



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ



Τμήμα Μαιευτικής
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ



ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΒΑΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΣΥΝΘΕΣΗΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

της ΛΑΚΚΑ ΑΘΗΝΑΣ

A.M.: 01195

Επιβλέπουσα: Βασιλείου Ελπίς

Πτολεμαΐδα, Απρίλιος 2022



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ



Τμήμα Μαιευτικής
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ



THESIS:

**TREATMENT WAYS OF LABOR PAIN BASED ON WOMAN'S
PSYCHOSYNTHESIS**

ATHENA LAKKA RN: MA01195

Ptolemaida, April 2022

Δήλωση περί μη λογοκλοπής

Δηλώνω ότι είμαι ο συγγραφέας της παρούσας εργασίας με τίτλο **ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ ΒΑΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΣΥΝΘΕΣΗΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ** που συντάχθηκε στα πλαίσια της πτυχιακής μου εργασίας και παραδόθηκε το μήνα Απρίλιο του 2022. 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

AM

Υπογραφή:

ΑΘΗΝΑ ΛΑΚΚΑ .

MA01195



Ημερομηνία: 15-4-2022

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα.....	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
SUMMARY	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	9
1. 1. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ.....	9
1.1.1. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	9
1.1.2. ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	10
1.1.3.ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	10
1.1.4.ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	11
1.1.5.ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	12
1.1.6.ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	12
1.2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ	13
1.2.1. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ	13
1.2.2. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ.....	14
1.2.3 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ	14
1.2.4.ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ.....	14
1.2.4. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	16
2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	16
2.2. ΕΙΔΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	16
2.3.ΟΙ ΥΠΟΔΟΧΕΙΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	17
2.4.Ο ΠΟΝΟΣ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ.....	18
2.5. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ.....	19
2.6. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ.....	21
2.7. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.....	23
2. 7.1. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	23
2.7.2.ΦΥΣΙΚΟΙ - ΣΩΜΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	25
2.7.3.ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	26
2.8. ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	27

3.1. ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ.....	27
3.1.1. ΜΕΘΟΔΟΙ ΓΝΩΣΙΑΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ.....	27
3.1.2. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΩΝ ΔΙΕΓΕΡΣΕΩΝ	31
3.1.3. ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΕΓΕΡΣΕΩΝ.....	35
3.2. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ.....	45
3.2.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	45
3.2.2. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ	46
3.2.3.ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΗ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ	47
3.2.4. ΠΕΡΙΟΧΙΚΗ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ.....	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	55
4.1. Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ.....	55
4.2. Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ.....	56
4.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ.....	57
4.4. ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΦΟΒΟΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ	59
4.4.1. 'ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ.....	59
4.4.2. Ο ΦΟΒΟΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	64
5.1. ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΩΝ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ ΓΟΝΕΙΚΟΤΗΤΑΣ - ΤΟΚΕΤΟΥ	64
5.2. Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ	66
5.3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	68
5.3.1. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ ΤΟΚΕΤΟΥ	68
5.3.2.ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	69
5.3.3. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ – ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ	71
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	72
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	74

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο πόνος κατά τον τοκετό είναι ένα ζήτημα που απασχολεί όλες τις γυναίκες σε κάποια φάση της ζωής τους προκαλώντας συχνά συναισθήματα άγχους και φόβου. Πρόκειται για φαινόμενο που επηρεάζεται από ένα μεγάλο εύρος εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων. Η αντίληψη και η συμπεριφορά της κάθε γυναίκας απέναντι στον πόνο εξαρτάται από στοιχεία που σχετίζονται με την ψυχοσύνθεση της αλλά και την επίδραση κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Στις μέρες μας, πέρα από την κλασική φαρμακευτική αντιμετώπιση, υπάρχουν πολλές εναλλακτικές μέθοδοι για να αντιμετωπίσει η γυναίκα τον πόνο του τοκετού. Η προγεννητική προετοιμασία καθώς και η ψυχολογική και πρακτική υποστήριξη από την πλευρά ενός οικείου προσώπου αλλά και των επαγγελματιών υγείας θεωρούνται πολύτιμα εργαλεία στην διαχείριση του πόνου και την αποκόμιση μιας θετικής εμπειρίας τοκετού.

Λέξεις κλειδιά: Τοκετός, πόνος, φόβος, άγχος αναλγησία

SUMMARY

Labor pain is an issue that concerns all women at some point in their lives, often causing feelings of anxiety and fear. This is a phenomenon that is influenced by a wide range of internal and external factors. Every woman's perception and attitude towards pain depends on elements related to her psychosynthesis but also the influence of social and environmental factors. Nowadays, in addition to the classic medication, there are many alternative methods for a woman to deal with labor pain. Prenatal preparation as well as psychological and practical support from a familiar person and health professionals are considered valuable tools in managing pain and gaining a positive childbirth experience.

Keywords: labor, pain, stress, analgesia

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην παρούσα εργασία αναλύεται διεξοδικά το ζήτημα του πόνου του τοκετού, τα χαρακτηριστικά, η φυσιολογία, οι επιπτώσεις όπως και οι παράγοντες που σχετίζονται και επηρεάζουν την εκδήλωση του. Έπειτα παρουσιάζονται οι διαθέσιμοι τρόποι με τους οποίους μπορεί να διαχειριστεί μια γυναίκα τον πόνο είτε πρόκειται για την κλασικές φαρμακευτικές μεθόδους είτε για εναλλακτικές θεραπείες.

Στα επόμενα κεφάλαια γίνεται μια προσέγγιση των ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων που καθορίζουν και μεταβάλλουν την ψυχοσύνθεση της γυναίκας κατά την περιγεννητική περίοδο και του βαθμού επιρροής τους στην διαδικασία του τοκετού. Τέλος, γίνεται αναφορά στην σημασία της προγεννητικής προετοιμασίας στην διαχείριση του πόνου του τοκετού παρουσιάζοντας επιπλέον ορισμένα συμπεράσματα από ερευνητικά δεδομένα σχετικά με την χρήση μη φαρμακευτικών τρόπων διαχείρισης του πόνου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ

1. 1. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

1.1.1. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Οι αλλαγές στο καρδιαγγειακό συμβαίνουν από τις πρώτες κι όλες εβδομάδες της κύησης όπου παρατηρείται μείωση στις περιφερικές και πνευμονικές αντιστάσεις με αποτέλεσμα την αύξηση της καρδιακής συχνότητας αλλά και του όγκου του αίματος. Μάλιστα ο όγκος αίματος (κατά λεπτό) αυξάνεται 30-50% περισσότερο έως την 20η-24η εβδομάδα, ενώ έπειτα μειώνεται σταδιακά ως το τέλος της κύησης. (Λουτράδης και συν., 2018)

Όσον αφορά την καρδιά, λόγω της αλλαγής της θέσης του διαφράγματος αυτή αναγκάζεται να στραφεί αριστερά και επάνω. Παρατηρείται επίσης αύξηση περίπου 10% του όγκου παλμού που αγγίζει το 40 % κατά την 16η – 24η εβδομάδα με μικρή μείωση στο τελευταίο τρίμηνο. Οι τιμές της αρτηριακής πίεσης λόγω της περιφερικής αγγειοδιαστολής εμφανίζονται μειωμένες για την διαστολική και ελάχιστα ή καθόλου για την συστολική. (Λουτράδης και συν., 2018)

Από την 20η εβδομάδα κι έπειτα, όπου ο όγκος πλάσματος είναι αυξημένος και η μήτρα πιέζει την κάτω κοίλη φλέβα, η φλεβική επαναφορά είναι μειωμένη προκαλώντας οιδήματα και φλεβική συμφόρηση στα πόδια ή στην περιοχή του αιδoίου. Μεγάλη προσοχή σε αυτή την χρονική περίοδο απαιτείται στην θέση και στάση του σώματος καθώς η ύπτια θέση οδηγεί σε πίεση της κάτω κοίλης φλέβας και της αορτής λόγω της μήτρας, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει μείωση του οξυγόνου στο έμβρυο αλλά και της συστολικής αρτηριακής πίεσης. Στις περισσότερες γυναίκες ευτυχώς το φαινόμενο αντιμετωπίζεται αυτόματα από τον οργανισμό χωρίς να γίνει αντιληπτό. Σε περιπτώσεις όμως που δεν αντιμετωπιστεί υπάρχει ο κίνδυνος

εμφάνισης του συνδρόμου κάτω κοίλης φλέβας που χρειάζεται άμεση αντιμετώπιση.(Λουτράδης και συν.,2018)

1.1.2. ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

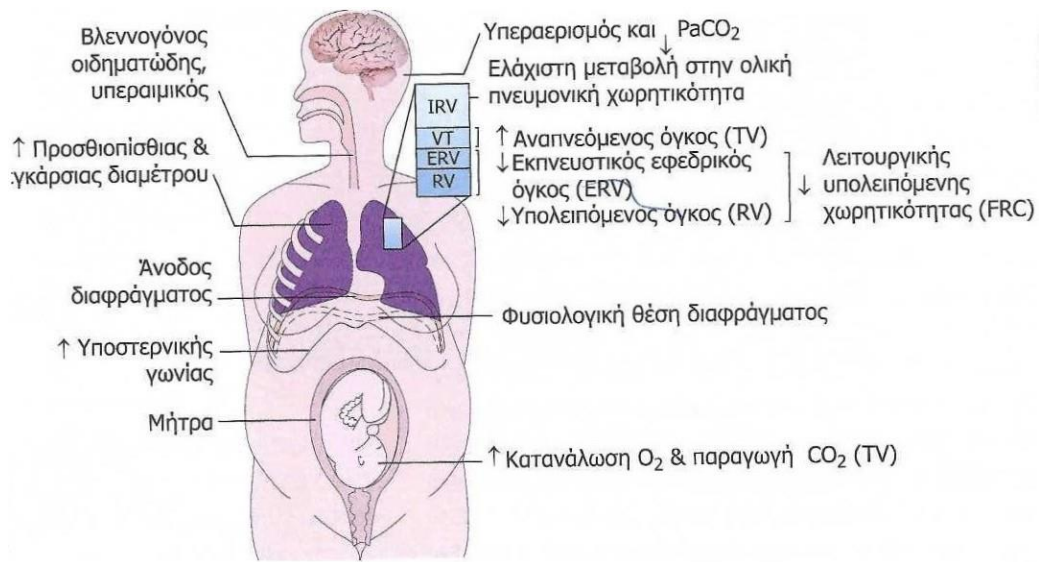
Κατά την κύηση ο όγκος του πλάσματος και των ερυθρών αιμοσφαιρίων αυξάνονται σημαντικά, οδηγώντας σε αύξηση του συνολικού όγκου του αίματος.Οι μέγιστες τιμές στον όγκο του πλάσματος παρατηρούνται κατά την 32η εβδομάδα και διατηρούνται σε αυτά τα επίπεδα μέχρι τον τοκετό.Τα ερυθρά αιμοσφαίρια όμως δεν αυξάνονται αναλογικά με τον όγκο στο πλάσμα, γεγονός που εξηγεί κατά κάποιο τρόπο την εμφάνιση αναιμίας.Μάλιστα οι τιμές του αιματοκρίτη μπορεί να μειωθούν έως και 4 μονάδες στο τελευταίο τρίμηνο χωρίς να θεωρείται παθολογικό.Η αιμοσφαιρίνη επίσης ελαττώνεται σημαντικά μέχρι την 32η εβδομάδα, ενώ από εκεί κι έπειτα αυξάνεται έως τον τοκετό. Η συγκέντρωση των αιμοπεταλίων παραμένει σταθερή. .(Λουτράδης και συν.,2018)

Οι τιμές των λευκών αιμοσφαιρίων αυξάνονται σε ποσοστό 8% περίπου, καθώς τα οιστρογόνα προκαλούν αύξηση των τιμών των πολυμορφοπύρηνων κυττάρων. Τέλος, μεγάλη αύξηση υφίσταται και το ινωδογόνο του πλάσματος (από 50 έως 80% προς το τέλος της εγκυμοσύνης) με αποτέλεσμα προς το τέλος να παρουσιάζεται μια κατάσταση κατά κάποιο τρόπο υπερπηκτική.(Λουτράδης και συν.,2018)

1.1.3.ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Καθώς μεγαλώνει η μήτρα μετατοπίζει το διάφραγμα περίπου 4-5 εκατοστά προς τα επάνω, ενώ στην προσπάθεια να μην διαταραχθεί ο όγκος στην θωρακική κοιλότητα, παρατηρείται αύξηση της περιφέρειας του θώρακα και της υποστερνικής γωνίας. Έτσι έχουμε αφ'ενός μείωση στη λειτουργική χωρητικότητα, η οποία όμως αντισταθμίζεται από αυξημένη εισπνευστική χωρητικότητα ώστε να μην διαταράσσεται η αναπνευστική λειτουργία.Ο αυξημένος όγκος εισπνοής που παρατηρείται, έχει σαν αποτέλεσμα

περισσότερο οξυγόνο να κυκλοφορεί στο αρτηριακό αίμα της μητέρας και στο έμβρυο, αλλά και περισσότερο διοξείδιο του άνθρακα να αποβάλλεται από το έμβρυο στην μητέρα. Τέλος ο ρόλος της προγεστερόνης φαίνεται να είναι σημαντικός καθώς επηρεάζει το αναπνευστικό κέντρο δημιουργώντας υπεραερισμό κι ευνοεί την βέλτιστη ανταλλαγή των αερίων στις κυψελίδες. (Λουτράδης και συν.,2018)



Εικόνα 1. 1.Μεταβολές του αναπνευστικού συστήματος στην κύηση (από Λουτράδης και συν.2018, σ.71)

1.1.4.ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η κινητικότητα του πεπτικού είναι μειωμένη λόγω της αυξημένης προγεστερόνης.Ο καρδιακός σφικτήρας βρίσκεται σε χάλαση οπότε τα γαστρικά οξέα υφίστανται παλλινδρόμηση στο κάτω μέρος του οισοφάγου προκαλώντας ένα αίσθημα καύσου πίσω από το στέρνο ή και οισοφαγίτιδα ενώ σπανίως μπορεί να προκληθεί εισρόφηση.Η περισταλτικότητα στο έντερο είναι ελαττωμένη με αποτέλεσμα την εμφάνιση δυσκοιλιότητας. Καθώς στον βλεννογόνο του πεπτικού εμφανίζεται οίδημα και υπεραερισμός συχνό είναι το φαινόμενο αιμορραγίας των ούλων.(Λουτράδης και συν.,2018)

Τα πιο κοινά συμπτώματα της κύησης, η ναυτία και ο έμετος, διαρκούν συνήθως μέχρι την 14η εβδομάδα και προκαλούνται από την άνοδο της hCG. Όσο για το πάγκρεας, η ινσουλίνη παρουσιάζει αύξηση, ενώ εμφανίζεται χάλαση της χοληδόχου κύστης και η κένωση της χολής γίνεται πιο αργά με κίνδυνο ανάπτυξης χολόλιθων ή χολοστατικού ίκτερου. (Λουτράδης και συν., 2018)

1.1.5. ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η προγεστερόνη ευθύνεται για την χαλάρωση στα τοιχώματα των ουρητήρων ενώ η μήτρα καθώς μεγαλώνει ασκεί πίεση με αποτέλεσμα τα ούρα είτε να κατακρατούνται είτε να παλλινδρομούν με κίνδυνο υδρονέφρωσης. Η συχνουρία που ταλαιπωρεί συχνά τις εγκυμονούσες οφείλεται σε αυτή ακριβώς την πίεση. (Λουτράδης και συν., 2018)

Στον νεφρό παρατηρείται αύξηση της αιματικής ροής και της σπειραματικής διήθησης στο πρώτο τρίμηνο, έπειτα σταθεροποιούνται και προς το τέλος της κύησης μειώνονται. Η αυξημένη ποσότητα ορμονών (προσταγλανδινών, κορτιζόλης κ.λ.π.) και οι αιμοδυναμικές μεταβολές επιδρούν στη λειτουργία των νεφρών. Ο ρυθμός της σπειραματικής διήθησης και η αντίσταση στην ινσουλίνη αυξάνονται προκαλώντας αύξηση της ποσότητας της γλυκόζης και των αμινοξέων που αποβάλλονται οδηγώντας συχνά σε γλυκοζουρία και αμινοξουρία. (Λουτράδης και συν., 2018)

1.1.6. ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Ο πλακούντας ευθύνεται για την παραγωγή προγεστερόνης, οιστραδιόλης, hCG, ριλαξίνης και πλακουντιακού γαλακτογόνου. Το πλακουντιακό γαλακτογόνο σχετίζεται με τις αλλαγές που συμβαίνουν στον μεταβολισμό, όπως η λιπόλυση και η αντίσταση στην ινσουλίνη. Επιπλέον, από τον πλακούντα παράγεται και η προγεστερόνη η οποία λειτουργεί προστατευτικά για το έμβρυο καθώς τον πρώτο καιρό θρέφει το ζυγωτό κι

έπειτα αποτρέπει τις πρόωρες συστολές της μήτρας.(Λουτράδης και συν.,2018)

Τα οιστρογόνα σε συνδυασμό με την προγεστερόνη ευνοούν την αποθήκευση λίπους στην περιοχή της κοιλιάς, των μηρών και της ράχης εξασφαλίζοντας μιας μορφής ενργειακή αποθήκη που προστατεύει την εγκυμοσύνη και τον θηλασμό. Επιπλέον παρεμβαίνουν και στην διόγκωση των μαστών και του γεννητικού συστήματος με αποτέλεσμα να αυξάνεται η αγγείωση και να επικρατεί αγγειοδιαστολή, ενώ ευθύνονται και για την χαλάρωση των αρθρώσεων και συνδέσμων στην πύελο.(Lowdermilk και συν.,2013)

Στην υπόφυση, στον πρόσθιο λοβό γίνεται η παραγωγή της προλακτίνης ενώ στον οπίσθιο η ωκυτοκίνη. Η προλακτίνη ξεκινά σε χαμηλά επίπεδα τους πρώτους τρεις μήνες της κύησης και κορυφώνεται προς το τέλος. Η παρουσία της είναι απαραίτητη για την παραγωγή του γάλακτος, η δράση της όμως παρεμποδίζεται μέχρι τον τοκετό από την προγεστερόνη και τα οιστρογόνα. Η ωκυτοκίνη διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στον τοκετό διεγείροντας τις συστολές της μήτρας όπως επίσης και στον θηλασμό όπου ενεργοποιεί τα αντανεκλαστικά της έκκρισης του γάλακτος.(Lowdermilk και συν.,2013)

1.2. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

1.2.1. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ

Στο πρώτο στάδιο του τοκετού, η καρδιακή παροχή αυξάνεται μέχρι και 30% ενώ στο δεύτερο ακόμη περισσότερο αγγίζοντας το 50%. Παρατηρείται επίσης μικρή αύξηση της καρδιακής συχνότητας αλλά και της αρτηριακής πίεσης. Οι συστολές αυξάνουν την συστολική πίεση, γι' αυτό είναι χρήσιμο οι μετρήσεις να γίνονται στο διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ τους. Στο δεύτερο στάδιο μπορεί να προκληθεί ακόμη μεγαλύτερη αύξηση της συστολικής (έως και 30mm Hg) αλλά και της διαστολικής πίεσης, κατάσταση ιδιαίτερα επικίνδυνη για γυναίκες επιρρεπείς στην υπέρταση. Τα λευκά αιμοσφαίρια συχνά παρατηρούνται αυξημένα πιθανόν λόγω της σωματικής και ψυχολογικής καταπόνησης της επιτόκου.(Lowdermilk και συν.,2013)

1.2.2. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ

Η διαδικασία του τοκετού αναπόφευκτα οδηγεί σε αύξηση της αναπνευστικής συχνότητας λόγω αυξημένης κατανάλωσης οξυγόνου η οποία εντείνεται από τις στρεσογόνες συνθήκες του τοκετού. Εφ' όσον προκύψει υπεραερισμός, παρουσιάζεται ο κίνδυνος υποξίας και αναπνευστικής αλκάλωσης. (Lowdermilk και συν.,2013)

1.2.3 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ

Κάθε στάδιο του τοκετού προκαλεί διαφορετικά αισθητηριακά ερεθίσματα στην επίτοκο. Έτσι ενδέχεται στην αρχή να νιώθει ευδιάθετη, όσο προχωρά όμως ο τοκετός γίνεται πιο σοβαρή και συγκεντρωμένη ενώ συχνά στο χρόνο που μεσολαβεί από τις συστολές τείνει να παρουσιάζει παροδική αμνησία. Στο δεύτερο πλέον στάδιο εφ' όσον έχει γεννηθεί το μωρό της συνυπάρχουν αισθήματα ευχαρίστησης και χαράς μαζί βέβαια με την σωματική κούραση. Πολύ σημαντικός στη διαχείριση του πόνου είναι ο ρόλος των ενδορφινών. Πρόκειται για φυσικά οπιοειδή που παράγονται ενδογενώς από την υπόφυση, επηρεάζοντας τη λειτουργία του περιφερικού και κεντρικού νευρικού συστήματος μειώνοντας την αίσθηση του πόνου. Η ποσότητα ενδορφινών είναι εκ φύσεως αυξημένη κατά τον τοκετό συμβάλλοντας σημαντικά στην ενισχύση της ανεκτικότητας του πόνου.(Lowdermilk και συν.2013)

1.2.4.ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ

Πολλές μεταβολές που λαμβάνουν χώρα στη μητρική κυκλοφορία και τον όγκο αίματος επηρεάζονται από τα οιστρογόνα και τις προσταγλανδίνες.Στην κύηση παρατηρείται αύξηση των β- ενδορφινών ο ρόλος των οποίων κρίνεται σημαντικός ιδιαίτερα κατά τον τοκετό καθώς

συνδέονται με το στρες αλλά και την ποιότητα των συστολών. (Ιατράκης,2017).

