



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ



Φοιτήτρια: Ζουμή Μαρία, Α.Μ: ΜΑ01072

Εισηγητής: Εσκιτζής Παναγιώτης

ΠΤΟΛΕΜΑΪΔΑ, 2022



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ



THESIS:

PAIN RELIEF METHODS DURING LABOUR



STUDENT: ZOUMI MARIA R.N.: MA01072

SYUPERVISOR: ESKITZIS PANAGIOTIS

PTOLEMAIDA, 2022

**ΔΗΛΩΣΗ ΜΗ ΛΟΓΟΚΛΟΠΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΛΗΨΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ
ΕΥΘΥΝΗΣ**

Με πλήρη επίγνωση των συνεπειών του νόμου περί πνευματικών δικαιωμάτων, δηλώνω ενυπογράφως, ότι είμαι αποκλειστικός συγγραφέας της παρούσας Πτυχιακής Εργασίας, για την ολοκλήρωση της οποίας κάθε βοήθεια είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται λεπτομερώς στην εργασία αυτή.

Έχω αναφέρει πλήρως και με σαφείς αναφορές, όλες τις πηγές χρήσης δεδομένων, απόψεων, θέσεων και προτάσεων, ιδεών και λεκτικών αναφορών, είτε κατά κυριολεξία είτε βάση επιστημονικής παράφρασης.

Αναλαμβάνω την προσωπική και ατομική ευθύνη, ότι σε περίπτωση αποτυχίας στην υλοποίηση των ανωτέρω δηλωθέντων στοιχείων, είμαι υπόλογος έναντι λογοκλοπής, γεγονός που σημαίνει αποτυχία στην Πτυχιακή μου Εργασία και κατά συνέπεια αποτυχία απόκτησης του Τίτλου Σπουδών, πέραν των λοιπών συνεπειών του νόμου περί πνευματικών δικαιωμάτων.

Δηλώνω, συνεπώς, ότι αυτή η Πτυχιακή Εργασία προετοιμάστηκε και ολοκληρώθηκε από εμένα προσωπικά και αποκλειστικά και ότι, αναλαμβάνω πλήρως όλες τις συνέπειες του νόμου στην περίπτωση κατά την οποία αποδειχθεί, διαχρονικά, ότι η εργασία αυτή ή τμήμα της δε μου ανήκει διότι είναι προϊόν λογοκλοπής άλλης πνευματικής ιδιοκτησίας.

Όνομα και Επώνυμο Συγγραφέα : ΖΟΥΜΗ ΜΑΡΙΑ

Υπογραφή :

Ημερομηνία: Οκτώβριος, 2022

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της παρούσας πτυχιακής εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον καθηγητή μου Κο. Εσκιτζή Παναγιώτη και την Κα. Βασιλείου Ελπίς, για την άψογη συνεργασία και εμπιστοσύνη που μου έδειξαν καθ' όλη την διάρκεια της προσπάθειας μου.

Επιπλέον, θα ήθελα να αφιερώσω την πτυχιακή μου εργασία στους γονείς μου για την συνεχή τους υποστήριξη καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μου και στον γιο μου, που μου έδωσε τη δύναμη να προσπαθήσω για το καλύτερο δυνατό.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία, κύριος στόχος είναι η ανάδειξη της σημαντικότητας του φυσιολογικού τοκετού και η συνεισφορά των μεθόδων ανακούφισης του πόνου, που μπορούν να χρησιμοποιηθούν κατά τη διάρκεια του.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε για τις μεθόδους ανακούφισης που εφαρμόζονται στην Ελλάδα, χρησιμοποιήθηκε ποσοτική έρευνα (δημοσκόπηση) με τη χρήση ερωτηματολογίου. Η χρήση των φυσικών, έναντι των φαρμακευτικών μεθόδων ανακούφισης του πόνου του τοκετού, η ενημέρωση των εγκύων για τον τοκετό, κατά την προγεννητική περίοδο, η στήριξη του ιατρού και των μαιών κατά τη διάρκεια του τοκετού και η συνολική εμπειρία των γυναικών για τον τοκετό τους, αποτέλεσαν τις κύριες ερευνητικές υποθέσεις στην παρούσα έρευνα. Σχετικά με τους περιορισμούς της έρευνας, αδυναμίες αποτέλεσαν τα εξής: Αρχικά, κάποιες ερωτήσεις θα μπορούσαν να θεωρηθούν ασαφείς, εν συνεχεία οι απαντήσεις που δόθηκαν δεν μπόρεσαν να ελεγχθούν ως προς την ειλικρίνεια τους, ενώ το δείγμα ευκολίας περιορίζει τη γενίκευση των συμπερασμάτων. Κατά την ανάλυση των δεδομένων, φάνηκε ότι στην Ελλάδα, υπάρχει περιορισμός ως προς τη χρήση των φυσικών μεθόδων ανακούφισης του πόνου και η ενημέρωση των εγκύων είναι ελλιπής, ως προς τις τεχνικές ανακούφισης και τον τοκετό. Παρ'όλα αυτά, τα αποτελέσματα για τη στήριξη των μαιών στον τοκετό και η συνολική εμπειρία των επιτόκων, ήταν ενθαρρυντικά.

Τα ευρήματα της έρευνας παρουσιάζουν μεγάλο ενδιαφέρον σε θεωρητικό και σε πρακτικό επίπεδο, καθώς ανέδειξαν την ανάγκη για την διεξαγωγή μελλοντικών ερευνών σχετικά με τις μεθόδους ανακούφισης του πόνου στην Ελλάδα, ώστε όλες οι φυσικές μέθοδοι ανακούφισης του πόνου να εφαρμοστούν και ο φυσικός τοκετός να αποτελέσει πραγματικότητα στα νοσοκομεία της Ελλάδας.

Λέξεις – Κλειδιά: Φυσιολογικός τοκετός, φυσικοί μέθοδοι ανακούφισης του πόνου, φαρμακευτικοί μέθοδοι ανακούφισης του πόνου, μαιές.

ABSTRACT

In this work, the main goal is to highlight the importance of normal childbirth and the contribution of pain relief methods that can be used during it.

In a survey carried out on the relief methods applied in Greece, a quantitative survey (poll) was used, using a questionnaire. The use of natural, as opposed to pharmaceutical methods of relieving labor pain, informing pregnant women about childbirth during the prenatal period, the supporting of the doctor and the midwives during childbirth and the overall experience of women in their childbirth, were the main research hypotheses in the present research. Regarding the limitations of the research, the weaknesses were the following: First, some questions could be considered vague, and then the answers given could not be checked for their honesty, while the convenience sample limits the generalizability of the conclusions. When analyzing the data, it appeared that in Greece, there is a limitation regarding the use of natural pain relief methods and the information of pregnant women is incomplete regarding relief techniques and childbirth.

Nevertheless, the results for the support of midwives in childbirth and the overall experience of the women were encouraging. The findings of the research present great interest on a theoretical and practical level, as they highlighted the need for future research on pain relief methods in Greece, so that all natural pain relief methods be implemented and natural childbirth, becomes a reality in the hospitals of Greece.

Keywords: Normal childbirth, natural methods of pain relief, pharmaceutical methods of pain relief, midwives.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ABSTRACT	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1° : ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ	12
1.1 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ.....	12
1.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ	12
1.3 ΑΙΤΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΤΟΚΕΤΟΥ – ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ	14
1.4 ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΚΕΤΟΥ	15
1.5 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ	18
1.6 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2° : Ο ΠΟΝΟΣ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	22
2.1 ΝΕΥΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	22
2.2 ΟΙ ΟΔΟΙ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	23
2.3 ΕΚΦΡΑΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	24
2.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	25
2.5 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΠΙΤΟΚΟ ΚΑΙ ΤΟ ΕΜΒΡΥΟ.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3°: ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ.....	28
3.1 ΕΝΤΟΝΟΧ.....	29
3.2 ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟΣ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ	32
3.2.1 ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟΥ	32
3.2.3 ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ.....	34
3.2.4 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ - ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟΥ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ.....	35
3.2.5 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟΥ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ	38
3.2.6 ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΗ ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟΣ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ ΚΑΙ ΚΙΝΗΣΗ ΕΠΙΤΟΚΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ	39
3.2.7 ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟΥ – ΡΑΧΙΑΙΑΣ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ	40
3.3 ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΓΙΑ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ.....	40
3.4 ΑΛΛΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4° : ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ ΤΟΚΕΤΟΥ.....	47

4.1 ΑΝΑΠΝΟΕΣ.....	47
4.1.1 ΑΝΑΠΝΟΕΣ ΚΑΙ ΤΟΚΕΤΟΣ.....	48
4.1.2 ΤΥΠΟΙ ΑΝΑΠΝΟΩΝ.....	49
4.1.3 ΤΟ ΤΡΑΓΟΥΔΙΣΜΑ ΤΩΝ ΗΧΩΝ.....	50
4.1.4 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΝΑΠΝΟΩΝ.....	51
4.2 ΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΤΟΚΕΤΟ.....	52
4.2.1 ΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΟΥΝ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ.....	53
4.2.2 ΟΡΘΙΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ΕΝΑΝΤΙ ΟΡΙΖΟΝΤΙΩΝ.....	64
4.2.3 Συμπεράσματα.....	65
4.3. ΜΑΣΑΖ.....	66
4.3.1 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΑΖ ΣΤΟ ΤΟΚΕΤΟ.....	67
4.3.2 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΜΑΣΑΖ ΣΤΟ ΤΟΚΕΤΟ.....	68
4.3.3 ΜΑΣΑΖ ΚΑΙ ΤΟΚΕΤΟΣ ΣΤΗΝ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΠΟΧΗ.....	71
4.4 ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ.....	72
4.4.1 ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	72
4.4.2 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ.....	73
4.5 ΤΟΚΕΤΟΣ ΣΤΟ ΝΕΡΟ.....	75
4.5.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	75
4.5.2 ΟΡΙΣΜΟΙ.....	76
4.5.3 ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΝΕΡΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ.....	76
4.5.4 ΟΦΕΛΗ ΝΕΡΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ.....	77
4.5.6 ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΝΕΡΟΥ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ.....	80
4.5.7 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΣΤΟ ΝΕΡΟ.....	82
4.5.8 ΚΙΝΗΣΗ ΚΑΙ ΘΕΣΕΙΣ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΣΤΟ ΝΕΡΟ.....	84
4.5.9 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΣΤΟ ΝΕΡΟ ΣΤΑ ΔΙΑΦΟΡΑ ΣΤΑΔΙΑ.....	86
4.6 ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ – ΒΟΤΑΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΑΡΩΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	89
4.6.1 ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ.....	89
4.6.2 ΒΟΤΑΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	92
4.6.3 ΑΡΩΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	92
4.7 ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΙΕΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	99
4.7.1 ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ.....	99
4.7.2 ΠΙΕΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	102
4.7.3 ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΙΕΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ.....	102
4.8 ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΟΣ ΗΛΕΚΤΡΙΚΟΣ ΝΕΥΡΙΚΟΣ ΕΡΕΘΙΣΜΟΣ (TENS).....	104
4.8.1 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΟΥ ΗΛΕΚΤΡΙΚΟΥ ΕΡΕΘΙΣΜΟΥ.....	105

4.8.2 ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ TENS	106
4.8.3 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ.....	106
4.9 ΕΝΔΟΔΕΡΜΙΚΗ ΚΑΙ ΥΠΟΔΕΡΜΙΚΗ ΕΓΧΥΣΗ ΝΕΡΟΥ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ (WATER FOR INJECTION).....	108
4.9.1 ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΝΔΟΔΕΡΜΙΚΗΣ ΕΓΧΥΣΗΣ.....	109
4.9.2 Η ΕΝΔΟΔΕΡΜΙΚΗ ΚΑΙ ΥΠΟΔΕΡΜΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΤΗΝ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΠΟΧΗ.....	111
4.9.3 Συμπεράσματα.....	111
4.10 ΥΠΝΩΣΗ – HYPNOBIRTHING.	112
4.10.1 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΥΠΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΔΡΑΣΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ	114
4.10.2 ΟΦΕΛΗ ΤΟΥ HYPNOBIRTHING.....	115
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο : ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	117
5.1 ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	117
5.2 ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	117
5.3 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	118
5.3.1 Ερευνητική μέθοδος.....	118
5.3.2 Δείγμα.....	118
5.3.3 Ερευνητικό υλικό – Εργαλεία	119
5.3.4 Ερευνητική διαδικασία.....	119
5.4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	120
5.5 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	131
5.6 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	135
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο : Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ	137
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	140
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	153
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β.....	162

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο φυσικός τοκετός, όπως άλλωστε το εξηγεί και η ίδια η λέξη «φυσικός» είναι εκείνος που συμβαίνει φυσικά, αυτόματα, χωρίς καμία ιατρική παρέμβαση, χωρίς χρήση αναλγητικών φαρμάκων ή προσπάθειας επιτάχυνσης της διαδικασίας. Φυσικός τοκετός, αλλιώς, είναι ο τρόπος γέννησης, κατά τον οποίο η μητέρα ενθαρρύνεται να ακολουθεί τα ένστικτά της και τη φυσιολογική λειτουργία του σώματός της.

Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο της μαιευτικής φροντίδας, η μητέρα αποτελεί το επίκεντρο, συμμετέχει ενεργά στη διαδικασία του τοκετού της, λαμβάνοντας η ίδια αποφάσεις για το χώρο, τον τρόπο και τους ανθρώπους που θα έχει κοντά της στην διαδικασία του τοκετού. Η γέννηση αποτελεί προσωπική υπόθεση της γυναίκας, γιατί κάθε γυναίκα είναι διαφορετική και κάθε τοκετός είναι διαφορετικός, ο οποίος δεν υπόκειται σε στατιστικές, ούτε μπορεί να μεταφραστεί σε αριθμούς. Ο πόνος του τοκετού, είναι αυτό που ανησυχεί τις περισσότερες γυναίκες, ωστόσο πρέπει να γίνει κατανοητό, ότι ο πόνος είναι ο τρόπος, με τον οποίο η φύση προετοιμάζει τη γυναίκα για τη στιγμή της γέννησης, ενώ αποτελεί οδηγό για το ίδιο της το σώμα, καθώς της υποδεικνύει αυτόματα, πώς να του συμπεριφερθεί.

Παρόλα αυτά, οι γυναίκες μπορούν να βοηθηθούν, χρησιμοποιώντας εναλλακτικές μεθόδους ανακούφισης, δίνοντας προτεραιότητα στις φυσικές τεχνικές, οι οποίες βασίζονται στην μείωση των επώδυνων ερεθισμάτων, όπως είναι η ελεύθερη κίνηση και η εναλλαγή θέσεων, το μασάζ, η πιεσοθεραπεία, η αρωματοθεραπεία, η μουσική, η χρήση του νερού και άλλες, οι οποίες θα αναλυθούν περαιτέρω, στην παρούσα εργασία. Οι φυσικές μέθοδοι δεν έχουν τις παρενέργειες των φαρμάκων ή τις επιπτώσεις των παρεμβατικών μεθόδων, μπορούν να λειτουργήσουν ικανοποιητικά στην ανακούφιση του πόνου, ενώ η μήτρα παραμένει ενεργητική σε όλη τη διάρκεια του τοκετού. Για αυτό το λόγο, οι φυσικές τεχνικές ανακούφισης πρέπει να θεωρούνται μέτρο αντιμετώπισης του πόνου, 1^{ης} γραμμής

Κύριος στόχος της εργασίας είναι να αναδειχθούν όλες οι μέθοδοι ανακούφισης του πόνου, αναλύοντας τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά τους και να διευκρινιστεί, μέσω έρευνας που πραγματοποιήθηκε, κατά πόσο και ποιές μέθοδοι ανακούφισης του πόνου χρησιμοποιούνται στην Ελλάδα, σήμερα.

Στην παρούσα πτυχιακή θα αναλυθεί αρχικά στο 1^ο Κεφάλαιο, η έννοια του φυσιολογικού τοκετού και επιπλέον στο 2^ο Κεφάλαιο, η σημασία του πόνου του τοκετού, η αιτιοπαθογένεια του, ο τρόπος έκφρασης του, αλλά και οι παράγοντες που επηρεάζουν στην αντίληψη του. Στο 3^ο και 4^ο Κεφάλαιο, θα αναλυθούν οι μέθοδοι ανακούφισης του πόνου φαρμακευτικοί και μη αντίστοιχα. Εν συνεχεία, στο 5^ο Κεφάλαιο θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα της έρευνας για τις μεθόδους ανακούφισης του πόνου στην Ελλάδα και τέλος στο 6^ο Κεφάλαιο, θα αναλυθεί η σπουδαιότητα του ρόλου της μαιίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

1.1 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

Ως φυσιολογικός τοκετός, ορίζεται η έμφυτη ικανότητα των γυναικών να ακολουθούν τις φυσικές λειτουργίες και τις ανάγκες του σώματος τους, ώστε να φέρουν σε πέρας την γέννηση του παιδιού τους. (Τραγέα, Ρ., 2005).

Ο τοκετός είναι η διαδικασία που συμβαίνει αυτόματα τις τελευταίες εβδομάδες της κύησης και ειδικότερα από την 37^η έως την 42^η εβδομάδα (WHO, 1999).

Περιλαμβάνει την διέλευση του εμβρύου, των υμένων και του πλακούντα, μέσω της πυελογεννητικής οδού και την έξοδο τους από την σχισμή του αιδοίου. Σε όλη την διάρκεια του, δεν εμφανίζονται επιπλοκές, ενώ τόσο η μητέρα όσο και το νεογνό είναι υγιείς και μετά το πέρας της διαδικασίας (Επιστημονική Εταιρεία Μαιών Ελλάδας «ΜΑΙΕΥΣΗ»; Θεοδωσιάδου, Α., 2011; Ιατράκης, Γ., 2017).

1.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Είναι γνωστό, ότι η εξέλιξη του τοκετού εξαρτάται από πέντε βασικούς παράγοντες:

- Το διερχόμενο έμβρυο και ο πλακούντας

Σχετικά με το διερχόμενο έμβρυο, δίνεται έμφαση, στον τρόπο, με τον οποίο διανύει τον πυελογεννητικό σωλήνα. Η ομαλή διέλευση του εμβρύου, εξαρτάται άμεσα από:

- Το μέγεθος της κεφαλής του.
- Την προβολή του, το τμήμα δηλαδή, του εμβρύου που διέρχεται πρώτο μέσα στην πύελο.
- Το σχήμα του, την σχέση που έχει η σπονδυλική του στήλη με αυτή της μητέρας.
- Την στάση που έχει λάβει μέσα στην μήτρα και τέλος
- Τη θέση του σε σχέση με τα τεταρτημόρια της πυέλου.

Επιπλέον, είναι σημαντικό να καθορίζεται, η θέση εμφύτευσης του πλακούντα μέσα στην μήτρα, ώστε να επιβεβαιωθεί, ότι δεν καλύπτεται το έσω τραχηλικό στόμιο και άρα, δεν εμποδίζεται η έξοδος του εμβρύου.

- Ο πυελογεννητικός σωλήνας

Ο προσδιορισμός του μεγέθους, αλλά και του σχήματος της πύελου, ήδη από την κύηση, είναι καθοριστικής σημασίας, αφού το εμβρύο καλείται να προσαρμοστεί μεσά από τον πυελογεννητικό σωλήνα για την έξοδό του.

- Οι δυνάμεις – συστολές του μυομητρίου

Συστολές, είναι οι ρυθμικές δυνάμεις της μήτρας, οι οποίες ευθύνονται για την προώθηση του εμβρύου και του πλακούντα κατά μήκος του πυελογεννητικού σωλήνα. Χωρίζονται σε ακούσιες και εκούσιες. Οι ακούσιες συστολές, συμβαίνουν αυτόματα, ανά τακτά χρονικά διαστήματα με ένταση και διάρκεια και προκαλούν την εξάλειψη, την λέπτυνση του τραχήλου και την διεύρυνση του τραχηλικού στομίου, την διαστολή. Οι εκούσιες είναι εξωθητικές συστολές, που συμβαίνουν κατά το 2^ο στάδιο του τοκετού, μετά την τελεία διαστολή του τραχήλου. Η επίτοκος, συσπώντας το διάφραγμα και τους κοιλιακούς της μύες, έχει την έντονη ανάγκη να εξωθήσει, ώστε να διευκολύνει την έξοδο του εμβρύου.

- Η θέση της επιτόκου

Οι θέσεις και οι στάσεις, που θα λάβει η επίτοκος, κατά την διάρκεια του τοκετού, διευκολύνουν την εξέλιξή του.

- Οι ψυχολογικοί παράγοντες

Η ψυχολογική προετοιμασία για τον τοκετό ήδη από την κύηση, αλλά και η συναισθηματική υποστήριξη της επιτόκου από τους επαγγελματίες υγείας, κατά την διάρκεια του τοκετού, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ομαλότερη πορεία του. Ο φόβος και το στρες, μπορεί να αποτελέσουν ανασταλτικό παράγοντα στην εξέλιξη του τοκετού, λόγω της έκκρισης κατεχολαμινών, ορμονών που ευθύνονται για την αναστολή των συστολών της μήτρας.

Άλλοι εξωγενείς παράγοντες, που μπορεί να διαδραματίσουν ρόλο στην πορεία του τοκετού, σύμφωνα με τον Vande Vusse (1990) είναι: ο χώρος που θα λάβει μέρος ο τοκετός, η προετοιμασία της επιτόκου αλλά και ο ρόλος του επαγγελματία υγείας που θα τον αναλάβει (Lowdermilk D., Perry, S., Cashion, K., Alden, K., 2010).

1.3 ΑΙΤΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΤΟΚΕΤΟΥ – ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

Η έναρξη του τοκετού, φέρεται να οφείλεται σε ποικίλους παράγοντες και βιοχημικές διεργασίες, τόσο μητρικής όσο και εμβρυϊκής προέλευσης, ωστόσο, παρά τις έρευνες που έχουν γίνει δεν έχει διευκρινιστεί, η ακριβής αιτιοπαθογένεια του.

Μητρικοί παράγοντες

- Αύξηση της δραστηριότητας του ενδομητρίου, ως αποτέλεσμα της επίδρασης των οιστρογόνων και των προσταγλανδινών στο μυομτρίο.
- Αλλαγή σύστασης τραχήλου. Ο τράχηλος μαλακώνει και μειώνεται σε μήκος.
- Αύξηση οιστρογόνων και μείωση προγεστερόνης, με αποτέλεσμα την προώθηση έναρξης των συστολών.
- Πτώση της ωκυτοκινάσης, ενζύμου του πλακούντα, που αδρανοποιεί την δράση της ωκυτοκίνης, κατά τη διάρκεια της κύησης και αύξηση προσταγλανδινών, που προκαλούν ωρίμανση του τραχήλου και έναρξη συστολών.

Εμβρυϊκοί παράγοντες

- Ο «εμβρυϊκός παράγοντας», που δημιουργείται στους νεφρούς του εμβρύου και διέρχεται στο αμνιακό υγρό μέσω των ούρων, φέρεται να συμμετέχει στον μηχανισμό έναρξης των ωδινών.
- Ερέθισμα για την έναρξη του τοκετού, αποτελεί και η αύξηση του βάρους και μήκους του εμβρύου, λόγω αύξησης διάτασης της μήτρας.
- Παράγοντα έναρξης τοκετού, αποτελεί επίσης, η έκκριση κορτιζόλης, μέσω του υποθαλάμου του εμβρύου, από τα επινεφρίδια του (Ιατράκης, Γ., 2017).

Εβδομάδες πριν την έναρξη του τοκετού, ο οργανισμός της εγκύου, προετοιμάζεται με την εμφάνιση προειδοποιητικών σημείων για το σημαντικό γεγονός της γέννησης (Επιστημονική Εταιρεία Μαιών Ελλάδος «ΜΑΙΕΥΣΗ», Θεοδοσιάδου, Α., 2011).

Τα προειδοποιητικά σημεία περιλαμβάνουν:

- ✓ Αίσθημα ελάττωσης της κοιλιακής διάτασης, λόγω καθόδου της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου στην ελάσσονα πύελο.
- ✓ Οσφυαλγία, λόγω χαλάρωσης των ιερολαγώνιων αρθρώσεων.
- ✓ Συσπάσεις προετοιμασίας της μήτρας, γνωστές ως Braxton-Hicks.
- ✓ Αύξηση κοιλικών υγρών και βλέννης.
- ✓ Μείωση βάρους, λόγω ηλεκτρολυτικών μεταβολών.
- ✓ Ναυτία, διάρροια, έμετοι, δυσπεψία σπανιότερα.

Ωστόσο, βασικές ενδείξεις άμεσης έναρξης τοκετού αποτελούν τα εξής σημεία:

- ✓ Ρυθμικές, επώδυνες συστολές μήτρας, που εντείνονται με το βάδισμα, έχουν διάρκεια γύρω στα 45 δευτερόλεπτα και επαναλαμβάνονται σε χρονικό διάστημα, λιγότερο των 10 λεπτών με συνοδό εξάλειψη και διαστολή τραχήλου.
- ✓ Έκκριση παχύρρευστης αιματηρής βλέννης.
- ✓ Αυτόματη ρήξη εμβρυϊκών υμένων.

Η επιβεβαίωση έναρξης του τοκετού, πραγματοποιείται με την κλινική εξέταση της επιτόκου (Επιστημονική Εταιρεία Μαιών Ελλάδος «ΜΑΙΕΥΣΗ», Θεοδοσιάδου, Α., 2011).

1.4 ΣΤΑΔΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΚΕΤΟΥ

Ο τοκετός, είναι μια προοδευτική διαδικασία, η οποία χαρακτηρίζεται από τακτικές συστολές μυομητρίου, εξάλειψη και διαστολή τραχήλου και κάθοδο της προβάλλουσας μοίρας του εμβρύου. Κατά τη διάρκεια του τοκετού, αναγνωρίζονται τρία διαφορετικά στάδια (Lowdermilk, D. et al, 2010; Ιατράκης, Γ., 2017).

➤ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΔΙΑΣΤΟΛΗΣ (ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ)

Το στάδιο της διαστολής αρχίζει με την έναρξη συντονισμένων, τακτικών συσπάσεων και ολοκληρώνεται με την τελεία-πλήρη διαστολή του τραχήλου στα 10cm.

Υποδιαιρείται σε τρεις φάσεις:

Λανθάνουσα φάση → Ορίζεται η χρονική περίοδος του τοκετού, που χαρακτηρίζεται από ήπιες, ακανόνιστες συστολές συχνότητας περίπου 3/10min., με ακόλουθη διαστολή τραχήλου έως 4cm. (Παππα, Κ. & Λουτράδης, Δ. & Δεληγεώρογλου, Ε. & Παπαντωνίου, Ν., 2017). Η διάρκεια της, κυμαίνεται από 8-18 ώρες στις άτοκες και από 5-12 ώρες στις πολυτόκες (Hutchison, J., Heba, M., 2021; Lawrence, et al, 2013).

Ενεργητική φάση → Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ενεργητική φάση του τοκετού, ξεκινάει στα 5cm διαστολής τραχήλου (WHO, 2018). Χαρακτηρίζεται από έπωδυνες, ρυθμικές συστολές αυξανόμενης έντασης, χρονικής διάρκειας 45-60sec, η κάθε μία και αύξηση του ρυθμού καθόδου του εμβρύου. Διαρκεί περίπου 6 ώρες, με ρυθμό διαστολής τραχήλου 1,2cm./ώρα.

Μεταβατική φάση → Οριοθετείται, μεταξύ του τέλους της ενεργούς φάσης και της αρχής του 2^{ου} σταδίου, όταν η διαστολή του τραχήλου είναι στα 8-10 cm. Διαρκεί από 10-90min. Χαρακτηριστικές είναι, οι έντονες, συχνές (1/1,5min.) συσπάσεις του μυομητρίου, διάρκειας 60-90sec. Η επίτοκος, συχνά σε αυτή την φάση νιώθει ρίγος, τάση προς έμετο, απώλεια αυτοελέγχου, μη ικανότητα συγκράτησης ούρων και κοπράνων και θέληση για ήπια εξώθηση (Ελληνική Εταιρεία Μαιών Ελλάδος «ΜΑΙΕΥΣΗ», Αντωνάκου, Α., 2011).

➤ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΕΞΩΘΗΣΗΣ (ΔΕΥΤΕΡΟ ΣΤΑΔΙΟ)

Το δεύτερο στάδιο του τοκετού, ξεκινάει από την ολοκλήρωση της πλήρους διαστολής του τραχήλου, έως την έξοδο του εμβρύου από τη σχισμή του αιδίου (Campbell, S., Lees, C., 2009). Διαρκεί έως 2 ώρες στις πρωτοτόκες με μέσο όρο τα 30-60 min. και έως 1 ώρα στις πολυτόκες με μέσο όρο τα 15-30 min (Lemos, et al., 2017).

Κατά το στάδιο αυτό, ο τράχηλος, η μήτρα και το πυελογεννητικό σύστημα δημιουργούν μια ενιαία οδό, πριν την έξοδο του εμβρύου. Οι συστολές της μήτρας είναι εξωθητικές ανά 2-3 *min.*, έντασης 60-80*mmHg* και διάρκειας περίπου 1 *min.*, η κάθε μία. Η προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου, βρίσκεται στο ύψος των ισχιακών ακανθών, προκαλώντας διάταση του πυελικού εδάφους και ερεθισμό των νευρικών υποδοχέων, με αποτέλεσμα την έκκριση, επιπλέον ωκυτοκίνης. Το πρόσθιο πυελικό έδαφος και η ουροδόχος κύστη ωθούνται προς τα άνω, ενώ το πρόσθιο πυελικό έδαφος προς τα κάτω, προκαλώντας διάταση και λέπτυνση του περινέου (Ελληνική Εταιρεία Μαιών Ελλάδος «ΜΑΙΕΥΣΗ», Θεοδοσιάδου, Α., 2011).

Το 2^ο στάδιο, χωρίζεται σε 2 φάσεις:

- Παθητική φάση

Κατά τη διάρκεια της παθητικής φάσης, ενώ το τραχηλικό στόμιο έχει πλήρως διασταλλεί, η επίτοκος δεν έχει την θέληση να εξωθήσει. Είναι περίοδος ξεκούρασης και προετοιμασίας για το επόμενο στάδιο της ενεργούς φάσης. Μπορεί να διαρκέσει, έως 1 ώρα (Ιατράκης, Γ., 2017).

- Ενεργητική φάση

Επέρχεται με την εμφάνιση, εξωθητικών συστολών αυξανόμενης έντασης. Η προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου είναι ορατή από την σχισμή του αιδοίου. Η επίτοκος, έχει έντονη ανάγκη να εξωθήσει σε κάθε ωδίνα, κατά τη διάρκεια της οποίας κρατάει την αναπνοή της για λίγα δευτερόλεπτα, εκπνέει, ανανεώνει τον αέρα και επαναλαμβάνει το σχήμα, όσο διαρκεί η ωδίνα (Johnson, R., Taylor, W., 2010).

Αναγνωριστικά σημεία του 2^{ου} σταδίου είναι:

- ✓ Αλλαγή συχνότητας και φύσης συστολών.
- ✓ Έντονη αιματηρή εκκροή από το αιδοίο.
- ✓ Σύσπαση κόλπου και πρωκτού.
- ✓ Προοδευτική έπειξη της επιτόκου για εξώθηση.
- ✓ Εμφάνιση μωβ γραμμής, που εκτείνεται, έως την πρωκτική σχισμή.
- ✓ Αλλαγή σχήματος κοιλιάς.
- ✓ Αίσθημα εξάντλησης επιτόκου (Lowdermilk, D.et al, 2010).

➤ ΣΤΑΔΙΟ ΥΣΤΕΡΟΤΟΚΙΑΣ (ΤΡΙΤΟ ΣΤΑΔΙΟ)

Το τρίτο και τελευταίο στάδιο του τοκετού, είναι αυτό της μετάβασης της επιτόκου από γυναίκα σε μητέρα. Ξεκινάει με την γέννηση του εμβρύου και ολοκληρώνεται με την έξοδο του πλακούντα και των υμένων από την πυελογεννητική οδό (Ελληνική Εταιρεία Μαιών Ελλάδας «ΜΑΙΕΥΣΗ», Θεοδωροπούλου, Ο., 2011). Η αποκόλληση του πλακούντα, συμβαίνει, μετά από μερικές τακτικές ωδίνες διάρκειας 30-40 *sec*. Το αποτέλεσμα των συσπάσεων αυτών είναι: η μείωση του μεγέθους της μήτρας και της επιφάνειας προσκόλλησης του πλακούντα, με σκοπό την αποβολή του από τον πυθμένα της μήτρας (Παππά, Κ. και συν., 2017). Η αποκόλληση του πλακούντα γίνεται είτε περιφερικά, είτε κεντρικά. Κατά την περιφερική αποκόλληση, το αίμα που βγαίνει από τον κόλπο προέρχεται από τις αρτηρίες της μήτρας και προηγείται του πλακούντα. Η κεντρική αποκόλληση, γίνεται με την έξοδο του πλακούντα, ενώ ακόλουθι η εκκροή του αίματος που είχε συγκεντρωθεί στην οπισθοπλακουντιακή επιφάνεια (Johnson, R., Taylor, W., 2010). Η αποκόλληση συμβαίνει, συνήθως μέσα σε 2-10 *min.*, ωστόσο μπορεί να χρειαστεί έως και 30 *min.* για να αποκολληθεί αυτόματα (Ιατράκης, Γ., 2017).

1.5 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ

Μηχανισμός τοκετού, ονομάζεται, το σύνολο των προσαρμοστικών κινήσεων του εμβρύου σε ινιακή προβολή μέσα στον πυελογεννητικό σωλήνα με σκοπό την ομαλή έξοδο του από την σχισμή του αιδοίου (Ιατράκης, Γ., 2017).

Οι βασικές κινήσεις που εκτελεί το έμβρυο, είναι κατά σειρά οι εξής:

1. Εμπέδωση της κεφαλής

Όταν η αμφιβρεγματική διάμετρος της κεφαλής, βρίσκεται στο ύψος των ισχιακών ακανθών στο σημείο -0, λέγεται, ότι η κεφαλή εμπεδώνεται στην είσοδο της πυέλου. Στις πρωτοτόκες, η εμπέδωση συμβαίνει συνήθως, πριν την έναρξη της ενεργού φάσης, ενώ στις πολυτόκες η κεφαλή κινείται ελεύθερα πάνω από την πύελο, μέχρι την έναρξη του τοκετού (Lowdermilk, D. et al, 2010).

2. Κάθοδος

Κάθοδος, ονομάζεται η προώθηση της προβάλλουσας μοίρας, στην πυελογεννητική οδό. Η κάθοδος εξαρτάται, κυρίως από την πίεση που ασκείται από το αμνιακό υγρό και από την πίεση που ασκούν οι συσπάσεις της μήτρας. Μικρή κάθοδος παρατηρείται στην λανθάνουσα φάση του τοκετού, που επιταχύνεται, κατά την ενεργό φάση, όταν ο τράχηλος έχει διαστολή 5-7cm (Campbell, S., Lees, C., 2009).

3. Κάμψη

Παθητική κάμψη του ινίου της κεφαλής πραγματοποιείται, όταν η κεφαλή έρθει σε επαφή με το πυελικό τοίχωμα, λόγω της αντίστασης που ασκείται. Το πηγούνι πλησιάζει στενά το στέρνο και η προβάλλουσα διάμετρος αλλάζει, από μετωποϊνιακή σε βρεγματοϊνιακή για την καλύτερη δίοδο από την πύελο (Ιατράκης, Γ., 2017).

4. Εσωτερική στροφή κεφαλής

Η εσωτερική στροφή, ξεκινάει από το επίπεδο των ισχιακών ακανθών και η κεφαλή στρέφεται, προς την ηβική σύμφυση με την μεγαλύτερη διάμετρο του, την προσθιοπίσθια (Ελληνική Εταιρεία Μαιών Ελλάδος «ΜΑΙΕΥΣΗ», Θεοδοσιάδου, Ο., 2011).

5. Έκταση

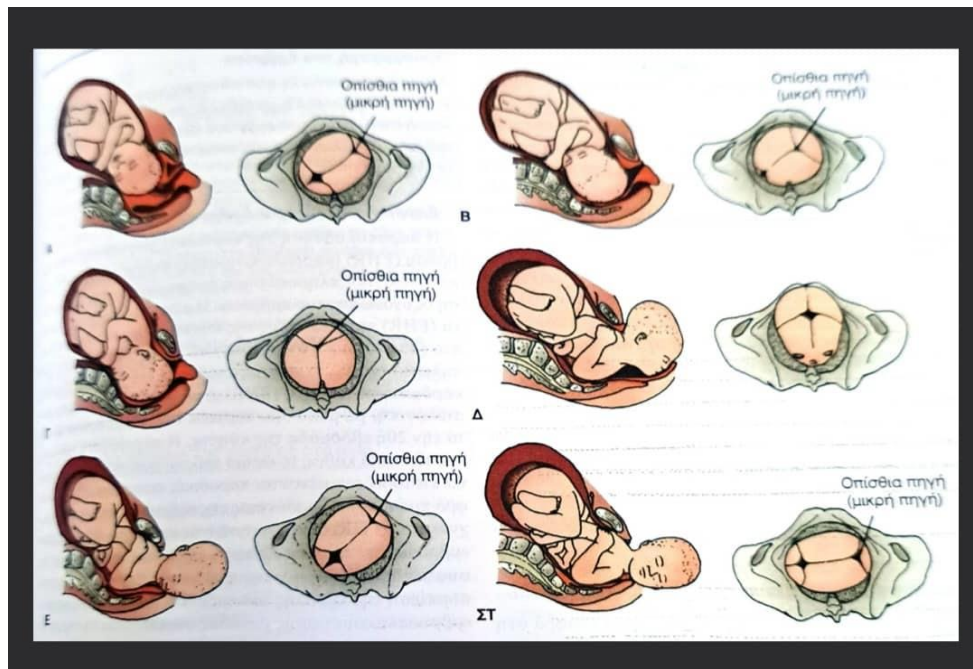
Όταν η κεφαλή του εμβρύου φτάσει στο περίνεο, το περίνεο την αναγκάζει να εκτραπεί προς τα εμπρός για να γεννηθεί. Το ινίο, διέρχεται κάτω από την ηβική σύμφυση και εν συνεχεία, προβάλλουν με τη σειρά, το ινίο, το πρόσωπο και το πηγούνι (Κρεατσάς, Γ., 2009).

6. Εξωτερική στροφή

Η κεφαλή στρέφεται μετά τη γέννηση της, έχοντας την ίδια θέση που είχε κατά την εμπέδωση της, στην είσοδο της πυέλου. Όσο πραγματοποιείται η στροφή, οι ώμοι εμπεδώνονται με εσωτερική στροφή και κατέρχονται προς την έξοδο (Lowdermilk, D. et al, 2010).

7. Γέννηση των ώμων

Ακολουθεί η γέννηση του πρόσθιου ώμου και εν συνέχεια, η γέννηση του οπίσθιου. Τέλος, γίνεται και η έξοδος του υπόλοιπου σώματος του εμβρύου.



Εικόνα 1. Μηχανισμός τοκετού (Lowdermilk, D. et al, 2010).

Συνοψίζοντας, η λογική του μηχανισμού του τοκετού, είναι η προσαρμογή του εμβρύου με τις μικρότερες διαμέτρους του, μέσα από τον πυελογεννητικό σωλήνα με στόχο την άνετη και ομαλή κάθοδο του (Ιατράκης, Γ., 2017).

1.6 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Αρχικός στόχος, σε κάθε εγκυμοσύνη είναι ο φυσιολογικός τοκετός, καθώς τα πλεονεκτήματα που αφορούν, τόσο τη μητέρα όσο και το νεογνό, είναι εξαιρετικά σημαντικά (Aune, et al, 2015).

Πλεονεκτήματα για την μητέρα

- Λιγότερη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο

Η γυναίκα παραμένει στο νοσοκομείο, συνήθως 48 ώρες, μετά από έναν κολπικό τοκετό, ενώ η αποκατάσταση της είναι άμεση, ήδη από τις πρώτες ώρες μετά τη γέννα (Nierenberg, C., 2021).

- Γρήγορη ανάρρωση

Η γυναίκα είναι περιπατητική αμέσως μετά τη γέννα, μπορεί να καταναλώνει υγρά και στέρεη τροφή, ενώ αναρρώνει πλήρως μέσα σε μια εβδομάδα, μετά την γέννηση (Normal Delivery Vs Caesarean, n.d, 2021).

- Ενεργός ρόλος στην διαδικασία του τοκετού

Η μητέρα μπορεί να συμμετέχει ενεργά στην όλη διαδικασία, να παίρνει πρωτοβουλίες και να έχει ελευθερία κινήσεων (Normal Delivery Vs Caesarean, n.d, 2021).

- Άμεσος θηλασμός

Η γυναίκα έχει την δυνατότητα να κρατήσει το μωρό της και ξεκινήσει να θηλάζει, αμέσως μετά τον τοκετό (Normal Delivery Vs Caesarean, n.d, 2021).

- Καλύτερη ανάπτυξη δεσμού μητέρας – νεογνού

Λόγω της αύξησης των ενδορφινών μετά τον τοκετό, η ψυχολογία της μητέρας είναι καλή και έτσι εξασφαλίζεται η καλύτερη επαφή μητέρας-νεογνού (Nierenberg, C., 2021).

Οφέλη για το νεογνό

Ο φυσιολογικός τοκετός, προετοιμάζει καλύτερα το νεογνό για την εξωμήτρια ζωή. Τα μωρά που γεννιούνται, μέσω της κοιλικής οδού, αναπνέουν καλύτερα, είναι δραστήρια και θηλάζουν ευκολότερα. Κατά τον τοκετό, οι μύες που εμπλέκονται στην διαδικασία απομακρύνουν το υγρό που έχει συγκεντρωθεί στους πνεύμονες του εμβρύου, κατά την κύηση και έτσι το νεογνό καθίσταται, λιγότερο επιρρεπές σε αναπνευστικά προβλήματα.

Τέλος, τα νεογνά που γεννιούνται φυσιολογικά μέσω της κοιλικής οδού, λαμβάνουν μια ισχυρή δόση βακτηρίων, γεγονός που ενισχύει το ανοσοποιητικό τους σύστημα και προστατεύει τις εντερικές οδούς (Nierenberg, C., 2021).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : Ο ΠΟΝΟΣ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Ο πόνος είναι ένα σύνθετο, περίπλοκο και υποκειμενικό φαινόμενο, που επηρεάζεται από βιολογικούς, συναισθηματικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Ο πόνος που βιώνεται, κατά τον τοκετό δεν προσομοιάζει με κανένα άλλο είδος πόνου και δεν έχει παθολογικά αίτια. Ο τοκετός, συνδέεται με την μοναδική εμπειρία της γέννησης της ανθρώπινης ζωής (Lowdermilk, D. et al., 2010; Τραγέα, Ρ., 2005).

Πολλοί επιστήμονες, μελέτησαν τον πόνο του τοκετού, μεταξύ αυτών ο μαιευτήρας Dr. Dick Read, ο οποίος πίστευε, ότι ο πόνος του τοκετού είναι πραγματικός, ωστόσο η ηρεμία, η γνώση και η αποδοχή για το φυσικό γεγονός είναι αυτά, που θα βοηθήσουν την επίτοκο, να τον αισθάνεται λιγότερο. Ο Dr. Dick Read, ονόμασε την διαδικασία του τοκετού, ως σύνδρομο φόβου-έντασης-πόνου, γιατί πίστευε, ότι ο φόβος και η αναμονή του πόνου, προκαλεί τον οργανισμό να εκκρίνει ορμόνες, που αυξάνουν την ένταση του και μειώνουν την ικανότητα της μήτρας να λειτουργεί. Συμπεράνε, ότι μονο, εάν εξαλειφθεί ο φόβος, θα επιτευχθεί χαλάρωση και μείωση της αίσθησης του πόνου (Read, D., Gaskin, I., 2013).

2.1 ΝΕΥΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Ο πόνος που εμφανίζεται στον τοκετό έχει διττή προέλευση: σπλαχνική και σωματική.

Ο σπλαχνικός πόνος εμφανίζεται, κατά το 1^ο στάδιο του τοκετού και προκαλείται από την διαστολή και την εξάλειψη του τραχήλου, μέσω των συστολών της μήτρας, καθώς και από την πίεση που ασκείται σε παρακείμενες δομές και νεύρα. Η μεταβίβαση του πόνου γίνεται μέσω των Θ11-Θ12 νωτιαίων νεύρων, των κατώτερων θωρακικών και των ανώτερων οσφυϊκών νεύρων. Ο σπλαχνικός πόνος, εντοπίζεται στο υπογάστριο, καθώς ακτινοβολεί από τη μήτρα στο κοιλιακό τοίχωμα, στην σπονδυλική στήλη, στις λαγώνιες ακρολοφίες, στο ύψος των γλουτών και των μηρών.

Σε αυτό το στάδιο, το μοτίβο του πόνου, διαφέρει μεταξύ πρωτοτόκων και πολυτόκων γυναικών και είναι καλά τεκμηριωμένο, ότι ο πόνος είναι υψηλότερος στις πρωτοτόκες, λόγω της μη ελαστικότητας των μυών και των συνδέσμων της αναπαραγωγικής οδού (Lowdermilk, D. et al, 2010; Labor, S., Maguire, S., 2008).

Ο σωματικός πόνος, βιώνεται επιπλέον του σπλαχνικού, κατά τη διάρκεια του 2^{ου} σταδίου του τοκετού. Προκύπτει ως αποτέλεσμα της διάτασης, της διαστολής και της ισχαιμίας του πυελικού εδάφους, καθώς και από τις ρήξεις που υφίστανται ο τράχηλος, ο κόλπος και το περίνεο. Στους παράγοντες που ευθύνονται για τον πόνο, είναι η θέση του εμβρύου, η ταχύτητα καθόδου της προβάλλουσας μοίρας και η ένταση των συστολών. Οι ώσεις του πόνου, μεταβιβάζονται από το αιδοϊκό νεύρο, μέσω των 12-14, νωτιαίων νεύρων και του παρασυμπαθητικού νευρικού συστήματος. Ο σωματικός πόνος περιγράφεται ως έντονος, διαξιφιστικός και σαφώς εντοπισμένος (Labor, S., Maguire, S., 2008).

2.2 ΟΙ ΟΔΟΙ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Οι συστολές της μήτρας, ερεθίζουν τις νευρικές απολήξεις. Ο πόνος από την μήτρα και τον τράχηλο, μεταβιβάζεται, μέσω των παρακάτω νευροδιαβιβαστικών ουσιών:

1. Τις Αδ ίνες, οι οποίες μεταβιβάζουν τα ερεθίσματα του πόνου με μικρή ταχύτητα.
2. Τις C ίνες, οι οποίες μεταβιβάζουν τα ερεθίσματα του πόνου με ταχύτητα μικρότερη των Αδ.
3. Τις Αβ ίνες, οι οποίες μεταβιβάζουν τα ερεθίσματα του πόνου με μεγαλύτερη ταχύτητα.

Οι παραπάνω νευροδιαβιβαστικές ουσίες, μεταφέρουν το ερέθισμα στο νωτιαίο μυελό. Στον νωτιαίο μυελό, διεγείρονται οι νευρώνες και εκκρίνουν εγκεφαλίνες και ενδορφίνες, οι οποίες παρεμποδίζουν την μετάδοση επώδυνων ερεθισμάτων μικρής έντασης. Η μεταβίβαση του επώδυνου ερεθίσματος, στον νωτιαίο μυελό, εξαρτάται από την λειτουργικότητα των νευρικών κυττάρων την συγκεκριμένη στιγμή. Ο πόνος γίνεται αισθητός στα νευροφλοιώδη κέντρα και στον μεσεγκέφαλο, όπου εκεί γίνεται η επεξεργασία του ερεθίσματος και ο καθορισμός της ψυχολογικής και της σωματικής αντίδρασης σε αυτό. Η επανειλημμένη διέγερση από τις συστολές της μήτρας και η επανειλημμένη μετάδοση του ερεθίσματος, μειώνει την ουδό των αισθητικών υποδοχέων και προκαλεί πόνο. Επιπλέον, η ένταση του πόνου, εξαρτάται από την θερμοκρασία του σώματος, τη λειτουργία του συμπαθητικού συστήματος, την αγγείωση της περιοχής και τη χημική σύσταση των αισθητικών νεύρων, την δεδομένη στιγμή (Τραγέα, Ρ., 2005; Labor, S., Maguire, S., 2008).

2.3 ΕΚΦΡΑΣΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Ο τοκετός είναι μια άκρως ατομική εμπειρία. Ο πόνος του τοκετού, χαρακτηρίζεται ως προκλητικός, συναισθηματικός και τελείως διαφορετικός από άλλους τύπους πόνου. Η βιβλιογραφία δείχνει, ότι οι γυναίκες βρίσκουν συχνά δύσκολο να περιγράψουν τον πόνο του τοκετού, καθώς είναι ένα βίωμα πολύ διαφορετικό και πρωτόγνωρο.

