος στο κάτω ήμισυ της κοιλιάς με αίμα και βλέννη από τον κόλπο	8,33	8
πόνος στη μέση - Ναυτία και Εμετοί-πόνος στο κάτω ήμισυ της κοιλιάς με αίμα και βλέννη από τον κόλπο	1,04	1
Δ.Α	7,29	7

Στον πίνακα 13,31 φαίνεται ότι το 37,50% των εγκύων αναφέρουν πόνο στη μέση το 41,67% πόνο στο κάτω ήμισυ της κοιλιάς με αίμα και βλέννη από τον κόλπο, το 2,08% ναυτία και εμετούς, το 2,08% ναυτία, εμετούς και πόνο στη μέση, το 8,33% αναφέρει πόνο στην μέση μαζί με πόνο στο κάτω ήμισυ της κοιλιάς με αίμα και βλέννη από τον κόλπο, το

το 1,04 αναφέρει πόνο στη μέση, ναυτία, έμμετους και πόνο στο κάτω ήμισυ της κοιλιάς και το 7,29% αυτών δεν απάντησαν.

Πίνακας 13.32: Κατανομή 96 ατόμων στην ερώτηση:

"Ποιός ο τόπος που πραγματοποιήθηκε ο τοκετός;"

<u>Τόπος</u>	<u>Ποσοστό %</u>	<u>Σύνολο</u>
Ιδιωτικό Μαιευτήριο	37,50	36
Μαιευτική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου	59,29	57
Κατ'οίκον	0	0
Δ.Α.	3,13	3

Στον πίνακα 13,32 φαίνεται ότι οι περισσότεροι τοκετοί πραγματοποιούνται στο Νοσοκομείο ενώ σε Ιδιωτικό Μαιευτήριο πραγματοποιείται το 37,50% και το 3,13 δεν απάντησαν.

Πίνακας 13.34: Κατανομή 96 ατόμων στην ερώτηση:

"Ποιός ο τρόπος διεξαγωγής του τοκετού ή των τοκετών;"

<u>Τοκετός</u>	<u>Ποσοστό %</u>	<u>Σύνολο</u>
Φυσιολογικός τοκετός	75,00	72
Καισαρική τομή	17,71	17
Εμβρυοηλικία	4,17	4
Δ.Α.	3,13	3

Στον πίνακα 13.34 παρατηρείται ότι το 75,00% των τοκετών είναι φυσιολογικοί, το 14,58% με Κ.Τ., το 3,13% Εμβρυοηλικία, το 3,13% Φ.Τ. και Κ.Τ., το 1,04% Φ.Τ., και Εμβρυοηλικία και το 3,13% δεν απάντησαν.

Πίνακας 13.35: Κατανομή 96 ατόμων στην ερώτηση:

"Ποιά μέρα σηκωθήκατε από το κρεβάτι μετά από ένα φυσιολογικό τοκετό;"

Ημέρες	Ποσοστό %	Σύνολο
Πρώτη	65,00	63
Δεύτερη	19,75	19
Τρίτη	4,17	4
Δ.Α.	10,42	10

Στον πίνακα 13.35 φαίνεται ότι το 65,00% των λεχωνίδων από την 1η μέρα, το 19,75% από τη 2η και το 4,17% από την 3η μέρα.

Πίνακας 13.37: Κατανομή 96 ατόμων στην ερώτηση:

"Πιστεύετε ότι είσαστε προετοιμασμένη ν'αναλάβετε τις ευθύνες του νεογέννητου;"

	Ποσοστό %	Σύνολο
Ναι	90,63	87
Όχι	6,25	6
Δ.Α.	3,08	3

Στον πίνακα 13.37 φαίνεται ότι το 90,63% των γυναικών που απόκτησαν μωρό ήταν προετοιμασμένες ν'αναλάβουν τις ευθύνες του.

Πίνακας 13.39: Κατανομή 96 ατόμων στην ερώτηση:

"Εποπεύετε να θηλάσετε το μωρό σας;"

Θηλασμός	Ποσοστό %	Σύνολο
Ναι	82,29	79
Όχι	15,63	15
Δ.Α.	2,08	2

Στον πίνακα 13.39 παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 82,29% των λεχωνίδων θηλάζουν τα βρέφη τους ενώ ένα ποσοστό 15,63% είναι όχι.

Πίνακας 13.40: Κατανομή 96 ατόμων στην ερώτηση:

"Γνωρίζετε την αξία του μητρικού θηλασμού;"

Αξία θηλασμού	Ποσοστό %	Σύνολο
Ναί	88,54	85
Όχι	6,25	6
Δ.Α.	3,21	5

Στον πίνακα 13.40 το ποσοστό 88,54% δηλώνει κάποια γνώση για την αξία του θηλασμού ενώ το 6,25% δηλώνει πλήρη άγνοια και το 5,21% δεν απάντησαν.

