



**Τμήμα Μαιευτικής
Σχολή Επιστημών Υγείας**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:
«Εναλλακτικές μέθοδοι φυσικού τοκετού - Τοκετός στο
νερό»**

Όνοματεπώνυμο : Κοσκερίδου Αλίκη

A.M.: 01577



ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Παπουτσής Δημήτριος

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή : Κλάζογλου Παρασκευή, Χαντζή Στυλιανή

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα2

ΠΕΡΙΛΗΨΗ4

ABSTRACT4

ΠΡΟΛΟΓΟΣ5

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ 5

ΔΗΛΩΣΗ ΛΟΓΟΚΛΟΠΗΣ5

ΕΙΣΑΓΩΓΗ6

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΤΟΚΕΤΟΣ7

- 1.1. Ο φυσικός τοκετός7
- 1.2. Πρώτο στάδιο8
- 1.3. Δεύτερο στάδιο9
- 1.4. Τρίτο στάδιο9
- 1.5. Επισκληρίδιος ανακούφιση από τον πόνο στον τοκετό10
- 1.6. Ο ρόλος της μαίας12

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ:ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΤΟΚΕΤΟΥ15

- 2.1.Παρουσίαση των εναλλακτικών μεθόδων15

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Τοκετός στο νερό19

- 3.1.Προσέγγιση της διαδικασίας19
- 3.2. Πόνος – αναλγησία21
- 3.3. Ψυχοσύνθεση μητέρας23
- 3.4.Ενδείξεις, αντενδείξεις24
- 3.5 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα28

4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ46

- 4.1 Μεθοδολογία46
- 4.2.Αποτελέσματα έρευνας46

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ70

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ73

Παράρτημα81

Εικόνα 1 Στάδια του τοκετού	9
Εικόνα 2 Η επισκληρίδιος αναλγησία.....	11
Εικόνα 3 Μαία.....	12
Εικόνα 4 Μαία σε τοκετό στο σπίτι	14
Εικόνα 5 Φυσικός τοκετός	15
Εικόνα 6 Τοκετός στο σπίτι	16
Εικόνα 7 Γέννα στο σπίτι και στο νερό.....	18
Εικόνα 8 τοκετός στο νερό	20
Εικόνα 9 Οφέλη και κίνδυνοι του τοκετού στο νερό.....	27

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία επιχειρήσαμε μια προσέγγιση του τοκετού στο νερό ως εναλλακτική μέθοδο φυσικού τοκετού. Αρχικά θεωρήσαμε σκόπιμο να γίνει σύντομη αναφορά στον τοκετό και συγκεκριμένα στα στάδια που περιλαμβάνει, στην αναλγησία και το ρόλο της μαίας. Στη συνέχεια παρουσιάζουμε τις εναλλακτικές μεθόδους του τοκετού στη διαχρονική τους πορεία καθώς και τις περιπτώσεις που η κάθε μία από αυτές ενδείκνυται για εφαρμογή, τις τεχνικές που ακολουθούνται και τις προϋποθέσεις που απαιτούνται ώστε η γέννηση ενός νεογνού να πληροί όρους ασφάλειας για τη μητέρα και το ίδιο το παιδί που γεννιέται. Στη συνέχεια η παρούσα εργασία εμβαθύνει στον τοκετό στο νερό. Συγκεκριμένα παρουσιάζεται η διαδικασία, οι τρόποι αναλγησίας, οι ενδείξεις και αντενδείξεις, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της. Αναφορά γίνεται και στην ψυχοσύνθεση της μητέρας. Τέλος παραθέτουμε τα αποτελέσματα από την διεξαγωγή της έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε γυναίκες που γέννησαν ή επρόκειτο να γεννήσουν στο νερό, μέσω ενός ερωτηματολογίου. Καταλήγοντας στα οφέλη του τοκετού στο νερό τόσο για τις μητέρες όσο και τα νεογνά.

ABSTRACT

In this paper we have attempted an approach to childbirth in water as an alternative method of natural childbirth. Initially, we considered it appropriate to make a brief reference to childbirth and specifically to the stages it involves, to analgesia and the role of the midwife, safety for the mother and the child himself born. Then the present work delves deeper into childbirth in water. In particular, the procedure, the ways of analgesia, the indications and contraindications, its advantages and disadvantages are presented. Finally, we present the results from the conduct of the research carried out on women who gave birth or were about to give birth in water, through a questionnaire.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα Διπλωματική Εργασία εκπονήθηκε κατά τη θερινή περίοδο του Ακαδημαϊκού Έτους 2021-2022 , στα πλαίσια του Προπτυχιακού Προγράμματος του τμήματος Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας.

Η εργασία πραγματοποιήθηκε υπό την επίβλεψη του κ. Δημητρίου Παπουτσή, Επίκουρου Καθηγητή του τμήματος Μαιευτικής του Π.Δ.Μ.

Αντικείμενο της εργασίας αποτελούν οι εναλλακτικές μέθοδοι φυσικού τοκετού και συγκεκριμένα ο τοκετός στο νερό.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν στην εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας.

Οφείλω να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες προς τον επιβλέποντα της εργασίας, Επίκουρο Καθηγητή κ. Δημήτριο Παπουτσή, για την καθοδήγηση του, και την πολύτιμη βοήθεια που προσέφερε σε κάθε στάδιο εκπόνησης της.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια και τους φίλους μου, για την κατανόηση και συμπαράσταση που έδειξαν ολόκληρη την περίοδο εκπόνησης της εργασίας αυτής.

ΔΗΛΩΣΗ ΛΟΓΟΚΛΟΠΗΣ

Με πλήρη επίγνωση των συνεπειών του νόμου περί πνευματικών δικαιωμάτων, δηλώνω ότι είμαι αποκλειστική συγγραφέας της παρούσας Διπλωματικής 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.

Δηλώνω ,συνεπώς ότι αυτή η Διπλωματική 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.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο πρώτος γνωστός ευρωπαϊκός τοκετός στο νερό συνέβη στη Γαλλία το 1803, όταν μια γυναίκα έτοιμη να γεννήσει εισήλθε σε λουτρό ζεστού νερού και γέννησε λίγο αργότερα ενώ ήταν ακόμα βυθισμένη στο νερό (Balaskas, 2004). Σε άλλα μέρη του κόσμου οι γυναίκες γεννούν σε ποτάμια ή στη θάλασσα, όπως στη Ρωσία και τη Νότιο Αμερική (Balaskas, 2004). Από τις αρχές της δεκαετίας του 1980, οι γυναίκες σε όλο τον κόσμο άρχισαν να ζητούν να χρησιμοποιήσουν τη βύθιση σε ζεστό νερό κατά τη διάρκεια του τοκετού για να διευκολυνθούν στην αντιμετώπιση των συστολών τους. Το 1992, η επιτροπή House of Representatives (1992) συνέστησε στα νοσοκομεία, όπου είναι εφικτό, να διαθέτουν πισίνα για τοκετό για τις γυναίκες που θέλουν να τη χρησιμοποιούν για την ανακούφιση από τον πόνο. Ωστόσο, η καθιέρωση της συγκεκριμένης υπηρεσίας στις γυναικολογικές κλινικές χωρίς ισχυρά, επιστημονικά στοιχεία οδήγησε τους υποστηρικτές να εξυμνούν τις αρετές του τοκετού στο νερό, αγνοώντας παράλληλα τις ανησυχίες που δημιουργούνται (Schroeter, 2004).

Έχουν περάσει είκοσι χρόνια από τότε που έγινε για πρώτη φορά η πρόταση ότι οι κλινικές θα πρέπει να παρέχουν εγκαταστάσεις ύπαρξης πισίνας για γέννα (DH, 1992), ενώ ταυτόχρονα έχουν δημοσιευθεί διάφορα έγγραφα που υποστηρίζουν τη χρήση πισίνων για τους τοκετούς (Shribman, 2007, NCCWCH, 2007, RCM/RCOG, 2006), αλλά η ασφάλεια για το νεογνό παραμένει ανεκτίμητη.

Σε αυτή την εργασία σκοπός είναι να συλλεχθούν και να καταγραφούν μέσα από βιβλιογραφική ανασκόπηση πληροφορίες ως προς τον φυσικό τοκετό στο νερό, ως εναλλακτική μορφή τοκετού. Στο πρώτο κεφάλαιο θα γίνει μια γενική αναφορά στη διαδικασία του τοκετού. Στο δεύτερο κεφάλαιο η εργασία θα επικεντρωθεί στις εναλλακτικές μορφές τοκετού. Στο τρίτο κεφάλαιο θα γίνει αναφορά στη διαδικασία τοκετού στο νερό, αναλύοντας τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του. Τέλος στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η διεξαγωγή της έρευνας της εργασίας. Η συγκεκριμένη έρευνα έχει στόχο να διερευνήσει τις απόψεις των γυναικών/ μητέρων ως προς την εναλλακτική μορφή τοκετού στο νερό.

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΤΟΚΕΤΟΣ

1.1. Ο φυσικός τοκετός

Ο φυσικός τοκετός είναι ο τοκετός χωρίς ιατρικές παρεμβάσεις ρουτίνας, ιδιαίτερα αναισθησία . Ο φυσικός τοκετός προέκυψε σε αντίθεση με το τεχνο-ιατρικό μοντέλο του τοκετού , ο οποίος τα τελευταία χρόνια έχει κερδίσει αρκετή δημοτικότητα. Ο φυσικός τοκετός προσπαθεί να ελαχιστοποιήσει την ιατρική παρέμβαση, ιδιαίτερα τη χρήση αναισθητικών φαρμάκων και χειρουργικών παρεμβάσεων όπως περινεοτομής, εμβρυουλκίες και καισαρική τομή . Ο φυσικός τοκετός μπορεί να συμβεί με τη βοήθεια ενός γιατρού ή μιας μαίας που παρακολουθεί τη γέννηση στο νοσοκομείο , μιας μαίας που παρακολουθεί τον τοκετό στο σπίτι ή με καμία βοήθεια. Ο όρος «φυσικός τοκετός» επινοήθηκε από τον μαιευτήρα Grant Dick-Read κατά τη δημοσίευση του βιβλίου του *Φυσικός τοκετός* στη δεκαετία του 1930, το οποίο ακολουθήθηκε από το *Τοκετός χωρίς φόβο του 1942* . (Deitra, 2013)

Στο βιβλίο, ο Dick-Read όρισε τον φυσικό τοκετό ως την απουσία οποιασδήποτε παρέμβασης που διαφορετικά θα διαταράσσει την ακολουθία του τοκετού. Το βιβλίο υποστήριξε ότι λόγω των «πολιτισμένων» βρετανών γυναικών που φοβούνται τη γέννηση, ο ρυθμός γεννήσεων έπεφτε και αν οι γυναίκες δεν φοβόντουσαν τη γέννα, ο τοκετός θα ήταν ευκολότερος, καθώς ο φόβος δημιουργεί ένταση η οποία, με τη σειρά της, προκαλεί πόνο. Το 1942, ο Dick-Read δημοσίευσε την *Αποκάλυψη του Τοκετού* (η οποία αργότερα επανατιτλοδοτήθηκε ως *Τοκετός χωρίς Φόβο*), υποστηρίζοντας τον φυσικό τοκετό, το οποίο έγινε διεθνές best seller. Στα τέλη της δεκαετίας του 1940, έφερε τις ιδέες του στην Αμερική, αλλά είδε παρόμοιες ιδέες με διαφορετικά ονόματα - «γέννηση χωρίς πόνο» και «προετοιμασμένος τοκετός» - που είχαν ήδη διαδοθεί. Η έννοια του φυσικού τοκετού στηρίζεται στην ιδέα ότι η συγχώνευση φυσιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών πτυχών της αναπαραγωγής θα δημιουργούσε την καλύτερη ολοκληρωμένη φροντίδα. Πολλές γυναίκες θεωρούν ότι η φυσική γέννα ενδυναμώνει και δίνει στις γυναίκες μεγαλύτερο έλεγχο στη διαδικασία, πηγαίνοντας ενάντια στο πατερναλιστικό ιατρικό ίδρυμα. Μελέτες δείχνουν ότι η επαφή δέρματος μεταξύ μιας μητέρας και του νεογέννητου αμέσως μετά τη γέννηση είναι ευεργετική τόσο για τη μητέρα όσο και για το νεογνό. Μια ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας διαπίστωσε ότι η επαφή δέρματος μεταξύ μητέρων και νεογνών μετά τη

γέννηση μειώνει το κλάμα, βελτιώνει την αλληλεπίδραση μητέρων-νεογνών και βοηθά τις μητέρες να θηλάσουν με επιτυχία. Συνίσταται επίσης να επιτρέπεται στα νεογνά να συνδέονται με τη μητέρα κατά τις δύο πρώτες ώρες μετά τη γέννησή τους, την περίοδο που ακόμη δεν έχουν κοιμηθεί από ό,τι τις επόμενες ώρες της πρώιμης ζωής(WHO, 1999).

Αντί για ιατρικές παρεμβάσεις, μια ποικιλία μη επεμβατικών μεθόδων χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια του φυσικού τοκετού για την ανακούφιση του πόνου της μητέρας. Πολλές από αυτές τις τεχνικές τονίζουν τη σημασία της «σύνδεσης νου-σώματος», την οποία ο τοκετός δεν έχει. Άλλες προσεγγίσεις περιλαμβάνουν κίνηση, περπάτημα και διαφορετικές θέσεις (για παράδειγμα, χρησιμοποιώντας μία birthing ball), θεραπεία με ζεστό και κρύο (για παράδειγμα, με τη χρήση θερμών κομπρεσών ή/και ψυχρών επιθεμάτων) και τη λήψη προσωπικής υποστήριξης τοκετού όπως αυτή που παρέχεται από μια μαία ή μία βοηθό μητρότητας. Ωστόσο, οι υποστηρικτές του φυσικού τοκετού υποστηρίζουν ότι ο πόνος είναι ένα φυσικό και απαραίτητο μέρος της διαδικασίας τοκετού και δεν πρέπει αυτόματα να θεωρείται εντελώς αρνητικός. Σε αντίθεση με τον πόνο του τραυματισμού και της νόσου, πιστεύουν ότι ο πόνος κατά τον τοκετό είναι ένα σημάδι ότι το γυναικείο σώμα λειτουργεί όπως πρέπει.(Κρεατσάς, 2009)

Οι θέσεις γεννήσεων που προτιμώνται στον φυσικό τοκετό, όπως στα τέσσερα ή με βαθύ κάθισμα, έρχονται σε αντίθεση με τη θέση της λιθοτομίας (γυναίκα στο νοσοκομειακό κρεβάτι στην πλάτη της με τα πόδια σε αναβολείς), η οποία έχει αποδειχθεί με συνέπεια ότι επιβραδύνει και περιπλέκει τον τοκετό (Ten, 2009).

1.2. Πρώτο στάδιο

Το πρώτο στάδιο του τοκετού περιλαμβάνει την λανθάνουσα και ενεργητική φάση τοκετού. Μια γυναίκα μπορεί να βρίσκεται στο στάδιο της λανθάνουσας φάσης τοκετού για μερικές ώρες ή μέρες, ειδικά την πρώτη φορά. Μπορεί να θέλει να περάσει αυτόν τον χρόνο στο σπίτι ή όπου είναι πιο άνετα. Όταν βρίσκονται οι γυναίκες σε ενεργό τοκετό, ο φροντιστής τους μπορεί να τους πει να κατευθυνθούν στο νοσοκομείο.

Κατά τη διάρκεια του πρώτου σταδίου του τοκετού, ο τράχηλος αρχίζει να ανοίγει ή να διαστέλλεται. Μπορεί να αισθάνονται οι γυναίκες δυνατές και κανονικές συστολές που έρχονται κάθε 5 έως 20 λεπτά και διαρκούν 30 έως 60 δευτερόλεπτα. Μπορεί να παρατηρήσουν αιμορραγία από τον κόλπο στην αρχή του τοκετού. Κατά τη διάρκεια του ενεργού τοκετού οι συστολές γίνονται πιο δυνατές, με περιοδικότητα και πιο επώδυνες. Μπορεί να υπάρχει πολύ λίγος χρόνος για να χαλαρώσουν μεταξύ των συστολών. Μπορεί να αισθάνονται πίεση στο κάτω μέρος της πλάτης και ο τράχηλος διαστέλλεται πλήρως στα 10 εκατοστά. (Ghodsi, 2012)

1.3. Δεύτερο στάδιο

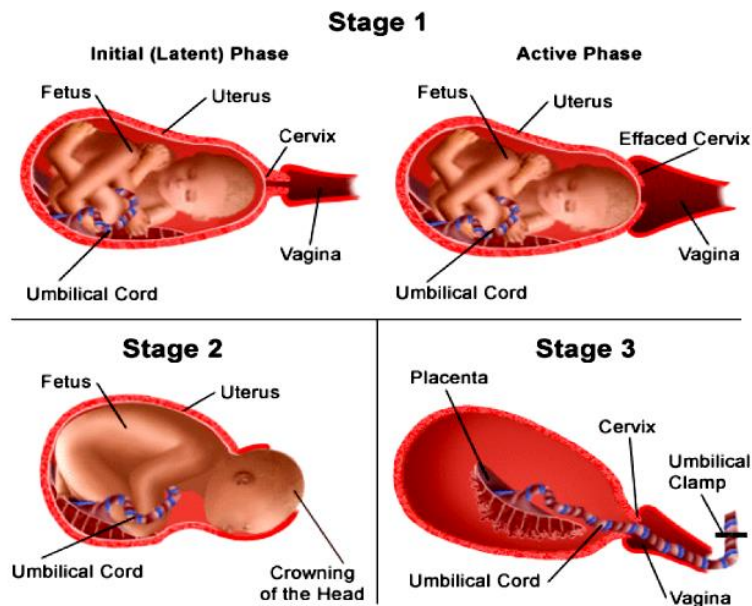
Μετά την πλήρη διαστολή του τραχήλου, ξεκινάει το δεύτερο στάδιο. Αυτό το στάδιο, μπορεί να διαρκέσει έως και 20 λεπτά ή έως και αρκετές ώρες, ειδικά για εκείνες που γεννούν για πρώτη φορά.

- Μπορεί να αισθάνονται πίεση στο ορθό από το κεφάλι του μωρού που κινείται κάτω από το κανάλι γέννησης.
- Μπορεί να αισθάνονται την επιθυμία να εξωθήσουν.
- Ο γιατρός/μαία μπορεί να κάνει περινεοτομή. Αυτό είναι ένα μικρό κόψιμο που γίνεται στο άνοιγμα του κόλπου για να βοηθήσει το νεογνό να βγει έξω.
- Το κεφάλι του νεογνού αρχίζει να εμφανίζεται.
- Ο γιατρός/μαία οδηγεί το νεογνό έξω από το κανάλι γέννησης.
- Το νεογνό γεννιέται και κόβεται ο ομφάλιος λώρος. (Ghodsi, 2012)

1.4. Τρίτο στάδιο

Κατά το τρίτο στάδιο του τοκετού, εξάγεται και ο πλακούντας. Ο πλακούντας μεγάλωσε στη μήτρα και τροφοδότησε το μωρό με οξυγόνο μέσω του ομφάλιου λώρου. Μπορεί να χρειαστούν 5 έως 30 λεπτά για να απελευθερωθεί ο πλακούντας. Οι συστολές ξεκινούν 5 έως 10 λεπτά μετά τη γέννηση. Κατά τη διάρκεια αυτής της

περίοδου δεν είναι ασυνήθιστο για τις γυναίκες να βιώνουν ρίγη ή τρέμουλο. (Ghodsi, 2012)



Εικόνα 1 Στάδια του τοκετού (πηγή:

<http://mstcparamedic.pbworks.com/w/page/21902870/Stages%20of%20Labor>)

1.5. Επισκληρίδιος ανακούφιση από τον πόνο στον τοκετό

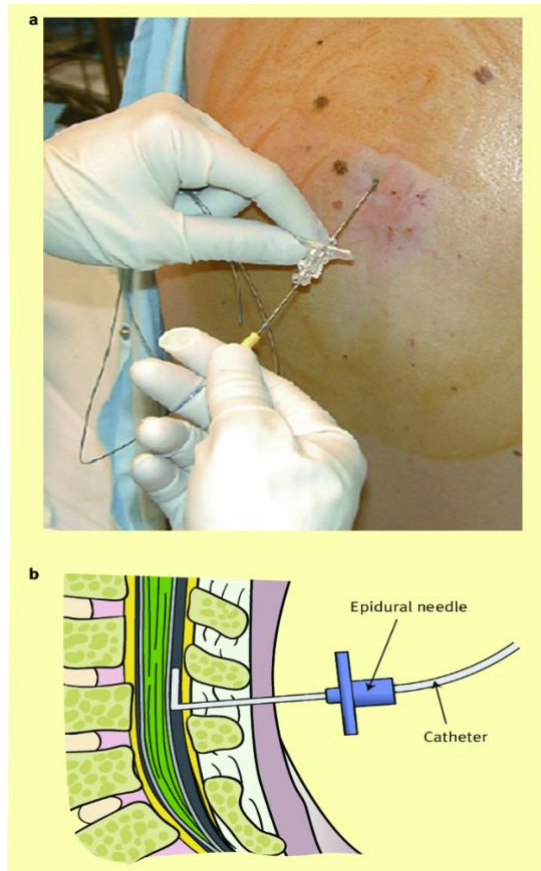
Η επισκληρίδιος τεχνική μπορεί να επιτρέψει μικρότερη επίπτωση και έκταση της μητρικής υπότασης. Η επισκληρίδιος τεχνική είναι η πιο συνηθισμένη τεχνική που χρησιμοποιείται για την αναλγησία στον τοκετό λόγω της σχετικής ταχείας αισθητηριακής αναλγησίας με ελάχιστο κινητικό αποκλεισμό. Η βουπιβακαΐνη παρέχει εξαιρετική ανακούφιση από τον πόνο κατά τη διάρκεια του τοκετού και εξακολουθεί να είναι το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο τοπικό αναισθητικό στη μαιευτική αναλγησία. Ωστόσο, είναι πιθανόν να μπλοκάρει η κυκλοφορία του κεντρικού νευρικού συστήματος, ενώ η καρδιακή τοξικότητα από τυχαία ενδοφλέβια ένεση υψηλής δόσης είναι κλινικά ανεπιθύμητα ειδικά για μαιευτικούς ασθενείς. Πολλοί παράγοντες όπως η ηλικία κύησης, οι ρήξεις των μεμβρανών, η διάταση του τραχήλου της μήτρας μπορούν να επηρεάσουν την ένταση του πόνου. Ο βαθμός του κινητικού αποκλεισμού κατά την επισκληρίδιο αναλγησία εξαρτάται όχι μόνο από το φάρμακο

που χρησιμοποιείται αλλά και από τη σωρευτική δόση του τοπικού αναισθητικού. Η επισκληρίδιος αναλγησία παρέχει αποτελεσματική ανακούφιση από τον πόνο κατά τη διάρκεια του τοκετού και δεν έχει σημαντικές δυσμενείς επιπτώσεις στο βρέφος και την έκβαση του τοκετού . (James, 2012)

Η επισκληρίδιος αναλγησία χρησιμοποιείται με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα από τη δεκαετία του 1960. Η εισαγωγή επισκληριδίων χαμηλής δόσης χαμηλών αναισθητικών για τη διατήρηση του τοκετού, καθώς και η χρήση ελεγχόμενης από τον ασθενή επισκληρίδιας αναλγησίας εντός του τοκετού μείωσε τη χρήση τοπικού αναισθητικού και ελαχιστοποίησε τις παρενέργειές της . Σε ορισμένες μελέτες, η επισκληρίδιος αναλγησία αυξάνει τη διάρκεια του δεύτερου σταδίου, του ποσοστού των υποβοηθούμενων τοκετών από τον κόλπο , όπως και την πιθανότητα πυρετού της μητέρας. Αν και οι γυναίκες που λαμβάνουν επισκληρίδιο αναλγησία κατά τη διάρκεια του τοκετού είναι πιο πιθανό να προχωρήσουν σε καισαρική τομή, υπάρχουν λίγα στοιχεία που υποδηλώνουν ότι ευθύνεται η ίδια η επισκληρίδιος. Υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην επισκληρίδιο αναλγησία και το αποτέλεσμα της γέννας, αλλά αυτό πιθανώς δεν είναι αιτιολογικό. Η επισκληρίδιος έχει αποδειχθεί σταθερά ότι παρέχει ανώτερη αναλγησία σε σύγκριση με τη μη επισκληρίδιο αναλγησία για τον πόνο στο τοκετό, αν και αυτό δεν σχετίζεται πάντα με μεγαλύτερη μητρική ικανοποίηση. Η αναλγησία μπορεί εύκολα να μετατραπεί σε αναισθησία αυξάνοντας την τοπική συγκέντρωση αναισθητικού, διευκολύνοντας την καισαρική τομή. Επηρεάζει τη λειτουργία κίνησης που οδηγεί σε αδυναμία των κάτω άκρων, ενώ η μείωση της συγκέντρωσης και η προσθήκη οπιούχου παρέχει καλή ανακούφιση από τον πόνο. (Bamigboye & Holfmeyer, 2010)

Η επισκληρίδιος βέβαια διαθέτει και κάποια πιθανά μειονεκτήματα. Επί αποτυχίας της επισκληριδίου, (αν γίνει ενδοραχιαία), τότε το άτομο μπορεί να έχει για λίγο καιρό πονοκεφάλους. Αυτό μπορεί να θεραπευτεί στις περισσότερες περιπτώσεις με αυτόλογο επισκληρίδιο έμπλαστρο αίματος. Οι θρόμβοι αίματος στον επισκληρίδιο χώρο πιθανώς θα λειτουργήσουν σφραγίζοντας τη διαρροή εγκεφαλονωτιαίου υγρού, αποκαθιστώντας έτσι την ενδοκρανική πίεση. Η κατακράτηση ούρων μετά από επισκληρίδιο αποτρέπεται καλύτερα με προσοχή στην εκκένωση της ουροδόχου κύστης. Οι τεχνικές και τα φάρμακα επισκληρίδιας εργαστηριακής αναλγησίας έχουν προχωρήσει για να παρέχουν πιο προβλέψιμη και αποτελεσματική αναλγησία τοκετού. Σήμερα είναι δυνατόν να βιώνεται ο τοκετός χωρίς πόνο με ελάχιστες

παρενέργειες τόσο στη μητέρα όσο και στο έμβryo, διατηρώντας παράλληλα τη μητρική αυτονομία.