Οι ερμηνείες του πόνου του τοκετού ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό, ανεξάρτητα από την φυσιολογική κατάσταση του σώματος κάθε γυναίκας. Πολυάριθμες μελέτες, έχουν δείξει τη συσχέτιση του πόνου στην έναρξη του τοκετού και του πόνου κατά την εξέλιξη του. Οι υψηλότερες βαθμολογίες της έντασης του πόνου συσχετίστηκαν με την αύξηση της διαστολής του τραχήλου της μήτρας, καθώς και με την ένταση, την διάρκεια και την συχνότητα των συστολών.

Μια μελέτη 81 γυναικών, εν τοκετό με διαστολή 3 cm, αξιολόγησαν τον πόνο του τοκετού, με βάση μια βαθμολογική κλίμακα, με το 6% αυτών, να χαρακτηρίζει τον πόνο του τοκετού, ως μέγιστο.

Μια σειρά από μελέτες, δείχνει ότι η στάση αποδοχής και η εναρμόνιση με την εξέλιξη του τοκετού, συσχετίζεται με την αντίληψη του πόνου, ως λιγότερο απειλητική και βοηθά τις γυναίκες να ανταπεξέλθουν. Αντιθέτως, όταν παρατηρείται έλλειψη προόδου του τοκετού ή αναγκη για ιατρική παρέμβαση, ο πόνος των γυναικών αυξάνεται (Whitburn, L., Jones, L., Davey, A., Mc-Donald, S., 2018).



Εικόνα 2,3,4. Κατανομή του πόνου στο 1^ο στάδιο, στο πρώιμο 2^ο στάδιο και στο τέλος του 2^{ου} σταδίου του τοκετού (Lowdermilk D., Perry S., Cashion K., AldenK., 2010).

2.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η αντίληψη του πόνου του τοκετού, λαμβάνεται διαφορετικά από κάθε γυναίκα και μπορεί να επηρεαστεί, από ποικίλους σωματικούς, ψυχολογικούς, πολιτισμικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

ο Σωματικοί παράγοντες

Ένας από τους παράγοντες, που μπορεί να επηρεάσει την ένταση του πόνου, που βιώνουν οι γυναίκες, κατά τη διάρκεια του τοκετού, είναι ο σωματικός παράγοντας. Γυναίκες που βιώνουν έντονα την εμμηνορρυσία τους, με συμπτώματα και στην οσφύ, ενδέχεται να βιώσουν αυξημένο πόνο στον τοκετό τους, λόγω της αύξησης των προσταγλανδινών. Καταστάσεις όπως: η σωματική κόπωση, η αϋπνία, η αναιμία και η χαμηλή σε θρεπτικές αξίες διατροφή, μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά, την ανεκτικότητα στα ερεθίσματα του πόνου. Σημαντικό ρόλο, ωστόσο στην αντίληψη του πόνου έχουν: ο τόκος της επιτόκου, η θέση της κατά τη διάρκεια του τοκετού, η κατάσταση του τραχήλου στην έναρξη του τοκετού, οι συστολές, ανάλογα με την ένταση και τη διάρκεια τους, ο βαθμός της διαστολής του τραχήλου, που επιτυγχάνεται με κάθε συστολή, η ταχύτητα της καθόδου του εμβρύου και η σχέση του με την λεκάνη της μήτρας (Lowdermilk, D. et al, 2010; Whitburn, L., Jones, L., Davey, A., Mc-Donald, S., 2018).

ο Πολιτισμικοί παράγοντες

Είναι παγκοσμίως γνωστό από τις γυναίκες, ότι ο τοκετός συνδέεται με πόνο, ωστόσο οι πολιτισμικές και οι θρησκευτικές πεποιθήσεις κάθε γυναίκας, καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύει, αντιλαμβάνεται, ανταποκρίνεται και αντιμετωπίζει τον πόνο του τοκετού. Είναι πιθανό, ο τρόπος που εκφράζει και αντιλαμβάνεται τον πόνο η επίτοκος, να μην αντικατοπτρίζει με ακρίβεια την ένταση του πόνου που πραγματικά βιώνει, παρά μόνο ο τρόπος έκφρασης της να συνάδει με το πολιτισμικό ή θρησκευτικό της υπόβαθρο (Wong, C., 2010).

- Ψυχοσυναισθηματικοί παράγοντες

Η ανησυχία, η συναισθηματική ένταση και το άγχος, αυξάνουν την τάση στους μυς και στους συνδέσμους της λεκάνης και προκαλούν έκκριση κατεχολαμινών, με αποτέλεσμα την αύξηση των επώδυνων ερεθισμάτων προς την πύελο. Το άγχος, μπορεί να επηρεάσει την αποτελεσματικότητα των συστολών της μήτρας, να αυξήσει την αίσθηση δυσφορίας και να επιβραδύνει την εξέλιξη του τοκετού.

Αιτία του άγχους και του φόβου πολλές φορές, αποτελεί η έλλειψη ενημέρωσης της εγκύου για την εξέλιξη και την πορεία του τοκετού, καθώς και για την σημασία του πόνου που πρόκειται να συναντήσει. Η επίτοκος που έχει προετοιμαστεί ψυχολογικά, αντιδρά σαφώς ευνοϊκότερα από μια γυναίκα, που έχει πλήρη άγνοια, για το τί την περιμένει. Επιπλέον, οι προηγούμενες δυσάρεστες εμπειρίες τοκετού, μπορεί να προϋδεάσουν και να φοβίσουν την επίτοκο, με αποτέλεσμα να έχει αυξημένη αίσθηση του πόνου. Η συναισθηματική κατάσταση του ατόμου και η νοητική του κατάσταση, μπορεί να επηρεάσουν την αντίληψη του πόνου (Whitburn, et al, 2018). Η κατάθλιψη, έχει συσχετιστεί με αρνητικές σκέψεις για την εμπειρία του τοκετού, αυξημένο φόβο και μεγαλύτερη επιθυμία για χρήση φαρμακευτικής αναλγησίας (Hulsbosch, et al., 2020).

- Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Το περιβάλλον της επιτόκου, η παρουσία συγκεκριμένων ατόμων, οι πράξεις και οι λέξεις, που χρησιμοποιούνται και η υποστήριξη που παρέχεται, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο, αφού επηρεάζουν την εμπειρία του τοκετού και την ανταπόκριση σε αυτόν (Hulsbosch, et al, 2020). Γυναίκες που ένιωθαν μόνες, χωρίς υποστήριξη φέρεται ότι βίωσαν τον πόνο του τοκετού εντονότερα, σε σύγκριση με γυναίκες που ήταν πιο ανεχτικές στον πόνο και δεν χρειάστηκαν καμία παρέμβαση, έχοντας γύρω τους ένα ήρεμο, ευχάριστο και υποστηρικτικό περιβάλλον. Συμπερασματικά, το περιβάλλον και τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος, μπορούν να διαμορφώσουν την συμπεριφορά της επιτόκου (Leap, et al, 2010).

Οι παραπάνω προγνωστικοί παράγοντες ενδέχεται να προκαλέσουν μια σειρά αρνητικών συνεπειών:

- Έλλειψη ικανοποίησης, σχετικά με την εμπειρία του τοκετού.
- Φτώχη συναισθηματική ευεξία, στην μεταγεννητική περίοδο.
- Αύξηση της έντασης του πόνου, στον τοκετό.
- Αύξηση της πιθανότητας για δυστοκία ώμων ή για επείγουσα καισαρική τομή (Leap, et al, 2010).

Ωστόσο, έρευνες έδειξαν, ότι γυναίκες, που συμμετείχαν προγεννητικά σε εκπαιδευτικά σεμινάρια τοκετού, είχαν θετικές σκέψεις, ως προς την αντίληψη του πόνου του τοκέτου και τελικά η ανταπόκριση τους στον τοκετό, ήταν καλύτερη από τις προσδοκίες τους (Hulsbosch, et al, 2020).

2.5 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΠΙΤΟΚΟ ΚΑΙ ΤΟ ΕΜΒΡΥΟ

Ο πόνος στον τοκετό, αποτελεί μέρος της φυσιολογικής διαδικασίας, ωστόσο, όταν για κάποιες γυναίκες είναι ανυπόφορος και δεν αντιμετωπισθεί, με κάποια μέθοδο ανακούφισης, είναι πιθανό να έχει καταστροφικά αποτελέσματα για τη μητέρα και το έμβρυο/νεογνό.

- Κατά τον τοκετό, παρατηρείται αύξηση της αρτηριακής πίεσης και της καρδιακής συχνότητας και συνεπώς αύξηση του όγκου του αίματος, η οποία μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις σε γυναίκες με καρδιακά προβλήματα.
- Όταν αυξάνεται η ένταση του πόνου, η επίτοκος έχει ανάγκη για περισσότερη κατανάλωση οξυγόνου, με αποτέλεσμα να προκαλείται υπεραερισμός, ενίοτε συνοδευόμενος από αναπνευστική αλκάλωση.
- Στην ενεργό φάση του τοκετού, αυξάνεται η γαστρική οξύτητα και μειώνεται η κινητικότητα του πεπτικού και του ουροποιητικού. Προκαλείται έτσι, κατακράτηση του περιεχομένου του στομάχου και κίνδυνος εισρόφησης, σε περίπτωση εμετού, λόγω αναισθησίας.

- Τέλος, ο φόβος και το άγχος, προκαλούν διέγερση του συμπαθητικού συστήματος, έκκριση κατεχολαμινών και αγγειοσύσπαση, με αποτέλεσμα μείωση της αιμάτωσης της μήτρας και συνεπώς μη αποτελεσματικές συσπάσεις και μειωμένη οξυγόνωση του εμβρύου (Τραγέα, Ρ., 2005)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ

Μέρος της ικανοποίησης που μπορεί να προσφέρει η εμπειρία του τοκετού στις επίτοκες, εξαρτάται από τον έλεγχο που νιώθουν ότι έχουν, κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, συμπεριλαμβανομένου και της δυνατότητας χρήσης αναλγητικών μεθόδων (Johnson, R., Taylor, W., 2010). Ο πόνος του φυσιολογικού τοκετού, πολλές φορές μπορεί να είναι επώδυνος και μεγάλης διάρκειας, εξαντλώντας την μέλλουσα μητέρα, τόσο σωματικά όσο και ψυχοσυναισθηματικά. Σε αυτές τις περιπτώσεις, για το καλώς έχειν της μητέρας και του εμβρύου, μπορεί να κριθεί απαραίτητη η αντιμετώπιση του πόνου.

Οι φαρμακευτικοί μέθοδοι ανακούφισης, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται, πριν ο πόνος γίνει αρκετά έντονος, ώστε να παρακωλυθεί η έκκριση κατεχολαμινών και εν συνεχεία, να μη προκληθεί παράταση τοκετού (Ιατράκης, Γ., 2017). Η επιλογή της αναλγησίας που θα επιλεγθεί, εξαρτάται από το ιατρικό ιστορικό της μητέρας, την εξέλιξη του τοκετού, την εκτίμηση πιθανών παρενεργειών στην μητέρα και το έμβρυο, την διαθεσιμότητα του στο νοσοκομείο και την συγκατάθεση ή μη της μητέρας. Τα φαρμακευτικά και μη φαρμακευτικά μέσα ανακούφισης του πόνου, όταν χρησιμοποιούνται ταυτόχρονα, αυξάνουν το επίπεδο ανακούφισης του πόνου και καθιστούν την εμπειρία του τοκετού πιο θετική για την γυναίκα και την οικογένεια της (Ελληνική Εταιρεία Μαιών Ελλάδας «ΜΑΙΕΥΣΗ», Κανακάρη Μ., 2010). Η διαχείριση, ωστόσο της μαιευτικής αναλγησίας, προϋποθέτει την εμπειρία και τη γνώση της μαιάς, σχετικά με τη φροντίδα μητρότητας, την κατανόηση της φυσιολογίας και ανατομίας του σώματος, καθώς και την γνώση των φαρμακευτικών μέσων που θα χρησιμοποιηθούν, των ανεπιθύμητων παρενεργειών τους και του τρόπου χορήγησης τους, συμπεριλαμβανομένου της οδού και της δοσολογίας τους (Lowdermilk, D. et al, 2010).

3.1 ENTONOX

Το Entonox είναι ένα αέριο μείγμα ίσης ποσότητας υποξειδίου του αζώτου και οξυγόνου και θεωρείται μια ασφαλής εισπνευστική αναλγησία για τον τοκετό. Είναι άχρωμο, άοσμο και αποθηκεύεται σε μπουκάλια σε περιβάλλον, άνω των 10°C (Ελληνική Εταιρεία Μαιών Ελλάδας «ΜΑΙΕΥΣΗ», Κανακάρη, Μ., 2010).

Μπορεί να χορηγηθεί από την ίδια την γυναίκα, με τη χρήση μάσκας με εκπνευστική βαλβίδα ή επιστομίου. Το αέριο εισέρχεται στους πνεύμονες και στην συνέχεια φτάνει στο κεντρικό νευρικό σύστημα, επηρεάζοντας τις νευρικές απολήξεις του πόνου, μειώνοντας την αίσθηση του από την επίτοκο (Sheyklo, S., Hajebrahimi, S., Moosavi, A., Pournaghi-Azar, F., Azami-Aghdaz, S., Ghojzadeh, M., 2017).

Το Entonox μπορεί να δράσει εντός 40sec. - 1min. Η δράση του ξεκινάει συνήθως, μετά από 5 βαθιές εισπνοές, ενώ αποβάλλεται από το σώμα σε 2-5 min. Είναι σημαντικό να κατανοηθεί, ότι το Entonox μπορεί να παρέχει μερική και όχι πλήρη αναλγησία. Ο πόνος μειώνεται, αλλά δεν εξαλείφεται (Johnson, R., Taylor, W., 2010).

Παρά την ευρέως διαθεσιμότητα των άλλων μεθόδων ανακουφίσης του πόνου, κατά τον τοκετό το Entonox είναι μια από τις πιο ευρέως χρησιμοποιούμενες μεθόδους για τους εξής λόγους:

- ✓ Άμεση δράση.
- ✓ Ταχεία αποβολή από το σώμα.
- ✓ Απουσία ακριβού πολύπλοκου εξοπλισμού και εξειδικευμένου προσωπικού.
- ✓ Γενική ευημερία και ικανοποίηση της μητέρας.
- ✓ Ασφαλές προς το έμβρυο.
- ✓ Μπορεί να χρησιμοποιηθεί, σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους αναλγησίας.

Πιθανές παρενέργειες, που μπορεί να προκαλέσει το Entonox, κυρίως σε περίπτωση υπερδοσολογίας είναι ο υπεραερισμός, η αιμωδία στα χέρια, η ναυτία, ο εμετός, η ξηροστομία και η φτωχή μνήμη του τοκετού (Sheyklo, S., Hajebrahimi, S., Moosavi, A., Pournaghi-Azar, F., Azami-Aghdaz, S., Ghojzadeh, M., 2017). Η βοήθεια που μπορεί να προσφέρει η μαία, είναι να στηρίζει και να συμβουλεύει την γυναίκα, ώστε να αποκομίσει τη μέγιστη δυνατή δράση του φαρμάκου.

Συγκεκριμένα:

Στο 1^ο στάδιο τοκετού, το Entonox πρέπει να ειπνέεται, στην έναρξη της συστολής-ωδίνας, ώστε η μέγιστη δράση του, να ασκείται στην κορύφωση της συστολής, όταν και ο πόνος κορυφώνεται. Η μαία ψηλαφώντας τις συστολές, δια μέσου των κοιλιακών τοιχωμάτων, παροτρύνει τη γυναίκα να ξεκινήσει να εισπνέει το αέριο, προτού αντιληφθεί τον πόνο της συστολής. Το επίπεδο άγχους και δυσφορίας σε κάθε συστολή, περιορίζεται και από το γεγονός, ότι η γυναίκα υποχρεώνεται να επικεντρώνεται στην ρυθμικότητα της αναπνοής. Στα μεσοδιαστήματα των συστολών, η γυναίκα θα πρέπει να αφαιρεί τη συσκευή εισπνοής και να αναπνέει φυσιολογικά.

Στο 2^ο στάδιο του τοκετού, το Entonox χρησιμοποιείται, όταν παρά την επιθυμία της γυναίκας για εξώθηση, η προβάλλουσα μοίρα του εμβρύου παραμένει ψηλά, ώστε να διευκολυνθεί η εμπέδωση πριν την έναρξη των εξωθήσεων. Επισημαίνεται, ότι το Entonox αντενδείκνυται στις περιπτώσεις, που υπάρχει αναπνευστική νόσος και για αυτό σε αυτές τις περιπτώσεις η γυναίκα θα πρέπει να εξετάζεται εξατομικευμένα (Johnson, R., Taylor, W., 2010).

Σε μελέτη που διεξήχθη το 2015 σε 120 άτοκες γυναίκες στο νοσοκομείο Atieh, στην πόλη Hamadah του Ιράν, διερευνήθηκε η επίδραση του Entonox στην ανακούφιση από τον πόνο και η διάρκεια του τοκετού. Οι επίτοκες, χωρίστηκαν σε δύο τυχαίες ομάδες, για να λάβουν Entonox (ομάδα Α παρέμβασης) ή απλό οξυγόνο (ομάδα Β ελέγχου). Κατά τη διάρκεια του πειράματος, η συχνότητα και η ένταση των συστολών, ο καρδιακός ρυθμός του εμβρύου και τα ζωτικά σημεία της μητέρας ελέγχονταν. Από την έρευνα αποκλείστηκαν επίτοκες, με παθολογία κύησης ή χρήση ναρκωτικών, ηρεμιστικών. Για την συλλογή και σύγκριση των αποτελεσμάτων, χρησιμοποιήθηκε η οπτική αναλογική κλίμακα VAS (Visual Analogue Scale).

Τα αποτελέσματα παρατίθενται ως εξής:

- Ο πόνος στην ομάδα ελέγχου αξιολογήθηκε, ως αισθητά εντονότερος, συγκριτικά με την ομάδα παρέμβασης.
- Ο τοκετός διήρκησε περισσότερο, στην ομάδα ελέγχου.

- Το Apgar Score στο 1^ο , 5^ο και 20^ο λεπτό, ήταν υψηλότερο στην ομάδα παρέμβασης.
- Η ναυτία και η ζάλη, ήταν ελαφρώς μεγαλύτερη στην ομάδα παρέμβασης, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (Parsa, et al., 2017).

Parsa Parsa et al., Effect of Entonox on Labour Pain and Outcome of Delivery				
Pain in first hour	5.95±1.32	8.45±1.02	-11.65	<0.001
Pain in second hour	5.44±1.94	8.12±2.16	-7.17	<0.001
Pain in third hour	1.26±2.48	6.27±4.20	-7.99	<0.001
Pain in fourth hour	0.28±1.25	1.88±3.80	-3.13	0.002
Duration of first stage	64.80±25.60	98.33±26.88	-6.44	<0.001
Duration of second stage	44.26±21.09	64.25±30.14	-4.23	<0.001

[Table/Fig-3]: Comparison of pain and duration of labour stage in two groups.

Side-effects	entonox N (%)	Control N (%)	Chi-square	p-value
Nausea	36 (59.0%)	2 (3.3%)	43.50	<0.001
Vomiting	15 (24.6%)	7 (11.7%)	3.40	0.650
Lethargy	3 (4.9%)	4 (6.7%)	0.17	0.680
Dry of mouth	13 (21.3%)	10 (16.7%)	0.40	0.520

[Table/Fig-4]: Comparisons of side effects in two groups.

Εικόνα 5. Επίδραση του Entonox, κατά τον τοκετό. (Parsa, P., Saeedzadeh, N., Roshanaei, G., Shobeiri, F., Hakemzadeh, F., 2017).

Σε μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2016, έγινε συστηματική ανασκόπηση, όλων των μελετών που αφορούσαν την επίδραση του Entonox στη διαχείριση του πόνου του τοκετού. Πηγές της έρευνας αποτέλεσαν οι βάσεις δεδομένων, Google Scholar, Pubmed, Science Direct, Magiran, SID, Scopus και έγκυρα άρθρα από περιοδικά από το 2000-2016. Το ποσοστό ικανοποίησης των μητέρων σε αυτές τις μελέτες, ήταν υψηλό και το Apgar Score των νεογνών βελτιωμένο. Συγκεκριμένα, σε μια μελέτη που διεξήχθη από το Κολλέγιο Μαιευτικής και Γυναικολογίας της Αυστραλίας, το 70% των γυναικών δήλωσε, ότι ανακούφιστηκε από την χρήση του Entonox, ενώ η επιθυμία των γυναικών για μελλοντική χρήση του, ανερχόταν στο 80% (Sheyklo, et al., 2017).

3.2 ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟΣ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ

Με τον όρο επισκληρίδιο αναλγησία, εννοούμε την παρεμβατική μέθοδο ανακούφισης του πόνου, κατά τη διάρκεια της οποίας, χορηγείται από εξειδικευμένο αναισθησιολόγο τοπικό αναισθητικό, μέσω ενός καθετήρα στον επισκληρίδιο χώρο και συγκεκριμένα, στο ύψος του μεσοσπονδύλιου διαστήματος O1 – O4 οσφυϊκών σπονδύλων (Ελληνική Μαιευτική Εταιρεία Μαιών Ελλάδας «ΜΑΙΕΥΣΗ», Κανακάρη, Μ., 2010; Johnson, R., Taylor, W., 2010).

Τα αναισθητικά, διαπερνώντας τη σκληρή και αραχνοειδή μήνιγγα, εισέρχονται στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Μια ποσότητα του φαρμάκου, θα περάσει στο νωτιαίο μυελό και θα συνδεθεί με τους υποδοχείς των οπιοειδών, μερική ποσότητα θα εισέλθει στη συστηματική κυκλοφορία και η υπόλοιπη θα προσκολληθεί στο επισκληρίδιο λίπος. Η χορήγηση του αναισθητικού, μπορεί να είναι ταχεία, διαλείπουσα ή συνεχής, ανάλογα με τις ανάγκες της μητέρας και την κρίση των γιατρών, την εκάστοτε χρονική στιγμή (Ελληνική Εταιρεία Μαιών Ελλάδας «ΜΑΙΕΥΣΗ», Κανακάρη, Μ., 2010).

Το 80% των γυναικών, αναφέρει πλήρη ανακούφιση του πόνου με την εφαρμογή της επισκληριδίου, ενώ από το 20% που ανέφερε μερική αναλγησία, μόνο το 5% χρειάστηκε, περαιτέρω παρέμβαση για τη διόρθωση του. Επιπλέον, μέσα από έρευνες, φάνηκε, ότι οι πατέρες, των οποίων οι σύντροφοι χρησιμοποίησαν επισκληρίδιο αναλγησία, ήταν περισσότερο ήρεμοι, βοηθητικοί και συμμετείχαν στη διαδικασία του τοκετού, συγκριτικά με αυτούς, των οποίων οι σύντροφοι δεν χρησιμοποίησαν καμία μέθοδο αναλγησίας (Hawkins, J.,2014).

3.2.1 ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟΥ

Την στιγμή που η επίτοκος θα ζητήσει επισκληρίδιο αναλγησία, ενημερώνεται ο αναισθησιολόγος, ο οποίος είναι υπεύθυνος για την ενημέρωση της επιτόκου σχετικά με την διαδικασία, τους πιθανούς κινδύνους και την λήψη της συγκατάθεσης της. Προτού ξεκινήσει η διαδικασία, η μαία έχει την ευθύνη για την καταγραφή των ζωτικών σημείων της επιτόκου, την ακρόαση των παλμών του εμβρύου και την παρότρυνση της γυναίκας για κένωση της ουροδόχου κύστης.

Στη συνέχεια, τοποθετείται φυσιολογικός ορός ενυδάτωσης για μείωση του κινδύνου υπότασης, που μπορεί να προκληθεί από την αγγειοδιαστολή του κατώτερου τμήματος του σώματος, που προκαλεί η επισκληρίδιος αλλά και λόγω της ύπτιας θέσης που υιοθετεί η έγκυος τα πρώτα 20 λεπτά, μετά την επισκληρίδιο (Ελληνική Εταιρεία Μαιών Ελλάδας «ΜΑΙΕΥΣΗ», Κανακάρη, Μ., 2010). Επιπλέον, για πρόληψη των λοιμώξεων, όλο το προσωπικό οφείλει να έχει πλύνει τα χέρια του και να φοράει καινούργια καθαρή μάσκα (Hawkins, J., 2014).

Η παρακέντηση του επισκληριδίου χώρου γίνεται, μετά από αντισηψία του μεσοσπονδύλιου διαστήματος O2- O3 ή O3 - O4. Ο υπέρηχος μπορεί να φανεί χρήσιμος στο σημείο αυτό από τον αναισθησιολόγο, για τον εντοπισμό του ακριβούς σημείου τοποθέτησης του καθετήρα, προσφέροντας μεγαλύτερη ασφάλεια, αλλά και επιτυχία της μεθόδου (Nanji, J., Carvalho, B., 2020). Η θέση της γυναίκας για την εισαγωγή του καθετήρα, είναι στο αριστερό πλάι ή καθιστή. Μετά την τοποθέτηση του επισκληριδίου καθετήρα, πρέπει να λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία της μητέρας, κάθε 5 λεπτά για τα πρώτα 20 λεπτά και εν συνεχεία κάθε 30 λεπτά, ενώ οι εμβρυϊκοί παλμοί, πρέπει να ελέγχονται συστηματικά.

Ο καθετήρας μπορεί να παραμείνει από την αρχή, μέχρι το τέλος του τοκετού, χρησιμοποιώντας μικρές επαναληπτικές δόσεις αναλγητικών φαρμάκων, που εμποδίζουν, μόνο τα νωτιαία νευροτόμια Θ10 – O1.

Μελέτες έχουν δείξει, πως ο καταλληλότερος χρόνος να ξεκινήσει η επισκληρίδιος αναλγησία, είναι στη μέση του 1^{ου} στάδιου του τοκετού, όταν η διαστολή του τραχηλικού στομίου είναι στα 4-5 εκατοστά (Ιατράκης, Γ, 2017; Ιατράκης, Γ., Βενετίκου, Μ. & Καρίκας, Γ., 2017).

Η επισκληρίδιος αναλγησία, μπορεί να γίνει και με την χρήση συνεχών εγχύσεων και την προσθήκη μικρών δόσεων ναρκωτικών στο τοπικό αναισθητικό. Με αυτόν τον τρόπο, εξασφαλίζεται ένα σταθερό επίπεδο αναλγησίας, αλλά και το τοπικό αναισθητικό, μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε χαμηλότερες συγκεντρώσεις, με το μικρότερο δυνατό αποκλεισμό της κινητικότητας.

Κατά το 2^ο στάδιο του τοκετού, όταν η διαστολή του τραχηλού είναι σχεδόν 10 εκατοστά η αναλγησία μπορεί να επεκταθεί, ώστε να περιλάβει και τα ιερά νευροτόμια με την χορήγηση μεγαλύτερης δόσης του αναισθητικού και την τοποθέτηση της επιτόκου σε καθιστή θέση, όσο γίνεται η χορήγηση. Όταν ξεκινήσει η εξώθηση, η αναλγησία του περινέου είναι συνήθως πλήρης από τις προηγούμενες δόσεις, ωστόσο αν η επίτοκος πονάει, εγχύεται μια επιπλέον δόση (Ιατράκης, Γ., 2017; Ιατράκης, Γ. και συν, 2017).

3.2.3 ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ

Ως αναισθητικά εκλογής, αποτελούν η *βουπιβακαΐνη* (*bupivacaine*) και η *ροπιβακαΐνη* (*ropivacaine*).

Η *βουπιβακαΐνη*, προσφέρει αποτελεσματική αναλγησία, ωστόσο χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή ως προς τη δοσολογία, καθώς μπορεί να προκαλέσει, απειλητικά για τη ζωή καρδιολογικά και νευρολογικά πρόβληματα.

Η *ροπιβακαΐνη* είναι ασφαλέστερη, πετυχαίνει καλύτερο διαχωρισμό, μεταξύ κινητικού και αισθητικού αποκλεισμού και συνεπώς υπερτερεί, αφού προκαλεί ελαττωμένο κινητικό αποκλεισμό (Ιατράκης, Γ., 2017; Ιατράκης, Γ. και συν, 2017).

Αναισθητικά, όπως η *βουπιβακαΐνη* και η *ροπιβακαΐνη*, διαπερνούν την σκληρά μήνιγγα και τις αραχνοειδείς μεμβράνες, όπου έρχονται σε επαφή με τις νευρικές ρίζες και τον νωτιαίο μυελό. Εν συνεχεία, αναστέλλουν την νευρική διαβίβαση, μπλοκάροντας τα κανάλια ιόντων νατρίου, που μεταβιβάζουν τα ερεθίσματα, διαμέσου των νευρικών ινών, σταματώντας τη διαβίβαση των διεγέρσεων του πόνου στα ανώτερα κέντρα.

Η δόση του φαρμάκου είναι εκείνη που καθορίζει, ποιο είδος νευρικής ίνας επηρεάζεται. Μικρές δόσεις, μπλοκάρουν μερικώς και επιλεκτικώς τις νευρικές ίνες, χωρίς να επηρεάζουν τις μεγαλύτερες κινητικές νευρικές ίνες, μειώνοντας έτσι, την πιθανότητα αδυναμίας και δυσκινησίας των ποδιών.

Υψηλές δόσεις τοπικών αναισθητικών θα μπορούσαν να προκαλέσουν, μεγαλύτερη δυσκολία στον τοκετό, αυξημένο ρίσκο υποβοηθούμενου τοκετού, αυξημένες περινεϊκές κακώσεις και πόνο στο σημείο, καθώς και ακράτεια ούρων, μετά τον τοκετό (Johnson, R., Taylor, W., 2010).

Άλλα γνωστά τοπικά αναισθητικά είναι, η *Λεβοβουπιβακαΐνη (Levobupivacaine)*, η *Χλωροπροκαΐνη (Chloroprocaine)* και η *Λιδοκαΐνη (Lidocaine)*. Η *λεβοβουπιβακαΐνη*, είναι ανάλογη της *βουπιβακαΐνης*, όμως είναι λίγοτερο καρδιοτοξική με 50%, καλύτερο επίπεδο ασφαλείας, σε πειράματα που έχουν γίνει στα ζώα. Δεν συνίσταται, σε παρατεταμένους τοκετούς. Η *χλωροπροκαΐνη* και η *λιδοκαΐνη*, δεν συνιστώνται για μαιευτική αναλγησία, η πρώτη, λόγω της μικρής διάρκειας δράσης της και η δεύτερη, λόγω των υψηλών ποσοστών ταχυφυλαξίας.

Το συνηθέστερο χρησιμοποιούμενο σχήμα, που χρησιμοποιείται σήμερα στην μαιευτική, είναι η έγχυση 8-10ml *βουπιβακαΐνης* 0,125% με 1-2mg/ml ενδοφλεβίως φαιντανύλης (*fentanyl*) ή σουφαιντανύλης (*sufentanyl*). Ο συνδυασμός αυτός, παρέχει εξαιρετική αναλγησία, καλό αισθητικό και κινητικό διαχωρισμό, ελάχιστη τοξικότητα και είναι οικονομικός (Ιατράκης, Γ., 2017; Ιατράκης, Γ. και συν, 2017).

3.2.4 ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ - ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟΥ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ

Ενδείξεις:

1. Ο υπεραερισμός της μητέρας στον φυσιολογικό τοκετό, δεν θα επηρεάσει την οξυγόνωση του εμβρύου, ωστόσο στις κυήσεις υψηλού κινδύνου ο υπεραερισμός, μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα, λόγω μη επαρκής οξυγόνωσης του εμβρύου. Η επισκληρίδιος αναλγησία μπορεί να προσφέρει στις περιπτώσεις αυτές, λόγω της αύξησης της μητροπλακουντιακής κυκλοφορίας και της αναστολής της υπερέκκρισης κατεχολαμινών.

2. Η επισκληρίδιος αναλγησία, μπορεί να καταπραΰνει τον πόνο και το άγχος της γυναίκας και να αποκαταστήσει τις ασύμμετρες συστολές.
3. Ενδείκνυται ιδιαίτερα, σε παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος, σε σακχαρώδη διαβήτη, σε υπερτασική νόσο κυήσης και σε καρδιοπάθειες.
4. Προσφέρει αναλγησία και μετά τον τοκετό (Johnson, R., Taylor, W., 2010; Ιατράκης, Γ., 2017).

Αντενδείξεις:

1. Αντενδείκνυται σε διαταραχές πήκτικότητας του αίματος, λόγω αυξημένου κινδύνου σχηματισμού αιματώματος.
2. Όταν υπάρχει ενεργός τοπική λοίμωξη ή φλεγμονή στο σημείο παρακέντησης.
3. Σε αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε σχηματισμό κήλης, εάν γίνει παρακέντηση σκληράς μήνιγγας.
4. Όταν η μητέρα πάσχει από κάποια νευρολογική διαταραχή, όπως πολλαπλή σκλήρυνση.
5. Όταν υπάρχει γνωστή αλλεργία, σε κάποιο από τα χορηγούμενα φάρμακα.
6. Σε ανωμαλίες ράχης.
7. Υψηλότερο ποσοστό αποτυχίας επισκληριδίου αναλγησίας, όταν ο δείκτης μάζας σώματος (BMI) είναι >30 (Johnson, R., Taylor, W., 2010; Hawkins, J., 2014).

Παρενέργειες:

Οι παρακάτω αναφερόμενες παρενέργειες, μπορούν να προκύψουν από τις δράσεις των χρησιμοποιούμενων φαρμάκων ή από επιπλοκές, κατά τη διαδικασία τοποθέτησης του καθετήρα.

- Υπόταση. Προλαμβάνεται με ενδοφλέβια ενυδάτωση εκ των προτέρων 500-1000ml Ringer's Lactate, αλλιώς 5-10mg εφεδρίνης.
- Αδυναμία στα πόδια.
- Κατακράτηση ούρων.

- Διακύμανση θερμοκρασίας. Μητρική πυρεξία $>38^{\circ}\text{C}$ και ρίγος. Έλεγχος για σήψη νεογνού και χορήγηση αντιβιοτικών. Προδιαθεσικοί παράγοντες: η ατοκία και ο τοκετός >12 ωρών.
- Τοξικότητα αναισθητικού φαρμάκου, που περιλαμβάνει ανησυχία, ζάλη, εμβοές, μεταλλική γεύση και υπνηλία.
- Αναφυλακτική αντίδραση.
- Μερική αναλγησία, με αποτέλεσμα οι συστολές να γίνονται αντιληπτές σε μια περιοχή της κοιλιακής χώρας (Συχνότητα εμφάνισης 1:8).
- Τρώση σκληράς μήνιγγας, όταν ο καθετήρας τρυπά τη σκληρά μήνιγγα με συνέπεια, μείωση της ενδοκράνιας πίεσης και εμφάνιση ισχυρού πονοκεφάλου τις επόμενες μέρες. Αν χορηγηθούν, 10-20ml φρέσκου αίματος της ασθενούς στον καθετήρα, θα κλείσει σαν βύσμα το έλεμμα και θα προλάβει ή θα ελαττώσει την κεφαλαλγία. Ποσοστό επιτυχίας $>90\%$. (Συχνότητα εμφάνισης 1:100).
- Μετακίνηση καθετήρα στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, προκαλώντας παράλυση αναπνευστικών μυών, υπόταση και αναπνευστική καταπληξία ή μετακίνηση καθετήρα σε αιμοφόρο αγγείο, προκαλώντας τοξικότητα, αιμωδίες, μούδιασμα, τινάγματα, σπασμούς, άπνοια, απώλεια συνείδησης (Εξαιρετικά σπάνια).
- Απόστημα στο σημείο εισόδου (Συχνότητα εμφάνισης 1:50.000).
- Αιμάτωμα, λόγω τραύματος στα επισκληρίδια αιμοφόρα αγγεία, κατά την είσοδο ή έξοδο του καθετήρα (Συχνότητα εμφάνισης 1:170.000).
- Μηνιγγίτιδα (Σπάνια).
- Επιλόχειος πόνος πλάτης. Το 50% των γυναικών, αναφέρουν τον πόνο 6 μήνες μετά την γέννηση και 28%, αμέσως μετά τον τοκετό. Ωστόσο, δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης μακροχρόνιας οσφυαλγίας, αναπηρίας ή περιορισμός της κίνησης μεταξύ των γυναικών με επισκληρίδιο ή χωρίς.
- Απώλεια αισθήσεων (Συχνότητα εμφάνισης 1:100.000).
- Σοβαρός τραυματισμός, συμπεριλαμβανομένου της παράλυσης (Συχνότητα εμφάνισης 1:250.000).

Παρενέργειες στο έμβρυο – νεογνό:

- Παροδικές αλλοιώσεις στον καρδιακό ρυθμό, συγκεκριμένα βραδυκαρδία, λόγω υπερδιέγερσης μήτρας ή υποαιμάτωσης του πλακούντα.
- Μειωμένη επιτυχία θηλασμού.
- Μη ουσιαστικές διαφορές στη νεογνική αρτηριακή πίεση ή στο Apgar Score.

Για τις παραπάνω παρενέργειες, αλλά και για τις μη αναμενόμενες επιπλοκές, πρέπει να υπάρχει έτοιμος εξοπλισμός και το προσωπικό να είναι επαρκώς εκπαιδευμένο (Johnson, R., Taylor, W., 2010; Hawkins, J., 2014; Ιατράκης, Γ., 2017).

3.2.5 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟΥ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Έρευνες δείχνουν, ότι εάν η επισκληρίδιος αναλγησία γίνει στην λανθάνουσα φάση του τοκετού, δηλαδή πριν τα 3-4 εκατοστά διαστολής του τραχηλικού στομίου, μπορεί να καθυστερήσει την πρόοδο του τοκετού ή να χρειαστεί χορήγηση ωκυτοκίνης, γιατί θεωρείται, ότι τα τοπικά αναισθητικά, επηρεάζουν τα πυελικά αυτόνομα και παρασυμπαθητικά νεύρα, αναστέλλοντας την απελευθέρωση ωκυτοκίνης, με αποτέλεσμα να μειώνεται η συχνότητα και το εύρος των συστολών, αλλά να επηρεάζεται και η φύση τους, λόγω αναστολής της αισθητικής οδού. Άλλοι ερευνητές, ωστόσο υποστηρίζουν, ότι αν οι συστολές είναι περιοδικές, τουλάχιστον 3-4 ανά 10 λεπτά η ένταση τους δεν επηρεάζεται.

Στο 2^ο στάδιο του τοκετού, οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν, ότι η επισκληρίδιος, αυξάνει την χρονική διάρκεια του τοκετού (25-50%), λόγω της αναστολής του αντανακλαστικού του Ferguson, που εμπλέκεται στην εκούσια ανάγκη εξώθησης. Ο καθοδηγητικός ρόλος της μαιάς, στο στάδιο της εξώθησης, είναι εξαιρετικής σημασίας, αφού η έγκυος δυσκολεύεται να αντιληφθεί την ένταση των συστολών και να εξωθήσει με αντίστοιχη δύναμη.

Η επισκληρίδιος αναλγησία, μπορεί επίσης με την εξασθένηση της εξώθησης των κοιλιακών μυών και τη χαλάρωση των μυών του πυελικού εδάφους, να προδιαθέσει σε ατελή περιστροφή των οπίσθιων θέσεων της ινιακής προβολής. Η επισκληρίδιος, δεν αυξάνει τα ποσοστά καισαρικής, ωστόσο φαίνεται να σχετίζεται με τον επεμβατικό τοκετό. Γυναίκες με παρατεταμένους και επίπονους τοκετούς, είναι πιο πιθανό να απαιτήσουν επισκληρίδιο αναλγησία, ενώ όσες γυναίκες ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου, ενθαρρύνονται από το προσωπικό να χρησιμοποιήσουν επισκληρίδιο στον τοκετό τους (Taylor, W., Johnson, R., 2010; Ιατράκης, Γ., 2017).

3.2.6 ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΗ ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟΣ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ ΚΑΙ ΚΙΝΗΣΗ ΕΠΙΤΟΚΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ

Ελεγχόμενη επισκληρίδιος αναλγησία:

Η ελεγχόμενη επισκληρίδιος αναλγησία, είναι μια ασφαλής και αξιόλογη τεχνική. Παρέχει αποτελεσματική αναλγησία και υψηλά ποσοστά ικανοποίησης της μητέρας, η οποία νιώθει, ότι έχει τον έλεγχο του εαυτού και του τοκετού της. Επιπλέον, φαίνεται να χρησιμοποιούνται χαμηλότερες δόσεις αναισθητικού με αυτή την τεχνική και αυξημένη κινητικότητα της μητέρας. Ωστόσο, πρέπει να ληφθεί υπόψη το κόστος του εξοπλισμού που είναι απαραίτητος, για αυτή την τεχνική.

Κίνηση επιτόκου κατά την επισκληρίδιο. Η παραμονή των εγκύων στο κρεβάτι, κατά τη διάρκεια του τοκετού, μπορεί να κάνει την διάρκεια του μεγαλύτερη και την αίσθηση του πόνου εντονότερη. Επίσης, αυξάνει την αρνητική συμπεριφορά των γυναικών και συνεπώς την αύξηση της πιθανότητας επεμβατικού τοκετού.

Έρευνες δείχνουν, ότι η επίτοκος μπορεί να περπατήσει με ασφάλεια 30 λεπτά, μετά την 1^η δόση του αναισθητικού. Συνίσταται, να συνοδεύεται ενώ περπατάει, καθώς ο νευρικός αποκλεισμός, σε συνδυασμό με την εξασθενημένη αντιδραστικότητα, κάνουν την γυναίκα, περισσότερο ευάλωτη και είναι πιθανό να χάσει την ισορροπία της. Οι περισσότερες επίτοκες, μετά από 2-3 δόσεις έγχυσης του αναισθητικού, αισθάνονται μούδιασμα στα πόδια τους και προτιμούν να μείνουν στο κρεβάτι.

Οι μαίες, προτού επιτρέψουν την ελεύθερη κίνηση των επιτόκων, οφείλουν να ελέγξουν την δύναμη που μπορούν να ασκήσουν με τα πόδια τους, με σκοπό την πρόληψη ατυχημάτων (Ελληνική Εταιρεία Μαιών Ελλάδας «ΜΑΙΕΥΣΗ», Κανακάρη, Μ., 2010).

3.2.7 ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟΥ – ΡΑΧΙΑΙΑΣ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ

Σε σύγκριση με την παραδοσιακή επισκληρίδιο τεχνική, μια συνδυασμένη επισκληρίδιος - ραχιαία αναλγησία, χρησιμοποιεί μια νωτιαία βελόνα μικρής διαμέτρου για την παρακέντηση της μήνιγγας και τη χορήγηση ενδορραχιαίας φαρμακευτικής αγωγής, μετά τον εντοπισμό του επισκληρίδιου χώρου. Πριν την τοποθέτηση του επισκληρίδιου καθετήρα, η νωτιαία βελόνα εισάγεται, μέσω του αυλού της επισκληρίδιου βελόνας στον υπαραχνοειδή χώρο.

Υπάρχουν επίσης, ειδικά φτιαγμένα κιτ για την συγκεκριμένη τεχνική. Τα πλεονεκτήματα της διαδικασίας αυτής, είναι η ταχύτερη έναρξη ανακούφισης του πόνου, σχετικά με την παραδοσιακή επισκληρίδιο αναλγησία, η καλύτερη επακόλουθη αναλγησία μετά τον τοκετό, η μειωμένη ανάγκη για επιπρόσθετες δόσεις, η ελάχιστη κατακράτηση ούρων, η μειωμένη αποτυχία καθετηριασμού και η υψηλότερη μητρική ικανοποίηση. Ενδεχόμενα μειονεκτήματα, είναι η μητρική υπόταση, ο κνησμός, οι αρρυθμίες της μητέρας και η εμφάνιση βραδυκαρδίας στο έμβρυο, οφειλόμενη στην απότομη μείωση των κατεχολαμινών στη μητρική κυκλοφορία και στην μείωση της επινεφρίνης στην μήτρα. Το ποσοστό αποτυχίας της συνδυασμένης τεχνικής και της απλής επισκληρίδιου, είναι 7%, έναντι 12% (Nanji, J., Carvalho, B., 2020; Lowdermilk, D. et al, 2010).

3.3 ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ ΓΙΑ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

1. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ

Τα συστηματικά αναλγητικά, διέρχονται τον αιματοεγκεφαλικό και πλακουντιακό φραγμό, με σκοπό την επίτευξη πλήρους αναλγησίας.

Έχουν μεγάλη διάρκεια δράσης και μπορούν να προκαλέσουν στο νεογνό αναπνευστική καταστολή, περιορισμένη εγρήγορση και καθυστέρηση θηλασμού, ανάλογα το είδος του φαρμάκου, την δοσολογία, την οδό και το χρόνο χορήγησης του. Η ενδοφλέβια χορήγηση, προτιμάται από την ενδομυϊκή, διότι η έναρξη δράσης του φαρμάκου είναι ταχύτερη και πιο αξιόπιστη. Με αυτό τον τρόπο, επιτυγχάνεται υψηλότερο επίπεδο αναλγησίας, με μικρότερες δόσεις φαρμάκου. Η ελεγχόμενη από την ασθενή ενδοφλέβια αναλγησία, είναι διαθέσιμη επιλογή.

Η επίτοκος, χρησιμοποιώντας μια αντλία που ρυθμίζει την δόση και την συχνότητα του φαρμάκου, χορηγεί στον εαυτό της μικρές δόσεις αναλγητικού. Με την μέθοδο αυτή, χρησιμοποιείται μικρότερη συνολική ποσότητα αναλγητικού και οι επίτοκες εκτιμούν την αίσθηση αυτονομίας που τους προσφέρει αυτή η τεχνική. Οι κατηγορίες αναλγητικών, που χρησιμοποιούνται, είναι οι αγωνιστές των οπιοειδών και οι αγωνιστές – ανταγωνιστές των οπιοειδών.

ΟΠΙΟΕΙΔΗ

Τα παρεντερικά αναλγητικά, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ανακούφιση του πόνου του τοκετού. Τα οπιοειδή αναλγητικά, σύμφωνα με την χημική τους δομή περιλαμβάνουν, τα φυσικά αλκαλοειδή του οπίου και τα συνθετικά παράγωγα. Τα πλεονεκτήματα των οπιοειδών, είναι η ευκολία της χορήγησης τους και η ασφάλεια που παρέχουν στη μητέρα και στο νεογνό, όταν χρησιμοποιούνται σε χαμηλές δόσεις. Για ταχεία δράση προτιμάται η ενδοφλέβια οδός με χορήγηση μικρών επαναληπτικών δόσεων. Η χορήγηση αντενδείκνυται, αν επίκειται τοκετός τις επόμενες 2-3 ώρες, για αποφυγή επίδρασης του φαρμάκου στο νεογνό. Κατά την ενδομυϊκή χορήγηση, η μέγιστη δράση του αναλγητικού στο έμβρυο θα εμφανιστεί σε 2-4 ώρες. Η επίδραση του φαρμάκου είναι ελάχιστη, εάν το έμβρυο γεννηθεί εντός 1 ώρας.

Σε περίπτωση που εμφανιστεί στο νεογνό αναπνευστική δυσχέρεια, χορηγείται ναλοξόνη 0,01-0,1 mg/kg. Μειονεκτήματα των οπιοειδών, αποτελούν η εμβρυϊκή βραδυκαρδία, ο κνησμός, η ναυτία, η υπόταση, η κατακράτηση ούρων, η αναπνευστική καταστολή της μητέρας και η υπερδιέγερση της μήτρας.

ΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΟΠΙΟΕΙΔΩΝ

Αγωνιστής είναι ένας παράγοντας που ενεργοποιεί ή διεγείρει την δράση ενός υποδοχέα. Οι αγωνιστές δεν προκαλούν αμνησία, αλλά ένα αίσθημα ευφορίας. Ενδέχεται να αναστείλουν την ικανότητα κένωσης ουροδόχου κύστης και γαστρεντερικού σωλήνα και να προκαλέσουν ανεπιθύμητες ενέργειες στην καρδιακή συχνότητα, στην αρτηριακή πίεση και στην αναπνοή της μητέρας, για αυτό θα πρέπει να χορηγούνται με μεγάλη προσοχή σε γυναίκες με καρδιαγγειακές και αναπνευστικές διαταραχές. Επιπλέον, μετά την χορήγηση πρέπει να λαμβάνονται προφυλάξεις ασφαλείας, λόγω της ζάλης που μπορεί να προκληθεί στην επίτοκο, προς αποφυγήν ενδεχόμενου τραυματισμού.

➤ Υδροχλωρική υδρομορφόνη (*Dilandid*)

Ισχυρός αγωνιστής οπιοειδών με αναλγητική δράση. Μπορεί να χορηγηθεί ενδοφλεβίως ή ενδομυϊκώς, κατά τη διάρκεια του τοκετού. Η δράση του ξεκινάει 10-15 λεπτά, μετά την χορήγηση με διάρκεια 2-3 ώρες, αν χορηγηθεί ενδοφλεβίως. Κατά την ενδομυϊκή χορήγηση, η δράση ξεκινάει εντός 10-15 λεπτών, με κορύφωση αναλγητικού στα 30-60 λεπτά και διαρκεί 4-5 ώρες.