Πίνακας 13.42: Κατανομή 96 ατόμων στην ερώτηση:

"Γνωρίζετε σε ποιές περιπτώσεις απαγορεύεται ο θηλασμός;"

	ποσοστό %	Σύνολο
Ναι	63,54	61
Όχι	23,96	23
Δ.Α.	12,50	12

Στον πίνακα 13.42 φαίνεται ότι ένα ικανοποιητικό ποσοστό 63,34% είναι ενημερωμένο ενώ το 23,96% και το 12,50% δείχνουν απληροφόρητοι.

Πίνακας 13.43: Κατανομή 96 ατόμων στην ερώτηση:

"Σας έχουν δείξει τον τρόπο θηλασμού;"

	Ποσοστό %	Σύνολο
Ναι	59,38	57
Όχι	36,46	35
Δ.Α.	4,13	4

Στον πίνακα 13.43 προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό λεχιδων 59,38% έχουν διδαχθεί τον τρόπο του θηλασμού ενώ το 36,46% αναφέρει όχι.

Πίνακας 13.25: Κατανομή 96 ατόμων στην ερώτηση:

"Εάν μένατε έγκυος και ανακαλύπτατε μετά ότι εσείς και ο συζυγός σας είχατε το στίγμα της Μεσογειακής Αναιμίας, τι θα κάνατε;"

Ενέργειες αν είχατε	Ποσοστό %	Σύνολο
<u>στίγμα Μ.Αναιμίας</u>		
Διακοπή της κύησης	48,96	47
Αμνιοπαρακέντηση	7,29	7
Συμβουλή γιατρού	13,54	13
Έλεγχο	10,42	10
Θα το κρατούσα	3,21	5
Δ.Α.	14,58	14

Στον πίνακα 13.25 προκύπτει ότι ένα ποσοστό 48,96% είναι σωστά ενημερωμένο για τις ενέργειες που πρέπει να κάνει σε περίπτωση που και η γυναίκα και ο άνδρας έχουν το στίγμα Μεσογειακής Αναιμίας και κινδυνεύει να γεννηθεί το παιδί με Μεσογειακή Αναιμία.

Πίνακας 13.44: Κατανομή 96 ατόμων στην ερώτηση:

"Τι γραμματικές γνώσεις έχετε;"

Γραμματικές γνώσεις	Ποσοστό %	Σύνολο
Δημοτικό	27,08	26
Γυμνάσιο	14,58	14
Λύκειο	33,33	32
Ανώτερες ή ανώτατες		
Σχολές	21,88	21
Δ.Α.	3,13	3

Στον πίνακα 13.44 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό

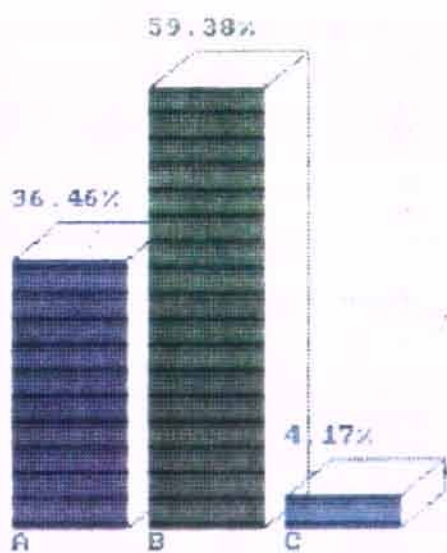
33,33% των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα ανήκουν στην κατηγορία των απόφοιτων Λυκείου.

Πίνακας 13.45: Κατανομή 96 ατόμων στην ερώτηση:

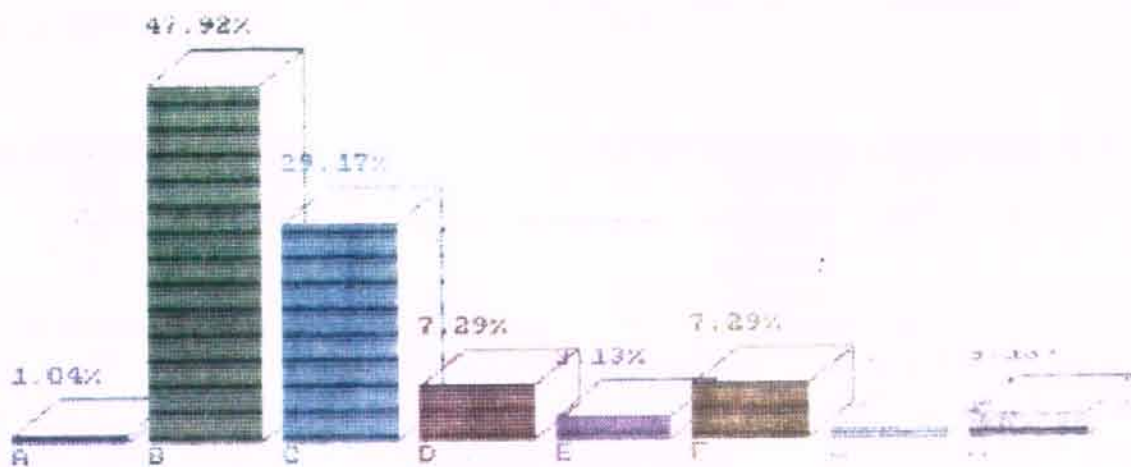
"Τι επάγγελμα κάνετε;"