Εικόνα 2 Η επισκληρίδιος αναλγησία

(https://www.google.com/search?q=epidural&sxsrf=ALiCzsbE56R8LoxsuqIHplfo4IttLceL5g:1663057670166&source=Inms&tbn=isch&sa=X&ved=2ahUKEwiV667NrJH6AhW4g_0HHUWnDOgQ_AUoAXoECAIQAw&biw=1920&bih=937&dpr=1#imgrc=2fwWgZ9Qrd788M)

1.6. Ο ρόλος της μαίας

Μαίες είναι οι φροντιστές υγειονομικής περίθαλψης που συνεργάζονται με γυναίκες και οικογένειες για να παρέχουν μια σειρά υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Οι μαίες λειτουργούν σε ποικίλους χώρους υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων κέντρων υγείας, νοσοκομείων, κέντρων γέννησης, ακόμη και στο σπίτι. Ενώ πολλοί πιστεύουν ότι ο ρόλος της μαίας είναι στη διαδικασία της γέννησης, κάνουν πολύ περισσότερα. Εκτός από την προγεννητική και γεννητική φροντίδα, προσφέρουν επίσης γυναικολογική φροντίδα (ετήσιες εξετάσεις και επισκέψεις σε προβλήματα), διενεργούν εξετάσεις για σεξουαλικά μεταδιδόμενες

λοιμώξεις και συνεισφέρουν στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Επίσης μπορούν να συνταγογραφήσουν φάρμακα. Παρέχουν επίσης φροντίδα αντισύλληψης, συμπεριλαμβανομένης της εισαγωγής IUD και του αντισυλληπτικού εμφυτεύματος. Λειτουργούν συνήθως ανεξάρτητα, ωστόσο, συνεργάζονται με γιατρούς, όπως απαιτείται για την παροχή φροντίδας σε γυναίκες υψηλότερου κινδύνου. Σε γενικές γραμμές, οι μαίες παρακολουθούν γεννήσεις σε νοσοκομεία, κέντρα γέννησης και στο σπίτι της γυναίκας. (Επιστημονική Εταιρεία Μαιών Ελλάδας «ΜΑΙΕΥΣΗ»)



Εικόνα 3 Μαία

(ΠΗΓΗ: <https://healthcharity.wales/celebrating-our-midwives-on-international-day-of-the-midwife/>)

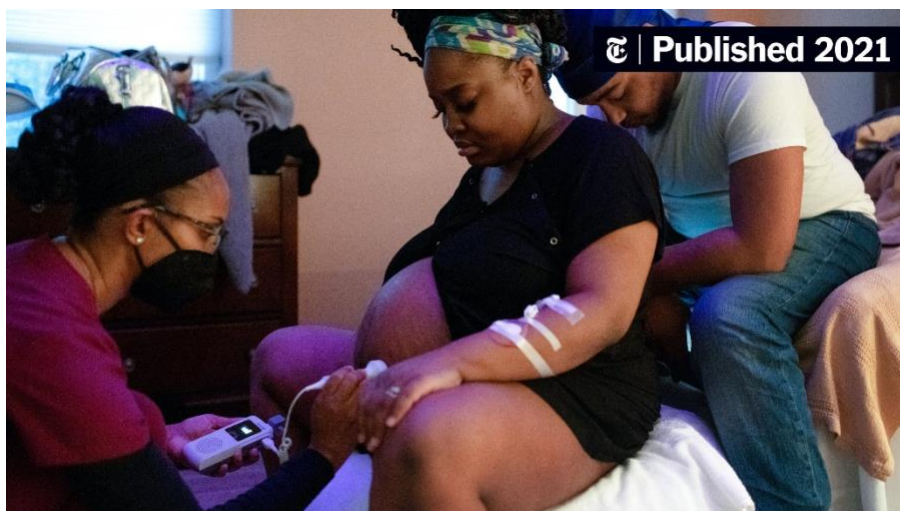
Οι μαίες θεωρούν την εγκυμοσύνη και τη γέννηση ως φυσιολογικές και υγιείς διαδικασίες ζωής. Οι μαίες ειδικεύονται στην υποστήριξη του φυσιολογικού τοκετού και στη χρήση παρέμβασης (για παράδειγμα πρόκληση τοκετού) μόνο όταν ενδείκνυται. Συμπληρώνουν την τακτική υγειονομική περίθαλψη με εκπαίδευση και συναισθηματική υποστήριξη. Συχνά, οι μαίες έχουν περισσότερο χρόνο από τους γιατρούς να περνούν με οικογένειες κατά τη διάρκεια της διαδικασίας τοκετού, παρέχοντας υποστήριξη στην γέννα και βοηθώντας καλύτερα τις γυναίκες να επιτύχουν τους στόχους τους κατά τον τοκετό. (Royal College of Midwives (RCM), 2002)

Οι μαίες συνεργάζονται με γιατρούς

Οι μαίες είναι ειδικές στο να γνωρίζουν πότε το φυσιολογικό διαφέρει από το μη φυσιολογικό και έχουν εκπαιδευτεί να γνωρίζουν πότε να συμβουλευούνται γιατρούς για να παρέχουν την ασφαλέστερη φροντίδα για τις γυναίκες. Είναι επίσης εκπαιδευμένες για τη διαχείριση πολλών επιπλοκών της εγκυμοσύνης (για παράδειγμα διαβήτη κύησης και αιμορραγία μετά τον τοκετό).

Οι μαίες ζητούν τη βοήθεια γιατρού όταν απαιτούνται υπηρεσίες που δεν μπορούν να παρέχουν οι ίδιες, όπως η καισαρική. Οι μαίες ζητούν επίσης ιατρική συμβουλή όταν προκύπτουν ορισμένες ιατρικές επιπλοκές. Σπάνια οι γυναίκες μεταφέρονται εντελώς από τη φροντίδα της μαίας στη φροντίδα του γιατρού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Τις περισσότερες φορές, οι μαίες είναι σε θέση να συνεχίσουν να εμπλέκονται στη φροντίδα των γυναικών ακόμη και όταν απαιτείται παρουσία ιατρού. (Anderson & Murphy, 1995)

Οι μαίες φροντίζουν τις γυναίκες που μπορεί να θέλουν φάρμακα για τον πόνο στον τοκετό. Φροντίζουν γυναίκες που σχεδιάζουν τόσο φυσικό τοκετό χωρίς επισκληρίδιο, όσο και γυναίκες που σχεδιάζουν με επισκληρίδιο ή δεν είναι σίγουρες πώς θέλουν να αντιμετωπίσουν τον τοκετό. Στόχος είναι οι γυναίκες να κατανοήσουν τις επιλογές για τον τοκετό, τους κινδύνους και τα οφέλη αυτών των επιλογών. Αυτό περιλαμβάνει φυσικές τεχνικές αντιμετώπισης καθώς και φάρμακα για τον πόνο. Περίπου το 40 τοις εκατό των γυναικών που φροντίζουν οι μαίες προχωρούν σε φυσικό τοκετό. (Anderson & Murphy, 1995)



Εικόνα 4 Μαία σε τοκετό στο σπίτι

(πηγή: <https://www.nytimes.com/2021/03/11/nyregion/birth-centers-new-jersey.html>)

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ:ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΤΟΚΕΤΟΥ

2.1.Παρουσίαση των εναλλακτικών μεθόδων

Τοκετός χωρίς αναισθησία

Ο φυσικός τοκετός συνήθως αναφέρεται στον τοκετό χωρίς φάρμακα ή αναισθησία. Η θεωρία πίσω από το φυσικό τοκετό είναι ότι ο τοκετός είναι μια εγγενώς υγιής και φυσική διαδικασία και ότι τα σώματα των γυναικών κατασκευάζονται για να χειρίζονται τον τοκετό χωρίς την ανάγκη για φάρμακα.

Ο φυσικός τοκετός επιτρέπει στις γυναίκες να έχουν μεγάλο έλεγχο στη διαδικασία του τοκετού και στο σώμα τους. Τονίζει ότι η γυναίκα επιλέγει ποιες θέσεις είναι άνετες, πόσο κίνηση θέλει να έχει και ποιες τεχνικές θέλει να χρησιμοποιήσει για να είναι όσο το δυνατόν πιο άνετη. Ο φυσικός τοκετός μπορεί να πραγματοποιηθεί σε ένα νοσοκομείο, σε ένα κέντρο γέννησης ή ακόμα και στο σπίτι. (Stone et al., 2005)





Εικόνα 5 Φυσικός τοκετός

(πηγή: <https://www.nationalgeographic.com/magazine/article/giving-birth-in-united-states-surprisingly-deadly>)

Τοκετός στο σπίτι

Ο τοκετός στο σπίτι δεν είναι ακόμη τόσο διαδεδομένος. Για παράδειγμα στις Ηνωμένες Πολιτείες, λιγότερο από το 1% των γυναικών επιλέγουν να γεννήσουν στο σπίτι. Αυτό το ποσοστό είναι παρόμοιο με άλλες ανεπτυγμένες χώρες, εκτός από την Αγγλία, η οποία έχει ποσοστό περίπου 2,4 % και την Ολλανδία με περίπου 23 %.

Παρόλο που το Αμερικανικό Κολλέγιο Μαιευτήρων και Γυναικολόγων, σε συμφωνία με την Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής, πιστεύει ότι τα νοσοκομεία και τα κέντρα γέννησης είναι το ασφαλέστερο περιβάλλον για τοκετό, σέβονται το δικαίωμα των γυναικών να λαμβάνουν ιατρικά ενημερωμένες αποφάσεις σχετικά με το πού θέλουν να γεννήσουν. Για μερικές γυναίκες, ο τοκετός στο σπίτι παρέχει ένα ιδανικό περιβάλλον για τη γέννηση του μωρού τους.(Olsen & Clansen, 2014)

Ο τοκετός στο σπίτι είναι σίγουρα πιο κατάλληλος για γυναίκες που διατρέχουν πολύ χαμηλό κίνδυνο επιπλοκών. Αν και ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι ο τοκετός στο σπίτι σχετίζεται με μεγαλύτερους κινδύνους τόσο για τη μητέρα όσο και για το μωρό, άλλες δείχνουν ότι ο τοκετός στο σπίτι είναι τουλάχιστον εξίσου ασφαλής με το τοκετό στο νοσοκομείο για υγιείς γυναίκες με χαμηλού κινδύνου εγκυμοσύνες.

Το Αμερικανικό Κολλέγιο Μαιευτήρων και Γυναικολόγων δημοσίευσε πρόσφατα τα ελάχιστα κριτήρια για όσους επιθυμούν να προγραμματίσουν τοκετό στο σπίτι, τα οποία περιλαμβάνουν τη συγκατάθεση μετά από την απαραίτητη ενημέρωση

των ενδιαφερομένων, εγκυμοσύνη με ένα έμβρυο και όχι πολλαπλή, το κεφάλι του εμβρύου να έχει πάρει θέση προς τα κάτω, να μην χρειάζονται ιατρικές ή μαιευτικές παρεμβάσεις, να μην υπάρχουν αντενδείξεις για τοκετό μέσω του κόλπου και την προγεννητική φροντίδα.(Jansenn, 2002)



Εικόνα 6 Τοκετός στο σπίτι

(πηγή : <https://www.nbcnews.com/health/health-news/home-birth-risky-not-putting-childs-seat-belt-researchers-warn-flna2d11980648>)

Βοηθός μητρότητας

Η Βοηθός μητρότητας μπορεί να είναι φίλος, συγγενής ή εκπαιδευμένος σύντροφος που είναι εκεί για να παρέχει μη ιατρική συνεχή υποστήριξη κατά τη διάρκεια του τοκετού και της γέννας. Η Βοηθός μητρότητας συναντάται συχνά με πιθανές μητέρες πριν τον τοκετό, ώστε να γνωριστούν.

Κατά τη διάρκεια του τοκετού, παρέχουν τόσο συναισθηματική υποστήριξη όσο και σωματική υποστήριξη , βοηθώντας τις μητέρες να βρουν άνετες θέσεις, τους κάνουν μασάζ στην πλάτη ή τα πόδια τους, τους προσφέρουν νερό ή πάγο κ.ο.κ. Ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι οι τοκετοί στους οποίους παρευρίσκονται βοηθοί μητρότητας μπορεί στην πραγματικότητα να διαρκέσουν λιγότερο αν και δεν υπάρχει επίδραση στα ποσοστά καισαρικής. Οι γυναίκες που χρησιμοποίησαν βοηθούς μητρότητας φάνηκαν επίσης να έχουν μια ελαφρώς καλύτερη συνολική εμπειρία τοκετού και ήταν πιο πιθανό να εκτιμήσουν τον τοκετό τους ως «πολύ καλό».(Stone, et al., 2005)

Τοκετός στο νερό

Ο τοκετός στο νερό αναφέρεται στο ότι πραγματοποιείται μεγάλο μέρος του τοκετού στο νερό, με την επιλογή ακόμη και να γεννηθεί το μωρό στο νερό. Ο τοκετός στο νερό πραγματοποιείται συνήθως σε ένα κέντρο γέννησης με τη βοήθεια μιας μαίας αν και ορισμένα νοσοκομεία μπορεί να παρέχουν πισίνες ειδικά διαμορφωμένες για τοκετό στο νερό.

Η θερμοκρασία του νερού διατηρείται περίπου ίδια με τη θερμοκρασία του σώματος και η θερμοκρασία της γυναίκας πρέπει να παρακολουθείται καθ' όλη τη διάρκεια της γέννας. Μια πρόσφατη ανασκόπηση των τυχαιοποιημένων δοκιμών διαπίστωσε τη λήψη χαμηλότερου ποσοστού αναισθησίας όταν χρησιμοποιήθηκε η χρήση νερού στο πρώτο στάδιο του τοκετού. (Rai, 2014)

Αν και ορισμένοι επαγγελματίες στην ιατρική κοινότητα πιστεύουν ότι η γέννα στο νερό είναι μια ασφαλής διαδικασία, άλλοι έχουν σοβαρότερες ανησυχίες σχετικά με την ασφάλειά τόσο για τον ασθενή όσο και για τα νεογέννητα. (Rai, 2014)



Εικόνα 7 Γέννα στο σπίτι και στο νερό

(πηγή: <https://www.nationalgeographic.com/history/article/inside-a-home-birth-in-the-time-of-coronavirus>)

Εναλλακτικοί μέθοδοι τοκετού, συμπεριλαμβανομένων του τοκετού στο νερό, εισήχθησαν, στο πλαίσιο μιας νέας έννοιας τοκετού που περιέχει τα ακόλουθα κύρια θέματα:

- Προσεκτική παρακολούθηση και διαχείριση των γεννήσεων.
- Περιοριστική χρήση επεμβατικών μεθόδων και προώθηση της φυσικής διαδικασίας τοκετού
- Συμμετοχή των γονέων στη λήψη αποφάσεων κατά τη διάρκεια του τοκετού και της γέννησης, συμπεριλαμβανομένης της ελεύθερης επιλογής της μεθόδου τοκετού.

Η εισαγωγή αυτής της νέας έννοιας τοκετού ήρθε ως απάντηση στην αυξανόμενη δυσαρέσκεια του πληθυσμού με τη διαχείριση των γεννήσεων στα νοσοκομεία. (Nursing and Midwifery Council ,2006)

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Τοκετός στο νερό

3.1. Προσέγγιση της διαδικασίας

Οι γυναίκες που σχεδιάζουν έναν τοκετό στο νερό πρέπει να είναι υγιείς, με μια ομαλή και υγιή εγκυμοσύνη και να έχουν μια αναμενόμενη ομαλή γέννα. Πρόσθετα κριτήρια για έναν ομαλό τοκετό είναι συνήθως η ηλικία κύησης μεταξύ 37+0 και 41+6, η αυθόρμητη έναρξη του τοκετού και η κεφαλική προβολή (Garland, 2010). Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές του Ηνωμένου Βασιλείου από το Βασιλικό Κολλέγιο Μαιευτήρων και Γυναικολόγων και το Βασιλικό Κολλέγιο Μαιών (RCOG, RCM), η γυναίκα θα πρέπει να εγκαταλείψει τον τοκετό στο νερό εάν εμφανιστούν επιπλοκές κατά τη διάρκεια του (Taylor , 2016). Πολλές γυναίκες βυθίζονται στο νερό μόνο κατά τη διάρκεια του πρώτου σταδίου του τοκετού προκειμένου να επιτευχθεί ανακούφιση από τον πόνο. Οι γυναίκες που έχουν αποφασίσει να γεννήσουν στο νερό, βυθίζονται συνήθως στο νερό κατά τη διάρκεια τόσο του πρώτου όσο και του δεύτερου σταδίου. Οι πισίνες όπου οι γυναίκες βυθίζονται ή γεννούν στο νερό μπορεί να διαφέρουν σε μέγεθος και βάθος, αλλά για να λειτουργήσει η πλευστότητα, η πισίνα πρέπει να είναι

μεγαλύτερη από μια μπανιέρα για να επιτρέψει στις γυναίκες να αλλάξουν θέση και αρκετά βαθιά ώστε να βυθίζεται η κοιλιά τους (Edqvist , 2016).

Ο τοκετός στο νερό μπορεί να συνδυαστεί με οξείδιο του αζώτου, βελονισμό ,αλλά όχι οπιοειδή, TENS ή επισκληρίδιο αναισθησία. Ο εμβρυϊκός καρδιακός ρυθμός μπορεί να παρακολουθείται στο νερό με στηθοσκόπιο Pinard, ανθεκτικό στο νερό doppler και καρδιοτοκογράφο (CTG), τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν εξωτερικά χρησιμοποιώντας τηλεμετρία (Garland, 2010). Η αρτηριακή πίεση και ο σφυγμός θα πρέπει να αξιολογούνται για μια γυναίκα που βυθίζεται στο νερό, καθώς η αρτηριακή πίεση μπορεί να μειωθεί (Brady, 2017). Για να αποφευχθεί η υπερθερμία, η θερμοκρασία της γυναίκας καθώς και η θερμοκρασία του νερού θα πρέπει να αξιολογούνται τακτικά και η μητέρα θα πρέπει επίσης να ενθαρρύνεται να ενυδατώνεται συχνά (Garland, 2010). Η θερμοκρασία του νερού δεν πρέπει να υπερβαίνει τους 37,5 (Brady, 2017). Μια αύξηση της θερμοκρασίας της μητέρας αυξάνει επίσης τη θερμοκρασία του μωρού και έτσι αυξάνεται ο μεταβολικός ρυθμός και οι απαιτήσεις οξυγόνου . Όταν μια γυναίκα αρχίζει να εξωθεί, η λεκάνη της πρέπει να βυθίζεται κάτω από το νερό και δεν πρέπει να βρίσκεται στη στάθμη του νερού. Κατά τη στιγμή της γέννησης, το μωρό πρέπει να γεννηθεί εντελώς κάτω από το νερό ή, εάν η γυναίκα θέλει να εγκαταλείψει την πισίνα , εντελώς πάνω από το νερό. Το μωρό μεταφέρεται στην επιφάνεια αμέσως μετά τη γέννηση . Ο ομφάλιος λώρος δεν πρέπει να κόβεται κάτω από το νερό (Garland, 2010).



Εικόνα 8 τοκετός στο νερό

(πηγή: <https://www.nationalgeographic.com/history/article/inside-a-home-birth-in-the-time-of-coronavirus>)

3.2. Πόνος – αναλγησία

Πόνος

Η εμπειρία του πόνου στον τοκετό είναι πολύπλοκη και υποκειμενική, επηρεάζεται από φυσιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες . Τα δύο βασικότερα είδη πόνου στον τοκετό είναι ο σπλαχνικός πόνος και ο σωματικός πόνος. Ο σπλαχνικός πόνος προέρχεται κυρίως από τη διάταση και τη διαστολή του τραχήλου της μήτρας και ο σωματικός πόνος από ισχαιμία και διάταση του πυελικού εδάφους, του περινέου και του κόλπου . Οι εμπειρίες και τα συναισθήματα επηρεάζουν την εμπειρία του πόνου. Μια γυναίκα που αισθάνεται ότι βρίσκεται σε ένα ασφαλές και υποστηρικτικό περιβάλλον , αντιμετωπίζει καλά τον τοκετό, βιώνοντας λιγότερο πόνο . Με τη σειρά τους, οι εμπειρίες φόβου και άγχους κατά τη διάρκεια του τοκετού μπορούν να αυξήσουν τον πόνο και την ανάγκη για αναλγησία . Κατά τη διάρκεια του τοκετού, το σύστημα άγχους ενεργοποιείται για να βοηθήσει τη γυναίκα να αντιμετωπίσει και να προσαρμοστεί στις σωματικές και ψυχικές προκλήσεις.

Ο υπερβολικός πόνος και ο φόβος οδηγούν σε αυξημένα επίπεδα κατεχολαμινών και κορτικοστεροειδών που προκαλούν αγγειοσυστολή και τεντωμένους μύες που συνεπάγονται ισχαιμία και αυξημένο πόνο. Επιπλέον, η κυκλοφορία στη μήτρα και τον πλακούντα μπορεί να μειωθεί, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε παρατεταμένο τοκετό. Μερικά από τα αποτελέσματα της αναισθησίας εξηγούνται από τη θεωρία ελέγχου πύλης. Αυτό σημαίνει ότι οι παρορμήσεις του πόνου αναστέλλονται από τις αισθήσεις της θερμότητας και την απτική επαφή με το νερό. Μια επίδραση ανακούφισης του πόνου που βιώνουν οι γυναίκες που βυθίζονται στο νερό κατά το πρώτο στάδιο του τοκετού βρέθηκε σε έξι από τις επτά μελέτες που συμπεριλήφθηκαν σε μια συστηματική ανασκόπηση τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών (RCT) και σε μελέτες παρατήρησης του συγκεκριμένου βιώματος. Επιπλέον, διαπιστώθηκε μειωμένη ανάγκη για περιφερειακή αναλγησία (επισκληρίδιος) σε μια μετα-ανάλυση τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών γυναικών που βρίσκονταν στο νερό κατά το πρώτο στάδιο του τοκετού (Berg, 2012).

Χαλάρωση

Η χαλαρωτική επίδραση του νερού μπορεί να μειώσει το άγχος και να οδηγήσει σε μειωμένη δραστηριότητα, δίνοντας μια αίσθηση ηρεμίας και ευεξίας (Marutle & Donavon, 2013). Η καταστολή των κατεχολαμινών στο πλάσμα και τα ούρα κατά τη διάρκεια του τοκετού στο νερό παρατηρήθηκε σε μία μελέτη. Ωστόσο, δεν έχει αποδειχθεί σημαντική μείωση των νευροενδοκρινών βιοδεικτών που αξιολογήθηκαν κατά τη διάρκεια του τοκετού. Ωστόσο υπάρχει μια τάση στις γυναίκες με υψηλά επίπεδα κορτιζόλης και πόνου κατά την έναρξη που αποδεικνύει ότι έχουν μεγαλύτερη μείωση της κορτιζόλης κατά τη διάρκεια παραμονής τους στο νερό, από εκείνες με χαμηλότερα επίπεδα. Η μυϊκή χαλάρωση, η αγγειακή διαστολή και η αυξημένη καρδιακή απόδοση, μπορούν να οφείλονται σε ένα ζεστό μπάνιο στο τοκετό. Αυτό μπορεί να μειώσει την ισχαιμία, μία από τις αιτίες του πόνου τοκετού και κατά συνέπεια, την ένταση και την εμπειρία του πόνου. Η υδροστατική πίεση, η οποία είναι ανάλογη με το βάθος του νερού, ωθεί το επιπλέον αγγειακό υγρό σε αγγειακούς χώρους αυξάνοντας τον κεντρικό όγκο αίματος.

Η αίσθηση του ελέγχου είναι ένας σημαντικός παράγοντας στην εμπειρία του πόνου και του τοκετού. Ποιοτικές μελέτες που επικεντρώνονται στην εμπειρία της

γυναίκας έχουν διαπιστώσει ότι δίνει στις γυναίκες μια αίσθηση ελέγχου, ανακούφισης από τον πόνο και χαλάρωσης. Επιπλέον, οι γυναίκες περιέγραψαν ένα χαλαρωτικό και υποστηρικτικό συναίσθημα από το νερό, καθώς και λιγότερες παρεμβολές συμβάλλοντας σε μια θετική εμπειρία τοκετού. Ωστόσο, οι ποιοτικές μελέτες περιλάμβαναν μικρό δείγμα έρευνας και πραγματοποιήθηκαν σε διαφορετικά μέρη. Επιπλέον, μια αμερικανική μελέτη που αξιολόγησε την εμπειρία τοκετού, συγκρίνοντας την εμπειρία των γυναικών που είχαν γεννήσει στο νερό με την εμπειρία των γυναικών που είχαν γεννήσει εκτός νερού, απέδειξε μια πιο θετική εμπειρία τοκετού από τις γυναίκες που είχαν γεννήσει στο νερό (Larkin, 2009).

3.3. Ψυχοσύνθεση μητέρας

Ο Nutter δημοσίευσε μια μεγάλη ανασκόπηση, η οποία περιελάμβανε δύο τυχαιοποιημένες δοκιμές (Woodward & Kelly 2004, Chaichian, 2009) καθώς και 36 μελέτες παρατήρησης, με συνολικά 31.453 τοκετούς στο νερό. Οι μελέτες που περιλαμβάνονται στην ανασκόπηση πραγματοποιήθηκαν σε 11 χώρες, συμπεριλαμβανομένου του Ηνωμένου Βασιλείου, της Ιταλίας, της Ελβετίας, της Αυστρίας, της Αυστραλίας, του Ιράν, της Τουρκίας, της Γαλλίας, της Γερμανίας, της Νότιας Αφρικής και των ΗΠΑ. Οι μελετητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο τοκετός στο νερό αυξάνει το ποσοστό ικανοποίησης στις μητέρες στην ανακούφιση από τον πόνο και τη συνολική εμπειρία του τοκετού. Ο τοκετός στο νερό μπορεί επίσης να αυξήσει την πιθανότητα γέννησης με άθικτο περίνεο, καθώς ο τοκετός στο νερό συνδέεται με χαμηλότερο ποσοστό περινεοτομής. Επιπλέον, οι μελέτες που περιλαμβάνονται υποδηλώνουν ότι το νερό μπορεί να μειώσει το ποσοστό αιμορραγίας μετά τον τοκετό.

Τρεις πρόσφατες μετα-αναλύσεις που επικεντρώνονται στα αποτελέσματα νεογέννητων μετά τον τοκετό έχουν δημοσιευτεί τα τελευταία χρόνια (Vanderlaan, 2017, Taylor, 2016, Davies, 2015). Οι συγκεκριμένες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι δεν υπήρχε αύξηση της πιθανότητας βρεφικού θανάτου ή άλλων επιπλοκών με τον τοκετό στο νερό σε σύγκριση με το συμβατικό τοκετό, αλλά τα στοιχεία δεν είναι αρκετά ισχυρά για να εξετάσουν σπάνιες επιπλοκές ή πιθανά μακροπρόθεσμα οφέλη ή βλάβες του τοκετού στο νερό. Ο Vanderlaan και οι συνεργάτες του (2017) σε μετα-

ανάλυση τους καλύπτουν το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και τον μεγαλύτερο αριθμό μελετών σχετικά με τα αποτελέσματα των νεογέννητων από τοκετό στο νερό έναντι της συμβατικής γέννας. Οι συγκεκριμένοι ήθελαν να είναι σε θέση να εφαρμόσουν τα ευρήματά τους σε τοκετούς στο νερό στο νοσοκομείο, έτσι περιλάμβαναν μόνο τοκετούς στο νοσοκομείο. Περιλάμβαναν τις πέντε τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες δοκιμές για τον τοκετό στο νερό, καθώς και 34 μελέτες παρατήρησης. Συνολικά, οι μελέτες παρείχαν στοιχεία για 28.529 γεννήσεις, εκ των οποίων οι 12.592 ήταν γεννήσεις στο νερό. Όλες οι μελέτες περιέγραψαν τις συμμετέχουσες τους ως χαμηλού κινδύνου εγκυμονούσες αν και ο ορισμός του χαμηλού κινδύνου διέφερε. Οι περισσότερες από τις μελέτες περιλάμβαναν μόνο τελειόμηνες μητέρες με ένα μόνο νεογνό.