➤ Μορφίνη (*Morphine*)

Είναι ελάχιστα λιποδιαλυτή και έχει μακροχρόνια δράση. Συνήθως, χορηγείται για αναλγησία μετά τον τοκετό ή αν δεν περιλαμβάνει συντηρητικά, ενδορραχιαία, γιατί μπορεί να προκαλέσει έντονη αναπνευστική καταστολή στο νεογνό.

➤ Μεπεριδίνη (*Meperidine*) ή Πεθιδίνη (*Pethidine*)

Προκαλεί την λιγότερο αναπνευστική καταστολή από τις ισοδύναμες δόσεις της μορφίνης. Η χορήγηση περιλαμβάνει, 50-100mg ενδομυϊκώς, κάθε 2-4 ώρες και έναρξη δράσης 30-45 λεπτά ή 25-50mg ενδοφλεβίως, κάθε 1-2 ώρες, με έναρξη δράσης 5-10 λεπτά. Δεν χρησιμοποιείται πλέον, λόγω των ποικίλων ανεπιθύμητων ενεργειών της στο νεογνό.

➤ Φαιντανύλη (*Fentanyl*)

Προσφέρει ταχεία δράση και διαρκεί 1-2 ώρες, αν χορηγηθεί *bolus*, ενδοφλεβίως. Χρησιμοποιείται κυρίως, στην επισκληρίδιο χορήγηση.

➤ Σουφαιντανύλη (*Sofentil*)

Είναι 4-5 φορές ισχυρότερη από την φαιντανύλη. Προσφέρει καλύτερη αναλγησία και μεγαλύτερη διάρκεια δράσης. Επιπλέον, η ποσότητα φαρμάκου που περνάει στον πλακούντα είναι ελάχιστη.

➤ Ρεμφαιντανύλη (*Remifentanyl*)

Άμεση δράση, ταχεία απέκκριση, χωρίς ενεργούς μεταβολήτες, ωστόσο μπορεί να προκαλέσει δύσπνοια και αναπνευστική δυσχέρεια, για αυτό χορηγείται συνήθως, μέσω επισκληριδίου καθετήρα.

Μετά την χορήγηση των αγωνιστών οπιοειδών, ιδανικά ο τοκετός πρέπει να περατωθεί σε λιγότερο από 1 ώρα ή σε περισσότερες από 4 ώρες, για να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα καταστολής του κεντρικού νευρικού συστήματος του νεογνού (Ιατράκης, Γ., Βενετίκου, Μ. & Καρίκας, Γ., 2017).

Αγωνιστές – Ανταγωνιστές οπιοειδών

Ανταγωνιστής είναι ένας παράγοντας, ο οποίος αποκλείει έναν υποδοχέα ή φάρμακο, που προορίζεται για την ενεργοποίηση ενός υποδοχέα.

➤ Βουτορφανόλη (*Stadol*) και Ναλβουφίνη (*Nubain*)

Παρέχουν επαρκή αναλγησία, χωρίς να προκαλούν σημαντική αναπνευστική καταστολή στη μητέρα ή στο νεογνό. Η πρόκληση ναυτίας και εμετού είναι σπάνια, ενώ η καταστολή που προκαλούν είναι ισχυρή ή ισχυρότερη των αγωνιστών. Εξαιτίας των παραπάνω δράσεων, συνιστώνται έναντι των αγωνιστών οπιοειδών, κατά τον τοκετό. Χορηγούνται ενδοφλέβια ή ενδομυϊκά με την ενδοφλέβια χορήγηση να προτιμάται.

➤ Ναλβουφίνη (*Nalbuphine*)

Η ναλβουφίνη δεν είναι κατάλληλη για επίτοκες εξαρτημένες από ναρκωτικά, καθώς η ανταγωνιστική της δράση, μπορεί να προκαλέσει στερητικό σύνδρομο στην μητέρα και το νεογνό.

➤ Ναλοξόνη (*Narcan*)

Η ναλοξόνη δεν χρησιμοποιείται για αναλγησία κατά τον τοκετό, αλλά χρησιμοποιείται, για την αναστρεψιμότητα της αναπνευστικής καταστολής του νεογνού και για την αντιμετώπιση της νεογνικής νάρκωσης (Hawkins, J., 2010; Nanji, J., Carvalho, B., 2020).

ΓΕΝΙΚΑ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΑ

➤ Υδροχλωρική κεταμίνη

Μπορεί να χρησιμοποιηθεί, σε μικρές διαλείπουσες ενδοφλέβιες δόσεις για να προκαλέσει αναλγησία, χωρίς να προκαλέσει απώλεια συνείδησης. Η δόση μπορεί να επαναληφθεί σε μεσοδιαστήματα 3-5 λεπτών, ανάλογα με τις ανάγκες της επίτοκου και την ένταση του πόνου. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμη, όταν πρόκειται για επικείμενο τοκετό. Το όριο ασφαλείας του φαρμάκου είναι περιορισμένο, για αυτό πρέπει να χρησιμοποιείται από ιατρούς που μπορούν να εξασφαλίσουν τον αερισμό της επιτόκου, αν προκληθεί απώλεια συνείδησης (Ιατράκης, Γ., Βενετίκου, Μ., Καρίκας, Γ., 2017).

➤ ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ

Τα ηρεμιστικά έχουν την ικανότητα να ανακουφίσουν το άγχος της επιτόκου και προάγουν τον ύπνο. Χορηγούνται κυρίως, στην λανθάνουσα φάση του τοκετού. Ενισχύουν την δράση των αναλγητικών και μειώνουν την ναυτία, που μπορεί να προκαλέσει η χορήγηση των οπιοειδών. Οι φαινοθειαζίνες, είναι αυτές που χρησιμοποιούνται, κατά την μαιευτική αναλγησία.

➤ Προμεθαζίνη (*Promethazine*)

Αποτελεί φάρμακο εκλογής, της κατηγορίας αυτής. Προκαλεί ισχυρή καταστολή, ωστόσο ελαττώνει την αναλγητική δράση των οπιοειδών.

➤ Μετοκλοπραμίδη (*Reglan*)

Προσφέρει αντιεμετική δράση, προκαλεί επαρκή καταστολή και ενισχύει την δράση των αναλγητικών.

Οι βενζοδιαζεπίνες, όπως η διαζεπάμη (*Valium*), η λοραζεπάμη (*Ativan*), σε συνδυασμό με κάποιο οπιοειδές, φέρεται να ενισχύουν την ανακούφιση από τον πόνο και να περιορίζουν την ναυτία και τον εμετό. Συνίσταται, να αποφεύγονται στην μαιευτική, λόγω της έντονης αμνησίας που προκαλούν στην μητέρα και της διαταραχής της θερμορύθμισης που προκαλούν στα νεογνά (Ιατράκης, Γ., 2017).

3.4 ΑΛΛΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ

Παρατραχηλικός αποκλεισμός

Χρησιμοποιούνταν για ανακούφιση του πόνου, κατά το 1^ο στάδιο του τοκετού. Κατά την τεχνική αυτή, γίνεται υποβλεννογόνια έγχυση 5-10ml τοπικού αναισθητικού στους πλάγιους κοιλιακούς θόλους, συνήθως στην 3^η και 9^η ώρα. Η διαδικασία είναι σχετικά απλή, ασφαλής για την μητέρα και εξασφαλίζει αναλγησία, ωστόσο μπορεί να προκαλέσει εμβρυϊκή βραδυκαρδία και έτσι δεν προτιμάται στην μαιευτική. Ποσοστό εμφάνισης βραδυκαρδίας, 8-18%. Η βραδυκαρδία θεωρείται, ότι οφείλεται στην αγγειοσύσπαση των μητριάων αρτηρίων και στα υψηλά επίπεδα του τοπικού αναισθητικού στο εμβρυϊκό αίμα, που ξεπερνούν εκείνα του μητρικού αίματος. Επίσης, ο αποκλεισμός αυτός δεν παρέχει αναλγησία στον κόλπο και στο περίνεο, κατά το 2^ο στάδιο του τοκετού.

Ουριαία αναλγησία

Σπάνια, χρησιμοποιείται σήμερα για αναλγησία. Η τοπική αναισθησία δεν μπορεί να επιτευχθεί, χωρίς την επίτευξη πλήρους ιερής αναλγησίας και χρήση σχετικά μεγάλων ποσοτήτων τοπικών αναισθητικών. Η ουριαία αναλγησία οδηγεί σε απώλεια του τόνου των μυών της πυέλου και μπορεί να έχει δυσμενή αποτελέσματα στην περιστροφή της κεφαλής του εμβρύου.

Υπαραγοειδής νωτιαία αναισθησία

Τα πλεονεκτήματα της συγκεκριμένης μεθόδου, είναι τα εξής: μπορεί να εκτελεσθεί γρήγορα, έχει άμεση δράση, εξασφαλίζει βαθύ αποκλεισμό του κατώτερου γεννητικού σωλήνα και του περινέου και η δόση του φαρμάκου που απαιτείται, είναι ελάχιστη. Συνήθως όμως, χρησιμοποιείται στην καισαρική τομή και στην δύσκολη εμβρυολκία.

Αιδοϊκός αποκλεισμός

Στη τεχνική αυτή, το αιδοϊκό νεύρο αποκλείεται, κατά την εισαγωγή του στην πυελική κοιλότητα, μέσω του ελάσσονος ισχιακού τμήματος. Εφαρμόζεται αμέσως, πριν τον τοκετό. Συνήθως, η μέθοδος εκτελείται διακολπικά. Περίπου 10 ml αναισθητικού, εισάγονται σε κάθε πλευρά.

Πρίν γίνει η έγχυση του τοπικού αναισθητικού, είναι σημαντικό να γίνει αναρρόφηση για να ελεγχθεί πιθανή διάτρηση αγγείου. Καλή περινεϊκή αναλγησία, μπορεί να επιτευχθεί σε 5 λεπτά περίπου. Σχετικά με τον πόνο των ωδινών, ο αιδοϊκός αποκλεισμός, δεν έχει καμία επίδραση (Lowdermilk, D.et al., 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑΣ ΤΟΚΕΤΟΥ

Η ανακούφιση του πόνου είναι σημαντική. Η αντίληψη της επιτόκου για τον τοκετό, επηρεάζεται από την ικανότητα της να ανταπεξέλθει στους στόχους, που η ίδια έχει θέσει και όχι από την ένταση του πόνου που βιώνει. Η μαία, προσπαθεί να καθοδηγήσει την επίτοκο με τη χρήση ποικίλων τεχνικών μέσων, ώστε να βρίσκεται στο επιθυμητό επίπεδο ελέγχου και ταυτόχρονα να ανακουφίζεται από τον πόνο του τοκετού. Κύριος στόχος του τοκετού, είναι η όσο το δυνατόν πιο φυσική πορεία του και η ανακούφιση των ωδινών με όσο πιο φυσικά μέσα. Οι μη φαρμακευτικές μέθοδοι αναλγησίας είναι απλές, ασφαλείς και οικονομικές, ενώ παρέχουν στην επίτοκο την αίσθηση αυτοελέγχου και την δυνατότητα συμμετοχής. Στην προγεννητική περίοδο, η γυναίκα ενημερώνεται από τον ιατρό και το μαιευτικό προσωπικό, για τις φυσικές μεθόδους αναλγησίας που έχει στην διάθεση της. Η έγκυος πρέπει να ενθαρρύνεται, να αποφασίζει, η ίδια την μέθοδο που κατά την προσωπική της απόψη θα της προσέφερε ανακούφιση και χαλάρωση και να συμμετέχει ενεργά στην εφαρμογή τους. Παρακάτω αναλύονται, οι διαθέσιμες φυσικές τεχνικές ανακούφισης του πόνου (Lowdermilk, D. et al, 2010).

4.1 ΑΝΑΠΝΟΕΣ

Οι μέθοδοι χαλάρωσης και οι αναπνοές, μπορούν να βοηθήσουν κάθε άνθρωπο στην καθημερινότητα του να αντιμετωπίσει στρεσογόνες καταστάσεις, να αποκτήσει αυτοπεποίθηση και αυτοέλεγχο (Επιστημονική Εταιρεία Μαιών Ελλάδας «ΜΑΙΕΥΣΗ», Κανακάρη, Μ., 2010). Η αναπνοή γίνεται αυτόματα. Η λειτουργία της δεν είναι εκούσια, αν και υπάρχει ενός μικρού βαθμού έλεγχος στο ρυθμό και στη συχνότητα της. Τα συναισθήματά μας, η κίνηση και η στάση του σώματος επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την λειτουργία της αναπνοής. Όταν υπάρχει ηρεμία, το διάφραγμα μπορεί να κινηθεί ελεύθερα, αντιθέτως αν υπάρχει φόβος ή άγχος το διάφραγμα είναι σφιγμένο και τα συναισθήματα περιορίζονται.

Η επαρκής και ικανοποιητική αναπνοή, εξαρτάται από τη σωστή στάση του σώματος. Όταν ο θώρακας είναι σφιγμένος και οι ώμοι πεσμένοι, η χωρητικότητα του μειώνεται, όπως και ο εισπνεόμενος αέρας. Επιπλέον, η κακή στάση του σώματος και κυρίως της λεκάνης, έχει άμεση επίδραση στην κινητικότητα του διαφράγματος (Τραγέα, Ρ., 2005).

4.1.1 ΑΝΑΠΝΟΕΣ ΚΑΙ ΤΟΚΕΤΟΣ

Στη διάρκεια του τοκετού, ο πόνος είναι ένα ισχυρό αναπνευστικό ερέθισμα και αναπόφευκτα, η αναπνοή αλλάζει. Υπάρχουν επίτοκες που συγκεντρώνονται, αλλά κι άλλες που κυριαρχούνται από τον πανικό και βρίσκονται σε ένταση. Η χαλάρωση με την χρήση αναπνοών, μπορεί να βοηθήσει την έγκυο να επανακτήσει την ηρεμία της, να προσαρμοστεί στις απαιτήσεις του σώματος της και να έχει τον έλεγχο της συμπεριφοράς της. Διάφορες προσεγγίσεις της προετοιμασίας για τον τοκετό, τονίζουν τη χρήση ποικίλων αναπνευστικών τεχνικών για την επίτευξη απόσπασης της προσοχής, με αποτέλεσμα τη μείωση της αίσθησης του πόνου, βοηθώντας έτσι τη γυναίκα να διατηρήσει τον έλεγχο.

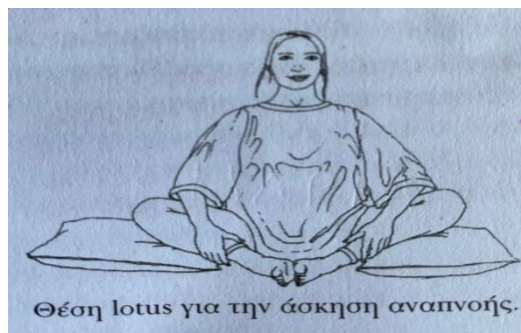
Κατά τη διάρκεια των συστολών, κατά το 1^ο στάδιο του τοκετού, τέτοιες αναπνευστικές τεχνικές μπορούν να προάγουν τη χαλάρωση των κοιλιακών μυών και συνεπώς, να αυξήσουν το μέγεθος της κοιλιακής κοιλότητας. Με τον τρόπο αυτό, μειώνεται η δυσφορία που προκαλείται από την τριβή της μήτρας στα κοιλιακά τοιχώματα. Κατά τη διάρκεια των συστολών, κατά το 2^ο στάδιο του τοκετού οι αναπνοές χρησιμοποιούνται για να αυξήσουν την κοιλιακή πίεση και συνεπώς, να βοηθήσουν στην εξώθηση του εμβρύου. Μπορούν επίσης, να χρησιμοποιηθούν για τη χάλωση των μυών των έξω γεννητικών οργάνων, ώστε να αποφευχθεί η βίαιη εξώθηση της κεφαλής του εμβρύου.

Η πιο δύσκολη περίοδος διατήρησης του ελέγχου, κατά τη διάρκεια των συστολών, είναι η μεταβατική περίοδος του πρώτου σταδίου τοκετού, όπου ο τράχηλος εμφανίζει 8-10 *cm* διαστολή, όπου η επίτοκος είναι δύσκολο να διατηρήσει την συγκέντρωση της στις αναπνευστικές τεχνικές (Lowdermilk, D. et al, 2010).

4.1.2 ΤΥΠΟΙ ΑΝΑΠΝΟΩΝ

❖ *ΑΡΓΗ ΡΥΘΜΙΚΗ ΑΝΑΠΝΟΗ*: Ηρεμία, χαλάρωση

Η επίτοκος ελευθερώνει την σπονδυλική της στήλη από την οσφύ και αφήνει όλο το βάρος του σώματος στην λεκάνη με τον κορμό προς τα πάνω, χαλαρώνει τους ώμους και το σαγόνι, ώστε ο λαιμός να βρίσκεται σε μία ευθεία, χωρίς να τεντώνεται. Μπορεί να κάτσει σε θέση οκλαδόν ή Lotus. Κλείνει τα μάτια, χαλαρώνοντας το πρόσωπο και τη γλώσσα. Αναπνέει φυσικά, στο συνηθισμένο της ρυθμό από τη μύτη, για 4-5 λεπτά, εστιάζοντας στην εισπνοή-εκπνοή. Σε κάθε εισπνοή, αφήνει ελεύθερο τον αέρα να γεμίσει τους πνεύμονες, χωρίς προσπάθεια. Εκπνέει ήρεμα. Αυτή η στάση και η αναπνοή είναι ευχάριστη για την έγκυο (Τραγέα, Ρ., 2005; Lowdermilk, D. et al, 2010).



Εικόνα 6. Θέση Lotus για άσκηση αναπνοής (Τραγέα, Ρ., 2005).

❖ *ΒΑΘΙΑ ΑΝΑΠΝΟΗ*

Η φυσιολογική βαθιά κοιλιακή αναπνοή, διεγείρει το συμπαθητικό νευρικό σύστημα. Κατά την αναπνοή αυτή, βελτιώνεται η κυκλοφορία του αίματος, το έμβρυο οξυγονώνεται καλύτερα, απελευθερώνονται ενδορφίνες και καταστέλλεται η έκκριση ορμονών του στρες, όπως η κορτιζόλη (Baliyon, K., Romli, M., Ismail, A., Khuan, L., Chew, B., 2020). Στην βαθιά αναπνοή, η επίτοκος χρησιμοποιεί ολόκληρη την χωρητικότητα των πνευμόνων της. Αναπνέει από τη μύτη και εκπνέει από το στόμα. Εισπνέει αργά, γεμίζοντας με αέρα τους πνεύμονες, από τη βάση έως την κορυφή και στη συνέχεια εκπνέει αργά, αδειάζοντας τους πνεύμονες, από την κορυφή έως τη βάση (Τραγέα, Ρ., 2005).

❖ *ΤΥΠΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΑΝΑΠΝΟΗ (ΚΟΦΤΗ Η ΛΑΧΑΝΙΑΣΜΑ):*

Κατά την εξώθηση

Με αυτή την αναπνοή, αυξάνεται η συγκέντρωση. Είναι μία επιφανειακή αναπνοή, η οποία χρησιμεύει μόνο στο τέλος του τοκετού, όταν σπρώχνοντας με μεγάλη δύναμη, υπάρχει κίνδυνος να τραυματίσει το περίνεο. Μια άλλη αναπνοή που χρησιμοποιείται, μόνο στο στάδιο της εξώθησης είναι: εισπνοή - κράτημα – εκπνοή, όπου κατά το κράτημα της αναπνοής σπρώχνει με όλη της την δύναμη προς τα κάτω (Leboyer, F., 2008).

4.1.3 ΤΟ ΤΡΑΓΟΥΔΙΣΜΑ ΤΩΝ ΗΧΩΝ

Χρήση των φωνηέντων α,ε, ο, ι, ου, μ στην εξώθηση.

Χωρίς τη μουσική «διάσταση», η αναπνοή είναι απλώς φυσική άσκηση. Ο μουσικός ήχος, αυτός που έχει ταυτοφωνία με τον ήχο του ινδικού ταμπούρα, είναι αυτός που θα βοηθήσει τη γυναίκα να εναρμοστεί με τον τοκετό της. Η γυναίκα πρέπει να τραγουδήσει τα φωνήεντα και με το στόμα και με τα χείλη, χρησιμοποιώντας την κινητικότητα των μυών του προσώπου και ολόκληρη την αναπνοή της, εξαντλώντας όλη της την ανάσα.

α: Το στόμα πρέπει να είναι ορθάνοιχτο. Το άνοιγμα δεν είναι αποτέλεσμα προσπάθειας, αλλά απολύτως χαλάρωσης του προσώπου.

ε: Το στόμα ανοίγει, σαν ένα φωτεινό χαμόγελο.

ο: Τα χείλη κλείνουν, για να σχηματίσουν ένα μικρό κύκλο, που αφήνει ένα στενό πέρασμα, όπου ο αέρας θα δυσκολευτεί να βγει. Ταυτόχρονα, σηκώνονται τα φρύδια.

ι : Επανέρχεται το χαμόγελο, με όσο περισσότερο γίνεται τις άκρες των χειλιών προς τα αυτιά πίσω.

ου: Κλείνει το μισό στόμα, ενώ τα φρύδια πάλι σηκώνονται.

μ: Το στόμα κλείνει, τα δόντια δεν ενώνονται, ώστε να παρέχουν στον ήχο, όσο το δυνατόν πιο μεγάλο ηχείο. Το πρόσωπο χαλαρώνει, ενώ γίνεται εντελώς ανέκφραστο.

Ο ήχος πρέπει μαζί με την αναπνοή να κρατιέται, όσο το δυνατόν περισσότερο, κάνοντας το όμως με άνεση. Ο ήχος θα πρέπει να έχει την ίδια δύναμη από την αρχή, έως το τέλος, ώστε να μη χαθεί η ενέργεια. Σε αυτό το διάστημα της παύσης, ο αέρας θα αδειάσει από την κοιλιά, αλλά ο θώρακας θα γεμίσει, ώστε να είναι έτοιμος για την επόμενη εκπνοή. Κατά τη διάρκεια της εκπομπής του ήχου και της ανάσας, πρέπει να συνδυάζεται απαραίτητα με μια κίνηση από πίσω προς τα εμπρός, κατά την οποία εμπλέκεται όλο το σώμα από τα πόδια έως το κεφάλι. Η γυναίκα δεν είναι απαραίτητο να χρησιμοποιήσει κάποιο από τα παραπάνω φωνήεντα, αλλά ότι της βγαίνει φυσικά και της ταιριάζει.

Αρκεί να χρησιμοποιήσει την νότα αυτή, που θα την κάνει να νιώσει ο εαυτός της και βασισμένη στην δύναμη του εαυτού της, να τα καταφέρει μόνη, σε συνδυασμό με τον ήχο, που θα αναβλύσει μόνος του από μέσα της (Leboyer, F., 2008).

4.1.4 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΑΝΑΠΝΟΩΝ

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα υγείας, κατά την προγεννητική φροντίδα περιλαμβάνουν οδηγίες για την αναπνοή, κατά τη διαστολή. Οι οδηγίες αυτές, βασίζονται στην φυσιολογία, με στόχο την ενίσχυση της οξυγόνωσης, τόσο της μητέρας, όσο και του εμβρύου, αυξάνοντας την χαλάρωση και την αυτοπεποίθηση και μειώνοντας τον πόνο.

Οι έγκυες μπορούν να πληροφορηθούν αυτές τις τεχνικές χαλάρωσης με την αναπνοή, από τα μαθήματα προετοιμασίας τοκετού από τις μαιές. Η σύσταση, είναι η επίδειξη τεχνικών χαλάρωσης να γίνεται για μικρό χρονικό διάστημα σε κάθε συνεδρία, ώστε η έγκυος να τις επαναλαμβάνει συχνά, να πεισθεί ότι είναι αποτελεσματικές και να γίνουν κτήμα της, ώστε να μπορεί να τις χρησιμοποιήσει την ώρα του τοκετού. Καλό είναι και οι σύντροφοι των γυναικών να διδάσκονται αυτές τις τεχνικές, για να μπορούν να τις βοηθήσουν, κατά τη διάρκεια του τοκετού. Στα ζευγάρια που δεν έχουν προετοιμασθεί, μπορούν να δοθούν οδηγίες για απλές αναπνοές και χαλάρωση στην αρχή κάθε τοκετού. Κάθε τοκετός είναι διαφορετικός και τα ζευγάρια θα πρέπει να προσαρμοστούν τις αναπνευστικές τεχνικές, στη δική τους εμπειρία τοκετού.

Η χρήση των αναπνοών, κατά τη διάρκεια του τοκετού αποδεικνύεται αποτελεσματική, αφού μειώνει τα επίπεδα του άγχους, τόσο στην λανθάνουσα, όσο και στην ενεργή φάση του τοκετού. Επιπλέον, ανακουφίζει το αίσθημα του πόνου, ενισχύοντας την απόδειξη, ότι ο έλεγχος του πόνου μπορεί να επιτευχθεί, χωρίς φαρμακευτική αγωγή (Επιστημονική Εταιρεία Μαιών Ελλάδας «ΜΑΙΕΥΣΗ», Κανακαρη, Μ., 2010).

4.2 ΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΤΟΚΕΤΟ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) αναφέρει: Η επίτοκος πρέπει να έχει ελευθερία στην επιλογή της θέσης και κίνησης, καθ'όλη τη διάρκεια του τοκετού (Τραγέα, Ρ., 2005). Η μετακίνηση, η κίνηση και η εύρεση άνετης θέσης-στάσης στη διάρκεια του 1^{ου} σταδίου του τοκετού, βοηθούν τις επίτοκες να αντιμετωπίσουν τις ισχυρές και επώδυνες συστολές, ενώ το έμβρυο κινείται ήρεμα μέσα στην πύελο και στο γεννητικό κανάλι. Υπάρχουν στοιχεία που αποδεικνύουν, ότι το περπάτημα και οι όρθιες θέσεις, κατά το 1^ο στάδιο του τοκετού, μειώνουν την διάρκεια του, κατά 1 ώρα τουλάχιστον, ενώ δεν συνδέονται με αυξημένες παρεμβάσεις ή αρνητικές συνέπειες για τη μητέρα και το μωρό.

Η ελεύθερη κίνηση διασφαλίζει στη επίτοκο:

1. Αύξηση άνεσης.
2. Αυτοέλεγχο.
3. Ευχαρίστηση.
4. Μείωση της σύγχυσης.

Η ελεύθερη κίνηση συντελεί ώστε:

- Οι συστολές της μήτρας να γίνονται λιγότερο επώδυνες, συχνότερες, μεγαλύτερης διάρκειας και αποτελεσματικότητας.
- Οι κράμπες και η ύποταση, να αποφεύγονται.
- Η κάθοδος, η στροφή και η κάμψη της κεφαλής του εμβρύου, να γίνεται ευκολότερη με την βοήθεια της βαρύτητας.

Οι θέσεις που μπορούμε να υποδείξουμε στην επίτοκο, είναι διαφορετικές κάθε φορά, ανάλογα τη φάση του τοκετού, τη θέση του εμβρύου και την επιθυμία της επιτόκου (Επιστημονική Εταιρεία Μαιών Ελλάδας «ΜΑΙΕΥΣΗ», Κανακάρη, Μ., 2010).

4.2.1 ΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΟΥΝ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

1. Όρθια θέση

Οι περισσότερες γυναίκες στο τοκετό, αισθάνονται πιο άνετα, εάν κινούνται ελεύθερα. Στο πρώτο στάδιο της διαστολής, οι όρθιες θέσεις έχουν πολλά φυσιολογικά πλεονεκτήματα, διότι έχει αποδειχθεί, ότι δυναμώνουν τις συστολές και διευκολύνουν την διαστολή του τραχήλου.

Πολλές μελέτες υποστηρίζουν, ότι οι επίτοκες που υιοθετούν όρθιες θέσεις, έχουν πιο σύντομους τοκετούς, έχουν μικρότερη ανάγκη για φαρμακευτική αναλγησία και σπάνια χρειάζονται ωκυτοκίνη για ενδυνάμωση των συστολών. Το Apgar Score στα νεογνά, στο 1^ο και 5^ο λεπτό είναι υψηλότερο.

Στις όρθιες θέσεις συγχανταλέγονται: η τελείως όρθια θέση και όλες οι θέσεις, που ο κορμός είναι όρθιος. Οι θέσεις αυτές, έχουν τα παρακάτω πλεονεκτήματα:

- Διευκολύνεται η χαλάρωση των ιερολαγόνιων αρθρώσεων και η διεύρυνση της κοιλότητας της μικρής πυέλου, κατά 18%.
- Ευθυγραμμίζεται το κεφάλι του εμβρύου, με την κοιλότητα της λεκάνης.
- Διευκολύνεται η κάμψη της κεφαλής του εμβρύου.
- Ευθυγραμμίζεται το κεφάλι του εμβρύου, με την κοιλότητα της λεκάνης.
- Εάν συνδυαστούν και με λίκνισμα της λεκάνης, διευκολύνουν τη στροφή της ινιακής προβολής από την οπίσθια θέση στην πρόσθια.
- Κάνουν τις συστολές πιο συντονισμένες και αποδοτικές, ενώ μειώνεται η αίσθηση του πόνου.
- Μειώνουν τον πόνο στην οσφύ.

- Εάν, σε αυτή την θέση ο σύντροφος ή η μαια εφαρμόζουν μασάζ στην οσφύ ή σε ολόκληρη την πλάτη, αυτή η δερματική επαφή βοηθά την επίτοκο να χαλαρώσει και να ηρεμήσει, οπότε αυξάνεται η παραγωγή των ενδορφινών και μειώνεται η παραγωγή κατεχολαμινών.
- Στο 2^ο στάδιο, διευκολύνεται η εξώθηση.
- Γίνεται ευκολότερα μεταφορά οξυγόνου στους μυς της μήτρας και στο έμβρυο, με αποτέλεσμα μείωση του εμβρυϊκού στρες.
- Μειώνονται οι τραυματισμοί στον κόλπο και στο περίνεο.

2. Πλάγια ξαπλωμένη θέση

Η επίτοκος που κυοφορεί το έμβρυο με οπίσθια θέση, εάν ξαπλώσει σε πλάγια θέση στην δεξιά πλευρά που είναι και το ινίο για 15-20 λεπτά, θα βοηθήσει στην στροφή του ινίου από οπίσθια σε εγκάρσια θέση. Έπειτα, εάν πάρει γονατιστή θέση ή καθιστή που γέρνει μπροστά, για 15-20 λεπτά, θα βοηθήσει την στροφή του ινίου από την εγκάρσια στην πρόσθια θέση. Το πόδι που εφάπτεται στο κρεβάτι είναι τεντωμένο, ενώ το επάνω πόδι με λυγισμένο γόνατο, ξεκουράζεται μπροστά από το κάτω πόδι.

Ανάμεσα στα δύο πόδια η μαία τοποθετεί ένα μαξιλάρι, ώστε τα πόδια να είναι παράλληλα. Έτσι, η λεκάνη διατηρείται ευρύχωρη στο επίπεδο του στενού και της εξόδου. Αυτή τη θέση η επίτοκος, μπορεί να την χρησιμοποιήσει στο 1^ο και στο 2^ο στάδιο. Μια παραλλαγή αυτής της θέσης, είναι η ημιπρυνής θέση με ένα μαξιλάρι κάτω από την κοιλιά και ένα ή δύο ανάμεσα στα δύο πόδια, ώστε αυτά τα πόδια να είναι παράλληλα και να μην κλείνει η έξοδος της λεκάνης.

Η θέση αυτή έχει τα παρακάτω πλεονεκτήματα:

- Είναι η πλέον αναπαικτική, για τις επίτοκες που είναι κουρασμένες.
- Είναι ασφαλής, εάν έχει χρησιμοποιηθεί φαρμακευτική αναλγησία.
- Εάν ο τοκετός εξελίσσεται υπερβολικά γρήγορα, είναι αναπαικτική θέση, διότι δεν λειτουργεί η βαρύτητα.
- Προλαμβάνει ή διορθώνει την εμβρυϊκή δυσχέρεια, εάν η αιτία είναι πίεση στον ομφάλιο λώρο ή υπόταση λόγω ύπτιας θέσης.
- Στην αριστερή πλάγια θέση, μειώνεται η υπέρταση.
- Εάν, εναλλάσσεται με βάδισμα, βελτιώνει την πρόοδο του τοκετού.



Εικόνα 7. Πλάγια Θέση (Τραγέα, Ρ., 2005).

Η θέση αντενδείκνυται στις εξής περιπτώσεις:

- × Εάν η εκμετάλλευση της βαρύτητας είναι απαραίτητη για την εξέλιξη του τοκετού, ειδικότερα στο 2^ο στάδιο.
- × Εάν η επίτοκος μετά από μία ώρα σε αυτή την θέση, δεν παρουσιάζει πρόοδο του τοκετού.

3. Ημικαθιστή θέση

Η επίτοκος κάθεται με τον κορμό σε γωνία $>45^\circ$, με το επίπεδο του κρεβατιού ή του καθίσματος. Η επίτοκος μπορεί να χρησιμοποιήσει αυτή την θέση, στο 1^ο και 2^ο στάδιο του τοκετού. Τα πλεονεκτήματα που μπορεί να έχει η ημικαθιστή θέση είναι:

- Δίνει περισσότερα πλεονεκτήματα της βαρύτητας, σε σύγκριση με την ύπτια.
- Επίσης, σε σύγκριση με την ύπτια θέση, αυξάνει τις διαμέτρους της εισόδου της λεκάνης και διευκολύνει την παροχή O₂ στο έμβρυο.
- Είναι εύκολη θέση για την επίτοκο, η οποία σε αυτή την θέση έχει την δυνατότητα να ελέγχει τις δικές της δυνάμεις.



Εικόνα 8. Ημικαθιστή θέση (Τραγέα, Ρ., 2005).

Το μειονέκτημα σε αυτή την θέση είναι, ότι πίεση που ασκείται στο ιερό οστούν και τον κόκκυγα, μπορεί να εμποδίσει την κίνηση των αρθρώσεων της λεκάνης.

Η θέση αυτή αντενδείκνυται στις εξής περιπτώσεις:

- × Στις οπίσθιες θέσεις, της ινιακής προβολής
- × Στις περιπτώσεις εμβρυϊκής δυσχέρειας.
- × Στις περιπτώσεις υπέρτασης, διότι μπορεί να επιδεινώσει την κατάσταση.

4. Θέση καθιστή με όρθιο τον κορμό

Η επίτοκος μπορεί να κάθεται στο κρεβάτι ή καρέκλα ή οκλαδόν ή σε σκαμνί ή σε μπάλα. Η επίτοκος μπορεί να χρησιμοποιήσει αυτή την θέση, στο 1^ο και 2^ο στάδιο του τοκετού. Τα πλεονεκτήματα είναι:

- Η επίτοκος εκμεταλλεύεται την βαρύτητα.
- Επιτρέπει στην επίτοκο να ξεκουράζεται, όταν είναι κουρασμένη, γέρνοντας πίσω μεταξύ των συστολών.
- Δίνει την δυνατότητα στην επίτοκο να λικνίζεται, ενώ κάθεται σε κουνιστή πολυθρόνα ή μπάλα.
- Εξαλείφεται το αίσθημα πίεσης του διαφράγματος.

Η επίτοκος δεν πρέπει να χρησιμοποιήσει αυτή τη θέση:

- × Εάν, η εμβρυϊκή καρδιά επηρεάζεται σε αυτή τη θέση.

5. Θέση καθιστή με τον κορμό να γέρνει μπροστά

Η επίτοκος μπορεί να κάθεται σε αυτή τη θέση, στο 1^ο και 2^ο στάδιο. Η επίτοκος κάθεται στην καρέκλα τοκετού ή στο κρεβάτι με τον κορμό να γέρνει και να στερεώνεται μπροστά σε μαξιλάρια. Εάν η επίτοκος, χρησιμοποιεί καρέκλα τοκετού ή κάθεται στην τουαλέτα, θα πρέπει να μην παραμείνει πολύ ώρα σε αυτή την θέση, διότι μπορεί να προκληθεί οίδημα στα εξωτερικά γεννητικά όργανα.

Τα πλεονεκτήματα αυτής της θέσης είναι:

- Εκμεταλλεύεται την βαρύτητα.
- Είναι πολύ αναπαικτική, εάν η επίτοκος στηρίζεται καλά.
- Ανακουφίζει από τον πόνο στην οσφύ.
- Διευκολύνει την στροφή της κεφαλής του εμβρύου, από την οπίσθια στην πρόσθια θέση.
- Ευθυγραμμίζει την γραμμή πορείας του εμβρύου.
- Διευρύνει την είσοδο της λεκάνης, σε σύγκριση με την ύπτια θέση.
- Διευκολύνει το μασάζ στην οσφύ.

Σε ποιες περιπτώσεις δεν πρέπει να χρησιμοποιείται αυτή η θέση:

- × Εάν σε αυτή την θέση, δεν υπάρχει πρόοδος του τοκετού.

6. Όρθια θέση με τον κορμό να γέρνει μπροστά

Η επίτοκος μπορεί να χρησιμοποιήσει αυτή τη θέση, στο 1^ο και 2^ο στάδιο. Σε αυτή την θέση, μπορεί να βαδίζει ή να στέκεται όρθια, να γέρνει τον κορμό μπροστά, ακουμπώντας στον σύντροφο ή σε οποιαδήποτε σταθερή επιφάνεια.

Τα πλεονεκτήματα αυτής της θέσης είναι:

- Αξιοποιεί την βαρύτητα.
- Διευρύνει την είσοδο της λεκάνης, σε σύγκριση με την ύπτια θέση.
- Διευκολύνει το κεφάλι, να προσαρμοστεί στην είσοδο της λεκάνης.
- Μπορεί να βελτιώσει την κάμψη της κεφαλής του εμβρύου.
- Μπορεί να διευκολύνει την στροφή της κεφαλής, από την οπίσθια στην πρόσθια θέση.
- Κάνει τις συστολές λιγότερο επώδυνες, αλλά πιο αποτελεσματικές.
- Μειώνει τον πόνο στην οσφύ.
- Εάν η επίτοκος γέρνει στην αγκαλιά του συντρόφου της, αυτή η επαφή αυξάνει το αίσθημα ευεξίας και αυτό μειώνει την παραγωγή κατεχολαμινών, ενώ αυξάνει την παραγωγή ενδορφινών.
- Αυξάνει την επιθυμία για εξώθηση, στο δεύτερο στάδιο.

7. Θέση γονατιστή να γέρνει μπροστά με στήριξη

Η επίτοκος μπορεί να χρησιμοποιήσει αυτή την θέση, στο 1^ο και 2^ο στάδιο. Η επίτοκος γονατίζει πάνω στο κρεβάτι ή στο πάτωμα πάνω σε μαλακή επιφάνεια

Τα πλεονεκτήματα αυτής της θέσης είναι:

- Αξιοποιεί εν μέρει την βαρύτητα.
- Διευκολύνει το κεφάλι να προσαρμοστεί, στην είσοδο της λεκάνης.
- Διευρύνει την είσοδο της λεκάνης, περισσότερο από ότι οι ύπτιας θέσεις, ξαπλωμένη στο πλάι και καθιστή.
- Διευκολύνει τις κινήσεις της λεκάνης, για λίκνισμα ή περιστροφές.
- Αφαιρεί την πίεση στον ομφάλιο λώρο.
- Διευκολύνει την εφαρμογή μασάζ, στην πλάτη την οσφύ και τους γλουτούς.

Σε ποιες περιπτώσεις δεν πρέπει να χρησιμοποιείται αυτή η θέση:

- × Όταν μετά από πολλή ώρα σε αυτή τη θέση, δεν εξελίσσεται ο τοκετός.
- × Όταν η θέση είναι κουραστική για την επίτοκο ή αισθάνεται πόνο στα γόνατα.

Μια παραλλαγή αυτής της θέσης, είναι γονατιστή στα τέσσερα (χέρια και πόδια). Αυτή τη θέση η επίτοκος, μπορεί να την χρησιμοποιήσει περιοδικά, σε συνδυασμό με την προηγούμενη θέση.



Εικόνα 9. Γονατιστή θέση (Τραγέα, Ρ., 2005).

Τα πλεονεκτήματα αυτής της θέσης είναι τα ίδια, όπως και αυτά της προηγούμενης θέσης και επιπλέον:

- Διευκολύνει την στροφή της κεφαλής από την οπίσθια στην πρόσθια θέση.
- Διευκολύνει την ομοιόμορφη διαστολή και την εξάλειψη του πρόσθιου χείλους του τραχήλου, στις περιπτώσεις οπίσθιας θέσης της ινιακής προβολής.
- Διευκολύνει τις κινήσεις της πυέλου (λίκνισμα κλπ.), που με την σειρά τους, ανακουφίζουν από τον πόνο και διευρύνουν την λεκάνη.
- Ανακουφίζει από τον πόνο στις αιμορροΐδες.
- Επιτρέπει την κοιλική εξέταση. Προλαμβάνει ή αποκαθιστά την εμβρυϊκή δυσχέρεια, εάν αυτή οφείλεται στην πίεση του ομφάλιου λώρου.
- Ανακουφίζει τις επίτοκες με κισσούς αιδοίου ή κάτω άκρων.

Δεύτερη παραλλαγή της θέσης γονατιστή, είναι και η θέση στα τέσσερα με το θώρακα και το κεφάλι χαμηλότερα από την λεκάνη. Η επίτοκος γονατίζει με τα γόνατα σε διάσταση, ακουμπά τα χέρια στο δάπεδο και μετά χαμηλώνει και ακουμπά το θώρακα στο δάπεδο και το πρόσωπο στα χέρια. Σε αυτή τη θέση, τα ισχία της επιτόκου με τον κορμό, σχηματίζουν γωνία $>90^\circ$, τα γόνατα και οι μηροί είναι σε απαγωγή. Τα πλεονεκτήματα αυτής της θέσης είναι τα ίδια, όπως και στις δύο προηγούμενες θέσεις.



Εικόνα 10. Θέση στα τέσσερα (Τραγέα, Ρ., 2005).

- Εάν η γυναίκα την χρησιμοποιήσει, πριν την έναρξη του τοκετού ή πριν την εμπέδωση της προβάλλουσας μοίρας, για 30-45 λεπτά, μπορεί να βοηθήσει την αλλαγή της θέσης της προβάλλουσας μοίρας. Η βαρύτητα αναγκάζει το κεφάλι, να απομακρυνθεί από την είσοδο της λεκάνης και με τις πρώτες συστολές να αυξήσει την κάμψη του, να επανατοποθετηθεί πριν την εμπέδωση της.
- Η μαία πρέπει να προσέξει, ώστε τα γόνατα να είναι σε διάσταση και οι μηροί με τα γόνατα να μην είναι κάτω από την κοιλιά, διότι έτσι δεν διευκολύνεται η στροφή της κεφαλής και δεν αξιοποιείται η βαρύτητα.
- Αυξάνει την χωρητικότητα της λεκάνης στο επίπεδο του στενού και της εξόδου.

Σε ποιες περιπτώσεις δεν πρέπει η επίτοκος να χρησιμοποιήσει αυτή την θέση:

- × Όταν η εξέλιξη του τοκετού είναι ομαλή.
- × Εάν σε αυτή τη θέση, η επίτοκος αισθάνεται δύσπνοια ή ναυτία.

8. Θέση βαθύ κάθισμα

Η επίτοκος μπορεί να χρησιμοποιήσει αυτή τη θέση στο πρώτο στάδιο, όποτε εκείνη επιθυμεί, κυρίως όμως στο δεύτερο στάδιο, στην εξώθηση, με την προϋπόθεση, ότι το κεφάλι βρίσκεται στο στενό ή την έξοδο. Η επίτοκος στέκεται όρθια με τα πόδια σε διάσταση και λυγίζοντας τα γόνατα κάθετα, τα πέλματα ακουμπούν το πάτωμα ή το κρεβάτι. Στηρίζεται ή σε ειδική μπάρα ή στην μαία ή στον σύντροφό της.

Τα πλεονεκτήματα αυτή της θέσης είναι:

- Αξιοποιεί την βαρύτητα.
- Αυξάνει την εγκάρσια διάμετρο της λεκάνης, στο επίπεδο του στενού και της εξόδου.
- Κάνει πιο έντονη την επιθυμία για εξώθηση και μειώνει την διάρκεια της εξώθησης σε σύγκριση με τις άλλες θέσεις.
- Διευκολύνει την κάθοδο του εμβρύου.
- Ανακουφίζει από τον πόνο στην οσφύ.
- Μηχανικά ο πυθμένας της μήτρας πιέζεται περισσότερο, από ότι στις άλλες θέσεις.

Σε ποιες περιπτώσεις, δεν πρέπει η επίτοκος να χρησιμοποιήσει αυτή τη θέση:

- × Όταν υπάρχουν κακώσεις ή ασθένειες των κάτω άκρων.
- × Όταν η επίτοκος κουραστεί σε αυτήν τη θέση. Για να μην συμβεί αυτό, μετά από κάθε εξώθηση η γυναίκα πρέπει να σηκώνεται, ώστε να μην πιέζονται συνεχώς τα αγγεία και τα νεύρα στην άρθρωση του γόνατος.
- × Όταν η προβάλλουσα μοίρα είναι πάνω από το επίπεδο των ισχιακών ακανθών, διότι τότε ευνοεί τον ασυγκλιτισμό.
- × Όταν χορηγείται επισκληρίδιος αναισθησία.

Μια παραλλαγή της θέσης βαθύ κάθισμα, είναι το βαθύ κάθισμα, ενώ η επίτοκος υποστηρίζεται από πίσω από τον σύντροφο της. Η θέση αυτή, αξιοποιεί στο μεγαλύτερο βαθμό την βαρύτητα.

- Μπορεί να βοηθήσει στην αποκατάσταση του ασυγκλιτισμού, διότι αφήνει περισσότερο χώρο στο έμβρυο να προσαρμόσει το κεφάλι του στην λεκάνη.
- Η επίτοκος αισθάνεται ασφαλής, επειδή συγκρατείται από τον σύντροφο της.

9. Ύπια θέση

Η επίτοκος είναι ξαπλωμένη, με τα πόδια ίσια ή με λυγισμένα τα γόνατα ή με λυγισμένα τα γόνατα και τους μηρούς (στο δεύτερο στάδιο). Ο κορμός μπορεί να είναι ανασηκωμένος (λιγότερο από 45°).

Το πλεονέκτημα αυτής της θέσης είναι:

- Διευκολύνει, την κοιλική εξέταση και τον παρεμβατικό τοκετό (π.χ. εμβρυουλκία).

Έχει όμως πολλά μειονεκτήματα όπως:

- × Μπορεί να προκαλέσει υπόταση στην επίτοκο.
- × Επειδή πιέζει την κάτω κοίλη φλέβα, μειώνεται η αιμάτωση της μήτρας και η παροχή οξυγόνου στο έμβρυο.
- × Δεν επιτρέπει την κίνηση των ιερολαγονίων αρθρώσεων και επομένως την διεύρυνση της λεκάνης επιβραδύνοντας την πρόοδο του τοκετού, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις σχετικής δυσαναλογίας.
- × Εμποδίζει την στροφή της κεφαλής από την οπίσθια σε πρόσθια θέση.
- × Αναγκάζει την επίτοκο, να εξωθει αντίθετα από την βαρύτητα.
- × Αναγκάζει το έμβρυο να προσαρμοστεί στην λεκάνη σε δυσμενή γωνία.
- × Οι συστολές γίνονται πιο συχνές, περισσότερο επώδυνες, αλλά λιγότερο αποτελεσματικές σε σύγκριση με τις άλλες θέσεις.

Μοναδική εξαίρεση, που επιβάλλεται η ύπια θέση είναι η ρήξη των υμένων με μη εμπεδωμένη προβάλλουσα μοίρα.

10. Υπερβολική ύπτια (γυναικολογική θέση)

Η επίτοκος είναι στην ύπτια θέση, οι μηροί είναι λυγισμένοι και έλκονται με τα χέρια στο πλάι της κοιλιάς, όσο γίνεται πιο ψηλά και τα γόνατα προς τους ώμους. Η θέση αυτή, έχει όλα τα μειονεκτήματα της ύπτιας θέσης και πλέον είναι εξαιρετικά δυσάρεστη για την γυναίκα. Η θέση αυτή, μπορεί να είναι χρήσιμη στις περιπτώσεις δυστοκίας. Έλκοντας τα γόνατα προς τους ώμους, η λεκάνη αναγκάζεται να κάνει στροφή προς τα πίσω. Ευθυγραμμίζεται το ιερό οστού και η ηβική σύμφυση κινείται προς τα επάνω. Η μαία θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτική, στις περιπτώσεις που η επίτοκος παίρνει επισκληρίδιο αναισθησία, καθώς επειδή δεν υπάρχει αίσθηση, είναι πιθανόν να ασκηθεί περισσότερη πίεση και έλξη με αποτέλεσμα να γίνουν μόνιμες κακώσεις στις αρθρώσεις και τα κάτω άκρα.



Εικόνα 11. Υπερβολική ύπτια θέση (Τραγέα, Ρ., 2005).