Η παρουσία αυξημένων ενδογενών κατεχολαμινών είναι συνήθης σε τέτοιες καταστάσεις.Όσον αφορά τις κατεχολαμίνες (ενδογενείς κι εξωγενείς), η έκκριση τους οδηγεί σε αδρενεργική διέγερση και πιθανή αγγειοσύσπαση των μητριάων αγγείων. Ως αποτέλεσμα, το μυομήτριο μπορεί να χαλαρώσει και οι συστολές να μειωθούν σε ένταση. Επιπλέον, οι αυξημένες ποσότητες επινεφρίνης και νορεπινεφρίνης πιθανόν να ευθύνονται για τη μειωμένη ροή στο αίμα των μητριάων αγγείων. Συγκεκριμένα, η επινεφρίνη που παρουσιάζεται σε μεγάλη ποσότητα στον τοκετό όπου η γυναίκα είναι αγχώδης και ανήσυχη επηρεάζει το μυομήτριο επιβραδύνοντας τη δραστηριότητα του και παρατείνει την διάρκεια του (Ιατράκης,2017).

Η έκκριση ωκυτοκίνης και αδρεναλινοειδών ουσιών επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ένταση του πόνου. Η μεν ωκυτοκίνη βοηθά την ομαλή εξέλιξη των συστολών και αυξάνει την ανοχή στον πόνο, ενώ απεναντίας οι αδρεναλινοειδείς ουσίες (που συνήθως εκκρίνονται λόγω φόβου) δυσχεραίνουν τον τοκετό, αυξάνοντας την αίσθηση του πόνου επιβραδύνοντας τις συστολές .(Odent,1999)

1.2.4. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η κινητικότητα του γαστρεντερικού και η διαδικασία της πέψης επιβραδύνονται στον τοκετό, με αποτέλεσμα η επίτοκος να εμφανίζει ναυτίες και εμέτους. Οι ναυτίες μπορεί να προκαλούνται και από την αυθόρμητη αντίδραση του οργανισμού στον πόνο που προκαλεί η διαστολή στον τράχηλο της μήτρας. Η διάρροια επίσης είναι ένα συχνό φαινόμενο στα πρώτα στάδια του τοκετού.(Lowdermilk και συν.,2013)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Ο ΠΟΝΟΣ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο νεότερος ορισμός του πόνου που προτάθηκε από τον IASP (Διεθνής Οργανισμός Μελέτης του Πόνου) περιγράφει τον πόνο σαν:

"Δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται, ή μοιάζει με αυτήν που σχετίζεται με πραγματική ή πιθανή βλάβη των ιστών»

Στην έννοια του πόνου πλέον σύμφωνα με τον IASP συνυπολογίζονται και άλλοι παράγοντες όπως η υποκειμενικότητα καθώς πρόκειται για εμπειρία προσωπική που διαμορφώνεται από ψυχολογικά, κοινωνικά ή βιολογικά αίτια. Άλλοι παράγοντες που λαμβάνονται υπόψη στην αξιολόγηση του πόνου μπορεί να είναι η εξοικείωση του ατόμου στον πόνο βάσει προηγούμενων εμπειριών καθώς και η ιδιοσυγκρασία του μέσα από την οποία εκδηλώνει και εκφράζει την ενόχληση του.(Ελληνική Εταιρεία Αλγολογίας)

2.2. ΕΙΔΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο πόνος μπορεί να κατηγοριοποιηθεί, αναλόγως της προέλευσης του, σε δύο κυρίως είδη:

- *σωματικός πόνος*: πρόκειται για μυϊκό, δερματικό, οστικό πόνο ή πόνο στις αρθρώσεις
- *σπλαχνικός πόνος*: πρόκειται για βαθύ, εσωτερικό πόνο προερχόμενο από τα σπλάχνα

Ο σωματικός πόνος μπορεί να είναι είτε επιφανειακός, δηλαδή να γίνεται αντιληπτός στο δέρμα, είτε εν τω βάθει πόνος προερχόμενος από τα οστά, τις αρθρώσεις ή τους μύες.Ο σπλαχνικός πόνος προκαλείται από διάφορες αιτίες όπως οι φλεγμονές , η ισχαιμία,η σύσπαση ή διάταση μυϊκών ινών που βρίσκονται στα κοίλα όργανα.Ένα χαρακτηριστικό του σπλαχνικού πόνου είναι η δυσκολία να περιγραφεί και να εντοπιστεί με ακρίβεια. Επιπλέον, πολύ

συχνά γίνεται αντιληπτός σε διαφορετικό σημείο από αυτό που προέρχεται.(McGeown,2009)

Μία πιθανή εξήγηση για αυτό, είναι το γεγονός πως στα σπλάχνα τα αισθητικά νεύρα είναι λιγότερα συγκριτικά με τα νεύρα που εντοπίζονται επιφανειακά στο σώμα, με αποτέλεσμα η αίσθηση του πόνου όταν πρόκειται για σωματικό πόνο να είναι πιο άμεση και σαφώς εντοπισμένη σε σχέση με τον σπλαχνικό πόνο.(Τραγέα,2005)

2.3.ΟΙ ΥΠΟΔΟΧΕΙΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Το αίσθημα του πόνου συλλαμβάνεται από ειδικούς υποδοχείς οι οποίοι ειδικά στην περιοχή του δέρματος βρίσκονται σε μεγάλη πυκνότητα.Οι υποδοχείς αυτοί μπορεί να διαφέρουν ως προς την ευαισθησία τους αναλόγως του είδους ή του πλήθους των ερεθισμάτων που λαμβάνουν.Ένα χαρακτηριστικό των υποδοχέων του πόνου είναι η αδυναμία εξοικείωσης με το επώδυνο ερέθισμα παρόλο που μπορεί να έχουν εκτεθεί επανειλημμένα σε αυτό.Παρ'ολα αυτά,με τη βοήθεια διαφόρων ουσιών όπως των προσταγλανδινών διαθέτουν την ευελιξία να αλλάξουν το επίπεδο της ευαισθησίας τους. Οι προσταγλανδίνες συγκεκριμένα επιδρούν στην ευαισθησία των υποδοχέων του πόνου μειώνοντας την ουδό του.(McGeown,2009)

Οι Αδ, C, και Αβ νευρικές ίνες με τις οποίες μεταβιβάζεται ο πόνος είναι υπεύθυνες για τη μεταφορά του επώδυνου ερεθίσματος προς το νωτιαίο μυελό. Μόλις το ερέθισμα γίνει αντιληπτό, ενεργοποιούνται νευρώνες που απελευθερώνουν την έκκριση ενδορφινών, εγκεφαλινών και ανασταλτικών νευροδιαβιβαστών. Αυτές οι ουσίες έχουν την ιδιότητα να παγιδεύουν τις Αδ και C ίνες κι έτσι εμποδίζεται η μεταφορά των αλγινών ερεθισμάτων που έχουν ασθενή ένταση.(Τραγέα,2005)

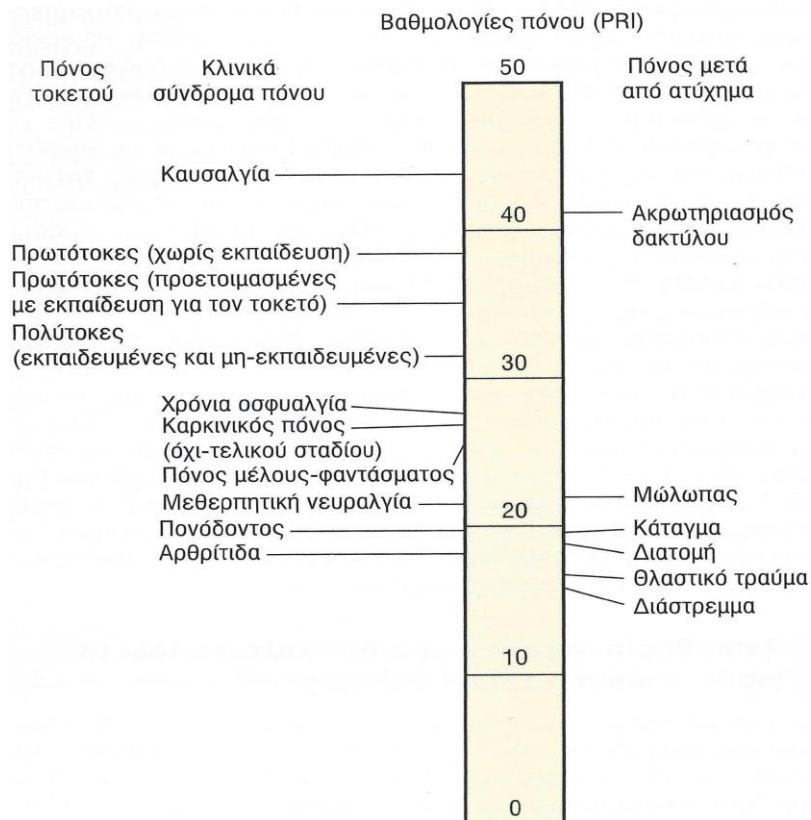
Το αν θα μεταφερθεί το ερέθισμα του πόνου προς το νωτιαίο μυελό θα εξαρτηθεί από το επίπεδο λειτουργίας στο οποίο βρίσκονται τη στιγμή εκείνη τα νευρικά κύτταρα. Για παράδειγμα αν οποιοδήποτε διαφορετικό ερέθισμα διεγείρει την ίδια στιγμή τα κύτταρα, η παρουσία της καινούργιας διέγερσης εάν δεν είναι έντονη, θα περάσει απαρατήρητη. Τα σημεία στα οποία τελικά ο

πόνος θα γίνει αντιληπτός βρίσκονται στο τμήμα του μεσεγκεφάλου καθώς και στα νευροφλοιώδη κέντρα στην ίδια δηλαδή περιοχή με τα κέντρα των συναισθημάτων, της εγρήγορσης και του ύπνου.(Τραγέα,2005)

2.4.0 ΠΟΝΟΣ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Ο πόνος σαν λέξη πηγάζει από το λατινικό "*roena*", δηλαδή τιμωρία, από την άποψη του πόνου , ψυχικού ή σωματικού. Ο ανθρώπινος οργανισμός αντιλαμβάνεται τον πόνο σαν μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης που χρήζει αντιμετώπισης και πρέπει να εξουδετερωθεί. Η διαφοροποίηση του πόνου του τοκετού από οποιοδήποτε άλλο πόνο έγκειται στο γεγονός πως δεν είναι βλαβερός ή παθολογικός, αλλά μπορεί να θεωρηθεί περισσότερο σαν ένα είδος πρόκλησης που μπορεί να ξεπεραστεί.(Μωραΐτου,2007)

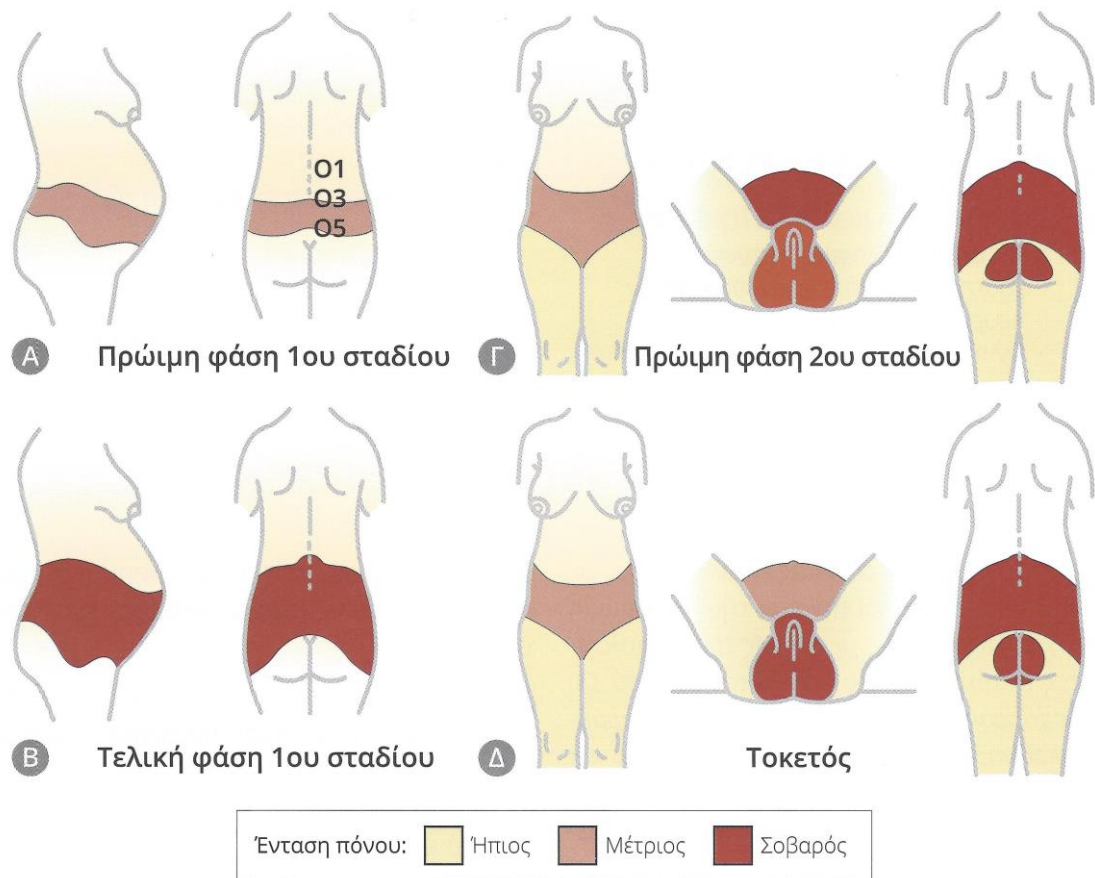
Ωστόσο δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ανήκει στους πιο δύσκολους και ισχυρούς πόνους που μπορεί να υποστεί ένας άνθρωπος.Σύμφωνα με έρευνες, ο πόνος του τοκετού έρχεται τρίτος σε ένταση μετά από αυτόν του ακρωτηριασμού και της καυσαλγίας ενώ είναι σαφώς ισχυρότερος από αυτόν της οσφυαλγίας,του βαθέως θλαστικού τραύματος ή του πονόδοντου. Σε πολλές γυναίκες ξεπερνά τις αναμενόμενες προσδοκίες και είναι πολύ δύσκολο να γίνει ανεκτός ενώ σε άλλες θεωρείται ακόμη και βασανιστικός. (Miller,2014)



Εικόνα.1.2.: Βαθμολογίες του πόνου για επίτοκες και για νοσηλευόμενους ασθενείς (ερωτηματολόγιου πόνου McGill από Miller Αναισθησιολογία, σ.2244)

2.5. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Ο πόνος στον τοκετό προέρχεται κατά κύριο λόγο από τις συσπάσεις της μήτρας, τον τράχηλο που διαστέλλεται και την πίεση που δέχεται το περίνεο. Τα επώδυνα ερεθίσματα μετακινούνται από αισθητικές ίνες του τραχήλου και της μήτρας στο ανάλογο τμήμα του νωτιαίου μυελού. Οι αισθητικές αυτές ίνες καταλήγουν στην περιοχή του νωτιαίου μυελού και συγκεκριμένα στο Θ10 – Ο1. (Ρούσσος ,2015)



Εικόνα 1.3. Σημεία που εντοπίζεται ο πόνος ανά στάδιο του τοκετού (από Ρούσσος, 2015, σ.258)

Ο πόνος σε κάθε στάδιο του τοκετού μπορεί να εμφανίζεται διαφοροποιημένος. Στο **πρώτο στάδιο**, θα μπορούσε να περιγραφεί σαν σπλαχνικός, μη εστιασμένος, με βάθος, αλλά αρκετά ισχυρός. Στο διάστημα αυτό, ο τράχηλος και το κάτω μέρος της μήτρας προκαλούν αλγινά ερεθίσματα τα οποία καταλήγουν στις οπίσθιες ρίζες του Θ10 - Ι1 επίπεδου. Καθώς προχωρά ο τοκετός στο **δεύτερο στάδιο**, ο πόνος γίνεται αντιληπτός ως έντονος, διαξιφιστικός και περισσότερο εστιασμένος. Τα ερεθίσματα που προκαλούν πόνο είναι πλέον σωματικά, προερχόμενα από τον κόλπο (θόλο) και το περίνεο που διατείνεται. Τα αιδοϊκά νεύρα μεταφέρουν αυτές τις ώσεις στις οπίσθιες ρίζες του Ι2 – Ι4 επιπέδου. (Ρούσσος, 2015)

Οι οδοί του πόνου προκαλούν ενεργοποίηση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος επιφέροντας την αύξηση της αναπνοής, της καρδιακής συχνότητας, της αρτηριακής πίεσης και του επιπέδου συνείδησης και εγρήγορσης. Επιπλέον μπορεί να προκαλέσουν έμετο κι έντονη εφίδρωση. Ένα άλλο χαρακτηριστικό των ουδών του πόνου είναι η δυνατότητα να επικαλύπτουν σε τέτοιο βαθμό τον φλοιό του εγκεφάλου με αποτέλεσμα ο εγκέφαλος να αδυνατεί να αποσπάσει την προσοχή του από τον πόνο (Jordan,2019)

2.6. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Ο έντονος πόνος κατά τον τοκετό ειδικά αν διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα και δεν αντιμετωπιστεί, μπορεί να επιφέρει δυσμενείς επιπτώσεις στην λειτουργία του οργανισμού της επιτόκου αλλά και του εμβρύου.

Οι πιο σημαντικές, αφορούν τη λειτουργία της αναπνοής, της κυκλοφορίας και του ενδοκρινικού συστήματος.

Συγκεκριμένα παρατηρείται:

1) αύξηση της συχνότητας αναπνοής:

Καθώς οι αναπνοές γίνονται πιο βαθιές, προκαλείται υπεραερισμός και ελαττώνεται το ποσοστό του CO₂ που κυκλοφορεί στον οργανισμό. Η ελάττωση του CO₂ προκαλεί διαταραχές στην μητροπλακουντιακή κυκλοφορία απειλώντας την υγεία του εμβρύου. Επιπλέον,σε συνδυασμό με το γεγονός ότι οι αναπνοές ελαττώνονται, μπορεί να επέλθει μητρική και εμβρυική υποξία.

2) Διαταραχές στην καρδιακή συχνότητα:

Η καρδιά παρουσιάζει μεγαλύτερη ανάγκη σε οξυγόνο με αποτέλεσμα να παρουσιάζεται ταχυκαρδία και κίνδυνος μειωμένης καρδιακής παροχής, κατάσταση που μπορεί να οδηγήσει σε οξέωση.

3) Αύξηση της αρτηριακής πίεσης:

Η απότομη αύξηση της αρτηριακής πίεσης εγκυμονεί κινδύνους για την κυκλοφορία του εγκεφάλου, καθώς τα αγγεία που βρίσκονται εκεί παρουσιάζουν ευαισθησία στην υπέρταση.

4)Γαστρεντερικές διαταραχές:

Το αυτόνομο νευρικό σύστημα διαταράσσεται λόγω του πόνου και μπορεί να προκληθεί ναυτία, έμετος ή γαστρική στάση.

(Jordan,2019)

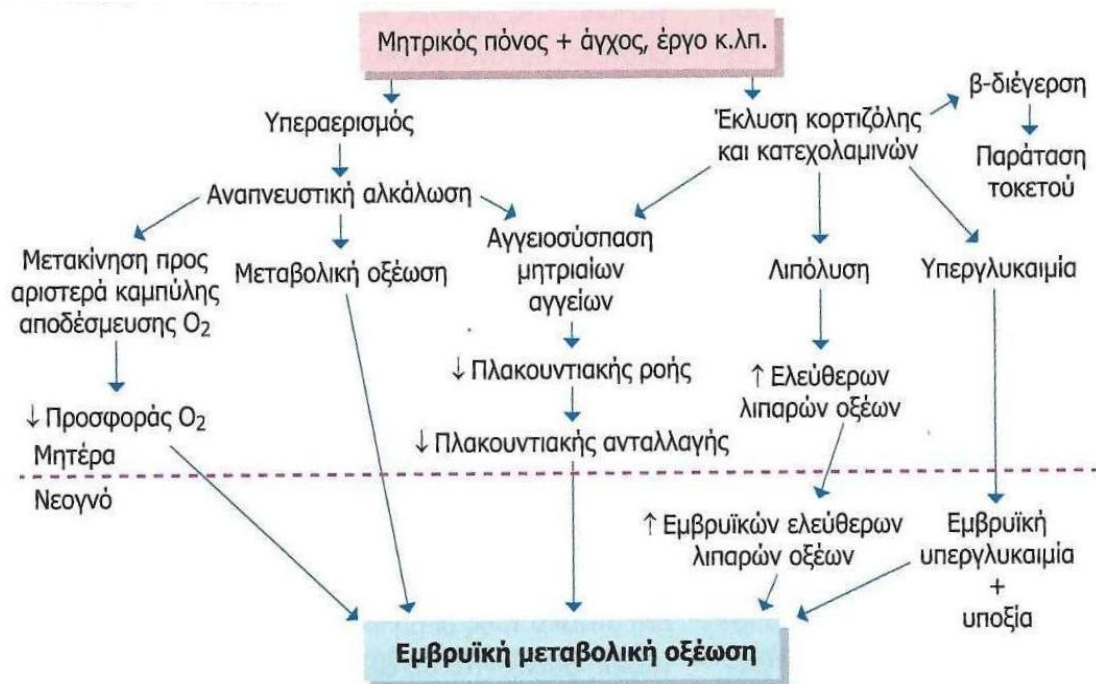
5) Σοβαροί κίνδυνοι λόγω ανεπαρκούς οξυγόνωσης:

Καθότι διεγείρεται το συμπαθητικό, απελευθερώνονται κατεχολαμίνες με αποτέλεσμα να προκαλείται αγγειοσύσπαση, κακή μητροπλακουντιακή κυκλοφορία και ανεπαρκής οξυγόνωση του εμβρύου. (Τραγέα,2005)

6) Επιπτώσεις στην διάρκεια και ένταση των συστολών:

Οι συστολές μπορεί είτε να αυξηθούν λόγω έκκρισης νοραδρεναλίνης, είτε να είναι αδύναμες και λιγώστες λόγω της αδρεναλίνης και κορτιζόλης. Όλες οι παραπάνω ορμόνες εκλύονται όταν επικρατεί έντονος πόνος και άγχος.