Ο Taylor και οι συνεργάτες του (2016) προχώρησαν σε μια κάπως διαφορετική μετα-ανάλυση, που περιλάμβανε τόσο νοσοκομειακούς όσο και έξω νοσοκομειακούς τοκετούς. Περιέλαβαν πέντε τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες δοκιμές για τον τοκετό στο νερό, καθώς και 24 μελέτες παρατήρησης. Ο συνολικός αριθμός γεννήσεων ανήλθε σε 39.302, σχεδόν 14.000 από τις οποίες ήταν γεννήσεις στο νερό. Και πάλι, οι περισσότερες μελέτες περιορίστηκαν σε υγιή άτομα, με χαμηλό κίνδυνο επιπλοκών. Ο Davies και οι συνεργάτες του (2015) στη μετα-ανάλυση τους συνδύασαν μόνο 12 μελέτες για τα αποτελέσματα των νεογέννητων με τον τοκετό στο νερό: δύο τυχαιοποιημένες δοκιμές και δέκα μελέτες παρατήρησης. Οι δύο τυχαιοποιημένες δοκιμές που περιλήφθηκαν ήταν η διατριβή Nikodem (1999) από τη Νότια Αφρική και η δοκιμή των Woodward & Kelly (2004) από το Ηνωμένο Βασίλειο, στην οποία μόνο 10 από τα 40 άτομα που τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα του τοκετού, γέννησαν στο νερό. Οι μελέτες που περιλαμβάνονταν αφορούσαν υγιείς συμμετέχουσες χαμηλού κινδύνου και πραγματοποιήθηκαν τόσο σε νοσοκομεία όσο και σε άλλα μέρη. Οι παραπάνω μελέτες έδειξαν ότι δεν παρουσιάστηκαν επιπλοκές κατά τη διάρκεια του τοκετού, αντιθέτως παρατηρήθηκε ότι οι μητέρες ήταν πιο ήρεμες κατά την διαδικασία.

3.4. Ενδείξεις, αντενδείξεις

Οι συγγραφείς αρκετών μελετών δήλωσαν ότι δεν υπήρχαν ενδείξεις αυξημένων ανεπιθύμητων ενεργειών με το τοκετό στο νερό για το νεογέννητο. Δεν υπήρχαν διαφορές στις εισαγωγές NICU ή στις βαθμολογίες Apgar (Avery, 2013).

Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που αναστέλλουν την εισπνοή νερού από το μωρό κατά τη διάρκεια της διαδικασίας γέννησης. Η Barbara Harper, Διευθύντρια του Waterbirth International, εξηγεί τους παράγοντες με αυτόν τον τρόπο: «Περίπου 24 έως 48 ώρες πριν από την έναρξη του αυθόρμητου τοκετού, το έμβryo βιώνει μια αξιοσημείωτη αύξηση στα επίπεδα της προσταγλανδίνης E2 από τον πλακούντα, η οποία προκαλεί επιβράδυνση ή διακοπή των εμβρυϊκών αναπνευστικών κινήσεων (FBM). Με το έργο του μυϊκού συστήματος του διαφράγματος και των μεσοπλεύριων μυών που αναστέλλονται, υπάρχει περισσότερη ροή αίματος σε ζωτικά όργανα, συμπεριλαμβανομένου του εγκεφάλου. Μπορείτε να δείτε τη μείωση του FBM σε ένα βιοφυσικό προφίλ, καθώς συνήθως βλέπετε το έμβryo να κινεί αυτούς τους μυς περίπου το 40% του χρόνου. Όταν το μωρό γεννιέται και το επίπεδο προσταγλανδίνης είναι ακόμα υψηλό, οι μύες του μωρού για αναπνοή απλά δεν λειτουργούν, εμπλέκοντας έτσι την πρώτη ανασταλτική απόκριση. Μια δεύτερη ανασταλτική απόκριση είναι το γεγονός ότι τα μωρά γεννιούνται με οξεία υποξία ή έλλειψη οξυγόνου. Η υποξία προκαλεί άπνοια και κατάποση. Εάν το έμβryo αντιμετώπιζε σοβαρή και παρατεταμένη έλλειψη οξυγόνου, μπορεί στη συνέχεια να λαχανιάσει μόλις γεννήθηκε, πιθανώς εισπνέοντας νερό στους πνεύμονες. Εάν το μωρό αντιμετώπιζε προβλήματα κατά τη διάρκεια του τοκετού, θα υπήρχαν μεγάλες μεταβλητότητες που παρατηρήθηκαν στον εμβρυϊκό καρδιακό ρυθμό, συνήθως με αποτέλεσμα παρατεταμένη βραδυκαρδία, η οποία θα έκανε τον θεραπευτή να ζητήσει από τη μητέρα να φύγει από το μπάνιο πριν από τη γέννηση του μωρού. Η μειωμένη διαφορά θερμοκρασίας είναι ένας άλλος παράγοντας που θεωρείται από πολλούς ότι εμποδίζει το νεογέννητο να ξεκινήσει την απόκριση αναπνοής ενώ βρίσκεται στο νερό. Τέλος, το αντανακλαστικό για την έναρξη της αναπνοής ξεκινά μόνο αφού διεγερθούν τα νεύρα στο πρόσωπο, τη μύτη και το στόμα με συνδυασμό αέρα και πλήρους απομάκρυνσης από το νερό. Μόλις ενεργοποιηθεί, η πνευμονική κυκλοφορία ξεκινά για πρώτη φορά πλούσιο σε οξυγόνο αίμα να ρέει στους πνεύμονες και να απομακρύνεται το διοξείδιο του άνθρακα» (Harper, 2012).

Η αυλάκωση του ομφάλιου λώρου ή η ρήξη του ομφάλιου λώρου είναι ένα σπάνιο φαινόμενο, αλλά μπορεί να συμβεί κατά τη διάρκεια ενός τοκετού στο νερό. Οι παράγοντες κινδύνου για ομφαλοπλακουντιακή αυλάκωση τόσο στους φυσικούς τοκετούς όσο και στις γεννήσεις στο νερό περιλαμβάνουν ανωμαλίες του νωτιαίου μυελού όπως η ανώμαλη εισαγωγή του νωτιαίου μυελού στον πλακούντα, το περιορισμένο μήκος του νωτιαίου μυελού, οι όγκοι ή τα αιματώματα. Οι ενδείξεις ότι

έχει συμβεί μια αυλάκωση του νωτιαίου μυελού περιλαμβάνουν μια ξαφνική αλλαγή στο χρώμα του νερού σε βαθύ κόκκινο (λόγω αιμορραγίας) και σημάδια νεογνικού αιμορραγικού σοκ. Με την αυξημένη επαγγελματική και γονική εκπαίδευση, η συχνότητα εμφάνισης της ομφαλοπλακουντιακής αυλάκωσης μπορεί να μειωθεί σημαντικά (Schafer, 2014).

Η έρευνα δείχνει ότι οι αντενδείξεις για τον τοκετό περιλαμβάνουν μητέρες που επιθυμούν VBAC (κολπική γέννηση μετά από καισαρική), αύξηση / επαγωγή Pitocin ή όπου δεν υπάρχει τηλεμετρική EFM. Στον κατάλογο των αντενδείξεων μπορούν να προστεθούν η χρήση αναλγησίας ή αναισθησίας, η πολυ-εμβρυϊκή κύηση και η ηλικία κύησης μικρότερης των 37 εβδομάδων (Avery, 2013). Επίσης υπάρχει πιθανότητα μόλυνσης του νεογνού, μπορεί να έχει σπασμούς ή να μην μπορεί να αναπνεύσει και η θερμοκρασία του σώματος του νεογνού μπορεί να είναι πολύ υψηλή ή πολύ χαμηλή.

Πιθανά οφέλη από τον τοκετό στο νερό

- Λιγότερος πόνος και υψηλότερη ικανοποίηση από την εμπειρία του τοκετού
- Λιγότερη χρήση φαρμάκων για ανακούφιση από τον πόνο. Αυτό μπορεί να είναι σημαντικό για άτομα που θέλουν ή πρέπει να αποφύγουν την επισκληρίδιο ή τα φάρμακα κατά τη διάρκεια του τοκετού
- Λιγότερη χρήση τεχνητής ωκυτοκίνης στη διάρκεια του τοκετού
- Υψηλότερα ποσοστά φυσιολογικού κολπικού τοκετού
- Χαμηλότερα ποσοστά περινεοτομής
- Υψηλότερα ποσοστά άθικτου περινέου
- Πιθανώς χαμηλότερα ποσοστά σοβαρών ρήξεων (3ου ή 4ου βαθμού), ειδικά σε περιβάλλοντα υψηλής περινεοτομής
- Πιθανώς χαμηλότερα ποσοστά αιμορραγίας μετά τον τοκετό

Δεν είναι σαφές εάν ο τοκετός στο νερό προσφέρει οφέλη για την υγεία στα νεογνήτα. Οι μελέτες που έχουν γίνει περιπλέκονται από το γεγονός ότι οι πάροχοι

φροντίδας βοηθούν μερικές μητέρες να βγουν από την πισίνα για ιατρικούς λόγους, αφήνοντας τους πιο απλούς τοκετούς να πραγματοποιούνται στο νερό.

Πιθανοί κίνδυνοι τοκετού στο νερό

- Χρειαζόμαστε περισσότερα ερευνητικά στοιχεία για τον τοκετό στο νερό, οπότε αυτό καθιστά πιο δύσκολο να κάνουμε μια πραγματικά ενημερωμένη επιλογή.
- Μπορεί να υπάρχει υψηλότερο ποσοστό ήπιων χειρουργικών ρήξεων από τη γέννηση στο νερό σε σπίτια και κέντρα γέννησης
- Η ρήξη ομφάλιου λώρου είναι ένα σπάνιο αλλά πιθανό φαινόμενο. Οι πάροχοι φροντίδας πρέπει να φροντίζουν να μην τοποθετούν πολλή έλξη στον λώρο όταν οδηγούν το βρέφος έξω από το νερό και να εντοπίζουν αμέσως την πηγή οποιασδήποτε αιμορραγίας.
- Έχουν αναφερθεί αρκετές περιπτώσεις αναρρόφησης νερού. Αυτά τα περιστατικά δεν έχουν παρατηρηθεί σε μελλοντική έρευνα από το 1999 και σχεδόν όλα τα βρέφη στις αναφορές περιπτώσεων έκαναν πλήρη ανάρρωση.
- Αν και μεγάλες ερευνητικές μελέτες δεν έχουν δείξει καμία αύξηση στον κίνδυνο μόλυνσης, έχουν υπάρξει αρκετές αναφορές περιπτώσεων λοιμώξεων μετά από τοκετούς στο νερό. Αυτός ο κίνδυνος μπορεί να μειωθεί χρησιμοποιώντας πισίνες που είναι εύκολο να απολυμανθούν, γεμίζοντας τις πιο κοντά στην ώρα του τοκετού και ελέγχοντας τακτικά την παροχή νερού στο νοσοκομείο, τους εύκαμπτους σωλήνες και τις πισίνες γέννησης.



Εικόνα 9 Οφέλη και κίνδυνοι του τοκετού στο νερό

(πηγή: <https://www.news-medical.net/health/Natural-Childbirth.aspx>)

3.5 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα

Οι ερευνητές αναφέρονται συνήθως στον φυσιολογικό κολπικό τοκετό ως *φυσιολογικό* τοκετό. Αυτό σημαίνει ότι η διαδικασία του τοκετού ξεκινά από μόνη της στο τέλος, με ελάχιστη ή καθόλου χρήση φαρμάκων ή ιατρικών διαδικασιών και τελειώνει σε κολπικό τοκετό χωρίς επιπλοκές (Shaw-Battista, 2017). Τα άτομα που έχουν επιλέξει τοκετό στο νερό έχουν υψηλότερα ποσοστά φυσιολογικού κολπικού τοκετού σε σύγκριση με άτομα που έχουν επιλέξει έναν πιο παραδοσιακό τοκετό. Αυτό πιθανότατα είναι αποτέλεσμα του τοκετού στο νερό, αφού η χρήση του νερού προάγει επίσης τον φυσιολογικό κολπικό τοκετό ακόμα κι αν οι μητέρες επιλέξουν να βγουν από την πισίνα πριν γεννήσουν.

Σε δύο τυχαιοποιημένες δοκιμές, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες που επιλέχθηκαν να γεννήσουν με τοκετό στο νερό, γέννησαν κολπικά σε υψηλότερα ποσοστά, σε σύγκριση με εκείνες που τυχαία επιλέχθηκε να γεννήσουν με άλλους τρόπους. Η πρώτη δοκιμή είχε 106 συμμετέχουσες και διαπίστωσε ότι το ποσοστό κολπικού τοκετού ήταν 100% σε γυναίκες που είχαν γεννήσει στο νερό έναντι 79% σε εκείνες που είχαν γεννήσει με άλλους τρόπους (Chaichian, 2009). Η δεύτερη δοκιμή με 171 συμμετέχουσες διαπίστωσε ότι το ποσοστό κολπικού τοκετού ήταν 94% στην ομάδα τοκετού στο νερό, έναντι 84% στην ομάδα των άλλων τρόπων τοκετού

(Ghasemi , 2013). Σε μια μελέτη παρατήρησης, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι το ποσοστό πιθανής καισαρικής τομής για όλες όσες πριν γεννήσουν βρίσκονταν στο νερό ή/και γέννησαν στην πισίνα ήταν μόνο 4,4%, σε σύγκριση με τον εθνικό ιταλικό μέσο όρο 38% (Henderson , 2014). Οι περισσότερες από τις άλλες μελέτες απέκλεισαν τα άτομα που γέννησαν με καισαρική τομή, οπότε συνήθως δεν είμαστε σε θέση να συγκρίνουμε τα ποσοστά καισαρικής τομής μεταξύ των γυναικών που σχεδιάζουν τοκετό στο νερό και εκείνων που σχεδιάζουν να γεννήσουν με άλλους τρόπους.

Περινεοτομή

Ο τοκετός στο νερό προστατεύει από τις περινεοτομές. Η *περινεοτομή* είναι όταν ο μαιευτήρας μειώσει το περινέο χειρουργικά κατά τον τοκετό. Τα ερευνητικά στοιχεία έχουν δείξει ότι οι περινεοτομές είναι πιο επιβλαβείς για τις μητέρες από τη φυσική ρήξη, αυξάνουν τον κίνδυνο σοβαρών τραυματισμών και σπάνια πρέπει να χρησιμοποιούνται (Jiang , 2017). Έτσι, η μείωση των περινεοτομών είναι όφελος για τις μητέρες. Σε δέκα από τις 12 μελέτες που εξέτασαν την περινεοτομή οι ερευνητές διαπίστωσαν μείωση στη χρήση περινεοτομής για γυναίκες που είχαν γεννήσει στο νερό, σε σύγκριση με αυτές που είχαν γεννήσει με άλλους τρόπους. Ο τοκετός στο νερό και το μειωμένο ποσοστό περινεοτομής ήταν αρκετά συχνό, με τους ερευνητές να αναφέρουν τη διπλάσια έως την τριπλάσια αποφυγή χρήσης της περινεοτομής στο νερό (Otigbahl , 2000, Burns, 2001, Geissbuehler , 2004 , Thoeni , 2005, Zanetti-Daellenbach , 2007a, Chaichian , 2009, Torkamani , 2010; Mollamahmutoglu , 2012, Menakaya , 2013, Gayiti , 2015). Αυτό το εύρημα έχει νόημα, επειδή είναι πολύ πιο δύσκολο για έναν μαιευτήρα να κόψει το περίνεο της μητέρας όταν βρίσκεται στο νερό.

Ρήξη περινέου πρώτου ή δεύτερου βαθμού

Ο Nutter και οι συνεργάτες του (2014) σε ανασκόπηση βρήκαν ανάμεικτα αποτελέσματα, αλλά τα συνολικά στοιχεία υποδηλώνουν ότι ο τοκετός στο νερό μπορεί να συνδέεται με περισσότερες ρήξεις 1ου και 2ου βαθμού αλλά λιγότερο σοβαρές

ρήξεις σε σύγκριση με τη συμβατική γέννα. Τα ποσοστά περινεϊκής ρήξης 1ου ή 2ου βαθμού ήταν υψηλότερα σε άτομα που γέννησαν στο νερό σε μια τυχαιοποιημένη δοκιμή (Chaichian , 2009) και πέντε μελέτες παρατήρησης (Otigbah , 2000, Geissbuehler , 2004, Zanetti-Daellenbach ,2007α , Mollamahmutoglu , 2012, Torrisi , 2010). Από την άλλη πλευρά, δύο μελέτες παρατήρησης διαπίστωσαν ότι ο τοκετός στο νερό προστατεύει από μικρές ρήξεις (Baxter 2006, Burke & Kilfoyle, 1995) και τέσσερις μελέτες δεν βρήκαν διαφορά (Burns, 2001, Thoeni , 2005, Menakaya , 2013, Garland & Jones, 2000).

Στη μελέτη στατιστικών MANA (Midwives Alliance of North America), το ποσοστό 1ου ή 2ου βαθμού περινεϊκής ρήξης δεν ήταν διαφορετικό μεταξύ των ομάδων γέννησης στο νερό και με άλλο τρόπο. Ωστόσο, η επιδιωκόμενη ομάδα τοκετού στο νερό είχε αύξηση των πιθανοτήτων 1ου ή 2ου βαθμού ρήξης του περινέου σε σύγκριση με εκείνες τις γυναίκες που είχαν γεννήσει με άλλους τρόπους (Bonbjerg ,2016). Αυτό είναι λογικό επειδή η ομάδα που προορίζεται για τον τοκετό είναι μεροληπτική προς γεννήσεις υψηλότερου κινδύνου, καθώς πιθανότατα πολλές από τις γυναίκες κλήθηκαν να φύγουν από την πισίνα, έτσι ώστε τα προβλήματα να μπορούν να παρακολουθούνται πιο προσεκτικά.

Ρήξεις τρίτου και τέταρτου βαθμού

Ο τοκετός στο νερό συνδέεται με μείωση του ποσοστού ρήξεων τρίτου και τέταρτου βαθμού, που προκαλούν τραυματισμό στον σφιγκτήρα του πρωκτού. Η μείωση στις σοβαρές ρήξεις είναι πολύ ευεργετική, επειδή οι σοβαρές ρήξεις μπορούν να οδηγήσουν σε πολλά πιθανά προβλήματα για τη μητέρα, συμπεριλαμβανομένης της ακράτειας κοπράνων (δεν είναι σε θέση να ελέγξει την απελευθέρωση των εντέρων), μακροπρόθεσμα προβλήματα με τον περινεϊκό πόνο, συρίγγια και λοιμώξεις (Fernando , 2013). Ο Nutter (2014) σε ανασκόπηση διαπίστωσε ότι οι ρήξεις 3ου και 4ου βαθμού ήταν λιγότερο συχνές στον τοκετό στο νερό σε σύγκριση με τη συμβατική γέννα σε έξι μελέτες παρατήρησης (Dahlen , 2012, Geissbuehler & Eberhard, 2000, Geissbuehler , 2004, Menakaya , 2013, Otigbah , 2000, Zanetti-Daellenbach , 2007) και δεν υπήρξε καμία διαφορά σε τρεις μελέτες παρατήρησης (Garland, 2006, Baxter, 2006, Burns & Greenish, 1993). Η αδημοσίευτη τυχαιοποιημένη δοκιμή από τη Νότια

Αφρική και η μεγάλη μελέτη παρατήρησης από τη MANA δεν βρήκαν επίσης καμία διαφορά στις ρήξεις 3ου και 4ου βαθμού μεταξύ αντίστοιχων ομάδων (Nikodem, 1999, Bonbjerg , 2016). Μόνο μία μελέτη παρατήρησης από τον Cortes και τους συνεργάτες του (2011) διαπίστωσε αύξηση στις ρήξεις 3ου βαθμού μεταξύ των γυναικών που είχαν γεννήσει στο νερό σε σύγκριση με τις συμβατικές γέννες (2,5% έναντι 1,2%).

Άθικτο περινέο

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες εκτός από το αν ο τοκετός έγινε στο νερό ή αλλού που μπορεί να επηρεάσουν τη ρήξη του περινέου και να προκαλέσουν γενικό τραύμα των γεννητικών οργάνων. Είναι πιθανό ότι οι μαίες και οι γιατροί στις μελέτες του τοκετού είχαν διαφορετικές πρακτικές σχετικά με την περινεϊκή φροντίδα κατά τη γέννηση - όχι μόνο λόγω διαφορών μαίας/ιατρού αλλά και επειδή αυτές οι μελέτες έγιναν σε τόσο διαφορετικά μέρη. Μελέτες έχουν επίσης διαπιστώσει αύξηση των ρήξεων του περινέου όταν οι γυναίκες γεννούν κολπικά για πρώτη φορά, είναι άνω των 35 ετών, έχουν μεγαλύτερες φάσεις τοκετού, γεννούν μεγαλύτερα μωρά και χρησιμοποιούν όρθιες θέσεις στον τοκετό (Suto , 2015 , Dahlen , 2013).

Ο Nutter σε ανασκόπηση (2014) εξέτασε αυτό το αποτέλεσμα σε 13 μελέτες και διαπίστωσε υψηλότερο ποσοστό ανέπαφων περινέων μεταξύ των γυναικών που είχαν γεννήσει στο νερό σε σύγκριση με εκείνες που είχαν συμβατικές γέννες. Όταν εμφανίστηκαν ρήξεις , έτειναν να είναι λιγότερο έντονες (1^{ος} και 2^{ος} βαθμός) με τον τοκετό στο νερό σε σύγκριση με τον τοκετό με άλλο τρόπο. Ομοίως, σε πρόσφατη τυχαιοποιημένη δοκιμή ο Gayití και οι συνεργάτες του (2015) διαπίστωσαν ότι η ομάδα γυναικών που είχαν επιλέξει τοκετό στο νερό είχε περισσότερα άθικτα περινέα (25% έναντι 8%) σε σύγκριση με την ομάδα τοκετού με άλλους τρόπους.

Ανάγκη για ανακούφιση από τον πόνο

Ο Nutter και οι συνεργάτες του (2014) σε ανασκόπηση εξέτασαν οκτώ μελέτες που περιλάμβαναν αυτό το αποτέλεσμα και διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες που γεννούν σε νερό χρησιμοποιούν λιγότερα φάρμακα για τον πόνο από εκείνες που γεννούν με

άλλους τρόπους. Αυτό συμφωνεί με τα ευρήματα της ανασκόπησης των Shaw-Battista (2017), η οποία διαπίστωσε επίσης ότι οι γυναίκες που γέννησαν στο νερό ανέφεραν λιγότερο πόνο και άγχος. Τέσσερις ερευνητικές ομάδες διαπίστωσαν ότι οι περισσότερες γυναίκες που γέννησαν στο νερό δεν θέλησαν ανακούφιση από τον πόνο (Otigbah , 2000, Geissbuehler , 2004, Chaichian , 2009, Torkamani , 2010), και δύο ερευνητικές ομάδες ανέφεραν ότι οι γυναίκες που είχαν τοκετούς στο νερό δεν τους χορηγήθηκε επισκληρίδιος (Thoeni , 2005, Zanetti-Daellenbach , 2007).

Βαθμολογίες πόνου

Ο Nutter και οι συνεργάτες του (2014) σε ανασκόπηση κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι περισσότερες μητέρες αναφέρουν ότι είναι ικανοποιημένες με την ανακούφιση του πόνου τους μετά τον τοκετό στο νερό σε σύγκριση με εκείνες που είχαν γεννήσει με άλλους τρόπους. Ο Gayiti και οι συνεργάτες του (2015) σε τυχαioποιημένη δοκιμή διαπίστωσαν ότι μόνο το 3% των γυναικών στην ομάδα τοκετού στο νερό παρουσίασαν πόνο που χαρακτηρίστηκε ως «μέτρια ανυπόφορος» και δυσκολεύτηκαν να συνεργαστούν με το γιατρό, σε σύγκριση με το 23% των ατόμων στην ομάδα γυναικών που είχε γεννήσει με άλλους τρόπους. Ο Ghasemi και οι συνεργάτες του (2013) σε τυχαioποιημένη δοκιμή από το Ιράν ανέφεραν επίσης λιγότερο πόνο στο τοκετό στο νερό, αλλά δεν δίνουν λεπτομέρειες για τον τρόπο μέτρησης του πόνου.

Στη μεγαλύτερη μέχρι τώρα μελέτη για τη σύγκριση των επιπέδων πόνου μεταξύ γεννήσεων στο νερό και γεννήσεων με άλλους τρόπους, ο Eberhard και οι συνεργάτες του (2005) ακολούθησαν 3.327 γυναίκες που γέννησαν στο νερό, 2.763 γυναίκες που γέννησαν στο κρεβάτι και 1.409 γυναίκες που γέννησαν καθιστές. Σε κλίμακα 0-100 με 0 να είναι καθόλου πόνος και 100 να είναι έντονος πόνος, τα μέσα επίπεδα πόνου από το τέλος του πρώτου σταδίου έως το δεύτερο στάδιο ήταν υψηλά και για τις τρεις ομάδες, που κυμαίνονταν από 65-77. Από όλες όσες είχαν γεννήσει στο κρεβάτι, περίπου το 13% είχαν επισκληρίδιο για ανακούφιση από τον πόνο και το 32% των γυναικών που είχαν γεννήσει πριν και το 65% των γυναικών που γεννούσαν για πρώτη φορά έλαβαν ενέσεις φαρμάκων ή υπόθετα για ανακούφιση από τον πόνο. Ένας μικρότερος αριθμός ατόμων που είχαν τοκετούς στο νερό στο παρελθόν έκαναν ενέσεις

φαρμάκων για ανακούφιση από τον πόνο (15%- 35%). Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες που γεννούν για πρώτη φορά:

- Κατά τη διάρκεια του πρώτου σταδίου (1-3 εκατοστά), οι γυναίκες που επέλεξαν να γεννήσουν στο κρεβάτι ανέφεραν περισσότερο πόνο από εκείνες που επέλεξαν να γεννήσουν στο νερό.
- Κατά τη διάρκεια της εξώθησης, οι γυναίκες που επέλεξαν τοκετό στο νερό ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα πόνου σε σύγκριση με εκείνες που είχαν επιλέξει τον τοκετό στο κρεβάτι.
- Μετά τον τοκετό, οι γυναίκες που είχαν επιλέξει τον τοκετό στο νερό δήλωσαν χαμηλότερο επίπεδο πόνου από εκείνες που είχαν γεννήσει στο κρεβάτι.
- Δεν υπήρχαν άλλες διαφορές μεταξύ ομάδων με αναμενόμενα επίπεδα πόνου, επίπεδα πόνου στα τέλη πρώτου σταδίου ή επίπεδα πόνου στο δεύτερο στάδιο πριν από την έναρξη της εξώθησης.

Μεταξύ των γυναικών που είχαν γεννήσει στο παρελθόν:

- Πριν αρχίσει ο τοκετός, οι γυναίκες που είχαν γεννήσει κρεβάτι περίμεναν μικρότερο πόνο από εκείνες που είχαν γεννήσει στο νερό.
- Κατά τη διάρκεια του πρώτου σταδίου, οι γυναίκες που είχαν τοκετούς στο νερό ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα πόνου από εκείνες που είχαν γεννήσει στο κρεβάτι.
- Κατά τη διάρκεια της εξώθησης, οι γυναίκες που είχαν τοκετούς στο νερό ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα πόνου από εκείνες που είχαν γεννήσει στο κρεβάτι.
- Μετά τον τοκετό, οι γυναίκες που είχαν τοκετούς στο νερό δήλωσαν χαμηλότερο επίπεδο πόνου από εκείνες που είχαν γεννήσει στο κρεβάτι.

