

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ:

ΜΑΡΙΑ ΜΠΟΖΕΛΟΥ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ



ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ :
ΕΝΝΑΔΑΚΤΙΚΟΙ ΤΡΟΠΟΙ
ΤΟΚΕΤΟΥ

ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ : 2022-2023

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
κ. ΟΡΟΒΟΥ ΕΙΡΗΝΗ

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
ABSTRACT	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1- Η ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ	7
1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
1.2 Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ	7
1.3 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2- ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ	19
2.2ΟΡΙΣΜΟΣ	19
2.3 Ο ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	20
2.4 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	22
2.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3- ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ	31
3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ	32
3.2 ΠΟΤΕ ΕΠΙΛΕΓΕΤΑΙ	33
3.4 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ	37
3.5 ΕΠΠΛΟΚΕΣ	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4- ΤΟΚΕΤΟΣ ΣΤΟ ΝΕΡΟ	40
4.1 ΓΕΝΙΚΑ	44
4.2 ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	44
4.3 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ	46
4.4 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	46
4.5 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ	48
4.6 ΚΙΝΔΥΝΟΙ	49
4.7 ΚΟΣΤΟΣ	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5- ΤΟΚΕΤΟΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	50
5.1 ΓΕΝΙΚΑ	51
5.2 ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	52
5.3 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ	52
5.4 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ	52
5.5 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ	52

5.6 ΚΙΝΔΥΝΟΙ	52
5.7 ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ	53
5.8 ΚΟΣΤΟΣ	55
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	56
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	56



ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία με θέμα τους Εναλλακτικούς τρόπους τοκετού πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο πτυχιακής εργασίας της σχολής Μαιευτικής Του ιδρύματος Δυτικής Μακεδονίας.

Στόχος λοιπόν της παρούσας πτυχιακής είναι η ανάλυση και η μελέτη όλων των δυνατών μεθόδων τοκετού πέραν των σύνηθες, και οι συνέπειες που έχουν στην λεχώνα, καθώς και το αν κρίνονται ασφαλείς και ωφέλιμοι για το έμβρυο.

Αρχικά αναλύεται η διαδικασία του φυσιολογικού τοκετού που περιλαμβάνει τα στάδια , τον μηχανισμό αλλά και τους παράγοντες κινδύνου κατά την γέννηση. Σημαντικός είναι και ο ρόλος της καισαρικής τομής αλλά η υπέρμετρη χρήση της την σημερινή εποχή φαίνεται να μην είναι ωφέλιμη για την έγκυο και για το έμβρυο καθώς επιφυλάσσει αρκετούς κινδύνους.

Είναι σημαντικό να διερευνήσουμε εναλλακτικούς τρόπους τοκετού που θα μπορεί να επιλέξει η κάθε έγκυος γυναικά ,και που θεωρεί ότι μπορεί να προβεί ωφέλιμος για την σωματική αλλά και ψυχική της υγεία. Στην εργασία αναλύονται η μέθοδος γέννησης στο νερό και η μέθοδος γέννησης στο σπίτι από εξειδικευμένη μαία. Αναφέρονται τα πλεονεκτήματα που έχει η κάθε διαδικασία αλλά και τους κινδύνους που εγκυμονούν για την έγκυο ή το έμβρυο.

Συμπερασματικά η παρακάτω εργασία έχει ως στόχο να προβάλλει και να επιμορφώσει το ευρύτερο κοινό για τα οφέλη που παρουσιάζουν αυτές οι μέθοδοι και ταυτόχρονα να καταρρίψει κάποιες προκαταλήψεις που επικρατούν περί παλαιών τακτικών όπως ο τοκετός στο σπίτι.

ABSTRACT

The present thesis on the topic of Alternative methods of childbirth was carried out as part of the thesis of the faculty of... Of the institution...

Therefore, the aim of this thesis is to analyze and study all possible birth methods beyond the usual ones, and the consequences they have on the womb, as well as whether they are considered safe and beneficial for the fetus.

First, the process of normal childbirth is analyzed, including the stages, the mechanism and the risk factors during birth. The role of caesarean section is also important, but its excessive use nowadays seems not to be beneficial for the pregnant woman and the fetus as it carries several risks.

It is important to explore alternative methods of childbirth that every pregnant woman can choose, and that she believes can be beneficial for her physical and mental health. The paper analyzes the water birth method and the home birth method by a qualified midwife. The advantages of each procedure are mentioned as well as the risks they pose for the pregnant woman or the fetus.

In conclusion the following work aims to highlight and educate the wider public about the benefits of these methods and at the same time to break down some prejudices that prevail about old tactics such as home birth.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κύηση αποτελεί ορόσημο κατά την διάρκεια της ζωής μιας γυναίκας. Πρόκειται για μια από τις πιο όμορφες και μαγευτικές περιόδους στην ζωή της. Η κύηση και κατ' επέκταση ο τοκετός, ακόμη και αν πραγματοποιούνται για δεύτερη ή τρίτη φορά για μια γυναίκα, αποτελούν μοναδικές εμπειρίες.

Ο φυσιολογικός τοκετός ξεκινά με συμπτώματα εύκολα αντιληπτά από την μητέρα. Πρόκειται για ένα φυσιολογικό και ομαλά εξελισσόμενο φαινόμενο. Ο φυσιολογικός τοκετός μπορεί να ξεκινήσει μεταξύ της 37ης και της 42ης εβδομάδας ενώ εβδομάδες και ημέρες πριν από την έναρξη του τοκετού, δηλαδή προτού αρχίσουν οι πραγματικές ωδίνες, στο σώμα της γυναίκας συντελούνται διάφορες αλλαγές.

Η καισαρική τομή συχνά πραγματοποιείται όταν ο κοιλιακός τοκετός ενέχει κινδύνους για τη ζωή ή την υγεία της μητέρας ή του μωρού (εξαιτίας ιατρικών λόγων). Αρκετές φορές πραγματοποιείται ύστερα από αίτηση, χωρίς να υπάρχει ιατρικός λόγος. Ωστόσο, αυτή η χειρουργική επέμβαση προορίζεται για ειδικές περιπτώσεις.

Στην σημερινή εποχή κάθε γυναίκα έχει το δικαίωμα να επιλέξει τον τόπο που θα την εμπνεύσει για να γεννήσει το παιδί της. Σκοπός είναι να νιώσει ασφάλεια, εμπιστοσύνη και ιδιωτικότητα, έτσι ώστε να εξελιχθεί πιο εύκολα και γρήγορα ο τοκετός της. Αυτό το μέρος μπορεί να είναι η κλινική, το νοσοκομείο το νερό ή το σπίτι της. Στον τοκετό στο νερό η επίτοκος μπαίνει στην ειδική πισίνα που είναι γεμάτη με ζεστό νερό (35-37°C στο πρώτο στάδιο τοκετού και 37°C στο δεύτερο και τρίτο στάδιο τοκετού), και γεννά. Η παρουσία των εξειδικευμένων μαιών καθώς και αυτή του συζύγου δημιουργούν ένα φιλικό, ήρεμο περιβάλλον, που διαμορφώνει τις προϋποθέσεις για έναν τοκετό, χωρίς άγχος σε χώρο που σε συνδυασμό με τον χαμηλό φωτισμό και την ήρεμη μουσική χαλαρώνει και διώχνει την ένταση.

Ενώ ακόμη πολλές γυναίκες επιλέγουν τον τοκετό στο σπίτι με την βοήθεια μαιάς καθώς οσυνεχώς αυξανόμενος αριθμός καισαρικών τομών στη χώρα μας, οι περιττές ιατρικές παρεμβάσεις και η απομάκρυνση του νεογέννητου από τη μητέρα μετά τον τοκετό, κάποιοι λόγοι για τους οποίους πολλά ζευγάρια αποφασίζουν να γεννήσουν στο σπίτι τους.

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η αναπαραγωγή του ανθρώπου, ως γεγονός και ως έννοια, είναι η προϋπόθεση της συνέχισης της ύπαρξής του. Από αμνημονεύτων χρόνων, η αναγγελία μιας εγκυμοσύνης ήταν πάντοτε χαρμόσυνο γεγονός, η δε έγκυος κοπέλα τύγγανε πάντοτε ιδιαίτερου σεβασμού, ως ένα πρόσωπο που κυοφορεί μέσα του μια νέα ζωή.

Οι τοκετοί εκείνα τα χρόνια γινόντουσαν παρουσία κυρίως μαιών - μαμών παρά ιατρών γυναικολόγων. Οι τοκετοί ήταν κυρίως φυσιολογικοί, δηλαδή δεν πραγματοποιούνταν χειρουργεία ή καισαρικές τομές που γίνονται σήμερα. Δεν γινόντουσαν κατά αποκλειστικότητα σε νοσοκομεία ή μαιευτήρια αλλά στη φύση, στο σπίτι, στο δρόμο. Όσο πλησίαζε ο καιρός της γέννας, στο σπίτι που περίμεναν το ευτυχές γεγονός γινόταν οι σχετικές προετοιμασίες. Η έγκυος καλούσε τη μαμή κι εκείνη, αφού την εξέταζε, αποφαινόταν για το πότε περίπου θα γεννήσει. Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι αυτές οι πρακτικές μαμές, παρά την έλλειψη επιστημονικών γνώσεων, σπάνια έκαναν λάθος στην ακριβή ημερομηνία του τοκετού. Όταν έφθαναν στην επίτοκο οι πόνοι του τοκετού τότε ειδοποιούσαν τη μαμή να αναλάβει έργο.

Μόλις η μαμή έκρινε ότι είχε έρθει η ώρα, τοποθετούσε μια καθαρή πετσέτα κάτω από την επίτοκο, την έβαζε να καθίσει και να σχηματίσει αμβλεία γωνία με το σώμα της, έμπαινε ανάμεσα στα πόδια της, οι δέχτρες έσφιγγαν με τα χέρια τους την μέση και την κοιλιά της ετοιμόγεννης, της έκλειναν το στόμα με πανί ή με τα μαλλιά της ,αν ήταν μακριά, και με τις κατάλληλες οδηγίες της μαμής και τους χειρισμούς της -λάδωνε τα χέρια και προέβαινε σε διάνοιξη του κόλπου- γινόταν η εξώθηση του νεογνού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1- Η ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

1.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κύηση είναι η χρονική περίοδος μεταξύ της σύλληψης και της γέννησης. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, το μωρό μεγαλώνει και αναπτύσσεται μέσα στη μήτρα της μητέρας.

Η ηλικία κύησης είναι ο κοινός όρος που χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για να περιγράψει πόσο μακριά είναι η εγκυμοσύνη. Μετράτε σε εβδομάδες, από την πρώτη ημέρα του τελευταίου εμμηνορροϊκού κύκλου της γυναίκας μέχρι την τρέχουσα ημερομηνία. Μια φυσιολογική εγκυμοσύνη μπορεί να κυμαίνεται από 38 έως 42 εβδομάδες.

Τα βρέφη που γεννήθηκαν πριν από τις 37 εβδομάδες θεωρούνται πρόωρα. Τα βρέφη που γεννιούνται μετά τις 42 εβδομάδες θεωρούνται μεταώριμα.

Η ηλικία κύησης μπορεί να προσδιοριστεί πριν ή μετά τη γέννηση.

Πριν από τη γέννηση, ο γιατρός θα χρησιμοποιήσει υπερήχους για να μετρήσει το μέγεθος του κεφαλιού, της κοιλιάς και του μηρού του μωρού. Αυτό παρέχει μια άποψη για το πόσο καλά μεγαλώνει το μωρό στη μήτρα.

Μετά τη γέννηση, η ηλικία κύησης μπορεί να μετρηθεί εξετάζοντας το βάρος, το μήκος, την περιφέρεια κεφαλής, τα ζωτικά σημεία, τα αντανακλαστικά, τον μυϊκό τόνο, τη στάση του μωρού και την κατάσταση του δέρματος και των μαλλιών.

Εάν τα ευρήματα της ηλικίας κύησης του μωρού μετά τη γέννηση ταιριάζουν με την ημερολογιακή ηλικία, το μωρό λέγεται ότι είναι κατάλληλο για την ηλικία κύησης (AGA). Τα μωρά AGA έχουν χαμηλότερα ποσοστά προβλημάτων και θανάτου από τα μωρά που είναι μικρά ή μεγάλα για την ηλικία κύησης.

1.2 Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ

Κατά μέσο όρο μια εγκυμοσύνη διαρκεί 40 εβδομάδες (ή 10 σεληνιακούς μήνες ή 280 ημέρες). Η αρχή της υπολογίζεται από την πρώτη ημέρα της τελευταίας εμμηνορρουσίας. Η διάρκειά της χωρίζεται σε τρία άνισα τρίμηνα με διαφορετικά μεταξύ τους χαρακτηριστικά. Τις

πρώτες 12 εβδομάδες, οι αλλαγές στο σώμα της γυναίκας δεν είναι εμφανείς, περνούν σχεδόν απαρατήρητες. Κι όμως, το έμβρυο έχει αναπτύξει όλα του τα όργανα: καρδιά, εγκέφαλο και άκρα σε μικρογραφία. Στο δεύτερο τρίμηνο, από τη 13η έως και την 26η εβδομάδα, καθώς το έμβρυο μεγαλώνει, η κοιλιακή χώρα μεγαλώνει και προβάλλεται προς τα έξω. Στο τρίτο τρίμηνο, από την 27η εβδομάδα ως τον τοκετό, η ανάπτυξη του εμβρύου είναι πλέον εμφανέστατη.

Πιο συγκεκριμένα στην πρώτη εβδομάδα κύησης υπάρχουν ακόμη τα σημάδια της περιόδου. Ο οργανισμός της γυναίκας αρχίζει να παράγει οιστρογόνα και προγεστερόνη, δηλαδή ορμόνες απαραίτητες για να προετοιμάσουν το σώμα της. Κατά τη διάρκεια της περιόδου το ωάριο προετοιμάζεται να «γλιστρήσει» στις σάλπιγγες ελπίζοντας να «πιαστεί» από ένα τυχερό και δυνατό σπέρμα.

Την 2η εβδομάδα ο οργανισμός προετοιμάζεται για την ωορρηξία. Η επίστροψη της μήτρας παχαίνει και τα ωοθυλάκια ωριμάζουν μέχρι να επικρατήσει το ένα που θα γονιμοποιηθεί. Μέσα στο ωοθυλάκιο περιμένει ένα ωάριο ή και δύο όταν πρόκειται για μη μονοωγενή δίδυμα. Κατά τις δύο πρώτες εβδομάδες της εγκυμοσύνης δεν έχουμε ακόμα σύλληψη και ανάπτυξη του εμβρύου. Την Τρίτη εβδομάδα το γονιμοποιημένο ωάριο κλείνει και αρχίζει να διαιρείται, για να μετατραπεί σε μια μικροσκοπική μπάλα από κύτταρα. Το μέγεθος του είναι περίπου όσο το κεφάλι μιας καρφίτσας. Αυτήν την εβδομάδα η βλαστοκύστη όπως τώρα λέγεται αρχίζει την πορεία της από τη σάλπιγγα στη μήτρα όπου θα εμφυτευθεί για να μεγαλώσει.

Την τέταρτη εβδομάδα μετά την τοποθέτηση, η σφαίρα των κυττάρων διαιρείται σε δυο ομάδες. Η πρώτη ομάδα εξελίσσεται στο έμβρυο και η δεύτερη σχηματίζει τον πλακούντα και τον ομφάλιο λώρο, που μεταφέρουν την τροφή και το οξυγόνο στο μωρό. Την πέμπτη εβδομάδα το κυκλοφορικό σύστημα μαζί με την καρδιά είναι από τα πρώτα που αρχίζουν να λειτουργούν. Επίσης αρχίζει να σχηματίζεται το κεντρικό νευρικό σύστημα (ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός), οι μύες και τα οστά. Ο νευρικός σωλήνας, που συνδέει τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό, είναι ακόμη ανοιχτός αλλά μέχρι την επόμενη εβδομάδα θα έχει κλείσει. Την έκτη εβδομάδα ξεκινά η εμβρυϊκή περίοδος, κατά την οποία αρχίζει ο σχηματισμός του κορμιού όπου φαίνεται το κεφάλι και η ουρά. Την έβδομη, όγδοη και ένατη εβδομάδα περισσότερα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του προσώπου γίνονται προφανή όπως το επάνω χείλος, η άκρη της μύτης, τα βλέφαρα και τα αυτιά. Το έμβρυο αναπτύσσεται ταχύτατα, κινείται και αλλάζει θέση

συνεχώς. Όλα τα μέρη του σώματος του είναι πλέον παρόντα, συμπεριλαμβανομένων των χεριών, ποδιών, ματιών, αν και δεν είναι ακόμη πλήρως διαμορφωμένα. Τα γεννητικά του όργανα κάνουν επίσης την εμφάνιση τους. Από την δέκατη έως και την δωδέκατη εβδομάδα σχηματίζονται επίσης οστά και χόνδροι καθώς και μικρές οδοντώσεις στα πόδια που θα εξελιχθούν σε γόνατα και αστραγάλους. Οι ώμοι στα χέρια του ήδη λειτουργούν και είναι σε θέση να καταπίνει και να κλωτσά. Επίσης την δέκατη εβδομάδα εξαφανίζεται η ουρά και τελειώνει πλέον η εμβρυονική περίοδος ανάπτυξης.