Ενστικτώδεις κινήσεις της επιτόκου

Η επίτοκος μπορεί να κινήσει τη λεκάνη της, σε οποιαδήποτε θέση αισθάνεται ότι μπορεί (όρθια, στα τέσσερα, γονατιστή) και να κάνει αργές ρυθμικές κινήσεις της λεκάνης εμπρός-πίσω, αριστερά δεξιά ή στροφές. Οι κινήσεις αυτές, εάν συνδυαστούν με την ανάλογη θέση, βοηθούν στην στροφή της κεφαλής από τις οπίσθιες και εγκάρσιες θέσεις σε πρόσθιες, ανακουφίζουν την επίτοκο από τον πόνο στην οσφυ. Οι κινήσεις αυτές δεν μπορεί να γίνουν, εάν η επίτοκος είναι συνδεδεμένη με καρδιοτοκογράφο.

Κίνηση αργού χορού

Η κίνηση αυτή, μπορεί να γίνει μόνο στην όρθια στάση, κατά το 1^ο και 2^ο στάδιο. Ο σύντροφος της επιτόκου αγκαλιάζει την επίτοκο από τη μέση και εάν είναι επιθυμητό πιέζει ελαφρά στη οσφύ. Η επίτοκος γέρνει και ξεκουράζεται πάνω στον σύντροφο, το κεφάλι της στον ώμο του και τα χέρια της χαλαρά στο πλάι. Κινούνται, λικνίζονται αριστερά δεξιά στον αγαπημένο τους ρυθμό ακούγοντας, ίσως την αγαπημένη τους μουσική. Η αργή επαναλαμβανόμενη κίνηση, διευκολύνει την κίνηση των αρθρώσεων, όπου μαζί με την βαρύτητα βοηθά στην κάθοδο του εμβρύου και την στροφή της κεφαλής.

Τα πλεονεκτήματα αυτής της κίνησης είναι:

- Η σωματική και συναισθηματική επαφή των δύο συντρόφων, η οποία μειώνει το συναισθηματικό φορτίο της επιτόκου και επομένως και την παραγωγή κατεχολαμινών.
- Η μουσική και η ρυθμική κίνηση προάγουν την παραγωγή ενδορφινών.

Αυτή η μορφή κίνησης, μπορεί να γίνει ακόμα και όταν η επίτοκος έχει I. V. έγχυση (Τραγέα, Ρ., 2005; Επιστημονική Εταιρεία Μαιών Ελλάδας «ΜΑΙΕΥΣΗ», Κανακάρη, Μ., 2010).

4.2.2 ΟΡΘΙΕΣ ΘΕΣΕΙΣ ENANTI ΟΡΙΖΟΝΤΙΩΝ

Η θέση για τον τοκετό, που χρησιμοποιείται ευρέως στις μαιευτικές μονάδες βασίζεται στο έργο του μαιευτήρα του 18^{ου} αιώνα, Francois Mayricau. Αυτή η θέση, που εξακολουθεί να ονομάζεται ημιξαπλωτή ή γαλλική θέση γέννησης, περιγράφηκε το 18 αιώνα και εξελίχθηκε σε ξαπλωτή ή θέση λιθοτομίας. Όλες αυτές οι θέσεις, θεωρούνται οριζόντιες με βάση τη θέση της σπονδυλικής στήλης, σε σχέση με το οριζόντιο επίπεδο. Οι όρθιες ή κατακόρυφες θέσεις συνοψίζονται, ως εκείνες, όπου τα πόδια της γυναίκας είναι στο έδαφος και ο κορμός βρίσκεται σε γωνία μεγαλύτερη των 30^ο.

Οριζόντιες θέσεις:

Οι μαιευτήρες, προωθούν τη χρήση ρουτίνας της συνεχούς παρακολούθησης του καρδιακού ρυθμού του εμβρύου, η οποία διευκολύνεται από τις οριζόντιες θέσεις. Στις όρθιες θέσεις, το περπάτημα και η ελεύθερη κίνηση, απαιτεί τηλεμετρική παρακολούθηση του καρδιακού ρυθμού του εμβρύου, η οποία είναι διαθέσιμη σε πολυ λίγα μαιευτήρια. Οι οριζόντιες θέσεις διευκολύνουν, επίσης τη μαιευτική παρέμβαση και την παρακολούθηση της εξέλιξης του τοκετού, με εύκολη πρόσβαση στο περίνεο και στον κόλπο της γυναίκας, ιδιαίτερα κατά τη 2^η φάση τοκετού. Αν και η θέση λιθοτομίας φαίνεται να βελτιστοποιεί την μαιευτική παρακολούθηση και παρέμβαση, σήμερα έχει επίδραση στην πορεία του τοκετού και στη άνεση της γυναίκας.

Όρθιες θέσεις:

Πολλοί συγγραφείς έχουν προτείνει, ότι οι όρθιες θέσεις έχουν αρκετά μαιευτικά πλεονεκτήματα σε σύγκριση με τις οριζόντιες θέσεις. Οι όρθιες θέσεις, μπορούν να συντομεύσουν το 2^ο στάδιο, κατά περίπου 4 λεπτά, ενώ μειώνουν τη συχνότητα των μαιευτικών παρεμβάσεων. Επιπλέον, μπορούν να αποσυμπιέσουν τα ενδοκοιλιακά αγγεία και έτσι να βελτιώσουν την μητροπλακουντιακή αιμάτωση και να μειώσουν την εμφάνιση ανωμαλιών στο καρδιακό ρυθμό του εμβρύου. Τόσο στο 1^ο, όσο και στο 2^ο στάδιο του τοκετού, η θέση δεν επηρεάζει το επίπεδο του πόνου, ωστόσο σε γυναίκες, χωρίς επισκληρίδιο αναφέρεται, ότι ο πόνος μειώνεται (Desseauve, D., Fradet, L., Lacouture, P., Pierre, F., 2016).

4.2.3 Συμπεράσματα

Το 1952, διατυπώθηκε για πρώτη φορά, η δυνατότητα βελτιστοποίησης της θέσης της γυναίκας για την προώθηση της πορείας του τοκετού (Desseauve, D., Fradet, L., Lacouture, P., Pierre, F., 2016). Στη σύγχρονη εποχή, είναι γενικώς παραδεκτό, ότι πρέπει να επιτρέπεται στις επίτοκες να υιοθετούν στο τοκετό, όποιες θέσεις και στάσεις θεωρούνται για τις ίδιες πιο αναπαικτικές με την προϋπόθεση, ότι είναι ασφαλείς για τη μητέρα και το έμβρυο (Τραγέα, P., 2005).

Η ελεύθερη κίνηση και η όρθια θέση στο 1^ο στάδιο του τοκετού, έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει την αποτελεσματικότητα των συστολών της μήτρας, μειώνει τη διάρκεια του 2^{ου} σταδίου του τοκετού, ανακουφίζει τα επεισόδια έντονου πόνου και μειώνει τη χρήση αναλγητικών φαρμάκων. Συνίσταται οι γυναίκες και οι συντροφοί τους, να εξοικειώνονται στην εναλλαγή στάσεων, κατά την διάρκεια του τοκετού στη προγεννητική περίοδο και να παροτρύνονται για την εξασκησή τους στο σπίτι. Η ευημερία του τοκετού, προϋποθέτει σε έναν όσο το δυνατό πιο φυσιολογικό τοκετό. Η επίτοκος πρέπει να καθορίζει τον τρόπο εναλλαγής των θέσεων, στη διάρκεια του τοκετού, βασιζόμενη στις εσωτερικές της παρορμήσεις και τις προτροπές των μαιών, με απώτερο σκοπό να αισθανθεί υγιής, αυτόνομη και ικανή, να φέρει σε αίσιο τέλος το τοκετό της (Επιστημονική Εταιρεία Μαιών Ελλάδας «ΜΑΙΕΥΣΗ», Κανακάρη, Μ., 2010).

4.3. ΜΑΣΑΖ

Η λέξη μασάζ, προέρχεται από την ελληνική λέξη μάλαξη και είναι μια από τις αρχαιότερες μεθόδους θεραπείας. Με το πέρασμα του χρόνου αναπτύχθηκαν διάφορα συστήματα και τεχνικές (Αναστασοπούλου, Α., 2010). Η μάλαξη είναι μια αποτελεσματική μέθοδος χαλάρωσης. Τα κυριότερα πλεονεκτήματα, είναι η χαλάρωση των μυών, η μείωση της έντασης και του άγχους, η βελτίωση της κυκλοφορίας του αίματος και της λέμφου, η συμβολή στην καλύτερη πέψη και στην απέκκριση, αλλά και η επικοινωνία αυτού που δίνει το μασάζ, με αυτόν που τη λαμβάνει.

Το μασάζ είναι αποτελεσματικό επίσης, για την θεραπεία ειδικών περιπτώσεων, όπως ο πόνος στην οσφυ και τα κρύα πόδια, κατά τη διάρκεια του τοκετού, ο πονοκέφαλος και το οίδημα στην ποδοκνημική άρθρωση (Τραγέα, Ρ., 2005). Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας, εξαρτάται από την δεξιοτεχνία και τις γνώσεις του θεραπευτή. Το επιδέξιο μασάζ, τονώνει τις λειτουργίες όλων των οργάνων του σώματος και υποβοηθάει στην απόρριψη τοξινών από το σώμα (Αναστασοπούλου, Α., 2010).

Ο μηχανισμός, με τον οποίο το μασάζ μπορεί να ανακουφίσει τον πόνο, είναι η μείωση των επιπέδων κορτιζόλης και νορεπινεφρίνης, η αύξηση των επιπέδων σεροτονίνης, η διέγερση της απελευθέρωσης ενδορφίνης και της κυκλοφορίας με επακόλουθη παροχή οξυγόνου στους ιστούς και η διευκόλυνση απέκκρισης τοξινών, μέσω του λεμφικού συστήματος (Gallo, R., Santana, L., Ferreira, C., Marcolin, A., Polineto, O., Duarte, P., Quintana, S., 2013). Η χρήση του μασάζ, προσφέρει χαλάρωση, ανακούφιση, ευφορία, δίνει την αίσθηση της φροντίδας και απελευθερώνει την μπλοκαρισμένη ενέργεια, κάνοντας την να ρέει ελεύθερα (Rosmiarti, RiskaMarlin, Murbiah, 2020).

4.3.1 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΜΑΣΑΖ ΣΤΟ ΤΟΚΕΤΟ

Το άγγιγμα και η μάλαξη, έχουν αποτελέσει αναπόσπαστο κομμάτι της παραδοσιακής διαδικασίας της φροντίδας των γυναικών, κατά τη διάρκεια του τοκετού. Πολλές τεχνικές μάλαξης, κατά τη διάρκεια του τοκετού έχουν αποδειχθεί ασφαλείς και αποτελεσματικές. Όταν το άγγιγμα χρησιμοποιείται, για τη μετάδοση φροντίδας, επιβεβαίωσης και ενδιαφέροντος, θα πρέπει να προσδιορίζονται οι προτιμήσεις της γυναίκας, σχετικά με αυτό. Το άγγιγμα, μπορεί επίσης, να αφορά ιδιαίτερα εξειδικευμένες τεχνικές από ειδικά εκπαιδευμένο θεραπευτή, με σκοπό το χειρισμό του ανθρώπινου ενεργειακού πεδίου. Η αρχή των πεδίων ενέργειας μέσα στο σώμα, ονομάζεται prana. Όταν το άτομο βιώνει πόνο τα prana του θεωρούνται ανεπαρκή. Ο θεραπευτής με το άγγιγμα, προσπαθεί να ανακατευθύνει τα πεδία ενέργειας, που σχετίζονται με τον πόνο (Lowdermilk, D. et al, 2010).

Στην έρευνα μεταξύ 10.000 γυναικών το 90% δήλωσε, ότι το μασάζ βελτίωσε τα επώδυνα ερεθίσματα. Οι επίτοκες, ήταν λιγότερο αγχωμένες, ενώ παρουσίασαν λιγότερες επιπλοκές, κατά τη διάρκεια του τοκετού και μειωμένη έκκριση στρεσογόνων ουσιών, ενώ ο τοκετός τους διήρκησε σημαντικά λιγότερο, από τις γυναίκες, που δεν είχαν αυτή την επιλογή (Επιστημονική Εταιρεία Μαιών Ελλάδας «ΜΑΙΕΥΣΗ», Κανακάρη, Μ., 2010).

Σε άλλη έρευνα, επίτοκες που έλαβαν μασάζ, κατά τη διάρκεια του τοκετού, παρουσίασαν λιγότερο καταθλιπτική διάθεση και επιπλέον σημειώθηκε βελτίωση στη συναισθηματική εμπειρία του τοκετού (Gallo, R. et al., 2013; Rosmiarti, et al., 2019).

Αντενδείξεις για την εφαρμογή του μασάζ αποτελούν: τραύματα, κοψίματα, μελανιές, ερεθισμός, φλεγμονή και οίδημα στο δέρμα, επιληψία, υπερβολικά υψηλή ή χαμηλή αρτηριακή πίεση, σακχαρώδης διαβήτης (Αναστασοπούλου, Α., 2010). Πρίν την εφαρμογή του μασάζ, η μαία και η επίτοκος, πρέπει να προετοιμαστούν καλύτερα. Ο χώρος πρέπει να είναι ζεστός, χωρίς έντονο φωτισμό, να επικράτει ησυχία, ώστε η επίτοκος να αισθάνεται άνετα και να είναι ήρεμη. Εάν επιθυμεί, μπορεί να ακουεί μουσική της αρεσκείας της σε χαμηλή ένταση.

Η επίτοκος διαλέγει μια άνετη θέση, αφαιρεί τα ρούχα της και σκεπάζεται με μια πετσέτα και για λόγους ντροπής, αλλά και για να διατηρείται η θερμοκρασία του σώματος. Η απελευθέρωση των αιθέριων ελαίων διευκολύνεται, όταν το δέρμα είναι ζεστό. Η μαία πρέπει να αφαιρέσει όλα τα κοσμήματα από τα χέρια της, τα οποία θα πρέπει να είναι καθαρά και ζεστά. Η ίδια, οφείλει να είναι ήρεμη και ξεκούραστη. Πριν την έναρξη του μασάζ, καλό είναι να τρίψει τα χέρια της μεταξύ τους και για να ζεσταθούν, αλλά και για να δημιουργηθεί ενέργεια. Είναι απαραίτητο να χρησιμοποιηθεί λάδι, ώστε να αποφευχθεί η τριβή του δέρματος. Το λάδι μπαίνει πρώτα στα χέρια της μαίας και όχι κατευθείαν στο δέρμα της επιτόκου. Η ποσότητα του λαδιού, εξαρτάται από τις ανάγκες του δέρματος. Η συνήθης ποσότητα που χρειάζεται, είναι περίπου 5 ml. Οι κινήσεις του μασάζ πρέπει να γίνονται ρυθμικά, αλλά να χρησιμοποιείται διαφορετική πίεση, ταχύτητα και τεχνικές. Γενικά, το αργό και σε βάθος μασάζ χαλαρώνει και ηρεμεί, ενώ οι ζωνηρές κινήσεις διεγείρουν (Τραγέα, Ρ., 2005 ; Αναστασοπούλου, Α., 2010).

4.3.2 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΜΑΣΑΖ ΣΤΟ ΤΟΚΕΤΟ

Όρθια θέση: Η επίτοκος είναι όρθια και η μαία από πίσω της, εφαρμόζοντας με τα χέρια της ένα ελαφρό μασάζ από την κορυφή του κεφαλιού, μέχρι τις φτέρνες των ποδιών.

Στο πρόσωπο: Οι κινήσεις πρέπει να είναι ιδιαίτερα απαλές και επιφανειακές. Η επιτόκος κάθεται ή είναι ξαπλωμένη, ενώ η μαία βρίσκεται πίσω από το κεφάλι της και με τις άκρες των δαχτύλων, δείκτη και παράμεσου, κάνει μασάζ από το κέντρο, μύτη προς τα έξω και πάνω, από τη βάση της μύτης προς το μέτωπο, τα πλάγια της μύτης προς τους κροτάφους, το πιγούνι προς τις αρθρώσεις της γνάθου. Ακολουθούν κινήσεις πίεσης στην περιφέρεια του προσώπου με τις παλάμες. Η μαία πρέπει να δώσει ιδιαίτερη προσοχή στο πρόσωπο, γιατί ένα σφιγμένο πρόσωπο, δηλώνει ότι η λεκάνη είναι σφιγμένη.

Στους γλουτούς: Αυξάνει την αιμάτωση στη μήτρα και χαλαρώνει την ένταση στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Το μασάζ πρέπει να περιλαμβάνει ολόκληρη την περιοχή των γλουτών, πλάγια μέχρι και την αρχή των μηρών με ιδιαίτερη προσοχή στη σπονδυλική στήλη. Αρχίζοντας με ελαφρό μασάζ σε όλη την περιοχή των γλουτών, με ολόκληρο το χέρι, ακολουθεί βαθύ μασάζ με την παλάμη να συνεχίζει με μασάζ σε σχήμα πλαγίου οκτώ σε ολόκληρο τον γλουτό. Στο μέσο της πάνω επιφάνειας των γλουτών και στο ύψος του 5^{ου} οσφυϊκού σπονδύλου, υπάρχει η άνω ακρολοφία των ανώνυμων οστών. Εφαρμόζοντας μασάζ σε αυτά τα σημεία και γύρω από αυτά αυξάνεται η κυκλοφορία του αίματος και της λέμφου στα γεννητικά όργανα. Στο τέλος του μασάζ, με ολόκληρο το χέρι και με απαλές κινήσεις, εντριβή σε ολόκληρο το γλουτό σε σχήμα μεγάλου πλαγίου οκτώ. Στο πρόσθιο τοίχωμα της λεκάνης και στο άνω χείλος του ηβικού οστού στην εξωτερική γωνία, μασάζ για μισό λεπτό με απαλές κυκλικές κινήσεις, βοηθούν στην χαλάρωση των γεννητικών οργάνων.

Μασάζ στην οσφύ: Το μασάζ αυτό είναι ιδιαίτερα χρήσιμο στον τοκετό και περισσότερο στις περιπτώσεις οπίσθιας θέσης της ινιακής προβολής και σχετικής δυσαναλογίας, όπου ένα μεγάλο έμβρυο καθυστερεί να εμπεδώσει την προβάλλουσα μοίρα ή όταν υπάρχει ένταση στη λεκάνη της επιτόκου.

Πολλές επίτοκες παραπονιούνται για πόνο στην οσφύ και πολλές προσπαθούν μόνες τους να τρίψουν την οσφύ τους, κατά την ώρα της συστολής. Ο πόνος αυτός, οφείλεται στη διάταση των ιερολαγόνιων συνδέσμων και στην πίεση του οσφυοϊερού νευρικού πλέγματος. Η επίτοκος είναι ξαπλωμένη στο πλαϊ ή καθιστή με τον κορμό να γέρνει μπροστά αναπαυτικά. Ελαφρό μασάζ σε σχήμα πλάγιου οκτώ. Κατά τη συστολή της μήτρας, πολλές γυναίκες προτιμούν σταθερή έντονη πίεση στο πλάϊ εκατέρωθεν του 5^{ου} οσφυϊκού και του 1^{ου} ιερού σπονδύλου, η πίεση μπορεί να ασκείται με τον αντίχειρα ή με την γροθιά. Με την κάθοδο του εμβρύου στην λεκάνη, η επίτοκος αισθάνεται τον πόνο συνεχώς χαμηλότερα, έτσι μόνη της καταλαβαίνει την κάθοδο της κεφαλής στην λεκάνη.

Ένα άλλο είδος μασάζ, που βοηθά στην χαλάρωση των αρθρώσεων και στην διεύρυνση της λεκάνης και μειώνει επίσης την αίσθηση του πόνου, είναι οι ελαφρώς ως ελαφρώς έντονες κινήσεις με ολόκληρο το χέρι. Οι κινήσεις ξεκινούν κεντρικά από την οσφύ και κατευθύνονται προς τα έξω μέχρι τους γλουτούς.

Μασάζ στα κοιλιακά τοιχώματα και στους μηρούς: Οι περισσότερες επίτοκες αισθάνονται πίεση και ελαφρό πόνο μπροστά, πάνω ακριβώς στην ηβική σύμφυση. Η μαία μπορεί να κάνει ένα επιφανειακό μασάζ, κατά τη διάρκεια της συστολής. Η επίτοκος είναι ξαπλωμένη σε ημικαθιστή θέση. Ολόκληρο το σώμα και ιδιαίτερα το κεφάλι στηρίζονται, ώστε το πρόσωπο και οι ώμοι να είναι χαλαροί. Η μαία κάθεται αναπαυτικά, ανάμεσα στα πόδια της γυναίκας, τα πόδια της οποίας μπορεί να είναι λυγισμένα ή ξαπλωμένα. Με τα δύο της χέρια η μαία κάνει μασάζ με απαλές ρυθμικές κινήσεις, αρχίζοντας από το κέντρο της ηβικής σύμφυσης και προς τα πάνω και έξω. Για να διεγείρει την ένταση των συστολών, η μαία μπορεί να κάνει μασάζ σε όλοκληρη τη κοιλιά, κατά τη συστολή με το ένα χέρι και σύμφωνα με τη φορά των δεικτών του ρολογιού.

Η ίδια η επίτοκος, μπορεί να εφαρμοσεί το ίδιο μασάζ, κατά την διάρκεια της συστολής. Με τα δάχτυλα και των δύο χεριών, αρχίζει από το κέντρο της ηβικής σύμφυσης, κινήσεις ελαφρές, προς το πλάϊ και πάνω.

Μασάζ με τα δάχτυλα σε ολόκληρη την κοιλιά με ελαφρούς κύκλους, επίσης μπορεί να είναι ευεγερτικό. Μερικές φορές, κατά το μεταβατικό στάδιου του τοκετού και αμέσως μετά τον τοκετό οι επίτοκες αισθάνονται τους μηρούς και τα πόδια τους να τρέμουν. Η μαία μπορεί να εφαρμόσει ένα μασάζ, με ελαφρά πίεση, χρησιμοποιώντας ολόκληρες τις παλάμες της. Αρχίζει με κινήσεις εντριβής από τα γόντατα, εσωτερικά των μηρών και συνεχίζει με σταθερό ρυθμό. Η μαία πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτική, όταν εφαρμόζει μασάζ κατά τον τοκετό, γιατί πολλές επίτοκες δεν επιθυμούν να τις αγγίζουν, κατά τη διάρκεια της συστολής, ενώ άλλες δεν επιθυμούν κανενός είδους επαφή, καθώς αυτό τις αποσπά από την συγκέντρωσή τους.

Η μαία θα πρέπει παρακολουθώντας την επίτοκο, να αντιλαμβάνεται έγκαιρα τα μηνύματα που δίνει το σώμα της επιτόκου, τις εκφράσεις της και να προσαρμόζει την φροντίδα της ανάλογα. Θα πρέπει επίσης, να ενθαρρύνει την επίτοκο να εκφράζει τα συναισθήματα και τις επιθυμίες της.

Μασάζ στο περίνεο: Το μασάζ στον περίνεο, βοηθά να χαλαρώσουν οι μυς του περινέου και να αποκτήσουν την ικανότητα να εκτείνονται στον τοκετό, χωρίς ρήξεις. Για το μασάζ χρησιμοποιείται φυτικό λάδι, αμυγδαλέλαιο, σιτέλαιο, με βιταμίνη Ε, διότι κάνει το δέρμα πιο ελαστικό και βοηθά στην κυκλοφορία του αιματός (Τραγέα, Ρ., 2005).

4.3.3 ΜΑΣΑΖ ΚΑΙ ΤΟΚΕΤΟΣ ΣΤΗΝ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΠΟΧΗ

Στη σύγχρονη ιατρική και μαιευτική πράξη το κόστος της διαδικασίας είναι μεγάλο, καθώς η μαία είναι πιο εύκολο να χορηγήσει ένα ηρεμιστικό ή υπνωτικό φάρμακο, παρά να χορηγήσει μασάζ για 15-20 λεπτά. Είναι όμως λογικό, αν υπολογίστουν οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις του φαρμάκου. Η τέχνη της δερματικής επαφής με την έγκυο, είναι πλέον περισσότερο υπηρεσιακή, παρά θεραπευτική, ίσως εξαιτίας του φόρτου εργασίας και της έλλειψης επαγγελματιών υγείας, αλλά και της νοοτροπίας που καλλιεργείται σήμερα της προώθησης, δηλαδή της αυτοβοήθειας.

Παρ'όλα αυτά, η τέχνη του μασάζ, πρέπει να ενθαρρύνεται από τους επαγγελματίες υγείας, γιατί η παρέμβαση αυτή εφαρμόζεται εύκολα, συμβάλλει στη διαχείριση του πόνου, μειώνοντας την ανάγκη για αναλγητικά. Επιπλέον, το μασάζ μπορεί να προσφερθεί από τον συνοδό, μετά από εκπαίδευση, κατά τη διάρκεια των προγεννητικών μαθημάτων, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για εξανθρωπισμένη και διεπιστημονική φροντίδα με αποτελεσματική υποστήριξη για τις επιτόκες (Rosmiartietal., 2019).

4.4 ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

4.4.1 ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η μουσική διαδραματίζει σημαντικό ρόλο σε όλους τους πολιτισμούς και στην ζωή των ανθρώπων, επηρεάζοντας την φυσική, πνευματική, συναισθηματική και ψυχική τους κατάσταση. Μουσικοθεραπεία ορίζεται, η χρήση της μουσικής για θεραπευτικούς σκοπούς.

Η μουσικοθεραπεία έχει τις ρίζες της στην αρχαιότητα από το 1500 π.Χ., σύμφωνα με αναφορές σε γραπτές μαρτυρίες ιατρικών αιγυπτιακών παπύρων. Η μουσική περιλαμβάνει, από τον πιο μικρό μεμονωμένο ήχο, ως την πιο πολύπλοκη συμφωνία. Η εξοικείωση του ανθρώπου με τους ήχους, ξεκινάει από την ενδομήτρια ζωή και συνεχίζει για την υπόλοιπη ζωή του ως αναπόσπαστο κομμάτι της.

Η μουσικοθεραπεία στηρίζεται στην εξής αρχή: Κάθε κυτταρική δομή του σώματος του ανθρώπου, διαθέτει τη δική της φυσική συχνότητα. Όταν το σώμα νοσεί, η φυσική αυτή συχνότητα αλλάζει. Με την εφαρμογή της μουσικής συχνότητας, ο οργανισμός επανέρχεται στην φυσική του συχνότητα, αποκαθιστώντας την υγεία και την αρμονία.

Για να δράσει η μουσική θεραπευτικά, ο παλμός του ήχου θα πρέπει να είναι ανάλογος του καρδιακού ρυθμού, δηλαδή γύρω στους 72 χτύπους ανά λεπτό. Ο ρυθμός πρέπει να είναι ομοιόμορφος και με συνεχόμενη ροή, ώστε να εναρμονίζεται με τους εσωτερικούς ρυθμούς του σώματος και την ροή της ενέργειας.

Όταν ο ρυθμός της μουσικής είναι αργός, εναρμονίζεται με την αναπνοή και τους χτύπους της καρδιάς, ενώ όταν ο ρυθμός είναι ελαφρά ταχύτερος από τους χτύπους της καρδιάς, προκαλεί ενεργοποίηση του οργανισμού. Καλό είναι να μην υπάρχουν αλλαγές στην ένταση του ήχου και οποιαδήποτε αλλαγή να είναι σταδιακή. Η ελάχιστη θεραπευτική διάρκεια της μουσικής, ορίζεται στα 15 λεπτά, ωστόσο καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα επιτυγχάνονται, μετά το πέρας των 20-45 λεπτών (Τραγέα, Ρ., 2005).

4.4.2 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Η εφαρμογή της μουσικοθεραπείας στην περιγεννητική περίοδο, συμβάλλει στην διανοητική, ψυχική και βιολογική υγεία της μητέρας, ενισχύει τη χαλάρωση και βελτιώνει τη διάθεση της, μειώνοντας το στρες, το άγχος και τον πόνο, κατά τη διάρκεια του τοκετού. Η μουσικοθεραπεία επιδρά ηρεμιστικά και στο εμβρύο, αφού οι χτύποι των 72 λεπτών της μουσικής, του είναι γνώριμοι από τον ρυθμό της καρδιάς της μητέρας του. Ο σημαντικός ρόλος της μουσικής, κατά τον τοκετό έχει υποστηριχθεί από πολλούς μαιευτήρες μεταξύ αυτών και από τον Lamaze (Lowdermilk, D. et al, 2010). Τόσο ο πόνος, όσο και η μουσική, ακολουθούν τις ίδιες νευρικές οδούς. Η πύλη του πόνου, εξηγεί και τον μηχανισμό της επίδρασης της μουσικής στον πόνο του τοκετού.

Η μουσική χαλαρώνει και αποσπάει την προσοχή, επιδρώντας στις φυσιολογικές και γνωστικές μεταβολές, αναστέλλοντας τη διαβίβαση των βλαβερών ερεθισμάτων. Ο ήχος γίνεται αντιληπτός στο δεξί τμήμα του εγκεφάλου και στον κροταφικό λοβό, στη συνέχεια διεγείρει την υπόφυση, η οποία με τη σειρά της, παράγει ενδορφίνες που μειώνουν τον πόνο. Κατά τη διάρκεια του τοκετού, οι γυναίκες διακατέχονται από έντονο πόνο και στρες. Αυξάνεται ο καρδιακός ρυθμός και η αρτηριακή τους πίεση, ενώ μειώνεται η περιφερειακή κυκλοφορία. Η αγχολυτική μουσική, μπορεί να μειώσει τα επίπεδα των κατεχολαμινών και να ισορροπήσει τα ζωτικά σημεία της επιτόκου. Η καταλληλότερη αγχολυτική μουσική, είναι αυτή που προσεγγίζει την καρδιακή συχνότητα, δεν έχει στίχους, αποτελείται κυρίως από χαμηλούς τόνους και δεν ξεπερνάει τα 60 decibel (Liu, Y., Chang, M., Chen, C., 2010).

Η μουσική χρησιμοποιείται για την προαγωγή της χαλάρωσης, στα αρχικά κυρίως στάδια του τοκετού. Η έγκυος πρέπει να ενημερώνεται από τις μαίες προγεννητικά για την μέθοδο, μέσω της ψυχοπροφύλαξης και της χαλάρωσης, ώστε να έχει το χρόνο να προετοιμάσει και να συλλέξει την αγαπημένη της μουσική για την ώρα του τοκετού (Lowdermilk, D. et al, 2010). Στην αρχή του τοκετού, η χορευτική μουσική μαζί με τη κίνηση, το λίκνισμα και η επαφή δέρμα με δέρμα με τον σύντροφο, ευνοεί την παραγωγή ενδορφινών και δημιουργεί στις επίτοκες ευχαρίστηση, ενώ ταυτόχρονα μπορούν να εκφράσουν τα συναισθήματα τους. Ενισχύεται επίσης, ο θεσμός της οικογένειας και η επικοινωνία με το έμβρυο (Liu, Y., Chang, M., Chen, C., 2010).

Η επίτοκος έχει ανάγκη να χαλαρώνει με τη μουσική στο 1^ο ήμισυ του 1^{ου} σταδίου, ενώ στο 2^ο στάδιο μετά τα 5-6 εκατοστά διαστολής του τραχήλου, η επίτοκος θέλει σχεδόν απόλυτη ησυχία, χωρίς κανένα ηχητικό ερέθισμα, καθώς επιθυμεί να στραφεί προς τον εσωτερικό της κόσμο (Lowdermilk, D. et al, 2010).

Σύμφωνα με έρευνα, η μουσικοθεραπεία οδήγησε σε στατιστικά χαμηλότερα επίπεδα πόνου και άγχους, κατά την λανθάνουσα φάση του τοκετού, συγκριτικά με επίτοκες που δεν χρησιμοποίησαν την μέθοδο (Buglione, A., Saccone, G., Mas, M., Raffone, A., Meglio, L., Meglio, L., Toscano, P. et al., 2020).

Μια άλλη μελέτη, σχετικά με την επίδραση της μουσικής στον τοκετό κατέληξε στα εξής συμπεράσματα:

- 1) Μείωση του πόνου και του άγχους, κατά την λανθάνουσα φάση του τοκετού.
- 2) Μείωση κατά 10%, χρήσης ηρεμιστικών και παυσίπονων φαρμάκων.
- 3) Σταθεροποίηση της αρτηριακής πίεσης και του καρδιακού ρυθμού της μήτερας, έως και 2 ώρες μετά τον τοκετό.
- 4) Μη σημαντικές διαφορές στην εμβρυϊκή καρδιακή λειτουργία και στο Apgar Scoreτων νεογνών.
- 5) Απουσία ανεπιθύμητων ενεργειών ή δυσμενής έκβασης του τοκετού.
- 6) Θετική επίδραση της μουσικοθεραπείας στην επιλόχειο κατάθλιψη την 1^η και 8^η ημέρα λοχείας, σύμφωνα με την κλίμακα του Ενδιμβούργου (Acosta, R., Lopez, E., Santero, M., 2020).

Συμπερασματικά, η μουσικοθεραπεία αποτελεί μια μη παρεμβατική μέθοδο, χωρίς καταγεγραμμένες παρενέργειες, ωστόσο αν και πολλά υποσχόμενη, όσο αφορά τη συμβολή της στην ανακούφιση του πόνου του τοκετού, χρήζει περαιτέρω αξιολόγησης. Τα περιορισμένα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας και ο χαμηλός αριθμός δειγματος, αποτελούν πηγή αμφισβήτησης από κάποιους μελετητές για την αποτελεσματικότητα της μουσικοθεραπείας, ως προς την ανακούφιση του πόνου και την μείωση του άγχους, κατά τη διάρκεια του τοκετού. Απαραίτητη θεωρείται λοιπόν, η διεξαγωγή περαιτέρω έρευνας στον τομέα αυτόν.

Τα συμπεράσματα θα αποτελέσουν πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας, ώστε με τη χρήση της μουσικοθεραπείας να προσπαθήσουν να μετατρέψουν τον τοκετό, σε μία πιο θετική εμπειρία για τις επίτοκες, στις οποίες θα δίνεται και μια επιπλέον αποτελεσματική επιλογή στη διαχείριση του πόνου (Lowdermilk, D. et al, 2010; Acosta, R., Lopez, E., Santero, M., 2020).

4.5 ΤΟΚΕΤΟΣ ΣΤΟ ΝΕΡΟ

4.5.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η δύναμη του νερού, κατά τη γέννηση ανακαλύφθηκε στη δεκαετία του 1960, από το οραματιστικό έργο του Ρώσου ερευνητή Igor Tjarkovsky, ο οποίος ασχολήθηκε με τις ευεργετικές επιδράσεις του νερού στον τοκετό. Στο τέλος της δεκαετίας του 1960, ο Frederick Leboyer, ήταν ο πρώτος που δημιούργησε την ιδέα, να βυθίζει το νεογέννητο σε χλιαρό νερό, αμέσως μετά τον τοκετό, διότι ήθελε να προσφέρει στο νεογνό μια πιο ευχάριστη και εύκολη μετάβαση από το υδάτινο περιβάλλον της μήτρας στον εξωτερικό κόσμο (Balaskas, J., 2018; Τραγέα, Ρ., 2005).

Στην σημερινή εποχή, οι γυναίκες προτιμούν την χρήση του νερού για τον τοκετό τους, κάτι που εμπνεύστηκε ο Γάλλος μαιευτήρας Michel Odent. Το 1977, ο Odent εγκατέστησε σε ένα δωμάτιο μια πισίνα, με το σκεπτικό, ότι το νερό θα προσφέρει μείωση του πόνου και χαλάρωση στην επίτοκο, κατά τη διάρκεια μακρών ή δύσκολων συστολών.

Ο Michel Odent συγκεκριμένα, είπε: «ο λόγος για την πισίνα γέννησης δεν είναι να γεννηθεί το μωρό στο νερό, αλλά να διευκολυνθεί η διαδικασία γέννησης και να μειωθεί η ανάγκη για φαρμακευτική αναλγησία και άλλες παρεμβάσεις» (Balaskas, J., 2018). Μέχρι το 1983, είχαν πραγματοποιηθεί περισσότερες από 100 γεννήσεις στο νερό. Ο Odent δημοσίευσε τα ευρήματά του, στο «The Lancet», και οι συστάσεις του σε αυτό το άρθρο, παρείχαν τη βάση για τις πρώτες οδηγίες μαιευτικής για τον τοκετό στο νερό. Από το 1990 και μέχρι σήμερα, τα πιο πολλά μαιευτήρια στην Ευρώπη, διαθέτουν πισίνες νερού στις αίθουσες τοκετών (Balaskas, J., 2018; Τραγέα, P., 2005).

Στην Ελλάδα η πρώτη πισίνα γέννησης, σε ιδιωτικό νοσοκομείο μητρότητας εγκαταστάθηκε το 1999. Σήμερα, παρόλο που το ελληνικό σύστημα δημόσιας υγείας δεν παρέχει στην επίτοκο την επιλογή για γέννηση στο νερό, κατά τη διάρκεια του τοκετού, σχεδόν όλες οι μονάδες γέννησης στους ιδιωτικούς χώρους υγειονομικής περίθαλψης, διαθέτουν πισίνα γέννησης (Antonakou, A., Kostoglou, E., & Papoutsis, D., 2018).

4.5.2 ΟΡΙΣΜΟΙ

Η «βύθιση του νερού», αναφέρεται στη βύθιση της εγκύου στο νερό, κατά τη διάρκεια οποιουδήποτε σταδίου του τοκετού, με την κοιλιά της γυναίκας, εντελώς βυθισμένη. Ο όρος «τοκετός στο νερό», αναφέρεται στον τόπο γέννησης του νεογνού, δηλαδή κάτω από το νερό, ο οποίος είναι μεγαλύτερος από ένα κανονικό οικιακό λουτρό και μπορεί να είναι, είτε πισίνα ή μπανιέρα ή λουτρό (Cluett, E., Burns, E., & Cuthbert, A., 2018).

4.5.3 ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΝΕΡΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Η αντίληψη του πόνου, όπως αναφέρθηκε προγενέστερα προέρχεται από την μήτρα, τον κόλπο, τον τράχηλο, το περίνεο και τις αρθρώσεις και τους συνδέσμους της λεκάνης.

Η διαδικασία της πρόκλησης και της αντίληψης του πόνου, ξεκινάει από τις νευρικές ίνες, οι οποίες μεταφέρουν τα ερεθίσματα με διαφορετική ταχύτητα από τους υποδοχείς του πόνου του επώδυνου σημείου, στο πρόσθιο κέρασ του νωτιαίου μυελού και στην συνέχεια μεταφέρονται στο φλοιό του εγκεφάλου. Όταν, η γυναίκα βυθίζεται στο νερό, το ερέθισμα του πόνου μεταφέρεται πιο αργά, λόγω των ανταγωνιστικών αισθήσεων της θερμότητας και της μάλαξης του νερού στο δέρμα της γυναίκας. Όταν το αίσθημα από αυτά τα ερεθίσματα, μεταφέρεται με γρήγορο ρυθμό στον εγκέφαλο σε σχέση με το αίσθημα του πόνου, πιστεύεται, ότι παρεμποδίζει την μεταφορά των επώδυνων ερεθισμάτων του πόνου από τον νωτιαίο μυελό στον εγκέφαλο (Τραγέα, Ρ., 2005).

4.5.4 ΟΦΕΛΗ ΝΕΡΟΥ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Η γέννηση στο νερό, είναι μία από τις λίγες μορφές εναλλακτικής θεραπείας που υποστηρίζεται πλήρως από πολλούς γιατρούς και νοσοκομεία. Στοιχεία δείχνουν, ότι η χρήση νερού στον τοκετό δεν ενέχει πρόσθετο κίνδυνο, σε σύγκριση με τον τοκετό εκτός νερού και ότι η επιλογή είναι αποτελεσματική στην υποστήριξη των γυναικών για έναν αυθόρμητο και φυσιολογικό τοκετό (Cluett et al., 2018; Chaichian, S., Akhlaghi, A., Rousta, F., Safavi, M., 2009). Επίσης, αρκετές μελέτες έχουν δείξει, ότι τα ποσοστά των γυναικών που επιλέγουν το νερό κατά τη διάρκεια του τοκετού, είναι κατά μεγάλο βαθμό αυξημένα, με αποτέλεσμα να αυξάνεται ο αριθμός των γυναικών με αυθόρμητο κοιλικό τοκετό και να μειώνονται τα ποσοστά των γυναικών με επισκληρίδιο και καισαρική τομή (Cluett et al., 2018; Shaw-Battista, J., 2017 ; Chaichian et al., 2009).

Το νερό προσφέρει αρκετά οφέλη στην γυναίκα, τα οποία διακρίνονται σε φυσικά και ψυχολογικά (Carlsson, T., Ulfsdottir, H., 2020). Πιο συγκεκριμένα, τα φυσικά οφέλη από τη γέννηση του νερού είναι τα εξής:

- ✓ Επιτάχυνση του τοκετού: Όταν η εγκυμονούσα χαλαρώνει και εισπνέει ήρεμα, επιταχύνονται οι συστολές και σε συνδυασμό με το ζεστό νερό, οδηγείται σε πιο γρήγορη και λιγότερο αγχωτική εξώθηση.

Επιπλέον, μετά από περίπου 30 λεπτά, το σώμα απελευθερώνει αυξημένα επίπεδα ωκυτοκίνης, για περίπου 90 λεπτά (Arizona Department of Health Services, 2016).

Το νερό ενισχύει την έκκριση της ωκυτοκίνης, της ορμόνης που ευθύνεται για τη συστολή της μήτρας, κατά τη διαδικασία της γέννησης, με αποτέλεσμα να επιταχύνεται ο τοκετός (Huber, D., 2015).

- ✓ Μείωση του πόνου: Επειδή ο τοκετός επιταχύνεται, πιστεύεται ότι οι πόνοι στον τοκετό μέσα στο νερό μειώνονται, λόγω αυξημένης παραγωγής ενδορφινών (Huber, D., 2015). Οι ενδορφίνες είναι φυσικά αναλγητικά, τα οποία παράγονται από τον οργανισμό του ανθρώπου, σε καταστάσεις έντασης. Η κύρια δράση τους, είναι η μείωση της αίσθησης του πόνου, βοηθώντας την γυναίκα να χάσει την αντίληψη του χρόνου και του τόπου, προσφέροντας της ένα αίσθημα ευεξίας. Ο M.Odent (1985) θεωρεί, ότι η βύθιση στο νερό επιτρέπει στην έγκυο να μπει σε ένα διαφορετικό, πιο ενστικτώδες επίπεδο συνείδησης, με αποτέλεσμα η αποτελεσματικότητα των ενδορφινών, να βελτιώνεται (Τραγέα, P., 2005).

- ✓ Χρήση ποικίλων θέσεων γέννησης : Όταν η εγκυμονούσα βυθίζεται στο νερό, η δύναμη της άνωσης που δέχεται το σώμα της, είναι ανάλογη με τον όγκο του νερού, που εκτοπίζει το σώμα της (νόμος του Αρχιμήδη). Επειδή, αυτή η δύναμη της άνωσης λειτουργεί αντίθετα προς τη βαρύτητα και στηρίζει το σώμα της εγκύου, η ίδια δεν νιώθει το βάρος της (Τραγέα, P., 2005). Αυτό σημαίνει, ότι η γυναίκα, λόγω της πλευστότητας του νερού, μπορεί να κινείται και να αλλάζει την θέση που η ίδια επιθυμεί με μεγαλύτερη ευκολία, προσφέροντας της μια ευχάριστη εμπειρία (Carlsson, T., Ulfssdottir, H., 2020). Επίσης, η ευκολία της κινητικότητας της εγκύου στο νερό, προσφέρει στην γυναίκα μια καλύτερη εμβρυϊκή θέση ενθαρρύνοντας την κάμψη (Cluett et al., 2009). Σε μια μελέτη, βρέθηκε ότι οι γυναίκες που επέλεξαν την πισίνα για το τοκετό τους, είχαν πιο πολλές πιθανότητες να γεννήσουν σε όρθια θέση και με τεχνική παράδοσης hands-off (Henderson, J., Burn, E., Regalia, L., Casarico, G., Boulton, G., & Smith, A., 2014).

- ✓ Μείωση τραυματισμού του περινέου: Το νερό αυξάνει την ελαστικότητα των πυελικών ιστών, με αποτέλεσμα να μειώνεται ο πόνος, κατά τη διάρκεια των συσπάσεων και ο αριθμός των παρεμβάσεων, κατά τον τοκετό (Czech, I., Fuchs, P., Fuchs, A., Lorek, M., Tobolska-Lorek, D., Drosdzol-Cop, A., & Sikora, J., 2018). Οι παράγοντες που μπορούν να προβλέψουν, εάν μια γυναίκα θα έχει άθικτο περινέο ή σοβαρό περινεϊκό τραύμα, κατά τη διάρκεια του τοκετού είναι ο τόκος, η μητρική ηλικία και ο δείκτης μάζας σώματος της γυναίκας (ΔΜΣ). Σε μια μελέτη, υπολογίστηκε, ότι η πιθανότητα άθικτου περινέου, κατά τη γέννηση στο νερό, ήταν μεγαλύτερη σε γυναίκες, που ήταν πολύτοκες, νεότερης ηλικίας και με υψηλότερο ΔΜΣ (Papoutsis, D., Antonakou, A., Gornall, A., & Tzavara, C., 2020). Σε 10 από τις 12 μελέτες που εξέτασαν το ρυθμό της επισιοτομής, οι ερευνητές διαπίστωσαν, ότι υπήρχε μείωση της χρήσης των επισιοτομών και σοβαρών περινεϊκών ρήξεων για γυναίκες που γέννησαν στο νερό, σε σύγκριση με εκείνες που είχαν γεννήσει εκτός νερού (Papoutsis et al., 2020; Nutter, E., Meyer, S., Shaw-Battista, J., & Marowitz, A., 2014).

Το νερό προσφέρει επιπλέον οφέλη και στον ψυχολογικό τομέα της γυναίκας. Πιο συγκεκριμένα:

- ✓ Ανακούφιση του άγχους: Το νερό προσφέρει στην γυναίκα ανακούφιση από το στρες, λόγω της ζεστασιάς και της αίσθησης του (Huber, D., 2015). Ο Odent λέει πως το νερό, η θέα και ο ήχος του, πολλές φορές επαρκούν για να διώξουν κάθε άγχος και φόβο της επιτόκου (Τραγέα, P., 2005).
- ✓ Χαλάρωση του σώματος: Η ζεστασιά του νερού επίσης, χαλαρώνει την γυναίκα, προσφέροντας καλύτερη αιμάτωση στην μήτρα, μειωμένη αρτηριακή πίεση και μειωμένο αίσθημα του πόνου (Henderson et al., 2014). Επίσης, το έμβρυο επωφελείται από μια ήρεμη μητέρα, με συνέπεια καλύτερη αιμάτωση του πλακούντα και επομένως καλύτερη οξυγόνωση στο έμβρυο (Cluett, et al., 2009).

- ✓ Αυξημένη αίσθηση ελέγχου κατά τον τοκετό στο νερό: Η εμβάπτιση στο νερό, κατά τη διάρκεια του τοκετού, αυξάνει τη μητρική ικανοποίηση και την αίσθηση ελέγχου (Cluett, et al., 2009). Οι γυναίκες, όταν περιβάλλονται από νερό, αισθάνονται ελεύθερες να επικεντρωθούν στο σώμα τους και στη γέννηση, ελέγχοντας καλύτερα την αναπνοή τους (Carlsson, T., & Ulfsdottir, H., 2020). Μια γυναίκα, που αισθάνεται τον έλεγχο, κατά τον τοκετό βιώνει μεγαλύτερη συναισθηματική ευεξία μετά τον τοκετό (Cluett, et al., 2009).



Εικόνα 12. Το κομμένο τμήμα της πισίνας για καλύτερη πρόσβαση της μαίας στην κοιλιά της μητέρας (Hewitt, 2017).

Παρόλο που στην γέννηση δίνεται βάση, ώστε να ωφεληθεί η μέλλουσα μητέρα, κατά τον τοκετό της, το νερό προσφέρει στο νεογνό το πλεονέκτημα, ότι το περιβάλλον στο οποίο θα μεταφερθεί είναι παρόμοιο με αυτό που έχει συνηθίσει στο εσωτερικό της μήτρας. Επίσης, δεν υπάρχουν στοιχεία που να δείχνουν, ότι ο τοκετός στο νερό αυξάνει τη νοσηρότητα ή τη θνησιμότητα του (Cluett et al, 2018; Huber, D., 2015). Η σύνδεση δέρματος-δέρματος μεταξύ μητέρας και μωρού που γεννιέται στο νερό προάγει τη θερμορύθμιση και διευκολύνει τη σύνδεση (Midwives Alliance, n.d.).

4.5.6 ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΝΕΡΟΥ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών έχει την δυνατότητα να επιλέξει τον τοκετό στο νερό με ασφάλεια.

Υπάρχουν συγκεκριμένα κριτήρια, τα οποία η γυναίκα πρέπει να πληρεί για να μπορέσει να γεννήσει στο νερό, τα οποία είναι περίπου ίδια σε όλα τα μαιευτήρια, που έχουν πισίνα τοκετού (Τραγέα, Ρ., 2005).

Κριτήρια επιλογής επιτόκων:

1. Επιθυμία επιτόκου και ενημέρωση για την χρήση της πισίνας (Τραγέα, Ρ., 2005).
2. Χαμηλού κινδύνου εγκυμοσύνη.
3. > 37 εβδομάδες κύησης.
4. Κεφαλική προβολή.
5. Εάν έχει γίνει ρήξη θυλακίου, το αμνιακό υγρό, πρέπει να είναι διαυγές.
6. Ανίχνευση φυσιολογικού καρδιακού ρυθμού εμβρύου (Weaver, H., 2014).

