



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΕΡΤΣΕ - ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑ 50200  
ΤΗΛ: 24610 69050  
EMAIL: mw@uowm.gr



**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ΤΟΚΕΤΟΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ  
ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ  
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ-ΤΟΥ ΜΑΙΑΣ-ΜΑΙΕΥΤΗ»**

**«HOME BIRTHING – MIDWIFERY  
CARE AND THE ROLE OF THE MID-  
WIFE»**

**ΜΠΟΡΑΪ ΕΣΜΕΡΑΛΝΤ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ  
κ. ΠΑΠΟΥΤΣΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ**

**ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑ, ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2023**

## Δήλωση περί μη λογοκλοπής

Δηλώνω ότι είμαι ο συγγραφέας της παρούσας εργασίας με τίτλο που συντάχθηκε «ΤΟΚΕΤΟΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ-ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ-ΤΟΥ ΜΑΙΑΣ-ΜΑΙΕΥΤΗ» στα πλαίσια της πτυχιακής μου εργασίας και παραδόθηκε το μήνα Φεβρουάριο του 2023. Η αναφερόμενη εργασία δεν αποτελεί αντιγραφή ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν αναφέρονται σαφώς στη βιβλιογραφία και στο κείμενο ενώ κάθε εξωτερική βοήθεια, αν υπήρξε, αναγνωρίζεται ρητά

Όνομα (κεφαλαία)

ΑΜ

Υπογραφή:

ΜΠΟΡΑΪ ΕΣΜΕΡΑΛΝΤ

ΜΑ01403

ΜΠΟΡΑΪ ΕΣΜΕΡΑΛΝΤ

Ημερομηνία:

14/02/2023

## Περίληψη

Ο σκοπός της πτυχιακής εργασίας αυτής είναι να γίνει κατανοητός ο διαχωρισμός της κύησης “χαμηλού κινδύνου (low-risk) από υψηλού κινδύνου (high-risk)” βάση των επίσημων κατευθυντήριων οδηγιών και να περιγραφεί η κλινική σημασία της ταξινόμησης της κύησης τόσο ως προς τον τρόπο μαιευτικής παρακολούθησης, όσο και προς τον τόπο αποπεράτωσης του τοκετού. Επιπλέον, πρόκειται να τονιστεί η σημασία της συμβουλευτικής της επίτοκου σε όλη την διάρκεια της κύησης για θέματα υγιεινοδιαιτητικών συνηθειών της αλλά και της ψυχοσωματικής προετοιμασίας του ζευγαριού. Τέλος, θα περιγραφεί το ποια αποτελεί την πιο σωστή και κατάλληλη παροχή φροντίδας που θα εξασφαλίσει την επιλογή της γυναίκας σε οποιοδήποτε ζήτημα αλλά και να ολοκληρωθεί η κύηση με ασφάλεια και να αποφευχθεί η άσκοπη οικονομική επιβάρυνση. Η εκπόνηση της πτυχιακής αυτής θα αναλύσει το θέμα του τοκετού στο σπίτι, καθώς επίσης την σημασία και τον σχεδιασμό της μαιευτικής παρακολούθησης της κύησης αλλά και τον ρόλο που διαδραματίζει ο/η Μαιευτής/Μαία στην παροχή της φροντίδας της γυναίκας και του νεογνού καθόλη την διάρκεια της. Παρόλη την δυσκολία εντόπισης πληροφοριών και των λίγων ερευνών και μελετών, αρχικά θα γίνει μια σύντομη αναφορά της πορείας της μαίας στην ιστορία για τον τοκετό στο σπίτι και θα παρουσιαστούν τα ποσοστά των τοκετών αντίστοιχα. Θα γίνει μια λεπτομερής παρουσίαση στην ταξινόμηση και την σημασία του κίνδυνου της κύησης, περιγράφοντας αργότερα την μαιευτική παρακολούθηση της σε όλη την διάρκειά της αντλώντας βασικές πληροφορίες από το ιστορικό της γυναίκας, τις κλινικές, εργαστηριακές και υπερηχογραφικές εξετάσεις, προκειμένου να γίνει η σωστή συμβουλευτική στην έγκυο. Θα αναφερθούν οι διαδικασίες που πρέπει να ακολουθηθούν για την παροχή φροντίδας κατά την διάρκεια του τοκετού αλλά και τρόποι ανακούφισης του πόνου που θα δημιουργηθούν. Επιπλέον, θα συζητηθεί το θέμα της ασφάλειας του τοκετού κατοίκων αλλά και οι βασικοί λόγοι μεταφοράς σε μαιευτική μονάδα. Τέλος, θα παρουσιαστεί ο υπολογισμός της διαφοράς κόστους αναμεσά στον τοκετό στο σπίτι και το νοσοκομείο βάσει ελάχιστων ερευνών και θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου που δημιουργήθηκε για την επισκόπηση του θέματος της πτυχιακής εργασίας.

## **Abstract**

The purpose of this dissertation is to understand the separation of "low-risk" pregnancy from high-risk" based on official guidelines, to describe the clinical importance of the classification of pregnancy in terms of the way of obstetric monitoring and the place of completion of childbirth. In addition, to emphasize the importance of counseling the resident throughout pregnancy on issues of healthy eating habits and the psychosomatic preparation of the couple. Finally, to describe the proper and appropriate provision of care ensuring the choice of the woman in any issue but also to complete the pregnancy safely and to avoid unnecessary financial burden. In the elaboration of this thesis, the issue of childbirth at home will be analyzed, as well as the importance and planning of obstetric monitoring of pregnancy and the role played by the Obstetrician / Midwife in providing the care of the woman and the newborn throughout its duration. Despite the difficulty of locating information and the few researches and studies, initially a brief report will be made of the course of the midwife in the history of home birth and the rates of childbirth will be presented respectively. A detailed presentation will be made on the classification and significance of the risk of pregnancy, describing later the obstetric monitoring of pregnancy throughout the duration of pregnancy. drawing basic information from the woman's history, clinical, laboratory and ultrasound tests, in order to make the right counseling to the pregnant woman. The procedures to be followed for the provision of care during childbirth will be mentioned, as well as ways to relieve the pain that will be created. In addition, the issue of the safety of childbirth at home and the main reasons for transfer to an obstetric unit will be discussed. A small reference will be made to the calculation of the cost difference between home and hospital birth based on minimal research and finally the results of the questionnaire created to review the topic of the dissertation will be presented.

## Πρόλογος

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας συγκροτεί ένα χώρο με προοπτικές και προτεραιότητα στον τομέα της Υγείας. Οι κοινωνικές αλλαγές, λαμβάνοντας υπόψη τις διαφορές στην γλώσσα, τον πολιτισμό, την οικονομία, την κοινωνική θέση, την οικογενειακή κατάσταση των ατόμων που την απαρτίζουν περιλαμβάνονται στο σύστημα παροχής φροντίδας στην κοινότητα. Εξαιτίας των προκλήσεων της ευμετάβλητης μαιευτικής επιστήμης που εφαρμόζεται στα νοσοκομεία και της παρούσας παροχής φροντίδας στην κοινότητα, όπου αντιμάχεται αυτής, οι Μαιευτές/Μαίες οφείλουν να γίνουν άξιοι να αποκτήσουν όλη αυτή την γνώση, προκειμένου να τους βοηθήσει να προσφέρουν φροντίδα στην κοινότητα με κριτική σκέψη και να χρησιμοποιήσουν την πιστοποιημένη γνώση που απέκτησαν στην προπτυχιακή τους εκπαίδευση. Είναι αναγκαίο οι Μαιευτές/Μαίες να αντιδρούν θετικά στις ψυχοσωματικές ανάγκες των εγκύων σε όλη την διάρκεια της κύησης τους. Είναι εμφανές σχετικά με την παροχή μαιευτικής φροντίδας στην κοινότητα στον ελλαδικό χώρο η απόλυτη έλλειψη γνώσης. Ίσως αυτή κινήσει το ενδιαφέρον και δώσει έμφαση στην εξέλιξη του ρόλου της μαιευτικής επιστήμης για την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας γύρω από την εγκυμοσύνη στην κοινότητα και πιο ειδικά κατ'οίκον, όπως έχει σκοπό και η πτυχιακή εργασία αυτή.

Αρκετός αριθμός επιστημονικών και έγκυρων βιβλιογραφικών δεδομένων, ερευνών και συστάσεων κατευθυντήριων οδηγιών αξιοποιήθηκαν σε μεγάλο βαθμό για την υλοποίηση της πτυχιακής εργασίας. Η δομή των κεφαλαίων καλύπτει την κλινική σημασία και την ταξινόμηση της κύησης βάση κριτηρίων σε κύηση ‘χαμηλού κινδύνου (low-risk)’ και ‘υψηλού κινδύνου’. Γίνεται μεγάλη αναφορά στο θέμα της μαιευτικής παρακολούθησης κύησης καλύπτοντας ένα μεγάλο φάσμα επιστημονικών γνώσεων, τονίζοντας και την συμμετοχή αλλά και τον σημαντικό ρόλο του/της Μαιευτή/Μαίας.

Κλείνοντας, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς για τον εμπλουτισμό και την ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας τον επιβλέποντα καθηγητή Παπουτσή Δημήτριο, την οικογένεια μου και την φίλη μου, καθώς και για την πρόθυμή τους συνεργασία, την υπομονή τους, την ατελείωτη υποστήριξη και τον διαθέσιμο χρόνο τους που μου προσέφεραν.

## Περιεχόμενα

|  |    |
|--|----|
| Περίληψη.....  | 3  |
| Abstract.....  | 4  |
| Πρόλογος.....  | 5  |
| Κατάλογος εικόνων.....   | 7  |
| 1. Ιστορική αναδρομή.....  | 8  |
| 1.1 Η Μαία κατά την αρχαιότητα.....  | 8  |
| 1.2 Η Μαία στους νεότερους χρόνους.....  | 10 |
| 2. Ποσοστά τοκετών.....  | 13 |
| 3. Βασικές προϋποθέσεις για τον τοκετό στο σπίτι .....                             | 15 |
| 4. Κύηση χαμηλού και κύηση υψηλού κινδύνου (low risk - high risk).....             | 18 |
| 4.1 Σημασία ταξινόμησης της κύησης ως χαμηλού ή υψηλού κινδύνου... ..              | 18 |
| 4.2 Κριτήρια ταξινόμησης της κύησης σε χαμηλού και υψηλού κινδύνου.....            | 19 |
| 4.3 Κλινική σημασία ταξινόμησης κύησης-χαμηλού & υψηλού κινδύνου.....              | 28 |
| 5. Μαιευτική παρακολούθηση κύησης (χαμηλού κινδύνου) .....                         | 29 |
| 5.1 Κατά την διάρκεια της κύησης.....  | 29 |
| 5.2 Βασικές πληροφορίες της κύησης.....  | 34 |
| 5.3 Εργαστηριακός προγεννητικός έλεγχος.....                                       | 35 |
| 5.4 Γενικές οδηγίες και συμβουλευτική της εγκύου κατά την διάρκεια της κύησης..... | 37 |
| 5.5 Κλινικές και παρακλινικές εξετάσεις κατά την διάρκεια της κύησης... ..         | 40 |
| 5.6 Υπερηχογράφημα σε κύηση χαμηλού κινδύνου.....                                  | 41 |
| 6. Φροντίδα κατά τη διάρκεια του τοκετού στο σπίτι.....                            | 45 |
| 7. Τρόποι ανακούφισης πόνου σε κύηση χαμηλού κινδύνου στο σπίτι.....               | 47 |
| 8. Ασφάλεια τοκετού στο σπίτι-λόγοι μεταφοράς σε μαιευτική μονάδα.....             | 52 |
| 9. Κόστος τοκετού στο σπίτι – οικονομική ανάλυση.....                              | 57 |
| 10. Ο ρόλος του Μαιευτή/Μαίας .....  | 59 |
| 11. Ερωτηματολόγιο – Αποτελέσματα .....  | 60 |
| 12. Συμπέρασμα – Συζήτηση .....  | 80 |
| 13. Βιβλιογραφία.....  | 82 |
| 14. Παράρτημα.....   | 89 |

## Κατάλογος Εικόνων

|  |    |
|--|----|
| Εικόνα 1: Αναπαραστάσεις τοκετών σε πήλινες πλάκες.....  | 8  |
| Εικόνα 2: Η Αγνοδίκη η Αθηναία.....  | 10 |
| Εικόνα 3: Τοκετός στο σπίτι.....   | 17 |
| Εικόνα 4: Καρδιοτοκογράφος για συνεχή ηλεκτρονική παρακολούθηση του εμβρύου.....                     | 28 |
| Εικόνα 5: Εκτίμηση και σχεδίαση πλάνου παρακολούθησης κύησης.....                                    | 31 |
| Εικόνα 6: Sonicaid.....  | 40 |
| Εικόνα 7: Κοιλοσκόπιο για την διαλείπουσα ακρόαση παλμών του εμβρύου (Pinard).....                   | 41 |
| Εικόνα 8: Υπερηχογράφημα 1ου τριμήνου με μέτρηση αυχενικής διαφάνειας και PAPP-A free-βhCG .....     | 43 |
| Εικόνα 9: Υπερηχογράφημα Β-επιπέδου/ Κολπική μέτρηση τραχήλου της μήτρας Φυσιολογικός τράχηλος ..... | 44 |
| Εικόνα 10: Πρώτο στάδιο τοκετού – Λανθάνουσα φάση.....   | 46 |
| Εικόνα 11: Δεύτερο στάδιο τοκετού – Εξώθησης.....  | 46 |
| Εικόνα 12: Μητρικός θηλασμός .....   | 47 |
| Εικόνα 13: Μη φαρμακευτικοί τρόποι ανακούφισης του πόνου - Μπάλα τοκετού... ..                       | 48 |
| Εικόνα 14: Εναλλαγή στάσεων θέσεων για την ανακούφιση του πόνου.....                                 | 49 |
| Εικόνα 15: Μουσικοθεραπεία – Hypnobirthing.....  | 50 |
| Εικόνα 16: Διαδερμική ηλεκτρική διέγερση νεύρων (TENS).....  | 50 |
| Εικόνα 17: Τοκετός στο νερό.....   | 51 |
| Εικόνα 18: Εισπνεόμενη αναλγησία – Entonox.....  | 51 |
| Εικόνα 19: Modelling the cost of place of birth: a pathway analysis.....                             | 58 |

## 1. Ιστορική Αναδρομή

Ο εντοπισμός πληροφοριών σχετικά με την ιστορική αναδρομή της φροντίδας μητρότητας ήταν μια δύσκολη διαδικασία. Ο κυριότερος λόγος ήταν ότι δεν εντοπίστηκαν πολλές μελέτες για την ιστορική εξέλιξη των Μαιών/Μαιευτών και των Μαιευτήρων. Αν και υπάρχουν αρχαιολογικά ευρήματα που αποδεικνύουν ότι το επάγγελμα της Μαίας υπήρχε από την αρχαιότητα δεν εντοπίστηκε κανένα ειδικό σύγγραμμα που να αναλύει την ιστορική αναδρομή της φροντίδας μητρότητας

### 1.1 Η Μαία κατά την αρχαιότητα.

Η εγκυμοσύνη, ο τοκετός και άλλες φυσιολογικές λειτουργίες, είχαν απασχολήσει τον πρωτόγονο άνθρωπο διότι είχε να αντιμετωπίσει ζωτικά προβλήματα επιβίωσης (Reid, 2004). Η φροντίδα της γυναίκας και του νεογνού ήταν πολύ σημαντική στην έκβαση του τοκετού και αυτό συνέβαλε να δημιουργηθεί στους περισσότερους αρχαίους λαούς η μαία (Εικόνα 1). Αναφέρεται, πως υπεύθυνη για τη φροντίδα της γυναίκας στην εγκυμοσύνη, τον τοκετό και την περίοδο της λοχείας ήταν η μαία (Tew, 2000). Παρόλα αυτά η μαιευτική την περίοδο της αρχαιότητας δεν ήταν επιστήμη ήταν απλή μαίευση, δηλαδή μία μεγαλύτερη σε ηλικία γυναίκα με εμπειρία τοκετού βοηθούσε τη γυναίκα να γεννήσει (Ridgway, 2002).



Εικόνα 1. Αναπαραστάσεις τοκετών σε πήλινες πλάκες. Πηγή: Α) Μνήμες Ελληνισμού. 'Ο Τοκετός, Και η Αποδοχή ή η Απόρριψη Των Παιδιών Στην Αρχαιότητα', 20 Αύγουστος 2020 .

<https://mnimesellinismou.com/arxaiotita/gennisi>. Β) Hellinon's Blog. 'Δεκέμβριος 2013', 26 Δεκέμβριος 2013. <https://hellinon.wordpress.com/2013/12/>.

Η Ελληνική μυθολογία είναι η πλουσιότερη ιστορία σε αναφορές για τη μαία, η οποία είχε σημαντικό ρόλο στη κοινωνία της αρχαίας Ελλάδας και αυτό τεκμηριώνεται από τις περιγραφές συγγραμμάτων. Περιγράφεται, ότι η μαία ήταν η



μεγαλύτερη και ομορφότερη κόρη από τις Πλειάδες πού ήταν οι επτά κόρες του Άτλαντα και της Πλειώνης (Λυκερίδου, 2011). Επίσης, φημιολογείται ότι η λέξη μαία είναι παράγωγο του αιολικού ή και του δωρικού μα, η οποία προήλθε από την αποκοπή της λέξης μα-τηρ=μήτηρ (μα-γη = μητέρα γη). Η εξειδικευμένη γυναίκα που ξεγεννάει τη γυναίκα μαία= μαμμή. Την παρουσία της ως άτομο με συγκεκριμένες δραστηριότητες επιβεβαιώνουν διάφορες ονομασίες με τις οποίες φερόταν όπως Μαιεύτρια (Σοφοκλή, Απ 99) και ομφαλοτόμος αυτή που κόβει τον ομφάλιο ρόλο (Ιπποκ.Γυν.1,46,Πολυδ.2,169,0). Ακόμη, ενδιαφέρον για τους μύθους γύρω από το τοκετό φανερώνει ο μύθος της Ελενώ ή Ειλείθια . Η Ειλείθια ή Ελειθώ που πηγάζει από το ειλέω, ειλέω (επιφέρω πόνους) ήταν η θεά της γέννησης και των πόνων του τοκετού , όπου μέσω της κραυγής «Ελθέ» οι επιτοκές καλούσαν την θεά για βοήθεια(Μώρος, 2010). Την περίοδο αυτή οι γυναίκες γεννούσαν στο σπίτι τους σε καθιστή θέση και για το σκοπό αυτό υπήρχε ειδικό κάθισμα με οπή στο κάτω μέρος, από την οποία οι μαίες εκτελούσαν τον τοκετό και ονομάζονταν «ιάτραινα» και «ομφαλοτόμος». Η πρακτική άσκηση των μαιών βασιζόταν στις εμπειρίες τις οποίες αποκτούσαν με την επαφή τους με άλλες μαίες. Η Μαιευτική αναφέρεται ότι αν και ήταν εμπειρικό επάγγελμα, είχε πολύ σημαντική κοινωνική αποδοχή, έφερνε υψηλή χρηματική αμοιβή και είχε ασκηθεί από γυναίκες ώριμης συνήθως ηλικίας, στις οποίες απαγορευόταν να ασκούν άλλη εργασία (Μουτζαλή, 2003). Κατά την ελληνική αρχαιότητα είναι γνωστές δυο επώνυμες μαίες, η Φαινάρη και η Αγνοδίκη. Η Φαινάρη, η μητέρα του Σωκράτη από την οποία απέκτησε και αρκετές γνώσεις για την ιατρική και την μαιευτική τέχνη. Η Αγνοδίκη ήταν μαία και γιατρός Αθηναία και επειδή απαγορευόταν η άσκηση της ιατρικής στις γυναίκες ντυνόταν ως άντρας (Εικόνα 2). Η οικειότητα που είχε με τις γυναίκες είχε ως αποτέλεσμα μερικοί συνάδελφοι της να την ενοχοποιήσουν ότι τις διέφθειρε και για το λόγο αυτό αναγκάστηκε να αποκαλύψει την ταυτότητα της. Για την κατηγορία αυτή αθωώθηκε από τον Άρειο Πάγο και καταργήθηκε η απαγόρευση της άσκησης της Ιατρικής από τις γυναίκες (Λυκερίδου, 2011). Στη συνέχεια ο Σωρανός (98-138μ.Χ), ο οποίος ασχολήθηκε με την μαιευτική και γυναικολογία δημοσίευσε για πρώτη φορά σύγγραμμα σχετικό με τα καθήκοντα που θα έπρεπε να εκτελεί η Μαία (Μώρος, 2010).



*Εικόνα 2. Η Αγνοδίκη η Αθηναία. Πηγή: 'Αγνοδίκη: Η πρώτη καταγεγραμμένη γιατρός-μαία στην παγκόσμια ιστορία!', 31 Ιανουάριος 2022. <https://brazilgreece.com/gr/agnodiki-proti-gynaikologos-maia/>.*

Στην αρχαία Αίγυπτο η μαία μαρτυρείται ότι βάση των κοινωνικών στρωμάτων είχε και διαφορετική μορφή. Στα χαμηλά κοινωνικά στρώματα η μαία θα μπορούσε να ήταν μια φίλη, η γειτόνισσα ή ένα μέλος της οικογένειας που είχε εμπειρία σε τοκετούς ή είχε γεννήσει η ίδια. Αντιθέτως, στα ψηλά κοινωνικά στρώματα η μαία ήταν η βοηθός ή η νοσηλεύτρια που βίωνε μέσα στην οικία. Η μόρφωση των μαιών δεν είχε ιδιαίτερο χαρακτήρα, απλά την μάθαιναν από άλλα μέλη της οικογένειας ή φίλων, οι οποίοι μέσω των δικών τους γνώσεων, εμπειριών και πρακτικών τους την μετέδιδαν (Ρούσου, 1993). Εκτός από τις πρακτικές υποχρεώσεις της μαιίας στην Αίγυπτο, ήταν επιπλέον υπεύθυνη για την ηθική υποστήριξη της γυναίκας, την ενθάρρυνση, την θρησκευτική καθοδήγηση και την προστασία της κατά την διάρκεια της ζωής της. Οι μαιές επικεντρώνονταν, σε θέματα γονιμότητας, αναπαραγωγής, αντισύλληψης, εγκυμοσύνης, τοκετού και αποβολών. Ο τοκετός, συνήθως πραγματοποιούνταν στα σπίτια των γυναικών ή σε εξειδικευμένους διαμορφωμένους χώρους που ήταν γεμάτοι με πάπυρους και κληματαριές. Κατά την εποχή των Πτολεμαίων, οι γυναίκες στα υψηλά κοινωνικά στρώματα γεννούσαν σε ειδικούς χώρους για τοκετούς οι οποίοι ήταν δίπλα στους ναούς τους. Κοντά σε αυτούς, υπήρχαν εξειδικευμένοι χώροι για τις λεχώνες, για τα νεογνά και τα βρέφη. Άπτεται επίσης ότι στην Αίγυπτο είχαν δημιουργηθεί σχολές μαιών και ότι η θεά Ισιδα ήταν προστάτιδα της γυναίκας στο τοκετό (Λυκερίδου, 2011).

## **1.2 Η Μαία στους νεότερους χρόνους.**

Κατά την περίοδο του επαναπροσδιορισμού της ιατρικής, που ήταν απαραίτητο η κλινική διάγνωση να τεκμηριωθεί με πείραμα, οι περισσότερες μαιές δεν είχαν εκπαίδευση (Rooks, 1999). Παρόλα αυτά, μαιές με ειδική εκπαίδευση αρχίσαν να εμφανίζονται στο προσκήνιο, οι οποίες είχαν ασχοληθεί με την παρατήρηση και την καταγραφή για την αποκόλληση του πλακούντα, τη γονιμότητα και τη στέρωση

γενικά. Μια από αυτές και πιο γνωστή ήταν η Brousier (1556-1636) η οποία ήταν Γαλλίδα και ξεγέννησε τα 6 παιδιά της Μαρίας των Μεδίκων (Λυκερίδου, 2011). Η πλειοψηφία των μαιών όμως παρέμεινε χωρίς εκπαίδευση, αντίθετα οι μαιευτήρες είχαν οργανωμένη, επιστημονική εκπαίδευση και αναφέρεται πως προσπαθούσαν να μειώσουν τη μητρική θνησιμότητα αλλά και να ερμηνεύσουν τα διάφορα φαινόμενα σχετικά με την αναπαραγωγή με την ανάλογη θεωρία και επιστημονικότητα (Wagner, 2001).

Καινοτομία στην ιστορία της περιγεννητικής φροντίδας έφερε ήταν ο μαιευτήρας Chamberlain (1601-1683). Μαζί με τον Πέτρου Γ. δραστηριοποιήθηκαν κυρίως στην Αγγλία ,οι οποίοι κατασκεύασαν ειδικούς εμβρυουλκούς και πήγαιναν στα σπίτια των γυναικών και εκτελούσαν τον τοκετό. Η χρήση των εμβρυουλκών τους ωφέλησε να κερδίσουν μεγάλη δύναμη και λεφτά καθότι όλες οι πλούσιες γυναίκες σύμφωνα με την νοοτροπία εκείνης της εποχής ζητούσαν να γεννήσουν με αυτή την μέθοδο. Ωστόσο οι μαιές συνεργάτες τους αντέδρασαν έντονα λόγω ενημέρωσης ότι η διαδικασία που εφάρμοζαν κρυφά ήταν επώδυνη (Λυκερίδου, 2011).Από τότε η ιατρική ξεκίνησε να ασχολείται πιο επιστάμενα με την εγκυμοσύνη και τον τοκετό. Αυτό τεκμηριώνεται επειδή το 1728 από τον Jean Jacque Fried ιδρύθηκε η πρώτη πανεπιστημιακή κλινική με μαιευτήριο στο Στρασβούργο για την εκπαίδευση των γιατρών και μαιών(Λυκερίδου, 2011). Η Ιατρική συνέχισε να δουλεύει πάνω στη φροντίδα της γυναίκας στο τοκετό και επικεντρώνονται σε μεθόδους μείωσης του πόνου κατά τον τοκετό (Mantalenakis, 2002).Οι πρωτοπόροι μαιευτήρες γιατροί ονομάστηκαν «άντρες μαιές». Οι «άντρες μαιές», είχαν πρωταρχική εκπαίδευση την ιατρική και ειδικότητα την Μαιευτική. Αντιθέτως, η πλειοψηφία των μαιών και αυτή την περίοδο δεν είχαν επηρεαστεί από το εκπαιδευτικό υπόβαθρο των γιατρών και δεν είχαν αποζητήσει θεωρητική κατάρτιση έχοντας ως αποτέλεσμα οι γνώσεις των περισσότερων μαιών να παραμείνουν εμπειρικές και ελλιπής (Rooks, 1999). Επιπλέον, οι μαιές είχαν ενοχοποιηθεί από τους γιατρούς ότι ως φύλο ήταν πολύ ευαίσθητες και δεν καταφέρνανε να ανταπεξέλθουν με ηρεμία στις πιθανές επιπλοκές του τοκετού (Donalson et al, 1985). Ακόμη, αναφορές αναλύουν ότι οι μαιευτήρες τον 18 αιώνα ξεκίνησαν να εκπαιδεύουν τις μαιές διότι έτσι θα αποκτούσαν τον έλεγχο στη φροντίδα των γυναικών και οι μαιές θα ήταν οι βοηθοί τους. Στις μαιές η εκπαίδευση που τους παρέχόταν ήταν μερικές διαλέξεις με ανοργάνωτο εκπαιδευτικό

πρόγραμμα (Mead, 1958). Αν και είχαν αμφισβητηθεί για τις γνώσεις τους δεν επιδίωξαν να αποκαταστήσουν την επαγγελματική τους εικόνα (Dye, 1993).

Αυτό είχε ως αποτέλεσμα οι μορφωμένες γυναίκες να αναζητούν φροντίδα από μαιευτήρες, οι οποίοι τους ερμήνευαν ότι για τη δική τους ασφάλεια αρμόζει να γεννούν στο νοσοκομείο με μαιευτήρες. Έτσι, αυτό το κοινωνικό φαινόμενο οδήγησε στην επιπλέον αύξηση του αριθμού των Μαιευτήρων και τη ίδρυση μαιευτικών τμημάτων σε πολλά νοσοκομεία (Perkins, 1996). Επιπροσθέτως, πυροδοτήθηκε η αναζήτηση περισσότερων παρεμβάσεων από τους επαγγελματίες υγείας του κάθε νοσοκομείου για την αντιμετώπιση του πόνου και την διευκόλυνση των γυναικών κατά τον τοκετό, έχοντας ως συνέπεια στις περισσότερες χώρες οι πλούσιες γυναίκες να αποζητούν φροντίδα από τους μαιευτήρες και ο ρόλος των μαιών να περιοριστεί στη φροντίδα των φτωχών γυναικών στα σπίτια τους (Freidson, 1985, 1988). Βέβαια, την χρονική αυτή περίοδο επειδή η πλειοψηφία των γυναικών ήταν φτωχές αλλά και πολυάσχολες με την εκτέλεση των καθηκόντων τους, άρα αυτό αιτιολογεί την συμπεριφορά των μαιών βάση αναφορών της Tew(2000). Παρόλα αυτά αρκετές μαιές έκριναν πως δεν είναι ανάγκη να αποκτήσουν πολλές γνώσεις γιατί ήταν υπεύθυνες για τους φυσιολογικούς τοκετούς και υποστήριζαν πως με την βοήθεια των φυσικών χαρακτηριστικών η κυοφορούσα έχει την ικανότητα να γεννήσει το παιδί της μόνη της. Με την πάροδο των χρόνων όμως έχοντας την φιλοσοφία αυτή οι μαιευτήρες σε αρκετές χώρες είχαν καταφέρει να κερδίσουν την εμπιστοσύνη των γυναικών και της κοινωνίας γενικότερα σε μεγάλο βαθμό όπως αναφέρουν οι Mason et al(1991).

Στο τέλος του 20<sup>ου</sup> αιώνα φτάνοντας στην κορύφωση του φαινομένου αυτού όπως αναφέρει ο Rooks(1999), τα ποσοστά μητρικής θνησιμότητας παράλληλα είχαν αυξηθεί οπότε αυτό αποτέλεσε οι μαιές να ενοχοποιηθούν επιπλέον πιο πολύ από την κοινωνία για την έλλειψη γνώσεων και δεξιοτήτων (Tew,2000). Ως ακολούθως, οι μαιευτήρες ισχυρίστηκαν ότι χρειάζεται να αναλάβουν την διεκπεραίωση όλων των γεννήσεων και οι μαιές να έχουν βοηθητικό ρολό στα τμήματα(Rooks,1999). Στις Δυτικές Χώρες (Ευρώπη, Η.Π.Α, Καναδά, Αυστραλία) η πολιτική αυτή αν εφαρμοζόταν θα υπήρχε άσκοπη οικονομική επιβάρυνση και ως εξής οι κυβερνήσεις αρνήθηκαν, στηρίζοντας το μαιευτικό επάγγελμα και κάνοντας αίτηση για άμεση βελτίωση της εκπαίδευσης των μαιών(Keller,2002). Ωστόσο, η αυξημένη νεογνική και μητρική θνησιμότητα προκάλεσε την ανάγκη ο τοκετός να πραγματοποιείται στο νοσοκομείο, να αντιμετωπίζεται ως ασθένεια και οι μαιές να αντικατασταθούν από

τους μαιευτήρες (Wagner, 2000, Alber, 2005, Johanson et al., 2002). Πρώτα απ'όλα υπήρξε σημαντική πρόοδος της μητρικής και νεογνικής θνησιμότητας (ICM, 2005, Walsh & Downe, 2006), αργότερα όμως η μητρική και νεογνική θνησιμότητα σημείωσε αύξηση στις Ηνωμένες Πολιτείες, στη Βραζιλία και σε άλλες χώρες, αυξάνοντας ως ακολούθως το οικονομικό κόστος για τη μαιευτική φροντίδα συνεχώς (Declercq, 2006, Kennedy, 2000). Αντιθέτως, στις Σκανδιναβικές χώρες και στην Ολλανδία η μητρική και νεογνική θνησιμότητα διατελούσε χαμηλά επίπεδα (Wagner, 2000), οπότε οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής δημιούργησαν ειδική νομοθεσία, αναγνωρίζοντας ότι οι γυναίκες δεν ήταν σωστά ενημερωμένες για τα δικαιώματά τους και ότι η αλόγιστη χρήση της τεχνολογίας εγκυμονούσε κινδύνους για τη μητέρα και το παιδί (Wagner, 2001, Declercq et al., 2006). Πολλές χώρες έχουν θεσμοθετήσει τα δικαιώματα της γυναίκας στον τοκετό και έχουν ιδρύσει συνδέσμους για την προώθηση των δικαιωμάτων της σ' αυτόν (Declercq, 2006, Childbirth Connection, 2008), βάζοντας ως πρωταρχικό στόχο την ευημερία της μητέρας, του νεογνού και της οικογένειας, καθώς και τη μείωση της ιατροκοποίησης του τοκετού (Declercq, 2006).

## 2. Ποσοστά Τοκετών

Εδώ και πολλά εκατομμύρια χρόνια το σώμα της γυναίκας έχει φτιαχτεί ώστε να μπορεί να γεννά και να παράγει ζωή με μεγάλη επιτυχία. Όπως και προαναφέρθηκα παραπάνω στην ιστορική αναδρομή ο

| <i>ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ</i> |              |                   |
|---|--------------|-------------------|
| <i>ΕΤΟΣ</i>                             | <i>ΣΠΙΤΙ</i> | <i>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</i> |
| 1956                                    | 68.7%        | 34.3%             |
| 1975                                    | 10.3%        | 89.7%             |
| 1984                                    | 1.09%        | 98.1%             |
| 2012                                    | 0.38%        | 99.62%            |
| <i>ΠΗΓΗ: ΕΛΣΤΑΤ</i>                     |              |                   |

τοκετός από την αρχαιότητα αποτελούσε σημαντικό γεγονός αλλά συναπάρτιζε και ένα ουσιώδες κομμάτι της οικογενειακής ζωής. Μέχρι τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα σε όλο τον πλανήτη ο τοκετός γινόταν στο σπίτι από μαιά. Από τότε όμως η πολιτική και η διαδικασία του τοκετού αλλάξαν και οδηγήθηκαν στο νοσοκομείο. Τα ποσοστά του τοκετού εκτός από της Ολλανδίας η οποία διατήρησε ένα υψηλό ποσοστό στις υπόλοιπες χώρες μειωθήκαν αρκετά πολύ με τον χρόνο (Πίνακας 5).



Τα ποσοστά γεννήσεων στην Ελλάδα είναι δραματικά πολύ χαμηλά(Πίνακας 1), όπου πολλοί λίγοι τοκετοί πραγματοποιούνται στην Αθήνα και ακόμα σπανιότερα στον υπόλοιπο ελλαδικό χώρο. Επίσης, οι τοκετοί στο σπίτι στην Ελλάδα αποτελούν χαμηλό ποσοστό, όμως φαίνεται ότι αν οι επίτοκες είχαν την επιλογή του τόπου διεξαγωγής του τοκετού το ποσοστό θα έφτανε το 8-10% (Department of Health 2003,WHO 1996).