<u>Επάγγελμα</u>	<u>Ποσοστό %</u>	<u>Σύνολο</u>
Εργάτρια	8,33	8
Οικιακά	48,96	47
Ιδιωτικός ή Δημόσιος Υπ.	12,50	12
Διάφορα άλλα επαγγέλματα	27,08	26
Δ.Α.	3,13	3

Στον πίνακα 13.45 προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 48,96% των ατόμων ασχολείται με Οικιακά.



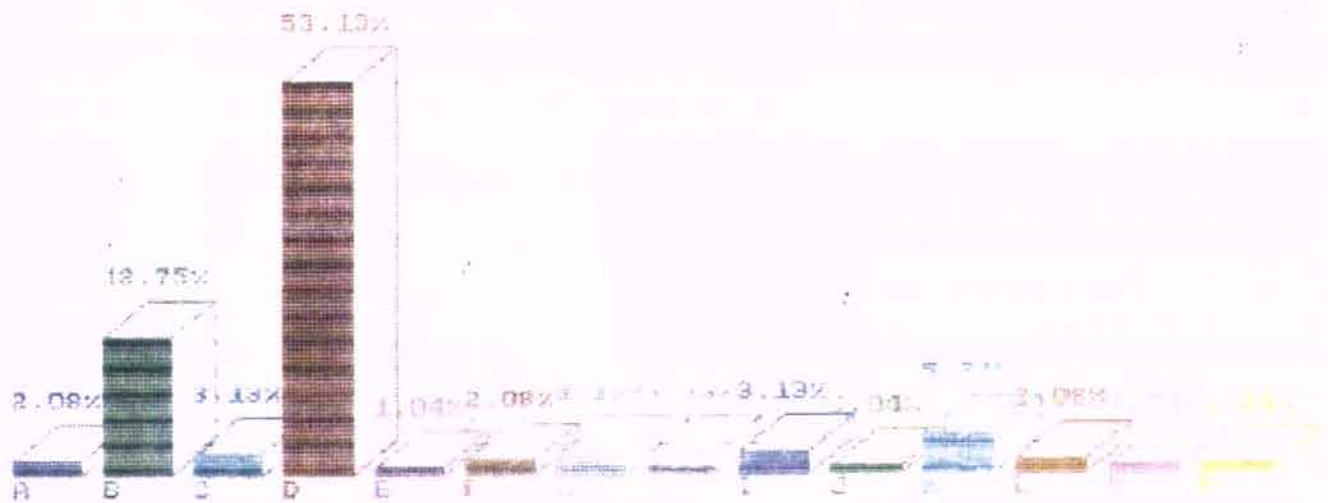
Πίνακας 13.5 Αναφέρετε στην ποσοστιαία κατανομή για το είδος της εγκυμοσύνης



Πίνακας 13.6 Αναφέρετε στην ποσοστιαία κατανομή για την ηλικία που είχαν οι γυναίκες όταν διεξήχθει η κύηση

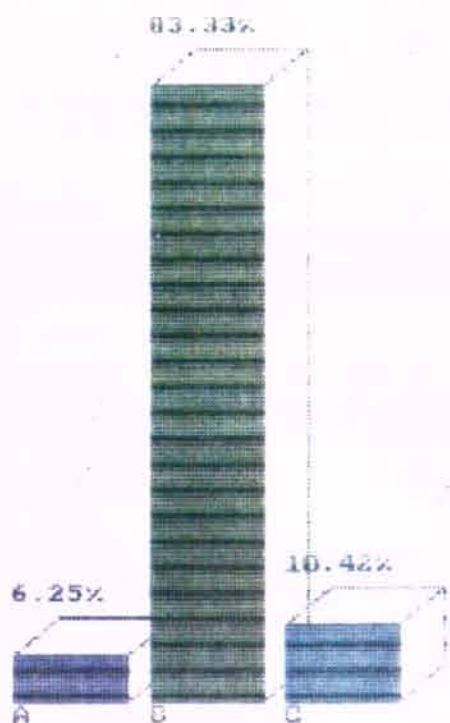


Πίνακας 13.8 Αναφέρετε στην ποσοστιαία κατανομή για το ποιά από τα εμβόλια θεωρούν απαραίτητο να γίνει πριν την εγκυμοσύνη.