Η εγκυμοσύνη πρέπει να είναι φυσιολογική, χωρίς κανένα σύμπτωμα που να σχετίζεται με διαβήτη, υψηλή αρτηριακή πίεση ή προβλήματα με το έμβρυο. Εάν η γυναίκα, έχει ιατρικά ή μαιευτικά προβλήματα, που θέτει την ίδια και το μωρό της σε υψηλό κίνδυνο, δεν επιτρέπεται να γεννήσει στην πισίνα τοκετού. Σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως είναι η παρουσία μηκωνίου η γυναίκα επιτρέπεται να εισέλθει στο νερό, αλλά στην εξώθηση θα πρέπει να βγει από την πισίνα (Veltman, L. & Doherty, D., 2013).

Παρακάτω, γίνεται μια συνοπτική αναφορά των αντενδείξεων χρήσης νερού κατά την διάρκεια του τοκετού.

Αντενδείξεις :

1. Πρόωρος τοκετός.
2. Μεταδοτική λοίμωξη αίματος ή δέρματος.
3. Μητρικός πυρετός > 38°C.
4. Υπερβολική κολπική αιμορραγία.
5. Απροσδιόριστη ανίχνευση καρδιακού ρυθμού εμβρύου.

6. Υποπτη μακροσωμία με ιστορικό.
7. Δυστοκία ώμου (Weaver, H., 2014).
8. Δυσαναλογία εμβρύου και λεκάνης.
9. Συμπτώματα μέτριας ή βαριάς προεκλαμψίας.
10. Ιστορικό αιμορραγίας τελευταίου τριμήνου.
11. Εμβρυϊκή δυσχέρεια, κατά τον τοκετό ή αν είναι απαραίτητη παρακολούθηση της εμβρυϊκής καρδιάς με καρδιοτοκογράφο (Τραγέα, P., 2005).
12. Παρουσία έγχρωμου μηκωνίου (Veltman, L. & Doherty, D., 2013).
13. ΔΜΣ > 35kg / m², κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Watkins, A., 2018).
14. HIV, Ενεργό έρπη ή Ηπατίτιδα Β.
15. Ενδομήτρια καθυστέρηση ανάπτυξης (IUGR) (NHS Frimley Health, 2021).

4.5.7 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΣΤΟ ΝΕΡΟ

- Προετοιμασία πριν από τη χρήση της πισίνας

Αρχικά, οι μαίες που παρέχουν άμεση φροντίδα στις γυναίκες είναι υποχρεωμένες να έχουν εκπαιδευτεί κατάλληλα, ώστε να έχουν την ικανότητα στην εκκένωση πισίνας έκτακτης ανάγκης, πριν από τη φροντίδα μιας γυναίκας στην πισίνα (The Guideline Committee, 2021). Πριν χρησιμοποιηθεί η πισίνα, θα πρέπει να συζητηθεί η χρήση της δεξαμενής γέννησης για τοκετό, κατά τη διάρκεια των προγεννητικών επισκέψεων και να τεκμηριωθεί η συγκατάθεσή της για τον τοκετό (Feidhmeannacht na Seirbhíse Slainte Health Service Executive, 2018).

Προκειμένου, να διευκολυνθεί η φυσιολογική απόκριση στη βύθιση του νερού και να προστατευτεί το βρέφος από τη γέννηση στον αέρα και την επανεμφάνιση στο νερό, το νερό πρέπει να καλύπτει πλήρως την κοιλιά της μητέρας, χωρίς να φτάνει το επίπεδο του λαιμού της (Arizona Department Of Health Services, 2016).

Επίσης, η μαία θα πρέπει να έχει ετοιμάσει, πριν τον τοκετό μια στεγνή περιοχή, ώστε ανά πάσα στιγμή που θα θελήσει ή θα πρέπει να βγει η γυναίκα από την πισίνα, να κατευθυνθεί εκεί. Σχετικά με την ενδυμασία, η γυναίκα μπορεί να επιλέξει, εάν θέλει να φοράει ρούχα/μαγιό, είτε να είναι γυμνή. (NHS Frimley Health, 2021). Η προτεινόμενη θερμοκρασία για το νερό της πισίνας είναι 35-37 °C, κατά το πρώτο στάδιο του τοκετού και 37-37,5 °C, στο δεύτερο στάδιο. Ωστόσο, επιτρέπεται στις γυναίκες να ρυθμίζουν τη θερμοκρασία της πισίνας με τη δική τους προτίμηση, αρκεί η θερμοκρασία να μην ξεπερνάει τους 37,5°C (Feidhmeannacht na Seirbhíse Slainte Health Service, 2018). Η θερμοκρασία καταγράφεται, τουλάχιστον κάθε μια ώρα.

Για την κατάλληλη προετοιμασία της γέννησης στο νερό, ο απαραίτητος εξοπλισμός περιλαμβάνει:

- Κατάλληλο υποθαλάσσιο χώρο γέννησης και μονάδα παράδοσης του νεογνού, μπανιέρες ειδικά κατασκευασμένες για υποβρύχια γέννηση και με την ικανότητα ταχείας μείωσης των επιπέδων νερού, σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης.
- Αδιάβροχο Doppler ή αδιάβροχη τηλεμετρία για ηλεκτρονική παρακολούθηση του εμβρύου.
- Θερμόμετρο νερού (αδιάβροχα θερμόμετρα χειρός, ειδικά για χρήση πισίνας).
- Μητρικό θερμόμετρο.
- Φακό και καθρέφτη χειρός, για να μπορέσει η επίτοκος να δει το κεφάλι του νεογνού.
- Γάντια αρκετά μακριά, ώστε να καλύπτεται το γυμνό δέρμα, σε περίπτωση επαφής με αμνιακό υγρό ή αίμα.
- Αδιάβροχο φόρεμα ή ποδιά για συνοδούς.
- Προστατευτικά γυαλιά και μάσκα.
- Αντιολισθητικό δάπεδο, γύρω από την μπανιέρα.
- Μαξιλάρια για γονάτισμα ή μαξιλάρι/στρώμα, μπάλα ή σκαμνί για να μπορεί η μαία να γονατίζει στο πλάι της πισίνας για να διενεργεί εξετάσεις ή να προσφέρει υποστήριξη.

- Παροχή σκαλοπατιών ή ράβδων για να διευκολύνεται η είσοδος και έξοδος της μητέρας από την πισίνα (NHS Frimley Health, 2021; Health and Safety Executive, 2018).
- Βύσμα μπανιέρας με συνδεδεμένη αλυσίδα (Veltman, et al., 2013).
- Τέλος, η μαία θα πρέπει να προετοιμάσει ένα ασφαλές περιβάλλον γέννησης έξω από την πισίνα, σε περίπτωση που η εκκένωση της πισίνας γέννησης είναι απαραίτητη, όπως απαραίτητη είναι και η ύπαρξη πετσετών και μια κουβέρτα ή στρώμα κοντά στην πισίνα.

Ιδιαίτερη προσοχή, πρέπει να δοθεί για την αποφυγή ολίσθησης και ενδεχόμενου τραυματισμού της επίτοκου (Arizona Department Of Health Services, 2016).

4.5.8 ΚΙΝΗΣΗ ΚΑΙ ΘΕΣΕΙΣ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΣΤΟ ΝΕΡΟ

Είναι γνωστό, ότι η χρήση νερού, μπορεί να βοηθήσει τις μητέρες να υιοθετήσουν μια πιο άνετη θέση, εάν η πισίνα γέννησης που χρησιμοποιούν έχει αρκετό χώρο και το βάθος του νερού είναι αρκετά βαθύ για να επιτρέψει στη μέλλουσα μητέρα την ελεύθερη κυκλοφορία. Οι μαίες παρατηρούν, ότι οι επίτοκες κινούνται εύκολα και αυθόρμητα, καθώς ανταποκρίνονται στα σήματα του σώματός τους, επειδή η πλευστότητά τους στο νερό τους προσφέρει το αίσθημα της έλλειψης βάρους. Ο σχεδιασμός των δεξαμενών γέννησης, επιτρέπει στις μαίες να κινούνται εύκολα, γύρω από το χείλος της πισίνας γέννησης στις 3 πλευρές και να υποστηρίζουν τις μητέρες, καθώς πειραματίζονται με διάφορες θέσεις τοκετού.

Γενικά, η εγκυμονούσα μπορεί να επιλέξει οποιαδήποτε θέση και στάση τοκετού επιθυμεί, όπως θα έκανε εξίσου, αν ο τοκετός γινόταν εκτός νερού. Κατά τη διάρκεια, του 1ου σταδίου του τοκετού, η έγκυος μπορεί να ανακαλύψει εκείνη την στιγμή, αλλάζοντας συνεχώς θέσεις, την θέση την οποία την βοηθάει να αισθάνεται τον πόνο, όσο το δυνατόν λιγότερο. Αυτό συμβαίνει, γιατί όταν η γυναίκα βρει μια θέση που την αναπαύει, μετά από μερικές συστολές, μπορεί να αισθανθεί ξανά έντονα τον πόνο, με αποτέλεσμα να θέλει να αλλάξει συνέχεια την θέση της. Η μαία είναι υποχρεωμένη να βοηθάει την γυναίκα στην αλλαγή θέσεων, μέχρι το τέλος του τοκετού.

Οριζόντιες θέσεις

Η ύπτια θέση στην γέννηση εντός νερού, είναι πιο ασφαλής και λιγότερο επώδυνη θέση σε αντίθεση με τον τοκετό εκτός νερού, οπότε η γυναίκα μπορεί να επιλέξει αυτή την στάση, εάν το επιθυμεί. Το νερό, προκαλεί σημαντική μείωση των πιθανών βλαβών που μπορεί να προκαλέσει η ύπτια θέση, εκτός νερού. Η εγκυμονούσα έχει την δυνατότητα να τοποθετήσει τους βραχίονες της στα χείλη της πισίνας, να ακουμπά με τα δάκτυλα των ποδιών της στα απέναντι τοιχώματα της πισίνας και να επιπλέει. Επίσης, μπορεί να μπει στην πισίνα και ο σύντροφός της γυναίκας, εάν φυσικά το επιθυμεί ο ίδιος και η γυναίκα του, ώστε να την κρατάει σταθερά, για να επιλέγει η επίτοκος με ευκολία τις κινήσεις της (Τραγέα, Ρ., 2005).

Όρθιες θέσεις

Οι όρθιες θέσεις περιλαμβάνουν την απόλυτα όρθια στάση, τη γονατιστή, τη καθιστή, το βαθύ κάθισμα και το οκλαδόν. Σε όλες αυτές τις θέσεις, ο κορμός είναι όρθιος, ενώ πρέπει να ελέγχεται από την μαιά συνεχώς η σπονδυλική στήλη, η οποία πρέπει να είναι κάθετη. Οι όρθιες θέσεις, λόγω δράσης της βαρύτητας, βοηθούν στη διαστολή του τραχήλου, επιταχύνονται οι συστολές και συγκεκριμένα διπλασιάζονται, με αποτέλεσμα να μειώνεται η διάρκεια του τοκετού. Η πιο συχνή θέση που επιλέγουν οι επίτοκες, κατά τον τοκετό είναι η γονατιστή θέση, διότι όπως αναφέρουν και οι ίδιες δεν τους προκαλεί κούραση, ενώ επιλέγουν επίσης και την γονατιστή θέση με τον κορμό να γέρνει ελαφρά μπροστά, διότι τις ανακουφίζει από τον πόνο στην οσφύ (Τραγέα, Ρ., 2005). Η γυναίκα μπορεί επίσης, να επιλέξει την καθιστή θέση, όπου μπορεί να κάθεται ακουμπώντας με την πλάτη της τα τοιχώματα της πισίνας ή στον σύντροφο της με τα χέρια της, είτε στα χείλη της πισίνας, είτε να τα έχει ελευθέρα.

Συνήθως, κατά το δεύτερο στάδιο του τοκετού, η κατάλληλη θέση για τον τοκετό είναι το βαθύ κάθισμα, διότι διευρύνει κατά 30% την έξοδο της λεκάνης, ελαττώνοντας σε μεγάλο βαθμό τη διάρκεια του. Από την άλλη, αυτή η θέση δεν προτιμάται τόσο από τις εγκύους, διότι δεν αντέχουν για πολύ ώρα σε αυτή την θέση. Επίσης, αυτή θέση πιέζει αρκετά το περίνεο, με συνέπεια τον κίνδυνο για ρήξεις περινέου. Προκειμένου να αποφευχθεί αυτό, όταν το κεφάλι του εμβρύου φανεί στον κόλπο, η επίτοκος θα πρέπει να αλλάζει θέση και στάση (Τραγέα, Ρ., 2005).

Σύμφωνα με μια μελέτη, η γυναίκα, όταν είναι σε θέση οκλαδόν ή γονατιστή σε έναν τοκετό εκτός νερού, έχει μεγαλύτερο κίνδυνο για ρήξη σφιγκτήρα του πρωκτού (AST), σε σχέση με μια γυναίκα που γεννάει στο νερό (Haslinger, C., Burkhardt, T., Stoiber, B., Zimmermann, R., & Schäfer, L., 2015).

4.5.9 ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΣΤΟ ΝΕΡΟ ΣΤΑ ΔΙΑΦΟΡΑ ΣΤΑΔΙΑ

Διαχείριση του πρώτου σταδίου του τοκετού, κατά τη διάρκεια της εμβάπτισης στο νερό.

Στο πρώτο στάδιο του τοκετού, η επίτοκος μπορεί να χρησιμοποιήσει την πισίνα, όποτε νιώσει, ότι το έχει ανάγκη. Ο τοκετός στην αρχή του πρώτου σταδίου, μόλις εισέλθει η γυναίκα στο νερό εξελίσσεται γρήγορα, ενώ στην συνέχεια η διάρκεια των συστολών μειώνεται και ο τοκετός καθυστερεί, για αυτό είναι προτιμότερο η μητέρα να βρίσκεται σε ενεργό τοκετό, όπως εκτιμάται από τη μαία, πριν μπει στο νερό.

Σε περίπτωση που η επίτοκος αισθάνεται, ότι θέλει να μπει νωρίτερα στην πισίνα, είναι προτιμότερο να μπαινοβγαίνει και συγχρόνως να χρησιμοποιεί διαφορετικές τεχνικές, όπως είναι το περπάτημα, το λίκνισμα των γοφών σε μια μπάλα ή όρθια και να της παρέχεται μάλαξη στην οσφύ. Εάν αποφασίσει η γυναίκα την χρήση της πισίνας, κατά τη διάρκεια λανθάνουσας φάσης, η πισίνα πρέπει να απολυμανθεί και μετά να ξαναχρησιμοποιηθεί για την ενεργό φάση του τοκετού (Arizona Department Of Health Services, 2016; Τραγέα, P., 2005).

Τα ζωτικά σημεία της μητέρας και ο καρδιακός ρυθμός του εμβρύου, πρέπει να παρακολουθούνται τακτικά σύμφωνα με το πρότυπο φροντίδας και να επαναξιολογούνται, μετά από κάθε αλλαγή στη θερμοκρασία του νερού. Επίσης, εάν η μαία αισθάνεται ικανή, μπορεί να πραγματοποιηθούν κολπικές εξετάσεις, όσο η γυναίκα βρίσκεται στην πισίνα. Εάν η θερμοκρασία της μητέρας αυξηθεί κατά 1°C πάνω από τη βασική τιμή (36-37,0°C), το νερό θα πρέπει να δροσιστεί ή να εγκαταλείψει η μητέρα την πισίνα, για να δροσιστεί.

Ακόμη, εάν υπάρχουν δυσκολίες στην ευκρινή ακρόαση της καρδιάς του εμβρύου, θα πρέπει να ζητηθεί από τη γυναίκα να αλλάξει θέση, ενώ εάν υπάρχει οποιαδήποτε ανησυχία σχετικά με τον καρδιακό ρυθμό του εμβρύου, η γυναίκα θα πρέπει να κληθεί να αφήσει την πισίνα. Στην περίπτωση που προκύψουν γεγονότα, που δείχνουν, ότι η γυναίκα ή το μωρό της δεν πληρούν πλέον τα κριτήρια για τη χρήση της πισίνας (π.χ. αυξημένη αρτηριακή πίεση, εμβρυϊκή δυσφορία, αρκετό υγρό με μηκόνιο, κολπική αιμορραγία), τότε πρέπει να ζητηθεί από τη γυναίκα να εγκαταλείψει την πισίνα και να λάβει τα κατάλληλα μέτρα από τη μαία. Αυτό, μπορεί να περιλαμβάνει επανεκτίμηση και παραπομπή σε μαιευτήρα. Η μητέρα, πρέπει να ενθαρρύνεται να παραμένει ενυδατωμένη, πίνοντας νερό και ηλεκτρολύτες και να αδειάζει τακτικά την ουροδόχο κύστη της στην τουαλέτα. Τέλος, πολλές φορές οι επίτοκες αισθάνονται, ότι θέλουν περαιτέρω ανακούφιση από τον πόνο.

Οι επιλογές που είναι διαθέσιμες, ενώ βρίσκεται στην πισίνα περιλαμβάνουν μασάζ, αυτοϋπνωση, αρωματοθεραπεία και ρεφλεξολογία, ενώ για καλύτερη ανακούφιση και εάν το ζευγάρι το επιθυμεί, ο σύντροφος μπορεί να εισέλθει στην πισίνα φορώντας τα κατάλληλα ρούχα (NHS Frimley Health, 2021; Arizona Department Of Health Services, 2016).

Διαχείριση του δεύτερου σταδίου του τοκετού, κατά τη διάρκεια της εμβάπτισης στο νερό

Καθώς πλησιάζει η γέννηση, η γυναίκα θα γνωρίζει ενστικτωδώς, εάν επιθυμεί να παραμείνει μέσα στην πισίνα ή εάν θέλει να γεννήσει εκτός. Είναι σημαντικό, η μητέρα στο δεύτερο στάδιο να ενθαρρύνεται για να σπρώξει, μόνο όταν έχει την επιθυμία να το κάνει και χωρίς να βιαστεί (J Ingelby RM., 2010). Κατά τη διάρκεια του δεύτερου σταδίου του τοκετού, η θερμοκρασία του νερού πρέπει να είναι 37,0-37,5°C και πρέπει να παρακολουθείται η εμβρυϊκή καρδιακή λειτουργία, κάθε 5 λεπτά ή μετά από κάθε ώθηση / συστολή. Για να διασφαλιστεί η διατήρηση της θερμοκρασίας του νερού, πρέπει να ελέγχεται κάθε 30 λεπτά.

Όπως και στο πρώτο στάδιο, στην περίπτωση που προκύψουν γεγονότα που δείχνουν, ότι η γυναίκα ή το μωρό της δεν πληρούν πλέον τα κριτήρια για τη χρήση της πισίνας (π. χ. αυξημένη αρτηριακή πίεση, εμβρυϊκή δυσφορία, αρκετό υγρό με μηκόνιο, κοιλιακή αιμορραγία) ή υπάρχει καθυστέρηση στο δεύτερο στάδιο, τότε πρέπει να ζητηθεί από τη μητέρα να εγκαταλείψει την πισίνα και να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα από την μαία.

Η γέννηση πρέπει να έχει μια προσέγγιση "hands off", υποστηριζόμενη από προφορική καθοδήγηση από την μαία (NHS Frimley Health, 2021; Charge Midwife Labour and Birthing, 2017). Επίσης, όποτε είναι δυνατόν, θα πρέπει να παρευρίσκονται δύο μαίες στους τοκετούς σε νερό, για την υγεία και την ασφάλεια της μητέρας και του μωρού (J Ingelby RM., 2010). Κατά τη διάρκεια του τοκετού, μόλις γεννηθεί το κεφάλι, το μωρό πρέπει να είναι ανέγγιχτο μέχρι να γίνει αποκατάσταση. Το μωρό πρέπει να γεννηθεί εντελώς κάτω από το νερό, χωρίς επαφή με τον αέρα έως ότου ανασηκώνεται απαλά στην επιφάνεια, με το πρόσωπο μπροστά, είτε από τη μητέρα, είτε από τη μαία. Εάν το μωρό δεν γεννηθεί με τις επόμενες δύο συσπάσεις, τότε υπάρχει υποψία για δυστοκία ώμου και η γυναίκα για να βοηθήσει τον τοκετό, μπορεί να στηρίξει το ένα πόδι στο πλάι της πισίνας και εάν αυτό δεν λειτουργεί, θα πρέπει να φύγει άμεσα από την πισίνα και να ξαπλώσει στο πάτωμα για την αντιμετώπιση της δυστοκίας ώμου, η οποία πρέπει να ακολουθείται σύμφωνα με την κατευθυντήρια γραμμή (NHS Frimley Health, 2021; J Ingelby RM., 2010). Όσον αφορά τον ομφάλιο λώρο, δεν πρέπει ποτέ να σφίγγεται ή να κόβεται, ενώ το κεφάλι είναι ακόμα κάτω από το νερό. Εάν ο ομφάλιος λώρος είναι σφιχτός και καθυστερεί τον τοκετό, η μητέρα πρέπει να σταθεί ή να βγει από την πισίνα. Η μαία θα πρέπει να είναι σε εγρήγορση, για την πιθανότητα κρυφής ρήξης του ομφάλιου λώρου και θα πρέπει να είναι προετοιμασμένη, για να σφίξει αμέσως την άκρη του ομφάλιου λώρου του μωρού. Σε περίπτωση που ο ομφάλιος λώρος είναι κοντός και το κεφάλι του βρέφους εμποδίζεται να καθίσει άνετα πάνω από το νερό, η μητέρα μπορεί να χρειαστεί να εγκαταλείψει γρήγορα την πισίνα (NHS Frimley Health, 2021; Arizona Department Of Health Services, 2016).

Η επισιοτομή δεν πρέπει ποτέ να εκτελείται υποβρυχίως. Εάν η μαία θεωρεί, ότι μια επισιοτομή είναι απαραίτητη για τη διευκόλυνση του τοκετού, η γυναίκα πρέπει να εγκαταλείψει την πισίνα (NHS Frimley Health, 2021).

Άλλοι λόγοι για τους οποίους η γυναίκα θα πρέπει να βγει από την πισίνα είναι οι εξής: (Arizona Department Of Health Services, 2016).

- Κατόπιν αιτήματος της επιτόκου ή κρίσης της μαίας.
- Αυξημένη θερμοκρασία της μητέρας ή μη φυσιολογικά ζωτικά σημεία.
- Αργή πρόοδος, μείωση της αποτελεσματικότητας ή συχνότητας των συστολών.
- Μη καθησυχαστικό μοτίβο καρδιακού ρυθμού εμβρύου ή αδυναμία αξιολόγησης επαρκούς καρδιακού ρυθμού εμβρύου.
- Έλλειψη καθόδου, κατά το δεύτερο στάδιο.
- Περιπτώματα ή άλλη μόλυνση που δεν μπορούν να απομακρυνθούν, εκτός εάν πλησιάζει η γέννηση.
- Υπερβολική αιμορραγία.
- Κεχρωσμένο μηκόνιο (The Guideline Committee, 2021).

4.6 ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ – ΒΟΤΑΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΑΡΩΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

4.6.1 ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ

Ομοιοπαθητική ορίζεται, η ιατρική ειδικότητα που χρησιμοποιεί φυσικές ουσίες με σκοπό την ανακούφιση και την θεραπεία του πόνου. Τα ομοιοπαθητικά σκευάσματα χορηγούνται σε μικρές δόσεις, έχουν θεραπευτικές ιδιότητες και δεν αναφέρονται παρενέργειες σε αυτά. Οι δόσεις της θεραπευτικής ουσίας, διεγείρουν το ανοσοποιητικό σύστημα, με σκοπό ο οργανισμός να αυτοθεραπευτεί.

Για την επιλογή της καταλληλότερης ουσίας, απαιτείται να διασταυρωθούν το σύνολο των συμπτωμάτων του ατόμου, με τα συμπτώματα που δημιουργεί η ουσία σε υγιή άτομα. Τα σκευάσματα που χρησιμοποιούνται προέρχονται από φυσικές ουσίες, οι οποίες έχουν υποστεί μεγάλη αραίωση, για αυτό το λόγο ένα ακατάλληλο σκεύασμα δεν αποτελεί κίνδυνο για την υγεία της μητέρας ή του εμβρύου, ενώ μια λιγότερο κατάλληλη ουσία δεν θα αλλάξει την εικόνα της κατάστασης, δηλαδή των συμπτωμάτων του ατόμου.

Τα πλεονεκτήματα αυτών των σκευασμάτων είναι, ότι δεν έχουν παρενέργειες, ενώ προάγουν τις δυνάμεις του εμβρύου. Σε σπάνιες περιπτώσεις, έχουν αναφερθεί εξανθήματα στο δέρμα και διάρροια, παρ'όλα αυτά η εμφάνιση αυτών των συμπτωμάτων αποδεικνύει, ότι το φάρμακο επιδρά και ο οργανισμός έχει αρχίσει να αυτοθεραπεύεται.

Η ομοιοπαθητική μπορεί να προάγει τον τοκετό και να μειώσει τον πόνο, βοηθώντας τις γυναίκες να ανακαλύψουν την δύναμη του εαυτού τους, χωρίς να τις απομακρύνει από τον στόχο τους να καταφέρουν να γεννήσουν βασισμένες στις δικές τους ικανότητες. Με αυτή την έννοια η ομοιοπαθητική μπορεί να βοηθήσει στην αποϊατρικοποίηση του τοκετού. Κατά την ομοιοπαθητική θεραπεία θα πρέπει να αποτρέπεται η χρήση ορισμένων ουσιών, διότι είναι πιθανό να δημιουργηθεί ανταγωνιστική δράση στο ομοιοπαθητικό φάρμακο. Συγκεκριμένα, πρέπει να αποφεύγεται ο καφές, ο δυόσμος, ο ευκάλυπτος, η καμφορά, η μέντα, τα αιθέρια έλαια και οτιδήποτε άλλο έχει ισχυρή οσμή ή γεύση, διότι έχει παρατηρηθεί, ότι οι ουσίες αυτές παρεμβαίνουν ή αναστέλλουν τη δράση των ομοιοπαθητικών. Σύμφωνα με την Βρετανική Ένωση Ομοιοπαθητικής, οι ομοιοπαθητικές ουσίες δεν αλληλεπιδρούν με φάρμακα της κλασικής ιατρικής.

Είναι προτιμότερο, ωστόσο να μην χρησιμοποιούνται με ομοιοπαθητικά συγχρόνως, γιατί μπορεί να επηρεαστεί η δράση των ομοιοπαθητικών από τις χημικές ουσίες και έτσι να χρειαστούν επανειλημμένες δόσεις προκειμένου να υπάρξει θεραπευτικό αποτέλεσμα. Οι ιατροί και οι μαίες, δεν χορηγούν ομοιοπαθητικά σκευάσματα, εάν η κύηση και ο τοκετός έχουν φυσιολογική εξέλιξη και δεν παρεμβαίνουν, παρά μόνο εάν η μαία παρατηρήσει και η ίδια η γυναίκα εμφανίσει συμπτώματα και ζητήσει βοήθεια.

Η χορήγηση ομοιοπαθητικών ουσιών, είναι πιθανόν να προλάβει ιατρικές παρεμβάσεις, φαρμακευτικές ή και χειρουργικές, όπου τυχόν παρενέργειες είναι πιθανές. Η μαία που εφαρμόζει ομοιοπαθητική στην έγκυο, επίτοκο, λεχώνα είναι απαραίτητο να έχει βαθιά γνώση της μαιευτικής και της ομοιοπαθητικής, αλλά και ανεπτυγμένο το αίσθημα της επαγγελματικής ευθύνης. Η συνεργασία της μαίας με άλλες ειδικότητες είναι σημαντική, διότι πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, εκτός από τα οργανικά συμπτώματα και η ψυχοσυναισθηματική κατάσταση της επιτόκου, εκείνη τη χρονική στιγμή.

Σε πολλές χώρες της Ευρώπης, η εκπαίδευση στην ομοιοπαθητική βρίσκεται σε υψηλό επίπεδο και διαρκεί, περίπου τέσσερα χρόνια. Οι ομοιοπαθητικές ουσίες προέρχονται από ζώα, φυτά, ορυκτά, ορμόνες και άλλα. Σε κάθε περίπτωση, μόνο μια ουσία μπορεί να χορηγηθεί χρησιμοποιώντας τη μικρότερη δόση αρχικά για να διεγείρει τις δυνατότητες του οργανισμού. Μόλις διαπιστωθεί βελτίωση, το φάρμακο πρέπει να διακόπτεται και να επαναλαμβάνεται, εάν η κατάσταση επιδεινωθεί. Μετά τη λήψη της ομοιοπαθητικής ουσίας, η ανταπόκριση διαφέρει από άτομο σε άτομο. Η βελτίωση μπορεί να εμφανισθεί άμεσα ή να εμφανισθεί κόπωση και ύστερα από ξεκούραση να επέλθει βελτίωση των συμπτωμάτων. Η απόδοση των ομοιοπαθητικών είναι καλύτερη, όταν χορηγούνται σε μορφή σκόνης ή υγρού κάθε 1-2 ώρες ή σε επείγουσες καταστάσεις κάθε 30-60 δεύτερα (Τραγέα, Ρ., 2005).

Ομοιοπαθητικές ουσίες που συνήθως χρησιμοποιούνται στον τοκετό:

Caulophyllum: Από ρίζες του φυτού Blue Cohosh. Συνήθως χορηγείται, όταν ο τοκετός δεν εξελίσσεται και οι συστολές είναι άρρυθμες, ενοχλητικές και αναποτελεσματικές. Η επίτοκος αισθάνεται φόβο, ναυτία, αδυναμία και είναι ευαίσθητη. Ο τράχηλος είναι σκληρός, δεν διαστέλλεται και η επίτοκος αισθάνεται πόνους στους συνδέσμους της μήτρας, στον τράχηλο και στην ουρήθρα, ενώ εκκρίνονται άφθονες βλεννώδεις εκκρίσεις από τον κόλπο.

Chamomilla: Φυτό της οικογένειας των συνανθηροειδών. Έχει ιδιαίτερη δράση στο νευρικό σύστημα και στα συναισθήματα. Στον τοκετό χορηγείται, όταν η επίτοκος αισθάνεται ανησυχία, αδικαιολόγητη δίψα, είναι νευρική και υπερευαίσθητη στον πόνο και στον θόρυβο. Οι συστολές είναι αισθητές και έντονες σε όλη την κοιλιά, ενώ ο τράχηλος δεν διαστέλλεται.

Pulsatilla: Φυτό προερχόμενο από την ανεμώνη. Όταν ο τοκετός εξελίσσεται αργά, με τις συσπάσεις της μήτρας να είναι αδύναμες και ο τράχηλος να μην διαστέλλεται. Η επίτοκος αισθάνεται οργισμένη, παραπονιέται ότι υποφέρει, παρουσιάζει ναυτία και εμετό και δείχνει συναισθηματικά εξαρτώμενη.

Arnica: Προερχόμενο από το φυτό *Arnica Montana*. Είναι το συνηθέστερο ομοιοπαθητικό, που χορηγείται στον τοκετό με την μορφή Α΄ βοήθειας. Εξαιρετικά αποτελεσματικό στις περιπτώσεις, όπου μετά από έναν δύσκολο ή μηχανικό τοκετό υπάρχουν εκχυμώσεις, τραύματα, κακοποίηση μαλακών μορίων, οίδημα φόβος, shock ή όταν ο τοκετός δεν εξελίσσεται. Προλαμβάνει την αιμορραγία, την κατακράτηση του πλακούντα και τις φλεγμονές (Τραγέα, Ρ., 2005).

4.6.2 ΒΟΤΑΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία με βότανα προσανατολίζεται προς τη διατήρηση της υγείας, παρά στην θεραπεία της ασθένειας. Σκοπός είναι η ενδυνάμωση του ανοσοποιητικού συστήματος και όχι η καταπολέμηση των συμπτωμάτων. Η βοτανοθεραπεία εστιάζει περισσότερο σε ολόκληρη την διαδικασία, παρά στην φανερή μηχανική λειτουργία του απομονωμένου σωματικού τμήματος ή οργάνου. Ο πόνος του τοκετού, εάν είναι στο συνηθισμένο αναμενόμενο επίπεδο, αντιμετωπίζεται με βότανα, όπως το υπερικό (*Hypericum*), το οποίο έχει ηρεμιστικές ιδιότητες και μπορεί να λαμβάνεται σε όλη την διάρκεια του τοκετού. Ένα μικρό κουτάλι σε ένα ποτήρι νερό είναι αποτελεσματικό. Θετικές επιδράσεις στην βελτίωση του πόνου του τοκετού έχει επίσης και το αφέψημα φασκόμηλου (Τραγέα, Ρ., 2005).

4.6.3 ΑΡΩΜΑΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η αρωματοθεραπεία είναι μια μέθοδος θεραπείας, η οποία χρησιμοποιώντας εκχυλίσματα από φυτά, δραστηριοποιεί τις φυσικές θεραπευτικές δυνάμεις του οργανισμού (Τραγέα, Ρ., 2005). Από αρχαίων χρόνων, η αρωματοθεραπεία ήταν μια από τις βασικές θεραπείες του πόνου.

Στις μέρες μας, εξαιτίας της απλότητας και της προσιτής τιμής αυτής της μεθόδου χρησιμοποιείται, είτε μόνη, είτε σε συνδυασμό με άλλες τεχνικές μείωσης του πόνου, σύμφωνα με τις οδηγίες που καταγράφονται στα πρωτόκολλα (Chen, S., Wang, C., Chan, P., Chiang, H., Hu, T., Tam, K., Loh, E., 2018). Συνεπώς, η αρωματοθεραπεία θεωρείται μη φαρμακευτική παρέμβαση, εύκολη στη χορήγηση, φθηνή, αβλαβής και με εύκολη εκπαίδευση για το προσωπικό (Raju, J., Siingh, M., 2014). Κατά την εφαρμογή της αρωματοθεραπείας, χρησιμοποιούνται αρωματικά έλαια, που εξάγονται από φυτά, λουλούδια, βότανα και δέντρα με σκοπό την επίτευξη της ισορροπίας σώματος και πνεύματος (Lowdermilk, D. et al, 2010).

Τα αιθέρια έλαια περιέχουν πολλά ενεργά συστατικά, παρ'όλα αυτά έχουν απλή χημική σύνθεση και για αυτό απορροφούνται εύκολα από τον οργανισμό. Η ιδιαίτερη τους σύνθεση, παρέχει στα αιθέρια έλαια το μοναδικό τους άρωμα και εξηγεί τις θεραπευτικές τους ιδιότητες. Τα έλαια απορροφώνται κυρίως από το δέρμα, σε μικρότερο ποσοστό από τους πνεύμονες, μέσω της αναπνοής και εν συνεχεία μεταφέρονται με την κυκλοφορία του αίματος σε ολόκληρο το σώμα. Ορισμένα αιθέρια έλαια, δρουν κατ'ευθείαν στην κυκλοφορία, άλλα δρουν στα διάφορα όργανα, άλλα ρυθμίζουν τον μεταβολισμό δρώντας ηρεμιστικά ή διεγερτικά (Τραγέα, Ρ., 2005). Για την αξιοποίηση των θεραπευτικών σκοπών των αιθέριων ελαίων, είναι σημαντική η γνώση των ιδιοτήτων τους, ώστε να επιλεγθεί η σωστή θεραπεία. Τέλος, τα αιθέρια έλαια δεν δημιουργούν παρενέργειες και δεν παρουσιάζουν αθροιστική ενέργεια (Αναστασοπούλου, Α., 2010).

Ποιότητα αιθέριων ελαίων

Ποικίλοι παράγοντες επηρεάζουν την ποιότητα και την πυκνότητα των αιθέριων ελαίων. Η ποιότητα και η πυκνότητα κάθε αιθέριου ελαίου, εξαρτάται από την ποικιλία των φυτών, το χρόνο συγκομιδής, το είδος του εδάφους, τον τρόπο καλλιέργειας και τη διαδικασία εξαγωγής του ελαίου. Οι παραπάνω παράγοντες, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο τελικό αποτέλεσμα. Απαραίτητο είναι επίσης, ο έλεγχος προέλευσης του ελαίου και η αξιοπιστία της εταιρείας παρασκευής.

Η μαϊά, πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτική για την κυκλοφορία συνθετικών χημικών προϊόντων. Εάν χρησιμοποιούνται φθηνά και νοθευμένα αιθέρια έλαια, αυξάνονται οι κίνδυνοι τοξικότητας, για αυτό το λόγο, είναι απαραίτητο η μαϊά να επιμένει για την ποιότητα των αιθέρων ελαίων, τα οποία πρέπει να είναι 100%, φυτικά και αγνά. Στη περίπτωση που στην ετικέτα στο φιαλίδιο υπάρχει η σημείωση αρωματισμένα έλαια, ευωδία, ποικιλία, τότε πρόκειται για συνθετικά προϊόντα, εάν πάλι το λάδι έχει έντονη οσμή οινοπνέματος, προφανώς έχει συμπληρωθεί με οινόπνευμα. Επιπλέον, κάποιες φορές ένα αιθέριο έλαιο έχει αλλοιωθεί με ένα άλλο αιθέριο έλαιο με παρόμοιες αρωματικές ιδιότητες, με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν ερεθισμοί στο δέρμα. Ένας αποτελεσματικός τρόπος για να ελέγξει η μαϊά την ασφάλεια του ελαίου, είναι να στάξει μια σταγόνα αιθέριο έλαιο σε ένα τολύπιο βαμβάκι και να αλείψει την εσωτερική επιφάνεια του αγκώνα της. Στη συνέχεια, μετά από 15-20 λεπτά θα ελέγξει, εάν υπάρχει ερυθρότητα ή κνησμός. Τα αιθέρια έλαια οξειδώνονται εύκολα, για αυτό τα φιαλίδια δεν πρέπει να μένουν μισογεμάτα, διότι ο αέρας μέσα στο φιαλίδιο οξειδώνει το έλαιο. Επίσης, τα φιαλίδια θα πρέπει να έχουν σκούρο χρώμα και να φυλάσσονται σε δροσερό χώρο. Διατηρούνται από 2-5 χρόνια, όταν τηρούνται όλοι οι κανόνες φύλαξης. Τέλος, οι κανόνες που αφορούν την χρήση για θεραπεία είναι οι ίδιοι όπως και στην ιατρική, δηλαδή το σωστό έλαιο, στη σωστή δόση, με το σωστό τρόπο εφαρμογής, στο σωστό άτομο, στην σωστή ώρα (Τραγέα, Ρ., 2005).

Παρασκευή αιθέρων ελαίων

Η παρασκευή των αιθέρων ελαίων είναι μια εύκολη διαδικασία, εάν ακολουθούνται κάποιοι βασικοί κανόνες:

- ✓ Καλό πλύσιμο χεριών, πριν και μετά την επαφή με τα εκχυλίσματα.
- ✓ Σε περίπτωση επαφής με τα μάτια, πλύσιμο με άφθονο νερό.
- ✓ Επιλογή ενός ήσυχου χώρου για την παρασκευή των ελαίων, ώστε να αποφευχθούν λάθη στο μέτρημα των σταγόνων που θα προστεθούν στο βασικό λάδι. Τα αιθέρια έλαια δεν μοιάζουν με τα λάδια βάσεις μέσα στα οποία διαλύονται.

Τα λάδια βάσεις αποτελούν το μεταφορικό μέσο των αιθέρων ελαίων για την επίτευξη της επιθυμητής θεραπείας (Αναστασοπούλου, Α., 2010).

- ✓ Η προετοιμασία πρέπει να γίνεται μακριά από τροφές και έντονες οσμές.
- ✓ Η επιφάνεια εργασίας πρέπει να είναι καθαρή και να καθαρίζεται εύκολα.
- ✓ Ο εξοπλισμός που χρησιμοποιείται, κατά τη διάρκεια της παρασκευής τους, όπως σκεύη, κουτάλια, φιάλες, χωνάκια πρέπει να διατηρούνται απολύτως καθαρά και στεγνά (Τραγέα, Ρ., 2005).

Ανάμειξη των αιθέριων ελαίων

Η επιλογή των αιθέριων ελαίων γίνεται με γνώμονα το αναμενόμενο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Για μεγαλύτερα ποσοστά επιτυχίας της θεραπείας, μπορούν να αναμειχθούν δύο ή περισσότερα έλαια. Σε καμία περίπτωση, όμως δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται πάνω από πέντε, γιατί μπορεί να εξαντληθεί η οσφρυντική ικανότητα της επιτόκου. Επιπρόσθετα, το τελικό μείγμα πρέπει να έχει ευχάριστο άρωμα. Τα αιθέρια έλαια που το άρωμα τους είναι ευχάριστο, έχει συνήθως και την μεγαλύτερη θεραπευτική δύναμη (Τραγέα, Ρ., 2005).

Τρόποι εφαρμογής της αρωματοθεραπείας

➤ Αρωματικά ολόνερα

Σε χλιαρό προς ζεστό νερό, προστίθενται, έως έξι σταγόνες αιθέριου ελαίου. Το ζεστό νερό βοηθάει στην χαλάρωση και στην γρήγορη ελευθέρωση των αιθέριων ελαίων, τα οποία παραμένουν στην επιφάνεια. Συνιστώμενος χρόνος θεραπείας, 10-15 λεπτά. Επίσης, πρέπει να αποφεύγεται η χρήση σαπουνιού, κατά τη διάρκεια της αρωματοθεραπείας, γιατί καταστρέφεται το άρωμα και συνεπώς οι θεραπευτικές του ικανότητες.

➤ Επιθέματα

Σε μια λεκάνη με ζεστό ή κρύο νερό, προστίθενται σταγόνες αιθέριου ελαίου ή μείγματος ελαίων στην επιφάνεια του νερού, χωρίς ανακάτεμα. Μια απορροφητική πετσέτα τοποθετείται στην επιφάνεια του νερού, ώστε να ποτιστεί με το αιθέριο έλαιο. Στη συνέχεια, αφού η πετσέτα στραγγιστεί, τοποθετείται στην επιφάνεια του σώματος που εντοπίζεται ο πόνος. Πρέπει να γίνεται αλλαγή της πετσέτας, όταν πάρει την θερμοκρασία του σώματος.

➤ Ποδόλουτρα

Σε μια λεκάνη με νερό προστίθενται τέσσερις σταγόνες αιθέριου έλαιου.

➤ Μαλάξεις

Το μείγμα βασικού λαδιού με αιθέριο έλαιο, πρέπει να είναι 3%. Απαγορεύεται η μάλαξη σε σημεία στο δέρμα, που υπάρχουν αμυχές, φλεγμονές, ουλές, σε περιπτώσεις καταγμάτων ή διαστρεμμάτων, όταν οι αρθρώσεις έχουν οίδημα και πόνο ή υπάρχουν στο δέρμα κηροί (Tabatabaeichehr, M., Mortazavi, H., 2020). Για την επιλογή του καταλληλότερου αιθέριου ελαίου για την επίτοκο, η μαία πρέπει να γνωρίζει πολύ καλά το ιατρικό ιστορικό της γυναίκας, τα συμπτώματα που παρουσιάζει εκείνη τη χρονική στιγμή και την αιτία τους (Τραγέα, P., 2005).

Χρήση των αιθέριων ελαίων στον τοκετό

Η αρωματοθεραπεία ως εναλλακτική και συμπληρωματική θεραπεία είναι μια ευρέως γνωστή μέθοδος για την μείωση των συμπτωμάτων ποικίλων φυσιολογικών διεργασιών, όπως είναι η εμπειρία του τοκετού. Οι περισσότερες έρευνες επιβεβαιώνουν την θετική επίδραση της αρωματοθεραπείας, στην μείωση του πόνου του τοκετού και του άγχους. Το άγχος διεγείρει το συμπαθητικό νευρικό σύστημα και απελευθερώνει ορμόνες, όπως νοραδρεναλίνη, κορτιζόλη, αδρεναλίνη, οι οποίες αυξάνουν την σοβαρότητα του πόνου του τοκετού και την διάρκεια του (Tabatabaeichehr, M., Mortazavi, H., 2020).

Μελέτη που έγινε σε 8000 τοκετούς, έδειξε ότι η αρωματοθεραπεία μειώνει αποτελεσματικά το άγχος και το πόνο του τοκετού. Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν δέκα αιθέρια έλαια, από τα οποία πιο αποτελεσματικά ήταν το χαμομήλι και το *clary sage*. Η μελέτη επίσης έδειξε, ότι ενώ δεν μειώθηκε το ποσοστό των επεμβατικών τοκετών, μειώθηκε η ανάγκη χορήγησης αναλγητικών από 6% σε 0,4%, ενώ δεν αναφέρθηκαν παρενέργειες. Ένα από τα σημαντικότερα επιτεύγματα στο τοκετό, είναι η μέγιστη δυνατή ανακούφιση του πόνου και η εξασφάλιση της ηρεμίας με τη χρήση μιας μεθόδου με τις λιγότερες παρενέργειες. Η αρωματοθεραπεία είναι μια από αυτές τις μεθόδους (Τραγέα, P., 2005).

Η αρωματοθεραπεία μειώνει το φόβο, το άγχος, τον πόνο, την ναυτία, την αίσθηση αδυναμίας και βελτιώνει τις συσπάσεις του τοκετού (Chen, S., Wang, C., Chan, P., Chiang, H., Hu, T., Tam, K., Loh, E., 2018). Στον τοκετό, η διάλυση είναι συνήθως 2%, δηλαδή 2 σταγόνες ελαίου σε 5mls βασικού λαδιού. Για μασάζ σε όλο το σώμα, χρειάζονται 30mls βασικού λαδιού με 12 σταγόνες. Γυναίκες που χρησιμοποιούν αρωματοθεραπεία, είναι λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιήσουν επισκληρίδιο και να τους χορηγηθούν οπιοειδή (Tabatabaieichehr, M., Mortazavi, H., 2020). Επίσης, τα αιθέρια έλαια, φέρεται να μειώνουν τη διάρκεια της ενεργού φάσης του τοκετού και του 3^{ου} σταδίου, κατά το οποίο φέρεται να μειώνονται τα ποσοστά αιμορραγίας, ενώ δρά θετικά στην αρτηριακή πίεση και στον καρδιακό ρυθμό της επιτόκου.

Η χρήση των ελαίων δεν επηρεάζει το ρίσκο για καισαρική τομή και δεν υπάρχουν διαφορές στην επίδραση των ελαίων μεταξύ άτοκων και πολύτεκνων γυναικών. Επίσης, δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στο Apgar Score των νεογνών στο 1^ο και 5^ο λεπτό, χωρίς, ωστόσο η αρωματοθεραπεία να έχει αρνητικές επιδράσεις (Chen, S., Wang, C., Chan, P., Chiang, H., Hu, T., Tam, K., Loh, E., 2018).

Άλλες έρευνες έδειξαν, ότι η αρωματοθεραπεία έχει θετικά αποτελέσματα και στην επιλόχειο περίοδο, όσο αφορά την κατάθλιψη, τη δυσκοιλιότητα, την ποιότητα του ύπνου και τον πόνο μετά από επισιοτομή. Ελάχιστες έρευνες αναφέρουν, ότι η αρωματοθεραπεία δεν έχει σημαντική επίδραση στο τοκετό (Tabatabaieichehr, M., Mortazavi, H., 2020).

Ιδιότητες αιθέριων ελαίων

- ΓΕΡΑΝΟΣ

Είναι μέλος της οικογένειας *Geraniaceae*. Το μασάζ με γερανό, συγκριτικά με τις απλές τεχνικές ρουτίνας, μειώνει σημαντικά την ένταση του πόνου, ωστόσο δεν έχει σημαντική επίδραση. Επιβεβαιώνονται τα αγχολυτικά αποτελέσματα του. Έναρξη δράσης, 20 λεπτά μετά την παρέμβαση.

- *ΧΑΜΟΜΗΛΙ*

Είναι μέλος της *Asteraceae* οικογένειας. Μειώνει τον πόνο του τοκετού και το άγχος και θεραπεύει τους εμετούς. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί, είτε μέσω της μεθόδου του μασάζ, είτε ως αφέψημα.

- *MENTA*

Μέλος της *Lamiaceae*. Μείωση του πόνου και του άγχους.

- *ΠΟΡΤΟΚΑΛΙ ΚΑΙ ΠΙΚΡΟ ΠΟΡΤΟΚΑΛΙ*

Ανήκει στην *Rutaceae*. Σημαντική επίδραση στην μείωση του άγχους και του πόνου. Μια μελέτη τοποθετεί το γερανό αποτελεσματικότερο από το πορτοκάλι.

- *LIBANI*

Μέλος *Burseraceae*. Μειώνει σημαντικά τον πόνο και το άγχος. Το μασάζ με λεβάντα και λιβάνι, έδειξε αποτελεσματική μείωση του πόνου, στα 8-10cm διαστολής τραχήλου.

- *ΓΑΡΥΦΑΛΛΟ*

Μέλος *Myrtaceae*. Υψηλή επίδραση στον πόνο και στο άγχος, συγκριτικά με την μέντα.