(Τραγέα,2005)



Εικόνα 1.4. Επιπτώσεις του πόνου στην μητέρα και το έμβρυο (από Λουτράδης και συν, 2018,σ.556)

2.7. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο πόνος του τοκετού επηρεάζεται από ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που αλληλεπιδρούν με την προσωπικότητα και ιδιοσυγκρασία της γυναίκας και καθορίζουν τον τρόπο που γίνεται αντιληπτός.

Οι κύριοι παράγοντες που διαμορφώνουν την αντίληψη του είναι:

2. 7.1. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Φόβος - Άγχος

Το άγχος και ο φόβος αν και είναι αναπόφευκτα αισθήματα κατά τον τοκετό, θεωρούνται από τους σημαντικότερους παράγοντες που εντείνουν την αίσθηση του πόνου. Η έλλειψη εμπειρίας, πληροφόρησης και προετοιμασίας της γυναίκας σχετικά με τον τοκετό ευνοεί και επιδεινώνει την επικράτηση του φόβου και της ψυχικής αγωνίας κατά τον τοκετό αυξάνοντας τον πόνο.

Συγκεκριμένα, λόγω του φόβου και του άγχους παρατηρείται αύξηση των κατεχολαμινών, με αποτέλεσμα όλο και περισσότερα επώδυνα ερεθίσματα να μεταφέρονται από την πλευρά της πυέλου στον εγκέφαλο. Έτσι προκύπτει ελαττωμένη αιμάτωση και αύξηση της μυϊκής τάσης, γεγονός που κάνει τον πόνο ακόμη πιο ισχυρό. Ως αποτέλεσμα, η επίτοκος να αρχίζει να δυσφορεί όλο και περισσότερο, η αυτοπεποίθηση της κλονίζεται και τελικά δυσχεραίνεται η εξέλιξη του τοκετού. (Lowdermilk και συν., 2013)

Προσδοκίες

Οι γυναίκες που έχουν υπερβολικές απαιτήσεις και προσδοκίες στον τοκετό, αισθάνονται περισσότερο απογοητευμένες και ενοχικές από την αδυναμία εκπλήρωσης τους και τείνουν να αντιλαμβάνονται με μεγαλύτερη ένταση τον πόνο. (Κυριακού, 2004)

Υποστήριξη – συμπαράσταση

Η υποστήριξη που λαμβάνει η γυναίκα στον τοκετό παρέχεται συνήθως από τον σύντροφο ή τους επαγγελματίες υγείας (μαίες). Ο ρόλος της υποστήριξης είναι εξαιρετικά σημαντικός αφού έχει βρεθεί πως βοηθά την γυναίκα να διαχειριστεί καλύτερα τον πόνο, ενώ μπορεί να μειώσει την ανάγκη για αναλγητικά. Παράλληλα, όσον αφορά τον πατέρα, καθώς συμμετέχει κι ο ίδιος στον τοκετό ενισχύεται ο δεσμός του με το παιδί από τις πρώτες ώρες της ζωής του. (Δραγώνα, 1987)

Ωστόσο, ο σύντροφος πρέπει να έχει κατά κάποιο τρόπο εκπαιδευτεί γύρω από τον τοκετό, και να διαθέτει τις ικανότητες και τη θέληση να προσφέρει τη βοήθεια που χρειάζεται. Δεν είναι λίγες οι φορές που ο άντρας αδυνατεί να αντιληφθεί τις πραγματικές ανάγκες της γυναίκας ή η ιδιοσυγκρασία και οι πεποιθήσεις του λειτουργούν τελικά ανασταλτικά για την εξέλιξη του τοκετού. (Odent, 1999)

Αριθμός τοκετών

Σε κάθε τοκετό μπορεί η ίδια γυναίκα να αντιλαμβάνεται διαφορετικά τον πόνο. Ο πόνος μπορεί είναι ίδιος, αυτό όμως που αλλάζει είναι η αντίληψη του. Έχει παρατηρηθεί πως γυναίκες που πραγματοποίησαν πολλούς τοκετούς, βιώνουν λιγότερο πόνο στους επόμενους. Αυτό μπορεί να αιτιολογείται από το γεγονός πως έχουν βιώσει ξανά την εμπειρία και τους είναι πλέον γνώριμη ή από το ότι στους προηγούμενους τοκετούς είχαν προσεγγίσει τα μέγιστα όρια του πόνου που θα μπορούσαν να αντέξουν. Ωστόσο υπάρχουν και περιπτώσεις που μπορεί οι προηγούμενες εμπειρίες να επιδρούν αρνητικά, οπότε ανακαλώντας τις η γυναίκα να αναμένει να βιώσει την ίδια επώδυνη κατάσταση. (Κυριακού, 2004)

Κοινωνικό – οικονομικό – μορφωτικό επίπεδο

Οι γυναίκες με υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο φαίνεται να αντιλαμβάνονται με μικρότερη ένταση τον πόνο. Αυτό πιθανόν να προκύπτει λόγω των περισσότερων ανέσεων που έχουν ως έγκυες, καθώς έχουν την

πολυτέλεια να απέχουν από τη δουλειά, να διαθέτουν το χρόνο και τη δυνατότητα να ασχοληθούν με την εγκυμοσύνη τους ή την προετοιμασία του τοκετού κ.λ.π.

Το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται επίσης να επηρεάζει την αντίληψη του πόνου. Γυναίκες με μόρφωση επιλέγουν να διαβάζουν και να εκπαιδεύονται γύρω από την εγκυμοσύνη και τον τοκετό, παρακολουθούν μαθήματα ανώδυνου τοκετού κλπ, σε αντίθεση με εκείνες που στερούνται μόρφωσης και αδυνατούν να το κάνουν είτε λόγω χαμηλής νοητικής αντίληψης ή οικονομικής αδυναμίας.(Κυριακού, 2004)

Στοιχεία προσωπικότητας

Η προσωπικότητα, η ιδιοσυγκρασία, οι πεπτοιθήσεις της γυναίκας καθορίζουν ως ένα βαθμό τον τρόπο που αντιλαμβάνεται τον πόνο.(Τραγέα,2005)

Έχει παρατηρηθεί ότι οι γυναίκες που διατηρούν μια αισιόδοξη και θετική στάση ζωής μπορούν να ανεκτούν περισσότερο τον πόνο βιώνοντας θετικά την εμπειρία και όχι σαν ένα γεγονός που μπορεί να τις βλάψει ανεπανόρθωτα και πρέπει να θεραπευτεί. (Νούλας και συν.,2011)

2.7.2.ΦΥΣΙΚΟΙ - ΣΩΜΑΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Τα χαρακτηριστικά της διαστολής του τραχήλου, των συστολών, ο τρόπος που διατείνεται το περίνεο, αλλά και το μέγεθος ή η δυσαναλογία του εμβρύου, θεωρούνται σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη του πόνου.Επιπλέον, η γενικότερη κατάσταση της επιτόκου όπως η κούραση, οι αντοχές της, η αυπνία και η διατροφή επηρεάζουν με τον τρόπο τους τα όρια της υπομονής και ανεκτικότητας στον πόνο. (Τραγέα,2005)

2.7.3.ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Οι θρησκευτικές και πολιτισμικές πεποιθήσεις επηρεάζουν σημαντικά τον τρόπο αντίληψης και εκδήλωσης του πόνου. Σε πολλές κοινωνίες και πολιτισμούς, όπως συνέβαινε και στην δική μας παλαιότερα, το βίωμα του πόνου είναι αναπόσπαστο και απαραίτητο στοιχείο της γέννας με αποτέλεσμα να γίνεται περισσότερο αποδεκτός.

Σε άλλες κοινωνίες, η γυναίκα που φωνάζει ή εκδηλώνει σημεία απώλειας του ελέγχου και αδυναμίας μπορεί να κατακριθεί. Για παράδειγμα, στην Σομαλία θεωρείται πρόπον οι γυναίκες να συμπεριφέρονται με στωικότητα στον τοκετό, δείχνοντας έναν δυνατό και ισχυρό χαρακτήρα, ενώ αντιθέτως στην Μέση Ανατολή και τις Αραβικές χώρες, δεν διστάζουν να εκδηλώσουν τον πόνο φωνάζοντας, και είναι θετικές στην φαρμακευτική διαχείριση του πόνου. Στην Κίνα συνηθίζουν να υπομένουν και αυτές σιωπηρά και να μην εκφράζουν τον πόνο ή να θεωρούν αγενές να λαμβάνουν κάτι που μπορεί να τους προσφερθεί για πρώτη φορά (π.χ κάποιας μορφής παρέμβαση). (Lowdermilk και συν. 2013)

2.8. ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο τρόπος που η κάθε γυναίκα εκδηλώνει τον πόνο που βιώνει, ποικίλει και εξαρτάται σημαντικά και από την ιδιοσυγκρασία της. Άλλες εκφράζονται λεκτικά με φωνές και έντονες κραυγές, άλλες με μορφασμούς, ενώ κάποιες μπορεί να υπομένουν σιωπηρά τον πόνο. (Lowdermilk και συν. 2013)

Έχει πάντως παρατηρηθεί πως οι επίτοκες που εκδηλώνουν ελεύθερα τα συναισθήματα τους χωρίς να καταπιέζονται φαίνεται τελικά πως βιώνουν με λιγότερη ένταση τον πόνο. (Μωραΐτου, 2007)

Ο πόνος είναι δύσκολο να αξιολογηθεί από κάποιον παρατηρητή ειδικά αν πρόκειται για άτομο που δε γνωρίζει καλά τη γυναίκα καθώς οι εξωτερικές εκφράσεις και αντιδράσεις μπορεί να μην αντιπροσωπεύουν την πραγματική του ένταση. (Μωραΐτου, 2007)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

3.1. ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

3.1.1. ΜΕΘΟΔΟΙ ΓΝΩΣΙΑΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ

ΨΥΧΟΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Στόχος των μαθημάτων ψυχοπροφυλακτικής είναι η προετοιμασία της γυναίκας ψυχικά και σωματικά ώστε να βιώσει με τον καλύτερο τρόπο την εμπειρία του τοκετού. Διδάσκονται πλήθος τεχνικών χαλάρωσης, αναπνοής και άλλων ασκήσεων που βοηθούν στη διαχείριση του πόνου, και αποσκοπούν στην απομακρύνση των παραγόντων που τον επιδεινώνουν όπως ο φόβος και το άγχος. Παράλληλα, ενισχύουν την αυτοπεποίθηση και τα θετικά συναισθήματα ενθαρρύνοντας την ενεργή συμμετοχή της γυναίκας στον τοκετό.

Η ψυχοπροφυλακτική προετοιμασία ασφαλώς και δεν εξαφανίζει τον πόνο του τοκετού, σίγουρα όμως βοηθά τις γυναίκες να ανακαλύψουν εσωτερικές δυνάμεις του σώματος τους κι αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να προσέρχονται στον τοκετό περισσότερο έτοιμες και ικανές να αντιμετωπίσουν τον πόνο. (Lowdermilk και συν.2013)

ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ M.ODENT

Ο Odent διαφώνησε σθεναρά με την ιατρικοποίηση του τοκετού στον δυτικό κόσμο υποστηρίζοντας πως ο τοκετός είναι και πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια απόλυτα φυσιολογική διαδικασία και πως έτσι οφείλουν να τον αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες υγείας αλλά και η ίδια η γυναίκα. Εισηγάγε καινοτόμες και εναλλακτικές μεθόδους διαχείρισης του πόνου του τοκετού, όπως η βύθιση στο νερό, η αλλαγή θέσεων – στάσεων κ.α., με σκοπό την αποφυγή ιατρικών και φαρμακευτικών παρεμβάσεων. Είναι αναγκαίο για τον Odent κατά τον τοκετό, να εκπληρώνονται οι επιθυμίες της επιτόκου όσον αφορά τις συνθήκες του περιβάλλοντος, τους ανθρώπους

που παρίστανται, τη χρήση παρεμβάσεων καθώς και να υπάρχει ευελιξία στην εναλλαγή θέσεων και στάσεων κατά τον τρόπο που προτιμά η ίδια. (Νταβού,2017)

ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ D.READ

Σύμφωνα με τον Read, ο πόνος του τοκετού είναι άμεσα συνδεδεμένος με τον φόβο και την αγωνία .Γι' αυτό το λόγο, οι επίτοκες που νιώθουν έντονο φόβο είτε γιατί αναμένουν να νιώσουν έντονο πόνο είτε για άλλους λόγους, φαίνεται πως βιώνουν πιο έντονα τον πόνο ενώ συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα στην εξέλιξη του τοκετού, όπως στη διαστολή του τραχήλου και την λειτουργία της μήτρας. Επομένως για τον ίδιο, εάν με κάποιο τρόπο καταφέρει η γυναίκα να αποβάλλει το φόβο και χαλαρώσει επιτυγχάνεται και η ύφεση του πόνου. Προτείνει διάφορες τεχνικές αναπνοής και χαλάρωσης που στοχεύουν στην απομάκρυνση του φόβου καθώς και ένα πλήθος ασκήσεων για την βελτίωση της φυσικής κατάστασης και την ενδυνάμωση των μυών που συμμετέχουν στον τοκετό.(Νταβού ,2017)

ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ LAMAGE

Η θεωρία του Lamage θεωρείται η πιο γνωστή και ευρέως χρησιμοποιούμενη θεωρία των μαθημάτων ψυχοπροφυλακτικής.

Μέσω της μεθόδου Lamage η έγκυος λαμβάνει την κατάλληλη εκπαίδευση και πληροφόρηση γύρω από θέματα που αφορούν την ανατομία του σώματος της και τον τρόπο που αυτό συμπεριφέρεται κατά τον τοκετό καθώς και θέματα της διαδικασίας του τοκετού. Επιπλέον εκπαιδεύεται σε εξειδικευμένες τεχνικές αναπνοής, χαλάρωσης και ενδυνάμωσης του σώματος που την προετοιμάζουν κατάλληλα, με αποτέλεσμα την ώρα του τοκετού να είναι περισσότερο προετοιμασμένη και ικανή να διαχειριστεί τον πόνο. Η συμμετοχή του πατέρα στα μαθήματα είναι πολύτιμη καθώς εκπαιδεύεται και ο ίδιος ώστε να παρέχει ουσιαστική πρακτική βοήθεια στον τοκετό.(Δριτσάκου,Τζώρτζη 2012)

Ωστόσο, για να είναι αποτελεσματική η μέθοδος θα πρέπει η εκπαίδευση της γυναίκας να είναι αρκετά εντατική ώστε η γυναίκα να εξοικειωθεί και να

κατακτήσει ορισμένα εξαρτημένα αντανακλαστικά τα οποία είναι απαραίτητα για την εφαρμογή των τεχνικών που έχει διδαχθεί. (Δριτσάκου, Τζώρτζη 2012)

ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ LEBOYER

Ο Leboyer έθεσε στο επίκεντρο το νεογνό και τον τρόπο που αυτό βιώνει την εμπειρία του τοκετού. Πίστευε πως ο τοκετός με τον τρόπο που πραγματοποιείται συνήθως σε ένα μαιευτήριο αποτελεί μια τραυματική κατάσταση για το νεογνό αλλά και τη μητέρα. Γι' αυτό πρότεινε σε κάθε τοκετό να επικρατούν συνθήκες ηρεμίας και ασφάλειας για το νεογνό, ησυχία και διακριτικότητα, προωθώντας ταυτόχρονα τον αυθόρμητο τοκετό με τις ελάχιστες δυνατές παρεμβάσεις. Οι επιθυμίες της επιτόκου πρέπει να είναι απόλυτα σεβαστές και τα άτομα που παρίστανται να είναι αποδεκτά από την ίδια. Για τον Leboyer, τίποτα δεν επιτρέπεται να διαταράσσει τη στενή και άμεση επαφή της μητέρας με το μωρό, καθώς πρόκειται για μια εμπειρία που έχει απόλυτα ανάγκη το νεογνό τις πρώτες στιγμές της ζωής του. (Νταβού, 2017)

ΜΕΘΟΔΟΣ BRADLEY

Στη μέθοδο αυτή, το σώμα συνεργάζεται αρμονικά με τις τεχνικές αναπνοής στοχεύοντας στην πλήρη χαλάρωση. Πολύ σημαντική για την επιτυχία της μεθόδου είναι η βοήθεια από το σύντροφο ειδικά όσον αφορά τις τεχνικές αναπνοής ενώ οι συνθήκες περιβάλλοντος θα πρέπει να χαρακτηρίζονται από ηρεμία και διακριτικότητα επιτρέποντας τη φυσιολογική εξέλιξη του τοκετού. (Νταβού, 2017)

ΜΕΘΟΔΟΣ RAT (Αυτογενής αναπνευστική αγωγή)

Με τη μέθοδο RAT εξασφαλίζεται η απόλυτη χαλάρωση αλλά και ο αυτοέλεγχος και η ενεργή συμμετοχή της γυναίκας στον τοκετό της. Η RAT έχει υιοθετήσει στοιχεία από θεωρίες της ύπνωσης και της ψυχοδυναμικής ενώ στοχεύει στην ηρεμία και απόλυτη ισορροπία κατά τη στιγμή των ωδινών, την οποία κατακτά η γυναίκα με τις δικές της δυνάμεις. (Νταβού, 2017)

Μέσα από μια σειρά τεχνικών εστίασης, χαλάρωσης και αναπνοών, η γυναίκα εξασκεί το σώμα και το νου της στον έλεγχο του σώματος της. Εφ' όσον καταφέρει να πετύχει την απόλυτη ισορροπία, μπορεί να ασκήσει έλεγχο στις συνθήκες που προκαλούν περισσότερο πόνο, όπως το άγχος, και να τις απωθήσει. Ωστόσο απαιτείται συχνή και μακράς διάρκειας εξάσκηση, ενώ η αποτελεσματικότητα της επηρεάζεται από την προσωπικότητα και τις ανάγκες της γυναίκας. (Νταβού, 2017)

ΥΠΝΩΣΗ

Πρόκειται για μέθοδο που στοχεύει στην διαχείριση του πόνου μειώνοντας σημαντικά την αντίληψη του, ενώ έχει βρεθεί επιπλέον πως συμβάλλει σε κάποιο βαθμό στην μείωση της ανάγκης για φαρμακευτική αναλγησία.

Άλλα σημαντικά οφέλη της ύπνωσης είναι :

- μείωση της διάρκειας του τοκετού
- μείωση στα ποσοστά επεμβατικού τοκετού (εμβρουουλκίας)
- μείωση στα ποσοστά καισαρικής τομής
- αύξηση των πιθανοτήτων αυτόματου τοκετού
- φυσιολογικές τιμές Apgar Score στο νεογνό

(Αβραμίδου, 2018)

Η ύπνωση βασιζόμενη στη φιλοσοφία του D.Read, προάγει την ανάπτυξη συναισθημάτων ασφάλειας, ηρεμίας και χαλάρωσης με σκοπό τη μείωση ή και την εξάλειψη του φόβου που κυριαρχεί στο μυαλό της γυναίκας γύρω από τον πόνο του τοκετού, αλλά και την αύξηση της αυτοπεποίθησης της. (Αβραμίδου, 2018)

Κατά τη φάση της ύπνωσης, η γυναίκα βρίσκεται σε μια φάση αφ' ενός στοχευμένης, επικεντρωμένης προσοχής και αφετέρου φτωχής περιφερειακής αντίληψης. Επιπλέον οδηγείται σε μια κατάσταση απελευθέρωσης από διάφορους παράγοντες που μπορεί να την περιορίζουν στο να εκδηλώσει οποιαδήποτε αρνητική συμπεριφορά. Στη φάση της ύπνωσης, εκκρίνονται ενδορφίνες (ωκυτοκίνη, μελατονίνη) οι οποίες προάγουν την χαλάρωση και ηρεμία της γυναίκας και βοηθούν να ανταπεξέλθει στον πόνο των συστολών,

μειώνοντας την αντίληψη του, προάγοντας ταυτόχρονα την ομαλή εξέλιξη του τοκετού.(Αβραμίδου,2018)

Η έγκυος μπορεί να εκπαιδευτεί σε όποιο στάδιο της εγκυμοσύνης επιθυμεί, ακόμη και πολύ νωρίς, ώστε να εξοικειωθεί με τις τεχνικές της μεθόδου.Η προγεννητική προετοιμασία και εξάσκηση αυξάνει σημαντικά την αποτελεσματικότητα της μεθόδου.(Αβραμίδου,2018)

ΒΙΟΑΝΑΤΡΟΦΟΔΟΤΗΣΗ

Πρόκειται για τεχνική που στοχεύει στην χαλάρωση και εκπαίδευση της γυναίκας να ασκεί αυτοέλεγχο στη λειτουργία του σώματος της.

Η εκπαίδευση περιλαμβάνει την εξοικείωση της γυναίκας γύρω από τους μηχανισμούς λειτουργίας του σώματος της ώστε να είναι σε θέση να αντιλαμβάνεται τα μηνύματα που εκπέμπονται και να τροποποιεί αναλόγως την συμπεριφορά της. Με τον τρόπο αυτό καταφέρνει να ανακαλύπτει μόνη της τρόπους να ελέγχει την αντίδραση της απέναντι στο στρες και να χαλαρώνει. (Lowdermilk και συν. 2013)

Ωστόσο,για να θεωρηθεί αποτελεσματική η βιοανατροφοδότηση θα πρέπει:

- η γυναίκα να είναι εξοικειωμένη με το σώμα της και τον τρόπο που αυτό συμπεριφέρεται κατά τον τοκετό
- να γνωρίζει και να μπορεί να εφαρμόσει τεχνικές χαλάρωσης
- να είναι εξοικειωμένη με την διαχείριση του νου της ώστε να ασκεί έλεγχο στο σώμα της
- να παρευρίσκεται στον τοκετό κάποιο υποστηρικτικό άτομο βοηθώντας ενεργά τη γυναίκα.(Lowdermilk και συν. 2013)

3.1.2. ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΩΝ ΔΙΕΓΕΡΣΕΩΝ

ΤΕΧΝΙΚΗ ΑΝΑΠΝΟΩΝ

Η εξάσκηση στον έλεγχο της αναπνοής φαίνεται να βοηθά σημαντικά τις επιτόκους να χαλαρώνουν και να παραμένουν ήρεμες και συγκεντρωμένες

διαχειρίζοντας καλύτερα τον πόνο. Ωστόσο η λογική του ελέγχου της αναπνοής αμφισβητείται από κάποιες θεωρίες τα τελευταία χρόνια καθώς η υπερβολική εστίαση της γυναίκας στην πιστή τήρηση των αναπνοών μπορεί να της στερήσει τη δυνατότητα να διαχειριστεί τις υπόλοιπες παραμέτρους του τοκετού.