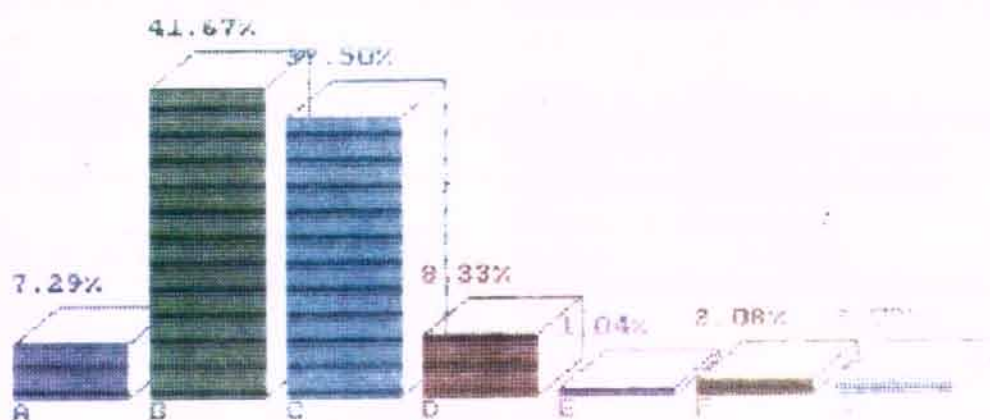


Πίνακας 13.17

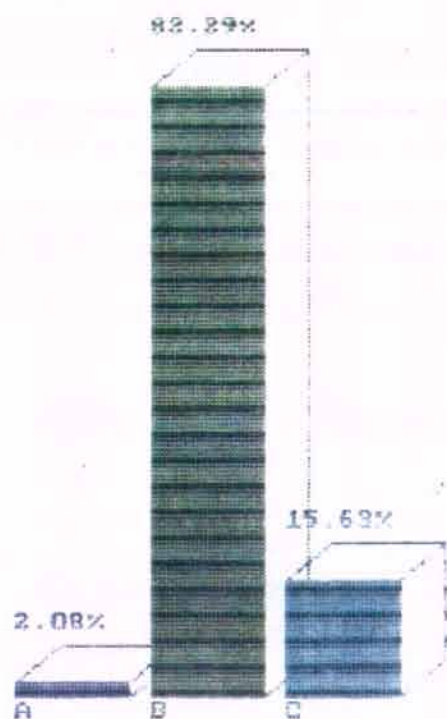
Αναφέρετε στην ποσοστιαία κατανομή για το ποιές τροφές πρέπει να αποφεύγονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης



Πίνακας 13.28 Αναφέρετε στη ποσοστιαία κατανομή για το αν έγιναν μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής



Πίνακας 13.31 Αναφέρετε στην ποσοστιαία κατανομή για το ποιό σύμπτωμα είναι το πρώτο σημάδι στην έναρξη του φυσιολογικού τοκετού.



Πίνακας 13.39 Αναφέρετε στην ποσοστιαία κατανομή για το αν σκοπεύουν να θηλάσουν το μωρό.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Για τη διεξαγωγή της έρευνάς μας επιλέξαμε ως καλύτερη μέθοδο για την συλλογή των στοιχείων, το ερωτηματολόγιο που συμπληρώνεται με την μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης.

Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε από τα μέλη της έρευνας και ελέγχθηκε από την υπεύθυνη καθηγήτρια DR. Παπαδημητρίου Μαρία.

Ο συνολικός αριθμός των ερωτήσεων είναι 42. Σε μερικές από αυτές οι απαντήσεις ήταν μονολεκτικές και άλλες απαιτούσαν κάποια ανάπτυξη.

Το ερωτηματολόγιο απευθυνόταν σε γυναίκες οι οποίες είχαν βρέφος που δεν ξεπερνούσε την ηλικία των 10 μηνών.

Επιλέξαμε τις γυναίκες αυτές γιατί είχαν μια πρόσφατη εμπειρία για την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και το βρέφος.

Σκοπός της έρευνάς μας είναι ν' αποδείξουμε σε ποιό βαθμό βρίσκεται σήμερα η ενημέρωση, η φροντίδα και γενικά η παρακολούθηση της εγκύου.

Κατά πόσο είναι έτοιμες και ενημερωμένες για να δεχθούν ένα νέο μέλος μέσα στην οικογένεια και αν γνωρίζουν τις ανάγκες και τις απαιτούμενες συνθήκες για την ανάπτυξη του βρέφους τους. Στόχος μας επίσης ήταν να ερευνήσουμε τις υπηρεσίες που παρέχει το κράτος στην έγκυο και γενικά όλα τα μέλη της Υγειονομικής ομάδας.

Τα μέτρα που πήραμε για να έχουμε μια αντικειμενική συλλογή των στοιχείων της έρευνας ήταν τα παρακάτω:

- I. Εξασφάλιση και συγκατάθεσή τους μετά από ενημέρωση για τους σκοπούς της έρευνάς μας και την χρήση των πληροφοριών που θα μας έδιναν.
- II. Στα ερωτηματολόγια δεν καταγραφόταν το όνομα του αρρώστου ή η συμμετοχή του στην έρευνα ήταν ανώνυμη.