Από το δεύτερο τρίμηνο η μήτρα είναι αρκετά μεγάλη τώρα και είναι εμφανές ότι γεμίζει την πύελο κι αρχίζει να αναπτύσσεται προς το επάνω μέρος της κοιλιάς. Από τώρα μέχρι και την 24η εβδομάδα κύησης, το έμβρυο αναπτύσσεται ιδιαίτερος εντυπωσιακά. Την 14^η εβδομάδα το έμβρυο αποκτάει μαλλιά, όχι μόνο στο κεφάλι και στα φρύδια του αλλά σε ολόκληρο το σώμα του. Αυτό το λεπτό στρώμα χνουδιού, το αποκαλούμενο lanugo, εξαφανίζεται συνήθως λίγο πριν την γέννηση. Από την 15^η μέχρι την 17^η εβδομάδα το έμβρυο κινείται περισσότερο και ακούει διάφορους θορύβους. Ο χόνδρος που θα γίνει ο σκελετός του είναι στη φάση που αρχίζει να μετατρέπεται σε κόκαλο. Τα ματιά του κοιτάνε μπροστά και όχι στα πλάγια, τα αυτιά του είναι σχεδόν στην τελική τους θέση. Αυτή την εβδομάδα και κατά την διάρκεια των επόμενων, αρχίζει να σχηματίζεται το λίπος (ή λιπώδης ιστός) το οποίο είναι πολύ σημαντικό για την θερμοκρασία του σώματος και τον μεταβολισμό του. Τέλος από την 18^η μέχρι και την 24^η εβδομάδα το έμβρυο συνεχώς αναπτύσσεται με το δέρμα του να είναι λεπτό και εύθραυστο αλλά το σώμα του να μεγαλώνει και πιάνει περισσότερο χώρο στην μήτρα.

Στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης από την 25^η μέχρι την 28^η εβδομάδα το έμβρυο μπορεί τώρα πια να ανοίξει τα μάτια του και να γυρίσει το κεφάλι του σε οποίο σημείο φανεί φως. Τα νύχια των χεριών του πρωτοεμφανίζονται και στρώσεις λίπους έχουν αρχίσει να σχηματίζονται καθώς προετοιμάζεται να βγει στον έξω κόσμο. Σε αυτό το στάδιο, ο εγκέφαλος του αρχίζει να σχηματίζει στην επιφάνεια του τις χαρακτηριστικές έλικες και αύλακες και αυξάνει την ποσότητα του εγκεφαλικού ιστού. Εμφανίζονται τα φρύδια και οι βλεφαρίδες του. Από την 29^η εβδομάδα και μετά ο εγκέφαλος του εμβρύου αναπτύσσεται σταδιακά και το κεφάλι του πλαταίνει για να μπορέσει να ανταπεξέλθει στο μέγεθος αυτό. Εάν πρόκειται για αγόρι, οι όρχις του μετακινούνται από τη αρχική τους θέση που είναι κοντά στα νεφρά προς τη βουβωνική χώρα. Εάν πρόκειται για κορίτσι, η κλειτορίδα προεξέχει ακόμα επειδή τα μικρά

χείλη του αιδοίου δεν την καλύπτουν ακόμη. Από την 32^η μέχρι την 38^η βδομάδα το έμβryo μπορεί να χρησιμοποιεί τώρα και τις πέντε του αισθήσεις. Νιώθει πλέον σχεδόν όλον τον χώρο μέσα στη μήτρα και εξασκείται στο να ανοιγοκλείνει τα μάτια και να κάνει αναπνευστικές κινήσεις.

Από την 39^η εβδομάδα μέχρι και γέννηση, το έμβryo με δυσκολία καταφέρνει να κινείται μέσα στη μήτρα. Οι πνεύμονες έχουν ωριμάσει και ο εγκέφαλος μεγαλώνει και αναπτύσσεται με ταχύ ρυθμό που θα συνεχιστεί κατά τη διάρκεια των 3 πρώτων χρόνων της ζωής του. Το ροζ δέρμα του έχει γίνει άσπρο. Αυτήν την εβδομάδα είναι πιθανόν το κεφάλι του να έχει εμπεδωθεί στην πύελο. Το βάρος του μπορεί να είναι από 3 έως 4,5 κιλά όπως και το ύψος του από 48,5 έως 55 εκατοστά. Η διάμετρος της κεφαλής είναι περίπου 9.5 εκατοστά.



Εικόνα 1.1 Η ανάπτυξη του εμβρύου ανά εβδομάδα

1.3 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ

Η κύηση αποτελεί ένα γεγονός τόσο ξεχωριστό και μοναδικό στην ζωή της γυναίκας το οποίο ωστόσο, προκαλεί σημαντικές αλλαγές τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο. Οι αλλαγές αυτές παρατηρούνται στη μήτρα, στους μαστούς, στο ουροποιητικό σύστημα, στο

ορμονικό σύστημα, στο καρδιαγγειακό σύστημα, στο αναπνευστικό σύστημα, στο γαστρεντερικό σύστημα, αλλαγές στο δέρμα καθώς και σε ψυχολογικό επίπεδο.

Στην συνέχεια παρουσιάζονται όλες οι αλλαγές που συμβαίνουν σε κάθε σύστημα ξεχωριστά.

Πίνακας 1. Μεταβολές που ελέγχονται κατά την κύηση στο γυναικείο οργανισμό.

Σύστημα	Μεταβολές
Καρδιαγγειακό	Αύξηση του όγκου της καρδιάς, της αριστερής κοιλίας, του όγκου αίματος (μέχρι και 40%-50%), αύξηση (όχι πάντα) της καρδιακής συχνότητας κατά 10-15 παλμούς το λεπτό και της καρδιακής παροχής σε ηρεμία κατά 30%-50%. Τέλος, χαλάρωση του τόνου των αγγείων και μικρή πτώση της αρτηριακής πίεσης.
Αναπνευστικό	Αύξηση της πίεσης που δέχεται το διάφραγμα λόγω της αναπτυσσόμενης μήτρας, αύξηση του αναπνεόμενου όγκου αέρα και σταδιακή αύξηση (μέχρι και 30%) της κατανάλωσης του οξυγόνου στη φάση ηρεμίας.
Γαστρεντερικό	Δυσπεψία, συχνή εμφάνιση επιγαστρικής και ολισθοστερνικής καυσalgίας, ναυτίας, εμέτου, καθώς και εκδήλωση δυσκοιλιότητας και συχνουρίας.
Μυοσκελετικό	Αλλαγή του κέντρου βάρους του σώματος, χαλάρωση όλων των αρθρώσεων, καθώς και συχνή σύσπαση των μυών προκειμένου να ανταποκριθούν στις αλλαγές του κέντρου βάρους του σώματος.
Θερμορυθμιστικό σύστημα Μεταβολισμός	Αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος. Αύξηση του βασικού μεταβολισμού κατά περίπου 300cal ημερησίως μετά το πρώτο τρίμηνο της κύησης.

1. Εξωτερικά όργανα και κόλπος:

Οι σημαντικότερες αλλαγές στα εξωτερικά όργανα οφείλονται στην υπεραιμία. Η υπεραιμία αυτή επιτρέπει την διάταση του κόλπου κατά τη διάρκεια του τοκετού έτσι ώστε να διευκολυνθεί η δίοδος του εμβρύου.

2. Η μήτρα:

Παρουσιάζει τις μεγαλύτερες αλλαγές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Το ενδομήτριο που στην εγκυμοσύνη πλέον ονομάζεται “**φθαρτός**”, γίνεται παχύτερο και παρουσιάζει υπερτροφία των αδένων του. Αυξάνεται ο όγκος της μήτρας και το βάρος της

αυξάνεται από 60γρ. στα 900γρ. Με την αύξηση του όγκου της μήτρας προκαλείται μετατόπιση και ελαφρά αίσθηση πίεση στα σπλάχνα.

3. Μαστοί:

Κατά την εγκυμοσύνη οι μαστοί αυξάνονται σε μέγεθος και συχνά εμφανίζεται πόνος και υπερευαισθησία. Η αύξηση συμβαίνει μετά τον 2ο μήνα, μερικώς από τον πολλαπλασιασμό των γαλακτοφόρων αδένων και μερικώς από την εναπόθεση λίπους μεταξύ των λοβίων. Οι φλέβες φαίνονται πιο έντονα, η θηλή και η θηλαία άλωσ αποκτούν ένα πιο σκούρο χρώμα. Από την αυξημένη παροχή αίματος οι φλέβες είναι πιο έντονα ορατές. Στο τελευταίο τρίμηνο αλλά και σε όλη την κύηση μπορεί να εκκριθεί από τις θηλές το πύαρ ή πρωτόγαλα με τη δράση της ορμόνης προλακτίνης. Αυτό μπορεί να συμβεί επίσης είτε με μηχανικό ερεθισμό των θηλών είτε κατά τη σεξουαλική επαφή, αλλά είναι απόλυτα φυσιολογικό και δεν θα πρέπει να προκαλεί καμιά ανησυχία.

4. Ουροποιητικό σύστημα:

Αναφορικά με το ουροποιητικό σύστημα, παρατηρείται μια διάταση των ουρητήρων κατά την περίοδο της κύησης.

5. Στο καρδιαγγειακό σύστημα:

Η καρδιακή ροή αυξάνεται κατά 50% . Ο όγκος του αίματος αυξάνεται κατά 40% σε σχέση με μια μη-έγκυο γυναίκα. Η αρτηριακή πίεση παραμένει αμετάβλητη στην εγκυμοσύνη ή μερικές φορές απλά μειώνεται (10%). Αυξάνεται ο ορός του αίματος και όχι τα ερυθρά αιμοσφαίρια για αυτό παρατηρείται στην εγκυμοσύνη αναιμία . Στο αίμα υπάρχουν αυξημένα επίπεδα στεροειδών (προγεστερόνη, οιστρογόνα) και πεπτίδια (β-hcg, hpl). Προκειμένου να αποφευχθεί αιμορραγικό ατύχημα στον τοκετό η εγκυμοσύνη προκαλεί έλλειψη ινωδόλυσης και ένα πλεόνασμα στην πήξη.

6. Ορμονικές αλλαγές:

Τα επίπεδα της προγεστερόνης και των οιστρογόνων αυξάνονται σε όλη την εγκυμοσύνη. Τα οιστρογόνα παράγονται κυρίως από τον πλακούντα. Η β-hcg επίσης παράγεται από τον πλακούντα. Η αυξημένη παραγωγή προγεστερόνης γίνεται πρώτα από το ωχρό σωματίο

και ύστερα από τον πλακούντα (κύριες λειτουργίες για να χαλαρώνουν τις λείες μυϊκές ίνες). Η ωκυτοκίνη η ορμόνη που παράγει ο αδένας της υπόφυσης, δημιουργεί όλη την υπεραιμία που η μήτρα χρειάζεται για να τραφεί και να μεγαλώσει το έμβρυο σε αυτή.

Ο αδένας της υπόφυσης διευρύνεται κατά 50% και η παραγωγή της ορμόνης προλακτίνης αυξάνεται. Το HPL ανθρώπινο πλακουντιακόλακτογόνο παράγεται από τον πλακούντα και διεγείρει τη λιπόλυση και το μεταβολισμό των λιπαρών οξέων στη γυναίκα. Διατηρεί επίσης τη γλυκόζη στο αίμα για να χρησιμοποιηθεί από το έμβρυο.

7. Αναπνευστικό σύστημα:

Οι ανατομικές αλλαγές που συμβαίνουν στην κύηση και κυρίως η μεγεθυμένη μήτρα οδηγούν σε μετακίνηση του διαφράγματος προς τα επάνω, έτσι στο τέλος της εγκυμοσύνης ο θώρακας διευρύνεται, έχουμε αυξημένη κίνηση των πλευρών και δύσπνοια. Γι' αυτό και η ύπτια θέση επηρεάζει δυσμενώς την αναπνευστική λειτουργία στην προχωρημένη εγκυμοσύνη. Ο πυθμένας της μήτρας στο τέλος της εγκυμοσύνης φτάνει πλέον στην ξιφοειδή απόφυση με αποτέλεσμα να πιέζεται το διάφραγμα και να παρουσιάζεται πιο εύκολα λαχάνιασμα στην αναπνοή. Οι βιοχημικές αλλαγές που επισυμβαίνουν στην εγκυμοσύνη επηρεάζουν επίσης τη μηχανική του αναπνευστικού συστήματος. Οι συγκεντρώσεις προγεστερόνης του ορού προοδευτικά αυξάνονται και η αύξηση αυτή διεγείρει τα αναπνευστικά κέντρα στον εγκέφαλο, προκαλώντας υπεραερισμό, επιτείνοντας το αίσθημα δύσπνοιας.

8. Γαστρεντερικό σύστημα:

Το γαστρεντερικό σύστημα παρουσιάζει πολλές μεταβολές κι έτσι οι έγκυες παρουσιάζουν ναυτία, δυσπεψία και δυσκοιλιότητα. Η χωρητικότητα του εντέρου μειώνεται λόγω πίεσης της μήτρας στο τέλος της εγκυμοσύνης. Η ορμόνη προγεστερόνη κάνει τις τροφές να περνούν πιο αργά στο έντερο προκαλώντας με αυτόν τον τρόπο δυσκοιλιότητα. Η προγεστερόνη προκαλεί παλινδρόμηση του όξινου περιεχομένου του στομάχου. Αργότερα, οι καούρες δημιουργούνται από την πίεση που ασκεί η διογκωμένη μήτρα. Η προγεστερόνη θεωρείται έτσι υπεύθυνη για το αίσθημα κόπωσης και τις πρωινές αδιαθεσίες της εγκύου, ενώ είναι γνωστό ότι προκαλεί χαλάρωση των μυών του σώματος. Αυτό κάνει τις έγκυες γυναίκες

επιρρεπείς στους πόνους της πλάτης και στην δυσκοιλιότητα, καθώς η λειτουργία του εντέρου έχει επιβραδυνθεί.

9. Αλλαγές στο δέρμα:

Παρατηρείται εμφάνιση της μέλαινας γραμμής (Linea nigra), μια γραμμή με σκούρο χρώμα από την ηβική σύμφυση μέχρι τον πυθμένα της μήτρας περίπου και ίσως εμφάνιση ραβδώσεων. Οι ελιές και οι φακίδες, που τυχόν υπάρχουν, θα σκουρύνουν γύρω στην 14η εβδομάδα της κύησης. Επίσης οι τρίχες των χεριών και των ποδιών θα αρχίσουν να σκουραίνουν, ενώ το ίδιο θα συμβεί στις θηλές και τον αφαλό. Μερικές μέλλουσες μητέρες θα δουν το δέρμα του προσώπου τους να σκουραίνει. Αυτό είναι γνωστό ως μητρικό χλόασμα. Όλες αυτές οι χρωματικές αλλαγές είναι φυσιολογικές και οφείλονται στις διακυμάνσεις του επιπέδου των οιστρογόνων. Τα σημάδια αυτά συνήθως ξεθωριάζουν μετά τον τοκετό με το πέρασμα του χρόνου.