Είδη αναπνοών

1. κοιλιακή:

Στην κοιλιακή αναπνοή προάγεται η χαλάρωση και ηρεμία. Έχει ευνοικά αποτελέσματα στη διαχείριση του άγχους και της έντασης. Χρησιμοποιείται συνήθως ανάμεσα στις ωδίνες βοηθώντας στη χαλάρωση και την ανάκτηση δυνάμεων.

2. Θωρακική:

Χρήσιμη αναπνοή ειδικά κατά την έναρξη των ωδινών.

3. Πλήρης αναπνοή:

Σε αυτή την αναπνοή το σώμα οξυγονώνεται με τον καλύτερο τρόπο.

Ιδανική μετά από κάθε ωδίνη όπου οι ανάγκες σε οξυγόνο είναι αυξημένες καθώς και στην εξώθηση.

4. Κοφτή – γρήγορη αναπνοή:

Μπορεί να χρησιμοποιηθεί ακριβώς την στιγμή που εμφανίζεται η ωδίνη.

(Μωραΐτου,2007)

ΤΕΧΝΙΚΗ ΕΣΤΙΑΣΗΣ - ΧΑΛΑΡΩΣΗΣ

Όσον αφορά την τεχνική της εστίασης, αυτή βασίζεται στη λογική της κατεύθυνσης της προσοχής σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο (π.χ.σε μία αγαπημένη φωτογραφία), ή σε μια νοερή κατάσταση (μια σκέψη ή φαντασίωση) αποσπώντας την προσοχή της επιτόκου από τον πόνο, επιτυγχάνοντας έτσι μειωμένη αντίληψη του πόνου κατά τη στιγμή των συστολών. (Lowdermilk και συν. 2013)

Κατά τη μέθοδο της χαλάρωσης, η γυναίκα εκπαιδεύεται στο να αναγνωρίζει τα σημεία στο σώμα της όπου παρουσιάζεται ένταση ή μυϊκή

σύσπαση χαλαρώνοντας τους αντίστοιχους μύες που ευθύνονται γ'αυτό.(Lowdermilk και συν. 2013)

Και οι δύο τεχνικές προσφέρουν καλά αποτελέσματα στην ανακούφιση από τον πόνο, προϋποθέτουν όμως πέρα από την καλή εκπαίδευση της γυναίκας και την παρουσία ενός υποστηρικτικού προσώπου που θα βοηθά.(Lowdermilk και συν. 2013)

ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Δεν υπάρχει αμφιβολία πως η μουσική σαν ερέθισμα ευνοεί την δημιουργία ευχάριστων συναισθημάτων και ψυχικής ευεξίας. Η χρήση της έχει προταθεί εδώ και χρόνια από τους Odent, Lamage και άλλους θεωρητικούς σαν μέσο ανακούφισης από τον πόνο του τοκετού.Οι μελέτες γύρω από τον βαθμό επίδρασης της μουσικής στην μείωση του πόνου είναι σχετικά λίγες και χρειάζεται να εμπλουτιστούν, οι περισσότερες όμως συμφωνούν στα πλεονεκτήματα που προσφέρει όσον αφορά την χαλάρωση και μείωση του στρες το οποίο είναι και από τους σημαντικότερους παράγοντες που επιδεινώνουν τον πόνο στον τοκετό.

Η μουσική πράγματι φαίνεται πως παρεμποδίζει την μεταβίβαση του ερεθίσματος του πόνου επηρεάζοντας ορισμένες γνωστικές διεργασίες του εγκεφάλου. Έχει βρεθεί επίσης πως τα επώδυνα ερεθίσματα και το ερέθισμα της μουσικής σχετίζονται με κοινές νευρικές οδούς και παρουσιάζουν ένα είδος αλληλεπίδρασης. Συγκεκριμένα, μόλις το ερέθισμα της μουσικής γίνει αντιληπτό από τον εγκέφαλο ενεργοποιείται από την υπόφυση η έκκριση ενδορφινών.Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την καταστολή του ερεθίσματος του πόνου, την χαλάρωση και την εμφάνιση ευχάριστων συναισθημάτων.(Φιλιπποπούλου,2014)

Η αυξημένη ποσότητα των ενδορφινών που παράγεται από την μουσική έχει αποδειχτεί από μελέτες πως μπορεί να συμβάλλει στην μειωμένη ανάγκη για φαρμακευτική αναλγησία. Όταν μάλιστα η μουσική συνδυάζεται με την τρυφερή επαφή, μια αγκαλιά ένα χάδι ή ένα αργό χορό η επίτοκος απολαμβάνει στο μέγιστο τα οφέλη της χαλάρωσης και ηρεμίας ενώ γίνεται και πιο εκδηλωτική στην συμπεριφορά της. (Τραγέα,2005).

Οι περισσότερες επίτοκες που επιλέγουν τη μουσικοθεραπεία φαίνεται όμως πως απολαμβάνουν τα οφέλη της μέχρι τα μέσα του πρώτου σταδίου του τοκετού, όταν όμως οι συστολές και η διαστολή προχωρούν, προτιμούν την ησυχία και απομόνωση προσπαθώντας να αυτοσυγκεντρωθούν. Όσον αφορά το είδος της μουσικής που είναι προτιμότερο, γενικά συστήνεται η επιλογή μιας ορχηστρικής μελωδίας, χαμηλής έντασης, με σταθερό ρυθμό και όχι έντονα ακουστικά ερεθίσματα. Η επιλογή της μουσικής μπορεί να γίνει σύμφωνα με τις προτιμήσεις της γυναίκας ώστε να νιώθει πως συμμετέχει ενεργά στην διαδικασία. (Φιλιππούλου, 2014)

ΑΡΩΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η αρωματοθεραπεία θεωρείται μια μέθοδος που στοχεύει στην χαλάρωση και ευεξία απομακρύνοντας τους παράγοντες που στρεσάρουν την γυναίκα. Κατά την εφαρμογή της γίνεται χρήση αιθέριων ελαίων που προέρχονται από βότανα ή διαφόρων ειδών φυτά και περιέχονται σε κρέμες ή λοσιόν. (Lowdermilk και συν. 2013)

Μερικά από τα συνήθη χρησιμοποιούμενα έλαια που θεωρούνται ευεργετικά για τον τοκετό είναι τα έλαια λεβάντας, γιασεμιού, τριαντάφυλλου, γερανιού και μοσχοκάρυδου. (Μωραΐτου, 2007)

Σύμφωνα με μελέτη του Burns et al., η αρωματοθεραπεία μπορεί να μειώσει το άγχος, να ενισχύσει την ικανότητα της γυναίκας να ελέγχει το σώμα της και να χρησιμοποιεί στο μέγιστο τους μηχανισμούς αντοχής της, ενώ μπορεί να ενθαρρύνεται ευκολότερα να υιοθετήσει εναλλακτικές στάσεις κατά τον τοκετό. (Burns et.al., 2000)

Είναι αρκετά υποσχόμενη μέθοδος που χρησιμοποιείται συχνά κατά την συμπληρωματική μαιευτική φροντίδα, οικονομική, για την οποία όμως απαιτούνται περισσότερα ερευνητικά δεδομένα που να αποδεικνύουν την αποτελεσματικότητα της σαν μέσο ανακούφισης του πόνου του τοκετού. (Burns et.al., 2000)

ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ

Η ομοιοπαθητική μπορεί να προσφέρει ανακουφίση από τον πόνο του τοκετού και επιπλέον να αποτρέψει τυχόν ιατρικές ή φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Με τη χρήση ομοιοπαθητικών σκευασμάτων δεν παρεμποδίζεται η φυσιολογική εξέλιξη του τοκετού ενώ τα περισσότερα σκευάσματα που συστήνονται είναι ασφαλή με ελάχιστες παρενέργειες. Ωστόσο, χορηγούνται εφ' όσον το επιβάλλει κάποια συνθήκη κατά την εξέλιξη του τοκετού και όχι αλόγιστα. Επίσης το άτομο που τα χορηγεί οφείλει να γνωρίζει τη φιλοσοφία της ομοιοπαθητικής και τον τρόπο χρήσης τους. (Τραγέα,2005)

3.1.3. ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΕΓΕΡΣΕΩΝ

ΕΥΝΟΙΚΕΣ ΘΕΣΕΙΣ – ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Στις μέρες μας η συνήθης πρακτική είναι η επίτοκος να παραμένει για πολλές ώρες ξαπλωτή ή σε ύπτια θέση κι έτσι να παραμένει και τη στιγμή του τοκετού. Μέχρι τη δεκαετία του '60 στη χώρα μας η γυναίκα γεννούσε σε όρθια θέση ή σε οποιαδήποτε βόλευε την ίδια. Με την ιατρικοποίηση του τοκετού, κι έπειτα από την ανακάλυψη διαφόρων μεθόδων υποβοήθησης του τοκετού (π.χ. εμβρουουλκία), η ύπτια θέση παγιώθηκε σαν η καταλληλότερη επιλογή για τον μαιευτήρα ώστε να πραγματοποιεί τους χειρισμούς του ευκολότερα. (Μωραΐτου,2007)

Η ύπτια θέση όμως θεωρείται η πλέον ακατάλληλη για τον τοκετό καθώς έχει τα εξής σημαντικά μειονεκτήματα:

- ασκεί πίεση στην αορτή προκαλώντας εμβρυική δυσχέρεια καθώς το οξυγονωμένο αίμα δεν μπορεί να φτάσει στον πλακούντα
- ελάττωνει την επαναφορά του αίματος προς την καρδιά λόγω συμπίεσης στην κάτω κοίλη φλέβα
- δεν αξιοποιεί καθόλου την βαρύτητα, με αποτέλεσμα να απαιτείται πολλαπλάσια δύναμη από την επίτοκο για να εξωθήσει
- παρατείνει την διάρκεια του τοκετού, ταλαιπωρεί και εξουθενώνει την επίτοκο

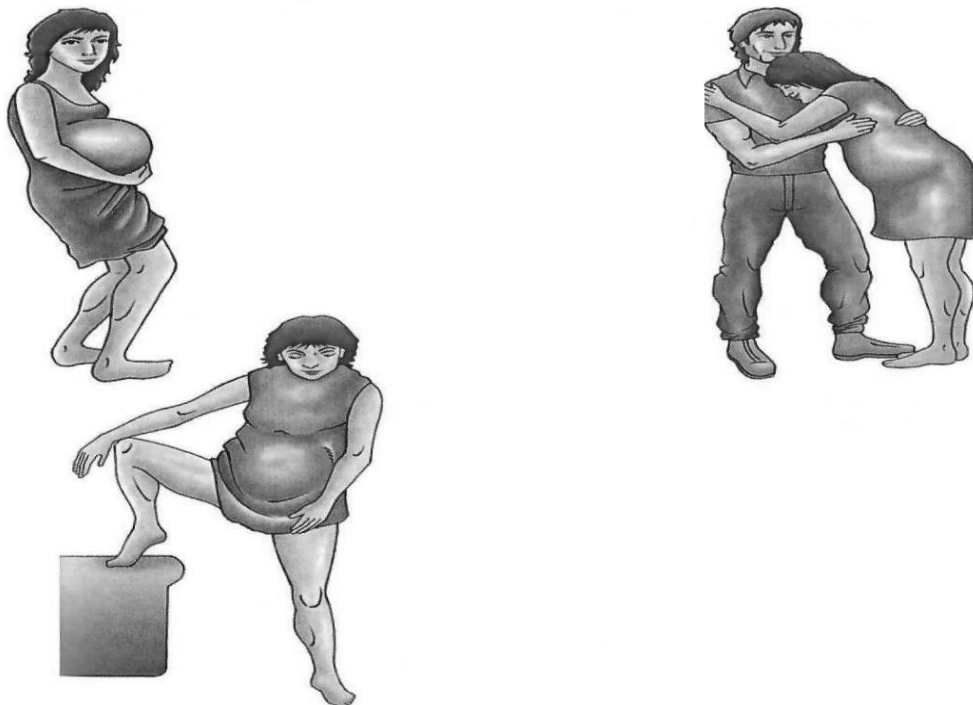
(Μωραΐτου,2007)

Δυστυχώς η ύππια παραμένει ακόμα σαν επιλογή σε πολλά νοσοκομεία της χώρας και οι γυναίκες σπάνια προτρέπονται να γεννήσουν διαφορετικά.

Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να προτείνουν στην επίτοκο εναλλακτικές στάσεις στον τοκετό και να την ενθαρύνουν να υιοθετεί αυτές που της ταιριάζουν και της προσφέρουν τα μέγιστα οφέλη.

Προτεινόμενες στάσεις στο πρώτο στάδιο του τοκετού:

- Όρθια στάση σε διάφορες παραλλαγές



Εικόνα 1.5. Όρθια στάση (από Μωραΐτου,2007,σ.97)

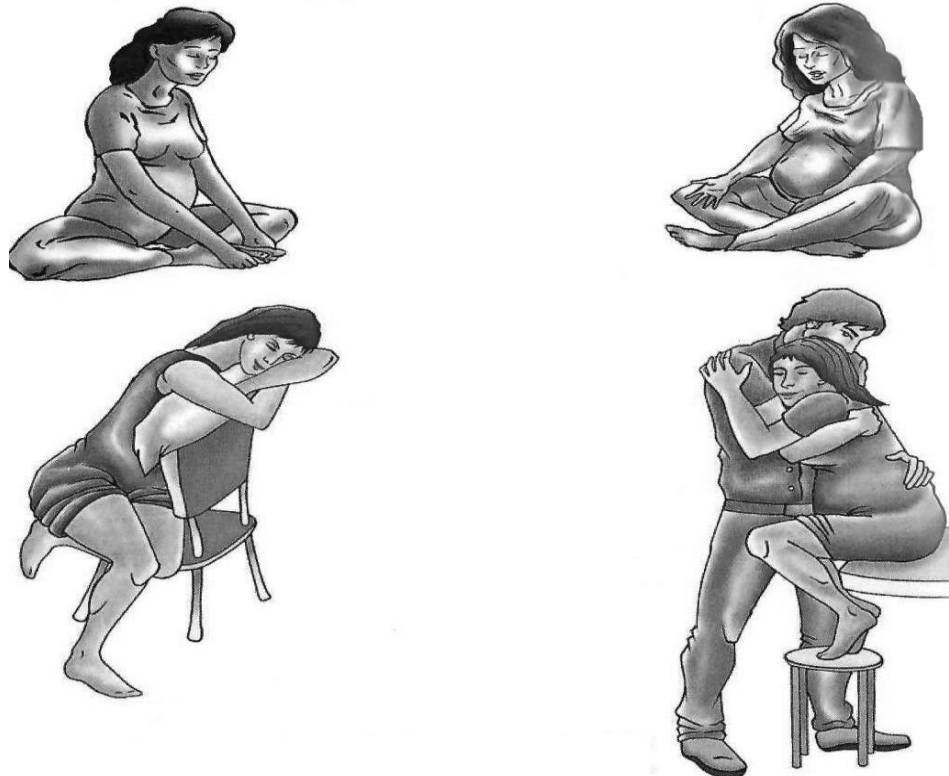
Πλεονεκτήματα:

- προσφέρει μεγάλη ελευθερία κινήσεων
- αξιοποιεί στο μέγιστο το ρόλο της βαρύτητας
- οι συστολές γίνονται πιο αποδοτικές
- ο πόνος από τις συστολές είναι πιο ήπιος

- η κάθοδος του εμβρύου μπορεί να επιταχυνθεί λόγω κίνησης της επιτόκου
- διευκολύνει την εφαρμογή μασάζ στην μέση ή στην πλάτη εφόσον το επιθυμεί η γυναίκα

(Μωραΐτου,2007)

- Καθιστή / ημικαθιστή στάση σε διάφορες παραλλαγές



Εικόνα 1.6. Παραλλαγές καθιστής και ημικαθιστής στάσης (από Μωραΐτου,2007,σ.98)

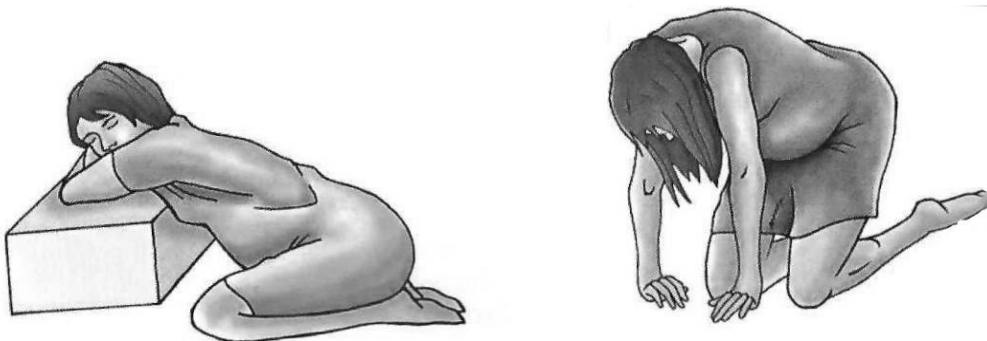
Πλεονεκτήματα:

- προσφέρει χαλάρωση και ξεκούραση
 - η περιοχή της πυέλου χαλαρώνει και αιματώνεται πιο σωστά
 - ανακουφίζει από τους πόνους της μέσης ή της πλάτης εάν συνδυαστεί με ελαφριά κλίση προς τα εμπρός
 - διευκολύνει επίσης την εφαρμογή μασάζ στην μέση ή στην πλάτη
 - επιτρέπει την εφαρμογή καρδιοτοκογράφου

Μειονεκτήματα:

– γίνεται μερική αξιοποίηση της βαρύτητας
(Μωραΐτου,2007)

- *Στάση στα τέσσερα*



Εικόνα 1.7. Στάση στα τέσσερα (από Μωραΐτου,2007,σ.98)

Πλεονεκτήματα:

- προσφέρει ανακούφιση από τον πόνο στη μέση
- ευνοεί την περιστροφή του εμβρύου που βρίσκεται σε οπίσθια ινιακή θέση
- ευνοεί τις κινήσεις της σπονδυλικής στήλης και της λεκάνης
- δεν παρεμποδίζεται η κοιλιακή εξέταση

(Odent,1999)

Προτεινόμενες στάσεις στο δεύτερο στάδιο του τοκετού:

- *Βαθύ κάθισμα*

Πλεονεκτήματα:

- πολύ χρήσιμη σε περίπτωση που απουσιάζει η ανάγκη για εξώθηση

- αξιοποιεί σημαντικά την βαρύτητα
- βοηθά πολύ στην εξώθηση απαιτώντας λιγότερη προσπάθεια από την επίτοκο
- διευρύνεται η έξοδος της λεκάνης
- μπορεί να βοηθήσει στην περιστροφή και κάθοδο του εμβρύου σε εργώδη τοκετό
- προσφέρει ανακούφιση από τον πόνο στη μέση
(Odent,1999)

- Υποστηριζόμενο βαθύ κάθισμα



Εικόνα 1.8. Βαθύ κάθισμα υποστηριζόμενο με παραλλαγές (από Μωραΐτου,2007,σ.100)

Πλεονεκτήματα:

- ευνοείται η διεύρυνση των αρθρώσεων της λεκάνης
- ο κορμός της επίτοκου επιμηκύνεται και το έμβρυο αποκτά καλύτερη θέση
- αξιοποιείται και εδώ σημαντικά η βαρύτητα

Μειονεκτήματα:

- απαιτείται μεγάλη μυική δύναμη από τον σύντροφο καθώς στηρίζει απόλυτα την γυναίκα

(Odent,1999)

Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΝΕΡΟΥ

Η χρήση του νερού με όποια μορφή κι αν γίνεται, ντους, βύθιση, υδρομασάζ, προσφέρει μεγάλη χαλάρωση ενώ παράλληλα προάγει την έκκριση ενδορφινών ελατώνοντας σημαντικά την αίσθηση του πόνου. Επιπλέον, δημιουργεί ευνοϊκότερες συνθήκες στην κυκλοφορία και οξυγόνωση του εμβρύου.(Lowdermilk και συν. 2013)

- **Εγχύσεις νερού ενδοδερμικά**

Η φιλοσοφία της μεθόδου βασίζεται στο φαινόμενο του αντιερεθισμού, σύμφωνα με το οποίο δημιουργώντας ερεθίσματα σε διαφορετική θέση από αυτή που πλήττεται από τον πόνο, μειώνεται η ένταση του. Η τεχνική εφαρμόζεται εγχύοντας μέσω βελόνας μερικά ml νερού (αποστειρωμένου) σε συγκεκριμένες θέσεις της οσφυϊκής περιοχής.Πρόκειται για χρήσιμη τεχνική στην περίπτωση έντονου πόνου στην οσφύ ή σε περιπτώσεις που επιθυμούμε να αναβάλουμε όσο το δυνατόν τη χρήση φαρμακευτικής αναλγησίας.(Lowdermilk και συν. 2013)

- **Βύθιση – τοκετός στο νερό**

Η βύθιση στο νερό σαν μέσο ανακούφισης του πόνου στον τοκετό είναι παγκοσμίως διαδεδομένη για πάνω από τριάντα χρόνια και πλέον οι περισσότερες μαιευτικές κλινικές στην Ευρώπη προσφέρουν αυτή τη δυνατότητα σε επίτοκους που το επιθυμούν.Οι επίτοκες που επιλέγουν τη μέθοδο φαίνεται πως αντιλαμβάνονται με μικρότερη ένταση τον πόνο των συστολών και τη δυσφορία που αυτός προκαλεί.(Τραγέα,2005)

Πράγματι, οι περισσότερες έρευνες συμφωνούν πως κατά τη βύθιση στο θερμό νερό, ο βαθμός της έντασης του πόνου διαφοροποιείται σημαντικά. Μια πιθανή εξήγηση για αυτό είναι πως ο βαθμός αντίληψης του πόνου εξαρτάται σημαντικά από το είδος και την ταχύτητα των ερεθισμάτων που φτάνουν στο νωτιαίο μυελό και από εκεί στον εγκέφαλο. Τα ερεθίσματα της θερμότητας, της επαφής, του μασάζ αλλά και των όμορφων συναισθημάτων δρουν ανταγωνιστικά με τα ερεθίσματα του πόνου και έχουν την ικανότητα να φτάνουν γρηγορότερα στον εγκέφαλο προλαμβάνοντας και εμποδίζοντας την είσοδο του. (Τραγέα, 2005)

Άλλα σημαντικά οφέλη της βύθισης στο νερό είναι η ελευθερία κινήσεων που προσφέρει, η χαλάρωση και ηρεμία με αποτέλεσμα να απομακρύνονται στρεσογόνοι παράγοντες όπως το άγχος και ο φόβος. Σαν αποτέλεσμα, ενθαρύνεται η παραγωγή ενδορφινών οι οποίες βοηθούν σημαντικά στην ανεκτικότητα του πόνου. Επιπλέον, η άνωση ελαττώνει τη δυσφορία που προκαλείται από την πίεση στην κοιλιακή χώρα, βελτιώνει την αιματική κυκλοφορία και την οξυγόνωση της μήτρας έτσι ώστε παράλληλα με την μείωση του πόνου να διευκολύνεται η διαστολή. (Τραγέα, 2005)

Τέλος, σημαντική φαίνεται να είναι η συνεισφορά της βύθισης στην μειωμένη χρήση αναλγητικών.