III. Κατά το χρόνο λήψης της συνέντευξης τα μέλη της έρευνας για να μην υποβάλλονται οι έγκυες δεν φορούσαν ενδημασία εργασίας ή κλινικής άσκησης.

Οι χώροι στους οποίους απευθυνθήκαμε για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων μας ήταν:

1. Μαιευτική Κλινική Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου "Αγ. Ανδρέας".
2. Ιδιωτικά Μαιευτήρια
3. Άλλα άτομα από το περιβάλλον μας που είχαν πρόσφατη εγκυμοσύνη.

Κατά την επίσκεψή μας στην Μαιευτική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου απευθυνθήκαμε στην Προϊσταμένη του Τμήματος η οποία αφού εξέτασε πρώτα το ερωτηματολόγιό μας και παρέπεμψε στο Διευθυντή της Κλινικής.

Μετά την έγκριση του Διευθυντή μόνες μας ξεκινήσαμε τις επισκέψεις στους θαλάμους της Κλινικής.

Στην αρχή συστηνώμαστε και εξηγούσαμε το σκοπό της έρευνάς μας.

Σε προσωπική συνέντευξη που είχαμε με την κάθε λεχωνίδα εξηγούσαμε τον τρόπο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου και λύναμε τυχόν απορίες που είχαν.

Πολλές απ' αυτές δε δέχτηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο ούτε και με τη δική μας βοήθεια. Προφασίζονταν διάφορες δικαιολογίες προκειμένου να μας αποφύγουν.

Αυτό που διαπιστώσαμε πριν καλά-καλά τελειώσουμε τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου σ' όσες τελικά δέχονταν να μας απαντήσουν, ήταν η άγνοια που τους διέπετε σχετικά με ορισμένες βασικές λέξεις ορολογίας που χρησιμοποιούσαμε στο ερωτηματολόγιο. Επίσης σε μερικές ερωτήσεις ενώ ήξεραν ποιά ήταν η σωστή απάντηση, με άλλα λόγια τί ήταν σωστό να πράξουν κατά τη διάρκεια της

εγκυμοσύνης τους, μετά από τη μικρή συζήτηση που είχαμε μαζί τους καταλαβαίναμε ότι έκαναν εντελώς το αντίθετο. Οι περισσότερες είχαν μια ελλειπή και λειψή θα μπορούσαμε να πούμε, πληροφόρηση. Γνώριζαν εμπρικά πράγματα, είπε, γιατί είχαν ξαναγίνει μητέρες, είτε γιατί είχαν αντιμετωπίσει κάποιο πρόβλημα οι ίδιες, είτε γιατί κάποιος γιατρός τους είχε πει ορισμένα πράγματα.

Στις επόμενες σελίδες παραθέτουμε το ερωτηματολόγιο το οποίο χρησιμοποιήσαμε.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Σημειώστε με Χ την απάντηση που θεωρείται σωστή ή απαντήστε περιληπτικά όπου αυτό ζητείται.

ΗΛΙΚΙΑ:

ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:

ΦΥΛΟ:

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:

ΒΑΡΟΣ:

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

ΥΨΟΣ:

ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ:

Πόσα παιδιά έχετε;

α. Ένα

β. Δύο

γ. Τρία

δ. Περισσότερα

Πόσες εγκυμοσύνες είχατε μέχρι τώρα;

α. Μία

β. Δύο

γ. Τρεις

δ. Περισσότερες

Οι εγκυμοσύνες σαν ήταν τελειόμηνες;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν όχι, πόσες απ' αυτές δεν ήταν και ποιές (προσδιορίστε παρακάτω)

1η

2η

3η

4η

Θέλατε αυτή την εγκυμοσύνη;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι, επιθυμούσε το ίδιο και ο σύζυγός σας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Ποιό το είδος της εγκυμοσύνης σας;

Δίδυμος

Τρίδυμος

Πολύδυμος

Άλλη εγκυμοσύνη και ποιά

Τί ηλικία είχατε όταν διεξήχθη η κύηση:

α. 20 - 25 ετών

β. 25 - 30 ετών

γ. 30 - 35 ετών

δ. Άλλη ηλικία

Έγινε Προεγεννητικός έλεγχος;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι, ποιός σας καθοδήγησε; Αναφέρατε τί ακριβώς κάνατε.

.....
.....
.....