- *MANTAPINI*

Είδος της citrus, οικογένειας *Rutaceae*. Το μανταρίνι σε συνδυασμό με άλλα αιθέρια, όπως το χαμομήλι, η λεβάντα, η μέντα, το φασκόμηλο, μειώνουν το πόνο και το άγχος.

- *CLARY SAGE*

Στο τοκετό προκαλεί ευφορία, ιδιαίτερα σε επιτόκους με έντονο πόνο και άγχος (Chen, S., Wang, C., Chan, P., Chiang, H., Hu, T., Tam, K., Loh, E., 2018).

Μελλοντικές έρευνες στην αρωματοθεραπεία

Σε μελλοντικές έρευνες, σχετικές με την αρωματοθεραπεία για εγκυρότερα αποτελέσματα, συνίσταται από τους μελετητές να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στην επιλεκτική αναφορά, τη κλίμακα έντασης του πόνου και του άγχους, βάσει συσκευής μέτρησης, να ληφθεί μέριμνα για μεγαλύτερο μέγεθος δείγματος, η διάχυση των ελαίων να ελέγχεται και να μελετηθεί η επίδραση των ελαίων στον περιβάλλον. Τέλος, είναι σημαντικό να καθοριστεί, κατά πόσο η πρόσθετη αρωματοθεραπεία, ενισχύει τα αποτελέσματα της τυπικής διαχείρισης του πόνου και του άγχους (Liao, C., Lan, S., Yen, Y., Hsieh, Y., Lan, S., 2020).

4.7 ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΙΕΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο βελονισμός και η πιεσοθεραπεία ξεκίνησαν στην Κίνα, πριν από δύο εκατομμύρια χρόνια, ωστόσο μόνο τις τελευταίες δεκαετίες η δυτική ιατρική κοινότητα άρχισε να εξετάζει την αξία της ενσωμάτωσης αυτών των θεραπειών (Schlaeger, J., Gabzdyl, E., Bussell, J., Takakura, N., Yajima, H., Takayama, M., Wilkie, D., 2016).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ), τονίζει την ανάγκη για διεξαγωγή περαιτέρω κλινικών μελετών, με σκοπό την εξαγωγή έγκυρων αποτελεσμάτων, σχετικά με τις θεραπευτικές επιδράσεις του βελονισμού και της πιεσοθεραπείας, ώστε να γίνουν περισσότερο αποδεκτές τεχνικές από την σύγχρονη ιατρική κοινότητα, διευρύνοντας τη χρήση τους ως μια απλή, φθηνή και αποτελεσματική θεραπευτική επιλογή (Ramnero, A., Kihlgren, M., Hanson, U., 2002).

4.7.1 ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ

Ο βελονισμός αφορά την εισαγωγή λεπτών βελόνων, σε συγκεκριμένα σημεία του σώματος, με στόχο την αποκατάσταση της ενεργειακής ροής και την ελάττωση του πόνου που θεωρείται, ότι διαταράσσει την ενεργειακή αυτή ροή.

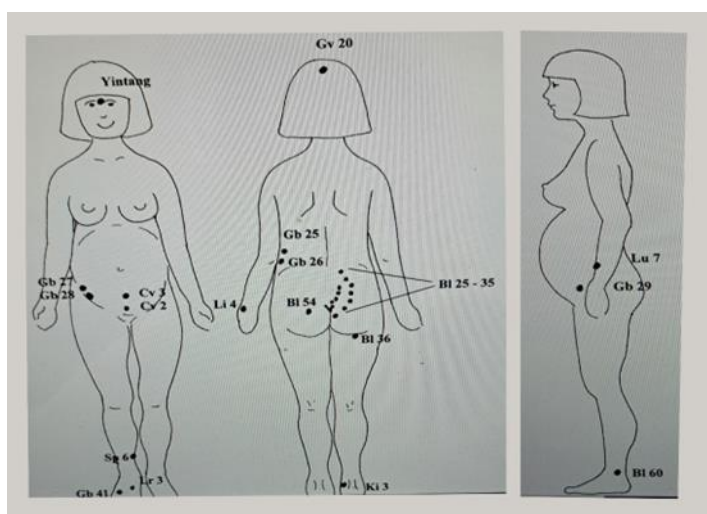
Ο μηχανισμός δράσης του βελονισμού, ενδεχομένως περιλαμβάνει την τροποποίηση του επιπέδου των χημικών νευροδιαβιβαστών στον οργανισμό ή την απελευθέρωση ενδορφίνων λόγω της ενεργοποίησης του υποθαλάμου. Ο βελονισμός χρησιμοποιήθηκε, πέρα από την ανακούφιση του πόνου και για την θεραπεία αναπαραγωγικών προβλημάτων των γυναικών, όπως επίσης και για αμηνόρροια, ακανόνιστη έμμηνο ρύση, υπερέμεση και επαπειλούμενη κύηση. Στα αρχαία χρόνια, η προφορική παράδοση υποστήριζε, ότι οι βελόνες από πέτρα χρησιμοποιήθηκαν αρχικά για στοιχειώδεις χειρουργικές επεμβάσεις. Παρατηρήθηκε, ότι οι βελόνες σε ορισμένα σημεία του δέρματος ανακούφιζαν τον πόνο που υπήρχε σε άλλα σημεία του σώματος. Οι πέτρινες βελόνες αντικαταστάθηκαν από οστέινες, μπαμπού και χάλκινες βελόνες.

Οι ασκούμενοι στο βαθύ διαλογισμό παρατήρησαν σταθερά μοτίβα ενεργειακών κινήσεων, που κατέγραψαν σχολαστικά και είναι πλέον γνωστοί ως μεσημβρινοί, οι οποίοι είναι οι οδοί που κινούν το τσι σε όλο το σώμα. Το τσι, είναι η ζωτική ενέργεια που βρίσκεται παντού στο σύμπαν. Το τσι ρέει σε κάθε μέρος του σώματος, μέσω των μεσημβρινών που είναι οι οδοί που κατευθύνουν τη ροή του τσι σε όλο το σώμα. Η θεωρία του γιν και του γιανγκ, είναι η βάση όλων των φιλοσοφιών της παραδοσιακής κινέζικης ιατρικής. Η θεμελιώδης αρχή, είναι η ισορροπία χρησιμοποιώντας την έννοια των συμπληρωματικών αντιθέτων. Το Γιν συμβολίζει τη νύχτα, το σκοτάδι, το κρύο, το θυληκό, την ενέργεια, την ησυχία, τον εσωτερικό κόσμο και τη Γη. Το yang συμβολίζει τη μέρα, το ανάλαφρο, το καυτό, το αρρενώπο, το ενεργό, την δύναμη, τον εξωτερικό κόσμο και τον ουρανό.

Η υγεία θεωρείται, ως μια ισορροπία μεταξύ γιν και γιανγκ. Το τσι ρέει μέσα και γύρω από το σώμα και είναι μια σταθερή κατάσταση. Το τσι ενώνει τον ουρανό και τη γη και το σώμα ενδιάμεσα. Όλα τα άτομα γεννιούνται με το τσι, το οποίο συντηρείται και εξισορροπείται από τα συναισθήματα, τον τρόπο ζωής, την διατροφή και άλλα. Όταν το σώμα αποτυγχάνει να διατηρήσει την ισορροπία του, το τσι διαταράσσεται και μπορεί να εμφανιστεί ασθένεια. Σκοπός του βελονισμού, είναι να ενεργοποιηθεί το τσι, που αποκαθιστά την ισορροπία στην ροή του, μέσω των μεσημβρινών του σώματος που αποκαθιστά μια υγιή και βέλτιστη κατάσταση ύπαρξης.

Οι βελόνες του βελονισμού εισάγονται σε συγκεκριμένα σημεία στο σώμα στους μεσημβρινούς, για να διεγείρουν την κυκλοφορία του τσι και του αίματος. Εάν το τσι ή το αίμα είναι ανεπαρκή, ο βελονισμός μπορεί να τα ενισχύσει ή αντιθέτως να μειώσει τη στασιμότητα του αίματος ή μια πιθανή θρόμβωση. Έτσι το yin και το yang του σώματος εξισορροπούνται και ο πόνος και άλλα συμπτώματα ανακουφίζονται.

Υπάρχουν 361 σημεία βελονισμού σε όλο το σώμα. Σε κάθε σημείο, εκχωρείται ένας αριθμός και φέρει μαζί του το όνομα του μεσημβρινού, κατά μήκος του οποίου βρίσκεται. Για παράδειγμα, το GB21 είναι το 21^ο σημείο, κατά μήκος του μεσημβρινού της χοληδόχου κύστης. Εκτός από την ανακούφιση του πόνου, ο βελονισμός χρησιμοποιείται και για την διευκόλυνση των συνήθων αιμοστατικών λειτουργιών μέσα στο σώμα. Συγκεκριμένα, ο βελονισμός μπορεί να απενεργοποιήσει το μεταιχμιακό σύστημα, το οποίο μεταξύ άλλων, είναι υπεύθυνο για την αντίληψη του αισθητήριακού πόνου. Επιπλέον, ενεργοποιεί τους υποδοχείς των οπιοειδών, αυξάνει τις β'ενδορφίνες στον ορό, απελευθερώνει ορμόνες από την πρόσθια υπόφυση μειώνοντας τον πόνο, ρυθμίζει τα μακροφάγα που έχουν αντιφλεγμονώδεις λειτουργίες, αυξάνει τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και διεγείρει την απελευθέρωση ωκυτοκίνης από την οπίσθια υπόφυση (Schlaeger, J., Gabzdyl, E., Bussell, J., Takakura, N., Yajima, H., Takayama, M., Wilkie, D., 2016).



Εικόνα 13. Σημεία βελονισμού στην επίτοκο. (Ramnero, A., Kihlgren, M., Hanson, U., 2002).

4.7.2 ΠΙΕΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Πιεσοθεραπεία είναι η τεχνική, κατά την οποία εφαρμόζεται πίεση, θερμότητα ή ψύχος στα σημεία του βελονισμού. Η πιεσοθεραπεία θεωρείται, ότι προάγει την κυκλοφορία του αίματος, την αρμονία των στοιχείων yin και yang και την έκκριση νευροδιαβιβαστών, με αποτέλεσμα τη διατήρηση των φυσικών λειτουργιών του οργανισμού και της ευεξίας της γυναίκας.

Η πιεσοθεραπεία εφαρμόζεται καλύτερα, χωρίς τη χρήση λιπαντικών ουσιών στο δέρμα. Η πίεση εφαρμόζεται συνήθως, με το κατώτερο τμήμα του άκρου χεριού, τη γροθιά ή την άκρη του αντίχειρα και των δαχτύλων. Μπορούν επίσης, να χρησιμοποιηθούν μπαλάκια του τένις ή άλλες κατάλληλες συσκευές (Lowdermilk, D. et al, 2010). Η σωστή πίεση επιτυγχάνεται, όταν το νύχι του θεραπευτή γίνεται άσπρο. Τα σημεία πιεσοθεραπείας εντοπίζονται στον αυχένα, στους ώμους, στους καρπούς των χεριών, στην οσφυϊκή περιοχή, συμπεριλαμβανομένων των σημείων του ιερού τόξου, στα ισχία, στη περιοχή κάτω από τις επιγονατίδες, στους αστραγάλους, στα νύχια των μικρών δαχτύλων και στα πέλματα των ποδιών (Schlaeger, J., Gabzdyl, E., Bussell, J., Takakura, N., Yajima, H., Takayama, M., Wilkie, D., 2016).

4.7.3 ΒΕΛΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΙΕΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Τα μέχρι στιγμής αποδεικτικά στοιχεία φανερώνουν, ότι ο βελονισμός και η πιεσοθεραπεία, μπορεί να είναι αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση του πόνου του τοκετού και ίσως βοηθούν να μειωθούν τα ποσοστά ιατρικής παρέμβασης, που συσχετίζονται με θνησιμότητα και νοσηρότητα.

Οφέλη βελονισμού στον τοκετό:

- ✓ Μείωση του πόνου.
- ✓ Προώθηση 2^{ου} και 3^{ου} σταδίου.
- ✓ Πρόκληση τοκετού.
- ✓ Ωρίμανση τραχήλου μήτρας.
- ✓ Συμβολή στην περιστροφή του εμβρύου από ανώμαλη προβολή.
- ✓ Κάθοδος του εμβρύου.

- ✓ Μείωση των ποσοστών αιμορραγίας 3^{ου} σταδίου.
- ✓ Μείωση άγχους.
- ✓ Μείωση ναυτίας και εμετού.
- ✓ Συμβολή στην δυστοκία ώμων.
- ✓ Μείωση χρήσης μεπεριδίνης και ενδομυϊκής πεθιδίνης.
- ✓ Χρήση λιγότερο ωκυτοκίνης.
- ✓ Μείωση κούρασης μητέρας.
- ✓ Μικρότερα ποσοστά υποβοηθούμενου τοκετού (σικυουλκία).
- ✓ Μείωση χρήσης επισκληρίδιου.
- ✓ Εστίαση στην φυσική σωματική επαφή.
- ✓ Ελευθερία κίνησης και επιλογή στάσης τοκετού.
- ✓ Αίσθημα αυτονομίας και αυτοελέγχου.

Ο βελονισμός μπορεί να προσφέρει ανακούφιση από τον πόνο, έως και τρεις ώρες μετά την παρέμβαση, ωστόσο από καποιούς επιστήμονες η απόψη αυτή αμφισβητείται.

Ο ηλεκτροβελονισμός του τοκετού, είναι μια εκσυγχρονισμένη μορφή βελονισμού, όπου ήπιο ηλεκτρικό ρεύμα, διαπερνάει τις βελόνες, που εισέρχονται στα διάφορα σημεία του σώματος. Έρευνες έδειξαν, ότι βοηθάει στην αύξηση του Bishop Score.

Οφέλη πιεσοθεραπείας

- ✓ Μείωση των ποσοστών καισαρικής.
- ✓ Μείωση έντασης πόνου τοκετού.
- ✓ Μικρότερη διάρκεια τοκετού.
- ✓ Λιγότερο άγχος.
- ✓ Ενδυνάμωση των συσπάσεων, μέσω διέγερσης απελευθέρωσης ωκυτοκίνης.

Αντενδείξεις

- ❖ Εμβρυϊκή δυσχέρεια.
- ❖ Ταχυσυστολία.
- ❖ Τετανικές συστολές μήτρας.

Σχετικά με την εφαρμογή της πιεσοθεραπείας στον τοκετό, χρησιμοποιείται από την αρχή ως το τέλος της σύσπασης, ξεκινώντας από τα 2-3 εκατοστά διαστολής του τραχήλου για σύνολο 15 συστολών, στα 5-6 εκατοστά για 10 συστολές και στα 9-10 εκατοστά για σύνολο 10 συστολών. Η πίεση πρέπει να κυμαίνεται από τρυφερή, ως ελαφρά επώδυνη για να ενεργοποιηθούν τα σημεία. Προτείνεται, η συγχρονισμένη αναπνοή του επαγγελματία υγείας και της επιτόκου για μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. Η πιεσοθεραπεία δεν χρειάζεται ειδικό, όπως στον βελονισμό, ωστόσο χρειάζεται κατάλληλη εκπαίδευση.

Τόσο ο βελονισμός, όσο και η πιεσοθεραπεία αποτελούν τεχνικές με πολλά υποσχόμενα θεραπευτικά αποτελέσματα, ωστόσο οι επιστήμονες συστήνουν την διεξαγωγή περισσότερων ερευνών, λόγω της έλλειψης δεδομένων, από τις μέχρι τώρα δοκιμές (Levett, K., Smith, C., Dahlen, H., Bensoussan, A., 2014; Schlaeger, J., Gabzdyl, E., Bussell, J., Takakura, N., Yajima, H., Takayama, M., Wilkie, D., 2016).

4.8 ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΟΣ ΗΛΕΚΤΡΙΚΟΣ ΝΕΥΡΙΚΟΣ ΕΡΕΘΙΣΜΟΣ (TENS)

Η διαδερμική διέγερση ηλεκτρικών νεύρων, αποτελεί μια μη φαρμακευτική μέθοδο για την ανακούφιση του πόνου. Η τεχνική αυτή, έχει χρησιμοποιηθεί για την ανακούφιση, τόσο του οξέος, όσο και του χρόνιου πόνου, όπως για τον πόνο της πλάτης ή την δυσμηνόρροια. Για τον πόνο του τοκετού, χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά, το 1970 (Dowswell, T., Bedwell, C., Lavender, T., Neilson, J., 2009).

Το Tens είναι μια γεννήτρια ηλεκτρικών παλμών, συνδεδεμένη με ένα ή δύο ζεύγη ηλεκτροδίων, προσκολλημένων παράλληλα το ένα με το άλλο, στο δέρμα της περιοχής, όπου γίνεται αισθητός ο πόνος. Στη διάρκεια του τοκετού, τα ζεύγη των ηλεκτροδίων, μπορούν να τοποθετηθούν από το ύψος του 10^{ου} θωρακικού, έως και του 4^{ου} ιερού σπονδύλου (Johnson, R., Taylor, W., 2010; Dowswell, T., Bedwell, C., Lavender, T., Neilson, J., 2009). Τα ηλεκτρόδια παρέχουν συνεχείς, χαμηλής έντασης ηλεκτρικές ώσεις ή ερεθίσματα, μέσω μιας συσκευής που λειτουργεί με μπαταρίες.

Αποτελεί μια μη παρεμβατική μέθοδο, που μπορεί να χρησιμοποιηθεί από την ίδια την επίτοκο, είτε είναι ξαπλωμένη, είτε κινείται, επιτρέποντας της με αυτό τον τρόπο αυτονομία, ικανοποίηση και αίσθηση ελέγχου του τοκετού της. Χρήσιμη είναι η εξάσκηση στη χρήση του μηχανήματος, κατά την προγεννητική περίοδο προετοιμασίας, ώστε η επίτοκος να είναι εξοικειωμένη με τη χρήση του, την ώρα του τοκετού. Η χρήση του Tens συνίσταται να ξεκινάει στην αρχή του 1^{ου} σταδίου του τοκετού, ώστε να ενισχυθεί η παραγωγή ενδορφινών και να αυξηθεί η ουδός του πόνου. Χρειάζονται 40 λεπτά περίπου, για να επιτευχθεί το ανώτατο επίπεδο ενδορφινών (Johnson, R., Taylor, W., 2010).

Κατά την χρήση του Tens, οι γυναίκες, μπορεί να αισθανθούν στα σημεία των ηλεκτροδίων μυρμηγκίασμα ή βουητό, αισθήσεις οι οποίες δεν είναι επώδυνες (Dowswell, T., Bedwell, C., Lavender, T., Neilson, J., 2009). Παρενέργειες δεν έχουν αναφερθεί, εκτός από τον ήπιο ερεθισμό που προκαλούν τα ηλεκτρόδια. Οι γυναίκες θεωρούν τη συσκευή αποτελεσματική, αν και δεν μεταβάλλεται η ένταση του πόνου, αλλά η ενόχληση που αυτός προκαλεί (Lowdermilk, D. et al, 2010).

4.8.1 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΟΥ ΗΛΕΚΤΡΙΚΟΥ ΕΡΕΘΙΣΜΟΥ.

Σύμφωνα με τη θεωρία «ελέγχου εισόδου» του πόνου, η μετάδοση του πόνου αναστέλλεται, από τη διέγερση των περιφερικών νευρικών ινών, που μεταφέρουν ώσεις στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ). Όταν διεγείρονται τα περιφερικά νεύρα, η οδός για άλλα ερεθίσματα κλείνει, μέσω μιας πύλης στο νωτιαίο μυελό που ελέγχει τις μεταδόσεις στον εγκέφαλο. Όταν εφαρμόζονται τα ηλεκτρόδια, διεγείρονται τα περιφερικά νεύρα και έτσι αναστέλλεται η μετάδοση επώδυνων ερεθισμάτων, που προέρχονται από τον κόλπο της μήτρας και το περίνεο, κατά τη διάρκεια του τοκετού. Επιπλέον, τα επώδυνα ερεθίσματα, έχουν ως αποτέλεσμα χημικές αλλαγές στον εγκέφαλο, κυρίως απελευθέρωση ενδορφινών που μεσολαβούν στην εμπειρία του πόνου (Dowswell, T., Bedwell, C., Lavender, T., Neilson, J., 2009).

Τα ηλεκτρόδια πρέπει να έχουν το σωστό μέγεθος, για να μπορούν να ερεθίζουν τις νευρικές ίνες, στο σωστό ρυθμό και στη σωστή πυκνότητα. Σαν καλός αγωγός του ηλεκτρισμού, χρησιμοποιείται gel με βάση το νερό. Εάν δεν είναι διαθέσιμα αυτοκόλλητα ηλεκτρόδια, χρησιμοποιείται αυτοκόλλητη ταινία για να τα διατηρήσει στη θέση τους. Στις συσκευές Tens, ρυθμίζεται η συχνότητα του παλμού (αριθμός/sec), η διάρκεια και το εύρος του (ισχύς ρεύματος). Δίνεται η δυνατότητα ενίσχυσης και των τριών παραμέτρων (συχνότητα, διάρκεια, εύρος), προκειμένου να αυξηθεί το αναλγητικό αποτέλεσμα. Εάν η συσκευή διαθέτει φωτεινές λυχνίες, αυτές αναβοσβήνουν ή μένουν συνεχώς αναμμένες, ανάλογα με τη συχνότητα και τη διάρκεια κάθε παλμού. Το Tens δε πρέπει να χρησιμοποιείται στο νερό. Επιπλέον, μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργία ενός βηματοδότη καρδιάς, ενώ η εφαρμογή των ηλεκτροδίων, δε πρέπει να γίνεται σε ερεθισμένο ή μη υγιές δέρμα ή πάνω στην κοιλιά της μητέρας (Johnson, R., Taylor, W., 2010).

4.8.2 ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ TENS

Ουσιαστική, είναι η σωστή τοποθέτηση των ηλεκτροδίων. Τα ηλεκτρόδια τοποθετούνται πάνω από τα νεύρα της σπονδύλου που τροφοδοτούν τη μήτρα (Θ10-Ο1) και την πύελο (12-14). Τα χέρια της επιτόκου είναι χαλαρά, ακουμπώντας στα πλευρά της, όπου το χαμηλότερο άκρο της ωμοπλάτης, βρίσκεται στο ύψος του Θ7. Ο Θ10 εντοπίζεται τρεις ραχιαίους σπονδύλους προς τα κάτω. Η κορυφή του ανώτερου ηλεκτροδίου, τοποθετείται στο επίπεδο του Θ10. Ο 12 εντοπίζεται, μετά την αναγνώριση της λαγώνιας ακρολοφίας και η κορυφή του κατώτερου ηλεκτροδίου τοποθετείται, ένα σπόνδυλο πιο κάτω. Τα ηλεκτρόδια θα πρέπει να τοποθετούνται κεντρικά και αμφοτερόπλευρα της σπονδυλικής στήλης, απέχοντας 3cm μεταξύ τους (Johnson, R., Taylor, W., 2010).

4.8.3 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Το Tens, αποτελεί μια μη φαρμακευτική αναλγησία, χωρίς γνωστές παρενέργειες στη μητέρα ή στο έμβρυο.

Οι επίτοκες, δηλώνουν ικανοποιημένες κατά τη χρήση του, καθώς τους δίνεται η δυνατότητα να κινούνται και να ελέγχουν μόνες τους τον τοκετό τους, συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στη φυσιολογική και ψυχολογική ισορροπία τους. Το Tens μπορεί να εφαρμοστεί στα αρχικά στάδια του τοκετού, καθώς προωθεί την αύξηση των επιπέδων των ενδορφινών (Johnson, R., Taylor, W., 2010). Επιπλέον, έρευνες έδειξαν, ότι η χρήση του Tens, είχε σημαντική μείωση του πόνου του τοκετού και μείωση στην χρήση φαρμακευτικής αναλγησίας (Rashtchi, V., Maryami, N., Molaei, B., 2020).

Μειώνοντας το άγχος της μητέρας, μειώνεται και η διάρκεια του τοκετού, αφού καταστέλλεται η έκκριση κατεχολαμινών, που ευθύνεται για την αναστολή των μητρικών συσπάσεων και συνεπώς για την αδυναμία και καθυστέρηση της εξέλιξης του τοκετού (Dowswell, T., Bedwell, C., Lavender, T., Neilson, J., 2009). Μετά την εφαρμογή του Tens, χρειάζονται περίπου 20-30 λεπτά, ώσπου να γίνουν αισθητά τα αποτελέσματα.

Συμπεραίνοντας, η εφαρμογή του Tens μπορεί να είναι αποτελεσματική στην ανακούφιση του πόνου στα αρχικά στάδια του τοκετού, για αυτό πρέπει το μαιευτικό προσωπικό να εκπαιδεύεται κατάλληλα, ώστε να μπορεί, τόσο να ενημερώνει, όσο και να εφαρμόζει την μέθοδο αυτή στις μέλλουσες μητέρες (Johnson, R., Taylor, W., 2010).

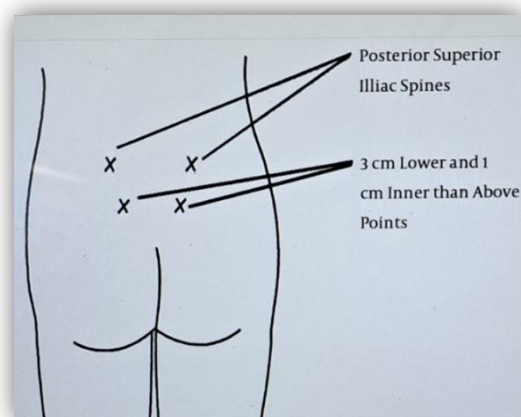


Εικόνα 14. Σημεία τοποθέτησης των ηλεκτροδίων κατά τον τοκετό. (Báez-Suárezetal., 2018).

4.9 ΕΝΔΟΔΕΡΜΙΚΗ ΚΑΙ ΥΠΟΔΕΡΜΙΚΗ ΕΓΧΥΣΗ ΝΕΡΟΥ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ (WATER FOR INJECTION).

Η ενδοδερμική έγχυση φυσιολογικού ορού για ανακούφιση του πόνου, περιγράφηκε για πρώτη φορά τη δεκαετία του 1970. Η μέθοδος αυτή, βασίζεται στην θεωρία για την αντίληψη του πόνου των Melzack και Wall, η οποία υποστηρίζει ότι η ενδοδερμική έγχυση νερού, κλείνει τις πύλες των νεύρων σε επώδυνες εισόδους αποτρέποντας την αίσθηση του πόνου, δημιουργώντας ένα νέο ερέθισμα, το οποίο αλλάζει την αντίληψη της αίσθησης του πόνου του τοκετού (Almassinokiani, F., Ahani, N., Akbari, P., Rahimzadeh, P., Akbari, H., Sharifzadeh, F., 2020).

Η ενδοδερμική έγχυση νερού, αφορά την έγχυση μικρών ποσοτήτων αποστειρωμένου νερού (0,05 έως 0,1ml), μέσω μιας λεπτής βελόνας (25 gauge) σε τέσσερα σημεία στην οσφυϊκή χώρα (δύο πάνω από κάθε οπίσθια λαγώνια άκανθα και δύο 3cm κάτω και 1cm εσωτερικά της οπίσθιας λαγώνιας άκανθας), τα οποία σχηματίζουν φλύκταινα στο δέρμα, με στόχο την ανακούφιση του πόνου. Μετά το πέρας 20-30 δευτερολέπτων από την έγχυση, η γυναίκα μπορεί να αισθανθεί τσούξιμο στα σημεία με αναφερόμενη ανακούφιση του πόνου του τοκετού, έως και 2 ώρες. Η τεχνική αυτή είναι εύκολη στην εφαρμογή, χαμηλού κόστους και δεν απαιτεί ιδιαίτερη εμπειρία.



Εικόνα 15. Σημεία διαδερμικής έγχυσης νερού (Almassinokiani, F. et al, 2020).

Πρόσφατα, η ενδοδερμική και υποδερμική έγχυση απεσταγμένου νερού, αποδείχθηκε αποτελεσματική στη βελτίωση του πόνου του τοκετού στα αρχικά στάδια, καθώς και στην αναβολή έναρξης φαρμακευτικών αναλγητικών μέτρων. Η αποτελεσματικότητα της μεθόδου, οφείλεται ενδεχομένως στον μηχανισμό αντιερεθισμού, δηλαδή στην μείωση του εντοπισμένου πόνου σε μια περιοχή, μέσω δερματικού ερεθισμού σε μια άλλη γειτονική περιοχή. Όταν η δράση της μεθόδου παρέλθει, η τεχνική μπορεί να επαναληφθεί ή να χρησιμοποιηθεί κάποια άλλη μέθοδος ανακούφισης (Lowdermilk, D. et al, 2010).

4.9.1 ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΝΔΟΔΕΡΜΙΚΗΣ ΕΓΧΥΣΗΣ

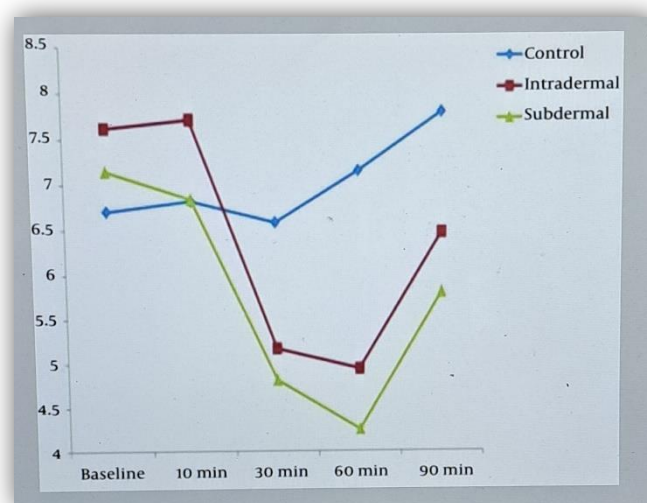
Έρευνα για την ενδοδερμική και υποδερμική έγχυση απεσταγμένου νερού και για την αποτελεσματικότητα του στον πόνο του τοκετού, πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστημιακό μαιευτήριο στο νοσοκομείο Shahid Akbarabadi.

Στην έρευνα συμμετείχαν 121 άτοκες γυναίκες, ηλικίας κύησης $>37^E$, οι οποίες χωρίστηκαν τυχαία στις εξής τρεις ομάδες:

1. Στην 1^η ομάδα συμμετείχαν επίτοκες, στις οποίες χορηγήθηκε 0.5cc αποστειρωμένου νερού υποδερμικά, με βελόνες ινσουλίνης στα τέσσερα ιερά σημεία.
2. Στην 2^η ομάδα συμμετείχαν επίτοκες, στις οποίες εγχύθηκε 0,5cc αποστειρωμένου νερού ενδοδερμικά και στην
3. 3^η ομάδα οι βελόνες ινσουλίνης, ήρθαν απλά σε επαφή με τα αναφερόμενα σημεία, ως εικονικό φάρμακο.

Αναφέρεται επίσης,ότι χρησιμοποιήθηκε ξεχωριστή αίθουσα για κάθε ομάδα, ώστε οι επίτοκες να μη γνωρίζουν το είδος της παρέμβασης. Πριν την παρέμβαση, μετρήθηκε η βαθμολογία του πόνου και στις τρεις ομάδες με τη βοήθεια της κλίμακας VAS (Visual Analogue Scale) και η διαδικασία επαναλήφθηκε 10, 30, 60, 90 λεπτά, μετά την παρέμβαση. Στη συνέχεια, συγκρίθηκαν τα αποτελέσματα μεταξύ των τριών ομάδων.

Πριν την παρέμβαση, η μέση βαθμολογία του πόνου δεν είχε σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών ομάδων, ωστόσο 30, 60, 90 λεπτά, μετά την παρέμβαση, η μέση βαθμολογία του πόνου, ήταν σημαντικά χαμηλότερη στις ομάδες ενδοδερμικής και υποδερμικής ένεσης, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Ωστόσο, η διαφορά στην μείωση του πόνου, μεταξύ ενδοδερμικής και υποδερμικής παρέμβασης, δεν ήταν σημαντική. Παρ' όλα αυτά, η επίδραση της αναλγησίας δεν παρατηρήθηκε στα πρώτα 10 λεπτά της παρέμβασης. Σημειώθηκε επίσης, ότι η υποδόρια τεχνική είναι λιγότερο επώδυνη από την ενδοδερμική. Αυτό σχετίζεται με την ποσότητα του αποστειρωμένου νερού σε κάθε ένεση και τον αριθμό των ενέσεων. Επίσης, η υποδερμική ένεση ήταν αποτελεσματικότερη για βραχυπρόθεσμη ανακούφιση.



Εικόνα 16. Επίπεδα πόνου, στα τρία γκρουπ, πριν και μετά την παρέμβαση. (Almassinokiani, F. et al, 2020).

Τα οφέλη ενδοδερμικής και υποδερμικής ένεσης, που συμπεράνε η έρευνα συνοψίζονται στα κάτωθι:

- ✓ Σημαντική μείωση του πόνου του τοκετού, έως 50%.
- ✓ Διάρκεια αναλγησίας, έως και 90 λεπτά.
- ✓ Μειωμένη χρήση αναλγητικών, έως και 90 λεπτά, μετά την παρέμβαση.

- ✓ Τοκετός, εντός 5 ωρών, από την παρέμβαση.
- ✓ Μειωμένα ποσοστά καισαρικής.
- ✓ Συχνότητα καισαρικής 4,6%, στις ομάδες με έγχυση απεσταγμένου νερού και 9,9%, στην ομάδα εικονικού φαρμάκου (Almassinokiani, F., Ahani, N., Akbari, P., Rahimzadeh, P., Akbari, H., Sharifzadeh, F., 2020).

4.9.2 Η ΕΝΔΟΔΕΡΜΙΚΗ ΚΑΙ ΥΠΟΔΕΡΜΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΤΗΝ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΠΟΧΗ

Στις μέρες μας, η χρήση της μεθόδου δεν είναι τόσο συνηθισμένη, πιθανόν λόγω της χαμηλής γνώσης των μαιών και των μαιευτήρων.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η μέθοδος της ενδοδερμικής και υποδερμικής έγχυσης νερού είναι σχεδόν άγνωστη. Το ποσοστό ενδιαφέροντος των μαιών για τη μέθοδο σε έρευνα που έγινε ήταν υψηλό, ωστόσο το 82% των μαιών, δεν χρησιμοποίησε τη μέθοδο στην πράξη και το 69%, θα σκεφτόταν να εκπαιδευτεί. Οι περιοριστικοί παράγοντες στην χρήση της μεθόδου στο Ηνωμένο Βασίλειο, ήταν η έλλειψη κατευθυντήριων γραμμών από το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Φροντίδας και η έλλειψη ενημέρωσης και εκπαίδευσης του μαιευτικού προσωπικού.

Σε μια διαδικτυακή πρόσκληση, που πραγματοποίησε το Αυστραλιανό κολλέγιο μαιών, 97 μαιές συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο, σχετικά με την έγχυση αποστειρωμένου νερού. Φάνηκε ότι το 42,5% των μαιών, ήταν χρήστες της μεθόδου, το 86%, θα εξέταζε το ενδεχόμενο να χρησιμοποίησει την τεχνική και το 90%, θα ενδιαφερόταν να λάβει περισσότερες πληροφορίες (Almassinokiani, F., Ahani, N., Akbari, P., Rahimzadeh, P., Akbari, H., Sharifzadeh, F., 2020).

4.9.3 Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, η οσφυοϊερή έγχυση απεσταγμένου νερού, είτε με ενδοδερμική, είτε με υποδερμική ένεση συσχετίστηκε, με σημαντική μείωση του πόνου, κατά τη διάρκεια του τοκετού.

Πρόκειται για μια ασφαλή, αποτελεσματική και χαμηλού κόστους τεχνική, για αυτό συνίσταται να διεξαχθούν περισσότερα ενημερωτικά και εκπαιδευτικά προγράμματα, τόσο για το μαιευτικό προσωπικό, όσο και για τους μαιευτήρες (Almassinokiani, F., Ahani, N., Akbari, P., Rahimzadeh, P., Akbari, H., Sharifzadeh, F., 2020).

4.10 ΥΠΝΩΣΗ – HYPNOBIRTHING.

Ο όρος «ύπνωση», από την ελληνικό *Hypnos*, επινοήθηκε για πρώτη φορά από τον James Braid, έναν Σκωτσέζο χειρουργό στο 19ο αιώνα, καθώς πίστευε ότι η διαδικασία του υπνωτισμού, ήταν παρόμοια με του ύπνου. Ο Braid έγινε επίσης, γνωστός για την πιο σύγχρονη, επιστημονική προσέγγιση της ύπνωσης. Προσάρμοσε την έννοια, καθώς συνειδητοποίησε, ότι η ύπνωση δεν ήταν μια κατάσταση ύπνου, αλλά στην πραγματικότητα αφορούσε την εκτεταμένη συγκέντρωση και την παρατεταμένη απορρόφηση.

Ένας Άγγλος μαιευτήρας, ο Dr. Grantly Dick-Read, ήταν ένας πρώιμος υποστηρικτής, ο οποίος επικεντρώθηκε στη μείωση του φόβου και της έντασης, μέσω της χαλάρωσης και ύπνωσης, στις αρχές της δεκαετίας του 1930.

Το 2014, η Αμερικανική Ψυχολογική Ένωση, έχοντας επίγνωση της σημασίας της υπνοθεραπείας, ως βασικού στοιχείου κλινικής εφαρμογής και έρευνας, παρείχε έναν επίσημο ορισμό της ύπνωσης: «Μια κατάσταση συνείδησης που περιλαμβάνει εστιασμένη προσοχή και μειωμένη περιφερειακή επίγνωση, που χαρακτηρίζεται από αυξημένη ικανότητα ανταπόκρισης σε υποδείξεις». Οι ιδέες εξελίσσονται περαιτέρω, και το *HypnoBirthing* αποτελεί σήμερα κορυφαία μορφή εκπαίδευσης στον τοκετό, η οποία αναμφίβολα θα αναπτυχθεί τα επόμενα χρόνια (Kegel, M., 2020). Σήμερα, η χρήση της ύπνωσης, κατά την διάρκεια του τοκετού προτείνεται όλο και πιο συχνά, ειδικά στις χώρες της Ευρώπης και στην Αυστραλία, ενώ στην Ελλάδα δεν είναι ιδιαίτερα δημοφιλής φυσική μέθοδος ανακούφισης (Αβραμίδου, Α., 2018).

Το HypnoBirthing, είναι μια μη φαρμακολογική προσέγγιση για την διαχείριση του πόνου, η οποία δεν έχει δυσμενείς επιπτώσεις στη μητέρα και το έμβρυο. Μια από τις κύριες δράσεις του είναι, ότι προκαλεί μεταβολές στην αντίληψη, στη μέχρι δεδομένη στιγμή βιωμένη εμπειρία, στη συμπεριφορά, στις πεποιθήσεις, στη σκέψη, στην αίσθηση ή το συναίσθημα (Legiati, T., & Widiawati, I., 2017; Elkins, G. R., Barabasz, A. F., Counci, J. R., & Spiegel, D., 2015).

Το HypnoBirthing, είναι μια πρακτική φιλοσοφία, που ενσωματώνει μια σειρά εργαλείων και τεχνικών, που έχουν σχεδιαστεί για να βοηθήσουν να προετοιμάσει η γυναίκα το σώμα και το μυαλό της για την γέννηση, κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και την εμπειρία της γέννησης ως ένα χαρούμενο γεγονός ζωής (Moger, A., 2021). Είναι μια προσέγγιση διαχείρισης του πόνου, καθώς και του άγχους και του στρες, κατά τη διάρκεια του τοκετού. Αυτό περιλαμβάνει, διάφορες θεραπευτικές τεχνικές χαλάρωσης, όπως η βαθιά αναπνοή και ο οραματισμός. Ουσιαστικά, η γυναίκα παίρνει αυτές τις παλιές πεποιθήσεις και σκέψεις γύρω από τον τοκετό, οι οποίες της προκαλούσαν άγχος και στη συνέχεια μετασχηματίζει αυτές τις παλιές πεποιθήσεις, σε νέες θετικές για τον τοκετό. Στη συνέχεια, ο υπνογεννητικός τοκετός περιλαμβάνει την προσθήκη λειτουργικών θεραπευτικών τεχνικών και τη διδασκαλία της αλλαγής της στάσης, ώστε η γυναίκα να έχει την ευνοϊκή εμπειρία τοκετού που προτιμά. Πρόκειται για μια στρατηγική τοκετού, που ενοποιεί εκτεταμένες αναπνοές, χαλάρωση, αυτοεξυπηρέτηση και κατεύθυνση, τόσο για την γυναίκα, όσο και για τον σύντροφό της (Clark, M., 2020).

Η διαφορά του HypnoBirthing με τις άλλες μεθόδους είναι, ότι το HypnoBirthing βασίζεται στην ιδέα, ότι ο τοκετός δεν χρειάζεται απαραίτητα να είναι μια επώδυνη διαδικασία. Επιτρέπει στη μητέρα να είναι χαλαρή και καλά προετοιμασμένη. Άλλες μέθοδοι, επικεντρώνονται περισσότερο στη διδασκαλία της μητέρας, για το πώς να διαχειρίζεται και να αντιμετωπίζει τον πόνο. Το HypnoBirthing, επιτρέπει να καταλάβει η γυναίκα, ότι ο πόνος προκαλείται από τις ορμόνες που συστέλλουν τις αισθήσεις (αυτές οι ορμόνες δημιουργούνται από το φόβο), όταν η γυναίκα μάθει πώς να απελευθερώνει το φόβο, τότε θα επιτρέψει στο σώμα της να απελευθερώσει ενδορφίνες (Scott, A., 2014).

4.10.1 ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΥΠΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΔΡΑΣΗΣ ΣΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Η ανάπτυξη απεικόνισης των νευρώνων του εγκεφάλου, οδήγησε στο να κατανοηθούν οι νευρο-φυσιολογικές αλλαγές, που συμβαίνουν στον εγκέφαλο ενός ανθρώπου, κατά τη διάρκεια της ύπνωσης και πώς αυτή, θα προκαλέσει αναλγησία.

Ο μηχανισμός λειτουργίας της ύπνωσης στη διάρκεια του τοκετού έχει ως εξής: Με βάση τη θεωρία του Δρ. Dick Read «οπόνος του τοκετού είναι αποτέλεσμα του άγχους και του φόβου της γυναίκας για τον τοκετό». Ο φόβος και η ανησυχία της γυναίκας, θα ενεργοποιήσει το συμπαθητικό σύστημα του αυτόνομου νευρικού συστήματος, και τον μηχανισμό “Fight or Flight”, προκαλώντας την απελευθέρωση των ορμονών του στρες και των κατεχολαμινών, όπως αδρεναλίνη και νοραδρεναλίνη, για να μπορέσει το σώμα να αμυνθεί στον επικείμενο κίνδυνο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, τα αιμοφόρα αγγεία που θα διοχέτευαν αίμα στην μήτρα, να περιορίσουν την αιμάτωση σε αυτό το όργανο και να το οδηγήσουν στους μύς των χεριών και των ποδιών, καθώς επίσης και στον εγκέφαλο, προκειμένου να αντιδράσει με το αντανακλαστικό της επιβίωσης ως ανταπόκριση στον κίνδυνο. Εφόσον η μήτρα δεν αποτελεί ένα όργανο που συμμετέχει στην άμυνα του σώματος, μειώνεται η οξυγόνωση της, με αποτέλεσμα τη μη καλή λειτουργία των μυών και τη διακοπή της διαστολής του τραχήλου, κατά τον τοκετό. Όταν η γυναίκα είναι ήρεμη και χαλαρή, οι επιμήκεις μύες της μήτρας συσπώνονται και πιέζουν το έμβρυο προς τον τράχηλο, καθώς τραβούν τους κυκλοτερείς μύες του τραχήλου, για να τους διαστείλουν και να τους ανοίξουν. Οι δυο αυτοί μύες της μήτρας λειτουργούν σε αρμονία και συνεργάζονται, για να επιτύχουν την έξοδο του εμβρύου. Στην περίπτωση όμως, που η γυναίκα είναι στρεσαρισμένη και φοβισμένη, ο τράχηλος σκληραίνει λόγω της υποξίας που υφίσταται η μήτρα, οι επιμήκεις και οι κυκλοτερείς μύες λειτουργούν ασυντόνιστα, με αποτέλεσμα να μην εξελίσσεται ο τοκετός και η γυναίκα να πονά. Όταν η γυναίκα θα είναι σε ύπνωση ή βαθιά χαλάρωση, ο μηχανισμός “Fight or Flight” καταστέλλεται και τότε λειτουργεί το παρασυμπαθητικό σύστημα. Οι ορμόνες που εκκρίνονται είναι οι ενδορφίνες, τα φυσικά οπιούχα του σώματος μας, η ωκυτοκίνη και η μελατονίνη.

Οι ενδορφίνες, ηρεμούν τη γυναίκα, βοηθώντας την να βιώνει, με λιγότερη ένταση τις συστολές της, η ωκυτοκίνη προκαλεί ρυθμικές συστολές στη μήτρα, η οποία τώρα αιματώνεται σωστά και ο τράχηλος διαστέλλεται φυσιολογικά. Η μελατονίνη βοηθά στην έκκριση της ωκυτοκίνης. Με αυτόν τον τρόπο, ο τοκετός εξελίσσεται ομαλά και φυσικά. Η ύπνωση επιτυγχάνεται με την αυτό-ύπνωση, το απαλό άγγιγμα του συντρόφου, τη βαθιά χαλαρωτική αναπνοή, τους οραματισμούς, τη περιγεννητική σύνδεση με το έμβρυο, τις καθοδηγούμενες από τον εκπαιδευτή συνεδρίες βαθιάς χαλάρωσης (Αβραμίδου, Α., 2018).

4.10.2 ΟΦΕΛΗ ΤΟΥ HYPNOBIRTHING

Σύμφωνα με έρευνα, οι πρωταρχικές μητέρες, που χρησιμοποίησαν τεχνικές χαλάρωσης αυτο-ύπνωσης, έδειξαν μικρότερο μέσο μήκος τοκετού από τις μητέρες, που δεν χρησιμοποίησαν αυτο-υπνωτική χαλάρωση. Σε άλλες έρευνες, (Batbual, B., 2010) φάνηκε, ότι η πρώτη περίοδος είναι μικρότερη με τη μέθοδο HypnoBirthing, παρά χωρίς HypnoBirthing. Η έρευνα που έχει γίνει αποδεικνύει, ότι η μέθοδος HypnoBirthing μπορεί να μειώσει τη διάρκεια του τοκετού, κατά το πρώτο στάδιο. Αυτό δείχνει, ότι η μητρική ψυχολογία, είναι ένας από τους βασικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη διαδικασία του τοκετού.

Η χαλαρή κατάσταση της μητέρας, κατά τη διάρκεια του τοκετού προκαλεί καλές, αποτελεσματικές, συσπάσεις της μήτρας, σπρώχνοντας το έμβρυο προς το κανάλι γέννησης, έτσι ώστε να ανοίξει ο τράχηλος. Για να επιτευχθεί αυτή η κατάσταση, απαιτείται υποστήριξη και από τον σύζυγο, την οικογένεια και άλλα άτομα (Nuryanti, Y., Nisman, W., Siswosudarmo, R., 2016). Επίσης, σύμφωνα με μελέτες, η επίδραση του HypnoBirthing στις έγκυες γυναίκες έδειξε, ότι μπορεί να μειώσει αποτελεσματικά το άγχος και να μειώσει τον πόνο, μεταξύ των εγκύων μητέρων, κατά τη διάρκεια του τοκετού (Imannuraa, P., Susanti, S., 2018; Paramasivam, T., Mariappan, U., & MeiChan, C., 2020).

Άλλα οφέλη που μπορεί να προκαλέσει το HypnoBirthing είναι συνοπτικά τα εξής:

- 1.Μειώνει την ανάγκη για χημικά παυσίπονα και άλλα είδη φαρμακευτικής αναλγησίας.
- 2.Μπορεί να μειώσει την ανάγκη για επισιοτομή.
- 3.Μειώνει την κόπωση (Scott, A., 2014).
- 4.Μειώνει τη ναυτία, τον εμετό και τη ζάλη στο πρώτο τρίμηνο.
- 5.Μειώνει τον κίνδυνο επιπλοκών (Imannuraa, P., Susanti, S., 2018).
- 6.Επιτρέπει στο συνοδό της γέννησης, να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο (Scott, A., 2014).
- 7.Δεν έχει παρενέργειες στο νεογνό.
- 8.Η περίοδος ανάρρωσης, μετά τον τοκετό είναι πιο εύκολη (Imannuraa, P., Susanti, S., 2018).
- 9.Μειώνει μεταγεννητικά, τα ποσοστά επιλόχειας κατάθλιψης, όπως και τα ποσοστά καισαρικής τομής (Αβραμίδου, Α., 2018).

Το HypnoBirthing διδάσκει στις εγκύους να ενωθούν με τις φυσικές κινήσεις του ρυθμού του σώματος, κατά τη διάρκεια της διαδικασίας του τοκετού, αφήνοντας το σώμα να λειτουργήσει όπως πρέπει, έτσι ώστε τα συναισθήματα να εξαφανιστούν (Imannuraa, P., Susanti, S., 2018).