Βάση των μεταρρυθμίσεων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και την αναβάθμιση της μαιευτικής κοινοτικής φροντίδας γίνονται προσπάθειες για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, την εξέλιξη του τοκετού

| <b>ΠΙΝΑΚΑΣ 2:ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΙΑΠΩΝΙΑ</b> |              |                   |
|---|--------------|-------------------|
| <b>ΕΤΟΣ</b>                             | <b>ΣΠΙΤΙ</b> | <b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b> |
| 1950                                    | 95%          | 5%                |
| 1975                                    | 1.2%         | 98.8%             |

ΠΗΓΗ: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ Η ΜΑΙΑ ΣΤΗΝ Π.Φ.Υ., ΒΙΒΛΙΑΚΗ ΒΙΚΤΩΡΙΑ,2016

στο Κέντρο Υγείας και στο σπίτι αντίστοιχα (Δημοπούλου Ελευθερία & Βιβιλάκη Βικτωρία,2016).Επιπλέον, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας(WHO) αναφέρει πως οι χώρες αρμόζουν να παρέχουν στην επίτοκο την δυνατότητα επιλογής του τόπου και του χώρου της πραγματοποίησης του τοκετού. Σήμερα, με γρήγορους ρυθμούς ο τοκετός στο σπίτι σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες επανέρχεται ,όπου επίσημοι φορείς των επαγγελματιών υγείας διεθνώς προσπαθούν με αποτελεσματικό τρόπο να μη ιατρικοποιήσουν την διεκπεραίωση του τοκετού. Υπάρχουν πολλές αποδείξεις ότι τοκετοί χαμηλού κινδύνου όπως στην Ολλανδία με ποσοστά 60% περίπου αλλά και με ομόλογα ποσοστά σε άλλες χώρες όπως η Μεγάλη Βρετανία, Ιρλανδία, Γαλλία και Ιταλία δύνανται να διεξαχθούν στο σπίτι (3-4 & 6) (Πρακτικά, Συνέδριο Ψυχοπροφυλακτικής, Κύπρος ,2001)

| <b>ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΗΠΑ</b>  |              |                   |
|---|--------------|-------------------|
| <b>ΕΤΟΣ</b>   | <b>ΣΠΙΤΙ</b> | <b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b> |
| 1938  | 50%          | 50%%              |
| 1955  | 1%           | 99%               |
| 2009  | 0.72%        | 98.28%            |
| ΠΗΓΗ: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ Η ΜΑΙΑ ΣΤΗΝ Π.Φ.Υ., ΒΙΒΛΑΚΗ ΒΙΚΤΩΡΙΑ, 2016 |              |                   |

| <b>ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ Μ.ΒΡΕΤΑΝΙΑ</b>                                     |              |                   |
|---|--------------|-------------------|
| <b>ΕΤΟΣ</b>   | <b>ΣΠΙΤΙ</b> | <b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b> |
| 1920  | 80%          | 20%%              |
| 1991  | 2%           | 98%               |
| 2011  | 2%           | 98%               |
| ΠΗΓΗ: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ Η ΜΑΙΑ ΣΤΗΝ Π.Φ.Υ., ΒΙΒΛΑΚΗ ΒΙΚΤΩΡΙΑ, 2016 |              |                   |

| <b>ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΛΛΑΝΔΙΑ</b>                                       |              |                   |
|---|--------------|-------------------|
| <b>ΕΤΟΣ</b>   | <b>ΣΠΙΤΙ</b> | <b>ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ</b> |
| 1965  | 66%          | 34%               |
| 2013  | 25%          | 75%               |
| ΠΗΓΗ: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ Η ΜΑΙΑ ΣΤΗΝ Π.Φ.Υ., ΒΙΒΛΑΚΗ ΒΙΚΤΩΡΙΑ, 2016 |              |                   |

| <b>ΠΙΝΑΚΑΣ 6: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΠΟΣΟΣΤΩΝ ΓΕΝΝΗΣΕΩΝ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΑΝΑ ΧΩΡΑ</b> |             |                |
|---|-------------|----------------|
| <b>ΧΩΡΑ</b>   | <b>ΕΤΟΣ</b> | <b>ΠΟΣΟΣΤΟ</b> |
| Αγγλία και Ουαλία   | 2012        | 2,3%           |
| Σουηδία   | 1992–2001   | 0,1%           |
| ΗΠΑ   | 2012        | 0,89%          |
| Ιαπωνία   | 2010        | 1,1%           |
| Φινλανδία   | 2012        | 0,6%           |
| Ολλανδία  | 2013        | 20%            |
| Καναδάς   | 2008        | 1,2%           |
| Αυστραλία   | 2011        | 0,4%           |
| Νέα Ζηλανδία  | 2011        | 3,3%           |
| Νορβηγία  | 1990–2007   | 0,8%           |
| ΠΗΓΗ: Zielinski, Ackerson, και Kane Low, 'Planned home birth'         |             |                |

### 3. Βασικές προϋποθέσεις για τον τοκετό στο σπίτι

Για την ασφαλή και σωστή αποπεράτωση του τοκετού στο σπίτι (Εικόνα 3) για την έγκυο και το νεογνό ο/η μαιευτής/μαία χρειάζεται να τηρεί κάποιες βασικές αρχές και

προϋποθέσεις αλλά και την αρμόζουσα εκπαίδευση και τον κατάλληλο εξοπλισμό (Πίνακας 7). Μια από τις βασικές αρχές του τοκετού στο σπίτι είναι ότι η γυναικά, το νεογνό, ο σύντροφος, η οικογένεια και άλλα μέλη της οικογένειας (παιδιά αν υπάρχουν) συγκροτούν τον πυρήνα όλων των συζητήσεων, αποφάσεων και διαδικασιών ,γι' αυτό θα πρέπει να προετοιμαστούν και να εμπυχώνουν την έγκυο να λαμβάνει μέρος σε ομάδες προετοιμασίας για να μάθει και να αποκτήσει πληροφορίες και από άλλες γυναίκες οι οποίες έχουν γεννήσει στο σπίτι. Επιπλέον, η έγκυος έχει το κάθε δικαίωμα της σωστής και ολοκληρωμένης ενημέρωσης σχετικά με τις επιλογές του τοκετού, αλλά και τα ενδεχόμενα αποτελέσματα των επιλογών καθώς και την άρνηση οποιασδήποτε διαδικασίας της μαιευτικής φροντίδας. Σημαντικό επίσης είναι η μαιευτική φροντίδα να απαρτίζεται από δυο μαιές/μαιευτές οι οποίοι είναι απαραίτητο να έχουν εμπειρία και συνεχή εκπαίδευση για τον τοκετό στο σπίτι, όπως και να είναι εγγεγραμμένοι στον Σύλλογο Μαιών/Μαιευτών και να φέρουν την άδεια ασκήσεως επαγγέλματος. Θα πρέπει να έχουν ασφάλεια αστικής ευθύνης ,τον κατάλληλο εξοπλισμό και τέλος τα απαραίτητα έγγραφα. Το πιο σημαντικό όμως απ' όλα η γυναικά πρέπει να έχει συνεχόμενη αξιολόγηση και φροντίδα σε κάθε επίσκεψη της για την επιβεβαίωση ότι η κύηση είναι χαμηλού κίνδυνου (low risk), γι' αυτό ελέγχεται το ιστορικό της, διότι η κατάσταση της ίδιας καθώς και του εμβρύου ενδέχεται να έχουν μεταβληθεί. Οι επαγγελματίες υγείας φέρουν ευθύνη για κάθε απόφαση και πράξη τους.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 7: ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| • Σετ τοκετού με τα εργαλεία            | • Αμπούλες ωκυτοκίνης                |
| • Τολύπια                               | • Βιταμίνη Κ (κονάκιο)               |
| • Γάζες                                 | • Καθετήρες ούρων                    |
| • Υποσέντονα                            | • Ουροσυλλέκτες                      |
| • Σύριγγες                              | • Φιαλίδια για λήψη αίματος          |
| • Βελόνες                               | • Sonicaid                           |
| • Γάντια μιας χρήσεως και αποστειρωμένα | • Πιεσόμετρο                         |
| • Μακριά γάντια για τοκετό στο νερό     | • Θερμόμετρο νερού                   |
| • Amnihook                              | • Μάσκα οξυγόνου μητέρας και νεογνού |
| • Ράμματα                               | • Φιάλη οξυγόνου                     |
| • Ξυλοκαΐνη 2% ενέσιμη                  | • Ζυγαριά                            |
| • Κλιπ απολίνωσης ομφάλιου λώρου        | • Μεζούρα                            |
| • Φλεβοκαθετήρες                        | • Φακός-μπαταρίες                    |
| • Συσκευές ορού                         | • Χάρτης-πλοηγός                     |



- 3 ορούς (2 ορούς Normal 1000ml & 1 ορό R/L 1000ml)
- Κινητό τηλέφωνο
- Σάκος για την συλλογή αποβλήτων\*

\* ο ανθρώπινος πλακούντας δεν αποτελεί ιατρικό απόβλητο, διότι είναι άσηπτος και κάτοχος είναι η ίδια η γυναίκα

ΠΗΓΗ: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ Η ΜΑΙΑ ΣΤΗΝ Π.Φ.Υ., ΒΙΒΙΑΚΗ ΒΙΚΤΩΡΙΑ, 2016

Για τον λόγο αυτό η εκπαίδευση τους είναι αναγκαίο να περιλαμβάνει την σωστή αξιολόγηση του κίνδυνου της κύησης σε όλη την διάρκεια της σε χαμηλού ή υψηλού κίνδυνου, την πραγματοποίηση αρκετών τοκετών με κάποια κατόπτευση είτε στο σπίτι είτε και στο νερό ,την ανάνηψη νεογνού ,την ορθή συρραφή του περινέου και την αντιμετώπιση με νηφαλιότητα επειγουσών καταστάσεων.

Τα απαραίτητα έγγραφα και ο κατάλληλος εξοπλισμός για τον τοκετό στο σπίτι παρατίθενται στους παρακάτω πίνακες (Πίνακας:7-9).



Εικόνα 3. Τοκετός στο σπίτι

Πηγή: 'Homebirth—WM'.

<https://www.wildrootmidwifery.com/en/homebirth>.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 8: ΣΕΤ ΤΟΚΕΤΟΥ ΜΕ ΤΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

- 2 λαβίδες Κόχερ
- 1 ανατομική λαβίδα
- 1 χειρουργική λαβίδα
- 2 ψαλίδια (1 περινεοτομής & 1 κοπής ομφάλιου λώρου)
- 1 βελονοκάτοχο
- 1 ζευγάρι μαιευτικές βάλβες

ΠΗΓΗ: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ Η ΜΑΙΑ ΣΤΗΝ Π.Φ.Υ., ΒΙΒΙΑΚΗ ΒΙΚΤΩΡΙΑ, 2016

Η γυναίκα έχει το δικαίωμα να διαχειριστεί το βιολογικής της υλικό όπως εκείνη επιθυμεί, βέβαια με τρόπο που να αρμόζει με τους κανόνες δημόσιας υγείας. Η κάθε συνέπεια από πράξη αμέλειας και καταστροφής του υλικού

παρά την επισήμανση από την μαία/μαιευτή την αναλαμβάνει η ίδια η γυναίκα.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 9: ΈΓΓΡΑΦΑ ΤΟΚΕΤΟΥ

- Ιστορικό της γυναίκας
- Κάρτα τοκετού
- Ενυπόγραφη συναίνεση της γυναίκας
- Βιβλιάριο υγείας νεογνού
- Παραπεμπτικά για αιματολογικές εξετάσεις
- Παραπεμπτικό μεταφοράς
- Βεβαίωση τοκετού
- Ληξιαρχική πράξη γέννησης
- Σφραγίδα επαγγελματική

ΠΗΓΗ: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ Η ΜΑΙΑ ΣΤΗΝ Π.Φ.Υ.,  
ΒΙΒΛΙΑΚΗ ΒΙΚΤΩΡΙΑ, 2016

#### 4. Κύηση Χαμηλού και Κύηση Υψηλού Κίνδυνου (Low risk-High risk)

##### 4.1 Σημασία ταξινόμησης της κύησης ως χαμηλού ή υψηλού κίνδυνου

Η ταξινόμηση του κίνδυνου της κύησης σε χαμηλού ή υψηλού κίνδυνου είναι μια βασική προϋπόθεση για την πραγματοποίηση του τοκετού στο σπίτι. Η ταξινόμηση του κίνδυνου από την αξιολόγηση της παρούσας κύησης θα προσδιορίσει και τον τρόπο παρακολούθησης της κύησης αλλά ιδιαιτέρως τον τόπο ολοκλήρωσης του τοκετού. Αρχικά, για την εξατομικευμένη παρακολούθηση και φροντίδα της εγκύου θα πρέπει να ληφθεί ένα πλήρες και συστηματικό ιστορικό ώστε ο/η μαιευτής/μαία να λάβει πληροφορίες για την τεκμηρίωση της εγκυμοσύνης και την γνώση στοιχείων για τις συνήθειες ζωής της γυναίκας (lifestyle)(Πίνακας 10).

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 10: ΠΡΩΤΗ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΓΚΥΟ-ΙΣΤΟΡΙΚΟ

- Ηλικία επιτόκου
- Τελευταία έμμηνος ρύση(ημερομηνία)  
Χαρακτηριστικά κύκλου (διάρκεια πχ 28 ημερών, διάρκεια εμμηνορρυσίας, κανονικότητα κύκλου)
- Προηγούμενο μαιευτικό ιστορικό:  
Τόκος: αριθμός γεννήσεων > 24 εβδομάδες κύησης, είδος τοκετού, τυχόν παθολογία κύησης  
Αριθμός κήσεων: περιλαμβάνει τις γεννήσεις > 24 εβδομάδες και τις κήσεις < 24 εβδομάδες (αυτόματες αποβολές ή τεχνητές διακοπές κύησης)
- Γυναικολογικό ιστορικό:  
Αντισύλληψη προ κύησης  
Αποτελέσματα κυτταρολογικής εξέτασης Παπανικολάου (τυχόν παθολογικά ευρήματα στο παρελθόν)  
Γυναικολογικές επεμβάσεις (υστεροσκόπηση, λαπαροσκόπηση, κωνοειδής εκτομή τραχήλου)
- Ατομικό αναμνηστικό:  
Αλλεργίες σε φάρμακα ή άλλες ουσίες

|  |
|--|
| <p>Τυχόν παθολογικές καταστάσεις όπως άσθμα, υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, αναιμία, επιληψία, κατάθλιψη<br/>         Παρούσα χρήση φαρμάκων (πχ αντιισταμινικά, αντιεπιληπτικά, αντιπηκτικά)</p>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Χειρουργικό ιστορικό (εκτός γυναικολογικών επεμβάσεων):<br/>           Προηγούμενες ενδοκοιλιακές επεμβάσεις όπως σκωληκοειδεκτομή, εκτομή εντέρου, αποκατάσταση ομφαλοκήλης, λαπαροσκόπηση χολοκυστεκτομή κ.λπ.<br/>           Ορθοπαιδικές ή άλλες επεμβάσεις<br/>           Βαριατρική χειρουργική όπως τοποθέτηση γαστρικού δακτυλίου(gastric banding)</li> </ul> |
| <p><i>ΠΗΓΗ: ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ, ΠΑΠΟΥΤΣΗΣ Δ. &amp; ΑΝΤΩΝΑΚΟΥ Α., 2019</i></p>   |

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 11: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΖΗΤΗΣΗΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ**

#### **Υγιεινοδιαιτητικές συνήθειες**

διακοπή καπνίσματος  
 αποφυγή αλκοόλ  
 αποφυγή εξαρτησιογόνων ουσιών  
 λήψη βιταμίνης D  
 πρόσληψη βάρους έως 12 kg  
 υγιεινός τρόπος διατροφής (πρότυπο Μεσογειακής διατροφής)  
 χρήση συμπληρωμάτων, σκευασμάτων σιδήρου

#### **Ψυχοσωματική προετοιμασία ζευγαριού**

*ΠΗΓΗ: ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ, ΠΑΠΟΥΤΣΗΣ Δ. & ΑΝΤΩΝΑΚΟΥ Α., 2019*

Ακόμη κατά την πρώτη επίσκεψη θα πρέπει να συζητηθούν και να γίνει συμβουλευτική πάνω σε πληθώρα θέματα, όπως η βασική μαιευτική φροντίδα που θα ακολουθήσει, οι υγιεινοδιαιτητικές συνήθειες και η ψυχοσωματική προετοιμασία (Πίνακας 11) (Παπουτσήs Δημήτριος, 2019). Απαραίτητη όμως κρίνεται η συνεχής και επαναλαμβανομένη αξιολόγηση του κινδύνου της κύησης σε κάθε συνάντηση της εγκύου με τον επαγγελματία υγείας, γιατί είναι πολύ πιθανό η προηγούμενη αξιολόγηση να έχει μεταβληθεί από χαμηλού κινδύνου σε υψηλό. Το αποτέλεσμα αυτό θα αλλάξει και τον τρόπο παρακολούθησης αλλά και τον τόπο αποπεράτωσης του τοκετού βάση της παρούσας παθολογίας που αναπτύχθηκε.

## **4.2 Κριτήρια ταξινόμησης της κύησης σε χαμηλού και υψηλού κινδύνου**

Κύηση υψηλού κινδύνου (High Risk Pregnancy) χαρακτηρίζεται εκείνη στην οποία η επίτοκος και το έμβρυο βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο σε σχέση με μια ανεπίπλεκτη και φυσιολογική εξέλιξη της κύησης. Δηλαδή, οποιαδήποτε απρόοπτη παθολογική ή μαιευτική κατάσταση που συσχετίζεται με την κύηση με ενεργό ή

δυναμικό κίνδυνο για την υγεία ή την καλή κατάσταση της μητέρας ή του εμβρύου αποτελεί κύηση υψηλού κινδύνου (Holness,2018).Η δυσμενής περιγεννητική έκβαση είναι δυνατόν να προκληθεί ή από τους προϋπάρχοντες παράγοντες κινδύνου της κύησης ή από τους παράγοντες οι οποίοι μπορούν να αναπτυχθούν στη διάρκεια της κύησης ή ακόμα και κατά την διάρκεια του τοκετού. Για τον λόγο αυτό σε κάθε επίσκεψη η εγκυμονούσα θα πρέπει να αξιολογείται συνεχώς για την κατάσταση της κύησης. Πολλοί παράγοντες δύνανται να επηρεάσουν την ταξινόμηση της κύησης υποδηλώνοντας αυξημένο κίνδυνο για την γυναίκα και συνακόλουθα για το έμβρυο, κατευθύνοντας έτσι τον τοκετό στο νοσοκομείο για την απαραίτητη φροντίδα αλλά και την ελάττωση του πιθανού κινδύνου. Έχοντας ως κριτήριο το πλήρες και συστηματικό ιστορικό της εγκύου ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να συζητήσει τους παράγοντες και τους κινδύνους που ενδεχομένως να εμφανιστούν κατά τον τοκετό τεκμηριώνοντας έτσι και την επιλογή του τύπου τοκετού.

| <b>ΠΙΝΑΚΑΣ 12: ΚΥΗΣΗ “ΥΨΗΛΟΥ-ΚΙΝΔΥΝΟΥ (HIGH RISK)” ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ</b> |  |
|--|--|
| <b>Κατηγορία: Σύστημα οργάνων/αίτια</b>  | <b>Παθολογία</b>   |
| Καρδιαγγειακό σύστημα  | Προϋπάρχουσα υπέρταση  |
| Αναπνευστικό σύστημα   | Άσθμα  |
| Γαστρεντερικό σύστημα  | Ηπατική νόσος (αυξημένα ηπατικά ένζυμα)<br>Ελκώδης κολίτιδα<br>Νόσος Crohn   |
| Ενδοκρινείς αδένες   | Υπερθυρεοειδισμός, Υποθυρεοειδισμός<br>Σακχαρώδης διαβήτης   |
| Αιματολογικά αίτια   | Αιμοσφαιρινοπάθεια<br>Νόσος Von Willebrand<br>Διαταραχές αιμοπεταλίων (αριθμός PTL<100.000)<br>Αιμορραγική διάθεση/διαταραχές<br>Παρουσία άτυπων αντισωμάτων στο αίμα της εγκύου |
| Λοιμώδη αίτια  | Λοίμωξη με ιό HIV<br>Λοίμωξη με ιό ηπατίτιδας Β ή C<br>Φυματίωση   |
| Ανοσοποιητικό σύστημα / αυτοάνοσα αίτια  | Συστηματικός ερυθματώδης λύκος   |
| Ουροποιητικό σύστημα   | Παθήσεις νεφρών με διαταραχή νεφρικής λειτουργίας  |
| Νευρικό σύστημα  | Επιληψία   |

|   |   |
|---|---|
|   | Μυασθένεια<br>Αγγειοεγκεφαλικό επεισόδιο<br>Σκλήρυνση κατά πλάκας   |
| Ψυχιατρικά αίτια  | Ψυχιατρική πάθηση με νοσηλεία ή υπό αγωγή   |
| Μυοσκελετικό σύστημα  | Προηγούμενο τραύμα/κάταγμα πυέλου<br>Ανωμαλίες σπονδυλικής στήλης   |
| Γυναικολογικές χειρουργικές επεμβάσεις  | Χειρουργική τομή μήτρας (πχ εκκυρήνιση ινομυώματος)<br>Κωνοειδής εκτομή τραχήλου<br>Μείζονα χειρουργική επέμβαση πυέλου |
| <i>ΠΗΓΗ: ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ, ΠΑΠΟΥΤΣΗΣ Δ. &amp; ΑΝΤΩΝΑΚΟΥ Α., 2019</i> |   |

Ακόμη, παραθέτοντας τις παθολογίες και τους πιθανούς κίνδυνους, χωρίς αυτές να συγκροτούν από μόνες τους αντενδείξεις για την παροχή φροντίδας και την πραγματοποίηση του τοκετού στο σπίτι, αλλά την περαιτέρω εξέταση και ρύθμιση της κύησης. Ενδεχομένως, να κριθεί απαραίτητη η συμβουλευτική και η αξιολόγηση άλλων ειδικοτήτων όπως για παράδειγμα σε ελκώδη κολίτιδα, όπου θα πρέπει να γίνει εκτίμηση της κατάστασης από Γαστρεντερολόγο, ο οποίος θα ορίσει την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή και δοσολογία. Όπως και στην περίπτωση της επιληψίας που Νευρολόγος χρειάζεται να αξιολογήσει την κατάσταση της νόσου και χορηγώντας την φαρμακευτική αγωγή σε συνεργασία με τον Νεογνολόγο, να ενημερώσει για τυχόν παρενέργειες από τα αντιεπιληπτικά φάρμακα στο νεογνό, ώστε να αντιμετωπιστούν εγκαίρως μετά την γέννηση. Οπότε ένα μεγάλο εύρος άλλων ειδικοτήτων όπως Ενδοκρινολόγοι, Γαστρεντερολόγοι, Καρδιολόγοι ή και Ψυχολόγοι θα χρειαστεί να αξιολογήσουν και να συμβουλέψουν την γυναίκα σε περίπτωση που χρειαστεί.

### **ΠΙΝΑΚΑΣ 13: ΚΥΗΣΗ “ΥΨΗΛΟΥ-ΚΙΝΔΥΝΟΥ (HIGH RISK)” ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

- Λοίμωξη με β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο
- Ενδομήτριος θάνατος
- Πρόωρος τοκετός
- Προεκλαμψία /εκλαμψία
- Αποκόλληση πλακούντα
- Ρήξη μήτρας
- Γέννηση νεογνού με υποξική ισχαιμική εγκεφαλοπάθεια
- Αιμορραγία μετά τον προηγούμενο τοκετό

- Παρακράτηση πλακούντα
- Δυστοκία ώμων
- Προηγηθείσα καισαρική τομή
- Προηγούμενο μακροσωμικό νεογνό (>4,5 kg)
- Ρήξη 3ου – 4ου βαθμού περινέου

*ΠΗΓΗ: ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ, ΠΑΠΟΥΤΣΗΣ Δ. & ΑΝΤΩΝΑΚΟΥ Α., 2019*

Οι πίνακες 12-17 αναλύουν τα κριτήρια αξιολόγησης της κύησης ως χαμηλού και υψηλού κινδύνου όπως και ειδικές θεωρήσεις για την παρακολούθηση κύσεων υψηλού κινδύνου. (NICE-2014, Παπουτσή-Δημήτριος, 2019)

#### **ΠΙΝΑΚΑΣ 14: ΚΥΗΣΗ “ΥΨΗΛΟΥ-ΚΙΝΔΥΝΟΥ (HIGH RISK)” ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΚΥΗΣΗΣ**

- Πολύδυμος κύηση
- Προδρομικός πλακούντας
- Υπερτασική νόσος της κύησης/προεκλαμψία
- Δείκτης μάζας σώματος BMI >30 kg/m<sup>2</sup>
- Πολυτοκία ≥4
- Ηλικία εγκύου >40 ετών
- Υποψία μακροσωμίας εμβρύου ή ενδομήτριας καθυστέρησης ανάπτυξης
- Αιμορραγία κατά την κύηση
- Ελαττωμένα εμβρυϊκά σκιρτήματα
- Λοίμωξη κατά την κύηση με έρπη γεννητικών οργάνων, ανεμευλογιά, ερυθρά, τοξοπλάσμωση
- Έμβρυο με χρωμοσωμικές ή ανατομικές ανωμαλίες
- Αναμία στην κύηση
- Παράταση κύησης (>42 εβδομάδων)
- Πρόωρος τοκετός (<37 εβδομάδων)

*ΠΗΓΗ: ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ, ΠΑΠΟΥΤΣΗΣ Δ. & ΑΝΤΩΝΑΚΟΥ Α., 2019*

#### **ΠΙΝΑΚΑΣ 15: ΚΥΗΣΗ “ΥΨΗΛΟΥ-ΚΙΝΔΥΝΟΥ (HIGH RISK)” ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ**

- Πρόκληση τοκετού
- Χρήση ωκυτοκίνης στον τοκετό
- Χρήση επισκληριδίου κατά τον τοκετό
- Βραδεία εξέλιξη τοκετού
- Παρουσία μηκωνίου στο αμνιακό υγρό
- Καρδιοτοκογραφικές ανωμαλίες
- Ανώμαλη θέση προβολής εμβρύου

*ΠΗΓΗ: ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ, ΠΑΠΟΥΤΣΗΣ Δ. & ΑΝΤΩΝΑΚΟΥ Α., 2019*

**ΠΙΝΑΚΑΣ 16: ΕΙΔΙΚΕΣ ΘΕΩΡΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΥΗΣΕΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

| <b>Κύηση υψηλού κινδύνου</b>                      | <b>Ειδικές θεωρήσεις - αντιμετώπιση</b>   |
|---|---|
| Ηλικία εγκύου $\geq 40$ ετών                      | <p>Να ληφθεί υπόψη η ηλικία ως παράγων κινδύνου για :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. θρομβοεμβολική νόσο και να αξιολογηθεί η αναγκαιότητα θρομβοπροφύλαξης στην κύηση</li> <li>ii. προεκλαμψία και να αξιολογηθεί η αναγκαιότητα χορήγησης ασπιρίνης ως προφύλαξη από την αρχή της κύησης</li> <li>iii. ενδομήτριο θάνατο και να προσφερθεί η δυνατότητα πρόκλησης τοκετού στις 40 εβδομάδες κύησης</li> </ul>                            |
| Ιστορικό σοβαρής αλλεργικής αντίδρασης            | <p>Ακόμη και αν είναι γνωστή η ουσία που προκάλεσε τη σοβαρή αλλεργική αντίδραση, θα πρέπει να υπάρχει ετοιμότητα στον τοκετό για παρόμοια αντίδραση απέναντι σε όλα τα ενδοφλέβια χορηγούμενα φάρμακα</p>  |
| Παρουσία άτυπων αντισωμάτων στον ορό της επιτόκου | <p>Θα πρέπει να γίνει ταυτοποίηση του είδους των αντισωμάτων από Αιματολόγο και κατά τον τοκετό να υπάρχει διαθεσιμότητα χορήγησης του αντίστοιχα κατάλληλου αίματος.</p> <p>Θα πρέπει να γίνει υπερηχογραφική παρακολούθηση του εμβρύου για τυχόν υπερηχογραφικά σημεία αναιμίας ή ύδρωπα.</p> <p>Θα πρέπει η Μονάδα Νεογνών να έχει ενημερωθεί εγκαίρως για τον τοκετό ώστε το νεογνό να εξεταστεί κατάλληλα μετά τη γέννηση του.</p>                   |
| BMI επίτοκου $< 18 \text{kg/m}^2$                 | <p>Θα πρέπει να ελέγχονται υπερηχογραφικά οι καμπύλες ανάπτυξης του εμβρύου με υπερηχογράφημα εκτίμησης εμβρυϊκής ανάπτυξης στις 28,32,36 εβδομάδες</p>   |
| BMI επίτοκου $> 30 \text{kg/m}^2$                 | <p>Θα πρέπει κατά την παρακολούθηση της κύησης να γίνουν τα παρακάτω:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. χορήγηση συμπληρώματος βιταμίνης D</li> <li>ii. αξιολόγηση κινδύνου για θρομβοεμβολική νόσο και χορήγηση θρομβοπροφύλαξης</li> <li>iii. υπερηχογράφημα εκτίμησης εμβρυϊκής ανάπτυξης στις 28,32,36 εβδομάδες</li> <li>iv. αξιολόγηση κινδύνου για προεκλαμψία και χορήγησης ασπιρίνης ως προφύλαξη από την αρχή της κύησης</li> </ul> |
| Ελκώδης κολίτιδα<br>Νόσος Crohn                   | <p>Θα πρέπει να εκτιμηθεί η κατάσταση της υποκείμενης νόσου τόσο πριν όσο και τουλάχιστον μια φορά στην</p>   |



|  |   |
|--|---|
|  | παρούσα κύηση από Γαστρεντερολόγο, ο οποίος θα αποφασίσει για τυχόν ειδική φαρμακευτική αγωγή. Σε περίπτωση έξαρσης της βασικής νόσου ή επιδείνωσής της κατά την κύηση, θα πρέπει να υπάρχει στενότερη μαιευτική παρακολούθηση τόσο της εγκύου όσο και της εμβρυϊκής ανάπτυξης.   |
| Group B streptococcus  | Ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών σε τοκετό. Άμεση πρόκληση τοκετού επί πρόωρης ρήξης εμβρυϊκών υμένων για αποφυγή χοριοαμνιονίτιδας Νεογνολογική παρακολούθηση για σημεία λοίμωξης  |
| Χαμηλή τιμή PAPP-A   | Λόγω κινδύνου ενδομήτριας καθυστέρησης ανάπτυξης, θα πρέπει να γίνεται λήψη ασπιρίνης από τις 12 εβδομάδες κύησης ως πρόληψη. Επίσης, θα πρέπει να ελέγχεται υπερηχογραφικά η ανάπτυξη του εμβρύου με σειρά υπερηχογραφημάτων (28,32,36 εβδομάδες)  |
| Διαταραχές συναισθήματος<br>Ψυχιατρικές διαταραχές   | Θα πρέπει να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα η αξιολόγηση της συναισθηματικής κατάστασης της εγκύου από ειδικά εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας. Επίσης, σε τυχόν λήψη φαρμάκων θα πρέπει να ενημερώνεται η νεογνολογική ομάδα για αντιμετώπιση τυχόν παρενεργειών από το νεογνό μετά την γέννηση.   |
| Πολυτοκία $\geq 4$   | Θα πρέπει να υπάρχει ετοιμότητα για αντιμετώπιση αιμορραγίας μετά τον τοκετό λόγω ατονίας μήτρας.   |
| Προηγούμενο μακροσωμικό νεογνό (>4,5Kg)  | Θα πρέπει να γίνεται καμπύλη σακχάρου στην επίτοκο και υπερηχογραφική μέτρηση του βάρους του εμβρύου στην παρούσα κύηση.  |
| Ιστορικό ενδομήτριας καθυστέρησης ανάπτυξης με βάρος γέννησης $\leq 5^{\text{η}}$ εκατοστιαία θέση | Λόγω κινδύνου ενδομήτριας καθυστέρησης ανάπτυξης, θα πρέπει να γίνεται λήψη ασπιρίνης από τις 12 εβδομάδες κύησης ως πρόληψη. Επίσης, θα πρέπει να ελέγχεται υπερηχογραφικά η ανάπτυξη του εμβρύου με σειρά υπερηχογραφημάτων (28,32,36 εβδομάδες).   |
| Προηγούμενη ρήξη περινέου 3 <sup>ου</sup> - 4 <sup>ου</sup> βαθμού                                 | Η επίτοκος θα πρέπει να ενημερώνεται πως ο κοιλικός τοκετός σχετίζεται με κίνδυνο να επαναληφθεί ξανά η ρήξη 3 <sup>ου</sup> - 4 <sup>ου</sup> βαθμού στην παρούσα κύηση. Υπάρχουν λίγες μαιευτικές παρεμβάσεις που μπορεί να μειώσουν τον κίνδυνο επανάληψης όπως η υποστήριξη του περινέου ή/και η εκλεκτική επισιοτομή. Η καισαρική τομή προφυλάσσει από την επανάληψη ρήξης 3 <sup>ου</sup> - 4 <sup>ου</sup> βαθμού, ωστόσο δεν φαίνεται να ελαττώνει τη συχνότητα συμπτωμάτων όπως ακράτεια αερίων και κοπράνων. Η επιλογή του τρόπου τοκετού πρέπει να είναι εξατομικευμένη και αποτελεί απόφαση της επίτοκου. |



|  |  |
|--|--|
| Προηγούμενη προεκλαμψία/εκλαμψία       | Θα πρέπει να γίνεται λήψη ασπιρίνης από τις 12 εβδομάδες κύησης ως πρόληψη.  |
| Γυναικολογικό ιστορικό                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>i. σε περίπτωση ιστορικού κωνοειδούς εκτομής τραχήλου για προκαρκινικές αλλοιώσεις στο τεστ Παπανικολάου, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος προώρου τοκετού. Η επίτοκος θα πρέπει να ενημερώνεται για τα σημεία προώρου τοκετού και θα πρέπει να γίνεται υπερηχογραφική μέτρηση του μήκους του τράχηλου στις 16 εβδομάδες κύησης.</li> <li>ii. Σε περίπτωση παρουσίας ινομυωμάτων &gt;5cm στην παρούσα κύηση, θα πρέπει να γίνονται διαδοχικά υπερηχογραφήματα για τον καθορισμό της τυχόν αύξησης του μεγέθους τους καθώς και βιομετρία ανάπτυξης του εμβρύου.</li> </ul> |
| Προηγούμενη αιμορραγία μετά τον τοκετό | Θα πρέπει να υπάρχει ετοιμότητα για αντιμετώπιση αιμορραγίας μετά τον τοκετό στην παρούσα κύηση.   |
| Επιληψία                               | <p>Θα πρέπει να εκτιμηθεί η κατάσταση της υποκείμενης νόσου τόσο πριν όσο και τουλάχιστον μια φορά στην παρούσα κύηση από Νευρολόγο, ο οποίος θα αποφασίσει για τυχόν ειδική φαρμακευτική αγωγή. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στο υπερηχογράφημα β-επιπέδου λόγω του αυξημένου κινδύνου ανατομικών (συγγενών) ανωμαλιών.</p> <p>Θα πρέπει να ενημερώνεται η νεογνολογική ομάδα για αντιμετώπιση τυχόν παρενεργειών από τα αντιεπιληπτικά φάρμακα στο νεογνό μετά την γέννηση.</p>  |
| Προηγούμενο θρομβοεμβολικό επεισόδιο   | Αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για θρομβοφλεβίτιδα κάτω ακρών ή πνευμονική εμβολή της επίτοκου στην παρούσα κύηση. Θα πρέπει να αποφασισθεί αν θα χορηγηθεί ασπιρίνη ή ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους ως θρομβοπροφύλαξη.  |
| Συστηματικός ερυθματώδης λύκος         | <p>Θα πρέπει να γίνει λήψη ασπιρίνης και ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους ως θρομβοπροφύλαξη αλλά και για ελάττωση του κινδύνου αυτόματης αποβολής α' ή β' τριμήνου.</p> <p>Θα πρέπει να ελέγχεται η εμβρυϊκή ανάπτυξη με σειρά υπερηχογραφημάτων.</p>   |
| Αναιμία στην παρούσα κύηση             | Θα πρέπει να χορηγούνται σκευάσματα σιδηρού σε θεραπευτική δόση. Επί εμμένουσας αναιμίας και συμπτωματολογίας μπορεί να αποφασισθεί η ενδοφλέβια έγχυση σιδηρού ή ακόμα και η μετάγγιση  |

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
|                                       | αίματος (ασύνηθες).  |
| Ενδοηπατική χολόσταση κύησης          | Αναφέρεται σχετικά αυξημένος κίνδυνος ενδομήτριου θανάτου λόγω της τοξικής δράσης των κυκλοφορόντων χολικών αλάτων. Συνήθως γίνεται πρόκληση τοκετού στις 38 εβδομάδες κύησης ή νωρίτερα αναλόγως των επιπέδων χολικών αλάτων ή της κλινικής κατάστασης της μητέρας/εμβρύου.   |
| Προδρομικός πλακούντας                | Αυξημένος κίνδυνος αιμορραγίας στην κύηση και προώρου τοκετού. Ο κοιλικός τοκετός αντενδείκνυται.  |
| Ελαττωμένα εμβρυϊκά σκιρτήματα        | Θα πρέπει κάθε φορά να γίνεται καρδιοτοκογράφημα. Η υπερηχογραφική εξέταση του αμνιακού υγρού παρέχει καθησυχαστικά στοιχεία εφόσον είναι φυσιολογικό. Σε επαναλαμβανόμενα επεισόδια γίνεται πρόκληση τοκετού.   |
| Μακροσωμικό έμβρυο στην παρούσα κύηση | Θα πρέπει να αποκλείεται η ύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη κύησης. Αποτελεί σημαντικό παράγοντα για δυστοκία ώμων κατά τον κοιλικό τοκετό. Γίνεται πρόκληση τοκετού στις 38 εβδομάδες κύησης ή καισαρική τομή ανάλογα με την περίπτωση.   |
| Προηγηθείσα καισαρική τομή            | Η πιθανότητα ρήξης της ουλής της μήτρας είναι 0.5-1%. Η πιθανότητα αυτή αυξάνεται σε περιπτώσεις μακροσωμικού εμβρύου, χρήσης ωκυτοκίνης, πρόκλησης τοκετού κα. Η πιθανότητα αυτή ελαττώνεται εάν υπάρχει αυτόματη έναρξη τοκετού, με φυσιολογικό εκτιμώμενο βάρος γέννησης και ηλικία κύησης <40 εβδομάδων. Η επιλογή του τρόπου τοκετού (κοιλικός τοκετός ή καισαρική τομή) είναι αποκλειστικά ευθύνη της επιτόκου μετά από λεπτομερή ενημέρωση για τους κινδύνους/οφέλη της κάθε προσέγγισης. |
| Προηγούμενη δυστοκία ώμων             | Λόγω πιθανότητας επανάληψης δυστοκίας ώμων στην παρούσα κύηση της τάξεως του 10-15%, μπορεί να προσφερθεί στη γυναίκα η επιλογή της προγραμματισμένης καισαρικής τομής. Εάν η αντιμετώπιση της προηγούμενης δυστοκίας ώμων περιλάμβανε και εσωτερικούς κοιλικούς χειρισμούς, τότε συστήνεται ισχυρά η επιλογή της προγραμματισμένης καισαρικής τομής.  |
| Προηγούμενος ενδομήτριος θάνατος      | Θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη τα ευρήματα από τη διερεύνηση του ενδομήτριου θανάτου στην προηγούμενη κύηση. Υπάρχει όφελος από τη λήψη ασπιρίνης από τη 12 <sup>η</sup> εβδομάδα κύησης. Συνήθως συστήνεται πρόκληση τοκετού στις 37   |

|   |   |
|---|---|
|   | εβδομάδες κύησης ή και νωρίτερα ανάλογα με την περίπτωση και την υπερηχογραφική παρακολούθηση της παρούσας κύησης.  |
| Προηγούμενη ρήξη μήτρας   | Συστήνεται συνήθως προγραμματισμένη καισαρική τομή. Θα πρέπει να υπάρχει αυξημένη υπερηχογραφική παρακολούθηση της ανάπτυξης του εμβρύου λόγω της αυξημένης πιθανότητας ουλοποίησης της μήτρας κατά την επούλωση της μετά από την προηγούμενη ρήξη. |
| <i>ΠΗΓΗ: ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ, ΠΑΠΟΥΤΣΗΣ Δ. &amp; ΑΝΤΩΝΑΚΟΥ Α., 2019</i> |   |

Αντίθετα, μια κύηση χαμηλού κινδύνου παραμένει χωρίς καμία επιπλοκή και εξελίσσεται φυσιολογικά κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και κατά τον τοκετό. Για να θεωρεί μια κύηση χαμηλού κινδύνου τα χαρακτηριστικά που θα πρέπει να έχει, είναι η ηλικία της εγκύου να βρίσκεται ενδιάμεσα από 18 έως 40 ετών, διότι μπορεί να θεωρηθεί παράγοντας κινδύνου για θρομβοεμβολική νόσο και έτσι να κριθεί απαραίτητη η αξιολόγηση της αναγκαιότητας θρομβοπροφύλαξης στην κύηση, όπως επίσης και η αναγκαιότητα χορήγησης ασπιρίνης για πρόληψη προεκλαψίας στην αρχή της κύησης. Ακόμη, ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) θα πρέπει να κυμαίνεται από 18-30 kg/m<sup>2</sup>, επειδή σε περίπτωση που η έγκυος επιθυμεί την χρήση νερού για μέθοδο αναλγησίας κατά την διάρκεια του τοκετού και ο δείκτης μάζας σώματος υπερβαίνει τα 35 kg/m<sup>2</sup>, τότε αυτό δεν θα είναι εφικτό λόγω δυσκολίας μετακίνησης εκτός πισίνας σε απότομη δυσμενή μεταβολή της κατάστασης της γυναίκας και του εμβρύου.