10. Αλλαγές στον σκελετό:

Σημαντικές αλλαγές συμβαίνουν στους συνδέσμους, όπως στους ιερολαγόνιους και την ηβική σύμφυση. Αυτοί οι σύνδεσμοι στη διάρκεια της ζωής της γυναίκας είναι σταθεροί και αμετακίνητοι. Στην εγκυμοσύνη εξαιτίας της προγεστερόνης χαλαρώνουν, με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι διαστάσεις της πυέλου, για να υποδεχτεί το κεφάλι του παιδιού. Σε κάποιες περιπτώσεις οι έγκυες εμφανίζουν διαταραχές βάδισης, το λεγόμενο «βάδισμα της πάπιας». Μετατοπίζεται επίσης το κέντρο βάρους της γυναίκας προς τα μπροστά και για να ισορροπήσει ισιώνει τη σπονδυλική της στήλη, γέρνει προς τα πίσω, και σηκώνει τους ώμους. Όσο προχωράει η εγκυμοσύνη η λόρδωση αυξάνει και σε συνδυασμό με τη χαλάρωση που υπάρχει στους συνδέσμους της, προκαλείται πόνος στη μέση.

11. Ψυχολογικές Αλλαγές:

Η καλή ψυχική διάθεση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική και για τη μέλλουσα μητέρα και για το έμβρυο. Οι ορμόνες στην εγκυμοσύνη δημιουργούν αλληλοσυγκρουόμενα συναισθήματα στη μέλλουσα μητέρα και έτσι μπορεί να αισθανθεί από χαρά μέχρι μελαγχολία. Οι ορμονικές αλλαγές είναι η κύρια αιτία για τις

συναισθηματικές αυτές εναλλαγές της εγκύου, καθώς επίσης και τα αμφιθυμικά συναισθήματα που της προκαλεί η προοπτική της γέννησης ενός παιδιού.

Συγκεκριμένα τα συναισθήματα που βιώνει μια έγκυος κατά την διάρκειας της κύησης είναι τα εξής:

- *Αλλαγές διάθεσης*

Μπορεί να είναι κακή διάθεση, περισσότερα νεύρα, ξεσπάσματα και συχνές εναλλαγές μεταξύ καλής και κακής διάθεσης κυρίως στην αρχή και προς το τέλος της εγκυμοσύνης.

- *Φόβος*

Ο φόβος είναι ένα από τα πιο κοινά συναισθήματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στο πρώτο τρίμηνο, η έγκυος φοβάται μη τυχόν αποβάλλει ή κάνει κάτι που θα μπορούσε να βλάψει την υγεία του μωρού. Στο δεύτερο τρίμηνο, μπορεί να αρχίσει να έχει αμφιβολίες για το αν θα τα καταφέρει να γίνει καλή μητέρα και να τρομοκρατείται από τις ευθύνες ανατροφής ενός νεογέννητου. Στο τέλος της εγκυμοσύνης, η έγκυος αρχίζει να φοβάται για τον πόνο της γέννας ή μήπως τυχόν κάτι δεν πάει καλά κατά τον τοκετό.

- *Άγχος*

Κάποιες φορές το άγχος και ο φόβος πάνε μαζί και αυτό μπορεί να οδηγεί σε αγχώδεις σκέψεις. Παρότι το άγχος και ο φόβος υπάρχουν στη φύση για να οδηγούν τη μητέρα στο να προστατεύει καλύτερα το μωρό της, σε κάποιες γυναίκες αυτή η αίσθηση μπορεί να βγει εκτός ελέγχου. Αυτό συμβαίνει πιο εύκολα σε γυναίκες που ήταν ήδη αγχώδεις πριν την εγκυμοσύνη και η εγκυμοσύνη λειτουργεί σαν επιβαρυντικός παράγοντας.

- *Ευσυκινησία*

Μερικές γυναίκες πιάνουν τους εαυτούς τους να κλαίνε σε ανύποπτες φάσεις. Έχει παρατηρηθεί ότι οι έγκυες και οι λεχώνες μπορεί να δακρύζουν συχνότερα. Αυτό είναι φυσιολογικό γιατί στην κατάστασή τους εμπλέκονται πολλά και αντικρουόμενα συναισθήματα και τα δάκρυα είναι ένα τρόπος έκφρασης αυτών των συναισθημάτων. Τα κυμαινόμενα επίπεδα των ορμονών επίσης παίζουν το ρόλο τους. Σε λίγες γυναίκες (περίπου στο 10%), το κλάμα είναι υπερβολικό και συνεχές. Αυτό θα μπορούσε να είναι και ένδειξη κατάθλιψης που μπορεί να συμβεί τόσο πριν όσο και μετά τη γέννηση.

- *Θέματα με την εικόνα του σώματος*

Κατά το δεύτερο και το τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, η κοιλιακή χώρα μεγαλώνει και είναι πιο εμφανής. Επίσης, αυξάνει το σωματικό βάρος. Για κάποιες γυναίκες αυτό μπορεί να

προκαλεί αρνητικά συναισθήματα μιας και η εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους αλλάζει σημαντικά και αυτό μπορεί να επηρεάσει και την αυτοεκτίμησή τους.

Τουναντίον, άλλες γυναίκες θαυμάζουν και εκστασιάζονται από τις γρήγορες αλλαγές στο σώμα τους. Αισθάνονται να ακτινοβολούν και είναι γεμάτες ζωντάνια και ενέργεια, ενώ άλλες ανησυχούν για την πρόσληψη βάρους και για το πως θα χάσουν τα περιττά κιλά μετά το τέλος της εγκυμοσύνης.

Αυτές οι αλλαγές στην εμφάνιση και στο πόσο ελκυστικές αισθάνονται οι έγκυες οδηγεί σε ένα πολύπλοκο μείγμα συναισθημάτων.

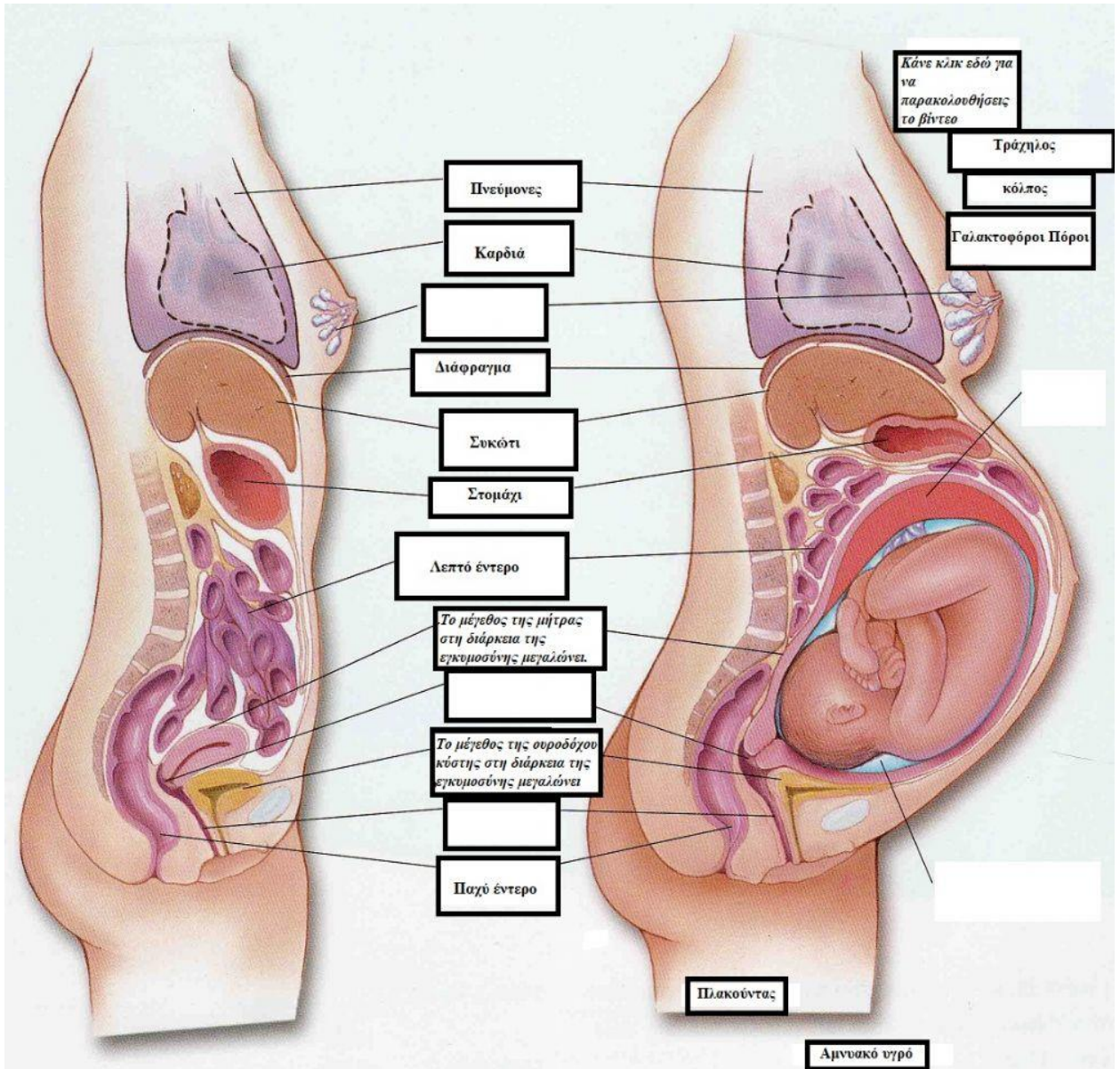
- *Επιλόχεια κατάθλιψη*

Η επιλόχεια κατάθλιψη (κατάθλιψη μετά τον τοκετό) είναι μια σοβαρή κατάσταση που ακόμα και σήμερα παραγνωρίζεται. Η περίοδος της λοχείας είναι μια εξαιρετικά ευαίσθητη περίοδος για τη γυναίκα και μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη ένα μικρό ποσοστό γυναικών. Ρόλο φαίνεται πως παίζει η απότομη πτώση των ορμονών οιστρογόνων και προγεστερόνης καθώς και η στέρηση ύπνου και φαγητού.

Ποσοστό μέχρι και 80% των γυναικών μετά τον τοκετό μπορεί να νιώσουν αισθήματα λύπης, άγχους, κακοδιαθεσίας, ευσυγκινησίας, παραίτησης, αποτυχίας καθώς και να έχουν δυσκολίες στον ύπνο και απώλεια όρεξης για φαγητό. Αυτά τα συμπτώματα συνήθως υποχωρούν δύο εβδομάδες μετά τον τοκετό.

Αν όμως μια γυναίκα εμφανίσει πιο σοβαρά συμπτώματα που διαρκούν για πάνω από δύο εβδομάδες, όπως το να αισθάνεται διαλυμένη, οργισμένη ή εξαιρετικά λυπημένη, να μην έχει ενδιαφέρον να ασχοληθεί με το μωρό της, ή να κάνει σκέψεις ότι δεν αξίζει να ζει σε αυτή τη ζωή ή να σκέφτεται να κάνει κακό στο μωρό της, επιβάλλεται να αναζητήσει βοήθεια άμεσα.





ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2- ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

2.2 ΟΡΙΣΜΟΣ

Υπήρχε πάντα κάποια αβεβαιότητα μεταξύ των γυναικών και των παρόχων φροντίδας σχετικά με το τι ορίζει τον «φυσιολογικό» τοκετό. Λέξεις όπως ο φυσιολογικός και ο φυσικός συχνά ανταλλάσσονται και υπάρχει ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων και εμπειριών που μπορούν να θεωρηθούν «φυσιολογικός» τοκετός. Στον ευρύτερο ορισμό, ο φυσιολογικός τοκετός περιλαμβάνει έναν τοκετό που ξεκινά αυθόρμητα, συνήθως μεταξύ 37 και 42 εβδομάδων εγκυμοσύνης. Ο φυσιολογικός τοκετός περιλαμβάνει επίσης τον θηλασμό μέσα στην πρώτη ώρα μετά τον τοκετό.

Εκτός και εάν υπάρχει έγκυρος ιατρικός λόγος για παρέμβαση στη διαδικασία του τοκετού, όλες οι γυναίκες με εγκυμοσύνες χαμηλού κινδύνου ενθαρρύνονται να επιδιώξουν φυσιολογικό τοκετό. Δεν συνιστώνται εκλεκτικές καισαρικές τομές.

Φυσικός τοκετός. Το μωρό γεννιέται με το κεφάλι, μέσω του κόλπου, στη γέννα, παρουσία επαγγελματία υγείας που διασφαλίζει ότι η μητέρα και το μωρό είναι καλά. Δεν παρέχονται ιατρικές παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια του τοκετού.

Φυσιολογικός τοκετός. Το μωρό γεννιέται με το κεφάλι, μέσω του κόλπου, κατά τη λήξη. Ένας επαγγελματίας υγείας διασφαλίζει την ευημερία του μωρού και της μητέρας και μπορεί να προκύψει κάποια ιατρική παρέμβαση για να υποστηρίξει ή να βοηθήσει τον τοκετό. Παραδείγματα παρεμβάσεων περιλαμβάνουν τη ρήξη των μεμβρανών, τη βοήθεια της προόδου του τοκετού με φαρμακευτική αγωγή (π.χ. ωκυτοκίνη) και τη χρήση φαρμάκων ή επισκληρίδιο για την ανακούφιση από τον πόνο.

Η ουσιαστική παρέμβαση στον τοκετό είναι πάντα καλύτερη αλλά όχι πάντα εφικτή. Ορισμένες γυναίκες χρειάζονται παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια του τοκετού για να τους βοηθήσουν να γεννήσουν το μωρό τους. Για τις γυναίκες που ελπίζουν να βιώσουν έναν τοκετό χωρίς παρέμβαση (φυσικός τοκετός), η καλή προετοιμασία, η θετική στάση, η καλή υποστήριξη στον τοκετό και ένας πάροχος φροντίδας που υποστηρίζει τον στόχο είναι καθοριστικής σημασίας. Πολλές γυναίκες θέλουν ελάχιστη παρέμβαση, αλλά μπορεί να χρειαστούν βοήθεια

για την ανακούφιση από τον πόνο ή άλλα φάρμακα που θα βοηθήσουν στη βελτίωση των συσπάσεων εάν ο τοκετός είναι παρατεταμένος.

2.3 Ο ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Η σηματοδότηση που δίνεται στον οργανισμό για την έναρξη του φυσιολογικού τοκετού παραμένει ακόμη και σήμερα ένα αναπάντητο ερώτημα. Ευθύνες αποδίδονται σε παράγοντες όπως η προγεστερόνη, η ωκυτοκίνη, οι προσταγλανδίνες, ο φθαρτός, ο εμβρυικός άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων, η συγκέντρωση ασβεστίου και το κυκλικό AMP δίχως όμως να ανευρίσκονται απόλυτες αποδείξεις με αποτέλεσμα να παραμένουν απλώς συσχετισμοί.

Η ικανότητα του εμβρύου να διαπραγματεύεται με επιτυχία τη λεκάνη κατά τη διάρκεια του τοκετού περιλαμβάνει αλλαγές στη θέση του κεφαλιού του κατά τη διέλευση του στον τοκετό. Οι μηχανισμοί του τοκετού, γνωστοί και ως βασικές κινήσεις, περιγράφονται σε σχέση με μια εμφάνιση κορυφής, όπως συμβαίνει στο 95% όλων των κήσεων. Αν και ο τοκετός γίνεται με συνεχή τρόπο, οι βασικές κινήσεις περιγράφονται ως 7 διακριτές ακολουθίες, όπως συζητείται παρακάτω.

Σύμπλεξη

Η ευρύτερη διάμετρος του παρουσιαζόμενου τμήματος (με καλά λυγισμένη κεφαλή, όπου η μεγαλύτερη εγκάρσια διάμετρος του εμβρυϊκού ινίου είναι η διβρεγματική διάμετρος) εισέρχεται στη μητρική λεκάνη σε ένα επίπεδο κάτω από το επίπεδο της πυελικής εισόδου. Στην πυελική εξέταση, το παρουσιαστικό τμήμα βρίσκεται στον σταθμό 0 ή στο επίπεδο των μητρικών ισχιακών σπονδύλων.