Επειδή τα επίπεδα πόνου ήταν υψηλά σε όλες τις ομάδες, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο τοκετός στο νερό ανακουφίζει τον πόνο του τοκετού όπως και τα φάρμακα μορφίνης. Αυτό είναι ένα πολύ σημαντικό εύρημα. Όταν χρησιμοποιούνται για ανακούφιση από τον πόνο, τα αποτελέσματα του τοκετού στο νερό είναι παρόμοια με τα αποτελέσματα των ενέσιμων ναρκωτικών φαρμάκων για την ανακούφιση του πόνου κατά τη συμβατική γέννα. Το ίδιο αποτέλεσμα παρατηρήθηκε

σε μελέτη γεννήσεων στις ΗΠΑ το 2000-2002 (Declercq , 2002). Από τις μητέρες που χρησιμοποίησαν πισίνα κατά τον τοκετό, το 49% ανέφερε ότι ήταν «πολύ χρήσιμη» σε σύγκριση με μόνο το 24% αυτών που επέλεξαν τα αναλγητικά. Ο Eberhard και οι συνεργάτες του (2005) επισημαίνουν ότι ο τοκετός στο νερό βοηθάει επίσης στην αποφυγή πιθανών παρενεργειών των φαρμάκων που προέρχονται από μορφίνη, όπως η μείωση του επιπέδου συνείδησης της μητέρας ή η επιβράδυνση της αναπνοής του νεογέννητου. Ωστόσο, δεν μπορούμε να πούμε από αυτήν τη μελέτη πώς ο τοκετός στο νερό συγκρίνεται με την επισκληρίδιο αναλγησία στην ανακούφιση του πόνου, καθώς το ποσοστό χρήσης επισκληρίδιου κατά το τοκετό ήταν πολύ χαμηλό (14% στις πρώτες μητέρες και 9% στις έμπειρες μητέρες). Αξιοσημείωτο είναι ότι, το 78% των μητέρων στη μελέτη του Declercq και των συνεργατών του (2002) αξιολόγησαν την επισκληρίδιο ως «πολύ αποτελεσματική».

Ένα άλλο σημαντικό εύρημα του Eberhard και των συνεργατών του (2005) ήταν ότι οι γυναίκες που είχαν γεννήσει στο κρεβάτι είχαν χαμηλότερα επίπεδα πόνου κατά την εξώθηση. Ωστόσο, μετά τον τοκετό, οι γυναίκες που είχαν τοκετούς στο νερό δήλωσαν λιγότερο πόνο. Λόγω αυτού του ευρήματος, οι ερευνητές προτείνουν ότι ο τοκετός στο νερό μπορεί να αλλάξει τις γνώσεις των ανθρώπων, έτσι ώστε μετά τη γέννα, να τη θυμούνται ως λιγότερο επώδυνη από ό, τι ήταν στην πραγματικότητα. Αυτό μπορεί να έχει σημαντική επίδραση στα συναισθήματα της μητέρας για τον τοκετό και θα μπορούσε να εξηγήσει γιατί οι ερευνητές που διεξάγουν ποιοτικές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι οι μητέρες χρησιμοποιούν γενικά πολύ θετικές λέξεις για να περιγράψουν τον τοκετό τους στο νερό (Richmond, 2003).

Άλλες μελέτες έχουν επίσης βρει θετικές δηλώσεις από γυναίκες που γέννησαν στο νερό. Ο Nikodem (1999) ρώτησε τις μητέρες 24 ώρες μετά τον τοκετό αν ο πόνος που βίωσαν κατά την εξώθηση ήταν λιγότερος ή περισσότερος από όσο περίμεναν. Από την ομάδα τοκετού στο νερό, το 57% ανέφερε ότι ο πόνος ήταν μικρότερος από όσο περίμεναν, ενώ αντίστοιχα το ίδιο απάντησε το 28% της ομάδας τοκετού με άλλους τρόπους. Όταν ρωτήθηκαν πώς αισθάνονταν για τον τρόπο που αντιμετώπισαν τον πόνο της εξώθησης, το 78% της ομάδας τοκετού στο νερό ανέφερε ότι αισθάνθηκαν πολύ ικανοποιημένες με το πώς τον αντιμετώπισαν, έναντι του 58% της ομάδας τοκετού με άλλους τρόπους.

Συνολικός χρόνος τοκετού

Ο Gayiti και οι συνεργάτες του (2015) σε τυχαιοποιημένη δοκιμή σε 160 μητέρες για πρώτη φορά, διαπίστωσαν ότι ο συνολικός χρόνος τοκετού ήταν μικρότερος για εκείνες που γέννησαν στο νερό κατά 50 λεπτά κατά μέσο όρο σε σύγκριση με εκείνες που γέννησαν συμβατικά. Σε άλλη μελέτη, ο Thoeni και οι συνεργάτες του (2005) διαπίστωσαν επίσης ότι η συνολική διάρκεια τοκετού ήταν μικρότερη σε γυναίκες που γέννησαν στο νερό και δήλωσαν ότι αυτό οφείλεται κυρίως στη μείωση του μέσου χρόνου του δεύτερου σταδίου τοκετού.

Οι μελέτες για τον τοκετό στο νερό καθ' όλη τη διάρκεια του , παρέχουν καλύτερα στοιχεία για την επίδραση του νερού από ότι οι μελέτες για τον τοκετό στο νερό γενικά. Αυτό συμβαίνει επειδή οι μελέτες τοκετού συνήθως δεν καταγράφουν πόσο χρόνο περνούν οι άνθρωποι που γενούν στο νερό πριν γεννήσουν, οπότε είναι δύσκολο να καταλάβουμε τη σχέση μεταξύ του τοκετού στο νερό και της διάρκειας του πρώτου σταδίου τοκετού. Είναι ενδιαφέρον ότι η ανασκόπηση τυχαιοποιημένων δοκιμών από τον Shaw-Battista (2017) διαπίστωσε ότι οι τοκετοί γυναικών που είχαν πραγματοποιηθεί στο νερό προχώρησαν με τον ίδιο ρυθμό με τις γέννες των γυναικών που έλαβαν τεχνητή ωκυτοκίνη και αμνιοτομία (πρόκληση).

Τέλος, σε μια μελέτη παρατήρησης, ο Vanderlaan (2017) διαπίστωσε ότι οι γυναίκες που περνούσαν περισσότερο χρόνο στο νερό ήταν επίσης πιο πιθανό να απομακρυνθούν από την πισίνα πριν γεννήσουν, για ιατρικούς λόγους. Όσες συνέχισαν και γέννησαν στο νερό, από την άλλη πλευρά, είχαν μικρότερο σε διάρκεια τοκετό και έτσι πέρασαν λιγότερο χρόνο στο νερό. Με την πρώτη ματιά, φαίνεται ότι μια μικρότερη περίοδος παραμονής στο νερό οδηγεί σε λιγότερες επιπλοκές του τοκετού, αλλά στην πραγματικότητα, είναι ότι οι γυναίκες με ταχύτερες και πιο απλές γέννες περνούν λιγότερο χρόνο στο νερό.

Διάρκεια του πρώτου σταδίου τοκετού

Η μετα-ανάλυση των Cluett and Burns (2009) διαπίστωσε ότι οι γυναίκες που είχαν γεννήσει στο νερό βίωσαν ένα μικρότερο πρώτο στάδιο τοκετού κατά μέσο όρο 32 λεπτά σε σύγκριση με εκείνες που γέννησαν συμβατικά. Τα αποτελέσματα σχετικά

με τη διάρκεια του πρώτου σταδίου τοκετού για γυναίκες που γεννούν στο νερό είναι μεικτά. Τρεις στις πέντε ερευνητικές μελέτες έδειξαν ότι οι γυναίκες που είχαν τοκετούς στο νερό είχαν μικρότερο πρώτο στάδιο τοκετού σε σύγκριση με εκείνες που είχαν γεννήσει συμβατικά (Zanetti-Daellenbach , 2007, Chaichian ,2009, Torkamani , 2010). Μια ακόμη μελέτη δεν βρήκε καμία διαφορά στη μέση διάρκεια του πρώτου σταδίου τοκετού μεταξύ γεννήσεων στο νερό και συμβατικών γεννήσεων (Menakaya , 2013).

Διάρκεια Δεύτερου Σταδίου τοκετού

Τα αποτελέσματα της έρευνας για τη διάρκεια του δεύτερου σταδίου είναι επίσης μεικτά. Τρεις ερευνητικές ομάδες διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες που είχαν τοκετούς στο νερό είχαν μικρότερες φάσεις εξώθησης (Zanetti-Daellenbach , 2007, Torkamani , 2010, Mollamahmutoglu , 2012), ενώ δύο ομάδες δεν βρήκαν καμία διαφορά μεταξύ των τοκετών στο νερό και εκείνων με άλλους τρόπους στο χρόνο του δεύτερου σταδίου (Chaichian , 2009, Menakaya , 2013). Μόνο μία μελέτη ξεχώρισε τις γυναίκες που είχαν γεννήσει πριν και αυτές που γέννησαν για πρώτη φορά. Διαπίστωσαν ότι και στις δύο αυτές ομάδες, ο μέσος χρόνος του δεύτερου σταδίου ήταν μικρότερος στις περιπτώσεις τοκετών στο νερό (Mollamahmutoglu , 2012).

Διάρκεια Τρίτου Σταδίου τοκετού

Μόνο τέσσερις ερευνητικές ομάδες συνέκριναν τη διάρκεια του τρίτου σταδίου τοκετού, μεταξύ των τοκετών στο νερό και των συμβατικών τοκετών και πάλι τα αποτελέσματα είναι ανάμεικτα. Δύο από τις μελέτες διαπίστωσαν ότι το τρίτο στάδιο ήταν μικρότερο (Chaichian , 2009, Mollamahmutoglu , 2012), μία ερευνητική μελέτη ανέφερε μια μεγαλύτερη τρίτη φάση (Zanetti-Daellenbach , 2007), και μία μελέτη δεν βρήκε καμία διαφορά στο χρόνο του τρίτου σταδίου (Thoeni , 2005). Αυτά τα αποτελέσματα μπερδεύονται από το γεγονός ότι ορισμένοι ερευνητές ζήτησαν από τις

συμμετέχουσες να βγουν από την πισίνα για να γεννήσουν τον πλακούντα (Mollamahmutoglu , 2012). ενώ σε άλλες μελέτες δεν είπαν αν οι γυναίκες βγήκαν από την πισίνα κατά το τρίτο στάδιο. Ο τρόπος με τον οποίο οι μαίες/μαιευτήρες χειρίστηκαν την τρίτη φάση τοκετού ήταν πιθανώς διαφορετικός από μελέτη σε μελέτη, αλλά είναι δύσκολο να το πούμε γιατί το στυλ διαχείρισης συνήθως δεν καταγράφεται. Καμία μελέτη δεν έχει συγκρίνει τη γέννηση του πλακούντα στην πισίνα με αυτή των συμβατικών τοκετών.

Απώλεια αίματος μετά τον τοκετό

Ο Nutter και οι συνεργάτες του (2014) σε ανασκόπηση κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες που γεννούν στο νερό βιώνουν είτε λιγότερη ολική απώλεια αίματος είτε ίση απώλεια αίματος με εκείνες που γεννούν με άλλους τρόπους. Ο Gayití και οι συνεργάτες του (2015) σε δοκιμή δεν βρήκαν καμία διαφορά στον όγκο του χαμένου αίματος μεταξύ των ομάδων. Σε μια άλλη μελέτη, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες που γέννησαν συμβατικά είχαν δύο φορές περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν αιμορραγία μετά τον τοκετό από εκείνες που είχαν τοκετό στο νερό ακόμη και αφού έλαβαν υπόψη το βάρος γέννησης, αν η μητέρα είχε γεννήσει πριν, τη διάρκεια του δεύτερου σταδίου, εάν ο πάροχος φροντίδας ήταν μαία ή μαιευτήρας-γυναικολόγος και αν η μητέρα είχε περινεϊκό τραύμα (Dahlen , 2013).

Ορθός προσδιορισμός θέσης γέννησης

Στη μελέτη του Henderson και των συνεργατών του (2014), οι ερευνητές συνέκριναν μια μικρή υποομάδα γυναικών που χρησιμοποίησαν την πισίνα τοκετού στο νερό κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια του τοκετού με εκείνες που δεν χρησιμοποίησαν καθόλου την πισίνα επειδή δεν ήταν διαθέσιμη ή δεν ήθελαν να τη χρησιμοποιήσουν. Διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες που χρησιμοποίησαν την πισίνα ήταν πιο πιθανό να έχουν όρθια θέση τοκετού και τεχνική hands poised¹. Όταν οι ερευνητές

¹ Στην τεχνική «hands poised» η μαία λειτουργεί ως εκπαιδευτής για τη γυναίκα για την πραγματοποίηση κατάλληλων αναπνοών αλλά και τον τρόπο και για την ισχύ των εξωθήσεων.

εξέτασαν όλες όσες γέννησαν στο νερό (1.519 άτομα), διαπίστωσαν ότι το 87% από αυτές χρησιμοποίησαν όρθια στάση κατά τη γέννα.

Ικανοποίηση

Ο Nutter και οι συνεργάτες του (2014) σε ανασκόπηση κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο τοκετός στο νερό συνδέεται με αναφορές για καλύτερη συνολική εμπειρία τοκετού σε σύγκριση με τη συμβατική γέννα. Σε μια μελέτη, το 72,3% των γυναικών που είχαν τοκετούς στο νερό δήλωσαν ότι σίγουρα θα επέλεγαν αυτή τη μέθοδο τοκετού ξανά, ενώ μόνο το 8,7% εκείνων που είχαν γεννήσει συμβατικά θα επέλεγαν ξανά αυτή τη μέθοδο τοκετού (Torkamani , 2010).

Το 2003, ένας ερευνητής πραγματοποίησε μια μελέτη με 170 μητέρες που είχαν ολοκληρώσει τον τοκετό στο νερό σε πέντε κέντρα γέννησης στην Αγγλία κατά τα έτη 1993-1994. Οι μητέρες κλήθηκαν να απαντήσουν σε μια γραπτή έρευνα σχετικά με την εμπειρία τους με τον τοκετό στο νερό (Richmond, 2003). Στις απαντήσεις τους, η πλειοψηφία των γυναικών περιέγραψε τη γέννησή τους στο νερό ως «αρκετά ευχάριστη» ή «πολύ ευχάριστη και ικανοποιητική». Οι περισσότερες γυναίκες (81%) τάχθηκαν υπέρ μιας νέας γέννας στο νερό στο μέλλον. Όταν τους ζητήθηκε να περιγράψουν τα συναισθήματά τους όταν μπήκαν στην πισίνα, οι μητέρες χρησιμοποίησαν τις λέξεις *χαλάρωση, ανακούφιση, ανακούφιση από τον πόνο, ζεστασιά, έλεγχος και ηρεμία*. Όταν οι γυναίκες , που είχαν γεννήσει στο παρελθόν, κλήθηκαν να περιγράψουν αν ήταν η γέννα τους στο νερό διαφορετική από τις προηγούμενες γέννες, οι μητέρες είπαν ότι αισθάνονταν ότι είχαν περισσότερο έλεγχο και ότι ο τοκετός στο νερό ήταν πιο χαλαρωτικός και λιγότερο επώδυνος. Λιγότερες γυναίκες εξέφρασαν αντιπάθειες για τον τοκετό στο νερό. Ένας μικρός αριθμός είπε ότι κρύωναν ή ότι το μωρό κρύωσε, ότι οι συσπάσεις τους εξαφανίστηκαν ή ότι το προσωπικό δεν τις υποστήριξε. Τα δύο τρίτα των μητέρων σχολίασαν ότι το καλύτερο μέρος του τοκετού στο νερό ήταν ότι κανείς δεν τους πήρε τα μωρά τους αμέσως μετά τον τοκετό.

Λειτουργία πυελικού εδάφους

Μόνο μία μελέτη εξέτασε τις επιδράσεις του τοκετού στη λειτουργία του πυελικού εδάφους. Χρησιμοποιώντας υπερηχογραφήματα , ο Mistrangelo και οι συνεργάτες του (2007) δεν διαπίστωσαν διαφορές στη λειτουργία του πυελικού εδάφους, έξι μήνες μετά τον τοκετό, μεταξύ 25 μητέρων που για πρώτη φορά είχαν τοκετό στο νερό και 27 μητέρων που για πρώτη φορά είχαν συμβατικό τοκετό.

Μεταφορές μητέρας σε νοσοκομείο και νοσηλείες

Η μεγάλη μελέτη MANA Stats διαπίστωσε ότι οι γυναίκες που είχαν τοκετούς στο σπίτι και σε κέντρα γέννησης είχαν λιγότερες μεταφορές στο νοσοκομείο μετά τον τοκετό και λιγότερες νοσηλείες τις πρώτες 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό σε σύγκριση με εκείνες που είχαν γεννήσει εντός νοσοκομείου (Bonbjerg , 2016).

Μητρική μόλυνση

Η μελέτη MANA Stats δείχνει ότι ο τοκετός στο νερό δεν φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο λοιμώξεων στη μητέρα σε σύγκριση με τη συμβατική γέννα (Bonbjerg., 2016). Τα ευρήματα από τον Nutter και τους συνεργάτες του (2014) συμφωνούν με αυτό το συμπέρασμα.

Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του τοκετού στο νερό για νεογέννητα

Παρακάτω , αναφέρονται οι επιπτώσεις του τοκετού στο νερό στα νεογέννητα. Έχουμε οργανώσει τα στοιχεία από τη σχέση μεταξύ τοκετού στο νερό και των ακόλουθων αποτελεσμάτων υγείας των νεογέννητων:

- Βρεφικός Θάνατος
- Score Apgar

- Δυσκολία στην αναπνοή
- ΡΗ του ομφάλιου λώρου
- Δυστοκία ώμων
- Λοιμώξεις νεογέννητων
- Ομάδα Β Strep
- NICU ή Ειδικές Φροντιστηριακές Εισαγωγές
- Μεταφορές νεογέννητων στο νοσοκομείο και
- Νοσηλείες
- Νεογέννητο Μικροβίωμα
- Ρήξη ομφάλιου λώρου
- Αναζωογόνηση νεογέννητου
- Υποθερμία νεογνού

Τα στοιχεία που συζητάμε για καθένα από αυτά τα αποτελέσματα προέρχονται από μία ή περισσότερες μετα-αναλύσεις-μελέτες που συνδυάζουν τα στοιχεία από πολλές μελέτες για να εξετάσουν τις επιπτώσεις του τοκετού στο νερό στα βρέφη. Αναφερόμαστε κυρίως στη μετα-ανάλυση του Vanderlaan και των συνεργατών του (2017), επειδή κάλυψαν τον μεγαλύτερο αριθμό μελετών. Σε ορισμένες περιπτώσεις, συμπεριλαμβάνουμε επίσης αποτελέσματα από μεμονωμένες μελέτες που έχουν αναφέρει αυτό το αποτέλεσμα.

Βρεφικός Θάνατος

Από τον Vanderlaan και τους συνεργάτες του (2017) δεν βρέθηκε καμία στατιστική διαφορά στις πιθανότητες θανάτου νεογέννητων μεταξύ τοκετού στο νερό και συμβατικής γέννας. Ωστόσο, τέσσερις μελέτες μπορεί να είναι πολύ λίγες για να βρεθεί διαφορά για ένα τόσο σπάνιο αποτέλεσμα.

Υπήρξε ένας θάνατος σε μια ομάδα τοκετού στο νερό. Θεωρήθηκε ότι οφείλεται σε προυπάρχουσα λοίμωξη της μήτρας και δεν σχετίζεται με τον τοκετό στο νερό (Nikodem, 1999). Το μωρό γεννήθηκε από μητέρα θετική στον ιό HIV που είχε λάβει θεραπεία για βαριά κολπική έκκριση και κάψιμο δύο εβδομάδες πριν τον τοκετό. Αμέσως μετά τον τοκετό, το μωρό εμφανίστηκε υγιές και θήλασε καλά. Ωστόσο, περίπου τρεις ώρες μετά τον τοκετό, το προσωπικό του νοσοκομείου παρατήρησε ότι το μωρό δεν αναπνέει. Οι προσπάθειες ανάνηψης του μωρού δεν ήταν επιτυχημένες. Η μητέρα αρνήθηκε την αυτοψία, αλλά οι γιατροί υποψιάζονται ότι ο θάνατος οφείλεται πιθανότατα σε προυπάρχουσα λοίμωξη της μήτρας και όχι λόγω του τοκετού στο νερό.

Ο Taylor και οι συνεργάτες του (2016) ανέφεραν 27 θανάτους νεογέννητων (νερό και άλλοι τρόποι γέννας) από 10 μελέτες που περιλάμβαναν 31.368 συνολικά συμμετέχουσες. Οι ερευνητές δεν ανέφεραν τον ακριβή αριθμό των βρεφικών θανάτων από γέννες στο νερό έναντι συμβατικής γέννας, καθώς οι μελέτες ήταν τόσο μεικτής ποιότητας και σχεδιασμού που ήταν αδύνατο να συνδυαστούν τα δεδομένα με ουσιαστικό τρόπο (Taylor, 2017). Ωστόσο, ανέφεραν ότι δεν διαπίστωσαν αυξημένο κίνδυνο θανάτου νεογέννητων στο τοκετό στο νερό σε σύγκριση με τη συμβατική γέννα.

Η μελέτη MANA Stats σχετικά με τις γεννήσεις εκτός νοσοκομείου στις ΗΠΑ δεν βρήκε επίσης ενδείξεις αυξημένου κινδύνου θανάτου νεογέννητων από τοκετό στο νερό αν και ο αριθμός των θανάτων ήταν πολύ μικρός για να εξαχθούν σταθερά συμπεράσματα (Bonbjerg, 2016). Υπήρξαν εννέα θάνατοι νεογέννητων από τις 10.290 συμβατικές γέννες. Έξι από αυτά τα βρέφη πέθαναν στις 7 ημέρες ζωής και τρία πέθαναν μετά από 7 ημέρες ζωής, αλλά πριν φτάσουν στην ηλικία των 28 ημερών. Οι 1.573 γυναίκες που σκόπευαν να γεννήσουν στο νερό αλλά γεννήσαν διαφορετικά γνώρισαν τρεις θανάτους νεογέννητων, δύο συνέβησαν την πρώτη εβδομάδα και ένας συνέβη αργότερα τον πρώτο μήνα. Μεταξύ των 6.534 γυναικών που γεννήσαν στο νερό, υπήρξαν τρεις θάνατοι νεογέννητων, δύο συνέβησαν την πρώτη εβδομάδα και ένας συνέβη αργότερα τον πρώτο μήνα. Οι θάνατοι προκλήθηκαν από υποξική ισχαιμική εγκεφαλοπάθεια (έλλειψη οξυγόνου στον εγκέφαλο), συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και άγνωστα αίτια (χωρίς αυτοψία). Οι συγγραφείς πιστεύουν ότι κανένας από τους τρεις θανάτους των βρεφών που γεννήθηκαν στο νερό δεν προκλήθηκε από τη γέννηση στο νερό.

Score Apgar

Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του Apgar είναι ένας τρόπος για να ελεγχθεί γρήγορα η υγεία ενός νεογέννητου μωρού σε ένα και πέντε λεπτά και οι βαθμολογίες μπορεί να κυμαίνονται από 0 έως 10. Οι βαθμολογίες Apgar 7 ή υψηλότερες θεωρούνται φυσιολογικές. Ο Vanderlaan και οι συνεργάτες του (2017) στη μετα-ανάλυση τους, που περιελάμβανε 17 μελέτες, ανέφεραν βαθμολογίες Apgar 5 λεπτών και δεν βρήκαν διαφορά μεταξύ γεννήσεων στο νερό και συμβατικών γεννήσεων. Δεν ήταν σε θέση να συνδυάσουν τα δεδομένα για τις βαθμολογίες Apgar 1 λεπτού, επειδή τα αποτελέσματα για αυτό το αποτέλεσμα διέφεραν τόσο πολύ μεταξύ των μελετών. Ο Taylor και οι συνεργάτες του (2016) σε μετα-ανάλυση 26 μελετών που ανέφεραν αυτό το αποτέλεσμα δεν βρήκαν διαφορά στις βαθμολογίες Apgar σε ένα και πέντε λεπτά μεταξύ μωρών που γεννήθηκαν σε νερό έναντι άλλων τρόπων.

Η μελέτη MANA Stats ανέφερε επίσης ότι δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ των ομάδων γέννησης στο νερό και συμβατικής γέννας στις βαθμολογίες Apgar <7 στα πέντε λεπτά (Bonberg, 2016). Ωστόσο, διαπίστωσαν ότι τα νεογέννητα, των οποίων οι μητέρες είχαν σκοπό να γεννήσουν στο νερό, δεν είχαν αυξημένες πιθανότητες να σημειωθεί βαθμολογία Apgar πέντε λεπτών λιγότερο από επτά. Αυτό δεν προκαλεί έκπληξη, δεδομένου ότι η ομάδα για τον τοκετό στο νερό αποτελούνταν από γυναίκες που έφυγαν από την πισίνα για κάποιο λόγο, πιθανώς επειδή έπρεπε να παρακολουθούνται πιο προσεκτικά λόγω προβλήματος με τον τοκετό.

Δυσκολία στην αναπνοή

Πέντε μελέτες των Vanderlaan και των συνεργατών του (2017) σε μετα-ανάλυση αναφέρθηκαν σε αυτό το αποτέλεσμα. Συνολικά, τα αποτελέσματα ευνόησαν τον τοκετό στο νερό, καθώς οι πιθανότητες δυσκολίας στην αναπνοή ήταν μικρότερες για τα μωρά που γεννήθηκαν κάτω από το νερό. Ωστόσο, μια μεγάλη μελέτη ήταν υπεύθυνη για τη συνεισφορά των μισών δεδομένων. Όταν αυτή η μελέτη αφαιρέθηκε, δεν υπήρχε διαφορά στο ποσοστό αναπνευστικής δυσκολίας μεταξύ γέννησης στο νερό και συμβατικής γέννησης. Άρα δεν μπορεί να ειπωθεί ότι ο τοκετός στο νερό μειώνει

τις πιθανότητες δυσκολίας στην αναπνοή. Αντίθετα, αυτό το εύρημα σημαίνει πιθανώς ότι οι πάροχοι φροντίδας έδειξαν προσοχή και απομάκρυναν τις γυναίκες από την πισίνα όταν υποπτεύθηκαν εμβρυικά προβλήματα.

Μεταφορές νεογέννητων σε νοσοκομείο και νοσηλείες

Η μελέτη MANA Stats διαπίστωσε ότι τα βρέφη που γεννήθηκαν στο νερό ήταν λιγότερο πιθανό να μεταφερθούν στο νοσοκομείο (από το σπίτι ή το κέντρο γέννησης) για ένα πρόβλημα υγείας αμέσως μετά τον τοκετό σε σύγκριση με βρέφη που γεννήθηκαν σε κρεβάτι (0,5% έναντι 1,2%) και λιγότερο πιθανό να χρειαστεί να πάνε στο νοσοκομείο τις πρώτες έξι εβδομάδες της ζωής (3,4% έναντι 4,5%). Όπως θα αναμενόταν από τον αυξημένο κίνδυνο, τα νεογέννητα στην ομάδα που προορίζονταν για τον τοκετό στο νερό πήγαιναν στο νοσοκομείο συχνότερα μετά τον τοκετό (1,6%) και τις πρώτες έξι εβδομάδες (5,5%).

Λοιμώξεις νεογέννητων

Ο Vanderlaan και οι συνεργάτες του (2017) χώρισαν τα δεδομένα για τις λοιμώξεις σε πνευμονία και λοιμώξεις εκτός πνευμονίας. Τέσσερις μελέτες παρέιχαν δεδομένα για λοιμώξεις από πνευμονία. Δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ γέννησης στο νερό και συμβατικής γέννησης. Τα δεδομένα για λοιμώξεις από μη πνευμονία προήλθαν από 13 μελέτες. Βρήκαν χαμηλότερες πιθανότητες λοιμώξεων από μη πνευμονία στον τοκετό στο νερό σε σύγκριση με τη συμβατική γέννα. Ωστόσο, εξετάζοντας μόνο τις μελέτες υψηλότερης ποιότητας, δεν υπήρχε διαφορά στα ποσοστά μεταξύ γέννας στο νερό και συμβατικής γέννας.