#### **ΠΙΝΑΚΑΣ 17: ΚΥΗΣΗ “ΧΑΜΗΛΟΥ-ΚΙΝΔΥΝΟΥ (LOW RISK)”**

- Ηλικία εγκύου 18-40 ετών
- Δείκτης μάζας σώματος ΔΜΣ 18 έως 30 kg/m<sup>2</sup>
- Αυτόματη έναρξη τοκετού
- Μονήρης κύηση με κεφαλική προβολή
- Ηλικία κύησης 37+0 έως 42+0 εβδομάδων
- Απουσία λοιπών χαρακτηριστικών των κήσεων υψηλού κινδύνου

*ΠΗΓΗ: ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ, ΠΑΠΟΥΤΣΗΣ Δ. & ΑΝΤΩΝΑΚΟΥ Α., 2019*

Ένα επιπλέον χαρακτηριστικό της κύησης χαμηλού κινδύνου είναι η αυτόματη έναρξη τοκετού σε ηλικία κύησης 37<sup>+0</sup> έως 42<sup>+0</sup> εβδομάδων χωρίς την βεβιασμένη

παρέμβαση του επαγγελματία υγείας για την επίσπευση του τοκετού, οδηγώντας τον έτσι σε άλλες επιπλοκές. Γενικά θα πρέπει να υπάρχει απουσία χαρακτηριστικών των κήσεων υψηλού κινδύνου.

#### 4.3 Κλινική σημασία ταξινόμησης της κήσης σε χαμηλού και υψηλού κινδύνου

Η ταξινόμηση της κήσης σε μια από τις δυο κατηγορίες έχει μεγάλη κλινική σημασία γιατί κατά την διάρκεια του τοκετού οι δυνατότητες που θα έχει η επίτοκος θα είναι διαφορετικές. Στην περίπτωση της κήσης χαμηλού κινδύνου κατά την διάρκεια του τοκετού επιτρέπεται να γίνει χρήση της διαλείπουσας ακρόασης του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού, επιτρέποντας έτσι στην γυναίκα να έχει αυτοτέλεια κινήσεων στον χώρο τοκετού και αποφεύγοντας την μόνιμη και αδιάλειπτη καθήλωση στο κρεβάτι κάνοντας μια συνεχή καρδιοτοκογραφική παρακολούθηση (Εικόνα 4).



Εικόνα 4. Καρδιοτοκογράφος για συνεχή ηλεκτρονική παρακολούθηση του εμβρύου. 'Καρδιοτοκογράφος Jumper JPD-300P Monitor 7'' Δίδυμης Κήσης | Medical.gr'.

Ημερομηνία πρόσβασης 8 Φεβρουάριος 2023.  
<https://medical.gr/iatrikes-syskeyes-iatrika-ergaleia/kardiotokografoi/kardiotokografos-jumper-jpd-300p-didymis-kyisis.html>.

Η τοποθέτηση του ενδοφλέβιου φλεβοκαθετήρα δεν είναι αναγκαία ,έτσι αυτό έχει θετικό αντίκτυπο στην γυναίκα στο να αποφύγει την ενόχληση ή το τσούξιμο σε περίπτωση βύθισης του χεριού στο νερό (Πίνακες 18-19).

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 18: ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΣΕ ΚΥΗΣΗ “ΧΑΜΗΛΟΥ-ΚΙΝΔΥΝΟΥ (LOW RISK)”

- Διαλείπουσα ακρόαση εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού
- Ελευθέρια κινήσεων στο δωμάτιο τοκετού, μη αναγκαιότητα συνεχούς κλινοστατισμού
- Μη αναγκαιότητα τοποθέτησης ενδοφλέβιου φλεβοκαθετήρα
- Χρήση του νερού κατά τον τοκετό
- Τοκετός στο σπίτι ή σε μαιευτικές μονάδες με μαιές/μαιευτές (μόνο όπου

αυτά παρέχονται)

ΠΗΓΗ: ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ, ΠΑΠΟΥΤΣΗΣ Δ. & ΑΝΤΩΝΑΚΟΥ Α.,2019

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 19: ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΚΕΤΟΥ ΣΕ ΚΥΗΣΗ “ΥΨΗΛΟΥ-ΚΙΝΔΥΝΟΥ (HIGH RISK)”

- Συνεχής καρδιοτοκογραφική παρακολούθηση εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού
- Αναγκαιότητα τοποθέτησης ενδοφλέβιου φλεβοκαθετήρα
- Χρήση του νερού κατά τον τοκετό ανάλογα με την παθολογία
- Τοκετός στο νοσοκομείο/μαιευτήριο

ΠΗΓΗ: ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ, ΠΑΠΟΥΤΣΗΣ Δ. & ΑΝΤΩΝΑΚΟΥ Α.,2019

### 5. Μαιευτική Παρακολούθηση Κύησης (χαμηλού κινδύνου)

#### 5.1 Κατά την διάρκεια της κύησης

Αφού ο επαγγελματίας υγείας έχει αξιολογήσει την κατάσταση της κύησης βάση του ατομικού και μαιευτικού ιστορικού της γυναίκας αλλά και των παραγόντων κινδύνου που υπάρχουν στην παρούσα κύηση μπορεί να εξατομικεύσει την αντίστοιχη μαιευτική και ιατρική φροντίδα δημιουργώντας ένα πρώτο πλάνο παρακολούθησης της κύησης καθ’ όλη την διάρκειά της (Πίνακας 20)(Εικόνα 5). Η αξιολόγηση του κινδύνου θα πρέπει να πραγματοποιείται σε κάθε ακόλουθη επίσκεψη επειδή η κατάσταση της εγκύου αλλά και του εμβρύου είναι πιθανόν να έχουν μεταβληθεί.

Το μαγικό ταξίδι της εγκυμοσύνης αρχίζει από την πρώτη στιγμή που η γυναίκα αισθανθεί και μάθει πως μια καινούργια ζωή μεγαλώνει μέσα της. Τότε θα αντιληφθεί πως όλος ο κόσμος της προσφέρει ένα μοναδικό δώρο, αλλά συγχρόνως της δημιουργεί αγωνία για το αν όλα θα πάνε καλά, γι’ αυτό αναζητά πληροφορίες που θα της εξασφαλίσουν μια ευτυχή και ξεχωριστή εγκυμοσύνη, ασφαλή τοκετό και στο τέλος ένα υγιές μωρό.

Σε κύηση χαμηλού κινδύνου η μαιευτική φροντίδα συγκαταλέγει σε κάθε επίσκεψη την εκτέλεση κλινικής εξέτασης και την ακρόαση του εμβρυϊκού καρδιακού ρυθμού, ωστόσο και την πραγματοποίηση βασικών εργαστηριακών και υπερηχογραφικών εξετάσεων (Παπουτσή Δ. & Αγγελική Α.,2019). Ο λόγος για τον οποίο

πραγματοποιείται η προγεννητική φροντίδα βάση των συστάσεων που δημοσίευσε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) βελτιώνοντας την ποιότητα της, είναι για την μείωση του κινδύνου θνησιγένειας και των επιπλοκών της εγκυμοσύνης αλλά κυριότερα την προσφορά μιας ευμενούς εμπειρίας στην γυναίκα. Συγκεντρώνοντας έτσι την προσοχή στην θετική εμπειρία της εγκυμοσύνης, εξασφαλίζεται μια υγιής εγκυμοσύνη για την μητέρα και το μωρό όπως και η ασφαλή παρακολούθηση της κύησης με κριτήριο την τεκμηριωμένη πληροφόρηση, αλλά επίσης την αποφυγή του άγχους και της έγνοιας της εγκύου από τις πολλές και άσκοπες εξετάσεις που ταυτόχρονα αυξάνουν και το κόστος.

Το πρώτο ραντεβού το οποίο θα διευκρινίσει σε μεγάλο βαθμό την εξέλιξη της παρακολούθησης της κύησης, ενδέχεται να διαρκέσει περίπου μια ώρα εφόσον πρόκειται να γίνει μια πλήρης καταγραφή πληροφοριών της κύησης, να πραγματοποιηθούν εργαστηριακές εξετάσεις αλλά και να διενεργηθεί η συμβουλευτική της εγκυμονούσας. Για την πλήρη πληροφόρηση της παρούσας κύησης η ΕΜΓΕ και το NHS (National Health System) προτείνουν την λήψη ενός λεπτομερούς μαιευτικού ιστορικού που θα ενισχύσει στην εξασφάλιση της ολοκληρωτικής και συστηματικής τεκμηρίωσης της εγκυμοσύνης αλλά και στην εκτίμηση των κινδύνων που είναι πιθανόν να μεταρρυθμίσουν την παρακολούθηση της κύησης. Η έγκυος θα ερωτηθεί για προσωπικές και δημογραφικές πληροφορίες, όπως για τον τόπο κατοικίας ή την περιοχή στην οποία ζει, επειδή ορισμένες μειονοτικές προελεύσεις και αρκετές υποβαθμισμένες περιοχές φέρουν μεγαλύτερο κίνδυνο θνησιμότητας, οπότε θα χρειάζεται στενότερη παρακολούθηση και περισσότερη υποστήριξη. Επίσης, θα πρέπει να αναφερθεί για το αν έχει συγγάτους ή ζει με τον σύντροφο της, αν υπάρχει και άλλο παιδί όπως επίσης και τρόπους επικοινωνίας με την έγκυο καθώς και το επάγγελμά της κτλ. Ακόμη, συνιστάται να περιληφθούν το προηγούμενο μαιευτικό ιστορικό, το ατομικό ιστορικό λαμβάνοντας υπόψιν τους εμβολιασμούς, τις κληρονομικές παθήσεις, τις αλλεργίες, τις λοιμώξεις και την χρήση φαρμάκων ή ουσιών, το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ, κάποιο προηγούμενο χειρουργικό ή γυναικολογικό ιστορικό, το οικογενειακό ιστορικό (και των δύο βιολογικών γονέων) όπως και το ιστορικό της παρούσας κύησης. Επιπλέον, θα πρέπει να ερωτηθεί για τυχόν ταξίδια εξαιτίας της πιθανής έκθεσης σε ελονοσία και σε τοξικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες και τέλος για ψυχοκοινωνικές πληροφορίες για την σωματική και την ψυχική της υγεία

για τυχόν προβλήματα που αντιμετωπίστηκαν ή εξελίσσονται στην παρούσα κύηση. Αξιίζει να σημειωθεί πως υπάρχει το ενδεχόμενο ύπαρξης προηγούμενων ιατρικών αρχείων της γυναίκας, οπότε μπορεί να χρειασθεί να εξεταστούν και αυτοί, λαμβάνοντάς τους υπόψιν για την εξέλιξη της κύησης.



Εικόνα 5. Εκτίμηση και σχεδίαση πλάνου παρακολούθησης κύησης. Πηγή: 'Homebirth — WM'. <https://www.wildrootmidwifery.com/en/homebirth>. &KingstonHospital. 'Homebirth'. <https://kingstonhospital.nhs.uk/birth/homebirth/>.

Σημαντικό για κάθε προγεννητικό ραντεβού υφίσταται να πραγματοποιείται η εκτίμηση της κατάστασης του κινδύνου της κύησης καθώς και της εγκύου για την γενική της υγεία και την ψυχοσωματική της κατάσταση, την επανεξέταση και επανεκτίμηση του πλάνου φροντίδας για την εγκυμοσύνη και την συζήτηση για πιθανόν ανησυχίες της εγκυμοσύνης, για τον τοκετό, για την ψυχική υγεία χωρίς να γίνει παράληψη και της περίπτωσης της ενδοοικογενειακής κακοποίησης. Γι' αυτό ο τρόπος προσέγγισης της γυναίκας από τον επαγγελματία υγείας θα πρέπει να γίνει με ευαίσθητο και ευγενικό τρόπο σε μια ιδιωτική συζήτηση μεταξύ τους. Ο επαγγελματίας υγείας αρμόζει να ενημερώνει τους φακέλους της γυναίκας ώστε να περιλαμβάνουν πολλές λεπτομέρειες για το ιστορικό, την εξέλιξη των αποτελεσμάτων και των εξετάσεων αλλά και των συζητήσεων που δημιουργήθηκαν.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 20: ΒΑΣΙΚΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΥΗΣΗΣ ΧΑΜΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

| Εβδομάδες κύησης | Βασική Μαιευτική Φροντίδα   | Πρωτόκοσος | Πολύτοκος |
|------------------|---|------------|-----------|
| 7-10             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Αρχική συνάντηση με επαγγελματία υγείας</li> <li>• Λήψη πλήρους ιστορικού</li> <li>• Συζήτηση σχετικά με υγεινοδιαιτητικές συνήθειες (lifestyle)</li> <li>• Παραπομπή για πρώτο υπερηχογράφημα για προσδιορισμό</li> </ul> |            |           |



|              |   |   |   |
|--------------|---|---|---|
|              | <p>ηλικίας κύησης και επιβεβαίωση ενδομήτριας κύησης</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Αξιολόγηση κύησης: χαμηλού κίνδυνου/ υψηλού κίνδυνου</li> <li>• Σε κύηση υψηλού κίνδυνου: Εξατομικευμένο πλάνο παρακολούθησης</li> <li>• Σε κύηση χαμηλού κίνδυνου: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Εξήγηση πλάνου παρακολούθησης στην κύηση</li> <li>▪ Παρακλινικός έλεγχος : <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Μέτρηση αρτηριακής πίεσης</li> <li>✓ Μέτρηση ύψους/ βάρους (δείκτης ΔΜΣ)</li> </ul> </li> <li>▪ Εργαστηριακές εξετάσεις: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Αίματος (μεγάλος έλεγχος)</li> <li>✓ Γενική ούρων</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> | ☑ | ☑ |
| <b>11-14</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Προγεννητικός έλεγχος πρώτου τριμήνου(αυχενική διαφάνεια)</li> <li>• Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των εργαστηριακών εξετάσεων της πρώτης επίσκεψης</li> </ul>  | ☑ | ☑ |
| <b>15-16</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Μέτρηση αρτηριακής πίεσης</li> <li>• Γενική ούρων</li> </ul>   | ☑ | ☑ |
| <b>18-22</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Προγεννητικός έλεγχος δευτέρου τριμήνου(β-επιπέδου υπερηχογράφημα)</li> </ul>  | ☑ | ☑ |
| <b>24</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Μέτρηση αρτηριακής πίεσης</li> <li>• Γενική ούρων</li> <li>• Ακρόαση καρδιακών παλμών με φορητή συσκευή Doppler</li> <li>• Κλινική εξέταση: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ψηλάφηση μήτρας( χειρισμοί Λεοπόλδου)</li> <li>▪ Μέτρηση απόστασης πυθμένα μήτρας-ηβικής σύμφυσης (SFH)</li> </ul> </li> </ul>  | ☑ | ⊗ |
| <b>28</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Παρακλινικές εξετάσεις: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ακρόαση καρδιακών παλμών με φορητή συσκευή Doppler</li> <li>▪ Μέτρηση αρτηριακής πίεσης</li> <li>▪ Μέτρηση ύψους/βάρους (δείκτης ΔΜΣ)</li> </ul> </li> <li>• Εργαστηριακές εξετάσεις: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Γενική αίματος</li> <li>▪ Γενική ούρων</li> </ul> </li> </ul>  | ☑ | ☑ |



|    |   |   |   |
|----|---|---|---|
|    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ειδικές οδηγίες:<br/>Σε Rhesus αρνητικές εγκύους γίνεται χορήγηση anti-D ανοσοσφαιρίνης</li> <li>• Κλινική εξέταση: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ψηλάφηση μήτρας (χειρισμοί Λεοπόλδου)</li> <li>▪ Μέτρηση απόστασης πυθμένα μήτρας-ηβικής σύμφυσης (SFH)</li> </ul> </li> </ul>  |   |   |
| 32 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Παρακλινικές εξετάσεις: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ακρόαση καρδιακών παλμών με φορητή συσκευή Doppler</li> <li>▪ Μέτρηση αρτηριακής πίεσης</li> <li>▪ Μέτρηση ύψους/βάρους (δείκτης ΔΜΣ)</li> </ul> </li> <li>• Εργαστηριακές εξετάσεις: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Γενική αίματος</li> <li>▪ Γενική ούρων</li> </ul> </li> <li>• Κλινική εξέταση: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ψηλάφηση μήτρας (χειρισμοί Λεοπόλδου)</li> <li>▪ Μέτρηση απόστασης πυθμένα μήτρας-ηβικής σύμφυσης (SFH)</li> </ul> </li> </ul> | ☑ | ⊗ |
| 34 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Παρακλινικές εξετάσεις: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ακρόαση καρδιακών παλμών με φορητή συσκευή Doppler</li> <li>▪ Μέτρηση αρτηριακής πίεσης</li> <li>▪ Γενική ούρων</li> </ul> </li> <li>• Κλινική εξέταση: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ψηλάφηση μήτρας (χειρισμοί Λεοπόλδου)</li> <li>▪ Μέτρηση απόστασης πυθμένα μήτρας-ηβικής σύμφυσης (SFH)</li> </ul> </li> </ul>   | ☑ | ☑ |
| 36 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Παρακλινικές εξετάσεις: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ακρόαση καρδιακών παλμών με φορητή συσκευή Doppler</li> <li>▪ Μέτρηση αρτηριακής πίεσης</li> <li>▪ Μέτρηση ύψους/βάρους (δείκτης ΔΜΣ)</li> </ul> </li> <li>• Εργαστηριακές εξετάσεις: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Γενική αίματος</li> <li>▪ Γενική ούρων</li> </ul> </li> <li>• Κλινική εξέταση: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ψηλάφηση μήτρας (χειρισμοί</li> </ul> </li> </ul>  | ☑ | ☑ |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
|   | <p>Λεοπόλδου)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Μέτρηση απόστασης πυθμένα μήτρας-ηβικής σύμφυσης (SFH)</li> </ul>  |   |   |
| 38  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Παρακλινικές εξετάσεις: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ακρόαση καρδιακών παλμών με φορητή συσκευή Doppler</li> <li>▪ Μέτρηση αρτηριακής πίεσης</li> <li>▪ Γενική ούρων</li> </ul> </li> <li>• Κλινική εξέταση: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ψηλάφηση μήτρας (χειρισμοί Λεοπόλδου)</li> <li>▪ Μέτρηση απόστασης πυθμένα μήτρας-ηβικής σύμφυσης (SFH)</li> </ul> </li> </ul>   | ☑ | ☑ |
| 40  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Παρακλινικές εξετάσεις: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ακρόαση καρδιακών παλμών με φορητή συσκευή Doppler</li> <li>▪ Μέτρηση αρτηριακής πίεσης</li> <li>▪ Μέτρηση ύψους/βάρους (δείκτης ΔΜΣ)</li> <li>▪ Γενική ούρων</li> </ul> </li> <li>• Κλινική εξέταση: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ψηλάφηση μήτρας (χειρισμοί Λεοπόλδου)</li> <li>▪ Μέτρηση απόστασης πυθμένα μήτρας-ηβικής σύμφυσης (SFH)</li> </ul> </li> </ul> | ☑ | ⊗ |
| 41  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Παρακλινικές εξετάσεις: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ακρόαση καρδιακών παλμών με φορητή συσκευή Doppler</li> <li>▪ Μέτρηση αρτηριακής πίεσης</li> <li>▪ Γενική ούρων</li> </ul> </li> <li>• Συζήτηση σχετικά με τη παράταση κύησης και την διαχείρισή της</li> </ul>   | ☑ | ⊗ |
| <p>ΠΗΓΗ: ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ, ΠΑΠΟΥΤΣΗΣ Δ. &amp; ΑΝΤΩΝΑΚΟΥ Α., 2019, ΕΜΓΕ 2021, NICE 2014</p> |   |   |   |

## 5.2 Βασικές πληροφορίες της κύησης

Μερικές βασικές πληροφορίες που θα πρέπει να συμπεριλάβει ο επαγγελματίας υγείας στον φάκελο της εγκύου είναι η ηλικία της, ο τόκος στον οποίο βρίσκεται βάση του μαιευτικού ιστορικού, να γίνει η μέτρηση του ύψους, του σωματικού

βάρους ώστε να υπολογιστεί ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) της εγκύου στην έναρξη της παρακολούθησης της κύησης και να ενισχύσει την παροχή συμβουλευτικής για την πρόσληψη βάρους αλλά και η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης η οποία θα καταχωρηθεί ως τιμή αναφοράς για την διάρκεια της κύησης.

### 5.3 Εργαστηριακός προγεννητικός έλεγχος

Στην πρώτη επαφή του επαγγελματία υγεία με την επίτοκο θα πρέπει να διενεργείται η υλοποίηση των παρακάτω εργαστηριακών εξετάσεων (Πίνακας 21):

| <b>ΠΙΝΑΚΑΣ 21: ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ (ΜΕΓΑΛΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ)</b>   |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Γενική αίματος</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Καθορισμός ομάδας αίματος (ABO/Rhesus)</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Γενική εξέταση ούρων και καλλιέργεια ούρων</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ορολογικός έλεγχος :               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ηπατίτιδα Β</li> <li>▪ ιός HIV</li> <li>▪ σύφιλης</li> <li>▪ αντισωμάτων κατά της ερυθράς</li> </ul> </li> </ul>                                      |
| <b>Μη απαραίτητη σύσταση για την πραγματοποίηση των παρακάτω εξετάσεων :</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Καλλιέργεια κολπικού και τραχηλικού επιχρίσματος</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Έλεγχος ομάδας Β στρεπτοκοκκικής λοίμωξης</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ορολογικός έλεγχος :               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ηπατίτιδας C</li> <li>▪ κυτταρομεγαλοϊό</li> <li>▪ τοξόπλασμα</li> <li>▪ έλεγχος θυρεοειδικής λειτουργίας (TSH, FT4, anti-TPO)</li> </ul> </li> </ul> |

**Γενική αίματος (αιματοκρίτης, αιμοσφαιρίνη και μέσος όγκος ερυθρών):** οι τιμές του αιματοκρίτη, της αιμοσφαιρίνης και του μέσου όγκου ερυθρών (MCV) είναι δείκτες που υποδηλώνουν την αναιμία και καθορίζουν για επιπλέον έλεγχο για θαλασσαιμία και δρεπανοκυτταρική αναιμία. Σε περίπτωση που η τιμή MCV < 80 fL και με την προϋπόθεση οι συγκεντρώσεις του σιδήρου να είναι φυσιολογικές υποδηλώνεται θαλασσαιμία. Για τον λόγο αυτό ενδείκνυται περαιτέρω έλεγχος με ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης. Αν όμως η εξέταση αυτή έχει πραγματοποιηθεί σε προηγούμενη κύηση, επομένως δεν είναι απαραίτητο να ξαναγίνει. Ωστόσο, στο

ενδεχόμενο που η επίτοκος είναι φορέας αιμοσφαιρινοπάθειας είναι αναγκαίο να γίνει έλεγχος και στον σύντροφο της εγκύου.

**Καθορισμός ομάδας αίματος (ABO/Rhesus):** ο έλεγχος αυτός μέσω της δοκιμασίας έμμεσος Coombs αποσκοπεί στην ανίχνευση αντισωμάτων στη Rh αρνητική γυναικά από προηγούμενη ευαισθητοποίηση της, τα οποία δύνανται να οδηγήσουν σε αιμολυτική νόσο των νεογνών. Γι' αυτό οι Rh (D) αρνητικές γυναίκες θα πρέπει να υποβάλλονται σε έλεγχο αντισωμάτων στην πρώτη προγεννητική επίσκεψη και οι Rh (D) αρνητικές μητέρες που δεν έχουν αντισώματα θα πρέπει να τους χορηγηθεί αντι-D ανοσοσφαιρίνη για την πρόληψη της Rh ευαισθητοποίησης στην εγκυμοσύνη.

**Γενική εξέταση ούρων και καλλιέργεια ούρων:** Πέρα από την γενική ανάλυση ούρων οι επαγγελματίες υγείας προτείνουν και την καλλιέργεια ούρων επειδή οι επίτοκες με ασυμπτωματική βακτηριουρία διατελούν υψηλό κίνδυνο ανάπτυξης πυελονεφρίτιδας αλλά και κίνδυνο για πρόωρο τοκετό. Η θεραπεία της ασυμπτωματικής βακτηριουρίας εξαρτάται από την ευαισθησία στην αντιβίωση και γενικά από τις κατευθυντήριες οδηγίες. Οι επαγγελματίες υγείας συστήνουν να γίνεται μηνιαίος έλεγχος της καλλιέργειας σε έγκυες με ασυμπτωματική βακτηριουρία μέχρι τον τοκετό ή να χορηγείται κατάλληλη θεραπεία κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης στο ενδεχόμενο τακτικής ή επιμένουσας βακτηριουρίας.

**Ορολογικός έλεγχος :** Στην πρώτη προγεννητική επίσκεψη, όπως ακόμη και στο τρίτο τρίμηνο οι έγκυες γυναίκες θα πρέπει να υποβάλλονται στον έλεγχο για τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV I,II), την σύφιλη (VDRL), το αντίγονο της ηπατίτιδας B (HBsAg) και στον ορολογικό έλεγχο IgG και IgM για την ανοσία στην ερυθρά, με εξαίρεση τις ανοσοποιημένες γυναίκες από προηγούμενο ορολογικό έλεγχο. Οι μη ανοσοποιημένες γυναίκες θα πρέπει να εμβολιάζονται μετά τον τοκετό ενάντια στην ερυθρά.

Βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες της ΕΜΓΕ για τον εργαστηριακό έλεγχο σε παρακολούθηση ομαλά εξελισσόμενης, ανεπίπλεκτης κύησης των παρακάτω εργαστηριακών εξετάσεων δεν συστήνεται η πραγματοποίησή τους, λόγω της αμφιλεγόμενης τεκμηρίωσης ότι η διάγνωση και η αντιμετώπιση τους δεν φαίνεται να επηρεάζει την πορεία της κύησης αλλά και την τεκμηριωμένη ένδειξη για όφελος σε σχέση με το κόστος.

Η καλλιέργεια κολπικού-τραχηλικού εκκρίματος για την διάγνωση βακτηριακής κολπίτιδας, γλαμυδιακής και γονοκοκκικής λοίμωξης ή για τον έλεγχο ομάδας B στρεπτοκοκκικής λοίμωξης δεν είναι βεβαιωμένο ότι και να θεραπευτούν θα μειώσουν τον κίνδυνο προώρου τοκετού ή θα μεταβάλλουν γενικώς την εξέλιξη της κύησης αρνητικά. Επιπλέον, η ορολογική δοκιμασία για τον κυτταρομεγαλοϊό (CMV) και το τοξόπλασμα δεν αποτελεί δεσμευτική πρακτική σε όλες τις πολιτικές των συστημάτων υγείας όλων των χωρών, όμως αφορά κυρίως χώρες υψηλού επιπολασμού. Τέλος, ο έλεγχος της λειτουργίας του θυρεοειδούς αδένος στην κύηση παρόλο που δεν υπάρχουν ικανά δεδομένα στη βιβλιογραφία που να αποδεικνύουν ότι είναι αναγκαίος, συνίσταται να πραγματοποιείται στην πρώτη επίσκεψη λόγω του υψηλού ποσοστού παθήσεων του θυρεοειδούς αδένος στον ελληνικό πληθυσμό, αναφέρει η ΕΜΓΕ.

#### 5.4 Γενικές οδηγίες και συμβουλευτική της εγκύου κατά την διάρκεια της κύησης

Στη συνέχεια, αφού ο επαγγελματίας υγείας έχει πάρει το πλήρες ιστορικό και έχει ολοκληρώσει τον εργαστηριακό προγεννητικό έλεγχο, θα πρέπει να εκπαιδεύσει και να καθοδηγήσει την έγκυο αλλά και τον σύντροφο της για να προωθήσει την υγεία της, συμβουλευοντάς τους στα παρακάτω θέματα:

**Διατροφή/Βιταμίνες:** Στην καθημερινότητα η υγιεινή διατροφή είναι ένα σημαντικό κομμάτι του τρόπου ζωής σε οποιαδήποτε φάση της, όμως είναι ιδιαίτερα πιο σημαντική στην περίπτωση εγκυμοσύνης, γιατί θα ωφελήσει και την επίτοκο αλλά και το ίδιο της το έμβρυο να αναπτυχθεί και να μεγαλώσει σωστά. Δεν είναι απαραίτητο να γίνεται κάποια ειδική δίαιτα αλλά θα πρέπει να δίνονται κατάλληλες οδηγίες για την σωστή και ισορροπημένη διατροφή, πλούσια σε θρεπτικά συστατικά και βιταμίνες (Πίνακας 22) από ποικιλία διαφορετικών τροφών σε καθημερινή βάση ακολουθώντας πρότυπα όπως την Μεσογειακή διατροφή. Κρίνεται πολύτιμη η ενημέρωση και η σαφής καθοδήγηση για τον ασφαλή χειρισμό των τροφίμων (καλό πλύσιμο φρούτων και λαχανικών, καλό μαγείρεμα κρεάτων και πουλερικών, αποφυγή ωμών θαλασσινών και οστρακοειδών) για την πρόληψη λοιμώξεων και την μείωση του κινδύνου προκειμένου να αποφευχθεί η λήψη ακατάλληλης τροφής.