Κατάβαση

Η καθοδική διέλευση του παρουσιαζόμενου τμήματος μέσω της λεκάνης. Αυτό συμβαίνει κατά διαστήματα με συσπάσεις. Το ποσοστό είναι μεγαλύτερο κατά το δεύτερο στάδιο του τοκετού.

Κάμψη

Καθώς η εμβρυϊκή κορυφή κατεβαίνει, συναντά αντίσταση από την οστική λεκάνη ή τους μαλακούς ιστούς του πυελικού εδάφους, με αποτέλεσμα την παθητική κάμψη του ινίου του εμβρύου. Το πηγούνι έρχεται σε επαφή με τον εμβρυϊκό θώρακα και η παρουσιαζόμενη διάμετρος αλλάζει από ινιομετωπιαία (11,0 cm) σε υποϊνοβρεγματική (9,5 cm) για βέλτιστη διέλευση από τη λεκάνη.

Εσωτερική περιστροφή

Καθώς η κεφαλή κατεβαίνει, το τμήμα που παρουσιάζει, συνήθως στην εγκάρσια θέση, περιστρέφεται περίπου 45° προς την προσθιοοπίσθια (AP) θέση κάτω από τη σύμφυση. Η εσωτερική περιστροφή ευθυγραμμίζει τη διάμετρο AP της κεφαλής με τη διάμετρο AP της πυελικής εξόδου.

Επέκταση

Με περαιτέρω κάθοδο και πλήρη κάμψη της κεφαλής, η βάση του ινιακού έρχεται σε επαφή με το κατώτερο περιθώριο της ηβικής σύμφυσης. Η αντίσταση προς τα πάνω από το πυελικό έδαφος και οι δυνάμεις προς τα κάτω από τις συσπάσεις της μήτρας προκαλούν την επέκταση του ινίου και την περιστροφή γύρω από τη σύμφυση. Ακολουθεί η γέννηση του κεφαλιού του εμβρύου.

Αποκατάσταση και εξωτερική εναλλαγή

Όταν το κεφάλι του εμβρύου είναι απαλλαγμένο από αντίσταση, ξετυλίγεται περίπου 45° αριστερά ή δεξιά, επιστρέφοντας στην αρχική του ανατομική θέση σε σχέση με το σώμα.

Απέλαση

Μετά τη γέννηση του κεφαλιού του εμβρύου, η περαιτέρω κάθοδος φέρνει τον πρόσθιο ώμο στο επίπεδο της ηβικής σύμφυσης. Στη συνέχεια, ο πρόσθιος ώμος περιστρέφεται κάτω από τη σύμφυση, ακολουθούμενος από τον οπίσθιο ώμο και το υπόλοιπο έμβρυο.



2.4 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Οι μαιευτήρες έχουν χωρίσει τον τοκετό σε 3 στάδια που οριοθετούν ορόσημα σε μια συνεχή διαδικασία.

Πρώτο στάδιο τοκετού- Στάδιο διαστολής

Το πρώτο στάδιο ξεκινά με τακτικές συσπάσεις της μήτρας και τελειώνει με πλήρη διάταση του τραχήλου της μήτρας στα 10 cm. Στις μελέτες ορόσημο του Friedman για 500 nulliparas , υποδιείρεσε το πρώτο στάδιο σε μια πρώιμη λανθάνουσα φάση και μια επακόλουθη

ενεργή φάση. Η λανθάνουσα φάση ξεκινά με ήπιες, ακανόνιστες συσπάσεις της μήτρας που μαλακώνουν και συντομεύουν τον τράχηλο. Οι συσπάσεις γίνονται προοδευτικά πιο ρυθμικές και ισχυρότερες. Ακολουθεί η ενεργός φάση του τοκετού, η οποία συνήθως ξεκινά από περίπου 3-4 cm διαστολής του τραχήλου της μήτρας και χαρακτηρίζεται από ταχεία διαστολή του τραχήλου της μήτρας και κάθοδο του παρουσιαζόμενου εμβρυϊκού τμήματος. Το πρώτο στάδιο του τοκετού τελειώνει με πλήρη διαστολή του τραχήλου της μήτρας στα 10 cm. Σύμφωνα με τον Friedman, η ενεργός φάση χωρίζεται περαιτέρω σε μια φάση επιτάχυνσης, μια φάση μέγιστης κλίσης και μια φάση επιβράδυνσης.

Τα χαρακτηριστικά της μέσης καμπύλης διαστολής του τραχήλου της μήτρας είναι γνωστά ως καμπύλη εργασίας Friedman και στη συνέχεια καθορίστηκαν μια σειρά από ορισμούς της παράτασης και της διακοπής του τοκετού. Ωστόσο, μεταγενέστερα δεδομένα του σύγχρονου μαιευτικού πληθυσμού υποδηλώνουν ότι ο ρυθμός διαστολής του τραχήλου της μήτρας είναι πιο αργός και η εξέλιξη του τοκετού μπορεί να είναι σημαντικά διαφορετική από αυτή που προτείνεται από την καμπύλη τοκετού Friedman.

Δεύτερο στάδιο τοκετού- στάδιο εξώθησης

Το δεύτερο στάδιο ξεκινά με πλήρη διαστολή του τραχήλου της μήτρας και τελειώνει με τον τοκετό του εμβρύου. Το Αμερικανικό Κολλέγιο Μαιευτήρων και Γυναικολόγων (ACOG) έχει προτείνει ότι ένα παρατεταμένο δεύτερο στάδιο τοκετού θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όταν το δεύτερο στάδιο του τοκετού υπερβαίνει τις 3 ώρες εάν χορηγείται περιφερειακή αναισθησία ή τις 2 ώρες απουσία περιφερειακής αναισθησίας για τα nulliparas. Σε πολύτοκες γυναίκες, μια τέτοια διάγνωση μπορεί να γίνει εάν το δεύτερο στάδιο του τοκετού υπερβαίνει τις 2 ώρες με περιφερειακή αναισθησία ή 1 ώρα χωρίς αυτήν.

Μελέτες που διεξήχθησαν για να εξετάσουν τα περιγεννητικά αποτελέσματα που σχετίζονται με ένα παρατεταμένο δεύτερο στάδιο τοκετού αποκάλυψαν αυξημένους κινδύνους εγχειρητικού τοκετού και μητρικές νοσηρότητες αλλά όχι διαφορές στα νεογνικά αποτελέσματα. Μητρικοί παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με παρατεταμένο δεύτερο στάδιο περιλαμβάνουν μηδενική γονιμότητα, αύξηση βάρους ή/και αύξηση βάρους της μητέρας, χρήση περιφερειακής αναισθησίας, πρόκληση τοκετού, εμβρυϊκό ινίο σε οπίσθια ή εγκάρσια θέση και αυξημένο βάρος γέννησης.

Τρίτο στάδιο τοκετού-στάδιο υστεροτοκίας

Το τρίτο στάδιο του τοκετού ορίζεται από τη χρονική περίοδο μεταξύ του τοκετού του εμβρύου και της παράδοσης του πλακούντα και των εμβρυϊκών μεμβρανών. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, η συστολή της μήτρας μειώνει τη βασική ροή αίματος, η οποία οδηγεί σε πάχυνση και μείωση της επιφάνειας του μυομητρίου που βρίσκεται κάτω από τον πλακούντα με επακόλουθη αποκόλληση του πλακούντα. Αν και η παράδοση του πλακούντα απαιτεί συχνά λιγότερο από 10 λεπτά, η διάρκεια του τρίτου σταδίου του τοκετού μπορεί να διαρκέσει έως και 30 λεπτά.

Η αναμενόμενη αντιμετώπιση του τρίτου σταδίου του τοκετού περιλαμβάνει την αυθόρμητη παράδοση του πλακούντα. Η ενεργός διαχείριση συχνά περιλαμβάνει προφυλακτική χορήγηση ωκυτοκίνης ή άλλων μητροτονικών φαρμάκων (προσταγλανδίνες ή αλκαλοειδή ερυσιβόδους όρυξης), σύσφιξη/κοπή του λώρου και ελεγχόμενη έλξη του ομφάλιου λώρου. Οι Anderssonetal διαπίστωσαν ότι η καθυστερημένη σύσφιξη του λώρου (≥ 180 δευτερόλεπτα μετά τον τοκετό) βελτίωσε την κατάσταση σιδήρου και μείωσε τον επιπολασμό της ανεπάρκειας σιδήρου στην ηλικία των 4 μηνών και επίσης μείωσε τον επιπολασμό της νεογνικής αναιμίας, χωρίς εμφανείς ανεπιθύμητες ενέργειες.

Μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που περιλάμβανε 5 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές που συγκρίνουν την ενεργό και την προσδοκώμενη διαχείριση του τρίτου σταδίου αναφέρει ότι η ενεργός διαχείριση συντομεύει τη διάρκεια του τρίτου σταδίου και είναι ανώτερη από την αναμενόμενη διαχείριση σε σχέση με απώλεια αίματος/κίνδυνο αιμορραγίας μετά τον τοκετό. Ωστόσο, η ενεργός διαχείριση σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο δυσάρεστων παρενεργειών.

2.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Πέντε τουλάχιστον παράγοντες επηρεάζουν τη διαδικασία του τοκετού. Για ευκολία αναφέρονται ως τα πέντε P's:

passenger («διερχόμενο» -το έμβρυο και ο πλακούντας), **passageway** (δίοδος -ο πυελογεννητικός σωλήνας), **powers** (δυνάμεις -οι συστολές της μήτρας), **position**-η θέση του σώματος της μητέρας και **psychologicresponse**-ψυχολογική αντίδραση. Άλλοι παράγοντες,

όπως ο χώρος διενέργειας του τοκετού, η προετοιμασία, αλλά και ο τύπος του επαγγελματία φροντίδας. Αναλυτικότερα:

1. Το «Διερχόμενο» έμβρυο

Η κίνηση του εμβρύου, μέσω του καναλιού γέννησης καθορίζεται από διάφορους παράγοντες που αλληλοεπιδρούν: το μέγεθος της κεφαλής του εμβρύου, την εμφάνιση του εμβρύου, το εμβρυϊκό ψέμα, τη στάση του εμβρύου και τη θέση του εμβρύου. Επειδή ο πλακούντας πρέπει επίσης να περάσει από το κανάλι γέννησης, μπορεί να θεωρηθεί επιβάτης μαζί με το έμβρυο. Ωστόσο, ο πλακούντας σπάνια εμποδίζει τη διαδικασία του τοκετού σε φυσιολογικό κολπικό τοκετό. Εξάιρεση αποτελεί η περίπτωση του προδρομικού πλακούντα .

2. Μέγεθος της κεφαλής του εμβρύου

Λόγω του μεγέθους και της σχετικής ακαμψίας του, η κεφαλή του εμβρύου έχει μεγάλη επίδραση στη διαδικασία του τοκετού. Το εμβρυϊκό κρανίο αποτελείται από δύο βρεγματικά οστά, δύο κροταφικά οστά, το μετωπιαίο οστό και το ινιακό οστό. Αυτά τα οστά ενώνονται με μεμβρανώδη ράμματα: το οβελιαίο, το λαμδοειδές, το στεφανιαίο και το μετωπιαίο. Οι χώροι γεμάτοι μεμβράνη που ονομάζονται fontanel βρίσκονται εκεί όπου τέμνονται τα ράμματα. Κατά τη διάρκεια του τοκετού μετά από ρήξη των μεμβρανών, η ψηλάφηση των γραμματοσειρών και των ραμμάτων κατά τη διάρκεια της κολπικής εξέτασης αποκαλύπτει την παρουσία, τη θέση και τη στάση του εμβρύου.

Τα δύο πιο σημαντικά fontanel είναι το πρόσθιο και το οπίσθιο. Το μεγαλύτερο από αυτά, το πρόσθιο fontanel, έχει σχήμα ρόμβου, περίπου 3 cm επί 2 cm, και βρίσκεται στη συμβολή των οβελιαίων, στεφανιαίων και μετωπιαίων ραφών. Κλείνει 18 μήνες μετά τη γέννηση. Το οπίσθιο fontanel βρίσκεται στη συμβολή των ραφών των δύο βρεγματικών οστών και του ινιακού οστού, είναι τριγωνικό και είναι περίπου 1 cm επί 2 cm. Κλείνει 6 με 8 εβδομάδες μετά τη γέννηση.

Τα ράμματα και τα fontanel καθιστούν το κρανίο εύκαμπτο για να φιλοξενήσει τον εγκέφαλο του βρέφους, ο οποίος συνεχίζει να αναπτύσσεται για κάποιο χρονικό διάστημα μετά

τη γέννηση. Ωστόσο, επειδή τα οστά δεν είναι σταθερά ενωμένα, εμφανίζεται ελαφρά επικάλυψη ή σχηματισμός του σχήματος του κεφαλιού κατά τη διάρκεια του τοκετού. Αυτή η ικανότητα των οστών να ολισθαίνουν το ένα πάνω στο άλλο επιτρέπει επίσης την προσαρμογή στις διάφορες διαμέτρους της μητρικής λεκάνης. Η χύτευση μπορεί να είναι εκτεταμένη, αλλά τα κεφάλια των περισσότερων νεογνών αποκτούν το κανονικό τους σχήμα εντός 3 ημερών μετά τη γέννηση.

Αν και το μέγεθος των ώμων του εμβρύου μπορεί να επηρεάσει τη διέλευση, η θέση τους μπορεί να αλλάξει σχετικά εύκολα κατά τη διάρκεια του τοκετού, έτσι ώστε ο ένας ώμος να καταλαμβάνει χαμηλότερο επίπεδο από τον άλλο. Αυτό δημιουργεί μια διάμετρο ώμου που είναι μικρότερη από το κρανίο, διευκολύνοντας τη διέλευση μέσω του καναλιού γέννησης. Η περιφέρεια των γοφών του εμβρύου είναι συνήθως αρκετά μικρή ώστε να μην δημιουργεί προβλήματα.

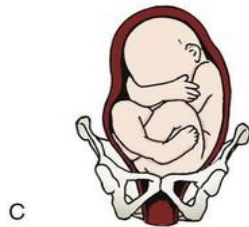
ΕΙΚΟΝΑ 2. Εμβρυϊκές παρουσιάσεις. Α έως C, (ιερή) παρουσίαση. Δ, Παρουσίαση ώμου.



A
Frank breech
Lie: Longitudinal or vertical
Presentation: Breech (incomplete)
Presenting part: Sacrum
Attitude: Flexion, except for legs at knees



B
Single footling breech
Lie: Longitudinal or vertical
Presentation: Breech (incomplete)
Presenting part: Sacrum
Attitude: Flexion, except for one leg extended at hip and knee



C
Complete breech
Lie: Longitudinal or vertical
Presentation: Breech (sacrum and feet presenting)
Presenting part: Sacrum (with feet)
Attitude: General flexion



D
Shoulder presentation
Lie: Transverse or horizontal
Presentation: Shoulder
Presenting part: Scapula
Attitude: Flexion

3. Εμβρυϊκή παρουσίαση

Η **παρουσίαση** αναφέρεται στο τμήμα του εμβρύου που εισέρχεται πρώτα στην είσοδο της πυέλου και οδηγεί μέσω του καναλιού γέννησης κατά τη διάρκεια του τοκετού. Οι τρεις κύριες εκδηλώσεις είναι η **κεφαλική εμφάνιση** (πρώτα το κεφάλι), που εμφανίζεται στο 96% των γεννήσεων. **Παρουσίαση βραχίονα** (γλουτοί, πόδια ή και τα δύο πρώτα), που εμφανίζεται στο 3% των γεννήσεων και **παρουσίαση ώμου**, που παρατηρείται στο 1% των γεννήσεων. Το παρουσιαστικό μέρος είναι εκείνο το τμήμα του εμβρύου που βρίσκεται πιο κοντά στο εσωτερικό στόμιο του τραχήλου της μήτρας. Είναι το μέρος του σώματος του εμβρύου που γίνεται για πρώτη φορά αισθητό από το εξεταστικό δάχτυλο κατά τη διάρκεια μιας κολπικής εξέτασης. Σε μια κεφαλική παρουσίαση το τμήμα που παρουσιάζει είναι συνήθως το ινιακό, στην παρουσίαση του ώμου είναι η ωμοπλάτη. Όταν το τμήμα παρουσίασης είναι το ινιακό, η παρουσίαση σημειώνεται ως κορυφή. Παράγοντες που καθορίζουν το παρουσιαζόμενο τμήμα περιλαμβάνουν το εμβρυϊκό ψέμα, τη στάση του εμβρύου και την επέκταση ή κάμψη της κεφαλής του εμβρύου.