Μαθαίνοντας τις τεχνικές του HypnoBirthing, η γυναίκα θα κατανοήσει καλύτερα, πώς αντιδρά το σώμα της, κατά τη διάρκεια του τοκετού. Η διαδικασία έχει να κάνει με το να μάθει, πώς να χαλαρώνει και να αγκαλιάζει τη διαδικασία του τοκετού, αντί να τη φοβάται (Scott, A., 2014). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνωρίζει τη μαία και τον μαιευτή, ως τους καταλληλότερους επαγγελματίες υγείας, που μπορούν να αναλάβουν την παρακολούθηση της φυσιολογικής εγκυμοσύνης και τη διεξαγωγή του φυσιολογικού τοκετού. Είναι σημαντικό λοιπόν, ειδικά αυτοί οι επαγγελματίες υγείας να είναι καλά ενημερωμένοι και να γνωρίζουν μεθόδους που θα προάγουν το φυσικό τοκετό και το μητρικό θηλασμό.

Το HypnoBirthing, μπορεί να αποτελέσει ένα καλό εργαλείο για τις μαίες και τους μαιευτές, αφού γνωρίζοντας τα οφέλη του, μπορούν να υποστηρίξουν την γυναίκα στον τοκετό της, έχοντας καλά περιγεννητικά και μεταγεννητικά αποτελέσματα (Αβραμίδου, Α., 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

5.1 ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ως συνέχεια της βιβλιογραφικής επισκόπησης, στόχος της μελέτης, είναι να αναδείξει ευρήματα για την στήριξη που λαμβάνουν οι έγκυες γυναίκες από τους επαγγελματίες υγείας, κατά τη διάρκεια του τοκετού τους. Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να αποσαφηνιστεί, ποιες μέθοδοι ανακούφισης του πόνου χρησιμοποιούνται περισσότερο από τις μαίες και τον μαιευτήρα, κατά τον τοκετό στην Ελλάδα.

5.2 ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Με βάση τον προαναφερθέντα σκοπό της έρευνας, αλλά και με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που προηγήθηκε, έχουμε τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

1. Κατά τη διάρκεια του τοκετού, κατά πόσο επιλέγεται η χρήση μέτρων ανακούφισης του πόνου του τοκετού και ποιές μέθοδοι ανακούφισης προτιμώνται (φαρμακευτικές ή μη φαρμακευτικές) ;
2. Τι ενημέρωση υπάρχει, σχετικά με τις μεθόδους ανακούφισης του πόνου και ποιά είναι η στήριξη του ιατρικού και μαιευτικού προσωπικού;
3. Ποιά ήταν η συνολική εμπειρία του τοκετού των γυναικών;

5.3 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

5.3.1 Ερευνητική μέθοδος

Για τη συλλογή των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε ποσοτική έρευνα (δημοσκόπηση), μέσω ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε, καθώς δίνει τη δυνατότητα συλλογής απόψεων των ερωτηθέντων, που μπορούν να ποσοτικοποιηθούν, ενώ μπορούν να συλλεχθούν πληροφορίες από πολλά άτομα ταυτόχρονα, ανεξάρτητα από τη γεωγραφική τους διασπορά.

5.3.2 Δείγμα

Σε κάθε ποσοτική έρευνα, είναι πολύ σημαντικό να οριστεί ένας αριθμός δείγματος, ο οποίος να μπορεί με τις απαντήσεις του να δώσει μια αντιπροσωπευτική εικόνα για τον πληθυσμό. Στην παρούσα έρευνα το δείγμα της έρευνας, αποτέλεσαν 519 μητέρες ηλικίας 18-61 ετών. Το μορφωτικό επίπεδο, περιλάμβανε γυναίκες, απόφοιτες Γυμνασίου, έως γυναίκες με Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό. Το 47,2% των μητέρων, έχει αποκτήσει ένα παιδί, το 42,6%, δύο παιδιά, το 8,3%, τρία παιδιά, ενώ μόλις το 1,4%, τέσσερα παιδιά. Αναφορικά με τη χρονολογία, οι γεννήσεις ξεκίνησαν από το 1987-2022, με τις περισσότερες να λαμβάνουν χώρα, μετά το 2000. Σχετικά με τον τρόπο γέννησης, το 58,8% των γυναικών γέννησε με φυσιολογικό τοκετό, ενώ το υπόλοιπο 41,2% με καισαρική τομή, η οποία προέκυψε, μετά από προσπάθεια, φυσιολογικού τοκετού. Επιπλέον, το 62,6% των τοκετών, έλαβε χώρα στις μεγαλουπόλεις και το 37,4%, στην επαρχία. Τέλος, το 54,1% των γυναικών, πραγματοποίησε τον τοκετό σε ιδιωτική κλινική, το 45,3%, σε δημόσιο νοσοκομείο και μόλις το 0,6% γέννησε στο σπίτι.

Η τρέχουσα έρευνα δεν έθετε περιορισμό ως αναφορά την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο. Το ερωτηματολόγιο αναρτήθηκε σε γνωστή πλατφόρμα κοινωνικής δικτύωσης

5.3.3 Ερευνητικό υλικό – Εργαλεία

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε, ήταν προσαρμοσμένο στις ανάγκες της έρευνας και συμπεριλάμβανε ερωτήσεις σύντομου τύπου. Οι απαντήσεις που έπρεπε να δοθούν ήταν: σύντομης απάντησης, πολλαπλής επιλογής, πλαισίων ελέγχου και γραμμικής κλιμακας. Οι ερωτήσεις ήταν στο σύνολο 28, εκ των οποίων οι 19 υποχρεωτικές.

Οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν, σχετίζονταν με τις μεθόδους ανακούφισης του τοκετού φαρμακευτικές ή μη και με τη συνολική εμπειρία του τοκετού τους, όπως:

- Τι μεθόδους ανακούφισης, γνώριζαν οι επίτοκες;
- Ποιά/ Ποιές χρησιμοποίησαν, τελικά στον τοκετό τους;
- Τι συναισθήματα βίωσαν, πριν και κατά τη διάρκεια του τοκετού;
- Ενημερώθηκαν και από ποιόν, για τις μεθόδους ανακούφισης;
- Τι στήριξη υπήρχε, από την μαία και τον μαιευτήρα;
- Ποιά ήταν η εμπειρία του τοκετού τους;

Για την ανάλυση των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκαν γραφήματα: στήλες, ράβδοι και πίτες. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, η μόνη οδηγία που δόθηκε ήταν οι γυναίκες να απαντήσουν σχετικά με την πιο πρόσφατη εμπειρία τοκετού τους. Ο χρόνος που χρειαζόταν για την ολοκλήρωση του, ήταν περίπου 10 λεπτά.

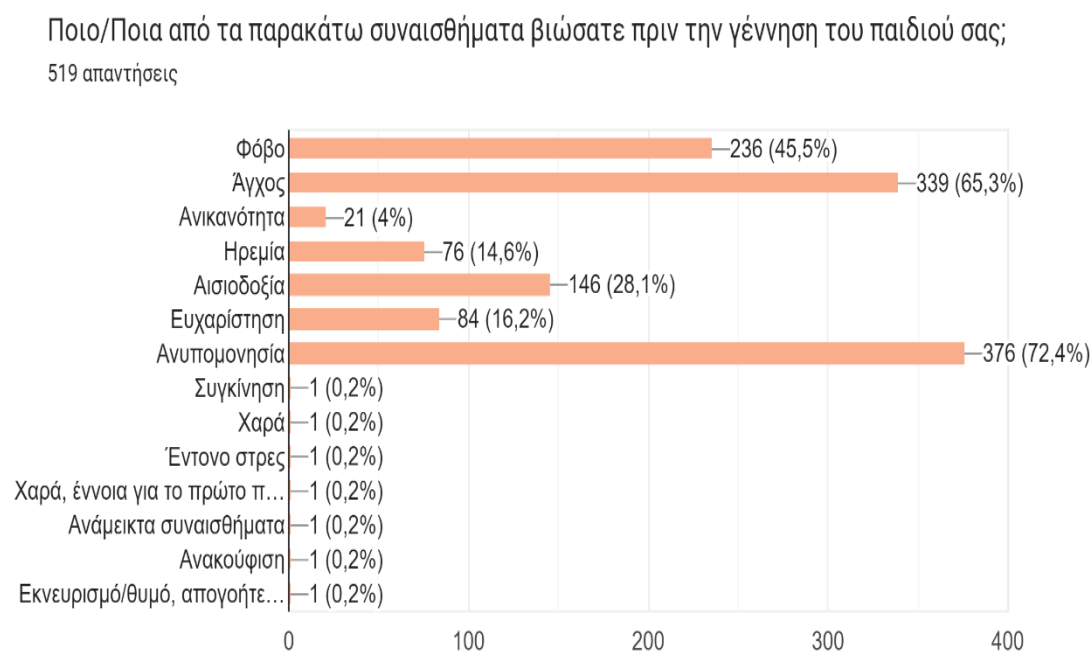
5.3.4 Ερευνητική διαδικασία

Τα δεδομένα του παρόντος ερωτηματολογίου, συλλέχθηκαν, μέσω της πλατφόρμας Google Forms, η οποία παρέχει τη δυνατότητα προβολής ατομικών αποτελεσμάτων, καθώς και μαζικά για κάθε ερώτηση ξεχωριστά. Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε μαζικά, μέσω του διαδικτύου, ωστόσο απαντήθηκε ατομικά από τον κάθε συμμετέχοντα. Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο, χωρίς να ζητείται κάποιο προσωπικό δεδομένο, πέραν της ηλικίας, του φύλου και του αριθμού των τέκνων.

Τα δεδομένα της έρευνας, συλλέχθηκαν από τις 05-02-2022 έως τις 05-03-2022. Έπειτα, από το κλείσιμο της φόρμας, έγινε λήψη των αποτελεσμάτων σε μορφή xls, με σκοπό την εισαγωγή τους στο λογισμικό Statistical Package for Social Sciences (SPSS), το οποίο διακρίνεται για την φιλική διεπαφή με τον χρήστη και για τις πολλές δυνατότητες που προσφέρει. Η λήψη του έγινε από το διαδίκτυο με δωρεάν δοκιμαστική περίοδο ενός μήνα. Κατά την εξαγωγή των αποτελεσμάτων, χρησιμοποιήθηκαν ραβδογράμματα και πίτες για την απεικόνιση της κατανομής των απαντήσεων.

5.4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

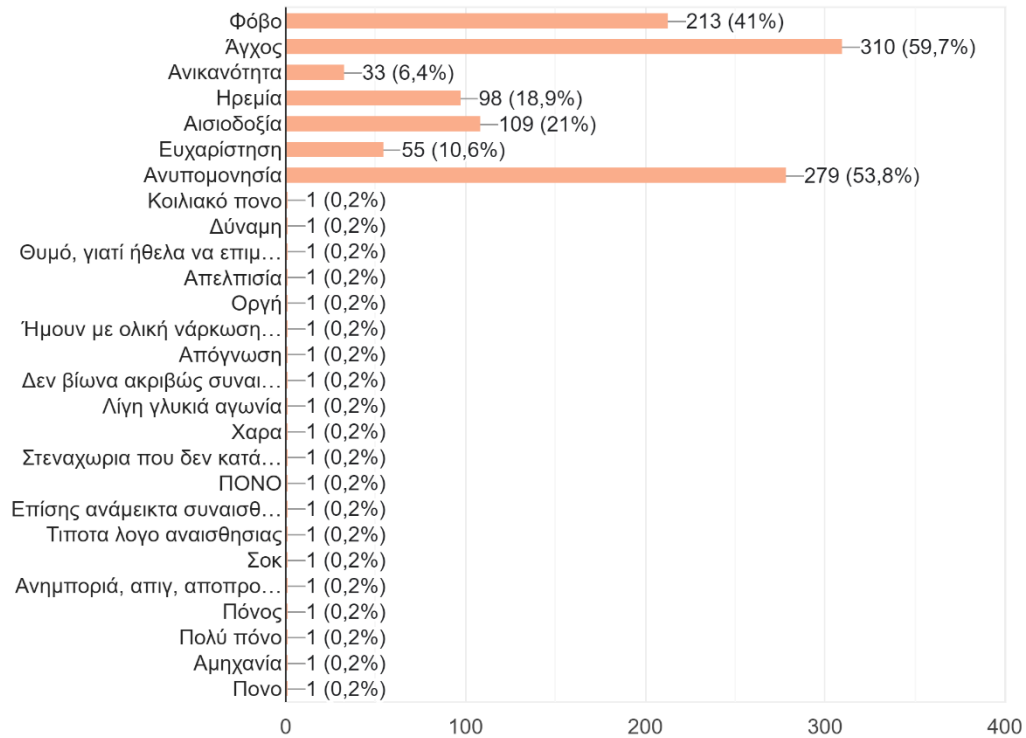
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1



Στο διάγραμμα 1, παρουσιάζονται τα συναισθήματα των γυναικών, πριν τον τοκετό. Παρατηρείται, πως το μεγαλύτερο ποσοστό 72,4% των γυναικών, ένιωσαν ανυπομονησία και ακολούθως το 65,3% και το 45,5%, άγχος και φόβο αντίστοιχα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2

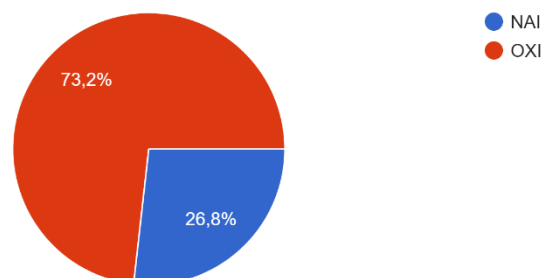
Ποιο/Ποια από τα παρακάτω συναισθήματα βιώσατε κατά τη διάρκεια της γέννας σας;
519 απαντήσεις



Στο διάγραμμα 2, το μεγαλύτερο ποσοστό των εγκύων, κατά τη διάρκεια του τοκετού έβιωσε άγχος (59,7%), ανυπομονησία (53,8%) και φόβο (41%).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3

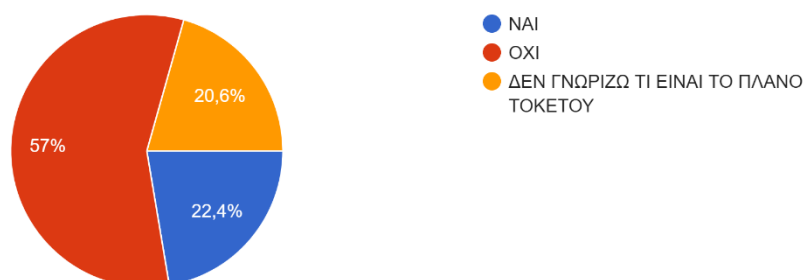
Είχατε παρακολουθήσει μαθήματα προετοιμασίας τοκετού στην εγκυμοσύνη σας;
519 απαντήσεις



Στο ερώτημα, για το αν οι γυναίκες παρακολούθησαν μαθήματα προετοιμασίας, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους το 73,2% απάντησε όχι και το 26,8% απάντησε ναι.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4

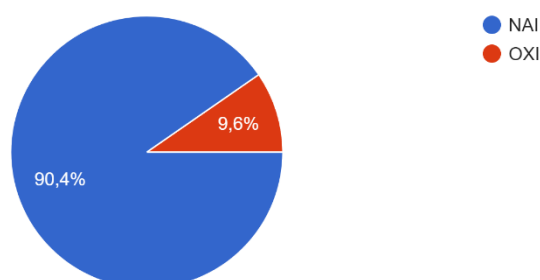
Σχεδιάσατε το πλάνο τοκετού σας με τη μαία ή το γυναικολόγο σας;
519 απαντήσεις



Στην ερώτηση, σχετικά με το πλάνο του τοκετού, το 57% των γυναικών, δεν είχε σχεδιάσει, ενώ το 20,6%, δεν γνώριζε τι είναι το πλάνο του τοκετού.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5

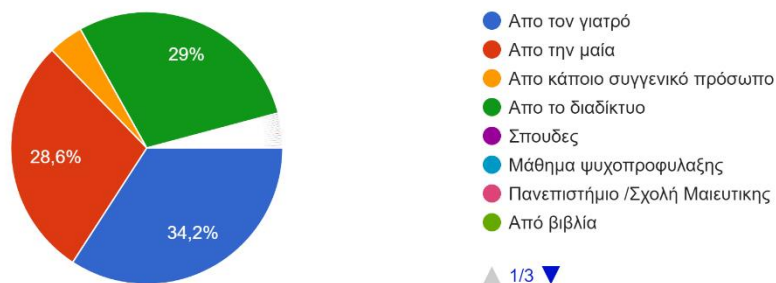
Υπάρχουν οι παρακάτω μέθοδοι ανακούφισης του πόνου: 1.Αναπνοές 2.Ύπνωση (Hypnobirthing) 3.Αρωματοθεραπεία-Βοτανοθεραπεία 4.Βελονισμός... Γνωρίζετε κάποια από αυτές τις μεθόδους;
519 απαντήσεις



Σχετικά με τις μεθόδους ανακούφισης του πόνου, το 90,4% των γυναικών, δήλωσε πως γνωρίζει έστω και μια μέθοδο, ενώ το 9,6%, είχε άγνοια επί του θέματος.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6

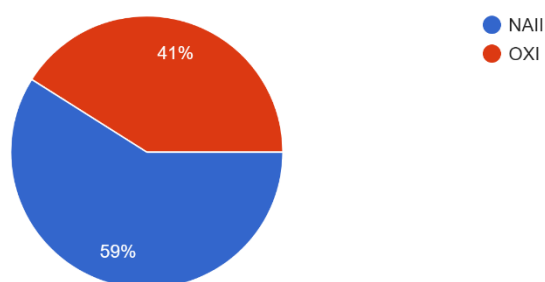
Αν γνωρίζετε κάποια από τις παραπάνω μεθόδους ανακούφισης από ποιόν ενημερωθήκατε;
483 απαντήσεις



Στο παραπάνω διάγραμμα, οι γυναίκες δήλωσαν, ότι για τις μεθόδους ανακούφισης του πόνου, ενημερώθηκαν από τον ιατρό (34,2%), το διαδίκτυο (29%) και την μαία (28,6%).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σας ενημερωθήκατε για τις μεθόδους ανακούφισης του πόνου που θα μπορούσατε να χρησιμοποιήσετε στην γέννα σας;
519 απαντήσεις

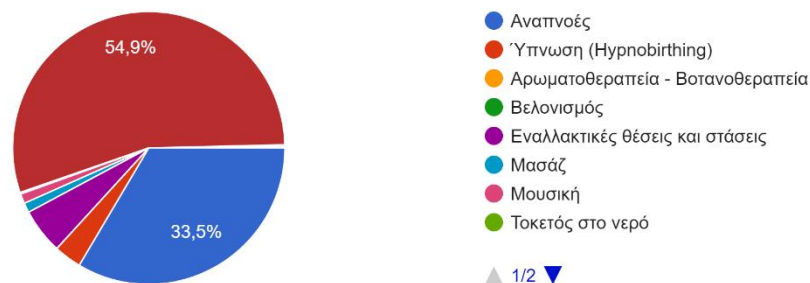


Στο διάγραμμα 7, το 59% των γυναικών, είχε λάβει ενημέρωση για τις μεθόδους ανακούφισης, που θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει στον τοκετό, ενώ το 41%, δεν είχε λάβει καμία ενημέρωση.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8

Χρησιμοποιήσατε στην γέννα σας κάποια από τις παρακάτω μεθόδους ανακούφισης;

519 απαντήσεις

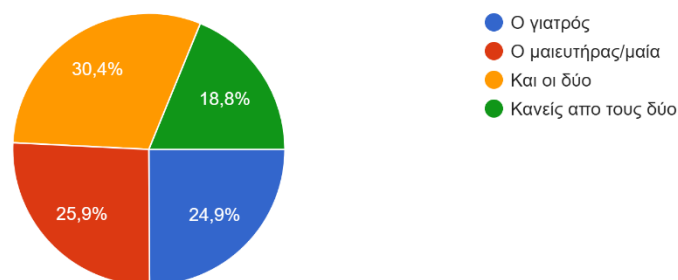


Στο παραπάνω διάγραμμα, αναφορικά με τις μεθόδους ανακούφισης, κατά τη διάρκεια του τοκετού, έγινε χρήση σε ποσοστό 54,9%, επισκληρίδιου-ραχιαίας και στο 33,5%, χρήση αναπνοών.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9

Ποιος απο τους παρακάτω σας ενθάρρυνε να χρησιμοποιήσεις τους τρόπους ανακούφισης;

510 απαντήσεις

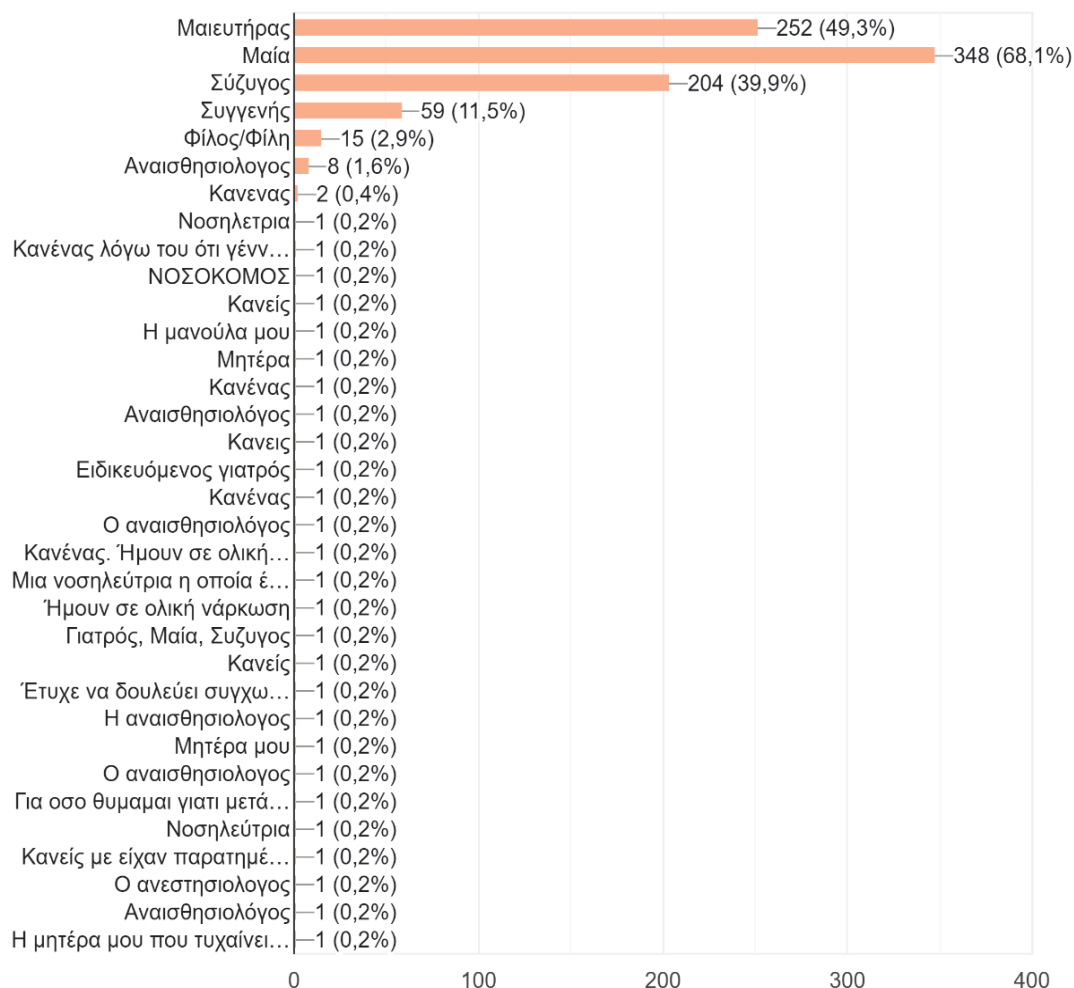


Το 30,4% των γυναικών, παροτρύνθηκε από τον ιατρό και την μαία για τη χρήση των μεθόδων ανακούφισης, ενώ το 18,8%, δεν ενθαρρύνθηκε από κανέναν για τη χρήση τους.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10

Κατά τη διάρκεια της γέννας σας ποιος από τους παρακάτω σας παρείχε υποστήριξη;

511 απαντήσεις

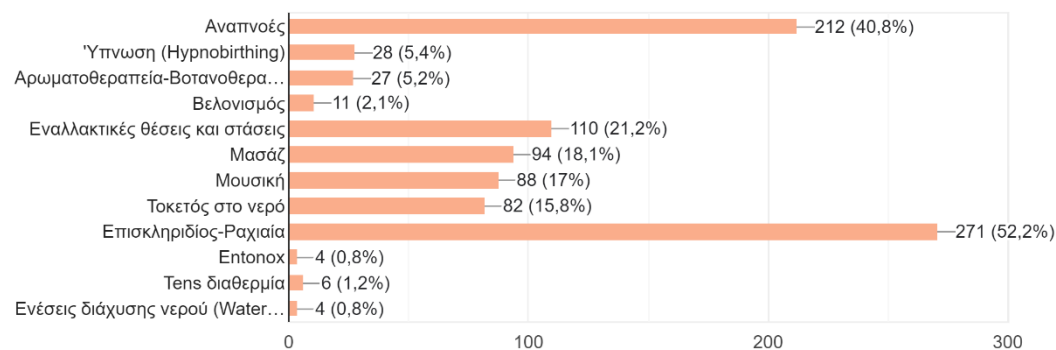


Κατά τη διάρκεια του τοκετού, οι επίτοκες, έλαβαν τη μεγαλύτερη υποστήριξη από την μαία (68,1%), τον μαιευτήρα (49,3%) και το σύζυγο (39,9%).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11

Ποια από τις παρακάτω μεθόδους ανακούφισης του πόνου θα διαλέγατε σε επόμενη πιθανή εγκυμοσύνη;

519 απαντήσεις

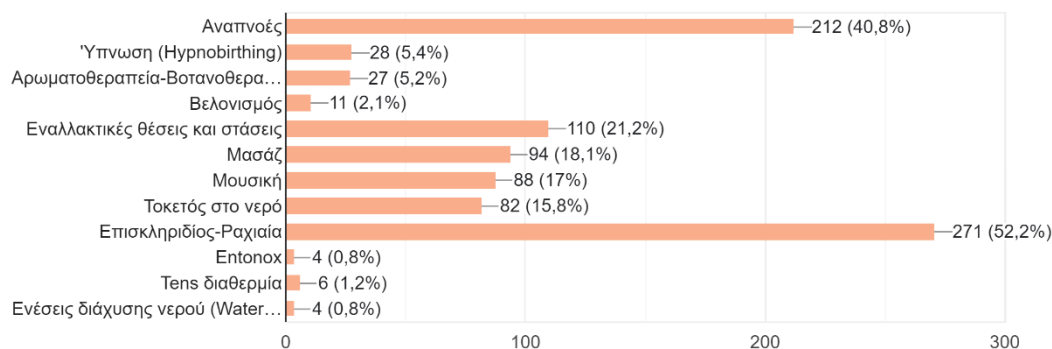


Σε επόμενη πιθανή εγκυμοσύνη, οι γυναίκες ως μέθοδο ανακούφισης, θα διάλεγαν επισκληρίδιο-ραχιαία (52,2%) και αναπνοές (40,8%).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12

Ποια από τις παρακάτω μεθόδους ανακούφισης του πόνου θα διαλέγατε σε επόμενη πιθανή εγκυμοσύνη;

519 απαντήσεις

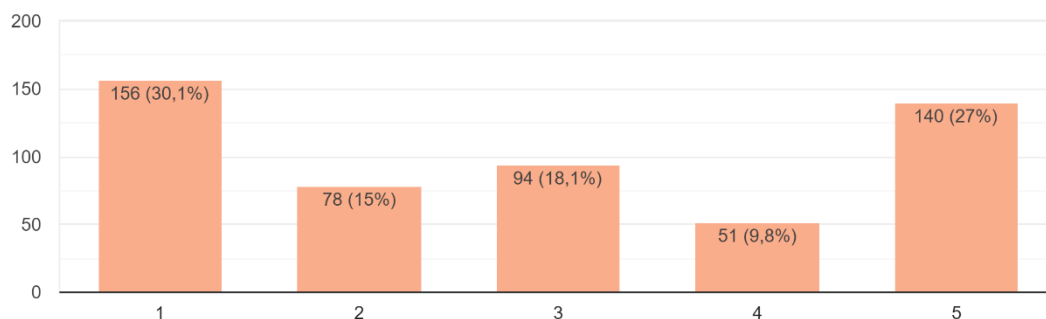


Στην ερώτηση, για το ποιά μέθοδο ανακούφισης, θα επέλεγαν οι γυναίκες σε επόμενη πιθανή εγκυμοσύνη και τοκετό, όλες οι τεχνικές είχαν ανταπόκριση, κυρίως, όμως η επισκληρίδιος αναλγησία (52,2%) και οι αναπνοές (40,8%).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13

Η μαία σας ήταν όσο υποστηρικτική θα θέλατε;

519 απαντήσεις

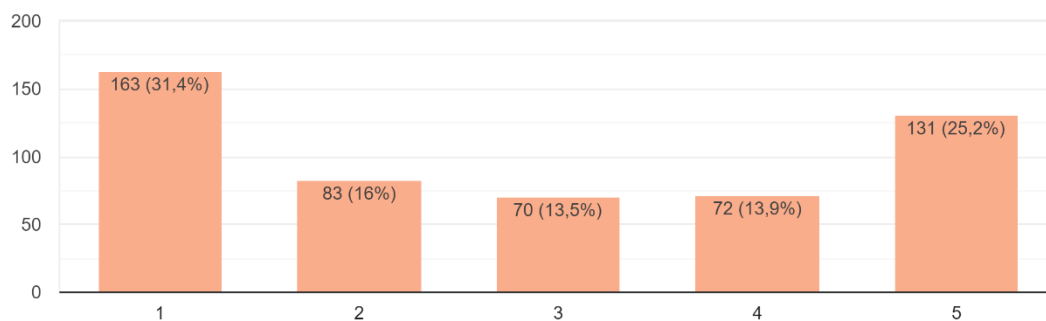


Στην ερώτηση, για το πόσο υποστηρικτική ήταν η μαία, κατά τη διάρκεια του τοκετού, το 30,1%, απάντησε πάρα πολύ και το 27% καθόλου.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14

Ο μαιευτήρας σας ήταν όσο υποστηρικτικός θα θέλατε;

519 απαντήσεις

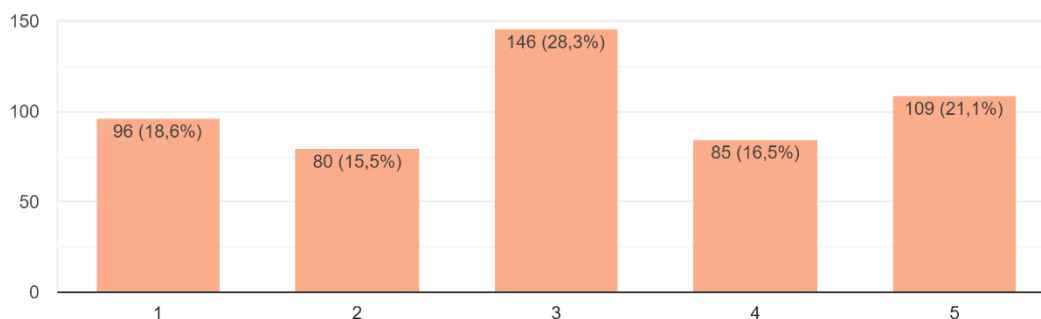


Στην ίδια ερώτηση, αλλά αναφορικά με τον μαιευτήρα το 31,4% απάντησε, πάρα πολύ και το 25,2%, καθόλου.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15

Ο χώρος γύρω σας, σας δημιουργούσε ευχάριστα συναισθήματα;

516 απαντήσεις

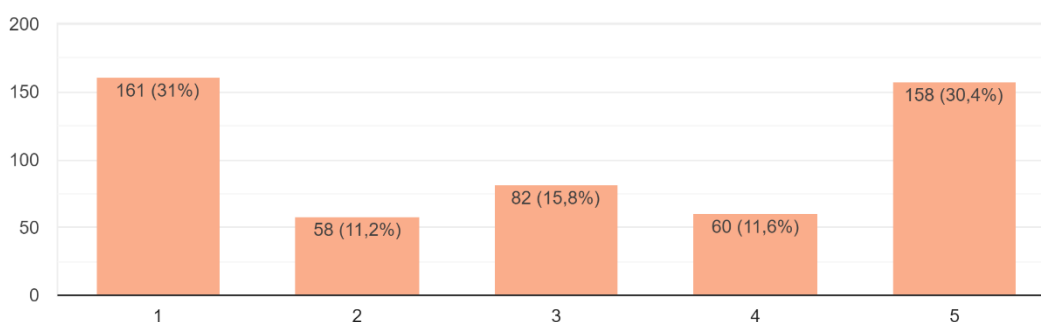


Αναφορικά, με το αν ο χώρος διεκπεραίωσης του τοκετού, δημιούργησε στις γυναίκες ευχάριστα συναισθήματα, το μεγαλύτερο ποσοστό 28,3%, δήλωσε μέτρια ικανοποίηση, ενώ το 21,1%, δεν έμεινε καθόλου ικανοποιημένο.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16

Ο γιατρός σας, σας ενθάρρυνε να περπατήσετε και να ξαπλώσετε σε όποια στάση σας βολεύει;

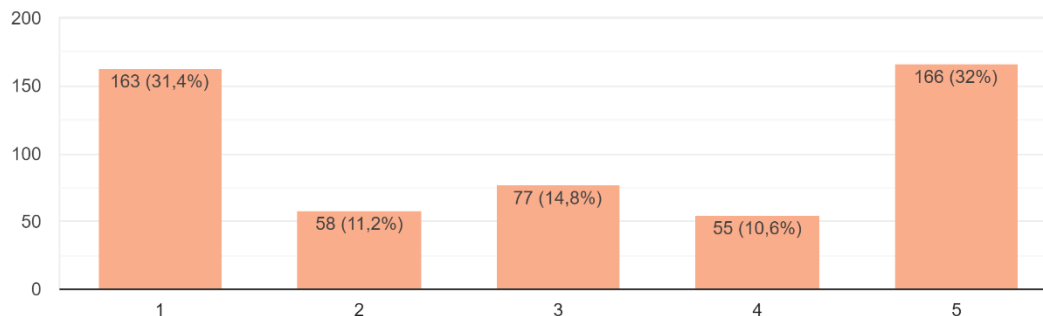
519 απαντήσεις



Στο παραπάνω διάγραμμα το 31% των γυναικών δήλωσε, ότι ο γιατρός τις ενθάρρυνε να περπατήσουν και να χρησιμοποιήσουν, όποια στάση τις κάνει να νιώθουν άνετα, ενώ το 30,4%, δεν ενθαρρύνθηκε για ελευθερία κίνησης.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17

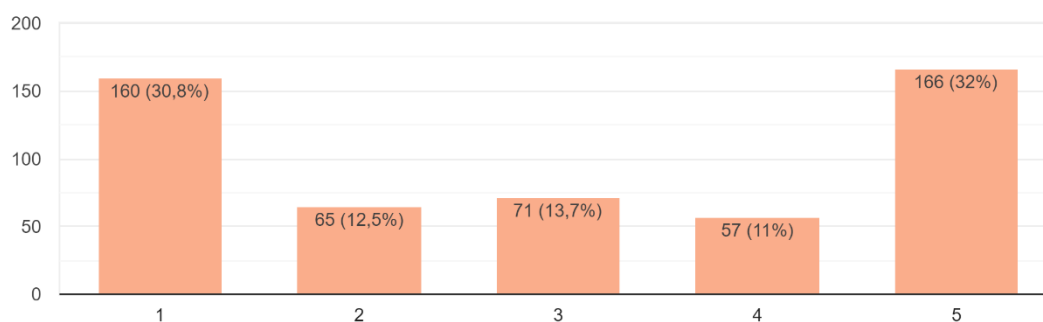
Η μαία σας, σας ενθάρρυνε να περπατήσετε και να ξαπλώσετε σε όποια στάση σας βολεύει;
519 απαντήσεις



Αντιστοίχως, η μαία ενθάρρυνε τις επίτοκες για εναλλαγή θέσεων και στάσεων στο 31,4%, ενώ το 32%, δεν ενθαρρύνθηκε για ελευθερία κίνησης.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 18

Ο γιατρός σας, σας πρότεινε να χρησιμοποιήσετε φυσικούς μεθόδους ανακούφισης του πόνου;
(π.χ αναπνοές)
519 απαντήσεις

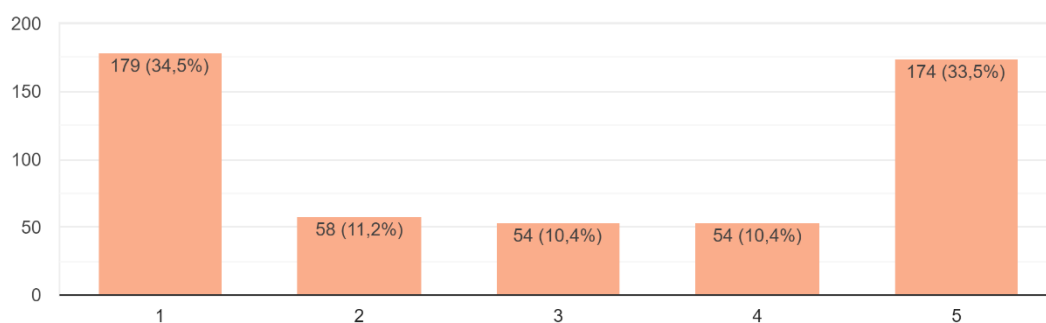


Στο 30,8% των γυναικών, ο γιατρός προέτρεψε τις επίτοκες για την χρήση φυσικών μεθόδων ανακούφισης, ενώ στο 32%, καθόλου.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 19

Η μαία σας, σας πρότεινε να χρησιμοποιήσετε φυσικούς μεθόδους ανακούφισης του πόνου; (π.χ αναπνοές)

519 απαντήσεις

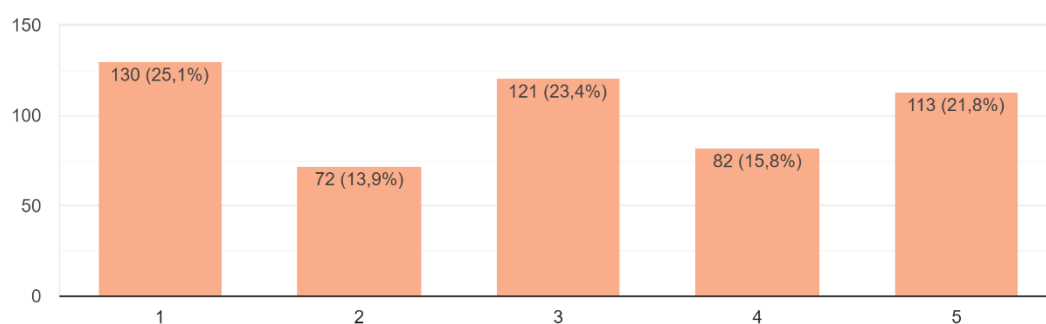


Το 34,5% των γυναικών, ενθαρρύνθηκε από τις μαίες για τη χρήση φυσικών μεθόδων ανακούφισης, ενώ το 33,5%, καθόλου.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 20

Η εμπειρία του τοκετού σας, ήταν σύμφωνα με τις προσδοκίες σας;

518 απαντήσεις



Στην ερώτηση, για το αν η εμπειρία του τοκετού των γυναικών, ήταν σύμφωνα με τις προσδοκίες τους, το 25,1%, απάντησε πάρα πολύ, το 23,4%, μέτρια και το 21,8%, καθόλου.

5.5 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

➤ Συναισθήματα επιτόκου

Στην παρούσα έρευνα, συμμετείχαν 519 γυναίκες, από τις οποίες το 72,4%, ένιωσε ανυπομονησία, το 63,3%, άγχος και το 45,5%, φόβο, πριν τον τοκετό. Κατά τη διάρκεια του τοκετού, το 59,7%, ένιωσε άγχος, το 53,8%, ανυπομονησία και το 41%, φόβο. Η βιβλιογραφία αναφέρει, πως κυρίαρχα συναισθήματα, κατά τη περίοδο της κύησης και του τοκετού, κυρίως λόγω της μη ενημέρωσης, είναι ο φόβος και το άγχος, συναισθήματα, τα οποία ευθύνονται για την καθυστέρηση της προόδου του τοκετού και την δυσάρεστη εμπειρία, γεγονός που δείχνει, ότι συνάδουν τα αποτελέσματα της έρευνας με αυτά της βιβλιογραφίας (Whitburn, L. et al, 2018).

➤ Μαθήματα προετοιμασίας τοκετού

Έρευνες έδειξαν, ότι οι γυναίκες που συμμετείχαν προγεννητικά σε εκπαιδευτικά σεμινάρια τοκετού, είχαν θετικές σκέψεις, ως προς την αντίληψη του πόνου του τοκετού και τελικά η ανταπόκριση τους στον τοκετό, ήταν καλύτερη από τις προσδοκίες τους (Hulsbosch, L. et al, 2020). Ωστόσο, έρευνα έδειξε, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό 73,2%, δεν παρακολούθησε μαθήματα προετοιμασίας, παρά μόνο το 26,8%, με αποτέλεσμα να μην είναι κατάλληλα προετοιμασμένο, για την ώρα του τοκετού. Επίσης, το 57%, δεν σχεδίασε το πλάνο τοκετού, ενώ το 20,6%, δεν γνώριζε καν τη σημασία του. Συμπεραίνοντας, οι περισσότερες γυναίκες δεν έλαβαν την κατάλληλη ενημέρωση προετοιμασίας για τον τοκετό και είχαν ελλιπή γνώση περί του θέματος.

➤ Ενημέρωση για τις μεθόδους ανακούφισης του πόνου του τοκετού

Η βιβλιογραφία (Lowdermilk, D. et al, 2010), αναφέρει, ότι η γυναίκα, κατά την προγεννητική περίοδο πρέπει να ενημερώνεται από τον ιατρό και το μαιευτικό προσωπικό για τις μεθόδους αναλγησίας, που έχει στη διάθεση της, γεγονός που συμφωνεί με την παρούσα έρευνα, αφού το 34,2%, ενημερώθηκε για τις μεθόδους από τον ιατρό και το 28,6%, από την μαία, ωστόσο το 29%, έλαβε ενημέρωση από το διαδίκτυο.

Πολλές φορές όμως, οι πηγές του διαδικτύου δεν είναι έγκυρες, μπορεί να υπάρξει παραπληροφόρηση και να βγούν λανθασμένα συμπεράσματα. Επίσης, ο γιατρός ενθάρρυνε το 30,8% των γυναικών, για τη χρήση φυσικών μεθόδων ανακούφισης, ενώ στο 32%, ο γιατρός δεν πρότεινε τη χρήση τους. Παρ'όλα αυτά, μόνο το 41%, έλαβε ενημέρωση για τις φυσικές μεθόδους ανακούφισης, ενώ το 59%, είχε άγνοια, για το πώς θα μπορούσε καλύτερα να αντιμετωπίσει τον πόνο του τοκετού.

➤ Μέθοδοι ανακούφισης του πόνου του τοκετού

Επισκληρίδιος – Ραχιαία

Το 80% των γυναικών, επιλέγει και αναφέρει πλήρη ανακούφιση του πόνου, με την εφαρμογή της επισκληριδίου (Hawkins, J., 2014), δεδομένο, το οποίο επιβεβαιώνεται, αφού το υψηλότερο ποσοστό (54,9%) των γυναικών της έρευνας, χρησιμοποίησε επισκληρίδιο αναλγησία για την αντιμετώπιση του πόνου του τοκετού. Ωστόσο, δεν πρέπει να ξεχνιέται, ότι η επισκληρίδιος αναλγησία, αποτελεί μια φαρμακευτική μέθοδο επιλογής, η οποία έχει πολλές παρενέργειες.

Entonox

Η βιβλιογραφία αναφέρει, ότι το Entonox, είναι μια από τις πιο ευρέως χρησιμοποιούμενες μεθόδους (Sheyklo, S. et al, 2017), ωστόσο στην Ελλάδα, στην παρούσα έρευνα η χρήση του Entonox, είναι μηδενική.

Αναπνοές

Οι έγκυες χρησιμοποιούν τις αναπνοές στον τοκετό τους. Είναι από τις βασικές τεχνικές, που μαθαίνουν στα μαθήματα προετοιμασίας τοκετού και τελικά χρησιμοποιούν στον τοκετό, αφού η χρήση τους αποδεικνύεται αποτελεσματική στην ανακούφιση του πόνου και του άγχους (Επιστημονική Εταιρεία Μαιών Ελλάδας «ΜΑΙΕΥΣΗ», Κανακάρη, Μ., 2010). Στην έρευνα επίσης, η χρήση των αναπνοών είναι υψηλή, σε επίπεδο που αγγίζει το 33,5%, των επιτόκων.

Θέσεις και στάσεις

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) αναφέρει, ότι η επίτοκος πρέπει να έχει ελευθερία στην επιλογή της θέσης και κίνησης, καθ'όλη τη διάρκεια του τοκετού, καθώς βοηθάει στην εξέλιξη του τοκετού, στην ανακούφιση του πόνου και στην μείωση του άγχους. Παρ'όλα αυτά, στην έρευνα μόνο το 5,4%, χρησιμοποίησε τις εναλλακτικές θέσεις και στάσεις, ως μέθοδο ανακούφισης του πόνου. Επιπλέον, το 31% των γυναικών, ενθαρρύνθηκε από τον ιατρό να χρησιμοποιήσει εναλλακτικές θέσεις και στάσεις, ενώ το 30,4%, δεν ενθαρρύνθηκε καθόλου. Επίσης, οι μαίες δεν ενθάρρυναν τις γυναίκες να χρησιμοποιήσουν, όποια θέση και στάση, τις κάνει να νιώθουν άνετα (32%).

Μουσική

Σύμφωνα με έρευνα, η μουσικοθεραπεία οδήγησε σε στατιστικά χαμηλότερα επίπεδα πόνου και άγχους, κατά τη λανθάνουσα φάση του τοκετού (Buglione, et al, 2020). Τα περιορισμένα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας και ο χαμηλός αριθμός δείγματος αποτελούν πηγή αμφισβήτησης (Lowdermilk, D. et al, 2010; Acosta, et al, 2020), γεγονός που επιβεβαιώνεται, αφού στην έρευνα μόνο το 1,2%, χρησιμοποίησε τη μέθοδο.

Μαλλιάξεις

Παρ'όλο που το μασάζ, μέσα από έρευνες φέρεται ότι βελτιώνει τα επώδυνα ερεθίσματα και τη συναισθηματική εμπειρία του τοκετού (Επιστημονική Εταιρεία Μαιών Ελλάδας «ΜΑΙΕΥΣΗ», Κανακάρη, Μ., 2010; Gallo, R. et al, 2013), στη σύγχρονη ιατρική και μαιευτική πράξη, το κόστος της διαδικασίας είναι μεγάλο, καθώς η μαία είναι πιο εύκολο να χορηγήσει κάποιο φάρμακο (Rosmiarti et al, 2019), το οποίο επιβεβαιώνεται, αφού μόνο στο 1,16% των γυναικών, εφαρμόστηκε η τεχνική του μασάζ, ενώ το 38,3% των γυναικών, δεν έλαβε καθόλου μασάζ.

Αρωματοθεραπεία

Η αρωματοθεραπεία, είναι μια ευρέως γνωστή μέθοδος, η οποία συμβάλλει στην μείωση του άγχους και του πόνου του τοκετού (Tabatabaeichehr, M. et al, 2020), ωστόσο στην Ελλάδα δεν φέρεται να είναι δημοφιλής μέθοδος, αφού στην έρευνα καμία γυναίκα δεν έκανε χρήση της

Βελονισμός

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ), τονίζει την ανάγκη για διεξαγωγή περαιτέρω κλινικών δοκιμών, με σκοπό την εξαγωγή έγκυρων αποτελεσμάτων, σχετικά με τις θεραπευτικές επιδράσεις του βελονισμού και της πιεσοθεραπείας, ώστε να γίνουν περισσότερο αποδεχτές από τη σύγχρονη ιατρική κοινότητα, καθώς υπάρχει έλλειψη δεδομένων από τις μέχρι τώρα δοκιμές (Levet et al, 2014; Schaegeretal, 2016). Τα παραπάνω επιβεβαιώνονται, αφού στην έρευνα, καμία γυναίκα δεν χρησιμοποίησε τη τεχνική του βελονισμού.

Διαδερμικός Ηλεκτρικός Νευρικός Ερεθισμός (Tens)

Έρευνες έδειξαν, ότι η χρήση του Tens, είχε σημαντική επίδραση στον πόνο του τοκετού (Rashtchi, V. et al, 2020), ωστόσο στην παρούσα έρευνα, μόνο μία γυναίκα (0,19%), εφάρμοσε την μέθοδο.