*ΠΙΝΑΚΑΣ 22: ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΓΙΑ ΕΓΚΥΕΣ ΚΑΙ ΘΗΛΑΖΟΥΣΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ*

|  |        |           |
|--|--------|-----------|
|  | ΕΓΚΥΟΣ | ΘΗΛΑΖΟΥΣΑ |
|--|--------|-----------|

|   |         |         |
|---|---------|---------|
| <b>Λιποδιαλυτές βιταμίνες</b>   |         |         |
| Βιταμίνη Α  | 770 µg  | 1300 µg |
| Βιταμίνη D <sup>a</sup>   | 15 µg   | 15 µg   |
| Βιταμίνη Ε  | 15 µg   | 19 mg   |
| Βιταμίνη Κ <sup>a</sup>   | 90 µg   | 90 µg   |
| <b>Υδατοδιαλυτές βιταμίνες</b>  |         |         |
| Βιταμίνη C  | 85 mg   | 120 mg  |
| Θειαμίνη  | 1,4 mg  | 1,4 mg  |
| Ριβοφλαβίνη   | 1,4 mg  | 1,6 mg  |
| Νιασίνη   | 18 mg   | 17 mg   |
| Βιταμίνη Β <sub>6</sub>   | 1,9 mg  | 2 mg    |
| Φυλλικό οξύ   | 600 µg  | 500 µg  |
| Βιταμίνη Β <sub>12</sub>  | 2,6 µg  | 2,8 µg  |
| <b>Ιχνοστοιχεία</b>   |         |         |
| Ασβέστιο <sup>a</sup>   | 1000 mg | 1000 mg |
| Νάτριο <sup>a</sup>   | 1,5 g   | 1,5 g   |
| Κάλιο <sup>a</sup>  | 4,7 g   | 5,1 g   |
| Σίδηρος   | 27 mg   | 9 mg    |
| Ψευδάργυρος   | 11 mg   | 12 mg   |
| Ιώδιο   | 220 µg  | 290 µg  |
| Σελήνιο   | 60 µg   | 70 µg   |
| <b>Άλλες ουσίες</b>   |         |         |
| Πρωτεΐνες   | 71 g    | 71 g    |
| Υδατάνθρακες  | 175 g   | 210 g   |
| Φυτικές ίνες <sup>a</sup>   | 28 g    | 29 g    |
| <sup>a</sup> Οι συστάσεις μετριούνται ως επαρκής διαιτητική πρόσληψη. |         |         |
| <i>ΠΗΓΗ: INSTITUTE OF MEDICINE 2006,2011</i>                          |         |         |

**Αύξηση σωματικού βάρους εγκύου:** Σχεδόν σε κάθε επίσκεψη της επίτοκου στον επαγγελματία υγεία είναι αναγκαίο να γίνεται η καταμέτρηση του σωματικού βάρους της εγκύου και ο υπολογισμός του δείκτη μάζας σώματος (Πίνακας 23). Ο λόγος για τον οποίο πρέπει να γίνεται αυτό είναι γιατί η εγκυμοσύνη αποτελεί παράγοντα κίνδυνου για την υπερβολική αύξηση του βάρους οπού με την σειρά της αυξάνει την εκδήλωση για σακχαρώδη διαβήτη κύησης όπως και την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων. Είναι απαραίτητο να παρέχονται στην έγκυο κατάλληλες πληροφορίες και συμβουλές για τον υγιεινό τρόπο διατροφής και την άσκηση, ώστε η υπερβολική πρόσληψη βάρους και η παχυσαρκία, οι οποίες συσχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο μακροσωμίας και καισαρικής τομής να αποφευχθούν.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 23: ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΒΑΡΟΥΣ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΟΝ ΡΥΘΜΟ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ**

| Κατηγορία (ΔΜΣ) | Εύρος συνολικής πρόσληψης βάρους | Πρόσληψη βάρους στο 2 <sup>ο</sup> και 3 <sup>ο</sup> τρίμηνο της |
|-----------------|----------------------------------|---|
|-----------------|----------------------------------|---|

|  |           | κύησης<br>Μέση τιμή σε     |
|--|-----------|----------------------------|
| <b>Πρόσληψη βάρους</b>                                   | <b>kg</b> | <b>kg/εβδομάδα (εύρος)</b> |
| Λιποβαρές άτομο (< 18,5)                                 | 12,5-18   | 0,51 (0,44-0,58)           |
| Φυσιολογικό άτομο (18,5-24,9)                            | 11,5-16   | 0,42 (0,35-0,50)           |
| Υπέρβαρο άτομο (25,0-29,9)                               | 7-11,5    | 0,28 (0,23-0,33)           |
| Παχύσαρκο άτομο ( $\geq$ 30,0)                           | 5-9       | 0,22 (0,17-0,27)           |
| <i>ΔΜΣ = Δείκτης Μάζας Σώματος</i>                       |           |                            |
| <i>ΠΗΓΗ: INSTITUTE OF MEDICINE, US, 2009, ΕΜΓΕ, 2021</i> |           |                            |

**Συμπληρώματα διατροφής:** Σύμφωνα με διεθνείς οργανισμούς υγείας (ACOG, AAR, ΕΜΓΕ) στις κατευθυντήριες οδηγίες τους κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και πριν από αυτή προληπτικά, συστήνεται η χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων. Όπως η λήψη φυλλικού οξέος (400mcg/ημέρα) κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης ή και ένα μηνά τουλάχιστον πριν από την σύλληψη με σκοπό την πρόληψη και την υποτροπή ελλείματος και βλαβών του νευρικού σωλήνα του εμβρύου. Ακόμη, συστήνεται η χορήγηση σιδηρού (30mg-60mg/ημέρα), ασβεστίου (1.5-2.0g/ημέρα)(WHO) και βιταμίνης D (10μg/ημέρα) σε γυναίκες που δεν επαρκεί η διατροφή της εγκύου στις ανάγκες της κύησης.

**Σωματική άσκηση:** Σε κήσεις χαμηλού κίνδυνου οι έγκυες γυναίκες δεν χρειάζεται να περιορίζουν την σωματική δραστηριότητα, εφόσον δεν βάζει την ίδια και το έμβρυο της σε κατάσταση υπερκόπωσης ή κίνδυνο τραυματισμού. Γι' αυτό συστήνεται ήπια αερόβια άσκηση και μη έντονες δυναμικές ασκήσεις των 30 λεπτών περίπου σε καθημερινή βάση.

**Βλαπτικοί παράγοντες:** Κατά την διάρκεια της κύησης πρέπει να γίνει σύσταση για την διακοπή του καπνίσματος, την αποφυγή του αλκοόλ, την χρήση ναρκωτικών ουσιών/φαρμακευτικών σκευασμάτων που είναι επιβλαβής για το έμβρυο και θα οδηγήσουν σε αρνητικές επιπτώσεις την εγκυμοσύνη.

**Εργασία:** Σε εγκυμοσύνες που είναι ανεπίπλεκτες και οι γυναίκες εργάζονται κάτω από συνθήκες που δεν αυξάνουν τον κίνδυνο μπορούν να συνεχίσουν μέχρι την έναρξη του τοκετού. Παρόλα αυτά θα πρέπει να ελέγχονται και να οριοθετούνται η ασφάλεια του χώρου αλλά και η σωματική δραστηριότητα κατά την εργασία.

**Ταξίδια με αυτοκίνητο ή αεροπορικά μέσα:** Οι επίτοκες έχουν την δυνατότητα ταξιδιού κατά την διάρκεια της κύησης, έχοντας όμως ως προϋπόθεση την σωστή ενημέρωση για την κατάλληλη τοποθέτηση της ζώνης ασφαλείας τριών σημείων,

καθώς και την ενυδάτωση τους αλλά και την περιοδική κινητοποίηση των κάτω άκρων για την πρόληψη φλεβοθρόμβωσης.

**Σεξουαλική επαφή:** Η σεξουαλική επαφή κατά την διάρκεια μιας υγιούς εγκυμοσύνης βάσει διεθνών συστημάτων υγείας δεν είναι επικίνδυνη, παρόλα αυτά ενδείκνυται τις τελευταίες εβδομάδες για αυτόματη πρόκληση τοκετού.

**Ψυχική υγεία στην εγκυμοσύνη:** Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης υπάρχουν πολλές ψυχοσωματικές αλλαγές, οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν τα συναισθήματα της εγκύου όπως επίσης και την σχέση ανάμεσα στο ζευγάρι. Γι' αυτό το ζευγάρι αρμόζει να παρακολουθεί προγεννητικά μαθήματα, ώστε να εξοικειωθεί και να αποκτήσει γνώσεις και εμπειρίες από άλλα ζευγάρια εκφράζοντας τους δικούς τους προβληματισμούς.

### 5.5 Κλινικές και Παρακλινικές εξετάσεις κατά την διάρκεια της κύησης

Σε κάθε προγεννητική επίσκεψη της επίτοκου με τον επαγγελματία υγεία κρίνεται απαραίτητο να εκτιμάται η ψυχική υγεία της εγκύου και να δίνονται γενικές οδηγίες και συμβουλευτική στα παραπάνω θέματα κατά την διάρκεια της κύησης. Επίσης,



Εικόνα 6. Sonicaid Πηγή : 'SONICAID – Zenrox'.  
<https://zenroxmed.com/product/sonicaid/>.

αναγκαίο κρίνεται η αξιολόγηση των εμβρυϊκών σκιρτημάτων, που στο ενδεχόμενο ελάττωσής τους θα πρέπει να γίνει περαιτέρω έλεγχος με υπερηχογράφημα και καρδιοτοκογράφημα. Το πιο σημαντικό πριν από κάθε άλλη εξέταση σε κάθε επίσκεψη της εγκύου είναι η ακρόαση του καρδιακού ρυθμού του εμβρύου για την

επιβεβαίωση της καλής κατάστασης του. Οι εμβρυϊκοί καρδιακοί παλμοί μπορούν να εντοπιστούν και να ακουστούν από την 10<sup>η</sup> εβδομάδα με το sonicaid (Εικόνα 6), ενώ με το κοιλιοσκόπιο (Pinard) (Εικόνα 7) περίπου από την 20<sup>η</sup> εβδομάδα. Αφού, έχει επιβεβαιωθεί ο καρδιακός ρυθμός του εμβρύου στην συνέχεια θα πρέπει να καθοριστεί το σχήμα του εμβρύου (κάθετο, οριζόντιο ή εγκάρσιο, λοξό), η προβολή του εμβρύου (κεφαλική, ισχιακή) και ο βαθμός εμπέδωσης της προβάλλουσας μοίρας χρησιμοποιώντας τους χειρισμούς του Leopold (Πίνακας 24). Για να ολοκληρωθεί η κλινική εξέταση της εγκύου ο επαγγελματίας υγείας χρειάζεται να μετρήσει την απόσταση από τον πυθμένα της



μήτρας μέχρι την ηβική σύμφυση, ώστε να εκτιμηθεί η ανάπτυξη του εμβρύου. Η εκτίμηση του ύψους του πυθμένα της μήτρας μπορεί να εκτιμηθεί από την 12<sup>η</sup> εβδομάδα ψηλαφώντας την υπερηβικά. Την 16<sup>η</sup> εβδομάδα γίνεται η ψηλάφηση στο μέσο της απόστασης της ηβικής σύμφυσης με τον ομφαλό, ενώ μεταξύ της 20<sup>η</sup>-24<sup>η</sup> εβδομάδας η ψηλάφηση γίνεται πάνω στο ύψος του ομφαλού και την 28<sup>η</sup> εβδομάδα εντοπίζεται 2-3 δάκτυλα υπερομφαλικά.



Εικόνα 7. Κοιλοσκόπιο για την διαλείπουσα ακρόαση παλμών του εμβρύου (Pinard) Πηγή:

*'Pinard Stethoscope at Best Price in Delhi, Delhi | R S Global Health Care'. <https://www.tradeindia.com/products/pinard-stethoscope-6268118.html>.*

Τέλος, από την 32<sup>η</sup> εβδομάδα μέχρι τη 36<sup>η</sup> εβδομάδα ο πυθμένας της μήτρας ψηλαφάται στην ξιφοειδή απόφυση. Από την ηλικία κύησης αυτή και μετέπειτα το ύψος της μήτρας εντοπίζεται πιο χαμηλά.

Έχοντας ολοκλήρωση την κλινική εξέταση ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να πραγματοποιήσει και να προχωρήσει στην παρακλινική εξέταση της επιτόκου σε κάθε επίσκεψη της, καθώς η κατάσταση της δικιάς της υγείας ή η κατάσταση του εμβρύου και της κύησης μπορεί να έχει μεταβληθεί. Θα πρέπει να γίνει η μέτρηση του σωματικού βάρους της εγκύου για τον υπολογισμό του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΖ) και για την εκτίμηση της τιμής του βάρους, η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και η εκτέλεση γενικής ουρών για την διερεύνηση της κατάστασης της εγκύου για τυχόν μεταβολή των αποτελεσμάτων. Με την κατάλληλη ενημερωμένη συγκατάθεση της γυναίκας όλα αυτά θα πρέπει να καταγραφούν γραπτώς λεπτομερειακά στον φάκελό της, έτσι ώστε ο κάθε επαγγελματίας υγείας που θα παίρνει μέρος στη συνέχεια της παρακολούθησης της κύησης αυτής να λαμβάνει την κάθε πληροφορία για να μπορεί να συγκρίνει την κάθε αξιολόγηση αλλά και να αποφεύγει τυχόν ιατρονομικά θέματα.

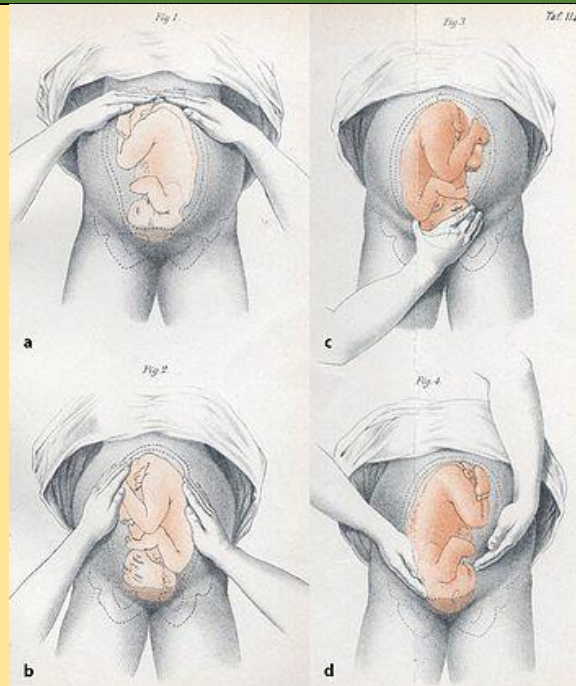
## **5.6 Υπερηχογράφημα σε κύηση χαμηλού κινδύνου**

Η υπερηχογραφική εξέταση συναποτελεί καθιερωμένο μέρος της προγεννητικής φροντίδας, εάν υπάρχουν διαθέσιμοι πόροι και είναι δυνατή η προσέγγιση. Γι' αυτό ο επαγγελματίας υγείας κατά την πρώτη επίσκεψη αρμόζει να παραπέμψει την έγκυο σε

άτομα που εκτελούν μαιευτικές σαρώσεις ρουτίνας και έχουν εξειδικευμένη εκπαίδευση που είναι κατάλληλη για την πρακτική του διαγνωστικού υπερήχου. Το ένα από τα ουσιώδη υπερηχογραφήματα είναι το υπερηχογράφημα 1ου τριμήνου που δύναται να διακριθεί σε υπερηχογράφημα αρχόμενης κύησης (μέχρι τις 10+6 εβδομάδες) και υπερηχογράφημα αυχενικής διαφάνειας (11+0 - 13+6 εβδομάδων).

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 24: ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ ΤΟΥ LEOPOLD

- a) Πρώτος χειρισμός: Ψηλάφηση του πυθμένα της μήτρας για τον καθορισμό του σχήματος και της προβολής του εμβρύου.
- b) Δεύτερος χειρισμός: Ψηλάφηση των πλάγιων τοιχωμάτων της μήτρας για την επιβεβαίωση του σχήματος και την θέση της προβάλλουσας μοίρας, ανάλογα προς τα που έχει στραφεί η πλάτη.
- c) Τρίτος χειρισμός: Ψηλάφηση της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου και επιβεβαίωση της προβολής.
- d) Τέταρτος χειρισμός: Ψηλάφηση της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου και επιβεβαίωση του βαθμού εμπέδωσης μέσα στην πύελο.



ΠΗΓΗ: ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΥΗΣΗ, ΠΑΠΟΥΤΣΗΣ Δ. & ΑΝΤΩΝΑΚΟΥ Α., 2019

Σε γενικές γραμμές, ο κύριος σκοπός ενός υπερηχογραφήματος εμβρύου είναι να παρέχει λεπτομερειακές πληροφορίες που θα ενισχύσουν την παροχή βελτιστοποιημένης προγεννητικής φροντίδας με τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα για τη μητέρα και το έμβρυο.

Στο υπερηχογράφημα 1ου τριμήνου στην αρχή της εγκυμοσύνης θα επιβεβαιωθεί η βιωσιμότητα, θα διευκρινιστεί για το αν η κύηση είναι ενδομήτρια ή εξωμήτρια, θα καθοριστεί με ακρίβεια η ηλικία κύησης βάσει το κεφαλο-ουραίο μήκος του εμβρύου, θα απεικονιστεί η καρδιακή λειτουργία του εμβρύου, θα προσδιοριστεί ο αριθμός των εμβρύων και σε περίπτωση πολύδυμης εγκυμοσύνης, θα αξιολογηθεί η χοριονικότητα και η αμνιονικότητα (Εικόνα 8). Βέβαια, η διάγνωση της εξωμήτριας κύησης, η διάγνωση της πολύδυμης κύησης και η απουσία εμβρυϊκής καρδιακής λειτουργίας

συγκροτούν καταστάσεις όπου η μεταχείριση τους αποτελεί εξειδικευμένη προσέγγιση και άλλο τρόπο διαχείρισης. Προς το τέλος του πρώτου τριμήνου, το υπερηχογράφημα παρέχει επίσης μια ευκαιρία ανίχνευσης μεγάλων εμβρυϊκών ανωμαλιών και σε συστήματα υγείας που προσφέρουν ανευπλοειδικό έλεγχο πρώτου τριμήνου, μέτρηση του πάχους αυχενικής διαφάνειας (NT) για τον προσδιορισμό του κινδύνου το έμβρυο να πάσχει από κάποια χρωμοσωμική ανωμαλία όπως η τρισωμία 21 (σύνδρομο Down), τρισωμία 18 (σύνδρομο Edwards) και τρισωμία 13 (σύνδρομο Patau).



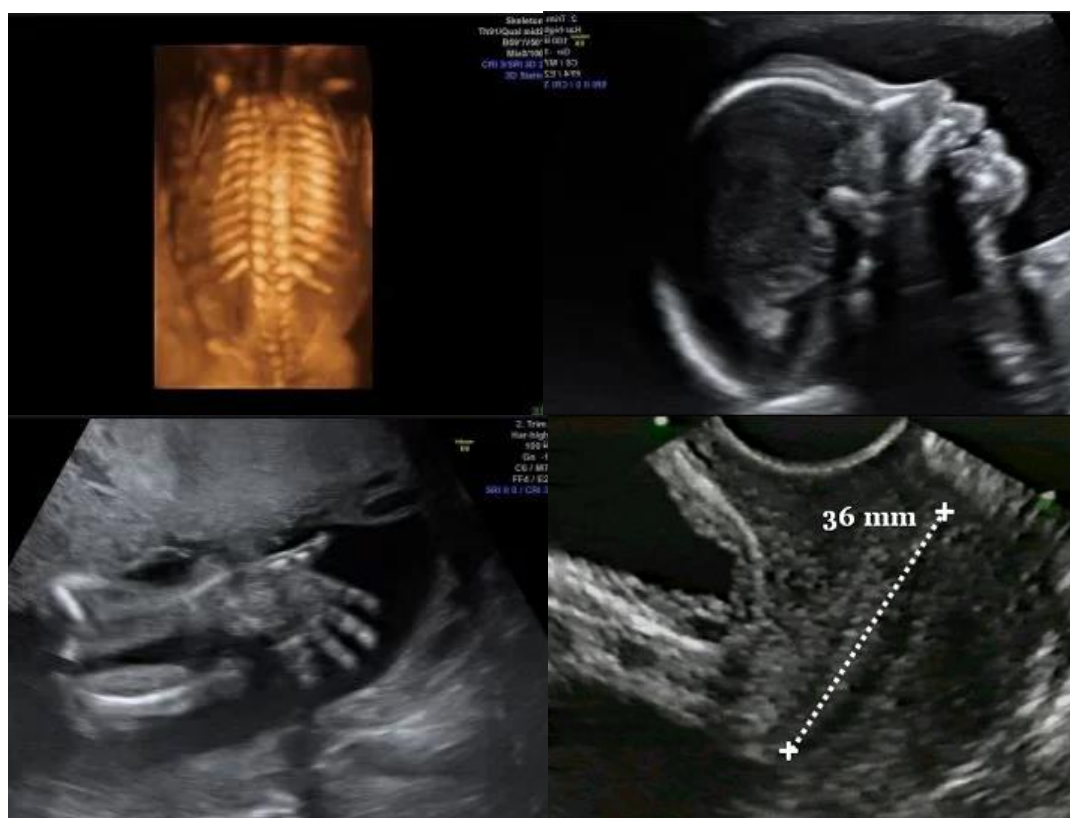
Εικόνα 8. Υπερηχογράφημα 1ου τριμήνου με μέτρηση αυχενικής διαφάνειας και PAPP-A free-βhCG Πηγή : 'Υπερηχογράφημα 1ου τριμήνου με μέτρηση αυχενικής διαφάνειας και PAPP-A free-βhCG - Intergenetics'. <https://intergenetics.eu/exam/yperhxografhma-1oy-trimhnoy-me-metrhsh-ayxenikhs-diafaneias-kai-papp-a-free-bhcg/>.

Αναγνωρίζεται, όμως, ότι αρκετές δυσπλασίες μπορεί να αναπτυχθούν μετέπειτα στην εγκυμοσύνη ή είναι δυνατόν να μην ανιχνευθούν ακόμη και με τον κατάλληλο εξοπλισμό και στα πιο επιτήδεια χέρια. Στο ενδεχόμενο, ωστόσο, που ο προσδιοριζόμενος κίνδυνος για την ύπαρξη τρισωμίας είναι υψηλός ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να συμβουλέψει και να συνομιλήσει με το ζευγάρι για κάποιον περαιτέρω επεμβατικό έλεγχο όπως η λήψη τροφοβλάστης ή η αμνιοπαρακέντηση για τον αποκλεισμό της πιθανότητας αυτής.

Ο ρόλος του επαγγελματία υγείας όπως και του εξειδικευμένου στην εμβρυομητρική ιατρική είναι να προσφέρει στο ζευγάρι την συμβουλευτική της κάθε πλευράς και να τους υποστηρίξει στην καταληκτική επιλογή και γνωμάτευση. Στον υπερηχογραφικό έλεγχο του πρώτου τριμήνου για να αξιολογηθεί ο τελικός κίνδυνος για τρισωμίες 21,18 και 13 θα πρέπει να συνυπολογιστούν οι παράμετροι της ηλικίας της εγκύου, της ηλικίας της κύησης, της υπερηχογραφικής μέτρησης αυχενικής διαφάνειας, της παρουσίας ή απουσίας ρινικού οστού και των βιοχημικών δεικτών της εγκύου, δηλαδή η μέτρηση της β-χοριακής γοναδοτροπίνης και της σχετιζόμενης με την κύηση πρωτεΐνης A (PAPP-A) στον ορό της εγκύου. Ο υπολογισμός όλων αυτών των παραμέτρων δύναται να ανιχνεύσει την πιθανότητα του συνδρόμου Down σε

ποσοστό 95% με ποσοστό ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων 5%. Παρόλα αυτά με την εξέλιξη της τεχνικής προσδιορισμού εμβρυϊκού DNA στον ορό της επιτόκου(NIPT-non invasive prenatal testing) το ποσοστό ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων ελαττώνεται λιγότερο από 1%. Ωστόσο, βάση των κατευθυντήριων οδηγιών το υπερηχογράφημα της αρχόμενης κύησης σε μια ομαλά εξελισσόμενη χωρίς επιπλοκές κύηση (χαμηλού κινδύνου – low risk) δεν αποτελεί απαραίτητη εξέταση.

Στο ενδεχόμενο που η έγκυος δεν κάνει τον προγεννητικό έλεγχο του πρώτου τριμήνου, έχει την ευχέρεια να πραγματοποιήσει τον προγεννητικό έλεγχο του δεύτερου τριμήνου μαζί με τις παραμέτρους της ηλικίας της εγκύου, την ηλικία κύησης, τους βιοχημικούς δείκτες της εγκύου, όπως η μέτρηση της α-εμβρυϊκής σφαιρίνης (AFP), της ελεύθερης οιστριόλης (uE3), της β-χοριακής γοναδοτροπίνης και της ιχθυμίνης Α, όπου ο συνδυασμός όλων αυτών εξακριβώνει σε ποσοστό περίπου μέχρι και 70% έμβρυα με σύνδρομο Down με ποσοστό ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων 5%.



Εικόνα 9. Υπερηχογράφημα Β-επιπέδου/ Κολπική μέτρηση τραχήλου της μήτρας. Φυσιολογικός τράχηλος. Πηγή: 'Ultrasound scans in pregnancy', <https://www.nhs.uk/pregnancy/your-pregnancy-care/ultrasound-scans/>.

Το δεύτερο ουσιώδες υπερηχογράφημα είναι το υπερηχογράφημα του δευτέρου τριμήνου (υπερηχογράφημα β-επιπέδου) στις 18-22 εβδομάδες κύησης, όπου από εξειδικευμένο στην εμβρυομητρική ιατρική επαγγελματία υγεία θα γίνει η ανίχνευση πιθανόν ανατομικών ανωμαλιών του εμβρύου, ώστε να πραγματοποιηθεί συμβουλευτική και συζήτηση στο ζευγάρι έχοντας εντοπίσει τις υφιστάμενες ανατομικές ανωμαλίες του εμβρύου προκειμένου να διεξαχθεί η έγκαιρη λήψη αποφάσεων, δηλαδή διακοπή κύησης ή συνέχιση της κύησης με ενδομήτρια θεραπεία του εμβρύου, αποπεράτωση τοκετού σε εξειδικευμένο νεογνολογικό κέντρο με μια ομάδα ειδικοτήτων σε επιφυλακή για κάθε τυχόν επείγουσα αντιμετώπιση (Εικόνα 9).

Τέλος, σε κήσεις χαμηλού κινδύνου σύμφωνα με κατευθυντήριες οδηγίες διεθνών συστημάτων υγείας δεν συστήνονται η πραγματοποίηση των υπερηχογραφημάτων ελέγχου ανάπτυξης του εμβρύου μετά τις 24 εβδομάδες αν η κλινική εξέταση της μέτρησης της απόστασης του πυθμένα της μήτρας και της ηβικής σύμφυσης τείνει σε υποψία ενδομήτριας υπολειπόμενης ανάπτυξης ή σε ύπαρξη μακροσωμικού εμβρύου, όπως και η υπερηχογραφική εξέταση Doppler στις 32-34 εβδομάδες κύησης. Οπότε δεν υπάρχει κάποιος λόγος να παρακινούμε τις εγκύους για υπερηχογράφημα ρουτίνας μόνο για να επαληθεύσουμε μια συνεχιζόμενη πρόιμη εγκυμοσύνη απουσία κλινικών εγνοιών, παθολογικών συμπτωμάτων ή συγκεκριμένων ενδείξεων.

## **6. Φροντίδα κατά τη διάρκεια του τοκετού στο σπίτι**

Κατά την έναρξη της διαδικασίας του τοκετού η εγκυμονούσα επικοινωνεί με τον/την Μαιευτή/Μαία ώστε να εισέλθει και όταν εξελιχθεί η κατάσταση του τοκετού στην ενεργό φάση να επικοινωνήσει με τον/την δεύτερο/η Μαία/Μαιευτή. Κατά το πρώτο στάδιο τοκετού ο επαγγελματίας υγείας επιμελείται την κατάσταση του χώρου να είναι το περιβάλλον του σπιτιού ζεστό, να υπάρχει χαμηλός φωτισμός, απαλή μουσική που προτιμάει η γυναίκα, ζεστό νερό και καλή προετοιμασία της πισίνας και της μπάλας τοκετού (Εικόνα 10). Η Μαία αρμόζει καθόλη την διάρκεια του τοκετού να παρακολουθεί τακτικά την πρόοδο του τοκετού αξιολογώντας την συχνότητα, την διάρκεια και την ένταση των συστολών, την πορεία της καθόδου της προβάλλουσας μοίρας και την διαστολή του τραχήλου. Σημαντικότερο όλων η παρακολούθηση της καρδιακής λειτουργίας του εμβρύου με σκοπό το καλώς έχειν της υγείας της εγκύου αλλά και του εμβρύου. Αξιόλογο να αναφερθεί είναι ο ρόλος της μαίας στο κομμάτι της υποστήριξης και της βοήθειας με τις στάσεις και τις εναλλαγές θέσεων καθόλη

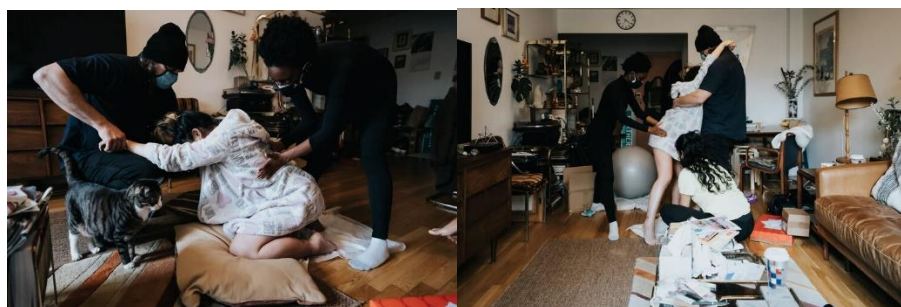


την διάρκεια του τοκετού, όπως και η μη φαρμακευτική ανακούφιση του πόνου με την άσκηση μασάζ στα σημεία εκδήλωσης του πόνου, την σωστή εκτέλεση των αναπνοών για την χαλάρωση της γυναίκας αλλά και υπομονή για όσο χρόνο έχει ανάγκη η γυναίκα.



Εικόνα 10. Πρώτο στάδιο τοκετού – Λανθάνουσα φάση Πηγή: 'Η αναμονή του τοκετού στο σπίτι (φωτογραφίες) | Thats Life. Life as it is!'.<https://www.thatslife.gr/oikogeneia-paidi/anamoni-toketou-sto-spiti/>.

Στο 2<sup>ο</sup> στάδιο του τοκετού ο χώρος του σπιτιού είναι το ιδανικό περιβάλλον για την μη καθοδηγούμενη εξώθηση, επειδή η επίτοκος μπορεί να εξωθήσει και να γεννήσει με οποιόν τρόπο επιθυμεί χρησιμοποιώντας το σκαμπό γέννησης, κάποιο έπιπλο για να ακουμπάει πάνω, όπως ένας καναπές ή μια καρέκλα. Επιπλέον μπορεί να κάτσει σε όποια στάση θέλει είτε ξαπλωμένη στο πλάι είτε όρθια κάνοντας λικνίσματα στην μέση, είτε πάνω σε μια μπάλα τοκετού και ταυτόχρονα να τραβάει ένα σεντόνι ή μια πετσέτα σαν ρυμουλκό με τα χέρια να κρέμονται από μια παράλληλη μπάρα όπως και την επιλογή της βύθισης μέσα στο νερό. Παράλληλα η μαία προσπαθεί να κάνει υποστήριξη περινέου και αναχαίτηση της κεφαλής για την αποφυγή ρήξης περινέου αλλά και την αποφυγή της επισιοτομής εκτός αν ενδείκνυται για σοβαρό λόγο (Εικόνα11).



Εικόνα 11. Δεύτερο στάδιο τοκετού – Εξώθησης Πηγή: 'Homebirth — WM'  
<https://www.wildrootmidwifery.com/en/homebirth>.

Στο στάδιο της υστεροτοκίας μόλις γεννηθεί το νεογνό η μαία τοποθετεί το νεογνό στην κοιλιά της μαμάς σκεπάζοντας το με ζεστή πετσέτα ώστε να έρθουν skin to skin με την μητέρα του. Η απολίνωση του ομφάλιου λώρου γίνεται μετά αφού τα αγγεία σταματήσουν να δίνουν αίμα στο νεογνό. Δεν θα πρέπει να υπάρχουν βεβιασμένες κινήσεις μέσα στην επόμενη ώρα στο στάδιο της υστεροτοκίας. Μετά την αποκόλληση του πλακούντα και την έξοδο του από την μήτρα ελέγχεται σχολαστικά από την μαία για την ακεραιότητα του όπως και ο έλεγχος του κόλπου και του περινέου για το αν υπήρξαν ρήξεις ή περινεοτομή μέχρι 2<sup>ου</sup> βαθμού ώστε η μαία να μπορεί να κάνει την συρραφή.

Με την ολοκλήρωση του τοκετού η μαία φροντίζει την μητέρα και το νεογνό να παραμείνουν ζεστοί και καθαροί. Η μαία υποστηρίζει και βοηθάει την μητέρα στον θηλασμό του νεογνού καθώς ελέγχει και εξετάζει την παλινδρόμηση της μήτρας, την ποσότητα και την ποιότητα των λοχιών, την λήψη των ζωτικών σημείων αλλά και την εξέταση της κατάστασης του νεογνού (Εικόνα 12). Η φροντίδα της γυναίκας και του νεογνού συνεχίζονται για 40 ημέρες και 28 ημέρες αντίστοιχα στις επόμενες επισκέψεις που θα προγραμματιστούν.



Εικόνα 12. Μητρικός θηλασμός Πηγή: 'Homebirth-WM'.

<https://www.wildrootmidwifery.com/en/homebirth>.

## 7. Τρόποι ανακούφισης πόνου σε κύηση χαμηλού κίνδυνου στο σπίτι

Για την πλειοψηφία των γυναικών, ο πόνος στον τοκετό είναι ο πιο έντονος πόνος που θα βιώσουν ποτέ, γι' αυτό οι γυναίκες μεταχειρίζονται προς όφελός τους φυσικές μεθόδους για την ανακούφιση από τον πόνο του τοκετού. Ο πόνος είναι μια αποκλειστική και ατομική εμπειρία για την κάθε γυναίκα. Οι αισθήσεις ποικίλλουν από ανεχτοί σε ανυπόφοροι πόνοι, όπου σε αρκετές περιπτώσεις τα δύο άκρα δηλώνονται κάποιες φορές ότι γίνονται ταυτόχρονα. Οι αισθήσεις των γυναικών για

τον πόνο έχουν επιρροή από φυσιολογικά (π.χ. θέση γέννησης) ή/και ψυχολογικά ζητήματα (π.χ. φόβος, άγχος) και από την ποιότητα της σχέσης γυναίκας-μαιευτή/μιαίας (Lundgren, Ingela, Karin Dahlberg, Ιούνιος 1998). Ορισμένες γυναίκες χωρίς καμία παρεμβολή αντεπεξέρχονται καλά στον πόνο του τοκετού, ενώ άλλες έχουν ανάγκη φαρμακολογικές ή/και μη φαρμακολογικές μεθόδους για την αντιμετώπιση του πόνου. Η αποτελεσματική διαχείριση και καταπράυνση του πόνου έχει γίνει ουσιώδες στοιχείο του πλάνου φροντίδας για τις γυναίκες που τεκνοποιούν.

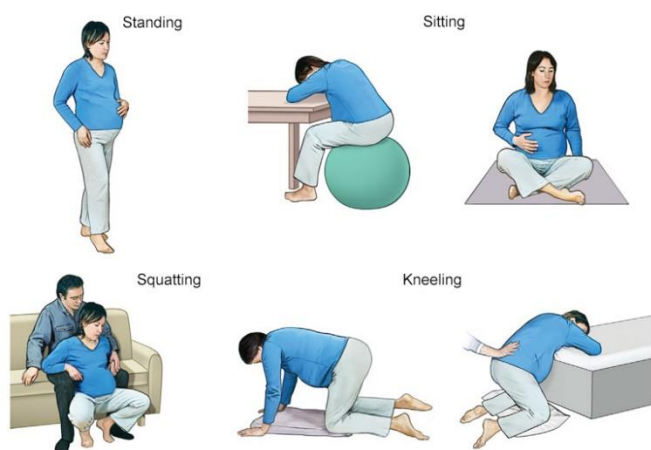


Εικόνα 13. Μη φαρμακευτικοί τρόποι ανακούφισης του πόνου - Μπάλα τοκετού Πηγή: [https://en.wikipedia.org/wiki/Back\\_labor](https://en.wikipedia.org/wiki/Back_labor)

Οι μη φαρμακολογικές μέθοδοι ανακούφισης από τον πόνο που σχετίζονται με τη χαλάρωση, την ελευθερία κινήσεων, την μπάλα τοκετού (Εικόνα 13) και την εναλλαγή στάσεων-θέσεων (Εικόνα 14) κατά την διάρκεια του τοκετού και το μασάζ αναφέρονται ως παρεμβάσεις νου-σώματος (Jones L, Othman M, 2012). Μέθοδοι χαλάρωσης για παράδειγμα η γιόγκα, η μουσική, οι τεχνικές αναπνοής και οι διάφορες μορφές μασάζ έχουν σχεδιαστεί για να διεγείρουν την ηρεμία και να αποσπών την προσοχή της γυναίκας από τον πόνο. Δοκιμές τεχνικών χαλάρωσης κατά τη διάρκεια του τοκετού έχουν αναφέρει λιγότερο έντονο πόνο, αυξημένη ικανοποίηση με την ανακούφιση από τον πόνο και τον τοκετό και χαμηλότερα ποσοστά υποβοηθούμενου κολπικού τοκετού (Chaillet, Nils, 2014) χωρίς καμία δυσμενή έκβαση (Jones L, Othman M, 2012). Παρόλα αυτά, υπάρχουν αρκετοί διαφορετικοί τρόποι εφαρμογής των τεχνικών χαλάρωσης. Μια συστηματική ανασκόπηση του Cochrane αναγνώρισε τις μη φαρμακολογικές μεθόδους χαλάρωσης ως ασφαλείς και μη επεμβατικές, με βάση στοιχεία χαμηλής ποιότητας. Ωστόσο, οι μέθοδοι αυτοί έδειξαν πως διευκόλυναν την ομαδική συνεργασία δημιουργώντας έναν δεσμό με τον σύντροφό τους στην γέννηση, που αυτό οδήγησε στην αίσθηση



της ασφάλειας ,της ηρεμίας και της φροντίδας. Ακόμη, αναφορές γυναικών που χρησιμοποίησαν τεχνικές χαλάρωσης ή μασάζ χρησιμοποιώντας παραλλαγές για την ανακούφιση του πόνου, εξιστορούσαν ότι οι τρόποι χαλάρωσης αυτοί παρείχαν την δυνατότητα δεσίματος μεταξύ του μαιευτή/μιαίας στον τοκετό.