4. Εμβρυϊκό Ψέμα

Το ψέμα είναι η σχέση του μακρού άξονα (σπονδυλική στήλη) του εμβρύου με τον μακρύ άξονα (σπονδυλική στήλη) της μητέρας. Τα δύο κύρια ψέματα είναι διαμήκη ή κατακόρυφα, στα οποία ο μακρύς άξονας του εμβρύου είναι παράλληλος με τον μακρύ άξονα της μητέρας και εγκάρσια, οριζόντια ή λοξά, στην οποία ο μακρύς άξονας του εμβρύου βρίσκεται σε ορθή γωνία διαγώνια προς τον μακρύ άξονα της μητέρας. Τα διαμήκη ψέματα μπορεί να είναι κεφαλικά, ανάλογα με τη δομή του εμβρύου που εισέρχεται πρώτα στη λεκάνη της μητέρας. Ο κοιλιακός τοκετός δεν μπορεί να συμβεί όταν το έμβρυο παραμένει σε εγκάρσιο ψέμα. Ένα λοξό ψέμα (δηλαδή, αυτό στο οποίο ο μακρύς άξονας του εμβρύου βρίσκεται υπό γωνία ως προς τον μακρύ άξονα της μητέρας) είναι λιγότερο συχνό και συνήθως μετατρέπεται σε διαμήκη ή εγκάρσιο ψέμα κατά τη διάρκεια του τοκετού.

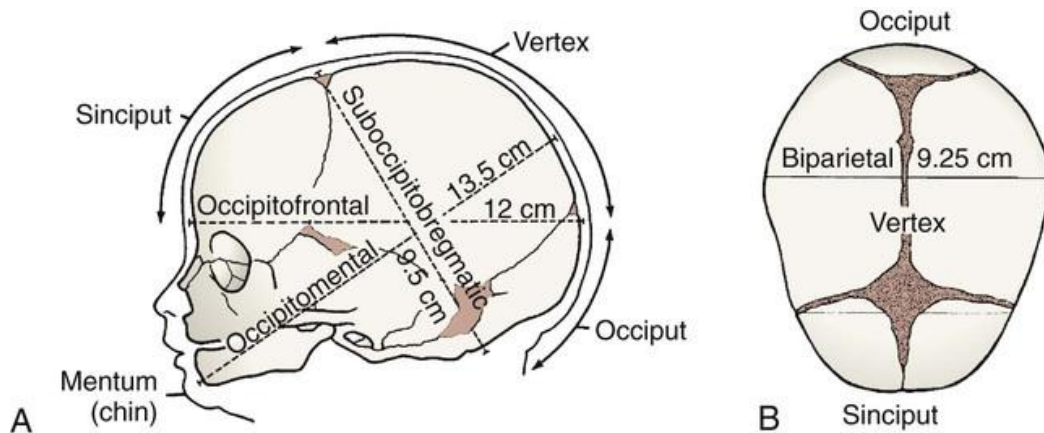
5. Εμβρυϊκή στάση

Η στάση είναι η σχέση των τμημάτων του σώματος του εμβρύου μεταξύ τους. Το έμβρυο παίρνει μια χαρακτηριστική στάση στη μήτρα εν μέρει λόγω του τρόπου ανάπτυξης του εμβρύου αλλά και λόγω του τρόπου με τον οποίο το έμβρυο συμμορφώνεται με το σχήμα της κοιλότητας της μήτρας. Κανονικά το πίσω μέρος του εμβρύου είναι στρογγυλεμένο έτσι ώστε το πηγούνι να είναι λυγισμένο στο στήθος, οι μηροί να λυγίζουν στην κοιλιά και τα πόδια να είναι λυγισμένα στα γόνατα. Τα χέρια είναι σταυρωμένα πάνω από τον θώρακα και ο ομφάλιος λώρος βρίσκεται ανάμεσα στα χέρια και τα πόδια. Αυτή η στάση ονομάζεται γενική κάμψη.

Οι αποκλίσεις από τη φυσιολογική στάση μπορεί να προκαλέσουν δυσκολίες στον τοκετό. Για παράδειγμα, σε μια κεφαλική παρουσίαση η κεφαλή του εμβρύου μπορεί να εκτείνεται ή να κάμπτεται με τρόπο που παρουσιάζει την διάμετρο κεφαλής που υπερβαίνει τα όρια της μητρικής λεκάνης, οδηγώντας σε παρατεταμένο τοκετό, τοκετό με λαβίδα ή κενό ή καισαρική τομή.

Συνήθως μετρούνται ορισμένες κρίσιμες διαμέτροι της κεφαλής του εμβρύου. Η αμφίπλευρη διάμετρος, η οποία είναι περίπου 9,25 cm, είναι η μεγαλύτερη εγκάρσια διάμετρος

και ένας σημαντικός δείκτης του μεγέθους της κεφαλής του εμβρύου. Σε μια καλά λυγισμένη κεφαλική παρουσίαση, η διμερής διάμετρος είναι το ευρύτερο τμήμα της κεφαλής που εισέρχεται στην πυελική είσοδο. Από τις πολλές προσθοπίσθιες διαμέτρους, η μικρότερη και πιο κρίσιμη είναι η υπο-ιντοποβρεγματική διάμετρος (περίπου 9,5 cm στο τέλος). Όταν η κεφαλή του εμβρύου βρίσκεται σε πλήρη κάμψη, αυτή η διάμετρος του επιτρέπει να περνάει εύκολα μέσα από την λεκάνη. Καθώς το κεφάλι είναι πιο εκτεταμένο, η πρόσθια διάμετρος διευρύνεται και το κεφάλι μπορεί να μην μπορεί να εισέλθει στην λεκάνη.



ΕΙΚΟΝΑ 3. Διάμετροι της κεφαλής του εμβρύου. **A,** Κεφαλικές παρουσιάσεις: ινιακό, κορυφαίο, και εγκεφαλικό. Κεφαλικές διαμέτρους: υποϊνοβρεγματική, ινιακή μετωπιαία και ινιακή. **B,** Διμερής διάμετρος.

6. Εμβρυϊκή Θέση

Το τμήμα παρουσίασης υποδεικνύει το τμήμα του εμβρύου που επικαλύπτει την πυελική είσοδο. Θέση είναι η σχέση του σημείου αναφοράς στο παρουσιαζόμενο τμήμα (ινιακό, ιερό οστό, πηγούνι ή οπίσθια κοιλότητα [καμπτόμενη κορυφή]) στα τέσσερα τεταρτημόρια της λεκάνης της μητέρας. Η θέση υποδηλώνεται με μια συντομογραφία τριών γραμμάτων. Το πρώτο γράμμα της συντομογραφίας υποδηλώνει τη θέση του παρουσιαζόμενου τμήματος στη δεξιά (R) ή στην αριστερή (L) πλευρά της λεκάνης της μητέρας. Το μεσαίο γράμμα αντιπροσωπεύει το συγκεκριμένο παρουσιαστικό τμήμα του εμβρύου (O για τον ινιακό, το S για τον ιερό, το M για το πηγούνι και το Sc για την ωμοπλάτη [ώμος]). Το τρίτο γράμμα αντιπροσωπεύει τη θέση του

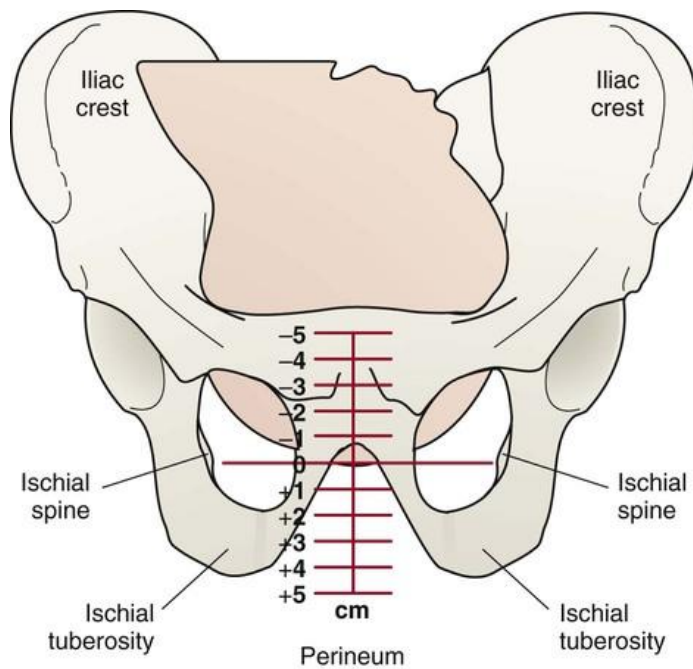
παρουσιαζόμενου τμήματος σε σχέση με το πρόσθιο (A), το οπίσθιο (P) ή το εγκάρσιο (T) τμήμα της μητρικής λεκάνης. Για παράδειγμα, ROA σημαίνει ότι το ινιακό είναι το παρουσιαζόμενο τμήμα και βρίσκεται στο πρόσθιο δεξιό τεταρτημόριο της μητρικής λεκάνης. Το LSP σημαίνει ότι το ιερό οστό είναι το παρουσιαστικό τμήμα και βρίσκεται στο αριστερό οπίσθιο τεταρτημόριο της μητρικής λεκάνης.

Ο σταθμός είναι η σχέση του παρουσιαζόμενου τμήματος του εμβρύου με μια νοητή γραμμή που χαράσσεται μεταξύ των μητρικών ισχιακών σπονδύλων και είναι ένα μέτρο του βαθμού καθόδου του παρουσιαζόμενου τμήματος του εμβρύου μέσω του καναλιού γέννησης. Η τοποθέτηση του παρουσιαζόμενου τμήματος μετράτε σε εκατοστά πάνω ή κάτω από τις ισχιακές ράχες. Για παράδειγμα, όταν το κατώτερο τμήμα του τμήματος που παρουσιάζει είναι 1 cm πάνω από τις ράχες, σημειώνεται ότι είναι μείον (-)1. Στο επίπεδο των ραχών ο σταθμός αναφέρεται ως 0 (μηδέν). Όταν το τμήμα που παρουσιάζει είναι 1 cm κάτω από τις ράχες, ο σταθμός λέγεται ότι είναι συν (+)1. Η γέννηση είναι επικείμενη όταν το σημείο παρουσίασης είναι στα +4 έως +5 cm. Ο σταθμός του παρουσιαζόμενου τμήματος πρέπει να προσδιορίζεται όταν ξεκινά ο τοκετός, ώστε να μπορεί να προσδιοριστεί με ακρίβεια ο ρυθμός καθόδου του εμβρύου κατά τη διάρκεια του τοκετού.

Εμπλοκή είναι ο όρος που χρησιμοποιείται για να υποδείξει ότι η μεγαλύτερη εγκάρσια διάμετρος του παρουσιαζόμενου τμήματος (συνήθως η διβρεγματική διάμετρος) έχει περάσει από το χείλος ή την είσοδο της μητρικής πυέλου στην λεκάνη και συνήθως αντιστοιχεί στον σταθμό 0. Η δέσμευση μπορεί να προσδιοριστεί με κοιλιακή ή κοιλιακή εξέταση.

ΕΙΚΟΝΑ 4. Σταθμοί παρουσίασης μέρους ή βαθμού καθόδου. Το κατώτερο τμήμα του παρουσιαζόμενου τμήματος βρίσκεται στο επίπεδο των ισχιακών σπονδύλων, σταθμός 0.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3- ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ





3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η Καισαρική τομή γνωστή και ως τομή C, αποτελεί ένα είδος τεχνητού τοκετού, η οποία τεχνική λειτουργεί δημιουργώντας μια χειρουργική τομή στην κοιλιακή χώρα (λαπαροτομία) ή

στην μήτρα (κολπική υστεροτομία) της εγκύου με σκοπό την έξοδο του εμβρύου και την γέννηση ενός ή περισσότερων μωρών.

Κατά τα παρελθόν η καισαρική τομή χρησιμοποιούταν σαν έσχατη λύση όταν υπήρχαν επιπλοκές στο φυσιολογικό τοκετό ή όταν η υγεία της επιτόκου ή του εμβρύου βρισκόταν σε κίνδυνο. Σήμερα, τα δεδομένα έχουν αλλάξει και η καισαρική τομή εκτός από μια έκτακτη επιλογή αποτελεί από μόνη της μια επιλογή τοκετού. Αυτό συμβαίνει καθώς πολλές είναι οι γυναίκες που για τους δικούς τους λόγους επιλέγουν και ζητούν να γεννηθεί το μωρό τους με την τεχνική αυτή. Στην περίπτωση αυτή ο τοκετός πραγματοποιείται περίπου δέκα μέρες πριν την συμπλήρωση των 9 μηνών την περίοδο κύησης (Παπακωνσταντίνου, Α., 2018&ΤΗΑ, 2013).

3.2 ΠΟΤΕ ΕΠΙΛΕΓΕΤΑΙ

Η επιλογή της καισαρικής τομής μπορεί να είτε έπεται από επιθυμία της γυναίκας είτε από λόγους που αφορούν την υγεία της γυναίκας και το έμβρυο. Πριν την διαδικασία εκτέλεσης της καισαρικής τομής χρειάζεται να υπάρχουν κάποιες ενδείξεις και προϋποθέσεις για διεξαγωγή της συγκεκριμένης τεχνική και να αποκλειστεί το ενδεχόμενο αντενδείξεων. Απόλυτη ένδειξη αποτελεί η μη δυνατότητα εκτέλεσης φυσιολογικού τοκετού με μόνη αδιέξοδο για την γέννηση την καισαρική τομή. Ωστόσο εκτός από το ιατρικό κομμάτι της επιλογής της συγκεκριμένης τεχνικής μπορεί να αποτελεί και επιθυμία της ίδιας της γυναίκας.

Επιθυμία για καισαρική τομή:

Πολλές γυναίκες νιώθουν άγχος κατά την διάρκεια της κύησης και όταν πλησιάζει η στιγμή της γέννησης του μωρού τους, βιώνουν συναισθήματα έντονου φόβου και ανησυχίας για το αν θα μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στον πόνο και τις απαιτήσεις του φυσιολογικού τοκετού. Οι γυναίκες αυτές είναι κυρίως όσες δεν έχουν παρακολουθήσει μαθήματα προετοιμασίας τοκετού και νιώθουν έντονο φόβο για το άγνωστο. Έτσι φαίνεται πως επιθυμούν να καταφύγουν στην επιλογή της καισαρικής τομής ως τρόπο για αποφυγή του πόνου του τοκετού(Gao, Y.,

2019). Ακόμη η περίοδος της κύησης αποτελεί μια ιδιαίτερη περίοδο στην ψυχολογία της γυναίκας ειδικά αν η ίδια δυσκολεύτηκε να επιτύχει την κύηση ή υπήρχαν επιπλοκές κατά την περίοδο της. Έτσι πολλές είναι οι γυναίκες που επιλέγουν την μέθοδο αυτή ώστε το μωρό τους να έρθει στον κόσμο ομαλά χωρίς να υποστεί το στρες και τη πίεση του φυσιολογικού τοκετού. Ακόμη ορισμένες γυναίκες επιλέγουν την μέθοδο της καισαρικής τομής από φόβο αλλαγών στο σώμα τους έπειτα από έναν φυσιολογικό τοκετό (Γκαραβέλας, Α., 2014).

Ακόμη η επιρροή της σύγχρονης εποχής και η προβολή των προτύπων έχει συμβάλει στην επιλογή της καισαρικής τομής. Συγκεκριμένα, πολλές γυναίκες φοβούνται για το σώμα τους πως θα είναι η ανατομία, η εικόνα τους ή η σεξουαλική τους ζωή μετά τον τοκετό (Collard, 2008/2009). Ακόμη οι ίδιες μπορούν να επιλέξουν την ημερομηνία γέννησης που επιθυμούν ανάλογα με το στάδιο και την εξέλιξη της κύησης (Wiklund, I., 2007).