Συγκεκριμένα, μελέτη των Cluet et al ,όπου συμμετείχε μεγάλο ποσοστό επιτόκων, αποδεικνύει πως η βύθιση πράγματι έχει ως αποτέλεσμα την μείωση της χρήσης επισκληρίδιας αναλγησίας στο πρώτο στάδιο του τοκετού, ενώ παράλληλα επιβεβαιώνει την ασφάλεια της μεθόδου ως προς τη νοσηρότητα ή τη θνησιμότητα του νεογνού. (Cluet et al., 2018)

ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΟΣ ΗΛΕΚΤΡΙΚΟΣ ΝΕΥΡΙΚΟΣ ΕΡΕΘΙΣΜΟΣ (TENS)

Κατά τη μέθοδο αυτή, γίνεται χρήση ηλεκτροδίων τα οποία εφαρμόζονται στην περιοχή του θώρακα ή στο ιερό παράγοντας συνεχή ερεθίσματα μέσα από μία συσκευή. Ο TENS θεωρείται ελκυστική επιλογή στην περίπτωση πόνου στην οσφύ, κατά τα αρχικά στάδια του τοκετού. Η μέθοδος παρόλο που δεν μειώνει αισθητά τον πόνο θεωρείται πως μειώνει σημαντικά την δυσφορία που προκαλείται από αυτόν. (Lowdermilk και συν., 2013)

ΠΙΕΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η μέθοδος μπορεί να ανακουφίσει από τον πόνο του τοκετού αλλά μπορεί να χρησιμοποιηθεί και κατά την κύηση ή τη λοχεία για να αντιμετωπίσει πιθανές ενοχλήσεις. Ευνοεί σημαντικά την αιματική κυκλοφορία και συμβάλλει στη διατήρηση της ισορροπίας και της αρμονίας του σώματος. Μέσω της πιεσοθεραπείας ασκείται πίεση σε επιλεγμένα σημεία του σώματος όπου υπάρχουν πολλοί νευρουποδοχείς, όπως στον καρπό ή στον ώμο, στον αυχένα, στην οσφύ ή τα ισχία κ.α. Η πίεση ασκείται κατά προτίμηση συγχρόνως με την συστολή και βοηθά πολύ εάν συντονίζεται η αναπνοή της επιτόκου με το άτομο που την ασκεί. (Lowdermilk και συν., 2013)

ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ

Ο βελονισμός σαν φιλοσοφία έχει τις ρίζες του στην αρχαιότητα, ενώ χρησιμοποιείται εδώ και πολλές δεκαετίες στην ιατρική αλλά και τη μαιευτική επιστήμη σε χώρες όπως η Κίνα και η Βρετανία. Στην Κίνα μάλιστα θεωρείται αρκετά αποτελεσματική μέθοδος αναλγησίας για την καισαρική τομή, ενώ στην Βρετανία συστήνεται συχνά από τις μαιέες ως μέσο ανακούφισης του πόνου του τοκετού αλλά και πολλών ενοχλήσεων που προκύπτουν στην περίοδο της εγκυμοσύνης. (Μωραΐτου, 2007)

Η εφαρμογή της μεθόδου γίνεται με ανώδυνη εισαγωγή ειδικών βελονών σε επιλεγμένες περιοχές του σώματος στοχεύοντας στην διατήρηση της ενεργειακής ισορροπίας του σώματος. Η ισορροπία επιτυγχάνεται είτε απομακρύνοντας την περίσσεια ενέργεια από τα σημεία που συσσωρεύεται είτε ενισχύοντας την συγκέντρωσή της, αναλόγως των αναγκών του οργάνου που πλήττεται. (Μωραΐτου, 2007)

Πέρα από την ανακούφιση από τον πόνο, ο βελονισμός φαίνεται πως ευνοεί την χαλάρωση του τραχήλου και τον σωστό συντονισμό των συστολών με αποτέλεσμα να επιταχύνεται ο τοκετός. (Μωραΐτου και συν., 2003)

ΧΡΗΣΗ ΕΠΙΘΕΜΑΤΩΝ (ΘΕΡΜΩΝ – ΨΥΧΡΩΝ)

Η χρήση της θερμότητας προκαλεί αύξηση στην ροή του αίματος στο σημείο που πλήτεται με αποτέλεσμα να επέρχεται χαλάρωση και ελάττωση της αίσθησης του πόνου. Γίνεται με πολλούς τρόπους, με μπάνιο, ντους, με επιθέματα, κουβέρτες, ειδικά σακίδια φτιαγμένα από ρύζι κ.α. Στα σημεία που εφαρμόζεται προκαλείται υπεραϊμία και ανακούφιση. Είναι πολύ αποτελεσματική μέθοδος σε περίπτωση πόνου στην οσφύ και ειδικά σε περιπτώσεις οπίσθιας θέσης του εμβρύου.(Lowdermilk και συν. 2013)

Η χρήση του ψύχους από την άλλη, μπορεί να ανακουφίσει κάποιες γυναίκες που κατά τον τοκετό μπορεί να ζεσταίνονται. Το ψύχος μπορεί να μειώσει την θερμοκρασία στους μύες που βρίσκονται σε σύσπαση και να απαλύνει τον πόνο. Κατά την εφαρμογή, μπορούν να χρησιμοποιηθούν κρύα επιθέματα ή παγοκύστες στην οσφυϊκή περιοχή, στο θώρακα, ακόμη και στο πρόσωπο.(Lowdermilk και συν. 2013)

Και στις δύο μεθόδους το δέρμα δεν πρέπει να εκτίθεται άμεσα. Επίσης, αποφεύγεται η εφαρμογή σε σημεία που παρουσιάζουν ισχαιμία γιατί μπορεί να προκληθεί βλάβη στους ιστούς. Για πιο ικανοποιητικά αποτελέσματα μπορεί να γίνει χρήση θερμού - ψυχρού επιθέματος εναλλάξ αναλόγως των αναγκών.(Lowdermilk και συν. 2013)

ΜΑΣΑΖ

Το μασάζ θεωρείται από τις πιο σημαντικές και διαδεδομένες τεχνικές που χρησιμοποιούνται στον τοκετό, ενώ θεωρείται ασφαλής αλλά και αρκετά αποτελεσματική μέθοδος διαχείρισης του πόνου. Είναι μια μέθοδος αρκετά εύκολη και κατανοητή γι' αυτό μπορεί να εφαρμοστεί και από οποιοδήποτε άτομο βρίσκεται δίπλα στην επίτοκο την ώρα του τοκετού. Επιτυγχάνει σημαντική μείωση της έντασης που υπάρχει σε διάφορα σημεία του σώματος με αποτέλεσμα την χαλάρωση και ανακούφιση από τον πόνο. Όταν μάλιστα συνδυάζεται με την μέθοδο της αρωματοθεραπείας θεωρείται ακόμη πιο ευεργετική όσον αφορά την χαλάρωση κατά τις συστολές αλλά και τα διαστήματα που μεσολαβούν.(Lowdermilk και συν. 2013)

Μαλάξεις γίνονται στην κεφαλή, στους βραχίονες, στις άκρες των χεριών, των ποδιών, στην κνήμη είτε στην οσφυϊκή περιοχή, την κοιλιά και τους μηρούς, αναλόγως των επιθυμιών και αναγκών της γυναίκας. (Lowdermilk και συν. 2013)

Αναλόγως του σημείου που υφίσταται τη μεγαλύτερη δυσφορία επιλέγουμε σε ποιο σημείο θα πραγματοποιήσουμε μαλάξεις. Για παράδειγμα, εάν υπάρχει δυσαναλογία ή οπίσθια θέση του εμβρύου, το μασάζ στην περιοχή της οσφυϊκής χώρας θα ανακουφίσει σημαντικά από την πίεση στη λεκάνη. Η ίδια η γυναίκα μπορεί αν το επιθυμεί να κάνει μασάζ στα σημεία που νιώθει ότι θα της είναι πιο χρήσιμο. Ωστόσο, η επαφή έστω και με το απλό άγγιγμα μπορεί σε κάποια φάση του τοκετού να μην είναι αποδεκτά από την επίτοκο, γι' αυτό και θα πρέπει να αποκωδικοποιούμε πιθανά μηνύματα και εκφράσεις δυσφορίας της γυναίκας που υποδηλώνουν πως νιώθει άβολα. (Τραγέα, 2005)

ΗΠΙΑ ΜΑΛΛΑΞΗ

Η ήπια μάλλαξη βοηθά τη γυναίκα να εστιάζει σε κάτι πέρα του πόνου κι αυτό τη βοηθά στην καλύτερη διαχείριση του. Κατά την ήπια μάλλαξη, τη στιγμή της συστολής πιέζουμε ελαφρά την κοιλιακή χώρα συγχρόνως με την αναπνοή. Εάν η γυναίκα παρακολουθείται ηλεκτρονικά και εμποδίζεται η μάλλαξη στην περιοχή, εναλλακτικά μπορεί να εφαρμοστεί στο στέρνο ή στους μηρούς. Η μέθοδος ανακουφίζει τις επιτόκους στο πρώτο κυρίως στάδιο, όσο όμως προχωρά ο τοκετός η μέθοδος δεν έχει πολλά να προσφέρει καθώς η γυναίκα γίνεται πιο ευερέθιστη και μπορεί να ενοχλείται από την επαφή. (Lowdermilk και συν. 2013)

ΑΝΤΙΘΕΤΗ ΠΙΕΣΗ

Στην μέθοδο αυτή ασκείται πίεση στο ιερό οστό χρησιμοποιώντας τις παλάμες ή τις γροθιές με σκοπό την ανακούφιση από τον πόνο και το αίσθημα πίεσης στην οσφύ στο πρώτο στάδιο του τοκετού. Με την πίεση που ασκείται, το ινίο μετακινείται από τα νωτιαία νεύρα και ειδικά σε περιπτώσεις οπίσθιας ινιακής θέσης η μέθοδος είναι αρκετά αποτελεσματική. (Lowdermilk και συν. 2013)

3.2. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

3.2.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Στην περίπτωση της χώρας μας η διαχείριση του πόνου του τοκετού φάνηκε να απασχολεί την ιατρική επιστήμη μετά τα μέσα του 19ου αιώνα, καθώς τα προηγούμενα χρόνια τα ελλειπή μέσα υποδομής και οι κυρίαρχες θρησκευτικές και ηθικές αντιλήψεις στεκόταν εμπόδιο στην καθιέρωση μεθόδων ανακούφισης από τον πόνο του τοκετού. Λόγω του χριστιανισμού, το βίωμα του πόνου του τοκετού θεωρούνταν μια αναγκαία διαδικασία προκειμένου να απαλλαχθεί η γυναίκα από το προπατορικό αμάρτημα κι έπειτα να οικοδομήσει μια υγιή σχέση με το παιδί της, ενώ στον Μεσσαίωνα ακόμη και η χρήση βοτάνων δεν ήταν αποδεκτή καθώς θεωρούνταν σχετιζόμενη με τη μαγεία.(Παπαθανάκος και συν.,2012).

Στην αρχαία Ελλάδα ως μέσο αναλγησίας προτεινόταν ένας συνδυασμός βοτάνων σε διάφορες μορφές είτε με επτάλειψη είτε με υποκαπνισμό.Από τα μέσα του αιώνα όμως με την εξέλιξη της επιστήμης ξεκίνησαν να καθιερώνονται νέοι και αποτελεσματικοί τρόποι αντιμετώπισης του πόνου. Διάφορες πρακτικές έγιναν δημοφιλείς παγκοσμίως όπως η χρήση οπιούχων σκευασμάτων και θερμών λουτρών, ή αιθέρων σε συνδυασμό με χλωροφόρμιο, στη χώρα μας όμως τα οπιούχα δεν ήταν και πάλι αποδεκτά καθώς θεωρούταν ανήθικο η γυναίκα να βιώνει μια κατάσταση αντίστοιχη της μέθης.(Παπαθανάκος και συν.,2012).

Η εξέλιξη της επιστήμης οδήγησε κατά το 1884 σε μια από τις σημαντικότερες ανακαλύψεις του αιώνα, αυτή των τοπικών αναισθητικών και συγκεκριμένα της κοκαΐνης. Η υδροχλωρική κοκαΐνη λοιπόν, ξεκίνησε να συστήνεται και στη χώρα μας σαν αναλγητικό μέσο για τον πόνο του τοκετού ενώ αργότερα προς τα τέλη του αιώνα κι άλλες ουσίες προτάθηκαν ως αποτελεσματικές όπως η αντιπυρίνη, το βρωμιούχο κάλιο, οπιούχα σε διάφορες μορφές, το χλωροφόρμιο και διάφοροι συνδυασμοί του με αιθέρες.(Παπαθανάκος και συν.,2012)

3.2.2. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ

Τα πιο συνήθη χρησιμοποιούμενα σκευάσματα για συστηματική χορήγηση κατά τον τοκετό ανήκουν στην κατηγορία των οπιοειδών και ηρεμιστικών και χορηγούνται συνήθως ενδομυικά ή ενδοφλέβια στις επιτόκους.

ΟΠΙΟΕΙΔΗ

Τα οπιοειδή προσφέρουν ανακούφιση από τον πόνο για βραχύ όμως χρονικό διάστημα, ενώ χρειάζεται προσοχή στη χρήση τους καθώς έχουν αρκετές ανεπιθύμητες αντιδράσεις και διαπερνούν την πλακουντιακή κυκλοφορία με κίνδυνο αναπνευστικής καταστολής του νεογνού. (Miller,2014)

Τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα οπιοειδή είναι:

- *Πεθιδίνη*

Η πιο συχνή επιλογή από την κατηγορία των οπιοειδών. Χορηγείται παρεντερικά και προφέρει ικανοποιητική αναλγησία για περίπου 4 ώρες. Το έμβρυο εκτίθεται μέγιστα κατά την 2η με 3η ώρα από την χορήγηση γι' αυτό απαιτείται προσοχή στον χρόνο που θα ληφθεί.(Miller,2014)

- *Φεντανύλη*

Όταν χορηγείται παρεντερικά έχει μικρό χρόνο ημιζωής (η δράση της εξαφανίζεται μετά από 1 ώρα), κι έτσι μπορεί να χορηγηθεί επανειλημμένα. Η χρήση της με αυτό τον τρόπο δε φαίνεται να προκαλεί σημαντική καταστολή στο νεογνό. Παρ' όλα αυτά έχει πλέον περιορισμένη χρήση λόγω της μικρής διάρκειας δράσης και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες που προκαλεί, όπως μειωμένη μεταβλητότητα του καρδιακού ρυθμού του εμβρύου ή καταστολή της μητέρας (σε ήπιο βαθμό).(Miller,2014)

- *Ρεμιφεντανύλη*

Η ρεμιφεντανύλη έχει εξαιρετικά μικρό χρόνο ημιζωής (μόλις 1,3 λεπτά) κι επιπλέον αν χορηγηθεί πολλές φορές δεν συσσωρεύεται αθροιστικά. Λόγω αυτών των ιδιοτήτων, ενδείκνυται για αναλγησία ειδικά σε περιπτώσεις που δεν μπορεί να εφαρμοστεί περιοχική αναισθησία.

(Miller,2014)

ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ - ΚΑΤΑΣΤΑΛΤΙΚΑ

Η χρήση τους, αν και πλέον δεν είναι συχνή, συστήνεται για την καταστολή και μείωση του άγχους στα πρώτα κυρίως στάδια του τοκετού. Διάφορα σκευάσματα της κατηγορίας των βενζοδιαζεπινών όπως η διαζεπάμη, η λοραζεπάμη και η μιδαζολάμη χρησιμοποιούνται γι' αυτόν το σκοπό,έχουν μεγάλη διάρκεια δράσης, όμως διαπερνούν την πλακουντιακή κυκλοφορία.Επιπλέον,μπορεί να προκαλέσουν καταστολή, κυάνωση, ή διαταραχές στη μεταβολική απάντηση απέναντι στο στρες, ενώ ενδέχεται να εμφανιστεί προσωρινή αμνησία για τη μητέρα.(Miller,2014)

3.2.3.ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΗ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ

Πάνω από έναν αιώνα τα εισπνεόμενα αναλγητικά χρησιμοποιούνται διαδεδομένα για την ανακούφιση από τον πόνο του τοκετού. Τα πιο ευρέως γνωστά είναι το μονοξειδίο του αζώτου, χορηγούμενο με οξυγόνο,το ισοφλουράνιο και το ενφλουράνιο. Αυτό που χορηγείται συχνότερα στον φυσιολογικό τοκετό είναι το μονοξειδίο του αζώτου, συνδυαστικά με οξυγόνο, γνωστό ως ENTONOX, που αποτελείται από 50% μονοξειδίο του αζώτου και 50% οξυγόνο. Η χρήση του προσφέρει αναλγησία, μόνο όμως κατά τη στιγμή των συστολών, χωρίς να είναι συνεχής.(Jordan, 2019)

Η μέθοδος προϋποθέτει παρακολούθηση και καθοδήγηση της επιτόκου από το αρμόδιο προσωπικό στον τρόπο που το χρησιμοποιεί καθώς μπορεί να προκύψουν ανεπιθύμητες δράσεις όπως:

- καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος στη γυναίκα
- διαταραχή συνείδησης (παραισθήσεις)
- ναυτία, έμετος
- κίνδυνος υποξίας
- κίνδυνος στην υγεία του προσωπικού λόγω υπερέκθεσης

(Jordan, 2019)

Περιπτώσεις όπου αντενδείκνυται η χρήση του ENTONOX:

- καταστάσεις όπου δημιουργείται υπερσυσσώρευση αερίων στον οργανισμό (όπως π.χ. σε παραρινοκολπίτιδα)
- περιπτώσεις διαταραχής στο επίπεδο συνείδησης
- πνευμονική υπέρταση
- έλλειψη βιταμίνης B12 ή δρεπανοκυτταρική αναιμία (Jordan, 2019)

Η χρήση του μονοξειδίου του αζώτου εφόσον γίνεται προσεκτικά θεωρείται σημαντικό μέσο ανακούφισης από τον πόνο του τοκετού με ελάχιστες παρενέργειες για την μητέρα και ακόμη λιγότερες για το έμβρυο. Παρ' όλα αυτά, παραμένει μία μέθοδος που αδυνατεί να προσφέρει απόλυτη αναλγησία.

3.2.4. ΠΕΡΙΟΧΙΚΗ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ

Διάφορες τεχνικές που είναι σήμερα διαθέσιμες και χρησιμοποιούνται κατά την περιοχική αναλγησία επιτυγχάνουν εξαιρετική αναλγησία με ελάχιστες αρνητικές επιπτώσεις για τη μητέρα και το έμβρυο. Η πιο διαδεδομένη και αποτελεσματική τεχνική για την απόλυτη ανακούφιση από τον πόνο με τις ελάχιστες επιπτώσεις για την μητέρα, παραμένει ο επισκληρίδιος αποκλεισμός.

Οσφυϊκός επισκληρίδιος αποκλεισμός

Η τεχνική του οσφυϊκού επισκληρίδιου αποκλεισμού είναι στις μέρες μας τόσο διαδεδομένη που συστήνεται στους περισσότερους τοκετούς για τους οποίους δεν υπάρχει αντένδειξη. Θεωρείται αναμφίβολα η μοναδική μέθοδος που εάν εφαρμοστεί με τον σωστό τρόπο επιτυγχάνει απόλυτη αναλγησία με τους λιγότερους κινδύνους για τη μητέρα και μηδαμινούς για το έμβρυο. (Ιατράκης, 2017)

Κατά την εφαρμογή της μεθόδου γίνεται έγχυση του φαρμάκου μέσω ειδικού καθετήρα στο O2-O3 ή O3-O4 διάστημα. Συνήθως προτιμάται η συγχορήγηση οπιοειδών και αναλγητικών καθώς έχει αποδειχθεί πως έτσι εξασφαλίζεται η απαιτούμενη αναλγησία με τον μικρότερο κινητικό

αποκλεισμό και την λιγότερη ποσότητα τοπικού αναισθητικού.(Ιατράκης, 2017)

Τα πιο συνήθη χρησιμοποιούμενα σκευάσματα κατά τη χρήση της μεθόδου είναι η ροπιβακαΐνη, η βουπιβακαΐνη, η φαιντανύλη και σουφαιντανύλη.