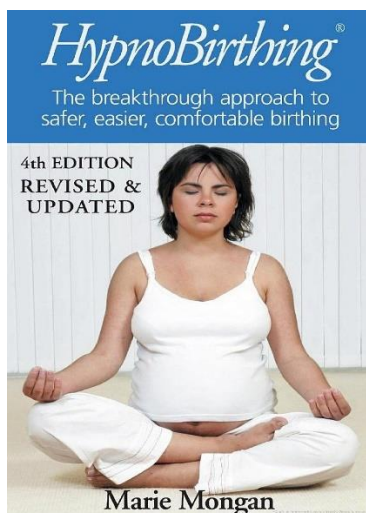


Εικόνα 14 . Εναλλαγή στάσεων θέσεων για την ανακούφιση του πόνου Πηγή: 'Understanding and coping with pain | From Tiny Tot to Toddler | INSPQ'.<https://www.inspq.qc.ca/en/tiny-tot/delivery/start-labour/understanding-and-coping-pain>.

Αυτή η προσέγγιση και η δυνατότητα δεσίματος της γυναίκας με τον επαγγελματία υγείας κατευθύνει τη μαιευτική φιλοσοφία της αδιάληπτης φροντίδας με πυρήνα τη γυναίκα για τη διευκόλυνση της βιοψυχοκοινωνικής φυσιολογίας του τοκετού. Παρά το γεγονός ότι, η συνεχής φροντίδα κατά τον τοκετό συνδέεται με θετικά αποτελέσματα (αυξημένους κολπικούς τοκετούς, λιγότερες ιατρικές παρεμβάσεις, λιγότερη χρήση φαρμακολογικής ανακούφιση από τον πόνο) και αυξημένα επίπεδα ικανοποίησης των γυναικών, επιβάλλεται να προσφέρεται ανεξάρτητα από την μέθοδο ανακούφισης του πόνου που χρησιμοποιείται. Έτσι, οι προσπάθειες για την προώθηση της ενίσχυσης του τοκετού ενδέχεται να ευνοήσουν στη βελτίωση των δεξιοτήτων αντιμετώπισης των γυναικών αλλά και στη βοήθεια των γυναικών να αποφύγουν τη φαρμακευτική ανακούφιση του πόνου εάν αυτή είναι η προτίμησή τους. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως σε πολλές έρευνες οι γυναίκες που έλαβαν μη φαρμακολογική ανακούφιση από τον πόνο, αυτό εξωτερικεύτηκε ως συναισθήματα ελέγχου, χαράς και ενδυνάμωσης.

Σε έρευνες που η μέθοδος χαλάρωσης ήταν η ακουστική αναλγησία και η μουσικοθεραπεία αναφέρθηκε πως δεν βοήθησε απλώς αποτελεσματικά στην ανακούφιση του πόνου στην διάρκεια του τοκετού αλλά ηρέμησε και το μωρό και το

διευκόλυνε να θηλάσει. Οι θεραπείες χαλάρωσης, οι τεχνικές απόσπασης της προσοχής, η ύπνωση (Madden,2016 ) και η συνεχής υποστήριξη (Bohren,2017) θεωρείται ότι ωφελούν τις γυναίκες στην διάρκεια του τοκετού να αξιοποιήσουν τις δικές τους δυνάμεις να αντιμετωπίσουν τον πόνο (Εικόνα 15).



*through Approach to Safer, Easier, More Comfortable Birthing. Souvenir Press, 2016.*

Εικόνα 15. Μουσικοθεραπεία – Hypnobirthing  
Πηγή: Mongan, Marie. HypnoBirthing: The Break-

Άλλες μη φαρμακολογικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την ανακούφιση του πόνου περιλαμβάνουν τον βελονισμό, την αρωματοθεραπεία και τη διαδερμική ηλεκτρική διέγερση των νεύρων (TENS). Η αναφερόμενη αποτελεσματικότητα αυτών των μεθόδων ποικίλλει (Dowswell 2009, Smith 2011). Υπάρχουν δεδομένα που αναφέρουν ότι οι γυναίκες που έχουν συνεχή υποστήριξη στον τοκετό (Bohren,2017), όπως και ο τοκετός στο νερό, το μασάζ, ο βελονισμός και η ύπνωση, ενδέχεται να είναι χρήσιμες θεραπείες για τη διαχείριση του πόνου στον τοκετό ( Chang 2002, Cluett 2009, Cyna 2004 ).



Εικόνα 16. Διαδερμική ηλεκτρική διέγερση νεύρων (TENS) Πηγή: Ursafe. 'Elle Tens Εγκυμοσύνης και Τοκετού'.<https://www.ursafe.gr/elle-tens-egkymosynis-kai-toketou>.

Ο τοκετός στο νερό βάση πολλών ερευνών έχει γίνει μια από τις πρώτες επιλογές ανακούφισης του πόνου στην διάρκεια του τοκετού. Τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα έχουν δηλώσει πως η χρήση του νερού σχετίζεται με υψηλά επίπεδα ικανοποίησης της ανακούφισης της γυναίκας από τον πόνο, βοηθώντας την να χαλαρώσει και να κάνει τις συστολές να φαίνονται λιγότερο επώδυνες αλλά, καθώς και την εμπειρία του τοκετού, αυξάνοντας και την πιθανότητα άθικτου περινέου (Εικόνα 17). Αναφέρεται πως κάνοντας τοκετό στο νερό υπάρχουν μειωμένα ποσοστά εκτέλεσης επισιοτομής, σοβαρών ρήξεων του περινέου, χαμηλά επίπεδα αιμορραγίας μετά τον τοκετό και πως τα ποσοστά νεογνικής θνησιμότητας και νοσηρότητας είναι χαμηλά και παρόμοια μετά τον τοκετό, όπως και τον τοκετό εκτός του νερού.



Εικόνα 17. Τοκετός στο νερό Πηγή : 'Homebirth — WM'. <https://www.wildrootmidwifery.com/en/homebirth>.

Άλλη μια μέθοδος αναλγησίας του πόνου χωρίς να παρέχει την πλήρη αναλγησία, παρόλα αυτά το 85% των γυναικών μένει ικανοποιημένο από την χρήση του (Rooks J.,2007) είναι η χρήση εισπνεόμενου μείγματος οξειδίου του αζώτου (Nitrous Oxide- $N_2O$ ) σε συνδυασμό πάντοτε με οξυγόνου με την μορφή συμπιεσμένου μίγματος αερίων μέσω της συσκευής Entonox (Εικόνα 18) (Klomp 2012).



Εικόνα 18. Εισπνεόμενη αναλγησία – Entonox Πηγή: 'World Rugby Passport - Entonox'. Ημερομηνία πρόσβασης 8 Φεβρουάριος 2023. <https://passport.world.rugby/player-welfare-medical/advanced-immediate-care-in-rugby/medical-gases/entonox/>.

Μια ακόμη μέθοδος ανακούφισης του πόνου στα αρχικά βέβαια στάδια του τοκετού όπως αναφέρουν αρκετές γυναίκες ,όπου ήταν πιο αποτελεσματικό σε σχέση με τις μεγαλύτερες ,συχνότερες και εντονότερες συστολές που ακολουθούσαν στα επόμενα στάδια είναι η διαδερμική ηλεκτρική διέγερση των νεύρων (TENS)(Εικόνα 15).Το TENS είναι μια συσκευή που διαχέει ρεύματα χαμηλής τάσης η οποία λειτουργεί για την ανακούφιση από τον πόνο στον τοκετό. Ο τρόπος που λειτουργεί το TENS δεν είναι καλά κατανοητός, αλλά θεωρείται ότι διεγείρει το σώμα της γυναίκας μπλοκάροντας τις νευρικές οδούς στο νωτιαίο μυελό και βοηθάει στο να παράγει δικά της φυσικά αναλγητικά τις λεγόμενες ενδορφίνες, σύμφωνα με το National Health System (NHS). Σύμφωνα με τα διεθνή συστήματα υγείας (NHS) το TENS δεν φάνηκε να έχει επιρροή στη διάρκεια του τοκετού ή στην ευημερία των μητέρων και των μωρών, ωστόσο πολλές γυναίκες δήλωσαν ότι θα ήταν διατεθειμένες να χρησιμοποιήσουν ξανά το TENS σε έναν μελλοντικό τοκετό. Εάν όμως οι γυναίκες θεωρούν ότι το TENS θα είναι χρήσιμο, παρόλο που δεν είναι σαφές αν βοηθάει την μείωση του πόνου, θα πρέπει να έχουν την επιλογή να χρησιμοποιήσουν αυτή την μέθοδο.

#### **8. Ασφάλεια τοκετού στο σπίτι – Βασικοί λόγοι μεταφοράς σε μαιευτική μονάδα**

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες συστημάτων υγείας αναφέρουν πως τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες μέχρι και σήμερα δεν είναι επαρκείς για την εξασφάλιση της ασφάλειας του προγραμματισμένου τοκετού στο σπίτι. Συνεπώς η πλειοψηφία των περισσοτέρων δεδομένων προέρχεται από έρευνες παρακολούθησης με αρκετά στατιστικά σφάλματα λόγω του μεγέθους του δείγματος και της ακρίβειας στην συλλογή των στοιχείων, της μη αναφοράς της βούλησης επιλογής του τόπου τοκετού και την λεπτομερειακή δήλωση γέννησης, της μη ύπαρξης πιστοποιημένων επαγγελματιών υγείας και άλλων παραμέτρων που αλλοιώνουν τα αποτελέσματα. Όμως, η σύγκριση των ποσοστών της μητρικής και νεογνικής νοσηρότητας και θνησιμότητας μεταξύ του προγραμματισμένου τοκετού στο σπίτι με τα αντίστοιχα ποσοστά στα μαιευτήρια ενδέχεται να μπορεί να προσεγγίζει αδρά το θέμα της ασφάλειας στην πρώτη περίπτωση.

Απαραίτητες προϋποθέσεις για την εκτέλεση του προγραμματισμένου τοκετού στο σπίτι που θα πρέπει να υπάρχουν είναι πως οι επαγγελματίες υγείας Μαιευτήρες-Γυναικολόγοι και Μαιευτές/Μαίες είναι αρμόδια εκπαιδευμένοι και πιστοποιημένοι

από την επίσημη κρατική αρχή για την αποπεράτωση τοκετών στο σπίτι. Βέβαια πέρα της εκπαίδευσης της εκτέλεσης του τοκετού θα πρέπει να υπάρχει εμπειρία και στο κομμάτι των τοκετών στο σπίτι, ακολουθώντας συγκεκριμένα πρωτοκολλά προσαρμοσμένα στο σύστημα υγείας για την βραχυπρόθεσμη πρόσβαση στο νοσοκομείο.

Μέχρι τώρα σύμφωνα με τις διαθέσιμες έρευνες, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι κυήσεις χαμηλού κινδύνου και οι οποίες επιζητούν προγραμματισμένο τοκετό στο σπίτι με έναν εξειδικευμένο και πιστοποιημένο επαγγελματία υγείας και σε σημείο το οποίο η άμεση πρόσβαση σε νοσοκομείο είναι δυνατή, δύναται μεγάλο ποσοστό να έχουν λιγότερες μητρικές επιπλοκές, χωρίς ωστόσο νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα σε σχέση με το νοσοκομείο. Μελέτες δείχνουν ότι όσες γυναίκες σκοπεύουν να κάνουν τοκετό στο σπίτι έχουν αυξημένη πιθανότητα για κολπικό τοκετό σε σχέση με τα νοσοκομεία, όπως επίσης και αξιόλογη μείωση μαιευτικών παρεμβάσεων, συμπεριλαμβανομένης της πρόκλησης τοκετού, της πιθανότητας ρήξης περινέου, της ελαττωμένης φαρμακευτικής χρήσης για την ανακούφιση από τον πόνο, της επισιοτομής, της καισαρικής τομής αλλά και γενικά στη μητρική νοσηρότητα.

Παρομοίως, τα δεδομένα από τις μελέτες για τον προγραμματισμένο τοκετό στο σπίτι όσον αφορά το νεογνό σε σχέση με το νοσοκομείο δεν υπάρχουν μεγάλες διαφορές στα ποσοστά ενδομήτριων και νεογνικών θανάτων, καθώς και διαφορές μεταξύ των πρωτοτόκων και των πολυτόκων και επιπλέον στις εισαγωγές στη μονάδα εντατικής νεογνών ή στα σοβαρού βαθμού πτωχά νεογνικά αποτελέσματα (SOGC clinical practice guideline. No 372,2019).

Ιδιαίτερα, αναφορές του οργανισμού NICE δηλώνουν και υποστηρίζουν πως όσες γυναίκες είναι χαμηλού κινδύνου ο τοκετός στο σπίτι ή σε αυτόνομη μαιευτική μονάδα μόνο με μαίες/μαιευτές είναι ασφαλής και για την ίδια αλλά και για το νεογνό της. Τονίζει επίσης, πως η εκτέλεση του τοκετού στο σπίτι ή σε κάποια αυτόνομη μαιευτική μονάδα τα ποσοστά των παρεμβάσεων (Πίνακας 25 & 27), για παράδειγμα η καισαρική τομή και η επισιοτομή είναι πιο χαμηλά σε σύγκριση με ένα νοσοκομείο όπως και τα αποτελέσματα για το νεογνό τα οποία δεν διαφέρουν κατά πολύ.

***ΠΙΝΑΚΑΣ 25: Rates of spontaneous vaginal birth, transfer to an obstetric unit and obstetric interventions for each planned place of birth: low-risk multiparous wom-***

en (sources: [Birthplace 2011](#); [Blix et al. 2012](#))

*Number of incidences per 1,000 multiparous women giving birth*

|  | <i>Home</i> | <i>Freestanding midwifery unit</i> | <i>Alongside midwifery unit</i> | <i>Obstetric unit</i> |
|--|-------------|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| Spontaneous vaginal birth                      | 984*        | 980                                | 967                             | 927*                  |
| Transfer to an obstetric unit                  | 115*        | 94                                 | 125                             | 10**                  |
| Regional analgesia (epidural and/or spinal)*** | 28*         | 40                                 | 60                              | 121*                  |
| Episiotomy                                     | 15*         | 23                                 | 35                              | 56*                   |
| Caesarean birth                                | 7*          | 8                                  | 10                              | 35*                   |
| Instrumental birth (forceps or ventouse)       | 9*          | 12                                 | 23                              | 38*                   |
| Blood transfusion                              | 4           | 4                                  | 5                               | 8                     |

\* Figures from [Birthplace 2011](#) and [Blix et al. 2012](#) (all other figures from Birthplace 2011).

\*\* Estimated transfer rate from an obstetric unit to a different obstetric unit owing to lack of capacity or expertise.

\*\*\* Blix reported epidural analgesia and Birthplace reported spinal or epidural analgesia.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 26: Outcomes for the baby for each planned place of birth: low-risk multiparous women (source: [Birthplace 2011](#))**

*Number of babies per 1,000 births*

|   | <i>Home</i> | <i>Freestanding midwifery unit</i> | <i>Alongside midwifery unit</i> | <i>Obstetric unit</i> |
|---|-------------|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| Babies without serious medical problems | 997         | 997                                | 998                             | 997                   |
| Babies with serious medical problems*   | 3           | 3                                  | 2                               | 3                     |

\* Serious medical problems were combined in the study: neonatal encephalopathy and meconium aspiration syndrome were the most common adverse events, together accounting for 75% of the total. Stillbirths after the start of care in labour and death of the baby in the first week of life accounted for 13% of the events. Fractured humerus and clavicle were uncommon outcomes -less than 4% of adverse events.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 27: Rates of spontaneous vaginal birth, transfer to an obstetric unit and obstetric interventions for each planned place of birth: low-risk nulliparous women**



(sources: [Birthplace 2011](#); [Blix et al. 2012](#))

*Number of incidences per 1,000 nulliparous women giving birth*

|  | <i>Home</i> | <i>Freestanding midwifery unit</i> | <i>Alongside midwifery unit</i> | <i>Obstetric unit</i> |
|--|-------------|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| Spontaneous vaginal birth                      | 794*        | 813                                | 765                             | 688*                  |
| Transfer to an obstetric unit                  | 450*        | 363                                | 402                             | 10**                  |
| Regional analgesia (epidural and/or spinal)*** | 218*        | 200                                | 240                             | 349*                  |
| Episiotomy                                     | 165*        | 165                                | 216                             | 242*                  |
| Caesarean birth                                | 80*         | 69                                 | 76                              | 121*                  |
| Instrumental birth (forceps or ventouse)       | 126*        | 118                                | 159                             | 191*                  |
| Blood transfusion                              | 12          | 8                                  | 11                              | 16                    |

\* Figures from [Birthplace 2011](#) and [Blix et al. 2012](#) (all other figures from Birthplace 2011).

\*\* Estimated transfer rate from an obstetric unit to a different obstetric unit owing to lack of capacity or expertise.

\*\*\* Blix reported epidural analgesia and Birthplace reported spinal or epidural analgesia.

Βέβαια, διακρίνεται μια μικρή αύξηση του κινδύνου ενός νεογνού με σοβαρά ιατρικά προβλήματα (νεογνική εγκεφαλοπάθεια, εισρόφηση μηκωνίου, θνησιγένεια, κάταγμα του βραχιονίου της κλείδας) της τάξεως 0,4% σε σχέση με κάποιο νοσοκομείο στις άτοκες γυναίκες (Πίνακας 28). Να γίνει λόγος επιπλέον ότι ο προγραμματισμένος τοκετός στο σπίτι είτε σε άτοκη είτε σε πολύτοκη γυναίκα, τα ποσοστά της αυτόματης έναρξης του τοκετού είναι υψηλότερα σε σύγκριση με κάποια δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια νοσοκομεία (Πίνακας 25 & 27).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 28: Outcomes for the baby for each planned place of birth: low-risk nulliparous women (source: Birthplace 2011)**

*Number of babies per 1,000 births*

|   | <i>Home</i> | <i>Freestanding midwifery unit</i> | <i>Alongside midwifery unit</i> | <i>Obstetric unit</i> |
|---|-------------|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|
| Babies without serious medical problems | 991         | 995                                | 995                             | 995                   |
| Babies with                             | 9           | 5                                  | 5                               | 5                     |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| serious medical problems*  |  |  |  |  |
| * Serious medical problems were combined in the study: neonatal encephalopathy and meconium aspiration syndrome were the most common adverse events, together accounting for 75% of the total. Stillbirths after the start of care in labour and death of the baby in the first week of life accounted for 13% of the events. Fractured humerus and clavicle were uncommon outcomes -less than 4% of adverse events. |  |  |  |  |

Όλοι οι επαγγελματίες υγείας είναι υπόχρεοι να εξασφαλίζουν σε όλους τους χώρους πραγματοποίησης του τοκετού σεβασμό, καθώς η γυναίκα υφίσταται μια σημαντική, συναισθηματική και ψυχοσωματική δυνατή εμπειρία ζωής ,γι' αυτό μετά την πλήρη τεκμηριωμένη συμβουλευτική της εγκύου και έχοντας την ολοκληρωτική και λεπτομερή ενημέρωση για τους κινδύνους και τα πλεονεκτήματα της κάθε επιλογής , η επίτοκος θα πρέπει να έχει σε απόλυτο βαθμό τον έλεγχο αλλά και την τελική απόφαση της επιλογής του τόπου τοκετού. Με την κατάλληλη ενημερωμένη συγκατάθεση της γυναίκας όλα αυτά θα πρέπει να καταγραφούν λεπτομερειακά στον φάκελό της ,έτσι ώστε ο κάθε επαγγελματίας υγείας που θα παίρνει μέρος στη συνέχεια της παρακολούθησης της κύησης αυτής να λαμβάνει την κάθε πληροφορία αλλά και να αποφεύγει τυχόν ιατρονομικά θέματα αργότερα.

Εντούτοις, διότι υπάρχουν παράγοντες κινδύνου και βασικοί λόγοι πιθανής μεταφοράς (Πίνακας 29) σε περίπτωση που ο τόπος γέννησης που επέλεξε η γυναίκα είναι αδύνατον να πραγματοποιηθεί, ο επαγγελματίας υγείας αρμόζει να δώσει στην γυναίκα πληροφορίες ακολουθώντας τα πρωτόκολλα συμπεριλαμβανομένων των τοπικών στατιστικών, σχετικά με όλες τις κατευθύνεις τοκετού και τους λόγους για τους οποίους μπορεί να συμβεί η μεταφορά αλλά και ο χρόνος που θα απαιτηθεί μέχρι το σημείο αναφοράς. Τέτοιες περιπτώσεις μπορεί να αφορούν την γυναίκα και να παρουσιαστούν κατά την διάρκεια του τοκετού όπως αδυναμία και καθυστέρηση εξέλιξης του τοκετού, επιθυμία για αναλγησία, κατακράτηση του πλακούντα μετά από 1 ώρα από τον τοκετό, ρήξεις περινέου 3<sup>ου</sup> και 4<sup>ου</sup> βαθμού και αιμορραγία. Ακόμη, όσον αφορά το έμβρυο μπορεί να εμφανιστεί μια ανώμαλη προβολή και θέση του εμβρύου, όπως και η πιθανότητα πρόπτωσης ομφαλίδας. Επίσης, μπορεί να παρουσιαστεί εμβρυϊκή δυσχέρεια έχοντας μη καθησυχαστική διαλείπουσα ακρόαση παλμών ή καρδιοτοκογράφημα. Μπορεί να προβάλλει έντονο κεχρωσμένο αμνιακό υγρό. Επιπλοκές μπορούν να εμφανιστούν και στο νεογνό με τον τοκετό όπως χαμηλό Apgar score < 7 στα πρώτα 5' λεπτά ζωής, να χρειάζεται ανάνηψη λόγο



αναπνευστικής δυσχέρειας κάνοντας gasping αναπνοές, χαμηλό βάρος γέννησης <2500gr και άλλες επιπλοκές που μπορούν να ανησυχίσουν τον επαγγελματία υγείας να προβεί στην έγκαιρη μεταφορά στο νοσοκομείο αναφοράς.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 29: PRIMARY REASONS FOR TRANSFER TO AN OBSTETRIC UNIT (SOURCE: BIRTHPLACE 2011)**

| Primary reason for transfer to an obstetric unit* | Number of women transferred from home (n=3,529) | Number of women transferred from a freestanding midwifery unit (n=2,457) | Number of women transferred from an alongside mid-wifery unit (n=4,401) |
|---|---|--|---|
| Delay during first or second stage of labour      | 1,144 (32.4%)                                   | 912 (37.1%)  | 1,548 (35.2%)   |
| Abnormal fetal heart rate                         | 246 (7.0%)                                      | 259 (10.5%)  | 477 (10.8%)   |
| Request for regional analgesia                    | 180 (5.1%)                                      | 163 (6.6%)   | 585 (13.3%)   |
| Meconium staining                                 | 432 (12.2%)                                     | 301 (12.2%)  | 538 (12.2%)   |
| Retained placenta                                 | 250 (7.0%)                                      | 179 (7.3%)   | 203 (4.6%)  |
| Repair of perineal trauma                         | 386 (10.9%)                                     | 184 (7.5%)   | 369 (8.4%)  |
| Neonatal concerns (postpartum)                    | 180 (5.1%)                                      | 63 (2.6%)  | 5 (0.0%)  |
| Other   | 711 (20.1%)                                     | 396 (16.2%)  | 676 (16.3%)   |

Στον παραπάνω πίνακα 29 αναφέρονται βασικοί λόγοι μεταφοράς σε άλλο τόπο γέννησης σε σχέση με αυτόν που επέλεξε η γυναίκα παρουσιάζοντας τα ποσοστά των γυναικών που μεταφέρθηκαν σε μαιευτική μονάδα για την κάθε επιπλοκή που εμφανίστηκε ξεχωριστά.

Δυστυχώς, στη χώρα μας οι δυσκολίες μεταφοράς ακόμη και στις αστικές περιοχές, πέρα του εκτεταμένου δικτύου νησιών και απομακρυσμένων περιοχών, χρειάζεται να λαμβάνονται υπόψιν οι πιθανότητες επιπλοκών και δυσμενούς κατάληξης.

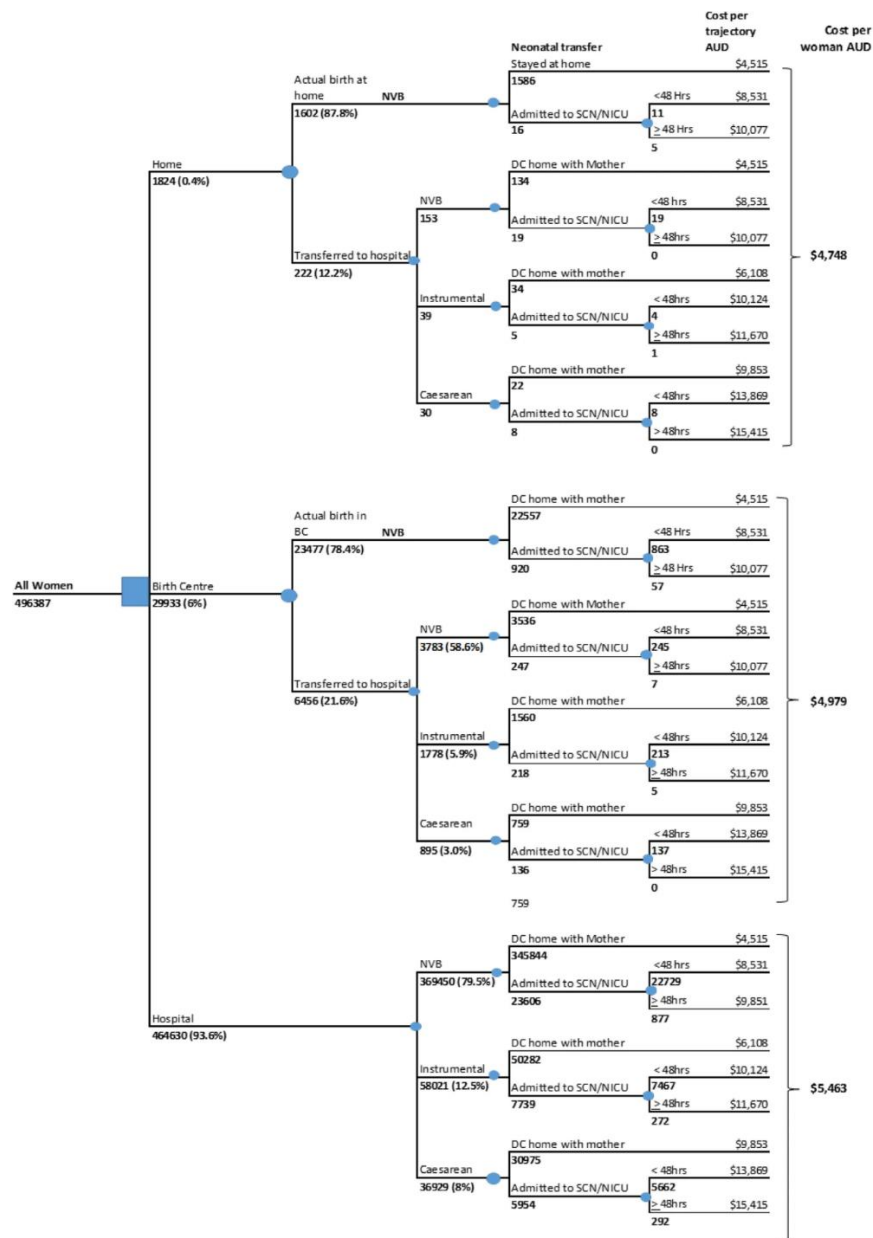
## 9. Κόστος τοκετού στο σπίτι – Οικονομική ανάλυση

Στο Ηνωμένο Βασίλειο μια έρευνα ανέφερε πως τόσο οι τοκετοί στο σπίτι όσο και οι τοκετοί στο νοσοκομείο φέρουν κινδύνους και οφέλη, αλλά η έρευνα εξήγησε ότι για τις περισσότερες γυναίκες χαμηλού κινδύνου είναι τόσο ασφαλές να γεννούν στο σπίτι όσο και στο νοσοκομείο αναφέροντας, ακόμη ότι οι γυναίκες που γέννησαν στο σπίτι είναι ικανοποιημένες με λιγότερες παρεμβάσεις με αποτέλεσμα λιγότερο κόστος

εξόδων για την ίδια αλλά και για την Εθνική Υπηρεσία Υγείας, όπως επίσης και λιγότερες πιθανότητες να αποχωριστούν από την οικογένεια τους.

Άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Νέα Ουαλία της Αυστραλίας έδειξε ότι το μέσο κόστος της παροχής φροντίδας στις επίτοκες που σκόπευαν να γεννήσουν στο σπίτι, σε κέντρο τοκετών και σε νοσοκομείο ήταν παρεμφερή (2150,07 \$ AUD, 2100,59 \$ και 2097,30 \$ αντίστοιχα). Το κόστος των αναλώσιμων ήταν χαμηλό και στις τρεις περιπτώσεις. Διατυπώνοντας το συμπέρασμα, ότι υπάρχει μια μικρή διαφορά κόστους για τις υπηρεσίες υγείας όταν η γυναίκα πραγματοποιεί ένα κολπικό τοκετό είτε στο σπίτι, είτε σε κέντρο τοκετού είτε και στο νοσοκομείο.

Στην παρακάτω ΕΙΚΟΝΑ 19 αναλύεται το κόστος διαδρομής του τόπου γέννησης βάση τις πιθανές εκβάσεις που μπορεί να παρουσιαστούν σε μια ανάλυση που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία :



EIKONA 19: Πηγή: Scarf, Vanessa L., Serena Yu, Rosalie Viney, Seong Leang Cheah, Hannah Dahlen, David Sibbritt, Charlene Thornton, Sally Tracy, και Caroline Homer. 'Modelling the cost of place of birth: a pathway analysis'. *BMC Health Services Research* 21, τχ. 1 (14 Αύγουστος 2021): 816.

Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε και είναι και η πιο ολοκληρωμένη μέχρι και σήμερα είναι η Μελέτη Birthplace in England, η οποία πραγματοποίησε την ανάλυση κόστους -αποτελεσματικότητας του τόπου γέννησης. Εξετάζοντας 64.538 γυναίκες διαπίστωσε πως σύμφωνα με τον προβλεπόμενο τόπο γέννησης κατά την έναρξη του τοκετού για τις γυναίκες χαμηλού κινδύνου που γέννησαν στο σπίτι και ακόμη πιο πολύ για τις δευτεροτόκες και τις τριτοτόκες ήταν λιγότερο δαπανηρό για το σύστημα υγείας.

Συμπερασματικά, υπάρχουν πολύ λίγες έρευνες που συγκρίνουν το κόστος του τοκετού. Η διακύμανση των αποτελεσμάτων ενδεχομένως να αποδίδεται στις διαδικασίες συλλογής στοιχείων κόστους, στη διαφορά στα συστήματα υγείας και στις αντιθέσεις στις οποίες συμπεριλήφθηκε το κόστος. Θα πρέπει να γίνει καλύτερη κατανόηση του κόστους του καθορισμού της γέννησης για την ενημέρωση των υπευθύνων χάραξης πολιτικής και των παροχών υπηρεσιών.

## **10. Ο ρόλος του/της Μαιευτή/Μαίας**

Ο/Η Μαιευτής/Μαία αναγνωρίζεται ως ο κύριος πυλώνας που έρχεται σε στενή γεφύρωση με τις επίτοκες, ώστε να δώσει την αναγκαία στήριξη, φροντίδα και συμβουλευτική κατά την διάρκεια του “ταξιδιού” που βιώνει η γυναίκα, της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας. Σημαντικός ρόλος σε όλο αυτό το “ταξίδι” ως υπεύθυνος και υπόλογος επαγγελματίας υγείας είναι να αναλάβει ολοκληρωτικά την ευθύνη της εκτέλεσης των τοκετών και την περίθαλψη του νεογνού και του βρέφους μεταγενέστερα. Αρμόζει να συμμετέχει σε μεγάλο βαθμό στην συμβουλευτική και εκμάθηση σε ζητήματα υγείας, στην προγεννητική εκπαίδευση και στη προετοιμασία του τοκετού και της γονεϊκότητας. Στα πλαίσια της προετοιμασίας του τοκετού ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να ελέγχει με μεγάλη λεπτομέρεια τον χώρο της αποπεράτωσης του τοκετού για την εξασφάλιση των αρμόδιων συνθηκών, την δυνατότητα τοποθέτησης και λειτουργίας του εξοπλισμού και την άμεση και ασφαλή μεταφορά στο κοντινότερο νοσοκομείο (ΕΜΓΕ,2019). Ένα βασικό κομμάτι του ρόλου του/της Μαιευτή/Μαίας είναι η επικοινωνία με την γυναίκα, διότι η ικανοποιητική επικοινωνία είναι μια σημαντική παράμετρος που ενισχύει την εμπειρία των γυναικών από τις υπηρεσίες υγείας, θεωρώντας πως η εμπειρία αυτή οδηγεί σε ένα καλό περιγεννητικό αποτέλεσμα. Για να μπορέσει να έχει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να προσφέρει μια πλήρη και λεπτομερή ενημέρωση με σαφή και απλό τρόπο ώστε να επεξηγήσει καλύτερα τις διαδικασίες και τις τεχνικές χωρίς να μπερδέψει την γυναίκα. Ακόμη, οφείλει να σέβεται την γυναίκα και να ανταποκρίνεται στις ανάγκες και επιθυμίες της με ευχάριστο τρόπο δίνοντας σημασία και στον τόνο και την συμπεριφορά που χρησιμοποιεί, σιγουρεύοντας ότι η γυναίκα ελέγχει και εμπλέκεται ενεργά στην διαδικασία λήψης αποφάσεων για τη φροντίδα της. Επιπλέον, ο/η μαιευτής/μαία προτεραιότητα του είναι να βρίσκεται κοντά στην γυναίκα επιδεικνύοντας διαθεσιμότητα και ενδιαφέρον, υποστηρίζοντας την στις συναισθηματικές της

ανάγκες με συμπόνια και ενσυναίσθηση μπαίνοντας στην δικιά της θέση, ακούγοντας με τα δικά της αυτιά, βιώνοντας ότι αισθάνεται η γυναίκα και βλέποντας ότι βλέπει η γυναίκα, χωρίς όμως να χάνει την δική του συναισθηματική κατάσταση. Έτσι, η γυναίκα νιώθει την ανακούφιση πως απέναντι της υπάρχει ένας ειλικρινής άνθρωπος που δεν θα την κρίνει για τις επιλογές της, δίνοντας της να καταλάβει πως έχει το δικαίωμα της επιλογής καθώς προωθεί και επιμελείται για την κάλυψη των αναγκών της ο επαγγελματίας υγείας. Επιδιώκοντας όλα τα παραπάνω η γυναίκα νιώθει άνετα να εκφράσει τις ανάγκες και τις προτιμήσεις έχοντας εξασφαλίσει την ιδιωτικότητα των επιλογών της από τον/την μαιευτή/μαία ενθαρρύνοντας την να τις διατυπώσει βάση τον χαρακτήρα της. Μεγάλη έμφαση ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να δώσει και στην ενθάρρυνση της κινητοποίησης ώστε να βοηθήσει την γυναίκα να υιοθετήσει στάσεις και θέσεις πιο βολικές για εκείνη κατά την διάρκεια του τοκετού. Αναγκαίο είναι η γυναίκα πέρα από την στήριξη του/της μαιευτή/μαίας θα πρέπει να έχει και την στήριξη του συντρόφου της οπότε ο επαγγελματίας υγείας ωθεί την αλληλεπίδραση μεταξύ της γυναίκας και του συντρόφου επιλογής της γυναίκας. Αξιοσημείωτο είναι να αναφερθεί πως ο/η μαιευτής/μαία παίζει σημαντικό ρόλο και στον μητρικό θηλασμό, όπου μετά την ολοκλήρωση του τοκετού θα πρέπει να εκπαιδεύσει και να στηρίζει την γυναίκα σε αυτό το ψυχοσυναισθηματικό ‘ταξίδι’. Τέλος, ο επαγγελματίας υγείας αρμόζει να φροντίζει και να προσέχει τα μέτρα υγιεινής για την αποφυγή της μετάδοσης μικροοργανισμών στη γυναίκα και του νεογνού κατά τον τοκετό στο σπίτι χρησιμοποιώντας τον απαραίτητο εξοπλισμό.