Πως επιδρά η άσκηση στον τοκετό;

Οι γυναίκες που στην διάρκεια της εγκυμοσύνης ασκούνται, φαίνεται να έχουν **μεγαλύτερες πιθανότητες για φυσιολογικό τοκετό**, αλλά και **μικρότερα ποσοστά επεμβατικών τοκετών (αναρροφητική εμβρυουλκία)**, **μικρότερη πιθανότητα καισαρικής τομής**, καθώς και **μικρότερο πρώτο στάδιο και στάδιο εξώθησης**.

Χαρακτηριστικά ασφαλούς άσκησης για την εγκυμοσύνη

Πότε να ξεκινήσεις	Μετά το πρώτο τρίμηνο *
Διάρκεια άσκησης	30-60 λεπτά
Φορές την εβδομάδα	Τουλάχιστον 3-4
Ένταση άσκησης	Όχι πάνω από 140 σφύξεις
Επίβλεψη άσκησης	Προτεινόμενη αν υπάρχει
Μέχρι πότε	Μέχρι τη γέννα

* Αν γυμναζόσουν πριν την εγκυμοσύνη μπορείς να συνεχίσεις ακούγοντας το σώμα σου

Προηγηθείσες καισαρικές

Η επιλογή της καισαρικής τομής έπειτα από προηγηθείσα καισαρική τομή για πολλά χρόνια αποτελούσε την μοναδική λύση. Με την εξέλιξη των μεθόδων και της τεχνολογίας τα δεδομένα τροποποιήθηκαν και οι γυναίκες οι οποίες είχαν γεννήσει στο παρελθόν με καισαρική μπορούν να γεννήσουν με φυσιολογικό τρόπο (vaginalbirthafter a previouscaesarean/VBAC). Ωστόσο η πρακτική αυτή χρειάζεται αρκετοί παράμετροι να ληφθούν υπόψη. Ωστόσο όταν υπάρχουν οι κατάλληλες προϋποθέσεις, μπορεί να αποτελέσει μια ασφαλή επιλογή τοκετού. Παρόλα αυτά, πολλές κυοφορούσες δεν επιλέγουν τον φυσιολογικό τοκετό έπειτα από καισαρική τομή είτε λόγω άγχους είτε από την αποτροπή των επαγγελματιών υγείας (Nilsson, C., 2015).

Ισχιακή προβολή

Όσες έγκυες φτάνουν στο τελευταίο μήνα της κύησης και η προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου είναι ισχιακή, πραγματοποιείται εξωτερικός μετασχηματισμός. Στις περιπτώσεις όπου ο μετασχηματισμός δεν εκτελέστηκε ή δεν πέτυχε οι γυναίκες οδηγούνται στην καισαρική τομή. Βέβαια δεν σημαίνει ότι ένα παιδί δεν μπορεί να γεννηθεί με ισχιακή προβολή, απλά ο κίνδυνος για την υγεία και τη διατήρηση του στη ζωή αυξάνεται

Προδρομικός πλακούντας

Η περίπτωση του προδρομικού πλακούντα αποτελεί μια από τις κυριότερες επιλογές της καισαρικής τομής. Κατά τις περιπτώσεις αυτές, ο πλακούντας μπορεί να καλύπτει μερικώς ή και ολόκληρο το στόμιο του τραχήλου εμποδίζοντας την διέλευση του εμβρύου είτε αυξάνοντας τον κίνδυνο σημαντικής αιμορραγίας.

Πολύδυμος κύηση

Η πολύδυμηκύηση κατά κύριο λόγο οδηγείται σε καισαρική τομή. Αυτό έχει ως σκοπό την αποτροπή θνησιμότητας του δευτέρου διδύμου καθώς τα ποσοστά αυξάνονται στις περιπτώσεις αυτές.

Αδυναμία εξέλιξης τοκετού

Πολλές γυναίκες κυρίως οι πρωτότοκεση εξέλιξη του τοκετού καθυστερεί σε σημαντικό βαθμό ή ενώ έχουν έντονες συσπάσεις δεν επέρχεται καμιά τροποποίηση στον τράχηλο, ούτε διαστολή αλλά ούτε και εξάλειψη. Η αναμονή χωρίς εξέλιξη εκτός του ότι εξαντλεί την ίδια την γυναίκα, μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα στο έμβρυο.

Αλλοίωση παλμών

Κατά την διεξαγωγή του φυσιολογικού τοκετού η γυναίκα βρίσκεται συνδεδεμένη καθ' όλη τη διάρκεια με τον καρδιοτοκογράφο. Σε αρκετές περιπτώσεις το μωρό μπορεί να στρεσάρεται και η παλμοί να επιβραδύνουν ή να παρατηρείται κάποια άλλη αλλοίωση. Στις καταστάσεις αυτές σε περίπτωση που οι παλμοί του μωρού δεν επανέλθουν στα φυσιολογικά επίπεδα μετά από τους χειρισμούς των επαγγελματιών υγείας η καισαρική τομή αποτελεί μονόδρομο ώστε να μην υπάρξουν σοβαρότερες επιπλοκές που θα επηρεάσουν την ζωή του εμβρύου.

Πρόπτωση ομφαλίδας

Η πρόπτωση της ομφαλίδας είναι μια κατάσταση όπου επέρχεται ολίσθηση του ομφάλιου λώρου στο κατώτατο τμήμα της μήτρας. Ως αποτέλεσμα έχει την συμπίεση του ομφάλιου λώρου

και αδυναμία αιμάτωσης του εμβρύου η οποία με τη σειρά της μπορεί να οδηγήσει σε υποξία του εμβρύου, βλάβες στον εγκέφαλο είτε να επέλθει θάνατος του εμβρύου. Είναι μια κατάσταση που μπορεί να προκληθεί από την ρήξη των μεμβρανών (Ahmed, W., 2018).

Κεφαλοπυελική δυσαναλογία

Μέσο του υπερήχου μπορούν να γίνουν μετρήσεις στο έμβρυο προκειμένου να εντοπιστεί το μέγεθος του. Πολλά έμβρυα εντοπίζεται πως η περίμετρος της κεφαλής τους είναι μεγαλύτερος από την πύελο της μητέρας τους καθώς αυτό οφείλετε κυρίως σε μακροσωμίαεμβρύου >4Kg. Έτσι αδυνατεί το έμβρυο να γεννηθεί φυσιολογικά χωρίς να υπάρξουν επιπλοκές (Λουφόπουλος, Δ., 2008).

3.4 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Προετοιμασία επιτόκου για Κ.Τ. στο τμήμα

Η προετοιμασία της επιτόκου ξεκινά από την εισαγωγή της στο μαιευτήριο όμως σε κατάσταση επείγουσας καισαρικής τομής υπάρχει ταχύτητα στην εξέλιξη της διαδικασίας ώστε να μην χαθεί πολύτιμος χρόνος. Η γυναίκα δέχεται ψυχολογική υποστήριξη και ενημέρωση για την διαδικασία, πραγματοποιείται ακρόαση των παλμών του εμβρύου, κένωση του εντέρου και ελαφρύ διαιτολόγιο. Η κατάλληλη ένδυση και οι ζωτικές ενδείξεις της εγκύου και η αφαίρεση κοσμημάτων πριν την καισαρική δεν πρέπει να παραλείποντε.

Είδη τομών

Υπάρχουν δύο είδη τομών που χρησιμοποιούνται στην καισαρική τομή:

- Εγκάρσια (κατά Pfannestiel). Η τομή αυτή είναι η πιο διαδεδομένη και αυτή που εκτελείται στις περισσότερες καισαρικές τομές. Η συγκεκριμένη τομή έχει καλύτερη και γρηγορότερη επούλωση αλλά έχει και αισθητικό πλεονέκτημα.
- Κάθετη. Η κάθετη τομή δεν προτιμάται καθώς η επούλωση της και η αποκατάσταση της είναι δυσκολότερη σε σχέση με την εγκάρσια. Όμως σε επείγουσες καταστάσεις οι επαγγελματίες υγείας εκτελούν την συγκεκριμένη τομή καθώς τους επιτρέπει να επιτύχουν συντομότερα την γέννηση του εμβρύου.

Είδη τομών στα μητρικά τοιχώματα

- Χαμηλή εγκάρσια τομή στο μυομήτριο
- Χαμηλή κάθετη τομή στο μυομήτριο
- Εξωπεριτοναϊκή τομή στο πρόσθιο κατώτερο τμήμα της μήτρας.

Χρόνοι καισαρικής τομής

Η θέση της επιτόκου κατά την καισαρική τομή είναι ύπτια σε ελαφρά κλίση (Trendeleburg). Η αναισθησία μπορεί να είναι ολική είτε επισκληρίδιος. Η καισαρική τομή αρχίζει με την διάνοιξη των κοιλιακών τοιχωμάτων και έπειτα πραγματοποιείται:

- Διάνοιξη της περιτοναϊκής κοιλότητας
- Αποκόλληση και διάσπαση κυστεομητρικής πτυχής
- Πραγματοποιείται τομή στο σώμα της μήτρας
- Έξοδος εμβρύου
- Απολίνωση ομφάλιου λώρου
- Αποκόλληση πλακούντα
- Συρραφή μητρικού τοιχώματος
- Συρραφή κυστεομητρικής πτυχής

- Συρραφή περιτόναιου
- Συρραφή όλων των στοιβάδων από κάτω προς τα πάνω(Πριβολάρη-Αντωνοπούλου, Ν., 2010).

3.5 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

Η καισαρική τομή είναι μια ασφαλή μέθοδο χειρουργικής επέμβασης που καθημερινά εκατοντάδες γυναίκες υποβάλλονται σ' αυτή, όμως μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές ικανές να απειλήσουν την ζωή της γυναίκας. Αυτές οι επιπλοκές περιλαμβάνουν:

- Ατονία μήτρας - αιμορραγία
- Αιμορραγία – επέκταση Κ.Τ.
- Τραυματισμός ουροδόχου κύστεως
- Προβλήματα αναισθησίας
- Χειρουργικοί τραυματισμοί μήτρας
- Τρώση εντέρου
- Περιτονίτιδα

Ατονία Μήτρας – αιμορραγία από Προδρομικό πλακούντα

Η ατονία της μήτρας θεωρείται η αδυναμία του μυομητρίου να διακόψει την αιμορραγία από τα αγγεία της πλακουντιακής άλλου μέσω των συσπάσεων. Πρόκειται για ένα συχνό φαινόμενο κατά τον τοκετό καθώς αποτελεί το συχνότερο αίτιο των αιμορραγιών και μπορεί να οδηγήσει σε καταπληξία. Τα αίτια της ύπαρξης αυτής της κατάστασης οφείλονται σε ανωμαλίες της μήτρας, ουλές αλλά και η πολυτοκία. Ενώ η φαρμακευτική αγωγή τοκόλυσης κύηση και το πολυδράμνιο αποτελούν άλλα δυο αίτια εμφάνισης της. Η αιμορραγία μετά από προδρομικό πλακούντα μπορεί να είναι εξίσου μεγάλη ειδικά στην περίπτωση όπου ο πλακούντας εντοπίζεται ως Επιπωματικός (καλύπτει το τραχηλικό στόμιο).

Μετά την έξοδο του πλακούντα όταν ο ιατρός παρατηρεί ότι υπάρχει έντονη αιμορραγία και η μήτρα παρουσιάζεται άτονη, τότε η κύρια ενέργεια αντιμετώπισης είναι η απολίνωση των υπογαστρικών αρτηριών. Στην περίπτωση που η ενέργεια αυτή καταστεί ανεπαρκής τότε ο επόμενο βήμα αποτελεί η εκτέλεση Μαιευτικής Ολικής Υστερεκτομής. Η χορήγηση μονάδων αίματος απαιτείται κατά την απώλεια σημαντικού βαθμού αίματος.

Βαριά αιμορραγία διαταραχή πήκτικότητας

Η αιμορραγία του τοκετού μπορεί να σχετίζεται με διαταραχές στον πηκτικό μηχανισμό, βέβαια η περίπτωση των αιμορραγιών αυτών είναι πιο ασυνήθιστη. Η περίπτωση αυτή σχετίζεται με άλλες αιτίες αιμορραγίας καθώς για την επίτευξη της ελάττωσης της αιμορραγία γίνεται χρήση διαφόρων σκευασμάτων. Σε συνεργασία με την προσπάθεια διατήρησης του όγκου με την χρήση υγρών, το αίμα αραιώνεται. Η περίπτωση την αιμορραγία αυτής μπορεί να είναι ξαφνική και προέρχεται από την περιοχή της πλακουντιακής άλω. Η γρήγορη ανίχνευση της επιπλοκής αυτής μπορεί να αποτρέψει μια κατάσταση νοσηρότητας και θνησιμότητας καθώς η μη αντιμετώπιση της κατάστασης οδηγεί σε καταπληξία ή ακόμη και το θάνατο (James, A., 2015 &Katz, D., 2015).

Επέκταση της Κ.Τ.

Κατά τον τοκετό ενός μακροσωμικού εμβρύου μπορούν να προκληθούν πολλές επιπλοκές. Κατά την διέλευση της κεφαλής του εμβρύου από τη μητρική κοιλότητα, μπορεί να υπάρξει ρήξη της τομής. Αυτή η περίπτωση πραγματοποιείται όταν η τομή είναι χαμηλή εγκάρσια είτε χαμηλή κάθετη τομή.

Επιπλοκές αναισθησίας



Υπαραχνοειδής αναισθησία

Παρατηρείται κεφαλαλγία μετά από τρώση της σκληράς μήνιγγας, όπου συμβαίνει σε ποσοστό 1-8%. Η εμφάνιση συμβαίνει σε 24-48 ώρες από την χορήγηση της αναισθησίας. Η κεφαλαλγία είναι πολύ έντονη στην ινιακή περιοχή και στον αυχένα, αλλά επιδεινώνεται όταν η ασθενής προσπαθεί να σηκωθεί από την κατακεκλιμένη θέση. Οι ασθενείς παρατηρούνται για ναυτία, φωτοφοβία, διαταραχές της ακοής, βουητό και κατάθλιψη, σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να προκαλέσει διπλωπία και παράλυση εγκεφαλικών νεύρων. (Sudlow, C., 2004 & Duke, G., 2007)

Τα τοπικά αναισθητικά επιδρούν με τέτοιο τρόπο στα κύτταρα και τις νευρικές ίνες που σε περιπτώσεις τοξικότητας εμφανίζεται έντονη διεγερσιμότητα. Τα συμπτώματα στο κεντρικό νευρικό σύστημα εμφανίζονται πολύ πριν την τοξικότητα. Οι γυναίκες παρουσιάζουν μούδιασμα της γλώσσας και της περιστοματικής περιοχής που είναι το αρχικό σύμπτωμα συστημικής τοξικότητας, βουητό, ζάλη, αίσθημα ναυτίας, θολή όρασης και δυσκολία εστίαση αλλά και διαταραχές προσανατολισμού (Ασκητοπούλου. Ε., 2015).

Ναυτία, έμετος: Συμβαίνουν συχνά λόγω αύξησης του τόνου του παρασυμπαθητικού ή λόγω υπότασης κι ελάττωσης της εγκεφαλικής αιματικής ροής (Duke, J., 2007).

Επισκληρίδιος αναισθησία

Υπόταση είναι η συχνότερη επιπλοκή της περιοχικής αναισθησίας. Παρατηρείται κατά την είσοδο του τοπικού αναισθητικού οδηγώντας σε μείωση της μητροπλακουντιακής αιμάτωσης και σε καταπόνηση του εμβρύου (Λουτράδης, Δ., 2017).

Απρόσμενη εμφάνιση υψηλού αποκλεισμού παρατηρείται όταν μεγάλος όγκος τοπικού αναισθητικού χορηγηθεί στον υπαραχνοειδή αντί στον επισκληρίδιο χώρο από σφάλμα τεχνικής. Το ποσοστό εμφάνισης αυτού ή πλήρως νωτιαίου αποκλεισμού σε περιπτώσεις οσφυϊκής επισκληριδίου αναισθησίας είναι περίπου 1:4.500. Στα σημεία και στα συμπτώματα του πλήρους αποκλεισμού περιλαμβάνεται η βαριά υπόταση, η δύσπνοια, η αδυναμία ομιλίας και η απώλεια συνείδησης (Duke, J., 2007 & Ασκητοπούλου. Ε., 2015).