Έντεκα μελέτες του Taylor και των συνεργατών του (2016) αναφέρονται στα ποσοστά μόλυνσης νεογέννητων μετά τον τοκετό στο νερό. Δέκα από τις μελέτες δεν βρήκαν καμία διαφορά μεταξύ των τοκετών στο νερό και συμβατικής γέννας. Μια μελέτη παρατήρησης 3.617 τοκετών στο νερό βρήκε περισσότερες λοιμώξεις στα βρέφη που γεννήθηκαν συμβατικά (1.0% έναντι 0.6%) και λιγότερες μολύνσεις στα

μάτια νεογέννητων στην ομάδα τοκετού νερού σε σύγκριση με την ομάδα συμβατικής γέννας (0.4% έναντι 0.8%) (Geissbuehler, 2004).

Νεογνικό Μικροβίωμα

Ένας από τους πιθανούς κινδύνους του τοκετού στο νερό είναι ότι θα μπορούσε να αλλάξει τα πρώτα βακτήρια που αναπτύσσονται στο έντερο του νεογέννητου, οδηγώντας σε αλλαγές στην πρόιμη ανάπτυξη του μικροβιώματος του εντέρου. Αυτό πιστεύεται ότι συμβαίνει μετά την καισαρική και έχει συνδεθεί με διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος και την παχυσαρκία στην παιδική ηλικία (Taylor , 2016). Η έρευνα δεν έχει ακόμη απαντήσει στο ερώτημα για τις επιπτώσεις του τοκετού στα φυσιολογικά, υγιή βακτήρια που αποικούν πρώτα στο μικροβίωμα του νεογέννητου καθώς και τα επιβλαβή βακτήρια που προκαλούν ασθένειες.

Σε μια μελέτη, ο Fehervary και οι συνεργάτες του (2004) εξέτασαν το στόμα και τα αυτιά των νεογέννητων αμέσως μετά τη γέννηση στο νερό (34 βρέφη), τη γέννα σε κρεβάτι με χρήση πισίνας πριν από τη γέννα (26 βρέφη) και τη συμβατική γέννα χωρίς χρήση πισίνας (34 βρέφη). Δεν βρήκαν σημαντικές διαφορές στη βακτηριακή χλωρίδα μεταξύ των τριών ομάδων. Τα πιο συνηθισμένα βακτήρια και στις τρεις ομάδες ήταν τα *Staphylococcus epidermidis*, *Escherichia coli* και *Enterococci*. Δύο τύποι βακτηρίων παρατηρήθηκαν μόνο μετά τη συμβατική γέννα: *Corynebacteriaceae* (πέντε μπατονέτες στις ομάδες συμβατικής γέννας) και *Proteus spp* (δύο επιχρίσματα στις ομάδες τοκετού στο νερό). Σπάνια, δύο τύποι βακτηρίων παρατηρήθηκαν μόνο μετά τον τοκετό στο νερό: στρεπτόκοκκος ομάδας B (ένα στυλεό στην ομάδα τοκετού στο νερό· ένα στυλεό στον τοκετό με χρήση πισίνας πριν από την γέννα) και *Citrobacter spp* (ένα στυλεό στην ομάδα συμβατικού τοκετού).

Ρήξη ομφάλιου λώρου

Το 2014, ο Schafer αναθεώρησε όλες τις δημοσιευμένες περιπτώσεις ρήξης ομφάλιου λώρου κατά τον τοκετό. Ο συγγραφέας υπολόγισε ότι υπάρχουν περίπου 3,1

σπασίματα ομφάλιου λώρου ανά 1.000 τοκετούς στο νερό. Από όλες τις περιπτώσεις ρήξης του ομφάλιου λώρου, περίπου το 23% οδηγεί σε εισαγωγή στο νοσοκομείο, το 13% οδηγεί στην ανάγκη για μετάγγιση αίματος νεογέννητου και δεν έχουν αναφερθεί μακροπρόθεσμες επιβλαβείς επιδράσεις.

Ο Burns και οι συνεργάτες του (2012) ανέφεραν 20 ρήξεις ομφάλιου λώρου σε μια μελέτη με 5.192 γεννήσεις στο νερό και 3.732 συμβατικές γεννήσεις όπου οι γυναίκες εγκατέλειψαν την πισίνα πριν γεννήσουν. Δεκαοκτώ από αυτά τα είκοσι περιστατικά συνέβησαν κατά τη διάρκεια του τοκετού στο νερό. Δυστυχώς, δεν μπορούμε να συγκρίνουμε τους συνολικούς αριθμούς ρήξεων ομφάλιου λώρου μεταξύ γεννήσεων στο νερό και συμβατικών γεννήσεων, επειδή εκτός από τον Burns και τους συνεργάτες του (2012), δεν υπήρξαν μελέτες που να περιγράφουν πόσο συχνά συμβαίνουν ρήξεις ομφάλιου λώρου.

Αναζωογόνηση νεογέννητου

Έξι μελέτες του Vanderlaan και των συνεργατών του (2017) παρείχαν δεδομένα σχετικά με την ανάγκη ανάνηψης μεταξύ γέννας στο νερό και συμβατικής γέννας. Οι ερευνητές δεν βρήκαν διαφορά σε αυτό το αποτέλεσμα μεταξύ των ομάδων, ακόμη και αφού περιορίστηκαν μόνο στις μελέτες υψηλότερης ποιότητας.

Υποθερμία νεογνού

Τέσσερις μελέτες του Vanderlaan και των συνεργατών του (2017) έδωσαν δεδομένα για υποθερμία νεογέννητων ή επικίνδυνη πτώση της θερμοκρασίας του σώματος μετά από έκθεση σε χαμηλές θερμοκρασίες. Τα αποτελέσματα ευνόησαν τον τοκετό στο νερό, δείχνοντας μείωση των πιθανοτήτων υποθερμίας στα βρέφη που γεννήθηκαν στο νερό. Ωστόσο, δεν υπήρχε πλέον διαφορά μεταξύ των ομάδων όταν τα δεδομένα περιορίζονταν μόνο στις μελέτες υψηλότερης ποιότητας.

Ποιο σπάνια ανεπιθύμητα συμβάντα έχουν παρατηρηθεί σε αναφορές περιπτώσεων. Ένας αριθμός ερευνητών δημοσίευσε αναφορές περιπτώσεων

μεμονωμένων βρεφών που είχαν άσχημες συνέπειες που πιθανώς προκλήθηκαν από τον τοκετό στο νερό και σε ορισμένες περιπτώσεις σίγουρα προκλήθηκαν από το τοκετό στο νερό.

4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ : ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4.1 Μεθοδολογία

Οι Polit και Beck (2017b), θεωρούν ότι οι περιγραφικές μελέτες χρησιμοποιούν την παρατήρηση, την τεκμηρίωση και την περιγραφή διάφορων στοιχείων μιας κατάστασης. Δεδομένου ότι η έκταση της πρακτικής του τοκετού στο νερό ποικίλλει, ήταν απαραίτητο να διεξαχθεί μια μελέτη μέσω της ποσοτικής μεθόδου έρευνας. Έτσι, για να απαντηθεί το ερευνητικό ερώτημα που σχετίζεται με αυτό το έργο, επιλέχθηκε ένας ποσοτικός σχεδιασμός ερευνητικής μελέτης με τη μορφή έρευνας. Εκτός από τα αποτελέσματα της έρευνας, η μελέτη περιελάμβανε μια εκτενή βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με τον τοκετό στο νερό. Πριν διεξαχθεί η έρευνα και συλλεχθούν τα δεδομένα, ενημερώθηκαν όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα για τον σκοπό της μελέτης μαζί με τις προσδοκίες, τους κινδύνους, τα οφέλη, την ιδιωτικότητα και τις διατάξεις ασφαλείας των συμμετεχόντων.

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα ήταν το ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλάμβανε 38 ερωτήσεις και σχεδιάστηκε στην πλατφόρμα Google forms. Η ανάλυση των πληροφοριών που ελήφθησαν από το ερωτηματολόγιο πραγματοποιήθηκε μετά την ολοκλήρωση της συλλογής δεδομένων. Τα δεδομένα του ερωτηματολογίου μεταφορτώθηκαν σε ένα υπολογιστικό φύλλο Excel και στη συνέχεια αναλύθηκαν σε γραφήματα. Οι συμμετέχουσες στην έρευνα επιλέχθηκαν είτε επειδή είχαν γεννήσει στο παρελθόν με τη μέθοδο του τοκετού στο νερό είτε επειδή επρόκειτο να γεννήσουν με τη συγκεκριμένη μέθοδο στο μέλλον.

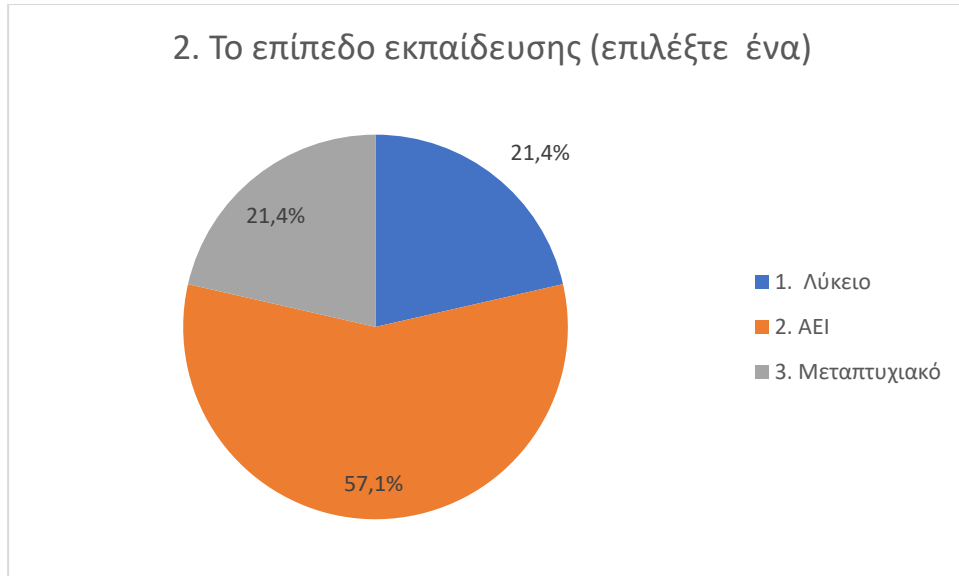
4.2.Αποτελέσματα έρευνας

Οι συμμετέχουσες στην έρευνα έλαβαν μέρος από τον Ιούλιο μέχρι και τα τέλη Αυγούστου, απαντώντας στο ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο τελικά συμπληρώθηκε από 28 γυναίκες. Κάποιες από αυτές θα γεννούσαν και κάποιες είχαν ήδη γεννήσει στο νερό.



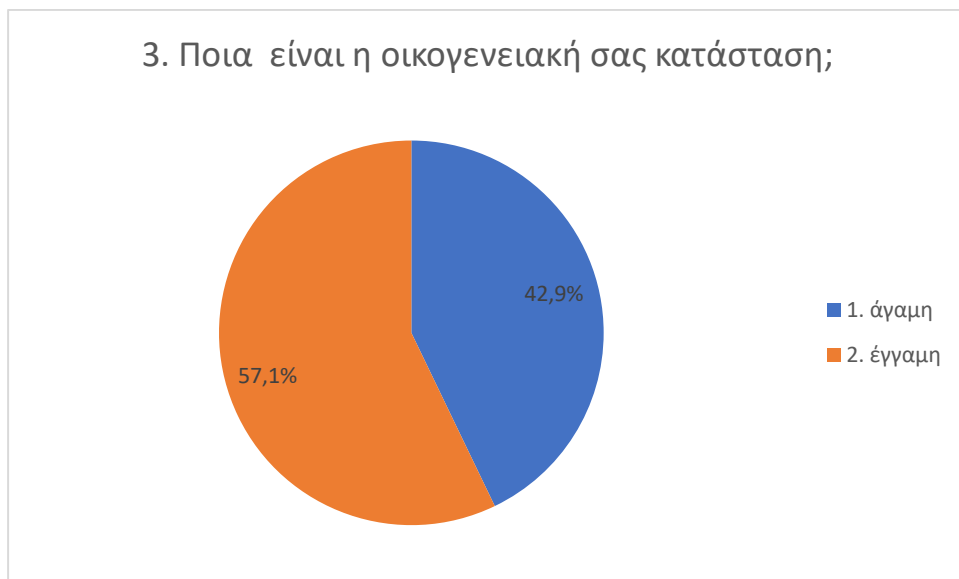
Διάγραμμα 1. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 1

Το ερωτηματολόγιο ξεκινούσε με δημογραφικές ερωτήσεις. Στην πρώτη ερώτηση ως προς την ηλικία των συμμετεχόντων φάνηκε μέσα από τις απαντήσεις ότι η πλειοψηφία των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα ήταν από 21 έως 35 ετών.



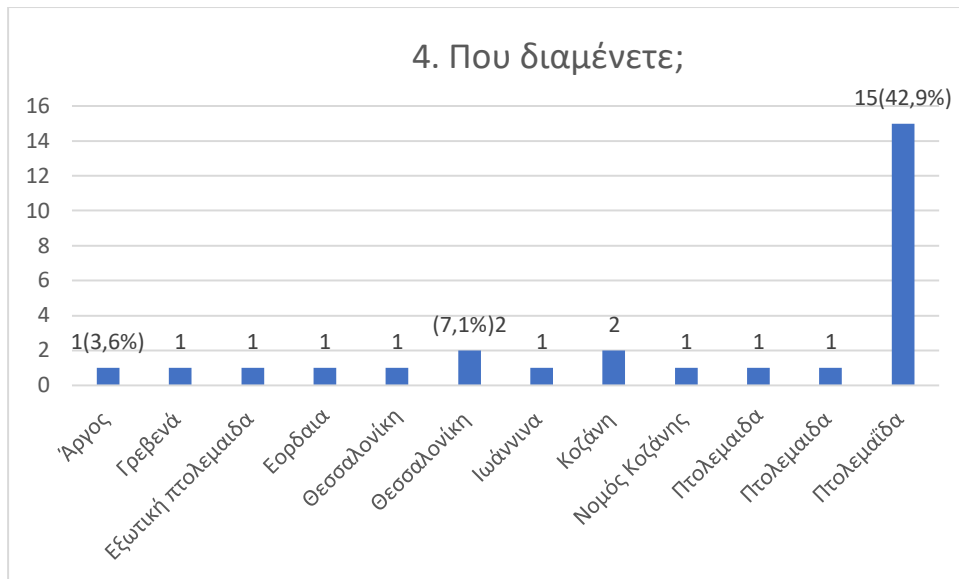
Διάγραμμα 2. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 2

Στη 2^η ερώτηση οι συμμετέχουσες έπρεπε να δηλώσουν το επίπεδο εκπαίδευσης τους. Η πλειοψηφία (57,1%) δήλωσε ΑΕΙ, και από 21,4% δήλωσαν απόφοιτες Λυκείου και κάτοχοι Μεταπτυχιακού αντίστοιχα.



Διάγραμμα 3. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 3

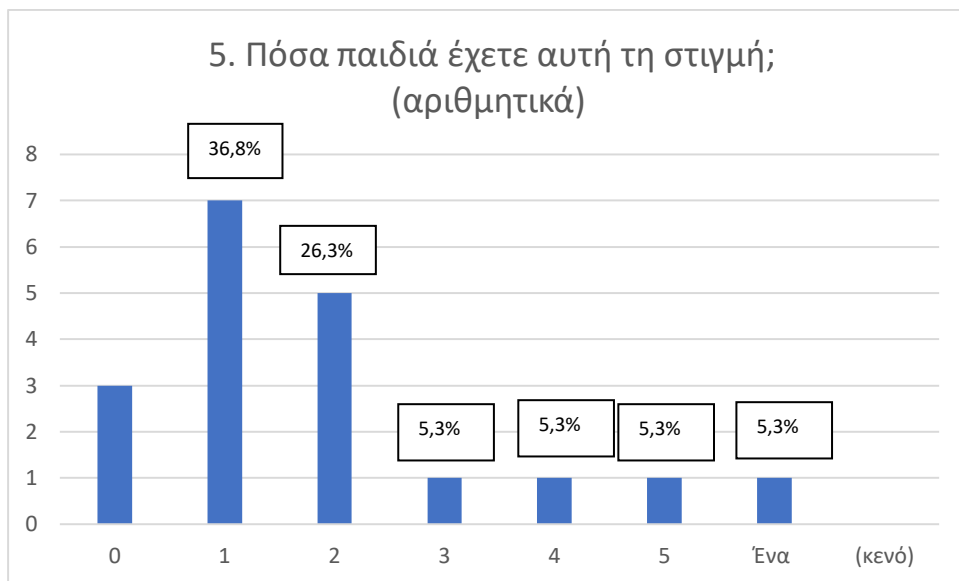
Στην 3^η ερώτηση ως προς την οικογενειακή κατάσταση το 57,1% των γυναικών δήλωσε έγγαμη και το 42,9% άγαμη.



Διάγραμμα 4. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 4

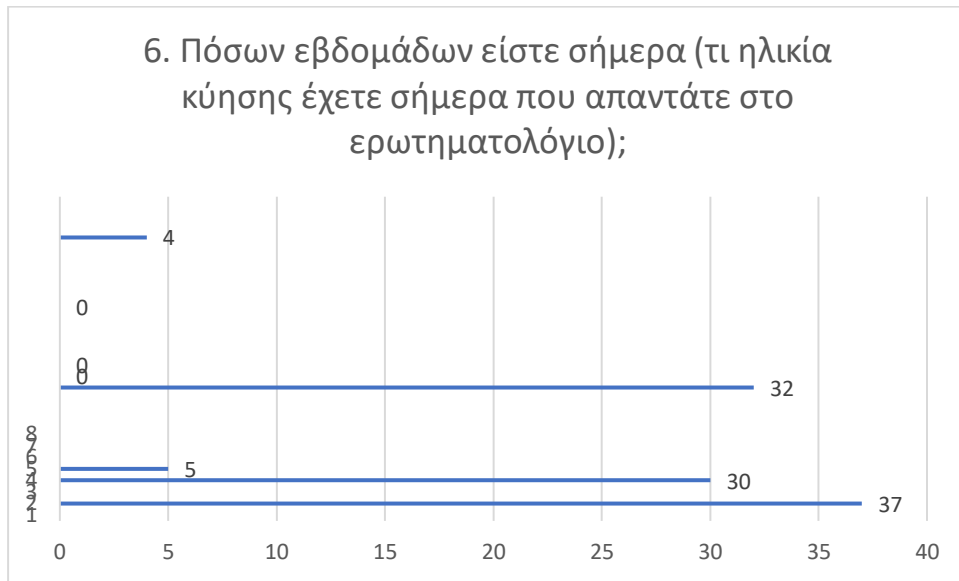
Στην 4^η ερώτηση ως προς τον τόπο διαμονής η πλειοψηφία απάντησε στην Πτολεμαίδα (42,9%). Το 7,1% στη Θεσσαλονίκη και το 3,6% στο Άργος.

Στην επόμενη ενότητα ερωτήσεων απάντησαν οι συμμετέχουσες που ήταν έγκυες κατά τη διεξαγωγή της έρευνας και σκόπευαν να γεννήσουν στο νερό.



Διάγραμμα 5. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 5

Στην 5^η ερώτηση οι συμμετέχουσες έπρεπε να δηλώσουν τα παιδιά τους αριθμητικά. Από τις απαντήσεις φάνηκε ότι το 36,8% είχε κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας 1 παιδί, το 26,3% 2 παιδιά, το 5,3% είχαν από 3 παιδιά και πάνω και το 15,8% των γυναικών δεν είχαν γίνει ακόμη μητέρες.



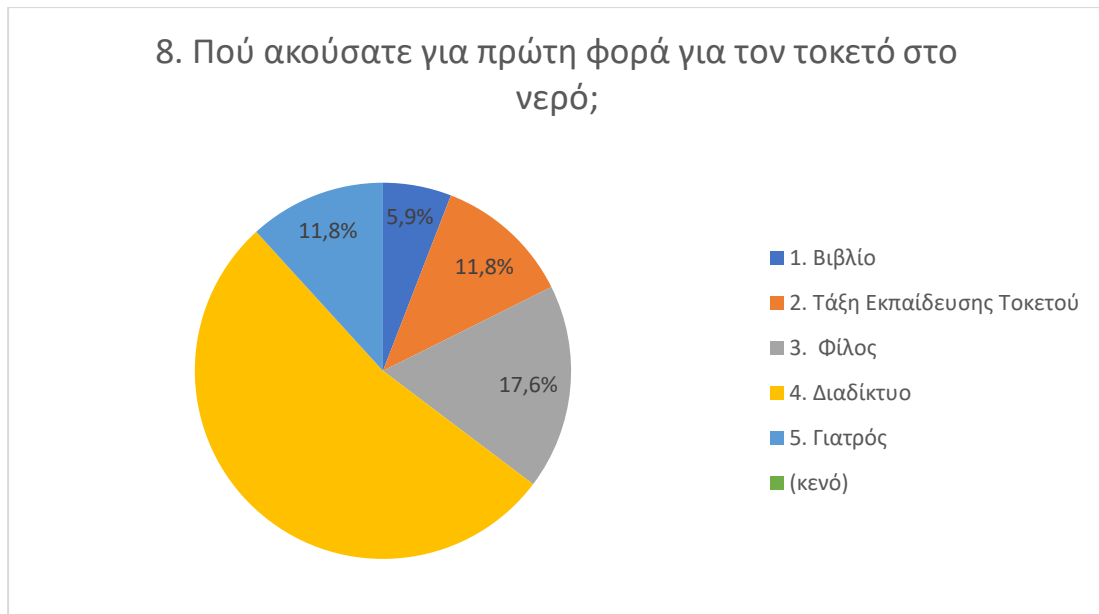
Διάγραμμα 6. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 6

Στην 6η ερώτηση οι συμμετέχουσες έπρεπε να απαντήσουν ως προς τη ηλικία κύησης που βρίσκονταν κατά την διεξαγωγή της έρευνας. Από τις απαντήσεις που έδωσαν φάνηκε ότι υπήρχαν γυναίκες που δεν ήταν έγκυες, και γυναίκες σε εγκυμοσύνη από 4 έως 37 εβδομάδων.



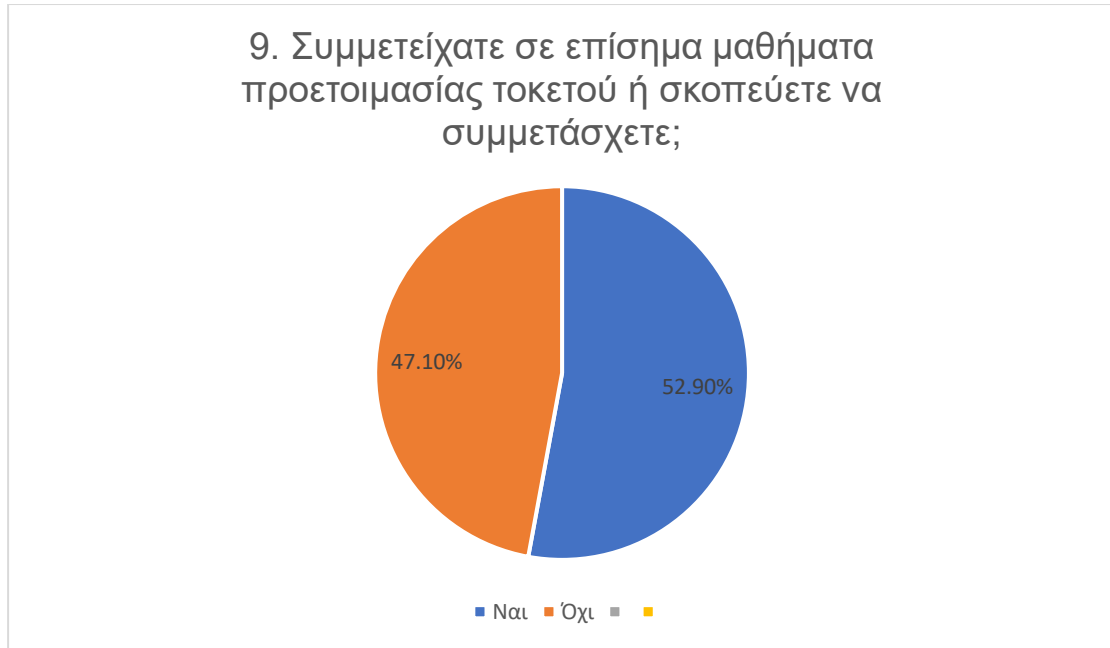
Διάγραμμα 7. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 7

Στην 7^η ερώτηση προς το που έχουν γεννήσει στο παρελθόν όσες είχαν ήδη γεννήσει, η πλειοψηφία (86,7%) απάντησε στο νοσοκομείο, ενώ το 6,5% απάντησε αντίστοιχα στην κλινική και στο σπίτι.



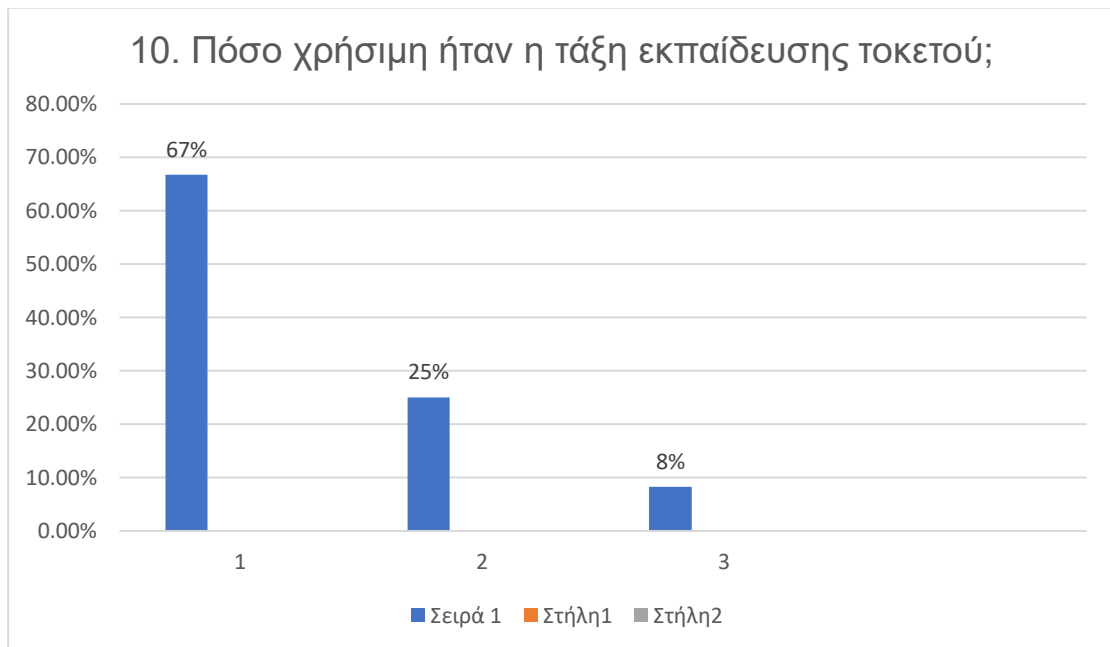
Διάγραμμα 8. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 8

Στην 8^η ερώτηση για το που άκουσαν για πρώτη φορά για τον τοκετό στο νερό, οι συμμετέχουσες σε ποσοστό 52,9% απάντησαν ότι έμαθαν από το διαδίκτυο, σε ποσοστό 17,6% από φίλους, σε ποσοστό 11,8% από τον γιατρό τους και 11,8% από την τάξη εκπαίδευσης τοκετού και τέλος σε ποσοστό 5,9% διάβασε γι' αυτόν σε βιβλίο.



Διάγραμμα 9. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 9

Στην 9^η ερώτηση για το αν συμμετείχαν σε επίσημα μαθήματα προετοιμασίας τοκετού ή αν σκόπευαν να συμμετάσχουν, το 52,9% απάντησε θετικά και το 47,1% αρνητικά.