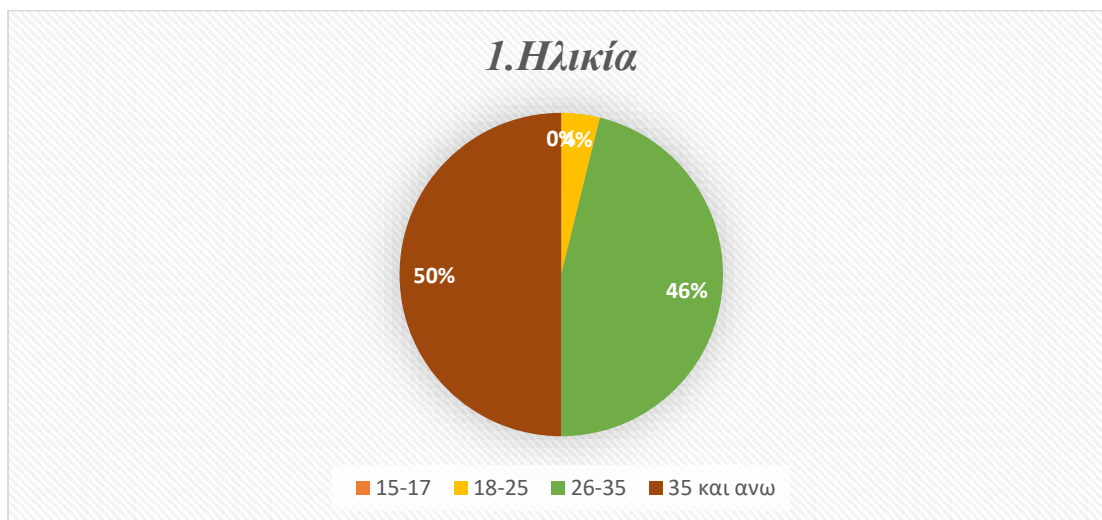
## **11.Ερωτηματολόγιο - Αποτελέσματα**

### **Μεθοδολογία**

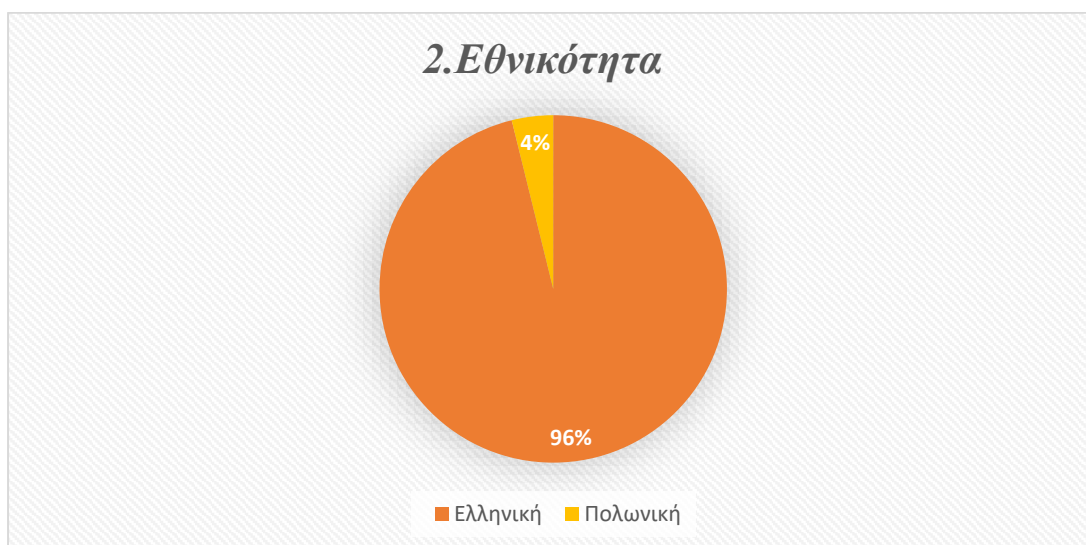
Πραγματοποιήθηκε μια μικρή ερευνά στα πλαίσια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας, για το Τμήμα Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας, με τίτλο «ΤΟΚΕΤΟΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ – ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ/ΤΟΥ ΜΑΙΑΣ/ΜΑΙΕΥΤΗ», υπό την επίβλεψη του Επίκουρου Καθηγητή κ. Δημήτρη Παπουτσή του Τμήματος Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας. Το παρόν ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 34 ερωτήσεις και αφορούσε γυναίκες που προσπάθησαν για τοκετό στο σπίτι αλλά ο τοκετός τελικά ολοκληρώθηκε στο νοσοκομείο, και γυναίκες οι οποίες γέννησαν στο σπίτι (οικείο

περιβάλλον). Η περίοδος που το ερωτηματολόγιο ήταν διαθέσιμος προς απάντηση από τις 30 Ιουνίου 2022 μέχρι τις 10/01/2023.

### Ερωτήσεις – Απαντήσεις

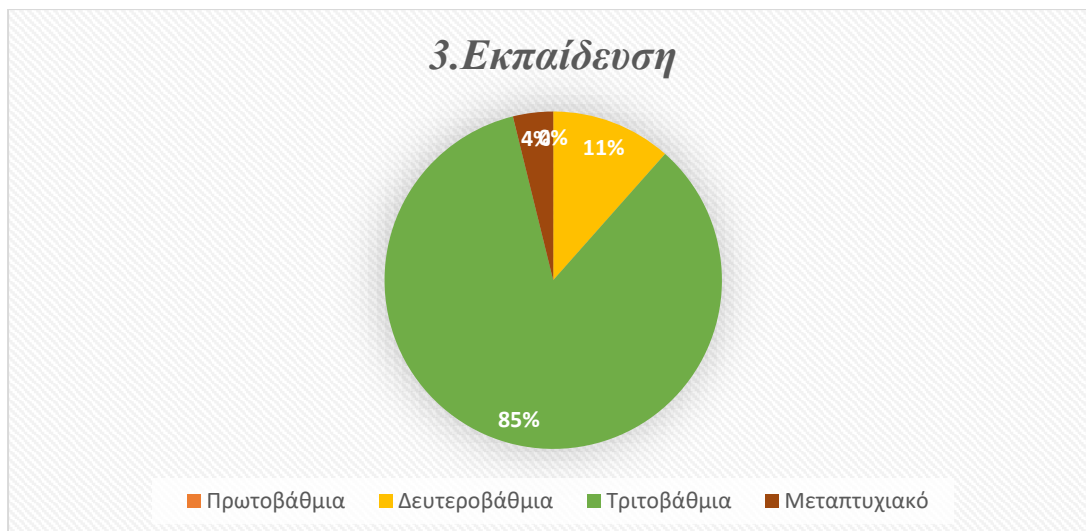


Από τα 26 άτομα που απάντησαν το ερωτηματολόγιο τα 13 (50%) αφορούν τις ηλικίες 35 και άνω ετών, τα 12 (46%) αφορούν τις ηλικίες 26-35 ετών, το 1 (4%) αφορούν τις ηλικίες 18-25 ετών και 0 (0%) αφορούν τις ηλικίες 15-17 ετών.



Από τα 26 άτομα που απάντησαν το ερωτηματολόγιο τα 25 (96%) απάντησαν Ελληνική και το 1 (4%) Πολωνική.

### 3. Εκπαίδευση

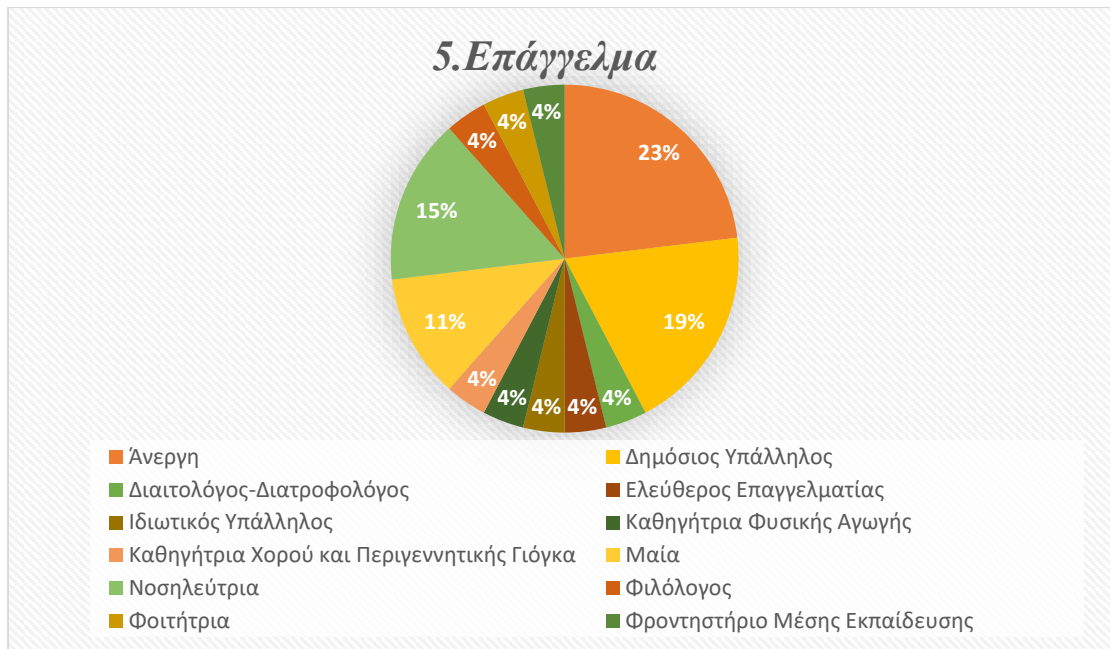


Από τα 26 άτομα που απάντησαν το ερωτηματολόγιο τα 0 (0%) απάντησαν Πρωτοβάθμια, τα 3 (11,5%) Δευτεροβάθμια, τα 22 (84,6%) Τριτοβάθμια και το 1 (3,8%) Μεταπτυχιακό.

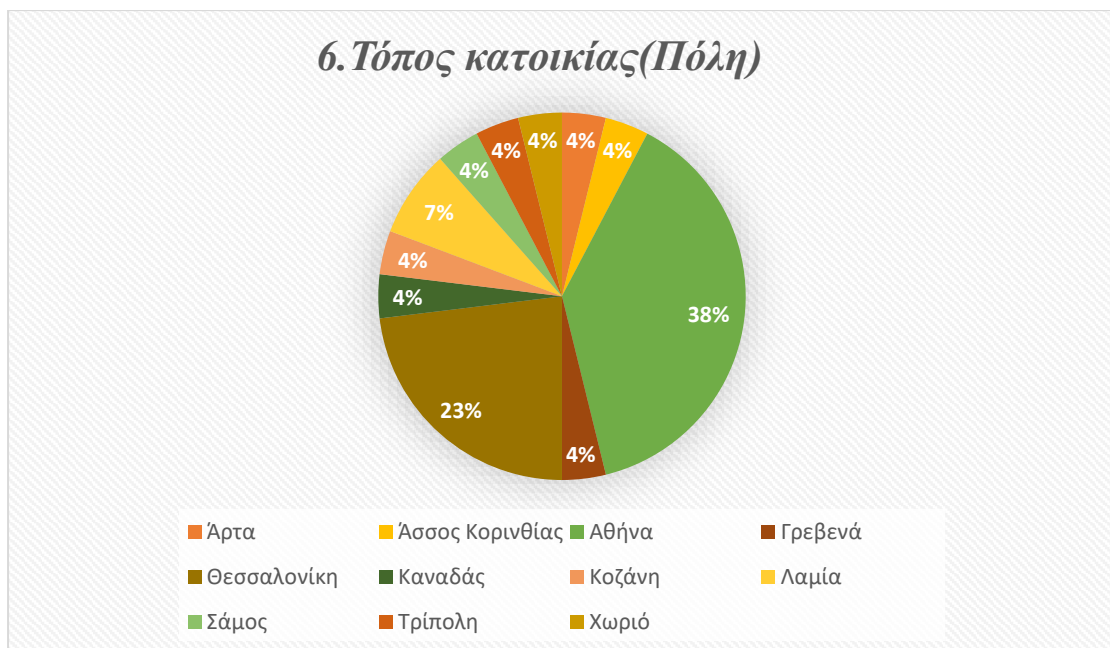
### 4. Οικογενειακή κατάσταση



Από τα 26 άτομα που απάντησαν το ερωτηματολόγιο τα 5 (19%) απάντησαν Άγαμος/η, τα 20 (77%) και το 1 (4%) Διαζευγμένη.



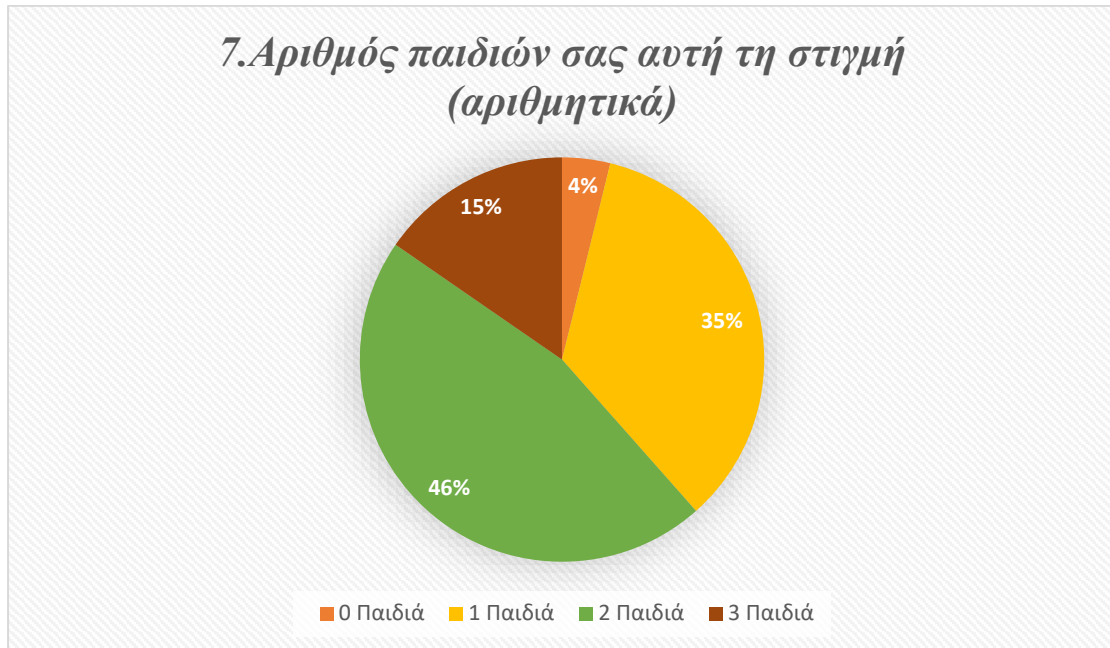
Από τα 26 άτομα που απάντησαν το ερωτηματολόγιο τα 6 (23%) απάντησαν Άνεργη, τα 5 Δημόσιος Υπάλληλος (19%), το 1 (4%) Διαιτολόγος-Διατροφολόγος, το 1 (4%) Ελεύθερος Επαγγελματίας, το 1 (4%) Ιδιωτικός Υπάλληλος, το 1 (4%) Καθηγήτρια Φυσικής Αγωγής, το 1 (4%) Καθηγήτρια Χορού και Περιγεννητικής Γιόγκα, τα 3 (11%) Μαία, τα 4 (15%) Νοσηλεύτρια, το 1 (4%) Φιλολόγος, το 1 (4%) Φοιτήτρια και το 1 (4%) Φροντιστήριο Μέσης Εκπαίδευσης.



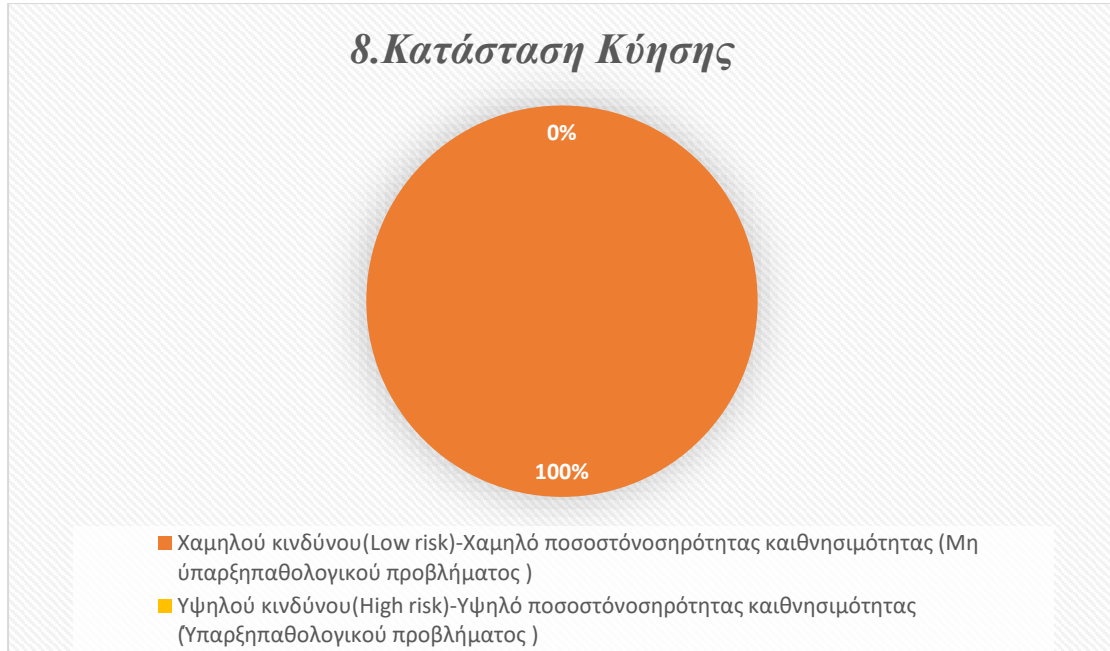
Από τα 26 άτομα που απάντησαν το ερωτηματολόγιο το 1 (4%) απάντησαν Άρτα, το 1 (4%) Άσος Κορινθίας, τα 10 (38%) Αθήνα, το 1 (4%) Γρεβενά, τα 6 (23%)



Θεσσαλονίκη, το 1 (4%) Καναδάς, το 1 (4%), το 1 (4%) Κοζάνη, τα 2 (7%) Λαμία, το 1 (4%) Σάμος, το 1 (4%) Τρίπολη και το 1 (4%) Χωριό.

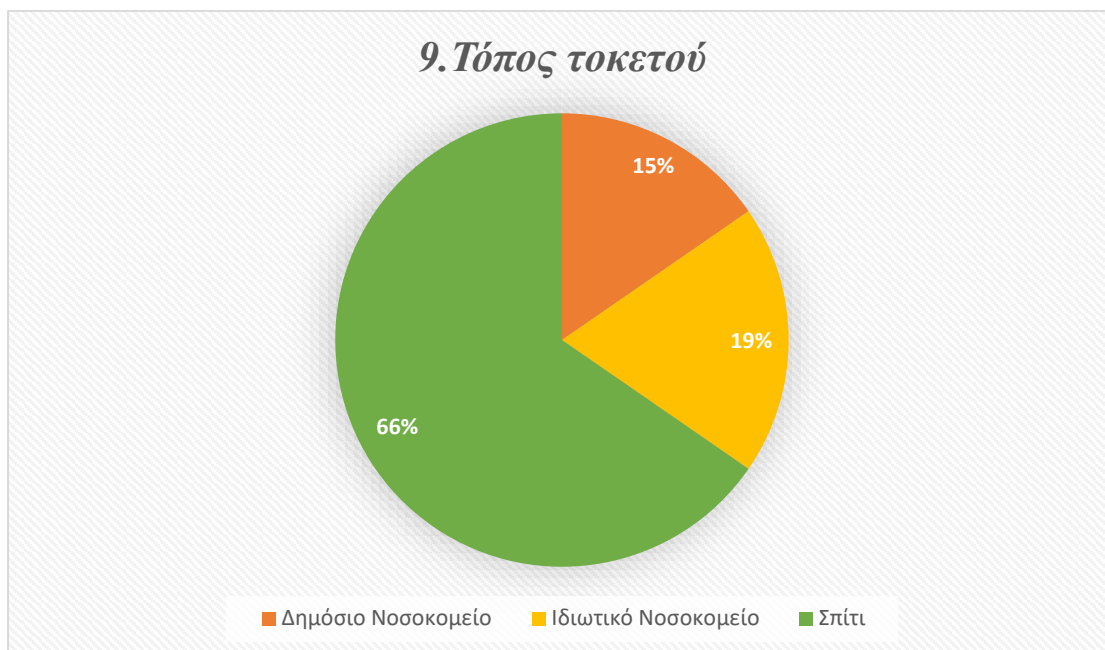


Από τα 26 άτομα που απάντησαν το ερωτηματολόγιο το 1 (4%) έχει 0 Παιδιά, τα 9 (35%) έχουν 1 Παιδί, τα 12 (46%) έχουν 2 Παιδιά και τα 4 (15%) έχουν 3 Παιδιά.

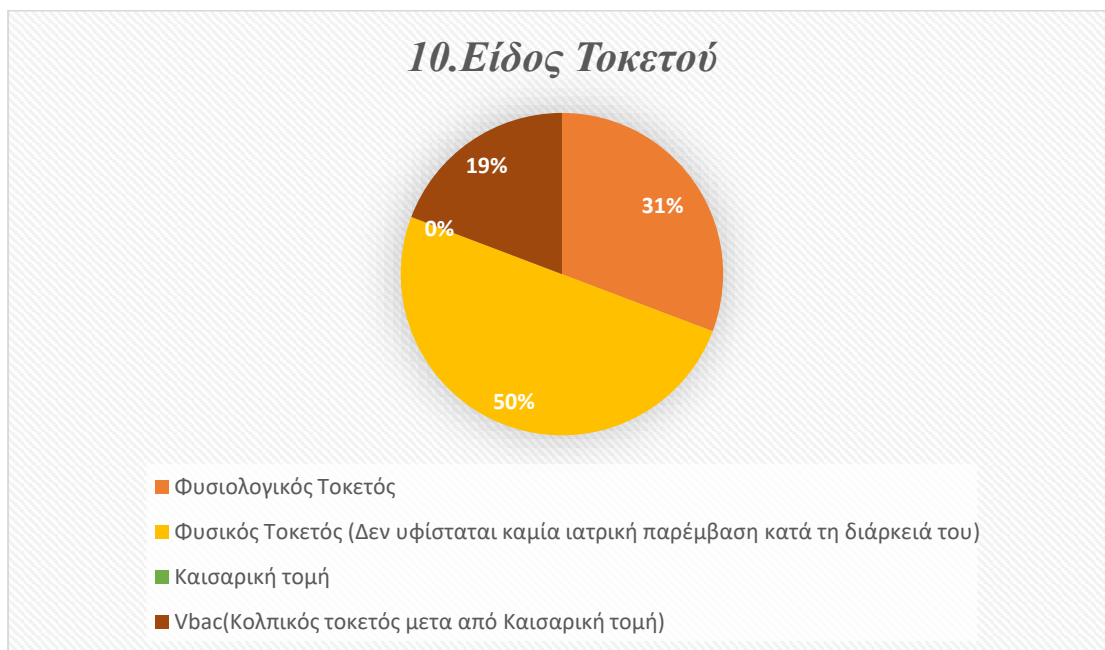


Από τα 26 άτομα που απάντησαν το ερωτηματολόγιο τα 26 (100%) είχαν Χαμηλού κινδύνου (Low risk) - Χαμηλό ποσοστό νοσηρότητας και θνησιμότητας (Μη ύπαρξη παθολογικού προβλήματος), ενώ τα 0 (0%) είχαν Υψηλού κινδύνου (High risk) -

Υψηλό ποσοστό νοσηρότητας και θνησιμότητας (Υπαρξη παθολογικού προβλήματος).



Από τα 26 άτομα που απάντησαν το ερωτηματολόγιο τα 4 (15%) ανέφεραν ότι ο τοκετός τους πραγματοποιήθηκε σε Δημόσιο Νοσοκομείο, τα 5 (19%) σε Ιδιωτικό Νοσοκομείο, ενώ η πλειοψηφία αυτών τα 17 (66%) ο τοκετός τους έλαβε μέρος στο Σπίτι.

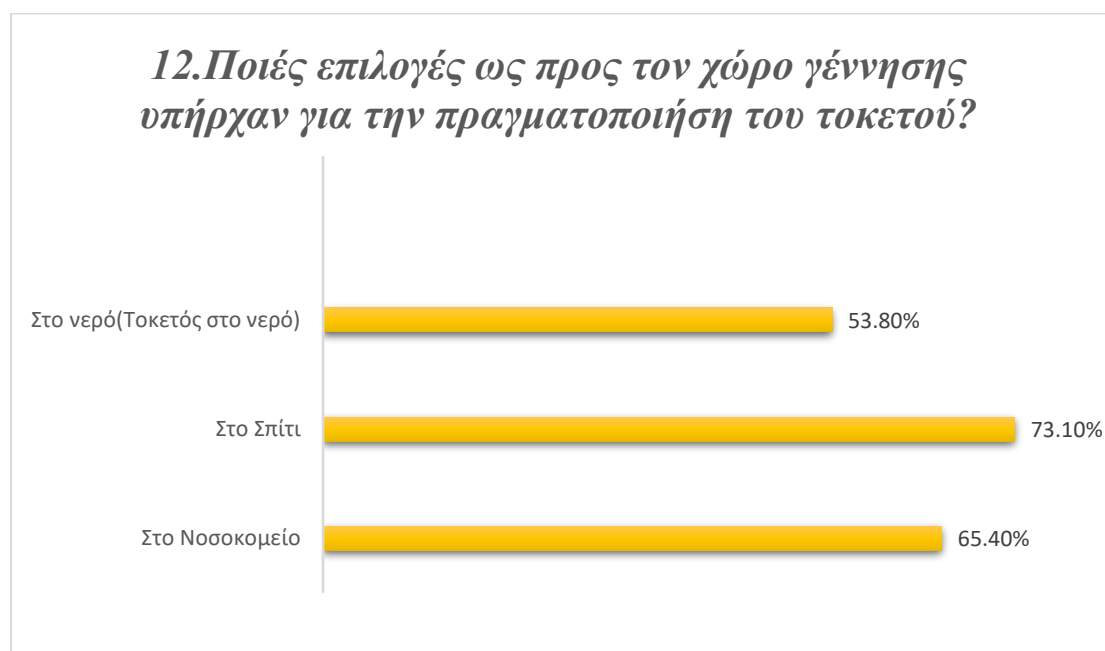


Από τα 26 άτομα που απάντησαν το ερωτηματολόγιο τα 8 (31%) ανέφεραν ότι είχαν Φυσιολογικό Τοκετό, τα 13 (50%) είχαν Φυσικό Τοκετό (Δεν υφίσταται καμία

ιατρική παρέμβαση κατά τη διάρκειά του), τα 0 (0%) Καισαρική Τομή και τα 5 (19%) πραγματοποίησαν VBAC (Κολπικός Τοκετός μετά από Καισαρική Τομή).

### **11. Αν γεννήσατε τελικά με καισαρική τομή, ποια ήταν η αιτία που οδήγησε σε αυτή την απόφαση?**

- Στο παραπάνω ερώτημα η μοναδική απάντηση που λάβαμε στο ερωτηματολόγιο ήταν «Όχι».



Στο παραπάνω γράφημα αναλύονται τα αποτελέσματα του ερωτήματος για ποιες επιλογές ως προς τον χώρο γέννησης υπήρχαν για την πραγματοποίηση του τοκετού όπου από τις 26 οι 17 (65,4%) είχαν την επιλογή του νοσοκομείου, από τις 26 οι 19 (73,1%) απάντησαν πως είχαν την επιλογή στο σπίτι και από τις 26 οι 14 (53,8%) ανέφεραν πως είχαν την επιλογή του τοκετού στο νερό.



Στο παραπάνω γράφημα άπτονται τα αποτελέσματα για το ερώτημα σχετικά με ποιον συζήτησε και συμβουλευτήκε η επίτοκος για το που θα εξελιχθεί και αποπερατωθεί η διαδικασία του τοκετού εκ των οποίων από τις 26 οι 17 (65,4%) απάντησαν με τον/την Μαιευτή/Μαία τους. Ακολούθως κοντά σε αυτό το ποσοστό οι επίτοκες συζήτησαν το θέμα αυτό με τον σύζυγο τους ή ήταν η ίδια τους η επιλογή για το μέρος πραγματοποίησης του τοκετού όπου από τις 26 οι 15 (57,7%) έδωσαν τις απαντήσεις αυτές. Σε μικρότερο ποσοστό (46,2%) η επίτοκος συζήτησε το θέμα αυτό με τον Μαιευτήρα-Γυναικολόγο της και τέλος ένα πολύ μικρό ποσοστό περίπου στο 3,8% συμβουλευτήκε τις Φίλες της.



Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα η πλειοψηφία των επίτοκων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο αναφέρουν πως από τις 26 οι 19 (73,1%) ενημερωθήκαν για τον τοκετό στο σπίτι από τον/την Μαιευτή/Μαία της. Αμέσως μετά ακολουθεί η ενημέρωση από το Διαδίκτυο με ποσοστό 53,8% (14 στις 26 γυναίκες). Ακόμη, από τις 26 επίτοκες οι 7 (26,9%) ενημερώθηκαν από τον Μαιευτήρα-Γυναικολόγο τους και σε μικρότερα ποσοστά από Κανέναν (7,6%), Φίλες (3,8%) και Βοηθό μητρότητας-Σεμινάρια-Βιβλία (3,8%).

| <b>15. ΠΟΙΟΙ ΟΙ ΛΟΓΟΙ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΕΠΙΛΕΞΑΤΕ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ?</b>   |
|--|
| Για να αποφύγω τις παρεμβάσεις   |
| Γιατί δεν είμαι άρρωστη και είναι πιο ασφαλές και υπό τους δικούς μου όρους  |
| Ένιωθα ασφάλεια και οικειότητα να βρίσκομαι στο χώρο μου                     |
| Ασφάλεια, επιθυμία για μη παρεμβατικό τοκετό, αποφυγή αναίτιας επαναληπτικής |

|  |
|--|
| καισαρικής, οικειότητα   |
| Οι αναίτιες ιατρικές παρεμβάσεις   |
| Δεν επέλεξα  |
| Μη φιλικό νοσοκομείο /μαιευτήρας στις απαιτήσεις μου   |
| Λιγότερο άγχος, ιδιωτικότητα, άνεση  |
| Επιθυμούσα μια ασφαλή γέννα, ήθελα στο παιδί μου να μην γίνουν καθόλου παρεμβάσεις, ήθελα το μικροβίωμα μας και την ησυχία του σπιτιού μας, ήθελα λίγα πρόσωπα και εν συναίσθηση ως προς τις ανάγκες μας   |
| Γιατί στο νοσοκομείο θα έκανα αναίτια καισαρική, με την δικαιολογία της μυωπίας, καθώς είχα ΠΗΤ 14 Αυγούστου . Επίσης στο νοσοκομείο της πόλης μου είναι τεράστια τα ποσοστά αναίτιων καισαρικών. Επίσης ήθελα να γεννήσω με αξιοπιστία, χωρίς αναίτιες παρεμβάσεις και βίαιες πρακτικές και με έχει ενεργό ρόλο ο πατέρας του παιδιού μου |
| Για να αποφύγω τις παρεμβάσεις και τις συνέπειες αυτών. Για να μην αποχωριστώ καθόλου το μωρό μου  |
| Οικείο περιβάλλον και η μαία που εμπιστεύομαι  |
| Είχα ενημερωθεί αρκετά στο θέμα του τοκετού και όλες τις παρεμβάσεις που υφίστανται οι επίτοκες. Τρόμαξα και μόνο στην ιδέα ότι θα υποστώ το παραμικρό. Έτσι ήδη από τις πρώτες εβδομάδες της εγκυμοσύνης είχα αποφασίσει για τοκετό στο σπίτι   |
| Εμπειρία   |
| Ο πρώτος μου τοκετός στο μαιευτήριο ήταν τραυματικός   |
| Ήσυχο και γνώριμο περιβάλλον για την γυναίκα   |
| Για να μην κάνω αναίτια καισαρική λόγω 15 Αυγούστου και για να έχω έναν τοκετό με σεβασμό και αξιοπρέπεια. Επίσης για να έρθει το παιδί μου στον κόσμο με σεβασμό και αξιοπρέπεια και να αντιμετωπιστεί ως άνθρωπος  |
| Επέλεξα τοκετό στο σπίτι, γιατί η πρώτη εμπειρία τοκετού σε δημόσιο νοσοκομείο ήταν απλά τραγική. Το σκεφτόμουν και στο πρώτο παιδάκι για τοκετό στο σπίτι αλλά πολλοί οι προβληματισμοί, λίγοι αυτοί που γνώριζαν να με κατατοπίσουν έτσι πήγαμε σε δημόσιο   |
| Το άγχος στο νοσοκομείο και το ενδεχόμενο μιας αναίτιας καισαρικής   |
| Δεν το επέλεξα   |
| Άνεση, σεβασμός, φυσικός τοκετός χωρίς παρεμβάσεις και φυσικά μια γέννα που μπορούσε να είναι παρόν όλη η οικογένεια. Τέλος οικονομικοί λόγοι  |
| Πιστεύω πως είναι ασφαλές ενώ εξασφαλίζει ησυχία, ιδιωτικότητα, οικονομικά πιο επωφελής  |
| Αξιοπρέπεια, ιδιωτικότητα, αυτονομία, αυτοδιαχείριση, οικονομικοί  |
| Η φυσικότητα της διαδικασίας   |
| Επιθυμία μου   |
| Γνωστό περιβάλλον  |

**16. ΥΠΗΡΧΑΝ ΚΑΠΟΙΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΣΑΝ ΤΟΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΟ ΤΟΠΟ ΓΕΝΝΗΣΗΣ (ΑΡΧΙΚΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ) ΚΑΙ ΤΟΝ ΟΔΗΓΗΣΑΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ?**

Όχι-Κανένας

Μη εξέλιξη τοκετού

Γέννησα σπίτι-Δεν πήγα στο νοσοκομείο

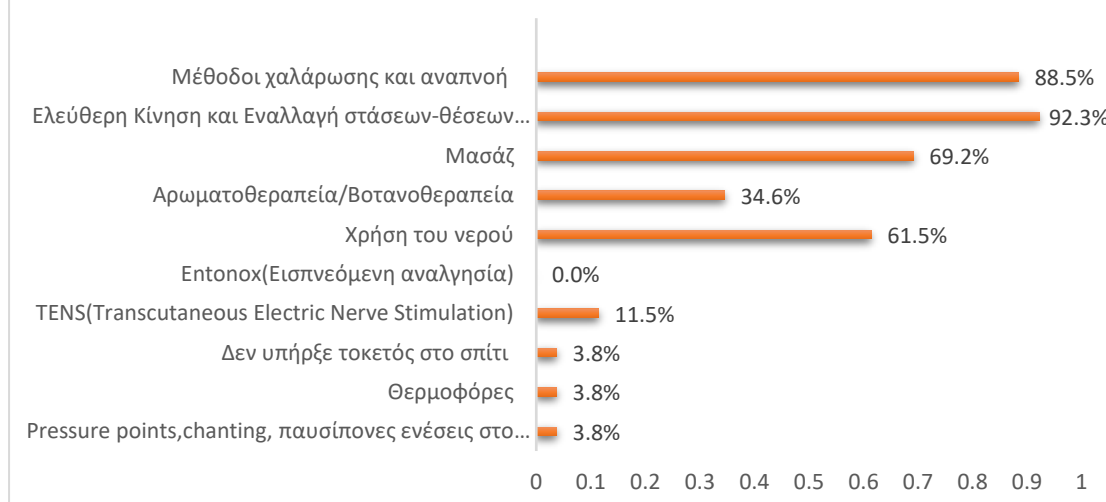
|               |
|---------------|
| Ανασφάλεια    |
| Άγνοια        |
| Λόγοι υγείας  |
| Φόβος         |
| Άγχος Συζύγου |

### 17. Καθ'όλη τη διάρκεια του τοκετού υπήρχε από τον/την Μαιευτή/Μαία:



Βάση το παραπάνω διάγραμμα από τις 26 επίτοκες οι 23 (88,5%) δήλωσαν πως είχαν καλή επικοινωνία με τον/την Μαιευτή/Μαία τους. Επίσης αναφέρεται πως οι μαιευτές είχαν σε μεγάλα ποσοστά σωστή κινητοποίηση, καλή οργάνωση και σωστή τήρηση των μέτρων υγιεινής κατά την διαδικασία του τοκετού, όπως ακόμη και υποστήριξη.