Ποιό από τα παρακάτω εμβόλια πιστεύετε ότι θεωρείται απαραίτητο να γίνει πριν από την εγκυμοσύνη;

α. της Ιλαράς

~~β. του Κοκκύτη~~

γ. της Ερυθράς

δ. του Τετάνου

Γνωρίζετε για πόσο χρονικό διάστημα μετά τον εμβολιασμό δεν πρέπει να μείνετε έγκυος;

- α. τρεις μήνες
- β. έξι μήνες
- γ. ένα χρόνο
- δ. δύο χρόνια

Γνωρίζετε την ομάδα αίματος και τον παράγοντα Rhesus που έχετε;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι, συμπληρώστε στα παρακάτω:

- | | |
|-------------|------------------------|
| α. Ομάδα Α | α. Rhesus Θετικό (+) |
| β. Ομάδα Β | β. Rhesus ΑΡνητικό (-) |
| γ. Ομάδα ΑΒ | |
| δ. Ομάδα 0 | |

Αν είσαστε Rhesus αρνητική (-) γνωρίζετε ποιές είναι οι επιπτώσεις στην εγκυμοσύνη σας: Αναφέρατε σχετικά

ΝΑΙ ΟΧΙ.....

.....
.....

Μετά από πόσο διάστημα αντιληφθήκατε ότι ήσασταν έγκυος; Με ποιόν τρόπο;

Εβδομαδες

Μήνες

.....
.....

Είχατε συνεχή παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της κυήσεως;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι, κάθε πότε;

.....

Αν όχι, αναφέρατε το γιατί.

.....
.....

Η παρακολούθηση γινόταν:

- α. από το γιατρό της κοινότητας;
- β. από επισκέπτρια αδελφή;
- γ. από το μαιευτήρα γιατρό της Κλινικής ή του Γενικού Νοσοκομείου;
- δ. από τη Μαία;

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τί είδους εξετάσεις κάνατε και κάθε πότε τις κάνατε;

.....
.....

Ποιές τροφές περιελάμβανε περισσότερο η διατροφή σας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σας; Ποιός σας ενημέρωσε γι' αυτές;

.....
.....
.....

Ποιές από τις παρακάτω τροφές πρέπει ν'αποφεύγονται κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης;

- α. Γλυκά
- β. Αλλαντικά
- γ. Χόρτα
- δ. Αλμυρά
- ε. Συκώτι
- στ. Καρυκεύματα
- ζ. Γάλα
- η. Ψάρι

Καπνίζατε:

α. πριν και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σας;

β. μόνο πριν την εγκυμοσύνη σας

γ. ποτέ

Παίρνατε οινοπνευματώδη ποτά:

α. πριν και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σας

β. μόνο πριν την εγκυμοσύνη σας

γ. ποτέ

Παίρνατε ναρκωτικά:

α. πριν και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σας

β. μόνο πριν την εγκυμοσύνη σας

γ. ποτέ

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης περιορίσατε καθόλου τις δραστηριότητές σας, π.χ.

α. σήκωμα βαρειών αντικειμένων

β. τίναγμα

γ. πλύσιμο στο χέρι

δ. άλλες δραστηριότητες

(αναφέρατε ποιές).....

Αναφέρατε ποιό μήνα σταματήσατε από την εργασία σας (εάν δουλεύατε) και το λόγο που σταματήσατε αν αυτό έγινε νωρίτερα από τον έβδομο μήνα της κύησης

.....

.....

Γνωρίζετε αν είστε φορέας Μεσογειακής Αναιμίας, δηλ. αν έχετε το στίγμα, εσείς, 'ο σύζυγός σας ή και οι δύο;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Αν ναι, πότε το μάθατε;

α. πριν από την εγκυμοσύνη;

β. μετά από την εγκυμοσύνη;

γ. πότε;

Γνωρίζετε τις επιπτώσεις της Μεσογειακής αναιμίας στο βρέφος;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι,

.....
.....

Εάν μένατε έγκυος και ανακαλύπτατε μετά ότι εσείς και ο σύζυγός σας είχατε το στίγμα της Μεσογειακής αναιμίας, τί θα κάνατε;

.....
.....

Αντιμετωπίσατε ιδιαίτερα προβλήματα κατά τη διάρκεια της κύησης;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι, αναφέρατε κάποιο από αυτά:

.....

Γνωρίζετε τί είναι η τεχνική της Ψυχοπροφυλακτικής;

Δώστε αν μπορείτε έναν μικρό ορισμό:

.....
.....
.....

Κάνατε ποτέ μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι, πόσα;

Ποιός σας δίδαξε τα μαθήματα της ψυχοπροφυλακτικής;

α. ο γιατρός της κοινότητας;

β. η νοσηλεύτρια της κοινότητας;

γ. η μαία;

Σας βοήθησαν κατά τον τοκετό τα μαθήματα αυτά;

.....
.....

Ξέρετε ποιά είναι τα σημεία και τα συμπτώματα που θα σας οδηγήσουν στο Νοσοκομείο ή στην Κλινική;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι, αναφέρατε μερικά:

.....