Μερικά από τα πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι:

- δυνατότητα χορήγησης μικρών δόσεων τοπικού αναισθητικού ή συνδυασμός διάφορων οπιοειδών προσφέροντας συνεχόμενο αισθητικό αποκλεισμό
- δυνατότητα προσαρμογής και χορήγησης επιπλέον δόσεων αν χρειαστεί στα επόμενα στάδια του τοκετού
- εξαιρετικά αποτελέσματα αναλγησίας χωρίς σημαντικό κινητικό αποκλεισμό
- ελάττωση μητρικών κατεχολαμινών
- δυνατότητα γρήγορης εισαγωγής σε χειρουργική αναισθησία αν χρειαστεί
- δεν προκαλούνται τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα καταστολής που εμφανίζονται κατά τη χρήση των άλλων μεθόδων αναλγησίας

(Miller,2014)

- προκαλεί ελάττωση της αρτηριακής πίεσης σε περίπτωση προεκλαμψίας
- ελατώνει τον υποαερισμό και επιτυγχάνει καλύτερη οξυγόνωση για το έμβρυο βελτιώνοντας τη μητρική και πλακουντιακή κυκλοφορία.

(Λουτράδης και συν.,2018)

Παρόλα τα πλεονεκτήματα ο επισκληρίδιος αποκλεισμός μπορεί να προκαλέσει ορισμένες παρενέργειες στην μητέρα ενώ σε κάποιες περιπτώσεις αντενδείκνυται η χρήση του.

Παρενέργειες:

Η βασική παρενέργεια της μεθόδου θεωρείται η υπόταση σε συνδυασμό με συμπαθητικό αποκλεισμό. Ωστόσο, εφόσον εφαρμοστεί με το σωστό τρόπο και στην κατάλληλη δόση, σπάνια εμφανίζεται και αν εμφανιστεί αντιμετωπίζεται καταλλήλως. Άλλες πιθανές παρενέργειες είναι οι διαταραχές στην αναπνοή, οι τοξικές αντιδράσεις στο σκεύασμα, οι νευρολογικές διαταραχές, και η κεφαλαλγία λόγω τρώσης της σκληράς μήνιγγας.(Ιατράκης και συν.,2017)

Η επισκληρίδιος συχνά ενοχοποιείται για τις επιπτώσεις στην εξέλιξη του τοκετού. Βάσει των δεδομένων, φαίνεται πως όταν η μέθοδος εφαρμόζεται σωστά, δεν επηρεάζει το πρώτο στάδιο του τοκετού μπορεί όμως να επιμηκύνει το δεύτερο στάδιο κατά ένα σημαντικό ποσοστό (της τάξης του 25-50%). Πιθανολογείται επίσης πως σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να δυσχεραίνει την περιστροφή του εμβρύου ή να οδηγεί σε επεμβατικές μεθόδους τοκετού.(Ιατράκης και συν.,2017)

Αντενδείξεις:

Όσον αφορά τις αντενδείξεις, αυτές είναι η άρνηση της γυναίκας, οι διαταραχές στην πήκτικότητα, τυχόν αιμορραγίες ή ολιγαιμία, η υπάρχουσα φλεγμονή στο σημείο που θα εφαρμοστεί η έγχυση, κάποια ενεργή νευρολογική πάθηση, η σηψαιμία, ή αλλεργία στο σκεύασμα.(Ιατράκης και συν.,2017)

Υπαραχνοειδής αποκλεισμός

Ο υπαραχνοειδής αποκλεισμός προτιμάται κατά κύριο λόγο στην καισαρική τομή, ενώ στον φυσιολογικό τοκετό δεν συστήνεται, μπορεί όμως να φανεί χρήσιμος σε περιπτώσεις εμβρυουλκίας ή όταν απαιτείται χαλάρωση στο περίνεο.(Ιατράκης και συν.,2017)

Μερικά από τα πλεονεκτήματα του είναι η δυνατότητα εύκολης και γρήγορης χορήγησης, η ταχεία έναρξη δράσης και ο αποτελεσματικός αποκλεισμός που επιτυγχάνεται με πολύ μικρή δόση σκευάσματος.(Ιατράκης και συν.,2017)

Στον υπαραχνοειδή αποκλεισμό γίνεται μία εφ' άπαξ χορήγηση του φαρμακευτικού σκευάσματος (οπιοειδές ή τοπικό αναισθητικό), σαν μέθοδος όμως υστερεί λόγω της απουσίας καθετήρα και κατ' επέκταση της αδυναμίας συνεχόμενης αναλγησίας. (Miller,2014)

Συνδυασμός υπαραχνοειδούς – επισκληρίδιου αποκλεισμού

Πρόκειται για συχνά χρησιμοποιούμενη τεχνική που εκμεταλλεύεται τα οφέλη αφ' ενός της υπαραχνοειδούς αναλγησίας κι αφετέρου της επισκληρίδιας τεχνικής.

Παρέχει αξιόλογα αποτελέσματα αναλγησίας με πολύ μικρότερο κίνδυνο τοξικότητας ή κινητικού αποκλεισμού. Με τη μέθοδο αυτή λόγω της χρήσης του καθετήρα μπορούμε να παρατείνουμε την αναλγησία για όσο χρειάζεται καθώς και να κάνουμε χρήση του ίδιου καθετήρα αν προκύψει ανάγκη για χειρουργική αναισθησία. Η έναρξη της αναλγησίας γίνεται αμέσως ενώ διαρκεί περίπου 2 - 3 ώρες αναλόγως της περίπτωσης.(Miller,2014)

Πλεονεκτήματα:

- οι γυναίκες αναφέρουν καλύτερο αυτοέλεγχο
- προκαλείται ελάχιστος κινητικός αποκλεισμός
- ταχεία έναρξη αναλγησίας (άμεση)
- μειωμένες πιθανότητες ανομοιογενούς αποκλεισμού (κατάσταση που μπορεί να συμβεί με την κλασική επισκληρίδιο τεχνική)

(Miller,2014)

Μειονεκτήματα:

- εμβρυική βραδυκαρδία πιθανόν λόγω αιφνίδιας ελάττωσης των μητρικών κατεχολαμινών στα πρώτα στάδια της αναλγησίας. Παρ'όλα αυτά, παύει να υφίσταται λίγα λεπτά από την εμφάνιση της
- πιθανή μείωση της αιματικής ροής στη μήτρα, λόγω διαταραχών στα επίπεδα επινεφρίνης και νορεπινεφρίνης

Τέλος, οι έρευνες που έχουν γίνει δεν έχουν αποδείξει αύξηση της πιθανότητας καισαρικής τομής λόγω χρήσης της μεθόδου. (Miller,2014)

Συνεχής επισκληρίδια έγχυση

Κατά τη συνεχή επισκληρίδια έγχυση, πραγματοποιείται συνεχής χορήγηση τοπικών αναισθητικών, με ή χωρίς οπιοειδή, προσφέροντας στην επίτοκο τη δυνατότητα συνεχούς αναλγησίας χωρίς να χρειάζεται να αναμένει επαναληπτικές δόσεις. (Miller,2014)

Ελεγχόμενη από την επίτοκο επισκληρίδια αναλγησία

Η μέθοδος πραγματοποιείται είτε με επισκληρίδιο είτε με υπαραχνοειδή αποκλεισμό προσφέροντας όμως το μοναδικό πλεονέκτημα στην επίτοκο να αυτοχορηγεί δόσεις του τοπικού αναισθητικού όποτε νιώσει την ανάγκη.(Miller,2014)

Αυτό συνήθως συνεπάγεται μειωμένη ποσότητα χορηγούμενου φαρμάκου και κατ' επέκταση μειωμένες ανεπιθύμητες δράσεις.Τα αποτελέσματα στην αναλγησία όμως παραμένουν εξαιρετικά. Επιπλέον, λιγότερο προσωπικό απασχολείται στην όλη διαδικασία και η γυναίκα αισθάνεται μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση συμμετέχοντας σε αυτήν. (Miller,2014)

Παρατραχηλικός αποκλεισμός

Πρόκειται για τεχνική που συστήνεται συνήθως σε επιτόκους που αρνούνται ή αδυνατούν να υποβληθούν σε κάποια από τις προηγούμενες μεθόδους αποκλεισμού.Κατά την εφαρμογή του παρατραχηλικού αποκλεισμού το χορηγούμενο αναισθητικό εισέρχεται στο θόλο του κόλπου υποβλεννογόνια.Παρέχει ικανοποιητικά αποτελέσματα στην ανακούφιση από τον πόνο, μόνο όμως για το πρώτο στάδιο του τοκετού, καθώς δεν επιδρά στις αισθητικές ίνες που βρίσκονται στο περίνεο κι έτσι δεν έχει κανένα αποτέλεσμα στο δεύτερο στάδιο. (Miller,2014)

Η μέθοδος όμως σπάνια πλέον χρησιμοποιείται στη μαιευτική καθώς προκαλεί αρκετές ανεπιθύμητες ενέργειες όπως:

- σημαντική εμβρυική βραδυκαρδία
- συστηματική τοξικότητα λόγω των χορηγούμενων αναισθητικών
- επιλόχεια λοίμωξη ή νευροπάθεια (Miller,2014)

Οσφαικός συμπαθητικός αποκλεισμός

Ένα άλλο είδος νευρικών αποκλεισμών είναι η μέθοδος του παρασπονδυλικού οσφαικού συμπαθητικού αποκλεισμού. Αποτελεί χρήσιμη τεχνική όσον αφορά την παρεμπόδιση της μεταφοράς του πόνου που προέρχεται από τη μήτρα, μόνο όμως για το πρώτο στάδιο του τοκετού.

Επίσης προκαλεί λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες σε σχέση με την τεχνική του παρατραχηλικού αποκλεισμού, τεχνικά όμως είναι πιο δύσκολη μέθοδος στο να εφαρμοστεί.(Miller,2014)

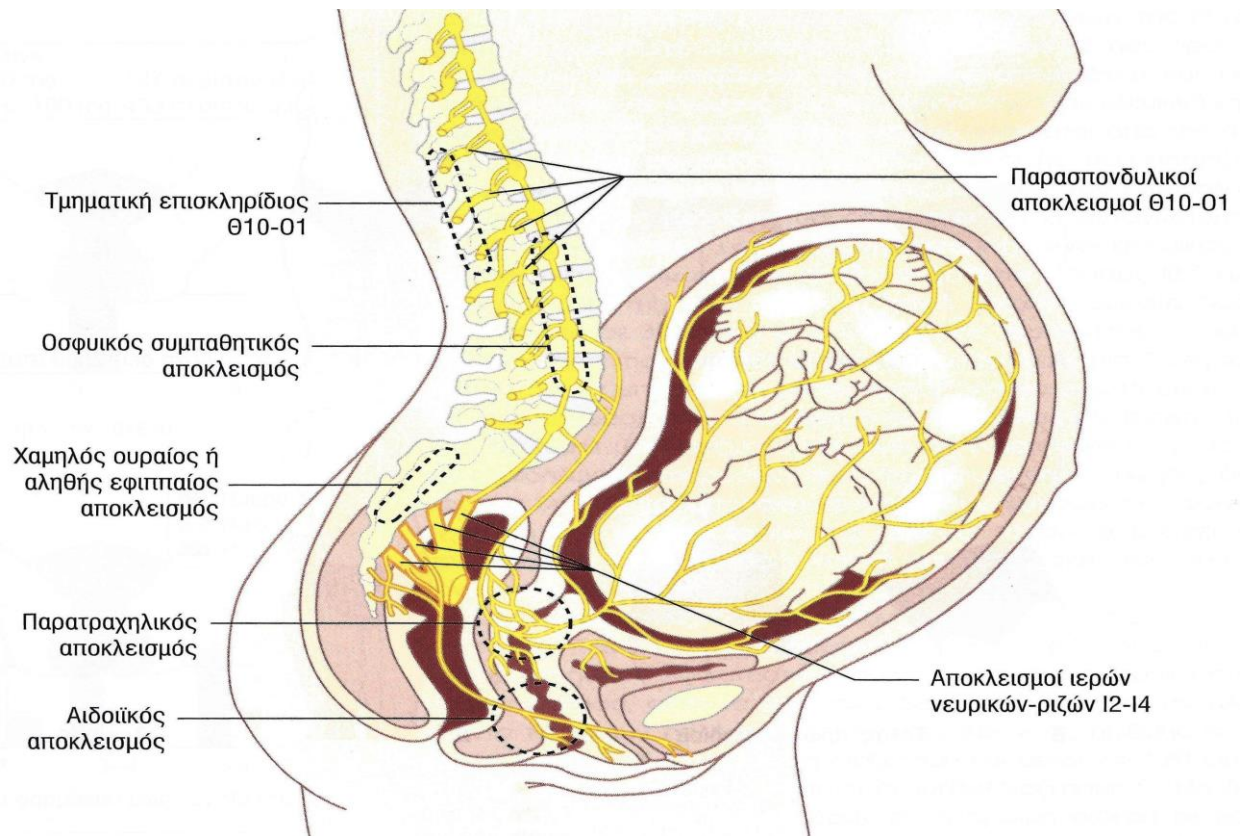
Αιδοϊκός αποκλεισμός

Κατά τον αιδοϊκό αποκλεισμό η δόση του τοπικού αναισθητικού χορηγείται διακοπτικά, όπισθεν των ιερονωτιαίων συνδέσμων. Η μέθοδος έχει ικανοποιητικό αναλγητικό αποτέλεσμα εφόσον χρησιμοποιηθεί σε μικρό διάστημα από τον επερχόμενο τοκετό, είτε πρόκειται για φυσιολογικό είτε για επεμβατικό, ή σε περιπτώσεις που απαιτούνται χειρισμοί για να επουλωθούν τα τραύματα στο περίνεο.(Ρούσσο,2015)

Σημαντικές όμως είναι οι επιπλοκές της μεθόδου όπως:

- τοξικότητα από τη χορήγηση των αναισθητικών
- διαφόρων μορφών αιματώματα σε παρακείμενες περιοχές του ορθού και του κόλπου
- σπανιότερα, πιθανότητα έκθεσης του εμβρύου στο τοπικό αναισθητικό

(Ρούσσο,2015)



Εικόνα 2.1. Τύποι αποκλεισμών που αποτρέπουν την μεταβίβαση των νευρικών ώσεων των ουδών του πόνου στον τοκετό (από Miller, 2014, σ.2245)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑ

4.1. Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ

Η έννοια της προσωπικότητας περιλαμβάνει ένα πλήθος χαρακτηριστικών που συνθέτουν διαχρονικά την ανθρώπινη συμπεριφορά. Τα πιο κοινά από αυτά τα χαρακτηριστικά είναι η εξωστρέφεια και εσωστρέφεια, η σταθερότητα και αστάθεια, ο νευρωτισμός και ο ψυχωτισμός. (Σταματίου, 2014)

Η εξωστρέφεια χαρακτηρίζει τα άτομα που είναι ιδιαίτερα κοινωνικά, αισιόδοξα, λειτουργούν συνήθως με παρόρμηση και διεκδικούν έντονα τις επιθυμίες τους ενώ μπορεί να γίνονται και επιθετικά. Τα εσωστρεφή άτομα απεναντίας, είναι αισιόδοξα, έχουν την τάση να είναι περισσότερο συγκρατημένα στην συμπεριφορά τους, προτιμούν την απομόνωση και είναι στοχαστικά. Ο νευρωτισμός συνιστά μια αγχώδη προσωπικότητα, επιρρεπή στον θυμό, τα δυσάρεστα συναισθήματα, το άγχος και την κατάθλιψη. Τα νευρωτικά άτομα συνήθως αντιμετωπίζουν με αρνητικό τρόπο τις δύσκολες καταστάσεις της ζωής τους και προσαρμόζονται δύσκολα. (Σταματίου, 2014)

Όσο για τον ψυχωτισμό, αυτός συνδέεται στενά με την επηρέπεια του ατόμου να εμφανίσει κάποια ψυχική διαταραχή. Οι άνθρωποι με έντονο ψυχωτισμό είναι συνήθως ψυχροί και απόμακροι, συχνά συμπεριφέρονται με αγένεια ενώ είναι περισσότερο δύσπιστοι και εχθρικοί στις συναναστροφές τους. (Σταματίου, 2014)

Συμπερασματικά, τα μειωμένα επίπεδα ψυχωτισμού και νευρωτισμού σε συνδυασμό με αυξημένα επίπεδα εξωστρέφειας, χαρακτηρίζουν ψυχικά υγιή άτομα, με ικανοποιητικό βαθμό προσαρμογής στις κοινωνικές σχέσεις. Από την άλλη, τα αυξημένα επίπεδα αυτών των χαρακτηριστικών και η έντονη εσωστρέφεια ευνοούν την επικράτηση του άγχους και πολλών ψυχολογικών διαταραχών. (Σταματίου, 2014)

Ειδικά για την περιγεννητική περίοδο, από την εγκυμοσύνη ως και τη λοχεία, οι περισσότερες μελέτες συμφωνούν πως το χαρακτηριστικό του έντονου νευρωτισμού είναι από τα κύρια χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την εμφάνιση καταθλιπτικών και αγχώδων διαταραχών. (Σταματίου,2014)

4.2. Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ

Κατά το πέρασμα στην μητρότητα η προσωπικότητα της γυναίκας επηρεάζεται τόσο από εσωτερικούς και βιολογικούς παράγοντες όσο και από παράγοντες που σχετίζονται με την κοινωνία και το περιβάλλον.

Η εγκυμοσύνη, ο τοκετός και η λοχεία οδηγούν τη γυναίκα σε ένα εξελικτικό στάδιο ωρίμανσης, μεγαλύτερης συνειδητότητας και εσωτερίκευσης κατά το οποίο μπορεί να υπερισχύει το αίσθημα της διαίσθησης και λιγότερο της λογικής. Παράλληλα τροποποιούνται και εξελίσσονται στοιχεία του χαρακτήρα της καθώς καλείται να γίνει περισσότερο υπεύθυνη αναλαμβάνοντας το νέο της ρόλο. Οι έρευνες γύρω από τις αλλαγές στα στοιχεία της προσωπικότητας στην περίοδο της μητρότητας είναι λίγες, οι περισσότερες όμως συμφωνούν πως το διάστημα αυτό είναι δυνατόν να προκύψουν καινούριες και άγνωστες πτυχές της προσωπικότητας. (Μωραΐτου,2007)

Πολλές από τις ψυχολογικές αλλαγές της περιγεννητικής περιόδου παρουσιάζουν ομοιότητες με τις αλλαγές της εφηβείας ενώ παράλληλα μπορούν να προκαλέσουν την εμφάνιση ιδιόρρυθμης συμπεριφοράς. Για να καταφέρει να ανταπεξέλθει σε αυτές τις ψυχολογικές διακυμάνσεις χωρίς να επηρεαστεί αρνητικά θα πρέπει η γυναίκα να είναι ψυχικά ισορροπημένη και υγιής. Η τάση για εσωστρέφεια είναι μια συχνή και αναμενόμενη κατάσταση καθώς γεννάται η ανάγκη για αυτοεπίγνωση και αναγνώριση των καινούριων συναισθημάτων που προκύπτουν. Η αυτοεκτίμηση και η αισιοδοξία θεωρούνται καθοριστικής σημασίας στην διαχείριση των συναισθηματικών αλλαγών και την αποτροπή καταθλιπτικών συμπεριφορών. Είναι συχνό οι γυναίκες, ειδικά στην εγκυμοσύνη, να νιώθουν άσχημα για τον εαυτό τους, την

εικόνα τους, όπως και να διακατέχονται από απαισιοδοξία ή απογοήτευση. (Μωραΐτου,2007)

Πολλές γυναίκες αδυνατούν να βιώσουν τη μητρότητα με τον τρόπο που προβάλλεται από την πλευρά της κοινωνίας, αυτόν της ευτυχισμένης και χαρούμενης νέας μητέρας, με αποτέλεσμα να νιώθουν ενοχικές. (Αντωνίου και συν.,2015) Τα αμφίθυμα συναισθήματα είναι παρόντα σε πολλά στάδια της μητρότητας. Μη ρεαλιστικοί φόβοι και ανησυχίες, δυσaréσκεια ή απογοήτευση, εκρήξεις θυμού έως και μίσους μπορεί να συνυπάρχουν χωρίς να υποδηλώνουν κάποια ψυχική διαταραχή. Οι συμπεριφορές αυτές είναι φυσιολογικό να παρουσιάζονται αν σκεφτεί κανείς τις τεράστιες προκλήσεις και ανάγκες της μητρότητας. (Αντωνίου και συν.,2015)

Επιπλέον, είναι πιθανό να παρουσιαστεί μια ψυχική παλλινδρόμηση, κατά την οποία η γυναίκα επιστρέφει σε στάδια του παρελθόντος ανακαλώντας βιώματα και πεποιθήσεις που βίωσε σε προηγούμενα στάδια της ζωής της. Έχει αποδειχθεί πως ο τρόπος που διαχειρίζεται μια γυναίκα την μητρότητα σχετίζεται στενά με την εικόνα που έχει η ίδια από τη μητέρα της και τα βιώματα της σαν βρέφος. (Αντωνίου και συν.,2015)

4.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ

Τα συναισθήματα και ο τρόπος που αντιλαμβάνεται μια γυναίκα τα γεγονότα της ζωής της επηρεάζουν σημαντικά και τον τρόπο που διαχειρίζεται τις ψυχολογικές αλλαγές της μητρότητας.