### 18. Ποιες ήταν οι μέθοδοι ανακούφισης του πόνου του τοκετού στο σπίτι?



Το παραπάνω διάγραμμα παρουσιάζει τις μεθόδους αναλγησίας που χρησιμοποίησαν οι εγκυμονούσες για την ανακούφιση του πόνου κατά την διάρκεια του τοκετού. Οι μέθοδοι που χρησιμοποίησαν σε μεγαλύτερο βαθμό οι επίτοκες ήταν η ελεύθερη κίνηση και εναλλαγή στάσεων-θέσεων με ποσοστό 92,3% (24 από τις 26), καθώς και τις μεθόδους χαλάρωσης και αναπνοών αντίστοιχα με ποσοστό 88,5% (23 από τις 26). Επιπλέον σε μεγάλο ποσοστό έγινε η χρήση του νερού για την ανακούφιση του πόνου (61,5%) όπως και η εφαρμογή του μασάζ (69,2%). Άλλες έγκυες είχαν την επιλογή της Αρωματοθεραπείας/Βοτανοθεραπείας (34,6%) και ένα μικρό ποσοστό στο 11,5% είχαν την δυνατότητα της χρήσης των TENS (Transcutaneous Electric Nerve Stimulation). Τέλος, αναφέρεται πως δεν έγινε η χρήση εισπνεόμενης αναλγησίας (Entonox) από καμία γυναίκα αλλά υπήρχαν διαφορετικοί τρόποι ανακούφισης αξιοποιώντας την θερμότητα και την μουσική.

| <i>19. ΥΠΗΡΧΕ ΚΑΠΟΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΚΑΙ ΠΟΙΑ/ΕΣ ΗΤΑΝ ΑΥΤΗ/ΕΣ?</i> |
|---|
| Όχι - 92,3% (24/26)   |
| Δυσκολία καθόδου εμβρύου - 3,8% (1/26)  |
| Αργοπορία ομάδας - Δυσκολία και Καθυστερημένη πρόσβαση - Οξύς τοκετός - 3,8% (1/26)       |

Το μεγαλύτερο ποσοστό δεν αντιμετώπισε καμία επιπλοκή κατά την διάρκεια του τοκετού.

| <i>20. ΥΠΗΡΧΕ ΚΑΠΟΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΠΟΠΕΡΑΤΩΣΗ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΚΑΙ ΠΟΙΑ/ΕΣ ΗΤΑΝ ΑΥΤΗ/ΕΣ?</i> |
|--|
| Όχι - 88,5% (23/26)  |
| Κατακράτηση πλακούντα - 3,8 (1/26)   |
| Μικρή αυτόματη ρήξη περινέου λόγω προηγούμενης περινεοτομής - 7,7% (2/26)                    |

Μετά την αποπεράτωση του τοκετού η πλειοψηφία των γυναικών δεν αντιμετώπισε κάποια επιπλοκή παρά μόνο ένα μικρό ποσοστό ήρθε αντιμέτωπο με ρήξη περινέου λόγω προηγούμενης κακοραμμένης περινεοτομής στο στάδιο της εξώθησης, όπως επίσης και μια περίπτωση με την επιπλοκή μη εξώθησης του πλακούντα.

| <i>21. ΑΝ ΥΠΗΡΧΕ ΕΠΙΠΛΟΚΗ/ΕΣ ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΗΚΕ/ΑΝ ?</i> |
|---|
| Δεν υπήρχε επιπλοκή - 88,5% (23/26)                       |
| Άμεση αντιμετώπιση στο νοσοκομείο - 3,8% (1/26)           |
| Συρραφή περινέου - 7,7% (2/26)                            |

Βάση των απαντήσεων των γυναικών όσες ήρθαν αντιμέτωπες με τις επιπλοκές, αντιμετώπιστηκαν άμεσα και κατάλληλα.

|   |
|---|
| <b>22. ΥΠΗΡΧΕ ΚΑΠΟΙΑ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΠΟΠΕΡΑΤΩΣΗ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ?</b> |
| Όχι - 92,3% (24/26)   |
| Ταχύπνοια - Εφαρμογή Οξυγόνου - 7,7% (24/26)                                    |

Βάση των απαντήσεων των γυναικών όσα νεογνά αντιμετώπισαν κάποια επιπλοκή, την επιλύσαν βραχυπρόθεσμα και ορθά.

|   |
|---|
| <b>23. Ο ΤΟΚΕΤΟΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΣΑΣ ΠΡΟΩΘΗΣΕ ΤΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ (ΕΓΙΝΑΝ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΚΑΝΑΝ ΠΟΙΟ ΔΡΑΣΤΗΡΙΑ ΣΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ) Η ΤΗΝ ΠΑΘΗΤΙΚΟΤΗΤΑ (ΔΕΧΤΗΚΑΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΧΩΡΙΣ ΚΑΠΟΙΑ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ) ΚΑΙ ΓΙΑΤΙ?</b> |
| Δραστηριότητα - (3/26)  |
| Την δραστηριότητα, γιατί η γυναίκα αντιλαμβάνεται ότι εκείνη γεννάει και έχει εξουσία επάνω στο σώμα της και αυτοδιάθεση  |
| Δραστηριότητα γιατί υπάρχει ελευθερία κινήσεων  |
| Μια γυναίκα που γεννά στο σπίτι έχει όλον τον έλεγχο της κατάστασης και του σώματός της. Νομίζω ότι παθητικότητα υπάρχει σε ιατρικό περιβάλλον όπου η επίτοκες ακολουθούν τα ιατρικά πρωτόκολλα.                                    |
| Προωθεί την παθητικότητα λόγω των επιπλοκών που μπορεί να υπάρξουν  |
| Ελευθερία κινήσεις  |
| Δεν γνωρίζω - (2/26)  |
| Δραστηριότητα φυσικά! Είσαι σε θέση να βουλευτείς όπως θέλεις, να περπατήσεις ή να φας, να πιεις..δεν αφήνεις σε κάποιου άλλου τα χέρια, το διαχειρίζεσαι κυρίως μόνη αλλά με υποστήριξη  |
| Δραστηριότητα. Μπορείς να κάνεις ότι θέλεις σπίτι σου   |
| Την δραστηριότητα, γιατί η γυναίκα συνειδητοποιεί ότι εκείνη γεννάει . Δικό της το σώμα, δικό της το κατόρθωμα . Ούτε την " ξεγεννάνε" , ούτε την " γεννάνε" !!   |
| Και τα δυο  |
| Τη δραστηριότητα γιατί αυτή που γεννάει το μωρό της είναι η ίδια η μητέρα και με οδηγό τη φύση όλα γίνονται   |
| Εννοείται δραστηριότητα!! Είσαι στο χώρο σου, με ελευθερία στα πάντα, από την κίνηση, τη φωνή που μπορεί να υψώσεις, το φαγητό, την τουαλέτα χωρίς κανένα να σε πιέζει και να σε αγχώνει.   |
| Προωθεί αυτό που θέλει η μητέρα, σου δίνει την ευθύνη, μα και τη δύναμη.  |
| Προωθεί την δραστηριότητα   |
| Δραστηριότητα/ ελευθερία κινήσεων   |
| Τη δραστηριότητα καθώς περπατούσαμε συνέχεια καθόμουν στο κρεβάτι στον καναπέ στο μπάνιο είχα γενικά ελευθέρια  |
| Ενεργός ρόλος της γυναίκας  |
| Ο τοκετός στο σπίτι προωθεί την δραστηριότητα, ελευθερία κινήσεων, οικείο περιβάλλον  |
| Την δραστηριότητα διότι νιώθει οικία με τον χώρο και μπορεί να κινηθεί εύκολα και άνετα   |



|  |
|--|
| Την δραστηριότητα φυσικά, γιατί έτσι πρέπει και έτσι νιώθει η γυναίκα, όταν πονάς δεν κάθεται ακίνητος. Η ακινησία δημιουργεί επιπλοκές. Επίσης είναι φυσιολογικό που στην λανθάνουσα φάση δεν σταματάς τις καθημερινές σου δραστηριότητες. Τέλος η γυναίκα που έχει επιλέξει τοκετό στο σπίτι έχει συνειδητοποιήσει ότι έχει την ευθύνη του σώματός της και ουσιαστικά γέννα μονή της σωματικά και ψυχικά, εκτός αν χρειαστεί κάποια βοήθεια. |
| Την δραστηριότητα και την ελευθέρια κινήσεων πριν κατά την διάρκεια και μετά τον τοκετό  |

**24. ΘΑ ΠΡΟΤΙΜΟΥΣΑΤΕ ΕΝΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΔΩΜΑΤΙΟ ΜΕ ΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΑΣ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ Η ΕΝΑΝ ΘΑΛΑΜΟ(Π.Χ. ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ) ΜΕ ΑΛΛΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΚΑΙ ΓΙΑΤΙ?**

|  |
|--|
| Ιδιωτικό δωμάτιο - (3/26)  |
| Ιδιωτικό δωμάτιο , γιατί ο τοκετός απαιτείται ηρεμία και ιδιωτικότητα .  |
| Ιδιωτικό για περισσότερη ησυχία  |
| Δεν μπορώ να φανταστώ πως θα αντιδρούσα σε έναν τοκετό εκτός σπιτιού   |
| Ιδιωτικό γιατί δεν το είχα ποτέ  |
| Ιδιωτικό δωμάτιο, χωρίς περιορισμούς   |
| Ιδιωτικό. Για αποφυγή μικροβίων κλπ  |
| Όχι δεν με απασχόλησε η ιδιωτικότητα   |
| Όχι λόγω προηγούμενης κακής εμπειρίας άρα ιδιωτικό   |
| Ναι, γιατί ο τοκετός απαιτεί ιδιωτικότητα  |
| Ναι αν νοσηλεύομαι   |
| Όχι, γι' αυτό κι διάλεξα το σπίτι μου  |
| Στον πρώτο μου τοκετό ήμουν σε ιδιωτικό δωμάτιο έτσι δουλεύει η συγκεκριμένη δομή. Θεωρώ είναι πολύ καλύτερα μόνη σου, με ηρεμία να ξεκουραστείς, να θηλάσεις κτλ  |
| Εάν επέλεγα το μαιευτήριο θα ήθελα να είμαι μαζί με άλλες επιτόκους! Για το μοίρασμα.  |
| Ένα ιδιωτικό δωμάτιο για κίνηση και χαλάρωση   |
| Θα ήθελα κατά τη διάρκεια του τοκετού να είμαι μόνη στο δωμάτιο με το σύντροφό μου. Δεν θα ήθελα άλλα άτομα να με κοιτάνε την ώρα που πονάω και να σχολιάζουν. Θα ήθελα να κυκλοφορώ άνετα με ρούχα ή χωρίς, χωρίς να σκέφτομαι ότι κάποιος θα με δει. Αν και εν τέλει εκεί που γέννησα τα είχα όλα αυτά. Ήμουν μόνη μου με τον σύντροφό μου και τη μαία οπότε ίσως παίζει ρόλο και σε στο νοσοκομείο ο χώρος. |
| Ιδιωτικό γι' αυτό και γέννησα στο σπίτι  |
| Αν είχα τοκετό στο νοσοκομείο θα απαιτούσαν ιδιωτικό δωμάτιο, παρέχει άνεση, ησυχία και ελευθερία κινήσεων   |
| Ιδιωτικό θάλαμο για ηρεμία   |
| Ιδιωτικό, ο τοκετός αναστέλλεται με την παρουσία τρίτων, με φασαρία και φώτα.  |
| Ιδιωτικό, γιατί θα είχα καλύτερη φροντίδα  |
| Ιδιωτικό για να μην υπάρχει πολυκοσμία   |

**25. ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΕΝΑ ΔΩΜΑΤΙΟ ΝΑ ΜΟΙΑΖΕΙ ΣΑΝ ΤΟ ΣΠΙΤΙ ΣΑΣ Η ΣΑΝ ΕΝΑ ΔΩΜΑΤΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΙ ΓΙΑΤΙ?**

|  |
|--|
| Σαν σπίτι, γιατί η επίτοκος δεν είναι ασθενής  |
| Νομίζω ότι χρειάζονται για τις γυναίκες που θα ήθελαν να γεννήσουν στο σπίτι τους αλλά φοβούνται |

|   |
|---|
| Σαν στο σπίτι για οικειότητα  |
| Εμένα προσωπικά μου ανέβαζε την αρτηριακή πίεση κάθε επίσκεψη στο νοσοκομείο. Οπότε, ένας τοκετός στο σπίτι ήταν μάλλον μονόδρομος.                           |
| Σαν σπίτι για μεγαλύτερη άνεση  |
| Νοσοκομείο  |
| Σαν σπίτι σίγουρα, γιατί προωθεί την άνεση και την αίσθηση ασφάλειας του δικού σου μέρους   |
| Όχι λόγω προηγούμενης κακής εμπειρίας   |
| Ναι, γιατί το νοσοκομειακό περιβάλλον δεν είναι υποστηρικτικό για τον τοκετό  |
| Ναι, για ιδιωτικότητα, αυτονομία  |
| Σαν σπίτι   |
| Όχι λόγω κακής εμπειρίας  |
| Σαν σπίτι για ευνόητους λόγους  |
| Δωμάτιο σαν στο σπίτι σε νοσοκομείο και απλό. Σαφώς θα ήθελα ο τοκετός να λάβει χώρα σε χώρο που θυμίζει όσο το δυνατόν γίνεται τη "φωλιά" μου με ηρεμία κλπ. |
| Σαν σπίτι   |
| Για οικειότητα σαν σπίτι  |
| Αν γεννούσα στο νοσοκομείο ναι για την επίτευξη ενός όσο πιο φιλικού τοκετού προς τη φύση της γυναίκας γίνεται  |
| Ένα δωμάτιο σαν το σπίτι. Θα ένιωθα πιο άνετα   |
| Ούτε αυτή   |
| Θα ήθελα ένα δωμάτιο σαν σπίτι  |
| Σαν σπίτι για να είναι πόνι φιλικό προς την έγκυο   |
| Σαν σπίτι, για τους παραπάνω λόγους. Οτιδήποτε σε βελόνες, καλώδια και μηχανήματα σε βάζει αυτόματα στην ψυχολογία του ασθενή.                                |
| Νοσοκομείο, σε περίπτωση που το νεογνό χρειαζόταν άμεση ιατρική περίθαλψη   |
| Σαν το σπίτι  |
| Σαν σπίτι γιατί είναι οικείο  |

**26. Η ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΟΥ ΣΥΖΥΓΟΥ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΒΟΗΘΗΣΕ Η ΕΠΑΙΞΕ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΡΟΛΟ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ, ΒΕΛΤΙΩΣΕ ΤΙΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΕ ΤΗΝ ΠΙΟ ΔΙΚΑΙΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΚΙΑ ΣΑΣ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ ΚΑΙ ΜΕ ΠΟΙΟΥΣ ΤΡΟΠΟΥΣ ΜΠΟΡΕΣΕ ΝΑ ΤΑ ΚΑΤΟΡΘΩΣΕΙ?**

|   |
|---|
| Όταν χρειάστηκε να κάνω κάποια ράμματα, την πήρε ο πατέρας της δέρμα με δέρμα, ώστε να μην απομακρυνθεί και αποκοπεί.   |
| Έπαιξε σημαντικό ρόλο στην επιτυχία του θηλασμού και στην ψυχολογία μου   |
| Ναι πολύ!   |
| Φυσικά και βοήθησε η συμμετοχή του σε όλα. Αρχικά ένιωθα ήδη άνετα που ήμουν στον σπίτι μου, δεν υπήρχε τίποτα το νοσοκομειακό που να θυμίζει ιατρική πράξη. Το μωρό το έπιασε ο μπαμπάς στην τελευταία εξώθηση και το ακούμπησε στην αγκαλιά μου. Έγινε καθυστερημένη απολίνωση, και skin to skin με τον μπαμπά. Και φυσικά άμεσος θηλασμός στο golden hour. Οπότε όλα τα παραπάνω συνέβαλλαν θετικά σε όλους μας. |
| Όχι, δεν βοήθησε  |
| Ψυχική υποστήριξη   |
| Ναι. Ήταν πάντα εκεί και βοηθούσε όπως μπορούσε.  |
| Φυσικά και βοήθησε. Ο πατέρας του παιδιού έχει δικαίωμα λήψης αποφάσεων και   |

|   |
|---|
| σαφή και πλήρη ενημέρωση για όλα!   |
| Όχι, τίποτα τέτοιο. Φοβόταν πολύ  |
| Ναι.  |
| Βοήθησε με τις μεθόδους ανακούφισης , ήταν καθόλη την ώρα ψύχραιμος, εξαιτίας της λεπτομερούς ενημέρωσης που είχε από πριν και, όταν χρειάστηκε να μου κάνει η μαία μου κάποια ράμματα, έκανε εκείνος skin to skin με το μωρό μας . |
| Ναι   |
| Ναι βοήθησε   |
| Πολύ υποστηρικτική και χρήσιμη  |
| Με το σύζυγο καταφέραμε να φέρουμε στον κόσμο μαζί το μωρό μας. Ήταν εκεί σε όλα να με στηρίζει, να μου μιλάει όταν χρειαζόταν, να μου κάνει μασάζ ή να μου ρίχνει ζεστό νερό και το αποκορύφωμα πιάσαμε μαζί το μωρό.              |
| Δεν είχα σύζυγο/σύντροφο κατά τον τοκετό/εγκυμοσύνη.  |
| Υπήρχε υποστήριξη από τον σύζυγό και πολύ επικοινωνία   |
| Ο σύζυγος βοήθησε   |
| Ήταν καίρια, ήταν παρόν σε όλα και βοηθούσε πρακτικά και συναισθηματικά   |
| Σίγουρα έπαιξε ρόλο τον ένιωθα κοντά μου με στήριξε και όσο πονούσα αν και άκουσε πολλά στο τέλος ήταν πάντα εκεί να μου κρατά το χέρι.   |
| Κανένα ρόλο   |
| Ναι, δημιουργήθηκε ενσυναίσθηση στο σύζυγο  |
| Το να έχω ένα αγαπημένο πρόσωπο να με υποστηρίζει και να με ενθαρρύνει ήταν πολύ βοηθητικό σε όλη την διαδικασία  |
| Ξεκάθαρα ο σύζυγος γεννήθηκε μαζί μας στον τοκετό στο σπίτι. Όλα τα άλλα πηγαίνουν ρολόι μετά, εφόσον η φύση έχει φροντίσει σοφά γι' αυτό. Έχει άλλη σύνδεση με την μητέρα και το μωρό ο πατέρας που γέννησε μαζί τους.             |
| Όχι   |
| Δεν υπάρχει σύζυγος   |
| Συμμετοχή και συνεργασία  |

### 27. ΥΠΗΡΧΕ ΚΑΠΟΙΑ ΕΝΑΣΧΟΛΗΣΗ ΠΡΙΝ ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΕΞΩΘΗΣΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΣΑΣ (Π.Χ. ΚΑΠΟΙΑ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ) ?

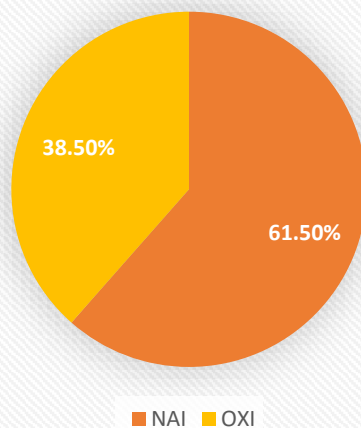
|  |
|--|
| Ναι  |
| Όχι  |
| Όχι  |
| Προετοιμασία, ασκήσεις με την μπάλα και φρόντιζα να είμαι πάρα πολύ ήρεμη, ώστε να υπάρχει το πλαίσιο για την έκκριση ορμονών και την έναρξη του τοκετού . |
| Μαία   |
| Εάν εννοείται ενασχόληση με το θέμα του τοκετού φυσικά. Διάβαζα πολύ, μιλούσα συνεχώς με τη μαία για ότι με προβλημάτιζε..                                 |
| Όχι Η ασφάλεια του νεογνού   |
| Περπάτημα  |
| Δεν κατάλαβα.  |
| Όλη μέρα κάναμε πράγματα με το πρώτο μου παιδί.  |
| Δεν καταλαβαίνω σε τί αναφέρεται η ερώτηση.  |
| Μια κουραστική μέρα με δουλειές σπιτιού  |
| Ναι μαθήματα προετοιμασίας, hypnobirthing, yoga, χορός, σύνδεση με το μωρό   |
| Δεν καταλαβαίνω την ερώτηση.   |
| Περπάτημα και ασκήσεις με την μπάλα  |

|  |
|--|
| Μαθήματα προετοιμασίας τοκετού   |
| Ναι  |
| Γιόγκα εγκυμοσύνης, σεμινάρια hypnobirthing μαζί με τον σύζυγο, ψυχοπροφυλακτική με την μαία μου και ο, τι μπορούσαμε να κάνουμε για να είμαστε έτοιμοι. |
| Άσκηση περπάτημα   |

### 28. ΠΟΙΟΙ ΘΑ ΗΤΑΝ ΟΙ ΛΟΓΟΙ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΔΕΝ ΘΑ ΕΠΙΛΕΓΑΤΕ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ?

|   |
|---|
| Κανένας   |
| Κύηση υψηλού κινδύνου   |
| Μόνο αν υπήρχε παθολογία, που θα το απέκλειε.   |
| Παθολογία στο ιστορικό, μη υποστηρικτικός σύντροφος   |
| Εγώ προσωπικά θα γεννούσα και unassisted.   |
| Ασφάλεια του νεογνού  |
| Σε περίπτωση εκτάκτου ανάγκης το νοσοκομείο προσφέρει ό,τι χρειάζεσαι.  |
| Η γέννα στο σπίτι έχει ολόκληρη φιλοσοφία από πίσω, σαφώς δεν είναι για όλους και σίγουρα υπό περιπτώσεις μπορεί να ενέχει κινδύνους. Καλό είναι η μητέρα να είναι πλήρως ενημερωμένη και να έχει συζητήσει εκτεταμένα τις κινήσεις που θα γίνουν σε περίπτωση επιπλοκής. Τέλος, μην ξεχνάμε ότι κάθε μας απόφαση είναι προσωπική και πάντα υπάρχουν ρίσκα. |
| Κίνδυνος για το μωρό ή εμένα  |
| Μόνο σε περίπτωση που υπήρχε παθολογία που θα καθιστούσε ΑΔΥΝΑΤΟ κάτι τέτοιο .  |
| Περιπεπλεγμένος τοκετός   |
| -   |
| Μόνο εάν είχα μια κύηση πολύ υψηλού κινδύνου και η μαία μου με συμβουλεύει για το νοσοκομείο.   |
| Δεν θα τον επέλεγα ίσως εάν είχα σύντροφο που δεν τον έβρισκε σύμφωνο εξίσου.   |
| Άγνοια και φόβος  |
| Υγείας  |
| Νομίζω πως αυτό που μας άγχωσε ήταν πως δεν υπήρχε γιατρός και άλλες ιατρικές ειδικότητες αυτό νομίζω ίσως θα έκανε να το σκεφτώ ξανά   |
| Δεν υπήρχε άλλη λύση. Στα νοσοκομεία κ τις κλινικές έχουν πρωτόκολλα και κάνουν παρεμβάσεις.  |
| Περιπεπλεγμένη κύηση, υψηλού κινδύνου   |
| Επιπλοκές στο τοκετό  |
| Προεκλαμψία και σοβαρές παθολογικές καταστάσεις γενικά.   |
| Δεν θα επέλεγα τον τοκετό στο σπίτι γιατί θα χρειαζόταν περαιτέρω ιατρική περίθαλψη το νεογνό   |
| Εγκυμοσύνη υψηλού κινδύνου, μεγάλη απόσταση από το νοσοκομείο   |
| Πρόβλημα υγείας όπως διαβήτης υπερβολικό βάρος  |

**29.Ο προγραμματισμένος τοκετός στο σπίτι σε σύγκριση με τον προγραμματισμένο τοκετό στο νοσοκομείο είναι λιγότερο δαπανηρός?**



Βάση το παραπάνω γράφημα το αποτέλεσμα των απαντήσεων των γυναικών δηλώνουν πως ο προγραμματισμένος τοκετός στο σπίτι σε σχέση με τον προγραμματισμένο τοκετό στο νοσοκομείο είναι πιο οικονομικός.

**30.ΠΟΙΑ ΗΤΑΝ Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΣΤΟ ΟΙΚΕΙΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ?**

Ήταν η συγκλονιστικότερη εμπειρία της ζωής μου . Πέρασα όμορφα . Ήταν μαγική εμπειρία, θεμελιωτική της οικογένειας.

Πολύ ευχάριστη

Πολύ θετική εμπειρία τοκετού

Υπέροχη!

Μέτρια

Η καλύτερη

Καμία.

ζήσαμε σαν οικογένεια τον ερχομό του νέου μέλους, κάτι σπουδαίο! Ο σεβασμός και η αγάπη από τις μαίες ήταν επίσης κάτι που δεν είχα ζήσει. Όταν γεννήθηκε το μωρό, ήμασταν όλοι εκστασιασμένοι, αισθανόμασταν όλοι μια ολότητα...δεν ξέρω τι να πρωτοπώ. Λυπάμαι πολύ που χάνεται όλη αυτή η εμπειρία καθημερινά στα νοσοκομεία. Μακάρι να ήταν για όλες μας έτσι. Η μάνα γεννάει το μωρό αλλά όλα τα μέλη αλλάζουν, γίνονται πατεράδες, γιαγιάδες και παππούδες. Θα έπρεπε όλοι να είμαστε μέρη της γέννησης

ΤΕΛΕΙΑ


Είχα έναν υπέροχο τοκετό, όπως τον ονειρεύτηκα , χωρίς τίποτα από όσα φοβόμουν .

Υπέροχη,

Η καλύτερη

Η καλύτερη εμπειρία που μπορεί να ζήσει η γυναίκα, ο σύντροφος και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας

Η μοναδική εμπειρία που απέκτησα, μέσα από άλλες μανούλες που μίλησα μαζί τους για τους τοκετούς τους, τον τρόπο που οι ίδιες το βίωσαν και τι ακριβώς αντιμετώπισαν..

|  |
|--|
| Θετική ως επί το πλείστον. Όλα πήγαν καλά.   |
| Υποστήριξη στην απόφαση και βοήθεια.   |
| Καταπληκτική   |
| Υπέροχη και τις δύο φορές. Γέννησα όπως ακριβώς ήθελα εγώ και τα μωρά μου χωρίς καθόλου παρεμβάσεις  |
| Μέχρι να πάμε στο νοσοκομείο όλα ήταν πάρα πολύ καλά. Ξεκίνησα να έχω πόνος οι οποίοι ήταν όλο και πιο συχνοί. Μέχρι να έρθει η μαία μου είχα ελευθερία να περπατήσω να μιλήσω στο τηλέφωνο. Αυτό βέβαια συνεχίστηκε και όλη τη διάρκεια μέχρι εν τέλει να πάμε στο νοσοκομείο |
| Πολύ όμορφα   |
| Μοναδική, συγκινητική, με ηρεμία και αξιοπρέπεια   |
| Πολύ καλή  |
| Ανεπανάληπτη και λυπάμαι που την ζουν λίγοι.   |
| Δεν γνωρίζω  |
| Δυνατή και έντονη εμπειρία, περιβεβλημένη με νοιάξιμο και αγάπη.   |
| Ευχάριστη  |

### 31. ΠΩΣ ΣΑΣ ΕΚΑΝΕ ΝΑ ΝΙΩΣΕΤΕ Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ?

|   |
|---|
| Πολύ όμορφα .   |
| Ηρεμία και εμπιστοσύνη στον εαυτό μου   |
| Υπέροχα   |
| Δυνατή!   |
| Περισσότερο άγχος τελικά  |
| Ηρεμία  |
| Δεν υπήρχε.   |
| Καταρχήν ήταν σαν εξιλέωση της πρώτης γέννας που ήταν με καισαρική. Μου έδωσε πίσω την εμπιστοσύνη στο σώμα μου, την πίστη στον εαυτό μου..το είδα σαν ένα φοβερό κατόρθωμα, τα κατάφερα σκεφτόμουν..τελικά δεν χρειάστηκε κανείς άλλος..μόνη το έκανα. Γέννησα το παιδί μου, εγώ η ίδια και όχι δεν με ξεγέννησε κάποιος. Ανεπανάληπτη εμπειρία. |
| Τέλεια  |
| Πολύ όμορφα. Βγήκα από αυτή την εμπειρία ενδυναμωμένη και με περισσότερη πίστη στον εαυτό μου.  |
| Υπερήφανη, δυνατή, ήρεμη,   |
| Υπέροχα   |
| Ενδυναμωτική εμπειρία   |
| Γαλήνη, ηρεμία, ευλογία, μια μικρή επούλωση της πληγής του πρώτου τοκετού. Απεριόριστη αγάπη απέναντι στο σύζυγο και έναν υπέρτατο θαυμασμό για τη δύναμη της φύσης και της μητέρας.  |
| Ενδυναμωμένη, ευγνώμων.   |
| Χαλάρωση και συγκέντρωση  |
| Μοναδική  |
| Μεγάλη ελευθερία  |
| Ήμουν ήρεμη και βασικά νομίζω πιο ελεύθερη στις κινήσεις μου. Όταν έμεινα για πολύ ώρα στάσιμη στη διαστολή ενώ ο πόνος ήταν πιο έντονος εκεί αγχώθηκα λίγο γιατί έβλεπα τη μαία μου αγχωμένη και δεν ήξερα αν θα έπρεπε να ανησυχήσω ή όχι.  |
| Υπέροχα   |
| Πολύ όμορφα, ένιωσα ακόμη πιο δυνατή, υπερήφανη   |



|  |
|--|
| Πολύ όμορφα                            |
| Λιοντάρι.                              |
| Δεν γνωρίζω                            |
| Δυνατή, φροντισμένη, μοναδική, πλήρης. |
| Δυνατή                                 |

**32. ΘΑ ΠΡΟΤΕΙΝΑΤΕ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΤΗΝ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ? ΚΑΙ ΠΟΙΟΣ/ΟΙ ΘΑ ΗΤΑΝ Ο/ΟΙ ΛΟΓΟΣ/ΛΟΓΟΙ?**

|   |
|---|
| Ναι   |
| Ναι . Για να έχουν έναν τοκετό με σεβασμό και αυτοδιάθεση.  |
| Και ,αν όχι στο σπίτι ,σε ιδιωτική κλινική, με δική τους μαία και γιατρό που αποδεδειγμένα δεν κάνει αναίτιες παρεμβάσεις.  |
| Ναι βέβαια. Για την εμπειρία, την ηρεμία, το οικονομικό, λιγότερες έως καθόλου παρεμβάσεις  |
| Ναι   |
| Δυστυχώς στις μέρες μας οι γυναίκες δε ενημερώνονται πλήρως για την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και αργότερα τον θηλασμό. Πάντα αναφέρω τον τρόπο που γέννησα, αλλά όχι. Δεν το προτείνω. Έχω κουραστεί να ακούω σχόλια "Εμένα ο γιατρός μου.." Πάντα αναφέρω τα καλά του τοκετού στο σπίτι (οικείο περιβάλλον, απουσία φαρμάκων, καθυστερημένη απολίνωση, skin to skin, golden hour, αλλά μέχρι εκεί. Οι γιατροί κάνουν πολύ καλή προπαγάνδα ενάντια σε κάθε τι φυσικό, δυστυχώς.. Είναι πολύ δύσκολο να ανατραπεί η υπάρχουσα ιδεολογία. |
| Όχι, γιατί αν υπάρξουν επιπλοκές, χρειάζεται το νοσοκομείο  |
| Ναι όμως υπό προϋποθέσεις   |
| Όχι.  |
| Θα πρότεινα μόνο σε γυναίκες που έχουν παρόμοια πιστεύω. Μόνο σε γυναίκες που προτιμούν την φυσικότητα του ανθρώπου, και πάλι επιμένω στην πολύ καλή ενημέρωση πριν και μεγάλη προσοχή στην επιλογή των επαγγελματιών υγείας  |
| Ναι οπωσδήποτε. Δεν υπάρχει τίποτα πιο φυσικό από αυτό.   |
| Ναι . Για να έχουν έναν τοκετό με σεβασμό όπως αξίζει σε κάθε γυναίκα. Άλλωστε η εγκυμοσύνη δεν είναι ασθένεια και ο τοκετός δεν ( πρέπει να) είναι ιατρική πράξη.  |
| Ναι, για τους πάρα πάνω λόγους  |
| Ναι, γιατί είναι μια μοναδική εμπειρία να γεννάς το ίδιο σου το παιδί στην οικειότητα του σπιτιού σου σε σχέση με το αφιλόξενο περιβάλλον ενός νοσοκομείου  |
| Εννοείται!! Νομίζω ότι το ανέφερα παραπάνω, αλλά όσους λόγους και να γράψω αυτή η συγκλονιστική στιγμή που βιώνεις είναι πραγματικά μοναδική. Κάτι τελευταίο όμως και σημαντικό δεν χρειάστηκε να αποχωριστώ το μεγαλύτερο παιδάκι μου.   |
| Σίγουρα. Ωστε να έχουν τη δυνατότητα να το ζήσουν όσο φυσικά θέλουν με λιγότερους κινδύνους για το μωρό και τις ίδιες.  |
| Ναι φυσικά και για την εμπειρία   |
| Δεν ξέρω  |
| Μόνο εφόσον το επιθυμεί και δεν έχει φόβο για τη φυσική διαδικασία του τοκετού πάντα με καλή προετοιμασία.  |
| Ναι θα το πρότεινα αν και εν τέλει δεν γέννησα στο σπίτι αλλά όσο ήμασταν σπίτι η εμπειρία ήταν μοναδική  |
| Ναι εννοείται   |
| Ναι, διότι πιστεύω πως θα είναι και για αυτές μοναδική εμπειρία   |
| Ναι γιατί ήταν εμπειρία   |

|   |
|---|
| Ναι θα το πρότεινα. Γιατί είναι πιο ασφαλές δεν υπάρχουν παρεμβάσεις ντόμινο που οδηγούν σε επιπλοκές και αναίτια βαριά χειρουργεία με έναν γιατρό που αφού προκάλεσε το πρόβλημα παρουσιάζεται σαν σωτήρας. Καθώς και η τραυματική εμπειρία είναι σπάνια σε οικείο περιβάλλον. |
| Ναι, πιστεύω ότι θα είναι ωραία εμπειρία  |
| Ναι ανεπιφύλακτα. Ασφάλεια, ζεστασιά, οικειότητα, ενσυναίσθηση  |

|   |
|---|
| <b>33. ΥΠΗΡΧΕ Η ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ?</b>  |
| Ναι   |
| Ναι .   |
| Φυσικά.   |
| Όχι   |
| Δεν ξέρω.   |
| Περίπου ναι   |
| Ναι.  |
| Ναι   |
| Ναι!! Είχα backup και τη γυναικολόγο μου, σε ιδιωτική κλινική. Είχα και το δημόσιο νοσοκομείο πολύ κοντά όπου είχα αποφασίσει ότι εκεί θα πήγαινα αν κάτι δεν έβαινε καλάς. |
| I.X   |
| Φυσικά  |
| Δεν με ενδιέφερε.   |
| Ίσως  |



Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα οι γυναίκες αναφέρουν πως αν ήταν απαραίτητο να μεταφερθούν στο νοσοκομείο ο χρόνος που θα χρειαζόταν η πλειοψηφία είναι περίπου 10-20 λεπτά.