Σημειώστε ποιό από τα παρακάτω συμπτώματα είναι το πρώτο σημάδι που σημαίνει την έναρξη του φυσιολογικού τοκετού:

α. πόνος στη μέση;

β. πόνος στο κάτω ήμισυ της κοιλιάς και αίμα με βλέννη από τον κόλπο;

γ. ναυτία και έμμετοι;

Ποιός ο τόπος που πραγματοποιήθηκε ο τοκετός;

α. στη Μαιευτική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου

β. σε ιδιωτικό μαιευτήριο

γ. κατ' οίκον

δ. αλλού

Αν ο τοκετός πραγματοποιήθηκε στο σπίτι, ποιός σας βοήθησε;

α. ο γιατρός της κοινότητας

β. η νοσηλεύτρια

γ. η μαία

δ. ποιός άλλος

Ποιός ο τρόπος διεξαγωγής του τοκετού ή των τοκετών;

- α. Φυσιολογικός τοκετός
- β. Καισαρική τομή
- γ. Εμβρυουλκία

Ποιά μέρα σηκωθήκατε από το κρεβάτι μετά από ένα φυσιολογικό τοκετό;

- α. την πρώτη ημέρα
- β. την δεύτερη ημέρα
- γ. την τρίτη ημέρα

Πόσες μέρες μείνατε στο Νοσοκομείο ή στην Μαιευτική Κλινική;

- α. τρεις μέρες
- β. πέντε μέρες
- γ. οκτώ μέρες

Πιστεύετε ότι είσαστε προετοιμασμένη ν' αναλάβετε τις ευθύνες του νεογέννητου;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Γνωρίζετε ποιές είναι οι απαιτούμενες υγιεινές συνθήκες διαβίωσης για το βρέφος σας; Αναφέρατε μερικές:

.....
.....
.....
.....

Εκοπεύετε να θηλάσετε το μωρό σας;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν όχι, γιατί;

.....
.....

Γνωρίζετε την αξία του μητρικού θηλασμού;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι, ποιά νομίζετε ότι είναι η αξία του και από πού ενημερωθήκατε σχετικά;

.....
.....
.....
.....

Πιστεύετε ότι ο θηλασμός βοηθά στο να αναπτυχθεί το αίσθημα ασφάλειας ανάμεσα στη μητέρα και στο βρέφος;

.....
.....

Γνωρίζετε σε ποιές περιπτώσεις απαγορεύεται ο θηλασμός;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι, αναφέρατε μερικές:

.....
.....

Σας έχουν διδάξει τον τρόπο θηλασμού;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι, ποιοί σας δίδαξαν;

.....
.....

Έχετε κάνει ποτέ άμβλωση;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ναι, πόσες;

α. Μία

β. Δύο

γ. Τρεις

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από τη μικρή επαφή που είχαμε με τις γυναίκες (λεχωΐδες) ακούσαμε και εντοπίσαμε πολλά από τα προβλήματα που τις διακατέχουν. Αν και η επιστήμη εξελίσσεται συνεχώς και προσπαθεί με κάθε τρόπο να δώσει λύσεις στα προβλήματα των ατόμων αυτών, υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που αναστέλλουν το έργο της.

Καταρχήν θα αναφέρουμε τις ίδιες τις γυναίκες που ανεξάρτητα από ηλικία, μόρφωση και κοινωνική τάξη, δεν έχουν καμία ενημέρωση αλλά ούτε και ενδιαφέρονται να ενημερωθούν, πάνω στα θέματα που τις απασχολούν και τις προβληματίζουν.

Πολλές είναι οι γυναίκες που φέρουν στον κόσμο ένα παιδί χωρίς να γνωρίζουν τις ευθύνες που πρέπει να αναλάβουν και τις συνθήκες που είναι απαραίτητες για να μεγαλώσει το παιδί. Από την έρευνα που κάναμε παρατηρούμε ότι παρόλο που ένα αρκετά ικανοποιητικό ποσοστό γυναικών έχει τη στοιχειώδη μόρφωση σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα, παρόλα αυτά παρουσιάζουν άγνοια ή παραπληροφόρηση σε βασικά στοιχεία που αφορούν την εγκυμοσύνη τους και το βρέφος.

Για την πληροφόρηση αυτών των γυναικών πολύ σημαντικό ρόλο παίζουν τα μέλη της υγειονομικής ομάδας και κυρίως ο γιατρός, ο οποίος έχει την πρώτη επαφή μαζί τους, ασχολείται το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα της κύησης μ' αυτές και θα πρέπει με κάθε τρόπο να επιστήσει την προσοχή γύρω από την εγκυμοσύνη.

Σημαντικό επίσης ρόλο παίζουν οι μαίες, οι νοσηλεύτριες του τμήματος, οι οποίες είναι υπεύθυνες για την ενημέρωση ορισμένων θεμάτων όπως είναι ο θηλασμός, η αντισύληψη, η περιποίηση, διατροφή, καθαριότητα του βρέφους κ.λ.π.

Σήμερα βέβαια υπάρχουν και τα μαθήματα ψυχοπροφυλακτικής, μια καινούργια μέθοδος για την ενημέρωση και προετοιμασία της εγκύου.