Επιλόχειος πυρετός πραγματοποιείται όταν με τη χορήγηση επισκληριδίου αναισθησίας στον τοκετό εμφανίζεται αυξημένη θερμοκρασία της επιτόκους. Οι επαγγελματίες υγείας συνήθως το αποκαλούν ως χοριοαμνιονίτιδα και μπορεί να οδηγήσει μια νεογνική επιθετική σηπτική κατάσταση. Οι πρωτοτόκες γυναίκες έχουν αυξημένα ποσοστά επίπτωσης καθώς οι περισσότερες που έχουν παρατεταμένο τοκετό, είναι πιθανόν να λάβουν επισκληρίδιο αναισθησία (Morgan, 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4- ΤΟΚΕΤΟΣ ΣΤΟ ΝΕΡΟ

4.1 ΓΕΝΙΚΑ

Μια ασφαλή μέθοδο εναλλακτικού τρόπου τοκετού, θεωρείται ο τοκετός στο νερό. Η χρήση του νερού κατά τον τοκετό αποτελεί μια πολύ συχνή μέθοδο ή οποία έχει πολλούς υποστηρικτές και φαίνεται πως στο εξωτερικό είναι πολύ διαδεδομένη. Το νερό έχει την ιδιότητα να χαλαρώνει το σώμα και να βοηθά στην εναλλαγή των θέσεων για τον τοκετό αλλά και στην διευκόλυνση του ώστε η μητέρα να έχει μια καλή εμπειρία τοκετού. Η συγκεκριμένη μέθοδος χαρακτηρίζεται από πολλούς ειδικούς ότι βοηθά στην μείωση του ποσοστού των καισαρικών τομών. Όμως πολλοί επαγγελματίες φαίνεται πως δεν επιθυμούν να διεξάγουν έναν τοκετό στο νερό καθώς οι περιορισμοί και οι προϋποθέσεις της διαδικασίας συμβάλλουν ώστε να μην υπάρχει απόλυτη εμπιστοσύνη στη μέθοδο (McKenna, L., 2014).

Η χρήση του νερού κατά την διάρκεια του τοκετού βοηθάει την επίτοκο να χαλαρώσει και να μειωθεί σημαντικά η αίσθηση του πόνου με φυσικό τρόπο χωρίς την ανάγκη για χρήση φαρμάκων [19][20]. Όταν γίνεται χρήση του νερού από την επίτοκο, υπάρχει η δυνατότητα συνδυασμού και τη χρήση του μασάζ στην περιοχή της σπονδυλικής στήλης και μέσης ενισχύοντας με αυτό τον τρόπο την σημαντική μείωση του πόνου. Μια ακόμη επιλογή αποτελεί ο συνδυασμός διάφορων ελαίων και αρώματων στον χώρο με την μυρωδιά που ευχαριστεί και χαλαρώνει την επίτοκο και εφόσον η ίδια το επιθυμεί.

Η βύθιση στο νερό μπορεί να βοηθήσει στην κάθοδο του εμβρύου αφού έχει παρατηρηθεί πως μέσα στο νερό η διεύρυνση της πυέλου αυξάνεται. Αυτό είναι ιδιαίτερα ευεργετικό σε επίτοκες με μεγάλο έμβρυο και σε εκείνες που είναι υπέρβαρες [1]. Η άνωση που έχει το νερό μειώνει την ενδοκοιλιακή πίεση με αποτέλεσμα η κυκλοφορία του αίματος και η λειτουργία της μήτρας να διευκολύνεται σε μεγάλο βαθμό. Αυτό παρέχει στο μυομήτριο καλύτερη οξυγόνωση και κατ' επέκταση μείωση του πόνου καθώς και καλύτερη οξυγόνωση του εμβρύου με αποτέλεσμα να μειώνεται ο κίνδυνος εμβρυϊκής δυσχέρειας (Brown 1983). Επίσης επηρεάζεται η καρδιαγγειακή φυσιολογία της μητέρας, καθώς η υδροστατική πίεση αυξάνει την φλεβική επιστροφή και κινητοποιεί το εξωαγγειακό υγρό και το οίδημα. Επίσης μειώνει το περιγεννητικό πόνο, υπάρχει αίσθηση ευημερίας και του ελέγχου της κατάστασης καθώς και

μείωση του ποσοστού των τραυμάτων του περινέου. Πολλοί υποστηρίζουν ότι η βύθιση μειώνει το άγχος της επίτοκου καθώς και τα επίπεδα ορμονών που σχετίζονται με το άγχος. Θα μπορούσε δυνητικά να επωφεληθεί το νεογέννητο για μία «ήπια» μετάβαση από το ενδομήτριο στο εξωμήτριο περιβάλλον.

Η υγρή ατμόσφαιρα που υπάρχει διευκολύνει την αναπνοή στην επίτοκο. Εάν παραμείνει η επίτοκος κατά το 2ο στάδιο του τοκετού βυθισμένη στο νερό θα διευκολυνθεί ιδιαίτερα, διότι αυτό την βοηθάει να εξωθήσει και το ζεστό νερό μαλακώνει τους μύες του κόλπου και του περινέου, ώστε να μειώνονται οι πιθανότητες για κακώσεις- ρήξεις [1]. Έχει παρατηρηθεί ότι μειώνει αισθητά τον πόνο ή την χρήση της αναισθησίας χωρίς ωστόσο να υπάρχουν αποτελέσματα ότι βελτιώνει και το 2ο στάδιο του τοκετού τόσο για την επίτοκο όσο και για το έμβρυο. Θα πρέπει να 35 υπάρχει συνεχή παρακολούθηση της γυναίκας όταν βρίσκεται βυθισμένη στο νερό, κατά το 1ο στάδιο του τοκετού, για να απομακρυνθεί άμεσα εάν υπάρξει κάποια εμβρυική ή μητρική δυσχέρεια.

4.2 ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Ο τοκετός στο νερό προκειμένου όλα να εξελιχθούν σωστά χωρία να διατρέχει κίνδυνο η υγεία της μητέρας ή το ίδιο το έμβρυο χρειάζεται να ληφθούν υπ' όψιν ορισμένες προϋποθέσεις. Για να διεξαχθεί ο τοκετός στο νερό αρχικά θα πρέπει ο θεράπων ιατρός να είναι σίγουρος ότι η περίπτωση της γυναίκας είναι κατάλληλη για διεξαγωγή φυσιολογικού τοκετού. Η διεξαγωγή ενός τοκετού στο νερό απαιτείται να γίνει με οδηγό έναν εξειδικευμένο επαγγελματία υγείας στο κομμάτι του τοκετού στο νερό.

Ο κατάλληλος χώρος αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την υγεία της γυναίκας και του παιδιού καθώς μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές συνέπειες. Πολλές γυναίκες επιθυμούν εκτός από την κλινική όπου η προετοιμασία του χώρου και της πισίνας είναι κατάλληλη, να γεννήσουν σπίτι τους με χρήση πισίνας ή μπανιέρας. Συνήθως η γυναίκα νιώθει ασφάλεια στο σπίτι της καθώς βρίσκεται σε ένα οικείο περιβάλλον. Φυσικά, ο χώρος του σπιτιού της γυναίκας θα πρέπει να είναι καθαρός και η πισίνα ή η μπανιέρα που θα χρησιμοποιηθεί πρέπει οπωσδήποτε να είναι

καθαρισμένη εξονυχιστικά για την πρόληψη λοιμώξεων. Η θερμοκρασία του νερού πρέπει να είναι συγκεκριμένη ως 36 βαθμοί Κελσίου, γι' αυτό απαιτείται ειδικό θερμόμετρο.

Ακόμη χρειάζεται στο σπίτι να υπάρχει ο απαραίτητος εξοπλισμός τον οποίο θα χρησιμοποιήσουν οι ειδικοί κατά τον τοκετό. Ένας χώρος ειδικά διαμορφωμένος στην περίπτωση που θα απαιτηθεί αναγκαία έξοδος της εγκύου ή για την ανάνηψη του νεογνού. 20

Οι κλινικές σε σύγκριση με τη γέννα στο σπίτι έχουν τον απαραίτητο εξοπλισμό και εγκαταστάσεις για να πραγματοποιηθεί μια γέννα στο νερό. Καθώς επίσης όλο το προσωπικό είναι προετοιμασμένο για την οποιαδήποτε έκβαση.

4.3 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Για να πραγματοποιηθεί ένας τοκετός στο νερό χρειάζεται να υπάρχουν ορισμένοι περιορισμοί καθώς δεν μπορούν όλες οι γυναίκες να γεννήσουν με τον συγκεκριμένο τρόπο.

- Απαραίτητη προϋπόθεση η θέληση της γυναίκας, καθώς και η καλή της σχέση με το νερό
- Φυσιολογική εξέλιξη, μονήρης κύησης, τουλάχιστον 37 εβδομάδων και έως 41+6 εβδομάδων
- Απουσία κολπικής αιμορραγίας
- Απουσία υψηλής αρτηριακής πίεσης στην επίτοκο και γενικότερα παθολογία της κύησης
- Δείκτης μάζας σώματος <35
- Απουσία ένδειξης συνεχούς καρδιοτοκογραφικής παρακολούθησης, αν κι αυτή είναι απόλυτα εφικτή στο νερό
- Φυσιολογική θερμοκρασία σώματος της επιτόκου καθ' όλη τη διάρκεια παραμονής της στην πισίνα
- Κεφαλική προβολή του εμβρύου
- Να μην έχει γίνει πρόωρη ρήξη εμβρυικών υμένων

4.4 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Τοκετός στο νερό από το σπίτι

Η γυναίκα έχει τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσει το νερό ήδη από το σπίτι, με την εμφάνιση των πρώτων συσπάσεων ψευδο-τοκετού. Στη φάση αυτή, το νερό έχει την ιδιότητα να χαλαρώσει αρκετά τη γυναίκα. Η ανακουφίση από αυτές τις πρώιμες συσπάσεις βοηθούν ώστε να πάρει δυνάμεις οι γυναίκα και να προσπαθήσει ώστε να βελτιώσει τις προϋποθέσεις για ένα φυσιολογικό τοκετό, μέχρι να έρθει η κατάλληλη στιγμή για την εισαγωγή στο μαιευτήριο.

Σε αυτή τη φάση, υπάρχει η δυνατότητα χρήσης του νερού είτε κάνοντας ένα ζεστό ντους και ρίχνοντας ευχάριστης θερμοκρασίας νερό στην κοιλιά και τη μέση, είτε βυθίζοντας στην μπανιέρα, την οποία έχει προηγουμένως γεμίσει με ζεστό νερό ευχάριστης θερμοκρασίας. Η χρήση ελαίου χαμομηλιού, σανδαλόξυλου ή λεβάντας θα μπορούσε σε αυτή τη φάση να χαλαρώσει περισσότερο τους μύες και να προσφέρει μεγαλύτερη άνεση στην διάρκεια της βύθισης εντός της μπανιέρας.

Τοκετός στο νερό από το μαιευτήριο

Μετά την έναρξη του ενεργού σταδίου τοκετού, ή αλλιώς της εισαγωγής σας στο μαιευτήριο, υπάρχει η δυνατότητα πάλι της χρήσης του νερού σε οποιαδήποτε φάση στη διάρκεια του σταδίου της διαστολής ή των ωδινών. Στη φάση αυτή, οι γυναίκες αναφέρουν πως η χρήση του ζεστού νερού με ντους ή κομπρέσες στην περιοχή της κοιλιάς και της μέσης είναι από τα πιο αποτελεσματικά μέσα, και νιώθουν πως παίρνουν δυνάμεις ώστε να προχωρήσουν με πιο εύκολο τρόπο και μεγαλύτερη ψυχολογία στο επόμενο στάδιο του τοκετού.

Στα σύγχρονα μαιευτικά κέντρα ή στην περίπτωση τοκετού στο σπίτι, υπάρχει η δυνατότητα χρήσης πισίνας, που δεν είναι άλλη από μία μεγάλη μπανιέρα επιτοίχια ή φουσκωτή, που οι γυναίκες χρησιμοποιούν προκειμένου να χαλαρώσουν για την διαδικασία με θερμοκρασία νερού ελεγχόμενη και πάντα σταθερή στους 36 βαθμούς. Ο συγκεκριμένος τρόπος τοκετού στο νερό είναι ο πιο αποτελεσματικός και ο περισσότερο προτιμητέος από τις γυναίκες.

η παραμονή στη πισίνα γίνεται σε οποιοδήποτε στάδιο της διαστολής, μέχρι το σημείο εκείνο που η γυναίκα αισθάνεται ότι το νερό βοηθάει. Δηλαδή, υπάρχει η δυνατότητα παραμονής στην πισίνα από τα τέσσερα εκατοστά έως και τα επτά εκατοστά και στη συνέχεια να βγει η γυναίκα από το νερό, αν πλέον δεν βοηθά στη γυναίκα η έξοδος και νιώθει ότι δεν αντέχει τις συσπάσεις μπορεί να κάνει χρήση μιας αναλγητικής μεθόδου.

Μπορεί επίσης να χρησιμοποιήσει η γυναίκα το νερό από τα τέσσερα εκατοστά έως και τα 10 εκατοστά, ολοκληρώνοντας την φάση της διαστολής εντός του νερού, και επιλέγοντας να εξωθήσει και να γεννήσετε το μωρό εκτός νερού. Εναλλακτικά, μπορεί να παραμείνετε στο νερό σε όλη τη διάρκεια του σταδίου της διαστολής ώστε να εξωθήσει και να γεννήσει το μωρό της εντός του νερού.

4.5 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

- 1) Διευκολύνει την κινητικότητα της επιτόκου και της δίνεται η δυνατότητα να αλλάξει διάφορες θέσεις που είναι άνετες για την ίδια.
- 2) Επιταχύνει τον τοκετό.
- 3) Μειώνει την Αρτηριακή Πίεση.
- 4) Δίνει στην επίτοκο την αίσθηση ότι έχει εκείνη τον έλεγχο του τοκετού της
- 5) Παρέχει σημαντική ανακούφιση του πόνου.
- 6) Προωθεί την χαλάρωση.
- 7) Αναζωογονεί την ενέργειά της.
- 8) Μειώνει την ανάγκη για φάρμακα και παρεμβάσεις.
- 9) Προστατεύει την επίτοκο από τις παρεμβάσεις δίνοντάς της ένα προστατευμένο ιδιωτικό χώρο.
- 10) Μειώνει τον τραυματισμό του περινέου.
- 11) Μειώνει τον αριθμό των καισαρικών τομών.
- 12) Οι μητέρες επιθυμούν να χρησιμοποιήσουν ξανά αυτή την μέθοδο.
- 13) Οι μαίες είναι ευχαριστημένες με αυτήν τη μέθοδο.

14) Ενθαρρύνει τη μητέρα για έναν ομαλό τοκετό και μια ήπια υποδοχή του νεογνού

4.6 ΚΙΝΔΥΝΟΙ

- 1) Μείωση της συχνότητας και έντασης στις συστολές της μήτρας, ειδικά εάν εισαχθούν γρήγορα στο νερό.
- 2) Αναρρόφηση νερού από το νεογνό.
- 3) Υποθερμία μητέρας που μπορεί να συμβάλει στην εμβρυική υποξία.
- 4) Νεογνική υποθερμία.
- 5) Δεν είναι ακριβής η απώλεια αίματος.
- 6) Νεογνική και μητρική λοίμωξη- δεν υποστηρίζονται από αποδεικτικά στοιχεία

4.7 ΚΟΣΤΟΣ

Το κόστος του τοκετού στο νερό σε μια κλινική είναι αυξημένο σε σχέση με το κόστος του τοκετού σε μια αίθουσα φυσιολογικού τοκετού ή σε μια καισαρική τομή. Στην τιμή περιλαμβάνεται η τιμή του ειδικού δωματίου καθώς είναι ειδικά διαμορφωμένο για τον τοκετό η μαία που θα βρίσκεται δίπλα στη γυναίκα σε όλη τη διάρκεια του τοκετού, το υλικό που θα χρησιμοποιηθεί για την ανάνηψη του νεογνού. Το κόστος κυμαίνεται μεταξύ 3.000 έως 4.000€.