Διάγραμμα 10. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 10

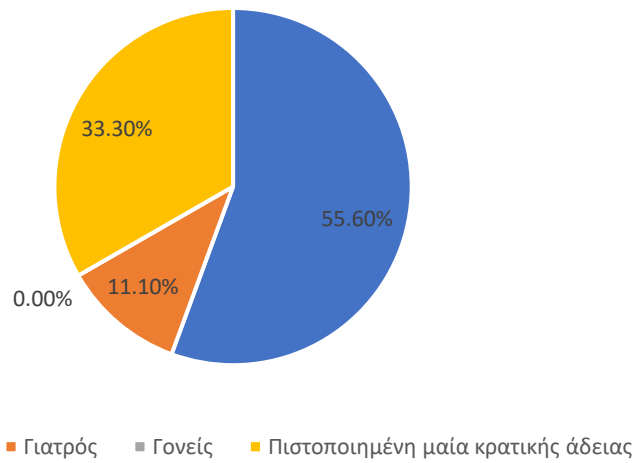
Στην 10^η ερώτηση για το πόσο χρήσιμη ήταν η τάξη εκπαίδευσης τοκετού που παρακολούθησαν ή παρακολουθούν, σε ποσοστό 66,7% την βρήκαν πολύ χρήσιμη, σε ποσοστό 25% χρήσιμη και μόλις το 8,3% δεν την βρήκε καθόλου χρήσιμη.



Διάγραμμα 11. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 11

Στην 11^η ερώτηση για το πως προετοιμάστηκαν ή θα προετοιμαστούν για τον τοκετό στο νερό, το 38,9% απάντησε μέσω της παρακολούθησης ειδικών μαθημάτων. Το 27,8% επέλεξε να προετοιμαστεί μέσω της ενημέρωσης από εξειδικευμένο προσωπικό. Το 11,1% παρακολουθώντας μια προγεννητική τάξη κολύμβησης. Το 5,5% αντίστοιχα μέσω της επικοινωνίας με άλλες μητέρες που είχαν γεννήσει στο νερό, μέσω της παρακολούθησης βίντεο τοκετού στο νερό, μέσω της παρακολούθησης συζητήσεων για τον τοκετό στο νερό είτε μέσω της ανάγνωσης βιβλίων για τον συγκεκριμένο τοκετό.

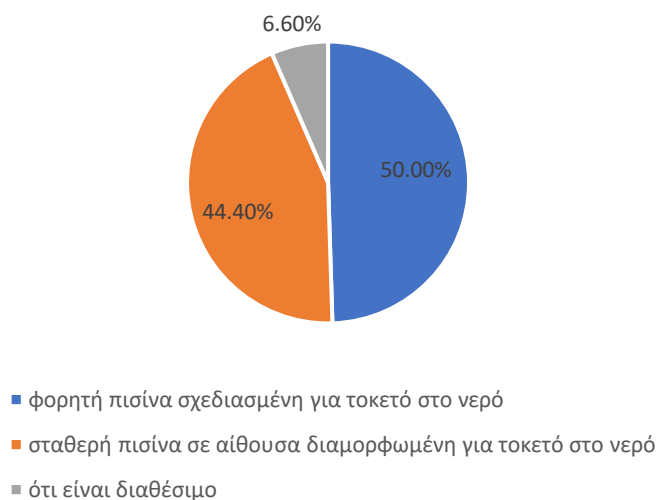
12. Ποιός παρακολούθησε ή θα παρακολουθήσει τον τοκετό σας στο νερό;



Διάγραμμα 12. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 12

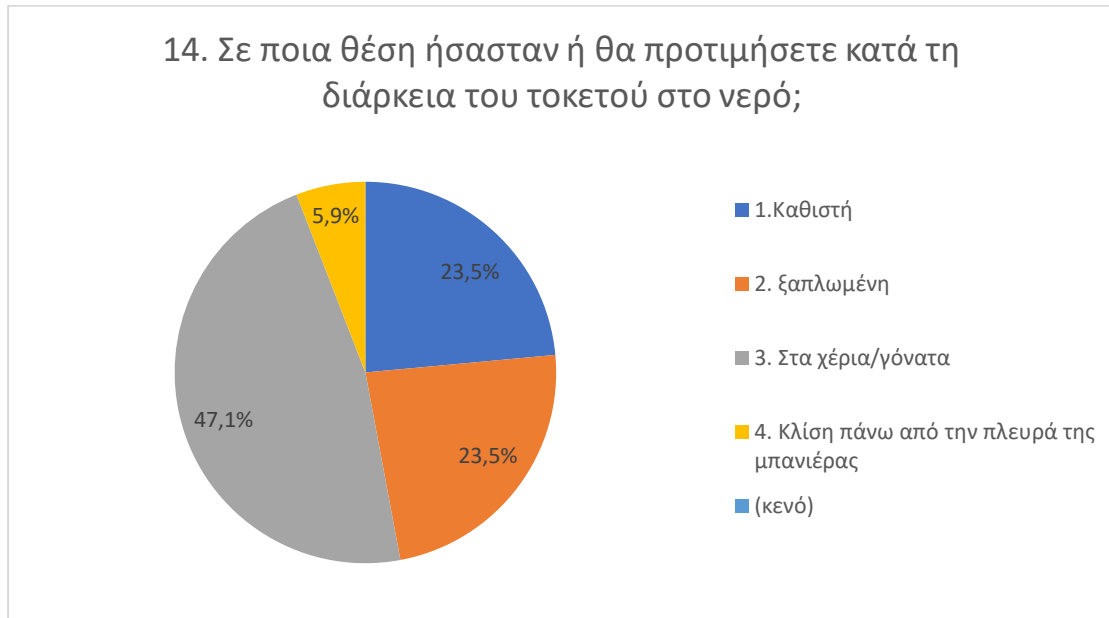
Στην 12^η ερώτηση κλήθηκαν να απαντήσουν για το ποιός παρακολούθησε ή πρόκειται να παρακολουθήσει τον τοκετό στο νερό. Το 55,6% απάντησε ο σύντροφός τους, το 33,3% η μαία και το 11,1% ο γιατρός.

13. Τι είδους πισίνα χρησιμοποιήσατε ή σκοπεύετε να χρησιμοποιήσετε;



Διάγραμμα 13. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 13

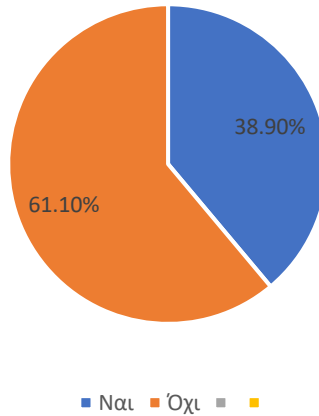
Στη 13^η ερώτηση ως προς τι είδους πισίνα χρησιμοποίησαν ή θα χρησιμοποιήσουν το 50% απάντησε τη φορητή σχεδιασμένη για τοκετό στο νερό, το 44,4% την σταθερή πισίνα σε διαμορφωμένη αίθουσα και το 6,6% απάντησε ότι χρησιμοποίησε ή θα χρησιμοποιήσει ότι είναι διαθέσιμο.



Διάγραμμα 14. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 14

Στην 14^η ερώτηση οι γυναίκες κλήθηκαν να απαντήσουν για το ποια θέση προτίμησαν ή θα προτιμήσουν κατά τη διάρκεια του τοκετού στο νερό. Το 47,1% δήλωσε τη θέση στα χέρια/γόνατα, το 23,5% καθιστή και ξαπλωμένη αντίστοιχα και το 5,9% με κλίση πάνω από την πλευρά της μπανιέρας.

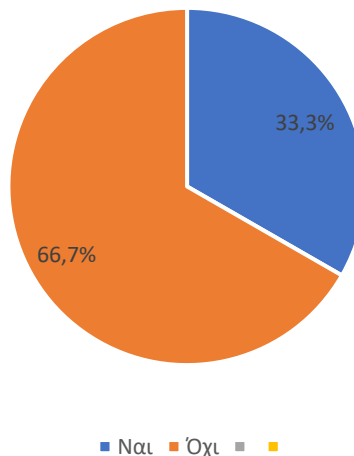
15. Φοβάστε τις τυχόν επιπλοκές που μπορεί να επηρεάσουν το μωρό κατά τη διάρκεια του τοκετού στο νερό;



Διάγραμμα 15. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 15

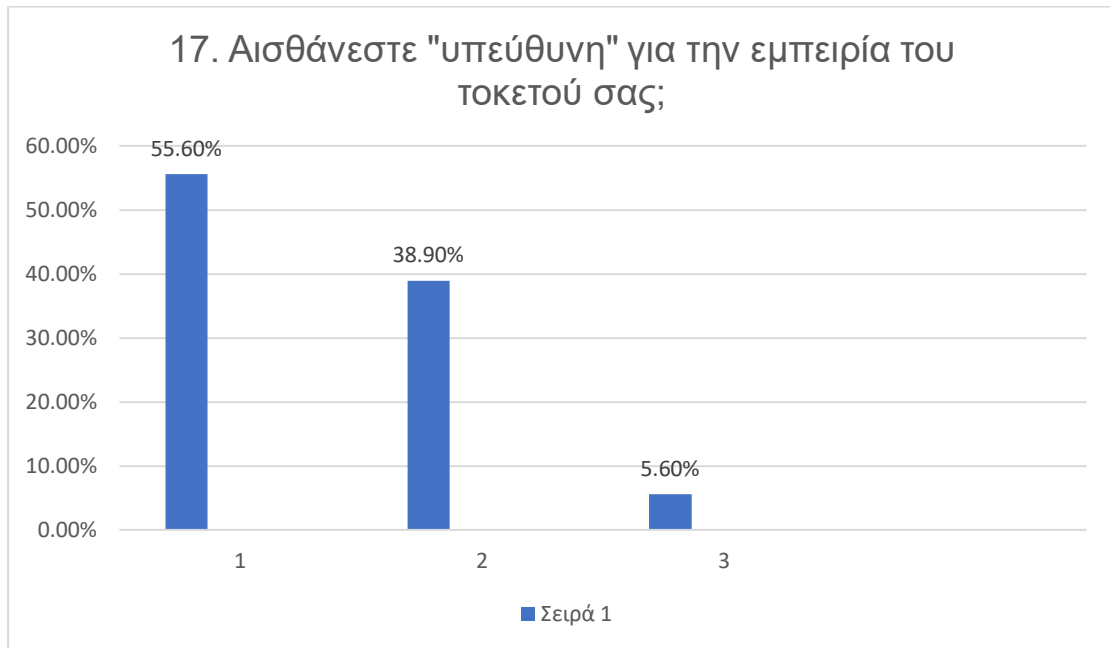
Στην 15^η ερώτηση για το αν φοβούνται τυχόν επιπλοκές που μπορεί να επηρεάσουν το μωρό κατά τη διάρκεια του τοκετού στο νερό, το 61,1% απάντησε αρνητικά και το 38,9% θετικά, δείχνοντας την ανησυχία των γυναικών για τις επιπλοκές.

16. Σκοπεύετε να λάβετε κάποιο φάρμακο για τον πόνο κατά τη διάρκεια του τοκετού στο νερό;



Διάγραμμα 16. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 16

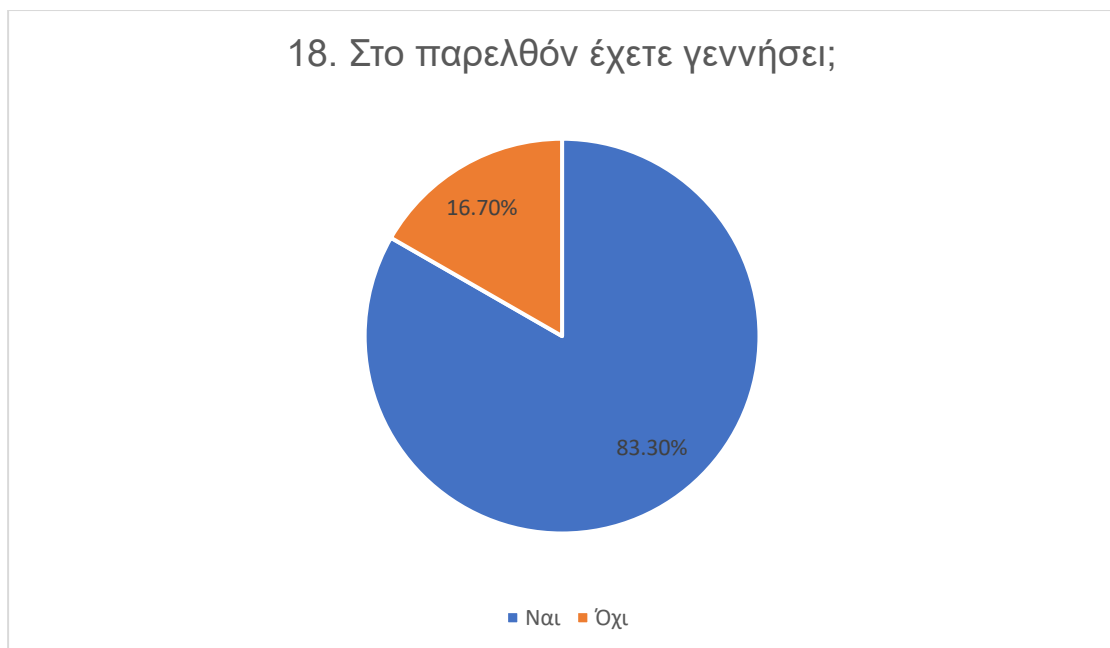
Στην 16^η ερώτηση για το αν σκοπεύουν να λάβουν κάποιο φάρμακο για τον πόνο κατά τη διάρκεια του τοκετού στο νερό, το 66,7% συμφώνησε και το 33,3% διαφώνησε.



Διάγραμμα 17. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 17

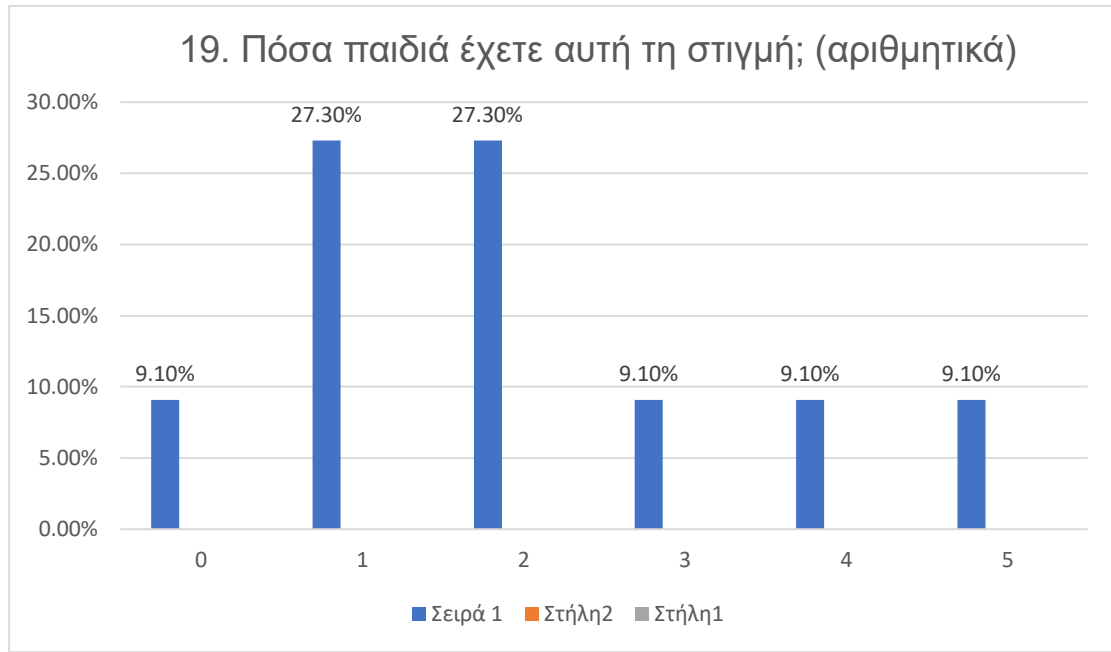
Στη 17^η ερώτηση για το αν αισθάνονται υπεύθυνες για την εμπειρία του τοκετού, το 55,6% απάντησε πάρα πολύ, το 38,9% πολύ και το 5,6% καθόλου.

Στην επόμενη ενότητα ερωτήσεων απάντησαν οι συμμετέχουσες που δεν ήταν έγκυες κατά τη διεξαγωγή της έρευνας αλλά είχαν γεννήσει στο παρελθόν στο νερό.



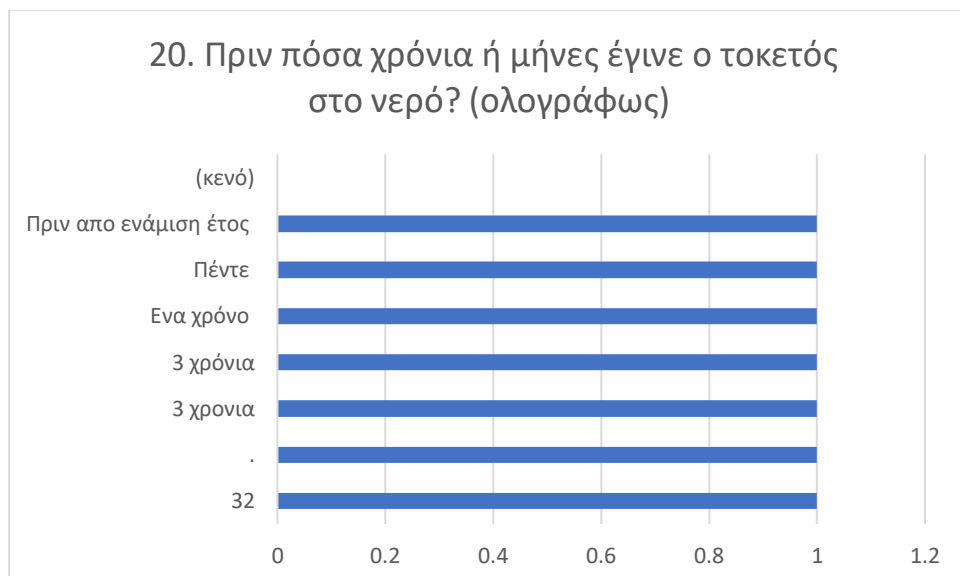
Διάγραμμα 18. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 18

Στην 18^η ερώτηση για το αν έχουν γεννήσει στο παρελθόν , φάνηκε ότι από τις συμμετέχουσες το 83,3% ήταν ήδη μητέρες και το 16,7% όχι.



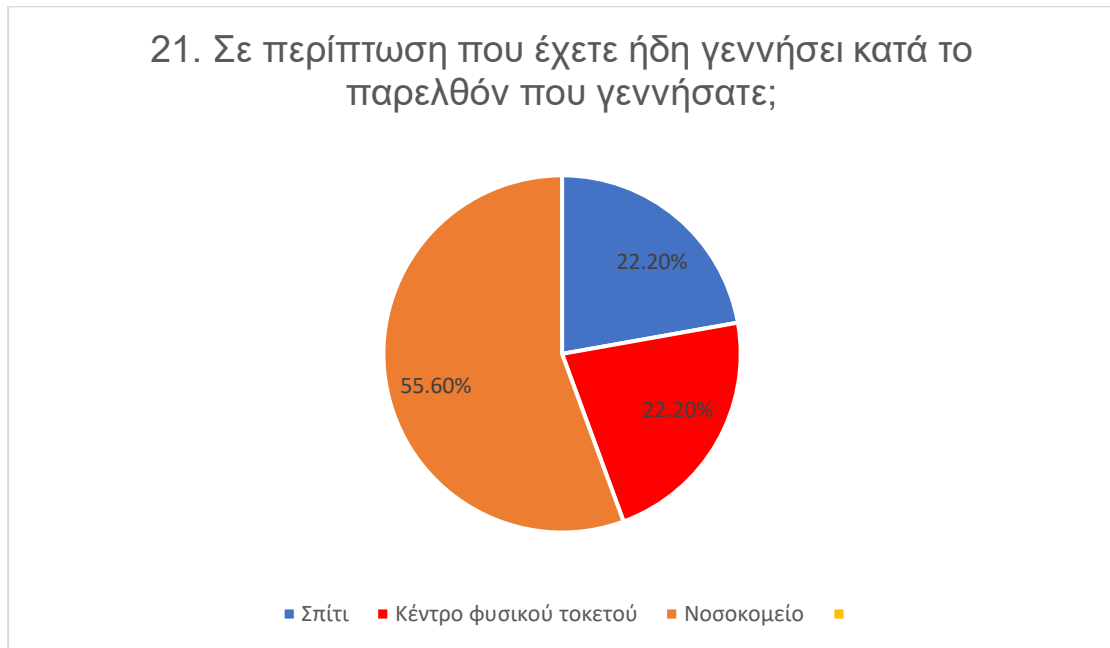
Διάγραμμα 19. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 19

Στην 19^η ερώτηση για το πόσα παιδιά έχουν κατά τη διεξαγωγή της έρευνας , φάνηκε ότι το 27,3% έχει 1 με 2 παιδιά ,το 9,1% κανένα και από 9,1% αντίστοιχα έχουν 3 έως 5 παιδιά.



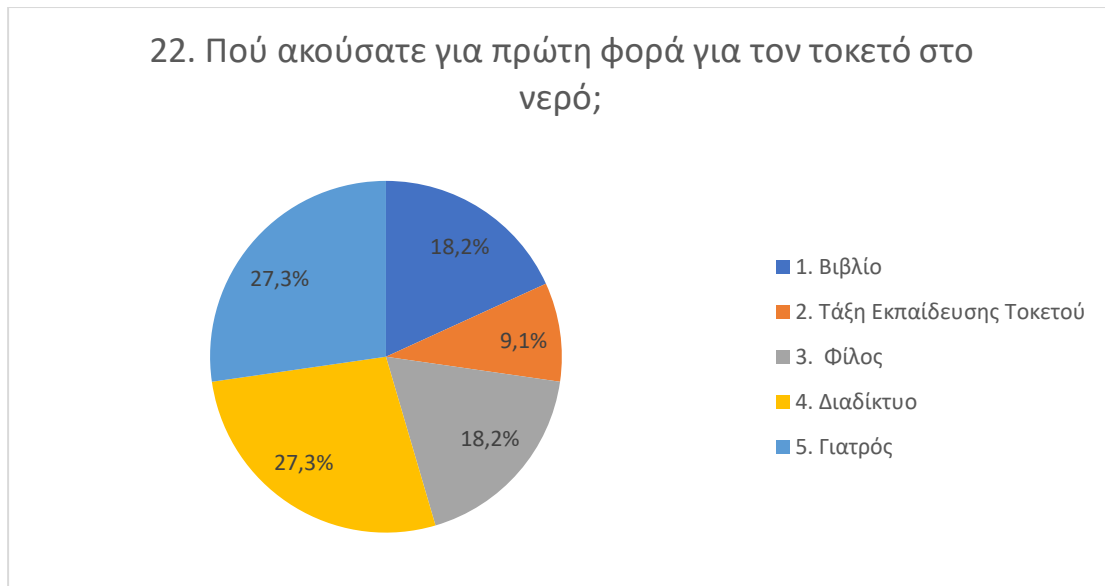
Διάγραμμα 20. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 20

Στην 20^η ερώτηση για το πόσο χρονικό διάστημα πέρασε από τον τοκετό στο νερό, η παλαιότερη ήταν πριν από 3 χρόνια και η πιο πρόσφατη πριν από 1,5 μήνα. Δυστυχώς δεν γνωρίζουμε πόσες γυναίκες γέννησαν στο νερό από το συνολικό δείγμα, καθώς το δείγμα ήταν τυχαιοποιημένο.



Διάγραμμα 21. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 21

Στην 21^η ερώτηση για το αν έχουν ήδη γεννήσει στο παρελθόν που γέννησαν, το 55,6% απάντησε στο νοσοκομείο και από 22,2% απάντησε αντίστοιχα στο σπίτι και στο κέντρο φυσικού τοκετού.



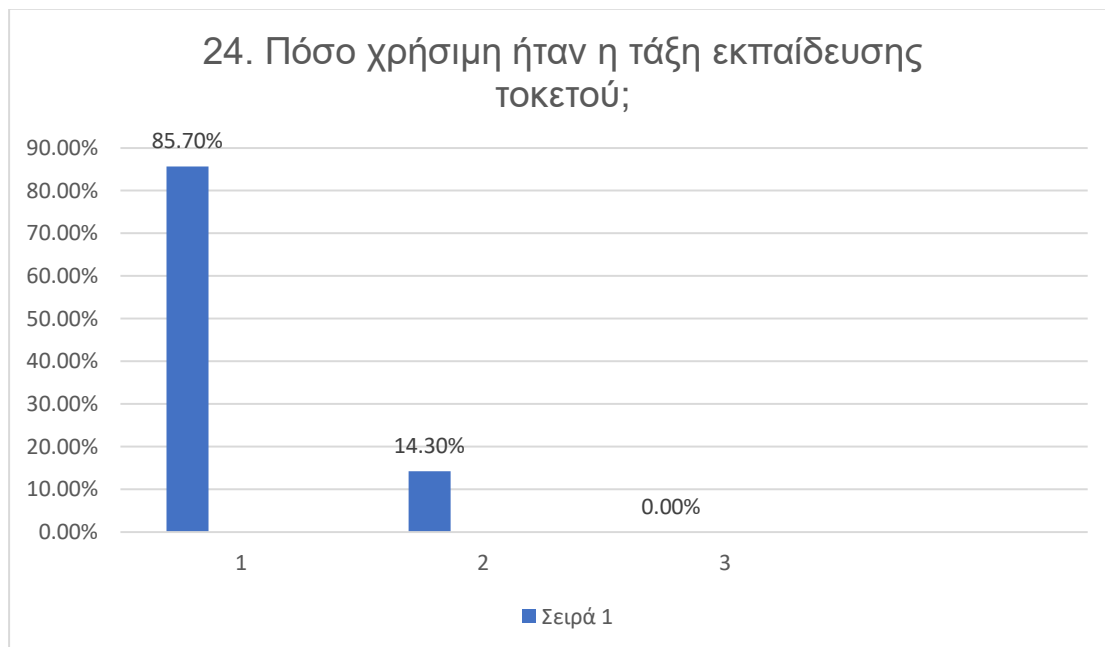
Διάγραμμα 22. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 22

Στην 22^η ερώτηση για το πού άκουσαν για πρώτη φορά για τον τοκετό στο νερό, οι συμμετέχουσες σε ποσοστό 27,3% απάντησαν ότι έμαθαν από το διαδίκτυο, σε ποσοστό 18,2% από φίλους, σε ποσοστό 27,3% από τον γιατρό τους και 9,1% από την τάξη εκπαίδευσης τοκετού και τέλος σε ποσοστό 18,2% διάβασε γι' αυτόν σε βιβλίο.



Διάγραμμα 23. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 23

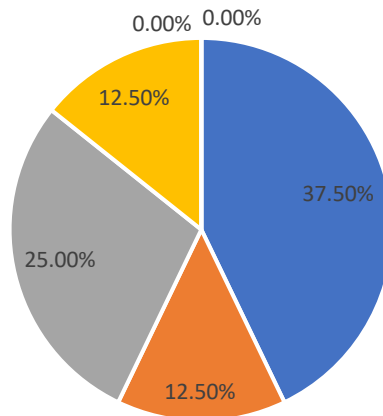
Στην 23^η ερώτηση για το αν συμμετείχαν σε επίσημα μαθήματα προετοιμασίας τοκετού ή αν σκόπευαν να συμμετάσχουν, το 70% απάντησε θετικά και το 30% αρνητικά.



Διάγραμμα 24. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 24

Στην 24^η ερώτηση για το πόσο χρήσιμη ήταν η τάξη εκπαίδευσης τοκετού που παρακολούθησαν, σε ποσοστό 85,7% την βρήκαν πολύ χρήσιμη, σε ποσοστό 14,3% χρήσιμη και καμία δεν την βρήκε καθόλου χρήσιμη.