Από την έρευνα βλέπουμε βέβαια ότι, ένα μικρό ποσοστό γυναικών, μόνο 10,43% έχουν κάνει αυτά τα μαθήματα, τα οποία τις έχουν βοηθήσει πολύ. Ένα μεγάλο ποσοστό, 83,33% δεν έχει κάνει ποτέ τέτοια μαθήματα και δε γνωρίζει περί τίνος πρόκειται.

Το μειονέκτημα σ' αυτά τα μαθήματα, των οποίων ο ρόλος πιστεύουμε ότι είναι επικοδομητικός, είναι ότι δεν έχουν ακόμα διαδοθεί, αλλά και το ότι είναι πληρωτικά με αποτέλεσμα να μπαίνει στη μέση και ο οικονομικός παράγοντας.

Μ' αυτή την έρευνα προσπαθήσαμε να εντοπίσουμε ορισμένα από τα προβλήματα της εγκυμοσύνης αν και οι συνθήκες κάτω από τις οποίες εργασθήκαμε, δεν βοήθησαν στο βαθμό που θα θέλαμε, έτσι ώστε να έχουμε το αποτέλεσμα το οποίο επιδειώκαμε.

Παρόλα αυτά, καταλήξαμε σε ορισμένα συμπεράσματα πάνω στα οποία θέλουμε να πορτείνουμε κάποιες προτάσεις, που πιστεύουμε ότι θα βοηθούσαν στην επίλυση αυτών των προβλημάτων.

I) Δημιουργία Κρατικών κέντρων Ψυχοπροφυλακτικής.

II) Μεγαλύτερο ενδιαφέρον και υπευθυνότητα των γιατρών απέναντι στα προβλήματα ή την ενημέρωση που πρέπει να προσφέρουν στις εγκυμονούσες.

III) Αύξηση του Νοσηλευτικού προσωπικού, έτσι ώστε να μπορού ν' αφιερώσουν περισσότερο χρόνο στην έγκυο και στο βρέφος ή να παρέχουν εξατομικευμένα Νοσηλευτική φροντίδα.

IV) Ευαισθητοποίηση και διαφώτιση της μέλλουσας μητέρας, έτσι ώστε ν' ανταπεξέλθει στο μεγάλο της έργο.

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

1. ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΑ Δ.Λ. "Οδηγός προς της μητέρας περί Υγιεινής της πρώτης παιδικής ηλικίας", Πάτρα 1882.
2. ΔΡΑΓΩΝΑ ΘΑΛΕΙΑ "Η Γυναίκα μπροστά σε μια καινούρια ζωή" Επίτομος, έκδοση 7η, εκδόσεις Δωδώνη, Αθήνα 1987.
3. HENRY - GUY TOBERT "101 Συμβουλές για την εγκυμοσύνη", Μετάφραση: ΚΑΡΟΛ ΚΕΝΤΡΟΥ - ΡΗΝΤ, εκδόσεις Φυτράκη, Αθήνα 1985.
4. ΚΑΡΠΑΘΙΟΣ Ι. "Βασική Μαιευτική - Περιγεννητική Ιατρική και Γυναικολογία" Τόμοι Α' και Β', έκδοση 2η, εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 1984.
5. ΜΑΝΤΑΛΕΝΑΚΗΣ ΣΕΡΓΙΟΣ "Σύναψη μαιευτικής και Γυναικολογίας", Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Γ.Κ., Αθήνα 1985.
6. ΠΑΠΑΛΟΥΚΑΣ Α. "Εγχειρίδιο Γυναικολογίας και Μαιευτικής" Τόμος Α', εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσ/κη 1985.
7. ΠΕΡΝΟΥ ΛΩΡΑΝΣ "Περιμένω παιδί", Επίτομος έκδοση 2η, Εκδόσεις Παλμός, Αθήνα 1980.
8. ΡΙΤΣΚΕ ΓΚΙΖΕΛΑ "Για τη μητέρα και το μωρό της", Επίτομος, έκδοση 4η, εκδόσεις Δωδώνη, Αθήνα 1978
9. ΣΥΚΑΚΗ - ΔΟΥΚΑ, "Ο τοκετός είναι αγάπη" Έκδοση ΙΙΙ, εκτύπωση Σμυρνιωτάκη Α.Ε., Αθήνα 1984.
10. ΣΥΝΑΚΗ ΑΛΕΚΑ "Ο τοκετός είναι αγάπη", επίτομος, έκδοση 5η, εκδόσεις Μακέδος, Αθήνα 1984.
11. THE MACMILIAN GUIDE (BY DR TONY SMITH), Μεγάλος Ιατρικός Οδηγός, Τόμος ΙΙ, Εκδόσεις "ΓΙΑΛΛΕΛΗ", Αθήνα 1987.

ΑΛΛΕΣ ΠΗΓΕΣ

Τ.Ε.Ι. Σημειώσεις κ. Παπαδημητρίου Μαρίας

Τ.Ε.Ι. Σημειώσεις κ. Μούσουρα - Οικονόμου