Ενδοδερμική έγχυση νερού (Water for Injection)

Στις μέρες μας, η χρήση της μεθόδου δεν είναι τόσο συνηθισμένη, πιθανόν, λόγω της χαμηλής γνώσης των μαιών και των μαιευτήρων (Almassinokiani, F. et al, 2020), το οποίο επιβεβαιώνεται, αφού μόνο μια γυναίκα (0,19%), την χρησιμοποίησε.

Τοκετός στο νερό

Μόνο μια γυναίκα (0,19%), εφάρμοσε τη χρήση του νερού κατά τον τοκετό, γεγονός, το οποίο συνάδει με την βιβλιογραφία, η οποία αναφέρει, ότι το ελληνικό σύστημα δημόσιας υγείας δεν παρέχει στην επίτοκο την επιλογή για γέννηση στο νερό, παρ'όλο που σχεδόν όλες οι ιδιωτικές υγειονομικές μονάδες διαθέτουν πισίνα γέννησης (Antonakou, et al, 2018).

Ύπνωση (Hypnobirthing)

Σήμερα, η χρήση της ύπνωσης, κατά τη διάρκεια του τοκετού, προτείνεται όλο και πιο συχνά, ειδικά στις χώρες της Ευρώπης και στην Αυστραλία, ενώ στην Ελλάδα δεν είναι ιδιαίτερα δημοφιλής μέθοδος (Αβραμίδου, Α., 2018). Η βιβλιογραφία συμφωνεί με την έρευνα, αφού μόνο μια γυναίκα (0,19%), χρησιμοποίησε τη μέθοδο της ύπνωσης.

Σε ερώτηση, για το αν οι γυναίκες θα επέλεγαν, κάποια από τις φυσικές μεθόδους ανακούφισης σε επόμενο τοκετό, οι απαντήσεις ήταν θετικές, αφού όλες οι τεχνικές αποτέλεσαν πιθανή επιλογή για επόμενο τοκετό.

Ρόλος μαίας και ιατρού

Οι γυναίκες που δέχονται συνεχή υποστήριξη, από την αρχή του τοκετού, ενημερώνονται και ενθαρρύνονται να χρησιμοποιήσουν φυσικές μεθόδους αναλγησίας, κατά τον τοκετό, έχουν μικρότερες πιθανότητες να λάβουν αναλγητικά φάρμακα ή να υποβληθούν σε επισκληρίδιο αναισθησία και να εκφράσουν δυσαρέσκεια από την εμπειρία του τοκετού, ενώ έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα για αυτόματο κολπικό τοκετό (Lowdermilk, D. et al, 2010). Είναι ενθαρρυντικό το γεγονός, ότι το 30,4% των γυναικών, παροτρύνθηκε να χρησιμοποιήσει μεθόδους ανακούφισης. Επιπλέον, είναι θετικό ότι την περισσότερη υποστήριξη, κατά τον τοκετό, παρείχε η μαία (68,1%) και ο μαιευτήρας (49,3%). Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών, απάντησε, ότι ήταν ικανοποιημένο από τη φροντίδα των μαιών (30,1%) και των μαιευτήρων (31,4%). Τέλος, το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών, έμεινε ευχαριστημένο με τη συνολική εμπειρία του τοκετού (25,1%).

Περιβάλλον νοσοκομείου

Το περιβάλλον της επιτόκου, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αντίληψη και ανταπόκριση του πόνου (Hulsbosch, L. et al, 2020). Από την έρευνα βρέθηκε, ότι οι περισσότερες γυναίκες (28,3%), έμειναν μέτρια ικανοποιημένες από το χώρο γύρω τους, ενώ το 21,1%, δεν έμεινε καθόλου ικανοποιημένο.

5.6 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα ευρήματα της παρούσας πτυχιακής εργασίας παρουσιάζουν μεγάλο ενδιαφέρον, τόσο σε θεωρητικό, όσο και σε πρακτικό επίπεδο. Σχετικά, με τους περιορισμούς της έρευνας, μια αδυναμία της χρήσης της παρούσας ποσοτικής μελέτης, είναι ότι κάποιες από τις ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν, θα μπορούσαν να θεωρηθούν ασαφείς, με αποτέλεσμα πιθανά στατιστικά λάθη.

Άλλη αδυναμία, είναι η μη δυνατότητα ελέγχου των απαντήσεων, ως προς την ειλικρίνεια τους, ενώ το δείγμα ευκολίας, περιορίζει τη γενίκευση των συμπερασμάτων. Η παρούσα πτυχιακή εργασία, έθεσε ως βασικό στόχο τη διερεύνηση της εμπειρίας του τοκετού στην Ελλάδα, μέσα από τις εξής συνιστώσες:

1. Ενημέρωση των επιτόκων για τον τοκετό.
2. Χρήση των μεθόδων ανακούφισης του πόνου του τοκετού φαρμακευτικών και μη.
3. Σωματική και συναισθηματική υποστήριξη των γυναικών από το ιατρικό και μαιευτικό προσωπικό.

Αν και δεν επιβεβαιώθηκαν όλες οι υποθέσεις της έρευνας, τα αποτελέσματα παρουσίασαν μια διαφορετική διάσταση των μεταβλητών. Στην παρούσα μελέτη, φάνηκε, ότι υπάρχει περιορισμός ως προς την χρήση των φυσικών μεθόδων ανακούφισης του πόνου του τοκετού, κυρίως. Συγκεκριμένα, τεχνικές όπως: η μουσική, οι μαλάξεις, η αρωματοθεραπεία, ο βελονισμός, η ελεύθερη κίνηση, ο διαδερμικός ηλεκτρικός νευρικός ερεθισμός, η ενδοδερμική έγχυση νερού και ο τοκετός στο νερό, είχαν ελάχιστη έως μηδενική εφαρμογή κατά τη διάρκεια του τοκετού. Τεχνικές, οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν με βάση τα ποσοστά, ήταν η επισκληρίδιος αναλγησία και ακολούθως οι αναπνοές, επιβεβαιώνοντας ότι οι φαρμακευτικές μέθοδοι αναλγησίας προτιμώνται στην Ελλάδα, έναντι των φυσικών μεθόδων ανακούφισης του πόνου.

Συμπερασματικά, η οδηγία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ) για έναν φυσικό τοκετό, με τη χρήση μη φαρμακευτικών μεθόδων, στην παρούσα έρευνα, απορρίπτεται. Σχετικά, με την προετοιμασία του τοκετού και την ενημέρωση, κατά την προγεννητική περίοδο, τα αποτελέσματα δεν είναι ενθαρρυντικά. Η ανάλυση των δεδομένων φανέρωσε, ότι οι περισσότερες γυναίκες, δεν έλαβαν μαθήματα προετοιμασίας τοκετού, δεν συζήτησαν για το πλάνο τοκετού τους και δεν ενημερώθηκαν για τη χρήση των φυσικών μεθόδων αναλγησίας, παρά μόνο για τις φαρμακευτικές τεχνικές.

Επιπλέον, ένα υψηλό ποσοστό των γυναικών, ενημερώθηκε για τις διαθέσιμες μεθόδους ανακούφισης από το διαδίκτυο, γεγονός που φανερώνει, αφενός την έλλειψη ενημέρωσης των γυναικών από τον ιατρό και τη μαιά, αφετέρου τη συναισθηματική κατάσταση των εγκύων (άγχος, φόβος για τον πόνο του τοκετού) και την ανάγκη για στήριξη, την ώρα του τοκετού. Ωστόσο, η σωματική φροντίδα και η ψυχοσυναισθηματική στήριξη των επιτόκων στην παρούσα έρευνα, ήταν ικανοποιητική.

Τέλος, βασικός στόχος της έρευνας, ήταν να διευκρινιστεί η συνολική εμπειρία του τοκετού. Το μεγαλύτερο ποσοστό 25,1%, δήλωσε ικανοποιημένο από την εμπειρία, όμως στο 21,8%, ο τοκετός των γυναικών, δεν ήταν αντάξιος των προσδοκιών τους. Συμπεραίνοντας, γίνεται άμεσα κατανοητό, η ανάγκη για τη διεξαγωγή μελλοντικών ερευνών, σχετικά με τις φυσικές μεθόδους ανακούφισης του πόνου του τοκετού στην Ελλάδα, ώστε να διεξαχθούν ενημερωτικά και εκπαιδευτικά προγράμματα για τους μαιευτήρες και τις μαιές και εν συνεχεία, να εφαρμοστούν στην πράξη. Στις μέρες μας, η μαιευτική επιστήμη, οφείλει να στέκεται στο πλευρό της μέλλουσας μητέρας με υπευθυνότητα, προσφέροντας υψηλό επίπεδο ασφαλείας για την ίδια και το έμβρυο της, προσφέροντας της, έναν όσο το δυνατόν πιο φυσικό τοκετό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο : Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΑΙΑΣ

Η υποστηρικτική φροντίδα, κατά τη διάρκεια του τοκετού, συνεπάγεται τη συναισθηματική υποστήριξη της γυναίκας, τη σωματική φροντίδα, τη λήψη των μέτρων ανακούφισης της, καθώς και την καθοδήγηση και ενημέρωση της επιτόκου. Οι γυναίκες που δέχονται συνεχή υποστήριξη από την αρχή του τοκετού, έχουν μικρότερες πιθανότητες να λάβουν αναλγητικά φάρμακα ή να υποβληθούν σε επισκληρίδια αναισθησία και να εκφράσουν δυσαρέσκεια από την εμπειρία του τοκετού τους, ενώ έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα για αυτόματο κολπικό τοκετό (Lowdermilk, D. et al, 2010). Η επιλογή των παρεμβάσεων ανακούφισης, εξαρτάται από ένα συνδυασμό παραγόντων, όπως η επιθυμία της επιτόκου, η διαθεσιμότητα της επιθυμητής μεθόδου, η γνώση και η εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας και το στάδιο του τοκετού.

Η υποστηρικτική φροντίδα της επιτόκου περιλαμβάνει:

- ✚ Τη βοήθεια προς τη γυναίκα, για τη διατήρηση του ελέγχου και τη συμμετοχή της στο βαθμό, που αυτή επιθυμεί στη γέννηση του παιδιού της.
- ✚ Την ικανοποίηση των αναμενόμενων από τη γυναίκα αποτελεσμάτων, για τον τοκετό της.
- ✚ Τις ενέργειες που υποστηρίζουν τις αποφάσεις της γυναίκας, σεβασμό στις επιλογές της, ως σωστές και σχετικές με την επιθυμία της.
- ✚ Τη βοήθεια στην γυναίκα, ώστε να μη σπαταλάει την ενέργεια της.
- ✚ Τον έλεγχο της δυσφορίας της γυναίκας.
- ✚ Την αναγνώριση και ενίσχυση των προσπαθειών της γυναίκας.
- ✚ Τη διασφάλιση της ιδιωτικότητας και σεμνότητας της γυναίκας.

Η παροχή συνεχούς φροντίδας έχει χαρακτηριστεί από τις γυναίκες, ως καθοριστικός παράγοντας, για μια ικανοποιητική εμπειρία τοκετού. Μια εκπαιδευμένη μαία, παρέχει στη γυναίκα συνεχή φροντίδα, μέχρι να ολοκληρωθεί ο τοκετός (Lowdermilk, D. et al, 2010). Η μαία, είναι υπεύθυνη για την συνεχή εκτίμηση της μητέρας και του εμβρύου, την καθιέρωση αμοιβαίων στόχων με την επίτοκο και τον προγραμματισμό και την εκτέλεση της φροντίδας. Η μαία, ως επαγγελματίας υγείας, στηρίζει και βοηθά την γυναίκα στην εφαρμογή των φαρμακευτικών ή μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων.

Κατα την εξέλιξη του τοκετού, μεριμνά για την κατάσταση της επιτόκου και την αποτελεσματικότητα της μεθόδου ανακούφισης, που έχει επιλέξει. Αν η μαία αξιολογήσει, ότι η συγκεκριμένη μέθοδος δεν ανακουφίζει την επίτοκο, τότε μπορεί να τροποποιήσει τη μέθοδο με συνδυασμό άλλων μη φαρμακευτικών ή φαρμακευτικών μεθόδων. Η αντίληψη της γυναίκας, σχετικά με τη συμπεριφορά της στον τοκετό είναι πολύ σημαντική. Σε περίπτωση, που η επίτοκος, είχε σχεδιάσει έναν τοκετό, χωρίς φαρμακευτικές παρεμβάσεις και εν συνεχεία, χρειαστεί φαρμακευτική υποστήριξη, μπορεί να νιώσει, ότι δεν μπορεί να τα καταφέρει και να μειωθεί η αυτοεκτίμησή της. Σε αυτό το σημείο, η μαία οφείλει να καθησυχάσει, να κατανοήσει και να υποστηρίξει την επίτοκο, τόσο λεκτικά όσο και μη (Lowdermilk, D. et al, 2010).

Συμπερασματικά, ο ρόλος της μαίας είναι πολύτιμος και αναντικατάστατος. Είναι εκείνη, που θα δημιουργήσει σχέση εμπιστοσύνης και θα είναι παρούσα, ανά πάσα στιγμή, για να στηρίξει την επίτοκο, τόσο σωματικά, όσο και συναισθηματικά. Η μαία, αντιμετωπίζει την επίτοκο με υπευθυνότητα, είναι επεξηγηματική, αφιερώνει χρόνο, δεν κρίνει και ακούει με υπομονή, οποιονδήποτε προβληματισμό ή απορία. Βοηθά την γυναίκα, να ανακαλύψει τις ανάγκες της και να εκφράσει τα συναισθήματά της. Τέλος καθοδηγεί, επιβραβεύει την κάθε προσπάθεια της επιτόκου και είναι δίπλα της, τη στιγμή που θα φέρει στο κόσμο το πιο σημαντικό μέρος αυτού του ταξιδιού, το παιδί της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αβραμίδου, Ε.-Α. (2018). Η αποτελεσματικότητα της ύπνωσης (Hypnobirthing) κατά την διάρκεια του τοκετού ως εργαλείο διαχείρισης του πόνου. (Θεσσαλονίκη). 01(01), 27–37. 4η Περίοδος.
- Αναστασοπούλου, Α. (2010). *Τετράδια Αρωματοθεραπείας Νο 7-8*. Αθήνα, Εκδόσεις: Τρόπος ζωής.Επιστημονική Εταιρεία Μαιών Ελλάδας «ΜΑΙΕΥΣΗ».
- (2011). *Τεκμηριωμένη Φροντίδα στο Φυσιολογικό Τοκετό*. Αθήνα: Εκδόσεις ΜΑΙΕΥΣΗ.
- Ιατράκης, Γ., Βενετίκου, Μ. & Καρίκας, Γ. (2017). *Φαρμακολογία στη Μαιευτική και Γυναικολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις: Ζεβελεκάκη.
- Ιατράκης, Γ. (2017). *Επιλεγμένα Θέματα Μαιευτικής*. Αθήνα: Εκδόσεις Ζεβελεκάκη.
- Κρεατσάς, Γ. (2009). *Διάγνωση και παρακολούθηση της κύησης- Προγεννητικός έλεγχος*. Στο «Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική», 2η έκδοση, τόμος 2, σελ. 54- 64, Αθήνα : Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης.
- Παππά, Κ., & Λουτράδης, Δ., & Δεληγεώρογλου, Ε., & Παπαντωνίου, Ν. (2017). *Τοκετός: Φυσιολογικός Τοκετός* (σσ. 312-342). *Μαιευτική και Γυναικολογία*. Κύπρος: Εκδόσεις acog.
- Τραγέα, Ρ. (2005). *Φυσικός Τοκετός: Εναλλακτικές Μέθοδοι Μαιευτικής Φροντίδας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισσιανός.
- Campbell, S., Lees, C. (2009). *Γενική Επιμέλεια-πρόλογος ελληνικής έκδοσης Μαιευτική και Γυναικολογία*, Εκδόσεις Πασχαλίδης, Τόμος 1ος .
- Johnson, R., Taylor, W. (2010). *Δεξιότητες στη Μαιευτική Φροντίδα*. (Λυκερίδου, Α., Γουρουντή, Κ., μεταφρ.). Αθήνα: Εκδόσεις Λαγός. (το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε 2000).
- Leboyer, F. (2008). *Φυσικός Τοκετός με αναπνοές και με τραγούδι για μια εμπειρία γεμάτη χαρά*. Αθήνα: Εκδόσεις: Ρέω.

Lowdermilk, D., Perry, S., Cashion, K., Alden, K. (2010). *Νοσηλευτική Μητρότητας*. (Λυκερίδου, Α., Δελτσίδου, Α., μεταφρ.). Αθήνα: Εκδόσεις Λαγός. (το πρωτότυπο έργο εκδόθηκε 1983).

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Acosta, R., Lopez, E., Santero, M. (2020, 10 Οκτωβρίου). Music Therapy in Pain and Anxiety Management during Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina (Kaunas)* ;56(10):526. Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <https://doi.org/10.3390/medicina56100526>.

Almassinokiani, F., Ahani, N., Akbari, P., Rahimzadeh, P., Akbari, H., Sharifzadeh, F. (2020, 25 Απριλίου). Comparative Analgesic Effects of Intradermal and Subdermal Injection of Sterile Water on Active Labor Pain. *Anesth Pain Med* ;10(2):e99867. Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32754431/#:~:text=PMCID%3A%20PMC7352939-,DOI%3A%2010.5812/aapm.99867,-Free%20PMC%20article>.

Antonakou, A., Kostoglou, E., & Papoutsis, D. (2018). Experiences of Greek women of water immersion during normal labour and birth. A qualitative study. *European Journal of Midwifery*, 2(July). <https://doi.org/10.18332/ejm/92917>

Asiimwe, I., Pushpakom, S., Turner, R., Dona, R., Jorgensen, A., Pirmohamed, M. (2021, 7 Ιουνίου). Cardiovascular drugs and COVID-19 clinical outcomes: A living systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Pharmacology*. Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <https://doi.org/10.1111/bcp.14927>.

Aune, I., Torvik, H., Selboe, S., Skogås, A., Persen, J., Dahlberg, U. (2015, 11 Ιουνίου). Promoting a normal birth and a positive birth experience—Norwegian women's perspectives. *Midwifery*, 31(7), 721–727. Ανακτήθηκε 06-09-2022 από: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.016>

- Báez-Suárez, A., Martín-Castillo, E., García-Andújar, J., García-Hernández, J. Á., Quintana-Montesdeoca, M. P., & Loro-Ferrer, J. F. (2018). Evaluation of different doses of transcutaneous nerve stimulation for pain relief during labour: A randomized controlled trial. *Trials*, 19(1), 652. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-3036-2>
- Balaskas, J. (2018). *The Water Birth Book: The Ideal Companion to Hypnobirthing and Active Birth* (C. Meeus, Ed.). 1st edition. CreateSpace Independent Publishing Platform. Browning, C. A. (2000). Using Music During Childbirth. *Birth*, 27(4), 272–276. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2000.00272>
- Baliyon, K., Romli, M., Ismail, A., Khuan, L., Chew, B. (2020, 15 Ιουνίου). Effectiveness of breathing exercises, foot reflexology and back massage (BRM) on labour pain, anxiety, duration, satisfaction, stress hormones and newborn outcomes among primigravidae during the first stage of labour in Saudi Arabia: a study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open* .;10(6):e033844.. Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033844>.
- Batbual, B. (2006). Analysis of the Utilization of Hypnobirthing in Mother inLaborProcess. <https://www.google.com/search?q=Batbual%2C+B.+%282006%29.+Analysis+of+the+Utilization+of+Hypnobirthing+in+Mother+in+Labor+Process&og=Batbual%2C+B.+%282006%29.+Analysis+of+the+Utilization+of+Hypnobirthing+in+Mother+in+Labor+Process&aqs=chrome..69i57j35l81j0j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- Buglione, A., Saccone, G., Mas, M., Raffone, A., Meglio, L., Meglio, L., Toscano, P. et al. (2020, 3 Μαρτίου). Effect of music on labor and delivery in nulliparous singleton pregnancies: a randomized clinical trial. *Arch Gynecol Obstet* ;301(3):693-698.. Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05475-9>.
- Carlsson, T., Ulfsdottir, H. (2020). Waterbirth in low-risk pregnancy: An exploration of women's experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 76(5), 1221–1231. <https://doi.org/10.1111/jan.14336>

- Capobianco, G., Sadari, L., Aliberti, S., Mondoni, M., Piana, A., Dessolet, F., Dessolet, M. et al. (2020, 16 Ιουλίου). COVID-19 in pregnant women: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* ;252:543-558. Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.07.006>.
- Chaichian, S., Akhlaghi, A., Rousta, F., Safavi, M. (2009, 12 Σεπτεμβρίου). Experience of water birth delivery in Iran. *Arch Iran Med* ;12(5):468-71. Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19722768/#:~:text=expand-PMID%3A%2019722768,-Abstract>.
- Chen, S., Wang, C., Chan, P., Chiang, H., Hu, T., Tam, K., Loh, E. (2018, 19 Οκτωβρίου). Labour pain control by aromatherapy: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Women Birth*;32(4):327-335. Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.09.010>.
- Clark, M. (2020). *Hypnobirthing Course: Practical Guide to an Easy, Natural, and Pain-Free Childbirth; An Approach to a Safer, Easier, More Comfortable Birthing Experience Using Hypnosis Techniques and Relaxation*.
- Cluett, E. R., Burns, E., & Cuthbert, A. (2018). Immersion in water during labour and birth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000111.pub4>
- Czech, I., Fuchs, P., Fuchs, A., Lorek, M., Tobolska-Lorek, D., Drosdzol-Cop, A., & Sikora, J. (2018). Pharmacological and Non-Pharmacological Methods of Labour Pain Relief—Establishment of Effectiveness and Comparison. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12), 2792. <https://doi.org/10.3390/ijerph15122792>
- Dashraath, P., Wong, J., Lim, M., Lim, L., Li, S., Biswas, A., Choolani, M. et al (2020, 23 Μαρτίου). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* ;222(6):521-531. Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.03.021>.

- Desseauve, D., Fradet, L., Lacouture, P., Pierre, F. (2016, 15 Νοεμβρίου). Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives. *EurJObstetGynecolReprodBiol* ;208:46-54.. Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.11.006>.
- Dowswell, T., Bedwell, C., Lavender, T., Neilson, J. (2009, 15 Απριλίου). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain management in labour. *Europe PMC Author Manuscripts*. Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <https://doi.org/10.1002%2F14651858.CD007214.pub2>.
- Elkins, G. R., Barabasz, A. F., Council, J. R., & Spiegel, D. (2015). Advancing research and practice: The revised APA Division 30 definition of hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 57(4), 378–385.
<https://doi.org/10.1080/00029157.2015.1011465>
- Fan, L., Xue, D., Zhang, H., Liu, L., Zhang, Z., Zhang, B., Yang, L. et al. (2020, 18 Μαρτίου). Progress and prospect on imaging diagnosis of COVID-19. *Chin J AcadRadiol* ; 3(1): 4–13. Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <https://doi.org/10.1007%2Fs42058-020-00031-5>.
- FeidhmeannachtnaSeirbhise Slainte Health Service Executive. (2018). Guideline on the Management of Water Birth, HSE Home Birth Service.No.2.
Ανακτήθηκεαπο: 07-09-2022
<https://www.hse.ie/eng/services/list/3/maternity/hb013-water-birth-guide-line-hse-home-birth-service-2018.pdf>
- Gallo, R., Santana, L., Ferreira, C., Marcolin, A., Polineto, O., Duarte, P., Quintana, S. (2013, 5 Ιουνίου). Massage reduced severity of pain during labour: a randomised trial. *J Physiother*;59(2):109-16. Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου, 2022, από: [https://doi.org/10.1016/s1836-9553\(13\)70163-2](https://doi.org/10.1016/s1836-9553(13)70163-2).
- Haslinger, C., Burkhardt, T., Stoiber, B., Zimmermann, R., & Schäffer, L. (2015). Position at birth as an important factor for the occurrence of anal sphincter tears: A retrospective cohort study. *Journal of Perinatal Medicine*, 43(6), 715–720.
Ανακτήθηκεαπο: 07-09-2022 <https://doi.org/10.1515/jpm-2014-0172>

- Hawkins, J. (2010, 22 Απριλίου). Epidural analgesia for labor and delivery. *N Engl J Med* ;362(16):1503-10.. Ανακτήθηκε 6 Σεπτεμβρίου, 2022, από:
<https://doi.org/10.1056/nejmct0909254>.
- Health and Safety Executive (HSE). (2018). Manual handling risks to midwives associated with birthing pools: literature review and incident analysis
.Ανακτήθηκε από: 07-09-2022 <https://www.hse.gov.uk/research/rrhtm/rr1132.htm>
- Henderson, J., Burn, E., Regalia, L., Casarico, G., Boulton, G., & Smith, A. (2014). Labouring women who used a birthing pool in obstetric units in Italy: Prospective observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1),17.
<https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-17>
- Hewitt, J. (2017). Birthing Pool Positions Studies Of Using Water In Labour. Edellimmersys. Ανακτήθηκε από 07-09-2022
<https://www.edelimmersys.com/uk/birthing-pool-positions/>
- Himoto, Y., Sakata, A., Kirita, M., Hiroi, T., Kobayashi, K., Kubo, K., Kim, H. (2020, 30 Μαρτίου). Diagnostic performance of chest CT to differentiate COVID-19 pneumonia in non-high-epidemic area in Japan. *Jpn J Radiol*. ;38(5):400-406. Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου, 2022, από:
<https://doi.org/10.1007/s11604-020-00958-w>.
- Huber, D. (2015). *Considering Water Birth: A Guide to the Benefits and Risks of Giving Birth in Water (Natural Waterbirth Information)*.
- Hutchison, J., Heba, M., Hutchison, J. (2022, 29 Μαΐου). Stages of Labour. *StatPearls*. Ανακτήθηκε 6 Σεπτεμβρίου, 2022, από:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544290/>.
- Hulsbosch, L., Nyclicek, I., Potharst, E., Boekhorst, M., Pop, V. (2020, 23 Νοεμβρίου). Development of the Labor Pain Relief Attitude Questionnaire for pregnant women (LPRAQ-p). *BMC Pregnancy Childbirth* v.20;. Ανακτήθηκε 6 Σεπτεμβρίου, 2022, από:
[https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-03415-8#citeas::~:~:text=%2C%20718%20\(2020\).,-.https%3A//doi.org/10.1186/s12884%2D020%2D03415%2D8,-Download%20citation](https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-03415-8#citeas::~:~:text=%2C%20718%20(2020).,-.https%3A//doi.org/10.1186/s12884%2D020%2D03415%2D8,-Download%20citation).

- Imamura, P. S. U., & Susanti, S. S. A. M. E. (2018). The Effectiveness of Hypnobirthing in Reducing Anxiety Level During Delivery. The 2nd Joint International Conferences, 2(2), 559–562.
- J Ingelby RM. (2010). NHS East Cheshire: GUIDELINES FOR THE USE OF THE POOL DURING LABOUR AND DELIVERY. Ανακτήθηκε απο: 07-09-2022 <http://activebirthpools.com/wp-content/uploads/2016/11/East-Cheshire-Guidelines-for-use-of-water-birth-pool-1.pdf>
- Kang, Z., Li, X., Zhou, S. (2020, 19 Μαρτίου). Recommendation of low-dose CT in the detection and management of COVID-2019. *European Radiology volume 30, pages4356–4357*. Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00330-020-06809-6>.
- Kegel, M. (2020). *Empowered Pregnancy, with Principles of Self-Hypnosis, Calmness and Positivity for a Painless Childbirth*.
- Labor, S., Maguire, S. (2008, 1 Δεκεμβρίου). The Pain of Labour - Reviews in Pain, Volume: 2 issue: 2, page(s): 15-19. *British Journal of Pain*. Ανακτήθηκε 6 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <https://doi.org/10.1177%2F204946370800200205>.
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013, 08 Αυγούστου). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8. Ανακτήθηκε 06-09-2022 από: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub3>
- Leap, N., Sandall, J., Buckland, S., Huber, U. (2010, 28 Απριλίου). Journey to Confidence: Women's Experiences of Pain in Labour and Relational Continuity of Care. *Journal of Midwifery & Women's Health Volume 55, Issue 3, Pages 234-242*. Ανακτήθηκε 6 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2010.02.001>.
- Legiati, T., & Widiawati, I. (2017). Hypnobirthing Effect on the Level of Pain in Labor (Department of Public Health, Faculty of Sport Science, Universitas Negeri Semarang). Ανακτήθηκε απο: 07-09-2022 <https://doi.org/10.15294/kemas.v13i2.6732>

- Lemos, A., Amorim, M., D. de Andrade, A. de Souza, Filho, J., Correia, J. (2017, 26 Μαρτίου). Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 3, CD009124. Ανακτήθηκε 06-09-2022 από: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009124.pub3>
- Levett, K., Smith, C., Dahlen, H., Bensoussan, A. (2014, 13 Απριλίου). Acupuncture and acupressure for pain management in labour and birth: a critical narrative review of current systematic review evidence. *Complement Ther Med* ;22(3):523-40.. Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2014.03.011>.
- Liao, C., Lan, S., Yen, Y., Hsieh, Y., Lan, S. (2020, 15 Ιουλίου). Aromatherapy intervention on anxiety and pain during first stage labour in nulliparous women: a systematic review and meta-analysis. *J ObstetGynaecol* ; 41(1):21-31. Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1673707>.
- Liu, Y., Chang, M., Chen, C. (2010, 19 Απριλίου). Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers. *J Clin Nurs*. (7-8):1065-72. Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <https://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=IBECS&lang=e&nextAction=lnk&exprSearch=196671&indexSearch=ID#:~:text=doi%3A,j.enfcli.2019.11.056>.
- Midwives Alliance. (n.d.). Waterbirth Position Paper: MANA AND CFM POSITION STATEMENT ON WATER IMMERSION DURING LABOR AND BIRTH. Citizens for Midwifery. Ανακτήθηκε από: 07-09-2022(<https://mana.org/healthcare-policy/mana-homebirth-%20position-paper>)
- Moger, A. (2021). *Holistic Hypnobirthing: Mindful Practices for a Positive Pregnancy and Birth*.
- Nanji, J., Carvalho, B. (2020, 7 Μαρτίου). Pain management during labor and vaginal birth. *Best Pract Res Clin ObstetGynaecol* ;67:100-112.. Ανακτήθηκε 6 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.03.002>.

- Nuryanti, Y., Nisman, W., Siswosudarmo, R. (2016, 6 Ιουλίου). MANFAAT LATIHAN RELAKSASI HYPNOBIRTHING PADA PROSES PERSALINAN KALA I. *Journal of Indonesian National Nurses Association, Vol 1, No 3*. Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <http://dx.doi.org/10.32419/jppni.v1i3.30>.
- Nutter, E., Meyer, S., Shaw-Battista, J., & Marowitz, A. (2014). Waterbirth: An Integrative Analysis of Peer-Reviewed Literature. *Journal of Midwifery & Women's Health, 59*(3), 286–319. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12194>
- Parsa, P., Saeedzadeh, N., Roshanaei, G., Shobeiri, F., Hakemzadeh, F. (2017, 1 Μαρτίου). The Effect of Entonox on Labour Pain Relief among Nulliparous Women: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical and Diagnostic Research v.11*(3). Ανακτήθηκε 6 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <https://doi.org/10.7860/jcdr/2017/21611.9362>.
- Papoutsis, D., Antonakou, A., Gornall, A., & Tzavara, C. (2020). The Incidence of and Predictors for Severe Perineal Trauma and Intact Perineum in Women Having a Waterbirth in England: A Hospital-Based Study. *Journal of Women's Health. https://doi.org/10.1089/jwh.2019.8244*
- Paramasivam, T., Mariappan, U., & Mei Chan, C. (2020). Mixed-Method Pilot Study: Effectiveness of HypnoBirthing in Labour Outcomes. Ανακτήθηκε από: 07-09-2022 <https://doi.org/10.2478/9783110680041-001>
- Phelan, A., Katz, R., Gostin, L. (2020, 25 Φεβρουαρίου). The Novel Coronavirus Originating in Wuhan, China: Challenges for Global Health Governance. *JAMA. 25 ;323*(8):709-710.. Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.1097>.
- Raju, J., Singh, M. (2014, 19 Φεβρουαρίου). Effectiveness of Aromatherapy in Reducing Labour Pain and Duration of Labour among Primigravidas: A Pilot Study. *International Journal of Health Sciences and Research Volume: 4 / Issue: 2 / Pages: 124-128*. Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου, 2022, από: https://www.ijhsr.org/IJHSR_Vol4_Issue.2_Feb2014/IJHSR_Abstract.021.html.

- Ramnero, A., Kihlgren, M., Hanson, U. (2002, 22 Ιουνίου). Acupuncture treatment during labour--a randomised controlled trial. *BJOG* ;109(6):637-44. Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12118641/#:~:text=expand-.PMID%3A%2012118641,-Abstract>.
- Rashtchi, V., Maryami, N., Molaei, B. (2020, 30 Αυγούστου). Comparison of entonox and transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) in labor pain: a randomized clinical trial study. *J Matern Fetal Neonatal Med* ;35(16):3124-3128.. Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1813706>.
- Read, D., Gaskin, I. (2013). *Childbirth Without Fear: The Principles and Practice of Natural Childbirth*. [χ.τ.]: Pinter & Martin Ltd. Ανακτήθηκε 6 Σεπτεμβρίου, 2022, Δικτυακός τόπος: <https://Childbirth-Without-Fear-Principles-Practice/dp/1780660553>.
- Rosmiarti, RiskaMarlin, Murbiah . (2020, 20 Ιουνίου). Reduction of labour pain with back massage. *Enferm. clín. (Ed. impr.)* ; 30(supl.5): 209-212, tab. Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <https://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=IBECS&lang=e&nextAction=lnk&exprSearch=196671&indexSearch=ID#:~:text=doi%3A,j.enfcli.2019.11.056>.
- Rothan, H., Burarredy, S. (2020, 26 Φεβρουαρίου). The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J Autoimmun* ;109:102433.. Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>.
- Rothe, C., Schunk, M., Sothmann, P., Bretzel, G., Froeschl, G., Wallrauch, C., Zimmer, T. et al. (2020, 20 Ιανουαρίου). Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany. *N Engl J Med* ;382(10):970-971.. Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <https://doi.org/10.1056/nejmc2001468>.

- Shaw-Battista, J. (2017). Systematic Review of Hydrotherapy Research: Does a Warm Bath in Labor Promote Normal Physiologic Childbirth? *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 31(4), 303–316.
<https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000260>
- Schlaeger, J., Gabzdyl, E., Bussell, J., Takakura, N., Yajima, H., Takayama, M., Wilkie, D. (2016, 21 Δεκεμβρίου). Acupuncture and Acupressure in Labor. *J Midwifery Womens Health* ;62(1):12-28. Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12545>.
- Scott, A. (2014). HypnoBirthing Experience—Insider’s Guide to Safe, Healthy and Easier Childbirth (Busy Woman’s Natural Birth Series Book 2).
- Sheyklo, S., Hajebrahimi, S., Moosavi, A., Pournaghi-Azar, F., Azami-Aghdaz, S., Ghojzadeh, M. (2017, 25 Δεκεμβρίου). Effect of Entonox for pain management in labor: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Electron Physician*. ;9(12):6002-6009. Ανακτήθηκε 6 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <https://doi.org/10.19082/6002>.
- Tabatabaeichehr, M., Mortazavi, H. (2020, 30 Μαΐου). The Effectiveness of Aromatherapy in the Management of Labor Pain and Anxiety: A Systematic Review. *Ethiop J Health Sci* ;30(3):449-458. Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <https://doi.org/10.4314/ejhs.v30i3.16>.
- Trocado, V., Machado, J., Azevedo, L., Miranda, A., Silva, C. (2020, 7 Ιουλίου). Pregnancy and COVID-19: a systematic review of maternal, obstetric and neonatal outcomes. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, The Volume 35, 2022 - Issue 12*. Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1781809>.
- Veltman, L., & Doherty, D. (2013). Safety and underwater birth—What every risk manager should know. *Journal of Healthcare Risk Management*, 32(4), 16–24. Ανακτήθηκε από 07-09-2022 <https://doi.org/10.1002/jhrm.21106>
- Watkins, A. (2018). Exploring the Evidence for Water Birth. Ausmed. Ανακτήθηκε από: 07-09-2022 <https://www.ausmed.com/cpd/articles/water-birth>

- Weaver, H. (2014). Water Birth in the Hospital Setting. *Nursing for Women's Health*, 18(5), 365–369. Ανακτήθηκε από: 07-09-2022 <https://doi.org/10.1111/1751-486X.12144>
- Whitburn, L., Jones, L., Davey, A., Mc-Donald, S. (2018, 22 Απριλίου). The nature of labour pain: An updated review of the literature. *Women birth* 32(1):28-38. Ανακτήθηκε 6 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.03.004>
- WHO. (1999). «Care in normal birth: A practical guide». Geneva.
- Wong, C. (2009, 6 Οκτωβρίου). Advances in Labor Analgesia. *International Journal of Women's Health, Volume 1 Pages 139—154*. Ανακτήθηκε 6 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S4553>.
- WorldHealthOrganization, W. (1997, 22 Ιουλίου). Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. *Birth*;24(2):121-3. Ανακτήθηκε 6 Σεπτεμβρίου, 2022, από: PMID: 9271979. doi:10.1111/j.1523-536x.1997.00121.ppx
- World Health Organization. (2018). WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience :Definitions of the latent and active first stages of labour. Ανακτήθηκε 06-09-2022 από: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf?ua=1>
- Zhao, B., Kong, F., Aong, M., Yuasa, M, Nam, E. (2020, 13 Σεπτεμβρίου). Novel Coronavirus (COVID-19) Knowledge, Precaution Practice, and Associated Depression Symptoms among University Students in Korea, China, and Japan.*IntJ Environ Res Public Health* ;17(18):6671..Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <https://doi.org/10.3390/ijerph17186671>.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αβραμίδου, Α. (2018, 27 Ιανουαρίου). Η αποτελεσματικότητα της ύπνωσης (Hypnobirthing) κατά την διάρκεια του τοκετού ως εργαλείο διαχείρισης του πόνου.«*ΕΛΕΥΘΩ*»*University of West Attica*. Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου, 2022, από: <http://ejournals.uniwa.gr/index.php/eleutho/article/view/423>.
- Κατευθυντήρια Οδηγία ΕΜΓΕ, Νο 43, 2020 ανακτήθηκε από: https://hsog.gr/wp-content/uploads/2020/12/43_Covid_Guidelines.pdf
- Arizona Department of Health Services. GUIDELINES FOR WATER IMMERSION AND WATER BIRTH. (2016). Ανακτήθηκε απο: 07-09-2022 <https://www.azdhs.gov/documents/licensing/special/midwives/training/guidelines-for-water-immersion-water-birth.pdf>
- Charge Midwife Labour and Birthing. (2017). Water for Labour and Birth. Ανακτήθηκε απο: 07-09-2022 <https://nationalwomenshealth.adhb.govt.nz/assets/Womenshealth/Documents/Policies-and-guidelines/Water-for-Labour-and-Birth.pdf>
- NHS Frimley Health. (2021). Use of the Pool During Labour and Birth. Ανακτήθηκε από: 07-09-2022 <https://www.frimleyhealthandcare.org.uk/media/2318/pool-birth-guideline.pdf>
- Nierenberg, C., (2018). Vaginal Birth vs. C-Section: Pros & Cons. Livescience.Com. Ανακτήθηκε 06-09-2022 από: <https://www.livescience.com/45681-vaginal-birth-vs-c-section.html>
- Normal Delivery Vs Caesarean – Advantages & Disadvantages. (n.d.). Ανακτήθηκε 06-09-2022 από: <https://parenting.firstcry.com/articles/normal-delivery-vs-caesarean-advantages-disadvantages/>
- The Guideline Committee. Updated by Melanie Downie. (2021). Waterbirth. Version 6.0. NHS University Hospitals Plymouth. <https://www.google.com/search?q=The+Guideline+Committee.+Updated+by+Melanie+Downie.+2021.+Waterbirth.+Version+6.0.+NHS+University+Hospitals+Plymouth.&aq=The+Guideline+Committee.+Updated+by+Melanie+Downie.+2021.+Waterbirth.+Version+6.0.+NHS+University+Hospitals+Plymouth.&aq=chrome..69i57.3484j0j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8#:~:text=Waterbirth%20%2D%20University%20Hospitals,nhs.uk%20%2E%20%20>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΙΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το παρόν ερωτηματολόγιο, απευθύνεται σε όλες τις γυναίκες, που έχουν αποκτήσει παιδί στην Ελλάδα, είτε με φυσιολογικό τοκετό, είτε με καισαρική τομή. Η έρευνα αποτελεί τμήμα της πτυχιακής μου εργασίας και έχει ως σκοπό να μελετήσει τις μεθόδους ανακούφισης του πόνου, που χρησιμοποιήθηκαν, κατά τη διάρκεια του τοκετού.

Οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο που καλείστε να συμπληρώσετε, είναι αυστηρά ανώνυμες και θα αξιοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας. Να απαντήσετε στο ερωτηματολόγιο, με βάση την πιο πρόσφατη εμπειρία τοκετού σας.

Συμμετέχοντες έρευνας: Ζουμή Μαρία, Προπτυχιακή Φοιτήτρια Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας.

Ευχαριστώ για το χρόνο σας, η συμβολή σας είναι πολύτιμη.

ΕΡΩΤΗΣΗ 1

Ηλικία

- 18-24
- 25-30
- 31-40
- 40-55
- Άλλο

ΕΡΩΤΗΣΗ 2*

Μορφωτικό επίπεδο

- Ανώτατη Μόρφωση (ΑΕΙ/ΤΕΙ)
- Ανώτερη Μόρφωση (ΙΕΚ κτλ.)
- Απόφοιτος Γυμνασίου
- Απόφοιτος Δημοτικού
- Άλλο

ΕΡΩΤΗΣΗ 3

Πόσα παιδιά έχετε γεννήσει;

ΕΡΩΤΗΣΗ 4

Ποιά χρονολογία, γεννήσατε, κάθε τέκνο;

ΕΡΩΤΗΣΗ 5*

Πώς γεννήσατε;

- Κολπικά
- Κοιλιακά

ΕΡΩΤΗΣΗ 6

Αν γεννήσατε κοιλιακά, ποιά η αιτία;

ΕΡΩΤΗΣΗ 7*

Η περιοχή στην οποία γεννήσατε, αποτελείται απο:

- >50.000 κατοίκους
- <50.000 κατοίκους

ΕΡΩΤΗΣΗ 8*

Η γέννα σας έλαβε χώρα:

- Σε ιδιωτική κλινική
- Σε δημόσιο νοσοκομείο
- Στο σπίτι

ΕΡΩΤΗΣΗ 9*

Ποιό/Ποιά συναισθήματα βιώσατε, πριν απο την γέννηση του παιδιού σας;

- Φόβο
- Άγχος
- Ανικανότητα
- Ηρεμία
- Αισιοδοξία
- Ευχαρίστηση
- Ανυπομονησία
- Άλλο

ΕΡΩΤΗΣΗ 10*

Ποιό/Ποιά συναισθήματα βιώσατε, κατά τη διάρκεια του τοκετού σας;

- Φόβο
- Άγχος
- Ανικανότητα
- Ηρεμία
- Αισιοδοξία
- Ευχαρίστηση
- Ανυπομονησία
- Άλλο

ΕΡΩΤΗΣΗ 11

Είχατε παρακολουθήσει μαθήματα προετοιμασίας τοκετού, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σας;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

ΕΡΩΤΗΣΗ 12*

Σχεδιάσατε το πλάνο τοκετού σας, με τη μαία ή το γυναικολόγο σας;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ
- ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ, ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΠΛΑΝΟ ΤΟΚΕΤΟΥ

ΕΡΩΤΗΣΗ 13*

Υπάρχουν οι παρακάτω μέθοδοι ανακούφισης του πόνου: 1.Αναπνοές 2.Υπνωση (Hypnobirthing) 3.Αρωματοθεραπεία-Βοτανοθεραπεία 4.Βελονισμός 5.Εναλλακτικές θέσεις και στάσεις 6.Μασάζ 7.Μουσική 8.Τοκετός στο νερό 9.Επισκληρίδιος-Ραχιαία 10.Entonox 11.Tens διαθερμία 12.Ενέσεις διάχυσης νερού (Water for injection)

Γνωρίζετε κάποια από αυτές τις μεθόδους;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

ΕΡΩΤΗΣΗ 14

Αν γνωρίζετε, κάποια από τις παραπάνω μεθόδους ανακούφισης του πόνου, από ποιόν, ενημερωθήκατε;

- Από τον γιατρό
- Από τη μαία

- Από κάποιο συγγενικό πρόσωπο
- Από το διαδίκτυο
- Άλλο

ΕΡΩΤΗΣΗ 15*

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σας, ενημερωθήκατε για τις μεθόδους ανακούφισης του πόνου, που θα μπορούσατε να χρησιμοποιήσετε στη γέννα σας;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

ΕΡΩΤΗΣΗ 16*

Χρησιμοποιήσατε στη γέννα σας, κάποια από τις παρακάτω μεθόδους ανακούφισης;

- Αναπνοές
- Ύπνωση (Hypnobirthing)
- Αρωματοθεραπεία – Βοτανοθεραπεία
- Βελονισμός
- Εναλλακτικές θέσεις και στάσεις
- Μασάζ
- Μουσική
- Τοκετός στο νερό
- Επισκληρίδιος – Ραχιαία
- ENTONOX
- Tens διαθερμία
- Ενέσεις διάχυσης νερού (Water for injection)

ΕΡΩΤΗΣΗ 17

Ποιός, απο τους παρακάτω σας ενθάρρυνε, να χρησιμοποιήσετε τις μεθόδους ανακούφισης;

- Ο ιατρός
- Ο μαιευτής/ μαία
- Και οι δύο
- Κανείς από τους δύο

ΕΡΩΤΗΣΗ 18

Κατά τη διάρκεια του τοκετού σας, ποιός από τους παρακάτω, σας παρείχε υποστήριξη;

- Μαιευτήρας
- Μαία
- Σύζυγος
- Συγγενής
- Φίλος/Φίλη

ΕΡΩΤΗΣΗ 19*

Ποιά από τις παρακάτω μεθόδους ανακούφισης, θα διαλέγατε σε επόμενη πιθανή εγκυμοσύνη;

- Αναπνοές
- Ύπνωση (Hypnobirthing)
- Αρωματοθεραπεία – Βοτανοθεραπεία
- Βελονισμός
- Εναλλακτικές θέσεις και στάσεις
- Μασάζ
- Μουσική
- Τοκετός στο νερό

- Επισκληρίδιος – Ραχιαία
- ENTONOX
- Tens διαθερμία
- Ενέσεις διάχυσης νερού (Waterforinjection)

ΚΛΙΜΑΚΑ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑΣ

- 1= ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ
- 2= ΠΟΛΥ
- 3= ΜΕΤΡΙΑ
- 4= ΛΙΓΟ
- 5= ΚΑΘΟΛΟΥ

ΕΡΩΤΗΣΗ 20*

Η μαία σας, ήταν όσο υποστηρικτική, θα θέλατε;

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

ΕΡΩΤΗΣΗ 21*

Ο μαιευτήρας σας, ήταν όσο υποστηρικτικός, θα θέλατε;

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

ΕΡΩΤΗΣΗ 22

Ο χώρος γύρω σας, σας δημιουργούσε ευχάριστα συναισθήματα;

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

ΕΡΩΤΗΣΗ 23*

Ο γιατρός σας, σας ενθάρρυνε να περπατήσετε και να χρησιμοποιήσετε, όποια στάση σας βολεύει;

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

ΕΡΩΤΗΣΗ 24*

Η μαία σας, σας ενθάρρυνε να περπατήσετε και να χρησιμοποιήσετε, όποια στάση σας βολεύει;

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

ΕΡΩΤΗΣΗ 25*

Προσπάθησε η μαία σας, να σας χαλαρώσει κάνοντας σας μασάζ ή ενθαρρύνοντας σας να κάνετε, ένα γλιαρό ντους;

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

ΕΡΩΤΗΣΗ 26*

Ο γιατρός σας, σας πρότεινε να χρησιμοποιήσετε, φυσικές μεθόδους ανακούφισης του πόνου (π.χ αναπνοές);

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

ΕΡΩΤΗΣΗ 27*

Η μαία σας, σας πρότεινε να χρησιμοποιήσετε, φυσικές μεθόδους ανακούφισης του πόνου;

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

ΕΡΩΤΗΣΗ 28

Η εμπειρία του τοκετού σας, ήταν σύμφωνα με τις προσδοκίες σας;

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Εικόνα 1	Σελίδα, 20
Εικόνα 2	Σελίδα, 24
Εικόνα 3	Σελίδα, 24
Εικόνα 4	Σελίδα, 24
Εικόνα 5	Σελίδα, 31
Εικόνα 6	Σελίδα, 49
Εικόνα 7	Σελίδα, 55
Εικόνα 8	Σελίδα, 56
Εικόνα 9	Σελίδα, 59
Εικόνα 10	Σελίδα, 60
Εικόνα 11	Σελίδα, 63
Εικόνα 12	Σελίδα, 80
Εικόνα 13	Σελίδα, 101
Εικόνα 14	Σελίδα, 107
Εικόνα 15	Σελίδα, 108
Εικόνα 16	Σελίδα, 110