25. Πως προετοιμαστήκατε για την γέννηση στο νερό;

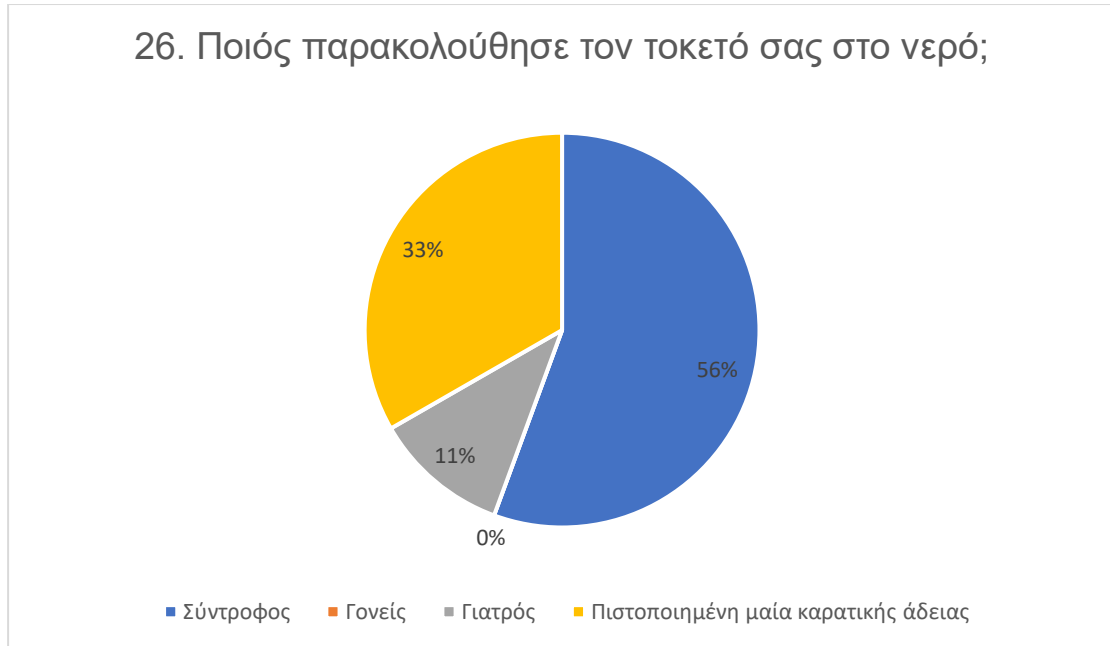


- Με τη παρακολούθηση ειδικών μαθημάτων
- Με την ανάγνωση βιβλίων για το τοκετό στο νερό
- Με την ενημέρωση από εξειδικευμένο προσωπικό
- Με την παρακολούθηση μιας προγεννητικής τάξης κολύμβησης
- Με την παρακολούθηση συζητήσεων για τον τοκετό στο νερό
- Με την επικοινωνία με άλλες μητέρες που έχουν γεννήσει στο νερό

Διάγραμμα 25. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 25

Στην 25^η ερώτηση για το πως προετοιμάστηκαν για τον τοκετό στο νερό, το 37,5% απάντησε μέσω της παρακολούθησης ειδικών μαθημάτων. Το 25% επέλεξε να προετοιμαστεί μέσω της ενημέρωσης από εξειδικευμένο προσωπικό. Το 13% παρακολουθώντας μια προγεννητική τάξη κολύμβησης. Το 12,5% αντίστοιχα μέσω της ανάγνωσης βιβλίων για τον συγκεκριμένο τοκετό.

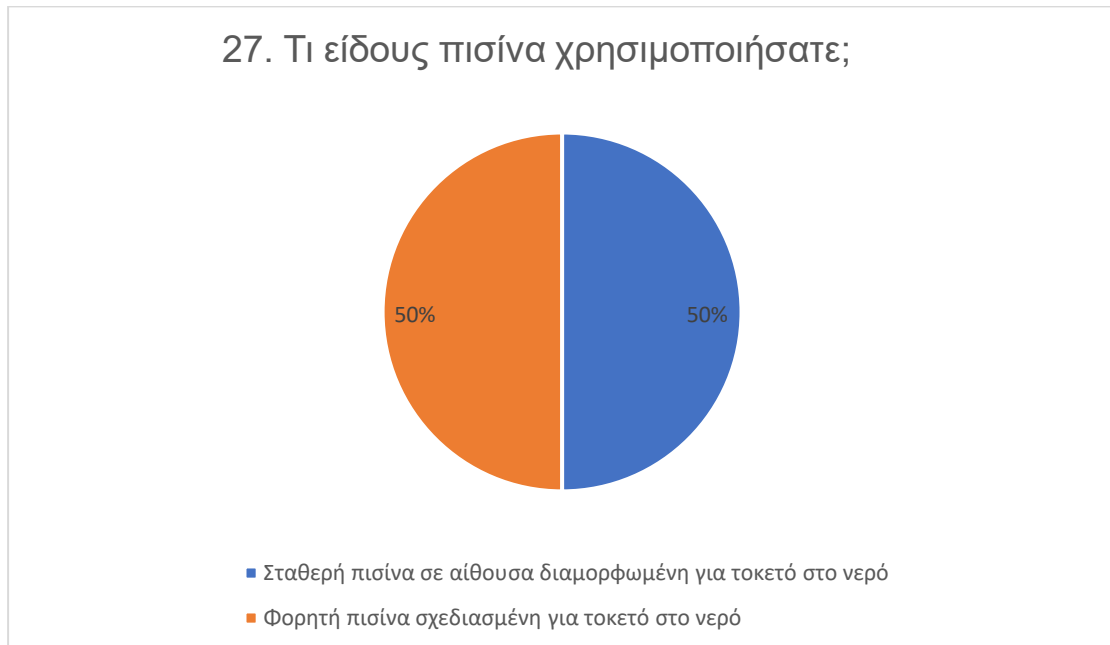
26. Ποιος παρακολούθησε τον τοκετό σας στο νερό;



Διάγραμμα 26. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 26

Στην 26^η ερώτηση κλήθηκαν να απαντήσουν για το ποιος παρακολούθησε τον τοκετό στο νερό. Το 55,6% απάντησε ο σύντροφός τους, το 33,3% η μαία και το 11,1% ο γιατρός.

27. Τι είδους πισίνα χρησιμοποιήσατε;



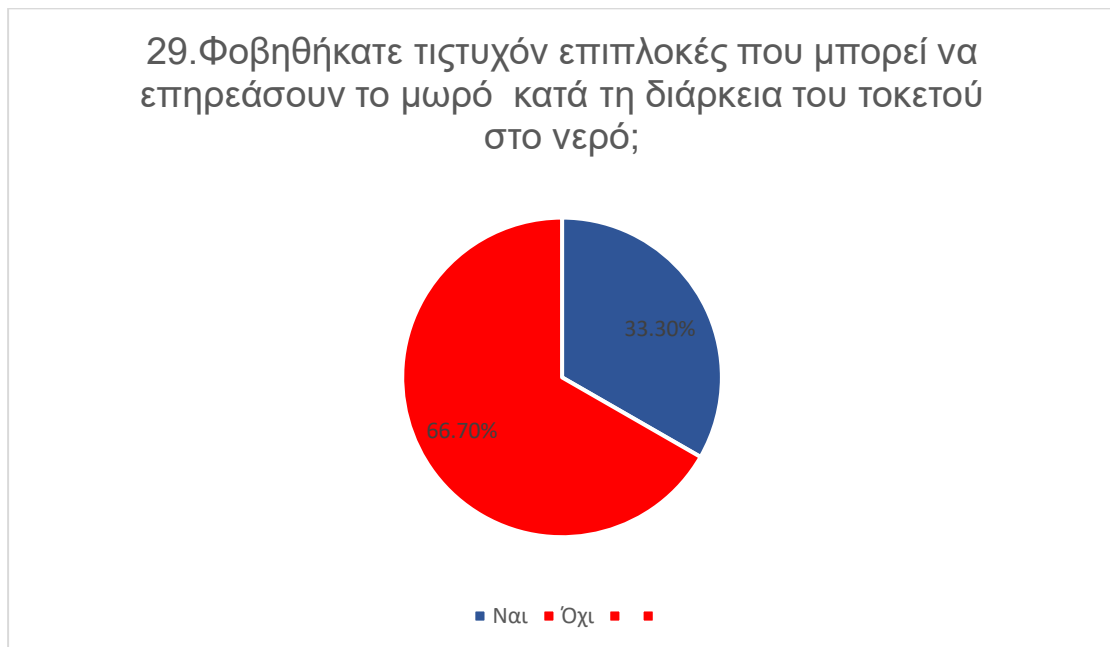
Διάγραμμα 27. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 27

Στη 27^η ερώτηση ως προς τι είδους πισίνα χρησιμοποίησαν το 50% απάντησε τη φορητή σχεδιασμένη για τοκετό στο νερό και το 50% την σταθερή πισίνα σε διαμορφωμένη αίθουσα.



Διάγραμμα 28. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 28

Στην 28^η ερώτηση οι γυναίκες κλήθηκαν να απαντήσουν για το ποια θέση προτίμησαν κατά τη διάρκεια του τοκετού στο νερό. Το 55,6% δήλωσε τη θέση στα χέρια/γόνατα και το 22,2% καθιστή και ξαπλωμένη αντίστοιχα.



Διάγραμμα 29. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 29

Στην 29^η ερώτηση για το φοβήθηκαν τυχόν επιπλοκές που μπορεί να επηρεάσουν το μωρό κατά τη διάρκεια του τοκετού στο νερό, το 66,7% απάντησε αρνητικά και το 33,3% θετικά, δείχνοντας την ανησυχία των γυναικών για τις επιπλοκές.



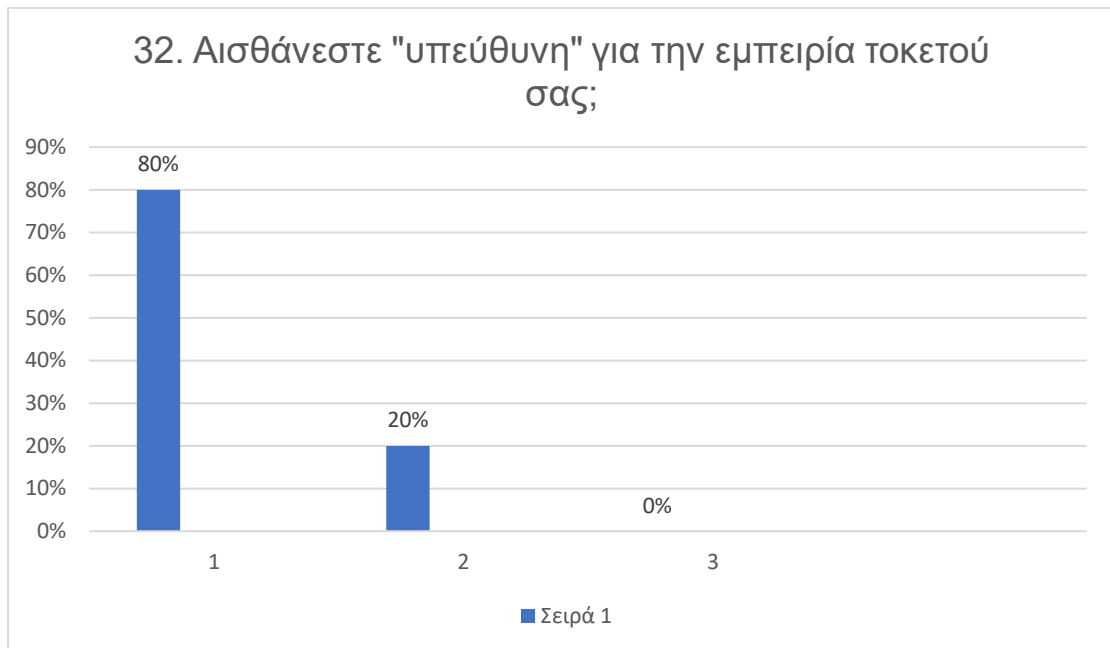
Διάγραμμα 30. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 30

Στην 30^η ερώτηση για το αν έκαναν περινεοτομή απάντησαν όλες αρνητικά.



Διάγραμμα 31. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 31

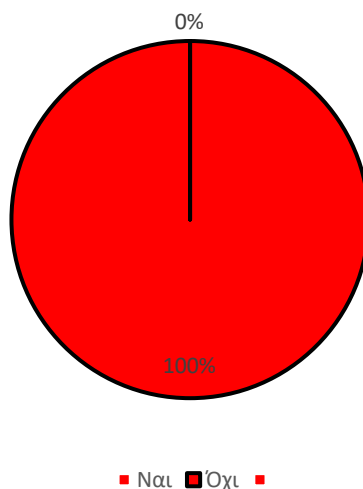
Στην 31^η ερώτηση για το αν έλαβαν κάποιο φάρμακο για τον πόνο κατά τη διάρκεια του τοκετού στο νερό, το 14,3% συμφώνησε και το 85,7% διαφώνησε.



Διάγραμμα 32. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 32

Στη 32^η ερώτηση για το αν αισθάνονται υπεύθυνες για την εμπειρία του τοκετού, το 80% απάντησε πάρα πολύ, το 20% πολύ και καμία καθόλου.

33. Θα αλλάζατε την απόφαση του τοκετού σας στο νερό;



Διάγραμμα 33. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 33

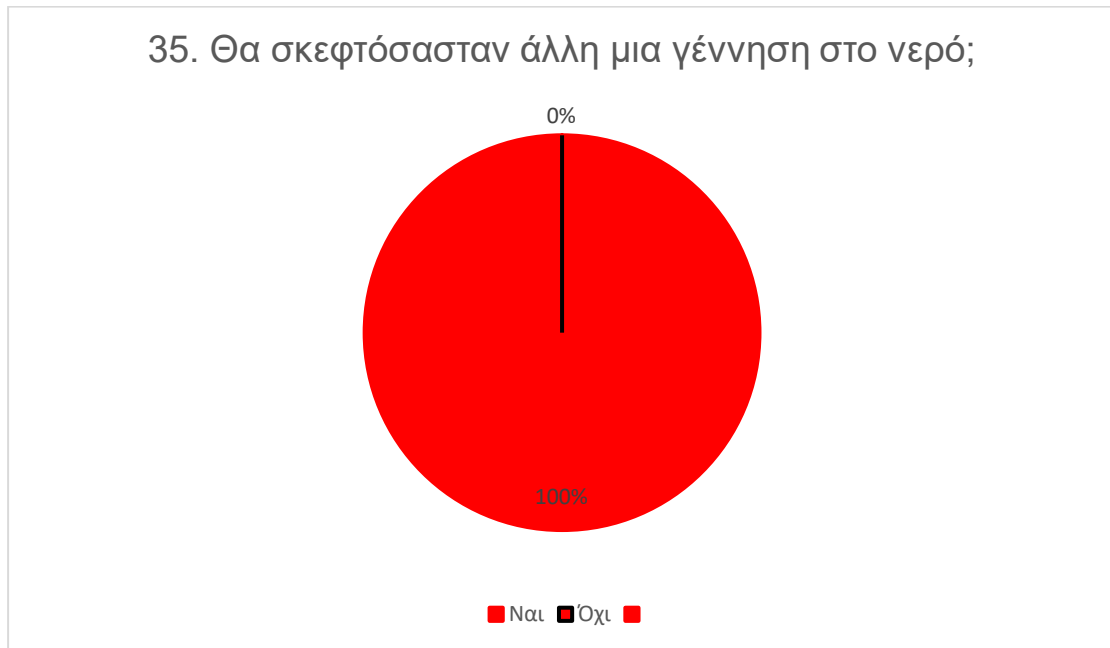
Στην 33^η ερώτηση για το αν θα άλλαζαν την απόφαση τους για τον τοκετό στο νερό όλες διαφώνησαν.

34. Θα συνιστούσατε ένα τοκετό στο νερό σε οποιονδήποτε άλλο;



Διάγραμμα 34. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 34

Στην 34^η ερώτησή για το αν θα συνιστούσαν σε κάποιον τον τοκετό στο νερό απάντησαν όλες θετικά.



Διάγραμμα 35. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 35

Στην 35^η ερώτησή για το αν θα σκεφτόντουσαν άλλη μια γέννηση στο νερό απάντησαν όλες θετικά.

36. Παρακαλώ μοιραστείτε οποιαδήποτε περαιτέρω σχόλια σχετικά με τη γέννηση ή τον τοκετό σας στο νερό. (3 απαντήσεις)

Είναι μια συνειδητή ενέργεια γεμάτη σεβασμό στο σώμα μου και στο παιδί μου δεν θα το άλλαζα θα το έκανα πάλι! Η φύση ενεργεί κατάλληλα με τη βοήθεια της επιστήμης για το επιθυμητό αποτέλεσμα.

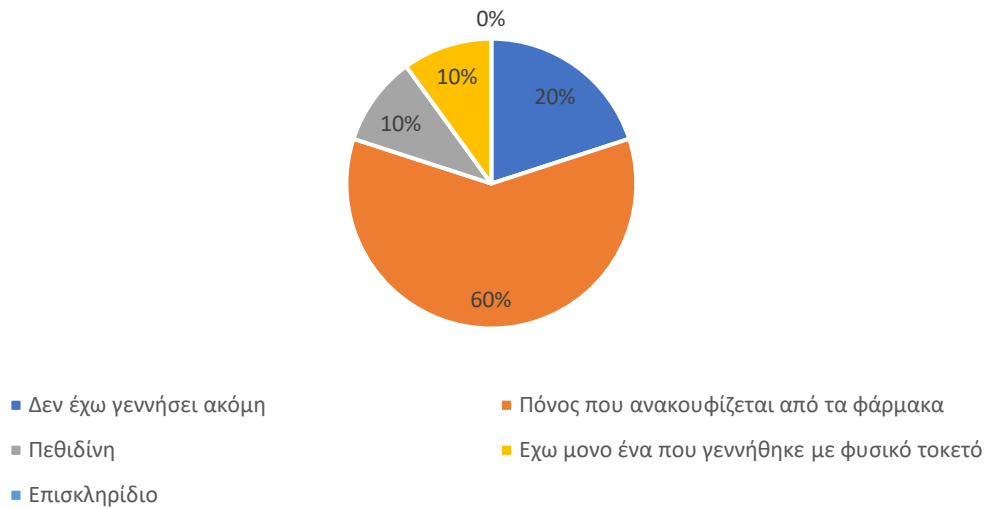
Έναν τοκετό γεμάτο σεβασμό με λίγο πόνο και απόλυτη ασφάλεια

Μαλακώνει πάρα πολύ ο πόνος

Διάγραμμα 36. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 36

Στην 36^η ερώτηση οι συμμετέχουσες κλήθηκαν να μοιραστούν οποιαδήποτε περαιτέρω σχόλια σχετικά με τη γέννηση ή τον τοκετό τους στο νερό. Οι απαντήσεις έδειξαν ότι ο τοκετός στο νερό μετριάξει τον πόνο και σέβεται τη μητέρα και το μωρό.

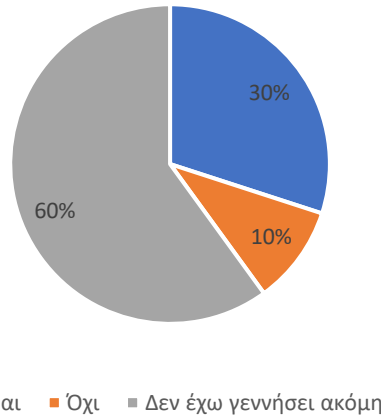
37.Εάν έχετε γεννήσει άλλο παιδί πριν από την εμπειρία σας στο νερό, είχατε κάποια από τις ακόλουθες διαδικασίες;



Διάγραμμα 37. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 37

Στην 37^η ερώτηση για το εάν έχουν γεννήσει άλλο παιδί πριν από την εμπειρία τους στο νερό, αν είχαν κάποιες συγκεκριμένες διαδικασίες, το 60% απάντησε ότι ανακούφισαν τον πόνο με τη λήψη φαρμάκου, το 20% ότι δεν έχει γεννήσει ακόμη, το 10% ότι έλαβαν πεθιδίνη και το 10% γέννησε μόνο ένα παιδί.

38. Υπήρχαν αξιοσημείωτες διαφορές κατά την γέννηση μεταξύ του μωρού σας που γεννήθηκε στο νερό και οποιουδήποτε από τα άλλα μωρά σας;



Διάγραμμα 38. Αποτελέσματα απαντήσεων στην ερώτηση 38

Στην τελευταία ερώτησή για το αν υπήρξαν αξιοσημείωτες διαφορές ανάμεσα στον τοκετό στο νερό που βίωσαν και σε άλλους τοκετούς στα μωρά τους, το 60% απάντησε ότι δεν έχει γεννήσει ακόμη, το 30% συμφώνησε και το 10% δεν βρήκε διαφορές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας συμπεραίνεται πως πάρα πολλές γυναίκες που συμμετείχαν, θα επέλεγαν να γεννήσουν με τοκετό στο νερό. Ακόμα κι εκείνες που έχουν ήδη γεννήσει με άλλο τρόπο είναι θετικές ως προς έναν επόμενο τοκετό στο νερό. Από μελέτες που έχουν γίνει, οι περισσότερες γυναίκες που διανύουν μια φυσιολογική εγκυμοσύνη, θα καταφέρουν να γεννήσουν φυσιολογικά, με

την προϋπόθεση ότι όλα βαίνουν καλώς και ο τοκετός στο νερό θα ξεκινήσει άμεσα. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών, δεν φάνηκε να επηρεάζει τις απαντήσεις τους. Ο ρόλος του γυναικολόγου, της μαίας καθώς και της βοηθού μητρότητας είναι καθοριστικής σημασίας στην απόφαση που θα πάρει η μέλλουσα μητέρα, καθώς στην εποχή μας έχουν άμεση πρόσβαση στο διαδίκτυο και μπορούν να ενημερωθούν για οποιαδήποτε απορία τους δημιουργηθεί σχετικά με την εναλλακτική μέθοδο του τοκετού στο νερό. Αυτό όμως δεν σημαίνει πως οι πληροφορίες του διαδικτύου ή και των φίλων είναι πάντα αξιόπιστες. Επιπλέον, η επιλογή της μεθόδου του τοκετού στο νερό μπορεί να επηρεαστεί κι από προηγούμενη εμπειρία της γυναίκας στον τοκετό, εξαιτίας του χρόνου αναμονής ή και της ανακούφισης από τον πόνο.

Ο τοκετός στο νερό μπορεί να αποτελεί μια φυσική πράξη, καθώς η φύση έχει προνοήσει για τη διαδικασία αυτή, δεν παύει όμως να έχει και τους κινδύνους του. Μολονότι ο τοκετός στο νερό δεν παύει να ελλοχεύει τυχόν επιπλοκές τόσο για τη μητέρα όσο και για το νεογνό, ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα, υποστήριξε πως θα επέλεγε ξανά να γεννήσει στο νερό, ακόμη κι αν δεν υπάρχουν πολλές ιατρικές ενδείξεις για τη χρήση του συγκεκριμένου είδους τοκετού. Καθώς η αύξηση των τοκετών στο νερό απασχολεί καθημερινά πολλούς από την επιστημονική κοινότητα, θα έπρεπε να γίνει περαιτέρω έρευνα σχετικά με το αν η συνεχής ενημέρωση των γυναικών για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του τοκετού στο νερό, θα βοηθούσε στην αύξηση της χρήσης αυτής της μεθόδου. Τα ποσοστά επιλογής του τοκετού στο νερό με το πέρασμα του χρόνου αυξάνονται. Παρόλα αυτά, η εναλλακτική αυτής της μεθόδου και η ενημέρωση των γυναικών από το γυναικολόγο και τη μαία πως υπάρχει κι αυτή η μέθοδος σε περίπτωση που κάποια γυναίκα την επιθυμεί, μπορεί να τις ηρεμήσει και να βιώσουν ολοκληρωτικά την περίοδο της εγκυμοσύνης.

Από την ανάλυση των δεδομένων προκύπτει ξεκάθαρα ότι το νερό αποτελεί βοηθητικό μέσο όταν αξιοποιείται κατάλληλα, τόσο προγεννητικά όσο και κατά τον τοκετό. Η διαδικασία του φυσιολογικού τοκετού διευκολύνεται ποικιλοτρόπως με τη βοήθεια του νερού, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από την διεθνή βιβλιογραφία. Επίσης κατά την διάρκεια του τοκετού διαπιστώνεται ότι υπάρχουν οφέλη για το βρέφος. Στα αποτελέσματα της έρευνας ανιχνεύονται τα ίδια αποτελέσματα που προκύπτουν από παλαιότερες μελέτες που πραγματεύονται το ίδιο θέμα. Ωστόσο, δεν

μπορούν να εξαχθούν ξεκάθαρα συμπεράσματα σχετικά με την επίδραση του νερού ως αναλγητικό κατά τη διάρκεια του τοκετού. Όσον αφορά στη διεξαγωγή της έρευνας είχε στόχο να διερευνήσει τις απόψεις των γυναικών/ μητέρων ως προς την εναλλακτική μορφή τοκετού στο νερό. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν κρίνονται ως έγκυρα και αξιόπιστα, αλλά τα συμπεράσματα δε μπορούν να γενικευτούν δεδομένων των περιορισμών της έρευνας.

Αυτή η έρευνα εστιάζει στην εμπειρία του φυσικού τοκετού, που είναι μια εξαιρετικά απρόβλεπτη διαδικασία. Συνεπώς, αυξάνεται ο βαθμός δυσκολίας στην ομαλή διεξαγωγή της έρευνας. Η ύπαρξη ασταθών παραγόντων, οι οποίοι καθορίζουν την πορεία μιας εργασίας, θα πρέπει πάντα να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη κατά το σχεδιασμό της έρευνας για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων.

Από την έρευνα που διεξήχθη διαπιστώνεται ότι οι μέλλουσες μητέρες έχουν φροντίσει να ενημερωθούν ως προς τον τοκετό στο νερό κυρίως μέσα από το διαδίκτυο και τους γιατρούς τους και να εκπαιδευτούν σε ανάλογες τάξεις. Επίσης φάνηκε ότι σκοπεύουν να χρησιμοποιήσουν τόσο φορητές όσο και σταθερές πισίνες. Επίσης διαπιστώθηκε ότι οι περισσότερες επιλέγουν το νοσοκομείο ή την κλινική για τον τοκετό στο νερό και όχι τόσο το σπίτι τους. Επίσης φάνηκε ότι ανησυχούν για τις επιπλοκές που μπορεί να υπάρξουν και νιώθουν υπεύθυνες για τον τοκετό. Από την πλευρά των γυναικών που είχαν ήδη γεννήσει με τοκετό στο νερό διαπιστώθηκε από την έρευνα ότι θα το ξανά έκαναν, ότι τους βοήθησε με τους πόνους και σίγουρα θα το πρότειναν ως μέθοδο και σε άλλες γυναίκες. Επίσης διαπιστώθηκε από τις απαντήσεις ότι υπήρξαν αξιοσημείωτες διαφορές ανάμεσα στον τοκετό στο νερό που βίωσαν και σε άλλους τοκετούς στα μωρά τους. Οι απαντήσεις έδειξαν επίσης ότι ο τοκετός στο νερό μετριάζει τον πόνο και σέβεται τη μητέρα και το νεογνό. Ενώ αξιοσημείωτο είναι και το γεγονός ότι οι περισσότερες γυναίκες που γέννησαν στο νερό δεν έλαβαν κάποιο αναλγητικό φάρμακο.