Έχει παρατηρηθεί πως οι γυναίκες που διακατέχονται από θετικά συναισθήματα και μια θετική εικόνα του εαυτού είναι περισσότερο έτοιμες να διαχειριστούν τις δυσκολίες που συνοδεύουν την μητρότητα. Μελέτη της επίδρασης των συναισθημάτων στην κατάθλιψη της περιγεννητικής περιόδου, αναδεικνύει τα ευεργετικά αποτελέσματα των θετικών συναισθημάτων στην πρόληψη της μεταγεννητικής κατάθλιψης. Από την άλλη πλευρά, διαπιστώνεται πως τα αρνητικά συναισθήματα επηρεάζουν τις γυναίκες περισσότερο κατά την εγκυμοσύνη λόγω μεγαλύτερης ευαλωτότητας κατά την περίοδο αυτή. Μια άλλη εξήγηση θα μπορούσε να είναι ότι το γεγονός του

τοκετού κατακλύζει με τόσο ευχάριστα συναισθήματα τη νέα μητέρα ώστε δρα προστατευτικά ως ένα βαθμό στην εδραίωση αρνητικών συναισθημάτων στη λοχεία.(Μωραΐτου,Γαλανάκης και συν.,2010)

Όσον αφορά τον τοκετό, τα συναισθήματα ποικίλουν και μπορεί να έρχονται σε σύγκρουση. Το άγχος, η αγωνία, ο φόβος και η απογοήτευση κατά τα πρώτα στάδια, δίνουν τη θέση τους στην ευτυχία, χαρά και ανακούφιση μετά την έξοδο του εμβρύου. Άλλωστε τη στιγμή της γέννησης έρχεται το τέλος μιας τεράστιας προσμονής για την μητέρα. Πολλές αισθάνονται ένα είδος θριάμβου και έκστασης ενώ άλλες βιώνουν συναισθήματα ενθουσιασμού παρόμοια με του έρωτα.(Δραγώνα,1987)

Επιπλέον, εφ' όσον νιώθουν ικανοποιημένες από την εμπειρία του τοκετού αισθάνονται περηφάνεια και υψηλή αυτοεκτίμηση. Σύμφωνα με έρευνες, τα συναισθήματα αυτά είναι παρόντα πολύ πιο συχνά σε γυναίκες που γέννησαν φυσιολογικά παρά σε αυτές που προχώρησαν σε καισαρική τομή ή επεμβατικό τοκετό.(Μωραΐτου,Λυκερίδου και συν.,2007)

Από την άλλη πλευρά,υπάρχει και η περίπτωση ο τοκετός να ενεργοποιήσει καταπιεσμένα και δυσάρεστα συναισθήματα ή καταστάσεις που βρίσκονται κρυμμένα στο υποσυνείδητο και μπορεί να σχετίζονται με προσωπικά βιώματα ή με την σχέση της ίδιας με τη μητέρα της.(Δραγώνα,1987)

Οι επαγγελματίες υγείας που στηρίζουν τη γυναίκα οφείλουν να παροτρύνουν και να συμβουλεύουν τη γυναίκα να υιοθετήσει συνήθειες που ευνοούν την παρουσία θετικών συναισθημάτων και σκέψεων ώστε να αισθάνεται χαρούμενη, ενεργητική και δραστήρια αυξάνοντας παράλληλα και την αυτοεκτίμηση της.(Μωραΐτου,Γαλανάκης και συν.,2010)

4.4. ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΦΟΒΟΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ

4.4.1. 'ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ

Κάθε γυναίκα στην κύηση καλείται να βιώσει μεγάλες αλλαγές σε επίπεδο κοινωνικό, ψυχοσωματικό, εργασιακό, οικογενειακό κ.λ.π.

Οι αλλαγές αυτές είναι επόμενο να προδιαθέτουν στην εμφάνιση άγχους, πόσο μάλλον σε περιπτώσεις που μια κύηση δεν είχε προγραμματιστεί. Η έγκυος αναλαμβάνει να προσαρμόσει τις συνθήκες της ζωής της σύμφωνα με τα δεδομένα της εγκυμοσύνης αντιμετωπίζοντας αρκετές δυσκολίες (π.χ.οικονομικές λόγω διακοπής της εργασίας της) κι αυτό αυξάνει την ψυχολογική πίεση και το άγχος σε μέγιστο βαθμό.(Μωραΐτου,2007)

Τα επίπεδα του άγχους ωστόσο φαίνεται πως διαφοροποιούνται σε κάθε τρίμηνο της κύησης. Αρχικά στο πρώτο, η γυναίκα βιώνει έντονο άγχος προσπαθώντας να προσαρμοστεί με τη νέα κατάσταση που δεν είναι γνώριμη, ειδικά αν πρόκειται για πρωτοτόκο.Έπειτα το άγχος μπορεί να μετριάζεται, κάνοντας την εμφάνιση του ξανά κατά το τρίτο τρίμηνο όπου πλέον πλησιάζει ο τοκετός και κυριαρχεί μεγάλη ανησυχία για την διαδικασία του τοκετού αλλά και την υγεία του παιδιού.(Μωραΐτου,2007)

Συνήθεις αιτίες άγχους

- υπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις της κύησης που μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο το έμβρυο ή την ίδια
- ανησυχίες για την υγεία και ακεραιότητα του παιδιού
- το τακτικό screening στο οποίο υποβάλλεται
- αλλαγές στο σώμα της γυναίκας οι οποίες μειώνουν παράλληλα και την αυτοπεποίθηση της
- προβλήματα στο οικογενειακό, εργασιακό περιβάλλον
- διαδικασία του τοκετού, ο πόνος, ο τρόπος του τοκετού

(Μωραΐτου,2007)

Επιπτώσεις του άγχους κατά την κύηση

Μία αγχώδης κατάσταση που επιμένει για μεγάλο διάστημα εγκυμονεί κινδύνους για την υγεία της γυναίκας, του παιδιού αλλά και την εξέλιξη της κύησης. Η υγεία της γυναίκας, συχνά παραμελείται από την ίδια καθώς στην προσπάθεια της να διαχειριστεί το άγχος μπορεί να καταφεύγει σε χρήση ουσιών (κάπνισμα, αλκοόλ κλπ) ή να παραμελεί τη σωστή διατροφή της. Η κύηση μπορεί να απειληθεί ή να τερματιστεί πρόωρα ενώ είναι πιθανό να παρουσιαστούν δυσκολίες και στον τοκετό. (Μωραΐτου,2007)

Το παιδί σαν έμβρυο επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό, καθώς το άγχος πυροδοτεί την έκκριση αδρεναλίνης και κορτιζόνης οι οποίες διαπερνούν τον πλακούντα. Σύμφωνα με μελέτες, το άγχος επιδρά με κάποιο τρόπο στον εγκέφαλο του εμβρύου. Ειδικά κατά την περίοδο από την 12η έως την 22η εβδομάδα κύησης, το αυξημένο άγχος σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών κατά την παιδική ηλικία. Επιπλέον, το έμβρυο που έχει βιώσει αγχογόνες καταστάσεις έχει περισσότερες πιθανότητες να γίνει σαν παιδί υπερκινητικό, να παρουσιάζει ευερεθιστότητα, αγχώδεις διαταραχές ή να αντιμετωπίζει προβλήματα διατροφής και ύπνου. (Μωραΐτου,2007)

Πρόληψη του άγχους

Η συναισθηματική και πρακτική υποστήριξη από τον σύντροφο, την οικογένεια ή τους φίλους θεωρούνται πρωταρχικής σημασίας στην πρόληψη του άγχους. Έπειτα, οποιαδήποτε ενασχόληση στοχεύει στην ευεξία και χαλάρωση όπως η παρακολούθηση μαθημάτων ψυχοπροφυλακτικής, η γιόγκα, η φυσική άσκηση, και η ισορροπημένη διατροφή, ενισχύει την αυτοπεποίθηση και ηρεμία και ευνοεί την διατήρηση ευχάριστων συναισθημάτων αποτρέποντας το άγχος. (Μωραΐτου,2007)

4.4.2. Ο ΦΟΒΟΣ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Ο πόνος και η αναμονή του κατά τον τοκετό είναι απόλυτα φυσιολογικό να αυξάνει τον φόβο σε κάθε γυναίκα και ειδικά στις πρωτότοκες που δεν έχουν ξαναβιώσει ανάλογη εμπειρία.

Συνήθως οι γυναίκες κυριαρχούνται από ανησυχία και φόβο γύρω από την ένταση του πόνου, την ικανότητα τους να ανταπεξέλθουν σε αυτόν, αλλά και από τη διαδικασία και τις συνθήκες του τοκετού. Επιπλέον, συχνές είναι και οι φοβίες σχετικά με την έκβαση του τοκετού, την υγεία και ακεραιότητα του παιδιού και της ίδιας. Πρόκειται για φόβους ρεαλιστικούς ως επί το πλείστον οι οποίοι παρουσιάζονται και σε γυναίκες που ξαναβίωσαν την εμπειρία. Επίσης δεν σημαίνει απαραίτητα πως η απόκτηση ενημέρωσης για ζητήματα που αφορούν τον τοκετό θα εξαλείψει την αγωνία και το φόβο, καθώς καμία φορά λειτουργεί αντίθετα, και η λεπτομερής γνώση και ενημέρωση μπορεί να ενισχύει κάποια φοβία. (Δραγώνα,1987)

Όσον αφορά την επίδραση στον τοκετό, έχει αποδειχθεί πως ο φόβος αυξάνει την αδρεναλίνη, τη νοραδρεναλίνη, την κορτιζόλη και τις κατεχολαμίνες. Ειδικά για τις κατεχολαμίνες, μία ενδεχόμενη αύξηση τους στο πρώτο στάδιο του τοκετού προκαλεί μειωμένη αιμάτωση στη μήτρα αλλά και στον πλακούντα, με σοβαρότατο κίνδυνο την υποξυγόνωση του εμβρύου. Επιπλέον, μειώνονται οι συστολές, γίνονται πιο αδύναμες, διαρκούν λιγότερο και παρατείνεται ο τοκετός ή προκύπτουν μαιευτικές επιπλοκές. (Τραγέα,2005)

Στο δεύτερο στάδιο του τοκετού συχνές αιτίες εκδήλωσης του φόβου είναι:

- η σωματική καταπόνηση και απογοήτευση ή απελπισία λόγω της πολύωρης προσπάθειας, οι εξετάσεις που πραγματοποιούνται στα γεννητικά όργανα
- η ανησυχία της γυναίκας για την πιθανότητα άβολων καταστάσεων (π.χ.απώλεια κοπράνων) ή για τον τρόπο που εκδηλώνει τα συναισθήματα της (π.χ. φωνές)

- η απουσία διακριτικότητας (είναι σύνηθες να παρίστανται και άλλα άτομα στην αίθουσα τοκετού)
- διάφορες ανησυχίες για την υγεία του εμβρύου, κ.α.(Τραγέα,2005)

Τέλος, στο στάδιο της εξώθησης, τα αισθήματα του φόβου συχνά προκαλούν μία αναστολή, ένα σταμάτημα τη στιγμή της εξώθησης. Κάποιος που έχει την κατάλληλη εμπειρία μπορεί να διακρίνει τον φόβο ακόμη και από το περίνεο που παρουσιάζεται σφιγμένο και άκαμπτο. Στο σημείο αυτό η επίτοκος θα πρέπει να πιστέψει στις δυνάμεις της, να επιβραβεύεται για τις προσπάθειες της και να χαλαρώσει ώστε να καταφέρει να εξωθήσει.(Τραγέα,2005)

Τοκοφοβία

Η τοκοφοβία είναι ο υπερβολικός φόβος για τη διαδικασία του τοκετού, σε παθολογικό βαθμό, λόγω του οποίου η γυναίκα αποκτά μια συμπεριφορά αποφευκτική, όσον αφορά τον τοκετό ή σε πιο ακραίο βαθμό τη μητρότητα και μπορεί να οδηγήσει ακόμη και σε άρνηση της να τεκνοποιήσει. Ορισμένες εάν τελικά μείνουν έγκυες μπορεί να επιλέξουν την άμβλωση ενώ το πιο σύνηθες είναι να επιλέγουν μια προγραμματισμένη καισαρική τομή. (Νταβού,2017)

Η πιο συχνή αιτία τοκοφοβίας είναι ο πόνος του τοκετού. Άλλες συχνές αιτίες είναι οι συνθήκες κάτω από τις οποίες πραγματοποιείται ο τοκετός, ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και η έλλειψη εμπιστοσύνης σε αυτούς αλλά και στις ίδιες τις ικανότητες της. (Νταβού,2017)

Σύμφωνα με μελέτες, η τοκοφοβία παρουσιάζεται πιο συχνά σε πρωτότοκες. Πέρα από το 20 % των εγκύων δηλώνει πως βιώνει σημαντικό φόβο για τον τοκετό, ενώ ένα 6% τον βιώνει τόσο έντονα που δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινή τους ζωή. Η τοκοφοβία οπωσδήποτε ενισχύεται από ακραίες σκέψεις και φοβίες της γυναίκας, όπως το ενδεχόμενο θανάτου του παιδιού ή της ίδιας, ή έντονες ανησυχίες για την υγεία και ακεραιότητα του παιδιού (φόβοι να γεννηθεί ανάπηρο ή με δυσπλασίες κ.λ.π.). Προηγούμενες άσχημες εμπειρίες στη ζωή μιας γυναίκας όπως μια

τραυματική εμπειρία τοκετού και η πιθανότητα αυτή να επαναληφθεί εντείνουν την τοκοφοβία. Επίσης, γυναίκες που βίωσαν κάποια σωματική κακοποίηση, βιώνοντας τον πόνο του τοκετού, πιθανόν να φοβούνται πως θα ξαναβιώσουν στιγμές έντονου στρες νιώθοντας αβοήθητες. (Νταβού,2017)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ ΣΤΟΝ ΠΟΝΟ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

5.1. ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΩΝ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ ΓΟΝΕΙΚΟΤΗΤΑΣ - ΤΟΚΕΤΟΥ

Όλο και περισσότερες γυναίκες και ζευγάρια στις μέρες μας επιλέγουν να συμμετέχουν σε προγράμματα προετοιμασίας γονεικότητας και τοκετού προκειμένου να ενημερωθούν και να λάβουν βοήθεια σε θέματα που σχετίζονται με την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία. Οι συνεδρίες αυτές πραγματοποιούνται υπό την καθοδήγηση και εκπαίδευση εξειδικευμένης μαίας ή κάποιας ομάδας επαγγελματιών υγείας και περιλαμβάνουν την ενημέρωση αλλά και θεωρητική και βιωματική εκπαίδευση της εγκύου, ώστε να προετοιμαστεί με τον καλύτερο τρόπο για τον τοκετό και την περίοδο της μητρότητας. Στις μέρες μας συνηθίζεται να παρίστανται και ο σύντροφος σε αυτές τις συνεδρίες, γεγονός που μπορεί να βοηθήσει ακόμη περισσότερο τις μελλοντικές μητέρες.

Απώτερος σκοπός των προγραμμάτων προετοιμασίας γονεικότητας και τοκετού είναι να εξοπλίσουν την γυναίκα με τις κατάλληλες δεξιότητες που θα την βοηθήσουν να διαχειριστεί με τον καλύτερο τρόπο την εγκυμοσύνη και τον τοκετό αλλά και το ζευγάρι ώστε να ανταποκριθεί κατάλληλα στις απαιτήσεις που προκύπτουν από την φροντίδα του παιδιού.

Όσον αφορά την κύηση, οι συνεδρίες περιλαμβάνουν λεπτομερή ενημέρωση και εκπαίδευση για ζητήματα που αφορούν την φυσιολογία της εγκυμοσύνης, την ανάπτυξη του εμβρύου, τις διατροφικές απαιτήσεις, τις ψυχικές και σωματικές αλλαγές και τους τρόπους διαχείρισής τους. Ο θηλασμός και η φροντίδα του νεογνού είναι επίσης από τα πιο βασικά θέματα για τα οποία ενημερώνεται και εκπαιδεύεται η γυναίκα. (Lowdermilk και συν. 2013)

Στα μαθήματα που αφορούν τον τοκετό από την άλλη, γίνεται εντατική εκπαίδευση σε θέματα σχετικά με τη διαδικασία του τοκετού, εκμάθηση των διαθέσιμων τεχνικών και ασκήσεων, όπως οι τεχνικές χαλάρωσης και αναπνοής, που στοχεύουν στην αντιμετώπιση του στρες και του φόβου με σκοπό την ανακούφιση από τον πόνο. Επιπλέον, αναλύονται όλες οι διαθέσιμες επιλογές που υπάρχουν και σχετίζονται με τον τύπο της μαιευτικής φροντίδας, το περιβάλλον του τοκετού, τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της φαρμακευτικής και μη φαρμακευτικής διαχείρισης του πόνου. Με αυτό τον τρόπο ενθαρύνεται η συνειδητή επιλογή στη λήψη αποφάσεων, γεγονός που προσφέρει μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εμπειρία του τοκετού. (Lowdermilk και συν. 2013)

Οι γυναίκες μέσα από τις συνεδρίες αντιλαμβάνονται πως η προετοιμασία τοκετού δεν εκμηδενίζει τον πόνο του τοκετού και ούτε πρέπει να είναι αυτοσκοπός. Άλλωστε σύμφωνα με μελέτες, οι γυναίκες που έχουν προετοιμαστεί για τον τοκετό δεν αρνούνται πως βίωσαν πόνο, σίγουρα όμως ένιωσαν πιο ικανές να τον διαχειριστούν, γεγονός που τους προσφέρει σημαντική ικανοποίηση από την διαδικασία του τοκετού. (Lowdermilk και συν. 2013)

Η προγεννητική προετοιμασία μπορεί επίσης να προσφέρει πολύτιμη ψυχική και συναισθηματική υποστήριξη σε όλες τις φάσεις της περιγεννητικής περιόδου.

Η ψυχολογική υποστήριξη που παρέχουν τα μαθήματα προετοιμασίας γονεϊκότητας συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στην διασφάλιση της ψυχικής υγείας, αλλά και την πρόληψη και ανίχνευση τυχόν ψυχικής ευαλωτότητας και διαταραχών. Τα άτομα που διδάσκουν σε αυτές τις συνεδρίες έχουν την κατάλληλη εμπειρία να ανιχνεύσουν τυχόν παθολογικά συμπτώματα ενώ μέσα από το κλίμα εμπιστοσύνης που καλλιεργείται η γυναίκα ή / και ο σύντροφος ενθαρύνονται να αναζητήσουν βοήθεια εφ' όσον νιώθουν την ανάγκη. Πέρα από αυτό, περιορίζουν την κοινωνική απομόνωση καθώς αποτελούν έναν εξαιρετικό χώρο κοινωνικοποίησης και αμοιβαίας συναλλαγής, όπου άνθρωποι με κοινά ενδιαφέροντα μοιράζονται φόβους εμπειρίες και συναισθήματα και αυτό δρα με ευεργετικό τρόπο στην

ψυχροσύνθεση της γυναίκας και του συντρόφου. Οι νέοι γονείς συνειδητοποιούν ότι μπορεί να αντιμετωπίσουν συνθήκες διαφορετικές από τις προσδοκίες τους και είναι περισσότερο προετοιμασμένοι να τις αντιμετωπίσουν. Επιπλέον, μαθαίνουν να ανιχνεύουν και να εντοπίζουν πιθανά σημάδια ψυχικής ευαλωτότητας ώστε αν παρουσιαστούν να τα αντιμετωπίσουν καταλλήλως. Ο σύντροφος μπορεί να υποστηρίξει ενεργά τη γυναίκα σε αυτές τις δυσκολίες και να ανιχνεύσει εγκαίρως πιθανές ανησυχητικές αλλαγές στην ψυχολογία της που η ίδια δεν αντιλαμβάνεται, προτρέποντας την να αναζητήσει βοήθεια ή να το κάνει ο ίδιος. (Αντωνίου και συν., 2015)

5.2. Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ - Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ

Στις παραδοσιακές κοινωνίες, στα παλιά χρόνια τον ρόλο των συνεδριών αυτών με κάποιο τρόπο τον εκπλήρωναν, αρκετά αποτελεσματικά μάλιστα, άτομα του κοινωνικού περίγυρου της γυναίκας (συγγενείς, φίλοι, ακόμη και γείτονες).

Στις κοινωνίες αυτές, η γυναίκα είχε κοντά της μια πληθώρα ανθρώπων από τους οποίους αντλούσε δύναμη και βοήθεια, λάμβανε συμβουλές από την εμπειρία τους ενώ αισθανόταν περισσότερη σιγουριά και αυτοπεποίθηση βιώνοντας τον τοκετό και τη λοχεία με πολύ λιγότερο άγχος και φόβο. Στις μέρες μας όμως ο σύγχρονος τρόπος ζωής έχει μετατρέψει την διαδικασία της μητρότητας από ένα κοινωνικό γεγονός σε μια ξεκάθαρα ατομική υπόθεση. Το ρόλο της συμπαράστασης, συμβουλευτικής και υποστήριξης που αναλάμβανε η κοινωνία, αντικατέστησαν ο σύντροφος και οι επαγγελματίες υγείας χωρίς τα επιθυμητά πάντα αποτελέσματα. Έτσι η γυναίκα καλείται να αντιμετωπίσει μόνη την αγωνία, το άγχος και τους φόβους της βασιζόμενη στις οδηγίες των επαγγελματιών υγείας και τη στήριξη του συντρόφου. (Δραγώνα, 1987)

Η ψυχική κατάσταση της γυναίκας την ώρα του τοκετού διαταράσσεται από πολλούς διαφορετικούς παράγοντες κάνοντας τη γυναίκα να νιώθει

ευάλωτη, και φοβισμένη. Συχνά λόγω των συνθηκών του νοσοκομειακού περιβάλλοντος και των παρεμβάσεων που λαμβάνουν χώρα, οι γυναίκες καταπιέζουν σημαντικά τα συναισθήματά τους, νιώθουν φόβο, απογοήτευση ή αισθάνονται πως οι προσδοκίες τους δεν έχουν εκπληρωθεί. (Αντωνίου και συν., 2015)

Για να αποφευχθούν όσο το δυνατόν αυτά τα συναισθήματα τα οποία κλονίζουν την ψυχική της υγεία, είναι σημαντικό να παρίστανται άτομα που τη στηρίζουν πρακτικά και ψυχολογικά. Πέρα από τον σύντροφο του οποίου η βοήθεια κρίνεται πολύτιμη, ο ρόλος της μαίας θεωρείται εξίσου σημαντικός στην υποστήριξη της επιτόκου. Η συμβολή της είναι καθοριστική για την πορεία και εξέλιξη του τοκετού, καθώς επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη στάση της γυναίκας.