Το κόστος για τον τοκετό στο νερό στο σπίτι είναι χαμηλότερο απ' ό,τι στο νοσοκομείο. Σχετίζεται βέβαια αν η γυναίκα θα κάνει χρήση δικής της μπανιέρας ή εξειδικευμένης πισίνας. Πάντως το κόστος καλύπτει την μαία που θα αναλάβει την περάτωση του τοκετού υπολογίζοντας το μέγιστο ως 2000€.





ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5- ΤΟΚΕΤΟΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

5.1 ΓΕΝΙΚΑ

Ως τον 20ο αιώνα, σε όλο τον κόσμο οι γυναίκες γεννούσαν στο σπίτι με την βοήθεια της μαίας. Η πολιτική της υγείας σχετικά με τον τοκετό άλλαξε, υποστηρίζοντας ότι η διεξαγωγή του τοκετού πρέπει να πραγματοποιείται στο νοσοκομείο. Ο τοκετός στο σπίτι φαίνεται ότι τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να επιστρέφει στην φιλοσοφία και στην επιλογή των ανθρώπων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ωστόσο η Ελλάδα έχει αρκετά χαμηλά ποσοστά στην επιλογή τοκετού στο σπίτι. Γίνεται μάλιστα μια τεράστια προσπάθεια για την αποκρατικοποίηση του φυσιολογικού τοκετού.

5.2 ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

- κεφαλική προβολή εμβρύου ηλικία κύησης 37 έως 42 εβδομάδων
- φυσιολογικά υπερηχογραφήματα κατά την διάρκεια της κύησης
- φυσιολογικές μικροβιολογικές και βιοχημικές εξετάσεις και κυρίως
- οι τιμές των αιμοπεταλίων, αιμοσφαιρίνης, σακχάρου και αιματοκρίτη απουσία αιμορραγίας κατά την κύηση
- απουσία προηγηθείσας Καισαρικής τομής
- φυσιολογικά επίπεδα αρτηριακής πίεσης
- ακεραιότητα αμνιακού υγρού ή να μην υπάρχει ρήξη γιαπερισσότερες από 24 ώρες.

5.3 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

5.4

5.4 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

5.5 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

5.6 ΚΙΝΔΥΝΟΙ

Στο τέλος του τοκετού οι κοινότερη επιπλοκή είναι η απώλεια μεγάλου όγκου αίματος ή η αιμορραγία. Πιθανότατα εξαιτίας των μειωμένων ιατρικών παρεμβάσεων στο τοκετό στο σπίτι, τα ποσοστά εμφανίζονται επίσης μειωμένα. Παράδειγμα η αιμορραγία μετά τον τοκετό στο σπίτι συμβαίνει στο 1,2% έως 9,3% . Έναντι του μαιευτηρίου που ανάγεται στο 0,85% έως 11,4%. Η σοβαρού βαθμού αιμορραγία επίσης εμφανίζεται στο 0,4% έως 4,4% και στο 1% έως 5% αντίστοιχα στο μαιευτήριο. Ενώ τέλος η ανάγκη μετάγγισης αίματος για την αντιμετώπιση της σοβαρής αιμορραγίας στην περίπτωση τοκετού στο σπίτι είναι 0,07% έως 0,69%. Έναντι του 0,08% έως 1,2% στο μαιευτήριο.

5.7 ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ

ο ρόλος του μαίας είναι ζωτικής σημασίας. Οι ασθενείς βλέπουν στο πρόσωπο της τον άνθρωπο που θα τους βοηθήσει να επιτύχουν την εξασφάλιση ενός τοκετού χωρίς επιπλοκές. Ωστόσο το παραϊατρικό επάγγελμα είναι ένα επάγγελμα που απαιτεί την αφοσίωση του επαγγελματία στην εκτέλεση των καθηκόντων του. η μαία αποτελεί μια ιδιαίτερη ομάδα επαγγελματιών όπου το άτομο καλείται να διαχειρίζεται πολλούς ρόλους σε ένα σύντομο χρονικό διάστημα. Για να γίνει η επιλογή μιας μαίας χρειάζεται να διαθέτει ορισμένα χαρακτηριστικά που θα κάνουν τους νέους γονείς να την εμπιστευτούν.

Εκπαίδευση

Η εκπαίδευση των μαιών, εστιάζεται στην αποφοίτηση τους από σχολές πανεπιστημιακής ή και τεχνολογικής εκπαίδευσης καθώς και να διαθέτουν την απαραίτητη άδεια εξάσκησης του επαγγέλματος τους. Στα πλαίσια της εκπαίδευσης τους, οι επαγγελματίες υγείας παρακολουθούν μαθήματα κοινοτικής με σκοπό την εκμάθηση βασικών γνώσεων και δεξιοτήτων ώστε να έχουν τα κατάλληλα εφόδια για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας της κοινότητας και την προαγωγή της υγείας (Καλοκαιρινού, Α., 2014).

Πολλοί επαγγελματίες υγείας προκειμένου να διευρύνουν τις γνώσεις τους προτιμούν να συμμετέχουν σε μεταπτυχιακά προγράμματα είτε στην χώρα τους είτε στο εξωτερικό. Η εκπαίδευση στο εξωτερικό πραγματοποιείται για να λάβουν περισσότερες γνώσεις πάνω σε πρακτικές οι οποίες δεν εφαρμόζονται πλήρως ή δεν υπάρχει αντίστοιχη εκπαίδευση στην Ελλάδα. Για παράδειγμα οι μαίες του εξωτερικού εκτελούν καθημερινά μόνες τους φυσιολογικούς τοκετούς (Courtenay, M., 2010).

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ:

Η επικοινωνία είναι ένα από τα βασικά γνωρίσματα που πρέπει να διαθέτει ο άνθρωπος προκειμένου να εκφράζει όσο σκέφτεται και νιώθει. Η επικοινωνία έχει πολλές μορφές, μπορεί να είναι λεκτική, μη λεκτική, να εκφράζεται με τη γλώσσα του σώματος. Ο επαγγελματίας υγείας για να μπορεί να επικοινωνήσει με τους ασθενείς που πρέπει να γνωρίζει το πνευματικό τους υπόβαθρο αλλά και την ηλικία τους. Αναλυτικότερα, όταν η συνομιλία του επαγγελματία υγείας είναι με ένα άτομο μεγάλης ηλικίας που η γλώσσα που αντιλαμβάνεται είναι η δημοτική, ο επαγγελματίας υγείας χρειάζεται να μιλήσει στην γλώσσα που το άτομο κατανοεί (Fakhr, A., 2012 & Kourkouta, L., 2014). Σε περίπτωση που ο επαγγελματίας υγείας απευθυνθεί στον ασθενή με ορολογίες και με λέξεις που ο ίδιος δεν κατανοεί τότε ο ασθενής δεν μπορεί να ακολουθήσει όσα χρειάζονται. Επίσης είναι πιθανό, ο ασθενής να μην δώσει σημασία σε όσα ο επαγγελματίας υγείας τον συμβουλεύει.

Ακόμη όταν ο επαγγελματίας υγείας θέλει να ενημερώσει τον ασθενή για την κατάσταση ή τους κινδύνους που υπάρχουν για την κατάσταση τους, σε περίπτωση που ο επαγγελματίας υγείας μιλά ακατάπαυστα η επικοινωνία δεν είναι επιτυχής. Ο ασθενής λαμβάνει πολλές πληροφορίες που τον κουράζουν με αποτέλεσμα στο τέλος της ενημέρωσης να μην έχει αντιληφτεί τίποτα. Ο διάλογος και η δυνατότητα που δίνει ο επαγγελματίας υγείας στον ασθενή να θέλει να μάθει και να εκφράζει τις ανησυχίες του βοηθά στην επίτευξη της επικοινωνίας (O'Sullivan, C., 2014).

ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ:

Η δυνατότητα πλήρους κατανόησης της προσωπικής κατάστασης του συνομιλητή για τις δράσεις και τα κίνητρα του, χωρίς να προσβάλλονται οι αξίες και τα ιδανικά του. Ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να βρεθεί στη θέση του συνομιλητή χωρίς όμως να τον κρίνει για τις ενέργειες του και τις επιλογές του. Όμως ο νοσηλευτής δεν πρέπει να παρασύρεται από το συναίσθημα, χρειάζεται να θυμάται πάντοτε πως είναι επαγγελματίας (Montague, E., 2013).

ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΙΚΟΤΗΤΑ:

Ο επαγγελματίας υγείας χρειάζεται να είναι παρατηρητικός ώστε να αντιλαμβάνεται έγκαιρα τις επείγουσες καταστάσεις ή τα προβλήματα που μπορεί να έχει ο ασθενής. Για παράδειγμα κατά την κατ' οίκον φροντίδα ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να δει την γυναίκα πως συμπεριφέρεται και να αντιληφτεί αν η ψυχική της κατάσταση αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα. Το ίδιο μπορεί να συμβεί και σε περιπτώσεις ενδοοικογενειακής βίας όπου ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να παρατηρήσει σημάδια που να εξηγούν ότι μέσα στην οικογένεια υπάρχουν τέτοιες καταστάσεις (Gunnarsson, M., 2009).



5.8 ΚΟΣΤΟΣ

Το κόστος του τοκετού στο σπίτι είναι μισδαμινό. Οι γυναίκα δεν έχει να πληρώσει διαμονή και υπηρεσίες εκτός από την αμοιβή της μαίας. Συνήθως αυτή ανέρχεται ως τα 1000 ευρώ καθώς οι υπηρεσίες της είναι ανεκτίμητες. Βρίσκεται δίπλα στη γυναίκα σε όλη τη διάρκεια του τοκετού αλλά πρέπει να είναι προετοιμασμένη για όποια επιπλοκή.



International day of the midwife

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σε αυτό το σημείο χρειάζεται να τονιστεί πως μια υγιής γυναίκα όπου η κυοφορία της δεν διέτρεχε κάποιο κίνδυνο δεν έχει κανέναν λόγο για να μην επιλέξει έναν φυσιολογικό τοκετό. Η έλλειψη όμως ενημέρωσης, ο φόβος και η κακή πληροφόρηση πολλές φορές οδηγούν στην επιλογή μιας μεθόδου η οποία μπορεί να έχει συνέπιες για την ίδια τη γυναίκα.

Πολλές γυναίκες φοβούνται τον πόνο του τοκετού και πως δεν θα μπορέσουν να ανταπεξέλθουν σωστά στις απαιτήσεις του. υπάρχουν μέθοδοι οι οποίοι συμβάλλουν στην επίτευξη ενός τοκετού μειώνοντας την ένταση του πόνου. Η επίτοκος μέσα από τις διάφορες μεθόδους και διεργασίες μπορεί να επιτύχει έναν τοκετό φυσιολογικό και μια θετική εμπειρία.

Βέβαια η καισαρική τομή έχει συμβάλει σημαντικά της περιγεννητικής και της μητρικής θνησιμότητας. Πολλά προβλήματα της κύησης που κατά το παρελθόν απειλούσαν τη ζωή

μητέρας και εμβρύου μπορούν πλέον να επιλυθούν εύκολα και με ασφάλεια. Το σημαντικό είναι ακριβώς ότι οι γυναίκες και οι ιατροί τους έχουν περισσότερες επιλογές στη διάθεσή τους ώστε να εφαρμόζουν αυτό που κάθε φορά εγγυάται τη μεγαλύτερη δυνατή ασφάλεια για τη μητέρα και το παιδί της.

Ο τρόπος επιλογής τοκετού όπως επίσης και το κόστος αυτού είναι επιλογές υποκειμενικές. Η επιλογή του φυσιολογικού τοκετού είναι και η καλύτερη για μια γυναίκα. Είναι αυτό που η φύση της την προορίζει ώστε να γεννήσει με τον συγκεκριμένο τρόπο. Η τεχνολογία έχει κάνει σημαντικά άλματα και οι γυναίκες δεν γεννούν όπως παλαιότερα. Για το λόγο αυτό η καισαρική τομή είναι σωτήρια λύση σε επείγουσες καταστάσεις όμως όταν υπάρχει επιλογή δεν παύει να θεωρείται ένα χειρουργείο.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Διαδικτυακές πηγές

Γκαραβέλας, Α. (2014). Καισαρική από την προετοιμασία έως το πρώτο κλάμα. (τελευταία προσπέλαση 12/12/2022) <https://www.iatronet.gr/ygeia/maieftiki-egkymosyni/article/30706/kaisariki-apo-tin-proetoimasia-ews-to-prwto-klama.html>

Παπακωνσταντίνου, Κ. (2018). (τελευταία προσπέλαση 12/12/2022) http://www.krapakonstantinou.com/cae1e9f3e1f1e9eade_d4efecde.html

Truven Health Analytics. (2013). The cost of having a baby in the United States. Greenwood Village: Truven Health Analytics.

Gao, Y., Tang, Y., Tong, M., DU, Y., Chen, Q. (2019). Does attendance of a prenatal education course reduce rates of caesarean section on maternal request? A questionnaire study in a tertiary women hospital in Shanghai, China. *BMJ Open*.9(6).P.e029437.

Collard, T., Diallo, H., habinsky, A., Hentschell, C., Vezau, T. (2008/2009). Elective cesarean section: Why women choose it and what nurses need to know. *Nursing for Women's Health*.12(6).pp480-488.

Wiklund.I.,Edman,G., Andolf,E. (2007). «Caesarean section on maternal request : reasons for the request, self- estimated health, expectations, experience of birth and sings of depression among first time mothers». *ActaObstetricia et Gynecologica*, vol.86,pp.451-456.

Nilsson,C., Van Limbeek,E., Vehvilainen- Julkumen,K., Lundgren,I.(2015). «Vaginal Birth After Cesarean: Views of Women From Countries With High VBAC Rates». *QualitativeHealthResearch*.eb;27(3):325-340.

McKenna JA1 ,SymonAGWater VBAC: exploring a new frontier for women's autonomy. *McKenna JA1 ,Symon AG. Midwifery*. 2014 Jan;30(1)

Ahmed W.H. &Hamdy M.A. (2018).Optimal management of umbilical cord prolapse.*Int J WomensHealth*. 21(10):459-465.

Λουτράδης Δημ., Δεληγεώρογλου Ευθ., Παπαντωνίου Νικ., Παππά Καλ, (2017) Μαιευτική Αναλγησία και Αναισθησία, Μαιευτική και Γυναικολογία , Εκδόσεις ΠΧ Πασχαλίδης ,67:554-560

Λουφόπουλος Δ. Α., Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία, Επεμβατικός Τοκετός, 20(2): 132-138.,2008.

Περιβολάρη – Αντωνοπούλου, Ν. (2010). Μετεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα στη Μαιευτική και Γυναικολογία. Εκδόσεις Λαγού. Αθήνα.

James, A.H., Cooper, D.L., Paidas, M.J. (2015). Hemostatic assessment, treatment strategies, and hematology consultation in massive postpartum hemorrhage: results of a quantitative survey of obstetrician-gynecologists. Int J WomensHealth. pp73-81.

Katz, D., Beilin, Y. (2015). Disorders of coagulation in pregnancy.Br J Anaesth.pp.75-88.

James Duke MD,Colorado (2007) Anesthesia Secrets (second edition) Βασικές αρχές Μαιευτικής Αναισθησίας, Εκδόσεις ΠΧ Πασχαλίδης, 61: 487-506, 62: 507-567

Morgan, Michail, Murray (2012) Κλινική Αναισθησιολογία,Μαιευτική Αναισθησία, 4η έκδοση , 43: 858 – 880.

Λουτράδης Δημ., Δεληγεώρογλου Ευθ., Παπαντωνίου Νικ., Παππά Καλ, (2017) Μαιευτική Αναλγησία και Αναισθησία, Μαιευτική και Γυναικολογία , Εκδόσεις ΠΧ Πασχαλίδης ,67:554-560.

Sudlow C, Warlow C(2004) Epidural blood patching for preventing and treating postdural puncture headache (Cohraine review). In: The Cohraine Library, Issue 1,2004. Chichester,UK: John Wiley&Sons, Ltd.

Ασκητοπούλου Ελ., Παπαϊωάννου Αλ., (2015) Εγχειρίδιο Αναισθησιολογίας & Περιεγχειρητικής Φροντίδας, ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΩΝ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΩΝ ISBN: 978-960-603-475-6.