Το νερό αποτελεί βοηθητικό εργαλείο, που μπορεί να αξιοποιηθεί τόσο κατά την προετοιμασία για τον τοκετό όσο και κατά τη διάρκεια του τοκετού. Βοηθάει ποικιλοτρόπως την έγκυο, ενώ παρατηρούνται οφέλη και για το βρέφος κατά την διάρκεια του τοκετού στο νερό. Είναι αναγκαία μια διεπιστημονική ολιστική προσέγγιση του συγκεκριμένου ζητήματος, τόσο σε επίπεδο κλινικής πρακτικής όσο και σε επίπεδο έρευνας. Η συστηματική ενημέρωση με στόχο την ευαισθητοποίηση

όλων των ενδιαφερόμενων γυναικών, ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (ιατρών και μαιών) και διοικητικών φορέων, σχετικά με το ζήτημα είναι αναγκαία, προκειμένου η χρήση του τοκετού στο νερό να μπορέσει να βρει εφαρμογή σε ευρύτερο πλαίσιο. Η εξειδικευμένη εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και των μελλοντικών μητέρων κρίνεται απαραίτητη για την καθιέρωση της αξιοποίησης του τοκετού στο νερό στην καθημερινή κλινική πρακτική. Η εισαγωγή του τοκετού στο νερό ως εναλλακτική μέθοδος στις ομάδες προετοιμασίας γυναικών για τον τοκετό προτείνεται ως ουσιαστικό βήμα προς την ολοκληρωμένη εκπαίδευση των ενδιαφερόμενων και, συνεπώς, προς τη μέγιστη ευαισθητοποίησή τους. Τα συμπεράσματα που εξήχθησαν από την έρευνα δε μπορούν να γενικευτούν, δεδομένου των περιορισμών της. Ο τοκετός στο νερό στον τομέα της μαιευτικής χρήζει πληρέστερης διερεύνησης και διεξαγωγής περαιτέρω ποιοτικών ερευνών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aasheim, V., Nilsen, ABV, Reinar, LM, et al. (2017) . ‘Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma (Review)’. Cochrane Database of Systematic Reviews, 3: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006672/full>

Al-Assaf, N., Moore, H., Leifso, K., Et al. (2017) . Disseminated neonatal herpes simplex virus type 1 after a water birth. *J Pediatric Infect Dis Soc*, 6 (3), e169-e172.

American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice.(2017). Committee Opinion No. 697: Planned home birth. *Obstetrics & Gynecology*. 129:117.

American College of Obstetricians and Gynecologists'(2016). Committee OpinionNo. 669: Planned Home Birth. *Obstet Gynecol* ,128: e26-31.

Anderson RE, Murphy PA, (1995). Outcomes of 11.788 planned home births attended by certified nurse- midwives. A retrospective descriptive study. *J Nurse Midwifery*, 40:483-92.

Avery, M.D.(editor) (2013) Supporting a Physiologic Approach to Pregnancy and Birth: A Practical Guide. Wiley-Blackwell Publishing.

Barry, CN (1995) . Could saline in the pool reduce the potential hazards? *BMJ* 310 (6994): 1602.

Barton, M., McKelvie, B., Campigotto, A., Et al. (2017) . Legionellosis following water birth in a hot tub in a Canadian neonate. *CMAJ*, 189 (42), E1311-E1313.

Baxter, L. (2006) . What a difference a pool makes: Making choice a reality. *The British Journal of Midwifery*· 14 (6): 368-372.

Berg M, Asta Olafsdottir O, Lundgren I.(2012). A midwifery model of woman-centred childbirth care--in Swedish and Icelandic settings. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*. 3(2):79-87.

Bovbjerg, ML, Cheyney, M., Everson, C. (2016) . Maternal and Newborn Outcomes Following Waterbirth: The Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009 Cohort. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 61 (1), 11-20.

Bowden, K., Kessler, D., Pinette, M., (2003) . Underwater birth: missing the evidence or missing the point? *Pediatrics*.112 (4): 972-973.

Brady S, Bogossian F, Gibbons K. Development and piloting the Woman Centred Care Scale (WCCS).(2017). *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*. 30(3):220-6

- Burke, E. and Kilfoyle, A. (1995). A comparative study: waterbirths and bed births. *Midwives*. 108 (1284): 3-7.
- Burns, EE, Boulton, MG, Cluett, E., Et al. (2012) . «Characteristics, interventions and outcomes of women who used a birthing pool: a prospective observational study'. *Birth* 39 (3): 192-202.
- Burns, E. (2001). «Water birth». *MIDIRS Midwifery Digest* 11 (3): S2.
- Burns, E., and Greenish, K. (1993). Water birth. *Aggregation information. Nurs Times*. 1993; 89 (8): 47-49.
- Byard, RW and Zuccollo, JM (2010) . «Forensic issues in water birth deaths». *Am J Forensic Med Pathol* 31 (3): 258-260.
- Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics.(2017). Birth Data. Available at: <https://www.cdc.gov/nchs/nvss/births.htm>.
- Chaichian, S., Akhlaghi, A., Rousta, F., et al. (2009) . «Water birth experience in Iran». *Arch Iran Med* 12 (5): 468-471.
- Cluett, ER and Burns, E. (2009) . «Immersion in water during labor and birth». *Cochrane Database Syst Rev* (2): CD000111.
- Cortes, E., Basra, R., Kelleher, CJ (2011) . Water birth and pelvic floor injury: A retrospective study and postal survey using modular questionnaires ICIQ. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*; 155 (1): 27-30.
- Dahlen, HG, Dowling, H., Tracy, M., Et al. (2012) . «Maternal and perinatal outcomes among low-risk women giving birth in water compared with six land birth sites. A descriptive cross-sectional birth center study over 12 years.' *Midwife* 29 (7): 759-764.
- Davies, R., Davis, D., Pearce, M., et al. (2015) . The effect of delivery on neonatal mortality and morbidity: a systematic review and meta-analysis. *JBI Database System Rev Implement Rep*, 13 (10), 180-231.
- Declercq E.(2017). Planned home birth. <https://www.uptodate.com/home>.
- Declercq, E., Sakala, C., Corry, MP, et al. (2002) . Listening to mothers: report of the first US national survey of women's reproductive experiences. In: *Listening to mothers*. New York, NY: Maternity Center Association.

Dressler, J., Schmidt, U., Hanisch, U., et al. (2011) . «Newborn's drowning after birth in the bath». *Am J Forensic Med Pathol* 32 (2): 119-123.

Eberhard, J., Stein, S. and Geissbuehler, V. (2005) . «Pain and analgesia experience with water and land births». *J Psychosom Obstet Gynaecol* 26 (2): 127-133.

Edqvist M, Blix E, Hegaard HK, Olafsdottir OA, Hildingsson I, Ingversen K, et al.(2016). Perineal injuries and birth positions among 2992 women with a low risk pregnancy who opted for a homebirth. *BMC pregnancy and childbirth*. 16(1):196

Fehervary, P., Lauinger-Lorsch, E., Hof, H., Et al. (2004) . «Water birth: microbiological colonization of neonates and maternal infection rate compared to conventional deliveries.» *Arch Gynecol Obstet* 270 (1): 6-9.

Fernando, RJ, Sultan, AH, Kettle, C., et al. (2013) . «Rehabilitation methods for obstetric anal sphincter injury». *Cochrane Database Syst Rev* 12: CD002866.

Fritschel, E., Sanyal, K., Threadgill, H., Et al. (2015) . Fatal Legionellosis After Water Birth, Texas, USA, 2014. *Emerging Infectious Diseases*, 21 (1), 130-132.

Garland D.(2010). *Revisiting Waterbirth: An attitude to care*. United Kingdom: palgrave Mc Millan.

Garland, D. (2006). " Is water birth a 'safe and realistic' option for women after a previous caesarean section;" *MIDIRS Midwifery Digest* 16 (2): 217-220.

Garland, D. and Jones, KC (2000). Water birth, supportive practice with clinical control. *MIDIRS Midwifery Digest* · 10: 333-336.

Gayiti, MR, Li, XY, Zulifeiya, AK, et al. (2015) . Comparison of the effects of water and traditional birth on laboring women and their newborns. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 19 (9), 1554-1558.

Geissbuehler, V. and Eberhard, J. (2000) . Water births: A comparative study. A prospective study of more than 2,000 water births. *Fetal Diagnost Ther.*; 15 (5): 291-300.

Geissbuehler, V., Stein, S., Eberhard, J. (2004) . " Water births compared with land births: a nine-year observational study ". *J Perinat Med* 32 (4): 308-314.

Ghasemi, M., Tara, F., and Ashraf, H. (2013). Maternal-fetal and neonatal complications during water birth compared with conventional birth. [Persian].Iran J Obstet Gynecol Infertil · 16: 9–15.

Harper, B. (2012) In deep: Seven secrets of successful waterbirth. Essentially MIDIRS, Vol 3, No. 5.

Henderson, J., Burns, EE, Regalia, AL, et al. (2014) . «Laboring women who used a birthing pool in sterilizing units in Italy: a prospective observational study». BMC Εγκυμοσύνη Τοκετός 14: 17.

Jansenn Pa, Lee Sk, Ryan Em, Etches Dj, Farguharson Df, Peacock D et al.(2002). Outcomes of planned home births vs planned hospital Births after regulation of midwifery in British Columbia. CMAJ ,166:315-323.

Jansenn Pa, Lee Sk, Ryan Em, Etches Dj, Farguharson Df, Peacock D & Klein Mc (2002) «Outcomes of planned home births vs planned hospital births after regulation of midwifery in British Columbia», Canadian Medical Association Journal, 166, 315-323.

Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., et al. (2017) «Selective and routine episiotomy for vaginal delivery». Cochrane Database Syst Rev : CD000081.

Kassim, Z., Sellars, M., and Greenough, A. (2005) . « Underwater birth and neonatal respiratory distress ». BMJ 330 (7499): 1071-1072.

Kaushik, M., Bober, B., Eisenfeld, L., et al. (2015) . Haemophilus parainfluenzae Sepsis in a Newborn Infant After Water Birth Case Report and Literature Review. AJP Rep, 5 (2), e188-192.

Larkin P, Begley CM, Devane D.(2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. Midwifery. 25(2):e49-59.

Lothian JA.(2017). Preparation for labor and childbirth. <http://www.uptodate.com/home>.

Maputle MS, Donavon H.(2013). Woman-centred care in childbirth: A concept analysis (Part 1). Curationis. 36(1):E1-8.

- Menakaya, U., Albayati, S., Vella, E., Et al. (2013) . «A retrospective comparison of water birth and conventional birth among women considered to be low risk in a secondary teaching hospital in Australia'. *Birth of Women* 26 (2): 114-118.
- Mistrangelo, E., Gaggero, CR, Nadalini, C., et al. (2007) . «Does water supply affect the pelvic floor? Ultrasound assessment of perineal function». *Arch Gynecol Obstet* 276 (2): 133-138.
- Mollamahmutoglu, L., Moraloglu, O., Ozyer, S., et al. (2012) . «The effects of water immersion on labour, birth and the newborn and comparison with epidural analgesia and conventional delivery». *J Turk Ger Gynecol Assoc* 13 (1): 45-49.
- Nagai, T., Sobajima, H., Iwasa, M., Et al. (2003) . «Sudden neonatal death due to Legionella pneumonia associated with water birth in a domestic hot tub». *J Clin Microbiol* 41 (5): 2227-2229.
- Nikodem, C. (1999) . The effects of water on birth: a randomized controlled trial. University Rand Afrikaans.
- Nursing and Midwifery Council (2006) NMC Circular 8-2006 Midwives and Home birth. Accessed from www.nmc.uk.org.uk.on 23.3.2006
- Nutter, E., Meyer, S., Shaw-Battista, J., et al. (2014α) . «Water birth: a comprehensive review of the peer-reviewed literature'. *J Obstetrics Women's Health* 59 (3): 286-319.
- Nutter, E., Shaw-Battista, J., Marowitz, A. (2014β) . " Waterbirth Essentials for Clinicians." *J Obstetrics Women's Health* 59 (3): 350-354.
- Olsen O. & Jette A Clansen (2014), «Planned hospital birth versus planned home birth», PMID: PMC4238062,.
- Otigbah, CM, Dhanjal, MK, Harmsworth, G, et al. (2000) . «A retrospective comparison of water births and conventional births». *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 91 (1): 15-20.
- Parker, PC and Boles, RG (1997) . «Otitis and bacteremia after water birth". *Pediatrics* 99 (4): 653.
- Parratt J, Johnston J.(2002). Planned Homebirths in Victoria, 1995-1998. *Aust J Midwifery* ,15:16-25

Pellantova, S., Vebera, Z., and Pucek, P. (2003). Underwater deliveries-A five-year retrospective study. [Czech] Water births - Petileta retrospective study. *Cheska Gynecol* · 68: 175–9.

Pinette, MG, Wax, J., and Wilson, E. (2004) . « The dangers of underwater birth ». *Am J Obstet Gynecol* 190 (5): 1211-1215.

Planned home birth.(2017). American Academy of Pediatrics Policy. <http://pediatrics.aappublications.org/collection>.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017b). Quantitative research design. In C. Burns & K. Burlan (Eds.), *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed., pp. 183-215). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health.

Richmond, H. (2003) . «Women's experience of water birth". *Practical Midwifery* 6 (3): 26-31.

Robyn M Kennare, Marc JNC Keirse, Graeme R Tucker and Annabelle C Chan.(2010). Planned home and hospital births in south Australia 1991-2006. *Med J Aust* ,192(2):76-80

Rosser, J. (1994). «Is water birth safe? The facts behind the controversy ». *Midwifery Digest* 4: 4-6.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists/ Royal College of Midwives (RCOG/ RCM 2006). "Joint Statement No. 1: Water Immersion During Labor and Delivery."

Rush, J., Burlock, S., Lambert, K., Et al. (1996) . The effects of hot tubs on labor: a randomized controlled trial. *Birth*.23 (3): 136–143.

Schafer, R. (2014) . «Umbilical cord aversion to water birth'. *J Obstetrics Women's Health* 59 (1): 91-94.

Shaw-Battista, J. (2017) . Systematic review of hydrotherapy research: Does a warm bath in labor promote normal labour? *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*.

Snowden JM, Caughey AB, Cheng YW.(2016). Planned out-of-hospital births and birth outcomes. *N Engl J Med* ,374:2190-2191.

Stuebe A, et al.(2017). Continuous labor support by a doula.
<https://www.uptodate.com/home>.

Stone J., Abramsky, L. Barnes, P. M., Butler, J. Campbell, S. Capitulo, K. Colson, E. R. Deans, A. Doyle, W. Eddleman, K. Evans, G. Graham, M. Harding, K. Hepper, P. James, D. K. Langford, J. Mottola, M. F. Murdoch, A. Musselwhite, D. Nolan, M. Obremski, C. Thompson, J. Vanden G. Bosche, James J. Walker, R. Woolfson. (2005). Η βίβλος της εγκυμοσύνης. Ιατρική Βιβλιοθήκη, Αθήνα

Suto, M., Takehara, K., Misago, C., et al. (2015) . «Prevalence of perineal roots in women giving birth in midwife-assisted birth centers in Japan: A retrospective descriptive study'. J Obstetrics Women's Health 60 (4): 419-427.

Taylor H, Kleine I, Bewley S, Loucaides E, Sutcliffe A.(2016). Neonatal outcomes of waterbirth: a systematic review and meta-analysis. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 101(4):F357-65.

Taylor, H., Kleine, I., Bewley, S., et al. (2016) . Neonatal outcomes of water birth: a systematic review and meta-analysis. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 101 (4), F357-365.

Thoeni, A., Zech, N., Moroder, L., et al. (2005) . «1600 Water Births Review. Does water birth increase the risk of neonatal infection?» J Matern Fetal Neonatal Med 17 (5): 357-361.

Torkamani, SA, Kangani, F., and Janani, F. (2010) . «The effects of water delivery on labor duration and pain compared with natural delivery». Pakistani Journal of Medical Science 26 (3): 551-555.

Torrisi, G., Giuseppe, E., Fonti, I., et al. (2010). «Water births and perineal dysfunctions». Neurourol Urodyn 29 (S2): 89-91.

Vanderlaan, J. (2017a) . «Retrospective cohort study of hydrotherapy at work». J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 46 (3): 403-410.

Vanderlaan, V., Hall, PJ, and Lewitt, M. (2017β) . Neonatal outcomes with water birth: A systematic review and meta-analysis, Midwifery. Manuscript accepted, article in press.

Wax JR, Lucas FL, Lamont M, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J.,(2010). Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*, 203:243.e1,243.e8

Wax JR, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J.,(2010). Maternal and newborn morbidity by birth facility among selected united States 2006 low risks births. *Am J Ostet Gynecol* ,202:152e1152.e5.

Wax JR, Pinette MG, Cartin A.(2010). Home versus hospital birth- process and outcome. *Obstet Gynecol Surv*, 65:132-40.

Wiegers TA, Keise MJ, van der Zee J, Berghs GA.(1996). Outcome of planned home and planned hospital births in low risks pregnancies: prospective study in midwifery practice in The Netherlands. *BMJ* , 313:1309-13.

Woodward, J. and Kelly, SM (2004) . «A pilot study for a randomized controlled trial of water birth versus land birth». *BJOG* 111 (6): 537-545.

Young G, Hey E, MacFarlane A, McCandlish R, Campbell R and Champerlain G (2000). «Choosing between home and hospital delivery», *BMJ* 320, 798-799.

Zanetti-Daellenbach, RA, Tschudin, S., Zhong, XY, et al. (2007α) . «Maternal and neonatal infections and obstetric outcome in water birth». *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 134 (1): 37-43.

Zanetti-Dallenbach, RA, Holzgreve, W., and Hosli, I. (2007β) . «Neonatal group B streptococcal colonization in water births'. *International Journal of Gynecology and Obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynecology and Obstetrics* 98 (1): 54-55.

Παράρτημα

Εναλλακτική μέθοδος φυσικού τοκετού - Τοκετός στο νερό

Ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο θα δοθεί σε γυναίκες που έχουν γεννήσει ή μπορεί να επιλέξουν να γεννήσουν στο νερό.

Εναλλακτική μέθοδος φυσικού τοκετού - Τοκετός στο νερό

Στα πλαίσια της πτυχιακής μου εργασίας με τίτλο «Εναλλακτική μέθοδος φυσικού τοκετού- Τοκετός στο νερό», δημιουργήθηκε το παρακάτω ερωτηματολόγιο με σκοπό να διερευνηθούν οι απόψεις των γυναικών/ μητέρων ως προς την εναλλακτική μορφή τοκετού στο νερό. Τα δημογραφικά στοιχεία και οι λοιπές πληροφορίες που θα καταγραφούν είναι απόρρητες και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά στο πλαίσιο της ακαδημαϊκής έρευνας που διεξάγουμε. Οι απαντήσεις που θα ληφθούν θα είναι ανώνυμες. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για αυτή την έρευνα. Η συμμετοχή σας σε αυτή την έρευνα είναι εθελοντική. Ανά πάσα στιγμή μπορείτε να αποχωρήσετε από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Επειδή οι απαντήσεις που θα δοθούν είναι ιδιαίτερα σημαντικές για τη διαμόρφωση των απόψεων των γυναικών ως προς την εναλλακτική μορφή τοκετού στο νερό, παρακαλείσθε να συμπληρώσετε τις ερωτήσεις. Είναι προτιμότερο να συμπληρώνετε όπου σας ζητείται η άποψη, την πρώτη και αυθόρμητη σκέψη σας. Στα ανοικτά ερωτήματα απαντήστε συνοπτικά, αυτό που επιθυμείτε να εκφράσετε.

A. Δημογραφικά στοιχεία

1.Πόσο ετών είστε;

2.Το επίπεδο εκπαίδευσης (επιλέξτε ένα)

1. Λύκειο
2. ΑΕΙ
3. Μεταπτυχιακό
4. Εξειδικευμένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα

Άλλο:

3.Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

1. άγαμη
2. έγγαμη

Άλλο:

4. Που διαμένετε;

Β. Παρακαλώ απαντήστε στα παρακάτω εφόσον είστε έγκυος αυτή τη στιγμή και σκοπεύετε να γεννήσετε μέσα στο νερό

5. Πόσα παιδιά έχετε αυτή τη στιγμή; (αριθμητικά)

6. Πόσων εβδομάδων είστε σήμερα (τι ηλικία κύησης έχετε σήμερα που απαντάτε στο ερωτηματολόγιο);

7. Σε περίπτωση που έχετε ήδη γεννήσει κατά το παρελθόν πού γεννήσατε;

1. Σπίτι
2. Κέντρο Φυσικού Τοκετού
3. Νοσοκομείο

Άλλο:

8. Πού ακούσατε για πρώτη φορά για τον τοκετό στο νερό;

1. Βιβλίο
2. Τάξη Εκπαίδευσης Τοκετού
3. Φίλος
4. Διαδίκτυο
5. Γιατρός

Άλλο:

9. Συμμετείχατε σε επίσημα μαθήματα προετοιμασίας τοκετού ή σκοπεύετε να συμμετάσχετε ;

Ναι

Όχι

Αν δε συμμετείχατε παραλείψτε την επόμενη ερώτηση

10. Πόσο χρήσιμη ήταν η τάξη εκπαίδευσης τοκετού;

1 2 3

Πολύ χρήσιμη / χρήσιμη/ δεν είναι χρήσιμη

11. Πώς προετοιμαστήκατε ή θα προετοιμαστείτε για τη γέννησή σας στο νερό;

1. Με την ανάγνωση βιβλίων για το τοκετό στο νερό
2. Με την παρακολούθηση συζητήσεων για τον τοκετό στο νερό
3. Με την παρακολούθηση βίντεο για τον τοκετό στο νερό
4. Με την επικοινωνία με άλλες μητέρες που έχουν γεννήσει στο νερό
5. Με τη παρακολούθηση ειδικών μαθημάτων
6. Με την ενημέρωση από εξειδικευμένο προσωπικό
7. Με την παρακολούθηση μιας προγεννητικής τάξης κολύμβησης

Άλλο:

12. Ποιος παρακολούθησε ή θα παρακολουθήσει τον τοκετό στο νερό σας;

1. Σύντροφος
2. Γιατρός
3. Γονείς
4. Πιστοποιημένη μαία κρατικής άδειας

Άλλο:

13. Τι είδους πισίνα χρησιμοποιήσατε ή σκοπεύετε να χρησιμοποιήσετε;

1. Φορητή πισίνα σχεδιασμένη για τοκετό στο νερό
2. Σταθερή πισίνα σε αίθουσα διαμορφωμένη για τοκετό στο νερό

Άλλο:

14. Σε ποια θέση ήσασταν ή θα προτιμήσετε κατά τη διάρκεια του τοκετού στο νερό;

1. Καθιστή
2. Ξαπλωμένη
3. Στα χέρια/γόνατα
4. Κλίση πάνω από την πλευρά της μπιανιέρας

Άλλο:

15. Φοβάστε τις τυχόν επιπλοκές που μπορεί να επηρεάσουν το μωρό κατά τη διάρκεια του τοκετού στο νερό;

Ναι

Όχι

16.Σκοπεύετε να λάβετε κάποιο φάρμακο πόνου κατά τη διάρκεια του τοκετού στο νερό;

Ναι

Όχι

17.Αισθάνεστε «υπεύθυνη» για την εμπειρία γέννησής σας;

1 2 3

Πάρα πολύ/ πολύ/ Καθόλου

Γ. Παρακαλώ απαντήστε στα παρακάτω εφόσον ΔΕΝ είστε έγκυος αυτή τη στιγμή αλλά όμως γεννήσατε μέσα στο νερό σε προηγούμενη κύηση κατά το παρελθόν

18.Στο παρελθόν έχετε γεννήσει;

Ναι

Όχι

19.Πόσα παιδιά έχετε αυτή τη στιγμή? (αριθμητικά)

20.Πριν πόσα χρόνια ή μήνες έγινε ο τοκετός στο νερό? (ολογράφως)

21. Σε περίπτωση που έχετε ήδη γεννήσει κατά το παρελθόν πού γεννήσατε;

1. Σπίτι
2. Κέντρο Φυσικού Τοκετού
3. Νοσοκομείο

Άλλο:

22.Πού ακούσατε για πρώτη φορά για τον τοκετό στο νερό;

1. Βιβλίο
2. Τάξη Εκπαίδευσης Τοκετού
3. Φίλος
4. Διαδίκτυο
5. Γιατρός

Άλλο:

23. Συμμετείχατε σε επίσημα μαθήματα προετοιμασίας τοκετού;

Ναι

Όχι

Αν δε συμμετείχατε παραλείψτε την επόμενη ερώτηση

24. Πόσο χρήσιμη ήταν η τάξη εκπαίδευσης τοκετού; (Κυκλώστε έναν αριθμό)

1 2 3

Πολύ χρήσιμη/χρήσιμη/δεν είναι χρήσιμη

25. Πώς προετοιμαστήκατε για τη γέννησή σας στο νερό;

1. Με την ανάγνωση βιβλίων για το τοκετό στο νερό
2. Με την παρακολούθηση συζητήσεων για τον τοκετό στο νερό
3. Με την παρακολούθηση βίντεο για τον τοκετό στο νερό
4. Με την επικοινωνία με άλλες μητέρες που έχουν γεννήσει στο νερό
5. Με τη παρακολούθηση ειδικών μαθημάτων
6. Με την ενημέρωση από εξειδικευμένο προσωπικό
7. Με την παρακολούθηση μιας προγεννητικής τάξης κολύμβησης

Άλλο:

26. Ποιος παρακολούθησε τον τοκετό σας στο νερό;

1. Σύντροφος
2. Γιατρός
3. Γονείς
4. Πιστοποιημένη μαία κρατικής άδειας

Άλλο:

27. Τι είδους πισίνα χρησιμοποιήσατε ;

1. Φορητή πισίνα σχεδιασμένη για τοκετό στο νερό
2. Σταθερή πισίνα σε αίθουσα διαμορφωμένη για τοκετό στο νερό

Άλλο:

28. Σε ποια θέση ήσασταν κατά τη διάρκεια του τοκετού στο νερό;

1. Καθιστή

2. ξαπλωμένη
3. Στα χέρια/γόνατα
4. Κλίση πάνω από την πλευρά της μπιανιέρας

Άλλο:

29.Φοβηθήκατε τις τυχόν επιπλοκές που μπορεί να επηρεάσουν το μωρό κατά τη διάρκεια του τοκετού στο νερό;

Ναι

Όχι

30. Κάνατε περινεοτομή;

Ναι

Όχι

31.Λάβατε κάποιο φάρμακο πόνου κατά τη διάρκεια του τοκετού στο νερό;

Ναι

Όχι

32. Αισθάνεστε «υπεύθυνη» για την εμπειρία γέννησής σας;

1 2 3

Πάρα πολύ/πολύ/ Καθόλου

33. Θα αλλάζατε την απόφαση του τοκετού σας στο νερό;

Ναι

Όχι

34.Θα συνιστούσατε ένα τοκετό στο νερό σε οποιονδήποτε άλλο;

Ναι

Όχι

35.Θα σκεφτόσασταν άλλη μια γέννηση στο νερό;

Ναι

Όχι

36.Παρακαλώ μοιραστείτε οποιαδήποτε περαιτέρω σχόλια σχετικά με τη γέννηση ή τον τοκετό σας στο νερό.

37. Εάν έχετε γεννήσει άλλο παιδί πριν από την εμπειρία σας στο νερό, είχατε κάποια από τις ακόλουθες διαδικασίες;

1. Επισκληρίδιο
2. Πόνος που ανακουφίζεται από τα φάρμακα
3. Δεν έχω γεννήσει ακόμη

Άλλο:

38. Υπήρχαν αξιοσημείωτες διαφορές κατά τη γέννηση μεταξύ του μωρού σας που γεννήθηκε στο νερό και οποιουδήποτε από τα άλλα μωρά σας;

Ναι

Όχι

Δεν έχω γεννήσει ακόμη

Ευχαριστώ!