Η μαία καθώς ανήκει στο ίδιο φύλο, αυτόματα εμπνέει εμπιστοσύνη και μεγαλύτερη οικειότητα στην γυναίκα. Η δημιουργία μιας αμοιβαίας σχέσης επικοινωνίας και εμπιστοσύνης μεταξύ τους είναι αναγκαία. Για να συμβεί αυτό θα πρέπει η γυναίκα να αντιμετωπίζεται με ενσυναίσθηση, τρυφερότητα και σεβασμό. (Αντωνίου και συν., 2015)

Η μαία οφείλει κατά την υποστήριξη που παρέχει στην επιτόκο να :

- παρέχει αναλυτική ενημέρωση για τη διαδικασία που ακολουθείται σε κάθε στάδιο του τοκετού, τις παρεμβάσεις που μπορεί να χρειαστούν και τους λόγους που γίνονται
- να σέβεται τις επιθυμίες της και να στηρίζει τα δικαιώματά της
- να την ενθαρύνει να αναλάβει πρωτοβουλίες εάν το επιθυμεί συμβάλλοντας έτσι στην ενεργή της συμμετοχή στον τοκετό

(Αντωνίου και συν., 2015)

- να εξασφαλίζει τις συνθήκες του περιβάλλοντος που ευνοούν την άνεση και διακριτικότητα

- να παρέχει και να προτείνει εναλλακτικούς τρόπους και μέσα ώστε να διαχειριστεί τις δυσκολίες του τοκετού
- να της παρέχει επιβράβευση και συνεχή ενθάρυνση
- να παραμένει στο πλάι της σε όλες τις φάσεις του τοκετού προσφέροντας ασφάλεια και τρυφερότητα

(Τραγέα,2005)

5.3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

5.3.1. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ ΤΟΚΕΤΟΥ

Από την διεθνή βιβλιογραφία προκύπτει πως τα προγράμματα προετοιμασίας τοκετού προσφέρουν σημαντικά οφέλη στις γυναίκες που τα παρακολουθούν.

Ορισμένα από τα οφέλη που προσφέρουν είναι η πρακτική και ιδιαίτερα η συναισθηματική υποστήριξη που παρέχεται στην γυναίκα, μέσω της οποίας μπορούν να αποτραπούν πολλές επιπλοκές κατά τον τοκετό καθώς και να ελαττωθούν οι πιθανότητες εμφάνισης καταθλιπτικών διαταραχών στη λοχεία.

Από την δεκαετία του 90 ακόμη, έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες γύρω από την αποτελεσματικότητα των μαθημάτων που προετοιμάζουν για τον τοκετό καταλήγοντας στα εξής συμπεράσματα:

Μελέτη του Hetherington (1990), εντόπισε μείωση της ανάγκης για φαρμακευτική αναλγησία και των περιπτώσεων υποβοηθούμενου τοκετού σε γυναίκες που είχαν προετοιμαστεί. Από μια άλλη μελέτη της Rautana, προκύπτει πως η προγεννητική προετοιμασία ενίσχυσε σημαντικά την ικανότητα των γυναικών να ανταπεξέλθουν στις ωδίνες του τοκετού, ενώ και τα νεογνά που γεννήθηκαν ήταν περισσότερο υγιή σε σχέση με τις γυναίκες χωρίς προετοιμασία. (Μωραΐτου,2007)

Η Green(1993) σε μελέτη της σχετικά με τον πόνο και τις προσδοκίες των γυναικών κατά τον τοκετό, κατέληξε στο συμπέρασμα πως μέσα από τα μαθήματα προετοιμασίας οι πιο πολλές γυναίκες ενθαρύνθηκαν να

χρησιμοποιήσουν ελάχιστη ή καθόλου φαρμακευτική αναλγησία , παρόλο που προσδοκούσαν να βιώσουν σημαντικό πόνο. Επιπλέον, παραδέχτηκαν πως άντλησαν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την διαδικασία του τοκετού. Όσον αφορά την χρήση τεχνικών χαλάρωσης και αναπνοής, φάνηκε πως στις γυναίκες που ήταν πεπεισμένες για την αποτελεσματικότητα των τεχνικών αποδείχθηκαν ιδιαίτερα χρήσιμες και αποδοτικές. Τέλος, όπως ήταν αναμενόμενο, ο έντονος φόβος και η ανησυχία για τον πόνο του τοκετού σχετίστηκε με την μειωμένη ικανοποίηση και κακή εμπειρία από τον τοκετό όπως και ψυχολογική ευαλωτότητα κατά τη λοχεία. (Μωραΐτου, 2007).

Πιο πρόσφατες έρευνες παρουσιάζουν επιπλέον πιθανά οφέλη της προγεννητικής προετοιμασίας.

Από έρευνα των Spinelli et al. (2003), σχετικά με τα οφέλη της προγεννητικής προετοιμασίας στην γυναίκα και το νεογνό, συμμετείχε αρκετά μεγάλο ποσοστό γυναικών (9004 γυναίκες), παρατηρήθηκε πως οι γυναίκες που είχαν προετοιμαστεί, συγκεκριμένα το 23% (2065 γυναίκες), είχαν περισσότερες πιθανότητες να γεννήσουν φυσιολογικά, ενώ παράλληλα αισθάνθηκαν περισσότερο ικανοποιημένες από την διαδικασία του τοκετού συγκριτικά με τις άλλες. (Παπαδοπούλου, 2014)

Σε άλλη μελέτη των Maimburg, et al. (2010), σε δείγμα 603 γυναικών όπου οι 590 είχαν λάβει προετοιμασία, βρέθηκε πως η προετοιμασία βοήθησε τις συμμετέχουσες να διαχειριστούν πιο αποτελεσματικά τον τοκετό, είχαν μειωμένες ανάγκες σε επισκληρίδια αναλγησία ενώ προσερχόταν στο νοσοκομείο σε προχωρημένο στάδιο διαστολής. (Παπαδοπούλου, 2014)

5.3.2. ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Η συμπληρωματική μαιευτική φροντίδα αποκτά τα τελευταία χρόνια πολλούς υποστηρικτές, εμπεριέχει πολλών ειδών υποσχόμενες τεχνικές διαχείρισης του πόνου του τοκετού ενώ δύναται να χρησιμοποιηθεί συνδυαστικά με την ιατρική επιστήμη.

Μια πρόσφατη μελέτη σχετικά με τα πιθανά οφέλη των συμπληρωματικών θεραπειών στην διαδικασία του τοκετού πραγματοποιήθηκε από τους Li Mei

Koh et al.(2019), κατά την οποία το δείγμα της μελέτης ήταν αρκετά μεγάλο, χρειάζονται όμως επιπλέον ερευνητικά δεδομένα για να εξαχθούν ασφαλή στατιστικά συμπεράσματα.

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών , συνολικά 1044 γυναίκες από τις οποίες, 397 είχαν κάνει χρήση ενός συνδυασμού συμπληρωματικών θεραπειών, έναντι 647 που δέχτηκαν την κλασική μαιευτική φροντίδα. Η μελέτη ωστόσο δεν έλαβε υπόψη την επίδραση που μπορεί να ασκούν τα κοινωνικοοικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά, ούτε περιλάμβανε το σύνολο των διαθέσιμων μεθόδων συμπληρωματικής θεραπείας παρά μόνο τον συνδυασμό 3 τεχνικών, του βελονισμού, της ρεφλεξιολογίας και της αρωματοθεραπείας.

Απο τα δεδομένα προέκυψαν τα εξής συμπεράσματα από την χρήση συμπληρωματικών θεραπειών:

Για τις πρωτοτόκες, ο τοκετός ήταν πιθανότερο να έχει μικρότερη διάρκεια ενώ λιγότερες ήταν οι πιθανότητες να χρειαστούν ωκυτοκίνη ή να κάνουν χρήση επισκληρίδιας αναλγησίας. Επιπλέον, ο μέσος όρος απώλειας αίματος ήταν μειωμένος. Τα αποτελέσματα αυτά παρουσιάστηκαν πιο συχνά σε γυναίκες που γέννησαν αυθόρμητα. Επιπλέον, οι πρωτοτόκες που χρησιμοποίησαν συμπληρωματικές θεραπείες φαίνεται πως ενθαρύνθηκαν περισσότερο να καταφέρουν να πραγματοποιήσουν ένα φυσικό τοκετό και ήταν πιο θετικές στο να αποφύγουν την χρήση επισκληρίδιας αναλγησίας. Ήταν πιο πιθανό εξάλλου να μην είναι καθηλωμένες στον τοκετό , γεγονός που διευκόλυνε την πρόοδο του τοκετού. (Li mei Koh et al., 2019)

Δεν παρουσιάστηκαν αισθητές διαφορές όσον αφορά την πρόκληση τοκετού σε γυναίκες που χρησιμοποίησαν συμπληρωματικές θεραπείες. Τα πιθανά οφέλη που παρουσιάστηκαν παραπάνω αφορούν αποκλειστικά πρωτοτόκες ενώ στις πολυτόκες δεν υπήρξε κάποιο συγκριτικό πλεονέκτημα κατά την χρήση τους. Για την ακρίβεια μάλιστα , παρατηρήθηκε ένα υψηλό ποσοστό περινεϊκού τραύματος στις πολυτόκες με χρήση συμπληρωματικών θεραπειών ωστόσο ο απόλυτος αριθμός των περιπτώσεων που μελετήθηκαν

ήταν μικρός για να εξαχθούν αξιόπιστα στατιστικά συμπεράσματα.(Li mei Koh et al.,2019)

5.3.3. ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ – ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ

Μια διαφορετική μελέτη των Smith et al.(2006), περιλαμβάνει ερευνητικά δεδομένα για την διαχείριση του πόνου του τοκετού από συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες (εκτός της βιοανατροφοδότησης), συγκρινόμενες με τις συμβατικές θεραπείες ή με την απουσία θεραπειών.

Στη μελέτη συμμετείχαν 1448 γυναίκες και οι θεραπείες που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ο βελονισμός, η μουσικοθεραπεία, η αρωματοθεραπεία, η ύπνωση, το μασάζ και η χαλάρωση.

Από τα συμπεράσματα προέκυψε πως οι γυναίκες που έκαναν χρήση του βελονισμού είχαν μειωμένη ανάγκη για ανακούφιση από τον πόνο του τοκετού, εκείνες που χρησιμοποίησαν την ύπνωση είχαν επίσης μειωμένες ανάγκες σε φαρμακευτική αναλγησία, συμπεριλαμβανομένης και της επισκληρίδας αναλγησίας, ενώ δήλωσαν περισσότερο ικανοποιημένες από την διαχείριση του πόνου συγκριτικά με τις υπόλοιπες γυναίκες.(Smith et al.,2006)

Η χρήση των υπόλοιπων τεχνικών δεν κατέληξε σε κάποιο αξιόλογο όφελος, ωστόσο χρειάζεται να ερευνηθούν περισσότερα δεδομένα από την χρήση των εναλλακτικών και συμπληρωματικών θεραπειών προκειμένου να εξαχθούν στατιστικά ασφαλή συμπεράσματα. (Smith et al.2006)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο πόνος του τοκετού είναι αναπόσπαστο κομμάτι της διαδικασίας της γέννησης, είναι αναμφίβολα ιδιαίτερα ισχυρός και πολλές φορές ανυπόφορος. Φαίνεται όμως πως η ψυχοσύνθεση της γυναίκας την ώρα του τοκετού καθορίζει σε σημαντικό βαθμό την εξέλιξη του. Ο φόβος, το άγχος και η έλλειψη ενημέρωσης ενισχύουν την ανασφάλεια και ευαλωτότητα της επιτόκου, ενώ έχει αποδειχθεί πως επηρεάζουν σημαντικά την ένταση του πόνου.

Στην σύγχρονη εποχή, υπάρχει ένα σημαντικό εύρος μεθόδων και τεχνικών που προσφέρουν ανακούφιση από τον πόνο. Κάθε μέθοδος ή θεραπεία θα πρέπει πριν εφαρμοστεί, να διερευνάται κατάλληλα όσον αφορά την αποτελεσματικότητα, τις πιθανές παρενέργειες σε μητέρα και νεογνό και τις επιπτώσεις στην εξέλιξη του τοκετού. Επιπλέον, η επίτοκος πρέπει να ενημερώνεται διεξοδικά για τα οφέλη αλλά και τα μειονεκτήματα της εκάστοτε θεραπείας, να είναι σύμφωνη και ελεύθερη να επιλέξει εάν της ταιριάζει.

Από το σύνολο των διαθέσιμων μεθόδων αντιμετώπισης του πόνου, η μοναδική μέθοδος που επιτυγχάνει απόλυτη αναλγησία και είναι ταυτόχρονα αρκετά ασφαλής, παραμένει η επισκληρίδια αναλγησία, η οποία όμως δεν παύει να είναι μια φαρμακευτική μέθοδος με ορισμένες αντενδείξεις και παρενέργειες. Ωστόσο, υπάρχουν διαθέσιμες δεκάδες μη φαρμακευτικές τεχνικές αντιμετώπισης του πόνου του τοκετού που μπορούν να προσφέρουν αρκετά οφέλη όσον αφορά την διαχείριση του πόνου αλλά και άλλων παραμέτρων του τοκετού.

Η προγεννητική προετοιμασία για τον τοκετό, προσφέρει πολύτιμα εφόδια στη γυναίκα με αποτέλεσμα να είναι περισσότερο προετοιμασμένη και ικανή να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις του τοκετού.

Μέθοδοι όπως η ψυχοπροφυλακτική, η ύπνωση, και η χαλάρωση, οι οποίες στοχεύουν στην ενίσχυση των ικανοτήτων και της αυτοπεποίθησης της γυναίκας απομακρύνοντας παράλληλα τον φόβο και το άγχος, φαίνεται

πως τη βοηθούν σε σημαντικό βαθμό να αντιμετωπίσει τον πόνο, χωρίς όμως να σημαίνει ότι τον εξαφανίζουν. Οι γυναίκες που κάνουν χρήση αυτών των τεχνικών συνήθως νιώθουν περισσότερη ικανοποίηση από τον εαυτό τους, συμμετέχουν πιο ενεργά σε όλη την διαδικασία αποκομίζοντας στο τέλος μια θετική εμπειρία του τοκετού.

Επιπλέον, οι περισσότερες έρευνες αποδεικνύουν πως η ψυχολογική υποστήριξη την ώρα του τοκετού, είτε από τον σύντροφο είτε από την πλευρά των μαιών, είναι καθοριστική και απαραίτητη στην ενίσχυση της ψυχολογίας της γυναίκας και αυτό επηρεάζει θετικά την στάση της απέναντι στον πόνο αλλά και την συνολική εξέλιξη του τοκετού.

Εν κατακλείδι, οι μη φαρμακευτικοί τρόποι αντιμετώπισης του πόνου, είτε πρόκειται για συμπληρωματικές είτε για εναλλακτικές θεραπείες είναι έως ένα βαθμό χρήσιμες και αποτελεσματικές, ορισμένες μάλιστα πολλά υποσχόμενες, στην αντιμετώπιση του πόνου, χρειάζεται όμως να ερευνηθούν και να αξιολογηθούν περισσότερο ώστε να εξαχθούν σαφή στατιστικά συμπεράσματα γύρω από τον βαθμό αποτελεσματικότητας τους στην ανακούφιση από τον πόνο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αβραμίδου Ε.(2018), *Η αποτελεσματικότητα της ύπνωσης (Hypnobirthing) κατά την διάρκεια του τοκετού ως εργαλείο διαχείρισης του πόνου*, Ελευθώ, Τόμος1, Τεύχος 1, 1-45
- Αντωνίου Ε.,Γεωργιάδου Χ.,Δάγλα Μ.,Καραγιάννη Δ., Μουχτάρη Ι., Πολίτου Κ.,Ρηγούτσου Ε.(2015), *Περιγεννητικές Ψυχικές Διαταραχές-Οδηγός Ενημέρωσης και Ευαισθητοποίησης Επαγγελματιών Υγείας*,Αθήνα: ΦΑΝΑΡΕΤΗ
- Δραγώνα Θ.(1987) *Γέννηση, Η γυναίκα μπροστά σε μια καινούργια ζωή*, Αθήνα:Εκδόσεις Δωδώνη
- Δριτσάκου Κ.,Τζώρτζη Α.(2012), *Βασικές αρχές ψυχοπροφυλακτικής μεθόδου κατά Lamaze σε φυσιολογικό τοκετό*, Ελληνικό περιοδικό νοσηλευτικής επιστήμης, 26- 33
- Ελληνική εταιρεία αλγολογίας, *Αναθεωρημένος ορισμός του πόνου*, ανακτήθηκε:http://www.algologia.org/option=com_content&view=article&id=101&fontstyle=f-larger,προσπέλαση 23-02-2022
- Ιατράκης Γ.(2017), *Επιλεγμένα Θέματα Μαιευτικής* (2η Έκδοση), Αθήνα: Εκδόσεις Ζεβелеκάκη
- Ιατράκης Γ.,Βενετίκου Μ., Καρίκας Α.Γ.,(2017) *Φαρμακολογία στη μαιευτική & γυναικολογία*, Αθήνα: Εκδόσεις Ζεβелеκάκη
- Κυριακού Μ.(2004), *Παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη του πόνου κατά τον τοκετό*, ΕΛΕΥΘΩ (9) ,108-113
- Λουτράδης Δ., Δεληγεώρογλου Ε.,Παπαντωνίου Ν.,Παππά Κ.(2018), *Μαιευτική και Γυναικολογία*, Λευκωσία:Εκδόσεις Broken Hill Publishers LTD, Πασχαλίδης Π.Χ.
- Μωραΐτου Μ.(2007), *Ψυχοσωματική ετοιμασία για τη μητρότητα*, Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνος
- Μωραΐτου Μ.,Γαλανάκης Μ.,Χατζηθεοδώρου Μ., Μάρκου Α.(2010),*Μελέτη στη σχέση μεταξύ αυτοεκτίμησης,θετικών συναισθημάτων και κατάθλιψης κατά την κύηση και τη λοχεία*, Ελληνικό περιοδικό γυναικολογίας & μαιευτικής, Τομος 9,Τεύχος 1,11-29

- Μωραΐτου Μ.,Λυκερίδου Α.(2007), *Η αξιοποίηση του τοκετού για την ανάπτυξη θετικών συναισθημάτων*,Νοσηλευτική 46(4),453-459
- Μωραΐτου Μ.,Μπουρουτζόγλου Μ.,Χατζημιχάλογλου Α.,Καλλία Θ.,(2003) *Ανασκόπηση των φυσικών μεθόδων προετοιμασίας για τον τοκετό*,ΕΛΕΥΘΩ (8) 21-29
- Νούλας Ν.,Παπαδόπουλος Κ.,Καμπάς Ν., Γραικιώτης Α., Κουβαλακίδου Α.(2011) *Πόνος κατά τη διάρκεια του τοκετού και η αντιμετώπιση του* ,ΑΧΑΪΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ, Τόμος 30, τεύχος 1,45-50
- Νταβού Ι.(2017), *Ο ψυχισμός της εγκύου*, Μεταπτυχιακή εργασία, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
- Παπαδοπούλου Σ.(2014), *Επίδραση της άσκησης και της συμβουλευτικής προγεννητικής εκπαίδευσης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης στην απώτερη έκβαση μητέρας και νεογνού*,Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού,Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης-Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
- Παπαθανάκος Γ.,Αρναούτογλου Ε.,Κορρέ Μ., Παπαδόπουλος Γ.(2012) *Η μαιευτική αναλγησία και αναισθησία το 19ο αιώνα στην Ελλάδα*, Ελληνικό περιοδικό γυναικολογίας & μαιευτικής,τόμος 11, Τεύχος 3,97-101
- Ρούσσος Δ. (2015), *Μαιευτική και γυναικολογία*, Θεσσαλονίκη :Εκδόσεις Τζιόλας
- Σταματίου Ε.(2014),*Ψυχοκοινωνική προσαρμογή των γυναικών στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και τρεις μήνες επιλόχεια-ψυχολογικοί,κοινωνικοί και μαιευτικοί παράγοντες*, Τμήμα Ψυχολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
- Τραγέα Ρ.(2005), *Φυσικός τοκετός : εναλλακτικές μέθοδοι μαιευτικής φροντίδας*, Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνος
- Φιλιπποπούλου Ν.(2014), *Η επίδραση της μουσικής στην αίσθηση του πόνου και στο στρες κατά τις τρεις πρώτες ώρες της ενεργητικής φάσης του τοκετού*, Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού,Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης-Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
- Burns Ethel E. , Blamey C.,Lloyd A.J,(2000) *Aromatherapy in childbirth: An effective approach to care*,British Journal of Midwifery,Vol

8, N.10,639-643

- Cluett ER, Burns E, Cuthbert A.(2018), *Immersion in water during labour and birth (Review)*, *Cochrane Database of Systematic Review*, 1-113
- Jordan,S.(2019),*Φαρμακολογία για μαίες-μαιευτές : τεκμηρίωση για ασφαλή κλινική πράξη*, Αθήνα:Εκδόσεις Κωνσταντάρας
- Li Mei Koh,Beccy Percival,Tara Pauley,Sangeeta Pathak (2019),*Complementary therapy and alternative medicine: effects on induction of labour and pregnancy outcome in low risk post-dates women*,*Heliyon* 5,1-7
- Lowdermilk,Perry,Cashion (2013), *Νοσηλευτική Μητρότητας*, 8η έκδοση, Αθήνα: Εκδόσεις Λαγός
- McGeown J.G.,(2009), *Συνοπτική Φυσιολογία του Ανθρώπου με ερωτήσεις αυτοαξιολόγησης* (2η έκδοση), Αθήνα:Εκδόσεις Πασχαλίδης
- Miller R.D.,Eriksson L.I,Fleisher L.A, Wiener-Kronish J.P.,Young W.L. (2014), *Miller Αναισθησιολογία*, Λευκωσία: Εκδόσεις BROKEN HILL PUBLISHERS LTD
- Odent M.(1999), *Η γέννα στο δρόμο της φύσης*, 2η Έκδοση,Αθήνα: Εκδόσεις Θυμάρι
- Smith CA,Collins CT, Cyna AM, Crowther CA.(2006),*Complementary and alternative therapies for pain management in labour (Review)*, *Cochrane Database of Systematic Review*,