## 12. Συμπέρασμα-Συζήτηση

Συμπερασματικά, το ταξίδι της εγκυμοσύνης απασχολεί τον σύγχρονο άνθρωπο με αποτέλεσμα να έχει έρθει στην επιφάνεια ο ιδιαίτερα σημαντικός ρόλος της μαιίας. Σαφέστερα, η οποία αναλάμβανε την φροντίδα της γυναίκας εξολοκλήρου στην εγκυμοσύνη, τον τοκετό και την περίοδο της λοχείας στον χώρο του σπιτιού, έχοντας αποκτήσει εμπειρία και πρακτικές δεξιότητες από την μετάδοση των γνώσεων από μια σε μεγαλύτερη ηλικία γυναικά με εμπειρία τοκετού. Δυστυχώς, όμως στην περίοδο του επαναπροσδιορισμού της ιατρικής οι μαιίες επαναπαύθηκαν κρίνοντας πως δεν είναι ανάγκη να αποκτήσουν πολλές γνώσεις γιατί ήταν υπεύθυνες για τους φυσιολογικούς τοκετούς και υποστήριζαν πως με την βοήθεια της φύσης η κυοφορούσα έχει την ικανότητα να γεννήσει το παιδί της μόνη της. Έτσι, η πλειοψηφία των μαιών παρέμεινε χωρίς εκπαίδευση, ενώ οι μαιευτήρες είχαν οργανωμένη και επιστημονική εκπαίδευση, με αποτέλεσμα αυτό να οδήγησε στην μεγαλύτερη εμπιστοσύνη των γυναικών προς τους γιατρούς, οι οποίοι ερμήνευαν πως για δικιά τους ασφάλεια έρεπε να γεννήσουν στο νοσοκομείο με μαιευτήρες. Με την πάροδο του χρόνου τα ποσοστά του τοκετού μειώθηκαν κατά πολύ σε όλο τον πλανήτη. Παρόλα αυτά για να μπορέσει με ασφάλεια και ηρεμία η γυναικά να ολοκληρώσει τον τοκετό στο σπίτι θα πρέπει να τηρούνται αρκετές βασικές προϋποθέσεις. Η πιο σημαντική είναι η συνεχομένη εκπαίδευση και η απαραίτητη εμπειρία των Μαιευτών/Μαιών στον τοκετό στο σπίτι ώστε να μπορούν να αξιολογήσουν και να αντιμετωπίσουν με επαγγελματισμό την παθολογία που παρουσιάστηκε. Οι επαγγελματίες υγείας φέρουν ευθύνη για κάθε απόφαση και πράξη τους. Ακόμη, μεγάλη σημασία για τον προσδιορισμό του τρόπου παρακολούθησης της κύησης αλλά και του τόπου ολοκλήρωσης του τοκετού φέρει η σωστή ταξινόμηση της κύησης σε χαμηλού (low-risk) ή υψηλού (high-risk) κινδύνου, ώστε να λάβει την εξατομικευμένη παρακολούθηση και φροντίδα αργότερα. Για να επιτευχθεί αυτό θα πρέπει ο επαγγελματίας υγείας να λαμβάνει ένα πλήρες και λεπτομερές ιστορικό της γυναίκας, προκειμένου και για να μπορεί να συμβουλέψει την επίτοκο στη συνέχεια με στόχο το πλάνο κύησης και τοκετού. Ωστόσο απαραίτητο κρίνεται η συνεχής και επαναλαμβανομένη αξιολόγηση του κινδύνου της κύησης σε κάθε επίσκεψη, γιατί η κατάσταση είναι πιθανόν να έχει μεταβληθεί. Έχοντας ταξινόμηση τον κίνδυνο της κύησης σε χαμηλού κινδύνου και λαμβάνοντας το ιστορικό της γυναίκας ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να δημιουργήσει ένα

πλάνο παρακολούθησης της επίτοκου. Αρμόζει να καθοδηγήσει την γυναικά πραγματοποιώντας σε συγκεκριμένες χρονικές στιγμές κλινικές και παρακλινικές εξετάσεις, βασικές εργαστηριακές εξετάσεις και υπερηχογραφίες εξετάσεις με σκοπό την ασφαλή μαιευτική φροντίδα της ομαλά εξελισσόμενης κύησης με κριτήριο την τεκμηριωμένη γνώση, χωρίς βέβαια την πολλαπλή και μάταιη σειρά εξετάσεων και επισκέψεων αυξάνοντας το κόστος της παροχής φροντίδας έχοντας αρνητικό αντίκτυπο και στην γυναικά αλλά και το σύστημα υγείας της χώρας καθώς και την αύξηση της ανησυχίας της γυναίκας για την εγκυμοσύνη. Ομοίως, ο/η Μαιευτής/Μαία ως ο κύριος πυλώνας οφείλει να έρχεται σε στενή επαφή με τις επίτοκες, ώστε να δώσει την αναγκαία στήριξη, φροντίδα και συμβουλευτική κατά την διάρκεια του ‘ταξιδιού’ που βιώνει η γυναικά, της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας. Ως υπεύθυνος και υπόλογος επαγγελματίας υγείας του ‘ταξιδιού’ αυτού θα πρέπει ολοκληρωτικά να φέρει εις πέρας τον τοκετό και την περίθαλψη του νεογνού και μετέπειτα του βρέφους ακολουθώντας βήμα προς βήμα τα συγκεκριμένα πρωτόκολλα που είναι προσαρμοσμένα στο σύστημα υγείας. Τέλος, δημιουργώντας το παραπάνω ερωτηματολόγιο (Παράρτημα 1) λαμβάνοντας 26 απαντήσεις και εντοπίζοντας αρκετές αλλά μη ικανοποιητικές σε αριθμό μελέτες για τον τοκετό στο σπίτι και την μαιευτική του παρακολούθηση διακρίνουμε πως η επιθυμία της γυναίκας να γεννήσει στο σπίτι είναι υψηλή, έχοντας όμως ως δεδομένο την ασφαλή αποπεράτωση του τοκετού αλλά και ένα υγιές νεογνό. Για να επιτευχθεί όμως αυτό οι μαιευτές/μαίες είναι απαραίτητο να εκπαιδευτούν στον τοκετό στο σπίτι σε μια συνεχόμενη, κατάλληλη και ελεγχόμενη εκμάθηση αλλά και να αποκτήσουν την μέγιστη εμπειρία στον τοκετό ώστε να μπορούν να κατορθώσουν να προσφέρουν στην γυναικά αυτή την ωραία και αξέχαστη εμπειρία ζωής. Ίσως, αν η κυβέρνηση της εκάστοτε χώρας να υποστήριζε το μαιευτικό επάγγελμα για την άμεση βελτίωση εκπαίδευσης των μαιευτών/μαιών αλλά και την γενική υποστήριξη του συστήματος υγείας στο κομμάτι του τοκετού ίσως να μπορούσαν να υλοποιηθούν; Άραγε μήπως οι νέες γενιές θα πρέπει να λάβουν το ερώτημα αυτό ως τροφή για σκέψη, ώστε για να πραγματοποιηθεί τοκετός στην κοινότητα να προϋπάρχουν μερικές βασικές προϋποθέσεις.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ‘1 Guidance | Patient Experience in Adult NHS Services: Improving the Experience of Care for People Using Adult NHS Services | Guidance | NICE’. NICE. Ημερομηνία πρόσβασης 23 Αύγουστος 2022. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg138/chapter/1-Guidance>.
- ‘1 Guidance | Pregnancy and Complex Social Factors: A Model for Service Provision for Pregnant Women with Complex Social Factors | Guidance | NICE’. NICE. Ημερομηνία πρόσβασης 25 Σεπτεμβρίου 2022. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg110/chapter/1-Guidance#pregnant-women-who-misuse-substances-alcohol-and-or-drugs>.
- ‘Costing Alternative Birth Settings for Women at Low Risk of Complications: A Systematic Review | PLOS ONE’. Ημερομηνία πρόσβασης 2 Φεβρουάριος 2023. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0149463>.
- ‘Expanding Prenatal Care Options for Low-Risk Patients’. Ημερομηνία πρόσβασης 23 Αύγουστος 2022. <https://www.acog.org/en/education-and-events/creog/curriculum-resources/cases-in-high-value-care/expanding-prenatal-care-options-for-low-risk-patients>.
- ‘Introduction | Patient Experience in Adult NHS Services: Improving the Experience of Care for People Using Adult NHS Services | Guidance | NICE’. NICE. Ημερομηνία πρόσβασης 23 Αύγουστος 2022. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg138/chapter/Introduction>.
- ‘ISUOG Practice Guidelines: Performance of First-Trimester Fetal Ultrasound Scan’. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 41, τχ. 1 (2013): 102–13. <https://doi.org/10.1002/uog.12342>.
- ‘Levels of Maternal Care’. Ημερομηνία πρόσβασης 23 Αύγουστος 2022. <https://www.acog.org/en/clinical/clinical-guidance/obstetric-care-consensus/articles/2019/08/levels-of-maternal-care>.
- ‘New guidelines on antenatal care for a positive pregnancy experience’. Ημερομηνία πρόσβασης 26 Αύγουστος 2022. <https://www.who.int/news/item/07-11-2016-new-guidelines-on-antenatal-care-for-a-positive-pregnancy-experience>.
- ‘Overview | Domestic Violence and Abuse: Multi-Agency Working | Guidance | NICE’. NICE. Ημερομηνία πρόσβασης 25 Σεπτεμβρίου 2022. <https://www.nice.org.uk/guidance/ph50>.
- ‘Overview | Flu Vaccination: Increasing Uptake | Guidance | NICE’. NICE. Ημερομηνία πρόσβασης 25 Σεπτεμβρίου 2022. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng103>.
- ‘Planned Home Birth’. Ημερομηνία πρόσβασης 22 Αύγουστος 2022. <https://www.acog.org/en/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2017/04/planned-home-birth>.

‘Pregnant women must be able to access the right care at the right time, says WHO’. Ημερομηνία πρόσβασης 26 Αύγουστος 2022. <https://www.who.int/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>.

‘Recommendations | Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance | Guidance | NICE’. NICE. Ημερομηνία πρόσβασης 25 Σεπτέμβριος 2022.

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/chapter/Recommendations#recognising-mental-health-problems-in-pregnancy-and-the-postnatal-period-and-referral-2>.

‘Recommendations | Antenatal Care | Guidance | NICE’. NICE. Ημερομηνία πρόσβασης 23 Αύγουστος 2022.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng201/chapter/Recommendations>.

‘Recommendations | Intrapartum care for healthy women and babies | Guidance | NICE’. Ημερομηνία πρόσβασης 22 Αύγουστος 2022.

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations>.

‘Smoking: Stopping in Pregnancy and after Childbirth | Guidance | NICE’. NICE. Ημερομηνία πρόσβασης 25 Σεπτέμβριος 2022.

<https://www.nice.org.uk/guidance/ph26>.

‘WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience’.

Ημερομηνία πρόσβασης 26 Αύγουστος 2022. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241549912>.

‘WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience’. Ημερομηνία πρόσβασης 26 Αύγουστος 2022.

<https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240045989>.

‘Women’s experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review | Reproductive Health | Full Text’. Ημερομηνία πρόσβασης 2 Φεβρουάριος 2023.

<https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-019-0735-4>.

‘Κατευθυντήριες Οδηγίες – Hsog.Gr’. Ημερομηνία πρόσβασης 23 Αύγουστος 2022.

[https://hsog.gr/?page\\_id=2678](https://hsog.gr/?page_id=2678).

Albers L.L.: The Evidence of physiological management of the active phase of the first stage of labour. *Journal of Midwifery and Women’s Health*. 452, pp. 207-215, 2007

Anim-Somuah, Millicent, Rebecca MD Smyth, Allan M. Cyna, και Anna Cuthbert. ‘Epidural versus Non-epidural or No Analgesia for Pain Management in Labour’.

*Cochrane Database of Systematic Reviews*, τχ. 5 (2018).

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub4>.

Chaillet, Nils, Loubna Belaid, Chantal Crochetière, Louise Roy, Guy-Paul Gagné, Jean Marie Moutquin, Michel Rossignol, Marylène Dugas, Maggy Wassef, και Julie Bonapace. ‘Nonpharmacologic Approaches for Pain Management During Labor

Compared with Usual Care: A Meta-Analysis'. *Birth* 41, τχ. 2 (2014): 122–37.  
<https://doi.org/10.1111/birt.12103>.

Cheyney, Melissa, Marit Bovbjerg, Courtney Everson, Wendy Gordon, Darcy Hannibal, και Saraswathi Vedam. 'Outcomes of Care for 16,924 Planned Home Births in the United States: The Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009'. *Journal of Midwifery & Women's Health* 59, τχ. 1 (2014): 17–27.  
<https://doi.org/10.1111/jmwh.12172>.

Childbirth Connection, October 2006a: Available at <http://www.childbirthconnection.org/listeningtomothers/>

Dahl, Bente, Kristiina Heinonen, και Terese Elisabet Bondas. 'From Midwife-Dominated to Midwifery-Led Antenatal Care: A Meta-Ethnography'. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17, τχ. 23 (1 Δεκέμβριος 2020): E8946. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238946>.

Declercq E.R., Sakala C., Corry M.P., Applebaum S.: *Listening to Mothers II: The Second National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences*. New York, 2006.

Donnison, J. (1977). *Midwives and Medical Men*. Heinemann, London.

Donnison, J. (1988). *Midwives and Medical Men: A History of the Struggle for the Control of Childbirth*. London: Historical Publications.

Dowswell, Therese, Carol Bedwell, Tina Lavender, και James P. Neilson. 'Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) for Pain Management in Labour'. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, τχ. 2 (2009).  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD007214.pub2>.

Dye, N.S. (1980). *History of Childbirth in America. Women: Sex and Sexuality, Part 2* 6,1,97-108.

Finigan, Valerie, και Diane Chadderton. 'Facilitating Home Birth'. *The Practising Midwife* 18, τχ. 6 (Ιούνιος 2015): 27–30.

Freidson, E. (1985). «The reorganization of the medical profession», *Medical Care Review*, 42, 11-35.

Guzewicz, Patrycja, και Matylda Sierakowska. 'The Role of Midwives in the Course of Natural Childbirth—Analysis of Sociodemographic and Psychosocial Factors—A Cross-Sectional Study'. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19, τχ. 23 (Ιανουάριος 2022): 15824. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315824>.

Hadjigeorgiou, E., Kouta, C., Papastavrou, E., Papadopoulos, I., Martenson, L. (2011). Women's perceptions of their right to choose the place of childbirth: an integrative review. *Midwifery*, doi:10.1016/j.midw.2011.05.006

Hildingsson, Ingegerd, Helena Lindgren, Annika Karlström, Kyllike Christensson, Lena Bäck, Christina Mudokwenyu–Rawdon, Margaret C. Maimbolwa, κ.ά. 'African midwifery students' self-assessed confidence in antenatal care: a multi-country study'.

Global Health Action 12, τχ. 1 (1 Ιανουάριος 2019): 1689721.  
<https://doi.org/10.1080/16549716.2019.1689721>.

HKMJ. 'Αποτελεσματικότητα ενός προγράμματος μασάζ τοκετού για την ανακούφιση από τον πόνο του τοκετού σε μητέρες έγκυες κατά τη διάρκεια: μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή', 23 Δεκέμβριος 2021.  
<https://www.hkmj.org/abstracts/v27n6/405.htm>.

Holness N. High-Risk Pregnancy. Nurs Clin North Am 2018, 53: 241-51.

International Confederation of Midwives: Midwifery: An autonomous Profession.  
Available at: <http://www.internationalmidwives>, 2005

Keller, E. (2002) "The Subject of Touch: Medical Authority in Early Modern Midwifery," in *Sensible Flesh: On Touch in Early Modern Culture*, ed. Elizabeth D. Harvey (Philadelphia, 2002), 76-7.

Lundgren, Ingela, και Karin Dahlberg. 'Women's Experience of Pain during Child-birth'. Midwifery 14, τχ. 2 (1 Ιούνιος 1998): 105–10. [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(98\)90007-9](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(98)90007-9).

Mantalenakis, S.J. (2002) Obstetrics until 19th century. Hellen Obstet Gynecol 14(2): 83-97.

Mead, K. (1958) *A history of women in Medicine*. Haddam press. New York.

nhs.uk. '12-week scan', 2 Δεκέμβριος 2020. <https://www.nhs.uk/pregnancy/your-pregnancy-care/12-week-scan/>.

nhs.uk. '20-week scan', 3 Δεκέμβριος 2020. <https://www.nhs.uk/pregnancy/your-pregnancy-care/20-week-scan/>.

nhs.uk. 'Antenatal checks and tests', 3 Δεκέμβριος 2020.  
<https://www.nhs.uk/pregnancy/your-pregnancy-care/antenatal-checks-and-tests/>.

nhs.uk. 'Antenatal support: meet the team', 8 Δεκέμβριος 2020.  
<https://www.nhs.uk/pregnancy/your-pregnancy-care/antenatal-support-meet-the-team/>.

nhs.uk. 'Exercise in pregnancy', 2 Δεκέμβριος 2020.  
<https://www.nhs.uk/pregnancy/keeping-well/exercise/>.

nhs.uk. 'Feeling depressed after childbirth', 7 Δεκέμβριος 2020.  
<https://www.nhs.uk/conditions/baby/support-and-services/feeling-depressed-after-childbirth/>.

nhs.uk. 'Find care for your mental health before, during and after pregnancy', 2 Αύγουστος 2022. <https://www.nhs.uk/nhs-services/mental-health-services/find-care-for-your-mental-health-before-during-and-after-pregnancy/>.

nhs.uk. 'Have a healthy diet in pregnancy', 2 Δεκέμβριος 2020.  
<https://www.nhs.uk/pregnancy/keeping-well/have-a-healthy-diet/>.

- nhs.uk. 'How to make a birth plan', 1 Δεκέμβριος 2020.  
<https://www.nhs.uk/pregnancy/labour-and-birth/preparing-for-the-birth/how-to-make-a-birth-plan/>.
- nhs.uk. 'Mental health problems and pregnancy', 2 Δεκέμβριος 2020.  
<https://www.nhs.uk/pregnancy/keeping-well/mental-health/>.
- nhs.uk. 'Pain relief in labour', 2 Δεκέμβριος 2020.  
<https://www.nhs.uk/pregnancy/labour-and-birth/what-happens/pain-relief-in-labour/>.
- nhs.uk. 'Screening for sickle cell and thalassaemia', 3 Δεκέμβριος 2020.  
<https://www.nhs.uk/pregnancy/your-pregnancy-care/screening-for-sickle-cell-and-thalassaemia/>.
- nhs.uk. 'Screening tests in pregnancy', 3 Δεκέμβριος 2020.  
<https://www.nhs.uk/pregnancy/your-pregnancy-care/screening-tests/>.
- nhs.uk. 'Sex in pregnancy', 2 Δεκέμβριος 2020.  
<https://www.nhs.uk/pregnancy/keeping-well/sex/>.
- nhs.uk. 'Ultrasound scans in pregnancy', 3 Δεκέμβριος 2020.  
<https://www.nhs.uk/pregnancy/your-pregnancy-care/ultrasound-scans/>.
- nhs.uk. 'Where to give birth: the options', 1 Δεκέμβριος 2020.  
<https://www.nhs.uk/pregnancy/labour-and-birth/preparing-for-the-birth/where-to-give-birth-the-options/>.
- nhs.uk. 'Your antenatal appointments', 3 Δεκέμβριος 2020.  
<https://www.nhs.uk/pregnancy/your-pregnancy-care/your-antenatal-appointments/>.
- nhs.uk. 'Your antenatal care', 2 Δεκέμβριος 2020.  
<https://www.nhs.uk/pregnancy/your-pregnancy-care/your-antenatal-care/>.
- nhs.uk. 'Your NHS pregnancy journey', 1 Δεκέμβριος 2020.  
<https://www.nhs.uk/pregnancy/finding-out/your-nhs-pregnancy-journey/>.
- Nutter, Elizabeth, Shaunette Meyer, Jenna Shaw-Battista, και Amy Marowitz. 'Waterbirth: An Integrative Analysis of Peer-Reviewed Literature'. *Journal of Midwifery & Women's Health* 59, τχ. 3 (2014): 286–319. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12194>.
- Parris, Pat. 'Maternity Matters', *χ.χ.*, 56.
- Reid, L (2004) Using oral history in Midwifery research. *British Journal of Midwifery*, 12,4,208-218.
- Ridgway.S (2002) The birth of Midwifery profession. *British Journal of Midwifery*, 10,12,756-760.
- Rooks, J. P. (1999). *Midwifery & Childbirth in America*. Philadelphia: Temple University Press.
- Sánchez-Redondo, María Dolores, María Cernada, Hector Boix, María Gracia Espinosa Fernández, Noelia González-Pacheco, Ana Martín, Alejandro Pérez-Muñuzuri, και María L. Couce. 'Home Births: A Growing Phenomenon with Potential Risks'.

Anales de Pediatría (English Edition) 93, τχ. 4 (1 Οκτώβριος 2020): 266.e1-266.e6.  
<https://doi.org/10.1016/j.anpede.2020.04.012>.

Scarf, Vanessa L., Serena Yu, Rosalie Viney, Laura Lavis, Hannah Dahlen, Maralyn Foureux, και Caroline Homer. 'The Cost of Vaginal Birth at Home, in a Birth Centre or in a Hospital Setting in New South Wales: A Micro-Costing Study'. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives* 33, τχ. 3 (Δεκέμβριος 2020): 286–93. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.06.003>.

Scarf, Vanessa L., Serena Yu, Rosalie Viney, Seong Leang Cheah, Hannah Dahlen, David Sibbritt, Charlene Thornton, Sally Tracy, και Caroline Homer. 'Modelling the cost of place of birth: a pathway analysis'. *BMC Health Services Research* 21, τχ. 1 (14 Αύγουστος 2021): 816. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06810-9>.

Smith, Caroline A., Kate M. Levett, Carmel T. Collins, Mike Armour, Hannah G. Dahlen, και Machiko Suganuma. 'Relaxation Techniques for Pain Management in Labour'. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, τχ. 3 (2018).  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009514.pub2>.

Snijders, R. J., S. Johnson, N. J. Sebire, P. L. Noble, και K. H. Nicolaides. 'First-Trimester Ultrasound Screening for Chromosomal Defects'. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 7, τχ. 3 (Μάρτιος 1996): 216–26.  
<https://doi.org/10.1046/j.1469-0705.1996.07030216.x>.

SOGC clinical practice guideline. No 372-Statement on Planned Homebirth. *J Obstet Gynaecol Can* 2019;41(2):223-227.

Swift, Emma Marie, Helga Zoega, Kathrin Stoll, Melissa Avery, και Helga Gottfreðsdóttir. 'Enhanced Antenatal Care: Combining One-to-One and Group Antenatal Care Models to Increase Childbirth Education and Address Childbirth Fear'. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives* 34, τχ. 4 (Ιούλιος 2021): 381–88. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.06.008>.

Symon, Andrew, Jan Pringle, Helen Cheyne, Soo Downe, Vanora Hundley, Elaine Lee, Fiona Lynn, κ.ά. 'Midwifery-led antenatal care models: mapping a systematic review to an evidence-based quality framework to identify key components and characteristics of care'. *BMC Pregnancy and Childbirth* 16, τχ. 1 (19 Ιούλιος 2016): 168.  
<https://doi.org/10.1186/s12884-016-0944-6>.

Tew, M. (1990). *Safer childbirth? A critical history of maternity care*, 2nd edn., London:Chapman & Hall.

Trust), NCT (National Childbirth. 'How to labour in water or have a water birth | Labour & birth, Different types of birth articles & support | NCT'. NCT (National Childbirth Trust), 27 Μάρτιος 2020. <https://www.nct.org.uk/labour-birth/different-types-birth/water-birth/how-labour-water-or-have-water-birth>.

Wagner M. (2001). Fish can't see the water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*.75,525-537.

Wagner M.: *Technology in Birth: First Do No Harm, Midwifery Today*, 2000.



Whitworth, Melissa, Leanne Bricker, James P. Neilson, και Therese Dowswell. 'Ultrasound for Fetal Assessment in Early Pregnancy'. The Cochrane Database of Systematic Reviews, τχ. 4 (14 Απρίλιος 2010): CD007058.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD007058.pub2>.

World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. Progress on the Health-Related Sustainable Development Goals and Targets in the Eastern Mediterranean Region, 2020. Cairo: World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2022. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/361800>.

Zielinski, Ruth, Kelly Ackerson, και Lisa Kane Low. 'Planned home birth: benefits, risks, and opportunities'. International Journal of Women's Health 7 (8 Απρίλιος 2015): 361–77. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S55561>.

Αντωνάκου Αγγελική, Παπουτσής Δημήτριος (2019) Κύηση χαμηλού κινδύνου – Υψηλού κινδύνου (181-195) – Μαιευτική φροντίδα κατά την παρακολούθηση κύησης χαμηλού κινδύνου (196-209), Μαιευτική Φροντίδα στην Κύηση, Εκδόσεις Broken Hill, Nicosia, Cyprus.

Βικτωρία Βιβιλάκη (2016), Παρακολούθηση κατά την κύηση (185-255) - Τοκετός στο σπίτι (271-286) , Πρωτοβάθμια Μαιευτική Φροντίδα Η μαια στην Π.Φ.Υ. , Εκδόσεις Broken Hill, Nicosia, Cyprus

Γεώργιος Ιατράκης, Βενετία Νοτάρα (2021) Προγεννητικός Έλεγχος (553-566) , Εκδόσεις Γ.Ζεβελεκάκης, Αθήνα

Λυκερίδου, Α. (2011) Κανόνες Ηθικής και Δεοντολογίας. Νομοθεσία Μαιών Μαιευτών. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λάγος Δημήτριος.

Μουτζαλή, Α. (2003) Ιατρός ευαγή ιδρύματα και περίθαλψη ασθενών στο Βυζάντιο. Αρχαιολογία και Τέχνες, 8,1- 7.

Μώρος, Μ. (2010). Ιστορία της Μαιευτικής. Μαιευτική και Γυναικολογική θεραπεία. ΕΛΕΥΘΩ.4,105-114.

Ρηγάτος, Γ.Α. (2006) Ιστορία της Νοσηλευτικής. Από τη Φιλάνθρωπη Τέχνη στη Σύγχρονη Επιστήμη. Αθήνα: ΒΗΤΑ.

Ρούσου, Ν.Χ. (1993) Νοσηλευτική. Ιστορική Αναδρομή. Αθήνα: Ρούσου.

## 14. Παράρτημα 1

| Ερωτηματολόγιο<br>ΤΟΚΕΤΟΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ – ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ Ο<br>ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ/ΤΟΥ<br>ΜΑΙΑΣ/ΜΑΙΕΥΤΗ  |  |
|--|--|
| <b>1. Ηλικία</b><br>15-17<br>18-25<br>25-35<br>35 και ανω  |  |
| <b>2. Εθνικότητα</b><br>Ελληνική<br>Άλλο   |  |
| <b>3. Εκπαίδευση</b><br>Πρωτοβάθμια<br>Δευτεροβάθμια<br>Τριτοβάθμια<br>Άλλο  |  |
| <b>4. Οικογενειακή κατάσταση</b><br>Άγαμος<br>Έγγαμος<br>Άλλο  |  |
| <b>5. Επάγγελμα</b>  |  |
| <b>6. Τόπος κατοικίας(Πόλη)</b>  |  |
| <b>7. Αριθμός παιδιών σας αυτή τη στιγμή (αριθμητικά)</b>  |  |
| <b>8. Κατάσταση Κύησης</b><br>Χαμηλού κινδύνου(Low risk) -Χαμηλό ποσοστό νοσηρότητας και θνησιμότητας (Μη ύπαρξη παθολογικού προβλήματος )<br><br>Υψηλού κινδύνου(High risk)-Υψηλό ποσοστό νοσηρότητας και θνησιμότητας(Υπαρξη παθολογικού προβλήματος )<br>Άλλο |  |
| <b>9. Τόπος τοκετού</b><br>Δημόσιο Νοσοκομείο<br>Ιδιωτικό Νοσοκομείο<br>Σπίτι<br>Άλλο  |  |
| <b>10. Είδος Τοκετού</b><br>Φυσιολογικός τοκετός<br>Φυσικός τοκετός (Δεν υφίσταται καμία ιατρική παρέμβαση κατά τη διάρκειά του)<br>Καισαρική τομή<br>Vbac (Κολπικός τοκετός μετά από Καισαρική τομή)  |  |
| <b>11. Αν γεννήσατε τελικά με καισαρική τομή, ποια ήταν η αιτία που οδήγησε σε αυτή την απόφαση?</b>   |  |
| <b>12. Ποιες επιλογές ως προς τον χώρο γέννησης υπήρχαν για την</b>  |  |

|  |
|--|
| <p><b>πραγματοποίηση του τοκετού?</b></p> <p>Στο νοσοκομείο<br/>Στο σπίτι<br/>Στο νερό (Τοκετός στο νερό)<br/>Άλλο</p>   |
| <p><b>13. Με ποιον συζητήσατε/ συμβουλευτήκατε για το πού θα εξελιχθεί και θα πραγματοποιηθεί η διαδικασία του τοκετού?</b></p> <p>Μαιευτήρας-Γυναικολόγος<br/>Μαιευτής/Μαία<br/>Σύζυγος<br/>Επιλογή της εγκύου<br/>Άλλο</p>   |
| <p><b>14. Γνωρίζατε και ενημερωθήκατε για τον τοκετό στο σπίτι πριν την διαδικασία του τοκετού και από ποιον?</b></p> <p>Μαιευτήρας-Γυναικολόγος<br/>Μαιευτής/Μαία<br/>Διαδίκτυο<br/>Άλλο</p>  |
| <p><b>15. Ποιοι οι λόγοι για τους οποίους επιλέξατε τον τοκετό στο σπίτι?</b></p>  |
| <p><b>16. Υπήρχαν κάποιοι παράγοντες που επηρέασαν τον προγραμματισμένο τόπο γέννησης (αρχικά στο σπίτι) και τον οδήγησαν στο νοσοκομείο?</b></p>  |
| <p><b>17. Καθόλη τη διάρκεια του τοκετού υπήρχε από τον/την Μαιευτή/Μαία:</b></p> <p>Επικοινωνία<br/>Κινητοποίηση<br/>Υποστήριξη<br/>Μέτρα υγιεινής<br/>Οργάνωση<br/>Άλλο</p>  |
| <p><b>18. Ποιες ήταν οι μέθοδοι ανακούφισης του πόνου του τοκετού στο σπίτι?</b></p> <p>Μέθοδοι χαλάρωσης και αναπνοή<br/>Ελεύτερη Κίνηση και Εναλλαγή στάσεων-θέσεων κατά τη διάρκεια του τοκετού<br/>Μασάζ<br/>TENS (Transcutaneous Electric Nerve Stimulation)<br/>Χρήση του νερού<br/>Αρωματοθεραπεία/ βοτανοθεραπεία<br/>Entonox (Εισπνεόμενη αναλγησία)<br/>Άλλο</p> |
| <p><b>19. Υπήρχε κάποια επιπλοκή κατά την διάρκεια του τοκετού και ποια/ες ήταν αυτή/ες?</b></p>   |
| <p><b>20. Υπήρχε κάποια επιπλοκή μετά την αποπεράτωση του τοκετού και ποια/ες ήταν αυτή/ες?</b></p>  |
| <p><b>αυτή/ες?</b></p>   |
| <p><b>21. Αν υπήρχε επιπλοκή/ές πως αντιμετωπίστηκε/αν ?</b></p>   |
| <p><b>22. Υπήρχε κάποια επιπλοκή του νεογνού μετά την αποπεράτωση του τοκετού?</b></p>   |
| <p><b>23. Ο τοκετός στο σπίτι προωθεί τη δραστηριότητα ή την παθητικότητα και γιατί?</b></p>   |

|  |
|--|
| <b>24. Θα απαιτούσατε ένα ιδιωτικό δωμάτιο ή έναν θάλαμο με άλλα περιστατικά και γιατί?</b>  |
| <b>25. Θα θέλατε ένα δωμάτιο σαν σπίτι ή νοσοκομείο και γιατί?</b>   |
| <b>26. Η συμμετοχή του συζύγου στον τοκετό βοήθησε ή έπαιξε σημαντικό ρόλο στην υγεία σας και του νεογνού, βελτίωσε τις πρακτικές φροντίδας στο σπίτι και υποστήριξε την πιο δίκαιη επικοινωνία και την λήψη αποφάσεων για την δικιά σας υγεία και του νεογνού και με ποιους τρόπους μπόρεσε να τα κατορθώσει?</b> |
| <b>27. Υπήρχε κάποια ενασχόληση πριν τον τοκετό σας ?</b>  |
| <b>28. Ποιοι θα ήταν οι λόγοι για τους οποίους δεν θα επιλέγατε τον τοκετό στο σπίτι?</b>  |
| <b>29. Ο προγραμματισμένος τοκετός στο σπίτι σε σύγκριση με τον προγραμματισμένο τοκετό στο νοσοκομείο είναι λιγότερο δαπανηρός?</b><br>Ναι<br>Όχι   |
| <b>30. Ποια ήταν η εμπειρία σας με τον τοκετό στο οικείο περιβάλλον ?</b>  |
| <b>31. Πώς σας έκανε να νιώσετε η διαδικασία του τοκετού στο σπίτι?</b>  |
| <b>32. Θα προτείνατε σε άλλες γυναίκες την διαδικασία του τοκετού στο σπίτι? Και ποιος/οι θα ήταν ο/οι λόγος/λόγοι?</b>  |
| <b>33. Υπήρχε η διαθεσιμότητα έγκαιρης μεταφοράς στο νοσοκομείο?</b>   |
| <b>34. Πόσος χρόνος θα χρειαζόταν αν κρινόταν απαραίτητο να μεταφερθείτε στο νοσοκομείο?</b>   |